

OPINNÄYTETYÖ

Roosa Oikarinen 2012
Tinni Sysmälinen

Hoitajien kokemuksia perhehoitotyöstä Lapin Sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan osasto 4:lla



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja



ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Hoitajien kokemuksia perhehoitotyöstä Lapin Sairaanhoidopiirin psykiatrian klinikan osasto 4:lla

Roosa Oikarinen
Tinni Sysmäläinen

2012

Toimeksiantaja Rovaniemen kaupunki

Ohjaaja Leena Välimaa

Hyväksytty _____ 2012 _____

Tekijä	Roosa Oikarinen Tinni Sysmälinen	Vuosi	2012
Toimeksiantaja Työn nimi	Rovaniemen kaupunki Hoitajien kokemuksia perhehoitotyöstä Lapin sairaanhoito- piirin psykiatrian klinikan osasto 4:lla		
Sivu- ja liitemäärä	32+8		

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia perhehoitotyöstä Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikka 4:lla. Tavoitteena oli antaa osastolle lisää tietoa heidän omasta perhehoitotyöskentelystään, jonka avulla he voivat kehittää perhehoitotyötään eteenpäin. Tutkimus suoritettiin psykiatrian klinikka 4:lla, jossa haastattelimme yhteensä kuutta hoitajaa, joista osa oli sairaanhoitajia ja osa mielenterveyshoitajia.

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen. Tutkimusaineisto kerättiin teema-haastattelun avulla, joka nauhoitettiin. Hoitajille annettiin haastattelun teemat etukäteen, joiden ympärille haastattelu rakentui. Aineisto analysoitiin käyttämällä sisällön analyysiä.

Tuloksista kävi ilmi, että kaikki hoitajat kokivat perheen merkityksen psykiatrisessa perhehoitotyössä hyvin tärkeäksi. Perhe nähtiin merkittävänä tiedonantaja ja tukena potilaan hoidossa. Vaikka yleensä perhe nähtiin edistävänä tekijänä, saattoi se myös olla esteenä perhehoitotyön toteutumiseksi. Esteenä oli muun muassa yhteisten hoitolinjojen löytäminen ja aikataulujen yhteensovittaminen. Perhehoitotyötä edistävinä tekijöinä nähtiin moniammatillisuus, jolloin työryhmä koostui sosiaali- ja terveysalan ammattilaisista. Näistä erityisesti perheterapeutin merkitys ja tuki korostui, joka toi myös työhön erilaista näkökulmaa. Hoitajat toivat esiin, että hoitajan ammattitaito, motivaatio ja oma aktiivisuus vaikuttavat perhehoitotyön toteutumiseen. Hoitajien mielestä jokainen perheenjäsen tulee tulla huomioiduksi omana yksilönä.

Avainsanat: perhehoitotyö, mielenterveyshoitotyö

Authors Roosa Oikarinen Year 2012
Tinni Sysmäläinen

**Commissioned by
Subject of thesis**

Number of pages 32 + 8

The purpose of this bachelor`s thesis was to find out what kind of experiences nurses have on family nursing in Lapland hospital district in psychiatric clinic 4. The aim of the bachelor`s thesis was to give more information to the ward about their own family nursing and develop their family nursing implementation. The study was conducted on psychiatric clinic 4, where we interviewed six nurses of whom 3 were psychiatric nurses and 3 were practical nurses.

The thesis was carried out by using qualitative methodology. The material was collected by using thematic interviews which were recorded. Nurses were given the themes of the interview beforehand and the interview was formed around these themes. The thematic interviews was analysed by using the inductive content analysis method.

According to the study results all of the nurses felt that the role of the families was very important in psychiatric family nursing. Families were seen as important informants and supporters in the patient`s treatment. Even though the families were for the most part seen as the driving force in the care, they could also become a barrier in implementing- family nursing. One obstacle in the implementation of family nursing was to find common treatment lines and schedules. Multi-professional teamwork in family nursing was seen a facilitating factor. The team consisted of social and health care professionals. In particular the importance of a family therapist support was emphasized as it brought a different perspective to the work. The nurses pointed out that nursing skills, motivation and the nurse`s own initiation skills affected in family nursing positively. Nurses believed that every member of the family must be considered as an individual.

Keywords: family nursing, mental Health nursing

1 JOHDANTO	1
2 PERHEHOITOTYÖ	3
2.1 PERHE JA SEN MERKITYS PERHEHOITOTYÖSSÄ.....	3
2.2 PERHEHOITOTYÖN KÄSITTEEN MÄÄRITTELY	3
2.3 PSYKIATRINEN PERHEHOITOTYÖ	5
3 MIELENTERVEYSHOITOTYÖ	7
3.1 MIELENTERVEYSTYÖN KESKEINEN LAINSÄÄDÄNTÖ	7
3.2 MIELENTERVEYSTYÖN PALVELUJÄRJESTELMÄ	7
3.3 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ JA HOITOSUHDETYÖSKENTELY OSASTOLLA	8
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	12
5.1 TUTKIMUSMENETELMÄ	12
5.2 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI.....	13
6 TUTKIMUSTULOKSET	15
6.1 PERHEEN MERKITYS PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ.....	15
6.2 HOITAJIEN KOKEMUKSIA PERHEHOITOTYÖSTÄ	16
6.3 PERHEHOITOTYÖN KEHITTÄMISAIHEET HOITAJIEN KOKEMANA.....	18
7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	21
8 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA	24
9 POHDINTA	27
LÄHTEET	30
LIITTEET	33

1 JOHDANTO

Lapsista, nuorista ja perheistä huolehtiminen on yhteiskunnan perustehtäviä. Tätä perustehtävää on toteutettu eri aikakausina eri tavoin ja toimintamallein. Perhetyön muotoutumiseen on vaikuttanut osaltaan neuvolatoiminta, päivähoidon rakentuminen ja koulujen oppilashuollon kehittyminen. Itse perhetyöhön ei ole vielä olemassa tarkkaa säätelevää lainsäädäntöä. Monet sosiaalialan toimintaa ohjaavat lait vaikuttavat myös perhetyön toteuttamiseen. Lastensuojelulaissa määrätään lastensuojelun järjestämisestä, avohuollon tukitoimista, huostaanotoista ja lapsen sijaishuollosta ja perhe-, laitos ja jälkihuollosta (Järvinen – Lankinen – Taajamo – Veistilä – Virolainen 2007,50, 53–55).

Valitsimme aiheen, koska olemme kiinnostuneita mielenterveystyöstä ja psykiatrian osasto 4:lla oli tarve kyseiselle tutkimukselle. Tutkimuksemme on laadullinen eli kvalitatiivinen. Toimeksiantajamme on Lapin sairaanhoitopiiri ja tutkimuksemme kohdistuu psykiatrian klinikka osasto 4:lle. Opinnäytetyömme tutkimuskohteena ovat hoitajien kokemukset perhehoitotyöstä Lapin Sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikka osasto 4:lla. Tarkoituksena on kerätä teemahaastattelun avulla tietoa perhehoitotyöstä hoitajien näkökulmasta osasto 4:lla ja saada tietoa heidän käsityksistään ja kokemuksistaan perhehoitotyöstä. Tutkimuksemme tavoitteena on antaa osasto 4:lle tietoa heidän omasta perhehoitotyöstään ja antaa työkaluja kehittää omaa perhehoitotyötään ja perhehoitotyön eri malleja

Osasto 4 on 18 potilaspaikkainen ja siellä hoidetaan potilaita joilla on vakava mielenterveyshäiriö. Osastolla työskentelee 11 sairaanhoitajaa, 9 mielenterveyshoitajaa ja 2 psykiatria. Psykiatrisella tulosalueella on tapahtunut vuonna 2011 organisaatiomuutos ja nykyään potilaat hoidetaan akuuttilinjalla osasto 1. mielialalinjalla osasto 2., sekä psykoosilinjoilla osasto 3. ja 4. Uutena toimintana päivystävä sairaanhoitaja ja akuuttitiimi ovat aloittaneet polikliinisen työskentelyn, jonka tehtävänä on vastata psykiatriisiin päivystystilanteisiin kun potilas ei välttämättä tarvitse sairaalahoitoa. Tämä uusi järjestelmä vähentää

psykiatrisen sairaanhoidon tarvetta ja mahdollistaa varhaisen intensiivisen avohoidon kun mielenterveyshäiriö äkillisesti pahenee (Posio 2011, 4). Tutkimuskohteena perhehoitotyö on melko tuore, minkä vuoksi aiheen tutkiminen on ajankohtaista. Aihe on myös hyvä teoriapohja työelämän hoitotyöhön ja tukee ammatillista kasvuamme.

Useat tekijät ovat lisänneet arjen haasteellisuutta. Perhemuotoja on monia ja perheen arki on yhä monimutkaisempaa (Halme – Perälä – Laaksonen 2010, 18.) Nykypäivänä mielenterveysongelmat ovat hyvin yleisiä ja niistä on ryhdytty puhumaan avoimemmin tällä vuosituhannella. Stakesin tilastotutkimuksen mukaan vuonna 2009 psykiatrisessa laitoshoidossa oli 30 600 potilasta. Suhteutettuna väestömäärään potilaita oli 5, 7 tuhatta asukasta kohti, mutta sairaanhoitopiirien välillä oli eroja. Hoitopäiviä oli yhteensä 1 560 000, joista yli puolet (55 %) käytettiin skitsofrenian hoitoon. Eniten hoitopäiviä oli 25–26-vuotiailla. Lähes kolmasosa (31,6 %) tuli hoitoon ”tahdosta riippumattomalla” läheteellä (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011). Viimeisen kolmen vuoden aikana masennuksesta aiheutuva työkyvyttömyys on kääntynyt laskuun. Vuoden 2010 lopussa masennuksen vuoksi eläkkeellä oli 38 200 henkilöä 14 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeellä olevista (STM 2011). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 2015- ohjelmassa on kuitenkin tavoitteena että työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet kehittyvät siten, että työelämässä jaksetaan pidempään ja työstä luovutaan kolme vuotta myöhemmin kuin vuonna 2000 (STM 2010).

Perheenjäsenen sairastuminen psyykkisesti vaikuttaa hyvin usein koko perheeseen, jolloin koko perheen huomioiminen ja hoitaminen korostuu. Parhainvointi perheissä on lisääntynyt ja yhä useammat tarvitsevat moniammatillista apua selvitäkseen. Psyykkisesti sairaan vanhemman lasten ja perheen huomioiminen ja vanhemmuuden tukeminen ovat tällä hetkellä ajankohtaisia haasteita sosiaali- ja terveysalalla. Yhteiskunnan on tuotettava palveluita, jotka vastaavat perheiden tarpeita. Tämän vuoksi hoitajat tarvitsevat uudenlaista osaamista ja tietoa perheiden auttamisesta.

2 PERHEHOITOTYÖ

2.1 Perhe ja sen merkitys perhehoitotyössä

Perhehoitotyötä on opiskeltu Suomessa yliopistoissa vuodesta 1993. Tavoitteena on perhehoitotyön näkyvyyden ja vaikuttavuuden esille tuominen tulevaisuudessa monin eri tavoin ja että se tukisi osaltaan väestön terveyttä ja hyvinvointia (Lindberg 2007, 7). Aikaisemmin ajateltiin, että perhe on vain potilaan taustalla ja hoitotyössä keskityttiin enimmäkseen yksilön hoitamiseen. Sellaista toimintamallia ei tunnettu, jossa hoidettiin koko perhettä sen jäsenen sairastuttua. Kun teoriaa on saatu enemmän, perhehoitotyö on tullut luontevaksi osaksi potilaan hoitoa. Tavoitteena perhehoitotyössä on, että perheen voimavaroja ja kykyä toimia muutoksissa vahvistetaan erilaisilla toiminnoilla. Perhehoitotyön määränä on perheenjäsenten hyvinvointi ja terveydentilan edistäminen (Kivimäki 2008, 4).

Puhuttaessa perhehoitotyöstä on tärkeää ymmärtää miten moninainen perhe käsitteenä voi olla. Käsitteen perhe jokainen määrittelee itse oma taustansa ja mielipiteensä mukaan. Kaarina Sirviön mukaan ihmisillä on elämänsä aikana useampia mutta lyhyempiä suhteita perheidensä jäseniin. Nykyaikana perinteisen perheen rinnalle on muodostunut uudenlaisia yhteiselämän muotoja kuten avoliitot ja uusperheet. Nykyään myös perheiden lapsiluvut ovat kasvaneet. Perheen perustaminen on siirtynyt myöhempään ja tämän takia lapset syntyvät tilanteeseen missä on jo hankittu koulutus, työura ja asunto. Kaikesta huolimatta perheiden taloudellinen eriarvoisuus on kasvussa ja perheiden vanhempien työttömyys lisääntynyt. Nämä kaikki epäkohdat heijastuvat perheen elinoloihin ja sitä kautta riski vanhempien psykososiaalisiin ongelmiin kasvaa (Sirviö 2006, 20).

2.2 Perhehoitotyön käsitteen määrittely

Vaikka perhehoitotyöllä on pitkä historia, hoitotyön käsitteet ovat edelleen vaikeaselkoisia. Erityisesti käsitteen perhe määrittelyn epäselvyys on ollut este perhehoitotyön käsitteiden ja itse perhetyön kehittymiselle. Käsitteet

ovat moniselitteisiä, jolloin eri ihmiset antavat eri merkityksiä niille. Käsitteiden tunnistaminen sekä niiden yhdenmukainen käyttö on tärkeää hoitotyön tietoperustalle (Hakulinen – Paunonen 1994, 59).

Perhehoitotyö tarkoittaa perheen toimivuuden ja terveyden tai sairauden suhteiden selvittämistä hoitotyössä. Tavoitteena on tukea perheen voimavaroja ja itse hoitoa. Perhehoitotyö määritellään kolmella eri tavalla: perhe kontekstina, perhe jäsentensä summana ja perhe asiakkaana (Hakulinen ym. 1994, 60–62). Ensimmäisessä näkökulmassa perhe on enemmänkin taustalla ja tärkeimpänä on yksittäisen perheenjäsenen hyvinvointi. Perhe voi toimia joko yksilö voimavarana tai stressitekijänä. Tapauskohtaisesti hoitaja työskentelee perheiden kanssa eriasteisesti (Hakulinen ym. 1994, 60). Toisessa perhehoitotyön näkökulmassa tavoitteena on mahdollistaa hoito jokaiselle perheenjäsenelle. Hoidossa keskitytään perheenjäsenien välisiin suhteisiin, jolloin vaikutus näkyy koko perhesysteemissä. Tavoitteena on perheenjäsenien välinen yhteisymmärrys ja tuki (Hakulinen ym. 1994, 60–61). Kolmas näkökulma keskittyy koko perheen hoitamiseen, jolloin yksilöt ovat taustalla. Hoitotyössä korostetaan perheen sisäistä dynamiikkaa, suhteita ja perheen toimintoja. Friedmanin (1992) mukaan nämä kolme edellä mainittua näkökulmaa muodostavat perhehoitotyön. Hänen mielestä näitä kolmea näkökulmaa voi käyttää yhtäaikaisesti tai eri aikoina (Hakulinen ym. 1994, 61).

Perhehoitotyö-käsitteellä voidaan katsoa olevan vielä neljäs näkökulma, perhesysteeminen hoitotyö. Se on oikeastaan perhehoitotyön lähikäsite. Perhesysteemisessä hoitotyössä keskeisenä hoidossa on koko perhesysteemi. Mielenkiinnon kohteena on sekä perhe että yksilö, ei vain toinen. Huomiota kiinnitetään erityisesti vuorovaikutukseen ja vastavuoroisuuteen (Hakulinen ym. 1994, 61). Perhehoitotyön lähikäsite perhekeskeinen hoitotyö sisältää viisi lähestymistapaa. Ensimmäisessä lähestymistavassa kiinnitetään vain vähäistä huomiota perheeseen. Toiseen kuuluu informaatio ja neuvonta. Kolmas toiminta muodostuu tunteesta ja tuesta. Neljännessä arvioidaan perhettä järjestelmällisesti. Viides lähestymistapa on perheterapia (Hakulinen ym. 1994, 60–62). Hoitajat kokevat perhekeskeisen hoitotyön määrittelyn haastavaksi koska sen toteutuminen hoitotyössä on monitasoista. Perhekes-

keisen hoitotyön onnistumiseen vaikuttavat hoitajien ammattitaito sekä työpaikan tarjoama tuki ja resurssit. Merkittävänä tekijänä nähdään myös potilaan ja omaisten vaikutus (Niiranen – Salja 2010, 2).

2.3 Psykiatrinen perhehoitotyö

Psykiatriseen perhehoitotyön tutkimustietoa on jo olemassa, mutta se on lähinnä keskittynyt lastenpsykiatriseen ja lapsiperheisiin kohdistuvaan perhetyöhön. Tuolloin nähtiin perheen lapsi potilaana, jonka perhe otetaan mukaan hoitoon. Tutkimusta on tehty jonkun verran myös aikuispotilaiden ja perheiden näkökulmasta, eli tarkasteltiin potilaan ja hänen perheen kokemuksia perhehoitotyöstä ja sen toteutumisesta (Kivimäki 2008, 7).

Hoitotyön toiminta lähtee aina potilaan tarpeista ja sen tavoitteena on potilaan tyytyväisyys. Potilaan toipumiselle ja hoidolle on hyväksi, jos hänen läheisensä voivat olla heti hoidon alusta asti tukena. Tällä on merkitystä potilaan itsensä lisäksi myös muille perheenjäsenille, kun he tietävät mistä potilaan voinnissa ja hoidossa on kyse. Psykiatrisessa perhehoitotyössä on tärkeää tukea jokaista perheenjäsentä, koska he voivat kokea läheisensä psyykkisen sairastumisen kriisinä tai onnettomuutena, joka aiheuttaa heille kärsimystä. Sairaalaan joutuminen, mahdolliset pakkotoimenpiteet tai sairastuneen omaisen hoidosta ja lääkityksestä kieltäytyminen aiheuttavat myös hämmennystä (Kivimäki 2008,8–9).

Psyykkisesti sairaan potilaan perheenjäsenet tulisi ottaa mukaan hoitoon sekä kuntoutukseen. Heille pitäisi antaa riittävästi asiallista tietoa, käytännön neuvoja ja tukea, jotta he voivat selvitä tilanteen ja muutoksen yli. Läheiset tarvitsevat yksilöllistä tietoa ja koulutusta, jotta heillä olisi mahdollisuus saada tarvitsemiaan tietoja ja taitoja (Kivimäki 2008, 14). Kun lähiomaisille tai potilaalle annetaan tietoa, tukea ja ohjausta sairauteen liittyen, puhutaan psykoedukaatiosta eli koulutuksellisesta perhetyöstä. Psykoedukaation tavoitteena on auttaa perhettä selviämään paremmin sairaan perheenjäsenen

kanssa sekä ymmärtämään tätä paremmin. Päämääränä on myös kehittää potilaan itsehallintaa ja itseymmärrystä, mikä sisältää tiedon antamista ja opettamista diagnoosista, varomerkkien tunnistamisesta, kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitojen harjoittamisesta (Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2004).

3 MIELENTERVEYSHOITOTYÖ

3.1 Mielensterveystyön keskeinen lainsäädäntö

Mielensterveystyössä työskentelevien on tärkeä tuntea alan lait ja normit. Mielensterveyslaissa (14.12.1990/116) ja mielensterveysasetuksissa (21.12.1990/1247) on määrätty säädöksiä ja useita käytännön mielensterveystyötä määritteleviä ja ohjaavia asetuksia (Saarelainen – Stengård – Vuori-Kemilä 1999, 33). Jokaisen kunnan tehtävä on järjestää asukkailleen lakisääteiset mielensterveyspalvelut (Kansanterveyslaki 66/1972, Mielensterveyslaki 1116/1990). Muita säätäviä asetuksia ovat Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (Heikkinen-Peltonen – Innamaa – Virta 2009, 55–56).

3.2 Mielensterveystyön palvelujärjestelmä

Mielensterveyspalveluihin sisältyy julkiset ja yksityiset palvelut sekä järjestöjen ja kolmannen sektorin palvelut. Julkinen palvelujärjestelmä sisältää perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut. Yleensä ensin hakeudutaan omalääkärin vastaanotolle, jossa selvitetään asiakkaan avun tarve ja aloitetaan hoito. Hoito voidaan toteuttaa terveyskeskuksessa ja jos tarvitaan erikoissairaanhoidoa, psykiatri kirjoittaa lähetteen. Perusterveydenhuolto tarjoaa avomielensterveyspalveluita, kuten poliklinikat, mielensterveystoimista, päiväsairaalat ja kotisairaanhoido (Heikkinen ym. 2009, 56–57).

Psykiatriseen erikoissairaanhoidoon tarvitaan aina lääkärin lähete. Sairaala-hoido on yleensä akuuttihoitoa ja kestää 1-3 viikkoa. Hoitajakson jälkeen järjestetään jatkohoido. Pitkäaikaishoidossa viivytään jopa useita kuukausia, josta edetään esimerkiksi kuntoutuskotiin ja sieltä tuettuun omaan asuntoon (Heikkinen ym. 2009, 58).

Jos potilaalla ei ole sairautentuntoa, voidaan hänet toimittaa tahdota riippumattomaan hoitoon, kun kriteerit siihen täyttyvät. Potilas lähtee sairaalaan M1-tarkkailulähetteellä. Seuraavat kriteerit tulee täytyä, jotta voidaan lähettää tahdosta riippumattomaan hoitoon. 1) hänen todetaan olevan mielisairas, 2) hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi terveyttä tai turvallisuutta taikka sivullisten henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja 3) muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä tai soveltumattomia (Heikkinen ym. 2009, 57).

Tarvittaessa yksityiset mielenterveyspalvelut täydentävät ja korvaavat julkista sektoria. Yksityispalveluita järjestävät esimerkiksi yksityispsykiatrit, psykologit ja terapeutit sekä erilaiset hoito- ja kuntoutusyksiköt (Heikkinen ym. 2009, 59).

3.3 Psykiatrinen hoitotyö ja hoitosuhdetyöskentely osastolla

Psykiatrisen hoitotyön pääydin on potilaan selviytyminen arjessa. Psykiatrisen hoitotyön asiakkaan on potilas sekä hänen omaisensa, jotka potilas määrittää itse. Psykiatrisen hoidon perusta on potilaan tarpeisiin vastaaminen käyttäen erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä. Hoitotyö muodostuu hoidon tarpeista, auttamismenetelmistä ja potilaan tavoitteista. Hoito määritellään sen mukaan, miten potilas kykenee selviytymään sairaalaympäristössä tai kotona. Hoitajan tekemien havaintojen perusteella tehdään hoidon tarpeen määrittely, jossa ovat mukana potilas ja hänen läheisensä. Potilaan yksilöllinen hoito edellyttää hänen taustan tuntemista ja arvostamista. Myös omaisten hyvinvointi ja tukeminen on potilaan paranemisen kannalta tärkeää. Myös hoitajan on oltava sisäisesti tasapainossa, jotta hän pystyy toteuttamaan hyvää psykiatrista hoitotyöstä (Latvala – Visuri – Janhonen 1995, 20).

Hoitosuhdetyöskentely ja potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus ovat psykiatrisen hoitotyön ydin. Hoitosuhdetyö on kahdenkeskinen luottamussuhde, jonka tarkoituksena on auttaa potilasta avautumaan ja kertomaan tunteistaan ja mieltä painavista asioistaan. Hoitosuhteessa tärkeitä ovat eettiset arvot ja

periaatteet kuten ihmisen kunnioittaminen, yksilöllisyys, luotettavuus, oikeudenmukaisuus, turvallisuus sekä terveys- ja perhekeskeisyys (Hietaharju – Nuutila 2010, 84). Hyvän hoidon kannalta hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus sekä yhteinen ymmärrys ovat välttämättömiä. Kokonaisvaltainen, yksilöllinen ja potilaslähtöinen hoito toteutuu silloin kun hoitoon osallistuvilla henkilöillä on yhteinen näkemys hoidosta ja sen tavoitteista (Kuhanen - Oittinen – Kanerva – Seuri – Schubert 2010, 149).

Kun potilas tulee psykiatriseen sairaalahoitoon, hänelle valitaan omahoitaja joka työskentelee yhdessä potilaan kanssa koko hoitajakson ajan. Omahoitaja on nimetty jokaiselle potilaalle ja tämän on tarkoituksena olla potilaan luotettu tuki ja avustaja hoitoprosessin kaikissa vaiheissa (Hietaharju ym. 2010, 86). Omahoitaja ottaa potilaan vastaan ja hoitaa tulohaastattelun ja hoitoyhteisöön perehdyttämisen. Omahoitaja vastaa potilaan järjestelyistä ja hoitaa potilasta ollessaan työvuorossa ja hän on vastuussa potilaan hoitotyön laadusta. Hoitajan työtehtäviin kuuluu myös potilaan tukeminen jokapäiväisissä ja kuntouttavissa toiminnoissa. Omahoitaja järjestää moniammatilliset hoitoneuvottelut, johon osallistuvat potilas ja hänen omaisensa, lääkäri, omahoitaja ja tarvittaessa muita asiantuntijoita. Hoitoneuvottelussa asetetaan kokonaisuuden ja - kuntoutuksen tavoitteet. Potilas osallistuu mahdollisuuksien mukaan hoitonsa suunnitteluun (Heikkinen ym. 2009, 74–75). Omaisesta on tärkeä osa potilaan hoitoa. Hoitosuhdetyössä hoitajan tulee avata näkökulmaa läheisten henkilöiden kannalta, havainnollistaa kysymyksillään ja toteamuksillaan realistista maailmaa (Hietaharju ym. 2010, 87). Hoitosuunnitelman ja hoidon tavoitteiden dokumentointi on tärkeä osa hoitotyötä ja se tulee tapahtua asiallisesti. Hoidon tulee edetä tavoitteiden mukaisesti ja oikea-aikaisesti muodostaen eheän kokonaisuuden (Heikkinen ym. 2009, 74–75).

Potilaan tullessa psykiatriseen hoitoon, on erityisen tärkeää huomioida myös potilaan mahdolliset lapset. Vuonna 2007 voimaan tullut lastensuojelulaki velvoittaa vanhempaa hoitavaa tahoa ottamaan huomioon tämän lapset ja heidän hoidon ja tuen tarpeen. Tätä varten onkin kehitetty Lapset puheeksi -menetelmä, jonka avulla hoitaja voi ottaa lapset puheeksi rakentavasti van-

hempia ja lapsia kunnioittaen. Menetelmän tarkoituksena on avata keskustelu lapsista ja vanhemmuudesta, erityisesti silloin kun se on osa vanhemman hoitoprosessia. Työmenetelmä perustuu tutkittuun tietoon vanhemman mielenterveyden häiriön vaikutuksista vanhemmuuteen ja lapseen, sekä tietoon tekijöistä, minkä avulla vanhemmat voivat tukea lapsen ja nuoren kehitystä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012).

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tarkoituksena on kerätä teemahaastattelun avulla tietoa perhehoitotyöstä sairaanhoitajien näkökulmasta osasto 4:lla. Tutkimuksemme tavoitteena on antaa osasto 4:lle tietoa omasta perhehoitotyöstään. Tavoitteena on myös antaa osastolle mahdollisuus kehittää omaa perhehoitotyötään ja perhehoitotyön eri malleja Lapin sairaanhoitopiirissä. Rajasimme tutkimuskysymykset hoitajien näkökulmaan perhehoitotyöstä, jotta he saavat lisää tietoa omista työmenetelmistään ja näin voivat kehittää niitä.

Työmme tutkimuskysymykset ovat:

- 1. Miten hoitajat näkevät perheen merkityksen psykiatrisessa hoitotyössä?**
- 2. Mitkä ovat hoitajien kokemukset perhehoitotyöstä?**
- 3. Miten hoitajat kehittäisivät perhehoitotyötä osastolla?**

5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen, jonka lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja on huomioitava, että todellisuus on moninainen. Yleisesti voidaan todeta, että laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena löytää tai paljastaa tosiasioita. Tyypillisesti aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa ja ihminen toimii tiedonkeruu välineenä. Tutkittava kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, eikä satunnaisotosmenetelmää käyttäen (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 1997, 160).

Valitsimme laadullisen tutkimusmenetelmän, koska halusimme saada tietoa hoitajien kokemuksista perhehoitotyöstä. Kvalitatiivinen menetelmä on tarkoituksenmukaisin tutkimuksellemme, koska haluamme saada tietoa todellisesta elämästä ja hoitajien omista ajatuksista. Tutkimuksen avulla osasto saa tietoa omasta perhehoitotyöstään ja kehittämisen kohteet tulevat hoitajilta itseltään. Aineistonkeruumenetelmäksi valitsimme teemahaastattelun, jolloin tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät esille.

Teemahaastattelu on lomake- ja avoimenhaastattelun välimuoto. Teemahaastattelu sopii käytettäväksi silloin kun tutkitaan emotionaalisesti arkoja asioita, tai asioita joista haastateltavat eivät usein joudu puhumaan. Teema-alueiden väljyys antaa haastateltavalle mahdollisuuden jatkaa ja syventää keskustelua niin pitkälle kuin hän on innostunut ja mahdollistunut vastaamaan. Haastattelua laadittaessa ei tehdä yksityiskohtaisia kysymyksiä, vaan teema-alueet. Ne edustavat tutkimusongelmia mutta ovat yksityiskohtaisempia. Haastattelija voi jatkaa ja syventää keskustelua niin pitkälle kuin haastateltavan edellytykset ja kiinnostus sallivat. (Hirsjärvi – Hurme 1995, 35 – 36,41 – 42). Teemahaastatteluja on käytetty todella paljon aineistojen keruuseen hoitotieteessä, ja sen suosio on edelleen jatkunut (Kankkunen– Vehviläinen–Julkunen 2009, 97).

Teemahaastattelun suunnitteluvaiheessa on mietittävä, miten kohdejoukolta saadaan parhaiden tarvittava tieto. Olennaista on haastateltavien edellytyksen ja motivaatio. Ongelmana saattaa olla kohdejoukon kiinnostuksen herättäminen tutkittavasta ilmiöstä. Joten suotuisan haastatteluilmapiirin luomiseksi on huomioitava useita seikkoja. (Hirsjärvi ym. 1995, 46).

5.2 Aineiston keruu ja analysointi

Haastattelu tehtiin kahdessa eri ryhmässä, jossa haastateltiin neljä psykiatrisen osaston sairaanhoitajaa ja kaksi mielenterveyshoitajaa. Kummassakin ryhmässä oli kolme hoitajaa. Haastateltavat valittiin sattumanvaraisesti työvuorojen mukaan. Paikkana toimi osastolla oleva rauhallinen kokoustila. Nauhoitimme kummatkin haastattelut syksyllä 2011 kahden viikon sisällä aamuvuorojen aikana. Molemmat haastattelut kestivät noin 45- minuuttia. Haastattelussa oli kolme eri aihealuetta, joiden ympärille sai syntyä vapaasti keskustelua. Haastattelun teemat lähetettiin hoitajille etukäteen, jotta he voivat orientoitua haastatteluun. Koimme, että keskustelu eteni jouhevasti ja luonnollisesti hoitajien välillä. Meidän roolimme haastattelussa oli ohjata keskustelua sekä tehdä täsmentäviä kysymyksiä.

Aineiston keruun jälkeen aineisto käännetään tekstiksi eli litteroidaan. Käsitelyssä pyritään säilyttämään mahdollisimman pitkälle se, mitä on sanottu ja miten on sanottu (Juvakka–Kylmä 2007, 110). Kun litterointi on valmis, teksti täytyy analysoida, jotta tutkimuksen tulokset saadaan selville. Käytimme analysointiin sisällön analyysia ja induktiivista lähestymistapaa. Sisällönanalyysi on perus väline laadullisen aineiston analyysissä. Sen avulla voidaan järjestellä ja kuvata tutkimusaineistoa lyhyesti ja yleistävästi (Juvakka ym. 2007, 112). Sisällön analyysissa on olennaista, että aineisto erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Sisällön analyysi koostuu seuraavista vaiheista: analyysiyksilön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luovuuden arviointi (Janhonen – Nikkonen 2001, 23–24).

Analyysiyksikön määrittäminen ennen prosessia on olennainen tehtävä. Määrittelyssä ratkaisevat aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Aineistoon tutustumme jo haastatteluvaiheessa mutta lopullinen tutustuminen tapahtui lukemalla tuloksia useaan kertaan. Aineisto pelkistämässä karsitaan kaikki epäolennainen pois, jolloin jäljellä jäävät tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Samaan kategoriaan kuuluvat ilmaukset yhdistetään ja aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä (Janhonen ym. 2001, 26–29).

Pelkistämisen jälkeen aineisto luokitellaan eli etsitään pelkistettyjen ilmausten eroavaisuuksia ja yhteneväisyyksiä. Kun samaa tarkoittavat ilmaisut löydetään, yhdistetään ne ja annetaan niille sisältöä kuvaava nimi. Aineiston luokittelussa voidaan käyttää myös tulkintaa. Kolmannessa vaiheessa aineisto abstrahoidaan eli yhdistetään samansisältöiset luokat yläluokiksi (Janhonen ym. 2001, 28–29).

Etenimme omassa työssämme edellä mainitun järjestyksen mukaan. Saatuamme nauhoitettua kaksi haastatteluamme, litteroimme ne puhtaaksi itse. Litteroituja sivuja tuli yhteensä noin kymmenen kappaletta. Näin pääsimme tutustumaan materiaaliimme varhaisessa vaiheessa, mikä helpotti työskentelemme jatkossa. Käytyämme läpi kaiken haastattelumateriaalin, totesimme sen olevan sisällöltään monipuolista, mutta silti jäimme kaipaamaan enemmän asiaan annettujen aiheiden ympärille. Sisällön laatuun vaikutti myös se, että keskustelu ajautui välillä väärän suuntaan, johon meidän olisi pitänyt puuttua paremmin. Litteroinnin jälkeen siirryimme pelkistämiseen, jolloin tiivistetään suorat lainaukset yksinkertaisempaan muotoon. Pelkistetyt lauseet luokiteltiin alakategorioihin, joille annoimme sisältöä kuvaavat nimet. Alakategoriat jaettiin vielä yläkategorioihin, jotka nimettiin tutkimuskysymyksiä vastaaviksi. Hyvin tehdyn luokittelun vuoksi tuloksien aukikirjoittaminen sujui mutkattomasti.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Perheen merkitys psykiatrisessa hoitotyössä

6.1.1 Perheen rooli psykiatrisessa hoitotyössä

Nykyään perhe nähdään kokonaisuutena, jonka potilas on itse määrittänyt. Tänä päivänä potilailla on hyvinkin erilaisia tukiverkostoja, jolloin perheeseen voi kuulua sukulaisten lisäksi ystäviä ja jopa viranomaisia. Kaikkien hoitajien mielestä perheen tulisi aina olla osana potilaan psykiatrista hoitoa ja useissa tapauksissa perhe oli potilaan voimavarana ja tukena. Toisaalta perhe saattoi olla myös hoidon esteenä. Kuitenkin suuri osa potilaista haluaa tavata perhettään ja ottaa osaksi hoitoa. Perhe on usein innokas osallistumaan hoitoon sekä tulemaan tapaamisiin. Hoitajien tavoitteena on tavata jokaista perhettä yksilöllisesti hoidon eri vaiheissa ja perhe voi halutessaan osallistua jopa potilaan erilaisiin tutkimuksiin.

”Ja sitten on kokemusta että joitakin perheitä tavataan hirveen monta kertaa ja sitten on surullista että joitakin ei ollenkaan ja joillakin on edunvalvoja perheensä, se on hyvin surullista. Ja silloinhan se tieto siitä potilaasta ole niin kattava.”

Osaston hoitajien mielestä perheen rooli psykiatrisessa perhehoitotyössä oli suuri. Hoitajat näkivät perheen tärkeänä tiedonantajana sekä potilaan hoidon tukena. Potilaan ollessa psyykkisesti sairas, ei hän välttämättä pysty kertomaan oman voinnin realistista tilaa ja hoidon kannalta välttämättömiä tietoja. Tällöin perheen rooli tiedonantajana korostuu. Jotta potilaan hoito saataisiin käynnistymään, on tärkeää keskustella perheen kanssa potilaan tilasta ja voinnista. Haastattelussa tuli ilmi, että perhe parhaimmassa tapauksessa potilaan hoidon asiantuntija ja heillä on tieto siitä, mitä tukea ja hoitoa potilas tarvitsee. Hoitajat kertoivat myös, että on hankalia tapauksia, joissa potilaalla ei ole perhettä ja tällöin hoitajan rooli ja tuki korostuvat potilaan hoidossa.

”Esim. jos on kovin psykoottinen tai masentunut potilas niin tulotilanteessa potilas ei pysty tuottamaan esim. miksi on tullut osastolle.”

”Koska hänen (perhe) on oikeastaan asiantuntijoita potilaan asioissa. Tuntee perheen historian.”

Jotta mahdollistettaisiin perheen paras mahdollinen osallistuminen potilaan hoitoon, tulee hoitajan olla ammattitaitoinen sekä aktiivinen ja työskennellä jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Myös jokainen perheenjäsen tulee kohdata ja huomioida yksilönä, erityisesti lapset. Lasten huomioiminen sairastuneen vanhemman hoidossa onkin yksi kehittämisen aiheista Muurolan osasto 4:lla. Näin saadaan jokainen perheenjäsen mukaan potilaan hoitoon sekä turvataan tälle paras mahdollinen tuki ja voimavara hoidon ajaksi. Hoitajien mielestä hoidon lähtökohtana on luottamuksellinen hoitosuhde potilaaseen ja perheeseen. Luottamus on erityisen tärkeää myös silloin, kun hoitaja toimii potilaan ja perheen tiedonvälittäjänä. Luottamusta ja turvallisuutta hoitajien mielestä lisää myös riittävä psykoedukaatio perheelle ja potilaalle. Kaiken kaikkiaan hoitajat kokivat perheen tärkeimmäksi tekijäksi perhehoitotyölle, vaikka siinä oli omat ongelmansa ja haasteensa.

”Ja järjestää näitä tapaamisia, omahoitajan vastuullahan se on. Koko kokonaisuus on omahoitajan vastuulla.”

”Luottamus täytyy muodostua sekä potilaalle että vanhemmille. Mitä syvemmälle mennään tässä hoitosuhteessa ni luottamus kasvaa ja potilas alkaa kertomaan ja alkaa luottamaan ja alkaa tekemään niitä avautumia.”

6.2 Hoitajien kokemuksia perhehoitotyöstä

6.2.1 Perhehoitotyötä edistävät tekijät hoitajan kokemana

Hoitajat kertoivat perhehoitotyön olevan moniammatillista. Työhön osallistuu monia sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia, joista erityisesti perheterapeutin merkitys ja tuki korostui. Hoitajien mielestä perheterapeutti toi työhön myös erilaista näkökulmaa. Myös avohoito koettiin osaksi perhehoitotyötä, koska tänäpäivänä psykiatrinen hoitotyö suuntautuu yhä enemmän ulospäin laitok-
sista.

”Sitten myös koulutetut perheterapeutit on melkoinen tuki ja sitten he on kokemattomammalle hyvä ottaa työpariksi perheitä tavatessa, et heistä on ollu paljon apua.”

Hoitajien mielestä osaston ammatillinen työote perhehoitotyöhön koettiin perhehoitotyötä edistävänä tekijänä. Vahvuutena he kokivat myös hyvin kouluttautuneen henkilökunnan ja jokaisen hoitajan omat vahvuusalueet sekä oman persoonan. Pitkä työkokemus ja valmius ottaa vastuuta miellettiin tärkeiksi ominaisuuksiksi ja erityisesti silloin kun lääkärivaihtuvuus on suuri. Edistävänä tekijänä nähtiin Lapin sairaanhoitopiirin tarjoama koulutus perhehoitotyöhön, jonka ovat käyneet lähes kaikki osaston työntekijät.

”Kyllä se varmasti on se rautanen kokemus ja ammattitaito. Pitkä työkokemus. Sitten ollaan käyty paljon omalla ajalla koulutuksissa. Ja meillä on nyt tosiaan melodiakoulutukset, perhe- ja verkostohoitotyö.”

6.2.2 Perhehoitotyötä estävät tekijät hoitajien kokemana

Joissakin tapauksissa hoitajat kertoivat perheen perhehoitotyötä estävänä tekijänä. Näissä tapauksessa potilas ei saa perheeltä tukea hoitoon tai perhe ei halua ollenkaan osallistua hoitoon. Surullisimmissa tapauksissa potilaalla ei välttämättä ole perhettä ollenkaan. Kun perhe on saatu mukaan hoitoon, voi haasteeksi nousta osapuolten väliset erimielisyydet sekä yhteisen kielen puuttuminen ja yhteisten hoitolinjojen löytäminen. Joissakin tilanteissa perheenjäsenten voimavarat eivät riitä toteuttamaan perhehoitotyötä. Valitettavasti nykypäivänä ihmisillä voi olla vanhanaikaisia ja pelottavia mielikuvia psykiatrisesta sairaalasta, joka voi olla esteenä perhehoitotyön toteutumiseksi. Näissä tilanteissa hoitajien mielestä oli tärkeää riittävän psykoedukaation antaminen.

”Haasteenahan on että saadaan nämä perheet mukaan.”

”Ja että saadaan perheeltäkin tukea siihen hoitoon ni se on yks haaste. Että saadaan se yhteinen hoitolinja, että perhehän saattaa vettää aivan eriä kuin me ja mitä on sovittu potilaan kanssa ni perhe sekaantuu siihen.”

Hoitajat mainitsivat erilaisia käytännön haasteita joita kohtaavat työssään. Päällimmäisenä he mainitsivat aikataulujen yhteensovittamisen sekä niistä kiinnipitämisen, sekä pitkät välimatkat johtuen sairaalan syrjäisestä sijainnista. Käytännön hoitotyötä helpottamaan hoitajat toivoivat edistyneempää ja nykyaikaisempaa teknologiaa.

”Aina sanotaan, että lapissa on pitkät matkat, että potilas on jostakin kauempan. Ja sitten kuinka sieltä aina pääsee tulemaan sitten perheenjäsenet ja aikataulujen sovittaminen nykyaikana kun kaikki tuntuu niin kiireiseltä, täällä osastollakin on juuri se että saadaan sovittua yhteiset ajat.”

”Meillähän oli tavoitteena että oltaisiin saatu osaston päätteisiin videoyhteydet. Mutta se hanke ei ole edennyt. Se ois ollu paljo jouhevampi systeemi ettei ihmisten tarvitse matkustaa täällä pitkiä etäisyyksiä lapissa.”

6.3 Perhehoitotyön kehittämisasiheet hoitajien kokemana

Tutkimustuloksia tarkastellessa, esiin nousi kuusi kehittämisasihetta. Vaikka hoitajat olivat saaneet koulutusta perhehoitotyöhön, kokivat he silti tarvitsevänsä **lisäkoulutusta** työskentelyyn perheiden kanssa. Hoitajat toivoivat myös **yhteinäistä perhehoitotyön mallia** osastolle. Riittämättömän koulutuksen vuoksi hoitajien valmiudet tiedon antoon potilaille ja perheille koettiin puutteelliseksi. Esiin nousi myös erityisryhmät psykiarisessa hoitotyössä, kuten vanhukset, sekäkäyttäjät ja nuoret potilaat, jotka toivat omia haasteita perhehoitotyöhön. Juuri näissä potilastapauksissa hoitajat kaipasivat koulutuksen tuomaa erityisosaamista ja tietoa.

”Hoitajissa on arkuutta ja monen tasoista hoitajaa, että saadan semmonen malli. ja että psykoedukaatiota olis enemmän omaisille ja potilaille. Että an-

nettas sitä psykoedukaatiota ihan suunnitelmallisesti eikä sattuman varaisesti.”

”Kyllä hoitaja tarvitsee aina koulutusta. sen pitäisi olla semmoista työn ohessa ja käytännön läheistä koulutusta jota voi sitten soveltaa täällä käytännössä.”

”Ja se on haaste kun vanhusten määrä lisääntyy, että missä niitä hoidetaan kun vanhuksillakin voi olla psyk sairauksia eikä ne kuulu kaikki Tkhon. Ja nuoret lisääntyy. 19–18 vuotiaat niin täytyyhän meillä siihenki olla ammattitaitoa. Ja ainaki mulle on ollu nämä huumeet, sekakäyttäjät aivan uus kun olen ollu vanhusten kans tekemisissä enemmän, niin ne on aivan uus alue että miten niitä hoidetaan.”

Psykoedukaatio on tärkeä osa psykiatrissa perhehoitotyötä, jota hoitajat toivoivat enemmän työtoimintaan. Psykoedukaation avulla luodaan yhteinen näkemys potilaan ja perheen välille, joka helpottaa ratkaisuiden tekemistä. Hoitajien mielestä osastolle tarvittaisiin suunnitelmallista tiedonantoa potilaille sekä omaisille. Yhteiset, sovitut työlinjat hoitolinjat helpottaisivat perhehoitotyön toteuttamista.

”Meidän pitäisi enemmän tehdä perheen ja yksittäisen potilaan kanssa tätä psykoedukaatiota eli me annetaan tietoa ihmisille ongelmasta ja sairaudesta ja hoidosta eli sitä tietoa ne tarttee.”

Osaston kehittäisaiheeksi nousi myös **moniammatillisuus**, kuten avohoidon, päihdeklinikan ja seudullisen mielenterveystyön yhteistyön tiivistäminen. Perhehoitotyötä hankaloittava tekijänä nähtiin kokeneen psykologin puuttuminen. Hoitajat mainitsivat moniammatillisen työskentelyn olevan hoitajasta kiinni ja tätä tulisi kehittää, jotta välttyttäisiin epätasa-arvoisesta hoitotyöstä potilaita kohtaan. Erityisesti hoitajat kokivat **avohoidon kehittämisen** tärkeäksi, koska tänäpäivänä psykiatrisen hoidon rakennemuutos on johtanut lyhyempiin sairaalajaksoihin ja tämän vuoksi avohoito on suuremassa roolissa. Näin ollen pitkäkestoisen perhehoitotyön toteuttaminen on entistä hankalampaa, kun sairaalahoito ja avohoito ovat eri kehitysasteilla. Hoitajat toivoivat perhehoitotyön turvaamista myös sairaalajakson jälkeen avohoidossa. Rakenne-

muutoksen vaikutukset toivat esille erilaisia näkökulmia perhehoitotyön toteuttamisen kannalta ja se koettiin sekä haasteeksi että kehittämisasihe.

”Ja että saatas toiminaan tämä moniammatillinen tiimi, sehän joittenkin potilaiden kohalla onnistuu ja joidenkin kohalla ei. Sitten ois vähemmän näitä käytännön ongelmia.”

”Mutta se (perhehoitotyö) vaatii aikaa mikä on ristiriidassa yhä lyhenevien sairaalahoitajaksojen kanssa, sellaista ei tehdä viikossa. Se vaatii useamman tapaamisen ja työrauhan.”

”Se että raskaat sairaalajaksot, on puhuttu että ne jopa sairastuttavat. että ne pitäs äkkiä saada tuonne ulos potilas omaan ympäristöön. Sinne avopainotteiseen. Sinne omaan ympäristöön, siellä ne ongelmat tulee aivan erilailla esille kuin meillä täällä sairaalassa.”

”Avohoidot ei kehity siinä missä me kehitytään.”

Lähivuosina **teknologia** on kehittynyt huimasti, jota tulisi myös hoitajien mielestä hyödyntää psykiatrisessa perhehoitotyössä. Erilaiset tekniset välineet voisivat olla suuri apu etenkin yhteydenpidossa kauempana asuviin potilaisiin ja perheisiin.

”Sitten nämä nykyajan vemputtimet käyttöön. Niiden käyttöönotto vielä liian paljon aikaa. Ei ole videoneuvottelumahdollisuuksia osastolla.”

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kansallinen lainsäädäntö määrittää hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset säännöt (Kankkunen ym. 2009, 184). Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimuksen eettisyyden takaaminen on ehdotonta tutkimusta suunniteltaessa. Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisyyden tulee noudattaa yleisen tutkimuksen etiikan ja hoitotyön ammattietiikan ohjeita. Tutkimuksen tekijöiden tulee ottaa huomioon kohdehenkilöt, heidän omaisensa, toimeksiantaja ja työyhteisö. Vastuullinen tutkija toteuttaa tutkimuksen kaikki vaiheet tarkasti ja rehellisesti. Kohderyhmän tulee tietää miksi tutkimus tehdään, mitä sillä haetaan, haastatteluiden nauhoittamisesta ja aineiston käytöstä ja hävittämisestä. Valittujen henkilöiden tulee olla vapaaehtoisia ja heidän intimitettiin ja henkilöllisyyden suojan täytyy säilyä. Tutkimukseen osallistuville ja tutkimusympäristölle tulee aiheutua mahdollisimman vähän haittaa (Kiikkala – Krause 1996,64–65).

Myös aineisto analyysivaiheessa on tärkeää arvioida tutkimuksen eettisyyttä. Prosessin aikana on suojeltava haastateltavina oltavia ihmisiä, esimerkiksi emme käytä haastateltavien henkilökohtaisia nimiä vaan numeroimme heidät. Tutkimustulosten raportointi on tutkijan eettinen velvoite joka merkitsee avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta jokaisen vaiheen raportoinnissa (Juvakka – Kylmä 2007, 153–154). Tiivistettynä tutkimusetiikan periaatteet ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus (Juvakka ym. 2007,147).

Pyrimme tekemään haastattelutilanteen mahdollisimman miellyttäväksi, ketään ei pakotettu osallistumaan ja painotimme vapaaehtoisuutta. Lähetimme osastolle haastattelun teemat eli keskustelun aihealueet hyvissä ajoin ennen haastattelua, jotta mahdollisimman moni hoitaja voisi orientoitua haastatteluun. Lisäsimme osastolle menevään liitteeseen vielä pienen esittelyn itses-tämme ja työmme tarkoituksesta. Korostimme myös, että opinnäytetyömme tarkoituksena oli auttaa osastoa kehittämään omaa perhehoitotyötään ja tuomaan tietoa tämän hetkisestä osaamisesta. Asettelimme kysymykset niin, että ne olisivat mahdollisimman selkeitä ja ymmärrettäviä ketään loukkaamat-

ta. Toivoimme myös, että haastattelu ei häiritse hoitajien työtä, sillä haastattelu tehtiin heidän työaikanaan. Annoimme heille mahdollisuuden valita heille sopivimman ajankohdan haastattelulle.

Mielestämme eettisyyden periaatteet toteutuivat opinnäytetyössämme erinomaisesti. Käsittelimme haastattelun materiaaleja asiallisesti ja luottamuksellisesti. Tyhjensimme nauhurien äänitykset heti kun niitä ei enää tarvittu, sekä kirjallinen materiaali on ollut ainoastaan meidän ja ohjaavan opettajan nähtävissä. Mielestämme kirjoitimme tutkimustulokset totuudenmukaisesti haastattelun materiaalia apuna käyttäen. Tutkimuksemme aikana varjelimme myös jokaisen haastateltavan henkilöllisyyttä sekä yksityisyyttä, nimeämällä heidät kirjaimin.

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuuden avulla selvitetään kuinka totuudenmukaista tietoa on tuotettu. Luotettavuutta arvioidaan yleisillä kriteereillä, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Juvakka ym. 2007,127).

Uskottavuus tarkoittaa tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. Tekijän on varmistettava, että tulokset vastaavat kohdehenkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Tutkimuksen tulokset annetaan osallistujille ja he saavat arvioida tulosten paikkansapitävyyttä. Uskottavuutta vahvistaa se, että tekijä on riittävän kauan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Vahvistettavuus on esillä koko tutkimusprosessin ajan ja edellyttää prosessin kirjaimista niin, että toinen tutkija voi seurata tutkimuksen kulkua. Vahvistettavuus on osaltaan ongelmallinen, koska laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija voi saada samalla aineistoilla eri tulkinnan. Laadullisessa tutkimuksessa on hyväksyttävää, että todellisuuksia on monia. Kuitenkin erilaiset tulkinnat eivät välttämättä tarkoita luotettavuusongelmaa (Juvakka ym. 2007,129).

Refleksiivisyys edellyttää, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkija on arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoon ja tutkimusprosessiin. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirtävyyttä muihin samankaltaisiin tilanteisiin. Tutkimuksen osallistujista ja

ympäristöstä on annettava riittävästi tietoa, jotta siirrettävyyttä voidaan arvioida (Juvakka ym.2007,129).

Luotettavuuteen vaikuttaa vastaajien lukumäärä ja motivaatio sekä työkokemus. Liian vähäinen vastaajaluku ei välttämättä anna luotettavaa tulosta. Haastatteluun osallistui kaiken kaikkiaan kuusi hoitajaa (sairaanhoitajia ja mielenterveyshoitajia) ja koimme tämän määrän olevan riittävän. Kuuden haastateltavan avulla saimme yllättävän monipuolisen, kattavan ja riittävän aineiston tutkimukseemme. Suurimmalla osalla haasteltavista oli pitkä työkokemus, mikä osaltaan lisäsi tulosten luotettavuutta. Teorian pohjana käytimme mahdollisimman tuoretta materiaalia ja mielestämme lähteitä on monipuolisesti ja riittävästi. Tulososuudessa käytimme runsaasti suoria lainauksia haastattelusta, jolla nimenomaan pyrimme todentamaan tuloksia ja lisäämään opinnäytetyön luotettavuutta. Hoitajat saivat etukäteen pelkät aihealueet, jotta syntyisi luontevampaa ja monipuolisempaa keskustelua, kuin jos he olisivat saaneet valmiiksi tarkempia kysymyksiä.

Koimme, että analyysissä jokainen vaihe tulee tehdä tarkasti sekä ohjeiden mukaisesti, jotta tuloksien tulkinta tapahtuisi oikein ja tulokset olisivat luotettavia. Perehdyimme aineiston analyysiin teoreettisesti ja saimme ohjaavalta opettajalta runsaasti ammattitaitoista ohjausta. Analyysivaiheessa kummankin panostus oli tasavertainen jolloin täydensimme toinen toisiamme. Tutkimustulokset antoivat vastauksen tutkimustehtäviimme.

8 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

Tuloksista kävi ilmi, että nykypäivänä potilaalla on oikeus määrittää oma perhe, jolloin se voi koostua hyvinkin erilaisista tukiverkostoista. Kuten samaa toteaa myös Kivimäki pro gradussaan (2008). Kivimäen tutkimuksessa osa haastatelluista hoitajista oli sitä mieltä, että hoitaja ei voi olla se, joka määrittelee potilaan perheen, vaan potilas määrittelee itse ketkä katsoo kuuluvaksi perheeseensä. Perheiden kanssa työskennellään yksilöllisesti hoidon eri vaiheissa ja heille annetaan mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon, johon perheet olivat yleensä innokkaita.

Hoitajat kokivat perheen merkityksen psykiatrisessa perhehoitotyössä hyvin tärkeäksi. Perheen nähtiin merkittävänä tiedonantaja ja tukena potilaan hoidossa. Joissain tapauksissa perhe koettiin myös haasteena, tällöin ongelmia oli yhteisen hoitolinjojen löytämisessä tai perheen haluttomuutena osallistua potilaan hoitoon. Hoitajien kokemuksia psykiatrisesta perhehoitotyöstä on tutkittu myös aikaisemmin. Tuija Lindberg on tutkinut pro gradussaan (2007) mielenterveyspotilaiden kokemuksia ja tuen saantia haastatteleamalla läheisiä ja hoitajia. Myös tässä tutkimuksessa hoitajat kuvasivat läheisen roolia tärkeäksi, joskin vähän huomioon otetuksi. Lindberg korostaa tutkimuksessaan läheisten merkityksen olevan erityisen tärkeä potilaan ja hoitajana suhteen tukemisessa sekä tiedonantamisessa.

Hoitajat toivat esiin, että hoitajan ammattitaito, motivaatio ja oma aktiivisuus vaikuttavat perhehoitotyön toteutumiseen. Hoitajien mielestä jokainen perheenjäsen tulee tulla huomioiduksi omana yksilönä. Samanlaisia tuloksia sai myös Kivimäki tutkimuksessaan, jossa hoitajat toivat perhehoitotyöhön kannustavina seikkoina esiin mm. hoitajan omat tiedot, taidot ja motivaation. Perhehoitotyötä edistävinä tekijöinä nähtiin moniammatillisuus, jolloin työryhmä koostui sosiaali- ja terveysalan ammattilaisista. Näistä erityisesti perheterapeutin merkitys ja tuki korostui, joka toi myös työhön erilaista näkökulmaa. Kivimäen tutkimustuloksissa moniammatillisuus ja yhteistyö nousivat tärkeäksi tekijäksi huomioiden potilaan ja perheen yksilöllisyyden.

Vaikka yleensä perhe nähtiin edistävänä tekijänä, oli myös tapauksia, joissa perhe nähtiin perhehoitotyön estävänä tekijänä. Tällöin potilas ei saanut tukea perheeltä hoidon aikana tai perhe jättäytyi kokonaan hoidosta. Tuloksissamme kävi ilmi, että niissä tapauksissa missä perhe saatiin mukaan hoitoon, ongelmana olivat eri osapuolten erimielisyydet ja yhteisten hoitolinjojen löytäminen. Joissakin tilanteissa perheenjäsenten voimavarat eivät riittä toteuttamaan perhehoitotyötä. Tutkimuksessamme hoitajat kokivat myös erilaisia käytännön haasteita, jotka vaikeuttivat perhehoitotyön toteuttamista. Eri-tyisesti aikataulujen yhteensovittaminen ja niistä kiinnipitäminen, sekä pitkät välimatkat aiheuttivat eniten ongelmia. Kyrkön ja Purtilon opinnäytetyön (2010) tutkimustuloksissa löytyi samankaltaisia tekijöitä. Tässä tutkimuksessa haasteena koettiin perheiden yksilöllisyys, perheen odotukset ja perheen puuttuminen tai kykenemättömyys olla osana perhehoitotyötä. Käytännön ongelmina mainittiin niin ikään yhteisen ajan löytäminen perheen ja potilaan kanssa.

Perhehoitotyön kehittämisaiheena hoitajat mainitsivat lisäkoulutuksen. Sitä kaivattiin lisää, koska he kokivat valmiutensa tiedonantoon perheille ja potilaille riittämättömiksi. Myös erikoisryhmien (vanhukset, sekakäyttäjät ja nuoret) kanssa työskentelyyn hoitajat halusivat lisäkoulutusta. Osastolle toivottiin myös perhehoitotyön mallia, yhtenäistämään hoitokäytäntöjä. Samanlaisia tuloksia on saanut myös Kivimäki tutkimuksessaan, jossa hoitajat kokivat käytännön toteutuksen hajanaiseksi ja kaipasivat yhtenäistä mallia, mistä kävisi ilmi perhehoitotyön tavoitteet. Tutkimuksessa osa hoitajista oli käynyt vähemmän lisäkoulutuksissa, minkä vuoksi he kokivat olevansa heikommassa asemassa työskennellessään perheiden kanssa. Haukipuron ja Kivistön opinnäytetyössä (2012) 62 % kyselyyn vastanneista psykiatrisista sairaanhoitajista ei ollut käynyt perhehoitotyötä tukevaa koulutusta. Vastajista 38% oli sitä mieltä, ettei pelkkä sairaanhoitajan koulutus anna riittäviä valmiuksia toteuttaa laadukasta perhehoitotyötä.

Tärkeimpänä lähtökohtana hoitosuhteelle on luottamuksen saavuttamisen potilaaseen ja perheeseen. Hoitajien kokemuksena oli, että psykoedukaatio potilaalle ja perheelle luo lisää luottamusta ja turvallisuutta. Joillakin omaisilla voi vielä olla vanhanaikaisia ja pelottavia mielikuvia psykiatrisesta sairaalas-

ta. Tällaisia ennakkoluuloja saadaan poistettua riittäväällä psykoedukaatiolla. Kyrkkö ja Purtilo ovat jo todenneet psykoedukaation edut tutkimuksessaan. Siinä selvitettiin, että hoitajien antama oikea ja asiallinen tieto vähensi perheen pelkoja ja ennakkoluuloja sairautta kohtaan, sekä ennaltaehkäisi vääriä tulkintoja potilaan käyttäytymisestä. Kun perheellä on tarpeeksi tietoa, voivat he ohjata omaisen ajoissa hoitoon.

Hoitajat olivat tyytymättömiä moniammatillisen työtiimin toimimattomuuteen. Syynä tähän oli kokeneen psykologin puuttuminen sekä hoitajien eritasoinen panostus moniammatilliseen työskentelyyn. Avohoidon kehittäminen nähtiin myös keskeisenä asiana, koska rakennemuutoksen myötä sairaalajaksot ovat lyhentyneet, jolloin potilas hoidetaan pääosin avohoidossa. Tämän vuoksi pitkäkestoisen perhehoitotyön toteuttaminen on haasteellista. Näin on todennut myös Kivimäki tutkimustuloksissaan, jossa hoitajat nostivat esiin ongelmallisina potilaiden lyhyet hoitajaksot, jolloin perhettä ei ehditä auttaa ja tukea tarpeeksi. Epätietoisuutta oli myös perheen jatkohoitomahdollisuuksista. Hoitajien toiveena oli, että moniammatillisuuden tukena voitaisiin vielä enemmän hyödyntää nykyajan teknologiaa esim. videotapaamisissa.

9 POHDINTA

Aihealueen valitseminen ei tuottanut meille vaikeuksia, sillä tiesimme jo varhaisessa vaiheessa, että tekisimme opinnäytetyömme psykiatriseen hoitotyön liittyen. Tarkemman aiheen valintaprosessi ei lähtenyt käyntiin niin helposti, kuin kuvittelimme. Kysyimme Kuusamon ja Joensuun psykiatrian klinikoilta opinnäytetyöllemme aihe-ehdotuksia, mutta jäimme ilman vastauksia, jonka vuoksi kesän 2011 aikana työmme ei edennyt ollenkaan. Syksyllä palasimme aiheeseen uudelleen ja pyysimme avuksemme koulun opettajaa, joka löysikin pian meille sopivan ja kiinnostavan tutkimusaiheen Lapin Sairaanhoidopiirin Psykiatrian klinikalta. Pian otimmekin yhteyttä Muurolan ylihoitajaan ja sovimme tapaamisen jossa selvisi, että osasto 4:lla oli tarve perhehoitotyön oppaasta, joka olisi suunnattu hoitajille. Aihe lähti jalostumaan opinnäytetyömme ohjaajan avulla ja päädyimme laadulliseen tutkimukseen, jossa selvitettäisiin hoitajien kokemuksia perhehoitotyöstä. Ylihoitaja ja osasto 4:n osastonhoitaja hyväksyivät virallisesti aiheen muuttamisen sekä ideapaperin ja näin opinnäytetyömme prosessi pääsi alkamaan.

Virallisuuksien jälkeen aloimme työstää tutkimussuunnitelmaa. Paneuduimme tutkimussuunnitelman tekemiseen huolella, koska se luo perustan koko tutkimusprosessille. Suunnitelmaa tehdessä hyödynsimme paljon ammattitaitoista opinnäytetyömme ohjaajaa. Ohjaava opettajamme oli tehnyt vuonna 2010 perhehoitotyöhön liittyen väitöskirjan, minkä vuoksi saimme erittäin tarkkaa ja syvällistä ohjausta. Opettajamme ohjaus oli erittäin kannustavaa, mikä onkin ollut yksi tärkeimmistä edistävästä tekijöistä työmme etenemisen ja meidän jaksamisen kannalta.

Lähdekirjallisuuteen ja tutkimukseemme liittyvään teoriaan olimme paneutuneet jo suunnitelmaa tehdessä ja meidän oli suhteellisen helppo aloittaa itse opinnäytetyön teoriapohjan työstäminen. Saimme hyviä vinkkejä ohjaavalta opettajaltamme laadukkaita lähteistä ja käytimme paljon myös Internetlähteitä. Kuitenkaan suorat vinkit lähteistä eivät riittäneet, vaan meidän täytyi olla erittäin oma-aloitteisia ja aktiivisia. Onneksemme löysimme hyvin tuoreita kirja- ja Internetlähteitä, joihin perehdyimme pitkälti koko syksyn 2011 ajan.

Opimme hyödyntämään paljon erilaisia tiedonhakumenetelmiä, kuten mm. Theseus ja Juolukka. Kehityimme olemaan kriittisiä lähteiden suhteen ja osasimme hakea oikeaa teoriaa oikeista lähteistä.

Hyvän teoriapohjan ja käsitteistön tarvitsimme myös haastattelun aihealueiden laatimiseen. Työstimme haastattelun aiheita tutkimuskysymystemme mukaan ja näin syntyivät teemat. Testasimme haastattelun aiheiden ymmärrettävyyttä psykiatrisella sairaanhoitajalla, jonka mielestä haastattelun pohja oli hyvä. Mielestämme haastattelut onnistuivat yllättävän hyvin kokemattomuutemme nähden, sillä emme ole aikaisemmin tehneet tutkimusta tai haastattelua. Pohdimme jälkepäin, että meidän olisi pitänyt esittää haastattelun aikana enemmän lisäkysymyksiä ja ohjata haastattelua oikeaan suuntaan. Tämän takia materiaali ei ehkä ole niin rikasta kuin olisimme toivoneet. Haastatteluiden nauhoitusten jälkeen siirryimme yhteen haastavimpiin vaiheisiin eli litterointiin.

Alun perin meidän oli tarkoitus teettää litterointi ulkopuolisella henkilöllä jouduttaaksemme prosessia. Valitettavasti esteeksi muodostui meistä johtumattomat tekniset ongelmat, joten päätimme litteroida aineiston itse. Koimme litteroinnin erittäin raskaaksi ja aikaa vieväksi, koska emme osanneet hyödyntää kaikkea saatavilla olevaa tekniikkaa ja ohjelmia. Kuitenkin näin jälkepäin ajateltuna oli työn etenemisen kannalta hyvä, että perehdyimme aineistoon jo litterointivaiheessa. Seuraava vaihe oli aineiston luokittelu, mikä osoittautui myös hyvin haasteelliseksi. Luokittelussa oli alkuvaikeuksia, koska emme heti saaneet kiinni oikeasta työtavasta ja siitä, mitä haettiin. Kiiireiset aikataulut olivat myös osasy syy litteroinnin ja luokittelun tahmeaan etenemiseen. Onneksi ohjaajamme oli lähes aina hyvin saatavilla ja auttoi ja kannusti meitä vastoinkäymisissä. Koimme myös toistemme tukemisen olleen yksi edistävä tekijä tässä prosessissa. Loppujen lopuksi litterointi ja luokittelu onnistuivat hyvin, mikä edesauttoi tutkimus tulosten kirjoittamisessa.

Kävimme ensimmäisenä kesänä itsenäisesti opinnäytetyön tekoon valmistavan kurssin, mutta siitä ei ollut merkittävää apua oman tutkimusprosessimme aikana. Mielestämme kurssi olisi pitänyt suorittaa lähiopetuksessa lähempänä opinnäytetyön tekoa. Tuntui, kuin kaikki tutkimukseen sekä sen tekemi-

seen liittyvät asiat täytyi käydä läpi ja opetella uudestaan. Työtä tehdesämme opimme kuitenkin kokoajan lisää tutkimuksen teosta. Tarkastellessamme lisää meidän koulutusohjelmaa, huomasimme, että perhehoitotyötä ei varsinaisesti ole käsitelty millään kurssilla. Mielestämme perhehoitotyön näkökulmaa voitaisiin ottaa esiin enemmän, eikä ainoastaan psykiatrisessa hoitotyössä. Tulevina hoitajina emme tunne olevamme tarpeeksi ammattitaitoisia toteuttamaan laadukasta perhehoitotyötä, koska nykyinen sairaanhoitajakoulutus ei anna siihen riittäviä valmiuksia. Kuitenkin opinnäytetyömme ja sen tekeminen on hyvä pohja tarvittavaan lisäkoulutukseen. Tavoitteenamme on kiinnittää erityishuomioita työelämässämme perhehoitotyöhön ja sen toteutumiseen. Mielestämme perheen huomioiminen potilaan hoidossa on merkittävässä roolissa, missä tahansa työskentelemmekin.

LÄHTEET

- Halme, N. – Perälä, M-L.- Laaksonen, C. 2010. Yhteistyöinterventioiden vaikuttavuus lapsipalveluissa, Järjestelmällinen katsaus. Helsinki: Yliopistopaino Oy.
- Hakulinen, T. – Paunonen, M. 1994. Analyysi käsitteestä perhehoitotyö. Lähikäsitteinä perhesysteeminen ja perhekeskeinen hoitotyö. Hoitotiede-lehti 2/94, 58–64.
- Haukipuro, K. – Kivistö, E. 2010. Perhehoitotyö psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö. Vaasan Ammattikorkeakoulu: Hoitotyön koulutusohjelma.
- Heikkinen-Peltonen, R. – Innamaa, M. – Virta, M. 2009. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Prima.
- Hietaharju, P. – Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Tammi.
- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Janhonen, S. – Latvala, E. – Visuri, T. 1995. Psykiatrisen hoitotyö. Helsinki: WSOY
- Janhonen, S. – Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

- Juvakka, T. – Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Järvinen, R.- Lankinen, A. – Taajamo, T. – Veistilä, M. – Virolainen, A. 2007. Perheen parhaaksi, Perhetyön arkea. Helsinki: Edita.
- Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2004. Koulutuksellinen perhetyö psykiatrisessa hoitotyössä –verkkokurssi. Osoitteessa: <http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervehto/psykoedukaatio.htm>. 30.11.2004.
- Kankkunen, P- Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY
- Kivimäki, A. 2008. Perhehoitotyö akuutti-psykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Tampereen yliopisto.
- Kiikkala, I. – Krause, K. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. 1996.
- Korhonen, T. 2010. Promoting Child Development and Mental Health in Adult Psychiatric Care, A Nurses`Perspective. Kuopio Yliopisto: Terveystieteiden tiedekunta/ Hoitotieteen laitos.
- Kuhanen, C. – Oittinen, P. – Kanerva, A. Seuri, T. Schubert, C. 2010. Mielen-terveys- ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kyrkkö, T. – Purtilo, M. 2010. Perhehoitotyön hyödyt ja aloittamisen haasteet. Opinnäytetyö. Saimaan Ammattikorkeakoulu: Hoitotyön koulutusohjelma.
- Lindberg, T. 2007. Mielenterveyspotilaiden läheisten tuen saanti psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen Yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Niiranen, L. – Salja, H. 2010. Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen psykiatrisessa sairaalassa hoitajien kuvaamana. Opinnäytetyö. Tampereen Ammattikorkeakoulu: Hoitotyön koulutusohjelma.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Psykiatrian erikoisalan laitoshoidon tilastot 2009. Osoitteessa: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Mielenterveys/index.htm>. 7.6.2011.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Lapset puheeksi. Osoitteessa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/lapset_puheeksi. 30.11.2012.
- Tuomi, J. - Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Posio, P. 2011. Psykiatrian klinikan akuuttitiimi ja päivystystoiminta. Joiku 10/2011.
- Saarelainen, R. – Stengård, E. – Vuori-Kemilä, A. 1999. Mielenterveys ja päihdetyö. Porvoo: WSOY.
- Sirviö, K. 2006. Lapsiperheiden osallistuminen terveyden edistämiseen - Mukaanolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Väitöskirja. Kuopion Yliopisto: Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
- Suomen sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Terveys 2015- kansanterveysohjelma. Osoitteessa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf. 19.8.2010.

LIITTEET

LIITE 1

Haastattelun teemat

Miten hoitajat näkevät perheen merkityksen psykiatrisessa hoitotyössä?

- Milloin perhe on este/tuki potilaan paranemiselle?
- Millainen merkitys perheellä on hoitotyössä?

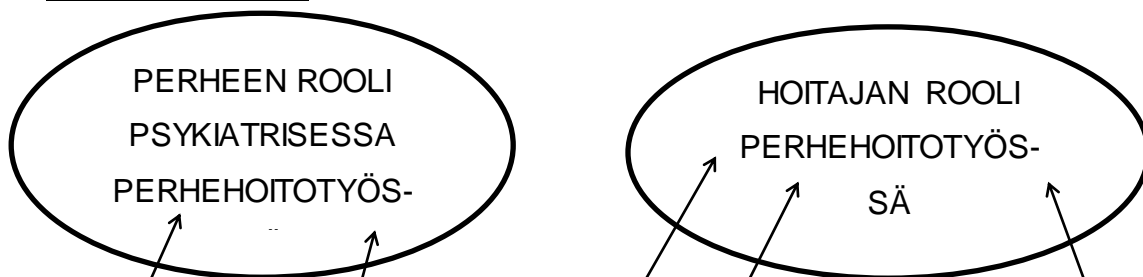
Mitkä ovat hoitajien kokemukset perhehoitotyöstä?

- Mitkä ovat perhehoitotyön haasteet?
- Mitkä osaston perhehoitotyön vahvuudet?

Miten hoitajat kehittäisivät perhehoitotyötä osastolla?

- Mitä hoitajat kehittäisivät erityisesti?
- Mikä on este perhehoitotyön kehitykselle?

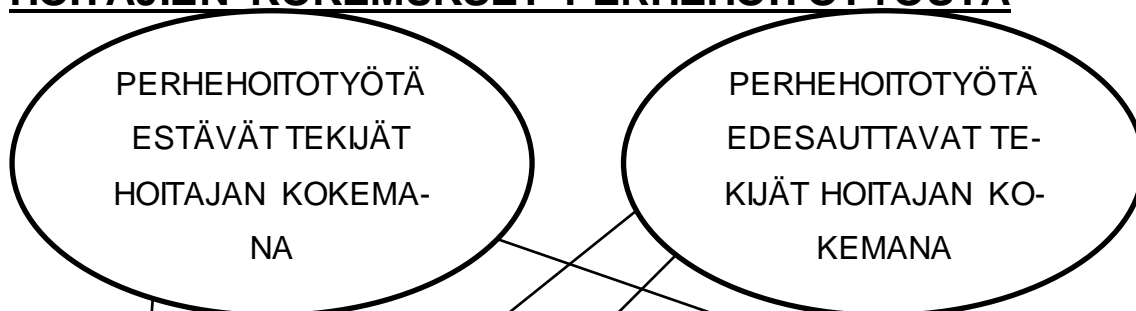
LIITE 2

PERHEEN MERKITYS PSYKIATRISSESSA HOITOTYÖSSÄALAKATEGORIAT

PERHE POTILAAN HOIDON TUKENA	PERHE TIEDON ANTAJANA	HOITAJA HOIDON VÄLINEENÄ	PSYKOEDUKAATIO	LASTEN HUOMIOIMINEN
<p>Potilas aina osana perhettä. Perhe osana hoitoa.</p> <p>Nykyään perhe nähdään kokonaisuutena</p> <p>Perhe potilaan voimavarana.</p> <p>Potilailla erilaisia tukiverkostoja</p> <p>Pidempikeskoinen perheterapia avohoidossa</p> <p>Perhe mielellään mukana tapaamisissa</p> <p>Suurin osa potilaista haluaa tavata</p>	<p>Kaikilla potilailla ei perhettä</p> <p>Sairas potilas ei pysty kertomaan tietoja itseltään ja voinnistaan.</p> <p>Potilaasta hankala saada tietoja, jos perheelle ei saa antaa tietoja.</p> <p>Hoidon käynnistymiseksi perheeltä saadaan tietoa potilaan tilasta</p> <p>Ilman potilaan perhettä ei saada tarvittavia tietoja poti-</p>	<p>Potilaan hoito yksilöllistä</p> <p>Perheterapeutti mukana tapaamisissa.</p> <p>Moniammatillinen työ tärkeää.</p> <p>Perheterapiaa tarjotaan yli kuntarajojen.</p> <p>Potilas esteenä perhehoitotyölle</p> <p>Luottamuksellinen hoitosuhde hoidon etene- misen ehto. Luottamuksellinen hoitosuhde hoidon etene- misen ehto.</p> <p>Luottamus hoitohenkilökuntaan potilaalle</p>	<p>Vanhemman sairastuttua, psykoedukaatio lapselle tärkeää.</p> <p>Potilaan hyväksynnällä annetaan tietoa perheelle.</p>	<p>Potilaan alaikäinen lapsi huomioidaan hoidon aikana</p> <p>Hoitajilla Lapset puheeksi-koulutus.</p> <p>Kehittämiskohteena potilaiden lasten huomioiminen.</p> <p>Paljon syrjäytyneitä nuoria</p>

<p>perhettä.</p> <p>Potilas määrittelee itse oman perheen.</p> <p>Perhe hoidon tukena ja esteenä.</p> <p>Hoidon aikana potilaan perhettä tavataan.</p> <p>Perhetapaamisia yksilöllisesti.</p> <p>Nuorten potilaiden perhettä tavataan säännöllisesti.</p> <p>Tieto siitä, miten perhe voi tukea potilasta kotona</p> <p>Omaiset mukana tutkimuksissa.</p> <p>Perhettä tavataan hoidon eri vaiheissa</p>	<p>laasta hoidon kannalta.</p> <p>Perhe hoidon asiantuntijana.</p> <p>Tieto siitä, mitä tukea potilas tarvitsee.</p>	<p>sekä muulle perheelle tärkeä.</p> <p>Hoitajat tiedon välittäjinä perheille.</p> <p>Pyritään tapaamaan potilaan määrittelemä perhe hoidon aikana.</p> <p>1-2 viikon sisällä yhteys perheeseen.</p> <p>Perhetapaamiset eivät aina toteudu.</p> <p>Hoitajan omalla aktiivisuudella suuri merkitys</p> <p>Kokonaishoito omahoitajan vastuulla.</p>		
---	--	---	--	--

LIITE 3

HOITAJIEN KOKEMUKSET PERHEHOITOTYÖSTÄ

PERHEHOITOTYÖN HAASTEENA	PERHEHOITOTYÖ MONIAMMATILLISTA	HOITAJIEN AMMATTITAITO	PERHEOSAANA PERHEHOITOTYÖTÄ	KAYTÄNNÖN HAASTEET
Kaikilla ei perhettä	Perheterapian merkitys muuttunut	Perheterapia vasta alkanut.	Perhe ollut potilaan hoidossa mukana tavalla tai toisella	Pitkät etäisyydet perhehoitotyön haasteena
Haasteena perheen mukaan saaminen	Perheterapeutit suuri tuki.	Perhehoitotyön kehityshistoria aiheutti erimielisyyksiä.	Perhehoitotyön kehityshistoria aiheutti erimielisyyksiä.	Aikataulujen yhteensovittaminen perhehoitotyön haasteena.
Haasteena perheen tuen saaminen	Perheterapeutit suuri tuki	Vahvuutena kouluttautunut henkilökunta.	Perhehoitotyö ollut aina osana potilaan hoitoa.	Aikataulujen yhteensovittaminen perhehoitotyön haasteena
Yhteisten hoitolinjojen löytäminen haasteena	Moniammatillinen reflektoitava työote.	Perhehoitotyö työotteena	Vanhuspsykiatriassa perhe mukana potilaan hoidossa	Hoitajan haasteena järjestää aikataulut yhteen.
Perheen voimavarojen riittämättömyys perhehoitotyölle	Epätasa-arvo perhehoitotyön toteutuksessa	Jokaisen hoitajan vahvuusalueet voimavarana	Perhe mukana hoidossa	Teknologia helpottaisi perhehoitotyön toteutumista
Aikatauluista kiinnipitäminen	Perhehoitotyö moniammatillista	Perhehoitotyövalmiutta ei riittävästi	Perheenjäseniä tavataan mahdollisimman tasapuolisesti.	
Psykoedukation antaminen perheille haasteena mm. pelottavien mielikuvien vuoksi sairaalaa kohtaan	Eri verkostot mukana perhehoitotyössä-	Sairaala tarjoaa koulutusta	Tasapuolista keskustelua perhetapaamisissa.	
Haasteena	Teknologian hyödyntäminen perhehoitotyössä.	Osastolla ei varsinaista perhehoitotyön mallia.	Perhe voimavarana tai haasteena poti-	
	Perheterapeutti tuo näkökulmaa	Tavoitteena miellyttävä kanssakäymistä perhetapaamisissa		
	Perhehoitotyö			

<p>yhteisen kielien löytäminen</p> <p>Perhe ei näe potilasta kokonaisuutena</p> <p>Hoitajien kokemukset perhehoitotyöstä vaihtelevat potilaiden mukaan.</p>	<p>suuntautuu ulospäin</p> <p>Potilaan tietojen antaminen rajoitettua</p>	<p>Hoitajan tehtävänä huomioida jokainen perheenjäsen.</p> <p>Reflektointi työvälineenä</p> <p>Tuetaan perheen kommunikaatiota</p> <p>Tarkkaillaan perheen non-verbaliikkaa</p> <p>Jokaista perheenjäsentä kuunnellaan.</p> <p>Vaatii suostutusta.</p> <p>Hoitajan aktiivisuus ja perustelut perhehoitotyön tekemisestä tärkeää. Lähtökohtana luottamus</p> <p>Osaston vahvuuksina mm. työkokemus ja koulutus. Kaikilla koulutus perhehoitotyöhön</p> <p>Haasteena lääkäreiden suuri vaihtuvuus, eivät aina ole kartalla potilaan hoidosta.</p> <p>Haasteena lääkäreiden vaihtuvuus, jolloin hoitajien vastuu kasvaa</p> <p>Osastolla ei</p>	<p>laan hoidolle</p>	
---	---	--	----------------------	--

		varsinaista perhehoitotyön mallia		
--	--	---	--	--

LIITE 4

PERHEHOITOTYÖN KEHITTÄMINEN OSASTOLLA

<p>la haaste</p> <p>Nuorten potilaiden lisääntyminen vaatii erityisosamista.</p> <p>Sekakäyttäjien hoito vaatii lisää tietoa</p>		<p>hoitoon</p> <p>Sairaalahoito ja avohoito eritasoisia</p> <p>Päihdekliniikan toimimattomuus.</p>		
--	--	--	--	--