

MIELENTERVEYSPOTILAIDEN OMAISTEN JA HOITOHENKILÖKUNNAN VÄLINEN YHTEISTYÖ

Omaisten näkökulmasta

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Kevät 2009
Milla Heinonen
Anne Hemmilä

*”—ja pelko elämästä yleensä, kun ei kukaan puhunut,
että voi myös parantua.”*

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

HEINONEN, MILLA & HEMMILÄ, ANNE:

Mielenterveyspotilaiden
omaisten ja
hoitohenkilökunnan välinen
yhteistyö
Omaisten näkökulmasta

Hoitotyön opinnäytetyö, 35 sivua, 8 liitesivua

Kevät 2009

TIIVISTELMÄ

Läheisen sairastuminen psyykkisesti koskettaa koko sairastuneen perhettä. Myös omaisilla on vaara sairastua psyykkisesti, esimerkiksi masennukseen. Olisikin tärkeää tukea omaisia, sillä he ovat tärkeä voimavara myös sairastuneelle.

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata yhteistyötä hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä. Tutkimuksen suoritimme avoimilla kyselylomakkeilla. Halusimme kuvata kokemuksia yhteistyöstä omaisten kannalta, koska yksi tavoitteistamme oli löytää mahdollisia kehittämiskohteita hoitotyössä. Tarkoituksenamme oli lisäksi selvittää millaista tietoa ja tukea omaiset saavat läheisen sairastuttua psyykkisesti. Toteutimme tutkimuksemme laadullisena. Vastauksia kyselyymme saimme yhteensä kahdeksalta omaiselta.

Tutkimuksemme perusteella omaiset ovat kokeneet yhteistyön hoitohenkilökunnan kanssa vaihtelevasti. Tutkimuksemme mukaan omaiset halusivat hoitohenkilökunnalta enemmän tietoa läheisensä sairaudesta ja sen hoidosta. Omaiset kaipaisivat myös tukea omassa jaksamisessaan. Omaiset toivoisivat, että hoitohenkilökunta ottaisi omaiset tiiviimmin mukaan sairastuneen läheisen hoitoon. Omaiset halusivat olla enemmän mukana yhteisissä tapaamisissa sekä päätöksenteossa.

Avainsanat: omainen, mielenterveys, mielenterveyshoitotyö, yhteistyö

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

HEINONEN, MILLA & HEMMILÄ, ANNE:

The co-operation between
mentally ill patients'
caregivers and nursing
staff: the caregivers' point
of view

Bachelor's Thesis in Nursing

35 pages, 8 appendices

Spring 2009

ABSTRACT

The mental illness of someone you are close to affects the whole family. The caregivers are also in danger of becoming mentally ill, for example depressed. It is important to support the caregivers, because they are considerable support to their mentally ill relatives.

The purpose of our study was to describe the co-operation between the nursing staff and the caregivers. We collected the data for the study with an open form questionnaire. We wanted to describe the experiences of the co-operation from the caregivers' point of view, because one of our goals was to find possible development targets in nursing. Our purpose was also to find out what kind of knowledge and support the caregivers get when their close one gets mentally ill. Answers to our questionnaires we received from eight caregivers.

Based on the results of the study, the caregivers have experienced the co-operation with the nursing staff variously. The results indicate that caregivers would want more information from the nursing staff on their close one's illness and treatment. The caregivers also needed support to manage. The caregivers hoped that nursing staff would take the caregivers more closely involved with the treatment of their close one. Moreover, the caregivers would like to be more involved with the united meetings and decision making.

Keywords: caregiver, mental health, psychiatric nursing, co-operation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	4
2	KÄSITTEET	6
2.1	Omainen	6
2.2	Yhteistyö mielenterveyshoitotyössä	7
2.3	Mielenterveys	8
2.4	Mielenterveyshoitotyö	9
3	LÄHEISEN PSYYKKISEN SAIRASTUMISEN VAIKUTUS OMaiseen	11
3.1	Läheisen sairastuminen	11
3.2	Omaisten kriisin vaiheet	13
3.3	Omaisten tukeminen	15
4	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	17
5	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	18
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
6.1	Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus	20
6.2	Tutkimushenkilöiden valinta ja aineiston keruu	20
6.3	Aineiston analyysi	22
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
7.1	Yhteistyön toimivuus vaihtelevaa	24
7.2	Omaisille tietoa sairaudesta ja tukea jaksamisessa	25
7.3	Omaisten kokemukset mielipiteiden huomioimisesta ristiriitaisia	25
7.4	Yhteistyön kehittäminen	26
8	TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA	27
8.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	29
8.2	Jatkotutkimusaiheet	30
	LÄHTEET	31
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

1990-luvun loppupuolelta alkaen mielenterveysongelmien, esimerkiksi masennuksen takia alkaneiden sairauspäiväraha-kausien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on lähes kaksinkertaistunut. Masennuksen vuoksi noin 4600 suomalaista siirtyikin työkyvyttömyyseläkkeelle vuonna 2007. Saman vuoden lopulla yhteensä noin 37 000 suomalaista oli työkyvyttömyyseläkkeellä masennuksen takia. (Masto-hanke 2009.) Työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus väestöstä mielenterveyden häiriöiden perusteella on 45-54-vuotiailla kasvanut (Lehto, Lindström, Lönnqvist, Parvikko, Riihinen, Suksi & Uusitalo 2005, 7). Työnteko tukee mielenterveyttä, mutta toisaalta työelämän muutokset ja työelämän lisääntynyt tehokkuuden vaatimus voivat osaltaan heikentää mielenterveyttä (Lehtinen 2001, 247).

Psykiatrisen hoitojärjestelmän muutoksen myötä hoitoajat ovat lyhentyneet, jonka vuoksi akuutisti sairastuneet potilaat palaavat takaisin omaistensa pariin entistä nopeammin. Tällöin omaisten vastuu läheisensä hyvinvoinnista on entistä suurempi. (Nyman & Stengård 2008, 15.) Mielenterveyspotilaan omaisten ja sairaalan hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä on tärkeää tutkia molemminpuolisen yhteistyön kehittämiseksi. Omaiset kokevat usein jäävänsä huomiotta ja tilanteen ulkopuolelle eikä heidän omia kokemuksiaan ja tietojaan sairastuneesta omaisesta ja hänen tilanteestaan oteta huomioon. Selvittämällä yhteistyön ongelmakohdat sekä kehittämällä omaisten ja sairaalan hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä toimitaan mielenterveyspotilaan edun mukaisesti. (Nyman & Stengård 2001, 55.)

Omaiset kokevat heidän ja hoitohenkilökunnan välisen yhteistyön puutteelliseksi. Tyytymättömmimpiä omaiset ovat siihen, missä määrin ammattihenkilöstö on kiinnostunut omaisten ongelmista sairastuneen kanssa. Omaiset kaipaavat hoitotyöntekijältä kuuntelutaitoa, empatiaa, kiinnostuneisuutta, hyviä sosiaalisia taitoja sekä kiireettömyyttä. Myös taito kohdata potilas ja tämän omaiset ovat

omaiselle tärkeitä kriteerejä, jotka tulevat esille yhteistyötä tehdessä. (Nyman & Stengård 2001, 56.) Omaisten ja sairaalan hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö on merkittävä voimavara niin potilaille kuin omaisillekin.

Kun läheinen sairastuu psyykkisesti, omaiset käyvät läpi erilaisia tunteita, muun muassa vihaa, surua, avuttomuutta ja epävarmuutta. Nykyisin perhehoitotyöhön keskitytään aikaista enemmän, mutta yhteistyö ja perheen tukeminen on silti vähäistä. Perheelle perheenjäsenen sairastuminen psyykkisesti ei ole ainoastaan akuutti kriisi, vaan usein pitkittynyt kriisi. (Tilbury 1993, 96.)

Omaisten vastuu psyykkisesti sairaan omaisensa hoidosta on kasvanut sairaalapaikkojen vähennyttyä radikaalisti. Huolenpito kuormittaa ja jopa heikentää omaisen hyvinvointia. Huolenpito sairastuneesta läheisestä voidaan kokea myös myönteisenä asiana. Omaiset kokevat iloa saadessaan ja voidessaan auttaa sairastunutta läheistään. (Stengård, 2005.)

Opinnäytetyömme aiheena on mielenterveyspotilaiden omaisten kokemukset yhteistyöstä sairaalanhoitohenkilökunnan kanssa. Aiheen valinta oli melko helppo, sillä opinnäytetyön tekijöiden kiinnostus mielenterveyshoitotyötä kohtaan on suuri. Omaisten näkökulma aiheeseen oli kiinnostava ja on tärkeää, että tutkimuksen tulokset olisivat hyödynnettävissä hoitotyössä. Tutkimuksen tarkoitus on kuvata mielenterveyspotilaiden omaisten ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä omaisten näkökulmasta.

2 KÄSITTEET

Tutkimuksessamme keskeisiä käsitteitä ovat omainen, yhteistyö hoitotyössä mielenterveys, mielenterveyshoitotyö ja hoitotyöntekijä.

2.1 Omainen

Suppeasti määriteltynä omaisella tarkoitetaan ydinperheen jäseniä sekä verisukulaisia ja heidän puolisoitaan (Gothóni 1991, 14). Mielenterveystyön verkostokeskeisessä työssä määritellään kuitenkin laajemmin sosiaalinen verkosto. Mielenterveystyössä hoidossa voi olla mukana potilaan perheen lisäksi muitakin tärkeitä ihmisiä. Näitä voivat olla esimerkiksi sukulaiset, ystävät, naapurit, työtoverit tai muut potilaan elämään liittyvät henkilöt. Kaikki henkilöt, joilla on keskeinen asema potilaan ihmissuhdeverkostossa, voidaan siis määritellä potilaan omaisiksi tai läheisiksi. (Stengård 2007, 154.)

Mielenterveystyössä työntekijän tehtävä on selvittää potilaan verkosto ja pyrkiä tukemaan potilasta ihmissuhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä. Pitkään sairastaneen sosiaalinen verkosto on yleensä kaventunut, eikä osalla potilaista ole omaisia lainkaan. Tällöin luonnollisesti muiden ihmissuhteiden, kuten potilastovereiden, tukihenkilöiden tai vaikkapa naapureiden merkitys korostuu. Potilailla ovat voineet suhteet kuitenkin katketa aikaisemmin, jolloin potilaan on joskus mahdollista työntekijän avustuksella solmia uudelleen katkenneita suhteitaan sukulaisiinsa tai aikaisempiin ystäviinsä. Tämä onkin erityisen tärkeää potilaan kannalta, koska vähäisilläkin kontakteilla, kuten puhelinsoitolla, voi olla potilaalle hyvin suuri merkitys. (Stengård 2007, 155.)

2.2 Yhteistyö mielenterveyshoitotyössä

Mielenterveyshoitotyössä auttaminen vaatii tiivistä yhteistyötä eri auttajatahojen, potilaan sekä hänen omaistensa kanssa. Eri ammattiryhmien edustajat hyödyntävät ammatillista osaamistaan potilaan edun mukaisesti. Potilaan ja hänen omaisensa osallistuminen yhteistyöhön tasaveroisina ammattiauttajien kanssa on verkostokeskeistä yhteistyötä. (Vuori-Kemilä 2007, 66.). Mielenterveyshoitotyössä verkostokeskeisessä työskentelyssä potilaan omaiset katsotaan hoidon ja kuntoutuksen voimavaraksi, ja omaisten osallistumista pidetäänkin ensiarvoisen tärkeänä. Potilasta pyritään motivoimaan siihen, että hänen omaisiaan otetaan mukaan yhteisiin tapaamisiin. Työntekijän ja potilaan kannalta yhteistyö omaisen kanssa määräytyy paljolti potilaan oman valinnan sekä työntekijöiden työskentelytavan perusteella. Potilas saa itse valita, annetaanko omaisille tietoja hänen sairaudestaan ja otetaanko heidät mukaan hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun sekä toteutukseen (Stengård 2007, 154.)

Mielenterveyshoitotyössä perhe otetaan mukaan sairastuneen läheisen hoitoprosessiin, mikäli se on mahdollista (Punkanen 2003, 76). Omaisen kannalta yhteistyö voi muodostua mutkikkaammaksi. Potilas ei aina anna lupaa yhteistyön tekemiseen omaisten kanssa. Tällaisessa tilanteessa omaisen voi joutua poissuljetuksi läheisensä hoidosta, vaikka haluaisikin osallistua. Nuorten potilaiden kohdalla vanhemmat eivät aina osallistu hoitoon, koska nuoren itsenäistymisprosessia halutaan tukea. Jos potilas kuitenkin asuu yhdessä omaistensa kanssa tai omaisilla on paljon vastuuta hänen selviytymisestään arkielämässä, tulisi työntekijöiden huolehtia siitä, että omaiset saisivat halutessaan tietoa ja tukea. (Stengård 2007, 154.)

Työntekijöiden suhtautuminen omaisiin voidaan jakaa viiteen lähestymistapaan. Omaisia pidetään lääketieteellisessä lähestymistavassa potilasta koskevan tiedon lähteenä. Tässä lähestymistavassa omaisten tapaamisten pääasiallisena tarkoituksena on saada tietoa potilaan historiasta ja oireista, mutta omaisten tarpeisiin vastaaminen jää useinkin toissijaiseksi. Omaisille saattaa jäädä tunne, ettei heitä tarvita potilaan hoidossa ja sen suunnittelussa, vaan vastuu tulee jättää kokonaan ammattilaisille. (Stengård 2007, 160.)

Toisen lähestymistavan mukaan potilaan perhe on lähinnä huolenpitäjä. Nykyisin omaisille on jäänyt entistä suurempi huolenpitovastuu potilaan selviytymisessä avohoidossa. Omaisten merkitys korostuu, mitä vähemmän on tarjolla hoitopalveluja, tuettuja asumispalveluja sekä kuntoutus- ja päivätoimintamahdollisuuksia. Tämänäntyyppisen vastuun siirtäminen omaisille edellyttää kuitenkin potilaan, hänen omaistensa ja työntekijöiden yhteistä sopimusta. Kolmannen lähestymistavan mukaan omaiset katsotaan potilaan kuntoutumiseen vaikuttavaksi tekijäksi. Neljännen suhtautumistavan mukaan potilaana pidetään koko perhettä ja ongelmien katsotaan ilmentävän perhesysteemin häiriöitä. Perheessä saattaa tällöin olla vinoutunut hierarkia tai poikkeavaa kommunikointia. Tavoitteena on saada muutos perheen toiminnassa, joka tällöin parantaa kaikkien perheenjäsenten tilannetta ja vähentää potilaan oireilua. Viidessä lähestymistavassa tärkeää on omaisten hyvinvointi ja jaksaminen kuormittavassa elämäntilanteessa. Tällöin omaisia muun muassa pyritään tukemaan tunnistamaan omia tarpeitaan, rajaamaan huolenpitotehtäviään sekä löytämään voimavaroja. (Stengård 2007, 160.)

Jokaisessa lähestymistavassa on omat hyvät ja huonot puolensa. Useimmissa lähestymistavoissa yhteistä on se, että ne keskittyvät potilaan tarpeisiin. Omaisten tarpeita pidetäänkin usein toissijaisina tai alisteisina potilaan tarpeille. Nykyisin vallalla olevassa avohoitopainotteisessa hoitojärjestelmässä omaisten merkitys potilaiden jokapäiväiselle selviytymiselle on suuri. Omaisten on kuitenkin saatava riittävästi tietoa ja tukea selviytyäkseen läheistensä tukena olemisesta. (Stengård 2007, 161.)

2.3 Mielenterveys

Mielenterveys käsitteen määrittely on melko hankalaa, ja sille on vaikea löytää yksiselitteistä ja tyhjentävää määritelmää. Se, mitä mielenterveydellä tarkoitetaan, vaihtelee aikakauden, kulttuurin ja määrittelijän mukaan. WHO (1999) määrittelee mielenterveyden siten, että se on älyllinen ja sosiaalinen tila, jossa yksilö

ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalistressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti ja tuloksellisesti, ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä. Freud taas on sanonut mielenterveydestä, että se on kyky rakastaa ja tehdä työtä. (Vuori-Kemilä 2007, 8.)

Lääketieteellisessä ajattelutavassa mielenterveyden käsite on yleensä ymmärretty negatiivisesti painottavana, jolloin se on yhdistetty helpommin mielen sairauksiin kuin terveyteen. Mielenterveys onkin ajateltu lähinnä yksilöön liittyvänä ominaisuutena: psyykkisten oireiden, mielenhäiriöiden ja sairauksien puuttumisena. Psykiatrian kehityksen myötä diagnostiikkaa on yhdenmukaistettu ja täsmennetty, ja nykyinen sairauskäsitys on laajentunut. Mielenterveyteen liittyviä ongelmia ei pidetä niinkään sairauksina, vaan enemmänkin eriasteisina häiriöinä. (Vuori-Kemilä 2007, 8-9.)

Yksilön mielenterveyttä ja hyvinvointia ei voida nykypäivänä tarkastella irrallaan ihmisen elämänhistoriasta, elinympäristöstä ja elämäntilanteesta. Olennaisen merkitys ihmisen kehitykselle, mielenterveydelle ja mahdollisten mielenterveysongelmien synnylle, muodostavat ihmisen elämäntilanne ja elämänhistorian tapahtumat, kuten mm. perhevuorovaikutus, kasvatus, kasvuoloilla ja kehitykseen kuuluvilla elämänkriiseillä ja traumaattisilla kriiseillä. Mielenterveyskäsitteen yhteydessä on alettu korostaa myös sen myönteisiä ominaisuuksia, ns. positiivista mielenterveyttä. Tällöin voidaan mielenterveys nähdä sekä arvona, elämässä tavoiteltavana asiana että taitona, kyvykkyytenä selviytyä elämässä. Positiivinen mielenterveys voidaan määritellä siis yksilön voimavaraksi. (Vuori-Kemilä, 2007, 9-10.)

2.4 Mielenterveyshoitotyö

Mielenterveyshoitotyön ytimenä on potilaan selviytyminen arjessa. Hoitotyön asiakkaana on potilas ja hänen läheisensä. Mielenterveyshoitotyön tehtävänä on auttaa potilasta selviytymään. Hoitotyö perustuu potilaan hoidon tarpeisiin, joihin

pyritään vastaamaan käyttämällä erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä. Mielensterveyshoitotyö muotoutuu psykiatrisen hoidon tarpeista ja käytetyistä auttamismenetelmistä. Potilaan hoidon tarve määritellään sen mukaan, miten potilas kykenee selviytymään joko sairaalaympäristössä tai sairaalan ulkopuolella. Hoidon tarpeen määrittely perustuu hoitajan tekemiin havaintoihin tai se on potilaan ja hänen omaisensa eri tavoin ilmaisema. Hoidon tarpeisiin pyritään hoitotyössä vastaamaan auttamismenetelmien avulla, ja pyritään saavuttamaan asetettu tavoite. (Latvala, Visuri & Janhonen 1995, 20.)

Mielensterveystyö määritellään mielensterveyslaissa siten, että se on yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielensterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielensterveytyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielensterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. (Mielensterveyslaki 14.12.1990/1116, 1§.)

Mielensterveytyössä pyritään nykyisin entistä enemmän ennaltaehkäisyyn ja mielensterveyden edistämiseen. Edistävässä mielensterveytyössä pyritään vahvistamaan yksilöiden ja perheiden selviytymiskeinoja ja voimavaroja. Tärkeitä työmuotoja ovat yksilöihin ja ryhmiin kohdistuva ohjaus ja neuvonta sekä eri viranomaisten välinen yhteistyö. Ehkäisevään toimintaan kuuluvat mm. mahdollisimman varhainen mielensterveysriskien ja mielensterveysriskin alaisena olevien henkilöiden tunnistaminen sekä varhainen puuttuminen. Mielensterveyttä edistävää työtä tehdään mm. äitiys- ja lastenneuvoloissa, koulu- ja työterveyshuollossa sekä sosiaalihuollossa. (Vuori-Kemilä 2007, 21.)

Korjaavalla toiminnalla tarkoitetaan mielensterveytyössä jo todettujen mielensterveyden häiriöiden tutkimusta, tehokasta hoitoa ja kuntoutusta, jonka avulla potilas kykenee mahdollisimman pian saavuttamaan optimaalisen toimintakykynsä. Potilaan hoidon ja kokonaiskuntoutuksen suunnittelusta ja paljolti myös toteutuksesta vastaavat perusterveydenhuolto, mielensterveyskeskukset, psykiatriset poliklinikat sekä sairaalaosastot. (Vuori-Kemilä 2007, 22.)

3 LÄHEISEN PSYKKISEN SAIRASTUMISEN VAIKUTUS OMAISEEN

3.1 Läheisen sairastuminen

Jokin tietty tapahtuma tai muutos perheen jäsenessä vaikuttaa kaikkiin muihin perheenjäseniin erilaisin tavoin. Perheen sisäinen toimintamalli muuttuu. Jos yhdessä perheenjäsenessä tapahtuu muutos, kuten sairastuminen psyykkisesti, muut perheenjäsenet eivät osaa reagoida uuteen tilanteeseen koska aikaisempi käyttäytymismalli on ollut erilainen. Kun muuttuneeseen tilanteeseen on totuttu, muokkautuu läheisten käyttäytyminen tilanteen mukaan. Perheen täytyy löytää ratkaisu saavuttaakseen tasapainon stabiiliuden ja muutoksen välillä. (Wright 1994, 19.)

Koko perheen tukeminen kriisin kohdatessa on tärkeää. Perheenjäsenet reagoivat kukin omalla tavallaan kriisiin, mutta heillä tulisi olla mahdollisuus käydä tapahtumaa yhdessä läpi. Perheen omat voimavarat ja selviytymiskeinot eivät aina riitä, jolloin on hyvä turvautua ammattiapuun mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Kriisitilanteen ominaispiirteitä ovat arvaamattomuus, tilanteen hallitsemattomuus, ristiriitaiset tunteet sekä omien selviytymiskeinojen riittämättömyys. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2007, 36-37.)

Läheisen sairastuminen psyykkisesti aiheuttaa potilaan omaisissa hyvin erilaisia tunteita. Läheistä kohtaan tunnettu empatia, kiintymys ja rakkaus näkyvät usein siten, että omainen on tavallisesti hyvin hädissään ja huolissaan sairastuneesta. Läheisen vaikeudet herättävät omaisessa huolenpidon tarpeen; omainen haluaisi auttaa, muttei usein tiedä, mitä voisi tehdä. Tämä aiheuttaa omaisessa avuttomuuden ja voimattomuuden tunteita. (Stengård 2007, 155.) Läheisen sairastuminen aiheuttaa omaisessa surun ja pelon tunteita. Tulevaisuus koetaan ennakoimattomalta ja pelottavalta. (Stengård 2007, 155.)

Sairastumisen akuuttivaihe koetaan usein omaisen kannalta pelottavana; läheinen ihminen käyttäytyy aiempaan verrattuna erilaisesti. Pelkoa omaisissa herättää

myös pelko siitä, ettei läheistä saada hoitoon. (Kilkku 2008, 69.) Omaiset kokevat sairauden aiheuttaman terveyden ja toimintakyvyn menetyksen sekä tulevaisuuden muuttumisen surullisena. Häpeän tunteet liittyvät läheisen sairastumiseen. Somaattisesta sairaudesta on vielä nykyäänkin helpompi puhua ja kertoa. (Stengård 2007, 155.) Omaiset saattavat kokea leimaantuvansa itse sairauden vuoksi, eikä läheisen sairastumisesta välttämättä puhuta esimerkiksi työpaikalla ja aiheesta puhumista vältetään myös sukulaisten kanssa (Kilkku 2008, 70). Omaiset kokevat myös syyllisyyttä siitä, että olisivat osittain vastuussa läheisensä ongelmista tai olevansa kykenemättömiä auttamaan läheistään riittävästi (Stengård 2007, 155).

Sairastuminen on omaisille vaikea hyväksyä. Omaiset saattavat pohtia miksi juuri heille kävi näin. Omaisen on myös vaikea ymmärtää miltä sairastuminen läheisessä tuntuu. (Kilkku 2008, 68.) Esimerkiksi psykoosiin sairastuminen aiheuttaa monia muutoksia niin sairastuneen kuin omaisenkin elämäntilanteeseen. Elämäntilanteen muuttumiseen vaikuttavat epävarmuuteen joutuminen, roolien muuttuminen sekä tunteiden myllerrys. Yleensä läheisen sairastuminen psyykkisesti on omaiselle odottamatonta ja siten sen kokeminen on omaiselle rajua ja järkyttävää. (Kilkku 2008, 67.)

Läheisen sairastuminen psyykkisesti vaikuttaa perheen ilmapiiriin. Omaiset tukevat usein sairastunutta ja ovat läsnä. Huolenpito ja läsnäolo on tärkeää, mutta hoivaaminen voi olla myös ahdistavaa ja irtaannuttaa elämästä. Omaisen on muistettava huolehtia omasta hyvinvoinnistaan. Oma jaksaminen tukee myös sairastuneesta huolehtimista. Usein sairastunut vetäytyy omiin oloihinsa ja sairastuneen omaiset tuntevat jäävänsä yksin, ulkopuoliseksi. Omaisen pystyy ymmärtämään sairautta ja sairastunutta paremmin, jos hän saa sairaudesta tarpeeksi tietoa. Tällöin omaisen on myös helpompi käsitellä omia tunteitaan, kuten surua ja ahdistusta. Omaiset toivovat aina sairastuneen läheisensä parasta. Omaiselle on kuluttavaa ja kuormittavaa, kun sairastunut läheinen ei paranekaan niin nopeasti kuin on toivottu. (Huttunen, 2008.)

Psyykkisesti sairastuneen läheisen oireileminen on omaisille kokemus, joka voi olla paitsi outo, myös traumaattinen. Omaisten selviytymiskeinot eivät aina riitä,

erityisesti jos lähipiirissä on muitakin kriisejä kuin läheisen sairastuminen. Omaiset näkevät sairastumisen syyt eri tavoin, kuin hoitotyön ammattilaiset, jonka vuoksi hoidon aloittaminen ja hoitosuunnitelman teko ei ole heille helppoa. Usein omaiset joutuvat hakemaan apua monta kertaa, ennen kuin pääsevät ammattiauttajalle. Tämä turhauttaa omaisia ja kriisi voi pahentua entisestään. Läheisen päästyä psykiatriseen hoitoon olisi tärkeää, että omaisille annetaan tietoa itse sairaudesta ja kaikkeen siihen liittyvästä, kuten oireista, hoidosta, lääkityksestä ja toipumisesta. Omaisten reaktioon läheisen sairastuessa psyykkisesti vaikuttaa omaisen ja sairastuneen välinen suhde. Myös asenteet, arvot ja kulttuurinen tausta vaikuttavat reaktioon. (Berg & Johansson 2003. 11-12.)

3.2 Omaisten kriisin vaiheet

Läheisen sairastuminen alkaa yleensä vähitellen ja omaisen huomaa läheisen käytöksessä ensin pieniä muutoksia. Läheinen ei ole oma itsensä, hänen tapansa toimia muuttuvat tai hän saattaa vaikuttaa etäiseltä. Tässä vaiheessa omaiset pyrkivät selittämään läheisessä tapahtuneita muutoksia ja etsivät siihen erilaisia syitä, kuten liiallinen työnteko, huono fyysinen kunto tai että läheisellä on murrosiän tai keski-ikä kriisi. Jos tilanne ei kuitenkaan korjaannu itsestään, omaiset huolestuvat. Yleensä viimeistään, kun tilanne muuttuu hallitsemattomaksi, omaiset päättävät hakea ulkopuolista apua. (Stengård 2007, 161.)

Psyykkisessä kriisissä edetään vaiheesta toiseen, ja omaisella on kriisin eri vaiheissa erilaisia psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia oireita. Tyypillisimpiä psyykkisiä oireita ovat ahdistus, pelkotilat, viha, unihäiriöt sekä keskittymis- ja muistivaikeudet. Fyysiset oireet ilmentyvät pahoinvointina, hikoiluna, huimauksena ja erilaisina kipuina ja särkyinä. Tyypillisesti sosiaaliset oireet näkyvät välttelemiskäyttäytymisenä ja sosiaalisena eristäytymisenä. Kriisin läpikäymiseen vaikuttavat omaisen voimavarat ja selviytymiskeinot sekä kriisin voimakkuus ja laajuus. Kriisinvaiheet voidaan jakaa neljään vaiheeseen: sokki-,

reaktio-, korjautumis- ja uudelleensuuntautumisvaihe. Kriisin akuuttiin vaiheeseen kuuluvat sokki- ja reaktiovaihe. (Stengård 2007, 110.)

Kriisi on aina yksilöllinen, mutta yleensä omainen käy läpi neljä kriisin vaihetta. Sokkivaiheessa omainen on paniikissa ja itkuinen. Sokkivaihe on omaiselle suojarahkio. (Heiskanen ym. 2007, 37–38.) Sokkivaihe on äkillisessä kriisitilanteessa äärimmäinen keino sietää sietämätöntä tilannetta. Sokkivaiheessa hoitohenkilökunnan tulisi antaa omaiselle mahdollisuus kysymyksille ja vastata niihin tietojensa mukaisesti. (Stengård 2007, 110.)

Reaktiovaiheessa omainen käy läpi erilaisia tunnereaktioita ja somaattisia reaktioita. Omainen on ahdistunut, itkuinen ja vihainen sekä kärsii usein unettomuudesta, ruokahaluttomuudesta ja väsymyksestä. Reaktiovaiheessa omainen tiedostaa kriisiin johtaneen tapahtuman merkityksen. (Heiskanen ym. 2007, 38.) Reaktiovaiheessa omaisella herää paljon kysymyksiä. Reaktiovaihe kestää yleensä 4–6 viikkoon. Omainen on väsynyt, ärtyisä ja ahdistunut. Omaisella voi olla lisäksi unihäiriöitä, painajaisunia, syyllisyyden tunteita ja psykosomaattisia oireita ja hän voi myös käyttäytyä aggressiivisesti tai hautoa jopa itsemurha-ajatuksia. Reaktiovaiheessa on tärkeää, että omainen saa puhua siitä, mitä on tapahtunut ja ilmaista tuskaa ja muita tilanteen herättämiä tunteita. Reaktiovaihetta pidetään kriisin tuskallisimpana vaiheena. On tavallista, että omainen eristää tunteensa ja käyttää muita puolustuskeinoja. Jos omainen juuttuu reaktiovaiheeseen, hän voi syyttää muita tai itseään tapahtuneesta. Jos omainen ei kykene selvittämään ja käsittelemään tuskaa, ahdistusta, syyllisyyttä ja pelkoa, on seurauksena usein monenlaista oirehtimista. (Stengård 2007, 110–111.)

Korjautumisvaiheessa omainen työstää ja käsittelee kriisiä. Korjautumisvaihetta kutsutaan myös läpityöskentelyvaiheeksi. Korjautumisvaihe alkaa akuutin vaiheen päätyttyä. (Stengård 2007, 111.) Viimeisessä vaiheessa omainen orientoituu uudelleen. Kriisitilanteeseen liittyvät ajatukset ja tunteet käsitellään ja prosessoidaan joko yksin, läheisten tai ammattilaisten kanssa. Omaisen hyväksyessä tapahtuneen, alkaa samalla uudelleen sopeutuminen. (Heiskanen ym. 2007, 38.) Korjautumisvaihe alkaa akuutin vaiheen päätyttyä. Omainen alkaa

vähitellen korjautumisvaiheessa suunnata ajatuksensa myös tulevaisuuteen. Uudelleensuuntautumisvaiheessa omaiselle alkavat vähitellen uudet kiinnostuksen kohteet tulla menetettyjen tilalle. (Stengård 2007, 111.)

3.3 Omaisten tukeminen

Läheisen sairastuminen on omaisille vaikea ja raskas tilanne, johon hoitohenkilökunnan tulisi erityisen huolella paneutua. Omaisten voimavarat ovatkin usein vähissä. (Siirola 1999, 54.) Hoitotyöntekijän tärkeää huomioida myös sairastuneen omaiset, hoitohenkilökunnan tehtävänä onkin auttaa omaisia käsittelemään vaikeita asioita ja kartoittaa omaisten tarpeita (Välimäki & Mäkitalo 2000, 21). Syyllisyys, ahdistus ja kysymykset tilanteesta selviytymisestä pyörivät omaisen mielessä (Siirola 1999, 54). Omaista voi tukea monella eri tavalla. Omaisesta, kuten sairastuneesta, on pidettävä huolta ja vahvistettava omaisen uskoa parempaan. Uskoa voi vahvistaa lohduttamalla, samaistumisella ja hoitajan omalla käyttäytymisellä. Omaisen kanssa on keskusteltava ja annettava omaiselle tietoa sekä edesauttaa omaisen oikeaa suhtautumista psyykkisesti sairaan läheisen tilanteeseen. Omaista tulee rohkaista paitsi huolehtimaan sairastuneesta läheisestä, myös lepäämään ja huolehtimaan omista voimavaroistaan. (Potinkara 2004, 70–71.)

Mielenterveyspotilaan omaisten tukemisessa tavoitteena on auttaa läheisiä käsittelemään sairastumisen herättämiä tunteita sekä luomaan ja ylläpitämään toimivia selviytymiskeinoja. Se, minkä verran perhe tarvitsee hoitohenkilökunnalta tukea, vaihtelee sen mukaan, kuinka kauan läheinen on sairastanut ja miten hyvin perheenjäsenet ovat kyenneet käsittelemään sairastumisesta syntyneen kriisin. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tunnistaa, missä kriisin käsittelyn vaiheessa omaiset ovat, jotta hoitohenkilökunta voisi parhaiten tukea omaisia. (Stengård 2007, 161.)

Läheisen sairastumisen alkuvaiheessa omaisille tulisi antaa tietoa läheisen sairaudesta ja sen hoidosta. Omaisten näkemysten kuunteleminen tilanteesta on

tärkeää. Luottamuksellinen yhteistyösuhteen pohjana hoitotyöntekijälle ovat tiedon antaminen ja vastaanottaminen. Tiedon antamisen tulee tapahtua vähitellen, suullisesti ja kirjallisesti, sillä akuutissa kriisivaiheessa omaisten kyky vastaanottaa uutta tietoa on rajallista. Asioiden kertaaminen hoitotyöntekijöiden puolelta onkin usein tarpeen. Tiedon antamisen lähtökohtana tulee olla omaisten tiedon tarve sekä heidän esittämänsä kysymyksensä. Tavallisesti omaisia mietityttävät muun muassa läheisen sairauden oireet, ennuste sekä hoito. Lisäksi sosiaali- ja terveystalvet, sosiaaliturva etuudet sekä palveluohjaus erilaisista tukipalveluista mietityttävät omaisia. Omaiset tarvitsevat hoitohenkilökunnalta tietoa miten suhtautua läheisen sairauden oireisiin. (Stengård 2007, 161–162.)

Omaisten on tärkeää saada puhua tunteistaan, joita läheisen sairastuminen on herättänyt. Olisi tärkeää, että omaisen kokisi että myös hänen hätänsä ja tarpeensa tulevat kuulluksi ja että hoitotyöntekijät ottavat ne vakavasti. Surutyön avulla omaisen käy läpi tapahtunutta ja voi näin sopeutua tilanteeseen. Omaisen tarvitseekin aikaa selvittää rauhasa tapahtumia ja tulevaisuutta. (Stengård 2007, 164.)

4 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tarkoituksenamme oli kuvata hoitohenkilökunnan ja omaisten välistä yhteistyötä omaisten näkökulmasta. Tarkoituksenamme oli saada tietoa siitä, millaista tietoa ja tukea omaiset saavat läheisen sairastuttua psyykkisesti. Tavoitteenamme oli löytää mahdollisia kehittämiskohteita omaisten tukemiseen. Tavoitteena oli myös parantaa hoitohenkilökunnan valmiuksia auttaa omaisia läheisensä sairaudessa. Tavoitteenamme oli lisäksi lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta siitä, millaisena omaiset kokevat yhteistyön.

Tutkimustehtävinämme oli:

1 Kuvata hoitohenkilökunnan ja omaisten välistä yhteistyötä.

2 Kuvata omaisten kokemuksia yhteistyöstä.

3 Selvittää saavatko omaiset riittävästi tietoa ja tukea omaisensa sairastuttua psyykkisesti

5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Nina Kilku (2008) on tarkastellut väitöskirjassaan potilasopetusta psykoosiin sairastuneiden potilaiden, läheisten ja sairaanhoitajien kokemusten kautta. Psykoosiin sairastuminen on ensi kerralla järkyttävä ja hämmentävä kokemus niin potilaalle kuin läheisellekin. Tässä elämäntilanteessa on autetuksi tulemisella ja tiedon saannilla erittäin suuri merkitys. Kilkun mukaan hoitotyössä voidaan potilasopetuksen avulla auttaa ja tukea sekä sairastunutta että läheisiä. Psykoosiin sairastumisen myötä elämäntilanne muuttuu niin sairastuneella kuin läheiselläkin, ja apua yritetään hakea eri paikoista. Avun hakeminen ja saaminen koetaan kuitenkin usein ongelmallisena. Kilkun tutkimus nostaa esille palvelujärjestelmän, hoitotyön käytännön, hallinnon ja koulutuksen kehittämisen kohteita. (Kilku 2008, 3-4.)

Helasti (1999) on tutkinut depressiopotilaan omaisen kuormittumista. Masennusta sairastaville on tarjolla monenlaista tukea muun muassa lääkityksestä, terapiasta ja vertaistuesta. Sen sijaan omaiset jäävät usein sivuun hoitohenkilökunnan keskittyessä sairastuneen ongelmiin. Mielenterveyspotilaan omaiset jäävätkin usein yksin ongelmineen vaikka tuen tarve on suuri. Tuen tarvetta lisäävät usein omaisen mielenterveysongelmiin liittyvä syyllisyyden tunne ja sosiaalinen leimautuminen sekä tästä helposti seuraava eristäytyminen. Näiden lisäksi mielenterveyspotilaasta huolehtiminen lisää myös omaisen konkreettista työmäärää, kun sairastunut ei pysty itse huolehtimaan omista asioistaan. Helastin mukaan olisikin tärkeää kiinnittää huomiota hoitoa suunniteltaessa myös potilaan omaisiin, sillä myös he ovat vaarassa sairastua, psyykkisesti tai fyysisesti. (Helasti 1999, 35, 49.)

Palomäen (2005) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata mielenterveyspotilaiden iäkkäiden omaisten kuormittavia tekijöitä ja heidän kokemuksiaan vertaisryhmän tuesta. Palomäen tutkimuksessa ilmeni, että mielenterveyspotilaiden omaiset kokevat ammattilaisilta saadun tuen puutteelliseksi. Omaiset kokivat, että hoitohenkilökunta ei ole heidän kanssaan tarpeeksi tekemisissä. Omaisten eivät mielestään tavoittaneet riittävästi hoitohenkilökuntaa saadakseen keskustella

läheisensä tilanteesta. Omaiset kokivat lisäksi, ettei heitä kuunnella tarpeeksi eikä heidän tietojaan potilaan asioissa kuunnella. Omaiset toivoivat, että hoitohenkilökunta huomioisi omaiset enemmän ja kysyisi myös heiltä heidän jaksamistaan. (Palomäki 2005, 35.)

Stengård (2005) on tutkinut omaisten kokemuksia läheisen sairastumisesta skitsofreniaan Tutkimuksen mukaan suurin osa omaisista, joiden läheinen on psyykkisesti vakavasti sairas, tuntevat kuormittuvansa sairaan läheisensä huolenpidosta. Osalle omaisista huolenpito on suuri riski heidän hyvinvoinnilleen. Stengårdin mielestä tutkimusmetodeja ja kliinistä tutkimusta tulisi kehittää, jotta voitaisiin ehkäistä ja vähentää omaisten kuormittumista. Omaiset tulisi ottaa mukaan psyykkisesti sairastuneen läheisen hoitoon. Omaiset, jotka huolehtivat mieleltään sairaasta läheisestään, tarvitsevat asianmukaista tietoa, käytännöllisiä neuvoja sekä taloudellista ja henkistä tukea. Nämä tarpeet tulisi huomioida psykiatrisissa sairaaloissa ja terveyslaitoksissa. (Stengård 2005, 119.)

Nyman & Stengård (2001) tutkivat mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointia. Tutkimuksen tarkoituksena oli mahdollistaa erilaisten tukitoimien ja interventioiden kehittäminen (Nyman & Stengård 2001, 20). Tutkimukseen vastanneiden omaisten tyytymättömyys hoitohenkilökuntaan oli suoraan verrannollinen tuen tarpeeseen. Tyytymättöimpiä olivat ne omaiset, joiden tuen tarve oli suuri. Tyytymättömyys ammattilaisiin lisäsi omaisen riskiä sairastua masennukseen. (Nyman & Stengård 2001, 77.) Omaisia rasitti erityisesti, jos läheisen hoito ja kuntoutus olivat puutteellisia. Tällöin hoitovastuu jää omaiselle eikä omaisella riitä aikaa virkistymiseen ja vapaa-ajan viettoon. (Nyman & Stengård 2001, 38.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö on tehty kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusotteella, koska se soveltuu aiheen tarkasteluun parhaiten. Laadullisessa tutkimuksessa on monta tapaa tehdä päätelmiä. Päätelmien teko liittyy tutkijan omaan järkeilyyn, tulkintaan sekä yhdistämis- ja luokittamisvalmiuksiin. Samasta aineistosta lähtöisin olevat päätelmät voivat olla toisiinsa nähden ristiriitaisia. Laadullista tutkimusta on vaikeaa määritellä selvästi, koska sillä ei ole omaa teoriaa eikä yleisesti hyväksyttyä viitekehystä. (Metsämuuronen 2006, 82–83.) Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksena tuottaa tietoa arkielämään ja toimintaan liittyvistä kokemuksista ja kokemusten merkityksistä (Lukkarinen 2001, 121).

Laadullisen menetelmän lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Asioita tulkitaan kulloinkin valitusta näkökulmasta, eli samaa asiaa voidaan kuvata moni eri tavoin. Tutkittavaa asiaa pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Koska laadullisessa tutkimuksessa on lähtökohtana tietty näkökulma, ei perinteistä objektiivisuutta voida saavuttaa. Tutkimuksen tulos on sidoksissa aikaan ja paikkaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2004, 151–152.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan ihmisten käsityksiä erilaisista asioista. Kokemukset ja käsitykset samasta asiasta voivat olla hyvinkin erilaisia riippuen muun muassa tutkittavan iästä, sukupuolesta ja kokemuksista. (Metsämuuronen 2000, 22.) Tutkimuksessa on pyritty kuvaamaan omaisten kokemuksellisuutta ja kuvaamaan heidän ainutlaatuisia kokemuksiaan.

6.2 Tutkimushenkilöiden valinta ja aineiston keruu

Tutkimuksen yhteistyökumppanina toimi Omaiset mielenterveystyön tukena Päijät-Hämeen yhdistys ry:n. Haimme yhdistykseltä tutkimusluvan (Liite 1) ottaa yhteyttä omaisiin yhdistyksen kautta. Järjestön toiminta ei ole tutkimuksen

kannalta merkittävä asia, vaan järjestö oli tutkimukselle ainoastaan väylä saada yhteys mielenterveyspotilaiden omaisiin, joten emme tässä työssä esittele Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n toimintaa.

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin mielenterveyspotilaiden omaiset, jotka ovat olleet mukana läheisensä hoidossa ja joilla on kokemusta yhteistyöstä sairaalan hoitohenkilökunnan kanssa. Tutkimus käsittelee omaisen näkökulmaa, jolloin edellä mainitulla omaisryhmällä on kokemusta aiheesta. Näin kohderyhmän valinta on perusteltua. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeilla (Liite 3). Kyselylomakkeiden liitteenä oli kirje omaisille, jossa kerrottiin opinnäytetyöstä (Liite 2). Avoimissa kyselylomakkeissa oli neljä kysymystä, jotka koskivat omaisen mielipidettä ja kokemusta yhteistyöstä sairaalan hoitohenkilökunnan kanssa. Lomakkeissa kysyttiin myös millaista tietoa ja tukea omaiset ovat saaneet.

Avoimessa kyselylomakkeessa kysymykset on aseteltava huolellisesti siten, että annettuun kysymykseen saadaan riittävä ja relevantti vastaus. Kyselyiden käyttö tutkimusmetodinä sisältää paljon eettisiä ongelmia. On huomioitava vastauksen luotettavuus, haastateltavien huomioiminen sekä varottava haastateltavien suosimista. Kysymykset tulisi asettaa siten, että ne suuntautuvat oikealle kohdejoukolle ja kysymysten asettelut on mietittävä tarkoin. Kysymykset eivät saa olla johdattelevia tai yksiselitteisiä, jolloin saadaan myös yksiselitteinen vastaus. (Mäkinen. 2006, 92–93.)

Yhteys omaisiin saatiin Omaiset mielenterveystyön tukena Päijät-Hämeen yhdistys ry:n kautta. Ilmoitus ja lisätieto opinnäytetyöstä julkaistiin Omaiset mielenterveystyön tukena Päijät-Hämeen yhdistys ry:n jäsenlehdessä, syksyllä 2008. Ilmoituksessa kerrottiin tutkimuksesta ja haettiin vapaaehtoisia tutkimukseen osallistujia. Ilmoituksessa mainittiin myös, ettei tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys paljastu ulkopuolisille missään tutkimuksen vaiheessa. Kyselylomakkeet vietiin yhdistyksen toimistolle yhdessä palautelaatikon kanssa.

Omaiset saivat hakea Omaiset mielenterveystyön puolesta ry:n toimistolta kyselylomakkeen vastauskuorineen ja halutessaan heillä oli mahdollisuus saada kyselylomake ja lisätietoja tutkimuksestamme myös sähköpostitse. Aikaa

kyselyyn vastaamiseen oli kuukausi, joka katsottiin riittäväksi ajaksi neljään kysymykseen vastaamiseen. Vastauksia saimme yhteensä kahdeksan kappaletta.

6.3 Aineiston analyysi

Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa pidetään ihmistä, hänen elämänpiiriään sekä niihin liittyviä merkityksiä (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Laadullisessa tutkimuksessa sisällön analyysi tehdään yleensä induktiivisesti. Induktiivisessa sisällönanalyysissä tutkija tekee aineistostaan tekemistään päätelmistä havaintoja yksittäisistä tapahtumista, jotka sitten yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan aineistoa ilman tarkasti ohjaavaa teoreettista lähtökohtaa. (Kylmä & Juvakka 2007,22.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija pyrkii löytämään keräämästään aineistosta yleisiä yhtäläisyyksiä, luo alustavia ehdotuksia käsitteistä ja päätyy koherenttiin eli yhteensopivaan käsitteen määrittelyyn (Janhonen & Nikkonen 2001, 15). Induktiivinen analyysiprosessi etenee aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistämisvaiheesta toistetaan tutkimustehtävän mukaista kysymystä. Marginaaleihin kirjoitetaan asioita, jotka ovat vastauksia tähän kysymykseen ja marginaaleissa olevat ilmaisut kootaan listoiksi. Ryhmittelyssä etsitään ilmausten erilaisuutta ja yhtäläisyyttä, ja samaa tarkoittavat ilmaisut kootaan kategorioiksi, joille annetaan nimi sisällön mukaan. Lopulta kategoriat yhdistetään yläkategorioiksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6.)

Laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä tavoittaa tutkittavien näkökulma, joten aineiston analyysi on aineistolähtöistä. Laadullisessa tutkimuksessa jäsennetään aineistosta käsin ne teemat, jotka ovat tutkittavan ilmiön kannalta merkityksellisiä. Aineiston käsittelyssä pyritään kokonaisvaltaisuuteen, jolloin tutkittava ilmiö pyritään ymmärtämään suhteessa kontekstiin ja tutkittujen ilmiöiden erityispiirteisiin. (Kiviniemi 2001, 68.)

Aineiston sisällön analyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat. Analyysivaiheessa analyysissa haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2007,133.) Lähtökohtana on aineiston yksityiskohtainen ja monitahoinen tarkastelu. Lähtökohtana ei siis ole teorian tai erilaisien hypoteesien testaaminen. Tutkija ei määrää sitä mikä on tärkeää, vaan sen tekee aineisto. (Hirsjärvi ym. 2004, 155.)

Analyysi aloitetaan purkamalla aineisto ensin osiin ja yhdistelemällä sisällöllisesti samankaltaiset osat. Tämän jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Analyysin avulla tutkittavaa ilmiötä pyritään kuvaamaan tiivistetyssä muodossa. (Kylmä & Juvakka 2007,133.)

Ryhmittelyssä on kysymys pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan ryhmään ja annetaan ryhmälle sen sisältöä kuvaava nimi. Analyysiä jatketaan yhdistämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen yläkategorioita ja annetaan nimi, joka kuvaa sen sisältöä eli niitä alakategorioita, joista se on muodostettu. (Kynäs & Vanhanen 1999, 5-11.)

Aluksi luimme saamamme aineiston läpi. Kysymyksiin oli vastattu laajasti ja selkeästi, mikä helpotti analysointiamme. Luettuamme yhdessä aineiston läpi, ryhmittelimme vastaukset ja alleviivasimme ne lausumat, jotka vastasivat suoraan esitettyyn kysymykseen. Jokainen alleviivattu lausuma kirjoitettiin puhtaaksi, jonka jälkeen ne pelkistettiin (Liite 4). Pelkistetyt lausumat ryhmiteltiin omiksi kategorioikseen, joissa jokaisessa oli jokin yhdistävä tekijä. Näistä muodostui viisitoista alakategoriaa. Näille ryhmille etsimme yhteisen otsakkeen eli lausuman joka kuvasi ryhmää ja sen yhdistävää tekijää. Näin aineistolle saatiin neljä yläkategoriaa, jotka olivat: yhteistyön toimivuus vaihtelevaa, tietoa sairaudesta ja tukea jaksamisessa, kokemukset ristiriitaisia sekä omaisen mukaan ottaminen (Liite 5). Aineiston analysoinnissa asiaa tarkasteltiin ulkopuolisina tutkijoina ja pyrittiin säilyttämään objektiivisuus.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Yhteistyön toimivuus vaihtelevaa

Haastateltavilla omaisilla oli yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa vaihtelevia kokemuksia. Omaiset kokivat yhteistyön hankalaksi. Omaisten mielestä yhteistyö oli vuosia hankalaa eikä hoitohenkilökunta ottanut omaiseen yhteyttä, vaikka aihetta olisi ollut. Omaisten kokemuksen mukaan apua sairastuneelle oli hankala saada, ja omaiset joutuivat etsimään apua monelta taholta. Omaiset kokivat, ettei heitä kuunnella eikä huomioida hoitohenkilökunnan puolelta. Lääkäreillä ei riittänyt aikaa keskusteluihin omaisten kanssa. Osaston lääkärit eivät myöskään kuunnelleet omaisten mielipidettä. Omahoitajuus koettiin ongelmalliseksi, sillä omaiset tapasivat omahoitajaa harvoin ja omahoitajat vaihtuivat usein.

”omahoitaja vaihtui usein”

Omaiset kokivat jääneensä ulkopuoliseksi. Omaisten kertoman mukaan he eivät saaneet riittävästi tietoa läheisensä tilanteesta ja sairaudesta. He kokivat, että hoitohenkilökunta piti heitä ylihuolehtivina ja hysterisinä. Omaisilla oli tunne, että he häiritsivät ammattilaisten työtä ylihuolehtivaisena.

”Minua loukkasi lääkärin toteamus hysterisistä äidistä.”

Omaiset kokivat yhteistyön hoitohenkilökunnan kanssa ajoittain toimivaksi. He kokivat, että hoitohenkilökunta toimi aktiivisesti ja omahoitaja oli valmis yhteisiin keskusteluihin.

”--yhteistyö oli hyvää. Kutsuttiin hoitokokouksiin, voin soittaa henkilökunnalle kysyäkseni neuvoa...”

”Aina omahoitaja oli valmis keskustelemaan, jos halusin keskustella.”

7.2 Omaisille tietoa sairaudesta ja tukea jaksamisessa

Omaiset olisivat halunneet saada hoitohenkilökunnalta tietoa läheisensä sairaudesta. Läheisen sairastuminen herätti paljon kysymyksiä. Usein omainen ei tiennyt sairaudesta ja sen hoidosta. Hoitohenkilökunnalta kaivattiin tukea sairastuneen omaisen kohtaamisessa ja kanssakäymisessä. Epätietoisuus sairauteen liittyvistä asioista oli ollut omaisille kuormittavaa. Omaiset olisivatkin kaivanneet tukea jaksamisessa. Omaiset kokivat, että heillä oli valtava määrä hätäisiä kysymyksiä, joihin he eivät saaneet vastauksia.

”Suurin tuki olisi ollut siinä, että olisin tiennyt tilanteen.”

7.3 Omaisten kokemukset mielipiteiden huomioimisesta ristiriitaisia

Omaiset kokivat hoitohenkilökunnan tekvän päätöksiä yksipuolisesti, omaisen mielipidettä huomioimatta. Hoitohenkilökunnan tekemät päätökset koskivat hoitosuunnitelmaa, yleistä kanssakäymistä ja jatkohoidon järjestämistä. Omaiset olisivat halunneet olla mukana sairastuneen läheisensä hoidossa ja siihen liittyvissä päätöksenteoissa. Omaisia ei kutsuttu mukaan hoitokeskusteluihin. Omaiset kokivat kuitenkin ajoittain mielipiteensä tulleen kuulluksi ja omaiset kävivät hoitohenkilökunnan kanssa keskustelua läheisen hoidosta, sekä olivat mukana hoitosuunnitelman teossa. Ajatustenvaihto omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa oli omaisten mielestä ollut kaikin puolin hyödyllistä: Tällöin omaiset ovat voineet päivittää myös hoitohenkilökunnan tietoa potilaan kunnosta.

”--omaisen mielipidettä ei ole kuultu...”

”Hoitosuunnitelman teossa olin aina mukana. Kaikesta kysyttiin mielipidettä.”

7.4 Yhteistyön kehittäminen

Omaiset halusivat tiivistää yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa. Yhteisiä tapaamisia kaivattaisiin enemmän, ja omaiset halusivat osallistua enemmän läheisensä hoitoprosessiin. Omaiset halusivat hoitohenkilökunnalta enemmän huomioimista ja mukaan ottamista hoitotiimiin. Omaiset toivoisivat hoitohenkilökunnan rohkaisevan yhteydenottoon tilanteissa, joissa omainen tarvitsee tietoa ja tukea. Hoitohenkilökunnan toivottaisiin kuuntelevan enemmän omaisia tärkeinä tiedonantajina, siitä miten sairastunut läheinen toimii arjessa. Omaiset toivoisivat ettei heidän huoltaan, huomioitaan ja mielipiteitään vähäteltäisi hoitohenkilökunnan osalta.

”Potilaan sairastuttua olisi tärkeää huomata myös omaisen suuri pelko ja hätä.”

Omahoitajan toivottaisiin tapaavan omaisia useammin ja säännöllisesti. Lisäksi tietoa läheisen sairaudesta ja sen hoidosta kaivattaisiin nykyistä enemmän. Hoitohenkilökunnan toivottaisiin osallistuvan enemmän vertaistuen kehittämiseen. Pitkän hoitajakson aikana omaiset toivoisivat yhteisiä tapaamisia lääkärin tai omahoitajan kanssa. Hoitajakson päätyttyä omaiset halusivat hoitohenkilökunnan ottavan omaiseen yhteyttä ja kertovan läheisen jatkosuunnitelmista. Omaiset toivoisivat sairaalan järjestävän ensitietokursseja, joista omaiset saisivat tietoa muun muassa itse sairaudesta, sen hoidosta ja lääkityksestä.

”Omaisen kysymykset ja hätäilyt unohdetaan helposti...”

8 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA

Kilkun (2008) tutkimustulosten mukaan omaiset kokivat tarvitsevänsä paljon apua läheisen sairastuttua. Omaiset kuitenkin kokivat ettei avun saaminen ollut välttämättä helppoa. Tutkimuksessamme ilmeni, että joissain tapauksissa omaisen on ollut hyvin hankalaa saada apua läheiselleen, ja apua on jouduttu etsimään useammalta taholta.

Tiedon tarve on suurta omaisten kohdalla. Omaiset kokevat etteivät saa tarpeeksi tietoa läheisen sairaudesta (Kilkku 2008, 128,130). Kilkun tutkimuksen mukaan tiedon saaminen heti hoidon alussa olisi ensiarvoisen tärkeää. Palomäen (2005) tutkimuksen mukaan omaisen kokee ahdistavana esimerkiksi sen, ettei saa tietoa läheisensä tilanteesta tämän ollessa sairaalahoidossa. Hoitohenkilökunnan olisikin tärkeää hahmottaa tilanne myös omaisten näkökulmasta eikä odottaa omaisten kannalta aktiivisuutta tai omatoimisuutta. Lisäksi omaiset toivoivat tiedon kertaamista, omaisilla saattaakin läheisen sairastumisen akuutissa vaiheessa olla rajallinen kyky vastaanottaa tietoa. (Kilkku 2008, 133–134.) Tutkimuksessamme kävi ilmi, että omaisille oli valtava tiedon tarve heidän läheisensä sairastuttua. Omaiset tarvitsivat hoitohenkilökunnalta tietoa läheisensä sairaudesta, miten kohdata läheinen sekä miten toimia erilaisissa tilanteissa sairauteen liittyen.

Hoitohenkilökunnalta toivottaisiin omaisten kannalta pyrkimystä turvalliseen ja jatkuvaan yhteistyöhön. Kilkun tutkimuksen mukaan usein omaisille riittäisi hoitohenkilökunnalta puolelta ammatillisen osaamisen perustaidot, kuten kuunteleminen ja läsnäolo. (Kilkku 2008, 141–142.) Tutkimuksemme mukaan, omaiset toivoisivat tiiviimpää yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa. Omaiset toivoisivat enemmän yhteisiä tapaamisia, omaisten huomioimista sekä omaisten mukaan ottamista hoitotiimiin.

Omahoitajuudesta omaisilla oli tutkimuksessamme vaihtelevia kokemuksia, Joidenkin omaisten kohdalla omahoitaja oli myös omaisen tavoitettavissa ja omahoitaja tapasikin säännöllisesti myös omaista. Joidenkin omaisten kohdalla omahoitajalta kaivattiin enemmän yhteisiä tapaamisia. Omahoitajien tiheä

vaihtuminen koettiin myös ongelmalliseksi. Palomäen mukaan se, ettei omainen saa tarpeeksi tietoa läheisensä tilanteesta omaisen ollessa sairaalahoidossa, voi muun muassa johtua siitä ettei omahoitajaa välttämättä tavoita (Palomäki 2005, 35). Kilkun (2008, 133) tutkimuksen mukaan luottamusta omaisissa herättäisi hoitohenkilökunnan osaava ja auttava asiantuntijuus.

Nymanin ym. (2001) tutkimuksessa ilmeni omaisten tyytymättömyys hoitohenkilökuntaa kohtaan siinä, missä määrin omaisten ongelmat sairastuneen kanssa kiinnostivat. Tutkimukseen osallistuneet omaiset kuvasivat, millainen on hyvä ammattiauttaja. (Nyman ym. 2001, 56.) Tutkimuksessamme ilmeni, että omaiset kokevat jäävänsä ulkopuolisiksi, eivätkä saa tarpeeksi tietoa läheisensä tilasta ja tilanteesta. Osa tutkimukseemme osallistuneista omaisista koki aktiivisuutta hoitohenkilökunnan osalta ja kokivat tulleen kuulluiksi. Tutkimuksessamme omaisilta saatu tieto oli ristiriitaista liittyen tyytyväisyyteen hoitohenkilökuntaa kohtaan.

Keskeisiä perusvalmiuksia hyvällä hoitajalla ovat hyvät vuorovaikutustaidot. Hoitohenkilökunnan koulutuksessa tulisi tutkimuksen mukaan painottaa eettisiä periaatteita ja arvoja. (Nyman ym. 2001, 57.) Tutkimuksessamme omaiset kokivat jääneensä ulkopuolisiksi ja olivat loukkaantuneita hoitohenkilökunnan vähättelystä omaisen tunteita kohtaan. Omaiset toivoivat hoitohenkilöstöltä ammattitaitoa ja hoitojärjestelmältä joustavuutta (Nyman ym. 2001, 58–59.) Tutkimuksessamme ilmeni, että omaiset halusivat osallistua enemmän läheisensä hoitoon ja olla mukana hoitosuunnitelman tekemisessä. Hoitojärjestelmän on oltava joustava, jotta omaiset voitaisiin ottaa entistä tiiviimmin mukaan sairastuneen hoitoon.

Ammattihenkilöiden sitoutuminen potilaaseen ja hoitosuhteeseen oli keskeinen asia, samoin hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuus. Yhteistyöltä toivottiin molemminpuolista tiedon jakamista sekä avoimuutta. (Nyman ym. 2001, 60.) Tutkimukseemme osallistuneet omaiset halusivat tiivistää yhteistyötä ja kehittää tiedon jakamista. Omaiset kokivat, etteivät saaneet tarpeeksi tietoa läheisensä sairaudesta ja joutuivat itse hakemaan tietoa ja apua.

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka voidaan määritellä ammattietiikaksi, jolloin siihen sisältyvät tutkijan tai tutkijoiden arvot, normit, sekä eettiset periaatteet ja hyveet joita tutkimuksen kuluessa tulisi noudattaa. Tutkijan ammatissa pätevät tietyt periaatteet jotka ovat yleisesti eettisesti hyväksyttäviä. (Kuula, 2006. 23–24.) Tutkimuksen eettisyyttä lisää tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkittavat saavat itse päättää, osallistuvatko tutkimukseen. Vapaaehtoista päätöstä ei voi tehdä ilman riittävää tietoa itse tutkimuksesta, tutkimuksen toteuttamisesta sekä tutkittavilta saadun tiedon käyttötarkoituksesta. (Kuula, 2006. 61–62.) Tutkimusaineistoa tulee käsitellä luottamuksellisesti. Tutkittaville tulee ilmoittaa, miten aineisto kerätään, ketkä aineistoa käsittelevät, miten aineisto säilytetään sekä mahdollisesti tuhoetaan. (Kuula, 2006. 64.)

Tutkimus tehtiin avoimilla kysymyslomakkeilla, joihin vastattiin anonyymisti. Tutkittavat palauttivat täytetyt lomakkeet kirjekuoreen suljettuina joko Omaiset mielenterveyden puolesta ry:n toimistolle palautuslaatikkoon tai heillä oli mahdollisuus lähettää kuori toimistolle postitse, jolloin toimistos sihteeri laittoi kuoret palautuslaatikkoon. Tutkittaville annettiin mahdollisuus ottaa tutkijoihin, sekä tutkimuksen ohjaavaan opettajaan yhteyttä sähköpostitse. Tutkittavilla oli mahdollisuus olla tutkijoihin yhteydessä mahdollisia kysymyksiä tai tutkimukseen osallistumisen peruuttamista varten. Tutkimuksemme esittelyssä kerroimme, että kyselylomakkeet olisivat ainoastaan tutkijoiden nähtävillä. Tutkimuksen päätyttyä kaikki kyselylomakkeet tuhoetaan polttamalla.

Tutkimuksemme luotettavuutta lisää se, että emme ole missään tutkimuksen vaiheessa jättäneet mitään tutkimustuloksia pois. Säilytimme lisäksi alkuperäiset kyselylomakkeet koko tutkimuksemme ajan, jolloin pystyimme palaamaan tiettyihin vastauksiin tarvittaessa. Aineiston analyysissä tutkimme aineistoa objektiivisesti eivätkä omat mielipiteemme tai näkemyksemme vaikuttaneet tutkimustulosten tulkintaan.

Aineistomme oli riittävä ja kattava. Saimme riittävän määrän vastauksia omaisilta ja aineisto tuli kylläiseksi. Luotettavuutta lisää se, että aineiston analysointivaiheessa kävimme läpi koko aineiston ja huomioimme kaiken kyselylomakkeilla saadun tiedon. Analyysin kattavuudessa tulkintoja ei perusteta satunnaisiin poimintoihin aineistosta, vaan koko aineisto tulee käydä läpi (Eskola & Suoranta 1998, 216).

8.2 Jatkotutkimusaiheet

Omaiset tarvitsevat paljon tietoa läheisensä sairastuttua. Mielenterveystyössä olisikin tärkeää lisätä tiedonantoa omaisille. Omaisille voisi esimerkiksi järjestää ensitietopäiviä, joilla eri asiantuntijat kertoisivat mielenterveyteen liittyvistä asioista. Yhteistyötä voisi tutkia hoitohenkilökunnan näkökulmasta, jotta saataisiin myös ammattilaisten näkemys aiheeseen. Vaikka vertaistukea on tutkittu melko paljon, voisi jatkotutkimusaiheena olla esimerkiksi nuorten omaisten vertaistuen kehittäminen.

Tutkimuksemme tulokset ovat mielestämme hyödynnettävissä hoitotyössä. Tutkimuksestamme hoitohenkilökunta saa tietoa siitä, miten omaiset kokevat hoitohenkilökunnan ja heidän välisen yhteistyön. Hoitohenkilökunta voisi kehittää tiedon ja tuen antamista omaisille.

LÄHTEET

Berg, L., Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Psyykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. Profami Oy. Lievestuore: ER-Paino Oy

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Gothóni, R. 1991. Omaiset –loppuunpalaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 1991:4. Helsinki: Valtion painatuskeskus

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2007. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: StarOffset Oy

Helasti, K. 1999. Depressiopotilaan omaisen kuormittuminen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Helsinki: Kelan omatarvepaino

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10.osin uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy

Huttunen, M. 2008. Omaiset ja sairastunut. Terveysportti. [verkkodokumentti: viitattu 17.2.2009] Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00008&p_teos=lam&p_selaus.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Johdanto: Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 7-17

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa – Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentamisesta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy

Kiviniemi, K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II - näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus

Latvala, E., Visuri, T. & Janhonen, S. 1995. Psykiatrinen hoitotyö.1.painos. Helsinki: WSOY

Lehtinen, V. 2001. Mielenterveyttä ikä kaikki. Teoksessa Heikkinen, E. & Tuomi, J. 2001. Suomalainen elämäntyyli. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy, 247-248

Lehto, M., Lindström, K., Lönnqvist, J., Parvikko, O., Riihinen, O., Suksi, I. & Uusitalo, H. 2005. Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä – ajatuksia ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta. Helsinki: Sosiaali –ja terveysministeriön selvityksiä 2005:1

Lukkarinen, H. 2001. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 116-158

Masto-hanke masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi 2009.
Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön esitteitä 2009:2.

Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia –sarja
4. Vöru: Jaabes OU

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, Finlex Ajantasainen lainsäädäntö. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116> [verkkodokumentti][viitattu
13.10.2008]

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nyman, M. & Stengård, E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi.
Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, Helsinki. Saarijärvi:
Gummerus Kirjapaino Oy

Palomäki, T. 2005. ”Elämää vuoristoradalla” Mielenterveyspotilaiden iäkkäitä
omaisia kuormittavat tekijät ja heidän kokemuksiaan vertaistuesta. Pro gradu
tutkielma. Tampereen yliopisto

Potinkara, H., 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti
sairaana potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Tampere:
Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Punkanen, T. 2003. Mielenterveystyö ammattina. 2. painos. Tampere: Tammer-
Paino Oy

Siirola, E. 1999. Mielenterveysasiakkaan omaisten kohtaaminen. Teoksessa:
Linnainmaa, P., Innamaa, M. & Honkala, L. (toim.) 1999. Mielenterveystyö ja
opetus –matkalla kohti muutosta. Tampere: Tammerpaino, 54-57

Stengård, E. 2005. Omaisten hyvinvointi on yhteiskunnallinen kysymys. Mielekäs
2/2005. [verkkodokumentti: viitattu 17.2.2009] Saatavissa:
http://www.mielenterveys-taimi.fi/mielekas/2005_2/31.htm

Stengård, E. 2005. Journey of Hope and Despair. The Short-term Outcome in Schizophrenia and the Experiences of Caregivers of People with Severe Mental Disorder. Tampere: Tampere University

Stengård, E. 2007. Yhteistyö asiakkaan omaisten kanssa. Teoksessa Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 154-167.

Suomalainen, S. 2001. Omaisen kärsimys ja kärsimykselle antama merkitys. Teoksessa: Ruponen, S. 2006. Eheyttä etsimässä- omaisten sopeutumisvalmennuskurssitoiminta, Omaisvalmennustoiminta- projekti 2003–2005. Omaiset mielenterveystyön tukena Päijät-Hämeen yhdistys ry.

Vuori-Kemilä, A. 2007. Mielenterveystyö. Teoksessa , Vuori-Kemilä, A Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki:WSOY, 18-31.

Vuori-Kemilä, A. 2007. Mielenterveystyö. Teoksessa , Vuori-Kemilä, A Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Yhteistyöhön ja moniäänisyyteen mielenterveys- ja päihdetyössä. 4. uudistettu painos. Helsinki:WSOY, 66-74.

Välimäki, M. & Mäkitalo, J. 2000. Psykiatrisen hoitotyön luonne ja työn vaatimat ammattitaidot. Teoksessa: Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy, 16-23

Wright, Lorraine,1994. Nurses and Families, A Guide to Family Assessment and Intervention. Canada: F.A. Davis Company



Omaiset mielenterveystyön tukena

Päijät – Hämeen yhdistys ry

PÖYTÄKIRJA

05/08

ote

HALLITUKSEN KOKOUS

Aika maanantai 19.5.2008 klo 16.30 -

Paikka Yhdistyksen toimisto, Mariankatu 19 B 25. 15110 LAHTI

Läsnä: Anneli Havén
Marja-Leena Karinen
Marko Kiiveri
Matti Laaksonen
Irja Lindberg
Ulla Tallbacka
Hannu Ylönen
Anita Karjalainen

varapuheenjohtaja

2008 hallituksen sihteeri /
((ma.) toiminnanjohtaja

Pöytäkirja: Jukka Skirniäinen
Pekka Havén
Jaakko Huhtanen
Seppo Merikari
Eeva Saarelainen
Harri Toukonen

50§ **Kokouksen avaus**
Varapuheenjohtaja Marko Kiiveri avasi kokouksen klo 16.34

51§ **Kokouksen laillisuus ja päätösvaltaisuus**
Todettiin kokous lailliseksi ja päätösvaltaiseksi.

52§ **Työjärjestyksen hyväksyminen**
Esityslista muutoksin hyväksyttiin.

58§ **Tutkimus-/ opinnäytelupa hakemus, syksy 2008, Anne Hemmilä ja Milla Heinonen, Lahden ammattikorkeakoulu –Sosiaali- ja terveysalan oppilaitos, Sairaanhoidon opinnäytetyöt**
Opinnäytetyössä kerätään lomakkeiden avulla 5 – 10 mielen-terveyspotilaan omaiselta heidän kokemuksistaan sairaalan henkilökunnan ja heidän välisestä yhteistyöstä. Tuotokset hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimus-/opinnäytelupa hyväksyttiin. (LIITE 5.)

Pöytäkirjan vakuudeksi

Marko Kiiveri

hallituksen varapuheenjohtaja



Omaiset
Mielenterveystyön Tukena
Päijät-Hämeen Yhdistys ry
Mariankatu 19 B 25, 15110 LAHTI
Puh. (03) 281 7066

Hyvä Omainen,

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden laitokselta. Valmistumme keväällä 2009 sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä aiheesta: Mielenterveyspotilaan omaisten ja sairaalan hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö. Haluamme opinnäytetyössämme selvittää omaisten kokemuksia yhteistyöstä ja sen mahdollisista kehittämiskohteista.

Toivoisimme Teidän vastaavan kyselykaavakkeeseemme, jossa on avoimia kysymyksiä yhteistyöhön liittyen ja Sinun kokemuksiisi sen toimivuudesta. Kyselykaavakkeeseen vastaaminen tapahtuu anonymisti; missään tutkimuksen vaiheessa henkilöllisyytenne ei tule muiden tietoon. Analysoituamme vastaukset, kyselykaavakkeet hävitetään asianmukaisesti.

Kyselykaavakkeen voitte palauttaa kirjekuussa Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n Lahden toimipisteessä tätä tarkoitusta varten olevaan suljettuun laatikkoon viimeistään 03.10.2008.

Ohjaava opettajamme on Helena Sillanpää, hoitotyön lehtori, Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöhömmme liittyvissä kaikissa kysymyksissä voitte ottaa meihin tai opettajaamme yhteyttä.

Mukavaa syksyä!

Ystävällisin terveisin:

Milla Heinonen

Anne Hemmilä

milla.heinonen@lpt.fi

anne.hemmila@lpt.fi

ESIMERKKI AINEISTON KATEGORIOINNISTA

Alkuperäinen lauselmä:

Yhteistyö oli hyvää. Kutsuttiin hoitokokouksiin, voin soittaa henkilökunnalle kysyäkseni neuvoa.

Pelkistys:

Yhteistyö hyvää

Alakategoria:

Hoitohenkilökunta oli aktiivinen

Alkuperäinen lauselema:

Alkuaikojen ulkopuoliseksi jäämistä en ymmärtänyt.

Pelkistys:

Ulkopuoliseksi jääminen

Alakategoria:

Ulkopuoliseksi jääminen

Yhteinen yläkategoria:

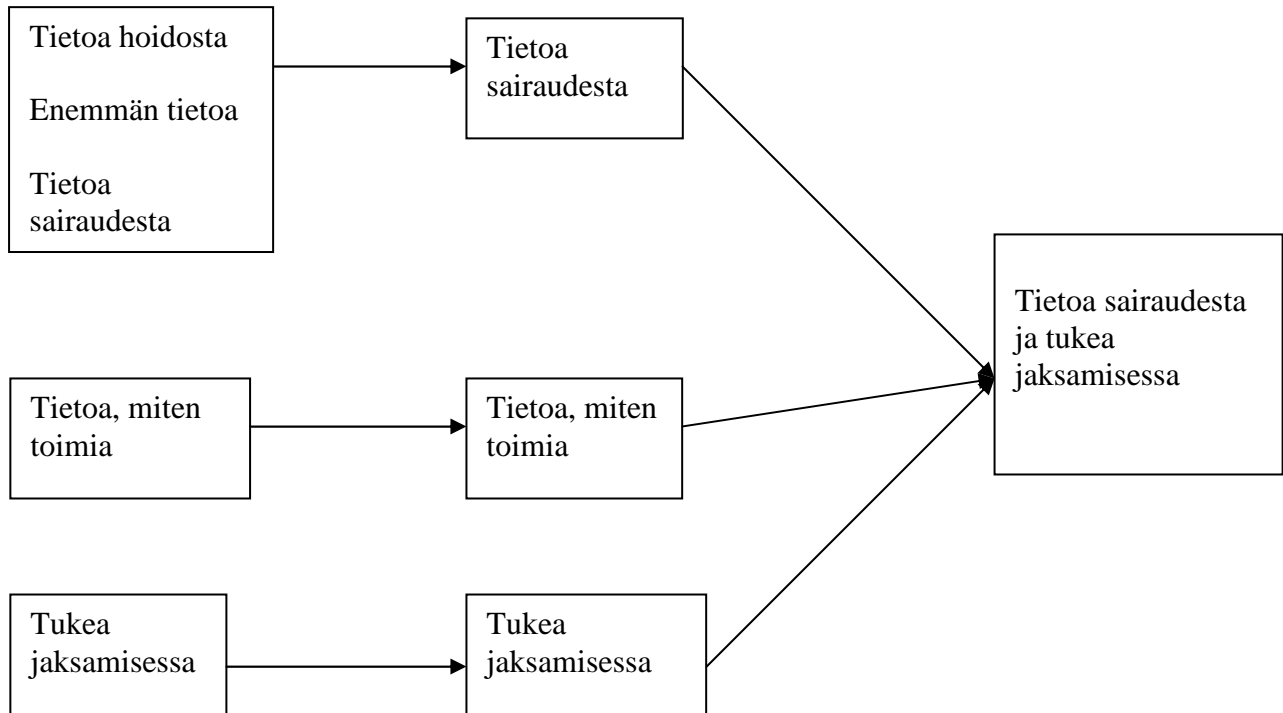
Yhteistyön toimivuus vaihtelevaa

Kysymys 2. Millaista tukea ja tietoa olet tarvinnut hoitohenkilökunnalta koskien omaisesi sairautta?

Pelkistykset

Alakategoria

Yläkategoria

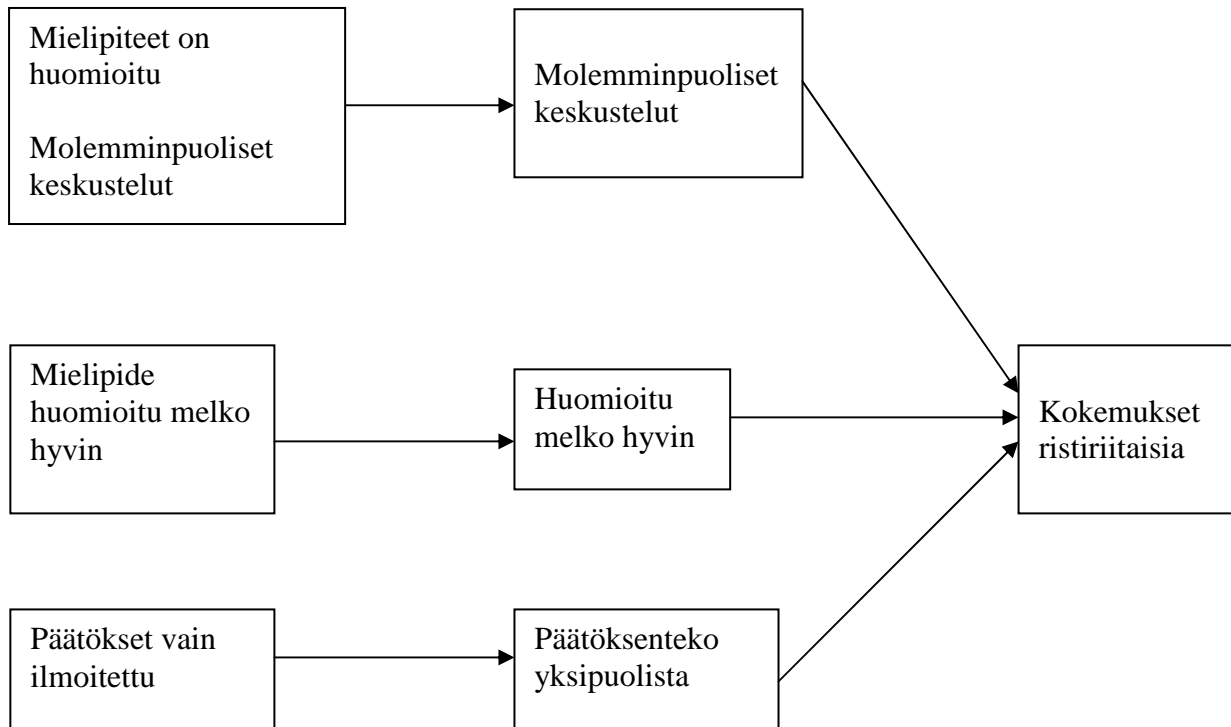


3. Miten hoitohenkilökunta on huomionut mielipiteenne omaisenne hoitotyössä?

Pelkistykset

Alakategoriat

Yläkategoria



4. Miten kehittäisit yhteistyötä omaisten ja sairaalan hoitohenkilökunnan välillä?

