

# **PSYKIATRINEN OSASTOHOITOJAKSO POTILAJDEN JA PERHEENJÄSENTEN KOKEMANA**

Tampereen yliopisto  
Lääketieteellinen tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Pro gradu -tutkielma  
Toukokuu 2008  
Carita Horppu

## TIIVISTELMÄ

### TAMPEREEN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

Hoitotieteen laitos

**CARITA HORPPU:** Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana

Pro gradu-tutkielma, 77 sivua; 6 liitesivua

Ohjaajat: Professori, TtT Eija Paavilainen ja TtM Sirpa Salin

Hoitotiede

Toukokuu 2008

---

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden ja perheenjäsenten kokemuksia psykiatrisesta osastohoidosta, joka on strukturoitu kahden viikon pituiseksi kriisihoitojaksoksi. Tutkimusaineiston muodostivat neljä potilaan ja neljä perheenjäsenen teemahaastattelua. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Kahden viikon hoitojaksolla tärkeintä oli potilaiden mielestä hoitajan kanssa vietetty yhteinen aika. Myös perheenjäsenet arvostivat läheisen saamia keskusteluhetkiä. Sairauden jakaminen, huolien käsitteleminen, erilaiset hoitajan antamat tehtävät ja neuvojen saaminen olivat lisänneet potilaan ymmärrystä omaa sairauttaan kohtaan ja helpottaneet oloa. Hoitosopimukset sitouttivat potilaan hoitoon. Erityisesti viikko-ohjelmaan sitoutuminen oli potilaille tärkeää. Erilaiset ryhmät, liikunta ja ajanviete edistivät myös potilaan toipumista. Hoitoon kuului myös perheiden huomioiminen. Näiden lisäksi potilaan perustarpeista ja fyysisestä voinnista oli tarvittaessa huolehdittu. Lääkitys oli kaikilla potilailla käytössä jakson aikana. Sairaala hoitoympäristönä vaikutti potilaan psyykkiseen vointiin. Hoitajan kohtaamistaidot korostuivat myös tutkimuksen tuloksissa. Potilaat ja perheenjäsenet arvostivat hoitajan ammatillisuutta ja aitoa kiinnostuneisuutta. Myös hoitajan taito kohdata potilaat ja perheenjäsenet ymmärtäen oli tärkeää. Potilaat vaistosivat hoitajien sanattomat viestit heidän ilmeistään ja kehon kielestään.

Tuloksista kävi ilmi, että kriisihoitojaksoon oltiin melko tyytyväisiä, mutta jonkin verran esitettiin myös toiveita sen sisällön kehittämiseksi. Hoitajien toivottiin kannustavan potilaita enemmän toimintaan, koska tekeminen kiinnitti potilaan huomion pois omasta psyykkisestä voinnista. Hoitajan toivottiin käyttävän myös enemmän aikaa potilaan kanssa tehtävien tekemiseen. Lisäksi potilaat kokivat tarvitsevansa keskusteluapua nopeasti pahan olon yllättäessä. Hoitajalta odotettiin tilanneherkkyyttä aistia potilaan sen hetkiset tarpeet ja muistavan hyvät tavat kohdatessaan potilaat. Perehdytystä osastoon ja hoitoon toivottiin myös enemmän. Perheen tarpeet tulisi myös huomioida esimerkiksi kysymällä perheenjäsenten omasta jaksamisesta. Perhetapaamisten ajankohdaksi toivottiin iltaiikaa. Potilaan arjen suunnitteluun toivottiin myös enemmän paneutumista. Näiden lisäksi mielekästä tekemistä toivottiin hoitojaksolle enemmän, erityisesti viikonloppuihin. Osaston viihtyisyyttä tulisi myös kohentaa äänieristyksillä, ilmapiirin rauhallisuudella ja turvallisuudella sekä osaston tilojen värityksellä.

Tutkimustuloksia voidaan käyttää tutkittavana olleen osaston hoitotyön kehittämisessä hyväksi. Lisäksi niitä voidaan hyödyntää psykiatrisen hoitotyön kehittämisessä potilas- ja perhekeskeisemmäksi ja hoitotyön opetuksessa avuksi.

Avainsanat: potilas, perheenjäsen, psykiatrinen hoitotyö, psykiatrinen sairaalahoito

## ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Faculty of medicine

Department of Nursing Science

**CARITA HORPPU:** Experiences of patients and family members in psychiatric inpatient care

Master's Thesis: 77 pages; 6 appendices

Supervisors: Professor, PhD Eija Paavilainen, MSNc Sirpa Salin

Nursing Science

May 2008

---

The purpose of this study is to describe the patients' and their family members' experiences on psychiatric inpatient care, which is structured and divided into a two week crisis treatment period. The data consists of four theme interviews with the patients and four theme interviews with the family members. The data were analysed by using inductive content analysis.

According to the patients and their family members, the most important part of the two week care period was the time spent with nurse in the ward. In addition, discussions were experienced as helpful. Sharing about the illness, discussing worries and the different kinds of tasks and advices given by the nurses have added the patient's awareness towards their own illness and calmed them. A written agreement of care obliged the patients to the treatment. Committing to the week-programme was especially important for the patients. Moreover, different groups, physical exercise and pastime promoted recovering. The family members were also included in the treatment process. Furthermore, the patient's basic needs and physical wellbeing were looked after during the period and medical treatment was available for every patient. The hospital as a care environment had an affect on the patient's mental health. The nurses' ability to face the patient was emphasised in the results. The appreciation of the nurse's professional skills and their real interest in nursing came up in the patient's and the family member's answers. Furthermore, the nurse's ability to face the patients and their family members sympathetically was important. Patients sensed nonverbal messages from the nurses' gestures and body language.

The results showed that the patients and their family members were quite satisfied with the crises treatment period. However, some proposals for improvement did come up. It was hoped that the nurses would encourage the patients to participate in the activities, since doing something focused the patient's attention away from their own mental health issues. Hopes were that nurses would spend more time helping the patients with the tasks. In addition patients felt the need for instant discussion immediately when they felt anxious. More situational sensitivity was called for from the nurses in order to anticipate the patients' current needs. The nurses should also remember good manners when facing the patient. More orientation to the treatment programme and to the ward was also hoped. The needs of the family members should be taken into account for example by asking about their well being. Meetings with the family should take place in the evening. It was hoped that the nurses would be more involved in planning patients' daily activities. In addition, meaningful activities should be arranged especially during the weekends. The ward could be made more comfortable by better sound insulation, by creating a peaceful, secure atmosphere, as well as by painting the ward with pleasant colours.

The results can be utilised to develop nursing in the ward. In addition, they can be used in psychiatric nursing to make it more patient and family centred as well as in improving nursing teaching.

Keywords: patient, familymember, psychiatric nursing, psychiatric inpatient care

**SISÄLTÖ**  
**TIIVISTELMÄ**  
**ABSTRACT**

<b>1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS</b> .....	5
<b>2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT</b> .....	7
2.1 Psykkisesti sairastunut potilas ja perheen jaksaminen .....	7
2.1.1 Psykkinen sairastuminen .....	7
2.1.2 Läheisen sairastumisen herättämät tunteet ja huolenpito perheessä .....	8
2.2 Psykiatrisen sairaalahoidon keinot auttaa sairastunutta potilasta ja perhettä .....	11
2.2.1 Perusteet ja periaatteet hoidolle .....	11
2.2.2 Mielenterveyshoitotyön auttamismenettelyt potilaan hoidossa .....	13
2.2.3 Perhe osana potilaan psykiatrista hoitoa .....	17
2.3 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista .....	19
<b>3. TUTKIMUSTEHTÄVÄT</b> .....	21
<b>4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	21
4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat .....	21
4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston hankinta .....	22
4.3 Aineiston analyysi .....	24
<b>5. TUTKIMUKSEN TULOKSET</b> .....	27
5.1 Potilaiden ja perheenjäsenten kokemukset psykiatriselta kriisihoitajaksolta .....	27
5.1.1 Potilaan oman psykkinen voimien tiedostamisen vahvistaminen .....	27
5.1.2 Potilaan mielenterveyttä tukevat tekijät .....	31
5.1.3 Hoitaja potilaan ja perheen kohtaajana .....	39
5.2 Potilaiden ja perheenjäsenten toiveet sairaalahoidon sisällölle .....	41
5.2.1 Toiveet hoitajan toiminnalle .....	42
5.2.2 Toiveet potilaan mielenterveyttä tukeville tekijöille .....	44
5.3 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista .....	50
<b>6. POHDINTA</b> .....	51
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu .....	51
6.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset .....	59
6.3 Tutkimuksen luotettavuus .....	61
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet .....	64

**LÄHTEET**

LIITTEET 1-6

## 1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Psykiatrisessa sairaalahoidossa oli vuonna 2004 yhteensä 32 082 potilasta ja heillä oli yhteensä 1 826 292 hoitopäivää. Potilaan keskimääräinen hoitoaika sairaalassa oli 38 päivää. (Stakes tilastotiedote 29/2005.) Euroopan mielenterveysjulistus (2005) tuo esiin, että mielenterveystyössä tulisi olla kattavia, integroituja ja tehokkaita rakenteita, jotka sisältävät mielenterveyden edistämisen, häiriöiden ennaltaehkäisyn, hoidon ja kuntoutuksen. Kriisipalvelujen kattavuuden, saatavuuden ja joustavuuden sekä käytävissä olevien voimavarojen yhteensovittamisen parantaminen on mielenterveystyön keskeisempiä kehittämisalueita (Vuori-Kemilä 2003). On tärkeää nähdä mielenterveyden edistämisen merkitys yhteiskunnassamme ja hoitotyössä. Avohoitopainotteisuus mielenterveystyössä on ollut viime vuosina kehittämisen alla. Osa potilaista tulee kuitenkin tarvitsemaan sairaalahoitoa aika ajoin, jonka vuoksi psykiatrasta hoitotyötä sairaalassa on syytä kehittää myös jatkossa. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001.) Lyhyellä sairaalahoitajaksolla ja sen aikana kehittyneellä yhteistyösuhteella hoitajan kanssa voi olla pitkävaikutteinen merkitys potilaan elämään. (Laitinen 2003.)

Sairaalahoitoaikojen lyheneminen on mahdollista, jos mielenterveyshoitotyön sisältö on potilaan tarpeista lähtevää ja suunnitelmallista. Tehokas hoito on yksi painopistealue mielenterveysongelmien kehittämisessä ja arvioinnissa. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001.) Tehokasta hoitoa suunniteltaessa ja kehitettäessä tulisi ymmärtää palveluiden käyttäjien ja heidän läheistensä kokemukset ja asiantuntemuksen tärkeys. (Euroopan mielenterveysjulistus 2005.) Toisaalta yhteiskunnallinen kehitys on viime vuosina nostanut esiin tehokkuuden, tuottavuuden ja kannattavuuden lähestulkoon arvopohjaisina. Taloudellinen hyöty näyttäisi kulkevan esimerkiksi potilaan tarpeiden edelle. (Sorsa 2002.) Sosiaali- ja terveysministeriö ohjeistaa laatusuosituksissa kuntia ottamaan vakavasti potilaiden ja läheisten palautteet ja hyödyntämään ne käytännön hoitotyön kehittämiseksi. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositukset 2001.)

Potilaiden kokemukset psykiatrisesta sairaalahoidosta saadaan kuuluville tekemällä potilastyytyväisyyskartoituksia. Ne ovat konkreettisin keino saada välitöntä ja luotettavaa tietoa potilaiden hoitokokemuksista. (Varis 2005.) Asiakaslähtöinen toiminta on merkittävä hoidon laatu- ja tulostekijä. Potilaiden tyytyväisyys on myös tärkein mittari palvelujen laadukkuudelle. (Woodring, Polomano, Haagen, Nunn & Zarefoss 2004.) Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että potilaan todellisuus rajoituksineen ja mahdollisuuksineen on hoidon lähtökohta. (Latvala 1998.) Se

on myös aitoa välittämistä potilaasta, hoitosuhteen yhdenvertaisuutta ja potilaan voimavarojen tukemista. (Karttunen 2005.) On tärkeää kehittää laitospäristössä toteutuvaa psykiatrista hoitotyötä potilaslähtöisempään suuntaan, jotta voidaan tukea potilaan selviytymistä myös avohoidossa ja auttaa häntä tunnistamaan sekä löytämään omia todellisia selviytymisen resurssejaan. (Latvala 1998.) Yksilön ja perheen hyvinvointi sekä terveys liittyvät toisiinsa. Yksilön hyvinvoinnille on merkityksellistä se, miten hänen läheisensä voivat. Toisaalta perheen terveyteen vaikuttaa muiden perheenjäsenten terveydentila. Perhekeskeisyyttä pidetään hyvän hoidon ominaisuutena, joka tarkoittaa käytännössä, että potilaan perhe tulisi ottaa hoidossa huomioon. Yhden perheenjäsenen sairastaminen ja vointi vaikuttaa koko perheen terveyteen ja arkielämän sujumiseen. (Åstedt-Kurki & Paunonen 1999.) Läheisen psyykinen sairastuminen on kriisi koko perheelle ja kuormittaa heitä monenlaisin tuntein. (Koskisuu & Kulola 2005.)

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden ja perheenjäsenten kokemuksia psykiatrisesta kriisihoitajaksoista sairaalassa, joka on strukturoitu kahden viikon pituiseksi. Lisäksi tarkoituksena on kuvata heidän toiveitaan hoitajaksoille. On tärkeää saada potilailta ja heidän perheenjäseniltään palautetta, jotta hoitotyötä voidaan kehittää entistä potilas- ja perhekeskeisemmäksi. Hoitotieteellisen tutkimuksen haasteena on tuottaa käytäntöön suoraan sovellettavia tieteellisen tutkimuksen tuloksia perheiden hoitamisesta. (Aho, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2004.) Tutkimuksen aihe heräsi käytännön työelämän tarpeista kehittää osaston toimintaa ja tutkijan omasta kiinnostuneisuudesta mielenterveyshoitotyön. Tutkimus toteutettiin Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialueen yhdellä psykiatrisella osastolla hoidossa olleille potilaille ja heidän perheenjäsenilleen. Osastolla on käytössä yhtenä hoitomuotona strukturoitu kahden viikon hoitajakso. Sen tavoitteena on auttaa mielenterveyspotilasta nopeasti ja tehokkaasti. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää osaston käytännön hoitotyön kehittämisessä. Tuloksia voidaan hyödyntää myös laajemmin mielenterveys- ja perhehoitotyön kehittämisessä sekä niiden opetuksessa.

## 2. TUTKIMUKSEN TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Psykkisesti sairastunut potilas ja perheen jaksaminen

#### 2.1.1 Psykkinen sairastuminen

Jonkinasteinen kriisi aiheutuu aina, kun ihminen sairastuu psyykkisesti. (Koskisuus & Kulola 2005.) Ihmisen psyykkisen sairastumisen taustalla ajatellaan olevan joukko suojaavia ja haavoittavia tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen sairastuuko ihminen. (Lehtonen & Lönnqvist 2001.) Sisäisiä suojaavia tekijöitä voivat olla muun muassa perimä, itsetunto, ristiriitojen käsittelytaidot, ongelmienratkaisutaidot, sopeutumiskyky, stressinsietokyky ja vuorovaikutustaidot. Myös kyky luoda ihmissuhteita, ylläpitää ja purkaa niitä kuuluvat suojaaviin tekijöihin. Ulkoisia suojaavia tekijöitä voivat olla työllisyys, sosiaalinen tuki ja turvallinen ympäristö sekä ihmisen perustarpeiden kuten riittävä ruuan saaminen. Sisäisiä haavoittavia tekijöitä voivat olla muun muassa itsetunnon haavoittuvuus, eristäytyneisyys, avuttomuuden tunne, vieraantuneisuus ja huonot ihmissuhteet. Näiden lisäksi on myös ulkoisia haavoittavia tekijöitä, jotka voivat osaltaan vaikuttaa ihmisen sairastumiseen. Esimerkkeinä voidaan mainita erot ja menetykset, psyykkiset häiriöt perheessä, päihteet, hyväksikäyttö ja väkivalta elämässä. (Lehtonen & Lönnqvist 2001, Vihreä kirja 2005.)

Psykiatriassa diagnosoitavat häiriöt ovat luonteeltaan oireyhtymiä. Psykkistä sairautta epäillään, kun oireita on ollut riittävän pitkän aikaa. (Koskisuus & Kulola 2005.) Mielenterveyden häiriö näkyy merkitsevästi ihmisen käyttäytymiseen liittyvänä psyykkisenä oireyhtymänä tai oirekokonaisuutena, johon liittyy ajankohtaista haittaa oireina tai toimintakyvyn heikentymisenä. Lisäksi sairastumiseen liittyy merkitsevästi lisääntynyt kuolemanvaara. (Lehtonen & Lönnqvist 2001.) Mielialan tyytyväisyyden aste, kyky kontrolloida omaa käyttäytymistä, todellisuudentaju, työssä selviytyminen ja kyky itseymmärrykseen ovat tekijöitä, joiden pohjalta ihmisen psyykkistä vointia voidaan arvioida. (Trubowitz 1998.) Diagnoosi antaa oireille nimen, mutta ei välttämättä kerro sen enempää. (Koskisuus & Kulola 2005.) Tavallisimpia ja kansanterveydellisesti keskeisempiä mielenterveysongelmia ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, ja päihdehäiriöt sekä psykoottiset häiriöt. Kuluvan vuoden aikana 4 - 9 prosenttia ja elämänsä aikana noin 10 - 20 prosenttia kärsii masennustiloista. (Mielenterveysatlas 2001.) Esimerkiksi depression käypähoitosuositus (2004) ohjeistaa, että masentuneista psykiatriseen sairaalahoitoon on syytä ohjata potilaat, jotka kärsivät vaikeasta, monihäiriöisestä, psykoottisesta, tavanomaiseen hoitoon huonosti vastanneesta tai vakavaa itsetuhoisuutta aiheuttavasta depressiosta. Usein heillä on myös samanaikaisesti

ahdistuneisuus-, persoonallisuus- tai päihdehäiriöitä. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa depressiopotilaiden osuus on yleensä noin puolet kaikista potilaskäynneistä.

Mielenterveysongelmasta seuraa lähes aina sairastuneen toimintakyvyn laskua. Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä toimia ja tehdä erilaisia asioita tavalla, joka on itselle tyydyttävä ja suhteellisessa sopusoinnussa ympäristön sekä sen odotusten kanssa. Toimintakyvyn aleneminen näkyy usein ihmisen tyytymättömyytenä omaan toiminnan tasoon. Samalla suhde toisiin ihmisiin ja ympäristöön vaikeutuu. (Koskisuus & Kulola 2005.) Usein sairastunut eristäytyy kotiin, on yksinäinen ja elää vailla todellisia kontakteja ulkopuoliseen maailmaan. Tavallista on, että äskettäin sairastuneilla on enemmän kontakteja kuin heillä, jotka ovat sairastaneet jo pidemmän aikaa. (Sjöblom, Pejler & Asplund 2004.) Potilaan toimintakyvyn palautuminen näkyy elämässä uskaltautumisena ja päätöstentekokykynä itseään koskevissa asioissa. Sairastuneen tulisi kyetä huolehtia ravinnostaan, puhtaudestaan, vaatetuksestaan, asumisestaan ja liikkumisestaan kodissa sekä sen ulkopuolella. Myös harrastukset, opiskelu ja työn tekeminen sekä kyky hakea itselleen apua kuvaavat potilaan toimintakykyä. (Tiri 2001.)

Psyykinen sairastuminen on aina odottamaton ihmiselle ja muuttaa ihmisen elämää. Sairastumiskriisi aiheuttaa ihmiselle monenlaisia tunteita ja ajatuksia. Näitä voivat olla muun muassa häpeä, huonomuus, viha, ahdistuneisuus, syyllisyys ja turhautuminen sairauden sekä oireilun pitkittymiseen. (Koskisuus & Yrttiaho 2004.) Sairastunut tarvitsee Tirin (2001) mukaan ruumiillista ja henkistä lepoa, jolloin sairauden oireet kuten aistiharhat, unettomuus, keskittymiskyvyttömyys, masennus tai yliaktiivisuus voisi vähentyä. Myös sairastuneen hengissä säilyminen ja pärjääminen jatkossa avohoidon turvin ovat tarpeen ottaa huomioon. Mielihyvän tunteet kuuluvat myös ihmisen normaaliin elämään, jolla tarkoitetaan turvallisuudentunteen, tasapainon, reippaan mielen ja onnistumisen kokemuksen tunteita. Sairastumiskriisin vakavuus, siitä selviytyminen ja siihen sopeutuminen on haaste potilaalle, mutta myös auttavalle taholle. (McGorry 2005.)

### 2.1.2 Läheisen sairastumisen herättämät tunteet ja huolenpito perheessä

Yksilön ja hänen perheensä hyvinvointi sekä terveys liittyvät toisiinsa. Tällä tarkoitetaan sitä, että yhden perheenjäsenen hyvinvoinnille on merkityksellistä se, miten hänen läheisensä voivat. Perheen terveyteen vaikuttaa myös yhden perheenjäsenen terveydentila. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999.) Siksi yhden perheenjäsenen sairastuminen psyykkisesti on kriisi myös koko perheelle, eikä se voi



olla vaikuttamatta kaikkien läheisten elämään. Sairastuminen näkyy perheen arjessa, heidän keskinäisissä suhteissaan ja perheen toimintakyvyssä. (Koskisuus & Kulola 2005.) Usein läheisen sairastuminen on kokemus, joka ylittää perheen voimavarat, sillä mistään aiemmin koetusta ei ole apua. Pettymyksen ja voimattomuuden tunteet ovat tavallisia. (Addington & Burnett 2005, O'Connell 2006.) Sairastumisen alkuaika koetaan erityisen vaikeaksi. Perheellä ei ole tietoa miksi läheinen on muuttanut. Toisaalta pohditaan ovatko oireet normaaliin elämään kuuluvia. (Viitala 2007.) Perheenjäsenen psyykinen sairaus aiheuttaa perheille huolta ja murhetta vaikuttaen heidän jokapäiväiseen elämäänsä monella tavalla. Yhden perheenjäsenen sairastuminen psyykkisesti aiheuttaa perheissä surullista ja hämmentynyttä tunnelmaa sekä epätietoista ilmapiiriä. Läheisen sairastuminen on omaiselle raskastekijä, joka vaikuttaa myös heidän omaan terveyteensä sekä hyvinvointiinsa. (Ruuskanen 1998, Nyman & Stengård 2001, Stengård 2005.) Yleisimpiä terveydellisiä haittoja perheenjäsenillä ovat Ruuskanen (1998) tutkimuksen mukaan masennus, uupumus, unettomuus ja erilaiset psykosomaattiset oireet.

Läheisen epätavallinen käyttäytyminen herättää monenlaisia tunteita kuten pelkoa, huolta ja surua, syyllisyyttä ja vihaa perheenjäsenissä. (Sjöblom ym. 2004, Addington & Burnett 2005.) Vanhemmat sitä vastoin voivat kokea syyllisyyttä oman, jo aikuisen lapsensa sairastumisesta. He saattavat pohtia, mitä ovat tehneet aikoinaan väärin kasvatuksessa tai raskauden aikana. (O'Connell 2006.) Perheenjäsenillä on usein myös häpeän tunteita varsinkin sairauden alkuvaiheessa. Perheet miettivät kenelle sairaudesta voi kertoa vai voiko kenellekään. Erityisesti lapsille kertomista pidetään vaikeana. Lapsia ei haluta huolestuttaa tai heitä halutaan suojella. Kertomatta jättäminen eristää perheen muista ihmisistä ja salaisuuden taakka vain kasvaa. (Koskisuus & Kulola 2005.)

Perheellä ajatellaan olevan elämänsä aikana voimavaroja ja kuormittavia tekijöitä, joita he voivat itse vahvistaa omalla toiminnallaan tai niitä voidaan vahvistaa ulkopuolelta käsin. (Pelkonen & Hakulinen 2002.) Perheen vahvuuksia ovat vuorovaikutustaidot, perheenkeskeinen tuki ja perheen ongelmanratkaisutaidot. Merkittäviä vahvuuksia perheessä ovat myös heidän itsehoidolliset kykynsä ja toivon näkeminen elämässä. Perheellä tulee olla usko siihen, että muutos on mahdollista. (Friedman, Bowden & Jones 2003.) Perheen ja sairastuneen välinen vuorovaikutus voi olla jännittänyt. Ilmapiiri voi olla kielteinen ja ristiriitainen kuten Nymanin & Stengårdin (2001) tutkimuksessa todetaan. Perheenjäsenten masentuneisuus, akuutti stressi ja kärsimys ovat huolestuttavia heidän oman hyvinvointinsa, mielenterveytensä ja elämänlaatunsa kannalta. Stressaantunut perhe ei jaksa tukea läheistään, esimerkiksi psykoosin sairastunutta, vaan luo sairastuneelle ympäristön, mikä osaltaan lisää oireiden pahenemisen riskiä. Tässä yhteydessä

puhutaan stressaavasta / kuormittavasta perheyhteisöstä, jossa on korostunut tunneilmapiiri (expressed emotion eli korkea EE). Tällä tarkoitetaan läheisten perheenjäsenten kriittisten kommenttien, vihamielisyyden ja emotionaalisen tunkeilevuuden esiintyvyyttä. (Ohaeri 2002, Addington & Burnett 2005, O'Connell 2006.)

Usein läheisen lähettäminen sairaalahoitoon tapahtuu vasta sitten, kun perheen voimavarat tilanteen hallintaan eivät enää riitä. (Tiri 2005.) Taustalla saattaa olla pitkä historia yrittää selviytyä arkipäivän elämästä sairastuneen kanssa. Erityisesti psyykkisesti sairastuneen lapset ovat lojaaleja vanhemmilleen. He ovat saattaneet huolehtia ja tukea vanhempaa jo pitkään hänen sairastuttuaan. (Sjöblom ym. 2004.) Läheisen sairastuminen koettelee perhettä monenlaisten kuormittavien tunteiden ja huolien lisäksi myös käytännön elämän tasolla. Perheiden huolenpito saattaa ulottua läheisen käytännön arkiaskareissa tukemiseen, mutta myös yleiseen huolestuneisuuteen läheisen terveydentilasta, toimeentulosta ja tulevaisuudesta. Huolenpito läheisestä saattaa viedä ajallisesti useita kymmeniä tunteja viikossa, koska perheenjäsenet valvovat läheistään, ettei hän käyttäydy itselleen vaarallisesti tai haitallisesti. Se lisää entisestään tunneilmapiirin negatiivisuutta ja kuormittuneisuuden kokemusta perheessä. Jatkuva läheisen valvonta vie perheen voimavaroja. Potinkaran (2003) tutkimuksessa käy ilmi, että perheenjäsenet ovat potilaan edustajia, välittäjiä, asioista huolehtijoita, hoitoon osallistujia ja kanssakulkijoita. Sen voi ymmärtää, koska sairastunut läheinen tarvitsee elämässään paljon perheen tukea. (Nyman & Stengård 2001.)

Psykiatrisen sairaalahoidon aikana perheenjäsenet saattavat vieraila läheisen luona vähän, koska häpeävät. (Sjöblom ym. 2004.) Toisaalta perheet ovat valmiimpia ottamaan vastaan apua kriisin aikana, koska he ovat joutuneet turvautumaan sairaalan apuun. (Kuipers, Leff & Lam 1998.) Viitalan (1997) mukaan perheet elättelevät epärealistisiakin toiveita potilaan paranemisesta sairastumisen alkuaikoina, ennen kuin hyväksyvät sairauden. Samaan aikaan myös koetaan epätietoisuutta siitä, kuinka sairastuneeseen läheiseen tulisi jatkossa suhtautua. (Viitala 2007.) Perheenjäsenten seura ja olemassaolo helpottavat potilaan kotiutumista sairaalahoidon jälkeen. (Tiri 2001.) Stressaantuneisuus ja kuormittuneisuus ovat tyypillisiä oireita sairastuneen kanssa asuvilla perheenjäsenillä. He ovat usein myös vähiten tyytyväisiä elämäänsä verrattuna heihin, jotka eivät elä potilaan kanssa. (Stengård 2005.)

## 2.2 Psykiatrisen sairaalahoidon keinot auttaa sairastunutta potilasta ja perhettä

### 2.2.1 Perusteet ja periaatteet hoidolle

Psykiatrista sairaalahoitoa tarvitaan usein tilanteissa, joissa avohoidon toimet eivät riitä mielenterveyden häiriön aiheuttamien ongelmien hallitsemiseksi (Mielenterveysatlas 2005). Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä. Myös mielisairauksien, muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen kuuluvat mielenterveystyöhön. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiin mielenterveyspalveluihin ovat oikeutetut mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä potevat henkilöt. Heidän lääketieteellisesti perusteltu sairautensa tai häiriönsä on peruste hoidon saannille. Sairaalahoito edustaa yhtenä tarpeenmukaisena palvelumuotona potilaan hoitoketjua. (Mielenterveyslaki 1990.) Psykiatrista sairaalahoitoa järjestetään potilasryhmän ja hoidettavan häiriön mukaan hyvin monen tyyppisistä lyhyistä kriisi- ja avohoidon tukihoidoista pitkiin kuntouttaviin hoitajaksoihin. (Mielenterveysatlas 2005.)

Äkillisen kriisin tai psyykkisen sairastumisen yhteydessä potilas tarvitsee tehokasta ja joustavaa apua välittömästi, ilman että joutuisi tarpeettomasti eroon perheestään tai läheisistään. Potilasta ja perhettä autetaan selviytymään kriisistä yli, joko erilaisin avohoidon palveluin tai yhdistelemällä potilaan ja hänen perheensä tarpeiden kannalta lyhytaikaisia sairaalahoitajaksoja sekä avopalveluja. (Vuori-Kemilä 2003). Mielenterveyspalveluiden laatusuositukset (2001) ohjeistaa, että potilaalla on oikeus psykiatriseen sairaalahoitoon tarvittaessa. Hoito on sairaalassa suunniteltua ja jatkuvaa sekä sairaalan tulovaiheessa, että potilaan poistuessa sairaalasta. Sairaalahoidon alussa potilaan elämäntilanne tulee selvittää ja mahdollisesti sen edellyttämät lisätoimenpiteet. Lisäksi sairaansijoja on oltava käytettävissä tarvetta vastaava määrä. Modernien mielenterveyspalvelujen tavoitteena on vastata nopeasti sekä tehokkaasti yhteiskunnan taholta tulleisiin tarpeisiin. (Bellali & Kalafati 2006) ja niitä suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon potilaiden erilaiset tarpeet riippuen yksilöllisestä häiriön luonteesta. (Ruggeri & Tansella 2002.)

Toisaalta mielenterveyslaki (1990) sanoo, että mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina, jossa potilaan oma-aloitteista hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Kunnan tai kuntainliiton tehtävänä on vastata siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin alueen tarve edellyttää. Psykiatriset sairaalat edustavat potilaan hoitoketjussa laitoshoidon ja tukevat siten alueen avohoidon. Käytännössä tämä tarkoittaa,

että potilas on sairaalahoidossa vain sairauden- tai kuntoutuksen vaatiman välttämättömimmän ajan. Tällä pyritään estämään laitostumista ja edistämään potilaan kuntoutumista sekä toimimaan mahdollisimman taloudellisesti. (Punkanen 2001.) Lisäksi tulee huomioida, että sairaala hoitoympäristönä on omiaan lisäämään potilaan traumaa. Stigmatisoiva toipumisympäristö on potilaalle ylimääräinen riskitekijä, hänen yrittäessään sopeutua sairauteensa ja toipuessaan siitä. (McGorry 2005.) Tirin (2001) mukaan myös potilaan oma hoitomotiivatio on ratkaiseva hoidon onnistumiselle.

Sairaalahoidossa lähtökohtana on yksilöllisyys ja asiakaskeskeisyys. Yksilöllisyys on potilaan tarpeiden ja toiveiden kuuntelemista, jolloin jokaista kuunnellaan heidän erilaisuus huomioiden. Asiakaslähtöinen hoitotyö on terveydenhuollon asiakkaan yksilöllisyyden tunnistavaa ja sitä kunnioittavaa hoitotyötä. Siinä pyritään yhteistyössä potilaan kanssa löytämään hänen perheensä ja ympäristönsä voimavarat terveyden edistämiseksi. Sekä suunnittelemaan hoitotyön toimintamallit siten, että ne tehokkaasti kohdistuvat asiakkaan tarpeiden tyydyttämiseen. (Hedman, 2002, Koivisto 2003, Karttunen 2005.) Tällainen toiminta on ytimeltään syvästi eettistä, jolloin lähtökohtana on ihmisarvo. Sen taustalla on ihmisen kunnioittaminen, yhdenvertaisuus, rehellisyys ja hoidon tai palvelujen jatkuvuuden periaate. (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002.) Asiakaslähtöisyys tarkoittaa jokaisen ihmisen näkemistä ainutkertaisena. Hoitaja pyrkii lähtemään asiakkaan tarpeista kokonaisvaltaisesti ja vastaamaan niihin yksilöllisesti, koska hoitaja ja palvelut ovat asiakasta varten. (Hyvönen 2004.) Kaikessa mielenterveyshoitotyössä tulisi tukea asiakkaan vaikeuksista selviytymistä, kuntoutumista ja toivoa. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositukset 2001.)

Latvala (1998) toteaa potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön edellytyksiksi hoitajan yhteistoiminnalliset hoitotaidot. Yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä psykiatrisen potilaan hoitotyön tarpeet ja tavoitteet määritellään ja suunnitellaan yhteistyössä potilaan yksilöllisyys huomioiden. Yksilöllistä selviytymistä tukevat auttamismenetelmät mahdollistavat potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa sen eri vaiheissa. Yhteistoiminnallisissa auttamismenetelmissä korostuvat luottamus, turvallisuus ja yhdessä jakaminen. Potilaan tiedonsaanti, henkilökunnan antama tuki ja yhteistyö mahdollistavat potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa, sen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Lähtökohtana on, ettei ole mitään asiantuntijan ylempää tietoa, vaan yhteinen ymmärrys ongelman ratkaisussa rakentuu tietoisien yhteistyön kautta. Potilaslähtöisyys ei saisi merkitä liian pitkälle menevää potilaan toiveiden toteuttamista, vaan vastuullista yhteistyötä, jossa yhdessä etsitään ratkaisuja. (Latvala 1998.)

Perhekeskeisyyttä pidetään nykyään hoitotyössä selkeänä periaatteena ja sen merkitys on korostunut psykiatrisessa hoitotyössä entisestään avohoitopainotteisempaan hoitoon siirryttäessä (Pitkänen & Åstedt-Kurki, Laijärvi & Pukuri 2002). Perhehoitotyössä tulee kunkin potilaan kohdalla varmistaa, mikä merkitys perheellä on potilaalle ja mitä perhe mahdollisesti tarvitsee. Potilaan ja hänen perhetilanteensa mahdollisimman hyvä tunteminen on perhehoitotyössä lähtökohtana. Se edistää hyvän yhteistyösuhteen syntymistä potilaan, perheen ja hoitohenkilökunnan välillä. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999.) Perhekeskeinen hoitotyö-käsitteen mukaan perhettä pidetään asiakkaan taustatekijänä. Hoidossa on silloin keskeisenä yksilö, mutta perhe otetaan huomioon potilaan tilan arvioinnissa ja hoitosuunnitelmassa. (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999.)

### 2.2.2 Mielenterveyshoitotyön auttamismenetelmät potilaan hoidossa

Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde on mielenterveyden edistämisen lähtökohta. Yhteistyösuhde tarjoaa hoitotyössä ihmisen kohtaamista ja läsnäoloa parhaimmillaan. Yhteistyösuhteessa vastataan hoitotyön keinoin potilaan tarpeisiin ja toiveisiin ja se on aina tavoitteellista. Mielenterveyttä edistävänä auttamistapana korostetaan uskallusta tarttua ongelmiin. Ongelmiin tarttuminen edellyttää luottamuksellista suhdetta, jossa potilas uskaltaa tuoda ongelmiaan esille. Hoitajalta vaaditaan uskallusta kysyä ja ottaa asioita puheeksi sekä jakaa potilaan kanssa mieltä painavia asioita. (Hedman, 2002, Koivisto 2003.) Hoitotyöntekijä nähdään mahdollistajana, jonka tulee huomioida potilaan omat voimavarat, resurssit ja selviytymistaidot hoitotilanteissa. (Grove 2000.) Hoitajan tulee keskustella potilaan vahvuuksista ja myönteisistä puolista, koska niiden käsittely tukee itsetuntoa. Keskustelun sisältöä ovat myös hoito, vointi ja kuntoutumisen eteneminen. Toisaalta vuorovaikutuksen sisältö voi olla myös aivan tavallista jutustelua potilaalle mieluisista ja arkeen liittyvistä keveistä asioista. Palautteen antaminen hoitamiseen liittyvistä asioista sekä jokapäiväisestä arjesta selviytymisen tukeminen ovat tärkeitä myös potilaalle. (Komppa-Valkama 2005, Syrjäpalo 2006.)

Yhteistyösuhdetta kuvataan tutkimuksissa hoidolliseksi suhteeksi ja luottamukselliseksi hoitosuhteeksi, joka perustuu potilaan kanssa yhdessä laadittuun hoitosuunnitelmaan. Potilaan kanssa hoitosuhteessa olevaa hoitajaa kutsutaan usein tutkimuksissa omahoitajaksi. Omahoitajasuhteen toimivuus jäsentää ja edistää potilaan kokonaishoidon toteutumista. Hoitosuhdetyöskentelyä voidaan kutsua myös yksilötapaamisiksi. (Puusti 2000, Syvänen 2000, Saari 2002, Kokko 2004, Komppa-Valkama 2005, Syrjäpalo 2006.) Yhteistyösuhteen tavoitteena on ensisijaisesti saavuttaa turvallinen ilmapiiri potilaan ja hoitajan välille. Luottamus ja

välittäminen kuuluvat yhteistyösuhteeseen ja edistävät potilaan mielenterveyttä. Mielenterveyttä edistävissä hoitotyössä hoitamisen tulee olla kokonaisvaltaista, jossa huomioidaan potilaan psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Yhteistyösuhteessa hoitajan ja potilaan kohtaamisen tulee olla ihmisarvoa kunnioittavaa. (Hedman, 2002, Syrjäpalo 2006.)

Omahoitajan ja potilaan välistä ihmissuhdetta kuvataan tutkimuksissa ainutlaatuiseksi ja merkittäväksi. Tässä yhteistyösuhteessa keskeistä on potilaan ja hoitajan väliset keskustelut. Omahoitajakeskustelujen katsotaan edistävän potilaan toipumista ja kohottavan itsetuntoa. (Puusti 2004, Komppa-Valkama 2005.) Ne sisältävät potilaan kokonaisvaltaisen elämäntilanteen järjestämisen, hoito-ohjelmien ja terapiamuotojen toteuttamisen. (Kokko 2004.) Tuen tarjoaminen on yksi hoitotyön keino yhteistyösuhteessa. Myönteinen vuorovaikutus on positiivisten asioiden huomiointia ja palautteen antamista potilaalle. Jatkuva turvallisuuden ja kunnioittamisen viestittäminen hoitajan toiminnassa ovat tärkeitä. Siinä painottuu hoitajien läsnäolo, seuranta, vakuuttelu turvasta, aktiivisuus ja yhdessä olo. (Hedman, 2002, Cleary 2004, Koivisto 2003, Koivisto, Janhonen & Väisänen 2004.) Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutuksellinen tukeminen on kuuntelemista ja ihmisen olemassa olevien voimavarojen tukemista. Hoitajan tehtävä on myös auttaa potilasta ratkaisemaan päivittäisen elämänsä ongelmia ja synnyttää tällä tavalla voimaantumisen kokemus potilaalle. Merkittävää on potilaan ja hoitajan yhdessä kokeminen ja jakaminen. Hoitaja tukee potilasta itsenäisyyteen, puhuu tarvittaessa hänen puolestaan, koordinoi hoitoa, ratkaisee ongelmia, ja auttaa potilasta suunnittelemaan päivä-ohjelmaa. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002.)

Keskustelun lisäksi hoitajan saatavilla olemista pidetään tärkeänä hoidossa. (Cleary & Edwards 1999.) Läsnä oleminen on hoitajan samanarvoisuutta sekä herkkyyttä tulkita toista ihmistä ja tilanteita. (Potinkara 2003.) Myös hoitajan kosketuksella on terapeuttinen vaikutus potilaaseen. (McCabe & Timmins 2006.) Hoitajan tehtävä on hyödyntää työssään tieteellistä tietoa, persoonallista ja esteettistä tietoa sekä eettistä, intuitiivista ja hiljaista tietoa. Nämä taidot mahdollistavat sen, että jokainen kohtaaminen potilaan kanssa on ainutkertainen ja ennakoimaton. Näin hoitajan perustana olevat arvot konkretisoituvat käytännön tilanteissa. (Kokkola ym. 2002.)

Potilaan hoitoa eteenpäin vieviä ovat erilaiset hoitoneuvottelut ja -kokoukset. Niissä suunnitellaan ja arvioidaan potilaan hoito ja sen eteneminen. Niitä tulisi olla hoidon alussa tiiviisti ja on tärkeää, että potilas ja hänen perheenjäsenensä ovat niissä aktiivisesti mukana. Niiden avulla hoitava työryhmä saa mahdollisuuden havaita potilaan ja perheen muuttuvat tarpeet sekä vastata niihin

välittömästi. (Puusti 2000, Saari 2002, Koivisto 2003.) Potilaalle laaditaan kirjallinen hoito (ja kuntoutus)suunnitelma, josta tulee löytyä potilaan taudinmääritys, yksilöllinen hoidon tarve, elämäntilanne, perhesuhteet ja lähiverkosto. Suunnitelmaa tulisi myös tarkentaa ja arvioida hoidon aikana sopivin määräväleihin. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001.) Potilaan ja perheen sosiaalisen verkoston hahmottamisessa voidaan hyödyntää verkostokarttaa. Sen tarkoituksena on selventää, mitä tukea potilas tällä hetkellä saa ja miten hoidossa kannattaisi edetä, jotta potilaan saama tuki olisi riittävää. Sosiaalisen selviytymisen tukeminen edistää potilaan psyykkistä toipumista. (Punkanen 2001.)

Myös potilaan kriisiavun tarve tulisi ottaa huomioon yhtenä hoitamisen osa-alueena. (Syrjäpalo 2006.) Anttosen & Kalmalehdon (1998) kriisihoidon kehittämissuunnitelman kuvauksessa akuuttipsykiatrisella osastolla korostuu hoidon keskittyminen potilaan sairaalahoitoon johtaneisiin keskeisiin ongelmiin ja avun etsimiseen niihin. Laitinen (2002) perustelee yksilövastuun hoitotyön periaatteiden kuten vastuullisuuden, tulokeskustelun ja hoitosopimusten merkittävyyden tärkeyttä, kun on kyse lyhytaikaisesta hoitosuhteesta. Lisäksi hän tuo esiin hoitotyön suunnitelman, ohjaamisen, tietojen vaihdon ja loppuarvioinnin merkityksen, kun on kyse lyhyestä hoitoajasta. Hänen mukaansa omahoitaja on tärkeä potilaan hoidon koordinoija ja hänen arvonsa korostuu entisestään, kun hoitosuhde on lyhyt.

Psykiatrisessa sairaalahoidossa olleet potilaat pitävät tärkeänä saada tietoa sairaudesta ja hoidosta, eri tukimuodoista sekä potilaan oikeuksista. Sairauden kulkuun vaikuttavat tekijät, ennuste ja sairauden vaikutukset arkipäivän elämään ja siinä selviytymiseen ovat myös tärkeitä tiedon aiheita. Potilaat toivovat saavansa tiedon henkilökunnan kanssa keskustellen tavalla, jossa arvostetaan potilaan omaa kokemusta. Tiedonantamisen tulisi lähteä tästä kokemuksesta, jotta se parhaalla mahdollisella tavalla tukisi tulevaisuuteen suuntautumista. Myös omien asiakirjojen lukemista pidetään tutkimuksissa tiedon saamisena. (Kilkku 1998, Puusti 2000, Cleary 2004, Hotti 2004, Hätönen 2005, Komppa-Valkama 2005.) Tietoa mielenterveysongelmista on tärkeä antaa myös perheenjäsenille. Mielenterveyshoitotyössä puhutaan psykoedukatiivisesta työskentelystä potilaan ja perheen kanssa. Sen yhtenä tärkeänä menetelmänä on tiedon antaminen. Psykoedukatiiviseen lähestymistapaan kuuluvat myös muun muassa varhaisten varomerkkien tunnistaminen ja ongelmanratkaisutaitojen harjoittelu. Potilaan saama tieto sairaudesta ja sen hoidosta vähentää sairauden kokemista kielteisenä ja salattavana. (Kilkku 1999, Kivinen & Röyks 2001, Ohaeri 2002, Hotti 2004, Kokko 2004, Stengård 2005.) Tiedon saamisen tavoitteena on, että potilas oppii ymmärtämään omaa sairauttaan ja pitämään huolta omasta terveydestään kokonaisuutena (Kollanen

2006). Tiedon antaminen voi olla myös potilaan muuttuneiden tunteiden ja omituisten kokemusten sanoittamista heille. Potilaat pitävät tärkeänä, että hoitaja kertoo mitä heille tapahtuu, miksi näin tapahtuu ja kuinka he voivat selvitä näiden outojen tuntemustensa kanssa. (Koivisto ym. 2004.)

Tutkimusten mukaan henkilökunnan suhtautuminen potilaita kohtaan on näkynyt ystävällisyytenä ja kohteliaisuutena psykiatrisen hoidon aikana. Potilaat odottavat henkilökunnalta hyviä käytöstapoja ja tervehtimistä. (Puusti 2000, O'Brien & Cole 2004, Woodring ym. 2004.) Ammattitaitoiset työntekijät ovat Kokon (2004) tutkimuksessa yhtenä potilaiden nimeämänä hyvänä mielenterveystyön auttavana tekijänä. Ammatillista vuorovaikutusta on vaikuttaminen, jakaminen, tiedon hankkiminen ja asioiden eteenpäinvieminen. Se on eleillä, ilmeillä, sanoilla tai toiminnan kautta viestimistä. Potilaan tulisi saada kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Hoitaja voi empaattisella ymmärtämisellä ja myötäelämisellä mahdollistaa, että potilas voi kokea tunteilla tilannetta. Empatia edistää hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja antaa tietoa potilaan tilanteesta. (Cleary & Edwards 1999, Vilèn ym. 2002.) Hoitajan aitoutta on se, että osaa hyödyntää omaa inhimillisyyttään vuorovaikutuksessa. Aitous on kykyä käyttää oman minän voimavaroja ja omaa persoonaa työvälineenään. (Vilèn ym. 2002.) Näiden lisäksi potilaan huomioiminen henkilökohtaisesti ja positiivinen kohtelu ovat tärkeitä seikkoja potilaille. (Koivisto 2003, Puusti 2000.)

Sairaalassa potilaat arvostavat turvallista hoitoympäristöä sekä ihmisarvoa kunnioittavaa kohtelua. Sen sijaan pakottaminen hoitoon, alistetuksi tulemisen kokemus, ympäristöstä johtuvat pelot ja yksityisen tilan puute koetaan potilaiden taholta vaikeina. (Kuosmanen, Hätönen, Jyrkinen, Katajisto & Välimäki 2006, Syrjäpalo 2006.) Suljettua osastoa kuvataan turvalliseksi paikaksi, koska lukitut ovet lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta ja rajaavat osaston. Henkilökunnan läsnäolo lisää myös turvallisuutta. Toisaalta henkilökunta voi vaikuttaa omalla käytöksellään ratkaisevasti osaston ilmapiiriin. Vuorokausirytmä ja päivän toiminnallinen rakenne ovat omiaan jäsentämään potilaalle päivän kulkua. Nämä mahdollistuvat hoitoympäristön selkeällä struktuurilla. Myös osaston viihtyisyys ja yksityisyyden kunnioittaminen sairaalan tiloissa koetaan sekä potilaiden että hoitajien taholta tärkeinä. (Puusti 2000, Kivinen & Røyks 2001, O'Brien & Cole 2004, Syrjäpalo 2006.) Lisäksi osaston koolla ja rauhallisilla tiloilla on osuutta potilaiden tyytyväisyyteen. (Cleary & Edwards 1999.)

Tutkimusten mukaan yhdessä toimiminen osastolla on auttamismenetelmä, joka voi olla potilaiden keskeistä vertaistukea, esimerkiksi ryhmissä tai hoitajan ja potilaan välistä yhteistä tekemistä.



Yhdessä toimimisella tarkoitetaan kokemusten jakamista muun muassa keskustellen samassa elämäntilanteessa olevien kanssa. Keskusteluryhmien katsotaan edistävän myös potilaan paranemista. Vertaistuki koetaan ainutlaatuisena, syvällisenä yhteytenä samassa tilanteessa olevien kanssa. Yhdessä toimimista kutsutaan sairaalahoidossa yhteisöhoitolliseksi työskentelyksi. Sairaalahoidossa käytetään myös toiminnallisia ja luovia terapioita potilaan hoidon tukena. Ryhmät voivat olla keskusteluryhmiä, kuten osaston aamuryhmiä tai ne voivat olla erilaisia liikunnallisia sekä toiminnallisia ryhmiä. (Lepola 1997, Puusti 2000, Saari 2002, Kokko 2004, Komppa-Valkama 2005.) Lisäksi erilaiset oireidenhallintaryhmät voivat olla hoidon sisältöä. Tavallisin on psykoosipotilaan hoidossa käytetty oireidenhallintaohjelma. (Kivinen & Røyks 2001.)

Hoitajan ja potilaan yhdessä toimiminen on myös potilaan itsetuntoa tukeva hoitotyön menetelmä. Yhdessä tekeminen voi olla potilaan käytännön asioiden tai epäselvien asioiden hoitoa. Myös muu mielekäs tekeminen auttaa potilasta osastohoidon aikana. Yhtenä hoitomuotona pidetään sosiaalisten taitojen harjoittelua, joka soveltuu hyvin osaksi potilaan kuntoutusta. Potilaat kokevat myös hengellisyyden tärkeänä hoidon aikana. Hoitajan tehtäväksi jää huomioida sen tarve. Yhdessä toimiminen tuo myös aktiviteettia ja struktuuria päivään. Kortin peluu, musiikin kuuntelu, palapelien tekeminen ja maalaus ovat tavallisia puuhia osastohoidon aikana. Myös ruokailutilanteet mielletään yhdessä olemisen hetkiksi. (Lepola 1997, Puusti 2000, Kivinen & Røyks 2001, O'Brien & Cole 2004, Kokko 2004, Komppa-Valkama 2005, Woodring ym. 2004.)

Fyysinen hoito on ravinnon ja levon saamista, hygienian hoitamista sekä erilaisissa somaattisissa tutkimuksissa käymistä. Lisäksi perushoito nähdään yhtenä fyysisen hoidon muotona. (Lepola 1997, Puusti 2000, Syrjäpalo 2006.) Lääkehoito kuuluu keskeisesti hoitotyön sisältöön myös. (Saari 2002, Kokko 2004, Syrjäpalo 2006.) Lääkkeistä, niiden ottamisesta ja sivuvaikutuksista keskusteltiin Puustin (2005) tutkimuksessa henkilökunnan ja potilastovereiden kanssa. Potilaat kokivat hoidon aikana tärkeäksi sopivan lääkityksen löytymisen. Tirin (2001) tutkimuksessa lääkehoito helpotti potilaan oireita, rauhoitti mieltä, edisti yöunia ja mahdollisti muun hoidon.

### 2.2.3 Perhe osana potilaan psykiatrista hoitoa

Perhekeskeisessä työskentelyssä kartoitetaan potilaan primaariperhe eli perhe, jossa potilas on kasvanut lapsuutensa ja nuoruutensa. Myös nykyiset perhesuhteet, työ- ja opiskelutilanne sekä muut ihmissuhteet potilaan elämässä huomioidaan. (Punkanen 2001.) Perheen mukaan ottaminen hoitoon tarkoittaa potilaan ja hänen perhetilanteeseensa tutustumista. Huomioitava on myös hänen

ympäristönsä, josta hän tulee hoidettavaksi (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999). Perheen mukana olo hoidon alkuvaiheessa lisää potilaan kokemaa turvaa ja itsensä säilymisen tunnetta tuttuudellaan ja ymmärryksellä asioiden hoidosta. (Koivisto 2003.) Potilaiden hoidon järjestäminen ilman perheen osallistumista ja heidän tilanteensa huomioimista heikentää omaisten elämänlaatua oleellisesti ja kohottaa heidän masennusriskiään merkittävästi. (Nyman & Stengård 2001.) Perheenjäsenten mukana olemista pidetään tärkeänä, koska siten koko perheen elämäntilanteesta saa laajemman näkemyksen ja myös perheenjäsenillä on mahdollisuus saada tietoa sairaudesta ja hoidosta. Lisäksi perheen tuki ja kannustus osastohoidon aikana koetaan tärkeänä, koska se ylläpitää potilaan yhteyttä osaston ulkopuoliseen elämään. (Puusti 2000.)

Perhehoitotyön perustaa ohjaavina periaatteina on yhteistyösuhde perheen kanssa, perheen tilanteen kokonaisuuden huomioiminen hoitotyössä ja perhekeskeisen osastokulttuurin luominen. Perheelle annetaan aikaa ja omaisten antama tuki potilaan hoidossa hyödynnetään. Tavoitteena on, että perhe kokisi itsensä arvostetuksi ja merkitykselliseksi osaksi hoitoa. Toimiminen yhteistyössä perheen kanssa käsittää yhdessä suunnittelua ja suunnitteluun liittyviä sopimuksia sekä hoitoon liittyvää yhdessä perheen kanssa tehtävää arviointia. (Pitkänen ym. 2002.) Työmuodoiksi perheen kanssa tulee valita sellaisia, jotka lisäävät perheiden turvallisuudentunnetta ja auttavat heitä jäsentämään päivittäistä elämäänsä. Lisäksi hoitajan tehtävä on antaa perheille tietoa saatavilla olevasta tuesta ja tarjota heille mahdollisuus tuoda omia näkemyksiään ja huolenaiheitaan hoitavan työryhmän tietoon. (Saari 2002, O'Connell 2006). Koska potilaan sairastuminen vaikuttaa koko perheen tunneilmapiiriin, on perheenjäsenille tarjottava mahdollisuus myös läheisen sairastumisesta heränneiden tunteiden ilmaisuun ja käsittelyyn. (Saari 2002.) Arkipäiväisten ongelmien ratkaiseminen tukee perhettä jaksamaan, ja heidän kysymyksiinsä vastaaminen helpottaa perheen kokemaa huolta. Perheen rohkaiseminen, toivon ylläpitäminen, turvallisuuden luominen ja luottamuksellisen vuorovaikutuksen aikaansaaminen perheen kanssa kuuluvat myös hoitajan työnkuvaan. (Pitkänen ym. 2002.)

Pitkäsen ym. (2002.) mukaan työskentely perheen kanssa on joko suunniteltuja yhteistapaamisia tai satunnaista yhteydenpitoa psykiatrisella osastolla. Suunnitellut yhteistapaamiset ovat erilaisia neuvotteluja sekä keskusteluja perheen kanssa. Lisäksi ne voivat olla kotikäyntejä sekä verkostopalavereja. Satunnaisissa kontakteissa hoitajat keskustelevat perheiden kanssa omaisten vierailujen yhteydessä tai ovat puhelinyhteydessä perheisiin. Suora yhteydenotto puhelimitse vähentää parhaimmillaan perheiden väärinkäsityksiä, mutta se on tehtävä aina potilaan luvalla. (Punkanen 2001, Kollanen 2006.) Aina potilaat eivät anna lupaa olla yhteydessä perheisiinsä. Se ei

silti estä kuuntelemasta perhettä, vaikka potilaan asioista ei voikaan kertoa. (Sjöblom ym. 2004, Kollanen 2006).

Perheen hyvinvointia lisäämällä ja tukemalla parannetaan myös heidän valmiuksiaan, jotta he jaksavat huolehtia perheenjäsenistään. Samoin ennaltaehkäistään läheisen psyykkisestä sairaudesta aiheutuvaa kuormittuneisuuden kokemusta perheiltä. Näistä perheiden kokemuksista ja tarpeista olisi syytä olla tietoisia, jotta tarpeenmukaista apua ja tukea osattaisiin antaa. Mielenterveysalan ammattilaisten tulisi myös arvioida perheenjäsenten jaksamista ja ohjata heidät tarvittavien tukitoimien piiriin. (Ruuskanen 1998, Nyman & Stengård 2001.) Hoitajan tehtävä on vahvistaa perheen voimavaroja luottamuksellisuuteen ja kumppanuuteen perustuvan yhteistyösuhteen avulla. Tarkoituksena on lisätä perheen tietoisuutta sitä kuormittavista ja voimia antavista tekijöistä sekä lisätä perheen valmiuksia toimia vahvistavasti. (Pelkonen & Hakulinen 2002.)

### 2.3 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Tutkimusten mukaan yhden perheenjäsenen sairastuminen on kriisi koko perheelle. Potilaan psyykkinen sairastuminen aiheuttaa perheenjäsenille monenlaisia tunteita, jotka vaikuttavat heidän jaksamiseensa. Myös potilas itse reagoi tuntein omaan sairastumiseensa. Perheen kuormittuneisuutta lisää huoli läheisen psyykkisestä voinnista ja perheen kuormittunut tunneilmapiiri ylläpitää sairastuneen läheisen psyykkistä oireilua. Psykiatrisen sairaalan on tarjottava potilaalle tarvittaessa hoitoa, jos hänen vointinsa sen vaatii. Potilaan ja perheen kriisiavun tarve tulee myös huomioida hoidon suunnittelussa. Potilaslähtöisyys ja perhekeskeisyys ovat tutkimusten mukaan laadukkaan mielenterveyshoitotyön taustalla ohjaavia periaatteita, joiden tulisi näkyä käytännön hoitotyössä. Taustalla on ihmisarvoa kunnioittava potilaan kohtelu. Mielenterveyttä edistävän hoitotyön tavoitteena on potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen, joka pitää sisällään potilaan psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin.

Yhteistyösuhte potilaan ja hoitajan välillä on keskeisin mielenterveyshoitotyön auttamismenetelmä. Yhteistyösuhte potilaan ja hoitajan välillä on keskustelua, kuuntelua, tuen tarjoamista, läsnäoloa ja yhdessä oloa. Myös yhdessä tekeminen potilaan kanssa, kuten käytännön asioiden hoitaminen tuovat aktiviteettia ja struktuuria päivään. Hoitajan aktiivinen rooli on tärkeä. Hoitajan tehtävä on edistää luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiirin syntymistä, joka edistää potilaan toipumista psyykkisestä kriisistään. Hoitajan roolina on myös tukea potilasta itsenäisyyteen ja olla potilaan puolestapuhuja.

Potilaan hyvään hoitoon kuuluu tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus. Erityisesti niiden merkitys korostuu, kun kyseessä on lyhyt hoitajakso. Hoitosuunnitelma ohjaa potilaan hoitoa. Hoitoneuvottelut edistävät tutkimusten mukaan potilaan hoidon etenemistä. Perheenjäsenet tulee ottaa mukaan hoitoon, koska yhden perheenjäsenen sairastuminen koskettaa koko perhettä. Perheenjäseniltä saatu tieto potilaasta edistää hoitoa ja antaa laajemman näkemyksen perheen tilanteesta. Perheen mukana olo hoidossa edistää myös perheen keskeistä vuorovaikutusta ja jaksamista. Jotta perheet jaksaisivat huolehtia sairastuneesta, on heidän kuormittuneisuuttaan vähennettävä hoitotyön keinoin. Hoitajien tehtävänä on aikaansaada yhteistyösuhde myös potilaan perheenjäsenien kanssa. Suunnitellut palaverit ja hoitoneuvottelut ovat yleisesti käytettyjä työmuotoja potilaan perheiden kanssa sairaalahoidon aikana. Yhteistyötä perheen kanssa tehdään myös kotikäynnein, satunnaisesti puhelimitse tai omaisten vierailujen yhteydessä.

Potilaan ja perheen tiedon saannin tarve tulee esille useassa tutkimuksessa. Tietoa toivotaan sairaudesta, hoidosta, eri tukimuodoista ja potilaan oikeuksista. Tieto vähentää sairaudesta aiheutuvaa häpeää ja salailua perheessä. Hoitajalta odotetaan tutkimusten mukaan myös ammatillista suhtautumista potilasta ja perheenjäseniä kohtaan. Hoitoympäristön merkitys turvallisuutta lisäävänä tekijänä on myös tärkeää potilaille sairaalahoidon aikana. Erilaiset ryhmät ja vertaistuki osastolla ovat tutkimusten mukaan hoidon aikana auttavia tekijöitä. Sairalahoidon aikana tulee huomioida myös potilaan ravinnon ja levon saaminen sekä hygienian hoitaminen. Nämä ovat osa potilaan perushoitoa. Somaattiset tutkimukset ja sopivan lääkityksen löytyminen näyttäisivät kuuluvan myös oleellisena osana sairaalahoitoon.

### **3. TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatrisella kriisihoitojaksolla olleen potilaan ja hänen perheenjäsentensä kokemuksia hoidosta ja heidän toiveitaan hoidolle. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää osaston hoitotyötä entistä potilas- ja perhelähtöisemmäksi.

Tutkimuksen tehtävänä on

1. Kuvata potilaan ja perheenjäsenten kokemuksia hoidosta kriisihoitojaksolla.
2. Kuvata potilaan ja perheenjäsenten toiveita kriisihoitojaksolle.

### **4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

#### 4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää ja tulkita ihmisten kokemuksia ja todellisuutta. Asioita ja ilmiöitä tarkastellaan niiden luonnollisessa yhteydessä. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998.) Tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita potilaiden ja perheenjäsenten kokemuksista, jolla voidaan perustella kvalitatiivisen tutkimusotteenkäyttöä. Aineisto kerättiin potilailta, joilla oli oma kokemus kriisihoitojaksosta ja perheenjäseniltä, jotka olivat mukana läheisensä hoidossa.

Aineiston hankinta perustui harkinnanvaraiseen näytteeseen, jossa pyritään analysoimaan varsin pieniä määriä aineistoa perusteellisesti. Kvalitatiivinen tutkimus ei pyri tilastollisiin yleistyksiin, vaan pyrkii kuvaamaan jotakin tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekkään tulkinnan jostakin ilmiöstä. (Eskola & Suoranta 1998.) Teemahaastattelu sopii hyvin käytettäväksi aiheista, jotka ovat intiimejä, arkoja tai joissa halutaan selvittää heikosti tiedostettuja asioita kuten perusteluja ja arvostuksia. (Metsämuuronen 2003). Psykiatrinen sairaus ja siihen saatu sairaalahoito ovat arkaluontoisia aiheita, joihin voi liittyä potilailla ja perheenjäsenillä häpeää sekä ennakkoluuloja. (ks. lukua 2.1.1 ja 2.1.2) Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002). Haastattelu etenee keskeisten teemojen varassa ja tuo tutkittavien äänen kuuluviin. Teemahaastattelussa ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioilleen antamat merkitykset ovat keskeisiä ja ne syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2000.)

Tutkimus analysoitiin sisällön analyysillä. Laadullinen tutkimus tuottaa laajasti aineistoa ja sen sisältöä haluttiin kuvata, jonka vuoksi sisällön analyysi sopii hyvin analyysimenetelmäksi. Sisällönanalyysia pidetään myös laadullisen aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina. Sillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että ilmiötä voidaan kuvata lyhyesti ja yleistävästi sekä tutkittavan ilmiön väliset suhteet saadaan selkeästi esille. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Nieswiadomy 1998.)

#### 4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston hankinta

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Taysin psykiatrian toimialueen yhdellä psykiatrisella osastolla hoidossa olleet potilaat ja heidän perheenjäsenensä. Osasto on toteuttanut strukturoitua kahden viikon hoitojaksoa kriisihoidon nimellä, osalle heidän osastolleen tulleista potilaista vuoden 2005 alusta alkaen. Osasto on 16-paikkainen suljettu vuodeosasto, jonka yhteydessä toimii päivystyspoliklinikka ympärivuorokautisesti. Kriisihoitojakson potilaat ovat ohjautuneet jaksolle vapaaehtoisuuden perusteella lääkärin arvioimana. Osaston tavoitteena on ottaa perhe aina mukaan, kun potilas tulee sairaalaan. Potilas itse määrittelee oman perheensä. Kriisihoitojaksolla täytetään erillinen kriisihoitosuunnitelma potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Lähes kaikki haastatelluista potilaista olivat olleet sovitun kahden viikon hoitojakson sairaalassa. Vain yksi haastateltavista oli sairaalassa viikon omasta toiveestaan.

Kyseisen osaston osastonhoitaja oli yhteydessä vuonna 2005 kriisihoitojaksolla olleisiin potilaisiin sekä tutkimuksen teon hetkellä oleviin potilaisiin ja kysyi heidän haluaan osallistua kyseiseen tutkimukseen. Kun tutkittavat osoittivat kiinnostusta tutkimusta kohtaan, heille lähetettiin kirje. Siinä oli kirjallinen tiedote tutkimuksesta (liite 1) sekä suostumuslomake (liite 3). Se palautettiin yhteystiedoilla allekirjoitettuna kirjekuoressa, jossa oli valmiina postimerkki ja tutkijan osoitetiedot. Samansisältöiset tiedotteet tutkimuksesta ja suostumuslomake (liitteet 2 ja 4) lähetettiin myös perheenjäsenille. Yhteisessä taloudessa asuville läheisille ne lähetettiin samaan aikaan. Eri osoitteessa asuville ne lähetettiin sen jälkeen, kun heidän yhteystietonsa saatiin potilaan lähettämässä suostumuslomakkeessa. Tutkimuksen teon hetkellä osastohoidossa olleille potilaille annettiin myös kirjalliset tiedotteet ja suostumuslomakkeet sekä postimerkillä varustetut kirjekuoret, jotka lähetettiin myös suoraan tutkijalle. Molemmissa suostumuslomakkeen palauttamistavoissa osaston henkilökunta ei tiennyt, ketkä hoidossa olleista potilaista osallistuivat tutkimukseen. Se takasi potilaiden ja heidän perheenjäsentensä anonymiteetin ja oli edistämässä luottamuksellisuuden syntymistä.

Tutkija lähetti osastolle ensimmäisellä kerralla 10 suostumuslomaketta, joista palautui neljä. Tämä osoitti sen, että tutkimukseen ei ollut helppoa saada halukkaita haastateltavia. Tutkija lähetti vielä viisi tiedotetta palautuskuorineen, joista palautui yksi. Tutkija otti haastateltaviin yhteyttä suostumuslomakkeet saatuaan ja sopi haastattelut. Yhtä potilasta tutkija ei tavoittanut puhelimitse ja hän jäi tutkimuksen ulkopuolelle. Täten kohderyhmäksi muodostui neljä potilasta ja neljä heidän perheenjäsentään. Potilas itse ja hänen perheensä saivat määrittellä tutkimukseen osallistuvat haastateltavat. Potilaista kaksi eivät halunneet ottaa mukaan haastatteluihin perheenjäseniään. Perhehaastatteluissa oli molemmissa potilas ja kaksi perheenjäsentä. Potilaista kolme oli naisia ja yksi mies. Perheenjäsenistä puolet oli naisia ja puolet miehiä.

Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja haastateltavien valinta harkinnanvaraiseen otantaan. Tutkimuksen aineiston hankintamenetelmänä oli teemahaastattelu. Teemahaastattelussa on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003.) Teemahaastattelurunko ei ole yksityiskohtainen kysymysluettelo vaan teema-alueuuttelo. Nämä teemat edustavat teoreettisten pääkäsitteiden spesifioituja alakäsitteitä ja toimivat haastattelutilanteessa haastattelijan muistilistana ja tarpeellisena keskustelua ohjaavana kiintopisteenä. (Hirsjärvi & Hurme 2000.) Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan kokemuksiaan sairaalahoidon sisällöstä vapaasti. Teema-alueet ja apukysymykset olivat tutkijalla apuna, joiden pohjalta hän piti keskustelua yllä (liite 5). Yksittäiset potilaiden haastattelut sekä perheenjäsenten haastattelut nauhoitettiin. Yksittäiset haastattelut kestivät noin yhden tunnin ajan ja perheenjäsenten ryhmähaastattelut noin kaksi tuntia. Ryhmähaastattelua pidetään tehokkaana laadullisen aineiston keruumenetelmänä perheiden keskuudessa (Mäenpää, Åstedt-Kurki & Paavilainen 2002). Ryhmähaastattelut ovat myös nopea, joustava ja edullinen tapa saada tietoa. Perhe saa yhdessä kertoa kokemuksistaan. Tilannetta helpottaa lisäksi toistensa tunteminen. (Hirsjärvi & Hurme 2000.)

Kaikki tutkimukseen osallistuneet halusivat toteuttaa haastattelut tutuissa kotiympäristöissä. Haastatteluista kolme tapahtui potilaiden kotona ja yksi ryhmähaastattelu potilaan vanhempien kotona. Vastaajat saivat itse valita istumapaikkansa haastattelun ajaksi. Kaikki haastatellut osallistuivat keskusteluun. Aiheen arkuus sekä ryhmähaastattelussa kaikkien perheenjäsenten tasapuolinen huomioiminen olivat haasteellisia tutkijalle. Ryhmähaastattelussa yksilöllisyys ja hiljaisempien mielipiteet voivat jäädä vähälle (Pötsönen & Pennanen 1998). Tutkija pyrki luomaan välittömän ja luottamusta herättävän ilmapiirin esittelemällä aluksi itsensä ja kertomalla omaa

taustaansa. Tutkimuksenteon salassapidon kysymykset ja tutkimukseen osallistumisen halukkuus varmistettiin vielä ennen haastattelujen alkua. Lisäksi ennen varsinaisen haastattelun alkua oli luontevaa käydä läpi tilannetta, joka oli johtanut sairaalahoitoon. Se tuntui olevan merkityksellinen haastateltaville ja johdatti heidät luontevasti muistelemaan sairaalahoidon aikaa. Ilmapiiriä vapautti perhehaastatteluissa tutkittavien toistensa tunteminen ja he luontevasti jatkoivat keskustelua siitä, mihin toinen jäi. Myös yksilöhaastatteluissa ilmapiiri tuntui vapautuneelta, jota osaltaan saattoi helpottaa tutkijan aikaisempi pitkä työkokemus mielenterveyspotilaiden parissa.

### 4.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Se on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota. Lisäksi sen avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia sekä yhteyksiä. Kerätystä aineistosta sisällön analyysin avulla tiivistetään tietoa aineisto niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Tutkimuksen sisällön analyysi tapahtui induktiivisesti. Tarkoituksena oli löytää aineistosta kategorioita, käsitteitä tai malleja, jotka kuvasivat tutkittavaa ilmiötä yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Aineiston käsittely aloitetaan nauhojen puhtaaksi kirjoittamisella, jonka jälkeen aineistoa pelkistetään etsimällä tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja. Näistä etsitään erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavista ilmaisuista muodostetaan alakategorioita, joille annetaan niiden sisältöjä kuvaavat nimet. Analyysia jatketaan yhdistämällä samansisältöisiä alakategorioita toisiinsa muodostamalla niistä yläkategorioita. Käsitteellistämistä jatketaan niin kauan, kuin se on sisällön kannalta mielekästä. (Kynäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Tutkimuksen aineiston analyysi aloitettiin litteroimalla potilaiden ja perheenjäsenten haastattelut nauhalta. Tutkija kirjoitti haastattelut tekstinkäsittelyohjelmalla ja pääsi siten perehtymään aineistoon jo kirjoitusvaiheessa. Tutkija teki jo tässä vaiheessa valikointia aineistosta jättäen puhtaaksikirjoittamatta teema-alueiden ulkopuolelle menneet keskustelut, jotka eivät olleet tutkimustehtävien mukaisia. Aineistosta jätettiin myös puhtaaksi kirjoittamatta kaikki täytesanat sekä tutkijan omat kommentit. (ks. Hirsjärvi & Hurme 2000.) Aineistoa kertyi tällä tavalla valikoiden yhteensä 39 täyttä A4 sivua, rivivälillä 1. Puhtaaksikirjoituksen jälkeen tutkija kuunteli nauhat vielä kertaalleen läpi ja tarkisti tekstien oikeellisuuden sekä varmisti teema-alueiden sisältöjen olevan puhtaaksikirjoitettuna. Haastattelut erotettiin toisistaan eri fonttityypillä ja



potilaiden ja perheenjäsenten kommentit kirjoitusten sisällä eri alkukirjaimilla, jotta tutkija erottaisi ne myöhäisemmässä vaiheessa.

Tämän jälkeen analyysissa on tarpeen päättää analyysiyksikkö. Tavallisimmin käytettyjä analyysiyksiköitä ovat sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin yksi lausuma, joka muodostui sanasta tai lauseen osasta. Seuraavina analyysiprosessin vaiheina ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tutkija luki aineiston useaan kertaan läpi saaden kokonaiskäsityksen aineistosta ja luoden pohjaa analyysille. Lukiessaan tutkija alleviivasi tutkimustehtävän mukaisiin kysymyksiin vastaavia alkuperäisilmauksia, tehden samalla kysymyksiä aineistolle, kuten kuka tässä puhuu, miksi, miten, mitä tällä tarkoitetaan ja missä yhteydessä. Tutkija kirjasi aineistosta heränneitä ajatuksia ja kysymyksiä samaan aikaan tutkimuspäiväkirjaan.

Aineistosta alkoi nousta esiin tutkimustehtävien mukaisia pelkistettyjä ilmauksia, jotka tutkija kirjasi mahdollisimman tarkasti. Tutkija erotti pelkistetyt ilmaisut potilaiden ja perheenjäsenten kuvauksiin kokemuksista ja toiveisiin tässä vaiheessa. Tutkija kävi läpi jokaisen haastattelun aluksi yksittäin läpi, jonka jälkeen kaikki pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin. Tämän jälkeen tutkija alkoi ryhmitellä pelkistettyjä ilmauksia etsien niistä yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Tämän tutkija toteutti leikkaamalla pelkistetyt ilmaukset erilleen ja yhdistelemällä ne samaa tarkoittaviin ilmaisuihin alustaviin kategorioihin ja antoi tämän jälkeen sisällölle yhteisesti kuvaavan nimen. Tutkija käytti tässä vaiheessa käsitekarttoja tukena hahmottaakseen kokonaisuuden ja ilmauksien ulottuvuudet. Analyysi jatkui yhdistämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa saaden niille yläkategoriat. Nimetyille yläkategorioille annettiin sisältöä kuvaavat nimet ja niistä muodostettiin lopulta yhdistävä kategoria. Esimerkki analyysin etenemisestä kuvataan liitteessä 6.

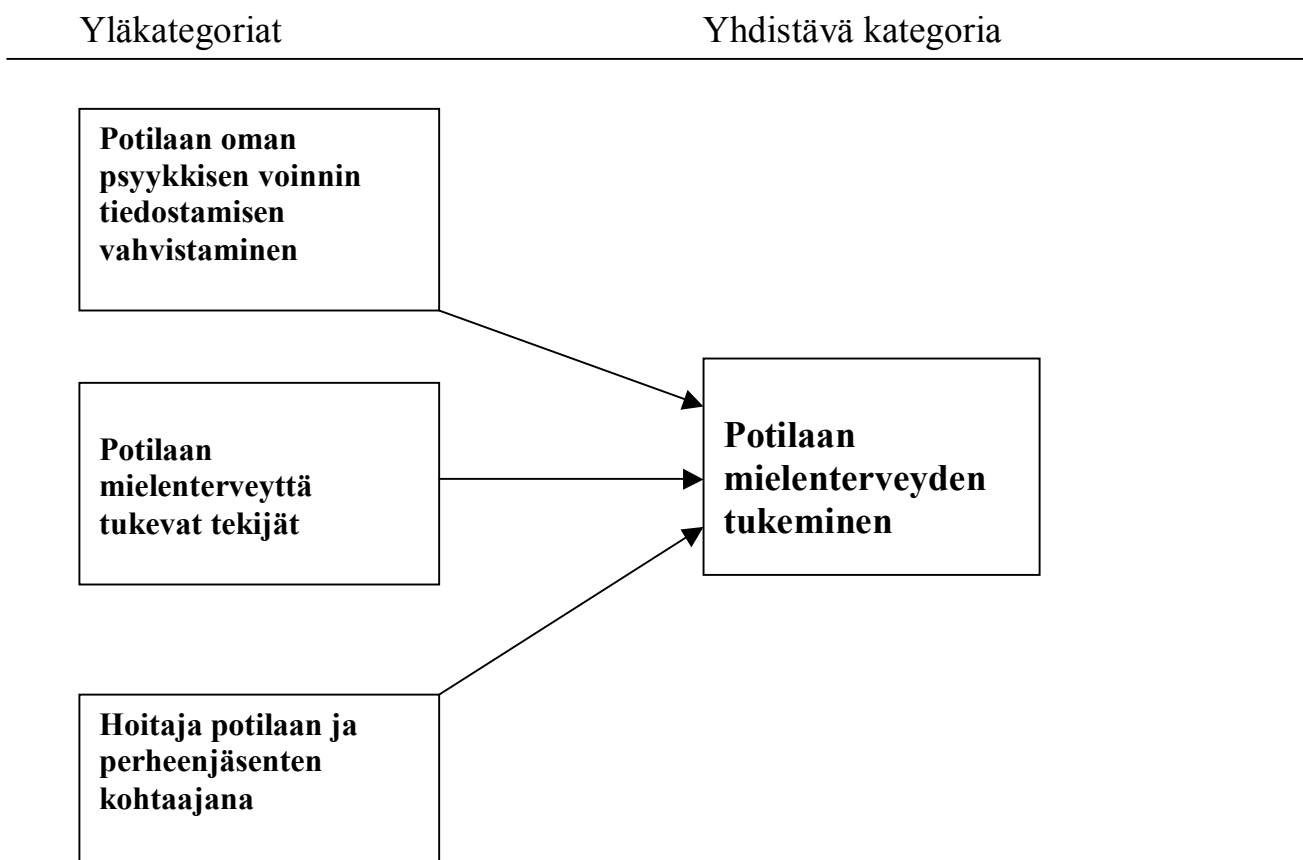
Analyysin aikana tutkija palasi useaan kertaan alkuperäiseen tekstiin ja pelkistettyihin ilmauksiin, jotta kategorioiden ja aineiston yhteys varmistui koko prosessin ajan. Lopuksi vielä ennen käsitejärjestelmän loppuun saattamista, tutkija luki alkuperäisen aineiston kertaalleen läpi ja varmisti luokittelun totuudenmukaisuuden. Samalla tarkasteltiin myös kategorioiden välisiä suhteita ja annettujen nimien kuvaavuutta. Tällä tavoin analyysin tuloksena saatiin potilaiden ja perheenjäsenten kuvaukset kokemuksistaan sairaalahoidosta ja toiveet hoidolle. Tuloksiin on sisällytetty suoria lainauksia aineistosta, jotta lukija voi seurata tutkijan tekemiä ratkaisuja ja ajatuskulkuja. Potilaiden ja perheenjäsenten kokemukset psykiatrisesta sairaalahoidosta ja toiveet

sille ovat yhdistetty tuloksiin, jotta pienestä aineistosta saataisiin sisällöllisesti rikkaampi. Alkuperäislausumien perässä käytetään erottelun helpottamiseksi lyhenteitä PT eli potilas ja PERH eli perheenjäsen, jotta lukija erottaa kokemukset toisistaan.

## 5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 5.1 Potilaiden ja perheenjäsenten kokemukset psykiatriselta kriisihoitojaksolta

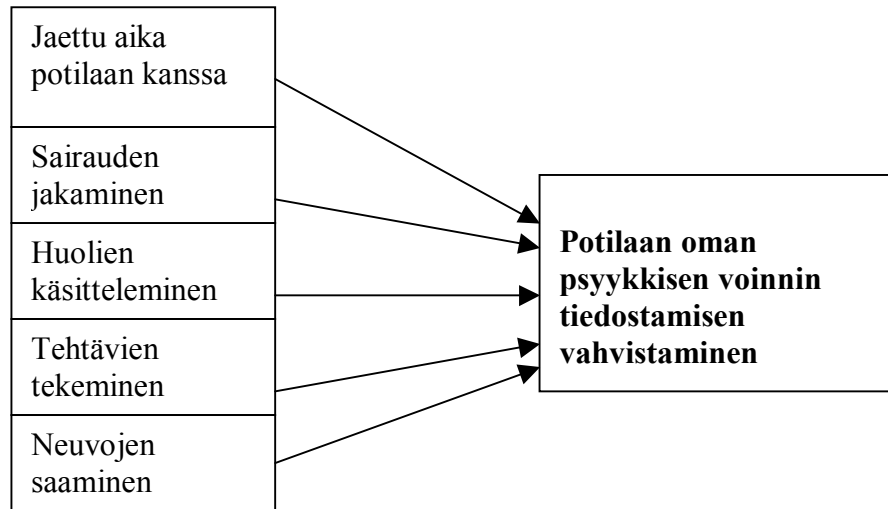
Potilaiden ja heidän perheenjäsentensä kokemuksia sairaalahoidon aikana kuvaavaksi yhdistäväksi kategoriaksi muodostui potilaan mielenterveyden tukeminen. Sen yläkategorioita ovat potilaan oman psyykkisen voinnin tiedostamisen vahvistaminen, potilaan mielenterveyttä tukevat tekijät sekä hoitaja potilaan ja perheenjäsenten kohtaajana. Kuviossa 1 on esitelty potilaan mielenterveyden tukeminen yhdistävä kategoriata ja sen yläkategoriat.



KUVIO 1. Potilaan mielenterveyden tukeminen

#### 5.1.1 Potilaan oman psyykkisen voinnin tiedostamisen vahvistaminen

Ensimmäinen yläkategoria potilaan oman psyykkisen voinnin tiedostamisen vahvistaminen muodostui viidestä alakategoriasta: Jaettu aika potilaan kanssa, sairauden jakaminen, huolien käsitteleminen, tehtävien tekeminen ja neuvojen saaminen. Kuviossa 2 on esitelty yläkategoria potilaan oman psyykkisen voinnin tiedostamisen vahvistaminen ja sen alakategoriat.



KUVIO 2. Potilaan oman psyykkisen voinnin tiedostamisen vahvistaminen

### Jaettu aika potilaan kanssa

Potilaat kuvasivat eniten kokemuksiaan sairaalahoidosta hoitajan kanssa vietettynä aikana. Erityisesti potilaiden kuvauksissa korostui yhteistyö omahoitajan kanssa. Potilaat pitivät eritasoisia keskusteluhetkiä hoitajan kanssa tärkeimpänä antina sairaalassa. Nämä keskustelut merkitsivät eniten potilaille sairaalahoidon aikana. Myös perheenjäsenet pitivät läheisen saamaa keskusteluapua tärkeimpänä hoidon aikana. Keskustelut olivat edistäneet potilaan ymmärrystä omaa psyykkistä vointiaan kohtaan. Pääosin ne olivat tapahtuneet sovitusti hoitajan kanssa kahden. Jokaisella potilaalla oli sairaalassa kaksi nimettyä omahoitajaa. Toinen hoitajista oli saattanut olla myös opiskelija. Perheenjäsenet painottivat vastauksissaan omahoitajuutta. Heidän mielestään oli erityisen tärkeää, että hoitajat pysyisivät samoina koko hoitojakson ajan. He arvioivat sen edistävän läheisensä ja omahoitajan yhteistyösuhdetta.

”Kaikkina päivinä oli sovittu sellainen keskusteluhetki hoitajan kanssa.” (PT)

”omahoitajat tärkeitä, että saa saman ihmisen kanssa jutella” (PERH)

Potilaat pitivät myös hoitajien saatavilla oloa osaston yhteisissä tiloissa tärkeänä. Spontaaneja keskusteluhetkiä oli syntynyt hoitajien ja potilaiden välille, kun hoitajat olivat potilaiden seurassa. Näiden keskustelujen teemat olivat yleisemmällä tasolla kuin kahdenkeskisissä tapaamisissa. Potilaiden seurassa viihtyneiden hoitajien arveltiin olleen kiinnostuneempia potilaista kuin niiden hoitajien, joita siellä ei ollut näkynyt. Potilaat kokivat arkirupattelun urheilusta ja päivän

tapahtumista merkittävänä. Sen avulla muun muassa hoitaja oli luonut omahoitajasuhdetta potilaaseen ja edistänyt luottamuksellisen ilmapiirin syntyä. Potilaat kuvasivat myös hoitajien arkista kyselyä. Erityisesti hoitajien kysymykset, onko potilas käynyt syömässä ja ulkona koettiin tärkeiksi.

”Missä me istuttiin tai missä istui ihmisiä aulassa kattomassa televisiota, pari hoitajaa sitten puhumassa niitä näitä, joka oli mun mielestä niin kuin kauheen kiva. Ja se tuntui et ne on kiinnostuneempia, kuin mitä muut hoitajat sitten niin kuin ihmisenä niinkun siinä.” (PT)

### **Sairauden jakaminen**

Sairauden jakaminen hoitajan kanssa oli lisännyt potilaan ymmärrystä omaa oirehtimistaan kohtaan. Potilaat kuvasivat sairauden jakamisen hoitajan kanssa helpottaneen oloa ja antaneen tietoa sairaudesta. Potilaat totesivat menneiden asioiden käsittelyn ja laukaisevien tekijöiden pohtimisen tärkeäksi osaksi keskustelua. He arvelivat niiden lisänneen heidän ymmärrystään siitä, mikä on johtanut sairastumiseen ja minkälainen sairaus heillä on. Osalle potilaista sairastuminen psyykkisesti oli ensimmäinen kerta. Osalla taas oli ollut mielialamuutoksia jo aiemmin, jonka vuoksi he olivat käyneet jo pidempään avohoidossa. Potilaat kertoivat oirehtineensa ahdistuksella, masennuksella ja/tai psykoosioireilla ennen kriisihoitajaksole tuloa. Lähes kaikilla oli myös itsensä vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia ennen sairaalahoitoa.

”Keskusteluilla oli iso merkitys. Niissä alkoi vasta todella tajuta, että mikä on ehkä johtanut siihen masennukseen ja toisaalta siinä vasta tajus sen, että miten pitkä prosessi on vielä edessä, että saa ne asiat kuntoon” (PT)

”ei kovin syvällisesti mistään lapsuudesta, mut kuitenkin mitkä asiat on voinut vaikuttaa”(PT)

”puhuttiin ahdistuksesta” (PT)

”työuupumuksesta alkoi tää mun masennus ja sitten se juttelu meni koko elämää koskevaksi ” (PT)

”puhuttiin itsetuho-ajatuksista, joita mulla oli sairaalaan tullessa” (PT)

### **Huolien käsitteleminen**

Potilailla oli erilaisia huolia sairaalaan tullessa, jotka olivat painaneet mieltä ja aiheuttaneet mielialan muutoksia. Näiden ahdistusta lisäävien huolien käsitteleminen oli kaikista potilaista tärkeää. Potilaat olivat saaneet huolet mielestään pois, kun olivat jakaneet ne hoitajille. Potilaat kertoivat, että kotona nämä huolet olivat vain kasvaneet, kun niitä oli pohtinut mielessään yksin. Sairaalassa niiden käsitteleminen yhdessä hoitajan kanssa oli helpottanut heti oloa. Ahdistus oli vähentynyt nopeasti. Potilaiden huolenaiheet vaihtelivat työssä selviytymisestä läheisen menettämiseen.

”Mä sain purettua niitä mitä mä oon mielessäni pyörittänyt. Mä sain ne ulos jotenkin ittestäni, että se auttoi kun sai puhua niistä kuin kantaa niitä sisällään koko aika ja pyöritellä niitä ja se on kuin lumivyöry se ajatus kulkee. Se helpotti se puhuminen” (PT)

### **Tehtävien tekeminen**

Kaikki potilaat olivat saaneet hoitajilta tehtäviä, joita he olivat tehneet pääosin itsenäisesti sairaalahoidon aikana. Potilaista vain yksi muisti verkostokartan nimeltä. Muut kertoivat vain tehneensä jotakin tehtäviä. Tehtävien sisältöä potilaat kuvailivat jonkin verran. He muistelivat tehtävien tekemisen lisänsä ymmärrystä mistä tilanteesta ja lähtökohdista sairaalahoitoon oli tultu sekä ketä ihmisiä potilaan elämään kuului.

”omahoitajalla oli jotakin sellaisia tehtäviä mitä se antoi mulle” (PT)

”tehtiin semmoisia ympyröitä, kuinka läheinen kukakin sukulainen on, semmoinen verkostokartta” (PT)

### **Neuvojen saaminen**

Potilaat kertoivat saaneensa hoitajilta neuvoja elämäänsä erityisesti tulevaisuutta varten. Neuvot olivat potilaiden mielestä auttaneet jo sairaalassa, koska hoitajat olivat ohjanneet rauhoittumaan ja pysähtymään siellä. Ongelmanratkaisutaitojen opettelu oli myös yhdenlaista neuvojen saamista. Potilaat kertoivat ongelmanratkaisutaitojen auttavan heitä elämässään jatkossa, jotta heille ei tulisi enää samanlaista kuormittunutta tilannetta ja uudelleen sairastumista. Ongelmanratkaisutaidot opettivat heitä ratkaisemaan omaa elämäänsä koskevia asioita. Tulevaisuutta koskevat neuvot olivat liittyneet töihin paluuseen ja arjessa jaksamiseen. Pääosin potilaat olivat tyytyväisiä saamiinsa neuvoihin. Yksi potilas koki hoitajan neuvot työelämään palaamisesta epärealistisiksi. Hänen mielestään neuvot olivat haitanneen heidän välistä yhteistyötä, koska hänen mielestään hoitaja ei kuunnellut häntä, vaan korosti omaa näkemystään asiasta. Potilaat kuvasivat, että neuvot olivat helpottaneet selviytymistä arki-elämässä kotiutumisen jälkeen, koska osasivat ottaa elämän nykyään rennommin.

”ohjasivat miten rauhoittua siellä ja käydä ulkoilemassa” (PT)

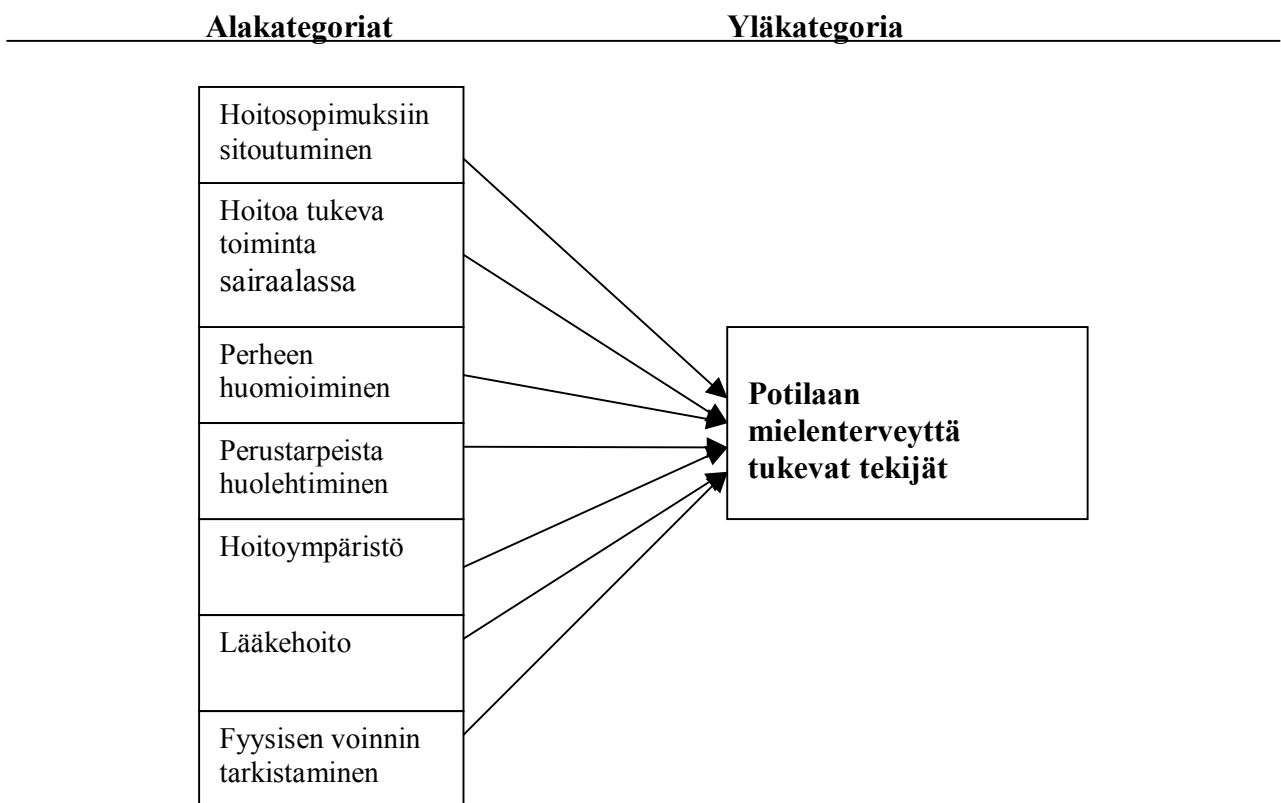
”miten saisin ratkaistua ongelmia jatkossa, että ei tulisi uudestaan masennus ja samanlainen tilanne” (PT)

”Mitä kannattaa niinku sitten, kun menee sinne sairaalan ulkopuolelle, niin kannattaa pienillä arjen askareilla aloittaa ja ettei tee sitten yhtenä päivänä kaikkee kerralla kaikkia asioita. Vaan muutama asia kerrallaan ja huomaakin, et tää on ihan mukavaa”. (PT)

”oon sen viime syksyn jälkeen ottanut niin paljon enemmän rauhassa, mä en tosiaankaan ota enää niin paljon stressiä” (PT)

### 5.1.2 Potilaan mielenterveyttä tukevat tekijät

Potilaan mielenterveyttä tukevat tekijät on toinen yläkategoria ja sen seitsemäksi alakategoriaksi muodostuivat hoitosopimukseen sitoutuminen, hoitoa tukeva toiminta sairaalassa, perheen huomioiminen, perustarpeista huolehtiminen, hoitoympäristö, lääkehoito ja fyysisen voiminnan tarkistaminen. Kuviossa 3 on esitelty yläkategoria potilaan mielenterveyttä tukevat tekijät ja sen alakategoriat.



KUVIO 3. Potilaan mielenterveyttä tukevat tekijät

#### **Hoitosopimukseen sitoutuminen**

Potilaat olivat tehneet yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa hoitosopimuksia. Näiden erilaisten sopimusten tarkoituksena oli osaltaan edistää potilaan psyykkistä vointia. Potilaat olivat tehneet myös lupauksia, etteivät vahingoita itseään, koska usealla potilaalla oli itsemurha-ajatuksia sairaalahoitoon mennessä. Potilaat kuvasivat myös sopimuksia osaston ulkopuolella liikkumisesta. Erityisesti hoitajakson alussa sopimukset liikkumisesta olivat korostuneet. Osa potilaista kertoi, että he olivat luvanneet pysyä lähellä osastoa. Hoitosopimusten tehtävänä oli kannustaa potilasta

pitämään sovituista asioista kiinni. Potilaat kertoivat kokeneensa hoidossa onnistumisen kokemuksia, kun pystyivät pitämään lupaukset.

”Oli sovittu sillai alun perin, että mä en tapa” (PT)

”pari ekaa päivää oli sellaista et mä en saanut lähteä sieltä osastolta niin kuin pois tai siis pois sieltä sairaala-alueelta, oli sillai sovittu” (PT)

”Kyllähän siinä tuli aina jonkinmoinen hyvä mieli, kun kävi sen lenkin ja lupauksistaan piti kiinni” (PT)

Kahden viikon hoitajaksoon sitoutuminen oli sopimus, josta hoidossa oli lähdetty liikkeelle. Valtaosa potilaista koki kahden viikon strukturoidun hoitajakson pääosin auttaneen tilanteessa, joka heillä oli sairaalaan tulovaiheessa. Kahden viikon hoito-aikaa pidettiin riittävän pitkänä, koska se auttoi pahimpaan oloon. Hoitajakson pituus tuntui joskus potilaista jopa liian pitkältä. Lähes kaikki potilaista olivat harkinneet sairaalasta lähtöä jossain vaiheessa hoitajaksoa, mutta pitivät sopimuksesta kiinni ja olivat sovitun kahden viikon ajan sairaalassa.

”se oli alusta asti sovittu se kaks viikkoo, toisaalta se tuntui tosi ahdistavalta jotenkin et kaks viikkoo piti olla siellä, kun laskin niitä päiviä” (PT)

”kyllähän siitä pahimmasta kriisistä pääsi yli silloin, kyl se siihen pahimpaan auttoi se kaks viikkoo” (PT)

Viikko-ohjelman laatiminen koko kahden viikon hoitajaksolle oli myös hoitosopimus, jonka potilaat olivat tehneet omahoitajan kanssa. Viikko-ohjelman toteuttaminen sovitusti oli potilaiden kertoman mukaan heille itselleen tärkeää. Potilaat kertoivat, että yrittivät pitää kiinni sovituista asioista, erityisesti viikko-ohjelman toteuttamisesta. Sen avulla potilaat muistivat, minne heidän piti kulloinkin hoitajakson aikana mennä ja mitä he olivat sopineet ohjelmaksi kahden viikon ajalle. Jotkut potilaista olivat katsoneet viikko-ohjelmaa useitakin kertoja päivässä varmistaakseen päivän ohjelman. Viikko-ohjelmaan oli kirjattu muun muassa palaverit, omahoitajakeskustelut ja ryhmät.

”tehtiin viikko-ohjelma, johon kirjattiin joka päivälle jotakin” (PT)

### **Hoitoa tukeva toiminta sairaalassa**

Potilaan psyykkistä vointia oli edistännyt sairaalassa monenlainen tekeminen kaikkien potilaiden ja perheenjäsenten mielestä. Sairaalan ja osaston erilaiset ryhmät olivat potilaiden ja perheenjäsenten kokemusten mukaan mielekästä tekemistä sairaalassa. Lisäksi liikunta ja ajanviete osastolla koettiin tärkeäksi toiminnaksi hoidon aikana. Potilaat ja perheenjäsenet kuvasivat aktiivisen tekemisen olevan hyvää mielenterveydelle, vaikka liikkeelle lähteminen ei ollut aina helppoa. Viikonloput olivat osastolla toiminnan osalta hiljaisia ja tämä koettiin harmillisena. Toiset potilaat olivat



osallistuneet aktiivisemmin ja toiset vähemmän osaston toimintaan. Osa potilaista kuvasi, että kävelylenkit olivat ainoita mihin jaksoi osallistua, koska olo oli aluksi niin väsynyt. Perheenjäsenet pitivät samanlaisen mielekkään tekemisen jatkumista tärkeänä sairastuneen läheisen elämässä myös sairaalahoidon jälkeen.

”en ois jaksanut osallistua isompiin, koska olin niin uupunut. Parempi sekin kuin maata vain sängyssä” (viittasi kävelyyn) (PT)

Sairaalan ja osaston ryhmistä potilaat mainitsivat musiikki-, liikunta-, runo- ja askarteluryhmät. Näiden eri teemaryhmien lisäksi potilaat olivat käyneet osaston erilaisissa keskusteluryhmissä. Nämä eri ryhmät auttoivat unohtamaan omat huolet vähäksi aikaa. Ne olivat myös rentouttaneet, vaikka olivat saattaneet herättää pintaan erilaisia tunnetiloja. Osaston omat ryhmät saivat kriittistä palautetta siitä, että niissä ei ollut struktuuria ja riittävästi hoitajien ohjaavaa otetta. Osa potilaista oli kokenut ne ahdistaviksi, eivätkä siksi olleet halunneet osallistua niihin.

”Kyllä se jollain tapaa helpotti, vaikka toisaalta sitten elin aika rankkojakin tilanteita läpi. Oli se välil aika rankkaakin ryhmissä käynti”(PT)

”keskusteluryhmässä mikä siellä oli niin siinäkin oli semmoinen levoton olo, et ne ei johtanut sitä keskustelua tai mitään, jokainen sai höpöttää omia juttujansa ja sit oli semmoinen olo et kukaan ei edes kuuntele ja niistä jutuista vaan ahdistuu kun niissä jutuissa ei ollut päätä eikä häntää” (PT)

Potilaat ja perheenjäsenet kuvasivat mielekkääksi toiminnaksi sairaalassa myös erilaisen liikunnan. Liikkuminen oli kohentanut potilaiden mielialaa ja auttanut jaksamaan. Liikunta toteutui kävelylenkkeinä ulkona, kuntosalilla käynteinä, uintina ja sählyn pelaamisena. Potilaat olivat ulkoilleet perheenjäsenten, hoitohenkilökunnan tai potilastoverien kanssa. Liikunta oli saattanut olla myös ryhmän mukana toteutunutta. Potilaat arvelivat, että yksin eivät olisi hoidon aikana lähteneet ulkoilemaan. Erityisesti henkilökunnan osallistuminen oli helpottanut potilaan liikkeelle lähtemistä.

”sit pääs käymään kuntosalilla ja jotakin sählyä pelaamassa” (PT)

”me oltiin siellä ulkona ja pari tuntiakin varmaan kierrettiin” (PERH)

”jos vetäjää ei ois ollu, en mä varmaan ois lähtenyt”(PT)

Potilailla oli osastolla myös vapaata aikaa, jota he kuluttivat televisiota katsomalla ja aulassa istumalla. Tätä he perustelivat sillä, että aina ei ollut muutakaan tekemistä. Vapaa-aikaa oli vietetty yksin tai potilastoverien seurassa. Jotkut potilaista olivat tutustuneet toisiin potilastovereihin hoitajaksolla. He olivat keskustelleet toistensa kanssa psyykkisestä voinnista sekä yhdistävistä elämäntilanteista ja kokemuksista. Potilastoveri oli toiminut vertaistukena ja keskustelukumppanina

sekä oman mielialan kohentajana sairaalassa. Osastolla ollut ajanviete oli auttanut tukemaan potilaan mielenterveyttä, vaikka se ei ollut suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa.

”Muut potilaat auttoivat, sieltä tuli yks tosi hyvä ystävä, jotenkin siinä saatiin toisiamme auttaa ja me puhuttiin toistemme kanssa jos hoitajan kanssa ei ollut mahdollista puhua” (PT)

### **Perheen huomioiminen**

Osastolla oli huomioitu perheet lähinnä ennalta sovituisissa perhetapaamisissa ja neuvotteluissa. Perheenjäsenet muistelivat olleensa hoitajien kanssa tekemisissä pääasiassa näissä tapaamisissa ja sopiessaan niistä puhelimitse. Osastolla pidetyissä tapaamisissa ja neuvotteluissa oli annettu tietoa ja kyselty läheisen sairaudesta. Yhteisen ymmärryksen luominen potilaan tilanteesta, jatkosuunnitelmien tekeminen yhdessä ja toivon antaminen olivat sisältyneet myös näihin tapaamisiin. Perhetapaamisissa oli pidetty useimmiten kaksi kyseisen kahden viikon hoitajakson aikana. Kokoonpano niissä oli vaihdellut. Potilaat olivat itse saaneet nimetä haluamansa perheenjäsenet, jotka toivoivat mukaan. Osalla potilaista oli ystäviä mukana perheen sijaan. Ystävän mukanaolo koettiin positiivisena kokemuksena, koska silloin ainakin joku tunsi potilaan asiat ja osoitti välittävänsä. Perhetapaamisissa oli mukana potilas, perheenjäsen tai -jäseniä, lääkäri, omahoitaja –hoitajat, mahdollisesti psykologi ja avohoidon työntekijä mielenterveystoimistosta. Perheenjäsenet olivat melko tyytyväisiä tapaamisten määrään, koska hoitajakso oli lyhyt ja tapaamiset oli pidetty päiväsaikaan.

”ihan riittävä se kaks kertaa, se vei aikaa et mä pääsen töistä ja joudun jättää kesken hommia, että sain järjestettyä nekin” (PERH)

Jotkut potilaista kokivat perheiden osallistumisen hoitoon aluksi vähän vaikeana, koska he eivät halunneet kuormittaa omilla murheillaan läheisiään. Potilaita jännitti, että perhe saisi tietää läheisen todellisen tilanteen. Potilaat kokivat, että ulkopuoliselle hoitotaholle oli helpompi puhua. Sitä vastoin perheenjäsenet kokivat läheisen hoitoon mukaan tulon merkitykselliseksi ja tärkeäksi. Perheenjäsenet arvelivat, että sairastuneelta läheiseltä oli varmasti pudonnut taakka harteilta, kun tieto sairaudesta oli saatu sanottua. Potilaat kertoivat jännittäneensä perhetapaamisissa. Lisäksi he pohtivat, että heidän oma psyykinen vointinsa oli heijastunut tapaamisiin. Potilaat kuvasivat oman vointinsa vaikuttaneen muun muassa muistamiseen ja keskittymiskykyyn. He harmittelivat, etteivät muista enää perheen kanssa käytyistä tapaamisista juuri mitään.

”Kun mä juttelin lääkärin kanssa niin se sai ylipuhuttua että perhe tulee tonne, mä laitoin kauheesti hanttiin. Se sai ylipuhuttua” (PT)

”Äiti ei halunnut, että me tullaan, mut sit kun me tultiin ja tiedettiin ne kaikki niin äidiltäkin putosi taakka, kun ei tarvinnut enää peitellä” (PERH)

”Mä en niinku muista mitä siinä puhuttiin. Mulla oli voimakas ahdistuneisuus silloin, en saanut keskittyttyä mihinkään”(PT)

Perhetapaamisissa oli annettu tietoa lääkityksestä, potilaan voinnista ja hoidosta sekä sairauden ennusteesta. Hoitohenkilökunta oli kannustanut potilasta tiedon antamiseen ja perheenjäsenet kokivat sen hyvänä, että saivat tietoa.

” Siellä puhuttiin, että lähtökohta on oikea lääkitys” (PERH)

”kerrottiin äidin tilanne, meillä ei ollut mitään tietoa” (PERH)

Yhteisen ymmärryksen luominen potilaan tilanteesta oli perheenjäsenille tärkeää, koska ymmärryksen saaminen hälvensi perheenjäsenten huolta läheisestä, joka oli sairastunut. Tällä tarkoitettiin ymmärryksen saamista potilaan tilanteesta ja perheenjäsenten ennakkokäsitysten murtamista. Perheenjäsenet kertoivat, ettei heillä ollut aavistustakaan sairastuneen läheisen todellisesta tilanteesta ennen mukaantuloaan hoitoon. Yhteisen ymmärryksen saamista oli helpottanut, kun perhetapaamisissa oli kerrottu sairastuneen läheisen ajatuksia ja läpikäyty mahdollisia sairastumiseen johtaneita tekijöitä. Hoitohenkilökunta oli myös kysellyt perheenjäseniltä potilaan tilanteesta. Perheenjäsenet arvelivat hoitohenkilökunnan selvittäneen siten, mitä omaiset tiesivät etukäteen. Kaikilla perheenjäsenillä oli aluksi psykiatrissa sairaalaa kohtaan ennakko-käsityksiä, joita he kuvasivat häpeän tunteina. Lisäksi he olivat helpottaneet omaa oloaan myös huumorin avulla.

”oli järkytys kun me ei tiedetty ollenkaan kuinka paha äidin masennus oli.”(PERH)

”hävettää jotenkin mun mielestä, kun mennään Pitkäänniemeen”(PERH)

”kysyttiin tilanteesta mieheltä” (PT)

”Pitkäänniemen kyltin kohdalla rupesi vitsiä lentää, että kyllä siitä on nuoresta kakarasta asti saanut kuulla et Pitkäänniemeen, niin me sit puhuttiin, et no niin nyt on näistäkin porteista astuttu” (PERH)

Potilaat ja perheenjäsenet olivat tehneet yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa jatkosuunnitelmia potilaalle. Ne olivat jatkohoidon järjestämistä ja mielekkään arjen suunnittelua. Perheenjäsenet pitivät tärkeänä, että heidät huomioitiin jatkohoittoa suunniteltaessa, koska he halusivat osaltaan olla tukemassa läheisensä toipumista. Jatkohoidon suunnittelu tapahtui perhetapaamisissa, vaikka avohoidon työntekijät eivät aina osallistuneet niihin. Osalla potilaista oli aluksi muutama käynti jälkipoliklinisestl kyseisellä osastolla, jonka jälkeen potilas oli siirtynyt avohoitoon. Osa oli jatkanut suoraan tutulla avotyöntekijällä mielenterveystoimistossa. Mielekkään arjen suunnittelu oli päiväohjelman luomista, joka piti sisällään keskustelua töistä ja harrastuksista. Perheenjäsenet

kokivat potilaan tukemisen tärkeäksi ja halusivat motivoida läheistään, jotta hän selviytyisi jatkosuunnitelmista ja saisi elämänsä kuntoon. Toisaalta perheenjäsenillä oli huolta, kuinka potilas todellisuudessa selviytyy sairaalassa tehdyistä hyvistä suunnitelmista huolimatta.

”me päätettiin kaikki mahdolliset suunnitelmat siellä ja nyt meidät otetaan mukaan.(PERH)

”Siinä vaan, et miten me pystyttäs tukea häntä” (PERH)

”Sit semmoisia paikkoja missä hän vois käydä ettei se jäis yksin sinne. Ettei sitten ratkeis siihen toiseen pahaan”. (PERH)

Perheenjäsenet toivat esiin, että toivon saaminen sairastuneen läheisen toipumisesta ja selviytymisestä jatkossa oli heille tärkeää tapaamisissa. Hoitohenkilökunta oli muistuttanut potilaan elämässä olevista positiivista asioista sekä osoittanut potilaan toipumisen merkkejä perheenjäsenille. Yhteisen tavoitteen luominen, jolla sairastunutta läheistä voitaisiin auttaa toipumisessa, oli luonut myös uskoa. Toivon saaminen rohkaisi perhettä uskomaan, että potilas toipuu psyykkisesti. Toisaalta perheenjäsenillä oli edelleen epäilyksiä läheisen paranemisesta.

”Mun mielestä sekin oli jo, sen mä muistan että tota kun sanoivat että hän on valoisa, ettei ole ainakaan semmoinen itsetuhoisin. Mun mielestä sekin oli semmoinen huojentava asia. (PERH)

”Se näkyi siinäkin, kun ne sanoi että hän on niin hymyilevä, se on hyvän merkki kun se hymyilee toisille ja seurustelee. Ne sanoi senkin, että hänellä oli niitä harhakuvia, et siinä ei mennyt kuin hetki kun se palas siihen todellisuuteen” (PERH)

”Tästä lähtee tsemppaus ja nyt kaikki tehdään” (PERH)

Loppujen lopuksi perheenjäsenet pitivät sairaalaa oikeana hoitopaikkana ja olivat tyytyväisiä potilaassa tapahtuneeseen psyykkisen voinnin muutokseen. Potilaan hoidossa mukana olo, sairaalaan fyysinen näkeminen ja ymmärryksen saaminen potilaan tilanteesta olivat murtaneet ennakkokäsitykset. Perheenjäsenet arvelivat, että ne eivät olisi muuttuneet, jos eivät olisi päässeet mukaan hoitoon. Perheen huomioiminen oli lisännyt perheen kesken avoimuutta ja sairastuneen läheisen asioista oli uskallettu kysyä hoitajakson jälkeen myös kotona.

”näyttikin ihan erinäköiseltä kun lähti pois” (PERH)

”paikkakin hieno, hoitaa jo sielua” (PERH)

”ei tiedä mitä ois tapahtunut jos et ois mennyt sinne” (PERH)

”ennakkoluulot on hälvenneet” (PERH)

## **Perustarpeista huolehtiminen**

Potilaan perustarpeista huolehtimista olivat syöminen, nukkuminen, ja hygienian hoito sairaalahoidon aikana. Riittävän levon saaminen ja vuorokausirytmien korjaantuminen olivat potilaiden kertoman mukaan edistämässä psyykkistä toipumista. Potilaat kuvasivat, että sairaalassa pystyi paremmin rauhoittumaan ja pysähtymään kuin kotona. Levon saamista pitivät kaikki potilaat tärkeänä auttavana tekijänä sairaalahoidon aikana. Osa perheenjäsenistä kummasteli läheisen levon suurta tarvetta, koska kokivat potilaan vain oleskelleen kotona ennen sairaalaan tuloa, eikä se heidän mielestään voinut rasittaa. Omasta itsestä huolehtiminen oli jäänyt potilailla vähälle psyykkisen voimien huonontumisen seurauksena. Jotkut potilaista kokivat tärkeäksi sen, että hoitajat avustivat heitä hoidon aikana oikean rytmien löytymisessä.

”Sitten se mitä tarvitsin oli kyllä se, että joku tulee aamulla herättämään ja silleen kattoo vähän sitä päivärytmiä yhdessä. Et käynkö suihkussa ja oli ruoka valmiina. Siitä se sit lähti, kun sai sen rytmin kuntoon” (PT)

## **Hoitoympäristö**

Hoitoympäristö oli mielenterveyttä tukeva tekijä sekä potilaiden että perheenjäsenten kokemana. Ihmisten ympäröimänä oleminen lisäsi potilaiden turvallisuuden tunnetta sairaalassa. Turvallisuus oli kaikkien potilaiden mielestä tärkeä auttava tekijä sairaalassa. Osastolla ollessa potilaat eivät tunteneet yksinäisyyttä. Eikä potilaan tarvinnut pelätä siellä, että olisi tehnyt itselleen jotakin. Potilaat kuvasivat, että kotona eivät enää uskaltaneet olla, koska pelkäsivät vahingoittavansa itseään. Perheenjäsenet olivat aluksi kokeneet suljetut ovet pelottaviksi, mutta olivat ymmärtäneet läheisen hoidon aikana niiden turvallisuutta lisäävän merkityksen. Osasto oli pääosin koettu turvalliseksi ympäristöksi, mutta myös pelon tunteita oli herännyt. Potilaat pohtivat, että pelko aiheutui siitä, että osasto toimi uusien potilaiden päivystysvastaanottona ja siellä hoidettiin hyvin erilaisia potilaita.

”Pelotti eniten se, että tekee itselleen jotain, siellä oli koko ajan joku” (PT)

”Siellä oli ihmisiä ympärillä ja siitä tuki turvallinen olo” (PT)

”kyllähän siitä oli apua sillä hetkellä tosi paljon, en ois selvinnyt kotona tai en tiedä mitä olisi tapahtunut” (PT)

”Niin tuli semmoinen tunne, että vankilaan mennään, mut sitten tosiaan kun siinä on se toinen puoli, että se on tavallaan niinku se on semmoinen turvallinen, eristetty” (PERH)

”se oli se semmonen mihin tultiin ja siellä oli kaikkee sekasin. Siellä oli niinku, oli päihderiippuvuusongelmaisia ja sit oli näitä skitsofreenikoita ja kaikkia näitä” (PT)

## **Lääkehoito**

Kaikki potilaat kertoivat saaneensa lääkkeitä hoitajakson aikana. Potilailla oli aloitettu lääkitys tai lääkkeen annostusta oli muutettu hoitajakson aikana. Lääkitykseen suhtautuminen vaihteli potilaiden ja perheenjäsenten kokemuksissa. Osa heistä suhtautui siihen positiivisesti, mutta toiset kokivat sen kielteisenä. Potilaat kuvasivat saaneensa pahaan oloon tarvittavia lääkkeitä ensiavuksi, vaikka eivät olisi niitä halunneet mielusti. Lääkkeisiin liittyi ennakkokäsityksiä sekä potilailla että perheenjäsenillä. Pettymykset lääkityksen tehoon ja läheisen voinnin muuttumattomuuteen tuli perheenjäsenten kokemuksista ilmi. Perheenjäsenet pitivät tärkeänä, että lääkehoito ei ollut ainoa hoitokeino sairaalassa. Osa potilaista oli saanut kokemuksensa mukaan lääkityksestä tukea psyykkiseen voinnin kohenemiseen. Jotkut taas arvelivat, että se oli ihan turhaa.

”sain siihen lääkkeet ja muutenkin lääkitys katottiin uudestaan” (PT)

”kun mä menin et mulla on tosi paha olo, niin siellä vaan lykättiin joku rauhoittava tyyliin” (PT)

”Sain nukuttua siellä ilman yölääkkeitä. Mä en mielellään noita lääkkeitä syö” (PT)

” me oltiin sitä mieltä että lääkeratkaisu ei oo oikee, et tungetaan 64 purkkia naaman eteen ja kun se ei sillä parane” (PERH)

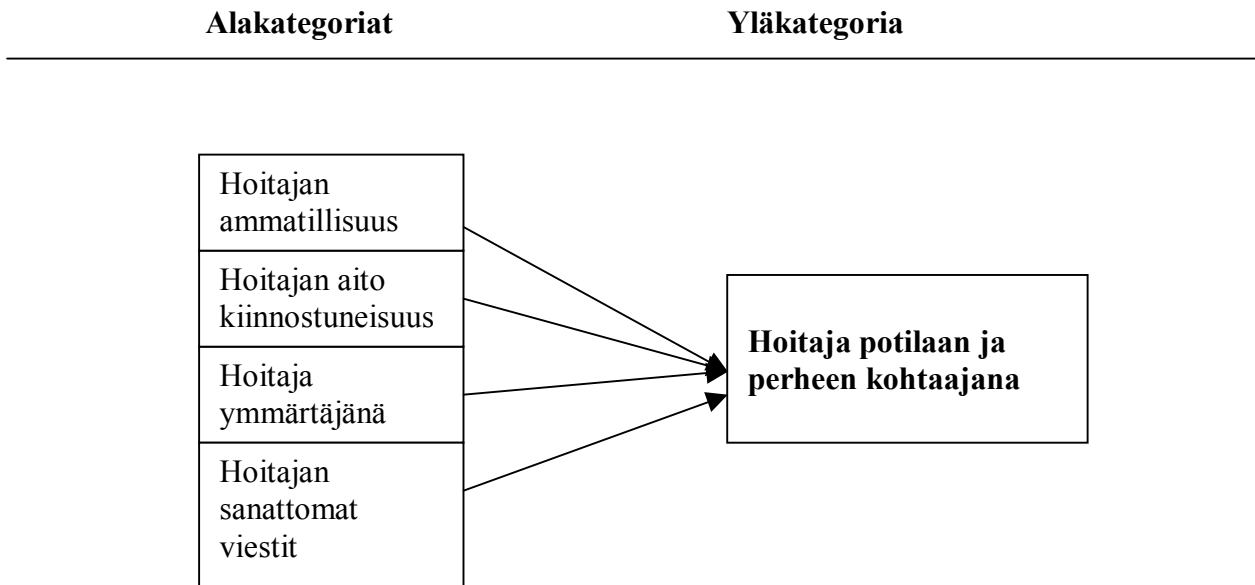
## **Fyysisen voinnin tarkistaminen**

Potilaiden mielenterveyden tukemisen lisäksi heidän fyysinen vointinsa oli huomioitu tarvittaessa osastolla. Fyysistä vointia oli joidenkin potilaiden kohdalla tutkittu erilaisten somaattisten tutkimuksien avulla. Joku potilaista kuvasi, että häntä ei ole koskaan tutkittu niin paljon kuin silloin.

”Määhän kävin yhden päivän aikana antaa varmaan kolmet verikokeet. Monta putkee. Sitten oli Pikolinnassa sitä pään ct kuvausta ja Taysissa oli mahan ultraäänitutkimusta ja vaikka mitä. Mulla oli joka päivä joku tutkimus. (PT)

### 5.1.3 Hoitaja potilaan ja perheen kohtaajana

Kolmantena yläkategoriana oli hoitaja potilaan ja perheen kohtaajana, jonka neljäksi alakategoriaksi muodostuivat hoitajan ammatillisuus, hoitajan aito kiinnostuneisuus, hoitaja ymmärtäjänä ja hoitajan sanattomat viestit. Kuviossa 4 on esitelty yläkategoria hoitaja potilaan ja perheen kohtaajana ja sen alakategoriat.



KUVIO 4. Hoitaja potilaan ja perheen kohtaajana

#### **Hoitajan ammatillisuus**

Hoitajan ammatillisuus ilmeni luottamuksellisuutena, asiallisuutena, avoimuutena ja vakavasti ottamisena. Lisäksi potilaat ja perheenjäsenet kuvasivat sitä hoitajan taitona kysellä ja keskustella sekä rehellisyytenä ammatillisessa kohtaamisessa. Luottamuksellisuus, asiallisuus, avoimuus, vakavasti ottaminen ja rehellisyys olivat arvoja, jotka kuvasivat potilaiden ja perheenjäsenten mielestä ammattitaitoista hoitajaa. Tutkittavien kokemuksissa hoitajan ammatillisuus näkyi myös taitona kysyä oikeita asioita. Se oli myös keskustelujen johdattelemista tärkeisiin potilasta koskeviin asioihin. Keskustelujen johdattelulla tarkoitettiin hoitajan ammattitaitoa noukkia oikeat asiat potilaan puheista ja viitata niihin myöhemmin sopivissa tilanteissa. Sitä kuvattiin myös taitona palata aikaisempiin keskusteluihin ja osoittaa niistä merkityksellisiä asioita. Erityisesti perheenjäsenet kuvasivat hoitajan ammatillisuutta näin.

”se oli semmoista luottamuksellista” (PERH)

”kaikki oli semmoista avointa” (PT)

”rehellistä, semmoista mitä työnteon kuuluu olla” (PERH)

”otettiin vakavasti, kun mä puhuin”(PT)

”ei tullut tunnetta että väheksyttäisiin”(PERH)

”kun ne puhu äitin asioista ja muista niin puhui hirveen sillai sulavasti. Muisti kaikki nää keskustelut ja niiden keskusteluiden aikana, niin esimerkiksi he osas palata johonkin, tai noukkia jonkin lauseen minkä äiti oli sanonu. Ja mun mielestä jos ihminen ei keskity niin se ei pysty muistaa niitä asioita niin hyvin, kuin ne pysty palaamaan” (PERH)

### **Hoitajan aito kiinnostuneisuus**

Aito kiinnostuneisuus näkyi hoitajan kohdatessa potilas ja perheenjäsenet. Se oli hoitajan auttamishalukkuutta potilaan hoidossa. Hoitajat yrittivät tehdä potilaan asioiden eteen parhaansa ja halusivat auttaa heitä perheenä. Potilaan asioihin hyvä perehtyminen oli myös aitoa kiinnostuneisuutta. Aktiivinen kysely ja keskittyminen potilaan ja perheen asioihin näkyi hoitajan vuorovaikutuksessa kiinnostuneisuutena. Hoitajan aktiivinen osallistuminen neuvotteluissa ja keskusteluissa osoitti tutkittavien mukaan hoitajan aitoa kiinnostusta. Erityisesti perheenjäsenet kuvasivat näitä havaintojaan. He kertoivat, että hoitajan täytyi olla aidosti kiinnostunut potilaasta, koska muisti potilasta koskevat asiat niin hyvin.

”hoitajat yrittävät kaikkensa hoidossa”(PT)

”kyseli tarkkaan mitä tarkoitan sillä ja sillä” (PT)

”kaikki oli valmiita auttamaan ja tämä välittyi niistä” (PERH)

”jokainen yritti tehdä asian sen eteen” (PERH)

”kaikki halusivat olla mukana ja keskittyä siihen juttuun” (PERH)

### **Hoitaja ymmärtäjänä**

Potilaat pitivät tärkeänä, että hoitaja ymmärtää heitä. Potilaiden mielestä hoitajan empaattisuus oli näkynyt ymmärtävänä kohtaamisena. Ymmärtävä hoitaja oli kiinnostunut potilaiden tunteista, kokemuksista, tilanteesta ja sairaudesta. Hoitajaa arvioitiin myös hänen omista persoonallisista piirteistään käsin. Joidenkin potilaiden mielestä hoitajan persoonalliset piirteet vaikuttivat hänen taitoihinsa asettua potilaan asemaan. Hoitajan omien mielipiteiden ja elämänasenteen esille tuominen liian voimakkaasti koettiin epäempaattisena. Tämä oli häirinnyt luottamuksellisen ilmapiirin syntyä potilaan ja hoitajan välillä, eikä edesauttanut yhteistyösuhteen kehittymistä heidän välilleen.

”ymmärsi miltä musta tuntui ja mitä ajan takaa” (PT)

”tuli kerranki sellainen olo, että joku oikeesti niinku ymmärtää, masennus on tosi asia” (PT)



”meillä synkkas niinku yhteen sillai” (PT)

”omahoitajasta tuli sellainen olo, et se oli semmonen tyyppi kenestä mä en kauheesti niinku tykännyt ja sit sillä oli kauheen semmonen jotenkin erilainen elämänote niinku mitä itse pidän maailmassa tärkeänä” (PT)

### **Hoitajan sanattomat viestit**

Hoitajan kohtaamistaidoissa oli potilaiden mielestä vaikuttanut myös hänen käyttämänsä ilmeet ja kehon kieli. Potilaat olivat vaistonneet hoitajien kiireen ja hätäisyyden heidän sanattomista viesteistään. Hoitajien kiire oli ajoittain näkynyt myös osaston ilmapiirissä. Toisaalta myös rauhallisuus, levollisuus ja lämpö näkyivät potilaiden mukaan hoitajien olemuksesta. Kasvojen ilmeistä potilaat olivat vaistonneet välittämisen, joka tuki hoitajan ymmärtävää ja ammatillista otetta.

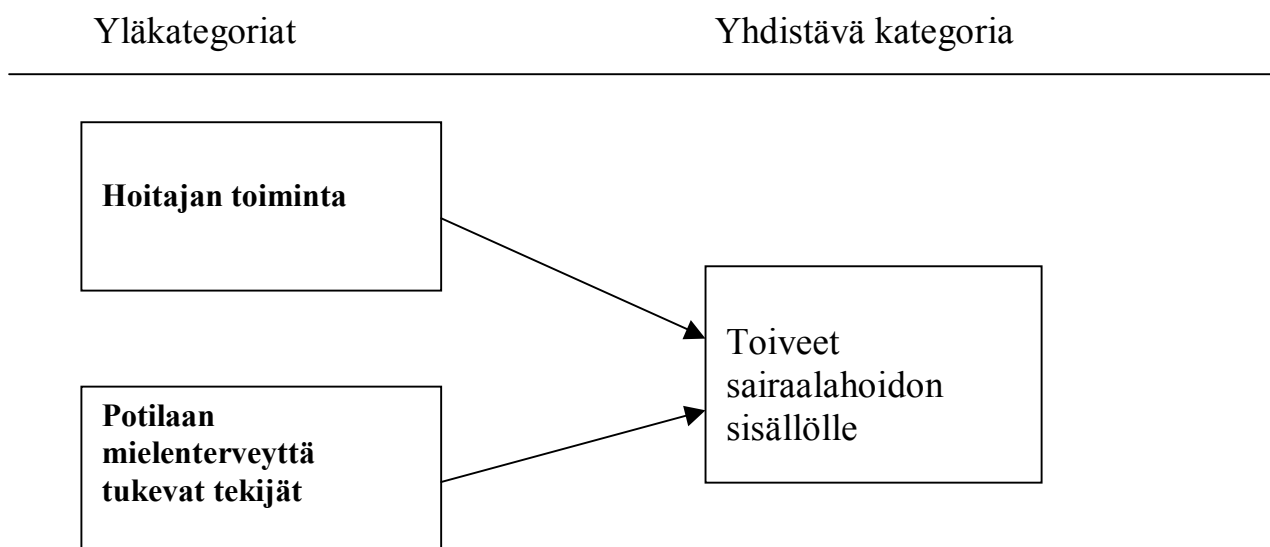
”sen vaistoa, hänen kasvojen ilmeet, että hän välittää” (PT)

”turhan hätäisen oloista” (PT)

”Se oli se kiireen tuntu ja semmoinen, en osaa sitä paremmin selittää” (PT)

### 5.2 Potilaiden ja perheenjäsenten toiveet sairaalahoidon sisällölle

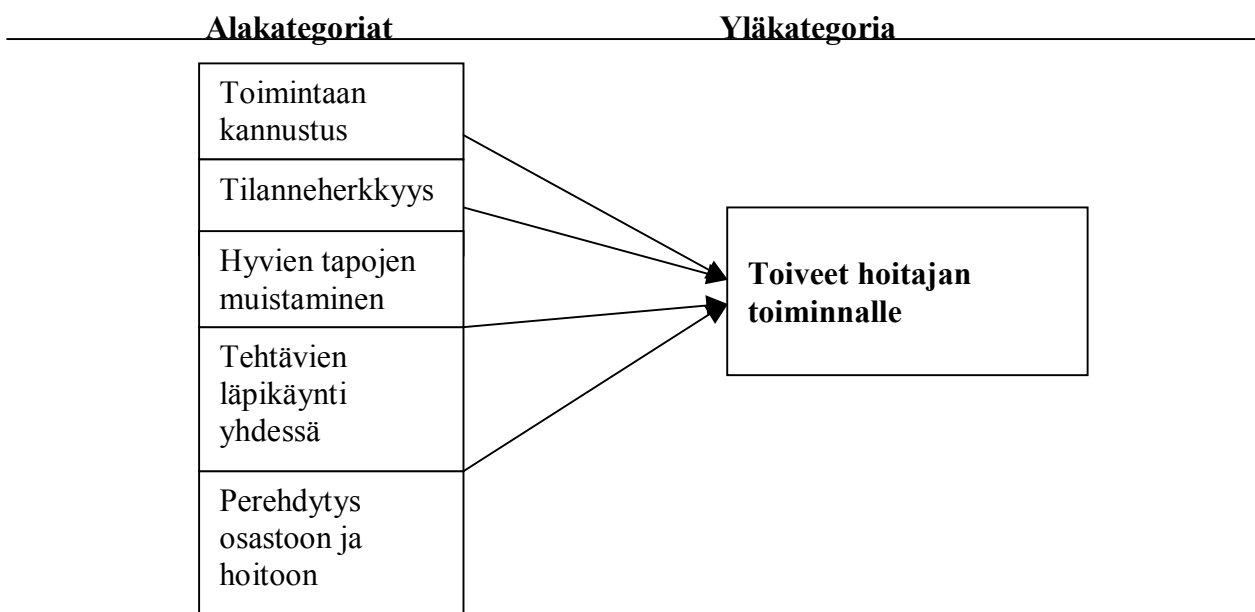
Yhdistävä kategoria toiveet sairaalahoidon sisällölle muodostui kahdesta yläkategoriasta. Nämä ovat hoitajan toiminta ja potilaan mielenterveyttä tukevat tekijät. Kuviossa 5 on esitelty yhdistävä kategoria toiveet sairaalahoidon sisällölle ja sen yläkategoriat.



KUVIO 5. Toiveet sairaalahoidon sisällölle

## 5.2.1 Toiveet hoitajan toiminnalle

Ensimmäinen yläkategoria toiveet hoitajan toiminnalle muodostui alakategorioista: Toimintaan kannustus, tilanneherkkyys, hyvien tapojen muistaminen, tehtävien läpikäynti yhdessä sekä perehdytys osastoon ja hoitoon. Hoitajan toiminnalle muodostuneet toiveet olivat potilaiden toiveita. Perheenjäsenet olivat tyytyväisiä hoitajien toimintaan, eivätkä ilmaisseet omia toiveitaan. He perustelivat sitä sillä, että he olivat osastolla perhetapaamisissa vain lyhyen aikaa, eivätkä sen vuoksi osanneet ilmaista niitä. Kuviossa 6 on esitelty yläkategoria toiveet hoitajan toiminnalle ja sen alakategoriat.



KUVIO 6. Toiveet hoitajan toiminnalle

### **Toimintaan kannustus**

Hoitajan toivottiin kannustavan potilasta enemmän toimintaan, jotta potilaan huomio olisi suuntautunut omasta ahdistuksesta ja pahasta olostapasta pois päin. Potilaat odottivat sen näkyvän hoitajan aktiivisena motiivointina ja jopa vähän patistamisena. Potilaat kokivat tekemisen olleen liian paljon heidän omassa varassaan hoidon aikana. Masentuneena potilaat kokivat liikkeelle lähtemisen ajoittain vaikeana. Potilaat kuvasivat, että hoitajat eivät tarkistaneet riittävästi, olivatko potilaat todellisuudessa noudattaneet viikko-ohjelmaa ja pitäneet sopimuksista kiinni.

”kannattaisi ei nyt tyrkätä, mut tekemään jotakin, että huomio kiinnittyisi johonkin muuhun”  
(PT)

”Ei sitä kukaan kattonut että käykö siellä vai ei, että ite tuli huolehtia jos ei jaksanut sitten ei lähtenyt kuitenkaan mihinkään, mutta ois ehkä aluks kaivannut semmoista kannustusta tai silleen että joku tulee vähän sanomaan tai silleen patistamaan” (PT)

### **Tilanneherkkyys**

Hoitajalta toivottiin tilanneherkkyttä aistia, mitä apua potilas tarvitsee hoitajakson aikana. Joillakin potilaista oli kokemus, että hoitajat antoivat vain lääkettä, vaikka potilas olisi sen sijaan toivonut keskusteluapua. Potilaat toivoivat saavansa keskustelutuokion heti, kun paha olo yllättää. Potilaat kuvasivat, että paha olo olisi helpottunut jo pienen keskusteluhetken jälkeen. Potilaat kuvasivat iltojen olleen vaikeimpia kestää psyykkisesti. Sovitut omahoitajakeskustelut eivät potilaiden mukaan osuneet juuri pahan olon yllättäessä, eivätkä siksi riittäneet avuksi. Potilaat toivoivat hoitajan olevan vielä enemmän kiinnostunut potilaan asioista ja tilanteesta. Toivomuksissa tuotiin esiin, että hoitaja jaksaisi kysyä potilaan tuntemuksista ja voinnista päivittäin useamman kerran. Aktiivisella kyselyllä hoitaja olisi pysynyt tilanneherkkänä ja ollut heti vastaamassa potilaan tarpeisiin. Pienet hetket potilaan luona olisivat lisänneet potilaiden tyytyväisyyttä. Näissä hetkissä olisi potilaiden mielestä ollut riittävää kysyä sen hetkisiä kuulumisia. Myös omahoitajakeskusteluja toivottiin enemmän. Hoitajien läsnäolo osaston tiloissa koettiin myös merkitykselliseksi ja sen arveltiin rauhoittavan osaston ajoittaista levottomuutta. Potilaat toivoivat, että hoitajia olisi voinut olla enemmän läsnä osaston tiloissa, jotta pystyisivät olemaan ajan tasalla potilaiden jaksamisen suhteen.

”olisin toivonut näkeväni omahoitajiani enemmän” (PT)

”hoitajat kysyisivät enemmän voinnista” (PT)

”vaikkei sitten ollut semmoista varsinaista keskustelua niin et ois tultu kysymään et miten menee” (PT)

” et jaksaa kuunnella sitä sitä jauhamista niin se niinku kaikkein eniten auttaa. Just sellainen niinku et kun kuuntelee niin tekee lisäkysymyksiä tai sellaista et halua oikeesti niinku tietää miltä joku asia tuntuu tai miksi siitä tulee tällöinen olo”(PT)

”siellä vaan lykättiin joku rauhoittava tyyliin että, et joku ois kuunnellu, edes pienen hetken ois saanut jutella jonkun kanssa. Ja sitkun mulla illat on kaikkein pahimpia sit siinä olossa, ahdistus tulee illalla, aamu voi mennä tosi hyvin, ei oo paha olla tai muutakaan.” (PT)

### **Hyvien tapojen muistaminen**

Hoitajalta odotettiin hyviä tapoja kohdatessaan potilaat. Erityisesti potilaat painottivat, että hoitajat tervehtisivät heitä saapuessaan töihin. Yövuoron hoitajien toivottiin myös tervehtivän potilaat. Sairaalasta kotiutuessaan potilaat toivoivat hoitajan huomioivan hyvästelemällä heidät ja mahdolliset mukana olevat perheenjäsenet. Kotiutuminen sairaalasta oli jännittänyt ja keskusteluhetki vielä ennen kotiinlähtöä olisi rauhoittanut potilaan oloa ja tuonut varmuutta.

”yöhoitajat kävisivät tervehtimässä” (PT)

”olisin kaivannut, että joku hyvästelee, lääkkeet ja reseptit joku antoikin, se oli pelottava tunne” (viitattiin sairaalasta lähtöön) (PT)

### **Tehtävien läpikäynti yhdessä**

Hoitajat olivat antaneet erilaisia tehtäviä potilaille hoitojaksolla. Niiden tarkoituksena oli lisätä potilaan ymmärrystä omaa sairauttaan kohtaan. Potilaat kokivat jääneensä tehtävien kanssa liian yksin. Potilaiden kokemuksen mukaan niiden yhteiseen käsittelyyn ei riittävästi perehdytty ja käytetty aikaa. Hoitajalta toivottiin enemmän yhteistä aikaa tehtävien läpikäymiseksi. Myös rauhallisempaa otetta toivottiin. Potilaat suhtautuivat niiden tekemiseen vakavasti ja pitivät niitä tärkeinä.

”niitä olis pitänyt käsitellä siellä, mutta koskaan ei keretty niitä niinku kattoo, niitä asioita oikein kunnolla” (viitattiin tehtäviin) (PT)

### **Perehdytys osastoon ja hoitoon**

Potilaat toivoivat hoitajalta myös perehdytystä osaston käytäntöihin, päivärytmiin ja hoitoon. Kaikille haastatelluille potilaille psykiatrinen sairaalahoito oli ensimmäinen kerta ja sairaalamaailman käytännöt uusia asioita. Riittävä perehdytys osaston toimintaan olisi orientoinut ensimmäisessä sairaalahoidossa olevat potilaat hoitojaksolle.

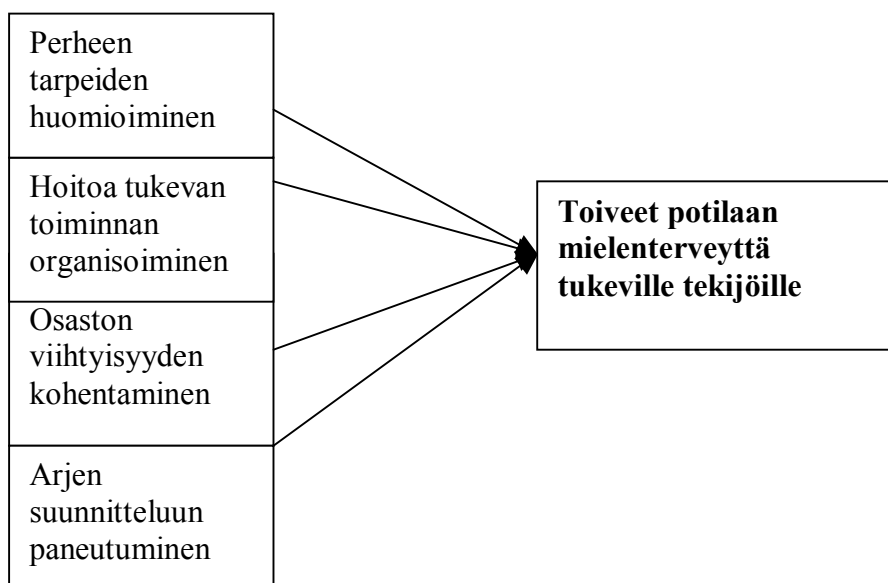
”Et kerrottais enemmän siitä osastostakin, mikä ihmeen paikka tämä nyt sitten on, mitä siellä tapahtuu milloinkin” (PT)

#### 5.2.2 Toiveet potilaan mielenterveyttä tukeville tekijöille

Toinen yläkategoria toiveet potilaan mielenterveyttä tukeville tekijöille alakategoriaksi muodostuivat: Perheen tarpeiden huomiointi, hoitoa tukevan toiminnan organisoiminen, osaston viihtyisyyden kohentaminen ja jatkohoidon suunnitteluun paneutuminen. Kuviossa 7 on esitelty yläkategoria toiveet potilaan mielenterveyttä tukeville tekijöille ja sen alakategoriat.

## Alakategoriat

## Yläkategoria



KUVIO 7. Toiveet potilaan mielenterveyttä tukeville tekijöille

### **Perheen tarpeiden huomioiminen**

Kaikki potilaat ja perheenjäsenet esittivät toiveita perheen tarpeiden huomioimiselle. Nämä toiveet muodostuivat tiedon antamiseen liittyvistä tarpeista, perheiden jaksamisen huomioimisesta ja tapaamisten sopimisesta. Näiden lisäksi perheenjäsenet toivoivat saavansa olla mukana potilaan jatkohoidossa. Tietoa perhetapaamisissa oli saatu jonkin verran, mutta perheenjäsenet toivoivat hoitohenkilökunnan antavan tietoa vielä enemmän läheisen sairaudesta ja tilanteesta. Myös potilaat toivoivat, että heidän perheenjäsenilleen kerrotaan enemmän heidän sairaudestaan, vaikka aluksi sitä empivätkin. Potilaat kertoivat, että olivat ajatelleet perheenjäsenten omaa jaksamista ja siksi eivät halunneet kuormittaa läheisiään omilla murheillaan. He ajattelivat, että läheiset saivat huilata potilaan olotilasta sillä välin, kun itse olivat sairaalassa. Tämä korostui erityisesti, jos perheenjäsenet asuivat yhdessä. Potilaat arvelivat, että ammattihenkilö olisi parempi ja neutraalimpi ihminen kertomaan heidän sairaudestaan kuin he itse. He pohtivat, että hoitajan antama tieto ymmärretään ja hyväksytään helpommin. Perheenjäsenten omaan jaksamiseen ei osastolla ollut kiinnitetty huomiota. Perheenjäsenet toivoivat, että heiltä olisi kysytty, kuinka he itse jaksavat. Samoin ajattelivat myös potilaat.

”kyllä olisi voinut puhua sairaudesta enemmän” (PERH)

”olis hyvä tietää mikä on diagnoosi, missä mennään ja taudinkuvasta” (PERH)

”olisin halunnut että selitetään yleisesti mitä masennus on” (PT)

”olisi ollut siitä tilanteesta ja masennuksesta, kyllähän sitä itse tietää, mutta toinen ei välttämättä käsitä mistä on kysymys” (PT)

”olis voinut kysyä miltä miehestä tuntuu” (PT)

Perheenjäsenten tarpeet toivottiin huomioitavan myös perheiden tapaamisia sovittaessa. Perhetapaamiset oli pidetty päivällä virka-aikaan. Perheenjäsenten oli vaikea järjestää aikaa töistään niihin lyhyellä varoitusajalla. He kokivat, että kahdesta tapaamisesta oli aiheutunut riittävästi järjestettävää niin lyhyellä varoitusajalla, vaikka kokivat osallistumisen tärkeäksi. Jotkut perheenjäsenistä pohtivat, että heillä oli stressiä jo muutenkin ja tapaamisten järjesteleminen oli lisännyt sitä vielä osaltaan. Perheenjäsenet eivät aina päässeet mukaan tapaamisiin päivällä töidensä vuoksi. Silloin heidän osallistumisensa oli jäänyt yhteen kertaan. Perheenjäsenet ehdottivat tapaamisille ilta-aikaa työpäivän jälkeen.

”pystyiskö niitä järjestää rauhallisemmin, eikä niin kauheella kiireellä?”(PERH)

”Ois pitänyt järjestää ne sillai illalla, työpäivän jälkeen” (PERH)

Perheenjäsenet toivoivat saavansa olla mukana myös potilaan jatkohoidossa. He olivat tyytyväisiä, että pääsivät sairaalassa mukaan miettimään potilaan jaksamista, motivointia sekä suunnittelemaan mielekästä tekemistä potilaalle. He toivoivat, että heidän osallistumisensa ei päättyisi siihen, vaan jatkuisi myös avohoidossa. Perheenjäsenet kokivat, että olisi tärkeää olla tukemassa potilasta myös sairaalahoidon jälkeen. Osallistumalla avohoitoon perheenjäsenet saisivat ajanmukaista tietoa potilaan voinnista, eikä heidän tarvitsisi olla huolissaan. Tällä hetkellä tietoa läheisen jaksamisesta ei tullut heille asti. Avoimuus perheen kesken oli lisääntynyt, mutta silti perheenjäsenten ei ollut helppo kysellä potilaan jaksamisesta häneltä itseltään. Perheenjäsenet toivat esiin myös luottamuspulaa sairastunutta läheistä kohtaan. He epäilivät, että voiko läheisen sanaan luottaa, jos hän kertoo, että hänellä menee hyvin. Perheenjäsenet olivat huolestuneita sairaalajakson jälkeen, koska eivät olleet enää varmoja, kuinka potilas oikeasti tällä hetkellä jaksaa. Perheenjäsenillä oli pettymyksen ja turhautumisen tunteita, koska he tiesivät nyt läheisen sairastumisesta, mutta eivät tienneet hänen todellista sen hetkistä tilannettaan.

”Oikeestaan mä oon enemmän pettynyt siihen, että nyt ei oo ollu mitään semmoista, vaikka oli puhe että keskustellaan avoimesti... Nytkin ollaan vähän sen varassa, sit et mitä hän ite sanoo” (PERH)

”et ois ollu vaikka yhden tai kahden kuukauden kuluttua palaveri ja pidettäis niin kuin säännöllisesti, koska jos ihminen ei parane niin kuin niks naks yhtäkkiä niin eihän se tilanne

muutu. Et periaatteessa se tarvii tukee jatkossakin, vaikka avopuolelle siirtyy. Ois kiva et ois niitä palavereita ja yhteydenpitoa”. (PERH)

”Pitääkö tulla joku katastrofi ennen kuin otetaan mukaan” (viittasi avohoitoon) (PERH)

”En mä tiedä oletko sä täysin selvinnyt” (PERH)

### **Hoitoa tukevan toiminnan organisoiminen**

Potilaat toivoivat enemmän mielekästä toimintaa sairaalajakson ajaksi. Ryhmät ja toiminta viikonloppuisin korostuivat erityisesti heidän toiveissaan. Potilaat toivoivat, että valinnanvaraa erilaisista ryhmistä olisi enemmän. Lisäksi osaston omiin ryhmiin toivottiin enemmän struktuuria, jota hoitajat olisivat vetäjän roolissa potilaiden mielestä voineet tuoda. Struktuurilla tarkoitettiin sitä, että keskusteluryhmiä olisi voitu aktiivisemmin ohjata hoitajien toimesta ja yhteiskeskusteluille olisi annettu teemoja, joita olisi käsitelty kullakin kerralla. Osaston omat ryhmät koettiin levottomina, koska potilaat olivat liian erilaisia ja monenkuntoisia. Osa potilaista oli jättänyt ryhmät väliin, koska oma psyykinen vointi oli niissä vain huonontunut.

”Enemmän jotain tällaisia ryhmiä, siellä oli musiikinkuunteluryhmä ja liikuntaryhmää ja tällaista. Jotain sellaista enemmän. (PT)

”Aamupäiväryhmässä vaan kysyttiin, että mitä sulle kuuluu tänään. Se enempää sitä ei ohjattu mitenkään. Jotenkin olisi odottanut, että henkilökunta olisi ollut enemmän mukana. Mitä tänään tapahtuu ja ketä on työvuorossa ja vähän semmoista”(PT)

Mielekästä tekemistä toivottiin enemmän, koska jotkut potilaista vertasivat sairaalahoitoa päiväsairalaan, jossa kertoivat toimintaa olleen enemmän. Toimintaa toivottiin erityisesti viikonloppuihin, koska silloin osastolla ei ollut tekemistä, joka olisi auttanut psyykkisen voimien kohenemisessä. Myös perheenjäsenet toivat esiin toiveen, että päivässä olisi enemmän toimintaa sairaalahoidon aikana.

”Mä vertasin sitä koko siihen päiväsairalaan, että siellä oli enemmän, se oli tiiviimpää”(PERH)

”sit viikonloppuna siellä ei ollut mitään toimintaa. Ja se oli niin kuin tosi turhauttavaa”(PERH)

”oishan siellä päivään mahtunut enemmänkin tekemistä”(PERH)

Potilaan hoitoa olisi tukenut myös, jos omahoitajan työvuoroja olisi ollut mahdollisimman paljon hoitajakson aikana. Lisäksi potilaat toivoivat, että omahoitajat nimetään heti sairaalaan tultua. Eräs potilas kertoi, että toinen omahoitajista oli vain potilaan sairaalaan tuloviikonloppuna töissä ja harmitteli tätä.

”mun omahoitajalla meni ne vuorot sillä tavalla, että ne meni oikeestaan vähän miten sattuu”(PT)

### **Osaston viihtyisyyden kohentaminen**

Osaston viihtyisyydelle potilaat esittivät myös toiveita. Osastolle toivottiin viihtyisämpää väritystä ja rauhallisuutta. Myös äänieristykseen, osaston tiloihin ja ilmapiirin turvallisuuteen toivottiin parannuksia. Potilaat kuvailivat osaston äänien kantautuneen öisin potilashuoneisiin käytäviltä ja vaikuttivat heidän yöuniinsa. Osaston käytävillä oli jo aamuyöstä potilaita, jotka olivat äänellään herättäneet myös potilaita huoneissa. Television sijainti osaston käytävällä koettiin huonoksi ratkaisuksi. Se oli rauhaton paikka, johon kaikki osaston äänet kantautuivat.

”äänieristykset olivat huonot huoneissa” (PT)

”tvhuonekin oli läpikulkuhuone, kaikki kuului käytävältä” (PT)

Osaston tiloilta toivottiin lämpoisempää tunnelmaa. Osaa potilaista häiritsi seinien valkoinen väritys, joka loi steriilyyden ympärilleen. Osastolle toivottiin myös kunnolliset vierailutilat, jotta potilaiden olisi mukavampi kutsua läheisiään sinne vierailemaan.

”valkoiset seinät, liian steriili ympäristö, et siel ois ollu jotenkin lämpöistä, se tuntui kauheen kolkolta ja kylmältä” (PT)

”vierailutiloja saisi olla enemmän ja paremmat, kun ei siellä tahtonut olla sellaista tilaa johon olisi voinut pyytää” (PT)

Potilaat kokivat myös turvattomuutta osastolla ja toivoivat osastolle turvallisempaa ilmapiiriä. Potilaiden turvattomuuden tunnetta oli lisännyt ajoittainen osaston ja potilashuoneiden levottomuus. Tämä tunnelma oli lisännyt joidenkin potilaiden ahdistusta ja pahaa oloa. Levottomuutta oli aiheuttanut potilaiden mielestä sairaustaustaltaan liian erilaiset potilaat. He vertailivat itseään heihin ja toivoivat jatkossa pääsevänsä samaa sairautta sairastavien kanssa yhteiselle osastolle. Lisäksi potilaat kertoivat aistineensa sen, jos osastolla tapahtui jotakin sellaista, että hoitajien oli puututtava siihen. Tämä oli lisännyt myös potilaiden pelokkuutta.

”osastolla liian erilaisia potilaita” (PT)

”ei liian erilaisia potilaita samoihin huoneisiin” (PT)

”masentuneitten osasto olisi ollut mulle selvästi parempi” (PT)

### **Arjen suunnitteluun paneutuminen**

Potilaat ja perheenjäsenet kokivat arjen suunnittelun kotona tärkeäksi sairaalahoitoon kuuluvaksi osaksi. Arkielämän suunnittelua oli tehty pääosin perhetapaamisissa, jonka potilaat ja



perheenjäsenet kokivat hyvänä. Silloin myös perheet ja heidän ajatukset huomioitiin. Arjen suunnittelua toivottiin kuitenkin enemmän, koska potilaat ja perheenjäsenet kokivat muutoksen isona. Tällä tarkoitettiin sairaalasta kotiinpaluuta, vaikka sairaalajakso oli vain kahden viikon pituinen. Sairaalassa hoitajat ja apu olivat lähellä, mutta kotona potilaan olisi pitänyt heti selvittää yksin kaikesta. Potilaat toivat esiin toiveen, että voisivat aloittaa jo sairaalasta käsin käynnit muun muassa omissa harrastuksissa. Perheenjäsenet taas esittivät, että tehdyt arjen suunnitelmat eivät olleet toteutuneet juuri kotona. He pohtivat, että olisiko suunnittelun oltava vielä pienemmin askelin etenevää, jotta potilas oikeasti toteuttaisi suunnitelmia, joita arkea varten oli sairaalassa tehty.

”Ehkä ois kaivannut just semmoista konkreettista apua, aikaansaaminen ja tekeminen oli vaikeeta kotona. Että käy suihkussa ja tekee päivittäiset asiat ja varmistettuu joku pitempi jakso. Meinas tulla vähän semmoista laiskistumista, oli vähän vaikea aloittaa työ ja harrastukset ja muut” (PT)

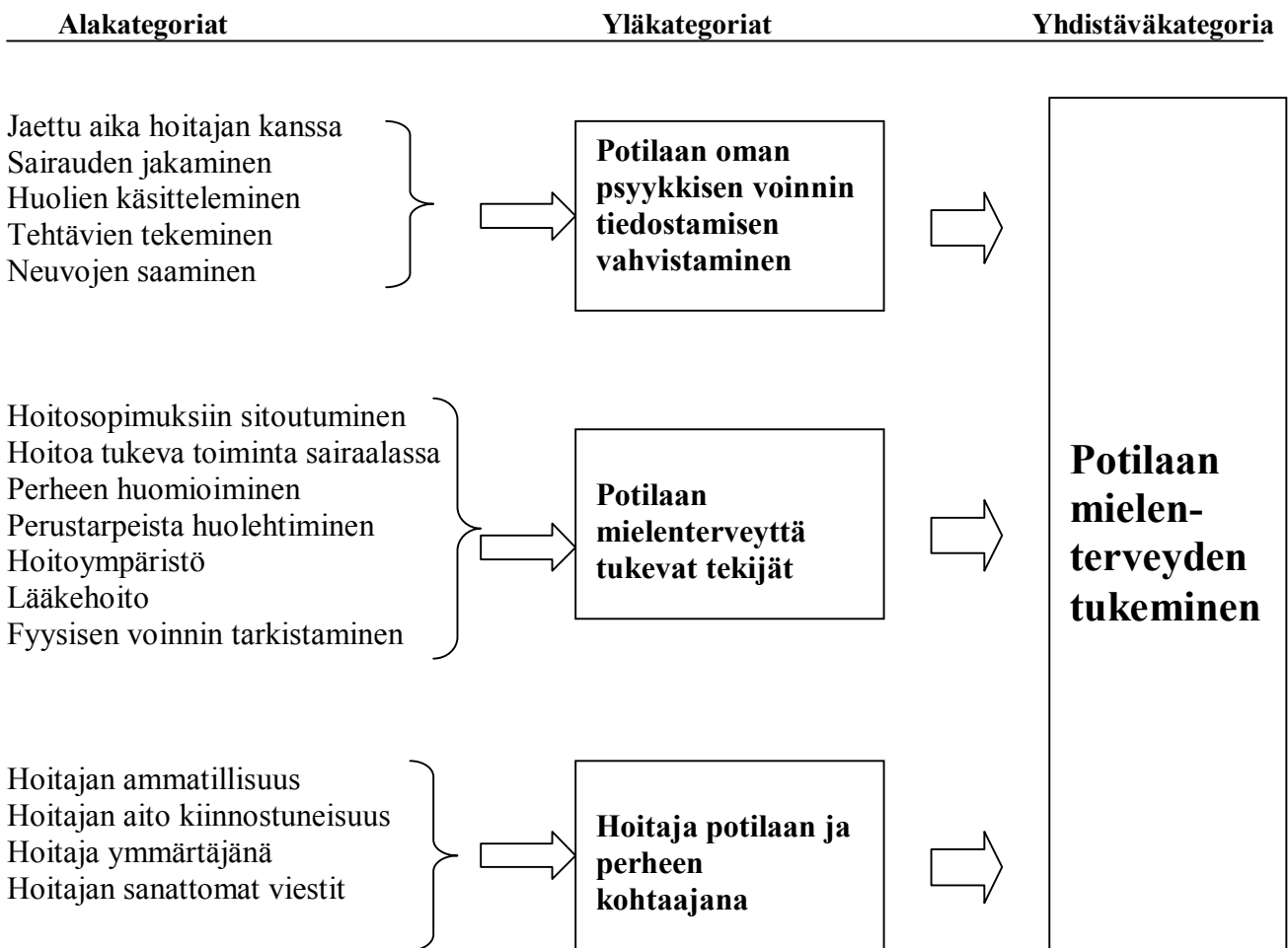
Kaikki perheenjäsenet toivat esiin huolen potilaan tämän hetkisestä voinnista ja kotona pärjäämisestä. Perheenjäsenet pohtivat, että potilas ei voi parantua hetkessä. He arvelivat, että läheinen tarvitsisi tukea enemmän, kuin mitä hän tällä hetkellä sai avohoidossa. Myös monet potilaista kertoivat, ettei tämän hetkinen vointi ollut ihan tasapainossa. Sairaalajakson jälkeen kaikilla potilailla oli mennyt jonkin aikaa hyvin. Osa pohti uuden sairaalajakson tarpeellisuutta ja osa taas avohoidon tuen tehostamista. Läheiset arvelivat, että potilas osasi esittää pärjäävämpää avohoidon tapaamisen ajan, kuin se todellisuudessa oli.

”taas huolestuttaa, kun näkee että tää tilanne on taas se ettei mihinkään lähdetä. Ei niinku millään. Omaisen on hirveen vaikee sanoo sun on pakko lähtee. Ethän sä voi pakottaa ketään” (PERH)

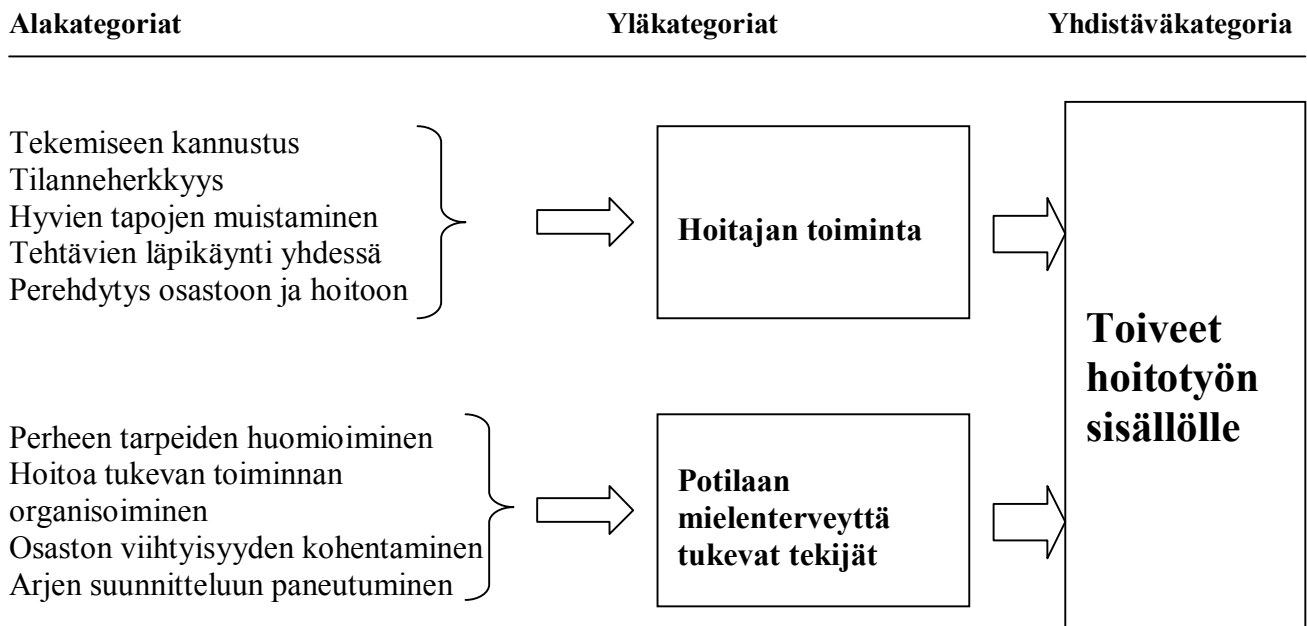
”etkä sä taida enää käsitöitäkään paljon tehdä, taas tuntuu että taannutaan vaan koko ajan” (PERH)

### 5.3 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista

Tutkimusaineiston analyysin tuloksena saatiin kuvaus potilaiden ja perheenjäsenten kokemuksista kriisihoitajaksolta psykiatrisesta sairaalasta ja heidän toiveistaan hoidolle. Nämä tulokset ovat kuvailtavissa seuraavien kahden kuvion mukaisesti.



KUVIO 8. Potilaiden ja perheenjäsenten kokemukset potilaan mielenterveyden tukemisesta



KUVIO 9. Potilaiden ja perheenjäsenten toiveet hoitotyön sisällölle

## 6. POHDINTA

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden ja perheenjäsenten kokemuksia kahden viikon strukturoidulta kriisihoitajaksolta psykiatrisesta sairaalasta, jossa perheet otetaan mukaan potilaan hoitoon. Lisäksi tavoitteena oli selvittää potilaiden ja perheenjäsenten toiveita hoitajaksolle. Tulokset osoittivat, että kriisihoitajaksolla potilaan mielenterveyden tukeminen koostuu potilaan oman psyykkisen voinnin tiedostamisen vahvistamisesta, potilaan mielenterveyttä tukevista tekijöistä ja hoitaja potilaan ja perheenjäsenten kohtaajana. Toiveita esitettiin hoitajan toiminnalle ja potilaan mielenterveyttä tukeville tekijöille.

Tutkimuksessa käy ilmi, että hoidon tavoitteena oli lisätä potilaan omaa tiedostusta psyykkistä sairauttaan kohtaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia. Kokko (2003) viittaa potilaan vahvistuvan psyykkisesti hoidon aikana. Saari taas (2002) kirjoittaa potilaan oman tilan ja vaikeuksien oivalluksesta, kun taas Sorsa (2002) asiakkaan voimaantumisen. Kilkun (1998) tuloksissa todetaan keskeiseksi potilaan psykoosikokemuksen ymmärtäminen ja sen hyväksyminen. Tässä tutkimuksessa potilaan oman ymmärryksen lisääntyminen sairauttaan kohtaan

koettiin auttavan potilaan selviytymistä tulevaisuudessa. Potilaat pohtivat, että oman psyykkisen reagoitettavan tiedostaminen ja selviytymiskeinojen saaminen olivat mahdollistaneet sen, että he eivät enää uudelleen sairastuisi, kun elämässä tulee psyykkistä kuormittuneisuutta ja stressiä. Toisaalta saadut ongelmanratkaisutaidot voivat antaa myös keinoja hakea apua riittävän ajoissa, jotta tilanteen kriisiytymiseltä vältyttäisiin jatkossa.

Hoitajan antamaa aikaa potilaat ja perheenjäsenet pitivät tärkeimpänä asiana. Tämä näkyi erityisesti potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhteen kuvauksina. Siltä odotettiin sairaalahoidon aikana eniten. Saman ovat todenneet Puusti (2000), Hedman (2002), Koivisto (2003), Kuosmanen ym. (2006) sekä Syrjäpalo (2006). Kaikilla potilailla oli kaksi nimettyä omahoitajaa hoidon ajalle. Tutkittavat pitivät tärkeänä, että omahoitajat eivät vaihdu ja ovat mahdollisimman paljon töissä kahden viikon hoitajakson aikana. Puustin (2000) tutkimuksen potilaat tuovat esiin samansuuntaista kertoessaan hoitojärjestelmän toimivuudesta ja sen yhteydessä hoitajien kolmivuorotyöstä. Laitisen (2002) mukaan yksilövastuisen hoitotyön järjestäminen lyhytaikaisissa hoitosuhteissa on haasteellinen tehtävä, johon tarvitaan jatkuvaa hoitotyön suunnittelua, tutkimista ja uusien mahdollisuuksien etsimistä. Tässä tutkimuksessa osalla potilaista oli kokemus, että omahoitaja ei riittävästi tavannut potilasta hoidon aikana. Työyhteisössä tarvitaan paljon erilaisia järjestelyjä, jotta omahoitajuus voi onnistua. Tällaisia ovat esimerkiksi työvuorojen suunnittelu hoitotyön tarkoituksesta käsin ja erilaisten tukitoimintojen järjestäminen niin, että hoitotyöntekijät voivat keskittyä oman asiantuntijuutensa hyödyntämiseen potilaan hyväksi. (Laitinen 2002.)

Keskusteleminen hoitajan kanssa auttoi eniten potilaan pahan olon lievittämisessä. Potilaat odottivat aktiivista kontaktin ottoa hoitajalta. Keskusteluja toivottiin joka päivälle useamman kerran. Keskustelut mainitaan myös Puustin (2004) ja Komppa-Valkaman (2005) mukaan keskeisiksi auttamismenetelmiksi. Tässä tutkimuksessa keskustelut hoitajan kanssa pohjautuivat ennalta sovittuun viikko-ohjelmaan, joka oli tehty hoitajaksolle. Potilaat eivät odottaneet kaikkien keskustelujen olevan syvällisiä. Pienetkin hetket potilaan luona olisivat helpottaneet heidän oloaan ja auttaneet jaksamaan. Keskustelujen tasojen vaihtelemisen tulisi lähteä potilaan tarpeista. Kettunen ym. (2002) kirjoittavat voimavaroja vahvistavasta vuorovaikutuksesta, jossa heti kohtaamisen ensihetkestä alkaen hoitajalla on oltava erityistä herkkyyttä virittää suotuisaa ilmapiiriä keskusteluun. Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitajan tilanneherkkyyden tulisi näkyä hoitajan taitona keskustella potilaan tarpeista käsin. Potinkara (2003) ja Keskinen (1997) kirjoittavat samansuuntaisesti.

Tärkeää potilaille oli, että heidän kanssaan vietetään aikaa. Hoitajien saatavilla ja näkyvillä olo oli erityisen tärkeää. Se lisäsi potilaiden turvallisuuden ja luottamuksellisuuden tunnetta hoitoa kohtaan. Potinkaran (2003) ja Koiviston ym. (2004) tutkimuksissa tuotiin esille samansuuntaista. Kollasen (2007) tutkimuksessa hoitajat pitivät osastoyhteisössä potilaiden kanssa olemista tärkeänä, vaikka osastolla olisi kaaosta. Hoitajan tehtävä on sietää sitä ja olla potilaiden kanssa. Potilaat arvioivat tässä tutkimuksessa heidän seurassa vietetyn ajan perusteella sitä, kuinka kiinnostuneita hoitajat olivat potilaista.

Potilaiden ymmärrys omaa psyykkistä vointiaan kohtaan oli lisääntynyt keskustelujen avulla. Keskusteluissa oli käyty läpi potilaan sairautta ja huolia. Tiedon saaminen sairaudesta oli tärkeää, koska oirehtimiselle tuli sen myötä nimi. Tiedon merkityksellisyys potilaalle todetaan myös muissa tutkimuksissa. (Cleary 2004, Hotti 2004, Hätönen 2004, Komppa-Valkama 2005, Kilkku 1998 ja Puusti 2000) Menneisyyden ja mahdollisten laukaisevien tekijöiden käsittely olivat auttaneet tutkittavia ymmärtämään mistä on kyse. Potilaiden elämässä kuormittaneet huolet olivat lisänneet ahdistusta ja niiden jakaminen hoitajan kanssa oli koettu tärkeäksi. Lisäksi potilaat olivat saaneet tehtäviä hoitajakson aikana. Potilaat muistivat tehtävät huonosti nimeltä. Silti he muistivat, miksi niitä oli tehty ja pitivät niitä mieluisina, mutta niiden käsittelyyn olisi toivottu enemmän aikaa hoitajalta. Hoitajat antoivat myös erilaisia neuvoja potilaille sairaalahoidon ajalle sekä tulevaisuutta varten. Neuvojen antaminen edellyttää tämän tutkimuksen mukaan hoitajalta herkkyyttä kuunnella potilasta. Samaan tulokseen on päätyneet myös Kokko (2003). Neuvojen pitäisi olla potilaiden tarpeista lähteviä, eikä hoitajan kannata tuoda liian vahvasti omaa näkemystään esille. Neuvojen avulla saatuja ongelmanratkaisutaitoja ja elämää helpottavia taitoja kutsutaan kriisinhallintataidoiksi psykoedukatiivisessa hoitomallissa. (Kilkku 1999.) Myös psykoedukatiivisien perheinterventioiden tulisi pitää sisällään samansuuntaista harjoittelua. (Stengård 2005.)

Hoitosopimukset olivat tulosten mukaan lähtökohta hoidolle. Myös Laitinen (2002) tuo esiin hoitosopimusten tärkeyden potilaan lyhytaikaisessa hoidossa. Sairaalaan tullessa oli tehty kahden viikon hoitajakson sopimus, josta hoidossa lähdettiin liikkeelle. Kaikkien potilaiden mielestä hoitajakson pituus oli riittävä, melkein kaikki olivat harkinneet lähtöä jopa aiemmin. Puustin (2000) tutkimuksessa todetaan potilaiden tyytymättömyys hoitajakson pituuteen. Potilaat kokivat kiirehtimistä hoidossa. Tässä tutkimuksessa osa potilaista olisi kokenut jopa lyhyemmän jakson auttavan, etenkin jos hoito olisi ollut sisällöllisesti tiiviimpää. Hoitosopimukset olivat sitouttaneet potilaan myös olemaan vahingoittamatta itseään. Latvala (1998) korostaa, että sitoutuminen ei kosketa pelkästään potilasta vaan kaikkia, jotka osallistuvat hoitoon. Tässä tutkimuksessa tämä ei

tullut esiin. Eikä myöskään kokemukset rajoittamisesta, koska tässä tutkimuksessa kaikki potilaat olivat vapaaehtoisesti omasta tahdostaan sairaalahoidossa. Rajoitukset ja pakkotoimet koetaan potilaiden taholta negatiivisimmin sairaalahoidon aikana. (Latvala 1998, Kuosmanen ym. 2006, Syrjäpalo 2006.) Perheenjäsenet olivat pääosin myös tyytyväisiä potilaan saamaan hoitoon, vaikka kaikilla oli varauksellisia ennakkokäsityksiä psykiatrisesta hoidosta. Aikaisemmin on saatu samansuuntaisia tuloksia potilaiden tyytyväisyydestä psykiatriseen sairaalahoitoon. (Kuosmanen ym. 2006.)

Viikko-ohjelman tekeminen hoidon ajalle koettiin hyväksi tavaksi hahmottaa hoitajakson suunnitelmat. Potilaat kokivat, etteivät olisi muistaneet sovittuja asioita niin hyvin, jos niitä ei olisi kirjattu ohjelmaan ylös. Potilaiden psyykkinen vointi oli vaikuttanut siihen, kuinka aktiivisesti he olivat osallistuneet toimintaan. Haastatellut ymmärsivät, että tekeminen auttaa kohentamaan mielialaa ja vie ajatukset pois ahdistuksesta ja pahasta olost. Aina hyvätkään suunnitelmat viikko-ohjelmassa eivät toteutuneet, koska potilaiden oli vaikea saada itseään liikkeelle. Toisaalta sopimuksista haluttiin pitää kiinni. Siksi kaikki tekeminen oli hyvä kirjata viikko-ohjelmaan ylös. Hoitajan rooli korostui tutkittavien mielestä tässä kohtaa. Yksin tekeminen koettiin vaikeaksi ja hoitajan tulisi toimia toiminnan alulle panijana ja kannustajana.

Mielekäs tekeminen hoidon aikana oli auttanut kohentamaan potilaiden vointia. Tulokset ovat samansuuntaisia myös Kokon (2004) ja Kuosmasen ym. (2006) tutkimuksissa. Erityisesti erilaiset sairaalan yhteiset ryhmät ja liikunta erilaisine muotoineen koettiin potilaan mielenterveydelle tärkeäksi. Tuloksista käy ilmi, että tutkittavat toivoivat tekemistä silti vielä enemmän. Toimintaa toivottiin erityisesti viikonloppuihin, jolloin sairaalassa ei potilaiden kuvausten mukaan ollut juuri mitään toimintaa. Virikkeettömyys ja tekemisen puute osastolla tuli myös Puustin (2000) tutkimuksesta esiin. Kuosmasen ym. (2006) tutkimuksessa ehdotetaan, että mielekkään tekemisen kehittämisen pitäisi lähteä potilaiden tarpeista.

Osastolla oli järjestetty keskusteluryhmiä, jotka osa potilaista koki vain ahdistusta lisäävinä. Psykkiseltä voinniltaan erilaiset potilaat lisäsivät ryhmässä levotonta oloa. Siksi ryhmiin ei aina haluttu osallistua. Ryhmiin toivottiin struktuuria, jota hoitajan aktiivisempi ote olisi parantanut. Kokemusten jakaminen ryhmässä potilaiden kesken koettiin Kokon (2004) tutkimuksessa hyvään mielenterveystyöhön kuuluvaksi. Tässä tutkimuksessa vertaistuki ei tullut ilmi ryhmässä, vaan osaston potilaiden kanssa vietettynä vapaa-aikana. Joillekin potilaista oli syntynyt keskenään ystävyysuhteita, jotka olivat kestäneet myös sairaalajakson jälkeen. Syrjäpalo (2006) sekä Puusti

(2000) kirjoittavat vertaistuesta, joka saattoi olla myös toistensa perehdyttämistä osaston käytäntöihin. Tässä tutkimuksessa osastolla oli jäänyt vapaa-aikaa myös television katsomiseen ja käytävillä istuskeluun. Hoitoon kuulumaton ajanviete osastolla oli auttanut potilaita toipumisessa, vaikka se ei ollut suunniteltua.

Hoitojaksojen aikana jokaiselle potilaalle oli tarjottu perheen tai ystävien mukaan kutsumista hoitoon. Kaikille potilaille oli pidetty ainakin yksi neuvottelu tai perhetapaaminen, jossa läheiset olivat mukana. Perheen huomioiminen toteutui tutkimuksen mukaan läheisten mukanaolona neuvotteluissa tai perhetapaamisissa. Tässä tutkimuksessa ei tullut esiin, oliko sairaalasta tehty kotikäyntejä. Niiden nähdään kuuluvan myös perhekeskeisyyteen. (Pitkänen ym. 2002.)

Pitkänen ym. (2002) kirjoittavat perheen tilanteen kokonaisvaltaisesta huomioimisesta, kun osastolla on perhekeskeinen osastokulttuuri. Tässä tutkimuksessa perheen huomioiminen ei ollut tutkittavien mielestä riittävästi perheen tarpeista lähtevää. Hoito lähti potilaasta käsin ja perhe otettiin mukaan tapaamisiin. Neuvottelut ja perhetapaamiset olivat foorumeita, joissa perheitä tavattiin. Tapaamisten ja neuvotteluiden ajankohdat olivat virka-aikaan, jolloin perheenjäsenet kertoivat käyvänsä töissä. Tapaamisia oli perheenjäsenten mielestä työläs järjestää lyhyellä varoitusajalla. Perheenjäsenet toivat esiin toiveen, että tapaamisten ajankohtana olisi myöhäisempi kellonaika.

Perheenjäsenet kokivat saaneensa jonkin verran tietoa potilaan voinnista ja lääkityksestä. Tietoa toivottiin tulosten perusteella perheenä enemmän. Hyvässä mielenterveystyössä perheenjäsenille jaetaan tietoa potilaan mielenterveysongelmista. (Kokko 2003.) Hotin (2004) tutkimuksen mukaan tieto vaikuttaa läheisten suhtautumiseen potilasta kohtaan myönteisesti. Lisäksi tietoa tulee antaa useita kertoja sairauden toteamisen jälkeen. Myös Ruuskanen (1998), Kilkku (1999), Nyman & Stengård (2001), Potinkara (2003), Sjöblom ym.(2003) ja O'Connell (2006) korostavat perheiden tiedon saannin tärkeyttä. Koska perheenjäsenet toivoivat tietoa enemmän sairaudesta ja tilanteesta, voisi osastolla järjestää psykoedukatiivisia omaisten ryhmiä ja infotilaisuuksia, kuten Kollasen (2007) tutkimuksen hoitajat ehdottavat. Niissä perhe saisi samalla vertaistukea, joka koetaan tutkimusten mukaan edistävän perheen sopeutumista läheisen sairastumiseen. (Viitala 2007.) Myös luettavien materiaalien saaminen läheisen hoidon aikana on tärkeää, koska niihin on helppo palata myöhemmin. (O'Connell 2006).

Potilaat sitä vastoin olivat tässä tutkimuksessa tyytyväisiä sairauden ja huolien käsittelyyn ja tiedonsaantiin niistä. Aikaisemmissa tutkimuksissa potilaat toivoivat myös lisää tietoa näistä. (Puusti 2000, Hätönen 2005, Kuosmanen ym. 2006.) Tämän tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että potilaat kokivat perhetapaamiset ahdistusta lisäävinä, jonka vuoksi keskittymiskyky huononi ja muistaminen vaikeutui. Tämän vuoksi hoitoneuvotteluissa ja perhetapaamisissa tulisi huomioida potilaan psyykkinen vointi. Lisäksi potilaille annettavan tiedon tulisi olla ymmärrettävässä muodossa ja sitä tulisi saada koko hoidon aikana. (Kuosmanen 2006.) Potilaat toivat esiin sitä vastoin toiveen saada perehdytystä osastosta ja hoidosta. Hätönen (2005) ja Punkanen (2001) ovat tuoneet esiin, että potilaat pitävät tärkeimpänä tiedonsaantia hoitotoimenpiteistä, eri hoitovaihtoehdoista ja käytänteistä.

Yhteisen ymmärryksen luominen potilaan tilanteesta oli perhetapaamisissa keskeisessä asemassa haastateltavien mukaan. Perheenjäsenillä ei ollut tietoa läheisen sairastuneen todellisesta tilanteesta ennen sairaalahoitoa. Vasta perhetapaamisissa tilanne oli valjennut. Kaikki perheenjäsenet kertoivat ennakkokäsityksistä ja häpeästä läheisen psyykkistä sairastumista kohtaan, mutta potilaan hoitoon mukaanpääsy oli tuonut ymmärrystä ja helpottanut sen hetkistä huolta. Samaa ovat myös Sjöblom ym. (2004) ja O'Connell (2006) tuoneet esiin. Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että perheenjäsenten omasta jaksamisesta ei ollut kysytty hoitajakson aikana. Nymanin & Stengårdin (2001) ja Viitalan (2007) tutkimuksissa todetaan, että hoitohenkilökunnan tulisi arvioida myös perheen jaksamista.

Perheenjäsenet olivat tyytyväisiä potilaassa tapahtuneeseen muutokseen ja kokivat hoidossa mukana olemisen tärkeänä. Sjöblomin ym.(2003) mukaan perheet tuntevat pettymystä ja vihaa, koska hoitotaho ei pysty tekemään enempää, kuin mitä tekevät. Myös tässä tutkimuksessa perheet toivat esiin huolta, milloin potilas paranee. Toiveet olivat korkealla sairaalahoidosta kotiin päästessä, mutta huoli pärjäämättömyydestä oli alkanut jonkin ajan kuluttua, kun mitään tietoa avohoidosta ei tullut perheille asti. Yhteistyö hoitavan tahon kanssa oli alkanut lupaavasti osastolla ja odotukset olivat korkealla. Avohoito sai kriittistä palautetta, koska perheitä ei ollut kutsuttu potilaan hoitoon mukaan. Potilaiden jatkosuunnitelmien tekeminen alkoi heti hoidossa. Myös Pitkäsen ym. (2002.) tutkimuksessa tämä todetaan. Perheenjäsenet halusivat osaltaan tukea potilaan selviytymistä kotona. Aina avohoidon työntekijät eivät olleet mukana palavereissa. Arjen suunnitteluun toivottiin enemmän paneutumista, jotta potilas kotiutuessaan pystyisi toteuttamaan tehdyt suunnitelmat. Suunnitelmien toivottiin olevan myös mahdollisimman realistiset. Perheenjäsenet empivät potilaan suunnitelmien toteutumista käytännössä ja toivoivat saavansa tietoa potilaasta ulkopuoliselta ammatti-ihmiseltä myös potilaan siirtyessä avohoitoon. Saaren



(2002) mukaan perhe tulee kytkeä heti potilaan hoitoprosessiin ja sen tulee jatkua myös potilaan akuutin vaiheen väistyttyä. Perhekeskeisyyttä pidetään nykyään hoitotyössä selkeänä periaatteena ja sen merkitys on korostunut psykiatrisessa hoitotyössä entisestään avohoitopainotteiseen hoitoon siirryttäessä. (Pitkänen ym. 2002.) Avohoidon olisi hyvä miettiä jatkossa, minkä verran perheet voisivat tulla mukaan potilaan hoitoon, koska heidän mukanaolonsa on kiistatta edistämässä potilaan toipumista. (Sjöblom ym. 2003.) Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksissa (2001) todetaan, että lähiverkoston tulisi osallistua hoidon suunnitteluun ja arviointiin koko potilaan hoitoprosessin ajan. Avohoidon ja sairaalahoidon saumattomuuden kehittäminen tukisi potilaan hoitoa. Tämä vaatii yhteistyön ja toiminnan kehittämistä sekä yhteydenottojen tiivistämistä puolin ja toisin potilaan asioissa. (Kollanen 2007.) Tässä ovat avainasemassa käytännön hoitotyöhön ja erityisesti hoitojärjestelmän kehittämiseen osallistuvat (Nyman & Stengård 2001).

Potilaiden perustarpeista huolehtiminen, fyysisen voinnin tarkistaminen ja lääkitys olivat osa hoitoa. Samansuuntaiseen tulokseen ovat tulleet myös Kollanen (2007), Puusti (2000) ja Syrjäpalo (2006). Hengellisyyden tarve ei tullut esille tässä tutkimuksessa kuten Puustin (2000) ja Syrjäpalon (2006) tutkimuksista tuli esille. Erityisesti vuorokausirytmii ja levon saaminen hoidossa korostuivat tässä tutkimuksessa. Kokko (2003) ja Tiri (2005) perustelevat läikehoidon kuuluvan mielenterveystyön auttamismenetelmiin. Syrjäpalon (2006) mukaan potilaat arvostavat sitä hoitomuotona. Tässä tutkimuksessa sitä vastoin potilaat pitivät keskustelua hoitajan kanssa parempana apuna kuin tarvittavaa läikeitystä. Kaikki potilaat olivat sairaalahoidon aikana kuitenkin käyttäneet läikekeitä. Tuloksista käy ilmi, että siihen suhtautuminen oli ristiriitaista. Toisaalta läikekeiden käytön merkitys ymmärrettiin, mutta osa tutkittavista ei mielellään itse halunnut psykeläikekeitä syödä, eikä niistä saatu hyöty ollut heidän mielestään riittävää. Potilaiden tiedoissa läikeityksestä ja sivuvaikutuksista on puutteita Hätösen (2005) tutkimuksen mukaan. Siksi voidaan olettaa, että potilaiden ja perheenjäsenten positiivisempaan suhtautumiseen läikeitystä kohtaan voidaan vaikuttaa riittäväällä tiedonsaannilla.

Tässä tutkimuksessa tuli esiin, että turvallinen hoitoympäristö sairaalassa oli tärkeää potilaille. Sitä on arvostettu myös monissa aikaisemmissa tutkimuksissa, kuten Cleary & Edwards (1999), Puusti (2000), Potinkara (2003) ja Syrjäpalo (2006). Clearyn & Edwardsin (1999) tutkimuksessa hoitajat pohtivat akuutin osaston toiminnan luonteen vaihtelevuutta, joka näkyy myös osaston ilmapiirissä. Tässä tutkimuksessa tuli esiin samansuuntaista. Potilaat kokivat osaston ilmapiirin ajoittain pelottavana ja turvattomana, koska osasto toimii päivystyspoliklinikkana ympärivuorokautisesti. Potilaiden erilainen sairaustausta ja psyykkinen vointi heijastuivat tutkittavien mukaan osaston

ilmapiiriin. Ympäristöstä aiheutuvat pelot tulivat esiin myös Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa. Puustin (2000) ja Syrjäpalon (2006) tutkimuksista tuli esiin myös yksityisen tilan puute. Tässä tutkimuksessa sitä vastoin toivottiin osastolle vierailutiloja tukemaan potilaiden ja perheiden yksityisyyttä. Kokko (2003) ohjeistaa tutkimuksessaan psykiatrisen sairaalan osastoja. Hänen mukaansa osastoilla tulisi olla selkeä työnjako, joka mahdollistaa eri-ikäisten ja psyykkiseltä voinniltaan erilaisten ihmisten hoitamisen eri osastoilla. Potilaat toivat esiin toiveita osaston viihtyisyyden kohentamiseksi äänieristyksillä ja tunnelmallisemmalla väriytyksellä. Myös Puusti (2000) ja Kollanen (2007) kuvaavat osaston tilojen ankeutta, lisäksi Kollanen (2007) osaston tilojen vaikutusta potilaan vointiin. Kuosmanen ym. (2006) toivovat potilaiden yksilöllisten tekijöiden, kuten iän ja sukupuolen huomioimista paremmin psykiatrista osastoa kehitettäessä. Tuloksista käy ilmi, että osaston hoitoympäristöä voitaisiin kehittää perhekeskeisempään suuntaan järjestämällä sinne potilaiden toivomat vierailutilat.

Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa todetaan hoitajan kohtaamistaitojen merkityksellisyys. (ks. Puusti 2000, Nyman & Stengård 2001, Kokko 2003, Potinkara 2003, Tiri 2005.) Myös tässä tutkimuksessa potilaat ja perheenjäsenet arvostivat ammatillisuutta ja aitoa kiinnostuneisuutta. Hoitajan odotettiin ymmärtävän potilasta. Joitakin kokemuksia potilailla oli hoitajan epäempaattisuudesta. Hätösen (2005) mukaan hoitajien epäystävällinen kohtelu vaikuttaa myös potilaan tiedonsaantiin. Potilaiden kunnioittava kohtelu kuuluu jokaisen potilaan oikeuksiin, joiden tulee toteutua kaikissa hoitotyön tilanteissa. (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) McCabe ym. (2006) toteavat, että hoitajan empaattisuus helpottaa terapeutin yhteistyösuhteen kehittämistä. Hoitajan vuorovaikutustaitoja pidetään perusvalmiuksina, joita myös omaiset pitävät tärkeinä. (Nyman & Stengård 2001.) Empaattinen hoitaja ei hyvää tarkoittaen tuputa omia näkemyksiään ongelmista ja tavoitteista vaan keskittyy niihin, joihin potilas on valmis sitoutumaan. (Vuori-Kemilä 2003.) Tässä tutkimuksessa joillakin potilaista oli myös tällaisia kokemuksia. Cleary & Edwards (1999) kirjoittavat akuutin osaston hoitotyön olevan kiireistä, jota on mahdoton suunnitella tilanteiden vaihtuvuuden vuoksi. Nämä tilanteet vievät hoitajien aikaa suunnitellulta hoitotyöltä. Potilaat olivat vaistonneet tässä tutkimuksessa tämän kiireen hoitajista. Potilaat totesivat, että kaikelle ei ole sanoja, mutta sen vaistoaa. Hjelt-Putilin (2005) on todennut samansuuntaisesti ilmeiden, eleiden ja asentojen vaikutuksesta viestinnässä. Erityisesti asenteiden ilmaisussa sanaton viestintä osoittaa voimallisuutensa.

Kaikilla haastatelluilla potilailla oli tullessaan sairaalaan masennuksen oireita, joillakin lisäksi myös psykoottisuutta heidän kokemustensa mukaan. Masennuksen käypähoitosuositus esittää, että

valtaosa masennuspotilaista voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa. (Depressio käypähoitosuositus 2004.) Myös mielenterveyslaki (1990) ja mielenterveyspalveluiden laatusuositukset (2001) antavat ohjeistukset psykiatrisen avohoidon kehittämiseksi. Masennushoitajatoimintaa on kehitetty Suomessa valtakunnallisesti jo useamman vuoden ajan. (ks. STM hankkeet 2008.) Viime vuosina myös akuutin psykoosin tehostettua kotihoitoa on kehitetty menestyksellisesti esimerkiksi Keski-Suomen alueella. (ks. Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaishanke 2007.) Tutkija ehdottaa, että sairaalahoidon kehittämisen lisäksi myös avohoidon mahdollisuudet hoitaa kriisipotilaat olisi hyvä huomioida. Tulosten mukaan mielenterveyshoitotyön auttamismenetelmät eivät näyttäisi eroavan sairaalan ja avohoidon välillä olennaisesti. Suurimpana erona on fyysinen hoitoympäristö. Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että kotiutuminen pelotti potilaita jo kahden viikon hoitajakson jälkeen. Kun potilas hoidettaisiin kotiin, ei sairaalasta kotiutumista tarvitsisi miettiä. Kotiympäristöön tukeminen edistää potilaan selviytymistä kotona, koska arjen jatkuminen pystytään turvaamaan paremmin. Lisäksi perheen mukanaolo olisi luontevaa. Myös mielenterveyspalveluiden laatusuositukset (2001) ohjeistavat kuntia kehittämään hoidosta joustavaa ja liikkuvaa. Kotikäynnit ovat osa toimintaa. Toisaalta avohoidon uusien toimintamallien rinnalla on tärkeää kehittää myös jatkossa sairaalahoitoa vastaamaan potilaiden ja perheenjäsenten tarpeisiin.

## 6.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät tutkimusongelmien valintaan, tutkijan ja tutkimusorganisaation väliseen suhteeseen sekä tutkijan ja tutkittavan tutkimussuhteeseen. Näiden lisäksi on pohdittava tutkimuksen tulosten julkaisemiseen liittyviä periaatteita. (Vehviläinen-Julkunen 1998.) Tutkimuksen tehtävänä oli tuottaa tietoa potilaiden ja perheenjäsenten kokemuksista sairaalahoidosta, jotta osaston hoitotyötä voitaisiin kehittää entistä potilas- ja perhekeskeisemmäksi. Potilas- ja perhekeskeisyyden huomioiminen kehitettäessä hoitotyötä ovat tätä päivää ja edustavat asiakaslähtöisyyttä. Mielenterveyspalveluiden jatkuva kehittäminen tarvetta vastaavaksi on tärkeää ja perustelee aiheen näkökulman valintaa ja siitä saatavaa hyötyä.

Tutkija anoi tutkimusluvut Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä keväällä 2006. Lausunto haettiin myös sairaanhoitopiiriin eettiseltä toimikunnalta, koska kyseessä oli tutkimus, joka koski potilaita ja perheenjäseniä. Eettiset kysymykset liittyvät mielenterveyspotilaan yksityisyyteen, itsemääräämisoikeuteen, tiedonsaantiin ja vapaaehtoisuuteen. (Latvala 2001, Iphowen 2005.) Tutkimus ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa, ja sen keskeyttäminen tulee olla mahdollista koska tahansa. (Vehviläinen-Julkunen 1998.) Tutkimukseen

osallistumisen vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta korostettiin haastateltaville kirjallisessa tiedotteessa, puhelimessa ja vielä ennen haastattelun alkua. Haastateltavat lähettivät tutkijalle allekirjoitetun suostumuksen omilla yhteystiedoillaan vahvistettuna. Saatuaan ne tutkija sopi puhelimessa haastateltavien kanssa ajan ja paikan sekä kertasi vielä kirjeessä olleet tiedot ja varmisti kaiken tulleen ymmärretyksi.

Psykiatrinen sairaalahoito kosketti potilaan lisäksi hänen perhettään ja tämä oli huomioitava haastattelutilanteissa. Potilas perheineen on kohdattava ammatillisesti ymmärtäen, jota osaltaan tuki tutkijan psykiatrisen sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Tästä syystä tutkijalle ei ollut vierasta kohdata mielenterveyspotilas ja hänen perheensä. Anonymiteetti on taattava tutkittavalle ja heille on kerrottava tutkimuksen hyödyt, rajoitukset ja mahdolliset riskit. (ks. Vehviläinen-Julkunen 1998.) Tutkija kertoi haastateltaville, että haastattelunauhoja ei kuuntele, eikä kirjoita tekstiksi kukaan muu kuin tutkija itse ja ne tuhoataan muistiinpanojen ohella tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Tutkimusraportissa ei ole tunnistettavia tietoja yksittäisistä ihmisistä tai perheistä, joita tutkimus koski. Suorista lainauksista ei myöskään voi tunnistaa haastateltavaa. Jos suorissa lainauksissa viitattiin nimeen, se on otettu raportista pois. Tutkija ei ole koskaan työskennellyt kyseisellä paikkakunnalla, mikä vahvistaa tutkittavien anonymiteettia ja luottamuksellisuuden syntyä. Se voi myös lisätä haastateltavien tiedon antamisen todenmukaisuutta. (ks. Iphowen 2005.) Hyödyksi voidaan katsoa myös tutkittavien oman tarinan kertomisen mahdollisuus. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Tässä tutkimuksessa tutkittiin potilaan ja perheenjäsenten kokemuksia psykiatrisesta sairaalahoidosta, joka on inhimillisesti ajatellen arkaluonteinen asia. Haastatteluissa oli yhdestä kolmeen osallistujaa, joka osaltaan toi haasteen tutkijalle. Kylmä & Juvakka (2007) toteavat, että vaativia ja arkoja aiheita on parempi käsitellä pienemmissä ryhmissä. Ryhmähaastattelussa jäsenet voivat reagoida keskustelun aikana tunnepitoisiin aiheisiin (Mäenpää ym. 2002). Tämän vuoksi tutkija halusi varmistaa haastattelun jälkeen, ettei kenellekään jäänyt herkistynyt tunnetila päälle haastatteluissa. Potilaat ja perheenjäsenet saivat keskustella vielä vapaammin haastattelun jälkeen ja tuulettaa tunteitaan tutkijalle. Aihe nosti pintaan haastateltavilla muistoja, kuten perheenjäsenen sairastuminen ja hoitoon toimittamisen viivästyminen. Tutkija varmisti vielä ennen lähtöä haastateltavien tunnelmat, koska haastattelujen lopuksi on hyvä kysyä myös tutkittavien kokemuksia tutkimushaastattelusta. (Kylmä & Juvakka 2007.) Samalla tutkija kertasi, että jos he haluavat keskustella vielä tutkimukseen liittyvistä kysymyksistä, se on mahdollista soittamalla tutkijalle.

Tutkimuksen tulosten raportoinnin periaatteena on avoimuus ja rehellisyys sekä objektiivisyys. (Vehviläinen-Julkunen 1998.) Tutkimuksen uskottavuus ja eettiset ratkaisut kulkevat yhdessä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä (Tuomi & Sarajärvi 2002). Tutkija on pohtinut koko tutkimuksenteon ajan tutkimuspäiväkirjassa tekemiään ratkaisujaan ja hakenut ohjausta tarvittaessa, koska kokemus tutkimuksen teosta on vielä vähäistä. Tutkija on mielestään kehittynyt ja oppinut paljon tutkimuksen teosta tämän prosessin myötä. Lisäksi tutkijan sairaanhoitajan ammattieettinen pohdinta on ollut hyödyllistä tutkimuksen teon kaikissa vaiheissa.

### 6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan tarkastella tutkimuksen luotettavuutta haastatteluaineiston keräämisen, aineiston analyysin ja tutkimuksen raportoinnin kautta (Nieminen 1998). Kylmä & Juvakka (2007) toteavat, että laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella myös uskottavuuden, siirrettävyyden, vahvistettavuuden ja refleksiivisyyden kannalta. Kvalitatiivinen lähestymistapa on perusteltu ratkaisu, koska haluttiin tutkia kokemuksia tietyn psykiatrisen osaston potilailta ja heidän perheenjäseniltään. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. Nieminen (1998) korostaa, että aineisto tulee koota sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. Aineisto tulisi kerätä henkilöiltä, jotka tietävät tutkittavasta ilmiöstä paljon tai heillä on kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2002). Haastateltavien halukkuus keskustella aiheesta tutkimushaastattelutilanteessa on myös valintakriteeri. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Aineiston riittävyttä tulee pohtia luotettavuuden kohdalla (Eskola & Suoranta 1998). Haastatteluaineiston tiedonantajajoukko oli pieni, yhteensä kahdeksan haastateltua potilasta ja perheenjäsentä. Puolet heistä oli potilaita ja puolet perheenjäseniä. Potilaat ja heidän perheenjäsenet olivat tärkeä kohderyhmä tutkimuksen teon kannalta, koska potilailla oli kokemus sairaalahoidosta ja perheenjäsenillä mukanaolosta läheisensä hoidossa. Haastateltavat tulivat mukaan vapaaehtoisesti ja heillä oli halu kertoa omista kokemuksistaan. Kehitettäessä osaston toimintaa potilaslähtöisempään ja perhekeskeisempään suuntaan on kohderyhmän valintana potilaat ja heidän perheenjäsenet perusteltu. Kaikki haastateltavat eivät halunnut ottaa perheenjäseniä mukaan, jonka ei haluttu estävän heidän osallistumista haastateltavaksi. Haastateltavia oli vaikea saada tavoiteltua määrää ja siksi kaikki haastateltavat olivat arvokkaita tiedonantajia. Potilaat ja perheenjäsenet saivat itse valita myös perheenjäsenet, jotka osallistuivat haastatteluun ja oli luontevaa haastatella heidät perheenä.

Oman haasteensa toi haastatteluaineiston luotettavuuteen perheen mukaan ottaminen. Perheen tutkimisessa on ongelmallista se, tutkitaanko kerralla koko perhettä, joitakuuta perheenjäseniä vai vain yhtä jäsentä, joka edustaa koko perhettä. Perheestä saatava tieto voi olla erilaista, kun sitä kerätään esimerkiksi haastatteleamalla kaikkia perheenjäseniä yhtä aikaa tai kutakin erikseen. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999.) Vastavuoroisuus ja kaikkien näkemyksen esiin saaminen on huomioitava tulosten luotettavuuden tarkastelussa (Mäenpää ym. 2002). Tässä tutkimuksessa kaksi haastatteluista oli yksilöhaastattelua ja kahdessa oli potilas ja kaksi perheenjäsentä kerralla mukana. Potilaat saivat itse valita osallistujat, jonka ajateltiin toimivan motivoivana ja luottamuksellisuuden syntyä vahvistavana tekijänä. Näin ollen osa haastatteluista oli yksilö- ja osa ryhmähaastatteluja. Haastateltavat olivat olleet kriisihoitojaksolla vuonna 2005 tai alkuvuodesta 2006. Tutkija teki kaikki haastattelut syyskuussa 2006, jonka vuoksi joidenkin haastateltavien sairaalahoidosta oli saattanut kuluja jo reilu vuosi. Tämä saattaa heikentää tutkimuksen aineiston luotettavuutta.

Teemahaastattelu mahdollistaa potilaiden ja perheenjäsenten kokemusten esille tuonnin. Haastateltavat saivat keskustella teemoista vapaasti yksilö- ja ryhmähaastatteluissa. Tärkeää oli huomioida, että teemat olivat sopivan väljiä, jotta potilaiden ja perheenjäsenten näkemykset saatiin esille. (Nieminen 1998.) Teemat ja tutkijan apukysymykset helpottivat tutkijaa aiheeseen palaamisessa, jos haastateltavat lähtivät puhumaan laajemmin kokemuksistaan kuin teemat edellyttivät. Tutkija koetti tehdä sen hienovaraisesti olematta kuitenkaan liian aktiivinen ja näkyvä, joka tuo oman haasteen haastattelutilanteeseen. (Mäenpää ym. 2002.) Ryhmätilanteissa tutkija olisi vielä enemmän voinut helpottaa kaikkien osallistujien äänen kuulumista aktivoinnilla ja motivoinnilla, koska toisessa perhehaastattelussa isän ääni jäi vähäisemmäksi kuin muiden haastateltavien. Hän oli hiljaisempi ja kommentoi lyhytsanaisesti. Ryhmähaastattelujen luotettavuuteen voi lisäksi vaikuttaa ryhmän jäsenten suhteet toisiinsa. Ryhmänjäsenet kontrolloivat aina jonkin veran toisiaan ja saattavat muuttaa mielipiteitään toistensa mukaisiksi. (Pötsönen & Pennanen 1998.)

Ilmapiiiri haastatteluissa pyrittiin luomaan vapautuneeksi ja luottamusta herättäväksi. Tutkija on tottunut työskentelemään mielenterveyspotilaiden ja heidän perheenjäsenten kanssa, joka osaltaan vaikutti tutkijan omaan suhtautumiseen ja haastattelun luontevuuteen. Tämä osaltaan helpotti luottamuksen saamista haastattelutilanteisiin. Potilaat olivat psyykkisesti hyvävointisia, eikä sairaus vaikuttanut haastatteluihin, vaan he kertoivat avoimesti ja monisanaisesti kokemuksistaan. Haastattelut kestivät tunnista kahteen tuntiin, jona aikana ehdittiin rauhassa keskustella teemoista. Teemoihin ehdittiin palata uudestaan ja tarkentaa vielä, jos jotain jäi epäselväksi. Haastattelut

tehtiin potilaiden tai perheenjäsenten kotona, jonka he itse valitsivat. Se loi osaltaan turvallisuutta ja luottamusta haastattelutilannetta kohtaan. (ks. Kylmä & Juvakka 2007.)

Istumapaikat tutkittavat saivat myös valita itse. Tutkija vain varmisti, että kaikkien äänet kuuluivat mikrofoniin nauhalle ennen varsinaisen tutkimuksen alkua. Haastattelujen nauhoituksella pyrittiin lisäämään myös luotettavuutta. Ennen haastattelujen alkua tutkija esitteli vielä itsensä, kertoi omat taustat ja kertasi salassapitoon ja tutkimuksen keskeyttämiseen liittyvät seikat. Tutkija kirjoitti haastattelujen aikana joitakin havaintoja tutkimuspäiväkirjaan, mutta huomasi jo ensimmäistä haastattelua tehdessään sen olevan helpompaa haastattelun jälkeen, jotta pystyi osallistumaan täysin haastatteluun. Tutkimuspäiväkirjan pitäminen vahvistaa tulosten uskottavuutta Kylmän & Juvakan (2007) mukaan. Hirsjärvi & Remes (2003) toteavat, että haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää tutkittavien antamat sosiaalisesti suotuisat vastaukset. Haastateltavat toivat esiin myös kritiikkiä sairaalahoidolle, vaikka tiesivät tutkijan edustavan hoitotyön käytäntöä. Haastattelujen luotettavuutta saattoi lisätä se, että tutkija oli eri paikkakunnalta kuin haastateltavat potilaat ja heidän perheenjäsenet. Tutkimuksen luotettavuutta olisi voitu lisätä esihaastatteluilla. (Hirsjärvi & Hurme 2000.)

Tutkimuksen uskottavuus lisääntyy jos aineisto on kuvattu täsmällisesti ja tutkija tuntee ilmiön ja aineiston. (Eskola & Suoranta 1998.) Tutkija itse purki nauhoitetut haastattelut ja jätti teema-alueiden ulkopuolelle menevät keskustelut purkamatta. Kun haastatteluja ei pureta sanatarkasti, on jatkokäsittelijäksi paras haastattelut tehnyt tutkija itse. Tutkija tuntee tällöin aineiston niin hyvin, että hän tunnistaa tallenteesta teema-alueet nopeasti ja huomaa helposti milloin on tarpeen kirjoittaa sanatarkkoja dialogeja. (Hirsjärvi & Hurme 2000.) Analyysin luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan kirjaukset ja perustelut luokitteluperusteilleen. Selkeällä raportoinnilla, tutkijan ratkaisuilleen antamien perustelujen ja riittävän evidenssin perusteella lukija tekee arvion luokituksen onnistuneisuudesta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Tehtyjen tulkintojen, johtopäätösten ja aineiston välistä suhdetta arvioidaan ulkoisen validiteetin kautta. Tulkintoja ei tule tehdä satunnaisin poiminnoin aineistosta. (Eskola & Suoranta 1998.) Tuloksiin on kirjattu suoria lainauksia haastatteluista, jotka kuvaavat kategorioiden muodostumista. Tutkija kirjasi tutkimuspäiväkirjaan pohdintojaan luokista ja niiden kattavuudesta, jotta ne olisivat toisensa poissulkevia. Alkuperäiseen aineistoon palaaminen useaan kertaan analyysivaiheessa piti sen koko analyysin ajan tuoreessa muistissa. Sisällön analyysin haasteena on aineiston pelkistäminen ja siitä kategorioiden muodostaminen niin, että ne mahdollisimman luotettavasti

kuvaa tutkittavaa ilmiötä (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tutkija haki perusteluja ratkaisuilleen ja arvioi niitä kriittisesti koko prosessin ajan, jotta tutkimustulokset vastaisivat aineistoa. Käsitejärjestelmän luomisessa auttoi käsitekarttojen tekeminen, jotka selvensivät kategorioiden suhteita ja pitivät kokonaisuuden tutkijan mielessä. Samalla voitiin vahvistaa aineiston tulkinnan reaabeliutta, koska ristiriitaisuuksien osoittaminen vahvistaa luotettavuutta. (Eskola & Suoranta 1998.) Tutkimuspäiväkirja oli tutkijan apuna koko tutkimusprosessin ajan. Muistiinpanojen hyödyntäminen auttoi myös tutkimusraportin kirjoittamista. Tutkimuspäiväkirjan merkitys korostuu laadullisessa tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Tutkija on pyrkinyt raportoinnissa selkeyteen, joka on yksi luotettavuuden kriteeri. (Nieminen 1998.) Eskolan & Suorannan (1998) mukaan tutkimustulosten siirrettävyydellä tarkoitetaan, että ne voidaan siirtää samankaltaisiin yhteyksiin. Tutkimuksen tulokset on saatu haastattelemalla kriisijaksolla olleita potilaita ja heidän perheitään. Tuloksia ei voida yleistää, mutta niitä voidaan hyödyntää muillakin psykiatrisilla osastoilla. Tulokset olisivat voineet olla erilaiset, jos haastattelut olisi kohdistettu ei-kriisihoitajaksolla olleisiin potilaisiin ja perheisiin. Tutkimuksen sisäistä validiutta voidaan lisätä teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen sopusoinnulla (Eskola & Suoranta 1998). Tutkimustulosten tulisi perustua aineistoon, jotta tutkimuksen vahvistettavuus ei heikenny. (Eskola & Suoranta 1998.) Tutkijan oma pitkä työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä on tuonut esiyymmärryksen tutkimusaiheeseen, joka voi heikentää luotettavuutta. Tutkijalla saattaa olla ennakkokäsityksiä, jotka ohjaavat tutkijaa kysymään tai havainnoimaan odotetulla tavalla. (Nieminen 1998.) Tutkija on pyrkinyt objektiivisuuteen ja sulkemaan oman esiyymmärryksensä pois. Toisaalta tutkijan esiyymmärrys on voinut myös lisätä tutkimuksen luotettavuutta, koska tutkija ammattinsa pohjalta ymmärtää haastateltavien kokemuksia. Tutkijan kokemattomuus on voinut heikentää laadullisen tutkimuksen luottavuutta. Sisällön analyysi on menetelmänä vaativa ja tutkija itse noviisi menetelmän hallinnassa. (ks. Kylmä & Juvakka 2007.)

#### 6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimustulosten osalta voidaan todeta, että potilaille ja heidän perheenjäsenilleen on merkityksellistä, mitä kahden viikon pituiseksi strukturoitu kriisihoitajakso pitää sisällään. Tutkittavat olivat pääosin tyytyväisiä hoitajaksoon, vaikka sen sisältö sai jonkin verran kehittämis ehdotuksia.



Hoitojakson sisällön tiivistämistä ja sen pituutta voisi olla perusteltua vielä miettiä jatkossa, koska tuloksissa esitettiin sen suuntaisia toiveita. Potilaan ja hoitajan välistä yhteistyösuhdetta pidettiin hoidon aikana tärkeimpänä potilaan psyykkistä vointia korjaavana, mutta sille esitettiin myös eniten toiveita. Potilaiden vaihtuvuus kriisijaksoilla on nopeaa, lisäksi osasto toimii päivystysvastaanottona. Osaston moninainen toiminnan luonne saattaa kuormittaa hoitajia. Hoitajien työssä jaksamiseen tulisi kiinnittää huomiota muun muassa säännöllisellä työnohjauksella ja työvuorojärjestelyillä.

Osastolla nähdään perheen merkitys potilaan psyykkisen voinnin tukemisessa, mutta perhekeskeisen hoitokulttuurin kehittämistyön tulisi jatkua. Jatkossa olisi hyvä kiinnittää enemmän huomiota perheen tarpeisiin. Psykoedukatiivisia perheinterventioita olisi hyvä kehittää osastolla. Potilas tarvitsee perhettä toipumisprosessissa ja siksi perheen jaksamisen huomioiminen on ensiarvoisen tärkeää hoidon aikana. Hoitohenkilökunnan tulisi ohjata tarvittaessa perheet saamaan apua omaan jaksamiseensa.

Perheenjäsenet antoivat kriittistä palautetta avohoitoa kohtaan. Heitä ei tässä tutkimuksessa saadun tiedon perusteella ollut kutsuttu potilaan jatkohoitoon mukaan. Jatkossa olisi hyvä tutkia myös potilaiden ja perheenjäsenten kokemuksia avohoidosta. Olisi tärkeää selvittää, kuinka perheet huomioidaan osana potilaan avohoitoa. Kiinnostavaa olisi tietää myös hoitajien kokemuksia mielenterveyshoitotyöstä vastaavanlaisella strukturoidulla kriisihoitojaksolla.

Perheenjäsenet toivat esiin huolestuneisuutta läheisen voinnista haastatteluhetkellä. Myös potilaat toivat esiin huolta omasta jaksamisestaan kotona. Mielenkiintoista olisi tarkastella kahden viikon kriisihoidon vaikuttavuutta potilaan toipumiseen. Tutkimuksesta saadun tiedon perusteella herää seuraavat kysymykset: Olisiko potilaat mahdollista hoitaa tuetumman avohoidon keinoin ja kuinka kriisijaksolla hoidettavat potilaat selviytyisivät esimerkiksi avohoidossa akuutin tehostetun kotihoidon turvin.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kyseisen osaston kehittämistyössä avuksi. Lisäksi tuloksia voidaan käyttää yleisesti psykiatrisen osastohoidon ja erityisesti kriisihoitojaksojen kehittämistyössä avuksi. Tulokset antavat kehittämistarpeita myös avohoidolle. Tuloksia voidaan lisäksi hyödyntää hoitotyön opetuksessa. Tutkimuksesta saatavan tiedon avulla voidaan paremmin ymmärtää potilaiden ja perheenjäsenten tarpeita hoitojakson aikana.

## LÄHTEET

- Addington J. & Burnett P. (2005) Perhetyö psykoosin varhaisvaiheessa. Teoksessa Gleeson, J. F. M. & McGorry P. D.(toim.)Varhaisen psykoosin psykoterapeuttinen hoito. Suom. M.-P. Vainikainen. Edita, Helsinki, 112-131.
- Aho, A.L., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. (2004) Hoitotieteellinen tutkimus ja sen haasteet Tampereen yliopistossa. *Hoitotiede* 16(6), 274-277.
- Anttonen, S. & Kalmalehto, E. (1998) Kriisihoitomallien kehittämisprojekti. Kriisihoidon kehittämisen kuvaus ja kehittämistyön vaikutusten arviointi akuuttipsykiatrisella osastolla. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 70/1998, Jyväskylä.
- Bellali Th. & Kalafati, M. (2006) Greek psychiatric care reform: new perspectives and challenges for community mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing* 13, 33-39.
- Cleary, M. (2004) The realities of mental health nursing in acute inpatient environments. *International Journal of Mental Health Nursing* 13, 53-60.
- Cleary, M. & Edwards, C. (1999) Something always comes up: nurse-patient interaction in an acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6, 469-477.
- Depressio käypähoitosuositus (2004) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/> Luettu 20.3.2008.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R & Jones, E. G. (2003) Family nursing. 5. painos. Prentice Hall, New Jersey.
- Grove, M. (2000) Psychiatric diagnosis: same implications for mental health nursing care. *Journal on Advanced Nursing* 31(3), 574-582.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Oy, Jyväskylä.
- Euroopan mielenterveysjulistus. (2005) Saatavissa: <http://www.stakes.fi/palvelut/mielenterveys/Julistus.pdf> Luettu 24.3.2006.
- Hakulinen, T., Koponen, P. & Paunonen, M. (1999) Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä -teoria, tutkimus ja käytäntö. Wsoy, Porvoo, 25-41.
- Hedman, A. (2002) Mielenterveyden edistäminen hoitotyössä –käsitteen analyysi hybridimallin mukaan. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2003) Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.
- Hotti, A. (2004) Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää? Tutkimus skitsofreniaa sairastuneiden tiedon saannista ja tarpeista. Turun yliopisto. *Annelles Universitatis Turkuensis* 212.

- Hjelt-Putilin, P. (2005) Turvallisuutta viestinnällä. Kommunikaatio haastavissa asiakas- ja palvelutilanteissa. Edita, Helsinki.
- Hätönen, H. (2005) Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalassa –mielenterveyspotilaan näkökulma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä –tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tampereen yliopisto. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 373.
- Iphowen, R. (2005) Ethical issues in qualitative health research. Teoksessa Holloway I. 2005. Qualitative research. Open university press, Berkshire, 17-35.
- Karttunen, T. (2005) Asiakaslähtöisten toimintamallien arviointi –kansainvälisen ja kansallisen hoitotieteellisen tutkimuksen systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Keskinen, T. (1997) Psykiatrinen hoitotyö. Teoksessa Hoitava kohtaaminen Heikkinen, R-L. & Laine, T.(toim.). Hygieia. Tammer-paino Oy, Tampere, 26-47.
- Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelma (2007) Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmahanke. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto 8.6.2007. Saatavissa:  
<http://www.ksshp.fi/Public/download.aspx?ID=10906&GUID={C5A9A23B-51B6-45E4-876C-6F37F5F78364}Luettu> 11.5.08.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Karhila, P. (2002) Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 14, 213-222.
- Kilkku, N. (1998) Potilaan kokemus tiedon merkityksestä psykoedukatiivisessa hoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Kilkku, N. (1999) Koulutuksellisen perhehoitotyön tausta ja toteutus. teoksessa Linnainmaa, P. & Innamaa, M. & Honkala, L. (toim.) Mielenterveystyö ja opetus –matkalla kohti muutosta. Mielenterveystyön opettajat ja ylihoitajat ry. Hygieia. Kirjayhtymä, Helsinki, 58-71.
- Kivinen, P. & Röyks R. (2001) Skitsofrenia. Teoksessa: Kognitiivinen psykoterapia. (toim.) Kähkönen, S. & Karila I. & Holmberg N. Gummerus Oy, Jyväskylä, 245-260.
- Koivisto, K. (2003) Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Oulunsis D 490.
- Koivisto, K., Janhonen, S. & Väisänen, L. (2004) Patients` experiences of being helped in a inpatient setting. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 11, 268-275.
- Komppa-Valkama, M. (2005) Vaikeahoitoisen potilaan itsetunnon tukeminen psykiatrisessa hoitosuhteessa. Kuopion yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

- Kokko S. (2004) Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvototeoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Oulunsis D 785.
- Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T. & Sorsa, M. (2002) Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Stakes. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Kollanen, M. (2007) Mielenterveyspotilaiden elämänlaatua tukevat hoitotyön keinot hoitajien näkökulmasta psykiatrisessa osastohoidossa. Kuopion yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Koskisuus, J & Kulola, T. (2005) Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Edita, Helsinki.
- Koskisuus, J. & Yrttiaho, K. 2004. Keinoja omaan kuntoutumiseen. Kuntoutuksen työkirja. Mielenterveyden keskusliitto. Kehitys Oy, Pori.
- Kuipers, L., Leff, J. & Lam, D. (1998) Koulutuksellinen perhetyö. Käytännön opas. Suom. M. Lopenen. Omaiset mielenterveystyön tukena. ER-paino Ky, Helsinki.
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Jyrkinen A.R., Katajisto J. & Välimäki M. (2006) Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. Journal of Advanced Nursing 55, 655-663.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007) Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999) Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12.
- Laitinen, H. (2003) Yksilövastuun hoitotyön lähtökohdat lyhytaikaisessa hoitosuhteessa. Teoksessa Munnukka, T. & Aalto, P. 2003. (toim.) Minun hoitajani, näkökulmia omahoitajuuteen. Tammi, Helsinki, 154-163.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Luettu 11.5.2008.
- Latvala, E. (1998) Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Hoitotieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D 490.
- Latvala, E. (2001) Potilaan oikeuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä mielenterveystyön tutkimuksessa. Hoitotiede 13, 99-105.
- Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. (2001) Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.). 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki, 21-43.
- Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. (2001) Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J. & Heikkinen, M. & Henriksson, M. & Marttunen, M. & Partonen, T. 2001. Psykiatria. Duodecim. Karisto Oy, Helsinki, 13-20.
- Lepola, I. (1997) Kolme vuotta muutoksessa mukana: toimintatutkimus psykiatrisessa vastaanottoyksikössä. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D 436.

McCabe, C. & Timmins, F. (2006) Communication skills for nursing practise. Palgrave Macmillan, New York.

McGorry, P.D. (2005) Katsaus varhaisen psykoosin hoidossa käytettäviin psykologisiin interventioihin. Teoksessa Gleeson, J.F.M. & McGorry P.D. (toim.) 2005. Varhaisen psykoosin psykoterapeuttinen hoito. Suom. M.-P. Vainikainen. Edita, Helsinki, 17-36.

Metsämuuronen, J. (2003) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Mielenterveysatlas. (2005) Tunnuslukuja Suomesta. (toim. Pirkola, S. & Sohlman, B.) Stakes, Helsinki.

Mielenterveyslaki (1990) Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116> Luettu 22.3.2008.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. (2001) Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 2001:9. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Mäenpää, T., Åstedt-Kurki & Paavilainen, E. (2002) Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä tutkittaessa ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä ja perheiden tiedollista tuen tarvetta. Hoitotiede 3, 100-107.

Nieminen, H. (1998) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellinen tutkimusmetodiikka. Wsoy, Juva, 215-221.

Nieswiadomy, R. M. (1998) Foundations of nursing research. Appleton & Lange, Stamford.

Nyman, M. & Stengård, E. (2001) Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Gummerus Oy, Saarijärvi.

O'Brien, L. & Cole R. (2004) Mental health nursing practise in acute psychitaric close-observation areas. International Journal of Mental Health Nursing 13, 89-99.

O'Connell, KL. (2006) Needs of families affected by mental illness. Journal of Psychosocial Nursing & Mental health Services 44 (3), 40-48.

Ohaeri, J.U. (2003) The burden of caregiving in families with a mental illness: a review of 2002. Current Opinion in Psychiatry 16 (4), 457-465.

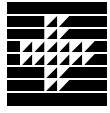
Pelkonen, M. & Hakulinen, T. (2002) Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. 5(14), 202-212.

Pitkänen, A., Åstedt-Kurki, P., Laijärvi, H. & Pukuri, T. (2002) Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. Hoitotiede 5(14), 223-232.

Potinkara, H. (2003) Auttava kanssakäyminen –substanttiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 1013.

- Punkanen, T. (2001) Mielenterveystyö ammattina. Tammi, Tampere.
- Puusti, A-M. (2000) Potilaiden kokemuksia ja odotuksia psykiatrisesta osastohoidosta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Pötsönen, R. & Pennanen, P. (1998) Ryhmähaastattelu ja sen käyttömahdollisuudet terveystutkimuksessa. Teoksessa Pötsönen, R. & Välimaa, R. (toim.) Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Terveystieteen julkaisusarja. Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä, 1-18.
- Ruggeri, M. & Tansella, M. (2002) To what extent do mental health services meet patients' needs and provide satisfactory care? *Current Opinion in Psychiatry* 15, 193-199.
- Ruuskanen, K. (1998) Perheenjäsenen psyykkisen sairauden vaikutukset perheen toimintaan ja omaisten hyvinvointiin –omaisyhdistysten omaisten kokemuksia. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Saari, M. (2002) Psykoosiryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992 - 1996. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D 665.
- Sorsa, M. (2002) Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystieteissä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Sjöblom, L-M., Pejler, A. & Asplund K. (2005) Nurses' view of the psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 562-569.
- Stakes tilastotiedote 29/2005. (2005) Psykiatrian laitoshoidon 2004. Suomen virallinen tilasto. saatavissa: [http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2005/Tt29\\_05.pdf](http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2005/Tt29_05.pdf). Luettu 22.3.2006.
- STM. Hankkeita. (2008) Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionavustusta saavat kehittämishankkeet 2003-2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: [http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/valtavus/hank2003-5.htx?locale=fi\\_FI](http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/valtavus/hank2003-5.htx?locale=fi_FI) Luettu 11.5.2008.
- Stengård, E. (2005) Journey of Hope and Despair. The Short-term Outcome in schizophrenia and the Experiences of Caregivers of People with Severe Mental Disorder. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 1066.
- Syrjälä, K. (2006) Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D 871.
- Syvänen, T. (2000) Potilas hoitonsa suunnittelun alkajana akuuttipsykiatrisella osastolla. Potilaiden kirjoittamien sairauskertomustekstien näkökulma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Tiri, H. (2001) Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus. Potilaiden, omaisten, työntekijöiden ja päättäjien käsityksiä psykiatrisen hoidon tuloksellisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. *Hoitotiede* 13 (2), 87-98.
- Tiri, H. (2005) Good results in psychiatric health care and factors affecting them in Finland and in Greece. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D 835.

- Trubowitz J. (1998) *Mental Health: Theories and Therapies*. Teoksessa Varcarolis, E. M. (toim.) 1998. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. 3.painos. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 29-64.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi, Helsinki.
- Varis, U. (2005) *Potilastyytyväisyys aikuispsykiatrisessa sairaalahoidossa*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Vehviläinen-Julkunen, K. (1998) *Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka*. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Wsoy, Juva. 26-34.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. (1998) *Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys*. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Wsoy, Juva. 14-25.
- Vihreä kirja (2005) *Väestön mielenterveyden parantaminen*. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. (KOM 2005: 484) Bryssel. Euroopan yhteisöjen komissio.
- Viitala, M-T. (2007) *Psyykinen sairaus perheessä –perheenjäsenten kokemuksia arjesta ja selviytymisestä*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. (2005) *Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla*. Wsoy, Porvoo.
- Vuori-Kemilä, A. (2003) *Mielenterveystyö*. Teoksessa Saarelainen, R. & Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. (toim.) 2003. *Mielenterveys- ja päihdetyö. Yhteistyötä ja kumppanuutta*. 3.painos. Wsoy, Porvoo, 23-38.
- Woodring, S., Polomano, R.S., Haagen, B.F., Haack, M.M., Nunn, R.R., Zarefoss, M.A. & Tan, L.T. (2004) *Development and testing of patient satisfaction measure for inpatient psychiatry care*. *Journal of Nursing Care Quality* 19, 137-148.
- Åstedt-Kurki, P. & Paunonen, M. (1999) *Perhehoitotieteen tulevaisuuden näkymiä*. *Hoitotiede* 11, 340-345.
- Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. (1999) *Potilaan perhe omaisena sairaalassa*. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. *Perhe hoitotyössä -teoria, tutkimus ja käytäntö*. Wsoy, Porvoo, 320-330.



12.6.2006

**Hyvä potilas,**

Pyydän Teitä osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata potilaan ja perheen kokemuksia psykiatrisesta sairaalahoidosta kriisihoitajaksolla sekä mitä kohtaamiselta ja hoidolta olisi toivottu jakson aikana. Opiskelen Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella ja teen pro gradu- tutkielmaani. Tutkimustuloksia on tarkoitus hyödyntää kehitettäessä osaston toimintaa entistä asiakaslähtöisemmäksi ja perhekeskeisemmäksi.

Tutkielman tekeminen ei ole mahdollista ilman Teidän apuanne, siksi pyydän, että suostuisitte haastatteluun ja antaisitte luvan myös haastatella perhettänne. Tutkimukseen osallistuminen on kuitenkin vapaaehtoista ja Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta, eikä kieltäytyminen vaikuta hoitoon. Pirkanmaan sairaanhoidopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon.

Nauhoitan haastattelut ja kirjoitan nauhat puhtaaksi. Kerätty aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja säilytetään asianmukaisesti. Aineiston käsittelyn ja tutkimuksen raportoinnin jälkeen haastattelunauhat hävitetään. Yksittäisten henkilöiden antamia tietoja ei voi tunnistaa eikä kenenkään haastateltavan henkilöllisyys paljastu missään tutkimuksen vaiheessa.

Toivon, että voitte osallistua tutkielmani toteuttamiseen täyttämällä ja postittamalla oheisen suostumuslomakkeen yhteystietojenne kera palautuskuoressa \_\_\_\_\_ mennessä. Suostumuksenne saatuani otan yhteyttä Teihin ja perheeseenne sopiakseni haastatteluajankohdan- ja paikan.

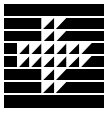
Tutkielmaani ohjaavat Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen professori Eija Paavilainen ja lehtori Sirpa Salin. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni. Lisätietoja saa myös osastonhoitaja .....osaston numerosta...

Etukäteen arvokkaasta avustanne kiittäen

---

Carita Horppu  
psykiatrinen sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, TtM-opiskelija  
Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos  
E-mail: carita.horppu@uta.fi  
Puhelin:





12.6.2006

Hyvä perhe,

Pyydän teitä osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata potilaan ja perheen kokemuksia psykiatrisesta sairaalahoidosta kriisihoitajaksolla sekä mitä kohtaamiselta ja hoidolta olisi toivottu jakson aikana. Opiskelen Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella ja teen pro gradu- tutkielmaani. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaan ja perheen kokemuksia psykiatrisesta sairaalahoidosta kriisihoitajaksolla sekä mitä olisitte toivoneet kohtaamiselta että hoidolta jakson aikana. Tutkimustuloksia on tarkoitus hyödyntää kehitettäessä osaston toimintaa entistä asiakaslähtöisemmäksi ja perhekeskeisemmäksi.

Olen saanut luvan ottaa yhteyttä Teihin läheiseltänne, joka on ollut psykiatrisella osastolla kriisihoitajaksolla. Tutkielman tekeminen ei ole mahdollista ilman teidän apuunne, siksi pyydän, että suostuisitte haastatteluun. Tutkimukseen osallistuminen on kuitenkin vapaaehtoista ja Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta. Pirkanmaan sairaanhoidopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon.

Nauhoitan haastattelut ja kirjoitan nauhat puhtaaksi. Kerätty aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja säilytetään asianmukaisesti. Aineiston käsittelyn ja tutkimuksen raportoinnin jälkeen haastattelunahat hävitetään. Yksittäisten henkilöiden antamia tietoja ei voi tunnistaa eikä kenenkään haastateltavan henkilöllisyys paljastu missään tutkimuksen vaiheessa.

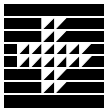
Toivon, että voitte osallistua tutkielmani toteuttamiseen täyttämällä ja postittamalla oheisen suostumuslomakkeen yhteystietojenne kera palautuskuoressa \_\_\_\_\_ mennessä. Suostumuksenne saatuani otan yhteyttä Teihin sopiakseni haastatteluajankohdan- ja paikan.

Tutkielmaani ohjaavat hoitotieteen laitoksen professori Eija Paavilainen ja lehtori Sirpa Salin. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni. Lisätietoja saa myös osastonhoitaja .....osaston numerosta....

Etukäteen arvokkaasta avustanne kiittäen

---

Carita Horppu  
psykiatrinen sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, TtM-opiskelija  
Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos  
E-mail: carita.horppu@uta.fi  
Puhelin:



**SUOSTUMUS**

Osallistun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata potilaan ja hänen perheensä kokemuksia psykiatrisesta kriisihoitajaksosta. Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tukijalle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella \_\_\_\_.\_\_\_\_.2006

**Suostun osallistumaan tutkimukseen:**

**Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_

potilaan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

tutkijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

\_\_\_\_\_

potilaan henkilötunnus

\_\_\_\_\_

osoite

\_\_\_\_\_

puhelinnumero

\_\_\_\_\_

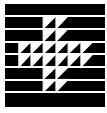
tutkimukseen osallistuvien perheenjäsenten nimet

\_\_\_\_\_

osoite (jos eri kuin potilaalla itsellään)

\_\_\_\_\_

puhelinnumero



## SUOSTUMUS

Osallistun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata potilaan ja hänen perheensä kokemuksia psykiatrisesta kriisihoitajaksosta. Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tukijalle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Perheestämme osallistuu haastatteluun \_\_\_\_ henkilöä.

Tampereella \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2006

**Suostun / suostumme  
osallistumaan tutkimukseen:**

**Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_

perheenjäsenen allekirjoitus

\_\_\_\_\_

tutkijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

\_\_\_\_\_

henkilötunnus

\_\_\_\_\_

osoite

\_\_\_\_\_

puhelinnumero

**1. TEEMAHAASTATTELURUNKO / POTILAS**

1. Esittelyt ja tutustuminen
2. Haastateltavien taustatiedot
3. Tutkimuksen aihe-alueen esittely
  - Tutkimuksen tausta, tavoitteet ja tarkoitus
4. Haastatteluun ja haastatteluaineistoon käsittelyyn liittyvät kysymykset
5. Haastattelun tema-alueet:

**Hoitotyön sisältö:**

Kuvaillkaa mitä kahden viikon kriisihoitajakso piti sisällään  
 Kuvaillkaa kuinka teidät potilaana kohdattiin sairaalahoidon aikana  
 Kuvaillkaa kuinka perheenne kohdattiin

**Potilaiden toiveet:**

Kerro

- Mitä olisit toivonut / toivoisit hoitamiselta kriisihoitajaksolla?
- Miten toivoisit sinut potilaana kohdattavan?
- Miten olisit toivonut, että perheesi olisi huomioitu?

**2. TEEMAHAASTATTELURUNKO / PERHE**

1. Esittelyt ja tutustuminen
2. Haastateltavien taustatiedot
3. Tutkimuksen aihe-alueen esittely
  - Tutkimuksen tausta, tavoitteet ja tarkoitus
4. Haastattelun ja haastatteluaineiston käsittelyyn liittyvät kysymykset
5. Haastattelun tema-alueet:

**Hoitotyön sisältö:**

Kuvaillkaa mitä läheisenne kahden viikon kriisihoitajakso piti sisällään  
 Kuvaillkaa kuinka teidät perheenä kohdattiin  
 Kuvaillkaa kuinka läheisenne potilaana kohdattiin

**Perheiden toiveet:**

Kerro

- Mitä toivoisitte läheisenne hoitamiselta kriisihoitajaksolla?
- Miten toivoisitte hoitajien kohtaavan teidät perheenä?
- Miten toivoisitte, että teidät olisi perheenä huomioitu ?

Taulukko 1. Esimerkki analyysin etenemisestä. Alkuperäisilmaisu, pelkistetty ilmaus, alakategoria, yläkategoria ja yhdistävä luokka.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä luokka
Kaikkina päivinä oli sovittu sellainen keskusteluhetki hoitajan kanssa. (PT)	Sovittu keskusteluhetki hoitajan kanssa	Jaettu aika hoitajan kanssa		
Työuupumuksesta alkoi tää mun masennus ja sitten se juttelu meni koko elämää koskeväksi. (PT)	Työuupumuksesta, masennuksesta ja koko elämästä juttelu	Sairauden jakaminen		
Mä sain purettua niitä mitä mä oon mielessäni pyörittänyt. Mä sain ne ulos jotenkin ittestäni kuin kantaa niitä sisällään koko aika ja pyöritellä. Se on kuin lumivyöry se ajatus kulkee. (PT)	Sain purettua mitä olen pyörittänyt, ajatukset kulkee kuin lumivyöry	Huolien käsitteleminen	Potilaan oman psyykkisen voimien tiedostamisen vahvistaminen	Potilaan mielenterveyden tukeminen
Omahoitajalla oli jotakin tehtäviä mitä se antoi mulle. (PT)	Omahoitaja antoi tehtäviä	Tehtävien tekeminen		
Vähän niinku semmoisia neuvoja, että miten saisin ratkaistua niitä ongelmia jatkossa, että ei tulis uudestaan se masennus ja samanlaista tilannetta. (PT)	Sain neuvoja, miten ratkaista ongelmia tulevaisuudessa	Neuvojen saaminen		