



**Diak**

**Harri-Pekka Panuma**  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö, 2019

# HOITAJIEN KOKEMUKSIA PERHEKAHVILA- TOIMINNASTA

”Omaisista varten siellä ollaan”

---

## TIIVISTELMÄ

Harri-Pekka Panuma  
Hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta  
Sivut ja liitteet 42  
Syksy, 2019  
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Oulu  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta. Perhekahvila on Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosalueella omaisille tarkoitettu vertaistuellinen ja psykoedukatiivinen ryhmätapaaminen. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoutta perhekahvilasta ilmiönä sekä perhekahvilatoiminnan kehittämistarpeista.

Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus ja sillä pyrittiin vastaamaan työelämästä ilmenneeseen tarpeeseen. Aineisto opinnäytetyöhön kerättiin haastattelemalla perhekahvilatoiminnan vastuuhoidajia. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Opinnäytetyön tulokset jakautuivat perhekahvilatoiminnan positiivisiin vaikutuksiin, moniammatillisuuden hyödyntämiseen, toiminnan laajentamiseen ja perhekahvilasta saadun tiedon hyödyntämiseen osastotyössä. Perhekahvila on mahdollistanut omaisten vertaistuen ja tiedon lisääntymisen. Hoitajien tietämys omaisten tarpeista on lisääntynyt. Hoitajien ja omaisten välinen yhteistyö on helpottunut. Perhekahvilatoiminta on koettu tarpeelliseksi.

Asiasanat: perhekahvila, vertaistuki, psykiatria, vuorovaikutus, laadullinen tutkimus

## ABSTRACT

Harri-Pekka Panuma  
Nurses' experiences of family café activities  
Pages and appendices 42  
Autumn, 2019  
Diaconia University of Applied Sciences  
Bachelor's Degree in Health Care  
Registered Nurse

The purpose of this thesis was to describe nurses' experiences of family café activities. The family café is a psychoeducation and peer support group for the families of psychiatric patients. The family café will be organized by Oulu university hospital psychiatric clinic. The target was to add knowledge about the family café as a phenomenon and find out about references of developments.

The thesis was a qualitative research and it strove to answer to the needs of the working life. The material of the thesis was collected by interviewing the nurses who are responsible for the family café. The material was analysed by inductive content analysis.

The results of the thesis were divided into positive influences of the family café, utilisation of multi-professionality, expanding of the operation of the family café and using the information from the family café at daily work on the psychiatric ward. The Family café has enabled peer support to the patient's relatives and it has given more information for them. Nurses had received more information about what relatives need. The contact between nurses and the patient's relatives has become easier. The family café has been experienced as necessary.

Keywords: family café, peer support, psychiatry, interaction, qualitative research

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	4
2 PERHEKESKEISYYS JA OHJAUS MIELENTERVEYSTYÖSSÄ.....	5
2.1 Tukea omaisille läheisen sairastuessa psyykkisesti .....	7
2.2 Mielenterveyden häiriöt.....	10
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	16
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	17
4.1 Opinnäytetyön tutkimusympäristö .....	17
4.2 Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	18
4.3 Aineistonkeruu ryhmähaastatteluna.....	18
4.4 Sisällön analyysi.....	19
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	22
5.1 Hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta .....	22
5.2 Perhekahvilatoiminnan kehittäminen .....	26
6 YHTEENVETO.....	30
7 POHDINTA.....	33
7.1 Opinnäytetyön luotettavuus.....	33
7.2 Opinnäytetyön tutkimuseettisyys.....	35
7.3 Opinnäytetyön pohdintaa .....	35
LÄHTEET .....	38
LIITE 1. Haastattelukutsu.....	41
LIITE 2. Suostumuslomake .....	42

## 1 JOHDANTO

Psykiatrisessa hoitotyössä pyritään yhä enenevässä määrin ottamaan huomioon yksilön lisäksi hänen perheensä tai yhteisönsä. Potilaslähtöisen työskentelyn kannalta olennaista on perhekeskeisyys ja perhetilanteen huomioiminen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta. Perhekahvila järjestetään Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosalueella ja on tarkoitettu sairaalahoidossa olevien tai aikaisemmin olleiden potilaiden omaisille. Omaiset kutsutaan henkilökohtaisesti potilastietojärjestelmään kirjattujen osoitetietojen perusteella. Perhekahvilatoiminta perustuu ryhmäohjaukseen ja vertaistukeen, sekä toiminnassa on perheterapeuttisia piirteitä. Jokaiselle kerralle on valittu omaisten toiveita kuullen aihe josta pidetään asiantuntijan alustus. Omaiset voivat keskustella ja kysellä alustukseen liittyvistä asioista tai tuoda esille muita haluamiaan asioita. Tavoitteena on vahvistaa omaisten vertaistuellista ajattelua ja mahdollistetaan kokemusten yhteinen jakaminen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat; millaisia kokemuksia hoitajilla on perhekahvilatoiminnasta ja miten perhekahvilatoimintaa tulisi kehittää? Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa perhekahvilatoiminnan kehittämiseksi.

Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosalue tarjoaa psykiatrista erikoissairaanhoidon, päivystys- ja kriisipalveluja sekä avohoidon tukitoimia Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnille. Perhekahvilatoiminta on järjestetty psykoosilinjan osastojen kesken ja toiminnan kehittyessä mukaan ovat lähteneet myös vastaanotto-osastot.

## 2 PERHEKESKEISYYS JA OHJAUS MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

Opinnäytetyön teoreettisena lähtökohtana ovat ohjauksen merkitys mielenterveystyössä, mielenterveyden häiriöön sairastuneen omaisten tuki ja mielenterveyden häiriöt. Hoitotyössä erikoisalasta riippumatta ohjaus on olennaisessa roolissa hoitohenkilökunnan ammatillista toimintaa ja on osa potilastyötä. (Kääriäinen ja Kyngäs 2014.)

Potilaslähtöisessä hoitotyössä yhtenä keskeisenä periaatteena voidaan pitää perhekeskeisyyttä. Hoitotyön historiassa ajatus perhekeskeisyydestä on teorian kehittymisen myötä alkanut vähitellen tulla luontevasti osaksi potilaan hyvää ja laadukasta hoitoa (Coleman 2002). Perhekeskeisellä hoitotyöllä tarkoitetaan sellaista hoitoa, jossa huomioidaan potilaan läheiset ja perhetilanne. Hoidossa pyritään huomioimaan sekä potilaan, että hänen perheenjäsentensä ja läheistensä tarpeet. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 31.) Jotta perhehoitotyö olisi erilaisissa sosiaali- ja terveystieteiden yksiköissä laadukasta ja onnistunutta, olisi se syytä ottaa huomioon koulutuksissa koko hoitohenkilökunnan osalta. Perhehoitotyön keskeisenä tavoitteena voidaan pitää sitä, että se koostuisi toiminnoista, jotka vahvistaisivat perheen kykyä vastata erilaisiin muutoksiin ja lisätä perheiden voimavaroja. Voidaan todeta myös, että ilman perhekeskeisyyttä ja perheen sekä läheisten ottamista mukaan hoitoon, hoitotyön käytännön kehittäminen potilaan kokonaisuuden huomioon ottavaan suuntaan ei ole mahdollista (Tarkka ym. 2003). Kaikessa toiminnassa hoitotyön ammattilainen tarvitsee herkkyyttä tunnistaa potilaan ja hänen omaistensa tarpeet ja toiveet.

Palatessa hoitotyön ohjaukseen voidaan todeta, että perhelähtöisessä hoitotyössä suurin osa toiminnasta perustuu hoitotyön ammattilaisen ja potilaan tai hänen omaisen väliseen vuorovaikutukseen. Hoitohenkilökunnan ja omaisen välinen vuorovaikutus on yhteistyötä ja osa kokonaisvaltaista hoitotyötä. (Nikki & Paavilainen, 2010.) Alun perin hoitotyön ohjauksella on tarkoitettu esimerkiksi potilaan tai hänen omaisensa johdattamista johonkin tai vaikuttamista hänen toimintaansa. Tänä päivänä ohjauksella pyritään ennemmin edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta tekemään itse sellaisia valintoja, joilla voidaan parantaa

potilaan elämää. Ideana on, että potilas ratkaisee itse omia pulmia hoitajan tukeamana. Hoitajan tehtävänä on tukea potilasta valinnoissa sortumatta valmiiden ratkaisujen antamiseen. Tavanomaiseen keskusteluun verrattuna ohjaus on suunnitelmallisempaa ja hoitajan asiantuntijuus korostuu oikean tiedon antamiseen suhteessa tilanteen ratkaisuun. Tuloksellinen ohjaussuhde voi vaatia useita ohjauskertoja, mutta hyötyä on myös yksittäisistä interventioista muutosajattelun hyväksi. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Perhekeskeisyydessä asiakkaaksi voidaan katsoa yksilön lisäksi hänen perheensä tai jokin yhteisö. Oli sitten kyse yksilöstä tai isommasta joukosta, on hoitajan tehtävä tunnistaa ja arvioida asiakkaan ohjaustarpeita yhdessä hänen kanssaan. Ohjaussuhteissa on myös tärkeää tunnistaa asiakkaan ja hoitajan taustatekijät. Taustatekijät voidaan jaotella fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin. Fyysisiä tekijöitä ovat esimerkiksi ikä ja sukupuoli. Psyykkisiä tekijöitä ovat esimerkiksi terveysuskomukset, motivaatio ja kokemukset. Sosiaalisia tekijöitä voi olla esimerkiksi kulttuuritaustat, sosiaalisuus ja uskonnollisuus. Ympäristötekijöitä puolestaan voi olla esimerkiksi hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö, psyykkinen ympäristö ja sosiaalinen ympäristö. Taustatekijät vaikuttavat ohjaukseen olennaisesti, koska esimerkiksi motivoituneen itseohjautuvan ohjaus on hyvin erilaista verrattuna päihdeongelmaisen ohjaukseen, joka ei välttämättä näe tilannettaan niin ongelmallisena. Hoitajan tulee puolestaan ymmärtää omat tapansa ajatella ja toimia sekä omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä, että hän kykenee toimimaan siten, että asiakkaan tilanne ja tarpeet selkiytyvät. (Kyngäs ym. 2007, 26-27.)

Hoitotyön ohjauksessa hoitaja toimii asiantuntijana ja ohjauksen tukena voi käyttää tutkittua tietoa. Yksistään tutkitun tiedon hakeminen ja sen lukeminen ei riitä. Olennaista on osata soveltaa tutkittua tietoa siten, että se on käyttökelpoista asiakkaan ohjaustilanteen tavoitteen saavuttamiseksi. Tänä päivänä tietotekniikan jatkuvassa kehityksessä tieto on helposti saatavilla, mutta tulee muista myös tietty lähdekriittisyys ja tiedon taustat tulee tarkistaa huolellisesti. Tutkitun tiedon käytön helpottamiseksi ja luotettavuuden varmistamiseksi on laadittu Käypä hoito ja hoitotyön suositukset. (Kyngäs ym. 2007, 55-56.)

Hoitotyössä ohjausta voidaan toteuttaa eri menetelmin joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. Yksilöohjaus tapahtuu hoitajan ja asiakkaan välillä. Yksilöohjauksessa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä, mutta ohjausta annetaan useimmiten suullisesti, koska vuorovaikutus on yksi ohjauksen tärkeimpiä menetelmiä. Asiakkaat arvostavat yksilöohjausta, koska se mahdollistaa paneutumisen yksilöstä lähteviin tarpeisiin ja voi mahdollistaa vapaampaa keskustelua ohjaukseen liittyen. Yksilöohjaus vaatii ohjaajalta enemmän aikaa verrattuna esimerkiksi ryhmäohjaukseen, jossa asiakaskunta on laajempi ja samalla aikaa voidaan ohjata useampaa henkilöä. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Ryhmäohjaus on samalla tavalla yksilöohjauksen kanssa yksi yleisimmistä ohjausmenetelmistä. Ohjausta annetaan kootuissa ja erikokoisissa tarkoituksenmukaisissa ryhmissä. Ryhmällä voi olla erilaisia tavoitteita, kuten esimerkiksi tuen ja vertaiskokemusten saanti erilaisilta vertais- tai omaisryhmiltä. Jo pelkästään ryhmään osallistuminen voi aiheuttaa ihmisessä voimaannuttavan kokemuksen ja auttaa jaksamaan yhteisesti koskettavan asian kanssa. Lisäksi ryhmäohjaus voi olla tavoitteen saavuttamisen kannalta tehokkaampaa verrattuna yksilöohjaukseen ja siinä on myös taloudellinen näkökulma, koska samalla kertaa voidaan ohjata useampaa henkilöä ja näin ollen säästää aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

## 2.1 Tukea omaisille läheisen sairastuessa psyykkisesti

Psyykkiset sairaudet vaikuttavat yleensä aina jollain tavalla perheen sisäiseen vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin. Omaisten suhde mielenterveyden häiriöistä kärsivään henkilöön voi edistää tai haitata sairaudesta toipumista. Omaiset suhtautuvat usein tukemalla sairastuneen hoidossa, mutta joskus ongelmien pitkittyessä sairauden kanssa kamppailevan henkilön tukemisesta tulee ahdistavaa ja liian raskasta läheisille. Tästä syystä myös omaisten ja muiden läheisten jaksamisesta olisi tärkeää huolehtia ja muistuttaa heitä tietynlaisesta terveestä itsekkyydestä. Omaisten tuen tarpeen katsotaan lisääntyvän erityisesti silloin, kun psyykkisistä ongelmista kärsivä joutuu sairaalahoitoon. (Huttunen, 2017.) Hoitohenkilökunnan arkinen kohtaaminen omaisten kanssa on erittäin tärkeässä ja suuressa roolissa koko perhettä koettelevissa mielenterveyden häiriöiden aiheuttamissa kriiseissä.

Psykiatriset sairaudet aiheuttavat myös runsaasti hämmennystä perheen ja muiden läheisten kesken. Sairastuneen henkilön käytös voi olennaisesti muuttua. Esimerkiksi masentunut ei kykene kokemaan ilontunteita tai vastaamaan niihin. Psykoottinen henkilö voi käytöksellään pelottaa ja aiheuttaa ahdistusta niin henkilössä itsessään, mutta myös ympärillä olevissa ihmisissä. Psykiatriset sairaudet lisäävät hyvin monesti myös ärtyisyyttä ja syyllistävästä käytöstä. Omaisena voi olla vaikea osata suhtautua tilanteeseen ja heillä voi olla vaikeuksia arvioida sitä, miten sairastuneen henkilön kanssa tulisi olla. Sairastunut henkilö voi kokea hoidon aikana olevansa läheistensä tarkkailtavana ja sitä vastoin omaisilla voi olla vaikeuksia arvioida sitä, missä määrin heillä olisi hyvä osallistua hoitoon. Sairaudet itsessään voivat vielä tänäkin päivänä aiheuttaa perheissä häpeää ja pelkoa koko perheen leimautumisesta. (Huttunen, 2017.)

Omaisilla on hoitoa kohtaan paljon odotuksia ja toiveita. Ajatus toiveesta lähtee hyvin usein siitä, että henkilö parantuu täysin saadun hoidon ansiosta. Vakavat ja pitkittyneet mielenterveyden häiriöt kuluttavat erityisesti omaisten voimavaroja ja jatkuva toivon sekä pettymyksen vaihtelu on tyypillistä kyseisissä tilanteissa. Omaisten tuen tarpeissa korostuu ennen kaikkea tiedon tarve sairaudesta, sen hoidosta ja ennusteesta. Tiedon saanti auttaa omaisia ymmärtämään myös henkilön ahdistusta ja sairauden aiheuttamia oireita sitä paremmin, mitä enemmän he saavat tietoa. (Huttunen, 2017.) Näistä edellä mainituista syistä koko perheen hoito ja tuki on tärkeä ottaa huomioon ja hoitotyön ohjaus on tärkeä osa hoitoprosessia. Hoitajan tulee kyetä keskustelemaan avoimesti, joskin hienovaraisen kunnioittavasti omaisten jaksamisesta.

Psykoedukaatio eli koulutuksellinen terapia, on yksi osa-alue mielenterveys-työssä. Psykoedukaatiolla tarkoitetaan sellaisia toimia, joiden avulla pyritään lisäämään potilaiden ja omaisten tietoutta sairaudesta ja sen hoidosta sekä sen avulla voidaan jopa estää relapseja, eli sairauden uusiutumista. (Vreeland 2012, 34.) On osoitettu, että pelkästään potilaalle annetulla psykoedukaatiolla ei ole yhtä suurta vaikuttavuutta kuin sellaisella interventiolla, joka toteutetaan myös potilaan omaisten kanssa. Psykoedukaation on todettu olevan myös yksi vaikuttavimmista psykoosien psykososiaalisista hoitomuodoista, mutta erityisesti

yhdistettynä perhetyöhön. (Kieseppä & Oksanen 2013.) Betty Vreeland kirjoittaa kin psykoedukaatiota koskevassa artikkelissaan, että yli kolmessakymmenessä satunnaisesti valitussa kliinisessä tutkimuksessa on havaittu psykoedukaatiolla olleen relapseja vähentävä vaikutus sekä edistäneen toipumista ja perheiden hyvinvointia (Vreeland 2012, 39).

Psykoedukaatio interventoiden menetelmämalleja on erilaisia. Yhtä yleisimmin käytetyistä, myös käypähoitosuosituksen mukaista haavoittuvuus-stressimallia voidaan käyttää sekä potilaan, mutta myös omaisten kanssa. Mallin tarkoituksena on lisätä potilaan ja hänen omaisensa ymmärrystä psykoosin puhkeamisesta ja sitä vastoin vähentää sairauteen liittyviä pelkoja ja uhkia. Psykoosiin sairastuneella henkilöllä on biologisten ja elämän tapahtumiin liittyvien vaikuttajien vuoksi suurempi alttius taudin puhkeamiselle. Osa ihmisistä ei sairastu koko elämänsä aikana, vaikka olisivatkin alttiimpia sairastumaan psykoosiin. Elämän eri vaiheissa stressiä lisäävät tapahtumat altistavat haavoittuvan henkilön sairauden puhkeamiselle. (Kieseppä & Oksanen 2013.) Haavoittuvuus-stressimallilla voidaan kartoittaa juuri näitä elämän stressitekijöitä ja löytää näiden avulla vastauksia psykoosin puhkeamiselle, mutta mallin avulla voidaan löytää myös ratkaisuja sille, miten jatkossa stressaavia tekijöitä voidaan lievittää voimavarojen avulla.

Omaistenkin keskuudessa vertaistuen merkitys on siinä mielessä suuri, että omaiset voivat jakaa kokemuksia ja tuntojaan liittyen psykiatriin sairauksiin. Tunne siitä, että asioiden kanssa ei ole yksin, ja että tulee hyväksytyksi ilman leimaantumista, antaa voimavaroja jaksamaan elämän erilaisissa haasteissa. Vertaistukea tarjoavat eri toimijat ja järjestöt ja hoitotyössä on myös tärkeä tehdä yhteistyötä näiden tahojen kanssa. Perhekahvilatoiminta on myös osa vertaistuellista toimintaa ja se tuo omaisille mahdollisuuden jakaa anonymisti kokemuksiaan. Vertaistuessa voidaan hyödyntää myös kokemusasiantuntijoita, jotka ovat tai ovat olleet vastaavassa roolissa omaisena tai läheisenä psykoosiin sairastuneelle henkilölle.

## 2.2 Mielenterveyden häiriöt

Maailman terveysjärjestö (WHO 2013) on määrittänyt mielenterveyden siten, että se on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy selviytymään elämäänsä kuuluvissa haasteissa ja pystyy tunnistamaan omat kykynsä haasteisiin nähden. Lisäksi ihminen kykenee työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan. Mielenterveys ei ole siis pelkkää mielen ongelmattomuutta ja hyvinvointia. Elämän eri vaiheissa kohdattava suru ja pettymykset, sekä ahdistus ja nukahtamisvaikeudet ovat osa jokaisen elämää. Jokaisen elämässä on siis hetkiä, jolloin ilmenee tyypillisiä mielenterveyden häiriöiden kaltaisia oireita, mutta ne ovat hetkittäisiä eivätkä jää haittaamaan pitemmäksi aikaa elämää ja arjesta suoriutumista. Mielenterveyden häiriöistä on kyse silloin, kun esimerkiksi mieliala, ajatukset ja käytös alkavat haitata toimintakykyä ja arjesta selviytymistä. Mielenterveyden häiriöt haittaavat usein myös ihmissuhteita ja aiheuttavat henkilössä kärsimystä. (Huttunen 2017.)

Mielenterveyden häiriöiden syntyä on tutkittu ja tiedetäänkin mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveyteen vahingollisesti, mutta myös suojaten mielenterveyttä. Ihmisen perimä, kulttuuri, elinympäristö, elintavat ja elämäntapahtumat muodostavat mielenterveyden häiriöille altistavan ja suojaavan yhtälön. Mitään yksittäistä tekijää ei voida nostaa esiin, vaan tekijät ovat monimutkaisesti aina sidoksissa toisiinsa. Aivan yhtäläillä hyvissä olosuhteissa elävä henkilö voi sairastua mielenterveyden häiriöihin, kun taas haastavissa olosuhteissa elävä voi olla sairastumatta. Perimän on katsottu olevan yksi mielenterveyshäiriöille altistava tekijä. Perimä ei itsessään vaikuta automaattisesti sairauden synty-mekanismiin, mutta henkilöllä on herkempi alttius sairastua verrattuna henkilöön, jolla ei ole perinnöllistä alttiutta. Itse sairastuminen on kiinni monen tekijän summasta. Hyvin monesti sairauden puhkeamista edeltää jokin erityisen kuormittava stressitekijä, mutta taustalla on jo voinut kehittyä sairaudelle pohja muiden altistavien tekijöiden toimesta. (Vuorilehto ym. 2014, 106-107.)

Mielenterveyden häiriöt ovat sairausryhmä ja niiden hoidossa hyödynnetään hyvin paljon yhteneviä hoitomenetelmiä. Hoidossa yleisesti tulee painottaa psykoedukaatiota, eli koulutuksellista terapiaa ja lisäksi potilaan itsehoitoa tulee

tukea. Erilaisiin mielenterveyden häiriöihin liittyy kuitenkin niille tyypillisiä piirteitä ja ne pyritään myös erottelemaan yksittäisiksi ilmiöiksi ja luokittelemaan diagnooseiksi. (Vuorilehto ym. 2014, 139-140.) Erottelulla on saatu aikaan se, että häiriöiden väliset erot selkiytyvät ja potilaan kliininen tutkimus helpottuu. Tämän lisäksi häiriöiden kulun ennakointi paranee ja hoidon suunnittelu ja toteutus helpottuu. (Lönqvist ym. 2011, 50.)

Mielenterveyden häiriöiden luokitteluun, eli diagnosointiin käytetään kahta psykiatrista tautiluokitusjärjestelmää (TAULUKKO 1, s.11). Ensimmäinen on Maailman terveysjärjestön kehittämä ICD-luokitus ja sen lisäksi käytössä on myös Yhdysvaltojen psykiatryhdistyksen kehittämä DSM-järjestelmä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018.) Vaikka Suomessa käytetään pääosin ICD-luokitusta, on hyvä tietää että DSM-luokituksella on kärkiasema kansainvälisen psykiatrisen kehityksen näkökulmasta (Lönqvist ym. 2011, 51).

TAULUKKO 1. ICD-10:n ja DSM:n pääluokat (Lönqvist ym. 2011, 51).

ICD-10	DSM
F00-F09 Elimelliset aivo-oireyhtymät	1. Tavallisesti varhaislapsuudessa, lapsuudessa tai nuoruudessa alkavat häiriöt
F10-F19 Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt	2. Delirium, dementia, muistihäiriöt ja muut kognitiiviset häiriöt
F20-F29 Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt	3. Muualla luokittelemattomat ruumiillisen häiriön aiheuttamat mielenterveyden häiriöt
F30-F39 Mielialahäiriöt (affektiiviset häiriöt)	4. Kemiallisiin aineisiin (lääkkeet ja päihteet) liittyvät häiriöt
F40-F48 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt	5. Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt
F50-F59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät	6. Mielialahäiriöt
F60-F69 Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt	7. Ahdistuneisuushäiriöt
F70-F79 Älyllinen kehitysvammaisuus	8. Elimelliset häiriöt
F80-F89 Psykkisen kehityksen häiriöt	9. Teeskentelyhäiriöt
F90-F98 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt	10. Dissosiaatiohäiriöt
	11. Sukupuoliset ja sukupuoli-identiteetin häiriöt
	12. Syömishäiriöt
	13. Unihäiriöt
	14. Muualla luokittelemattomat käytös- ja hillitsemishäiriöt
	15. Elämäntilanteisiin liittyvät reaktiiviset häiriöt
	16. Persoonallisuushäiriöt
	17. Mahdollisesti muut kliinisen huomion kohteena olevat tilat

Psykoosilinjan osastoilla hoidetaan ensisijaisesti psykoosisairauksista kärsiviä potilaita, jotka tarvitsevat eri syistä ympärivuorokautista hoitoa. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan psykoosisairauksien lisäksi etenkin mielialahäiriöitä, päihdehäiriöitä ja persoonallisuushäiriöitä.

Suomen väestöstä psykooseja sairastaa noin 3,5% ja Pohjois-Suomessa vastaava luku on jopa 5%. Osa näistä psykooseista on lyhytkestoisia ja ohimeneviä, mutta osa pitkäaikaisia ja vaikeita. Lyhytkestoiset psykoosit voivat olla esimerkiksi stressin aiheuttamia ja pitkäaikaisissa psykooseissa voi olla kyse esimerkiksi skitsofreniasta. Psykoosien hoidon kehittymisestä huolimatta vain 13,5% skitsofreniapotilaista on vähäoireisia tai oireettomia. (Isohanni ym. 2015.)

Psykoosilla itsessään tarkoitetaan sitä, että ihminen on tilassa, jossa hänen todellisuudentajunsa on heikentynyt ja hänellä on vaikeuksia erottaa mikä on totta ja mikä ei. Tyypillisiä psykoottisia oireita ovat erilaiset harhaluulot, eli deluusiot sekä erilaiset harha-aistimukset, eli hallusinaatiot. Harha-aistimuksia voivat olla erilaiset kuuloharhat, näköharhat sekä tunto- ja hajuaistimukset. Harhaluuloja voivat olla erilaiset perusteettomat vainotuksi tulemisen kokemukset, grandioottiset ajatukset, eli ihminen kokee olevansa poikkeuksellisen tärkeä, jopa jumalallinen henkilö, jolla on yliluonnollisia kykyjä. Psykoottisuuteen liitettävillä suhteuttamisharhaluuloilla ja merkityselämyksillä tarkoitetaan sitä, että ihminen antaa harhanomaisia merkityksiä esimerkiksi toisten ihmisten eleille, esineiden väreille ja niin edelleen. Ihminen voi esimerkiksi kokea kääntyvän auton suuntavilkun viestittävän jostain uhkasta. (Huttunen, 2018.)

Psykoottisuus voi ilmetä myös henkilöllä ilman varsinaisia aistiharhoja tai harhaluuloja. Käytös voidaan määritellä psykoottiseksi sellaisissa tapauksissa, kun henkilön puhe ja käytös ovat hyvin eriskummallista ja omituista. Psykoottisen henkilön puhe voi olla luonteeltaan hyvin hajanaista ja epäloogista, ikään kuin kerronnasta puuttuisi siinä tyypillisesti säilyvä ”punainen lanka”. Kerronta voi poukkoilla täysin epäolennaisuuksiin. Puhe voi olla myös hyvin yksityiskohtiin keskittyvää tai seikkaperäistä. (Huttunen, 2018.)

Psykoottiset oireet liittyvät ja jakautuvat hyvin moniin psykiatrisiin sairauksiin. Skitsofrenian oireissa ominaista ovat jaksottainen outo käytös, harha-aistimukset ja harhaluulot. Joillain skitsofreniaan sairastuneilla voi harhoja olla jatkuvasti hoidon toteutuksesta huolimatta. (Huttunen, 2018.) Skitsofrenia on jaettu myös diagnostisiin oireenmukaisiin alaluokkiin. Alaluokkia ovat paranoidinen-, hebefreeninen-, katatoninen- ja erilaistumaton skitsofrenia. (Käypähoito, 2013).

Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat myös yleisesti potilaan eri elämän osa-alueilla. Hoidossa tulisi huomioida psyykkisten oireiden lisäksi potilaan perus- ja sosiaaliset tarpeet, kuten asuminen, etuudet ja toimeentulo. Potilaan somaattinen tila tulisi myös kartoittaa ja siihen tulisi reagoida tarpeen mukaan. (Poutanen ym. 9.)

Mielialahäiriöt puolestaan ryhmitellään yleisesti kolmeen pääryhmään. Ryhmät ovat masennushäiriöt, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt eli bipolaarihäiriöt ja muut mielialahäiriöt. Masennushäiriöihin kuuluvat mm. vakava masennustila, pitkäaikainen masennus ja tarkemmin määrittämättömät depressiiviset häiriöt. Kaksisuuntaisen mielialahäiriöt jaetaan edelleen kahteen tyyppiin. Tyypin I kaksisuuntaisen häiriö käsittää maanis-depressiivisen psykoosin eli bipolaarihäiriön, jossa esiintyy mielialahäiriöjaksoja, joista ainakin yksi on ollut maaninen tai sekamuotoinen jakso. Maanisen jakson aikana mieliala on jatkuvasti kohonnut ja ärtyisä. Tyypin II kaksisuuntaisessa häiriössä vähintään yhden masennusjakson lisäksi on esiintynyt yksi hypomaaninen jakso. Hypomaanisella jaksolla tarkoitetaan sellaista ajanjaksoa, jolloin mieliala on selvästi kohonnut, mutta ei täysin täytä varsinaisen manian diagnostisia kriteereitä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lisäksi on joillain potilaista todettu mielialan aaltoiluhäiriö, jossa esiintyy vähintään kahden vuoden ajan hypomaanisten oireiden sekä masennusoireiden jaksoja, mutta masennusoireet eivät täytä vakavan masennusjakson kriteereitä. Muilla mielialahäiriöillä tarkoitetaan ruumiillisen häiriön aiheuttamia mielialahäiriöitä tai kemiallisen aineen aiheuttamia mielialahäiriöitä. (Lönqvist ym. 2011, 54-55.)

Jokaisella ihmisellä on oma persoonallisuus kaikkine erityispiirteineen ja se erottaa meidät toisista ihmisistä. Persoonallisuuden piirteistä osa on vahvasti perinnöllisiä ja biologisia. Persoonallisuuden piirteitä ovat mm. ulospäin

suuntautuneisuus, tunnollisuus, sovinnollisuus, tapa suhtautua uhkiin ja vaaroihin sekä avoimuus ja uteliaisuus uusille ideoille ja mielikuvitukselle. Vaikka persoonallisuus on osin geenien muodostama, se kehittyy ja muovautuu eri tekijöiden ansiosta. (Vuorilehto ym. 2014, 179.) Persoonallisuushäiriöstä kärsivän henkilön käyttäytymismalli on huomattavan poikkeava verrattuna tietystä kulttuurissa vallitsevaan tapaan ajatella, tuntea, havaita ja eteenkin suhtautua muihin ihmisiin. Käyttäytymismallit ovat syvälle juurtuneita ja pitkäaikaisia sekä joustamattomia. Yleisesti ottaen persoonallisuushäiriöistä kärsivä henkilö ei itse tiedosta ajattelu- ja käyttäytymismalleissaan poikkeavuutta. Ajattelu- ja käyttäytymismallit voivat aiheuttaa henkilölle ongelmia sosiaalisissa suhteissa ja toimintakyvyssä, mutta tätä ei tule yleistää. Persoonallisuushäiriöt kehittyvät pikkuhiljaa alkaen lapsuudesta tai nuoruudesta ja jatkuvat aikuisiässä. Ne eivät ole seurausta jostain mielenterveyden häiriöstä, mutta voivat olla osa muita häiriöitä tai esiintyä samaan aikaan jonkin muun mielenterveyshäiriön kanssa. Persoonallisuushäiriöt alkavat esiintyä yleensä aikuisiässä ja ovat jonkin vakavan tai pitkittyneen stressin, ympäristötekijöiden tai psyykkisen sairauden seurausta. (Lönngqvist ym. 2011, 480-482.)

Vuorilehto, Larri, Kurki ja Hätönen ovat jakaneet persoonallisuushäiriöt kolmeen ryhmään teoksessa *Uudistuva mielenterveystyö* (2014). He ovat sisällyttäneet oudot persoonallisuushäiriöt -ryhmään epäluuloisen ja eristäytyvän persoonallisuushäiriön. Edellä mainittuja persoonallisuushäiriön muotoja luonnehtii outous ja erikoisuus. Epäluuloiset henkilöt voivat tulkita toisten neutraalit ilmaisut vihamielisinä. Epäluuloista persoonallisuushäiriötä ei tule sekoittaa harhaluuloisuushäiriöön. Eristäytyvät ihmiset viettävät aikaa itsekseen eivätkä koe tarvetta muiden huomiolle, eivätkä koe tarvetta ihmissuhteille. Käyttäytyminen eristäytymisen suhteen voi muistuttaa vahvasti skitsofreniapotilaan negatiivisia oireita.

Tunnepitoiset persoonallisuushäiriöt -ryhmä pitää sisällään epäsosiaalisen, huomionhakuisen ja epävakaa tai narsistisen persoonallisuushäiriön. Epäsosiaalinen ihminen ei juuri huomioi toisen ihmisen tunteita, on paatunut eikä kykene asettumaan toisen asemaan. Henkilöllä voi olla taipumus käyttää muita ihmisiä hyväkseen. Huomionhakuinen henkilö sitä vastoin pyrkii toistuvasti huomion keskipisteeksi ja voi pyrkiä tavoitteeseen sopimattomallakin tavalla. Narsistinen

henkilö näkee itsensä yliverlaisena ja odottaa saavansa ansaitsemaansa kohtelua. Epävakaan persoonan piirteisiin kuuluu tunne-elämän epävakaus, käyttäytymisen säätelyn vaikeus ja alttius ihmissuhdeongelmiin. Kriisiherkkyyden vuoksi epävakaat henkilöt hakevat apua vaikeaan oireiluun, mutta avun hakemisen syynä ei varsinaisesti ole epävakaus sinällään vaan persoonallisuushäiriölle tyypillinen oireilu, kuten itsemurha yritykset, ahdistuneisuus, masennus, syömishäiriöt tai päihdeongelmat. (Vuorilehto ym. 2014, 180-183.)

Kolmas ryhmä, eli ahdistuneet persoonallisuushäiriöt käsittävät estyneen, riippuvaisen ja vaativan persoonallisuushäiriön. Estyneen henkilön oireenkuva esiintyy korostuneen hyväksynnän tarpeena ja he pelkäävät arvostelua sekä häpeän tunnetta. Riippuvaiset ihmiset kokevat epärealistista avuttomuutta ja tukeutuvat tämän vuoksi muihin ihmisiin. Henkilöt ovat herkästi hyväksikäytettäviä, koska he alistuvat herkästi muiden tahtoon. Vaativan ihmisen toiminta on pikkutarkkaa, eikä henkilö luota esimerkiksi työkaverin kykyyn kantaa vastuuta asioista, joiden kanssa itse on tekemisissä. Edellä mainitut persoonallisuushäiriöt voidaan katsoa siksi ahdistuneiksi persoonallisuushäiriöiksi, koska persoonan ohjaama käyttäytymismalli altistaa ahdistukselle ja masennukselle. (Vuorilehto ym. 2014, 181.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää perhekahvilatoimintaa.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia kokemuksia hoitajilla on perhekahvilatoiminnasta?
2. Miten perhekahvilatoimintaa tulee kehittää?

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tutkimusympäristönä toimi Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosalue ja siellä omaisille järjestettävä perhekahvila. Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrinen tulosalue on vaikuttavassa roolissa mielenterveyshäiriöiden hoidossa alueellisesti sekä valtakunnallisesti. Hoito- ja tutkimustyössä sekä toiminnassa pyritään hyödyntämään viimeisintä saatavilla olevaa näyttöön perustuvaa tietoa.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat perhekahvilan vastuuhenkilöinä toimivat hoitajat (4). Kohderyhmä valinnassa otettiin huomioon haastateltavien työkokemus, työyksikkö ja perhekahvilatoiminnassa mukana olemisen kesto. Kohderyhmä pyrittiin valikoimaan siten, että heidän ansiostaan aineisto olisi mahdollisimman monipuolinen ja kokemusrikas. Tässä opinnäytetyössä hoitajilla tarkoitetaan sairaanhoitajia, mielisairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia ja lähihoitajia.

### 4.1 Opinnäytetyön tutkimusympäristö

Perhekahvila on potilaiden omaisille järjestettävä vertaistukiryhmä, jossa tarjotaan puitteet omaisten vertaistuelle ja moniammatillisen työryhmän tarjoamalle ryhmäohjaukselle sekä psykoedukaatiolle ja toiminnassa on perheterapeuttisia piirteitä. Ryhmä on hoitajavetoinen ja se on kohdennettu erityisesti psykoosisairautta sairastavien potilaiden omaisille. Toiminnasta vastaavat psykoosilinjan osastojen perhekahvilatoiminnan vastuuhenkilöt. Toiminnassa ovat olleet mukana myös vastaanotto-osastot vuoden 2019 alusta alkaen. Ryhmään osallistuu osastojen vastuuhenkilöt vuorollaan ja yhdellä ryhmäkerralla hoitajia on paikalla 5-6. Vastuuhenkilöinä toimii sairaanhoitajia, lähihoitajia, mielenterveyshoitajia sekä mielisairaanhoitajia. Vastuuhenkilöistä kahdella hoitajalla on perheterapeutin koulutus. Perhekahvilaan osallistuu myös psykiatri ja sosiaalityöntekijä. Perhekahvilaan kutsutaan myös ulkopuolisia alustajia aiheesta riippuen.

Perhekahvila järjestetään kerran kuukaudessa ja jokaiselle kerralle on valittu omaisten toiveita kuullen aihe. Aiheesta on asiantuntijan alustus ja asiantuntijana voi toimia joko talon sisältä valikoitunut henkilö, tai ulkopuolelta kutsuttu asiantuntija. Perhekahvilassa keskustellaan sen kerran aiheesta, mutta vapaalle keskustelulle on myös aikaa. Toiminnalla pyritään vahvistamaan omaisten vertais-  
tuellista ajattelua ja mahdollistetaan kokemusten yhteinen jakaminen.

#### 4.2 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön menetelmä on laadullinen tutkimus. Sillä pyritään saamaan vastauksia ilmiöön, jota ei vielä varsin hyvin tunneta. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään saamaan vastaus siihen, mistä juuri tutkittavassa asiassa on kyse. (Kananen 2014, 18.) Tutkimuksessa pyritään haastattelun avulla tuomaan esille henkilöiden näkökulmia ja kokemuksia tutkimusaiheeseen liittyen ja näin ollen lisäämään ymmärrystä ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 28)

Opinnäytetyöllä kyseisestä aiheesta on merkitystä siinä mielessä, että toimintaa ei ole aikaisemmin tarkasteltu kyseisestä näkökulmasta. Aiheesta on yksi aikaisempi opinnäytetyö ja se oli toteutettu omaisten kokemuksista laadullisena tutkimuksena silloisen sairaanhoitajaopiskelija Suonperän toimesta (2016). Myös sillä on merkitystä, että opinnäytetyön tutkimustuloksilla saadaan tarkempaa tietoa ja perusteita sen toiminnan kehittämiseksi ja jatkamiselle.

#### 4.3 Aineistonkeruu ryhmähaastatteluna

Ryhmähaastattelu on parhaimmillaan luonteeltaan vapaamuotoista keskustelua, jonka avulla haastateltavilta saadaan mahdollisimman kuvailevaa ja monipuolista tietoa. Ryhmähaastattelu edesauttaa saamaan selkeämmän kokonaiskuvan ilmiöstä, koska haastateltavat voivat täydentää toistensa sanomisia. Tietoa saa samalla useammalta henkilöltä, joka itsessään säästää myös aikaa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 61-63.)

Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui viisi (5) hoitajaa, joista kolme olivat sairaanhoitajia ja kaksi lähihoitajia. Yksi hoitajista estyi osallistumasta haastatteluun, eli lopullinen haastateltavien määrä oli neljä (4) hoitajaa. Yhden hoitajan pois jäämisen ei katsottu vaikuttavan tutkimustuloksiin, koska haastatteluun osallistuneet hoitajat olivat kuitenkin kokemuksiltaan hyvin erilaisia ja työskentelivät erilaisissa työyksiköissä. Haastateltavien hoitajien työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä oli kahdesta (2) vuodesta seitsemääntoista (17) vuoteen. Kaikki haastateltavat olivat miehiä.

Aineistonkeruu on toteutettu ryhmäteemahaastatteluna, joka toteutettiin toukokuun 27. päivä vuonna 2019. Haastateltavat olivat sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Haastattelu nauhoitettiin ja nauhoite muutettiin tekstimuotoon litteroimalla myöhempää sisällön analyysia varten.

Teemahaastattelulla saadaan riittävän kattavat vastaukset tutkimuskysymyksiin. Teemahaastattelu toteutettiin puolistrukturoituna, eikä kysymyksille laadittu tarkkaa muotoa. Haastattelulle laadittiin teemarunko, jonka mukaan toteutettu haastattelu mahdollisti tarpeeksi kattavan kuvauksen hoitajien kokemuksista. Teemahaastattelussa haastattelukysymyksiä voi muotoilla siten, että haastateltavien kokemukset tulevat parhaiten kuuluviin (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48). Kyselykaavakkeella toteutettava aineiston keruu ei tule kysymykseen, koska strukturoitu kysely ei anna välttämättä riittävän kattavia vastauksia.

#### 4.4 Sisällön analyysi

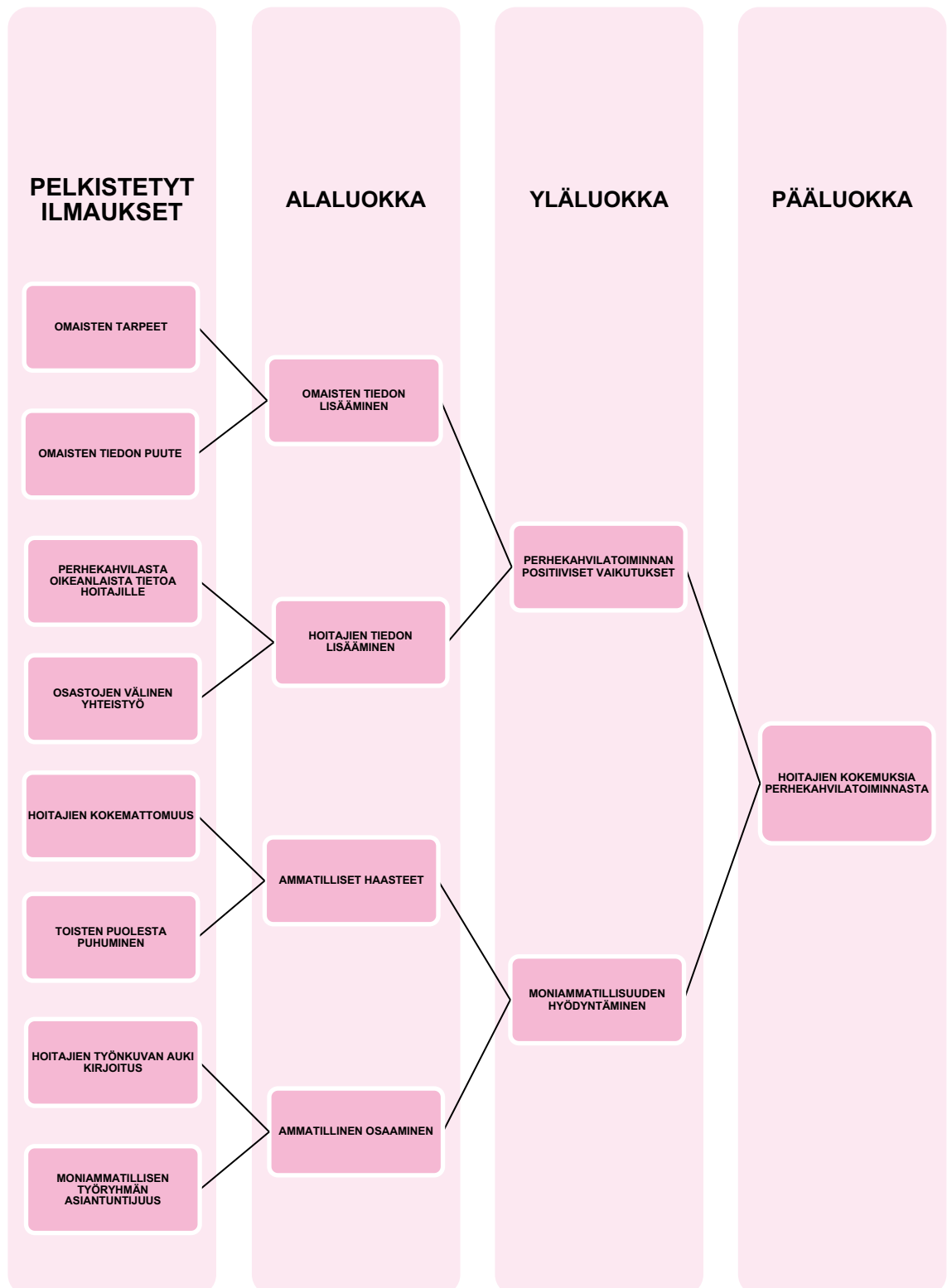
Sisällön analyysillä voidaan analysoida aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Sen avulla voidaan järjestää, kuvailla ja määrittää tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysin avulla pyritään saamaan tietoa ilmiöstä tiivistetyssä, kuvailevassa ja yleisessä muodossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Sisältö analysoitiin aineistolähtöisesti, eli induktiivisella sisällön analyysillä. Induktiivisessa sisällön analyysissä aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan, eli käsitteellistetään (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Alkuperäisaineistona

ollut haastattelunauhoite muutettiin tekstimuotoon litteroimalla puheenvuorot sanasta sanaan. Nauhoite oli kestoaltaan 1 tunti ja 28 minuuttia. Nauhoitteen muuttaminen tekstimuotoon tuotti yhteensä 18-sivua (A4) tekstiä. Tekstimuotoinen aineisto pelkistettiin esittämällä aineistolle kysymyksiä, jotka vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Seuraavassa vaiheessa pelkistetyt ilmaukset luokiteltiin ensimmäisiin kategorioihin siten, että ilmauksista etsittiin yhteneviä tekijöitä ja eroavaisuuksia. Abstrahointia eli käsitteellistämistä jatkettiin niin pitkään, että aineiston analyysin avulla saatiin aineistosta esille tutkimuksen kannalta kuvaavimmat ja olennaisimmat käsitteet (KUVIO 1, s.21).

Aineistosta ilmauksien löytäminen oli jonkin verran haastavaa, koska alkuperäinen aineisto oli puhuttua kieltä. Puhutut vastaukset sisälsivät jonkin verran täytesanoja ja puhuttu kuvaus saattoi yhdessä lauseessa sisältää useamman merkityksen. Puhuttuja lauseita joutui monessa kohtaa pilkkomaan useampaan ilmaukseen sisällön merkityksen mukaan. Käsitteellistämistä ja luokittelua jatkettiin niin pitkään, että aineistosta saatiin esille tutkimusilmiön kannalta mahdollisimman tarkka kuvaus ja mahdollisimman kattavat vastaukset tutkimuskysymyksiin. Abstrahoinnin myötä yläluokiksi muodostuivat perhekahvilatoiminnan positiiviset vaikutukset, moniammatillisuuden hyödyntäminen (KUVIO 2, s.26), toiminnan laajentaminen sekä perhekahvilasta saadun tiedon hyödyntäminen (KUVIO 3, s.29). Yläluokista muodostui kaksi pääluokkaa, jotka olivat hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta ja perhekahvilatoiminnan kehittäminen.

KUVIO 1. Esimerkki sisällön analyysistä. Hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta



## 5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset jakautuivat aineiston analyysin mukaan kahteen pääluokkaan. Luokat ovat hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta ja perhekahvilatoiminnan kehittäminen. Pääluokat vastaavat tutkimuskysymyksiin, eli millaisia kokemuksia hoitajilla on perhekahvilatoiminnasta ja miten perhekahvilatoimintaa tulisi kehittää.

### 5.1 Hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta

Tulosten perusteella perhekahvilatoiminta on saanut alkunsa hoitajien tarpeesta saada työkaluja haastavasti käyttäytyvien omaisten kohtaamiseen ja haastaviin tilanteisiin. Lisäksi perhekahvilatoiminta pohjautuu omaisten tarpeeseen saada tietoa ja vertaistukea psyykkisesti sairaan potilaan omaisena. Toiminnalla pyritään saamaan aikaan positiivisia vaikutuksia omaisten auttamiseksi, mutta myös helpottamaan hoitajien ja omaisten välistä yhteistyötä moniammatillista yhteistyötä hyödyntämällä (KUVIO 2 s.26).

*” se lähti siitä se ajatus kun oli tällaisia haastavia tilanteita omaisten kanssa ja haastavasti käyttäytyviä. Haluttiin jotain työkaluja siihen, miten voitaisiin toimia osastolla plus sitten se, miten voitaisiin auttaa omaisia paremmin.”*

Toiminnan avulla pyritään lisäämään omaisten tietoa psykiatrisesta hoidosta ja psykiatrisista sairauksista. Hoitajat kokivat perhekahvilan vastanneen hyvin omaisten tarpeisiin ja lisänneen omaisten tietämystä hoidon haasteista. Hoitajat kokivat myös itse hyötyneensä perhekahvilasta esimerkiksi siten, että olivat saaneet uutta tietoa perhekahvilassa pidettyjen alustusten aiheista ja siitä, millaista tietoa omaiset tarvitsevat esimerkiksi soittaessaan hoitajille tai vieraillessaan osastolla. Hoitajat nostivat tärkeänä asiana esille omaisten vertaistuen tarpeen. Tiedon saannin ohella omaiset voivat saada vertaistukea toisilta omaisilta ja voivat saada vastauksia omaisen rooliin liittyviin kysymyksiin muilta osallistujilta.

*”Se on lisännyt omaisten ymmärrystä esimerkiksi hoitoon liittyvissä ristiriitatilanteita, kun niitä on käyty läpi...”*

*”Se mikä oli alkuperäinen käsitys siitä, että sinä luulit että omaiset haluavat tietää jotakin ja sitten kun perhekahvila alkoi ja siellä kuulit ne kysymykset kun se potilas ei ole läsnä. Saa kysyä juuri ne asiat ja ne eivät henkilöidy siellä niin silloin... Nyt kun ne (omaiset) soittaa niin on paljon helpompi antaa tavallaan sellaista niin kuin oikeanlaista informaatiota. Siis vaikka ne eivät osaisi edes kysyä oikeita kysymyksiä niin sinä osaat vastata tavallaan paremmin...”*

Hoitajat kokivat ammatillisina haasteina sen, että vasta aloittaneena hoitajana voi olla aluksi vaikea hahmottaa kokonaihoitoprosessia ja yksikön hoitokäytänteitä, sekä vastata omaisille niihin liittyviin kysymyksiin. Edellä mainitut seikat koettiin myös haasteena perhekahvilatoimintaan osallistumisen kannalta hoitajan näkökulmasta. Hoitajien kokemusten mukaan olisi hyvä, että vastuuhenkilö olisi työskennellyt jonkin aikaa hoitajana psykiatrisella osastolla ja näin ollen oma työnkuva sekä hoitokäytänteet olisivat tulleet tutuiksi. Perhekahvilatoiminnan järjestämiseen osallistuvilta hoitajilta vaaditaan oman työn auki kirjoitusta itselle sekä toiminnan taustalla olevan näyttöön perustuvan tiedon hallitsemista.

*”...jos tulet kovin tuoreeltaan ja ne asiat eivät ole sinulla tiedossa niin onhan siihen vaikeampi vastata.”*

*”...se oma toimenkuva ja se että mitä osastolla tapahtuu on selvillä niin niillä pärjää jo pitkälle.”*

Tulosten perusteella hoitajat kokivat suurimmaksi haasteeksi sellaisiin kysymyksiin vastaamisen, mikä ei varsinaisesti koske omaa toimenkuvaa. Edellä mainittuja tilanteita olivat aikaisemmin vastaanotto-osastoihin liittyvät kysymykset, koska vastaanotto-osastot ovat lähteneet mukaan toimintaan vasta alkuvuodesta 2019. Tilanteet joissa jouduttiin vastaamaan kysymyksiin oman toimenkuvan ulkopuolelta koettiin vaikeina, mutta sitä vastoin omasta työstä ja oman osaston asioihin liittyviin kysymyksiin koettiin vastaamisen olevan helppoa. Tämän hetkinä ehdottomasti suurimpana haasteena koettiin avohoidon edustuksen

puuttuminen perhekahvilatoiminnasta. Tapaamisissa useat kysymykset ja kritiikki kohdistui juuri avohoitoon. Kritiikin koettiin johtuvan yleisesti tiedon puutteesta.

*"...siellä ei kuitenkaan ollut vastaanotto-osastolta henkilökuntaa niin meillä oli aika vaikea vastata niihin kysymyksiin."*

*"...tavallaan meillä on tilanne, että tätä asiaa me ei voidakaan käsitellä, koska tämä ei olekaan meidän organisaatiota koskeva asia."*

*"Nyt se haaste on se avopuolen puuttuminen."*

Hoitajat kokivat mahdollisesti ennakkoluulojen perhekahvilaa kohtaan vaikuttavan siihen, että hoitajien keskuudessa kaikki eivät ole olleet innokkaita lähtemään toimintaan mukaan. Negatiivisia ennakkoluuloja voivat mahdollisesti olla tentatuksi tulemisen pelko ja vastakkain asettelun pelko. Hoitajat kokivat ennakkoluulojen muodostuneen mahdollisesti siitä, ettei toiminnasta tai perhekahvilan todellisesta ilmapiiristä ole toden mukaista tietoa ja ennakkoluuloiset eivät ole itse kokeneet perhekahvilan avointa ja positiivista ilmapiiriä.

*"...pelko tentatuksi tulemisesta tulee siitä, ettei ole kovin paljoa tietoa siitä toiminnasta."*

Hoitajat kokivat ammatillisen osaamisen tärkeimpänä asiana oman työnkuvan selkeyden. Kun hoitaja on tietoinen omasta työstään ja siitä, mihin toiminta perustuu sekä mitkä lait ja asetukset toimintaa ohjaavat, on helppo vastata omaisten esittämiin kysymyksiin. Moniammatillinen yhteistyö ja asiantuntijuus ovat myös hoitajien kokemusten mukaan tärkeässä roolissa perhekahvilassa ja ovat yksi asiantuntijuuden perusta. Tulosten mukaan jokainen oman alan asiantuntija täydentää omalta osaltaan sitä tietoa, mitä omaiset kokevat tarvitsevansa. Tulosten perusteella perhekahvilassa on tarve sekä hoitotyön ohjaukselle, mutta myös lääketieteellinen näkemys ja ammattitaito on ehdottoman tärkeää. Sosiaalityön asiantuntijuus koettiin myös tärkeänä osana, koska se on myös suuressa roolissa psykiatristen potilaiden hoidossa. Vastuuhenkilöistä kahdella hoitajalla on

perheterapeutin koulutus ja kokemusten mukaan perheterapian perusteet koettaisiin ammatillisuuden näkökulmasta hyvänä lisänä koulutuksia ajatellen.

*”Kyllä minulle itselle alkaa olla tämä näiden vuosien jälkeen hyvin selvää, että mitä me oikeasti täällä (sairaalassa) tehdään.”*

*”...kun itse aina markkinoin sitä omaisille niin minä sanon sillä tavalla mahtipontisesti, että sinä voit saada mihin tahansa meidän talon toimintaan liittyen vastauksen ammattilaiselta, yhdessä paikassa.”*

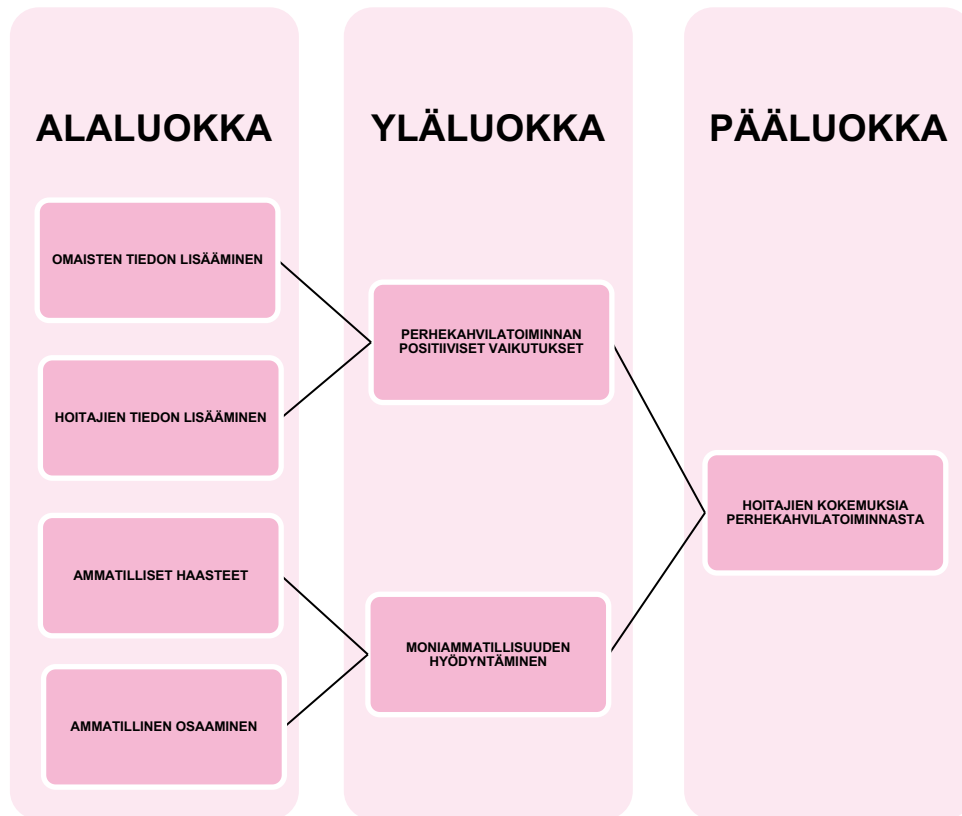
Tulosten perusteella hoitajat toivat esille oman kokemuksen siitä, että omaisten tiedon lisääntyminen on vaikuttanut positiivisesti hoitajien päivittäiseen työskentelyyn osastotyössä. Monet osastolla koetut hoitoon liittyvät ristiriitatilanteet omaisten kanssa ovat hoitajien mukaan johtuneet siitä, ettei omaisilla ole ollut tietoa hoitomenetelmistä ja hoitokäytänteistä. On koettu myös, että omaisten tieto on voinut olla vääränlaista eikä se ole vastannut todellisuutta tämän päivän psykiatrisesta hoidosta. Tulosten mukaan omaisilla on vähän tietoa psykiatrisista sairauksista. Omaisten sekä hoitajien tiedon lisääntyminen on kokemusten mukaan helpottanut yhteistyötä ja hoidon suunnittelua. Hoitajat kokevat omaisten kanssa tehtävän yhteistyön helpommaksi aikaisempaan verrattuna. Myös omaisen kohtaaminen itsessään on koettu helpommaksi, koska perhekahvila on lisännyt tietoa siitä, millaista tietoa omaiset kaipaavat, vaikka eivät sitä varsinaisesti osaisi kysyäkään.

*”...omainen ei yleensääkään tiedä mitä sairaus on.”*

*”Jos se mielikuva mielisairaalaista on amerikkalaisista elokuvista niin se on hyvin erilainen, mitä se on todellisuudessa.”*

*”Nyt kun ne omaiset soittaa, niin on paljon helpompi antaa niin kuin oikean-laista tietoa.”*

KUVIO 2. Hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta



## 5.2 Perhekahvilatoiminnan kehittäminen

Tulosten perusteella perhekahvilatoiminnan kehittämisen pääkohtana voidaan pitää toiminnan laajentamista ja perhekahvilasta saadun tiedon hyödyntämistä (KUVIO 3 s.29). Toiminta itsessään on laajentunut koko sen olemassaolon ajan. Perhekahvilatoiminta on saanut alkunsa Oulun mielenterveyspalveluiden silloisen vaativan hoidon osastolta, mutta organisaatiomuutoksen myötä toiminta siirtyi osastojen mukana Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiriin toiminnaksi vuonna 2013. Psykiatriset sairaalapaikat siirtyivät siis organisaatiomuutoksen myötä Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiriin alaisuuteen.

Hoitajat ovat kokeneet organisaatiomuutoksen tuoneen mukanaan positiivisia vaikutuksia toiminnan kehittymiselle. Osastoja on lähtenyt enemmän toimintaan mukaan ja sitä kautta osallistuvien omaisten määrä on kasvanut. Muutos on kokemusten mukaan tuonut tullessaan myös lisäresursseja niin hoitajissa,

lääkäreissä ja muissa erityisammattiryhmissä. Hoitajat kokevat, että perhekahvila on helpommin järjestettävissä ja asiantuntija alustajia on helpompi saada.

*”Organisaatiomuutos on mahdollistanut hirveän paljon tehdä niin kuin laajemmin.”*

*”...me voidaan oman talon piiristä saada melko kattavasti jokin ammattilainen kertomaan valitusta aiheesta.”*

Hoitajien kokema haaste puhua toisen työn puolesta liittyy vahvasti myös kokemukseen toiminnan kehittämisen tarpeesta. Tulosten mukaan tällä hetkellä suurin puute toiminnassa on avohoidon edustuksen puuttuminen perhekahvilasta. Avohoidosta on muutaman kerran ollut edustus mukana tapaamisilla, mutta tulosten mukaan se ei ole riittävää, vaan hoitajat kokevat tarpeen olevan jatkuvaa ja toive olisi tulevaisuudessa, että edustus olisi jokaisella kerralla mukana.

*”Pitäisi se avohoito saada tähän jollain lailla yhdistettyä...”*

*”...on ollut useasti omaisia, jotka ovat olleet kiinnostuneita nimenomaan näistä avohoitoon liittyvistä asioista.”*

*”Nyt se haaste on se avopuolen puuttuminen.”*

Hoitajat kokevat myös, että avohoidon mukaan tulo lisäisi avohoitajien ymmärrystä osastohoidosta ja päinvastoin. Se voisi helpottaa ja selkeyttää yhteistyötä ja näin ollen parantaa hoidon suunnittelua ja järjestämistä.

*”Se lisäisi varmasti avopuolen ymmärrystä osastohoidosta, jos olisivat mukana.”*

*”Siitä hyötyisi varmasti molemmat.”*

Hoitajien kokemusten mukaan toiminnalla voisi olla laajempaakin kysyntää ja tarvetta valtakunnallisesti. Toiminnan laajentamisen kannalta tuloksista nousee esille toiminnan mahdollisuudet tuotteistamiselle ja tuomiselle laajempaan

tietoisuuteen. Tulosten mukaan toimintaa voisi hyödyntää myös muilla erikoisaloilla, etenkin sellaisilla, missä sairaus koskettaa erityisesti omaisia. Hoitajat kokevat myös, että toiminta voisi olla itsessään hyödynnettävissä toimintamallina, jota voisi soveltaa laaja-alaisesti.

*”Miksi tästä ei tehtäisi jotain sellaista, mitä voisi käydä kertomassa muillekin, että tällaista on ja näin se meillä toimii.”*

*”Tämähän on ihan tällä tavalla vietävissä esimerkiksi somatiikan puolelle vaikka syöpäsairaiden omaisille.”*

Tulosten mukaan toiminnasta ei tällä hetkellä ole laadittu kirjallista yhteenvetoa tai vastaavaa toimintakertomusta. Hoitajat kuitenkin kokisivat jatkossa tärkeänä, että toiminta olisi johonkin auki kirjoitettu ja olisi saatavilla säännöllisesti jokin kirjallinen kuvaus siitä, millaista toiminta on ollut ja millaisia osallistujamääriä perhekahvilassa on ollut. Hoitajat kokevat tietyltä osin tulevaisuuden haasteena myös sen, että toiminnan tarpeellisuus tulee kyetä osoittamaan toteen. Tulosten mukaan tarve toimintakertomukselle tulee myös siinä, että toimintaa voisi lähteä esittelemään laajemmin.

*”...olisihan sitä eri asia esitellä sitä toimintaa kun sinulla olisi osoittaa lukuja.”*

*”...olisihan se hyvä olla sellainen backup olemassa, jos siihen oikeasti joku yhtäkkiä kiinnittää huomiota, että mitä tämä teidän touhu on.”*

*”Jos alkaa kuluja kertymään niin olisi hyvä tietää mitä kuluja nämä ovat niin siinä mielessä olisi hyvä olla sellainen koostelappu vaikka.”*

Osastojen välillä voidaan tulosten perusteella todeta olevan erilaisia käytäntöjä perhekahvilassa käytyjen asioiden jälkipuintiin. Siihen ei ole mitään ohjeistusta tai toimintamallia olemassa, eikä sen tarvetta olla varsinaisesti edes mietitty. Hoitajat kokevat kuitenkin selkeästi itse hyötyvänsä myös omassa päivittäisessä hoitotyössä perhekahvilaan osallistumisesta. Kokemusten mukaan se on vaikuttanut positiivisesti potilastyöhön, hoidon suunnitteluun sekä toteutukseen. Tuloksien

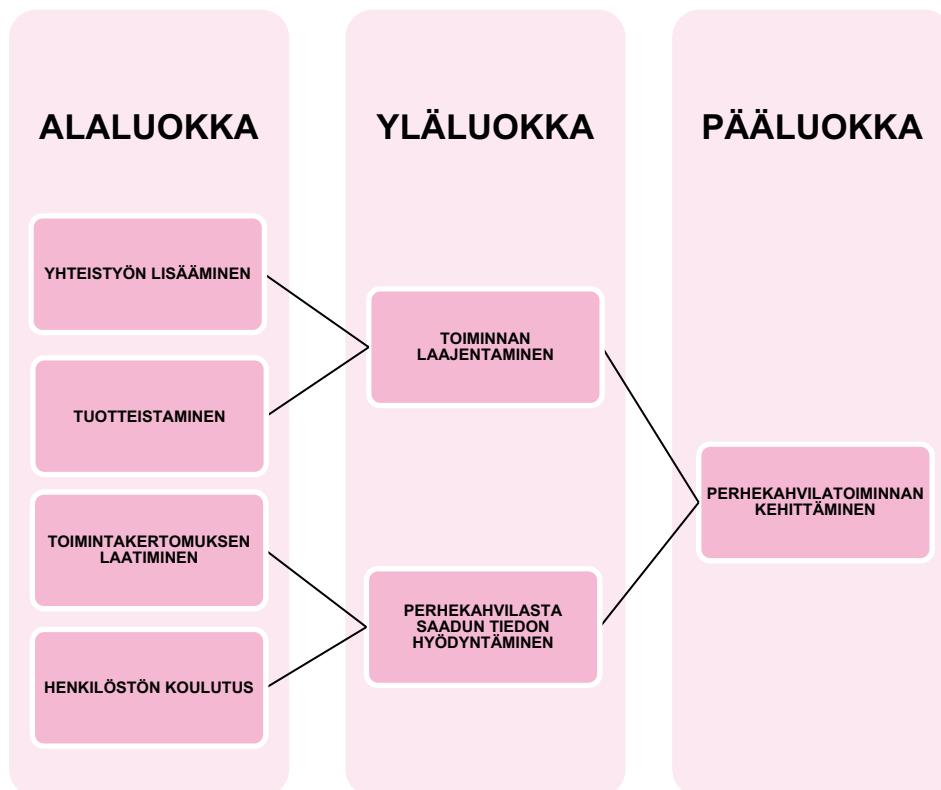
perusteella ei voida kuitenkaan osoittaa, että perhekahvilasta saatua tietoa olisi saatu hyödynnettyä osastoilla muiden hoitajien käyttöön siten, että se edistäisi yhteistyötä omaisten ja hoitajien välillä yleisesti. Hoitajat kokivat, että tilanteita on käyty osastoilla läpi vapaana keskusteluna työryhmän kanssa, mutta toisaalta sillä ei olla voitu taata sitä, että tieto tavoittaisi kaikki hoitajat. Joitain asioita on nostettu esille esimerkiksi henkilökuntakokouksissa. Tulosten perusteella voidaan todeta, että asioiden läpikäynti ja jälkipuinti on ollut vähäistä.

*”Se on varmaan vähän osastokohtaista.”*

*”Onko ne niitä kahvipöytäkeskusteluja sitten...”*

*”...loppupeleissä vähän kuitenkin (osastolla käydään läpi).”*

KUVIO 3. Perhekahvilatoiminnan kehittämisen osa-alueet



## 6 YHTEENVETO

Opinnäytetyöllä tuotettiin uutta tietoa ja kuvailtiin hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta. Opinnäytetyöstä käy ilmi millä tavalla moniammatillista osaamista hyödynnetään ja millaisia vaikutuksia toiminnalla on saatu aikaan. Opinnäytetyössä on myös kuvailtu perhekahvilatoiminnan kehittämistarpeita ja kehittämissideita.

Opinnäytetyön tuloksia hyödyntämällä toimintaa voidaan kehittää siihen suuntaan, että se palvelee omaisten tarpeita laajemmin ja tehokkaammin. Omaisten kanssa tehtävä yhteistyö on merkittävässä osassa psykiatrista hoitotyötä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että toiminta on tarpeellista sekä omaisten kannalta, mutta myös hoitajien kannalta. Toiminnalla on vaikutusta hoitajien päivittäiseen työskentelyyn potilastyössä, sekä se lisää molemmin puolta ymmärrystä ja näin ollen lievittää ristiriitatilanteita omaisten ja hoitavan tahon välillä. Toiminta tukee hoitajien ja omaisten välistä vuorovaikutusta sekä lisää hoitajien tietämystä siinä, miten omaisia voisi huomioida paremmin. Toiminta tarjoaa myös ainutlaatuisen tilanteen omaisten vertaistuelle.

Kokonaisuudessaan perhekahvilatoiminta koettiin tämän hetkisessä muodossa toimivaksi, eikä siitä koettu puuttuvan oman organisaation sisältä mitään sellaista, mikä lisäisi sen vaikuttavuutta tai asiantuntijuutta. Ammatillinen osaaminen koettiin erittäin hyvänä ja varsinaisia koulutustarpeita ei tällä hetkellä koettu olevan. Ammattitaidon kehittäminen ja tutkitun tiedon hyödyntäminen voisi kuitenkin tuoda toiminnalle jatkuvuutta ja luonnollista kehitystä. Siinä mielessä toiminnan tueksi voisi suunnitella hoitotyön ohjausta tukevia koulutuksia ja perheterapeuttista osaamista.

Opinnäytetyön tutkimustuloksista voidaan tulla siihen johtopäätökseen, että perhekahvilasta saadun tiedon hyödyntämisessä olisi kehittämistarpeita. Vastuuhoitajat kokivat hyötyvänsä perhekahvilasta saadun tiedon ansiosta potilastyössä, mutta toisaalta tieto ei tavoita sellaisia hoitajia, jotka eivät osallistu perhekahvilan järjestämiseen. Tulosten perusteella ei ole olemassa yhtenevää käytäntöä, miten arvokas tieto siirtyisi muille potilastyötä tekeville hoitajille. Tietoa voisi tuoda

kohdennetusti osastoille esimerkiksi osastotunneilla, koulutuksissa, tai siten, että halukkaat hoitajat voisivat yksitellen osallistua perhekahvilaan vastuuhenkilöiden mukana. Tiedottamisessa ja koulutuksissa tulee kuitenkin luonnollisesti ottaa huomioon omaisten anonymiteetti.

Tuloksista käy ilmi, että vastuuhoitajat kokivat toiminnasta tiedettävän melko vähän muiden työntekijöiden keskuudessa ja sen osaltaan vaikuttavan ennakkoluuloihin ryhmän asetelmista esimerkiksi vastakkainasettelun tai tentatuksi tulemisen pelkoon liittyen. Se koetaan osaltaan vaikuttaneen joissain määrin siihen, että joidenkin osastojen suhtautuminen perhekahvilaan on ollut nihkeää tai sille ei ole koettu tarvetta. Tästä on vastuuhenkilöiden keskuudessa muodostunut tarve tuoda toiminta kaikkien tietouteen ja siihen tulosten perusteella on muodostunut kehittämisideoita. Vastuuhenkilöt ovat laatineet tähän asti säännöllisesti kirjallisen suunnitelman puolivuositain suunnittelupalaverien pohjalta. Tämän lisäksi koettiin tarpeelliseksi laatia toimintakertomus säännöllisin väliajoin kulu-neesta suunnitellusta kaudesta. Toimintakertomukseen voitaisiin koota ryhmän keskeinen sisältö ja osallistujamäärät. Sitä voisi hyödyntää jatkossa myös toiminnan kehittämisessä ja toiminnan kriittisessä tarkastelussa. Toimintaa voisi myös esitellä organisaation ulkopuolelle helpommin, jos toiminnasta olisi esittää tilastoja ja ilmiötä voisi tutkia tulevaisuudessa myös määrällisen tutkimuksen keinoin.

Kehittämistarpeena esille nousseen toiminnan laajentamisen avulla voidaan luoda uusia suhteita eri organisaatioiden välillä. Tässä opinnäytetyössä esille nousi tarve saada avohoidon edustus säännölliseksi kumppaniksi toimintaan mukaan. Mielenterveysavopalveluita tarjoavat toimijat koettiin tärkeänä yhteistyökumppanina potilaiden hoidossa ja siksi olisi tärkeää, että sairaalahoidon ulkopuolella tapahtuvaan hoitoon liittyvät kysymykset voitaisiin esittää kohdennetusti siitä vastaaville henkilöille. Hoitajat kokivat suurimpana haasteena vastata toisten puolesta sellaisiin kysymyksiin, jotka eivät varsinaisesti koske omaa työnkuvaa. Suurimmaksi puutteeksi koettiin siis avohoidon edustuksen puute. Hoitajat kuvasivat tilanteita, joissa avohoitoon liittyviin kysymyksiin ei voitu edes vastata, koska tietoa ei ollut. Sekin itsessään voi lisätä omaisten kriittistä suhtautumista hoitoa kohtaan, jos mieltä askarruttaviin tai lähtökohtaisesti kriittisiin asioihin ei saa selvästä vastausta. Avohoidon mukaan tulo mahdollistaisi myös sairaalahoidon

ja avohoidon välisen ymmärryksen ja yhteistyön lisääntymisen. Avohoidon työntekijöiden kanssa tehtävän laajemman yhteistyön myötä toimintaa voisi laajentaa myös siihen suuntaa, että avopalveluita käyttävien asiakkaiden omaisilla olisi mahdollisuus osallistua perhekahvilaan.

Johtopäätökset opinnäytetyön tulosten perusteella:

1. Perhekahvilatoiminta on tarpeellista omaisten, mutta myös hoitajien näkökulmasta.
2. Perhekahvilatoimintaa tulee kehittää jatkuvasti. Sillä saadaan taattua myös toiminnan jatkuvuus.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen yleiset luotettavuuskriteerit ovat sen uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 128).

Tutkimuksen uskottavuudessa tarkoitetaan sen tulosten uskottavuutta ja se tulee osoittaa tutkimuksessa. Tässä opinnäytetyössä esitettiin suoria lainauksia haastateltavien ilmauksissa muodostuneiden luokkien yhteydessä ja niitä läpi käydessä. Tuloksia lukiessa tulosten ja haastatteluaineiston välille löytyy yhteys. Analyysi toteutettiin haastatellun aineiston ilmisällöstä, eli siihen ei vaikuttanut tutkijan omat mielipiteet tai asenteet. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Luotettavuuden kannalta olennaista on se, että lukijalla on saatavilla yksityiskohmainen kuvaus aineiston keruusta, sisällön analyysistä ja tuloksista. Sen edellytyksenä on, että tutkija on kirjannut kuvauksen siten, että lukija voi seurata prosessia kokonaisuudessa siltä osin, kun se on tarpeen. Tällä tarkoitetaan tutkimuksen vahvistettavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Vahvistettavuus ilmenee tässä opinnäytetyössä juuri edellä mainituin keinoin loogisessa järjestyksessä.

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tekijä arvioi oman vaikutuksensa suhteessa aineistoon ja tutkimusprosessiin. Tutkimuksen tekijän tulee tiedostaa omat lähtökohdat tutkijana. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Ryhmähaastattelussa pyrittiin saamaan opinnäytetyön kannalta mahdollisimman kattava aineisto. Siihen ei vaikuttanut tutkijan omat mielenkiinnon kohteet tai omat aikaisemmat käsitykset. Todettakoon, että aiheen valintaan vaikutti tutkijan oma mielenkiinto, mutta se ei itsessään vaikuttanut sisällön analyysiin tai tutkimustuloksiin. Reflektiivisyyttä vahvistamassa on se, että tutkija analysoi aineiston ainoastaan saadun aineiston pohjalta.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Jotta siirrettävyys olisi onnistunut ja se voidaan todeta, on tutkijan kuvattava huolellisesti, miten osallistujat valittiin, tutkimuskonteksti, miten aineisto on kerätty ja seikkaperäinen kuvaus analyysistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Haastateltavien kokemukset perhekahvilatoiminnasta olivat lähes yhteneviä muutamia poikkeuksia lukuunottamatta. Mikäli vastaavaa toimintaa olisi järjestetty jonkin toisen tahon toimesta, tutkimustuloksen voisi olettaa olevan saman suuntainen.

Luotettavuuden kannalta on otettava huomioon, että ryhmähaastattelussa on mahdollisuus yhdellä tai useammalla haastateltavalla ottaa dominoivampi rooli. On olemassa riski, että henkilö tai henkilöt pyrkisivät ohjaamaan keskustelua tiettyyn suuntaan ja esimerkiksi estävät tai vahvistavat joitain omia tiettyjä mielipiteitä ja kokemuksia. Ryhmähaastattelusta aikaan saadun aineiston analyysissä on otettava edellä mainitut seikat huomioon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 210-211.) Tätä opinnäytetyötä tehdessä ja haastatteluja toteuttaessa ei ilmennyt dominoivia persoonia, jotka olisivat jonkin syyn vuoksi yrittäneet ohjata keskustelua tiettyyn suuntaan. Jokainen haastatteluun osallistunut sai vapaasti tuoda omat kokemukset esille. Toki haastatteluun osallistujat olivat erilaisia ja osa haastatelluista toivat aktiivisemmin omia kokemuksia esille. Jokainen haastateltava joko myötäili toisten haastateltavien sanomisia tai toivat omia eriäviä kokemuksia keskusteluun sen hetkiseen aiheeseen liittyen esille.

Vaikka aineistonkeruu kohderyhmän alkuperäisestä viidestä hoitajasta yksi estyi osallistumasta haastatteluun, todettiin aineiston olevan siinä määrin kattava ja kokemuksia kuvattiin runsaasti, ettei sen katsottu vaikuttaneen tutkimustuloksiin. Toisaalta ei voida kuitenkaan varmistua siitä, jakavatko kaikki perhekahvilatoiminnasta vastaavat hoitajat samat kokemukset kohderyhmän kanssa. Se itsessään voi vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen.

## 7.2 Opinnäytetyön tutkimuseettisyys

Aiheen ja tutkimusmenetelmien valinta sekä tutkimuskysymysten muodostaminen ovat jo itsessään eettisiä ratkaisuja. Opinnäytetyön tekijän tulee noudattaa tutkimuseettikan periaatteita ja huomioida se koko opinnäytetyöprosessin aikana. Aineiston hankinnassa ja haastateltavien huomioimisessa tulee ottaa tutkimuseettikan periaatteet huomioon. Tutkimuksessa tulee noudattaa oikeudenmukaisuutta ja tulokset tulee raportoida totuudenmukaisesti ilman, että niihin vaikuttaa tutkijan omat asenteet tai arvot. Tutkimuksen raportoinnissa tulee huomioida siihen osallistuneiden anonymiteetti. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Aihe valikoitui yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan ja opinnäytetyön tekijän kanssa. Valintaan vaikutti työelämälähtöisyys ja tutkijan mielenkiinto. Ennen koko opinnäytetyöprosessin alkua tiedotettiin perhekahvilatoiminnasta vastaavia henkilöitä tulevasta tutkimuksesta ja sen sisällöstä sekä aikataulusta. Tutkimuslupa opinnäytetyöhön haettiin Oulun yliopistolliselta sairaalalta kirjallisesti ja hakemukseen liitettiin opinnäytetyön suunnitelma.

Tutkimuksen kohderyhmälle lähetettiin sähköpostitse kirjallinen kutsu (LIITE 1.) haastatteluun saatekirjeen kera, jossa kuvattiin vielä tarkemmin haastattelun sisältöä sekä tutkimusprosessia. Kohderyhmälle korostettiin tutkimuksen ja aineiston keruun luottamuksellisuutta ja sitä, että haastateltavien anonymiteetti turvataan. Aineistoa tai tutkimustuloksia ei voida kohdentaa keneenkään yksittäiseen henkilöön. Osallistujat saivat allekirjoitettavakseen suostumuskaavakkeen (LIITE 2.) osallistumisestaan ja heille korostettiin, että heillä on mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Kaikkea opinnäytetyöhön liittyvää aineistoa säilytettiin ja käsiteltiin luottamuksellisesti sekä huolella.

## 7.3 Opinnäytetyön pohdintaa

Opinnäytetyön aihe oli työelämälähtöinen ja se on tehty yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosalueen kanssa. Opinnäytetyön lähtökohdiana oli tuottaa perhekahvilatoiminnasta uutta tietoa hoitajan näkökulmasta, sekä

perhekahvilan kehittämistarpeista. Opinnäytetyön tekijän näkökulmasta työllä oli tavoitteena kehittää tekijän ammatillista osaamista.

Tutkimuksen kohderyhmän kanssa yhteistyö oli sujuvaa ja tutkimukseen suhtauduttiin erittäin positiivisesti. Perhekahvilan vastuuhenkilöihin oltiin ensimmäisen kerran yhteydessä syksyllä 2018 ja alustavasta suunnitelmasta opinnäytetyöhön liittyen kerrottiin perhekahvilan suunnittelupalaverissa syksyllä 2018.

Alkuvuoden 2019 aikana muodostui kuva tutkimuskohteesta ja tutkimuskysymyksistä. Alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoituksena oli tutkia kaikkien perhekahvilatoiminnasta vastaavien työntekijöiden kokemuksia toiminnasta, mutta lopulta aihe rajautui hoitajien kokemuksiin. Päätös juonti juurensa siihen, että toiminnasta vastaavat suurimmaksi osaksi hoitajat ja esimerkiksi yksittäisen lääkärin osuus on suhteessa hoitajien määrään paljon pienempi ja näin ollen se olisi voinut vaikuttaa tutkimustuloksiin merkittävästi.

Aineiston keruu oli alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoitus toteuttaa yksilöteemahaastatteluna, mutta lopulta aineisto kerättiin ryhmähaastatteluna. Perusteet suunnitelman muutokselle olivat ajan säästäminen, mutta erityisesti se, että ryhmähaastattelussa haastateltavat voivat itsessään auttaa toisiaan muistamaan jotain yksityiskohtia, joita on helppo täydentää. Lisäksi haastattelutilanne on yleisesti ottaen keskustelumaisempi ja rennompi yksilöhaastatteluun verrattuna.

Aineiston kannalta haastateltavien määrä oli sinänsä vähäinen, mutta kohderyhmä valikoitui sen perusteella, että se olisi mahdollisimman monipuolinen kokemuksiltaan. Haastateltavilla oli hyvin erilaiset taustat työkokemukseltaan ja he olivat työskennelleet aikaisemmin hoitoalalla hyvin erilaisissa työympäristöissä.

Opinnäytetyöprosessi pysyi hyvin aikataulussa, eikä suurempia kompastuskiviä sattunut matkan varrelle. Opinnäytetyön laatiminen ja koko prosessi oli hyvin opettavainen kokemus. Opinnäytetyö antoi runsaasti uutta tietoa hoitotyön ohjauksesta, perhetyöstä, vertaistuesta ja psykoosisairauksista. Opinnäytetyön tekijän kannalta työn laatiminen tarjosi juuri sitä oppia, mitä perhekahvila itsessään antaa omaisten kohtaamisen avuksi.

Opinnäytetyön laatiminen opetti ja lisäsi runsaasti tietämystä tutkimusprosessista. Koko opinnäytetyöprosessin aikana sai perehtyä erilaisiin tutkimusmenetelmiin ja aineistonkeruumenetelmiin. Opeista on hyötyä myös mahdollisten jatko-opintojen kannalta.

## LÄHTEET

- Coleman, V. (2002). The evolving concept of familycentred care. Artikkelijulkaisussa Familycentred care. China: Palgrave.
- Hirsjärvi, S., ja Hurme, H. (2009) Tutkimushaastattelu. teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press 2008.
- Hirsjärvi, S., Sinivuori, E., Remes, P., ja Sajavaara, P. (2007). Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. (30.11.2018). Psykoosi (mielisairaus). Terveyskirjasto. Saatavilla [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00411](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411)
- Huttunen, M. (24.9.2017). Omaiset ja psyykkisesti sairastunut. Terveyskirjasto. Saatavilla [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00008](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00008)
- Huttunen, M. (24.9.2017). Mielenterveyden häiriöt. Terveyskirjasto. Saatavilla [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00002](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002)
- Isohanni, M., Moilanen, K. & Penttilä, M. (2015). Psykoosien hoito elämänskaaran aikana. Potilaan lääkärilehti. Saatavilla <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/psykoosien-hoito-elamankaaren-aikana/>
- Kananen, J. (2014). Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kieseppä, T. & Oksanen, J. (2013). Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim. Saatavilla <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/20/duo11273>
- Kivimäki, A. (2008) Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. (Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos). Saatavilla <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78969/gradu02516.pdf?sequence=1>

- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. (2007). Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, J. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol. 11, no 1/-99.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H. (2014) Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja-lehti*. Saatavilla  
<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (2011). *Psykiatria*. (9. uud. p.) Helsinki: Duodecim.
- Mielenterveystalo. *Psykoosiopas*. Saatavilla  
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>
- Nieminen, S. & Vitikainen, E. (2016) Potilaan läheisten osallistuminen hoitoon osastolla. (Opinnäytetyö, Metropolia ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla  
[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/117546/Nieminen\\_Senni%20-%20Vitikainen\\_Emmi.pdf;jsessionid=C495E7AC0D74D38300A96ABB782EDD92?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/117546/Nieminen_Senni%20-%20Vitikainen_Emmi.pdf;jsessionid=C495E7AC0D74D38300A96ABB782EDD92?sequence=1)
- Nikki, L. & Paavilainen, E. (2010). Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla: Kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 22(4). 312-323.
- Suonperä, H. (2016). Perhekahvilatoiminta psykoosiin sairastuneen potilaan omaisen tukena (Opinnäytetyö, Centria ammattikorkeakoulu, hoitoalan koulutusohjelma). Saatavilla  
<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/106978/Oppari%20kirjoitus%203.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Suomen psykiatriayhdistys ry (13.2.2013). Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan. Saatavilla  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00191>
- Tarkka, M-T., Paavilainen, E., Lehti, K. & Åstedt-Kurki, P. (2003). In-hospital Social support for families of heart patients. *Journal of Clinical Nursing*. 12(5). 736-743.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2018). Mielenterveyshäiriöt. Saatavilla  
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>
- Vreeland, B. (2012). An Evidence-Based Practice of Psychoeducation for Schizophrenia. *Psychiatric Times*. Vol 29, 34-40.
- Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. (2014) Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Edita Prima oy.
- Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

## LIITE 1. Haastattelukutsu

Hei Sinä perhekahvilatoimija,  
Kokemustasi tarvitaan!

Olen Sosiaali- ja terveysalan sairaanhoitaja (AMK) -opiskelijoita Oulun Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Olen tekemässä opinnäytetyötä aiheesta *hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta*. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Teidän hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta ja tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voi hyödyntää perhekahvilatoiminnan kehittämisessä. Osallistumalla haastatteluun Sinulla on mahdollisuus antaa arvokasta tietoa kokemuksistasi. Haastattelu järjestetään yhdessä sovittuna ajankohtana toukokuun loppupuolella 2019 psykiatriantulosalueen tiloissa. Tutkimukseen osallistuminen on työaikaa. Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna ja kokonaisuuteen olisi hyvä varata noin kaksi tuntia. Haastattelussa kerättävää tietoa ja aineistoa käsitellään luottamuksellisesti. Haastattelussa kerätyn tiedon perusteella sinua ei voida tunnistaa tai henkilöidä. Olisin äärimmäisen kiitollinen, jos voisit osallistua haastatteluun. Kokemuksesi on tärkeä!

Mikäli Sinulla heräsi kysymyksiä opinnäytetyöhön tai haastatteluun liittyen, annan mielelläni lisätietoa. Ole rohkeasti yhteydessä!

Parhain terveisin  
Harri-Pekka Panuma: sairaanhoitaja (AMK) -opiskelija  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
[harri-pekka.panuma@student.diak.fi](mailto:harri-pekka.panuma@student.diak.fi)  
puh. xxx-xxxxxxx

## LIITE 2. Suostumuslomake

Suostun osallistumaan vapaaehtoisesti Harri-Pekka Panuman opinnäytetyöhön liittyvään tutkimushaastatteluun, jonka aiheena on ”hoitajien kokemuksia perhekahvilatoiminnasta”. Olen myös tietoinen siitä, että haastattelutietoja käsitellään luottamuksellisesti ja siitä, että aineistosta ei voida tunnistaa henkilöllisyyttäni. Minulla on täysi oikeus keskeyttää osallistumiseni haastatteluun missä vaiheessa tahansa. Allekirjoituksella vahvistan suostumukseni haastattelun nauhoitukseen ja tutkimuksen tekemiseen.

---

Paikka ja aika

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys