

**Henna Suonperä**

**PERHEKAHVILATOIMINTA PSYKOOSIIN SAIRASTUNEEN  
POTILAAN OMAISEN TUKENA**

**Opinnäytetyö  
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Maaliskuu 2016**

**TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ**

<b>Kokkola-Pietarsaaren yksikkö</b>	<b>Aika</b> Maaliskuu 2016	<b>Tekijä/tekijät</b> Henna Suonperä
<b>Koulutus</b> Hoitotyön koulutusohjelma		
<b>Työn nimi</b> PERHEKAHVILATOIMINTA PSYKOOSIIN SAIRASTUNEEN POTILAAN OMAISEN TUKE-NA		
<b>Työn ohjaaja</b> TtM Arja Liisa Ahvenkoski	<b>Sivumäärä</b> 33+2	
<b>Työelämäohjaaja</b> Sairaanhoitaja Mary Bright & lähihoitaja Jarkko Keto		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykoosiin sairastuneiden potilaiden omaisten kokemuksia perhekahvilatoiminnasta. Perhekahvila toimii vertaistukiryhmänä psykoosiin sairastuneiden potilaiden omaisille. Opinnäytetyön tavoitteena oli hyödyntää omaisilta saatua tietoa perhekahvilatoiminnan kehittämistyössä. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluina kolmelle (n=3) psykoosiin sairastuneen potilaan omaiselle. Haastattelut toteutettiin kesällä 2015. Haastattelut analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Omaiset kokivat perhekahvilatoiminnan lisänneen heidän tietojaan psykoosista sairautena ja sen kokonaisvaltaisesta hoidosta: hoitosuunnitelmasta, lääkehoidosta ja erilaisista hoito- ja kuntoutusmuodoista. Omaiset kokivat asenteidensa sairaalahoitoa kohtaan muuttuneen positiivisesti, päästyään tuntemaan henkilökuntaa paremmin perhekahvilatoiminnassa toteutuneen keskustelumahdollisuuden myötä. Keskustelut henkilökunnan kanssa olivat vähentäneet pelkoja ja leimautumisen kokemusta, koska psykoosi koettiin sairautena muiden sairauksien joukossa. Vertaistuen koettiin edistävän selviytymistä eteenpäin ja etäännyttävän sairaudesta. Omaiset kokivat perhekahvilatoiminnan hyvin merkityksellisenä, jaksamista edistävänä ja voimaa antavana.</p> <p>Omaiset kehittäisivät perhekahvilatoimintaa säännöllisin väliajoin toistuvilla teemaluennoilla, joista omaisia tiedotettaisiin etukäteen. Pienryhmäkeskusteluissa koettiin mahdollisuus paneutua käsiteltävänä olevan teeman pohdintaan syvällisemmin. Yleisesti omaiset kokivat, että perhekahvilatoiminnasta tulee tiedottaa omaisia paremmin ja enemmän.</p>		
<b>Asiasanat</b> Psykoosi, perhekahvila, teemahaastattelu, vertaistuki		

## ABSTRACT

<b>Kokkola-Pietarsaari Unit</b>	Date March 2016	Author/s Henna Suonperä
Degree programme Nursing degree		
Name of thesis FAMILY CAFÉ ACTIVITY AS SUPPORT TO RELATIVES OF THE PATIENT SUFFERING FROM PSYCHOSIS		
Instructor Master of Health Sciences Arja Liisa Ahvenkoski	Pages 33+2	
Supervisor Nurse Mary Bright and Practical Nurse Jarkko Keto		
<p>The purpose of this research is to describe experiences on family café activities among the relatives of patients suffering from psychosis. Family café is a peer support group for relatives whose family member is suffering from psychosis. The aim of this research is to benefit the information from relatives to improve family café activities. The research used the qualitative research method. Material collection was carried out as theme interviews to three (n=3) psychosis patients' relatives. Interviews were executed in summer 2015. Interviews were analyzed using inductive content analysis.</p> <p>Relatives thought that family café activity had increased their understanding of psychosis as a disease and its comprehensive treatment: treatment plan, medical treatment and a variety of therapeutic and rehabilitation forms. Relatives experienced that attitudes towards hospital care had changed positively, through getting to know the staff better along with actual family conversation café activity. Discussions with the staff had decreased fears and stigma experienced because psychosis was seen as a disease among other diseases. Peer support was felt to contribute to the coping forward and moving away from the disease. Relatives regarded family café activity of great importance, endurance-boosting and strength-giving.</p> <p>Family cafeteria activity relatives would develop with repeated lectures on various topics the parties would be informed of in advance. Small group discussions were considered the possibility to engage in more in-depth reflection on the theme under discussion. In general relatives felt that the relatives should be better and more often informed of the family café activity.</p>		
<p>Key words psychosis, family cafe, theme interview, peer support</p>		

**TIIVISTELMÄ  
ABSTRACT  
SISÄLLYS**

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>1</b>
<b>2 PSYKOOSI</b>	<b>3</b>
<b>3 PSYKOOSIPOTILAAN HOITO JA KUNTOUTUMINEN</b>	<b>6</b>
3.1 Sairaalahoido	6
3.2 Avohoito	8
3.3 Kuntoutus	8
3.4 Omaiset psykoosiin sairastuneen potilaan hoidon tukena	9
<b>4 PERHEKAHVILATOIMINTA VERTAISTUKIRYHMÄNÄ</b>	<b>11</b>
4.1 Vertaistuki	11
4.2 Vertaistukiryhmät	12
4.3 Vertaistuen merkitys jaksamiseen	13
<b>5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	<b>14</b>
<b>6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>15</b>
6.1 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus	15
6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	15
6.3 Aineiston analyysi	17
<b>7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET</b>	<b>19</b>
7.1 Omaisten kokemuksia perhekahvilatoiminnasta	19
7.2 Omaisten ajatuksia perhekahvilatoiminnan kehittämisestä	20
<b>8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS</b>	<b>22</b>
8.1 Luotettavuus	22
8.2 Eettisyys	23
<b>9 POHDINTA</b>	<b>25</b>
9.1 Opinnäytetyön menetelmien tarkastelu	25
9.2 Tulosten tarkastelu	26
9.2.1 Omaisten kokemuksia perhekahvilatoiminnasta	26
9.2.2 Perhekahvilatoiminnan kehittämisajatukset	28
9.3 Oppimisprosessin tarkastelu	29
9.4 Johtopäätökset	30
<b>LÄHTEET</b>	<b>32</b>
<b>LIITTEET</b>	

## 1 JOHDANTO

Psyykkisesti sairastuneen henkilön käytöksen muutokset, perheen toimeentulon heikkeneminen, mielenterveyshäiriöihin liittyvä häpeä ja asuminen sairastuneen kanssa aiheuttavat psyykkistä kuormitusta omaisille. Naisomaiset kuormittuvat miesomaisia herkemmin. Omaisten riski sairastua itse masennukseen on kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna. (Männikkö & Jähi 2015, 163.)

Tutkimusten mukaan vertaistukiryhmillä on positiivista vaikutusta omaisten hyvinvointiin. Vertaistukiryhmissä käyminen vähentää omaisten stressioireita ja masentuneisuutta. Vertaistukiryhmässä käyminen tuo omaisille toivoa tulevaisuuden suhteen. (Männikkö & Jähi 2015, 164.) Omaisten vertaistukiryhmissä omaiset saavat tietoa eri palveluista, jotka liittyvät mielenterveyshäiriöihin. Omaiset kokevat, että kokemusperäinen tieto on merkityksellistä ja se auttaa jaksamaan. Omaisten vertaistukiryhmissä usein keskustellaan sairastuneesta, mutta myös omaisen omasta tilanteesta ja selviytymisestä vaikeassa tilanteessa. Toisten, samassa tilanteessa olevien omaisten kohtaaminen tuo lohtua ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Mikkonen 2009, 93–96.)

Opinnäytetyöni aihetta miettiessäni halusin aiheen liittyvän psykiatriaan. Aiheen opinnäytetyöhöni sain Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatristen osastojen hoitajilta. He ohjaavat vertaistukiryhmää psykoosiin sairastuneen potilaan omaisille. Perhekahvilatoimintaa on toteutettu kolmen vuoden ajan. Oulussa ei ole toista hoitajien ohjaamaa vertaistukiryhmää, joka olisi tarkoitettu ainoastaan omaisille. Omaisten kanssa tehtävä yhteistyö on haasteellista aikuispsykiatrialla, koska potilaat ovat täysi-ikäisiä, minkä vuoksi he voivat kieltäytyä omaisten mukanaolosta hoidossa. Omaiset ovat usein niitä, jotka antavat tukea ja apua arkipäiväisissä asioissa psyykkisesti sairastuneelle ja hoidossa olevalle potilaalle. Psykoosipotilaiden oireet, kuten toimintakyvyn lasku, heijastuvat omaisiin ja lähipiiriin useilla päivittäisen elämän osa-alueella. Omaisten hyvinvointi ja jaksaminen vaikuttavat suoraan myös siihen, kuinka psykoosiin sairastuneen potilaan toipuminen alkaa. Kun omaiset jaksavat tukea sairastunutta, on kuntoutuminenkin sairastuneelle helpompaa. (Kilku 2008, 38–39.)

Toteutin opinnäytetyöni kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Valitsin aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, jotta saisin informatiivisempia ja kuvaavampia vastauksia tutkimuskysymyksiini. Haastateltavat valikoituivat vapaaehtoisuuden pohjalta perhekahvilatoimintaan osallistuneista omaisista. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata psykoosiin sairastuneen potilaan omaisten ko-

kemuksia perhekahvilatoiminnasta. Opinnäytetyöni tavoitteena on hyödyntää omaisilta saatua tietoa perhekahvilatoiminnan kehittämisessä.

## 2 PSYKOOSI MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖNÄ

Psykoosi on sairaus, jossa todellisuudentaju, havainnointi, ajattelu ja tunne-elämä häiriintyvät. Psykoosi oireilee ajattelun ja puheen hajanaisuutena, epäloogisuutena sekä outona käytöksenä. Outoa käytöstä voi olla itsekseen naureskelu tai puhuminen. Puhe voi myös olla seikkaperäistä ja yksityiskohtiin tarktuvaa. (Huttunen 2014.) Selkeimpiä merkkejä psykoosista ovat potilaan aistiharhat, joihin kuuluvat kuulo- ja näköharhat sekä kosketus- ja makuharhat. Psykoottinen potilas voi kokea itsensä vainotuksi, poikkeuksellisen tärkeäksi henkilöksi tai jopa jumalaksi. (Honkonen & Räisänen 2005.) Psykoottinen potilas voi antaa merkityselämyksiä ihmisten eleille, esineiden väreille, kellonajoille jne. Psykoottinen potilas voi olla myös aloitekyvytön, eristäytynyt ja hänen ajatuksenjuoksunsa on hidastunutta. (Perttula 2013.) Oireet voidaan jaotella positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiiviset oireet ovat poikkeuksellisia mielen toimintoja, jotka esiintyvät normaalitoimintojen lisäksi kuten kuuloharhat. Negatiivisia oireita ovat normaalien mielen toimintojen kaventuminen tai osittain niiden puuttuminen kuten aloitekyvyttömyys. Psykoottisella potilaalla negatiiviset oireet alkavat aiemmin kuin positiiviset oireet. Psykoottisen potilaan on vaikeampi toipua negatiivisista oireista kuin positiivisista oireista. (Toivio & Nordling 2009, 122.)

On arvioitu, että suurimmalla osalla psykoosiin sairastuneilla henkilöillä on ollut ennakko-oireita ennen varsinaista sairastumista. Ennakko-oireita voi olla jopa vuosia ennen varsinaiseen psykoosiin sairastumista. Mitä pidempään psykoosi on kestänyt, sitä haitallisemmat vaikutukset sillä on henkilöön. Siksi olisi tärkeää tunnistaa ennakko-oireet varhain, jotta hoito päästäisiin aloittamaan ennen psykoosin puhkeamista. Psykoosialttiuden tunnistaminen auttaa varhaiseen ennakko-oireiden tunnistamiseen ja nopeaan hoitoon pääsyyn. (Salokangas, Heinimaa, Suomela, Ilonen, Ristkari, Korkeilla, Huttunen, Hietala & Syvälahti 2002, 10, 17.)

Ennakko-oireina voidaan pitää heikkoa keskittymiskykyä, masentunutta mielialaa, ahdistuneisuutta, uneliaisuutta tai unettomuutta, tarmottomuutta, ärtyneisyyttä ja epäluuloa, eristäytyneisyyttä, henkilökohtaisen hygienian laiminlyöntiä, suoriutumisen heikkenemistä sekä outoja käsityksiä ja ideoita. Aina ennakko-oireet eivät johda psykoosin puhkeamiseen. Kumminkin kolme neljästä potilaasta on voinut havaita ennakko-oireita ennen psykoosia jopa viiden vuoden ajan. (Salokangas ym. 2002, 18.)

Psykoosi on monitekijäinen sairaus, jolloin sairauden puhkeamiseen vaikuttavat perinnöllisyys ja ympäristötekijät kuten kehityshäiriöt, päihteet (huumeet ja alkoholi) sekä stressi. Riskitekijöitä tulee olla useita, jotta psykoosi puhkeaa. (Toivio & Nordling 2009, 121.) Monesti potilaalla itselläänkin on tuntemus, että jokin on pahasti vialla, kaikki ei ole niin kuin ennen tai toisissa ihmisissä tai ympäristössä tapahtuu jotain outoa ja selittämätöntä. Näitä ajatuksia voi potilaalle tulla hyvin varhaisessa vaiheessa, paljon ennen psykoosin puhkeamista. (Salokangas ym. 2002, 21.)

Psykoosi voi olla myös masennuksen oire, jolloin puhutaan psykoottisesta masennuksesta. Tällöin masennusta sairastava voi oireilla psykoottisesti, jolloin potilaalla on tyypillisesti voimakkaita riittämättömyyden tunteita, voimakasta syyllisyyttä, sairauden tai kuoleman pelkoa, vainoharhaisuutta ja vaikutuselämyksiä. Tässä tapauksessa vaikutuselämyksellä tarkoitetaan sitä, että potilas selittää omaa pahaa oloaan ulkopuolisilla tekijöillä kuten ihmisillä tai tapahtumilla. Psykoottisesti masentuneilla on korkea itsemurhariski, koska sairaus monesti johtaa potilaan epätoivoisiin tekoihin. (Toivio & Nordling 2009, 130 – 131.)

Lapsivuodepsykoosi on harvinaisempi psykoosi, johon noin yksi tuhannesta synnyttäjistä sairastuu vuodessa. Äiti sairastuu psykoosiin kolmesta kymmenen päivän päästä synnytyksestä. Oireina lapsivuodepsykoosissa on levottomuus, ärtymys, estottomuus ja yliviljeys. Vaikka äiti nukkuu vähäsen, vain muutaman tunnin yössä, ei hän tunne itseään väsyneeksi. Psykoottisina oireina ovat epärealistiset ja eriskummalliset ajatukset liittyen lapseen, kuten että äiti voi pitää lastaan paholaisena. Lapsivuodepsykoosi lisää riskiä itsemurhaan ja lapsensurmaan. Suurimpana ongelmana lapsivuodepsykoosissa on äidin ja vauvan vuorovaikutuksen häiriintyminen. Äiti saattaa pelätä olla kahdestaan vauvan kanssa, minkä vuoksi vauvan hoitaminen saattaa olla hätäistä ja epätarkoituksenmukaista. Riskiä lapsivuodepsykoosiin lisää äidin alttius psykoosille, varsinkin kaksisuuntainen mielialahäiriö lähisukulaisella lisää riskiä. Alttiuden yhdistyminen synnytyksen aikaiseen kuormitukseen eli synnytyksen kestäminen, synnytyksen ajoittuminen yöaikaan, mikä lisää univajetta, ja estrogeenitason romahtaminen laukaisevat psykoosin. Lapsivuodepsykoosi uusiutuu herkästi myöhemmissä synnytyksissä. (Perttula 2015.)

Psykoosi voi johtua myös runsaasta päihteiden käytöstä. Tunnetuimpia päihdepsykooseja on delirium tremens eli juoppohulluus. Delirium kehittyy, kun potilas lopettaa runsaan alkoholin juomisen. Normaalisti delirium tulee toisena tai kolmantena alkoholittomana päivänä. Deliriumissa potilaalla on voimakkaita kuulo- ja näköharhoja. Hän on usein levoton, kärsii vapinasta, runsaasta hikoilusta ja sydämen tykytyksistä. Yleensä delirium kestää muutamia vuorokausia. (Mäkelä 2010.)



Runsaasti lisääntynyt kannabiksen käyttö voi myös aiheuttaa psykoosia. Kannabispsykoosissa potilaalla on harhaluuloja tai aistiharhoja. Psykoosioireet alkavat käytön aikana tai vieroitusoireina tai yhden kuukauden kuluttua käytön loputtua. Monesti potilaat eivät tunnista oireitaan päihteiden käytön aiheuttamiksi. (Joukanen 2013.)

27 % päihdepsykoosidiagnoosin saaneista saa lopulta jonkin muun psykoosidiagnoosin. Useasti päihteiden käyttö laukaisee psykoosin, joka kehittyy sairaudeksi. Taustalla ovat useasti perinnölliset tekijät. Mukana on myös muita altistavia tekijöitä kuten nuorena aloitettu päihteiden käyttö. Nuorten henkilöiden aivot ovat alttiimpia päihteiden pitkäaikaisvaikutuksille. Kannabista käyttävät henkilöt sairastuvat psykoosiin 2,7 vuotta aikaisemmin kuin henkilöt, jotka eivät käytä päihteitä. (Joukanen 2013.)

### 3 PSYKOOSIPOTILAAN HOITO JA KUNTOUTUMINEN

Mielenterveyslaki ohjaa mielenterveystyötä ja mielenterveyspalveluita. Yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistäminen ovat osa mielenterveystyötä. Mielenterveystyöksi lasketaan myös mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen. Mielenterveyslaki määrittelee edellä mainitut asiat. Vuonna 2001 annettiin mielenterveyspalveluista laatusuositus, joka nojasi mielenterveyslakiin. Suosituksen mukaan kuntien on järjestettävä mielenterveyspalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa ja kuntainliiton alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveystyötä toteutetaan mielenterveyttä edistämällä, mielenterveysongelmia ehkäisemällä, peruspalveluiden mielenterveystyöllä, palveluilla, jotka ovat erikoistuneet mielenterveystyöhön, psykiatrisella erikoissairaanhoidolla sekä kuntoutuksella. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 13–14.)

Psyykkisesti sairastuneelle on olemassa erilaisia mielenterveyspalveluita. Tyypillisempiä palveluita ovat avohoitokäynnit perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Toisinaan voidaan tarvita psykiatrista sairaalahoitoa. Lisäksi on kehitetty palveluita avohoidon ja laitoshoidon välimaastoon, kuten erilaiset asumispalvelut, työtoiminta, päiväsairaalat sekä päivätoimintakeskukset. Vaikka mielenterveyspalveluiden tulisi olla kuntien järjestämää, ovat yksityiset palvelutuottajat lisääntyneet viime vuosina. Yksityiset palveluntuottajat monesti järjestävät mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita. (Harjajärvi ym. 2006, 14.)

#### 3.1 Sairaalahoito

Mielenterveydenhäiriöstä kärsivä potilas voi toisinaan tarvita sairaalahoitoa. Sairaalahoitoa tarvitaan yleensä silloin, kun avohoidon palvelut eivät ole riittäviä mielenterveydenhäiriön ongelmien hallitsemiseksi. Sairaalahoitoa on olemassa monenlaista, lyhyistä kriisi- ja avohoidon tukihoidoista pitkiin kuntouttaviin hoitajaksoihin. Riippuen kunnasta, psykiatrista sairaalahoitoa annetaan yliopistollisissa keskussairaaloissa, keskussairaaloissa tai aluesairaaloissa. Lisäksi Suomessa on valtion ylläpitämiä sairaaloita, joissa hoidetaan vaikeahoitoisia- ja kriminaalipotilaita. (Harjajärvi ym. 2006, 14.)

Psykoosipotilaan sairaalahoito voi toteutua joko tahdonvastaisesti tai vapaaehtoisuuden pohjalta. Koska psykoosi aiheuttaa todellisuudentajun hämärtymistä, voidaan potilasta hoitaa alkuun tahdonvastaisesti, jos seuraavat kohdat täyttyvät Mielenterveyslain 8 §:n mukaan:

Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;
- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja
- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Psykiatrisen potilaan tahdosta riippumaton hoito on eettisesti hyvin ongelmallista. Ongelmalliseksi sen tekee se, että hoidossa ei ole mitään yksiselitteistä ”potilaan parasta” olevaa hoitoa. Usein potilaan, omaisten ja hoitavan henkilökunnan näkemykset asioista voivat olla pahassa ristiriidassa keskenään. Varsinkin, kun laki tahdosta riippumattomasta hoidosta jättää yksittäisissä tapauksissa runsaasti tulkinnanvaraa esim. siinä, milloin potilas tarvitsee välitöntä sairaalahoitoa. (Louhiala & Launis 2009, 142–143.)

Psykoosipotilaan hoitoon sitoutuminen on usein huonoa, mikä pahimmillaan voi johtaa pitkään sairaala- tai laitospoistokierteseen. Vaikeinta on silloin, kun sairaus on vasta todettu, oireet eivät ole olleet pitkään esillä, potilas ei itse tunnista omia oireitaan tai koe olevansa hoidon tarpeessa. Lisäksi hoidon vaste voi olla heikkoa, jos potilas toimii ilman motivaatiota sitoutua hoitoonsa. Ulkoisesti potilas voi toimia hyvin ja näyttää motivoituneelta, mutta kumminkaan hoito ei etene. Suurin haaste onkin saada potilas ymmärtämään oma sairautensa, jolloin hoitoon sitoutuvuus myös paranee. (Kyngäs & Hentinen 2009, 169–170.)

Ensipsykoosia sairastavan potilaan kohdalla on tärkeää, että potilas saa tarpeeksi tietoa omasta sairaudestaan. Potilaille tuleekin antaa tietoa sairaudesta, hoidosta ja sen kestosta. Se lisää hoitomotivaatiota ja hoitoon sitoutumista, jota tarvitaan vielä avohoidossakin. Hoitoon sitoutuminen edellyttää, että potilas kokee olevansa tasavertainen hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaan on pystyttävä kertomaan hoitohenkilökunnalle omia näkemyksiään ilman vähättelyä tai tunnetta, että häntä ei oteta vakavasti. Tämä lisää hyvää yhteistyötä ja luottamusta potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Psykoosissa oleva potilas tulee ottaa mukaan oman hoitonsa suunnitteluun, jotta potilas motivoituu hoitoon ja hoito toteutuu potilaan näkökulmasta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 17, 162.)

Psykiatrinen hoito kestää usein kauan, alkaa laitoshoidolla jatkuen avohoitoon. Psykoosipotilaat tarvitsevatkin pitkän ja monipuolisen hoidon, johon sisältyy lääkehoitoa. Hoidon tulee olla yksilöllistä ja hoito-ohjelmat tulee räätälöidä yksilön mukaan. Hoidossa on tärkeää ottaa aktiivisesti mukaan potilas ja hänen omaisensa. Hoidon aikana tulee ottaa huomioon mahdolliset potilaan toimintakykyyn liittyvät rajoitukset, jotka johtuvat kognitiivisista häiriöistä. (Toivio & Nordling 2009, 125.)

### **3.2 Avohoito**

Mielenterveyspalvelut olisi järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina. Näin tuettaisiin potilaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista, ohjeistaa mielenterveyslaki (1116/1990). Käytännössä kuntien tehtävänä on järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto, ja tätä ohjaa kaksi lakia: kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki. Kumminkaan laissa ei oteta kantaa siihen, miten kuntien tulisi järjestää terveydenhuoltonsa. Tämän vuoksi kuntakohtaisia eroja palveluiden sisällöissä, laajuudessa tai järjestämistavassa on paljon. Nämä erot näkyvät varsinkin avopalveluiden järjestämisessä. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 81–82.)

Monet mielenterveyden avopalvelut järjestetään nykyaikana terveyskeskuksissa ja entiset ns. mielenterveystoimistot ovat vähentyneet (Syrjälä, Kontio & Paasovaara 2009, 16). Pinnalla ovat nykyisin liikkuva työ, potilaan kotona tehtävä työ ja sähköiset toimintamuodot. Nykyaikana arvostetaan potilaan ja hoitajan muodostamaa suhdetta eli omahoitajasuhdetta. Avohoidossa omahoitajasuhde korostuu, koska potilaan omahoitaja muodostaa potilaan elämästä kokonaiskuvan. Omahoitaja tukee potilaan omia voimavaroja ja koordinoi hoitoa potilaan ja hoitavan lääkärin välillä. (Kontio, Ala-Nikkola, Wahlbeck, Vastamäki & Joffe 2015, 45.) Työvälineinä edelleen käytetään keskustelua ja lääkehoitoa. Avohoidossa ovat pinnalla myös erilaiset hoidolliset ryhmät ja terapiat (Syrjälä ym. 2009, 17).

### **3.3 Kuntoutus**

Potilasta lähdetään kuntouttamaan mielenterveyskuntoutuksen perusarvojen mukaisesti. Näitä arvoja ovat yksilöorientoituneisuus, toimintakyky, tuki, ympäristöspesifisyys, osallistuminen, valinta, lopputulosorientoituneisuus ja kasvun mahdollisuus. Yksilöorientoituneisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas on kuntoutuksen lähtökohta. Tavoitteena on saada kuntoutujalle toimintakykyä, jolla hän pärjää arjessa. Tukea kuntoutujalle tarjotaan niin kauan kuin hän sitä tarvitsee tai haluaa. Kuntoutuksen läh-

tökohtana on kuntoutujan oma elämänympäristö, kuten asuminen ja ihmissuhteet. Tätä kutsutaan ympäristöspesifisyydeksi. Kuntoutuja itse osallistuu kuntoutukseen yhteistyössä hoitajan kanssa suunnitteleamalla, tuottamalla ja arvioimalla omaa kuntoutustaan. Kuntoutusta arvioidaan kuntoutujan saaman hyödyn ja tulosten myötä. (Koskisuus 2004, 46.)

Kuntoutus käsittää usein sairaalahoidon, josta siirrytään avohoitoon. Kuntoutumista järjestetään porrastetusti, jotta kuntoutuja pystyy toimimaan omien voimavarojen mukaan. Porrastettua kuntoutusta on tuettu asuminen kuntoutuskodeissa, pienkodeissa ja tuetuissa asunnoissa. Kuntoutujat voivat asua omissa asunnoissa tai kuntoutuskodeissa ja käydä päivätoimintakeskuksissa, työsaleissa tai klubitaloissa. (Toivio & Nordling 2009, 280.)

### **3.4. Omaiset psykoosiin sairastuneen potilaan hoidon tukena**

Perheenjäsenen sairastuminen psykoosiin on aina kriisi myös perheelle ja muille läheisille henkilöille. Kriisitilanne tuo mukanaan ristiriitaisia tunteita ja uuden tilanteen. Usein omaiset ovat niitä, jotka huomaavat oireet ensin ja ovat huolissaan sairastuneesta. Sairastunut ei useinkaan jaksaa toimia tai pysty toimimaan kuten ennen, jolloin hän usein sulkee itsensä perheen ulkopuolelle. (Koskisuus 2004, 177.) Psykoosissa toimintakyky huononee usein väliaikaisesti tai joskus pidemmäksi aikaa (Kilku 2008, 37). Se on monesti perheissä raskasta aikaa, koska perheen sisäinen rooli- ja työnjako tällöin muuttuvat (Koskisuus 2004, 177). Omaiset ovat niitä, jotka antavat sairastuneelle apua ja tukea arkipäiväisissä asioissa (Kilku 2008, 37). Psykoosiin sairastuneella onkin suuri vaikutus omaisten hyvinvointiin. On tutkittu, että lähes 60 %:lla omaisista esiintyy psyykkisen kuormittavuuden oireita, kuten unettomuutta ja ahdistusta. Noin 40 % omaisista itse kärsii masennuksesta. (Koponen, Jähi, Männikkö, Lipponen, Åstedt-Kurki & Paavilainen 2012, 139–140.)

Omaiset käyvät läpi monenlaisia kriisireaktioita, kun perheenjäsen sairastuu psykoosiin. Psykoosi aiheuttaa häpeää ja pelkoa perheen leimautumisesta. Tilanteesta on vaikea kertoa ulkopuolisille henkilöille. Perheitä voidaan hoitaa yhdessä koko sairastumiskriisin ajan, mutta usein omaiset ovat vailla tukea ja tietoa sairastamisen ajan. Omaiset tarvitsevat tietoa sairauden luonteesta, ennusteesta ja käytännön neuvoja. Omaiset tarvitsevat tietoa, kuinka toimia uudessa tilanteessa ja tietoa siitä, kuinka he itse voivat saada tukea vaikeassa tilanteessa. (Koskisuus 2004, 178.)

Monelle potilaalle perheen ja omaisen tuki on merkityksellistä kuntoutumisen kannalta, mutta perheet ovat varsin vähän mukana potilaan hoito- ja kuntoutusprosessissa. Hoitohenkilökunnalla onkin keskeinen tehtävä tukea perheitä, vaikka se ei ole aina yksinkertaista. Omaiset kaipaavat asiallista tietoa sairaudesta. Tieto auttaa omaisia jäsentämään omaa tilannettaan ja ymmärtämään sairastunutta paremmin. Tärkeää on, miten hoitohenkilökunta tiedon antaa. Tieto tulisi välittää vuorovaikutuksellisesti, niin että omaisilla on mahdollisuus jäsentää kuulemaansa ja jakaa sitä ammattilaisten kanssa. Potilaan hoitosuunnitelmia tehdessä olisi hyvä, jos omaisen pääsisi vaikuttamaan suunnitelmiin tai ainakin olisi tietoinen tulevista suunnitelmista. Omaisille on tärkeää kokea olevansa merkityksellisiä potilaan kuntoutumisen ja hoidon kannalta. (Koskisuus 2004, 178–179, 183–185.)

Toisinaan omaiset saattavat kuvata pettymystään, turhautumistaan ja raivota hoitohenkilökunnalle. Tärkeää on, että hoitohenkilökunta ei ala selitellä asioita vaan pyrkii kuuntelemaan ja ymmärtämään. Pettymyksiin liittyvät tunteet ovat syviä ja saattavat ilmestyä monin eri tavoin ja eri tilanteissa. Omaiset eivät hyödy henkilökunnan puolustavasta asenteesta vaan siitä, että he kokevat heidän puheensa otetun vakavasti ja heitä on kuultu. (Koskisuus 2004, 185.)

## 4 PERHEKAHVILATOIMINTA VERTAISTUKIRYHMÄNÄ

Perhekahvila on Oulun yliopistollisen sairaan psykiatristen osastojen 82, 84 ja 87 potilaiden omaisille tarkoitettu vertaistuki- ja keskusteluryhmä. Ryhmässä on mukana henkilökuntaa: hoitajia, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja lääkäri. Ryhmän tarkoituksena on antaa omaisille ymmärrystä psyykkisesti sairaan potilaan sairautta kohtaan. Ryhmässä on vertaistuen mahdollisuus kohtaamalla muita ryhmäläisiä, jotka ovat samassa tilanteessa. Ryhmän aluksi on kahvit ja alustus ajankohtaiseen aiheeseen. Aiheen jälkeen ryhmässä on mahdollisuus käydä vapaata keskustelua aiheesta tai muista mielen päällä olevista aiheista. Ryhmän tarkoitus on olla ”helposti” lähestyttävä. Jokaisella ryhmäläisellä on vapaus puhua tai olla hiljaa ryhmän aikana. Ryhmän tavoitteena on antaa omaisille keinoja arjessa jaksamiseen psyykkisesti sairaan potilaan tukena. Ryhmäläiset voivat esittää ohjaajille aiheita tulevia tapaamisia varten. Ryhmä kokoontuu kerran kuussa keskiviikkoisin kello 16–17.30 PS3 rakennuksen 2. kerroksessa. Ryhmä on tauolla heinä- ja elokuun. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016.)

### 4.1. Vertaistuki

Vertaistuella tarkoitetaan samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien henkilöiden halua jakaa kokemuksia, tietoa, ajatuksia ja tunteita. Vertaistuen ilmapiiri on yleensä suvaitsevaa ja luottamuksellista. Muutoin vertaistuen ilmapiiriä voitaisiin kuvata sanoilla ystävällinen, tuttavallinen ja rento. Vertaistuki on luonteeltaan osallistuvaa ja osallistavaa, kannustavaa ja toisia rohkaisevaa. Vertaistukea voidaan toteuttaa ryhmissä. Vertaistuki voi liittyä johonkin vaikeaan elämäntilanteeseen, jolloin yhteistä on tuen ja auttamisen vastavuoroisuus. Vertaistukea voidaan määritellä myös kokemuksen tai samankaltaisten tekijöiden perusteella. Samankaltaisia tekijöitä voivat olla ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema, etnisuus jne. Vertaistuki koetaan hyödyllisenä, koska siinä jaetaan kokemuksia toisten vastavassa tilanteessa olevien kanssa. Vertaistuella on terveyttä edistävä merkitys, minkä vuoksi terveydenhuollon näkökulmasta vertaistuki on palveluita täydentävää ja kustannustehokasta. (Kangasniemi, Mynttinen, Rytönen & Pietilä 2015, 13–14.)

## 4.2. Vertaistukiryhmät

Vertaistukiryhmä on ryhmä, jossa kaikilla siihen osallistuvilla henkilöillä on sama ongelma. Vertaistukiryhmän vetäjä voi itsekin kärsiä samasta ongelmasta. Ryhmän vetäjän tulee kumminkin olla käsitellyt oma ongelmansa, jotta ryhmän tasavertainen ohjaaminen onnistuu. Ryhmän ohjaajan tulee olla hyvin perehtynyt ryhmän yhteiseen ongelmaan ja sen taustatekijöihin, koska vertaistukiryhmän tarkoituksena on asenteiden muutos asiaan liittyen. Lisäksi ryhmän ohjaajan tulee pystyä eläytymään ryhmän jäsenten ongelmaan, jotta ryhmässä voidaan keskustella avoimesti. Vertaistukiryhmän ohjaajalta vaaditaan paljon terapeuttista tietämystä, jotta ryhmän ohjaaja pystyy olemaan objektiivinen ja tasapuolinen kaikkia ryhmäläisiä kohtaan. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 208.)

Ryhmän koko voi vaihdella riippuen ryhmän luonteesta. Avoimessa ryhmässä ihmiset tulevat tai jätetään pois silloin kun haluavat, kun taas suljetussa ryhmässä jäsenet pysyvät samana ryhmän keston ajan. Ryhmän muodostukseen kuuluu erilaisia vaiheita. Näitä vaiheita ovat muodollinen vaihe, tunteet pinnalla-syttymisvaihe, onnellisuusvaihe, vallankumousvaihe, kypsyysvaihe ja lopettamisvaihe. Alkuun ryhmän jäsenet ovat varauksellisia ja kohteliaita toisille ryhmäläisille. Tämän jälkeen osallistujat alkavat puhua avoimemmin ongelmistaan, minkä seurauksena he saavat vastakaikua muilta ryhmäläisiltä omille ajatuksilleen ja tunteilleen. Ryhmän edetessä jäsenet alkavat usein ärsyyntyä ja kyllästyä toisiinsa, minkä jälkeen ryhmässä usein tulee vaihe, jossa kaikki ryhmän jäsenet ovat valmiita työskentelemään keskenään. Lopettamisvaiheessa ryhmän ohjaaja kannustaa ryhmän jäseniä itsenäisyyteen ja sitoutumaan ryhmän ulkopuolelle. (Vilén ym. 2002, 211.)

Vertaistukiryhmän ohjaajan tulisi miettiä jokaiselle kerralle ongelmaan liittyvä erityisaihe, josta sitten ryhmässä keskustellaan. Jokaisella ryhmäläisellä on oikeus sanoa oma mielipiteensä ja kokemuksensa asiasta mutta myös oikeus olla puhumatta ryhmässä. Loppuvaiheessa ryhmäistuntoa ryhmän ohjaajan olisi hyvä kysyä jokaiselta vuorollaan tuntemuksia, että jokainen jäsen kokee tullessa kuulluksi ja että jäsenen tuntemuksilla ja ajatuksilla on merkitystä, vaikka hän ei muuten osallistuisi ryhmän keskusteluun. (Vilén ym. 2002, 209–210.)



### **4.3. Vertaistuen merkitys omaisen jaksamiseen**

Vertaistukiryhmiin hakeudutaan, kun omaisen hyvinvointi on heikentynyt ja hän tarvitsee tukea. Vertaistuen on tutkittu lisäävän omaisen hyvinvointia, vähentävän kuormittuneisuuden tunnetta ja masentuneisuuden oireita. (Männikkö & Jähi 2015, 164, 166.) Vertaistuen avulla omainen pystyy näyttämään kaikki tunteensa ja pystyy kertomaan asiat niin kuin ne ovat ilman selittelyjä. Vertaistuen merkitys on siinä, että oma suru helpottuu kohtaamalla muita samassa tilanteessa olevia. (Aho, Lönnberg & Kaunonen 2013, 20.) Jaksamiseen vaikuttavia tekijöitä ovat vertaistuesta saatu keskinäinen kunnioitus, yhteistoiminnallisuus ja motivaatio. Vertaistuki luo tunnetta yhteisöön kuulumisesta sekä auttaa vahvistamaan omia voimavaroja. Vertaistuen on katsottu antavan vastavuoroista kannustusta ja rohkaisua, jolla on suora vaikutus siihen, että se ehkäisee terveysongelmia. (Kangasniemi ym. 2015, 17.)

## **5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata psykoosiin sairastuneiden potilaiden omaisten kokemuksia perhekahvilatoiminnasta. Opinnäytetyön tavoitteena on hyödyntää omaisilta saatua tietoa perhekahvilatoiminnan kehittämisessä.

### **Tutkimuskysymykset**

1. Millaisia kokemuksia omaisilla on perhekahvilatoiminnasta?
2. Miten perhekahvilatoimintaa tulisi kehittää?

## **6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

Tämän pääluvun alle olen koonnut tietoa siitä, kuinka olen toteuttanut laadullisen tutkimuksen. Kuvaan menetelmää, jolla tutkimuksen tein, ja kuinka toteutin aineiston analyysin.

### **6.1 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus**

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrisen tulosalueen osastojen 84, 82 ja 87 kanssa. Yhteistyöosastona oli osasto 84 ja sieltä lähihoitaja-sairaanhoitajatyöpari. Hoitajat ohjaavat vertaistukiryhmää psykoosiin sairastuneen potilaan omaisille. Omaisille lähetetään kutsu perhekahvilaan potilaan sairastuttua ensimmäisen kerran psykoosiin tai jouduttua toistamiseen sairaalaan hoitoon psykoosin uusiutuessa. Ryhmässä voi jatkaa käymistä, vaikka omainen ei olisi enää sairaalassa.

Psykoosiin sairastuneen potilaan omaisten vertaisryhmä toteutuu vertaistukiryhmänä psykoosilinjan osastojen hoitajien ohjaamana. Ryhmä kokoontuu Peltolassa PS3-rakennuksessa olevassa ryhmätilassa. Ryhmässä ohjaajat ovat osastojen 84, 82 ja 87 hoitohenkilökuntaa. Lisäksi joka ryhmässä on läsnä lääkäri ja sosiaalityöntekijä. Ryhmässä voi vieraila ulkopuolisia henkilöitä kuten psykiatrian poliklinikan työntekijöitä esittelemässä omaa toimintaansa.

### **6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu**

Opinnäytetyön lähestymistapa on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivinen tutkimus tulee kyseeseen silloin, kun halutaan tutkia alueita, joista ei vielä tiedetä juuri mitään. Lisäksi jos halutaan saada uusia näkökulmia tutkittavaan aiheeseen, on kvalitatiivinen menetelmä silloin oikea valinta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66.) Hoitajien ohjaamia vertaistukiryhmiä omaisille on varsin vähän edelleen, minkä vuoksi kvalitatiivinen menetelmä soveltui hyvin tutkimukseni lähestymistavaksi. Aiemmin vähän tutkitun tutkimusilmion ymmärtäminen on tärkeää. Aiheeseen tarvitaan haastateltavien omia kuvauksia aiheen tiimoilta. Lisäksi haastattelu saattaa herättää monenlaisia tunteita, minkä vuoksi kvalitatiivinen lähestymistapa on perusteltua. Tällöin tutkija voi tunnistaa mahdolliset

psykkiset haitat, joita haastattelun aiheet voivat haastateltavassa herättää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74–75.)

Kun tutkija haluaa saada tietää mitä ihminen ajattelee, on järkevää kysyä asiaa häneltä itseltään. Tämän vuoksi haastattelu on hyvä tapa saada tietoa tutkimukseen liittyen. Haastattelun etu on joustavuus, jolloin haastattelija voi toistaa tarpeen vaatiessa kysymyksen, selventää ilmausten sanamuotoa tai käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Jotta haastattelu onnistuisi, on tärkeää, että haastateltavat tietävät etukäteen aiheen, ajankohdan ja kuinka haastattelu toteutuu. Myös etiikan kannalta on perusteltua, että haastateltava saa tietää aiheen etukäteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–73.)

Puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu tarkoittaa sitä, että haastattelun keskeiset asiat on sovittu mutta aineiston keruuseen liittyy vapauksia. Haastattelija on valinnut keskustelun aihepiirin valmiiksi ja haastattelussa kysymykset eivät ole strukturoituja. Haastattelun aikana haastattelija voi täsmentää kysymyksiä tai jopa vaihtaa kysymysten järjestystä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125.) Ihmisten tulkinnat asioista, heidän asioille antamat merkitykset ja miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa, korostuvat teemahaastattelussa. Teemahaastattelun tarkoituksena on löytää vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen tai tutkimustehtävän mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Valitsin aineistonkeruumenetelmäksi haastattelun. Haastattelumuodoista valitsin teemahaastattelun, jotta pystyisin antamaan haastateltaville mahdollisuuden kertoa omin sanoin kokemuksistaan. Kävin kolmessa perhekahvilakokoontumisessa, missä etukäteen esittelin itseni, opinnäytteeni tarkoituksen ja tavoitteet sekä aiheen, mistä haastattelisin. Jaoin kaikille osallistujille lapun, mihin he saivat jättää yhteystietonsa, jos halusivat osallistua tutkimukseen tai laittaa ei, jos eivät halunneet osallistua haastatteluun (LIITE 2). Laput haastateltavat palauttivat minulle ryhmän jälkeen. Sovin erikseen haastateltavien kanssa ajankohdan haastatteluille heille mieluisana ajankohtana. Haastattelut tapahtuivat neutraalissa ympäristössä, sairaalaympäristössä. Varasin ryhmähuoneen psykiatrisen sairaalan PS2-rakennuksen yläkerrasta. Kerroin ennen haastattelua haastattelun kulusta ja varmistin vielä halukkuuden haastatteluun. Kerroin myös, kuinka aion aineiston säilyttää ja kuinka käyttäisin haastatteluita opinnäytetyössäni. Nauhoitin haastateltavien luvalla haastattelut. Näin varmistin tutkijana, että haastateltavat olivat ymmärtäneet aiheen ja tiesivät, mihin olivat suostuneet. Haastattelussa ei kysytty nimiä, eikä mitään potilaisiin liittyvää, jotta anonyymius säilyi.

Nauhoitin omat haastatteluni, jonka jälkeen litteroin haastattelut. Litteroinnilla tarkoitetaan haastattelujen materiaalin kirjoittamista tekstimuotoon. Nauhoitettu materiaali yleensä kirjoitetaan auki sanasta sanaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–164.)

### 6.3 Aineiston analyysi

Kvalitatiivisissa tutkimuksissa käytetään perusanalyysimenetelmää, sisällönanalyysia. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä. Sisällönanalyysin tavoitteena on esittää tutkittava tieto tiiviisti. Tämä onnistuu, kun aineistosta tehdään käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–166.) Sisällönanalyysillä aineistosta tavoitetaan merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Aineisto tulee litteroida eli käydä aineisto läpi, erottaa ja merkitä ne asiat, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen aineisto tulee joko luokitella, teemoittaa tai tyyppitellä. Kvalitatiivinen aineisto pilkotaan ja ryhmitellään erilaisten aihepiirien mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistojen analyysissä käytettäviä tekniikoita ovat mm. koodaus, reflektiiviset muistiinpanot, marginaalimerkinnät, päiväkirjat ja väittämisen muodostaminen. Koodaus tarkoittaa kategorisointia, jonka avulla sanoja tai lauseita voidaan luokitella. Koodit ovat kuvailevia, tulkitsevia tai selittäviä. Nämä kuvailevat sitä miten tutkija järjestää aineistonsa. Ne ovat yksinkertaisia luokittelutapoja, joita käytetään analyysin alkuvaiheessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–164.)

Induktiivisessa sisällönanalyysissä eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä sanat luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Induktiivista lähestymistapaa tulee käyttää silloin, kun asiasta ei juuri tiedetä mitään tai aikaisempi tieto on hajanaista. Tutkimusongelmat johtavat aineistosta tehtäviä kategorioita. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineisto aluksi pelkistetään. Se tapahtuu niin, että aineistosta karsitaan pois kaikki tutkimukselle epäolennainen. Aineistosta etsitään tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmauksia alleviivaamalla niitä eri väreillä. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään niin, että samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi. Luokat nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä, kuten tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Luokituksen jälkeen aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Tämän tiedon pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteiden avulla saadaan vastaus tutkimusongelmaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–112.)

Kirjoitin nauhoitetut haastattelut tekstimuotoon sanasta sanaan. Sisällönanalysoinnin aloitin alleviivaamalla teksteistä ilmaukset, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Ryhmittelin ilmaukset vastaamaan aina haastattelukysymyksiin. Karsin pois ilmauksia, jotka eivät liittyneet tutkimuskysymyksiini tai samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset. Muodostin alkuperäisilmauksista pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistetyt ilmaukset luokittelin alaluokkaan ja yläluokkaan. Alaluokkien perusteella sain neljä yläluokkaa, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiini.

## 7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Haastatteluihin osallistui kolme henkilöä, jotka olivat eri ikäisiä ja eri elämäntilanteissa. Haastateltavia henkilöitä yhdisti se, että heillä kaikilla oli ollut tai oli omainen parasta aikaa psykiatrisessa osastohoidossa psykoosin vuoksi. Olen seuraavissa luvuissa kuvannut tuloksia, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiini.

### 7.1. Omaisten kokemuksia perhekahvilatoiminnasta

Omaisten kokemuksia analysoitaessa aineistosta muodostui kolme yläluokkaa. Nämä yläluokat olivat tieto psykoosin kokonaisvaltaisesta hoidosta, henkilökunnan tuki ja vertaistuki.

Perhekahvilassa käynti oli tuonut omaisille tietoa psykoosin kokonaisvaltaisesta hoidosta. Omaiset kertoivat, että ryhmässä mukanaolo oli tuonut tietämystä lääkehoidosta; miten lääkkeet vaikuttavat, mihin lääkkeitä käytetään ja ylipäätään tietoa lääkehoidosta. Omaiset saivat tietoa psykoosista sairautena, potilaan hoitosuunnitelmasta ja eri kuntoutumistavoista. Lisäksi omaiset kokivat saaneensa tietoa sosiaalietuuksista.

Mitä kaikkea lääkkeisiin sisältyy

Tietää mihin suuntaan sitä ihmistä yritetään sitten työntää.

On hyvä, että on eri ammattiryhmiä

Henkilökunnan tuki koettiin tärkeänä perhekahvilatoiminnassa. Omaisilla oli mahdollisuus keskustella henkilökunnan kanssa sairauden herättämistä tunteista. Omaiset kokivat, että he saavat esittää kysymyksiä henkilökunnalle ja keskustella henkilökunnan kanssa. Henkilökunnan kanssa keskustelun koettiin vähentävän pelkoja ja leimautumisen kokemusta. Psykoosi koetaan sairautena muiden sairauksien joukossa. Omaiset kokivat myös asenteidensa laitoksia kohtaan muuttuneen, kun he ovat päässeet tuntemaan henkilökuntaa ja eri ammattiryhmiä paremmin.

Pystyt olemaan ja kysymään semmoisia mieltä painavia asioita

Sairaus ei tunnu tabulta

Tuolla tuotu samalle viivalle muiden sairauksien kanssa

Mä olin vastaan laitoksia ja tämmöisiä, niin onhan se kääntynyt täysin 180 astetta

Vertaistuen koettiin edistävän jaksamista. Muiden omaisten merkitys koettiin suurena, perhekahvila-kokemus hyvänä, voimaa antavana ja puhdistavana. Vertaistuen koettiin auttava selviytymään eteenpäin ja etäännyttävän sairaudesta.

Toiset vanhemmat, jotka siellä käyvät, niin niillä on yhtä suuri merkitys kuin sillä tiedolla mitä saa.

Semmoinen itseäänkin puhdistava vaikutus

Vertaistuen merkitys on se, että se voimistaa ja etäännyttää siitä

Vertaistukeen liittyi samassa tilanteessa olevien merkitys. Omaisille muiden ryhmässä kävijöiden merkitys korostui ja hyvä ilmapiiri edisti avointa keskustelua. Anonyymina ryhmään osallistuminen helppoi asioiden käsittelyä. Omaisets pitivät tärkeänä kokoontumisten säännöllisyyttä ja he odottivat kokoontumisia.

Ymmärtää, että on muita samassa tilanteessa olevia

Jos meillä olisi nimet, niin me mentäisiin sitten tunteen tasolla liian läheiseksi toisiamme

Sitä aina odottaa uudestaan

## **7.2. Omaisten ajatuksia perhekahvilatoiminnan kehittämistä**

Kehittämisajatuksiin tuli kolme alaluokkaa; pienryhmäkeskustelut, teemaluennot ja tiedonsaanti perhekahvilatoiminnasta. Pienryhmäkeskusteluissa omaiset nostivat esiin mahdollisuuden keskenään vapaaseen keskusteluun ja toisaalta jonkin aiheen käsittelyyn. Toisena kehittämisajatuksena omaiset kokivat tärkeänä etukäteen suunnitellut luennot eri teemoista, jotka toistuisivat säännöllisin väliajoin. Lisäksi toivottiin tarvittaessa valmiita vara-aiheita keskustelun varmistamiseksi. Kolmantena kehittämisajatuksena omaiset nostivat esiin paremman tiedottamisen perhekahvilatoiminnasta. Seuraavalla sivulla on esimerkki sisällönanalyysistä (TAULUKKO 1).



Joku aihe, josta haluttaisiin keskenään vanhemmat keskustella pikkuryhmissä

Säännöllisen aikataulun, että niitä tiettyjä aiheita aina käytäisiin tiettyjen aikojen jälkeen läpi

Voisi antaa ryhmästä enempi tietoa ensimmäistä kertaa varten

TAULUKKO 1. Esimerkki sisällönanalyysista: perhekahvilatoiminnan kehittäminen

<p>"Jossain vaiheessa kannattaa laajentaa, että ollaan keskenään"</p> <p>"Joku aihe, josta haluttaisiin keskenään vanhemmat keskustella pikkuryhmissä"</p>	<p>Omaiset keskenään keskustelemassa</p> <p>Pienryhmissä jonkin aiheen pohdintaa</p>	<p>Pienryhmäkeskustelu</p>	<p>KEHITTÄMISAJATUKSIA</p>
<p>"Luennot ovat olleet hyviä, voisiko sitä laajentaa?"</p> <p>"Säännöllisen aikataulun, että niitä tiettyjä aiheita aina käytäisiin tiettyjen aikojen jälkeen läpi"</p> <p>"Kerralla voisi olla kaksi teemaa, joku vanha ja joku uudempi"</p> <p>"Hiljaisiin hetkiin hoitajat sitten alkaa jotakin aiheita käymään läpi"</p>	<p>Luennot eri aiheista</p> <p>Etukäteen suunnitellut aiheet, jotka toistuvat</p> <p>Kaksi teemaa kerralla</p> <p>Vetäjillä vara-aihe valmiina</p>	<p>Teemaluennot</p>	
<p>"Voisi antaa ryhmästä enempi tietoa ensimmäistä kertaa varten"</p> <p>"Ihmiset rohkaistuisi tulemaan sinne"</p> <p>"Voiko esittää omia kysymyksiä"</p>	<p>Tietoa enempi perhekahvilasta ensimmäiselle kerralle</p> <p>Tietoa, joka rohkaisee osallistumaan</p> <p>Omien kysymysten esittäminen</p>	<p>Tietoa perhekahvilatoiminnasta</p>	

## 8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Käyn tässä kappaleessa läpi kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä oman opinnäytteeni kautta.

### 8.1 Luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi on vaikeaa. Neljän kriteerin perusteella voidaan kuitenkin jollain lailla arvioida kvalitatiivista tutkimusta. Nämä kriteerit ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulokset on kuvattu selkeästi, jotta lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet. Aineiston ja tulosten suhteen kuvaukseen on hyvä käyttää taulukoita ja liitteitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, missä määrin tulokset ovat siirrettävissä tutkimusympäristöön. Jotta siirrettävyys onnistuisi, on tutkijan kuvattava huolellisesti tutkimuskonteksti, miten osallistujat valittiin, miten aineisto kerättiin ja seikkaperäinen kuvaus analyysistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Totuusteoria koherenssiteorian mukaan väite on totta, jos se on johdonmukainen muiden todeksi todettujen väitteiden kanssa tai se on yhtäpitävä todeksi todettujen teorioiden kanssa. Tärkeää kvalitatiivisen tutkimuksen arvioinnissa on se, että se on johdonmukainen. Silloin tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan omat sitoumukset, aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, aineiston analyysi, tutkimuksen luotettavuus ja tutkimuksen raportointi ovat johdonmukaisia suhteessa toisiinsa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140 – 141.)

Siirrettävyyden osalta olen omassa opinnäytetyössäni kuvannut mahdollisimman tarkasti, kuinka tutkimus toteutettiin ja kuinka olen aineistoa analysoinut. Olen pyrkinyt kuvaamaan aineiston mahdollisimman rikkaasti, jotta lukija pystyy tavoittamaan tutkimusympäristön ja tutkimuskohteen. Tulosten tarkastelukappaleessa olen verrannut omia tuloksiani toisiin vastaaviin tutkimuksiin, jotta saan vahvistettua omia tutkimustuloksiani. Tutkimuksen uskottavuudeksi olen pohdinnassa kuvannut tutkimukseni

heikkouksia ja kehittämiskohteita. Olen kuvannut tulokset mahdollisimman tarkasti, mistä esimerkkinä olen lisännyt taulukon 1, jossa on kuvattu aineiston luokittelua (TAULUKKO 1).

## 8.2 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyys lähtee jo aiheen valinnasta. Tutkijan tulisi miettiä onko aihe yhteiskunnallisesti merkittävä mutta myös tiedostettava, kuinka tutkimus voi vaikuttaa tutkittaviin. Tutkimuksen hyödyllisyys on lähtökohtana tutkimuksen oikeutuksella ja tutkimusetiikan periaatteena. Hoitotieteellisille tutkimuksille on tyypillistä, että aiheet ovat hyvin sensitiivisiä. Aiheiden käsittely voi herättää osallistujissa voimakkaita negatiivisia tunnereaktioita. Tämän vuoksi tutkijan on arvioitava tarkkaan, onko tutkimuksen kannalta tärkeää kysyä sensitiivisiä eli henkilökohtaisia asioita. Tutkijan ei tule käyttää tutkimustietoa tutkittavia vastaan. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2013, 218.)

Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla potilaan itsemääräämisoikeus. Tutkittavalla tulee olla mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen eikä tutkittavalle saa tulla oloa, että se kuuluu hänen velvollisuuteensa. Tutkimukseen osallistumisen tulee aina olla aidosti vapaaehtoista. Tutkittavan tulee tietää tutkimuksen luonne, jotta hän voi antaa tietoisesti suostumuksen tutkimukseen. Tutkittavan on tiedettävä, että hän voi keskeyttää osallistumisen niin halutessaan. Lisäksi tutkittavan on tiedettävä, miten aineisto säilytetään ja miten tulokset julkistetaan. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2013, 218–219.)

Tutkittaviksi valikoituvien tulee olla tasa-arvoisia, jotta oikeudenmukaisuus toteutuu. Ei-toivottuja tutkittavia ei saa sulkea otoksen ulkopuolelle. Oikeudenmukaisuutteen kuuluu myös tutkittavien kulttuuristen uskomusten, tapojen ja elämäntavan kunnioittaminen. Tärkein osa tutkimusta on kumminkin anonymiteetti. Aineistoa ei saa luovuttaa kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle ja aineisto on pidettävä suojattuna. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään usein alkuperäisilmauksia. Onkin tärkeää arvioida, miten alkuperäisilmauksia käyttää, että vastaajaa ei niistä tunnisteta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

Hain tutkimuslupaa huhtikuussa 2015 ja tutkimusluvan sain toukokuussa 2015 (LIITE 1) Tutkimukseen osallistuvat henkilöt valikoituivat vapaaehtoisuuden pohjalta ilmoittamalla itse halukkuutensa tutkimukseen. Tämä sen vuoksi, että haastateltavien anonymisuus säilyisi ja jotta yhteyshenkilöt eivät tunnista vastaajia. Ennen haastattelua kerroin haastattelun kulun ja keston. Kerroin myös, kuinka

aion säilyttää aineistoa ja miten tulen sitä opinnäytteessä käyttämään. Lisäksi kerroin, että jos haastateltava haluaa keskeyttää haastattelun, hän voi niin tehdä. Anonyymius säilyi niin, että en kysynyt mitään henkilökohtaisia asioita, vaan kaikki kysymykset liittyivät perhekahvilaan. Oikeudenmukaisuus tapahtui niin, että halukkaat haastatteluun ilmoittautuivat minulle, jolloin perhekahvilan työntekijät eivät heitä minulle valinneet. Eettiseksi ongelmaksi nousee se, että en pyytänyt haastateltavilta kirjallista lupaa haastatteluun ennen haastattelun aloitusta. Ainoa kirjallinen suostumus haastatteluun oli ilmoittautuminen haastatteluun (LIITE 2). Lupa on ainoastaan pyydetty suullisesti, mikä kuuluu haastattelujen alussa. Eettisyyden kannalta kirjallinen sitoutuminen on aina luotettavampi kuin suullinen.

## 9 POHDINTA

Aiheeni valintaan vaikutti kiinnostukseni psykiatria kohtaan. Kyselin itse syksyllä 2014 aikuispsykiatrian osastonhoitajilta eri aiheita, jolloin minulle ehdotettiin perhekahvilatoiminnan tutkimista. Sovin tapaamisen perhekahvilan ohjaajien kanssa lokakuussa 2014 tiedustellakseni mitä he haluaisivat minun tutkivan perhekahvilan osalta.

### 9.1 Opinnäytetyön menetelmien tarkastelu

Perhekahvilan pitäjien tapaamisen jälkeen valitsin kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän. Näin tein sen vuoksi, että perhekahvilan pitäjät toivoivat ryhmässä kävijöiden kokemuksia. Ajattelimme, että saamme kokemukset paremmin esille haastattelemalla kuin lomakekyselyllä. Opinnäytetyösuunnitelmaa aloin työstää tammikuussa 2015. Sainkin opinnäytetyösuunnitelman tehtyä helmikuussa, jolloin hain lupaa. Sain suullisen luvan opinnäytetyöni aiheen esittelyyn perhekahvilassa maaliskuussa 2015. Kirjallisen luvan tutkimukseen sain toukokuussa 2015. Kävin kolmessa eri perhekahvilaistunnossa maaliskuussa. Sain kolme haastateltavaa. Haastattelut tein kesäkuussa 2015. Toteutin aineiston analysoinnin lokakuussa 2015. Raportin kirjoitin tammi- ja helmikuun 2016 aikana.

Haastattelut olivat antoisia ja luontevia. Pidin haastattelut psykiatrisen sairaalan PS2-rakennuksessa ryhmätallassa. Jouduin välillä tekemään tarkentavia kysymyksiä haastatteluissa, jotta sain vastaukset tutkimuskysymyksiini. Sain hyvää kokemustietoa kolmelta haastateltavalta. Kolmen tiedonantajan vastauksista sain samantapaisia vastauksia mutta uskon, että useampi haastateltava olisi tuonut vielä monipuolisempaa tietoa. Kaikki haastattelut olivat kestoltaan noin 30 minuuttia. Haastattelutila oli rauhallinen, joten nauhoitus onnistui hyvin. Haastattelujen litterointi vei aikaa, koska vastaukset kysymyksiini olivat monisanaisia ja hyvin kuvailevia.

Aineistoa analysoidessa koin teemahaastattelurungon olleen hyvä, sain monipuolisia vastauksia. Omaisten ajatuksia perhekahvilatoiminnan kehittämisestä-kohta oli haasteellinen, koska haastateltavat eivät osanneet nimetä kehittämisideoita. Tämä osuus jäi varsin suppeaksi, koska haastateltavia oli niin vähän. Useampi haastateltava olisi tuonut monipuolisempia kehittämisideoita. Tutkimus olisi luotettavampi, jos haastateltavia olisi ollut enemmän. Kolmella haastateltavalla sain vastauksia, jotka tukevat

aiheesta tutkittua teoriatietoa. Uskon perhekahvilan saavan hyvää tietoa, kuinka perhekahvilassa käynti on vaikuttanut omaisiin positiivisesti.

## **9.2 Tulosten tarkastelu**

Seuraavissa alaluvuissa olen tarkastellut tuloksia tutkimuskysymysten mukaan. Tuloksieni tueksi olen hyödyntänyt ajankohtaista tutkittua tietoa.

### **9.2.1. Omaisten kokemuksia perhekahvilatoiminnasta**

Mielenterveyshäiriötä sairastavan potilaan omaisille on edelleen kovin vähän hoitohenkilökunnan ohjaamia vertaistukiryhmiä. Tyypilliset vertaistukiryhmät ovat toisten omaisten pitämiä tai kokemusasiantuntijoiden pitämiä. Vertaan tuloksiani yleisesti vertaistukiryhmistä tehtyihin tutkimuksiin.

Ensimmäinen tutkimuskysymykseni oli millaisia kokemuksia omaisilla on perhekahvilatoiminnasta. Vastauksissa esiin eniten nousi henkilökunnan tuki ja vertaistuen merkitys. Kolmantena nousi esiin tiedon merkitys psykoosista ja hoitopolusta.

Tutkimustuloksissa nousee esille se, että henkilökunnan mukanaolo koettiin todella hyvänä. Mukanaolo on jopa muuttanut omaisten asennetta sairaalahoitoa kohtaan. Tärkeänä pidettiin sitä, että henkilökunnalle sai esittää omia, mieltä painavia kysymyksiä. Kilkun (2008, 116) väitöskirjan mukaan sairastuneet ja omaiset kokevat, etteivät saa julkisen mielenterveyspalveluiden järjestelmän kautta riittävästi tietoa ja tukea. Monesti potilaat ja omaiset kokivat kohtaamattomuutta ja epävarmuudessa elämistä. Tämän takia osa omaisista ja sairastuneista hakeekin täydentävää tai korvaavaa tietoa juuri vertaistuen parista. Kopsen ym. (2012, 146) tutkimuksessa tuli ilmi, että omaiset kokevat tulevansa sivuutetuiksi hoitohenkilökunnan taholta. Omaiset kokivat myös tullessa palvelujärjestelmän hyväksikäyttämiksi ja olivat menettäneet luottamuksen ammattilaisiin. Näiden tutkimustulosten varjossa on ilmeistä, miksi hoitohenkilökunnan tuen merkitys nousi suureksi tässä tutkimuksessa. Hoitohenkilökunnan koettiin panostavan omaisiin ja ottavan heidät ja heidän huolensa vakavasti.

Mikkonen (2009, 170) kirjoittaa omassa väitöskirjassaan, että ammattiauttajat tulkitaan alansa osaajiksi. Heiltä odotetaan uusien palvelualueiden ymmärtämistä ja osaamista. Sairastuneet kaipaisivatkin

Mikkosen väitöskirjassa ammatilaisia tiedottamaan vertaistuesta. Mielenkiintoista Mikkosen (2009, 171) väitöskirjassa onkin, että siellä vertaistukiryhmässä kävijät eivät usko ammattityöntekijän toimimiseen vertaistukena. Tämä on ristiriita oman tutkimukseni kanssa, jossa henkilökunnan läsnäolo oli positiivinen asia. Jatkokysymykseksi jää, että onko sairaudella merkitystä siihen, toivotaanko hoitohenkilökunnan olevan vertaistukiryhmän vetäjä vai ei.

Vertaistuen merkitys nousi myös vahvana esille. Omaiset kokivat toiset omaiset yhtä tärkeänä kuin tiedon, mitä hoitohenkilökunta ryhmässä antaa. Omaiset toivat esille, että on helpottavaa kohdata muita samassa tilanteessa olevia henkilöitä. Omaiset toivat esille, että ryhmässä käynti auttoi etäännyttämään sairaudesta ja puhdistamaan mieltä. Tuloksissa tuli esille myös se, että ryhmässä kävijät pitivät anonymiteettia hyvänä asiana. Vaikka kukaan ei tunne toista ryhmäläistä nimeltä, kokivat he silti saavansa tukea ja saavansa apua omaan jaksamiseensa. Nämä tulokset tukevat Kangasniemen ym. (2015) tutkimuksen tuloksia. Kangasniemen ym. (2015, 15) tutkimuksessa vertaisryhmä koetaan suvaitsevana ja luottamuksellisena. Vertaisryhmää kuvaillaan myös sanoilla ystävällinen, tuttu ja rento ilmapiiri. Vertaistuen kuvataan olevan vastavuoroista ja osallistavaa. Kangasniemen ym. (2015, 15–16) tutkimuksessa tulee ilmi, että vertaistukiryhmässä on tärkeää, että ryhmäläiset tulevat kuulluksi ja nähdyksi omien kokemusten kautta. Siellä kannustettiin toisia ryhmäläisiä ja motivoitiin tulemaan seuraaviin tapaamisiin. Vertaistuen ansiota ryhmäläisten voimavarat voimistuivat. Tämän pohjalta omat tutkimukseni tulokset ovat samassa linjassa.

Tiedonsaanti vertaistukiryhmässä nousi kolmanneksi kohdaksi. Tutkimustuloksissa nousi esiin, että ryhmässä sai hyvin tietoa lääkähoidosta ja erilaisista kuntoutumistavoista. Myös psykoosi sairautena tuli tutummaksi perhekahvilatoiminnassa kuin mitä osastolla, tiedonsaannin vuoksi. Koskisu ja Kulo-la (2005, 51) kirjoittavatkin, että omaiset toivoisivat tietoa parantumisenusteesta, mahdollisista oireista ja onko sairaus pysyvää. Kilkku (2008, 37) kirjoittaa, että omaiset itse tarvitsevat tietoa sairauteen liittyvissä asioissa ja tukea oman jaksamisen ylläpitämäksi. Tulokset ovat samansuuntaisia Mikkosen (2009, 93 – 95) väitöskirjassa. Siellä korostui sairaudesta riippuen tiedon merkitys, jota koettiin vertaistukiryhmissä saatavan. Tiedon lisäksi tarvitaankin tiivistä työskentelyä omaisten kanssa, mihin sisältyy opetukselliset elementit. Kun tietämys omaisissa lisääntyy, stressi ja jännittyneisyys vähentyvät. Tällä on suora vaikutus omaisten hyvinvointiin. (Kilkku 2008, 39–40.) Perhekahvilatoiminta tuokin näitä kaikkia tarvittavia elementtejä omaisten kokemuksiin, aineiston tuloksien perusteella.

### 9.2.2. Perhekahvilatoiminnan kehittämisajatukset

Toinen tutkimuskysymykseni oli, kuinka perhekahvilan toimintaa tulisi kehittää. Kehittämisideoina tulivat keskustelut pienryhmissä. Ehdotuksen takana oli se, että myös hiljaisemmat osallistujat pääsisivät sanomaan tuntemuksiaan ja ajatuksiaan. Kaikki kun ei aina uskalla isossa ryhmässä tuoda esille ajatuksiaan tai kokemuksiaan. Toisena kehittämisajatuksena olivat teemaluennot. Koettiin, että kaikilla ryhmässä kävijöillä, niin uusilla kuin vanhoilla, on samat toiveet aiheista, joita käytäisiin läpi. Toivottuja aiheita ovat lääketietous, kuntoutumistavat, sekä psykoosi sairautena yleensä. Ajatuksena olisi, että teemat olisi valmiiksi tiedossa esim. lehtisessä, jolloin omainen voi päättää tuleeko ryhmään vai ei. Myös ehdotettiin kahta teemaa, jotakin vanhaa ja jotakin uutta. Tärkeänä kumminkin pidettiin, että teemat tiedettäisiin etukäteen ja samat teemat toistuisivat.

Kolmantena kehittämisajatuksena tuotiin esiin tieto perhekahvilatoiminnasta. Kaksi vastaajaa toi esille, että eivät edes tienneet koko ryhmästä ennen kutsun tuloa kotia. Tärkeänä koettiin, että ryhmästä voisi kuulla hiukan etukäteen, esimerkiksi mitä ryhmässä käydään läpi ja ketä ryhmään osallistuu. Yksi vastaajista sanoi, että oli joutunut erikseen kyselemään henkilökunnalta ryhmästä ennen kuin oli päättänyt osallistua ryhmään. Tämä koettiin hankalana asiana. Vastaajista yksi mietti sitä, että kuinka moni jättää ryhmään tulemisen, koska ei tiedä etukäteen ryhmästä mitään. Männikön ja Jähin (2015, 166) tutkimuksessa tulee ilmi, että omaisten tulisi saada mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tietoa vertaisryhmistä. Lisäksi omaisille tulisi tarjota mahdollisuutta osallistua vertaisryhmään. Samaisessa tutkimuksessa on todettu vertaistuen merkitys omaisten hyvinvoinnille, minkä pohjalta oman tutkimukseni kehittämiskohde on aiheellinen. Omaiset tarvitsevat varhaisessa vaiheessa vertaisryhmien tuomaa tukea, jonka vuoksi perhekahvilan ohjaajien olisi aiheellista antaa kunnollista informaatiota omasta vertaistukiryhmästään.

Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Kangasniemen ym. (2015, 18–19) tutkimuksessa. Heidän tutkimuksessaan tulee esille, että vertaistukiryhmän kehittäminen tulisi kohdentaa ydinsisältöihin, henkilökunnan koulutukseen ja riittävään tiedottamiseen. Samaisessa tutkimuksessa tulee esille, että henkilökunnalta toivotaan parempaa tietämystä olemassa olevista vertaistukiryhmistä ja jakaa tietoa sitä tarvitseville.



### 9.3. Oppimisprosessin tarkastelua

Opinnäytetyötä tehdessä perehdyin laajasti vertaistukeen ja vertaistukiryhmiin. Lisäksi sain tietoa psykoosista ja sen hoidosta. Lähdemateriaalia oli hyvin saatavilla, mutta osittain vanhaa. Vertaistuesta löytyi runsaasti lähdemateriaalia, koska vertaistukea käytetään positiivisen hyvinvoinnin lisäämiseksi niin fyysisissä kuin psyykkisissä sairauksissa. Erilaisista vertaistukiryhmistä ja ryhmän muodostuksesta löytyi myös hyvin lähdemateriaalia. Ainoaksi ongelmaksi nousikin se, että vertaistukiryhmät olivat yleensä tarkoitettu sairastuneille eikä niinkään läheisille tai omaisille. Varsinkin hoitajien ohjaamista vertaistukiryhmistä löytyi vähän lähdemateriaalia. Yleisesti omaisille tarkoitetut vertaistukiryhmät olivat toisten omaisten pitämiä. Vertaistukiryhmän tuomia vaikutuksia omaisten hyvinvointiin oli siksi hankala verrata omiin tutkimustuloksiini, koska aihetta ei ollut juuri tutkittu. Useita tuloksia vertasinkin yleisesti vertaistuen antamiin positiivisiin vaikutuksiin.

Oman oppimisen kannalta sain todella hyödyllistä tietoa vertaistuesta ja sen vaikutuksista ihmisen hyvinvointiin. Lisäksi opin ymmärtämään kuinka isossa roolissa psyykkisesti sairastuneen potilaan omaiset ovat, joten tulevana sairaanhoitajana huomioin heitä paremmin. Tiedän nyt vertaistukiryhmien vaikutuksista, joten tulevaisuudessa otan selvää, millaisia vertaistukiryhmiä on olemassa, jotta osaan niitä suositella omaisille.

Työn tekemisen prosessi on ollut opettavaisin osuus opinnäytetyössäni. Ajankäytön hallinta nousi suurimmaksi ongelmaksi työssäni. Prosessia aloittaessani en ymmärtänyt, kuinka paljon aikaa opinnäytetyön tekemiseen menisi kaikkine vaiheineen. Nyt kun tarkastelen asiaa, olisin voinut jakaa ajankäytön paremmin, koska tein opinnäytetyötäni työn ohessa. Ajanpuutteen vuoksi lähdemateriaalit jäivät suppeaksi, englanninkielisiä lähteitä en käyttänyt laisinkaan. Uskoisin, että aiheeseeni olisi löytynyt paljon tutkittua tietoa englanninkielisistä lähteistä. Tulevaisuudessa, jos menen jatko-opiskelemaan, osaan suhtautua tämän tyyppisen tutkimuksen tekemiseen toisin ja hallita ajankäyttöni paremmin. Lisäksi osaan suhtautua mahdollisiin muuttuviin tekijöihin, mitä tämän tyyppinen tutkimus voi tuoda mukanaan, paljon paremmin.

Opinnäytetyössäni haastateltavien määrä jäi toivottua vähemmäksi, mikä vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Paremmalla ajalla olisin voinut saada enemmän haastateltavia, jolloin tutkimukseeni olisi saatu useamman omaisen kokemuksia. Koen kuitenkin, että tämän tutkimuksen avulla on saatu tärkeää tietoa vertaistuen merkityksestä omaisten hyvinvointiin. Tutkimukseni avulla voidaan todeta, että omaisille tarkoitettuja vertaistukiryhmiä, joita hoitajat ohjaavat, olisi hyvä olla lisää. Hoitajien läsnäolo

on muuttanut omaisille asenteita sairaalahoitoa kohtaan sekä tuonut tunteen, että omaisia arvostetaan. Lisäksi omaiset kokivat saaneensa tärkeää tietoa psykoosin hoidosta. Tutkimukseni avulla hoitajat voivat kehittää perhekahvilatoimintaansa, jotta he saavat entistä paremman vertaistukiryhmän.

#### **9.4. Johtopäätökset**

Tämän opinnäytetyön perusteella voin todeta, että

1. Omaiset olivat kokeneet perhekahvilan tuovan heille tärkeää tietoa psykoosin kokonaisvaltaisesta hoidosta. Omaiset kokivat, että he saivat tarpeellista tietoa lääkehoidosta, kuntoutumistavoista ja hoitosuunnitelmasta.
2. Henkilökunnan läsnäolo koettiin tärkeänä. Omaiset tunsivat, että he pystyivät kysymään henkilökunnalta mitä vain ryhmässä. Henkilökunnan läsnäolo oli tuonut asenteiden muuttumista hoitohenkilökuntaa kohtaan. Koettiin, että hoitohenkilökunta arvostaa omaisia, koska pitävät ryhmää ja ovat siinä mukana.
3. Perhekahvilatoiminta on tärkeä vertaistuen kannalta. Omaiset kokivat tärkeänä käydä ryhmässä ja kohdata muita samassa tilanteessa olevia. Ryhmä toi jaksamista omaan arkeen mm. etäännyttämällä sairaudesta.
4. Kehittämisaikatuksina omaiset nostivat pienryhmätoiminnan, teemaluennot ja ennakkotiedon perhekahvilatoiminnasta.

Hoitohenkilökunnan ohjaama vertaistukiryhmä mielenterveydenhäiriöstä kärsivän potilaan omaisille on melko uutta. Tulevaisuudessa kokemuksista voisi teetättää kvantitatiivisen tutkimuksen, jolloin tuloksista saataisiin lisää yleistettävyyttä. Tulevaisuudessa myös tutkimuksen kohteena voisi olla henkilökunnan vaikutukset tämän tyyppisessä vertaistukitoiminnassa, kuinka henkilökunta koetaan ja voisiko henkilökunta omassa toiminnassaan kehittää esillä oloa. Lisäksi tulevaisuudessa voitaisiin tutkia perhekahvilatoiminnan vaikutuksia omaisten hyvinvointiin ja jaksamiseen. Henkilökunnan mukanaolo ja sen vaikutus omaisten hyvinvointiin on mahdollinen tutkimuskohde tulevaisuudessa. Muutoin tutkimukseni tulokset olivat samansuuntaisia kuin yleisesti vertaistukiryhmien vaikutuksista ryhmän kävijöiden kokemuksiin. Vähäisen haastattelumäärän vuoksi tutkimustani ei voi yleistää, mutta perhe-

kahvilan ohjaajat voivat oman harkintansa mukaan käyttää tutkimustani toiminnan kehittämiseen ja arviointiin.

## LÄHTEET

- Aho, A., Lönnberg, R. & Kaunonen, M. 2013. Äitien vertaistuki internetin keskustelupalstalla lapsen kuoleman jälkeen. Tutkiva hoitotyö Vol. 11 (4), 13–21.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Honkonen, T. & Räisänen, K. 2005. Psykoosiin sairastunut työntekijä työterveyshuollon potilaana. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=ttl00235](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00235). Viitattu 27.9.2015.
- Huttunen, M. 2014. Psykoosi (mielisairaus). Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00411](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411). Viitattu 27.9.2015.
- Joukanen, S. 2013. Kannabis ja psykke. Powerpoint-esitys. Saatavissa: <http://www.slideserve.com/willa/kannabis-ja-psykke>. Viitattu 27.9.2015.
- Kangasniemi, M., Mynttinen, M., Rytönen, M. & Pietilä, A-M. 2015. Vertaistuki terveyden edistämässä – pikkulapsiperheiden äitien näkökulma. Tutkiva Hoitotyö Vol. 13 (3), 13–19.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Kontio, R., Ala-Nikkola, T., Wahlbeck, K., Vastamäki, M. & Joffe, G. 2015. Laitoshoidosta avohoittoon – näyttö käyttöön mielenterveystyön palvelujärjestelmän uudistamisessa. Tutkiva Hoitotyö Vol. 13 (4), 44–46.
- Koponen, T., Jähi, R., Männikkö, M., Lipponen, V., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2012. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus – tutkimuskohteena vertaisryhmä. Hoitotiede 24 (2), 138–149.
- Koskisuus, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy.
- Koskisuus, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksi? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116 Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Viitattu 28.10.2015.
- Mielenterveystalo. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/opaat/psykoosi/Pages/psykoosin-pikaopas.aspx>. Viitattu 27.9.2015.

- Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Akateeminen väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä.
- Mäkelä, R. 2010. Juoppohulluus ja muut alkoholipsykoosit. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteet-ja-terveys/juoppohulluus-ja-muut-alkoholipsykoosit>. Viitattu 27.9.2015.
- Männikkö, M. & Jähi, R. 2015. Mielenterveyspotilaiden omaisten vertaisryhmätoiminnan hyvinvointivaikutukset. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2, 163–169.
- Perttula, M. 2013. Tunnista psykoosi. Tehy 9. Www-artikkeli. Saatavissa: <http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2013/9-2013/tunnista-psykoosi/>. Viitattu 27.9.2015.
- Perttula, M. 2015. Synnyttäjän painajainen. Tehy 1. Www- artikkeli. Saatavissa: <http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2015/1-2015/synnyttajan-painajainen/>. Viitattu 28.10.2015.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2016. Esite perhekahvilatoiminnasta.
- Salokangas, R., Heinimaa, M., Suomela, T., Ilonen, T., Ristkari, T., Korkeilla, J. Huttunen, J., Hietala, J. & Syvälahti, E. 2002. Psykoosialttiuden arvioinnin opas. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.
- Syrjälä, E., Kontio, R. & Paasovaara, S. 2009. Uusi ote avohoitoon. Sairaanhoitaja 2, 16–18.
- Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Tampere: Esa Print.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuulio-Henriksson, A. 2012. Skitsofreniaa sairastavien kuntoutus ja työllistymismahdollisuudet. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden\\_artikkelit/2012/tuulio-katsaus.pdf](http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2012/tuulio-katsaus.pdf). Viitattu 28.10.2015.
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Juva: WS Bookwell Oy.
- Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin  
kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE/OPINNÄYTETYÖLLE  
(täytettävä koneella)

Tulosalue / vastuualue		vastuuyksikkönro		DIAARINRO: 154/2015		
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Suonperä Henna Maria		Henkilötunnus 131085-1441			
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Centria ammattikorkeakoulu, Kokkola		Nykyinen virka / toimi / opiskelija Sairaanhoitajaopiskelija			
	Kotiosoite Peitolankaari 1 A 9		Postinro ja -paikka 90230 Oulu			
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin 0503606370	Sähköpostiosoite henna.suonpera@cou.fi			
	Suoritettu tulkinto Hoitotyön koulutusohjelma		Suoritusvuosi	Suorituspaikka		
	2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot (Disarinro) Katso hallinto-keskuksen tiedote 15/2009)		Tutkimusprojektin lyhyt nimi Perhekahvilaominta psykoosiin sairastuneen potilaan omaisen tukena			
Tutkimus on		<input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> salainen	Tutkimusaika 4-9/2015			
Pääkaavanumero 902		Tutkimuksen luonteen määrittely Sos.- ja terv. huollon opinnäytetyöt				
Tutkimus on		<input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu)	<input type="checkbox"/> gradu	<input type="checkbox"/> muu, mikä		
		<input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede)	<input type="checkbox"/> väitöskirja			
Anoja on		<input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija	<input type="checkbox"/> muu tutkija	Anoja osallistuu potilastyöhön <input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
		<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija				
Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 486/1999 § 5) / ohjaaja / päättökija Arja Liisa Ahvenkoski, hoitotyön tuntiopettaja, Centria amk						
Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät sh Mary Bright, ih Jarkko Keto, oh Raija Auer						
Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteenä)						
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite						
Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaistista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia mitään						
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja Rahoittaja Sopimuksen nro <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain						
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE) <input type="checkbox"/> KEVO						
Päivämäärä Anojan allekirjoitus ja nimen selvitys 12.5.2015 Henna Suonperä						
3. Lausunnot Tarvittavat lausunnot ja luvat						
Lausunnot		<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta	lähetyspäivä		vastaus saatu	
		<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen tmk / <input type="checkbox"/> Ilmoitus kansallisesta lausunnosta				
		<input type="checkbox"/> TUKIJA <sup>1)</sup>				
Luvat		<input type="checkbox"/> Fimea <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Johtajayll./laitoksen joht./STM/THL <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> VALVIRA <sup>4)</sup>				
4. PÄÄTÖS Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta						
Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä						
Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> tulosalueen johtaja / vastuualueen johtaja / ylihoitaja <input type="checkbox"/> johtajayliääkäri / hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> hallitus						
Päivämäärä		Allekirjoitus		LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija alkuperäinen (tutkimuksen ajan) - Päätös (arkistointi)		
20.5.2015		Henna Suonperä				

<sup>1)</sup> TUKIJA= Valtakunnallinen tutkimuseettinen toimikunta <sup>2)</sup> Fimealla ilmoitetaan 60 p:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. <sup>3)</sup> Rekisteritutkimukset <sup>4)</sup> Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote 5/2009 (luvat).

Liitteet: Tutkimussuunnitelma ja rahoitussuunnitelma Muita liitteitä kpl

OSALLISTUN TUTKIMUKSEEN: [ ]

YHTEYSTIEDOT:

EN OSALLISTU TUTKIMUKSEEN: [ ]