



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Perhetyön perehdytysopas psykiatrisen potilaan hoidossa

Laittila, Jari
Silokunnas, Jyrki

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Perhetyön perehdytysopas psykiatrisen potilaan hoidossa

Laittila, Jari
Silokunnas, Jyrki
Sairaanhoidajakoulutus
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2017

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tiivistelmä

Lahtila Jari, Silokunnas Jyrki

Perhetyön perehdytysopas psykiatrisen potilaan hoidossa

Vuosi	2017	Sivumäärä	59
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä perhetyön perehdytysopas psykiatrisen potilaan hoidossa. Perehdytysoppaan tavoitteena oli informaation välittäminen perhetyöstä aikuispsykiatriassa työskenteleville, opastaa, tarjota käytänteitä, välittää omaisten odotuksia ja kertoa psyykkisen sairauden vaikutuksista omaisiin. Opinnäytetyön hyödynsääjia olivat Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian työntekijät ja toimeksiantajana toimi JMT Kuntoutuspoliklinikan Järvenpään toimipiste

Opinnäytetyön tutkimuskysymys oli: Millainen perehdytysopas auttaa ammattilaista saamaan psyykkisesti sairastuneen henkilön perheen huomioiduksi hoitotyössä? Tutkimuskysymystä laajennettiin apukysymyksillä; Mitä perhetyö vaatii ammattilaiselta? Mitä hyötyä perhetyöstä on? Opinnäytetyön kehittämistehtävä oli Hyvinkään sairaalahoitoalueen psykiatristen osastojen, poliklinikoiden ja avoyksiköiden perhetyön toteutuksen kehittäminen.

Teoreettinen viitekehys kerättiin narratiivisen yleiskirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyössä käytettiin 15 aineistoa, joista kaksi oli englantilaista ja loput suomalaisia. Aineistot olivat laadultaan pro-gradu-tutkielmia, väitöstitä ja tiedelehtien artikkeleja. Kaikki aineistot käsittelivät mielenterveys- ja perhetyötä. Aineistot analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista koottiin itse perehdytysopas, joka käsitteli perhetyön odotuksia hoitajalle ja organisaatiolle. Vaatimusten lähtökohtina olivat sairastuneen, omaisten ja hoitajien näkökulmat. Perehdytysoppaassa kuvattiin kuinka psyykinen sairastuminen koskettaa koko perhettä. Siitä kävi myös ilmi mitä perhetyöllä tarkoitetaan ja mitkä ovat sen tavoitteita. Siitä nostettiin esille näkemys siitä, että potilas itse määrittelee ketkä hänen perheensä kuuluvat. Perehdytysopas käsitteli myös perheen huomioimista ja tukemista vanhemmuuden, perheen tilanteen kartoittamisen, tiedon välityksen, perhetapaamisten, moniammatillisen yhteistyön ja vertaisryhmätoimintaan ohjaamisen kautta.

Jatkotutkimusehdotuksena perehdytysopasta olisi mahdollista jatkaa hankkeen tai uuden opinnäytetyön muodossa. Perehdytysopasta voitaisiin täydentää lisäämällä siihen potilaiden tai kuntoutujien näkemyksiä perhetyöstä. Myös hoitajia olisi mahdollista haastatella ja lisätä oppaaseen konkreettisia ohjeita perhetyön toteuttamiseen.

Asiasanat: perhetyö, perehdytysopas, psykiatria

Laurea University of Applied Sciences **Abstract**
 Degree Programme in Nursing
 Bachelor's Thesis

Laittila Jari, Silokunnas Jyrki

A family work orientation guide for the care of a psychiatric patient

Year	2017	Pages	59
------	------	-------	----

The aim of this thesis was to produce a family work orientation guide for the care of a psychiatric patient. The orientation guide's purpose was to provide information on family work for those who work in adult psychiatry, guide, offer practices, convey the expectations of relatives and report the effects of psychological illnesses on the patient's relatives.

The study question of the thesis was: What kind of orientation guide helps a professional to get a family of a person with a psychiatric disorder noticed in care work. The study question was expanded with auxiliary questions; How is family work implemented? What does family work require from a professional? What are the benefits of family work? The development task of this thesis was to develop the implementation of family work in the Hyvinkää Hospital's psychiatric departments, outpatient departments and outpatient care units.

The theoretical framework was collected through a narrative literature review. The thesis involved 15 studies, two of which were in English and the rest were in Finnish. The studies were pro-graduate theses, dissertations and scientific articles. All of the studies were in the field of mental health and family work. The studies were analyzed by means of content analysis.

The orientation guide was compiled from the results of the literature review. The orientation guide addressed family work's requirements for the practitioner and the organization. The basis of the requirements were the perspectives of the people with a psychiatric disorder, relatives and nurses. The orientation guide described how the psychiatric disorder affects the whole family. It also noted what family work means and what its aims are. The orientation guide raised the view that the patient himself determines who belongs to his or her family. The guide also covered family support through parenting, surveying the family's situation, transferring information, family meetings, multiprofessional co-operation and peer group guidance.

As a further research proposal it would be possible to continue the orientation guide in the form of a project or a new thesis. The guide could be expanded by adding the views of patients and psychiatric rehabilitators on family work. It would also be possible to interview people who take part in family work in their jobs and add concrete guidelines for the implementation of family work.

Keywords: family work, orientation guide, psychiatry

1	Johdanto.....	6
2	Tarkoitus, tavoite ja hyödynsaajat	7
3	Lähtökohdat perhetyölle psykiatriassa	8
	3.1 Mielenterveys ja mielenterveyden häiriö	9
	3.2 Mielenterveyden häiriön vaikutukset	9
	3.3 Perhetyö psyykkisesti sairastuneen hoidossa	12
4	Kirjallisuuskatsaus	14
5	Tulokset.....	16
	5.1 Perhetyön vaatimukset.....	16
	5.1.1 Perhetyön vaatimukset ammatilliseen osaamiseen	16
	5.1.2 Perhetyön vaatimukset organisaatiolle.....	19
	5.2 Psyykkisesti sairastuneen vaikutus lähipiiriin	20
	5.3 Perhetyön tavoitteita ja hyötyjä	22
	5.4 Kuka määrittelee perheen?.....	23
	5.5 Perheen huomioiminen ja tukeminen - perheen odotukset hoitotyölle	23
	5.5.1 Vanhemmuuden tukeminen	26
	5.5.2 Lasten huomioiminen ja tukeminen.....	26
	5.5.3 Perheen tilanteen kartoittaminen.....	27
	5.5.4 Tiedon kulku perheen ja ammattilaisen välillä	28
	5.5.5 Perhetapaamiset, hoitoneuvottelut ja keskustelut perheen kanssa	30
	5.5.6 Moniammatillinen yhteistyö	32
	5.5.7 Vertaisryhmätoimintaan ohjaaminen	33
	5.6 Tulosten tarkastelua.....	33
6	Perehdytysoppaan toteuttaminen.....	35
	6.1 Ideointi- ja luonnostelu- ja kehittelyvaihe	35
	6.2 Perehdytysoppaan arviointi	37
7	Pohdinta	38
	7.1 Jatkotutkimusehdotukset	41
	7.2 Eettiset kysymykset.....	41
	7.3 Luotettavuuskriteerit	42
	Lähteet	43
	Liitteet.....	47

1 Johdanto

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä perhetyön perehdytysopas psykiatrisen potilaan hoidossa. Psykkinen sairastuminen on koko perhettä koskettava ilmiö. Pelkkä potilaan huomiointi ei riitä, vaan on tärkeää, että koko perhe huomioidaan hoidossa. Sen vuoksi teimme työntekijöille tarkoitetun perehdytysoppaan, joka käsitteli perhetyötä psyykkisesti sairastuneen potilaan hoidossa. Toivomme, että perehdytysopas tulee rohkaisemaan perhetyön aloittamisessa ja auttamaan sen toteuttamisessa. Halusimme luoda perehdytysoppaan, joka käsitteli aihetta aivan perusasioista lähtien. Idean oppaalle saimme työelämäkumppanilta, johon tutustuimme opinnäytetöiden aiheille järjestetyssä tapahtumassa.

Opinnäytetyössä kävimme läpi perhetyön lähtökohdia. Lähtökohdista nousi esiin muun muassa omaisten vastuun kasvaminen, omaisten kuormittuneisuus sekä miten omaisia kuunnellaan. Lähtökohdista kävi myös ilmi ytimekkäästi kuvattuna mitä mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt ovat ja miten ne vaikuttavat potilaaseen ja perheeseen.

Perehdytysoppaassa korostimme tieteelliseen näyttöön perustuvaa lähestymistapaa. Sen sisältö koottiin kirjallisuuskatsauksen perusteella ja lähteinä käytimme sen pohjalta löytyneitä tutkimuksia. Toimme esille mahdollisimman luotettavaa tietoa ja sen vuoksi arvioimme työtä laadullisessa tutkimuksessa käytetyillä luotettavuuskriteereillä työn eri vaiheissa. Työskentelyssämme noudatimme myös hyviä tieteellisiä käytäntöjä.

Sisällön valmistumisen jälkeen työstimme tulokset oppaaksi. Perehdytysopas koottiin sähköiseen muotoon, jonka yksiköt voivat tulostaa perehdytyskansioihinsa. Perehdytysopas rakennettiin kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta, jotka olivat tärkeässä osassa opinnäytetyötä. Sisällön lisäksi huomioimme myös ulkoasun, vaikka se olikin sivuroolissa. Ulkoasu tehtiin selkiseksi, että se herättää lukijan mielenkiinnon lukea oppaan kunnolla läpi. Lukijan mielenkiinnon herätimme muun muassa otsikoinnilla ja kuvioilla, jotka ovat kappaleiden alussa. Yhteistyötahon kanssa sovittiin, että perehdytysopas tehdään oletuksesta, että sen käyttäjä ei ole syventynyt perhetyöhön psykiatrisen potilaan hoidossa. Perehdytysoppaan tarve ilmeni siitä, ettei työn tilaajalla ollut vakiintuneita käytänteitä perhetyöhön.

Opinnäytetyön aikataulut etenivät pääosin suunnitellusti. Keväällä ja kesällä 2017 tehtiin tiedonhaku. Kirjallisuuskatsauksen tulokset saatiin valmiiksi syksyllä 2017. Perehdytys opas ka-
sattiin tulosten pohjalta marraskuussa 2017, jolloin opinnäytetyö myös valmistui.

2 Tarkoitus, tavoite ja hyödynsaajat

Tarkoituksena oli luoda perhetyön perehdytysopas psykiatrisen potilaan hoidossa kaikille Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian työntekijöille, kuten lähihoitajille, sairaanhoitajille, sosiaalityöntekijöille ja lääkäreille. Oppaasta tuli yksi osa yksiköiden perehdytyskansioiden sisältöä. Tutkimuskysymykseksi muodostui; millainen perehdytysopas auttaa ammattilaista saamaan psyykkisesti sairastuneen henkilön perheen huomioiduksi hoitotyössä. Tutkimuskysymyksemme piti sisällään perehdytysoppaan asiasisällön ja toteutustavan. Tutkimuskysymys oli kuitenkin liian laaja ja sitä tarkennettiin apukysymyksillä; Miten perhetyötä toteutetaan? Mitä perhetyö vaatii ammattilaiselta? Mitä hyötyä perhetyöstä on? Opinnäytetyön kehittämistehtävänä oli kehittää Hyvinkään sairaalahoitoalueen psykiatrisilla osastoilla, poliklinikoilla ja avoyksiköillä toteutettavaa perhetyötä.

Opinnäytetyömme tuotoksen, perhetyön perehdytysoppaan psykiatrisen potilaan hoidossa, tavoitteena oli informaation välittäminen perhetyöstä aikuispsykiatriassa työskenteleville. Perehdytysoppaan välittämän informaation tavoitteena oli opastaa psykiatriassa työskenteleviä tuomalla esille keinoja perhetyöhön, tarjota hyviä käytänteitä, välittää omaisten odotuksia ammattilaisesta suhteesta sairastuneeseen ja omaiseen itseensä sekä kertoa psyykkisen sairauden vaikutuksesta omaiseen.

Ammatillisesti tavoitteemme olivat psykiatristen sairauksien ja niihin liittyvien ilmiöiden syvempi ymmärtäminen ja erityisesti perhetyöhön liittyvien tietojen ja taitojen kehittäminen. Perhetyöhön liittyvän tiedon hallitseminen on hyödyllistä tulevaisuutta ajatellen sairaanhoitajan ammatissa riippumatta siitä, onko toimintaympäristömme tulevaisuudessa psykiatrisia vai somatiikkaisia. Tavoitteenamme oli rakentaa edellytyksiä ja luoda pohjaa ammattitaidon kehittämiseksi sekä uuden oppimisen tueksi perhetyöhön liittyen. Tulemme olemaan sairaanhoitajia, jotka eivät jätä sairastuneen omaisia huomioimatta.

Tavoitteenamme oli tehdä opinnäytetyö, joka osoittaa viestintä- ja kielitaidon osalta riittävää osaamista. Sen lisäksi tavoitteenamme oli kehittää tieteellisen tekstin kirjoittamisessa ja tiedonhaussa. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli seurata ja ymmärtää perhetyön kehittymistä psykiatrian alueilla. Perehdytysoppaan tavoitteena oli edistää perhetyön kehittymistä Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrisissa palveluissa.

Opinnäytetyön hyödynsaajina olivat aikuispsykiatrian potilaat ja asiakkaat, heidän perheensä sekä psykiatrian ammattilaiset. Ammattilaiset hyötyvät opinnäytetyöstä, sillä oppaan tavoitteena oli auttaa heitä työssään. Potilaat ja perheet hyötyvät, sillä oppaan ansioista työntekijät osaavat kiinnittää enemmän huomiota perhetyöhön. Näin mahdollisesti potilaan läheisten kuormittuneisuus vähenee.

Opinnäytetyön tilaaja oli HUS:n Hyvinkään sairaanhoitoalue. Työelämäkumppanina oli JMT kuntoutuspoliklinikan Järvenpään toimipiste, joka toimii psykiatrisen erikoissairaanhoidon psykoosisairauksien avohoidon, tutkimus-, hoito ja kuntoutusyksikkönä. JMT Kuntoutuspoliklinikan muut toimipisteet sijaitsevat Mäntsälässä, Tuusulassa ja Nurmijärvellä. Kuntoutuspoliklinikan palvelut kuuluvat Järvenpään, Mäntsälän ja Tuusulan aikuisväestölle ja Hyvinkään alueen aikuisille. (JMT Kuntoutuspoliklinikka.) Opinnäytetyö otettiin käyttöön Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian poliklinikoilla ja avoyksiköillä sekä psykiatrisilla osastoilla.

3 Perhetyön tarve psykiatriassa

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemassa Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2014 -tilastoraportissa (2016, 1) todettiin, että vuodeosastohoidon potilaiden määrä on vähentynyt 20% vuodesta 2006 vuoteen 2014 ja avohoidon potilaiden määrä samaan aikaan kasvoi 24%. Sairaalapaikkojen vähentäminen ja hoidon siirtymisen lisääntyminen peruspalveluihin ja avohoitoon tarkoittavat omaisten vastuun lisääntymistä psyykkisesti sairastuneesta perheenjäsenestä. Samaan aikaan vastuuta ovat lisänneet kuntien kyvyttömyys kasvattaa perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon avohoidon kapasiteettia erikoissairaanhoidon laitospaikkojen vähentämistä edellyttävälle tasolle. (Huhtala ym. 2015, 8.)

Tarpeettoman kovan kokonaisvastuun lisäksi omaiset joutuvat olemaan usein asian kanssa täysin yksin ja he kokevat monesti jääneensä taustalle sairastuneen perheenjäsenen hoidossa (Blommila, Suominen & Tuominen, 24). Tätä väitettä tukivat myös omaiskyselyjen tulokset Varhaistuen mallin kehittämissä -projektin loppuraportissa. Kyselyt tehtiin vuosina 2010-2013. Omaiskyselyillä kerättiin kaikkiaan 312 omaisen vastaukset. Suurin osa kyselyjen omaisista koki, ettei heidän tarpeitaan huomioitu riittävästi, eikä heitä kuunneltu riittävästi, kun läheisen sairaus todettiin. Suuri osa omaisista koki myös, ettei ole saanut riittävästi tietoa läheisen sairauden toteamisen jälkeen. Omaiset olisivat halunneet tietoa arjessa selviytymisestä, omasta jaksamisesta, sairastuneen läheisen kuntoutusmahdollisuuksista ja sosiaalietuuksista. (Huhtala ym. 2015, 21-24.)

Perheenjäsenen psyykinen sairastuminen aiheuttaa perheessä monesti surua ja hämmennyttä tunnelmaa ja sillä on vaikutusta perheen jokapäiväiseen elämään. Läheisille perheenjäsenen sairastuminen on rasisustekijä, jolla on vaikutusta heidän omaan terveyteensä. Läheisten elämänlaatu voi huonontua merkittävästi, jos potilaan hoito järjestetään ilman heidän osallistumistaan. Tämän seurauksena läheisten masennusriski voi kasvaa huomattavasti. Sen seurauksena perheen huomioimista hoidossa voidaan pitää suorastaan pakollisena tekijänä. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Suuri 2017, 190).

3.1 Mielenterveys ja mielenterveyden häiriö

Maailman terveysjärjestön mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa henkilö ymmärtää kykynsä, selviytyy elämäänsä kuuluvista haasteista sekä pystyy työskentelemään ja antamaan panoksensa yhteiskunnalle (Mental health: strengthening our response 2016). Mielenterveyden hyvinvoinnin tilaa voidaan kuvailla elämänhallinnalla, tyytyväisyydellä elämään, elinvoimaisuudella, itsetunnolla, hyvällä toimintakyvyllä, toiveikkuudella, onnellisuudella ja elämänlaadulla. Henkilön itsestään ja hyvinvoinnistaan huolehtiminen kertoo, miten henkilö välittää itsestään. (Kuhanen, Kanerva, Oittinen, Seuri & Schubert 2014, 21.) Mielenterveys voidaan nähdä voimavarana, joka pitää yllä psyykkisiä toimintoja. Mielenterveyttä sekä käytetään että kerätään ja sen avulla henkilö ohjaa elämäänsä. (Lehtonen & Lönnqvist 2014, 30.) Sosiaali- ja terveysministeriön Mielenterveystyötä Euroopassa -selvitys (2004) esitti, että mielenterveyttä ylläpitäviä tekijöitä ovat kulttuuriset arvot, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit, yksilölliset tekijät ja kokemukset sekä vuorovaikutus ja sosiaalinen tuki, johon myös perhepiiri kuuluu.

Raja mielenterveyden ja sairauden välillä on liukuva (Huttunen 2008, 8). Mielenterveyden häiriöitä kuvailevat merkitsevät ja psyykkistä kärsimystä sekä toimintakyvyn laskua aiheuttavat psyykkiset oireet, jotka muodostavat oireyhtymiä. Mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa psykoosit, elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, aivojen kehitykseen liittyvät mielenterveyden häiriöt, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, masenustilat, erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, pakko-oireiset häiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot ja traumaattisiin tilanteisiin liittyvät mielenterveyden häiriöt, unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäiriöt, käyttäytymisen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt. Mielenterveyden häiriöksi ei lasketa arkielämän normaaleja ohimeneviä psyykkisiä tiloja, kuten tunnereaktiot menetyksissä, pettymyksissä tai yksilön ja ympäristön välisissä ristiriidoissa. (Lehtonen & Lönnqvist 2014, 19-20.)

3.2 Mielenterveyden häiriön vaikutukset

Mielenterveyden häiriöön liittyy aina toimintakyvyn laskua (Lehtonen & Lönnqvist 2014, 20). Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan toimintakyky on ihmisen hyvinvoinnin keskeinen osa. Siihen kuuluvat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset edellytykset toimia elinympäristössään välttämättömissä ja merkityksellisissä arjen toiminnoissa, joita ovat esimerkiksi työ, opiskelu, vapaa-aika sekä itsestä ja toisista huolenpitäminen. (Mitä toimintakyky on? 2016.) Lisäksi on vielä kognitiivinen eli älyllinen toimintakyky, joka käsittää oppimiseen, tiedonkäsittelyyn ja kielelliseen toimintaan liittyviä asioita (Ihalainen, Kettunen, Kähäri-Wiik & Vuori-Kemilä 2009, 9). Toimintakykyä on myös tasapainotila kykyjen, elin- ja toimintaympäristön sekä omien tavoitteiden välillä. Toimintakyvyn osa-alueet tarkoittavat konkreettisesti muun muassa aistitoi-

mintoja, kehon asennon ja liikkeiden hallintaa, kestävyyskuntoa, lihaskuntoa, muistia, oppimista, ongelmien ratkaisua, keskittymistä, vuorovaikutustaitoja, osallisena olemista yhteisössä ja yhteiskunnassa, kykyä tuntea, kykyä vastaanottaa sekä käsitellä tietoa, kykyä kokea ja muodostaa käsityksiä omasta itsestä ja ympäristöstä sekä kykyä suunnitella elämäänsä ja tehdä elämäänsä koskevia päätöksiä ja valintoja. (Mitä toimintakyky on? 2016; Toimintakyvyn ulottuvuudet 2016.)

Mielenterveyden häiriö on sairastuneelle odottamaton ja raskas kokemus sekä elämäntilannekriisi, joka voi näkyä isolla osalla sairastuneista traumaperäisenä stressireaktiona (Kanerva ym. 2014, 195; Heinimaa ym. 2002, 8). Sairastumiseen liittyy aina toimintakyvyn laskun lisäksi subjektiivista kärsimystä ja elämänlaadun heikentymistä (Lehtonen & Lönnqvist 2014, 20). Sairastuminen merkitsee sairastuneelle työkyvyn laskua, ongelmia ihmissuhteissa ja itsenäisessä selviytymisessä sekä ongelmia taloudellisissa asioissa. Etenkin psykooseissa potilas joutuu helposti kantamaan häpeäleimaa, joka osaltaan vaikuttaa siihen mielikuvaan mitä sairastunut ajattelee sairaudestaan. Häpeäleima vähentää sairastuneen ihmisarvon tunnetta ja haittaa osaltaan hoitoon hakeutumista. (Heinimaa ym. 2002, 8). Psykkisestä sairastumisesta kärsivät henkilöt ovat hankalassa elämäntilanteessa olevia ihmisiä, jotka ovat helposti yhteiskunnassa väliinpuotojia (Blommila, Suominen & Tuominen, 24).

Ominaista mielenterveyden häiriöissä on ajatustoiminnan, käytöksen ja tunne-elämän häiriöt, joiden taustalla on useimmiten erilaisia psyykelle kestäättömiä tunnetiloja, kuten avuttomuutta, pelkoa, ahdistusta, surua, vihaa tai syyllisyyttä (Huttunen 2008, 8). Ihmisen kyky tuntea tunteita on ihmiselle välttämätöntä. Liian rajuina tai pitkittyneinä tunteet kuitenkin lamaannuttavat ihmisen tai saavat hänet käyttäytymään haitallisella tavalla. Impulsiivinen suuttuminen, pakonomaiset käytökset tai päihteiden liikakäyttö ovat ihmisen keinoja päästä pois psyykkeelleen kestäättömistä tunnetiloista tai lievittää niitä. (Huttunen 2015b.)

Tunnetilat, kuten viha ja pelko vaikuttavat myös elimistöön ja voivat aiheuttaa somaattisia oireita. Oireita voivat olla verenpaineen nousu, väsymys, lihasten jäykistyminen, vapina ja selkävaivat. (Huttunen 2015a.) Psykkisesti sairastuneilla, kuten skitsofreenikoilla, on muuta väestöä suurempi riski sairastua somaattisiin sairauksiin. Riskiä lisäävät muuta väestöä runsaampi tupakointi, vähäisempi liikunta, yksipuolisempi ruokavalio ja yleisempi lihavuus (Hietala, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Lönnqvist & Suvisaari 2014, 151).

Sosiaalisissa suhteissa mielenterveyden häiriö voi aiheuttaa syrjään vetäytymistä ja aloitekyvyttömyyttä. Sairastunut saattaa kokea avuttomuutta ja hän voi olla pahimmillaan täysin lamaantunut, koska ei täysin ymmärrä mitä hänelle on tapahtumassa. (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 30, 56.) Sairastuminen voi johtaa tilaan, jossa henkilöllä on heikentynyt kyky tulkita todellisuutta ja muita ihmisiä, eikä hän erota, mikä on totta ja mikä ei (Huttunen

2015; Mantere 2016). Mielenterveyden häiriöissä todellisuudentaju voi vääristyä jollain aisti- tai ajatustoiminnan alueella. Näitä voivat olla kuulo-, tunto- ja näköharhat, ajattelun ja puheen häiriöt, erilaiset deluusiot, käyttäytymisen ja kognitiiviset puutokset (Mantere 2016; Kuhanen ym. 2014,191). Sairastuminen saattaa merkitä sairastuneelle ahdistusta, unihäiriöitä, pelkotiloja, epäluuloja ja eristäytymistäipumista (Kuhanen ym. 2014, 191).

Perhe on tiivis yksikkö, jossa perheenjäsenen psyykinen sairastuminen vaikuttaa aina koko perheen elämään (Paavonen & Solantaus 2009). Perheenjäsenen pitkä psyykinen sairastaminen kuormittaa omaisia. Psykkisesti sairastuneen omaisilla on 38 prosentin riski sairastua masennukseen ja 60 prosentilla on kuormittuneisuuden oireita, kuten ahdistusta ja unettomuutta. (Jähi, Koponen & Männikkö 2015.) Tosin Huhtala ym. (2015, 21-24) osoittivat omaiskyselyjen tuloksissa, että omaisista yli puolella on masennusta ja lähes 90 prosentilla on kuormittuneisuuden oireita. Jo tämä on syy psyykkisesti sairastuneen hoidon yhteydessä huomioida myös perheenjäsenten jaksaminen. Tilanteen kuormittuneisuuteen vaikuttaa se, miten perheenjäsenet tulkitsevat elämäntilanteita ja -tapahtumia. On todettu, että niillä omaisilla, jotka viettävät aikaa alle neljä tuntia viikossa sairastuneen kanssa, on enemmän voimavaroja kuin muilla omaisilla. Kuormittuneita ovat eritoten omaiset, jotka käyttävät paljon aikaa itsemurhavaarassa olevan kanssa tai omaiset, jotka käyttävät huonossa toimintakunnossa olevan sairastuneen aktivoimiseen runsaasti aikaa. (Jähi, Koponen & Männikkö 2015.) Psyykinen sairastuminen, kuten psykoosi, aiheuttaa niin psyykkistä kuin taloudellistakin rasitusta sairastuneen läheisille ja ennen kaikkea perheenjäsenille. Sairastuminen saattaa aiheuttaa perheelle leimaantumista, mikä voi aiheuttaa eristäytymistä yhteisöstä. (Heinimaa ym. 2002.) Psykkisesti sairastuneen hoitotyö ilman omaisten osallistumista ja heidän huomioimistaan voi heikentää omaisten elämänlaatua ja lisätä masennusriskiä (Kuhanen ym. 2014, 99).

Elämäämme koskevissa kriiseissä ammennamme läheisistämme voimaa toipua, mutta toisaalta emme voi olla vaikuttamatta ympärillä oleviin ihmisiin, kuten puolisoon tai lapsiin. Omaisen sairastuminen psyykkisesti on vaikeimpia tilanteita, joita perhe voi joutua kohtaamaan. Se muuttaa perheen arkea, elämää, toimintakykyä, keskinäisiä suhteita ja elämäntarinaa. Sairastaminen koskettaa perhettä sairauden alusta aina kuntoutumiseen saakka. Sairastuminen alkaa yleensä vähitellen, eikä sitä ensin edes huomaa sairastunut tai perheenjäsenet. Syitä muuttuneelle käytökselle saatetaan etsiä parisuhteesta, parisuhteen vuorovaikutuksesta, työpaineista tai huonoa oloa saatetaan selittää elämään muuten kuuluvana rasittumisena. Usein puoliso huomaa muutokset käyttäytymisessä ja toimintakyvyssä ennen sairastunutta. Aina muutoksia sairastuneessa tai perhe-elämän muutoksia ei havaita perheen sisällä, vaan perhe sopeutuu muutoksiin. Tämä saattaa johtaa sellaisiin toimintatapoihin, jotka tuntuvat ulkopuolisista käsittämättömiltä. Sairastumisesta johtuvat muutokset näkyvät hiljalleen kaikilla elämän osa-alueilla toimintakyvyn lisäksi, kuten seksuaalisuudessa, läheisytydessä sekä suhteessa

lapsiin. Perheenjäsenet alkavat muokata käyttäytymistään uuden tilanteen mukaan, kuin tapainottaakseen tilannetta. Perheen kuormitusta lisäävät arjen toimintojen ja vastuun siirtyminen muille perheen jäsenille ja kullisten pitäminen ulkopuolisille. Pysäyttävänä tekijänä voi olla esimerkiksi itsemurhayritys tai väkivallantilanne, jolloin perhe huomaa ettei olla enää normaalitilassa. (Koskisuus & Kulola 2005,14-34.)

Vanhemman mielenterveyden häiriö lisää lapsen riskiä sairastua mielenterveyden häiriöihin lapsuudessa ja myöhemmin aikuisena (Solantaus & Paavonen 2009). Lapsella on suurin riski sairastua perheissä, joissa lapsen vanhempi sekä isovanhempansa ovat sairastaneet keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta, totesi Weismann ym. (2005) tutkimustuloksissaan. Vanhemman sairauden diagnoosia enemmän lapseen vaikuttaa vanhemman sairauden pitkäkestoisuus ja vaikutus toimintakykyyn. Lasten häiriöt ovat hankalampia, moniulotteisempia, alkavat aiemmin ja kestävät kauemmin kuin lapsilla, joiden vanhemmilla ei ole mielenterveyden häiriöitä. Pienillä lapsilla ja alakouluiässä esiin nousevat käytös- ja ahdistushäiriöt, nuoruudessa masennus ja päihteiden käyttö. (Solantaus & Paavonen 2009.) Vaikka lapsi ei varsinaisesti sairastuisikaan, voi lapsi peilata sairastuneen vanhemman käytöstä sekä tunnetiloja ja lapsi voi alkaa toimimaan kuin sairastunut vanhempi (Soininen 2017). Riitta Jähin väitöstyössä (2004, 28-30) kuvattiin, että vanhemman psyykinen sairastuminen voi aiheuttaa perheen roolien muuttumista. Lapset saattavat alkaa kantamaan vastuuta psyykkisesti sairastuneesta vanhemmasta jo hyvin varhain. Vastuunkantaminen voi jatkua aina aikuisuuteen saakka, koska vanhemman sairaalakierre voi kestää hyvin kauan. Aikuisena lapsi saattaa joutua tasapainoilemaan oman elämänsä ja vanhemmasta huolehtimisen välillä.

3.3 Perhetyö psyykkisesti sairastuneen hoidossa

Perhetyötä ovat kaikki perheenjäsenten ja työntekijän väliset kohtaamiset, on se sitten yksilötapaamisia, perhetapaamisia tai kotikäyntejä. Perhetyötä on siis mikä tahansa kumppanin tai perheen huomioiva työ. (Koskisuus & Kulola 2005, 187-188.) Perhetyön tarkoitus on perheen omien voimavarojen vahvistaminen ja vuorovaikutuksen parantaminen (Perhetyö 2015). Laadukas perhetyö perustuu työntekijän ja perheen väliseen yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen. Perhetyö on interventio perheen elämään ja yksityisyyteen, oli syy mikä tahansa. Perhetyötä tehdään myös perheen kotona. Koti on fyysisesti ja henkisesti perheen intiimiä tilaa, jonka rajat perhe itse määrittää. Perheen ja sen jäsenen yksilöllinen tarina on myös uniikki ja erilainen, eikä sitä voi yleistää, olettaa tai ulkoapäin ymmärtää. (Rytkönen & Rönkkö 2010, 278-279.)

Perhe on yksilöistä muodostuva ryhmä, joka keskinäisten suhteidensa vuoksi erottuu muista yhteiskunnallisista ryhmistä, järjestelmistä ja yhteisöistä. Moraaliset, taloudelliset ja yhteiskunnalliset ulottuvuudet sekä biologiset, emotionaaliset ja sosiaaliset suhteet määrittelevät perhesuhteita. Usein perhesuhteisiin liittyy hoivan ja huolenpidon velvollisuus. Perhesuhteita

eletään monesti samanaikaisesti, esimerkiksi henkilö voi olla samaan aikaan isä ja veli. Yleisesti perheen perusyksikön muodostaa parisuhde, jonka seurauksena mahdollisesti syntyvä lapsi aikaansaa perheen, suvun, vanhemmuuden, äitiyden, isyyden, sisaruuden ja isovanhemmuden. Perheen yleiskäsite on saanut arkikielessä erilaisia ominaisuuksia ja määritteitä. Silti perhe on yksilöllinen ryhmä, jolla on yksityinen perhekulttuuri. (Rytkönen & Rönkkö 2010, 10.) Perheen määrittelyn tekee potilas itse. Jokaisen potilaan kohdalla tulee kiinnittää huomiota perheen merkitykseen potilaalle. Huomiota tulee kiinnittää myös siihen, mitä hänen perheensä tarvitsee, jotta perhe voidaan huomioida potilaan tilanteen arvioinnissa, tiedon saamisessa, tiedon antamisessa, perheen tukemisessa ja auttamisessa sekä hoitosuunnitelman laatimisessa. Perhettä voidaan pitää oman terveytensä parhaana asiantuntijana, jolla on oikeus päätöksentekoon terveyteensä liittyen ja vastuu tekemistään valinnoista. (Hämäläinen ym. 2017, 191.)

Perhekeskeisyys tarkoittaa hoitotyössä potilaan huomioimista yksilönä ja osana hänen perhettään, sukuaan, työyhteisöään ja muuta lähipiiriä. Lähtökohtana perhekeskeiselle hoitotyölle on, että perhe on ihmisen tärkein sosiaalinen yhteys ja perheellä on vahva vaikutus yksilön terveyteen, sairastumiseen ja toipumiseen. Yksittäisen perheenjäsenen sairastuminen ja käyttäytyminen heijastuvat muihin perheenjäseniin ja päinvastoin. Perheen sisäinen vuorovaikutus muokkaa perheenjäsenen tunteita ja ajattelua. (Heikkilä, Larivaara & Lindroos 2009.) Perhekeskeisyyttä pidetään hyvän hoidon ominaisuutena ja sen vuoksi sillä on merkittävä rooli mielenterveyshoitotyössä. Hoidon keskiössä on yksilö, mutta perhettä pidetään tärkeänä taustatekijänä. Perhekeskeisyys saa alkunsa jo ensikontaktissa. Potilaan ja perheen hyvinvointi eivät ole erotettavissa toisistaan, sillä läheisten hyvinvointi vaikuttaa myös potilaan hyvinvointiin. Yksilön terveydentilalla on vaikutusta arkielämän sujumiseen ja perheen terveyteen. (Hämäläinen ym. 2017, 190). Perhekeskeisessä hoitotyössä hoitajan tehtävänä on antaa tietoa ja kertoa valinnoista, jotka koskevat potilaan ja perheen terveyttä. Hoitotyössä potilas on keskiössä, mutta perhe on merkittävä taustatekijä. Perhe huomioidaan sairastuneen tilan arvioinnissa, perheen tukemisessa, tiedottamisessa ja hoitosuunnitelman laatimisessa sekä ajankohittaisen tiedon antamisessa. (Kuhanen ym. 2014, 97,100).

Perheen ja läheisten mukaan ottaminen sairastuneen hoitoon on vahvistunut hyvien hoitokäytänteiden mukaiseksi tavoitteeksi psykiatriassa (Berg & Johanson 2011, 46). Käypähoitosuosituksukset ehdottavatkin psykiatristen sairauksien, kuten skitsofrenian, masennuksen, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, epävakaan persoonallisuuden, syömishäiriöiden sekä traumaperäisen stressihäiriön hoidon osaksi potilaan ja perheen psykoedukatiivisia interventioita. Suosituksilla on yhteistä mainituille sairauksille sairastuneen perheille tarjottava tiedollinen ja emotionaalinen tuki sekä perheinterventioiden aloittaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoitoa. (Skitsofrenia 2015; Depressio 2016; Epävakaata persoonallisuus 2015; Kaksisuuntaisen mielialahäiriö 2013; Syömishäiriöt 2014; Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt 2016.)

4 Kirjallisuuskatsaus

Työ oli toiminnallinen opinnäytetyö, jonka aineistonkeruumenetelmänä toimi narratiivinen yleiskirjallisuuskatsaus. Narratiivisen yleiskatsauksen avulla saatiin laaja kuva kyseessä olevasta aiheesta. Sen tarkoituksena oli aiemmin tehtyjen tutkimusten tiivistäminen (Salminen 2011, 7). Kirjallisuuskatsauksen kautta toimme esille aiempia tutkimuksia ja kirjallisuutta liittyen psykiatriseen sairastumiseen ja sen vaikutukseen sairastuneella ja sairastuneen perheeseen sekä perhetyön dialogisuuteen.

Kerätty aineisto toimi opinnäytetyön tuotoksen sisällön lähteenä. Keskeisimmät käsitteet opinnäytetyössä olivat mielenterveys, mielenterveydenhäiriö, psyykinen sairastuminen, psyykkisen sairauden vaikutus sairastuneeseen, psyykkisen sairauden vaikutus perheeseen, perhe ja perhetyö psyykkisesti sairastuneen hoidossa. Perustelimme perhetyön merkitystä potilaan hoidossa sekä esittelimme käytänteitä sekä sairastuneen lähipiirin odotuksia ja kokemuksia perhetyöstä psykiatriassa.

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, mikä antaa prosessille suunnan. Tutkimusongelman- tai kysymyksen on oltava relevantti ja fokuoitunut olematta kuitenkaan liian suppea, sillä muuten aineiston löytäminen voi olla vaikeaa. Kysymyksenasettelussa on myös huomioitava resurssit, sillä opinnäytetyön tekijällä ei ole samaa asemaa kuin esimerkiksi rahoitetulla tutkimusryhmällä. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 24). Tutkimuskysymyksemme kuvaillaan kappaleessa 3. Kysymys oli relevantti ja fokuoitunut, sillä aineiston löytämisessä ei ollut ongelmia. Tutkimuskysymystä tarkennettiin apukysymyksillä, sillä muuten aineistoista saadut tulokset olisivat olleet liiankin laajoja ja menneet jo aiheen ohi.

Seuraava vaihe kirjallisuuskatsauksessa on aineiston valinta, johon sisältyy myös aineiston haku ja valintaprosessin kuvaus. Tässä vaiheessa on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että valittujen tutkimusten asetelmat vastaavat omaan tutkimuskysymykseen. Pääosaisena aineistona ovat alkuperäistutkimukset. Tietokantahaku toteutetaan käyttämällä soveltuvia hakusanoja ja hakulausekkeita. Tutkija itse määrittelee haun kannalta keskeiset käsitteet. Fokuksen säilyminen toteutetaan mukaanotto- ja poissulkukriteerien avulla. (Stolt ym. 2016, 25-26, Arksey & O'Malley 2005 mukaan). Aineistoksi valikoituvia kirjoja ja artikkeleja haettiin Laurean Finna-palvelun avulla. Artikkeleja ja tutkimuksia haetaan Medic ja ProQuest Central palveluilla. Käytettäviä hakusanoja olivat ”family work” AND psykiatry, psykologia AND perhe, ”psyykinen sairaus” AND perhe, perhetyö, ”psyykinen sairastuminen”, ”mielenterveyshäiriö” AND perhe sekä psykiatria AND perhe.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Julkaistu 2007 jälkeen	Julkaistu ennen 2007
Kirjoitettu suomeksi tai englanniksi	Kirjoitettu muulla kielellä kuin suomeksi tai englanniksi
Laadultaan väitöskirja, pro-gradu tai artikkeli tieteellisessä julkaisussa	Laadultaan jokin muu kuin väitöskirja, pro-gradu tai artikkeli tieteellisessä julkaisussa
Aineisto on ilmaiseksi saatavilla	Aineisto on maksullinen

Kirjallisuuskatsauksen kolmas vaihe on valikoituneiden tutkimusten arviointi. Tämän tarkoituksena on alkuperäistutkimusten tiedon kattavuuden ja tulosten edustavuuden tarkastelu. (Stolt ym. 2016, 28 Whittmoren & Knaflin 2005 mukaan). Valikoituneet tutkimukset analysoimme niiden julkaisuajankohdan, julkaisupaikan, tekijän ja lähdeluettelon perusteella.

Katsauksen neljännessä vaiheessa tehdään yhteenveto valikoitujen tutkimusten tuloksista. Tämän vaiheen tarkoituksena on tutkimusten yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien etsiminen sekä niiden ryhmittely, vertailu ja tulkinta. (Stolt ym. 2016, 30, Whittmoren 2005 mukaan). Yhteenveto toteutettiin tekemällä merkintöjä aineistoon sekä muodostamalla kategorioita ja teemoja niiden perusteella. Opinnäytetyöhön liittyvät tulokset teemoiteltiin ja niistä muodostettiin looginen kokonaisuus.

Katsauksen viimeinen vaihe on katsauksen kirjoittaminen eli tulosten raportointi. Siinä edeltävät vaiheet kirjataan tarkasti. Tärkeää on huomioida tarkkuus, joka mahdollistaa tutkimuksen toistettavuuden. Tarkkuus myös mahdollistaa lukijalle katsauksen luotettavuuden arvioinnin. (Stolt ym. 2016, 32, Whittmoren 2005 mukaan). Tulosten raportoinnissa kuvasimme aikaisemmat vaiheet mahdollisimman tarkasti.

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteilla, jonka tarkoituksena on luoda aineistosta teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Se voidaan nähdä kolmivaiheisena prosessina. Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen, eli redusointi. Seuraava vaihe on aineiston ryhmittely, eli klusterointi. Viimeinen vaihe on teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109).

Redusoinnissa aineisto pelkistetään, eli siitä suljetaan pois tutkimukselle epäolennaiset asiat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110) Pelkistämisen toteutimme etsimällä tutkimuskysymyksen avulla tutkimukseen liittyviä ilmaisuja. Nostimme aineistoista esille perhetyötä ja sen toteuttamista koskevat ilmaisut sekä huomiot sen tärkeydestä.

Klusterointivaiheessa esille nousseet ilmaukset käydään läpi ja aineistoista etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Käsitteet ryhmitellään eri luokkiin, jotka nimetään luokan sisältöä kuvailevalla tavalla. Luokan nimi voi olla esim. ominaisuus, piirre tai käsitys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Emme keksineet etukäteen valmiita yksiköitä, vaan aineistolähtöisyyden vuoksi yksiköt nimettiin aineiston perusteella. Näin vältyimme esimerkiksi omilta tulkinnoilta ja ennako-oletuksilta.

Abstrahoinnissa muodostetaan teoreettiset käsitteet valikoidun tiedon pohjalta. Tämä tapahtuu käsitteellistämällä aineistojen ilmaukset teoreettisiksi käsitteiksi ja johtopäätöksiksi. Yhdistellyistä käsitteistä saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111-112.)

5 Tulokset

Kirjallisuuskatsauksen aineistoista kerättiin tuloksiksi kohdat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tulokset kasattiin yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Niissä kuvattiin perhetyön vaatimuksia ammattilaisen ja organisaation näkökulmista. Psykkisen sairastumisen vaikutuksen todettiin vaikuttavan koko perheen hyvinvointiin. Perhetyön tavoitteita ja hyötyjä nousi esiin useammassa aineistossa. Perheen määrittelylle löytyi erilaisia näkemyksiä. Perhetyön huomioiminen ja tukeminen-kappaleessa kuvattiin erilaisia keinoja perhetyön toteuttamiselle. Kappaleessa kuvattiin myös perheen odotuksia hoitotyölle.

5.1 Perhetyön vaatimukset

Löydetyistä tuloksista nousi esille, mitkä ovat psyykkisesti sairastuneen sekä tämän läheisen tai perheenjäsenen odotukset ja käsitykset perhetyötä tekevistä hoitotyön ammattilaisista. Lisäksi Kivimäen (2009) tutkimuksessa oli hoitotyön ammattilaisten itsensä tuomia näkemyksiä perhetyön vaatimuksista ammattilaisille ja organisaatiolle.

5.1.1 Perhetyön vaatimukset ammatilliseen osaamiseen

Kivimäen hoitohenkilöstön haastatteluissa perhetyön asettamiksi vaatimuksiksi ammatilliseen osaamiseen nousivat teemat; rohkeus, kyky ohjata ja tiedottaa, motivoitunut asenne sekä koulutus. Haastateltavat toivat esille, että perheen kohtaaminen vaatii hoitajalta henkilökohtaisia valmiuksia ja rohkeutta. Hyötyä katsottiin olevan myös elämänkokemuksesta ja omasta perheestä. Erityisen tärkeänä nähtiin teoreettiset valmiudet. Haastateltavien mukaan oli hyvä, jos pohjalla on näyttöön perustuvaa tietoa perhetyöstä. Hoitajan arvojen ja asenteiden suhteessa perhetyöhön koettiin vaikuttavan merkittävästi valmiuksiin ja motivaatioon kohdata perheitä. Koettiin myös etuna, jos hoitaja oli luonut perhetyöstä ja sen sisällöstä ammattidentiteettiinsä sopivan käsityksen. (Kivimäki 2009, 29-30.)

Eassomin ym. tutkimuksessa kuvattiin hoitohenkilöstön valmiuksia, taitoja ja kokemusta perhetyötä helpottaviksi tekijöiksi. Hyödyllisiä taitoja olivat luova työskentely haasteiden ylittämiseksi, reflektointitaito ja sinnikkyys. Tutkimuksen läheiset arvostivat ammattilaisten taitoja; ammattilaisia pidettiin tiedottavina, aitoina, lämpiminä ja ymmärtäväisinä. Heidän nähtiin osoittavan koko perheelle ymmärrystä ja tietoisuutta. (Eassom, Giacco, Dirik & Priebe, 2014.)

Horpun tutkittavien potilaiden ja heidän perheenjäsenten mukaan ammattitaitoista hoitajaa kuvasivat avoimuus, asiallisuus, luottamuksellisuus, vakavasti ottaminen ja rehellisyys. Erityisesti hoitajan ammatillisuutta tutkittavat kuvasivat taitoina kysellä oikeita asioita ja johdella keskusteluja merkityksellisiin, potilasta koskeviin asioihin. Hoitajilla oli ollut tutkittavien mukaan kyky poimia oikeat asiat keskusteluista ja palata niihin myöhemmin sopivissa tilanteissa. (Horppu 2008, 39.) Avointa hoitajaa läheiset kuvailivat myös empaattiseksi, ystävälliseksi, läsnäolevaksi ja näkyväksi (Lindberg 20011, 57). Puolisot toivoivat inhimillistä lähestymistapaa hoitajilta. Säälin sijaan he kaipasivat myötätuntoa, kuulemistä ja kiitosta siitä, että he pärjäisivät kotona arjessa lasten kanssa. (Heino 2009, 35.)

Leinosen tutkimuksesta tuli esille, että kiinnostunut ja myötätuntoinen asenne mahdollistavat hyvän hoitosuhteen luomisen hoitohenkilökunnan ja läheisen välille. Hyvän hoitosuhteen luomista tukivat myös hoitohenkilökunnan avoimuus sekä rakentava ja kiireetön keskustelu. (Leinonen 2015, 49.) Horpun (2008, 40) haastatteleminen perheenjäsenten ja potilaiden mukaan aito kiinnostunut asenne perhetyötä kohtaan näyttäytyi auttamishalukkuutena; haluna auttaa potilaita perheenä, hoitajan aktiivisena osallistumisena keskusteluun hoitoneuvotteluissa, aktiivisena kyselynä, hyvänä perehtymisenä ja keskittymisenä potilaan ja perheen asioihin. Haastateltavat olivat sanoneet, että hoitajien on täytynyt olla kiinnostuneita heidän asioistaan, koska he muistivat asiat niin hyvin. (Horppu 2008, 40.) Myös Lindbergin (2011, 57) tutkittavilta omaisilta tuli esille vastaavia teemoja; tutkimuksessa omaiset toivoivat hoitajilta rohkaisua, avoimuutta, kiinnostusta, kokonaisvaltaista lähestymistapaa ja tunteiden huomiointia heidän jaksamisen tukemisessa. Leinosen (2015, 48) tutkimuksessa eräs omainen sanoi, että ”Ammattitaitoon pitäisi kyllä kuulua tietääkseni myös omaisten mielipiteiden huomioiminen ja kunnioittaminen”.

Perheiden kanssa työskentelevän hoitajan pitää Kivimäen haastatteleminen hoitajien mielestä olla ajan tasalla tilanteesta ja osata hallita kokonaisuuksia. Perheiden kohtaamisissa vaaditaan hoitajalta ammatillista näkemystä ja tavoitteellista otetta. Lisäksi pitää olla käsitys siitä, mihin suuntaan perheen kanssa ollaan menossa, totesivat tutkimuksen hoitajat. Hoitajien mielestä perheille täytyy myös osata antaa tietoa ja ohjata perhettä esimerkiksi sairaalan ulkopuolella oleviin tukitoimintoihin, kuten vertaisryhmiin tai perheterapiaan. Hoitajan ei

tule yksin yrittää hoitaa perhettä, vaan mukaan tulisi tarvittaessa liittää muita ammattiryhmiä. Lyhyelläkin hoitajaksolla tulisi hoitajan ottaa vastuuta perhetyöstä ja tunnistaa perheen tuentarve, vaikka hajanaista tilannetta ei olisikaan edes tarkoituksenmukaista korjata ajankohtaisesti. (Kivimäki 2009, 29-30.)

Kilkun väitöstyön tuloksissa psyykkisesti sairastunut ja tämän läheisten kokemusten mukaan he odottavat hoitajan toiminnalta aktiivista ja jämäkkää otetta. Jos hoitaja oli lähestynyt heitä epävarmana, niin tämän asiantuntijuus koettiin kyseenalaisena tutkimuksen mukaan. (Kilkku 2008, 95.) Molemmat, sekä sairastunut että läheinen kokivat aktiivisen käytännöistä ja asioista kertomisen luovan heille turvallisuuden tunnetta. Hoitajalta odotettiin myös aktiivista kontaktin luomista ja läheisen kutsumista mukaan potilaan hoitoon ja yhteistyöhön. (Kilkku 2008, 95-96; Lindberg 2012, 52-53) Leinosen tutkimuksessa ilmeni aktiivisen kohtaamisen lisäksi myös, että läheiset odottivat hoitajalta aloitteellisuutta vaikeiden asioiden esille ottoon, koska eivät välttämättä uskalla itse olla aloitteellisia. Läheisille oli merkittävää, että hoitajat koettiin helposti lähestyttävänä. (Leinonen 2015, 50.) Yhteistyösuhteen ja luottamuksen luomiseksi perhetyössä tarvittiin Kilkun (2008, 96) tutkimuksessa hoitajien mukaan molemminpuolista avoimuutta. Avoimuuteen liittyi kahdessa tutkimuksessa tietojen vaihtoa, vastavuoroisuutta ja selkeästi asioista puhutaan selkeästi välttäen ammattikieltä, yhdessä potilaan sekä tämän omaisen kanssa (Essom ym. 2014; Kilkku 2009, 96). Lisäksi Kilkun tutkimuksessa läheisen ja sairastuneen luottamusta vahvistivat kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen tunne. Luottamus, avoimuus ja vastavuoroisuus osaltaan myös tukivat potilaan ja läheisen turvallisuuden tunnetta. (Kilkku 2009, 96.)

Lindbergin tutkimuksessa läheisten kokema arvostus vahvistui hoitajien kanssa tapahtuneiden kanssakäymistilanteiden myötä. Arvostukseen vaikuttavia tekijöitä olivat tasa-arvoinen kohdelu, kokemus kumppanuudesta sekä huomion saamisesta. Tasa-arvoisuudelle ominaista oli kokemus samanarvoisuudesta. Kumppanuutta tukivat läheisten kokemusten ja mielipiteiden arvostaminen. Arvostusta puolestaan alensi hoitajilta saadun huomion vähäisyys. (Lindberg 2007, 52.)

Kilkun tutkimuksen sairastuneet, läheiset ja sairaanhoitajatkin toivoivat enemmän julkista keskustelua mielenterveysongelmista etenkin psykoosisairauksista, jotta ihmisten kielteisiä asenteita ja mielikuvia saataisiin muutettua positiivisemmaksi ja realistisemmaksi. Läheiset itse kokivat stigman estävän julkisen esiintulon itsensä ja sairastuneen läheisensä kohdalla. Ammattilaisilta toivottiin aktiivisempaa kertomista julkisesti mitä sairaudet ovat ja kuinka niitä hoidetaan. (Kilkku 2008, 114.)

5.1.2 Perhetyön vaatimukset organisaatiolle

Valtaosa Eassomin ym. tutkimasta henkilöstöstä sekä Kivimäen tutkimuksen kohteena olleet akuuttipsykiatrian osaston hoitajat kokivat perhetyön asettavan vaatimuksia organisaatiolle. Vaatimuksia olivat riittävä ajankäyttö, perhetyöhön soveltuvat tilat ja riittävä henkilökunnan määrä sekä taloudelliset resurssit. (Eassom ym., 2014; Kivimäki 2008, 31.) Tilojen kuului hoitajien mukaan olla rauhallisia ja riittävän tilavia, jotta perhetyötä voitaisiin toteuttaa kokonaisvaltaisesti. Perhetyön aktiivinen toteutus vaatii aikaa, mikä edellyttää suunnitelmallisuutta aikatauluihin. Varsinkin osastolla henkilökunnan tarvetta tulisi miettiä tutkimuksen hoitajien mukaan niihin ajankohtiin, jolloin potilaiden läheiset vierailevat. (Kivimäki 2008, 31.) Tutkimuksen hoitajien mielestä yhteisen toimintamallin puuttuminen vaikeutti perhetyön toteutumista, sillä sen puuttuessa käytännön toteutus voi jäädä hajanaiseksi. Tätä voitaisiin heidän mukaansa parantaa laatimalla työryhmässä yhtenäinen malli, josta ilmenisi osaston tavoitteet perhetyölle. (Kivimäki 2008, 54-55.)

Alex Reedin, Julie Apedailen, Caroline Hughesin & Evelyn Ormerodin (2013) englantilaisessa tutkimuksessa perhetyöstä akuutin psykiatrian ympäristössä korostui potilaan tapaaminen hänen perheensä kanssa. Reed ym. toivat esille, että keskustelu ajatuksista, toivoista ja huolista potilaan ja hänen perheen kanssa tuottavat tärkeää terapeutista hyötyä. Sen avulla voidaan ehkäistä joidenkin negatiivisten seurausten syntyminen sekä potilaalle että perheelle. Ihmiset tulevat sairaalaan usein kriisin aikana, joten lähestymistapojen tulee olla joustavia ja herkkiä, jokaisen perheen yksilölliset tarpeet huomioiden. Tällaisen toiminnan toteutumiseksi henkilökunnalla tulee olla mahdollisuus koulutuksiin ja jatkuvaan ohjaukseen, jonka tulee olla joustavasti ja vastaanottavaisesti toteutettua. (Reed ym. 2013.) Eassomin ym. tutkittavien henkilöstön ammatillisten puutteiden, kuten taitojen, perhedynamiikan hallinnan ja itseluottamuksen puutteen kuvattiin paranevan rohkaisevalla läsnäololla, jatkuvalla tuella sekä strukturoidulla järjestelmällä perheiden kanssa työskenneltäessä. Henkilöstö kertoi myös lähestymistapaan liittyvällä uskolla ja identiteetillä omassa roolissaan olevan arvoa. (Eassom ym., 2014.)

Kivimäen (2008, 52) haastateltavien mielestä perhetyötä kannustavana tekijänä nähtiin oleellisenä lisäkoulutus, sillä se luo varmuutta hoitotyön osalta sekä perheiden kohtaamisessa. Työkokemuksen koettiin kartuttavan omia taitoja ja lisäkoulutuksen syventävän ammattitaitoa. Perhetyöhön liittyvää käytännön läheistä koulutusta, joka auttaisi konkreettisissa tilanteissa toivottiin. Toinen kannustava tekijä oli työnantajataholta arvostus perhetyötä kohtaan. (Kivimäki 2008, 53.)

Vahvin edistävä tekijä perhetyöhön näytti olevan Eassomin ym. (2014) tutkimuksessa vahva johtajuus ylimmän tuen kautta sekä strategisten ratkaisujen kehittäminen. Johtajuus ja strategiset ratkaisut antoivat hyväksynnän perhetyölle, joka sai keskeisen prioriteetin palveluissa

ja voisi vahvistaa tarkkoja aloitteita, kuten perhetyön kirjaamisen liiketoimintasuunnitelmiin, toimintaperiaatteisiin ja koko henkilöstön työkuvauxsiin. Lisää hyväksyntää syntyi, kun tarjottiin joustavia työaikoja, luotiin uusia henkilöstörooleja ja rahallista korvausta. Perhetyön arvo nousi esiin säännöllisissä moniammatillisissa kokouksissa, jotka osoitettiin tiimin kohtaisille tarpeille ja strategioiden kehittämislle, mitkä priorisoivat perhetyötä ja tekivät siitä osan säännöllistä kliinistä toimintaa. Tämä sisälsi rutiininomaiset arviot kaikista perheistä, perhettä koskevat kyselyt hoitavilta tahoilta, kun tarkasteltiin tapauskohtaisia tarpeita. Lisäksi tarjottiin säännöllistä palautetta perheenjäsenistä tiimeille ja johtajille. (Eassom ym., 2014.) Tiimin vetäjien ja osastonhoitajien tärkeys nousi esiin myös Reedin ym. (2013) tutkimuksessa, sillä heidän esimerkkinsä lähettää selkeän viestin perhetyön tärkeydestä ja kannustaa muita työntekijöitä sen toteuttamiseen.

Essomin ym. tutkimus toi myös esille, että perhetyö vaatii myös rakenteilta, että avohoito ja osastohoito tekevät yhteistyötä. Yhteistyön puute esiintyi tutkimuksen mukaan puutteina kirjaamisessa, mikä johtui koulutuksen vähyydestä ja ajan puutteesta. (Eassom ym., 2014.)

Perheiden osallistaminen potilaan hoitoon Essomin ym. mukaan tuo mukanaan muitakin haasteita, kuin mitä siihen yleensä liitetään tutkimuksen siirtyessä käytännön toteutukseen. Täytäntöönpano voi vaatia kulttuurillisia ja organisaatiotason muutoksia. Perhetyötä voidaan toteuttaa vain, jos sitä pidetään kaikkien jäsenten (kliininen tiimi, ja/tai mielenterveyspalvelut, mukaan lukien organisaation johtajat) yhteisenä tavoitteena. Tämä voi tarkoittaa muutosta eettisissä ja käytännön käytänteissä, sekä sellaisten työskentelytapojen perustamisessa, jotka helpottavat perheiden osallistumista. Moniammatillisen yhteistyön ja toimivien järjestelmien puutteiden vuoksi perhetyötä koskevat rasitteet olivat joissain tapauksissa ylittämättömiä. Tekijät, jotka puolestaan mahdollistavat perheen osallistumisen, liittyivät ylhäältä alaspäin tapahtuvaan johdon tukeen, priorisointiin ja perhetyön kulttuurin muuttamiseen. (Eassom 2014.)

5.2 Psykkisesti sairastuneen vaikutus lähipiiriin

Psykkisesti sairastuneella on voimakas vaikutus lähipiiriin; läheinen kuormittuu ja uupuu vaikeassa elämäntilanteessa, joskus jopa niin paljon, että sairastuu myös itse (Koponen, Jähi, Männikkö, Lipponen, Åstedt-Kurki & Paavilainen 2012, 143; Leinonen 2015, 40-43). Viitalan (2007, 42) tutkimuksen tuloksissa läheiset kuvasivat vaikeana aikana erityisesti perheenjäsenen sairastumisen alkuaikaa. Koposen ym. (2012, 143) tuloksissa läheiset kuvasivat vertais-tuellisessa kontekstissa kuormittuneisuuteen ja uupumiseen vaikuttavia tekijöitä, joita ovat elämää rajaavat erilaiset pakot, raskas tilanne, asioista luopuminen, asioiden hoitaminen, asioiden ennalta arvaamattomuus, kaaos, kriisi, tiedon puute, kiire ja loputon toistuvuus. Perheen arki tahdittuu perheenjäsenen sairauden mukaan, omaa aikaa ei oikeastaan ole. Lähei-

set kertoivat olevansa myös useimmiten väsyneitä ja alakuloisia sekä heidän suhde omiin tarpeisiin on hämärtynyt. Ennen mahdollista sairaalahoitajakson alkua läheinen ja sairastunut perheenjäsen ovat saattaneen käydä jo raskaan ja monivaiheisen prosessin. (Koponen ym. 2012, 144-146.) Koposen ym. (2012, 144-146) tuloksissa korostui, ettei läheinen halua puuttua sairastuneen perheenjäsenen asioihin ja hallita tätä vaan sairauden luonne edellyttää huolenpitoa ja valvontaa. Pohdinnoissaan Koponen ym. (2012, 146-147) toivat esille, että jos sosiaali- ja terveystalveissa kiinnitettäisiin enemmän huomiota läheisen mahdollisuuksista kertoa tilanteestaan, voitaisiin etenkin jaksamisensa ääriarajoilla olevia läheisiä kohdata ja huomioida paremmin.

Läheiset voivat tuntea perheenjäsenensä sairastumisesta syyllisyyttä, katkeruutta, pelkoa, hämmennystä, huolta, epävarmuutta, uupuneisuutta ja ahdistusta. Sairauden ilmi tuleminen ja perheenjäsenen sairaalahoidon alku voi järkyttää läheistä, mutta ilmitulo voidaan kokea myös helpottavana. (Leinonen 2015, 40-43) Viitalan (2007, 25,42) tuloksissa läheiset kokivat sairastuneen diagnoosin saamisen ja sairaalaan pääsyn helpottavana tekijänä. Sairauden alussa epävarmuuden tunnetta lisäsi epätietoisuus siitä, miten suhtautua sairastuneeseen perheenjäseneseen (Viitala 2007, 42-43). Läheinen voi kokea olevansa osallisena perheenjäsenen sairastumisessa (Leinonen 2015, 43; Viitala 2007, 22). Läheiset saattavat miettiä, kuinka he ovat toimineet ja ovatko he toimineet väärin tai onko jotain tärkeää jäänyt huomaamatta josain sairauden vaiheessa tai ennen sairastumista, mikä oli lisännyt heille syyllisyyden tunnetta (Kilkku 2008, 99; Viitala 2007, 22). Lisäksi Kilkun (2008, 99) ja Lindbergin (2011, 58) tutkimuksissa tuli esille, että etenkin äidit kokivat jatkuvaa ja voimakasta syyllisyyttä lapsensa sairastumisesta. Syyllisyyden tunnetta joillakin omaisilla lisäsi myös sairastuneen perheenjäsenen tahdonvastaisesti sairaalaan toimittaminen ja sairastuneen aiheelliset tai aiheettomat syytökset (Leinonen 2015, 43; Viitala 2007, 22). Viitalan (2007, 22) tutkimuksen läheiset kokivat syyllistämistä myös hoitotalolta, mikä koettiin pahana. Ahdistuksen tunteita läheisellä lisäävät Leinosen (2015, 42) tulosten mukaan ennakkoluulot ja tietämättömyys psyykkisestä sairaudesta ja sairaalahoidosta. Mitä tiiviimmästä läheisen ja sairastuneen perheenjäsenen suhteesta on kyse, sen merkityksellisemmin tunteet esiintyvät. Tällaisten tunteiden helpottamiseksi on tärkeää, että läheiset ymmärtävät sairauden vaikutuksen perheenjäseneseen sekä saavat ymmärrystä siitä, ettei läheinen ole tehnyt asioita, jotka ovat aiheuttaneet sairauden. (Leinonen 2015, 43.)

Psyykkinen sairastuminen vaikuttaa Viitalan (2007, 25) tulosten mukaan parisuhteeseen ja vanhemmuuteen myös roolien muuttumisena. Parisuhde oli haastateltavien potilaiden läheisten mukaan jäänyt taka-alalle ja oli keskittyty huolehtimaan lapsista. Parisuhteeseen vaikutti kumppanin psyykkisen sairastumisen aiheuttamat muutokset. Aiemmin aktiivinen ja innostunut kumppani muuttui omissa oloissaan viihtyväksi ja passiiviseksi, myös lääkityksen tuomat muutokset sairastuneessa tuntuivat kumppanissa pahalta. Perheessä terveelle aikuisella jää

enemmän vastuuta, mutta sairastunutkin ottaa osaa arjen toimiin kykyjensä mukaan. Terve aikuinen koki olevansa kuitenkin vastuussa arjen toiminnoista ja sairastuneestakin. Haastattelut olivat kokeneet myös positiivisia muutoksia, asioista pystyttiin puhumaan aiempaa enemmän ja avoimemmin. Perheissä oli sovittu, että kaikista, myös vaikeista asioista puhutaan. (Viitala 2007, 25.) Perheen sisäiset suhteet olivat lähentyneet, aikaa oli enemmän yhdessä ololle. Työelämästä oli tullut vähemmän merkityksellisempää kuin se oli aiemmin ehkä ollut. Perheenjäsenet kuvasit haastatteluissa, että elämä olisi enemmän pintaliittoa ilman kohdattuja kokemuksia. He kokivat olevansa nyt vahvempia ihmisiä kuin aikaisemmin. (Viitala 2007, 45.)

5.3 Perhetyön tavoitteita ja hyötyjä

Kivimäen tutkimuksessa haastateltujen hoitajien mukaan tärkeimmät perhetyön tavoitteet ovat; avoin tiedon jakaminen osapuolten välillä, tuen tarjoaminen perheelle sekä perheen ohjaaminen tarpeen mukaan ulkopuolisen avun piiriin. Hoitajat näkivät erityisen tärkeänä lapsiperheiden huomioimisen ja heidän tilanteen kartoittamisen. Tavoitteeksi hoitajat toivat esille myös perheen sairautta lisäävään ja ongelmalliseen toimintaan puuttumisen. Varhainen puuttuminen ja huomioiminen ehkäisi hoitajien mielestä tulevia ongelmia lasten kasvaessa. (Kivimäki 2008, 37-38.)

Perheen ja hoitajan välisen yhteistyön tavoitteena on yhteyden pitäminen perheeseen ja perheen ajan tasalla pitäminen hoitoon liittyen. Yhteistyössä tärkeimpänä tekijänä Kivimäen tutkimuksessa nousi esille molemminpuolinen tiedon jakaminen. Yhteistyö helpottuu, jos hoitajan ja perheen välille muodostuu luottamuksellinen suhde. Silloin perhe uskaltaa paremmin kertoa arkaluontoisista asioista, joista ei ole aikaisemmin keskustellut. Tätä edellyttää se, että perheelle on muodostunut kuva, että tällä tavalla he ovat oleellisesti osana potilaan tehokasta hoitoa. (Kivimäki 2008, 48.)

Perheet voivat rohkaista potilaan sitoutumista hoitosuunnitelmiin, tunnistaa ja vastata taudin uusiutumisen varomerkkeihin sekä avustaa palveluihin hakeutumisessa kriisin aikana. Perheen osallistuminen voi johtaa parempiin tuloksiin psykologisissa terapioissa ja lääkehoidossa sekä vähentää että lyhentää sairaalahoitajaksoja. Näiden lisäksi tutkimuksen potilaat raportoivat paremmasta elämänlaadusta. (Eassom ym., 2014.)

Reed ym. olivat laatineet tavoitteita perhetyön toteuttamiselle. Ensin he saivat perheiden tapaamiset onnistumaan heille tutuilla akuuteilla alueilla. Seuraavana tavoitteena oli perhetyön mallin laajentaminen muille alueille. He tahtoivat luoda perhetyöstä käytännön, jonka kaikki potilaat, perheet, kumppanit ja ystävät voivat odottaa toteutuvan. Toisena tavoitteena heillä oli perhetapaamisten ja kliinisen päätöksenteon välisen siteen vahvistaminen akuuteissa palveluissa. He pyrkivät esimerkiksi hoitajaksojen lyhenemiseen. Kolmantena tavoitteena oli

vanhemmuuteen panostaminen ja nuorempien perheenjäsenten mukaan ottaminen tapaamiin. (Reed ym. 2013.)

5.4 Kuka määrittelee perheen?

Perhetyössä olennaista on, kuinka perhe määritellään ja kuka sen tekee (Kivimäki 2008, 28). Kuten kappaleessa 5.3 nostimme esille, perheen yleiskäsite on saanut erilaisia ominaisuuksia ja määritelmiä. Myös useammassa löytämässämme tutkimuksessa kuvattiin erilaisia tapoja perheen määrittelylle. Perheen määrittely perustui esimerkiksi sukulaissuhteeseen tai samaan talouteen kuulumiseen. Osa tutkimuksista korosti ajatusta siitä, että potilas tekee määrittelyn itse.

Kivimäen tutkimuksesta nousi esille, että perheen määrittely voi olla hyvinkin monimuotoista. Tutkimuksen vastauksissa ilmeni kolme tapaa perheen määrittelylle. Monet hoitajat kuvasivat perheen vielä ydinperheajattelun mukaan, eli perheeseen kuuluivat vanhemmat ja lapset. Joissain vastauksissa perheeseen sisällytettiin myös isovanhemmat. Olennaista näissä vastauksissa oli, että perheenjäsenten välillä oli sukulaissuhde. Tutkimuksessa ilmeni myös monien perheiden olevan uusioperheitä, mikä on monelle se oikea perhe. (Kivimäki 2008, 28.)

Kivimäen tutkimuksessa (2008, 28) toinen tapa perheen määrittelylle pohjautui muuhun kuin sukulaissuhteeseen. Perhe voi silloin koostua potilaalle läheisistä ihmisistä, joiden kanssa hän on säännöllisesti tekemisissä. Vastausten perusteella perheenjäseneet kuitenkin asuivat samassa taloudessa. (Kivimäki 2008, 28-29.)

Osa Kivimäen tutkimukseen (2008, 29) osallistuneista hoitajista oli sitä mieltä, että hoitaja ei määrittele potilaan perhettä, vaan potilas tekee sen itse. Tätä näkökulmaa tuki Leinosen (2015, 17) tutkimus, jonka mukaan jokainen potilas saa määritellä itse henkilöt, kenen hän toivoo osallistuvan hoitoonsa. Myös Horppu (2008, 34) kuvasi tutkimuksessaan, että perhetapaamisissa potilaat saivat nimetä perheenjäseneet, joiden hän halusi osallistuvan perhetapaamisiin. Osa potilaista oli esimerkiksi tuonut tapaamiseen perheen sijasta ystävän (Horppu 2008, 34). Lemola (2008, 12) kuvasi tutkimuksessaan läheiseksi kuntoutujan itse määrittelemän perheenjäsenen.

5.5 Perheen huomioiminen ja tukeminen - perheen odotukset hoitotyölle

Potilaiden ja perheenjäsenten mielestä hoitohenkilökunnalta saatu tuki auttaa mielenterveyshäiriön ymmärtämisessä ja siihen sopeutumisessa (Vikman 2011, 15). Horpun (2008, 36) tutkimuksessa perheen huomioiminen oli lisännyt perheiden sisäistä avoimuutta, ja hoitojakson jälkeenkin sairastuneen läheisen asioista oltiin uskallettu kysyä sairastuneelta. Lemolan tutki-

muksesta nousi esille, että omaisten aseman tunnustaminen sekä heidän hoitoon osallistumisen turvaaminen ovat tärkeitä asioita. Omaisverkon huolenpito on sairastuneelle välttämättömyyttä. Tätä voidaan tukea ottamalla heti omaiset mukaan hoitoon ja etsimällä yhteistyön mahdollistavia keinoja. Kuntoutujat toivoivat läheisten saavan henkistä tukea sekä keskustelua etenkin hoidon alussa. Hoidon alussa läheiset odottivat hoitajilta toivon vahvistamista pessimististen vastausten sijaan. (Lemola 2008, 25, 38, 45.) Heinon tutkimuksen (2009, 36-37) mukaan vanhemmat toivoivat parempaa perheen kokonaistilanteen huomiointia ja perheinterventtioiden järjestämistä aikaisemmin.

Kivimäen haastattelemat hoitajat kertoivat tutkimuksen mukaan perheen huomioimisen tapahtuneen osastolla spontaanisti tai suunnitelmallisesti. Spontaanista huomioimista tapahtui arkisissa tilanteissa perheiden tullessa osastolle. Hoitajien mukaan heillä oli ollut käytäntönä tiedustella potilaan perheenjäseneltä, onko heillä jotain kerrottavaa tai kysyttävää potilaan hoitoon liittyen. Suunnitelmallisissa tapaamisissa yhteydenotto tapahtui usein osastolta. Tarvittaessa perheitä kutsuttiin hoitajien mukaan hoitoneuvotteluihin sekä verkosto- ja paritapaamisiin. Perheen huomioimista ei kuitenkaan aina koettu mahdolliseksi tai tarpeelliseksi. Osa potilaista asui yksin, eikä heillä ollut läheisiä ihmisiä. Potilas ei välttämättä halunnut ottaa yhteyttä perheeseensä, jos koki etäännyneensä heistä. Perhetyötä toteutettiin potilaan yksityisyyttä ja toiveita arvostaen. (Kivimäki 2008, 41.)

Perheenjäsenten kuva potilaan tilanteesta voi olla jäsentymätön, eikä sairautta välttämättä hyväksytä. Perheen hämmennys tai muunlaiset puolustusreaktiot voivat kohdistua hoitavaan tahoon. Hoitajien näkökulmasta perheiden reaktiot voivat tuntua yllättäviltä ja kohtuuttomilta. On kuitenkin hyvä muistaa, että perheiden puolustusreaktiot ovat luonnollisia ja niitä pitäisi kyetä ymmärtämään. Perheen keskuudessa sairautta ja hoidon tarvetta voidaan vähentää. Tällaisissa tilanteissa on tärkeää, että hoitaja pystyy keskustelemaan asiasta avoimesti ja rehellisesti. (Kivimäki 2008, 43.) Työntekijöiden osalta läheiset olivat kokeneet voimaannuttavaksi heidän ystävällisyyden, asioihin paneutumisen ja hyväksyvän kohtaamisen. Lyhylläkin kohtaamisilla oli heille merkitystä. (Lemola 2008, 43.)

Lindbergin tutkimuksessa omaiset toivoivat hoitajilta rohkaisua, avoimuutta, kiinnostusta, kokonaisvaltaista lähestymistapaa ja tunteiden huomioimista heidän jaksamisen tukemisessa. Omaisten mukaan hoitajien kannustaminen ja rohkaisu vahvisti turvallisuuden tunnetta. Vaikka tällaiset tilanteet olivat yksittäisiä, niiden vaikutus oli pitkäaikainen. Läheiset muistivat kannustamisen ja rohkaisun vuosien jälkeenkin. Positiivinen palaute hoitajilta kuvasti läheisten mielestä aitoa välittämistä. Omaisten mielestä oli tärkeää, että hoitajat kyselisivät heidän vointiaan. Tämä antaisi heille mahdollisuuden kertoa omasta tilanteestaan. Omaisten mukaan kokonaisvaltainen lähestymistapa edellyttäisi koko tilanteen ymmärtämistä. Heidän mielestään olisi hyvä, että hoitaja selvittäisi, mikä kotitilanne on ja millaista apua omaiset

tarvitsevat sekä tarjoaisi heille apua. Arkielämän asioiden järjestelyissä omaiset kokivat jäävänsä yksin ja ilman hoitajan tukea. Omaisten jaksamiseen liittyivät tunteet esimerkiksi syyllisyys, pelko ja voimattomuus. Näiden vaikutuksista läheiset eivät vastausten perusteella olleet keskustelleet hoitajien kanssa. Hoitajilta läheiset toivoivat positiivisten tunteiden vahvistamista ja tunteista keskustelua. (Lindberg 2011, 57-58.)

Kanssakäymiseltä läheiset toivoivat Lindbergin tutkimuksessa suunnitelmallisuutta ja erilaisen tilanteeseen vaikuttavien tekijöiden huomiointia. Tärkeäksi läheiset kokivat rauhallisen ympäristön, kiireettömyyden ja turvallisuuden. Vastausten perusteella he kokivat kohtaamiset hoitajien kanssa pikaisina ja etukäteen suunnittelemttomina. Vaikeana koettiin esimerkiksi kansliassa tapahtuneet keskustelut, joissa oli useita hoitajia paikalla. (Lindberg 2011, 53.) Hoitajien näkemyksellä läheisten roolista ja sen merkityksestä oli vaikutusta siihen, kuinka tärkeänä he omaisten kohtaamista pitivät. Hoitajat nostivat esille omaisten toiminnan ja aktiivisuuden merkityksen. He myös odottivat omaisilta aktiivisuutta ja aloitteellisuutta. Hoitajat kuvasivat esimerkiksi yksilöllisyyden ja omaisten oma-aloitteisuuden vaikuttavan siihen, kuinka omaiset kohdataan. Omaisten aktiivisuutta hoitajien mielestä oli se, että he tulivat kansliaan esittämään asiaansa. (Lindberg 2011, 59).

Horppun tutkimuksessa perheenjäsenet kertoivat yhteisen ymmärryksen luomisen, eli ymmärryksen saamisen potilaan tilanteesta ja ennakkokäsitysten murtamisen helpottaneen heidän huoltaan. Ennen hoitoon osallistumista perheenjäsenet kertoivat, ettei heillä ollut tietämystä potilaan todellisesta tilanteesta. Yhteisen ymmärryksen kautta he olivat saaneet tietoa sairastuneen läheisen ajatuksista. Perheenjäsenet kuvasivat ennakkokäsityksiään psykiatrisen sairaalan osalta häpeänä. (Horppu 2008, 35.)

Potilaat ja läheiset kokivat ristiriitaisiksi tilanteet, joissa heidän odotettiin avoimesti kertovan asioitaan hoitohenkilökunnalle monien ihmisten kuullen (Kilkku 2008, 91). Yhteistyön puute nähtiin ongelmana hoidon aikana aiheuttaen sen, että perheet tunsivat heitä holhottavan tai ettei heitä ymmärretä (Eassom ym., 2014).

Työntekijöiden kotikäynnit olivat läheisten mielestä merkittäviä, sillä kotona näkee kuntoutujan todellisen tilanteen. Läheiset kokivat, että kotikäyntien liiallinen vähentäminen tai niiden kokonaan lopettaminen voivat johtaa voinnin romahtamiseen. (Lemola 2008, 41-42.)

Kivimäen tutkimuksessa omahoitajuus oli avainasemassa potilaan hoidossa sekä perheiden kanssa tapahtuvan yhteistyön suunnittelussa. Omahoitajan roolille oli ominaista yhteistyön aloittaminen ja sen suunnittelusta vastaaminen. (Kivimäki 2008, 34.)

Arkipäiväisen perhetyön ja laajemman perhetyön ero ilmeni Kivimäen tutkimuksesta. Laajempaa perhetyötä kuvattiin olevan mm. lapsiperheinterventiot sekä pari- ja perhetapaamiset perhetyöntekijän vetäminä. Haastateltavat korostivat ammattitaitoa, joka perhetyön erityiskoulutetuilla on. (Kivimäki 2008, 34-35.)

5.5.1 Vanhemmuuden tukeminen

Heinon tutkittavien vanhempien toiveiden perusteella jokaisessa psyykkisesti sairastunutta vanhempaa hoitavassa yksikössä tulisi olla työntekijä, joka kykenee huomioimaan koko perheen. Perheenjäsenen sairastumisella on vaikutuksia koko perheeseen ja siten voi myös vaikuttaa perheen toimintakykyyn. Pitkien sairaalajaksojen seurauksena vanhemmat, etenkin äidit, etäänntyvät arjen vanhemmuudesta sekä lapsen tarpeiden huomioimisesta. Näihin asioihin vanhemmat kaipaavat tukea. (Heino 2009, 36.) Heinon tutkimuksen mukaan usein vanhemmat kertoivat itse lapselle sairaudesta ja hoitopaikaista. Lapsista osa oli keskustellut aiheesta jo aikaisemmin, joten he tiesivät vanhemman sairaudesta. Ymmärrys sairautta kohtaan vaihteli lapsen iän perusteella huomattavasti. (Heino 2009, 40.) Vanhempien kanssa keskustelun lisäksi lapset toivat esiin keskustelleensa hoitajien ja lääkärien kanssa (Heino 2009, 41).

Psykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa hoidossa olleen vanhemman vastuulle usein jäi vanhemmuudesta hoitohenkilökunnalle puhuminen. Vanhempien kokemusten mukaan itse oli nostettava esiin lapsiin ja perheeseen liittyvät huolet. Aloitetta ei siis tehty hoitohenkilökunnan osalta. Vanhemmat kokivat, että heitä kuunneltiin, mutta konkreettista apua he eivät kokeneet saaneen. (Heino 2009, 17-18.)

5.5.2 Lasten huomioiminen ja tukeminen

Heinon tutkimuksen vanhempien mukaan sairaudesta kertominen jäi usein vanhempien vastuulle ja se aiheutti avuttomuutta ja tietämättömyyttä. Vanhemmat kaipaavat työkaluja vanhemman sairaudesta lapselle kertomiseen, mutta eivät olleet niitä mielestään tarpeeksi saaneet. Vanhempien mielestä heidän tietonsa siitä, kuinka lapsi voi reagoida ja kuinka tilanteessa pitäisi toimia, oli puutteellista. (Heino 2009, 25.) Tietoa ja tukea sairauden kertomisessa lapselle vanhemmat kaipaavat jo varhaisessa vaiheessa. Vanhemmat kokivat olevansa myös neuvottomia siitä, miten piti toimia. Tämän vuoksi he toivoivat lasten varhaista mukaan ottoa. (Heino 2009, 36.)

Viitalan tutkimuksen koko perheen osallistumisissa projekteissa ja palavereissa huomio keskitettiin lasten kokemuksiin ja selviytymiseen. Lapsille tiedolla oli ollut suuri merkitys. Heille oli kerrottu miksi sairastunut käyttäytyi oudosti. Lapset olivat myös saaneet tietää, että muiden lasten vanhemmilla voi olla vastaavanlaisia sairauksia. Tiedon antamisessa huomioitiin

lapsen kehitystaso ja ymmärrys. Suullinen tiedon saaminen oli vanhempien lasten mielestä kirjallista tietoa mieluisampaa. (Viitala 2007, 40-41.)

Vanhemman sairaus oli osalle lapsista vaikea ja jopa kielletty puheenaihe, eivätkä he tienneet vanhemman sairaudesta (Heino 2009, 39). Lapsen mahdollisuus keskusteluun hoitajan tai muun ulkopuolisen ihmisen kanssa oli vanhempien mielestä helpottavaa ja hyödyllistä. Vanhemmat kokivat lapsen olon helpottuvan, kun lapsi tuli kuulluksi ja pääsi jakamaan kokemuksiaan. Lasten ymmärrys vanhemman sairaudesta kasvoi, kun he keskustelivat asiasta hoitohenkilökunnan kanssa. Näiden keskustelujen kautta vanhemmat saivat tietoa, kuinka lapsi ymmärsi perhettä koskevan tilanteen sekä sairauden. (Heino 2009, 27.)

Heinon tutkimuksessa vanhempaa hoitavan henkilön kanssa keskusteleminen oli lasten kokemusten perusteella helpottavaa. Heitä oli esimerkiksi helpottanut, kun lääkäri oli selventänyt heille mistä vanhemman sairaudessa on kyse. Näitä keskusteluja lapset eivät kokeneet joutumisena keskusteluun, vaan pääsemisenä. (Heino 2009, 41.) Vanhemmilta lapset toivoivat yhteistä aikaa ja läsnäoloa. He kaipasivat yhteistä kivaa tekemistä vanhemman kanssa. Lapset kaipasivat myös helpotusta omaan oloon ja sitä ettei tarvitse pelätä. Lapset toivoivat, että heillä olisi joku kenelle huolistaan voisi kertoa. (Heino 2009, 45.) Lapset kokivat, että hoitajat ymmärtävät heitä. Osa lapsista tiesi, että hoitajilta voi kysyä asioista. Lasten kysymykset ja huoli liittyivät usein pelkoon siitä, että vanhempi ei parane. (Heino 2009, 42.)

5.5.3 Perheen tilanteen kartoittaminen

Kivimäen tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan potilaan perheen osuuden selvittäminen olisi aina lyhyelläkin hoitajaksoilla huomioitava sekä selvittää potilaan ja perheen välinen suhde. Perheeseen tutustuminen auttaa hoitajaa kokonaistilanteen hahmottamisessa potilaan elämäntilanteesta. Näin hoitaja voi nähdä miten perheen muut perheenjäsenet voivat, sekä havaita onko perheessä muita avun tarvitsijoita tai onko perheessä sisäisiä ongelmia, joista voi ottaa puheeksi. Tutkimuksen hoitajien mielestä perhe vaikuttaa aina jollain tavalla potilaaseen ja potilaan vointiin. Perhe koettiin potilaalle sairaudesta toipumista edistävänä tekijänä, sekä tärkeimpänä tukena potilaan palatessa sairaalasta arkielämään. Hoitajat toivat esille, että potilaan kannalta perhe voi vaikuttaa hoitoon myös negatiivisella tavalla; perheenjäsenet esimerkiksi voivat vastustaa lääkitystä tai vaatia potilaan kotiuttamista ennen hoitajakson suunniteltua loppumista. Haastateltavat pohtivat pitkän aikavälin merkitystä, sillä hoitajakset sairaalassa ovat pieni aika potilaan elämässä, mutta perhesuhteet pitkäkestoisia. Tämän vuoksi hoitajilta nousikin esiin, että olisi tärkeää jo hoidon alussa huomioida, kartoittaa ja tukea perhetilannetta ja verkostoa. Nähtiin myös, ettei tulisi olettaa perheen olevan aina potilaan tukena tämän kotiuduttua sairaalasta tai tehdä virhearvioita perheen merkityksestä potilaalle. Potilaan näkökulmasta perhesuhteisiin keskittyminen voikin viedä voimia ja aikaa toipumiselta. Perhettä tulisi osata ohjata selvittämään sisäisiä ristiriitojaan,

kun potilas on päässyt sairaalahoidosta ja tämän voimavarat ovat palautuneet riittävästi. (Kivimäki 2008, 35-36, 41.)

Kivimäen haastattelemat hoitajat olivat laatineet useimmiten potilaille verkostokartan. Verkostokarttaan potilaat ovat itse määritelleet lähiverkostoaan ja lähiverkoston merkitystä itselleen. Verkostokartan avulla hoitajan on helpompi hahmottaa potilaan läheiset, jotka voivat olla hoidon suhteen merkityksellisiä. Muita työtä helpottavia menetelmiä ovat sukupuun tai elämänjanan tekeminen potilaan kanssa. Sukupuun voi antaa tietoa esimerkiksi sairauden puhkeamiseen johtaneista tekijöistä tai tapahtumista. Se voi myös selkeyttää hoitajalle, ketkä läheisiä voisivat parhaiten tukea potilasta. Elämänjana antaa myös hoitajalle käsityksen potilaan elämässä tapahtuneista käännekohdista. (Kivimäki 2008, 41.) Lemolan (2008, 39) tutkittavat omaiset pitivät tärkeänä yhteistyössä mietittyä ja arvioitavaa kuntoutussuunnitelmaa, joka olisi kaikkien osapuolten tiedossa.

Perheiden konkreettisen avun tarvetta kotiin ja taloudellista tilannetta tulisi myös selvittää. Heinon tutkimuksen (2009, 37) perheet toivoivat konkreettista apua, kuten kodinhoito ja siivousapua kotiin omien voimavarojen ollessa vähissä. Perheet toivoivat myös taloudellista tukea, koska perheen toisen vanhemman sairastuminen oli heikentänyt taloudellista tilannetta (Heino 2009, 37).

5.5.4 Tiedon kulku perheen ja ammattilaisen välillä

Pasosen tutkimuksessa yhtenä hoitohenkilökunnan ja psyykkisesti sairastuneen läheisen kanssakäymisen funktiona on tiedon välitys. Tietoa läheinen tarvitsee sairastuneen voinnista, sairaudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn, sairauden hoidosta sekä etuuksista ja palveluista, kuten omaisyhdistyksistä. (Pasonen 2016, 51-52.) Lisäksi Lindbergin tutkimuksen läheiset korostivat perheenjäsenen sairauteen ja lääkehoitoon liittyvän tiedon tärkeyttä. Tietoa toivottiin myös hoidon suunnittelusta, hoitoympäristöstä ja hoitajien toimintaan liittyvistä seikoista. Läheiset toivoivat myös, että heitä huomioitaisiin enemmän kotiutuksen yhteydessä. (Lindberg 2011, 54.) Hoitoympäristön osalta läheiset toivoivat lisää tietoa osaston ja sairaalan toiminnasta (Lindberg 2011, 55). Lindbergin (2011, 62) tutkittavien hoitajien mielestä läheisten pitäisi saada enemmän tietoa perheenjäsenen sairaudesta, hoidon sisällöstä ja tavoitteista, yhteisistä tapaamisista, yhteystiedoista, kotiutuksesta ja mahdollisuuksista tukea sairastunutta perheenjäsentä. Läheisten vastauksissa ilmeni heidän kokevan tiedon puutetta ja tiedon saamisen vaativan omaa aktiivisuutta (Lindberg 2011, 54). Viitalan (2007, 39) tutkimuksessakin sairastuneiden läheiset toivovat, että tietoa annettaisiin pyytämättä, eikä sitä tarvitsisi itse pyytää.

Läheinen kaipaa käytännön neuvoja, esimerkiksi miten toimia sairastuneen kanssa kotona sairaudesta johtuvista ristiriitatilanteissa. (Pasonen 2016, 51-52.) Samoja teemoja nousi esille

myös Viitalan tutkimuksesta, jossa läheiset mainitsivat kaipaavansa tietoa arkipäivän selviytymiseen. Tietoa kaivattiin siihen, miten menetellä eri tilanteissa; esimerkiksi miten suhtautua oireisiin tai vastata, kun sairastunut toistaa ja kyselee samoja asioita. (Viitala 2007, 40). Viitala (2007, 54) totesikin johtopäätöksissään, että läheiset kaipaavat enemmän tietoa jokapäiväisistä asioista kuin itse sairaudesta.

Myös sairastuneen läheisellä on annettavanaan tietoa hoitohenkilökunnalle sairastuneen henkilöhistoriasta, sairauden oireista, persoonasta ja arjesta (Pasonen 2016, 51-52). Leinosen tutkimuksessa (2015, 48) tuli esille, ettei omaisten mielipiteitä ja näkemyksiä huomioida tarpeeksi. Läheisten kokemusten perusteella heidät jätettiin hoidon ulkopuolelle, heidän jaksamistaan ei huomioitu ja hoidon laadussa oli puutteita. Erään omaisen kokemuksen perusteella henkilökunta perusteli omaisten näkemysten ohittamista omalla ammattitaidollaan. Molempia osapuolia hyödyttäisi tiedon jakaminen, sillä siinä yhdistyisi hoitohenkilökunnan koulutukseen ja työkokemukseen liittyvä tieto sekä omaisten tieto potilaan historiaan liittyen. (Leinonen 2015, 48.)

Lääkehoidon suhteen läheisillä on paljon kysymyksiä ja epäselvyyksiä osastohoito kontekstissa, ilmeni Leinosen tutkimuksesta (2016, 46). Lääkehoidon toteutumisesta asianmukaisesti huolehtiminen voi olla sairastuneelle itselleen vaikeaa. Läheisen olisi hyvä olla perillä lääkityksestä, jotta hän voisi tukea läheistään sen säännölliseen käyttämiseen. Läheiset haluavat tietää myös miksi lääkkeitä on määrätty ja mihin oireisiin lääkityksellä haetaan muutosta. (Leinonen 2015, 46.) Myös Pasosen (2016, 45) ja Kilkun (2008, 93-94) tutkimuksissa nousi esille läheisen tiedon tarve sairastuneen lääkehoidon suhteen. Tiedon puute saattoi aiheuttaa myös kriittisyyttä lääkehoitoa kohtaan (Pasonen 2015, 45).

Haasteeksi tiedon välittämisessä hoitajan ja läheisen välillä voi tulla vaitiolovelvollisuus. Leinosen (2015, 45) tutkimuksessa omaisille oli käsittämätöntä, että potilas voi hankalassa sairauden vaiheessa sulkea omaiset pois hoidostaan. Potilas voi estää yhteydenpidon omaisiin sairauden vuoksi, vaikka aikaisemmin välit omaisiin olisivat olleet hyvät. Varsinkin potilaan diagnoosin epäselväksi jääminen koettiin tutkimuksessa merkittävänä tiedonkulun puutteena. (Leinonen 2015, 45.) Ammatilainen ei saa kertoa sairastuneesta tämän läheiselle, jos sairastunut on sen kieltänyt (Pasonen 2016, 52; Viitala 2007, 37). Eräessä Pasosen tutkimuksen tapauksessa sairastuneen läheinen ei ollut saanut tietoa sairastuneesta, mutta hoitaja oliertonut sairaudesta yleisesti; ”Hänel oli aluks ensin määrättyjä, niinkun pitkän aikaa samoja hoitajia. Joilta mä sain tietoa silloinkin, kun potilas oli sanonut, ettei saa kertoa. Niin se käänettiin sit niin, et puhumme nyt yleisistä asioista.”. Omaisille kerrottiin esimerkiksi käytännön ohjeita sairastuneen läheisen kanssa kotona toimintaan liittyen sekä tietoa annettiin läheisen sairaudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. (Pasonen 2016, 52.)

Kivimäen (2008, 39) haastatteluissa ilmeni kahdenlaisia odotuksia ja toiveita potilaan hoidossa ja perheen siihen osallistumisessa. Selkeästi korostui omaisten tiedon tarve. Toinen tarve oli apu omien tunteiden käsittelyssä. Perheellä voi olla myös epärealistisia odotuksia, voidaan esimerkiksi toivoa, että potilas hoidettaisiin 'takaisin kuntoon' mahdollisimman nopeasti. Näissä tapauksissa hoitajan voi olla vaikea tasoittaa tilannetta. Hoitajan tulee silloin tukea perhettä rauhoittamalla ja realisoimalla tilannetta sekä kuuntelemalla heidän näkemyksiään. Usein perheet odottavat tietoa myös sairaalan ulkopuolella olevista tukiverkostoista ja avunsaantimahdollisuuksista, tietoa siitä mistä perhe voi saada tukea omaan ahdistukseen. (Kivimäki 2008, 39-40.)

Potilaat kokivat ammattihenkilön olevan neutraalimpi ja parempi taho kertomaan perheenjäsenille heidän sairaudestaan. Hoitajan antamana tiedon koettiin olevan helpommin ymmärrettävää ja hyväksyttävää. Potilaiden mukaan he eivät olleet halunneet kuormittaa perheenjäseniään ja siksi eivät kertoneet heille omista murheistaan. Potilaiden mielestä perheenjäsenille oltaisiin voitu kertoa enemmän heidän sairaudestaan. Potilaat ja perheenjäsenet toivoivat, että perheenjäsenten jaksamista oltaisiin kysely enemmän. (Horppu 2008, 45.)

5.5.5 Perhetapaamiset, hoitoneuvottelut ja keskustelut perheen kanssa

Hoitokokoukset toimivat psykiatrisessa sairaanhoidossa merkittävänä yhteistyön foorumina (Pasonen 2016, 44). Hoitoneuvotteluissa ja perhetapaamisissa omaiset voivat kysellä mieltä painavia asioita ja tuoda omia näkemyksiään esille. Hoitohenkilökunta voi tapaamisissa saada omaisilta tietoa potilaan sairaudesta ja oireiden kehityksestä. Horpun (2008, 35) tutkimuksen perhetapaamisissa omaiset olivat saaneet tietoa lääkähoidosta, läheisensä voinnista ja hoidosta sekä sairauden ennusteesta. Monesti omaiset tahtoivat osallistua tapaamisiin, sillä heidän oli tärkeä saada kuulla lääkärin kanta läheisensä tilanteesta, hoidon sisällöstä ja jatko-suunnitelmista. (Leinonen 2015, 51; Horppu 2008, 34.) Lisäksi Horpun tutkimuksessa tapaamisissa tutkittavat omaiset kokivat tärkeänä yhteisen ymmärryksen luomisen ja toivon saamisen sairastuneen läheisensä toipumisesta. Tutkimuksessa hoitajat olivatkin osoittaneet omaisille läheisen toipumisen merkkejä ja luoneet yhteisiä tavoitteita, jolla sairastunutta voitaisiin auttaa. (Horppu 2008, 36.) Perheenjäsenet kokivat jatkohoidon suunnittelun yhdessä tärkeäksi, sillä he halusivat tukea läheisensä toipumista. Jatkohoitosuunnitelmaan kuului jatkohoidon järjestäminen ja arjen suunnittelu. Mielekkään arjen suunnitteluun sisältyi päiväohjelman tekeminen, johon kuului töistä ja harrastuksista keskusteleminen. (Horppu 2008, 35.) Tapaamisiin potilaat saivat kahden tutkimuksen mukaan itse määrätä niihin osallistujat (Lemola 2008, 39; Horppu 2008 34). Perheenjäsenten sijaan osa potilaista oli halunnut ystävien osallistuvan tapaamisiin. Ystävän läsnäolon kuvattiin olevan positiivista. Silloin potilas koki, että joku tunsu hänen asiansa ja välitti hänestä. Potilaan lisäksi perhetapaamisiin saattoi osallistua perheenjäsenet, lääkäri, omahoitaja, psykologi ja avohoidon työntekijä mielenterveystoimis-

tosta. (Horppu 2008, 34 -36.) Jos perhetapaamiset jäävät toteuttamatta, voi molemminpuolisen tiedonsiirron mahdollisuus jäädä kokonaan käyttämättä, jolla on taas vaikutuksia potilaan hoidon onnistumiseen (Leinonen 2015, 53.).

Perhetapaamiset joita Reed ym. tarjosivat tutkimuksensa mukaan, toimii siten, että niitä toteuttaa joko osaston tai poliklinikan tiimin työntekijä, jolla on perustason koulutus tai käyttäytymisperheterapian koulutus. Työntekijän kanssa yhteistyössä toimii kokeneempi kollega, jolla on enemmän kokemusta perheterapiasta. Tällainen yhteistyö auttaa kokemattomia työntekijöitä saamaan itseluottamusta sekä lisää mahdollisuutta suuremman tiimin osallistumiseen. Se tukee myös perhetyön ymmärtämistä osana tavallisia palveluita. (Reed ym. 2013.)

Reed ym. (2013) toivat esille, että keskustelu perhetapaamisissa potilaan ja hänen perheen kanssa ajatuksista, toivoista ja huolista tuottavat tärkeää terapeutista hyötyä. Sen avulla voidaan ehkäistä joidenkin negatiivisten seurausten syntyminen sekä potilaalle että perheelle. Ihmiset usein tulevat sairaalaan kriisin aikana, joten lähestymistapojen tulee olla joustavia ja herkkiä jokaisen perheen yksilölliset tarpeet huomioiden. Perheiden kanssa työskentely antaa mahdollisuuden tutkia aiemmin tuntemattomia alueita, jotka voivat vaikuttaa yksilöiden hyvinvointiin. Mahdollisesti epävakaut ja konflikteja aiheuttavat mielipiteet ja tunteet voivat aiheuttaa pitkäaikaisia jännitteitä ja ongelmia perheenjäsenten välille. Mahdollisuus tällaisten tunteiden ja mielipiteiden läpikäymiselle on yksi perhetapaamisten hyödyistä. (Reed ym. 2013.) Perhetapaamisissa hoitaja voi ulkopuolisen näkökulmasta tarkastella perheen kokonaisuutta ja havaita ongelmien lähtökohtia (Kivimäki 2008, 51). Reedin ym. mukaan perhetapaamisten lopuksi työntekijät kysyivät tapaamisen päätteeksi lupaa reflektoida tapaamista. Työntekijät keskustelivat erilaisista ajatuksista ja vaikutelmista, joita tapaamisessa nousi esille. Perhe sai kommentoida henkilökunnan kommentteja. Tällä tavalla voitiin tuoda esille uusia ideoita ja ihmiset saivat kokemuksen siitä, että heitä ollaan kuunneltu. (Reed ym. 2013.)

Heinon tutkimuksessa lasten vanhemmat kokivat perheinterventioiden mahdollistavan vanhemmuuden ja tuen tarpeen huomioimisen. Vanhemmat ja lapset tavattiin aluksi erikseen ja lopuksi perhe tavattiin yhdessä. (Heino 2009, 31.) Kivimäen tutkimuksessa oli lapsiperheiden yhteydessä monissa haastatteluissa noussut esille lapsiperheinterventiot. Lapsiperheinterventioiden avulla oli tarkoitus puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa lasten tilanteeseen sekä lisäämään avoimuutta perheen sisällä. Tutkimuksen hoitajat olivat tarjonneet tätä mahdollisuutta lapsiperheille heitä sairaalassa tavatessaan. (Kivimäki 2008, 37-38.)

5.5.6 Moniammatillinen yhteistyö

Hoidossa ja jatkosuunnitelmien laatimisessa moniammatillisella yhteistyöllä on suuri merkitys. Potilaan ongelmiin voidaan paneutua helpommin, kun niitä tarkastellaan eri ammattiryhmien asiantuntemuksen kautta. Potilaan hoitoon voivat osallistua mm. hoitajat, lääkärit, sosiaalityöntekijät, psykologit, fysioterapeutit ja toimintaterapeutit. Psykiatristen potilaiden osalta sosiaalityö on tärkeässä roolissa, esimerkiksi asunpaikan järjestämisen onnistumiseksi. Omaisten näkökulmasta olennaista on moniammatillisen yhteistyön sujuvuus ja saumattomuus. (Leinonen 2015, 11-12.)

Kivimäen tutkimuksessa (2008, 34) perhetyölle ominaisena pidettiin yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä ja kaikkien ammattiryhmien koettiin olevan osa perhetyön toteuttamista. Perheen mukaan ottaminen hoidon aikana perustui yhteistyölle usean hoitavan henkilön kanssa. Vastausten perusteella lääkärit kartoittivat jo tulotilanteessa perhetilannetta ja suunnittelivat ohjeistusta ja tavoitteita perhetyön suhteen. Työntekijöitä, joilla oli lisäkoulutusta perhetyöhön liittyen, arvostettiin ja hyödynnettiin. Kenenkään ei tulisi joutua vastaamaan yksin perhetyön toteutumisesta. Vastausten perusteella suunnitelman tekoon osallistui useampi työntekijä, mutta itse toteutuksesta, kuten perheiden kutumisesta hoitoneuvotteluihin, oli jokaisen hoitajan kannettava vastuu. (Kivimäki 2008, 49-50.)

Kokeneen perheterapeutin mukanaolo tarjoaa kaksisuuntaista vaihtokauppaa. Terapeutti tuo osaltaan kokemusta perheen kanssa työskentelystä, kun taas hoitohenkilökunta antaa yksityiskohtaista tietoa kliinisestä näkökulmasta ja potilaiden tilanteista. On tärkeää, että terapeutti voi joustavasti huomioida tiettyjä perheen tarpeita, sillä kokemattomammalla työntekijällä voi olla osaamista joko käyttäytymisterapiasta tai systeemisestä terapiasta. Näin terapeutti voi joustavasti hyödyntää molempia malleja ilman turhan paineen syntymistä. (Reed ym. 2013.)

Eassomin ym. tutkimuksessa ilmeni vaikeutena, että vain pieni osa hoitajista oli saanut koulutusta perhetyöhön. Henkilöstö kertoi yhteistyön olleen usein puutteellista sekä perheen osallistuminen vaatii koko hoitotiimin sitoutumista. Useat henkilöstöryhmät näkivät perhetyön osana muiden työnkuvaa, mutta ei omanaan. Rooli ja tiimikohtaiset ongelmat nousivat myös esiin, kuten psykiatrit, sairaalahoidon työntekijät ja kotihoidon tiimit olivat vähemmän mukana perhetyössä. Moniammatillinen yhteistyö, vertaisohjaus ja koko tiimin lähestymistavat nähtiin helpottavina tekijöinä perheentyön toteuttamisessa. (Eassom ym., 2014.)

5.5.7 Vertaisryhmätoimintaan ohjaaminen

Psyykkisesti sairastuneiden läheisten tulisi saada mahdollisimman aikaisessa vaiheessa tietoa vertaisryhmistä ja heille tulisi tarjota mahdollisuus osallistua vertaisryhmään heidän niin halutessaan (Männikkö & Jähi 2015). Useammassa tutkimuksessa (Heino 2009, 18; Hentinen 2009, 23; Kilcku 2008, 117; Männikkö & Jähi 2015; Viitala 2007, 53) tuli esille valtaosan läheisistä kokeneen hyötyvänsä vertaisryhmiin osallistumisesta ja näkivät osallistumisensa myönteisesti. Vertaistuen tarve korostui erityisesti silloin, kun sosiaalinen verkosto oli pieni (Heino 2009, 37). Kaikki läheiset eivät kokeneet kuitenkaan vertaisryhmiin osallistumista myönteisesti. Muiden kokemusten kuuleminen saattoi herättää ajatuksia; ”noinko meillekin käy”, ”eikö tämä ensipsykoosi menekkään ohi ja elämä palaudu entiselleen”. Kilckun tutkittavat kokivat, että julkisista mielenterveyspalveluista ei välttämättä saada riittävästi tietoa ja tukea. Täydentävää tietoa ja etenkin mahdollisuutta jakaa kokemuksia läheiset hakivat eri yhdistysten ja järjestöjen vertaistuki toiminnoista. (Kilcku 2008, 116.) Vertaisryhmässä saadun tiedon läheiset kokivat Hentisen (2009, 23) tutkimuksessa tärkeänä ja helposti ymmärrettävänä. Tietoa oli saatu riittävästi ja se täydensi aikaisempaa tietoa sairaudesta, myös kokonaan uutta tietoa oli saatu. Tuen ja tiedon lisäksi tutkimuksessa tuli esille, että vertaisryhmässä läheiset kokivat samaistuvansa vertaiseensa, mikä koettiin hyvänä. (Hentisen 2009, 23.) Vertaisryhmistä näytti olevan merkittävä vaikutus psyykkisesti sairastuneiden läheisten hyvinvointiin, ryhmät näyttivät Männikkön & Jähin (2015) tutkimuksen mukaan kannattelevan läheisen psyykkistä terveyttä. Kaikki läheiset, etenkin miehet, eivät vertaisryhmiin osallistuneet, vaan hakivat tukea ystäviltään (Viitala 2007, 53).

5.6 Tulosten tarkastelua

Tulosten pohjalta perhetyön hoitajalle asettamia vaatimuksia kuvattiin sekä hoitohenkilökunnan, että läheisten haastattelujen kautta. Tulokset tukivat toisiaan, esimerkiksi avoimuus nousi esiin monessa tutkimuksessa. Ammatillaisen tulisi olla rohkea ja helposti lähestyttävä tasa-arvoinen kumppani, joka on motivoitunut perhetyöhön ja aidosti kiinnostunut perheestä. Ammatilliselta vaaditaan myös rohkeutta esimerkiksi vaikeista asioista puhumiseen. Hoitajat ja läheiset korostivat myös tiedon antamisen tärkeyttä. Hoitajalla siis tulisi olla riittävästi tietoa esimerkiksi potilaan sairaudesta, jotta hän voi keskustella aiheesta ammatillisesti perheen kanssa.

Tuloksista nousi esiin perhetyön vaatimuksia organisaatiolle. Ne liittyivät mm. ajankäyttöön, tiloihin, koulutuksiin ja yhteisiin toimintamalleihin. Merkittäväksi tekijäksi ilmeni johtajuus ja perhetyön arvostusta ylemmiltä tahoilta lähtien, sillä heidän esimerkinsä toimii kannustavana tekijänä perhetyön toteuttamisessa. Lisäkoulutusten kuvattiin syventävän ammatillaisen taitoja. Perhetyön kokonaisvaltainen toteuttaminen vaatii rauhallisia tiloja ja aikataulujen suunnitelmallisuutta.

Tuloksissa perhetyön kuvattiin mahdollisesti rohkaisevan potilaan hoitoon sitoutumista, johtavan parempiin hoitotuloksiin ja lyhentävän sairaalahoitajaksoja. Hyvin toteutettuna perhetyön avulla perhe voi ensimmäistä kertaa päästä keskustelemaan vaikeista asioista, joista he eivät ole ennen puhuneet. Perhetyön avulla voidaan siis helpottaa myös läheisten taakkaa. Perhetyö mahdollistaa molemminpuolisen tiedonsiirron, eli hoitajat saavat tietoa perheeltä ja perheet saavat tietoa hoitajilta. Perheet hyötyvät tästä, sillä he saavat esimerkiksi sairaudelle nimen ja oppivat paremmin tietämään sairastuneen läheisen tilanteesta. Hoitajat puolestaan hyötyvät, sillä perheeltä saatu tieto voi auttaa hoidon toteutuksessa.

Perhetyötä voidaan toteuttaa spontaanisti tai suunnitelmallisesti. Perheitä voidaan tavata heidän tullessaan esimerkiksi osastolle tapaamaan läheistään tai sopimalla hoitotapaaminen. Hoitoneuvotteluilla ja perhetapaamisilla mahdollistetaan perheen hoitoon osallistuminen ja molemminpuolinen tiedon välittäminen. Niiden avulla saadaan siis luotua yhteistä ymmärrystä esim. hoidon toteutuksesta, tavoitteista ja jatkohoidosta. Perhetyötä tekevältä hoitajalta vaaditaan mm. empatiaa, aktiivisuutta, saatavilla olevuutta, rohkaisua, avoimuutta, kiinnostuneisuutta, tunteiden huomioimista ja kokonaisvaltaista lähestymistapaa. Perhetyötä tekevä hoitaja on siis hoidossa olennaisesti näkyvässä osassa. Hän ottaa perhetapaamisia varten yhteyttä perheenjäseniin, kyselee perheen tilanteesta ja tiedottaa perhettä. Perhetyön toteutukseen kuuluvat vanhempien tukeminen ja lasten huomiointi. Lasten kohdalla vanhemmat usein kaipaavat keinoja siihen, kuinka lapselle tulisi sairaudesta kertoa. Tulosten perusteella lapset kokivat hoitajien ymmärtävän heitä. Lasten kanssa keskustellessa heidän kysymyksiinsä tulee vastata ja tieto tulee antaa heille kehitystaso huomioiden.

Potilaan perhetilanteen selvittäminen on olennaista lyhyilläkin hoitajaksoilla, sillä se helpottaa kokonaistilanteen hahmottamista. Kartoittamista voidaan tehdä esimerkiksi verkostokartan, sukupuun tai elämänjanan avulla. Perhetilanteen kartoittamisessa on myös hyvä huomioida potilaan ja perheen välinen suhde. Parhaimmassa tapauksessa perhe toimii potilaalle merkittävänä voimavarana ja auttaa hoidon etenemisessä. Joissain tapauksissa perhe voi kuitenkin hankaloittaa hoitoa. On myös mahdollista, että potilaalla ei ole perhettä tai läheisiä, jotka voitaisiin ottaa hoitoon mukaan.

Olenainen osa perhetyötä on tiedon välitys. Perheenjäsenet kaipaavat tietoa monista eri asioista toisen perheenjäsenen sairastuessa. Tietoa kaivataan erityisesti silloin, jos psyykinen sairastuminen tulee kohdalle ensimmäisen kerran. Jotta hoitoympäristö olisi perheelle tutumman oloinen, perheelle tulisi kertoa osaston ja sairaalan toiminnasta. Tietoa tulee antaa myös mm. itse sairaudesta, hoidon sisällöstä, yhteystiedoista ja lääkityksestä.

Moniammatillinen yhteistyö on perhetyölle olennaista. Tiimityö usean eri hoitohenkilön välillä mahdollistaa potilaan tilanteen kattavamman huomioimisen. Ongelmia voi ilmetä, jos kaikki tiimin jäsenet eivät ole saaneet koulutusta perhetyöhön.

6 Perehdytysoppaan toteuttaminen

Opinnäytetyömme tuotoksena syntyvän perehdytysoppaan toteuttaminen eteni Jämsän ja Mannisen (2000) esittämän tuotteistamisprosessin eri vaiheiden mukaan. Tämä tuotteistamisprosessi on räätälöity vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalan tarpeita. Jämsä ja Manninen (2000, 28-29) esittelivät tuotekehityksen ensimmäisen vaiheen olevan kehittämistarpeen tunnistaminen, jota seuraa ideointivaihe ratkaisujen selvittämiseksi, luonnosteluvaihe, kehittäminen ja lopuksi viimeistelyvaihe. Perehdytysoppaan toteutuksessa seurasimme myös Rentolan (2006) ”Hyvä opas” -teoksessa esitettyä tapaa rakentaa oppaan sisältöä.

Ongelman ja kehittämistarpeen tunnistamisessa voi olla apuna tutkittu tieto nykytilasta, joka voidaan toteuttaa asiakaskyselyillä, selvityksillä ja tutkimuksilla. Ongelman ja kehittämistarpeen täsmentämisessä on oleellista täsmentää keitä ongelma koskettaa ja kuinka yleinen se on. (Jämsä & Manninen 2000, 29-31.) Kehittämistarpeen tunnistaminen alkoi siinä vaiheessa, kun yhteiskumppanin kanssa kartoitettiin opinnäytetyömme aihetta. Yhteistyökumppani havaitsi toiminnassaan puutteen psykiatrisen potilaan perheen huomioimisessa. Tätä näkemystä tuimme taustoja selvittävässä lähtökohdat kappaleessa. Toimme lähtökohdat kappaleessa esille omaisten kokemuksista; ettei heitä huomioida sairastuneen läheisen hoitamisessa riittävästi, omaisille on rakennemuutoksissa siirtynyt lisää vastuuta sairastuneesta sekä läheisen sairastuminen on omaisen elämänlaatua laskeva ja terveyttä uhkaava riskitekijä. Kappaleessa lähtökohdat ja kirjallisuuskatsauksen tulokset kappaleessa perustelimme kehittämistarvetta yhtenä psykiatrisen potilaan hoitoon kuuluvana osana. Työelämäkumppanin kanssa tapaamisessa sovittiin oletuksen perehdytysoppaan tarpeelle olevan se, ettei käyttäjällä ole kokemusta perhetyöstä psykiatrisen potilaan hoidossa.

6.1 Ideointi- ja luonnostelu- ja kehittäminen

Ongelman tunnistamisen ja kehittämistarpeen varmistumisen jälkeen siirrytään ideointivaiheeseen. Tarkoituksena on löytää ratkaisuja, kuinka prosessi etenee. Luovan ongelmanratkaisun menetelmille on tyypillistä, että avoimella otteella haetaan vastauksia kysymykseen, millainen tuote edistää ongelmanratkaisua ja vastaa eri osapuolien tarpeeseen. (Jämsä & Manninen 2000, 35.)

Opinnäytetyön perehdytysoppaan toteutustapa oli paperimuotoon tulostettava sähköinen tiedosto. Toteutustapa valikoitui ensimmäisessä tapaamisessa yhteisymmärryksessä työelämä-

kumppanin kanssa. Sähköinen paperinmuotoon tulostettava opas on helppo saada kaikkien yksiköiden saataville ja sitä on tarvittaessa helppo muokata myöhemmin. Se on myös kätevä liittää jo olemassa olevaan yksiköiden perehdytyskansioihin. Tapaamiset työelämäkumppanin kanssa toimivat myös työmme aivoriihinä, eli luovina ongelmanratkaisun menetelminä. Kuten Jämsä ja Manninen (2000, 40) esittivät, niin meidän tulee miettiä, kuinka valinnat ja päätökset perehdytysoppaan sisällöstä tehdään; mitä hyötyä ratkaisusta on, miten ratkaisuvaihtoehdot eroavat toisistaan, miten käyttäjät suhtautuvat siihen, mitkä ovat suotavat ominaisuudet ja miten ne saavutetaan sekä miten sähköinen opas käytännössä toteutetaan. Ideointivaiheen alussa teimme SWOT-riskianalyysin (Liite 1), jonka tarkoituksena oli kartoittaa opinnäytetyöprosessin vahvuudet, mahdollisuudet, uhat ja heikkoudet.

Ominaista luonnosteluvaiheelle on, että tehdään analyysi tekijöistä ja näkökulmista, jotka ohjaavat suunnittelua ja toteuttamista. Tuotteen laatu muodostuu monesta eri osa-alueesta. Jämsän ja Mannisen esittämistä laadun osa-alueista otamme esille vain opinnäytetyön tuotostamme koskettavat laadun määritelmät. Näitä osa-alueita ovat; asiasisältö, asiantuntijatieto, arvot ja periaatteet, toimintaympäristö ja käyttäjäprofiili. (Jämsä & Manninen 2000, 43.) Luonnostelussa huomioimme yhteistyökumppanin toiveet asiasisällöstä ja sen painotuksista. Asiasisältöä ja päätöksentekoa ohjaavana tekijänä toimi kirjallisuuskatsauksen tulokset. Perehdytysoppaan ulkomuoto ja valinnat sisältöön suunniteltiin yhdessä työelämäkumppanin kanssa. Asiantuntijatietaa hyödynsimme työelämäkumppanin luona järjestettävissä tapaamisissa. Toimintaympäristö oli Hyvinkää sairaanhoitoalueen psykiatrian osastot, poliklinikat ja avoyksiköt. Tämä otettiin huomioon, jotta perehdytysopas olisi yhteensopiva kaikkiin näihin paikkoihin. Yhteensopivuuteen pyrkiminen ilmeni esimerkiksi näin, että perehdytysopasta ei kohdennettu osastoille tai poliklinikoille, vaan pyrittiin tekemään sopivaksi kaikkiin yksiköihin.

Luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisujen, periaatteiden, rajausten ja yhteistyön mukaisesti alkaa ja etenee kehittäminen. Useat sosiaali- ja terveysalan tuotteet ovat tarkoitettu informaation välitykseen esim. asiakkaille tai organisaatioiden henkilökunnalle. Henkilökunnalle tehdyissä toimintaohjeissa voidaan käyttää informaation periaatteita. Olennaisin informaation sisältö koostuu faktoista, jotka esitellään täsmällisesti, selkeästi ja huomioiden vastaanottajan tiedontarve. Yhteistä informaatiota välittäville tuotteille on asiasisällön ja määrän valinta, tiedon muuttuminen tai vanhentumisen riski. (Jämsä & Manninen 2000, 54.) Rentola (2006, 92) kertoi teoksessaan oppaan tarkoituksena olevan lukijan auttaminen uuden tietämisessä, oppimisessa ja tekemisessä. Oppaan kirjoittamisen lähtökohtana on lukijan tarpeet ja sen vuoksi lukija tulee ottaa kirjoittamisen kohteeksi. Opasta kirjoittaessa on otettava huomioon se, mitä lukija jo ennestään tietää. Hyvä opas on lukijalle hyödyllinen, sillä lukija saa siitä apua ja oppii uutta. Oppaassa käytettävän puhuttelutavan on säilyttävä samanlaisena koko oppaan läpi, se voi olla esim. läheistä sinuttelua tai ohjastavaa imperatiivia. (Rentola

2006, 92-97.) Perehdytysoppaassa ei käyty läpi erilaisia psyykkisiä sairauksia, sillä oletimme hoitotyön ammattilaisilla olevan niistä jo tietoa. Nimensä mukaisesti perehdytysoppaassa käsiteltiin perhetyötä psykiatrisen potilaan hoidossa konkreettisesti. Työelämäkumppanin toiveesta perehdytysoppaassa kerrottiin perhetyöstä perusteista alkaen.

Rentolan teoksen (2006, 98) mukaan opas alkaa esipuheesta, jossa kerrotaan miksi opas on kirjoitettu. Siitä selviää myös mikä sai kirjoittajan kokemaan kertomansa tärkeäksi, minkä lupauksen opas antaa lukijalle ja minkä palkinnon oppaan lukeminen antaa. Oppaan kirjoittaminen aloitetaan rakenteen luomisesta. Oppaassa kuvataan ongelmat ja ratkaisut. Kirjoittaja laatii itselleen sisältösuunnitelman, eli kuvaa sen mitä opas sisältää. Oppaan laatimisessa on kiinnitettävä huomiota myös sen visuaaliseen puoleen, sillä kuva ja teksti vaikuttavat toisiinsa. Tekstiin voi saada vaikuttavuutta hyödyntämällä faktoja, lukuja ja lainauksia. (Rentola 2006, 98-106.) Perehdytysoppaalla oli tarkoitus opastaa vastaanottajaa, eli tekstityyliksi valikoitui asiattyli. Perehdytysoppaan rakenne ja sisältö perustui kirjallisuuskatsauksen tuloksiin. Tuloksia emme kirjoittaneet sellaisenaan, vaan ne tiivistettiin helpommin luettavaan muotoon. Perehdytysopas aloitettiin tekemällä esipuhe, jossa toimme esille miksi ja kenelle opas on tehty. Alkuun teimme myös käsitekartan koko perehdytysoppaan sisällöstä, joka tarkoituksena oli toimia informatiivisena tiivistelmänä. Kappaleet rakennettiin niin, että laajempiin kappaleisiin tuli graafiset kaaviot, joihin oli tiivistetty kappaleen sisältö. Graafiset kaaviot olivat myös herättämässä lukijan huomiota. Kuten Jämsä ja Manninen (2000, 56) totesivat, niin myös perehdytysoppaassa kiinnitämme huomiota tekstiin; sen on auettava ensilukemalla ja ydinajatuksen tulee olla selkeä. Jäsentely ja otsikoinnin muotoilu selkeyttävät ydinajatusta.

6.2 Perehdytysoppaan arviointi ja viimeistely

Työn edistyessä eri vaiheissa tarvitaan arviointia ja palautetta (Jämsä & Manninen 2000, 80). Perehdytysoppaan suunnitteluvaiheessa saimme työelämäkumppanin tapaamisissa suullista palautetta suunnitelmista. Palaute oli hyväksyvää. Luonnosvaiheessa perehdytysoppaan arvioinnissa käytimme itsearviointia ja työelämäkumppanin näkemystä.

Perehdytysopas lähetettiin sähköpostilla arvioitavaksi työelämäkumppanille, joka lähetti sen sähköpostilla yhdelletoista eri yksiköiden työntekijälle. Työntekijöissä oli sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja, joista yhdellä sairaanhoitajalla oli lisäkoulutusta perhetyöstä. Kirjoitimme sähköpostiviestiin saatteeksi pyynnön vapaasta arvioinnista ja mahdollisista kehittämisehdotuksista. Liitteeksi laitoimme myös kirjallisuuskatsauksen tulokset, jotka toimivat oppaan ohjaavana tekijänä. Painotimme arviointipyynnössä perehdytysoppaan sisältöä. Saimme vapaata arviointia ja kehittämisehdotuksia sähköpostitse yhteensä viideltä työntekijältä.

Perehdytysoppaan ensimmäisestä versiota kuvattiin palautteissa (Liite 4) muun muassa ”*Oikein hyvä opas. Asiasältö hyvä. Lisäksi siihen liittyen teksti selkeää ja napakkaa, jaksoi lukea.*” ja ”*Opas on hyvä ja siinä on keskeiset asiat. Näin perhetyötä jo opiskelleena siinä ei ole uutta mikä sinänsä ei yllätä eikä kai ole tarkoitukseen*” sekä joidenkin kappaleiden alkujen graafisia tiivistelmiä kuvattiin ”*Pallukkajäsentelyt oli kivat ja informatiiviset*”. Moniammatillinen yhteistyö kappale oli muutaman palautteen mukaan hieman sekava. Muutimme moniammatillinen yhteistyö kappaletta selkeämmäksi. Kaksi palautteen antajaa (Liite 4) epäili perehdytysopasta liian pitkäksi. Pituutta koskevat palautteet eivät kuitenkaan sisältäneet muutosehdotuksia tiivistämisestä, joten perehdytysopasta ei lyhennetty.

Muutosehdotukseksi yhdessä palautteessa (Liite 4) ehdotettiin tiivistelmän tekemistä koko perehdytysoppaan sisällöstä. Muutosehdotuksen syynä oli epäily, että kaikki kohderyhmästä ei jaksa lukea koko perehdytysopasta. Teimme tiivistelmän toiveen mukaan graafisesti tekstilaitteikkoina yhdelle sivulle perehdytysoppaan alkuun. Yksi muutosehdotus (Liite 4) koski ”*hoitaja*” -termiä. Toivottiin, että käytettäisiin esimerkiksi ”*ammattihenkilö*” -termiä. Vaihdimme ”*hoitaja*” -termin ”*ammattilaiseksi*”. Eräs muutosehdotus (Liite 4) koski sitä kun perehdytysoppaassa luki, että perhetyöhön vaaditaan vähintään lähihoitajan tai sairaanhoitajan koulutus. Palautteen mukaan se oli rajaavaa, koska perhetyötä tekevät monet ammattiryhmät. Poistimme kyseisen tekstikappaleen. Olimme maininneet ”*mielenterveystoimiston*”. Se poistettiin, koska palautteessa mainittiin, ettei mielenterveystoimistoja ole enää.

Perehdytysoppaan tavoitteeksi olimme määritelleet informaation välittämisen perhetyöstä aikuispsykiatriassa työskenteleville. Perehdytysoppaan välittämän informaation tavoitteiksi olimme määritelleet psykiatriassa työskentelevien opastamisen perhetyön käytänteisiin, perhetyön keinoihin sekä tiedon välittämisen omaisten odotuksista. Tavoitteeksi olimme asettaneet myös informaation välittämisen psyykkisen sairastumisen vaikutuksista omaiseen. Työelämäkumppanilta saamiemme palautteiden mukaan perehdytysoppaasta välittyivät edellä mainitut tavoitteet. Myös itse arvioimme, että perehdytysoppaan sisällöstä välittyivät asetetut tavoitteet. Perehdytysoppaan opastavuus tai hyödyllisyys eivät olleet sen julkaisuvaiheessa arvioitavissa. Se olisi vaatinut erillisen tutkimuksen perehdytysoppaan käyttöönoton jälkeen.

7 Pohdinta

Opinnäytetyöprosessi eteni johdonmukaisesti ja suunnitellusti. Työskentelymme oli tasapuolista ja tasavertaista molempien tekijöiden välillä. Kirjoitusaiheita jaettaessa kiinnitimme huomioita siihen, että ne jakaantuivat tasaisesti. Kirjoitimme opinnäytetyötä myös samankaltaisesti yhdessä, esimerkiksi tulosten analysoinnin osalta. Tarkoituksena oli tehdä opinnäytetyöstä yhtenäinen ja molempien näkemykset huomioiva. Mielestämme onnistuimme siinä. Yh-

teydenpitomme opinnäytetyöprosessin aikana oli tiivistä. Opinnäytetyön tekeminen kahdestaan lisäsi motivaatiota kirjoittamiseen ja helpotti aikataulussa pysymistä, sillä pidimme kiinni sovitusta päivämäärästä.

Opinnäytetyön aikana osallistuimme pienryhmäohjauksiin sekä kirjoittamisen ja tiedonhaun pajoihin. Tapaamisissa käytiin läpi eri ryhmäläisten opinnäytetöiden vaiheita, joista sai vinkkejä myös opinnäytetyön tekemiseen. Huomioimme opinnäytetyötä tehdessä ohjaavan opettajan palautteet; korjasimme muun muassa kieliasuja ja ilmaisuja sekä laajensimme tavoitteita ja pohdintaa.

Työelämäkumppanilta saadut palauteet ja ehdotukset otimme aina huomioon. Palautetta saimme pitkin matkaa. Palauteet olivat perusteltuja ja johdonmukaisia. Ne helpottivat oppaan muokkaamista paremmin työpaikoille sopivaksi. Yhdellä ensimmäisistä opintopiireistä nousi esiin termi ”psykkisesti sairas”. Osa osallistujista piti sitä loukkaavana ja toivoivat, että se vaihdettaisiin johonkin muuhun termiin. Termiä kuitenkin käytettiin useassa eri aineistossa. Opinnäytetyön aikana nousi myös esiin yhteistyö toiveita siitä, että asioista puhutaan niiden oikeilla nimillä. Näiden syiden vuoksi päädyimme säilyttämään termin. Alun perin käytimme oppaassa hoitotyön ammattilaisista ”hoitaja”-termiä, sillä sitä käytettiin suurimmassa osassa aineistoista. Tällä oltaisiin kuitenkin suljettu perehdytysoppaasta hyötyviä ammattiryhmiä ulkopuolelle ja sen vuoksi termi vaihdettiin ”ammattilaiseen”. Haasteellisin muutosehdotus koski oppaan pituutta. Oppaan lyhentäminen olisi vaatinut kerätyn tiedon arvottamista tärkeysjärjestykseen, jotta lyhentäminen ei olisi ollut sattumanvaraista. Samalla oppaan objektiivisuus olisi kärsinyt. Oppaasta voi nousta esiin lisää muutosehdotuksia, joten se palautettiin sähköisessä muodossa. Tämä mahdollisti oppaan päivittämisen.

Annoimme opinnäytetyölle täyden panoksemme ja halusimme luoda perehdytysoppaan sisällön, josta on oikeasti apua. Toivomme, että lukijat tulevat hyötymään siitä. Parhaimmillaan opas tulee auttamaan ammattilaisia perhetyön toteuttamisessa ja sen kautta perheet ja potilaat saavat lisää apua ja ymmärrystä.

Opinnäytetyöprosessin aikana ammatilliset tavoitteemme toteutuivat. Aineistojen lukeminen ja niihin perehtyminen auttoi huomattavasti ymmärtämään perhetyötä psykiatrisen hoitotyön näkökulmasta. Opinnäytetyön tekeminen auttoi perhetyöhön liittyvän ammattitaidon pohjan rakentamisessa. Kirjallisuuskatsauksen kautta opimme ymmärtämään perhetyön historiaa ja perhe-käsitteen muotoutumista siihen, millainen se nykypäivänä on.

Toteutimme opinnäytetyöprosessin aikana eri vaiheet yhteistyössä työelämäkumppanin kanssa ja raportoimme työelämäkumppanille, kuinka työ edistyi. Yhteistyö tapahtui perhetyön opin-

topiireissa sekä sähköpostin välityksellä. Muutosehdotuksista neuvottelimme ohjaavan opettajan ja työelämäkumppanin kanssa. Mielestämme kehittämiskohdetta kehitettiin merkittävästi opinnäytetyön tuotoksen kautta, sillä työelämäpalautteen perusteella tuotos tulee varmasti hyödyntämään heidän toimintaansa.

Opinnäytetyöprosessin aikana haimme ohjausta oma-aloitteisesti ja tavoitteisiin pohjautuen. Silti toimintamme oli hyvin pitkälti itsenäistä ja tiesimme mitä piti tehdä kussakin opinnäytetyön vaiheessa. Opinnäytetyöprosessi eteni johdonmukaisesti ja suunnitellusti. Opinnäytetyön raportti hiottiin jäsennellyksi ja vakuuttavaksi ohjaavan opettajan palautteiden perusteella. Huomioimme raportin etenemisen ja sujuvuuden. Raportista käy ilmi, että lähteitä kerättiin useita ja niihin tutustuttiin perusteellisesti. Kaikkia aineistoja hyödynnettiin monipuolisesti perehdytysoppaan rakentamisessa. Käyttämämme menetelmät sopivat hyvin tämän tyylliseen opinnäytetyöhön.

Innovatiivisuus ja luovuus opinnäytetyössä ilmeni siten, että 15 aineistosta saatiin kasattua tiivis teoreettinen kokonaisuus. Tästä kokonaisuudesta puolestaan kasattiin yhteneväinen sisältö oppaalle. Perehdytysoppaalta ei varsinaisesti toivottu ja odotettu uutta tietoa, jota työelämäkumppani ei olisi osannut odottaa, vaan perustason tietoa. Työelämäkumppanin palautteiden perusteella perehdytysopas saattaa toimiakin hyvin perehdyttäjänä. Mielestämme opinnäytetyön tuotos olisi täysin hyödynnettävissä myös opinnäytetyöprosessin kohteen ulkopuolella. Sitä olisi mahdollista hyödyntää psykiatrista hoitotyötä tekevissä laitoksessa, joissa yhdistyy perhetyö ja mielenterveystyö.

Opinnäytetyöprosessin aikana työn pääkohteeksi muodostui perehdytysoppaan sisällön luominen. Tähän vaikutti opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi toivottu kirjallisuuskatsaus sekä tuotoksen aineistolähtöisyys. Aineistojen kääntäminen oppaaksi olisi osittain vaatinut aineistojen tulkintaa ja sisällön muuttamista, joka ei olisi ollut tieteellistä lähestymistapaa tukevaa. Opinnäytetyön tuotos toimii siis perehdytysoppaan pohjana. Osaltaan sitä voi käyttää sellaisenaan, mutta se ei välttämättä nykyisessä muodossaan täysin sovi perehdytysoppaaksi. Perehdytysoppaan sisällön laajentaminen varsinaiseksi perehdytysoppaaksi kuitenkin ylittäisi tämän opinnäytetyön rajauksen ja tekisi siitä liian laajan.

Itsearviointissa keskityimme sisältöön, koska koulutuksemme ei sisällä visuaalista ulkoasua tukevaa opetusta. Visuaalista ulkoasua ei arvioitu perehdytysoppaan osalta. Mielestämme perehdytysoppaan sisällöstä nousi esille perhetyön hyviä käytänteitä ja keinoja, perhetyön vaatimuksia ammatilliseen osaamiseen, omaisten odotuksia ammattilaisesta suhteesta sairastuneeseen ja omaiseen itseensä sekä psyykkisesti sairastuneen vaikutuksia omaiseen. Arvioimme opinnäytetyötä tutkimuskysymysten kautta pohtimalla vastaavatko tulokset (ks. kappale 5)

tutkimuskysymyksiin. Tulosten tarkastelu (ks. kappale 5.6) sisälsi vastaukset tutkimuskysymyksiin.

7.1 Jatkotutkimusehdotukset

Kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin tietoa hoitajien ja perheenjäsenten kokemuksista perhetyön osalta. Potilaiden ja kuntoutujien näkemykset ja mielipiteet jäivät kuitenkin taka-alalle. Tutkimusta olisi siis mahdollista jatkaa esimerkiksi haastattelemalla potilaita tai kuntoutujia ja täydentämällä tutkimusta haastattelujen tuloksilla.

Perehdytysoppaan sisällöstä olisi mahdollista rakentaa kokonaisvaltaisempi perehdytysopas esimerkiksi haastattelemalla perhetyötä tekeviä ammattilaisia. Kirjallisuuskatsauksesta ei noussut esiin kovinkaan paljon selkeitä ohjeistuksia tai ohjeita perhetyön toteuttamista varten. Opasta voisi siis jatkaa esimerkiksi toisella opinnäytetyöllä tai esimerkiksi hankkeella, jossa haastateltaisiin perhetyötä toteuttavia hoitajia. Haastatteluista ja tämän opinnäytetyön perehdytysoppaan sisällöstä voitaisiin rakentaa kattava perehdytysopas. Perehdytysoppaan hyödynnettävyyttä puolestaan voitaisiin jatkaa sovittamalla se yksiköiden perehdytysohjelmaan.

7.2 Eettiset kysymykset

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on hyvän eettisen tutkimuksen perusta (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23). Opinnäytetyöprosessissa noudatimme tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Noudatimme rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Sovelsimme tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotka ovat tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Huomioimme muiden tutkijoiden työn ja saavutukset niitä kunnioittamalla. Huomioimme myös tietosuojaan liittyvät seikat. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012.)

Kaikki toiminta, jossa toisen tekstiä esitetään omana, on plagiointia (Hirsijärvi ym. 2007, 26-27). Epärehellisyyden välttämiseksi emme plagioineet toisten tekstejä. Aina tekstiä lainatesamme, osoitimme lainaukset asianmukaisesti lähdeviittauksia käyttämällä. Tulosten yleistämistä emme tehneet kritiikittömästi. Emme myöskään esittäneet tekaistuja havaintoja tai kaunistelleet tuloksia. Raportoinnin teimme tarkasti, ettei siitä tullut harhaanjohtavaa tai puutteellista. Tämän toteutimme selostamalla käyttämämme menetelmät. Tulosten vääristymisen ehkäisemiseksi emme vääristelleet alkuperäisiä havaintoja. Huolehdimme myös siitä, että julkaisussa mainittiin tutkimusryhmän jäsenet.

Tutkimuskohteen valinnassa eettisyys osoittautuu tutkittavan asian tieteellisenä mielekkyytenä ja siten, että se on perusteltu (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 366-367). Tutkimusaiheesamme ja tutkimusongelman määrittelyssä emme loukanneet ketään, emmekä käyttäneet väheksyviä oletuksia. Tietolähteiksi valikoimme aikaisemman kirjallisuuden ja tutkimusten käyttämisen, sillä näin ei aiheutunut haittaa kenellekään.

7.3 Luotettavuuskriteerit

Opinnäytetyöhön tuotimme mahdollisimman luotettavaa tietoa. Arvioimme työmme luotettavuutta laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä, joiden tarkoitus on juurikin selvittää tuotetun tiedon luotettavuutta. Luotettavuuskriteereihin kuuluvat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Luotettavuuden arvioiminen on tarpeellista tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen vuoksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 127).

Uskottavuus kuvaa tutkimuksen ja tulosten uskottavuutta ja niiden osoittamista. Uskottavuutta korostimme varmistamalla, että tutkimustulokset tulevat vastaamaan osallistuneiden henkilöiden käsityksiin perhetyöstä psykiatrisen potilaan hoidossa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Vahvistimme uskottavuutta osallistumalla perhetyön opintopiireihin opinnäytetyön eri vaiheissa.

Vahvistettavuuden edellytyksenä on tutkimusprosessin kirjaaminen siten, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua (Kylmä & Juvakka 2007, 128 Yardleyn 2000 mukaan). Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus on ongelmallista, koska toinen tutkija ei pakosti päädy samoihin lopputuloksiin. Erilaiset tulkinnat eivät kuitenkaan aina tarkoita luotettavuusongelmaa, koska ne lisäävät ymmärrystä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129).) Raportin kirjoittamisessa hyödynsimme muistiinpanoja työn aikaisimmista vaiheista.

Reflektiivisyys edellyttää tietoisuutta omista lähtökohdistamme tutkimuksen tekijöinä (Kylmä & Juvakka 2007, 129, Maysin & Popen 2000 mukaan). Opinnäytetyön raportissa kuvasimme työn lähtökohdat. Raportissa arvioimme omaa vaikutustamme aineistoon ja tutkimusprosessiin.

Siirrettävyys on tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129, Lincolnin & Cuban 1985 mukaan). Siirrettävyyden huomioimme esittämällä kuvailevaa tietoa tutkimuksen ympäristöstä. Tämän avulla lukija on kykenevä arvioimaan tulosten siirrettävyyttä.

Lähteet

Painetut

Berg, L. & Johansson, M., Opastava yhteistyö perheiden kanssa. 2011. Espoo: Oriental xpress Oy.

Heikkilä, T., Larivaara P. & Lindroos, S., 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.

Heinimaa, M., Hietala, J., Huttunen, J., Ilonen, T., Korkeila, J., Ristkari, T., Salokangas, R., Suomela, T. & Syvälahti, E., Psykoosialttiuden arvioinnin opas. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Heino, T., 2009. Vanhemmuuden ja perheen tukeminen vanhemman sairastuessa psyykkisesti. Kuopion yliopisto.

Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. 2011, Masennus. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

Hietala, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2014. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa Henrikson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014, Psykiatria. 11. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Huttunen, M., 2008, Lääkkeet mielen hoidossa. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ihalainen, J., Kettunen R., Kähäri-Wiik, K. & Vuori-kemilä, A. 2009, Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4. painos. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Jämsä, K. & Manninen, E., 2000. Osaamisen tuotteistamisen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: TummaVuoren Kirjapaino Oy.

Koponen, t., Jähi, R., Männikkö, M., Lipponen, V., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen E., 2011. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus: tutkimuskohteena vertaisryhmä. Hoitotiede. 2012. vol 24, no2.

Koskisu, J. & Kulola, T., 2005, Yhdessä yksin?. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P., Schuber, t C. & Seuri, T., 2014. Mielenterveyshoitotyö. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2014, Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Henrikson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014, Psykiatria. 11. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8.-9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rentola, M. 2006. Hyvä opas. Teoksessa Jussila, R., Ojanen, E., & Tuominen, T. (toim.) Tieto kirjaksi. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 92-106.

Rytkönen, T. & Rönkkö, L., 2010. Monisäikeinen perhetyö. Helsinki: WSOY pro Oy.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. painos. Turku: Turun yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 7. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sähköiset

Blommila, K., Suominen, S. & Tuominen, M. 2013. Opastava yhteistyö perheiden kanssa mielen terveys - ja päihdetyössä 2011-2013 - Loppuraportti. Viitattu 31.3.2017
<http://www.otu.fi/images/projektit/opa/loppuraporttiopa.pdf>

Depressio. 2016. Käypä hoito -suositus. Viitattu 15.3.2017 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=kht00029&suositusid=hoi50023>

Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä. 2016. THL. Viitattu 16.3.2017
https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistointa/dialogisuus_ammattilaisen_ja_perheen_valilla

Eassom, E., Giacco, D., Aysegul, D. & Priebe, S. 2014. Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. Viitattu 20.8.2017. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/docview/1785295199/E7A7B56DBF714DFEPQ/17?accountid=12003>

Epävakaata persoonallisuutta. 2015. Käypä hoito -suositus. Viitattu 15.3.2017 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=khp00074&suositusid=hoi50064#s6>

Horppu, C. 2008. Psykiatrisen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Viitattu 29.09.2017 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79732/gradu03148.pdf?sequence=1>

Huhtala, O., Joutsiluoma, J., Lampinen, S., Nordling, E., Ojanen, P., Paattimäki, H. & Penttilä, P. 2015. Omaistyön hyvät käytännöt mielen terveys- ja päihdetyössä. Viitattu 29.3.2017
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129590/URN_ISBN_978-952-302-580-6.pdf?sequence=141

Huttunen, M., 2015a. Mielen terveyden häiriöt. Viitattu 19.11.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002

Huttunen, M., 2015b. Psykoosi (mielisairaus). Viitattu 23.1.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 11.4.2017.
<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

JMT Kuntoutuspoliklinikka, HUS. Viitattu 21.3.2017. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokosken-sairaala/poliklinikat/jmt-kuntoutuspoliklinikka/Sivut/default.aspx>

Jähi, R., Koponen, T. & Männikkö, M. 2015. Masennuspotilaan omaisen tukeminen. Viitattu 6.3.2017 http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=mas00076&p_haku=psykkisest%20sairastunut

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. 2013. Käypä hoito -suositus. Viitattu 15.3.2017
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=kht00083&suositusid=hoi50076>

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Viitattu 29.10.2017
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67909/978-951-44-7492-7.pdf?sequence=1>

- Kivimäki, A., 2008. Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Viitattu 28.09.2017 <https://tampub.uta.fi/handle/10024/78969>
- Lahtinen, E., Lavikainen, J. & Lehtinen, V. 2004, Mielenterveystyö Euroopassa. Viitattu 4.3.2017 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111124/Selv200417.pdf?sequence=1>
- Leinonen, R. 2015. Omaisten kokemuksia läheisen psykiatrisesta sairaalahoidosta. Viitattu 10.10.2017 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98324/GRADU-1451565783.pdf?sequence=1>
- Lemola, L., 2008. Yhdessä eteenpäin: Kotona asuvien psykoosisairauden kanssa elävien mielen-terveyskuntoutujien ja heidän läheistensä kokemukset tuen saannista. Viitattu 28.09.2017 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78797/gradu02372.pdf?sequence=1>
- Lindberg, T. 2017. Mielenterveyspotilaiden läheisten tuen saanti psykiatrisessa hoitotyössä. Viitattu 30.09.2017 <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78498/gradu02184.pdf?sequence=1>
- Mantere, O., 2016. Akuutti psykoosi, Viitattu 23.1.2017. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01694&p_haku=ensipsykoosi
- Mental health: strengthening our response. 2016. WHO. Viitattu 3.3.2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Mitä toimintakyky on? 2016. THL. Viitattu 4.3.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>
- Männikkö, M. & Jähi, R. 2015. Mielenterveyspotilaiden omaisten vertaisryhmätoiminnan hyvinvointivaikutukset. <https://journal.fi/sla/article/view/52497/16299>
- Paavonen, J. & Solantaus, T. 2009. Vanhempien mielen-terveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. Viitattu 2.4.2017 http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98270&p_haku=psykkisesti%20sairastunut%20vanhempi
- Pasonen, A., 2016. OMAINEN - mielen-terveystyön kumppani vai sivustaseuraaaja?. Viitattu 1.10.2017 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98834/gradu07299.pdf?sequence=1>
- Perhetyö. 2015. THL. Viitattu 15.3.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/sosiaalipalvelut/perhetyo>
- Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014. 2016. THL. Viitattu 29.3.2017 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130535/Tr07_16.pdf?sequence=3
- Reed, A., Apedaile, J., Hughes, C. & Ormerod, E. 2013. Family work in adult acute psychiatric settings. Mental Health Practice (through 2013) 16.7. 33-37. London. Viitattu 21.3.2017 <http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/docview/1348695820/fulltext/F2CA36E1EF7C40DCPQ/1?accountid=12003>
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 7.9.2017 http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Skitsofrenia. 2015. Käypä hoito -suositus. Viitattu 15.3.2017 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=kht00006&suositusid=hoi35050>

Syömishäiriöt. 2014. Käypä hoito -suositus. Viitattu 15.3.2017 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=kht00002&suositusid=hoi50101>

Toimintakyvyn ulottuvuudet. 2016. THL. viitattu 4.3.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt. 2016. Käypähoito -suositus. Viitattu 15.3.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=khp00086&suositusid=hoi50080>

Viitala, M-T., 2007. Psyykinen sairaus perheessä - perheen jäsenten kokemuksia arjesta ja selviytymisestä. Viitattu 20.09.2017 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78517/gradu02181.pdf?sequence=1>

Vikman, M. 2011 Mielenterveyspotilaan perheen terveys, toimivuus ja hoitohenkilökunnalta saatu sosiaalinen tuki perheenjäsenen kokemana. Viitattu 21.8.2017. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82640/gradu05144.pdf?sequence=1>

Weissman, M., Wickramaratne P., Nomura Y., Warner V., Verdeli H., Pilowsky D., Grillon C. & Bruder G. 2005. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. Viitattu 4.4.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15630070>

Julkaisemattomat

Soininen, M. 2017. Lastenpsykiatrin luento 7.3.2017. Laurea ammattikorkeakoulu. Hyvinkää.

Liitteet

Liite 1: Swot-riskianalyysi	48
Liite 2: Tutkimuslupahakemus	49
Liite 3: Aineistojen kuvaukset	52
Liite 4: Perehdytysoppaan palautteet ja muutosehdotukset.....	59

Liite 1: Swot-riskianalyysi

+		-
	Vahvuudet	Heikkoudet
Sisäinen ympäristö	<p>Vahvuuksiimme kuuluu sisäinen motivaatio ja aito kiinnostus aiheeseen. Vahvuutena on myös avoin mieli aiheeseen.</p> <p>Suunnitelmallisuus näkyy työskentelysämme siten, että pidämme aikatauluista kiinni ja huolehdimme sovittujen asioiden toteutumisesta.</p> <p>Meillä on määrätietoinen asenne työn tekemiseen, joka näkyy työn sujuvana edistymisenä.</p> <p>Parityöskentelyn vuorovaikutus tuo lisää näkökulmia ja minimoi virheitä.</p>	<p>Opinnäytetyön tekijöillä on vain vähän kokemusta perhetyöstä. Puute vahvistetaan hankkimalla teoriatietoa perhetyöstä sekä osallistumalla aktiivisesti perhetyöhön harjoitteluissa ja työpäivillä.</p> <p>Objektiivisuuden puute voi ohjata lähteiden ja sisällön valinnassa sekä kirjoittamisessa. Lähteiden ja sisällön valinnassa pidämme objektiivisen ja tieteellisen työotteen.</p>
	Mahdollisuudet	Uhat
Ulkoinen ympäristö	<p>Opintopiireistä saamme esiin käyttäjän tarpeita ja näkökulmia, joita perehdytysoppaassa on hyvä käydä läpi. Työtämme käydään opintopiireissä läpi ja ammattilaiset antavat siihen vinkkejä ja korjausehdotuksia.</p> <p>Aiheesta löytyy kattavasti näyttöön pohjautuvaa tietoa.</p>	<p>Perehdytysopas ei välttämättä tavoita käyttäjiä. Tähän seikkaan puututaan järjestämällä julkaisuutilaisuus perehdytysoppaan valmistuttua.</p> <p>Perehdytysopas voi hukkaa muiden ohjeiden sekaan perehdytyskansiossa. Sen vuoksi perehdytysoppaasta tehdään visuaalisesti näkyvä ja huomiota herättävä.</p> <p>Aihe voi levitä liian laajaksi. Uhka vältetään aiheen tarkalla rajaamisella.</p> <p>Perehdytysopas ei välttämättä vastaa toimeksiantajan odotuksia. Tämä vältetään olemalla yhteydessä toimeksiantajaan työn eri vaiheissa.</p>

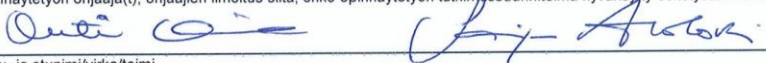
Liite 2: Tutkimuslupahakemus

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPiIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Liite 1

§ 17 / 2017

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Laittila Jari ja Silokunnas Jyrki	
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta Sairaanhoidajaopiskelija	
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm jari.laittila@student.laurea.fi 0503085567	
	Kotiosoite Asemankatu 52 A 9 05900 Hyvinkää	
	Yliopisto ja laitos/ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea Hyvinkää	
	Yliopiston laitoksen/ammattikorkeakoulun/oppilaitoksen osoite Uudenmaankatu 22 05800 Hyvinkää	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Minna Pulli, minna.pulli@laurea.fi, 09 8868 7611	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa 	
	Suku- ja etunimi/virka/toimi Mankinen Outi, sairaanhoidaja	
	Työpaikan osoite Sibeliuksenkatu 4 C 04400 Järvenpää	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm outi.mankinen@hus.fi 050 396 7377	
	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee JMT Kuntoutuspoliklinikka	
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Perhetyön perehdytysopas psykiatrisen potilaan hoidossa	
	Asiasanat (max 5 kpl) perhetyö, psykiatria, psyykinen sairastuminen, perehdytysopas	
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteritutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS-hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. Arvioitu päättymispvm.
	Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa HYKS-sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> HYKS Akuutti <input type="checkbox"/> HYKS Lasten ja nuorten sairaudet (LaNu) <input type="checkbox"/> HYKS Leikkaussalit, teho- ja kivunhoito (ATeK) <input type="checkbox"/> HYKS Naistentaudit ja synnytykset (NaiS) <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatria <input type="checkbox"/> HYKS Pää- ja kaulakeskus <input type="checkbox"/> HYKS Sisätaudit ja kuntoutus (Sisu) <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus) <input type="checkbox"/> HYKS Syöpäkeskus <input type="checkbox"/> HYKS Tukielin- ja plastiikkakirurgia <input type="checkbox"/> HYKS Tulehduskeskus <input type="checkbox"/> HYKS Vatsakeskus <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoidoalueen johto	<input checked="" type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> HUS Yhtymähallinto <input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Kuvantaminen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 0
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä? Kirjallisuuskatsaus		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Väitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin Psykiatrisen potilaan perhetyön toteuttamiseen <input type="checkbox"/> Ei väitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 12.9.2017		Päiväys Arokoski Sairas ^{allekirj.} 1. sivulla
Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys Jari Laittila / Jyrki Silokunnas		HUS:n vastuuhenkilö nimenselvitys
Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija HUS:ssa Päiväys Pauliina Hämäläinen Hämäläinen Pöndön assistentti		Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja HUS:ssa Päiväys 19.9.17 ELA SAILAS Kuita-Caulon
Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija nimenselvitys		Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja nimenselvitys

Hakemukseen on liitetty seuraavat liitteet

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
 Tutkimussuunnitelman tiivistelmä
 Aineiston keruulomake
 Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
 Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
 Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
 Vaitiolosittamus/salassapito- ja käyttäjäsitoumus
 Tutkittavan tiedote ja suostumus
 Eettisen toimikunnan lausunto
 STM:n lupa
 Henkilökisteriseloste

Alla olevaa päätös kohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 2/2015, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	Lomakepäätöksen numero <u>17/2017</u>
	<input type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että

<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)	

*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä	
Tutkimusluvan alkamispäivä <u>28.9.2017</u>	Tutkimusluvan päättymispäivä <u>31.12.2017</u>
Päiväys <u>28.9.17</u>	
Tutkimusluvan myöntäjä <u>AIMA Matti Räsänen</u>	
nimenselvennys	

Opinnäytetyön tekijä	Opinnäytetyöntekijä tai tekijät. Jos tekijöitä on useita, ensimmäiseksi merkityn henkilön osoite- ja yhteystiedot
Opinnäytetyön ohjaaja	Yliopiston tai oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot
HUS:n vastuuhenkilö	Tutkimuksen vastuuhenkilön ohjauksessa opiskelija voi suorittaa opinnäytetyön lakien ja asetusten, viranomaismääräysten ja HUS:n määräysten ja ohjeiden mukaisesti ja raportoida opinnäytetyöstä tutkimusluvan myöntäjälle. Vastuuhenkilö seuraa tutkimuksen kulkua ja huolehtii sen järjestämisestä koskevasta tiedottamisesta ja etsii opinnäytetyön tarvitsemat yhdyshenkilöt ao. tutkimusyksiköistä. Jos tutkimus kohdistuu sairaanhoitoalueen useaan tulosyksikköön, vastuuhenkilö voidaan nimetä sairaanhoitoalueelta. Jos tutkimus kohdistuu usealle sairaanhoitoalueelle tai koko HUS:iin, vastuuhenkilö voidaan nimetä yhtymähallinnosta.
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Koska nimi tulee julkiseen rekisteriin, opinnäytetyön nimeksi on syytä valita otsikko, joka kuvaa tehtävää työtä. Opinnäytetyön tyyppi luokitellaan esim. pro gradu, klininen hoitotiede Opinnäytetyön suorituspaikat: merkitään kaikki, joista aineisto kerätään. Tutkittava(t) kohderyhmät ja havaintoyksiköt kuvataan esim. Potilaat N=10, Omaiset N=10, Asiakirjat N=10. Aineiston keruumenetelmät luokitellaan.
Asiasanat	Käytetään esim. YSA/FinMeSH tai hoitotyön asiasanastoa enintään 5 kpl
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot	Kuvataan, mitkä muut laitokset ja yhteistyötahot ovat mukana esim. monikeskustutkimuksen osapuolet.
Aiheuttaako opinnäytetyö kustannuksia HUS:ille	Opinnäytetyö ei saa aiheuttaa tavanomaiseen toimintaan nähden ylimääräisiä kustannuksia tutkittavalle tai sairaalalle. Aloitustilavuuden myöntäjä voi vaatia perustelut siitä, miksi kustannuksia ei aiheudu. HUS:n kannalta merkittävistä kustannuksista eritellään tarvittava henkilökunnan työpanos (haastatteluaika/hlö), monistus- ja materiaalikulut, asiakirjapainotukset yms. Ylimääräisistä kustannuksista laaditaan kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma, jotka toimitetaan erillisenä liitteenä.
Opinnäytetyön hyödyt ja vaikutukset HUS:n toimintaan	Opinnäytetyön tekijän ja ohjaajan näkemys opinnäytetyön hyödyistä/vaikutuksista HUS:n toimintaan.
Eettinen arviointi	Luvan myöntäjä arvioi, tarvitaanko eettisen toimikunnan lausuntoa.
Allekirjoitukset	Opinnäytetyön tekijän, HUS:n vastuuhenkilön ja puoltajan (tapauskohtaisesti) sekä opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelijan (tapauskohtaisesti) allekirjoitukset. Tapauskohtaisesti on harkittava puoltajan ja valmistelijan tarve. Lupa myönnetään ohjeen mukaan joko lomakepäätöksenä tai viranhaltijapäätöksenä.
Liitteet	Tutkimuslupahakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma (ml tarvittava selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa), opinnäytetyön tutkimussuunnitelman tiivistelmä, aineistonkeruulomake ja kysely/haastattelulomakkeen saatekirje. Tutkimusluvan myöntäjä voi lisäksi tarvittaessa vaatia muuta liitteaineistoa.

Liite 3: Aineistojen kuvaukset

Tutkimus	Julkaissuvuosi	Tyyppi	Tietokanta ja hakusanat	Kuvaus
Nina Kilku: Potilasohjaus ensipsykoosipotilaan hoidossa - substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta	2008	Väitöstyö	Tambup: psykiatria AND perhe	Tutkimuksen tarkoituksena oli luoda aineistolähtöinen teorian tuottaminen ensipsykoosipotilaiden hoidon potilasohjaukseen. Tutkimuksessa potilasopetusta tarkasteltiin ensipsykoosipotilaiden (n=6), läheisten (n=7) ja sairaanhoitajien (n=5) kokemusten kautta. Tutkimusmenetelmänä Kilku käytti grounded theorya ja aineistonkeruumenetelmänä teemahaastatteluja. Tutkimuksessa ilmeni, että psykiatriassa työskentelevän ammatillisen osaamisen näkökulmasta keskeistä on osata inhimillinen, ammatillinen, sairastunutta ja tämän läheisiä arvostavan kohtaamisen taito ensikohtaamisesta lähtien. Psykkisesti sairastuneen hoidossa läheisen merkitys tulisi tunnistaa ja kohdata heidän tunteensa ja avun tarpeensa.
Kirsi Hentinen: Dialektinen käyttäytymisterapia mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden omaisten apuna	2009	Pro gradu	Medic: mielenterveyshäiriö AND perhe	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata mielenterveysongelmista kärsivien omaisten kokemuksia omaisten ryhmästä, jossa sovellettiin dialektista käyttäytymisterapiaa. Tutkimus oli laadullinen ja se oli kerätty teemahaastatteluina ja tiedonantajina toimivat omaiset (n=8). Dialektisen käyttäytymisterapian menetelmiin kuuluvat tietojen ja taitojen opettaminen ja sillä tavoitellaan ajattelun ja käyttäytymisen muutosta. Johtopäätöksenä kävi ilmi omaisten kokeneen saaneen tietoa, taitoja ja vertaistukea. Omaiset olivat kokeneet positiivista muutosta tapahtuneen ryhmässä käynneillä tai myöhemmin heissä itsessään ja suhteessa sairastuneeseen läheiseen.
Alex Reed, Julie Apedaile, Caroline Hughes & Evelyn Ormerod: Family work in adult psychiatric settings	2013	Lehtijulkaisu	ProQuest: "family work" AND psychiatry	Tutkimuksessa korostui potilaan tapaaminen hänen perheensä kanssa. Tutkimuksessa ilmeni, että keskustelu ajatuksista, toivosta ja huolista potilaan ja hänen perheen kanssa tuottavat tärkeää terapeutista hyötyä. Sen avulla voidaan ehkäistä joidenkin

				negatiivisten seurausten syntyminen sekä potilaalle, että perheelle. Ihmiset usein tulevat sairaalaan kriisin aikana, joten lähestymistapojen tulee olla joustavia ja herkkiä jokaisen perheen yksilölliset tarpeet huomioiden. Tällaisen toiminnan toteutumiseksi henkilökunnalla tulee olla mahdollisuus koulutuksiin ja jatkuvaan ohjaukseen, jonka tulee olla joustavasti ja vastaanottavaisesti toteutettua.
Erica Eassom, Demoenico Giaccon, Aysegul Dirik & Stefan Priebe: Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors	2014	Lehtijulkaisu	ProQuest: "family work" AND psychiatry	Tutkimus käsitteli psykoosipotilaiden hoidossa perhetyöhön vaikuttavia helpottavia ja haittaavia tekijöitä. Tutkimuksen tavoitteena oli yhdistää psykoosipotilaan perheen hoitoon osallistumiseen liittyvää aineistoa. Tutkimuksessa korostettiin aiheeseen liittyviä esteitä, ongelmia ja helpottavia tekijöitä. Suunnitelmassa oli etsiä tutkimuksia, jotka arvioivat perheen osallistumista terveydenhuollon ammattilaisten, perheiden (tai muiden huoltajien) ja potilaiden näkökulmasta. Tutkimuksessa analysoitiin 43 tutkimusta. Yli puolet aineistoista olivat Yhdistyneistä kuningaskunnista ja loput mm. Suomesta, Yhdysvalloista, Italiasta ja Australiasta. Tulosten perusteella perheiden osallistuminen psykoosipotilaan hoitoon tuo mukanaan muitakin haasteita, kuin mitä yleisesti liitetään, kun tutkimusta käännetään käytäntöön. Käyttöönotto vaatii kulttuurillisia ja organisaatiotason muutoksia.
Riitta Jähi & Miia Männikkö: Mielenterveyspotilaiden omaisten vertaisryhmätoiminnan hyvinvointivaikutukset	2015	Lehtijulkaisu	Medic: mielenterveys shäiriö AND perhe	Tutkimuksessa tarkasteltiin, onko omaisten vertaisryhmään osallistumisella havaittavia hyvinvointivaikutuksia, seuranta-aika oli yksi vuosi. Tutkimukseen osallistui omaisia (n=82) ja heille valittuja henkilökohtaisia verrokkeja (n=142). Tutkimus oli kontrolloitu interventiotutkimus, jossa verrattiin vertaisryhmiin osallistuneita omaisia ja heidän verrokkeja neljänä eri ajankohtana, tutkimuksen alussa sekä kolmen, kuuden ja kaksitoista kuukautta tutkimuksen alkamisesta. Ryhmiä oli useampi ja omaiset saivat vapaasti valita

				vertaisryhmänsä keskusteltuaan Omaisyhdistyksen normaalikäytännön mukaisesti ryhmävalinnasta työntekijän kanssa, eli omaisia ei satunnaistettu koe- ja kontrolliryhmiin. Havaintona oli, että tutkimuksen alussa subjektiivinen hyvinvointi oli vertaisryhmiin osallistuneilla omaisilla verrokkiryhmää alhaisempaa. Seuranta-aikana omaisen vertaisryhmiin osallistumisen jälkeisinä ajankohtina omaisten subjektiivinen hyvinvointi oli kohentunut suhteessa edeltävään aikaan, ennen ryhmätoimintaa.
Mari Vikman: Mielenterveyspotilaan perheen terveys, toimivuus ja hoitohenkilökunnalta saatu sosiaalinen tuki perheenjäsenen kokemana	2011	Pro gradu	Medic: psykologia AND perhe	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata näitä seikkoja sairaala- ja avohoidossa olevien mielenterveyspotilaiden perheenjäsenten kokemusten kautta. Sen lisäksi tutkimuksella pyrittiin selvittämään, kuinka perheenjäsenten kokemukset perheen terveydestä liittyvät taustamuuttujiin ja hoitohenkilökunnalta saatuun tukeen. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeilla ja siihen osallistui 37 sairaalapotilaan ja 41 avohoitopotilaan perheenjäsentä.
Tuija Koponen, Rita Jähi, Miia Männikkö, Varpu Lipponen, Päivi Åstedt-Kurki & Eija Paavilainen: Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus - tutkimuskohteena vertaisryhmä	2012	Lehtijulkaisu	Medic: mielentervey shäiriö AND perhe	Tutkimuksessa tarkasteltiin mielenterveyspotilaan läheisenä olemista vertaisryhmäkontektissa. Tutkimuksessa oli käytetty diskursisianalyysia ja tutkittavassa ryhmässä oli viisi vertaisryhmään osallistunutta mielenterveyspotilaan läheistä, kaksi ohjaajaa ja yksi opiskelija. Aineistona oli käytetty 17 tuntia videoita vertaisryhmän kokoontumisia, jonka pohjalta litteroitua tekstiä oli tullut 478 sivua. Artikkelin tutkimusten tulosten mukaan mielenterveyspotilaan läheisenä oleminen näyttäytyi vertaisryhmissä muun muassa huolenpidon raskautena ja pakkona, uupumisena, selviytymisenä sekä palvelujärjestelmän kritiikkinä. Tutkimuksessa tuli esille, että sosiaali- ja terveyspalveluissa tulisi ottaa huomioon koko perheen tilanne, jolloin voitaisiin tunnistaa ja huomioida myös jaksamisensa

Marja-Terttu Viitala: Psykykinen sairaus perheessä - perheenjäsenten kokemuksia arjesta selviytymisestä	2007	Pro gradu	Medic: psykologia AND perhetyö	äärirajoilla toimivat läheiset. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perheenjäsenten kokemuksia psykkinisestä sairaudesta perheessä sekä kuvata heidän arkielämäänsä, kun jollain perheen jäsenellä on psykkinen sairaus. Viitala totesi työssään, että tutkimuksesta saadulla tiedolla voidaan arvioida ja kehittää perheenjäsenille annettavaa tukea, kun joku perheenjäsenistä on psykkinisesti sairastunut. Tutkimus oli laadullinen, jossa oli kolmella tavalla hankittua aineistoa, jotka olivat kymmenen perheen jäsenen kirjoittamaa esseetä, kaksi teemahaastattelua ja kaksi ryhmähaastattelua. Tutkimukseen osallistuneet olivat iältään 26-68-vuotiaita miehiä ja naisia ja perheessä psykkinen sairaus oli kestänyt 2 vuodesta 21 vuoteen. Tutkimuksesta nousi esiin muun muassa, että psykkinisesti sairastuneen perheenjäsenet saivat tietoa hoidoista, oireista, sairaudesta ja diagnoosista, mutta enemmän he olisivat halunneet arkipäivän tietoa sekä tietoa siitä, miten menetellä eri tilanteissa. Hoitohenkilökunnalta saatu apu oli ollut lähinnä keskusteluapua perheille.
Anne Kivimäki: Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana	2008	Pro gradu	Tambup: "psykykinen sairaus" AND perhe	Tutkimuksen tarkoituksena oli akuuttipsykiatrian osastolla työskentelevien hoitajien perhetyöhön liittyvien käsitysten ja sen toteutumisen kuvaaminen. Työn tavoitteena oli psykiatrisen hoitotyön suunnittelussa ja kehittämisessä hyödynnettävän tiedon saaminen. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisesti haastattelemalla kahdeksaa työntekijää teemahaastatteluina. Työstä nousi esille, että hoitajien keskuudessa perhetyö koetaan potilaan hyvän hoidon merkittävänä osana. Akuuttipsykiatrian osastolla tärkeimmiksi tavoitteiksi perhetyölle kuvattiin perheen tiedon lisääminen, tukeminen ja eteenpäin ohjaaminen.
Leena Lemola: Yhdessä eteenpäin	2008	Pro gradu	Medic: psykologia	Tutkimus käsitteli kotona asuvien psykoosisairausten kanssa elävien

			AND perhe	mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä kokemuksia tuen saannista. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuntoutujia ja perheitä kehittävän tiedon tuottaminen ja heidän näkemystensä kuuleminen. Tutkimus tehtiin haastattelemalla erikseen yhdeksää kuntoutujaa ja kuutta läheistä. Tutkimuksen mukaan kuntoutujien mielestä keskeistä oli tukimuotojen yhdistelmä ja yhdessä työskentely. Perheiden mielestä kaikki kuntoutujaa ja perhettä selviytymisessä ja eteenpäin pääsemisessä auttava tuki on tärkeää.
Tuija Lindberg: Mielenterveyspotilaan läheisten tuen saanti psykiatrisessa hoitotyössä	2007	Pro gradu	Medic: psykologia AND perhe	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää läheisten kokemuksia hoitajien antamasta tuesta ja hoitajien kokemuksia läheisten tukemisesta. Lisäksi tutkimuksella tavoiteltiin psykiatrisen hoitotyön työmenetelmien ja sen kehittämistarpeiden keskustelunherättämistä. Tutkimuksen haastatteluihin osallistui 12 läheistä ja kuusi sairaanhoitajaa. Tutkimuksesta kävi ilmi, että läheiset toivovat tiivistä ja aktiivista kanssakäymistä, enemmän tietoa hoitajilta ja tunteiden huomioimista. Hoitajat kokivat oman osaamisensa läheisten tukemisen suhteen puutteellisena.
Anna Pasonen: OMAINEN - mielenterveystyön kumppani vai sivustaseuraaaja	2016	Pro gradu	Tampub: "psykykinen sairaus" AND perhe	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää omaisen asemaa ja paikkaa mielenterveyspalveluissa. Pasonen käytti tutkimuksen raportoinnissa laadullisen tutkimuksen raportoinnin mallia, aineiston keräämismenetelmänä oli puolistrukturoitu teema haastattelu, haastateltavia oli yhteensä seitsemän ja analyysimenetelmänä oli sisällönanalyysi, jota Pasonen oli tehnyt sekä induktiivisesti että teoriaohjaavasti. Tuloksista nousi esille, että omaiselle oli tärkeää keskustella ammattilaisen kanssa ja siihen heillä oli vaihtelevasti mahdollisuuksia. Keskusteluissa omaisen itsensä hyvinvointi tuli vaihtelevasti esille. Tutkimuksen tulosten johtopäätöksissä Pasonen muun muassa totesi ammattilaisten

				ja omaisten välisessä suhteessa olleen jonkin verran vuorovaikutus- ja tiedon kulun ongelmia ja tämä viittaisikin, että omaisten ja ammattilaisten väliseen suhteeseen kaivattaisiin enemmän dialogia sairastuneen läheisen tilanteesta.
Carita Horppu: Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana	2008	Pro gradu	Medic: "psykykinen sairaus" AND perhe	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden ja perheenjäsenten kokemuksia psykiatrisesta kriisihoitojaksosta sairaalassa, joka on strukturoitu kahden viikon pituiseksi kriisihoitojaksoksi. Lisäksi työn tarkoituksena oli kuvata heidän toiveitaan hoitojaksolle. Tutkimuksessa oli käytetty teemahaastatteluja. Haastateltavat olivat Taysin psykiatrian yhdellä psykiatrisella osastolla hoidossa olleet neljä potilasta ja heidän perheenjäsenet (n=4). Tuloksissa käsi ilmi, että haastateltavista molemmat, sekä potilaat että perheenjäsenet esittivät toiveita perheen tarpeiden huomioimiselle. Toiveet liittyivät tarpeista tiedon antamiseen, perheenjäsenten jaksamisen huomioimiseen ja tapaamisten sopimisesta. Perheenjäsenten omaan jaksamiseen ei osastolla ollut kiinnitetty huomiota. Toiveena perheenjäsenillä oli, että heiltä olisi kysytty heidän jaksamista.
Riina Leinonen: Omaisten kokemukset läheisen psykiatrisesta sairaalahoidosta	2015	Pro gradu	Tampub: "psykykinen sairaus" AND perhe	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata omaisten kokemuksia läheisen psykiatrisen hoidon eri vaiheista, yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa sekä omaisten tunteita sairaalahoidon kohtaan. Tutkimus toteutettiin kirjoituspyynnöllä ja osa aineistosta kerättiin keskustelufoorumilta. Tutkimuksen mukaan läheisen saaminen sairaalaan voi olla erittäin raskas prosessi, jota voi edeltää epäonnistuneet yritykset. Tutkimuksesta käy ilmi, että molemminpuolisen tiedonsiirron mahdollisuutta ei käytetä, jos sairaalajakson aikana ei toteuteta yhteistapaamista. Omaisten olisi kuitenkin hyödyllistä saada tietoa siitä, mistä läheisen oireilu johtuu ja sairaudelle nimen antaminen voisi

Tarja Heino: Vanhemmuuden ja perheen tukeminen vanhemman sairastuessa psykykkisesti	2009	Pro gradu	Finna: perhe AND mielentervey shäiriö	helpottaa heidän tilannettaan. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata miten vanhemmuus ja perheen lapset on huomioitu vanhemman psyykkisen sairauden yhteydessä perheissä, joissa toinen vanhempi on ollut psykiatrisessa hoidossa. Heinin työn tavoitteena oli tuottaa tietoa perheenjäsenten saamasta tuesta vanhemman psyykkisen sairauden yhteydessä perheen vanhempien ja lasten positiosta tarkasteltuna. Tutkimus oli laadullinen tutkimus ja aineistonkeruun menetelmä oli teemahaastattelu. Tutkimukseen osallistui neljä perhettä, joista kahden vanhemman perheitä oli kaksi, yhden vanhemman olivat eronneet ja yksi oli yksinhuoltaja perhe. Heino haastatteli yhteensä viittä lasta kolmesta eri perheestä. Lasten iät olivat 8-12-vuotta. Heino teki yhteensä seitsemän haastattelua, joista aikuisten haastatteluja oli neljä ja kolme lasten haastattelua. Tutkimustuloksista nousi esiin, että perheille ei oltu tarjottu tukea vanhemman sairastuttua, ja jos sitä tarjottu, niin vasta kun vanhempi oli itse lähtenyt hakemaan apua perheelleen. Vanhemmat kokivat myös tiedon ja avun tulleen viiveellä, vaikka tarve sille olisikin ollut jo aiemmin. Avun ja tuen hankkiminen johtui myös siitä, ettei vanhemmalla ollut tietoa saatavilla olevista palveluista. Huomioitavaa tuloksissa oli myös, että lasten näkemykset heijastivat vanhempien kokemuksia. Jos vanhemmat olivat saaneet tukea, oli myös lasten näkemys positiivisempi saamastaan tuesta ja selviytymisestä.
---	------	-----------	--	---

Liite 4: Perehdytysoppaan palautteet ja muutosehdotukset

"Tänään lukaisin oppaan osuuden ja totesin että ihan hienoa jälkeä on syntynyt. Paljon on tuttua tällaiselle dinosaurus ajalta peräisin olevalle työntekijälle, mutta perusperehdyttäjänä hyvin toimii. Pallukkajäsentelyt oli kivat ja informatiiviset."

"Mitä mahdatte tarkoittaa kun: esim. perhetyön suunnitelman tekemiseen tarvitaan useampia ammattiryhmiä mutta toteutus yksittäisen hoitajan vastuulla, ja viimeisen kappaleen lause jossa puhutaan kokemattomamman työntekijän osaamisesta?"

"Oikein hyvä opas. Asiasisältö hyvä. Lisäksi siihen liittyen teksti selkeää ja napakkaa, jaksoi lukea."

"Taulukot ovat erinomaisia ja suuresta lähdeaineistosta olette saaneet mukavan, selkeän, helposti luettavan oppaan. Tästä on jatkossa varmasti meille hyötyä!"

"Kommentointia on tullut moniammatillisen työntekijäporukan ei-hoitajistolta, että onko vain hoitajille suunnattu...."

"Hienon oppaan olette saaneet valmiiksi! Itse odotin lyhyempää opasta, mutta toivottavasti tätä jaksetaan lukea!"

"Itseäni häiritsee oppaan hoitajakeskeisyys. Pyrimme täällä tekemään jatkuvasti moniammatillista työtä ja perheitä tapaa moni eri ammattiryhmän edustaja. Voisiko hoitajasanan tilalla käyttää esim. työntekijä tai ammattihenkilö? Joissain kohti olitte käyttäneetkin. Minulla on huoli, että jos oppaan ensimmäinen luku alkaa hoitajan vaatimuksista, se sulkee pois joidenkin ammattiryhmien kiinnostuksen lukea koko opasta."

"Luvussa 6.4 olitte myös kirjoittaneet, että vaaditaan lh tai sh koulutus. Jättäisin tuon kokonaan pois. Meillä on kaikenlaisia koulutuksia, eikä mielestäni ole tarpeellista rajata perhetyötä noin. Samoin saman luvun hoitoneuvottelun osallistujista jättäisin pois mielenterveystoimiston, koska niitä ei juuri enää ole ja muutenkin osallistujalista taisi olla melko sairaalakeskeinen? Ehkä siihenkään ei ole tarpeellista rajata osallistujia?"

"Opas on hyvä ja siinä on keskeiset asiat. Näin perhetyötä jo opiskelleena siinä ei ole uutta mikä sinänsä ei yllätä eikä kai ole tarkoitukseen. Jos mieltii lukijaksi ihmistä, joka ei perhetyöstä tiedä eikä ole järin kiinnostunut, tulee itselle pelko että opas jää lukematta. On kuitenkin aika pitkä. Voisiko olla mahdollista tehdä alkuun samanlainen kuvio kuin eri luvuissa on, koskemaan koko opasta? Eli tiivistelmä koko 20 sivusta yhteen kuvioon oppaan alkuun, jolloin kokonaisuus hahmottuisi vaikka ei koko opasta jaksaisi lukea? Saatteko kiinni mitä haen takaa?"