

Opinnäytetyö (YAMK)

Kliininen asiantuntija

2018

Mari Tuomisalo

PERHETYÖN KEHITTÄMINEN MIELIALAHÄIRIÖOSASTO M2:LLA

Mari Tuomisalo

PERHETYÖN KEHITTÄMINEN MIELIALAHÄIRIÖOSASTO M2:LLA.

[Click here to enter text.](#)

Kehittämisprojektin tehtävänä oli tuottaa tietoa perhetyön kehittämisen tueksi TYKS psykiatrian mielialahäiriövastuualueen mielialahäiriöosasto M2:lla. Perheen merkitys psyykkisesti sairastuneen potilaan hoidossa tiedetään merkittäväksi tekijäksi, joka mm. vähentää sairaalahoidon kestoa ja määrää. Toisaalta psyykkisen oireilun tiedetään olevan ylisukupolvista, jolloin on tärkeää kiinnittää huomiota omaisten voimavaroihin. Perhetyön implementoinnin psykiatriseen hoitotyöhön tunnustetaan kuitenkin olevan puutteellista niin Suomessa kuin kansainvälisesti.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin arvoista johdetuissa toimintaohjeissa mainitaan läheisten huomioiminen ja kunnioittaminen. Toimintaohjeista on johdettu psykiatrian tulosalueen tavoite, joka mukaan tulosalueella pyritään potilaan ja hänen läheistensä tarpeet huomioivan hoitolinjapohjaisen palvelurakennemuutoksen ylläpitoon riittävillä tila- ja henkilöresursseilla.

Kehittämisprojekti toteutettiin haastatteleamalla kolmea mielialahäiriöosasto M2:n sairaanhoitajaa ja mielenterveyshoitajaa, joilla on vuosien kokemus perhetyöstä. Haastattelu toteutettiin ryhmämuotoisena teemahaastatteluna. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Lisäksi kerättiin osaston muiden hoitajien kokemuksia, ehdotuksia ja mielipiteitä perhetyön kehittämisestä osastolla ja laadittiin kooste saaduista vastauksista. Aihetta lähestyttiin myös kirjallisuuskatsauksen avulla.

Haastattelun tuloksissa perhetyön olennaisiksi painotuksiksi nousi vuorovaikutus ja keskustelu, psykoedukaatio ja omaisten tukeminen. Perhetyön kehittämisen keinoina tuli esille työntekijän valmiudet ja niiden vahvistaminen, perhetyön tarpeen arvioiminen potilaan kanssa ja työryhmässä, perheiden huomiointi sekä raportointi ja tiedonkulku.

Saatujen tulosten pohjalta laadittiin kolmiportainen perhetyön toimintamalli. Malli implementoidaan osastolla M2. Saatuja tutkimustuloksia ja toimintamallia voidaan hyödyntää jatkossa myös muissa TYKS psykiatrian yksiköissä perhetyötä kehitettäessä.

ASIASANAT:

perhetyö, perheen tukeminen, omaisten tukeminen, psykoedukaatio,

BACHELOR'S / MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä. Master of Health Care/Advanced Nursing Practise Degree Programme

Completion year of the thesis | number of pages, number of pages in appendices

Mari Tuomisalo

FAMILY CARE ON INPATIENTS WARD OF PSYCHIATRY

- subtitle of the report (if used)

[Click here to enter text.](#)

Family care is an essential part of holistic care of a psychiatric patient. The purpose of family care is to support family by strengthen their resources and improving interaction. In the mental health nursing literature the meaning of family is highlighted as a crucial part of patient's care. Despite of this, working with families is incompletely implemented to psychiatric nursing practice. It is known that psychoeducation given to the family reduces the family burden, decreases stress and symptoms of the patients. It also reduces relapses and a need of hospital care. It has been noted in psychiatric treatment that mental problems seem to transmit from one generation to the next one. There is a certain part of family caregivers needing supportive and intensive care than they could reach at moment. A balance is needed between valuing their involvement in providing the care for the patients and however, avoiding overburdening them.

Objective is to develop family centered work among the families of inpatients of one inpatients ward for people with mood disorders. The aim was to develop a model for good and functioning family care.

Research method used in this development project was theme interview. Interview was conducted with three experienced mental health nurses who are working in this inpatient ward. The interview was analyzed using thematic analysis. Opinions and experiences of nursing staff were investigated and summarized. In addition, a literature review was delivered.

According the results of the research the most important emphasis of the content of family care are interaction and discussion, psychoeducation and support for family caregivers. Family care can be developed through strengthen the nursing skills in family care. Assessment of the needs of family care together with the patients and the multiprofessional group should begin during admission. Observation of the family and reportage are also essential issues concern the development of family care. The results of literature review emphasized that family education reduces family burden, relapses and the need for hospital care. It also decreases stress and symptoms of the patients. Mental problems and psychiatric treatment seem to be over-generative.

A model of family care was developed on the basis on research and literature review. It can be used on inpatients ward M2. It also could be used when developing the family care and participation generally in Turku University Hospital, Clinic of Psychiatry.

KEYWORDS: family care, psychoeducation, depression

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Tausta ja tarve	8
2.2 Tarkoitus ja tavoite	8
2.3 Kohdeorganisaation kuvaus	8
2.4 Projektin eteneminen	11
2.5 Projektiorganisaatio	12
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	13
3.1 Psykoedukaatio hoitotyössä	13
3.2 Omaisten psyykinen sairastavuus	14
3.3 Omaisten kuormittuminen	14
3.4 Omaisten voimavarat ja tuen tarpeen tunnistaminen	15
3.5 Omaisten huomiointi ja odotukset ammattilaisia kohtaan	16
4 TUTKIMUKSELLINEN OSIO	18
4.1 Aineistonkeruumenetelmät	18
4.1.1 Ryhmähaastattelu	19
4.1.2 Kirjallisuuskatsaus	20
4.1.3 Aineistonanalyysi	20
4.2 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset	21
4.3 Aineiston hankinnan arviointi ja kehittämiskohteet	21
5 TUTKIMUSTULOKSET	23
5.1 Perhetyön sisältö	23
5.1.1 Vuorovaikutus	23
5.1.2 Omaisten tukeminen	24
5.1.3 Psykoedukaatio	25
5.2 Perhetyön kehittäminen	26
5.1.1 Työntekijän valmiudet ja niiden vahvistaminen	26
5.1.2 Perhetyön tarpeen arviointi potilaan kanssa ja työryhmässä	27
5.1.3 Perheiden huomiointi	27

5.1.4 Tiedonkulku ja raportointi	28
5.2 Muita esille nousseita teemoja	29
5.3 Osaston työntekijöiden näkemyksiä perhetyöstä mielialahäiriöosasto M2:lla	29
6 TUTKIMUSEETTISET KYSYMYKSET JA LUOTETTAVUUS	31
7 PERHEHOITOTYÖN TOIMINTAMALLI	33
8 POHDINTA	35
LÄHTEET	37

KUVIOT

Kuvio 1. VSSHP organisaatiokaavio	10
Kuvio 2. Perhetyön sisältönä vuorovaikutus ja keskustelu	24
Kuvio 3. Perhetyön toimintamalli	34

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

TYKS	Turun yliopistollinen keskussairaala
VSSH	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
M2	Mielialahäiriöosasto M2

1 JOHDANTO

Perhetyössä tuetaan asiakkaan ja hänen perheensä hyvinvointia heidän voimavarojaan vahvistamalla ja vuorovaikutusta parantamalla (THL 2015). Tässä projektissa perhe nähdään kokonaisuutenaan asiakkaana. Tämä sisältää perheen sisäiset toimintamallit, suhteet, rakenteen sekä perheenjäsenien tavan toimia perheessä. (Koskisuus & Kulola 2005, 187-188.)

Psykiatrissa hoitotyötä käsittelevässä kirjallisuudessa (Brady 2017, 245; Johansson 2010, 10) korostetaan yleisesti perheen merkitystä potilaan hoidon tärkeänä elementtinä. Tästä huolimatta perhetyön implementointi käytännön psykiatriseen työhön on ollut puutteellista. (Jankovic ym. 2011.) Tutkimuksissa on todettu perheelle annetun psykoedukaation vähentävän perheiden kuormitusta, stressiä ja psyykkisiä oireita. (Kolostoumpis ym. 2015, 290; Palli ym. 2015, 285; Tabeleao ym. 2017.) Perheelle annetun psykoedukaation on havaittu vähentävän potilaan relapseja sekä edistävän toipumista (Timmerby ym 2016, 8). Se vähentää sairaalahoitoja sekä parantaa sitoutumista lääkahoitoon (Chien & Wong 2007, 1004). Perheelle suunnattu psykoedukaatio vähentää omaisten negatiivista suhtautumista potilaaseen, edistää perheen sisäistä vuorovaikutusta sekä ongelmanratkaisu- ja sopeutumiskykyä (Mukherjee 2017; Sharif ym. 2016). Erityisesti lapset huomioiva preventiivinen perhetyö edistää lasten prososiaalista käytöstä ja vähentää lasten tunne-elämän oireita, yliviikkautta ja ahdistuneisuutta. (Solantaus ym. 2009, 883,891.)

Osa omaisista on tyytyväisiä ammattilaisilta saamaansa tukeen, mutta osa toivoo supportiivisempaa ja intensiivisempää tukea. Kaikki läheiset eivät halua olla mukana potilaan hoidossa ja sitä tulee kunnioittaa. Taustalla saattaa olla aiempia pettymyksiä potilaan saamaan hoitoon. Läheisten liiallista kuormittamista on vältettävä. Kriisitilanteessa annetun tiedon sisältöä ja tiedon antamisen ajankohtaa on harkittava. Tasaveroinen kohtaaminen potilaan, tämän perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan välillä tuo rohkeutta puhua sairastumiseen liittyvistä peloista ja muista vaikeista asioista. (Jankovic ym. 2011, 6; Lakeman 2008, 203; Koskisuus & Kulola 2005, 50-52.)

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Tausta ja tarve

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) arvoista johdetuissa toimintaohjeissa mainitaan läheisten huomioiminen ja kunnioittaminen (VSSHP 2013). Toimintaohjeista on johdettu psykiatrian tulosalueen tavoite, joka mukaan tulosalueella pyritään potilaan ja hänen läheistensä tarpeet huomioivan hoitolinjapohjaisen palvelurakennemuutoksen ylläpitoon riittäväillä tila- ja henkilöresursseilla (Psykiatrian tulosalue, 2015).

Psykiatrian tulosalueen palautteissa keskimääräinen arvio läheisten ja perheen riittävästä huomioinnista oli 4,3 (asteikolla 1-5) (Psykiatrian toimialueen johtoryhmä, 2018). Halikon sairaalan mielialahäiriöosaston potilaspalautteet ovat pääsääntöisesti hyviä, mutta palautteiden perusteella omaisten huomioimisessa on parannettavaa. Jokainen työntekijä kohtaa perheen omien taitojen, henkilökohtaisten ominaisuuksien sekä osaston sen hetkisten resurssien puitteissa ja vain osalla osaston työntekijöistä on perhetyön koulutusta. Tästä johtuen osastolla on havaittu tarvetta yhtenäiselle toimintatavalle potilaiden perheitä tavattaessa.

2.2 Tarkoitus ja tavoite

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli selvittää keinoja, joiden avulla voidaan kehittää mielialahäiriöosasto M2:lla tehtävää perhehoitotyötä. Kehittämiprojektin tavoitteena oli kehittää uusi perhehoitotyön toimintamalli mielialahäiriöosasto M2:lle.

2.3 Kohdeorganisaation kuvaus

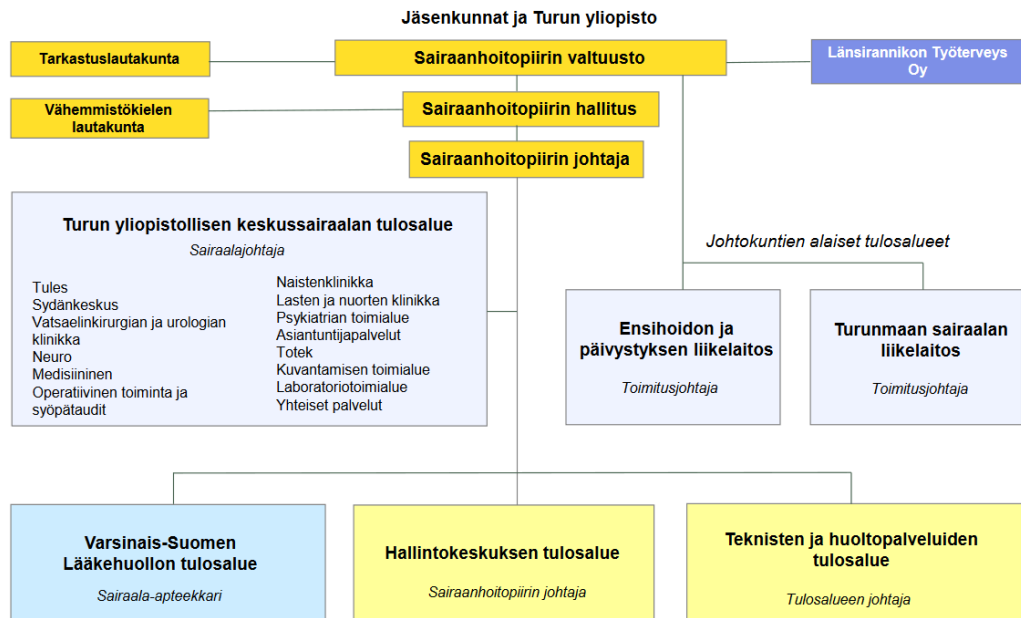
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on julkisesti omistettu kuntayhtymä. Se tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja omistamissaan sairaaloissa:

- Halikon sairaala
- Turunmaan sairaala
- Tyks Kantasairaala
- Tyks Kirurginen sairaala

- Tyks Loimaan sairaala
- Tyks Raision sairaala
- Tyks Salon sairaala
- Tyks Vakka-Suomen sairaala.

VSSHP:n 28 jäsenkunnan alueella elää noin 470 000 asukasta. Palveluiden käyttäjiä on yli 200 000 henkilöä vuodessa.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 1.3.2018



Kuvio 1. VSSHP organisaatiokaavio

Tyksin psykiatrian toimialue on jaettu kahdeksaan vastuualueeseen 1.1.2018 alkaen:

- Akuuttipsykiatria
- Lastenpsykiatria
- Mielialahäiriöt
- Neuropsykiatria
- Nuorisopsykiatria
- Psykoosit
- Riippuvuuspsykiatria
- Vanhuspsykiatria

(VSSHP 2018.)

Tämä kehittämisprojektin kohdeorganisaatio oli Turun yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian toimialueen mielialahäiriöiden vastuualueen mielialahäiriöosasto M2. Osasto sijaitsee Salossa Halikossa. Mielialahäiriöosasto M2 tarjoaa psykiatriasta avo- ja laitoshoidoa varsinais-suomalaisille. Mielialahäiriöosastolla hoidetaan erilaisia mielialahäiriöitä kuten akuutti masennus, vaikeahoitoinen masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja erilaiset persoonallisuushäiriöt. Osasto on 14-paikkainen suljettu osasto ja potilaat tulevat hoitoon lääkärin läheteellä. Valtaosa potilaista tulee hoitoon vapaaehtoisesti. Henkilökunta koostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista sekä mielenterveyshoitajista. Hoitajia on 18. Osastolla on oma psykiatrian erikoislääkäri. Osaston erityistyöntekijöinä toimii toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykologi sekä fysioterapeutti. Jokaiselle potilaalle nimetään hoitoryhmä, jossa on kolme omahoitajaa. Hoitoryhmän hoitajilla tulisi olla selkeä kokonaiskuva potilaan tilanteesta. He osallistuvat mahdollisuuksien mukaan hoitoneuvotteluihin, järjestävät omahoitajakeskusteluja, huomioivat omaisten tuen tarpeen sekä koordinoivat jatkohoitoa. (VSSHP 2012.)

Hoito pohjautuu hoitosuunnitelmaan, jonka laadintaan osallistuu potilas, lääkäri ja omahoitaja. Hoito koostuu keskusteluista hoitajien kanssa, lääkehoidosta ja osastoyhteisön tarjoamasta tuesta. ECT-hoidot toteutetaan Turussa. Tarjolla on erilaisia ryhmiä. Informatiivisen ja vertaistuellisen masennustietoryhmän vetäjät ovat osaston hoitajia.

Toimintaterapeutti ja psykologi tapaavat potilaita yksilöllisesti sekä järjestävät ryhmämuotoista toimintaa. (VSSH 2012.) Lisäksi FinFami-yhdistys tarjoaa tukea omaisille sekä mahdollistaa tapaamisia myös vertaistukijoiden kanssa (FinFami - Salon seudun mielenterveysomaiset, 2018).

Perhetyön toteutuminen mielialahäiriöosasto M2:lla on vaihtelevaa. Omaisia kutsutaan hoitoneuvotteluihin. Osastolla järjestetään perhetapaamisia, joihin osallistuvat potilas, omainen/omaisia ja hoitaja/hoitajia. Niin ikään järjestetään tapaamisia, joihin potilas ei osallistu. Potilaiden kiinnostus perhetapaamisiin vaihtelee. Omaisia tavataan ainoastaan potilaan suostumuksella. Omaisia tuetaan myös puhelimitse. Omaisiet eivät ole aina vastaanottavaisia tuelle tai eivät koe tarvitsevänsä sitä vielä potilaan ensimmäisellä hoitokerralla ja useasti tarve ilmenee vasta myöhemmillä hoitokerroilla. Henkilökunta taas saattaa tarjota mahdollisuutta perhetyöhön aktiivisimmin ensimmäisellä hoitokerralla ja tämän jälkeen olettaa, että omaiset eivät tarvitse tukea tai osaavat sitä tarvittaessa pyytää. Kaikkiaan osastolla tulisi tarjota enemmän tukea potilaiden omaisille. Tukea tulisi tarjota myös silloin kun omaisten eivät itse sitä ymmärrä tai tohdi sitä pyytää. Yhdenmukainen tapa perhetyön toteuttamiseen osastolla olisi tarpeen.

2.4 Projektin eteneminen

Kehittämiprojekti käynnistyi kirjallisuuskatsauksen laatimisella, joka alkoi marraskuussa 2017. Projekti- ja tutkimussuunnitelma valmistuivat keväällä 2018. Johtava ylihoitaja Marjo Saarenmaa myönsi tutkimusluvan maaliskuussa 2018. Haastattelu toteutettiin toukokuussa 2018. Aineiston litterointi ja analysointi toteutettiin kesällä ja syksyllä 2018.

Tutkija kartoitti myös muiden osastolla työskentelevien näkemyksiä perhetyön toteuttamisesta. Näitä kartoituksia tutkija teki keväällä ja kesällä 2018. Tutkimuksen tulokset esiteltiin Splitissä European Mental Health -konferenssissa 19.-21.9.2018. Tutkija laati tutkimuksesta posterin konferenssiin. Kehittämiprojektin tuotoksena valmistuneen perhetyön toimintamallia kehitettiin koko kehittämiprojektin ajan ja se muotoutui lopulliseen muotoonsa kehittämiprojektin loppuvaiheilla. Kehittämiprojekti eteni aikataulussa.

2.5 Projektion organisaatio

Kehittämiprojektia varten muodostettiin projektion organisaatio, johon kuului ohjausryhmä ja projektiryhmä. Ohjausryhmän tehtävänä oli projektin edistymisen valvonta ja arviointi. Ohjausryhmä tuki projektipäällikköä projektin suunnittelussa ja johtamisessa. (Silfverberg 2007, 50.)

Tässä kehittämiprojektissa ohjausryhmään kuului hallinnollinen osastonhoitaja (toimeksiantaja), Tyks psykiatrian psykoosiosasto P5:n osastonhoitaja (mentor), Turun ammattikorkeakoulun yliopettaja (tuutor) ja projektipäällikkönä toimiva YAMK-opiskelija. Projektiryhmään kuului mielialahäiriöosasto M2:n osastonhoitaja. Ohjaus- ja projektiryhmät koontuivat projektin aikana kaksi kertaa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Psykoedukaatio tarkoittaa kaikille perheenjäsenille tarjottavaa tiedollista ja emotionaalista tukea. Ammattilaisen, sairastuneen ja omaisten välille luodaan yhteistyösuhde, jossa tietoa ja kokemuksia on mahdollista jakaa. Psykoedukaatio pitää sisällään perheen ohjauksen arjen ongelmatilanteissa sekä ohjauksen tarvittaessa erityisavun piiriin. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133; Johansson 2010, 14.) Tämän päivän psykoedukaatiossa painottuu tasa-arvoisuus ja avoin dialogisuus. Psykoedukaatio ei ole perheterapiaa eikä se vaadi toteuttajaltaan erityisiä perheterapeuttisia taitoja. Työntekijältä edellytetään kokemusta ja tietoa psyykkisistä sairauksista sekä kykyä käsitellä perheen stressiä ja emotionaalisia reaktioita. (Johansson 2010, 14-15.)

3.1 Psykoedukaatio hoitotyössä

Psykoedukaatiivisen perhetyön toteutuminen käytännön työssä edellyttää organisaation tukea ohjauksen, koulutuksen sekä riittävien aikaresurssien muodossa. Henkilökunnalta edellytetään asennemuutosta yksilöhoitokeskeisyydestä perhekeskeisyyteen sekä rohkeutta tavata perheitä. (Johansson 2010, 131.)

Hoitajilla on näkemuseroja perhetyöstä ja kaikki psykiatrian ammattilaiset eivät välttämättä koe, että omaisten auttaminen kuuluisi heidän työhönsä (Johansson 2010, 131; Yesufu-Udechuku 2015, 268). Korhosen (2010) mukaan perhetyön toteuttamista rajoittavia tekijöitä liittyy myös sairaalan hallintoon, hoitotyöhön, hoitajaan ja perheeseen. Hoitajien ikä, sukupuoli ja työkokemuksen pituus vaikuttavat siihen, miten rajoittaviksi edellä mainitut tekijät koetaan. Hoitajat kokevat puutteellisiksi taitonsa tukea perhettä ja perheen vuorovaikutusta. Lyhyet hoitoajat aiheuttavat haasteita perhetyön toteutukselle.

Vaihtuva henkilökunta ja henkilökunnan vähäinen perhetyön osaaminen voivat olla esteitä perhetyön toteuttamiselle. Aikataulujen yhteensovittaminen on haastavaa. Henkilökunnan organisaatiolta saama tuki voi olla puutteellista. Mikäli tehtävä- ja työnjako on epäselvä tai työyhteisössä esiintyy tiedonkulun ongelmia esimerkiksi toimintatapoihin liittyen, se luo haasteita perhetyön toteuttamiselle. Myös hoitokulttuurissa esiintyvät vanhakantaiset asenteen perhetyötä kohtaan voivat olla esteitä. Perhetyön toteutumisen

esteenä voi olla työntekijän heikko motivaatio, kuormittuneisuus ja selektiivisyys työtävien osalta. (Johansson 2010, 131.)

3.2 Omaisten psyykinen sairastavuus

Aikuisen ollessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen asiakkaana, tulee arvioida tarkasti aikuisen kyky huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta. Tämä koskee erityisesti päihde- ja mielenterveyspalvelujen asiakkuuksia. Mikäli kyvyn arvioidaan heikentyneen, tai kun aikuinen on suorittamassa vapausrangaistustaan, on selvítettävä ja turvattava myös hänen hoidossaan ja kasvatuksessaan olevan lapsen hoidon ja tuen tarve. (Terveydenhuoltolaki 70§, 2010; Lastensuojelulaki luku 2 10 §, 2007.) Myös WHO (2013) on nimennyt henkisen hyvinvoinnin edistämisen ja mielenterveysongelmien ehkäisyn yhdeksi päätavoitteistaan. Psykiatrisessa hoitotyössä on havaittu mielenterveysongelmien olevan ylisukupolvisia. THL:n raportissa (Paananen ym. 2012, 28) todettiin, että psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olleiden vanhempien lapsista 28 %:lla on mielenterveyslääkitys tai hoitokontakti psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Vanhemman hoito psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ennusti lapsille myös suurempaa tarvetta toimeentulotuelle, vähemmän peruskoulun jälkeisiä jatkotutkintoja, rikostuomioita ja sijoituksia kodin ulkopuolelle.

Nymanin ja Stengårdin (2004) tutkimuksen mukaan mielenterveyspotilaiden omaisista 38 % on masentunut. Sairastuneen lapsen tai lastensa kanssa asuvat, yksinhuoltajat ja yksin asuvat ovat suurimmassa riskissä masentua. Sairastuneiden puolisoilla ja vanhemmilla kuvattiin enemmän masennusoireita kuin muilla omaisilla. Tyytymättömyys mielenterveysalan ammattilaisilta saatuun tukeen lisäsi masennuksen todennäköisyyttä. (Nyman & Stengård 2004, 69, 73-74.) Psyykkisesti sairastavan omaisena toimiminen on kuluttavaa sekä fyysisesti että henkisesti ja se ilmenee paineen tunteena sekä ahdistuneisuutena (Borba 2008, 588).

3.3 Omaisten kuormittuminen

Sairastuneesta omaisesta huolehtiminen voi vaikeuttaa läheisen elämää monin tavoin. Läheisen taloudellinen tilanne saattaa heikentää ja työssä käyminen vaikeutua. Vapaa-ajan

määrä voi vähentyä ja sosiaaliset suhteet kärsiä. Läheisestä huolehtiminen voi syrjäyttää koko oman elämän, jos omaisen huolenpidosta on täysi vastuu. Sairastuneen ja huolta-pitävien omaisten välillä voi esiintyä ristiriitoja, jotka vaikuttavat negatiivisesti perheen sisäisiin ja puolisoiden keskinäisiin suhteisiin. (Mukherjee 2017, 87; Coker ym. 2015, 201; Chaffey & Fossey 2014, 202-205; Borba 2008, 588; Nyman & Stengård 2004, 36-39.)

Parisuhteessa ja perheessä vuorovaikutussuhteiden vaikeus ilmenee usein vetäytymisenä. Masennukselle ja psykoosisairauksille ominaiset ajattelun ja hahmottamisen ongelmat voivat vaikuttaa kykyyn ymmärtää toisten ihmisten tunteita ja kokemuksia. Mielialahäiriöissä potilaan mielialojen vaihtelu heijastuu perheenjäsenten hyvinvointiin ja perheenjäsenet voivat muokata toimintaansa sairastuneen voinnin tai kulloisenkin tunnetilan mukaan. (Koskisuus & Kulola 2005, 75-78.) Huomattava stressi ja kuormitus voivat johtaa terveydelle haitallisiin selviytymiskeinoihin, jotka vaikuttavat omaisen toimintakykyyn ja terveyteen (Mukherjee 2017, 87).

Perheen tunneilmapiirillä (expressed emotion, EE) on merkitystä sairastuneen toipumisessa. Erityisesti kriittisyys ja kietoutunut ilmapiiri ennustavat sairauden kielteistä kehitystä. Perheen tunneilmapiiriä pyritään parantamaan psykoedukaation keinoin. Menetelmät perustuvat mm. tiedon antamiseen, opastukseen rajojen asettamisessa sekä erillisyyden edistämiseen ja ongelmanratkaisutaitojen harjoitteluun. (Heikkilä 2006, 2113-2118.) Attribuutioteorian mukaan omaiset, joiden mielestä sairastuneen käytös on hänen tahdonalaisessa hallinnassaan tai liittyy hänen persoonallisiin ominaisuuksiinsa, ovat selvästi kriittisempiä kuin ne omaiset, jotka näkevät sairastuneen tilanteen johtuvan ulkopuolisista tekijöistä. Tunneilmapiiri vaikuttaa siihen, miten omaiset kokevat sairastuneen toimintakyvyn ja sairauden. Korkea tunneilmapiiri rasittaa sekä sairastunutta että omaisia ja se laskee potilaan oman arvon tunnetta. Tämän myötä se vaikuttaa sairastuneen relapsien puhkeamiseen. (Heikkilä 2006, 2113-2118; Barrowclough & Hooley 2003, 849.)

3.4 Omaisten voimavarat ja tuen tarpeen tunnistaminen

Läheisestä huolehtiminen voi olla positiivinen kokemus (Yesufu-Udechuku 2015, 268). Perheen kykyyn joustaa kriisitilanteessa vaikuttaa perheen voimavarat ja perheenjäsenten yhteyden tiiveys. Yhteiset harrastukset ja toimiva arki vahvistavat perhettä vaikeina

aikoina. Vahva perhetunne ja perheen arvot kannattelevat. Aiemmistä muutos- ja murrosvaiheen kokemuksista voi ammentaa voimaa ja taitoa toimia vaikeassa tilanteessa. (Koskisuus & Kulola 2005, 78-86.) Perheeseen liittyvillä tekijöillä ja masennuksen kululla, kuten relapseilla ja itsetuhoisella käytöksellä, on havaittu olevan vahva yhteys. Perheen voimavarana voidaan käsittää toimivat toimintamallit, jotka suojaavat relapseilta. Toimivia toimintamalleja voidaan edistää psykoedukaation avulla. (Keitner & Miller 1990, 1128; Timmerby ym. 2016, 8.)

Sairaanhoitajat arvioivat omaisten tuen tarvetta havainnoimalla ja tulkitsemalla vuorovaikutusta ja nonverbaalista viestintää. Vuorovaikutukseen perustuvan tuen tarpeen arvioinnin lisäksi olisi mahdollisesti syytä käyttää myös strukturoidumpia tapoja. Potilaan ja perheenjäsenen terveydentilan lisäksi on selvitettävä perheen verkostot ja miten he tilanteessa jaksavat. Erityisesti omahoitajuuden on havaittu lisäävän kokemusta saadusta tuesta. Omahoitajuus on merkittävää myös tuen tarvetta arvioitaessa. Tutkimustiedon käyttö sekä sairaanhoitajien keskinäinen yhteistyö ovat merkittäviä tuen tarpeiden tunnistamisen näkökulmasta. (Mattila 2011, 99-100.) Hoitohenkilökunnan tulisi kyetä arvioimaan perheenjäsenten tuen tarve, koska kaikkia kysymyksiä ja huolia ei saa välttämättä ilmaistua ääneen (Koskisuus & Kulola 2005, 42).

3.5 Omaisten huomiointi ja odotukset ammattilaisia kohtaan

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa mainitaan omaisten huomioon ottaminen. Omaisten rooli muokkautuu jatkuvasti hoidon siirtyessä laitoshoidon painotteisesta hoidosta avohoidon painotteisempaan hoitoon. Omaiset tulee huomioida asiantuntijoina, kun suunnitellaan ja toteutetaan potilaan hoitoa ja kuntoutusta. Hoitohenkilökunnan tulee varmistua, että omaiset saavat riittävästi tietoa ja tukea ja heidän on osattava myös tunnistaa, milloin omainen alkaa uupua. Huomiota tulee kiinnittää lapsiperheisiin sekä perheisiin, joissa potilaalla on kaksoisdiagnoosi. Suunnitelmallinen omaistyö varmistaa kaikille omaisille riittävän tiedon ja tuen. (Paattimäki ym. 2015, 3.) Perheiden tarpeet on huomioitava yksilöllisesti ja niiden mukaan räätälöidään tuen pituus, intensiivisyys, sisältö ja ajoitus. Yksi malli ei sovellu käytettäväksi kaikille perheille. Joustava ja asteittainen lähestyminen tukee perheiden tarpeita. (Selick ym. 2016, 365.)

Hoitoon hakeutuminen nähdään ongelman myöntämisenä. Oman keinottomuuden tunnistaminen voi olla suurempi häpeä kuin kotona vaikeaksi koettu tilanne. Potilaan perhe

jää usein vähälle huomiolle, ilman tukea, neuvoa ja ohjausta. Sairaalaantuloilanteessa perheenjäsenet kaipaavat empatiaa ja rohkaisua. (Koskisuus & Kulola 35-40.)

Etenkin sairastamisen tai ensimmäisen sairaalahoidon alkuvaiheessa psyykkisiin sairauksiin liittyy häpeän, huolen ja syyllisyyden tunteita. Voimavarat kuluvat omaan ja perheen selviytymiseen. Omaiset eivät välttämättä koe hyötyvänsä tuesta tai he eivät tiedä mistä apua voi saada. He ovat epävarmoja omasta roolistaan potilaan hoidossa. Omaisten epävarmuutta voidaan lieventää psykoedukaation avulla. (Coker ym. 2015, 199; Jankovic ym 2011; Koskisuus & Kulola 2005, 47-49.) Omaiset toivoivat psykoedukaation pitävän sisällään näkökulmia sairaudesta, hoidosta, ennusteesta ja vuorovaikutuksesta potilaan kanssa sekä tietoa siitä, miten he voivat lisätä omaa jaksamistaan ja hyvinvointiaan. (Frank ym. 2015, 426; Coker 2015, 199.) Yhteisen ymmärryksen luominen tilanteesta ja fyysisen sairaalaympäristön näkeminen auttaa omaisia hälventämään ennakkoluulojaan (Horppu 2008, 34). Palveluiden on kritisoitu vastaavan lähinnä kriiseihin eikä niinkään tukevan ennalta. Omaiset ovat tuoneet esille huolta siitä, että hoitamisen taakka siirtyy heille. Myös vaitiolovelvollisuus huolestuttaa omaisia. (Jankovic ym. 2011, 6.)

4 TUTKIMUKSELLINEN OSIO

4.1 Aineistonkeruumenetelmät

Tässä kehittämissuorituksessa aineistoa kerättiin ryhmähaastattelun ja kirjallisuuskatsauksen avulla. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Haastattelu on perusteltu aineistonkeruumenetelmä, kun tarkoituksena on selvittää tutkittavien asenteita, mielipiteitä, kokemuksia tai havaintoja eri asioista. Haastattelu voidaan määritellä tutkijan ja vastaajan (informantin) väliseksi keskusteluksi tai yhteistoiminnaksi kahden ei-samanlaisen roolin omaavan osallistujan välillä. Tällöin toinen kysyy ja toinen vastaa. Analysoinnin kohteena on erityisesti vastaajan tuottama informaatio. Vastaajan verbaalisen ilmaisen ohella kiinnitetään huomiota non-verbaaliseen viestintään kuten eleisiin, ilmeisiin, äänenpainoihin, tahattomiin ja tahallisiin äännähdyksiin jne. Haastattelija siis saa informatiivisen tiedon lisäksi käsityksen siitä, miten haastateltava asian ilmaisee. Haastattelut voivat olla hyvin erilaisia; strukturoiduista haastatteluista (rajatut aihepiiri ja kysymykset) aina avoimiin haastatteluihin, joissa haastattelun kulku ohjautuu tilanteen mukaisesti. Haastattelu ei kuitenkaan ole vapaamuotoinen keskustelu. Avoimenakin sen tavoitteena on tuottaa tietoa ennalta määritellystä asiasta ja se linkittyy tutkimuksen tarkoitukseen tai tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 84-89; Anttila 2014.)

Haastattelun avulla voidaan kerätä suhteellisen pienellä vaivalla suuriakin aineistoja. Haastattelut voidaan nauhoittaa tai videoida ja haastattelija voi tehdä lisäksi omia muistiinpanoja. Omat muistiinpanot ovat merkittäviä etenkin nauhoitetun haastatteluaineiston ollessa kyseessä, sillä haastattelutilanteessa on sellaisia seikkoja, jotka eivät tallennu nauhalle. Hyvän haastattelijan ominaisuuksiin kuuluu kyky kuunnella ja yhteistyökykyisyys. Haastattelijan tulee herättää tiedonantajissa luottamusta ja osata johdattaa keskustelua eteenpäin. (Anttila 2014.)

4.1.1 Ryhmähaastattelu

Tutkimuksessa haastateltiin kolmea mielialahäiriöosasto M2:lla työskentelevää sairaanhoitajaa ja mielenterveyshoitajaa, joilla on perhetyön koulutusta sekä vuosien kokemus perheiden kanssa tehtävästä työstä. Haastattelutekniikkana oli teemahaastattelu. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa haastattelun aihepiirit ovat ennalta tiedossa. Kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa tai järjestystä. (Hirsjärvi ym. 2009, 208.) Haastattelukysymykset ovat samat kaikille haastateltaville. Erillisiä vastausvaihtoehtoja ei ole vaan haastateltavat voivat vastata omin sanoin. Ennalta määriteltyjen kysymysten sanamuotoa voidaan muuttaa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47.) Haastattelija huomioi, että ennen haastattelua määritellyt teema-alueet käydään haastateltavan kanssa läpi haastattelun aikana (Eskola & Vastamäki 2015, 29). Lisäksi tutkija keräsi osaston muiden hoitajien kokemuksia, ehdotuksia ja mielipiteitä perhetyön kehittämiseksi osastolla ja laati koosteen saamistaan vastauksista.

Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelu on melko vapaamuotoinen ja keskustelunomainen haastattelu. Haastateltavat tuovat keskusteluun huomioitaan ja tuottavat monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61.) Ryhmähaastattelussa hyödynnetään ryhmädynamiikkaa, jolloin osallistujat voivat saada yhteisen keskustelun myötä kimmokkeita omiin ajatuksiin sekä kykyä esittää omat ajatukset selvemmin. Yksilöhaastatteluun verrattuna ryhmähaastattelussa saadaan paremmin selville, kuinka ihmiset muodostavat ja kehittävät ajatuksiaan sekä hakevat niille perusteluita. Siten asioista voidaan saada esille uusia näkökulmia. Ryhmän koko on tavanomaisesti 6-8 henkilöä. (Anttila, 2014.) Ryhmähaastattelua puoltaa tutkimuksen tavoite eli tiedon tuottaminen osastolle laadittavaa perhetyön toimintamallia varten. Ryhmähaastattelu mahdollistaa ajatusten ja ideoiden vaihtamisen. Tutkija oli itse valinnut haastateltavat. Haasteltaville lähetettiin teemahaastattelun teemat tutustuttaviksi haastattelukutsun yhteydessä.

Haastattelun teemat nousivat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Haastattelukysymykset esitettiin perheterapeuttiopiskelijalla. Haastattelut nauhoitettiin. Nauhoittaminen lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Nauhoitettu haastattelu litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi. Tutkimuksessa aineistoa ei litteroitu sanasta sanaan vaan täytesanoja jätettiin pois.

4.1.2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on jokaisen tutkimuksen tai tutkimushankkeen perusta, jossa perehdytään tutkimusaiheeseen liittyviin aiempiin tutkimuksiin. ”Kirjallisuuskatsauksen tärkein tehtävä on kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä, kehittää teoriaa tai arvioida olemassa olevaa teoriaa.” Kirjallisuuskatsauksen avulla tutkija kykenee sijoittamaan tekemänsä tutkimuksen aikaisemmin tehdyn tutkimuksen kenttään. (Suhonen ym. 2015, 7.)

Kirjallisuuskatsaukseen etsittiin tietoa pääasiassa ulkomaisista tietokannoista kuten Cochrane, Cinahl, PubMed ja Google Scholar. Kotimaisista tietokannoista käytettiin Medicia ja Julkaria sekä eri yliopistojen tietokantoja. Hakusanoina käytettiin psykoedukaatioon, omaistyöhön, masennukseen sekä perheisiin ja lapsiin liittyviä hakusanoja suomeksi ja englanniksi. Tutkija rajasi kirjallisuuskatsauksen tutkimukset ja artikkelit koskemaan pitkälti mielialahäiriöitä sairastavien potilaiden omaisille annettua tukea ja psykoedukaatiota. Psykoedukaatio on kehitetty skitsofreniapotilaiden tueksi ja siitä syystä psykoedukaatioon liittyvää tutkimusta löytyy eniten juuri psykoosisairauksiin liittyen. Tutkija sisällytti kirjallisuuskatsaukseen joitakin laadukkaita tutkimuksia, joissa selvitettiin psykoosisairaiden potilaiden perheille annettua psykoedukaatiota. Tuoreita kotimaisia psykoedukaatioon liittyviä lähteitä löytyi niukasti. Se on ollut tutkimuksen kohteena muissa maissa runsaastikin. (Brady 2017, 245; Tabeleao ym. 2017; Kolostoumpis ym. 2015, 290; Palli ym. 2015, 285; Johansson 2010, 10.)

4.1.3 Aineistonanalyysi

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Se kuvautuu kolmivaiheisena prosessina, jonka ensimmäinen vaihe on aineiston redusointi eli pelkistäminen. Aineiston redusoinnissa aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois tiivistämällä aineistoa tai pilkkomalla sitä osiin. Toinen vaihe on aineiston klusterointi eli ryhmittely. Aineistosta kirjatut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi. Aineistosta etsitään käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Aineistossa toistuvat käsitteet luokiteltiin ja luokkia yhdisteltiin. Kolmas vaihe on aineiston abstrahointi. Aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja siitä muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-126.) Synteesissä on tavoitteena luoda kokonaiskuva ja esittää ilmiö uudessa perspektiivissä. Haastatteluaineistoihin perustuvissa

tutkimuksissa ja analyyseissa tutkija pyrkii onnistuneisiin tulkitoihin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 143, 147-149.)

4.2 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tehtävänä oli tuottaa tietoa perhetyön kehittämisen tueksi.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat perhetyön sisällön olennaisimmat painotukset mielialahäiriöosasto M2:lla?
2. Miten perhetyötä voidaan kehittää mielialahäiriöosasto M2:lla?

4.3 Aineiston hankinnan arviointi ja kehittämiskohteet

Teemahaastattelu oli tutkijalle ensimmäinen haastattelu. Tutkijan kokemattomuuden sekä tutkimuksen luotettavuuden kannalta voidaan pitää hyvänä teemahaastattelurungon esitestaamista perheterapeuttipiskelijalla. Esitestaus tuotti haastattelurunkoon muutamia muutoksia ja uusia näkökulmia haastattelijalle. Tutkija perehtyi teemahaastattelun tekemiseen kirjallisuuden avulla. Haastattelun toteuttaminen viivästy haastateltavien lomien vuoksi. Haastattelu toteutettiin toukokuussa 2018. Haastattelu-aika oli haastateltavien työaikaa. Osaston tilanne sovitulla haastatteluhetkellä tuotti haasteita, mutta haastattelu saatiin pidettyä sovitusti. Haastattelun kesto oli 1,5 tuntia ja se kuvattiin tietokoneella.

Haastattelurungon esitestauksesta huolimatta tutkija havaitsi aineiston analysointivaiheessa, että teemat ja keskustelu liikkuivat paljon aihepiireissä, jotka poikivat hyviä ja tärkeitä keskusteluja, mutta eivät antaneet vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkija havaitsi myös olleensa haastattelun aikana äänessä enemmän kuin olisi ollut tarpeen. Tutkija myös mahdollisesti johdatteli keskustelua liikaa kysymyksillään. Haastattelun ilmapiiiri oli rento. Kaikki haastateltavat saivat tilaa ja aikaa omille näkemyksilleen eikä kukaan haastateltavista dominoinut tilannetta. Haastatteluja oli vain yksi, joten tutkijalla ei ollut mahdollisuutta toteuttaa havaitsemiaan kehittämistarpeita seuraaviin haastatteluihin.

Litterointivaiheessa tutkija huomasi, että erään hiljaa puhuvan haastateltavan äänestä ei kaikissa kohdin saanut täysin selvää. Haastateltavalla oli myös kova yskä, joka paikoin vaikeutti haastattelun kuulemistä. Haastateltava poistui kerran haastatteluhuoneesta yskän vuoksi. Tutkija olisi voinut huomioida yhden haastateltavan sijoittamisen lähemmäs tietokonetta, jolloin hänen äänensä olisi kuulunut paremmin.

Kehittämiskohteena voidaan pitää haastattelijan kokemattomuutta, jonka vuoksi haastattelu tuotti paljon aineistoa, joka ei vastannut tutkimuskysymyksiin. Keskustelu oli kuitenkin hedelmällistä ja tutkija voi osaa siitä hyödyntää loppuraportissa, vaikka käsitellyt asiat eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyysimenetelmään tutkija tutustui perehtymällä tutkimusmetodikirjallisuuteen ja sai ohjausta aiheeseen myös mentoriltaan.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Esille tulleet tulokset esitetään kysymyksittäin. Tutkimuskysymyksiä oli kaksi. Ensimmäinen tutkimuskysymys selvitti perhetyön sisällön olennaisia painotuksia mielialahäiriöosasto M2:lla. Toinen kysymys kartoitti, miten perhetyötä voidaan kehittää mielialahäiriöosasto M2:lla. Lopuksi tutkija on nostanut esille haastattelussa painottuneita perhetyön ja perheiden huomioimisen kannalta merkittäviä asioita, jotka korostuvat osastolosuhteissa. Nämä esille nousseet teemat eivät vastanneet suoranaisesti tutkimuskysymyksiin, mutta tutkija näkee niillä olevan arvoa osastolla toteutettavaa perhetyötä kehitettäessä. Tämä vuoksi ne on kirjattu tähän loppuraporttiin. Kursivoidut tekstit ovat suoria lainauksia.

5.1 Perhetyön sisältö

Tutkimustulokset osoittavat, että perhetyön sisällössä painottuvat vuorovaikutus ja keskustelu, omaisten tukeminen sekä psykoedukaatio. Omaisten kanssa keskustellaan, kun he tulevat tapaamaan potilasta. Keskusteluja voidaan käydä myös sovitusti osastolla tai puhelimitse. Omaisten tukemisessa merkittävä yhteistyökumppani ovat Omaiset mielen-terveystyön tukena ry:n Salon ja Turun yksiköt.

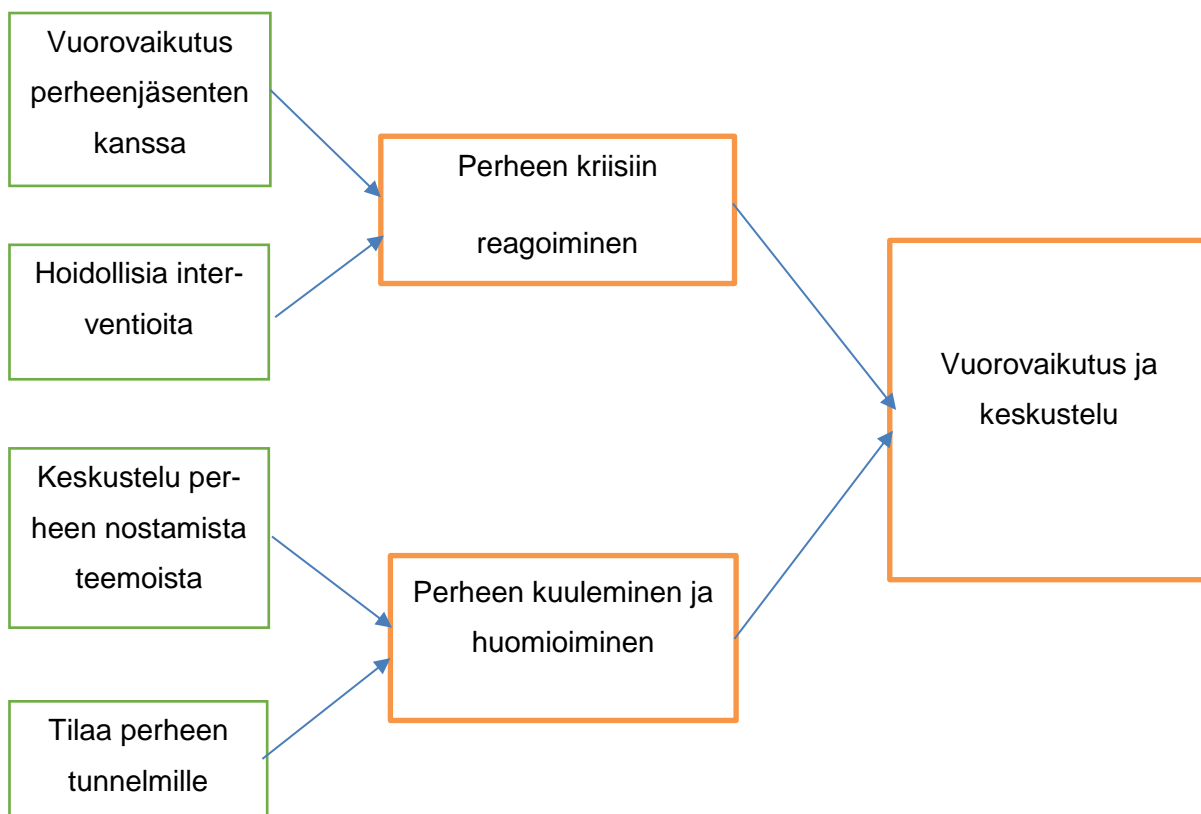
5.1.1 Vuorovaikutus

Tutkimustulokset osoittavat, että perhetyön sisällössä painottuvat vuorovaikutus ja keskustelu, omaisten tukeminen sekä psykoedukaatio. Vuorovaikutuksessa painottuu perheen kuulluksi tuleminen. Perhetyön voidaan ajatella olevan vuorovaikutuksessa olemista perheenjäsenten kanssa ja se saattaa pitää sisällään hoidollisia interventioita. Perheen kanssa keskusteltaessa teemat nousevat asioista, joista perhe haluaa keskustella ja joita he pitävät itselleen merkittävinä teemoina.

”Se on vuorovaikutuksessa olemista perheenjäsenten kanssa ja heille tärkeistä asioista keskustelemista ja mahdollisesti jonkinlaisia interventioita siinä sitten tekee.”A1

”Sellaisia asioista, joita perheenjäsenet tai perhe itse haluaa, että käytäisi läpi. Semmosii niinku ne kysymykset mitä on, niin ne on niinku siin pohjalla, et ne tunnelmat mitä siin on, nehän voi olla aikamoisia ne tunnelmatkin

siinä et niille tilaa siinä. Et perhe määrittelee mulla hyvin pitkälle sen sisäl-
lön.” A1



Kuvio 2. Perhetyön sisältönä vuorovaikutus ja keskustelu

5.1.2 Omaisten tukeminen

Omaisten tukeminen on olennainen osa perheiden kanssa tehtävää työtä. Omaisten tukemisella tarkoitetaan omaisten kuulemistä, omaisten jaksamisen tukemista sekä omaisten voimavarojen kartoitusta. Tutkimuksessa tuli esille, että hoitajien tekemä perhetyö ja omaisneuvonta ovat rajapinnassa omaisyhdistyksen tekemän omaistyön kanssa. Tutkimuksessa todettiin, että ei ole syytä rajata tarkasti sitä, milloin omaisten tukemisen tulisi tapahtua omaisyhdistyksen kautta ja milloin tukea voidaan tarjota osaston taholta. Merkittävintä on, että omaiset saavat tarvitsemansa avun ja tuen joko osaston henkilökunnalta, omaisyhdistyksen kautta tai joltakin kolmannelta taholta. Omaisyhdistyksen palveluja tarjotaan suoraan omaisille, mutta myös potilaille kerrotaan, että omaisille on saatavilla tukea omaisyhdistyksen kautta.

Tutkimuksessa tuli esille, että omaistyön nähdään olevan ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä. Mielenterveyspotilaiden omaisista 38 % masentuu (ks. sivu 21). Mielenterveysongelmien ylisukupolvinen siirtyminen on niin ikään tunnistettu ilmiö, joten erityisesti potilaan lasten tukeminen on merkittävässä asemassa. Sairauden uusiutuessa omaiset tietävät, miten toimia ja se vähentää heidän kuormittumista.

Tutkimuksessa kävi esille, että omaisia tavataan tietyissä tilanteissa ilman potilaan läsnäoloa. Suositeltavaa on kuitenkin, että potilas on läsnä hoitajien ja omaisten tapaamisissa. Tällöin sama tieto saavuttaa kaikki osapuolet ja vuorovaikutus pyritään pitämään kaikin puolin avoimena. Tutkimuksessa todettiin, että joskus potilas saattaa rajata, ettei tietyistä asioista saa keskustella omaisten läsnäollessa. Tätä rajausta hoitajien tulee kunnioittaa.

”Kun mieltii omaistyön ja perhetyön rajaa, niin omaistyö keskittyy siihen omaisen hyvinvointiin ja jaksamiseen ja se sitä kautta heijastuu sitten potilaaseen ja perheeseen. Mut sitten toisaalta se perhetyökin tukee omaisen hyvinvointia ja jaksamista. Varmaan semmonen pikkusen eri näkökulma, mutta näen tärkeänä että omaisilla on tieto siitä minne voi ottaa yhteyttä.”A2

”Perhetyö on potilaan toipumisen kannalta tärkeää, mutta tärkeää se on myös ennaltaehkäisevän mielenterveystyön kannalta, sekin on osa meidän työtä. Vaikka me täällä hoidetaankin potilaita.”A2

”Se olisi paras, jos potilas olisi paikalla kuulemassa niin ei tule väärinkäsityksiä.” A3

5.1.3 Psykoedukaatio

Psykoedukaatiota käytetään yleisesti perheiden kanssa työskenneltäessä. Tutkimukseen haastatellut hoitajat olivat käyneet psykoedukaatiivisen perheohjauksen koulutuksen. Tutkimuksessa todettiin, että mallin toteuttaminen sellaisenaan on haastavaa osastotyössä, koska hoitajien aikatauluja on vaikea sovittaa yhteen kolmivuorotyössä.

Hoitajat kuitenkin soveltavat psykoedukatiivista perheohjausta perheiden kanssa työskennellessään.

”Mä vaan jotenkin mietin sitä et kyl usein semmoset mitä itte mieltii et on perhetapaamisii niin noudattaa vähän niin kun jotenkin taustalla sitä psykoedukatiivisten perheohjausten mallia että vaikka ei se sabluunana toteutuisikaan. Et mitä sit on perhetapaaminen.”A1

5.2 Perhetyön kehittäminen

Tutkimuksessa perhetyön kehittämisen keinoiksi nousivat työntekijän valmiudet ja niiden vahvistaminen, perhetyön tarpeen arviointi potilaan kanssa ja työryhmässä, perheiden huomiointi sekä tiedonkulku ja raportointi. Tutkimuksessa korostui jokaisen hoitajan sitoutumisen tärkeys perheen kanssa tehtävään työhön. Hoitajat tarvitsevat ammattitaidon kehittämisen tueksi koulutusta.

5.1.1 Työntekijän valmiudet ja niiden vahvistaminen

Perheiden kanssa tehtävä työ on merkittävä osa hoitajan työnkuvaa mielialahäiriöosasto M2:lla. Osastolla työskentelevät hoitajat ovat eri-ikäisiä ja työkokemus vaihtelee. Tutkimuksessa todettiin, että perhetyön koulutukselle on tarvetta erityisesti niille hoitajille, joilla sitä ei vielä ole. Kokeneemmille hoitajille kaivattiin syventävää ja ylläpitävää perhetyön koulutusta.

”Kyl varmaan joku koulutuskin siihen, ei se hukkaan mene. Se on tärkeä asia. Mutta paljon koulutuksia ja mihin sitten lähdetään panostamaan.”A2

”Ois hienoa jos se ois sitten sellaista ylläpitävää, että sai sitä tatsii ja..”A3

Uusien työskentelytapojen vahvistaminen vaatii aikaa. Perheiden kanssa työskentelyn ja perhetyöntarpeen arvioinnin tulisi juurtua hoitajien työtapaan, jotta perhetyöstä tulisi tasalaatuista ja se muotoutuisi kiinteäksi osaksi osaston toimintaa

”Et onks se kuitenkin niin et sitä ei oo juurrutettu omaan työtapaan? Mut kynnys on suurempi lähtee perhetapaamiseen kuin kahdenkeskiseen keskusteluun.”A1

”Omalta osaltaan tohon voi liittyä se et kuinka paljon mekin sisimmissämme tai siis niinku ajatellaan et meille kuuluu perhetyö. Tottakai me ajatellaan näin mut paljonko me ollaan sit pistämässä se kuitenkin sit ajattelematta sivuun.”A1

5.1.2 Perhetyön tarpeen arviointi potilaan kanssa ja työryhmässä

Tutkimuksen mukaan perheen huomioiminen hoitopolussa on puutteellista. Perhetyön tarvetta arvioidaan potilaan kanssa haastattelemalla potilasta ja keräämällä tietoa hänen perhetilanteestaan. Tietoa perhetilanteesta voidaan täydentää yhteydenotolla omaisiin puhelimitse tai heidän vieraillessa osastolla. Perhetyön tarpeen arvioinnin pohjalta voidaan kartoittaa mahdollisia tukimuotoja, joilla perhettä voidaan tukea. Jokaisen hoitajan tulee sitoutua perhetyön tarpeen arviointiin. Tässä kehittämissuunnitelmassa kehitetyn kolmiportaisen perhetyön mallin ensimmäinen askel on perhetyön tarpeen arviointi. Hoitojaksot mielialahäiriöosastolla ovat keskimäärin kahden viikon mittaisia. Lyhyet hoitojaksot asettavat haasteita perhetyön toteuttamiselle. Perhetyön tarpeen arviointi tulee aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoitojaksoa.

”Kyllä mä ajattelen et jokainen hoitaja jollakin tavalla sitoutuu huomioimaan myös se potilaan perheen ja perhetilanteen ja se et tartteeks siihen jollain tavalla reagoida ja miettimään jatkoja.” A3

”Eihän se välttämättä oo itsetarkoitus et se perhetapaaminen on täällä mut et se perhe ois jotenkin huomioitu potilaan hoitopolussa. Jollakin tavalla.”A1

5.1.3 Perheiden huomiointi

Suurimmalla osalla mielialahäiriöosasto M2:n potilaista käy omaisia vierailulla. Vierailuajat ovat väljät, jolloin omaisten tapaamisiin ei voida varautua osaston resurssoinnilla. Akuuttiluonteisella osastolla tilanteet voivat vaihdella nopeasti. Omaiset pyritään huomioimaan aina heidän vieraillessaan osastolla ja tarjoamaan mahdollisuutta keskusteluun. Keskustelut saattavat kuitenkin olla sattumanvaraisia ja sisällöltään vaihtelevia; pintapuolisesta kuulumisten vaihdosta syvällisempään keskusteluun. Tutkimuksessa painotui, että näille ennalta sopimattomien tapaamisten sisältö voi olla yhtä laadukasta kuin

sovitun perhetapaamisen sisältö ja että niihin tilaisuuksiin tulisi osata tarttua osasto-olosuhteissa. Se edellyttää kuitenkin, että osaston tilanne mahdollistaa hoitajan irrottamisen perheen tapaamiseen yllättäen. Perhettä voi tavata muukin kuin omahoitaja. Se edellyttää kaikkien hoitajien sitoutumista toimintamalliin. Perhetapaamisen sisältö on esitelty kappaleessa 5.1 Perhetyön sisältö.

Tutkimuksessa tuli esille, että perhetapaamisia voisi tarjota virka-aikaan tehtäväksi, jolloin osaston resurssit ovat parhaat. Kauempana asuvat omaiset voisi huomioida puhelimitse. Tällöin hoitaja pystyy valmistautumaan tapaamiseen. Perheitä tavataan usein pareittain, mutta osasto-oloissa myös perheiden tapaamista yhden hoitajan johdolla voisi harkita. Tällöin tapaaminen kuormittaisi vähemmän osaston hoitajaresursseja. Tapaamisten joustavuuden ja jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että perheitä voisi tavata kuka tahansa hoitajista. Hoitajan ei tarvitsisi olla aina sama tietyn perheen kohdalla, joskin tämä olisi suositeltavaa. Tavoitteena olisi, että perhettä tavattaisiin 1-2 kertaa osastohoidon aikana.

”Jossain rauhallisessa tilanteessa yksi ihminen voi tavata ja varmaan monesti tapaakin jos käytävän keskustelu ensin näyttää että on rauhallinen.”A2

”Vai pitäisikö vaan tarjota siihen ja antaa omaisten tehdä se ratkaisu. Niinhän esim. avohoito tarjoaa virka-aikaan.”A1

”Välimatka luo kyllä haasteita”A2

”Eli sit se tarkoittais sitä et kaikki ois valmiita sitoutumaan.”A3

5.1.4 Tiedonkulku ja raportointi

Perheiden tapaamisen jatkuvuuden kannalta tiedonkulku ja raportointi ovat merkittävässä asemassa. Erityisen tärkeää se on, mikäli perhettä tapaava hoitaja vaihtuu. Tutkimuksessa tuli esille, että perhetapaamisen sisältö kirjataan hoitokertomukseen pääpiirteittäin. Perhetyönkartoitus olisi hyvä lisätä potilaan ”sisäänkirjoituksen checklistalle”, jolloin se tulisi huomioitua jo hoidon alussa. Perhetyönkartoitus, suunnitelma perhetyön toteuttamisesta ja toteutuneet tapaamiset tai yhteydenotot tulisi kirjata hoitokertomukseen hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Myös keskeisistä tiedoista tulisi löytyä selkeästi kirjattuna perhetyö ja siihen liittyvät toimenpiteet.

”Ois mun mielestä erittäin aiheellista et jos tulee esimerkiksi se toinen tapaaminen niin ois sitten briiffannut toista et perheelle ei tuu semmosta oloa et kertoo... Et ois mietitty jo et tää ois aiheena, et tästä jatketaan ja se aihe on tämä. Seuraava ottaa kopin niin kuin siitä. Et tää on nyt se mitä käsitellään seuraavalla kerralla.”A3

”Jos siinä hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa ois kohta perhetyö ja siinä lukisi tavattu vanhempia” A2

”Sitä on hankala löytää se, että onko tavattu perhettä vai ei. Tai jos on tavattu perhettä niin mistä asioista on keskusteltu. Vie aikaa löytää se sieltä. Mihän se kirjataan, keskeisiin tietoihin sitten, vai? ”A3

5.2 Muita esille nousseita teemoja

Tutkimuksessa nousi esille teemoja, jotka eivät antaneet vastauksia tutkimuskysymyksiin, mutta tuovat esille tärkeitä näkökulmia perhetyön toteuttamiseen liittyen. Mielialahäiriöosasto M2:n tilat ovat huonot perheiden tapaamiselle. Käytössä on ainoastaan yksi vierashuone, joka on usein käytössä omaisten vierailulle.

Tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että vaikka tilat eivät ole ihanteelliset, se ei estä perhetyön toteuttamista. Perheitä on mahdollista tavata sairaalan muissa tiloissa. Henkilöstöresurssoinnin vuoksi tämä onnistuu parhaiten virka-aikaan sekä aamu- ja iltavuoron vaihtuessa.

5.3 Osaston työntekijöiden näkemyksiä perhetyöstä mielialahäiriöosasto M2:lla

Ryhmähaastatteluun haastateltiin osaston kolmea työntekijää, mutta lisäksi tutkija keräsi osaston muiden työntekijöiden (lääkärin ja hoitajien) mielipiteitä, näkemyksiä ja kokemuksia ja laati niistä koosteen. Keskusteluissa nousi esille, että nykyään perheiden kanssa ei työskennellä yhtä paljon kuin aiempina vuosikymmeninä. Muut perhemuodot kuin ydinperhe ovat tätä päivää ja se nähtiin haasteena perheiden kanssa tehtävälle työlle.

Perheiden kanssa tehtävän työn kirjaaminen nähtiin puutteellisena. Tarve perheiden huomioimisesta tukeviin koulutuksiin nousi kartoituksessa esille. Erityisesti lasten kanssa työskentely nähtiin haasteellisena. Tarve yhtenäiselle ja systemaattiselle toimintatavalle

tunnistettiin ja esille nousi pohdintaa aikaikkunasta, jossa potilaan perhe tulisi huomioida tai tavata. Psykoedukaation tärkeys erityisesti nuorten aikuisten perheiden tukemisessa nousi esille sekä hoitohenkilökunnan mielipiteiden kartoituksessa, että ryhmähaastattelussa.

6 TUTKIMUSEETTISET KYSYMYKSET JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen teon eettisiin periaatteisiin kuuluu muun muassa se, että tutkija noudattaa tutkimustyössään, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Periaatteiden mukaan tutkijan tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tulee noudattaa tuloksia julkaistaessa. Muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia tulee asianmukaisesti kunnioittaa. Tutkimuksen suunnittelun, toteutuksen ja raportoinnin tulee olla yksityiskohtaista ja edellyttää tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset. Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimusryhmän asema, oikeudet ja osuus tekijyydestä, vastuut ja velvollisuudet sekä tulosten omistajuutta ja aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset tulee määritellä ja kirjata. Rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet tulee ilmoittaa. Tutkimuksen teossa tulee noudattaa hyvää hallintokäytäntöä ja henkilö- ja taloushallintoa. (Kuula 2006, 34-35; Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 6.)

Tässä kehittämisprojektissa tutkija on noudattanut huolellisuutta ja tarkkuutta sekä pyrkinyt tarkkaan raportointiin aineiston keruuseen ja koko tutkimusprosessiin liittyen. Tutkimuksen tekoa varten haettiin asianmukaiset tutkimusluvut psykiatrian toimialueen johdavalta ylihoitajalta.

Projektinvetäjänä toimiva tutkija ylläpitää pätevyyttään kaikilla projektinjohtamisen pätevyysalueilla. Hän toteuttaa toimeksiannot sovitusti ja arvioi toimintaansa avoimesti. Raportointi on totuudenmukaista ja vilpitöntä. Projektissa mukana olevia henkilöitä ja sidosryhmiä kohdellaan tasapuolisesti. Toiminta on oikeudenmukaista ja vastuullista. Projektipäällikkö toimii rohkeasti tuoden esiin havaitsemansa rikkeet ja epäoikeudenmukaisuudet. Toiminnassa korostuvat objektiivisuus ja luottamuksellisuus. (IPMA 2010.) Projektipäällikkönä toimiva tutkija sitoutui edellä mainittuihin arvoihin.

Kehittämisprojektin luotettavuus tarkoittaa projektin loppuun saattamista toimeksiantajan kanssa sovitussa laajuudessa ja aikataulussa. Mikäli prosessin aikana ilmenee ongelmia, projektipäällikkö ilmaisee asian rehellisesti sidosryhmille. (Murray 2013.)

Tutkimukseen osallistuminen on tutkittaville vapaaehtoista ja heillä on oikeus lopettaa tutkimukseen osallistuminen niin halutessaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 232; Kuula 2006, 107.) Tutkimuksen luotettavuutta vahvistetaan kuvaamalla tarkasti tutkimuksen teon eri vaiheet. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Metodologisella sopivuudella tarkoitetaan tutkijan perehtyneisyyttä käytettyyn menetelmään. Tutkija arvioi, sopiiko käytettävä menetelmä tutkittavaan ilmiöön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 200.) Tämän kehittämisprojektin tutkimusosiossa tutkija on perustellut tutkimusmenetelmän valintaa. Haastattelutilanteet avataan tutkimuksessa. Sisällönanalyyssissä aineiston luokittelun perusteet selostetaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Tässä kehittämisprojektissa tutkija pyrki lisäämään projektityön luotettavuutta raportoidulla tarkasti kehittämisprojektin vaiheet. Tutkija arvioi kriittisestikin suoriutumistaan kehittämisprojektissa sekä yhteistyötä ohjausryhmän ja projektiryhmän kanssa. Tutkija tunnisti kehittämiskohteita ja raportoi niistä loppuraporttiin. Tutkimuskysymysten esitelmä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Kehittämisprojekti tutkimusosion luotettavuutta heikentää niukka aineisto. Tutkimuksen analyyttinen täsmällisyys on heikko, mikäli otos on vajavainen ja johtopäätösten pohjana käytetty materiaali on niukka (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 200).

Tutkija valitsi itse haastateltavat, minkä voidaan katsoa heikentävän tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta tutkija käytti vakaata harkintaa ja perusteli valintansa haastateltavien mittavalla kokemuksella ja koulutuksella perheiden kanssa tehtävään työhön. Tutkija uskoi saavansa juuri näiden haastateltavien tuottamasta aineistosta nimenomaan kokemuksen tuomaa näkemystä. Toki on huomioitava, että myös vähemmän aikaa työelämässä olleiden hoitajien näkemykset ovat yhtä arvokkaita ja voivat tuoda asioihin tuoretta näkökulmaa. Haastatteluaineiston täydentäminen muiden osaston hoitajien näkemyksillä ja mielipiteillä paikkaa tätä luotettavuutta heikentävää seikkaa. Heidän näkemyksensä ei tule esille aineistonanalyysissä vaan pääasiassa valmiissa toimintamallissa. Osaston muiden hoitajien mielipiteet olivat pitkälti linjassa haastateltavien mielipiteiden kanssa.

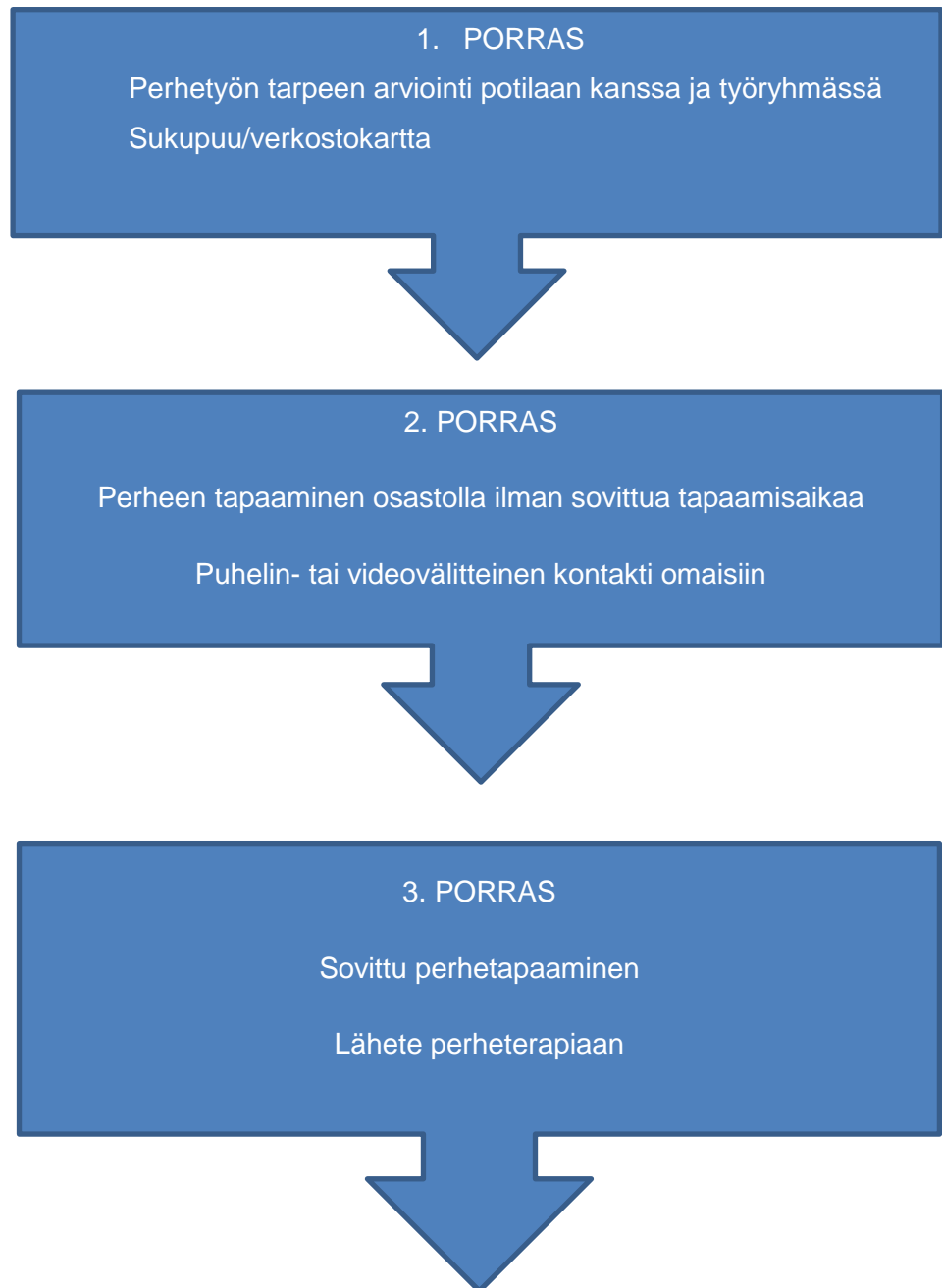
7 PERHEHOITOTYÖN TOIMINTAMALLI

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena toteutettiin perhetyöntoimintamalli mielialahäiriö-osasto M2:lle. Toimintamallin tarkoituksena on kiinnittää huomiota perheiden kanssa tehtävään työhön ja yhdenmukaistaa perhetyön käytäntöjä osastolla. Jokaisen hoitajan tulee sitoutua toimintamallin toteuttamiseen, jotta perhetyön tarpeen arviointi ja toteutus on tavoitellun laadukasta ja tasalaatuista. Toimintamalli on kolmiportainen. Kaikissa tasoissa on merkittävää, että käsitellyt, sovitut asiat ja tehdyt suunnitelmat kirjataan riittävän tarkasti hoitokertomukseen. Tämä on olennaista toimintamallin käytön kannalta, jotta seuraava työntekijä pystyy jatkamaan perheen kanssa siitä, mihin edellisessä tapaamisessa on jääty.

Ensimmäinen porras tehdään kaikkien potilaiden kanssa ja se sisältää perhetyön tarpeen arvioinnin. Arviointia tehdään potilaan ja työryhmän kesken. Myös omaisten arvioita perhetyön tarpeesta voidaan kartoittaa. Ensimmäisessä portaassa voidaan käyttää apuna esimerkiksi sukupuun tai verkostokartan piirtämistä. Perhetyön tarpeen arvioinnissa käytettävien menetelmien tulee olla osaston henkilökunnalle tuttuja. Arviointi aloitetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa osastohoitoa.

Toinen porras pitää sisällään omaisten tapaamisen osastolla siten, että tapaamista ei ole sovittu ennalta eikä sen tavoitteita määritelty. Tapaaminen voi pitää sisällään pinta-puolisesti perhetapaamisen elementtejä. Yhteydenotto voi tapahtua myös puhelimitse tai videovälitteisesti.

Kolmas porras käsittää ennalta sovitun perhetapaamisen, johon osallistuu hoitaja tai kaksi hoitajaa työparina. Tapaamiselle voidaan määritellä tavoitteet. Kolmas porras voi sisältää myös lähetteen laatimisen perheterapiaan, mikäli sille nähdään tarvetta.



Kuvio 3. Perhetyön toimintamalli

8 POHDINTA

Perheen merkitys psykiatrisen potilaan hoidon tärkeänä osana tunnetaan, mutta siitä huolimatta perhetyön implementointi psykiatrisessa hoitotyössä on puutteellista. Tämä kehittämisprojekti nousi TYKS Psykiatrian mielialahäiriövastuualueen mielialahäiriöosasto M2:lla kummunneesta tarpeesta yhdenmukaistaa perhetyön käytäntöjä osastotyössä. Kehittämisprojektin teoreettista taustaa selvitettiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella, joka tuki oletusta siitä, että perheiden kanssa työskentelyn ja erityisesti psykoedukaatiivisen työtteen merkitys tunnistetaan kansainvälisesti. Myös implementointiin liittyvät haasteet tunnistettiin kansainvälisesti.

Kehittämisprojektin tutkimustehtäväksi muodostui tiedon tuottaminen perhetyön kehittämisen tueksi. Kehittämisprojektiin liittyi tutkimuksellinen osio, joka oli ryhmämuotoinen teemahaastattelu. Teemahaastattelun tutkimuskysymyksiä oli kaksi ja ne nousivat kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Teemahaastattelun avulla pyrittiin keräämään aineistoa, jonka sisältöä analysoimalla tutkimuskysymyksiin löytyisi vastauksia. Lisäksi tutkija keräsi osaston muiden hoitajien kokemuksia, ehdotuksia ja mielipiteitä perhetyön kehittämisestä osastolla ja laati koosteen saamistaan vastauksista. Aineisto vastasi tutkimustehtävään eli se tuotti tietoa perhetyön kehittämisen tueksi.

Kehittämisprojektin kirjallisuuskatsaus sekä tutkimuksellinen osio tuottivat yhdessä tietoa, jonka pohjalta tutkija laati mielialahäiriöosasto M2:lle perhetyön toimintamallin. Toimintamalli on kolmiportainen ja tavoitteena on toteuttaa ensimmäinen porraskokous jokaisen potilaan kohdalla. Toimintamalli edellyttää jokaisen hoitajan sitoutumista mallin käyttöön. Toimintamalli on tarkoitus jalkauttaa osastolle alkuvuodesta 2019. Toimintamallin toimivuutta arvioidaan ja sitä kehitetään jatkossa saatujen palautteiden pohjalta.

Yksi toimintamallin ja koko osastolla tapahtuvan perhetyön haasteista on osaston akuuttiluonteisuus sekä hoitohenkilökunnan kolmivuorotyö. Tuloksissa nousi esille nämä haasteet sekä pohdintaa näihin haasteisiin vastaamisesta. Sähköiset etäpalvelut voisivat olla keino tavoittaa kauempana asuvia omaisia. Mielialahäiriöosastolla ei ole lainkaan käytössä etäpalveluna tarjottavia tapaamisia. Etäpalveluilla tarkoitetaan terveydenhuollon palvelujen tarjoamista telelääketieteen keinoin. Palvelut toteutetaan esimerkiksi videovälitteisen Internet-yhteyden kautta. Etäpalveluita pidetään palvelun sisällön osalta pääsääntöisesti verrannollisena tavanomaiseen vastaanottokäyntiin. Potilasturvallisuus

ja tietosuoja tulee huomioida asianmukaisesti lainsäädännön edellyttämällä tavalla. (STM, 2015.)

Tutkijan näkemyksen mukaan etäpalveluiden jalkauttaminen osastolla tehtävään hoitotyöhön ja perheiden kanssa työskentelyyn vaatisi paneutumista ja voisi olla mahdollinen jatkotutkimuskohde.

Organisaatiomuutoksen jälkimainingeissa elävän mielialahäiriövastuualueen yhtenäinen linja perhetyössä on ollut työn alla syksyllä 2018. Mielialahäiriövastuualueen eri osastojen ja avohoidon yksiköiden perhetyön käytäntöjä ja osaamista on kartoitettu kyselyllä. Kyselyn pohjalta on tehty yhteenveto ja perhetyön käytäntöjen yhtenäistämiseksi tehtävä työ on parhaillaan käynnissä.

LÄHTEET

Anttila, P. 2014. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Metodix. <https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/>

Barrowclough, C. & Hooley, JM. Clinical Psychology Review 2003; 23(6) 849-880. <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.turkuamk.fi/science/article/pii/S0272735803000758?via%3Dihub>

Borba, L.; Schwartz, E. & Kantorski, L. Stress on families living with the reality of mental disorder. Acta Paul Enferm 2008;21(4):588-94. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4>.

Brady, P., Kangas, M. & McGill, K. "Family Matters": A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. Abstract. Journal of Marital and Family Therapy. Apr2017; 43(2): 245-263.

Chaffey, L. & Fossey, E. 2004. Caring and daily life: Occupational experiences of women living with sons diagnosed with schizophrenia. Australian Occupational Therapy Journal (2004) 51, 199–207. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1630.2004.00460.x/epdf>.

Chien WT, Wong KF. A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. Psychiatr Serv 2007; 58: 1003–6. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2007.58.7.1003>.

Coker, F., Williams, A., Hayes, L., Hamann, J. & Harvey, C. 2015. Exploring the needs of diverse consumers experiencing mental illness and their families through family psychoeducation. Journal of Mental Health 2016; 25(3): 197–20. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=daa853cc-c314-43a0-8e15-49bfe40e45b6%40sessionmgr4010>

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa toim. Valli, R. & Aaltola, J. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. PS-kustannus 2015. 4.uudistettu ja täydennetty painos

FinFami – Salon seudun mielenterveysomaiset. <http://www.finfamisalo.fi/>.

Frank, F., Hasenmuller, M., Kaiser, M., Ries, Z., Bitzer, E. & Hölzel, L. 2015. Psychoeducation for Relatives of Persons with Depressive Disorders: A Focus Group Study on Information Demands. Psychother Psych Med 2015; 65(11): 426-433.

Heikkilä, J. 2006. Perheen tunneilmapiiri ja potilaan oireilu. *Duodecim* 2006;122:2113–8. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95966.pdf>.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino Helsinki 2001.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna 2009.

Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemanä. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79732/gradu03148.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

IPMA 2010. International project management association. IPMA-sertifioidun henkilön eettiset ohjeet. https://www.pry.fi/files/237/PRY_IPMA_Sertifiointi_eettiset_ohjeet.pdf

Jankovic, J., Yeeles, K., Katsakou, C., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Nichol, P., McCabe, R. & Priebe, S. 2011. Family Caregivers' Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives – a Qualitative Study. *PLoS One* 2011; 6(10): e25425. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3192057/>.

Johansson, M. 2010. Psykoedukatiivisten perheintenventioiden yhdyntyminen kliniseen työhön. Psykiatrian ammattilaisten kokemuksia menetelmäkoulutuksen jälkeen. Tutkimusraportti. Omaiset mielenterveystyön tukena. Uudenmaan yhdistys ry.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy.

Keitner GI, Miller IW. 1990. Abstract. Family functioning and major depression: an overview. *The American Journal of Psychiatry*. 1990;147(9):1128–37. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.147.9.1128>.

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. *Duodecim* 2013;129(20):2133-9.

Kolostoumpis, D., Bergiannaki, J.D., Peppou, L.E., Louki, E., Fousketaki, S., Patelakis, A. & Economou, M.P. Effectiveness of Relatives Psychoeducation on Family Outcomes in Bipolar Disorder. *International Journal of Mental Health*, 44: 290–302, 2015. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=cabefeb0-74ba-4174-9001-34f41bac43c6%40sessionmgr4006>

Kopelowicz, A., Zarate, R. & Wallace, C. J. 2012. The Ability of Multifamily Groups to Improve Treatment Adherence in Mexican Americans With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(3):265-273. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1107409>.

Korhonen, T. 2010. Promoting Child Development and Mental Health in Adult Psychiatric Care. A Nurses' Perspective. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0009-8/urn_isbn_978-952-61-0009-8.pdf. Viitattu 3.11.2017.

Koskisuu, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Edita Prima Oy. Helsinki.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2006.

Lakeman, R. 2008. Family and carer participation in mental health care: perspectives of consumers and carers in hospital and home care settings. Abstract. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2008, 15, 203–211. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2007.01213.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER

Lastensuojelulaki luku 2 10 §, 2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Mattila, Elina. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Mukherjee, S. 2017. Impact of psycho-education on burden and other correlates of caregivers of patients suffering from bipolar mood disorder. Indian Journal of Positive Psychology 2017, 8(1), 87-91. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=0ed510c9-304f-4640-8896-42b4737b7680%40sessionmgr102>

Murray, Rita 2013. IPMA Käyttätymispätevyudet. Projekti-instituutin blogi. https://www.projekti-instituutti.fi/blogi/ipma_kayttaytymispatevyudet_luotettavuus_osa_13.2091.blog?1655_a=comment&1655_m=2091&1655_o=80

Nyman, M. & Stengård, E. 2004 Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Helsinki. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi 2004.

Paananen, R., Ristikari, T., Merikukka M., Rämö, A. & Gissler, M. 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi. Kansallinen syntymäkohortti 1987 – tutkimusaineiston valossa. THL:n raportti 52/2012. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102984/THL_RAPO52_2012_web.pdf?sequence=1.

Paattimäki, Harriet; Huhtala, Oili; Joutsiluoma, Jaana; Lampinen, Silja; Ojanen, Päivi; Penttilä, Päivi & Nordling, Esa. 2015. Omaistyön hyvät käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä. Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä –projektin (2010 – 2014) loppuraportti. THL.

Palli, A., Kontoangelos, K., Richardson, C. & Economou, M.P. 2015 Effects of Group Psychoeducational Intervention for Family Members of People with Schizophrenia Spectrum Disorders: Results on Family Cohesion, Caregiver Burden, and Caregiver Depressive Symptoms. *International Journal of Mental Health*, 44: 277–289, 2015. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=48126e67-ceb5-439f-85ff-b9739519d9a4%40sessionmgr4009>

Perlick, D., Rosenheck, R., Clarkin, J., Raue, P. & Sirey, J. 2001. Impact of Family Burden and Patient Symptom Status on Clinical Outcome in Bipolar Affective Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*: [January 2001 - Volume 189 - Issue 1 - p 31-37. http://journals.lww.com/ionmd/Abstract/2001/01000/Impact_of_Family_Burden_and_Patient_Symptom_Status.6.aspx.](http://journals.lww.com/ionmd/Abstract/2001/01000/Impact_of_Family_Burden_and_Patient_Symptom_Status.6.aspx)

Psykiatrian toimialueen johtoryhmä. Psykiatrian tulosalueen hoidon laatu potilaiden arvioimana vuonna 2017. Liite 1. 7.2.2018.

Psykiatrian tulosalue, 2015. Psykiatrian tulosalueen sisäiseen käyttöön laadittu toimintakertomus. Liite 1.

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulussa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Selick, A., Durbin, J., Vu, N., O'Connor, K., Volpe, T. & Lin, E. 2016. Abstract. Barriers and facilitators to implementing family support and education in Early Psychosis Intervention programmes: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*. 2017;11:365–374. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.12400/epdf?r3_referrer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER

Sharif F., Mahmoudi A., Alavi Shooshtari A. & Vossoughi M. The Effect of Family-Centered Psycho-Education on Mental Health and Quality of Life of Families of Adolescents with Bipolar Mood Disorder: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* 2016;4(3):229-238.

Silfverberg, P. Ideasta projektiksi. Projektivetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy. Työministeriö. http://www.rakennerahastot.fi/vanhat_sivut/rakennerahastot/tiedostot/esr_julkaisut_2000_2006/esitteet_ja_oppaat/oppaat/01_projektinvetajan_opas.pdf.

Solantaus, T., Paavonen, E. J., Toikka, S. & Punamäki R. 2009. Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2010) 19:883–892.

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=dae8f681-1b6e-4c7e-adfc-ba0649b3632b%40sessionmgr4007>. Viitattu 6.11.2017.

STM, 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista. https://stm.fi/documents/1271139/1408010/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf/866357e6-f167-4357-bb30-fca6ad790360/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf.pdf

Säilä, S. Finfamin omaistyöntekijä. Henkilökohtainen tiedonanto 4.5.2018.

Tabeleao, V.; Tomasi, E. & Quevedo, L. A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of a Psychoeducational Intervention on Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. *Community Mental Health Journal* 2017 Apr 25. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10597-017-0126-7.pdf>.

Terveydenhuoltolaki 70§ 2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L8P70>

THL 2015. Perhetyö. <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/sosiaalipalvelut/perhetyo>.

Timmerby, N., Austin, S., Ussing, K., Bech, P. & Csillag, C. 2016. Family psychoeducation for major depressive disorder – study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016 Aug 30;17(1):427. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5006499/pdf/13063_2016_Article_1549.pdf.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere University Press

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Uudistettu laitos.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

VSSHP 2012. Potilasopas, mielialahäiriöosasto M2.

VSSHP 2013. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin arvot ja niiden mukaiset toimintaohjeet.

VSSHP 2018. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatiokaavio 1.3.2018 alkaen. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/johtaminen-ja-organisaatio/Sivut/organisaatiokaavio.aspx>

Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., Kuipers, E. & Kendall, T. Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* (2015) 206, 268–274. <http://bjprcpsych.org/content/bjprcpsych/206/4/268.full.pdf>

WHO 2013. Mental health action plan 2013-2020. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1.

