

POTILASLÄHTÖINEN PSYKIATRINEN HOITOTYÖ LAITOSYMPÄRISTÖSSÄ

**EILA
LATVALA**

Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos,
Oulun yliopisto ja
Psykiatrian klinikka,
Oulun yliopistosairaala

OU LU 1998

Abstract and summary in English



EILA LATVALA

**POTILASLÄHTÖINEN
PSYKIATRINEN HOITOTYÖ
LAITOSYMPÄRISTÖSSÄ**

(Abstract and summary in English)

Esitetään Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi Hammaslääketieteen laitoksen luentosalissa I (Aapistie 3), 20. marraskuuta 1998 klo 12.

Copyright © 1998
Oulu University Library, 1998

Käsikirjoitus vastaanotettu 13. lokakuuta 1998
Hyväksytty 19. lokakuuta 1997

Esittäneet
Profesori Matti Isohanni
Profesori Päivi Åstedt-Kurki

ISBN 951-42-5068-0
(URL: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514250680/>)

ALSO AVAILABLE IN PRINTED FORMAT

ISBN 951-42-5059-1
ISSN 0355-3221 (URL: <http://herkules.oulu.fi/issn03553221/>)

OULU UNIVERSITY LIBRARY
OULU 1998

Anna-Marille ja Matille

Latvala, Eila, *Patient initiatives in psychiatric nursing in a hospital environment*
Department of Nursing and Health Administration, University of Oulu and Department of
Psychiatry, University of Oulu, FIN-90220 Oulu, Finland
Acta Univ. Oul. D 490, 1998
Oulu, Finland

Abstract

The aim of this study was to describe psychiatric nursing in a hospital environment and to produce a model of nursing based on patient initiatives. The study was qualitative and the method was grounded theory. The data were collected by observing psychiatric nursing in a hospital environment and by interviewing nurses, nursing students and psychiatric patients. The purpose of the study was to produce knowledge for psychiatric nursing practice and nursing research. The data were collected using theoretical sampling which means that the sample's size was not limited at the beginning of data collection, but was decided during data collection according to the saturation.

These data were collected by interviewing (N = 52) nurses (n = 29), nursing students (n = 7) and psychiatric patients (n = 16) in a hospital environment and by observing different nursing situations (N = 10) on video. The data were analysed in the first phase by continuous comparative analysis. According to the result of the analysis the basic process or core category of psychiatric nursing is the patient's capability to manage in daily life in a hospital environment. The patient's ability, the assessment of the needs of psychiatric nursing, the planning of psychiatric nursing and the helping methods used were connected to the patient's capability to manage. In the practice of psychiatric nursing was found to consist of different kinds of nursing, which were called collaborative, educational and confirmatory psychiatric nursing. Collaborative psychiatric nursing facilitates patient initiatives and allows patient's responsible participation in his/her own care. Educational nursing is implemented according to the ideal model of nursing and the patient is a responsible recipient in his/her own care. Confirmatory nursing rests on an authoritarian model and the patient is a responsible recipient of care. In the second phase the data were analysed by deductive content analysis techniques.

The theoretical framework consisted of the types of psychiatric nursing. According to the results of content analysis 13% the nurses' and patients' utterances illustrated collaborative type of nursing, 37% educational type, and 50% confirmatory psychiatric nursing. The nurses and patients descriptions of psychiatric nursing were similar in direction. Finally, on the grounds of empirical results of this study and earlier researches the model of patient initiatives in nursing in a hospital environment was formulated. The model serves as point of departure for further testing and developing the model for developing instrument for assessing and evaluating psychiatric nursing in practice

Keywords: psychiatric patient, patient initiatives, nursing model, collaboration.

Latvala, Eila, Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä

Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto ja Psykiatrian klinikka, Oulun yliopistosairaala

Acta Univ. Oul. D 490, 1998

Oulu, Finland

(Käsikirjoitus vastaanotettu 13. lokakuuta 1998)

Tiivistelmä

Tutkimuksessa kuvataan psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä ja tuotetaan potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli. Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että potilaan todellisuus rajoituksineen ja mahdolluuksineen on hoidon lähtökohtana. Tutkimus on laadullinen ja lähestymistapa on ensimmäisessä vaiheessa induktiivinen. Menetelmänä on grounded theory -metodi. Tutkimuksessa on tarkoitus tuottaa tietoa psykiatrisen hoitotyön käytäntöön ja hoitotyön koulutukseen.

Tutkimuksen aineisto on kerätty havainnoimalla psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä (N = 10) ja haastatteleamalla hoitajia (n = 29), hoitotyön opiskelijoita (n = 7) ja psykiatrisia potilaita (n = 16). Tutkimuksen aineisto on kerätty käyttäen teoreettista otantaa. Otosta ei ole määritelty aineiston keruun alkaessa, vaan se on määräytynyt aineiston keruun ja analyysin aikana ns. kyllästeisyyden perusteella. Tutkimusaineisto on analysoitu ensimmäisessä vaiheessa jatkuvan vertailun menetelmällä. Analyysin tuloksena psykiatrisen hoitotyön ydinkategoriaksi muodostui potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä laitospäristössä. Selviytymiseen vaikuttivat potilaan oma kyvykkyys, hoitotyön tarpeen ja tavoitteen määrittely sekä käytetyt selviytymistä tukevat auttamismenetelmät.

Psykiatrisen hoitotyön käytännöstä voitiin tunnistaa erilaisia hoitotyön tyyppisiä, jotka nimettiin yhteistoiminnalliseksi, kasvattavaksi ja varmistavaksi hoitotyöksi. Hoitajan yhteistoiminnalliset hoitotaidot olivat edellytyksenä potilaslähtöisen hoitotyön toteutumiselle ja potilaan vastuulliselle osallistumiselle omaan hoitoonsa. Kasvattavan hoitotyön tyyppin mukaisesti toimivan hoitajan toimintaa ohjasi ideaalimalli. Potilaalla oli mahdollisuus toimia omassa hoidossaan vastuullisena vastaanottajana. Varmistavan tyyppin mukaan toimiva hoitaja nojautui auktoriteettiin ja potilas oli passiivinen vastaanottaja hoidossaan. Toisessa vaiheessa aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä, jolloin luokittelurunkona käytettiin psykiatrisesta hoitotyöstä tunnistettuja hoitotyön tyyppisiä. Sisällönanalyysin tuloksena voitiin todeta, että tutkimukseen osallistuneiden hoitajien ja potilaiden lausumista 13 % ilmensi yhteistoiminnallista hoitotyötä, 37 % kasvattavaa ja 50 % varmistavaa hoitotyötä. Hoitajien ja potilaiden kuvaukset olivat yhdensuuntaisia. Lopuksi tutkimuksen empiiristen tulosten ja aikaisempien tutkimustulosten perusteella muodostettiin potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli. Malli voi olla lähtökohtana sellaisen mittarin kehittämiseksi ja testaamiseksi, jolla voidaan arvioida psykiatrisen hoitotyötä.

Keywords: psykiatrinen potilas, potilaslähtöisyys, hoitotyön malli, yhteistoiminnallisuus.

Alkusanat

Sairaanhoitajakoulutukseeni kuulunut kuuden viikon mittainen harjoittelujakso mielisairaalassa oli koskettava ja herätti monenlaisia tunteita. Sen myötä minussa virisi kuitenkin kiinnostus psykiatriseen hoitamiseen, mikä johti minut helmikuussa 1978 työhön silloiseen Oulun keskusmielisairaalaan. Opiskeluajan kokemuksesta tiesin työn mielisairaalassa olevan raskasta ja vaativaa, mutta toisaalta myös mielenkiintoista ja haasteellista. Kokemus erikoissairaanhoitajan työstä sairaalaympäristössä ja avohoidossa ovat sitten johtaneet minut opiskelemaan Oulun yliopistoon hoitotiedettä ja tutkimaan psykiatrista hoitotyötä.

Psykiatrista hoitotyötä on tutkittu Suomessa kovin vähän, joten tämän tutkimushankkeen ohjaajan professori Sirpa Janhosen näkemys oli, että käytännön hoitoa kannattaisi ryhtyä havainnoimaan videoimalla. Ajattelin, että voihan videointia yrittää, mutta ei psykiatrisessa sairaalassa voisi mitään videoita. Epäilyistäni huolimatta videointi aineistonkeruumenetelmänä onnistui. Kiitän lämpimästi ohjaajaani professori Sirpa Janhosta vuosia kestäneestä hyvästä yhteistyöstä. Hän on ideoillaan rikastuttanut tutkimustyötäni, mutta hänellä on ollut aikaa odottaa myös omien ideoideni syntymistä, ja hänen tukensa tutkimustyöni eri vaiheissa on ollut merkittävä. Kiitokset myös kaikille niille potilaille, heidän omaisilleen ja hoitohenkilökunnalle, jotka olivat mukana aineistoni keruussa Oulun yliopistosairaalan psykiatrian klinikassa ja Oulun mielenteveyskeskuksessa. He olivat rohkeita ja valmiita yhteistyöhön ja uskalsivat altistaa itsensä ja työnsä tutkimukselle, mikä oli työni etenemisen kannalta välttämätöntä. Kiitän yliopistosairaalan psykiatrian klinikan ylihoitajia yhteistyöstä ja tutkimushakkeeni edistämisestä. Osoitan lämpimät kiitokseni hoitotieteen professori Maija Hentiselle, joka on kannustanut ja erinomaisilla kommenteillaan ja huomioillaan auttanut kehittämään työtäni.

Esitarkastajieni professori Matti Isohannin ja professori Päivi Åstedt-Kurjen perusteellinen paneutuminen käsikirjoitukseeni ja rakentava palaute siitä on auttanut minua jäsentämään ja täsmentämään tutkimuskokonaisuutta. Lämpimät kiitokseni heille molemmille.

Artikkelien kirjoittamisvaiheessa olen saanut merkittävää apua psykiatrisen hoidon asiantuntijoilta Oulun yliopistosairaalan psykiatrian klinikan ylilääkäri, dosentti Juha Moringilta ja filosofian tohtori Karl-Erik Wahlbergilta. Osoitan kiitokseni heille rakentavasta yhteistyöstä. Artikkelieni kieliasun muokkaamisessa luettavaan englanninkieliseen

muotoon minua on auttanut Bachelor of Art, kasvatustieteen maisteri Tuija Janhonen. Varsinaisesta kielentarkastuksesta on huolehtinut filosofian lisensiaatti Sirkka-Liisa Leinonen. Heille molemmille osoitan lämpimät kiitokseni erinomaisen hyvin tehdystä työstä.

Tämä tutkimushanke käynnistyi yhteistyöllä ohjaajani professori Sirpa Janhosen kanssa. Nyt, kun prosessi on lopussa, on olemassa jo kokonainen projektiryhmä, jossa voimme vaihtaa ajatuksia ja kokemuksia tutkimuksen tekemisestä. Kiitän lämpimästi projektiryhmämme jäseniä terveydenhuollon maisteri Kaisa Koivistoa, terveystieteiden lisensiaatti Anneli Sarajärveä, terveydenhuollon maisteri Tytti Tuulosta, terveydenhuollon lisensiaatti Liisa Vanhasta ja terveydenhuollon maisteri Päivi Vuokila-Oikkosta tuesta ja kannustuksesta.

Kiitän lämpimästi myös koko hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen työyhteisöä tuesta, jota olen saanut viimeisen vuoden aikana viimeistellessäni työtäni laitoksella. Olen saanut hoitotieteen laitokselta ja psykiatrian klinikasta myös taloudellista tukea, joka on mahdollistanut paneutumista yhteenvedo-osan viimeistelyyn. Lämpimät kiitokseni siitä. Osoitan kiitokseni myös Sairaanhoidajien koulutussäätiölle, Suomen Sairaanhoidajaliitolle ja Diakonissalaitoksen säätiölle saamastani taloudellisesta tuesta.

Lopuksi haluan kiittää läheisiäni, jotka ovat jaksaneet kärsivällisesti työn loppuun asti. Suurimman osan tutkimustani olen työstänyt kotona, mikä on vaatinut perheeltäni äidin poissaolevan läsnäolon sietämistä. Aviomiestäni Hannua kiitän erityisesti avusta yhteenvedo-osan kieliasun muotoilemisessa. Lapsilleni Anna-Marille ja Matille kiitokset kannustavasta suhtautumisesta ja siitä, että asiat ovat sujuneet aina neuvotellen ja yhteistyöllä.

Oulunsalossa Aleksis Kiven päivänä 1998

Eila Latvala

Sisällysluettelo

Abstract	
Tiivistelmä	
Alkusanat	
Luettelo alkuperäisjulkaisuista	
1. Johdanto	12
2. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön edellytykset	16
2.1. Psykiatrinen laitosympäristö	16
2.2. Säilyttämisestä potilaslähtöisyyteen psykiatrisen potilaan hoidossa	17
2.3. Potilaan selviytymisen tukeminen hoitotyössä	20
3. Kohti potilaslähtöistä psykiatrista hoitoa	23
3.1. Potilaslähtöisyys	23
3.2. Kohti potilaslähtöistä yhteistyötä laitosympäristössä	25
3.3. Potilas osallistujana omassa hoidossaan	26
3.4. Psykiatrinen hoitotyö osana psykiatrisen potilaan kokonaisuhoitoa	28
3.5. Kooste potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön tarkastelusta	30
4. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	31
5. Tutkimuksen metodologiset ratkaisut	32
5.1. Lähestymistavan kuvaus ja perustelut valinnalle	32
5.2. Grounded theory -menetelmä psykiatrisen hoitotyön tutkimuksessa	33
5.3. Eettiset kysymykset	35
5.4. Tutkimusaineisto ja aineiston analyysi	36
5.4.1. Aineiston keruu	37
5.4.2. Aineiston analyysi	39
5.4.2.1. Jatkuvan vertailun analyysi	39
5.4.2.2. Deduktiivinen sisällönanalyysi	40
6. Tulokset	44
6.1. Tulosten esittäminen ja keskeiset tulokset	44
6.2. Psykiatrinen hoitotyö laitosympäristössä	44
6.2.1. Hoitotyön tarpeet ja tavoitteet varmistavassa, kasvattavassa ja yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä	47

6.2.2. Potilaan selviytymisen tukeminen psykiatrisessa hoitotyössä	50
6.2.3. Psykiatrisen potilas osallistujana omaan hoitoonsa laitosympäristössä	54
6.3. Kooste empiirisen vaiheen tutkimustuloksista	56
6.4. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli	58
7. Pohdinta	60
7.1. Päätulosten kertaus	60
7.2. Luotettavuuden tarkastelu	60
7.3. Tutkimustulosten tarkastelu	63
7.3.1. Potilaan selviytymisen tukeminen psykiatrisessa hoitotyössä	63
7.3.2. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli	65
7.3.3. Tulosten merkitys hoitotieteelle ja hoitotyölle	68
7.4. Jatkotutkimushaasteet ja suositukset psykiatrisen hoitotyön kehittämiseksi	69
8. Johtopäätökset	71
9. English summary	72
Kirjallisuus	
Liite 1. Psykiatrisen hoitotyön ydinkategoria laitosympäristössä	
Liite 2. Varmistava psykiatrisen hoitotyö	
Liite 3. Kasvattava psykiatrisen hoitotyö	
Liite 4. Yhteistoiminnallinen psykiatrisen hoitotyö	
Liite 5. Esimerkit aksiaalisesta koodauksesta	

Luettelo alkuperäisjulkaisuista

- I Latvala E & Janhonen S & Moring J (1998) Ethical dilemmas in a psychiatric nursing study. *Nursing Ethics* 5(1): 27 - 35.
- II Latvala E & Janhonen S (1997) Patient's capable of managing - basic process of psychiatric nursing in a hospital environment. *Vård i Norden* 17(4): 9 - 13.
- III Latvala E & Janhonen S (1998) Helping methods used by nurses in a psychiatric hospital environment. *International Journal of Nursing Studies*. (Painossa)
- IV Latvala E & Janhonen S & Moring J (1998) Psychiatric patient from passive recipient to responsible participant in hospital environment - a challenge to psychiatric nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*.(Arvioitavana)
- V Latvala E & Janhonen S & Wahlberg K-E (1998) Patient initiatives during the assessment and planning of psychiatric nursing in a hospital environment. *Journal of Advanced Nursing*. (Painossa)

1. Johdanto

Mielenterveystyön yksi keskeinen tavoite on poistaa mielisairauksiin liittyvä kielteinen leimautuminen, häpeä ja salailu, sillä mielisairaajat samoin kuin muista mielenterveyden ongelmista kärsivät jäävät helposti yhteiskunnan heikoimmin selviytyvien ryhmään riippumatta yhteiskunnan taloudellisesta tilasta tai kehitystasosta (Goffman 1983, Lorencz 1991, Robertson 1994, Loukissa 1995). Toinen keskeinen haaste liittyy mielenterveyden ongelmista kärsivän yksilön mahdollisuuksiin selviytyä jokapäiväisessä elämässään ja osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen aktiivisena ja vastuullisena osallistujana. Psykiatriset potilaat ovat monista eri syistä alttiita jäämään passiivisen vastaanottajan asemaan oman hoitonsa ja omien tarpeidensa osalta. Useissa suomalaisissa ja kansainvälisissä hoitotyötä käsittelevissä tutkimuksissa on selvitetty potilaiden näkemyksiä omasta hoidostaan. (Latvala 1991, Connelly et al. 1993, Gibson 1994, Dzurec 1994, Glenister 1994, Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki 1994, Gournay 1995, Beech & Norman 1995, Nikkonen 1996, Kokko 1996, Latvala 1996, Latvala & Janhonen 1996, Stern 1996.) Näiden tutkimusten perusteella on voitu todeta, että selviytymisen ja kuntoutumisen kannalta on eduksi, jos psykiatrinen potilas voi osallistua omaan hoitoonsa ja kontrolloida itseään ja omaa elämäänsä.

Perinteisesti psykiatrinen hoito on ollut Suomessa laitoskeskeistä, jopa niin, että 1970-luvun lopulle saakka monille potilaille mielisairaala oli pysyvä asuinpaikka. Koko 1980-luvun ajan laitoshoitopaikkoja vähennettiin ja voimavaroja siirrettiin avohoitoon. Samaan aikaan toteutettiin laajan tutkijajoukon yhteistyönä skitsofreniaprojekti, joka onnistui tavoitteissaan. (Lääkintöhallitus 1988, Nojonen 1990, Lehtinen ym. 1991, Psykiatristen... 1992.)

Suomessa on 1990-luvulla toteutettu nopea mielenterveystyön laitoshoidon purkamisen. Pitkäaikaisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden määrä on vähentynyt 60 % ja useita mielisairaaloita tai niiden osastoja on suljettu. Kuitenkin useat tuhannet mielenterveyden häiriöistä kärsivät henkilöt tarvitsevat edelleen sairauden jossain vaiheessa psykiatrista laitoshoidoa. (Taipale 1996.)

Mielenterveyden häiriöt, esimerkiksi skitsofreeninen tai muu psykoottinen häiriö sekä vakavat mielialahäiriöt, merkitsevät yksilölle jokapäiväisessä elämässä selviytymisessä yleensä monenlaisia vaikeuksia. Nämä sairaudesta seuraavat vaikeudet voivat ilmetä esi-

merkiksi kyvyttömyytenä hahmottaa itsen rajoja suhteessa toiseen ihmiseen tai erilaisina kommunikaatioon liittyvinä vaikeuksina. Nämä vaikeudet johtavat usein siihen, että yksilö tarvitsee ammatillista apua. (Alanen 1994, Tienari ym. 1994, Lehtinen ym. 1991.)

Mielisairautta ja sen syntyyn liittyviä tekijöitä on yleensä tarkasteltu kolmesta eri näkökulmasta biolääketieteellisestä, yksilöpsykologisesta ja vuorovaikutuksellisesta näkökulmasta. Biolääketieteellisen mallin mukaan mielen terveyden ongelmat, esimerkiksi skitsofrenia, johtuvat keskushermoston sairaudesta tai toimintahäiriöstä. Tästä näkökulmasta hoidossa lääkkeillä on keskeinen osuus. Yksilöpsykologisen mallin mukaan mielen terveyden ongelmat ovat yhteydessä yksilön synnynnäiseen herkkyyteen, yksilön ja ympäristön vuorovaikutukseen ja erilaisiin elämäkokemuksiin. Hoitaminen tapahtuu yksilöpsykoterapian avulla ilman lääkkeitä. Vuorovaikutusmallin näkökulmasta mielen terveyden ongelmat ovat yhteydessä yksilön lähiympäristön vuorovaikutussuhteisiin. Hoitamisessa pyritään poistamaan vuorovaikutukseen sisältyvät ongelmien syyt. Menetelmänä on psykoterapia, jonka avulla pyritään muuttamaan ihmissuhteita ja samalla ympäristöä ja sairasta itseään. (Ketonen 1981, Tähkä 1996, Tienari ym. 1994, Syvälahti 1994, Wahlberg ym. 1997.) Viimeaikaisten psykiatrian tutkimusten mukaan esimerkiksi skitsofreniaa pidetään useiden eri tekijöiden seurauksena, niin että yksilöllä nähdään olevan geneettinen perinnöllinen alttius, joka tulee merkitseväksi tietyssä ympäristössä. Tällöin keskeistä on kommunikaatio sekä perheessä että ympäristössä. Myöskään sairauden alkamisajankohdan tai diagnoosin määrittäminen ei ole yksiselitteinen asia. (Tienari ym. 1994, Alanen 1994, Isohanni ym. 1995, Wahlberg ym. 1997, Olin & Mednick 1996, Alisson et al. 1996, Veijola 1996, Räsänen ym. 1997.)

Mielen terveystyö käsitteenä on laaja ja sisältää psykiatrisen sairaalahoidon, avohoidon ja kaiken muun, mitä tehdään ihmisten elinolojen parantamiseksi ja samalla mielen terveydellisten vaurioiden välttämiseksi. Mielen terveystyö merkitsee esimerkiksi sitä, että lapselle tarjotaan mahdollisimman suotuisat ja turvalliset kasvuolot. Mielen terveyslaki (1990) määrittelee edellytykset, milloin yksilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon. Aikaisemmin Suomessa määrättiin psykiatrisen sairaalahoidon tarpeessa oleva yksilö usein tahdostaan riippumatta hoitoon. Tämä menettely osaltaan johti sairaalassa olevien potilaiden alisteiseen asemaan hoidossa. Tahdonvastainen hoito on kuitenkin huomattavasti vähentynyt laitoshoidon purkamisen myötä 1990-luvulla. Samanaikaisesti myös sairaalahoidoajat ovat lyhentyneet (Isohanni ym. 1991).

Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen on vaikean sairauden seurauksena rajoitettu, erityisesti tahdostaan riippumatta ja suljetulla osastolla olevan potilaan hoidossa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) turvaa potilaan oikeuksia hänen hoidossaan. Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumattomuus on todettu suureksi eettiseksi ongelmaksi terveydenhuollossa useissa eri tutkimuksissa (Johnstone 1988, Lützen & Nordin 1993, Välimäki et al. 1996, Liaschenko 1995, Lützen & Barbosa da Silva 1996, User & Holmes 1997). Vaikka psykiatrisella potilaalla ja etenkin psykiatrisella pitkäaikaispotilaalla on vaikeuksia hallita sosiaalisia ja käytännön taitoja, kuten päätöksentekoa ja omista asioista vastaamista, yksilöllinen itsemääräämisoikeuden toteutuminen on kuitenkin keskeistä kuntoutumisessa ja elämän laadun kohentumisessa sairaalahoidossa (Nojonen 1989, Nikkonen 1996).

Kansallisen hoitotyön strategian (Perälä 1997) yhtenä tarkoituksena on parantaa hoitotyön laatua. Hoitotyön käytännön toiminnan kehittämisessä tavoitteena on ihmiskeskeisyys, hoitohenkilökunnan ja potilaiden välisen suhteen tasa-arvoisuus ja autonomian kun-

nioittaminen. Tavoitteena on myös, että terveyspalvelujen käyttäjät ovat tietoisia oikeuksistaan ja heillä on käytettävissään tietoa sairautensa hoitamiseen sekä terveytensä edistämiseen ja ylläpitämiseen. Yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken korostetaan, samoin asiakas läheisineen nähdään palveluprosessin suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa keskeisenä tiimityöskentelyn osallistujana.

Tämä tutkimushanke pohjautuu käytännön psykiatriseen hoitotyöhön ja aikaisempaan tutkimukseen, jossa selvitettiin psykiatristen potilaiden käsityksiä oman hoitonsa tavoitteista (Latvala 1991). Hoitotavoitteita selvitettäessä tutkijan keskeinen havainto oli, että potilaan kuvaamat oman hoitonsa tavoitteet ja hoitajien hoitosuunnitelmalehdille kirjaa- mat tavoitteet poikkesivat toisistaan. Hoitohenkilökunta kirjasi tavoitteita prosessitavoitteina eli kehityskulkua kuvaavina, potilas taas määritteli tavoitteitaan hyvinkin henkilökohtaisesta näkökulmasta. Tämä tulos kuvastaa asiantuntijajohtoista työskentelytapaa ja myöskin sitä, että potilas ja hänen omaisensa olivat vielä 1990-luvun alussa harvoin mukana työryhmässä, joka sairaalassa suunnitteli potilaan hoidon. Psykiatrisen potilaan tarpeet hoidossa ovat moninaiset, ja fyysisten perustarpeiden tyydyttämisen ohella korostuu potilaan kokemana henkinen hätä ja ahdistus. Potilaan tarpeiden ymmärtäminen ja tunnistaminen on haaste psykiatriselle hoitotyölle. Hoitajan auttamismenetelmien hallinnassa keskeisiä ovat vuorovaikutukselliset menetelmät, ja hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde on tärkeä (Peplau 1952 ja 1992, Morse 1991). Se, minkälaiseksi hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde muodostuu, on yhteydessä monenlaisiin tekijöihin. Hoitajan toimintaa ohjaava tieto eli se teoreettinen viitekehys, jonka pohjalle hän rakentaa työskentelynsä psykiatrisessa hoitotyössä, on tärkeä. (van Maanen 1984, Burnard 1987 ja 1995, Madden 1990, Paunonen 1991, Hall & Allan 1994, Butterworth 1995, Lindström 1995).

Mitä tarkoittaa potilaslähtöinen hoitaminen ja mitä se potilaalle merkitsee? Hoidossa pyritään auttamaan psyykkisesti sairastunutta hyväksymään sairautensa ja siihen liittyvät vajavuutensa sekä löytämään jokapäiväisessä elämässä selviytymiseen käytettävissä olevat voimavarat. Kuitenkin tieto pitkäaikaisesta vaikeasta sairaudesta on usein tuskallinen ja sitä voi olla vaikea ottaa vastaan. Hoidossa on tärkeää yksilön kunnioittaminen ja arvostaminen ihmisenä sekä aito kiinnostus hänen elämäänsä liittyviin todellisiin asioihin. (Alanen 1997.) Monien tutkimusten perusteella (Anderson & Goolishian 1988, Fishman 1993, Wahlberg 1994, Isohanni ym. 1995, Haarakangas 1997) tiedetään, että esimerkiksi skitsofreeninen häiriö vaikuttaa yksilön kognitiivisiin taitoihin erityisesti kommunikaatio- kykyyn. Siksi on tärkeää, että potilas saa sairauteensa liittyvää tietoa sellaisessa muodossa, että hän voi sen ymmärtää.

Psyykkinen sairastuminen ja sen aiheuttamat muutokset herättävät hämmennystä ja hätää sekä potilaassa itsessään että hänen läheisissään. Sairautta koskeva tieto on tärkeää sekä läheisille että potilaalle. Läheiset kaipaavat tietoa sairauden luonteesta ja hoitomahdollisuuksista sekä tarvitsevat tukea ja ohjausta. On tärkeää, että myös läheiset voivat työstää psyykkiseen sairastumiseen liittyviä omia tunteitaan. (Lorencz 1991, Parker 1993, Loukissa 1995.)

Vaikka psykiatrista hoitotyötä on tutkittu kansainvälisesti paljon, suomalaisen psykiatrisen hoitotyön tutkimusta on vielä vähän. Tästä syystä tässä tutkimuksessa ryhdyttiin induktiivisesti laadullisin menetelmin selvittämään psykiatrista hoitotyötä potilaiden ja hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää potilaiden hoitamisessa ja hoitajien koulutuksessa

Tässä tutkimuksessa käytetään käsitteitä hoito, hoitaminen ja hoitotyö. Hoito ja hoitaminen käsitteillä tarkoitetaan monitieteistä psykiatrisen potilaan kokonishoitoa, johon osallistuu eri ammattiryhmien edustajia sekä yhteistyötä psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä selviytymisen edistämiseksi. Käsitteellä hoitotyö ja psykiatrisen hoitotyö tarkoitetaan hoitotieteellistä näkökulmaa, jota ensisijaisesti hoitajat edustavat psykiatrisen potilaan kokonaishoidossa potilaan ja hänen perheensä auttamisessa sekä hoitajien osallistumista moniammatilliseen yhteistyöhön. Lindströmin (1992, 1995) mukaan psykiatrisen hoitamisen sisältöjä ovat esimerkiksi huolenpito, turvallisuus, minän tukeminen, olemassaolon tukeminen, kohtaaminen sekä ymmärryksen ja tietoisuuden lisääminen. Tässä tutkimuksessa käytetty psykiatrisen hoitotyön käsite on sisällöllisesti yhteneväinen Lindströmin määrittelyn kanssa.

Tämän tutkimushankkeen keskeisenä tavoitteena on tuottaa hoitotyön käytännöstä laitosympäristössä potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli. Tutkimusraportti koostuu viidestä osajulkaisusta ja niiden pohjalta laaditusta yhteenvedo-osasta. Ensimmäisessä osajulkaisussa (osajulkaisu I) tarkastellaan psykiatrisen hoitotyön tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Toisessa ja kolmannessa osajulkaisussa esitetään psykiatrisen hoitotyön prosessi ja analyysissä muodostuneet psykiatrisen hoitotyön tyypit (osajulkaisu II) sekä kuvataan käytettyjä auttamismenetelmiä eri tyyppien mukaan luokiteltuna (osajulkaisu III). Neljännessä osajulkaisussa tarkastellaan potilasaineiston pohjalta potilaan mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa sekä käytettyjä auttamismenetelmiä ja potilaiden kuvauksia heidän hoidossaan käytetyistä menetelmistä (osajulkaisu IV). Viimeisessä osajulkaisussa esitetään psykiatrisen potilaan hoitotyön ja hoidon tarpeen arviointi ja suunnittelu moniammatillisen tiimin työskentelyn näkökulmasta sekä hoitajien kuvaamana (osajulkaisu V). Yhteenvedo-osan tuloksissa kuvataan ensin tämän tutkimuksen empiirisestä aineistosta muodostettu psykiatrisen hoitotyön ydin, psykiatrisen potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä, ja psykiatrasta hoitotyötä kuvaavat hoitotyön tyypit. Tämän jälkeen kuvataan hoitotyön tyyppien esiintyminen aineistossa.

Lopuksi yhteenvedo-osassa kuvataan muodostettu potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallin rakentamista ovat ohjanneet tästä aineistosta tuotetut artikkelit I - V, aikaisempi tutkimustieto hoitotyön, psykiatrisen hoitotyön ja psykiatrian alueelta. Mallilla tarkoitetaan tässä esiteoriaa, joka on tarkoitettu testattavaksi.

2. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön edellytykset

2.1. Psykiatrisen laitospäätös

1800-luvun puolivälissä esitettiin näkemyksiä, että mielisairaiden suojeleminen ilman pakkotoimenpiteitä olisi mahdollista, jos käytävissä oli riittävästi toimeensa sopivia hoitajia. Ongelmana oli kuitenkin, että sopivia hoitajia oli vähän ja heillä ei ollut tehtävän edellyttämää koulutusta. (Beck et al. 1988.) Potilaat olivat ensimmäisissä psykiatrisissa sairaaloissa sellimaisissa huoneissa vartioinnin kohteina, sillä sairaalat rakennettiin aluksi vankilan mallin mukaisesti. Hoitomenetelmät olivat vartioinnin lisäksi pääosin erilaisia pakkokeinoja, kuten pakkopaidassa tai kahleissa pitämistä. (Goffman 1961, Schwing 1971, Foucault 1980, Achte 1991, Matilainen 1997.) Hoitajien tehtävänä oli valvoa potilaita, jotta nämä eivät vahingoittaisi itseään. Myöhemmin pakonomaiset menetelmät vähenivät myös psyken lääkkeiden kehittymisen myötä. Lääkehoidolla on edelleen tärkeä oireita lievittävä tehtävä esimerkiksi skitsofreniapotilaan hoidossa. (Isohanni 1983, Achte 1991, Isohanni ym. 1992.) Potilaille järjestettiin myös henkisiä ja sosiaalisia tapahtumia, kuten retkiä, kirjastokäyntejä, musiikin kuuntelua ja juhlia. ”Moral treatment” oli hoitomenetelmä, jota käytettiin lievästi häiriintyneille potilaille, joilla oli mahdollisuus palata pian yhteiskuntaan (Beck et al. 1988).

Vuorovaikutusta hyödyntävät menetelmät tulivat keskeisiksi psykoanalyysin (Freud 1950 a ja b), erilaisten psykoterapeuttisten suuntausten (de Shazer & Berg 1988, Mosher & Burti 1989, Fishman 1993, Tähkä 1996) ja systeemiteoriaan (von Bertalanffy 1969, Laszlo 1972) perustuvien lähestymistapojen myötä. Tällaisia ovat esimerkiksi erilaiset yksilö- ja ryhmäterapiat, miljöoterapiat, terapeuttiset yhteisöhoidot ja perheterapiat. Esimerkiksi skitsofreniapotilaan ja psykoosipotilaan hoitoon on näiden menetelmien pohjalta kehitelty erilaisia sovelluksia (Isohanni 1983, Alanen ym. 1991, Roberts 1996, Alanen 1997).

Erikoissairaanhoitolaki (1989) määrittelee psykiatrisen sairaanhoidon järjestämisen, ja hoidon sisältö on määritelty mielenterveyslaissa (1990). Mielenterveyslaki (1990) korostaa avohoidossa tapahtuvaa hoitoa mielenterveyshäiriöstä kärsivän ensisijaisena hoitomuotona. Psykiatriseen tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon voidaan määrätä lain mukaan henkilö, joka on mielisairas ja hoidon tarpeessa, kun muut mielenterveyspalvelut

ovat riittämättömiä. Kaikkien kolmen kriteerin on täyttyvä. Tahdosta riippumaton hoito voidaan toteuttaa mielenterveysasetuksen (1990) mukaan vain sairaalan psykiatrista hoitoa antavassa yksikössä, joka täyttää tällaisen hoidon asettamat kriteerit. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) turvaa potilaan oikeuksia esimerkiksi hyvään hoitoon, selvitystä terveydentilasta, hoidon merkityksistä, eri hoitovaihtoehtoista. Lain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, mikä edellyttää yhteistoiminnallisuutta potilaan ja hoitohenkilökunnan kesken.

Psykiatrisessa sairaalassa hoidetaan vaikeista mielenterveyden ongelmista kärsiviä ihmisiä. Skitsofrenia on yleisin ja ehkä vaikein yksittäinen mielenterveyden häiriö psykiatrisessa sairaalassa hoidetuilla potilailla. Yli puolet psykiatrisista sairaansijoista Suomessa on skitsofreniapotilaiden käytössä. (Lääkintöhallitus 1988, Isohanni ym 1995.) Avohoidon lisääntyessä myös skitsofreniapotilaiden hoito on painottunut avohoitoon. Toinen keskeinen potilasryhmä psykiatrisessa sairaalassa ovat erilaisista psykooseista kärsivät potilaat. Psykoosin keskeisenä oireena on todellisuudentajun katoaminen. Psykoosiin voi liittyä skitsofreenisiä, depressiivisiä, paranoidisia ja mielialan vaihteluun liittyviä piirteitä. Psykiatrista sairaalahoidoa voivat vaatia myös ei-psykoottiset vakavat mielialahäiriöt esimerkiksi masennus, johon liittyy itsemurhavaara. (Henriksson ym. 1994, Tähhä 1994.)

Osalla skitsofreniaan sairastuneista potilaista keskimääräinen hoitoaika psykiatrisessa sairaalassa saattoi olla useita vuosia 1960-luvun puolivälissä. Psykiatristen sairaalapotilaiden keskeisiä ongelmia olivat kroonistuminen, yksinäisyys ja toimintakyvyn rajoitukset. Vaihtoehtona sairaalahoidolle kehitettiin 1970-luvun alussa Tampereella Sopimusvuori ry:n kuntoutusmalli (Anttinen & Ojanen 1984). Toiminnan lähtökohdaksi oli sairaalapotilaiden laitostumisen ehkäiseminen ja heidän auttamisen elämisen alkuun. Sopimusvuori ry:n kuntoutusmallissa painopiste oli kotisairaanhoidossa, joka oli vaihtoehto sairaalahoidolle (Anttinen & Ojanen 1984).

Vuodepaikat psykiatrisessa laitoshoidossa ovat vähentyneet 1970-luvulta alkaen. Vielä 1980-luvun alussa tuhatta asukasta kohti oli neljä psykiatrisen sairaalan vuodepaikkaa. Vuosikymmenen loppuun paikkaluku väheni kahteen tuhatta asukasta kohti, ja 1990-luvun puolivälissä oli enää yksi paikka tuhatta asukasta kohti. (Salokangas ym. 1996) Psykiatrisissa sairaaloissa on alle vuoden hoidossa olleiden potilaiden osuus kasvanut ja neljä vuotta tai kauemmin hoidossa olleiden osuus on vähentynyt (Psykiatristen... 1992). Vuodepaikkojen vähenemisen seurauksena useita psykiatrisia sairaaloita on suljettu tai otettu muuhun käyttöön.

2.2. Säilyttämisestä potilaslähtöisyyteen psykiatrisen potilaan hoidossa

Suomessa psykiatrisen hoidon painopiste oli 1970-luvun lopulle asti laitospainotteinen ja avohoito oli kehittämätön. 1980-luvulla psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen nostettiin valtakunnallisissa suunnitelmissa keskeiselle sijalle. Mielenterveystyön komitean mietintö (1984) painotti aluepsykiatrisen hoitomallin toteuttamisen tärkeyttä. Aluepsykiatrisen hoitomallin mukaan psykiatrisen sairaanhoito järjestettiin väestövastuun periaatteen mukaan niin, että avo- ja sairaalahoidon välillä ollut raja madaltuu. Avohoidon henkilökuntaa ehdotettiin myös lisättäväksi. Avohoitoa esitettiin kehittäväksi niin, että mie-

lenterveystoimistojen ympärille muodostuu mielenterveyskeskuksia, jotka voivat käsittää esimerkiksi päiväsairalaan, kuntoutuskodin, asuntoloita ja tarpeen mukaan pieniä osasto-yksiköitä. (Mielenterveystyön komitean mietintö 1984.)

Lääkintöhallitus, Sairaalaliitto ja Mielisairaalain liitto organisoivat yhteisesti skitsofrenian tutkimus-, hoito- ja kuntoutustyön valtakunnallisen kehittämissuunnitelman. (Lääkintöhallitus 1981, 1985 ja 1988.) Ohjelman tavoitteena oli kehittää valtakunnallisesti uusia hoitotoimintoja ja mielenterveyden hoitopalveluja, niin että uusien ja vanhojen skitsofreniaa sairastavien potilaiden määrä sairaaloissa vähenisi ja avohoidon palvelut lisääntyisivät ja kykenisivät vastaamaan sairaalasta siirtyvien potilaiden ja uusien potilaiden hoidon tarpeisiin. Kehittämissuunnitelmassa toteutettiin kaksi valtakunnallista tutkimus- ja kehittämissuunnitelmaa: uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittämissuunnitelma (USP-projekti) ja pitkäaikaispotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämissuunnitelma (PSP-projekti) (Lääkintöhallitus 1988, Kansaneläkelaitos 1989, Salokangas 1994). Mielenterveystyön tavoitteeksi tuli mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy, mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyspalvelujen tuominen lähelle niiden käyttäjiä pois keskittyneistä suurista laitoksista. Toinen keskeinen 1980-luvun hanke, joka kiinnitti huomiota mielenterveyskysymyksiin, oli kansallinen ohjelma Terveyttä kaikille vuoteen 2000 (1986 ja 1993). Se noudatteli skitsofrenian valtakunnallisen tutkimus-, hoito- ja kuntoutustyön kehittämissuunnitelmaa.

Psykiatrisen laitoshoidon purku on toteutunut monissa länsimaissa Suomea paljon aiemmin, esimerkiksi USA:ssa ja Englannissa jo vuodesta 1955 alkaen, Italiassa vuodesta 1963 alkaen, kun Suomessa vastaava vaihe alkoi vuodesta 1973. (Lääkintöhallitus 1988, Mosher & Burti 1989, Salo 1996, Nikkonen 1996.) Myös psykiatrisen hoitotyön käytäntö ja koulutus ovat painottuneet näissä maissa avohoidossa tapahtuvaan hoitotyöhön (community psychiatric nursing) avohoitopainotteisen kehityksen ansiosta (Norbeck et al. 1991, Rawlinson & Brown 1991, Parker 1993, Peternej-Taylor & Hartley 1993, Gournay & Brooking 1994, Gibson 1994, Butterworth 1995, Gournay 1995, Austin et al. 1996, Bowers 1996, Godin 1996).

Kansainvälisten tutkimusraporttien (Norbeck et al. 1991, Anderson et al. 1993, Leff 1993, Parker 1993) perusteella tiedetään, että psykiatrisen hoidon painopisteen siirtyessä avohoitoon ja laitoshoidon muuttuessa lyhytkestoiseksi tarvitaan erilaisia yksilöllisiä vaihtoehtoja potilaiden selviytymisen tukemisessa. Psykiatrisen hoitotyön haasteena on yhteistyö potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Yhteistyön keskeinen haaste on potilaan osallistuminen aktiivisesti omaan hoitoonsa. Sekä potilas että hänen omaisensa tarvitsevat tukea kyetäkseen osallistumaan ja selviytymään jokapäiväisessä elämässä. (Brooker & Butterworth 1991, Gibson 1994, Butterworth 1995, Butterworth & Rushforth 1995, Gournay 1995.) Useiden hoitotieteellisten tutkimusten mukaan (Bunch 1983, Sihvonen 1988, Nojonen 1990, Miettinen 1992, McKenna 1994, Tyson et al. 1995, Nikkonen 1996, Hall 1996, Salo 1996, Latvala 1996, Bushy 1997) psykiatrisen potilaan ja hoitajan välinen yhteistyö on usein sairaalaympäristössä kuten myös avohoidossa asiantuntijajohtoista. Tällöin psykiatrisen potilas on käytännössä passiivinen osallistuja hoitohenkilöstön suunnitelmassa ja toteuttaessa hoitoa sekä kontrolloidessa potilaan selviytymistä. Useat tutkimukset kuitenkin osoittavat, että myös psykiatriset potilaat pystyvät osallistumaan ja selviytyvät jokapäiväisessä elämässään sekä kykenevät kontrolloimaan itse käyttäytymis-

tään. He pystyvät aktiiviseen oman elämänsä hallintaan, mikäli saavat siihen riittävästi tukea. (Connelly et al. 1993, Isohanni ym. 1993, Latvala & Aavarinne 1993, Dzurec 1994, Glenister 1994, Gibson 1994, Smoyak 1994, Latvala & Janhonen 1996.)

Psykiatrisissa hoidossa on jo 1850-luvulla esitetty näkemyksiä yhteistoiminnallisista menetelmistä, joiden avulla potilaan omia voimavaroja voitaisiin hyödyntää hoidossa. Tällaisia menetelmiä olivat esimerkiksi erilaiset työ- ja toimintaterapiat. (Beck et al 1988). Kuitenkin vallitsevat hoitokäytännöt olivat säilyttäviä ja rajoittavia. Eristäminen muusta yhteisöstä ja potilaan vaikeasta sairaudesta seuraava passiivisuus, kognitiiviset häiriöt ja sosiaaliin suhteisiin liittyvät vaikeudet hoidossa estävät potilaiden omien voimavarojen hyödyntämisen (Isohanni 1983, Goffman 1983, Hall 1996, Salo 1996).

Avohoitoon ja pieniin yksiköihin painottunut hoito on haaste yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittämiseksi. Potilaan omien voimavarojen löytyminen ja niiden käyttämisen mahdollistuminen ovat edellytyksenä potilaan yksilölliselle selviytymiselle jokapäiväisessä elämässä (Hentinen 1984, Janhonen 1993, Häggman-Laitila & Pietilä 1993, Dzurec 1994). Malin & Teasdale (1991), Gibson (1991), Jones & Meleis (1993), Skelton (1994) ja Rafael (1995) ovat kuvanneet potilaan voimavarojen käyttöä hoidossa prosessina (patient empowerment). Tällaisen prosessin ensimmäisessä vaiheessa potilas tulee aktiiviseksi ja tasavertaiseksi osallistujaksi omine resursseineen, joita todennetaan yhdessä hoitajan kanssa. Toisessa vaiheessa potilas tulee yhä enemmän kykeneväksi hallitsemaan omia persoonallisia ominaisuuksiaan. Kolmannessa vaiheessa potilas tulee tietoiseksi ympäristöstään ja sitoutuu tiettyyn sosiaaliseen kontekstiin. Neljännessä vaiheessa potilas pystyy olemaan subjekti, oma itsensä, mikä merkitsee omien voimavarojen ja rajoitusten realisoitumista. (Gibson 1991, Jones & Meleis 1993, Rafael 1995.) Hoitaja on yhteistyössä käytettävissä oleva voimavara, esimerkiksi potilaan tukija, mutta myös yksilön ja ympäristön resurssien käyttämisen mahdollistaja.

Töyry ym. (1998) ja Leppänen ym. (1997) ovat kuvanneet ihmisläheisen hoidon keskeisiä ominaisuuksina potilaan ihmisarvon, yksilöllisyyden ja itsemääräämisen kunnioittamista. Ihmisläheinen hoito, joka sisältää mm. turvallisuuden, kunnioituksen, itsenäisen päätöksenteon, arvostuksen, itsensä hyväksymisen, kuulumisen johonkin, kannustamisen, tiedottamisen ja luottamuksen (Töyry ym. 1993), on lähellä potilaslähtöisyyttä. Määrittelyissä on yhtenevyyttä myös esimerkiksi Gibsonin (1991), Jonesin ja Meleisin (1993), Gibsonin (1994), Skeltonin (1994) ja Rafaelin (1995) esittämiin näkemyksiin "patient empowerment" -käsitteen sisällöstä. "Patient empowerment" on näiden tutkijoiden mukaan sosiaalinen prosessi, jossa painottuu yksilön kyvykkyys kohdata omat tarpeensa, ratkaista omat ongelmansa ja ottaa käyttöön tarvittavat voimavarat selviytyäkseen jokapäiväisessä elämässä. Voimavarojen tiedostaminen ja löytäminen auttaa potilasta arvioimaan ja kontrolloimaan niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat hänen terveyteensä ja selviytymiseensä jokapäiväisessä elämässä (Gibson 1991, Jones & Meleis 1993).

Potilaslähtöisen potilaan hyvän hoitamisen yhtenä edellytyksenä on hoitajan ja potilaan keskeinen yhteistoiminnallinen työskentelytapa psykiatrisissa hoitotyössä. Tällainen yhteistyö on tuottanut myönteisiä tuloksia, koska potilas on voinut yhteistyösuhteessa tiedostaa ja ottaa käyttöön omia resurssejaan (Sihvonen 1988, Nojonen 1989, Connelly et al. 1993, Dzurec 1994, Loukissa 1995, Hochberger 1995, Latvala 1996, Latvala & Janhonen 1996). Yhteistoiminnallinen työskentelytapa edellyttää edellä mainittujen tutkimusten

mukaan hoitajan ja potilaan toiminnan muutoksia, esimerkiksi luopumista perinteisestä autoritaarisesta työskentelytavasta. Tällöin potilaan aktiivinen osallistuminen on mahdollista yhteistyön seurauksena.

Pääosin avohoidossa tapahtuvan potilaslähtöisen hoidon edellytyksenä on, että psykiatrinen hoito myös laitosympäristössä on potilaslähtöistä. Perinteiset laitoshoidossa käytetyt menetelmät, esimerkiksi erilaiset kontrolloivat ja pakonomaiset menetelmät, siirtyvät helposti avohoidon yksiköihin sellaisenaan. Siksi psykiatrisen hoitotyön tehtävänä on luoda potilaslähtöisiä hoitokäytäntöjä. (Salo 1996, Nikkonen 1996, Salokangas et al. 1996, Lepola 1997.) Psykiatrisessa hoitotyössä on keskeistä hoitajan erilaiset yhteistyötaidot sekä potilaan että hänen läheistensä ja perheensä kanssa yhteistyössä toimittaessa. Yksi keskeinen tehtävä psykiatrisen hoidon kehittämiseksi on laitosympäristössä perinteisen autoritaarisen mallin mukaisesti toteutuvan hoitotyön kehittäminen yhteistoiminnalliseksi niin, että se tukee potilasta sairaalahoidon jälkeiseen avohoitoon. Sen tulisi tähdätä potilaan itsenäiseen selviytymiseen jokapäiväisessä elämässä sekä laitoksessa että myöhemmin laitoksen ulkopuolella. Vaikka psykiatrinen sairaus rajoittaa potilaan omien resurssien käyttöä monella tavalla, tavoitteena on erityisesti potilaan omien todellisten resurssien käyttö selviytymisen tukena. Suomessa tietoa psykiatrisen hoitotyön muutoksesta on vähän käytettävissä samoin avohoitoon kohdistuvaa psykiatrisen hoitotyön tutkimusta on vielä vähän.

2.3. Potilaan selviytymisen tukeminen hoitotyössä

Selviytymisellä voidaan tarkoitaa Darwinin (1964) evoluutioteorian mukaista yksilön mukautumista, joka on hengissä säilymisen ehto, esimerkiksi mukautuminen sairauden aiheuttamiin rajoituksiin ja muutoksiin. Eriksonin (1982) mukaan yksilön tehtävänä on kyetä ratkaisemaan elämänsä eri vaiheissa kehitystehtäviä. Kehitystehtävien onnistunut ratkaiseminen on edellytyksenä sille, että yksilö voi kokea tyytyväisyyttä ja onnistumista. Eriksonin mukaan yksilön luovuudella on keskeinen asema hänen ratkaistessaan kehitystehtäviä. Selviytyminen voidaan määritellä myös yksilön kyvyksi muuttua kognitiivisesti ja toiminnallisesti niin, että hän voisi hallita voimavarojaan kuluttavia tai jopa niitä ylittäviä vaatimuksia. Selviytymiseen liitetään myös yksilön pyrkimys ratkaista ongelma, jos se on hänen kannaltaan mielekäs. (Folkman & Lazarus 1988, Folkman 1997.) Selviytyminen on yhteydessä yksilön biologisiin tekijöihin (Darwin 1964), luovuuteen (Erikson 1982), motivoituneisuuteen ja mielekkyyden kokemiseen sekä kognitiivisiin ja toiminnallisiin kykyihin (Folkman & Lazarus 1988).

Mielenterveys on luonteeltaan kokonaisvaltainen, niin että biologisilla tekijöillä, kokemuksilla ja ympäristöön liittyvillä tekijöillä on keskeinen asema mielenterveyden kannalta. Mielenterveyteen liitetään yksilön kyky sopeutua siihen yhteisöön ja elämänmuotoon, jonka keskellä hän elää (Ketonen 1981, Erikson 1982, Antonovsky 1987). Ketosen (1981) mukaan yksilön ominaisuudet ovat tarkoituksenmukaisia hänen elämänsä varten ja hänen elämänsä vastaa hänen ominaisuuksiaan. Mielenterveys osana tätä kokonaisuutta sellaisena kuin se on, on tarkoituksenmukainen yksilön kannalta.

Selviytymisellä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan potilaan selviytymistä sairautensa kanssa jokapäiväisessä elämässään. Lähtökohtana ovat potilaan omat voimavarat. Hoitajan ja potilaan välisessä yhteistyössä etsitään niitä ratkaisuja, joiden avulla potilas voi löytää elämäntilanteessaan omista lähtökohdistaan mahdollisuuden selviytyä. Potilaan selviytymistä voidaan kartoittaa eri tavoin. Esimerkiksi Abdellah (1970) ja Yura & Walsh (1993) ovat kuvanneet potilaan selviytymistä ihmisen erilaisiin tarpeisiin liittyvän kartoituksen avulla. Roperin ym. (1992) mallissa selviytymistä kuvataan yksilön elämisen toimintoina. Oremin (1991) mallissa on keskeistä itsehoito.

Hoitotyössä Peplau (1952) ja King (1992) ovat korostaneet hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutussuhteen merkitystä potilaan selviytymisen tukemisessa. Tässä hoitosuhteessa hoitaja käyttää omaa persoonaansa työvälineenä, auttamisen välineenä. Tällainen työskentelytapa edellyttää vuorovaikutukseen liittyvien tekijöiden syvällistä ymmärtämistä, kuten erilaisten psykologisten ilmiöiden ymmärtämistä ja tunnistamista (Peplau 1952, 1994.) Peplau (1952) kuvaamassa psykodynaamisessa hoitotyössä hoitajalta edellytetään kykyä ymmärtää omaa käyttäytymistään, jotta hän pystyisi auttamaan toisia tunnistamaan heidän kokemansa vaikeudet. Hoitajalta edellytetään myös kykyä soveltaa inhimillisten suhteiden periaatteita ongelmiin, joita ilmenee kokemuksen kaikilla tasoilla. Peplau (1952) kehittämä psykodynaamisen hoitotyön teoria on ollut keskeinen hoitotyön ja erityisesti psykiatrisen hoitotyön kannalta. Peplau teoria psykodynaamisesta hoitotyöstä pohjautuu esimerkiksi Freudin (1950 a, 1950 b ja 1955) psykoanalyttisen teorian eri alueisiin. Psykodynaamisessa hoitotyön mallissa kuvataan ihmisen käyttäytymistä psykoanalyysin, sosiaalisen oppimisen ja motivaation sekä persoonallisuuden kehittymisen kannalta. Peplau mallia on testattu useissa tutkimuksissa, esimerkiksi sen soveltumista psykiatrisessa hoitotyössä lyhykestoiseen yksilöterapiaan (Thompson 1986) ja hoitaja - potilas-suhteen eri vaiheisiin (Forchuk 1991, Forchuk 1992, 1994 a ja b, Forchuk & Dorsay 1995).

Peplau (1952, 1992, 1994) psykodynaamisen hoitotyön teorian mukainen hoitajan toiminta mahdollistaa potilaan selviytymisen tukemisessa siirtymisen tautikeskeisyydestä tapahtumien, tunteiden ja käyttäytymistapojen tutkimiseen ja niiden huomioon ottamiseen hoitotyössä. Hoitajalle mahdollistuu opettaa potilaita selviytymään kokemalla tunteensa. Peplau (1994) korostaa myös kaikkien vuorovaikutussuhteiden merkitystä potilaan selviytymisen tukemisessa hoidossa.

Perinteisessä psykiatrisessa hoitotyössä potilaan selviytymisen tukeminen on perustunut pitkälti perinnetietoon, työssä opittuun kokemustietoon ja lääketieteelliseen tietopohjaan. Hoitajien osalta kysymyksessä on ollut auktoriteettimallin mukaisen työskentelyn omaksuminen ja usein auktoriteettien taakse suojautuminen potilaan hädän ja avuntarpeen kohtaamisen sijaan. (McKenna 1994, Marriner-Tomey 1994, Hall 1996.) Psykiatrisessa hoitotyössä hoitajat ovat toimineet avustajina ja tukeneet potilaan selviytymistä erilaisten toimenpiteiden, kuten leposidehoitojen ja lääkitsemisen avulla. Potilas on ollut passiivinen hoidon kohde ja hänen selviytymisensä on auktoriteettimallin mukaisesti toimivista asiantuntijoista riippuvaista. Janhonen (1992, 1993) kuvaa kehittyvän hoitotyön mallissa auktoriteettiin nojaavaa hoitotyötä. Potilaan asema hoidossa on alistainen ja hän on hoidon passiivinen vastaanottaja (Janhonen & Pyykkö 1996). Psykiatrisessa hoitotyössä hoitajat toimivat edelleenkin auktoriteettimallin mukaan. Tosin tahdosta riippumattomat hoidot ovat huomattavasti vähentyneet ja muita inhimillisempiä menetelmiä on kehitetty potilaan suojelemiseksi (Isohanni & Moring 1993).

Eri tieteenalojen tiedon lisääntyvä hyödyntäminen psykiatrisessa hoidossa on mahdollistanut sen, että hoitajien tehtävät potilaan selviytymisen tukemisessa ovat laajentuneet. Hoitajat ovat opiskelleet psykoterapioiden ja muiden terapiasuuntausten teorioita ja menetelmiä ja käyttävät niitä työskennellessään. Ongelmana on ollut se, että useinkaan näihin muiden tieteenalojen teorioihin ei ole ollut mahdollista paneutua syvällisesti. Psykiatrisessa hoitotyössä potilaan selviytymisen tukemisessa on tärkeää, että hoitaja ymmärtää sairauden luonnetta ja ilmenemistä sekä vuorovaikutussuhteeseen liittyviä prosesseja. Potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen ja auttaminen ovat lähtökohtana hoitotyössä. (Lindström 1992, McKenna 1994, Hummelvoll & Barbosa da Silva 1994, Matilainen 1997.) Psykoterapian ja muiden teorioiden yhdistäminen potilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön voi syventää hoitajan työskentelyä, mutta vaarana on hoitotyön rajoittuminen yhden terapiasuuntauksen kapea-alaiseen näkökulmaan, jolloin potilasta hoidetaan vain ”psykkisenä tapauksena” niin, että esimerkiksi potilaan fyysisille tarpeille ei ole tilaa hoidossa (Garland 1994). Potilaasta voi tällöin tulla yhden kapea-alaisen näkökulman mukaisesti toimivien asiantuntijoiden opetuksen ja ohjauksen vastaanottaja. Hoitajan toimintaa ohjaa yhden kapea-alaisen näkökulman muodostama ideaalimalli.

Asiantuntijajohtoisessa hoitotyössä asiantuntijat määrittelevät, mikä potilaalle on parhaaksi, ja odottavat hänen toimivan annettujen ohjeiden mukaisesti. Pinnallinen paneutuminen jonkun terapiasuuntauksen teoriaan voi johtaa käytännön psykiatrisessa hoitotyössä näennäiseen teorian tiedon käyttöön ja potilaan hoitamiseen ideaalimallin mukaan. (Lindström 1992 ja 1995, McKenna 1994, Hummelvoll & Bunch 1994, Butterworth & Rushforth 1995, Tyson et al. 1995.) Janhosen (1993) kehittyvän hoitotyön mallissa on kuvattu kasvattava hoitotapa, jossa hoitaja toimii rajoitetun itsenäisesti ja koordinoivasti yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa. Kasvattavan hoitotavan mukaan toimiva hoitaja odottaa potilaan toimivan annettujen hoito-ohjeiden mukaisesti ja olevan hoidossaan vastuullinen vastaanottaja (Janhonen & Pyykkö 1996).

Psykiatrisen hoitotyön kehittämiseksi tuotetaan jatkuvasti tieteellisesti tutkittua tietoa hoitotyöstä. Potilaan selviytymisen tukemiseksi psykiatrisessa hoitotyössä ja hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa psykiatriset hoitajat itse ovat olleet keskeisesti mukana. Hoidossa on tavoitteena tukea potilasta yksilöllisten resurssien mukaisesti selviytymään osallistumalla aktiivisesti ja vastuullisesti omaan hoitoonsa. (Koivisto 1996, Morrison & Lehane 1996, Tuulos 1996, Lepola & Vanhanen 1997, Lepola 1997, Matilainen 1997.) Kuitenkin hoitotieteellisen tietopohjan kehittyminen on näkynyt hitaasti käytännön hoitotyössä. Teoreettisen tiedon integrointi käytännön hoitotyöhön toteutuu yleensäkin vielä puutteellisesti. (Perälä 1997.)

Hoitotieteellinen tutkimus on tuottanut uutta teoreettista tietoa potilaan selviytymistä tukevan psykiatrisen hoidon kehittämiseksi potilaan kuntoutumisesta (Nojonen 1990, Nikkonen 1996), kulttuuristen tekijöiden merkityksestä psykiatrisen potilaan hoidossa ja kuntoutusprosessissa (Lindström 1995, Nikkonen 1996), potilaan kokemuksista hoidossa olemisesta (Kokko 1996, Latvala 1996) sekä potilaan itsemääräämiseen liittyvistä kysymyksistä (Välimäki & Helenius 1996, Välimäki et al 1996, Välimäki 1998). Tällainen uusi tutkimustieto mahdollistaa potilaiden hyvän hoitamisen kehittämisen.

3. Kohti potilaslähtöistä psykiatrista hoitoa

3.1. Potilaslähtöisyys

Potilaslähtöisyys (Leino-Kilpi ym. 1994, Leppänen y. 1997) ja potilaskeskeisyys (Abdellah 1970, O'Malley & Serpico-Thompson 1992) ovat toisiaan lähellä olevia käsitteitä. Usein niitä käytetään synonyymeina. Potilaskeskeisyys-käsitteellä voidaan ymmärtää ammatillista potilaan tarpeisiin vastaamista hoidossa (Abdellah 1970, O'Malley & Serpico-Thompson 1992, Borkan et al 1995). Potilaskeskeisyys voi Hoeksema & Munskin (1997) ja Kirkpatricin et al. (1997) mukaan tarkoittaa myös sitä, mitä hoitavat henkilöt pitävät potilaan kannalta tärkeänä. Potilaslähtöisyys-käsitteellä tarkoitetaan taas Lorenczin (1991), Jonesin & Meleisin (1993) sekä Lindströmin (1995) mukaan sellaista hoitoa, jossa potilas on itse mukana vaikuttamassa hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Lisäksi potilaslähtöisyyteen liitetään usein näkemys, että potilaan todellisuus rajoituksineen ja mahdolluuksineen on hoidon lähtökohtana. (Nojonen 1989, Kokko 1996, Matilainen 1997.) Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä potilaslähtöisyys.

Janhosen (1993) tutkimuksessa on kuvattu ymmärtävää ja katalyyttista hoitotyötä. Ymmärtävässä hoitotyössä hoitaja pyrkii toimimaan potilaskeskeisesti ja potilaan toiveiden mukaisesti vastaamalla potilaan tarpeisiin. Katalyyttisessä hoitotyössä pyrkimyksenä on löytää hoitajan ja potilaan välisessä yhteistyössä potilaan todellisuudesta selviytymisen resursseja (Janhonen 1993). Ihmisläheistä hoitoa kuvaavissa tutkimuksissa (Paunonen 1991, Töyry ym. 1993 ja 1998, Leppänen ym. 1997) taas on selvitetty potilaslähtöisen hoitotyön toteutumista. Ihmisläheisen hoidon lähtökohtana ovat potilaan arvot ja elämäntilanne, jotka otetaan huomioon hoidossa ja potilas nähdään vastuullisena yksilönä. Psykiatrisen hoitotyön kehittyminen potilaslähtöiseen suuntaan on ollut toisaalta yhteydessä yhteiskunnan muutoksiin, sen asenteisiin ja arvostuksiin ja toisaalta psykiatrian historiaan ja viime vuosien aikana hoitotieteellisen tiedon kehittymiseen.

Taulukossa 1 on yhteenveto potilaslähtöistä psykiatrista hoitoa ja hoitotyötä koskevista tutkimuksista. Näiden tutkimusten avulla tarkastellaan seuraavissa luvuissa potilaslähtöisyyttä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä.

Taulukko 1. Potilaslähtöiseen psykiatriseen hoitamiseen liittyviä tutkimuksia

Tutkija(t)	Vuosi	Näkökulma	Tutkimusaihe ja päätulokset
Isohanni	1983	Akuuttien ja ikääntyneiden skitsofreniapotilaiden yhteisöhoito	Yhteisöhoidossa potilaan osallistumisen, yhteisvastuun ja itsemääräämisoikeuden tukeminen ja lisääntyminen
Isohanni ym.	1993		
Alanen et. al.	1986 1991	Skitsofreenisten psykoosien hoito	Potilaan tarpeista lähtevän hoidon kehittäminen ja psykoterapeuttisen näkökulman soveltaminen skitsofrenian hoidossa
Frank & Gunderson	1990	Skitsofreniapotilaan hoito	Terapeuttisen yhteistyösuhteen mahdollistuminen
Connelly et al.	1993	Pitkäaikaisesti sairaiden psykiatristen potilaiden hoitotyö	Mahdollisuus tulla omaksi itseksi: vastuullisena osallistujana ja valintojen tekijänä
Peternelj-Taylor & Hartley	1993	Psykiatrinen perhehoitotyö	Perheen selviytyminen ja sopeutuminen psyykkisesti sairastuneen perheenjäsenen kanssa elämiseen
Lehtinen	1994	Perheterapia	Potilaan tarpeista lähtevän hoidon kehittäminen
Aaltonen et al.	1994	Perheterapia	Yhteistyön ja yhteisen näkemyksen löytäminen perheen hoidossa
Dzurec	1994	Skitsofreniapotilaan hoitotyö	Kokemus omasta vahvuudesta: skitsofreniapotilaan sopeutuminen elämään yhteiskunnan jäsenenä
Hall & Allan	1994	Hoitotyön käytäntö	Potilaan oman itsen ja omien oimavarojen löytäminen
Forchuk	1992 1994 a ja b	Psykiatrinen hoitotyö	Ennakkokäsitysten merkitys hoitajan ja potilaan välisen suhteen kehittämisessä
Loukissa	1995	Pitkäaikaisesti psykiatristen sairaiden potilaiden hoitotyö	Perheen surutyön merkitys perheenjäsenen sairastuttua mielisairauteen
Wilson & Hobbs	1995	Psykiatrinen hoitotyö	Hoidollinen yhteistyösuhde
Telles et. al.	1995	Skitsofrenian hoito	Perheen selviytyminen perheenjäsenen sairastuttua
Hall	1996	Pitkäaikaisesti psyykkisesti sairaiden potilaiden hoitotyö	Auktoriteettimallin mukaan toteutettu psykiatrinen hoitotyö estää potilaan lähtökohdista toteutuvan hoitotyön toteutumisen
Roberts	1996	Yksilöpsykoterapia	Läheisten merkitys yksilöterapiasuhteen syntymisessä

3.2. Kohti potilaslähtöistä yhteistyötä laitossympäristössä

Hoidollisen yhteistyösuhteen merkitystä psykiatrisessa hoitotyössä ja hoidossa yleensä on korostettu ja se on nähty edellytyksenä potilaslähtöisyyden toteutumiseksi. Hoidollisesta yhteistyösuhteesta voidaan käyttää myös nimitystä terapeutin yhteistyösuhde. Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä hoidollinen yhteistyösuhde. (Madden 1990, Heifner 1993, Wilson & Hobbs 1995, Matilainen 1997.) Useat tutkijat ovat tarkastelleet tutkimuksissaan eri näkökulmista (Forchuk 1992 ja 1994 a, b, Heifner 1993, Wilson & Hobbs 1995) hoidollisen yhteistyösuhteen (therapeutic alliance, therapeutic partnership, therapeutic nurse-client relationship) kehittymistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä psykiatrisen potilaan hoitotyössä. Hoidollinen yhteistyösuhde voi käsittää yksilöiden välisen suhteen, jolloin tarkoitetaan hoitavan henkilön ja potilaan välistä suhdetta, tai se voi tarkoittaa myös perheen ja hoitavien henkilöiden välistä suhdetta (Wilson & Hobbs 1995). Hoidollinen yhteistyösuhde mahdollistaa potilaslähtöisen lähestymistavan, jolloin käytettävissä olevien resurssien hyödyntäminen on mahdollisimman monipuolista. Ammatillisesti taitava hoitava henkilö on luottamusta herättävä ja pystyy edistämään hoidollisen yhteistyösuhteen muodostumista potilaan kanssa (Heifner 1993, Forchuk 1992 ja 1994 a).

Isohanni (1983) on kuvannut psykoottisten ja skitsofeniapotilaiden yhteisöhoitoa laitossympäristössä. Yhteisöhoidossa tavoitteena on potilaslähtöinen yhteistyö. Psykiatrisessa laitossympäristössä yhteisöhoidolla tarkoitetaan sellaista hoidollista toimintaa, jossa pyritään tietoisesti hyödyntämään inhimillisyyttä, pyrkimystä tasa-arvoon ja ihmisiä yhdistäviä sosiaalisia voimia. Yhteisöhoidossa pyritään potilaan itsemääräämisoikeuden lisääntymiseen, ja hoitoyhteisön ja perheen sekä sosiaalisen verkoston voimien hyödyntämiseen. Vuorovaikutus eri hoitotilanteissa on hoitoyhteisön parantava tekijä. Esimerkiksi akuuttipotilaiden yhteisöhoidossa psykoosipotilaan neuroleptilääkitystä on voitu vähentää kolmasosaan. (Isohanni 1983, Isohanni ym 1993.) Yhteisöhoito on muuttanut myös psykiatristen osastojen ilmapiiriä ja työtapoja niin, että potilaiden osallistuminen päätöksentekoon ja yhteisvastuu ovat lisääntyneet (Isohanni 1983, Isohanni ym. 1993).

Alanen ym. (1986) ovat kuvanneet skitsofrenisesta psykoosista kärsivien potilaiden hoidossa potilaan tarpeista lähtevää lähestymistapaa (need-specific treatment), jossa tavoitteena on potilaslähtöinen yhteistyö laitossympäristössä. Myöhemmin tätä lähestymistapaa on sovellettu erilaisten potilasryhmien hoidossa ja sitä on kehitetty erilaisia menetelmiä käyttämällä erityisesti uusien skitsofreniapotilaiden hoitoon (need adapted treatment) (Alanen ym. 1991, Lehtinen 1994, Alanen 1997). Potilaan tarpeista lähtevän lähestymistavan keskeisiä periaatteita on, että hoidolliset toiminnot suunnitellaan ja toteutetaan joustavasti ja yksilöllisesti, niin että on mahdollista kohdata ja toteuttaa todellinen potilaan tarpeista lähtevä muutos. Lisäksi hoitoyhteisössä erilaisten hoidollisten toimintojen tulisi olla yhdensuuntaisia tavoitteiltaan, niin että ne tukevat toisiaan. Näiden hoidon kehittämishankkeiden yhteydessä on voitu havaita erityisesti potilaan ja hänen läheistensä sekä hoitavien ihmisten välisen dialogin keskeinen merkitys. Vastavuoroinen dialogi mahdollisti yhteisen näkemyksen muodostumista tilanteesta, käytettävissä olevista resursseista ja auttavista tekijöistä (the shared image guiding treatment process) (Aaltonen & Rökköläinen 1994, Lehtinen 1994).

Edellä mainituissa tutkimuksissa esitettyä dialogia voidaan verrata sosiaalisen konstruktivismiin teoriaan, jonka ydinajatus on, ettei ole mitään yhtä totuutta, asiantuntijoiden ylempää tietoa, vaan "totuus", yhteinen ymmärrys asioista, muodostuu ihmisten väli-

sessä dialogissa, jossa kuvataan ja selitetään niitä merkityksiä, joita liittyy siihen maailmaan, jossa ihmiset kulloinkin elävät ja jonka he yhdessä jakavat. (Gergen & College 1985, Efran et al. 1988, de Shazer & Berg 1988, Schegloff 1989, Sarja 1995, Haarakangas 1997.) Potilaslähtöinen yhteistyö esimerkiksi skitsofrenian hoidossa edellyttää usein erilaisten hoitomuotojen yhdistämistä, sillä sairauden eri vaiheissa potilaan tarpeet ovat erilaiset (Honkonen 1997). Edellä mainitut psykiatrian alueella tuotetut tutkimustulokset painottavat auttamisen lähtökohtana potilaan yksilöllistä hoidon tarvetta ja joustavia hoitomenetelmiä, joita etsitään yhdessä hoitokokouksissa. Asiantuntijoiden ja potilaan välinen dialogi ja sen avulla syntyvä yhteinen ymmärrys on tärkeä.

Frank & Gunderson (1990) ovat tarkastelleet terapeutin yhteistyösuhteen (therapeutic alliance) kehittymistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä skitsofreniapotilaiden hoidossa. Terapeuttisella yhteistyösuhteella tarkoitettiin yksilöterapisuhdetta, jossa pyrittiin potilaslähtöiseen yhteistyöhön. Pyrkimyksenä oli rakentaa luottamuksellinen yhteistyösuhde, jonka tavoitteena oli positiivinen muutos potilaan tilanteessa. Kaikkien potilaiden hoidossa, joita seurattiin kahden vuoden ajan, terapeutin yhteistyösuhde ei käynnistynyt. Keskeisiä esteitä olivat esimerkiksi potilaan voimakas sairauden kieltäminen ja poikkeava käyttäytyminen, kuten poikkeava seksuaalisuus. Esteenä saattoi olla myös ammattihenkilön taitojen puute. Hoidollisen yhteistyösuhteen käynnistyttyä skitsofreniapotilaan lääkitystä voitiin vähentää huomattavasti, mikä taas lisäsi potilaan toimintamahdollisuuksia omassa hoidossaan. (Frank & Gunderson 1990.) Skitsofreniapotilaan hoidossa voi olla tärkeää, että hoitavat ihmiset myös työskentelevät samalla osastolla, jolla potilas on hoidossa (Frank & Gunderson 1990).

Myös potilaan perheellä on merkitystä hoidollisen yhteistyösuhteen syntymisessä. Jos perhe saa tukea ja hyväksyy perheenjäsenen skitsofreniaan sairastumisen, perheellä on keskeinen tehtävä tukijana hoidollisen yhteistyösuhteen syntymisessä. (Telles et al. 1995, Roberts 1996.) Perhe ja läheiset pystyvät tukemaan hoidossa, jos heillä oli riittävästi tietoa hoitoon liittyvistä asioista, kuten lääkityksestä, sairaudesta yleensä ja muista käytännön järjestelyistä (Peternelj-Taylor & Hartley 1993, Morris 1996). Myös sillä on merkitystä, että perhe voi työstää omia perheenjäsenen sairastumiseen liittyviä tunteitaan, kuten häpeää ja syyllisyyttä sekä jaksamista tuettaessa sairastunutta perheenjäsentä. (Robertson 1994, Loukissa 1995, Saunders 1997).

3.3. Potilas osallistujana omassa hoidossaan

Potilaan osallistuminen yksilöllisesti resurssineen, rajoituksineen ja mahdollisuuksineen on potilaslähtöisen yhteistyön keskeinen edellytys. Silloin, kun hoitaja toimii potilaan edustajana tai potilas on omassa hoidossaan passiivinen osallistuja, hoitotyö ei toteudu potilaslähtöisesti. (Hall 1996, Latvala & Janhonen 1996.) Hoitotieteessä korostetaan ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa. Hummelvoll ja Barbosa da Silva (1994) ovat esittäneet holistisen eli kokonaisvaltaisen psykiatrisen hoitotyön mallin, joka korostaa potilaan tukemista osallistumaan omien ongelmien ratkaisemiseen ja itsensä hoitamiseen. Mallin mukaan hoitotyön perustana on ihmisen kunnioittaminen. Hoitaja tukee potilasta niin, että potilaan omat mahdollisuudet itsensä hoitamiseen ja ongelmiensa ratkaisemiseen ovat saavutettavissa.

Potilaan osallistumista omaan hoitoonsa ja kokemuksia hoidostaan on selvitetty muutamissa suomalaisissa psykiatrista hoitotyötä koskevilla tutkimuksissa. Sihvonen (1988) on kuvannut potilaan osallistumisen mahdollistumista omien hoitotavoitteidensa määrittämiseen. Tulokset antoivat viitteitä, että psykiatristen potilaiden hoidossa on tarvetta huomioida enemmän potilaan henkistä ja biofyysistä ulottuvuutta. Tuloksissa korostui myös potilaan hyväksymisen tärkeys. Lindströmin (1995) ja Kokon (1996) tutkimuksissa kuvattiin potilaan kokemuksia ensimmäisestä psykiatrisesta sairaalahoitajaksosta ja hoitokulttuurista sekä hoitosuhteesta psykiatrisessa sairaalassa. Tuloksissa korostuivat potilaan kokemukset yksinäisyydestä, avuttomuudesta, voimattomuudesta ja toisten armoilla olemisesta psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Ensimmäinen sairaalahoitajakso psykiatrisessa sairaalassa oli potilaan näkökulmasta merkittävä kokemus. Nämä kokemukset liittyivät potilaan ja henkilökunnan välisiin suhteisiin sekä sairaalaosaston ulkoisiin puitteisiin ja hoitoonhakeutumiseen. (Kokko 1996.)

Potilaan osallistuminen potilaslähtöisessä hoidossa on keskeisesti yhteydessä hänen itsemääräämiseensä, joka psykiatrisen potilaan osalta vaikean sairauden seurauksena voi olla myös rajoitettu. Psykiatrisen potilaan itsemääräämistä selviteltäessä (Välimäki 1992, Välimäki et al. 1996, Välimäki & Helenius 1996, Välimäki 1998) korostuivat hoitajan mahdollisuudet tukea potilasta itsemääräämiseen ja omista oikeuksista huolehtimiseen sekä potilaan tiedon saanti, jossa hoitajalla oli ratkaiseva osa. Psykiatrisen potilas on helposti kommunikaatiovaikeuksiensa ja toimintakykynsä heikkenemisen vuoksi alisteisessa asemassa. Potilaalta puuttuu usein tietoa ja mahdollisuuksia itsemääräämiseen, vaikka hän ei olisikaan tahdosta riippumattomassa hoidossa (Välimäki 1992, Kaltiala-Heino 1995). Hän on myös harvoin aktiivisena vaikuttajana omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa (Lindström 1995). Esimerkiksi autoritaarisen mallin mukaan työskentelevät hoitajat eivät ole riittävän tietoisia potilaan tarvitsemasta tuesta eivätkä kykene tukemaan potilaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden säilymistä. (Välimäki et al. 1996, Kokko 1996.) Myös omaisten tuki on keskeinen psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden toteutumisessa (Kaltiala-Heino 1995). Edellä mainittujen tutkimusten mukaan potilaan osallistumista psykiatrisessa hoidossa mahdollisti hoitajan toiminnan potilaslähtöisyys sekä potilaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen hoidon lähtökohtana.

Potilaan osallistumisen tukeminen potilaslähtöisessä hoitotyössä laitospäristössä todennäköisesti auttaa potilasta selviytymään sairaalahoidon jälkeisessä avohoidossa. Nikkosen (1996) mukaan psykiatrisesta sairaalasta avohoitoon kuntoutuneen potilaan on vaikea löytää ystäviä uudesta yhteisöstä. Yleensä potilaat hyväksyivät kuulumisensa sosiaalisesti alempaan luokkaan ja hakeutuivat samanlaisia asioita kokeneiden henkilöiden, useimmiten entisten psykiatristen potilaiden, seuraan. Psykiatrisen pitkäaikaispotilas on usein kyvytön löytämään ja solmimaan uusia ihmissuhteita, ja hän jää helposti sosiaalisten suhteiden osalta ns. normaalin yhteiskunnan ulkopuolelle. Näin ollen potilaan ja hänen läheistensä sekä koko yhteisön kulttuuristen merkitysten ymmärtäminen potilaan osallistumisen tukemisessa sekä hoidon lähtökohtana tukee ja edistää siirtymistä asiantuntijakeskeisestä yhteistyöstä potilaslähtöiseen yhteistyöhön. (Nikkonen 1996 ja 1997.)

Viime vuosina on julkaistu useita hoitotieteellisiä tutkimuksia laadukkaan hoidon ominaisuuksista ja potilaiden tyytyväisyydestä hoitoon. (Leino-Kilpi ym. 1994, Outinen ym. 1994, Perälä 1995, Sandell & Outinen 1996). Potilaiden tyytyväisyys hoitoon on tärkeää, mutta se ei välttämättä vielä tarkoita, että hoito on toteutunut niin, että potilas on osallis-

tunut omaan hoitoonsa tai että hoidosta on ollut hyötyä. Potilaslähtöisyys edellyttää ihmisarvon, yksilöllisyyden ja itsemääräämisen kunnioittamista sekä potilaan elämäntilanteen huomioon ottamista hoidossa. Lisäksi potilaan selviytymistä tukevat yksilölliset auttamismenetelmät mahdollistavat sen, että potilas itse voi olla vastuullinen osallistuja hoidossaan.

3.4. Psykiatrinen hoitotyö osana psykiatrisen potilaan kokonaisuhoitoa

Psykiatrisen potilaan kokonaisuhoito on monitieteistä toimintaa ja siihen osallistuvat monet terveydenhuollon ammattiryhmät, potilas ja tarvittaessa hänen läheisensä. Psykiatrisen potilaan kokonaisuhoito sisältää esimerkiksi lääketieteeseen, psykologiaan, sosiaalitytieteisiin ja hoitotieteeseen perustuvaa toimintaa ja havainnointia. Hoitajat tekevät hoitotyötä, joka on osa potilaan kokonaisuhoitoa. Hoitajat ovat ensisijaisesti hoitotieteellisen näkökantansa edustajia potilaan kokonaisuhoitossa (Lindström 1992, Garland 1994.) Potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa voi vaihdella täysin passiivisesta aktiiviseen osallistumiseen. Silloin kun potilas on aktiivinen ja vastuullinen osallistuja omassa hoidossaan hoito on potilaslähtöistä (Connelly et al. 1993, Hall 1996).

Potilaslähtöisen hoidon yhtenä edellytyksenä on, että potilas voi yhdessä, riittävän ammatillisen tuen avulla, kohdata sairautensa omassa itsessään. Jotta hoitaja voisi tukea ja olla mukana tässä prosessissa ja vuoropuhelussa potilaan kanssa, häneltä edellytetään herkkyyttä, hyvää ammattitaitoa ja itsensä ja omien voimavarojensa tuntemista (nurse's own empowerment). (Connelly et al. 1993, Dzurec 1994, Gilbert 1995, Wilson & Hobbs 1995.) Connellyn et al. (1993) mukaan potilas tarvitsee toista ihmistä ja ammatillista apua voidakseen kohdata oman sairautensa aiheuttaman kärsimyksen, analysoida sitä ja vähitellen löytää voimavaroja sairautensa ja siitä seuraavien rajoitusten kanssa selviytymiseen. Usein ammattiauttajana ja toisena ihmisenä on omahoitaja. Potilaan näkökulmasta on kysymys oman sairautensa ja oman todellisuuden kohtaamisesta, joka voi olla hyvinkin tuskallista, mutta joka voi mahdollistaa todellisten voimavarojen löytämisen ja sairautensa kanssa selviytymisen. Tämä prosessi vaatii hoidollista yhteistyösuhdetta.

Peplau (1952, 1992) näkemyksen mukaan hoitajan ja potilaan välinen hoidollinen suhde etenee neljän eri vaiheen, orientoitumisen, samastumisen, hyväksikäytön ja päätös-vaiheiden, kautta. Näiden vaiheiden aikana potilaan selviytymisen tukemisessa hoitajalla on suhteessaan potilaaseen erilaisia rooleja, kuten vieraan, tiedonantajan, opettajan, johtajan, sijaisen ja ohjaajan roolit. (Peplau 1952, Marriner-Tomey 1994.) Forchukin testatessa (1992, 1994 a, b) Peplaun teoriaa yksi keskeisistä havainnoista oli, että sekä hoitajan että potilaan ennakoasenteilla oli pitkäaikainen vaikutus hoidollisen yhteistyösuhteen kehityksen kannalta. Jos ennakoasenteet olivat esimerkiksi negatiiviset tai stereotyyppiset, ne säilyivät sellaisina pitkään ja samalla ehkäisivät ja hidastivat luottamuksellisen potilaslähtöisen suhteen syntymistä. Pitkäaikaispotilaiden osalta oli merkitystä erityisesti sillä, kuinka kauan he olivat olleet sairaalahoitossa. Hoitavien henkilöiden vaihtuessa selviytymistä tukeva potilaslähtöinen yhteistyösuhde käynnistyi aina alusta. (Forchuk 1992.)

Useat kansainväliset hoitotieteelliset tutkimukset kuvaavat hoitajan potilaslähtöistä yhteistyötä (Lorencz 1991, Connelly et al. 1993, Peternej-Taylor & Hartley 1993, Dzurec 1994, Hall & Allan 1994, Hartrick et al. 1994, Morse & O'Brien 1995, Hall 1996, Morris

1996, Bushy 1997). Näissä tutkimuksissa tarkastellaan myös asiantuntijalähtöistä yhteistyötä. Asiantuntijanäkökulmasta tarkasteltuna korostuvat sairaus, sen luonne ja ilmeneminen sekä auttamismenetelmät. Potilaslähtöisessä yhteistyössä olennaista on taas potilaan kokemukset sairaudesta ja rajoitukset, jotka sairaudesta seuraavat, sekä sairauden keskellä oman itsen säilyttäminen ja suojeleminen. Asiantuntijalähtöisellä yhteistyöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä hoitotyötä, jossa esimerkiksi hoitaja oman tietämyksensä ja kokemuksensa perusteella määrittelee, mikä potilaalle on parhaaksi, ja toimii tämän näkemyksensä mukaisesti keskustelematta tai jakamatta näkemyksiä potilaan kanssa. (Hall 1996, Austin et al. 1996.)

Hall & Allan (1994) ja Hall (1996) ovat tarkastelleet hoitajan ja potilaan välistä yhteistyötä, jossa lähtökohtana on asiantuntijalähtöisyys. Asiantuntijalähtöisyys tarkoittaa sitä, että asiantuntijoista koostuva tiimi, jossa ei potilas ole mukana, valitsee ideaalimallin. Potilaan hoitoa ohjaa valittu ideaalimalli. Tutkijoiden mukaan asiantuntijalähtöisesti työskentelevällä hoitajalla ei ole mahdollisuutta kohdata potilasta yksilöllisesti niin, että hoitajalle tulisi mahdollisuus ymmärtää potilaan kokemuksia (Hall & Allan 1994, Hall 1996). Potilas, hänen sairautensa ja siihen liittyvät kokemukset ovat osa häntä itseään. Käsitys itsestä samoin kuin sairaudesta kehittyy suhteessa muihin ihmisiin. Ellei hoitaja tule yhteistyöhön potilaan kanssa ja saa käsitystä potilaan sairaudesta ja siihen liittyvistä kokemuksista, potilaalla ja hoitajalla ei ole mahdollisuutta ymmärtää yhdessä, mitä sairaus potilaalle yksilöllisenä kokemuksena merkitsee. Heillä on kyllä mahdollisuus ymmärtää sairauden oireita ja erilaisia ulkonaisia puolia, mutta ei potilaan kokemuksesta sairaudestaan, joka on osa häntä itseään. (Lorenz 1991, Erikson 1994, Hall & Allan 1994, Hall 1996.) Näin heidän mahdollisuutensa löytää todellisia resursseja sairauden kanssa selviytymiseen ovat vähäiset (Hall & Allan 1996).

Edellä kuvattujen tutkimusten mukaan potilaslähtöisyys on yhteydessä potilaan ja hänen ympäristönsä voimavaroihin, mutta myös keskeisesti asiantuntijoiden ammattitaitoon ja kyvykkyyteen, joiden pohjalta määräytyvät käytettävät auttamismenetelmät ja yhteistyön taso. Näissä kansainvälisissä tutkimuksissa on kuvattu potilaan kokemuksesta, joka on merkityksellinen hoitajan ja potilaan yhteistyön kehittämisen kannalta. Potilaan näkökulman ja kokemuksen tunteminen mahdollistaa hoitajalle todellisen auttamisen ja tukemisen, mikä tosin usein edellyttää hoitajalta myös kykyä olla hyvin vaikeiden ja ahdistavien asioiden äärellä.

Edellä tarkastelluissa tutkimuksissa on kuvattu asiantuntija- ja potilaslähtöistä hoitotyötä. Hoitajan potilaslähtöistä työskentelyä on pidetty tärkeänä potilaan todellisten käytettävissä olevien voimavarojen löytymisessä, potilaan tietoisuuden lisääntymisessä omista mahdollisuuksistaan ja potilaan kasvamisessa vastuuseen omasta itsestään ja osallistumisestaan. Potilaslähtöisyys merkitsee näiden tutkimusten mukaan sitä, että potilaan kaikki käytettävissä olevat resurssit hyödynnetään, jolloin myös hän itse ja hänen läheisensä ovat keskeisiä samoin kuin se, mitä käytettävissä olevia voimavaroja heillä on. Potilaslähtöisessä yhteistyössä ovat yhteistoiminnallisuus, yhdessä jakaminen ja yhteinen päätöksenteko keskeisiä.

3.5. Kooste potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön tarkastelusta

Psykiatrisen hoitamisen kehittyminen potilaslähtöiseksi on yhteydessä yhteiskunnassa vallitseviin arvoihin ja asenteisiin sekä taloudellisiin tekijöihin. Potilas on ollut hierarkiassa alimmaisessa asemassa. Nyt hoitamisen perustaksi on olemassa tietoa, joka auttaa ymmärtämään potilasta ja vaikean sairauden ilmenemistä. Samoin on tietoa ja mahdollisuuksia auttaa potilasta selviytymään sairautensa kanssa jokapäiväisessä elämässä. Sairauden tiedetään johtuvan monista eri tekijöistä, jotka eivät aina ole kasvatuksesta tai elämäntilanteesta riippuvaisia, mikä on vähentänyt potilaan perheen jäsenten ja potilaan syyllisyyttä sairastumisesta. Psykiatrinen sairaus tuo kuitenkin mukanaan useimmiten häpeän taakan, joten sairastunut joutuu sairauden aiheuttaman kärsimyksen ja ahdistuksen lisäksi kestäämään usein ympäröivän yhteisön torjuvan suhtautumisen yrittäessään selviytyä yhteiskunnan jäsenenä.

Hoidossa pyritään tukemaan psyykkisesti sairastunutta säilyttämään asemansa yhteiskunnassa, esimerkiksi työpaikkansa tai ammattinsa. Käytännössä näitä periaatteita ei aina voida toteuttaa esimerkiksi siksi, että nykyisin työelämän vaatimukset voivat olla liian suuret ja potilaan sairaus on vaikea. Hoitoa pyritään suunnittelemaan ja toteuttamaan potilaslähtöisesti ja potilaan tarpeet ja resurssit huomioon ottaen. Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Norbeck et al. 1991, Parker 1993, Brooker et al. 1994, Smoyak 1994, Salo 1996, Saunders 1997) on todettu, että laitoshoidon purkamisen takia potilaat ja heidän omaisensa saattavat jäädä avohoidossa liian vähäisen tuen varaan tai kokonaan vaille tukea. Perinteiset autoritaariset hoitomenetelmät ovat saattaneet siirtyä myös uuteen ympäristöön. Lisäksi perinteinen hoito on ollut usein myös potilasta passiivoivaa. Psykiatrisen sairauden luonteeseen kuuluu myös potilaan passiivisuus, vetäytyminen ja erilaiset kommunikaatiovaikeudet. Kuitenkin useimmat potilaat haluavat selviytyä ja olla voimavarojensa mukaan aktiivisia osallistujia omassa hoidossaan ja yhteiskunnan jäsenenä. Niinpä psykiatrisen hoitotyön keskeinen haaste on potilaslähtöisen hoitotyön kehittäminen ja toteuttaminen myös laitospäristössä niin, että se tukee potilaan selviytymistä avohoidossa.

Hoitajalta potilaslähtöinen hoitotyö edellyttää ammattitaitoa tukea potilasta kohtamaan itsessään sairaus ja sen aiheuttamat rajoitukset, analysoida niitä yhdessä ja löytää vähitellen potilaan käytettävissä olevia realistisia voimavaroja sairauden kanssa selviytymiseen. Hoidollinen yhteistyösuhde, jossa yhdessä jakaminen, yhteistoiminnallisuus ja yhteinen päätöksenteko ovat keskeisiä, perustuu luottamukseen, yksilöllisyyteen ja toistensa kunnioittamiseen. Hoitajan ammattitaidolla on keskeinen osa hoidollisen yhteistyösuhteen rakentamisessa. Hoidollinen yhteistyösuhde edellyttää molemmilta osapuolilta sitoutumista yhteistyöhön, joka voi kestää useita vuosia. Potilaslähtöinen hoitotyö tukee ja edistää potilaan tietoisuuden ja toimintamahdollisuuksien lisääntymistä hoidossa, yksilöllisyyden korostamista ja potilaan omien voimavarojen käyttöä jokapäiväisessä elämässä selviytymisessä. Potilaslähtöinen työskentelytapa on haaste hoitajan ammattitaidon kehittymisen kannalta. Psykiatrisessa hoitotyössä myös omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua hoitoprosessiin on tärkeä sekä heille itselleen että potilaalle. Omaiset voivat olla keskeinen voimavara ja tuki, mutta heidän omien tunteidensa työstämisen mahdollistuminen on myös merkityksellistä sekä heidän oman selviytymisensä kannalta että sairastuneen läheisen tukemisessa.

4. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata psykiatrisessa laitospäristössä toteutuvaa hoitotyötä ja tuottaa käsitejärjestelmä, joka kuvaa potilaslähtöistä psykiatrista hoitoa.

Tutkimusprosessi aloitettiin laajalla kysymyksellä: ”Mitä psykiatrinen hoitotyö on?” Tutkimustehtäviksi muodostuivat seuraavat: Roomalaisilla numeroilla viitataan alkuperäisjulkaisuihin.

1. Kuvata laitospäristössä toteutuvaa psykiatrista hoitotyötä
 - 1.1. Mikä on psykiatrisen hoitotyön ydin laitospäristössä? (I ja II)
 - 1.2. Mitä on psykiatrisen potilaan selviytyminen laitospäristössä? (I ja II)
 - 1.2.1. Mitä on psykiatrisen potilaan hoidon tarpeiden ja tavoitteiden määrittely hoitotyössä laitospäristössä? (V)
 - 1.2.2. Mitä ovat psykiatrisen potilaan selviytymistä tukevat auttamismenetelmät hoitotyössä laitospäristössä? (III)
 - 1.2.3. Mitä on psykiatrisen potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa laitospäristössä hänen itsensä kuvaamana? (IV)
2. Kehittää laitospäristössä toteutuvan psykiatrisen hoitotyön malli

5. Tutkimuksen metodologiset ratkaisut

5.1. Lähestymistavan kuvaus ja perustelut valinnalle

Tässä tutkimuksessa tutkimuskohdetta lähestytään induktiivisesti laadullisen grounded theory menetelmän avulla. Tutkimuskohde nähdään kokonaisuutena, jonka osia voidaan ymmärtää vain siinä yhteydessä, jossa ne ilmenevät. Tutkija tulee laadullisessa tutkimuksessa osaksi tutkimuskohdettaan voidakseen ymmärtää kokonaisuutta. (Lincoln & Cuba 1985, Annels 1996, Appleton & King 1997.) Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena on psykiatrinen hoitotyö laitostympäristössä. Siitä hankitaan tietoa havainnoimalla tutkimuskohdetta ja olemalla vuorovaikutuksessa esimerkiksi haastattelujen yhteydessä psykiatriassa hoitotyössä toimivien hoitajien ja potilaiden kanssa.

Psykiatrisen hoitotyön maailma muodostuu siellä toimivien ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta ja siihen liittyvistä merkityksistä, joita yksilöt, tässä tapauksessa hoitajat ja potilaat, antavat asioille ja tapahtumille sekä yhdessä muovaavat niitä. Vuorovaikutukseen liittyvät merkitykset ovat yhteydessä yksilöiden ja hoitoyhteisön arvoihin. Yksilöiden välistä vuorovaikutusta ja vuorovaikutuksen symboleja tutkittaessa käytetään laadullisia menetelmiä esimerkiksi grounded theory -metodia. Laadulliset menetelmät ovat joustavia ja herkkiä monille vastakkaisesti vaikuttaville tekijöille ja arvoille, joita tutkija väistämättä kohtaa tutkimuskohteessaan. (Lincoln & Cuba 1985, Annels 1996, Appleton & King 1997.) Psykiatrasta hoitotyötä tutkittaessa hoitajan arvot ja potilaan arvot voivat olla hyvinkin vastakkaisia. Tutkittavat merkitykset ja niiden kietoutuneisuus ilmenevät sanattomina tai sanallisina viesteinä ja symboleina, joita psykiatrisella hoitotyöllä, hoitotyön toiminnoilla ja hoitotyön kulttuuriin kuuluvilla ilmiöillä on. Suurin osa tutkijan ja tutkittavan välistä vuorovaikutusta tapahtuu sanallisten ja sanattomien viestien tasoilla. (Koskiahho 1990, Varto 1992, Vehviläinen-Julkunen & Janhonen 1992.) Tutkijan tehtävänä on muotoilla havaitsemansa merkitykset ja symbolit tutkimuksen kielelle, jolloin ne välittyvät myös muille.

Laadullinen hoitotyön tutkimus toteutuu tutkimuskohteen kanssa vuorovaikutuksessa. Tutkijalta edellytetään kykyä kuvata tiedonantajan todellisuuteen liittyviä merkityksiä ja symboleja sekä kykyä kuvata tutkimuskohteeseen liittyviä toimintatapoja sekä muuttaa implisiittisessä l. viitteellisessä muodossa olevaa tietoa selvästi ilmaistuun muotoon. Psy-

kiatrisen hoitotyön monimutkaisen todellisuuden tavoittaminen tutkimuksen keinoin ja hoitotyöhön liittyvien eri osallistujien antamien merkitysten kuvaaminen edellyttävät luottamuksellista yhteistyötä tutkimuskohteen kanssa ja psykiatrisen hoitotyön syvällistä ymmärtämistä. Ymmärtämisellä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan sen oivaltamista, miten psykiatrisessa hoitotyössä toimitaan, miksi jokin toimintatapa soveltuu psykiatriseen hoitotyöhön laitosympäristössä ja miten tällä toimintatavalla saavutetaan toivotut tavoitteet. (Erikson 1987 ja 1989, Morse ym 1990, Doering 1992, Hall & Allan 1994, Meleis & Trangenstein 1994, Morse & Field 1995.)

Tutkijan ja tiedonantajan välisen luottamuksen rakentaminen ja säilyttäminen on tärkeää, jotta laadullisen tutkimuksen kenttätöskentelyn vaihe voisi onnistua ja tuottaa luotettavaa tietoa. Luottamuksen rakentaminen on kehittyvä prosessi. Se on edellytyksenä sille, että tiedonantajat, hoitajat ja potilaat, voivat kertoa itselleen merkityksellisistä, jopa intiimeistä asioista, jotka kiinnostavat myös tutkijaa. Jotkut henkilöt voivat kokea huomattavasti vaikeampana kertoa itselle tärkeää ja intiimiä asiaa suoraan tutkijalle kuin vastata esimerkiksi kyselylomakkeen kysymyksiin. Luottamus on edellytyksenä myös sille, että tiedonantajat voivat suostua havainnoin kohteeksi psykiatrisessa hoitotyössä. Tämä tutkijan ja tiedonantajan välinen luottamuksellinen suhde sisältää useita eettisiä ja muita kriittisiä kysymyksiä, joihin ei ole olemassa selkeitä ja yksiselitteisiä ratkaisuja, vaan jotka joudutaan ratkaisemaan tilanteen mukaan. (Lincoln & Cuba 1985, Morse & Field 1995, Annels 1996, Appleton & King 1997.) Yksi keskeinen kriittinen kysymys psykiatrisen hoitotyön tutkimuksessa liittyy siihen, kuka päättää tiedonantajana olevan potilaan, joka on hoidossa tahdostaan riippumatta tai holhouksessa, suostumuksesta osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen valmisteluun kuuluu vaihe, jossa ratkaistaan periaatteet, joiden pohjalta esimerkiksi tietyn sairaalan potilaiden osallistuminen tutkimukseen on mahdollista. Viime kädessä suostumus on jokaisen yksilön oma ratkaisu. Psykiatrisella potilaalla oman ratkaisun tekeminen voi olla rajoitettua, esimerkiksi tahdosta riippumattoman hoidon, holhouksenalaisuuden tai psykoottisuuden takia. Voiko luottamuksellisen suhteen rakentaminen olla mahdollista tällaisista lähtökohdista ja voiko potilas suostua tiedonantajaksi täysin tietoisena siitä, mihin hän ryhtyy? Nämä ovat esimerkkejä kysymyksistä, jotka tulevat ratkaistaviksi kenttätöskentelyn vaiheessa, jolloin tutkija on osa tutkimuskohdetta. Kun tutkimuksen kohteena ovat psykiatriset potilaat, tutkijan tulee ymmärtää myös sairauden ilmenemistä ja luonnetta, jotta hän voi hyödyntää tarkoituksenmukaisesti tiedonantajiansa ilmaisemia näkemyksiä ja merkityksiä tutkimuksessaan.

5.2. Grounded theory -menetelmä psykiatrisen hoitotyön tutkimuksessa

Grounded theory -menetelmä on systemaattinen lähestymistapa laadullisen tutkimuksen aineiston keruuseen ja analyysiin (Glaser 1978, Stern 1985, Lincoln & Cuba 1985, Chentitz & Swanson 1986, Strauss & Corbin 1990). Tässä tutkimuksessa menetelmän tarkoituksena on tuottaa empiiriseen aineistoon perustuvaa teoriaa, jonka avulla voidaan ymmärtää ja selittää psykiatrisessa hoitotyössä ihmisten välisiä sosiaalisia prosesseja ja ilmiöitä (Strauss 1987). Pyrkimyksenä on tarkastella ihmisiä heidän omissa olosuhteissaan psykiatrisessa sairaalaympäristössä, heidän omin sanoin suullisesti kuvaamana ja tut-

kijan tiedonantajien todellisuudesta tekemien havainnointien perusteella. Menetelmän tarkoituksena on toimia hoitotieteellisen tiedon sisällön löytämisessä ja kuvaamisessa psykiatrisen hoitotyön käytännössä. (Sarvimäki 1988, Stern 1994, Chinn & Kramer 1995.)

Grounded theory -metodin juuret ovat sosiaalitieteissä, erityisesti symbolisen interaktionismin traditiossa (Strauss 1987) ja fenomenologiassa (Glaser 1978). Teoria antaa symbolisen käsitejärjestelmän empiirisen maailman ilmiöille. Teorian avulla voidaan jäsentää tietoa ja todellisuutta siten, että selitetään ja ymmärretään empiirisen maailman tapahtumia ja ilmiöitä. Grounded theory -metodia käyttävä tutkija pyrkii luomaan käsitteellisen rakennelman siitä todellisuudesta, jota tiedonantajat omalla kielellään hänelle kuvaavat. (Strauss 1987, Lincoln & Guba 1985, Leino-Kilpi 1990 b, Vehviläinen-Julkunen & Jänhonen 1992, Fawcett 1993, Stern 1994.) Symbolinen interaktionismi on teoriaa ihmisten välisistä sosiaalisista prosesseista. Lisäksi se on tutkimuksellinen lähestymistapa ihmisen käyttäytymisen ja ihmisryhmien elämän tutkimiseen. (Glaser 1978, Strauss 1987.)

Grounded theory -metodin ovat kehittäneet alunperin Strauss (1987) ja Glaser (1978). Menetelmän kehittäjät painottavat omista lähtökohdistaan käsin kahdenlaista lähestymistapaa. Straussin (1987) esittämän lähestymistavan mukaan painotetaan symbolista interaktionismia. Glaserin (1978) esittämän näkemyksen mukaan grounded theory -metodissa painotetaan fenomenologiaa. Sekä fenomenologia että symbolinen interaktionismi tutkivat ihmisen käyttäytymisen sisäisiä, kokemuksellisia puolia eli sitä, miten ihmiset itse tulkitsevat tapahtumia tai todellisuuttaan. Fenomenologisen menetelmän avulla voidaan kuvata arkipäivän elämää ja etsiä yleisiä rakenteita subjektiiviselle toiminnalle. Ulkopuolisen maailman nähdään välittyvän havainnoijalle aina hänen oman havaintorakenteensa mukaisesti. Tietoisuus on sidoksissa elämisaailmaan ja sen olosuhteisiin, niihin kokemuksiin, joita elämästä on, ja niihin arvoihin ja asenteisiin, joita ympäröivästä kulttuurista on omaksuttu. Näin käsitteet eivät ole abstrakteja, vaan ne ovat kietoutuneet yksilön havaintoihin ja kokemuksiin. (Stern 1985, Lincoln & Guba 1985, Chenitz & Swanson 1986, Koskiahho 1990, Stern 1994.)

Symbolisen interaktionismin mukaan (Strauss 1987, Strauss & Corbin 1990) ihmisten toiminnan perustana ovat asioiden merkitykset heille itselleen. Tällaisia merkityksiä voi olla esineillä, kohteilla, muilla ihmisillä, instituutioilla, toiminnalla muiden ihmisten kanssa ja näiden kaikkien erilaisilla yhdistelmillä. Merkitykset syntyvät siinä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, jota ihmisillä on toistensa kanssa, ja nämä merkitykset muovautuvat yksilöllisen tulkintaprosessin käsittelyssä. Käsitteet itsestään on symbolisen interaktionismin ydin. Se vaikuttaa merkityksiin ja itseohjautuvaan käyttäytymiseen. Kielellä on keskeinen tehtävä. Sosialisointi ja kielen välityksellä tapahtuu merkittävä osa esineisiin, asioihin ja ihmisiin liittyvästä merkitysten oppimisesta. (Schatzman & Strauss 1973, Chenitz & Swanson 1986, Strauss & Corbin 1990, Kools et al. 1996.)

Symbolisen interaktionismin avulla voidaan ihmisen toimintaa tarkastella kahdella tasolla: 1) käyttäytymis- ja vuorovaikutustasolla ja 2) symbolisella tasolla. Toiminnan taso esimerkiksi psykiatrisessa hoitotyössä tarkoittaa yksilön toimintaa hoidossaan ja osallistumista oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Symbolinen taso taas tarkoittaa yksilön antamia merkityksiä esimerkiksi omahoitajasuhteelle tai eri hoitomenetelmille. Symbolisen interaktionismin näkökulma edellyttää tutkijalta ihmisen toiminnan ymmärtämistä ja perehtyneisyyttä vuorovaikutukseen. Tutkijan tulee selittää ja ymmärtää tutkittavien toimintaa siten, kuin nämä itse sen ymmärtävät, oppia tuntemaan heidän tulkintansa vuorovaikutuksessa ja jakaa heidän päätelmänsä. Tutkijan tehtävänä on tuottaa

havaintojensa pohjalta tieteellistä tietoa - teoriaa. (Stern 1985, Chenitz & Swanson 1986, Strauss & Corbin 1990, Fawcett 1993, Stern 1994, Chinn & Kramer 1995, Irurita 1996.) Tässä tutkimuksessa on grounded theory -metodia käytetty Straussin ja Corbinin (1990) esittämän mallin mukaisesti. Straussin ja Corbinin (1990) mallissa metodi on sovellettu hoidotyön ilmiöön. Malli osoittaa selkeästi analyysin etenemisen.

Grounded theory -menetelmä on erityisen käyttökelpoinen, kun monimutkaisissa tilanteissa halutaan käsitteellistää toimintaa tai ymmärtää ratkaisemattomia tai kehittyviä sosiaalisia prosesseja tai uusien ideologioiden vaikutusta (Lincoln & Cuba 1985, Strauss & Corbin 1990, Irurita 1996). Tämä lähestymistapa on käyttökelpoinen psykiatrisen hoidotyön tutkimuksessa, koska 1) vuorovaikutus on yksi niistä tekijöistä, jonka avulla potilaan terveysongelmaa hoidetaan, 2) hoitoprosessi sisältää yleensä nopeita vaiheita ja muutoksia ja 3) hoitosysteemissä ne uudet ideologiat ja suuntaukset, jotka vaikuttavat hoitoon, johtavat usein uusiin tai muuttuneisiin hoitokäytäntöihin. Muutoksen vaikutusta voidaan selittää ja ymmärtää esimerkiksi hoitosysteemin, yhteiskunnan tai potilaan merkityksinä. Tässä tutkimuksessa kuvataan ja selitetään hoitajien ja potilaiden merkityksiä. Merkitykset tässä yhteydessä tarkoittavat hoitajien ja potilaiden tulkintaa psykiatriseen hoidotyöhön liittyvistä säännöistä, käsityksistä ja käyttäytymistavoista. Grounded theory -lähestymistavan avulla on mahdollista luoda uusia näkökulmia myös tuttuihin ilmiöihin ja asioihin, koska siinä muutetaan implisiittistä eli viitteellistä tietoa eksplisiittiseksi eli selvästi ilmaistuksi. (Chenitz & Swanson 1986, Strauss & Corbin 1990, Morse & Field 1995.) Useissa suomalaisissa hoitotieteen väitöskirjatutkimuksissa on käytetty tätä lähestymistapaa (mm. Leino-Kilpi 1990 a, Liukkonen 1990, Vehviläinen-Julkunen 1990, Janhonen 1992). Tässä tutkimuksessa Grounded theory -menetelmän avulla tuotettiin empiiriseen aineistoon perustuen psykiatrista hoidotyötä kuvaava käsitejärjestelmä.

5.3. Eettiset kysymykset

Tämän tutkimuksen tekemiseen liittyvissä eettisissä ratkaisuissa noudatettiin Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan eettisen toimikunnan (2.11.1993) päätöstä ja erillisiä ohjeita, Oulun yliopistosairaalan psykiatrian klinikan tutkimustoimikunnan antamia määräyksiä (10.11.1993), mielenterveyslain ja -asetuksen (1990) sekä henkilörekisterilain (1987) mukaisia säädöksiä. Kaikkien haastattelujen, nauhoitusten ja videointien lähtökohdana oli osallistujien vapaaehtoisuus ja suostumus. Psykiatristen potilaiden osalta vapaaehtoisuus edellytti, että potilas oli ajan ja paikan mukaan orientoitunut, kykeni kommunikoidaan ja oli tietoinen tutkimuksen tarkoituksesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Lisäksi edellytettiin holhoojan kirjallista suostumusta, mikäli potilas oli holhouksen alainen. Tutkijalta edellytettiin kirjallista vaitiololupausta sekä lupausta noudattaa sairaaloiden yleisiä kehittämis- ja tutkimusohjeita. Kirjallisesti sovittiin, että videotallenteita on lupa katsoa vain tutkijalla ja kyseisissä tilanteissa mukana olleilla. Videotallenteiden säilytys analyysin päätyttyä tapahtuu yliopistosairaalan psykiatrian klinikassa ja ne tallenteet, joissa esiintyy potilaita ja heidän omaisiaan, luovutetaan heille.

Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät tutkimukseen osallistujien intimitettiin säilymiseen, osallistumisen vapaaehtoisuuteen ja tutkimukseen osallistuvien tietoisuuteen tutkimuksen tarkoituksesta. (Benoliel 1988, Capron 1991, Feinleib 1991, Scheinin 1991,

Blacburn 1994, User & Holmes 1997). Yksilön itsemääräämisoikeus tarkoittaa sitä, että hänellä on oikeus päättää itseään koskevista asioista. Jotta potilas voisi tehdä päätöksiä ja käyttää itsemääräämisoikeutta, hän tarvitsee tietoa sellaisessa muodossa, että hän voi sen ymmärtää. Kuitenkin joillakin henkilöillä itsemääräämisoikeus on rajoitettu. Tällaisia henkilöitä ovat esimerkiksi pitkään laitoksissa olleet potilaat tai henkilöt, joiden fyysinen tai psyykinen tila aiheuttaa itsemääräämisoikeuden rajoituksia. (Davis & Aroskar 1985, Bandman & Bandman 1995.) Erityisesti tutkimukseen osallistuvien yksilöiden itsemääräämisoikeutta on haluttu turvata kansainvälisillä ja kansallisilla säädöksillä ja ohjeilla sekä eri ammattiryhmien jäsenilleen antamalla ohjeilla. Esimerkkinä tällaisista säännöistä on Euroopan komission ohje (Council of Europe 1984) yksilön tietosuojasta tieteellisissä tutkimuksissa tai kansainvälisen sairaanhoitajaliiton suositukset (International Council of Nurses 1995) hoitotyön tutkimuksen eettisiksi ohjeiksi. Yksilön vapaaehtoinen osallistuminen tutkimukseen perustuu näkemykseen yksilön itsemääräämisoikeudesta.

Psykiatrisen hoitotyön tutkimuksessa keskeinen kysymys on, mitä potilaan itsemääräämisoikeus on silloin, kun potilas on hoidossa tahdostaan riippumatta psykiatrisen sairaalan suljetulla osastolla tai holhouksessa, mitä yleensä psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus ja vapaaehtoisuus ovat sairaalaympäristössä. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa näitä kysymyksiä selvitettäessä kävi ilmi, että potilaan vapaaehtoisen suostumuksen kannalta tärkeä tieto oli se, että tutkimus ei kuulu potilaan hoitoon. (osajulkaisu I.)

5.4. Tutkimusaineisto ja aineiston analyysi

Tutkimusaineistot tutkimustehtävittäin tutkimuksen eri vaiheissa on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Aineiston keruu, analyysi ja raportointi tutkimuksen eri vaiheissa.

Tutkimusprosessi	Vaihe 1 1993-1996	Vaihe 2 1996-1997	Vaihe 3 1997	Vaihe 4 1997	Vaihe 5 1997-1998
Tutkimustehtävä	Psykiatrisen hoitotyön ydin	Psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmät	Psykiatrisen potilaan osallistuminen	Psykiatrisen hoitotyön suunnittelu	Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli
Aineiston keruumenetelmät	Videointi N = 10, haastattelu N = 52	Haastattelu videointi N = 10	Haastattelu videointi N = 10	Videointi haastattelu N = 29	
Aineisto	Hoitajien, potilaiden ja opiskelijoiden haastatteluaineistot, videoidut hoitovideoidut hoitotilanteet	Hoitajien ja potilaiden haastatteluaineistot, videoidut hoitotilanteet	Potilaiden haastatteluaineistot, videoidut hoitotilanteet	Hoitajien haastatteluaineistot, videoidut hoitotilanteet	Haastatteluaineistot, videoidut hoitotilanteet, aiempi tutkimus
Analyysimenetelmät	Jatkuvan vertailun analyysi	Deduktiivinen sisällönanalyysi	Deduktiivinen sisällönanalyysi	Deduktiivinen sisällönanalyysi	Synteesi
Raportointi	Osajulkaisut I, II, väitöskirjan yhteenvedo-osa	Osajulkaisu III, väitöskirjan yhteenvedo-osa	Osajulkaisu IV, väitöskirjan yhteenvedo-osa	Osajulkaisu V, väitöskirjan yhteenvedo-osa	Väitöskirjan yhteenvedo-osa

5.4.1. Aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto on kerätty haastattelemalla hoitajia, potilaita ja hoitotyön opiskelijoita sekä havainnoimalla psykiatrisen hoitotyön käytännön tilanteita sairaalaympäristössä (taulukko 2). Aineiston keruussa on käytetty henkilö- ja menetelmätriangulaatiota (Begley 1996 a). Henkilötriangulaation tarkoituksena oli varmistaa yhdeltä lähteeltä saadun tiedon paikkansapitävyyttä muilta lähteiltä kerätyllä tiedolla (Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994, Begley 1996 a ja b). Menetelmätriangulaatiota tässä tutkimuksessa käytettiin keräämällä aineistoa kahdella menetelmällä, videoimalla ja haastattelemalla.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa otos valitaan tutkimuksen tarkoituksen mukaan. Tutkija määrittelee osallistujien ominaisuudet ja heidän paikkansa sosiaalisessa ympäristössä. Siksi tutkimuksen otos määräytyy siitä saatavan tiedon perusteella. (Lincoln & Cuba 1985, Chenitz & Swanson 1986, Strauss & Corbin 1990.) Tämän tutkimuksen otos määräytyi ns. teoreettisen otannan mukaan, joka tarkoittaa sitä, ettei otosta määritellä aineiston keruun alkaessa, vaan se muotoutuu aineiston keruun ja samanaikaisesti alkavan aineiston analyysin aikana ilmenevän saturaation eli kyllästeisyyden perusteella (Strauss 1987, Strauss & Corbin 1990, Janhonen & Vehviläinen-Julkuinen 1992, Janhonen & Nikkonen 1994, Pyörälä 1994). Teoreettisella otannalla toteutuvan aineiston keruun ja samanaikaisesti tapahtuvan aineiston analyysin välisen vuorovaikutuksen tuloksena muodostuvat käsitteet ja niiden väliset suhteet täydentyvät ja täsmentyvät koko prosessin ajan. Aineistossa ilmenevän vaihtelun, prosessin ja tiivyyden havaitseminen mahdollistuu teoreettisen otannan ansioista. Teoreettinen otanta on joustava niin, että tutkimuskentässä voidaan tavoitella sellaisiakin ilmiöitä, joiden ilmenemistä ei ole etukäteen osattu suunnitella. Voidaan myös lisätä uusi näkökulma tutkimusalueen tarkasteluun. (Strauss & Corbin 1990, Silverman 1993, Morse 1994, Pyörälä 1994.) Tässä tutkimuksessa aineistoa kerättiin havainnoimalla psykiatrisen hoitotyön käytännön tilanteita (N = 10) ja haastattelemalla havainnointien jälkeen psykiatrisia hoitajia (n = 29), hoitotyön opiskelijoita (n = 7) ja potilaita (n = 16). Aineistoa kerättiin kahdesta psykiatrisesta yksiköstä, joista toinen oli Oulun yliopistosairaalan klinikka ja toinen Oulun mielenterveyskeskuksen yksikkö. Osastoista neljä kuului yliopistosairaalaan ja yksi mielenterveyskeskuksen. Avohoidon yksiköitä oli yksi kummastakin. Tiedonantajien valinnassa keskeisenä kriteerinä olivat tiedonantajien yhteys ja liittyminen psykiatriseen hoitotyöhön ja sen käytännön toteutukseen. (Taulukko 3.) Koko aineisto kerättiin marraskuun 1993 ja syyskuun 1994 välisenä aikana.

Osallistuva havainnointi voidaan määrittellä menetelmäksi, jossa tutkija pyrkii hahmotamaan tutkittavaa yhteisöä sisältäpäin, tutkittavien näkökulmasta käsin. Menetelmä perustuu tutkijan ja tutkittavien väliseen intensiiviseen vuorovaikutukseen tutkittavien omassa ympäristössä, joka tässä tutkimuksessa oli psykiatrinen sairaalaympäristö. Oleellista vuorovaikutuksessa on, että se tapahtuu kohteiden ehdoilla, niin, että tutkija vaikuttaa tapahtumien kulkuun mahdollisimman vähän. (Spradley 1980, Alasuutari 1989, Bottorff 1994, Honkasalo 1994, Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994, Stern 1994.) Kuitenkin kerätesään aineistoa esimerkiksi psykiatrisen sairaalan suljetulla osastolla tutkija osallistuu yhteisön elämään aina jollakin tapaa.

Aineiston keruu eri yksiköissä alkoi hoitotilanteen videoinnilla. Tällaisia tilanteita olivat esimerkiksi osaston raportit tai hoidon suunnittelutilanteet, joissa mukana saattoi olla hoitohenkilökunnan lisäksi potilas ja hänen omaisiaan. Videoimalla erilaisia hoitotilan-

teita tutkijalla oli mahdollisuus päästä sisälle kullakin osastolla ajankohtaisiin ja keskeisiin asioihin. Ensin tutkija analysoi videon ja teki siitä muistiinpanot, minkä jälkeen hän haastatteli videoinnissa mukana olleita hoitajia ja potilaita. Videoinneista ilmenneet asiat toimivat haastattelujen lähtökohtana. Koko aineiston keruun ajan videoinnit ja haastattelut vuorottelivat. Potilaita pyrittiin haastattelemaan, kun se oli mahdollista, vaikka he eivät olleet esimerkiksi videoidussa raporttitilanteessa mukana. Näin meneteltiin siksi, että useiden potilaiden oli vaikeaa osallistua tilanteisiin, joita videoitiin. Monet eivät voineet luottaa siihen, että videonauhoja ei esitetä julkisesti. Kaikki osaston potilaat olivat tietoisia videoinneista ja hyväksyivät ne, vaikka eivät itse kokeneet voivansa osallistua. Esimerkiksi osaston hoitotyön tiedotustilanteen videoinnin jälkeen haastateltiin niitä potilaita, jotka suostuivat haastatteluun. Haastattelutilanteet olivat vapaamuotoisia keskusteluja, joissa tiedonantajilta kysyttiin heidän käsityksiään videoinnissa keskustellusta asiasta samoin kuin heidän näille asioille antamia tulkintoja. Niille potilaille, jotka eivät olleet läsnä videoidussa tilanteessa, mutta halusivat osallistua haastatteluun, kerrottiin videoidussa tilanteessa käsiteltyjä asioita, jotka liittyivät heidän hoitoonsa. Haastattelut nauhoitettiin ja sen jälkeen aukikirjoitettiin. Tutkija aukikirjoitti videonauhat aineiston analyysin toisessa vaiheessa. Aukikirjoitettujen haastattelujen ja videonauhoitusten sivuja kertyi yhteensä 520. Taulukkoon 3 on koottu tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja, jotka perustuvat haastateltavien omiin kertomuksiin tai ovat tulleet esille videonauhoituksen yhteydessä. Tutkimukseen osallistuneista valtaosa oli naisia ja potilaista suurin osa sairasti skitsofreniaa.

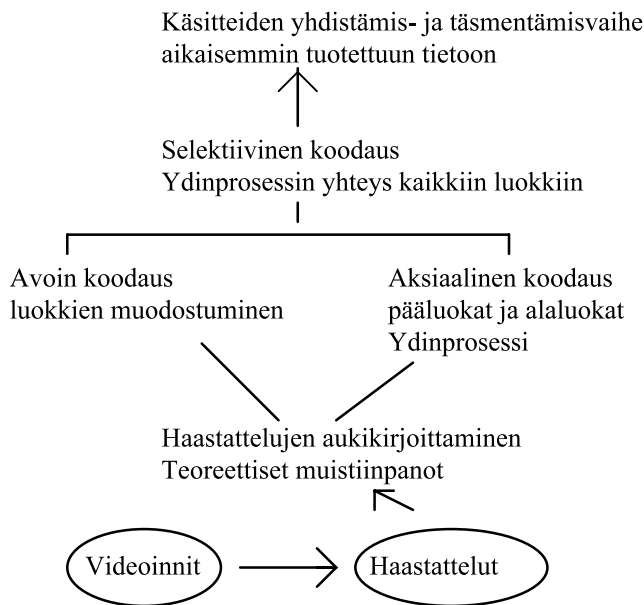
Taulukko 3. Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja.

	Hoitajat	Potilaat	Opiskelijat	Yhteensä
Sukupuoli				
nainen	17	10	5	32
mies	12	6	2	20
Koulutus				
esh/sh	13			
msh/mth	13			
aoh/oh	3			
Diagnoosi				
skitsofrenia		12		
vakava mielialahäiriö		3		
muu psykoosi		1		
Sairauden kesto				
muutamista viikoista - kuukausiin		2		
alle 5 vuotta		3		
5 - 10 vuotta		2		
11 - 20 vuotta		2		
yli 20 vuotta		7		

5.4.2. Aineiston analyysi

5.4.2.1. Jatkuvan vertailun analyysi

Aineiston keruu ja analyysi kulkivat limittäin (Morse 1994, Sandelowski 1995) tässä tutkimuksessa, koska teoreettista otantaa käytettäessä aineiston analyysi alkoi jo aineiston keruun aikana. Aineiston analyysi alkoi nauhojen aukikirjoittamisella, jolloin tutkijalla oli mahdollisuus kokonaisuuden hahmottamiseen ja tosiasioiden ja avainaiheiden tunnistamiseen. Aluksi tutkija luki aukikirjoitettua aineistoaan ja merkitsi aineistoa koskevia huomioitaan muistiin. Nämä muistiinpanot ja teoreettiset havainnot johtivat eteenpäin aineiston analyysin seuraavassa vaiheessa ja auttoivat esimerkiksi luokkien muodostamisessa.



Kuvio 1. Aineiston analyysin eteneminen grounded theory -menetelmän mukaan

Aineiston analyysi grounded theory -menetelmässä koostuu kolmesta laajasta vaiheesta, joita kutsutaan avoimeksi koodaukseksi, aksiaaliseksi koodaukseksi ja selektiiviseksi koodaukseksi (kuviot 1) (Strauss 1987, Strauss & Corbin 1990). Menetelmää kutsutaan jatkuvan vertailun menetelmäksi, koska siinä verrataan eri koodauksen vaiheissa muodostuneita koodeja ja kategorioita ja niiden ominaisuuksia koko ajan toisiinsa sekä etsitään samanaikaisuutta, yhtäläisyyksiä ja eroavuuksia. (Strauss 1987, Strauss & Corbin 1990.) Haastatteluaineisto, 461 sivua, analysoitiin jatkuvan vertailun menetelmällä. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa, jota kutsutaan avoimeksi koodaukseksi, aineistosta muodostettiin substantiivisia koodeja, jotka ovat aineiston käsitteellistämisen ensimmäinen vaihe.

Tästä aineistosta muodostetut substantiiviset koodit kuvasivat psykiatrisen potilaan hoidon tarpeita, tavoitteita ja hoitotyön auttamismenetelmiä, jotka muodostavat pääluokat (pääkategoriat). Pääluokille taas tunnistettiin ja nimettiin alaluokat (alakategoriat). (Liitteet 2 - 4) Koko aineiston analysointiprosessin eri vaiheiden ajan tutkija esitti aineistolle kysymyksiä, kuten mitä tässä tapahtuu, kuka toimii, mitä tämä kuvaa, mitä tästä seuraa ja pyrki löytämään aineistosta vastauksia kysymyksiinsä.

Aksiaalinen koodaus oli aineiston analyysin seuraava vaihe. Siinä tutkija pyrki löytämään edellisessä koodauksessa muodostuneiden käsitteiden, luokkien ja alaluokkien välisiä ominaisuuksia, yhteyksiä, samanaikaisuutta, rajoituksia, ehtoja ja seurauksia sekä määrittelemään niiden välisiä suhteita. (Strauss & Corbin 1990.) (Liite 5) Tässä tutkimuksessa aksiaalisessa koodauksessa voitiin tunnistaa ja määritellä erilaisia psykiatrisen hoitotyön tyyppisiä, jotka nimettiin varmistavaksi, kasvattavaksi ja yhteistoiminnalliseksi psykiatrisen hoitotyön tyypeiksi.

Selektiivinen koodaus oli analyysin viimeinen vaihe. Selektiivisessä koodauksessa löydettiin ydinkategoria, johon kaikki luokat ovat yhteydessä. Ydinkategoria kokoaa yhteen ilmiötä koskevat keskeiset ajatukset. Tämän aineiston ydinkategoriaksi muodostui psykiatrisen potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä. Grounded theory -menetelmää käytettäessä keskeinen tavoite on ydinkategorian löytäminen, jonka jälkeen aineistosta voidaan muodostaa hypoteettinen malli. Tässä vaiheessa voidaan myös siirtyä tuotetun käsitteellisen rakenteen tarkasteluun deduktiivisesti jonkin aikaisemmin tuotetun teorian avulla. (Strauss & Corbin 1990, Iruirita 1996.) Aineiston analyysi alkoi ensimmäisten videointien ja haastattelujen jälkeen marraskuussa 1993 ja päättyi kesäkuussa 1995. Tämän analyysin tulokset, jotka perustuvat haastatteluaineistoon, on julkaistu lisensiaattitutkimuksessa (Latvala 1996).

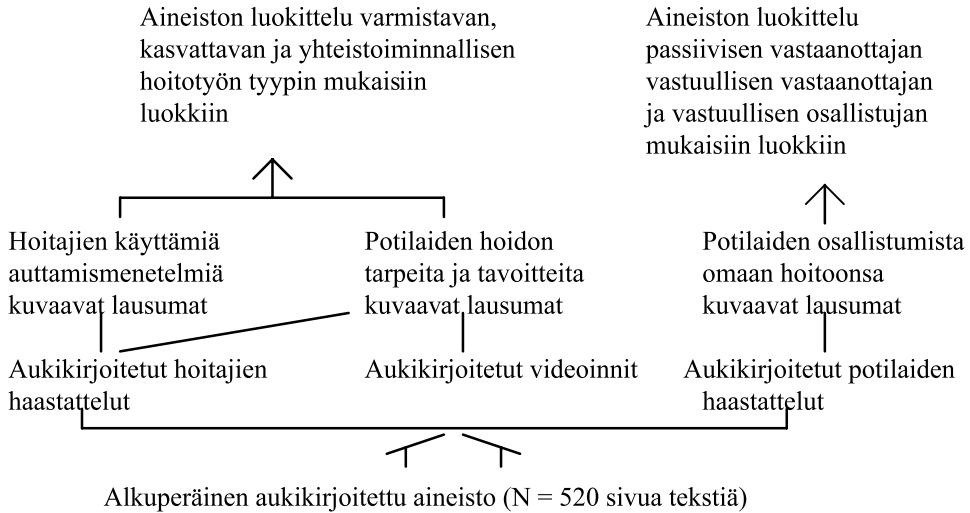
Aineiston analyysia jatkettiin vielä (Stern 1980 ja 1985, Strauss & Corbin 1990, Walker & Avant 1992, Iruirita 1996) täsmentämällä ja yhdistämällä käsitteitä. Tässä vaiheessa yhdistettiin ja rajattiin esiin tulleita kategorioiden ja alakategorioiden sekä liitettiin tulokset aikaisempaan tietoon. Aineisto koodattiin vielä teoreettisten huomioiden mukaan. Aineistoa koodatessa tehtiin tulkintoja, jotka sitten helpottivat tulosten järjestelmällistä esittämistä ja mallin muodostamista.

5.4.2.2. *Deduktiivinen sisällönanalyysi*

Deduktiivisen kvantitatiivisen sisällönanalyysin avulla todennettiin havaintojen yleisyys tutkimusaineistossa. Silverman (1993) korostaa, että kvalitatiivisia menetelmiä käytettäessä tutkijan tulisi pyrkiä jollakin menetelmällä osoittamaan havaintojensa yleisyys aineistossaan. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko induktiivisesti, jolloin luokitusrunko muodostetaan aineistosta käsin, tai deduktiivisesti, jolloin luokittelu tapahtuu aikaisempaan teoriaan tai tutkimukseen pohjautuvaa luokitusrunkoa käyttäen. (Lindkvist 1981, Brink & Wood 1989, Kovach 1991, Dey 1993, Manning & Cullum-Swan 1994, Morse & Field 1995, Burnard 1991, 1996.)

Deduktiivisen sisällönanalyysin avulla osoitettiin grounded theory -menetelmällä (Latvala 1996) muodostetun käsitejärjestelmän esiintyminen aineistossa. Hoitajien ja potilaiden haastatteluaineisto luokiteltiin sisällönanalyysin menetelmällä käyttäen luokitusrun-

kona aikaisemmin muodostettuja psykiatrisen hoitotyön tyyppejä: yhteistoiminnallinen, kasvattava ja varmistava hoitotyö sekä potilaan osallistumisesta omaan hoitoonsa kuvaavia luokkia. Tutkimuksen neljännessä vaiheessa aukikirjoitettiin myös videonauhoitetusta aineistosta kuusi havainnoitua tilannetta, jotka luokiteltiin psykiatrisen hoitotyön tyyppien mukaan sisällönanalyysillä. (kuvio 2)



Kuvio 2. Deduktiivisen sisällönanalyysin eteneminen

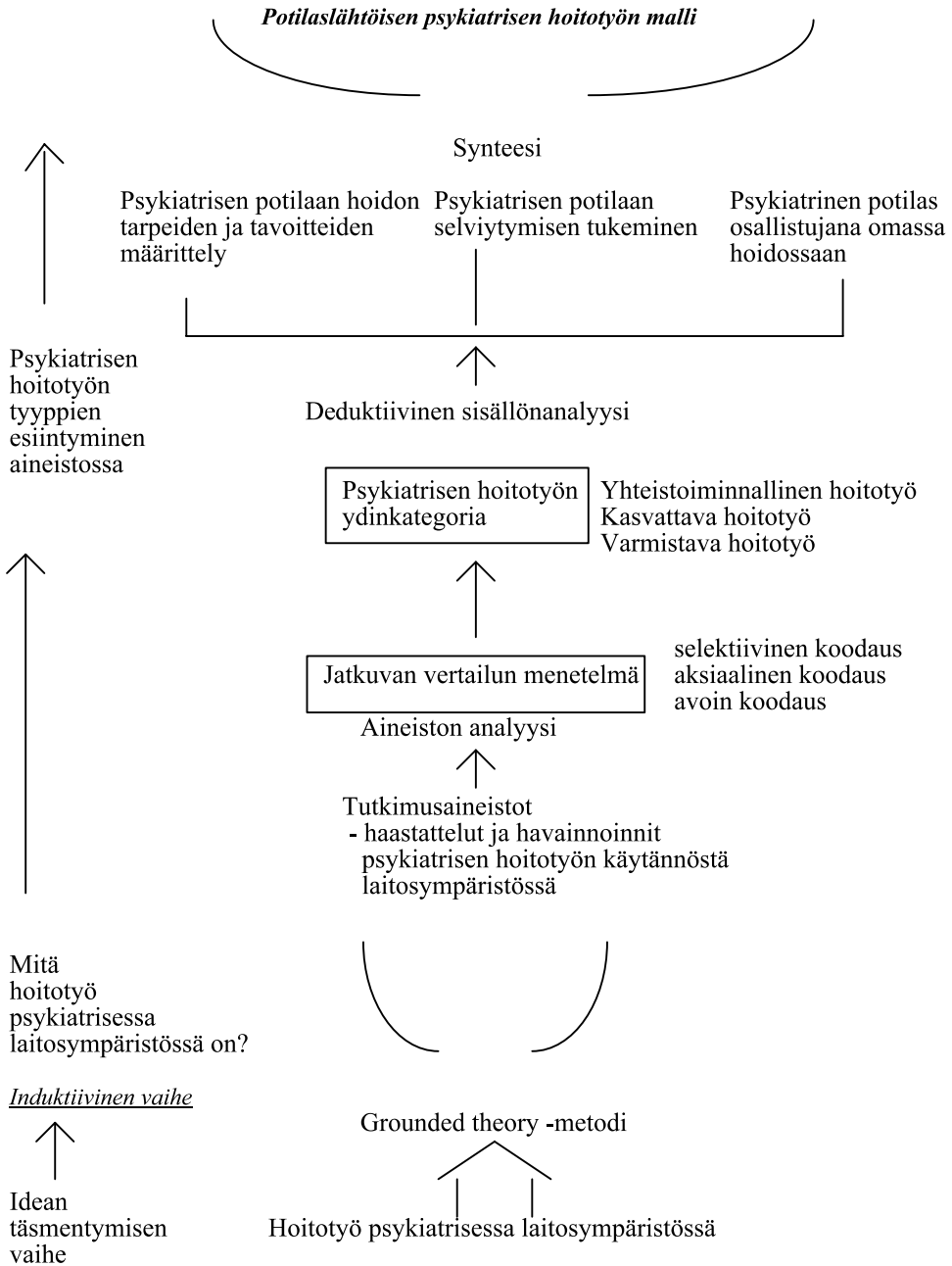
Luokitteluyksiköksi valittiin yksi lausuma, joka voi olla sana, lause tai lauseen osa. Aineisto ryhmiteltiin hoitajien ja potilaiden haastatteluaineistosta auttamismenetelmiä kuvaaviin lausumiin ($n = 365$), potilaiden haastatteluaineistosta potilaan osallistumista omaan hoitoonsa kuvaaviin lausumiin ($n = 173$) ja aukikirjoitetusta videomateriaalista ja hoitajien haastatteluaineistosta hoitotyön suunnittelua ja hoitotyön tarvetta kuvaaviin lausumiin ($n = 640$). Lausumia kertyi kaikkiaan $N = 1178$. Seuraavaksi lausumat luokiteltiin auttamismenetelmien, hoitotyön suunnittelun ja hoitotyön tarpeiden osalta yhteistoiminnallista, kasvattavaa ja varmistavaa psykiatrista hoitotyötä kuvaaviin luokkiin.

Psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmiä koskeva deduktiivinen sisällönanalyysi (Lindkvist 1981, Morse & Field 1995, Brink & Wood 1989, Dey 1993, Burnard 1996) toteutettiin ensimmäisen kerran lokakuussa 1996 ja toisen kerran joulukuussa 1996. Molemmilla kerroilla tutkija luokitteli aineiston itse. Luokittelujen yksimielisyysprosentti, joka ilmaisee luokittelun reliabiliteettia, oli $97 (354/354 \pm 11 = 97\%)$. Potilaan osallistumista omaan hoitoonsa kuvaavista lausumista muodostettiin luokat vastuullinen osallistuja, vastuullinen vastaanottaja ja passiivinen vastaanottaja ensimmäisen kerran joulukuussa 1996 ja toisen kerran maaliskuussa 1997. Tässä luokittelussa yksimielisyysprosentti oli $96 (166/166 \pm 7 = 96\%)$. Analyysin viimeisessä vaiheessa aineisto, joka käsitteli hoidon tarpeiden määrittelyä ja hoidon suunnittelua koostui kuudesta videoidusta havainnointitilanteesta ja hoitajien haastatteluista, luokiteltiin ensimmäisen kerran

toukokuussa 1997 ja uudelleen heinäkuussa 1997. Luokittelun yksimielisyysprosentti oli tämän aineiston osalta 98 ($627/627 \pm 13 = 98\%$). Luokittelun jälkeen aineistosta voitiin kuvata eri luokkien välisiä eroja frekvensseinä ja prosentteina.

Yhteenvetokuviossa 3. on kuvattu tämän tutkimuksen vaiheet ja tutkimuksen kulku.

Ideaalimallin muodostaminen



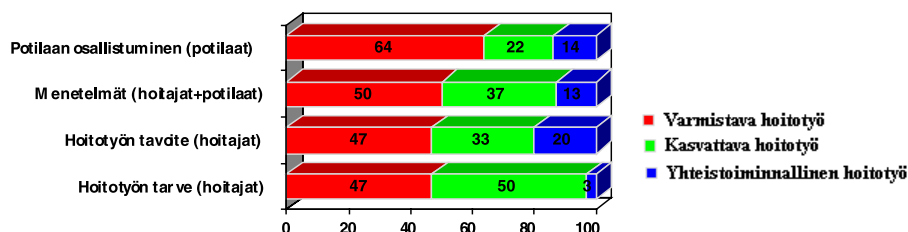
Kuvio 3. Tutkimuksen vaiheet.

6. Tulokset

6.1. Tulosten esittäminen ja keskeiset tulokset

Tulokset esitetään tutkimuskysymyksittäin, niin että ensimmäisenä kuvataan sairaalaympäristössä toteutuvan psykiatrisen hoitotyön ydinkategoria; potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä. Potilaan selviytyminen on yhteydessä siihen, miten potilaan hoidon tarve määritellään, miten tavoitteet asetetaan ja millaisia selviytymistä tukevia auttamismenetelmiä käytetään. Psykiatrisesta hoitotyöstä voitiin tunnistaa kolme erilaista hoitotyön tyyppiä, jotka nimettiin varmistavaksi, kasvattavaksi ja yhteistoiminnalliseksi psykiatriseksi hoitotyöksi. Seuraavaksi kuvataan eri hoitotyön tyyppien mukaan hoidon tarpeen määrittely ja suunnittelu, selviytymistä tukevat auttamismenetelmät sekä potilaan osallistuminen hoitoonsa. Lopuksi kuvataan tulosten pohjalta tuotettu laitosympäristössä toteutuva potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli. Tässä mallilla tarkoitetaan esiteoriaa, joka on tarkoitettu testattavaksi.

Hoitajien ja potilaiden kuvaamista lausumista 50 % edusti varmistavan tyyppin mukaista hoitotyötä, 37 % kasvattavaa hoitotyötä ja 13 % yhteistoiminnallista hoitotyötä (kuvio 4.)



Kuvio 4. Hoitajien ja potilaiden lausumien lukumäärät eri hoitotyön tyyppien mukaan.

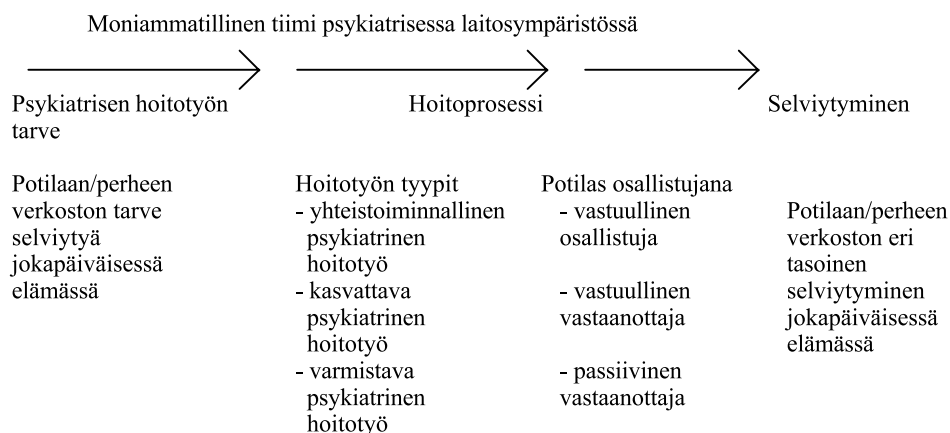
6.2. Psykiatrinen hoitotyö laitosympäristössä

Psykiatrisen hoitotyön ydinkategoriaksi muodostui tässä laitosympäristössä kerätystä aineistosta potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä. (Kuvio 3.) Selviytymiseen vaikuttavat potilaan oma kyvykkyys selviytyä, hoitotyön tarve ja tavoite sekä selviytymistä tukevat auttamismenetelmät. Hoitajat määrittivät hoitotyön tarpeen yksin autoritaarisesti, asiantuntijoiden kesken ideaalimallin mukaisesti tai yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa potilaan voimavarat huomioon ottaen. Hoitotyön tavoitteen mää-

rittely oli yhteydessä tarpeen määrittelyyn siten, että jos tarve määriteltiin autoritaarisesti, myös tavoite määräytyi autoritaarisesti ylhäältä päin eikä siinä ilmaistu tavoitteena olevaa muutosta potilaan tilassa. Kun hoitotyön tarve määräytyi ideaalimallin mukaisesti, niin hoitotyössä pyrittiin ideaalimallin mukaiseen tavoitteeseen huomioimatta potilaan näkemystä tai voimavaroja. Kun hoitotyön tavoite määriteltiin potilaan lähtökohdista käsin, määrittely tapahtui yhteistyössä asiantuntijoiden ja potilaan kanssa, jolloin potilas oli vastuullinen osallistuja ja pyrki tavoitteeseen, joka oli hänelle mahdollista saavuttaa ja oli hänen näkökulmastaan mielekäs.

Silloin, kun hoitotyön tarpeen ja tavoitteen määrittelyssä muutoksen mahdollisuudet nähtiin vähäisiksi, käytetyt auttamismenetelmät olivat autoritaarisia tai kontrolloivia. Potilas oli passiivinen ja hänellä oli vähän mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa. Hoitajat käyttivät toiminnassaan ideaalimallin mukaisia auttamismenetelmiä, joiden avulla potilaan ulkoinen käyttäytyminen saattoi muuttua, mutta potilas oli omassa hoidossaan vastuullinen vastaanottaja, ei osallistuja. Hänen keskeinen tehtävänsä oli oppia toimimaan mallin mukaan; esimerkiksi hänelle laadittiin viikko-ohjelma, jota hän toteutti. Olennaista oli oppia elämään normaalilta vaikuttavaa elämää, vaikka siihen ei ehkä sisältynytkään potilaan omasta tilanteesta käsin lähteviä tavoitteita. Hoitajien ja potilaiden yhteistyönä suunnitellut auttamismenetelmät merkitsivät joustavia ja yksilöllisiä ratkaisuja, joissa potilas oli vastuullinen osallistuja ja menetelmät valittiin yhdessä muodostuneen näkemyksen mukaisesti, niin että ne olivat potilaan kannalta mielekkäitä.

Kuviossa 5 on Straussin ja Corbinin (1990) esittämän ja tässä tutkimuksessa käytetyn grounded theory -menetelmän mukaisesti tuotettu psykiatrista hoitotyötä laitossympärisessä kuvaava käsitejärjestelmä. Tämän aineiston mukaan tuloksena hoitoprosessista, jossa hoidon tarve ja tavoite määriteltiin eri tasoisesti ja selviytymistä tukevat auttamismenetelmät olivat keskenään eri tasoisia sekä potilaan mahdollisuudet osallistua olivat erilaiset, myös selviytyminen oli eri tasoista. Psykiatrinen hoitotyö toteutui varmistavan, kasvattavan tai yhteistoiminnallisen tyyppin mukaisesti. Varmistavassa hoitotyössä potilas oli passiivinen vastaanottaja, kasvattavassa hoitotyössä vastuullinen vastaanottaja ja yhteistoiminnallisessa hoitotyössä vastuullinen osallistuja. Potilaslähtöinen hoito toteutui yhteistoiminnallisessa hoitotyössä.



Kuvio 5. Psykiatrisen hoitotyö laitospäristössä.

Varmistavassa psykiatrisessa hoitotyössä sairaus nähtiin vaikeana ja toivottomana ja potilaan selviytymisen ja muutoksen resurssit vähäisinä. Usein sairautta pidettiin perinnöllisten ja biologisten tekijöiden seurauksena. Potilas oli osallistujana passiivinen vastaanottaja. Kasvattavassa psykiatrisessa hoitotyössä moniammatillinen asiantuntijatiimi arvioi ideaalimallin mukaisesti, mikä potilaalle oli parhaaksi, ja mitkä ovat hänen käytettävissä olevat resurssit ja kyvykkyytensä selviytyä. Potilaalla oli mahdollisuus osallistua itseään koskevaan hoidon suunnitteluun, mutta hänen näkemyksiään ei kysytty tai niillä oli vähän merkitystä. Potilas osallistui omaan hoitoonsa vastuullisena vastaanottajana. Yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä selviytymisen mahdollisuuksia etsittiin potilaan tilanteesta käsin kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Selviytymistä tuettiin joustavin ja yksilöllisten ratkaisujen avulla. Potilas osallistui omaan hoitoonsa vastuullisena osallistujana.

Psykiatrisen hoitotyön tyypit erosivat toisistaan tarpeen määrittelyn ja tavoitteen asettamisen osalta muutokseen suuntautumisen, yhteistyön, vastuun, päätöksenteon ja resurssien todentamisen mukaan tarkasteltuna. Selviytymistä tukevat psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmät erosivat vuorovaikutuksen, opettamisen, toiminnan järjestämisen ja kontrolloinnin osalta. Psykiatrisen hoitotyö vaihteli eri tyyppien mukaan yksilöllisestä joustavasta hoitamisesta autoritaariseen ja muodolliseen hoitamiseen, riippuvuudesta riippumattomuuden tukemiseen, normatiivisesta sääntöjen ja ohjeiden noudattamisesta tilanteenmukaiseen toimintaan, passiivisesta osallistumisesta aktiiviseen osallistumiseen ja hierarkisesti passivoituneesta toiminnasta todelliseen toimintaan muutoksen suuntaan.

Psykiatrisen hoitotyön arviointia toteutettiin hoitotyön tyyppien mukaan niin, että varmistavan hoitotyön tyyppin mukaan toimittaessa arvioinnissa painottui ulkoinen, kontrolloiva tarkastelu, esimerkiksi se, miten lääkkeet olivat vaikuttaneet tai oliko potilas nauttanut ne. Kasvattavan tyyppin mukaan arvioinnin kohteena olivat hoitotyön ideaalimallin mukaiset ulkoisessa käyttäytymisessä havaittavat muutokset, esimerkiksi potilaan käyttäytyminen annettujen ohjeiden mukaan. Potilas osallistui harvoin arviointiin. Yhteistoiminnallisesti toteutuvassa hoitotyössä arviointi tapahtui yhteistyössä kaikkien hoitoon

osallistuvien kesken, johon kuului myös potilas. Arvioinnin kohteena oli muutos ja siihen liittyvät eri puolet potilaan, omaisten tai koko hoitavan tiimin näkemyksinä. (osajulkaisut I ja II.)

6.2.1. Hoitotyön tarpeet ja tavoitteet varmistavassa, kasvattavassa ja yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä

Psykiatrisen hoitotyön suunnitteluvaiheessa tavoitteiden ja tarpeen määrittelyn yhteydessä tehdään hoitotyön keskeiset päätökset, jotka vaikuttavat hoitotyön toteutukseen ja tulokseen. Tässä aineistossa hoitotyön tarpeen ja tavoitteen määrittelyssä psykiatrisen hoitotyön tarpeiden ja tavoitteiden määrittelyn osa-alueiksi muodostuivat muutos, yhteistyö, vastuu ja päätöksenteko. Taulukossa 4 on kuvattu suunnittelu ja tarpeen määrittely eri hoitotyön tyyppien mukaan. Aineistona ovat olleet hoitajien haastattelut ja videoidut tilanteet psykiatrisesta hoitotyöstä.

Yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä hoitotyön tarve tunnistettiin muutoksen tarpeena. Potilaan lähtökohdista muutokseen pyrittiin konsultoivan yhteistyön, yhteisen päätöksenteon ja jaetun vastuun keinoin. Keskeinen tavoite yhteistoiminnallisessa hoitotyössä oli positiivinen muutos, joka määriteltiin potilaan tilanteesta käsin. Konsultoiva yhteistyö merkitsi sitä, että jokaisella hoitoon osallistuvalla oli mahdollisuus jakaa näkemyksensä toisten kanssa ja tulla kuulluksi ja jokaisen osallistumista arvostettiin. Konsultoiva yhteistyö saattoi liittyä hoitajan ja potilaan väliseen yhteistyöhön tai moniammatillisen tiimin yhteistyöhön. Oleellista yhteistoiminnallisen hoitotyön tarpeen ja tavoitteen määrittelyssä oli ongelmien ja resurssien todentaminen ja ratkaisujen etsiminen yhdessä. Konsultoiva yhteistyö perustui dialogiin, joka mahdollisti yhteistyökumppanin näkökantojen ymmärtämisen ja usein myös yhteisen näkemyksen muodostumisen asiasta. Jaettu vastuu merkitsi sitä, että jokaisella oli hoitotyössä omaan asiantuntemukseensa perustuva tehtävä, josta myös oli vastuussa. Potilaan hoitoon liittyvä tehtävä ja vastuu määriteltiin yhdessä; myös potilas osallistui. Päätöksenteossa oli oleellista yhteistyö ja sitoutuminen. Potilaan käytettävissä olevia resursseja pyrittiin todentamaan yhdessä konsultoivan yhteistyön avulla. Lähtökohtana oli potilaan elämäntilanne. Hoitotyön arviointi toteutui yhteistyössä, jolloin lähtökohtana olivat yhdessä laaditut tavoitteet ja potilaan oman näkemyksen kuuleminen. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Psykiatrisen potilaan hoitotyön tarpeen ja tavoitteen määrittelyn osa-alueet hoitotyön tyyppien mukaan tarkasteltuna.

Tarpeen- ja tavoitteenmäärittelyn osa-alueet	Yhteistoiminnallinen psykiatrisen hoitotyö	Kasvattava psykiatrisen hoitotyö	Varmistava psykiatrisen hoitotyö
Muutos	Yhteisesti määritelty muutoksen suunta	Ideaalimallin ohjaama muutoksen suunta	Ylhäältä tuleviin määräyksiin perustuva muutos tai ei muutosta
Yhteistyö	Konsultoiva yhteistyö	Koordinoiva yhteistyö	Avustava yhteistyö

Tarpeen- ja tavoitteenmäärittelyn osa-alueet	Yhteistoiminnallinen psykiatrinen hoitotyö	Kasvattava psykiatrinen hoitotyö	Varmistava psykiatrinen hoitotyö
Vastuu	Jaettu vastuu	Asiantuntijoiden vastuu	Hierarkinen vastuu
Päätöksenteko	Yhteistyössä tapahtuva	Ideaalimallin ohjaama	Hierarkinen päätöksenteko
Potilaan resurssien todentaminen	Todentaminen yhteistyössä	Todentaminen ideaalimallin mukaan	Resursseja ei todennettu

Esimerkkinä potilaan hoidon suunnittelusta ja tarpeen määrittelystä on seuraava hoitajan kuvaus, joka kuvaa yhteistoiminnallista hoitotyötä

Tämä potilas oli hyvin vaikea tapaus. Hänen kommunikointitaitonsa olivat järkyttävät, hän huusi, sylki ja nimitteli ihmisiä jos miksikin. Hänellä oli monia hoitajaksoja takana ja lukuisia pettymyksiä ja epäonnistumisia. Sekä potilas että me hoitavat ihmiset halusimme muutosta ja päätimme toteuttaa sen. Se kaikki rakentui yhteistyöhön, jossa tämä huutava ja sylkevä potilas oli avainhenkilö. Me istuimme yhdessä pöydän ääreen useita kertoja. Vähitellen tästä huutavasta ja sylkevästä ihmisestä ja meistä hoitavista ihmisistä tuli yhteistyökumppaneita. Kaikki rakentui sen varaan, mitä hänellä oli, alussa se oli vain muutamia järkeviä sanoja, joita hän ei huutanut.

Kasvattavassa psykiatrisessa hoitotyössä esimerkiksi potilaan vointiin tai hoitoon liittyvä muutos ja muutoksen suunta määriteltiin ideaalimallin mukaan. Ideaalimallina saattoi toimia esimerkiksi osaston hoitoideologia tai osaston kehittämisideologia, joka usein oli johdon valitsema. Moniammatillisen työryhmän yhteistyö oli asiantuntijoiden keskeistä niin, että potilas ei ollut siinä mukana. Hoitotyön edustajat toimivat siinä koordinoijina. Potilasta hoitavan työryhmän kokouksissa asioista keskusteltiin ja hahmoteltiin kokonaisuuksia, mutta potilas oli usein passiivisena kuuntelijana tai hän ei ollut läsnä ollenkaan. Vastuu ideaalimallin toteutuksesta oli asiantuntijoilla, samoin päätöksenteko kuului asiantuntijoille. Kasvattavassa psykiatrisessa hoitotyössä tulokset näkyivät hitaasti ja harvoin. Koordinoiva yhteistyö ja hoitajasta potilaaseen kohdistuva monologi eivät mahdollistaneet asioihin paneutumista syvällisesti. Kasvattavan psykiatrisen hoitotyön mukaan toimittaessa painopiste oli enemmän potilaan tilassa tapahtuvissa ulkonaisissa muutoksissa kuin sisäisessä ja syvällisessä prosessoinnissa esimerkiksi potilaan ajattelussa tapahtuvassa muutoksessa. Potilaan käytettävissä olevia resursseja arvioitiin asiantuntijoiden tiimissä ja niitä pyrittiin hyödyntämään hoidossa, mutta ne olivat harvoin suunnittelun lähtökohdina. Hoidon arvioinnin kohteina olivat potilaan ulkoisessa käyttäytymisessä tapahtuneet muutokset ja ensisijaisesti se, miten potilas on oppinut toteuttamaan jokapäiväisessä elämässään ideaalimallin mukaisia ohjelmia ja ohjeita. (Taulukko 4.)

Seuraava esimerkki kuvaa kasvattavan hoitotyön tyyppin mukaisesti toimivan hoitajan kuvausta potilaan hoidon tarpeen ja tavoitteen määrittelystä:

Kyllä me olemme suunnitelleet ja kehittäneet selkeän systeemin hänen rahankäytönsä järjestämiseksi, mutta hän ei vain opi, vaikka on vuosikausia harjoiteltu. Meillä on monia potilaita, joiden on vaikea alkaa näitä ohjelmia, vaikka ne on käytännössä pitkällä aikavälillä hyväksi havaittu.

Varmistavassa psykiatrisessa hoitotyössä muutokseen potilaan tilassa tai toiminnassa pyrittiin harvoin. Muutoksen tarve kyllä tunnistettiin, mutta sen edessä oltiin voimattomia, koska potilas nähtiin "toivottomana tapauksena" tai yhteistyön esteet esimerkiksi asenteissa niin suurina, että niitä pidettiin muutoksen käynnistämiseksi ylivoimaisina. Varmistavasti toteutuvassa hoitotyössä tyydyttiin noudattamaan hierarkisia ja perinteisiä käytäntöjä, joten esimerkiksi rutiinit olivat tärkeitä päivittäisessä hoitotyössä. Yhteistyö, vastuu ja päätöksenteko toteutuivat muodollisen auktoriteettimallin mukaisesti eli hoitaja tukeutui esimerkiksi lääkärin määräyksiin. Potilaan käytettävissä olevia resursseja pidettiin yleensä vähäisinä ja niitä hyödynnettiin hoidossa muodollisesti. Hoitajat myös arvioivat omat resurssinsa vähäisiksi tai eivät jaksaneet lähteä muuttamaan omaa toimintaansa. Varmistavassa psykiatrisessa hoitotyössä arvioinnin kohteina olivat lähinnä kontrolloivien menetelmien käyttöön liittyvät tekijät, kuten lääkkeiden vaikutus tai lääkkeiden ohjeiden mukainen käyttäminen. Ongelmien ilmaantuessa keskeinen ratkaisuvaihtoehto oli, miten tilannetta voitaisiin korjata varmistamalla, esimerkiksi lisäämällä kontrollointia tai muuttamalla lääkitystä. Ratkaisuihin turvauduttiin auktoriteettiin useimmiten lääkäriin, johon vedottiin, jos käytettyä menetelmää jouduttiin perustelemaan potilaalle. (Taulukko 4.)

Seuraavan esimerkin hoitajan kuvauksesta ilmenee varmistavan hoitotyön tyyppin mukainen näkemys potilaan hoidon tarpeista ja tavoitteista:

Meidän osastolla on niin vaikeita potilaita, ettei meillä kannata järjestää mitään ryhmiä tai toimintaa. Ei meidän potilaista suurin osa jaksa kiinnostua sellaisesta.

Heille on pääasia, että heidän ruuastaan ja puhtaudestaan huolehditaan. Tällä osastolla on hoitajien keskeinen tehtävä perushoidosta huolehtiminen ja lääkitys, vaikka eivät meidän potilaat mitään vanhuksia ole. Ei meidän potilaat jaksa keskustella mistään syvällisestä eikä omista taustoistaan, ne ovat liian vaikeita asioita heille. Tietenkin, jos potilas haluaa ja hänellä on resursseja keskustella, niin toki se on mahdollista.

Taulukkoon 5 on koottu psykiatrisen hoitotyön tarpeen määrittelyä ja suunnittelua kuvaavien lausumien lukumäärät (N = 640) hoitajien haastatteluaineistosta ja havainnoiduista moniammatillisen tiimin tilanteista. Lausumat on luokiteltu deduktiivisella sisällönanalyysillä eri hoitotyön tyyppien mukaan.

Taulukko 5. Psykiatrisen potilaan hoitotyön tarpeen ja tavoitteen määrittelyä kuvaavien lausumien lukumäärät eri hoitotyön tyyppien mukaan.

	Yhteistoiminnallinen psykiatrinen hoitotyö		Kasvattava psykiatrinen hoitotyö		Varmistava psykiatrinen hoitotyö		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Hoitotyön tarve	10	2	142	22	133	21	285	44
Hoitotyön tavoite	70	11	118	18	167	26	355	56
Yhteensä	80	13	260	40	300	47	640	100

Hoitajien haastatteluaineistosta ja kuuden analysoidun videoaineiston lausumista yhteistoiminnallisen psykiatrisen hoitotyötä kuvaavien lausumien osuus hoitotyön tarpeiden ja tavoitteiden määrittelyssä oli 13 % (n = 80), kasvattavan 40 % (n = 260) ja varmistavan hoitotyön osuus 47 % (n = 300) lausumista. Psykiatrisen hoitotyön tarvetta kuvaavista lausumista yhteistoiminnallista hoitotyön tyyppiä ilmensi 2 % lausumista, kasvattavaa hoitotyön tyyppiä kuvasi 22 % lausumista ja varmistavaa hoitotyön tyyppiä kuvasi 21 % lausumista. Psykiatrisen hoitotyön tavoitteita kuvaavista lausumista 11 % edusti yhteistoiminnallista hoitotyön tyyppiä, kasvattavan osuus oli 18 % ja varmistavan osuus 26 %. (osajulkaisu V.)

6.2.2. Potilaan selviytymisen tukeminen psykiatrisessa hoitotyössä

Psykiatrisen potilaan selviytymistä jokapäiväisessä elämässä tuettiin psykiatrisessa hoitotyössä tämän aineiston mukaan vuorovaikutuksen, ohjauksen, toiminnan järjestämisen ja kontrolloinnin avulla. Kaikkien näiden auttamismenetelmien ilmenemistä psykiatrisen hoitotyön käytännössä tarkasteltiin eri hoitotyön tyyppien mukaan. Potilaan selviytymistä voidaan tukea vuorovaikutuksen, ohjauksen, toiminnan järjestämisen ja kontrolloinnin avulla monella eri tavalla hoitotyön tyyppien mukaan. Auttamismenetelmät ovat osana ammatillista hoitajan ja potilaan välistä suhdetta. Niitä voidaan käyttää erilaisissa tilanteissa osastoyhteisössä esimerkiksi yhteisöryhmissä, pienissä keskusteluryhmissä tai jonkin muun välineen, kuten piirtämisen tai maalaamisen avulla toteutuissa ryhmissä. Taulukossa 6 on kuvattu potilaan selviytymistä tukevat auttamismenetelmät eri hoitotyön tyyppien mukaan hoitajien ja potilaiden kuvauksista.

Taulukko 6. Selviytymistä tukevat psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmät eri hoitotyön tyyppien mukaan tarkasteltuna.

Auttamismenetelmät	Yhteistoiminnallinen hoitotyö	Kasvattava hoitotyö	Varmistava hoitotyö
Vuorovaikutus	Osallistuva vuoropuhelu/ dialogi	Yksisuuntainen viestintä/ monologi	Jokapäiväinen keskustelu
Ohjaus	Konsultoiva ohjaus	Normatiivinen ohjaus	Autoritaarinen ohjaus
Toiminnan järjestäminen	Mielekäs toiminta	Ohjeiden mukainen toiminta	Satunnainen toiminta
Kontrollointi	Jaettu vastuu	Ideaalimallin mukainen vastuunjako	Hierarkkinen vastuu

Yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä vuorovaikutusta kuvattiin tässä aineistossa osallistuvana vuoropuheluna eli dialogina. Se tarkoitti erilaisia vuorovaikutustilanteita, joko hoitajan ja potilaan välisiä kahdenkeskisiä, ryhmässä tapahtuvia tai koko yhteisöä koskevia. Näitä tilanteita saatettiin kutsua myös terapiaksi. Olennaista oli, että yhdessä etsittiin ratkaisua tai yritettiin hahmottaa ongelmaa tai kokonaisuutta. Dialogi saattoi liittyä hoitajan ja potilaan kahdenkeskiseen hoidolliseen vuorovaikutussuhteeseen tai se oli osa useamman henkilön välistä yhteistyötä. Ryhmässä tapahtuva dialogi edellytti kaikkien asianosaisten paikalla oloa mahdollisuuksien mukaan, toisten kuuntelemista, omien näkemysten kuvaamista toisille, niiden jakamista ja analysointia toisten kanssa. Osallistuva vuoropuhelu mahdollisti sen, että voitiin löytää mahdollisesti yhteinen näkemys asiasta tai yhteinen ymmärrys ratkaisun mahdollisuudesta. Dialogi edellytti sitoutumista ja vastuun jakamista yhdessä.

Yhteistoiminnallisessa hoitotyössä ohjaus oli motivoivaa, konsultoivaa ohjausta. Ohjaustilanteissa keskeistä oli kysymysten esittäminen, ei niinkään valmiiden vastausten antaminen. Ohjaus auttamismenetelmänä psykiatrisessa sairaalaympäristössä liittyi erilaisiin tilanteisiin hoitajan ja potilaan kahdenkeskisestä ohjauksesta ryhmäohjaustilanteisiin. Sitä käytettiin myös erilaisten taitojen harjoitteluun joko yhden potilaan kanssa tai ryhmässä. Motivoivan ja konsultoivan ohjauksen keskeisenä tavoitteena pidettiin yksilön sisäistä motivoitumista omaan hoitoonsa. Motivoituminen tapahtumana on monimutkainen ja käsitteenä vaikeasti määriteltävä. Sen tiedetään liittyvän tunteisiin, tarpeisiin ja erilaisiin yllykkeisiin. Tässä aineistossa motivoituminen oli selvästi yhteydessä mielekkyykokemuksiin. Yhteistoiminnallisesti toteutuvassa hoitotyössä sekä potilaat että hoitajat kuvasivat hoitoon liittyvää mielekkyyttä ja motivoitumista tärkeänä kokemuksena ja toisaalta merkinä hoidossa edistymisestä ja onnistumisesta. Myös yhteistoiminnalliseen hoitotyöhön kuului kontrollointi, joka toteutui yhteisenä vastuun jakamisena, niin että jokainen oli vastuussa omalta osaltaan hoidosta, ja jokainen oli sitoutunut yhteisiin tavoitteisiin. Tavoitteiden saavuttamista arvioitiin yhdessä. Yhteistyön onnistuminen mahdollisti positiivisen muutoksen yhteistoiminnallisen psykiatrisen hoitotyön lopputuloksena hoitajien ja potilaiden kuvaamana.

Seuraavassa esimerkissä hoitaja kuvaa yhteistoiminnallisen hoitotyön tyyppin mukaista yhteistyötä hoitajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa:

Ei ole muuta mahdollisuutta kuin mennä sen potilaan maailmaan, lähelle sitä hänen todellisuuttaan. Se on usein hyvin ahdistavaa ja tuskallista ja herättää itsessä monia tunteita, joita onneksi voi käsitellä työnohjauksessa ja ensi hätään lähityökaverin kanssa. Vain sieltä potilaan tilanteesta käsin voi löytyä ne selviämisen avaimet, ne rakentavat voimat, joita pyrin sitten omana hoitajana tukemaan. Usein lähdetään aivan pohjalta toivottomuudesta. Me pyritään tapaamaan osastohoidon aikana mahdollisuuksien mukaan potilaan omaisia ja verkostoa ja järjestämään verkostokokouksia, mutta sekään ei saisi olla automaatti, joka toteutetaan, koska niin on tapana. Usein siitä on hyötyä ja siellä verkostokokouksessa avataan vanhoja solmuja. Ajoitusta kannattaa miettiä ja se pitäisi valmistella aina hyvin huolella.

Kasvattavassa psykiatrisessa hoitotyössä vuorovaikutus oli luonteeltaan monologia ja erosi dialogista siinä, että se oli yksisuuntaista, usein hoitajalta potilaalle suuntautuvaa kommunikointia. Tällöin ei yleensä syntynyt yhteistä näkemystä asiasta, vaan asiantuntija pyrki siirtämään ideaalimalliin perustuvaa tietoa potilaalle. Tavoitteena oli, että potilas omaksuu ideaalimallin mukaisen näkemyksen ja toimii sen mukaan. Monologi liittyi hoitajan ja potilaan kahdenkeskiseen hoidolliseen suhteeseen ja erilaisiin yhteisö- ja ryhmätilanteisiin.

Kasvattavassa psykiatrisessa hoitotyössä ohjaus oli normatiivista ohjeen mukaisesti toteutettua, jolloin keskeistä olivat asiantuntijoiden antamat ohjeet ja normit sekä niiden noudattaminen, mutta myös palaute potilaalle. Ohjeiden mukainen toiminta merkitsi asiantuntijoiden laatimien ohjelmien toteuttamista ja usein pitkäaikaista potilaan harjoittelua tietyn asian oppimiseksi. Tavoitteena ei ollut potilaan motivoituminen eikä hoidon mielekkyys, vaan asioiden ulkokohtainen oppiminen oli riittävää, jolloin potilas kykenee toteuttamaan ohjeet. Potilas ei kuitenkaan aina tiennyt, mitä ne hänelle itselleen merkitsivät, mutta hän tiesi, että ne olivat asiantuntijoiden mielestä tärkeitä. Kasvattavassa hoitotyössä sitoutuminen merkitsi uskollista ohjeiden ja normien noudattamista. Kontrollointi kasvattavana auttamismenetelmänä merkitsi vastuun jakamista niin, että potilas toteutti vastuullisesti ja asiantuntijat vastasivat ideaalien valinnasta. Jos potilas käytännössä osasi noudattaa hänelle annettuja ohjeita ja toimia niiden mukaan, kaikki oli hyvin, mutta jos hän epäonnistui, asiantuntijat ottivat vastuun tilanteen arvioinnista ja sopivien uusien menetelmien valinnasta. asiat käsiteltiin asiantuntijatiimissä, johon potilas harvoin osallistui, mutta potilaan odotettiin noudattavan tehtyjä päätöksiä, vaikkei hänen näkemystään kuunneltu päätöksentekohetkellä.

Seuraavassa esimerkissä hoitaja kuvaa kasvattavan hoitotyön tyypin mukaista psykiatrista hoitotyötä. Samoin hoitajan näkemys potilaan tilanteesta on ideaalimallin ohjaama; jolloin hän epäilee potilaan ahdistusta ja oireita epäaidoiksi:

Yleensä me päätetään kaikki asiat tiimissä. Meillä hoitotyö on tiimin yhteen-tuotama. Potilaan näkökulman tuo siihen tiimin palaveriin yleensä omahoitaja, joka tuntee potilaan parhaiten. Olen kyllä sitä mieltä, että tämäkin potilas, jostahoidon suunnittelussa keskusteltiin, on suurelta osin huomion kipeä ja hän esittää vain niin dramaattisia oireita. Hänen pitäisi tiedostaa omaa naisellisuuttaan ja sitä kautta se itsetuntokin lähtisi kohenemaan, mutta hän käyttäytyy ajoittain kuin teinityttö, vaikka on jo äiti.

Varmistavan psykiatrisen hoitotyön tyyppin mukaiset auttamismenetelmät olivat potilaan passiivisuutta tukevia ja autoritaarisia. Vuorovaikutus oli jokapäiväistä keskustelua, luonteeltaan satunnaista ja vailla tietoista tavoitetta. Hoitaja ja potilas keskustelivat harvoin kahdestaan. Keskustelut tapahtuivat yleisissä tiloissa esimerkiksi osaston päiväsalissa. Usein näillä keskusteluilla oli kuitenkin merkitystä potilaan viihtymisen ja ajankulumisen kannalta, samoin ne auttoivat esimerkiksi psykoottista potilasta orientoitumaan ympäristöönsä. Ohjaus oli varmistavassa psykiatrisessa hoitotyössä autoritaarista ohjausta, joka tarkoitti, että oli olemassa vain yksi vaihtoehto, jonka mukaan toimittiin. Ohjeiden vastaisesta toiminnasta seurasi helposti potilaan kokemana rangaistus. Hoitajan mielestä kyseessä oli pakottaminen, jolle ei ollut muita vaihtoehtoja. Toiminta oli luonteeltaan satunnaista, eikä siihen liittynyt tavoitetta, mutta sen avulla saattoi kuluttaa aikaa. Kaikki tehtävät ja asiat hoidettiin niin, ettei kenelläkään ollut mitään huomauttamista. Varmistavassa psykiatrisessa hoitotyössä kontrolloinnilla oli keskeinen asema ja vastuu oli hierarkkinen. Seuraavassa esimerkissä hoitaja kuvaa varmistavan hoitotyön tyyppin mukaista hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta:

Ei meidän osaston potilaat jaksa eivätkä pysty intensiivisiin kahdenkeskisiin keskusteluihin. He ahdistuvat, jos heidän kanssa menee kahdenkesken jonnekin. Me keskustellaan aina silloin tällöin tuossa päiväsalissa. Pääasia, että on leppoisa ja kodikas tunnelma. Ei näillä ihmisillä ole paljoa vaatimuksia, heillä on niin vaikeat taustat ja vaikea sairauden muoto. Kaikilla on skitsofrenia. Tietenkin voidaan keskustella kahdestaankin, jos potilas sitä haluaa

Taulukkoon 7. on koottu psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavat lausumat ja laskettu niiden esiintyminen frekvensseinä ja prosentteina eri hoitotyön tyyppien mukaan.

Taulukko 7. Psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavien lausumien lukumäärät eri hoitotyön tyyppien mukaan.

	Yhteistoiminnalliset auttamismenetelmät		Kasvattavat auttamismenetelmät		Varmistavat auttamismenetelmät		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Vuorovaikutus	34	9	45	12	59	16	138	38
Ohjaus	5	1	80	22	23	6	108	30
Toiminnan järjestäminen	11	3	9	2	29	8	49	13
Kontrollointi			70	19	70	19		
Yhteensä	50	14	134	37	181	49	365	100

Taulukon perusteella voi havaita, että varmistavia auttamismenetelmiä kuvaavien lausumien osuus on puolet (49 %) psykiatrisen hoitotyön menetelmiä kuvaavista lausumista, kasvattavien menetelmiä kuvaavien lausumien osuus on 37 % ja yhteistoiminnallisia menetelmiä kuvaavien lausumien osuus 14 %. Vuorovaikutusta kuvaavien lausumien osuus korostuu kaikissa hoitotyön tyypeissä. Hoitajat pitivät vuorovaikutusta tärkeänä,

mutta potilaiden mielestä vuorovaikutus saattoi joskus jäädä varsin vähäiseksi, jopa niin, että hoitaja ei ollut kertaakaan keskustellut oman potilaansa kanssa kahdestaan tämän hoitajakson aikana. (osajulkaisu III.)

6.2.3. Psykiatrinen potilas osallistujana omaan hoitoonsa laitosympäristössä

Potilaan selviytymiseen jokapäiväisessä elämässä vaikuttivat oleellisesti hänen mahdollisuutensa osallistua hoitoonsa ja sen suunnitteluun sekä selviytymistä tukevat auttamismenetelmät. Potilas on tällöin vastuullinen osallistuja, vastuullinen vastaanottaja tai passiivinen vastaanottaja hoitotyön tyyppien mukaan. (Taulukko 8.)

Table 8. Psykiatrinen potilas osallistujana omaan hoitoonsa eri hoitotyön tyyppien mukaan.

Hoitotyön tyyppi	Hoidon tarve	Hoidon tavoite	Auttamismenetelmät	Potilas osallistujana
Yhteistoiminnallinen psykiatrinen hoitotyö	Yksilöllinen hoidon tarve	Yksilöllisten resurssien mukainen muutos	Yhteistoiminnalliset menetelmät	Vastuullinen osallistuja
Kasvattava psykiatrinen hoitotyö	Ideaalimalliin perustuva hoidon tarve	Ideaalimallin mukainen muutos	Ideaalimallin mukaiset menetelmät	Vastuullinen vastaanottaja
Varmistava psykiatrinen hoitotyö	Kontrolliin perustuva hoidon tarve	Kontrollin mukaan toimiminen	Autoritaariset menetelmät	Passiivinen vastaanottaja

Psykiatrisen potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa vastuullisena osallistujana merkitsi sitä, että hänen näkemyksiään kuunneltiin ja hän saattoi jakaa näkemyksensä ja kokemuksensa omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa läheistensä ja hoitavien henkilöiden kanssa. Käytetyt auttamismenetelmät, jotka valittiin yhteistyössä, mahdollistivat potilaan omien resurssien hyödyntämisen hoidon lähtökohtana ja positiiviseen muutokseen suuntautumisen. Yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä potilaan oli mahdollista osallistua oman hoitonsa kaikkiin vaiheisiin vastuullisena osallistujana.

Seuraavassa esimerkissä potilas kuvaa omaa osallistumistaan hoitoonsa ja siihen liittyviä motivoivia ja mielekkäitä asioita.

Minä olen kokenut monenlaista tämän sairauteni aikana, monenlaisia hoitomenetelmiä ja muotivirtauksia. Kaikkein tärkeintä on pitää itsestään huolta ja tehdä sitä, mikä itselle on parasta. On tärkeää tuoda se esille myös yhteistyössä hoitavien ihmisten kanssa. Minulla on sellainen tunne, että he kyllä yrittävät parhaansa, mutta eivät voi onnistua ellei potilas ole siinä mukana. Mielekäs ja motivoiva asia voi tulla ihan pienestä arkipäivän toimesta. Se on itsestä kiinni.

Kasvattavassa psykiatrisessa hoitotyössä potilas oli vastuullinen vastaanottaja omassa hoidossaan. Vastuullisena vastaanottajana potilaan oli mahdollista olla mukana omassa hoidossaan lähinnä kuuntelijana asiantuntijoiden suunnitellessa ja tehdessä ideaalimallin mukaisia päätöksiä. Hoidon tavoite ja tarve määriteltiin sen mukaan, mikä kulloinkin asi-

antuntijatiimissä nähtiin tärkeänä. Auttamismenetelmät tähtäsivät potilaan käyttäytymisen muuttamiseen annettujen ohjeiden ja normien avulla. Potilas oli tietoinen, mihin asiantuntijat hänen hoidossaan pyrkivät ja mitä he odottivat hänen toiminnaltaan, mutta hoidon lähtökohdista ei ollut potilaan tilanne eikä hoitoa suunniteltu hänen lähtökohdistaan käsin.

Seuraavan esimerkin potilas kuvaa vastuullisen vastaanottajan asemaa omassa hoidossaan:

Kun sairastuin 1960-luvulla tämä sairaus oli hyvin häpeällinen ja esimerkiksi naimisiinmenoa pidettiin aivan sopimattomana. Minä olen nyt kovin yksinäinen. Vanhemmat ovat kuolleet ja lähiomaiset asuvat kaukana. On minulla muutamia hyviä potilaskavereita. Ajelen mielelläni mopolla, mutta holhooja on ottanut sen huostaansa talven ajaksi, etten vain ajaisi liukkailla keleillä. Kun kesä koittaa, saan sen jälleen. Holhooja huolehtii minun raha-asioistanikin ja osastolla on sellainen käytäntö, että saan vain vähän rahaa viikottain, että oppisin säästämään ja selviäisin sitten avohoidossa, kun tämä osasto lakkautetaan. Ennen sairastumistani ehdin hankkia ammatin ja olla työelämässäkin. Olin useita kertoja työssä ulkomailla, kun minulla oli sellainen työnantaja, jonka yritys toimi myös ulkomailla. Ei me niissä kahdenkeskisissä keskusteluissa hoitajan kanssa mitään keskustella; hän vain yrittää neuvoa minulle, mikä on parasta ja minä yritän ottaa neuvosta vaarin.

Varmistavassa psykiatrisessa hoitotyössä potilas oli passiivinen vastaanottaja. Tässä aineistossa suurin osa potilaista kuvasi omaa osallistumistaan hoitotyöhönsä passiivisena vastaanottajana. Passiivisena vastaanottajana potilas oli ulkopuolinen eikä hänellä ollut käsitystä, mihin hänen hoitotyössään pyritään. Hoitoa ei suunniteltu yhdessä eikä sillä ollut selkeää tavoitetta, vaan hoitotyö toteutui autoritaarisesti tulevien määräysten mukaisesti. Potilas nähtiin toivottomana tapauksena, jolla oli vähän mahdollisuuksia muutokseen. Autoritaariset menetelmät, kuten lääkehoito, pakottaminen ja eristäminen ovat yleisiä. Kaikki hoitoon liittyvä tuli potilaalle usein valmiina tietona, ilman, että hänen kanssaan asiaa valmisteltaisiin tai neuvoteltaisiin etukäteen. Yhteistyö varmistavassa psykiatrisessa hoitotyössä oli satunnaista ja tilapäistä.

Seuraavan esimerkin potilas kuvaa omaa osallistumistaan hoitoonsa passiivisena vastaanottajana:

Minulla on kyllä oma hoitaja, mutta hän ei ole koskaan keskustellut kanssani, ja olen ollut täällä jo lähes kolme kuukautta. Ensi viikolla pääsen kotiin. Jouduin olemaan hoidon alussa lepositeissä, enkä kyllä tiedä miksi. En ollut aggressiivinen, en ole ollut sitä koskaan. Jos hoitajilta menee kysymään syytä lepositeissäoloon, saa joko lisää lääkettä tai kotiinlähtö siirtyy. Hoitajat ovat herkkiä loukkaantumaan pienestäkin, mitä potilas kysyy tai epäilee. Hoitajilla on suuri valta, jota he myös käyttävät, ja usein lääkärikin uskoo mieluummin hoitajia kuin että kuuntelisi potilasta.

Seuraavaan taulukkoon (Taulukko 9) on koottu niiden lausumien lukumäärät, jotka kuvaavat potilaan omaa näkemystä hänen osallistumisestaan omaan hoitoonsa.

Taulukko 9. Psykiatrisen potilaan osallistumista omaan hoitoonsa sen eri vaiheissa kuvaavien lausumien lukumäärät.

Potilas osallistujana	Hoidon tarve		Auttamistavoit e		Yhteensä menetelmät		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Vastuullinen osallistuja	11	6	9	5	4	2	24	14
Vastuullinen vastaanottaja	8	5	7	4	24	14	39	22
Passiivinen vastaanottaja	24	14	20	12	66	38	110	64
Yhteensä	43	25	36	21	94	54	173	100

Luokitelluista lausumista 64 % kuvasi potilaan osallistumista omaan hoitoonsa passiivisena vastaanottajana, 22 % lausumista kuvasi potilaan osallistumista vastuullisena vastaanottajana ja 14 % lausumista vastuullisena osallistujana. (osajulkaisu IV.)

6.3. Kooste empiirisen vaiheen tutkimustuloksista

Psykiatrasta hoitotyötä laitosympäristössä koskevasta haastattelu- ja videointiaineistosta löytyi kuvauksia hoitotyön tarpeen määrittelyistä, tavoitteen asettamisesta ja käytetyistä auttamismenetelmistä. Hoitotyön arviointia kuvaavia lausumia ei ollut, sillä arviointi kohdistui tehtäviin ja toimintaan tai ilmeni epäsuorasti. Arviointi kohdistui potilaan ulkonaiseen käyttäytymiseen tai konkreettisiin tehtäviin. Tehtäviin ja toimintaan kohdistuvaa arviointia esiintyi työryhmien kokouksissa, kun käsiteltiin esimerkiksi potilaan käyttäytymisessä lääkityksen seurauksena ilmeneviä ulkoisia muutoksia. Epäsuora arviointi ei kohdistunut mihinkään konkreettiseen asiaan, vaan se jäi mielikuvien tasolle ja ikään kuin "rivien välistä luettavaksi". Arviointi ilmeni epäsuorasti haastattelutilanteissa, joissa tutkija pyysi hoitajia arvioimaan heidän onnistumistaan esimerkiksi hoitosuhteissaan. Tällöin hoitaja saattoi kertoa esimerkin, josta tutkija sai itse päätellä onnistumisen. Hoitaja ei ryhtynyt analysoimaan omaa toimintaansa. Arviointi edellyttää pitkälle menevää tietoisuutta omasta toiminnasta ja kykyä analyttisesti eritellä sitä.

Psykiatrisessa hoitotyössä oli tunnistettavissa kolme hoitotyön tyyppiä: varmistava, kasvattava ja yhteistoiminnallinen hoitotyö. Varmistava psykiatrisen hoitotyö sisälsi piirteitä kaikkein perinteisimmästä autoritaarisesta psykiatrisesta hoitamisesta. Kasvattavassa psykiatrisessa hoitotyössä ideaalimallin mukainen toiminta oli keskeistä. Asiantuntijat määrittivät ja valitsivat mallin, jonka mukaista hoitotyötä pyrittiin toteuttamaan. Yhteistyö asiantuntijoiden ja potilaan kesken sekä asiantuntijoiden kesken toteutui koordinoivasti, mikä tarkoittaa, että asiat sujuvat, mutta niihin ei paneuduttu syvällisesti. Tällöin kellään ei ollut mahdollisuutta olla selvillä potilaan todellisista ongelmista ja niiden ratkaisemiseksi tarvittavista potilaan todellisista voimavaroista, joiden varassa hän voisi selviytyä jokapäiväisessä elämässä.

Yhteistoiminnallisessa hoitotyössä hoitotyön tarpeiden määrittelyn lähtökohtana olivat potilaan oma tilanne ja hänen näkemyksensä siitä. Kasvattavassa hoitotyössä ideaalimalli ohjasi hoitotyön tarpeiden määrittelyä. Varmistavassa hoitotyössä potilaiden hoitotyön

tarpeiden määrittely perustui autoritaariseen ja normatiiviseen malliin. Tavoitteiden määrittelyssä osa-alueina eri hoitotyön tyyppien mukaan olivat muutos, yhteistyö, vastuu, päätöksenteko ja resurssien todentaminen. Psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelminä olivat vuorovaikutus, ohjaus, toiminnan järjestäminen ja kontrollointi, jotka ilmenivät erilaisina eri hoitotyön tyypeissä. Psykiatrisen potilaan selviytyminen oli eritasoista hoitotyön tyyppien mukaisesti: ratkaisevaa oli, miten potilaan tarpeet määriteltiin ja hoitotyön tavoitteet asetettiin sekä mitä selviytymistä tukevia auttamismenetelmiä käytettiin. Potilaan selviytyminen oli yhteydessä hänen osallistumiseensa omaan hoitoonsa: hän toimi varmistavassa hoitotyössä passiivisena vastaanottajana, kasvattavassa hoitotyössä vastuullisena vastaanottajana ja yhteistoiminnallisessa hoitotyössä vastuullisena osallistujana.

Yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä lähtökohtana oli potilaan todellisuuden kohtaaminen ja siitä lähtevä uuden rakentaminen. Yhteistyö eri osapuolten kesken oli konsultoivaa ja yhteistyökumppaneiden lähtökohtia arvostavaa. Yhteistoiminnallinen psykiatrisen hoitotyö mahdollisti potilaslähtöisen hoidon toteutumisen. Toisaalta psykiatrisessa hoitotyössä oli tilanteita, joissa potilaslähtöisyys edellytti hoitajalta varmistavaa toimintaa, esimerkiksi suisidaalisen potilaan tai hyvin psykoottisen potilaan hoitotyössä. Kasvattavat menetelmät voivat myös olla tarpeen esimerkiksi laitostuneen potilaan kuntoutuksen alkuvaiheessa. Oleellista on, että hoitaja hallitsee kaikki kolme tasoa, jolloin hän voi tilanteen mukaan toimia mielekkäästi. Varmistavien ja kasvattavien auttamismenetelmien lisäksi todellisen muutoksen toteuttamiseen tarvitaan potilaan omista lähtökohdista hänen näkemyksistään ja todellisuudestaan lähtevää hoitotyötä. Potilaan kuunteleminen, hänen elämäntarinansa ymmärtäminen ja hänen näkemystensä selkiytyminen dialogin avulla olivat olennaisia lähtökohtia yhteistoiminnallisessa hoitotyössä. Kriittinen vuoropuhelu potilaan kanssa tämän todellisista resursseista, niiden laadusta, hänen käyttäytymisestään ja kyvystään olla vuorovaikutuksessa sekä arvoistaan ja uskomuksistaan ovat pohjana sille, että potilas voi tehdä todelliseen tietoon perustuvia valintoja ja ratkaisuja sekä toimia aktiivisena osallistujana omassa hoidossaan.

Analysoiduista psykiatrista hoitotyötä laitosympäristössä kuvaavista lausumista 50 % edusti varmistavaa hoitotyötä ja 37 % kasvattavaa hoitotyötä. Yhteistoiminnallista hoitotyötä kuvaavia lausumia oli 13 %. Tuloksen perusteella yhteistoiminnallisen psykiatrisen hoitotyön kehittäminen laitosympäristössä on haaste edelleen psykiatriselle hoitotyölle. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Kooste hoitajien ja potilaiden lausumista luokiteltuna eri hoitotyön tyyppien mukaan.

Psykiatrisen hoitotyön tyyppi	Hoitotyön tarve		Tavoite		Auttamismen- etelmät		Potilas osallistujana hoidossaan		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Yhteistoiminnallinen	10	1	70	6	50	4	24	2	154	13
Kasvattava	142	12	118	10	134	12	39	3	433	37
Varmistava	133	11	167	14	181	16	110	9	591	50
Yhteensä	285	24	355	30	365	31	173	15	1178	100

Tutkimuksen tulosten mukaan sekä hoitajat että potilaat kuvasivat samansuuntaisesti psykiatriasta hoitotyötä. Hoitajien ja potilaiden kuvausten sekä videoitujen hoitotilanteiden perusteella analysoitujen lausumien mukaan psykiatrinen hoitotyö on vielä varsin perinteistä, mikä tarkoittaa, että potilas on usein passiivinen vastaanottaja hoidossaan ja hoitaja nojautuu omassa toiminnassaan auktoriteettiin, joka usein on lääkäri.

6.4. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli

Tämän tutkimuksen empiirisen aineiston, aikaisemman hoitotieteellisen tiedon ja psykiatrisen tutkimustiedon perusteella muodostettiin lopuksi potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli. Tässä mallilla tarkoitetaan esiteoriaa, joka on tarkoitettu testattavaksi. (Kuvio 6) Potilaslähtöinen hoitotyö edellyttää hoitajan yhteistoiminnallisia hoitotaitoja, jotka sisältävät keskeisesti hoitajan taidon toimia tilanteen edellyttämällä tavalla. Hoitajan yhteistoiminnallinen toimintatapa tukee potilaan mahdollisuuksia muuttua riippuvaisesta passiivisesta vastaanottajasta riippumattomaksi vastuulliseksi osallistujaksi. Hoitajan osalta muutos edellyttää auktoriteeteistä riippuvaisen hoitajan kasvua riippumattomaksi, joustavaksi asiantuntijaksi, normatiivisten sääntöjen mukaan toimijasta tilanteen vaatimusten mukaan toimijaksi ja tehtävien suorittajasta tilanteen mukaan toimijaksi. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön prosessi sisältää potilaan kyvykkyuden tukemisen. Potilaan omien voimavarojen löytyminen mahdollistuu hoitavien ihmisten ja potilaan välisen osallistuvan vuoropuhelun, jaetun vastuun ja konsultoivan ohjauksen avulla yhteistoiminnallisina auttamismenetelmin. (osajulkaisu V.)

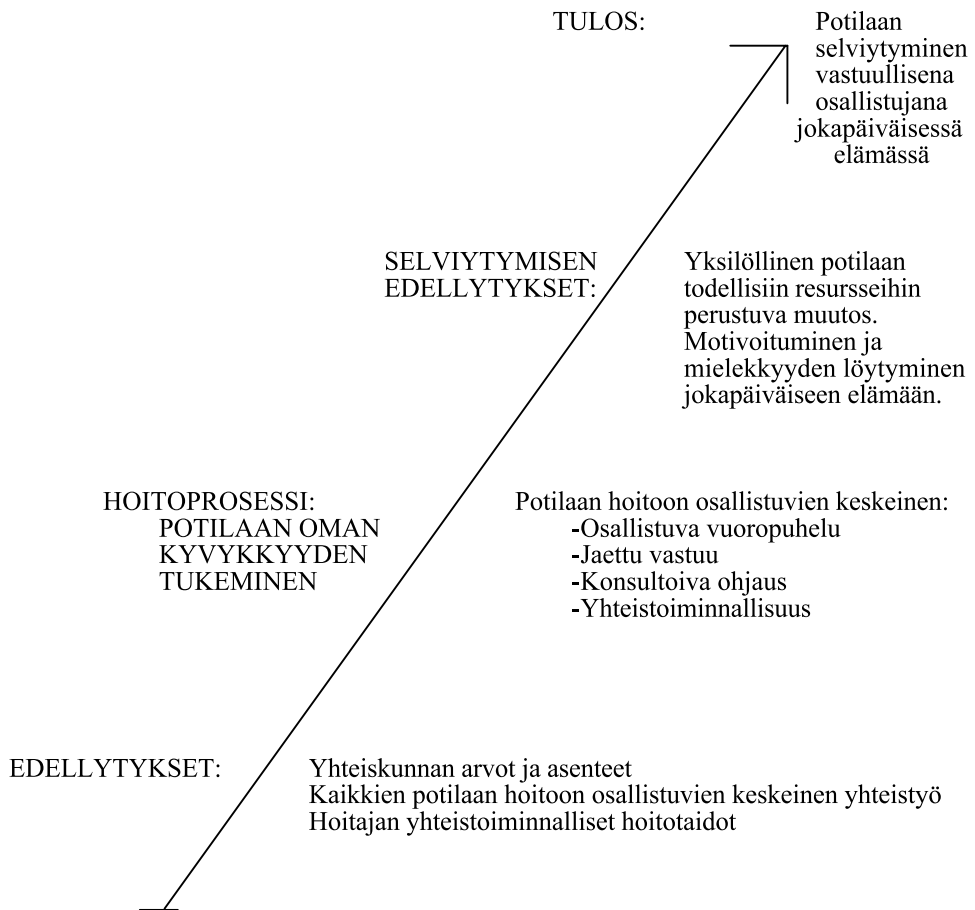
Osallistuvassa vuoropuhelussa eli dialogissa olennaista on potilaan hoitoon osallistuvien osapuolten kuunteleminen ja heidän näkemystensä ymmärtäminen sekä potilaan ja muiden hoitoon osallistuvien näkemysten selkiytyminen. Jaettu vastuu merkitsee sitä, että jokainen on tärkeä hoitoprosessissa ja jokaisella on aktiivinen osa hoidon onnistumisessa. Konsultoiva ohjaus merkitsee esimerkiksi monenlaisen asiantuntijuuden mahdollistamista moniammatillisissa tiimissä. Tällöin potilas nähdään esimerkiksi omien elämäntilanteidensa asiantuntijana ja hoitaja konsultoivana hoitotyön asiantuntijana koordinoijan sijaan. (osajulkaisu III.)

Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön tulos, positiivinen potilaan tavoitteiden mukainen muutos esimerkiksi potilaan jokapäiväisessä elämässä, edellyttää kaikilta hoitoon osallistuvilta sitoutumista, niin että arkipäivän tavalliset toiminnot voivat muuttua potilaan kannalta mielekkäiksi. Positiivinen muutos edellyttää mahdollisesti potilaan kipeiden ja vaikeiden tosiasioiden kohtaamista todennettaessa hänen käytettävissä olevia resurssejaan. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö luo mahdollisuudet potilaan osallistumiselle omaan hoitoonsa vastuullisena osallistujana. Positiivinen muutos ilmenee esimerkiksi potilaan ihmissuhteissa, hänen todellisten resurssiensa löytymisenä, hänen motivoitumisenaan osallistumaan omaan hoitoonsa ja mielekkyyden löytymisenä hänen jokapäiväiseen elämäänsä. Potilaslähtöisen hoitotyön tulos näkyy potilaan yksilöllisenä selviytymisenä jokapäiväisessä elämässä vastuullisena osallistujana. (osajulkaisu III ja IV.)

Myös yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja asenteet ovat edellytyksenä potilaslähtöiselle hoitotyölle (Goffman 1961, 1983, Lindström 1995, Salo 1996, Haarakangas 1997, Nikkonen 1997). Nykyisiä yhteiskunnan arvoja ja asenteita kuvastaa näkemys, joka korostaa

yksilön omaa vastuuta omasta terveydestään ja sen säilymisestä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) turvaa yksilön oikeuksia hoidossa esimerkiksi tiedonsaantioikeutta, joka mahdollistaa vastuunottamista ja osallistumista päätöksentekoon. Skitsofreniaprojektin (Lääkintöhallitus 1988) tulosten mukaan pidettiin tärkeänä omaisten mukaan ottamista hoidossa. Tässä tutkimuksessa ilmeni myös potilaan verkoston käyttö tukena potilaan hoidossa ja selviytymisessä. Verkoston mukana olo hoidossa ilmentää näitä yhteisön muuttuneita arvoja ja asenteita.

Osa potilaista ja heidän läheisistään on valmiita osallistumaan hoitoprosessiin ja toimimaan yhteistoiminnallisesti, osalle passiivinen vastaanottajan rooli on läheisempi. Hoitajan näkökulmasta kysymyksessä on vastuun jakaminen yhdessä potilaan kanssa, mikä merkitsee esimerkiksi hoitajan vallankäytön vähenemistä potilaaseen nähden. Verkostojen merkitys korostuu potilaan selviytymisen tukemisessa. Läheisten osallistuminen mahdollistaa heidän omien tunteidensa ja asenteidensa analysoinnin, jolla on myös merkitystä selviytymisen kannalta.



Kuvio 6. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli.

7. Pohdinta

7.1. Päätulosten kertaus

Tutkimuksen keskeisenä tuloksena oli, että sairaalaympäristössä toteutuvan psykiatrisen hoitotyön ydinkategoria oli potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä. Potilaan selviytyminen oli yhteydessä siihen, miten hoidon tarve määriteltiin ja miten tavoitteet asetettiin sekä millaisia selviytymistä tukevia auttamismenetelmiä käytettiin. Psykiatrisesta hoitotyöstä voitiin tunnistaa varmistavan, kasvattavan ja yhteistoiminnallisen hoitotyön tyypit. Sekä hoitajia että potilaita koskevan aineiston perusteella psykiatrisen hoitotyö toteutuu edelleen perinteisesti, varmistavan psykiatrisen hoitotyön tyyppin mukaisesti. Yhteistoiminnallisen psykiatrisen hoitotyön osuus oli vähäinen. Yhteistoiminnallinen hoitotyö mahdollisti potilaslähtöisen työskentelyn.

Tämä tutkimus on osa tutkimusprojektia, jonka tarkoituksena on selvittää yhteistoiminnallisuutta psykiatrisessa hoitotyössä (Janhonen ym. 1998). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa laitosympäristössä toteutuvasta psykiatrisesta hoitotyöstä ja tuottaa laitosympäristössä toteutuvaa potilaslähtöistä psykiatrisesta hoitotyötä kuvaava malli. Tutkimuksen lähestymistapa on kvalitatiivinen, koska tavoitteena oli tuottaa kuvailevaa psykiatrisen hoitotyön teoriaa käytännössä työskentelevien ihmisten ja potilaiden näkökulmasta. Aineiston muodostivat psykiatristen potilaiden, psykiatristen hoitajien ja hoitotyön opiskelijoiden haastattelut ja käytännön psykiatrisen hoitotyön tilanteisiin kohdistuneet havainnoinnit. Kvalitatiivinen lähestymistapa oli sopiva, koska aikaisempaa hoitotieteellistä tietoa suomalaisessa sairaalaympäristössä toteutuvasta psykiatrisesta hoitotyöstä on vähän ja se on hajanaista.

7.2. Luotettavuuden tarkastelu

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Aineiston keruussa saatu tieto on riippuvainen siitä, miten hyvin tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön ja miten luottamukselliset suhteet tiedonantajiansa kanssa hän on pystynyt luomaan. Aineiston laatu on keskeinen laadullisessa tutkimuksessa. Aineiston analyysissa korostuvat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Tulosten esittämisessä painottuu tutkijan kyky kuvata tutkimusprosessinsa mahdollisimman selkeästi ja riittävän yksityiskohtaisesti, jotta voidaan seurata sitä ajatuskulkua, jonka mukaan hän on tuloksiinsa päätenyt. (Burns 1989, Patton 1990, Sandelowski 1995.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tutkijan on vastattava kysymyksiin, jotka koskevat tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta (Lincoln & Cuba 1985, Sandelowski 1986 ja 1993, Atwood & Hinds 1986, Johnson 1997). Näitä luotettavuuden osatekijöitä arvioitaessa kriteereinä ovat sisäinen validiteetti, ulkoinen validiteetti, reliabiliteetti ja objektiivisuus (Lincoln & Cuba 1985, Johnson 1997). Laadullisessa tutkimuksessa sisäisestä validiteetista käytetään käsitettä uskotta-

vuus (credibility), joka kuvaa sitä, miten hyvin tutkija on pystynyt tavoittamaan tutkittavan todellisuuden eli miten hyvin tutkimusprosessin aikana tehdyt havainnot vastaavat tutkittavaa todellisuutta. (Lincoln & Cuba 1985, Burns 1989, Patton 1990.) Uskottavuus on yhteydessä siihen, mitä ihmiset kertovat omista kokemuksistaan, tai mitä havaintoja tutkija tekee. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuu objektiivisuuden sijaan subjektiivisuus, mikä tarkoittaa, että todellisuus on monikerroksinen ja monista mahdollisista todellisuuksista muodostuva (Sandelowski 1986, 1993). Tutkija pyrkii tavoittamaan tätä monikerroksista todellisuutta. Varmistaakseen tutkimuksensa uskottavuuden tutkijan on johdonmukaisesti osoitettava, miten tutkimushavainnot ja tulkinnat muodostavat uskottavan rakennelman alkuperäisestä todellisuudesta. (Lincoln & Cuba 1985, Sandelowski 1986.)

Laadullisen tutkimuksen uskottavuutta voidaan varmistaa toistuvilla kenttäkontakteilla, toistetuilla havainnoinneilla ja triangulaation avulla (Lincoln & Cuba 1985, Burns 1989, Patton 1990, Begley 1996 a, b). Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistotriangulaatiota, jossa yhdeltä lähteeltä esimerkiksi videoinnissa kerätyn aineiston paikkansapitävyyttä varmistettiin toiselta esimerkiksi haastattelemalla kerätyllä aineistolla. Menetelmätriangulaation (Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994, Begley 1996 a, b) avulla voitiin osoittaa, että havainnoimalla ja haastattelun avulla eri toimijoiden näkökulmasta saadut löydökset vahvistivat toisiaan. Saadakseen luotettavaa tietoa tutkijalla tulee olla luottamukselliset suhteet tiedonantajiansa kanssa. Tutkijan ja tutkittavien välisen luottamuksen syntyminen on kehittyvä prosessi, joka vaatii aikaa ja jossa tutkija osoittaa tiedonantajille, ettei heidän luottamustaan myöhemmin käytetä heitä itseään vastaan ja että heidän yksityisyyttään kunnioitetaan. Tässä tutkimuksessa tutkija vietti aikaa osastoilla tutustuakseen potilaisiin ja informoi samalla tutkimuksesta. Haastatteluihin osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja haastattelut olivat luonteeltaan vapaamuotoisia keskusteluja, joissa tiedonantajat saivat vapaasti kertoa omasta työstään, hoidostaan ja niihin liittyvistä asioista. Monet potilaat halusivat kertoa heille tärkeistä ja luottamuksellisista asioista, joita eivät mielestään olleet voineet paljastaa hoitaville ihmisille esimerkiksi hoitajan loukkaantumisen vaaran ja siitä seuraavan rangaistuksen pelon vuoksi. Ennen potilaiden haastatteluja tutkija varmisti hoitavilta henkilöiltä, että haastatteluun suostunut potilas oli myös heidän arvioimanaan aikaan ja paikkaan orientoitunut ja ymmärsi tutkimuksen tarkoituksen. Osalle haastateltavista potilaista pyydettiin lupa myös holhoojalta.

Tulosten sovellettavuuden kriteerinä laadullisessa tutkimuksessa on siirrettävyys (Lincoln & Cuba 1985, Sandelowski 1986, Miles & Huberman 1994). Siirrettävyys liittyy alkuperäisen tutkimusympäristön ja sovellusympäristön samankaltaisuuteen. Tutkijan on arvioitava, missä määrin tulokset ovat siirrettävissä tai sovellettavissa toiseen, samanlaisen psykiatrisen hoitamisen kontekstiin. Ulkopuoliset voivat arvioida tulosten siirrettävyyttä sen mukaan, miten yksityiskohtaisesti tutkija on kuvannut aineiston keruunsa ja analyysinsä eri vaiheet. Tässä tutkimuksessa aineistoa kerättiin haastattelemalla ja havainnoimalla käyttäen teoreettista otantaa. Siinä tutkija ei määrittele otoksen kokoa aineiston keruun alkaessa, vaan aineistoa kerätään niin kauan, että siinä alkaa ilmetä kyllästeisyyttä. Pyrkimyksenä on saada mahdollisimman monipuolinen kuva tutkittavasta ilmiöstä (Sandelowski 1993, 1994, Johnson 1997). Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin vaiheessa, jolloin psykiatrisia sairaansijoja vähennettiin ja hoidon painopistettä siirrettiin avohoitoon. Tämän tutkimuksen tulosten siirrettävyyden arvioinnissa on otettava huomioon psykiatrisen hoidon murrosvaihe, joka ilmeni esimerkiksi aineiston keruussa sekä potilaiden että hoitajien huolena tulevaisuudesta. Mahdollisesti muutosvaihe näkyi esimerkiksi hoitajien

päätöksenteossa epävarmuutena ja lisääntyneenä tukeutumisenä auktoriteetteihin, mikä ehkä osaltaan lisäsi varmistavan hoitotyön esiintymistä aineistossa. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan siirtää psykiatriseen hoitotyöhön suomalaisessa sairaalaympäristössä ottaen huomioon edellä kuvatut mahdollisesti tuloksiin vaikuttaneet tekijät.

Laadullisen tutkimuksen tulosten pysyvyys (dependability) on yhteydessä tutkimuksen tulosten vahvistettavuuteen (Lincoln & Cuba 1985). Laadullisen tutkimuksen tulosten pysyvyyden keskeisenä kriteerinä on tulosten tutkittavuus (auditability), joka tarkoittaa, että toinen tutkija voi seuraamalla tutkimusprosessissa tehtyjä ratkaisuja ja päätöksiä seurata tutkimuksen kulkua ja toistaa sen. Koska laadullisen tutkimuksen aineisto koostuu tärkeistä yksilöllisistä kokemuksista, näiden eri yksilöiden välisistä kokemusten eroista ja ainutkertaisista tilanteista, tutkimusta ei voida toistaa samanlaisena. Keskeistä on, että tutkimusprosessi ja siinä tehdyt ratkaisut ovat seurattavissa ja toistettavissa. (Sandelowski 1986, Burns 1989.) Tässä tutkimuksessa tulosten pysyvyyttä varmistettiin lähestymällä ilmiötä toistuvasti eri näkökulmista, minkä teoreettinen otanta mahdollisti. Lisäksi aineistoa kerättiin eri menetelmillä, havainnoimalla ja haastatteleamalla, kahdelta eri ryhmältä psykiatrisen hoitotyön toimijoita, hoitajilta ja potilailta. Menetelmätriangulaatio aineiston keruussa varmistaa sitä, että tutkijan tekemät tulkinnot perustuvat aineistoon. (Burns 1989, Begley 1996 a, b., Bottorff 1997) Osalla tiedonantajia on ollut mahdollisuus arvioida tutkimusprosessin eri vaiheissa tehtyjä tulkintoja. Lisäksi uusintahaastattelujen yhteydessä tiedonantajilla oli mahdollisuus tarkentaa ja täydentää näkemyksiään ja tarkistaa tutkijan tekemiä alustavia tulkintoja. Tutkimusprosessin kuluessa tehdyt ratkaisut on pyritty kuvaamaan tutkimusraportissa mahdollisimman seikkaperäisesti.

Tässä tutkimuksessa havainnointitallennettiin videonauhalle ja haastattelut nauhoitettiin. Molemmat menetelmät mahdollistavat tiedonkeruutilanteisiin palaamisen jälkeensä, mikä helpottaa tutkijan työskentelyä. Videoiden käyttäminen aineiston keruussa vaatii huolellista suunnittelua ja valmistelua, eikä menetelmän käyttöön liittyviä ongelmia voida aina ennakoida. (Bottorff 1994.) Tämän tutkimuksen aineiston keruussa videoiden käyttöön liittyviä kysymyksiä olivat tekniset rajoitukset, videoinnin vaikutus käyttäytymiseen ja eettiset kysymykset. Teknisistä rajoituksista keskeinen oli ulkopuolinen melu, esimerkiksi ruohonleikkuri tai tuulettimen osuminen mikrofonin yläpuolelle. Nämä häiriöt aiheuttivat sen, että kaikkia nauhoja ei voitu aukikirjoittaa huonon kuuluvuuden takia. Niitä voitiin käyttää kyllä ohjaamaan aineiston keruuta esimerkiksi niin, että videoidusta tilanteesta voitiin keskustella haastattelussa. Videoinnin vaikutus osallistujien käyttäytymiseen ilmeni esimerkiksi osaston raporttitilanteissa asiallisuuden korostumisena ilman tavanomaisia vitsejä ja aiheesta poikkeamisen vähenemisenä. Raporteilla kuitenkin käsiteltiin tutkimuksen kannalta hoitotyöhön liittyviä oleellisia asioita, joita voitiin hyödyntää haastattelujen sisällöissä. Osa videointitilanteista sujui varsin huomaamattomasti, ja osallistajat totesivatkin, että tutkijalla on omat haasteensa ja heillä myös, he eivät anna videoinnin häiritä työskentelyään. Osa potilaista taas ei uskaltanut osallistua videoitaviin tilanteisiin ollenkaan, mutta nauhoitetut haastattelut olivat mahdollisia. Eettisistä kysymyksistä tutkijalle tärkeimpiä ovat yksilön yksityisyyden kunnioittaminen ja sen varmistaminen, että tiedonantajaksi suostuva psykiatrinen potilas on todella tietoinen tutkimukseen liittyvistä asioista ja että hänen suostumuksensa perustuu vapaaehtoisuuteen. (Bottorff 1994.)

Neutraalisuuteen laadullisessa tutkimuksessa pyritään tulosten todeksi vahvistettavuuden (confirmability) avulla (Lincoln & Cuba 1985, Sandelowski 1986). Lincolnin ja Cuban (1985) mukaan tutkimuksen tulosten todeksi vahvistettavuus on saavutettu, kun tutkittavuus (auditability), totuusarvo ja sovellettavuus on varmistettu. Tutkimuksessa korostetaan tulosten merkityksellisyyttä ja yhteyttä tutkittavaan ilmiöön. Samoin korostetaan tutkijan ja tutkittavien välistä yhteistyötä, esimerkiksi sitä, kuinka syvällisen ilmiöön paneutumisen haastattelujen toteuttamiseen käytetty aika on mahdollistanut. Lisäksi korostetaan aineiston keruussa sitä, miten tutkija tavoittaa tutkittavien subjektiivisen todellisuuden ja subjektiivisiin kokemuksiin ja ilmiöihin liittyvät merkitykset. Laadullisessa tutkimuksessa korostuu objektiivisuuden sijaan subjektiivisuus. Todeksi vahvistettavuus neutraalisuuden kriteerinä painottaa laadullisessa tutkimuksessa enemmän tuloksia kuin tutkijaa. (Lincoln & Cuba 1985, Sandelowski 1986, 1993, Burns 1989.)

Sisällönanalyysin luotettavuuden toteamiseksi voidaan käyttää kahta luokittelijaa ja laskea sitten luokittelujen väliset yksimielisyysprosentit. Tässä tutkimuksessa deduktiivisen sisällönanalyysin toteutti tutkija itse (test-retest menetelmä) (Miles & Huberman 1994, Stern 1994, Burnard 1996). Laadullisessa tutkimuksessa korostetaan olennaisena sitä, että tutkija tuntee ja ymmärtää tutkimusaineistonsa kontekstin sisältäpäin. Tällöin on epävarmaa, voisiko ulkopuolinen luokittelija parantaa sisällönanalyysin luotettavuutta, koska hänellä ei ole mahdollisuutta paneutua syvällisesti aineistoon. (Miles & Huberman 1994, Burnard 1996, Johnson 1997.) Tästä syystä tässä tutkimuksessa tutkija itse luokitteli molemmilla kerroilla aineistonsa.

7.3. Tutkimustulosten tarkastelu

7.3.1. Potilaan selviytymisen tukeminen psykiatrisessa hoitotyössä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena ensimmäisessä vaiheessa oli vastata kysymykseen, mitä laitosympäristössä toteutuva psykiatrinen hoitotyö on. Kysymykseen vastattiin käyttämällä grounded theory -menetelmää ja kuvattiin laitosympäristössä toteutuvan psykiatrisen hoitotyön ydinkategoria. Psykiatrisen hoitotyön ydinkategoriaksi muodostui psykiatrisen potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä. Selviytyminen oli yhteydessä hoitotyön tarpeen ja tavoitteiden määrittelyyn sekä käytettyihin auttamismenetelmiin. Psykiatrisessa hoitotyössä voitiin tunnistaa erilaisia hoitotyön tyyppisiä, jotka nimettiin varmistavaksi, kasvattavaksi ja yhteistoiminnalliseksi psykiatrisen hoitotyön tyyppiä (Latvala 1996). Näiden tyyppien sisältöjä verrattiin Janhosen (1993) kehittyvän hoitotyön mallissa esittämiin katalyyttisen, kasvattavan ja varmistavan hoitotyön tyyppisiin ja todettiin niiden yhdensuuntaisuus. Yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä on yhdenmukaisuutta Peplaun (1952, 1992) kuvaaman hoitajan ja potilaan välisen hoidollisen suhteen kanssa. Peplaun kuvaamassa hoidollisessa yhteistyösuhteessa hoitaja on erilaisissa rooleissa suhteessaan potilaaseen. Yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä hoitajan ja potilaan välisessä suhteessa tapahtuu kasvua esimerkiksi objektina olemisesta subjektiksi tulemiseen, yksisuuntaisesta viestinnästä vastavuoroiseen keskuste-

luun tai riippuvuudesta riippumattomuuteen. Varmistava psykiatrisen hoitotyön tyyppi ja Hallin (1996) kuvaama psykiatrisen malli kroonisesti sairaiden psykiatristen potilaiden hoitotyössä ovat samansuuntaisia. Molemmissa korostuu auktoriteeteista riippuvuus ja kontrollointi. Hartrick et al. (1993) ovat kuvanneet perhehoitotyön kolme perspektiiviä lääketieteellinen, käyttäytymis- ja sosiaalis-ympäristöperspektiivi. Nämä kolme perhehoitotyön tyyppiä ovat samansuuntaisia psykiatrisesta hoitotyöstä tunnistettujen tyyppien kanssa niin, että lääketieteellisessä perspektiivissä on samanlaisuutta esimerkiksi auktoriteeteista riippuvuuden suhteen kuten varmistavassa psykiatrisessa hoitotyössä. Käyttäytymisperspektiivi nojautuu ideaalimalliin kuten kasvattavassa psykiatrisessa hoitotyössä ja sosiaalis-ympäristöperspektiivin mukaisessa toiminnassa pyritään yhteistoiminnallisuuteen ja osallistuvaan dialogiin kuten yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä.

Tästä aineistosta tuotetulla ydinkategoriolla *psykiatrisen potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä* voidaan nähdä yhteneväisiä piirteitä hoitotieteessä aikaisemmin kuvattujen käsitteiden *terveys, hyvä vointi ja elämänhallinta* kanssa (Åstedt-Kurki 1992, Häggman-Laitila & Pietilä 1993, Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki 1994 ja 1995, Pietilä 1994). Yhteneväisyys on selviytymisessä sairaudesta huolimatta tai terveenä olemisen kokemukseen, hyvään vointiin ja elämänhallintaan sairaudesta huolimatta. Kansainvälisissä hoitotieteellisissä tutkimuksissa on tuotu esiin käsite *patient empowerment*, joka kuvaa potilaan oman voimakkuuden, voiman löytymistä ja sen pohjalta omien resurssien käyttöön ottamista jokapäiväisessä elämässä selviytymiseksi ja terveyden ylläpitämiseksi (Gibson 1991, Malin & Teasdale 1991, Connelly et al 1993, Dzurec 1994, Bushy 1997). Samalla potilaan tai asiakkaan tietoisuus on lisääntynyt omista mahdollisuuksista ja resursseista. Tietoisuus omista voimavaroista mahdollistaa osallistumisen ja vastuun ottamisen. *Patient empowerment* -käsitteellä ja *potilaan selviytymisen* käsitteellä on yhtenevyyksiä siten, että molempiin sisältyy potilaan kasvavaa tietoiseksi tulemistä omasta kyvykkyydestään. Peplaun (1952) psykodynaamisen hoitotyön mallissa on kuvattu hoitajan ja potilaan välisen suhteen eri vaiheiden kehittyminen riippuvuuden ja riippumattomuuden eri tasoilla. Peplaun kuvaama hoitajan ja potilaan välisen suhteen kehitys riippuvuudesta riippumattomuuteen ja tämän tutkimuksen potilaiden eritasoinen selviytyminen ovat verrattavissa keskenään. Psykiatrisen potilaan selviytyminen oli eritasoista varmistavan, kasvattavan ja yhteistoiminnallisen hoitotyön tyyppin mukaan.

Janhosen (1993) kehittyvän hoitotyön mallissa edellä esitettyjen hoitotyön tyyppien lisäksi esiintyi vielä ymmärtävä hoitotyö, jossa keskeisenä piirteenä oli potilaan toiveita kunnioittava ja potilaan toiveiden mukaan toteutuva hoito. Ymmärtävässä hoitotyössä potilas oli itsenäinen valintojen tekijä, joka joko otti vastaan tarjotun hoidon tai kieltäytyi siitä. Hoitajan keskeisenä tehtävänä oli toimia potilaan tarpeisiin vastaajana. Tässä aineistossa ei Janhosen (1993) mukaista ymmärtävää psykiatrista hoitotyötä voitu tunnistaa, mikä osaltaan voi liittyä psykiatrisen hoitotyön historiaan, aineiston keruun aikaisiin olosuhteisiin ja psykiatrisessa hoitotyössä keskeiseen pyrkimykseen ymmärtää potilaan vaikeaa sairautta. Psykiatrisen hoitotyön historiassa on perinteisesti korostunut kontrollointi ja usein psyykkinen sairastuminen on merkinnyt, että yksilö on menettänyt itsemääräämisoikeuttaan esimerkiksi joutumalla tahdonvastaiseen hoitoon tai siten, että hänelle on määrätty holhooja, joka on huolehtinut hänen asioistaan. (Goffman 1961 ja 1983, Foucault 1980, Achte 1991.) On vaikea tyhjentävästi vastata, miksi tässä aineistossa, joka kerättiin psykiatrisessa laitosympäristössä, ei esiintynyt ymmärtävän hoitotyön tyyppiä. Ajankohtana, jolloin aineistoa kerättiin, psykiatristen sairaaloiden purkaminen oli käyn-

nissä ja sairaaloihin olivat jäämässä vain kaikkein vaikeimmat tapaukset ja sairauden akuuteimmassa vaiheessa olevat potilaat. Potilaan tilanne saattoi olla niin vaikea, ettei hän kyennyt tekemään omia valintojaan luotettavasti eikä riittävää ollut se, että hoitaja vastasi hänen tarpeisiinsa, vaan tarvittiin myös muunlaista tukea. Psykiatrisessa hoitotyössä pyritään ymmärtämään ja selittämään potilasta ja hänen oireitaan, joskus jopa niin, että oleelliset asiat saattavat jäädä huomaamatta. Toisaalta psykiatrisessa hoitotyössä potilaan sairauden ymmärtäminen kaikkine oireineen ja puolineen on myös keskeinen haaste. Potilaan ymmärtäminen on edellytyksenä luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiselle. Ymmärtäminen on auttamismenetelmiin liittyvä taito ja ikään kuin psykiatrisen hoitotyön kaikkiin tyypeihin sisältyvänä toteutuva.

Psykiatrisen potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässään oli keskeisesti yhteydessä potilaan omaan osallistumiseen ja omien resurssien ja mahdollisuuksien käyttöön hoidossa. Hoitohenkilökunnalla oli keskeinen vaikutus siinä, mitä valintoja potilas saattoi tehdä. Potilaan tiedonsaanti, henkilökunnan antama tuki ja yhteistyö mahdollistivat potilaan osallistumista omaan hoitoonsa, sen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Tämän aineiston mukaan potilas oli harvoin aktiivinen ja vastuullinen osallistuja omassa hoidossaan laitosympäristössä. Psykiatrisen hoitotyö toteutui useimmiten perinteisesti ja potilas oli passiivinen hoidon vastaanottaja.

7.3.2. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli

Tutkimuksen viimeisessä vaiheessa tuotettua potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallia verrattiin aikaisempaan tutkimustietoon psykiatrisesta hoidosta ja hoitotyöstä. Potilaslähtöiseen hoitamiseen viittaavia ajatuksia psykiatrisessa hoidossa on esitetty jo 1800-luvun puolivälissä, jolloin niiden toteuttamisen esteenä oli esimerkiksi hoitajien koulutuksen ja ammattitaidon puute. (Beck et al. 1988). Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön edellytyksenä ovat hoitajan yhteistoiminnalliset hoitotaidot. Yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä psykiatrisen potilaan hoitotyön tarpeet ja tavoitteet määritellään ja suunnitellaan yhteistyössä potilaan yksilöllisyys huomioiden. Yksilöllistä selviytymistä tukevat auttamismenetelmät mahdollistavat potilaan osallistumista omaan hoitoonsa sen eri vaiheissa. Yhteistoiminnallisessa hoitotyössä käytetyillä auttamismenetelmillä ja psykoterapiassa (Yalom 1983, Tähkä 1996) kuvatuilla parantavilla tekijöillä on yhdensuuntaisia piirteitä. Psykoterapian parantavina tekijöinä on kuvattu esimerkiksi kuuntelemista, toivon ylläpitämistä ja samastumista. Yhteistoiminnallisissa auttamismenetelmissä korostuivat luottamus, turvallisuus ja yhdessä jakaminen.

Tässä tutkimuksessa kuvattu potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli on yhdensuuntainen Isohannin (1983 ja 1993) kuvaaman akuuttien psykiatristen- ja vanhuspotilaiden hoitoon kehitetyn yhteisöhoitomallin kanssa, jonka mukaan pyritään tukemaan potilaan osallistumista päätöksentekoon ja yhteisvastuuseen sekä mahdollistamaan potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli on yhdensuuntainen myös Alasen ym. (1986) skitsofreenisten psykoosien hoitoon kehitetyn mallin kanssa, samoin Alasen ym. (1991) ja Aaltosen ja Rökköläisen (1994) mallin kanssa, joka on kehitetty vastasairastuneiden skitsofreniapotilaiden hoitoon.

Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallilla on yhteisiä piirteitä myös Hartrickin, Lindseyn ja Hillsin (1994) kuvaaman perhehoitotyön (Family Nursing Assessment) kanssa. Heidän tutkimuksessaan perhehoitotyö toteutui eri tyyppisenä. Kaikissa heidän kuvaamissaan tyypeissä näkemys terveydestä vaihteli, samoin tavoite ja hoitotyön käytäntö. Tutkijat näkivät perheen mahdollisuudet muuttua hoidon kohteesta ja objektina olemisesta vastavuoroiseen dialogiin osallistujaksi, kontrolloinnin kohteena olemisesta kriittiseen keskusteluun pystyväksi, numerosta yksilölliseksi, arvokkaaksi ja merkitykselliseksi elämäntarinaksi, biologisten prosessien lisäksi kiinnostavaksi tietoiseksi ykseydeksi, vallankäytön kohteesta tietoisuuden omasta voimakkuudesta ja ulkopuolisten analyysien kohteesta myös itse oman elämänsä selittäjäksi. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallilla ja Töyryn ym. (1993 ja 1998) kuvaamalla ihmisläheisellä hoidolla on yhteneväisyyttä niin, että ihmisläheisessä hoidossa korostetaan yhteisyyden ja yksityisyyden säilymistä, yksilön hyväksymistä ja arvostamista sekä koko hoitoyhteisön ihmisläheisen hoidon edellytysten toteutumista.

Tässä tutkimuksessa kuvattuja psykiatrisen hoitotyön tyyppejä voidaan verrata myös perheterapiassa kuvattuihin erilaisiin koulukuntiin. Perheterapeuttinen suuntaus, josta käytetään nimitystä toisen asteen kybernetiikka (second order cybernetics), korostaa dialogin keskeistä merkitystä terapeutin ja perheen yhteistyössä, jossa yhdessä etsitään ratkaisua ja yhteistä ymmärrystä (von Förster 1981, Sluzki 1985, Anderson & Goolishian 1988, Haarakangas 1997). Tässä perheterapeuttisen koulukunnan näkemyksessä ja yhteistoiminnallisen hoitotavan mukaisessa psykiatrisessa hoitotyössä on samansuuntaisuutta. Normatiivisempaa näkemystä perheterapiassa edustaa ns. edukatiivinen koulukunta, joka korostaa hyvän elämän mallin antamista perheelle (Anderson et al. 1986). Tätä perheterapeuttista suuntausta voidaan verrata kasvattavaan psykiatrisen hoitotyön tyyppiin, jossa ideaalimalli oli keskeinen. Varmistavalla psykiatrisella hoitotyön tyyppillä on yhteneväisyyksiä perheterapeuttisen koulukunnan kanssa, jota kutsutaan ensimmäisen asteen kybernetiikaksi (first order cybernetics) (Minuchin 1985). Tämän perheterapeuttisen koulukunnan näkemyksen mukaan perheterapeutti on ulkopuolinen auktoriteetti, jonka ohjeita perheen tulee noudattaa. Varmistavassa psykiatrisessa hoitotyössä korostui myös auktoriteettimallin mukainen toiminta.

Peplaun (1952) kehittämän psykodynaamisen hoitotyön teorian yksi peruste on kokemusperäisessä oppimisessa, jossa painottuvat oppimiseen liittyvät tunnekokemukset ja tietoisuuden kasvu. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallissa nähdään tunteiden merkitys myös keskeisenä. Tunteiden merkitystä voidaan verrata Peplaun (1952) mallissa esitettyyn kokemusperäiseen oppimiseen. Kuitenkin potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallissa korostetaan tietoista hoitajan ja potilaan välistä dialogia ja yhteistoiminnallisuutta. Tällöin lähtökohtana on se, ettei ole mitään asiantuntijan ylempää tietoa, vaan yhteinen ymmärrys ongelman ratkaisusta rakentuu tietoisesta yhteistyön kautta. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallissa esitettyä näkemystä hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutussuhteesta, joka toteutuu dialogissa, voidaan verrata sosiaalisen konstruktivismin teoriaan ja sen pohjalta esitettyihin näkemyksiin yhteistoiminnallisesta oppimisesta, yhteisohoidosta tai verkostohoidosta. (Isohanni 1983, Gergen & College 1985, Anderson & Goolishian 1988, Schegloff 1989, Sarja 1995, Haarakangas 1997.) Dialogissa toteutuva vuorovaikutus mahdollistaa tämän suuntauksen mukaan molempien näkökulmasta toiminnan mielekkyyden ja motivoitumisen yhteistyöhön.

Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön edellytyksenä ovat hoitajan yhteistoiminnalliset hoitotaidot, mikä tarkoittaa sitä, että hoitaja on kykenevä suuntaamaan omaa toimintaansa tilanteen vaatimalla tavalla. Psykiatrisen potilaan kunto voi vaihdella psykoottisuudesta ja suisidaaliuhasta vastuullisuuteen ja aktiiviseen osallistumiseen. Hoitajan tulisi kyetä tukemaan potilasta tilanteen vaatimalla tavalla riippuvuudesta riippumattomuuteen.

Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön tulos on yksilöllinen potilaan todellisiin voimavaroihin perustuva muutos positiiviseen suuntaan. Olennaista on, että muutos perustuu todellisiin potilaan käytettävissä oleviin resursseihin, joiden todentamisessa hän on mukana ja tietoinen siitä, mitä todellisia mahdollisuuksia hänellä on selviytyä jokapäiväisessä elämässään. Myös Töyry ym. (1993 ja 1998) kuvaavat inhimillisessä hoidossa potilaan tukemista osallistua omaan hoitoonsa ja toteuttaa sitä potilaan omista lähtökohdista käsin, jolloin potilaan inhimillinen kasvu ja kehitys on mahdollista.

Kansainvälisissä hoitotieteellisissä tutkimuksissa on kuvattu erilaisia tekijöitä, jotka ovat yhteydessä potilaan oman vahvuuden (patient empowerment) ja omien resurssien löytämisprosessiin (Malin & Teasdale 1991, Connelly et al. 1993, Dzurec 1994, Hummelvoll & Barbosa da Silva 1994). Yhtenä näkökulmana näissä tutkimuksissa ovat tulleet esiin hoitajan mahdollisuudet tukea ja olla mukana, olla läsnä tässä prosessissa. Hoitajan tukemisen edellytyksenä on pidetty sitä, että myös hän itse on käynyt läpi omassa itsessään prosessin, jossa hänellä on ollut mahdollisuus tutustua omiin vahvuuksiinsa ja heikkouksiinsa. (Hall & Allan 1994, Gilbert 1995, Morse & O'Brien 1995, Butterworth & Rushforth 1995.) Tämän tutkimuksen tuloksen mukaan hoitajat pyrkivät tukemaan potilaan oman kyvykkyuden löytymistä ja sitä pidettiin tärkeänä. Kuitenkin esiin tuli kysymys, pystyvätkö hoitajat toimimaan yhteistoiminnallisessa suhteessa potilaan kanssa. Hoitajat kuvasivat erilaisissa potilaan prosesseissa syntyviä omia tunteitaan. Keinoina selviytyä hoitosuhteen herättämistä vaikeista tunteista tuli esiin ainoastaan työnhjaus tai toisen työtoverin tuki. (osajulkaisu I ja II.) Esiin nousi myös kysymys, miten hoitajat omia tunteitaan tunnistavat ja työstävät niitä. Hoitajan käytettävissä ovat työnhjauksen lisäksi esimerkiksi erilaiset psykoterapiat, psykodraamat tai psykoanalyysi. Se miten hoitaja huolehtii itsestään, joka on hänen tärkein työvälineensä on riippuvainen monista tekijöistä, mutta viime kädessä se on hoitajan oma ratkaisu.

Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Peternelj-Taylor & Hartley 1993, Parker 1993, Loukissa 1995, Roberts 1996, Bushy & Camphuis 1993, Bushy 1997) korostetaan omaisten ja verkoston merkitystä potilaslähtöisyyden toteutumisessa. Myös tässä tutkimuksessa korostettiin verkoston merkitystä ja yhteistyötä verkoston kanssa. Kuitenkin vielä jäi epäselväksi, mikä yhteistyössä verkoston kanssa auttaa potilasta selviytymään ja ottamaan käyttöön omia voimavarojaan. Aineiston perusteella voitiin havaita, että verkostolla ja läheisillä henkilöillä saattoi olla monenlaista merkitystä. Esimerkiksi vaikeiden kysymysten, ”solmujen” aukeaminen verkostokokouksessa voi olla merkityksellinen sekä potilaille ja omaisille, vaikka yhteistyö käytännön tasolla ei lähentyisikään. (osajulkaisu V.)

Tämän tutkimuksen aineiston perusteella kuvatut psykiatrisessa laitosympäristössä esiintyvät hoitotyön tyypit viittaavat siihen, että psykiatrisen hoitotyö on vielä varsin perinteistä ja autoritaarista. Varmistava hoitotyö, joka perustuu auktoriteettimalliin, oli yleisintä (50 %). Kasvattavan hoitotyön osuus oli 37 %. Yhteistoiminnallinen hoitotyö, jota koskevia lausumia oli vain 13 %, mahdollistaa potilaslähtöisen hoitotyön toteutumisen. Miten yhteistoiminnallinen hoitotyö saadaan toimimaan käytännössä, on tulevaisuu-

den haaste psykiatriselle hoitotyölle laitossympäristössä. Perinteisen, autoritaarisen hoitotyön osuus on huomattavan suuri, vaikka psykiatrista hoitotyötä on kehitetty yhteistoiminnalliseen suuntaan. Tulokseen voivat vaikuttaa aineiston keruun ajankohtana psykiatriseen hoitoon kohdistuneet säästöt ja psykiatrisen laitoshoidon supistukset. Niiden vaikutuksesta henkilökunnan työsuhteet muuttuivat ja monen kohdalla työn jatkuminen oli epävarmaa. On mahdollista, että epävarmassa ja stressaavassa tilanteessa hoitajat turvautuivat helpommin perinteisiin hoitamisen käytäntöihin, mikä osaltaan voi selittää varmistavan hoitotyön tyyppin suurta osuutta tuloksissa.

7.3.3. Tulosten merkitys hoitotieteelle ja hoitotyölle

Tämä tutkimus tuottaa tietoa psykiatrisesta hoitotyöstä. Se toisaalta vahvistaa jo aiemmin tuotettua tietoa ja toisaalta kokoaa aikaisemmin psykiatrisesta hoitotyöstä tuotettua tietoa. Tässä tutkimuksessa tuotettu potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli on uusi ja hoitotieteen kannalta tärkeä. Aikaisemmin ei ole ollut suomalaisen aineistoon perustuvaa psykiatriseen hoitotyöhön liittyvää mallia, vaan on käytetty kansainvälisissä yhteyksissä kehitettyjä malleja jäsentämään psykiatrisen hoitotyön käytäntöä. Grounded theory -menetelmällä tuotetun tutkimuksen keskeisenä tarkoituksena on selvittää ihmisten väliseen toimintaan liittyviä prosesseja ja niihin liittyviä merkityksiä. Ihmisten maailma ymmärretään merkitysten maailmaksi, ja merkitysten ilmentäjänä on kieli. Merkitykset muodostuvat ihmiselle kanssakäymisessä toisten ihmisten kanssa. Merkitysten muodostuminen on yksilöllinen tulkintojen kokonaisuus, joka liittyy yksilön elämänselitykseen ja kokemusmaailmaan. Menetelmän avulla voidaan kehittää teoriaa, joka jäsentää käytännön toimintaa ja siinä toimivien ihmisten tietoisuutta toiminnastaan. Tässä tutkimuksessa grounded theory menetelmän avulla on tuotettu ja kuvattu malli psykiatrisen hoitotyön käytäntöön. Tämä malli tarjoaa mahdollisuuden potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön kehittämiseksi. Tässä tutkimuksessa tuotetun mallin ja sen käsitteiden kehittäminen edelleen vaatii niiden testaamista.

Avohoidon mielenterveyspalveluja on voimakkaasti kehitetty ja pyritty tukemaan potilaiden selviytymistä laitoksen ulkopuolella. Näiden palvelujen kehittämisessä on vaarana, että ne vahvistavat potilaan riippuvuutta hoitosysteemistä, jolloin potilas ei irrottaudukaan täysin hoitojärjestelmästä eikä sairaan roolista, vaan jää riippuvaiseksi hoito-organisaatiosta. (Nikkonen 1996, Salo 1996.) Tästä syystä on tärkeä kehittää myös laitossympäristössä toteutuvaa psykiatrista hoitotyötä potilaslähtöiseen suuntaan, jotta voidaan tukea potilaan selviytymistä myös avohoidossa ja auttaa häntä tunnistamaan ja löytämään omia todellisia selviytymisen resurssejaan. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön tavoite on itsenäinen, terveydenhuoltojärjestelmästä riippumaton selviytyminen jokapäiväisessä elämässä. Haasteellinen kysymys on, voiko psykiatrinen potilas selviytyä laitoksen ulkopuolella riippumattomana avohoidon palveluista ja hakeutua itse hoitoon silloin, kun tunnistaa sitä tarvitsevansa, vai tarvitaanko aina asiantuntijoiden arviointia? Silloin, kun psykiatrinen hoitotyö toteutuu pelkästään joko varmistavana tai kasvattavana, se tukee enemmän potilaan riippuvuutta hoidosta ja hoitojärjestelmästä kuin hänen itsenäisyyttään ja omien resurssiensa käyttöä.

7.4. Jatkotutkimushaasteet ja suositukset psykiatrisen hoitotyön kehittämiseksi

Tätä tutkimusta voidaan jatkaa uudella empiirisellä vaiheella, jolloin testataan ja kehitetään eteenpäin tuotettua potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallia. Testauksella voidaan selvittää ja tarkentaa mallin keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä yhteyksiä. Mallin testaamiseksi muodostettua mittaria voidaan käyttää myös arvioitaessa psykiatrisen hoitotyön toteutumista ja psykiatrisen hoitotyön laatua.

Tämän tutkimusprosessin aikana nousi keskeisenä esille ensiksikin kysymys hoitajan ammatillisesta kasvusta yhteistoiminnalliseksi psykiatriseksi hoitajaksi. Se on edelleen haaste myös hoitotyön koulutuksen kehittämiseksi. Olisi tärkeää selvittää, mitkä tekijät mahdollistavat hoitajan ammatillista kasvua ja mitä yhteistoiminnalliseksi hoitajaksi kasvaminen edellyttää hoitajalta itseltään. Toinen tärkeä jatkotutkimushaaste on selvittää arviointia psykiatrisessa hoitotyössä, koska sillä on keskeinen tehtävä hoitajan ammattitaidon kehittymisen kannalta. Vaikka arviointi jäi vähäiseksi tämän tutkimuksen tuloksissa, psykiatrisessa hoitotyössä todennäköisesti sitä pidetään tärkeänä. Koska hoitaja itse omana persoonanaan on usein työväline, oman itsen arviointi ulkopuoliselle tutkijalle ei ole ehkä helppoa. Arvioinnin toteutuminen psykiatrisessa hoitotyössä nousee kuitenkin selvästi jatkotutkimushaasteeksi. Kolmas keskeinen jatkotutkimushaaste on selvittää, miten yhteistyö potilaan, hänen verkostonsa ja asiantuntijoiden kesken auttaa potilaan selviytymistä. Tässä aineistossa hoitohenkilökunta näki yhteistyön potilaan verkoston kanssa tärkeänä. Kaikki potilaat eivät halunneet sitä. Joidenkin potilaiden näkökulmasta olisi parempi, ettei omaisia vaivattaisi heidän sairastumisensa takia. Jotkut kokivat vaikeana sen, että omaisia oli kutsuttu hoitoneuvotteluun, koska heidän välinsä olivat aina olleet etäiset. Toisaalta hyvin pitkään sairaalassa olleet potilaat kaipasivat omaisia siinä vaiheessa, kun avohoitoon siirtyminen näytti mahdolliselta. Todennäköisesti verkoston ja omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä joudutaan toteuttamaan yksilöllisesti sekä potilaan että omaisten näkökulmat huomioiden, ei sillä perusteella, että asiantuntijat tietävät sen olevan tutkimusten mukaan hyväksi hoidossa.

Yhtenä jatkotutkimushaasteena on potilaan näkökulman selvittäminen edelleen, koska se on myös keskeinen avain potilaslähtöisen hoitotyön toteuttamiseen. Potilaslähtöisyys ei kuitenkaan saisi merkitä liian pitkälle menevää potilaan toiveiden toteuttamista, vaan vastuullista yhteistyötä, jossa yhdessä etsitään ratkaisuja.

Yhteistoiminnallinen psykiatrinen hoitotyö mahdollistaa potilaslähtöisyyden toteuttamista. Yhteistyö eri ammattiryhmien kesken on myös jatkotutkimushaaste. Kaikki ammattiryhmät ja kaikki potilaat eivät ole valmiita potilaslähtöiseen työskentelyyn, joka vaatii esimerkiksi yhteistoiminnallisuutta ja osallistuvaa dialogia, jotka menetelminä eivät ole helppoja toteuttaa. Potilaslähtöisyys edellyttää hoitajalta kykyä olla lähellä potilaan kärsimystä. Monet potilaat odottavat perinteistä autoritaarista hoitoa.

Ajankohtainen ja tärkeä näkökulma yhteistoiminnallisuuden kannalta on, että psykoosipotilaiden hoidossa käytettävät uudet neuroleptit aiheuttavat potilaille entistä vähemmän sivuvaikutuksia, kuten väsymystä, lamaa ja kognitiivisten toimintojen laskua (Castrén ym 1998). Lääkehoito voi myös mahdollistaa potilaan osallistumista yhteistoiminnalliseen hoitoon.

Toimintatutkimuksella (Holter & Schwartz-Barcott 1993, Hart & Bond 1996) voitaisiin myös selvittää, miten potilaslähtöiseen työskentelytapaan siirtyminen mahdollistuu nykyistä paremmin käytännön psykiatrisessa hoitotyössä laitospäristössä. Psykiatrisen hoitotyön käytännön kehittämiseksi on keskeisenä haasteena myös arvioinnin ja etenkin vertaisarvioinnin eli työtoveriarvioinnin kehittäminen. Oman työskentelyn arviointi edellyttää kykyä analysoida ja eritellä omaa toimintaa. Vertaisarvioinnilla on merkitystä hoitajan työn kehittämisessä, mutta myös hoitajan toiminnan eettisyydestä huolehdittaessa. Esimerkiksi sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa edellytetään vertaisarviointia, jolloin osaston koko työryhmä vastaa toiminnan korkeasta eettisestä tasosta. Tämän tutkimuksen tulos antaa aihetta yhteistoiminnallisuuden kehittämiseksi psykiatrisessa hoitotyössä. Yhteistoiminnallisuus oli tuloksen mukaan erittäin vähäistä. Haasteena käytännön psykiatrisen hoitotyön kehittämiseksi on myös hoitajien jaksaminen, kun toimintaa ja henkilöresursseja koko ajan supistetaan. Vertaisarvioinnin kehittämiseksi voitaisiin tukea ja mahdollistaa hoitajien jaksamista

8. Johtopäätökset

Psykiatrinen hoitotyö koostuu monimutkaisista ihmisten välisistä prosesseista ja niihin liittyvistä merkityksistä. Tässä tutkimuksessa tuotettua psykiatrisen hoitotyön mallia kehitetään edelleen ja testataan empiirisesti kvantitatiivisin menetelmin.

Tutkimuksen tuloksien pohjalta voidaan esittää seuraavat johtopäätökset koskien psykiatrista hoitotyötä laitospäristössä:

1. Hoitajat ja potilaat kuvasivat yhdensuuntaisesti psykiatrista hoitotyötä.
2. Psykiatriset potilaat olivat omassa hoidossaan pääosin passiivisia tai vastuullisia vastaanottajia.
3. Psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmät olivat pääosin varmistavia ja kasvattavia.
4. Hoitotyön tarpeet ja tavoitteet määriteltiin pääosin varmistavasti tai kasvattavasti.
5. Yhteistoiminnallisuutta oli vähän käytännön psykiatrisessa hoitotyössä laitospäristössä.

Tutkimuksen tuloksien pohjalta voidaan esittää seuraavat jatkotutkimushypoteesit.

1. Potilaan selviytymisen tasoon vaikuttavat potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa, hoidon tarpeiden ja tavoitteiden määrittelyt sekä selviytymistä tukevat auttamismenetelmät.
2. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö edellyttää, että potilas osallistuu vastuullisena osallistujana omaan hoitoonsa.
3. Hoitajien käyttämät varmistavat ja kasvattavat menetelmät rajoittavat potilaan osallistumista omaan hoitoonsa vastuullisena osallistujana. Yhteistoiminnalliset menetelmät mahdollistavat potilaan vastuullisen osallistumisen omaan hoitoonsa.
4. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön edellytyksenä ovat psykiatrisen hoitajan yhteistoiminnalliset hoitotaidot, verkoston ja läheisten ihmisten mahdollisuudet toimia voimavarana sekä hoitoyhteisön, potilaan ja koko yhteiskunnan arvot ja asenteet.
5. Potilaan toimiminen vastuullisena osallistujana omassa hoidossaan on edellytyksenä selviytymiselle laitoksen ulkopuolella.

9. English summary

Psychiatric nursing is moving towards non-institutional care with an emphasis on out-patient functions and small treatment units. As a consequence of this change, challenging questions have arisen as to what kinds of helping methods should be used and, especially, what is the nature of the nurse-patient relationship. Treatment methods have evolved from passive, isolated ones to ones which emphasise interaction and co-operation, in which the patients and their relatives are able to participate in planning and problem solving.

This research started with the broad baseline question of what psychiatric nursing is. The aim was to describe psychiatric nursing and to use the grounded theory method to develop a model of psychiatric nursing practice from the viewpoint of psychiatric nursing. Applying the grounded theory method, the data were collected by theoretical sampling. The size of the sample was not defined initially, but evolved during the data collection, as the analysis proceeded. Data collection by participant observation and interviewing in two psychiatric hospitals took ten months and covered a total of 52 recorded interviews with 29 nurses, 16 patients and 7 nursing students and their own descriptions of their actions in different care situations. A set of 10 videotaped observations was collected in the course of nursing report sessions and planning meetings.

The analysis indicated that the basic process of psychiatric nursing in a hospital environment is that of helping the patient to manage in daily life, i.e. an enabling process that enhances personal control and encompasses awareness and commitment to change. The level at which the patient can manage is related to the definition of the goals of nursing, the definition of the patient's needs or problems and the helping methods used. By selecting the content of the goals of nursing, the needs of nursing and the helping methods used, it was possible to identify different types of psychiatric nursing: collaborative, educating and confirmatory nursing. The confirmatory type of psychiatric nursing calls on the nurse to use traditional helping methods and establish an authoritative relationship with the patient, as in the case of custodial care. A multidisciplinary influence is seen in educating psychiatric nursing, as teaching is to be provided for the patient and the nurse is expected to adopt a more prominent role. Collaborative psychiatric nursing emphasises patient empowerment. Co-operative helping methods are used in collaborative psychiatric nursing.

In the second phase, the transcribed data (520 pages of text) were categorised according to the types of psychiatric nursing. Using utterance as a classification unit. The utterances (N = 1178) of the interview data of the nurses and the patients according to the helping methods (n = 365), the sentences of patients' interviews classified according to their participation in their own nursing (n = 173). Lastly, transcribed video materials and the nurses' interviews were classified according to the nursing assessment (n = 640). After this, the utterances were classified for the psychiatric helping methods and the nursing assessments for indicators of collaborative, educational and confirmatory psychiatric nursing. From this data, 11 % indicated collaborative nursing, 32% educational methods, and 40 % confirmatory nursing. The utterances which described patients' participation in their own care were classified into categories of responsible participants, responsible recipients and passive recipients. Most of the utterances described the patient's participation in his/her care as a passive recipient (64 %) the share of responsible recipients being 22 %, and that of responsible participants 14 %. Out of all utterances (N = 1178) 50 % described confirming nursing, 37 % educational and 13 % collaborative psychiatric nursing

According to these findings, most of the psychiatric nurses described their work in terms of the authoritarian model. The nurses are often dependent on the doctors' authority and the patient is a passive recipient of care. The nurses who worked according to the educational model had an ideal model of nursing. They instructed the patient to follow the ideal model without asking whether the patient understood. The nurses who worked according to the collaborative model co-operated with the patient and his/her significant others. Patient initiative means that all decisions, planning and assessments are made in dialogue, with shared accountability and in collaboration with all those victimised in the patient's care.

In the last phase a model of patient initiatives in psychiatric nursing in a hospital environment was formulated. The dimensions of the model were: 1) The conditions i.e. societal values and attitudes, co-operation, the nurse's collaborative helping skills, 2) the psychiatric nursing process, which supports patient empowerment, 3) the results i.e. change into positive direction, recognition of real resources, motivation and meaning of life, and, 4) capability to manage in daily life as a responsible participant. Development and improvement are processes of the nurse and the patient between these four dimensions. Participation and capability to manage make possible change and critical assessment. The conditions of participation are the experiences of meaning and motivation. In participatory dialogue, shared accountability and collaboration make it possible for both to be aware of their expectations and action models.

This work has provided a description of psychiatric nursing from the viewpoint of patient initiatives. Collaborative psychiatric nursing illustrated patient initiatives. In further studies it will be important from patients' perspective to describe their experiences and notions of their nursing. Not all professional groups and all patients are ready for patient initiatives which imply mutual collaboration and participatory dialogue because they are not easy methods for anyone. Patient initiatives require from nurses an ability to be close to the patient's suffering. Some of the patients expect for authoritarian nursing. Therefore, further research should describe the process by which the patient can become aware of the significance of his/her active participation in his/her own care.

Kirjallisuus

- Aaltonen J & Rökköläinen V (1994) The Shared image guiding the treatment process. A precondition for integration of the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 164 (suppl. 23): 97 - 102.
- Abdellah FG (1970) Potilaskeskeinen Sairaanhoido. SHKS, Helsinki.
- Achte K (1991) 150 Vuotta Psykiatria. Lapinlahden sairaalan historia 1841 - 1991. Recallmed Oy, Jyväskylä.
- Alanen YO (1994) An attempt to integrate the individual-psychological and interactional concepts of the origins of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 164 (Suppl. 23): 56 - 61.
- Alanen YO (1997) Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment. Karnac Books, London.
- Alanen YO Lehtinen K, Rökköläinen V & Aaltonen J (1991) Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83(5): 363 - 372.
- Alanen YO Rökköläinen V, Laakso J, Rasimus R & Kaljonen A (1986) Towards need-specific treatment of schizophrenic psychoses. *Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Psychiatry Series.* 41: 1 - 295.
- Alasuutari P (1989) Erinomaista, Rakas Watson. Johdatus Yhteiskuntatutkimukseen. Hanki ja Jää, Helsinki.
- Alison R, Yung P, McGorry D, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC & Rakkar A (1996) Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin. National Institute of Mental Health* 22(2): 283 - 303.
- Anderson CM, Reiss DJ & Hogarty GE (1986) Schizophrenia and the Family. A Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management. The Guilford Press, New York.
- Anderson H & Goolishian H (1988) Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process* 27(4): 371 - 393.
- Anderson J, Dayson D, Wills W, Gooch C, Margolius O, O'Driscoll C & Leff J (1993) The TAPS Project. 13: clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *British Journal of Psychiatry* 162 (suppl. 19): 45 - 56.
- Annellis M (1997) Grounded theory method: philosophical perspectives, paradigm of inquiry, and postmodernism. *Qualitative Health Research* 16(3): 379 - 393.
- Antonovsky A (1987) Unravelling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Anttinen E & Ojanen M (1984) Sopimusvuoren Terapeuttiset Yhteisöt. Lege Artis oy, Tampere.
- Appleton JV & King L (1997) Constructivism: A naturalistic methodology for nursing inquiry. *Advances in Nursing Science* 20(2): 13 - 22.

- Atwood JR & Hinds P (1986) Heuristic heresy: application of reliability and validity criteria to products of grounded theory. *Western Journal of Nursing Research* 8(2): 135 - 154.
- Austin W, Gallop R, Harris D & Spencer E. (1996) A 'domains of practice' approach to the standards of psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 3(2): 111 - 115.
- Bandman EL & Bandman B (1995) *Nursing Ethics through Life Span*. CT: Appleton and Lange, East Norwalk.
- Beech P & Norman J (1995) Patients' perceptions of the quality of psychiatric nursing care: findings from a small-scale descriptive study. *Journal of Clinical Nursing* 4(2): 117 - 123.
- Beck C M, Rawlins R P & Williams S R (1988) *Mental Health - Psychiatric Nursing. A Holistic Life Cycle Approach*. The C.V. Mosby Company, St. Louis.
- Begley CM (1996 a) Using triangulation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 24(1): 122 - 128.
- Begley CM (1996 b) Triangulation of communication skills in qualitative research instruments. *Journal of Advanced Nursing* 24(4): 688 - 693.
- Benoliel JQ (1988) Considering human rights in research. In: Woods N. & Catanzaro M. *Nursing Research. Theory and Practice*. The Mosby C.V. Company, S. Louis, p. 79 - 96.
- von Bertalanffy L (1969) General system theory and psychiatry - an overview. In: Gray W, Duhl FJ & Rizzo ND *General Systems Theory and Psychiatry*. Little Brown and Company, Boston, p. 33 - 50.
- Blackburn M (1994) Disabled people and ethics of nursing research. pp. In: Hunt, G. (Ed) *Ethical Issues in Nursing*. Routledge, London, p. 39 - 54.
- Borkan J, Reis S, Hermoni D & Biderman A (1995) Talking about the pain: a patient-centred study of low back pain in primary care. *Social Science & Medicine* 40(7): 977 - 988.
- Bottorff J.L. (1994) Using videotaped recordings in qualitative research. In: Morse J.M. (ed) *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Sage Publications, California, p. 244 - 261.
- Bottorff JL (1997) Linking qualitative and quantitative research. *New avenues for programmatic research*. In: Morse JM (ed) *Completing a Qualitative Project. Details and Dialogue*. Sage Publications, California, p. 227 - 249.
- Bowers L (1996) Community psychiatric nurse education in the United Kingdom: 8 years of surveys and the issues raised. *Journal of Advanced Nursing* 23(5): 919 - 924.
- Brink PJ & Wood MJ (eds.) (1989) *Advanced Design in Nursing Research*. Sage Publications, California.
- Brooker C & Butterworth C (1991) Working with families caring for a relative with schizophrenia: the evolving role of the community psychiatric nurse. *International Journal of Nursing Studies* 28(2): 189 - 200.
- Brooker C, Falloon I, Butterworth A, Goldberg D, Graham-Hole V & Hillier, V (1994) The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial interaction. *British Journal of Psychiatry* 165(2): 222 - 230.
- Bunch EH (1983) *Everyday Reality of the Psychiatric Nurse. A Study of Communication Patterns between the Schizophrenic and the Psychiatric Nurse*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Burnard P (1987) Spiritual distress and the nursing response: theoretical considerations and counselling skills. *Journal of Advanced Nursing* 12(3): 377 - 382.
- Burnard P (1991) A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today* 11(6): 461 - 466.
- Burnard P (1995) Nurse educator's perceptions of reflection and reflective practice: a report of a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing* 21(6): 1167 - 1174.
- Burnard P (1996) Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today* 16(2): 278 - 281.
- Burns N (1989) Standards for qualitative research. *Nursing Science Quarterly* 2(1): 44 - 52.

- Bushy A (1997) Empowering initiatives to improve a community's health status. *Journal of Nursing Care Quality* 11(4): 32 - 42.
- Bushy A & Kamphuis J (1993) Response to innovation: behavioural patterns. *Nursing Management* 24(3): 62 - 64.
- Butterworth T (1995) The current status and future challenges of psychiatric/mental health nursing. *International Journal of Nursing Studies* 32(4): 353 - 365.
- Butterworth T & Rushforth D (1995) Working in partnership with people who use services: reaffirming the foundations of practice for mental health nursing. *International Journal of Nursing Studies* 32(4): 373 - 385.
- Capron AM (1991) Protection of research subjects: do special rules apply in epidemiology? *Journal of Clinical Epidemiology* 44 (Suppl 1): 81S - 89S.
- Castrén E, Männistö P & Tiihonen J (1998) Mitä uutta neurofarmakologiasta. *Duodecim* 114(10): 993 -1001.
- Chenitz WC & Swanson JM (1986) *From Practice to Grounded Theory*. Addison-Wesley Publishing Company, California.
- Chinn PL & Kramer MK (1995) *Theory and Nursing: A Systematic Approach*. Mosby C.V. Company, St. Louis.
- Connelly LM, Keele BS, Kleinbeck SVM, Schneider JK & Cobb A (1993) A place to be yourself: empowerment from the client's perspective. *Image - Journal of Nursing Scholarship* 25(4): 297 - 303.
- Council of Europe. (1984) *Protection of Personal Data Used for Scientific Research and Statistics*. Council of Europa, Strasbourg.
- Darwin C (1964) *On the Origin of Species*. University Press, Cambridge.
- Davis AJ & Aroskar MA (1983) *Ethical Dilemmas and Nursing Practice*. CT: Appleton-Century-Crofts, East Norwalk.
- Dey I (1993) *Qualitative Data Analysis. A User-Friendly Guide for Social Scientists*. Routledge, London.
- Doering L (1992) Power and knowledge in nursing: A feminist poststructuralist view. *Advances in Nursing Science* 14(4): 24 - 33.
- Dzurec LC (1994) Schizophrenic clients' experiences of power: using hermeneutic analysis. *Image - Journal of Nursing Scholarship* 26(2): 155 - 159.
- Efran JS, Lukens RJ & Lukens MD (1988) Constructivism: What's in it for you. *The Family Therapy Networker* September/October: 27 - 35.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. Helsinki.
- Erikson EH (1982) *Lapsuus ja Yhteiskunta*. Gummerus, Jyväskylä.
- Erikson K (1987) *Hoitamisen Idea*. SHKS, Forssa.
- Erikson K (1989) *Caritas Ajattelu*. SHKS, Karisto oy, Hämeenlinna.
- Erikson K (1994) *Den Lidande Människan*. Studentlitteratur, Stockholm.
- Fawcett J (1993) Conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship. *Journal of Advanced Nursing* 18(4): 558 - 564.
- Feinleib M (1991) The epidemiologist's responsibilities to research subjects. *Journal of Clinical Epidemiology* 44(Suppl 1): 73S - 79S.
- Fishman HC (1993) *Intensive Structural Therapy: Treating Families in Their Social Context*. BasicBooks Cop., New York.
- Folkman S & Lazarus RS (1988) The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science and Medicine* 26(3): 309 - 317.
- Folkman S (1997) Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine* 45(8): 1207 - 1221.
- Forchuk C (1991) Peplaus's theory: concepts and their relations. *Nursing Science Quarterly* 4(2): 54 - 60.

- Forchuk C (1992) The orientation phase of the nurse-client relationship: how long does it take? *Perspectives in Psychiatric Care* 28(4): 7 - 10.
- Forchuk C (1994a) Preconceptions in the nurse-client relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1: 145 - 149.
- Forchuk C (1994b) The orientation phase of the nurse-client relationship: testing Peplau's theory. *Journal of Advanced Nursing* 20(3): 532 - 537.
- Forchuk C & Dorsay JP (1995) Hildegard Peplau meets family systems nursing: innovation in theory-based practice. *Journal of Advanced Nursing* 21(1): 110 - 115.
- Foucault M. (1980) *Tarkkailla ja Rangaista*. Otava, Helsinki.
- Frank AF & Gunderson J (1990) The role of therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 47(3): 228 - 236.
- Freud S (1950a) *Totem and Taboo: Some Points of Agreement between the Mental Lives of Savages and Neurotics*. Norton Cop., New York.
- Freud S (1950b) *The Question of Lay Analysis: Conversation with an Impartial Person*. Norton Cop., New York.
- Freud S (1955) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Volume 18 (1920-1922) Hogarth, London.
- von Förster H. (1981) *Observing Systems*. Intersystems, Seaside.
- Garland A. (1994) Nurse or psychotherapist? The ongoing identity crisis. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 1(2): 131 - 136.
- Gergen KJ & College S (1985) The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist* 40(3): 266 - 275.
- Gibson CH (1991) A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 16(3): 354 - 361.
- Gibson D (1994) Time for clients: temporal aspects of community psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing* 20(1): 110 - 116.
- Gilbert T (1995) Nursing: empowerment and the problem of power. *Journal of Advanced Nursing* 21(5): 865 - 877.
- Glaser BG (1978) *Theoretical Sensitivity*. *Advances in the Methodology of Grounded Theory*. University of California, San Francisco.
- Glenister D (1994) Patient participation in psychiatric services: a literature review and proposal for a research strategy. *Journal of Advanced Nursing* 19(4): 802 - 811.
- Godin P (1996) The development of community psychiatric nursing: a professional project? *Journal of Advanced Nursing* 23(5): 925 - 934.
- Goffman E (1961) *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books, New York.
- Goffman E (1983) The interaction order. *American Sociological Review* 48(1): 1 - 17.
- Gournay K & Brooking J (1994) Community psychiatric nurses in primary health care. *British Journal of Psychiatry* 22(4): 231 - 238.
- Gournay K (1995) Mental health nurses working purposefully with people with serious and enduring mental illness-an international perspective. *International Journal of Nursing Studies* 32(4): 341 - 352.
- Haarakangas K (1997) *Hoitokokouksen Äänet. Dialoginen Analyysi Perhekeskeisen Psykiatrisen Hoitoprosessin Hoitokokoukseskusteluista Työryhmän Toiminnan Näkökulmasta*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Hall AB & Allan JD (1994) Self in relation: A prolegomenon for holistic nursing. *Nursing Outlook* 42(3): 110 - 116.
- Hall AB (1996) The psychiatric model: A critical analysis of its undermining effects on nursing in chronic mental illness. *Advances in Nursing Science* 18(3): 16 - 26.

- Hart E & Bond M (1996) Making sense of action research through the use of a typology. *Journal of Advanced Nursing* 23(1): 152 - 159.
- Hartrick G, Lindsey AE & Hills M (1994) Family nursing assessment: meeting the challenge of health promotion. *Journal of Advanced Nursing* 20(1): 85 - 91.
- Heifner C. (1993) Positive connectedness in the psychiatric nurse-patient relationship. *Archives of Psychiatric Nursing* 7(1): 11 - 15.
- Henkilörekisterilaki. 30.4.1987/471, Helsinki.
- Hentinen M (1984) Sydäninfarktipotilaan Hoitotyön Kehittämishjelma Kuopion Yliopistollisen Keskussairaalan Sisätautien Klinikalla Vuosina 1980 - 1982. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet, Alkuperäistutkimukset. 1/1984, Kuopio.
- Henriksson M, Isometsä E, Huttunen MO & Lönnqvist J (1994) Masennustilojen diagnostiikan keskeisiä käsitteitä ja ongelmia. *Duodecim* 110(3): 227 - 237.
- Hochberger J (1995) A discharge check list for psychiatric patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 33(12): 35 - 38.
- Hoeksema J & Munski J (1997) Development of a patient-centred preprocedure program. *AORN Journal* 65(2): 388 - 390, 393 - 395.
- Holter IM & Schwartz-Barcott D (1993) Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 18(2): 298 - 304.
- Honkasalo M-L (1994) Etnografia ja tutkiva subjekti - kertomuksia tiedonkeruumatkalta ja kenttätöystä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31(1): 15 - 23.
- Honkonen T (1997) Psykoterapeuttiset menetelmien asema skitsofrenian hoidossa. *Duodecim* 113(24): 2625 - 2630.
- Hummelvoll JK & Bunch EH (1994) The impact of public health in Norwegian postgraduate programmes of psychiatric nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 8(4): 239 - 248.
- Hummelvoll JK & Barbosa da Silva A (1994) A holistic-existential model for psychiatric nursing. *Perspectives in Psychiatric care* 30(2): 7 - 14.
- Häggman-Laitila A & Pietilä A-M (1993) Elämänhallinta terveenä olemisen perustana. Elämänhallinta käsitteen teoreettis-empiiristä määrittelyä. *Hoitotiede* 5(1): 2 - 10.
- Häggman-Laitila A & Åstedt-Kurki P (1994) What is expected of the nurse-client interaction and how these expectations are realized in Finnish health care. *International Journal of Nursing Studies* 31(3): 235 - 261.
- Häggman-Laitila A & Åstedt-Kurki P (1995) Experiential health knowledge from the perspective of Finnish adults. *Western Journal of Nursing Research* 17(6): 614 - 630.
- International Council of Nurses. (1995) *Better Health through Nursing Research*. ICN, Geneva.
- Irurita VF (1996) Hidden dimensions revealed: Progressive grounded theory study of qualitative care in the hospital. *Qualitative Health Research* 6(3): 331 - 349.
- Isohanni M (1983) *The Psychiatric Ward as a Therapeutic Community*. Acta Universitatis Ouluensis, Medica 111, Oulu.
- Isohanni M, Hartikainen A-L, Moring J, Partanen U, Rantakallio P, Sipilä P, Syvälahti E & Tienari, P (1995) Mitä tiedetään skitsofrenian syistä ja taustasta? *Duodecim* 111(4): 1745 - 1752.
- Isohanni M & Moring J (1993) Muuttuva psykiatrinen sairaanhoito. *Duodecim* 109: 1887 - 1889.
- Isohanni M, Nieminen P, Alakare B & Eskelinen J ym. (1993) Ensikertalaisten skitsofreniapotilaiden hoidollinen aktiivisuus ja hoitotavoitteiden saavuttaminen yhteisöosastolla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 30(4): 244 - 253.
- Isohanni M, Nieminen P, Moring J, Pylkkänen K & Spalding M (1991) The dilemma of civil rights versus the right to treatment: questionable involuntary admissions to a mental hospital. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83(4): 256 - 261.
- Isohanni M, Nieminen P, Moring J, Pylkkänen K, Wienblad I & Spalding M (1992) Tahdosta riippumaton hoito - vapaudenriistoa vai välttämätöntä hoitoa. *Duodecim* 108(2): 148 - 156.

- Isohanni M, Nieminen P & Winbland I (1993) Miten hoitoaika psykiatrisella osastolla määräytyy. *Suomen Lääkärelehti* 48(10): 918 - 923.
- Janhonen S (1992) The Core of Nursing as Seen by the Nurse Teachers in Finland, Norway and Sweden. *Acta Universitatis Ouluensis, Medica* 245, Oulu.
- Janhonen S (1993) Finnish nurse instructor's view of the core of nursing. *International Journal of Nursing Studies* 30(2): 157 - 169.
- Janhonen S, Koivisto K, Latvala E, Tuulos T, Vanhanen L & Vuokila-Oikkonen P (1998) Towards collaborative alliance in psychiatric nursing. 9th Biennial Conference of the Workgroup of European Nurse Researchers, Helsinki, nr. 24:193.
- Janhonen S & Nikkonen M (1994) Etnografia ja etnonursing hoitotieteellisessä tutkimuksessa - esimerkkejä kenttätutkimusprosesseista. *Hoitotiede* 6(5): 194 - 201.
- Janhonen S & Pyykkö A (1996) Kehittyvän Hoitotyön Malli. Wsoy, Juva.
- Johnson JL (1997) Generalizability in qualitative research. Excavating the discourse. In: Morse J. M. (ed) *Completing a Qualitative Project. Details and Dialogue*. Sage Publications, California, p. 191 - 208.
- Johnstone M-J (1988) Law, professional ethics and the problem of conflict with personal values. *International Journal of Nursing Studies* 25(2): 147 - 157.
- Jones PS & Meleis AI (1993) Health is empowerment. *Advances in Nursing Science* 15(3): 1 - 14.
- Kaltiala-Heino R (1995) Involuntary Psychiatric Hospitalization. *Acta Universitatis Tamperensis, ser A* vol. 466.
- Kansaneläkelaitos (1989) Terveys, Toimintakyky ja Hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-Terveystutkimuksen Perustulokset. Kansaneläkelaitoksen Julkaisuja AL: 32, Helsinki ja Turku.
- Ketonen O (1981) Ihmisenä Olemisesta. Otava, Keuruu.
- King I M (1992) King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly* 5(1): 19 - 26.
- Kirkpatrick MK, Ford S & Castelleo BP (1997) Storytelling. An approach to client-centred care. *Nurse Educator* 22(2): 38 - 40.
- Koivisto K (1996) Psykoottisen Potilaan hoitotyö Psykiatrisessa Sairaalassa Hoitajien Kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto hoitotieteen laitos.
- Kokko S (1996) Mahdollisuus Hoidostaan. Ensimmäistä Kertaa Psykiatrisessa Sairaalahoidossa Olevan Potilaan Kokemuksia Hoidostaan. Lisensiaattityö. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Kools S, McCarthy M, Durham R & Robrecht L (1996) Dimensional analysis: Broadening the conception of grounded theory. *Qualitative Health Research* 6(3): 312 - 330.
- Koskiahho B (1990) Ohi, Läpi ja Reunojen Yli. Tutkimuksenteon Peruskysymyksiä. Gaudeamus, Helsinki.
- Kovach CR (1991) Content analysis of reminiscences of elderly women. *Research in Nursing & Health* 14(4): 287 - 295.
- Laki Potilaan Asemasta ja Oikeuksista. 17.8.1992/785, Helsinki.
- Laszlo E (1972) (ed.) *The Relevance of General Systems Theory: papers presented to Ludvig von Bertalanffy on His Seventieth Birthday*. G. Braziller cop., New York.
- Latvala E (1991) Psykiatrisessa Sairaalahoidossa Olevan Potilaan Käsitteitä Oman Hoitonsa Tavoitteista. Pro gradu -tutkielma Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Latvala E (1996) Psykiatrinen Hoitotyö Sairaalaympäristössä Hoitajien, Opiskelijoiden ja Potilaiden Kuvaaman sekä Videotujen Hoitotilanteiden Pohjalta Tarkasteltuna. Lisensiaattityö Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Latvala E & Aavarinne H (1993) Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan käsitteitä omasta hoidostaan. *Hoitotiede* 5(4): 172 - 177.
- Latvala E & Janhonen S (1996) Potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä - psykiatrisen hoitotyön perusprosessi. *Hoitotiede* 8(5): 224 - 232.
- Leff J (1993) Evaluating the transfer of care from psychiatric hospitals to district-based services. *British Journal of Psychiatry* 162 (suppl. 19): 6.

- Lehtinen V, Joukamaa M, Jyrkinen T, Lahtela K, Raitasalo R, Maatela J & Aromaa A (1991) Suomalaisien aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL: 33, Turku ja Helsinki.
- Lehtinen K (1994) Need-adapted treatment of schizophrenia: family interventions. *British Journal of Psychiatry* 164 (suppl. 23): 89 - 102.
- Leino-Kilpi H (1990 a) Good Nursing Care - On What Basis? *Annales Universitatis Turkuensis. Serie D. Medica - Odontologica* 49.
- Leino-Kilpi H (1990 b) Grounded teoria-menetelmän käytöstä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2(3): 199 - 204.
- Leino-Kilpi H, Walta L, Helenius H, Vuorenheimo J & Välimäki M (1994) Hoidon Laadun Mittaaminen. Potilaslähtöisen Hyvän Hoito -Mittarin Kehittely ja Mittarilla Saadut Tulokset. STAKES Raportteja 151, Helsinki.
- Lepola I (1997) Kolme Vuotta Muutoksessa Mukana: Toimintatutkimus Psykiatrisessa Vastaanottoyksikössä. *Acta Universitatis Ouluensis, Medica* 436, Oulu.
- Lepola I & Vanhanen L (1997) The patient's daily activities in acute psychiatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 4(1): 29 - 36.
- Leppänen T, Töyry E & Vehviläinen-Julkunen K (1997) Potilaiden käsitys ihmisläheisen hoidon keskeisestä sisällöstä. *Hoitotiede* 9(4): 178 - 185.
- Liaschenko J (1995) Ethics in the work of acting patients. *Advances in Nursing Science* 18(2): 1 - 12.
- Lincoln Y.S & Guba E.G (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, Beverly Hills, California.
- Lindkvist K. (1981) Approaches to textual analysis. In: Rosengren K.E. (ed) *Advances in Content Analysis*. Sage Publications, London, p. 23 - 41.
- Lindström U (1992) *De Specialsjuksöternas Yrkesparadigm*. Åbo Akademi Förlag, Åbo.
- Lindström U (1995) *Ensamhetskänslan Sviker Inte. En Kvalitativ Studie Rörande Patienters Upplevelser av Vårdkultur och Vårdrelation på Psykiatrisk Sjukhus*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vaasa.
- Liukkonen A (1990) *Dementoituneen Potilaan Perushoito Laitoksessa*. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C 81, Turku.
- Liukkonen A & Åstedt-Kurki, P (1994) Osallistuva havainnointi hoitotieteellisen tutkimuksen aineiston keruumenetelmänä. *Hoitotiede* 6(2): 51 - 56.
- Lorencz B (1991) *Becoming Ordinary: Leaving the Psychiatric Hospital*. In: Morse J M & Johnson JL (eds.) *The Illness Experience. Dimensions of Suffering*. Sage Publications, California, p. 140 - 200.
- Loukissa DA (1995) Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursing* 21(2): 248 - 255.
- Lääkintöhallitus (1981) *Skitsofrenian Tutkimus-, Hoito- ja Kuntoutustyön Valtakunnallinen Kehittämisohjelma*. Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö 7, Helsinki.
- Lääkintöhallitus (1985) *Skitsofrenian Tutkimuksen, Hoidon ja Kuntoutuksen Valtakunnallinen Kehittämisohjelma*. Selostus vuosien 1981 - 1984 toiminnasta. Lääkintöhallituksen julkaisuja 69, Helsinki.
- Lääkintöhallitus (1988) *Skitsofreniaprojekti 1981 - 1987*. Skitsofrenian Tutkimuksen, Hoidon ja Kuntoutuksen Valtakunnallisen Kehittämisohjelman Loppuraportti. Lääkintöhallituksen opassarja 4. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Lützen K & Nordin C (1993) Structuring moral meaning in psychiatric nursing practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7(3): 175 - 180.
- Lützen K. & Barbosa da Silva A (1996) The role of virtue ethics in psychiatric nursing. *Nursing Ethics* 3(3): 202 - 211.
- Madden BP (1990) The hybrid model for concept development: Its value for the study therapeutic alliance. *Advances in Nursing Science* 12(3): 75 - 87.

- Malin N & Teasdale K (1991) Caring versus empowerment: considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 16(6): 657 - 662.
- Manning PK & Cullum-Swan B (1994) Narrative, content and semiotic analysis. In: Denzin NK & Lincoln YS (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications, California, p. 463 - 477.
- Marriner-Tomey A (1994) *Hoitotyön Teoreetikot ja Heidän Työnsä*. SHKS, Helsinki.
- Matilainen D (1997) *Idémönter i Karin Neuman-Rahns Livsgäring och Författarskap - en idéhistorisk-biografisk studie i psykiatrisk vård i Finland under 1900-talets första hälft*. Åbo Akademi University Press, Åbo.
- McKenna H (1994) The essential elements of a practitioners' nursing model: a survey of psychiatric nurse managers. *Journal of Advanced Nursing* 19(5): 870 - 877.
- Meleis AI & Trangenstein PA (1994) Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook* 42(6): 255 - 259.
- Mielenterveyslaki 14.12. 1990/ 1116. Helsinki.
- Mielenterveysasetus 21.12.1990/ 1247. Helsinki.
- Mielenterveytön Komitean Mietintö 17/1984. Helsinki.
- Miettinen S (1992) *Moniammatillinen Työryhmä Yliopistollisessa Sairaalassa*. Licensiaattityö. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Miettinen S (1995) Measuring patient's perceptions of psychiatric nursing actions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2(5): 317 - 318.
- Miles MB & Huberman AM (1994) *Qualitative Data Analysis*. Sage Publications, California.
- Minuchin S (1985) *Families and Family Therapy*. Tavistock, London.
- Morse JM (1991) Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing* 16(4): 455 - 468.
- Morse JM (1994) Emerging from the data: The cognitive processes of analysis in qualitative inquiry. In: Morse J.M. (ed) *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Sage Publications, California, p. 23 - 43.
- Morse JM & O'Brien B (1995) Preserving self: from victim, to patient, to disabled person. *Journal of Advanced Nursing* 21(5): 886 - 896.
- Morse JM & Field PA (1995) *Qualitative Research Methods For Health Professionals*. Sage Publications, California.
- Morris M (1996) Patients' perceptions of psychiatric home care. *Archives of Psychiatric Nursing* 10(3): 176 - 183.
- Morrison P & Lehane M (1996) A study of the official records of seclusion. *International Journal of Nursing Studies* 33(2): 223 - 235.
- Mosher LR & Burti L (1989) *Community Mental Health. Principles and Practice*. W.W. Norton & Company, New York.
- Nikkonen M (1996) Piiriltä siviiliin. Etnografinen Tutkimus Hoitamisesta Psykiatristen Pitkäaikaispotilaiden Avohoitovalmennuksessa ja Valmennettujen Potilaiden Elämäntavasta Mielisairaalan Ulkopuolella. *Acta Universitatis Ouluensis D* 381, Oulu.
- Nikkonen M (1997) Life after the mental hospital: the way of life of deinstitutionalized psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 3(6): 373 - 383.
- Nojonen K (1989) *Psykiatrisen Pitkäaikaispotilaan Sosiaaliset Taidot - Haaste Hoitotyölle*. *Hoitotiede* 1(1): 31 - 35.
- Nojonen K (1990) *Psykiatrisen Pitkäaikaispotilaan Kuntoutuminen*. *Acta Universitatis Tamperensis*, ser A 283, Tampere.
- Norbeck J S, Chafetz L, Wilson HS & Weiss SJ (1991) Social support needs of family caregivers of psychiatric patients from three age groups. *Nursing Research* 40(4): 208 - 213.
- Olin SS & Mednik AS (1996) Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations pre-morbidly. *Schizophrenia Bulletin*, National Institute of Mental Health 22(2): 223 - 240.

- O'Malley J & Serpico-Thompson D (1992) Redesigning roles for patient-centered care. The hospitality representative. *Journal of Nursing Administration* 22(7-8): 30 - 34.
- Orem DE (1991) *Nursing: Concepts of Practice*. Mosby Year Book, St.Louis.
- Outinen M, Holma T & Lempinen K (1994) *Laatu ja Asiakas: Laatuystävöskentely Sosiaali- ja Terveysalalla*. Wsoy, Helsinki.
- Parker BA (1993) Living with mental illness: The family as caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 30(3): 19 - 21.
- Patton M (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Sage Publications, London.
- Paunonen M (1991) Changes initiated by a nursing supervision programme: an analysis based on log-linear models. *Journal of Advanced Nursing* 16(8): 982 - 986.
- Peplau H (1952) *Interpersonal Relations in Nursing*. G.P. Putnam, New York.
- Peplau H (1992) Interpersonal relations. A theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly* 5(1): 13 - 18.
- Peplau H (1994) Quality of life: An interpersonal perspective. *Nursing Science Quarterly* 7(1): 10 - 15.
- Peternej-Taylor C & Hartley V (1993) Living with mental illness: professional/family collaboration. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 31(3): 23 - 28.
- Perälä M-L (1995) *Potilaan Hoidon Laadun Arviointi: Laatumittarin (Qualpacs) Validaatio Stakes, Tutkimuksia 56*. Jyväskylä.
- Perälä M-L (toim.) (1997) *Hoitotyön Suunta. Strategia Laatuun ja Tuloksellisuuteen*. Stakes. Gummerus oy, Jyväskylä.
- Pietilä A.-M (1994) *Elämänhallinta ja Terveys. Pitkittäistutkimus Pohjoissuomalaisilla nuorilla miehillä*. Acta Universitatis Ouluensis D 313, Oulu.
- Psykiatristen sairaansijojen potilaslaskenta 1984 - 1991. (1992) *Sosiaali- ja Terveyshallitus*, Helsinki.
- Pyörälä E. (1994) *Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31(1): 4 - 14.
- Rafael ARF (1995) Advocacy and empowerment: Dichotomous or synchronous concepts. *Advances in Nursing Science* 18(2): 25 - 32.
- Rawlinson JW & Brown AC (1991) *Community psychiatric nursing*. In: Bennet H D & Freeman HL (eds) *Community Psychiatry*. Churchill Livingstone, London, p. 463 - 487.
- Roberts J (1996) Perceptions of the significant other of the effects of psychodynamic psychotherapy. Implications for thinking about psychodynamic and systemic approaches. *British Journal of Psychiatry* 168(1): 87 - 93.
- Robertson WJ (1994) The concept of guilt. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 32(1): 15 - 18.
- Roper N, Logan WW & Tierney AJ (1992) *Hoitotyön perusteet*. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Räsänen S, Läksy K, Moring J & Isohanni M (1997) Missä iässä skitsofrenia alkaa? *Duodecim* 113: 2595 - 2597.
- Salo M (1996) *Sietämisestä Solidaarisuuteen. Mielisairaalarformit Italiassa ja Suomessa*. Vastapaino, Tampere.
- Salokangas RKR (1994) Community care and need for treatment of schizophrenic patients in Finland. *British Journal of Psychiatry* 164(suppl. 23): 115 - 120.
- Salokangas RKR, Saarinen S, Stengård E (1996) *Sairaalaista kotiutetut skitsofreniapotilaat (SKS-projekti) II: Aikatrenditutkimus vuosina 1982, 1986 ja 1990 kotiutettujen potilaiden kliinisen ja toiminnallisen tilan sekä hoito- ja tukipalveluiden käytön muutoksista*. Foundation for psychiatric research publication series, Helsinki.
- Sandell P & Outinen M (1996) *Tätä Mieltä Potilaat. Valtakunnallinen Asiakastytyväisyyden Vertailumittarin Tuloksia*. Stakes, Helsinki.
- Sandelowski M (1986) The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science* 8(3): 27 - 37.

- Sandelowski M (1993) Rigor or rigor mortis: the problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science* 16(2): 1 - 8.
- Sandelowski M (1994) The use of quotes in qualitative research. *Research in Nursing and Health* 17(6): 479 - 482.
- Sandelowski M (1995) Qualitative analysis: What it is and how to begin. *Research in Nursing & Health* 18(4): 371 - 375.
- Sarja A (1995) Dialogioppiminen opetuksen ohjaustilanteissa. *Kasvatus* 26(4): 311 - 321.
- Saunders J (1997) Symbolic interactionism for families living with severe mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 35(6): 8 - 13.
- Sarvimäki A (1988) Knowledge in Interactive Practice Disciplines. An Analysis of Knowledge in Education and Health Care. Research Bulletin 68. University of Helsinki, Department of Education, Helsinki.
- Schatzman L & Strauss AL (1973) *Field Research. Strategies for a Natural Sociology*. Prentice-Hall, INC., Englewood Cliffs.
- Schegloff EA (1989) Reflections on language, development, and the interactional character of talk-in-interaction. In: Bornstein M.H. & Bruner J.S. (eds) *Interaction in Human Development*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, p. 139 - 153.
- Scheinin M (1991) Ihmisoikeudet ja tutkimuseettikka. Kirjassa: Löppönen P. & Mäkelä P.H. & Paunio K. *Tiede ja Etikikka*. Wsoy, Juva. s. 85 - 103
- Schwing G (1971) *Yhteys Mielisairaisiin*. Wsoy/SHKS, Porvoo.
- de Shazer S & Berg IK (1988) Constructing solutions. *Family Therapy Networker* September/October: 42 - 43.
- Sihvonen M (1988) Potilaiden ja Hoitajien Näkemys Tavoitteista ja Keinoista Psykiatrisessa Sairaanhoidossa. Helsingin yliopisto yleislääketieteen laitos, Julkaisusarja 5, Helsinki.
- Silverman D (1993) *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. Sage Publications, London.
- Skelton R. (1994) Nursing and empowerment: concepts and strategies. *Journal of Advanced Nursing* 19(3): 415 - 423.
- Sluzki C.E (1985) A minimal map of cybernetics. *The Family Therapy Networker* May/June: 26 - 28.
- Smoyak S A (1994) St.Brendan's and the community. Mental health services in Ireland. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 32(11): 37 - 41.
- Spradley JP (1980) *Participant Observation*. Holt, Rinehart and Winston, Orlando.
- Stern P (1980) Grounded theory methodology: Its uses and processes. *Image - The Journal of Nursing Scholarship* 12(1): 20 - 23.
- Stern PN (1985) Using grounded theory method in nursing research. In: Leininger M. (ed) *Qualitative Research Methods in Nursing*. Grune & Stratton, London, p.149 - 160.
- Stern PN (1994) Eroding grounded theory. In: Morse J.M. (ed) *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Sage Publications, California. p. 212 - 223.
- Stern PN (1996) Reflective Action - Strategies for solving client-nurse partnership in primary care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 10(4): 221 - 226.
- Stierlin H & Simon FB (1985) *The Language of Family Therapy: A Systematic Vocabulary and Sourcebook*. N.Y. Family Process Press, New York.
- Strauss AL (1987) *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Strauss A & Corbin J (1990) *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Sage Publications, London.
- Strauss A & Corbin J (1994) Grounded theory methodology: An overview. In: Denzin N.K & Lincoln YS (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications, California, p. 273 - 285.
- Syvälähti EKG (1994) Biological factors in schizophrenia. structural and functional aspects. *British Journal of Psychiatry* 164 (suppl.)23: 9 - 14.

- Taipale V (1996) Mielekäs Elämä. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 20. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Telles C, Karno M, Minz J, Paz G, Arias M, Tucke D & Lopez S (1995) Immigrant families coping with schizophrenia. Behavioural family intervention v. case management with a low-income Spanish-speaking population. *British Journal of Psychiatry* 167(4): 473 - 479.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000. (1986) Suomen Terveyspolitiikan Pitkän Aikavälin Tavoite- ja Toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000. (1993) Uudistettu Yhteistyöohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2, Helsinki.
- Thompson L (1986) Peplau's therapy. An application to short-term individual therapy. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 24(8): 26 - 31.
- Tienari P, Wynne LC, Moring J, Lahti I, Naarala M, Sorri A, Wahlberg K-E, Saarento O & Seitamaa M, Kaleva M & Läksy K (1994) The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *British Journal of Psychiatry Suppl.* (23): 20 - 26.
- Tuulos T (1996) Psykiatrisen Osaston Eristämiskäytäntö ja Potilaan Kokemukset Vastentahtoisesta Hoidosta. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto hoitotieteen laitos.
- Tyson GA, Lambert WG & Beattie L (1995) The quality of psychiatric nurses' interactions with patients: an observational study. *International Journal of Nursing Studies* 32(1): 49 - 58.
- Tähkä V (1994) Depressioalttiuden kehityksestä ja psykodynamiikasta. *Duodecim* 110(3): 267 - 276.
- Tähkä V (1996) Mielen Rakentuminen ja Psykoanalyttinen Hoitaminen. Wsoy, Helsinki.
- Töyry E, Herve R, Mutka R & Savolainen M (1993) Ihmisläheisen Hoidon Mittareiden Kehittäminen. Potilaiden Kokemuksia Ihmisläheisestä Hoidosta Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Pohjois-Savon sairaanhoito-piirin julkaisuja No 12, Kuopio.
- Töyry E, Herve R, Mutka R, Savolainen M & Seppänen M (1998) Ethics in health care management: developing an instrument to assess humane care. *Nursing Ethics* 5(3): 228 - 235.
- User K & Holmes C (1997) Ethical aspects of phenomenological research with mentally ill people. *Nursing Ethics* 4(1): 49 - 56.
- van Maanen HM (1984) Evaluation of nursing care: quality of nursing evaluated within the context health care and examined from multinational perspective. In: Wills LD. & Linwood ME (eds.) *Measuring the Quality of Care*. Churchill Livingstone, Edinburgh. p. 3 - 42.
- Varto J (1992) Laadullisen Tutkimuksen Metodologia. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen K (1990) Nursing in Child Health Care: Maintaining the Awareness of the Child's Development and Care. Publications of University of Kuopio, Social Sciences Original Reports 3, Kuopio.
- Vehviläinen-Julkunen K & Janhonen S (1992) Grounded teoria -menetelmän tutkimusprosessi: esimerkkejä hoitotyön koulutuksen ja käytännön hoitotyön tutkimuksista. *Hoitotiede* 4(2): 50 -59.
- Veijola J (1996) Aikuisiän Mielenterveys ja Lapsuudenkokemukset. Sosiaalipsykiatrisen tutkimus. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 8, Turku.
- Välimäki M (1992) Hoitohenkilökunnan käsityksiä psykiatrisen pitkäaikaispotilaan itsemääräämisoikeudesta. *Hoitotiede* 4(3): 138 - 145.
- Välimäki M (1998) Self-Determination in Psychiatric Patients. Turun yliopiston julkaisuja D 288, Turku.
- Välimäki M, Leino-Kilpi H & Helenius H (1996) Self-determination in clinical practice: the psychiatric patient's point of view. *Nursing Ethics* 3(4): 329 - 344.
- Välimäki M & Helenius H (1996) The psychiatric patient's right to self-determination: a preliminary investigation from the professional nurse's point of view. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 3(6): 361 - 372.
- Wahlberg K-E (1994) Vanhempien Kommunikaation Merkitys Lapsen Ajatushäiriöissä. Adoptiolapsitutkimus. *Acta Universitatis Ouluensis, Medica* 305, Oulu.

- Wahlberg K-E, Wynne LY, Oja H, Keskitalo P, Pykäläinen L, Lahti I, Moring J, Naarala M, Sorri A, Seitamaa M, Läksy K, Kolassa J & Tienari P (1997) Gene-Environmental interaction in vulnerability to schizophrenia: findings from the Finnish adoptive family study. *American Journal of Psychiatry* 154: 355 - 362.
- Walker IO & Avant K C (1992) *Teoria - Avain Hoitotyöhön*. SHKS, Vammala.
- Watson J (1985) *Nursing the Philosophy and Science of Caring*. Associated University Press, Colorado.
- Wilson JH & Hobbs H (1995) Therapeutic partnership. A model for clinical practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 33(2): 27 - 30.
- Yalom ID (1983) *Inpatient Group Psychotherapy*. Basic Books, New York.
- Yura H & Walsh M (1993) *Inhimilliset Tarpeet ja Hoitotyö 3*. Wsoy, Porvoo.
- Åstedt-Kurki P (1992) *Terveys, Hyvä Vointi ja Hoitotyö Kuntalaisten ja Sairaanhoidajien Kokemana*. Acta Universitatis Tamperensis A, Vol. 349, Tampere.

Liite 1. Psykiatrisen hoitotyön ydinkategoria laitosympäristössä

Rakenteelliset tekijät (Causal conditions):

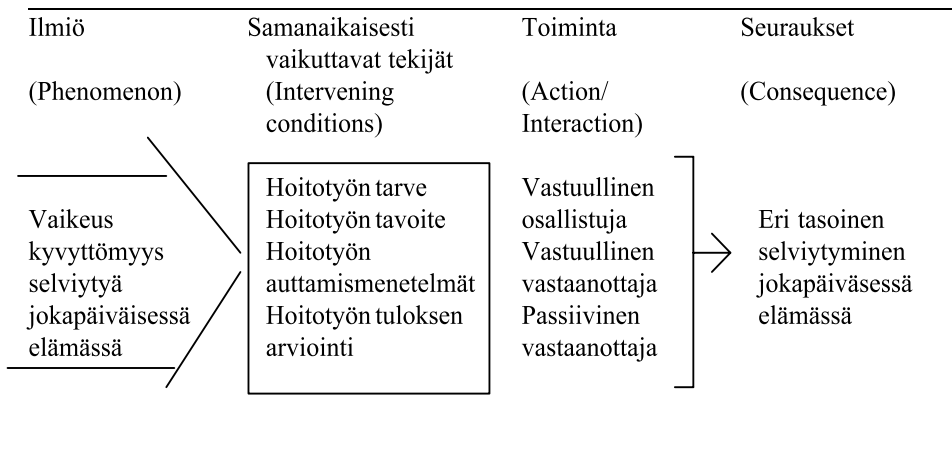
Yhteiskunta

Mielenterveyslaki ja -asetus, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Yhteys/Konteksti (Context):

Psykiatrisen hoito-osasto

Moniammatillinen tiimi psykiatrisessa laitosympäristössä



Context: Asiyhteys, olosuhteet

Causal conditions: Toimintaan ja ilmiöön vaikuttavat rakenteelliset tekijät, asiat, olosuhteet

Phenomenon: Syy, tapahtuma, ilmiö

Intervening conditions: Olosuhteisiin yhteydessä olevat samanaikaisesti vaikuttavat tekijät, toteutuvat tietyissä olosuhteissa

Action/interaction: Toimintaan yhteydessä olevat tekijät, toteutuvat tietyissä olosuhteissa

Consequence: Seuraus tai tulokset

Liite 2. Varmistava psykiatrinen hoitotyö

Esimerkki normatiivisuuden ilmenemisestä avoimessa koodauksessa

normatiivisuuden ilmeneminen hoitotyön tarpeena tavoiteena ja auttamismenetelmissä

hoitotyön tarve: - potilas toimii annettujen normien ja ohjeiden vastaisesti

Hoitotyön tavoite: - potilas noudattaa osaston sääntöjä ja normeja

Hoitotyön auttamismenetelmät: - kontrollointiin perustuvat auttamismenetelmät
- lääkitseminen

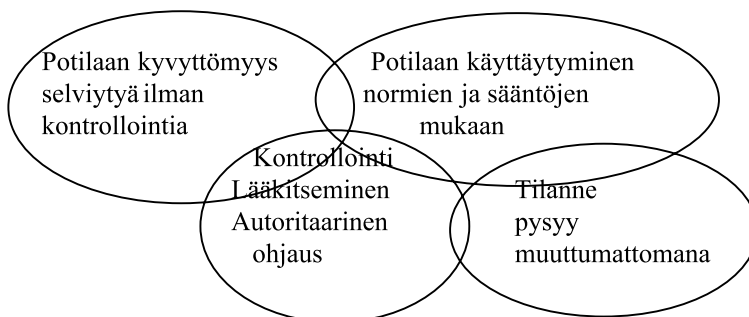
Arviointi: tulos pysyy muuttumattomana

Yhteiskunta

Mielenterveyslaki ja -asetus, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Satunnaisesti kokoontuva hierarkkinen tiimi psykiatrisessa sairaalaympäristössä

Normatiivinen hoitoprosessi



Selviytymisprosessi: potilaan selviytyminen passiivisena vastaanottajana

Liite 3. Kasvattava psykiatrinen hoitotyö

Esimerkki kasvattamisesta avoimessa koodauksessa

Asiantuntijänäkökulmasta lähtevä kasvattaminen ja opettaminen ja sen ilmeneminen hoitotyön tarpeena, tavoiteena ja auttamismenetelmissä sekä hoitotyön arvioinnissa

Hoitotyön tarve: potilas ei osaa toimia ideaalimallin mukaisesti

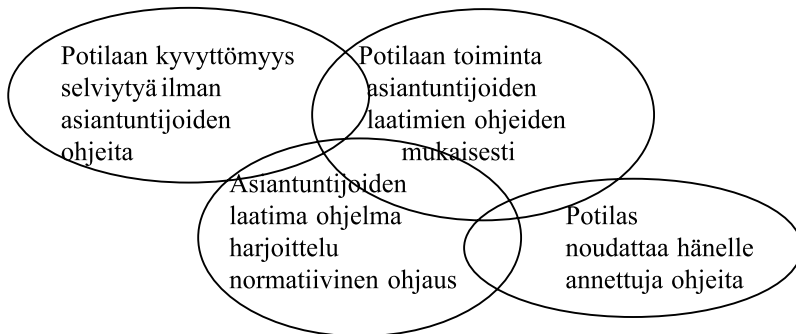
Hoitotyön tavoite: potilas oppii toimimaan ideaalimallin edellyttämällä tavalla

Hoitotyön auttamismenetelmät: - normatiivinen ohjaus
 - harjoittelu
 - normatiivinen palaute

Arviointi: Potilas noudattaa annettuja ohjeita

Yhteiskunta
 Mielenterveyslaki ja -asetus, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista
 Asiantuntijajohtoinen moniammatillinen tiimi psykiatrisessa
 laitosympäristössä, potilas ei mukana

Kasvattava hoitoprosessi



Selviytymisprosessi: potilaan selviytyminen vastuullisena vastaanottajana

Liite 4. Yhteistoiminnallinen psykiatrinen hoitotyö

Esimerkki yhteistoiminnallisuuden ilmenemisestä avoimessa koodauksessa

Yhteistoiminnallisuuden ilmeneminen hoidon tarpeena, tavoiteena ja auttamismenetelmissä

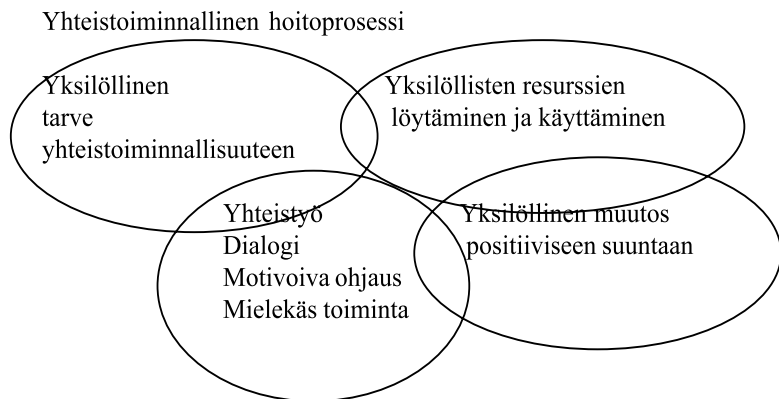
Hoitotyön tarve: potilaan psykoottisuus ja kommunikaatiovaikeudet

Hoitotyön tavoite: Potilaan lähtökohdista käsin lähtävä muutos, joka perustuu selvään suunnitelmaan.

Hoitotyön auttamismenetelmät: Yhteistyö
Dialogi
Mielekäs ja motivoiva toiminta

Arviointi: muutoksen arviointi

Yhteiskunta
Mielenterveyslaki ja -asetus, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista
Yhteistoiminnallinen moniammatillinen psykiatrisen osaston tiimi
sairaalaympäristössä, potilas mukana tiimissä



Seviytymisprosessi: potilaan selviytyminen vastuullisena osallistujana

Liite 5. Esimerkit aksiaalisesta koodauksesta

Seuraavassa on esimerkkejä aksiaalisesta koodauksesta, jossa etsitään kategorioiden välisiä yhteyksiä.

Yhteys/ Konteksti	Ilmiö	Samanaikai- suus	Toiminta/ ja siihen liittyvät tekijät	Seuraukset
Yhteistoimin- nallisuuteen pyrkivä suljettu osasto psykiatrisessa sairaalassa	Potilaan kommuni- kointiin liittyvät ongelmat	Yhteistyössä etsitään positiivisen muutoksen mahdolli- suutta	Muutos jonka lähtökohtana todelliset käytettävissä olevat resurssit	Potilas selviytyy vastuullisena osallistujana
Yhteys/ Avo- hoitoon valmentava osasto	Ilmiö Potilaan rahan- käyttöön liittyvät ongelmat	Samanaikai- suus Rahankäytön oppiminen asiantunti- joiden ohjeiden mukaisesti	Toiminta/ Vuosien harjoittelun jälkeen rahan käyttö onnistuu ajoittain opitun ohjelman mukaisesti	Seuraukset Potilas selviytyy vastuullisena vastaanottajana
Yhteys/ Hierarkinen suljettu osasto psykiat- risessa sairaalassa	Ilmiö Potilas ei noudata yleisiä normeja ja ohjeita ja vaarantaa oman ja muiden turvallisuuden	Samanaikai- suus Osastolla potilailta edellytetään normien ja ohjeiden mukaista toimintaa	Toiminta/ Tilanne pysyy muuttu- mattomana ja hallinnassa kontrolloin- nin ja pakot- tamisen avulla	Seuraukset Potilas selviytyy passiivisena vastaanottajana