



# **PERHEKESKEISEN HOITOTYÖN TOTEUTUMINEN PSYKIATRISSESSA SAIRAALASSA HOITAJIEN KUVAAMANA**

Laura Niiranen

Helena Salja

Opinnäytetyö

Lokakuu 2010

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

NIIRANEN, LAURA & SALJA, HELENA  
Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen psykiatrisessa sairaalassa hoitajien  
kuvaamana

Opinnäytetyö 41 s., liitteet 7 s.  
Lokakuu 2010

---

Opinnäytetyömme aiheena oli perhekeskeisyys psykiatrisessa hoitotyössä. Perhekeskeisyyttä pidetään merkittävänä osana hoitotyötä, koska perhe nähdään potilaan hoidon kannalta suurena voimavarana. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata millä tavoin hoitajat kokevat perhekeskeisyyden toteutuvan psykiatrisen sairaalan kolmella eri osastolla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa perhekeskeisen hoitotyön toteutumisesta hoitajien kuvaamana ja tätä kautta tuoda esiin mahdollisia kehittämistarpeita.

Toteutimme opinnäytetyömme kvalitatiivisella menetelmällä. Aineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla ja analysoitiin sisällönanalyysilla. Teimme yhteensä kuusi haastattelua kolmella eri osastolla. Osastoilta haastateltiin osastonhoitajaa ja yhtä sairaanhoitajaa.

Hoitajat kokivat perhekeskeisen hoitotyön määrittelyn haastavaksi. Määrittelyssä korostui moninaisuus ja potilaslähtöisyys. Perhekeskeinen hoitotyö toteutui osastoilla monin eri tavoin. Lähes yhtä merkittävänä nähtiin sekä suunniteltu että spontaani perhekeskeinen hoitotyö. Hoitajat näkivät läheisten tukemisen sekä informaation kulun hoitajien ja läheisten välillä myös osana perhekeskeisen hoitotyön toteuttamista. Hoitajat kuvasivat, että perhekeskeisen hoitotyön onnistumiseen vaikuttivat heidän oma ammattitaitonsa ja suhtautumisensa sekä osaston tarjoamat resurssit ja tuki. Läheisten sekä potilaan oma vaikutus nähtiin myös merkittävänä tekijöinä.

Saamiemme tulosten perusteella perhekeskeiseen työotteeseen kannustaminen ja sille näkyvämmän roolin antaminen osastojen toimintastruktuurissa lisäisi sen toteutumista. Myös suuremmat henkilökuntamäärät osastoilla mahdollistaisivat osaltaan perhekeskeisen hoitotyön onnistumisen.

---

Asiasanat: Perhe, perhekeskeisyys, perhehoitotyö.

## ABSTARCT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

NIIRANEN, LAURA & SALJA, HELENA

Family-oriented nursing in a psychiatric hospital as described by the nurses according to the nurses description

Bachelor's thesis 41 pages. Appendices 7 pages.  
October 2010

---

The subject of our thesis was family-oriented nursing in psychiatric nursing. Family is seen as an important factor when treating a psychiatric patient. The aim of this thesis was to describe how family-oriented nursing is implemented in the wards, as described by the nurses themselves.

The data for this thesis were collected by interviewing six nurses from three different wards. Three of the respondents were head nurses. A qualitative method was used in this study. The collected data were analyzed by means of content analysis.

According to our results the nurses found it difficult to describe the concept of family-oriented nursing. The definition emphasized diversity and patient-based nursing. Family-oriented nursing actualized in different ways on wards. Family-oriented nursing was both planned and spontaneous. Supporting the family and the patient's the closest friends was considered important, as well as the mutual sharing of information. To take into account also the family when treating the patient requires motivation for family-oriented nursing. The nurses saw that professional skills and resources provided by the ward increased motivation.

The results showed that according to the nurses it is important to get support for family-oriented care from the ward. Successful input would also require more personnel on the wards.

---

Keywords: Family, family-oriented/family-based nursing.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
2.1 Perhe .....	7
2.2 Perhekeskeisyys hoitotyössä.....	8
2.3 Perhekeskeisyys mielenterveyshoitotyössä.....	10
3 TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT .....	11
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	12
4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	12
4.2 Teemahaastattelu.....	13
4.3 Sisällönanalyysi.....	13
5 TOTEUTUS .....	15
5.1 Aineiston keruu.....	15
5.2 Aineiston analyysi.....	15
6 TULOKSET .....	17
6.1 Perhekeskeinen hoitotyö hoitajien määrittelemänä .....	17
6.2 Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen osastoilla hoitajien kokemana .....	18
6.2.1 Perhekeskeisen hoitotyön toteuttamistavat osastoilla .....	18
6.2.2 Potilaan hoidon aikana tapahtuva spontaani perhekeskeinen hoitotyö .....	20
6.2.3 Läheisten tukeminen.....	21
6.2.4 Informaation saanti ja jakaminen.....	22
6.3 Perhekeskeiseen hoitotyöhön vaikuttavat tekijät hoitajien kokemana .....	23
6.3.1 Ammattitaito.....	23
6.3.2 Osaston resurssit.....	24
6.3.3 Osaston käsitys perhekeskeisen hoitotyön merkityksestä .....	26
6.3.4 Läheisten vaikutus perhekeskeisen hoitotyön onnistumiselle .....	27
6.3.5 Potilaan oma vaikutus perhekeskeisen hoitotyön onnistumiselle.....	29
6.3.6 Hoitajien suhtautuminen perhekeskeiseen hoitotyöhön.....	30
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	31
7.1 Eettisyys.....	31
7.2 Luotettavuus.....	32
7.3 Tulosten tarkastelu .....	33
7.3.1 Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen hoitajien kuvaamana .....	33
7.3.2 Perhekeskeiseen hoitotyöhön vaikuttavat tekijät hoitajien kuvaamana .....	35
7.4 Kehittämisehdotukset .....	37
LÄHTEET .....	38
LIITTEET .....	42

## 1 JOHDANTO

Perhekeskeisyyttä pidetään nykyään hoitotyössä selkeänä periaatteena. Perhekeskeisyydellä tarkoitetaan potilaan huomioimista paitsi yksilönä myös osana hänen perhettään, sukuaan, työyhteisöään ja muuta lähipiiriään. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009, 19.) Perheen osallistumiseen potilaan hoitoon kannattaa panostaa useista eri syistä. Kun yksi perheen jäsen sairastuu, sillä on yleensä vaikutusta myös perheen muihin jäseniin sekä koko perheen hyvinvointiin. Potilaan perhettä kuuntelemalla voidaan potilaan tilanteesta saada näin ollen laajempi kuva. (Pitkänen, Laijärvi, Åsted-Kurki & Pukuri 2002, 224.)

Perhe on potilaan kannalta erittäin suuri voimavara, jota tulisi hyödyntää hoidossa. Sitä tutkimalla voidaan myös kartoittaa potilaan tilanteeseen liittyviä riskitekijöitä ja toisaalta myös suojaavia tekijöitä. Perheen osoittama tuki sekä mielenkiinto lisäävät potilaan hyvää oloa sekä edistävät parantumista. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 14-15.) Läheisen ihmisen psyykinen sairastuminen onkin vaikeimpia asioita, joita perhe voi joutua kohtaamaan. Mielenterveysongelma ja sen seuraukset näkyvät arjessa, perheen toimintakyvyssä ja perheen keskinäisissä suhteissa. Perheen kohdatessa vaikeuksia sen jäsenet ammentavat toisistaan voimaa toipua, mutta samanaikaisesti läheisen vaikeudet elämässä verottavat perheen voimavaroja. (Koskisuu & Kulola 2005, 13-15.)

Perhe nähdään merkittävänä tekijänä mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Sosiaali- ja terveysministeriön tekemän mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien hoidossa tulee vahvistaa tärkeitä ihmissuhteita, kuten perheen, muiden läheisten sekä ikäryhmälle merkityksellisten verkostojen kanssa (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015, 34.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten hoitajat kokevat perhekeskeisen hoitotyön toteutumisen psykiatrisen sairaalan eri osastoilla. Perhekeskeiseen hoitotyöhön ja sen toteutumiseen perehtyminen antoivat meille tulevina sairaanhoitajina lisää työvälineitä kohdata asiakkaita huomioiden heidän taustansa ja perheensä.

## 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Perhe

Perheelle ei nykypäivänä ole enää selkeää, kaiken kattavaa määritelmää. Aikaisemmin perheellä on yleisesti tarkoitettu vanhempien sekä lasten muodostamaa kokonaisuutta, jonka jäsenet ovat sidoksissa toisiinsa biologisin sitein. Perheeseen on tällöin saattanut kuulua myös jäseniä useasta eri sukupolvesta (Pitkänen ym. 2002). Perheestä puhuttaessa on tarkoitettu ihmisiä, joiden kanssa asutaan. Tämä suppea määritelmä ei kuitenkaan enää palvele muuttunutta yhteiskuntaa eikä sen muokkaamia erilaisia käsityksiä perheestä. Lisääntyneen maahanmuuton seurauksena myös erilaiset kulttuurit tuovat uusia vivahteita perheen määrittelyyn. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009.)

Lain mukaan perheellä tarkoitetaan yhteistaloudessa asuvia vanhempia, vanhempien alaikäistä lasta ja ottolasta, aviopuolisoita sekä miestä ja naista, jotka elävät avioliitonomaisissa olosuhteissa. (Laki toimeentulotuesta 1997/1412, 3 §.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 6 §:ssä mainitaan käsite ”lähiomainen”, jolloin lähiomaisella tarkoitetaan lähinnä aviopuolisoa, lapsia, vanhempia tai sisaruksia. Samassa yhteydessä mainitaan myös käsite läheinen henkilö, joka voi olla potilaan avopuoliso tai muu potilaan luona pysyvästi asuva henkilö.

Keskeiseksi näkemykseksi hoitotyössä on muodostunut se, että jokainen yksilö määrittelee itse perheensä. Perheenjäsenet eivät välttämättä asu samassa taloudessa tai he eivät ole sidoksissa toisiinsa biologisin sitein. (Friedman 1995.) Oleelliseksi osaksi ovatkin muodostuneet henkiset ja sosiaaliset siteet (Harmon Hanson 2005, 6-7).

## 2.2 Perhekeskeisyys hoitotyössä

Perhekeskeisyydellä tarkoitetaan asiakkaan huomioimista paitsi yksilönä myös osana hänen perhettään, sukuaan, työyhteisöään ja muuta lähipiiriään. Perhekeskeisessä hoitotyössä lähtökohtaisesti pidetään perhettä ihmisen tärkeimpänä sosiaalisena kontekstina ja näin ollen perheellä on voimakas vaikutus yksilön terveyteen, sairastumiseen ja sairaudesta toipumiseen. (Larivaara ym. 2009, 19–20.)

Perhekeskeistä hoitotyötä voidaan määritellä eri tavoin. Hoitotyötä pitäisi tehdä asiakaslähtöisesti. Perhekeskeisessä hoitotyössä tämä tarkoittaa, että hoitotyön lähtökohtana ovat potilaan ja perheen tarpeet sekä voimavarat, joiden ympärille hoitotyö ja sen tavoitteet rakennetaan. Sitä voidaan pitää päämääränä ja toisaalta myös asennoitumisena ja työskentelytapana. (Friis, Seppänen & Mannonen 2006, 171.) Perhekeskeisen hoitotyön kulmakivenä voidaankin pitää sitä, että yksilöä pyritään ymmärtämään ja sen perusteella hoitamaan, tukemaan sekä ohjaamaan hänen perheensä ja lähiympäristönsä kautta (Viljanen 1999, 292–293).

Perhekeskeisessä hoitotyössä on tärkeää perheen asiantuntijuuden kunnioittaminen. Perhe tulisikin huomioida käytännön hoitotyössä. Jotta perhekeskeinen hoitotyö toteutuisi, tulisi hoitajien perehtyä asiakkaan taustoihin ja haastatella asiakasta sekä tämän omaisia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1999, 14–17.) Perhekeskeinen hoitotyö vaatii onnistuakseen moniammatillista yhteistyötä hoitohenkilökunnan sekä muiden sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten välillä. Perhe tulee tällöin myös nähdä osana moniammatillista tiimiä. (Larivaara & Taanila 2009, 280–281.)

Vaikka perhekeskeinen hoitotyö ja perhehoitotyö ovatkin lähikäsitteitä, on niillä kuitenkin eroja. Perhekeskeinen hoitotyö voi toimia lähtökohtana asiakkaan hoidossa, jolloin keskeisiksi tekijöiksi nousevat perheen vuorovaikutuksen ja dynamiikan huomioiminen. Perhehoitotyötä puolestaan voidaan tehdä erilaisilla



malleilla. Yksi näkökulma perhehoitotyön mallien määrittelyyn on nähdä perhe taustatekijänä, jäsentensä summana tai kokonaisuudessaan hoitotyön asiakkaana. (Etzell, Korpivaara, Lukkarinen, Nikula, Pekkarinen, Peni & Värmälä 1998, 86.)

Kun perhe nähdään taustatekijänä, yksittäinen asiakas on hoidossa keskeisenä. Hoitotyön tavoitteena on yksittäisten perheenjäsenten terveys ja hyvinvointi, mutta perheenjäsenten väliset muutokset perhesysteemissä ovat sivutuotteita. Perhe voi toimia hoitotyössä isompana tai pienempänä tekijänä. (Hakulinen & Paunonen 1994, 60.) Tämä kuvastaa perinteistä näkemystä perheiden osallistumisesta hoitotyöhön. Perhe voi toimia joko positiivisena voimavarana tai negatiivisena stressitekijänä asiakkaan terveyteen tai sairastumiseen liittyen. (Harmon Hanson 2005, 11.)

Toinen malli kuvaa perhettä jäsentensä summana eli kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa. Hoitotyössä keskitytään perheenjäsenten välisiin vuorovaikutussuhteisiin. Yksilön hyvinvointi vaikuttaa muiden perheenjäsenten hyvinvointiin ja päinvastoin. (Harmon Hanson 2005, 13.) Tavoitteena on mahdollistaa hoito kaikille perheenjäsenille ja saavuttaa perheenjäsenten yhteisymmärrys ja tuki (Hakulinen & Paunonen 1994, 61).

Kolmas näkökulma perhehoitotyöhön määrittää perheen kokonaisuudessaan hoitotyön asiakkaaksi. Tällöin koko perhe on hoidossa etusijalla ja yksilöt toimivat taustatekijöinä. Neljäs näkökulma perhehoitotyöhön on nähdä perhe yhteiskunnan osana. Huomio kiinnitetään tällöin vuorovaikutukseen ja vastavuoroisuuteen perheen ja yhteiskunnan välillä. (Harmon Hanson 2005, 13.)

Tässä työssä keskitymme käyttämään perhekeskeisen hoitotyön käsitettä, jolla tarkoitamme perhekeskeisyyden huomioimista hoitotyön lähtökohtana. Käsite määrittyy myös opinnäytetyön tulosten kautta.

### 2.3 Perhekeskeisyys mielenterveyshoitotyössä

Perhekeskeinen hoitotyö parantaa perheen toimivuutta ja perheenjäsenten vuorovaikutusta sekä vähentää perheen stressiä, jolloin kaikkien perheenjäsenten hyvinvointi lisääntyy. Nämä seikat liittyvät kiinteästi yksilön mielenterveyteen sekä sen eheytymiseen. (Aaltonen & Seikkula 2009, 435, 441–442.) Yksi keskeinen tavoite mielenterveyshoitotyössä onkin auttaa perhettä sekä sen jäseniä saavuttamaan ja ylläpitämään mielen tasapainoa (Moriarty & Brennan 2005, 358).

Perhekeskeisen työotteen toteuttaminen nähdään hyvin tärkeänä mielenterveyshoitotyössä. Läheisten ihmisten osallistuminen potilaan hoitoon mahdollistaa heidän omien tunteidensa ja asenteidensa analysoinnin, mikä on merkittävää koko perheen hyvinvoinnin kannalta. (Latvala 1998, 59.) Perheellä on havaittu olevan suuri merkitys potilaan hoitomyönteisyyteen mielenterveyshoitotyössä. Kilkun (2008) mukaan läheisten osallistuminen potilaan hoitoon koetaan tärkeäksi samoin kuin se, että heille annetaan ajankohtaista tietoa potilaan sairaudesta ja hoitoon liittyvistä asioista. Läheisten opetuksen ja tuen tarve tulee huomioida potilaan tarpeiden lisäksi. (Kilku 2008, 141.)

Pitkäsen ym. (2002) tekemän tutkimuksen mukaan psykiatrisessa hoitotyössä omahoitajan rooli on laajentunut yhteistyösuhteeksi potilaan perheen kanssa. Yhteistyösuhteeseen perheen kanssa liittyy luottamuksellinen keskustelu, jossa omaiset voivat myös kokea tulleeensa kuulluiksi. Psykiatrisessa hoitotyössä vuorovaikutus perheen ja potilaan kanssa on erityisen merkityksellistä. Hoitotyötä ohjaaviin periaatteisiin kuuluvat perheen huomioiminen kokonaisuudessaan ja ajan sekä tuen tarjoaminen. (Pitkänen ym. 2002, 227–228.)

### 3 TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata millä tavoin hoitajat kokevat perhekeskeisyyden toteutuvan psykiatrisen sairaalan kolmella eri osastolla.

Tämän opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Miten hoitajat määrittelevät perhekeskeisen hoitotyön?
2. Miten hoitajat kokevat perhekeskeisyyden toteutuvan hoitotyössä eri osastoilla?
3. Mitkä tekijät hoitajien mielestä vaikuttavat perhekeskeisen hoitotyön onnistumiseen eri osastoilla?

Tavoitteena oli tuottaa tietoa perhekeskeisen hoitotyön toteutumisesta hoitajien kuvaamana tätä kautta tuoda esiin mahdollisia kehittämistarpeita.

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisen tutkimuksen perustana on todellisen elämän kuvaaminen. Sen avulla tutkittavaa ilmiötä pyritään ymmärtämään sekä tulkitsemaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2009, 161.) Kvalitatiiviset aineistot eivät mahdollista yleistysten tekemistä käytettyjen tutkimusyksiköiden ulkopuolelle. Tutkimustulokset rajoittuvat niihin ilmiöihin, jotka on valittu tutkimuskohteiksi, eikä tällöin voida tehdä yleistettäviä johtopäätöksiä. (Räsänen 2005, 87.)

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä liitetään usein ihmistieteisiin. Ihmistieteille on yhteistä tutkimuksen kohde, joka rakentuu ja välittyy aina merkityssisältöinä. Kvalitatiivista tutkimusta voidaan kutsua ymmärtäväksi tutkimukseksi, jossa eläydytään tutkimuskohteiden henkiseen ilmapiiriin, ajatuksiin, tunteisiin ja motiiveihin. Ymmärtäminen on aina tulkintaa, jonka pohjana on aiemmin ymmärretty tieto, jota kutsutaan esiyymmärrykseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 28–31.) Näin ollen kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole mahdollista saavuttaa täydellistä objektiivisuutta, koska tutkija ja se, mitä jo tiedetään kietoutuvat toisiinsa (Hirsijärvi ym. 2009, 161). Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus kuvailee tutkittavaa ilmiötä. Näin ollen valitsimme sen opinnäytetyömme menetelmäksi, koska tarkoituksenamme oli kuvailla hoitajien kokemuksia perhekeskeisen hoitotyön toteutumisesta.

## 4.2 Teemahaastattelu

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytetään usein haastattelua. Haastattelun muodot voivat vaihdella täysin strukturoidusta täysin avoimeen. Yksi haastattelumuodoista on teemahaastattelu, jota voidaan kutsua myös puolistrukturoiduksi haastattelumenetelmäksi. (Räsänen 2005, 91.)

Teemahaastattelussa edetään etukäteen valittujen teemojen ja niitä tarkentavien kysymysten varassa. Siinä korostetaan ihmisten subjektiivisia tulkintoja asioista, heidän asioille antamia merkityksiä sekä sitä, miten kyseiset merkitykset syntyvät vuorovaikutustilanteissa. Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän mukaisesti. Etukäteen valitut haastattelun teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen eli teoreettisiin lähtökohtiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Toteutimme haastattelut teemahaastatteluina, koska se sopii joustavuutensa sekä vuorovaikutuksellisuutensa vuoksi aiheeseemme. Teemahaastattelu mahdollistaa myös kysyttävien asioiden selventämisen sekä syventämisen. Teemahaastattelu sopii tällöin paremmin kuin avoin haastattelu, koska tarkoituksena on kuvata tiettyä aihetta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Teemahaastattelun runko on liitteenä (liite 1). Työelämäpalaverissa sovittiin, että haastattelemme heidän valitsemiltaan osastoilta osastonhoitajaa sekä yhtä sairaanhoitajaa.

## 4.3 Sisällönanalyysi

Kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Tällä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty sekä yleinen kuvaus. Sisällönanalyysi voi olla joko induktiivinen tai deduktiivinen.

Aineistolähtöinen analyysi lähtee liikkeelle induktiiviselta pohjalta. Siinä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus ja analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.)

Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–97.)

Aineiston analyysi on prosessi, johon kuuluvat pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Tutkija on merkityksellinen henkilö aineiston käsittelyssä, koska tämän omat tulkinnat luovat pohjan aineiston työstämiselle jo tutkimuksen alussa. Tärkeää on kuitenkin, että lukija kykenee seuraamaan tutkijan päättelyä tutkimusraporttia lukiessaan sekä se, että analyysi on toistettavissa. (Räsänen 2005, 97–99.)

## 5 TOTEUTUS

### 5.1 Aineiston keruu

Haastattelut toteutettiin toukokuun 2010 aikana osastoilla. Haastattelimme osastoilta osastonhoitajaa ja sairaanhoitajaa. Yhteensä teimme kuusi haastattelua. Jokainen haastattelu nauhoitettiin, jotta koko aineisto saatiin luotettavasti tallennettua ja analysoitua. Haastatteluiden kesto oli keskimäärin tunti.

Työelämäpalaverissa sovittiin, että, osastonhoitaja valitsee osastoltaan sairaanhoitajan, jolla on perhetyön koulutus, mutta joka ei kuitenkaan ole perheterapeutti. Ennen haastatteluja toimitimme haastateltaville suostumus- sekä tiedotelomakkeet (liitteet 2 ja 3). Lisäksi toimitimme osastoille yleisen tiedotteen opinnäytetyöstä informoinnin tueksi (liite 4). Haastatteluiden alussa haastateltava allekirjoitti suostumuslomakkeen. Haastatteluiden alussa varmistimme myös, että haastateltava on tietoinen opinnäytetyön aiheesta sekä haastattelun luottamuksellisuudesta. Toteutimme haastattelut rauhallisissa huoneissa, jotta vältyimme keskeytyksiltä. Haastatteluissa oli läsnä haastateltava sekä haastattelijana toinen meistä opinnäytetyön tekijöistä. Haastattelut toteutettiin teemahaastattelurungon mukaisesti (liite 1).

### 5.2 Aineiston analyysi

Analysoimme aineiston aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Opinnäytetyömme aineisto muodostui haastattelujen auki puretuista teksteistä. Nauhoittamamme haastattelut litteroimme kokonaisuudessaan, jonka jälkeen kokosimme saamamme aineiston yhteen. Seuraavaksi luimme aineiston useaan kertaan kiinnittäen huomiomme opinnäytetyön tehtäviin. Tämän jälkeen korostimme aineistosta vastaavat alkuperäisilmaukset eri kuvioin. Aineiston käsittelyn

helpottamiseksi keräsimme sanat ja lauseet opinnäytetyön tehtävien mukaisiksi luetteloiksi.

Tässä vaiheessa muutimme alkuperäisilmaukset pelkistetyiksi, jonka jälkeen aloitimme teemoittelun. Muodostimme pelkistetyistä ilmauksista alaluokkia, jotka nimesimme. Teemoittelua jatkoimme yhdistelemällä aineistosta nousseita alaluokkia yläluokiksi. Tulokset perustuvat ala- sekä yläluokkien antamiin tietoihin. Liitteessä 5 on kuvattu analyysin tuloksena syntyneet ala- ja yläluokat. Alla esimerkki luokittelusta (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkkejä luokittelusta

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Työ opettaa Kokemus auttaa	Työkokemus	Ammattitaito
Erilaiset työkalut Koulutuksen puute Perhehoitotyön koulutus	Koulutus	
Elämäkokemus Oma perhe	Osaaminen	



## 6 TULOKSET

### 6.1 Perhekeskeinen hoitotyö hoitajien määrittelemänä

Haastatteluista kävi ilmi perheen ja perhekeskeisen hoitotyön käsitteen moninaisuus sekä monimutkaisuus. Perhekeskeistä hoitotyötä määriteltäessä keskeiseksi asiaksi nousi se, minkälaisena haastateltavat näkivät perheen ja ketä he määrittelivät potilaan läheisiksi. Haastateltavat toivat esiin perhettä määriteltäessä kaksi ryhmää. Ensimmäinen ryhmä liittyy läheiset potilaaseen sukulaisuuden tai avio-/avoliiton kautta. Tähän ryhmään liittyvät potilaan vanhemmat, lapset, sisarukset, kaukaisemmat sukulaiset sekä oma avio-/avopuoliso. Lapsuuden perhe oli monen potilaan taustalla, mutta keskeiseksi osaksi nousi myös potilaan sen hetkinen perhe. Toinen ryhmä koostui lähinnä muiden kuin sukulaisuuden tai avio-/avoliiton kautta muodostuneista siteistä. Tähän ryhmään kuuluivat ystävät, naapurit ja tyttö-/poikakaverit.

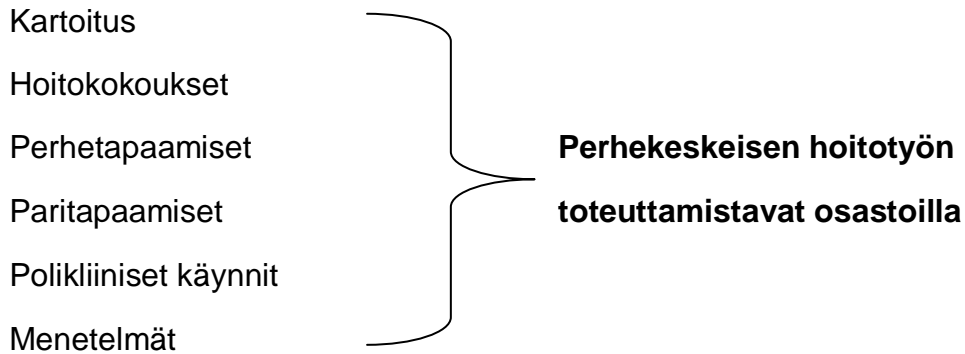
*”Potilas tulee aina jostakin ja kuuluu aina johonkin.”*

Haastateltavat toivat esiin eri asioita, jotka vaikuttavat potilaan läheisverkoston määrittelyyn. Läheisverkoston määrittely lähtee potilaasta itsestään. Tähän vaikuttaa potilaan ikä ja ihmissuhteet sekä elämäntilanne. Hoidossa on tärkeitä huomioida potilaslähtöisyys. Haastateltavat toivat esiin näkemystä siitä, että potilas on aina lähtöisin jostain perhetaustasta. Potilas on aina suhteessa johonkin yhteisöön. Fyysinen samassa paikassa asuminen nähtiin keskeisenä tekijänä läheisverkoston määrittelyssä.

*”Koko perhe on tavalla tai toisella hoidossa vaikkei ole fyysisesti läsnä.”*

## 6.2 Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen osastoilla hoitajien kokemana

### 6.2.1 Perhekeskeisen hoitotyön toteuttamistavat osastoilla



KUVIO 1. Hoitajien kokemukset perhekeskeisen hoitotyön toteutumistavoista

Tulotilanteessa tehtävä potilaan läheisverkoston kartoitus käynnistää usein perhekeskeisen hoitotyön. Siinä selvitetään potilaan perhetilanne ja hänelle läheiset ihmissuhteet. Joskus on tarvetta kartoittaa myös lastenhoidon tarve ja järjestää alaikäisten lasten hoito potilaan ollessa osastolla. Potilaan luvalla otetaan yhteyttä tämän läheisiin, jos he eivät ole olleet mukana saattamassa potilasta hoitoon.

*”Siinä kartoitusvaiheessa tavallaan, että jos on läheisiä niin on tärkeitä olla yhteydessä.”*

Hoitokokoukset nähtiin merkittävänä keinona toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä. Haastatteluissa kävikin ilmi, että kaikilla osastoilla keskeisenä käytäntönä oli kutsua läheisiä mukaan potilaan hoitokokouksiin. Hoitokokoukset nähtiin hyvänä keinona ylläpitää suhteita potilaan läheisiin ja tarjota heille tilaisuus tuoda esiin kysymyksiään sekä huoliaan.

*”Perhe kutsutaan hoitokokouksiin.”*

Perhetapaamiset taas olivat suunniteltuja tapaamisia, joihin koko perheellä oli mahdollisuus osallistua. Perhetapaamisissa ei välttämättä ollut potilaan omahoitaja paikalla, vaan niissä pyrittiin pikemminkin hieman objektiivisempaan kohtaamiseen. Usein perhetapaamiset toteutettiin niin, että vähintään toinen hoitajista oli käynyt perhehoitotyön koulutuksen.

*”Lähdetään tapaamaan suunnitellusti perhettä.”*

Hoitokokousten ja perhetapaamisten lisäksi osastoilla järjestettiin myös paritapaamisia. Perhetapaamisten tavoin niissä oli aina pyrkimys objektiiviseen lähestymiseen, minkä vuoksi niihin voitiin pyytää hoitaja toiselta osastolta. Välillä myös potilaan tilanteesta riippuen järjestettiin niin, että paritapaamisissa oli sekä mies- että naishoitaja mukana. Tällaisen järjestelyn nähtiin lisäävän tasa-arvoa sekä tuovan monipuolista näkökulmaa potilaan ja tämän läheisen tilanteeseen.

*”Paritapaamisia on aika hyvälläkin menestyksellä järjestetty osastolla.”*

Perhekeskeistä hoitotyötä toteutettiin myös potilaan hoitajakson jälkeen jälkipoliklinisilla käynneillä. Jälkipoliklinisia käyntejä pyrittiin järjestämään erityisesti silloin, jos hoitajat, potilas ja läheiset olivat muodostaneet toimivan hoitosuhteen potilaan osaston hoitajakson aikana ja tämän ajateltiin tukevan hyvin potilaan kuntoutusta. Toisinaan jälkipoliklinisten käyntien sijaan pareille ja perheille suositeltiin avohoidon palveluja.

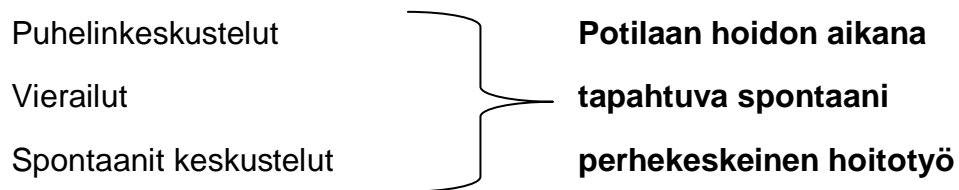
*”Voi olla hoidon jälkeen sovittu paritapaamisia poliklinisesti. Ne voidaan määritellä, että tavataan esimerkiksi kolme kertaa.”*

Osastoilla toteutettavaan perhekeskeiseen hoitotyöhön kuuluu useita erilaisia hoitotyön menetelmiä. Näitä osastoilla käytössä olevia menetelmiä ovat Beardsleen perheinterventiomalli, Lapset puheeksi – menetelmä, sukupuun sekä elämänkaaren piirtäminen ja kirjeen kirjoittaminen. Lisäksi perhekeskeinen hoitotyö osastoilla näkyi ryhmähoidon kautta sekä kotikäynnein. Näistä

menetelmistä käytettiin myös erilaisia sovelluksia. Merkittävää oli käsitellä yhdessä asioita läheisten kanssa sekä ylläpitää potilaan suhdetta tämän läheisiin.

*”Lapset puheeksi menetelmä ja sitten on lapsiperheinterventio, näistä on montaa eri sovellusta käytössä.”*

### 6.2.2 Potilaan hoidon aikana tapahtuva spontaani perhekeskeinen hoitotyö



KUVIO 2. Spontaanit perhekeskeinen hoitotyö hoitajien kuvaamana

Puhelinkeskusteluilla pidettiin yllä suhdetta potilaan läheisiin. Hoitajat kokivat, että läheisten oli helppo ottaa yhteyttä hoitajiin puhelimitse keskustellakseen potilaan tilanteesta ja omasta jaksamisestaan. Puhelinkeskusteluita käytettiin perhekeskeisen hoitotyön mahdollistamiseen myös silloin, jos läheiset asuivat kaukana tai heidän oli vaikea tulla osastoille käymään.

*”Aika paljon se on sitten sitä, että puhelimesta puhutaan.”*

Hoitajat kokivat, että läheisten vierailujen yhteydessä oli hyvä tilaisuus keskustella potilaan sekä tämän läheisten kanssa yhdessä. Nämä keskustelut olivat vähemmän suunniteltuja, mikä vaikutti siihen, että vuorovaikutus oli hoitajien kokemana vapautuneempaa sekä avoimempaa kuin suunnitelluissa perhe- tai paritapaamisissa. Läheisten vierailujen mahdollistaminen osastoille nähtiin myös perhekeskeisen hoitotyön tärkeänä osana.

*”Voi olla myös vierailujen yhteydessä perhetyötä, kun käydään siinä samalla keskustelua.”*

Spontaanit keskustelut potilaan ja tämän omaisten kanssa nähtiin myös perhekeskeisenä hoitotyönä. Spontaanit keskustelut eivät noudattaneet mitään tiettyä perhekeskeisen hoitotyön menetelmää vaan nousivat potilaan tai tämän läheisten tarpeesta tavata potilaan omahoitajaa ja jutella.

*”Tietty jännitys on pois siitä ja semmoiset hetket on hyviä hetkiä perhetyölle.”*

### 6.2.3 Läheisten tukeminen



KUVIO 3 Läheisten tukeminen hoitajien kuvaamana

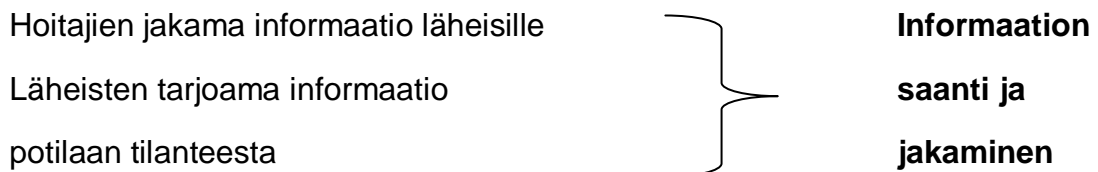
Osastoilla panostettiin myös läheisten huomioimiseen. Hoitajat kokivat, että tähän liittyi myös lasten tapaamiset sekä lasten huomioimisen potilaan hoidon aikana. Myös tuen tarjoaminen perheelle nähtiin keskeisenä osana perhekeskeistä hoitotyötä. Hoitajat kokivat toisinaan tarvetta ohjata potilaan perhettä lepäämään potilaan osastohoidon aikana ja näin tukea läheisten jaksamista.

*”Usein kuulee sen hädän, ettei jakseta siellä kotona, ja joskus tottakai toivotaankin, että lepäilevät siellä.”*

Hoitajat kokivat myös toisinaan, että läheisiä oli tarvetta ohjata myös hoitoon tai ottamaan yhteyttä omaisjärjestöihin lisätuen saamiseksi. Joissakin tilanteissa myös lastensuojeluilmoitusten tekeminen oli ajankohtaista, jotta alaikäiset lapset saavat tarvitsemaansa apua potilaan tilanteesta riippuen.

*”Jos on alaikäisiä lapsia, niin järjestetään sosiaalipuolen ja perheen kanssa yhteinen tapaaminen.”*

#### 6.2.4 Informaation saanti ja jakaminen



KUVIO 4. Informaation merkitys hoitajien kuvaamana

Hoitajat pitivät tärkeänä jakaa informaatiota läheisille. Tähän liittyi omahoitajan yhteydenotot läheisiin sekä tiedon jakaminen suullisesti ja kirjallisesti. Hoitajien mukaan omaiset arvostivat tiedon saantia. Hoitajat kokivat, että läheisten kanssa oli hyvä käsitellä potilaan sairautta, jotta tiedon lisääntymisen kautta he saisivat paremman ymmärryksen potilaan tilanteesta.

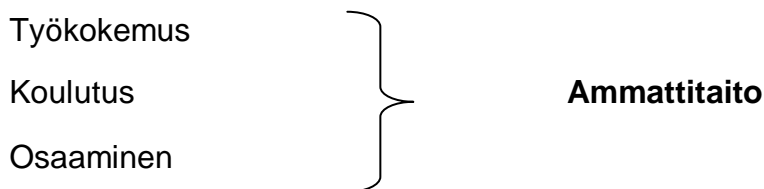
*”Omaiset tarvivat tietoa, ja haluavat ja pyytävät sitä.”*

Hoitajat näkivät läheisten antaman tiedon erittäin tärkeänä potilaan hoidon kannalta. Tiedonvaihto hoitajien ja läheisten kesken mahdollisti perhekeskeisen hoitotyön toimimisen.

*”Omaisten kautta ymmärtää potilaankin tilan nopeammin, kun tulee joku ymmärrys siitä, että minkälaisessa tilanteessa siellä perheessä eletään.”*

### 6.3 Perhekeskeiseen hoitotyöhön vaikuttavat tekijät hoitajien kokemana

#### 6.3.1 Ammattitaito



KUVIO 5. Ammattitaidon merkitys hoitajien näkökulmasta

Hoitajat kokivat, että mitä vahvempi työkokemus heillä oli, niin sitä paremmat edellytykset heillä oli lähteä tekemään perhehoitotyötä. Hoitajat näkivät myös elämäkokemuksen oman perheen kautta tukevan ammatillisia valmiuksia perhekeskeisen hoitotyön toteuttamiseen.

*”Kun on vuosia tehnyt tätä työtä, ja kyse on kuitenkin aika arkisesta asiasta. Jokainenhan meistä on jostakin perheestä.”*

*”Kyllähän se helpottaa, jos on omia lapsia ja omaa perhettä, niin jollain lailla on helpompi sitten tehdä sitä työtä.”*

Koulutus koettiin merkittävänä edistävänä tekijänä perhekeskeisen hoitotyön onnistumisessa. Peruskoulutuksen nähtiin antavan valmiuksia perhetyölle, mutta myös lisäkoulutuksen merkitys oli suuri. Hoitajat kokivat, että suurimmalla

osalla henkilökunnasta oli riittävä koulutustausta perhehoitotyöstä. Koulutusten koettiin antavan käytännön työkaluja perhehoitotyölle.

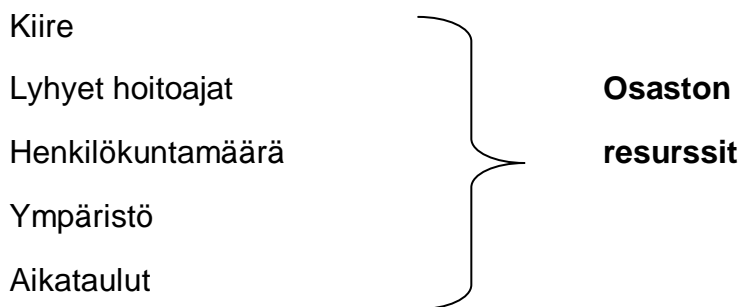
*”Koulutuksen tavoitteena on tietenkin ollut se, että se madaltaa kynnystä perheen mukaan ottamiseen ja perheen kanssa työtä tekemiseen.”*

Hoitajat näkivät että osaamista oli paljon, mutta toisaalta myös osa koki vaatimuksen siitä, että pitäisi osata enemmän. Työnohjauksen koettiin lisäävän osaamista potilaan läheisten kohtaamisessa.

*”Kynnys on tällöin matalampi, kun on osaaminen siihen asiaan ja työkaluja.”*

*”Ja riittävä työnohjaus on tietenkin tärkeätä, että on sitten joku foorumi, missä se hoitajakin voi sitten purkaa niitä tilanteita ja jotenki saada uskonvahvistusta ja tukea.”*

### 6.3.2 Osaston resurssit



KUVIO 6. Hoitajien kokemus osaston resurssien merkityksestä

Hoitajat kokivat, että kiire ja ajanpuute estivät perhekeskeisen hoitotyön toteutumista. Hoitajat kuvailivat, että päivät menivät kiireesti ohi, jolloin ei ollut aikaa huomioida potilaan läheisiä riittävästi. Osastojen kiireellisen rytmin nähtiin myös heikentävän perhekeskeisen hoitotyön onnistumista.



*”Toivoisin, että hoitajilla olisi enemmän aikaa ja resursseja tähän perhetyöhön, että pystyttäis paremmin paneutumaan tähän.”*

Hoitoajat osastoilla ovat lyhentyneet, mikä hoitajien näkökulmasta tarkoittaa sitä, ettei heillä ole tarpeeksi aikaa toteuttaa perhehoitotyötä. Rajallisten hoitoaikojen puitteissa perhekeskeistä hoitotyötä pyrittiin kuitenkin toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan.

*”Perhetyö on vaikeaa, koska hoitoajat ovat lyhyempiä kuin aikasemmin.”*

Henkilökuntamäärän nähtiin vaikuttavan perheiden mukaan ottamiseen hoitoon. Henkilökunnan vähäisyyden nähtiin asettavan rajoja perhehoitotyölle. Myös vaihtuvuus henkilökunnassa ja sitä kautta uusien työntekijöiden perehdyttäminen veivät hoitajien mukaan aikaa perhehoitotyöltä. Pitkät sairaslomat muodostivat myös haasteen perhehoitotyön jatkuvuuden kannalta.

*”Välillä ajanpuute ja pienet miehitykset estää.”*

*”Miehitys vaikuttaa, ja kun nytkin mennään pienemmällä miehityksellä kun sitä ollaan laskettu.”*

Ympäristö nähtiin myös merkittävänä perhekeskeistä hoitotyötä edistävänä tai estävänä tekijänä. Toiset hoitajat kokivat tilanpuutteen vaikeuttavan perhehoitotyötä. Toiset taas kokivat, että sairaalassa sijaitsevat perhehuoneet tarjosivat rauhallisen paikan potilaan tavata perhettään. Hoitajat kuvasivat, että osastojen joustavat vierailuajat paransivat mahdollisuuksia perhekeskeisen hoitotyön toteutumiselle.

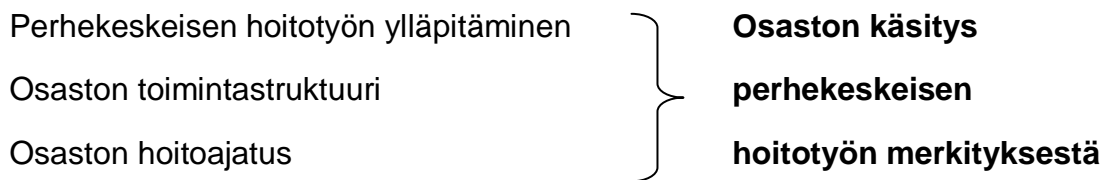
*”Tuolla on perhehuonekin käytössä, missä perhe voi olla rauhassa.”*

*”Meillähän on sillä tavalla, että perheet voi tulla mihin aikaan päivästä hyvänsä. Sisälle pääsee. Sitten yritetään sitä, että jos on omahoitaja töissä tai vastuuhoitaja, niin he tapaavat sitten perhettä ja käyvät juttelemassa.”*

Yhteisen aikataulun löytäminen omaisten tapaamiselle nähtiin usein vaikeana. Hoitajat kokivat, että toisinaan osastojen tilanteiden yllätyksellisyys ja ennakoimattomuus vaikuttivat siihen, ettei yhteisiä tapaamisia omaisten kanssa voida sopia ajoissa etukäteen. Tämä voi tehdä sen, että omaiset eivät pääse osallistumaan aikatauluongelmien vuoksi potilaan hoitoon.

*”On tietysti nää aikatauluongelmat. Halutaan omaisia mukaan, mutta ei löydetä sopivia aikatauluja.”*

### 6.3.3 Osaston käsitys perhekeskeisen hoitotyön merkityksestä



#### KUVIO 7. Osaston käsitys perhekeskeisen hoitotyön merkityksestä

Perhekeskeistä hoitotyötä ylläpidettiin keskustelemalla siitä työryhmän kesken. Hoitajat kertoivat, että tarvittaessa muut työryhmänjäsenet auttavat muistamaan perhekeskeisen hoitotyön merkityksen hoidon osana. He kokivat, että perhekeskeisyys vaatii jatkuvaa, tietoista keskustelua työryhmässä.

*”Kyllä se sellaista muistuttelua vaatii ja ylläpitämistä.”*

*”Välillä tulee sellasia buumeja, että se nostaa enemmän päätään ja sitä enemmän tehdään.”*

Hoitajat näkivät perhekeskeisen hoitotyön kuuluvan hyvin konkreettisesti osaston hoitostrukturiin. Sen nähtiin olevan kiinteästi sidoksissa hoidon rakenteeseen osastoilla.

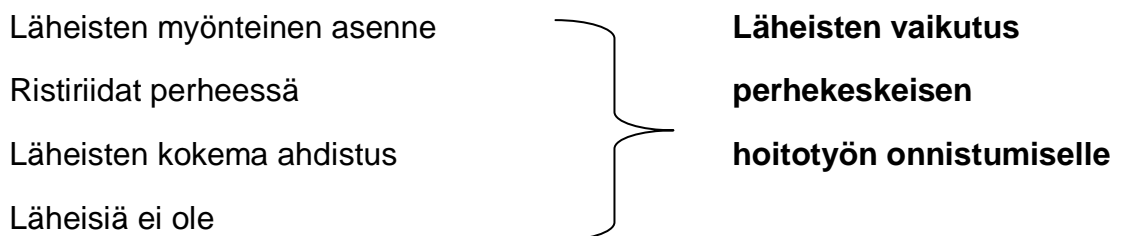
*”Koko talossa on paljon osaamista, ja mun mielestä sellanen yleinen katsantokulma on tärkeä.”*

Hoitajien mukaan osaston hoitoajatukseen liittyy se, että perhehoitotyö on mukana hoidossa koko ajan. Toimintaa ohjaa perusajatus perheen mukaan ottamisesta hoitoon. Hoitajat kertoivat saavansa kannustusta perhehoitotyön tekemiseen.

*”Kyllä kannustetaan perhetyöhön. Mun mielestä se on sellanen selviö, että se kuuluu tavallaan peruspakettiin.”*

*”Perusajatus perheen mukaan ottamisesta hoitoon vaikuttaa.”*

#### 6.3.4 Läheisten vaikutus perhekeskeisen hoitotyön onnistumiselle



KUVIO 8. Hoitajien näkemys läheisten vaikutuksesta

Hoitajat näkivät, että keskimäärin läheisillä oli halua osallistua omaisen hoitoon ja että he olivat hyvin aktiivisia yhteydenpidossa. Hoitajien kokemus oli, että läheisten kiinnostus perheenjäsenen hoitoon oli kasvanut. Tämän nähtiin johtuvan avoimuuden sekä tiedon lisääntymisestä. Perheenjäsenten hyvät välit keskenään vaikuttivat myönteisesti perhekeskeisen hoitotyön onnistumiseen.

*”Omaiset on nykyään hyvin aktiivisia osallistumaan ja ovat kauhean kiinnostuneita potilaan hoidosta.”*

Ristiriidat perheenjäsenten välillä saivat hoitajien mukaan aikaan sen, että potilaan läheiset eivät olleet halukkaita tulemaan osastolle. He eivät pitäneet myöskään yhteyttä keskenään. Läheiset saattavat olla myös vieraantuneita potilaasta monista eri syistä: Vieraantumisen syynä voi olla esimerkiksi avioero tai asuminen toisella paikkakunnalla. Hoitajat kokivat, että läheiset voivat myös haluta ottaa etäisyyttä, jos heidän oma jaksamisensa on vähäistä. Hoitajien mielestä potilailla saattoi olla myös läheisiä, jotka eivät olleet potilaan hoidolle hyväksi.

*”Kyllähän on sitten niitä tilanteita, että on ristiriitoja siellä perheessä, mikä voi sitten hankaloittaa niiden mukaan ottamista.”*

*”Paljon on iäkkäitä omaisia, jotka eivät pääse tulemaan, tai eivät halua tulla tai joilla on hankaluuksia kulkemisessa.”*

Hoitajien kertoman mukaan läheiset kokivat ahdistusta liittyen perheenjäsenen sairastumiseen. Vanhemmat voivat kantaa syyllisyyttä lapsensa sairastumisesta tai läheiset voivat kokea perheenjäsenen sairastumisen häpeänä. Hoitajien mukaan omaiset eivät välttämättä halua nähdä todellisuutta. Perhe voi olla myös hyvin väsynyt ja pettynyt, mikä osaltaan vaikuttaa heidän vähäiseen osallistumiseensa omaisen hoitoon.

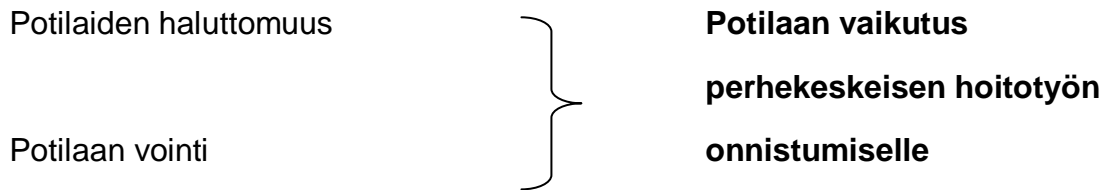
*”Jos ajattelee omaisia, niin moni on kyllä aika väsynyt ja pettynyt useaan kertaan ja haluaakin ottaa etäisyyttä monestakin syystä.”*

*”Se omaisten ahdistus ja syyllisyys, että miten ollaan tultu tähän. Olenko minä syyllinen?”*

Esteenä perhekeskeiselle hoitotyölle hoitajien mukaan oli myös se, jos potilaalla ei ole läheisiä tai hän ei tiedä heistä. Kaikilla potilailla ei perhettä ole.

*”Omaiset ovat kuolleet tai potilas ei vaan pidä yhteyttä kehenkään.”*

### 6.3.5 Potilaan oma vaikutus perhekeskeisen hoitotyön onnistumiselle



KUVIO 9. Hoitajien kokemus potilaan omasta vaikutuksesta perhekeskeisen hoitotyön toteutumisessa

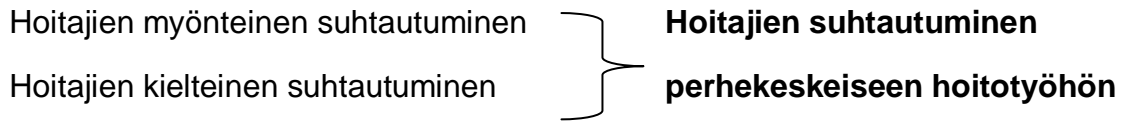
Hoitajien mukaan potilaat ovat joskus haluttomia kutsumaan läheisiä mukaan hoitoon. Potilas voi haluta olla yksin ja kieltää ottamasta omaisiin yhteyttä.

*”Kyllä sitä pyritään, mutta jos potilas ei kerta kaikkiaan millään halua, niin sitäkin pitää sitten kunnioittaa.”*

Potilaan voinnilla on hoitajien mukaan suuri merkitys sille kuinka perhekeskeistä hoitotyötä lähdetään toteuttamaan. Hoitajat kertoivat, että potilaan sairaus voi olla esteenä, esimerkiksi voimakas psykoosi tai vainoharhaisuus. Jos potilas on hyvin huonossa kunnossa, ei perhetyötä tällöin lähdetä tekemään.

*”Varsinkin alussa potilas saattaa kieltää, mutta kun vointi paranee, niin sen jälkeen omaiset saakin tulla mukaan.”*

### 6.3.6 Hoitajien suhtautuminen perhekeskeiseen hoitotyöhön



#### KUVIO 10. Hoitajien oma suhtautuminen perhekeskeiseen hoitotyöhön

Hoitajat olivat motivoituneita ja haluavat tehdä perhehoitotyötä. He näkivät perheen tärkeänä osana psykiatrista hoitotyötä sekä potilaan kuntoutumista. Onnistumisten ja positiivisen asenteen nähtiin edistävän perhekeskeisen hoitotyön toteutumista.

*”Osastolla ajatellaan kaikki, että perheellä on tärkeä osuus kuntoutumisessa ja ollaan motivoituneita.”*

*”Kun tulee tällaisia onnistumisia, niin se auttaa myös uskomaan siihen, että tämä on hyvä tapa tehdä työtä.”*

Joissakin tilanteissa hoitajat saattoivat suhtautua perhekeskeiseen hoitotyöhön kielteisesti. Hoitajat saattoivat pitää perhehoitotyötä liian monimutkaisena ja vaikeana toteuttaa. Jotkut kokivat, että toisinaan voi olla liian iso kynnyks lähteä toteuttamaan perhehoitotyötä eikä se ole kaikille hoitajille niin luontaista. Hoitajien oma jaksaminen myös vaikuttaa.

*”Hoitajalla voi itsellään olla kynnyks koulutuksesta huolimatta. Se voi olla vaatimus, että pitäis osata enemmän.”*

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 7.1 Eettisyys

Tutkimuseetikassa on kyse siitä, että miten tehdään eettisesti luotettavaa ja hyvää tutkimusta (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 285). Eettiset kysymykset liittyvät koko opinnäytetyöprosessin tekemiseen. Eettisyyden huomioiminen lähtee jo opinnäytetyön aiheen valinnasta ja kulkee mukana aineiston käsittelyssä tulosten raportointiin saakka. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 184.) Aiheen opinnäytetyöhömmä saimme työelämätaholta. Työelämäpalaverissa, jonka pidimme heidän kanssaan, käsiteltiin jo monia eettisiä kysymyksiä kuten haastateltavien valintaa ja opinnäytetyön toteuttamistapaa. Työelämäpalaverissa päätettiin, että haastattelemmme yhdessä valituilta osastoilta osastonhoitajia sekä heidän valitsemiaan sairaanhoitajia. Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa laadullisena tutkimuksena, jotta saataisiin paras mahdollinen käsitys siitä, miten hoitajat perhekeskeisyyden kokevat toteutuvan osastoilla.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaan *”Yksi tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden sekä sen luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla.”* Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat muun muassa rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. Lisäksi on tärkeää käyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotta pystytään säilyttämään avoimuus tutkimustuloksia julkaistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3.) Tärkeää on myös kunnioittaa opinnäytetyössä käyttämiensä lähdekirjallisuuden tekijöitä antaen heidän työilleen kuuluvan arvon tarkoilla lähdeviittauksilla. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme tarkasti viitanneet käyttämäämme lähdeaineistoon.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin käytännön mukaisesti lähetimme tutkimussuunnitelmamme hyväksyttäväksi ennen haastattelujen tekemistä. Saimme luvan toteuttaa haastattelut suunnitelmamme mukaisesti.

Opinnäytetyötä tehtäessä on merkittävää, että opinnäytetyötä varten haastateltavat henkilöt ovat aidosti vapaaehtoisia ja että heidän osallistumisensa perustuu tietoiseen suostumukseen. Haastateltavia valittaessa on otettava huomioon oikeudenmukaisuus sekä tasa-arvon periaate. Keskeinen asia opinnäytetyössä on säilyttää tuloksia raportoidessa haastateltavien anonymiteetti sekä haastatteluympäristön nimettömyys. (Kankkunen ym. 2009, 176–180.) Ennen hoitohenkilökunnan haastatteluja haastateltaville tiedotettiin opinnäytetyön aiheesta sekä tarkoituksesta (liite 2). Jokaiselta haastateltavalta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun (liite 3). Haastatteluista saatu aineisto on säilytetty ulkopuolisilta suojattuna ja sitä ovat käsitelleet vain opinnäytetyöntekijät. Raportin valmistumisen jälkeen aineisto tuhotaan. Raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan.

## 7.2 Luotettavuus

Luotettavuus on yksi laadullisen tutkimuksen arvioinnin kriteereistä. Haastattelut tulisi aina toteuttaa rauhallisessa paikassa. Kun haastattelut nauhoitetaan, on tärkeää, että haastateltava ei istu liian kaukana haastattelijasta. Tällöin äänityksen laatu ja luottamuksellinen ilmapiiri säilyvät. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 91.) Saamiemme tulosten luotettavuutta lisää se, että haastattelut toteutettiin rauhallisissa huoneissa ilman keskeytyksiä. Nauhoitukset onnistuivat myös teknisesti hyvin.

Jokaisen haastattelun jälkeen haastattelija itse litteroi nauhoitetun haastattelun. Kun kaikki haastattelut oli tehty ja litteroitu, lähdimme yhdessä lukemaan ja käsittelemään saatua aineistoa. Teimme kaikki analyysin vaiheet yhdessä, jotta luotettavuus säilyisi läpi kaikkien työvaiheiden.



Luotettavuus edellyttää sitä, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Luotettavuus kuvaa lisäksi sitä, miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset kattavat aineiston. (Kankkunen ym. 2009, 160.) Tuloksen luotettavuus riippuu siitä, kuinka hyvin tutkimuksessa onnistutaan pelkistämään aineistoa sekä muodostamaan erilaisia luokkia siten, että ne kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10–11.) Opinnäytetyömme luotettavuutta olemme pyrkineet lisäämään kuvaamalla tarkasti tekemämme luokittelun kulkua, jotta lukija pystyisi seuraamaan tulosten muodostumista. Lisäksi opinnäytetyömme luotettavuutta tukee alkuperäisilmausten käyttö esimerkkeinä. Laadullisen tutkimuksen luonteen mukaisesti emme ole pyrkineet saamaan yleistettäviä tuloksia, vaan kuvaamaan perhekeskeisen hoitotyön toteutumista haastattelemiemme hoitajien näkökulmasta.

### 7.3 Tulosten tarkastelu

#### 7.3.1 Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen hoitajien kuvaamana

Opinnäytetyömme tulokset kertovat perhekeskeisen hoitotyön erilaisista toteutumistavoista osastoilla. Merkittävää oli, että hoitajat pitivät lähes yhtä tärkeinä sekä suunniteltua perhehoitotyötä, joka käsittää erilaisia menetelmiä, että spontaanisti tapahtuvaa perhekeskeistä hoitotyötä. Pitkäsen ym. tekemä tutkimus psykiatrisesta perhehoitotyöstä kuvaa samaa ilmiötä. Heidän tutkimustulostensa mukaan perheen kanssa yhteistyössä toimiminen on toisaalta suunniteltu osa potilaan hoitoa ja toisaalta taas perheiden kanssa seurustelua ja ajan viettämistä. (Pitkänen ym. 2002, 227.)

Suunnitellusta perhehoitotyöstä keskeisimpinä nousivat esiin hoitokokoukset. Hoitajat näkivät tärkeänä, että läheisille tarjottiin mahdollisuus osallistua potilaan hoitokokouksiin. Parhaimmillaan hoitokokous voikin tarjota merkittävää

tietoa potilaan tilanteesta ja toimintakyvystä, kun läheiset saavat potilaan kanssa yhdessä osallistua hoitokokouksiin tasavertaisina (Saari 2002, 34). Hoitokokous nähtiin myös mahdollisuutena tukea läheisten jaksamista ja vastata heidän kysymyksiinsä. Kokousten keskeisenä tavoitteena on löytää sekä potilaan että tämän läheisten voimavarat, jotta potilaan kuntoutuminen voi alkaa (Seikkula & Alakare 2004, 289). Ensimmäisissä hoitokokouksissa tai potilaan tulotilanteessa tehtävää potilaan läheisverkoston kartoitusta pidettiin keskeisenä osana hoidon suunnittelua. Hoitokokousten lisäksi osastoilla oli yleisesti käytössä erilaisia sovellutuksia perhe- ja paritapaamisista, joita järjestettiin resurssien ja potilaiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Hoitajat kokivat, että erityisesti spontaanisti tapahtuva perhekeskeinen hoitotyö oli merkittävä osa läheisten tukemista. Se toteutui usein puhelinkeskustelujen kautta, koska hoitajat näkivät niiden olevan helppo tapa sekä jakaa informaatiota että vastata läheisten huolenaiheisiin. Läheisten vierailut osastoilla sekä niiden yhteydessä tapahtuvat spontaanit keskustelut tukivat hoitajien mukaan myös läheisten jaksamista. Tuloksista kävi ilmi, että hoitajat pyrkivät tarjoamaan tukea potilaan läheisille resurssien ja mahdollisuuksien mukaan. Tulokset kertoivat, että informaation jakaminen hoitajien ja läheisten välillä nähtiin merkittävänä osana perhekeskeisen hoitotyön toteutumista. Kilkun tutkimuksen mukaan tiedon saannilla on erittäin suuri merkitys läheisille (Kilku 2008, 4). Hoitajat näkivät informaation jakamisen myös osana läheisten tukemista. Stengårdin tutkimuksen mukaan potilaan läheiset kaipaavat tietoa ennen kaikkea psykiatrisesta hoidosta sekä lääkityksestä ja lisäksi neuvoja hankaliin tilanteisiin sairastuneen läheisen kanssa (Stengård 2005, 88–89)

### 7.3.2 Perhekeskeiseen hoitotyöhön vaikuttavat tekijät hoitajien kuvaamana

Tulosten mukaan vankka ammattitaito oli edistävää tekijä perhekeskeiseen hoitotyöhön ryhtymisessä osastoilla. Hoitajat kokivat, että ammattitaitoa lisäävät työkokemus ja erilaiset koulutukset.

Saatujen tulosten mukaan perhekeskeisen hoitotyön toteutumiseen vaikuttivat useat eri seikat. Osaston resurssien nähtiin vaikuttavan merkittävästi siihen miten perhekeskeistä hoitotyötä tehtiin. Hoitajat kokivat kiireen ja ajanpuutteen vaikuttavan estävästi heidän mahdollisuuksiinsa ottaa perhe mukaan potilaan hoitoon. Kiire muodostui toisaalta lyhyistä hoitoajoista, vaihtelevasta miehityksestä ja aikataulujen yhteensovittamisen vaikeuksista. Samaan tulokseen päädyttiin myös Rantalan tekemässä tutkimuksessa (2002). Perhekeskeistä työskentelyä eniten haittaavina tekijöinä nähtiin henkilökunnan vähäinen määrä ja aikapula. (Rantala 2002, 178.)

Osaston tarjoamien resurssien lisäksi tuloksista tuli ilmi, että osaston käsitys perhekeskeisen hoitotyön merkityksestä ohjaa hoitajien toimintaa. Jos osaston toimintastruktuuri tukee perusajatusta perheen mukaan ottamisesta hoitoon, tällöin se myös lisää hoitajien tekemää perhekeskeistä hoitotyötä. Kohdatessa asiakkaita tulisi aina nähdä heidän oma yksilöllinen perhetaustansa ja ottaa se huomioon heidän hoidossa (Åsted-Kurki 2010, 259). Yleisesti ottaen hoitajat kokivat saavansa osastoilla kannustusta läheisten kanssa työskentelyyn.

Läheisten vaikutus perhekeskeisen hoitotyön onnistumiselle oli hoitajien mukaan suuri. Jos läheisillä oli myönteinen asenne ja halua osallistua potilaan hoitoon, niin silloin yhteydenpito sekä kommunikointi läheisten sekä hoitajien välillä sujui hyvin. Hoitajat näkivät, että tämä osaltaan edisti potilaan kuntoutumista. Saaren tutkimuksen mukaan hyvin toimivat perheet pystyivät tukemaan potilasta tämän toimintakyvyn sekä psyykkisen tilan korjaantumisessa (Saari 2002, 174). Jos perheessä on paljon sisäisiä ristiriitoja, niin ne voivat toimia estävinä tekijöinä läheisten osallistumisessa hoitoon. Hoitajat näkivät myös, että toisinaan läheiset olivat pettyneitä potilaaseen sekä

tämän kuntoutumiseen. Läheiset saattoivat hoitajien mukaan kokea myös syyllisyyttä potilaan sairaudesta. Åsted-Kurki ym. painottavat sitä, että mahdollistamalla läheisten osallistumisen potilaan hoitoon, läheisten syyllisyydentunteet vähenevät (Åsted-Kurki 1999, 325) Toisinaan jos hoitajien omat mahdollisuudet läheisten tukemiseen olivat riittämättömät, ohjasivat he läheiset avohuollon palvelujen pariin tai ottamaan yhteyttä erilaisiin omaisjärjestöihin.

Tuloksissa hoitajat korostivat sitä, että potilaan omaa tahtoa tulee kunnioittaa. Potilas saa itse määritellä läheisverkostonsa sekä nimetä ne henkilöt, joiden hän haluaa osallistuvan hoitoonsa. Perhekeskeinen työote sisältää aina ajatuksen, että asiakas voi itse määritellä perheensä. Potilaalle on tärkeätä, että juuri hänelle läheiset ihmiset voivat osallistua hänen elämäänsä koskettaviin asioihin. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 195) Potilaan oma haluttomuus tai sairauden tietty vaihe oli hoitajien mukaan selkeä este perhekeskeisen hoitotyön toteutumiselle. Kuitenkin hoitajat painottivat sitä, että vaikka potilas aluksi kieltäytyisi läheistensä mukaan ottamisesta hoitoon, niin asiaa ei jätetty sikseen vaan aiheesta keskusteltiin hoidon edetessä. Hoitajat pitivät yllä keskustelua potilaan kanssa tämän perhetilanteesta ja suhteesta läheisiin.

Haastateltavat kertoivat, että yleisesti ottaen hoitajien oma motivaatio perhekeskeiseen hoitotyöhön oli hyvä. Myös onnistumisen kokemukset vaikuttivat myönteisesti sekä lisäsivät motivaatiota potilaan läheisten kanssa työskentelyyn. Toisaalta hoitajat kokivat toisinaan perhekeskeisen hoitotyön liian monimutkaisena. Åsted-Kurki ym. tuovat esiin sen, että joskus hoitajat voivat tuntea itsensä epävarmoiksi siinä, miten potilaan läheisiin tulisi suhtautua. Jos yhteydenpito potilaan läheisten kanssa tuntuu vaikealta ja aiheuttaa lisäpainetta nopeatempoisessa työssä, voivat läheiset jäädä kohtaamatta. (Åsted-Kurki ym. 1999, 327) Haastattelemamme hoitajat kokivat kuitenkin perhekeskeisen hoitotyön erittäin merkityksellisenä hoitotyön toteutumisessa.

#### 7.4 Kehittämisehdotukset

Haastattelemiemme hoitajien mukaan perhekeskeistä työtä lisää osastolta saatu tuki. Tämän vuoksi olisi tärkeätä, että perhekeskeiseen työotteeseen kannustetaan ja että sille annettaisiin vielä näkyvämpi rooli osastojen toimintastrukturissa. Hoitajat kokivat, että suuremmat henkilökuntamäärät osastoilla mahdollistaisivat osaltaan perhekeskeisen hoitotyön toteutumisen.

## LÄHTEET

Aaltonen J. & Seikkula J. 2009. Perheterapian tuloksellisuus. Teoksessa Larivaara P., Lindroos S. & Heikkilä T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Jyväskylä: DUODECIM, 435-445.

Etzell S., Korpivaara L., Lukkarinen T., Nikula A., Pekkarinen I., Peni R. & Värmälä H. 1998. Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Tampere: Hygieia.

Friedman M-L. 1995. The Framework of systemic organization – A conceptual approach to families and nursing. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Friis L., Seppänen R. & Mannonen M. 2006. Lasten ja nuorten mielenterveysyö. Helsinki: WSOY.

Hakulinen T. & Paunonen M. 1994. Analyysi käsitteestä perhehoitotyö, Lähikäsitteinä perhesysteeminen ja perhekeskeinen hoitotyö. Hoitotiede. Vol. 6, nro. 2, 58-65.

Harmon Hanson S. 2005. Family health care nursing: an introduction. Teoksessa Harmon Hanson S., Gedaly-Duff V. & Rowe Kaakinen J. (toim.). Family health care nursing. Philadelphia: F.A. Davis, 3-37.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

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

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOY pro Oy, 176-184.

Kilkku N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa, Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kivimäki A. 2008. Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitajien kuvaamana. Tampereen yliopisto Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

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

Kyngäs & Vanhanen 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, nro 1, 3-12.

Laki toimeentulotuesta 30.12.1997/1412, 3 §.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 6 §.

Larivaara P., Lindroos S. & Heikkilä T. 2009. Perhekeskeisen työn teoreettiset perusteet. Teoksessa Larivaara P., Lindroos S. & Heikkilä T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Jyväskylä: DUODECIM, 18-33.

Larivaara P. & Taanila A. 2009. Moniammatillinen perhekeskeinen yhteistyö. Teoksessa Larivaara P., Lindroos S. & Heikkilä T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Jyväskylä: DUODECIM, 280-297.

Latvala E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Leino-Kilpi H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi H. & Välimäki M. (toim.) Etiikka hoitotyössä. Porvoo:WSOY, 285.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Moriarty H. & Brennan S. 2005. Family mental health nursing. Teoksessa Harmon Hanson S. Gedaly-Duff V. & Rowe Kaakinen J. (toim.) Family health care nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company, 347-373.

Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY, 14-24.

Pitkänen A., Åsted-Kurki P., Laijärvi H. & Pukuri T. 2002. Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. *Hoitotiede*. Vol. 14, no 5, 223-233.

Rantanen M. 2006. Hoitajien kokemuksia Beardsleen perheintervention käytöstä akuuttipsykiatrian osastolla. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Rantala, A. 2002. Perhekeskeisyys – Puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.

Räsänen P. 2005. Havaintojen mittaus ja aineiston jäsentämisen metodologia. Teoksessa Räsänen P., Anttila A-H. & Melin H. (toim.) Tutkimus menetelmien pyörteissä. Juva: PS kustannus.

Saari M. 2002. Psykoosiryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992 – 1996. Psykiatrian klinikka. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Seikkula & Alakare B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* 120 (3) , 289-296.

Stengård E. 2005. Journey of Hope and Despair. The short-term outcome in schizophrenia and the experiences of caregivers of people with severe mental disorder. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerrus.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Luettu 11.6.2010  
.http://www.tenk.fi/julkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf

Viljanen K. 1999. Perhekeskeinen lastenneuvolatyö. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo:WSOY, 290-306.

Vilén M., Leppämäki P. & Ekström L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.



Åsted-Kurki P. & Paavilainen E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo:WSOY, 325-327.

Åsted-Kurki P. 2010. Family nursing research for practice: The Finnish perspective. Journal of family nursing. 16(3) 256-268.

## LIITTEET

## LIITE 1

## TEEMAHAASTATTELURUNKO

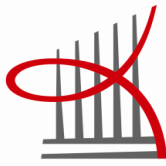
Miten hoitajat kokevat perhekeskeisyyden toteutuvan käytännön hoitotyössä eri osastoilla?

- Mitä perhekeskeisyydellä tarkoitetaan?
- Miten perhekeskeisyys näkyy käytännön hoitotyössä kyseisellä osastolla?

Mitkä tekijät hoitajien mielestä vaikuttavat perhekeskeisen hoitotyön onnistumiseen eri osastoilla?

- Mitkä tekijät edistävät perhekeskeisen hoitotyön toteutumista?
- Mitkä tekijät estävät perhekeskeisen hoitotyön toteutumista?

## LIITE 2



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Tampere University of Applied Sciences

TIEDOTE

31.03.2010

Hyvä psykiatrisessa sairaalassa työskentelevä osastonhoitaja/sairaanhoitaja

Pyydämme Teitä osallistumaan Tampereen ammattikorkeakoululle tekemäämme opinnäytetyöhön, jossa tarkastelemme perhekeskeisen hoitotyön toteutumista psykiatrisessa sairaalassa hoitajien kuvaamana.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla psykiatrisen sairaalan kolmelta eri osastolta osastonhoitajia sekä jokaiselta osastolta yhtä sairaanhoitajaa. Haastattelun kesto on noin 1-1,5 tuntia. Haastattelut nauhoitetaan, opinnäytetyön raportin valmistuttua nauhoitukset tuhotaan. Aineisto on vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä ja se säilytetään salasanalla suojattuna tiedostona.

Haastattelun aluksi pyydämme Teiltä kirjallisen suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumisesta. Teillä on oikeus kieltäytyä opinnäytetyöhön osallistumisesta missä vaiheessa tahansa syytä siihen ilmoittamatta. Tulokset raportoidaan luottamuksellisesti ja nimettöminä.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstä, vastaamme mielellämme.

Ystävällisin terveisin,

Helena Salja

sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

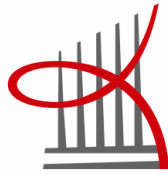
helena.salja@piramk.fi

Laura Niiranen

sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

laura.s.niiranen@piramk.fi

## LIITE 3



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Tampere University of Applied Sciences

## SUOSTUMUS

31.03.2010

Perhekeskeisyyden toteutuminen psykiatrisessa sairaalassa hoitajien kuvaamana

Olen saanut kirjallista tietoa opinnäytetyöstä koskien perhekeskeisen hoitotyön toteutumista psykiatrisen sairaalan kolmella eri osastolla. Olen myös saanut mahdollisuuden esittää kysymyksiä opinnäytetyön tekijöille.

Ymmärrän, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä siitä koska tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

---

Suostun osallistumaan

Suostumuksen

opinnäytetyöhön:

vastaanottaja:

---

Haastateltavan allekirjoitus

---

Haastattelijan allekirjoitus

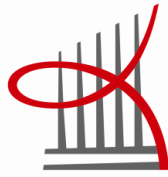
---

Nimen selvennys

---

Nimen selvennys

## LIITE 4



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Tampere University of Applied Sciences

## TIEDOTE

31.03.2010

## TIEDOKSI OPINNÄYTETYÖSTÄ

Teemme opinnäytetyön perhekeskeisen hoitotyön toteutumisesta hoitajien kuvaamana psykiatrisessa sairaalassa. Työelämäpalaverissa ylihoitajan, osastonhoitajien sekä ohjaavan opettajamme kanssa sovimme, että opinnäytetyö tehdään kolmella eri osastolla.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla kyseisiltä osastoilta osastonhoitajaa sekä yhtä hänen osoittamaansa sairaanhoitajaa, joka on saanut perhetyön koulutuksen. Haastattelut toteutetaan maaliskuun aikana. Yhden haastattelun kesto on keskimäärin 1-1,5 tuntia.

Opinnäytetyömme tavoitteena on antaa tietoa perhekeskeisen hoitotyön toteutumisesta hoitajien kertomana ja tätä kautta lisätä ymmärrystä mahdollisista kehittämistarpeista. Tulemme esittelemään valmiin opinnäytetyön loppusyksystä 2010.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstä, vastaamme mielellämme.

Ystävällisin terveisin,

Helena Salja

Laura Niiranen

sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

helena.salja@piramk.fi

laura.s.niiranen@piramk.fi

## LIITE 5: 1(2)

TAULUKKO 1. Perhekeskeinen hoitotyö hoitajien määrittelemänä

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
Moninaisuus	<b>Perhekeskeisen hoitotyön määrittely</b>
Potilaslähtöisyys	

TAULUKKO 2. Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen hoitajien kuvaamana

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
Kartoitus	<b>Perhekeskeisen hoitotyön toteutumistavat osastoilla</b>
Hoitokokoukset	
Perhetapaamiset	
Paritapaamiset	
Polikliiniset käynnit	
Menetelmät	
Puhelinkeskustelut	<b>Potilaan hoidon aikana tapahtuva spontaani perhekeskeinen hoitotyö</b>
Vierailut	
Spontaanit keskustelut	
Omaisten huomioiminen	<b>Läheisten tukeminen</b>
Lisäavun tarjoaminen omaisille	
Hoitajien jakama informaatio läheisille	<b>Informaation saanti ja jakaminen</b>
Läheisten tarjoama informaatio potilaan tilanteesta	

## LIITE 5: 2(2)

TAULUKKO 3. Perhekeskeisen hoitotyön onnistumiseen vaikuttavat tekijät hoitajien kuvaamana

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
Työkokemus	<b>Ammattitaito</b>
Koulutus	
Osaaminen	
Kiire	<b>Osaston resurssit</b>
Lyhyet hoitoajat	
Henkilökuntamäärä	
Ympäristö	
Aikataulut	
Perhekeskeisen hoitotyön ylläpitäminen	<b>Osaston käsitys perhekeskeisen hoitotyön merkityksestä</b>
Osaston toimintastruktuuri	
Osaston hoitoajatus	
Läheisten myönteinen asenne	<b>Läheisten vaikutus perhekeskeisen hoitotyön onnistumiselle</b>
Ristiriidat perheessä	
Läheisten kokema ahdistus	
Läheisiä ei ole	
Potilaiden haluttomuus	<b>Potilaan vaikutus perhekeskeisen hoitotyön onnistumiselle</b>
Potilaan vointi	
Hoitajien myönteinen suhtautuminen	<b>Hoitajien suhtautuminen perhekeskeiseen hoitotyöhön</b>
Hoitajien kielteinen suhtautuminen	

## LIITE 6:1(2)

TAULUKKO 2. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Hakulinen T. & Paunonen M. 1994 Analyysi käsitteestä perhehoitotyö, lähikäsitteinä perhesysteemien ja perhekeskeisen hoitotyön.	Perheeseen liittyvien hoitotyön käsitteiden perhehoitotyön, perhekeskeisen hoitotyön ja perhesysteemien hoitotyön täsmäntäminen.	Käsite-analyysi	Perhehoitotyö ja perhekeskeinen hoitotyö sisältävät yhtenäisyyksiä, mutta myös poikkeavia ominaispiirteitä. Perhesysteemistä hoitotyötä voidaan pitää joko perhehoitokäsitteen alakäsitteenä tai sen lähikäsitteenä.
Kilkku N. 2008 Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta.	Aineistolähtöisen teorian tuottaminen potilasopetuksesta ensipsykoosipotilaiden hoidossa.	Grounded theory	Ensipsykoosipotilaiden potilasopetusta kuvaava teoria.
Kivimäki A. 2008 Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitajien kuvaamana.	Kuvata hoitajien kokemuksia perhehoitotyöstä akuuttipsykiatrisen osastolla.	Kvalitatiivinen tutkimus	Hoitajat kuvasivat perhekeskeisen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.



## LIITE 6: 2(2)

TAULUKKO 2. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Latvala E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä.	Kuvata psykiatrinen hoitotyötä laitospäristössä ja tuottaa potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli.	Kvalitatiivinen tutkimus	Sairaala- ja lämpäristössä toteutuvan psykiatrisen hoitotyön ydin oli potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä.
Pitkänen A. ym. 2002. Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana.	Nostaa esiin käytännöstä nousevia kuvauksia perhehoitotyön toteutumisesta psykiatrisessa hoitotyössä.	Kvalitatiivinen tutkimus	Tuloksista nousi esille perhehoitotyön toimintaa ohjaavat periaatteet, erilaiset hoitajien suorittamat toiminnot sekä perhehoitotyössä käytetyt menetelmät
Rantala A. 2002. Perhekeskeisyys – Puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa	Tutkia lapsiperheiden arkea tukevien päivähoito-, neuvola-, sosiaali- ja terapia-työn ammattilaisten näkemyksiä tämän päivän lapsiperheistä sekä yhteistyöstä perheiden kanssa.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus	Työntekijät näkivätkin omissa toimintatavoissaan paljon muutostarvetta perhekeskeisempään suuntaan.
Saari M. 2002 Psykoosiryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992 – 1996	Kuvata äkillisistä vaikeista mielenterveyshäiriöistä kärsivien potilaiden psyykkisen tilan ja toimintakyvyn muutoksia	Kvantitatiivinen tutkimus	Kokonaisuutena psykoosiryhmän työskentely oli tavanomaista psykiatrinen erikoissairaanhoidon tuloksellisempaa ja taloudellisempaa.