



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Haukipuro Katariina ja Kivistö Elina

PERHEHOITOTYÖ PSYKIATRISSESSA HOITOTYÖSSÄ

Sosiaali- ja terveysala
2010

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Katariina Haukipuro, Elina Kivistö
Opinnäytetyön nimi	Perhehoitotyö psykiatrisessa hoitotyössä
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	48+4 liitettä
Ohjaaja	Pirjo Peltomäki

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksia perhehoitotyön toteuttamisesta. Erityisesti tutkimuksessa oli tarkoitus selvittää perhehoitotyön toteutumista tutkimukseen valituilla osastoilla. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää psykiatristen sairaanhoitajan perhehoitotyötä tukevaa ajattelua ja toimintaa. Tutkimus suoritettiin erään sairaalan kolmella psykiatrian akuuttiosastolla ja kolmella kuntoutusosastolla. Tutkimukseen osallistui yhteensä 50 psykiatrista sairaanhoitajaa, joista 32 työskenteli akuutilla psykiatrisella osastolla ja 17 psykiatrisella kuntoutusosastolla. Yksi vastaajista jätti ilmoittamatta millä osastolla työskentelee.

Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Strukturoidut kysymykset analysoitiin SPSS-ohjelman avulla ja niistä tehtiin taulukot Excel-ohjelmalla. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten mukaan perhehoitotyö koettiin pääosin erittäin tärkeäksi ja valtaosa vastanneista psykiatrisista sairaanhoitajista koki ottavansa lähes aina potilaan perheen huomioon työssään. Psykiatriset sairaanhoitajat arvioivat valmiutensa perhehoitotyön toteuttamiselle pääosin hyviksi tai tyydyttäviksi. Perhehoitotyötä estäviksi tekijöiksi vastaajat kokivat mm. hoitojakson lyhyen keston, tiedon puutteen ja erilaiset hankaluudet omaisten kanssa. Osastojen työympäristö ja toimintaperiaatteet koettiin perhekeskeistä hoitotyötä tukeviksi. Tutkimuksen mukaan erilaisille perhehoitotyötä tukeville koulutuksille olisi tarvetta, sillä 98 % vastaajista koki, että sairaanhoitajakoulutus ei antanut riittäviä valmiuksia perhehoitotyön toteuttamiselle.

Avainsanat psykiatrisen hoitotyö, psykiatristen sairaanhoitajan
valmiudet, perhehoitotyö

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Authors	Katariina Haukipuro, Elina Kivistö
Title	Family Nursing in Psychiatric Nursing
Year	2010
Language	Finnish
Pages	48+4 appendices
Name of Supervisor	Pirjo Peltomäki

The purpose of this bachelor's thesis was to find out what kind of experiences psychiatric nurses have on implementing family nursing and what kind of abilities and skills they have to implement family nursing. A further purpose was to find out if nursing education gives enough skills to implement family nursing. The aim of the bachelor's thesis was to develop the nurse's way of thinking and the actions that support the family nursing. The study was conducted on three acute psychiatric wards and on three rehabilitation wards. The study was participated by 50 psychiatric nurses (N=50) of which 32 were working on an acute ward and 17 in a rehabilitation ward. One respondent did not answer the question concerning the place of work.

The research material was collected with a questionnaire that included structured and open ended questions. The structured questions were analyzed by using SPSS-program and the tables were made with Excel programme. The open ended questions were analysed with content analysis.

According the study results the majority of the psychiatric nurses felt that family nursing is very important and that they almost all include the family when working with a patient. Psychiatric nurses evaluated that their abilities and skills are mainly good or average. Factors that had a negative influence on family nursing were short treatment period, lack of information and difficulties with the patient's relatives. Factors that supported family nursing were the working environment and the ward policy. The results show that there is a need for further training since 98% of the respondents felt that the nursing education did not give enough abilities to implement family nursing.

Keywords	Psychiatric nursing, abilities and skills of psychiatric nurse, family nursing
----------	--

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	PSYKIATRINEN HOITOTYÖ	8
2.1	Mielenterveys.....	8
2.2	Psykiatriseen hoitoon hakeutuminen	9
2.3	Hoitotyö psykiatrisella osastolla	10
3	PSYKIATRISEN SAIRAANHOITAJAN VALMIUDET	12
4	PERHE OSANA PSYKIATRISTA HOITOTYÖTÄ	14
4.1	Perheen suhtautuminen psyykkiseen sairastumiseen.....	14
4.2	Perhehoitotyö	16
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	20
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
6.1	Tutkimuksen kohderyhmä	21
6.2	Aineistonkeruu.....	21
6.3	Aineiston analyysi.....	23
6.4	Tutkimuksen eettisyys	24
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
7.1	Tutkimusjoukon kuvaus.....	26
7.2	Perhehoitotyötä estävät tekijät psykiatrisessa hoitotyössä.....	27
7.3	Työympäristön tuki perhehoitotyössä.....	29
7.4	Potilaan perheen huomioiminen psykiatrisessa hoitotyössä.....	30
7.5	Sairaanhoitajakoulutuksen antamat valmiudet perhehoitotyöhön	33

8	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	35
9	POHDINTA	36
9.1	Tulosten tarkastelua	36
9.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	39
9.3	Oppimisprosessi.....	42
9.4	Jatkotutkimusaiheet	44

LÄHTEET

LIITELUETTELO

LIITE 1: Saatekirje ylihoitajalle

LIITE 2: Suomenkielinen saatekirje ja kyselomake

LIITE 3: Ruotsinkielinen saatekirje ja kyselylomake

LIITE 4: Esimerkki sisällön analyysista

1 JOHDANTO

Psykiatrisella hoitotyöllä tarkoitetaan työssämme psyykkisesti sairaan ihmisen hoitoa. Psykiatrisen hoitotyön tarkoituksena on parantaa sairastuneen elämän laatua ja auttaa häntä selviytymään sairastumisen tuomista haasteista. Ymmärtääkseen mielenterveyden käsitettä, tulee ymmärtää mikä on ihmisen käytöksessä ja ajatusmaailmassa normaalia ja mikä puolestaan on poikkeavaa. Mielenterveys on muuttuva tila, joka voi vaihdella elämän aikana. (Latvala, Visuri & Janhonen 1995, 13, 24.) Tässä työssä mielenterveys nähdään psykiatrisen hoitotyön alakäsitteenä.

Ihmisen sairastuessa psyykkisesti sairaus ei kosketa ainoastaan häntä itseään, vaan se vaikuttaa monella tapaa myös hänen perheeseensä. Perhe voidaan määritellä biologisin, juridisin ja emotionaalisin perustein. Nykyisin perheellä voidaan tarkoittaa myös läheisiä henkilöitä, riippumatta siitä ovatko he biologista sukua. Jokaisella meistä on perhe, mutta on kuitenkin potilaan oma valinta haluaako hän ottaa perheen mukaan ja osaksi hoitoa. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2006, 11–12.)

Aiheemme on hyvin ajankohtainen, sillä nykyään hoitajaksojen kestoa pyritään lyhentämään ja siirtämään hoito entistä enemmän avohoitopainotteiseksi sairaalahoidon sijaan. Tämä puolestaan tarkoittaa sitä, että potilas joutuu ottamaan entistä enemmän vastuuta omasta hoidostaan ja hyvinvoinnistaan. Joissain tapauksissa tämä tarkoittaa myös sitä, että perhe kantaa vastuuta potilaan hyvinvoinnista, mikäli potilas ei siihen itse kykene. Psykkinen sairaus nähdään joskus ehkä liikaa ainoastaan potilasta koskettavana ja hoito vain hänen oikeutenaan. Potilaan päästessä hoitoon voi perhe jäädä kaiken sekasorron keskelle yksin. Tämä saattaa vaikuttaa siten, että perhe kuormittuu liikaa, jolloin joudutaan pohtimaan myös perheen jaksamista. Siksi olisikin tärkeää huolehtia, että potilaan perhe saisi tarpeeksi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta voidakseen ymmärtää potilasta ja hänen käytöstään paremmin. Pahimmassa tapauksessa psyykkisesti sairastuneen ihmisen perhe voi kokea avuttomuutta jäädessään yksin sairastuneen läheisensä kanssa, jolloin oireet ovat vielä voimakkaita, lääkkeet

eivät vielä tehoa ja kehitystä parempaan ei ole vielä tapahtunut. Parhaimmassa tapauksessa perhe kokee tullessa ymmärretyksi ja saaneensa tarvittavan avun. (Koskisuus & Kulola 2005, 38–42.)

Halusimme valita opinnäytetyöllemme aiheen, jota pidimme itse mielenkiintoisena ja joka koetaan tarpeelliseksi ja ajankohtaiseksi käytännön työelämässä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksia perhehoitotyön toteuttamisesta, eli onko heillä mielestään riittävästi valmiuksia toteuttaa laadukasta ja riittävää perhehoitotyötä. Lisäksi näin voidaan selvittää mahdollisia kehittämiskohteita perhehoitotyön suhteen. Psykiatriset sairaanhoitajat voivat myös esittää ehdotuksia lisäkoulutuksista, johon haluaisivat tulevaisuudessa osallistua. Tällä tavalla henkilökunta tulee kuulluksi ja saa myös ehdottaa mahdollisia kehitysideoitaan.

Huomioimalla mahdolliset kehitysideat voidaan perhehoitotyötä kehittää kyseisen keskussairaalan psykiatrian yksikössä vahvistamalla positiivisiksi koettuja puolia ja puuttamalla mahdollisiin epäkohtiin. Tästä hyötyvät paitsi organisaatio ja hoitajat, myös potilaat ja heidän perheensä.

Opinnäytetyömme keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat psykiatrinen hoitotyö, psykiatrisen sairaanhoitajan valmiudet ja perhehoitotyö.

2 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Psykiatrisen hoitotyön perustana on pyrkiä vastaamaan potilaan hoidon tarpeisiin käyttämällä erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä. Hoitotyö muodostuu psykiatrisen hoidon tarpeista ja käytetyistä auttamismenetelmistä tavoitteena potilaan selviytyminen. (Latvala ym. 1995, 20.)

Tarkoituksena olisi toteuttaa yksilöllistä hoitotyötä, joka edellyttää potilaan taustan tuntemista ja arvostamista. Psykiatrisessa hoitotyössä olennaista on hoitosuhdetyöskentely, terapiatyö ja erilaiset ryhmätoiminnot. Hoitosuhdetyöskentelyssä hoitajalta vaaditaan taitoja selvittää potilaan tilanne sekä kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä hoitoa koskien. Työntekijän apuna tulisi olla aina muu työryhmä, sillä keskeistä psykiatrisessa hoitotyössä on moniammatillisuus. (Latvala ym. 1995, 20; Välimäki, Holopainen & Jokinen, 2000, 16–17.)

2.1 Mielenterveys

”Maailmanterveysjärjestö (WHO) on määritellyt terveyden täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana, eikä vain sairauksien tai vammojen puuttumisena”(Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2003, 13).

Mielenterveyden käsitettä on vaikea määritellä tarkasti, sillä se ei ole pysyvä tai muuttumaton olotila, vaan se kehittyy ja muovautuu koko ihmisen elämän ajan. Eri kehityksen vaiheissa persoonallisuuden kehitykseen saattaa liittyä toimintahäiriöitä tai mielenterveydellisiä häiriöitä. Kehitys saattaa kuitenkin kulkea myös ilman mainittavia poikkeamia. (Latvala ym. 1995, 24.)

Ymmärtääkseen mielenterveyden olemuksen, tulee tietää mikä on mielenterveyden kannalta normaalia, mikä poikkeavaa ja millainen mielenterveyden olemus olisi ihanteellinen (Lönnqvist ym. 2003, 13).

Hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat kyky ihmissuhteisiin, vuorovaikutukseen ja toisista välittämiseen sekä henkilökohtaiseen tunneilmaisuun. Mieleltään terve ihminen kykenee työntekoon ja valvomaan asianmukaisesti omaa etuaan. Psyhyksen tulisi pääsääntöisesti kestää elämän mukanaan tuomat muutokset, kriisit ja erilaiset haasteet tai ristiriidat. Ihmisellä tulee olla jonkinlaisia valmiuksia menetysten sietämiseen ja ahdistuksen hallintaan. Suuri merkitys on todellisuudentajulla, jotta osaamme erottaa oman ajatusmaailmamme ulkoisesta todellisuudesta hankalissakin elämänvaiheissa ja kokiessamme stressiä. (Lönqvist ym. 2003, 17.)

”Useille mielenterveyden häiriöille keskeinen piirre on psyykkisten prosessien integraation vähentyminen” (Lönqvist ym. 2003, 18). Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että ihminen pitää osan ajatuksistaan, tunteistaan tai käsityksistään itselle vieraina tai uhkaavina, ja pyrkii suojautumaan niitä vastaan. Mielenterveyspotilaille on tunnusomaista sairauden tunnottomuus, mikä vaikeuttaa hoitoon hakeutumista ja sairauden diagnosoimista. (Lönqvist ym. 2003, 18.)

2.2 Psykiatriseen hoitoon hakeutuminen

Psykiatrista sairaalahoitoa tarvitaan silloin, kun henkilö ei mielenterveyden häiriönsä vuoksi pärjää kotona ja avohoidon tukitoimenpiteet eivät enää ole riittäviä mielenterveyden häiriön aiheuttamien ongelmien helpottamiseksi. Henkilö voi hakeutua psykiatriseen sairaalahoitoon joko vapaaehtoisesti, hänet voidaan ottaa tarkkailuun tai määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon. Henkilö voidaan ottaa tarkkailuun sairaalaan, jotta pystytään selvittämään onko edellytyksiä määrätä hänet tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tätä varten lääkärin tulee tehdä tarkkailulausunto tutkittuaan ensin henkilön ja todettuaan, että on edellytyksiä määrätä henkilö sairaalahoitoon. (Välimäki ym. 2000, 108–109.)

Henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon mielenterveyslain 8§ mukaan ”jos hänen todetaan olevan mielisairas, jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä” (L1116/1990).

Hoidon tarpeellisuus tulee perustella omaisille rehellisesti ja ymmärrettävällä tavalla. Tämä pyritään tekemään välttämällä väittelyä tai tilanteen tarpeetonta pitkittämistä. Hoitajan tai lääkärin tulee selvittää miten potilas on ymmärtänyt asian. Kun potilas on tietoinen hoitoon joutumisestaan, hänelle selvitetään mihin sairaalaan hänet lähetetään, millä ja mahdollisesti kuinka pitkäksi ajaksi. Omaisia rohkaistaan olemaan yhteydessä antamalla sairaalan ja omahoitajan yhteystiedot. Omaisten ahdistusta pyritään helpottamaan ja heille on hyvä kertoa, että vastuu hoitopäätöksestä on tutkimuksen tehneellä lääkärillä. (Toivikko 2005, 487.)

2.3 Hoitotyö psykiatrisella osastolla

Tyypillisesti psykiatrinen hoitotyö on moniammatillista yhteistyötä hoitoalalla työskentelevien kesken. Moniammatilliseen työryhmään kuuluu yleensä sairaanhoitajia, mielenterveys- ja lähihoitajia, psykiatri, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Jokaisen ammattikunnan edustaja tuo hoitotyöhön mukaan oman asiantuntijuutensa. Hoitotyöntekijät huolehtivat käytännössä eniten potilaiden jokapäiväisistä perustarpeista ja ovat vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa. Lisäksi hoitotyöntekijät ovat yleensä yhteydessä myös potilaiden omaisiin. (Välimäki ym. 2000, 17.)

Tärkeimpinä hoitotyön auttamismenetelminä voidaan pitää potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta ja keskustelua. Välimäen ym. (2000, 46) mukaan ”hoitosuhde edellyttää toisen ihmisen hyväksymistä, kuuntelemista sekä ajatusten, toiveiden ja tunteiden jakamista.” Hoitosuhde on vastavuoroista, sillä siinä

ilmaistaan omia ajatuksia ja kuunnellaan mitä toisella on sanottavaa. Ahlforsin, Saarikosken ja Sovan mukaan potilaan psyykkinen vointi vaikuttaa hoitosuhteen sisältöön ja luonteeseen. Akuutissa vaiheessa hoitosuhde perustuu enemmänkin huolenpitoon, kun taas kuntouttavassa vaiheessa hoitosuhteessa korostuvat opetus ja ohjaus. (Välimäki ym. 2000, 45–46.)

Potilaan yksilöllisen lääkehoidon suunnittelusta ja määräämisestä vastaa lääkäri, kun taas lääkehoidon toteutuksesta vastaavat pääasiassa hoitotyöntekijät. Lisäksi hoitotyöntekijän tehtäviin kuuluu potilaan lääkehoidon seuranta, esim. potilaan reagoiminen lääkkeeseen ja mahdolliset sivuvaikutukset sekä lääkehoidosta raportointi lääkärille. Tarkoituksena on, että potilas pystyisi huolehtimaan lääkityksestään itsenäisesti kotiuduttuaan sairaalasta. Potilaalle pyritään antamaan riittävästi ajan tasalla olevaa ohjausta ja tietoa lääkityksestä sekä siihen liittyvistä asioista, kuten laboratoriokokeista. Lääkehoidosta ja sen vaikutuksista tulee antaa tarpeeksi tietoa myös omaisille, sillä niin potilaan kuin omaistenkin suhtautuminen lääkehoitoon vaikuttaa sen onnistumiseen. (Välimäki ym. 2000, 49–50.)

3 PSYKIATRISEN SAIRAANHOITAJAN VALMIUDET

Sairaanhoitajan ammattinimikkeen saavat henkilöt, jotka ovat suorittaneet sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon, joka vastaa 210 opintopistettä. Koulutusohjelman tavoitteena on antaa opiskelijalle valmiudet työskennellä moniammatillisessa työyhteisössä perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja kolmannella sektorilla. Opiskelijaa autetaan saavuttamaan valmiudet työskennellä hoitotyön asiantuntemusta vaativissa tehtävissä toimimalla lähimmäisyyden, eettisyyden ja oikeudenmukaisuuden periaatteiden mukaisesti. (Vaasan ammattikorkeakoulu 2009.)

Sairaanhoitajan eettistä toimintaa ovat tukemassa ja ohjaamassa ihmisoikeudet, sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö sekä hoitotyön eettiset ohjeet. (Opetusministeriö 2006.)

Sairaanhoitajien työ perustuu hoitotieteeseen. Työ itsessään on vastuullista ja itsenäistä ja siinä korostuu terveyttä edistävä toiminta. Sairaanhoitajat työskentelevät moniammatillisessa työryhmässä, jossa heidän tehtävänä on tuoda hoitotyön näkökulma työskentelyyn. Sairaanhoitajan tekevät yhteistyötä myös potilaiden omaisten kanssa ja osaltaan vahvistavat heidän osallistumista potilaan hoitoon. (Suomen sairaanhoitajaliitto 2010.)

Opiskelija, joka on valinnut suuntautumisekseen psykiatrisen hoitotyön, valmistuu psykiatriseksi sairaanhoitajaksi. Suuntaavien opintojen aikana opiskelijat opiskelevat asiantuntijuutta hoitotyössä eri psykiatrian aloilla ja suorittavat suuntaaviin opintoihin liittyvää työharjoittelua. (Vaasan ammattikorkeakoulu 2009.)

Psykiatrisella sairaanhoitajalla tulee olla valmiudet potilaan kohtaamiseen, ymmärtämiseen ja kokonaisvaltaiseen hoitamiseen, tukien potilaan terveyttä ja selviytymistä arkipäivän tilanteissa. Psykiatrisen sairaanhoitaja työskentelee eri ihmisten, yksiköiden ja organisaation kanssa ja käytännössä he ovat eniten vuorovaikutuksessa potilaaseen ja tämän läheisiin. Pitääkseen yllä

ammattitaitoaan sairaanhoitajan tulee oppia hankkimaan ja käsittelemään tietoa nopeasti. (Välimäki ym. 2000, 17–18.)

Hyvällä ammattitaidolla tarkoitetaan sitä, että hoitaja osaa hoitotilanteessa yhdistää tiedon ja kokemuksen luovuuttaan käyttäen. Jokainen hoitotilanne on ainutlaatuinen, eikä voi edetä minkään tietyn kaavan mukaan. Hoitajan tulisi aina huomioida potilas yksilönä, minkä toteutuminen ei ole itsestään selvyys hoitajan kokemuksesta huolimatta. Eettisesti työskentelevä hoitaja tekee aina parhaansa eikä koskaan toimi tietoisesti väärin, vaan hän toimii hyödyntäen sen hetkistä tietämystään ja kokemustaan. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 106.)

Psykiatrissa hoitotyötä tehdään omaa persoonaansa hyödyntämällä. Sairaanhoitajan persoonallisuudessa on tärkeintä terve itsetunto, sillä ilman sitä hän ei kykene riittävään vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa. Näin ollen hoitajan persoonallisuus voi köyhtyä hänen käyttäessä voimavaransa loppuun. (Mäkelä ym. 2001, 107.)

Sairaanhoitajan valmiudet heijastuvat hoitosuhteen laatuun. Hoitosuhteella tarkoitetaan Mäkelä ym. (2001, 12) mukaan ”hoitajan ja potilaan/asiakkaan tietoista, tavoitteellista ja suunnitelmallista yritystä hyödyntää vuorovaikutusta ihmisen hoitamisessa.” Hoitosuhteessa on olennaista, miten hoitajan ja potilaan välinen yhteistyö toimii. Tästä ovat omilta osiltaan vastuussa sekä hoitaja että potilas. Hoitajan vaihtaminen toiseen tulee olla mahdollista, jos hoitosuhde potilaan kanssa ei jostain syystä toimi. (Mäkelä ym. 2001, 18.)

4 PERHE OSANA PSYKIATRISTA HOITOTYÖTÄ

Perheen käsite on nykyään monimuotoinen, mutta perinteisen ydinperheen katsotaan muodostuvan kokonaisuudesta, johon kuuluvat isä, äiti ja lapsia. Toisin sanoen perheen jäsenet ovat sidoksissa toisiinsa biologisin perustein. Perhe voi muodostua myös henkilöistä, jotka ovat läheistä sukua keskenään, kuten isovanhemmat ja lastenlapset tai aikuiset sisarukset keskenään. Juridisin perustein määritellyn perheen muodostavat avioliitossa tai avioliiton omaisessa suhteessa elävä pari. Nykyaikana perhe voi määräytyä myös emotionaalisin perustein, eli henkilö voi katsoa perheeseensä kuuluvaksi läheisiä ihmisiä, kuten ystäviä, vaikka he eivät asuisikaan samassa osoitteessa. (Åstedt-Kurki ym. 2006, 11–13.)

4.1 Perheen suhtautuminen psyykkiseen sairastumiseen

Läheisen ihmisen psyykinen sairastuminen on yleensä perheelle kriisi ja se voi muuttaa perheen sisäistä rooli- ja työnjakoa sekä vaikuttaa perheen vuorovaikutussuhteisiin. Psyykkisesti sairastuneen suhtautuminen omaan vanhemmuuteen saattaa muuttua; rooli vanhempana voi tuntua vaikeuksien keskellä liian haastavalta ja omista tuntemuksista kertominen lapselle saattaa aiheuttaa syyllisyyden tunteita niin vanhemmalle itselleen kuin lapsellekin. Lasten tilanne saattaa olla vaikea, sillä he saattavat haluta kieltää asian, eivätkä halua ottaa vastaan apua, esimerkiksi perheterapian muodossa. Sairaudesta tulisi siis osata puhua lapsen ikätason mukaisesti. Niin sairastunut kuin hänen perheensäkin saattaa tuntea leimaantumisen pelkoa ja syyllisyyden tunnetta. Joskus perhe voi jopa kokea, että heitä pidetään ongelman aiheuttajana. Erityisesti vanhemmat saattavat kokea itsesyytöksen tunteita lapsensa sairastuessa psyykkisesti. (Koskisu 2003, 119–127.)

Vanhempia huolettaa ja pelottaa eniten lasten ongelmat. Kaikille lapsille ei suinkaan tule ongelmia, eivätkä nekään aina johda psyykkisiin sairauksiin. Jokaisen elämässä on vaikeita vaiheita, mutta olennaista onkin niiden kanssa eläminen ja ratkaisun löytäminen niihin. Puhumattomuus kaikkia koskettavista

ongelmista saa aikaan usein perheenjäsenten eristäytymisen toisistaan. Ärtymys ja toisten tarkkaileminen vaikuttavat perheenjäsenten välisiin suhteisiin negatiivisesti, kun taas keskinäinen ymmärrys tuo perheenjäsenten välille luottamusta ja läheisyyttä, vaikka asiat olisivat vaikeitakin. Yleisesti uskotaan, että vanhempien vaikeuksista puhuminen saattaisi lisätä lasten kuormaa. Lapset kuitenkin kehrittelevät tapahtumille omat selityksensä. Ilman totuudenmukaista tietoa syntyy helposti väärinkäsityksiä. Lapsia siis helpottaa tieto siitä, mistä vanhemman ongelmissa on kysymys. Tarkoitus ei ole kertoa kaikkia vaikeita elämäkokemuksia lapsille ja tehdä lapsista kumppaneita vanhemman sairastamiseen, vaan auttaa heitä ymmärtämään omia kokemuksiaan sekä perheen tapahtumia. (Solantaus 2008, 2–26.)

Sairastuminen aiheuttaa usein tunteiden turtumista, minkä vuoksi myös läheisyys ja koskettaminen saattavat olla vaikeita asioita. Näin ollen parisuhde joutuu usein kovalle koetukselle. Koskisuun (2003, 123) mukaan ”mielenterveysongelma ei ole syy pysyä yhdessä, mutta ei se ole myöskään syy erota.” Psykkinen sairastuminen vaikuttaa myös henkilön lähiverkostoon ja monesti vaikeuttaa uusien ihmissuhteiden luomista. Sairastuessa tai sen jälkeen ystävät saattavat kaikota, mikä voi johtua siitä, että on itse haluton ja kykenemätön yhteydenpitoon, tai vastaavasti ystävien hämmennyksestä. (Koskisuus 2003, 119–127.)

Perheenjäsenen sairastuttua psykkinen käydään perheessä läpi eräänlainen suremisprosessi. Sairastumisen myötä tulevaisuuteen suhtaudutaan eri tavalla, tehtyjä suunnitelmia tai tulevaisuuden toiveita voidaan joutua muuttamaan tai jopa luopumaan niistä. On tavallista, että sairastumisen alkuvaiheessa tilannetta pyritään kieltämään, joko uskottelemalla sairastumisen ilmenemistä parhain päin tai pyrkimällä osoittamaan diagnoosi vääräksi. (Åstedt-Kurki ym. 2006, 55.)

Sairastumisen alkuvaiheessa ihmisellä on monesti tapana pyrkiä salaamaan tai vähättelemään oireitaan ja paha oloaan. Psykkinen sairastuminen heikentää monesti sairastuneen itsetuntoa, sillä hän ei välttämättä pysty selviytymään omista ja muiden odotuksista kuten aikaisemmin. Perheenjäsenet voivat kokea menettäneensä tuntemansa läheisen sairaudelle, jos sairaus on muuttanut olennaisesti henkilön persoonallisuutta. Sairastunut ihminen saattaa ikään kuin

sulkea itsensä perheen ulkopuolelle, koska ei kykene toimimaan entiseen tapansa. Tämä aiheuttaa ristiriidan avun pyytämisen ja vastaanottamisen välillä, vaikka avulle olisi tarvetta, sitä saattaa olla vaikeaa ottaa vastaan. (Koskisuus 2004, 177–180; Koskisuus 2003, 119–120.)

Mobergin (2005, 157) mukaan sairaalahoitoon joutuminen ensimmäistä kertaa on shokki niin psyykkisesti sairastuneelle kuin perheellekin. Yleensä ajan kuluessa perhe pyrkii sopeutumaan muuttuneeseen tilanteeseen, vaikka asian hyväksyminen voi olla vaikeaa. (Åstedt-Kurki ym. 2006, 55). Sairauden ennakkooireet usein järkyttävät perhettä. Tätä seuraa kriisi, erityisesti silloin, jos perheen sisällä on muitakin selvittämättä jääneitä kriisejä tai ongelmia. Aiemmat vaikeudet voivat uuden kriisin myötä nousta pintaan. Erilaisten tunnetilojen vallassa perhe voi kokea hämmennystä, leimautumisen pelkoa, vihaa ja avuttomuutta. Tämä voidaan helposti purkaa hoitohenkilökuntaan. (Berg & Johansson 2003, 11–12.)

Läheisen psyykkisen sairastumisen sureminen ja siihen sopeutuminen voivat aiheuttaa perheenjäsenissä erilaisia tunnetiloja, kuten vihaa tai voimattomuutta. Sopeutuminen voi vaihdella eri perheiden välillä, mutta myös perheen sisällä sopeutuminen voi olla erilaista perheen jäsenten välillä. Lisäksi perheen reagointiin vaikuttavat myös perheen kulttuurillinen tausta ja perheen suhtautuminen psyykkisiä sairauksia kohtaan. (Berg & Johansson 2003, 12.)

4.2 Perhehoitotyö

Perheen hoitamisen tarkoituksena on terveyden edistyminen perheen omia voimavaroja, niiden arviointia, löytämistä ja vahvistamista tukemalla. Perhehoitotyö voi sisältää myös tietoa, opastusta ja neuvontaa, riippuen perheen tarpeista. (Åstedt-Kurki ym. 2006, 73.)

Perhe tulisi ottaa osaksi potilaan kokonaisuhoitoa ikään kuin yhteistyökumppaniksi, sillä perheen omaa asiantuntemusta voidaan hyödyntää hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. Perhettä tulisi informoida hoitoa koskevista asioista, mikäli potilas niin haluaa. (Koskisuus 2004, 184.)

Mieli 2009- ohjelman mukaan mielenterveyspalvelut on järjestettävä väestön ja erilaisten asiakkaiden tarpeet huomioiden. Palveluiden tuottamisessa on huomioitava asiakkaan lisäksi myös hänen perheensä ja muiden läheisten tuen tarve. Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa tulee aina arvioida lasten tilanne ja mahdollisen tuen tarpeellisuus.

Karkeasti ottaen perhehoitotyöksi voidaan laskea kaikki perheenjäsenten kohtaamiset hoitohenkilöstön kanssa, mutta perhehoitotyö voi olla myös yksilötyötä. Erilaisia perhehoitotyön muotoja voivat olla perhetapaamiset, kotikäynnit sekä mikä tahansa työ, jossa huomioidaan potilaan puoliso tai muu perhe. (Koskisuus & Kulola 2005, 188.)

Potilaan päästyä psykiatriseen hoitoon, on perhe usein halukas ymmärtämään ongelmaa samalla kuitenkin toivoen läheisensä saavan nopeaa ja tehokasta hoitoa. Tässä vaiheessa perheen informointi sairauden lähtökohdista ja sen kulusta on tärkeää, sillä perheen odotukset hoitohenkilökuntaa kohtaan voivat olla jopa kohtuuttomia. Perhe on oikeutettu saamaan tietoa sairauden hoidosta, kuntoutuksesta, lääkityksestä sekä sairaudesta toipumisesta, sillä tieto lievittää läheisten pelkoa ja hämmennystä, sekä auttaa sairauden hyväksymisessä ja tilanteeseen sopeutumisessa. Psykiatrisen sairaanhoitajan tulee osata huomioida perheen voimavarat tiedon vastaanottamisessa. Tiedon saanti ja tilanteen läpikäyminen auttavat läheistä myös oman hämmennyksen, pelon ja syyllisyyden tunteissa, minkä uusi tilanne on aiheuttanut. (Berg & Johansson 2003, 11–12.)

Halmeen, Paavilaisen ja Åstedt-Kurjen (2007) tutkimuksen mukaan perheenjäsenillä on tarve löytää sairaudelle selitys, sekä saada tietoa ja vastauksia kysymyksiinsä usealta henkilöltä selkeästi kerrottuna. Asioiden läpikäyminen rauhallisesti loi tutkimuksen mukaan luottamusta hoitohenkilökuntaa ja heidän pätevyyttään kohtaan. Totuuden kertominen selvensi heille, että tilanne on hallinnassa. Perheenjäsenillä oli heidän tutkimuksensa mukaan epärealistisia toiveita läheisensä paranemisen suhteen. Toivon kohdetta oli kuitenkin mahdollista täsmentää realistisemmaksi hoitohenkilökunnan kohtaamisen myötä.

Perhe käy läpi samankaltaisen prosessin kuin psyykkisesti sairastunutkin. Ensin sairaus pyritään kieltämään, jota seuraavat masennus ja ahdistuneisuus. Tämän jälkeen henkilö usein katkeroituu, mistä seuraa vihan ja ymmärtämättömyyden tunteita, kun tilannetta ei pysty vielä käsittämään. Tapahtunutta, sen mahdollisuutta ja sattumista juuri omalle kohdalle käydään läpi erilaisin kysymyksin. Näiden vaiheiden avulla perhe usein löytää omat selviytymiskeinonsa ja pyrkii näin jatkamaan elämäänsä uudistuneen elämäntilanteensa myötä. Näiden selviytymiskeinojen löytämiseen perhe tarvitsee monesti hoitohenkilökunnan apua ja tukea, jonka avulla perheen syyllisyyden tunteita saataisiin vähennettyä. Usein perheen on helpottavaa ja tarpeellista kuulla ammattilaisen sanomana se, että syyllisyyden tunteesta voidaan luopua. Tämän asenteen tulisi näkyä myös hoitajien suhtautumisesta ja käyttäytymisestä perhettä kohtaan. (Koskisuus 2003, 127.)

On perheitä, jotka suhtautuvat perheistuntoihin vastahakoisesti. Tämä voi johtua siitä, että heillä saattaa olla aikaisempia huonoja kokemuksia tapaamisista asiantuntijoiden kanssa, tai he saattavat tuntea, että heitä syyllistetään sairaudesta ja pelätä, että terapiassa syyllistäminen pahenee. Toisaalta he ovat voineet jo luovuttaa, jolloin tapaamiset tuntuisivat heidän mielestään vain pelkältä ajan haaskaukselta. Perheen sitoutuminen on siis tärkeä tekijä, mutta perhehoitotyön tulee perustua aina vapaaehtoisuuteen. Perheen sitoutuminen yhteistyöhön saadaan aikaan luomalla positiivinen vaikutelma sekä osoittamalla aitoa kiinnostusta perheen ongelmia ja huolia kohtaan. Perheillä on usein monia erilaisia tarpeita, joita tulee jossain vaiheessa esiin, jos perhe suostuu sitoutumaan perhetyöhön. (Kupers, Leff & Lam 1998, 8–9.)

Kouluttajat, perheterapeutit Ylinen ja Söderman kertovat perheiden tukemisen ja kuntouttamisen vaikeissa elämäntilanteissa, olevan perhetyön perustehtävä. Perhetyön keinot voivat liittyä vanhemmuuden tukemiseen, perheen toimintakyvyn ja vuorovaikutustaitojen tukemiseen sekä syrjäytymisen ehkäisyyn. Perheen kuulluksi ja kannatelluksi tuleminen on tärkeää. Perhetyön onnistumisen edellytyksenä on heidän mukaansa luottamuksellisen suhteen saaminen asiakkaaseen. Jokainen perhe myös huomioidaan yksilöllisesti, joten hoitokin

suunnitellaan sen mukaisesti. Lasten ja nuorten parissa perhetyötä on käytetty osana hoitoa lähes aina, kun taas aikuispuolella se on yleistynyt vasta 2000-luvulla. (Ristimäki 2010.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksia perhehoitotyön toteuttamisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Erityisesti tutkimuksessa on tarkoitus selvittää perhehoitotyön toteutumista tutkimukseen valituilla osastoilla.

Tutkimuksen tavoitteena on kehittää psykiatristen sairaanhoitajan perhehoitotyötä tukevaa ajattelua ja toimintaa. Pyrimme kehittämään psykiatristen sairaanhoitajien perhehoitotyön toteuttamisesta. Lisäksi näin voidaan saada selville mahdollisia kehittämiskohteita perhehoitotyön suhteen.

Tutkimuksen tutkimusongelmia ovat seuraavat:

1. Onko psykiatristen sairaanhoitajan työssä tekijöitä, jotka estävät laadukkaan perhehoitotyön toteuttamista?
2. Tukeeko psykiatristen sairaanhoitajien työympäristö perhehoitotyötä?
3. Kokevatko psykiatriset sairaanhoitajat huomioineensa perhettä osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa?
4. Antaako sairaanhoitajakoulutus riittävät valmiudet toteuttaa laadukasta perhehoitotyötä?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat psykiatriset sairaanhoitajat, jotka työskentelevät erään keskussairaalan psykiatrian yksikössä aikuispsykiatrian osastoilla 2, 3, 6, 7, 8 ja 10. Tutkimuksemme osallistui 50 psykiatrista sairaanhoitajaa.

6.2 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin laatimallamme puolistrukturoidulla kyselylomakkeella (LIITE 2 & 3). Kyselylomakkeessa oli yhteensä 16 kysymystä, joista kuusi oli strukturoitua kysymystä ja kymmenen avointa kysymystä. Strukturoiduissa kysymyksissä vastaaja sai valita useammasta, valmiiksi laaditusta vastausvaihtoehdosta ympyröimällä sopivimman vaihtoehdon. Avoimissa kysymyksissä valittua vastausvaihtoehtoa pyydettiin perustelemaan tai vastaaja sai kirjoittaa kokonaan omin sanoin vastauksensa.

Kyselylomakkeemme koostui pääasiassa avoimista kysymyksistä. Hirsjärven ym. (2007, 196) mukaan avoimet kysymykset antavat vastaajalle paremman mahdollisuuden sanoa mitä hänellä todella on mielessään. Monivalintatyyppiset kysymykset katsottiin kuitenkin myös käytännölliseksi tavaksi tutkia aihetta resurssimme huomioiden, sillä tutkimusjoukkomme oli laaja. Muuten sisällöltään erilaisia vastauksia olisi ollut vaikea käsitellä. (ks. Hirsjärvi ym. 2007, 196.)

Kyselylomakkeen alussa olleissa kolmessa kysymyksessä selvitettiin vastaajan taustatietoja. Niissä selvitettiin vastaajan sukupuoli, työskenteleekö hän kuntoutus- vai akuutilla osastolla ja vastaajan työkokemus psykiatrisessa hoitotyössä.

Kyselylomakkeen kysymykset pyrittiin laatimaan siten, että ne vastaisivat mahdollisimman tarkasti tutkimusongelmia. Ensimmäiseen

tutkimusongelmaamme ”Onko psykiatrisen sairaanhoitajan työssä tekijöitä, jotka estävät laadukkaan perhehoitotyön toteuttamista?” haettiin vastausta kyselylomakkeen kysymyksillä 9.a, 9.b, 11. ja 12. Toiseen tutkimusongelmaamme ”Tukeeko psykiatrisen sairaanhoitajan työympäristö perhehoitotyötä?” vastasi parhaiten kysymykset 5. ja 6. Kolmanteen tutkimusongelmaan ”Kokevatko psykiatriset sairaanhoitajat huomioineensa perhettä osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa?” haettiin vastauksia kyselylomakkeet kysymyksillä 4., 7. ja 8. Neljäs tutkimusongelmamme oli ”Antaako sairaanhoitajakoulutus riittävät valmiudet toteuttaa laadukasta perhehoitotyötä?”, johon haettiin vastausta kysymyksillä 13., 14. ja 15.

Kyselylomakkeet vietiin tutkimukseemme osallistuville erään keskussairaalan psykiatrian yksikön kuntoutus- ja akuuttiosastoille 20.5.2010. Tulevasta tutkimuksesta informoitiin etukäteen tutkimukseen osallistuvien aikuispsykiatristen osastojen osastonhoitajia ylihoitajan toimesta. Otimme sähköpostitse yhteyttä kuhunkin tutkimukseemme osallistuvan osaston osastonhoitajaan ja pyysimme heitä ilmoittamaan oman osastonsa suomen- ja ruotsinkielisten psykiatristen sairaanhoitajien määrät. Osastonhoitajiin oltiin myös yhteydessä kysyessämme sopisiko ehdottamamme ajankohta kyselylomakkeiden ja palautuslaatikon toimittamiselle.

Jokaiselle osastolle hankittiin oma palautuslaatikko valmiita kyselylomakkeita varten. Palautuslaatikoihin merkittiin viimeinen palautuspäivämäärä, jotta vastaajat olisivat tietoisia siitä, kauanko heillä olisi aikaa vastata. Näin kullekin osastolle pystyttiin toimittamaan riittävä määrä kyselylomakkeita pakattuna kirjekuoreen ja lisäksi palautuslaatikon, johon kyselylomakkeet palautettiin täytettynä. Kukin osasto sai siis oikean määrän suomen- ja ruotsinkielisiä lomakkeita. Kyselylomakkeet ja palautuslaatikko jätettiin näkyvälle paikalle hoitajien kahvihuoneeseen. Lisäksi osastonhoitajat lupasivat muistuttaa psykiatrisia sairaanhoitajia kyselylomakkeeseen vastaamisesta. Osastonhoitajien kanssa sovittiin myös ajankohdasta, milloin kyselylomakkeet tuotaisiin ja haettaisiin.

Kyselylomakkeita toimitettiin yhteensä 64, joista vastattuna palautettiin 50 (N=50). Osastojen psykiatrisilla sairaanhoitajilla oli aikaa kaksi viikkoa vastata kyselylomakkeeseen. Tämä tuntui mielestämme sopivan mittaiselta ajalta vastata kyselyymme, sillä silloin kaikki ehtisivät varmemmin huomata kyselyn ja vastata siihen. Pidempi vastaamisaika puolestaan olisi saattanut aiheuttaa sen, että tutkimukseen olisi unohdettu vastata.

6.3 Aineiston analyysi

Saatu strukturoitu tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti käyttäen apuna SPSS-tilasto-ohjelmaa. Havainto-aineisto syötettiin SPSS-ohjelmaan, joissa tilastoyksiköt merkittiin pystyriveille ja muuttujat vaakariveille. Excel-ohjelman avulla saaduista tutkimustuloksista laadittiin kuvioita. Strukturoitujen kysymysten vastauksia pystyttiin helposti käsittelemään tietokoneen avulla.

Avoimien kysymysten vastauksista laadittiin sisällön analyysi. Sisällön analyysillä tarkoitetaan saadun tietoaineiston tiivistämistä. Tällä tavalla tutkittavana olevia ilmiöitä on mahdollista kuvailla lyhyesti ja yleistävästi tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esiin. Sisällön analyysin tarkoituksena on saada tutkimusaineiston samanlaisuudet ja erilaisuudet erotettua. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

Sisällön analyysi laadittiin valitsemalla tutkimusongelmaan saaduista vastauksista sopivia alkuperäisiä ilmauksia, jotka luokiteltiin omiksi ryhmiksi samankaltaisuutensa perusteella. Luokittelua ohjasivat tutkimusongelmat. Nämä alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin, jonka jälkeen muodostettiin alaluokat. Alaluokat yhdistettiin yläluokiksi, jotka tässä tutkimuksessa olivat kyselylomakkeen kysymykset. Kukin kysymys vastaa tiettyä (ks. s 20) tutkimusongelmaa, mitkä ovat pääluokkia. (LIITE 4).

6.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on huomioitava tutkimusprosessin eri vaiheissa aina tutkimusaiheen valitsemisesta saakka. Tutkimuksen lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen, mikä ilmenee esimerkiksi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutena. Vapaaehtoisuuden tulee olla tutkimukseen osallistuvan tiedossa, jotta hän voi tehdä päätöksensä osallistumisesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 23, 25–26.)

Kyselylomakkeeseen vastaaminen oli vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtui työaikana. Jokaisessa kyselylomakkeessa oli tiedote (LIITE 2 & 3), jonka tarkoituksena oli informoida vastaajaa tutkimuksestamme. Vastaaja sai vastata nimettömästi ja kyselylomakkeisiin ilmoitettiin ainoastaan työskentelikkö vastaaja aikuispsykiatrian akuutti- vai kuntoutusosastolla. Näin pystyimme paremmin takaamaan vastaajien anonymiteetin säilymisen. Vastatut kyselylomakkeet sai palauttaa osastolla olevaan palautuslaatikkoon, joihin ei myöskään ollut merkitty minkä osastojen kyselylomakkeita ne sisälsivät. Palautuslaatikkoon oli merkitty ainoastaan palautuspäivämäärä. Jokaisella osastolla oli samanlaiset palautuslaatikot. Pyrimme laatimaan kyselylomakkeen, josta saataisiin mahdollisimman paljon tutkimuksen kannalta olennaista tietoa, mutta johon vastaaminen ei veisi kohtuuttoman paljon vastaajan työaikaa tai vaatisi vastaajalta sen suurempia ponnisteluja.

Tutkimuksen tulosten raportointi on tehtävä totuudenmukaisesti, sillä asioita ei tulisi vääristellä. Tulosten esittämistavan tulee olla riittävän selkeää, jotta tuloksia ei voisi helposti ymmärtää väärin. Alkuperäisten havaintojen muokkaamisessa on oltava tarkkana, jotta tulokset eivät vääristyisi. Tutkimuksen teossa tulee välttää toisten tekstien plagiointia. Plagioinnilla tarkoitetaan luvaton lainaamista eli toisen käsikirjoituksen, artikkelin tai tekstin esittämistä omana. Toisen tekstiä lainatessa tulee lainaus osoittaa asianmukaisilla lähdemerkinnöillä, joiden merkinnästä on annettu erilliset ohjeet tätä työtä varten. Tutkimuksen eettisyyttä on myös se, että tutkimuksen mahdolliset heikkoudet tuodaan rehellisesti julki. (Hirsjärvi ym. 2007, 26.)

Saadut tulokset syötettiin koneelle juuri sellaisena kuin ne kyselylomakkeissa oli vastattuina. Sisällön analyysissä oltiin tarkkoina, jotta vastauksia ei yleistetty tai millään muotoa vääristelty. Jokainen vastaus käsiteltiin erikseen ja luokiteltiin sen mukaisesti sopivaan luokkaan.

Lähteenä käytettiin kirjallisuutta mahdollisimman monipuolisesti. Lähteet merkittiin tekstiin ja lähdeluetteloon asianmukaisin viittauksin. Työssä vältettiin plagiointia. Eettisten tapojen mukaan, tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin tutkimuksen loppuvaiheessa. Tutkimuksessa esiin tulleet heikkoudet tuotiin julki rehellisesti.

Tutkimuksen tulosten julkistaminen perustui avoimuuteen ja rehellisyyteen. Tutkimuksen tuloksia julkistaessa kiinnitettiin kuitenkin edelleen huomiota anonymiteetin säilyttämiseen. Raportointi pyrittiin tekemään myös niin, että siitä ei aiheutuisi minkäänlaista haittaa tutkimukseen osallistuneille. Tutkimustuloksia raportoitaessa pelkkä nimettömyys ei riitä, sillä tutkittavien lähiympäristö ei saa tunnistaa tutkittavia (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 31).

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

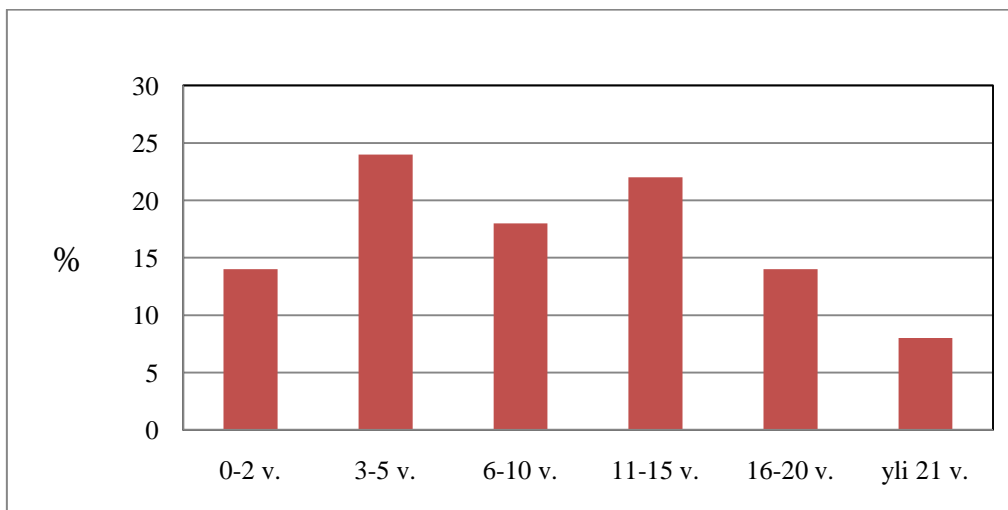
7.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Suoritetun kyselyn vastausprosentiksi muodostui 78 %, sillä 64 viedystä kyselylomakkeesta 50:een (N=50) vastattiin.

Tutkimukseen osallistui 50 psykiatrista sairaanhoitajaa. Heistä 74 % oli naisia ja 24 % miehiä. 2 % vastaajista ei ilmoittanut sukupuoltaan. Aikuispsykiatrian akuuttiosastolla työskenteli 64 % vastaajista ja 34 % aikuispsykiatrian kuntoutusosastolla. 2 % vastaajista ei ilmoittanut missä osastolla työskentelee.

Kyselyyn vastanneet psykiatriset sairaanhoitajat olivat työskennelleet alalla 0- yli 21 vuotta. Työkokemus jaoteltiin kyselylomakkeessa työvuosien mukaan seuraavasti 0–2 vuotta, 3–5 vuotta, 6–10 vuotta, 11–15 vuotta, 16–20 vuotta ja yli 21 vuotta.

Vastaajien työkokemus jakaantui seuraavanlaisesti: 0–2 vuotta ja 16–20 vuotta työskennelleitä oli molempia 14 % vastaajista. 3–5 vuotta työskennelleitä oli 24 %, 6–10 vuotta työskennelleitä oli 18 %, 11–15 vuotta työskennelleitä oli 22 % ja yli 21 vuotta työskennelleitä oli 8 % (kuvio 1).

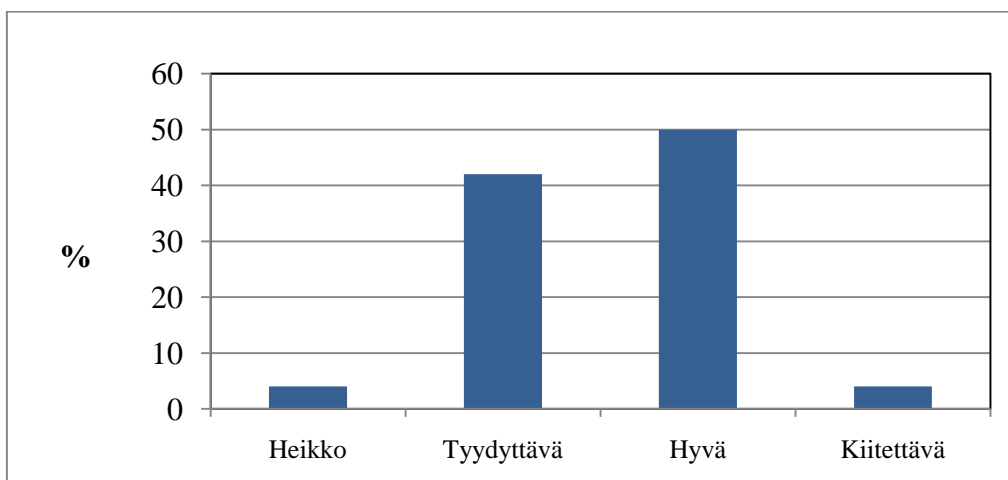


Kuvio 1. Vastaajien työkokemus vuosina (N=50)

7.2 Perhehoitotyötä estävät tekijät psykiatrisessa hoitotyössä

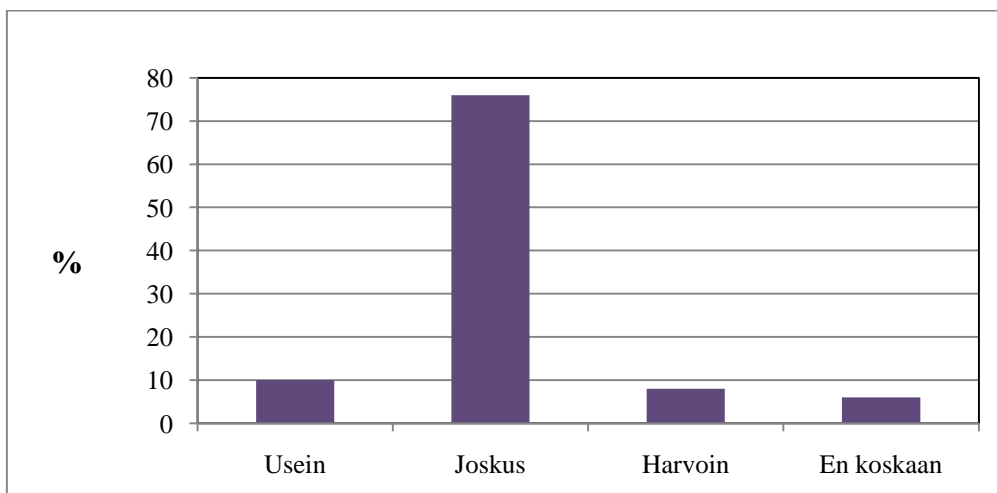
Kyselyyn vastanneilta psykiatrisilta sairaanhoitajilta (N=50) tiedusteltiin kysymyksessä 11 mitkä tekijät heidän työssään estävät perhetyön toteuttamista. Yhden sopivimman vaihtoehdon sijasta monet vastaajista olivat valinneet usean sopivan vaihtoehdon. Kaikkia vastausvaihtoehtoja oli valittu suhteellisen tasaisesti. Tulosten mukaan huomattavasti vähiten perhehoitotyön toteuttamista estävä tekijä oli sairaanhoitajan oman motivaation puute (4 vastaajaa). Tutkimukseen vastanneista psykiatrisista sairaanhoitajista 32 vastaajaa koki hoitajakson lyhyen keston estävän perhehoitotyön toteuttamista. Tämän tuloksen voi osittain selittää sillä, että yli puolet (64 %) vastaajista työskenteli aikuispsykiatrian akuuttiosastoilla, missä hoitajakset ovat lyhyemmät kuin psykiatrian kuntoutusosastoilla. 19 vastaajista koki hankalien omaisten estävän perhehoitotyön toteuttamista. Myös tiedon puutteen koettiin olevan estävä tekijä perhehoitotyön toteuttamiselle, kuten 11 vastaajaa toi ilmi.

Kysymyksessä 12 psykiatriset sairaanhoitajat saivat arvioida valmiuksiaan perhehoitotyön toteuttamiselle. Tulosten mukaan puolet vastaajista eli 50 % arvioi omat valmiutensa hyväksi. Tyydyttäväksi arvioi valmiutensa perhehoitotyön toteuttamiselle 42 % vastaajista. Ainoastaan 4 % vastanneista psykiatrisista sairaanhoitajista arvioi valmiutensa kiitettäväksi ja vastaavasti valmiutensa heikoiksi arvioineita vastaajia oli 4 % (kuvio 2).



Kuvio 2. Psykiatristen sairaanhoitajien valmiudet perhehoitotyön toteuttamiselle (N=50)

Kysymyksen yhdeksän a-kohdassa kysyttiin kokevatko psykiatriset sairaanhoitajat riittämättömyyttä työskennellessään potilaan ja perheen parasta ajatellen. Suurin osa vastaajista (76 %) oli sitä mieltä, että koki joskus riittämättömyyttä työskennellessään potilaan ja perheen parasta ajatellen. Vastaajista 10 % vastasi kokevansa usein riittämättömyyttä. 8 % vastaajista koki tuntevansa riittämättömyyttä harvoin. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että työskentelyä potilaan ja perheen parasta ajatellen pidetään haastavana, sillä ainoastaan 6 % vastaajista oli sitä mieltä, että ei koskaan koe riittämättömyyttä asian suhteen (kuvio 3).



Kuvio 3. Psykiatristen sairaanhoitajien kokema riittämättömyyden tunne perhehoitotyössä (N=50)

Kysymyksessä yhdeksän b.) vastanneilta psykiatrisilta sairaanhoitajilta kysyttiin tekijöitä, jotka aiheuttavat riittämättömyyden tunnetta heidän työskennellessään potilaan ja perheen kanssa. Kysymykseen sai vastata avoimesti ja vastaajat olivat kertoneet riittämättömyyttä aiheuttavista tekijöistä seuraavasti:

”Resurssien puute, sairauden voimakkuus, perheen ymmärtämättömyys, tietämättömyys, välinpitämättömyys”

”Mikäli perhe ei tue omaistaan tai on eri ajattelutapa kuin hoitohenkilöstöllä”

”Oma vajaa tietotaito, perheen vajavainen kyky työstää asioita”

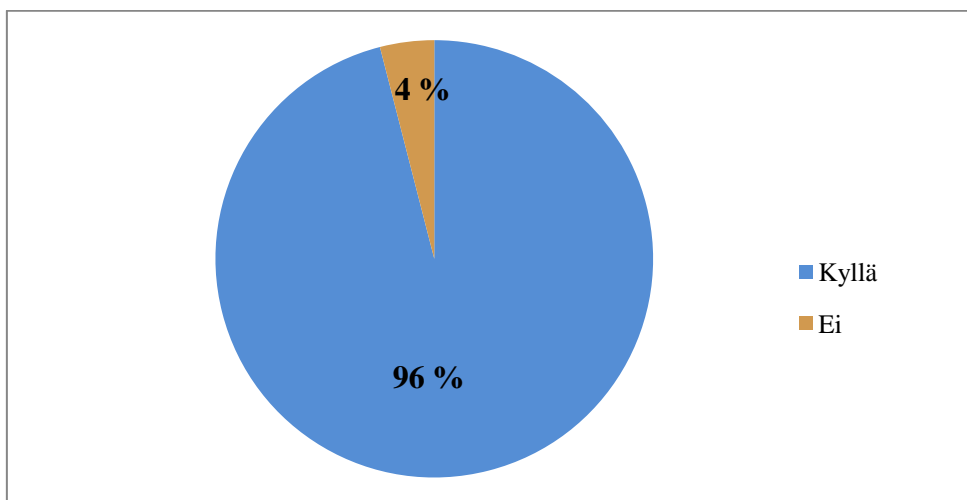
”Jos esim. perheessä henkilöiden välillä riitoja, kovasti erimielisyyksiä – taito olla puun ja kuoren välissä ☺”

”Ei pysty vaikuttamaan haluamiinsa asioihin aina, omaisten erilaiset näkemykset hoidosta, vastarinta tms.”

”Ajan ja taidon puute”

7.3 Työympäristön tuki perhehoitotyössä

Kysymyksessä viisi tiedusteltiin psykiatristen sairaanhoitajien mielipidettä siihen kannustetaanko heidän työympäristössään perhekeskeiseen hoitotyöhön. Ylivoimainen enemmistö, eli 96 % vastanneista (48 vastaajaa) psykiatrisista sairaanhoitajista, oli sitä mieltä, että heidän työympäristössään kannustetaan perhekeskeiseen hoitotyöhön. Ainoastaan 4 % vastaajista (kaksi vastaajaa) ei kokenut saavansa kannustusta perhekeskeiseen hoitotyöhön työympäristöltään (kuvio 4). Vastauksista voidaan päätellä, että valtaosa vastanneista saa kannustusta työympäristöltään.



Kuvio 4. Työympäristön kannustaminen perhekeskeiseen hoitotyöhön (N=50)

Kysymyksessä kuusi haettiin vastausta siihen, tukevatko osaston toimintaperiaatteet psykiatristen sairaanhoitajien mielestä laadukkaan perhehoitotyön toteuttamista. 82 % vastaajista oli sitä mieltä, että heidän osastonsa toimintaperiaatteet olivat laadukasta perhehoitotyötä tukevia. Vastaavasti 14 % koki, etteivät heidän osastonsa toimintaperiaatteet tukeneet laadukkaan perhehoitotyön toteuttamista. 4 % oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.

Kysymyksessä 10 psykiatrisia sairaanhoitajia pyydettiin vastaamaan siihen, kuka ehdottaa potilaan perheen ottamista mukaan hoitosuhteeseen. Kysymys sisälsi valmiita vastausvaihtoehtoja, joista vastaaja sai valita sopivimman ja myös mahdollisuuden vastata omin sanoin. Monet vastaajat valitsivat kuitenkin useamman vastausvaihtoehdon. Vastaajista 41 vastaajaa (N=50) koki itse ehdottavansa potilaan perheen ottamista mukaan hoitosuhteeseen. Hieman yllättäen 27 vastaajaa ilmoitti potilaan ehdottavan itse perheensä ottamista mukaan hoitosuhteeseen. Vastaajat olivat vastanneet kysymykseen omin sanoin mm. seuraavasti:

”Lääkäri, psykologi”

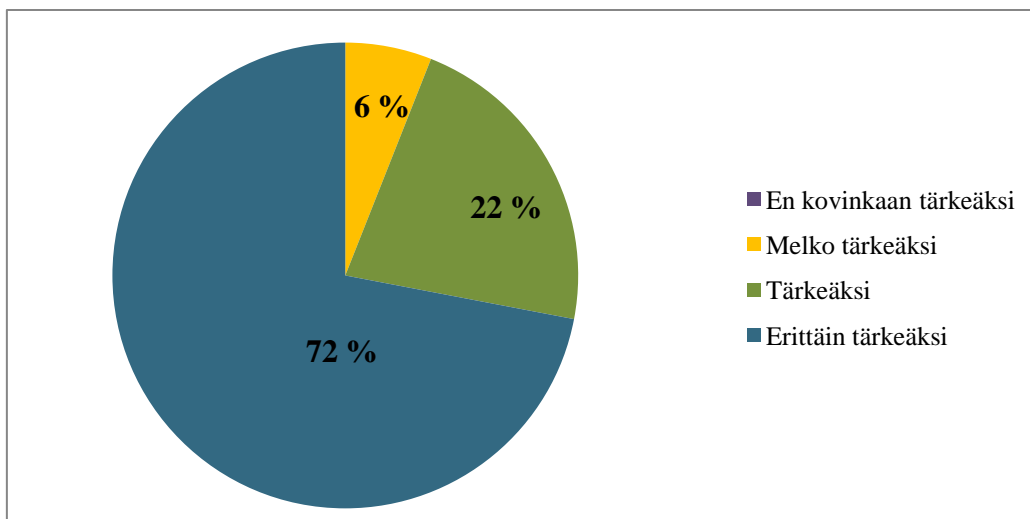
”Tapauksesta riippuen minä, potilas, omainen tai lääkäri.”

”Hoitotiimi”

7.4 Potilaan perheen huomioiminen psykiatrisessa hoitotyössä

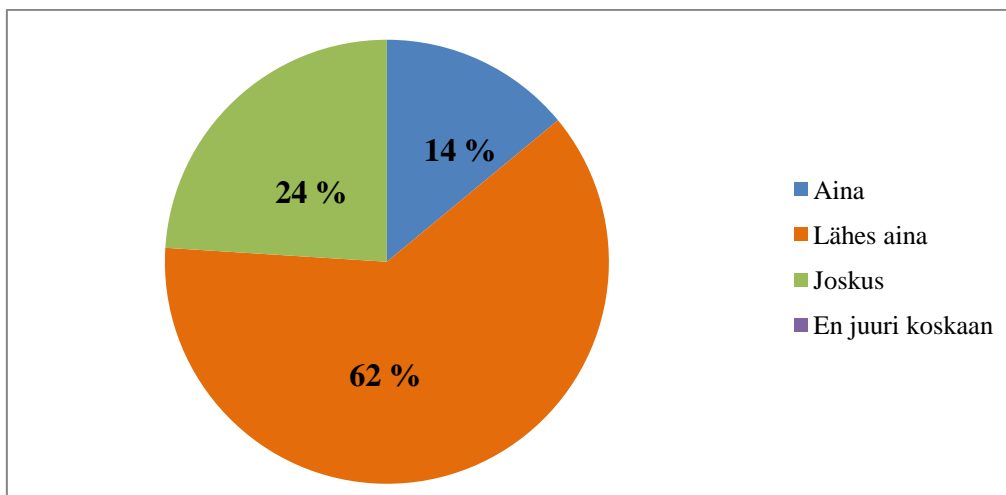
Neljännessä kysymyksessä tiedusteltiin, miten tärkeäksi psykiatriset sairaanhoitajat kokevat perheen huomioimisen työssään. Tulosten mukaan suurin osa vastanneista psykiatrisista sairaanhoitajista koki perheen huomioimisen työssään erittäin tärkeäksi. Vastaajista 72 % oli tätä mieltä. 22 % vastaajista oli sitä mieltä, että perheen huomioiminen on tärkeää, kun taas 6 % vastaajista koki perheen huomioimisen melko tärkeäksi. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoa ”en kovinkaan tärkeäksi” (kuvio 5).

Saatujen tutkimustulosten mukaan vastaajan työvuosien määrällä ei näyttänyt olevan suoraa yhteyttä siihen, miten tärkeäksi hän koki potilaan perheen huomioimisen työssään. Esimerkiksi niin 0–2 vuotta työskennelleet vastaajat kuin yli 21 vuotta työskennelleet vastaajat kokivat potilaan perheen huomioimisen työssään yhtäläillä erittäin tärkeäksi.



Kuvio 5. Potilaan perheen huomioimisen tärkeys (N=50)

Kysymyksessä seitsemän kysyttiin kokevatko psykiatriset sairaanhoitajat huomioineensa työssään tarpeeksi potilaan perhettä hoitosuhteen aikana. Tulosten mukaan potilaan perhe otetaan kaiken kaikkiaan hyvin huomioon, sillä vastaajista 62 % koki lähes aina huomioineensa perhettä osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Oli positiivista huomata, ettei kukaan vastaajista (N=50) kokenut, että ei juuri koskaan ottanut huomioon potilaan perhettä hoitosuhteen aikana. 14 % koki huomioineensa aina potilaan perhettä osana kokonaisvaltaista hoitoa ja 24 % koki tehneensä näin joskus (kuvio 6).



Kuvio 6. Potilaan perheen huomioiminen hoitosuhteen aikana (N=50)

Kysymyksessä kahdeksan vastaajilta kysyttiin millaiseksi he kokevat työskentelyn omaisten kanssa. Kysymyksessä oli tarkoitus valita ainoastaan yksi sopivin vaihtoehto. Monet vastaajat olivat kuitenkin valinneet yhden sopivimman vaihtoehdon sijasta useamman sopivan vaihtoehdon. Huomattava osa vastaajista eli 40 vastaajaa koki omaisten kanssa työskentelyn olevan hoitoa tukevaa. Oli positiivista, että kukaan vastaajista ei kokenut omaisten kanssa työskentelyä tarpeettomaksi. 23 vastaajaa (N=50) piti omaisten kanssa työskentelyä kuitenkin haastavana. Osa vastaajista koki omaisten kanssa työskentelyn myös aikaa vieväksi. Kysymykseen sai vastata myös omin sanoin, jolloin vastanneet psykiatriset sairaanhoitajat olivat kuvanneet omaisten kanssa työskentelyä mm. seuraavasti:

”Helhets uppfattningen om patientens situation förbättras.”

”Tärkeää!”

”Raskasta ja vaikeaa (mm. kieliongelmat, ei vaan ruotsi vaan maahanmuuttajat)”

”Vaihtelevaa, riippuu potilaasta ja omaisista”

7.5 Sairaanhoidajakoulutuksen antamat valmiudet perhehoitotyöhön

Kyselyyn vastanneilta psykiatrisilta sairaanhoitajilta kysyttiin kysymyksessä 13 takaako sairaanhoidajakoulutus riittävät valmiudet laadukkaan perhehoitotyön toteuttamiselle. Vastajat olivat lähes yksimielisiä siitä, sillä 98 % vastaajista oli sitä mieltä, että sairaanhoidajakoulutus ei takaa riittäviä valmiuksia toteuttamaan laadukasta perhehoitotyötä. Ainoastaan 2 % oli sen kannalla, että sairaanhoidajakoulutus takaa riittävät valmiudet laadukkaan perhehoitotyön toteuttamiselle. Kysymyksessä oli pyydetty perusteluita vastaukselle ja psykiatriset sairaanhoitajat olivat perustelleet vastaustaan seuraavasti:

”Sairaanhoidajakoulutus on vain alkua sille kehitykselle mikä jatkuu koko työuran ajan. Täydennyskoulutus on kovin tarpeellista.”

”VAMK ei ottanut asiaa opetuksessa edes esille vaikka sitä pyydettiin esittämään esim. interventiona. Koulujen tulisi panostaa enemmän ulkopuolisiin luennoitsijoihin. Lisäksi opettajien osaamiseen tulisi panostaa enemmän sillä, että he olisivat käytännön työssä useammin!”

”Familjearbete jag minns inte alls under studierna.”

”Skulle nog beröras vidare utbildning.”

Kysymyksessä 14 kysyttiin onko vastaaja käynyt jonkin perhehoitotyötä tukevan koulutuksen tai kurssin. Suurin osa 62 %, vastaajista ei ollut käynyt perhehoitotyötä tukevaa koulutusta tai kurssia. Vastaajista 38 % oli käynyt jonkin tällaisen koulutuksen/kurssin. Vastausten mukaan vastanneet psykiatriset sairaanhoitajat olivat käyneet erilaisia ja monen tasoisia perhehoitotyötä tukevia koulutuksia/kursseja. Osalla perhehoitotyön koulutus perustui ainoastaan saamaansa perehdytykseen työpaikalla tai sairaanhoitajaopintojen aikana. Vastauksista nousi esille lähiaikoina järjestetty mm. ”Lapset puheeksi”-projekti, johon osa vastaajista oli osallistunut.

Kysymyksessä 15 vastaajilta kysyttiin millaiselle lisäkoulutukselle he kokevat olevan tarvetta. Kyseessä oli avoin kysymys, jolloin vastaajat saivat kirjoittaa vastauksen sille tarkoitetuille viivoille. Monet vastaajista toivoivat järjestettäväksi nimenomaan perhehoitotyöhön liittyvää lisäkoulutusta, sillä monet vastaajista toivat esille myös sen, ettei peruskoulutuksen yksistään riitä. Muita esille tuotuja ehdotuksia lisäkoulutuksen suhteen olivat mm. seuraavat:

”Skulle säkert vara bra med någon typ av tilläggsutbildning men mycket har man fått lära sig i sitt job i praktiken.”

”Jo opiskeluaikana otetaan opetukseen mukaan vahva perhekeskeinen työote sekä työpaikalla ammattitaidon ylläpitäminen lisäkoulutuksen avulla.”

”Jos osastolla suuntaudutaan perhetyöhön, olisi siihen kyllä hyvä saada asiantunteva perheterapiakoulutus, niin että suurimmalla osalla työntekijöistä se olisi.”

”Erilaisia ”työkaluja” kuinka perhettä voisi auttaa ja ymmärrystä esim. perheen sisäisiin vuorovaikutussuhteisiin.”

”Hur man tar med minderåriga i vården”

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Saatujen tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että työskentelyä potilaan ja perheen parasta ajatellen pidettiin haastavana, sillä vain 6 % vastaajista oli sitä mieltä, että ei koskaan koe riittämättömyyttä asian suhteen. Vastausten perusteella psykiatriset sairaanhoitajat olivat motivoituneita perhehoitotyön toteuttamiseen. Jotkut vastaajat olivat kokeneet tiedon puutteen estävän laadukkaan perhehoitotyön toteuttamista. Tutkimuksen mukaan voidaan sanoa, että psykiatristen sairaanhoitajien valmiudet eivät ole estävä tekijä perhehoitotyön toteuttamiselle, sillä he arvioivat valmiutensa laadukkaan perhehoitotyön toteuttamiselle kaiken kaikkiaan kohtalaisen hyväksi.

Vastaajista 96 % koki työympäristönsä perhehoitotyötä kannustavaksi. Lisäksi vastauksista voidaan päätellä, että osastojen toimintaperiaatteissa on huomioitu myös perhehoitotyön näkökulma, jolloin perhehoitotyön koettiin olevan luonnollinen osa psykiatrista hoitotyötä aikuispsykiatrian akuutti- ja kuntoutusosastoilla.

Kaikki psykiatriset sairaanhoitajat kokivat perheen huomioimisen osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa olevan ainakin joissain määrin tärkeää, sillä kukaan vastaajista ei valinnut vaihtoehtoa ”en kovinkaan tärkeäksi”. Jopa 72 % vastaajista koki perheen huomioimisen erittäin tärkeäksi. Tulosten mukaan potilaan perhe otetaan kaiken kaikkiaan hyvin huomioon, sillä 62 % vastaajista koki huomioineensa lähes aina perhettä osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Lisäksi tuloksista voidaan päätellä, että kaikki vastanneet psykiatriset sairaanhoitajat pitävät omaisten kanssa työskentelyä hyödyllisenä.

Psykiatrisista sairaanhoitajista jopa 98 % oli sitä mieltä, että sairaanhoitajakoulutus ei takaa riittäviä valmiuksia laadukkaan perhehoitotyön toteuttamiselle. Vain 32 % vastaajista oli päässyt osallistumaan johonkin perhehoitotyötä tukevaan koulutukseen tai kurssiin työssäoloaikanaan. Monet vastaajista kokivat perhehoitotyön lisäkoulutukselle olevan tarvetta.

9 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksia perhehoitotyön toteuttamisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Erityisesti tutkimuksessa on tarkoitus selvittää perhehoitotyön toteutumista tutkimukseen valituilla osastoilla.

9.1 Tulosten tarkastelua

Oli positiivista huomata, että suurin osa tutkimukseen osallistuneista psykiatrisista sairaanhoitajista koki potilaan perheen huomioimisen erittäin tärkeäksi ja valta osa vastaajista koki ottavansa lähes aina potilaan perheen huomioon työssään. Saatujen tutkimustulosten mukaan työvuosien määrällä ei näyttänyt olevan suoraa yhteyttä siihen, miten tärkeäksi vastaaja koki potilaan perheen huomioimisen työssään. Myöskään sukupuolella ei näyttänyt olevan vaikutusta tähän.

Kun Lindberg (2007) teki tutkimuksen mielenterveyspotilaiden läheisten tuensaannista psykiatrisessa hoitotyössä, sai hän hieman erilaisia tuloksia kuin tässä tutkimuksessa. Hänen tutkimukseensa osallistuneet sairaanhoitajat kokivat ottavansa liian vähän läheisiä huomioon, etenkin silloin, jos omaiset eivät itse ole aktiivisia lähestymään hoitohenkilökuntaa. Hoitajat olettivat läheisten olevan aktiivisempi osapuoli, sen sijaan että hoitajat itse olisivat ehdottaneet perhehoitotyötä. Hoitajat kysyivät tutkimuksen mukaan läheisten jaksamista harvemmin, vaikka toisaalta olivat sitä mieltä, että läheisiä pitäisi tiedottaa enemmän.

Tutkittaessa perhehoitotyötä estäviä tekijöitä psykiatriset sairaanhoitajat kokivat hoitajakson lyhyen keston olevan estävin tekijä perhehoitotyön toteuttamiselle. Tätä ei voida pitää ihmeenä ottaen huomioon sen, että yli puolet vastaajista työskenteli aikuispsykiatrian akuuttiosastolla, jossa hoitoajat ovat lyhyet. Vaikka tutkimustulokset osoittavat, että omaisten kanssa työskentely koettiin hoitoa tukevaksi, silti osa vastaajista koki hankalien omaisten estävän perhehoitotyön toteutumista. Melko yllättävää oli, etteivät vastanneet psykiatriset sairaanhoitajat

kokeneet, että hankalat potilaat olisivat juurikaan estäneet perhehoitotyön toteutumista.

Halme ym. (2007) toivat tutkimuksessaan esille, että osa hoitajista voi vedota kiireeseen pystyäkseen välttelemään kohtaamisia perheenjäsenten kanssa, vaikka todellisuudessa heillä ei ole riittävää tietotaitoa kohdata tuen tarpeessa olevia läheisiä. Tutkimuksessamme psykiatriset sairaanhoitajat eivät juurikaan tuoneet esille, että kiire olisi perhehoitotyötä estävä tekijä.

Kuitenkin tiedon puutteen koettiin olevan estävä tekijä perhehoitotyön toteutumiselle, kuten osa vastaajaa toi ilmi. Tämä voidaan selittää myös sillä, että tutkimukseemme vastanneista psykiatrisista sairaanhoitajista yli puolet ei ollut käynyt perhehoitotyötä tukevaa koulutusta/kurssia. Myös Lindbergin (2007) tutkimuksessa todettiin riittämätön koulutus läheisten tukemista estäväksi. Sairaanhoitajat kokivat, että heillä ei ole riittävästi taitoja läheisten tukemiseen, vaan he tarvitsevat lisää tietoa perhehoitotyöstä. Tiedon puute ja heikot koulutusmahdollisuudet saattavat olla myös työmotivaatiota heikentävä tekijä. Hämäläisen & Lantan (2008) tutkimuksen mukaan tärkeänä työhön liittyvänä ja työmotivaatioon vaikuttavana tekijänä pidettiin mahdollisuutta itsensä kehittämiseen.

Tutkimuksen kannalta psykiatristen sairaanhoitajien valmiudet perhehoitotyön toteuttamiselle olivat keskeinen tekijä. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat arvioivat valmiutensa pääosin hyviksi tai tyydyttäväiksi. Tästä huolimatta suurin osa vastaajista ilmaisi, että kokee joskus riittämättömyyttä työskennellessään potilaan ja perheen parasta ajatellen. Tutkimustuloksissa huomattiin yhteneväisyyksiä riittämättömyyden tunnetta aiheuttavissa tekijöissä ja perhehoitotyötä estävissä tekijöissä. Tällaisia yhteneviä tekijöitä olivat mm. tiedon puute, resurssien puute ja omaisten erilainen näkemys hoidosta.

Tutkimuksemme tulokset olivat yhteneviä Kivimäen (2008) tutkimuksen kanssa, sillä hänen tutkimuksensa mukaan perhehoitotyö nähtiin tärkeänä osatekijänä hoidossa olevan potilaan hyvää ja kokonaisvaltaista hoitoa. Kivimäen tutkimuksessa kannustaviksi seikoiksi perhehoitotyön toteuttamisen suhteen

todettiin tutkimuksen mukaan riittävät tiedot ja taidot perhehoitotyön toteuttamiseen, hoitajien oma motivaatio, sekä riittävä käytettävissä oleva aika ja ulkopuolinen tuki. Kyseisessä tutkimuksessa estäviksi tekijöiksi todettiin potilaan tai perheen kieltäytyminen yhteistyöstä, jolloin perhehoitotyö ei ole mahdollista toteuttaa, sekä riittämättömät tiedot siitä, mihin perhettä voisi suunnata avohoidon puolella.

Työympäristöllä on suuri merkitys työntekijöiden työssä jaksamiseen. Ylivoimainen enemmistö vastaajista koki, että työympäristö kannustaa perhekeskeiseen hoitotyöhön. Suurin osa vastaajista koki osastonsa toimintaperiaatteiden olevan perhehoitotyötä tukevia. Monet vastaajista toivat esille työtovereiden ja lääkärien kannustavan asenteen olevan tärkeä tekijä perhehoitotyön toteuttamisessa. Vastauksista tuli myös ilmi, että perhehoitotyön toteuttaminen voidaan konkreettisesti huomioida siten, että osastolla on tietty huone perhetapaamisia varten.

Kunnaksen (2008) tutkimuksen mukaan perhehoitotyön toteutuminen potilaan hoidossa edellyttää hoitotyöntekijöiden ammatillista osaamista. Tämän lisäksi hoitajalta vaaditaan myönteistä asennetta perhehoitotyöhön, sekä hyväksyvää suhtautumista erilaisia perheitä ja yksilöitä kohtaan. Laadukkaan perhehoitotyön toteuttaminen edellyttää siis riittävää koulutusta aiheesta.

Tutkimukseen osallistuneet psykiatriset sairaanhoitajat olivat lähes yksimielisiä siitä, että sairaanhoitajakoulutus ei takaa riittäviä valmiuksia perhehoitotyön toteuttamisen kannalta. Ei siis ole yllättävää, että erilaisille perhehoitotyötä tukeville koulutuksille koettiin olevan tarvetta. Monien vastaajien koulutustoiveet liittyivät jollakin tapaa perheiden kanssa työskentelyyn. Jäimmekin pohtimaan olisiko perhehoitotyön koulutuksen tarpeellisuus tullut esille siinäkin tapauksessa, jos opinnäytetyömme ei olisi käsitellyt nimenomaan perhehoitotyötä. Myös Lindbergin (2007) tutkimuksessa todettiin yhtenevästi tutkimuksemme kanssa, ettei sairaanhoitajan peruskoulutus anna valmistuneelle riittävästi tietoa läheisten tukemisesta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää myös mahdollisia kehittämisideoita perhehoitotyön laadun parantamiseksi. Tutkimukseen osallistuvat psykiatriset sairaanhoitajat toivat vastauksissaan esille, miten tärkeää myös omaisten ja potilaan kannalta olisi saada myös lääkärit omalta osaltaan osallistumaan perhehoitotyöhön. Lääkäreitä toivottiin enemmän mukaan esim. perhetapaamisiin. Kivimäen (2008) tutkimuksen mukaan perhehoitotyö on moniammatillista yhteistyötä. Perhehoitotyö tapahtuu tapauskohtaisesti, jokaisen potilaan ja perheen yksilöllisyys huomioiden.

Tutkimuksemme tarkoituksena ei ollut vertailla perhehoitotyön toteuttamista eri osastoilla. Siitä huolimatta, että tutkimukseen osallistuneet osastot jaettiin karkeasti akuutti- ja kuntoutusosastoihin, olivat jokainen osasto silti keskenään erilaisia ja näin ollen perhehoitotyön käytännöt ovat erilaisia eri osastoilla. Mielestämme osastojen vertaileminen ei olisi ollut eettistä psykiatrisen hoitotyön luonteen vuoksi.

Tutkimustuloksissa ei ilmennyt asioita, jotka olisivat tulleet kovin suurena yllätyksenä. Vastanneilta psykiatrisilta sairaanhoitajilta saadun palautteen ja tutkimustulosten mukaan voidaan todeta, että perhehoitotyön tutkiminen koettiin tärkeäksi. Toivomme tutkimuksesta olevan hyötyä perhehoitotyön kehittämisen kannalta, jotta koulutuksen tarpeeseen kiinnitettäisiin enemmän huomiota.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksissa pyritään aina arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta, koska tutkimusten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat siitäkin huolimatta, että virheitä pyritään välttämään. Tutkimuksen luotettavuudella eli reliaabeliudella tarkoitetaan sitä, että mittaustulokset voidaan toistaa. Reliaabelius voidaan todeta monella eri tavalla, esimerkiksi siten, että kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen. Tällöin kyse ei ole vain sattumasta, vaan tulokset voidaan todeta luotettaviksi eli reliaabeleiksi. Tutkimuksen pätevyydellä eli validiteetilla tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän pätevyyttä mittaamaan juuri sitä, mitä tutkimuksessa on

tarkoituskkin mitata. Kyselylomakkeen vastaajat saattavat ymmärtää kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut. Tuloksia ei voida pitää pätevinä, jos tutkija käsittelee saadut tulokset edelleen alkuperäisen ajattelumallinsa mukaisesti. (Hirsjärvi 2007, 226–227.)

Mittarin validiteetin tarkastelussa on keskeistä selvittää mittaako mittari juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Mittarin validiteettia arvioidessa, on esitutkimuksella merkittävä rooli. Näin tutkija voi varmistaa, onko mittari toimiva ja ymmärrettävä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 207.)

Saatu aineisto kerättiin laatimillamme kyselylomakkeilla, jotka käännettiin myös ruotsin kielelle. Käännökset tarkistutettiin ja hyväksytettiin koulumme ruotsinkielen opettajalla. Näin jokainen vastaaja sai vastata omalla äidinkielellään, mikä takaa paremmin kysymysten ymmärtämisen oikein. Vastaaminen omalla äidinkielellä parantaa tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimus haluttiin suorittaa ennen kesää ja kesälomia, jotta mahdollisimman moni vakituinen työntekijä olisi vielä töissä. Vastaukset haluttiin pääosin vakituisilta työntekijöiltä, joilla on jo kokemusta hoitotyöstä. Näin saadaan todellinen ja siten myös luotettavampi kuva perhehoitotyön toteuttamisesta tutkimukseen osallistuvilla osastoilla.

Tutkimukseen osallistuvien osastojen osastonhoitajia tiedotettiin tutkimuksesta ja he lupasivat informoida tutkimuksestamme psykiatrisille sairaanhoitajille. Näin vastaajia motivoitiin tutkimukseen osallistumisen ja sen tärkeyden suhteen. Parantaaksemme tutkimuksen luotettavuutta oli jokaisessa kyselylomakkeessa myös saatekirje, joka sisälsi tietoa tutkimuksestamme ja sen tarkoituksesta sekä ohjeet vastaajalle. Pyysimme osastonhoitajia jakamaan kyselylomakkeet osastoilla työskenteleville psykiatrisille sairaanhoitajille tai laittamaan ne näkyvälle paikalle esimerkiksi työntekijöiden kahvihuoneeseen. Valmiita kyselylomakkeita varten osastolle toimitettiin palautuslaatikko, johon vastattu kyselylomake palautettiin. Näin vastaajat pystyivät luottamaan anonymiteetin säilymiseen ja vastaamaan luottamuksellisesti. Palautuslaatikko oli suljettuna koko sen osastolla oloajan.

Emme merkinneet palautuslaatikoita, joten emme myöskään itse tienneet miltä osastolta palautetut kyselylomakkeet olivat.

Tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 78 %, mitä voidaan pitää hyvänä ja näin ollen se lisää tutkimuksen luotettavuutta. Jälkeenpäin ajatellen tutkimuksen luotettavuutta olisi saattanut lisätä suurempi esitestaaajien joukko. Esitestaus suoritettiin muutamalla koulumme opiskelijalla. Suurempi esitestaaajien joukko olisi kuitenkin saattanut karsia kyselylomakkeen heikkouksia, jos epäselvyydet olisivat tulleet esille ja niitä olisi voitu tarvittaessa tarkentaa. On mahdollista, että tutkimuksen luotettavuutta saattoi heikentää se, että ohjeisiin tutustumien jäi vastaajan vastuulle. Useissa monivalintakysymyksissä vastaajat olivat valinneet useita vaihtoehtoja, vaikka tarkoituksena oli valita sopivin vaihtoehto. Ohjeiden noudattamista olisi saattanut lisätä se, että ohje olisi laitettu jokaisen monivalintakysymyksen yhteyteen.

Ruotsinkieliset vastaukset käännettiin suomeksi, jotta niitä oli helpompi käsitellä sisällön analyysissä. Kääntäminen saattoi heikentää tutkimuksen luotettavuutta, sillä on mahdollista, että käänöksissä on voinut tapahtua osaltamme inhimillisiä väärinymmärtämisistä tai virheitä. Vastaajat vastasivat kyselylomakkeeseen käsin kirjoittamalla, joten osasta vastauksista oli vaikea saada selvää. Yhtään vastausta ei kuitenkaan jouduttu hylkäämään.

Vastaajan omat asenteet tutkimusta kohtaan sekä hänen sen hetkinen jaksaminen vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Vastaajia motivoitiin vastaamiseen ohjeistuksella, mutta emme voi tietää kuinka huolellisesti he ovat kyselyymme vastanneet tai kuinka tarkasti he ovat jaksaneet kysymyksiin tutustua ja niihin vastata. Toisaalta taas perhehoitotyö koettiin tärkeäksi, mikä saattoi vaikuttaa vastaajien motivaatioon vastata huolellisesti. Vastaamiseen motivoivana tekijänä voidaan pitää myös sitä, että vastaajilla oli mahdollisuus tuoda esille ehdotuksiaan lisäkoulutuksien suhteen.

Tutkimukseen vastattiin työaikana, mikä oli eettinen ratkaisu. Tämä kuitenkin saattoi haitata luotettavuutta, sillä työpäivät voivat olla kiireisiä ja näin ollen vastaajalle ei jää riittävästi aikaa paneutua vastaamiseen. Myös

vastaamisympäristö saattaa olla rauhaton tai vastaaminen saattaa keskeytyä yllättäen, jolloin vastaajan keskittyminen häiriintyy.

9.3 Oppimisprosessi

Aiheen valintaprosessi sujui kohtuullisen helposti. Mietimme yhdessä mielenkiintoiselta tuntuvia aiheita, jotka liittyisivät olennaisesti suuntautumiseemme psykiatriseen hoitotyöhön. Aihe tuli rajata resurssien mukaiseksi, mutta tutkimuksen oli kuitenkin oltava myös riittävän kattava. Esitimme sopivia aihe-ehdotuksia tutkimukseemme osallistuvan keskussairaalan ylihoitajalle. Opinnäytetyön tekeminen perhehoitotyöstä osoittautui tarpeelliseksi aiheen tärkeyden ja ajankohtaisuuden vuoksi. Sairaalassa on meneillään aiheeseen liittyvä koulutus, joten oli tärkeä tutkia koulutuksen hyötyä ja tarpeellisuutta myös tulevaisuuden kannalta. Perheitä on alettu huomioimaan hoitotyössä yhä enemmän, minkä vuoksi sitä oli mielestämme mielekästä tutkia.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin hyväksyttämällä aihe, jonka jälkeen ryhdyttiin työstämään tutkimussuunnitelmaa. Tutkimussuunnitelma oli ikään kuin perusta opinnäytetyölle ja siksi pyrimmekin tekemään sen huolellisesti. Paunosen ja Vehviläinen-Julkusen (2006) mukaan tärkeä osa tutkimustyötä on tutkimussuunnitelman laatiminen, sillä se luo perustan koko tutkimusprosessille. Tällä tavoin voidaan tehostaa tutkimusta ja motivoidaan tutkija alkavaan tutkimusprosessiin.

Opinnäytetyön edistymistä ohjasivat ohjauskäynnit opettajan kanssa, jolloin saimme palautetta tehdystä työstä ja suunnittelimme yhdessä työn etenemistä. Nämä ohjauskäynnit olivat tärkeitä myös jaksamisen kannalta, sillä opinnäytetyötä tehdään pääsääntöisesti itsenäisesti. Teoriatietoa aiheesta löytyi mielestämme suhteellisen helposti, kun taas tutkimustiedon löytäminen osoittautui haastavaksi. Kuitenkin teoriatietoa etsittäessä tuli ottaa huomioon, että tieto oli mahdollisimman uutta ja ajan tasalla olevaa. Aihetta on tutkittu enemmän sosiaalialalla kuin terveysalalla. Terveysalalla tehdyt tutkimukset liittyivät

enimmäkseen perhehoitotyöhön lasten tai nuorten psykiatrisen osastohoidon aikana.

Opinnäytetyön tekeminen osoittautui vaativaksi tehtäväksi. Sen tekeminen vei aikaa ja vaati vastuullisuutta alusta loppuun saakka. Työtä tehdessä tulee olla oma-aloitteinen, sillä opinnäytetyöhön liittyy tiedonhakujen lisäksi myös paljon käytännön järjestelyitä ja yhteistyötä esim. tutkimukseen osallistuvien tahojen kanssa.

Opinnäytetyötä tehtäessä opimme opinnäytetyöprosessin alusta loppuun. Koulutukseemme kuuluu aiheeseen liittyvä kurssi, jonka aikana käsitelimme tutkimustyön perusteita. Lisäksi käytimme työmme tukena tutkimuksen teosta kirjoitettuja opaskirjoja, joista oli meille suuri apu tutkimuksen kulun hahmottamisessa. Tutkimuksen tekeminen konkreettisesti itse opetti kuitenkin työn teosta ja vaiheiden merkityksestä parhaiten.

Työtä tehtäessä opimme koko ajan lisää tutkimuksen teosta. Laitimamme kyselylomake oli tärkeä osa tutkimustamme, joten sen laatimiseen olisi ollut suotavaa paneutua vieläkin paremmin. Kyselylomaketta olisi kannattanut testata useammalla henkilöllä, jotta kyselylomakkeiden ymmärrettävyyttä olisi voitu parantaa. Opinnäytetyö tehdään kuitenkin pääsääntöisesti vapaa-ajalla, joten siihen varattu aika on rajallista varsinaisen opiskelun vuoksi. Opinnäytetyön tekeminen oli tauolla kesän ajan käytännön syistä, sillä asuimme molemmat eri paikkakunnilla ja vuorotöiden takia oli melkein mahdotonta järjestää yhteistä aikaa opinnäytetyön tekemiselle.

Perhehoitotyötä ei varsinaisesti ole koulutuksessamme käsitelty. Perheen huomioimista ja mukaan ottamista hoitoon on ainoastaan sivuttu muun opetuksen yhteydessä. Mielestämme perhehoitotyön näkökulma voitaisiin ottaa huomioon hoitotyössä ylipäättään, eikä siis ainoastaan psykiatrisessa hoitotyössä. Koemme, että nykyinen sairaanhoitajakoulutus ei anna riittäviä valmiuksia perhehoitotyön toteuttamiseksi, joten sen opettamiseen tulisi jatkossa kiinnittää erityistä huomiota juuri sen tärkeyden vuoksi. Toivottavasti tekemämme tutkimus tukee osaltaan perhehoitotyön huomioimista koulutuksemme opetussuunnitelmassa.

Vaativinta opinnäytetyössä oli sopivien tutkimusten löytäminen ja saadun aineiston analysointi. Saatu aineisto oli osittain ruotsinkielistä, mikä lisäsi osaltaan analysoinnin haastavuutta. Emme kuitenkaan halunneet ajatella ruotsinkielisyyttä ongelmana, vaan pikemminkin lisähaasteena. Analysointia aloittaessa meillä oli vaikeuksia tietää, mistä aloitetaan ja miten sen toteuttamisessa edetään. Tähän saimme ohjausta opettajiltamme sekä aiheesta kirjoitettuun kirjallisuuteen tutustumalla. SPSS- tilasto-ohjelman käyttöön saimme ohjausta, sillä sen käytön opiskeleminen itsenäisesti ilmeni lähes mahdottomaksi.

Parasta työssämme oli mielenkiintoinen ja tärkeä aihe, sillä myös tulokset puhuivat aiheen tärkeyden puolesta. Tulevassa työssämme psykiatrian sairaanhoitajina voimme hyödyntää perhehoitotyöstä saamaamme teoriatietoa. Tutkimustulokset perhehoitotyön tärkeydestä sekä tiedon etsiminen aiheesta toivat aihetta lähemmäksi, joten uskomme tulevassa työssämme sen huomioimisen olevan osana psykiatrista hoitotyötä. Tutkimustuloksissa tuli selvästi esille myös itsensä kouluttamisen tarpeellisuus. Tämä motivoi meitä hankkimaan lisää ammattitaitoa erilaisten koulutusten myötä jatkossa.

Aloittelevina tutkijoina opinnäytetyön tekeminen antoi meille hyvän mahdollisuuden harjoitella tutkimustoiminnan toteuttamista käytännössä. Myös tutkimusprosessin kulku selkiytyi tutkimuksen teon aikana.

9.4 Jatkotutkimusaiheet

Perhehoitotyöstä aiheena löytyy useita mielenkiintoisia näkökulmia tutkittavaksi. Ehdotuksiamme jatkotutkimusaiheiksi ovat seuraavat:

Samankaltaisen tutkimuksen toteuttaminen lasten- ja nuorten psykiatrisilla osastoilla, missä perhehoitotyötä on käytetty hoitomenetelmänä pidempään kuin aikuispsykiatrian puolella. Olisi mielenkiintoista tietää millaiset valmiudet lasten- ja nuorten psykiatrisilla osastoilla työskentelevillä psykiatrisilla sairaanhoitajilla on toteuttaa perhehoitotyötä ja miten perhehoitotyö näkyy siellä käytännön hoitotyössä.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuvan vertailu perhehoitotyössä akuutti- ja pitkäaikaisosastoilla. Näin saataisiin kuva, millaista perhehoitotyö ja sen toteuttaminen on psykiatrisen sairaanhoitajan ammatista katsottuna eri osastoilla.

Jatkotutkimusaiheeksi sopisi myös perhehoitotyön tärkeyden tutkiminen omaisten näkökulmasta, jotta omaiset tulisivat paremmin kuulluksi. Näin voitaisiin hyödyntää omaisilta tutkimuksessa saatua tietoa perhehoitotyötä kehittäessä. Tästä olisi hyötyä niin omaisille, potilaille kuin henkilökunnallekin, jotta perhehoitotyön tärkeys ymmärretään ja sitä voidaan kehittää vastaamaan paremmin hoitoon osallistuvien erilaisia tarpeita.

LÄHTEET

- Berg, Leif & Johansson, Monica 2003. Psykoedukaation työkirja. Psykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. 1.painos 2003. Lievestuore. Profami Oy.
- Halme, Nina, Paavilainen, Eija & Åstedt-Kurki, Päivi 2007. Aikuisen perheenjäsenen kohtaaminen sairaalassa. Kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 2007, 5, 1, 18–23.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos 2007. Keuruu. Tammi.
- Hämäläinen, Tapio & Lantta, Kati 2008. Työhyvinvointi mielenterveystyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkimus.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WS Bookwell Oy.
- Kivimäki, Anne 2008. Perhehoitotyö akuutipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Koskisuus, Jari & Kulola, Tarja 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelmia parisuhteessa ja perheessä. Helsinki. Edita.
- Koskisuus, Jari 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki. Edita.
- Koskisuus, Jari 2004. Eri teitä perille, mitä mielenterveyskuntoutus on. Helsinki. Edita.
- Kuipers, Lisa, Leff, Julian & Lam, Dominic 1998. Koulutuksellinen perhetyö. Helsinki. Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry.

Kunnas, Katariina 2008. Sairaanhoidajaopiskelijoiden käsitykset perhehoitotyöstä opintojen alku- ja loppuvaiheessa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

L1116/1990. Mielenterveyslaki. 14.12.1990.

Latvala, Eila, Visuri, Tuomo & Janhonen, Sirpa 1995. Psykiatrinen hoitotyö. 1.painos. Juva. WSOY.

Lindberg, Tuija 2007. Mielenterveyspotilaiden läheisten tuen saanti psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Lönnqvist, Jouko, Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo 2003. Psykiatria. 2.-3.painos. Hämeenlinna. Karisto oy.

Mieli 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Saatavilla WWW-muodossa:
URL:<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf> [Viitattu 16.11.2010]

Moberg, Åsa 2005. Vara anhörig. Bok för anhöriga till psykiskt sjuka. Bokförlaget DN.

Mäkelä, Anja, Ruukonen, Taina & Tuomikoski, Marjatta 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa. Tammi

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Saatavilla WWW-muodossa:
<URL:<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>>. [Viitattu 29.9.2010]

Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006, Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki. WSOY.

Ristimäki, Päivi 2010. Puhuminen auttaa -perheen voimavarat esiin perhetyössä. Vaasan sairaanhoitopiirin tiedotuslehdessä Kotikäynti. Vaasa. Vaasan sairaanhoitopiiri.

Solantaus, Tytti 2008. Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2010. Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittyminen [online]. Saatavilla WWW-muodossa:

URL:http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/. [Viitattu 5.10.2010]

Toivikko, Eeva 2005. Tahdonvastainen psykiatrinen hoito. Teoksessa Marianne Mustajoki, Seija Maanselkä, Anja Alila, Mirja Rasimus(toim.), Sairaanhoitajan käsikirja, 487. Helsinki. Karisto Oy.

Vaasan ammattikorkeakoulu 2009 [online]. Saatavilla WWW-muodossa: <URL:<http://www.puv.fi/fi/koulutus/nuortenkoulutus/koulutusohjelmat/hoitotyöhoitotyö/>>. [Viitattu 17.3.2010]

Välimäki, Maritta, Holopainen, Arja & Jokinen, Maija 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva. WSOY.

Åstedt-Kurki, Päivi, Jussila, Aino-Liisa, Koponen, Leena, Lehto, Paula, Maijala, Hanna, Paavilainen, Riitta & Potinkara, Heli 2006. Kohti perheen hyvää hoitamista. 1.painos 2008. Helsinki. WSOY oppimateriaalit OY.