



PERHEHOITOTYÖN TOTEUTUMINEN PÄIHDE- PSYKIATRISISSA OSASTOHOIDOSSA

Kati Jäppinen

Kaisa Pyykkö

Opinnäytetyö
Lokakuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JÄPPINEN, KATI & PYYKKÖ, KAISA:
Perhehoitotyön toteutuminen päihdepsykiatrisessa osastohoidossa

Opinnäytetyö 36 s., liitteet 6 s.
Lokakuu 2011

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten perhehoitotyötä toteutetaan päihdepsykiatrisella osastolla. Opinnäytetyön tehtävät olivat millaisia perhehoitotyön toimintoja osastolla käytetään, millaiset perhehoitotyön periaatteet ohjaavat toimintaa päihdepsykiatrisella osastolla, millaisilla menetelmillä perhehoitotyötä toteutetaan sekä miten osaston henkilökunta voi jatkossa kehittää perhehoitotyötä omalla osastollaan. Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineistonkeruumenetelmänä toimi havainnointi, joka suoritettiin päihdepsykiatrisella osastolla toisen opiskelijan valinnaisten ammattiopintojen ohjatun harjoittelun aikana. Havainnointi kesti yhteensä neljä viikkoa. Havainnoinnin tueksi laadimme havainnointirungon aiempaan tutkimustietoon perustuen. Tämän lisäksi havainnoija kirjoitti päiväkirjaa. Päiväkirjaan kirjattiin vapaamuotoisia havainnointeja sekä havainnoijan omia tunteita ja kokemuksia.

Opinnäytetyön tulosten mukaan perhehoitotyötä tulee kehittää. Kehittämissuhteet liittyvät yhteistapaamisiin ja yhteydenpitoon perheiden kanssa. Suunniteltuja yhteistapaamisia neljän viikon aikana järjestettiin vain yksi. Mielestämme suunniteltuihin yhteistapaamisiin tulisi jatkossa panostaa enemmän. Perheet olivat yhteydenpitämisessä aktiivisempia kuin osaston henkilökunta. Jatkossa osaston henkilökunnan tulee pitää enemmän yhteyttä perheisiin. Osaston henkilökunta voisi pohtia, miten työt järjestetään jatkossa niin, että perhehoitotyön toteutumiselle jää enemmän aikaa. Mielenkiintoisena jatkotutkimusaiheena olisi, miten hoitajat kokevat perhehoitotyön toteutuvan osastolla.

Avainsanat: Perhe, perhehoitotyö, mielenterveys, päihdeongelma, mielenterveysongelma, osastohoito

ABSTRACT

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

JÄPPINEN, KATI & PYYKKÖ, KAISA:
Implementation of Family Nursing in Addiction Psychiatric In-patient Care

Bachelor's thesis 36 pages, appendices 6 pages
October 2011

This thesis was conducted in order to study how family nursing was carried out in an addiction psychiatric ward. The main objective of this thesis was to study what kind of principles guided the activities in the ward as well as which methods were used in family nursing. In addition to this, another aim was to find out how the department staff could improve and develop family nursing at their own working positions.

This thesis was conducted in collaboration with the Pirkanmaa Hospital District. In this thesis, the research method was qualitative. The data were gathered during a four weeks' internship period in the addiction psychiatric ward. A diary was written in order to support the observation of the activities in the ward.

The results showed that family nursing requires improvements and development. Within the four weeks' internship period, only one cooperative meeting was arranged, and according to our opinion, the ward's personnel should pay more attention to these cooperative meetings and communication with families. Families communicated more actively than the personnel. In the future, the ward's personnel should consider organizing their work so that they would have more time for family nursing.

Key words: Family, family nursing, mental health, substance abuse problem, mental health disorder.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Perhe	7
2.2 Perhehoitotyö	8
2.3 Perhehoitotyö mielenterveys- ja päihdeongelmaisten potilaiden hoidossa	9
2.4 Psykiatrasta perhehoitotyötä kuvaava käsitejärjestelmä	11
2.4.1 Perhehoitotyön toimintaa ohjaavat periaatteet	11
2.4.2 Perhehoitotyöhön liittyvät toiminnot	12
2.4.3 Perhehoitotyön menetelmät	12
2.5 Mielenterveys ja mielenterveys- ja päihdeongelmat	13
3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	15
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	16
4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä	16
4.2 Havainnointi	17
4.3 Aineiston keruu	18
4.4 Aineiston analyysi	19
5 TULOKSET	21
5.1 Perhehoitotyön toimintaa ohjaavat periaatteet	21
5.1.1 Yhteistyösuhde	21
5.1.2 Perhekeskeinen osastokulttuuri	21
5.2 Perhehoitotyön toiminnot	22
5.2.1 Yhdessä toimiminen	22
5.2.2 Psykkisen hyvinvoinnin turvaaminen	22
5.2.3 Tiedottaminen	23
5.3 Perhehoitotyön menetelmät	24
5.3.1 Suunnitellut yhteistapaamiset	24
5.3.2 Satunnaiset yhteistapaamiset	24
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	26
6.1 Eettisyys	26
6.2 Luotettavuus	27
6.3 Tulosten tarkastelu	30
6.3.1 Perhehoitotyön toimintaa ohjaavat periaatteet	30
6.3.2 Perhehoitotyön toiminnot	30
6.3.3 Perhehoitotyön menetelmät	32
6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	32
LÄHTEET	34
LIITTEET	37

1 JOHDANTO

Suomalaisessa hoitotyössä on pitkään ollut vallalla tapa, jossa keskitytään yksilöön ja perhe on tausta, jota vasten yksilöä tarkastellaan. Erityisesti aikuiset potilaat on nähty suomalaisessa kulttuurissa yksilöinä eikä niinkään perheenjäseninä (Åstedt-Kurki 2009, 258-259). Perheen osallisuuteen potilaan hoidossa kannattaa kuitenkin panostaa monesta syystä, esimerkiksi perheen kanssa työskennellessä voidaan löytää voimavaroja, jotka ovat hyödynnettävissä potilaan hoidossa (Pitkänen, Åstedt-Kurki, Laijärvi & Pukuri 2002, 224). Perhe on kokonaisuus, jossa yhden perheenjäsenen sairaus saattaa vaikuttaa perheen muihin jäseniin ja merkittävästi koko perheen hyvinvointiin (Åstedt-Kurki 2009, 258-259).

Perheeltä saadaan myös tietoa potilaan hoitoa ajatellen, lisäksi perhe tuo hoitoon monesti uusia näkökantoja (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 14-15; Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009, 23, 30-31). Perheen merkitys potilaan hoidossa korostuu myös perheeltä saadun ainutlaatuisen tuen vuoksi. Perheen tuki lisää potilaan hyvää oloa ja edistää potilaan paranemista. (Sjöblom, Pejler & Apslund 2005, 563.)

Perhehoitotyön merkitys korostuu erityisesti päihdepsykiatrisen potilaan hoidossa, sillä perhe ja muut läheiset ovat voimavara ongelmien ehkäisyssä ja hoidossa. Monen potilaan kohdalla perhe usein myös edistää hoitoon hakeutumista ja läheisten mukana olo parantaa hoidon avulla saatuja tuloksia. (Mäkelä 2010, 73.) Nykyinen päihdehuoltolaki 1986/41 antaa selkeän suosituksen siitä, että päihdeongelmaa hoidettaessa myös perhe tulisi ottaa mukaan potilaan hoitoon (Päihdehuoltolaki 1986/41, 7§).

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, miten perhehoitotyötä toteutetaan päihdepsykiatrisella osastolla. Valitsimme aiheen sen tärkeyden vuoksi, sillä perhehoitotyö on osa potilaan hoitoa kaikissa terveysalan yksiköissä. Lisäksi perhehoitotyöhön perehtyminen antoi meille tulevaisuudessa runsaasti lisää

tietoa, miten kohdata potilas ja hänen perheensä toimiessamme sairaanhoitajina.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Perhe

Aiemmin perhe on määritelty yksiköksi, johon kuuluvat äiti, isä ja lapset. Nykyisin tätä suppeaa perheen määritelmää on alettu kritisoida yhä enemmän, sillä perheen määrittely on sidoksissa yhteiskunnan jatkuviin muutoksiin ja kulttuuriin. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1999, 15.)

Suomessa sanalla perhe on melko suppea merkitys. Perheellä on yleensä tarkoitettu niitä ihmisiä, joiden kanssa asutaan. Esimerkiksi latinokulttuureissa perhe -käsitteellä on Suomen määritelmään verraten erilainen merkitys. Latinokulttuureissa käsite kattaa lähes koko suvun eli perheeseen lasketaan kuuluvaksi myös isovanhemmat, tädit, sedät sekä serkut. Tästä syystä on erityisen tärkeää aina tarkentaa, ketä potilaan mielestä hänen perheeseensä kuuluu. (Larivaara ym. 2009, 22.)

Laki toimeentulotuesta 1997/1412 määrittelee perheeseen kuuluvaksi yhteistaloudessa asuvat vanhemmat, vanhemman alaikäiset lapset ja ottolapset, avio- puoliset sekä miehet ja naiset, jotka elävät avioliitonkaltaisissa suhteissa. (Laki toimeentulotuesta 1997/1412, 3§.) Perheterapian parissa perhe on määritelty taas vuorovaikutusyksiköksi, jota yhdistää samasta ongelmasta tai asiasta puhuminen. (Rönkä & Kinnunen 2002, 149.)

Perheen määrittelemisen hankaluus johtuu siitä, että jokainen määrittelee perheen eri tavalla ja näin perhe käsitteenä saa monenlaisia merkityksiä. Suomalaisessa hoitotyössä yleinen näkemys on, että potilas saa itse määrittää perheensä ja sen ketä siihen kuuluu. (Åstedt- Kurki 2009, 258.)

2.2 Perhehoitotyö

Hoitotyössä on jo pitkään korostettu perheen ja kotiympäristön merkitystä, mutta näkökulma on kuitenkin ollut selvästi yksilökeskeinen. 1960-luvulla alettiin hoitotyössä kiinnittää enemmän huomiota perheeseen potilaan taustatekijänä ja myöhemmin myös perhe nähtiin asiakkaana. (Pitkänen ym. 2002, 224.)

Hyvän hoitamisen perustaksi on usein mainittu perhekeskeisyys. Suomalaisessa terveydenhuollossa on perinteisesti hoidettu yksilöä, joka on ollut aktiivinen hoitoon osallistuja ja muut perheenjäsenet ovat olleet hoitotyön toimintojen taustalla. Perheen huomioiminen potilaan hoidossa tarkoittaa sitä, että tutustutaan potilaan lisäksi myös koko perheen tilanteeseen. (Rönkä & Kinnunen 2002, 321.)

Perhehoitotyöllä tarkoitetaan potilaan perheen huomioimista osana potilaan hoitoa. Perhehoitotyö voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen: perhe taustatekijänä, perhe jäsentensä summana sekä perhe asiakkaana. Kun perhettä pidetään taustatekijänä, perhe joko kuormittaa asiakkaan voimavaroja tai toimii kaikkein tärkeimpänä voimavarana asiakkaalle. Tässä mallissa perheen yksi jäsen on hoidossa etusijalla, ja muut perheenjäsenet ovat taustalla. Perhe jäsentensä summana tarkoittaa sitä osaa, jossa yksilön ja perheenjäsenten eri osien terveys ja hyvinvointi perustuvat vastavuoroisuuteen. Tällöin hoitotyössä paneudutaan perheenjäsenten välisiin vuorovaikutussuhteisiin terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Perhe asiakkaana ominaispiirteessä painotetaan perheen sisäistä dynamiikkaa ja suhteita. Lisäksi painotetaan koko perheen riippuvuutta omasta ympäristöstään sekä perheen ja ympäristön välistä vuorovaikutusta. (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 28–29.)

Yhden perheenjäsenen sairastumisella on vaikutusta myös muihin perheenjäseniin. Myös perheen omilla toimintatavoilla on vaikutusta potilaan paranemiseen. Potilaan perhettä kuunnellen voidaan saada paljon laajempi kuva potilaan tilanteesta, kuin vain häntä itseään kuunnellen. Potilaan kyky kuvata hänen omaa tilannettansa saattaa olla hyvinkin rajoittunutta sairastumisen akuutissa vaiheessa. Tämänkin vuoksi läheisiltä saadun tiedon merkitys korostuu. (Pitkänen ym. 2002, 224.) Yhteydet yksilön ja perheen sekä terveyden ja sairauden

välillä otetaan huomioon jo hoitosuunnitelmaa tehtäessä sekä hoitoa analysoitaessa. Perhehoitotyön tavoitteena on tukea perheen omia resursseja ja vahvistaa heidän omia selviytymiskeinojaan ja auttaa heitä ratkaisemaan ongelmiaan erilaisissa, muuttuvissa tilanteissa. (Hakulinen ym. 1999, 27; Åstedt-Kurki 2009, 260.)

2.3 Perhehoitotyö mielenterveys- ja päihdeongelmaisten potilaiden hoidossa

Päihdeongelman vuoksi hoitoon hakeutuneita on tarkasteltu pitkään yksilöinä, päihteiden käytöllä on myös selkeät vaikutukset ympäristöönsä. Päihteitä käytetään usein seurassa ja päihteiden käytöstä johtuvat haittavaikutukset heijastuvat läheisiin ja vaikuttavat myös heidän hyvinvointiinsa (Mäkelä 2005). Psykkisten häiriöiden ja päihdeongelmien yhteydessä potilaan sosiaalinen maailma alkaa usein kaventua. Perhe tulisi nähdä voimavarana, jota voidaan hyödyntää potilaan hoidossa. (Vähäniemi 2008, 113.) Potilaan hoidon alkaessa perheen voimavarat voivat olla lopussa, eikä perheeltä välttämättä löydy edes halua auttaa. Näissäkin tilanteissa perhe tulisi nähdä voimavarana, kun lähdetään hakemaan muutosta päihteiden käyttöön sekä koko perheen hyvinvointiin. (Mäkelä, Fagerström & Niskasaari 2009, 238.) Lisäksi perheen ottaminen mukaan potilaan hoitoon lisää hoitotyön laatua (Vähäniemi 2008, 113). Jos perhe ei itse tarjoudu tai osallistu potilaan hoitoon, olisi hoitotyöntekijän hyvä tehdä aloite ja miettiä keitä kaikkia ongelma koskettaa (Mäkelä 2005).

1970-luvulla alkoholiongelmaisten parissa työskennelleet tutkijat tulivat siihen tulokseen, että puolisoilla oli ratkaiseva rooli ongelmakäyttäjien hoitoon hakeutumisessa. Puolisoiden tehtävänä oli valvoa disulfiraami-lääkkeen ottamista ja huolehtia sen annostelusta. Tutkijat luottivat läheisiin myös siksi, että vaikka päihdeongelmaiset eivät itse olleet kovin motivoituneita avun hakemiseen, heidän läheisensä olivat kuitenkin valmiita tukemaan heitä kaikissa positiivisissa muutoksissa. Perheenjäsenet olivat myös monesti ottaneet yhteyttä eri hoitolaitoksiin huolestaan omaistaan kohtaan. Lisäksi tutkijat havaitsivat, että tiiviin yhteydenpidon avulla läheisillä tai perheenjäsenillä oli myös mahdollisuus vaikuttaa osittain päihdeongelmaisen juomiskäyttäytymiseen. Tutkijoiden havaintoa

tuki myös se, että useat alkoholi- ja huumeongelmaiset kertoivat hakeutuneensa hoitoon läheistensä tai perheenjäsentensä painostuksesta. (Smith & Meyers 2004, 13.)

Mielenterveys- ja päihdepotilaan perheen ottaminen mukaan hoitoon koetaan usein haasteellisena, jopa ongelmallisena. Syy tähän saattaa olla perheen sisällä vallitsevat ristiriidat. Potilas on saattanut aiheuttaa muille perheenjäsenille pelkoja ja turvattomuutta omalla epäsosiaalisella käyttäytymisellään tai jopa eristäytyä perheestään kokonaan, jolloin perhesuhteet ovat katkenneet. (Vähäniemi 2008, 113.)

Ideaalitilanteessa perhe kulkee mukana koko potilaan hoitoprosessin ajan eli perhe osallistuu potilaan hoidon suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Tämän on todettu onnistuvan parhaiten, jos työyksikössä on käytössä yksilövastuinen hoitotyön malli. Tällöin potilaan omahoitaja oppii tuntemaan ja useimmiten pystyy huomioimaan myös koko perheen. Perhehoitotyössäkin on muistettava, että omahoitaja on ensisijaisesti potilasta varten. (Vähäniemi 2008, 113-114.)

Keskeisesti perhehoitotyön menetelmiin ovat vaikuttamassa potilaan hoitoprosessin vaihe ja potilaan vointi sekä välit perheeseen. Perhe, johon potilaalla on lämpimät välit, kutsutaan hoitokokouksiin ja otetaan aktiivisesti mukaan potilaan hoitoon. Perheeltä kerätään tietoja ja heille annetaan tietoa potilaan voinnista ja sairauksista. Tilanteissa, jossa välit perheeseen ovat tulehtuneet, keskustellaan potilaan kanssa hänen mahdollisuuksistaan parantaa välejä perheeseensä. Hoidon edetessä yhteydenotot perheeseen saattavat lievittää potilaan kokemaa ahdistusta ja edesauttaa potilaan paranemista. (Vähäniemi 2008, 114-115.)

Tavallisimmin potilaan hoitoon osallistuvat puoliso tai vanhemmat, jotka ovat huolissaan lapsensa päihteidenkäytöstä. Valitettavan usein perheen lapset jätetään pois päihdeongelmaisen vanhemman hoidosta, koska oletetaan, ettei lapsi kestä tai ymmärrä kuulemiaan asioita. Lapsella on kuitenkin huoli vanhemmastaan ja lapset aistivat herkästi asioita. Lisäksi lapsen näkökulma ja mahdollinen tuen tai avun tarve jää tällöin kokonaan huomioimatta. (Mäkelä 2005; Holmberg 2010, 80-81.)

Vaikka perhettä ei voitaisi ottaa konkreettisesti mukaan potilaan hoitoon, on perheen kuitenkin hyvä kulkea mukana ajatuksellisella tasolla eli perhesuhteita tulisi käydä läpi potilaan kanssa. Näin voidaan paremmin ymmärtää potilaan menneisyyttä ja nykyhetkeä, sekä niitä peilaten myös tulevaisuutta. Usein mielenterveys- ja päihdetyön laitoshoidossa on rajoitettu vierailuja, jotta potilas voisi keskittyä omaan paranemisprosessiinsa. Perheen tapaamisia voidaan kuitenkin toteuttaa suunnitellusti, eikä rajaus siis estä perhehoitotyön toteutumista. Perhetapaamisille tulisi myös järjestää rauhallinen tila. (Vähäniemi 2008, 115.)

2.4 Psykiatrasta perhehoitotyötä kuvaava käsitejärjestelmä

Tässä opinnäytetyössä käytimme Pitkäsen ym. (2002) tutkimuksen tuloksena muodostunutta käsitejärjestelmää havainnointirunkomme pohjana. Käsitejärjestelmän kolme pääkategoriaa ovat perhehoitotyön toimintaa ohjaavat periaatteet, perhehoitotyöhön liittyvät toiminnot ja perhehoitotyössä käytetyt menetelmät (liite 2). (Pitkänen ym. 2002, 223.) Havainnoinnin kohteet on kursivoituna seuraavissa kappaleissa Pitkäsen ym. (2003) tarkastelun mukaan.

2.4.1 Perhehoitotyön toimintaa ohjaavat periaatteet

Perhehoitotyön perusta löytyy *yhteistyösuhteesta* perheen kanssa. Psykiatriassa hoitotyössä on jo pitkään toimittu yksilövastuullisuuden periaatteen mukaisesti, mutta nykyisin omahoitajan rooli on laajentunut yhteistyösuhteeksi, joka koskettaa myös potilaan perhettä. (Pitkänen ym. 2002, 228.) Vähäniemi (2008) muistuttaa kuitenkin, että perhehoitotyötä toteutettaessa omahoitaja on ensisijaisesti potilasta varten (Vähäniemi 2008, 113-114).

Perhekeskeisyyden osana osastokulttuuria katsotaan myös olevan yksi perhehoitotyön peruslähtökohdista. Yleisesti halutaan, että perhe kokee itsensä merkitykselliseksi, arvokkaaksi sekä tervetulleeksi osastolle. Tämä auttaa perhettä sitoutumaan hoitoon. (Pitkänen ym. 2002, 227.)

2.4.2 Perhehoitotyöhön liittyvät toiminnot

Perhehoitotyöhön liittyviä toimintoja on *yhdessä toimiminen*, joka käsittää *yhdessä suunnittelua, toimimista, arviointia* sekä *yhteydenpitämistä*. Perheiden kanssa pyritään viettämään aikaa, seurustelemaan ja etenkin pienten lasten kohdalla perhe saattaa konkreettisesti olla läsnä joissain hoitotilanteissa. Tärkeäksi koettiin myös *tiedon antaminen* ja vastaaminen omaisten kysymyksiin. Lisäksi omaisilta voidaan *kerätä tietoa*, joka on potilaan hoidon kannalta merkityksellistä. (Pitkänen ym. 2002, 228.)

Toinen perhehoitotyöhön liittyvä toiminto on perheen *psykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen*. Pitkäsen ym. (2002) tutkimuksen mukaan perheet tarvitsevat paljon tukea tilanteeseensa ja keinot huolehtia perheen psyykkisestä hyvinvoinnista ovat *tukeminen, rohkaiseminen, turvallisuuden luominen, toivon ylläpitäminen, kuunteleminen, motivoiminen* sekä *perheen kohtaamien ja kokemien ongelmien käsittely*. (Pitkänen ym. 2002, 228.)

2.4.3 Perhehoitotyön menetelmät

Psykiatrisessa hoitotyössä potilaan hoidon keskeisimmäksi elementiksi nousee vuorovaikutus, oli kyse sitten potilaasta tai hänen perheestään. Menetelmiä perhehoitotyöhön toteuttamiseen psykiatrisessa osastohoidossa ovat sekä *suunnitellut yhteistapaamiset* että *satunnaiset yhteistapaamiset*. *Suunniteltuihin yhteistapaamisiin* kuuluvat *neuvottelut* perheiden kanssa, *suunnitellut perhetapaamiset, verkostopalaverit* sekä *kotikäynnit*. *Suunnitellut puhelinkeskustelut* perheen kanssa liittyvät myös hoitotyöhön. *Satunnaisiin yhteistapaamisiin* kuuluvat *satunnaiset tapaamiset*, esimerkiksi perheen vieraillessa osastolla sekä *satunnaiset puhelinkeskustelut*, joissa perheet soittavat osastolle ja kyselevät potilaan vointia. (Pitkänen ym. 2002, 228.)

2.5 Mielenterveys ja mielenterveys- ja päihdeongelmat

Mielenterveys- käsitteen määrittely on koettu hankalaksi ja siksi sitä on määriteltänyt kovin monella tapaa. Määritelmät ovat aina sidonnaisia aikaan ja kulttuuriin, eivätkä ne siksi sellaisenaan ole aina toimivia. (Punkanen 2006, 9.) Usein mielenterveys- käsitettä määriteltäessä käytetään käyttäytymistä ja kokemusta kuvaavia termejä, jotka ovat yhdenmukaisia toimintaa, rationaalisuutta ja moraalialueita koskevien vallalla olevien käsitysten kanssa. (Sohlman 2004, 27).

Lääketieteessä mielenterveyden määritelmällä on negatiivinen kaiku, sillä lääketieteessä määritelmä on yhdistetty ennemminkin mielen sairauksiin kuin terveyteen. Mielenterveyden yhteydessä on alettu korostaa niin kutsuttua positiivista mielenterveyttä, joka nähdään arvona, tavoiteltavana asiana, taitona sekä kyvykkyytenä selviytyä elämässä. (Vuori- Kemilä 2007, 8-10.) Positiivinen mielenterveyden määritelmä ohjaa ajattelua pois ongelma- ja sairausnäkökulmasta. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 17.)

Sohlmanin (2004) mukaan ihmisen yksilölliset tekijät ja kokemukset vaikuttavat siihen, miten jokainen mielenterveytensä määrittelee. Ihminen on syntymästään saakka vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa ja tämän vuorovaikutuksen tuloksena syntyneet elämäkokemukset vaikuttavat ihmiseen läpi tämän elämän. Tapahtumat ihmisen elämässä muovaavat mielenterveyttä, esimerkiksi onnettomuudet tai läheisen kuolema, ja jättävät jäljen ihmiseen. Mielenterveyttä on myös kuvattu ihmisen kykyyn ymmärtää omat mahdollisuutensa ja rajansa, ihminen pystyy toimimaan elämän normaalissa stressissä ja työskentelemään tuottavasti. Myös hyvät ihmissuhteet ja vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa tukee mielenterveyttä ja samalla vahvistaa sitä. (Sohlman 2004, 35-36.)

Mielenterveyden häiriö on yleisnimitys erilaisille psykiatrisille häiriöille. Mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa psykoosit, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt ja päihdehäiriöt. Tavalliset arkipäivän psyykkiset tilat tai reaktiot eivät kuitenkaan ole mielenterveyden häiriöitä. Psykiatriin häiriöihin liittyy toimintakyvyn menetystä, kärsimystä, elämän laadun heikkenemistä sekä vakaviakin psyykkisiä oireita. (Lönqvist & Lehtonen 2007, 14.)

Päihdeongelmalla tarkoitetaan eri aineiden käyttöön liittyvien ongelmien kärjistymistä, kun käyttö on jatkunut pitkäaikaisena ja elämää hallitsevana sekä syrjäyttää muut elämän tärkeät toiminnot, kuten esimerkiksi ihmissuhteet. Yleisimmin käytössä olevia keskushermostoon vaikuttavia aineita ovat alkoholi, amfetamiini, kannabis, kokaiini ja opiaatit. (Poikolainen 2003, 76.)

Päihdeongelmalle tunnusomaisia merkkejä ovat käytön kontrollin heikkeneminen, toleranssin kasvu ja vieroitusoireet, jotka voivat olla erittäin hankalia sekä päihteen tai päihteiden käytön jatkuminen, vaikka se aiheuttaisi merkittäviä haittoja. (Koski-Jännes & Hänninen 2004, 10.)

Kaksoisdiagnoosipotilas on päihteiden väärinkäyttäjä, jolla on yksi tai useampi samanaikainen mielenterveyden häiriö tai päinvastoin. Kaksoisdiagnoosi-käsitteen yhteydessä on puhuttu myös monihäiriöisyydestä eli komorbiditeetista. (Aalto 2007, 1293.) Holmbergin (2008) mukaan kaksoisdiagnoosi käsitteenä on riittämätön hoitotyön näkökulmasta, sillä se viittaa vain kahteen diagnoosiin tarkentamatta diagnoosiluokkia. (Holmberg 2008, 12.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten perhehoitotyötä toteutetaan päihdepsykiatrisella osastolla.

Tämän opinnäytetyön tehtävät olivat:

- 1) Millaiset perhehoitotyön periaatteet ohjaavat toimintaa päihdepsykiatrisella osastolla?
- 2) Millaisia perhehoitotyön toimintoja osastolla käytetään?
- 3) Millaisilla menetelmillä perhehoitotyötä toteutetaan päihdepsykiatrisella osastolla?

Opinnäytetyömme tavoitteena oli antaa tietoa siitä, miten perhehoitotyö toteutuu ja miten sitä voidaan tarvittaessa kehittää päihdepsykiatrisella osastolla.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Lähtökohtana laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan asioita mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161). Laadullisen tutkimuksen kohteena on yleensä ihminen ja ihmisen maailma, joiden kautta voidaan tarkastella ihmisen elämismailmaa. Kaikki laadullinen tutkimus tapahtuu elämismailmassa, joten tutkija on myös osa sitä maailmaa, jota hän tutkii. Tämä on myös edellytys sille, että hän voi tehdä laadullista tutkimusta. (Varto 1992, 23–26.)

Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kerätään luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Suositellaan, että ihmistä käytettäisiin tiedon lähteenä, jolloin tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa kuin mittausvälineillä hankittuun tietoon. Omien havaintojen lisäksi voi tutkija käyttää apuna esimerkiksi lomakkeita ja testejä täydentämään havaintojansa. (Hirsjärvi ym. 2009, 164). Laadullisen tutkimukselle tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa: aineistonkeruumenetelmä, hypoteesittomuus, tutkittavien näkökulma, harkinnanvarainen tai teoreettinen otanta, tutkijan asema ja narratiivisuus. (Eskola & Suoranta 1998, 15.)

Valitsimme opinnäytetyön menetelmälliseksi lähtökohdaksi laadullisen tutkimusmenetelmän, koska havainnointimme kohdistui hoitajien toimintaan. Aineisto kerättiin todellisista tilanteista ja hoitajien omassa työympäristössä.

4.2 Havainnointi

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää joko vaihtoehtoisesti tai eri menetelmiä yhdistelemällä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Valitsimme opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmäksi havainnoinnin. Havainnointiin perustuva menetelmä on tarkoituksenmukaisin silloin, kun tutkitaan vuorovaikutuskäyttäytymistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71).

Havainnoinnin avulla voidaan saada tietoa myös sellaisista asioista, joita ei välttämättä kykene paperille kirjoittamaan tai kyselyihin vastaamalla selittämään ja kuvailemaan. Havainnoinnin avulla voidaan hankkia tietoa, toimivatko ihmiset todella niin kuin uskovat tai sanovat toimivansa. Lisäksi havainnoinnin avulla päästään havainnoitavan kohteen luonnolliseen ympäristöön, joka on tärkeää myös havaintojen reliabiliteetin eli luotettavuuden kannalta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 207; Mulhall 2003, 307.)

Havainnoinnilla on myös huonot puolensa. Tutkijan osallistuminen tutkimuskohteen elämään rikkoo aina tutkimuskohteen niin sanottua luonnollista arkielämää. Havainnoija saattaa siis häiritä tai jopa muuttaa tilanteen kulkua omalla läsnäolollaan. Siksi tutkijan on koko ajan tiedostettava, että hän saattaa vaikuttaa tutkittavaan kohteeseen. Parhaiten tutkimuskohteen jäsenten luottamuksen saavuttaa, kun tutkittaville kerrotaan mahdollisimman pian, mikä tutkimuksen luonne on ja mikä on tutkijan kiinnostuksen kohde. (Vilka 2007, 56-58.) Opinnäytetyössämme osastonhoitaja kertoi osaston henkilökunnalle opinnäytetyömme aiheesta ja aineiston keruun toteutuksesta sekä sen, että havainnointimme kohdistuu hoitajien toteuttamaan perhehoitotyöhön.

Havainnoinnin menetelmiä on useita. Tässä opinnäytetyössä käytimme osallistuvaa sekä kohdistettua havainnointia. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija osallistuu sekä aitoihin tilanteisiin että tekee ulkopuolisena havaintoja kohteestaan. Tutkija on läsnä tilanteissa kahdessa roolissa: osallistujana ja toisaalta muiden käyttäytymisen seuraajana. (Hopia, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2008, 339; Moore & Savage 2002, 58-59.) Osallistuva havainnointi tapahtuu usein ennalta sovittuna ajanjaksona, etukäteen valitusta teoreettisesta näkökulmasta ja ennalta suunnitellun näkökulman avulla eli tässä opinnäytetyössä havain-

noimme perhehoitotyön toteutumista hoitajien toiminnassa päihdepsykiatrisella osastolla. Kohdistetussa havainnoinnissa havainnoija osallistuu tutkittavan arkielämään, mutta havainnointia tehdään vain rajattuun kohteeseen. Lisäksi havainnointia kohdistetaan ennalta valittuihin tapahtumiin, tilanteisiin ja asioihin tutkimuskohteessa. (Vilka 2007, 44.)

4.3 Aineiston keruu

Saimme luvan opinnäytetyön tekemiseen maaliskuussa 2011. Opinnäytetyömme aineisto kerättiin havainnoimalla sitä, miten ja millaisilla menetelmillä, toiminnoilla ja periaatteilla hoitajat toteuttavat perhehoitotyötä osastolla. Havainnointi toteutettiin toisen opiskelijan harjoittelun aikana, maaliskuusta huhtikuussa 2011. Havainnointipäiviä kertyi yhteensä 20.

Tässä opinnäytetyössä havainnot keskittyivät nimenomaan hoitajien toimintaan. Aineiston keruun tueksi oli tehty havainnointirunko (Liite 1), jonka olimme koonneet aikaisemman tutkimustiedon pohjalta (Pitkänen ym. 2002). Aineistonkeruun apuvälineenä käytimme tässä opinnäytetyössä lisäksi havainnointipäiväkirjaa.

Havainnointirunkoon tehtiin kirjauksia jokaisen päivän aikana. Päivän päätteeksi havainnoitsija kirjoitti tekemistään havainnoista myös päiväkirjaa, jonne kirjattiin vapaamuotoisia havainnoiteja ja omia kokemuksia eri tilanteisiin liittyen. Päiväkirja havaittiin hyväksi, koska sinne oli mahdollista aukikirjoittaa havainnot tarkasti. Näin varmistui se, että havainnoija muisti jälkikäteenkin, mitä on kussakin tilanteessa havainnoinut. Havainnoinnin lisäksi havainnoitsija kirjasi päiväkirjaan myös omia ajatuksiaan kuhunkin tilanteeseen liittyen.

Havainnoinnit kerättiin opiskelijan työvuorojen ajalta. Apuna toimivat myös erilaiset keskustelut, joita havainnoija kävi osaston työntekijöiden kanssa. Keskusteluista tehtiin muistiinpanoja päiväkirjaan.

4.4 Aineiston analyysi

Analysoimme aineiston teoriaohjaavalla analyysillä. Tässä aineiston analyysimuodossa teoria toimii apuna analyysin etenemisessä. Aikaisemman tiedon vaikutus on tunnistettavissa analyysistä, mutta se ei ole teoriaa testaava vaan enemmänkin uusia ajatuksia herättävä. Teoriaohjaavaa analyysia käytettäessä aineiston keräämiseen ei juuri ole rajoituksia. Aluksi aineiston analyysivaiheessa edetään aineistolähtöisesti, mutta analyysin loppuvaiheessa otetaan myös teoriaosuus mukaan analyysiin. Teoriaohjaavassa analyysissä päättely on usein abduktiivista eli sitä ei voi yleistää. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96-97.)

Aineisto tulee käydä läpi ja luokitella sekä lopuksi kirjoittaa yhteenveto valituista aiheista. Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on luoda selkeyttä aineistoon ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92; Eskola & Suoranta 1998, 138.) Analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän sai tutkimustehtäviinsä (Hirsjärvi ym. 2009, 221).

Aina ei ole tutkijalle selvää, milloin aineistoa aletaan analysoida. Yleensä ajatellaan, että ensin kerätään aineisto ja lopuksi suoritetaan analysoiminen. Laadullisessa tutkimuksessa ja etenkin sellaisessa tutkimuksessa, jossa aineisto on kerätty monissa vaiheissa tai pitkän aikavälin kuluessa, on analyysia hyvä tehdä samanaikaisesti aineiston keruun kanssa. Suositellaan, että analysoiminen aloitetaan mahdollisimman pian keruuvaiheen alkamisen jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2009, 223). Meidän opinnäytetyössämme analysointi tapahtui siten, että aineiston analysointi aloitettiin kirjoittamalla havainnointilomakkeet ja päiväkirja puhtaaksi Word-tekstinkäsittelyohjelmalla. Tapasimme havainnointijakson aikana kerran viikossa ja analysoimme aineistoa alleviivaamalla tekstistä asioita, jotka vastasivat opinnäytetyömme tehtäviin. Aineistoa analysoitaessa huomasimme, että perhehoitotyön periaatteita ei ollut opinnäytetyön tehtävissämme, vaikka aineistosta niitä tuli esiin, joten lisäsimme periaatteita koskevan tehtävän.

Aineistolähtöistä aineiston analyysia on kuvattu kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäisenä vaiheena on aineiston redusointi, eli pelkistäminen. Toisena vaiheena on aineiston kluserointi eli ryhmittely ja kolmantena vaiheena abstrahoin-

ti, eli teoreettisen käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Aineiston pelkistämistä ohjaavat opinnäytetyön tehtävät, joiden avulla aineistosta rajataan tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat tutkimuksen ulkopuolelle. Pelkistäminen voi olla joko aineiston pilkkomista osiin tai informaation tiivistämistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-111). Puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen tulostimme aineiston ja karsimme tutkimustehtävien kannalta turhat havainnot pois. Osa havainnoista oli jo havainnoitaessa kirjoitettu pelkistettyyn muotoon, joka helpotti tätä vaihetta. Pelkistetyt havainnot ryhmiteltiin etsimällä niistä samankaltaisuuksia ja ryhmät sijoitettiin Pitkäsen ym. (2002) tutkimuksen mukaisiin alaluokkiin. Aineistosta ei noussut esille kaikkia Pitkäsen ym. (2002) käyttämiä luokkia, joten teimme aineistomme pohjalta kuvion, joka vastaa opinnäytetyömme tuloksia (liite 3).

5 TULOKSET

5.1 Perhehoitotyön toimintaa ohjaavat periaatteet

5.1.1 Yhteistyösuhde

Osastolla hoitajaksojen pituus vaikutti yhteistyösuhteen syntyyn ja perhehoitotyön toteuttamiseen. Osaston keskimääräinen hoitajakson pituus oli kaksi viikkoa. Yhteistyösuhteen luomista potilaan perheenjäsenien kanssa rajoitti myös se, ettei perheenjäsenen hoitoon osallistumista katsottu aina potilaan hoitoa tukevaksi tekijäksi esimerkiksi perheenjäsenen päihdeongelman vuoksi. Näissä tapauksissa perheenjäsenen vierailut eivät olleet mahdollisia ja sallitut vieraat nimettiin hoitosopimuksiin.

Yhteistyösuhteen luomiseen vaikutti potilaan omahoitajan aktiivisuus ja kiinnostus perhehoitotyöhön sekä potilaan sen hetkinen elämäntilanne eli kuinka keskeisellä sijalla perheenjäsenet potilaan elämässä olivat. Osastolla perheet tapasivat potilasta osaston vierailuhuoneessa, jotta muiden potilaiden yksityisyys oli turvattu. Tapaaminen vierailuhuoneessa mahdollisti myös perheen keskinäisen yhdessäolon ilman häiriötekijöitä.

5.1.2 Perhekeskeinen osastokulttuuri

Perhekeskeinen osastokulttuuri tuli esille siten, että perhe toivotettiin tervetulleeksi osastolla ja heihin suhtauduttiin ystävällisesti. Lähes kaikissa ensi tapaamisissa hoitajat esittäytyivät perheelle. Potilaan omahoitaja esittäytyi perheenjäsenille aina ensi tapaamisen yhteydessä. Omahoitaja kertoi potilaan perheelle osastosta ja sen toimintakulttuurista, kuten esimerkiksi osaston säännöistä. Perheelle annettiin mahdollisuus kysyä heitä askarruttavia asioita ja rohkaistiin siihen esimerkiksi sanomalla: ”kysykää vaan rohkeasti jos tulee jotain kysymyksiä mieleen”. Perheille annettiin aikaa keskustella hoitajan kanssa, jos he sitä halusivat ja kehoitettiin tarvittaessa ottamaan yhteyttä hoitajiin.

Henkilökunnan määrä vaikutti perhekeskeisen osastokulttuurin toteutumiseen ja ylläpitämiseen. Hoitajien sairauslomat ja kiire heikensivät perhekeskeisen osastokulttuurin toteutumista. Hoitajilla ei vajaan miehityksen vuoksi ollut antaa aikaa perheille niin paljon kun perheet olisivat sitä halunneet. Tämä ilmeni hoitajien välisenä keskusteluna, jossa he harmittelivat tapahtumaa jälkikäteen.

5.2 Perhehoitotyön toiminnot

5.2.1 Yhdessä toimiminen

Perhe otettiin mukaan potilaan hoitoon, jos perhe ja ennen kaikkea potilas niin halusivat. Osaston henkilökunta esitti perheenjäsenille toiveen heidän osallistumisestaan hoidonsuunnittelupalaveriin. Perheenjäsenet osallistuivat niihin mahdollisuuksien mukaan. Ristiriidat perheenjäsenten välillä tai katkenneet perhesuhteet vaikuttivat siihen, ettei perhe osallistunut potilaan hoitoon, jolloin perheenjäseniä ei kutsuttu mukaan yhteistapaamiseen. Ristiriitatilanteissa potilaat toivoivat, ettei perheeseen olla yhteydessä osastolta. Oli myös tilanteita, jossa työryhmä katsoi, ettei kaikkien perheenjäsenten osallistuminen potilaan hoitoon ollut hoitoa tukevaa, esimerkiksi perheenjäsenen päihdeongelman vuoksi. Näissä tapauksissa hoitosopimukseen kirjattiin nimetyt perheenjäsenet, jotka voivat vierailla osastolla potilaan hoidossa ollessa.

5.2.2 Psykkisen hyvinvoinnin turvaaminen

Hoitohenkilökunta tuki perheiden psyykkistä hyvinvointia muun muassa keskustelemalla heidän kanssaan ja rohkaisemalla heitä tukemaan potilasta. Hoitohenkilökunnan välisissä keskusteluissa nousi esille perheenjäsenten huoli potilaasta. Keskusteluissa tuli selkeästi esille, että monet perheet olivat väsyneitä ja

pettyneitä potilaan toimintaan ja useisiin hoitajaksoihin. Näissä tapauksissa hoitohenkilökunta kertoi perheille, että esimerkiksi retkahtaminen jossain vaiheessa kuuluu asiaan, eikä hoito retkahduksesta huolimatta ole ollut turhaa. Rohkaisemista ja toivon ylläpitämistä oli se, että perheille kerrottiin retkahtamisen olevan osa muutosprosessia. Perheitä rohkaistiin uskomaan potilaaseen ja tämän muutoksen mahdollisuuteen, vaikka takana olisi useita hoitajaksoja.

Hoitajien päivittäisissä keskusteluissa nousi esille myös se, että joillain perheillä oli epärealistisia tavoitteita oman perheenjäsenensä hoitoon liittyen. Hoitajat kokivat, että perheenjäsenet eivät vastaanottaneet hoitajien kertomia potilaan tilanteeseen liittyviä tosiasioita. Tällaisissa tilanteissa potilaan perhe koettiin kuormittavana tekijänä, sillä perhe saattoi asettaa hoidolle epärealistisia tavoitteita yhdessä potilaan kanssa, jolloin omahoitajan tehtäviin kuului tiedottaa ja ohjata sekä keskustella potilaan hoidon tavoitteista potilaan ja perheen kanssa.

5.2.3 Tiedottaminen

Perheille annettiin tietoa potilaasta ja tämän hoidosta potilaan suostumuksella. Useissa tapauksissa osastolla käydessään perhe sai tietoa potilaan voinnista vain sitä kysymällä. Jotkut perheet toivoivat keskustelua omahoitajan kanssa potilaan tilanteeseen liittyen, nämä perheet olivat aktiivisesti yhteydessä osastolle. Hoitajat olivat perheenjäsenten käytettävissä heidän vieraillessaan osastolla.

Hoitajat toivoivat saavansa keskustella potilaan perheenjäsenten kanssa heidän vieraillessaan osastolla. Keskustellessaan perheen kanssa hoitajat saivat heiltä tietoa ja uusia näkökulmia potilaan tilanteeseen. Esteenä perheen kanssa keskustelulle oli kiire ja sairauspoissaolot, joiden vuoksi hoitajille oli kasautunut normaalia enemmän työtehtäviä. Tästä johtuen perhehoitotyön toteutuminen jäi joskus vähemmälle.

5.3 Perhehoitotyön menetelmät

5.3.1 Suunnitellut yhteistapaamiset

Potilaan perheen toivottiin osallistuvan mahdollisuuksien mukaan tapaamisiin ja heille ilmoitettiin etukäteen järjestettävistä verkostopalavereista ja muista yhteistapaamisista. Verkostopalavereita toteutui neljän viikon havainnointijakson aikana yksi. Perhetapaamisia suunniteltiin, mutta ne jäivät toteutumatta perheenjäsenten esteiden vuoksi. Neljän viikon aikana suunniteltiin kolme kotikäyntiä, joista kaksi toteutui. Näissä kahdessa tapauksessa potilas asui yksin ja peruuntuneessa kotikäynnissä potilas asui puolison kanssa. Potilaiden perheitä tavattiin havainnointijakson aikana enemmän satunnaisesti, esimerkiksi perheen vieraillessa osastolla, kuin suunnitellusti.

5.3.2 Satunnaiset yhteistapaamiset

Satunnaiset tapaamiset toteutuivat perheiden vieraillessa osastolla. Tällöin sovittiin muun muassa päiväloma-aikatauluja tai kotiutumistilanteeseen liittyviä asioita. Satunnaisissa tapaamisissa perheenjäsenet kyselivät myös potilaan hoidon etenemisestä ja voinnista. Spontaaneissa keskusteluissa ja tapaamisissa ilmapiiri hoitajan ja potilaan perheen välillä vaikutti olevan vapautuneempi. Satunnaisissa tapaamisissa ei ollut ennalta määriteltyjä keskustelu-aiheita, vaan hoitajat keskustelivat perheen kanssa perheenjäseniä sillä hetkellä askaruttavista asioista ja vastasivat heidän kysymyksiinsä.

Perheenjäsenet olivat puhelimitse yhteydessä osastolle päivittäin. Useimmat puhelusta koskivat tiedusteluja potilaan sen hetkisestä voinnista. Perheet olivat aktiivisia yhteydenpitäjiä ja osa puhelusta koski jo hoidosta lähteneitä potilaita ja heidän asioitaan. Puhelinkeskustelut olivat kauempina asuville perheenjäsenille keino pitää yhteyttä potilaaseen, koska heidän ei ollut mahdollista tulla vieraillemaan osastolle tai potilaan hoidon kannalta tärkeisiin palavereihin. Usein myös kauempaa hoitoon tulleen potilaan siirtopalaverit hoidettiin puhelimitse, tällöin perheiden ei ollut mahdollista osallistua jatkohoidon suunnittelupalaveriin.

Hoitajat olivat läsnä potilaiden soittaessa virkapuheluja perhettään koskien, esimerkiksi lastensuojeluasioihin liittyen.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Eettisyys

Eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Eettiset kysymykset kulkevat mukana läpi koko opinnäytetyöprosessin aina aiheen valinnasta tulosten julkistamiseen. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 172; 184.) Eettisten ongelmien tunnistaminen ja niiden välttäminen vaatii tutkijalta ammattitaitoa ja hyvää ammattietiikkaa. Raja eettisen ja epäeettisen toiminnan välillä on häilyvä. (Eskola & Suoranta, 1998, 59). Opinnäytetyömme aiheen saimme työelämätaholta. Työelämäpalaverissa käsitelimme jo monia opinnäytetyöhömmä liittyviä eettisiä kysymyksiä, esimerkiksi sitä, miten havainnointi käytännössä toteutetaan.

Hyvään tutkimusetiikkaan kuuluu, että tutkittaville kerrotaan selkeästi tutkimuksen alussa, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkittaville annetaan riittävästi tietoa tutkimuksen luonteesta ja tarkoituksesta (Eskola & Suoranta 1998, 55-56). Hyvän tieteellisen tavan noudattaminen edellyttää, ettei tutkimusaineistoa kerätä ilman havainnoitavien suostumusta (Vilkkä 2007, 57). Sovimme työelämäpalaverissa, että osaston osastonhoitaja tiedottaa henkilökuntapalaverissa työntekijöille opinnäytetyön aiheesta, havainnointimme ajankohdasta ja sisällöstä, joten tutkittavat eli tässä opinnäytetyössä osastolla työskentelevät hoitajat saivat tiedon havainnoinnista jo etukäteen. Hoitajat ilmaisivat suostumuksensa havainnointiin osallistumalla. Tutkimusluvan saimme Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opetusylihoitajalta.

Keskeinen eettinen periaate tutkimustekstiä kirjoitettaessa on, että tutkimukseen osallistuneet henkilöt ja tutkimusympäristö eivät saa olla tunnistettavissa (Kuula 2006, 64; Vilkkä 2007, 59-60). Opinnäytetyössämme käsittelemme aineistoamme niin, että havainnoitavat eivät ole tunnistettavissa.

Tutkija vaikuttaa aina jollain tapaa kerättyyn aineistoon. Tutkimus sisältää monia eri päätöksiä läpi koko prosessin ja näin tutkijan etiikka joutuu useasti koe-

tukselle (Eskola & Suoranta 1998, 52). Opinnäytetyössämme olemme myös joutuneet miettimään eettisiä kysymyksiä. Koska työmme aineisto kerättiin havainnoimalla, piti havainnoijan pohtia tarkasti, että hän havainnoi vain ainoastaan hoitajien toimintaa. Eettiset kysymykset tulivat vastaan myös tulosten kirjoittamisen yhteydessä. Kirjoitimme tulokset juuri niin kuin ne olivat. Eskolan & Suorannan (1998) mukaan eettiset kysymykset korostuvat juuri havainnoinnissa, jonka vuoksi tutkijan on entistä enemmän tiedostettava tekojensa seuraukset (Eskola & Suoranta 1998, 101).

Tutkijan tulee miettiä tarkasti koko tutkimusprosessin ajan miten käyttää, käsittelee ja säilyttää tutkimusta varten kerättyä aineistoa ja siinä olevia tietoja. Tiedot eivät saa joutua ulkopuolisten käsiin, sillä ihmisiä tutkittaessa ollaan usein tekemisissä arkaluontoisten asioiden kanssa, eikä tutkija saa rikkoa tutkimuskohteelle antamaansa vaitiolo- ja salassapitolupausta. (Vilka 2007, 113.) Tämä toteutui meidän opinnäytetyössämme siten, että havainnoinnilla kerätty aineisto säilytettiin ulkopuolisilta suojattuna lukitussa kaapissa ja aineistoa käsittelevät vain tämän opinnäytetyön tekijät. Jo havainnointivaiheessa aineisto on kirjoitettu anonymiin muotoon. Aineisto hävitetään raportoinnin valmistumisen jälkeen.

6.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka kuvaus tutkimuksen eri vaiheista ja toteuttamisesta. Ydinasioita laadullisessa tutkimuksessa ovat henkilöiden, paikkojen ja eri tapahtumien kuvaukset. (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Laadullista tutkimusta luetaan yleensä pohtien, löytyykö siitä jotakin minkä voisi itsekkin allekirjoittaa. Syynä tähän voi olla se, että kertomukset voivat olla lukijalle jollakin tavalla omakohtaisesti tuttuja ja oma kokemus voisi vahvistaa tutkimuksen tuloksen. (Eskola & Suoranta 1998, 210). Olemme opinnäytetyössämme kirjoittaneet kohta kohdalta työmme etenemisestä, jolloin lukijan on helppo seurata opinnäytetyömme prosessia.

Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan laadullisen tutkimuksen pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja luotettavuuden arviointi koskee koko

tutkimusprosessia (Eskola & Suoranta 1998, 210). Luotettavuuteen vaikuttaa yhtenä tekijänä tutkimussuunnitelman huolellinen tekeminen, tutkimusasetelman sopivuus ja hyvin tehty raportointi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Muokkasimme opinnäytetyön suunnitelmaa useaan kertaan ennen kuin se lähetettiin hyväksyttäväksi osastonhoitajalle sekä opetusylihoitajalle. Näin varmistimme, että suunnitelmastamme löytyi kaikki tarpeellinen tieto ja se antoi tarpeeksi informaatiota osastolle. Tutkimusasetelmasta keskustelimme osastonhoitajan kanssa työelämäpalaverissa, jotta se vastasi heidän tarpeitaan osastolla. Lisäksi käytimme säännöllisesti opinnäytetyön ohjausta opinnäytetyöprosessin aikana. Näillä pyrimme siihen, että opinnäytetyömme on mahdollisimman luotettava.

Luotettavuuteen kuuluu myös puolueettomuus. Havainnoimalla kerättyyn aineistoon saattavat vaikuttaa tutkijan ikä, sukupuoli, kansalaisuus ja virka-asema. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136) Opinnäytetyössämme havainnoija oli opiskelija, ei vielä ammattilainen. Hänellä ei ollut aikaisempaa koulutusta perhehoitotyöstä päihdepsykiatrisella osastolla. Aiempi tietous aiheesta oli muodostunut opiskelun ja itsenäisen perehtymisen kautta. Tämä saattoi osaltaan heikentää luotettavuutta, sillä osastolla kaikkea mahdollista perhehoitotyötä oli vaikeaa havainnoida rajallisen tietämyksen vuoksi.

Laadullisen tutkimuksen ongelmallisin vaihe on eri tulkintojen tekeminen. Tähän kohtaan ei ole olemassa mitään valmiita ohjeita. Hedelmällisyys tulkinnoissa ja tulkintojen osuvuus ovat lopulta kiinni tutkijan tieteellisestä mielikuvituksesta. (Eskola & Suoranta 1998, 147) Tässä opinnäytetyössä tämä näkyy siten, että toinen tekijöistä on suorittanut havainnoinnin osastolla ja olemme analysoineet aineistoa yhdessä. Näin opiskelija, joka ei ollut harjoittelussa, näki toisen keräämän aineiston ja pystyi siten objektiivisemmin analysoimaan aineistoa.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa on pohdittava aineiston riittävyttä. Laadullisessa tutkimuksessa on hyvin vaikeaa laskea ennakolta riittävän aineiston kokoa. Yleisesti ohjeena on se, että aineistoa ei kannata haalia liikaa. (Eskola & Suoranta 1998, 216) Tarkoituksenamme oli, että havainnoimme perhehoitotyön toteutumista osastolla yhteensä kuusi viikkoa. Tutkimusluvan viivästymisestä johtuen havainnointi osastolla kesti neljä viikkoa. Mielestämme saimme aineistoa riittävästi ottaen huomioon neljän viikon havainnointiajan. Kolmen viikon

havainnoinnin jälkeen havainnoitavista asioista ei noussut uusia tietoja suhteessa opinnäytetyömme tehtäviin.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija joutuu tarkasti pohtimaan tekemänsä työn luotettavuutta. Tutkija joutuu pohtimaan tekemiään ratkaisuja ja ottamaan kantaa analyysin kattavuuteen. (Eskola & Suoranta 1998, 208). Aineistoa puhtaaksi kirjoittaessamme olimme hyvin tarkkoina, että kirjoitamme päiväkirjasta kaiken tekstin juuri siten, miten havainnoija oli sen itse alun perin päiväkirjaankin kirjoittanut. Aineisto rajattiin tehtävien mukaisesti, joten se vastaa opinnäytetyömme tarkoitukseen.

Havainnointi on ainoana aineistonkeruumenetelmänä analyysin kannalta haastava (Tuomi & Sarajärvi 2009, 81). Suunnittelimme havainnoinnin alkaessa viikon välein päivät, jolloin analysointia suoritamme. Näin havainnointitilanteet olivat tuoreempina mielessä. Näin myös havainnoija pystyi kertomaan parilleen aidot tilanteet, joka auttoi paria hahmottamaan aineistoa paremmin.

Poimimme aineistosta havainnot, jotka vastasivat opinnäytetyön tehtäviin. Aineistosta ei noussut esille kaikkia luokkia, esimerkiksi perheterapiaa ei ollut osastolla havainnointijakson aikana, joten teimme Pitkäsen ym. (2002) käsitejärjestelmän pohjalta kuvion (liite 3), joka vastaa opinnäytetyömme tuloksia. Päiväkirjassa osa havainnoista sopi moneen luokkaan, joten jouduimme välillä pitkään pohtimaan mihin luokkaan jokin tietty havainto kuuluu. Tulosten perusteella teimme opinnäytetyön tehtäviin yhden lisäyksen perhehoitotyön periaatteista.

6.3 Tulosten tarkastelu

6.3.1 Perhehoitotyön toimintaa ohjaavat periaatteet

Yhteistyösuhde perheen kanssa muodostaa perhehoitotyön perustan. Omahoitajan rooli on hiljalleen laajentunut yhteistyösuhteeksi myös potilaan perheen kanssa, kun aiemmin keskityttiin vain potilaaseen. (Pitkänen ym. 2002, 227.) Osastolla yhteistyösuhteen syntyyn potilaan perheen kanssa vaikutti hoitojaksojen pituus. Joissain tapauksissa perheen osallistumista potilaan hoitoon jouduttiin rajaamaan esimerkiksi perheenjäsenen päihdeongelman vuoksi.

Pitkäsen ym. (2002) tutkimuksen mukaan hoitajat haluavat, että perhe kokee itsensä merkitykselliseksi, arvokkaaksi ja ennen kaikkea tervetulleeksi osastolle. (Pitkänen ym. 2002, 227.) Tämä näkyi opinnäytetyömme tuloksissa siten, että osastolla perheet toivotettiin tervetulleiksi. Hoitajat esittelivät itsensä perheenjäsenille lähes kaikissa tapauksissa ja omahoitaja aina. Perheiden kanssa keskusteltiin heidän sitä halutessaan ja perheitä rohkaistiin kysymään hoitajilta heitä askarruttavia asioita. Perheisiin suhtauduttiin ammattimaisesti, kunnioittaen ja ystävällisesti.

6.3.2 Perhehoitotyön toiminnat

Osastolla potilaan perhe otettiin mukaan hoitoon, jos potilas ja perhe sitä itse halusivat. Perheenjäsenien toivottiin osallistuvan hoitoon aina hoidonsuunnitelupalaverista lähtien. Perheen kanssa yhdessä toimiminen käsittää yhdessä suunnittelua, toimimista ja arviointia sekä yhteydenpitämistä (Pitkänen ym. 2002, 228). Potilaan perhe otetaan tällöin huomioon osana potilaan hoitoa (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 28-29).

Perheenjäsenten välillä vallitsevat ristiriidat tai katkenneet perhesuhteet vaikuttivat siihen, ettei potilaan perhettä kutsuttu yhteistapaamisiin, koska potilas ei niin halunnut. Joissain tilanteissa työryhmä katsoi, ettei potilaan perheen osallistuminen hoitoon ollut potilaan hoidon kannalta edullista. Näissä tapauksissa perheenjäsenellä tai perheenjäsenillä oli päihdeongelma. Perheenjäsenten osallisuutta saatettiin rajoittaa kirjaamalla hoitosopimukseen ne henkilöt, jotka

saivat vieraila osastolla ja osallistua hoitoon. Perheenjäsenten kesken saattaa vallita erilaisia ristiriitoja, jonka vuoksi perheen hoitoon mukaan ottaminen koetaan joskus haasteelliseksi (Vähäniemi 2008, 113).

Potilaan tilanne kartoitettiin mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, jonka vuoksi perheenjäsenten hoitoon osallistuminen oli tärkeää. Perheen hoitoon mukaan ottaminen koetaan tärkeäksi, sillä perhettä kuunnellen voidaan saada laajempi näkökulma potilaan tilanteeseen. Potilaan kyky kuvata omaa tilannettaan saattaa olla hyvinkin rajoittunutta akuutissa vaiheessa. (Pitkänen ym. 2002, 224.)

Perheiden psyykkistä hyvinvointia tuettiin keskustelemalla perheiden kanssa heitä askarruttavista asioista. Perheitä rohkaistiin tukemaan potilasta. Hoitohenkilökunnan ja perheen välisissä keskusteluissa nousi esille, että osa perheistä oli väsyneitä tilanteeseen ja osittain "luovuttaneet" potilaan useiden hoitojaksojen vuoksi. Hoitohenkilökunta kannusti perhettä tukemaan potilasta, potilaan useista hoitojaksoista huolimatta. Perheille annettiin tietoa muutoksen vaativuudesta ja lohdutettiin perheitä sillä, että jokaisella hoitojaksolla on aina jokin merkitys potilaan mahdollisen raitistumisen kannalta. Sjöblomin, Pejlerin & Asplundin (2005) mukaan perheet tarvitsevat tukea, sillä perheiden on vaikea hyväksyä asioita, jotka tuntuvat raskailta. Perheet tarvitsevat jonkun, joka kuuntelee heitä, sillä he saattavat viettää pitkiäkin aikoja niin ettei kukaan jaa huolia heidän kanssaan. (Sjöblom, Pejler & Asplund 2005, 565.)

Perhe saatettiin kokea myös kuormittavana tekijänä. Näissä tilanteissa perheellä oli usein epärealistisia tavoitteita potilaan kuntoutumisen ja jatkohoito paikan suhteen. Tällöin hoitajat antoivat tietoa perheenjäsenille ja potilaalle.

Perheille annettiin tietoa potilaan hoidosta potilaan suostumuksella. Useimmisissa tapauksissa perheet saivat tietoa potilaan hoidosta vain sitä kysymällä. Perheet keskustelivat omahoitajan kanssa potilaan hoitoon liittyvistä asioista ja olivat aktiivisesti yhteydessä osastolle. Hoitajat olivat hyvin käytettävissä perheenjäsenten vieraillessa osastolla. Hoitajat joutuivat toisinaan priorisoimaan työtehtäviään, sillä sairaus poissaolojen vuoksi hoitajille oli kasautunut normaalia enemmän työtehtäviä. Tämä rajoitti perhehoitotyön toteutumista osastolla. Esteenä keskusteluille oli hoitohenkilökunnan kiire. Tiedonantamista voidaan pitää

tärkeänä – se on vastavuoroista toimintaa perheiden ja hoitohenkilökunnan välillä (Sjöblom, Pejler & Asplund 2005, 565). Kilkun (2008) väitöskirjan tuloksien mukaan vuorovaikutukseen läheisten kanssa liittyi myös erilaisia esteitä. Osa läheisistä koki, että heidät mitätöitiin ja ohitettiin sekä heille jätettiin kertomatta asioita. Läheisiltä odotettiin omatoimisuutta ja aktiivisuutta tiedon saamiseksi. (Kilku 2008, 80.) Åstedt- Kurjen, Paavilaisen, Tammentien ja Paunonen- Ilmonen (2001) tutkimuksen mukaan potilaan voinnista keskusteltiin perheenjäsenten kanssa varsin lyhyitä aikoja kerrallaan. Vain yksi neljäsosa tutkimukseen osallistuneista (n=155) keskusteli perheenjäsenten kanssa 16-30 minuuttia, loput vähemmän. (Åstedt- Kurki, Paavilainen, Tammentie & Paunonen- Ilmonen 2001, 145.)

6.3.3 Perhehoitotyön menetelmät

Opinnäytetyön tulosten mukaan puhelinkeskusteluja oli päivittäin ja ne koskivat tiedusteluja potilaan voinnista. Perheet olivat aktiivisia yhteydenpitäjiä. Puhelinkeskustelut koettiin hyväksi keinoksi pitää yhteyttä kauempana asuviin perheenjäseniin. Puhelinkeskustelut toimivat tärkeänä osana siirtopalavereita, sillä välimatkojen ja osastosta riippumattomien resurssien vuoksi niitä ei aina ollut mahdollista järjestää kasvokkain. Sjöblomin, Pejlerin ja Asplundin (2005) tutkimuksen tulokset ovat osoittaneet, että puhelinkeskustelut perheen kanssa olivat yleisin tapa kommunikoida. Ja se oli myös hyvä vaihtoehto niissä tilanteissa, joissa perhe asui kauempana. (Sjöblom, Pejler & Asplund 2005, 565.)

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme tulosten perusteella kehittämissuhteet liittyvät yhteistaapaamisiin ja yhteydenpitoon. Tuloksista nousi esille, että suunniteltuja yhteistaapaamisia neljän viikon aikana järjestettiin vain yksi. Suunniteltuihin yhteistaapaamisiin tulisi jatkossa panostaa osastolla. Tuloksista kävi myös ilmi, että perheet olivat yhteydenpitämisessä aktiivisempia kuin osaston henkilökunta. Osastolla tulee jatkossa panostaa yhteydenpitoon perheiden kanssa.

Jatkossa voitaisiin pohtia, miten työt järjestetään niin, että perhehoitotyön toteutumiselle jää enemmän aikaa.

Mielenkiintoisena jatkotutkimusaiheena olisi, miten hoitajat kokevat perhehoitotyön toteutuvan omalla osastollaan. Jatkotutkimus voitaisiin toteuttaa hoitajien haastatteluilla tai ryhmähaastatteluna.

LÄHTEET

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123 (11), 1293–1298.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 2. Painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hakulinen, T., Koponen, P. & Paunonen, M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Perhe hoitotyössä - teoria, tutkimus ja käytäntö*. 1.painos. Porvoo: WSOY, 25- 42.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. *Tutki ja kirjoita*. 13.- 14. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holmberg, J. 2008. Mitä on mielenterveys- ja päihdehoitotyö? Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) *Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä*. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy, 11- 26.

Holmberg, J. 2010. *Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan*. 1.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hopia, H., Paavilainen, E. & Åstedt- Kurki, P. 2008. Havainnointi aineistonkeruun menetelmänä perhehoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 20 (6), 336-344.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. 1. Painos. Helsinki: WSOY

Kilkku, N. 2008. *Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Koski-Jännes, A. & Hänninen, V. 2004. *Läheiseni on päihdeongelmainen*. Piekämäki: RT- Print Oy.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. *Mielenterveyshoitotyö*. 1.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kuula, A. 2006. *Tutkimusetiikka*. Tampere: Vastapaino.

Laki toimeentulotuesta 30.12.1997/1412, 3 §. www.finlex.fi

Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2009. Perhekeskeisen työn teoreettiset perusteet. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. 1.painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 18-33.

- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2007. Psykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 14-25.
- Moore, L. & Savage, J. 2002. Participant observation, informed consent and ethical approval. *Nurse Researcher* 9 (4), 58-69.
- Mulhall, A. 2003. In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing* 41 (3), 306-313.
- Mäkelä, R. 2005. Miten perhettä voidaan hoitaa? Julkaistu 12.12.2005. Luettu 26.4.2011. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/>
- Mäkelä, R., Fagerström, K. & Niskasaari, M. 2009. Perhe ja päihteet. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. 1.painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 228-239.
- Mäkelä, R. 2010. Alkoholiongelmät ja perhe Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. 1. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 73- 86.
- Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Perhe hoitotyössä - teoria, tutkimus ja käytäntö. 1.painos. Porvoo: WSOY, 15.
- Pitkänen, A., Åstedt-Kurki, P., Laijärvi, H. & Pukuri, T. 2002. Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. *Hoitotiede* 14 (5), 223-232.
- Poikolainen, K. 2003. Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiikka. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 76- 82.
- Punkanen, T. 2006. Mielenterveystyö ammattina. 2.- 4. painos. Tampere: Tammer- Paino Oy.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41, 7§. www.finlex.fi
- Rönkä, A. & Kinnunen, U. 2002. Perhe ja vanhemmuus. Keuruu: PS- Kustannus.
- Sjöblom, L-M., Pejler, A. & Apslund, K. 2005. Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing* 14, 562-569.
- Smith, J. E. & Meyers, R. J. 2004. Kuinka motivoida päihdeongelmainen hoitoon läheisten avulla. Dark Oy.
- Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Hygieia.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja havainnoi. 1.-2. painos. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuori- Kemilä, A. 2007. Mielenterveys. Teoksessa Vuori- Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T.(toim.) Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 7- 16.

Vähäniemi, A. 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy, 101- 126.

Åstedt- Kurki, P. 2009. Family Nursing Research for Practice: The Finnish Perspective. *Journal of Family Nursing* 16(3), 256-268.

Åstedt- Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T. & Paunonen- Ilmonen, M. 2001. Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. *Scand J Caring Sci*, 15, 142- 150.

LIITTEET

LIITE 1: 1(2)

HAVAINNOINTIRUNKO

PERHEHOITOTYÖN TOIMINTAA OHJAAVAT PERIAATTEET

Yhteistyösuhde

Yhteistyösuhde perheen kanssa

Perheen huomioon ottaminen

Perhekeskeinen osastokulttuuri

Perhekeskeisen osastokulttuurin luominen

PERHEHOITOTYÖN TOIMINNAT

Yhdessä toimiminen

Yhdessä suunnittelu

Yhdessä toimiminen

Yhdessä arviointi

Yhteydenpitäminen

Psyykkisen hyvinvoinnin turvaaminen

Tukeminen

Rohkaiseminen

Turvallisuuden luominen

Toivon ylläpitäminen

Kuuleminen

Motivointi

Ongelmien käsittely

Tiedottaminen

Tiedon antaminen

Tiedon kerääminen

PERHEHOITOTYÖN MENETELMÄT**Suunnitellut yhteistapaamiset**

Neuvottelut

Suunnitellut perhetapaamiset

Kotikäynnit

Verkostopalaverit

Perhehoito

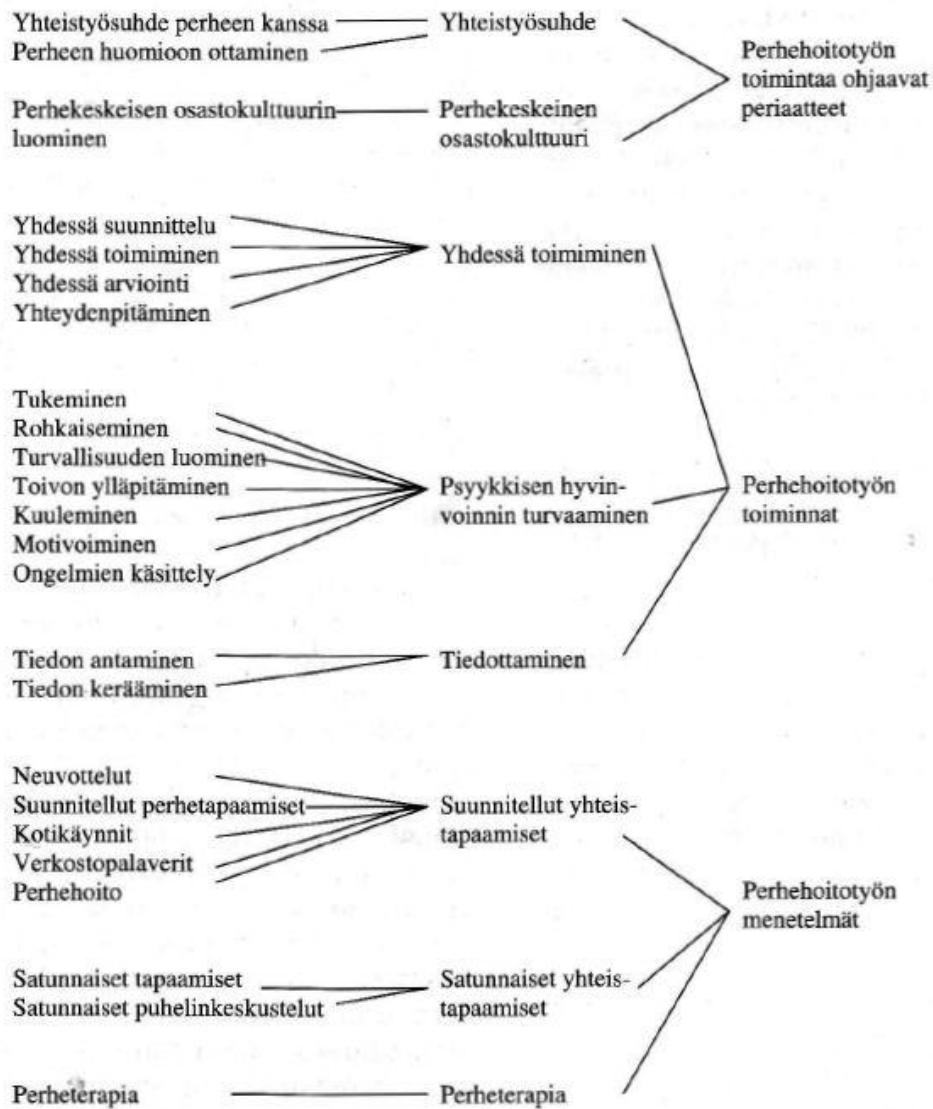
Satunnaiset yhteistapaamiset

Satunnaiset tapaamiset

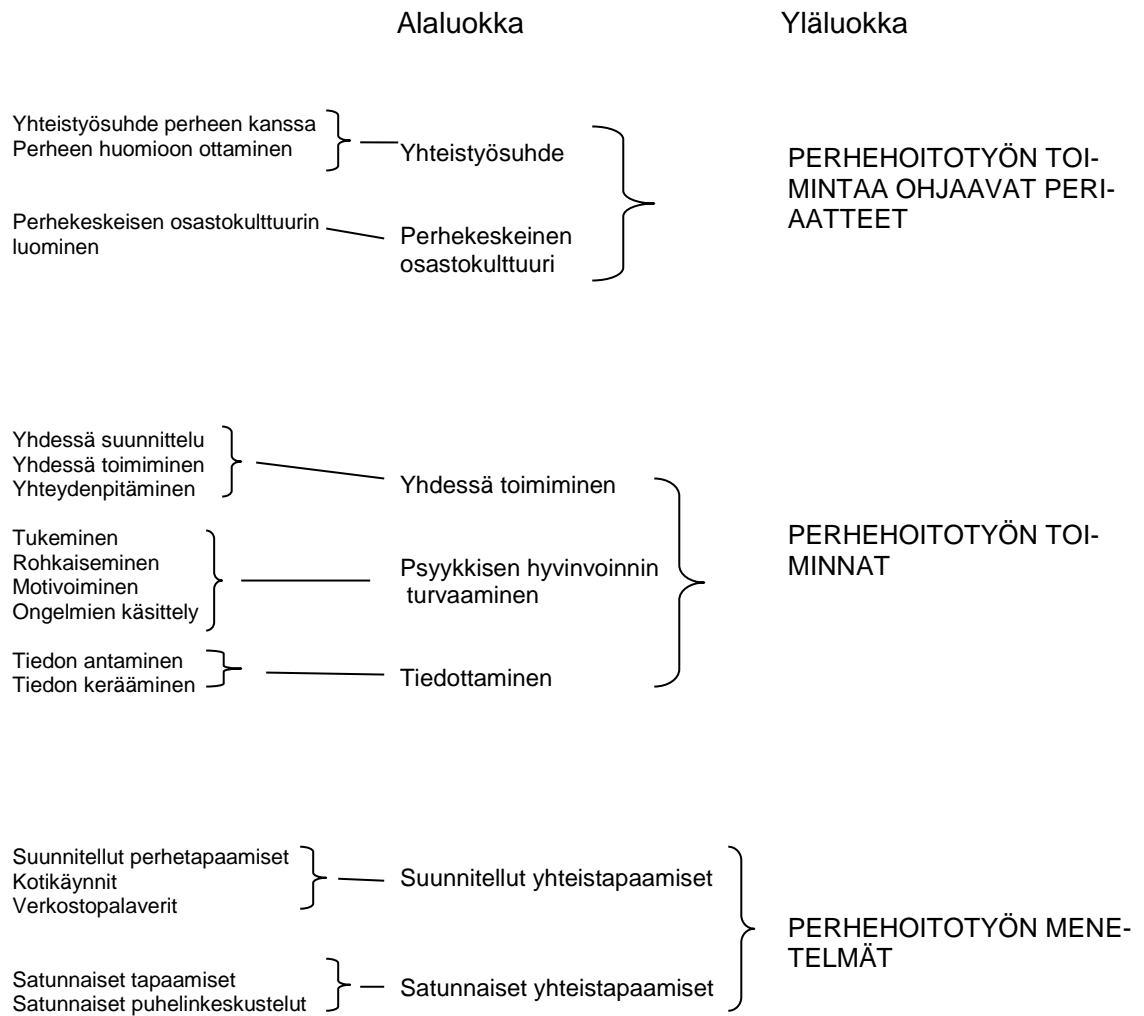
Satunnaiset puhelinkeskustelut

Perheterapia**Muut**

LIITE 2



Kuvio 1. Psykiatrista perhehoitotyötä kuvaava käsitejärjestelmä. (Pitkänen ym. 2002, 229)



Kuvio 2. Havainnoinnin kautta muodostunut käsitejärjestelmä, joka on muokattu Pitkänen ym. (2002) käsitejärjestelmän pohjalta.

TAULUKKO 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Kilcku (2008) Potilasopetus ensipsy- koosipotilaan hoidossa Väitöskirja	Tarkoituksena aineistolähtöisen teoriatiedon tuot- taminen poti- lasopetuksesta ensipsykoosipo- tilaiden hoidos- sa.	Grounded theory Aineistonkeruumene- telmänä haastattelut.	Tuloksena muo- dostui ensipsy- koosipotilaan poti- lasopetusta ku- vaava teoria, jonka ydinkategoriana on luottamuksen uudelleen raken- tuminen.
Pitkänen ym. (2002) Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien ku- vaamana	Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella hoita- jien kuvauksia perhehoitotyöstä psykiatrissa hoi- toyksiköissä.	Laadullinen tutkimus Aineistonkeruumene- telmänä kyselyloma- ke, jossa oli avoin kysymys. Tutkimuk- seen osallistui 17. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisäl- lönanalyysillä.	Tutkimusaineiston analyysin pohjalta voitiin erottaa kol- me pääkategoriaa, joiden avulla vas- taajat kuvasivat psykiatrasta perhe- hoitotyötä. Nämä pääkategoriat ovat: perhehoito- työn toimintaa oh- jaavat periaatteet, perhehoitotyöhön liittyvät toiminnot sekä perhehoito- työssä käytetyt menetelmät.
Sjöblom ym. (2005) Nurses' view of	Tutkia hoitajien näkemystä per- heestä psykiatri- sessa hoitotyös-	Laadullinen tutkimus Aineistonkeruumene- telmänä haastattelu	Jakautui neljään teemaan: -läheisten myötä- tunto ja ymmärtä-

the family in psychiatric care.	sä.		minen -hoitaja negatiivisten vastaanottajana -vaikeudet ja ongelmat läheisten tapaamisissa -perheen ja yhteiskunnan ennakkokäsitykset mielenterveysongelmista
---------------------------------	-----	--	--