



# Perhetyön perusteet -koulutuksen hyödynnettävyys psykiatrisessa hoitotyössä

Heidi Langhed  
Virpi Saari  
Sini Tuomi

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Perhetyön perusteet -koulutuksen  
hyödynnettävyys psykiatrisessa hoitotyössä

Heidi Langhed  
Virpi Saari  
Sini Tuomi  
Sairaanhoitaja amk  
Opinnäytetyö  
Maaliskuu, 2019

Heidi Langhed, Virpi Saari, Sini Tuomi

**Perhetyön perusteet -koulutuksen hyödynnettävyys psykiatrisessa hoitotyössä**  
Vuosi 2019 Sivumäärä 52

---

Perhetyön perusteet -koulutusta on annettu vuodesta 2013 erään sairaanhoitopiirin alueella psykiatrissa hoitotyötä tekeväälle henkilökunnalle. Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, miten hoitohenkilökunta on pystynyt työssään hyödyntämään saamaansa koulutusta. Opinnäytetyö kohdentui aikuispsykiatriaan sairaanhoitopiirin psykiatrian osastolle sekä polikliinisiin yksiköihin. Opinnäytetyön avulla koulutuksen järjestäjät saavat tietoa hoitohenkilökunnan kokemuksista koulutuksen hyödynnettävyydestä työssään sekä ehdotuksia koulutuksen jatkokehittämiseen.

Tietoperustassa perehdyttiin mielenterveystyöhön, perhetyön menetelmiin ja perhetyön koulutukseen. Aineiston keruumenetelmänä käytettiin ryhmämuotoista puolistrukturoitua haastattelua. Tämä valittiin, jotta hoitohenkilökunnan kokemukset koulutuksen hyödynnettävyydestä ja toiveet koulutuksen kehittämisestä tulisivat kuulluksi. Mahdollisuus osallistua haastatteluun tarjottiin jokaisen yksikön perhetyön perusteet- koulutuksen käyneelle henkilökunnalle. Aineisto kerättiin kahdella eri haastattelukerralla sekä mahdollisuutena vastata tutkimuskysymyksiin kirjallisesti. Se analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jolloin tärkeä tieto säilytettiin ja epäolennainen tieto jätettiin pois. Pelkistämisen, ryhmittelyn ja pohdinnan kautta pääkategorioiksi saatiin puitteiden huomioiminen, menetelmien käyttäminen sekä potilaan ja läheisen kohtaaminen.

Haastattelutulosten mukaan koulutuksen hyödynnetyin osio hoitotyössä oli psykoedukaation antaminen sekä tietoa keräävät haastattelut. Elämänkaaren käyttäminen hoitotyön työkaluna sekä potilaan ja läheisen kohtaamisesta opitut asiat toteutuivat hyvin käytännön hoitotyössä. Joidenkin menetelmien, kuten sukupuun, käyttö koettiin vaativana ja aikaa vievänä. Perhetyö miellettiin vahvasti perhetapaamisten järjestämisenä, toisaalta omien näkemysten perhetyöstä koettiin laajentuneen koulutuksen myötä. Haastateltavien mukaan koulutuksen ajankohdaksi toivottiin aamupäivää iltapäivän sijaan. Kirjallista materiaalia, kuten koulutuskan-siota, kaivattiin työyksiköihin. Toivottiin myös uusintatapaamista koulutuksessa opittujen asioiden kertaamiseksi. Työparitoiminnan vähäisyys nousi esille osassa vastauksia.

Jatkossa voitaisiin selvittää, miksi koulutuksen hyödynnettävyys käytännön työssä on jäänyt vähäiseksi ja kuinka työparityöskentelyä voitaisiin paremmin toteuttaa. Toinen jatkotutkimus-aihe voisi olla potilaiden ja omaisten kokemukset perhetyön toteutumisesta.

Asiasanat: mielenterveystyö, perhetyö, perhetyön menetelmät

Heidi Langed, Virpi Saari, Sini Tuomi

**Training in the foundations of family work and consequent use in mental health nursing**

|      |      |       |    |
|------|------|-------|----|
| Year | 2019 | Pages | 52 |
|------|------|-------|----|

---

In 2013 education on the foundations of family work was provided for personnel working within psychiatric care. The purpose of this thesis is to determine how personnel have been able to utilize the acquired education in their practice. This study focused on adult psychiatric wards and outpatient departments. The course providers will gain knowledge about how personnel were able to incorporate the education into their practice as well as suggestions for further development of the training program.

Mental health work, family work and family work education formed the theoretical framework. A grounded theory approach using semi-structured, group interviews was used. This approach enables the exploration of experiences and opinions regarding the application and further development of the education. All personnel that had taken part in the family work education were invited to take part in the study. Data was collected during two rounds of interviews and through written responses. A content analysis of the data was carried out, useful information was saved and irrelevant was excluded. Through reduction (simplification), group coding and discussion the following main categories were established, environment, utilisation of methods and contact with patient and relations.

According to interview results the beneficial aspects of the training were psychoeducational as well as information generating interview techniques. Life mapping as a tool in carework as well as skills connected to interactions with patients and relatives were well incorporated into practice. The adoption of other methods, such as family tree, were more demanding and time consuming. Family work was strongly conceived as meetings with the family, however the perception of family work was broadened through the training. According to the participants, mornings rather than the afternoons, were a more desirable time for training to take place. Written material, such as a training manual, would be appreciated by the units that took part. The participants also expressed a desire for a follow-up training session. Future research could explore why the training was incorporated into practice at such low levels and how pair work could be more successfully achieved in the future. Another topic for further exploration could be patient's and relatives' experiences of family work.

Keywords: mental health work, family work, methods in family work

## Sisällys

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1.    | 1 Johdanto .....  | 6  |
| 2.    | 2 Teoria.....   | 7  |
| 2.1   | Mielenterveyden määritelmä .....                        | 7  |
| 2.2   | Mielenterveystyö.....                                   | 8  |
| 2.2.1 | Mielenterveystyön palvelujärjestelmä .....              | 11 |
| 2.3   | Perhekeskeinen hoitotyö .....                           | 11 |
| 2.3.1 | Perheen määritelmä .....                                | 14 |
| 2.4   | Perhetyö.....   | 15 |
| 2.4.1 | Ammatillisuus ja tunteiden kohtaaminen.....             | 16 |
| 2.5   | Perhetyössä käytettäviä menetelmiä.....                 | 19 |
| 2.5.1 | Elämänkaariajattelu ja sukupuun käyttö .....            | 19 |
| 2.5.2 | Psykoedukaatio .....                                    | 20 |
| 2.5.3 | Motivoiva haastattelu ja avointen kysymysten teko ..... | 21 |
| 2.5.4 | Perheinterventio .....                                  | 23 |
| 2.6   | Koulutus perhetyöhön .....                              | 26 |
| 3.    | 3 Tutkimuksen toteuttaminen .....                       | 28 |
| 3.1   | Laadullinen tutkimus .....                              | 28 |
| 3.2   | Aineiston keruu.....                                    | 28 |
| 3.3   | Aineiston analysointi .....                             | 30 |
| 4.    | 4 Tulokset .....  | 30 |
| 4.1   | Koulutuksen hyödynnettävyys .....                       | 30 |
| 4.2   | Koulutuksen kehittäminen.....                           | 32 |
| 5.    | 5 Pohdinta.....   | 34 |
| 5.1   | Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....              | 34 |
| 5.2   | Jatkotutkimusehdotukset.....                            | 35 |

## 1 Johdanto

Psykiatrissa hoitotyötä tekeviä hoitajia on koulutettu noin kuuden vuoden ajan perhetyön perusteisiin, jotta heillä olisi paremmat valmiudet kohdata perheitä ja ottaa potilaiden läheisiä paremmin mukaan hoitoprosessiin. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten Perhetyön perusteet -koulutuksen käyneet työntekijät ovat voineet hyödyntää koulutusta työssään. Tässä opinnäytetyössä esitellään Perhetyön perusteet -koulutusta ja mielenterveys- ja perhehoitotyön teoriapohjaa.

Työntekijöiden kokemuksia koulutuksesta ja sen hyödyistä kerättiin puolistrukturoidun haastattelun avulla. Yhtenä ajatuksena oli myös käyttää sähköistä kyselyä, mutta koska koulutusta järjestänyt taho oli ehtinyt jo aloittaa sähköisen kyselyn työstämisen omiin, nopeamman aikataulun tarpeisiinsa, valikoitui haastattelu työmme tiedonkeruumenetelmäksi. Näin ajateltiin saatavan laajempaa ja yksityiskohtaisempaa tietoa koulutuksen hyödynnettävyydestä sekä mahdollisista kehittämistarpeista. Ennen haastatteluja saatiin sähköisen kyselyn kysymykset ja tulokset nähtäviksi.

Suomessa psykiatrisen sairaalahoidon ja lääkehoidon tarvetta sekä sairauden kroonistumista on voitu vähentää perhekeskeisellä, tarpeenmukaisella lähestymistavalla. Tutkimusten perusteella on osoitettu, että mielenterveysongelmissa perhekeskeiset interventiot ovat hyödyllisiä ja tuloksellisia. Perheenjäsenten välinen vuorovaikutus ja toimivuus paranevat, perheen yleinen hyvinvointi lisääntyy ja stressi vähenee. (Larivaara ym. 2009, 425-426.)

Perheiden huomioiminen ja tiedon jakaminen sairaudesta ja sen hoidosta, mainitaan useissa psykiatristen sairauksien Käypä hoito- suosituksissa. Depression Käypä hoito- suosituksessa akuutin depression hoidossa suositellaan pari- ja perheterapiaa, jolla voidaan ilmeisesti lievittää depressio-oireita, tukea sairastuneen perheenjäseniä ja parantaa parisuhde- ja perheongelmia, etenkin silloin kun masentuneisuuteen liittyy merkittäviä parisuhteen tai perheen ongelmia. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016.) Epävakaan persoonallisuuden Käypä hoito -suosituksessa perheinterventio ohjataan aloittamaan jo hoidon alussa. Perheiden tapaamisella pyritään keventämään omaisten taakkaa. Näin pyritään ehkäisemään mahdollisia konflikteja potilaan ja omaisten välillä, sekä omaisten ja hoitoyksiköiden välillä. Perheeseen ongelmia aiheuttavat tavallisesti kommunikaatiovaikeudet, suhtautumisvaikeudet vihamielisiin reaktioihin ja pelko potilaan itsemurhasta. (Epävakaan persoonallisuus: Käypä hoito -suositus, 2015.)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä psykososiaalisella hoidolla pyritään mm. tukemaan potilasta, parantamaan lääkehoitoon sitoutumista, helpottamaan mielialajaksojen varhaisoireiden tunnistamista sekä helpottamaan potilaan ja hänen omaistensa sopeutumista sairauteen. Hoidon vaikuttavuus lisääntyy jaettaessa potilaalle ja perheelle tietoa sairaudesta ja sen hoi-

dosta sekä varhaisoireiden tunnistamisesta. Perheen toimintakykyyn voidaan vaikuttaa parantamalla perheen selviytymistaitoja ongelmanratkaisu- ja kommunikaatiotaitojen keinoin. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus, 2013.) Suositusten mukaan skitsofrenian hoidossa koulutukselliset perheinterventiot tulisi saada osaksi hoitokäytäntöjä. Psykoedukaatio on yksi keskeisistä hoitomuodoista skitsofrenian hoidossa. Skitsofreniaa sairastavissa perheissä geneettinen riski ja kasvuperheen ilmapiirin poikkeavuudet lisäävät merkittävästi nuoren alttiutta sairastua. Lääkityksen suhteen huonoa hoitomyöntyvyyttä voidaan parantaa potilaalle ja hänen lähiomaisilleen annettavalla psykoedukaatiolla. Psykososiaalisella kuntoutuksella pyritään parantamaan potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. (Skitsofrenia: Käypä hoito- suositus, 2015.)

## 2 Teoria

Tässä opinnäytetyössä käsitellään tärkeimpiä mielenterveystyön perhetyöhön liittyviä käsitteitä ja työmenetelmiä. Huomioon otetaan myös Perhetyön perusteet-koulutuksen sisältöjä. Keskeiset käsitteet tässä opinnäytetyössä ovat mielenterveys, mielenterveystyö, perhekeskeinen hoitotyö, perhetyö ja sen tavoitteet, perhetyössä käytettävät menetelmät ja koulutus perhetyöhön.

### 2.1 Mielenterveyden määritelmä

Mielenterveyden käsite on monimuotoinen ja siksi se on vaikeasti määriteltävissä. WHO:n määritelmässä mielenterveys on tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, kykenee toimimaan yhteisönsä jäsenenä, työskentelemään ja toimimaan elämän normaaleissa stressitilanteissa. Mielenterveyden kehittymiseen vaikuttavat monet tekijät; kuten perimä, äidin raskaudenaikainen terveydentila, varhainen vuorovaikutus, elämän kokemukset (erityisesti kriisit ja traumaattiset kokemukset), ihmissuhteet, sosiaalinen verkosto ja elämäntilanteen kuormittavuus. (Toivio & Nordling 2013, 60-63.) Osassa mielenterveyshäiriöitä, esimerkiksi skitsofreniassa, perimä lisää alttiutta sairastumiseen (Huttunen 2016). Jos lapsen ja nuoren perushoivassa on puutteita tai emotionaalisiin ydintarpeisiin ei vastata riittävästi, voi tämä vaikuttaa lapsen ja nuoren tiedostamattomiin ydinuskomuksiin, automaattisiin ajatuksiin ja mielen sisäisiin kokemuksiin maailmasta negatiivisesti. Nämä kaikki altistavat mielenterveyden häiriöille. Lapselle tai nuorelle voi kehittyä irrallisuuden, hylkäämisen, epäitsenäisyyden, pystymättömyyden, riittämättömän itsekontrollin tai oman paremmuuden, alistuvuuden, uhrautuvuuden ja estyneisyyden malleja, jotka ohjaavat hänen käyttäytymistään ja tulkintaansa ympäristöstä. (Kivinummi & Alatupa 2016, 257-259.) Varhainen vuorovaikutus lapsen ja vanhempien välillä vaikuttaa lapsen perusturvallisuuden ja luottamuksen kokemuksen syntymiseen. Riittävän hyvä vuorovaikutus antaa pohjan hyvälle itsetunnolle ja kehittää empatiakykyä. Tur-

vallinen vuorovaikutus ja kasvuympäristö edistävät lapsen mielenterveyttä. Traumaattiset kokemukset ja stressaavat elämäntapahtumat voivat altistaa mielenterveyden häiriöille. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert, Seuri 2017, 22-26.)

Ihmisen kokema mielenterveys vaihtelee elämän aikana, samoin kuin muukin terveydentila. Elämäntilanne ja ihmisen yksilölliset tekijät voivat joko suojata tai altistaa mielenterveyden häiriöille. Suojaavat ja altistavat tekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin vaikuttajiin. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat mm. hyvä fyysinen terveys, riittävän hyvä itsetunto, ongelmanratkaisu- ja vuorovaikutustaidot ja kyky tyydyttäviin ihmissuhteisiin. Ulkoisiin suojaaviin tekijöihin kuuluvat esimerkiksi turvallinen elinympäristö, ystävät, työ- ja koulutusmahdollisuudet ja hyvät yhteiskunnan auttamisjärjestelmät. Sisäisiä riskitekijöitä taas ovat sairaudet tai kehityshäiriöt, huonot ihmissuhteet, itsetunnon puute ja avuttomuuden tunne. Ulkoisia riskitekijöitä puolestaan ovat haitallinen elinympäristö, köyhyys, psyykkiset häiriöt ja päihteet perheessä sekä erilaiset menetykset ja kiusaaminen. Mielenterveys ei ole helposti mitattavissa kuten esimerkiksi ruumiinlämpö, vaan se on ihmisen oma kokemus voinnistaan. Joihinkin mielenterveyden häiriöihin liittyy sairautentunnon puuttuminen. Tällaisessa tilanteessa ihmisen sosiaalinen ympäristö voi huomata ongelmat ennen potilasta ja puuttua asiaan avun saamiseksi. (Toivio & Nordling 2013, 60-63.) Mielenterveyden häiriö aiheuttaa usein kärsimystä tai toimintakyvyn alenemista sekä vaikuttaa kognitiivisiin toimintoihin, tunteiden säätelyyn ja käyttäytymiseen. Häiriöille on kehitetty omat diagnoosiluokituksensa, joiden tarkoituksena on kuvata sairauden luonnetta, kulkua ja ennustetta sekä auttaa hoidon suunnittelussa. Diagnoosinnan lisäksi on tärkeitä ottaa jokaisen potilaan yksilöllinen tilanne huomioon. (Kumpulainen ym. 2016, 128-129.)

## 2.2 Mielenterveystyö

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen, ennaltaehkäisevä mielenterveystyö ja mielisairauden tai mielenterveyshäiriön vuoksi annettavat palvelut kuuluvat mielenterveystyöhön. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 1§.)

Mielenterveystyö pitää sisällään mielenterveyden edistämisen, ehkäisevän työn, hoidon ja kuntoutuksen. Mielenterveystyön toimintatavat voivat olla rakentavia, ehkäiseviä tai korjaavia. Rakentava työ pyrkii suotuisan kehityksen käynnistämiseen kehitystä edistävien ja säilyttävien olosuhteiden aikaansaamiseen. Toimintamuotoja ovat psyykkisen terveyden perusedellytysten turvaaminen ja perusturvallisuudesta huolehtiminen. Pyrkimyksenä on yksilöiden,



perheiden ja yhteisöjen toimintaedellytysten ja valmiuksien edistäminen muun muassa kasvatuksen ja koulutuksen avulla. (Hietaharju & Nuutila 2016, 14-15.) Mielenterveyden edistämiseen pyritään turvaamalla kansalaisille riittävät hyvinvointipalvelut, toimeentuloturva ja toimintamahdollisuudet vaikuttamalla valtakunnalliseen suunnitteluun ja päätöksentekoon. Kunnallisten palveluiden laatu ja hyvinvointipalveluiden helppo saatavuus vaikuttavat asukkaiden hyvinvointiin. Keskeisiä palvelujärjestelmiä ovat muun muassa päivähoido, koulujärjestelmä, sosiaali- ja terveystalot. Kaikessa päätöksenteossa, kuten esimerkiksi ympäristösuunnittelussa ja asuntotuotannossa, tulisi huomioida päätösten vaikutukset mielenterveyteen. Mielenterveyden edistämistyötä tehdään eri toimintaympäristöissä, kuten päiväkodeissa, kouluissa ja työpaikoilla. Siihen kuuluu hyvän ilmapiirin rakentaminen ja vaaliminen sekä kanssaihminen hyväksyminen ja tukeminen. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa, Virta 2014, 77-80.)

Ehkäisevällä mielenterveystyöllä pyritään tunnistamaan ongelmien ja häiriöiden riskitekijöitä ja vaikuttamaan niihin. Tavoitteena on ennakoida tilanne ja ehkäistä ongelmia puuttamalla riskitekijöihin mahdollisimman varhain. Ehkäisevällä työllä puolustaudutaan tunnettuja riskejä vastaan ja suojaudutaan odotettavissa olevilta vaaroilta. Toiminnan muotoja ovat riskiolosuhteiden korjaaminen ja kehityksen esteiden poistaminen. Yksilöä, perhettä tai yhteisöä pyritään tukemaan kriiseissä. Ehkäisevään työhön kuuluu varhainen puuttuminen ongelmiin ja lievien ongelmien käsittely olosuhdetekijöihin vaikuttamalla. (Hietaharju & Nuutila 2016, 14-15.) Ehkäisevä työ voidaan jakaa koko väestöön kohdistuvaan työhön, työhön, joka kohdistuu valikoituun väestöryhmään tai yksilöihin, joilla on suurempi riski sairastua mielenterveyshäiriöihin sekä kohdennettuun työhön korkean riskin yksilöiden parissa, joilla on jo havaittavia merkkejä tai oireita häiriöstä, mutta diagnostiset kriteerit eivät vielä täyty. Mielenterveyttä ehkäisevää toimintaa kehitetään ja järjestetään eri-ikäisille ja eri elämäntilanteissa eläville muun muassa hankkeiden muodossa. Suomen mielenterveysseura on ollut mukana esimerkiksi Mielenterveystaidot alakouluun ja Liiku mieli hyväksi hankkeissa. Käytössä on erilaisia työmuotoja koulukiusaamisen vähentämiseen tähtäävästä ohjelmasta työttömien vertaistukiryhmiin. KiVa -koulu ohjelma on tunnettu koulukiusaamista ennaltaehkäisevä työmuoto. Sen käyttäjiksi on rekisteröitynyt 90 prosenttia Suomen perusopetukseen kuuluvista kouluista. Alkoholin käytön mini-interventio ja neuvoloiden kotikäynnit ovat eräitä esimerkkejä ehkäisevistä mielenterveystyön työmuodoista. Hoidon ja kuntoutuksen tulee myös pitää sisällään ehkäisevä työote. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa, Virta 2014, 77-80.) Korjaavalla mielenterveystyöllä tarkoitetaan jo syntyneen vaurion korjaamista ja toimintakyvyn palauttamista. Sen toimintamuotoja ovat erilaiset terapiat ja kuntoutus. (Hietaharju & Nuutila 2016, 14-15.) Muun muassa psykoterapialla on useita eri suuntauksia ja niitä voidaan toteuttaa yksilö-, pari-, ryhmä- tai perheterapiana (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen, Partonen (toim.) 2017, 775).

Mielenterveyshoitotyö on osa mielenterveystyötä. Mielenterveyshoitotyö on hoitajan itsestä, vastuullista ja potilaslähtöistä työtä. Mielenterveyshoitotyön lähtökohtana on tukea yksilön, perheen ja yhteisön voimavaroja ja edistää mielenterveyttä. Jokaisella potilaalla on mielenterveysongelmien lisäksi positiivista mielenterveyttä, tämä hoitajan tulee huomioida työssään. Hoitajan osaamiseen kuuluu tieto mielenterveydestä, mielenterveyden edistämisestä, mielenterveyshäiriöistä ja niiden ehkäisystä. Myös kriisi - ja päihdetyö kuuluu mielenterveyshoitotyön osaamisalueeseen. Hoitotyössä tarvitaan erilaisten menetelmien hallintaa ja näyttöön perustuvia toimintatapoja. Myös positiivisen mielenterveyden vahvistamiseen liittyviä taitoja tarvitaan. Tärkeää on hyvän yhteistyösuhteen luominen potilaan ja hoitajan välille. Hoitotyössä hoitaja vastaa potilaan havainnoinnista, hoitotyön suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Työ vaatii joustavuutta ja kykyä tehdä työtä potilaslähtöisesti. Käytännön tilanteet ja toiminta edellyttää jatkuvaa eettistä pohdintaa. Mielenterveystyössä potilas on erityisen haavoittuvainen ja hänen mielensä saattaa olla kaaoksessa. Tällöin ihmisarvon kunnioittaminen ja potilaan oikeuksien huomioiminen hoitotyössä on tärkeää. Kuhasen ja kumppaneiden mukaan työn erilaisiksi osaamisen alueiksi voidaan jakaa lasten, nuorten, aikuisten ja vanhusten mielenterveyshoitotyö. Osa-alueiden määrittelyssä voidaan käyttää hoitotyön sisällön erilaisuuden jaottelua kriisi-, akuutti- ja kuntouttavaan mielenterveyshoitotyöhön. Näitä hoitotyön osia ei voi erottaa toisistaan, mutta työn sisällöllinen painotus niiden välillä on erilainen. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 30-32, 67.)

Sairauden ensimmäiset vaiheet ovat usein hämmentävää aikaa sekä potilaalle että omaisille. Mielenterveyden häiriöt voivat aiheuttaa monenlaisia oireita potilaalle vaikuttaen potilaan käytökseen, mielialaan, tunteisiin, toimintakykyyn ja vuorovaikutuskykyyn. Perheen huomioiminen hoitotyössä tukee potilaan toipumista ja lähiomaisten jaksamista. (Johansson & Berg 2011, 97-98.) Se, kuinka perhe on mukana, riippuu monista tekijöistä, kuten potilaan tilanteesta, potilaan ja perheenjäsenten suhteista ja tarpeista. Potilas itse määrittelee, kuka tai ketkä läheiset voivat olla hänen hoidossaan osallisina. Lainsäädäntö potilaan asemasta ja oikeuksista ohjeistaa toimimista perheen kanssa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 124.) Hoitotyössä pyritään ottamaan perhe mukaan hoitoprosessiin, jos se on mahdollista. Vastuu ja päätöksentekooikeus perhettä koskevissa asioissa on ensisijaisesti perheellä itsellään. Hoitotyössä hahmotetaan perheen kokonaistuen tarvetta ja pyritään löytämään perheen omat myönteiset voimavarat. (Punkanen 2001, 76-77.) Eryistä terapiaa voi antaa koulutuksen saanut henkilö, mutta elementtejä terapiosta voi käyttää psykiatrista hoitotyötä tekevät. Tällöin puhutaan supportiivisesta eli tukea antavasta hoitotyöstä. Perhetyöstä puhuttaessa voidaan käyttää myös termiä perhekeskeinen työskentelyote. Perhekeskeisen periaatteen mukaan toimivat monet psykiatriset hoitoyksiköt. Perheen ottaminen mukaan hoitoprosessiin ja hoitamiseen korostuu. Yksi pyrkimys perhekeskeisyydellä on laitostumisen ja eristäytyneisyyden ehkäiseminen. Tutkimuksissa on todettu, että pitkäaikainen hoito psykiatrisessa sairaalassa heikentää potilaan

yhteyksiä perheeseen, ystäviin, työelämään ja harrastuksiin. Yksinäisyys voi johtaa emotionaaliseen köyhtymiseen. Vaarana on jäädä elämästä täysin sivuun. (Punkanen 2001, 76-77.)

### 2.2.1 Mielenterveystyön palvelujärjestelmä

Ensisijainen hoitopaikka perusterveydenhuollossa on terveysasema. Potilaalle tehdään siellä arvio, josta hänet lähetetään joko psykiatriseen erikoissairaanhoidon tai hoito järjestetään perusterveydenhuollossa, esimerkiksi vuodeosastolla, terveyskeskuspsykologin tai psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa toiminta jakaantuu avo- ja laitoshoidoksi. Avohoito muodostuu aikuis-, nuoriso- ja lastenpsykiatrian poliklinikoista, psykiatrisista päiväosastoista, kuntoutus -tai palvelukodeista, hoitokodeista, palveluasunnoista, asuntoloista ja päivätoimintakeskuksista. Laitoshoitoa järjestetään psykiatrisissa sairaaloissa, joissa on suljettuja ja avo-osastoja, akuutti -ja pitkäaikaisosastoja, kuntoutusyksiköjä, psykiatrisia osastoja, nuoriso -ja lastenpsykiatrisia osastoja. Yksityisten ja säätiöiden ylläpitämiä psykiatrisia hoitoyksiköitä on muutamia. Järjestöt (mm. Mielenterveysseura) tekevät ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä ja tukevat hoidollisessa ja kuntouttavassa työssä. (Punkanen 2001, 22-31.)

Lohjan kaupungilla on useita terveysasemia, joissa yleislääkäri voi tarvittaessa tehdä lähteen erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollossa psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle voi tilata ajan ilman lähetettä. Perheneuvoloissa on psykologeja, lääkärin läheteellä voi päästä lastenpsykiatriin tutkimuksiin. (Lohjan kaupunki 2017.) Lohjan sairaanhoitoalueeseen kuuluvat Karkkila, Lohja, Siuntio ja Vihti. Erikoissairaanhoidon jakautuu avohoitoyksiköihin, joita ovat Lohjan psykiatrian poliklinikka Lohjan sairaalassa, Vihdin ja Karkkilan psykiatrian poliklinikat ja avokuntoutuspoliklinikka Lohjan keskustassa. Lasten -ja nuorisopsykiatrian poliklinikat sijaitsevat Lohjalla ja Nummelassa. Lohjalla sijaitseva nuorisopsykiatrian tehostetun avohoidon yksikkö on tarkoitettu 13-17-vuotiaille. Osastohoitoa Lohjalla tarjoaa Lohjan sairaalan psykiatrian vuodeosasto. Nuorisopsykiatrian päiväosasto sijaitsee Tammisaaressa. Osastohoitoa tarvitsevat lapset ja nuoret hoidetaan pääosin Helsingissä. (Hus 2019.)

Nykyään sairaalahoitoon turvaututaan yhä harvemmin koska mielenterveysongelmat pyritään hoitamaan avohoidon keinoin. Tärkeänä pidetään sitä, että sairastuneen normaalit roolit häiriintyisivät mahdollisimman vähän. Kuitenkaan avohoidon keinot eivät kaikissa tapauksissa riitä. (Koskisuu & Kulola 2005, 40.)

### 2.3 Perhekeskeinen hoitotyö

Perhekeskeisyys hoitotyössä tarkoittaa, että potilas tai asiakas huomioidaan sekä yksilönä, että osana hänen perhettään, sukuaan, työyhteisöään ja muuta lähipiiriään. Jokainen perheenjäsen reagoi perheen muutoksiin omalla tavallaan. Joillekin perheenjäsenille muutokset aiheuttavat sellaisia oireita, että ne vaativat lääkärin apua. Perheellä on vaikutus yksilön terveyteen, sairauteen ja sairaudesta toipumiseen. Yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikut-

taa muihin perheessä. Keskinäinen vuorovaikutus perheessä muokkaa jokaisen perheenjäsenen ajattelua ja tunteita. Psykkinen reagointi, kuten ahdistus perheessä pitkään jatkuessaan voi tutkimusten perusteella johtaa pysyviin elin- ja solutason muutoksiin. (Larivaara ym. 2009, 19-21.)

Suomessa psykiatrisen sairaalahoidon ja lääkehoidon tarvetta sekä sairauden kroonistumista on voitu vähentää perhekeskeisellä, tarpeenmukaisella lähestymistavalla. Myös psykoosien psykososiaalinen ennuste on parantunut. Tutkimusten perusteella on osoitettu, että mielen-terveysongelmissa perhekeskeiset interventiot ovat hyödyllisiä ja tuloksellisia; perheenjäsen-ten välinen vuorovaikutus ja toimivuus paranevat, perheen yleinen hyvinvointi lisääntyy ja stressi vähenee (Cuijpers, 1999; Asen, 2002; McFarrlane ym.,2003; Shadish ja Baldwin, 2003; Pickett-Schenk ym.,2006). Ahdistuneisuushäiriöihin, paniikkihäiriöihin, vakavaan masennukseen ja psykoseksuaalisiin vaikeuksiin perhekeskeiset ja perheterapeuttiset interventiot ovat olleet tuloksellisia (Carr, 2000b). Myös parisuhteen vaikeuksia ja terveen puolison riskiä sairastua psyykkisesti ne vähentävät (Baucom ym. 1998). Puolison mukaan ottaminen ja parisuhteen tukemisen on havaittu parantavan hoitoa erityisesti vakavan depression hoidossa (Weissmann ym., 1979). Sairas voi kokea itsensä hylätyksi ja hoidon toivottomaksi, jos puoliso ei millään tavalla osallistu hoitoon (Coyne, 1987). (Larivaara ym. 2009, 425-426.)

Suomessa on perhekeskeistä lähestymistapaa (tarpeenmukainen lähestymistapa, need-adapted approach) tieteellisesti tutkittu ja kehitetty 1960-luvun lopulta alkaen (Alanen ym.,1991; Alanen 1991; Aaltonen ym., 2000). Tässä lähestymistavassa erityisesti skitsofreniapotilaille tai sairastumisen varhaisvaiheessa oleville sekä heidän perheelleen; läheisilleen taataan mahdollisimman monipuolinen ja heidän yksilöllisiin tarpeisiin liittyvä hoito. Tarpeenmukainen hoito tarkoittaa, että hoitoon ja sitä koskevaan päätöksentekoon otetaan mukaan potilaan lisäksi hänen perheenjäsenensä. Suomessa on kehitetty perhekeskeinen, moniammatillisen psykoosityöryhmän malli, jota on sovellettu useissa Suomen psykiatrisissa hoitokeskuksissa. Hoidon toteutumista ja tuloksellisuutta on tutkittu valtakunnallisilla ja paikallisilla tutkimusprojekteilla. Tutkimuksissa on seurattu, kuinka uusien skitsofreniapotilaiden hoito ja sen ennuste niveltyy muun muassa hoitojärjestelmän yleiseen psykoterapeuttiseen kehittämiseen. Seuranta-tutkimuksissa on osoitettu, että erityisesti perhekeskeisesti orientoituneen hoitosuuntauksen aikana skitsofrenian ennuste parani. Perhekeskeinen lähestymistapa on tieteellisesti todistettu tulokselliseksi psykiatristen kriisien ja sairauksien hoidossa. Sitä voidaan soveltaa erilaisiin hoitokulttuureihin, jos hoitohenkilökunnalle järjestetään psykoterapiakoulutusta toimipaikkakoulutuksena (Aaltonen ym.,2000; Lehtinen ym. 2000; Seikkula ym., 2003, 2006). (Aaltonen & Seikkula 2015, 441-442).

Perhekeskeisen, tarpeenmukaisen hoidon keskeiset tulokset ovat muun muassa: skitsofrenian ennuste muuttuu paremmaksi, kun kehitetään perinteistä ei-psykoterapeuttista hoitokulttuuria koulutukseen perustuvaksi yksilöterapiakulttuuriksi. Ennuste muuttuu edelleen paremmaksi kehitettäessä hoitokulttuuria koulutukseen perustuvaksi perheterapiakulttuuriksi (esim. Alanen, 1997; Alanen ym., 1991). Perheterapian lisääminen osaksi hoito-ohjelmia parantaa minkä tahansa muun psykiatrisen hoidon tuloksellisuutta. (Lehtinen ym., 2000). Yleensä erilaisten psykoterapeuttisten menetelmien monipuolisuus parantaa tuloksellisuutta (Lehtinen ym., 2000). Tarpeenmukainen lähestymistapa on vaikeitten mielenterveyshäiriöiden ennustetta kohentava ja myös sairaalahoidon määrää ja kestoja vähentävä tekijä (Alanen, 1997; Lehtinen ym., 2003; Saari, 2002; Seikkula ym., 2003, 2006). Hoitotulokset ovat pysyvämpiä kuin perinteisessä hoidossa (Lehtinen ym., 2003). Psykoosiryhmätoiminta on taloudellisesti edullista (Saari, 2000). Tarpeenmukaista lähestymistapaa voidaan soveltaa erilaisissa hoitokulttuureissa (Aaltonen ym., 2000). Horisontaalinen asiantuntijuus on keskeinen asiantuntijuuden muoto (Aaltonen ym., 2000). Potilas on oman tarinansa kirjoittaja, ei pelkästään hoidon kohteena (Holma, 1999). Perheiden kuormittuneisuus vähenee pysyvämmiin kuin perinteisessä hoidossa (Saari, 2000). Neuroleptilääkityksen tarve ja annokset vähenevät (Lehtinen ym., 2003; Seikkula ym., 2003, 2006). Hoitoon hakeutuminen varhaistuu ja työkykyisyys paranee (Kalla ym., 2002; Seikkula ym., 2006). Elämänote säilyy (Kalla ym., 2002).

Ennaltaehkäisevästä lapsikeskeisestä perhetyöstä tehty tutkimus kuvaa perhetyön elementtejä. Tunnettu tosiasia on, että vanhempien mielenterveyshäiriöllä on merkittävä psykososiaalinen vaikutus lapsen kehitykseen. On arvioitu, että 25 prosentilla mielenterveyshäiriöistä kärsivillä on alaikäisiä lapsia. Suomessa arvioidaan olevan 340 000 sellaista lasta, joiden vanhemmalla on mielenterveyden häiriö ja joiden kehitykseen se vaikuttaa. Näiden perheiden lapsilla on 50-70 prosentilla suurentunut riski vähintään lieviin nuoruusiän sopeutumisvaikeuksiin. Häiriöiden siirtyvyyteen vanhemmalta lapselle vaikuttavat geneettiset, psykologiset ja ympäristöstä johtuvat seikat. On kehitetty useita ennaltaehkäiseviä interventioita perheille, joiden lapsiin vanhemman mielenterveyshäiriö vaikuttaa ja interventioita on kuvattu kansainvälisissä tutkimuksissa. Tulokset ovat selkeästi osoittaneet lasten, vanhempien ja perheen toimivuuden hyötynneen interventioista ja saaneen niistä pitkäkestoista hyötyä. Vanhemmat ovat raportoineet monia positiivisia muutoksia lapsissaan. Aikuiset ja lapset ovat kertoneet itsetunnon parantuneen jokaisella osa-alueella.

Tämä tutkimus raportoi kehitysprosessia ja psykometrista testausta ennaltaehkäisevässä lapsikeskeisessä perhetyössä. PCF-FW -instrumentti on pätevä ja luotettava työkalu opiskeltaessa ennaltaehkäisevää perhetyötä aikuispsykiatriassa. PCF-FW -instrumentti kehitettiin aikuispsykiatriaan mittaamaan vanhemmuuteen saatavaa tukea ja perhesuhteita perheissä, joissa on alaikäisiä lapsia. Lapsille suunnatuissa ohjelmissa on ollut psykoedukaatiota antavia ryhmiä, vertaistukiryhmiä ja mentorointiohjelmia, joilla pyritään parantamaan lasten kykyä ymmärtää

ja selviytyä vanhemman mielenterveyshäiriön kanssa. Hoitajat voivat olla tärkeässä osassa lasten mielenterveyden edistämässä tukemalla vanhemmuuden vastuullisuutta ja neuvoamalla vanhempia näkemään mielenterveyshäiriön vaikutukset vanhemmuuteen ja perhe-elämään. Vanhempia voidaan tukea jakamaan vanhemmuuden velvollisuuksia muiden aikuisten kanssa ja tähdennetään positiivisten roolimallien ja turvallisten aikuisten tärkeyttä. PCF-FW -instrumentti edistää lapsen kehitystä tukemalla vanhemmuutta ja lasten ja vanhempien suhdetta, ennen kuin ongelmat kasvavat vakaviksi ja itsepintaisiksi. Tutkimus tehtiin kolmessa vaiheessa. Kysely lähetettiin viiteen suomalaiseen aikuispsykiatrian yliopistosairaalaan vuonna 2005 (Korhonen T; Vehviläinen-Julkunen K; Pietilä A; Kattainen E, 2009).

### 2.3.1 Perheen määritelmä

Perinteinen määrittely perheelle on kokonaisuus, jonka muodostavat äiti, isä ja lapset. Tällaista perhettä kutsutaan ydinperheeksi ja sen jäsenet ovat toisiinsa sidoksissa biologisin perustein. Myös isovanhempien suhde lapsenlapsiinsa on biologinen, ja aikuiset sisaruksetkin voivat muodostaa keskenään perheen. Juridisin perustein määritellyn perheen muodostavat avioliitossa tai sen omaisessa suhteessa elävä pariskunta. Avioliiton, rekisteröidyn parisuhteen ja perinteisen ydinperheen lisäksi perhe voi muodostua myös muilla tavoilla. Uusperheissä voi olla molempien tai vain toisen puolison lapsia. Lisäksi perheessä voi olla adoptoituja lapsia. Emotionaalisesti määrittäneellä perheellä tarkoitetaan henkisesti läheistä ja tärkeää ihmistä, joka voi olla vaikka ystävä tai naapuri. Samassa taloudessa asuminen ei ole riittävä perheen määrittely, koska yksinasujan perheen voivat muodostaa hänelle läheisimmät ihmiset tai toisessa osoitteessa asuva henkilö. Perheenjäsenten emotionaalinen side toisiinsa ja heidän väliset suhteensa voivat olla tärkeämpiä kuin biologiset tai juridiset siteet. Perheiden hoitamisessa ja tutkimisessa onkin tärkeää, että asianomaiset itse määrittävät perheeseensä kuuluvat jäsenet. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 11-13.)

Perhe muodostuu yksilöistä, joiden keskinäiset suhteet erottavat perheen muista yhteiskunnallisista ryhmistä ja yhteisöistä. Moraaliset, taloudelliset ja yhteiskunnalliset ulottuvuudet määrittävät perhesuhteita. Näiden lisäksi määrittäviä ovat biologiset, emotionaaliset ja sosiaaliset suhteet. Perheen perusyksikkönä pidetään monesti parisuhdetta, johon ensimmäinen syntynyt lapsi aikaansaa vanhemmuuden, isovanhemmuuden ja mahdollisesti myöhemmin sisaruuden. Perhe koostuu usein eri sukupuolista ja sukupolvista ja niissä on eri-ikäisiä jäseniä. Huolimatta siitä että ”perhe” yleiskäsitteelle annetaan moninaisia ominaisuuksia ja määreitä, kaikki perheet ovat yksilöllisiä ja ne muodostavat omanlaisensa yksityisen perhekulttuurin. Perhesuhteet eroavat muista ihmissuhteista vastuuden, velvoitteiden ja lojaalisuuden tunteiden suhteen. Perhesuhteisiin liittyy huolenpidon ja hoivan velvollisuus. (Rönkkö & Rytönen, 2010, 10.)

## 2.4 Perhetyö

Perhetyön kohteena on hyvin erilaisia perheitä erilaisine tarpeineen. Perhetyö on sosiaalista ja yhteiskunnallista työtä. (Järvinen ym. 2012, 15.) Perhetyö on työtä, jota tehdään lähellä perheen arkielämää. Keskusteluissa keskiössä on perheen arki. Perhe on lapselle ja nuorelle keskeinen kasvuympäristö, jossa turvallinen kasvu ja kehitys vaativat tiettyjä edellytyksiä. Perheille voidaan tarjota tukea näiden edellytyksien täyttymiseen. Tarkoituksena on tuoda lasten ja muiden perheenjäsenten yksilöllisiä tarpeita näkyviksi muille perheenjäsenille ja auttajille. (Rönkkö & Rytönen 2010, 40.)

Perhetyön muotoja on useita, samoin eri näkökulmia tarkastella perhetyötä. (Koskisu & Kulola 2005, 187). Toimintaympäristöjä, joissa perhetyötä tehdään, on erilaisia. Sen mukaan perhetyötä voidaan kuvata esimerkiksi sosiaalitoimien perhetyöksi, neuvoloiden tai päiväkotien perhetyöksi, kolmannen sektorin palveluiksi ja seurakuntien perhetyöksi. Jaottelua voidaan tehdä myös sen mukaan, millä elämänalueella perhetyötä tehdään, esimerkiksi kouluissa, päivähoitossa, sairaalassa, neuvoloissa, mielenterveyspalveluissa, päihdepalveluissa ja lastensuojelutyössä. Lähtökohtana perhetyölle on perheiden elämästä lähtevät tarpeet, kuten vanhemmuuden tukeminen, perheen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin lisääminen. (Rönkkö & Rytönen, 2010, 27-28.)

Perheen kehitysvaihe ja elämäntilanne tulee huomioida ja ne vaikuttavat tehtävään perhetyöhön. Perhetyön avulla tuetaan asiakkaan tai läheisen roolia esimerkiksi vanhempänä, isovanhempänä, puolisona, lapsena tai sisaruksena. (Rönkkö & Rytönen 2010, 159-162.) Perhetyötä on kaikki perheiden parissa tehtävä työ, jolloin ammattihenkilöstö ja perheenjäsenet kohtavat, mukaan lukien kotikäynnit ja puolison tai muiden perheenjäsenten huomioiminen. (Koskisu & Kulola 2005, 188). Perhetyön toiminta on tavoitteellista ja suunnitelmallista. Siinä puututaan ja vaikutetaan tietoisesti perheen elämään. Perhetyössä määritellään ja rajataan tuen tarvetta tarvitsijoiden mukaan esimerkiksi äkillisen sairauden, haitan tai muun vaikeuden sattuessa. Perhetyötä jäsennetään myös perheen elämäntilanteen mukaan ehkäisevään eli varhaisen puuttumisen työmuotoon, kriisivaiheen ja korjaavaan perhetyöhön. (Rönkkö & Rytönen 2010, 29.) Perhetyö on perheen kokonaisvaltaista auttamista ja tukemista. Pyrkimyksenä on huomioida eri perheenjäsenten yksilölliset tarpeet ja näkemykset. Vuorovaikutus on perhetyön työväline, keino ja työn kehys. Tarkoitus on tehdä yhteistyötä perheiden kanssa korostaen perheiden omien voimavarojen käyttämistä ja elämänhallintaa. (Rönkkö & Rytönen 2010, 40-42.)

Kun perheessä yksi sairastuu, niin koko perhe tarvitsee tukea sekä kuntoutujan että perheen takia. Tukea voidaan tarvita muun muassa asian käsittelyyn, tiedon ja ohjeiden saamiseen.

(Rönkkö & Rytönen 2010, 38). Perhetyön tavoitteena on perheen voimavaraistuminen, jolloin pyritään lisäämään perheen uskoa tulevaisuuteen ja siihen, että he pystyvät toteuttamaan haluamiaan muutoksia. Ongelmien kartoittamisen lisäksi on tärkeää löytää yksilöistä ja perheestä vahvuuksia ja myönteisiä ominaisuuksia, joita voidaan käyttää perhetyössä ehkäisemään toivottomuutta ja avuttomuuden tunnetta. Voimavarat voivat olla erilaisia taitoja, henkistä energiaa, ihmissuhteita, kommunikaatiotaitoja, kykyä iloita ja nauttia sekä löytää asioita, jotka tuottavat itselle mielihyvää. Myös tunteiden näyttäminen, positiivinen asenne tai harrastukset voivat olla voimavaroja. Yksi voimavara asiakkaan ja perheen elämässä voi olla perhetyöntekijä, joka luo uskoa asiakkaan omiin kykyihin muutoksen aikaansaamiseksi. Tunne, että on toivoa, on ollut joidenkin perheiden kuvaamina ratkaisevin asia pyrkimyksissä muutoksiin. (Rönkkö & Rytönen 2010, 188-194.)

Kotikäynnit ovat osa perhetyötä. Päätöksen perhetyöntekijän tulosta kotiin tekee perhe itse, sillä perheellä on oikeus suojella yksityisyyttään. Kotona voidaan ottaa huomioon koko perhe ja jokainen perheenjäsen voi kokea olevansa osa yhteistyötä. Perheen omassa ympäristössä voi perhetyöntekijä havaintojensa perusteella auttaa perhettä huomioimaan tilanteita, joissa voisi toimia eri tavalla. Kotikäyntien tavoitteena voi olla luottamuksellisen suhteen luominen ja ylläpitäminen. Yhteistyöprosessille on tärkeää antaa riittävästi aikaa, siksi kotikäyntien tulisi olla riittävän pitkiä ja tunnelman kiireetön. (Järvinen ym. 2012, 164-165.)

#### 2.4.1 Ammatillisuus ja tunteiden kohtaaminen

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa hänen työnsä periaatteisiin luetaan yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen auttaminen kaikissa elämäntilanteissa tukemalla, elämänlaatua parantamalla ja voimavaroja lisäämällä. Hänen tulisi kohdella jokaista ihmistä kuin lähimmäistä ja toimia oikeudenmukaisesti jokaisen potilaan kohdalla. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996.) Myös perhetyössä on tärkeää huomioida, ettei työntekijän ennako-oletukset, tulkinnat tai teoriat estä asiakkaan ja perheen aitoa kohtaamista. Koska perhetyö on aina eräänlaista puuttumista perheen elämään ja yksityisyyteen, on eettisten toimintatapojen toteutuminen varmistettava ja on tärkeää luoda luottamuksellinen ja avoin suhde perheeseen. (Rönkkö & Rytönen 2010, 278.) Työntekijän ei tule pyrkiä vaikuttamaan asiakkaaseen tai perheeseen yksipuolisesti, vaan pyrkiä tasa-arvoisuuteen. Erilaisille selitysmalleille, näkökulmille ja lopputuloksille tulee olla avoin. Luottamuksellisuuden kuuluu se, ettei tietoa perheestä jaeta ilman perheenjäsenien suostumusta tai osallisuutta. Perhetyön tavoitteet asetetaan yhdessä ja työstä tehtävä kirjallinen yhteenveto käydään yhdessä läpi, jolloin sitä on mahdollisuus korjata ja saada siihen tarkennusta. (Johansson & Berg 2011, 99.)



Auttamistyössä ammatillisuuteen kuuluu hoitotyöntekijän kyky arvioida omaa itseään ja tunnistaa omia voimavarojaan. Työnohjauksella voidaan tukea työntekijää arvioimaan ammatillisuuttaan ja parantamaan toiminnan laatua työryhmässään. Työnohjauksen tavoitteena on ammatillisen tietoisuuden ja taitojen lisääminen ja ohjattavan tukeminen. Työnohjaus on lakiin sidottua. Terveydenhuollon erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) ja ammattihenkilöstölaki (559/1994) määrittävät, että ammattihenkilöt ja työnantajat huolehtivat tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta. (Holmberg ym. 2016, 323-324.)

Lastensuojelulaki velvoittaa hoitoalan tehtävissä toimivaa henkilöä ilmoittamaan viipymättä sosiaalitoimeen, jos hän havaitsee alle 18 vuotiaan lapsen hoivassa tai huolenpidossa puutteita, tai on huoli, että lapsen kehitys saattaa vaarantua (Lastensuojelulaki 417/2007, 25§.) Ilmoituksen tekeminen johtaa perheen tilanteen ja palveluntarpeen arviointiin (Lastensuojelulaki 417/2007, 26§.) Lastensuojelun tarkoitus on tukea koko perhettä, lasta ja vanhemmuutta. Lastensuojelutyö on kehittynyt nopeasti perheiden tukemisessa viime vuosina ja vähentänyt huostaanoton pelkoa. Perheen pelkoja voi vähentää puhumalla perheen kanssa lastensuojelun tarpeesta, tarkoituksesta ja sen mahdollistamista palveluista. (Johansson & Berg 2011, 16.)

Sairastuneen epätavallinen käyttäytyminen saattaa aiheuttaa pelon, surun, syyllisyyden ja vihan tunteita. Roolit perheessä voivat mennä sekaisin, koko perheen käyttäytyminen saattaa muuttua ja yhteydenpito muihin ihmisiin voi vähentyä. Avun pyytämisen kynnyks saattaa olla korkea, eivätkä kaikki ole myöskään tietoisia mahdollisista palveluista.

Perheenjäsenen sairastuminen voi aiheuttaa monia voimakkaita tunteita perheissä, samoin kuin ongelmien kieltämistä. Vanhemmat saattavat yrittää suojella perheen lapsia salaamalla asioita ja samoin voidaan pelätä leimautumista. Perheenjäsenillä voi myös olla epärealistisia odotuksia potilaan toipumisesta. Kaikki nämä voivat vaikuttaa siihen, että perhe suhtautuu välttelevästi, kriittisesti tai vihamielisesti hoitoon. Tämä saattaa purkautua negatiivisina tunteina ammattilaisiin. Tällöin on hyvä muistaa, että huoli saa monet toimimaan itselleen epätyypilliselläkin tavalla. (Johansson & Berg 2011, 97-98.)

Perhetyössä kohdataan koko elämän kirjo ja joudutaan kohtaamaan monia hankalia asioita. Myös työntekijälle voi nousta vaikeita tunteita ja ajatuksia. Joidenkin asioiden puheeksi ottaminen voi olla perhetyötä tekeväillekin vaikeaa. Työtä tehdään omalla persoonalla. Näistä syistä oman itsen tunteminen, oman historian ja kokemusten tutkiminen ja itsensä huoltaminen ovat tärkeitä. Itsetuntemuksen ja itseymmärryksen avulla omat elämäkokemukset voivat olla voimavaroja perhetyössä. Työpari, työtiimi ja työnohjaus ovat tärkeitä tukia työssäjaksamisessa. (Rönkkö & Rytönen 2010, 292-294.)

Mielenterveysongelmien vaikutusten tunteminen auttaa työntekijää ymmärtämään, ettei kyseessä ole huono vanhempi mielenterveysongelmien vaikuttaessa ihmisuuhdekykyihin ja arkiseen toimintaan. Perhetyössä työntekijä voi myös itsessään heräävistä tunteista johtuen asennoitua vanhempia kohtaan syyttävästi ja kokea, että lapset tulisi pelastaa vanhemmiltaan. Tämä ei kuitenkaan johda hyvään yhteistyöhön ja se on haitallista myös lapselle. Vanhempien näkeminen vastapuolena voi johtaa vanhempien haluttomuuteen ja pelkoon puhua asioistaan työntekijän kanssa. Työntekijän tulee nähdä myös vanhemman kärsimys ja ongelmat, ja pyrkiä ymmärtämään niitä. Vanhemmilla on usein huoli omasta vanhemmuudestaan, lapsistaan ja kodistaan. He saattavat tuntea syyllisyyttä ja paha oloa ajatellessaan vaikeuttaneensa lapsensa elämää. Työntekijällä tulee olla tietoa ja kykyä samaistua sekä lapsen että aikuisen tilanteeseen ja suhtautua molempien tilanteeseen empaattisesti. Tämä ei tarkoita, että vaikeita asioita ei nähtäisi tai käsiteltäisi, vaan keskinäinen ymmärrys ja kunnioitus mahdollistaa kaikkein vaikeimmistakin aiheista puhumisen ja parhaan avun saamisen. Kritisoivan ja tuomitsevan ilmapiirin sijaan pyritään myönteiseen ja tukevaan ilmapiiriin. (Solantaus 2006, 6-7.)

Potilaan hoitoon tulotilanteet vaihtelevat. Tilanteet voivat alkaa potilaan tai omaisen vähitellen kypsyessä ajatukseen hoidon tarpeesta tai tilanne voi olla hyvinkin dramaattinen. Ensimmäinen hoitokontakti on yleensä jokin muu kuin psykiatrinen palveluyksikkö, usein aloite tulee perusterveydenhuollosta. Hoitoon hakeutumisen tai joutumisen tapa vaikuttaa merkittävästi sairastuneen ja perheen suhtautumiseen sairautta kohtaan. Jos hoitoon toimittaminen on ollut dramaattinen tapahtuma ja ensimmäinen hoitokontakti on psykiatrinen sairaala, se voi tuntua hyvin pelottavalta. Sairaalahoitoon liittyy ennakkoluuloja ja pelkoja, jotka voivat saada vahvistusta, jos omaisia ja läheisiä ei riittävästi oteta huomioon hoitoa aloitettaessa. Sairastuneen toiminta ja käytös ovat voineet olla hyvin outoja jo pitkän aikaa tai hän on voinut maata kykenemättä minkäänlaiseen toimintaan. Sairaalaan joutuminen voi olla sekavaa ja hämmentävää sairastuneelle ja koko perheelle. Tässä vaiheessa puoliso jää usein huomiotta. Sairaus voidaan nähdä ikään kuin potilaan omaisuutena ja hoito hänen oikeutenaan, mutta muu perhe voi jäädä tietämättöminä sekasorron valtaan. Tällöin he tuntevat jääneensä vaille tukea, ohjausta ja neuvoja. Perheet tarvitsevat rohkaisua ja myötäelämistä sekä mahdollisesti aivan konkreettista apua selviytyäkseen ensimmäisistä päivistä. (Koskisu & Kulola 2005, 37-41.)

Sairastuneelle sairaalaan joutuminen on usein traumatisoiva kokemus ja ympäristö ja muut potilaat voivat tuntua pelottavilta. Potilas voi kokea tullessaan eristetyksi perheestään ja hänelle tärkeistä asioista. Yksinäisyyden tunne ja itsetunnon menetys voivat tuntua musertavilta. On todettu, että alkuvaiheen ja ensimmäisen hoitokontaktin hyvä hallinta parantavat edellytyksiä myöhempään hoitoon ja potilaan ja omaisten selviytymiseen. Sillä voi olla vaikutusta ennusteeseenkin. Sairaalahoido saattaa olla myös helpotus. Perhetilanne kotona voi rauhoittua ja ahdistus ja epämääräisyys voivat vähentyä. Puoliso voi kokea helpottavana, että

sairastunut on turvassa. Potilaalla ja hänen perheellään on odotus, että apu löytyy ammattiauttajilta. Hoidolta odotetaan tuloksia, nopeutta ja tehokkuutta. Toiveena on, että kyseessä oleva sairaus olisi hoidettavissa nopeasti pois lääkkeillä tai muilla keinoin. Odotusten ja toiveiden ohella perheellä on pelko siitä, ettei sairastunut parane koskaan. Pelkojen ollessa voimakkaita ammattiauttajiin kohdistuu entistä enemmän toiveita. Pelkoja voi olla myös hoitotyöntekijöitä kohtaan. Hoito ja paritapaamiset voivat aiheuttaa pelon, että perhe tai parisuhde tuomitaan jollakin tavalla kelvottomaksi. (Koskisuus & Kulola 2005, 37-41.)

## 2.5 Perhetyössä käytettäviä menetelmiä

Erilaisten perhetyössä käytettävien vuorovaikutuksellisten menetelmien käyttämisen lähtökohtana on luottamuksellisuuden synnyttäminen. Sen synnyttäminen vaatii hyvää vuorovaikutuksellisuutta. Hyvää vuorovaikutussuhdetta edistää perheen tasa-arvoinen kohtaaminen ja yhteistyösuhteen jatkuvuus. (Åstedt-Kurki 2008, 74-75.)

### 2.5.1 Elämänkaarajattelu ja sukupuun käyttö

Perheen elämäntapaa voidaan tarkastella yksilö-, pari-, perhe-, lapsi-, ja aikuiskeskeisesti. Perheen elämänkaari muodostuu perheen jäsenten kehitysvaiheiden, elämäntapahtumien, heidän yhdessä kokemiensa elämäntapahtumien ja muutosten kokonaisuudesta. Elämänkaari kuvaa perhesysteemin ja sen jäsenten muuttumista ja kasvamista eri elämänvaiheesta toiseen. Sen kaikissa vaiheissa perheen jäsenet kasvavat, kehittyvät ja vanhenevat samalla rakentaen omaa persoonallista ja sosiaalista identiteettiään. Perheellä on monenlaisia tehtäviä ja perhe vaikuttaa monin tavoin kasvuun, kehitykseen ja hyvinvointiin. Perheellä on useita eri kehitysvaiheita, kuten muodostuva perhe, lasta odottava perhe, vauvaperhe, leikki-ikäisen perhe, koululaisperhe, murrosikäisen perhe, maailmalle lähtijän perhe, uusperhe, keski-ikäinen perhe, ikääntyvä perhe ja monikulttuurinen perhe. (Rönkkö & Rytönen 2010, 117-158.)

Perheen elämänkaaren huomioimisen apuna voidaan käyttää muun muassa perhe- tai sukupuuta. Sen avulla voidaan koota näkyväksi perheen ja suvun kokonaisuutta ja se auttaa myös työntekijää muistamaan perhetyön aikana esiin tulleita asioita, kuten perheenjäseniä, tapahtumia ja tapoja. Se auttaa myös yksilöitä ja perheitä näkemään itsensä osana omaa sukua ja perhettä, antamaan laajemman näkökulman ja pohtimaan omia tapojaan, kokemuksiaan ja tulkintojaan. Sukupuun käyttö voi myös mahdollistaa keskustelua perheen ja suvun myyteistä, teemoista, säännöistä ja perinteistä, jotka siirtyvät sukupolvilta toisille. Sukupuun voi piirtää työntekijä itse tai se voidaan piirtää yhdessä perheen kanssa. Se voidaan myös piirtää osissa, nykyperheen oma ja vanhempien lapsuudenperheistä omat. Perhepuuhun liittyviä asioita voidaan käyttää välitehtävinä muisteltaviksi tai mietittäviksi. Perhepuuta voidaan piirtää myös voimavaraperhepuuna, jolloin mietitään, missä asioissa kukin perhepuun jäsen on erityisen

hyvä ja mitkä ovat hänen vahvuutensa. Samoin voidaan miettiä ongelmia ja vaikeuksia perhepuun kautta. (Rönkkö & Rytönen 2010, 159-162.) Perhettä on helpompi auttaa, kun työntekijä tietää perheestä enemmän. Kiinnostavaa on tietää esimerkiksi kummankin vanhemman asemasta sisarusjärjässä, ovatko molemmat vanhemmat yksinhuoltajaperheistä, suurista sisarusparvista vai hyvin erityyppisistä perheistä. (Punkanen 2001, 80.)

### 2.5.2 Psykoedukaatio

Perheille voidaan antaa tietoa eli psykoedukaatiota. Se on eräänlaista terveystasvatusta ja sen tarkoituksena on välittää tietoa sekä edistää hyvinvointia tukevaa käyttäytymistä. Tietoa voidaan jakaa muun muassa sairaudesta, sen syntymekanismeista, oireista ja hoidosta. Psykoedukaatiota voidaan käyttää sekä somaattisten sairauksien että mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa. Psykoedukaation avulla pyritään vähentämään tietämättömyyttä, häpeää, hämmennystä ja tarpeetonta syytelyä. (Johansson & Berg 2011, 35-36.)

Psykoedukaatiolla pyritään vaikuttamaan potilaiden terveyskäyttäytymiseen terveyttä edistävään ja ylläpitävään suuntaan. Se sisältää myös opetuksellisen prosessin. Tiedon jakamisen tarkoitus on lisätä potilaan ja perheen tietämystä ja ymmärrystä, sekä tarjota erilaisia vaihtoehtoja, toimintatapoja ja selviytymiskeinoja. Psykoedukaatiota voidaan toteuttaa myös ryhmämuotoisena, jolloin ryhmän jäsenten välinen vertaistuki toimii voimavarana. Psykoedukaatio pitää sisällään kognitiivista työskentelyä, sosiaalisten taitojen harjoittelua ja tunteiden käsittelyä. Sen tavoite on vähentää sairauden aiheuttamaa kuormitusta, lisätä potilaan ja perheen selviytymiskykyä ja voimavaroja. Psykoedukaatiolle ei ole olemassa vakiintunutta suomenkielistä vastinetta. Käyttökelpoisimpana käännöksenä on pidetty ”koulutuksellista” perhetyötä koska se painottaa työskentelytavan opetuksellista luonnetta. Perheen kanssa työskentely ei kuitenkaan saa olla opettaja-oppilas-suhde. Potilaan ja perheen asiantuntijuutta pitää kunnioittaa ja ratkaisut ongelmiin tulee etsiä yhdessä. Ajankohtainen tieto pyritään liittämään potilaan ja perheenjäsenten kokemuksiin. Heille ei luennoida sairauden oireista, kulusta ja hoidosta. (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 151.)

Psykoedukaatio on hyväksytty osaksi monien mielenterveyshäiriöiden hoitosuosituksia. Se löytyy ainakin näistä Käypä hoito-suosituksista ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)): ADHD, epävaka persoonallisuus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, depressio, skitsofrenia ja syömishäiriöt. Psykoedukaation toteuttaminen edellyttää suunnittelua toteutuspaikan, ajan ja välineiden suhteen. Kasvavassa määrin hyödynnetään myös tietokonepohjaisia ja sähköisten viestimien tarjoamaa materiaalia. Tämä edellyttää kuitenkin käytettävissä olevan sähköisen tietosisällön laadun varmistamista. Suomessa on laadukkaita, asiantuntijoiden laatimia sivustoja, esim. [www.mielenterveystalo.fi](http://www.mielenterveystalo.fi). (Kumpulainen ym. (toim.) 2016, 493.)

### 2.5.3 Motivoiva haastattelu ja avointen kysymysten teko

Potilaan tilanteen arviointi alkaa havainnoimalla vuorovaikutuksessa hänen toimintaansa, käyttäytymistään, eleitään, ilmeitään ja kommunikointitapaansa. Ulkonäköä havainnoimalla saadaan tietoa yleisestä olemuksesta, pukeutumisesta ja hygieniatasosta. Potilaan mielialaa, puheen sisältöä ja mahdollista päihtymystilaa tarkkaillaan. Kysymysten ja omien havaintojensa perusteella hoitotyöntekijä arvioi potilaan mielenterveys- tai päihdehäiriön vaikeusasteesta, esiintyvyyttä ja jatkuvuutta. Havainnot potilaan häiriön kokonaistilanteesta ja vaikeusasteesta kirjataan ammatillisesti. Työntekijä vertaa havaintojaan työssään ja koulutuksessaan oppimaansa ammattitietoon. Havainnointiin vaikuttavat ympäristö, tilanne, käytettävissä oleva aika ja suhde potilaaseen. Hoitotilanteissa vaaditaan aina tarkkaa arviointia potilaan tilanteesta, koska pitkälle edennyt mielenterveys- ja päihdehäiriö ei aina näy ulospäin. (Holmberg 2008, 75.)

Motivoivan haastattelun ovat kehittäneet William R. Miller ja Stephen Rollnick. James Prochaska ja Carlo DiClemente ovat määritelleet transteoreettisen muutosvaihemallin. Taustalla ovat kognitiivis-behavioraaliset teoriat ja tutkimukset. Nämä yhdessä muodostavat motivoivan toimintatavan. Suomessa käsitteeksi on vakiintunut motivoiva haastattelu. Kyseessä on kokonaisvaltainen ihmisen voimavaroja, kiinnostuksia, arvoja, merkityksiä, ongelmia ja toimijuutta korostava ajattelu-, asennoitumis- ja vuorovaikutusmalli. Motivoivan toimintatavan keskeiset periaatteet ovat 1. dialoginen vuorovaikutus, 2. ristiriidan voimistaminen ja muutosvalmiuden esiin nostaminen, 3. vastarinnan hyväksyminen ja väittelemisen välttäminen ja 4. pystyvyyden vahvistaminen ja välineiden antaminen. (Chydenius, 140-142.)

Haastatteluotteeksi sopii hyvin motivoiva työtapa, jossa kysymystyyppit voivat vaihdella. Selvitetään potilaan perustiedot, vahvuudet ja pääongelmat. Oireiden alkamisajankohta, kesto, kehittymisnopeus, nykytilanne ja mahdollinen aiempi kokemus oireiden kehittymisestä pyritään tunnistamaan. Kiinnitetään huomiota ennakoivaan oireiluun ja potilaan häiriölle altistaviin ja suojaaviin tekijöihin. Altistavia tekijöitä saattavat olla lääkemutokset, päihteiden käyttö, elämäntilanteen muutokset tai somaattiset sairaudet. Suojaavia tekijöitä voivat olla lääkkeiden säännöllinen käyttö, päihteiden välttäminen, avun hakeminen ja läheisten tuki. Haastattelun kuluessa tulee tunnistaa akuutisti hoidon arvioon vaikuttavat asiat kuten harhausuus, voimakkaat mielialan muutokset, itsemurha-aikkeet ja päihtymys. Apuvälineinä voidaan käyttää erilaisia testejä, haastattelulomakkeita ja arviointiasteikkoja, jos työntekijällä on niiden käyttöön ja tulkintaan riittävä koulutus. On kuitenkin huomioitava, millaisiin hoitotilanteisiin testit soveltuvat ja on suunniteltu. Testit sopivat parhaiten seulonta- ja seurantamenetelmiksi mittaamaan oireita, niiden aiheuttamia haittoja ja voimakkuutta. Niillä ei voida korvata potilaan haastattelua ja tuloksetkin ovat vain suuntaa antavia. Pelkän testituloksen perusteella ei pidä tehdä arviota häiriön tai sairauden luonteesta. (Holmberg 2016, 76-77.)

Testit ja kysymyssarjat voivat auttaa puheeksi ottamista. Tärkeää on kuitenkin, ettei tavoitteena ole vain täyttää lomake, vaan, että potilaan vastauksia käydään läpi ja vastauksista nousee lisäkysymyksiä. Kysymysten tarkoituksena on aktivoida potilaan omaa ajattelua. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge (toim.) 2008, 307.) Haastattelun lopuksi potilaalta kannattaa kysyä, mitä hän odottaa tapahtuvan hoidon aikana ja sen jälkeen. Haastattelusta tehdään lyhyt yhteenveto, jossa saadut tiedot ja niistä tehdyt johtopäätökset kerrotaan potilaalle. Tämä antaa työntekijälle, potilaalle tai hänen omaiselleen mahdollisuuden tarkentaa tietoja tai korjata virheellisesti ymmärrettyjä asioita. Lopuksi keskeiset tiedot kirjataan potilastietojärjestelmään. (Holmberg 2016, 76-77.)

Motivoivan hoitosuhdetyöskentelyn tavoite on vahvistaa potilaan sisäisen motivaation heräämistä aidossa kuuntelevassa ja vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa. Työntekijä pyrkii havainnoimaan, tunnistamaan ja löytämään potilaalle merkityksellisiä muutostarpeita. Potilasta koetetaan voimaannuttaa ja auttaa löytämään optimismia ja muutosvalmiutta. Nämä voivat johtaa potilaan toiminnan ja ajattelun muuttumiseen. Muutos voi olla hidasta ja herättää voimakkaita tunteita. Muutos uhkaa potilaan identiteettiä, ajatusmalleja, tapoja ja tottumuksia. Potilasta ei pidä leimata, syytellä tai kiirehtiä muutokseen, koska nämä vaikeuttavat yhteistyötä. Hoidon alkuvaiheessa työntekijä osoittaa empaattisesti, millainen ristiriita potilaan hoitamattomien oireiden ja elämänhallinnan välillä vallitsee. Hoidon jatkuessa potilaan ristiriitaiseen suhteeseen itseään kohtaan palataan yhä uudelleen. Tällä keinolla potilasta houkuttellaan muutokseen ja eheytyksen mahdollisuuden hoitosuhteen edetessä. Mitä enemmän potilas osallistuu hoitosuunnitelmansa tekemiseen, sitä paremmin hän pystyy sitoutumaan sen toteuttamiseen. Hänen pitäisi saada määritellä itse tavoitteensa, joita voidaan tarkentaa työntekijän kanssa. Tavoitteiden toteutumiseksi mietitään yhdessä sopiva aikataulu, välitavoitteet ja kokonaistavoite. Toteutumisen realismi on tärkeää potilaan ja työntekijän käytävissä olevat voimavarat huomioiden. Potilas voi motivoitua hoitoonsa ja oppia onnistumisen ja itsetuntoa parantavien kokemusten kautta luottamaan yhdessä tehtyyn hoitosuunnitelmaan. Työntekijän kannattaa edistää onnistumista hoitosuhteen aikana houkuttelemalla potilaasta esiin oivalluksia, antamalla aikaa hämmennykselle ja tukemalla muutosoptimismia. Motivoivan haastattelun käyttö vähentää merkittävästi psykiatristen ja päihdepotilaiden mielenterveyden oireita ja päihdeiden käyttöä. (Holmberg 2016, 82-99.)

Hyvin asetellut kysymykset antavat molemmille osapuolille riittävän hyvän käsityksen tilanteesta. Arkaluonteisista asioista kysyttäessä potilaalle pitää antaa mahdollisuus kieltäytyä vastaamasta kysymykseen. Kysytään muotoillen ”Sinun ei ole pakko vastata, mutta voisitko kertoa tästä asiasta hieman enemmän?” Haastattelussa kannattaa käyttää avoimia kysymyksiä ”Miten kuvailisit elämäsi ja sen kulkua?” Avoimiin kysymyksiin ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja kuten kyllä tai ei. Avoimia kysymyksiä esittämällä saadaan enemmän tietoa potilaan

tilanteesta, ajatuksista ja tunteista. Kysymysten asetteluun kannattaa siis kiinnittää huomiota. Kysyttäessä esimerkiksi pitkään jatkuneesta ongelmasta kannattaa kysyä ”Miten nukut?” koska vastaukseksi saadaan todennäköisemmin tietoa potilaan univaikeuksista kuin saatisiin kysymällä ”Nukutko huonommin kuin ennen?” Haastattelussa voidaan kysyä tarkentavia kysymyksiä tai palata epäselväksi jääneeseen asiaan kysymällä selventäviä kysymyksiä ”Voitko kertoa vielä tarkemmin, milloin unettomuutesi alkoi ja milloin huomasit ensimmäiset masennuksen merkit?” Asteikkokysymyksiä voidaan käyttää oireiden ja tunnetilojen kuvaamiseen ”Kuinka ahdistuneeksi tunnet olosi asteikolla 0-10, kun 0 tarkoittaa ei yhtään ahdistunut ja 10 erittäin vaikeasti ahdistunut?” (Holmberg 2016, 76.)

#### 2.5.4 Perheinterventio

Interventio on hoitotoimenpide tai ennaltaehkäisevää toimintaa. Se voi olla jonkin mallin mukainen, mutta sen rakennetta ja kesto voidaan soveltaa potilaan ja perheen tarpeita vastaavaksi. Intervention avulla pyritään parantamaan potilaan ja hänen perheensä sopeutumiskeinoja ja taitoja. Interventio voi olla ennaltaehkäisevä eli preventiivinen, jolloin pyritään vaikuttamaan asioihin jo ennen kuin mitään häiriötä on syntynyt. Sen tarkoitus voi olla myös jo olemassa olevien haitallisten käyttäytymismuotojen muuttaminen. Interventiot pitävät sisällään erilaisia palveluita ja hoitoja, tilannearviointia ja tiedonkeruuta, kuten ohjausta ja neuvontaa, hoitoa, kuntoutusta, terapiaa, vertaistukea ja apua arjen haasteissa. (Johansson & Berg 2011, 37, 53.) Perhetyö on myös interventio. Kriisin kohdatessa perhettä, voidaan perhetyön keinoin vahvistaa perheen selviytymiskeinoja. Kriisi tarkoittaa muutosta ihmisen elämässä. Kriisi voi olla tilanteesta johtuva, ihmisen kasvu- ja kehitysvaiheisiin liittyvä, elämänmuutoksista johtuva tai traumaattisen tilanteen aiheuttama. Kriisi voi siis olla vaikkapa lapsen syntymä, avioero, työpaikan menetys, sairastuminen tai läheisen kuolema. Kriisi vaikuttaa paitsi henkilöön itseensä myös hänen läheisiinsä. (Rönkkö & Rytönen 2010, 215-216.)

Intervention avulla voidaan edistää kriisistä toipumista, tukea kriisin kokeneen ja hänen läheistensä hyvinvointia sekä ehkäistä perheenjäsenten riskiä uupumiseen tai masennukseen. Perheinterventiot voidaan käyttää monenlaisissa perheissä: aikuisperheissä, iäkkäiden asiakkaiden perheissä ja lapsiperheissä. Siitä muokataan aina perheen tarpeita vastaava. Interventio pitää usein sisällään myös psykoedukaatiota. Psykoedukaation avulla perheinterventiossa pyritään antamaan tiedollista tukea. Interventiossa pyritään myös vahvistamaan vuorovaikutustaitoja, sosiaalisia suhteita, ongelmanratkaisutaitoja ja stressin säätelytaitoja, jotka vahvistavat yksilön ja perheen selviytymiskeinoja. (Johansson & Berg 2011, 53- 55.) Perheinterventio pitää sisällään potilaan oman tapaamisen, perheenjäsenen/jäsenien omat tapaamiset ja perheen yhteiset tapaamiset. Myöhemmin voi olla myös seurantatapaamisia. Tämä mahdollistaa sen, että jokainen perheenjäsen tulee kuulluksi ja saa kertoa omista kokemuksistaan ja toiveistaan. Yhteistapaamisilla pyritään parantamaan perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta

ja lisäämään ymmärrystä toisen näkemykselle. Keskustelu mahdollistaa väärinymmärrysten ja väärin oletusten korjaamisen. Perheenjäsenten omilla tapaamisissa keskustellaan myös puheeksi otton eduista ja esteistä. Yhteistapaamisissa käsitellään vain sellaisia asioita, jotka asianomaiset itse haluavat tuoda mukaan tapaamiseen. Perheissä, joissa on alle 18-vuotiaita lapsia, perheintervention tarkoitus on tukea vanhemmuutta, vahvistaa lasta suojaavia tekijöitä, tukea lapsen kehitystä ja ehkäistä häiriökehitystä vanhemman mielenterveyshäiriöstä huolimatta. (Johansson & Berg 2011, 59-63, 80.)

Psyykinen sairaus muuttaa ihmisen ajattelua ja käyttäytymistä vaikuttaen perheen arkeen. Lapsen tarpeet voivat tällöin jäädä täyttymättä. Mielenterveyshäiriöt sekä muut vaikeudet voivat näkyä vanhemman käyttäytymisessä esimerkiksi voimattomuutena, itkuisuutena, alakuoloisuutena. Vanhempi voi suuttua herkästi, olla ahdistunut, pelokas ja mahdollisesti toistaa erilaisia pakkotoimintoja. Ajattelun vääristymät voivat näkyä siinä, miten vanhempi tulkitsee muiden puheita ja tekemisiä. Unirytmien voi muuttua ja vanhempi saattaa valvoa öisin ja herättää perheenjäseniäkin yöllä. Mielenterveyshäiriöt vaikuttavat myös siihen, ettei vanhempi kykene ottamaan muita ihmisiä huomioon niin kuin tavallisesti. (Solantaus 2006, 4.) Vanhemman ilmeet, eleet, olemus ja puhetapakin voivat muuttua. Vanhemman käyttäytyminen saattaa olla myös vaikeasti ennakoitavissa vaihdellen päivästä tai hetkestä toiseen. Tämä voi aiheuttaa lapsessa pelkoa ja ahdistusta, sillä ihminen suhtautuu asioihin, ja antaa niille merkityksen oman ymmärryksensä pohjalta. Jos lasta ei ole autettu ymmärtämään, mistä sairastuneen vanhemman käyttäytymisessä ja oireissa on kyse, syntyy lapselle helposti väärinkäsityksiä. Nämä vaikuttavat lapseen vahingollisesti. Vanhemman oireinen käyttäytyminen voi aiheuttaa lapselle syyllisyyttä, omien tunteiden ja käyttäytymisen kontrollointia sekä elämäntilanteen kaipaamista ystävyyssuhteiden ja harrastusten jäädessä pois. Nuoren itsenäistymiskehitys voi kärsiä. Sen sijaan ymmärrys vanhemman sairaudesta helpottaa lasten tilannetta ja tukee lapsen kehitystä. Lapsi ymmärtää, ettei vanhemman käytös ole hänestä johtuvaa, eikä hän voi parantaa vanhempansa. (Solantaus 2006, 231- 241.)

Vaikeudet elämässä eivät itsessään ole este lapsen kehitykselle. Tieto ja ymmärrys vanhemman muuttuneen käyttäytymisen syistä, ongelmien yhteinen pohtiminen ja ratkaiseminen sekä lapsen suojaavien tekijöiden vahvistaminen auttavat parantamaan lapsen hyvinvointia. Vaikeudet voivat opettaa myötäelämisen taitoja, vastuuntuntoa, ihmissuhdetaitoja, kykyä selviytyä yllättävistä tilanteista sekä luovuutta, jos niitä osataan kohdata oikein ja ongelmia ratkaistaan. Vanhempien kanssa voidaan kartoittaa lapsen vahvuudet ja haavoittuvuudet sen hetkessä elämäntilanteessa, sekä pohtia, miten lasta voisi kannustaa vahvuuksissaan ja tukea haavoittuvaisilla alueilla. (Solantaus 2006, 5, 7.) Joka neljäs ihminen kärsii jostain mielenterveysongelmasta elämänsä aikana ja joka kolmannella psykiatrisella avohoitopotilaalla on lapsia. Vakavasti masentuneiden vanhempien lapsista noin 40 %:n on arvioitu sairastuvan ennen 20. ikävuotta ja noin 60 %:n ennen 25. ikävuotta. Toimiva lapsi & perhe- hankkeessa on



tutkittu ja kehitetty työmenetelmiä, joiden avulla voidaan auttaa vanhempia ja työntekijöitä tukemaan lapsia, kun perheen vanhemmilla on mielenterveydellisiä, somaattisia tai päihteiden käytön ongelmia. Kaikki hankkeessa kehitetyt menetelmät perustuvat tutkittuun tietoon lasta ja perhettä tukevista tekijöistä. Hankkeen avulla kehitettyjä lapsiperheiden interventioidissa käytettäviä menetelmiä ovat Lapset puheeksi-keskustelu, koko perheen kanssa toteutettava Beardsleen perheinterventio, vertaisryhmät ja perhekurssit (ns. Vertti-ryhmät ja kurssit), opaskirjat sekä vanhemmille että lapsille, ja verkoston kanssa toteutettava Lapsi & perhe-neuvonpito. (Solantaus 2006, 244-245.)

Nämä menetelmät ovat tarkoitettu lasten kehityksen ja vanhemmuuden tukemiseen, eivätkä ne ole kenenkään perheenjäsenen hoitoa. Vanhemman omahoito on oltava kunnossa, eikä näillä menetelmillä lähdetä myöskään hoitamaan lapsia, vaan ohjataan lapsetkin tarvittaessa lisäävun piiriin. Vanhemman mieli voi kuitenkin helpottua, kun hän kokee voivansa auttaa lapsiaan. Lapset puheeksi-keskustelun tarkoitus onkin vanhemmuuden ja lapsen kehityksen tukemisen lisäksi arvioida lapsen ja perheen tarvetta muiden palveluiden tukeen, arvioida lastensuojelutoimenpiteiden tai muiden sosiaalipalvelujen tarve ja saattaa lapsi ja perhe tarvittavien lisäpalvelujen piiriin. Keskusteluiden sisältöön kuuluu lapsen elämäntilanteen kartoitus. Yhdessä mietitään lapsen vahvuuksia ja haavoittuvuuksia. Vanhemmat saavat kertoa omat huolensa lapsesta ja perheestä. Lapsen mielialaa ja käyttäytymistä käydään läpi, sekä mietitään, miten lapsi voi ja käyttäytyy kotona, päivähoitossa, koulussa, vapaa-ajan harrastuksissa ja ystävien kanssa. Vanhempia tuetaan vanhemmuudessa kertomalla lasta suojaavista tekijöistä ja siitä, miten niitä voi tukea. Kerrotaan myös, miksi lapsen on hyvä tietää syy vanhemman käyttäytymiseen ja häiriöihin, sekä miten lasten kanssa asioista voi puhua. Vanhemman kanssa voidaan käydä läpi, mitä vanhemman ja lapsen välisessä keskustelussa on hyvä puhua ja ottaa huomioon. Tällaisia asioita ovat lapsen ikä ja se, että puhuu lapselle ymmärrettävää kieltä. Vanhemman on hyvä selittää käyttäytymisensä syyt ja näkyvien oireiden merkitys, jotta lapsi saa selityksen näkemilleen ja kokemilleen asioille. (Solantaus 2006, 3-17.)

Omia pahimpia kokemuksiaan ei lapselle ole kuitenkaan syytä kertoa. On tärkeää tuoda esiin, että vanhempi käy hoidossa ja pyrkii paranemaan. Lasta tulee rohkaista puhumaan asioistaan aina halutessaan ja lapsen ajatuksia on hyvä kysellä, jotta myös vanhempi oppii lapsen tavasta ajatella. Tärkeitä Lapset puheeksi-keskusteluissa esiin otettavia teemoja ovat myös se, että aikuisen on tärkeää tehdä lapselle selväksi, ettei lapsi ole syyppää vanhempien ongelmiin ja, että vanhempi vastaa omasta hoidostaan, eikä lapsi voi parantaa vanhempaansa. Vanhemman ärtyvyys tai mahdollinen väkivaltainen käyttäytyminen, lapsen mahdolliset pelot koskien vanhemman itsemurhaa tai vanhempien avioeroa tulee ottaa esiin. Lapsen ihmissuhteiden ja kodin ulkopuolisen elämän tärkeydestä on hyvä puhua. Vanhemmat voivat tukea lastaan harrastusten ja ystävyysuhteiden säilymisessä. Päivähoito ja koulu ovat tärkeitä tukipilareita

lapselle. Myös kodin ulkopuolisen luottohenkilön löytyminen lapsen elämään on lasta vahvistava tekijä. Luottohenkilön tulisi ymmärtää sekä lapsen että vanhemman tilannetta, eikä toimia vanhempia vastaan. (Solantaus 2006, 3-17.)

Lapset puheeksi- keskustelussa pyritään myös tarvittaessa järjestämään lisäapua perheelle. Ennaltaehkäisevistä palveluista ja hoitopaikoista annetaan tietoa, sekä kerrotaan miten niihin saa yhteyttä. Lapset puheeksi- menetelmää voidaan käyttää terveydenhuollossa avo- tai osastohoidossa perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, lisäksi myös sosiaali- ja koulutoimissa. Keskustelujen tukena voidaan käyttää opaskirjoja lapsille ja aikuisille. Lapset puheeksi- keskustelua voidaan vanhemman halusta ja tarpeesta tai työntekijän kokemasta tarpeesta, syventää keskustelusta Beardsleen- perheinterventioon tai ehdottaa perheelle perhekursseja tai vanhempien vertaisryhmiä. Jos perheen tai lasten tapaamisissa nousee esiin huolta lapsen pärjäämisestä tai sosiaalisen verkoston hataruudesta, ehdotetaan vanhemmilla Lapset puheeksi -neuvonpitoa, joka on verkostokokous. Sen tarkoituksena on aktivoida lapsen oma sosiaalinen verkosto. Jos lapsi tarvitsee välittömästi lastensuojelun tukitoimia, potilas ei pysty tilansa takia kertomaan lapsista tai vanhemmat eivät suostu puhumaan mitään lapsista, on lastensuojeluun otettava heti yhteyttä. (Solantaus, 3-17.) Lapset puheeksi- menetelmää voidaan käyttää myös lasten ollessa jo aikuisia ja isovanhemmuuden tukemisessa (Johansson & Berg 2011, 79).

## 2.6 Koulutus perhetyöhön

Työskentely perheiden kanssa vaatii muodollisen pätevyyden lisäksi yleensä lisäkoulutusta ja perehtymistä vaikeiden asioiden käsittelyyn. Työntekijöiden haaste on kehittää omia vuorovaikutustaitojaan ja ohjata perheen toimintaa positiivisesti niin, että vanhempien itseluottamus ja taidot ohjata lapsiaan vahvistuvat. Aidosti kuunteleva työntekijä tutustuu perheenjäseniin ihmisinä ja pyrkii ymmärtämään millaisia he ovat, miltä heistä tuntuu ja mitä he toivovat itselleen ja perheelleen. Kuunteleminen ja aito kiinnostus ovat edellytyksiä luottamuksellisen suhteen syntymiselle. (Törrönen & Pärnä (toim.) 2010, 83.)

Aikuispsykiatriassa pitää entistä paremmin huomioida eriasteisista mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden mahdolliset lapset. Lastensuojelulain ja terveydenhuoltolain mukaan työntekijöiden täytyy huomioida lapsen tilanne aina kun vanhemman kyvyn toimia huoltajana arvioidaan heikentyneen. THL on kehittänyt ja tutkinut Toimiva lapsi ja perhe -hankkeessa menetelmiä, joiden avulla aikuispalveluiden työntekijät pystyvät huomioimaan perheen ja erityisesti lasten tarpeet vanhemman vakavan sairauden yhteydessä. Lapsille on tarjolla mm. Omaiset mielenterveystyön tukena järjestämää aikuisjohtoista vertaistukea, Vertti -toimintaa. (Kumpulainen ym. (toim.) 2016, 435.)

Sairaanhoidopiirissä annettu koulutus on saanut alkunsa, kun kyseinen sairaanhoitoalue valikoitui vuosina 1992-1997 toteutettuun API-projektiin (Akuutin psykoosin integroitu hoito). Projektissa pyrittiin etsimään muita vaihtoehtoja psykoosin hoitoon neuroleptihoidon lisäksi. Projektin myötä perheitä alettiin ottamaan aktiivisesti mukaan hoitoon. Sairaalassa ei ollut perheterapeutteja, mutta projektiin kuului tiivis perheterapeuttien tarjoama työnohjaus. Perhetapaamisia myös videoitiin. Projektin jälkeen perheiden tapaamiset lisääntyivät, mutta huomattiin, että on myös paljon henkilökuntaa, joilla ei ollut lainkaan koulutusta perheiden kohtaamiseen. Osa henkilökuntaa opiskeli perheterapeuteiksi, ET-terapeuteiksi (erityistason psykoterapeutti) ja VET-terapeuteiksi (vaativan erityistason psykoterapeutti). Perhetyölle ja perheterapialle on ollut paljon tarvetta, myös sairaanhoitoalueen kulttuuriin kuuluu omaisten huomioiminen. Koska etenkin sairaalassa oli paljon työntekijöitä, joilla ei ollut peruskoulutuksen lisäksi perheiden kohtaamiseen valmentavaa koulutusta, päättivät perheterapeutit aloittaa työntekijöiden kouluttamisen ja ottamisen heitä työpareikseen. Aluksi koulutuksessa oli viisi eri kokonaisuutta eri teemoilla, mutta myöhemmin koulutusta muokattiin osallistujien toiveiden mukaan ja lisättiin kaksi iltapäivää/teemaa (lasten huomioiminen ja kotiin suuntautuva perhetyö). Annettu koulutus on pitänyt sisällään seitsemän eri moduulia, jotka ovat: Onnistuneen perhetapaamisen puitteiden luominen, Perhe kriisissä, perheen ja omien tunteiden kohtaaminen, Haastattelutekniikat ja kysymysten tekeminen perhetapaamisessa, Perheen psykoedukaatio, Kotiin suuntautuva perhetyö, Sukupuun käyttö perhetyössä ja Lasten huomioiminen, kun vanhempi sairastaa psyykkisesti. Koulutusta on järjestetty vuodesta 2013 ja sen on käynyt 70 henkilöä. Vuonna 2017 ei alkanut uutta ryhmää, vaan luvassa oli täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutuksen aiheita olivat kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien perheet ja perheen vuorovaikutus ja psykoedukaatio. (Puhakka 2017.)

### 3 Tutkimuksen toteuttaminen

#### 3.1 Laadullinen tutkimus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, kuinka hoitajat ovat työssään voineet hyödyntää perhetyön perusteet- koulutuksessa saatuja tietoja ja taitoja aikuispsykiatrian eri yksiköissä. Lisäksi tavoitteena oli saada ehdotuksia, kuinka koulutusta voitaisiin entisestään kehittää. Tutkimuslupa haettiin huhtikuussa 2018 ja saatiin elokuussa 2018 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HUS sairaanhoitoalueelta. Opinnäytetyössämme käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimustapaa. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan todellista elämää ja tutkimaan kohdetta kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi ym.2010, 161.) Tutkija on aineiston kerääjä ja hän tarkastelee aineistoa monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Haastateltavien joukko kerätään tarkoituksenmukaisesti ja metodi valitaan niin, että haastateltavien näkökulmat pääsevät esille. Tutkimusta tehdään joustavasti ja edetään olosuhteiden mukaan. (Hirsjärvi ym. 2010, 161-164). Tutkimuskysymykset opinnäytetyössämme ovat:

1. Kuinka olet voinut hyödyntää perhetyön perusteet - koulutuksessa saatua tietoa työssäsi?
  2. Kuinka olet voinut hyödyntää koulutuksessa saatuja menetelmiä työssäsi?
  3. Minkälaisia ehdotuksia sinulla on liittyen perhetyön koulutuksen kehittämiseen?
- Haastateltavat saivat vastata kirjallisesti kysymykseen koskien koulutuksen toteutusta ja kehittämisehdotuksia.

#### 3.2 Aineiston keruu

Tiedonkeruumenetelmänä aineistolle tässä opinnäytetyössä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua. Tällä tarkoitetaan haastattelua, jossa haastateltaville esitetään samat kysymykset ja niihin voi vastata omin sanoin. Kysymysten järjestystä ja sanamuotoa voi haastattelija vaihdella. Puolistrukturoidun haastattelun valitsimme aineiston keruumuodoksi, jotta haastateltavilla oli mahdollisuus tuoda äänensä kuuluviin. Näin voitiin kaikkia yksilöiden kokemuksia, ajatuksia ja tunteita tutkia. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47-48). Puolistrukturoitu haastattelu on lo-makehaastattelun eli strukturoidun haastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto (Hirsjärvi ym. 2010, 208-209).

Kohdejoukkona haastatteluille olivat Perhetyön perusteet- koulutukseen osallistuneet sairaanhoitopiirin aikuispsykiatristen työyksiköiden hoitohenkilökunta. Haastattelupyynnöt lähetettiin sähköpostilla eri yksiköiden osastonhoitajille, jotka välittivät kutsun yksiköidensä hoitajille. Koulutuksen saanutta henkilökuntaa työskentelee psykiatrian vuodeosastolla, aikuispsykiatrian poliklinikoilla, akuuttipsykiatrian päiväyksikössä sekä avokuntoutuspoliklinikalla. Sa-

massa yhteydessä osastonhoitajille lähetettiin opinnäytetyötiedote, jossa kävi ilmi opinnäytetyön tarkoitus, aineistonkeruumenetelmä ja opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot. (Liite 1) Lisäksi haastattelun kysymykset toimitettiin ennakkoon. (Liite 2) Ryhmähaastatteluihin oli tarkoituksena kutsua kerrallaan 3-5 henkilöä. Ryhmähaastattelun muodon valitsimme tutkimushaastatteluun, koska silloin haastateltavat ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa, kuten todellisessa työelämässäkin.

Ryhmähaastattelun avulla voidaan saada nopeasti tietoa useammalta henkilöltä. Kysymyksiin voidaan tarpeen tullen tehdä selventäviä lisäkysymyksiä. Haittana ryhmähaastattelussa saattaa olla ryhmädynamiikasta johtuvat ongelmat, kuten se, kuka puhuu ja mitä puhutaan. Joku tai jotkut henkilöt saattavat hallita keskustelua. Silloin haastattelija voi kysyä mielipiteitä muilta. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 61-63). Jotta pystyimme poissulkea mahdollisuuden, ettei joku sosiaalisen paineen vuoksi uskaltaisi ilmaista itseään, annoimme mahdollisuuden vastata myös kirjallisesti avoimeen kysymykseen.

Haastattelijoina toimivat opinnäytetyön tekijät, Lohjan Laurea AMK:n opiskelijat Heidi Langhed, Virpi Saari ja Sini Tuomi. Suostumuslomake vapaaehtoiseen haastatteluun oli laadittu etukäteen ja sen jokainen haastatteluun tuleva allekirjoitti. (Liite 3) Haastateltavat täyttivät myös esitietolomakkeen, jossa kartoitettiin hoitajien työkokemusta, hoitajien muuta perhetyöhön liittyvää koulutusta sekä Perhetyön perusteet-koulutuksesta tehtyyn sähköiseen kyselyyn osallistumista. (Liite 4) Haastattelut taltioitiin äänittämällä haastattelut. Haastattelujen järjestäminen osoittautui haastavaksi. Polikliinisten yksiköiden hoitajien oli mahdotonta päästä sovittuihin haastatteluihin työkiireiden vuoksi. Siksi osa haastateltavista vastasi kysymyksiin kirjallisesti.

Haastatteluja järjestettiin kaksi. Toiseen haastatteluun osallistui viisi psykiatrisen vuodeosaston hoitajaa, poliklinikoiden hoitajille järjestettyyn haastatteluun osallistui yksi hoitaja. Haastatteluajankohdat olivat loka- ja marraskuussa 2018. Haastattelut suoritettiin anonyymisti suojellen henkilötietoja (1999/523). Haastattelu eteni kysymyslomakkeen mukaisesti. Molempien haastattelujen pituus oli alle 45 minuuttia. Nauhoitetun haastattelun lisäksi haastateltavat vastasivat kirjallisesti kysymyksiin kehitysehdotuksista. Osa hoitajista oli käynyt koulutuksen useita vuosia aiemmin. Ennen tutkimushaastattelun aloittamista Perhetyön perusteet-koulutuksen sisällöstä keskusteltiin, jotta koulutuksen aiheet palautuivat haastateltavien mieleen. Kirjallisesti haastatteluun vastasi kaksi poliklinikoilla toimivaa hoitajaa. Haastatteluista hoitajista yksi kahdeksasta on saanut Perhetyön perusteet-koulutuksen lisäksi muuta perhetyön koulutusta. Koulutuksen järjestäjien aiemmin tekemään sähköiseen kyselyyn haastatteluista on vastannut kaksi hoitajaa. Haastatteluun osallistuneista hoitajista neljä on työskennellyt psykiatriassa viidestä kymmeneen vuotta, kaksi hoitajaa 11-20 vuotta ja kaksi hoitajaa yli 20 vuotta.

### 3.3 Aineiston analysointi

Kerätyn aineiston sisältöä analysoidaan aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä analysoidaan ja kuvataan sanallisesti erilaisia aineistoja. Sillä haetaan merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Menetelmää käytetään paljon hoitotieteen tutkimusten aineistojen analysoinnissa.

Ensimmäiseksi tallennettu aineisto litteroidaan eli haastattelunauhojen materiaali kirjoitetaan tekstiksi. Sen jälkeen tekstiä prosessoidaan eli siihen tutustutaan, sitä järjestellään ja luokitellaan. Tärkeä tieto säilytetään ja epäolennainen tieto jätetään pois eli aineistoa pelkistetään. Tämän jälkeen tietoa ryhmitellään teoreettisten käsitteiden eli yksittäisten sanojen avulla. Jokaiselle ryhmälle annetaan oma kattokäsite; teema. Teema voi olla kuvaava lause. Saatujen tulosten perusteella pyritään ymmärtämään merkityskokonaisuuksia. (Polit & Hungler, 209-210). (Vilkkä, 2005, 139-142). (Kankkunen ym., 2009, 133-134).

Tässä opinnäytetyössä haastattelut kirjoitettiin auki sana sanalta peruslitterointia käyttäen, jonka jälkeen haastattelujen sisältöön perehdyttiin huolellisesti. Litteroidusta materiaalista etsittiin pelkistetyt ilmaukset ja ne alleviivattiin. Kirjalliset vastaukset otettiin mukaan luokitteluun. Pelkistetyt ilmaukset listattiin ja ryhmiteltiin omiin luokkiinsa. Luokittelussa nimeämisessä käytettiin Perhetyön perusteet-koulutuksen sisältöä. Jokainen luokka nimettiin yläkäsitteellä ja näin saatiin pohdinnan kautta pääkategorioiksi koulutuksen hyödynnettävyydessä puitteiden huomioiminen, menetelmien käyttäminen sekä potilaan ja läheisen kohtaaminen. Osa haastattelun sisällöstä sopi useampaan kuin yhteen luokkaan. Kehitysehdotukset koottiin omaksi luokakseen. (Liite 5)

## 4 Tulokset

### 4.1 Koulutuksen hyödynnettävyys

Perhetyön perusteet-koulutusta järjestetään edelleen hoitohenkilökunnalle ja tällä hetkellä se pitää sisällään yhdeksän moduulia. Koulutuksen myötä perheitä on huomioitu aktiivisemmin omassa työssä.

Tapaan perheitä/pareja/omaisia aktiivisemmin.

Haastatteluissa nousi esille tiedon jakaminen psykoedukaation sekä tietoa keräävien haastattelujen avulla.

Et saatais annettua perheenjäsenille sitä tietoo, vaikka sairauksista ja muista. Ja miten kysytään, et mitä me halutaan läheisiltä tietää tän potilaan sairauden arviointiin liittyviä asioita.

Osa haastatelluista koki huomioivansa paremmin perhetapaamisten puitteita.

Puitteet pitää olla sellaset, et nenäliinoi pitää varata. Ja missä istuu, turvallisuuden takia. Paloniemessä ne puitteet oli aika huonot. Tila oli aika ahdas ja istuintiloja oli aika vähän. Siin ne puitteet ei onnistunut aina. Tääl on ehkä parempi, ku on enemmän tilaa.

Menetelmistä sukupuoli oli jäänyt hyvin mieleen, mutta sen hyödyntäminen oli vähäistä. Elämänkaarta haastatellut olivat käyttäneet työkaluna enemmän.

Perhetyön koulutuksesta parhaiten mieleen on jäänyt sukuun käyttäminen. Jota mä aattelin, et olis hyvä käyttää. Se oli kuitenkin monimutkainen ja aikaavievä. Enemmän oon hoitotyössä tehny aikajanaa; elämänkaarta.

Tärkeänä koettiin koulutuksessa saatu tieto siitä, kuinka kohdata ja huomioida potilas ja läheinen. Läheisten huomioiminen tulee esiin myös kotikäynneillä.

Kun lääkäreitä ei oo niin silloin me ollaan siinä se hoitava taho, joka on kontaktissa omaisiin enemmän. Melkein päivittäin.

Oon voinu hyödyntää, miten perhettä otetaan huomioon. Tulee mieleen erityisesti, miten asiat esittää eri-ikäisille lapsille. Koulutuksesta on ollut apua, että osaa ottaa huomioon läheisen näkökulman. Läheinen ei välttämättä ymmärrä potilaan sairautta, oireita tai käytöstä ja hänelle täytyy antaa tukea ja jaksamista.

Siel kotikäynnillä nähdään miten potilaan sairaus ja oireet näkyy arjessa. Siel saattaa olla joku läheinen kotona. Koulutuksen myötä on jäänyt mieleen, mitä asioita kotikäynnillä pitää huomioida.

Osastolla työskentelevät pystyivät hyödyntämään koulutuksessa opittuja asioita hyvin vähän. Osan mielestä perhetapaamisia järjestetään harvoin osastolla ja menetelmien käyttäminen on vaativaa ja aikaavievää. Lisäksi potilaiden kunto voi olla huono.

Ja täällä osastolla se on pikkusen hankalaa kun potilaiden kunto vähän vaihtelee.

Meillähän sit perhetapaamisia on useimmiten ehkä kerta tai kaks. Joillakuilla saattaa olla tällöinen jatkuva, että perhettä tavataan useamman kerran. Jos osaa vaikka käyttää enemmän näitä menetelmiä esimerkiksi tää sukupuoli, joka on tosiaan aikaavievä ja vaativaa sen tekeminen.

Haastattelussa tuli esiin, että perhetapaamisiin ei tule valmistauduttua etukäteen.

Jotenki ei sitä vaan tuu etukäteen valmistauduttua niin hyvin kuin pitäis tällöisiin perhetapaamisiin. Et se menee melkeen sillä omalla persoonalla.

Hyödynnettävyyden kokemukseen vaikutti se, ettei päivittäisessä työssä potilaalle ja läheisille annettavaa tukea ja perheen huomioon ottamista mielletty yhtä selvästi perhetyöksi kuin varsinaisia perhetapaamisia. Perhetapaamisissa koettiin lääkärin tai psykologin olleen päävastuussa.

Vaikka se on siinä mielessä perhetyötä, mutta se ei oo niinkään terapeutista perhetyötä. Et sit se on se tiedon antaminen niille vanhemmille että mistä löytää apua ja millä tavalla käydään lasten kanssa sitä asiaa läpi.

Koulutuksessa on paljon samoja elementtejä mitä muutenki työssä tekee niis kohtaamis ja yksilön sekä perheenkin huomioimisessa. Toki nää lapset puheeks, että aika harvoin on itellä ollu edessä tilanne, et on ollu lapset mukana tapaamisessa.

Ne perhetapaamiset missä mä oon ollu mukana niin ne on ollu melko lailla pääsääntöisesti lääkärin tai psykologin vetämiä. Et ei oo ollu sellasta mitä ois itse vetänyt.

Varsinaisesti en oo tehny sellasta, suunniteltuja perhetapaamisia, että ne on enemmänkin ollu meidän työssä osallistumista lääkärintapaamiseen mis on perheenjäseniä mukana.

#### 4.2 Koulutuksen kehittäminen

Koulutuksen sisältöön oltiin tyytyväisiä. Koettiin, että omat näkemykset perhetyöstä olivat laajentuneet.

Koulutus lisää rohkeutta ottaa perhe mukaan iästä riippumatta. Koulutus myös laajentaa omia näkemyksiä perhetyöstä.

Jotkut kokivat, että vuorovaikutustaitojen harjoittelu näyttelemällä oli epämiellyttävää.

Se oli kamalaa. Ei roolileikkejä vaan konkreettisia esimerkkejä.

Koulutuksen ajankohtaa toivottiin aamupäiväksi, sillä iltapäivisin olo tuntui väsyneeltä ja keskittyminen oli vaikeaa.

Ajankohta: Ei iltapäivällä.

Koulutuksesta kaivattiin kirjallista materiaalia, jotta koulutuksen sisältöä voisi kerrata. Lisäksi koulutukseen toivottiin sisältöä osastohoidossa olevan potilaan perhetapaamiseen lyhyen hoitojakson puitteissa.

Koulutusmateriaalien saaminen osastolle esimerkiksi perhetyön kansioon. Koulutuksessa voisi olla sisältöä, joka sopisi hyvin osastohoidossa olevan potilaan perhetapaamiseen. ”Lyhyt hoito.”

Myös kertausta tai jonkinlaista tapaamista myöhemmin koulutuksen jälkeen toivottiin.

Jonkinlainen ”tapaaminen” vuoden päästä koulutuksesta eli miten näkyy omassa työssä ja onko jotain jäänyt epäselväksi/pohdittamaan.

Hoitajille nimettiin koulutuksen yhteydessä tutor; kokeneempi työntekijä. Koettiin, että ohjaus olisi tarpeellista koulutuksen hyödyntämisessä. Myöskään työpari toiminnasta ei löytynyt haastatteluissa kokemusta.



Ja sit meillehän nimettiin tällanen perhetyön tutor, joku kokeneempi työntekijä, mut mul ei oo kokemusta siitä, et ois ollu sellasia tilanteita, et me ois tehty yhteistyötä.

Ite en oo semmosessa työyksikössä missä ois tullu eteen tilanteita et ois lähetty niinku työparina jotain perhetyötä tekemään.

## 5 Pohdinta

### 5.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen teossa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä tarkoittaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten arvioinnissa, talentamisessa ja esittämisessä. Haastattelutilanteen tulee olla haastateltavia kunnioittava. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida tarkasti ja yksityiskohtaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 23-27).

Opinnäytetyössämme tiedonkeruumenetelmänä oli haastattelu. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastateltaville annettiin myös mahdollisuus kirjoittaa paperille sellaisia ajatuksia, joita ei kenties halunnut ryhmässä ääneen sanoa. Haastattelujen olosuhteet olivat hyvät. Haastattelutilat olivat tarpeeksi tilavat ja haastattelutilanne oli rauhallinen ja häiriötön. Haastateltavat olivat saaneet haastattelukysymykset etukäteen. Koulutusmateriaalia oli haastattelussa mukana ja koulutuksen teemoja käytiin yhteisesti läpi muistin virkistämiseksi. Haastattelija kysyi tutkimuskysymykset ja haastateltavat saivat vastata haluamiinsa kysymyksiin vapaasti, omaan tahtiinsa. Haastatteluihin oli varattu riittävästi aikaa ja osallistujilla oli aikaa pohtia vastauksiaan. Haastattelumateriaali oli vain opinnäytetyön tekijöiden käytettävissä ja se hävitettiin haastateltavien tietosuojaa ja yksityisyyttä varjellen.

Tutkimuksen validiutta eli luotettavuutta voidaan arvioida erilaisilla mittaus- ja tutkimustavoilla. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa tulosten toistettavuutta eli tutkimuksen tulos on sama eri arvioijasta tai tutkimuskerrasta riippumatta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta ei voida mitata samoin kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa, joten tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta on tärkeää. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston tuottamisen olosuhteet, paikat, käytetty aika ja mahdolliset häiriötekijät kerrotaan tarkasti. Tutkijan omien tulkintojen perusteet tulee selventää ja ottaa huomioon virhetulkintojen mahdollisuus (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 231-233).

Tutkimuksessa käytetyt kysymykset mietittiin ja testattiin etukäteen. Näin pyrittiin varmistamaan, että kysymykset ovat ymmärrettävät ja tuottavat haastattelijoille tarvittavan tiedon. Haastatteluja oli tekemässä kaksi henkilöä, mikä oli mielestämme hyvä luotettavuuden kannalta. Tällöin oli mahdollista havainnoida haastattelutilannetta eri näkökulmista. Tutkimuksessa haastateltavien osallistujamäärä jäi odotettua pienemmäksi. Lasten- ja nuorten psykiatrian siirryttyä toiseen organisaatioon, jäi näiden työntekijöiden haastattelut tutkimusluvan ulkopuolelle. Aikuispsykiatrian puolelta haastatteluihin osallistumiseen vaikutti aikataulujen yhteensovittamisen vaikeudet.

## 5.2 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulosten perusteella saimme vaikutelman, että perhetapaamisia oli aikuispsykiatrian puolella toteutettu käytännön työssä melko vähän. Perhetyön perusteet- koulutus aloitettiin, jotta hoitohenkilökunnalla olisi paremmat valmiudet kohdata perheitä eikä perheiden tapaa- minen tuntuisi vaikealta. Koulutuksen käyneitä oli alun perin tarkoitus olla perheterapeuttien työpareina, jotta perheterapian suureen tarpeeseen pystyttäisiin vastaamaan. Työparityös- kentely olisi auttanut ylläpitämään koulutuksen käyneiden taitoja. Jatkossa voisi tutkia, mi- ten työpari- työskentelyä voitaisiin paremmin toteuttaa. Myös potilaiden ja omaisten koke- muksia perhetyön toteutumisesta kannattaisi selvittää.

## Lähteet

## Painetut

Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) 2009. Kuuntele minua -mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M., Virta, M. 2014. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Publishing.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4 painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Hirsjärvi, S. & Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna : Karisto.

Holmberg J., Hirschovits T., Kylmänen P., & Agge E. (toim.) 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Helsinki: Edita Publishing.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C., Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Järvinen, R., Lankinen A., Taajamo T., Veistilä M. & Virolainen A. 2012. Perheen parhaaksi, perhetyön arkea. 2., uudistettu painos. Porvoo: Edita publishing.

Johansson, M. & Berg, L. 2011. Opastava yhteistyö perheiden kanssa. Helsinki: Profami.

Kivinummi, J., Alatupa, S. 2016. Kun ei suju. Selviytymisopas haastaviin asiakastilanteisiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Wsoypro

Koskisu J. & Kulola T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita Publishing.

Kuhanen, C. Oittinen, P. Kanerva, A. Seuri, T. Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. 3 painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kumpulainen, K. Aronen, E. Ebeling, H. Laukkanen, E. Marttunen, M. Puura, K & Sourander A. (toim.) 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim.

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

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) 2017. Psykiatria. 12., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanomapro

Polit, D. & Hungler, B. 1999. Nursing research, principles and methods. Sixth edition. U.S. Philadelphia : Lippincot.

Punkanen, P. 2001. Mielenterveystyö ammattina. 2.-4. painos. Tampere: Tammi.

Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen (toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

- Rönkkö, L. & Rytönen, T. 2010. Monisäikeinen perhetyö. Helsinki: WSOYPro.
- Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita Publishing.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Törrönen, M. & Pärnä, K. (toim.) 2010. Voimaannuttavat suhteet perhekuntoutuksessa. Paimio: Mannerheimin lastensuojeluliiton lasten ja nuorten kuntoutussäätiö.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu : Tammi.
- Åstedt-Kurki, P. Jussila, A-L. Koponen, L. Lehto, P. Maijala, H. Paavilainen, R. Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

#### Sähköiset

Depressio. Käypä hoito -suositus. Duodecim. 2016. Viitattu 5.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023>

Epävakaata persoonallisuutta. Käypä hoito -suositus. Duodecim. 2015. Viitattu 5.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50064>

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. Viitattu 26.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=erikoissairaanhoitolaki>

<https://www.hus.fi/https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/raaseporin-sairaala/osastot-ja-muut-hoitoyksikot/psykiatriset-osastot/Sivut/default.aspx>

<https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohjan-sairaala/osastot/Sivut/Psykiatrian-vuodeosasto.aspx>

<https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohjan-sairaala/poliklinikat/Sivut/Lohjan-psykiatrian-poliklinikat.aspx>

Huttunen, M. 2016. Skitsofrenia. Duodecim. Viitattu 26.4.2017. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00148](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148)

Lastensuojelulaki 417/2007. Viitattu 26.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=lastensuojelulaki>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 26.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus. Duodecim. 2013. Viitattu 5.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50076>

Käypä hoito. Viitattu 5.3.2017. [http://www.kaypahoito.fi/web/kh/haku?p\\_p\\_id=KH2014Haku\\_WAR\\_KH2014Hakuportlet&p\\_p\\_lifecycle=1&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&\\_KH2014Haku\\_WAR\\_KH2014Hakuportlet\\_mvc-Path=%2Fjsp%2Fview.jsp](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/haku?p_p_id=KH2014Haku_WAR_KH2014Hakuportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_KH2014Haku_WAR_KH2014Hakuportlet_mvc-Path=%2Fjsp%2Fview.jsp)

Mielenterveyslaki 1116/1990. Viitattu 26.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveystalo.fi. Viitattu 5.3.2017. <https://www.mielenterveystalo.fi/Pages/default.aspx>

[Lohja.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut-2/erityis-terveydenhuolto/psykiatriset-sairaanhoitajat/](https://www.lohja.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut-2/erityis-terveydenhuolto/psykiatriset-sairaanhoitajat/)

Puhakka, M. Psykologi. Hus. Sähköposti 21.2.2017.

Preventive child-focused family work: development of instrument in adult psychiatry. 2009. Korhonen T; Vehviläinen-Julkunen K; Pietilä A; Kattainen E. Viitattu 10.5.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19824974>

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 2014. Viitattu 5.3.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Duodecim. 2015. Viitattu 5.4.2019. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=hoi35050>

Solantaus, T. 2006. Vanhemman masennus ja lapset. Puhumattomat paikat. Puheenvuoroja perheestä. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. 2006. Viitattu 8.4.2017. [http://www.sosiaalikallega.fi/poske/julkaisut/julkaisusarja/Julkaistu\\_22.pdf](http://www.sosiaalikallega.fi/poske/julkaisut/julkaisusarja/Julkaistu_22.pdf)

Solantaus, T. Lapset puheeksi manuaali ja lokikirja. THL. Viitattu 11.4.2017. [http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials\\_files/lapset\\_puheeksi\\_-\\_kestelu\\_-\\_manuaali\\_ja\\_lokikirja\\_kun\\_vanhemmalla\\_on\\_mielenterveyden\\_ongelmia.pdf](http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/lapset_puheeksi_-_kestelu_-_manuaali_ja_lokikirja_kun_vanhemmalla_on_mielenterveyden_ongelmia.pdf)

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 6. Liite 1: Tiedote.....             | 40 |
| 7. Liite 2: Kysymykset .....         | 41 |
| 8. Liite 3: Suostumuslomake .....    | 42 |
| 9. Liite 4: Esitietolomake .....     | 43 |
| 10. Liite 5: Sisällön analyysi ..... | 44 |

Liite 1: Tiedote



Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Lohjan Laureasta ja teemme opinnäytetyötä Hus Psykiatria-an hoitohenkilökunnan saamasta Perhetyön perusteet - koulutuksesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on haastatteluiden avulla kerätä tietoa koulutuksen hyödynnettävyydestä omassa työssä sekä kartoittaa kehittämisehdotuksia. Haastattelut teemme syksyn 2018 aikana ja ne toteutetaan ryhmähaastatteluina. Haastattelutilanteet nauhoitetaan ja saatua aineistoa käytetään vain tässä opinnäytetyössä. Haastattelun tulokset esitetään opinnäytetyössä anonyymisti.

Tarvittaessa lisätietoja haastatteluihin liittyen voi tiedustella:

Sini Tuomi [sini.tuomi@student.laurea.fi](mailto:sini.tuomi@student.laurea.fi)

Virpi Saari [virpi.saari@student.laurea.fi](mailto:virpi.saari@student.laurea.fi)

Heidi Langhed [heidi.langhed@student.laurea.fi](mailto:heidi.langhed@student.laurea.fi)



Liite 2: Kysymykset



1. Kuinka olet voinut hyödyntää Perhetyön perusteet -koulutuksesta saatua tietoa työssäsi?
2. Kuinka olet voinut hyödyntää koulutuksessa opittuja menetelmiä työssäsi?
3. Minkälaisia ehdotuksia sinulla on koulutuksen kehittämiseen liittyen?

## Liite 3: Suostumuslomake



## Suostumus haastatteluun

Suostun vapaaehtoiseen opinnäytetyöhön kuuluvaan haastatteluun. Hus Psykiatriaan tehtävän opinnäytetyön aiheena on henkilökunnalle järjestetyn Perhetyön perusteet- koulutuksen hyödynnettävyys kliinisessä työssä sekä koulutuksen mahdolliset kehityskohdet.

Haastattelut suoritetaan ryhmähaastatteluina syksyllä 2018. Haastattelutilanteet nauhoitetaan ja saatua aineistoa käytetään vain tässä opinnäytetyössä. Haastattelun tulokset esitetään opinnäytetyössä anonymisti.

Opinnäytetyön tekijöinä toimivat Lohjan Laurean sairaanhoitaja-opiskelijat

Sini Tuomi, Virpi Saari ja Heidi Langhed

## Suostumuksen antaja:

Paikka ja päivämäärä    Nimikirjoitus    Nimen selvennys

Tarvittaessa lisätietoja haastatteluihin liittyen voi tiedustella:

Sini Tuomi [sini.tuomi@student.laurea.fi](mailto:sini.tuomi@student.laurea.fi)

Virpi Saari [virpi.saari@student.laurea.fi](mailto:virpi.saari@student.laurea.fi)

Heidi Langhed [heidi.langhed@student.laurea.fi](mailto:heidi.langhed@student.laurea.fi)

Liite 4: Esitietolomake



Kuinka kauan olet tehnyt psykiatrasta hoitotyötä?

Oletko saanut muuta perhetyön koulutusta?

Oletko vastannut sähköiseen kyselyyn Perhetyön perusteet -koulutukseen liittyen?

## Liite 5: Sisällön analyysi

| Alkuperäisilmaukset   | Pelkistetty ilmaus                                   | Alaluokka         | Yläluokka                                   | Pääloukka                |
|---|--|-------------------|---|--------------------------|
| Puitteet pitää olla sellaset et nenäliinot pitää varata.  | Nenäliinotjen varaus.                                | Perhetapaaminen.  | Tunteiden huomioiminen tapaamisissa.        | Puitteiden huomioiminen. |
| Sit et viilentää huoneen.   | Huoneen lämpötila.                                   | Perhetapaaminen.  | Tilan mukavuuden huomioiminen tapaamisissa. | Puitteiden huomioiminen. |
| Ja missä istuu, just sen turvallisuuden takia.  | Istumapaikat turvallisuuden näkökulmasta.            | Perhetapaaminen.  | Turvallisuuden huomioiminen tapaamisissa.   | Puitteiden huomioiminen. |
| Ihan sellasii konkreettisi asioita tilan ja paikan ja muiden asioiden suhteen.  | Perhetapaamiseen käytettävä tila ja paikka.          | Perhetapaaminen.  | Tilan mukavuuden huomioiminen tapaamisissa. | Puitteiden huomioiminen. |
| Ja olihan siin kans se että ketä siin on sitte paikan päällä, et onks kaks hoitajaa vai yks hoitaja ja psykologi esimerkiks.  | Tapaamisesta vastuussa oleva henkilökunta.           | Perhetapaaminen.  | Tapaamisen kokoonpano.                      | Puitteiden huomioiminen. |
| Sit ne painotti sitä, et ei tarvii aina vetäjänä olla psykologi vaan hoitajakin voi olla.   | Tapaamisesta vastuussa oleva henkilökunta.           | Perhetapaaminen.  | Tapaamisen kokoonpano.                      | Puitteiden huomioiminen. |
| Paloniemessähän ne puitteet oli aika huonot. Perhetapaamisia pidettiin lääkärin huoneessa jos oli aika ahdasta ja istuintiloja vähän. Tääl on parempi kun on enemmän tilaa. | Aiemmin tilat ahtaammat perhetapaamisten pitämiseen. | Perhetapaaminen.  | Tilan mukavuuden huomioiminen.              | Puitteiden huomioiminen. |
| Näissä tapaamisissa kuitenkin käydään aina läpitte työntekijän näkemys asiaan, potilaan voitiin ja hoitoon liittyvät asiat.   | Työntekijän näkemys potilaan voitiin ja hoidosta.    | Tiedon antaminen. | Psykoedukatio.                              | Menetelmien käyttäminen. |

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| Lääkäri on ollut kuitenkin se mikä vetää(perhetapaamisia). Enemmän me ollaan silloin vetäjinä kun omaiset käy täällä ilta-aikaan ja viikonloppuina.   | Viikonloppuisin ja iltaisin hoitaja vastuussa perhetapaamisista.               |   | Potilaan perheen huomioiminen.  | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                                 |
| Ite en oo ollut sellassa yksikössä missä eteen ois tullu tilanteita et ois lähetty vaikka työparina jotain perhetyötä tekemään.   | Ei ollut mukana työpari työskentelyssä.  |   | Työparityökentely.  | Kehittäminen.   |
| Ja muuten osastolla viikonloppuisin kun ei oo lääkäreitä niin me ollaan se hoitava taho, joka on kontaktissa heihin(omaiset) enemmän.   | Viikonloppuisin ja iltaisin hoitaja vastuussa omaisten kohtaamisesta.          | Yhteydenpito potilaan läheisten kanssa. | Potilaan perheen huomioiminen.  | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                                 |
| En oo tehnyt sellaisia suunniteltuja perhetapaamisia, et ne on ollut enemmän osallistumista lääkärintapaamiseen mis on perheenjäseniä mukana. Joskus yksittäisiä yksilökäyntejä mis on parina tavattu vaikka pariskuntaa. | Perheenjäseniä mukana lääkärintapaamisessa. Joskus yksittäisiä paritapaamisia. | Perhetapaaminen.                        | Tapaamisen kokoonpano.  | Puitteiden huomioiminen.<br><br>Potilaan ja läheisen kohtaaminen. |
| Enemmänkin tämmösiä tietoa kerääviä perhetapaamisia.  | Tietoa keräävä perhetapaaminen.  | Tiedonkeruu.                            | Avoimet kysymykset. Motivoiva haastattelu.  | Menetelmien käyttäminen.  |
| Tämmönen kun sanotaan psykoedukatiivinen ja tietoa keräävä tapaaminen.  | Psykoedukaatio ja tiedonkeruu tapaamisessa.                                    | Tiedonkeruu ja tiedon antaminen.        | Psykoedukaatio. Avoimet kysymykset. Motivoiva haastattelu. Haastattelutekniikat ja kysymysten teko perhetapaamisessa. | Menetelmien käyttäminen.  |

|  |   |                                |                      |                          |
|--|---|--------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Mikä mul on jäänyt siitä perhetyön koulutuksesta mieleen on ehkä parhaiten tän sukupuun käyttäminen.   | Sukupuun käyttäminen hoitotyössä.   | Potilaan taustat. Tiedonkeruu. | Sukupu.              | Menetelmien käyttäminen. |
| Jota(sukupu.) mä sillon aattelin, että se ois hyvä, mutta se olikin aika monimutkainen ja aikaavievä.  | Sukupu monimutkainen ja aikaavievä.   |                                | Sukupu.              | Menetelmien käyttäminen. |
| Sukupuuta en piirrä, mutta kartoitan haastattelussa laajemmin kuin aikaisemmin.  | Suvun ja perheen kartoittaminen.  | Tiedonkeruu.                   | Haastattelu.         | Menetelmien käyttäminen. |
| Toinen mitä oon enemmän tehny tässä hoitotyössä on sit se aikajana, siis elämäkaari.   | Elämäkaaren teko.   | Potilaan taustat. Tiedonkeruu. | Elämäkaari.          | Menetelmien käyttäminen. |
| Sitä(elämäkaari) voi käyttää työkaluna perhetapaamisessa.  | Elämäkaari työkaluna.   | Potilaan taustat. Tiedonkeruu. | Elämäkaari.          | Menetelmien käyttäminen. |
| Meillähän sit perhetapaamisia on useimmiten ehkä kerta tai kaks.   | Yksittäisiä perhetapaamisia.  | Perhetapaaminen.               | Tapaamisten määrä.   | Puitteiden huomioiminen. |
| Menetelmistä tulee käytettyä yksilötyössä sitä elämäkaaren tekoa.  | Elämäkaari yksilötyössä.  | Potilaan taustat. Tiedonkeruu. | Elämäkaari.          | Puitteiden huomioiminen. |
| Muistaakseni josain koulutuksessa piti näyttellä näitä perheenjäseniä. Se oli kamalaa.   | Näyttelemisen käyttäminen opetuksessa epämiellyttävää.                          | Simulaatio.                    | Koulutuksen sisältö. | Kehittäminen.            |
| Jotenki ei sitä vaan tuu etukäteen valmistauduttua niin hyvin kuin pitäis tämmösiin perhetapaamisiin. Se menee melkein sillä omalla persoonalla. | Vähäinen valmistautuminen perhetapaamisiin. Oman persoonan käyttö työvälineenä. | Perhetapaaminen.               | Valmistautuminen.    | Puitteiden huomioiminen. |
| Potilaiden kans tai perhetapaamisesta ei tiedä etukäteen koskaan mitä siellä tulee tapahtumaan vaan sun pitää                                    | Perhetapaamisten kulku ei ole ennakoitavissa.                                   | Perhetapaaminen.               | Läsnä tilanteessa.   | Puitteiden huomioiminen. |

|  |   |                                    |   |   |
|--|---|------------------------------------|---|---|
| elää ja olla siin hommassa antenit pystyssä koko ajan.   |   |                                    |   |   |
| Voisin ajatella, että näistä opituista taidoista, erilaisista menetelmistä on hyötyä enemmän silloin jos tällaisia perhetapaamisia sovi-taan tietylle jak-solle tietty määrä ja ne on säännöllisesti.                                    | Menetelmien hyöty säännöllisissä perhetapaamisissa.   | Perhetapaaminen.                   | Tapaamisten määrä.  | Puitteiden huomioiminen.  |
| Meidän perhetapaamiset on useimmiten sitä, että me kutsutaan tänne se perhe ja käsitellään esimerkiksi sairaalantuloon johtaneita syitä, edeltävää aikaa, miten osastolla on mennyt ja vähän näitä lääkityksestä ja hoidosta yleensäkin. | Potilaan vointi ennen sairaalaantuloa ja sairaalassa. | Tiedonkeruu ja antaminen.          | Psykoedukatio. Avoimet kysymykset. Haastattelutekniikat ja kysymysten teko perhetapaamisessa. Läheisen näkemys. | Menetelmien käyttäminen.<br><br>Potilaan ja läheisen kohtaaminen. |
| Se on siinä mielessä perhetyötä, mutta se ei oo niinkään terapeutista perhetyötä vaan ennemminkin tätä tiedon saamista ja antamista.   | Tiedon saaminen ja antaminen perhetyötä.              | Tiedonkeruu ja antaminen.          | Psykoedukatio. Avoimet kysymykset. Haastattelutekniikat ja kysymysten teko perhetapaamisessa. Läheisen näkemys. | Menetelmien käyttäminen.<br><br>Potilaan ja läheisen kohtaaminen. |
| Miten oon voinu hyödyntää ni toki tämmöstä huomioimista ja miten perhettä otetaan huomioon.  | Potilaan ja perheen huomioiminen.                     |                                    | Perhe kriisissä. Perheen tunteiden kohtaaminen.   | Menetelmien käyttäminen.<br><br>Potilaan ja läheisen kohtaaminen. |
| Ja minkälaisia ne tapaamiset et saatais annettua myös perheenjäsenille tietoo sairauksista.  | Tietoa perheenjäsenille sairauksista.                 | Tiedon antaminen perheenjäsenille. | Psykoedukatio.  | Menetelmien käyttäminen.<br><br>Potilaan ja läheisen kohtaaminen. |

|  |   |                                |   |   |
|--|---|--------------------------------|---|---|
| Sit toki miten kysytään niitä mitä me halutaan läheisiltä tietää tän potilaan hoitoon tai sairauteen ja sen arviointiin liittyviä asioita.       | Tietoa potilaan läheisiltä.                       | Tiedonkeruu.                   | Haastattelu-tekniikat ja kysymysten teko perhepaamisessa. Läheisen näkemys. | Menetelmien käyttäminen.<br>Potilaan ja läheisen kohtaaminen. |
| Tapaan perheitä/pareja/omaisia aktiivisemmin.  | Aktiivinen läheisten tapaaminen.                  | Koulutus.                      | Koulutuksen hyödyt.   | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                             |
| Koulutus lisää rohkeutta ottaa perhe mukaan iästä riippumatta.   | Rohkeutta perhetyöhön.                            | Koulutus.                      | Koulutuksen hyödyt.   | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                             |
| Koulutus laajentaa omia näkemyksiä perhetyöstä.  | Laajentunut näkemys perhetyöstä.                  | Koulutus.                      | Koulutuksen hyödyt.   | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                             |
| Koulutuksessa oli siitä kotikäynti asiasta. Sellaisia huomioita myös, et kun lähetään tekemään kotikäyntiä.                                      | Huomioita kotikäyntiä varten.                     |                                | Kotikäynti.   | Menetelmien käyttäminen.                                      |
| Kotikäyntejä mis oon ollu mukana, just tällasia tietoja työkyvyn arviointiin. Halutaan nähdä miten se potilaan sairaus tai oireet näkyy arjessa. | Potilaan oireiden ja sairauden näkyminen arjessa. | Tiedonkeruu.                   | Kotikäynti.   | Menetelmien käyttäminen.                                      |
| Sellais tilanteis(kotikäynti) on ollu myös läheiset tai perheenjäsenet paikalla. Ni miten yleensäkin kotikäynnillä mitä asioita pitää huomioida. | Huomioita kotikäyntiä varten.                     | Perheen huomioiminen.          | Kotikäynti. Perhe kriisissä. Perheen tunteiden kohtaaminen.                 | Menetelmien käyttäminen. Potilaan ja läheisen kohtaaminen.    |
| Toi sukupuoli sielt nousi. Muutaman kerran hahmotelin sitä koulutuksen jälkeen, mut ei oo jäänyt tässä työssä elämään.                           | Sukupuun käyttö työssä jäänyt.                    | Potilaan taustat. Tiedonkeruu. | Sukupuun.   | Menetelmien käyttäminen.                                      |



|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| Meijän perheen kanssa tekemä työ on yksittäisiä tiedonkeruita, niin ei tuu tehtyyn tarkkaa sukupuuta.  | Ei tarkkaa sukupuuta tiedonkeruun menetelmänä.                 | Perhetapaaminen.<br>Tiedonkeruu.<br>Potilaan taustat. | Tapaamisten määrä.<br>Sukupuuta.                       | Puitteiden huomioiminen.<br>Menetelmien käyttäminen.          |
| Sitten annetaan sitä tietoa sille potilaalle ja toiselle vanhemmalle. Meil on ollu hyviä esitteitä mitä on annettu, että millä tavalla lapsen kanssa käydään asioita läpitte kun toinen vanhempi sairastaa.  | Potilaalle ja toiselle vanhemmalle annettava tieto.            | Perheen huomioiminen.<br>Esitteet.                    | Lasten huomioiminen.                                   | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                             |
| Sittehän tarvittaessa neuvola tai kouluterveydenhuolto tai mikä tahansa muu taho tulee siihen tietysti mukaan.   | Verkoston luominen lapselle.                                   | Perheen huomioiminen.<br>Verkostot.                   | Lasten huomioiminen.                                   | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                             |
| Se tiedon antaminen lähinnä niille vanhemmille että mistä löytää apua ja millä tavalla käydään lasten kanssa sitä asiaa läpi.  | Tuen etsiminen vanhemmille ja apu tiedon antamisesta lapsille. | Perheen huomioiminen.<br>Verkostot.                   | Lasten huomioiminen.<br>Psykoedukatio.                 | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                             |
| Lasten huomioiminen → ilmoitusvelvollisuudet.  | Ilmoitusvelvollisuudet.  | Perheen huomioiminen.<br>Verkostot                    | Lasten huomioiminen.                                   | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                             |
| Tällä osastolla se on pikkusen vaikeaa kun potilaiden kunto vaihtelee. Jonkinlainen lasten suojeleminen on jollain tavalla vajavaista täällä osastolla. Potilaat on nykyään niin laidasta laitaan, osa tällaisia pitkään sairastaneita kroonikoita, jotka on aika pelottavia varmasti. | Sairastuneen vanhemman ja lapsen tapaamiset osastolla.         | Lasten suojeleminen.                                  | Lasten huomioiminen.<br>Perheen tunteiden kohtaaminen. | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.<br>Puitteiden huomioiminen. |

|  |   |                                 |   |  |
|--|---|---------------------------------|---|--|
| länmukaisesti heidän kanssaan keskustellaan ja otetaan mukaan siihen tapaamiseen. Kysytään vähän, et mitä on huomannut ja sitte annetaan mahdollisuus kertoa omista kokemuksista ja että mietityttääkö joku kovasti. | Lasten kokemusten huomioiminen.                           | Lasten kysymyksiin vastaaminen. | Lasten huomioiminen. Perheen tunteiden kohtaaminen. | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                          |
| Toki nää lapset puheeks. Aika harvoin on ollu tilanteita et on ollu lapset mukana tapaamisissa, ehkä yksittäisiä kertoja. Et miten heille asiat esittää ja mitä niissä tapaamisissa puhutaan.                        | Lapset puheeksi.  | Lapsen tarpeisiin vastaaminen.  | Lasten huomioiminen. Perheen tunteiden kohtaaminen  | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                          |
| Välillä on ihan mahdotonta perhetyötä edes tehdä jos potilas kieltää täysin kaikkiin perheenjäseniin tai läheisiin olemaan yhteydessä.   | Perhetyö vaatii potilaan luvan.                           | Potilaan itsemääräämisoikeus.   |   | Puitteiden huomioiminen. Potilaan ja läheisen kohtaaminen. |
| Meillehän nimettiin tällanen perhetyön tutor, joku kokeneempi työntekijä, mut mul ei oo kokemusta siitä, et ois ollu tilanteita et me ois tehty yhteistyötä.   | Ei kokemusta yhteistyöstä kokeneemman työntekijän kanssa. | Tutor. Yhteistyö.               | Omien tunteiden kohtaaminen?                        | Kehittäminen.  |
| Se on jääny enemmän sen muun työn sivuun se työskentely.   | Perhetyölle/yhteistyölle ei mahdollisuutta?               | Tutor. Yhteistyö.               | Työparityöskentely.                                 | Kehittäminen.  |
| Viel sitte läheisten kanssa tai perheitten kanssa voi tehdä puhelimitse ilman et potilas on paikalla, toki potilaan suostumuksella.  | Perhetyöskentelyä puhelimitse.                            |                                 | Puhelin työvälineenä.                               | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                          |

|   |   |                       |                                       |  |
|---|---|-----------------------|---------------------------------------|--|
| Joskus ihan psykoedukaatiota tulee annettua niissä puheluissa, että läheinen ei aina välttämättä ymmärrä sen potilaan sairautta tai oireita tai käytöstä.     | Psykoedukaatio puhelimitse.             | Perheen huomioiminen. | Psykoedukaatio. Puhelin työvälteenä.  | Menetelmien käyttäminen. Potilaan ja läheisen kohtaaminen. |
| Semmosta tukea ja jaksamista heillekin(läheiset) täytyy antaa.  | Läheisten tukeminen.                    | Perheen huomioiminen. | Perheen tunteiden kohtaaminen.        | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                          |
| Tästä koulutuksesta on semmosta apua ollut et osaa ottaa huomioon just sen läheisen näkökulman.   | Läheisen näkökulman huomioon ottaminen. | Perheen huomioiminen. | Perheen tunteiden kohtaaminen.        | Potilaan ja läheisen kohtaaminen.                          |
| Jonkinlainen ”tapaaminen” vuoden päästä koulutuksesta, eli miten näkyy omassa työssä ja onko jotain jäänyt epäselväksi/pohdituttamaan. Ns. ”kontrollikäynti”. | Tapaaminen koulutuksen jälkeen.         | Yhteistapaaminen.     | Tuki koulutuksen jälkeen.             | Kehittäminen.  |
| Kertausta ja kansio opintomateriaalista.  |   | Kertaus. Kansio.      | Tuki koulutuksen jälkeen. Materiaali. | Kehittäminen.  |
| Materiaali paperisena ja sähköisenä.  |   |                       | Materiaali.                           | Kehittäminen.  |
| Ei teatteriharjoituksia, ei lääkärin roolia hoitajana.  |   | Simulaatiot.          | Koulutuksen sisältö.                  | Kehittäminen.  |
| Ajankohta: ei ilta-päivällä.  |   | Ajankohta.            | Koulutuksen puitteet.                 | Kehittäminen.  |
| Parempi sisäilma ja ilmanvaihto.  |   | Paikka.               | Koulutuksen puitteet.                 | Kehittäminen.  |

|  |  |                          |                           |               |
|--|--|--------------------------|---------------------------|---------------|
| Konkreettista.   |  |                          | Koulutuksen sisältö.      | Kehittäminen. |
| Koulutusmateriaali hieman laajempaan.  |  |                          | Materiaali.               | Kehittäminen. |
| Kertaus/lyhyt viesti, mitä jäänyt mieleen kurssista 6-12 kk kurssin päättymisestä.                                   |  | Kertaus.                 | Tuki koulutuksen jälkeen. | Kehittäminen. |
| Ei roolileikkejä vaan konkreettisia esimerkkejä.   |  | Simulaatiot.             | Koulutuksen sisältö.      | Kehittäminen. |
| Koulutuksessa voisi olla sisältöä joka sopisi hyvin osastohoidossa olevan potilaan perhetaapaamiseen.” Lyhyt hoito”. |  | Perhetyö osastohoidossa. | Koulutuksen sisältö.      | Kehittäminen. |
| Itse en kokenut käytännön harjoitteita mielekkäänä.  |  | Simulaatiot.             | Koulutuksen sisältö.      | Kehittäminen. |
| Osastolle voisi koota perhetyötä koskevan info-kansion, missä aiheesta info+ tietoa.                                 |  | Perhetyön kansio.        | Materiaali.               | Kehittäminen. |

