

Heikkinen Henna, Heiskanen Suvi & Rusanen Jarnina

Perhekeskeisyyden toteutuminen ja sen kehittämisen tarve aikuisten mielenterveyshoitotyössä hoitotyöntekijöiden kokemana

Sairaanhoitaja AMK

Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma

Kevät 2020



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijät: Heikkinen Henna, Heiskanen Suvi ja Rusanen Jarnina

Tutkintonimike: Sairaanhoitaja (AMK)

Työn nimi: Perhekeskeisyyden toteutuminen ja sen kehittämisen tarve aikuisten mielenterveyshoitotyössä hoitotyöntekijöiden kokemana

Asiasanat: Mielenterveyshoitotyö, perhekeskeisyys, toteutuminen, kehittäminen, aikuinen

Mielenterveyshäiriöt ovat yhteiskunnallisella tasolla lisääntymässä. Näihin liittyvät lääkitykset, terapiajakso, sekä työkyvyttömyys kuormittavat sekä yksilö että yhteiskunnallisella tasolla taloutta. Mielenterveyshäiriöitä sairastavien henkilöiden on vaikeaa päästä ajoissa hoitoon, koska jonot avun piiriin ja terapiaoihin ovat pitkiä. Pahimmassa tapauksessa henkilöä ei oteta vakavasti ja tällöin hän jää ilman tarvitsemaansa apua. Mielenterveyshäiriöt aiheuttavat kärsimystä potilaan lisäksi myös hänen koko lähipiirilleen.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata perhekeskeisyyden toteutumista ja sen kehittämisen tarvetta aikuisten mielenterveyshoitotyössä hoitotyöntekijöiden kokemana Kainuun vastuualueella. Opinnäytetyömme tavoitteena oli, että saatujen tulosten pohjalta toimeksiantaja voi suunnitella keinoja perhekeskeisyyden toteutumisen kehittämiseksi Kainuun vastuualueella aikuisten mielenterveyshoitotyötä toteutaville hoitotyöntekijöille.

Tutkimuskysymykset:

Miten perhekeskeisyys toteutuu aikuisten mielenterveyshoitotyössä hoitotyöntekijöiden arvioimana?

Miten perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä tulisi kehittää aikuisten mielenterveyshoitotyössä hoitotyöntekijöiden kokemana?

Opinnäytetyömme oli määrällinen tutkimus. Aineistonkeruumenetelmänä opinnäytetyössämme toimi kyselytutkimus, jonka toteutimme Webropol-kysely- ja raportointiohjelmalla. Strukturoidut-, monivalinta- ja skaalakysymykset analysoitiin käyttäen Webropol-ohjelman luomaa analyysia ja avoimen kysymyksen tulokset luokittelimme suorina lainauksina taulukkoon.

Opinnäytetyömme keskeisimmissä tuloksissa ilmeni, että vastaajat näkivät suurimpana estävänä tekijänä perhekeskeisyyden toteutumiselle asiakkaan toiveet, sekä asiakkaan ja perheen kokeman häpeän. Perhekeskeisyyden toteutumisen kehittämiseksi vastaajat näkivät tärkeimpinä asioina tiedon antamisen asiakkaalle perhekeskeisyyden tärkeydestä, perheen ottamisen mukaan asiakkaan hoitoon sekä koulutukset. Suurin osa vastaajista halusi mieluiten 1 - 3 päivän koulutuksen perhekeskeisyyden kehittämiseksi.

Johtopäätöksenä voidaan päätellä, että suurin osa kyselyyn vastanneista kokee perhekeskeisyyden toteutuvan sekä omassa että työyksikön toiminnassa hyvin. Suurimmalla osalla kyselyyn vastanneista oli yli 10 vuoden kokemus mielenterveyshoitotyöstä, joten voidaan päätellä, että pitkä työkokemus vaikuttaa positiivisesti perhekeskeisyyden toteutumiseen. Vastaajista moni oli sitä mieltä, että perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä voitaisiin kehittää koulutuksilla, ottamalla perhe mukaan asiakkaan hoitoon ja antamalla tietoa asiakkaalle perhekeskeisyyden tärkeydestä.

Abstract

Authors: Heikkinen Henna, Heiskanen Suvi and Rusanen Jarnina

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Title of the Publication: Implementation of Family-Centered Care and Related Development Needs in Adult Mental Health Care as Experienced by Mental Health Professionals

Keywords: mental health care, family-centeredness, implementation, development, adult

Mental disorders are increasing on a societal level and medicines, series of therapy sessions and disability are burdening the economy both on an individual and societal level. It is also hard for people with mental disorders to get help in time because it takes a lot of time to find help and begin therapy. In the worst case a person is not taken seriously and does not get the help he needs. Mental disorders cause suffering both to patients and their close ones.

The aim of this thesis was to describe the implementation of family-centered mental health care and related development needs in adult mental health care as experienced by mental health professionals in Kainuu. The goal was that this thesis would provide the commissioner with methods to develop the implementation of family-centered care in adult mental health care in Kainuu. The research questions were the following: how well was family-centered care implemented in adult mental health care as assessed by mental health professionals, and how should family-centered care be developed in adult mental health care as experienced by mental health professionals?

This thesis was a quantitative study. The method of data collection was a survey which was conducted with the Webropol Survey Software. The survey included structured, multiple-choice and scale questions and one open question. Structured, multiple-choice and scale questions were analyzed using Webropol Analytics. The answers to the open question was categorized as direct quotations into a table.

The main results of this thesis showed that the main inhibitory factors for implementation of family-centered care were the wishes expressed by clients and the shame felt by clients and their families. The respondents said that implementation of family-centered care could be developed by giving information to clients about the importance of family-centered care, inclusion of families in care and education. Most respondents would like to participate in 1-3-day-long education to develop family-centered care.

One of the conclusions is that most respondents experienced that both they and their units implemented family-centered care well. A majority of the respondents had over ten years of work experience from mental health care; thus, it can be concluded long work experience promotes the implementation of family-centered care. Many respondents thought that family-centered care could be developed with education, inclusion of families in care and giving clients more information about the importance of family-centered care.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Perhekeskeisyyden lähtökohtia.....	3
2.1	Perhe	3
2.2	Perhekeskeisyys.....	3
2.3	Perhekeskeisyys ja tarpeenmukaisen hoidon malli	4
3	Aikuisten perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö.....	6
3.1	Aikuinen.....	6
3.2	Aikuisten mielenterveyshoitotyö ja sitä ohjaavat lait.....	6
3.3	Perhekeskeisyyden toteutuminen aikuisten mielenterveyshoitotyössä	7
3.4	Perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön toteutumisen kehittäminen	8
4	Tiedonhaun prosessi.....	10
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	11
6	Opinnäytetyön toteutus	12
6.1	Määrällinen tutkimus	12
6.2	Opinnäytetyön aineistonkeruuprosessi	12
6.3	Kyselylomakkeen laadinta	14
6.4	Aineiston analysointi	16
7	Tutkimustulokset	18
7.1	Koulutus.....	18
7.2	Kuinka monta vuotta sinulla on alan työkokemusta?.....	19
7.3	Mielipidekysymykset	19
7.4	Perhekeskeisyyteen vaikuttavat estävät tekijät.....	22
7.5	Perhekeskeisyyden toteutumisen kehittäminen	24
7.6	Koulutuksen kesto	25
7.7	Avoin kysymys - Mitä koulutuksessa pitäisi käsitellä?	26
8	Johtopäätökset	27
9	Jatkotutkimusaiheet	28

10	Pohdinta	29
10.1	Luotettavuus	29
10.2	Eettisyys	32
10.3	Tutkimuslupaprosessi	34
10.4	Ammatillinen kehittyminen	34
11	Resurssit ja markkinointi	37
	Lähteet	38
	Liitteet	

1 Johdanto

Mielenterveyshäiriöt ovat yhteiskunnallisella tasolla lisääntymässä ja näihin käytettävät lääkitykset, terapiajaksot sekä työkyvyttömyys kuormittavat sekä yksilö että yhteiskunnallisella tasolla taloutta. Mielenterveyshäiriöitä sairastavien henkilöiden on vaikeaa päästä ajoissa hoitoon, koska jonot avun piiriin ja terapiaoihin ovat pitkiä. Pahimmassa tapauksessa henkilöä ei oteta vakavasti ja tällöin hän jää ilman tarvitsemaansa apua. Mielenterveyshäiriöt aiheuttavat kärsimystä potilaan lisäksi myös hänen koko lähipiirilleen.

Mielenterveyshoitotyöllä tarkoitetaan laajaan mielenterveystyön alueeseen kuuluvaa osa-aluetta. Peruslähtökohtina ovat yksilön, perheen ja yhteisön voimavaroja tukeva ja kunnioittava työote sekä mielenterveyden edistäminen. Mielenterveyshoitotyössä asiakkaan läheisten ja perheen voimavarojen vahvistaminen ovat tärkeässä roolissa, vaikka keskiössä onkin henkilö itse ja hänen hoitonsa. Yhteistyön tavoitteena on perheen ja asiakkaan voimaantuminen. (Hämäläinen, Kanner, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 33.) Perhekeskeisessä hoidossa tarkoituksena on huomioida sairastuneen henkilön koko ihmissuhdekenttä eli missä hän elää ja millä tekijöillä on vaikutusta hänen hyvinvointiinsa ja kuntoutumiseensa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 191.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön toteutumista ja sen kehittämisen tarvetta hoitotyöntekijöiden kokemana Kainuun vastuualueella. Kohderyhmänä ovat aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon hoitotyöntekijät. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että saatujen tulosten pohjalta toimeksiantaja voi suunnitella keinoja perhekeskeisyyden toteutumisen kehittämiseksi Kainuun vastuualueella aikuisten mielenterveyshoitotyötä toteuttaville hoitotyöntekijöille.

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii Kainuun soten aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon vastuualue. Kainuun vastuualueesta puhuttaessa tässä opinnäytetyössä tarkoitamme Kainuun alueen kuntia, joihin kuuluvat Hyrynsalmi, Kajaani, Kuhmo, Ristijärvi, Paltamo, Suomussalmi ja Sotkamo. Tarpeenmukaisen hoidon toteuttamiseksi palvelut on järjestetty lähipalveluina seutu- ja maakunnallisesti. Jokaisessa näissä yksiköissä on mielenterveys- ja päihdetyöntekijät, joilla tässä opinnäytetyössä tarkoitamme lähi- sairaan- ja mielenterveyshoitajia sekä päihdetyöntekijöitä, perheterapeutteja ja psykoterapeutteja. Mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa Kainuussa keskeisenä toimintaa ohjaavana periaatteena on lähiverkoston, omaisten, sekä lähettävän tahon mukana oleminen ja osallistuminen hoidon tarpeen arvioinnissa, hoidon suunnittelussa ja sen toteuttamisessa. (Kainuun sote n.d.)

Toimeksiantajan pyynnöstä käsittelemme tässä opinnäytetyössä myös tarpeenmukaisen hoidon mallia, koska se on keskeinen organisaatiota ohjaava periaate. Emme ole ottaneet tätä kuitenkaan opinnäytetyömme kyselylomakkeeseen mukaan. Tämä siitä syystä, että halusimme saada enemmän tietoa siitä, kuinka perhekeskeisyys toteutuu ja mitkä asiat vaikuttavat perhekeskeisyyden toteutumiseen. Emme käsittele teoriaosuudessa emmekä kyselylomakkeella myöskään riippuvuuksien hoitoa, ettei työstä tulisi liian laaja. Tämä oli opinnäytetyön toimeksiantajan toiveena. Sen sijaan käsittelemme teoriaosuudessa tarkemmin mielenterveyshoitotyötä ja perhekeskeyttä. Vastuualueeseen kuuluu myös riippuvuuksien hoidon hoitotyöntekijöitä, joten emme ole voineet rajata heitä pois kyselystä ja sen tuloksista.

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi perhekeskeisyyden, koska se liittyy keskeisesti omaan opintoalaamme. Meidän tulisi sairaanhoitajina osata huomioida asiakkaan perhe hoitotyötä toteuttaessamme. Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen, sen tärkeyden ymmärtäminen ja osaaminen on tärkeää. Tämä opinnäytetyö tukee ammatillista kehittymistämme sairaanhoitajuuteen asiakaslähtöisyyden, eettisyyden ja ammatillisuuden, näyttöön perustuvan toiminnan ja päätöksenteon, kliinisen hoitotyön osaamisen, terveyden- ja toimintakyvyn edistämisen, sekä sosiaali- ja terveystalvelujen laadun ja turvallisuuden kautta.

Yhteiskunnallisella tasolla näitä tutkimustuloksia voidaan hyödyntää mielenterveyshoitotyön ja perhekeskeisyyden kehittämiseksi. Ottamalla perhekeskeinen hoitomalli käyttöön ja kiinnittämällä siihen enemmän huomiota aikuisten mielenterveyshoitotyössä voidaan lievittää yksilön ja hänen lähipiirinsä kärsimystä sekä myös vähentää erilaisia mielenterveyden häiriöistä johtuvia kustannuksia ja sairaalajaksoja.

2 Perhekeskeisyyden lähtökohtia

2.1 Perhe

Perhe määritellään siten, että sen muodostavat yhdessä asuvat avo- tai avioliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa. Perhe voi olla myös jompikumpi vanhemmista lapsineen, sekä avio- ja avopuolisot, että parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia. (Tilastokeskus n.d.) Määritelmä on kuitenkin muuttunut ajan saatossa ja nykyisin perheen ajatellaan käsittävän muunkin kuin vain ydinperheen. Joillekin henkilöille se voi käsittää esimerkiksi kaksi kissaa, uusiutuvilla hoitajaksoilla oleva voi käsittää perheeseen tutun osaston hoitajat ja perheen voivat korvata jollekin henkilölle työpaikan ihmissuhteet, sekä muutamat ystävät. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 195.) Tässä opinnäytetyössä perheellä tarkoitetaan asiakkaan itsensä määrittelemiä jäseniä, keitä hän omaksuu kuuluvan perheeseensä.

2.2 Perhekeskeisyys

Keskeisenä periaatteena terveydenhuollossa on perhekeskeisyys. Tämä koskee iästä riippumatta kaikkia asiakkaita. Perhekeskeisyydessä olennaista on tukea kaikkien perheenjäsenten selviytymistä siten, että koko perhe saavuttaa hyvinvoinnin. (Iivanainen & Syväoja 2008, 84.) Perheen hyvinvointia lisätään siten, että perhe otetaan mukaan potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, jos potilas itse niin haluaa. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2014, 23.) Yksilö määrittelee itse, kenen mukanaolon hän ajattelee auttavan häntä toipumisessa. (Iivanainen & Syväoja 2008, 84; Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 72.) Perhekeskeisyydessä korostetaan perhettä ja sen huomioimista hoidettaessa potilasta. Hoitajan tulee rohkaista ja tukea perhettä, koska yksilön sairastuminen koskettaa koko hänen lähipiiriään. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 23.)

Perhekeskeisyys on ollut osana hoitolinjauksissa vuoden 1980-luvun alusta alkaen. Turussa aloitetussa skitsofreniaprojektissa huomattiin, että oireettomien potilaiden määrä nousi 40 prosentista 60 prosenttiin perhekeskeisyyden myötä. Huomattiin, että varsinkin akuuteissa psykooseissa oireet olivat helpottuneet nopeasti. Viiden vuoden aikana huomattiin myös, että potilaiden sairaalassa tarvittujen hoitopäivien määrä väheni alle puoleen. Hoitokokouksissa huomattiin, että

yksilöterapia, sekä perhekeskeisen hoidon malli täydentävät toisiaan ja näin alkoi muodostua integroidun hoidon malli. (Turpeinen 2018.)

Tässä opinnäytetyössä perhekeskeisyydellä tarkoitetaan asiakkaan itsensä määrittelemän perheen mukaan ottamista hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.

2.3 Perhekeskeisyys ja tarpeenmukaisen hoidon malli

Turpeinen (2018) on käsitellyt muun muassa tarpeenmukaisen hoidon historiaa, merkitystä, tuloksellisuutta ja tarpeenmukaisen hoidon nykytilannetta Suomessa. Suomessa on luotu perhekeskeinen, moniammatillisen psykoosityöryhmän malli, jota on kehitetty jo vuosikymmenten ajan. Turpeinen viittaa professori Alasen ja hänen työryhmänsä 1970-luvulla aloittamaan Turun skitsofreniaprojektiin. Tavoitteena oli kehittää perustaltaan psykoterapeuttisesti suuntautunut skitsofreniaryhmä, jossa on psykoosien hoitolinjaus ja jota olisi mahdollista soveltaa laaja-alaisesti myös julkisessa psykiatrisessa hoidossa. (Turpeinen 2018.)

Tarpeenmukaisen hoidon malli on alun alkaen kehitetty skitsofrenian hoitoon. Hoitomallin periaatteet eivät ole sidottuja diagnoosiin, vaan ne sopivat erinomaisesti inhimilliseen kohtaamiseen, sekä asiakkaan ymmärtämiseen ja hoidon suunnitteluun kriisitilanteissa, jotka horjuttavat hänen psyykkistä tasapainoaan. Mallissa keskeisessä osassa on asiakkaan itsemääräämisoikeus, joka on merkittävä tekijä toipumisen edistämässä. Asiakas kokee, että hän on omassa elämässään ja hoidossaan aktiivinen osallistuja, joka voi yhdessä läheistensä ja ammattilaisten kanssa saada ja valita sitä tukea, mihin hän on mielestään valmis sitoutumaan. (Turpeinen 2018.)

Tarpeenmukaista hoitoa kehitettiin vielä 1990-luvulla API-projektissa eli akuutin psykoosin integroidussa hoidossa. Projektin mallina toimi Turun skitsofreniaprojektin tarpeenmukaisen hoidon malli ja sen hoitosuositukset. Lisäksi syntyi kaksi muuta tarpeenmukaisen hoidon periaatetta. Ne olivat horisontaalinen asiantuntijuus ja akuutin psykoosin hoito ryhmätyönä. Potilas ja hänen perheensä ovat aito osa työryhmää. (Turpeinen 2018.) Horisontaalisella asiantuntijuudella tarkoitetaan rajoja ylittävää näkökulmaa, joka tulisi nostaa yhdeksi tärkeäksi kehittämisen perustaksi. (Launis 1997, 125).

Heikkinen (2014) tutki tarpeenmukaisen hoidon mallin toteutumista Kainuussa vuosina 2004 - 2005. Hänen tutkimuksessaan painottui tapauskohtaisen työryhmän hyvä toiminta ja sen merkitys perhekeskeisessä mielenterveystyössä. Heikkisen mukaan laajalla perhe- ja verkostokeskeisen

alkuselvittely -ryhmän potilailla toimintakyky oli parantunut seuranta-aikana, vaikka kaikilla ryhmän potilailla oli ollut psykiatrinen hoitajakso aikaisemmin sekä pitkään kestäneet negatiiviset muutokset. Heikkisen mukaan laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely oli kuitenkin toteutunut huonosti Kainuussa vuosina 2004 - 2005.

Tarpeenmukaisen hoidon malli toimii Kainuussa mielenterveys- ja riippuvuushoidon lähtökohdalla. Tämä tarkoittaa sitä, että hoito on yksilöity, sekä se on tarpeen mukaan erilaisten hoitojen yhdistämistä ja lähiverkoston tukemista. Perhekeskeisyys näkyy tässä mallissa konkreettisesti siten, että se on keskeinen osa tarpeenmukaisen hoidon mallia. Hoidettavan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta, sekä arvioinnista vastaa moniammatillisen työryhmän ja hoidettavan lisäksi hänen läheisensä koko hoito- ja kuntoutusprosessin ajan. (Kainuun Sote n.d.)

3 Aikuisten perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö

3.1 Aikuinen

Psykologisesti henkilön ajatellaan olevan aikuinen silloin, kun henkilö on henkisesti kypsä irtautumaan lapsuuden kodistaan, pystyy ottamaan vastuun itsestään ja tarvittaessa läheisistään. Aikuisuudessa on erilaisia kehitystehtäviä, joita ovat läheisen ihmissuhteen rakentaminen, vastuu perheestä ja työstä sekä velvollisuuksista huolehtiminen. (Vilkko-Riihelä & Laine 2014, 142 - 143.) Biologisesti henkilön ajatellaan olevan aikuinen 25-vuotiaana. Tällöin ajatellaan, että henkilö on saavuttanut järjestäytyneen ajattelun ja käyttäytymisen hallinnan tason. (Väestöliitto, n.d.) Tässä opinnäytetyössä tarkoitamme aikuisella 18 vuotta täyttäneitä henkilöitä.

3.2 Aikuisten mielenterveyshoitotyö ja sitä ohjaavat lait

Mielenterveyshoitotyöllä tarkoitetaan laajaan mielenterveystyön alueeseen kuuluvaa osa-aluetta, jonka peruslähtökohtina ovat yksilön, perheen ja yhteisön voimavaroja tukeva ja kunnioitava työote sekä mielenterveyden edistäminen. Mielenterveyshoitotyössä asiakkaan läheisten ja perheen voimavarojen vahvistaminen ovat tärkeässä roolissa, vaikka keskiössä onkin henkilö itse ja hänen hoitonsa. Yhteistyön tavoitteena on perheen ja asiakkaan voimaantuminen. (Hämäläinen ym. 2017, 33.)

Mielenterveyshoitotyötä ohjaa lainsäädäntö. Tähän lainsäädäntöön kuuluvat esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista ja potilaslaki (L 785/1992), potilasvahinkolaki (L 585/1986), lastensuojelulaki (L 417/2007), sosiaalihuoltolaki (L 1301/2014) ja päihdehuoltolaki (L 41/1986). Mielenterveystyöstä erityisesti säädetään terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010), mielenterveyslaissa (L 1116/1990) sekä laissa mielenterveyslain muuttamisesta (L 1423/2001). Mielenterveyslaissa (L 1116/1990) määritellään muun muassa mielenterveyshoitotyö, sen ohjaus ja valvonta, mielenterveyspalveluiden järjestäminen ja niiden periaatteet sekä mielenterveyspalvelujen yhteensovittaminen. (Hämäläinen ym. 2017, 72.)

Mielenterveyshoitotyössä on myös eettistä toimintaa ohjaavia lakeja. Näitä lakeja ovat Suomen perustuslaki (L 731/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994), kansanterveyslaki (L 66/1972), erikoissairaanhoidonlaki

(1062/1989), mielenterveyslaki (L 1116/1990), päihdehuoltolaki (L 41/1986) sekä lastensuojelulaki (L 407/2007). (Hämäläinen ym. 2017, 49.)

Mielenterveyshoitotyöhön kuuluvat keskeisesti mielenterveyspalvelut (Hämäläinen ym. 2017, 66). Osaamisalueita mielenterveyshoitotyössä ovat ikääntyneiden, aikuisten, sekä lasten ja nuorten mielenterveyshoitotyö (Hämäläinen ym. 2017, 35). Opinnäytetyössämme keskitymme perhekeskeisyyden toteutumiseen ja sen kehittämiseen aikuisten mielenterveyshoitotyössä.

Mielenterveyspalveluiden avulla pyritään ehkäisemään, lievittämään ja hoitamaan mielenterveyden häiriöitä ja niiden aiheuttamia seurauksia. Tämä voi myös tarkoittaa mielenterveyden edistämistä. Mielenterveyspalveluihin kuuluu ohjausta, neuvontaa ja tarpeenmukaista psykososiaalista tukea, psykososiaalista tukea kriisitilanteissa sekä mielenterveyshäiriöiden tutkimukset, hoito ja kuntoutus. (Mielenterveyspalvelut 2019.) Mielenterveyspalveluita on tarjolla mielenterveyskuntoutujille ja näiden palveluiden avulla tuetaan heidän kuntoutumistaan ja itsenäistä selviytymistään. Palvelut järjestää avohoidon sektori ja asiakkaat kärsivät usein vaikeista mielenterveydenhäiriöistä. Mielenterveyskuntoutujille on tarjottavissa esimerkiksi asumispalveluita, sisältäen psykososiaalista kuntoutusta. (Mielenterveyspalvelut 2019.)

3.3 Perhekeskeisyyden toteutuminen aikuisten mielenterveyshoitotyössä

Asiakkaan ja hänen perheensä tilanteen tunteminen on tärkeää yhteistyösuhteen syntyminen kannalta. Perheen huomioiminen voi olla esimerkiksi asiakkaan läheisten mukaan ottamista hoitokokoukseen, tiedottamista asiakkaan voinnin muutoksista ja hoidon suunnitelmista, sekä perheen ja läheisten voimavarojen tukemista. (Hämäläinen ym. 190 - 191, 194.) Niirasen ja Saljan (2010, 17 - 18, 21.) mukaan potilaasta itsestään lähtee määrittely läheisverkostoon kuuluvista henkilöistä. Tähän vaikuttavia asioita ovat potilaan ikä, ihmissuhteet sekä elämäntilanne. Hoitokokoukset ja perheelle tuen antaminen oli myös nähty merkittävänä asiana perhekeskeisessä hoitotyössä.

Hoidon suunnittelussa ja asiakkaan toipumisen edistämisessä perheen ja läheisten mukaan ottamisesta on tutkimusten mukaan apua. Tästä huolimatta hoito jää usein kuitenkin yksilön ja hoitajan väliseksi. Aina ei tarvita kahden työntekijän aikaa yhden asiakkaan hoitoprosessiin, vaan yksikin työntekijä kykenee tekemään paljon läheisten huomioimiseksi. (Vuorilehto ym. 2014, 73.)

Aikuisten mielenterveyshoitotyössä perhekeskeisyyden kannalta on tärkeää huomioida psyykkisesti sairastuneet lapset, koska aikuisten ongelmat mietityttävät ja huolestuttavat lapsia sekä saattavat tätä kautta vaarantaa myös lapsien mielenterveyden. (Hämäläinen ym. 2017, 193.)

Dirik ym. (2017, 1&3) ovat tunnistaneet kuusi erilaista perheen osallistamisen mallia. Ensimmäinen on kanadalainen malli, Calgary Family Assessment and Intervention Models, jossa henkilökunta on koulutettu käyttämään systeemisiä työkaluja sosiaalisten suhteiden arviointiin. Ranskalainen malli; ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise) perustuu hoitajien, lääkäreiden ja psykologien tiimityöskentelyyn puhelinpalvelussa. Myös lyhyttä psykoterapiaa tarjotaan kriisin helpottamiseksi. Maailman laajimmin käytetyssä mallissa (Family Psychoeducation Models) asiantuntijatiimin antamaan apuun kuuluvat informaation antaminen potilaan sairaudesta ja suositeltu hoito, ongelmanratkaisu ja/tai kommunikaatioharjoittelu sekä emotionaalinen tuki perheelle. Mallia käytetään Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Yhdysvalloissa. Family Systems Approach eli SYMPA (systems therapy methods in acute psychiatry) on saksalainen malli, johon kuuluu lääketieteellisten termien välttäminen puheessa sekä henkilökunnan kouluttaminen sovittelemiseksi potilaan ja organisaation välillä. Suomessa käytetään Open Dialogue mallia, jonka keskiössä on kuunteleminen ja vastaaminen potilaan hädän helpottamiseksi. Mallissa monitieteellinen työryhmä tekee käyntejä potilaan kotona. Viimeisenä on Yhdistyneen kuningaskunnan Somerset-malli, joka on palvelullisesti laaja lähestymistapa. Siinä kaikille perheille tarjotaan varhaisen tarpeen arvioita, annetaan tietoa palveluista sekä ohjataan sopivien palveluiden pariin.

Haaparannan ja Järvenpään (2010, 19, 21 – 22, 23.) mukaan hoitajat olivat kuvanneet perhekeskeistä hoitotyötä auttamisen, huomioimisen ja perheen tapaamisen keinoin. He olivat kokeneet lyhyetkin keskustelut, työparin tuen, hoitajien oman halun ja kiinnostuksen sekä perheiden kanssa työskentelyn tärkeinä. Työn toteutumisen kannalta keskusteleminen perhekeskeisestä hoitotyöstä ja osastolla olevista kehittämishankkeista on tärkeää. Oleellista on myös hoitajien motivointi sekä johdon arvostus ja tuki.

3.4 Perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön toteutumisen kehittäminen

Niirasen ja Saljan (2010, 23 – 24), Lehtorannan (2018, 38), Kivimäen (2008, 52) sekä Haaparannan ja Järvenpään (2010, 21) mukaan koulutusten on nähty edistävän perhekeskeisen hoitotyön toteutumista. Niiranen ja Salja (2010, 23) olivat kertoneet vahvan työkokemuksen antaneen myös

paremmat lähtökohdat perhekeskeisen hoitotyön tekemiselle. Lehtoranta (2018, 38, 40) oli tutkimuksissaan maininnut myös pitkän kokemuksen mielenterveyshoitotyöstä tai perhekoulutuksesta edistävän perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä. Hän oli lisäksi maininnut edistäviksi tekijöiksi mielenterveyshoitotyön stigman eli häpeäleiman vastaiset koulutusaloitteet sekä perheenjäsenten/läheisten varhaisen osallistumisen hoitoprosessin alussa.

Eassomin ym. (2014, 8) mukaan perhekeskeisyyttä edistäviä tekijöitä olivat kattava tuki, henkilökunnan kouluttaminen perhekeskeiseen työhön ja heidän jatkuva valvontansa. Muita edistäviä tekijöitä olivat koko työtiimin mukaan ottaminen sekä selkeä järjestelmä, joka mahdollistaa jousittamisen yksilölliset tarpeet huomioiden. Pelttari (2015, 32) on tutkimuksessaan todennut, että opintopiiriin osallistuneiden mukaan opintopiiri on sopiva menetelmä perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön kehittämiseksi. Kivimäen (2008, 52 - 53) mukaan perhetyöhön kannustava lisäkoulutus oli nähty kannustavana asiana. Sen oli ajateltu tuovan varmuutta hoitotyöhön sekä perheiden kohtaamiseen. Lisäkoulutus oli nähty myös osana ammattitaidon syventämistä. Koulutusta oli toivottu lisää jo olemassa olevan tiedon syventämiseksi ja suuntaamiseksi.

Niiranen ja Salja (2010, 24) sekä Lehtoranta (2018, 37) ovat todenneet opinnäytetöissään, että ajan puute sekä kiire olivat estäneet perhekeskeisen hoitotyön toteutumista. Niirasen ja Saljan (2010, 29) mukaan joskus potilaat eivät halua läheisiään kutsuttavan mukaan heidän hoitoaan koskeviin asioihin. Lehtorannan (2018, 41) tekemän kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella muita estäviä tekijöitä olivat mielenterveys- tai päihdehäiriöistä johtuva stigma tai häpeä ja työntekijöiden ei-arvostava asenne.

Kivimäki (2008, 54) on todennut estäviksi tekijöiksi perhekeskeisyyden toteutumiseksi ajan riittämättömyyden, hoitajaksojen pituuden sekä yhteisen hoitomallin ja ymmärryksen puuttumisen. Sekä Wardin ym. (2017, 1) että Eassomin ym. (2014, 8) kertoman perusteella perhekeskeisyyden toteutumisen esteenä on yksityisyyden kunnioittaminen. Ward ym. (2017, 1) mainitsevat esteinä olevan lisäksi lääketieteellisen hoidon mallit, ammattitaitoisen henkilökunnan puutteen, hoidon korkeat vaatimukset sekä stigman. Eassom ym. (2014, 8) olivat maininneet estävinä tekijöinä muun muassa voimasuhteet, pelon negatiivisista lopputuloksista sekä tarpeen jakamattomalle ammattilaisen ja asiakkaan väliselle suhteelle.

4 Tiedonhaun prosessi

Käytimme opinnäytetyön tiedonhaun prosessissa aikaisempia luotettavia tutkimuksia, internetsivustoja, väitöskirjoja, oppikirjoja, opinnäytetöitä, lakeja ja artikkeleita. Hakusanoja olivat perhekeskeisyys, mielenterveyspalvelut, mielenterveyslaki, mielenterveyshoitotyö, perhe ja aikuisten perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö.

Valitsimme lähteiksi aikaisempia tutkimuksia ja niiden tuloksia, koska halusimme tietää, millaista aikaisempaa tietoa perhekeskeisyyden toteutumisesta on aikuisten mielenterveyshoitotyössä. Tutkimuksia löytyi aiheeseen liittyen kohtalaisen hyvin sekä suomeksi että englanniksi. Käytetyimmät hakulähteet olivat Theseus, PubMed, BMJ Open ja Finna. Opinnäytetyössämme keskityimme aikuisten mielenterveyshoitotyöhön, joten jätimme tiedonhaun prosessista pois lapsiin ja nuoriin kohdistuvat lähteet. Näin pystyimme keskittymään niihin lähteisiin ja tutkimuksiin, joilla oli eniten merkitystä opinnäytetyömme kannalta.

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata perhekeskeisyyden toteutumista ja sen kehittämisen tarvetta aikuisten mielenterveyshoitotyössä hoitotyöntekijöiden kokemana Kainuun vastuualueella.

Opinnäytetyömme tavoitteena on, että saatujen tulosten pohjalta toimeksiantaja voi suunnitella keinoja perhekeskeisyyden toteutumisen kehittämiseksi Kainuun vastuualueella aikuisten mielenterveyshoitotyötä toteuttaville hoitotyöntekijöille.

Tutkimuskysymyksinä ovat:

1. Miten perhekeskeisyys toteutuu aikuisten mielenterveyshoitotyössä hoitotyöntekijöiden arvioimana?
2. Miten perhekeskeistä aikuisten mielenterveyshoitotyötä tulisi kehittää hoitotyöntekijöiden kokemana?

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Määrällinen tutkimus

Määrällisellä tutkimuksella tarkoitetaan menetelmää, joka antaa yleisen kuvan muuttujien välistä suhteista ja niiden eroista. Muuttujalla tarkoitetaan mitattavaa ominaisuutta. (Vilka 2007, 13.) Määrällisessä tutkimuksessa pyritään muuntamaan tutkittava ilmiö mitattavaan muotoon ja tällöin saatuja tuloksia pystytään tutkimaan tilastollisilla menetelmillä (Ahokas, Ferchen, Hankonen, Lautso & Pyysiäinen 2012, 190).

Määrällisessä tutkimuksessa vastaajia on paljon (Vilka 2007, 17). Opinnäytetyössämme kyselyyn vastaajia oli myös paljon ja tämän vuoksi tutkimus ja sen analysointi olisi ollut työlästä toteuttaa esimerkiksi haastatteluilla. Meidän oli helpompi analysoida tutkimustulokset määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen, jolloin saimme tutkittavasta ilmiöstä objektiivista eli puolueetonta tietoa. Opinnäytetyössämme kuvasimme ilmiötä tilastollisia menetelmiä hyödyntäen, jolloin pystyimme tekemään siitä yleistyksiä. Opinnäytetyössä käytimme kokonaistutkimusta, koska toimikammissamme halusi tietoa perhekeskeisen aikuisten mielenterveyshoitotyön toteutumisesta kaikissa Kainuun vastuualueen kunnissa. Kokonaistutkimuksella tarkoitetaan sitä, että kyselylomake lähetetään kaikille (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2016, 179). Perusjoukkona tutkimuksessa toimivat kaikki ne hoitotyöntekijät, jotka työskentelevät aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuskäsittelyssä Kainuun vastuualueella.

6.2 Opinnäytetyön aineistonkeruuprosessi

Opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmänä oli kyselytutkimus, jonka toteutimme Webropol-ohjelman avulla. Verkkolomakkeen hyvänä puolena on se, että vastaukset tallentuvat suoraan sähköisesti, jolloin niitä ei tarvitse tallentaa erikseen. (Vehkalahti 2008, 48.) Kyselyn etuna on, että se säästää aikaa ja vaivannäköä ja on siten tehokas tutkimusväline (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2016, 195). Kyselytutkimus soveltuu käytettäväksi silloin, kun tutkittavia on paljon ja he ovat hajallaan. Kyselyn ajoittamisen kannalta on hyvä myös suunnitella kyselyn lähettäminen siten, ettei vastausprosentti jäisi liian alhaiseksi. (Vilka 2007, 28.)

Toimeksiantaja lähetti puolestamme saatekirjeen ja kyselyyn johtavan linkin Kainuun vastuualueella työskenteleville aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon hoitotyöntekijöille. Tämä sen vuoksi, että toimeksiantajalla oli valmis lista kaikista hoitotyöntekijöistä. Meidän ei tarvinnut lähettää jokaiselle 136:lle vastuualueen hoitotyöntekijälle sähköpostia, mikä nopeutti tutkimuksen toteuttamista. Toimeksiantajamme ei kuitenkaan päässyt katsomaan vastauksia vaan vastaukset näkyivät vain opinnäytetyön tekijöille. Kyselylomake avattiin 9.12.2019 ja se suljettiin 26.1.2020. Esitestauksen tulee olla luotettava. Siihen osallistujia ei tarvitse olla kuitenkaan montaa vaan muutamakin henkilö riittää. (Vehkalahti 2008, 48). Esitestasimme opinnäytetyömme kyselylomakkeen aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa työskentelevillä tiiminvetäjillä. Heitä oli yhteensä 17, joista 10 vastasi kyselyyn. Muutimme kyselylomaketta esitestauksen jälkeen niin, että otimme mukaan tiiminvetäjän ehdottaman avoimen kysymyksen liittyen koulutuksen sisältöihin.

Koska kysely toteutettiin Webropol-ohjelman avulla ja linkki kyselyyn lähetettiin julkisena linkkinä, emme pystyneet numeroimaan yksittäisiä lomakkeita. Kysely toteutettiin anonyymisti, joten emme päässeet katsomaan yksittäisen henkilön vastauksia, emmekä sitä, ketkä olivat vastanneet kyselyyn ja ketkä eivät. Webropol analysoi osittain valmiiksi saadut vastaukset ja loi niistä jakaumat. Myös tämä nopeutti analysointia, kun yksittäisiä tietoja ei tarvinnut kirjoittaa Excel-ohjelmalla.

Kyselylomakkeen mukana tulee olla saatekirje. Se on sivun mittainen teksti, joka sisältää tietoa tutkimuksesta. Tämän avulla tutkimukseen osallistuja voi päättää, osallistuuko hän tutkimukseen vai ei. Saatekirjeen tulisi sisältää tutkittavan puhuttelun, vastaamiseen kuluvan ajan, tutkimuksen tavoitteen, tarkoituksen ja ongelman, tutkimukseen kuuluvat osapuolet ja tutkimuksen rahoittajat sekä tutkimuksen välittömät käyttäjät ja hyödyntäjät. Lisäksi tulee mainita tutkimuksen valmistumisajankohta, valmistuneen tutkimuksen säilyttämispaikka, kerätyn tutkimusaineiston säilytystapa, -paikka ja -aika tai tieto tutkimusaineiston hävittämisestä tai lain mukaisesta säilyttämisestä. Lisäksi saatekirjeessä tulee olla motivointi tutkimukseen vastaamiseen, palautusohje kyselylomakkeelle tai postikyselylle, yhteystiedot tutkimuksesta vastaavasta tahosta ja tiedottavasta henkilöstä sekä tieto siitä, että vastaajan henkilötiedot ovat turvatut. Saatekirjeen tulee myös sisältää kiitokset vastaajalle ja tieto osoitelähteestä, jos lomake lähetetään vastaanottajan nimellä postitse tai sähköpostilla. (Vilka 2007, 80, 87.) Aineistonhallintasuunnitelma (Liite 1) ja saatekirje (Liite 4) ovat liitteinä opinnäytetyömme lopussa.

6.3 Kyselylomakkeen laadinta

Kyselylomakkeen ja sen suunnittelun kannalta on tärkeää, että tutkija muistaa tutkimusaiheen, tutkimusongelman ja tutkimuskysymykset, teorian, tutkimuksen kohderyhmän eli perusjoukon, tutkittavana olevan kohteen, sekä tavan ja paikan aineiston keräämiselle (Vilka 2007, 70). Kyselylomakkeen kysymysten laadinnassa on tärkeää, että yhtä asiaa kysytään kerrallaan, kysymykset eivät ole liian pitkiä tai monimutkaisia ja etteivät kysymykset ole johdattelevia. Kysymysten tulisi olla myös ymmärrettäviä, selkeitä ja yksiselitteisiä sekä kieliasultaan moitteettomia. Kysymysten ei tulisi myöskään sisältää sivistyssanoja, slangia eikä erikoissanastoa. (Heikkilä 2014, 54 - 55.) Myös kysymysten muotoilemisessa ja tekemisessä on hyvä olla huolellinen, koska kysymykset luovat perustan tutkimuksen onnistumiselle. Virheitä tutkimustuloksiin yleensä aiheuttaakin eniten kysymysmuoto, sillä jos vastaaja ei ajattele kysymystä kuten tutkija on sen tarkoittanut, tulokset vääristyvät. Aineiston keräämiseen on hyvä lähteäkin vasta silloin, kun tutkimusongelmat ovat tarkentuneet, sillä silloin tiedetään, mitä tietoa aineistonkeruulla pyritään saamaan. (Valli 2015, 85.) Kyselylomake on mittausväline ja sen laatiminen on kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa kriittisin vaihe. Sen tulisi olla sisällöltään tutkittavaa ilmiötä kattavasti mittaava ja riittävän täsmällinen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114.)

Kyselylomakkeen kysymykset 1 ja 2 koskivat tutkittavan ammattinimikettä ja työkokemuksen pituutta. Nämä kysymykset olivat taustakysymyksiä, jotka antavat tarkempaa tietoa vastaajajoukosta. Jotta kaikki vastaajat käsittäisivät kysyttävän asian samalla tavalla ja selkeästi, määrittelimme tähän kohtaan käsitteen perhekeskeisyys. Kysymykset 3, 4 ja 5 olivat asteikkokysymyksiä, joissa käytimme Likertin asteikkoa.

Asenneasteikkoja on kahta eri tyyppiä. Likertin asteikko, jossa on järjestelytasoinen asteikko. Ääripäinä siinä ovat useimmiten 1 (täysin eri mieltä) ja 5 (täysin samaa mieltä). Tällöin kysymykseen vastaaja valitsee parhaiten hänen omaa käsitystään vastaavan vaihtoehdon. Likertin asteikkoa on käytetty mielipideväittämässä. Toinen asenneasteikon tyyppi on Osgoodin asteikko, jota käytetään esimerkiksi tuote- ja yrityskuvatutkimuksissa. Siinä vaihtoehdot ovat asteikolla 5 - 7. Asteikossa ääripäinä toimivat vastakkaiset adjektiivit. (Heikkilä 2008, 53 - 54.)

Käytimme opinnäytetyössämme kysymysten asenneasteikkona Likertin asteikkoa, koska halusimme mitata hoitotyöntekijöiden omia kokemuksia ja mielipiteitä perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön toteutumisesta ja sen kehittämisen tarpeesta. Lisäksi asteikko on laajempi, jolloin vastaajan on helpompi valita eniten hänen käsitystään vastaava vaihtoehto. Osgoodin asteikko ei

myöskään sovi mielestämme tähän mitta-asteikoksi, koska Osgoodin asteikossa ääripäinä ovat vastakkaiset adjektiivit, jolloin se ei mittaa kovin hyvin omia mielipiteitä kysyttävistä aiheista.

Väittämä 3 oli ”Mielestäni perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö toteutuu yksikössämme hyvin”. Tämän kysymyksen avulla saimme yleiskuvan siitä, miten perhekeskeisyys toteutuu aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon Kainuun vastuualueen työyksiköissä. Väittämä 4 selvitti, kuinka hoitotyöntekijät kokevat itse toteuttavansa perhekeskeistä mielenterveys-hoitotyötä. Tässä tarkastelu siirtyy siis työyksiköstä omaan toimintaan. Väittämä 5 on ”Perhe otetaan mielestäni hyvin mukaan potilaan hoitoon heti hoitoprosessin alussa. Valitsimme tämän kysymyksen, koska Turussa aloitetun skitsofreniaprojektin tulosten mukaan uudet sairaalajaksot vähentyivät yli puoleen ottamalla perhe mukaan potilaan hoitoon. Rautava-Nurmen ym. (2014) mukaan perheen hyvinvointia voidaan lisätä siten, että se otetaan mukaan potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, jos potilas itse niin haluaa. Lisäksi toimeksiantajan organisaation keskeisenä periaatteena on tarpeenmukaisen hoidon malli, jossa perhe on aktiivisesti mukana potilaan koko hoito-/kuntoutusprosessin ajan. Testasimme tämän kysymyksen avulla siis myös tarpeenmukaisen hoidon mallin toteutumista vastuualueella.

Kysymys 6 oli ”Mitkä asiat ovat mahdollisesti esteenä perhekeskeisyyden toteutumiselle?” Tämä oli monivalintakysymys, jossa voi valita yhden tai useamman vaihtoehdon. Valitsimme vastausvaihtoehdot aiempien tutkimusten perusteella, joiden mukaan nämä asiat voivat olla esteinä perhekeskeisyyden toteutumiselle. Esimerkiksi Niiranen ja Salja (2010, 24) ovat todenneet opinnäytetöissään, että ajan puute sekä kiire olivat estäneet perhekeskeisen hoitotyön toteutumista. Leh-torannan (2018, 39 - 41) kertoman perusteella muita estäviä tekijöitä olivat mielenterveys- tai päihdehäiriöistä johtuva stigma/häpeä ja työntekijöiden ei-arvostava asenne.

7. kysymyksen avulla selvitimme, kuinka perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön toteutumista tulisi kehittää. Tämäkin oli monivalintakysymys, josta sai valita yhden tai useamman vaihtoehdon. Vastausvaihtoehdot perustuivat aiempiin tutkimuksiin, joissa on saatu selville, että näiden asioiden avulla voidaan kehittää perhekeskeisyyden toteutumista. Esimerkiksi Eassomin ym. (2014) mukaan perhekeskeisyyttä edistäviä tekijöitä olivat kattava tuki, henkilökunnan kouluttaminen perhekeskeiseen työhön ja heidän jatkuva valvontansa. Peltari (2015, 32) on tutkimuksessaan todennut, että opintopiiri on sopiva menetelmä perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön kehittämiseksi.

Kysymyksen 8 avulla selvitettiin, minkä kestoisen koulutus perhekeskeisyydestä olisi vastaajan mielestä sopivin. Kysymys otettiin mukaan tutkimukseen toimeksiantajan toiveesta, jotta hän

voisi suunnitella koulutuksen keston työntekijöiden toiveet huomioiden. Vastausvaihtoehto 1 - 3 päivää tarkoittaa infoluonteista koulutusta, alle kahden vuoden koulutus psykoterapeuttiset valmiudet -koulutusta ja alle neljän vuoden koulutus psykoterapeuttikoulutusta. Vaihtoehdot tulivat toimeksiantajalta. Viimeinen kysymys oli avoin kysymys, jolla selvitimme, mitä asioita koulutuksessa tulisi ottaa vastaajan mielestä esille. Näiden vastausten avulla toimeksiantaja voi suunnitella koulutuksen sisällön hoitotyöntekijöiden tarpeiden mukaan. Toimeksiantajan tarpeiden ja teorian tiedon huomioimisen lisäksi kyselylomake laadittiin niin, että kysymykset vastaavat tavoitteen ja tarkoitukseen sekä tutkimuskysymyksiin.

6.4 Aineiston analysointi

Opinnäytetyömme kyselytutkimuksen tulokset esitetään yksiulotteisen jakauman tunnusluvuilla. Tutkimus analysoidaan siis perustason analyysilla. Tämä tarkoittaa opinnäytetyössämme sitä, että kyselytutkimuksen tulokset näkyvät yksiulotteisena jakaumana yhdellä sarakkeella. Yksiulotteinen frekvenssijakauma on yksinkertainen, yhden muuttujan ominaisuuksia kuvaava havainnollistamis- ja tiivistämiskeino. Se kertoo, kuinka monta kutakin muuttujan ominaisuutta tai arvoa esiintyy aineistossa. Silloin koko aineiston tieto saadaan tiivistetyssä muodossa. Muuttujasta saatuja mittaustuloksia voidaan havainnollistaa suoralla jakaumalla, erilaisin graafisin esityksin eli diagrammein sekä tunnusluvuilla. Tärkeimpiä tunnuslukuja ovat keskiluvut moodi, mediaani, fraktiilit, aritmaattinen keskiarvo, hajontaluvut, keskihajonta, keskipoikkeama, vaihteluväli ja huipukkuus sekä vinousluvut. (Kananen 2011, 74, 76.)

Tässä opinnäytetyössä käytimme aritmaattista keskiarvoa, mediaania, moodia ja frekvenssiä. Aritmaattinen keskiarvo saadaan laskemalla havaintojen mittaustulokset yhteen, jonka jälkeen tulos jaetaan havaintojen lukumäärällä. Mediaani kuvaa jakauman keskimmäistä havaintoa eli mediaani on keskiluku. Moodi eli tyyppiarvo on se muuttujan arvo, joka sisältää eniten havaintoja tai jossa havainto esiintyy useimmiten. Se kertoo myös sen arvon tai luokan, jossa frekvenssi eli esiintymistiheys on suurin. Frekvenssi kuvaa havaintojen lukumäärää jossain ryhmässä, luokassa tai koko aineistossa. (Vilkkä 2007, 121 - 124, 125, 128.)

Strukturoiduissa eli vaihtoehtokysymyksissä on valmiiksi annetut vaihtoehdot, joista vastaaja valitsee hänelle parhaiten sopivan vaihtoehdon. Kysymyksiä on asteikko- ja vaihtoehtokysymyksiä. Vaihtoehtokysymyksiin voivat kuulua esimerkiksi valinta-, monivalinta- ja skaalakysymykset.

Avoim kysymys voi tuottaa tietoa, jota strukturoitu kysymys ei voi. Avoim kysymys ei sulje strukturoituun kysymykseen verrattuna mitään vaihtoehtoa pois. Toisaalta avoimet kysymykset lisäävät tutkijan työmäärää. (Kananen 2015, 234 - 235.)

Otimme kyselylomakkeelle strukturoituja kysymyksiä ja niiden lisäksi yhden avoimen kysymyksen. Avoimen kysymyksen otimme tutkimukseen mukaan tiiminvetäjän ehdotuksesta kyselylomakkeen esitestausvaiheessa. Strukturoitujen kysymysten vastaukset olemme ottaneet Webropol-ohjelman luomasta raportista piirakkakuviolla havainnollistaen. Piirakkakuvio eli sektoridiagrammi havainnollistaa sitä, mikä suhteellinen osuus on kullakin muuttujalla suhteutettuna koko aineistoon. Kuvioissa värien käyttö lisää luettavuutta ja informatiivisuutta. (Vilka 2007, 142, 145.) Avoimen kysymyksen vastauksista nousi esille neljä eri pääteemaa, joihin jaottelimme saadut vastaukset suorina lainauksina. Taulukko avoimen kysymyksen vastausten jaottelusta on opinnäytetyön liitteenä. (Liite 5)

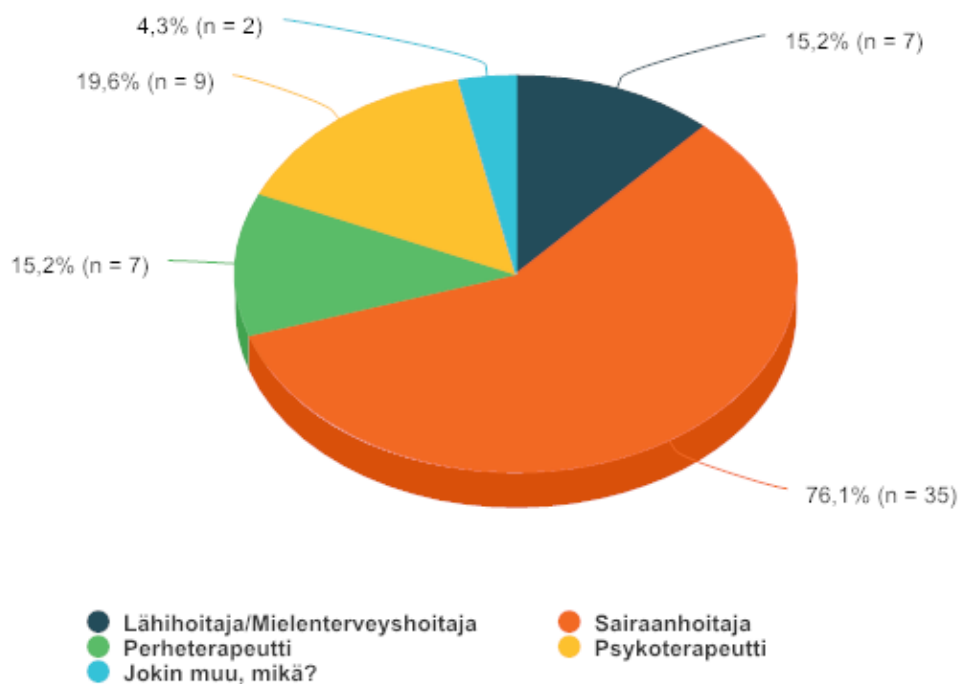
7 Tutkimustulokset

Tässä luvussa käsittelemme ja analysoimme opinnäytetyömme kyselytutkimuksen tuloksia. Ensimmäisenä ovat kyselytutkimuksessa saadut tulokset, joita havainnollistamme kaavioiden avulla. Tämän jälkeen vertaamme tuloksia teorian tietoon. Kysely lähetettiin yhteensä 136:lle hoitotyöntekijälle, joista 46 vastasi. Kyselyn vastausprosentti oli siis 34.

7.1 Koulutus

Ensimmäinen kysymys koski hoitotyöntekijöiden koulutusta. Toimeksiantajamme halusi tämän taustakysymyksen avulla selvittää heidän ammattinimikkeensä. Suurin ryhmä kyselyyn vastanneista oli sairaanhoitajia, joita oli yhteensä 76 %. Seuraavaksi suurin ryhmä koostui psykoterapeuteista (20 %), perheterapeuteista (15 %) ja lähihoitajista/mielenterveyshoitajista (15 %). Jokin muu, mikä- kenttään vastanneet 4 % olivat päihdetyöntekijöitä.

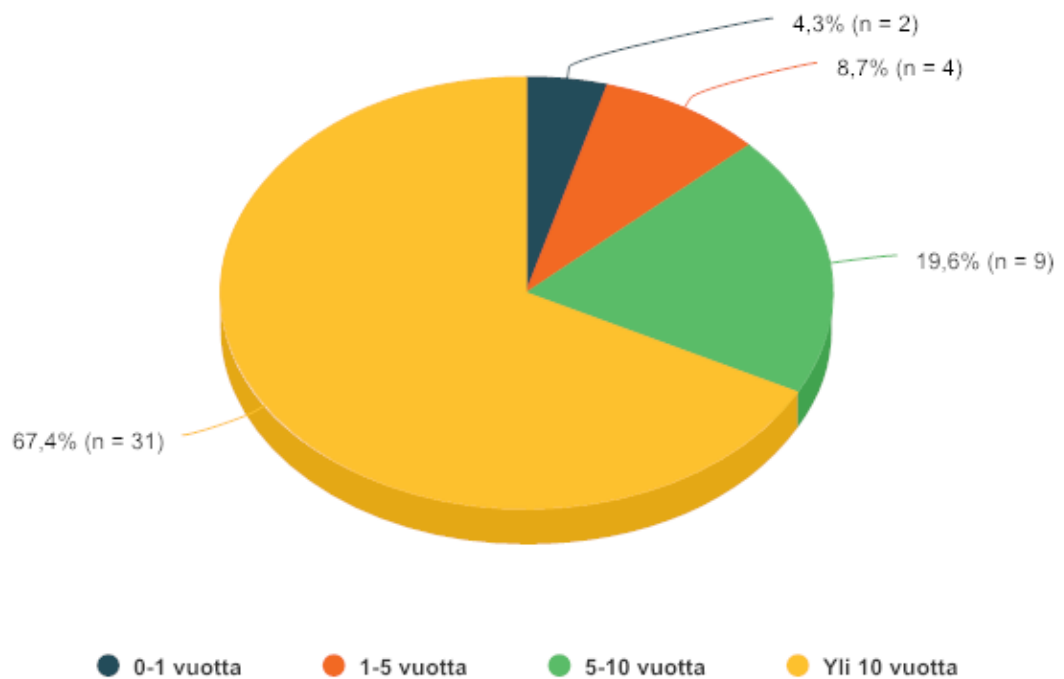
Suurin osa vastaajista oli koulutukseltaan sairaanhoitajia. Heidän vähimmäisosaamiseensa kuuluu potilaislähtöisen hoitotyön osaaminen, johon sisältyy potilas- ja perhelähtöinen hoitotyö. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 22 - 23.)



Vastaukset jokin muu-mikä vaihtoehtoon	Teksti
Jokin muu, mikä?	päihdetyöntekijä

7.2 Kuinka monta vuotta sinulla on alan työkokemusta?

Toinen kysymys koski sitä, kuinka monta vuotta hoitotyöntekijöillä on alan työkokemusta. Kyselyyn vastanneista liki 70 prosentilla oli työkokemusta yli 10 vuotta ja noin 20 prosentilla 5 - 10 vuotta. 9 prosentilla vastaajista oli työkokemusta 1 - 5 vuotta ja 4 prosentilla 0 - 1 vuotta. Niiranen ja Salja (2010, 23) olivat kertoneet vahvan työkokemuksen antaneen paremmat lähtökohdat perhekeskeisen hoitotyön toteutumiselle. Myös Lehtoranta (2018, 40) oli tutkimuksissaan maininnut pitkän kokemuksen mielenterveyshoitotyöstä tai perhekoulutuksista edistävän perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä.



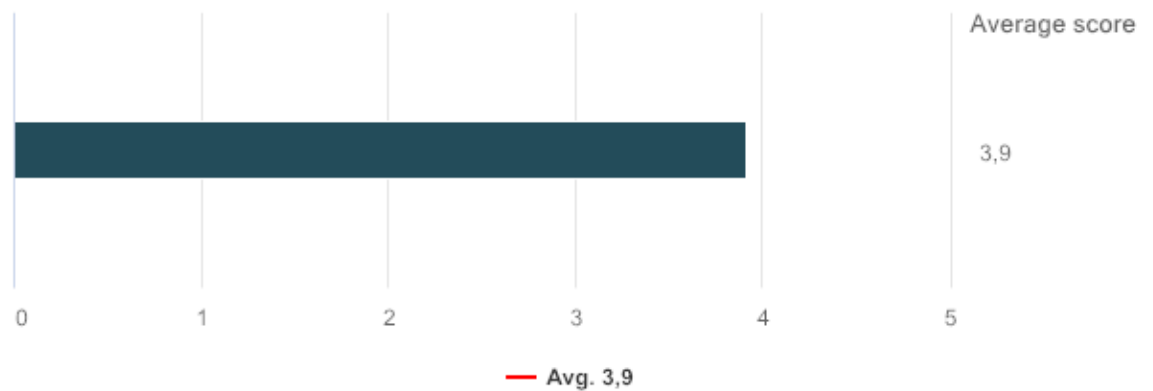
7.3 Mielpidekysymykset

Kolmas, neljäs ja viides kysymys koskivat perhekeskeisyyden toteutumista työyksikössä ja omissa toiminnassa sekä sitä, otetaanko perhe hyvin mukaan potilaan hoitoon heti hoitoprosessin alussa.

Näihin osallistuja vastasi oman mielipiteensä mukaan asteikolla 1 (täysin eri mieltä) - 5 (Täysin samaa mieltä).

Ensimmäinen mielipidekysymys oli: Mielestäni perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö toteutuu yksikössämme hyvin 1= Täysin eri mieltä 2= Jokseenkin eri mieltä 3= En osaa sanoa/ siltä väliltä 4= Jokseenkin samaa mieltä 5= Täysin samaa mieltä.

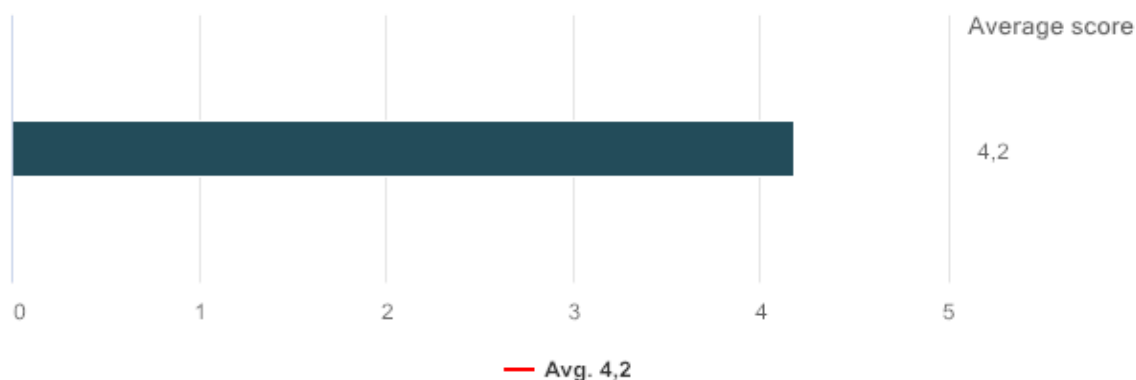
Vastaajista 63 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö toteutuu yksikössä hyvin ja 15 % oli täysin samaa mieltä siitä, että perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö toteutuu yksikössä hyvin. Vastaajista 20 % ei osannut sanoa, toteutuuko perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö yksikössä hyvin. Jokseenkin eri mieltä oli vastannut 2 % vastaajista. Kukaan kyselyyn vastaajista ei ollut täysin eri mieltä asiasta.



	1	2	3	4	5	Mediaani
	0%	2,17%	19,57%	63,04%	15,22%	4

Toinen mielipidekysymys oli: Toteutan mielestäni perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä toiminnassani.

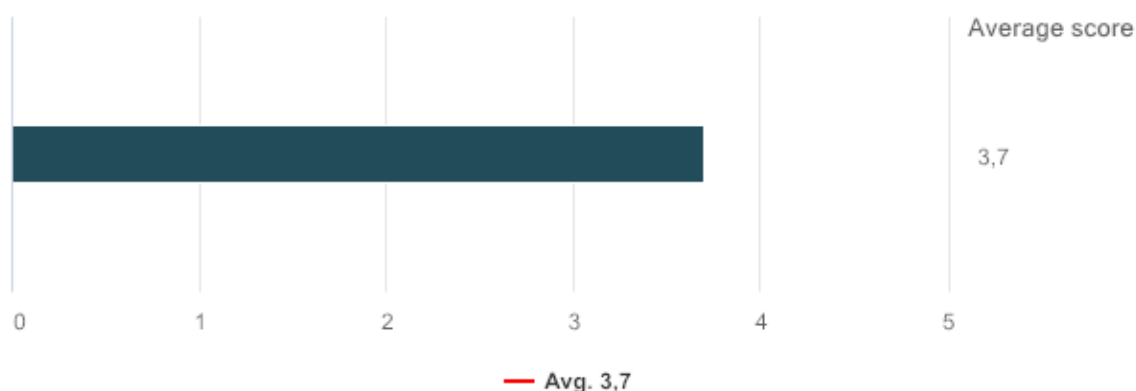
Yli puolet vastanneista (51 %) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he toteuttavat perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä toiminnassaan. Kukaan vastanneista ei ollut eri mieltä ja vain 4 % oli jokseenkin eri mieltä. Täysin samaa mieltä oli vastanneista 36 %. En osaa sanoa -vaihtoehdon oli valinnut 9 % vastaajista.



1	2	3	4	5	Mediaani
0%	4,44%	8,89%	51,11%	35,56%	4

Kolmas mielipidekysymys oli: Perhe otetaan mielestäni hyvin mukaan potilaan hoitoon heti hoitoprosessin alussa.

Vastaajista 44 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että perhe otetaan hyvin mukaan potilaan hoitoon heti hoitoprosessin alussa. Kukaan vastanneista ei ollut eri mieltä aiheesta, mutta jokseenkin eri mieltä oli 13 % vastanneista. Täysin samaa mieltä oli 20 % vastanneista ja en osaa sanoa- vaihtoehdon oli valinnut 24 %. Lehtorannan (2018, 40 - 41) mukaan perheenjäsenten ja läheisten varhainen osallistuminen hoitoprosessin alussa edistää perhekeskeistä hoitotyötä. Heikkisen (2014) mukaan laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely oli kuitenkin toteutunut huonosti Kainuussa vuosina 2004 - 2005.



1	2	3	4	5	Mediaani

0%	13,04%	23,91%	43,48%	19,57%	4
----	--------	--------	--------	--------	---

7.4 Perhekesisyyteen vaikuttavat estävät tekijät

Asiakkaan toiveet (83 %) oli koettu estävän eniten perhekesisyyden toteutumista. Niirasen ja Saljan (2010, 29) mukaan joskus potilaat eivät halua läheisiään kutsuttavan mukaan heidän hoitoaan koskeviin asioihin. Myös Turpeisen (2018) mukaan tarpeenmukaisen hoidon mallissa keskeistä on potilaan itsemääräämisoikeus, joka on merkittävä tekijä toipumisen edistämässä. Rautava-Nurmi ym. (2014) mukaan perheen hyvinvointia lisätään siten, että potilas ja perhe otetaan mukaan potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, jos potilas itse niin haluaa.

Tämän opinnäytetyön kyselyn tuloksissa ajan puute oli nähty estävänä tekijänä (17 %). Niiranen ja Salja (2010, 24), Lehtoranta (2018, 37) sekä Kivimäki (2008, 54) ovat saaneet samanlaisia tuloksia.

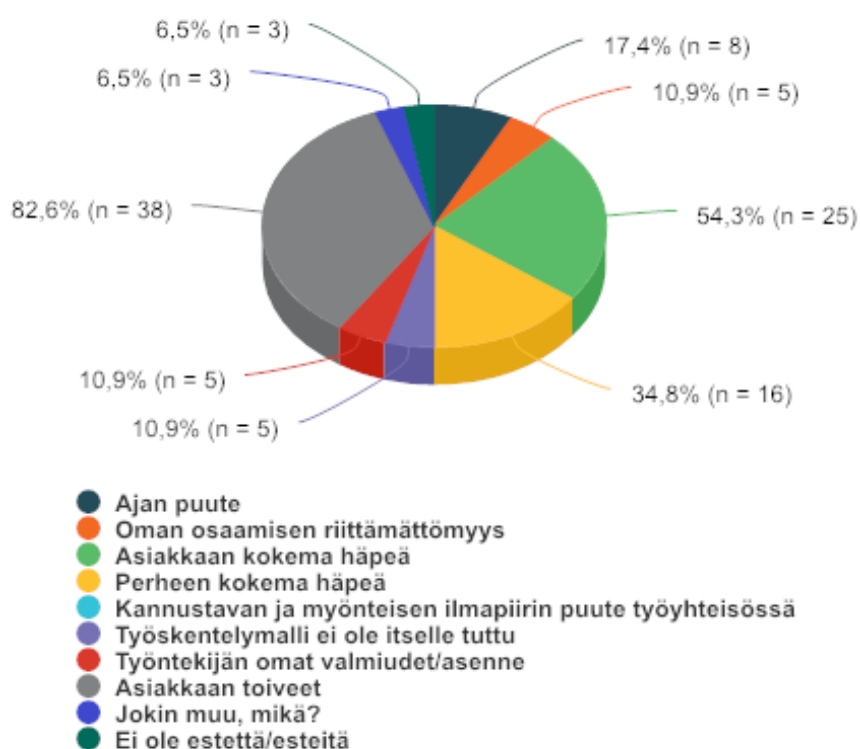
Asiakkaan kokema häpeä (54 %) ja perheen kokema häpeä (35 %) nähtiin esteenä perhekesisyyden toteutumiseen tämän opinnäytetyön kyselyn vastauksissa. Lehtorannan (2018, 40 - 41) mukaan mielenterveyshäiriöstä tai päihdehäiriöstä johtuva stigma oli esteenä perhekesisyyden toteutumiseen. Myös Ward ym. (2017, 1) olivat nähneet stigman olevan esteenä perhekesisyyden toteutumiselle.

Kyselyyn vastaajista 11 % oli nähnyt oman osaamisen riittämättömyyden esteenä perhekesisyyden toteutumiselle. Kivimäen (2008, 52) mukaan lisäkoulutus oli nähty kannustavana asiana ja sen oli ajateltu tuovan varmuutta hoitotyöhön sekä perheiden kohtaamiseen. Se oli nähty myös osana ammattitaidon syventämistä.

Opinnäytetyössämme 11 % vastaajista oli nähnyt esteenä perhekesisyyden toteutumiselle sen, että työskentelymalli ei ole itselle tuttu. Kivimäen (2008, 54) mukaan estävinä tekijöinä perhekesisyyden toteutumiselle oli nähty myös yhteisen hoitomallin ja ymmärryksen puuttuminen.

Opinnäytetyön kyselyyn vastaajista 11 % oli nähnyt esteenä työntekijän valmiudet/asenteen perhekesisyyden mielenterveyshoitotyön toteutumiselle. Lehtorannan (2018, 38 - 39) mukaan työntekijöiden ei-arvostava asenne oli esteenä perhekesisyyden hoitotyön toteutumiselle.

Jokin muu, mikä -kenttään sekä Ei ole estettä -kenttään oli vastannut 7 %. Jokin muu, mikä -kenttään oli vastattu ”ei ole perhettä, ”ei tule vain huomioitua riittävästi” ja ”perhekeskeisyyteen vaikuttaa se, ettei aina ole mahdollista toimia työparina vaativimmissa tilanteissa.” Vuorilehto ym. (2014) ovat kuitenkin todenneet, ettei aina tarvita kahden työntekijän aikaa yhden potilaan hoitoprosessiin vaan yksikin työntekijä kykenee tekemään paljon läheisten huomioimisen eteen. Haaparannan ja Järvenpään (2010, 21) tuloksissa taas työparin tuki oli nähty merkittävänä tukena perhekeskeisen hoitotyön toteutumiseksi.



Vastaukset jokin muu-mikä -vaihtoehtoon	Teksti
Jokin muu, mikä?	Perhekeskeisyyteen vaikuttaa se, ettei aina ole mahdollista toimia työparina vaativimmissa tilanteissa.
Jokin muu, mikä?	Ei tule vain huomioitua riittävästi.
Jokin muu, mikä?	ei ole perhettä

7.5 Perhekesisyyden toteutumisen kehittäminen

Seitsemännessä kysymyksessä kysyttiin, miten perhekeskeistä mielenterveyshoitotyön toteutumista tulisi kehittää. Vastausvaihtoehdoista oli valittu koulutukset, opintopiiri, työkierto, kehittämällä asiakkaan ja työntekijän välistä suhdetta ja ilmapiiriä, ottamalla perhe mukaan potilaan hoitoon, työyhteisön myönteisellä ja kannustavalla ilmapiirillä sekä antamalla asiakkaalle tietoa perhekesisyyden tärkeydestä.

Hoitotyöntekijöistä 80 % oli vastannut, että ottamalla perhe mukaan potilaan hoitoon, perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön toteutumista voitaisiin kehittää. Lehtorannan (2018, 40 - 41) mukaan perheenjäsenten ja/tai läheisten varhainen osallistuminen hoitoprosessin alussa edistää perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä ja sen toteutumista. Jotenkin muuten, miten- kohdassa oli vastattu, että ottamalla yksikössä tavaksi huomioida perhe heti alussa, jos perhe on lähellä.

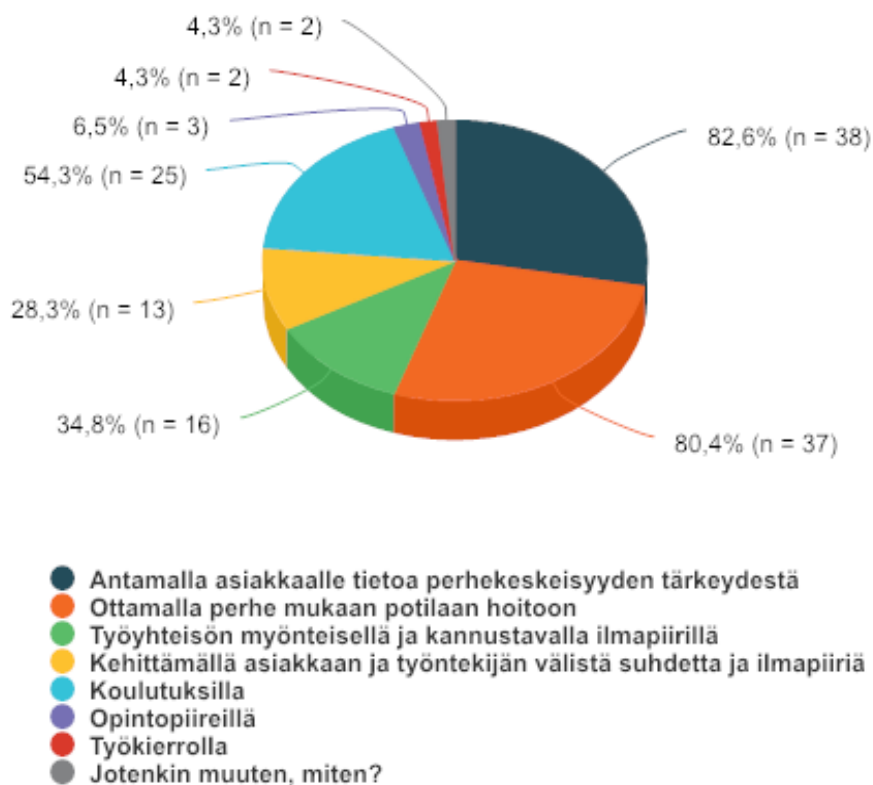
Kyselyyn vastaajista 28 % oli nähnyt, että kehittämällä asiakkaan ja työntekijän välistä suhdetta ja ilmapiiriä perhekesisyyden toteutumista voitaisiin kehittää. Hämäläinen ym. (2017) toteavat, että potilaan ja hänen perheensä tilanteen tunteminen on tärkeää yhteistyösuhteen syntymisen kannalta.

Kyselyyn vastaajista 7 % oli valinnut opintopiirin perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön toteutumisen kehittämiseksi. Myös Pelttarin (2015, 32) mukaan opintopiiri on sopiva menetelmä perhekesisyyden kehittämiseksi mielenterveyshoitotyössä.

Yli puolet kyselyyn vastaajista (54 %) oli valinnut koulutukset perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön kehittämiseksi. Niirasen ja Saljan (2010, 23 - 24), Lehtorannan (2018, 38, 40), Kivimäen (2008, 52) sekä Haaparannan ja Järvenpään (2010, 22) mukaan koulutusten on nähty edistävän perhekeskeisen hoitotyön toteutumista. Myös Eassomin ym. (2014, 8) mukaan henkilökunnan kouluttaminen perhekeskeiseen hoitotyöhön on nähty edistävän perhekesisyyden toteutumista.

Opinnäytetyömme kyselyyn vastaajista 4 % oli valinnut työkierron perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön toteutumisen kehittämisen keinoksi. Myös Kuulusa (2013, 33) ja Neuvonen (2015, 27) ovat päätyneen samoihin tuloksiin.

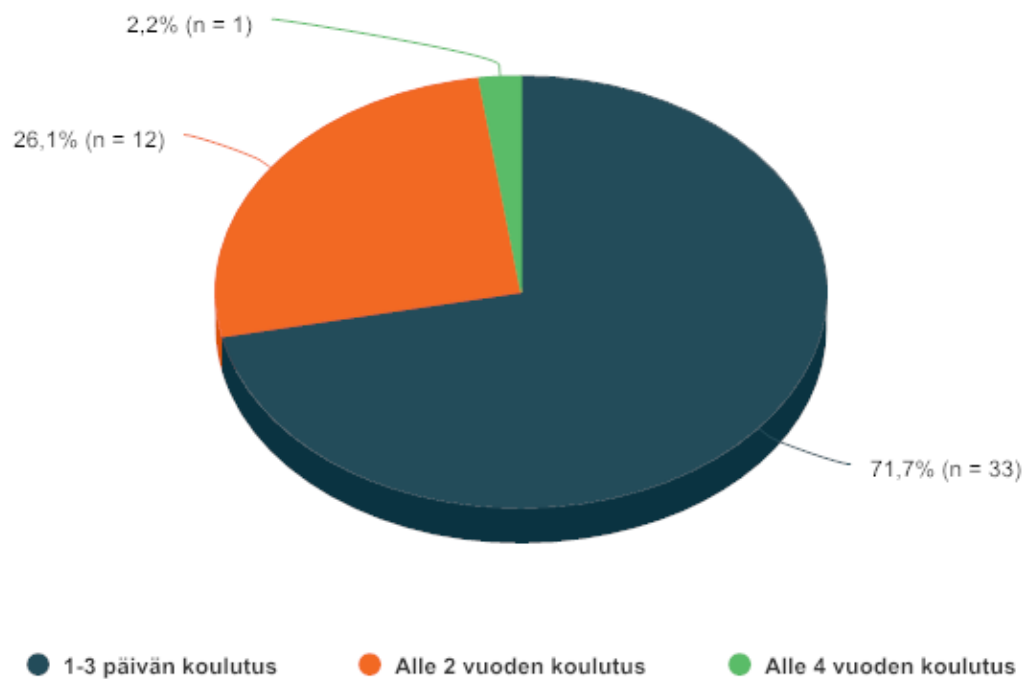
Kyselyyn vastaajista 35 % näkee työyhteisön myönteisen ja kannustavan ilmapiirin kehittämisen tarpeen. Haaparannan ja Järvenpään (2010, 23) mukaan hoitajien motivointi sekä johdon arvostus ja tuki oli nähty tärkeänä asiana perhekesisyydessä ja sen toteutumisessa



Vastaukset jokin muu-mikä vaihtoehtoon	Teksti
Jotenkin muuten, miten?	Otaa yksikössä tavaksi huomioida perhe heti alussa, jos perhe on lähellä.
Jotenkin muuten, miten?	Vahvistaa sitä vielä enemmän yleiseksi käytännöksi

7.6 Koulutuksen kesto

Kysymyksessä kahdeksan toimeksiantajamme halusi tietää hoitotyöntekijöiden toiveet mahdollisen täydenniskoulutuksen pituudesta. 1 - 3 päivän koulutus tarkoittaa infoluontoista tilaisuutta, alle kahden vuoden koulutus on psykoterapeuttiset valmiudet –koulutus ja alle neljän vuoden koulutus psykoterapeuttikoulutus. Kyselyyn vastaajista 72 % koki 1 - 3 päivää kestävä koulutuksen sopivaksi, 26 % alle 2 vuoden koulutuksen ja 2 % alle 4 vuoden koulutuksen.



7.7 Avoin kysymys - Mitä koulutuksessa pitäisi käsitellä?

Avoin kysymys koski koulutuksen sisältöä ja vastaukset olivat todella monimuotoisia. Niistä nousi esille neljä pääteemaa, jotka olivat perheen merkitys hoidossa, tutkitun tiedon merkitys ja sen jakaminen, perhedynamiikan merkitys ja erilaiset työmenetelmät ja näkökulmat. Olemme jaotelleet saadut vastaukset näihin yläluokkiin suorina lainauksina. Olemme muokanneet mahdolliset kirjoitusvirheet, mutta muuten lauseet ovat alkuperäisessä muodossa. Kirjoitusvirheet on muokattu, jotta teksti on helpommin ymmärrettävää. Emme tehneet avoimen kyselyn vastauksista varsinaista sisällönanalyysia, koska tämä oli hoitotyöntekijöiden mielipidettä kartoittava kysymys. Vastausten teemoittelu on liitteenä opinnäytetyön lopussa. (Liite 5)

8 Johtopäätökset

Johtopäätöksissä ei esitetä tuloksia ja numerotietoa. Tässä keskitytään suhteuttamaan uusi tieto aiempiin tutkimuksiin, teorioihin ja malleihin, ammatti- ja tieteenalan perinteeseen, sekä esittämään tutkimuskysymyksiä jatkotutkimukselle. (Vilka 2007, 163.) Jatkotutkimusaiheet käsittelemme erikseen seuraavassa luvussa selkeyden vuoksi.

Tutkimuskysymyksiin voidaan vetää johtopäätös tulosten pohjalta siitä, että vastaajista suurin osa koki perhekesisyyden toteutuvan työyksikössään hyvin. Suurin osa oli myös sitä mieltä, että he toteuttavat toiminnassaan perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä. Suurimmalla osalla oli yli 10 vuoden kokemus mielenterveyshoitotyöstä, joten voidaan päätellä, että tällä on positiivinen merkitys perhekesisyyden toteutumiseen. Vastaajista moni oli sitä mieltä, että perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä voitaisiin kehittää koulutuksilla, ottamalla perhe mukaan asiakkaan hoitoon ja antamalla tietoa asiakkaalle perhekesisyyden tärkeydestä.

9 Jatkotutkimusaiheet

Toimeksiantajamme olisi halunnut selvittää avoimella kysymyksellä, kuinka hoitotyöntekijät itse määrittelevät perhekeskeisyyden. Tämä aihe ei kuitenkaan liittynyt suoraan meidän tutkimuskysymyksiimme, joten se jätettiin pois kyselylomakkeesta. Sen sijaan tästä voisi tehdä uuden opinäytetyön kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Toisena jatkotutkimuskysymyksenä voisi olla, onko avopalvelujen ja suljetun puolen palvelujen välillä eroa perhekeskeisyyden toteutumisessa. Olisi myös mielenkiintoista tietää vaikuttaako hoitotyöntekijöiden perheellisyys tai perheettömyys perhekeskeisen hoitotyön toteutumiseen ja millainen vaikutus sillä on. Lisäksi voitaisiin tutkia, vaikuttaako hoitotyöntekijän työkokemuksen pituus perhekeskeisyyden toteutumiseen ja millainen vaikutus sillä on. Olisi myös kiinnostavaa tietää, onko kyselylomakkeen vastauksissa eroa eri ammattinimikkeiden edustajien välillä.

10 Pohdinta

10.1 Luotettavuus

Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti yhdessä muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Tehdyn tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä silloin, kun mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä ja otos edustaa perusjoukkoa. (Vilka 2007, 152.) Mittaukseen sekä sen luotettavuuteen ja laatuun vaikuttavia tekijöitä ovat sisällölliset, kulttuuriset, tilastolliset, kielelliset ja tekniset seikat. Mittauksesta ja sen luotettavuudesta puhuttaessa käytetään käsitteitä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti eli luotettavuus kertoo siitä, mitattiinko sitä mitä piti. (Vehkalahti 2008, 40.) Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, onko teoreettiset käsitteet pystytty operationalisoimaan muuttujiksi eli mitattaviksi ominaisuuksiksi tarpeeksi luotettavasti. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksessa sitä, kuinka hyvin saadut tulokset pystytään yleistämään tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.) Reliabiliteetti eli tulosten pysyvyys kertoo sen, kuinka tarkasti mitataan (Vehkalahti 2008, 40 - 41). Mittaamiseen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä tuottaa tuloksia ei-sattumanvaraisesti eli pysyvästi. (Vilka 2007, 149).

Validiteetti ilmeni työssämme siten, että mittasimme juuri niitä asioita, joita pitikin ja kysymyksissä tutkittiin yhtä asiaa kerrallaan. Mittasimme esimerkiksi tarkoitukseemme ja tutkimuskysymyksiimme pohjautuen, kuinka perhekeskeisyys toteutuu omassa ja yksikön toiminnassa. Tavoitteenamme oli, että saatujen tulosten perusteella toimeksiantaja voi suunnitella keinoja perhekeskeisyyden toteutumisen kehittämiseksi. Jotta perhekeskeisyyttä voitaisiin kehittää, tulee tietää, mitkä asiat ovat esteenä sen toteutumiselle. Tämän vuoksi kysyimme perhekeskeisyyttä estäviä tekijöitä. Selvitimme myös, miten perhekeskeisyyttä tulisi konkreettisesti kehittää. Tämäkin perustui opinnäytetyömme tavoitteeseen ja tutkimuskysymyksiin. Myös toimeksiantajan tarpeet otettiin huomioon esimerkiksi koulutuksen kestoa käsittelevässä kysymyksessä. Tavoitteen, tarkoituksen, tutkimuskysymysten ja toimeksiantajan tarpeiden lisäksi teoriatieto ohjasi kyselylomakkeemme kysymyksiä. Esimerkiksi perhekeskeisyyttä estävät tekijät sekä sitä kehittävät asiat valittiin luotettavaan teoriatietoon pohjautuen. Kyselyn mukana lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin kaikki tarpeellinen tieto tutkimuksesta. Näiden tietojen avulla vastaaja pystyi itse päättämään, osallistuuko hän tutkimukseen vai ei.

Voimme arvioida tutkimuksemme reliabiliteetin olevan melko hyvä, sillä saimme samansuuntaisia tuloksia kuin aiemmissa tutkimuksissa. Olemme kuvanneet tutkimusprosessimme, käytetyt lähteet, saatekirjeen ja kyselylomakkeen niin tarkasti, että joku toinen voi toistaa kyselyn juuri samanlaisena. Uusintamittauksella voidaan arvioida osaltaan tutkimuksemme reliabiliteettia. Tutkimuksemme mittarit olivat reliaabeleita, sillä ne mittasivat juuri sitä asiaa, mitä niiden pitikin mitata. Tutkimuksemme reliabiliteettiin vaikutti kuitenkin negatiivisesti vastausajankohta, joka vähensi vastaajaprosenttia. Lisäksi kyselyn anonymiteetti vaikutti siihen, ettemme saaneet niin tarkkaa tietoa kuin olisimme halunneet. Esimerkiksi emme pystyneet vertailemaan vastauksia työkokemuksen pituuden tai ammattinimikkeiden suhteen. Kyselyyn vastanneista kolme henkilöä ei ollut hyväksynyt henkilötietojen käsittelyä opinnäytetyön tarkoitukseen, mutta he olivat vastanneet kaikkiin muihin kysymyksiin. Emme voineet yksilöidä heidän vastauksiaan pois, koska toteutimme tutkimuksen anonymisti. Tämän vuoksi heidän henkilötietojaan ei voida tunnistaa tuloksista. Kyselyyn vastaajista yksi ei ollut vastannut väitteeseen, ”toteutan mielestäni perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä toiminnassani”. Koska kyse oli vain yhden vastauksen puuttumisesta, voidaan arvioida, että tämä ei heikentänyt tulostemme validiteettia merkittävästi. Se kuitenkin vaikutti tutkimuksemme reliabiliteettiin, koska kyse on tutkittavasta johtuvasta satunnaisesta mittausvirheestä.

Kyselytutkimuksessa aineiston voi kerätä useilla eri tavoilla. Kyselyn voi toteuttaa posti- tai kirjekyselynä, kyselynä samanaikaisesti isolle ryhmälle tutkijan joko ollessa paikalla tai ei ollessa paikalla, puhelinkyselynä, kyselynä haastattelun tapaan sekä sähköposti- ja internetkyselynä. Myös nettikyselyjä ja sosiaalista mediaa voidaan käyttää kyselyn toteuttamiseen. (Valli 2015, 88 - 93; Valli & Perkkilä 2015, 110 - 111.) Tässä opinnäytetyössä kysely toteutettiin internetkyselynä, jossa hyödynnettiin Webropol-ohjelmaa.

Tutkimuksen yhtenä luotettavuuden ilmaisimena voidaan pitää vastausprosenttia. Se kertoo sen, kuinka moni vastasi kyselyyn sekä täyttämällä ja palauttamalla lomakkeen. Jos vastausprosentti jää kovin alhaiseksi, edustavuus voi olla kyseenalainen. (Vehkalahti 2008, 44.) Tässä opinnäytetyössä luotettavuuteen vaikuttava tekijä oli toivottua alhaisempi vastaajaprosentti. Kyselyyn osallistujia oli alun perin toimeksiantajamme mukaan 154, mutta kun toimeksiantaja laski ne uudelleen, hän sai tulokseksi 136 hoitotyöntekijää. Näistä 136:sta hoitotyöntekijästä kyselyyn vastasi 46 henkilöä eli 34 %. Vastausprosenttiin on uskoaksemme ollut useita eri syitä. Yksi näistä on voinut ollut se, että kyselytutkimuksen ajankohta ja suunnitelman hyväksyminen venyivät. Syynä tähän oli, että koordinoiva ja ohjaava opettaja olivat lomautettuina. Tämän vuoksi emme pystyneet kysymään neuvoja opinnäytetyöhömme liittyen. Kysely voitiin aloittaa vasta tutkimusluvan

hyväksymisen ja kyselylomakkeen esitestauksen jälkeen 9.12.2019. Kysely oli alun perin tarkoitus aloittaa viikolla 45, mutta pääsimme aloittamaan sen vasta viikolla 50.

Kyselyn vastausaikaa jouduttiin myös pidentämään useita kertoja. Tähän syynä oli se, että kysely ajoittui joulun ja uuden vuoden tienoille, johon kyselyn kohderyhmän lomat ja vapaat ajoittuivat. Pyysimme säännöllisesti toimeksiantajaa välittämään hoitotyöntekijöille muistutuksia lähenevästä kyselylomakkeen sulkeutumisesta. Kyselyn vastausajan pidentämisellä ja muistutusten lähettämällä pyrimme nostamaan vastausprosenttia, jotta tutkimuksemme olisi mahdollisimman luotettava. Kainuun uuden keskussairaalan valmistuminen ja muuttotyöt ovat myös voineet omalta osaltaan vaikuttaa toivottua alhaisempaan vastausprosenttiin. Kyselylomake suljettiin 26.1.2020 klo 23:59.

Tekniset seikat vaikuttivat opinnäytetyömme luotettavuuteen. Osa kyselyyn osallistujista kertoi, ettei linkki toimi kunnolla. Olimme yhteydessä asiasta sekä toimeksiantajaamme että koulumme tieto- ja viestintäteknikan asiantuntijaan. Hän vastasi, että linkki toimii hänellä normaalisti ja kehotti käyttämään toista selainta. Tämän jälkeen lähetimme sähköpostia toimeksiantajallemme ja hän laittoi viestiä eteenpäin kyselyyn osallistuville hoitotyöntekijöille.

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen luotettavuudessa ja sen arvioinnissa on eri osa-alueita, joihin sen tulisi kohdistua. Ensimmäisenä on se, keitä tutkittiin? Miten heidät tavoitettiin ja miten heidät saatiin osallistumaan tutkimukseen? Tutkittavien kohdalla tulee miettiä mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Lisäksi tutkittavien kohdalla tulee miettiä, onko heitä satunnaistettu? Käytetäänkö tieteellisiä menetelmiä ja onko saadut tulokset saatu käyttämällä niitä? Onko saaduilla tuloksilla merkitystä hoitotyön käytäntöön ja onko tuloksilla kliinistä tai tilastollista merkitystä? Viimeisenä tulee miettiä, voidaanko tuloksia soveltaa hoitotyön käytäntöön sellaisenaan? Tärkeää on myös arvioida tutkittavien tai osallistujien edustavuus, oli kyseessä sitten kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen tutkimus. Näihin kuuluvia seikkoja ovat muun muassa seuraavat asiat: onko osallistujien joukko riittävän edustava tutkimuksen tarkoitusta varten ja onko otos kooltaan riittävä?

Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin verkossa olevan Webropol- kyselyohjelman kautta. Luotettavuuden arvioinnissa tutkimukseen osallistuvat hoitotyöntekijät oli tarkoitus tavoittaa sähköpostin ja siinä olevan saatekirjeen avulla. Saatekirjeen avulla oli tarkoitus myös saada hoitotyöntekijät osallistumaan tutkimukseen. Motivoimme hoitotyöntekijöitä vastaamaan kyselyyn kertomalla, että siihen kuluu vain hetki aikaa ja vastausten perusteella pyritään kehittämään perhekes-

keistä hoitotyötä. Kyselytutkimus toteutettiin nimettömänä, jolloin tutkimuksesta pystyttiin saamaan luotettavampaa tietoa, koska kenenkään ei tarvinnut miettiä sitä, että heidät voisi tunnistaa aineiston perusteella. Anonymiteetti on voinut olla yksi motivoiva tekijä kyselyyn vastaamiseen. Mukaanottokriteerinä oli, että tutkimukseen osallistuvat vain ne hoitotyöntekijät, jotka työskentelevät aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa Kainuun vastuualueella. Kyselytutkimuksen tulokset analysoitiin teoriatietoa hyödyntäen. Me tutkimuksen tekijät emme antaneet henkilökohtaisten mielipiteidemme tai asenteidemme vaikuttaa tulosten esittämiseen tai analysointiin. Saaduilla tuloksilla oli merkitystä hoitotyön käytäntöön siten, että saatujen tulosten pohjalta toimeksiantaja voi suunnitella keinoja perhekeskeisyyden toteutumisen kehittämiseksi organisaatiossa työskenteleville hoitotyöntekijöille.

Kyselylomakkeen ja luotettavuuden kannalta ensiarvoisen tärkeää on, että kyselylomake testataan ennen varsinaista aineiston keruuta. Kohderyhmänä toimivat hyvin tutkittavaan joukkoon kuuluvat henkilöt, koska tällöin voidaan saada todenmukainen käsitys siitä, onko kysymykset sekä ohjeet ymmärretty oikein. Tässä saadaan myös tietoa siitä, onko lomakkeessa turhia kysymyksiä ja onko jotain olennaista kenties jäänyt kysymättä. Esitestauksen tulee olla luotettava. Siihen osallistujia ei tarvitse olla montaa vaan muutamakin henkilö riittää. (Vehkalahti 2008, 48) Opinnäytetyössämme testasimme ennalta kyselylomaketta aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa työskentelevillä tiiminvetäjillä. Heitä oli yhteensä 17, joista 10 vastasi. Muutimme lomaketta niin, että otimme mukaan tiiminvetäjän ehdottaman avoimen kysymyksen liittyen koulutuksen sisältöihin. Olimme miettineet lomakkeen kysymys- ja sanamuodot selkeiksi, johdonmukaisiksi ja ei-johdatteleviksi. Testasimme niiden ymmärrettävyyden tiiminvetäjillä. Esitestauksemme oli luotettava, sillä se tehtiin tiiminvetäjillä, jotka ovat osa organisaatiota. Jotta kaikki vastaajat käsittäisivät tutkittavan ilmiön eli perhekeskeisyyden samalla tavalla, määrittelimme tämän käsitteen kyselylomakkeen alussa. Opinnäytetyömme tutkimuksen otos oli riittävän edustava, sillä se edusti tutkimuksen perusjoukkoa ja käytimme kokonaisotantaa.

10.2 Eettisyys

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on kirjoittanut ohjeen ”Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa”. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Siinä mainitaan muun muassa tutkimuslupien anomisesta, oikeanlaisesta viittaamisesta muiden tutkimuksiin ja niiden tuloksiin sekä heidän saavutuksensa kunnioittamisesta. Opinnäytetyössämme meidän tulee noudattaa tätä hyvää tieteellistä käytäntöä. Ennen tutkimuksen aloittamista haimme

tutkimusluvan. Viittaamme opinnäytetyössämme asianmukaisesti muiden henkilöiden tekemiin tutkimuksiin ja niiden tuloksiin. Tutkimuseettinen neuvottelukunta sanoo, että tutkijoiden tulee pidättäytyä kaikista tieteeseen ja tutkimukseen liittyvistä arviointi- ja päätöksentekotilanteista. Tämä siitä syystä, jos on syytä epäillä tutkijoiden olevan esteellisiä. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012, 7.) Pohdimme omaa esteellisyyttämme tämän opinnäytetyön tekemisen aikana ja vakuutuimme siitä, että pystymme toimimaan puolueettomasti.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on tehnyt ohjeistuksen myös ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettisistä periaatteista. Periaatteet on jaettu kolmeen osa-alueeseen. Ensimmäisenä mainitaan tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Toisena mainitaan vahingoittamisen välttäminen ja kolmantena yksityisyys ja tietosuojat. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.) Opinnäytetyössämme itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen varmistamme sillä, että kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista eivätkä kysymykset olleet millään tavalla johdattelevia. Vahingoittamisen välttäminen tarkoittaa opinnäytetyössämme sitä, että tutkimuksesta saatava hyöty on oltava suurempi kuin siitä kellekään koitua haitta. Yksityisyyteen ja tietosuojaan liittyvät kysymykset koskevat tässä tutkimuksessa esimerkiksi hoitotyöntekijöiden nimiä ja paikkakuntia sekä muita tietoja, joista heidät voisi tunnistaa. Yksityisyydensuojan turvaamiseksi kysely toteutettiin anonyymisti. Lisäksi toimeksiantaja lähetti kyselylomakkeeseen johtavan linkin hoitotyöntekijöille, jolloin emme saaneet tietoa heidän henkilöllisyydestään.

Aiheanalyysin hyväksymisen jälkeen teimme toimeksiantosopimuksen ja aloimme tehdä opinnäytetyösuunnitelmaa. Opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen haimme kyselylomakkeen toteuttamista varten tutkimusluvan. Tämän jälkeen esitetasimme lomakkeen ja toteutimme varsinaisen kyselyn. Kyselylomake laadittiin Webropol-ohjelmalla, jolloin kysely ja sen tulokset näkyivät vain kyselylomakkeen laatijoille eivätkä ulkopuoliset henkilöt päässeet tarkastelemaan vastauksia.

Opinnäytetyönprosessin lopussa aloimme miettiä, että olisimme saaneet tarkempaa tietoa, jos olisimme voineet tarkastella yksittäisten henkilöiden vastauksia. Tällöin olisimme esimerkiksi voineet vertailla, miten työkokemuksen pituus ja ammattinimikkeet vaikuttavat vastauksiin. Tämä kuitenkin olisi voinut vaarantaa vastanneiden yksityisyydensuojan, sillä vain kahdella vastaajista oli päihdetyöntekijän koulutus. Meidän olisi siis pitänyt jättää tarkemmin käsittelemättä heidän vastauksensa yksityisyydensuojan turvaamiseksi.

10.3 Tutkimuslupaprosessi

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä eli Kainuun sotessa tutkimuksen tekeminen on luvanvaraista ja meidän oli varauduttava siihen, että tutkimusluvan käsittelyssä voi kulua aikaa 2 viikkoa - 1 kuukausi. Vasta kun lupa on hyväksytty, voi opinnäytetyön/tutkimuksen aloittaa. Kainuun sotessa tutkimuslupa haetaan "Lupa tutkimukselle/opinnäytetyölle"- nimisellä lomakkeella. Liitteiksi tähän tulee lisätä hyväksytty opinnäytetyösuunnitelma/tutkimussuunnitelma. Suunnitelmassa tulee ilmetä tutkimuksen nimi, tekijät, kohderyhmä, tutkimusongelma, tavoite ja tarkoitus, aineistonkeruumenetelmä ja toteutus, aineiston keruun aikataulu, sekä aineiston analysointi. Myös eettisiä kysymyksiä tulee olla pohdittu. Aineiston keräämiseen liittyvä materiaali, esimerkiksi kyselylomake tulee olla mukana liitteenä. Liitteeksi pitää myös laittaa jaettu materiaali tutkimukseen osallistuvalla, kuten esimerkiksi tiedote tutkimuksesta tai tutkimukseen suostumuslomake. Rekisteriseloste pitää olla lomakkeen liitteenä silloin, jos tutkimuksen tekemisen yhteydessä syntyy rekisteri ja sen tiedot voidaan tunnistaa koskevan tiettyä yksittäistä henkilöä. Liitteenä tulisi olla myös tutkimuslain (1.10.2010) piiriin kuuluvat tutkimuksen puoltoa ja lupaa koskevat viranomaisten asiakirjat. (Opinnäyte- ja tutkimustyöt n.d.)

Tutkimuslupaprosessimme eteni siten, että opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen haimme tutkimuslupaa toimeksiantajalta ja teimme tutkimuslupasopimuksen. Eettisyyden vuoksi olemme tummentaneet allekirjoitukset ja yhteystiedot, jotta niitä ei voida väärinkäyttää muihin tarkoituksiin. Tutkimusluvan tekemisen ja sen hyväksymisen jälkeen esitetasimme kyselylomakkeen tiiminvetäjillä. Tämän jälkeen muokkasimme kommenttien perusteella kyselylomaketta ja teimme varsinaisen kyselytutkimuksen hoitotyöntekijöille aikuisten mielenterveyspalvelujen ja riippuvuuksien hoidon vastuualueelle. Kyselytutkimuksen sulkeuduttua analysoimme tulokset, jonka jälkeen hävitimme kyselylomakkeen. Tutkimuslupa on opinnäytetyön liitteenä. (Liite 2)

10.4 Ammatillinen kehittyminen

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen muodostuu yhdeksästä eri osa-alueesta. Näitä ovat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus. (Eriksson, Korhonen, Merasto ja Moisio 2015, 7 - 8.)

Ammatillinen osaamisemme kehittyi eniten seuraavien kompetenssien suhteen opinnäytetyöme-prosessin aikana.

Yhtenä kompetenssina on asiakaslähtöisyys ja siihen kuuluu mm. asiakkaan läheisten aktiivinen rooli hänen hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Myös vuorovaikutus ja dialogi asiakkaan hoidossa kuuluvat sairaanhoitajan vähimmäisosaamiseen. (Eriksson ym. 2015, 36.) Perhekeskeisyyden toteutuminen ja sen kehittämisen tarve on opinnäytetyömme aiheena, joten asiakaslähtöisyys kuuluu olennaisena osana ammatillisuuttamme tukeviin kompetensseihin.

Eettisyys ja ammatillisuus kompetenssiin hoitotyössä kuuluu osata toimia hoitotyön eettisten periaatteiden ja arvojen, sekä lakien mukaisesti. Ihmisarvoa ja -oikeuksia tulee kunnioittaa. Yhtenä ammatillisuuden osana on verkosto- ja työparityöskentely. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilöllä on kykyä tuottaa, jakaa ja hyödyntää asiantuntijuutta monialaisesti tiimi- ja verkostotyössä, sekä kumppanuudessa. (Eriksson ym.2015, 37.) Tässä opinnäytetyössä ihmisarvoa- ja oikeuksia kunnioitettiin niin, että jokaisella kyselyyn osallistujalla oli oikeus päättää, vastaako hän kyselyyn vai ei. Lisäksi kyselyyn osallistujille kerrottiin kyselyn anonymiteetistä eli siitä, että ketään ei voida tunnistaa kyselyn vastauksista. Lisäksi kerrottiin, etteivät ulkopuoliset pääse näkemään vastauksia ja että tulosten analysoinnin jälkeen kyselyn vastaukset tuhoetaan. Eettisyys otettiin huomioon myös siten, että kyselylomakkeen kysymykset eivät olleet johdattelevia eivätkä tutkimuksen tekijöiden henkilökohtaiset asenteet tai mielipiteet vaikuttaneet tulosten analysointiin. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että hankitaan tarvittavat tutkimusluvut työlle. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tässä opinnäytetyössä se tarkoitti sitä, että haimme toimeksiantosopimuksen aiheanalyysin hyväksymisen jälkeen ja tutkimusluvan opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen. Olemme tehneet ne siis asianmukaisesti. Verkosto- ja työparityöskentely toteutui työmme aikana siten, että tuotimme tietoa, jota toimeksiantaja voi hyödyntää perhekeskeisyyden toteutumisen kehittämiseksi. Lisäksi jaoimme ja hyödynsimme opinnäytetyötiimimme kunkin jäsenen asiantuntijuutta esimerkiksi jakamalla tehtäviä jokaisen vahvuuksien mukaan. Työelämäyhteistyössä hyödynsimme toimeksiantajan asiantuntijuutta muun muassa ottamalla huomioon saadut neuvot ja parannusehdotukset.

Näyttöön perustuvaan toimintaan ja päätöksentekoon kuuluu, että osaa lukea ja arvioida tieteellisiä julkaisuja kriittisesti sekä hallitsee tiedonhaun yleisimmistä terveystieteiden tietokannoista. Tähän kuuluu myös se, että osaa osallistua tutkimus-, kehittämis- ja innovaatioprosesseihin. (Eriksson ym. 2015, 42.) Opinnäytetyöprosessin aikana olemme oppineet hankkimaan tietoa eri terveystieteiden tietokannoista (esimerkiksi PubMed Central, Medic, BMJ Open) ja arvioimaan

artikkeleiden hyödynnettävyyttä ja luotettavuutta kriittisesti. Lisäksi olemme opinnäytetyöprosessimme kautta pystyneet osallistumaan perhekeskeisen aikuisten mielenterveyshoitotyön kehittämiseen tekemällä tätä tutkimusta. Tutkimustulosten avulla toimeksiantaja voi kehittää perhekeskeistä aikuisten mielenterveyshoitotyötä.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu- ja turvallisuus kompetenssiin kuuluu, että ymmärtää hoitoprosessissa tietoturvallisuuden merkityksen. Tähän kuuluu myös, että toimii vastuullisesti tietoturvallisuuden ja tietosuojan ylläpitämisessä. (Eriksson ym. 2015, 47.) Tämä tuki ammatillista kehittymistämme esimerkiksi siten, että huomioimme tietosuoja-, sekä turvallisuuskysymykset opinnäytetyötä tehdessä.

Kliinisen hoitotyön osa-alueeseen kuuluu yhtenä asiana mielenterveys- ja päihdehoitotyö. Osaa-miskuvaukseen kuuluu mielenterveyden ja päihdeiden käytön vaikutuksen ymmärtäminen sekä yksilön, että koko perheen hyvinvoinnin kannalta. (Eriksson ym. 2015, 40.) Opinnäytetyön edessä olemme oppineet ymmärtämään perhekeskeisyyden merkityksen ja sen tärkeyden mielenterveys- ja päihdehoitotyössä.

Terveyden- ja toimintakyvyn edistämiseen vaikuttaa, että hoitotyöntekijä kykenee tunnistamaan ja arvioimaan väestön terveydentilaa ja hyvinvointia, sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä yksilön ja yhteisön tasolla. (Eriksson ym. 2015, 44.) Tämä kompetenssi tuki ammatillista kehittymistämme siten, että ymmärrämme perhekeskeisyyden merkityksen sekä yksilön, perheen että yhteiskunnan näkökulmasta.

11 Resurssit ja markkinointi

Opinnäytetyössämme ei ollut merkittäviä kustannuksia, koska kyselylomake oli internetissä Webropol-ohjelmassa ja näimme vastaukset reaaliaikaisesti. Meidän ei siis tarvinnut tulostaa kyselylomakkeita paperisesti vaan pystyimme tekemään analyysin suoraan webropolista. Lisäksi sovimme, että jos kustannuksia syntyy esimerkiksi bensoista tai tulosteista, me opinnäytetyöntekijät vastaamme kustannuksista itse. Markkinoimme opinnäytetyötämme saatekirjeellä, joka lähetettiin kyselylomakkeeseen johtavan linkin yhteydessä.

Lähteet

- Ahokas, M., Ferchen, M., Hankonen, N., Lautso, A. & Pyysiäinen, J. (2012) Sosiaalipsykologia. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Dirik, A., Sandhu, S., Giacco, D., Barrett, K., Bennison, G., Collinson, S. & Priebe, S. (2017.) Why involve families in acute mental health? A collaborative conceptual review. *BMJ Open*. Saatavilla 5.8.2019.
DOI:10.1136/bmjopen-2017-017680
- Eassom E., Giacco D., Dirik A., Priebe S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*. Saatavilla 1.8.2019.
DOI:10.1136/bmjopen-2014-006108
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. (2015) Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto Oy. Saatavilla 11.10.2019.
<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Haaparanta, S. & Järvenpää, T. (2010) Hoitajien kokemuksia perhekeskeisestä hoitotyöstä psykiatrisessa sairaalassa. AMK-opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Saatavilla 12.8.2019
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010112515541>
- Heikkilä, T. (2008) Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heikkinen, A. (2014.) Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden tarpeenmukainen hoito ja sen toteutuminen Kainuussa vuosina 2004-2005. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Saatavilla 1.8.2019.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5616-5>
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. (2010.) Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2016.) Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. (2017.) Mielenterveyshoito-työ. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Iivanainen & Syväoja. (2008.) Hoida & kirjaa. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Kainuun sote. (n.d) Kuntien yksiköt (mt, päihteet ja riippuvuudet päivystys) Saatavilla 31.7.2019.
<https://sote.kainuu.fi/kuntien-yksikot-mt-paihteet-ja-riippuvuudet-paivystys>
- Kainuun sote. (n.d.) Opinnäyte- ja tutkimustyöt. Saatavilla 26.9.2019.
<https://sote.kainuu.fi/opinnayte-ja-tutkimustyot>
- Kananen, J. (2011) Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print.

Kananen, J. (2015) Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitat opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Suomen yliopistopaino Oy. Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013) Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kivimäki, A. (2008) Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Saatavilla 3.8.2019.
<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-18038>

Kuulusa, R. (2013) Työkierto : Suunnitelmallinen keino kehittää työyhteisöä. AMK-opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Saatavilla 28.1.2020.
<http://www.urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013091815392>

Launis, K. (1997) Erikoistuva asiantuntijuus kehittyy vain rajoja ylittämällä. Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & A. Eteläpelto (toim.) *Muuttuva asiantuntijuus. (124-125)* Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto.

Lehtoranta, T. (2018.) Aikuispotilaan perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö- estävät ja edistävät tekijät. Kirjallisuuskatsaus. AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Saatavilla 1.8.2019.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201804104394>

Neuvonen, E. (2015) Hoitohenkilökunnan näkemyksiä tavoitteellisesta työkierrosta. AMK-opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Saatavilla 28.1.2020
<http://www.urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015061713507>

Niiranen, L.& Salja, H. (2010.) Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen psykiatrisessa sairaalassa hoitajien kuvaamana. AMK-opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Saatavilla 29.7.2019.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010112515601>

Pelttari, K. (2015) Opintopiiri perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön osaamisen kehittäjänä. YAMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Saatavilla 3.8.2019
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015061013082>

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2014) Hoitotyön taidot ja toiminnot. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. (2019) Mielenterveyspalvelut. Saatavilla 19.6.2019
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

Tilastokeskus (n.d.) Käsitteet. Perhe. Saatavilla 31.7.2019.
<https://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html#tab1>

Turpeinen, A-K. (2018) Tarpeenmukainen hoito. Mielipalvelut oy. Saatavilla 6.8.2019.
<https://www.mielipalvelut.fi/tag/perhekeskeisyys/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla 9.9.2019.

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2009) Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämisiksi. Helsinki. Saatavilla 9.9.2019.

<https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Valli, R. (2015.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Bookwell Oy. Juva

Valli, R. & Perkkilä, P. (2015.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Bookwell Oy. Juva.

Vehkalahti, K. (2008.) Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Vilkka, H. (2007.) Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Vilkko-Riihelä, A. & Laine, V. (2014) Mielen maailma. Kehityspsykologia. Sanoma Pro Oy. Helsinki

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. (2014.) Uudistuva mielenterveystyö. Edita Prima Oy. Helsinki

Väestöliitto. (n.d) Aikuinen. Saatavilla 4.9.2019.

https://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/kasvurauhaa/aikuinen/

Ward, B., Reupert, A., McCormick, F., Waller, S. & Kidd, S. (2017.) Family-focused practice within a recovery framework: practitioners' qualitative perspectives. BMC Health Services Research. Saatavilla 19.7.2019.

DOI 10.1186/s12913-017-2146-y

Liite 1. Opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma

1. Aineistojen yleinen kuvaus

Minkä tyyppistä tutkimusaineistoa (esimerkiksi haastattelu, kysely, havainnointi) opinnäytetyössä kerätään tai käytetään?

- Opinnäytetyössä tullaan käyttämään kyselyä. Kyselyyn on tarkoitus lähettää linkki kaikille niille hoitotyöntekijöille, jotka työskentelevät aikuisten mielenterveyspalvelujen ja riippuvuussien hoidon vastualueella Kainuussa. Tutkimusaineisto siis kerätään kyselylomakkeella ja saatu aineisto tullaan analysoimaan määrällisen tutkimuksen menetelmiä käyttäen, esimerkiksi taulukoimalla ja kuvioilla havainnollistamalla.

2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

Miten tutkimusaineisto dokumentoidaan, esimerkiksi minkälaisia tunnistetietoja käytetään? Miten aineiston ja sen dokumentoinnin laatu varmistetaan?

- Kyselytutkimuksen lomakkeet numeroidaan, jotta mahdolliset virheet voidaan huomata siinä vaiheessa, kun saatuja tietoja ruvetaan analysoimaan. Aineistossa ei tulla kysymään henkilöiden nimiä eikä muita henkilökohtaisia tietoja, jotta saataisiin mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta aiheesta ja tutkimuksen eettisyys toteutuu.

3. Säilytys ja varmuuskopiointi

Miten aineisto tallennetaan? Miten taataan sen tietoturva (esimerkiksi pääsy aineistoon) opinnäytetyön tekemisen aikana? Kuka/ketkä pääsee käsittelemään aineistoa?

- Aineisto tallennetaan Webropol-järjestelmään ja aineiston tuloksia pääsevät katsomaan vain opinnäytetyön tekijät, joiden kanssa aineisto on jaettu. Kyselylomakkeeseen osallistujat pääsevät vastaamaan kyselylomakkeeseen linkin kautta, mutta he eivät näe muiden vastauksia.

4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskykymykset

Miten aineiston säilytykseen liittyvät mahdolliset eettiset kysymykset (esimerkiksi arkaluontoiset henkilöihin liitetyt tiedot, muiden pääsy aineistoihin) otetaan huomioon? Miten aineiston omistus- ja käyttöoikeudet hallinnoidaan?


- Kyselyn vastauksista ei voida päätellä kenenkään vastaajan henkilötietoja tai muita arkaluontoisia tietoja. Webropoliin pääsevät osallistumaan kyselyyn vastaajat sähköisen linkin kautta, mutta he eivät pääse katsomaan saatuja tuloksia. Aineiston omistus- ja käyttöoikeuksia hallinnoivat opinnäytetyön tekijät.

5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

Olisiko aineistoa mahdollista käyttää myöhemmin? Miten aineiston jatkokäyttö tehdään mahdolliseksi.

Toimeksiantaja ei tarvitse aineistoa alkuperäisessä muodossa myöhemmin, joten tuhoamme alkuperäisen aineiston opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Jatkokäyttö ei ole siis mahdollista siten, että yksittäisen ihmisen vastauksia voisi tunnistaa. Valmiissa opinnäytetyössä voi nähdä analysoidut tulokset, joita on mahdollista hyödyntää esimerkiksi jatkotutkimuksia varten.

Liite 2. Tutkimuslupa

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä		Lupa tutkimukselle/opinnäytetyölle																																					
		KAINUUN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ 21-11-2019 Dnro 4214/13 01 00/19																																					
		Diaarinumero																																					
1. Tutkimus/opinnäytetyön luvan hakija(t) [Luvan hakijat täyttävät]	Suku- ja etunimet Heikkinen Henna	Nykyinen työntekijä / opiskelupaikka Kajaanin ammattikorkeakoulu	Nykyinen virka/ toimiohjelma Opiskelija																																				
	Kotiosoite [redacted]	Postinro ja -paikka [redacted]	Sähköposti [redacted]																																				
	Puhelin työ/koti [redacted]	Suoritettu / tekeillä oleva tutkinto Sairaanhoitaja AMK	Suoritusvuosi ja -paikka [redacted]																																				
	Suku- ja etunimet Heiskanen Suvi	Nykyinen työntekijä/opiskelupaikka Kajaanin ammattikorkeakoulu	Nykyinen virka/ toimiohjelma Opiskelija																																				
	Kotiosoite [redacted]	Postinro ja -paikka [redacted]	Sähköposti [redacted]																																				
	Puhelin työ/koti [redacted]	Suoritettu / tekeillä oleva tutkinto Sairaanhoitaja AMK	Suoritusvuosi ja -paikka [redacted]																																				
	Suku- ja etunimet Rusanen Jarnina	Nykyinen työntekijä/opiskelupaikka Kajaanin ammattikorkeakoulu	Nykyinen virka/ toimiohjelma Opiskelija																																				
	Kotiosoite [redacted]	Postinro ja -paikka [redacted]	Sähköposti [redacted]																																				
	Puhelin työ/koti [redacted]	Suoritettu / tekeillä oleva tutkinto Sairaanhoitaja AMK	Suoritusvuosi ja -paikka [redacted]																																				
2. Tutkimus/opinnäytetyötä koskevat tiedot [Luvan hakijat täyttävät]	Tutkimuksen/opinnäytetyön nimi ja aiheen kuvaus		Tutkimusaika: Syksy 2019 – Kevät 2020																																				
	Opinnäytetyön nimi: Perhekeskeisyyden toteutuminen ja sen kehittäminen aikuisten mielenterveysohjotuksessa. Aiheen kuvaus: Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata perhekeskeisen mielenterveysohjotuksen toteutumista ja sen kehittämisen tarvetta aikuisten mielenterveyspalveluissa- ja riippuvuuskäytöissä hoidossa hoitotyöntekijöiden kokemana Kainuun vastuualueella. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että saatujen tulosten pohjalta toimeksiantaja voi suunnitella koulutuksen sisältöjä perhekeskeisen mielenterveysohjotuksen toteutumisen kehittämiseksi tarpeen mukaan tulevaisuudessa Kainuun vastuualueella toimiville hoitotyöntekijöille.																																						
Tutkimuksen taso/laatu																																							
<input type="checkbox"/> 1. Väitöskirja <input type="checkbox"/> 2. Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> 3. Pro gradu <input type="checkbox"/> 4. Kandidaatin tutkielma <input type="checkbox"/> 5. Opinnäytetyö (Ylempi AMK) <input checked="" type="checkbox"/> 6. Opinnäytetyö (AMK) <input type="checkbox"/> 7. Muu, mikä																																							
Tutkimuksen kohde: <input type="checkbox"/> Asiakas <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirja																																							
Tulos- ja vastuualue:																																							
<table border="0"> <tr> <td>Hallinto</td> <td>Perhepalvelut</td> <td>Terveyden- ja sairaudenhoitopalvelut</td> <td>Sairaanhoitopalvelut</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kuntayhtymän hallinto</td> <td><input type="checkbox"/> Lapsiperheiden terveydenhuolto- ja tukipalvelut</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Aikuisten mielenterveyspalvelut ja riippuvuuskäytöissä hoidossa hoitotyöntekijöiden kokemana Kainuun vastuualueella.</td> <td><input type="checkbox"/> Diagnostiikkapalvelut</td> </tr> <tr> <td>Keskityt yhteiset tukipalvelut</td> <td><input type="checkbox"/> Lapsiperheiden sosiaalipalvelut</td> <td><input type="checkbox"/> Akuutinhoidon palvelut</td> <td><input type="checkbox"/> Hoidolliset tukipalvelut</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yleis- ja tukipalvelut</td> <td><input type="checkbox"/> Aikuissosiaalipalvelut</td> <td><input type="checkbox"/> Konservatiivinen kuntoutuspalvelut</td> <td><input type="checkbox"/> Laitte- ja logistiikkapalvelut</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tietohallinto</td> <td><input type="checkbox"/> Vammais- ja vanhustalousohjaukset</td> <td><input type="checkbox"/> Operatiivinen suun terveydenhuolto</td> <td><input type="checkbox"/> Lääkehuolto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Henkilöstöpalvelut</td> <td>Vanhuspalvelut</td> <td><input type="checkbox"/> Vastaanotto- ja terveyskeskussairaalatoiminta</td> <td>Ympäristöterveydenhuolto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Talouspalvelut</td> <td><input type="checkbox"/> Kotona asumista tukevat palvelut</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Terveystieteiden tutkimus- ja kehitysprojektit</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ympäristö- ja hoivapalvelut</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Eläinlääkintähuolto</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Palveluohjaus ja ostopalvelut</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Hallinto	Perhepalvelut	Terveyden- ja sairaudenhoitopalvelut	Sairaanhoitopalvelut	<input type="checkbox"/> Kuntayhtymän hallinto	<input type="checkbox"/> Lapsiperheiden terveydenhuolto- ja tukipalvelut	<input checked="" type="checkbox"/> Aikuisten mielenterveyspalvelut ja riippuvuuskäytöissä hoidossa hoitotyöntekijöiden kokemana Kainuun vastuualueella.	<input type="checkbox"/> Diagnostiikkapalvelut	Keskityt yhteiset tukipalvelut	<input type="checkbox"/> Lapsiperheiden sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Akuutinhoidon palvelut	<input type="checkbox"/> Hoidolliset tukipalvelut	<input type="checkbox"/> Yleis- ja tukipalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuissosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Konservatiivinen kuntoutuspalvelut	<input type="checkbox"/> Laitte- ja logistiikkapalvelut	<input type="checkbox"/> Tietohallinto	<input type="checkbox"/> Vammais- ja vanhustalousohjaukset	<input type="checkbox"/> Operatiivinen suun terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääkehuolto	<input type="checkbox"/> Henkilöstöpalvelut	Vanhuspalvelut	<input type="checkbox"/> Vastaanotto- ja terveyskeskussairaalatoiminta	Ympäristöterveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Talouspalvelut	<input type="checkbox"/> Kotona asumista tukevat palvelut		<input type="checkbox"/> Terveystieteiden tutkimus- ja kehitysprojektit		<input type="checkbox"/> Ympäristö- ja hoivapalvelut		<input type="checkbox"/> Eläinlääkintähuolto		<input type="checkbox"/> Palveluohjaus ja ostopalvelut		
Hallinto	Perhepalvelut	Terveyden- ja sairaudenhoitopalvelut	Sairaanhoitopalvelut																																				
<input type="checkbox"/> Kuntayhtymän hallinto	<input type="checkbox"/> Lapsiperheiden terveydenhuolto- ja tukipalvelut	<input checked="" type="checkbox"/> Aikuisten mielenterveyspalvelut ja riippuvuuskäytöissä hoidossa hoitotyöntekijöiden kokemana Kainuun vastuualueella.	<input type="checkbox"/> Diagnostiikkapalvelut																																				
Keskityt yhteiset tukipalvelut	<input type="checkbox"/> Lapsiperheiden sosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Akuutinhoidon palvelut	<input type="checkbox"/> Hoidolliset tukipalvelut																																				
<input type="checkbox"/> Yleis- ja tukipalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuissosiaalipalvelut	<input type="checkbox"/> Konservatiivinen kuntoutuspalvelut	<input type="checkbox"/> Laitte- ja logistiikkapalvelut																																				
<input type="checkbox"/> Tietohallinto	<input type="checkbox"/> Vammais- ja vanhustalousohjaukset	<input type="checkbox"/> Operatiivinen suun terveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Lääkehuolto																																				
<input type="checkbox"/> Henkilöstöpalvelut	Vanhuspalvelut	<input type="checkbox"/> Vastaanotto- ja terveyskeskussairaalatoiminta	Ympäristöterveydenhuolto																																				
<input type="checkbox"/> Talouspalvelut	<input type="checkbox"/> Kotona asumista tukevat palvelut		<input type="checkbox"/> Terveystieteiden tutkimus- ja kehitysprojektit																																				
	<input type="checkbox"/> Ympäristö- ja hoivapalvelut		<input type="checkbox"/> Eläinlääkintähuolto																																				
	<input type="checkbox"/> Palveluohjaus ja ostopalvelut																																						
Aineiston keruun menetelmät																																							
<input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Muu, mikä <input type="checkbox"/> Haastattelut <input type="checkbox"/> Asiakirja-/tilastoanalyysi																																							
3. Tutkimuksen/opinnäytetyön ohjaaja (oppilaitos)	Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä Osoite Kajaanin ammattikorkeakoulu		Virka-asema, ammatti Oppilaitoksen ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys (Tiina Räsänen)																																				
	Toimipaikka, oppilaitos Kajaanin ammattikorkeakoulu		Sähköposti																																				
Ohjaajat (työelämä)	Tutkimussuunnitelman hyväksymispäivä 15.11.2019																																						
	Nimi Jukka Pulkkinen Maarit Leinonen	Työyksikkö Aikuisten mielenterveyspalvelut ja riippuvuuskäytöissä hoidossa hoitotyöntekijöiden kokemana Kainuun vastuualueella. Työelämän ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys																																					

Kainuun sotien opinnäytetyökoordinaattori	Nimi Maarit Leinonen	Yhteystiedot maarit.leinonen@kainuu.fi
	Tieto työn valmistumisesta on välitettävä Kainuun sotien opinnäytetyökoordinaattorille.	Puh. 044 797 0285
4. Tutkimuksen rahoitus-suunnitelma	Arvio tutkimuksen/opinnäytetyön suoranaisten kustannuksista Kainuun sotelle <input type="checkbox"/> aiheuttaa kustannuksia, selvitys mitä? (esim. materiaalit, postitus, tulostus) Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> KEVO <input type="checkbox"/> muu, mikä?	<input checked="" type="checkbox"/> ei aiheuta kustannuksia Sopimuksen nro Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)
5. Tutkimusluvan hakijan allekirjoitus, nimenselvitys ja päivämäärä [Luvan hakijat täyttävät]	Päiväys 20.11.2019 Allekirjoitus ja nimenselvitys [Redacted] Jarna Rusanen 20.11.2019	Allekirjoitus ja nimenselvitys [Redacted] Henna Heiskanen 20.11.2019
	Allekirjoitus ja nimenselvitys [Redacted] Suvi Heiskanen 20.11.2019	
6. Lausunnot	Tarvitvat lausunnot ja luvat <input type="checkbox"/> Ei tarvetta <input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen tmk/ <input type="checkbox"/> ilmoitus kansallisesta lausunnosta <input type="checkbox"/> FIMEA <input type="checkbox"/> STM/THL <input type="checkbox"/> Valvira	Lähetyspäivä Vastaus saatu
7. Lupa	Tutkimuksen/opinnäytetyön tulosten, tuotosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta Lupa <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi Luvan myöntäjä <input type="checkbox"/> tulosalueen johtaja <input type="checkbox"/> hallintoyliääkäri Päivämäärä 22.11.2019 Allekirjoitus ja nimenselvitys [Redacted] Marja-Leena Leinonen	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta <input checked="" type="checkbox"/> vastuualuepäällikkö/ylihoitaja <input type="checkbox"/> kuntayhtymän johtaja <input type="checkbox"/> hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> laatupäällikkö Lomakkeen säilytys - luvan myöntäjä (alkuperäinen) - opiskelija/tutkija (kopio) - Kainuun sotien opinnäytetyökoordinaattori (kopio) - Kainuun sotien kirjasto (kopio)
8. Asiakirjatiedot, joihin tässä hakemuksessa haetaan lupaa	Tarvitvat salassa pidettävät asiakirjatiedot, mitä tietoja ja mistä	
9. Käyttöoikeudet	Onko haettu tai haetaan tutkimusta varten käyttöoikeutta sotien tietojärjestelmään?	Mihin järjestelmään ja mille ajalle
10. Muut tutkimuksessa käytettävät tiedot	Muut asiakirjatiedot, mitkä, mistä ja millaisin luvuin	
11. Tutkimusrekisterin tietotyypit	<input type="checkbox"/> 1. Tutkimus ei sisällä henkilöiden tunnistetietoja. Ei synny rekisteriä <input type="checkbox"/> 2. Tutkimusrekisteriin kerättävät tunnistetieto- ja yksilöintitiedot eriteltynä (myös kuva- tai videomateriaali, joista henkilö on tunnistettavissa, edellyttää tutkimusrekisteriä)	
Liitteet [Luvan hakijat täyttävät]	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimus-opinnäytetyösuunnitelma <input checked="" type="checkbox"/> Aineiston keruuseen liittyvät materiaalit <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksiin osallistuville jaettava materiaali <input type="checkbox"/> Toimeksiantosopimusluonnos <input type="checkbox"/> Muu, mikä	

Liite 3. Kyselylomake

KAMK käsittelee henkilötietoja vain ennakkoon määriteltyyn käyttötarkoitukseen, ja vain niin kauan kuin käsittely on käyttötarkoituksen kannalta tarpeellista.

Tässä kyselyssä antamiasi henkilötietoja käytämme opinnäytetyötä varten.

Lisätietoja henkilötietojesi käsittelystä löydät tietosuojailmoituksesta alla olevasta linkistä:

Tietosuojailmoitus tutkimukseen osallistuvalla.docx

Vastaa seuraaviin kysymyksiin valitsemalla 1 eniten kuvaava vaihtoehto ellei toisin mainita.

1. Mikä on koulutuksesi? Valitse yksi tai useampi vaihtoehto

- a. Lähihoitaja/Mielenterveyshoitaja
- b. Sairaanhoidtaja
- c. Perheterapeutti
- d. Psykoterapeutti
- e. Jokin muu, mikä?

2. Kuinka monta vuotta sinulla on alan työkokemusta?

- 1. 0-1 vuotta
- 2. 1-5 vuotta
- 3. 5-10 vuotta
- 4. yli 10 vuotta

Tässä opinnäytetyössä perhekeskeisyydellä tarkoitetaan asiakkaan/potilaan läheisverkoston mukaan ottamista asiakkaan/potilaan hoidon suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa.

Seuraavaksi on kolme perhekeskeisyyttä koskevaa väittämää. Valitse eniten omaa mielipidettäsi koskeva vaihtoehto.

3. Mielestäni perhekeskeinen mielenterveyshoitotyö toteutuu yksikössämme hyvin

1= Täysin eri mieltä

2= Jokseenkin eri mieltä

3= En osaa sanoa/siltä väliltä

4= Jokseenkin samaa mieltä

5= Täysin samaa mieltä

4. Toteutan mielestäni perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä toiminnassani

1= Täysin eri mieltä

2= Jokseenkin eri mieltä

3= En osaa sanoa/siltä väliltä

4= Jokseenkin samaa mieltä

5= Täysin samaa mieltä

5. Perhe otetaan mielestäni hyvin mukaan potilaan hoitoon heti hoitoprosessin alussa

1= Täysin eri mieltä

2= Jokseenkin eri mieltä

3= En osaa sanoa/siltä väliltä

4= Jokseenkin samaa mieltä

5= Täysin samaa mieltä

6. Mitkä asiat ovat mahdollisesti esteenä perhekeskeisyyden toteutumiseksi?

Valitse yksi tai useampi vaihtoehto

- a. Ajan puute
- b. Oman osaamisen riittämättömyys
- c. Asiakkaan kokema häpeä
- d. Perheen kokema häpeä
- e. Kannustavan ja myönteisen ilmapiirin puute työyhteisössä
- f. Kannustavan ja myönteisen ilmapiirin puute asiakkaan ja työntekijän välisessä suhteessa
- g. Työskentelymalli ei ole itselle tuttu
- h. Työntekijän omat valmiudet/asenne
- i. Asiakkaan toiveet
- j. Jokin muu, mikä
- k. Ei ole estettä/esteitä

7. Miten perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön toteutumista tulisi mielestäsi kehittää?

Valitse yksi tai useampi vaihtoehto

- a. Antamalla asiakkaalle tietoa perhekeskeisyyden tärkeydestä
- b. Ottamalla perhe mukaan potilaan hoitoon
- c. Työyhteisön myönteisellä ja kannustavalla ilmapiirillä
- d. Kehittämällä asiakkaan ja työntekijän välistä suhdetta ja ilmapiiriä

- e. Koulutuksilla
 - f. Opintopiireillä
 - g. Työkierrolla
 - h. Jotenkin muuten, miten?
8. Minkä kestoinen koulutus perhekeskeisyydestä olisi mielestäsi sopivin?
- a. 1-3 päivän koulutus
 - b. Alle 2 vuoden koulutus
 - c. Alle 4 vuoden koulutus
9. Mitä asioita koulutuksessa olisi mielestäsi hyvä ottaa esille?

Kiitos osallistumisestasi!

Liite 4. Saatekirje

Hyvä Kainuun soten aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon hoitotyöntekijä,

Olemme Kajaanin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kuvata perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön toteutumista ja sen kehittämisen tarvetta aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa hoitotyöntekijöiden kokemana Kainuun vastuualueella.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaanne vain muutaman minuutin. Toivomme, että vastaatte kyselyyn oman kokemuksenne mukaisesti, jotta tutkimuksemme tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Kyselytutkimuksen tavoitteena on, että saatujen tulosten pohjalta toimeksiantaja voi suunnitella koulutusten sisältöjä perhekeskeisen mielenterveyshoitotyön kehittämiseksi tarpeen mukaan tulevaisuudessa Kainuun vastuualueella toimiville hoitotyöntekijöille.

Käsitlemme kaikki vastaukset luottamuksellisesti ja nimettöminä, eikä yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa tutkimuksen missään vaiheessa. Ulkopuolisilla henkilöillä ei ole pääsyä vastauksiin ja vastaukset tuhoataan heti tulosten analysoinnin jälkeen. Opinnäytetyö tutkimustuloksineen on valmis toukokuussa 2020, jolloin se on luettavissa osoitteessa theseus.fi.

Kysely on auki 5.1.2020. klo 23.59 saakka. Mikäli teillä on kysyttävää kyselyyn tai opinnäytetyöhön liittyen, olettehan yhteydessä allekirjoittaneisiin. Linkki kyselyyn löytyy alta.

<https://link.webpolsurveys.com/S/5FC3867F8062B920>

Kiitos vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin

Henna Heikkinen

Jarnina Rusanen

Suvi Heiskanen

hennaheikkinen2@kamk.fi

jarninarusanen@kamk.fi

suviheiskanen4@kamk.fi

Liite 5. Avoimen kysymyksen vastausten luokittelu

Perheen merkitys hoidossa	Tutkitun tiedon merkitys ja sen jakaminen
---------------------------	---

<p>"Perheen motivointi, häpeä, perheen yhteinen kokemus"</p> <p>"Perheen tukemisen keinot"</p> <p>"Korostaa perheen merkitystä"</p> <p>"Perheen tuen tärkeys asiakkaan kuntoutumisen tukemisessa on tärkeää"</p> <p>"Kuinka saada perhe heti mukaan asiakkaan hoitoon. Ja kuinka toimia, jos asiakas tai perhe kokee häpeää."</p> <p>"Painottaa sitä, että perheellä on tärkeä rooli potilaan toipumisen kannalta. Perhe voi tukea potilasta paremmin, kun ovat hoidossa mukana ja tietävät potilaan todellisen tilanteen."</p> <p>"Perheen ja ylipäätään lähiverkoston merkitys ihmisen hyvinvoinnille, sen voimavaran hyödyntämisen tärkeys hoidossa/hoidosuhteessa olevalle asiakkaalle."</p> <p>"Miten kannustaa asiakasta ottamaan perhe mukaan hoitoon, miten kannustaa perhettä ottamaan osaa hoitoon, itsemääräämisoikeus"</p> <p>"perheen tärkeys, systeminen teoria, perheen tuen merkitys ja perheelle tuen merkitys, harjoitusta perheen tapaamisiin, työnohjauksellinen tapausten käsittely"</p> <p>"Lasten huomioimisen merkitys, ylisukupolvisuus"</p>	<p>"Perhekeskeisyyden vaikuttavuuden painottaminen, tutkitun tiedon jakaminen"</p> <p>"Perheelle jaettava tieto hoidon perhekeskeisyyden vaikutuksista"</p> <p>"Mm. Esittää tutkimustietoon perustuvaa tietoa siitä, mikä merkitys perhekeskeisyydellä on hoitoprosessissa sekä työntekijän, asiakkaan että koko perheen näkökulmasta katsottuna"</p>
---	---

<p>”Hoitosuhde, jossa huomioidaan asiakkaan lisäksi läheiset”</p> <p>”Perheen merkitys hoidossa”</p> <p>”Perheelle pitää saada ymmärrystä psyykkisistä sairauksista, niiden pitkäjänteisestä hoidosta, hoitokontaktin pituudesta, seurannasta. Tapauskohtainen työmalli auttaa sekä hlökuntaa että potilasta”</p>	
---	--

Perhedynamiikan merkitys	Erilaiset työmenetelmät ja näkökulmat

<p>Perhedynamiikan merkitys yksilön mielenterveydessä. Miten edistetään perheen vuorovaikutusta rakentavasti”</p> <p>Perhedynamiikan/suhteiden tunnistamista.”</p>	<p>”Erilaisia lähestymistapoja- ja tilanteita”</p> <p>”Eri näkökulmat ja tämän myötä kokonaistilanteen rikastuminen”</p> <p>”Työyhteisöön toimintatavaksi perheen hyödyntäminen, heti kartoitettaisiin automaattisesti lähipiiri ja onko heistä kokonaistilanne huomioiden apua potilaan toipumisessa. Kaikilla ei ole läheisiä ympärillä, tai jos on, niin onko välit huonot vai hyvät? Kaikki omaiset/perheet eivät edes tiedä miten suuri merkitys heillä on asiakkaan tilanteeseen. Ja kuinka nämä probleemat koskettavatkaan koko perhettä... Enemmän tiedotusta asioista kaikille tahoille ja hoitajan aktiivisuus vaikuttaa myös, että puhuuko hän asiasta.”</p> <p>”Hyviä työmenetelmiä”</p> <p>”Keskustella työtavoista. Keskustella toisten kokemuksista”</p> <p>”verkostotyön näkökulma ja sen hyödyt, mm. keskustelun muuttuminen moniäänisemmäksi, avoimuus ja tiedonsiirto helpottuu...”</p> <p>”Asiakaslähtöisyys”</p>
--	---