

Vanhempien kokemuksia päiväpsykiatrisesta intensiiviyksikköhoidosta

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede
Pro gradu -tutkielma
Christa Rajanti
Huhtikuu 2015

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

Hoitotiede

RAJANTI CHRISTA: Vanhempien kokemuksia päiväpsykiatrisesta intensiiviyksikköhoidosta

Pro gradu -tutkielma 84 sivua ja 3 liitettä

Ohjaajat: professori, THT Päivi Åstedt-Kurki ja professori, TtT Eija Paavilainen

Huhtikuu 2015

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vanhempien kokemuksia päiväpsykiatrisesta intensiiviyksikköhoidosta. Tutkimuskysymykset ovat: millaiseksi vanhemmat ovat kokeneet perheensä päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä saaman hoidon, miten vanhemmat kokevat hoidon auttaneen perhettään ja mitä vanhemmat olisivat toivoneet hoidossa tehtävän eri tavalla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa psyykkisesti oireilevien perheiden intensiiviyksikköhoidon arvioimiseksi ja laajemmin edistämään mielenterveyshoitotyön perhekeskeisten työtapojen kehittämistä.

Tutkimusta varten haastateltiin kuuden perheen vanhempia, yhteensä 11 henkilöä, joista naisia oli 6 ja miehiä 5. Tutkimuksen osallistujat ovat olleet hoidettavana erään yliopistollisen sairaalan akuuttipsykiatrian poliklinikan rajapintatyöryhmän päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä, jossa kehitettiin vuosina 2009 - 2014 perhekeskeistä hoitomallia psyykkisesti sairastuneille ja heidän perheilleen. Haastattelut tehtiin 15.1. – 4.11.2014 välisenä aikana. Tutkimusaineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Vanhemmat kokivat hoidon päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä perhekeskeiseksi ja ammattitaidolla toteutetuksi. He kokivat, että perhe kohdattiin hoidossa hyvin. Vanhemmilla oli myös negatiivisia kokemuksia hoidosta: perheelle oli aiheutunut hoidosta haittaa tai mielipahaa. Hoidon ansioista perheen hoidon ja tuen tarpeeseen sekä arkeen liittyvät asiat edistyivät, perhesuhteet vahvistuivat ja perheen autonomia ja toimivuus lisääntyivät. Vanhemmat toivoivat perheiden yksilöllisten hoitoon liittyvien tarpeiden aiempaa parempaa huomiointia. He toivoivat myös perheen hoitoon liittyvän kokonaisuuden hallintaa ja eri hoitotahojen välisen toiminnan koordinoitua. Edelleen vanhemmat toivoivat nykyistä parempaa ajankäytön hallintaa, kuten nopeampaa avunsaantia ja tehokkaampaa työskentelyä hoidon aikana.

Haastateltavat kokivat perheen mukanaolon positiivisena asiana. Vanhempien mukaan on helpottavaa, kun yhdellä hoitotaholla on kokonais käsitys perheen tilanteesta. Perhekeskeisten mielenterveyshoitotyön mallien kehittämistä tuleekin jatkaa ja yhteistyöverkoston toimintaa tehostaa. Sitä mukaa kun uusia perhekeskeisiä hoitomalleja kehitetään, tarvitaan lisää tutkimusta eri perheenjäsenten näkökulmista. Erityisesti lasten kokemuksia vanhemman psyykkisestä sairastumisesta ja tämän mielenterveyshoitoon osallistumisesta ei ole riittävästi tutkittu.

Avainsanat: perhe, vanhemmat, päiväpsykiatrisen intensiiviyksikkö, mielenterveyshoitotyö

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
School of Health Sciences
Department of Nursing Science

RAJANTI CHRISTA: Parents experiences of a family-centered intervention in adult mental health care

Master's thesis 84 pages and 3 appendices

Advisors: Päivi Åstedt-Kurki, Professor, PhD and Eija Paavilainen Professor, PhD

April 2015

The aim of this study is to describe parents' experiences of a family-centered intervention in adult mental health care. The research questions are: how parents have experienced the family-centered treatment at an intensive psychiatric unit, how the parents feel the treatment helped their family and what they would have preferred to be done differently in the treatment.

Objective of the study is to provide information for evaluation of the family-centered intervention, and widely promote developing family-centered adult mental health care.

Parents of six families were interviewed, a total of 11 people, including 6 women and 5 men. The participants were treated at a University Hospital, an acute psychiatric clinic in a unit, which developed in the years 2009-2014 a family-centered care model for adult mental health patients and their families. The interviews were conducted 15.1.-11.04.2014. The study was analyzed with qualitative method of content analysis.

Parents have experienced the care in the unit family-oriented and professionally executed. Families were treated well. The parents had also negative experiences: they felt that the treatment caused the family nuisance or hindrance. Issues related to the care and support needs of the family, as well as issues related to everyday life were progressed, family relationships were strengthened and family autonomy and functionality was increased. Parents wished better attention to their individual needs during the treatment. They also wanted better management for the entire family treatment and coordination of different parties involved in family care.

Furthermore, the parents were hoping for better time management, such as faster access to care and more effective working during the treatment.

The interviewees have experienced the involvement of the family as a positive thing. Parents felt relieved, when a full understanding of the family situation was in one unit. Developing family-centered mental health nursing models should be maintained. Co-operation of the network should be enhanced. As more family-centered care models are developed, more research is needed in perspectives of different family members. In particular, children's experiences of parent's mental illness and their participation of parent's mental health treatment are important to study more.

Keywords: family, parents, family-centered mental health nursing intervention

SISÄLTÖ

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	3
2.1. Psykkisesti sairastuneet ja heidän perheensä.....	3
2.2. Perheiden mukanaolo mielenterveysshoitotyössä.....	10
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	13
4. AINEISTO JA MENETELMÄT	14
4.1. Menetelmän valinta	14
4.2. Aineiston keruu	15
4.3. Aineiston analyysi.....	17
5. TUTKIMUSTULOKSET	19
5.1. Päiväpsykiatrisen intensiiviyksikköhoito vanhempien kokemana	20
5.1.1. Ammattitaidolla organisoitua perhekeskeistä hoitoa	20
5.1.2. Perhe kohdattiin hoidossa hyvin	27
5.1.3. Hoidosta aiheutui perheelle haittaa tai mielipahaa	32
5.1.4. Yhteenveto päiväpsykiatrisesta intensiiviyksikköhoidosta vanhempien kokemana	36
5.2. Perheen avunsaanti vanhempien kokemana	37
5.2.1. Perheen hoidon ja tuen tarpeeseen sekä arkeen liittyvät asiat edistyivät	38
5.2.2. Perhesuhteet vahvistuivat	41
5.2.3. Perheen autonomia ja toimivuus lisääntyivät	45
5.2.4. Yhteenveto perheen avunsaannista vanhempien kokemana.....	50
5.3. Vanhempien toiveet ja odotukset hoitoa kohtaan	51
5.3.1. Perheiden yksilöllisten hoitoon liittyvien tarpeiden nykyistä parempi huomiointi.....	52
5.3.2. Perheen hoitoon liittyvän kokonaisuuden nykyistä parempi hallinta ja eri hoitotahojen välisen toiminnan koordinointi	55
5.3.3. Nykyistä parempi ajankäytön hallinta, ettei perheen saama apu viivästyisi tai jäisi vähäiseksi	59
5.3.4. Yhteenveto vanhempien toiveista ja odotuksista hoitoa kohtaan	63
6. POHDINTA	65
6.1. Tulosten tarkastelu	65
6.2. Tulosten luotettavuus	71
6.3. Tutkimuksen eettisyys.....	73
6.4. Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet.....	76
LÄHTEET	79
Liite 1	85
Liite 2	87
Liite 3	88

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Vanhemman psyykinen sairastuminen koskettaa aina koko perhettä. Ritcher ym. (1997) ovat todenneet, että monet psyykkisesti sairastuneet äidit kokevat sairauden estävän heitä olemasta hyviä vanhempia. Lisäksi perheiden elämää haittaavat leimaantuminen, toivottomuus ja kommunikoinnin vaikeudet (Kaas ym. 2003). Monet psyykkisesti sairastuneista vanhemmista kykenevät vain vähäiseen vuorovaikutukseen lastensa kanssa ja heillä on usein vaikeuksia selviytyä lasten ja kodinhoitoon liittyvistä tehtävistä (Thomas & Kalucy 2003). Mowbrayn ym. (2002) mukaan psyykkisesti sairastuneet äidit ovat vähemmän läsnäolevia lapsilleen, vähemmän vastavuoroisia ja rohkaisevia ja heidän on vaikeampi erottaa omia tarpeitaan lastensa tarpeista kuin terveiden äitien. Lisäksi perheet, joissa vanhemmilla on psyykkisiä ongelmia, kohtaavat usein taloudellisia vaikeuksia, työttömyyttä ja asumiseen liittyviä ongelmia. Perheriitojen ja epäjärjestyksen ohella lasten hoito ja koulunkäynti hankaloituvat vanhemman toistuvien sairaalahoitojen vuoksi (Mason & Subedi 2006).

Vaikka perheiden tarpeet on tiedostettu, on mielenterveyshoitotyö perinteisesti keskittynyt sairastuneeseen perheenjäseneseen: sairauden oireiden vähentämiseen ja sopivan lääkityksen löytymiseen (Mason & Subedi 2006). Suomalaisessa mielenterveyshoitotyössä perhekeskeistä työtettä pidetään kuitenkin tärkeänä. Pitkäsen ym. (2002) mukaan mielenterveyshoitotyössä omahoitajan rooli on laajentunut yhteistyösuhteeksi potilaan perheen kanssa. Hoitotyötä ohjaaviin periaatteisiin kuuluvat perheen huomioiminen kokonaisuudessaan ja ajan sekä tuen tarjoaminen. Kuitenkin sellaisten hoitomallien käyttö, joissa koko perhe määrittää hoitotyön asiakkaaksi, on suomalaisessa mielenterveyshoitotyössä suhteellisen vähäistä.

Mielenterveyshoitotyön perhekeskeisyyden lisäämiseen on Suomessa kiinnitetty yhteiskunnallista huomiota. Valtakunnallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa vuoteen 2015 (Mieli 2009) on maininta läheisten huomioon ottamisesta mielenterveys- ja päihdepalveluita kehitettäessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Suosituksen mukaan työntekijöiden on aina arvioitava lasten mahdollinen hoidon ja tuen tarve hoitaessaan aikuista mielenterveys- tai

päihdeongelmaista. Riskiryhmissä olevien lasten ja nuorten tasapainoisen kasvun tukemiseen kehitettyjä menetelmiä on käytettävä nykyistä laajemmin. Myös lastensuojelulaki (2007/417) ja päihdehuoltolaki (1986/19860041) velvoittavat huomioimaan lapsen hoidon ja tuen tarpeen, mikäli vanhemmalla on mielenterveysongelmia tai päihteiden väärinkäyttöä.

Tämä tutkimus kuuluu perhehoitotieteellisen tutkimuksen alueeseen. Perhehoitotieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa potilaiden, heidän perheidensä ja läheistensä hyvinvoinnista, terveydestä ja kokemuksista terveydenhuollosta. Tavoitteena perhehoitotieteellisessä tutkimuksessa on terveydenhuollon palveluiden kehittäminen perhekeskeisemmiksi, mikä on perusteltua esim. hoitoaikojen lyhenemisen vuoksi (Åstedt-Kurki ym. 2008). Perhekeskeisyydellä tarkoitetaan asiakkaan huomioimista paitsi yksilönä myös osana hänen perhettään, sukuaan, työyhteisöään ja muuta lähipiiriään. Perhekeskeisessä hoitotyössä perhettä pidetään ihmisen tärkeimpänä sosiaalisena kontekstina ja näin ollen perheellä ajatellaan olevan voimakas vaikutus yksilön terveyteen, sairastumiseen ja sairaudesta toipumiseen. (Larivaara ym. 2009.)

Perhekeskeinen hoitotyö voi toimia lähtökohtana asiakkaan hoidossa. Tällöin hoidossa keskeisiksi tekijöiksi nousevat perheen vuorovaikutuksen ja dynamiikan huomioiminen. Perhekeskeisyyttä voidaan toteuttaa myös perhehoitotyön mallien kautta. Yksi näkökulma perhehoitotyön mallien määrittelyyn on nähdä perhe joko taustatekijänä, jäsentensä summana, kokonaisuudessaan hoitotyön asiakkaana tai laajimmillaan osana yhteiskuntaa. (Etzell ym. 1998.) Määritettäessä perhe kokonaisuudessaan hoitotyön asiakkaaksi, on koko perhe hoidossa etusijalla ja yksilöt toimivat taustatekijöinä. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan hoitomallia, jossa perhe kokonaisuudessaan on määritelty hoitotyön asiakkaaksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vanhempien kokemuksia päiväpsykiatrisesta intensiiviyksikköhoidosta. Tutkimuksen osallistajat ovat olleet hoidettavana erään yliopistollisen sairaalan akuuttipsykiatrian poliklinikan rajapintatyöryhmän päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä. Yksikössä kehitettiin vuosina 2009 - 2014 perhekeskeistä hoitomallia psyykkisesti sairastuneille ja heidän perheilleen. Yksikössä tarjottiin erikoissairaanhoidon osastohoidolle

vaihtoehtoista perhe- ja verkostokeskeistä polikliinista akuuttihoitoa ilman yöpymistä. Potilaan hoidon suunnittelu tehtiin perhekeskeisesti ja potilaat pyrittiin hoitamaan ilman sairaalaanottoa. Perhe- ja verkostokeskeinen työote piti sisällään mm. perheen mukanaolon intensiiviyksikössä, arkielämän taitojen harjoittelua, lapsiperheinterventioiden, koulutuksellisen hoitomallin, avoimen dialogisuuden ja perheterapeuttisten menetelmien käyttöä. Lisäksi hoitoon kuului kotikäyntejä tarvittaessa, jatkohoidon suunnittelu ja verkostopalavereja. Perheen varhaisen mukaanoton tavoitteena oli tehostaa hoitoa ja tehdä sairaalahoidon tarpeettomaksi. Hoidon tavoitteena oli myös vahvistaa perheen voimavaroja arjesta ja vanhemman sairastumisen perheelle aiheuttamasta kriisitilanteesta selviytymiseksi. (Tammentie ym. 2008.)

Psyykkisesti oirehtivien perheiden hoitotyötä koskevaa tutkimusta on tehty Suomessa melko vähän. Tutkimustiedon lisääminen on tärkeää, jotta palveluita voidaan kehittää valtakunnallisten suositusten mukaisesti. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa psyykkisesti oireilevien perheiden intensiiviyksikköhoidon arvioimiseksi ja laajemmin edistämään mielenterveyshoitotyön perhekeskeisten työtapojen kehittämistä.

2. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1. Psyykkisesti sairastuneet ja heidän perheensä

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä yhteiskunnassamme. Joka viides suomalainen sairastaa jotain mielenterveyden häiriötä ja vuositasolla sairastuneita on 1,5 % väestöstä. (Joukamaa ym. 2011.) Mielenterveyshäiriö on yleisnimitys monille psykiatrisille häiriöille niiden syistä tai vaikeusasteista riippumatta. Tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt, persoonallisuushäiriöt, päihdehäiriöt ja psykoottiset häiriöt. (Pirkola & Sohlman 2005.) Amerikan psykiatryhdistyksen diagnostinen ja tilastollinen käsikirja (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, 2000) määrittelee mielenterveyshäiriön (mental disorder) kliinisesti merkitsevänä yksilön käyttäytymiseen liittyvänä tai psyykkisenä oireyhtymänä tai oirekokonaisuutena, johon liittyy ajankohtaista haittaa oireina tai toimintakyvyn heikentymisenä tai johon

liittyy merkitsevästi lisääntynyt kuolemanvaara tai vaara kärsiä kivusta, toimintakyvyn haitasta tai vapauden menetyksestä.

Mielenterveyden häiriöön sairastuneista käytetään lukuisia eri käsitteitä. Käsitteisiin liitetään usein negatiivissävytteisiä mielikuvia ja ne korvautuvat ajan myötä uusilla, neutraalimmilla ilmauksilla. Tässä tutkimuksessa käytetään Mielenterveyden keskusliiton suosittamaa käsitettä psyykkisesti sairastunut kuvaamaan mielenterveyden häiriöön sairastunutta henkilöä (Mielenterveyden keskusliitto 2015).

Perhe voidaan määritellä monin eri tavoin (Bomar 2004, Åstedt-Kurki ym. 2008). Lain mukaan perheellä tarkoitetaan yhteistaloudessa asuvia vanhempia, vanhempien alaikäistä lasta ja ottolasta, aviopuolisoita sekä miestä ja naista, jotka elävät avioliitonomaisissa olosuhteissa (Laki toimeentulotuesta 1997/1412). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) mainitaan käsite ”lähiomainen”, jolloin tarkoitetaan aviopuolisoa, lapsia, vanhempia tai sisaruksia. Samassa yhteydessä mainitaan myös käsite ”läheinen henkilö”, joka voi olla avopuoliso tai muu potilaan nimeämä henkilö.

Sekä arkikielessä että tiedemaailmassa sairastuneen perheenjäsenestä käytetään usein käsitettä omainen (esim. Nyman & Stengård, 2001 ja 2005). Yleisesti käytetään myös käsitettä läheinen kuvaamaan ydinperhettä laajemmin henkilölle läheisiä ihmisiä, kuten sukulaisia, ystäviä ja työtovereita. Hoitotieteessä perheenjäsenellä voidaan tarkoittaa potilaan ydinperheen lisäksi muita potilaalle läheisiä ihmisiä. Hoitotyössä potilas itse määrittelee keitä hänen perheeseensä kuuluu (Bomar 2004, Åstedt-Kurki ym. 2008). Tässä tutkimuksessa käytetään käsitteitä perhe, perheenjäsen tai läheinen kuvaamaan henkilöitä, joilla on keskeinen pitkäaikaiseen tunnesuhteeseen perustuva asema tietyn ihmisen ihmissuhdeverkossa. Lisäksi käytetään käsitteitä puoliso, lapsi ja vanhempi kuvaamaan perheenjäsenen roolia perheessä.

Psyykinen sairastuminen on hämmentävä, usein pelottava ja elämää mullistava kokemus, joka koskettaa sairastuneen lisäksi läheisesti hänen perhettään (Chien & Lee 2002, Kilkku 2008). Psyykkisesti sairastuneet ja heidän perheensä ovatkin

olleet melko laajan tutkimuksellisen mielenkiinnon kohteena erityisesti lääketieteen, psykologian, sosiaalitieteiden sekä hoitotieteen alalla. Käytännön hoitotyössä hyödynnetään eri tieteidenalojen tutkimusta esim. perheiden hoidossa käytettävistä menetelmistä. Menetelmiin liittyvää tutkimusta on mm. perheterapian (Aaltonen J. 2006), koulutuksellisen perhetyön (esim. Sin ym. 2007, Kilkku 2008) ja avoimen dialogisuuden näkökulmista (Seikkula & Alakare 2004, Reed ym. 2012). Päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä, johon tämä tutkimus kohdistuu, on sovellettu kaikkia yllämainittuja menetelmiä.

Perheitä on tutkittu myös perheenjäsenen psyykkisen kuormittumisen (esim. Nyman & Stengård 2001 ja 2005, Fujino & Okamura 2009, der Sanden ym. 2014, Radmar ym. 2014) ja perheen tunneilmapiirin liittyen (esim. Woo ym. 2004, Chien & Chan 2010). Vanhemman sairastumisen vaikutuksia perheeseen on tutkittu erityisesti synnytyksen jälkeisen masennuksen näkökulmasta (Tamminen 1990, Tammentie ym. 2004, Tammentie 2009.) Jähi (2004) on tutkinut vanhemman psyykkistä sairastumista lapsuudenkokemuksena.

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa on lisäksi tarkasteltu mm. sairastuneiden perheenjäsenten kokemuksia elämästä sairauden kanssa (Saunders ym. 2002, Nyström & Svensson 2004), perheiden odotuksia hoitohenkilökuntaa kohtaan (Cleary ym. 2005, Sin ym. 2005, Gavois ym. 2006, Sin ym. 2007) sekä perheiden saamaa ammatillista ja sosiaalista tukea (Gavois ym. 2006). Lisäksi on tutkittu hoitajien näkemyksiä psyykkisesti sairastuneiden perheistä (Sjöblom ym. 2005) sekä hoitajien näkemyksiä siitä, mitkä tekijät estävät lasten huomioimisen aikuisten mielenterveyshoitotyössä (Korhonen ym. 2008).

Sairastuneen kokemus mielenterveyshäiriöstä

Psyykkinen sairastuminen on merkittävä ja monella tavoin elämään vaikuttava kokemus. Hoitotieteessä on oltu kiinnostuneita erityisesti mielenterveyden häiriön vaikutuksista sairastuneen kokemaan elämänlaatuun. Asiaa on tutkittu eri häiriöiden näkökulmasta (esim. Goossens ym. 2008, Sy ym. 2013, Hamaheid ym. 2014). Pitkäsen (2010) mukaan skitsofreniaan sairastuneet nimesivät useimmiten tärkeimmiksi elämänlaadun alueikseen terveyden, perheen, harrastukset, työn,

opiskelun sekä sosiaaliset suhteet. Tutkimuksessa todettiin sairastuneiden elämänlaadun olevan heikentynyt.

Psyykkiseen sairastumiseen liittyvät kokemukset poikkeavuudesta ja sitä kautta myös leimatuksi tulemisesta. Erilaisuuden kokemuksen ohella sairastunut voi tuntea epävarmuutta selviytymisestään ja omien voimavarojensa riittävydestä. Sairastumisella on merkittäviä vaikutuksia sairastuneen jokapäiväiseen elämään: työssäkäyntiin, opiskeluun tai ihmisten joukossa liikkumiseen. (Kiviniemi 2008.) Psykoosiin sairastumiseen liittyy minuuden hallitsemattomuuden kokemus: emotionaalinen ja fyysisen minuuden muuttumisen ja itsehallinnan menetyksen tunne. Emotionaalisella minuuden muuttumisella tarkoitetaan tunnetta siitä, että minä ei ole sama minä kuin se on aikaisemmin ollut. Fyysisen minuuden muuttumisen tunne merkitsee kokonaisvaltaista fyysistä uupumusta, unettomuutta, fyysisten elintoimintojen muuttumisen tunnetta ja erilaisia kipuja. (Koivisto 2003.)

Koiviston (2003) mukaan sairastuneet kokevat tuskaa, pelkoa, levottomuutta ja ärtyneisyyttä tai esim. olevansa uhattuja. Kontrollin ja itsehallinnan menetys lisää syyllisyyttä ja häpeää. Sairastunut on herkistynyt suhteessa itseen ja muihin siten, että hän tarkkailee omaa toimintaansa ja muiden suhtautumista siihen entistä tarkemmin. Myös hulluksi tulemisen pelko saattaa ahdistaa. Pelko oman sairauden paljastumisesta tai muiden ihmisten taholta ei-ymmäretyksi tulemisesta lisää sairastuneen riskiä vetäytymiseen pois ihmissuhteista. Sairastuneet saattavat olla tuntemustensa kanssa yksinäisiä myös perheidensä sisällä. Tässä hallitsemattoman minuuden prosessissa läheiset ovat tärkeitä ja merkityksellisiä, koska he ovat huolissaan läheisensä voinnista ja osallistuivat hänen hoitoonsa sen eri vaiheissa. Läheisten tilanne saattaa myös lisätä sairastuneen kokemaa huolta ja syyllisyyttä.

Psyykkisesti sairastuneilla on usein vaikeuksia selviytyä jokapäiväisessä elämässä itsen, muiden ja arjen hallinnan suhteen. Elämässä selviytyminen vaihtelee yksilöllisesti sen mukaan, miten paljon sairastuneella on kokemusta arjen hoitamisesta ja siihen liittyvistä toiminnoista, kuten kodinhoidosta, työssäkäynnistä ja ihmissuhteista. Selviytymiskeinoina sairastuneet käyttävät mm. fyysistä räsitystä,

lepäämistä, lukemista, kirjoittamista, ystävien kanssa keskustelua, itsereflektointia ja avun hakemista terveysalan asiantuntijoilta. (Koivisto 2003.)

Psyykkisesti sairastuneiden kokemuksia vanhemmuudesta ja sairauden vaikutuksista siihen on tutkittu melko vähän. Ahlström ym. (2010) ovat tutkineet sairauden vaikutuksia perhe-elämään vakavaan masennukseen sairastuneen vanhemman näkökulmasta. Sairastuneiden kertomuksissa oli kaksi pääteemaa: he kokivat joutuneensa lähes hallitsemattomaan tilanteeseen ja toisaalta pyrkivänsä sopeutumaan siihen. Hallitsemattomuuden kokemukseen liittyi tyytymättömyys sekä tunne omasta huonoudesta ja arvottomuudesta. Tilanteeseen sopeutumiseen liittyi tyytyväisyys, oma aktiivisuus ja vanhemmuuden ylläpitäminen. Tutkimuksen mukaan vanhemmat kokivat perhe-elämän tuottavan heille samanaikaisesti kärsimystä ja lisäävän omanarvontunnetta. Kärsimystä tuottivat koetut vakavat puutteet terveyden ja hyvinvoinnin alueella, itseluottamuksen katoaminen ja surullisuus. Omanarvontunnetta lisäsi tunne vahvuudesta, luottamuksen tunne ja ilo lapsista. Sairastuneen kärsimyksen ja omanarvon tunteen kokemusten välinen vaihtelu hankaloitti perhe-elämää. Omanarvon tunnetta uhkasi tietoisuus siitä, että masennukseen liittyvä kärsimys voi olla toistuvaa. Omanarvontunne piti palauttaa yhä uudelleen suhteessa itseen ja perheeseen, samoin kuin perheen arvo oli palautettava sen ulkopuolisille.

Sairastumisen vaikutus läheisiin

Läheisen riski sairastua masennukseen on 2-3-kertainen muuhun väestöön verrattuna. Hyvinvointitutkimusten mukaan 38 % läheisistä oli depressiomittarilla (DEPS-seula) mitattuna masentuneita. (Nyman & Stengård 2001 ja 2005). Masennukseen liittyy usein lisääntynyttä päihteiden käyttöä ja siksi läheiset kuuluvat mielenterveys- ja päihdetyön kannalta riskiryhmiin. Koposen ym. (2012) mukaan läheiset kertovat elävänsä vaikeassa ja vaativassa huolenpitotilanteessa. Heidän elämäänsä rajoittavat monet pakot. Tilanteen raskaus ja monista asioista luopuminen aiheuttavat uupumusta. Palvelujärjestelmään ja hoitaviin tahoihin on petytty.

Elämä psyykkisesti sairastuneen läheisen kanssa tarkoittaa sitä, että perheenjäsenten on selviydyttävä läheisensä arvaamattoman oirehdinnan kanssa. Perheen arjessa ovat läsnä psyykkisesti sairastuneen harha-ajatukset, hallusinaatiot ja mielialavaihtelut sekä muistamisen, hahmottamisen ja oppimisen vaikeudet. (Rungreangkulkij & Gillis 2000.) Näiden lisäksi perheen on selviydyttävä sairauden mukanaan tuoman leiman, sosiaalisen stigman kanssa (Phelan ym. 1998; Rungreangkulkij & Gillis 2000; Kaas ym. 2003; van der Sanden ym. 2014).

Läheisen kuormittuneisuutta kuvaavissa tutkimuksissa kuormittuneisuus jaetaan subjektiiviseen ja objektiiviseen kuormittuneisuuteen. Subjektiivisella kuormittuneisuudella tarkoitetaan perheelle läheisen sairaudesta aiheutuvia psykologisia seurauksia. Objektiivinen kuormittuneisuus puolestaan tarkoittaa huolenpitotehtävän aiheuttamia elämään kohdistuvia vaatimuksia ja muutoksia. Subjektiivinen rasittuneisuus lisääntyy, kun sairastunut on itsetuhoinen, uhkaavasti käyttäytyvä, vaativa tai hyvin riippuvainen läheisestään. Myös yöunen häiriintyminen, sairastuneen häpeää aiheuttava käytös, vaikeat oireet, huoli tulevaisuudesta ja perheen sisäistä toimintaa haittaavat ongelmat aiheuttavat läheisille psyykkisiä seurauksia. Objektiivinen kuormittuneisuus taas liittyy omaisen arkipäivän asioiden hoitamisen, työssäkäynnin, taloudellisen tilanteen ja ihmissuhteiden vaikeutumiseen, sekä vapaa-ajan vieton rajoittumiseen. (Rungreangkulkij & Gillis 2000.)

Stressinhallintamallin mukaan läheisen keinoilla hallita perheenjäsenen sairastumisen aiheuttamaa kuormittuneisuutta on merkittävä vaikutus siihen, miten hyvin läheinen saavuttaa hyvinvointia mahdollistavan tasapainon omassa elämässään. Stressinhallintamallin perusoletuksena on, että läheiset kokevat stressiä läheisen psyykkisen sairastumisen vuoksi. Hallintakeinoilla tarkoitetaan sekä tiedollisia, emotionaalisia että ongelmanratkaisun keinoja. Selviytymisen lähtökohdat vaihtelevat jokaisen perheen ainutkertaisen elämäntilanteen mukaan. Elämäntilanteeseen vaikuttavat perheenjäsenten elämänvaiheet ja perheen sosioekonominen tilanne. Psyykinen sairastuminen vaikuttaa eri tavoin riippuen läheisen suhteesta sairastuneeseen. Isän, äidin, lapsen, puolison ja sisaruksen kokemukset eroavat toisistaan. (Rungreangkulkij & Gillis 2000.)

Vanhemman psyykkisen sairastumisen vaikutuksia lapsiin on tutkittu laajasti. Vanhemman mielenterveyden häiriöistä äidin synnytyksen jälkeinen masennus on suhteellisen yleinen. Siihen sairastuu joka kymmenes synnyttäneistä äideistä (Tammentie 2009). Tutkimuksessa on todettu, että niissä perheissä, joissa äideillä on synnytyksen jälkeinen masennus, perheen toimivuus on huonompaa kuin muissa perheissä (Tammentie 2009).

Vanhemman mielenterveyden häiriön on todettu olevan riski lapsen kehitykselle. Lapsen vaara sairastua psyykkisesti on kohonnut sekä lapsuudessa että aikuisuudessa. Vanhemman mielenterveyden ja päihdehäiriöt lisäävät lasten riskiä sairastua masennukseen, ahdistushäiriöön, käytös- tai päihdehäiriöön. Lapsilla esiintyy myös erilaisia kehityksellisiä vaikeuksia ja subkliinistä oireilua. Näitä ovat mm. varhaislapsuuden sosioemotionaaliset ongelmat, vanhemmista erossa oloon liittyvät vaikeudet, sosiaalinen arkuus tai aggressiivisuus sekä kognitiiviset ja koulunkäyntiongelmät. Vanhemman häiriön pitkäkestoisuudella ja vaikutuksella hänen vuorovaikutustaitoihinsa on enemmän merkitystä kuin diagnoosilla. Kuitenkin erityisesti masentuneiden vanhempien lapsilla on kohonnut sairastumisriski. Heistä noin 40 % sairastuu diagnosoitavaan häiriöön ennen 20 vuoden ikää ja 60 % alle 25-vuotiaana. (Solantaus & Paavonen 2009.)

Kuitenkaan läheisen rooli ei ole ainoastaan kuormittava, vaan myös palkitseva kokemus. Haasteista huolimatta läheiset voivat nauttia sairastuneen seurasta, saada tältä käytännön apua ja vastavuoroista tukea. (Nyman & Stengård 2005.) Greenbergin & Chenin (2004) mukaan 70 % skitsofreniaan sairastuneiden läheisistä koki myötätuntonsa toisia ihmisiä kohtaan lisääntyneen ja 50 % kertoi, että heidän omat elämän päämääränsä ovat selkiytyneet läheisen auttamisen myötä. Suurin osa koki myös saaneensa henkilökohtaista voimaa, uusia näkökulmia ja läheisempiä suhteita toisiin ihmisiin ollessaan psyykkisesti sairastuneen läheinen.

2.2. Perheiden mukanaolo mielenterveyshoitotyössä

Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä päiväpsykiatrinen intensiiviyksikköhoito, silloin kun tarkoitetaan erään yliopistollisen sairaalan rajapintatyöryhmän kehittämää hoitomallia, jonka sisältöä on kuvattu luvussa Tutkimuksen tausta ja tarkoitus. Käsitteen pituuden vuoksi siitä käytetään välillä lyhennettyä muotoa perheyksikkö. Aihetta laajemmin tarkasteltaessa käytetään käsitettä mielenterveyshoitotyö. Mielenterveyshoitotyö -käsitteen käyttö on perusteltua, sillä se erottaa hoitotyön selkeästi omaksi alueekseen lääketieteellisestä näkökulmasta ja vastaa nykyistä kansainvälisen kirjallisuuden termiä *mental health nursing* entisen *psychiatric nursing*:n sijaan. (Kilcku 2008.)

Perheen ottaminen mukaan hoitoprosessiin on perusteltua sekä sairastuneen että hänen läheistensä näkökulmasta. Perhe on sairastuneen kannalta erittäin suuri voimavara, jota tulisi hyödyntää hoidossa. Perhettä tutkimalla voidaan myös kartoittaa potilaan tilanteeseen liittyviä riskitekijöitä ja suojaavia tekijöitä. Perheen osoittama tuki ja mielenkiinto lisäävät sairastuneen hyvää oloa sekä edistävät parantumista. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999.)

Perheen tunneilmapiiriä selvittäneissä tutkimuksissa perheenjäsenten kriittisen, vihamielisen tai ylihuolehtivan asennoitumisen on todettu olevan yhteydessä sairauden uusiutumiseen, vakavuusasteeseen tai huonompaan hoitovasteeseen useissa vakavissa mielenterveyden häiriöissä. Perheinterventioita koskevissa tutkimuksissa on todettu, että perheen ilmapiirin muuttuminen myönteisempään suuntaan on yhteydessä harvempiin uudelleen sairastumisiin. Toimintakykyisellä perheellä on huomattavasti paremmat edellytykset tukea sairastunutta kuin uupuneella ja kuormittuneella. (Rungreangkulkij & Gillis 2000.) Lisäksi läheisten riski sairastua mielenterveyden häiriöön on todellinen (Nyman & Stengård 2001; Solantaus & Paavonen 2009.) Siksi osana hyvää kokonaisuhoitoa tulisi kiinnittää huomiota koko perheen terveyteen ja toimivuuteen sekä näiden tukemiseen. Onnistuakseen perhekeskeinen hoitotyö vaatii moniammatillista yhteistyötä hoitohenkilökunnan sekä muiden sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten välillä. Perhe tulee tällöin myös nähdä osana moniammatillista tiimiä. (Larivaara & Taanila 2009.)

Perheiden ammattilaisilta saaman tuen muodot

Perhekeskeisten hoitomallien sisällöt ja menetelmät vaihtelevat. Mattilan ym. (2009) mukaan hoitomalleihin liittyy perheenjäsenien saaman tuen ohella usein ohjausta ja kouluttamista. Skitsofreniapotilaiden perheille suunnattujen hoitomallien on todettu lisäävän perheiden elämänlaatua ja selviytymistä sekä parantavan sairastuneen ja hänen perheenjäsentensä välisiä suhteita.

Pitkäsen (2010) mukaan hoidon suunnitteluun liittyvät, voimaannuttavat, sosiaaliset ja aktivoivat hoitotyön menetelmät sekä turvallisuuteen ja fyysiseen terveyteen liittyvät hoitotyön menetelmät olivat sairastuneiden ja hoitajien kuvausten mukaan hoitotyön menetelmiä, joilla tuetaan sairastuneiden elämänlaatua ja joita tulee edelleen kehittää.

Gavois ym. (2006) jakavat ammattilaisten perheille antaman tuen neljään lähestymistapaan, jotka ovat läsnäolo, kuunteleminen, jakaminen ja voimaannuttaminen. Läsnäololla on kolme ulottuvuutta: aikainen yhteydenotto, aikainen informointi ja suojeleminen. Aikainen yhteydenotto ja tiedottaminen auttavat perhettä ymmärtämään tilannetta. Ammattilaisten läsnäolo tuo sekä fyysistä että psyykkistä turvaa.

Kuuntelemisen ulottuvuudet ovat kuormittuneisuuden arvioiminen, yhteyden ylläpitäminen ja vahvistaminen. Ammattilaisten ja läheisten välinen yhteistyösuhde perustuu luottamukselliseen vuorovaikutukseen. Kuunnellessaan läheistä työntekijä samalla arvioi tilanteen kuormittavuutta. Tämä saattaa johtaa hoidolliseen väliintuloon. Vahvistaminen tapahtuu tunnetasolla, kun työntekijät vastaavat läheisen tarpeeseen tulla kuulluiksi. Yhteyden ylläpitäminen on tärkeää, sillä läheiset saattavat tuntea pettymystä, kun sairastuneen tilassa ei tapahdu muutosta parempaan. Tämä puolestaan voi johtaa yhteydenpidon vähentymiseen ja läheisen jättäytymiseen pois perheenjäsenensä hoitoon osallistumisesta. (Gavois ym. 2006.)

Jakamiseen liittyvät ulottuvuudet ovat yhteistyö, avoin viestintä ja turvallisuus. Tiedonsaanti ja jakaminen vähentävät perheen kuormittuneisuutta. Avoimeen viestintään kuuluu, että sairastuneen tilan huonontuessa viestintä on

molemminpuolista. Yhdessä laaditut toimintasuunnitelmat lisäävät turvallisuuden tunnetta. Yhteistyö ja avoin kommunikaatio hoidon suunnittelussa helpottavat läheisten selviytymistä. (Gavois ym. 2006.)

Voimaannuttaminen jakaantuu niin ikään kolmeen ulottuvuuteen, jotka ovat keskustelumahdollisuuden antaminen, ohjaus ja kehitykseen kannustaminen. Perheenjäsenet kokivat voimaannuttavaksi, että heille järjestettiin tilaisuuksia, joissa he voivat puhua omista ongelmistaan ja tunteistaan sekä esittää kysymyksiä. Tietoisuus siitä, että on muitakin samassa tilanteessa olevia, koettiin tukea antavaksi. Jokapäiväistä elämää ja siitä selviytymistä koskevat neuvot koettiin tärkeiksi. (Gavois ym. 2006.)

Perheiden kokemukset ammattilaisten antamasta tuesta

Tutkimusten mukaan psyykkisesti sairastuneet ja heidän perheensä kokevat riittämättömäksi hoitohenkilökunnalta saamansa tuen. Erityisesti sairauteen ja sen hoitoon liittyvää tietoa kaivataan enemmän (Cleary ym. 2005). Östmanin (2004) mukaan läheisten kärsimys ja tyytymättömyys hoitotahoa kohtaan lisääntyvät läheisen sairauden pitkittyessä. Ensimmäistä kertaa sairaalahoitoon tulleiden läheiset kokivat psykiatriset palvelut laadukkaammiksi kuin pitkään sairastaneiden läheiset. Nymanin & Stengårdin (2001) tutkimuksessa (N = 1562) selvitettiin läheisten tyytyväisyyttä mielenterveysalan ammattihenkilöihin keskeisten hoitoon liittyvien asioiden osalta. Nämä asiat olivat ammattilaisten saatavuus kriisitilanteessa, ammattihenkilöiden antama tieto, läheisen hoitosuunnitelmaan paneutuminen, kiinnostus tietoihin, joita läheinen voi antaa potilaasta sekä kiinnostus ongelmiin, joita läheisillä on potilaan kanssa. 37 % vastanneista oli joko erittäin tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä ammattilaisten toimintaan. Melko tyytymättömiä ja ei lainkaan tyytyväisiä oli yli puolet vastaajista.

Vaikka nykykäsityksen mukaan perheiden toiminnalliset ja vuorovaikutukselliset häiriöt nähdään enemmän yrityksenä selviytyä mielenterveysongelmaisten kanssa, kuin mielenterveysongelmien syynä, kokevat läheiset silti saavansa terveydenhuollossa erilaista kohtelua kuin somaattisesti sairastuneiden läheiset. (Kaas ym. 2003.) Läheiset kritisoivat terveydenhuoltojärjestelmää siitä, ettei heidän

tarpeitaan ja mielipiteitään oteta riittävästi huomioon läheisen hoitoa suunniteltaessa. Läheisten rooli on usein passiivinen tai vaihteleva. (Sin ym. 2005.) Sairastuneen ja läheisten tarpeet ja odotukset saattavat olla myös ristiriidassa keskenään. Siinä missä sairastunut haluaa itsenäisyyttä ja vapautta sairastumisestaan huolimatta, toivovat perheenjäsenet turvaa ja huolenpitoa sairastuneelle läheiselleen.

Tutkimusten perusteella voidaan havaita perheiden edelleen kokevan paljon puutteita mielenterveystyössä. Siksi perhekeskeisyyden, perhehoitotyön mallien ja niiden vaikuttavuuden tutkiminen on perhehoitotieteen ja perhehoitotyön kehittämisen kannalta tärkeää.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vanhempien kokemuksia päiväpsykiatrisesta intensiivisyksikköhoidosta ja sen vaikutuksista heidän perheeseensä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiseksi vanhemmat ovat kokeneet perheensä päiväpsykiatrisessa intensiivisyksikössä saaman hoidon?
2. Miten vanhemmat kokevat hoidon auttaneen perhettään?
3. Mitä vanhemmat olisivat toivoneet hoidossa tehtävän eri tavalla?

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa psyykkisesti oireilevien perheiden intensiivisyksikköhoidon arvioimiseksi ja laajemmin edistämään mielenterveystyön perhekeskeisten työtapojen kehittämistä.

4. AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1. Menetelmän valinta

Tutkimusmetodia valitessa tulee miettiä, millä menetelmällä saadaan parhaiten vastaus tutkimuskysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2009). Kun aiheesta on olemassa vain vähän tutkimustietoa, on perusteltua tutkia sitä laadullisin menetelmin (Kylmä & Juvakka 2007). Koska lasten ja puolison mukanaolo vanhemman sairaalajaksolla on harvinaista, ei aiheesta juurikaan ole tutkimustietoa. Myöskään sairastuneiden vanhempien tai heidän puolisoitensa kokemuksia perheen mukaanottamisesta mielenterveyshoitotyöhön ei ole Suomessa tutkittu. Siksi laadullisen tutkimusmenetelmän käyttö on tässä tutkimuksessa perusteltua.

Laadullisessa tutkimuksessa painottuu tutkimukseen osallistuvan näkökulma tutkittavana olevaan ilmiöön (Kylmä ym. 2008). Laadullinen tutkimus tuottaa tietoa, joka korostaa ihmisten kokemuksia, tulkintoja, käsityksiä ja näkemyksiä (Kankkunen ym. 2013). Tutkimuksen avulla pyritään ymmärtämään ilmiötä ja kuvaamaan kuinka ihmiset ajattelevat ja toimivat (Kylmä ym. 2008). Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta teoriaa, mikä mahdollistaa ilmiöiden selittämisen, ymmärtämisen ja tunnistamisen, mahdollisesti myös ennakoimisen (Varto 2005).

Laadullisen terveystutkimuksen pyrkimys on toimia induktiivisesti eli aineistolähtöisesti pääättelemällä yksittäistapauksista laajempia kokonaisuuksia. Tutkimusta ohjaavat mitä, miksi ja miten kysymykset. Tavanomaista laadulliselle tutkimukselle on myös tutkimusprosessin aikana tapahtuva tutkimustehtävien tarkentuminen. Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat luonnolliset olosuhteet ja tuotetun tiedon yhteys aikaan, paikkaan ja osallistujien elämäntilanteisiin. Tutkimustuloksissa korostetaan merkityksiä, eikä ilmiöistä ajatella olevan olemassa vain yhtä oikeaa totuutta. (Kylmä & Juvakka 2007.)

4.2. Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruuta ja analyysia ei ohjaa tarkka teoreettinen viitekehys. Tutkijan on kuitenkin tiedettävä, mitä tutkii jotta voi kerätä aineistoa tutkimuksensa kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007.) Jotta induktiivisella sisällönanalyysillä tuotettu tieto voitaisiin kytkeä laajempaan kontekstiin, haettiin aiheeseen liittyvää tietoa kirjallisuushakujen avulla. Informaatikon avulla tehtiin haut Medline Ovid ja Cinahl -tietokannoista, käyttäen hakusanoina: psychiatr* or psychotic* or mental* and famil* and intervention*. Hakua tarkennettiin Medlinessa tietokannan oman sanaston hakufraaseilla: “mental disorders or mood disorders or depressive disorder or personality disorder or schitzophrenia and disorders with psychotic features and family or parents or fathers or mothers and psychiatric nursing, family nursing, nursing intervention and psychiatric* or mental*, family intervention or family therapy”. Cinahl:ssa haettiin tietokannan oman sanaston fraaseilla “psychiatric nursing, family nursing, community mental health nursing, nursing interventions, family nursing ja family centered care” yhdistettynä hakusanoihin famil* or father* or mother* or parent* ja tavallisimmat mielenterveyden häiriöt käsittäviin hakufraaseihin: “mental disorders, psychotic disorders sekä personality disorders”.

Haut rajattiin englannin kieleen, kokotekstin saatavuuteen ja vuodesta 2000 eteenpäin kirjoitettuihin artikkeleihin. Lisäksi tehtiin useita pieniä hakuja erilaisilla yhdistelmillä esim. Medic:ssä psykoedukaatiosta ja perheterapiasta. Myös käsihaulla löytyi aiheeseen sopivia artikkeleita. Tutkimuksista rajattiin pois lastenpsykiatrasta perhehoitotyötä koskevat tutkimukset, koska tässä tutkimuksessa tutkittiin perheitä, joissa vanhempi on sairastunut psyykkisesti. Tutkimusten tuli olla myös sovellettavissa suomalaiseseen terveydenhuoltojärjestelmään ja kulttuuriin. Tutkimuksia on kuvattu luvussa Teoreettiset lähtökohdat.

Laadullisissa tutkimuksissa käytetyimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi, kysely ja dokumenteista saatava tieto, joita voidaan käyttää myös toisiinsa yhdistellen. Haastattelua käytetään, kun halutaan tietoa siitä, miten ihminen ajattelee tai miten hän toimii. Haastattelun etuina ovat joustavuus sekä haastattelijan mahdollisuus toistaa ja tarkentaa kysymyksiä tarvittaessa. Haastattelun tavoitteena on saada haastateltavilta mahdollisimman paljon tietoa

tutkittavasta ilmiöstä. Etuna voidaan pitää mahdollisuutta valita haastateltavat heidän kokemuksiansa ja tietojensa perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valittiin avoin haastattelu (Kylmä & Juvakka 2007). Avoimessa haastattelussa keskustelua ei ole sidottu tiukkaan formaattiin. Siinä haastattelija ja haastateltava ovat kielellisessä vuorovaikutuksessa tilanteessa, josta haastattelija pyrkii luomaan mahdollisimman avoimen ja luontevan. Keskustelun kulkua ei ole lyöty lukkoon, vaan se etenee haastattelijan ennalta valitseman aihepiirin sisällä mahdollisimman vapaasti ja pitkälti haastateltavan ehdoilla. Haastattelija pyrkii antamaan tilaa haastateltavan kokemuksille, tuntemuksille, muistoille, mielipiteille ja perusteluille. (Eskola & Suoranta 2000; Hirsjärvi & Hurme 2001.)

Tässä tutkimuksessa haastattelut toteutettiin yksilö- tai parihaastatteluina, tutkimuksen tekijän toimiessa haastattelijana. Haastattelujen avulla saatiin tietoa vanhempien kokemuksista ja ajatuksista perheensä hoitoon liittyen. Haastatteluilla oli mahdollista kerätä yksityiskohtaisempaa ja tarkempaa kokemusperäistä aineistoa kuin esimerkiksi kyselylomakkeilla. Haastattelija pyrki olemaan keskustelukumppani, joka tarvittaessa myös hienovaraisesti luotsasi keskustelua takaisin varsinaiseen aiheeseen. Aiheen sensitiivisyyden vuoksi keskustelu lähti herkästi haastateltavien taholta sivuraiteille. Tämä vaati haastattelijalta keskittymistä ja herkkyyttä, jotta hän pystyi sekä kuuntelemaan eläytyen että sopivassa kohdassa viemään keskustelua eteenpäin. Hirsjärven ym. (2004) mukaan tunnusomaista hyvälle haastattelulle on kiinnittää huomiota ensivaikutelmaan, kohteliaisuuteen, luottamuksen herättämiseen, kiinnostukseen, aktiiviseen kuunteluun ja vuorovaikutuksen ylläpitämiseen. Tässä haastattelijan etuna oli pitkä kokemus ihmisten kohtaamisesta ja arkojenkin asioiden kysymisestä psykiatrisen sairaanhoitajan työssä.

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on kerätä mahdollisimman laadukas aineisto kohteena olevasta ilmiöstä ja näin ollen osallistujien määrää ei pidetä olennaisena tekijänä työn laadun mittaamisessa. Laadullisten tutkimusmenetelmien avulla saatavan aineiston määrä vaihtelee huomattavasti, joten riittävä osallistujamäärä on aina arvioitava tutkimuskohtaisesti. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tähän tutkimukseen haastateltiin kuuden perheen vanhempia. Yksi äideistä osallistui haastatteluun yksin

puolison ollessa estynyt, muihin haastatteluihin osallistuivat perheen molemmat vanhemmat. Pariskunnat haastateltiin yhdessä. Haastateltavia oli yhteensä 11, kuusi naista ja viisi miestä. Viidessä perheessä psyykkisesti sairastunut oli äiti, yhdessä perheessä isä. Lapsia perheissä oli yhdestä kolmeen kappaletta ja iältään lapset olivat tutkimushetkellä alle vuoden ikäisestä kahteentoista ikävuoteen. Haastattelut tehtiin 15.1. – 4.11.2014 välisenä aikana.

Mahdollisimman kattavan ja tutkimustehtäviin vastaavan aineiston keräämisen onnistumiseksi on tärkeää, että haastateltavat voivat tutustua aiheeseen ja haastattelun kysymyksiin etukäteen. Haastateltavien tiedottaminen haastattelun aiheesta ja ajankohdasta on myös eettisesti perusteltua, jotta haastateltavat voivat antaa suostumuksensa haastatteluun osallistumiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Tämän tutkimuksen osallistujat haastateltiin 1-6 kk:n kuluttua hoitajakson päättymisestä. Päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön sairaanhoitaja otti vanhempiin yhteyttä ja kertoi tutkimuksesta sekä informoi tutkimuksen tekijälle niistä perheistä, jotka olivat alustavasti ilmaisseet olevansa kiinnostuneita tutkimukseen osallistumisesta. Seuraavaksi tutkimuksen tekijä otti puhelimitse yhteyttä näihin vanhempiin, kertoi puhelimesta tutkimuksesta lisää ja vastasi vanhempien tutkimusta koskeviin kysymyksiin. Haastattelut sovittiin perheiden toiveiden mukaisesti. Kaikki halusivat, että haastattelu tehdään heidän kotonaan. Ennen haastattelua tutkimuksen tekijä antoi vanhemmille luettavaksi tutkimustiedotteen (liite 1) ja vanhemmilla oli vielä halutessaan mahdollisuus esittää kysymyksiä. Ennen haastattelun aloittamista vanhemmat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 2). Haastattelut kestivät neljästäkymmenestä minuutista lähes kahteen tuntiin.

4.3. Aineiston analyysi

Koska tarkoituksena oli ymmärtää ja kuvata haastateltavien kokemuksia päiväpsykiatrisesta intensiiviyksikköhoidosta, analysoitiin aineisto induktiivista sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002.) Sisällönanalyysin aineistolähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että

luokittelu perustuu aineistoon, ei valmiiseen teoreettiseen viitekehykseen (Kylmä & Juvakka 2007).

Hirsjärven & Hurmeen (2004) mukaan parasta on, jos haastattelija tai tutkija itse voi kirjoittaa haastattelut haluttuun muotoon. Tässä tutkimuksessa haastattelut nauhoitettiin ja tutkimuksen tekijä purki haastattelut kirjoitetuksi tekstiksi eli litteroi ne. Äänitys oli erittäin selkeä eikä epäselviä kohtia ollut. Haastattelut litteroitiin mahdollisimman sanatarkasti tietokoneelle, mukaanlukien täytesanat, naurahdukset ja itkut. Litterointi tehtiin mahdollisimman pian haastattelun jälkeen, että haastattelutilanne oli vielä tuoreessa muistissa. Valmista tekstiä oli 65 sivua fontilla Arial 10 ja rivivälillä 1,15. Haastattelutilanteessa ja litterointivaiheessa tutkimuksen tekijälle alkoi vähitellen muodostua käsitys tutkimusaineistosta ja sen sisällöstä.

Kun kuusi haastattelua oli tehty ja litteroitu, havaittiin että aineisto alkoi kylläntyä eli uusia näkökulmia tutkimusaiheeseen ei enää tullut esille. Tässä vaiheessa tutkimuksen tekijä luki litteroimansa tekstin useita kertoja. Hirsjärven ym. (2008) mukaan aineiston voi analysoida vasta kun on lukenut sen huolellisesti. Siitä, kuinka hyvin tutkija tuntee aineistonsa, riippuu myös miten hyvin hän voi sen analysoida. Kun tutkimuksen tekijä oli mielestään riittävästi tutustunut aineistoon sitä lukemalla, alkoi hän pelkistää. Tutkimuksen tekijä luki litteroitua tekstiä kysyen siltä tutkimuskysymyksiä. Aineistosta nousevat, tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaukset kirjattiin ensin sellaisenaan. Ilmaus saattoi olla yksittäinen lause tai kokonainen ajatuskokonaisuus. Seuraavassa vaiheessa merkitsevistä ilmauksista, joita oli yhteensä 503 kpl, tiivistettiin oleellinen tieto pelkistetyiksi ilmauksiksi. Pelkistämässä pyrittiin säilyttämään alkuperäisilmausten olennainen sisältö käyttämällä osin samoja sanoja kuin alkuperäisilmauksissa (Kylmä & Juvakka 2007). Jotta alkuperäisilmausten merkitykset eivät katoaisi pelkistettäessä, alkuperäisilmauksia ja pelkistyyksiä verrattiin toisiinsa useaan kertaan. Pelkistysten koodaus mahdollisti sen, että tutkimuksen tekijä pystyi tarvittaessa palaamaan myös litteroimaansa alkuperäiseen tekstiin ja tarkistamaan ilmauksen sieltä.

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin. Pelkistyyksistä etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroja. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan luokkaan, jolle annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. Jo tässä vaiheessa prosessiin liittyy abstrahointia eli käsitteellistämistä. Analyysiä jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset alaluokat

yläluokiksi. Muodostetut yläluokat nimettiin mahdollisimman kuvaavasti. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001; Kylmä & Juvakka 2007.) Yläluokista muodostettiin vielä yhdistävät luokat eli pääluokat, jotka nimettiin kuvaavalla tavalla. Tämän tutkimuksen aineiston analyysi eteni sisällönanalyysin prosessin mukaisesti kokonaisuuden hahmottamisesta yksityiskohtaiseen analyysiin eli pelkistämiseen, ryhmittelyyn ja abstrahointiin (Kylmä & Juvakka 2007). Esimerkki analyysin etenemisestä on liitteessä 3. Vähitellen ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla rakentui synteesi, joka antoi vastauksen tutkimuskysymyksiin.

Hirsjärven & Hurmeen (2004) mukaan laadullinen analyysi käsittää monia vaiheita, jotka sisältävät sekä analyysia että synteisiä. Analyysissa eritellään, luokitellaan aineistoa ja synteisissä pyritään luomaan kokonaiskuvaa ja esittämään tutkittava ilmiö uudessa perspektiivissä.

Tässä tutkimuksessa muodostetut pääluokat antavat vastauksen kolmeen tutkimuskysymykseen. Analyysi tehtiin siten, että kaikkien haastateltujen kokemuksia käsiteltiin yhdessä. Tutkimuksessa ei siis tarkasteltu erikseen sairastuneiden ja puolisoitten tai miesten ja naisten kokemuksia. Ajatuksena oli tarkastella tutkimuksessaakin perhettä kokonaisuutena, yksilöiden ollessa taustalla.

5. TUTKIMUSTULOKSET

Perheiden taustatietoja ei erikseen kysytty, vaan ne perustuvat siihen, mitä vanhemmat itse halusivat kertoa. Vanhempien iät eivät käyneet haastatteluista ilmi, sen sijaan lasten iät (alle 1 v -12 v) ja lukumäärä (1-3 lasta perheessä) tulivat esille. Vanhempien koulutustausta vaihteli kouluasteisesta korkeakouluasteiseen. Kaikkien perheiden äidit olivat tutkimushetkellä eri syistä kotona eivätkä työelämässä. Isien tilanne kotonaolon osalta vaihteli. Kaikissa perheissä oli äiti ja isä, jotka asuivat yhdessä lasten kanssa. Sairastuneista naisia oli viisi ja miehiä yksi.

Sairastuneista yhtä lukuunottamatta kaikilla oli aikaisempaa kokemusta mielenterveyshoidon palveluista. Sairastuneiden puolisoit eivät maininneet, että heillä olisi ollut hoitoa vaatineita mielenterveyden ongelmia. Hoitojakso

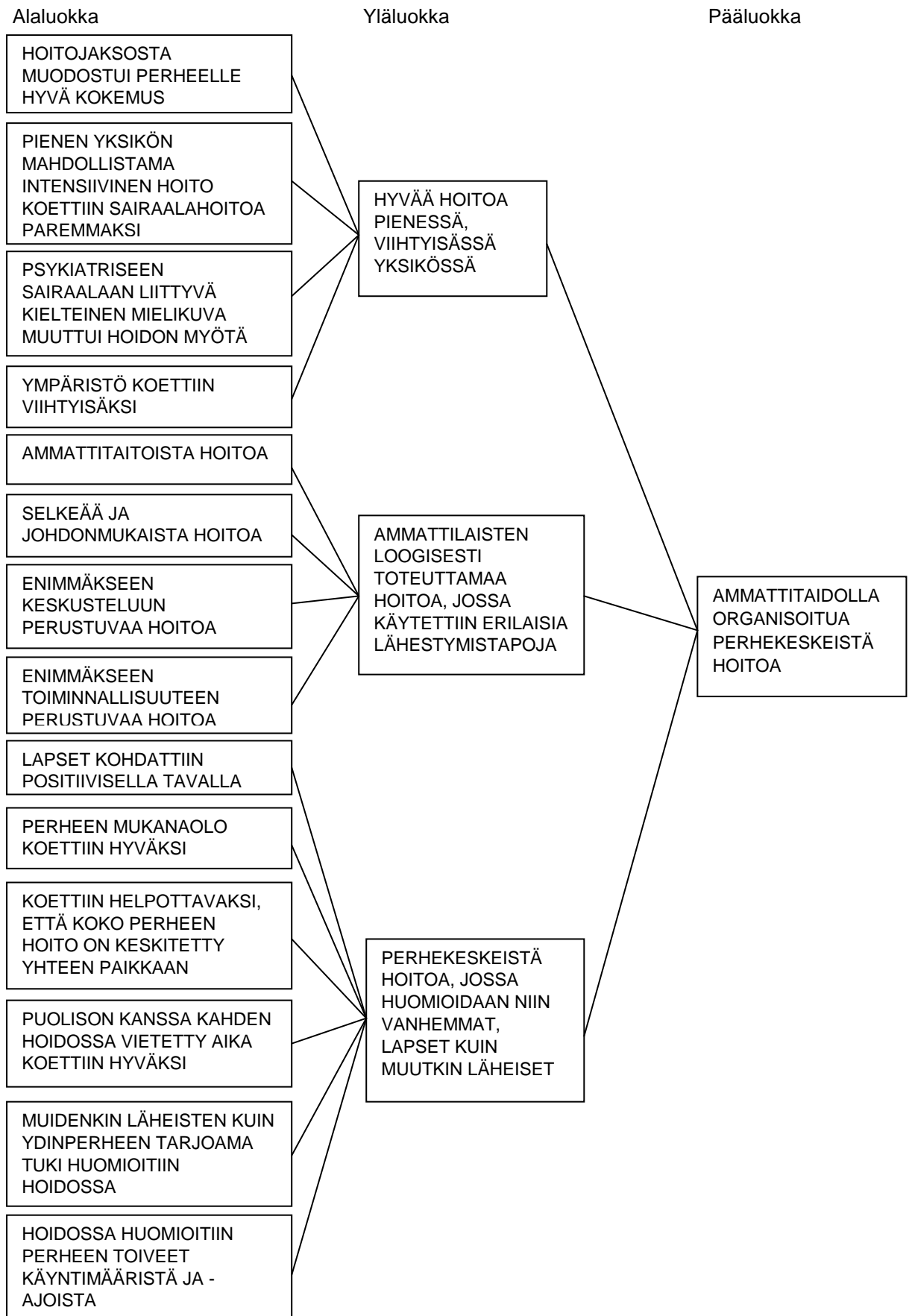
päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä oli kolmella perheellä alkanut sairastuneen vanhemman osastojakson seurauksena ja kolme perhettä oli ohjattu yksikköön avohoidon palveluista. Hoidon jälkeen yhtä vanhempaa lukuunottamatta kaikki olivat selvinneet ilman sairaalahoitoa avopalveluiden tuella. Sairastuneen vanhemman diagnooseja ei kysytty, mutta he kuvasivat haastattelussa psykoositasoisia oireita tai muuten vakavia mielenterveyden häiriöitä: harhaluuloja, hallusinaatioita, erittäin vaikeita pakkotoimintoja ja -ajatuksia, itsetuhoisuutta tai vakavaa masennusta. Vanhemmilla oli lisäksi voimakasta ahdistusta ja pelkotiloja, unettomuutta, paniikkikohtauksia, persoonallisuushäiriöitä ja läheisriippuvuutta. Päihdeongelmista ei mainittu yhdessäkään perheessä.

5.1. Päiväpsykiatrinen intensiiviyksikköhoito vanhempien kokemana

Tutkimuskysymys oli, millaiseksi vanhemmat ovat kokeneet perheensä päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä saaman hoidon. Vanhempien kokemuksista muodostui kolme pääluokkaa. Vanhempien mukaan he olivat saaneet ammattitaidolla organisoitua perhekeskeistä hoitoa. He kokivat myös, että perhe kohdattiin hoidossa hyvin. Kolmas pääluokka sisälsi kritiikin: hoidosta aiheutui perheelle haittaa tai mielipahaa.

5.1.1. Ammattitaidolla organisoitua perhekeskeistä hoitoa

Vanhemmat olivat monin tavoin tyytyväisiä päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä annettuun hoitoon. Pääluokka ammattitaidolla organisoitua perhekeskeistä hoitoa muodostui kolmesta yläluokasta. Perheet olivat saaneet hyvää hoitoa pienessä, viihtyisässä yksikössä. Heille oli tarjottu ammattilaisten loogisesti toteuttamaa hoitoa, jossa käytettiin erilaisia lähestymistapoja. Perhekeskeisessä hoidossa oli huomioitu niin vanhemmat, lapset kuin muutkin läheiset. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Ammattitaidolla organisoitua perhekeskeistä hoitoa

Hyvää hoitoa pienessä, viihtyisässä yksikössä

Yläluokka hyvää hoitoa pienessä, viihtyisässä yksikössä koostui alaluokista: hoitajaksesta muodostui perheelle hyvä kokemus, pienen yksikön mahdollistama intensiivinen hoito koettiin sairaalahoitoa paremmaksi, psykiatriseen sairaalaan liittyvä kielteinen mielikuva muuttui hoidon myötä ja ympäristö koettiin viihtyisäksi.

Vanhemmat toivat ilmi tyytyväisyytään hoitajaksoon monin tavoin. Alaluokkaan hoitajaksesta muodostui perheelle hyvä kokemus, ryhmiteltiin ilmaukset, joissa vanhemmat kehuivat hoitoa tarkemmin asiaa erittelemättä, mutta joista välittyi, että hoitajakso on ollut perheelle hyvä kokemus.

”Ei mitään huonoa sanottavaa”.

”Tosi positiivinen kokemus.”

Vanhemmat, joilla oli aikaisempaa kokemusta psykiatrisesta sairaalahoidosta, kokivat pienen yksikön mahdollistaman intensiivisen hoidon sairaalahoitoa paremmaksi. He kokivat hyötynsä intensiiviyksikön hoidosta sairaalahoitoa enemmän. He olivat saaneet enemmän ja intensiivisempää hoitoa kuin sairaalaosastolla. Heidän mukaansa sairastunut vanhempi on intensiiviyksikössä tarkemmin valvottu kuin sairaalaosastolla, jossa hän hukkuu massaan. Vanhemmat kokivat myös, että perheen voinnista ollaan oikeasti kiinnostuneita, toisin kuin osastolla. Eräs vanhemmista vertasi sairaalahoitoa kouluun, jossa on viisisataa oppilasta ja avohoitoa itseopiskeluun netin kautta. Hänen mukaansa intensiiviyksikkö oli kuin pienryhmäopetusta ja sen vuoksi sairaalahoitoa tai avohoitoa tehokkaampaa.

”Että kyllä siitä mulle oli mun mielestä enemmän hyötyä kun että jos vaan (osastolla) olis ollu, kun eihän siellä oo muuta kun oikeestaan vaan olemista.”

Vanhempien psykiatriseen sairaalaan liittyvä kielteinen mielikuva muuttui hoidon myötä. Haastatelluilla oli ollut negatiivisia mielikuvia ja ennakkokäsityksiä psykiatriseen sairaalaan liittyen. Sairaalaan lähteminen oli aluksi hirvittänyt tai kauhistuttanut. Haastateltavien mielikuvat olivat kuitenkin muuttuneet myönteisiksi

intensiiviyksikön hoitajakson aikana. Vanhemmat kuvasivat, että hoito oli inhimillisempää, läheisempää ja asiakaslähtöisempää, kuin he olivat ennalta odottaneet.

”Et se oli varmaan se suurin semmonen niinku positiivinen yllätys sillai että kun tietysti (psykiatrisesta sairaalasta) nyt on tietyt kuvat ihmisillä.”

Hoitoympäristön vanhemmat kokivat viihtyisäksi. Haastatellut kuvasivat intensiiviyksikön tilojen olleen siistit ja että lapsille oli paljon leluja. Hierova istuin oli jäänyt positiivisena mieleen. Ruokailumahdollisuus henkilökunnan ruokalassa oli koettu miellyttäväksi.

”Niin silleen kyllä tilat ja muut oli siellä hyvät. Että oli niinku se hoitopöytä ja muuta tommosta. Niinku lapselle viihdykettä ja sitten oli semmonen pikku keittiö, missä sai vaikka lämmittää hänelle maitoa, jos tarttes ja muuta.”

Ammattilaisten loogisesti toteuttamaa hoitoa, jossa käytettiin eri lähestymistapoja

Yläluokka ammattilaisten loogisesti toteuttamaa hoitoa, jossa käytettiin eri lähestymistapoja, koostui alaluokista: ammattitaitoista hoitoa, selkeää ja johdonmukaista hoitoa, enimmäkseen keskusteluun perustuvaa hoitoa ja enimmäkseen toiminnallisuuteen perustuvaa hoitoa.

Vanhempien mukaan hoito päiväpsykiatrisessa yksikössä oli ammattitaitoista. Hoitajat vaikuttivat hyvin päteviltä. Heitä kuvattiin sanoilla: huippuammattilainen ja loistava. Vanhemmat kokivat, että intensiiviyksikön osaaminen henkilöityi erityisesti yksikön kahteen vakituisen hoitajaan. Vanhemmat kuvasivat, että hoitajilla oli heihin positiivista auktoriteettia.

”Mutta se terapeutti, joka meillä siellä oli, niin sehän oli aivan siis loistava, ihan oikeassa hommassaan.”

Vanhempien mukaan hoito oli selkeää ja johdonmukaista. Hoitajien työskentelystä oli välittynyt vanhemmille kuva selkeästä vastuun- ja työnjaosta. Hoitajien työtettä kuvattiin täsmälliseksi. Vanhemmat olivat kokeneet työparityöskentelyn siten, että toinen hoitajista kyseli mukavia ja oli paljon lasten kanssa. Toinen taas teki tiukkoja kysymyksiä ja vei asioita eteenpäin. Asioita määrätietoisesti eteenpäin vievästä hoitajasta käytettiin ilmausta: hän tiesi agendansa. Lääkärille oli päässyt aina, jos oli ollut kysyttävää lääkkeitä.

”Työnjako on selkee, vastuunjako on selkee... Ne palaverit on ollu sellasia, että hoitaja on sanonu että joo, tänään meillä on nyt sitä ja jo lähtökohtasesti se niinku tietää, mitä tehdään.”

Päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä käytettiin monipuolisesti erilaisia lähestymistapoja. Se kävi ilmi siinä, miten vanhemmat kuvasivat hoitoa. Joku oli kokenut hoidon enimmäkseen toiminnallisena, toinen taas keskusteluna. Alaluokkaan enimmäkseen keskusteluun perustuvaa hoitoa liittyviä ilmauksia olivat mm.: hoito ei ollut kovin toiminnallista, hoidossa enimmäkseen juteltiin tai käytiin asioita läpi.

”Mut mun mielestä se oli kyllä pitkälti vaan sitä että me siä vaan juteltiin.”

Osa vanhemmista korosti hoidon toiminnallisuutta keskustelua keskeisempänä hoitomenetelmänä. Alaluokkaan enimmäkseen toiminnallisuuteen perustuvaa hoitoa kuuluvia pelkistettyjä ilmauksia olivat mm.: oli tekemistä, mentiin kuntosalille tai askarreltiin, eikä vaan istuttu, sai tehdä asioita omien taitojen puitteissa tai tehtiin asioita.

”Siellä oli joka päivä niinku joko mentiin kuntosalille tai ulos tai kuhan vaan askarreltiin, mitä sattukaan keksiin. Kuhan vaan niinku jotain tehtiin, ettei vaan istuttu.”

Perhekeskeistä hoitoa, jossa huomioidaan niin vanhemmat, lapset kuin muutkin läheiset

Yläluokka perhekeskeistä hoitoa, jossa huomioidaan niin vanhemmat, lapset kuin muutkin läheiset muodostettiin kuudesta alaluokasta. Alaluokat olivat: lapset kohdattiin hoidossa positiivisella tavalla, perheen mukanaolo koettiin hyväksi, koettiin helpottavaksi, että koko perheen hoito on keskitetty yhteen paikkaan, puolison kanssa kahden vietetty aika hoidossa koettiin hyväksi, muidenkin läheisten kuin ydinperheen tarjoama tuki huomioitiin hoidossa ja hoidossa huomioitiin perheen toiveet käyntimääristä ja -ajoista.

Vanhempien mukaan lapset kohdattiin hoidossa positiivisella tavalla. Hoitajat osasivat olla lasten kanssa ja lapsille syntyi sellainen luottamus, että he pystyivät puhumaan asioista. Lapset olivat ottaneet hoidon hyvin vastaan ja tykänneet keskusteluavusta. Lapsille ei ollut vanhempien mielestä tullut sellaista tunnetta, että heitä katsotaan ylhäältäpäin. Lasten jaksaminen ja viihtyminen huomioitiin hyvin ja lapset olivat yksikössä ”kuin kotonaan”. Vanhemmat kuvasivat myös, että lapset ovat katkeria, kun eivät enää pääse mukaan hoitoon.

”Se on mun mielestä silleen siis tosi lapsipainotteinen paikka.”

Perheen mukanaolo hoidossa koettiin yksimielisesti positiiviseksi asiaksi. Silloinkin, kun hoito oli muuten tuntunut ikävältä, perheen mukanaolo koettiin hyväksi. Perhetapaamisessa mukana ollut vanhempi piti merkittävänä sitä, että näki missä puoliso on käynyt ja mitä tehnyt. Perhetapaamiset oli koettu hyvällä tavalla intiimeiksi. Hyvää oli ollut myös se, että sairaalajakson aikana vanhempaansa ikävöinyt lapsi pääsi näkemään tätä perhetapaamisessa. Siitäkin pidettiin, ettei sairastuneen vanhemman tarvinnut itse kertoa kaikkea juurta jaksain, kun puoliso oli mukana kertomassa perheen tilanteesta. Puolison mukanaolo koettiin myös sairastuneen vanhemman turvaksi, jos hoitajat eivät luota sairastuneen kertomukseen (esim. arvioitaessa tämän kykyä olla lapsen kanssa vuorovaikutuksessa).

”Musta on tosi hienoo, että on olemassa tommonen niinku koko perheelle suunnattu paikka.”

Vanhemmat kokivat helpottavaksi sen, että koko perheen hoito on keskitetty yhteen paikkaan. Haastatellut toivat hyvin voimakkaasti esiin sitä, miten hyvä on, kun yhdessä hoitopaikassa on kokonaiskäsitys perheen tilanteesta. Haastatelluille päiväpsykiatrinen intensiiviyksikkö oli ensimmäinen paikka, missä perhe kokonaisuutena huomioitiin. Vanhemmat kokivat taistelleensa saadaksesen koko perheelle hoitoa ja tunsivat helpotusta, kun vihdoinkin saivat samanaikaista hoitoa yhdessä.

”Mun mielestä toi perheintensiiviyksikkö oli sllai hyvä, että siinä oli sekä vanhemmat että lapset, ettei ollu niinku eri toimijat meillä kaikilla.”

”Ja se oli niinku se henkilökohtanen hyöty et jollakin oli jo alusta lähtien, tuli se tunne, että nyt joku ottaa koppia tästä hommasta. Että kun siihen asti oli taisteltu ihan täysillä, että ottakaa ny joku kiinni, että meillä ei riitä voimat.”

Vanhemmille tarjottiin mahdollisuus käydä hoidossa myös kaksin, ilman lapsia. Puolison kanssa kahden hoidossa vietetty aika koettiin hyväksi. Vanhemmat kokivat, että kahdestaan ollessa pystyi paremmin keskittymään keskusteluun, koska lasten mukanaolo vaati kuitenkin aina oman huomionsa. Vanhemmat arvostivat myös sitä, että pariskuntien kahdenkeskeistä aikaa mahdollistettiin rohkaisemalla heitä lähtemään kaksin syömään hoitajan huolehtiessa lapsista sillä aikaa.

”Hoitaja monta kertaa vahti sitten vauvaa, sillä aikaa kun me käytiin miehen kanssa syömässä ja sit vielä jatkettiin. Oli hyvä juttu, että saatiin lähtee kaksin. Hoitaja rohkaisi siihen, että menkää nyt, kyllä hän pärjää vauvan kanssa sen aikaa. Ne oli sitten kattellu kaikkia pehmoleluja ja muuta sillä aikaa. ”

Muidenkin läheisten kuin vain ydinperheen tarjoama tuki huomioitiin hoidossa. Päiväpsykiatriseen intensiiviyksikköön olivat tervetulleita kaikki läheiset. Osalla vanhemmista oli ollut mukana oma äiti tai ystävä. Sairastunut vanhempi oli pyytänyt läheistään mukaan tueksi ensimmäisille käyntikerroille, silloin kun puoliso ei ollut töiden vuoksi päässyt mukaan.

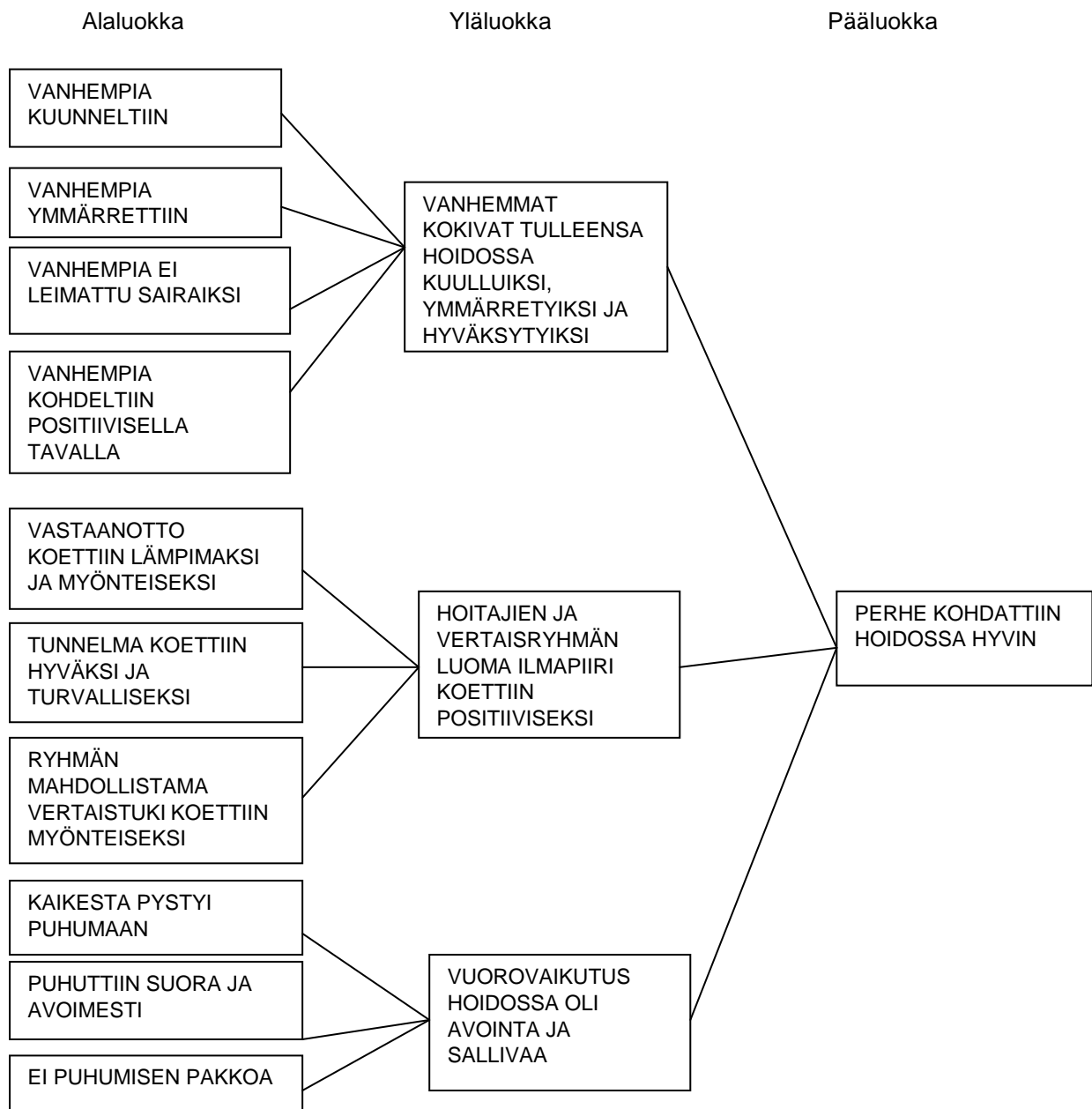
”Mut sillai siis joo, koska se eka kerta kun mä menin, mulla oli mun kaveri ja kaverin vauva ja oma vauva mukana. Mä pyysin ystävää tuleen niinku mukaan, et se oli sitten kans kertomassa vähän sitä omaa kantaansa siihen mun olooni ja tilaani ja fiiliksiin.”

Vanhemmat toivat myönteisenä kokemuksena esille myös sen, että hoidossa huomioitiin perheen toiveet käyntimääristä ja -ajoista. Vanhemmat kokivat, että heidän toiveitaan kuunneltiin. Käyntien määrää ja tiheyttä sai säädellä oman voinnin mukaan.

”Elikkä siis ihan sen mukaan mentiinkin, että se hoitaja kysy multa, että mikä on paras aika ja miten pääset tuleen.”

5.1.2. Perhe kohdattiin hoidossa hyvin

Vanhempien mukaan heidän perheensä kohdattiin hoidossa hyvin. Tämä ilmeni siten, että vanhemmat kokivat tullessaan hoidossa kuulluiksi, ymmärretyiksi ja hyväksytyiksi. Lisäksi hoitajien ja vertaisryhmän luoma ilmapiiri koettiin positiiviseksi ja vuorovaikutus hoidossa oli avointa ja sallivaa. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Perhe kohdattiin hoidossa hyvin

Vanhemmat kokivat tullessa hoidossa kuulluiksi, ymmärretyiksi ja hyväksytyiksi

Vanhemmat olivat tulleet hoidossa kuulluiksi, ymmärretyiksi ja hyväksytyiksi. Tämä perustui siihen, että vanhempia kuunneltiin, heitä ymmärrettiin, heitä ei leimattu sairaiksi ja heitä kohdeltiin positiivisella tavalla.

Keskeistä kohtaamisessa oli, että vanhemmat kokivat hoitajien kuunnelleen heitä. Hoitajien persoona ja asenne olivat olleet sellaiset, että vanhemmat kokivat tullessa hoidossa kuulluiksi. Kokemus erosi aiemmista ja myöhemmistä hoitokokemuksista positiivisella tavalla.

”Hoitaja oli sellanen positiivinen, kuunteleva.”

Alaluokkaan vanhempia ymmärrettiin, ryhmittivät sellaiset pelkistetyt ilmaukset kuten: perheyksikössä ymmärretään parhaiten meidän perheen tilanne, hoitaja todella ymmärsi tilanteeni tai uskon, että hoitaja ymmärtää meitä, koska olemme käyneet asioita niin syvällisesti läpi. Paitsi, että vanhempien hätää ymmärrettiin, ymmärrettiin myös heidän elämäntilanteensa. Vanhemmat olivat kokeneet positiiviseksi esim. sen, että olivat tilanteen niin vaatiessa voineet ottaa perheen koirat mukaan yksikköön.

”Ja sit (nimi) sano et joo hän ymmärtää ja mä varmasti uskon, että hän ymmärtää, koska me ollaan käyty niitä asioita silleen syvällisesti lävitte ja musta tuntuu että siellä perheyksikössä niinku parhaiten ymmärretään meidän perheen se niinku todellinen tilanne.”

Vanhempia ei myöskään leimattu sairaiksi. Haastatellut kuvasivat, että yksikössä heihin ei lyöty sairaan leimaa, vaan otettiin ihminen ihmisenä. He kokivat, että hoidossa tähdättiin siihen, että sieltä pääsee pois heidän sanojensa mukaan selväjärkisenä. Sairaus ei leimaa sairastuneen koko loppuelämää.

”No siis mun mielestä ainakin jos aattelee niin se, että kuinka siä otettiin niinku ihminen oikeesti ihmisenä. Ei silleen niinku, että sä oot vähän päästäs sairas.”

Vanhempia kohdeltiin hoidossa positiivisella tavalla. Vanhemmat kertoivat pitäneensä hoitajistaan paljon. Hoitajat oli koettu mukaviksi, avoimiksi, pehmeiksi,

kannustaviksi ja lempeiksi. Vanhemmat kokivat, että muutkin kuin oma työntekijä ottivat heidät huomioon.

”Ja sit kun ne otti niin ihanasti, sillai niinku esimerkiks jos mun hoitaja kysy siltä naapurihuoneen naiselta jotain, niin se ei tullu sillai että se vaan pyörähtäis siinä huoneessa, vaan se tuli tervehtiin, että moi, mitä kuuluu ja mites lapsi: kasvaa hyvin ja näin. Et siellä kaikki niinku otti, et se ei ollu semmosta, että no istu sä siinä ja...”

Hoitajien ja vertaisryhmän luoma ilmapiiri koettiin positiiviseksi

Yksikön ilmapiiriä kuvattiin myönteiseksi. Myönteinen ilmapiiri liittyi sekä hoitajien toimintaan että vertaisryhmän tapaamisiin, joissa osa vanhemmista oli käynyt. Yläluokka hoitajien ja vertaisryhmän luoma ilmapiiri koettiin positiiviseksi koostui alaluokista: vastaanotto koettiin lämpimäksi ja myönteiseksi, tunnelma koettiin hyväksi ja turvalliseksi sekä ryhmän mahdollistama vertaistuki koettiin myönteiseksi.

Vanhemmat olivat kokeneet vastaanoton päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä lämpimäksi ja myönteiseksi. Haastatellut käyttivät esim. ilmauksia: ei ollut kynnystä mennä, otettiin vastaan ilon kautta, helposti lähestyttävä paikka, oli mukava mennä ja intensiiviin pääsyä aina odotti.

”Siis kun oikeesti, aina kun mä menin sinne, musta oli ihana mennä sinne.”

Yksikön tunnelma oli koettu hyväksi ja turvalliseksi. Vanhempien mukaan perheyksikössä oli helppo olla, eikä tunnelma ei ollut lainkaan painostava. Pikemminkin yksikön lämpimästä ilmapiiristä pois lähteminen oli ollut haikeaa.

”Et se oli toisaalta niinku aina kun lähti sieltä, semmonen et en mä halua lähtee, täällä on niin hyvä olla. Et se oli vähän niinpäin.”

Vertaisryhmään osallistuminen oli ollut vanhemmille myönteinen kokemus. Vertaisryhmää vanhemmat kuvasivat sopivan kokoiseksi. He kokivat, että vaikka ihmiset ryhmässä välillä vaihtuivat, aina oli mukavaa. Heistä oli hyvä, että muilla ryhmässä oli samantapaisia oireita kuin itsellä.

”Mut siä oltiin aina ryhmässä, ei siä yksin tarvinnu olla. Se oli sillai mukavaa, että kuuli muittenkin ongelmista ja noista, ni osas samaistua aika hyvin ja totta kai se toisinkinpäin toimi. Muilta tuli hirveesti niinku vinkkejä omaan suuntaan ja toisinpäin.”

Vuorovaikutus hoidossa oli avointa ja sallivaa

Yläluokkaan vuorovaikutus hoidossa oli avointa ja sallivaa, ryhmittäytyivät alaluokat: kaikesta pystyi puhumaan, puhuttiin suoraa ja avoimesti sekä ei puhumisen pakkoa.

Vanhempien oli helppo puhua asioistaan yksikön työntekijöille. Aikaisemmassa hoidossa vanhemmilla oli ollut tunne, että omaa tilannetta ei voi kertoa rehellisesti, koska hoitajan kanssa ”ei synkannut”. Vanhemmista oli tuntunut, etteivät he kehtaa puhua kaikista ongelmistaan. He olivat siksi jättäneet kertomatta asioita, väittäneet että menee paremmin kuin todellisuudessa meni. Päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä vanhemmat olivat voineet olla omana itsenään. He kokivat, ettei heidän tarvinnut kaunistella tilannettaan. He olivat uskaltaneet sanoa kaiken, mitä ajattelivat.

”Mä uskon, että ne on kuullu paljon pahempiakin juttuja siellä. Aina no, tätähän häpeee, mikä oire on ittellä, ni on ollu aina se, että uskallanko sanoo, mutta nyt mä ajattelin että tää on kunnan hoitoa ja mä annan tulla ihan kaiken, mitä ikänä pääkoppa sanookaan.”

Yksikössä perheen asioista puhuttiin suoraa ja avoimesti. Vanhemmat arvostivat hoitajien suorapuheisuutta. He kokivat, että selkeä, suora puhe menee paremmin perille. Vanhemmat kokivat hyväksi, että hoitajilla oli omia näkemyksiä ja mielipiteitä perheen asioihin ja että ne tuotiin esille kiertelemättä. Näin vanhemmat saivat ajattelemisen aihetta ja sellaisia näkökulmia, joita eivät itse tulleet ajatelleeksi.

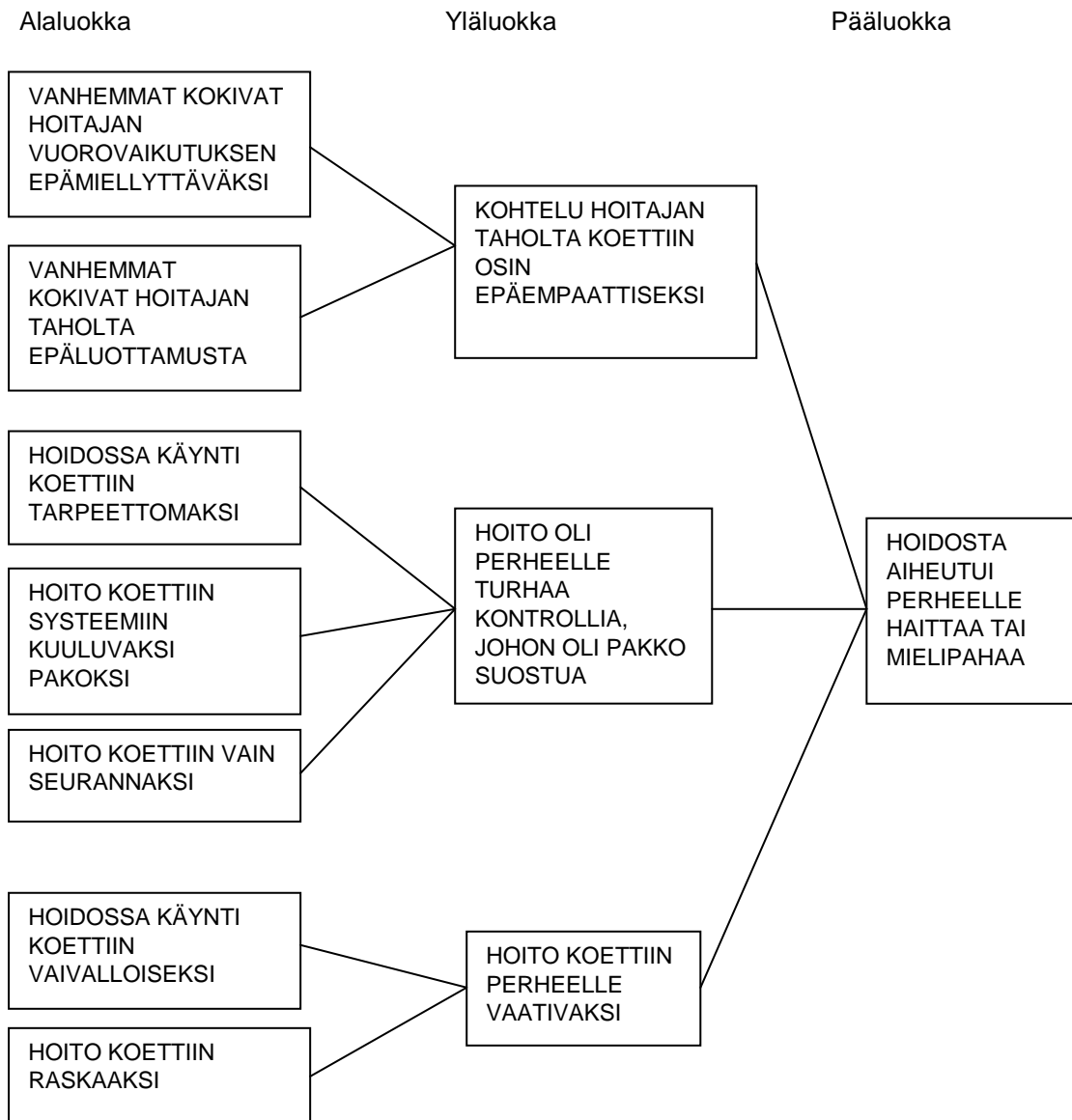
”Tai se, että niillä (hoitajilla) oli nimenomaan mielipiteitä asiasta. Hirveesti niinku omia ratkasuja ja mielipiteitä asioihin. Sanoivat aika suoraankin asiat, mut se oli ihan hyvä vaan. Ei sit jää miettiä jälkeenpäin.”

Vaikka vanhemmat pystyivät puhumaan hoitajien kanssa kaikesta ja vuorovaikutus oli suoraa ja avointa, eivät vanhemmat olleet kokeneet puhumisen pakkoa. Ilmapiiri oli ollut puhumiseen kannustava, mutta ei painostava eikä vaativa. Vanhemmat kokivat, että myös tekemisen lomassa tuli huomauttaa puhuneeksi asioistaan.

”Se ei ollu nimenomaan pelkkää kyselyä koko päivä vaan niinku tehtiin sun muuta ja sitten ne niinku ohimennen aina kyseli olosta ja näin. Sit tuli sanottuakin paljon tarkemmin loppujen lopuks siinä päivän aikana kummonen olo oli.”

5.1.3. Hoidosta aiheutui perheelle haittaa tai mielipahaa

Hoito perheyksikössä ei ollut kaikilta osin vanhemmille myönteinen kokemus. Kolmas pääluokka: hoidosta aiheutui perheelle haittaa tai mielipahaa muodostui kolmesta yläluokasta: kohtelu hoitajan taholta koettiin osin epäempaattiseksi, hoito oli perheelle turhaa kontrollia, johon oli pakko suostua ja hoito koettiin perheelle vaativaksi. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Hoidosta aiheutui perheelle haittaa tai mielipahaa

Kohtelu hoitajan taholta koettiin osin epäempaattiseksi

Vaikka vanhemmilla oli paljon myönteisiä kokemuksia yksikön hoitajista, oli osalle kohtelu näyttänyt välillä myös kielteisellä tavalla. Tämä tuli esille erityisesti silloin, kun omat, vakituiset työntekijät olivat poissa. Vanhemmat kokivat hoitajan vuorovaikutuksen epämiellyttäväksi. He kokivat hoitajan taholta myös epäluottamusta.

Alaluokka vanhemmat kokivat hoitajan vuorovaikutuksen epämiellyttäväksi, koostui hoitajaa henkilönä kuvaavista kielteisistä ilmauksista. Vanhemmat luonnehtivat hoitajaa

sanalla nihkeä. Hoitaja ei ollut heidän mielestään miellyttävä henkilö eikä ihmisenä tai persoonana erityisen positiivinen. Hänen työskentelytavoistaan oli jäänyt negatiivinen muistikuva. Hoitajan käytös oli saanut vanhemmat tuntemaan itsensä typeräksi.

”Ehkä se niinku se (nimi), se ny oli, ehkä se oli vähän vaan ihmisenä tai persoonana semmonen, ei ollu erityisen positiivinen, lämminhenkinen, empaattinen, potilaslähtöinen.”

Vanhemmat kokivat hoitajan taholta epäluottamusta. Osittain epäluottamuksen kokemus oli seurausta vanhempien aikaisemmista kokemuksista mielenterveyshoitotyöstä. Myös päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä oli ollut tilanteita, joissa vanhempia oli mietityttänyt uskotaanko heidän sanojaan. Erityisen loukkaavana vanhemmat olivat kokeneet sen, jos oli epäilty heidän kykyään huolehtia lapsesta tai olla lapsen kanssa vuorovaikutuksessa. Hoitajan kommentointi äidin kontaktinottokyvystä lapseen oli koettu negatiiviseksi. Itse kommentti oli ollut positiivinen, mutta sen esittämistapa oli koettu nöyryyttäväksi.

”Mulle tuli semmonen olo, että ai tässäkö nyt kytätään mua että miten mä nyt käyttäydyn lapseni kanssa. Semmonen.”

Hoito oli perheelle turhaa kontrollia, johon oli pakko suostua

Aina hoito ei tuntunut vanhemmista hyödylliseltä, vaan lähinnä velvollisuudelta, joka piti suorittaa. Yläluokkaan hoito oli perheelle turhaa kontrollia, johon oli pakko suostua, ryhmittäytyvät alaluokat: hoidossa käynti koettiin tarpeettomaksi, hoito koettiin systeemiin kuuluvaksi pakoksi ja hoito koettiin vain seurannaksi.

Haastateltavat toivat esille hoidon tarpeettomuutta mm. seuraavin ilmauksin: en olisi kaivannut yhtäkään käyntiä lisää, kokemus ei ollut negatiivinen, ainoastaan turha, turhauttavaa, hyödytöntä, ei ollut hyötyä. Vanhemmat olivat kokeneet, että keskustelu käytiin ”mitä kuuluu” -asteikolla. Heidän mukaansa intensiiviyksikön osuutta ei voi korostaa toipumisprosessissa, vaan toipuminen alkoi vasta kun hoito päättyi.

”No, ainakaan sitä rajapinnan osuutta mä en voi hirveesti korostaa toipumisprosessissa. Että sen koki vähän silleen, että se on vaivalloista ja turhaa ja turhauttavaa.”

”En minäkään niinku kokenu, että siitä olis ollu meille yhtään mitään hyötyä.”

Välillä hoito koettiin systeemiin kuuluvaksi pakoksi. Vanhemmat kokivat, että hoidossa on pakko käydä. Heistä tuntui siltä, että ellei mene intensiiviyksikköön, ei ikinä pääse pois osastolta.

”Lähinnä se oli semmonen välttämätön paha, mikä nyt kuuluu tähän systeemiin.”

Joskus hoito koettiin vain seurannaksi. Vanhemmat eivät kokeneet hoitoa hoidoksi, vaan lähinnä pelkäksi kontrolliksi. Heidän mielestään perheen oli käytävä näyttäytymässä intensiiviyksikössä, jossa seurataan missä kunnossa sairastunut on ja miten perheellä menee osastojakson jälkeen. Vanhemmista olisi ollut mukava kuulla, jos hoidolla oli joku muukin tavoite tai tarkoitus.

”Jäi niinku semmonen kuva siitä, niistä tapaamisista sen jälkeen kun hän pääsi pois, että siellä käydään näyttäytymässä ja siellä sitten katsellaan, että miten menee ja missä kunnossa hän on.”

Hoito koettiin perheelle vaativaksi

Yläluokka hoito koettiin perheelle vaativaksi, muodostui alaluokista: hoidossa käynti koettiin vaivalloiseksi ja hoito koettiin raskaaksi. Hoidossa käynnin vaivalloisuus liittyi erityisesti hoitoon kulkeminen. Välimatka kotoa sairaalaan saattoi olla pitkä ja lapsiperheen liikuttaminen pukemisineen jne. työlästä. Joskus vanhempaa ei olisi huvittanut lähteä, kun oli jo käynyt niin monissa hoidoissa. Vanhemmat toivat esille, että tällainen hoitomuoto vaatii vanhemmilta suurta sitoutumista.

”Tuntu vaivalloiselta kun (nimi) oli niin pieni ja sitte oli kaikki pukemiset ja autolla sinne (sairaala) kulkemiset eessun taassun.”

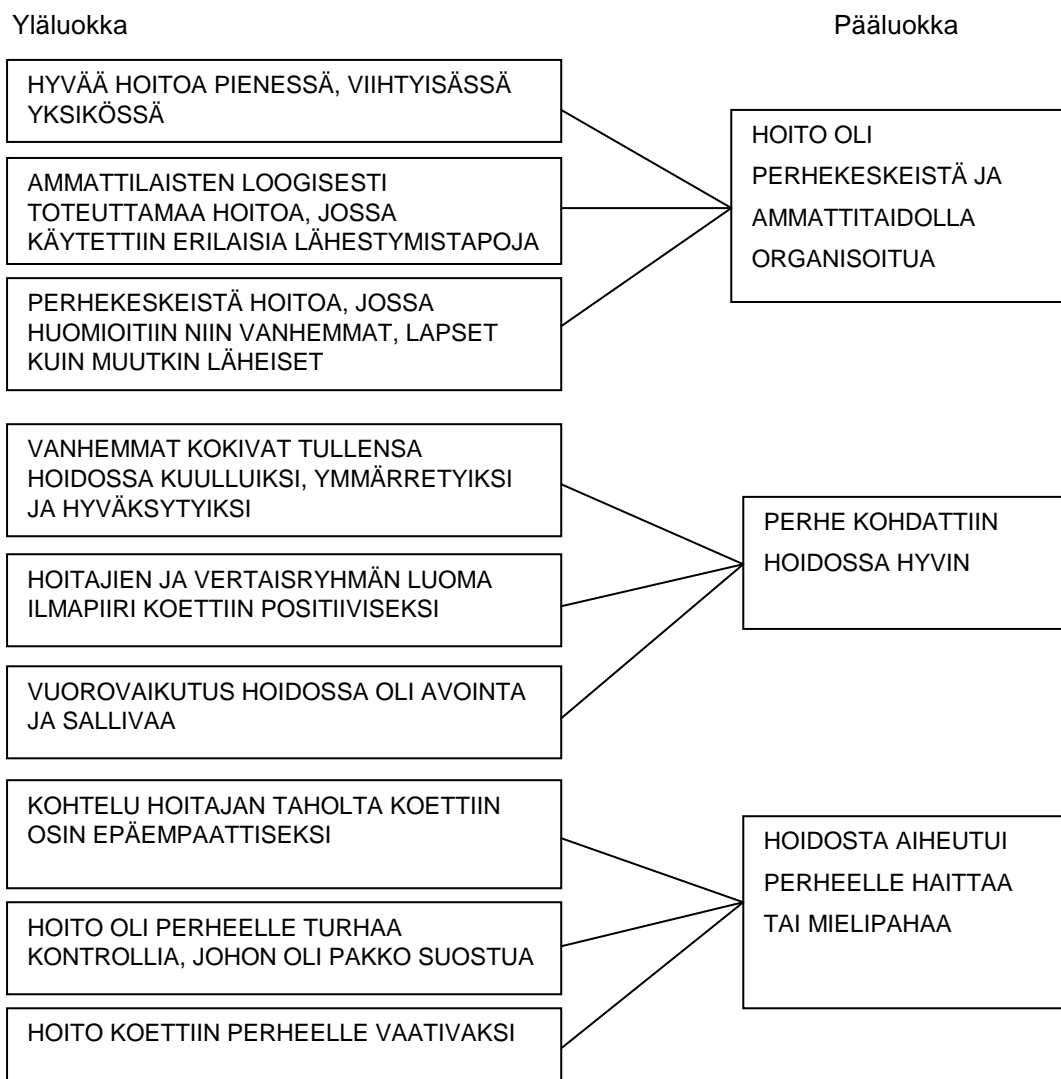
Hoidon kokeminen raskaaksi liittyi hoidon sisältöön ja keskusteluihin. Vaikka keskustelu oli koettu hyväksi ja rakentavaksi, oli se välillä tuntunut myös raskaalta. Oli puhuttu perheiden rankoista kokemuksista. Hoito oli tiivistä ja parin tunnin sessiot oli koettu välillä uuvuttaviksi.

”Niin joskus tulee semmonen plääh, että onko niinko pakko jaksaa vaan lähteä. Se on aika rankkaa kuitenkin puhua kaks tuntia omista asioistaan ja yrittää saada apua ni. Ei sitä paikkaa kohden oo mitään, mutta sitten vaan se, että aina ite nyt pakko lähtee ja puhua.”

5.1.4. Yhteenveto päiväpsykiatrisesta intensiiviyksikköhoidosta vanhempien kokemana

Suurimmaksi osaksi hoito päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä koettiin myönteiseksi. Perheiden ja läheisten mukanaoloa pidettiin tärkeänä ja hoidon kannalta arvokkaana asiana. Vanhemmat olivat hyvillään siitä, että perhe huomioitiin hoidossa kokonaisuutena. Perheyksikön pienuutta ja viihtyisyyttä keuhuttiin ja työntekijöiden ammattitaito sai paljon kiitosta. Vanhemmat olivat tyytyväisiä siihen, että heidän toiveitaan kuunneltiin ja käyntien määrää ja ajankohtaa sai säädellä oman voinnin mukaan.

Hoitajien persoonalla ja työotteella koettiin olevan suuri merkitys kokemuksen kannalta. Perheyksikön hoitajia kuvattiin positiivisiksi ja kannustaviksi. Vuorovaikutus ja yksikön ilmapiiri koettiin pääsääntöisesti hyväksi. Vanhempia oli kuunneltu ja ymmärretty. Vanhemmista oli tärkeää, että hoidossa heitä ei leimattu sairaiksi. Joistain vuorovaikutustilanteista hoitajien kanssa oli aiheutunut vanhemmille mielipahaa. Välillä hoito oli tuntunut raskaalta, kontrollilta tai perheen kannalta turhalta. (Kuvio 4.)



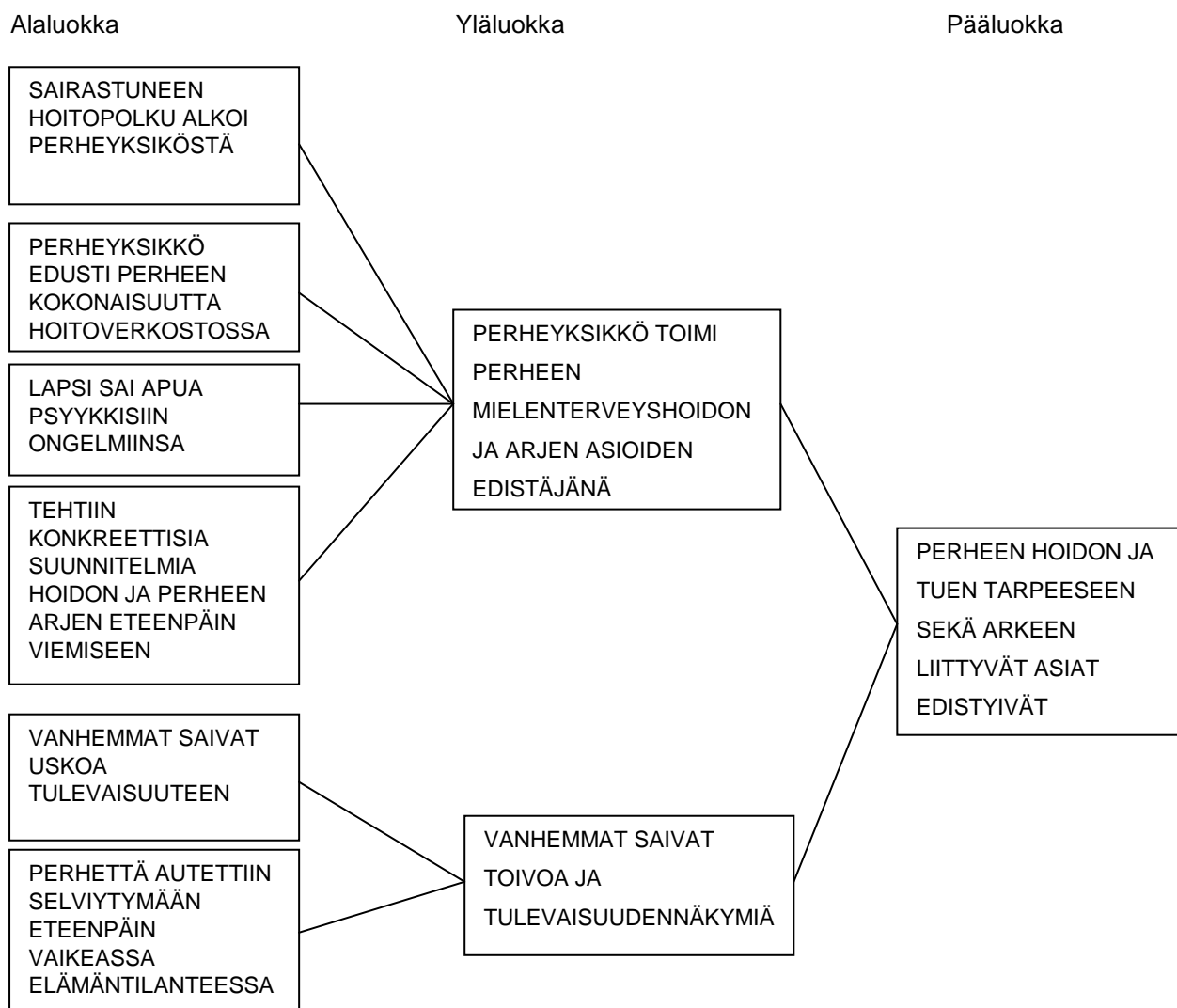
KUVIO 4. Päiväpsykiatrin intensiiviyksikköhoito vanhempien kokemana

5.2. Perheen avunsaanti vanhempien kokemana

Toinen tutkimuskysymys koski vanhempien kokemaa avunsaantia, eli miten vanhemmat kokivat hoidon auttaneen perhettään. Koetusta avunsaannista muodostui kolme pääluokkaa: perheen hoidon ja tuen tarpeeseen sekä arkeen liittyvät asiat edistyivät, perhesuhteet vahvistuivat sekä perheen autonomia ja toimivuus lisääntyivät.

5.2.1. Perheen hoidon ja tuen tarpeeseen sekä arkeen liittyvät asiat edistyvät

Pääluokka perheen hoidon ja tuen tarpeeseen sekä arkeen liittyvät asiat edistyvät, koostui kahdesta yläluokasta. Yläluokat olivat: perheyksikkö toimi perheen mielenterveyshoidon ja arjen asioiden edistäjänä sekä vanhemmat saivat toivoa ja tulevaisuudennäkymiä. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Perheen hoidon ja tuen tarpeeseen sekä arkeen liittyvät asiat edistyvät

Perheyksikkö toimi perheen mielenterveyshoidon ja arjen asioiden edistäjänä

Vanhemmat kokivat hoidon edistäneen perheen asioita monin eri tavoin: sairastuneen hoitopolku alkoi perheyksiköstä, perheyksikkö edusti perheen kokonaisuutta hoitoverkostossa ja lapsi sai apua psyykkisiin ongelmiinsa. Päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä tehtiin myös konkreettisia suunnitelmia hoidon ja perheen arjen eteenpäin viemiseen.

Osalle vanhemmista perheyksiköstä saatu apu näyttäytyi merkityksellisenä siinä mielessä, että hoito alkoi sieltä. Intensiiviyksikössä kartoitettiin perheen tilanne ja suunniteltiin jatkohoito.

”Ja tota tää oli tää yksikkö semmonen, missä mä sain si niinku tätä ekaa hoitoa tai niinku sitä ensimmäistä.”

Vanhemmille oli tärkeää, että perheyksikkö edusti perheen kokonaisuutta hoitoverkostossa. Perheiden hoitoon osallistui tavallisesti useita eri tahoja, viisihenkisessä perheessä jopa kymmeniä eri hoitavia henkilöitä. Vanhemmat kokivat, että päiväpsykiatrinen intensiiviyksikkö oli toiminut perheen kokonaisuuden edustajana tässä kirjavassa hoitoverkostossa. He kokivat, että perheyksiköstä tultiin valvomaan heidän etujaan verkostopalaveriinhin.

”Se on ainoa, joka on oikeesti tienny miks tullaan palaveriin, muut tullee silleen pumpsista, ai mikäs täällä nyt oli asia ja näyttäny papereita. Et (nimi) on aina ollu niinku kartalla ja kun (nimi) on paikalla tulee turvallinen olo jotenkin, että joku on nyt tässä, joka pitää ratista kiinni.”

Intensiiviyksikössä kiinnitettiin huomiota perheiden lasten tilanteeseen. Lapsilla oli ollut koulunkäyntiin tai psyykkiseen vointiin liittyviä ongelmia. Vanhemmat kokivat, että intensiiviyksikön kautta he olivat saaneet apua myös lasten ongelmiin. Perheitä oli ohjattu lasten asioissa perheneuvolaan tai erikoissairaanhoidon. Myös oppimisvaikeuksiin liittyviä tutkimuksia oli suositeltu.

”Yksikön kautta saatiin sitten apua meidän vanhimman lapsen juttuihin ja me ollaan menossa sitten perheosastojaksolle kolmeks viikkoo. Siellä kartoitetaan, että tarttisko meidän keskimmäinenkin apua.”

Yksikössä tehtiin konkreettisia suunnitelmia perheen hoidon ja arjen asioiden eteenpäin viemiseen. Perhetapaamisissa suunniteltiin, miten perheen tilanteessa edetään. Perheiden jatkohoidon suhteen tehtiin suunnitelmia ja lähetteitä. Myös arjen helpottamista mietittiin. Esimerkkinä arjen suunnittelusta perhe oli saanut tukea siihen, että sairastuneen puoliso pystyi jatkamaan puoli vuotta työtehtävissä ulkomailla. Toisen perheen vanhempia oli tuettu laittamaan vanhemmat lapset osa-aikaiseen päivähöitoon. Perheille oli annettu erilaisia vaihtoehtoja, miten saada arki sujumaan.

”No, oikeestaan kaikki mahdollinen käytiin läpi siä. Siis semmosetki, mitkä ei tuntunu liittyvän ees koko hommaan, niin kaikki mahdolliset käytiin läpi, että niinku oli mahdollisimman selvillä siitä tilanteesta. Sitä kautta niitä vaihtoehtojakin tuli sitten hirveesti että mitä voi tehdä ja.”

Vanhemmat saivat toivoa ja tulevaisuudennäkymiä

Vanhemmat saivat toivoa ja tulevaisuudennäkymiä -yläluokkaan ryhmittyi kaksi alaluokkaa: vanhemmat saivat uskoa tulevaisuuteen ja perhettä autettiin selviytymään eteenpäin vaikeassa elämäntilanteessa.

Vanhemmat kuvasivat sitä, miten hoidon ansiosta he saivat uskoa tulevaisuuteen. Monet vanhemmat olivat kokeneet toivottomuutta tilanteestaan johtuen. Ennen jaksoa heillä ei ollut elämänhalua eikä tulevaisuudennäkymää. Intensiiviyksikön ansiosta vanhemmat kokivat saaneensa positiivisuutta ja uskoa huomiseen. Hoitajat olivat tuoneet esille, että tilanne korjaantuu ja luoneet parempaa mielikuvaa tulevaisuudesta. Vanhemmat kertoivat, että käynnin jälkeen oli aina huojentunut olo. Myös puolisoitten asennoituminen tulevaan oli muuttunut myönteisemmäksi. Käynnin jälkeen oli tuntunut siltä, että eiköhän tästä selvitä. Vanhemmat kokivat tärkeäksi, että joku sanoi tilanteen kirkastuvan.

”Ja siinä tuli ehkä vähän semmonen usko huomisesta, sitten ku toinen sairastu, sellanen.”

”(Nimi) oli sillon alkukesästä tosi allapäin ja ei minkäänlaista elämänhaluu ollu, ei niinku nähny tulevaisuudessaan mitään ja... mut sitten kun siellä kävi niin, varmasti monet muutkin seikat vaikutti, mutta sillä oli niinku, alko jotain suunnitteleen.”

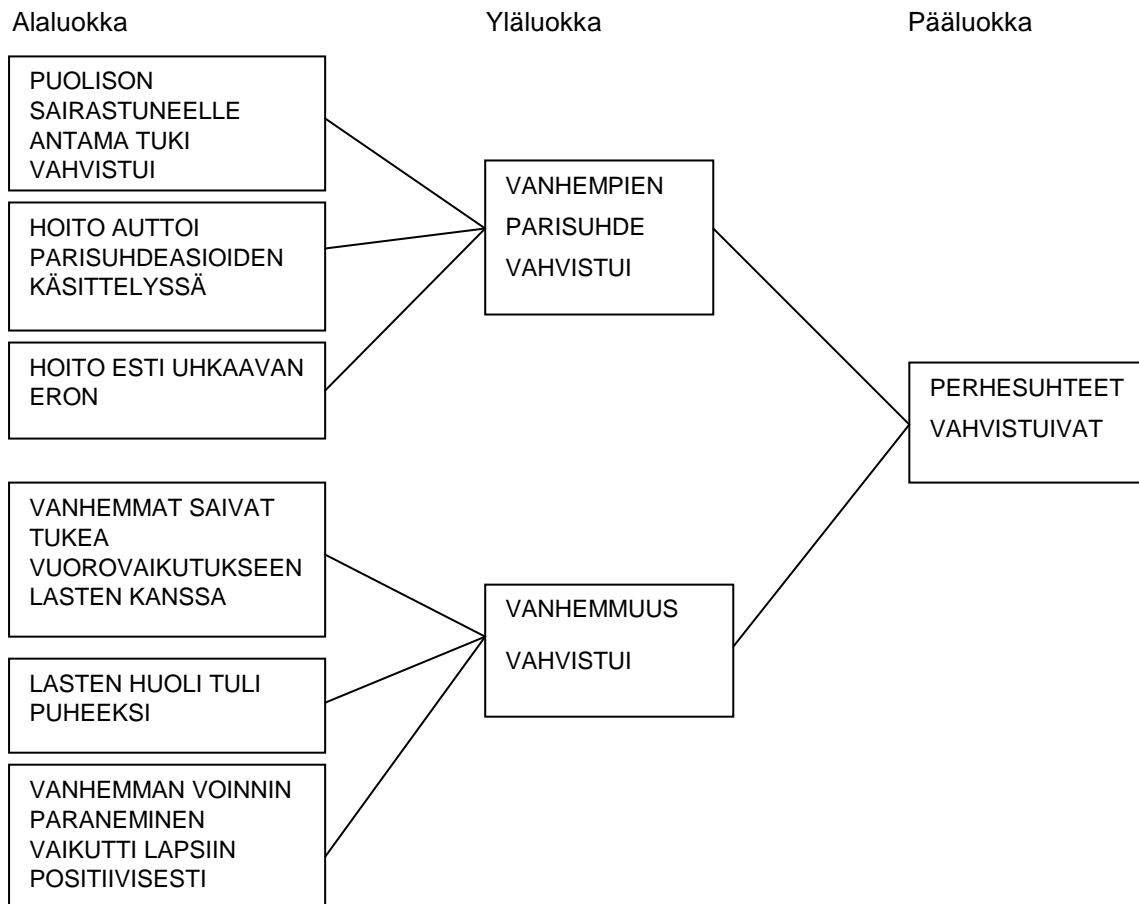
Tulevaisuuden kirkastamisen ohella perhettä autettiin selviytymään eteenpäin vaikeassa elämäntilanteessa. Vanhemmat kokivat, että jakso oli kantanut heitä eteenpäin, auttanut pahimman yli. He kuvasivat, että joku oli ottanut heistä kopin, juuri kun omat voimat olivat loppumassa. Vanhemmat kokivat jakson pehmittäneen paluuta arkeen sairaalahoidon jälkeen. Heitä oli auttanut eteenpäin myös se, että aina oli katsottu kalenterista seuraava käynti ja soitettu perään, jos he eivät tulleet paikalle.

”Jos mä en olis ollu siä elikkä mä en olis päässy sinne hoitoon, mä en varmaan olis tässä. Siis en mä ny tarkota, että mä olisin ittelleni tehny jotain, mutta siis se, että kyllä mä aika syvissä vesissä vetäisin tällä hetkellä.”

”Me ei oltais tässä, jos joku ei olis ottanu koppia siinä vaiheessa. Me oltais kaikki niinku ihan oikeesti lataamossa. Tai sit mullan alla.”

5.2.2. Perhesuhteet vahvistuivat

Pääluokka perhesuhteet vahvistuivat muodostui yläluokista: vanhempien parisuhde vahvistui ja vanhemmuus vahvistui. Vanhempien parisuhteen vahvistuminen näkyi siten, että puolison sairastuneelle antama tuki oli vahvistunut. Hoito oli myös auttanut parisuhdeasioiden käsittelyssä ja estänyt uhkaavan eron. Vanhemmilla oli ollut huolta siitä, miten toisen vanhemman sairastuminen vaikuttaa lapsiin ja he olivat kokeneet, että hoidossa lasten huoli oli tullut kuulluksi. Joillain vanhemmilla oli ollut ristiriitaisuutta suhteessa läheisyyteen lapsen kanssa. He kokivat saaneensa tukea vuorovaikutukseen lapsen kanssa. Vanhemmat olivat sitä mieltä, että vanhemman voinnin kohentumisella on positiivinen vaikutus lapsiin. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Perhesuhteet vahvistuivat

Vanhempien parisuhde vahvistui

Yläluokka vanhempien parisuhde vahvistui, muodostui alaluokista: puolison sairastuneelle antama tuki vahvistui, hoito auttoi parisuhdeasioiden käsittelyssä ja hoito esti uhkaavan eron. Hoidossa mukanaolo oli vahvistanut puolison mahdollisuutta olla sairastuneen tukena. Vanhemmat olivat sitä mieltä, että puolison mukanaolo auttoi sairastunutta muistamaan, mitä hoidossa oli puhuttu. Puoliso pystyi muistuttamaan, miten sairastunutta oli neuvottu toimimaan. Puoliso oli oppinut neuvomaan ja opettamaan sairastunutta vanhempaa hoitajien antaman mallin mukaan. Sairastuneelta säästy energiää, kun hänen ei tarvinnut kotona enää selittää puolisolalle, mitä hoidossa oli tehty ja puhuttu.

”Ja sitte se kun (nimi) on ollu siä mukana ja kun se sit huomaa ja hoksa, että mulla menee jotenkin päin... alamäkeen, niin sitten se heti niinku sanoo, että eksä muista, mitä se hoitaja sano, että nyt teet sen ja tän ja ton. Että jos se ei olis ollu mun kanssa mukana siä, niin ei se osais mua tällai neuvoa ja tukeekaan.”

Hoito auttoi vanhempia parisuhdeasioiden käsittelyssä. Vanhemmat kuvasivat hoitoa parisuhdeterapiaksi. Hoitajat olivat osanneet kysyä asioita oikealla tavalla, oli tullut ilmi sellaista, mitä vanhemmat eivät olleet keskenään aikaisemmin puhuneet. Vanhemmat kokivat keskustelleensa asioista syvällisemmin, mitä kaksin olivat osanneet puhua. Vanhemmat kuvasivat myös, etteivät aluksi osanneet keskustella keskenään ilman sanaharkkaa, mutta hoidon aikana pariskunnan keskustelutaidot olivat parantuneet.

”Ja mies oli kuitenkin paikalla ja mä sain sen miehen näkökulman ja sitten niinku käytiin joitain asioita vähän syvemmälti, mitä on käyty.”

Erään perheen kohdalla hoito esti uhkaavan eron. Pariskunta oli ollut eroamassa ennen hoitajaksoa. Intensiiviyksikön hoitajat olivat auttaneet sairastunutta vanhempaa näkemään muitakin mahdollisuuksia kuin kotoa lähtemisen. Haastattelussa vanhemmat puhuivat siitä, miten hyvä oli, ettei eroa tullut ja kokivat, että ero olisi vain pahentanut perheen tilannetta.

”Niinku ne (hoitajat) sen järkeili silleen, että onko siinä ny oikeesti mikään fiksuin idea lähtee sitten omilleen sen takia, että sairastu. Ei ne sitä väkisin tietysti tuutannu sitä ideaa, mutta kun ne kerto, että miten siinä voi käydä ja että on muitakin mahollisuuksia, kun alkaa heti hätiköiden tekeen jotain ratkasuja.”

Vanhemmuus vahvistui

Vanhemmuuden vahvistuminen ilmeni siten, että vanhemmat saivat tukea vuorovaikutukseen lasten kanssa, lasten huoli tuli puheeksi ja vanhemman voinnin paraneminen vaikutti lapseen positiivisesti. Ne vanhemmat, jotka olivat kokeneet lapsen kanssa olemisessa haasteita, kokivat myös saaneensa niihin hoidosta apua. Hoidossa ollut äitiä oli pelottanut jäädä lapsen kanssa kaksin, jos hän tekisi lapselle jotain pahaa. Asiaa oli käsitelty intensiiviyksikössä ja äiti oli saanut konkreettisia neuvoja,

miten selvittää ahdistavista tilanteista. Toinen itsensä vastasyntyneen kanssa epävarmaksi tuntenut äiti oli saanut hoidossa tukea sekä hoitajilta että läheisiltään.

”Mulla oli niinku tämmösiä pelkoja, mitä mulla tuli, niinku että mua pelotti jäädä (lapsen nimi) kanssa kahdestaan ja sitte mua niinku hirvitti vaipanvaihdot ja kaikki tämmöset niinku näin. Tämmösiä ajatuksia ja pelkoja. Että tota (hoitajan nimi) koitti niinku tuoda mulle esille sitä että jos sulla on tämmösiä ajatuksia, nii ei se tarkoita, että sä olisit tekemässä mitään. Tälleen, et ne on vaan ajatuksia.”

Vanhemmat pitivät tärkeänä sitä, että lasten huoli tuli puheeksi. Osa perheiden lapsista oli ollut sen ikäisiä, että hoitajat olivat voineet keskustella heidän kanssaan. Vanhemmat olivat kokeneet hyväksi, että lasten kanssa oli puhuttu ja käyty asioita läpi. Vanhemmat olivat saaneet tietoa siitä, miten lapset ovat kokeneet vanhemman sairastumisen ja sairaalassaolon sekä siitä, mikä lapsia huolettaa ja mietityttää. Heidän mukaansa vieras ihminen saa lapsilta paremmin tietoa kuin läheiset. Vanhemmat kertoivat, etteivät lapset olleet hoidon jälkeen enää yhtä huolissaan kuin ennen hoitoa.

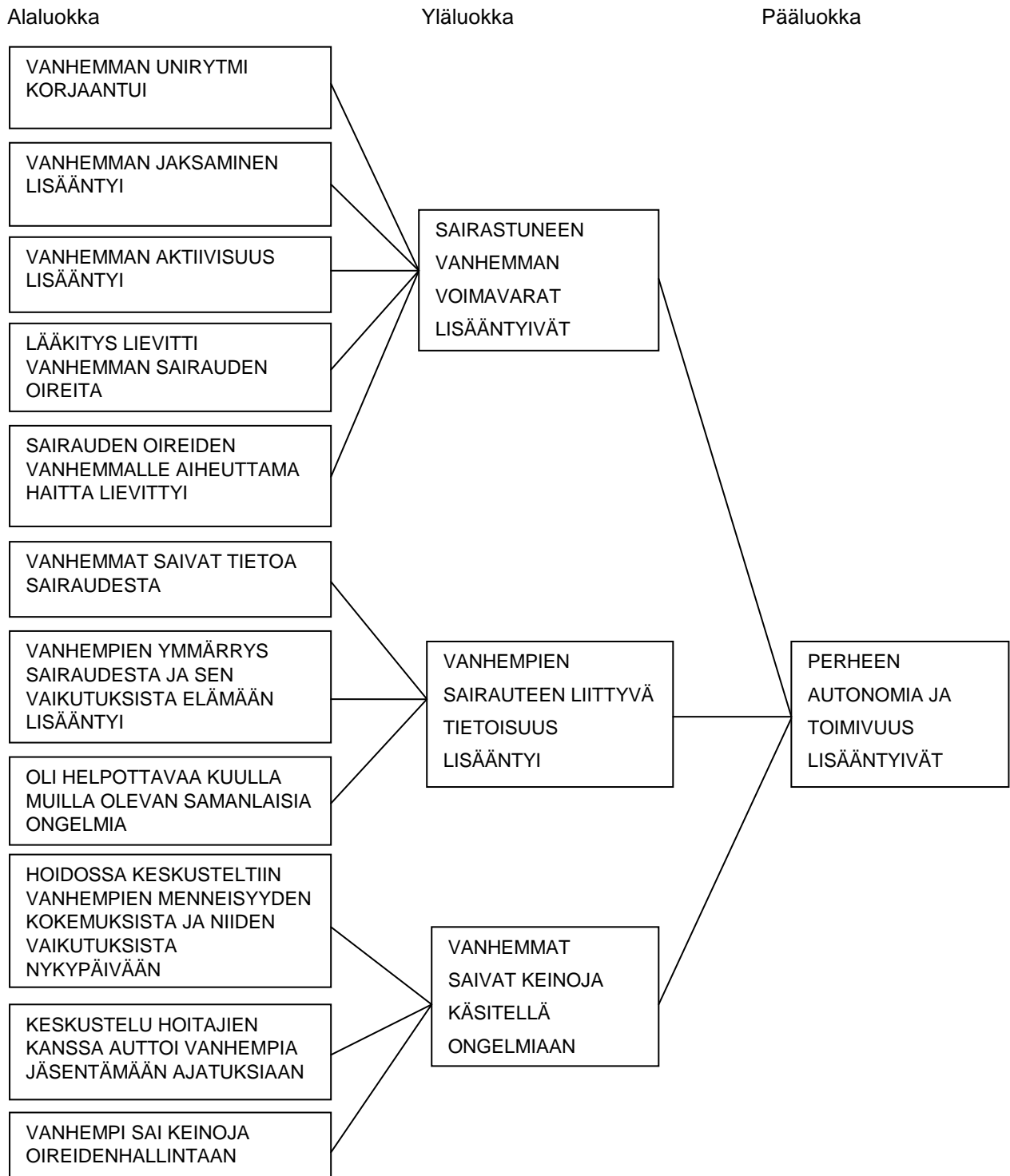
”Lapset on tosi semmosia puheliaita ja tykkää kertoa asioista. Käytiin niitä lävitte ja kuuli vähän et mitä ne ikäänkun, mikä niitäkin niinku huolettaa ja mietittää. Tajus juuri siinä hetkessä, kun se oli kauheen konkreettista se huoli, kun äiti ei voinut syödä ja äiti ei pääse töihin ja tän tyyppistä. Mut sit just sitä, että minkä tyyppinen se on se niitten ajatusmalli siitä, että tota kun oli jo vähän aikaa kulunu tavallaan siitä ensimmäisestä shokista.”

Vanhemmat tiedostivat sen, että äidin tai isän sairastuminen vaikuttaa lapsiin. Omalla kohdalla asiaa kysyttäessä he kokivat kykenevänsä pitämään hyvää huolta lapsistaan. Sellaisia kommentteja kuitenkin tuli, kuin että kun vanhempi saa apua, saavat lapsetkin apua tai jos vanhemmat voivat hyvin, vaikuttaa se lapsiin.

”No kyllähän noista hoidoista on ihan varmasti hyötyä. Jos vanhemmat voi hyvin, niin totta kai se vaikuttaa. Jos on pitkiä jaksoja silleen, et (äidin nimi) menee huonosti, niin kyllähän se näkyy (lapsista).”

5.2.3. Perheen autonomia ja toimivuus lisääntyivät

Pääluokka perheen autonomia ja toimivuus lisääntyivät tiivistyi yläluokista: sairastuneen vanhemman voimavarat lisääntyivät, vanhempien sairauteen liittyvä tietoisuus lisääntyi sekä vanhemmat saivat keinoja käsitellä ongelmiaan. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Perheen autonomia ja toimivuus lisääntyivät

Sairastuneen vanhemman voimavarat lisääntyivät

Sairastuneen vanhemman voimavarojen lisääntyminen ilmeni monin tavoin. Vanhemman unirytmitti korjaantui ja jaksaminen sekä aktiivisuus lisääntyivät. Lääkitys lievitti vanhemman sairauden oireita ja oireiden vanhemmalle aiheuttama haitta lievittyi. Vanhemmat kuvasivat, että heillä oli ollut univaikeuksia ennen hoitoa. Pikkulapsiperheessä vanhemmille syntyi univajetta lasten heräilyn ja yövalvomisen vuoksi. Myös stressi valvotti vanhempia. Vanhempi oli myös saattanut valvoa tarkoituksella ymmärtämättä sen olevan haitallista mielenterveydelle. Hoitojaksolla vanhempien unen tarpeeseen ja nukkumista estäviin sekä parantaviin tekijöihin oli kiinnitetty huomiota. Vanhemmat kuvasivat unirytmittensä korjaantuneen hoitojakson jälkeen.

”Ne tolkutti sen mulle, että se unen tarvekin on oikeesti. Se on ihan hyvä nukkua oikeesti silloin tällöin kunnolla. Ennen kun mä sinne menin, niin mä nukuin tunnin pari yössä. Ne sai vähän taottua tota järkee päähän suoraa sillai.”

Oman jaksamisen lisääntymistä vanhemmat kuvasivat mm. siten, että energia on lisääntynyt ja olo on paljon virkeämpi kuin ennen jaksoa. Lasten kanssa he jaksivat olla aiempaa paremmin. Vanhemmat kokivat, että kun muuten jaksaa paremmin, ei ole niin vaarallista, vaikkei sopivaa lääkitystä ole löytynyt. Myös puoliset olivat havainneet toisen vanhemman jaksamisen parantuneen ja sitä kautta tämän positiivisuuden lisääntyneen.

”Mä oon paljon virkeempi kuin ennen kun mä menin sinne. Että ennen kun mä menin sinne, mä en oikeestaan nukkunu tai mitään. Mä vaan olin. Mutta nytten noitten lastenkin kanssa jaksaa olla paljon paremmin ja näin pois päin.”

Hoidon seurauksena sairastuneen vanhemman aktiivisuus oli lisääntynyt. Kun hoitoon piti lähteä kolme kertaa viikossa, vanhemmat saivat itsensä liikkeelle, eivätkä jääneet kotiin makaamaan. Pelkkä oleminen oli loppunut, koska hoidossa oli koko ajan ollut jotain tekemistä. Aktiivisuuden lisääntyminen näkyi edelleen hoidon jälkeen haluna säilyttää oma aktiivisuus tekemällä jotain, esim. opiskelemalla. Vanhemmat eivät halunneet passivoitua uudelleen.

”No, se loppu se pelkkä oleminen, kun siellä oli kummiskin koko ajan jotain tekemistä. Kun siinä sai vähän itteensä niskasta kiinni. Et voi muutaki tehdä kun pelkästään maata vaan.”

Lääkitys oli osaltaan lievittänyt vanhemman sairauden oireita. Monet vanhemmista kuvasivat hoitajaksoon kuuluneen lääkityksen aloittamisen tai tarkistamisen vaikuttaneen heidän vointiinsa myönteisesti. Varsinkin mielialalääkitys koettiin tärkeäksi osaksi hoitoa.

”Ja mullehan sit aloitettiin toi mielialalääke ja tota no, sehän nyt sitten omalta osaltaan vähän nosti sitä. et sitte, siitä se alko oikeestaan, että se oli se lääkitys sitten kummiskin, mikä nosti sen fiiliksen sieltä ylös.”

Psyykkisen sairauden oireet olivat aiheuttaneet vanhemmille haittaa arkielämässä monin tavoin. Hoitajakson myötä haitat olivat kuitenkin vähentyneet. Ahdistus tai pelkotilat olivat hallittavissa ja vanhempi koki pärjäävänsä kotona aikaisempaa paremmin.

”Ja sittenhän mä pystyin oleen ihan kotona, eikä siinä sitte ollu mitään semmosta. Siis tottakaihan hirvee ikävä oli ja välillä tuli niitä semmosia et mä kuolen tähän ja mua puristaa ja ahistaa ja mä oksennan. Mut ne oli kumminkin sitte jotenkin hallittavissa.”

Vanhempien sairauteen liittyvä tietoisuus lisääntyi

Vanhempien sairauteen liittyvän tietoisuuden lisääntyminen ilmeni siten, että vanhemmat saivat tietoa sairaudesta ja heidän ymmärryksensä sairaudesta ja sen vaikutuksista elämään lisääntyi. Vanhemmista oli myös helpottavaa kuulla muilla olevan samanlaisia ongelmia.

Yksi päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä käytetyistä hoitomenetelmistä on psykoedukaatio. Tämä näkyi vanhempien kokemuksessa siten, että vanhemmat kokivat sairauteen ja sairastuneen diagnooseihin liittyvän tietämyksensä lisääntyneen.

”Ja sit hirveestihän tietoo sieltä on tullu. Mä ainakin ite koin silleen, et tosi paljon sai tietoo.”

Tiedon lisääntymisen ja omaan tilanteeseen liittyvien asioiden käsittelyn kautta, lisääntyi myös vanhempien ymmärrys sairauden vaikutuksista heidän elämäänsä. Vanhemmat saivat lisää itseymmärrystä ja selityksiä omalle tai puolison toiminnalle tietyissä tilanteissa.

”Ja anto ehkä itellekin ymmärrystä, miks mä toimin jossain tilanteissa niin kuin toimin. Ja miks, miks tota, miks mä en käyttäydy ihan niin kuin itse olettaisin käyttäytyväni tai niinku tavallinen äiti käyttäytyisi niissä tilanteissa.”

Vanhemmista oli helpottavaa kuulla muilla olevan samanlaisia ongelmia. Haastatellut kokivat saaneensa apua siitä tiedosta, etteivät ole ainoita, joilla on vastaavanlaisia ongelmia. Hoitajat olivat tuoneet esille sitä, että monilla muilla on samanlaisia oireita ja että vanhemman tilanne korjaantuu kyllä. Myös vertaisryhmässä vaihdetut kokemukset olivat tuntuneet helpottavilta. Toisilta oli saanut vinkkejä ja itse oli voinut antaa tukeaan muille samanlaisessa tilanteessa oleville. Sairastuneen vanhemman mielestä oli hyvä, että puolisosokin kuuli muilla olevan samanlaisia ongelmia.

”Ja sit siellä yksikössä se oli pitkälti sitä, että mä kerroin näistä mun pakkoajatuksista ja peloista ja sit se (hoitaja) kerto mulle, että et ole varmasti ensimmäinen ihminen, jolla on jonkinsorttisia tälläisiä... että tota koitti tuoda mulle esille sitä, että asia korjaantuu.”

Vanhemmat saivat keinoja käsitellä ongelmiaan

Vanhemmat saivat hoidosta keinoja käsitellä ongelmiaan. Vanhemmat keskustelivat hoitajien kanssa menneisyyden kokemuksistaan ja niiden vaikutuksista nykypäivään. Keskustelu hoitajien kanssa auttoi vanhempia jäsentämään ajatuksiaan. He saivat myös konkreettisia keinoja oireidenhallintaan.

Hoidossa keskusteltiin vanhempien menneisyyden kokemuksista ja niiden vaikutuksista nykypäivään. Omien taustojensa läpikäymisen vanhemmat kokivat antoisaksi ja mielenkiintoiseksi. Vanhempien lapsuuden ja nuoruuden kokemuksia oli

käyty yhdessä läpi. Oli pohdittu sitä, miten kokemukset vaikuttavat perheen vuorovaikutukseen ja vanhemmuuteen tänä päivänä.

”Mä oon ite aina ollu sitä mieltä että lapsuudella on iso merkitys siihen, miten mäkin käyttäydyn nytte. Et jotkut on sitä vähätelly, mutta kun se on kuitenkin niin iso osa elämää, sielt on saanu kuitenkin mallia ja sit tosiaan kun mulla ei oo menny ihan niinku Strömsössä se nuoruus ja lapsuus niin jotenki tuntu hirveen hyödylliseltä käydä sitä läpi miehen kanssa.”

Keskustelu hoitajien kanssa auttoi vanhempia jäsentämään ajatuksiaan. Vanhemmat kuvasivat hoitajien kanssa keskustelemisen auttaneen heitä paljon. He olivat kokeneet hyväksi sen, että olivat saaneet käydä tilannettaan läpi, jutella ajatuksistaan ja puida niitä hoitajien kanssa. Hoitajien kyseenalaistavat ja tiukat kysymykset olivat laittaneet heidät miettimään asioita uudesta näkökulmasta.

”Niin, se (hoitaja) pisti aina piinapenkkiin sitten. Ei siis kuitenkin niin, musta ne oli jotenkin silleen kauheen kannustavia ja niinku ihan hyviä. Ei tullu kaikkee ees ajateltua ite tai siis silleen että. Niin ja ne kyseenalaisti oikeestaan kaikki jutut siellä. Et ne käänsi kaikki niinku nurinpäin. Se oli ihan hyvä juttu kyllä.”

Ongelmien käsittelykykyä lisäsi myös se, että sairastunut vanhempi sai keinoja oireidenhallintaan. Vanhemmat olivat saaneet hoidosta konkreettisia neuvoja tai ohjeita, joita soveltaa arkielämässään. Äitiä oli kehoitettu laulamaan lapselle ja katsomaan tätä silmiin vaippaa vaihtaessa, kun vauvan sukupuolielinten näkeminen oli ahdistanut. Pakko-oireiden tai ajatusten piinatessa vanhempaa oli neuvottu laittamaan kädet jääpaloihin, jolloin ajatukset siirtyvät kylmyyteen. Stressin ja kaaoksen tunteen vähentämiseksi oli annettu ajankäytön hallintaan liittyviä neuvoja. Vanhemmat kokivat neuvot hyväksi ja sellaisiksi, joita on helppo kotona noudattaa.

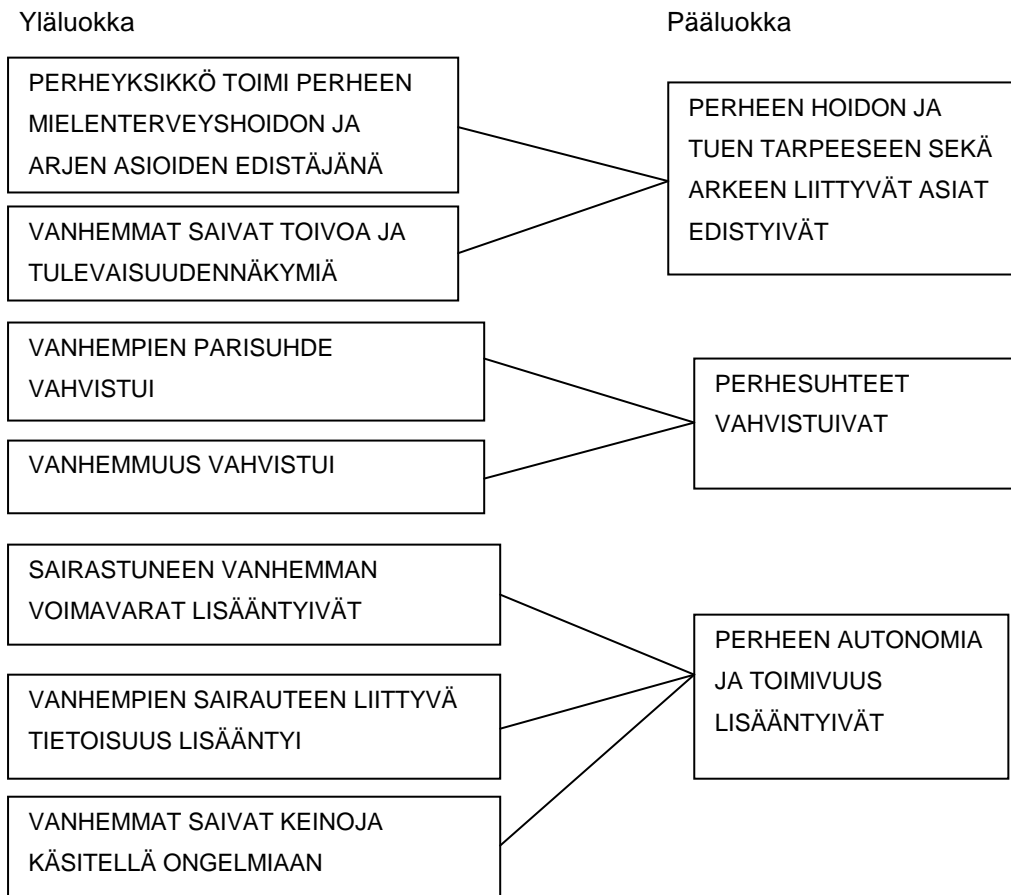
”Pyysi vaikka kirjoittaa lapulle kaikki asiat, mitkä vaivaa, työt ja tämmöset. Kaikki ylös ja aikatauluttaa. Et mikä oikeesti on semmonen, mistä vois stressiä ottaa ja mikä on semmonen, mitä ei välttämättä kannata stressata.”

5.2.4. Yhteenveto perheen avunsaannista vanhempien kokemana

Vanhemmat kokivat hoitajakson päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä edistäneen perheen asioita. Perheiden tarvitseman jatkohoidon eteen tehtiin työtä. Lasten mielenterveyshoidon tarve havaittiin ja lasten hoitoonpääsyä pyrittiin edistämään. Perheysikkö toimi vanhempien mukaan perheen kokonaisuuden puolestapuhujana ja edustajana erilaisissa verkostopalaverissa, minkä vanhemmat kokivat helpottavan heidän taakkaansa. Vanhemmat saivat tukea myös arkisiin asioihin, kuten lasten päivähoidon aloittamiseen. Perheysikön työntekijät valoivat vanhempiin uskoa tulevaisuuteen ja toivoa siitä, että vaikeasta elämäntilanteesta voi päästä eteenpäin.

Vanhemmat kokivat perhesuhteidensa vahvistuneen. Tämä näkyi sekä puolisoitten välisessä suhteessa, että vanhempien suhteessa lapsiinsa. Pariskunnat keskustelivat hoitajien kanssa asioistaan syvällisemmin kuin keskenään, mikä vahvisti parisuhdetta. Puolison sairastuneelle antama tuki lisääntyi yhteisen hoitajakson myötä. Lasten kanssa olemiseen saatiin voimavaroja ja konkreettisia neuvoja. Vanhempia auttoi myös tieto siitä, miten lapset ovat kokeneet vanhemman sairastumisen.

Perheiden autonomia ja toimivuus lisääntyivät hoidon myötä. Sairastunut vanhempi sai apua uniryhtiinsä, jaksamiseensa ja sairauden oireisiinsa. Hänen aktiivisuutensa lisääntyi. Vanhempien tietoisuus sairauden vaikutuksista lisääntyi tiedon ja ymmärryksen lisääntymisen myötä. Apua oli myös vertaistuesta ja siitä, että vanhemmat eivät enää kokeneet olevansa yksin ongelmiensa kanssa. Vanhemmat saivat keinoja käsitellä ongelmiaan. Ajatukset selkiytyivät hoitajien kanssa keskustellessa. Myös konkreettiset apukeinot oireidenhallintaan koettiin hyödyllisiksi. (Kuvio 8.)



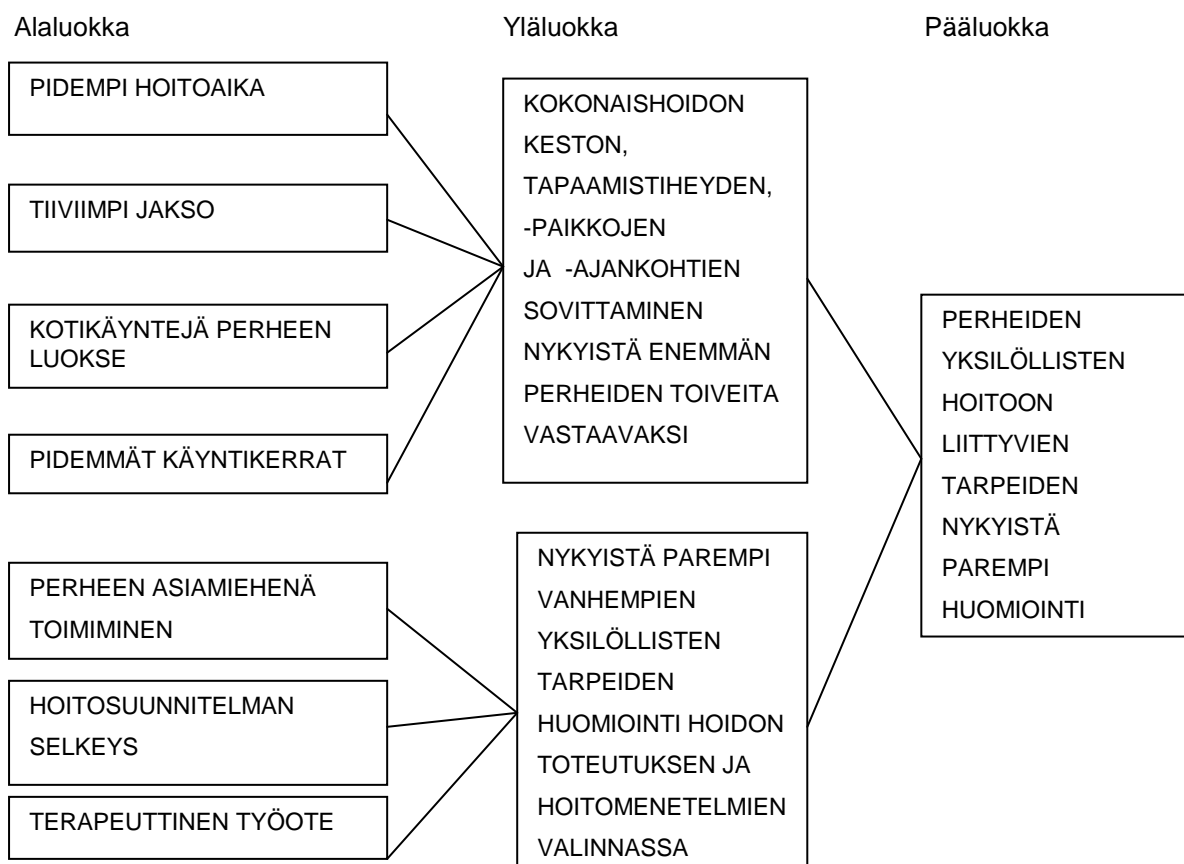
KUVIO 8. Perheen avunsaanti vanhempien kokemana

5.3. Vanhempien toiveet ja odotukset hoitoa kohtaan

Kolmas tutkimuskysymys oli, mitä vanhemmat olisivat halunneet hoidossa tehtävän eri tavalla. Vastaukset muodostivat kolme pääluokkaa. Vanhemmat toivoivat perheiden yksilöllisten hoitoon liittyvien tarpeiden nykyistä parempaa huomiointia. He toivoivat myös perheen hoitoon liittyvän kokonaisuuden nykyistä parempaa hallintaa ja eri hoitotahojen välisen toiminnan koordinoitua. Kolmanneksi vanhemmat toivoivat nykyistä parempaa ajankäytön hallintaa, ettei perheen saama apu viivästyisi tai jäisi vähäiseksi.

5.3.1. Perheiden yksilöllisten hoitoon liittyvien tarpeiden nykyistä parempi huomiointi

Pääluokka tiivistyi kahdesta yläluokasta, jotka olivat: kokonaishoidon keston, tapaamistiheyden, -ajankohtien ja -paikkojen sovittaminen nykyistä enemmän perheiden toiveita vastaavaksi sekä nykyistä parempi vanhempien yksilöllisten tarpeiden huomiointi hoidon toteutuksen ja hoitomenetelmien valinnassa. (Kuvio 9.)



KUVIO 9. Perheiden yksilöllisten hoitoon liittyvien tarpeiden nykyistä parempi huomiointi

Kokonaishoidon keston, tapaamistiheyden, -paikkojen ja -ajankohtien sovittaminen nykyistä enemmän perheiden tarpeita vastaavaksi

Vanhemmilla oli erilaisia hoidon käytännön järjestelyihin liittyviä toiveita. Nykytilanteeseen verrattuna vanhemmat toivoivat pidempää hoitoaikaa, tiiviimpää jaksoa, kotikäyntejä perheen luokse ja pidempiä käyntikertoja.

Vanhemmat toivat voimakkaasti esille hoidon loppuneen kesken. He olisivat halunneet jatkaa hoidossa pidempään, koska siitä koettiin olevan perheelle apua. Vanhemmat esim. kokivat saaneensa hoidosta lyhyessä ajassa enemmän apua kuin kahden vuoden yksilötapaamisista psykologin kanssa.

”Se on nyt ainut, kun se jäi vähän kesken. Kun se nyt ihan selkeesti ainakin mun silmään niinku kanto eteenpäin.”

Vanhemmat toivoivat myös tiiviimpää hoitojaksoa. Haastatellut ihmettelivät sitä, että puhuttiin intensiiviyksiköstä, mutta hoito oli silti kestänyt kolme kuukautta. Tapaamisväli oli ollut heidän mielestään melko harva.

”Et siis silleen, että mahdollisimman tiivis, tota tiivis hoitosuhde siinä alussa, että pääsis käymään mahdollisimman usein. Et mun mielestä se on niinku tosi tärkeätä.”

Hoitoon kulkeminen lasten kanssa oli koettu välillä vaivalloiseksi ja vanhemmista olisikin ollut hyvä, jos työntekijät olisivat tulleet enemmän perheen luokse. Vanhemmille oli selvinnyt vasta aivan hoidon loppuvaiheessa, että kotikäyntienkin mahdollisuus olisi ollut olemassa. He olivat pahoillaan, ettei mahdollisuutta tarjottu aiemmin.

”Ja voisko se perheinterventio tulla ehkä enemmän niinku perheen luo? Kun se, että me viis ihmistä siirrytään.”

Osa vanhemmista olisi toivonut pidempiä käyntikertoja. Vanhemmat olivat käyttäneet paljon aikaa lähtövalmisteluihin ja hoitopaikkaan kulkemiseen. Erityisesti työssäkäyville puolisoille se oli aiheuttanut hankaluutta, mutta myös lasten koulupäiviin ja pienten lasten päivärytmiin. Käynnit olisivat saaneet vanhempien mukaan olla kestoiltaan

pidempiä senkin vuoksi, että asian joutui aina katkaisemaan kesken ja seuraavan käyntikerran alku meni taas kertaamiseen ja perheen senhetkisen tilanteen kertomiseen.

”Sanotaan nyt niin, että siihen puolentoista tunnin käyntiin menee kokonaisuudessaan puoli päivää, kolme ja puoli tuntia. Et sen sijaan, jos se oliski yhdistynyt vaikka kaks käyntiä, niin se olis ollu huomattavasti vähemmän aikaa.”

Nykyistä parempi vanhempien yksilöllisten tarpeiden huomiointi hoidon toteutuksessa ja hoitomenetelmien valinnassa

Vanhemmilla oli myös hyvin erilaisia toiveita hoidon toteutuksen ja hoitomenetelmien valinnan suhteen. Toiveet liittyivät perheen asiamiehenä toimimiseen, hoitosuunnitelman selkeyteen ja terapeuttiseen työotteeseen.

Vanhemmat toivoivat, että yksikössä olisi autettu heitä sairaalabyrokraatiaan liittyvien ilmoitusten tekemisessä. Vanhempi olisi halunnut olla potilasasiamiehen yhteydessä jo osastohoidossa ollessaan. Kun tilaisuus tuli, ei vanhemmalla ollutkaan voimavaroja potilasasiamiehen tapaamiseen. Hän toivoi, että intensiiviyksikössä asiaan olisi voitu palata ja auttaa häntä laittamaan valitusprosessia eteenpäin. Toinen vanhempi olisi kaivannut apua sairaalahoitoon liittyneen potilasvahinkoilmoituksen tekoon.

”No, okei mulla on vieläkin potilasvahinkoilmoitus tekemättä, ollu kohta kaks vuotta koska se on niin työlästä. Oo saanu apua keltään, kuka tekis sen mun kanssa.”

Aina vanhemmat eivät tieneet, oliko heille tehty hoitosuunnitelma. Myös hoidon tavoite oli jäänyt epäselväksi. Välillä tarjottu apu oli tullut perheelle yllätyksenä. Pikkulapsitiimistä oli oltu yhteydessä ja yhteydenotto oli tullut intensiiviyksikön aloitteesta. Perhe ei tiennyt, että sellaista oli suunniteltu. Vanhemmat toivoivat, että olisivat saaneet käyntikertojen aiheet paperilla tai sähköpostilla ja käynnin jälkeen yhteenvedon käyntikerran sisällöstä. Se olisi lisännyt tunnetta siitä, että hoito edistyy. Vanhemmat toivoivat myös, että hoidon loppupäätelmät ja jatkosuositukset olisi saatu paperilla.

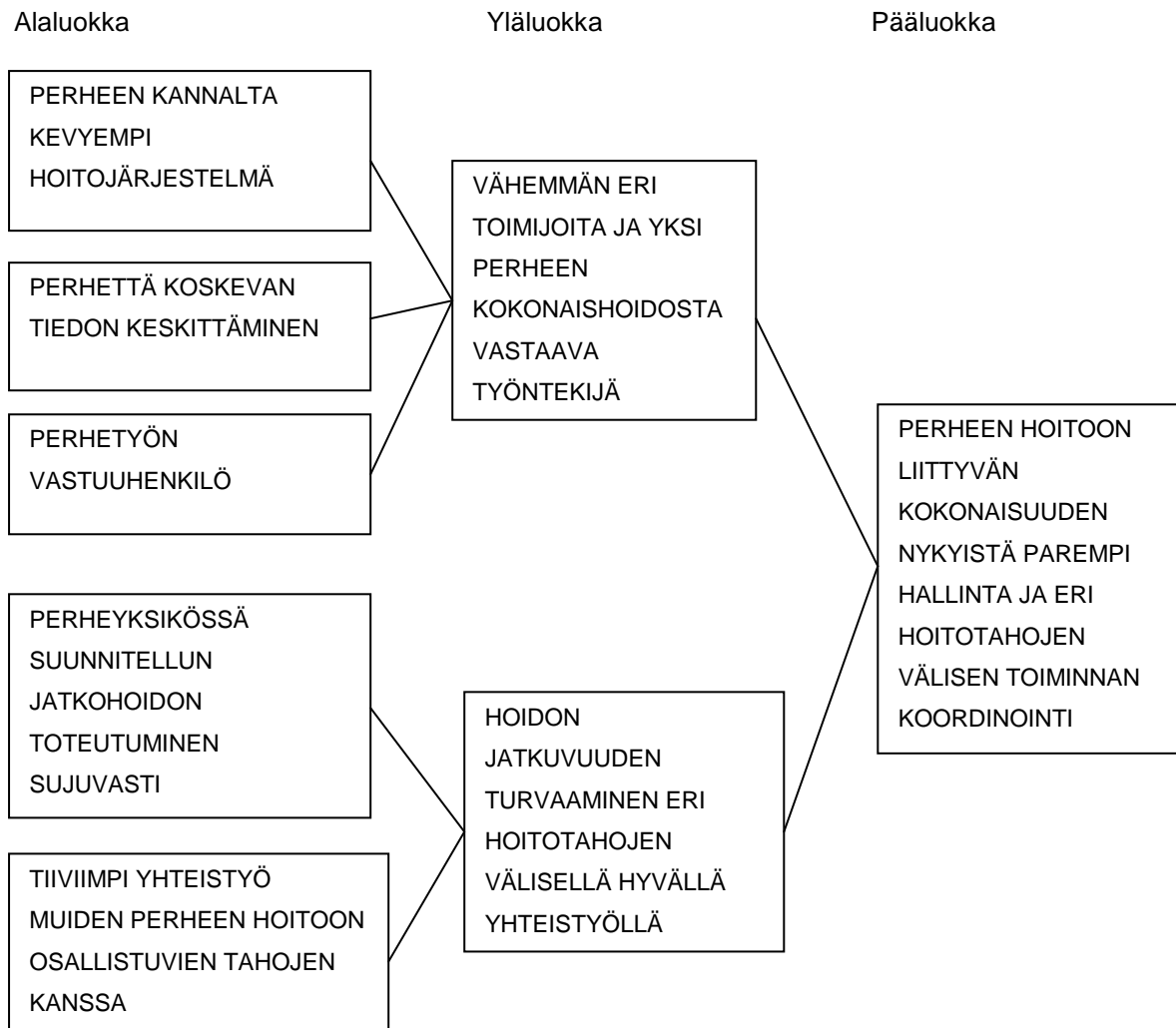
”Niin, ei meille nyt kerrottu että tämän tavoitteena olis joku asia. Et sitä niinku, et olis voinu ehkä kertoa silleen enemmän, että mitä mahdollisuuksia niillä käynneillä on niinku meitä hyödyttävällä tavalla.”

Vanhemmat toivoivat myös nykyistä enemmän terapeuttien menetelmien käyttöä osana hoitoa. Vanhemmilla oli ollut odotuksia sen suhteen, että hoito olisi sisältänyt enemmän omien traumojen käsittelyä. Vanhemmilla oli takanaan esim. vaikeita lapsuuden kokemuksia, traumaattinen synnytyskokemus tai vakava somaattinen sairaus, joista he olisivat halunneet puhua hoidossa. Myös psyykkisen sairastumisen ja sairaalaan joutumisen aiheuttamaa kriisiä olisi haluttu käsitellä enemmän. Vanhemmat toivoivat, että heidät olisi ohjattu terapiaan. Käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä toivottiin käytettävän enemmän.

”No semmonen ainakin, että jos välillä ainakin, jos se joku konkreettinen asia niinku tehtäis hänen kanssaan. Käskettäis tehä niinku vaarallista esimerkiksi. Vähän niinku sellasta kuin psykoterapia olis. Että semmosia jotakin, esimerkiksi näytetään, että se ei oikeesti oo vaarallista joku normaali arkitehtävä, joku käytännön työ.”

5.3.2. Perheen hoitoon liittyvän kokonaisuuden nykyistä parempi hallinta ja eri hoitotahojen välisen toiminnan koordinointi

Pääluokka perheen hoitoon liittyvän kokonaisuuden nykyistä parempi hallinta ja eri hoitotahojen välisen toiminnan koordinointi koostui kahdesta yläluokasta. Yläluokat olivat: vähemmän toimijoita ja yksi perheen kokonaishoidosta vastaava työntekijä sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen eri hoitotahojen välisellä hyvällä yhteistyöllä. (Kuvio 10.)



KUVIO 10. Perheen hoitoon liittyvän kokonaisuuden nykyistä parempi hallinta ja eri hoitotahojen välisen toiminnan koordinointi

Vähemmän eri toimijoita ja yksi perheen kokonaishoidosta vastaava työntekijä

Yläluokka vähemmän eri toimijoita ja yksi perheen kokonaishoidosta vastaava työntekijä muodostui kolmesta alaluokasta, jotka olivat: perheen kannalta kevyempi hoitojärjestelmä, perhettä koskevan tiedon keskittäminen ja perhetyön vastuuhenkilö.

Alaluokka perheen kannalta kevyempi hoitojärjestelmä, liittyy vanhempien kokemukseen palvelujärjestelmän monimutkaisuudesta. Vanhempien mukaan hoitojärjestelmä on liian raskas perheelle, joka oireilee. Hoitoon osallistuu liikaa eri toimijoita ja hoito muodostuu perheelle raskaaksi juuri liian monien eri osasten vuoksi.

Perheet tapaavat kaiken aikaa uusia tahoja, jotka ottavat hoitaakseen jonkun osan perheen kokonaisuudesta tai vaiheen hoitoketjussa. Vanhemmat turhautuvat siihen, että joutuvat selittämään tilannettaan yhä uudestaan eri henkilöille. Kestäviä hoitosuhteita ei juuri muodostu. Isossa perheessä, jossa useampi oireilee jo erilaisten tapaamisten ja aikojen muistaminen aiheuttaa haasteita. Vanhemmille haasteellista on myös päästä käsitykseen siitä, mikä taho vastaa mistäkin asiasta.

”Ja siis ku yks palaveri aina, jos me käydään ihan perusasioita lävitte, niin siellähän on paikalla jo yheksän ihmistä sit tyyliin. Se on niinku ihan hirveen raskas kalusto, millä yritetään tätä pyörittää. Ihan miljoona liikkuvaa osaa. Mä tarvisin melkein sihteerin, että mä pystyisin tätä kaikkee pyörittään ja se on se, mikä havaittiin jo siellä perheyksikössä, että tää on siis hirveen raskas järjestelmä.”

Toinen alaluokka oli perhettä koskevan tiedon keskittäminen. Perheet toivoivat, että perheyksikkö ottaisi vielä enemmän vastuuta perheen hoidosta. Perheillä oli tavallisesti useita muitakin yhteistyötahoja: mielenterveyspalveluita, lapsilla koulupsykologia ja erityisopettajia, oli somaattisia sairauksia ja niihin liittyviä hoitoja, sosiaalipalveluja, lastensuojelun palveluja jne. Vanhemmat kokivat uupuvansa yrittäessään itse koordinoida perheen asioita useiden eri tahojen kanssa. Vanhemmat kokivat, ettei kokonaiskäsitystä heidän perheensä tilanteesta ollut muualla kuin perheyksikössä, mutta tietoa ei keskitetty sinnekään riittävästi. Perheyksiköllä olisi vanhempien mukaan hyvät edellytykset toimia perhettä koskevan tiedon kokoajana ja välittäjänä.

”Niin et se tieto: lyhyesti voi sanoa, se tieto ei oo kootusti missään. Eli me ollaan se, joka kokoo sen tiedon siitä hommasta. Et tavallaan joku, joka pitäs sen homman niinku tiäksä tältä osin hanskassa, niin se vois olla ihan hyvin niinku perheinterventio.”

Perheet ilmaisivat myös toiveen perhetyön vastuuhenkilöstä. Vanhemmat kokivat, että tällä hetkellä heidän hoidostaan puuttuu vastuuhenkilö ja siksi asiat eivät etene toivotulla tavalla. Vanhemmat toivoivat, että hoito olisi organisoitu samaan tapaan kuin talonrakennus. Niin kuin talonrakennuksessa on vastaava mestari, tulisi perheen hoidossa olla case manager tai projektipäällikkö, jolla olisi kokonaiskäsitys tilanteesta ja halutusta tavoitteesta. Tällä hetkellä vanhemmat kokivat, että hoito on samanlaista kuin jos rakennustyömaalla hääräisi itsenäisesti kaikenlaista ammattimiestä ilman, että

kokonaisuudesta vastaa kukaan. Vanhempien mukaan perheyksikön työntekijät voisivat ottaa vastuuhenkilön roolin, koska ovat tällä hetkellä kaikista hoitavista tahoista sitä lähinnä.

”Joo. Projektipäällikkö. Kyllä, case manager tyyppinen ihminen, joka ottaa ne case (sukunimi):set käsittelyyn ja kattoo et täs okei, niillon nyt tälläsiä ja tälläsiä juttuja ja kattoo tästä paletista okei, kuka vois olla sopiva taho niinku, kuka ois sopiva taho hoitaan tätä asiaa ja missä järjestyksessä. Et pistetään se kalenteriin ja toi taho hoitaa tossa kohtaa ja toi tossa ja näitä juttuja tähän tarvitaan. Tässä on tarpeet ja mitä on niinku tarjolla ja niputtaa ne pakettiin, että tässä nyt on ja tuollon teidän täytyy olla siellä, tuolla, tuolla ja tuossa. Ja se hoitaa kommunikaation näiden tahojen välillä ja se olis kaikki siinä.”

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen eri hoitotahojen välisellä hyvällä yhteistyöllä

Yläluokka hoidon jatkuvuuden turvaaminen eri hoitotahojen välisellä yhteistyöllä, muodostui kahdesta alaluokasta. Alaluokat olivat: perheyksikössä suunnitellun jatkohoidon toteutuminen sujuvasti ja nykyistä tiiviimpi yhteistyö muiden perheen hoitoon osallistuvien tahojen kanssa.

Perheyksikössä suunnitellun jatkohoidon toteutuminen sujuvasti -alaluokka kuvastaa vanhempien toivetta hoitoketjun saumattomuudesta. Vanhemmat olivat pettyneet hoidossa siihen, miten huonosti ja hitaasti perheyksikössä tehdyt jatkohoitosuunnitelmat olivat siirtyneet käytäntöön. Joko pääsy jatkohoitoon oli ollut hidasta tai intensiiviyksikössä suunniteltuja tukimuotoja perheelle ei ollut toteutettu oman kunnan taholta lainkaan.

”Musta se homma menee eteenpäin, mutta se menee niin hirveen hitaasti.”

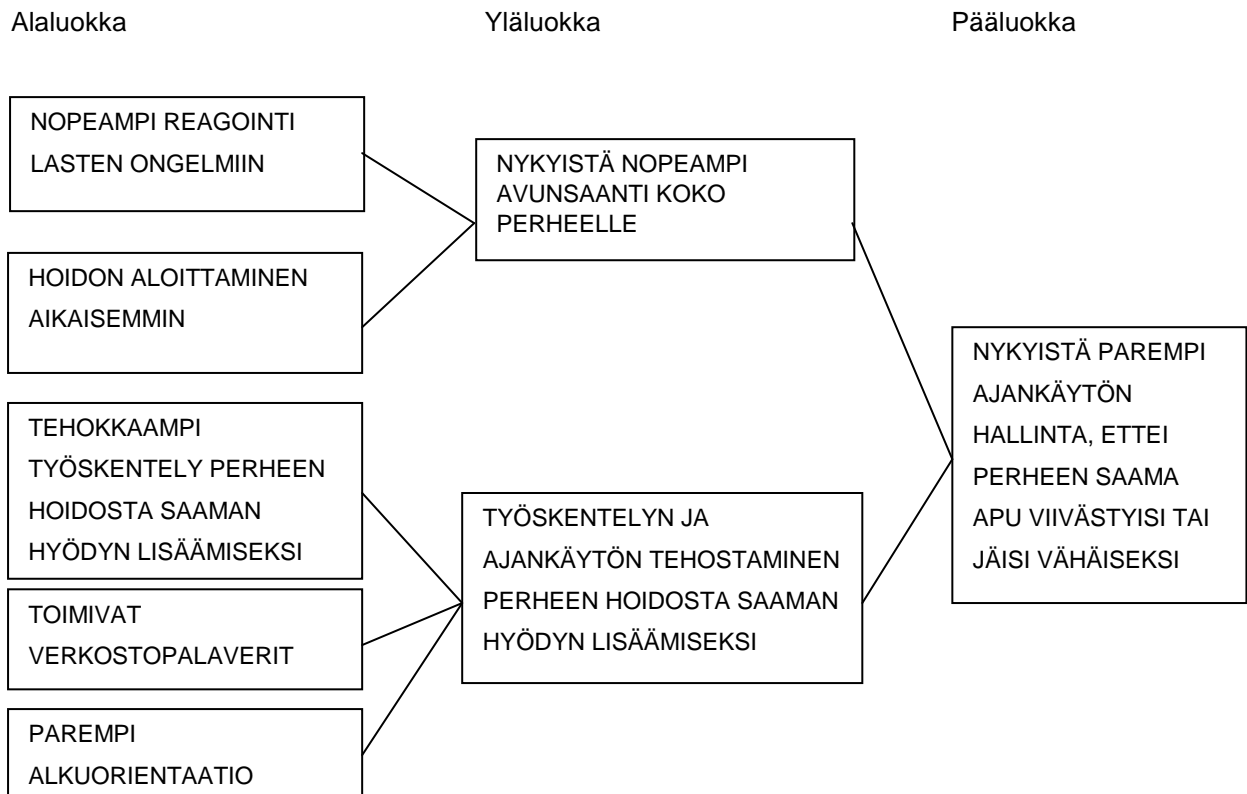
”Ensin kunta maksaa siitä, että meille tehdään tällanen perhesysteemi, tutkitaan mitä meidän perhe tarvii ja sitten kun sanotaan selkeesti, että perhe tarttee tätä niin juu, ei.”

Toinen alaluokka oli: nykyistä tiiviimpi yhteistyö muiden perheen hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Vanhemmat olivat sitä mieltä, että kunnasta puuttuu tietoa, mitä perheyksikössä tehdään ja osataan. Samoin alueen toisessa psykiatrisessa sairaalassa ei ollut tietoa yksikön toiminnasta. Kun hoitoa päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä oli suunniteltu osastojakson jatkoksi, oli osastolta kehoitettu vanhempaa katsomaan netistä, millaisesta hoidosta intensiiviyksikössä on kysymys. Avohoidon työntekijältä oli tullut vanhemmille palautetta, että he olisivat toivoneet tiiviimpää yhteistyötä intensiiviyksikön työntekijöiden kanssa.

”Että ainut ehkä, se yhteydenpito. Mutta mä en itse osaa sanoa millasta se yhteydenpito, mutta sieltä (oman kunnan mielenterveystoimisto) päästä toivottiin, että sitä yhteydenpitoa olis pitäny olla enemmän.”

5.3.3. Nykyistä parempi ajankäytön hallinta, ettei perheen saama apu viivästyisi tai jäisi vähäiseksi

Vanhemmat olivat turhautuneet avunsaannin hitauteen ja hoidon tehottomuuteen. He toivoivat nopeampaa avunsaantia koko perheelle. Pääluokka nykyistä parempi ajankäytön hallinta, ettei perheen saama apu viivästyisi, muodostettiin kahdesta yläluokasta. Yläluokat ovat: nykyistä nopeampi avunsaanti koko perheelle ja työskentelyn ja ajankäytön tehostaminen, ettei perheen saama apu viivästyisi tai jäisi vähäiseksi. (Kuvio 11.)



KUVIO 11. Nykyistä parempi ajankäytön hallinta, ettei perheen saama apu viivästyisi tai jäisi vähäiseksi

Nykyistä nopeampi avunsaanti koko perheelle

Perheen avunsaantia kuvattiin vaikeaksi. Vanhemmat kuvasivat, että koko perhe olisi tarvinnut tukea aikaisemmin, heti vanhemman sairastuttua. Erityisesti lasten avunsaannin viivästyminen huolestutti vanhempia. Myös intensiiviyksikköjakson jälkeen perheen avunsaannissa oli ollut puutteita. Ongelmalliseksi oli koettu esim. vanhemman tarvitseman terapian aloittaminen intensiiviyksikköhoidon jälkeen. Nykyistä nopeampi avunsaanti koko perheelle ilmeni sekä toiveena nopeammasta reagoinnista lapsen ongelmiin että toiveena hoidon aloittamisesta aikaisemmin.

Haastatellut kuvasivat, miten vaikea on saada apua lapselle vanhemman sairastaessa. Avunsaanti lapsille oli koettu vaikeaksi ja hankalaksi vanhemman sairastumisen alkuvaiheessa ja sama jatkui edelleen päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön hoidon jälkeen. Yksikössä lasten tuen tarve oli kartoitettu, mutta jatkoa ei seurannut tai jos seurasi, niin tuskastuttavan hitaasti. Intensiiviyksikön hoitojakson aikana perheen lapsen oli todettu tarvitsevan psykiatrista hoitoa ja perheelle oli tehty lähete

lastenpsykiatrian klinikan perheosastolle kolmen viikon tutkimusjaksolle. Hoitojono lastenpsykiatriselle jaksolle on pitkä, joten vanhemmat kuvasivat tilannetta siten, että vuodessa perhe pääsee vain kartoituksesta toiseen. He olivat huolissaan siitä, miten pitkä aika vuosi on lapsen elämässä ja pohtivat kauanko kestää, ennen kuin kartoittaminen loppuu ja lapsi saa hoitoa.

”Mä sanoin viimeks kun istuttiin kaks ja puol tuntii siinä palaverissa, että tää kaks ja puol tuntia kun oltais keskitytty tohon meidän keskimmäiseen lapseen niin ai että, oltais päästy jo paljon pidemmälle tässä asiassa. Niinku siis silleen konkreettisesti.”

Myös vanhempien näkökulmasta avunsaanti tuntui viivästyneen. Vanhemmat kokivat, että heidän perheensä olisi tarvinnut tukea aikaisemmin. Vanhemmat toivoivat, että esim. toisen vanhemman sairastuessa psyykkisesti tai menettäessään työkykynsä koko perheelle tarjottaisiin apua automaattisesti. Koko perheen hoitopaikan pitäisi vanhempien mukaan olla ”matalan kynnyksen yksikkö”, sellainen johon on helppo mennä. Vanhemmat ihmettelivät sitä, että jos kunnassa neljä nuorta kuolee auto-onnettomuudessa, koko kylälle järjestetään kriisiapua, mutta vanhemman sairastuessa vakavasti, perheelle on vaikea saada kriisiapua. Sama tunne hoidon viivästyisestä päti myös jatkohoidon osalta. Vanhempi oli pettynyt siihen, ettei hänen toivettaan psykoterapialähetteestä oltu huomioitu intensiiviyksikköjakson aikana. Vanhempi joutui hoitamaan asiaa jakson jälkeen uuden hoitotahon kautta, mikä viivästytti psykoterapian aloittamista.

”Sillonkin, kun mulla iski se synnytyksen jälkeinen masennus, ni kyllähän se vaikutti tosi paljon perheeseen, mutta eihän siinäkään tilassa mitään apuja niinku mitään apuja perheelle. No, okei käytännön apua, tuli kodinhoitaja auttaan, koska oli pieniä lapsia talossa, mutta niinku semmosta niinku ymmärrystä tavallaan siihen tilanteeseen. Se olis ollu hirveen jotenki tärkeätä.”

Työskentelyn ja ajankäytön tehostaminen perheen hoidosta saaman hyödyn lisäämiseksi

Perheet toivoivat lisää tehokkuutta hoidossa tapahtuvaan ajankäyttöön. Tehokkaampi työskentely olisi lisännyt perheen hoidosta saamaa hyötyä. Ajankäyttöä olisi vanhempien mukaan tehostanut myös toimivat verkostopalaverit ja parempi alkuorientaatio.

Vanhemmat olivat kokeneet päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön työskentelyn välillä tehottomaksi. Vanhemmista oli tuntunut, että jo ensimmäisellä kerralla päästiin samaan tulokseen kuin hoidon lopussa. Vanhempien mukaan hoidon tuottavuutta pitäisi mitata. Tuottavuutta on heidän mukaansa se, että tietyt asiat loksahdelevat paikoilleen ja hoidosta seuraa perheelle konkreettista hyötyä, kuten esim. hoitosuositus. Vanhemmat kokivat hoidon tehottomaksi myös lasten hyvinvoinnin lisäämisessä. Tämä oli johtunut pitkälti siitä, etteivät lapsille suunnitellut tukitoimet olleet toteutuneet toivotulla tavalla.

”Että kannattaako siihen hommaan lähteä, jos mulla menee niinku kaks tuntia aikaa siihen, että mä saan puoli tuntia jotain apua, niinku puolen tunnin eestä jotain apua. Se hyöty on niinku 25%. Kuka lähtee siihen, että maksaa kymppin siitä, että saa kaks ja puoli euroa takasin?”

Verkostopalaverit kuuluvat lähes poikkeuksetta perhekeskeiseen mielenterveyshoitotyöhön. Vanhempien näkökulmasta kokouskäytäntöjä voisi huomattavasti parantaa. Päiväpsykiatrisen intensiiviyksikkö voisi olla suoraan yhteydessä eri tahoihin ilman verkostopalavereja, joissa vanhempien mukaan on usein paikalla aivan turhiakin henkilöitä. Monet palavereissa käsiteltävistä asioista voitaisiin hoitaa puhelimitse. Vanhemmat kuvasivat, että välillä isommissa palavereissa on ollut epäselvää, miksi on kokoonnuttu. Kokouksessa on yhdessä alettu miettiä, kuka sen on kutsunut koolle ja minkä vuoksi. Vanhemmat olivat kokeneet verkostopalaverit usein turhauttaviksi: asiat eivät niissä etene, vaan ottavat joskus jopa takapakkia.

”Se on niinku että ihan perus kokouskäytännöt, normaalit, mitä tarvittas, eli se että siellä on joku kokoonkutsuja, siellä on joku selkee agenda, mitä asioita käydään läpi, puheenjohtaja ja tavoitteet sille palaverille; mitä siinä palaverissa halutaan saada ja

sitten joku puheenjohtaja, joku, joka sitä hommaa pyörittää ja sanoo, no niin kiitos riittää tästä aiheesta tai mennään seuraavaan, pitää järjestystä.”

Paremmiin hoidettu alkuorientaatio päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä olisi vanhempien mukaan tehostanut työskentelyä. Nyt hoitoon perehdytykseen oli käytetty alussa liikaa aikaa. Asiat oli käyty läpi moneen kertaan, vanhemmille ja lapsille oli kerrottu erikseen, mistä hoidossa on kysymys. Yksikön esitettä moitittiin kapulakieliseksi. Vanhempien mukaan riittävä alkuorientaatio olisi ollut antaa selkokielineen esite ja tarjota mahdollisuus esittää kysymyksiä.

”Et se käytiin tosi moneen kertaan, et meillekin varmaan pariin kertaan ensin selitti se oma työntekijä ja sitte selitti tää systeemi niinku siellä ja meni tosi paljon siihen aikaan. Ja sit saatiin vielä papereita. Tavallaan, että siinä olis voinu antaa vaikka jotku esitteet alkuun ja voidaan itse perehtyä kotona ja jos on kysyttävää niin kysykää.”

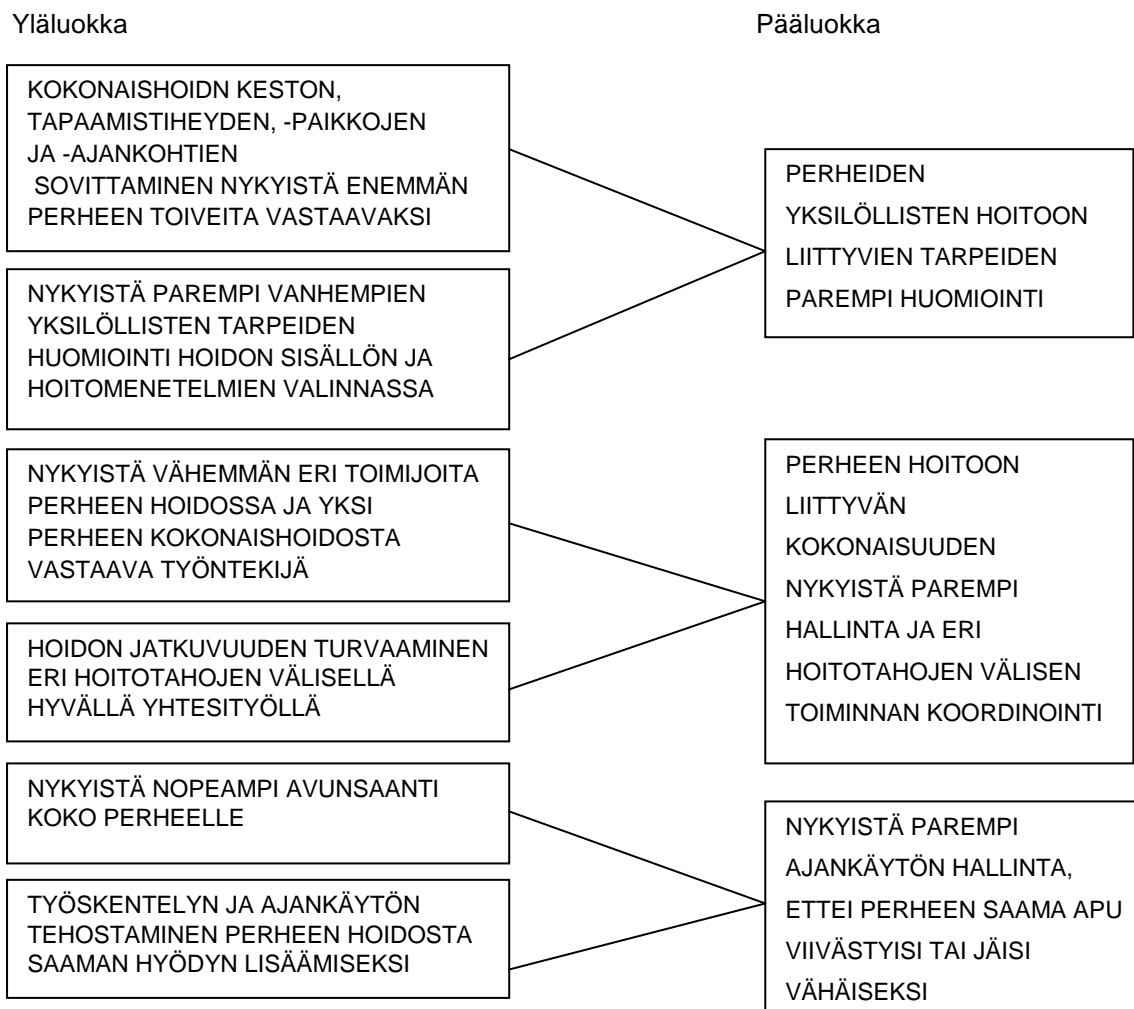
5.3.4. Yhteenveto vanhempien toiveista ja odotuksista hoitoa kohtaan

Vanhemmat kokivat, että päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä heidän toiveitaan kuunneltiin, mutta vielä enemmän olisi voitu ottaa huomioon perheiden yksilölliset tarpeet. Tarpeisiin vaikuttivat perheen koko, elämätilanne, asuinpaikan etäisyys hoidosta ym. yksilölliset tekijät. Vanhempien toiveet liittyivät hoidon sisältöön ja järjestelyihin: ajankohtaan, tapaamistiheyteen ja tapaamisten keston. Erityisesti kotikäyntejä toivottiin lisää. Vanhemmat toivoivat paljon myös sitä, että hoito olisi jatkunut pidempään. Hoitosuunnitelmiin vanhemmat toivoivat lisää selkeyttä. Tällä hetkellä selkeitä hoitosuunnitelmia ei aina ollut tai vanhemmat eivät tienneet sellaisten olemassaolosta.

Muut vanhempien toiveet liittyivät paljolti päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön toimintaan osana perheen hoitokokonaisuutta. Vanhemmat kokivat hoitojärjestelmän raskaaksi ja avunsaannin hitaaksi sekä vaivalloiseksi. Eri hoitotahojen välisessä yhteistyössä nähtiin puutteita. Vanhemmat kokivat perheen mielenterveys- ym. palvelut pirstaleisiksi ja toivoivat päiväyksikön työntekijöiden ottavan enemmän roolia perhehoitotyön vastuuhenkilöinä. Tämä tarkoittaisi perhettä koskevan tiedon keskittämistä

päiväpsykiatriseen intensiiviyksikköön ja eri tahojen välisen toiminnan koordinoitua yksiköstä käsin.

Vanhemmat toivoivat myös parempaa ajankäytön hallintaa ja työskentelyn tehostamista liittyen sekä hoitoverkoston toimintaan että työskentelyyn päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä. Työskentelyä voisi vanhempien mukaan tehostaa parantamalla verkostopalaverien kokouskäytäntöjä sekä orientaatiota hoitojakson alussa. Tällä hetkellä vanhemmat kokivat, että perheen avunsaanti viivästyi ja hoidosta saatu hyöty jäi vähäiseksi käytettyyn aikaan nähden. (Kuvio 12.)



KUVIO 12. Vanhempien toiveet ja odotukset hoitoa kohtaan

6. POHDINTA

6.1. Tulosten tarkastelu

Päiväpsykiatrinen intensiiviyksikköhoito vanhempien kokemana

Päiväpsykiatrinen intensiiviyksikkö oli osa erään yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrian klinikan rajapintatyöryhmän toimintaa. Yksikössä hoidettavana olleiden perheiden vanhemmat kokivat hyväksi yksikön pienuuden ja hoidon intensiivisyyden. Vanhemmilla oli aikaisempaa kokemusta tai muuten syntyneitä ennakkokäsityksiä psykiatrisesta sairaalahoidosta ja he vertasivat kokemustaan siihen. Eräs vanhemmista rinnasti kokemuksen koulumaailmaan: sairaalaosasto on kuin olisit isossa koulussa, jossa hukut massaan, avohoito taas itseopiskelua netin kautta. Intensiiviyksikkö on kuin saisit pienryhmä- tai yksityisopetusta. Vanhemmat kokivat ympäristön viihtyisäksi ja hoitajaksosta oli muodostunut perheelle hyvä kokemus. Vastaavanlaisia tuloksia on saatu tutkittaessa rajapintayksikön toimintaa kokonaisuudessaan. Rajapintatyöryhmän hoitamille, satunnaisesti valituille 20 potilaalle tehdyssä tyytyväisyyskyselyssä vastaajia pyydettiin arvioimaan rajapintatyötä sairaalahoidon vaihtoehtona. Vastauksissa nousi esiin rajapintatyön etuna tiivis ja tukeva kontakti kuitenkin niin, että vastaajalla oli ollut mahdollisuus asua kotona hoidon ajan. (Tammentie ym. 2008.)

Vanhempien mukaan perheyksikön työntekijöillä oli selkeä ja täsmällinen ote työskentelyssään. Työparityöskentely koettiin hyväksi ja hoitajia kuvattiin erittäin ammattitaitoisiksi. Lääkärille oli päässyt aina, jos oli kysyttävää lääkkeistä. Hoidossa oli hyödynnetty sekä keskustelua että toiminnallisia menetelmiä. Molemmat työskentelytavat oli koettu positiivisiksi. Tammentien ym. (2008) tutkimuksessa vastaajat kokivat hyväksi sen, että tiesivät, kenen kanssa ovat tulossa keskustelemaan ja että lääkärin mielipide oli tarvittaessa saatavissa nopeasti.

Vanhemmat luonnehtivat hoitoa perhekeskeiseksi ja perheen mukanaolo koettiin yksinomaan myönteiseksi. Vanhemmat kokivat hyväksi myös mahdollisuuden käydä välillä hoidossa kaksin, ilman lapsia. Samoin positiiviseksi koettiin vanhemman mahdollisuus ottaa muita läheisiä tuekseen mukaan hoitoon. Sama tuli esille

Tammentien ym. (2008) tutkimuksessa, jossa vastaajat olivat nostaneet esiin läheisten huomioimisen positiivisena asiana.

Vanhemmat kokivat helpottavaksi sen, että koko perheen asiat oli keskitetty yhteen paikkaan. Harajärven ym. (2006) mukaan suomalaista psykiatrista palvelujärjestelmää leimaavat hajautuneisuus, kirjava palveluntarjonta sekä koordinaation puute. Tämän tutkimuksen osallistujat olivat kokeneet saman omalla kohdallaan. Siksi vanhemmista tuntui hyvältä, että ”joku otti hetkeksi meistä ja meidän asioista kopin.” Osa vanhemmista koki, että heidän toiveensa käyntiajoista, niiden tiheydestä ja määristä otettiin hyvin huomioon. Toiset näkivät siinä vielä parannettavaa.

Hoitajien toiminnalla, vuorovaikutuksella ja yksikön ilmapiirillä oli huomattavasti merkitystä niin hyvässä kuin pahassakin siihen, millaiseksi vanhemmat hoidon kokivat. Valtaosa vanhemmista koki, että perhe kohdattiin hoidossa hyvin. Tammentien ym. (2008) tutkimuksessa rajapintatyö koettiin turvallisena ja henkilökohtaisena. Tässä tutkimuksessa vanhemmat kokivat tullessa hoidossa kuulluiksi, ymmärretyiksi ja hyväksytyiksi. Hoitajien ja vertaisryhmän luoma ilmapiiri koettiin positiiviseksi ja vuorovaikutus hoidossa avoimeksi ja sallivaksi. Vanhemmat kokivat, että kaikesta pystyi puhumaan, puhe oli suoraa ja avointa, mutta ilmapiiri ei ollut millään lailla puhumiseen painostava. Yksikön tunnelma koettiin hyväksi ja turvallisesti ja vastaanotto lämpimäksi. Tätä tukee Gavois ym. (2006) tutkimus, jonka mukaan kuunteleminen ja jakaminen liittyvät ammattilaisten perheille antamaan tukeen. Läheisen selviytymistä helpottavat heidän mukaansa mm. yhteistyö, avoin viestintä ja turvallisuus.

Aina hoito ei ollut pelkästään myönteinen kokemus, vaan hoidosta oli aiheutunut perheelle haittaa tai mielipahaa. Ajoittain kohtelu hoitajan taholta oli ollut epäempaattista. Vanhemmat kuvasivat hoitajan vuorovaikutustaitoja ja persoonaa ilmauksilla: oli nihkeä, ei ollut miellyttävä henkilö tai ei ollut persoonana erityisen positiivinen. Vanhemmat olivat myös kokeneet hoitajan taholta epäluottamusta. Erityisen loukkaavilta olivat tuntuneet hoitajan kommentit lapsen ja äidin välisestä vuorovaikutuksesta. Yksi selitys vanhemprien kokemukselle voi löytyä hoitajan työskentelytavoista. Mielenterveyshoitotyössä ollaan tekemisissä arkojen ja tunteita

herättävien asioiden kanssa. Perheet kokevat herkästi sen, jos heihin ei suhtauduta kunnioittavasti.

Tässä tutkimuksessa negatiiviset kommentit hoitajista eivät koskeneet työparia, joka pääsääntöisesti oli perheiden kanssa tekemisissä, vaan muita hoitoon osallistuneita. Selitys voi löytyä myös mielenterveyshoitotyöstä tutusta split -ilmiöstä, jota esiintyy erityisesti epävakailta persoonilla. Split eli halkominen on minän puolustusmekanismi, jossa henkilö jakaa ympäristönsä ihmiset, esim. hoitajat mustavalkoisesti ”hyviin ja pahoihin”. Tällaisten henkilöiden hoitaminen on kokeneellekin ammattilaiselle hyvin haastavaa ja emotionaalisesti kuormittavaa. (Käypä hoito -suositus, epävakaa persoonallisuus.) Tämän tutkimuksen perusteella ei voida ottaa kantaa siihen, miten suuri osuus tutkimuksen osallistujien hoitajiin liittyvistä positiivisista ja negatiivisista kokemuksista liittyvät sairastuneen problematiikkaan ja kuinka suuri osuus työntekijöiden vuorovaikutukseen.

Hoitajien taholta koettuun kohteluun liittyvän mielipahan lisäksi osa tutkimuksen osallistujista oli kokenut hoidon turhaksi kontrolliksi, johon oli pakko suostua. Hoito koettiin systeemiin kuuluvaksi pahaksi, jota ilman ei pääse koskaan pois sairaalasta. Osa perheistä koki hoidon vaativaksi. Erityisesti pitkän matkan takaa lasten kanssa kulkeminen oli koettu rasittavaksi. Vastaavasti Tammentien ym. (2008) tutkimuksessa kaksi vastaajista mainitsi negatiivisena puolena pitkän matkan vastaanottokäynnille. Samoin kuin tässä tutkimuksessa, tuli Tammentien ym. (2008) tutkimuksessa myös ilmi sekä tyytyväisyyttä että tyytymättömyyttä rajapintatyötä kohtaan. Tammentien ym. (2008) kyselyssä vastaajia oli pyydetty arvioimaan käyntinsä rajapintatyöryhmässä numeerisesti asteikolla 1 - 10. Vastaajien antaman arvosanan keskiarvo oli 8,1. Yksi vastaajista arvioi käynnit numerolla 4, muiden vastaajien arviot vaihtelivat 8 -10 välillä.

Tiivistäen voidaan todeta, että tämän tutkimuksen osallistajat kokivat päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä perheensä saaman hoidon sairaalahoitoa paremmaksi vaihtoehdoksi perhelähtöisyyden ja perheeseen kohdistetun yksilöllisen huomion vuoksi. Yksikön ilmapiiri oli ollut lämminhenkinen, turvallinen ja avoin. Perheet oli otettu vastaan ”ilon kautta”, kuten yksi osallistujista kuvasi. Pääsääntöisesti hoitajia pidettiin erittäin ammattitaitoisina, vaikka tietyn hoitajan työskentelytavoista oli osalle

vanhemmista jäänyt negatiivinen kokemus. Välillä hoito myös koettiin perheen kannalta turhaksi, hyödyttömäksi, raskaaksi tai vaativaksi.

Perheen avunsaanti vanhempien kokemana

Vanhemmat kokivat perheen hoidon ja tuen tarpeeseen liittyvien asioiden sekä arjen asioiden edistyneen päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön toiminnan ansioista. Perheyksikön koettiin edustaneen perheen kokonaisuutta hoitoverkostossa ja vieneen aktiivisesti eteenpäin perheen lasten hoidon tarpeen kartoittamista ja avunsaantia. Konkreettiset suunnitelmat perheenjäsenten hoidon ja arjen asioiden eteenpäin viemiseksi olivat auttaneet perhettä. Suunnitelmat olivat koskeneet esim. tuen saamista kotiin, lasten menoa päivähoitoon tai perheen isän jatkamista työtehtävissä ulkomailla. Aikaisemmassa tutkimuksessa on saatu samansuuntaisia tuloksia. Pitkäsen (2010) mukaan hoidon suunnitteluun liittyvät menetelmät lisäävät sairastuneiden elämänlaatua.

Vanhemmat kokivat saaneensa hoidosta toivoa ja tulevaisuudennäkymiä, mikä puolestaan vaikutti perheen arjen asioita edistävästi. Koiviston (2003) mukaan psyykkisesti sairastuneilla on usein vaikeuksia selviytyä jokapäiväisessä elämässä itsen, muiden ja arjen hallinnan suhteen. Tämän tutkimuksen osallistujat kuvasivat samanlaisia kokemuksia. Päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä käynnin jälkeen oli kuitenkin tuntunut siltä, että eiköhän tästä selvitä. Kohosen ym. (2007) laatiman metasynteesin mukaan toivon vahvistaminen on terveyttä edistävä auttamismenetelmä. Toivoa vahvistavat mm. potilaan ja läheisen toivon aktiivinen tukeminen, potilaan auttaminen tulevaisuuteen suuntaamisessa ja läheisten tukeminen hoitoon osallistumisessa. Tässä tutkimuksessa vanhemmat kokivat tärkeäksi sen, että hoitajat jaksoivat luoda parempaa mielikuvaa tulevaisuudesta, sanoivat että tilanne korjaantuu. Vanhemmat kokivat, että hoito auttoi heitä selviytymään eteenpäin vaikeassa elämäntilanteessa. Myös Tammentien ym. (2008) kyselyssä oli saatu vastaavia tuloksia. Siinä vastaajien mukaan rajapintatyö antoi riittävästi apua ja tukea hankalamman jakson aikana.

Perhesuhteet olivat vahvistuneet hoitajakson vaikutuksesta. Tämä näkyi vanhempien parisuhteen ja vanhemmuuden vahvistumisena. Tutkimuksessa kävi ilmi, että

hoidossa mukanaolo lisäsi puolison sairastuneelle antamaa tukea, hoidosta oli apua parisuhdeasioiden käsittelyssä ja hoito oli estänyt erään pariskunnan kohdalla eron. Myös Mattilan ym. (2009) mukaan perheille suunnattujen hoitomallien on todettu parantavan sairastuneen ja hänen perheenjäsentensä välisiä suhteita. Päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä käytettyjen lapsiperheinterventioiden tavoitteena on vanhemmuuden ja lasten pärjäävyyden tukeminen. Tämän tutkimuksen mukaan vanhemmuutta vahvistivat vanhempien saama tuki ja ohjaus vuorovaikutukseen lasten kanssa sekä se, että vanhemmat kuulivat, mikä lapsia vanhemman sairaudessa ja sairaalaan joutumisessa huolestuttaa. Osa vanhemmista ei nähnyt sairastumisellaan olevan mitään vaikutusta lapsiin. Samalla he toivat kuitenkin esille sitä, että jos vanhempi saa apua, auttaa se samalla lastakin. Aikaisempi lapsiperheinterventioita koskeva tutkimus osoittaa, että osa lapsista selviää hyvin ja vanhemmat pystyvät tukemaan lapsiaan häiriöstä huolimatta (Solantaus & Paavonen 2009).

Hoitojakso päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä lisäsi perheen autonomiaa ja toimivuutta. Sairastuneen vanhemman voimavarat lisääntyivät: unirytmii korjaantui, jaksaminen ja oma aktiivisuus lisääntyivät ja oireet lievittyivät. Vanhempien sairauteen liittyvä tietoisuus lisääntyi, samoin keinot käsitellä ongelmia. Sairauteen ja diagnoosiin liittyvän tiedon lisäksi vanhemmat saivat ymmärrystä siihen, miten sairaus vaikuttaa heidän perheeseensä ja miksi he toimivat niin kuin toimivat. Hoitajien kanssa keskustelu koettiin hyödylliseksi ja jokapäiväistä elämää koskevat neuvot tärkeiksi. Gavois ym. (2006) mukaan yksi perheiden ammattilaisilta saaman tuen muodoista on voimaannuttaminen. Siihen sisältyvät keskustelumahdollisuuden antaminen, ohjaus ja kehityksen tukeminen. Vanhemmat kokivat saaneensa paljon apua myös keskustelusta vertaisryhmän kanssa. Gavois ym. (2006) mukaan perheiden tietoisuus siitä, että on muitakin samassa tilanteessa olevia, koetaan tukea antavaksi. Samalla tavalla tässä tutkimuksessa vanhemmat kokivat tärkeäksi nähdä muita samassa tilanteessa olevia ja helpottavaksi kuulla muilla olevan samanlaisia ongelmia.

Tiivistetysti ilmaistuna vanhemmat kokivat hoidon auttaneen perhettä edistämällä perheen tarvitseman mielenterveyshoitotyön toteutumista ja perheen arjessa selviytymistä. Toisekseen vanhemmat kokivat hoidon vahvistaneen perhesuhteitaan, sekä puolisoitten välisiä että vanhemman ja lapsen välisiä. Sairastuneen vanhemman

voimavarojen ja vanhempien sairauteen liittyvän tietoisuuden lisääntyminen sekä vanhempien lisääntyneet ongelmanratkaisukeinot lisäsivät perheen autonomiaa ja toimivuutta.

Vanhempien toiveet ja odotukset hoitoa kohtaan

Vanhemmat kuvasivat sitä, miten perheen saama apu oli viivästynyt. He toivoivat, että heti vanhemman sairastuttua heille olisi tarjottu mahdollisuutta koko perheen hoitoon. Läheisen sairastuminen on traumaattinen kokemus ja siinä tilanteessa perheenjäsenten kyky etsiä hoitoa voi olla heikentynyt (Sin ym. 2007). Siksi hoitotahon aktiivisuus hoidon tarjoamisessa on erityisen tärkeää.

Hoidossa vanhemmat olisivat toivoneet tehokkaampaa työskentelyä. Erityisesti verkostopalaverit koettiin tehottomiksi ja hoitosuunnitelma oli jäänyt välillä epäselväksi. Pettymystä oli aiheuttanut se, ettei hoito ollut jatkunut päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön jälkeen suunnitellulla tavalla. Nyman & Stengårdin (2001) mukaan läheisten tyytymättömyys ammattilaisten toimintaan liittyi osin samanlaisiin asioihin kuin tässä tutkimuksessa: ammattilaisten saatavuuteen kriisitilanteessa ja läheisen hoitosuunnitelmaan paneutumiseen.

Tässä tutkimuksessa vanhemmat kritisoivat eniten hoitojärjestelmän hajanaisuutta. Palvelujärjestelmän nykyinen hajanaisuus onkin merkittävä riskitekijä hoidon jatkuvuuden kannalta (Korkeila 2009). Perheyksikkö koettiin hyväksi, koska kerrankin koko perheen asiat oli keskitetty yhteen paikkaan. Yksikön toimintaa olisi vanhempien mukaan pitänyt kehittää enemmän juuri siihen suuntaan. Vanhemmat toivoivat vähemmän toimijoita perheen hoitoon ja parempaa yhteistyötä näiden toimijoiden välille. Ihannetilanteessa yksi taho tai yksi vastuuhenkilö koordinoisi koko perheen mielenterveyshoitotyötä ja muita perheen tarvitsemia tukitoimia.

Hoidon sisällön ja toteutuksen suhteen perheillä oli erilaisia toiveita ja odotuksia. Monia toiveista oli kuultukin, mutta erityisesti kotikäyntejä vanhemmat olisivat toivoneet enemmän, koska olivat kokeneet hoitoon kulkemisen rasittavaksi. Yhtä perhettä lukuunottamatta kaikki haastateltavat toivoivat pidempää hoitojaksoa. Hoitoajat psykiatrisessa sairaalassa ovat lyhentyneet, jonka vuoksi akuutisti sairastuneet potilaat

palaavat takaisin perheensä pariin entistä nopeammin (Nyman & Stengård 2008). Rajapintatoiminta kehitettiin, koska sairaalassa oli jo pitkään hoidettu potilaita ylipaikoilla. Osan potilaista olisi katsottu selviytyvän avohoidossa, mikäli tukitoimet siellä olisivat olleet riittävät. (Tammentie ym. 2008.) Tähän tutkimukseen osallistuneet vanhemmat kuvasivat hoitoa päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä hyväksi, mutta liian lyhyeksi.

Tiivistäen voidaan todeta, että toisin kuin esim. Nyman & Stengårdin (2001) tutkimuksessa, vanhemmat eivät kokeneet, että läheisten ja hoitohenkilökunnan yhteistyö olisi puutteellista, eivätkä puoliset kokeneet jääneensä huomiotta ja tilanteen ulkopuolelle. Tässä voidaan ajatella perhekeskeisen hoitomallin toimineen hyvin. Sen sijaan vanhemmat toivoivat vielä yksilöllisempää hoidon suunnittelua ja toteutusta, erityisesti kotikäyntejä ja pidempää hoitoaikaa. Lisäksi toivottiin perheen kannalta kevyempää hoitojärjestelmää; ”kalustoa”, kuten eräs vanhemmista asian ilmaisi. Vanhemmat toivoivat perheen hoitoon liittyvän kokonaisuuden parempaa hallintaa ja eri hoitotahojen välisen toiminnan koordinoitua. He kokivat uuvuttavaksi sen, kun muutenkin raskaassa elämäntilanteessa ”piti yrittää pitää kaikkia lankoja itse käsissään”. Näiden lisäksi vanhempien toiveissa oli nopeampi avunsaanti koko perheelle ja tehokkaampi työskentely niin päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä kuin hoitoverkostossakin.

6.2. Tulosten luotettavuus

Pyrkimyksenä tieteellisessä tutkimuksessa on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta on välttämätöntä, että tutkimuksen luotettavuus arvioidaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat sen uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkijan on varmistettava, vastaavatko hänen käsitteellistyksensä ja tulkintansa tutkimuksen osallistujien käsityksiä (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa tutkimuksen tekijä pyrki varmistamaan jo haastattelutilanteessa mahdollisesti syntyneiden tulkintojensa oikeellisuutta haastateltavilta tarkentavilla kysymyksillä esim. ”Ymmärsinkö oikein...” tai ”Tarkoititko,

että...” Lisäksi haastattelutilanteissa tutkimuksen tekijä korosti haastateltaville, että kertovat vapaasti, mitä ajatuksia tutkimuksen aihe heissä herättää. Uskottavuutta pyrittiin vahvistamaan myös käyttämällä riittävästi aikaa tutkimuksen kohteena olevan ilmiön ymmärtämiseen. Tutkimuksen tekijä kävi tapaamassa päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön sairaanhoitajaa ja ylihoitajaa, keskusteli heidän kanssaan yksikössä kehitetystä hoitomallista ja tutustui samalla yksikön tiloihin. Lisäksi tutkimuksen tekijä vahvisti ymmärrystään perheiden mukanaolosta mielenterveyshoitotyössä perehtymällä aiheesta löytyvään kirjallisuuteen. Edelleen tutkimuksen tekijä pyrki vahvistamaan uskottavuutta pitämällä tutkimuspäiväkirjaa ja keskustelemalla tutkimustuloksista sekä tutkimuksen ohjaajien että perhehoitotyötä pitkään tehneen psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa.

Vahvistettavuus liittyy vahvasti tutkimuksen koko prosessiin ja tutkijan tulisikin kirjata tutkimusprosessi tutkimuksen raporttiin niin, että ulkopuolinen lukija voi seurata prosessin kulkua (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa vahvistettavuutta pyrittiin lisäämään tutkimussuunnitelman laatimisella ja noudattamisella sekä tutkimuspäiväkirjan avulla. Vahvistavuutta lisäsi myös kokeneiden tutkijoiden antama ohjaus. Ohjauksen merkitys korostui erityisesti tutkimuksen analyysivaiheessa. Raportissa tutkimuksen tekijä pyrki kuvaamaan tarkasti koko tutkimusprosessin. Erityisesti aineiston analysoinnin vaiheet on pyritty kuvaamaan huolellisesti niin, että ulkopuoliselle lukijalle välittyy kuva siitä, miten saatuihin tuloksiin on päädytty. Suoria lainauksia haastatteluista on esitetty runsaasti.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tekijän omien lähtökohtien tiedostamista tutkimuksen tekijänä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on aktiivinen osallistuja ja vaikuttaja koko tutkimusprosessin ajan (Kylmä & Juvakka 2007). Ennakoasenteesta johtuva vääristymä ei välttämättä ole tutkijalle tietoinen virhelähde. Tutkijalla saattaa olla asenteita, odotuksia tai epäilyksiä tutkimaansa asiaa kohtaan. On olennaista tunnistaa tällaiset ennakkokäsitykset ja pyrkiä vapautumaan niistä (Leino-Kilpi & Välimäki 2008.) Tässä tutkimuksessa tutkimuksen tekijä tiedosti, että perhe ja perhekeskeisyys ovat hänelle itselleen hyvin tärkeitä arvoja elämässä. Omasta arvomaailmastaan johtuen hänen ennakoasenteensa perhekeskeistä hoitomallia kohtaan oli myönteinen. Siitä huolimatta tutkimuksen tekijä pyrki tutkimusprosessin aikana häivyttämään oman asenteensa taustalle ja tuomaan esille samantarvoisesti

vanhempien hoitomallia kohtaan esittämän kritiikin kuin sen hyvätkin puolet. Tässä auttoi tutkimuspäiväkirjan pito ja asiasta keskustelu toisten laadullista tutkimusta tehneiden henkilöiden kanssa. Asenteen häivyttämisessä auttoi ajatus siitä, että on eettistä tuoda esille rehellisesti perheiden oma kokemus. Se on myös tärkeää, jotta hoitomallia voidaan edelleen kehittää asiakas- eli perhelähtöisempään suuntaan.

Siirrettävyydellä puolestaan tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin, minkä tulee näkyä tutkimuksen raportissa riittävänä tietona tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä (Kylmä & Juvakka 2007). Siirrettävyyden vuoksi tutkimukseen osallistuneita tulisi kuvata mahdollisimman tarkasti. Jos osallistujia on vähän tai tutkimus koskettaa pientä väestöryhmää, on osallistuneiden tunnistamisen riski olemassa. Tässä tutkimuksessa siirrettävyyteen pyrittiin kuvaamalla tarkasti päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön perhekeskeisen hoitomallin sisältöä. Aiheen sensitiivisyyden ja osallistujien vähäisen lukumäärän vuoksi osallistujien osalta siirrettävyys koettiin haasteelliseksi. Sensitiivinen tutkimusaihe voi johtaa myös tutkimuksesta kieltäytymiseen, kuten tässäkin tutkimuksessa kävi muutamien perheiden kohdalla. Laadullisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa tutkijan on löydettävä tasapaino yksityiskohtaisten tutkimustulosten raportoinnin ja tutkimukseen osallistuneiden suojelemisen välillä. (Aho & Kylmä 2012.) Raportissa on kuvattu kaikki se taustatieto, jonka osallistujat itsestään halusivat kertoa ja jonka tutkimuksen tekijä arvioi sellaiseksi, että osallistujien intymiteetti oli suojassa. Siinä tutkimuksen eettisyys meni siirrettävyyden edelle. Tutkimuksen tekijän oma näkemys on, että tutkimustulosten luotettavuuden kannalta mitään oleellista tietoa osallistujista ei jäänyt puuttumaan.

6.3. Tutkimuksen eettisyys

Tutkittaessa inhimillistä toimintaa on tärkeää kiinnittää huomiota tutkimuksen eettisyyteen. Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisten kysymysten tarkastelussa huomiota kiinnitetään ongelmanasetteluun, tutkijan, tutkittavien ja tutkimusorganisaation suhteeseen, aineiston keruuseen ja tulosten julkistamiseen. (Vehviläinen-Julkunen 1997). Tutkijalla on vastuu tutkimusprosessin kulusta (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/199, 794/2010) sekä tutkimuksen tiedonantajien oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Tutkijan tulee valita tutkimusaihe ja -ongelmat, joiden tutkiminen on perusteltua (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tutkimusaihe on eettisesti perusteltua, jos aiheesta on vähän aikaisempaa tutkimustietoa (Kylmä & Juvakka 2007). Psykkisesti sairastuneita pidetään haavoittuvana potilasryhmänä, jotka saattavat olla voimattomia puolustamaan omia oikeuksiaan eivätkä välttämättä aina ymmärrä, mihin antavat suostumuksen. Toisaalta oikeudenmukaisuuden periaatteen mukaan myös psyykkisesti sairastuneilla pitää olla mahdollisuus osallistua tutkimukseen. (Aho & Kylmä 2012). Tässä tutkimuksessa tutkittiin vanhempien kokemuksia päiväpsykiatrisesta intensiiviyksikköhoidosta. Tutkimuksen tekijä piti aihetta perusteltuna, koska mielenterveyshoitotyötä ja erityisesti perhekeskeistä mielenterveyshoitotyötä on tutkittu hoitotieteessä vähän. Tutkimuksen arvioitiin tuovan tietoa, jota voidaan hyödyntää päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön toiminnan arvioinnissa ja laajemmin perhekeskeisten työtapojen kehittämisessä. Tutkimukselle saatiin puoltava lausunto sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta.

Tässä tutkimuksessa haastattelutilanne ja -ajankohta järjestettiin tutkimuksen osallistujien toiveiden mukaisesti. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Osallistumisesta ei palkittu, eikä osallistumatta jättäminen aiheuttanut mitään uhkaa osallistujille. Tutkimuksen tekijä ei myöskään saanut tutkimuksesta taloudellista hyötyä tai muuta etua. Tutkimuksen osallistuja sai keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tutkimusta tahansa ilman erityistä syytä. Osallistujille kerrottiin sekä suullisesti että saatekirjeessä tarkasti tietojen käsittelystä ja säilyttämisestä, tekijän nimi ja yhteystiedot, tulosten käyttö- ja julkaisutapa sekä ajankohta. Aikataulullisista syistä tutkimussuunnitelmaan tuli muutos ja julkaisutapa muuttui, joten tutkimuksen eettisyyden ei voida katsoa tältä osin toteutuneen täydellisesti. Julkaisutavan muutos ei kuitenkaan vaikuta millään tavalla tutkimukseen osallistuneiden asemaan. Tärkeintä on, että tutkimuksen tekijä informoi niitä perheitä, jotka toivoivat saavansa valmiin tutkimuksen luettavakseen, mistä se on saatavissa.

Päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön asiakkaiden intymiteetti säilyi, sillä yksikön sairaanhoitaja antoi tutkimuksen tekijälle vain niiden vanhempien tiedot, jotka olivat kiinnostuneita kuulemaan tutkimuksesta lisää. Tutkimuksen tekijä tapasi vanhemmat ja keskusteli heidän kanssaan ennen kuin pyysi heiltä kirjallisen suostumuksen. Tutkijan

on tärkeä varmistaa, että osallistujat ymmärtävät saamansa tietoon perustuvaan suostumukseen liittyvän tiedon ja että he ovat päteviä antamaan suostumuksensa tutkimukseen (Aho & Kylmä 2012). Tässä tutkimuksessa varmistus oli hyvä, sillä osallistujat rekrytoinut sairaanhoitaja tunsi heidät hoitojakson ajalta ja tutkimuksen tekijä arvioi sen hetkisen tilanteen vanhemmat tavatessaan psykiatrisen sairaanhoitajan koulutuksensa ja työkokemuksensa perusteella.

Sensitiivinen tutkimusaihe tarkoittaa aihetta, joka voi aiheuttaa uhkaa joko osallistujille tai tutkijoille. Sensitiivinen aihe voi liittyä esim. vaikeisiin elämäntilanteisiin tai henkilökohtaisiin kokemuksiin. Sensitiiviset osallistujat taas ovat heikossa asemassa puolustamaan oikeuksiaan. Lapset ja nuoret ovat aina sensitiivisiä tutkimukseen osallistujia (Aho & Kylmä 2012). Aiheen ja osallistujien sensitiivisyyden vuoksi perheiden lapset jätettiin haastattelun ulkopuolelle. Suurin osa lapsista oli niin pieniä, ettei heillä vielä olisi ollut myöskään kielellisiä valmiuksia osallistua haastatteluun.

Tutkimuksen tekijän psykiatrisen sairaanhoitajan koulutus ja pitkä työkokemus alalta auttoi lähestymään vanhempia aiheen mahdollisesti nostattamat ahdistavat tunteet tai muistot huomioiden. Haastattelutilanteissa nousikin esiin haasteltaville voimakkaita tunteita herättäviä kokemuksia. Tutkimuksen tekijä oli kaiken aikaa valmis tarvittaessa keskeyttämään haastattelun. Haastattelut pystyttiin kuitenkin aina viemään loppuun ja vanhemmilta saatu palaute oli mm. ”Kiitos kun kuuntelit” tai ”Oli helpottavaa puhua.” Vaikka vanhemmat eivät saaneet tutkimukseen osallistumisesta varsinaista hyötyä, on mahdollista, että kokemuksesta puhuminen ja tapahtumien kertaaminen oli heille kokemuksena hyödyllinen. Tutkimuksen osallistujille tarjottiin lisäksi mahdollisuus keskustella tutkimusprosessin aikana ja jälkeen tutkimuksen tekijän kanssa kaikista haastattelun tai tutkimusraportin nostattamista kysymyksistä. Heille myös tiedotettiin mahdollisuudesta ottaa tarvittaessa yhteyttä heille tuttuun päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön työntekijään, mikäli tutkimukseen osallistumisesta seuraisi heille ahdistusta tai muita kuormittavia tunteita. Vanhempien psyykinen ensiapu ja ohjaus jatkotuen piiriin oli siten turvattu.

Tutkimuksen aihe voi olla myös tutkijan kannalta sensitiivinen (Aho & Kylmä 2012). Tutkija voi tulla esim. leimatuksi tutkimusaiheensa perusteella tai aihe voi nostattaa tutkijassa prosessin eri vaiheissa vaikeasti käsiteltäviä tuntemuksia. Tässä

tapauksessa, vaikka haastatteluissa tuli esiin rankkoja kokemuksia, tutkimuksen tekijän koulutus ja ammatillinen kokemus suojasivat tutkijaa.

Luottamuksellisuus säilyi, sillä haastattelut tehtiin niin, ettei ääninauhalla tai litteroidussa tekstissä ollut esillä osallistujien nimiä tai muita tietoja. Aineisto myös koodattiin siten, ettei osallistujia voi niiden perusteella tunnistaa. Tutkimuksen tekijä säilytti aineiston lukollisessa paikassa, ettei se voinut päätyä kenenkään muun käsiin. Aineistoa ei käsitelty kukaan muu kuin tutkimuksen tekijä ja tutkimuksen valmistuttua aineisto hävitettiin. Vain tutkimuksen tekijä ja haastateltavat rekrytoinut sairaanhoitaja tiesivät, ketkä tutkimukseen osallistuivat.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaan *”Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla.”* Hyvään tieteellisen käytäntöön kuuluvat yleinen huolellisuus ja tarkkuus. Lisäksi on tärkeää käyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotta pystytään säilyttämään avoimuus tutkimustuloksia julkaistaessa. Tässä tutkimuksessa tutkimuksen eettisyyttä arvioitiin kaikissa tutkimusvaiheissa ja pyrittiin toimimaan kaikin tavoin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkimuksen tekijä noudatti tarkkuutta ja huolellisuutta aineiston käsittelyssä ja analysoinnissa ja raportoi tutkimuksensa tulokset avoimesti. Tarkoilla lähdeviittauksilla tutkija pyrki kunnioittamaan tutkimuksessa käytetyn lähdekirjallisuuden tekijöitä ja antamaan heidän työlleen kuuluvan arvon. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

6.4. Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen valossa voidaan ajatella, millainen hoito olisi tutkimukseen osallistuneiden perheiden mukaan ihanteellista. Heti vanhemman sairastuessa ja hakeutuessa mielenterveyshoitotyön piiriin, perheelle kerrottaisiin koko perheen hoitomahdollisuudesta. Perheen tuen ja hoidon tarve kartoitettaisiin ja yksi taho ottaisi vastuun kokonaisuuden koordinoinnista, pitäisi yhteyttä eri toimijoiden välillä ja edustaisi perheen kokonaisuuden näkökulmaa hoitoverkostossa. Vastuutaho pitäisi perheen kartalla erilaisista tukimahdollisuuksista, tapaamisaikatauluista ym., jotta

perhe saisi keskittyä olennaiseen: voimavarojensa vahvistamiseen ja arjessa selviytymiseen. Perheelle tehtäisiin selkeä hoitosuunnitelma, joka pitäisi sisällään lääkehoidon, tarpeen mukaan kotikäyntejä, lasten tapaamisia, keskusteluja vanhempien kanssa sekä muun lähiverkoston mukanaoloa. Vanhemmat voisivat keskustella kaikesta perheen tilanteeseen liittyvästä ammattilaisten kanssa. Lisäksi heillä olisi mahdollisuus tavata muita samassa tilanteessa olevia ja tehdä yhdessä erilaisia asioita. Hoito jatkuisi riittävän intensiivisenä riittävän pitkään. Sen jälkeen sovitut jatkotoimenpiteet toteutuisivat saumattomasti.

Monet näistä ihannetilanteen mukaisista asioista ovat toteutuneet päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön toiminnassa. Osaan ei ole ollut mahdollisuutta, koska vanhempien toiveet koskevat laajemmin koko terveydenhuollon- ja sosiaalityön palvelujärjestelmää sekä koulu- ja päivähoitojärjestelmää ja niiden keskinäistä yhteistyötä. Tämän tutkimuksen valmistuessa on päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön toiminta lopetettu ko. sairaalasta. Toivottavaa kuitenkin on, että päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön perhetyön kokemuksia hyödynnetään muiden perheille suunnattujen mielenterveyspalveluiden kehittämisessä, koska perheet kokevat saaneensa hoitomallista paljon apua.

Helposti toteutettavissa ja intensiiviyksikköä laajemmin perhekeskeisessä mielenterveyshoitotyössä sovellettavissa oleva kehitysehdotus koskee verkostopalaverien kokouskäytäntöjen tehostamista. Hyvät kokousvalmistelut, selkeät roolit ja kokousmuistiot nopeuttavat kokouksen kulkua, eivätkä perheet enää koe kokouksia niin raskaiksi. Suhtautuminen perheeseen osana moniammatillista tiimiä, yhdistettynä hyviin kokouskäytäntöihin, lisää perheiden kokemusta verkostopalaverien hyödyllisyydestä.

Yksikkötasolla tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota hoitosuunnitelman tarjoamiin mahdollisuuksiin. Tämän tutkimuksen osallistajat eivät aina tieneet oliko hoidolla ollut joku tavoite. Perheet toivoivat itselleen kirjallista hoitosuunnitelmaa ja myös sen toteutumisen jatkuvaa arviointia vaikka jokaisen tapaamiskerran päätteeksi. Samoin hoidon johtopäätöksiä toivottiin kirjallisena. Toinen yksikkötasolle kohdistuva kehittämissuositus on tehostaa hoidon alkuorientaatiota ja laatia yksikön esitteet asiakkaiden näkökulmasta mahdollisimman selkeäkielisiksi.

Perheenjäsenten kokemuksia mielenterveyshoitotyöstä on tutkittu, mutta ei riittävästi. Esimerkiksi lasten kokemuksia vanhemman sairastumisesta ja sairaalahoidosta on tutkittu melko vähän. Hoitotieteellistä tutkimusta tarvittaisiin siitä, miten lapset kokevat vanhemman psyykkisen sairastumisen ja oman mukanaolonsa vanhemman hoidossa. Hoitajien näkökulmasta tulisi tutkia edelleen, miten he huomioivat perheen lapset aikuisen mielenterveyshoitotyössä ja mikä auttaisi lisäämään lasten huomiointia. Erilaisista perheelle suunnatuista hoitomalleista löytyy jo jonkin verran tutkimusta. Perhekeskeisten hoitomallien lisääntyessä on kuitenkin tärkeää edelleen tutkia, miten perheen mukanaolo hoidossa vaikuttaa perheeseen ja sen elämänlaatuun, sairastuneen hyvinvointiin, perheen toimivuuteen, parisuhteeseen tai vanhemmuuteen.

LÄHTEET:

Aaltonen J. 2006. Perheterapia psykoterapian muotona. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 122 (6), 724-731.

Ahlström B, Skärsäter I, Danielson E. The meaning of major depression in family life: the viewpoint of the ill parent. Journal of Clinical Nursing. 19 (1-2) 284-293.

Aho AL & Kylmä J. 2012. Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä – näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. Hoitotiede 4 (24), 271-280.

Bomar B. (toim.) 2004. Introduction to Family Health Nursing and Promoting Health in Families. Applying Family Research and Theory to Nursing Practice. Saunders: Philadelphia, United States.

Chien W & Chan S. 2010. Further validation of the Chinese version of the Level of Expressed Emotion Scale for research and clinical use. International Journal of Nursing Studies. 47 (2), 190-204.

Chien W & Lee IF. 2002. Educational needs of families caring for patients with schizophrenia. Journal of Clinical Nursing 11 (5), 695-696.

Cleary M, Freeman A, Hunt GE & Walter G. What patients and carers want to know: an exploration of information and resource needs in adult mental health services. 2005. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 39 (6), 507-513.

DSM-IV-TR (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4. uudistettu painos. American Psychiatric Association. Washington, DC

Epävakaata persoonallisuus. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50064>. Viitattu 29.3.2015

Eskola J & Suoranta J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino:Tampere.

Etzell S, Korpivaara L, Lukkarinen T, Nikula A, Pekkarinen I, Peni R & Värmälä H. 1998. Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Hygieia: Tampere.

Fujino N & Okamura H. 2009. Factors affecting the sense of burden felt by family members caring for patients with mental illness. Archives of Psychiatric Nursing 23 (2), 128-137.

Gavois H, Paulsson G & Fridlund B. 2006. Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness; a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20, 102–109.

Goossens P, Hartong E, Knoppert-van der Klein E, van Achterberg T. 2008. Self-reported psychopathological symptoms and quality of life in outpatients with bipolar disorder. *Perspectives In Psychiatric Care* 44 (4), 275-284.

Greenberg J & Chen F. 2004. A Positive Aspect of Caregiving: The Influence of Social Support on Caregiving Gains for Family Members of Relatives with Schizophrenia. *Mental Health Journal* 40 (5), 423-435.

Hamaheid S, Al-Magaireh D, Abu-Farsakh B & Al-Omari H. 2014. Quality of life, social support, and severity of psychiatric symptoms in Jordanian patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 21 (59) 455-465.

Harajärvi M, Pirkola S & Wahlbeck K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Suomen Kuntaliitto: Helsinki.

Hirsjärvi S, Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino: Helsinki.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi: Helsinki.

Jähi R. 2004. Työstää, tarinoida, selviytyä. Vanhemman psyykinen sairastuminen lapsuudenkokemuksena. *Acta Universitatis Tamperensis* 1015. Tampereen yliopisto: Tampere.

Kaas MJ, Lee S & Peitzman C. 2003. Barriers to collaboration between mental health professionals and families in the care of persons with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing* 24, 741–756.

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

Kilku N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa: substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. *Acta Universitatis Tamperensis* 1361. Tampereen yliopisto, Tampere.

Kiviniemi L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 150.

Kohonen M, Kylmä J, Juvakka T & Pietilä AM. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät metasynteesi. *Hoitotiede* 9 (2), 63-73.

Koivisto K. 2003. Koettu hallitsematon minuuks psykoottisen potilaan hoidon lähtökohdaksi. *Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Psykiatrian klinikka*. Oulun yliopisto.

Koponen T, Jähi R, Männikkö M, Lipponen V, Åstedt-Kurki P & Paavilainen E. 2012. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus: tutkimuskohteena vertaisryhmä. *Hoitotiede* 24 (2), 138-149.

Korhonen T, Vehviläinen-Julkunen K & Pietilä A. 2008. Implementing child-focused family nursing into routine adult psychiatric practice: hindering factors evaluated by nurses. *Journal Of Clinical* 17(4), 499-508.

Korkeila J. 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa? *Duodecim* 125 (21), 2333-2340.

Kylmä J & Juvakka T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Edita: Helsinki.

Kylmä J, Rissanen ML, Laukkanen E, Nikkanen M, Juvakka T & Isola A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Esimerkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. *Tutkiva Hoitotyö* 6 (2), 23-29.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>. Viitattu 27.3.2015.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu: 26.3.2015.

Laki toimeentulotuesta 30.12.1997/1412. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1997/19971412>. Viitattu: 26.3.2015.

Larivaara P, Lindroos S & Heikkilä T. 2009. Perhekeskeisen työn teoreettiset perusteet. Teoksessa Larivaara P, Lindroos S & Heikkilä T. (toim.) *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. Duodecim: Jyväskylä.

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>. Viitattu 26.3.2015.

Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen S & Nikkonen M (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY: Juva.

Mason C, Subedi S. 2006. Helping parents with mental illnesses and their children: a call for family focused mental health care. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 44 (7) 36-43.

Mattila E, Leino K, Paavilainen E & Åstedt-Kurki P. 2009. Nursing intervention studies on patients and family members: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23 (3), 611-612.

Mielenterveyden keskusliitto. Käsitteitä mielenterveydestä. Saatavissa: <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielenterveydesta/>. Viitattu: 26.3.2015.

Mowbray C, Oyserman D, Bybee D, & MacFarlane P. 2002. Parenting of mothers with a serious mental illness: Differential effects of diagnosis, clinical history, and other mental health variables. *Social Work Research* 26, 225–240.

Nyman M & Stengård E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, Helsinki.

Nyman M & Stengård E. 2005. Hiljaiset vastuunkantajat. Omaisten hyvinvointi 2001–2004. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, Helsinki.

Nyström M & Svensson H. 2004. Lived experiences of being a father of an adult child with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 25 (4) 363-380.

Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) *Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö*. WSOY: Porvoo.

Pitkänen A. 2010. Skitsofreniaa sairastavien potilaiden elämänlaadun parantaminen akuuttipsykiatrian osastoilla. *Annales Universitatis Turkuensis*, Turku.

Pitkänen A, Åstedt-Kurki P, Laijärvi H & Pukuri T. 2002. Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. *Hoitotiede* 14 (5), 223-233.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. Viitattu 25.3.2015.

Radfar M, Ahmadi F, Fallahi Khoshknab M. 2014, Turbulent life: the experiences of the family members of patients suffering from depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21 (3), 249-256.

Reed A, Apedaile J & Hughes C. 2013. Family work in adult acute psychiatric settings. *Mental Health Practice* 16 (7), 33-37.

Ritscher J, Coursey R, & Farrell E. 1997. A survey on issues in the lives of women with severe mental illness. *Psychiatric Services* 48, 1273–1282.

Rungreangkulkij S & Gillis CL. 2000. Conceptual approaches to studying family caregiving for persons with severe mental illness. *Journal of Family Nursing* 6, 341–366.

van der Sanden R, Stutterheim SE, Pryor JB, Kok G & Bos AER. 2014. Coping With Stigma by Association and Family Burden Among Family Members of People With Mental Illness. *Journal of Nervous and Mental Disease* 202 (10), 710-717.

Saunders J, Byrne M. A thematic analysis of families living with schizophrenia. 2002. *Archives of Psychiatric Nursing* 16 (5), 217-223.

Seikkula J & Alakare B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* 120 (3), 289-296.

Sin J, Moone N & Newell J. 2007. Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis – implementing evidence-based practice on psycho-educational family intervention. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 282–290.

Sin J, Moone N. & Wellman N. 2005. Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis – listening to their experiences and needs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 589–597.

Sjöblom L M, Pejler A & Asplund K. 2004. Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing* 14, 562–569.

Solantaus T & Paavonen E J. 2009. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. *Duodecim* 125,1839-44.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Saatavissa:

<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>. Viitattu 5.3.2015.

Sy R, Ponton K, De Marco P, Pi S, IsHak W. 2013. Quality of Life in Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. *Eating Disorders* 21(3), 206-222.

Tammentie T. 2009. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus perheeseen ja perheen vuorovaikutussuhde lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1440, Tampereen yliopisto, Tampere.

Tammentie T, Kiviniemi P, Hasa M, Kaikkonen R, Koivunen A, Merimaa P, Niemi H, Pöyhtäri J & Tuominen K. 2008. Rajapintatyö psykiatriassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 10/2008. Saatavissa: <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=1802&GUID=%7B62EDCC99-FC44-4327-A12B-9F7BB212F0A4%7D>. Viitattu 26.3.2015.

Tammentie T, Tarkka M-L, Åstedt-Kurki P, Paavilainen E & Laippala P. 2004. Family dynamics and postnatal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 141-149.

Tamminen T. 1990. Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. *Acta Universitatis Tamperensis* 518, Tampereen yliopisto, Tampere.

Thomas L, & Kalucy R. 2003. Parents with mental illness: Lacking motivation to parent. *International Journal of Mental Health Nursing* 12, 153–157.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi: Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut. Viitattu 28.4.2015

Varto J. 2005. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Saatavissa: http://arted.uiah.fi/synnyt/kirjat/varto_laadullisen_tutkimuksen_metodologia.pdf. Viitattu 20.3.2015.

Woo S, Goldstein M, Nuechterlein K. 2004. Relatives' affective style and the expression of subclinical psychopathology in patients with schizophrenia. *Family Process* 43 (2), 233-247.

Åstedt-Kurki P, Jussila A, Koponen L, Lehto P, Maijala H, Paavilainen R, & Potinkara H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY, Helsinki.

Östman M, 2004. Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 608-613.

Liite 1

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

28.5.2013

VANHEMPIEN KOKEMUKSIA PÄIVÄPSYKIATRISESTA INTENSIIVYKSIKÖHOIDOSTA

Pyydämme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan vanhempien kokemuksia perheensä päiväpsykiatrisesta intensiiviyksikköhoidosta. Teitä pyydetään osallistumaan tutkimukseen, koska perheenne on ollut hoidossa xxxx:n akuuttipsykiatrian poliklinikan rajapintatyöryhmän päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä. Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen Teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Jos haluatte osallistua tutkimukseen, Teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vanhempien kokemuksia päiväpsykiatrisesta intensiiviyksikköhoidosta ja sen vaikutuksista heidän perheensä hyvinvointiin. Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Millaiseksi vanhemmat ovat kokeneet perheensä päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä saaman hoidon?
- 2) Miten vanhemmat kokevat hoidon auttaneen perhettään?
- 3) Mitä vanhemmat olisivat toivoneet hoidossa tehtävän eri tavalla?

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa päiväpsykiatrisen intensiiviyksikköhoidon kehittämisen tueksi sekä laajemmin psykiatrisen hoidon perhekeskeisten työtapojen kehittämiseksi. Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueellinen eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Tutkimuksen kulku

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytetään avointa haastattelua. Haastattelut etenevät haastateltavien ja tilanteen ehdoilla vaihtelevassa järjestyksessä. Tutkimusta varten haastatellaan 20 päiväpsykiatrisessa intensiiviyksikössä hoidossa ollutta vanhempaa tai pariskuntaa. Pariskuntia pyritään haastattelemaan yhdessä. Haastattelukertoja on yksi, mutta mikäli tutkimuksen edetessä halutaan lisätietoa tai tarkennusta aiheeseen, voidaan suostumuksellanne sopia toinen haastattelu. Haastattelupaikka ja -ajankohta voidaan sopia toiveittenne mukaisesti. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole teille välitöntä hyötyä, mutta tutkimustuloksia voidaan käyttää päiväpsykiatrisen intensiiviyksikköhoidon kehittämiseksi. Tutkimuksen riskit liittyvät sen mahdollisesti teille aiheuttamaan henkiseen kuormitukseen. Mikäli haastattelu aiheuttaa teille rasittavia ajatuksia tai tunteita, voitte ottaa yhteyttä päiväpsykiatrisen intensiiviyksikön sairaanhoitajaan, puh. Hän voi keskustella kanssanne lyhyesti ja ohjata tarvittaessa avun piiriin.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Yksittäisille tutkimushenkilöille annetaan tunnuskoodi ja tieto säilytetään koodattuna tutkimustiedostossa. Tulokset analysoidaan ryhmätasolla koodattuina, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Tutkimustiedostoa ja koodiavainta, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot ja tulokset voidaan tunnistaa, säilyttää tutkija, eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla, eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Kaikki aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla hoitoonne.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimus on Tampereen yliopiston terveystieteiden maisteriopiskelija Christa Rajannin pro gradu -tutkielma. Artikkeligradu valmistuu vuoden 2014 loppuun mennessä ja sille etsitään sopiva julkaisuforummi. Julkaisuaikankohda riippuu artikkelin hyväksymisprosessin kestosta.

Tutkimuksen osallistujien on mahdollista keskustella tutkimusprosessin aikana ja jälkeen tutkijan kanssa kaikista haastattelun tai tutkimusraportin nostattamista kysymyksistä.

Lisätiedot

Pyydämme teitä esittämään tutkijalle kysymyksiä tutkimuksesta.

Tutkimusta ohjaa professori Eija Paavilainen, Tampereen yliopisto,

puh. s-posti: eija.paavilainen@uta.fi

Tutkijan yhteystiedot

TtM-opiskelija

Christa Rajanti

puh.

s-posti

Liite 2

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS

VANHEMPIEN KOKEMUKSIA PÄIVÄPSYKIATRISESTA INTENSIIVIYKSIKKÖHOIDOSTA

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä kysymyksiä.

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

_____._____.201__

_____._____.201__

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

tutkittavan henkilötunnus tai syntymäaika

ammattinimike

osoite

Liite 3

Esimerkki analyysin etenemisestä pelkistetyistä ilmauksesta yläluokkaan

