

Aikuispotilaan perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö - estävät ja edistävät tekijät
Kirjallisuuskatsaus

Taru Lehtoranta

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyö AMK
Mielenterveys-, päihde ja kriisityö

Tekijä(t) Lehtoranta Taru	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Huhtikuu 2018
		Julkaisun kieli Suomi
	Sivumäärä 62	Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Aikuispotilaan perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö - estävät ja edistävät tekijät		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Piispanen Hannu, Lehto Siru		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Suomalaiseen kulttuuriin kuuluu, että aikuispotilaat nähdään mieluummin yksilöinä kuin perheyhteisöön kuuluvina jäseninä. Mielenterveys- ja päihdeongelmia kohdataan tavanomaisesti yksilötasolla, jossa vain sairastunut henkilö saa apua, jolloin muut perheenjäsenet ja tukiverkosto jäävät usein huomiotta. Perhekeskeisyys hoitotyössä on yksi keskeinen terveydenhuollon lähestymistapa, jolla voidaan tukea yksilöiden ja koko perheyhteisön terveyttä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla mielenterveyshoitotyön eri toimintayksiköiden, kuten perusterveydenhuollon, huumepalvelujen ja psykiatrian erikoissairaanhoidon perhekeskeisen hoitotyön estäviä ja edistäviä tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä mielenterveyshoitotyön ammattilaisten tietoisuutta perhekeskeisestä hoitotyöstä sekä hyödyntää opinnäytetyössä saatua tietoa perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön kehittämisessä.</p> <p>Perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön estävistä ja edistävästä tekijöistä muodostettiin kolme teemaa; työorganisaatiosta, hoitohenkilöstöstä, ja potilaista tai läheisistä johtuvat tekijät. Opinnäytetyön yhteenvedona voidaan todeta, että perhekeskeinen hoitotyö tulisi aloittaa varhain osastohoitoon tultaessa ja sen jatkuvuus olisi hyvä dokumentoida hoitosuunnitelmaan. Työorganisaatioiden päättäjät ovat tärkeässä johtavassa asemassa organisoidessaan hoitoyksiköihin riittävät resurssit, joilla voidaan edesauttaa aikuispotilaan perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön toteutumista. Hoitohenkilökunnan yksilöllisillä ominaisuuksilla, kuten asenteilla ja puheeksi ottamisen taidoilla näyttäisi olevan myös merkittävä vaikutus perhekeskeiseen hoitotyöhön. Jatkotutkimusehdotuksena esittäisin, että perhekeskeisiä hoitotyön tutkimuksia voisi soveltaa nuorille aikuisille ja/tai ikääntyvien omaishoitoon.</p>		
Avainsanat (asiasanat) perhekeskeisyys, mielenterveyshoitotyö, läheiset, osallistuminen		
Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Lehtoranta Taru	Type of publication Bachelor's thesis	Date April 2018 Language of publication: Finnish
	Number of pages 62	Permission for web publication: x
Title of publication Adult patient's family-oriented mental health care - preventive and supporting factors		
Degree programme Degree programme in Nursing		
Supervisor(s) Piispanen Hannu, Lehto Siru		
Assigned by		
<p>In the Finnish culture, adult patients are seen as individuals rather than members of a family community. Mental health and substance abuse problems are usually encountered at an individual level where only the sick person receives help, and the other family members and social support networks are often ignored. Family-focused care is one of the key health care approaches that can support the health of individuals and the whole family.</p> <p>The thesis was implemented as a literature review. The purpose of the thesis was to describe the preventing and promoting factors of family-centred care in various mental health care units, such as primary health care facilities, drug abuser services and psychiatric inpatient and outpatient units. The objective was to increase mental health nursing professionals' awareness of family-centred nursing and use the information thus gained in the development of mental health care.</p> <p>The preventive and supporting factors of family-oriented fell under three themes: the factors related to the work organization, those related to the care personnel and those related to the patients and their family members. As a summary, it can be stated that family-oriented nursing should start as soon as possible after admission and its continuity should be documented in the care plan. The decision-makers in the work units are in a decisive role when organizing adequate resources for the units and for the implementation of adult patients' family-centred care. The personal qualities of the professionals, such as attitudes and courage to address sensitive issues, also seemed to have a significant impact on family-centred care. As a further research proposal, family-oriented nursing research could be applied to young adults and/or in elderly caregiver settings.</p>		
Keywords/tags (subjects) family focused, mental health care, carers, involvement,		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Perhekeskeisyyden lähtökohdat	4
	2.1 Perhe	4
	2.2 Perheen osallisuus hoitotyössä	5
	2.3 Perhekeskeinen lähestymistapa.....	7
	2.4 Perhekeskeiset hoitomallit.....	8
3	Perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö	10
	3.1 Aikuispotilaan mielenterveyshoitotyö	11
	3.2 Ennaltaehkäisevä mielenterveyshoitotyö	14
	3.3 Perheinterventiot ja psykoedukatiivinen hoitotyö	15
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	17
5	Kirjallisuuskatsaus	17
	5.1 Aineiston keruu.....	18
	5.2 Aineiston analysointi.....	21
6	Tutkimuksen tulokset	23
	6.1 Työorganisaatiosta johtuvat tekijät	23
	6.2 Hoitohenkilökunnasta johtuvat tekijät.....	27
	6.3 Potilaista tai läheisistä johtuvat tekijät.....	30
7	Pohdinta	36
	7.1 Tutkimustulosten tarkastelu	36
	7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	42
	7.3 Jatkotutkimusehdotukset	44
	7.4 Johtopäätökset.....	47

Lähteet	48
----------------------	-----------

Liitteet

Liite 1 Opinnäytetyöhön analysoidut tutkimukset	49
-------------------------------------------------------	----

Kuviot

Kuvio. 1 Työorganisaatiosta johtuvat tekijät.....	23
Kuvio. 2 Hoitohenkilökunnasta johtuvat tekijät	27
Kuvio. 3 Potilaista tai läheisistä johtuvat tekijät	31

Taulukot

Taulukko. 1 Hakusanat tutkimusaineiston tiedonhaussa.....	18
Taulukko. 2 Tiedonhaku	19
Taulukko. 3 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit	20
Taulukko. 4 Sisällönanalyysin pelkistäminen teemoiksi.....	22
Taulukko. 5 Työorganisaation perhekeskeistä hoitotyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä (⑤ = viittausten määrä tutkimuksista).....	36
Taulukko 6 Hoitohenkilöstön perhekeskeistä hoitotyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä (⑤ = viittausten määrä tutkimuksista).....	38
Taulukko 7 Potilaiden tai läheisten perhekeskeistä hoitotyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä (⑤ = viittausten määrä tutkimuksista).....	40

1 Johdanto

”Kun yksi sairastuu monen maailma muuttuu.” Nykypäivämme hoitotyössä korostetaan yksilökeskeisyyttä. Suomalaiseen kulttuuriin kuuluu, että aikuispotilaat nähdään mieluummin yksilöinä kuin perheyhteisöön kuuluvina jäseninä (Åsted-Kurki & Kaunonen 2011, 114). Suomessa aikuisten mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat kasvava kansanterveydellinen ongelma, jotka tunnetusti aiheuttavat työkyvyttömyyseläkkeelle päätymistä ja ylisukupolven sairastumisriskiä (Holmberg 2016, 154, 157). Mielenterveys- ja päihdeongelmia kohdataan tavanomaisesti yksilötasolla, jossa vain sairastunut henkilö saa apua, jolloin muut perheenjäsenet ja tukiverkosto jäävät usein huomiotta. Perhekeskeisyys on potilaan ja perheiden välitöntä hoitamista, jossa jokainen perheen yksilö huomioidaan samanaikaisesti. Perhekeskeinen hoitotyö on myös ennaltaehkäisevää verkostoitumistyötä vanhemmuuden tukemisessa, jolla tuetaan yksilöiden ja koko perheyhteisön terveyttä. (Larivaara 2009, 408.) Ennaltaehkäisevän mielenterveyshoitotyön merkitys on kansainvälisellä tasolla paremmin tunnistettu ja hoitosuosituksissa on korostettu, että perheitä tulisi tukea aktiivisemmin psykiatrisen hoidon aikana (Eassom ym.2014, 2). Vaikka nykyään maailmalla yksimielisesti suositellaan läheisten osallistumista mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön, on se kuitenkin pysytellyt käytännössä toteutumattomana (McSwiggan ym. 2013, 3; Giacco ym.2017, 2; Dirk ym.2017, 1). Suomalaisen hoitotyön peruseriaatteena on perhekeskeinen orientoituminen. Se, miten perhekeskeistä hoitotyötä toteutetaan käytännössä, vaihtelee suuresti ja ajoittain se jää vain ajatukseksi paperille.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät estävät ja edistävät aikuispotilaan perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä. Tämä opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena, jossa kuvaillaan mielenterveyshoitotyön eri toimintayksiköiden, kuten perusterveydenhuollon, huumepalvelujen ja psykiatrian erikoissairaanhoidon perhekeskeisen hoitotyön estäviä ja edistäviä tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä mielenterveyshoitotyön ammattilaisten tietoisuutta perhekeskeisestä hoitotyöstä ja hyödyntää saatua tietoa perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön kehittämisessä.

2 Perhekeskeisyyden lähtökohdat

2.1 Perhe

Suomessa perhe-käsite on hyvin tiivistetty ja kulttuurisidonnainen (Larivaara 2009, 21-22). Jokainen määrittelee oman perheensä tai se voidaan määritellä yksilön tarpeen ja tilanteen mukaisesti (Wahlbeck ym. 2014, 109). Yhdysvaltalaisen perhelääketieteen kehittäjän Susan McDanielin mukaan perhe voidaan määritellä tiiviiksi ihmisryhmäksi, jonka jäsenet ovat sidoksissa toisiinsa biologisesti, emotionaalisesti tai juridisesti (Mts, 22). Biologisin perustein muodostunutta perhettä kutsutaan yleensä ydinperheeksi, johon kokonaisuuteen kuuluu vanhemmat ja lapset. Myös sisarukset ja isovanhemmat luokitellaan biologiseen perheeseen. (Åsted-Kurki ym. 2008, 11-12.) Emotionaalisin sitein solmitut perheenjäsenet ovat henkilölle tärkeitä ja ensisijaisia henkilöitä. Henkilöt voivat muodostua merkittäviksi yhdessä asumisen tai tiiviin huolenpitosuhteen kautta. (Åsted-Kurki ym. 2015, 30.) Läheinen henkilö voi esimerkiksi olla seurustelukumppani, asuinkumppani tai henkilökohtainen avustaja. Perhe voi myös määräytyä laillisin perustein. Tilastokeskuksen mukaan juridinen perhesuhde muodostuu avio- tai avoliiton kautta tai rekisteröidyssä parisuhteessa (Mts, 109-110.) Perheeksi luokitellaan myös yhden tai useamman henkilön talous, johon voi kuulua useampi sukupolvi tai sisarusten muodostama yhteistalous (Mts.30; Mts,110).

Yhteiskuntarakenteiden muutosten myötä perhekulttuuri ja erilaiset käsitykset perheestä ovat tänä päivänä monipuolistuneet (Blomqvistin & Ziegertin 2011, 188; Wahlbeck ym. 2014, 109). Nykyään perheitä perustetaan vanhempana kuin vielä aiempina vuosikymmeninä ja perheenjäsenet ovat entistä tasavertaisempia ja riippumattomampia toisistaan (Mts,110). Yhä useampi hoitotyöntekijä kohtaa vastaanotollaan yksinhuoltajaperheitä, uusperheitä, sateenkaariperheitä, lapsettomia perheitä (Tukiainen & Lindroos, 2009, 39; Åsted-Kurki ym. 2015, 30) ja eri kulttuuritaustaisia yhteisöjä (Giacco ym.2017, 9). Samoin myös maahanmuuttajat ovat tuoneet värikkyyttä suomalaisiin perhemuotoihin, sillä heidän ydinperhekäsityksensä usein eroaa suomalaisesta ydinperherakenteesta. (Mts, 110; Mts,39.) Tämän takia

on tärkeää, ettei kysyjällä ole mitään perusolettamuksia perheen rakenteesta ennen kuin perhe otetaan ensimmäisen kerran puheeksi (Larivaara 2009, 22). Blomqvistin & Ziegertin (2011, 188) haastattelututkimuksessa monet ruotsalaiset sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, että potilaalle annetaan mahdollisuus määritellä perheensä vapaasti. Siksi jokaiselta hoitoon hakeutuneelta varmistetaan avoimesti kysymällä, keitä henkilön perheeseen kuuluu. Esimerkiksi vanhempien eron kokeneet lapset voivat edelleen määritellä etävanhemman kuuluvaksi perheeseensä (Mts, 22) tai yksinasuva henkilö voi määritellä ainoaksi perheenjäsenekseen oman lemmikkieläimensä (Mts, 30.). Tämän vuoksi jokaisella henkilöllä on ainutlaatuinen perhe, ja se tulisi muistaa myös aikuispotilaita hoidettaessa (Åsted-Kurki & Kaunonen 2011, 114).

2.2 Perheen osallisuus hoitotyössä

Maailmalla viranomaiset ja terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät erilaisia käsitteitä potilaan perheestä ja läheisistä (Åsted-Kurki ym. 2008, 7). Englannissa potilaan läheisestä käytetään termiä "carer" ja Yhdysvalloissa käytetään termiä "caregiver". Läheisellä voidaan tarkoittaa vanhempaa, parisuhdekumppania, sisarusta, lapsia, ystäviä tai muita yksilölle merkittäviä henkilöitä. (Eassom ym. 2014, 1.) Läheinen voi olla pohjimmiltaan kuka tahansa, joka tunnistaa olevansa vastuussa potilaan hoitamisesta ilman rahallista korvausta (McSwiggan ym. 2013, 2; Mts 1). Suomen hoitotyön kirjallisuudessa ja terveydenhuollon ammattikielessä potilaan läheisiä sanotaan usein omaisiksi tai lähiomaisiksi (Åsted-Kurki ym. 2015, 31). Potilasasiakirjalain mukaan potilaan asiakirjoihin ja sairauskertomuksen esitietoihin kirjataan potilaan lähiomaisen nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot kehen voi ottaa yhteyttä tarvittaessa (A 298/2009, 10§).

Tutkimusten mukaan perhe on hoitotyössä arvokas voimavara, joka toimii potilaan asianomaisena hoidon vakauttamisvaiheessa ja mahdollistaa hoitotyössä kiinnipysymisen (Dirk. ym. 2017, 7). Suomessa perheiden osallistumista on huomioitu

sairaaloissa ja muissa hoitolaitoksissa potilaan läheisille tarkoitetuilla vierailu-
koina, jotka sijoittuvat tavallisesti keskipäivälle tai illansuulle eli silloin, kun osaston
hoitotoimenpiteissä on tauko (Åsted-Kurki ym. 2015, 31). Perheen osallisuudesta
suomalaisessa hoitotyössä on saatavilla hyvin vähän tutkimusnäyttöä. Muun mu-
assa Laitilan (2010) tehdyssä potilaan osallisuutta tutkivassa väitöskirjakirjatutki-
muksessa suositeltiin, että jatkossa olisi tärkeää selvittää perheenjäsenten ja lä-
heisten näkemyksiä niin potilaan kuin läheisten osallisuudesta mielenterveys- ja
päihdehoitotyössä (Laitila 2010, 201).

Tarpeenmukainen hoitomalli

Suomessa on kehitetty jo useita vuosikymmeniä sitten toimintamalleja psykiatris-
ten potilaiden ja heidän sosiaalisen verkostonsa hoitoprosessiin osallistamiseen.
Vuonna 1960 Turussa kehitettiin *tarpeenmukainen lähestymistapa* vaikeiden psyki-
atristen potilaiden kohtaamiseen psykiatrian eri yksiköissä. Tämän lähestymista-
van mukaan keskityttiin ottamaan psyykkisesti sairastuneet potilaat ja heidän lä-
heisensä aktiivisesti mukaan hoidon suunnitteluun ja hoidon prosessiin. (Piippo &
Aaltonen 2008, 2003.) Suomalaista tarpeenmukaista hoitomallia on jatkokehitetty
useilla perhekeskeisillä projekteilla; (1981-1987 *valtakunnallinen skitsofreniapro-
jekti*), (1992 -1998 *API-projekti*), (1997 *Västerprojekti*) ja (1994-2005 *Länsi-Pohjan pro-
jekti*), joissa hyödynnettiin tarpeenmukaisen lähestymistavan periaatteita. (Aalto-
nen & Laitila 2015, 220.) Tarpeenmukaisen lähestymistavan valtakunnalliset ja pai-
kalliset projektit osoittivat perhekeskeisen integraation tuloksellisuuden mielen-
terveyshoitotyössä, muun muassa skitsofrenian ennusteen huomattavana kohent-
umisena, parantuneena työkykyisyytenä ja sairaalahoidon vähentymisenä. On
jopa näyttöä siitä, että uusia skitsofreniaan sairastuneita potilaita on voitu hoitaa
menestyksellisesti ilman psykoosilääkitystä. (Aaltonen 2009, 21.) On huomionar-
voista, että aikanaan Länsi-Pohjan liikkeessä kehitetty ODAP-lisäprojekti eli ”*Open
Dialogue in Acute Psychosis*” on edelleen herättänyt kiinnostusta maailmalla *avoi-
men dialogin hoitomallina* (Seikkula & Arnkil 2014, 38).

2.3 Perhekeskeinen lähestymistapa

Perhekeskeisen tieteenteorian perustajana pidetään biologi ja filosofi Ludvig von Bertalanffy. Hän esitti 1940-1960 luvulla, että kaikissa elävissä olennoissa ja systeemeissä on kokonaisuus, joka muodostuu monien tekijöiden summasta. (Larivaara 2009, 19.) Perhekeskeisessä lähestymistavassa pyritään näkemään yksittäisten henkilöiden lisäksi heidän perheensä ja läheisverkostonsa (Mäkelä 2015, 105) sekä tutkia näiden välistä vuorovaikutusta, jotta voidaan ymmärtää sen kokonaisuutta. (Larivaara 2009, 365). Perhekeskeistä hoitotyön termiä on käytetty keskenään vaihtoehtoisesti perhekeskeisyytenä, -lähtöisyytenä, -hoitotyönä tai perherkkyytenä (Åsted-Kurki ym. 2015, 30; Ward ym. 2017, 1). Perhekeskeisyys on yksi keskeinen terveydenhuollon lähestymisperiaate, joka ei pelkästään kohdistu lapsiperheisiin (Iivanainen & Syväoja 2016, 564) vaan kaikkiin potilaisiin tai asiakkaisiin iästä riippumatta (Åsted-Kurki & Kaunonen 2011, 114). Yleisesti määriteltynä perhekeskeisyys hoitotyössä on työtapa, jossa potilaan tilanne pyritään arvioimaan kokonaisvaltaisesti niin biolääketieteellisestä, kuin psykososiaalisesta näkökulmasta (Heikkilä & Linderoos 2009, 57). Käytännössä perhekeskeisesti työskentelevä hoidon ammattilainen on samanaikaisesti kiinnostunut potilaan somaattisesta ja psyykkisestä oireilusta sekä potilaan perhesuhteista ja niihin kohdistuvista muutoksista. Perhekeskeisen hoitotyön peruslähtökohtana on, että perhe on osaltaan tärkeä ja perheellä on voimakas vastavuoroinen vaikutus yksilön sairastumiseen ja sairaudesta toipumiseen. (Larivaara 2009, 20-21.) Tämän vuoksi perhekeskeinen lähestymistapa on monipuolisempi tapa hoitaa kuin mustavalkoinen yksilökeskeinen ajatusmalli, jossa sairastunut itse on ongelmiensa ratkaisija (Mts, 105).

Perhekeskeisessä hoitotyössä on tärkeää tunnistaa potilaan läheiset ottamalla heihin ensikontaktia, antamalla heille tietoa hoidon kulusta ja kannustaa heitä osallistumaan potilaan hoidonsuunnitteluun ja hoitopäätöksiin (Giacco ym.2017, 11; Kanerva & Kuhanen 2017, 192). Yksi tärkeimmistä perhekeskeisen toimintamallin työmuodoista ovat perhetapaamiset tai hoitokokoukset (Haarakangas 2008, 74,) joita järjestetään joko lääkärin vastaanotolla tai kotikäynneillä (Larivaara 2009, 24.).

Perhekeskeisessä hoitotyössä ei kuitenkaan aina edellytetä perheenjäsenten konkreettista läsnäoloa, vaan tärkeintä on tunnistaa, ketkä henkilöt ovat kiinteästi mukana potilaan arjessa. Perhekeskeisessä hoitotyössä voidaan käyttää muitakin toimintatapoja, muun muassa sukupuun piirtäminen, refleктоiva keskustelu yksin tai ryhmässä, tai narratiivinen työskentely hoitoammattilaisen kanssa. (Mts, 24.) Sukupuun on yksi helposti omaksuttava visuaalinen menetelmä (Lehtinen ym.2014, 2627), jonka avulla voidaan havainnoida perheen rakennetta ja sen historiaa, perheen sairauksia, merkittäviä tapahtumia sekä perheenjäsenten välisiä suhteita ja kehitysvaiheita (Mts, 192). Perhekeskeiselle hoitotyölle tarvittaisiin lisää sille ominaisia menetelmiä tai mittareita varmistamaan paremmin perhehoitotyön toteutumista (Åsted-Kurki & Kaunonen 2011, 117).

2.4 Perhekeskeiset hoitomallit

Perhekeskeisyydestä on tullut yksi hoidon prioriteeteista monissa korkean elintason maissa. On olemassa myös vahvoja todisteita siitä, että perhekeskeinen lähestymistapa on osoittautunut tehokkaaksi psyykkisesti sairaiden yksilöiden sekä heidän perheittensä hoidossa. (Ward ym.2017, 1.) Perhekeskeisyyttä on käsitelty kirjallisuudessa yhä enemmän (Ward ym.2017, 7), jolloin perhekeskeiselle lähestymistavalle on noussut moninkertainen määrä kansainvälisiä perheen osallistamismalleja, jotka perustuvat erilaisiin teorioihin mielenterveysongelmien luonteesta. Perhekeskeiset hoitomallit soveltavat yleistä systeemiteoriaa ja informaatiotekniikkaa, jotka pyrkivät selittämään, miten kaikki perheet toimivat ja miten vuorovaikutuksen ilmiöt näkyvät perheissä. Lisäksi perhekeskeiset hoitomallit keskittyivät haavoittuvuus-stressimallin teoriaan, jonka mukaan taustalla olevat biologiset tai fyysiset tekijät ovat altistaneet psyykkisen sairauden puhkeamiselle johtuen henkilön liiallisesta ympäristön stressitasosta. (Dirk ym.2017, 1-2, 5.) Dirkin ja työryhmän (2017, 2) kirjallisuuskatsauksessa tutkijat lähtivät tarkastelemaan perhekeskeisten osallistamismallien teoreettisia viitekehyksiä akuutin mielenterveyshoitotyön näkökulmasta. Tutkimuksessa tunnistettiin kuusi kansainvälistä akuuttipsykiatrian perheen osallistamishoitomallia kuudestatoista eri lähdeaineistosta.

(1) Yhdysvalta-lähtöiset ja Englannissa jatkokehitetyt **perheen psykoedukaatiomallit** olivat maailmanlaajuisesti käytetyimpiä perhekeskeisiä osallistamismenetelmiä akuuttipsykiatriassa. Hoitomalliin erikoistuneet tiimit tarjosivat perheille tietopaketteja potilaan diagnoosista ja sen hoitosuosituksista sekä tarjottiin emotionaalista tukea perheelle ja vahvistettiin ongelmanratkaisutaitoja. (2) Suomalainen **avoimen dialogin hoitomalli** luokiteltiin myös yhdeksi akuuttipsykiatrian perhekeskeiseksi hoitomalliksi. Hoitomalliin kuului liikkuva moniammatillinen kriisiryhmä, joka kävi heti lääkärin lähetteen vastaanottamisen jälkeen mahdollisimman lyhyessä ajassa potilaan kotikäynnillä. Tapaamisiin sisällytettiin potilaan laajempi sosiaalinen verkosto, jota hyödynnettiin päivittäin ja hoitotyöskentelyä jatkettiin, kunnes yhteinen ymmärtäminen saavutettiin potilaan tilanteesta. Kuunteleminen ja dialogiin osallistuminen olivat keskeisiä osatekijöitä potilaan ahdingon vähentämisessä. (3) Ranskasta tullut perhekeskeinen hoitomalli **ERIC** (*Equipe Rapide d'Intervention de Crise*) perustui liikkuvaan moniammatilliseen tiimiin, jossa sairaanhoitajat, lääkärit ja psykologit työskentelivät yhtenä työryhmänä. Hoitomallin tarkoituksena oli ”kääriä” psykiatrian kriisitilanteita tehokkaasti haltuun. ERIC-hoitomallilla oli vahva painotus hoitoryhmän kommunikaation rooliin ja perheen kykyyn käsitellä tulevia kriisejä. (4) Saksalaisessa **SYMPA-hoitomallin** perhekeskeisessä lähestymistavassa koko hoitohenkilöstö koulutettiin arvioimaan ja hoitamaan potilaita perheyhteisössä. Hoitohenkilöstön ammattikielessä painotettiin strukturoitua kommunikointia, jossa käytettiin vähemmän lääketieteellisiä termejä. SYMPA-hoitomallissa painotettiin erityisesti akuuttipsykiatrian lääkkeitä ja pakonkäytön toimenpiteitä. (5) Kanadalaiset **Calgary perheen arviointi ja interventiomallit** painottuivat perhekeskeiseen lähestymistapaan hoitorutiineissa ja hoidon arvioinnissa, jotka kulkivat mukana hoitojärjestelmässä. Akuuttihoitotyön perheinterventioilla pyrittiin muuttamaan perheen kognitiivista ja affektiivista käyttäytymistä. (6) Englantilainen **Somersetin- hoitomalli** keskittyi mielenterveyspalveluiden laaja-alaiseen perhekeskeiseen lähestymistapaan, joka kehitettiin vastaamaan perheiden vaatimuksia enemmän perheitä koskevissa tutkimuodoissa (Dirk ym. 2017, 8.)

Kansainvälisten perhekeskeisten hoitomallien suurehkoista erilaisuuksista huolimatta tutkijat löysivät hoitomalleista monia yhtäläisyyksiä, joita olivat muun muassa vuorovaikutus ja kielenkäyttö sekä yhteinen päätöksenteko. Vuorovaikutusta ja kielenkäyttöä oli voimakkaasti korostettu edellä kerrotuissa hoitomalleissa. Perhekeskeiset hoitomallit pohjautuivat haavoittuvuus-stressimallin teorian puuttumiskäytäntöön eli "tunteen ilmaisuun" (*Expressed Emotion*). Useimmat kansainväliset hoitomallit painottivat myös yhteisen päätöksenteon tarvetta, jossa ammattilaisten rooliin kuului enemmän tarjota asiantuntijoiden tietoa, neuvoja ja ohjausta. (Dirk ym.2017, 1, 5-6.) Yhteistä päätöksentekoa helpotti ammattilaisen luopuminen kontrolloivasta vetäjän roolista, joka samalla tarkoitti ammattilaisen epävarmuuden sietämistä ja yhteisen ratkaisun löytämistä tasa-arvoisessa yhteistyössä perheiden kanssa (Eassom ym.2014, 7; Mts, 5-6).

3 Perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö

Mielenterveyshoitotyö voidaan jakaa mielenterveyden edistämiseen sekä mielenterveyshäiriöiden ja sairauksien hoitoon. Nämä pitävät sisällään kolmiportaisen mielenterveyttä edistävän, ennaltaehkäisevän sekä korjaavan tason. (Kuhanen 2017, 18.) Mielenterveyshoitotyö on mielenterveyttä edistävää ja korjaavaa työtä, jossa rakennetaan psyykkisen hyvinvoinnin edellytyksiä ja ehkäistään häiriölle altistavaa toimintaa (Haarakangas 2011, 173; Kuhanen 2017, 33). Nykyisin myös päihdehoitotyö eli päihteettömyyttä edistävä ja päihdeongelmia hoitava ja kuntouttava toiminta on alettu liittää tärkeäksi osaksi mielenterveyshoitotyön aluetta (Mts, 173). Mielenterveyshoitotyön lähestymisperiaatteena on mielenterveyden edistämisen lisäksi yksilön, perheen ja yhteisön voimavaroja kunnioittava ja tukeva työote (Kuhanen ym.2017, 35). Perheiden huomioiminen on keskeinen osa mielenterveyshoitotyötä, jota pidetään myös hyvänä hoitotyön orientaationa. Vaikka hoidon keskiössä pidetään yksilöä, voidaan perhe nähdä merkittävänä taustatekijänä potilaan hoidossa. (Kanerva & Kuhanen 2017, 190.)

Maailmanlaajuisesti mielenterveyshäiriöt ovat merkittävä uhka ihmisen elinajan ennusteelle (Ward ym. 2017, 1). Maailman terveysjärjestön ja Suomen sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelmassa on joka vuosi korostettu yksilön ja väestön terveyden edistämistä (Larivaara 2009, 409). Vuoden 2009 Suomen kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan oli myös laadittu kohta, missä potilaiden läheisiä tulisi entistä paremmin huomioida palvelujärjestelmässä (Holmberg 2016, 191). Viime vuosina Euroopassa ja korkean elintason maissa, kuten Australiassa ja Pohjois-Amerikassa, on lisätty hoitohenkilöstön koulutusinvestointia perhekeskeiseen mielenterveyshoitotyöhön. Esimerkiksi Australiassa psykiatrian hoitojärjestelmän uudistuksessa asetettiin psyykkisesti sairastuneen perheet etusijalle terveydenhuollon akuuteissa palveluissa. (Ward ym.2017, 7.) Samoin eri puolilla Iso-Britanniaa on päivitetty päihdehoitotyön hoitosuosituksia, joissa painotetaan huumepalvelukäyttäjän perheiden ja läheisten aktiivista osallistamista päihdehoitotyöhön (McSwiggan ym. 2013, 2).

3.1 Aikuispotilaan mielenterveyshoitotyö

Suomessa aikuisten mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat kasvava kansanterveydellinen ongelma, jotka tunnetusti aiheuttavat työkyvyttömyyseläkkeelle pääymistä ja ylisukupolven sairastumisriskiä (Holmberg 2016, 154, 157). Aikaisempien suomalaisten tutkimusten mukaan jostakin mielenterveyden häiriöstä kärsii suunnilleen joka neljäs tai viides suomalainen. Erityisesti Terveys 2011 -hankkeen aikuistilastoissa nuorten aikuisten mielenterveyshäiriöt olivat kasvaneet korkeimmaksi esiintymisluvuksi. (Suvisaari ym. 2017.) Lönnqvistin ja Holmbergin mukaan on merkille pantavaa, että suomalaisten mielenterveys ei ole juurikaan kohentunut (Mts, 155-156) vaikka työikäisten fyysinen terveys on lisääntynyt ja elinajan ennuste on pidentynyt (Lönnqvist & Lehtonen 2017). Erityisesti miehiin kohdistuvat suuret terveyserot ja heikompi hoitoon hakeutuvuus on pysytellyt samana. Miehet päätyvät päihteidenkäytön vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle selvästi useammin kuin naiset, sekä ovat myös alttiimpia lähisuhde- tai perheväkivaltaan ja rattijuopumuksille, sekä tekevät enemmän itsemurhia kuin naiset. (Holmberg 2016, 164.) Toisaalta

naisten masennus tai ahdistuneisuushäiriöt saattavat edeltää päihdehäiriötä useammin kuin miehillä (Partanen ym.2015, 345). Arviolta jopa 70% psykiatriseen osastohoitoon tulevista odottavista äideistä kärsi jonkinasteisesta masentuneisuudesta tai ahdistuneisuushäiriöistä (Åsted-Kurki ym.2008, 53). Suvisaaren (2017) mukaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon käyttö on edelleen vähäistä. Aikaisempien tutkimusten mukaan kaikista mielenterveyden häiriöistä kärsivistä vain viidesosa on riittävässä psykiatrisessa hoidossa ja yli puolet on vailla minkäänlaista hoitoa. Ennaltaehkäisevässä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidon saatavuudessa on olemassa suuria alueellisia eroja. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden hajanaisuuden tai laadun vaihtelevuuden takia, nämä palvelut eivät ole kaikkien työikäisten aikuisten saatavilla, ja moni mielenterveys- ja päihdeongelmasta kärsivä aikuinen voi jäädä helposti yhteiskunnan ulkopuolelle. (Mts, 154, 160.) Myrskylän (2012) mukaan arviolta yli 50 000 alle 30-vuotiasta nuorta aikuista on Suomessa koulutuksen ja työelämän ulkopuolella ja yli 30 000 ei ole ilmoittautunut työttömäksi työnhakijaksi (Partanen 2015, 495).

Yleisimmät mielenterveyden sairaudet ovat ahdistuneisuushäiriöt, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoosit, unihäiriöt, syömishäiriöt, elimelliset aivosairaudet, persoonallisuushäiriöt ja erilaiset päihderiippuvuudet (Korhonen ym.2008, 767; Lönnqvist & Lehtonen 2017). Monille mielenterveyden häiriöille on ominaista, että sairastunut ei ole hyvässä kontaktissa itseensä eikä omiin asioihinsa, minkä vuoksi yhteistyön sujuminen vaatii hoitotyöntekijältä hyvää ammattitaitoa. Psykiatriassa kohdataan usein tilanteita, joissa sairastuneella voi ilmetä sairauden tunnottomuutta, eli potilas kokee olevansa täysin terve, mutta asiantuntijoiden arvion mukaan hänellä voi olla vaikea-asteinen todellisuuden vääristymä, jolloin hän selvästi tarvitsee apua sairautensa hoitamisessa. (Lönnqvist & Lehtonen 2017.) Mielenterveyslain mukaan hoidon tulee tapahtua mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (L 1423/2001, 22b§). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että jokaisella on oikeus hyvään terveyden ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Potilaan ihmisarvoa ei tule loukata vaan hänen hoitonsa ja kohtelunsa on järjestettävä siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. (L 785/1992, 3§.)

Päihdeongelman ja mielenterveyshäiriön hoitotyö

Vuonna 2017 on arvioitu, että maailmanlaajuisesti noin 76 miljoonaa ihmistä kärsii alkoholin väärinkäytöstä ja yli 29,5 miljoonaa yksilöä kärsii huumeiden käytön ongelmasta (Kourgiantakis & Ashcroft 2018, 1). Mielenterveyshäiriöt ja päihdehäiriöt voivat olla monella tapaa yhteydessä toisiinsa tai ne voivat esiintyä samanaikaisesti (Partanen ym. 2015, 345). Samanaikainen päihdeongelma ja mielenterveyshäiriö voidaan usein luokitella kaksoisdiagnoosiksi. Kaksoisdiagnoosit ovat psykiatriassa yleisiä. (Aalto, 2015, 222.) Erityisesti skitsofreniaa sairastavien henkilöiden alkoholin tai muiden päihteiden väärinkäyttö on tänä päivänä yleistynyt. Kaksoisdiagnoosipotilaat pyritään hoitamaan mielenterveyspalveluissa, johon suositellaan integroitua hoitoa päihdepalvelujen kanssa. Yhteistyö mielenterveys- ja päihdepalveluiden kanssa lisää huomattavasti potilaan toipumisen ennustetta. Samoin perheen ja läheisverkoston tuki on arvokasta tukemalla kaksoisdiagnoosipotilaan hoitomyönteisyyttä yhdessä hoitohenkilöstön kanssa. (Seuri 2017, 338.)

Monet kaksoisdiagnoosipotilaat pyritään ohjaamaan riippuvuuksia hoitaviin erikoisyksiköihin (Vorma 2015, 243). Erilaiset käytös tai päihderiippuvuudet koskevat merkittävästi myös riippuvuudesta kärsivän perheitä. Kolme tutkimusta on osoittanut, että päihderiippuvuudesta kärsivillä henkilöillä on suurentunut todennäköisyys itsemurha-ajatuksiin ja itsemurhayritysten toteuttamiseen. Lisäksi erilaiset riippuvuudet aiheuttavat huomattavaa stressiä, terveysongelmia, perhekonflikteja, lähisuhdeväkivaltaa, lasten kaltoinkohtelua, taloudellista turvattomuutta sekä yhteiskunnasta syrjäytymistä. Maailmanlaajuisesti riippuvuuden hoitoon hakeutumiset ovat erittäin alhaisia ja niistä uloskirjautuminen on vielä suurempaa. Tutkijat Kourgiantakis ja Ashcroft (2018) painottavat tuoreessa tutkimuksessaan, että ottamalla huomioon riippuvuuden tuomat laaja-alaiset haitalliset vaikutukset perheessä, olisi ratkaisevan tärkeää, että näille perheille tarjottaisiin perhekeskeistä hoitotyötä. Perheiden osallistaminen riippuvuudesta kärsivän hoidossa voisi vähentää riippuvuudesta kärsivän ympärillä olevia haittoja ja myös parantaa heidän hoitoon pääsyä, hoitomyönteisyyttä ja hoitotuloksia henkilön riippuvuuden hallitsemisessa. (Kourgiantakis & Ashcroft 2018, 1-2.)

3.2 Ennaltaehkäisevä mielenterveyshoitotyö

Mielenterveyshoitotyön ennaltaehkäisevässä perhekeskeisessä hoitotyössä on tärkeää huomioida psyykkisesti sairastuneen lapset (Korhonen ym.2010,73; Kanner & Kuhanen 2017, 193). Suomessa mielenterveyshoitotyön ammattilaisia ohjaa laki tunnistamaan aikuispotilaan alaikäiset lapset ja arvioimaan heidän hoidon tarvettaan, kun vanhempi on psykiatrisen hoidon piirissä. Suomessa on tehty arvioita, että Suomen väestön kuuluvista psyykkisesti sairastuneista vanhemmista noin 27 prosentilla on alaikäisiä lapsia. Psyykkisesti sairastuneen vanhemman mielenterveys sairaus nähdään usein hyvin tunnettuna riskitekijänä. Aikaisempien tutkimusnäyttöjen perusteella tiedetään, että mielenterveydenhäiriöstä kärsivän vanhemman lapset ovat lisääntyneessä riskissä saada käytöshäiriöitä, psykososiaalisia ongelmia tai emotionaalisen tai kognitiivisen kyvyn häiriöitä. (Korhonen ym. 2010, 65, 66.) Tuoreessa Vänskän (2017, 12) väitöskirjassa todettiin, että erityisesti äidin mielenterveysoireilla voi olla pitkäaikaisia vaikutuksia vauvaikäisen kognitiiviseen kehitykseen ja stressinsäätelylle vielä lapsen mennessä kouluun (Siren 2017). Mielenterveydenhäiriön riskitekijöiden kasaantuminen tuo monelle sairastuneelle vanhemmalle monenlaisia sosiaalisia ja taloudellisia haasteita, kuten köyhyyttä, asunnottomuutta, koulutuksen puuttumista tai työttömyyttä, lähisuhdeväkivaltaa sekä sosiaalisen tuen puutetta (Goodyear ym.2015, 170). Kuitenkaan näitä edellä mainittuja riskejä ei pidä ylikorostaa, vaan psyykkisesti sairastuneelle vanhemmalle on tärkeää korostaa, että hekin pystyvät hoitamaan lapsiaan. Psyykkisesti sairastuneen vanhemman perhekeskeisessä hoitotyössä on olennaisinta kiinnittää huomio psyykkisen sairauden tuomaan vaikutukseen ja ilmenemiseen perheessä eikä niinkään keskittyä diagnoosiin (Korhonen ym. 2008, 768). Sairaudesta huolimatta sairastuneen vanhemman tehtävä on arvokas ja heiltä usein löytyy kokemusasiantuntijuutta. Mielenterveyden ammattilaiset voivat parhaimmillaan ehkäistä perhekeskeisellä lähestymistavalla sukupolvien yli kestäneen mielenterveysongelman tai syrjäytymisen ketjun (Larivaara 2009, 36; Mts, 193). Muun muassa eräässä Siegenthalerin (2012) meta-analyysissä saatiin myönteistä tulosta sillä, jos psyykkisesti sairastuneelle vanhemmalle tarjottiin perhekeskeisiä interventioita, silloin voitiin vähentää jopa 40 prosentilla heidän lapsiin kohdistuvasta riskistä sairastua mielenterveyden ongelmiin (Reupert ym. 2015, 359; Mts, 170).

3.3 Perheinterventiot ja psykoedukatiivinen hoitotyö

Psykoedukaatio

Perhepsykoedukaatio on pitkään vakiintunut hoitokäytäntö ja sitä on perinteisesti tarjottu perheelle mielenterveystyön ammattilaisten kautta henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa (Ward ym. 2017, 6). Psykoedukatiivisesta hoitotyöstä on olemassa tehokasta tutkimusnäyttöä, että se vähentää erityisesti skitsofrenia- tai masennuspotilaiden uudelleen sairastumista. Skitsofrenian käypähoitosuosituksessa (2015) psykoedukaatio määriteltiin yhdeksi keskeiseksi hoitomenetelmäksi. Psykoedukaatiolla voidaan parantaa skitsofreniapotilaan puutteellista hoitomyöntyvyyttä antamalla tietoa lääkityksestä myös sairastuneen perheenjäsenelle. (Käypähoito 2015.) Psykoedukatiivisessa hoitotyössä perheille opetetaan haavoittuvuus-stressimallikäyttöä, sairastumiseen altistaneita tekijöitä sekä vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaitoja, jolla vähennetään perheen stressaavaa vuorovaikutusta, joka voi pahentaa oireilua (Dirk ym.2017, 5; Kanerva & Kuhanen 2017, 195).

Perhepsykoedukaation kirjallisuus on painottanut, että kaikkiin perheinterventioihin tulisi sisällyttää "Big Three"-termi, millä viitataan kolmiportaiseen tiedonsaantiin mielenterveyden diagnoosista, selviytymiskeinoista sekä vertaistuen tai ammattilaisen tuen merkityksestä (Kourgiantakis & Ashcroft 2018, 2). Esimerkiksi Ruotsissa psykiatrian akuuttiosaston psykoedukaatioon kuului psykoedukatiivista tietoa mielenterveydenhäiriöistä, lääkityksestä, psykiatrian hoitotyöstä, uloskirjautumisesta ja varhaisista varomerkeistä sairauden uusiutumisesta (Blomqvist & Ziegert, 2011, 188). Samoin Goodyearin (2015, 167) australialaiseen FaPMI- (*Families where a Parent has a Mental Illness*) interventioon sisältyi psykoedukatiivista orientaatiota mielenterveyspalveluista ja tietoa potilaan oikeuksista perheiden hoidon suunnitteluun osallistumisesta ja muista tukipalveluista. Nykyään näihin psykoedukaatioihin on kehitetty muita vaihtoehtoisia työtapoja, kuten liikkuva kriisi-työryhmä tai teknisen apuvälineen kautta tarjotut internetin online-interventiot, joihin sisältyy perheenjäsenen omahoidon fokusointia. (Dirk ym.2017, 5; Ward

ym.2017, 6). Vielä koulutetummalla ja erikoistuneemmalla hoitohenkilöstötasolla psykoedukaatiota voitiin tarjota perheneuvotteluna, perheinterventiona (Eassom ym.2014, 2) sekä perhe- tai nettiterapiana. (McSwiggan ym. 2013, 2-3).

Perheinterventiot

Perhekeskeiset interventiot ovat antaneet tutkimuksellista näyttöä vähentämällä mielenterveyshäiriöiden uusiutumiseriskiä (Giacco ym. 2017, 2), erityisesti kaksisuuntaisten mielialahäiriöiden mielialavaihteluiden vähentämisessä (Ward ym.2017, 1-2). Muun muassa Australiassa perheitä osallistava hoitostandardi (FaPMI) osoittautui tehokkaaksi interventioksi psyykkisesti sairastuneelle vanhemmalle, jolla todennäköisesti pystyttiin vähentämään sairauden tuomaa vaikutusta perheessä ja läheisissä. Goodyearin (2015) tutkimuksessa perheitä osallistavan hoitostandardin ensimmäinen vaihe oli ensikontaktin ottaminen mielenterveyspalvelujen käyttäjään ja hänen perheenjäseniin. Hoidon jatkuvuus turvattiin keräämällä tarkat tiedot perheen hoitoon sitoutumisesta ja hoitosuunnitelman arvioinnista sekä psykoedukation tarjoamisesta. Mielenterveyshoitotyön hoitosuunnitelman dokumentointi oli merkittävän tärkeää mielenterveyspalvelujen suunnittelussa. (Goodyear ym.2015, 169, 173.)

Perhekeskeiset interventiot ovat olleet myös tutkimuksen kohteina päihdehoitotyössä. Vuonna 2010 englantilaiset tutkijat kehittivät yhden ehkä tehokkaimman viisiportaisen perheinterventio **SSCS- selviytymishoitomallin** (*stress – strain – coping – support*) aikuisen riippuvuuden ongelmista kärsivän perheenjäsenille, jonka tavoitteena oli vähentää perheisiin kohdistuvaa stressiä. SSCS- selviytymismallissa ilmeni monia samankaltaisuuksia perhepsykoedukation kanssa, jossa keskitytään näyttöön perustuvaan mielenterveyshoitotyöhön, jota on tavallisesti hyödynnetty skitsofreniapotilaiden perheiden tukemisessa. SSCS-selviytymishoitomalli on sovellettu perusterveydenhuoltoon ja mielenterveyspalveluihin ja sillä on saatu monissa kansainvälisissä tutkimuksissa lupaavia hoitotuloksia. (McSwiggan 2013, 2, 14; Kourgiantakis & Ashcroft 2018, 2.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät estävät ja edistävät aikuispotilaan perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä mielenterveyshoitotyön ammattilaisten tietoisuutta perhekeskeisestä hoitotyöstä sekä hyödyntää opinnäytetyössä saatua tietoa perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön kehittämisessä.

Tutkimuskysymys:

- 1) Mitkä tekijät estävät aikuispotilaan perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä?
- 2) Mitkä tekijät edistävät aikuispotilaan perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä?

5 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on yksi keskeinen tutkimusmenetelmä, jossa muodostetaan teoreettinen kokonaiskuva tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä, eli se on tutkimus tutkimuksista (Stolt & Kauhanen 2016, 6, 23). Tämä opinnäytetyö on toteutettu narratiivisena eli kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, kun tarkoituksena oli saada kokonaiskuva tutkimusilmiöstä. Kuvailevan tutkimustiedon avulla voidaan ymmärtää tutkimusilmiön todellisuutta sellaisena kuin se ilmenee nykypäivän hoitotyössä (Eriksson ym. 2012, 42). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kysymyksenasettelu on yleensä laaja, josta voidaan erottaa kaksi eri suuntausta, joita ovat narratiivinen ja integroiva katsaus (Salminen 2011, 7). Narratiivisessa katsauksessa tarkastellaan saatavilla olevia tutkimuksia keskittymällä niiden vertaisarviointiin ja yhdistelemällä niistä kootun teorian. Narratiivista kirjallisuuskatsausta on yleisimmin käytetty hoitotieteellisissä kirjallisuuskatsauksissa, koska siinä kehitetään ja arvioidaan aikaisempaa tutkittua tutkimustietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 94.)

5.1 Aineiston keruu

Tutkimusaiheen hahmotuksessa käytettiin apuna suomalaisten perhekeskeisten asiantuntijoiden kirjallisuusaineistoja. Tutkimusaineistojen haku aloitettiin harkin-
nanvaraisella *lumipallo-otannalla*, jossa aluksi etsittiin perhekeskeisen avainhenki-
lön tekemiä tutkimuksia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Seuraavassa
aineiston tiedonhaussa määriteltiin keskeiset hakusanat, joita olivat perhekeskei-
syy, mielenterveyshoitotyö, perhe, läheiset ja osallistuminen. Näitä pääkäsitteitä
käytettiin aineiston tiedonhaussa yksittäin sekä erilaisina yhdistelminä. Hakusanoja
on lyhennetty, esimerkiksi famil* and psych* lyhenteiksi, jolla parannettiin löydet-
tyjen tutkimusten määrää. Tiedonhaun aikana ”läheisen”- termiä oli käytetty
useissa kansainvälisissä tutkimusaineistossa sanoilla ”caregiver” tai ”carer”, ja sii-
hen lisäksi liittyi termi ”involvement” eli osallistumista. Hakusanat on kuvattu alla
olevassa taulukossa (1).

Taulukko. 1 Hakusanat tutkimusaineiston tiedonhaussa

Suomenkieliset hakusanat	Englanninkieliset hakusanat
”perhekeskeisyys”	”family focused/centered/oriented”
”mielenterveyshoitotyö”	”mental health/illness/disorder”
”päihdehoitotyö	”substance abuse”
”aikuispsykiatria”	”adult psychiatry”, ”psychiatric nursing”
”perhe”	”family”
”läheiset”	”relatives/carer/caregiver”
”osallistuminen”	”involvement”

Aineiston tutkimushakua tehtiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun tiedonhakupor-
taalin kautta muista monitietokannoista, kuten Cinahlista, Medicistä, PubMedistä,
Terveysportista ja Brittiläisestä BMJ (*Evidence-based nursing*) aikakauslehti arkis-
tosta. Lisäksi tiedonhakua jatkettiin Research Gate- tutkijapalvelusta, Google Scho-
lar- hakupalvelusta sekä valtakunnallisista kirjastotietokannoista, kuten Melin-
dasta, Jyväskylän ja Oulun yliopiston tiedonhakuportaalista sekä Keski-Suomen
aluekirjaston sivuilta. Tiedonhaunprosessi on kuvattu taulukossa (2).

Taulukko. 2 Tiedonhaku

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulokset	Otsikon pe- rusteella	Tutkimuk- seen otetut
Tieteelliset tutkimukset				
Cinahl (Ebsco)	AR "Aaltonen J"	4	1	1
PubMed	family-focused	56	8	1
PubMed	famil* AND psychiatric nursing AND mental disorders	316	16	4
BMJ open (EBN)	families involvement AND mental healthcare AND psych*	3,776	8	2
Research Gate	family-focused AND carer involvement	100	12	2
Research Gate	Involve family AND substance abuse	10	5	1
BMJ open (EBN)	family-focused	32	3	1
Artikkelit				
Medic	Perhehoitotyö OR family oriented AND mielenterveys OR mental health	1104	6	2

Kirjallisuuskatsaukseen kuuluu tehdä järjestelmällistä tiedonhakua ja määrittää tutkimuksen valittujen materiaalien mukaanotto- ja poissulkukriteerit (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 93). Poissulkukriteereihin asetettiin psyykkisesti sairastuneisiin lapsiin ja nuoriin kohdistuvat tutkimukset, koska tutkimuksen fokuksena olivat aikuispotilaat. Lisäksi perheterapian tai perhelääketieteen näkökulmasta käsitteleviä tutkimuksia ei otettu opinnäytetyöhön mukaan, koska muuten tutkimusaineistosta olisi tullut liian laaja. Lisäksi tutkimuksen ensimmäisessä tiedonhaussa oli aikomus ottaa perheinterventiota ja psykoedukaatiota käsitteleviä tutkimuksia,

mutta tässä tutkimuksessa pyrittiin objektiivisuuteen, eikä interventioiden vaikutavuuden yliarviointiin (Stolt, ym.2016, 26). Tutkimusaiheesta oli saatavilla muutamia hyödyllisiä ennen 2008 vuoden tutkimuksia, mutta tutkimusten julkaisuaikaa rajattiin vielä tiukemmin, sillä kirjallisuuskatsaukseen haluttiin tuoda mahdollisimman uutta tietoa. Näin ollen tiedonhaku tehtiin vuosien 2008-2017 väliltä, jossa katseltiin myös tulevia vuoden 2018 tutkimuksia. Mukaanotto- ja poissulkukriteerien avulla on täten varmistettu, että tiedonhaku pysyy suunnitellussa painopisteessä (Mts, 26). Mukaanottokriteerit on kuvattu taulukossa (3).

Taulukko. 3 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimuksen otsikko, avainsanat ja abstrakti viittaavat tutkimuskysymykseen • Vertaisarvioitu tieteellinen tutkimus tai tutkimusartikkeli • Tutkimus on julkaistu vuosien 2008-2018 välille. • Kieli: suomi, englanti • Tutkimus on kaikille saatavilla (Free full text/Open access)
Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • Psykkisesti sairastuneisiin lapsiin ja nuoriin tai ikääntyneisiin kohdistuvat tutkimustekstit → (All adults/ Age 18-64) • Perheterapiaan tai perhelääketieteeseen liittyvät tutkimustekstit

Opinnäytetyöhön valikoitiin kaksitoista tutkimusta ja kaksi Suomen lääkirlehtiarikkeliä. Hakutulokset seulottiin ensin otsikoiden perusteella sekä abstraktin ja avainsanojen avulla, jonka jälkeen aineistot luettiin läpi ja tutkimustekstit suomennettiin. Suomessa tehtyjä tutkimuksia oli kolme ja loput yhdeksän olivat kansainvälisiä tutkimuksia, joista neljä oli englantilaisia, kolme australialaisia, yksi kanadalainen ja yksi ruotsalainen tutkimus. Valituista tutkimuksista suurin osa oli laadullisia haastattelututkimuksia (=8) ja kirjallisuuskatsauksia oli (=4). Otetut tutkimukset ja niiden tulokset on esitelty tiivistetysti taulukkoon opinnäytetyön lopussa liitteessä (1).

5.2 Aineiston analysointi

Kirjallisuuskatsauksen kerätystä aineistosta laaditiin yhteenveto valittujen tutkimuksen tuloksista (Stolt 2016, 7, 30). Tässä opinnäytetyössä tulokset on analysoitu induktiivisella, eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä ja tulokset on kuvattu teema-aiheisesti. Induktiivista analyysiä käytetään, kun tutkimusaiheen aikaisempi teoria on hajanainen tai aiheesta on saatavilla niukasti tietoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167; Eriksson ym. 2012, 37).

Aineistolähtöisellä analyysillä pyrittiin luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus ja selkeä ymmärrys tutkimusongelmasta (Mts, 167). Sisällönanalyysi aloitettiin suomentamalla tutkimusaineistot ja etsimällä vastauksia tutkimuskysymykseen. Tämän jälkeen aineistosta poimittiin tutkimuskysymykseen viittaavat tutkimushavainnot ja ne pelkistettiin. Pelkistetyt tutkimushavainnot ryhmiteltiin samankaltaisuuksien perusteella, minkä jälkeen ne muokattiin alakategorioiksi, yläkategorioiksi ja mahdollisiksi pääteemoiksi. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 90) Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa (4) on havainnollistettu sisällönanalyysin pelkistämistä teemoiksi.

Aineistolähtöisessä tulokinnassa mietittiin, mitä perhekeskeisyyttä vaikuttavia tekijöitä yhdistää, (esim. ajan-tilan puute ja henkilöstömäärä) ja pohtimalla näille tekijöille niitä kokonaistavan teeman (Kananen 2015, 174). Tutkimusaineiston laajuuden vuoksi teemoittelu tuntui parhaiten kuvainnollistavan näitä toistuvia ilmiöitä tutkimusaineistoista. Teemoittelu on analyysitapa, jossa hahmotetaan aineistosta ilmeneviä toistuvia havaintoja, jotka ovat nousseet aineistosta esiin. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 90). Perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön vaikuttavista tekijöistä saatiin muodostettua kolme teemaa; **työorganisaatiosta johtuvat tekijät, hoitohenkilöstöstä johtuvat tekijät ja potilaista tai läheisistä johtuvat tekijät.**

Taulukko. 4 Sisällönanalyysin pelkistäminen teemoiksi

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääteema
"The nurses expressed a lack of time, which prevented them meeting with the families." (Blomqvist & Ziegert, 2011, 190)	Sairaanhoitajat kertoivat, että ajanpuute esti heitä tapaamasta perheitä.	→Ajanpuute	Työyksikön resurssit	Työorganisaatiosta johtuvat tekijät
"The extensive evidence base for early intervention and prevention highlights the importance of the mental health worker to "ask the right questions" (Goodyear ym.2015, 177)	Laaja tutkimusnäyttö osoittaa, että varhaisessa ennaltaehkäisevässä interventiossa korostetaan mielenterveyden ammattilaisen kykyä kysyä oikeita kysymyksiä.	→Hoitajan puheeksiotto →Varhainen interventio	Hoitotyöntekijän ammatillinen pätevyys	Hoitohenkilökunnasta johtuvat tekijät
"Participants identified a range of barriers and enablers to family-focused practices including strained family relationships and stigma." (Ward ym.2017, 5)	Osallistujat tunnistivat joitakin perhekeskeisen hoitotyön esteitä ja mahdollistajia, kuten tulehtuneet perhesuhteet ja stigma.	→Stigma →Tulehtuneet perhesuhteet	Mielenterveydenhäiriöstä tai päihdehäiriöstä johtuva stigma	Potilaista ja läheisistä johtuvat tekijät

6 Tutkimuksen tulokset

6.1 Työorganisaatiosta johtuvat tekijät

Aikuispotilaan perhekeskeisen hoitotyön eräs merkittävästi vaikuttava tekijä oli työorganisaatio. (ks. kuvio 1).



Kuvio. 1 Työorganisaatiosta johtuvat tekijät

Aikuispsykiatrisessa hoitotyössä psyykkisesti sairastunut kohdataan tavanomaisesti yksilötasolla, jossa vain sairastunut henkilö saa apua ja valitettavan usein muut perheenjäsenet ja tukiverkosto jäävät huomiotta (Korhonen, ym. 2010, 66; Korhonen ym. 2008, 768). Haastavimmaksi toimintaympäristöksi osoittautui aikuisen psykiatrian akuuttiosasto, johon tyypillisesti liittyi useita vastaanottotilanteita ja kriisivalmiudessa työskentelyä (Dirk ym.2017, 2), jolloin keskityttiin yksilön psyykkiseen sairauteen, eikä niinkään enää ennaltaehkäisevään hoitotyöhön. (Goodyear ym. 2015, 170). Wardin (2017, 2) ja Blomqvistin & Ziegertin (2011, 185) tutkimuksissa pohdittiin samaa, ettei perhe ollut aina ensisijainen hoidon prioriteetti akuuttihoitotyössä, eikä perhekeskeistä lähestymistapaa yleensä edistetty psykiatrian akuuttiosastolla. Tutkijoiden mukaan psykiatrian akuuttiosastolla työskentelevät sairaanhoitajat eivät arvostaneet perhekeskeistä työtettä (Eassom ym.2014, 4), vaan he ilmaisivat, ettei perheiden osallistamismenettelyjä oltu rakentavasti järjestetty psykiatriseen akuuttihoitojärjestelmään (Blomqvist & Ziegert, 2011, 188-189). Giaccon (2017, 10) tutkimuksessa psykiatrian osaston sairaanhoitajat kokivat, että nykyinen psykiatrian osastohoitojärjestelmä sisälsi puutteita läheisten hoidon suunnittelun joustavuudesta. Ruotsin akuuttiosaston sairaanhoitajat kokivat, että

he voisivat tarjota parempia palveluita läheisille ja osallistaa heitä paremmin, jos psykiatrian hoitojärjestelmä olisi yhtä ”perheystävällinen”. Sairaanhoitajat kuvailivat nykypäivän psykiatrian hoitotyön painottuvan edelleen voimakkaasti psykiatrian historiasta pohjautuvaan yksilökeskeiseen orientoitumiseen. (Mts, 188-189.) Yksilölähtöinen lähestymistapa tai biologinen ajatusmalli alensivat perhekeskeistä lähestymistapaa toissijaiseksi hoidonsuuntaukseksi (Eassom 2014, 4), jolloin perhekeskeistä hoitotyötä ei niin hyvin dokumentoitu tai tunnistettu hoitotyön prioriteettina (Ward ym.2017, 6). Samaten päihdehoitotyössä huumepalvelutkin kärsivät perheiden ja läheisten näkymättömyydestä, koska huumeiden käyttäjän perheitä ei sitouduttu tunnistamaan huumepalveluissa ja perheiden tuen saaminen oli usein jäänyt suunnittelematta (McSwigganin ym.2013, 15).

Merkittävänä perhekeskeisen hoitotyön esteenä oli usein ajanpuute (Åsted-Kurki & Kaunonen 2011, 119). Erittäin monessa tutkimuksessa perhekeskeinen lähestymistapa ja perheiden kanssa työskentely kuvailtiin vievän liikaa hoitajien työaika (Blomqvist & Ziegert, 2011, 190; Eassom ym. 2014, 4; Reupert ym. 2015, 359-360; Giacco ym. 2017, 9; Ward ym.2017, 5) ja vuorotyöstä johtuva henkilöiden vaihtuvuus esti tapaamasta perheitä (Mts, 190; Giacco ym. 2017,11). Erityisesti psykiatrian akuuttiosaston työkuormitussyistä psyykkisesti sairastuneen perheet asetettiin joskus tarkoituksella hoitotyön ulkopuolelle, jotta uusien potilaiden vakaa tulo ja välitön akuuttihoitotyö voisi mahdollistua käytännössä (Blomqvist & Ziegert, 2011, 189). Kolmessa tutkimuksessa perhekeskeisen hoitotyön toteutumisen esteiksi kuvattiin puutteelliset organisaation tilat, muun muassa perheitä ei pystytty kutsu- maan paikalle työyksikön puutteellisen tilankäytön vuoksi (Blomqvist & Ziegert, 2011, 189; Eassom ym. 2014, 4; Reupert ym. 2015, 360). Lisäksi hoitohenkilöstö koki perheiden osallistamista rajoittavaksi tekijäksi työorganisaation puutteellisen henkilöstmäärän (Giacco ym.2017, 9; Ward ym.2017, 5) ja koulutettujen ammattilais- ten riittämättömyyden (Mts, 5). Erityisesti psykiatrian akuuttiosaston puolella nähtiin tarvetta selkeyttää yhteisiä hoitorutiineja (Blomqvist & Ziegert, 2011, 189). Hoitostandardit ja strukturoidut menetelmät helpottaisivat työntekijöiden perhekeskeistä hoitotyön toteuttamista, jolloin se ei veisi liikaa työaika tai sitoisi liikaa resursseja (Eassom ym2014, 6; Goodyear ym. 2015, 177; Giacco ym. 2017, 11).

Tutkimusaineistosta kävi myös ilmi, että perhekeskeisen hoitotyönpuute johtui perheintervention alhaisena toteutumisena hoitokäytännöissä (Reupert ym.2015, 359). Useat perheinterventiotilanteet ovat edelleen jääneet monen hoitohenkilön/perheenjäsenen väliseksi rajatuksi puhelinkeskusteluksi kriisinhetkellä tai jääneet kokonaan toteutumatta (Eassom ym.2014, 2). Samoin psykoedukaation määrä oli tunnistettu mielenterveyshoitotyössä vähäiseksi. Esimerkiksi Reupertin (2015, 358) tutkimuksessa viitattiin vuonna 2006 tehtyyn eurooppalaiseen tutkimukseen, jonka mukaan perheenjäsenistä vain 2 prosenttia sai psykiatrisessa hoitotyössä psykoedukaatiota. Lääketieteellisten interventioiden saapumisen vuoksi psykiatrian hoitotyön rooli on kääntynyt terapeuttisesta hoitotyöstä tehtäväpohjaiseen työskentelyyn, jossa lääkehoito on keskeisemmässä asemassa kuin potilaan ja hoitajan väliset keskustelut. Perheinterventioiden ja psykoedukaation laajat tutkimusnäytöt esittävät, että perheen osallistamista ei usein toteuteta rutiinimaisesti mielenterveyshoitotyössä. (Dirk ym. 2017, 5.) Esimerkiksi Korhosen (2010) työryhmän mielestä oli yllättävää, että vaikka Suomessa oli kehitetty "*Toimiva perhe ja lapsi*"-hanke täyttämään lastensuojelutoimen minimivaatimuksia lasten tunnistamiseksi, eivät aikuispsykiatrian hoitajat kuitenkaan käyttäneet menetelmää omassa vuorovaikutuksessaan potilaiden lasten kanssa, vaikka perheinterventio kehitettiin tähän tarkoitukseen (Korhonen ym. 2010, 65, 72). Samaten huumepalvelujentarjoajat eivät helposti rinnastaneet perhekeskeisiä interventioita, kuten tiedonantoa, ohjausta tai vertaisryhmätukea päihdehoitotyön yhteydessä, kun niiden käytöstä ei ole riittävästi tutkimusnäyttöä hoitokäytännöissä (McSwiggan 2013, 15).

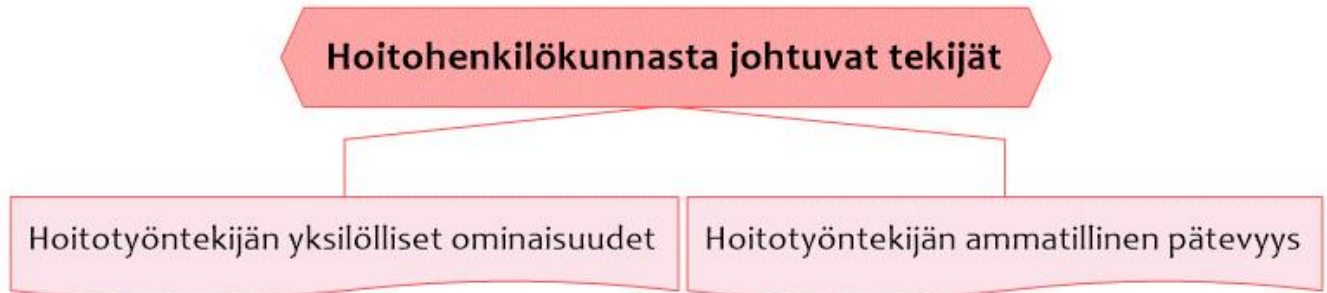
Dirkin ja työryhmän (2017, 1) perhekeskeisen hoitotyön edistämiseksi suositeltiin, että tulevaisuudessa mielenterveyshoitotyön henkilöstökoulutuksissa olisi hyvä keskustella erilaisten perheen osallistamismallien täytäntöönpanosta käytännössä. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että mielenterveyspalvelujentarjoajat näkevät potilaan perheenjäsenet ja läheiset hoidon "*kylkiäisinä*" eikä heitä integroida varsinaiseksi osaksi hoitotyötä. Tutkijoiden mukaan tämä näkökulma on yksi huomattava este perheen osallistamiselle (Kourgiantakis & Ashcroftin 2018, 1.) Perhekes-

keisen hoitotyön kontekstin läpikäynti voisi auttaa selkeyttämään hoitotyön taustalla olevaa perheen merkitystä ja varmistaa perheiden mukanaolo hoitosuunnitelman laatimisessa (Mts, 1; Ward 2017, 6). Kahdessa tutkimuksessa korostettiin perhekeskeisiä hoitosuosituksia, muun muassa lasten osallistumista hyödynnettäisiin mielenterveystyön hoitostandardeissa (Goodyear ym. 2015, 170) ja perhetyöskentelyn tulisi olla osa mielenterveyshoitajien ammattitaitoa (Korhonen ym. 2008, 774). Samaten käytännön päihdehoitosuositusten tulisi keskittyä hyväksyttämään perheiden osallistumista huumepalveluihin tehostamalla, että perheiden ja läheisten osallistuminen on tarpeellista sekä hyödyllistä (McSwiggan ym. 2013, 15).

Useissa tutkimuksissa kävi myös ilmi, ettei perhekeskeistä hoitotyötä voitu toteuttaa yksittäisten erityistyöntekijöiden vastuulla (Dirk ym. 2017, 8; Giacco ym. 2017, 1, 11), vaan kaikkien hoitoryhmäläisten täytyi olla aktiivisesti mukana, jotta läheisten hoitoon osallistuminen toteutuisi käytännössä (Eassom ym. 2014, 1; Giacco ym. 2017, 1). Sallimalla perhekeskeinen työote yhdeksi hoitotyön toimintastrategian prioriteetiksi mielenterveyshoitotyössä, voidaan sitä paremmin toteuttaa käytännössä (Eassom ym. 2014, 6-7). Esimerkiksi Australiassa on ryhdytty mittaamaan perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön toimeenpanoa ja interventioita käytännössä (Ward ym.2017, 2). Samoin Ruotsin sosiaalhallitus on painottanut, että terveysammattilaisten tulisi tarjota enemmän mahdollisuuksia perheiden hoitoon osallistamiselle, psykososiaaliselle tuelle, tiedonsaannille ja psykoedukaatiolle vähentämään stressitekijöitä (Blomqvist & Ziegert, 2011, 192). Jos koko työorganisaatio operoitiin toimimaan perhekeskeisesti, sillä todennäköisesti helpotettiin hoitohenkilöstön koulutusmahdollisuuksia perhekeskeiseen hoitotyöhön (Dirk ym.2017, 7). Hoitoryhmänjäseniä tulisi kouluttaa perhekeskeiseen hoitotyöhön ja tätä tulisi valvoa säännöllisesti, että jokainen hoitoryhmä toimii perhekeskeisen lähestymistavan mukaisesti (Eassom ym. 2014, 7). Tämä näyttäisi olevan jatkuva haaste terveydenhuollon palveluille (Ward ym.2017, 7).

6.2 Hoitohenkilökunnasta johtuvat tekijät

Perhekeskeisen hoitotyön toteutumiseen vaikutti myös merkittävästi hoitohenkilökunta ja sen työntekijät. (ks. Kuvio 2).



Kuvio. 2 Hoitohenkilökunnasta johtuvat tekijät

Suurin osa psykiatrian sairaanhoitajista ymmärsi, että psykiatrian akuuttiosastolle joutuminen oli kriisitilanne, mikä vaikutti sairastuneen koko perhe-elämään ja heidän mielenterveytensä hyvinvointiin (Korhonen ym. 2008, 774; Blomqvist & Ziegert, 2011, 189 Ward 2017, 6). Korhosen (2008 & 2010) molemmissa tutkimuksissa ilmeni, että sairaanhoitajien yksilöllisillä ominaisuuksilla näytti olevan merkitystä mielenterveyspotilaiden lasten huomioimisessa. Muun muassa naissukupuoli, yli 50-vuoden ikä, vanhemman rooli ja yli 20-vuoden psykiatrian työkokemus sekä jatkokoulutukset perheinterventioista lisäsivät merkittävästi hoitajien puheeksi ottoa psyykkisesti sairastuneen perhesuhteista ja heidän lapsistaan. (Korhonen ym.2008, 773; Korhonen ym.2010, 65.) Hoitajat, joilla oli kokemusta vanhemmuudesta ja lasten kasvatuksesta kykenivät paremmin ymmärtämään lapsen tarpeita mielenterveyspotilaan perheessä. Pitkän psykiatrisen työkokemuksen omaavat hoitajat olivat tarkkaavaisempia huomioimaan aikuispotilaiden lapsia. Käytännön työkokemuksen merkitys osoitti tutkimuksessa, että perheiden kohtaamisen taitoja pystyttiin kehittämään ammatillisuuden kasvulla ja elämäkokemusten kautta, jota vastavalmistunut hoitaja ei voinut hetkessä oppia. (Korhonen ym. 2010, 72.)

Korhosen (2008, 774) tutkimuksen johtopäätöksissä hoitajat pystyvät joko suoraan tai epäsuoraan tukemaan perheen läheisverkostoa, sekä auttaa selviytymään niistä riskitekijöistä, joita psyykkisesti sairastuneen perheessä saattoi ilmetä. Kahdessa tutkimuksessa perhekeskeisyyden raportoitiin olevan vahvasti osa hoitajan ammatti-identiteettiä. Perheiden osallistamisen aloitus perustui usein hoitajan omiin intresseihin, motivaatioon ja arvomaailmaan (Eassom 2014, 6; Blomqvist & Ziegert, 2011, 185, 190). Erään hoitofilosofian mukaan on esitetty, että psykiatriset sairaanhoitajat ovat todennäköisesti vähemmän omistautuneet perhekeskeiselle hoitotyölle kuin sosiaalityöntekijät ja psykologit (Ward, ym. 2017, 2).

Merkittäväksi perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön vaikuttajiksi nousivat myös yksittäisten hoitajien ja hoitohenkilöstön asenteet perhekeskeisestä hoitotyöstä (Piippo & Aaltonen 2008, 2004). Mielenterveyshoitotyön ja perusterveydenhuollon ammattilaisilla oli monia syitä, miksi he eivät systemaattisesti sitoutuneet perhekeskeiseen hoitotyöhön. Perusterveydenhuollon ja psykiatrian akuuttiosaston hoitajat eivät nähneet hyvää perusteltua syytä, miksi ottaa lapsia tai muita läheisiä mukaan psyykkisesti sairastuneen hoitoprosessiin (Reupert ym.2015, 359; Blomqvist & Ziegert, 2011, 188-189). Jos työyhteisössä työkaveritkaan eivät arvostaneet hoidonsuuntausta, sen seurauksena moni perhe saattoi jäädä odotushuoneeseen (Mts, 188-189) ja perheet jätettiin ulkopuolelle hoitoprosessista (Eassom ym.2014, 4). Eassomin (2014, 7) ja Reupertin (2015, 359) tutkimuksessa psykiatriaan erikoistuneet hoitajat pelkäsivät tekevänsä potilaan psyykkisestä nykytilanteesta huonompaa, jos potilaan hoitoprosessiin otettaisiin muita. Monien suomalaishoitajien mielestä perhekeskeisen hoitotyön aloitteen tulisi lähteä potilaasta tai läheisestä itsestään (Ästed-Kurki ym.2015, 32). Psykiatriset sairaanhoitajat kertoivat mieluummin odottavansa potilaan aloitetta perheen tai vanhemmuuden kysymyksistä (Blomqvist & Ziegert, 2011, 189; Mts, 359).

Valituissa ja aikaisemmissa tutkimuksissa löytyi tutkimusnäyttöä, että psykiatrian hoitohenkilökunnalla oli usein epävarmuuden kokemuksia, etteivät he ole riittävän ammattitaitoisia kohtaamaan psyykkisesti sairastuneen perheitä (Blomqvist &

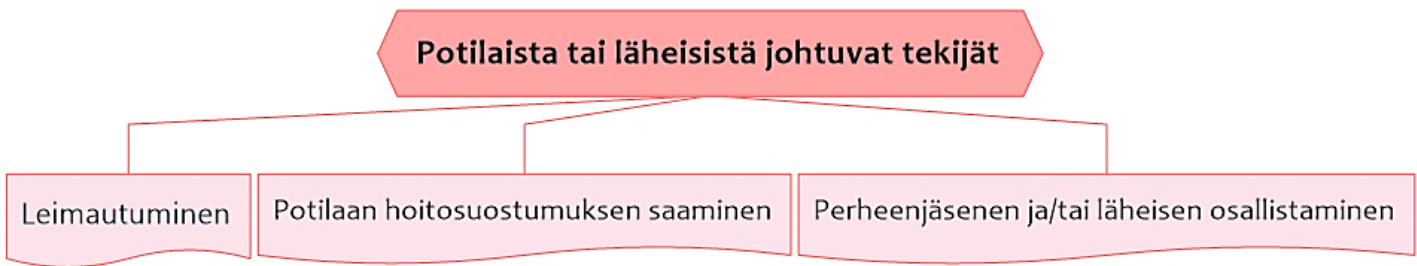
Ziegert, 2011, 190; Eassom ym.2014, 6; Goodyear ym.2015, 170; Reupert ym.2015, 360), saatikka keskustelemaan näissä vaativissa tunnevaltaisissa perhekeskusteluissa (Mts, 190) tai he eivät olleet tietoisia perhekeskeisestä hoitotyöstä (Åsted-Kurki & Kaunonen 2011, 119). Lisäksi monelle mielenterveyshoitajalle oli epävarmaa, kuuluiko perheen huomioiminen heidän työnkuvaansa (Reupert ym.2015, 359; Eassom ym.2014, 7) ja kenen vastuulle läheisten osallistaminen kuuluu (Giacco ym. 2017, 9). Tavanomaisesti perhetyöskentelyä on pidetty ainoastaan erityisasiantuntijan tehtävänä (Eassom ym 2014, 7), muun muassa perheterapiana. (McSwiggan, 2013, 15).

Tutkimusaineistosta myös ilmeni, että mielenterveyshoitotyön ammattilaiset eivät rutiininomaisesti kytkeydy mielenterveysasiakkaiden vanhemmuuteen, lasten tarpeisiin tai perheen toimivuuteen. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa työskentelevät psykiatriset sairaanhoitajat olivat vastahakoisempia aloittamaan keskusteluja psyykkisesti sairastuneen vanhemmuuden roolista ja heidän lastensa tarpeista, koska he kokivat, ettei vanhemmuuden tukeminen ole heidän ydintehtävänsä (Reupert ym.2015, 359-360). Vaikka perheiden mukaan ottamisesta on olemassa hoitosuosituksia, joissa tuetaan psyykkisesti sairastuneen vanhemman lapsia, niitä ei kuitenkaan käytetä rutiininomaisesti kliinisessä hoitotyöskentelyssä (Goodyear ym. 2015, 170.) Aikuisten mielenterveyspalveluissa ei ole systemaattista tapaa kerätä tietoja vanhemmuuden tilanteesta ja näin ollen tieto muista perheenjäsenistä ja lapsista jää ajoittain tuntemattomaksi (Reupert ym.2015, 359; Goodyear 2015, 176). Esimerkiksi Korhosen (2010) ja Blomqvistin & Ziegertin (2011) tutkimuksissa oli merkille pantavaa, että sairaanhoitajat eivät kommentoineet yhtäkään kohtaamista psyykkisesti sairastuneen potilaan lasten kanssa, vaikka moni hoitajista oli systemaattisesti kysynyt potilaalta lapsien olemassaolosta (Blomqvist & Ziegert, 2011, 189; Korhonen ym. 2010, 72). Käytännön sovittamisen ongelmat johtuivat osittain siitä, että perheiden osallistamista ei ole helposti mukautettu tai siirretty tosielämässä tapahtuvaan aikuisten mielenterveyshoitotyöhön. Lisäksi hoitotyön odotukset perhekeskeisestä hoitotyöstä ovat olleet suurpiirteisiä ja saavuttamattomia aikuisten mielenterveyshoitotyön työntekijöiden keskuudessa (Goodyear 2015, 170-171.)

Vaikka perhekeskeisiä interventioita on olemassa, niiden toteutumiselle löytyy edelleen käytännön haasteita (Åsted-Kurki & Kaunonen 2011, 113). Korhosen (2008, 773) tutkimusaineistosta ilmeni, että varhaisessa vaiheessa toteutettu perheinterventio vaikutti helpottavan perheiden osallistamista mielenterveyshoitotyössä. Samoin suomalaisessa tarpeenmukaisessa lähestymistavassa kannatettiin varhaista perheinterventiota potilaan hoidon suunnittelussa (Piippo & Aaltonen, 2008, 2003). Tätä ajatusta tuki laaja tutkimusnäyttö, jossa suositettiin varhaisen intervention ja ennaltaehkäisyn lähestymistapoja, jossa korostettiin aikuisten mielenterveyshoitotyön ammattilaiselta aloitekykyä esittämään oikeita kysymyksiä (Goodyear, ym. 2015, 177; Giacco ym. 2017, 6), esimerkiksi ottamalla puheeksi psyykkisesti sairastuneen läheisten tai lasten jaksamisen (Korhonen 2010, 66; Reupert ym.2015, 360) sekä lisätuentarpeet interventiossa niin, etteivät he menettäisi potilaan hoitosuhdetta (Mts, 360). Useat sairaanhoitajat myös kokivat haastavana käsitellä potilaan yksityisyyttä, luottamuksellisuutta (Ward ym.2017, 5; Giacco ym.2017, 2), itsemääräämisoikeutta, sekä pohtivat samalla salassapitovelvollisuuttaan (Blomqvist & Ziegert, 2011, 190, 192) huolehtiessaan samanaikaisesti osastolla psyykkisesti sairastunutta potilasta sekä heidän perheittensä tarpeita ja toiveita (Goodyear 2015, 177). Ammattilaisten mielestä oli myös tärkeää edistää psyykkisesti sairastuneen perheen myönteistä dynamiikkaa, perheenjäsenien voimaantumista, sekä tarjota avoimia perhekeskusteluja psyykkisen sairauden huolenaiheista. Mielenterveyshoitajat nimesivät tärkeäksi myös perheen arjen käytännön tuen, esimerkiksi perheenjäsenten panostus lääkehoidon toteutumisessa (Ward ym.2017, 6.) ja hoitajaksojen pituudessa (Eassom ym. 2014, 2).

6.3 Potilaista tai läheisistä johtuvat tekijät

Lisäksi perhekeskeisen hoitotyön toteutumiseen vaikutti erilaisia tekijöitä, jotka olivat riippuvaisia joko potilaista tai läheisistä. (ks. Kuvio 3).



Kuvio. 3 Potilaista tai läheisistä johtuvat tekijät

Perheenjäsenten osallistumiseen vaikutti suuresti psyykkisesti sairastuneen potilaan avoimuus puhua perheeseen liittyvistä kysymyksistä. Jotkut potilaat suhtautuivat sairautensa julkituloon varauksellisesti. Useimmat potilaista kokivat, ettei sairaudesta puhuminen ollut hyvä asia, koska he eivät tieneet, kuinka heidän tulisi ottaa sairaus puheeksi ja kenen kanssa sairaudesta pystyisi puhumaan avoimesti. (Piippo & Aaltonen 2008, 2008.) Mielenterveyden tai päihdehäiriöstä johtuva häpeä tai stigma (Mts, 2008; McSwiggan ym, 2013, 14; Eassom ym.2014, 7; Giacco ym. 2017, 7; Ward. ym.2017, 5) ja perheen väliset tulehtuneet suhteet (Mts, 5; McSwiggan 2013, 8-9) saivat jotkut potilaista luopumaan läheistensä osallistumisesta hoitoprosessiin.

Leimautuminen vaikutti toisaalta myös potilaan läheisiin. Esimerkiksi Piipon & Aaltonen (2008) yhteishaastattelussa tutkijat kohtasivat mielenkiintoisen paradoksin läheisten leimautumisesta. Psyykkisesti sairastuneen perheenjäsenet kertoivat, ettei potilaan mielenterveyden diagnoosia tarvinnut hävetä, mutta pelkäsivät kuitenkin, miten muu lähipiiri saattaisi reagoida potilaan sairauden julkituloon. Perheenjäsenet saattoivat tällöin ottaa etäisyyttä muihin sukulaisiin, ettei potilaan sairaudesta puhuttaisi (Piippo & Aaltonen 2008, 2008.) Myös huumepalvelujen McSwigganin (2013, 1) tutkimushavainnoissa pääteltiin, että vahvistamalla haitallisia stereotyyppioita huumeongelmista ja ikuistamalla siihen liittyviä puhumattomia stigmoja ja spekuloidulla tuhoisilla ennakkokoajatuksilla huumeiden käytöstä, voidaan dominoida korostavasti ilmiötä, jonka mukaan "perhe on osa ongelmaa". Tämä tulkinta koettiin osittain syyllistävänä ja rajoittavana tekijänä perheenjäsenten

osallistamisessa huumepalveluihin. Psykiatrian akuuttiosaston sairaanhoitajat kertoivat samankaltaisia tarinoita psykiatrian historiasta, kuinka perheenjäseniä ei päästetty psykiatrian osastoille, ja miten hoitohenkilökunta syyllisti muita perheenjäseniä psyykkisesti sairastuneen tilanteesta (Blomqvist & Ziegert 2011, 189). Erilaisilla hoitotyön koulutusaloitteilla voitaisiin ennaltaehkäistä hoitotyöhön kuuluvia stigmoja ja stereotyyppioita sekä näin helpottaa läheisverkoston osallistumista hoitotyöhön (Mts, 15).

Aikuisten mielenterveyshoitotyössä korostui myös ilmiö, missä psyykkisesti sairastunut potilas ei halunnut antaa suostumustaan heidän sukulaistensa tai läheistensä osallistamisesta hoitotyöhön. Syitä kieltäytymiseen löytyi useita; esimerkiksi potilaat ajattelivat suojelevansa sukulaisiaan ja läheisiään huolelta, tai heillä oli ongelmallisia suhteita, joihin sisältyi paineita tai ylihuolehtimista (Giacco ym. 2017, 7.) Eräs perusterveydenhuollossa työskentelevä sairaanhoitaja kuvaili samankaltaisen tilanteen, missä psyykkisesti sairastunut vanhempi ehdottomasti kielsi hänen lastensa osallistumisen hoitoonsa (Reupert ym.2015, 361). Yksi Giaccon (2017) tutkimukseen osallistunut sairaanhoitaja kertoi esimerkin, kuinka rankkaa potilaan hoitotyöskentely oli, kun potilas on psyykkisesti huonossa voinnissa, eikä halunnut perhettään tai läheisiään hoitoonsa osallisiksi, vaikka perhe haluaisi olla mukana. Näissä hankalissa tilanteissa hoitajilla on vain rajallinen määrä keinoja osallistaa läheisiä, koska hoitajan täytyy kunnioittaa osastohoidossa olevan potilaan toiveita. Tutkijoiden mukaan tällaisissa tapauksissa on tärkeää tarjota asianmukaista tietoa potilaille läheisten osallistumisen tuomista hyödyistä, mutta toisaalta myös oikeudesta kieltää tiettyjen tietojen luovuttamiseen. (Giacco ym. 2017 9, 11.)

Giacccon (2017) tutkimuksessa pohdittiin myös potilaan psyykkistä ja kognitiivista kyvykkyyttä hoitosuostumuksen antamiseen ja mahdollisten erityisoireiden merkitystä, kuten esimerkiksi paranoidisia harhaluuloja tai ihmissuhdevaikeuksia ennen osastolle sisäänkirjautumista. Esimerkiksi psyykkisesti harhainen poika/tytär saattoi mahdollisesti syyllistää sairaalaan toimittanutta vanhempansa, ja todennäköisesti kieltää vanhemman hoitoprosessiin osallistumisen. Joskus oli myös tilanteita,

ettei ollut mahdollisuutta kysyä potilailta heidän läheisistään, koska hoidettavat eivät olleet riittävän asianmukaisessa kunnossa. Eräs Giaccon (2017) tutkimukseen osallistunut psyykkisesti sairastunut potilas kertoi olleensa akuuttiosastolla niin huonossa voinnissa, ettei hän kyennyt tunnistamaan tai esittämään toiveitaan, ketnet haluaisi ottaa hoitoprosessiin mukaan. Heidän tutkimuksessaan kaikki (potilas/läheinen/hoitaja) osallistujat olivat yhtä mieltä siitä, että jokaisella potilaalla on täysi oikeus valita antavatko he suostumuksensa läheisen osallistumiseen ja tätä päätöstä tulisi kaikkien kunnioittaa. (Giacco ym. 2017 7, 9, 11.)

Perheiden ja läheisten tunnistaminen oli myös koettu haastavaksi psykiatrian sairaalahoidon ympäristössä. Giaccon (2017) tutkimuksessa psykiatrian hoitohenkilöstön mielestä oli usein haastavaa tunnistaa psykiatrian osastolla olevan potilaan vierailevat läheiset. Hoitohenkilökuntaan kuuluvat varoivat tekevänsä oletuksia, kuka sairastuneen läheinen saattaisi olla ja halusivat olla varmoja siitä, kuka vierailleva läheinen on ja mikä suhde sairastuneella on vierailijaan. Eräs psykiatrisella osastolla oleva sairaanhoitaja korosti, että hoitohenkilöstön täytyy olla erityisen valppaana tunnistamaan, ettei tämän potilaan nimeämän "läheisen" ole pyydetty tuomaan mitään kiellettyjä aineita psykiatriselle osastolle tai vierailija voisi jollain muulla tavalla hyväksikäyttää potilaan haavoittuvaista tilannetta. Monet vierailevat läheiset eivät myöskään tieneet mitä psykiatrian osastolle saa tuoda ja minne potilaan kanssa saa mennä (Giaccon ym. 2017, 7.)

Toisaalta myös psyykkisesti sairastuneen perheenjäsenet ja/tai läheiset saattoivat olla haluttomia osallistumaan hoitoprosessiin (Eassom ym.2014, 7; Dirk ym.2017, 7) tai heitä oli vaikeaa integroida mukaan hoitoprosessiin (Giacco ym. 2017, 9). Tämä ongelma oli selvästi dokumentoitu tutkimuksissa, jossa ilmaistiin perheen ja läheisten turhautumista hoitoon sisällyttämisen vaikeuksista osallistaa heitä mukaan hoitotyön päätöksiin (Dirk ym.2017, 1; McSwiggan ym.2013, 3). Dirkin (2017, 7) tutkimuksessa mustavalkoisesti oletettiin, että perheet, joko haluavat olla osallisina psyykkisesti sairastuneen hoitoprosessissa tai eivät. Läheiset tai perheenjäsenet saattoivat olla kiireisiä työelämässä tai kotona lasten kanssa tai heillä oli muita

prioriteetteja elämässään (Mts, 9). Tutkijat arvelivat, että perheenjäsenillä ja/tai läheisillä saattoi olla huonoja aiempia kokemuksia hoitoammattilaisten yhteistyöstä, mikä esti heidän hoitoon osallistumistaan (Mts, 7). Samoin kaukana asuvat perheenjäsenet ja läheiset tekivät hoitoon osallistumisen hankalaksi. Tutkijat ehdottivat, että tällaisissa tilanteissa, missä läheiset eivät päässeet saapumaan osastolle työntekijät pystyisivät hyödyntämään online-viestintäteknologian mahdollisuutta, esimerkiksi puhelinta tai Skypen videoyhteyttä ja näin helpottaa yhteydenpitoa läheisiin, potilaisiin ja työntekijöihin. (Mts, 9, 11)

Neljässä tutkimuksessa suositeltiin, että läheisten tulisi osallistua psykiatriseen osastohoitoon mahdollisimman pian sairaalaan sisäänkirjautumisesta, vaikka se nähtiin osittain haastavana jossain tapauksissa (Piippo & Aaltonen 2008, 2007; Giacco ym.2017,1). Läheisten varhainen osallistuminen helpotti läheisverkoston mobilisointia hoitotyöhön, sekä siihen kuuluisi suunnitella tietty sitoutumisaikajakso (Eassom, 2014, 7), jonka avulla heidät saadaan varhaisessa vaiheessa mukaan potilaan hoitoprosessiin (Blomqvist & Ziegert, 2011, 188). Kahdessa tutkimuksessa kannatettiin, että läheisten asiantuntijuutta tulisi hyödyntää sairastuneen mielen-terveyshoitotyön suunnittelussa ja arvioinnissa (Reupert ym.2015, 359; Giacco ym. 2017, 6). Tutkimusten perusteella perheenjäsenet ja/tai läheiset pystyivät parantamaan psykoosipotilaan tai riippuvuudesta kärsivän hoitomyöntyvyyttä, hoitotyön suunnittelua ja siihen sitoutumista (Eassom ym.2014, 2; Kourgiantakis & Ashcroft 2018, 2). Perheet pystyivät tunnistamaan psykoosipotilaiden psykoottisia oireita ja reagoimalla varhaisiin varomerkkeihin relapsien syntymisessä, sekä edesauttaa sairastuneen hoitoon pääsyä kriisin hetkellä (Eassom ym.2014, 2).

Potilaat ja läheiset kokivat tiedonsaannin osastohoitotyössä erityisen voimakkaasti. Psykkisesti sairastuneet potilaat kertoivat tiedonsaannin olevan hyvä tapa opettaa läheisiään, jolloin he pystyivät paremmin ymmärtämään potilaiden realiteetteja ja omaksumaan enemmän potilasta tukevaa lähestymistapaa kotiolosuhteissa, kuin toimimalla tuomitsevasti. Lisäksi potilaat kokivat tärkeäksi, että heidän tulisi saada itse päättää, mitä tietoja he toivoivat säilytettävän luottamuksellisina ja mitä tietoja he halusivat jakaa heidän läheistensä kanssa. Giaccon (2017) tutkimushavainnoista pääteltiin, että psykiatrisen osastohoidon aikana olisi erittäin tärkeää antaa potilaille ja heidän läheisilleen psykoedukatiivista tietoa lääkityksen aloittamiseen johtaneista syistä ja lääkityksen sivuvaikutuksista sekä informoida läheisille säännöllisesti ajantasaista tietoa osastohoidon etenemisestä varsinkin, silloin kun sairastunut siirrettiin tai uloskirjattiin osastolta. Lisäksi läheiset korostivat, että osastohoidon menettelyistä ja läheisten laillisista oikeuksista olisi hyvä myös informoida, kun heidän läheisensä oli otettu vastaan psykiatriselle osastolle. Samoin he painottivat psykiatrian hoitohenkilökunnalta auttavaisempaa viestintää, vaikka potilas ei antanutkaan suostumustaan henkilökohtaisten hoitotietojen jakamiseen. Eräs läheinen kuvasi, kuinka psykiatrian työntekijän puhelu kuulosti ”robottimaiselta”, eikä kovin empaattiselta kaksinpuhelulta. Psykkisesti sairastuneen läheiset huomauttivat läpikäyvänsä omakohtaista traumaattista kriisiä sairastuneen tilanteesta, vaikka heille ei tietosuojasyistä kerrottaisikaan mitään sairastuneen voinnista. (Giacco ym. 2017, 1, 5-6, 8.)

7 Pohdinta

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla aikuispotilaan perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä ja tarkastella siihen vaikuttavia estäviä ja edistäviä tekijöitä. Opinnäytetyöhön haluttiin ottaa mukaan perusterveydenhuollon ja päihdehoitotyön näkökulma, koska ne liittyvät kiinteästi mielenterveyshoitotyöhön. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tuloksena syntyi tuotos, jossa kuvailtiin perhekeskeisen hoitotyön estäviä ja sitä helpottavia tekijöitä työorganisaatiossa, hoitohenkilökunnan työntekijöissä sekä potilaissa sekä läheisissä.

Taulukko. 5 **Työorganisaation** perhekeskeistä hoitotyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä (⑤ = viittausten määrä tutkimuksista)

Työyksikön ympäristö	
Psykiatrian hoitojärjestelmä ③	Perheen osallistamismallien käyttöönotto ① Perhekeskeisen hoitotyöhön kontekstin perehtyminen ②
Psykiatrian akuuttiosasto ③	
Yksilökeskeinen lähestymistapa ③	
Työyksikön resurssit	
Riittämätön ajankäyttö ⑤	Hoitotyön strukturoidut hoitostandardit perheiden osallistamisesta ④
Riittämätön tilankäyttö ③	
Riittämätön henkilöstömäärä ②	
Vuorotyöstä johtuva vaihtuvuus ②	
Työyksikön johtoporras	
Perhekeskeisen hoitotyön toimintastrategian puute ④	Perheitä osallistava toimintastrategia ③
Perheenjäsenten ja/tai läheisten tunnistamattomuus ③	Perhekeskeiset hoitotyön suositukset mielenterveys- ja päihdepalveluissa ③
Perhekeskeisen hoitotyön heikko toteutus käytännössä ④	Perhekeskeisen työtöteen säännöllinen valvonta ①
Perheinterventioiden ja psykoedukation heikko toteutus ②	

Työorganisaation merkittävänä perhekeskeistä hoitotyön estävänä tekijänä koettiin työyksikön resursseista johtuva riittämätön ajankäyttö. Perhekeskeisen hoitotyön kuvailtiin vievän liikaa hoitajien työaikaa mielenterveyshoitotyössä, minkä vuoksi sitä oli vaikeaa soveltaa rutiininomaisessa työskentelyssä. Toiseksi merkittävänä perhekeskeistä hoitotyön toteutumista esti työyksikön johtoportaan perhekeskeisen toimintastrategian puute ja niiden hoitokäytäntöjen, kuten esimerkiksi perheinterventioiden heikko toteutuminen kliinisessä hoitotyössä. Kolmantena estävänä tekijänä oli riittämättömät fyysiset tilaresurssit työyksikössä ja johtavien palvelukoordinaattoreiden perheiden ja läheisten tunnistamattomuus. Monissa tutkimuksissa psykiatrian hoitojärjestelmän raportoitiin liikaa keskittyvän yksilön hoitamiseen, jolloin aikuispotilaiden hoitotyöhön ei automaattisesti oteta muita. Erityisesti psykiatrian akuuttiosaston ympäristö oli raportoitu haastavaksi perhekeskeiselle työskentelylle. Samoin perusterveydenhuollon ammattilaiset eivät systemaattisesti toteuttaneet perhekeskeistä hoitotyötä. Muita merkittäviä estäviä työyksikön resurssitekijöitä raportoitiin puutteellinen henkilöstömäärä ja vuorotyöstä johtuva hoitotyöntekijöiden vaihtuvuus.

Työorganisaation perhekeskeisen hoitotyön merkittäväksi edistäväksi tekijäksi ilmeni mielenterveyshoitotyöhön suuntaavat strukturoidut hoitostandardit perheiden osallistamisesta. Työorganisaation selkeä hoitokäytäntö perheiden osallistamisesta koettiin helpottavan heidän osallistumistaan aikuispotilaan mielenterveyshoitotyöhön. Toiseksi perhekeskeistä hoitotyön toteutumista edisti, jos työyksikön johtoporras oli aktiivisesti mukana perhekeskeisen toimintastrategian käytäntöönpanossa. Lisäksi monessa tutkimuksessa suositeltiin työyksikön johtoportaan perehtyvän paremmin perheitä osallistaviin hoitosuosituksiin ja soveltamaan niitä omissa mielenterveys- tai päihdepalveluissa.

Taulukko 6 **Hoitohenkilöstön** perhekeskeistä hoitotyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä (⑤ = viittausten määrä tutkimuksista)

Hoitotyöntekijän yksilölliset ominaisuudet	
Perhekeskeisen hoitotyön ei-arvostava asenne ④	Hoitajan aloitekyky ottaa perheenjäsenet ja läheiset puheeksi ④
	Perhekeskeisen hoitotyön kiinnostus, motivaatio ja arvostava asenne ②
	Pitkä työkokemus mielenterveyshoitotyöstä ②
Potilaan aloite vanhemmuuden roolista ②	Perhehoitotyön koulutukset ②
	Kokemus vanhemmuudesta ②
Hoitotyöntekijän ammatillinen pätevyys	
Epävarmuus ammattitaidosta ja perheiden kohtaamisesta ④	Koko hoitoryhmän aktiivinen sitoutuminen perhekeskeiseen hoitotyöhön ③
Perhekeskeisen interventioiden heikko toteutus rutiininomaisessa kliinisessä työskentelyssä ③	Varhaisen perheintervention tarjoaminen ②
Hoitohenkilökunta pelkäsi pahentavansa potilaan hoitosuhdetta, jos siihen osallistuisi muita ②	
Salassapitovelvollisuuden haasteet potilaan ja työntekijän välillä ②	
Potilaan yksityisyyden ja luottamuksellisuuden haasteet perheenjäsenten ja/tai läheisten kanssa ②	
Perhekeskeisen hoitotyön vastuunjako ③	
Perheitä osallistavan hoitotyön delegoiminen erityistyöntekijälle ②	

Hoitohenkilöstön työntekijät saattoivat joko estää tai edistää perhekeskeistä hoitotyötä yksilöllisillä ominaisuuksillaan tai omalla ammattipätevyydellään. Merkittäväksi perhekeskeisen hoitotyön esteeksi havaittiin yksittäisten hoitotyöntekijöiden perhekeskeisen hoitotyön ei-arvostava asenne. Osa hoitotyöntekijöistä ei halunnut olla osallisena perhekeskeisessä työskentelyssä tai sen koulutuksissa, ellei se ollut ammattitehtävän kannalta pakollista. Kahdessa tutkimuksessa oli jopa mainintoja, että psykiatriset sairaanhoitajat vastustivat perhekeskeistä hoitotyötä (Reupert ym.2015, 361), koska sen sanottiin monimutkaistavan liikaa ammattilaisten käsitystä potilaan hoidosta (Eassom ym.2014, 4). Hoitohenkilökunnan eriävät mielipiteet perhekeskeisyydestä saattoivat horjuttaa muiden työntekijöiden motiivatiota, epätasapuolisuuden seurauksena moni perhe saattoi jäädä hoitotyössä huomioimatta. Toisena merkittävänä perhekeskeisen hoitotyön estäjänä oli hoitotyöntekijöiden epävarmuus omasta ammattipätevyydestään perheiden kohtaamisesta. Muun muassa hoitajat kokivat ryhmävuorovaikutustaitonsa olevan puutteelliset kohtaamaan potilaiden tunnevaltaisia perhekeskusteluja. Monille sairaanhoitajille oli myös epäselvää, kenelle perheiden osallistaminen kuuluu, jolloin he kertoivat mieluummin delegoivan perheitä osallistavan tehtävän erikoistuneemmalle ammattilaiselle. Muun muassa Blomqvistin & Ziegertin (2011, 189) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat vaikeaksi määritellä, mikä oli ”riittävää” perhekeskeistä hoitotyötä. Hoitohenkilön työntekijät raportoivat harvemmin käyttävänsä perheinterventiota tai psykoedukaatiota rutiininomaisessa työskentelyssään, mikä heikensi potilaiden ja läheisten kuulluksi tuleamista ja tiedonsaantia. Muita henkilökunnasta johtuvia estäviä tekijöitä oli hoitotyöntekijöiden pidättelevä asenne vanhemmuuden roolin kysymyksistä ja huoli tehdä potilaan hoitosuhteesta huonompaa, jos hoitoon osallistettaisiin muita. Lisäksi potilaan yksityisyyden kunnioittaminen perheen kanssa oli joskus vaikeaa hoitajien salassapitovelvollisuuden säilyttämiseksi.

Hoitohenkilöstön työntekijöiden merkittäväksi perhekeskeisen hoitotyön edistäjäksi osoittautui yksittäisten hoitajien aloitekyky ottaa rohkeasti potilaan perheenjäsenet ja läheiset puheeksi. Toiseksi kaikkien hoitoryhmäläisten täytyi aktiivisesti panostaa perhekeskeiseen hoitotyöhön, sen käytännön onnistumiseksi. Muita per-

hekeskeisen hoitotyön helpottavia tekijöitä olivat hoitajan yksilölliset ominaisuudet, muun muassa kokemus vanhemmuudesta, perhekeskeisen hoitotyön kiinnostus, motivaatio ja arvostava asenne ja pitkä työkokemus mielenterveyshoitotyöstä tai perhekoulutuksista.

Taulukko 7 **Potilaiden tai läheisten** perhekeskeistä hoitotyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä (⑤ = viittausten määrä tutkimuksista)

Leimautuminen	
Mielenterveydenhäiriöstä tai päihdehäiriöstä johtuva stigma tai häpeä ⑤	Mielenterveyshoitotyön stigman vastaiset koulutusaloitteet ①
Perheenjäsenten ja/tai läheisten syyllistäminen mielenterveydenhäiriöstä tai päihdehäiriöstä ②	
Potilaan tulehtuneet perhesuhteet ②	
Potilaan suostumuksen saaminen	
Potilaan hoitotietojen kieltäminen perheiden tai läheisten osallistumisesta ②	Tiedonanto potilaille läheisten osallistumisen tuomista hyödyistä ja myös oikeudesta kieltää tiettyjen tietojen luovuttamiseen ①
Potilaan ei riittävä asianmukainen vointi ①	
Perheenjäsenen ja/tai läheisen osallistaminen	
Perheenjäsenten ja/tai läheisten tunnistamattomuus ②	Perheenjäsenten ja/tai läheisten varhainen osallistaminen hoitoprosessin alussa ④
Perheenjäsenten tai läheisten haluttomuus osallistua hoitotyöhön ②	Perheenjäsenten tai läheisten osallistumisen dokumentointi hoitosuunnitelmaan ③
	Perheenjäsenten ja/tai läheisten asiantuntijuuden hyödyntäminen hoidon suunnittelussa ②
Kaukana asuvat perheenjäsenet tai läheiset ①	Perheenjäsenten ja läheisten yhteydenpidon helpottaminen puhelimen tai Skypen videoyhteyden avulla ①
	Psykoedukatiivinen tiedonsaanti lääkityksestä ja ajantasaisen tiedon välittäminen hoitoprosessin etenemisestä ①

Potilailla ja läheisillä oli muutamia yksittäisiä syitä, miksi perhekeskeistä hoitotyötä ei toteutettu mielenterveystyössä. Tutkimusaineiston perusteella merkittäväksi potilaan ja/tai läheisen perhekeskeisen hoitotyön esteeksi osoittautui mielen- terveydenhäiriöstä tai päihdehäiriöstä johtuva stigma tai häpeä. Kahdessa tutki- muksessa oli mainintoja, että katkenneet tai tulehtuneet perhesuhteet estivät per- heenjäsenten osallistumisen. Toiseksi merkittävä perhekeskeisen hoitotyön estävä tekijä oli potilaan hoitotietojen kieltäminen läheisiltään, jolloin perheenjäseniä ei pystytty osallistamaan osaksi hoitotyötä. Kolmanneksi merkittäväksi estäväksi te- kijäksi kuvailtiin olevan perheenjäsenten tai läheisten kieltäytyminen potilaan hoi- toon osallisuudesta. Kahdessa tutkimuksessa oli mainintoja läheisten tyytymättö- myydestä mielenterveys- tai päihdepalveluja kohtaan, missä läheisiä ei kuultu, kun he yrittivät jakaa hyödyllistä tietoa potilaan tilanteesta (Mcwiggan ym.2013, 3).

Potilaan ja läheisten yhteistyötä helpottavia tekijöitä sekä perhekeskeisen hoito- työn mahdollistajiksi kuvattiin perheenjäsenten ja/tai läheisten varhainen kutsumi- nen ja osallistuminen mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön. Kolmessa tutkimuk- sessa kannatettiin, että perhekeskeisen hoidon jatkuvuus tulisi turvata keräämällä tarkat tiedot perheen hoitoon sitoutumisesta (Goodyear ym.2015, 169, 173.), jolloin varmistettaisiin perheiden mukanaolo hoitoprosessissa (Dirk ym.2017, 1; Ward ym.2017, 6). Samoin parissa tutkimuksessa kannatettiin, että läheisten asiantunti- juutta tulisi hyödyntää potilaan mielenterveystyön suunnittelussa ja arvioin- nissa. Muita yksittäisiä perhekeskeisen hoitotyön edistäjiä olivat mielenterveystoi- totyön stigman vastaiset koulutusaloitteet, joilla ehkäistäisiin potilaiden ja läheis- ten leimaantumista. Lisäksi perhekeskeisen hoitotyön aloitukseen vaikutti suuresti potilaille ja läheisille annettu tieto läheisten osallistumisen tuomista hyödyistä, sekä myös oikeudesta kieltää tiettyjen tietojen luovuttamisen. Erityisesti potilaat ja läheiset kokivat tärkeäksi psykoedukaatiivisen tiedonsaannin lääkityksestä ja ajanta- saisen tiedon osastohoidon etenemisestä varsinkin, silloin kun sairastunut siirret- tiin tai uloskirjattiin osastolta.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusetiikan peruslähtökohtana on tutkimuksen hyödyllisyyden tarkastelu, eli voidaanko näitä tutkimustuloksia hyödyntää tulevaisuudessa potilaan tai asiakkaan hoitotyössä ja sen laadun kehittämässä. Tutkimuksen kirjoittamisessa pyrittiin välttämään virheiden syntymistä, mutta kuitenkin eri tutkimusaineistojen kohdalla se voi vaihdella ja siksi tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin arvioimaan luotettavuuden avulla. Tutkimuksen luotettavuus voidaan todeta, jos tutkimuksen vähintään kaksi arvioitsijaa päätyi samanlaiseen tulokseen, tai samaa henkilöä on tutkittu eri tutkimuskerroilla ja päädytty samaan tulokseen, silloin tutkimustulosta voitiin pitää luotettavana, eli reliabelina. (Hirsjärvi ym. 2013 231.) Reliaabelilla mitataan tulosten toistettavuutta, minkä tarkoituksena on tarkastella ei-sattumanvaraisia tutkimuslöydöksiä. Tutkimuksen luotettavuutta voitiin myös tarkastella ulkoisen validiteetin näkökulmasta, eli voidaanko tutkimuksen tuloksia soveltaa muihin hoitoyksiköihin. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa usein arvioidaan, voidaanko perusterveydenhuollon tutkimuksia yleistää erikoissairaanhoidon yksiköihin tai voidaanko kansainvälisiä tutkimuksia soveltaa suomalaiseen hoitotyöhön. (Kankkunen & Vehviläinen, 2013, 189.)

Opinnäytetyö tehtiin yksintyöskentelynä, josta puuttui toisen henkilön jatkuva kriittinen arviointi. Jos opinnäytetyö olisi toteutettu ryhmässä tai parityönä, tekstin muokkaaminen olisi ollut helpompaa kehittämisideoiden kautta. Kankkusen ja Vehviläisen mukaan (2013, 198) yksintyöskentelevä tutkija voi tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen, joka voi menettää tutkimuksen luotettavuutta. Subjektiivisuuden vuoksi pyrin luetuttamaan tekstiäni ulkopuolisilla tietyn väliajoin saadakseni objektiivista näkökulmaa kirjoitusasuun ja sen sisältöön, joka taas parantaa luotettavuutta. Englanninkielisissä tutkimuksissa haasteita tuotti haastava sanasto, jonka suomentamiseen kului paljon aikaa, mutta niistä saatiin erinomaista materiaalia opinnäytetyöhön.

Tutkimuksen eettisyyttä on pyritty noudattamaan opinnäytetyön tekovaiheessa. Mukaanottokriteereihin asetettiin, että valittu tutkimustieto on julkisesti kaikille luettavissa, mikä on hoitotieteissä yksi arvioitava julkisuuden kriteeri. (Eriksson ym.2012, 22). Opinnäytetyössäni olen välttänyt plagiointia. Plagioinnilla tarkoitetaan tekstin tai materiaalin luvaton lainaamista eli toisen henkilön kirjoittaman tiedon käyttöä omalla nimellä (Kankkunen & Vehviläinen, 2013, 173). Useilla lähdeviittauksilla on myös osoitettu tutkimuksen perusteltavuutta ja tutkimusten yhdenmukaista etenemistä. Lisäksi tutkimusaineistojen käyttöä on pyritty käyttämään tasapuolisesti. Opinnäytetyössä pyrittiin vahvasti objektiivisuuteen, jossa tieto koostui pääosin tutkimuksista ja tutkijoilta, eikä opinnäytetyön tekijän omista mielipiteistä. (Mts, 23-25.) Kankkunen ja Vehviläisen mielestä (2013, 176) on epäeettistä toimintaa, jos tutkija raportoi tutkimusryhmän tuottamia tuloksia omissa nimissä.

Tutkimusaineiston moninaisuuden takia perhekeskeisyyden toteutumista on psykiatrisen erikoissairaanhoidon lisäksi tarkasteltu perusterveydenhuollon ja huume- palveluiden näkökulmasta. Näiden hoitoympäristöjen erilaisuus saattaa nostaa kriittisen eettisiä kysymyksiä, voiko näitä erilaisia toimintayksiköitä yhdenmukaistaa ja verrata toisiinsa (Vilkkä 2015, 45). Toisaalta kirjallisuuskatsauksen yhtenä tavoitteena onkin tarkastella, millä tavalla tutkimusilmiötä on tarkasteltu eri tieteenaloilla (Kankkunen & Vehviläinen, 2013, 94).

Kankkunen & Vehviläisen (2013, 230) mukaan nykypäivän hoitotieteen tutkimuksen vaikuttavuuden arvioinnissa korostetaan kansainvälisyyttä. Näkyvin tulevaisuuden haaste on hoitotyön monikulttuurisoituminen. Hoitotyössä kohdataan yhä enemmän ulkomaalaistaustaisia potilaita ja asiakkaita, jolloin tarvitaan tietoa eri kulttuurien terveystottumuksista. Larivaaran & Aaltosen (2009, 387) ennusteen mukaan perhe- ja verkostokeskeinen työotteen tarve tulee tulevaisuudessa kasvamaan entistä ajankohtaisemmaksi hoitotyössä. Hoitoammattilaiset, kuten esimerkiksi sairaanhoitajat, ovat avainasemassa siirtämään uutta tietoa käytännön hoitotyöhön. Mitä enemmän hoitoyksikössä työskentelee tutkimusilmiöstä kiinnostuneita työntekijöitä, sitä enemmän saadaan vastetta kehittäväälle toiminnalle ja siten tutkimustiedon käyttö vahvistuu. (Mts, 244.)

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Huomattavan iso muutos tapahtuu, kun alaikäinen nuori tulee täysi-ikäiseksi. Lain mukaan alaikäiselle on oltava hänen ikätasolleen sopiva hoito-osasto, mutta kun nuori täyttää 18-vuotta, hänet siirretään nuoriso-osastolta aikuisten osastolle ja häntä hoitava hoitohenkilöstö muuttuu. Samalla alaikäistä nuorta kannatelleet vanhemmat menettävät huoltajanoikeutensa, sen seurauksena 18-vuotta täyttänyt henkilö on itse vastuussa omista asioistaan. Mielenterveys- ja päihdehoitotyötä ohjaa edelleen historiasta polveutunut yksilökeskeinen ajatusmalli, johon ei oteta rutiininomaisesti läheisiä mukaan hoitoprosessiin, tai sitten hoitohenkilöstö ei muista kertoa potilaalle, että läheisten toivotaan osallistuvan hoitoprosessiin mukaan. Tämä on suomalaiselle kulttuurille ominaista, että aikuispotilaat nähdään mieluummin yksilöinä kuin perheyhteisöön kuuluvina jäseninä.

Perhekeskeisyyden merkitys hoitotyössä näyttäytyi tekemieni havaintojen mukaan koulutuksen opintojaksoilla ja käytännön työelämässä välillä kovin ristiriitaisesti. Koulutuksessa perhehoitotyön- opintojaksolta vaadittiin, että opiskelija osaa toteuttaa ja arvioida näyttöön perustuvaa perhehoitotyötä sekä edistää erilaisten perheiden terveyttä elämänkaaren aikana (JAMK, 2016). Teoriassa ja käytännössä nämä opitut asiat painottuivat enemmänkin lasten- ja nuorten asiakkaiden hoitotyöhön, siksi halusin kiinnittää huomioni aikuispotilaiden perhekeskeiseen mielenterveyshoitotyöhön. Työelämässä tekemieni havaintojen perusteella useat hoitajat kokivat, ettei aikuispsykiatrisessa akuuttihoitotyössä ole aikaa potilaan perheen tai läheisten huomioimiselle. Toisaalta Suomessa on ollut jo pitkään käytössä tarpeenmukainen lähestymistapa ja avoimen dialogin hoitomalli vastaanottamaan juuri näitä akuutteja psyykkisiä kriisejä. Miksi siis tänä päivänä perhekeskeinen lähestymistapa puuttuu nykyisestä suomalaisesta mielenterveyshoitotyöstä?

Opinnäytetyön prosessi oli haastava, mutta itselleni palkitseva. Opinnäytetyön rakenne muuttui useaan otteeseen ennen lopullisen työn julkaisua, mutta samalla sain punnittua ja verrattua opinnäytetyöhöni sopivaa ulkoasua ja tekstin jäsentelyä. Opinnäytetyön aikana tapahtui ammatillista kasvua tiedonhaun ja kirjoittamisen osalta ja kirjallisuuskatsauksen prosessi tuli tutuksi. Ymmärrys tutkimusaihetta kohtaan kasvoi sekä halu kehittää omia taitoja perhekeskeisestä hoitotyöstä. Sairaanhoidajakoulutuksen, työelämän ja harjoittelujen aikana tekemiäni havaintojen mukaan perhekeskeinen työote ei ole vielä jalkautunut päivittäiseen hoitotyöhön, vaikka se hoitajien keskuudessa tunnustetaan hyvin.

Tutkimusaineistojen ajankohtaisuudesta päätellen perhekeskeisen hoitotyön kirjallisuus ja kehittämisisideat olivat nousseet vahvaksi teemaksi monissa kansainvälisissä tutkimuksissa. Erityisesti erilaiset kansainväliset perhekeskeiset osallistamismallit antoivat arvokasta näyttöä siitä, että perhekeskeistä hoitotyötä on pyritty paremmin huomioimaan mielenterveyshoitotyön akuuttihoitotyössä. Tutkimuksessa oli myös yllättävää havaita, kuinka vähän perheinterventioita ja psykoedukaatiivista mielenterveyshoitotyötä tarjotaan käytännössä potilaille ja heidän läheisilleen, vaikka siitä on olemassa tehokasta tutkimusnäyttöä.

Ajankohtaisena mielenterveyshoitotyön haasteena näyttäisi olevan kaksoisdiagnoosi potilaat. Työelämässä tekemiäni havaintojen perusteella kaksoisdiagnoosi potilaiden määrä on hoitotyössä lisääntynyt ja heidän hoitonsa on yleensä haastavaa ja pitkäkestoista. Mielenterveyspalvelut ja päihdepalvelut ovat usein sirpaleisia, jotka ovat vain harvoin suunnattu kaksoisdiagnoosipotilaille. Lisäksi laaja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivä asiakasryhmä käyttää perusterveydenhuollon palveluja. Suomessa on tällä hetkellä käynnissä sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistus, jonka myötä aiotaan yhteensovittaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatiota ja lisätä asiakkaiden valinnanvapautta palveluiden saatavuudessa. (Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2009-2015, 2016, 23-26).

Mielestäni perhekeskeisyys on paitsi mielenterveyshoitotyössä, ja myös muissa hoitoyksiköissä tärkeä. Lisäksi on huomionarvoista, miten paljon mielenterveysongelmissa on paljon sosiaalisen verkoston vähyydestä ja yksinäisyydestä kärsiviä aikuispotilaita. Yksinäisyys heikentää henkilöiden terveyttä ja lisää sairastumisen riskiä. Yksinäisyydellä on myös vahva side alkoholin ja muiden päihteiden väärinkäyttöön. Eniten haavoittuvassa asemassa ovat nuoret aikuiset, joiden aivot ja mielenterveys ovat herkässä kehitysvaiheessa. Tällaisen yksinäisyyden kehän katkaisemisessa perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö on avainasemassa. Jos aikuispotilaan yksinäisyyden kierrettä ei saada katkaistua, yksinäisyyteen voi todella sairastua. Ilman perhekeskeistä hoitotyötä yksilön pärjäämistä, keskinäistä kilpailua ja tehokkuutta korostava yhteiskunta saattaa löytää edestään yhä pahenevan yksinäisyysongelman. (Muller & Lehtonen 2016, 90-95.)

Jatkotutkimusehdotuksena esittäisin, että perhekeskeisen työotteen toteutumista tutkittaisiin esimerkiksi nuorille aikuisille, ikääntyville ja omaishoitajille kohdistuvassa hoitotyössä. Suomen lääkäri-lehdessä Ringin & Rätyn (2016, 2207) artikkelissa ehdotettiin, että perhekeskeinen lähestymistapa antaisi paremman kokonaiskuvan omaishoidettavan perheestä kohdistamalla palvelujärjestelmän resurssit paremmin omaishoitajien ja hoidettavien yksilöllisiin tai yhteisiin tarpeisiin. Perhekeskeinen hoitotyö olisi tällöin omaishoidossa sekä kustannustehokasta että asiakaslähtöistä.

7.4 Johtopäätökset

Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää erityisesti psyykkisesti sairaan potilaan hoitotyössä, mutta se soveltuu myös muiden potilaiden perhekeskeiseen hoitotyöhön. Toivon, että opinnäytetyöni tarjoaa uusia näkökulmia mielenterveyshoitotyössä työskenteleville hoitajille sekä antaa rohkeutta ja mielenkiintoa perhekeskeisen hoitotyön kehittämiseen. Opinnäytetyön tutkimusaineistojen havaintojen perusteella voidaan esittää nämä johtopäätökset:

- Työorganisaatioiden päättäjät ovat tärkeässä johtavassa asemassa organisoidessaan hoitoyksiköihin riittävät resurssit, joilla voidaan edesauttaa aikuispotilaan perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön toteutumista.
- Mielenterveys ja päihdepalveluihin tarvittaisiin selkeitä ja strukturoituja hoitostandareja perheiden ja läheisten osallistamisesta, jotka toisivat lisää varmuutta käytännön perhekeskeisen hoitotyön toteutumiseen.
- Hoitohenkilökunnan yksilöllisillä ominaisuuksilla, kuten asenteilla ja puheeksiottamisen taidoilla näyttäisi olevan merkittävää vaikutusta perhekeskeiseen hoitotyöhön, miten perheen rooliin hoitotyössä suhtaudutaan.
- Hoitohenkilökunnan perheinterventio- ja psykoedukaatio-koulutusaloitteilla voitaisiin parantaa potilaan ja hänen läheisensä kuulluksi tulemistä ja tiedonsaantia.
- Mielenterveydenhäiriöstä tai päihdehäiriöstä johtuva stigma tai häpeä saattavat estää potilaan ja/tai läheisen osallistumisen hoitoprosessiin
- Perhekeskeinen hoitotyö tulisi aloittaa varhain hoitoprosessin alussa ja sen jatkuvuudesta olisi hyvä dokumentoida hoitosuunnitelmaan.

Lähteet

- A 30.3.2009/298. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Viitattu 31.1.2017. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi>.
- Aalto, M. Mäkelä, R. Vormaa, H. 2015. Alkoholiriippuvuus. Helsinki. 3.painos. Duodecim. 222, 105, 243.
- Aaltonen, J. 2009. Leijan varjo- esseitä psykoterapian ulottuvuuksista. Therapeiasäätiö. Gummerus kirjapaino oy. 21
- Aaltonen, J. Huttunen, M. Kalska, H. 2015. Psykoterapiat. Duodecim. 220.
- Blomqvist, M. Ziegert, K. 2011. 'Family in the waiting room': A Swedish study of nurses' conceptions of family participation in acute psychiatric inpatient settings. International Journal of Mental Health Nursing. <https://janet.finna.fi>. PubMed. 185, 188-190, 192.
- Dirik, A. Sandhu, S. Giacco, D. Barrett, K. Bennison, B. Collinson, S. Priebe, S. 2017. Why involve families in acute mental healthcare? A collaborative conceptual review. BMJ Open access research. <https://janet.finna.fi>. Evidence-based nursing. 1-2, 5-8. <http://bmjopen.bmj.com/content/7/9/e017680.full.pdf>
- Eassom, E. Giacco, D. Dirik, A. Priebe, S. 2014. Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. BMJ Open access research <https://janet.finna.fi>. Evidence-based nursing. 1-2, 4, 6-7. <http://bmjopen.bmj.com/content/4/10/e006108.full.pdf>
- Eriksson, K. Isola, A. Kyngäs, H. Leino-Kilpi, H. Lindström, U. Paavilainen, E. Pietilä, A-M. Salanterä, S. Vehviläinen-Julkunen, K. Ästed-Kurki, P. 2012. Hoitotiede. Helsinki. 4.painos. Sanoma pro. 22-23, 35-37,42.
- Giacco, D. Dirk, A. Kaselionyte, J. Priebe, S. 2017. How to make carer involvement in mental health inpatient units happen: a focus group study with patients, carers and clinicians. 1-2, 6-7, 9-11. Research Gate: sivustolta. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-017-1259-5?site=bmcp psychiatry.biomedcentral.com>

- Goodyear, M. Hill, T-L. Allchin, B. McCormick, F. Hine, R. Cuff, R. O'Hanlon, B. 2015. Standards of practice for the adult mental health workforce: Meeting the needs of families where a parent has a mental illness. International Journal of Mental Health Nursing. <https://janet.finna.fi>, PubMed. 169-170, 173,177
- Haarakangas, K. 2011. Voimistava läsnäolo. PS-kustannus. 173
- Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Magentum Oy. Helsinki. 74
- Hirsjärvi, P. Remes, P. Sajavaara, S. 2013. Tutki ja kirjoita. Bookwell Oy, 17. painos Porvoo. 231.
- Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Otavan kirjapaino oy. 1. painos. 154-157, 160, 164, 191
- Iivanainen, A & Syväoja, P. 2016. Hoida ja kirjaa. Perhehoitotyön menetelmien toteutuminen. 9.painos Sanoma Pro Oy. 546
- JAMK. 2016. Perhehoitotyö opintojaksokuvaus 2016-2017. Kirjoitettu 15.12.2016. Viitattu. 24.11.2017.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä. Suomen Yliopistopaino Oy. 174
- Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimustieto ja näyttöön perustuva toiminta. Teoksessa. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma pro Oy. E-kirja. s 93-94 167, 173, 176, 188-189, 230, 244
- Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2009–2015. 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 23-26. Viitattu: 14.2. 2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS__JA_P_IHDESUUNNITELMA1487308985.pdf?sequence=1&E.%20L
- Korhonen, T. Vehviläinen-Julkunen, K. Pietilä, A. 2008. Do nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, <https://janet.finna.fi>, PubMed. 767-768, 773-774

- Korhonen, T. Pietila, A-M. Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey. <https://janet.finna.fi>, PubMed. 65-66, 72-73
- Kourgiantakis, T. Ashcroft, R. 2018. Family-focused practices in addictions: a scoping review protocol. BMJ Open access research. <https://janet.finna.fi>. Evidence-based nursing. 1-2 <http://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e019433.full.pdf>
- Kuhanen, C. Hämäläinen, K. Kanerva, A. Schubert, C. Seuri, T. 2017. Mielenterveys-hoitotyö. Helsinki. 5.painos. Sanoma Pro. 18, 33, 35, 190, 192-195, 338
- Käypähoito Skitsofrenia. 2015 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 13.02.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050#NaN>
- L 21.12.2001/1423. Mielenterveyslaki. Valtion säädöstietopankki Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 8.2.2018. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 8.2.2018. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Hoitotiede/terveystiede. Kuopio. 201 Viitattu 24.1.2018. 201 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0224-5>
- Larivaara, P. Aaltonen, J. Lindroos, S. Tukiainen, S. Heikkilä, T. Mäkelä, R. 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Duodecim. 19-22, 24, 36, 39, 57, 365 , 377, 408-409
- Lehtinen, K. Haapaniemi, E. Lindroos, S. 2014. Perheterapiasta hyötyy myös potilaan läheisverkosto. Suomen Lääkäri lehti. 41. vsk 69. 2627
- Lönnqvist, J. Lehtonen, J. 2017. Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt. Psykiatria. Kirjoitettu 13.3.2017. Viitattu 8.2.2018.Terveysportti. <https://janet.finna.fi>
- McSwiggan, L, Barbour, R. Elliott, L. 2013. Involving families and carers in drug services: are families 'part of the problem? Families, Relationships and Societies Re-

search. 1-3. 14-15 Research Gate: sivustolta. https://www.researchgate.net/profile/Linda_Mcswiggan/publication/258705379_Involving_families_and_carers_in_drug_services_are_families_part_of_the_problem%27/links/00b49528dcedc9361e000000/Involving-families-and-carers-in-drug-services-are-families-part-of-the-problem.pdf

Muller, K. Lehtonen, J. 2016. Yksinäisten Suomi. Yksinäisyys, aivot ja mieli. 90-95

Partanen, A. Holmberg, J. Inkinen, M. Kurki, M. Salo-Chyndenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki. 1.painos. Sanoma pro. 345, 495

Piippo, J. Aaltonen, J. 2008. Mental health and creating safety: the participation of relatives in psychiatric treatment and its significance. Journal of Clinical Nursing, <https://janet.finna.fi> Cinahl. 2003-2004, 2007-2008

Reupert, A, Maybery, D, Morgan B. 2015. The family-focused practice of primary care clinicians: a case of missed opportunities. Journal of Mental Health. <https://janet.finna.fi>. PubMed. 358-361

Ring, M. Rätty, L. 2016. Omaishoidon tukemiseen tarvittaisiin perhekeskeistä otetta. Suomen Lääkärilehti. 36. vsk.71. 2207

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 19.02.2018. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? – Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Viitattu 03.10.2017. 7 http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Seikkula, J. Arnkil, T-E. 2014. Open Dialogues and anticipations. National institute for health and welfare. 4.printed. 38

Siren. 2017. Väitös: Vanhemman mielenterveysongelmat vauvaiässä voivat vaikuttaa lapseen kouluikään saakka. YLE. Kirjoitettu: 27.10.2017. Viitattu: 13.2.2018. <https://yle.fi/uutiset/3-9898614>

Stolt, M. Axelin, A. Suhonen, R. Kangasniemi, M. Pölkki, T. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. 2.painos. 6-7, 23, 26, 30, 90

Suvisaari, J. Joukamaa, M. Lönnqvist J. 2017. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys Suomessa. Psykiatria. Kirjoitettu 13.3.2017. Viitattu 8.2.2018. Terveysportti. <https://janet.finna.fi>

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Tutkimusetiikka. Bookwell Oy. 4.painos. 45

Vänskä, M. 2017. From Prenatal Period to Middle Childhood - Maternal and paternal mental health predicting child mental health and development. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 13.02.2018. 12 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0555-0>

Wahlbeck, K. Karila-Hietala, R. Heiskanen, T. Stengård, E. Hannukkala, M. 2014. Mielenterveys elämäntaitona - Mielenterveyden ensiapu 1. Suomen mielenterveyseura. Helsinki. 2.painos, 109-110

Ward, B. Reupert, A. F, McCormick, F. Waller, S. Kidd, S. 2017. Family-focused practice within a recovery framework: practitioners' qualitative perspectives. BMC Health Services Research. 1-2, 5-7 Research Gate: sivustolta. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2146-y?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>

Åstedt-Kurki, P. Kolbrun- Svavarsdottir, E. Jonsdottir, H. Kaunonen, M. 2011. Family nursing in action. University of Iceland Press. 113-114, 117 119

Åstedt-Kurki, P. Jussila, A-L. Koponen, L. Lehto, P. Maijala, H. Paavilainen, R. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki. Sanoma pro. 7, 11-12, 53

Åstedt-Kurki, P. Surakka, T. Mattila, K. Kylmä, J. Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Fioca Oy. 30-32

Liite 1 Opinnäytetyöhön analysoidut tutkimukset

Tekijät, julkaisuvuosi ja maa	Otsikko	Tarkoitus	Menetelmä	Tulokset
Blomqvist, M. Ziegert, K. 2011. Ruotsi	'Family in the waiting room': A Swedish study of nurses' conceptions of family participation in acute psychiatric inpatient settings	Tutkijat kuvasivat, miten psykiatrian akuuttiosastolla työskentelevät sairaanhoitajat kokivat perheiden osallistumisen psykiatrian akuuttihoitotyössä.	Kvalitatiivinen haastattelututkimus. Tutkimukseen osallistui (=18) psykiatrian akuutti-osaston sairaanhoitajaa.	Tutkijat muodostivat kolme teemaa; 1) perheiden osallistaminen on osahoitoprosessia, 2) perheen osallistamisen esteet ja 3) perheiden osallistamiseen käytettävät resurssit → Perheiden osallistaminen riippui enimmäkseen yksittäisten sairaanhoitajien intresseistä ja näkemyksistä
Dirik, A. Sandhu, S. Giacco, D. Barrett, K. Bennison, B. Collinson, S. Priebe, S. 2017. Englanti.	Why involve families in acute mental healthcare? A collaborative conceptual re-view.	Tutkijat tarkastelivat maailmanlaajuisesti akuutin mielenterveyshoito-työn perhekeskeisiä osallistamismalleja, sekä potilaiden ja perheiden roolia	Kirjallisuuskatsaus. Tutkijat tunnistivat (=6) perheenosallistamis hoitomallia (=16) eri lähde aineistosta.	Tutkimuksessa tehtiin vertailuja ja yhteen-veto kaikista perhekeskeisistä osallistamishoitomalleista. → Perheen osallistamismallien yhteen sopivat painopisteet olivat kommunikointi, kielen käyttö ja yhteinen päätöksenteko.
Eassom, E. Giacco, D. Dirik, A. Priebe, S.	Implementing family involvement in the treatment of patients with	Yhdistellä perheiden osallistamisen tutkimusnäyt- töjä psykoosipotilaiden hoitotyössä, keskitty-mällä niiden ongelmiin,	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tutkimukseen valikoitui 43 tutkimusta, joista enemmistö oli kvalitatiivisia	Perheiden osallistamista helpottavina tekijöinä nähtiin välttämättömäksi työorganisaation hoitohenkilöstön säännöllinen hoitotyön valvonta ja perhekeskeisten koulutusten tarjoaminen.

2014. Englanti.	psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors	<p>esteisiin ja helpottaviin tekijöihin.</p> <p>>Fokuksena oli tarkastella psykoosipotilaan, ja hänen läheisensä/perheensä sekä hoitoammattilaisen välistä viestintää.</p>	tutkimuksia (=42), jotka keskittyivät ainoastaan henkilöstön näkökulmaan (=32) ja aineistosta (=23) oli toteutettu Englannissa.	→ Perhekeskeistä hoitotyötä voidaan toteuttaa, jos se on kannatettu koko työorganisaatiossa.
Giacco, D. Dirk, A. Kaselionyte, J. Priebe, S. 2017. Englanti	How to make carer involvement in mental health inpatient units happen: a focus group study with patients, carers and clinicians	<p>Tutkijat arvioivat psykiatrisen potilaan ja heidän läheisensä sekä psykiatrian osastotyöntekijöiden näkökulmia, miten läheisten osallistamisen voitaisiin kehittää psykiatrian osastohoidossa.</p> <p>Tutkijoiden fokuksena oli tunnistaa, mitä läheisen osallistaminen tulisi edellyttää hoitotyöskentelyssä.</p>	Kvalitatiivinen haastattelututkimus. Tutkimukseen osallistui (=86) kohderyhmää, joista (=31) olivat potilaita, (=22) läheisiä ja (=33) psykiatrian työntekijöitä.	<p>→Läheisten osallistuminen tulisi tapahtua mahdollisimman pian psykiatrisen hoitotullessa.</p> <p>→Läheisille tulisi antaa tietoa ja emotionaalista tukea psykiatrian henkilökunnalta sekä tarjota läheisiä osallistumaan hoitopäätöksiin.</p> <p>→Läheisten henkilökohtaista tietämystä potilaan tilanteesta tulisi hyödyntää hoidon aikana.</p> <p>→Läheisten osallistumisen haasteita, voi olla läheisten tunnistamisen ongelmat, potilaan hyväksynnän saaminen ja hoitotietojen jakaminen sekä yhteydenoton ja sitoutumisen vaikeudet läheisillä.</p> <p>→Läheisten osallistamista ei voitu jättää ainoastaan osaston erikoistuneille ammattilaisille, vaan koko henkilökunnan tuli olla aktiivisesti mukana.</p>

<p>Goodyear, M. Hill, T-L. Allchin, B. McCormick, F. Hine, R. Cuff, R. O'Hanlon, B. 2015. Australia.</p>	<p>Standards of practice for the adult mental health workforce: Meeting the needs of families where a parent has a mental illness.</p>	<p>Rakentaa yhdenmukainen hoitostandardi perheiden osallistamisesta mielenterveyspalveluissa, ja tarkastella perheiden osallistamisen esteitä.</p> <p>→ Tutkijoiden fokuksena oli integroida kuntouttavan mielenterveyshoitotyön hoidon jatkuvuutta lisääviä hoitostandardeja, erityisesti vanhemmille, joilla oli alaikäisiä lapsia.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus. Tutkimus toteutettiin käytännönlähtöisenä kirjallisuuskatsausprojektina, johon osallistui Australian mielenterveyspalvelujen johtavia henkilöitä.</p>	<p>Tutkimuksessa esiteltiin perheitä osallistava hoitostandardi interventio (FaPMI).</p> <p>→ Hoitostandardi oli merkittävä apuväline ammattilaisille, jolla kohennettiin heidän työskentelytaitojaan psyykkisesti sairastuneen vanhemman ja heidän perheensä kanssa.</p> <p>→ Hoitostandardin periaatteina olivat aikuisen mielenterveysasiakkaan vanhemman aseman ja alaikäisten lasten tunnistaminen, perheen haavoittuvuuden ja voimavarojen arvioiminen sekä interventiotuen antaminen.</p>
<p>Korhonen, T. Vehviläinen-Julkunen, K. Pietilä, A. 2008. Suomi.</p>	<p>Do nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder?</p>	<p>Koota tietoa eri ammattiryhmien (sairaanhoidajien ja lähihoitajien) toiminnasta, ottavatko hoitajat huomioon psyykkisesti sairastuneen läheisverkoston aikuispsykiatriassa hoitotyössä.</p> <p>1) Miten laajasti sairaanhoidajat huomioivat perheen tukiverkoston hoitotyössä?</p>	<p>Kvalitatiivinen survey-haastattelututkimus. Tutkimusaineisto kerättiin vuonna 2005 Suomen yliopistollisten sairaaloiden aikuispsykiatrian (=32) sairaalahoidon yksiköistä ja (=17) avohoidon yksiköistä.</p> <p>Survey-tutkimuksia lähetettiin kaiken kaikkiaan (n = 608). Vastattuja hoitajakyselyitä saatiin (=311), joista 60% koostui sairaanhoidajista (n=222) ja</p>	<p>Perhekeskeistä hoitotyötä raportoitiin olevan aikuispsykiatrialla lähihoitajien mukaan (n=66%) ja sairaanhoidajien mukaan (n=73%).</p> <p>→ Perhesuhteita koskeva tieto ja sosioekonomisen tilanteen kartoittaminen oli kerätty säännöllisesti molemmissa ammattiryhmissä.</p> <p>→ Hoitajien yksilölliset luonteenpiirteet, kuten vanhemman rooli, perhehoitotyön koulutukset ja perhekeskeisen lähestymistavan käyttö kohensi merkittävästi heidän aktiivisuuttaan keskustella potilaan perheen tukiverkostosta.</p>

		2) Miten sairaanhoitajien luonteenpiirteillä on merkitystä potilaansa perheen tukiverkoston tunnistamisessa?	lopun 36% oli lähihoitajia (n=88). Vastausprosentti 51%.	
Korhonen, T. Pietilä, A-M. Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Suomi.	Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey	Selvittää aikuispsykiatrialla työskentelevien hoitajien vuorovaikutusta psyykkisesti sairastuneen vanhemman lasten kanssa.	Kvalitatiivinen survey- haastattelututkimus. Tutkimus toteutettiin vuonna 2005, johon kutsuttiin (=373) sairaanhoitajaa ja (=235) lähihoitajaa, jotka työskentelivät (yht= 45) aikuispsykiatrian avohoidon ja sairaalahoidon yksiköissä. Vastattuja hoitajakyselyitä saatiin (=311), joista 60% koostui sairaanhoitajista (n=222) ja lopun 36% oli lähihoitajia (n=88). Vastausprosentti 51%.	→Suurin osa sairaanhoitajista ei tavannut psyykkisesti sairastuneen lapsia säännöllisesti, vaikka he olivat systemaattisesti kysyneet potilailtaan lapsien olemassaolosta. →Hoitajien yksilöllisten ominaisuuksien, kuten sukupuoli, ikä, siviilisääty ja vanhemman rooli lisäsivät merkittävästi hoitajien taipumusta ottaa puheeksi mielenterveyspotilaiden lapset. →Sairaanhoitajien ammatillinen työkokemus, perhetyön lisäkoulutukset ja perhekeskeisen lähestymistavan käyttö lisäsivät hoitajien puheeksi ottamisen taitoa aikuispotilaiden lapsista.
Kourgiantakis, T. Ashcroft, R. 2018. Kanada. (Käynnissä oleva tutkimus)	Family-focused practices in addictions: a scoping review protocol	Kartoittaa saatavilla olevien perhekeskeisistä interventioiden tutkimusnäyttöä riippuvuushoidossa. Tutkimuksessa yritetään myös tunnistaa mahdollisia puutteita mielenterveyspalveluissa,	Scoping Review tutkimus. (Kesken). Tutkimukseen aiotaan ottaa empiriivisiä perheinterventio tutkimuksia, jotka käsittelevät riippuvuushoidon hoitoa (vuosivälillä: 2000-2018.) Englanniksi tai Ranskaksi. Tutkimusaineisto analysoidaan laadullisella teema-	Käynnissä oleva kirjallisuuskatsaus on ensimmäinen tutkimus, jossa tarkastellaan perhekeskeisten hoitokäytäntöjen soveltuvuutta aikuisten päihde- ja uhkapeliriippuvuushoidossa. Katsaus pyrkii antamaan näyttöön perustuvaa tietoa mielenterveyspalveluista ja niiden käytännön sovittamisen puutteista.

		<p>kuten perhekeskeisten hoitotyön esteitä. → Tutkijoiden fokuksena on aikuisten päihderiippuvuudet ja uhkapeliriippuvuus.</p>	<p>analyysilla, jossa käytetään teemoittelua.</p>	
<p>McSwiggan, L, Barbour, R. Elliott, L. 2013. Pohjois- Skotlanti.</p>	<p>Involving families and carers in drug services: are families 'part of the problem? Families, Relationships and Societies</p>	<p>Luoda kokonaisempaa ymmärrystä aikuisen huume palvelun käyttäjän läheisistä, sekä miten heidän osallistuminen voisi vaikuttaa päihdehoitotyöhön.</p> <p>Tutkijoiden fokuksena oli tarkastella faktatietoa perheenjäsenten huume palveluihin osallistamisesta, sekä kartoittamaan läheisten ja huume palvelujen välistä yhteistyötä.</p>	<p>Kvalitatiivinen haastattelututkimus. Tutkimukseen osallistui (=20) huumeiden käyttäjän läheistä, (=43) huume palvelujen tarjoajaa ja (=19) huume palveluiden päättäjää.</p> <p>Haastattelut järjestettiin erillisinä kohderyhminä, joista (=32) osallistuivat yksilöhaastatteluun ja kohderyhmähaastatteluun osallistui (=8).</p>	<p>→ Päihdehoitosuositusten tulisi keskittyä hyväksyttämään perheiden osallistumista huume palveluihin tehostamalla, että perheiden ja läheisten osallistuminen on tarpeellista sekä hyödyllistä.</p> <p>Johtopäätöksissä pääteltiin, että vahvistamalla haitallisia stereotypioita huume ongelmista ja ikuistamalla siihen liittyviä puhumattomia stigmoja ja spekuloidulla tuhoisia ennakkooajatuksia huumeiden käytöstä, voidaan dominoida korostavasti ilmiötä, jonka mukaan "perhe on osa ongelmaa".</p> <p>→ Tämä tulkinta koettiin osittain syyllistävänä ja rajoittavana tekijänä perheenjäsenten osallistamisessa huume palveluihin.</p>

<p>Piippo, J. Aaltonen, J. 2008. Suomi.</p>	<p>Mental health and creating safety: the participation of relatives in psychiatric treatment and its significance.</p>	<p>Selvittää, mikä merkitys on läheisten osallistumisella psyykkisesti sairastuneen psykiatrisessa avohoitoprosessissa.</p>	<p>Kvalitatiivinen haastattelututkimus. Yhteishaastattelussa haastateltiin (=10) psyykkisesti sairastunutta potilasta, heidän läheisiään sekä moniammatillista hoitotiimiä. Tutkimus toteutettiin Jorvin ja Keroputaan sairaalan avohoidon klinikoilla.</p>	<p>Ydintuloksena saatiin, että läheisten osallistuminen lisäsi turvallisuuden tunnetta potilaalle ja heidän läheisilleen sekä yleisesti psykiatriseen avohoitoprosessin kulkuun.</p> <p>→Ennakoinnin ja luotettavuuden säilyttämisellä oli tässä tutkimuksessa suuri merkitys turvallisuuden tunteelle tulevaisuuden hoitokuvioiden suunnittelussa.</p>
<p>Reupert, A, Maybery, D, Morgan B. 2015. Australia.</p>	<p>The family-focused practice of primary care clinicians: a case of missed opportunities.</p>	<p>Selvittää, perusterveydenhuollon ammattilaisten perhekeskeisen työotteen määrää käytännössä perhekeskeisellä mielenterveyshoitotyön kyselylomakkeella (FFMHPQ), sekä tutkia perhekeskeisen hoitotyön helpottavia ja heikentäviä tekijöitä perusterveydenhuollossa.</p>	<p>Kvalitatiivinen haastattelututkimus. Tutkimukseen osallistui (=21) perusterveydenhuollon ammattilaista, joista naisia oli (=11) ja miehiä (=10).</p> <p>Tutkimus aloitettiin ensin (FFMHPQ) kyselylomakkeen perehtymisellä ja lopuksi osallistujat kokoontuivat kolmeen kohderyhmän haastatteluun.</p>	<p>Perusterveydenhuollossa työntekijät eivät sitoutuneet systemaattisesti potilaan perheen asioihin, vaikka monet työntekijät tunnustivat perhekeskeisen hoitotyön olevan tärkeä.</p> <p>Osa kyseenalaisti, onko perhekeskeisyys hoitotyössä heidän ammattirooliaan.</p> <p>Tuloksissa tunnistettiin perhekeskeisten hoitokäytäntöjen puutteita perusterveydenhuollon asetuksissa.</p>

<p>Ward, B. Reupert, A. F, McCormick, F. Waller, S. Kidd, S. 2017. Australia.</p>	<p>Family-focused practice within a recovery framework: practitioners' qualitative perspectives</p>	<p>Selvittää mielenterveys ammattilaisten käsityksiä perhekeskeisestä hoitotyöstä sekä tunnistaa keskeisiä hoitokäytäntöjä, esteitä ja helpottavia tekijöitä psyykkisesti sairastuneen kuntouttavassa hoitotyössä.</p>	<p>Kvalitatiivinen haastattelututkimus. Tutkimus toteutettiin kohderyhmähaastatteluna Australiassa, johon osallistui (=11) mielenterveyshoitotyön ammattilaista.</p>	<p>Osallistujien oli vaikea kuvailla perhekeskeisen hoitotyön toteutumista kuntouttavassa mielenterveyshoitotyössä, mutta he pystyivät kuitenkin kuvaamaan erilaisia hoitokäytäntöjä, jotka edistivät perhekeskeistä työtettä.</p> <p>Perhekeskeisen hoitotyön esteenä oli pula ammattitaitoisesta hoitohenkilöstöstä.</p> <p>Stigma ja luottamuksellisuus olivat myös perhekeskeisen hoitotyön esteitä perheenjäsenten hoitotyöhön osallistumiselle.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------