



# **AVOMIELENTERVEYSPALVELUIDEN AMMAT- TILAISTEN OMAISTYÖN OSAAMISEN SELVITYS**

Juha Riikonen

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2011  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Tampereen ammattikorkeakoulu

**TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU**  
**Tampere University of Applied Sciences**

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JUHA RIIKONEN:

Avomielenterveyspalveluiden ammattilaisten omaistyön osaamisen selvitys.

Opinnäytetyö 38 s.

Toukokuu 2011

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluissa toimivien ammattilaisten käsityksiä omasta omaistyön osaamisestaan. Opinnäytetyön ongelmat olivat millaista on hyvä omaistyö, miten mielenterveyspalveluiden ammattilaiset arvioivat omaa omaistyön osaamistaan sekä miten omaistyön osaamista voisi kehittää. Työssä käytettyä kyselylomaketta on mahdollista hyödyntää jatkoselvityksissä.

Opinnäytetyössä on käytetty kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineiston keräämistä varten laadittiin kyselylomake, jossa oli valmiita vastausvaihtoehtoja sekä mahdollisuus vastata avoimeen kysymykseen. Teoreettinen lähtökohta koostui omaisen ja omaistyön määrittelystä, omaistyön osaamisesta mielenterveys- ja päihdetyössä sekä ammattilaisten että omaisten näkökulmasta.

Tulosten mukaan avomielenterveyspalvelujen ammattilaiset kokevat toteuttavansa omaistyötä hyvin. Suurimpana esteenä omaistyön toteutumiselle on heidän näkemyksensä mukaan sairastuneen toive jättää omaiset hoidon ulkopuolelle. Työntekijät kokivat ristiriitaa omaisten tukemisen ja asiakkaan hoitamisen välillä. Heidän mielestään omaistyö on tarpeellista ja useimmiten sairastunut hyötyy siitä. Ammattilaiset kokivat osaamisensa riittävän hyväksi omaistyöhön, mutta toisaalta esittivät myös toiveen omaistyöhön liittyvistä koulutuksista.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa mielenterveyspalveluiden ammattilaisten kokemasta omaistyön osaamisen tasosta. Tavoite toteutui, sillä opinnäytetyö antaa tietoa, jonka avulla ammattilaisten omaistyön osaamista voidaan edelleen kehittää. Opinnäytteen tulosten perusteella on aiheellista pohtia miten sairastunut saadaan motivoitua osallistumaan omaistyöhön. Jatkotutkimuksissa voisi vertailla mielenterveyspalveluiden ja päihdepalveluiden ammattilaisten näkemyksiä sekä ammattilaisten ja omaisten käsityksiä.

---

Asiasanat: omainen, omaistyö, mielenterveystyö, avomielenterveyspalvelut, läheinen

## ABSTRACT

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

RIIKONEN JUHA:

Mental Health Professionals' Conceptions of Their Cooperation with Significant Others

Bachelor's thesis 38 pages  
May 2011

---

The purpose of this Bachelor's thesis was to investigate mental health service professionals' conceptions of their work with significant others in the city of Tampere. The tasks of this thesis were to examine how mental health professionals could cooperate well with significant others and secondly how to develop the work being done with significant others in community mental health services.

The method of the study was quantitative. A questionnaire with a single qualitative question was created for data collection. The theoretical framework was based on the definition of a significant other, working with a significant other from the mental health professional's and the significant other's points of view.

The results of this thesis indicate that mental health professionals cooperate with significant others quite well. The most remarkable barrier to cooperation is the wish of the sick relative to exclude his closest ones from the treatment. From the mental health professionals point of view cooperation with significant others is desirable and most of the time the sick relative benefits.

The results can be utilized in further developing the cooperation. The most essential suggestion is the question how to motivate the sick relative to participate in cooperation between him, mental health professional and significant other. It would be desirable to compare views of mental health professionals and those of significant others in further studies.

---

Keywords: significant other, community mental health services, mental health professional, caregiver

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE.....	7
3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA .....	8
3.1 Omainen .....	8
3.3 Omaistyön osaaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa .....	10
3.3.1 Omaisten näkökulma .....	10
3.2.2 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ammattilaisten näkökulma.....	11
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	15
4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä .....	15
4.2 Kyselylomakkeen laadinta .....	15
4.3 Aineiston kerääminen .....	17
4.4 Aineiston analysointi.....	17
5 TULOKSET .....	19
5.1 Taustamuuttajat.....	19
5.2 Tiedon keruu asiakkaan suhteista omaisiin.....	19
5.3 Omaisten odotusten selvittäminen hoidon suhteen .....	20
5.4 Kokemuksia omaisten osallistumisesta hoitoon.....	20
5.5 Ammattilaisten asennoituminen omaistyöhön. ....	21
5.6 Hoidollisen tiedon jakaminen ammattilaisten ja omaisten välillä.....	22
5.7 Ammattilaisten yhteydenpidon määrä omaisten kanssa .....	23
5.8 Yhteistyön esteet ammattilaisten näkökulmasta .....	24
5.9 Yhteistyön esteet omaisten näkökulmasta .....	25
5.10 Ammattilaisten kehittämis ehdotuksia omaistyölle .....	26
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	28
6.1 Eettisyys .....	28
6.2 Luotettavuus.....	29
6.3 Tulosten tarkastelu .....	30
6.3.1 Omaisten odotukset hoidosta ja osallistuminen hoitoon .....	30
6.3.2 Hoidollisen tiedon jakaminen ammattilaisten ja omaisten välillä .....	31
6.3.3 Ammattilaisten yhteydenpito omaisiin .....	32
6.3.4 Yhteistyön esteet.....	32
6.4 Kehittämis ehdotukset.....	33
LÄHTEET.....	34
LIITTEET .....	36

## 1 JOHDANTO

Mielenterveyspalveluissa omaisten rooli on ollut pitkään passiivinen sekä vaihteleva, joskus omaiset ovat kokeneet asemansa jopa huonoksi. Omaisten tyytymättömyys terveydenhuollon ammattilaisten toimintaan saattaa vaikuttaa heidän omaan psyykkiseen hyvinvointiin. (Nyman & Stengård 2001, 56-65, 36-41.) Terveystuoltojärjestelmää on kritisoitu siitä, ettei omaisten tarpeita ja mielipiteitä läheskään aina oteta tarvittavalla tavalla huomioon läheisen hoitoa suunniteltaessa (Omaiset mielenterveystyön tukena ry 2010). Omaisten tarpeet tulisi huomioida entistä paremmin, sillä omaisilla ilmenee masennusoireita enemmän kuin keskimäärin muulla väestöllä (Nyman & Stengård 2005, 32, 35).

Tässä opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään mielenterveyspalveluiden ammattilaisten omaistyön osaamista. Menetelmänä oli kvantitatiivinen kyselytutkimus. Aineisto kerättiin sähköisen kyselylomakkeen avulla tammikuun 2011 aikana. Opinnäytetyö toteutettiin osana Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:n laajempaa projektia, jonka päämääränä on kehittää omaisille varhaistuen malli. Projekti on nimeltään Omaistyö osaksi mielenterveys- ja päihdetyötä 2010-2014. Omaisyhdistyksen näkökulmasta kyse on omaistyön hyvien käytäntöjen luomisesta yhdessä julkisen sektorin kanssa. Projektin yhteistyötahoina ovat Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry ja Etelä-Pohjanmaa ry sekä Tampereen kaupunki, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä ja Vaasan sairaanhoitopiiri. Ajatuksena on, että Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry tekee yhteistyötä Tampereen sosiaali- ja terveystoimen sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Etelä-Pohjanmaan alueella toteutetaan vastaava yhteistyöjärjestely. (Omaiset mielenterveystyön tukena ry 2010.) Kysely toteutettiin Tampereen avomielenterveyspalveluissa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa projektin osatavoitteen tueksi, jolla pyritään vahvistamaan mielenterveys- ja päihdepalveluissa toimivien ammattilaisten omaistyön osaamista (Omaiset mielenterveystyön tukena ry 2010). Myöhemmin on mahdollista toteuttaa kysely samalla lomakkeella myös Etelä-Pohjanmaan alueella tämän opinnäytetyön valmistuttua.

Aihe on itselleni ammatillisesti mielenkiintoinen, koska omaistyö on olennainen osa sairaanhoitajien tekemää mielenterveys- ja päihdetyötä. Vaikka omaisten huomioon ottaminen ei takaisi jokaisen asiakkaan kohdalla parempaa hoidollista lopputulosta, omaistyön voi aina nähdä ennaltaehkäisevänä työnä. On olemassa näyttöä siitä, että mielenterveys- ja päihdepotilaiden omaisilla itsellään olisi kohonnut riski sairastua mielenterveyden häiriöihin (Stengård, 2005).

## 2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Tampereen kaupungin avomielen terveystyöpalveluissa toimivien ammattilaisten käsityksiä omasta omaistytön osaamisestaan.

Opinnäytetyön ongelmat olivat:

- 1) Millaista on hyvä omaistytö?
- 2) Miten mielen terveystyöpalveluiden ammattilaiset arvioivat omaa omaistytön osaamistaan?
- 3) Miten mielen terveystyöpalveluiden ammattilaisten omaistytön osaamista voisi kehittää?

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa avomielen terveystyöpalveluiden ammattilaisten kokemasta omasta omaistytön osaamisen tasostaan. Saatua tietoa voidaan tarvittaessa käyttää mielen terveystyöpalveluiden ammattilaisten omaistytön edelleen kehittämisessä.

### 3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

#### 3.1 Omainen

Omainen voidaan määritellä tarkoituksesta riippuen eri tavoilla. Rita Jähi (2004) määrittelee omaisen oman tai lapsuudenperheen jäseneksi, vanhemmaksi, lapseksi, puolisoiksi tai sisarukseksi. Hän esittää lisäksi laajempaa määritelmää, jonka mukaan omaissuhde voidaan määritellä syntyvän pitkäaikaisen tunnesuhteen pohjalta. Tällöin omaisiksi voisi laskea esimerkiksi hyvät ystävät ja naapurit. (Jähi 2004, 13.) Tämä omaisen määritelmä alkaa lähestyä käsitteenä läheisen määritelmää. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee lähiomaisen tarkoittamaan aviopuolisoa, lapsia, vanhempia ja sisarusia. Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry määrittelee omaisen tarkoittamaan oman perheen jäseniä, sukulaisia ja läheisiä ystäviä (Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry 2008, 4). Suppean määritelmän mukaan omaisilla tarkoitetaan ydinperheen jäseniä, verisukulaisia sekä heidän puolisoitaan. Verkostokeskeisessä työssä käytetään omaisesta laajempaa määritelmää. Hoidossa voi olla mukana muita tärkeitä ihmisiä, joita ovat esimerkiksi työtoverit, naapurit, ystävät ja sukulaiset. Tällöin omaisiksi tai läheisiksi määritellään kaikki henkilöt, joilla on keskeinen asema tietyn henkilön ihmissuhdeverkostossa. (Stengård 2007, 154.)

#### 3.2 Omaistyö

Mielenterveyspalveluiden ammattilaisten suhtautumisen omaisiin voi jakaa viiteen lähestymistapaan. Lääketieteellisessä lähestymistavassa omaisia pidetään sairastunutta ihmistä koskevan tiedon lähteenä. Pääpainon ollessa asiakkaassa, omaisten tarpeet jäävät toissijaisiksi. Toisen lähestymistavan mukaan omaiset huolehtivat sairastuneesta. Sairaalapaikkojen vähentyessä omaisille on jäänyt aiempaa suurempi rooli sairastuneen tukemisessa avohoidon piirissä. Huolenpidon tärkeys korostuu mitä vähemmän on tarjolla avohoidon palveluja. Tehtävän toteutuminen edellyttää kuitenkin kaikkien kolmen osapuolen yhteistä sopimusta. (Stengård 2007, 153-156.) Hoidollisen yhteistyön toteutumisen on havaittu olevan yhteydessä vähäisempään omaisten kuormittuneisuuteen, mikäli ammattilaiset arvostavat omaista, tämän työpanosta ja antamia tietoja (Greenberg



& Greenley 1997, 44; Kaas, Lee & Peizman 2003, 742). Kolmannessa lähestymistavassa korostuu omaisten hyvinvointi sekä jaksaminen kuormittavassa elämäntilanteessa. Omaisia pyritään auttamaan ja tukemaan tunnistamalla heidän rajansa, voimavaransa sekä tarpeensa. Lähestymistavalla pyritään ehkäisemään omaisten väsyminen ja uupuminen. (Stengård 2007, 157-160.) Mielenterveyspalveluista saatava tuki voi vähentää sairastuneen oireita ja lisätä hänen kykyään toimia itsenäisesti. Tämä saattaa vähentää omaisten stressiä ja uupumista. Sairastuneen oireiden voimakkuus ja omaisten kuormittuneisuus näyttävät olevan sidoksissa toisiinsa. (Greenberg, Greenley 1997, 40.)

Neljännessä lähestymistavassa omaiset katsotaan sairastuneen kuntoutumiseen vaikuttavaksi tekijäksi. Tämä lähestymistapa perustuu perheilmapiiristä tehdyille tutkimuksille. Perheilmapiiristä käytetään myös ilmaisua Expressed emotion tai EE. Näkemyksen mukaan ylihuolehtivuus ja kriittisyys perheen sisällä haittaavat sairastuneen kuntoutumista. Kuntoutumista haittaavaa perheilmapiiriä pyritään muuttamaan suotuisampaan suuntaan. Viides lähestymistapa pitää koko perhettä asiakkaana. Ongelmien katsotaan johtuvan perhesysteemin häiriöistä, esimerkiksi vastuun jakautuminen ja kommunikatio perheessä voivat olla vinoutunutta. Tällöin tavoitteena on muuttaa perhesysteemiä perheterapian avulla (Stengård 2007, 160-161.)

Mikään lähestymistapa ei sovellu kaikille asiakkaille ja jokaisessa on omat heikkoutensa sekä vahvuutensa. Yhteistä useimmille lähestymistavoille on sairastuneen tarpeiden ensisijaisuus. Omaisten tarpeet nähdään joko alisteisina tai toissijaisina. (Stengård 2007, 161.) Mitä läheisempi suhde omaisella on sairastuneeseen, sitä rankemmaksi mahdollinen huolenpito tästä koetaan (Omaiset mielenterveystyöntukena keskusliitto ry. 2009, 19). Osa omaisista on tyytymättömiä mielenterveysalan ammattilaisten toteuttamaan omaistyöhön (Kaas ym. 2003, 745).

Omaistyön tavoitteena on auttaa omaisia käsittelemään tunteitaan sekä auttamaan heitä kehittämään toimivia selviytymismalleja. Työntekijöiden eräs tehtävä on huolehtia, että omaiset pitävät huolta itsestään ja jaksamisestaan. Omaisten tuen tarve vaihtelee sen mukaan, miten pitkään läheinen on sairastanut ja miten hyvin he ovat käsitelleet sairastumisesta syntyneen kriisin. Omaisten olisi voitava tuntea, että myös heidän hätänsä ja tarpeensa tulevat kuulluiksi ja että ne otetaan vakavasti. Tukitoimet tulee sopeuttaa kulloinkin vallitsevan tilanteen mukaan. Työntekijöiden olisi hyvä tiedottaa omaisia jo

sairauden alkuvaiheessa erilaisista omaisille suunnatuista tukimuodoista, vaikka nämä itse eivät vielä kokisi niitä tarpeellisiksi. Akuuteissa kriiseissä hätäntyneiden omaisten kyky vastaanottaa uusia asioita on rajallinen, joten tietoa tulee antaa vähän kerrallaan. Tueksi voi antaa kirjallista materiaalia ja samoihin asioihin on hyvä palata myöhemmin uudestaan. Lähtökohtana tiedottamisessa on omaisten esittämät kysymykset. Yleisimmin kysymykset liittyvät sairastuneen oireisiin, ennusteeseen, hoitoon ja lääkityksiasioihin. Mikäli sairastuneella on jatkuva ja pitkäaikainen lääkitys, olisi tärkeää tiedottaa omaisia lääkityksen eduista ja haittavaikutuksista. Lääkemyönteiset omaiset voivat omalta osaltaan tukea sairastuneen lääkehoitoa. (Stengård 2007, 161-166.)

### 3.3 Omaistyön osaaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa

#### 3.3.1 Omaisten näkökulma

Määttä & Määttä (1995) selvittivät pro gradu –tutkielmassaan psyykkisesti sairaiden ihmisten omaisten (n= 95) toiveita ammattilaisilta. Eniten toivottiin neuvojen ja tietojen saamista (n=36). Kymmenen vastaajaa toivoi myötätuntoista ja ymmärtäväistä suhtautumista omaiseen. Vastauksissa korostui toive, ettei omaisia syyllistettäisi. Lisäksi toivottiin konkreettista apua hätätilanteisiin. Vastaajat halusivat tietoa paikoista, joihin voisi ongelmatilanteissa soittaa. Kahdeksan vastaajaa kuvasi osansa ylivoimaisen rasakaaksi. He esittivät toiveen, että joku ottaisi vastuun, huolehtisi sairaasta läheisestä ja ettei hoitavaa omaista jätettäisi yksin. Myös taloudelliset ongelmat olivat hyvin yleisiä omaisilla ja sairaalla itsellään. Varmuus siitä, että tarvittaessa apua saa kotiin tai läheinen saa sairaalapaikan, oli omaisille tärkeä. (Määttä & Määttä 1995, 50-56.) Konkreettisen avun saaminen ja omaisten tiedottaminen ovat nousseet hyvin keskeisiksi toiveiksi omaisilta ammattilaisille (Gavois, Paulsson & Fridlund 2006, 104-107).

Nymanin & Stengårdin (2001, 56) tutkimuksessa (N = 1562) selvitettiin omaisten tyytyväisyyttä mielenterveysalan ammattihenkilöihin keskeisten hoitoon liittyvien asioiden osalta. Nämä asiat olivat ammattilaisten saatavuus kriisitilanteessa, ammattihenkilöiden antama tieto, läheisen hoitosuunnitelmaan paneutuminen, kiinnostus tietoihin, joita omaisen voi antaa potilaasta sekä kiinnostus ongelmiin, joita omaisilla on potilaan

kanssa. 37 prosenttia omaisista oli joko erittäin tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä ammattilaisten toimintaan. Melko tyytymättömiä ja ei lainkaan tyytyväisiä oli yli puolet vastaajista

Omaisien rooli ei ole ainoastaan kuormittava, vaan myös palkitseva tehtävä. Tutkimuksen mukaan 70 prosenttia omaisista koki muuttuneensa paljon myötätuntoisemmiksi muita ihmisiä kohtaan. 50 prosenttia kertoi että heidän auttamistyönsä sairastuneen kanssa on selkiyttänyt omaisille heidän omia päämääriään elämässä. Omaisien roolia sävyttää edelleen leimautumisen pelko, sillä 40 prosenttia vastanneista koki, ettei ollut saanut uusia ihmissuhteita sairastuneen hoitamisen vuoksi. Suurin osa tutkimuksen omaisista kertoi saaneensa henkilökohtaista voimaa, uusia näkökulmia ja läheisempiä suhteita toisiin ihmisiin ollessaan omaisena. (Greenberg & Chen 2004, 428-429.)

### 3.2.2 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ammattilaisten näkökulma

Sjöblomin, Pejlertin & Asplundin (2005) mukaan sairaanhoitajien näkemys on, että sairastunut voi olla rasite omaisille tai sairastunut voi eristäytyä läheisistään. Sairaanhoitajat arvostavat tietoa asiakkaasta, jota he saavat omaisilta. Sairastuneen näkökulmasta omaiset voivat edesauttaa paranemista tai huonommassa tapauksessa olla ongelmien lähde. Tämän takia omaisten mukaan tulisi harkita tapauskohtaisesti. Sairaanhoitajien näkemys tämän tutkimuksen mukaan on, että omaistyön eräänä esteenä on ollut resurssien puute ja niiden ohjautuminen suoraan sairastuneen tarpeisiin. (Sjöblom ym. 2005, 567-568.) Omaisten ongelmat tulisi nähdä ensisijaisesti yrityksinä selvittää mielenterveysongelman kanssa, ei mielenterveysongelmien syinä. Omaiset kokevat, että heidän saama kohtelu on erilaista, jos sairastuneella on somaattinen sairaus. (Kaas ym. 2003, 741-742.) Eräissä tutkimuksissa on havaittu viitteitä siitä, että juuri näkemys perheen ja etenkin vanhempien syyllisyydestä mielenterveys- ja päihdeongelmiin on ollut hidastamassa omaistyön kehittymistä (Dixon ym. 1999, 234).

Hoitosuhteet, joita sävyttää yhteistyö eikä mielenterveys- ja päihdealan ammattilaisen hallitsevuus, ovat erittäin toivottavia (Falloon 1999, 615-618). Yhteistyö koetaan arvokkaana, mutta sen vaikutuksista omaisten ja asiakkaiden hyvinvointiin tiedetään melko vähän (Andrew, Farhall, Ong & Waddell 2009, 94). On olemassa tiettyjä perusperiaat-

teita, joita ilman yhteistyö ei voi toteutua ollenkaan tai se ei toteudu parhaalla mahdollisella tavalla. Keskeisimpiä edellytyksiä yhteistyölle ovat yhteiset ponnistukset ja yhteinen tavoite, halukkuus osallistua, jaettu suunnittelu ja päätöksentekovastuu, osaamisen antaminen muiden käyttöön, jaettu vastuu tuloksista sekä tasa-arvoinen ympäristö, jossa valta perustuu tietoon ja osaamiseen. Lisäksi on tunnistettavissa tiettyjä yhteistyötä tukevia seikkoja, kuten luottamus taitoihin, yhteistyötä parantava ympäristö, hyvät kommunikointitaidot, kunnioitus ja luottamus osapuolia kohtaan. (Henneman, Lee & Cohen 1995 104-106.)

Hennemanin ym. (1995) tutkimuksessa tarkasteltiin sairaanhoitajien ja lääkärin yhteistyötä. Kyseistä tutkimusta on sovellettu laajasti myöhemmässä omaisten ja mielenterveysalan ammattilaisten yhteistyötä käsittelevässä tutkimuksessa (Andrew ym. 2009), jonka mukaan näyttäisi siltä, että aiemmat tulokset yhteistyön edellytyksistä eivät välttämättä ole sovellettavissa omaisten ja mielenterveysalan ammattilaisten yhteistyöhön. Kyseisen tutkimuksen tuloksissa oli kuitenkin myös suuntaa antavia viitteitä siitä, että samantyyppiset periaatteet olisivat voimassa omaisten ja mielenterveyspalveluiden ammattilaisten välisessä yhteistyössä. (Andrew ym. 2009 102-103.)

Mielenterveyspalveluiden ammattilaisten mielestä heidän omaistyönsä pahimpia esteitä olivat ajan puute, tunne että omaistyö on ristiriidassa asiakkaan hoitamisen kanssa ja että omaisten hoitaminen on asiakkaan hoidosta pois. Muina vaikuttavina tekijöinä nousi esille ajatus siitä, että omaisten mukaanotto voi olla haitallista asiakkaan hoidon kannalta ja ettei omaistyön hyödyllisyydestä ole riittävästi näyttöä. Pyydettyäessä ammattilaisia listaamaan kolme suurinta estettä omaistyölle, ajan puutteen mainitsi 36 prosenttia, ristiriidan omaisten ja asiakkaan hoitamisen välillä mainitsi 26 prosenttia ja puutteellisen näytön omaistyön hyödyllisyydestä mainitsi 26 prosenttia. Vanhemmat työntekijät olivat nuoria työntekijöitä useammin sitä mieltä, että omaisten mukaanotto haittasi asiakkaan hoitoa. (Kaas ym. 2003, 747-749.)

Kaasin ym. (2003) tutkimuksessa ammattilaisia pyydettiin arvioimaan myös esteitä, jotka heidän mielestään estivät omaisia osallistumasta asiakkaan hoitoon. Ammattilaisten mielestä omaisten esteenä oli toivosta luopuminen, mielenterveys- ja päihdeongelmien leimaavuus, häpeä ja syyllisyys, asiakkaan toive ettei omaisia otettaisi mukaan sekä omaisten kommunikaatio-ongelmat asiakkaan kanssa. Ammattilaisten mielestä

kolme suurinta ongelmaa olivat mielenterveys- ja päihdeongelmien leimaavuus 42 prosenttia, toivon menettäminen 29 prosenttia ja omaisten kommunikaatio-ongelmat sairastuneen kanssa 23 prosenttia. Ammattilaiset eivät maininneet omien asenteidensa olevan merkittävä ongelma omaistyön toteutumiselle. Toisaalta kirjallisuudesta löytyy lähteitä, joiden mukaan leimautuminen yhdessä ammattilaisten asenteiden kanssa on omaisten näkökulmasta suuri ongelma. (Kaas ym. 2003, 750-752.) Kohtaamattomuuden kokemus liittyy etupäässä vuorovaikutuksellisiin ongelmiin ammattilaisten, omaisten ja asiakkaan välillä. Vuorovaikutusta estivät ohittaminen, mitätöinti, kertomatta jättäminen, ristiriitaiset tiedot ja asiakkaan puolesta olettaminen. Tästä saattoi seurata etteivät myöskään asiakkaat tai läheiset kertoneet kaikkia oleellisia hoitoon liittyviä asioita työntekijälle. (Kilku 2008, 80.)

Omaiset ja mielenterveysalan ammattilaiset kokevat siirtävänsä usein vastuun yhteistyöstä toiselle osapuolelle. Tutkimuksen mukaan omaiset toimivat näin jonkin verran mielenterveysalan ammattilaisia useammin. Lisäksi omaisten mielestä ammattilaisten suhtautuminen ja toiminta on heistä keskeisempää yhteistyön onnistumiselle tai epäonnistumiselle kuin omaisten oma toiminta. (Andrew ym. 2009, 102.)

Ammattilaisten omaisille antamasta tuesta on erotettavissa kaksi erilaista osa-aluetta. Ensimmäisenä on psykologinen tuki eli omaisten avustaminen hoidollisten kriisien läpi. Toisena on käytännöllisempi omaisten tukeminen sairastuneen päivittäisessä hoidossa. Omaisten selviäminen kriisistä on osittain riippuvainen ammattilaisten antamasta tuesta. Ammattilaisten antama tuki on jaettu neljään lähestymistapaan, jotka ovat läsnäolo, kuunteleminen, jakaminen ja voimaannuttaminen. Näistä jokainen jakaantuu edelleen kolmeen alaryhmään. (Gavois ym. 2006, 104.) Ammattilaisten antama tuki on suhteessa omaisten kokemukseen sairastuneen huolenpidosta siten, että tukeminen helpottaa omaisten kokemaa kuormitusta (Greenberg & Chen 2004, 432).

Läsnäololla on kolme alakategoriaa; aikainen yhteydenotto, aikainen informointi ja suojeleminen. Akuuteissa kriiseissä ammattilaisen ja omaisten välisellä vuorovaikutuksella on suuri vaikutus omaisten kykyyn selviytyä tilanteen kanssa. Tiedottaminen tilanteesta omaisille on tärkeää, jotta nämä voisivat ymmärtää tapahtunutta. Ammattilaisen läsnäolo voi lohduttaa ja rauhoittaa omaisia vaikeina hetkinä. Omaiset toivovat, että ammatti-

laiset olisivat tavoitettavissa sekä mahdollisesti paikalla kriisitilanteissa, jotta he voivat antaa omaisille fyysistä ja psyykkistä turvaa. (Gavois ym. 2006, 104-105.)

Kuuntelemiseen liittyy kolme ulottuvuutta: kuormittuneisuuden arviointi, yhteyden ylläpito ja vahvistaminen. Ammatilaisen ja omaisten vuorovaikutus on riippuvainen luotamuksellisesta yhteistyösuhteesta. Kuuntelua voidaan pitää arviointina, jota voi seurata hoidollinen väliintulo. Kuuntelemisen eräs tehtävä on vahvistaminen, joka toimii tunnetasolla. Omaiset ilmaisivat tarpeen tulla kuunnelluksi. Omaisten näkemys on, että kuuntelemisella on tärkeä rooli arvioitaessa heidän kuormittuneisuuttaan. Yhteyden ylläpitäminen oli tärkeää, sillä omaisia saattaa kuormittaa se, ettei sairastuneessa tapahdu minkäänlaista edistystä. Tämä taas saattaa johtaa pettymyksiin ja omaisten vieraantumiseen sairastuneen saamasta hoidosta. Seurauksena voi olla negatiivisten tunteiden kierre. (Gavois ym. 2006, 105.) On viitteitä siitä, että kuulluksi tuleminen on yksi keskeisistä omaisten tarpeista, mutta he kokevat tulevansa kuulluiksi liian harvoin (Dixon ym. 1999, 237).

Jakamisen ulottuvuudet ovat yhteistyö, avoin keskusteleminen ja turvallisuus. Jakamalla tietoa ammatilainen voi lievittää omaisten kuormittuneisuutta. Viestiminen osapuolten välillä tarkoittaa molemminpuolista velvoitetta yhteydenottoon, mikäli hoidollinen tilanne pahenee merkittävästi. Turvallisuutta luovat esimerkiksi yhteiset toimintasuunnitelmat tilanteissa, joissa tarvitaan sairaalahoitoa. Omaisten mielipidettä kunnioittava ammatilaisjohtoinen toiminta koettiin omaisten näkökulmasta helpottavaksi tekijäksi, koska tietyn pisteen jälkeen omaisten ei enää tarvinnut tehdä vaikeita päätöksiä. Avoin ja toimiva kommunikaatio etenkin edellisen kaltaisissa vaikeissa tilanteissa lievittää omaisten kokemaa stressiä. (Gavois ym. 2006, 105-106.)

Voimaannuttamisen eri ulottuvuudet ovat neuvonta ja kehitykseen kannustaminen. Tieto psyykkisistä ongelmista ja sairastuneen tilasta auttaa omaisia hahmottamaan tilannetta paremmin. Ammatilaiset voivat järjestää omaisille tilaisuuksia puhua omista ongelmistaan ja tunteistaan sekä esittää kysymyksiä. Neuvonta, miten erilaisissa tilanteissa kannattaa toimia, auttaa omaisia selviämään paremmin jokapäiväisestä elämästä. Tieto siitä, että on muitakin vastaavassa tilanteessa olevia, on hyvin tärkeää. (Gavois ym. 2006, 106-107.)

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä piirteitä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, käsitteiden määrittely, havaintoaineiston soveltuvuus määrälliseen mittaamiseen sekä aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 129). ”Käsitteet on operationalisoitava, toisin sanoen työstettävä ymmärrettävään ja mitattavaan muotoon” (Vehkalahti 2008, 18). Kvantitatiivinen menetelmä on tutkimustapa, jossa tietoa käsitellään numeerisesti. Määrällinen tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän ominaispiirteitä on, että vastaajien määrä on suuri. (Vilkkä 2007, 14-17.) Tässä opinnäytetyössä kvantitatiivinen menetelmä valittiin, koska havaintoaineiston odotettiin olevan laaja ja kyseinen aineisto oli erittäin sopivaa tilastolliseen mittaamiseen.

### 4.2 Kyselylomakkeen laadinta

Lomakkeen laajuus on rajallinen, joten kyselylomake sallii harvoin kaikkien asioiden perusteellisen selvittämisen. Kyselylomake ei ole sattumanvarainen kysymyskokoelma, vaan harkittu ja jäsennelty kokonaisuus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa lomakkeen toimivuus näkyy myöhemmin tutkimuksen tuloksissa ja analyysissä. Perusperiaatteena on, että kysytään kerrallaan vain yhtä asiaa. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 130.) Osoiden eli kysymysten tai väitteiden tulee olla selkeitä, ytimekkäitä ja ymmärrettäviä. On vältettävä monimutkaisia sanamuotoja tai käsitteitä, samoin kuin sanoja *ja, sekä, sekä että, tai, eli*. Kyseiset sanat aiheuttavat monikäsitteisyyttä. (Vehkalahti 2008, 23.) ”Jokaisen tutkimukseen vastaavan on ymmärrettävä käsitteet ja kysymykset samalla tavalla, koska muuten tutkimustulos ei ole luotettava ja yleistettävissä” (Vilkkä 2007, 37).

Mittaamisen asteikot voidaan jakaa asenneasteikkoon ja mitta-asteikkoon. Asenneasteikolla mitataan henkilön kokemukseen perustuvaa mielipidettä. Näitä asteikkoja

ovat Likertin asteikko ja Osgoodin asteikko. Mitta-asteikoita käytetään erittelemään muuttujien ilmaisemia asioita. Näitä asteikkoja ovat laatuero-, järjestys-, välimatka-, ja suhdelukuasteikko. (Vilkka 2007, 45.) Mitä korkeampi mittaustaso, sitä enemmän on tarjolla mahdollisia analyysitapoja. Jälkeenpäin mittaustasoa ei voi nostaa, joten on syytä pyrkiä mahdollisimman hyvään mittaukseen. Mikäli on mahdollista mitata määrää, ei kannata mitata vain laadullista eroa. Toisaalta kaikkia asioita ei ole mahdollista mitata määrällisesti. (Vehkalahti 2008, 27.) Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa käytetään melko paljon Likert-asteikkoa, koska se sopii hyvin mittariksi mitattaessa kokemukseen perustuvaa mielipidettä.

Tehtäessä laajaa kyselyä kannattaa kyselylomake suunnitella siten, että tiedot on myöhemmin helppo syöttää tietokoneelle. Kannattaa pitää ainakin yksi tyhjä kyselylomake paperiversiona, johon voi merkitä yllättäviä tilanteita. Esimerkiksi ikää kannattaa kysyä vuosina tai syntymävuotena. Loogisuuden vuoksi on viisainta syöttää suurimmalle arvolle, esimerkiksi ”täysin samaa mieltä” isoin lukuarvo. (Ernvall, Ernvall & Kaukkila 2002, 16.) Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen kysymykset on rakennettu aiempien tutkimusten pohjalta. Kyselylomake koostui 14:sta mittarista, joista 4 oli taustamuuttujia. Mittarit 5-10 ja 12-13 koostuivat likert-asteikollisista osioista. Kysymyksissä 11 ja 14 vastaaja sai valita sopivan vaihtoehdon. Lisäksi oli mahdollisuus vastata avoimeen kysymykseen.

Kysymysten 6-10 pohjana on aiempi tutkimus (Andrew ym. 2009, 99-100). Kyseisiä mittareita ei ole otettu suoraan sellaisinaan, vaan ne on muokattu opinnäytetyön aiheeseen sopiviksi. Yksittäisiä osioita on liitetty työhön Gavoisin ym. (2006) tutkimuksen pohjalta. Nämä osiot ovat 7c, 10b, 10c sekä 10d. Lisäksi edellä mainittua Gavoisin ym. (2006) tutkimusta on käytetty apuna mittareiden 7 ja 9 osioiden muokkaamisessa opinnäytteen aiheeseen sopiviksi. Kysymykset 12 ja 13 on otettu lähes alkuperäisessä muodossa (Kaas ym. 2003, 749-750). Taustamuuttujat sekä mittari 11 luotiin tätä opinnäytetyötä varten ja viimeiseksi lisättiin kehittämissuhteet kohtaan 14.

Kyselylomake esitettiin joulukuussa 2010. Esitestauksen vastaajien lukumäärä oli 4 ja he olivat A-klinikan työntekijöitä. Esitestauksen jälkeen kyselylomake muokattiin vastauksien perusteella lopulliseen muotoonsa ja suoritettiin varsinainen kysely. Esitestauksen perusteella kyselylomake säilytti alkuperäisen muotonsa pienin muutoksin.



### 4.3 Aineiston kerääminen

Esitestauksessa saatuja vastauksia ei otettu mukaan lopullisen aineiston käsittelyyn. Aineiston kerääminen tapahtui tammikuussa 2011. Tampereen kaupungin avomielen-terveyspalveluiden vastaajien määrä oli 113 joka koostui psykiatrian poliklinikoiden, päiväsairaaloiden ja muiden avopalveluiden työntekijöistä. Kyselyyn vastasi 20 työntekijää, joten vastausprosentiksi tuli 18. eLomake sijaitsi Tampereen ammattikorkeakoulun serverillä, johon myös aineisto kertyi. Aineisto kerättiin elektronisesti linkittämällä kyselylomake vastaajien sähköpostiin. Linkin lisäksi sähköpostiviestissä oli saatekirje opinnäytteen tekijältä. Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry hoiti yhteistyön Tampereen kaupungin kanssa niin, että kyselylomake saatiin toimitettua vastaajille.

### 4.4 Aineiston analysointi

Analysoinnin aluksi kannattaa erotella ainakin nominaaliasteikon tasoiset muuttujat muista mittaustasoa edustavista muuttujista. Ne ovat yleensä tutkimuksen kannalta kiinnostavia, mutta näille luokitteluasteikon tasoisille muuttujille ei ole mielekäästä laskea keskiarvoja eikä korrelaatioita. On todettu, että Likertin asteikolla tapahtuvaa mittausta voidaan luotettavasti käsitellä kuin se olisi välimatka-asteikollista. Tällöin on muistettava mahdollisen ”en ole käyttänyt / en osaa sanoa” –vaihtoehdon pois jättäminen keskiarvoa laskettaessa. SPSS-ohjelmassa tämä voidaan hoitaa määrittelemällä kyseinen muuttujan arvo Missing Values-arvoksi. (Heikkilä 1998, 184-185.) Toisaalta Ernvall, Ernvall, Ernvall & Kaukkila (2002, 13) mainitsevat, että Likert-asteikko ei täytä välimatka-asteikon tunnusmerkkejä, eikä kyseistä asteikosta voida laskea esimerkiksi keskiarvoja.

Aineiston tallennus vaatii suunnittelua, sillä aina ei voi olla itsestään selvää, kuinka aineisto on koodattava. Muuttujat voidaan varsinaisessa laskennassa koodata uudelleen luokkia yhdistelmällä ja järjestystä muuttamalla. Hankalasti koodattu datamatriisi on vaikea käsiteltävä. Paha virhe on, että koodaamisen ja aineiston luomisen vaiheessa yhdistetään muuttujia epäkelvolla tavalla, jota ei myöhemmin enää voi purkaa. Viimeistään silloin, kun aineisto on tallennettu tietokoneelle, tarvitsee tutkijan tietää, millaisia tilastollisia menetelmiä hän käyttää. (Nummenmaa, Konttinen, Kuusinen & Leskinen 1996, 23-24.)

Opinnäytetyössä käytettiin eLomaketta, joka helpotti aineiston käsittelyä, sillä aineisto tallentui sähköisesti. Tiedot syötettiin taulukkolaskentaohjelmaan, jonka jälkeen aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Aineiston pienuuden takia tässä opinnäytetyössä käytettiin kuvailevaa analyysiä, koska aineisto oli liian pieni esimerkiksi ristiintaulukointiin. Yleensä aineistoa kuvaillaan frekvensseillä ja prosentiosuuksilla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 103). Aineistosta on mahdollista tehdä havainnollistavia taulukoita tai diagrammeja. Aineisto hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua Tampereen ammattikorkeakoulun serveriltä.

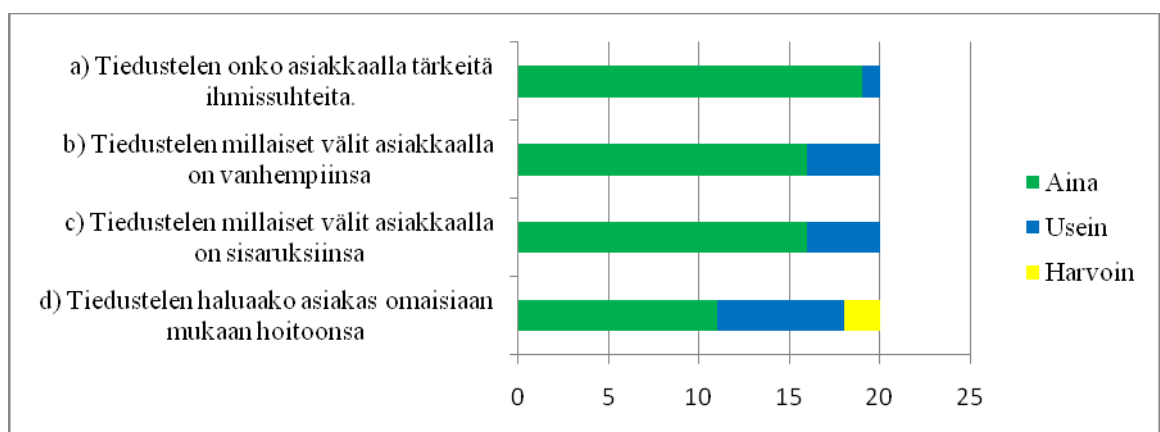
## 5 TULOKSET

### 5.1 Taustamuuttujat

Vastaajista 15 oli naisia, 5 miehiä. Vastaajien työkokemus vaihteli kahden ja neljäskymmenen työvuoden välillä. Keskiarvo työntekijöiden työkokemuksesta oli 19,5 vuotta. Kyselylomakkeessa kysyttiin työkokemusta mielenterveysalalta, joten vastaajilla on saattanut olla uran aikana useita työnantajia. Suurin vastaajaryhmä oli sairaanhoitajat (n=12), muista ammattiryhmistä vastaajia oli muutamia. Koska aineisto on pieni, vastaajien anonymiteetin suojaamiseksi tuloksissa ei ole esitetty sukupuolten tai ammattiryhmien välisiä eroja.

### 5.2 Tiedon keruu asiakkaan suhteista omaisiin

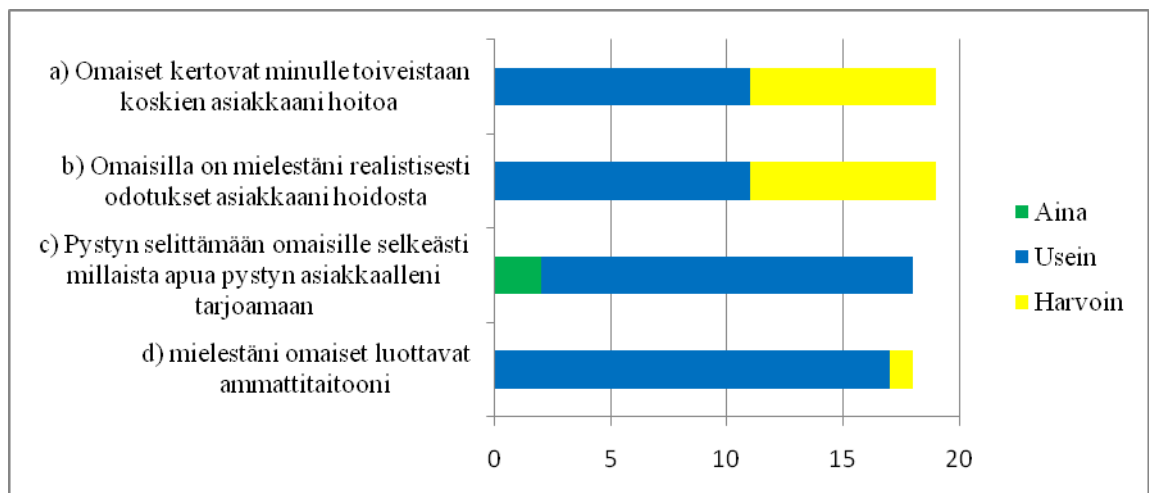
Esitettyihin osioihin vastasi 20 ammattilaista. 18 vastaajaa selvittää aina tai usein asiakkaan ihmissuhteisiin liittyviä asioita. Vastaajat selvittävät jonkin verran harvemmin, haluavatko heidän asiakkaansa omaisiaan mukaan hoitoonsa. Kaksi vastaajista selvittää harvoin tätä asiaa (Kuvio 1).



KUVIO 1. Työntekijöiden selvitystyö asiakkaan läheisistä ihmissuhteista.

### 5.3 Omaisten odotusten selvittäminen hoidon suhteen

Ammattilaisista 19 vastasi osioihin a) ja b). Osioihin c) ja d) vastasi 18 henkilöä. Yhden vastaajan mukaan omaiset kertovat usein toiveistaan ja omaisten odotukset ovat samoin usein realistiset. Kaikkein myönteisin näkemys ammattilaisilla on kyvystään selittää omaisille, miten heidän ammattitaidollaan voi asiakasta auttaa. 16 ammattilaista valitsi kyseissä osiossa vaihtoehdon usein. Kaksi valitsi vaihtoehdon aina. 16 vastaajan mielestä omaiset luottavat usein heidän ammattitaitoonsa. Kaksi vastaajaa valitsi vaihtoehdon harvoin (Kuvio 2).

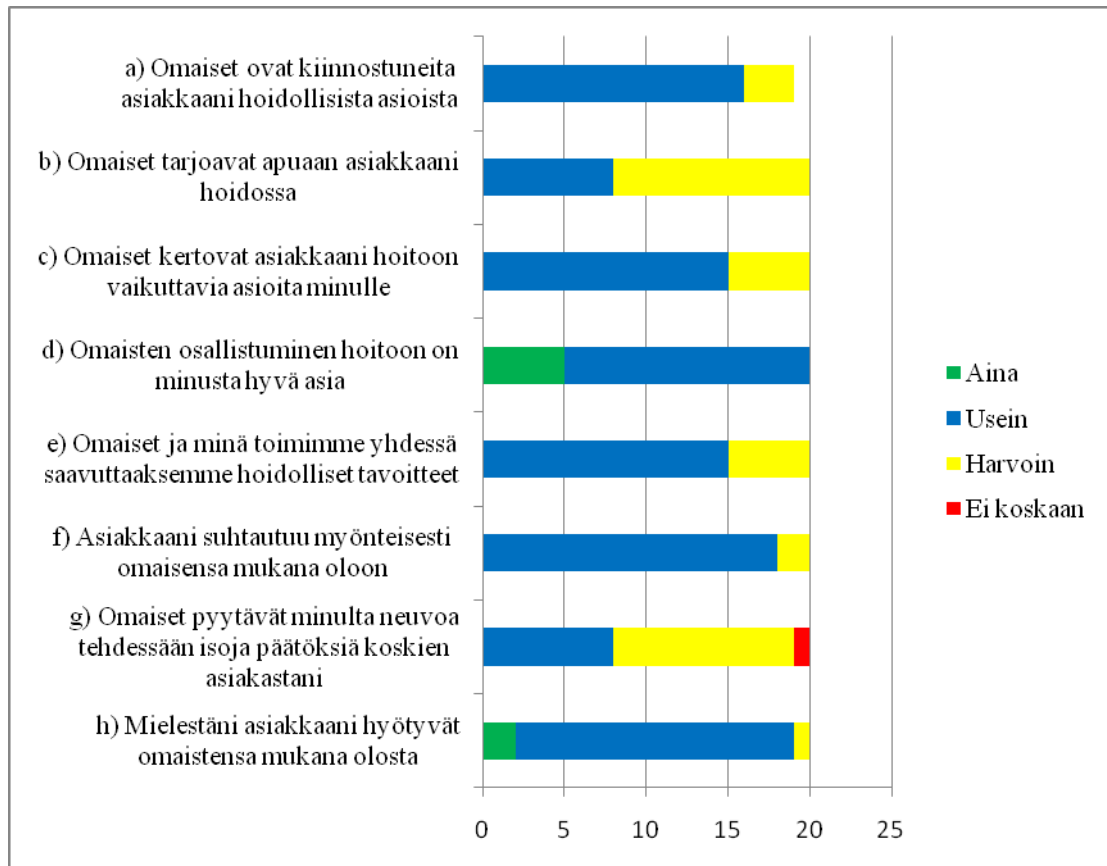


KUVIO 2. Ammattilaisten näkemys omaisten odotuksista sairastuneen hoidossa.

### 5.4 Kokemuksia omaisten osallistumisesta hoitoon

Osioon a) vastasi 19 työntekijää ja muihin osioihin vastasi 20 työntekijää. Vastaajat kokevat omaisten olevan pääsääntöisesti kiinnostuneita sairastuneen hoidollisista asioista ja kertovat sairastuneen hoitoon vaikuttavia asioita työntekijälle. Ammattilaisten näkemys on, että omaiset tarjoavat apuaan asiakkaan hoidossa joko usein tai harvoin. Työntekijöiden mielestä omaisten osallistuminen hoitoon on usein tai aina hyvä asia. 15:sta vastaajan näkemys on, että he toimivat usein yhdessä omaisten kanssa hoidollisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Viiden työntekijän mielestä edellä mainittu yhteistyö

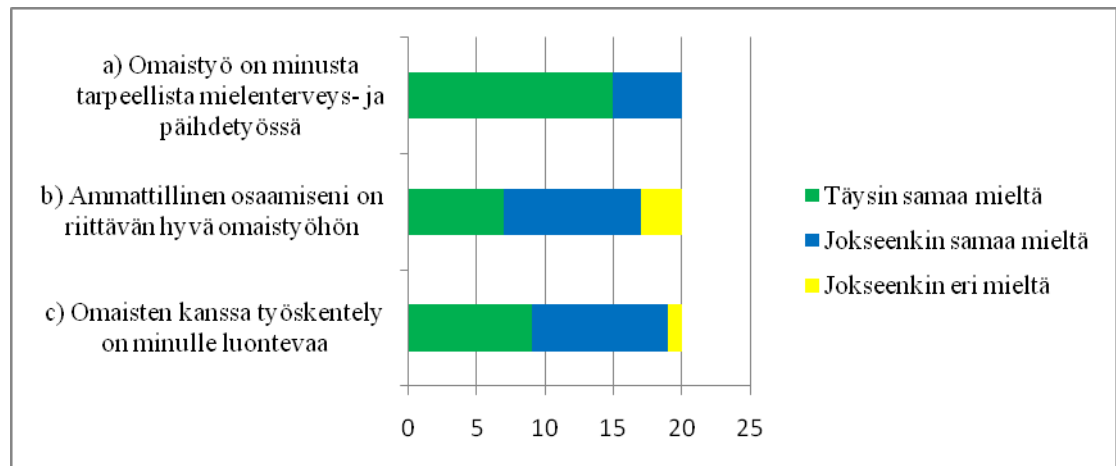
toteutuu harvoin. Kahden vastaajan mielestä asiakas suhtautuu harvoin myönteisesti omaistensa hoitoon osallistumiseen. Loppujen 18 näkemys asiasta on, että heidän asiakkaansa kokee osallistumisen myönteisenä. Kahdentoista vastanneen kokemuksen perusteella omaiset kysyvät neuvoa isoihin päätöksiin harvoin tai ei koskaan. 19 ammattilaisen mielestä asiakas hyötyy aina tai usein siitä, että omaiset osallistuvat hoitoon (Kuvio 3).



KUVIO 3. Ammattilaisten näkemys omaisten osallistumisesta hoitoon.

### 5.5 Ammattilaisten asennoituminen omaistyöhön.

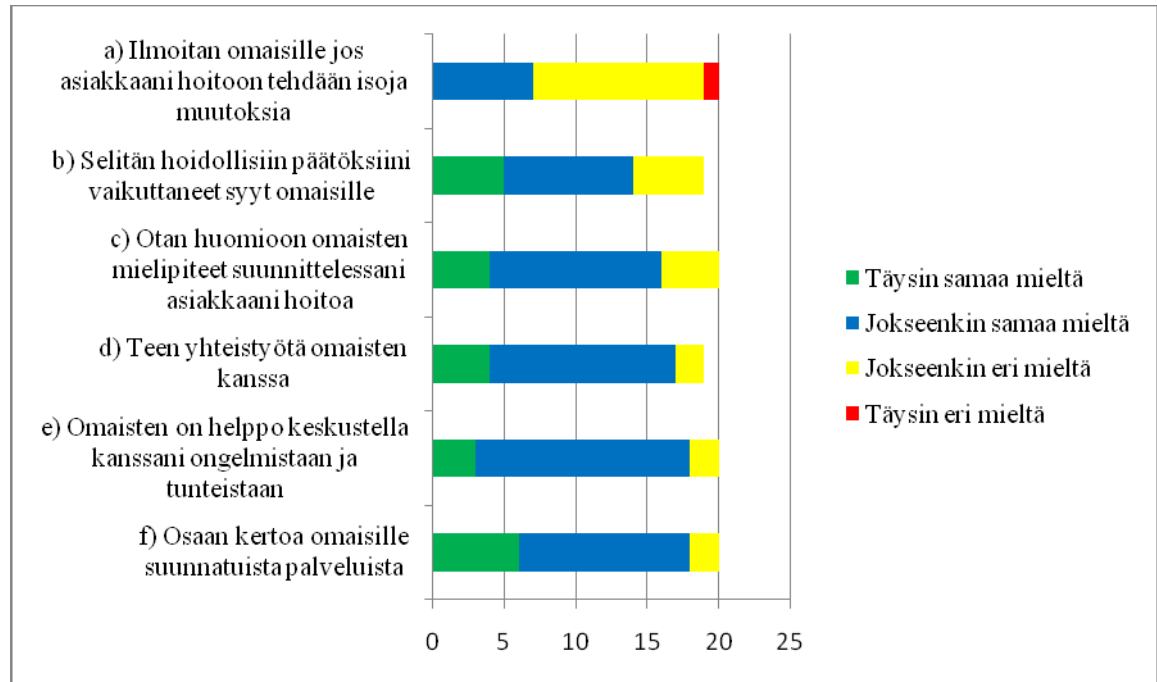
Tähän kysymykseen vastasi 20 työntekijää. Tarpeelliseksi omaistyön koki 15 vastaajaa ja jokseenkin tarpeelliseksi viisi. Kriittisimmin työntekijät suhtautuivat omaistyön osaamiseensa. Kahdeksan vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että heidän ammatillinen osaaminen on riittävän hyvä omaistyöhön. Lisäksi suurin osa ammattilaisista koki toiminnan omaisten kanssa luontevaksi (Kuvio 4).



KUVIO 4. Ammattilaisten asenteita omaistyöstä.

### 5.6 Hoidollisen tiedon jakaminen ammattilaisten ja omaisten välillä

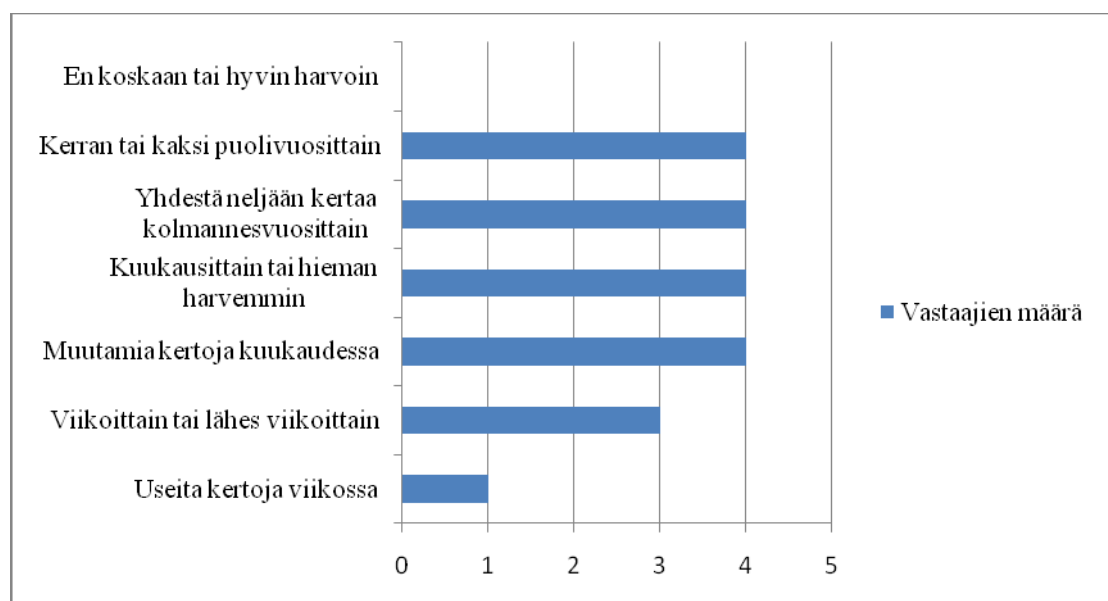
Osioihin b) ja d) vastasi 19 työntekijää, muihin vastasivat kaikki 20. Ammattilaisista seitsemän kokee ilmoittavansa omaisille jos asiakkaan hoitoon tehdään isoja muutoksia. Täysin tai jokseenkin eri mieltä oli 13. Ammattilaiset olivat eri mieltä siitä, ilmoittavatko he omaisille isoista muutoksista asiakkaan hoidossa. Ammattilaiset selittävät hoidollisiin päätöksiin vaikuttaneet syyt usein ( $n = 14$ ). Omaisten mielipiteet koetaan otettavan huomioon. 17 työntekijää kokee tekevänsä yhteistyötä omaisten kanssa. Ammattilaisista 18 kokee, että omaisten on helppo keskustella työntekijöiden kanssa ongelmistaan ja tunteistaan. Saman verran ammattilaisista koki osaavansa kertoa omaisille suunnatuista palveluista (Kuvio 5).



KUVIO 5. Tiedon jakaminen osapuolten välillä ammattilaisten näkökulmasta.

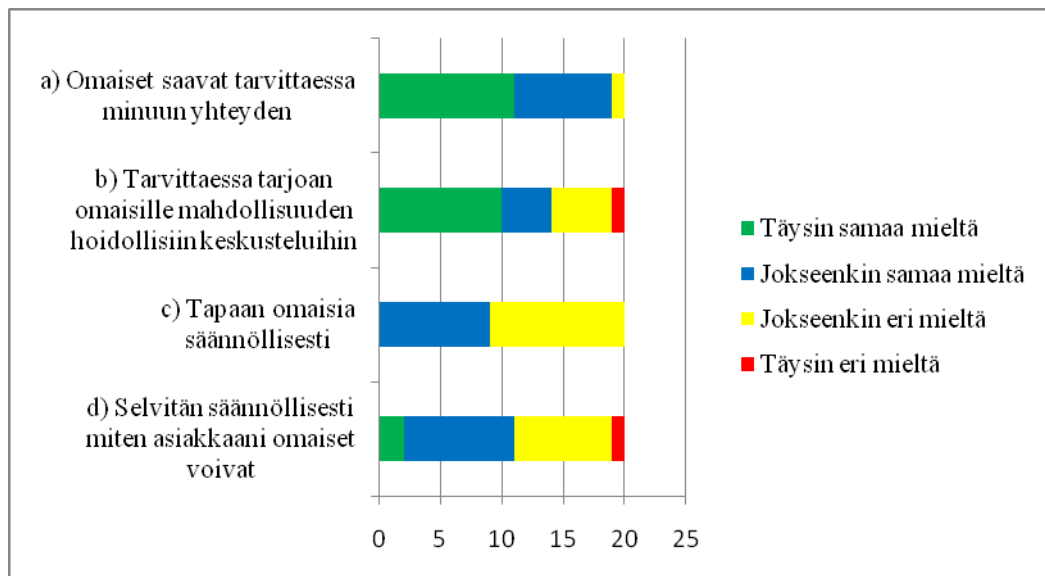
### 5.7 Ammattilaisten yhteydenpidon määrä omaisten kanssa

Ammattilaiset tapasivat omaisia kuukausittain tai hieman harvemmin. Kaikki vastanneet ammattilaiset tapasivat omaisia ainakin kerran tai kaksi puolivuositain. Yksi työntekijä tapasi omaisia useita kertoja viikossa ja kolme viikoittain tai lähes viikoittain (Kuvio 6).



KUVIO 6. Kuinka usein ammattilaiset tapaavat omaisia.

Kaikkiin väittämiin vastasi 20 mielenterveysalan ammattilaista. Vastaajat kokivat olevansa hyvin omaisten tavoitettavissa. 14 työntekijää järjestää tarvittaessa omaisille hoidollisia keskusteluja. Jokseenkin tai täysin eri mieltä tästä oli kuusi vastaajaa. Näkemykset omaisten tapaamisesta jakaantuivat lähes tasan. Noin puolet tapaa säännöllisesti, noin puolet oli tästä eri mieltä. Puolet ammattilaisista selvittää melko harvoin omaaloitteisesti asiakkaidensa omaisten vointia. Yksitoista ammattilaista selvittää omaisten vointia säännöllisesti (Kuvio 7).

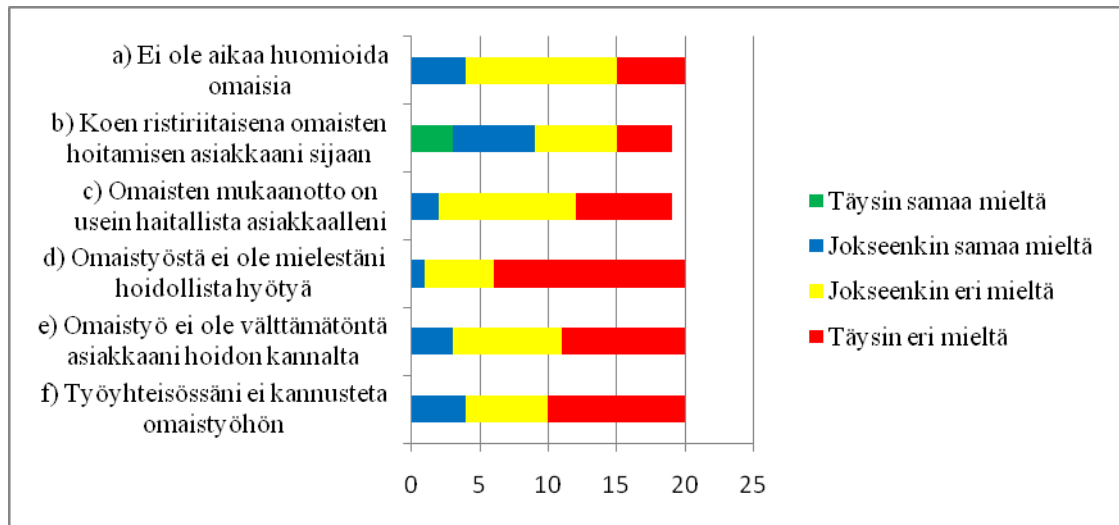


KUVIO 7. Ammattilaisten näkemyksiä omaisten jaksamisen tukemisesta.

### 5.8 Yhteistyön esteet ammattilaisten näkökulmasta

Näihin väittämiin vastasi 20 osallistujaa lukuun ottamatta väittämiä b) ja c), joihin vastasi 19. 16 vastaajaa oli jokseenkin tai täysin eri mieltä siitä, että heillä ei ole aikaa huomioida omaisia. Neljä työntekijää oli väittämän kanssa täysin eri mieltä, kuusi jokseenkin eri mieltä siitä, että omaisten hoitaminen on ristiriidassa asiakkaan hoitamisen kanssa. Täysin eri mieltä oli seitsemän vastaajaa ja jokseenkin eri mieltä kymmenen vastaajaa siitä, että omaisten mukaanotto on usein haitallista asiakkaalleni. 19:sta ammattilaisen mielestä omaistyöstä on hoidollista hyötyä. Yhdeksän vastaajaa oli täysin eri mieltä ja kahdeksan vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä siitä, että omaistyö ei ole välttämätöntä asiakkaan hoidon kannalta. 16:sta vastaajan mielestä työyhteisö kannustaa omaistyöhön (Kuvio 8).

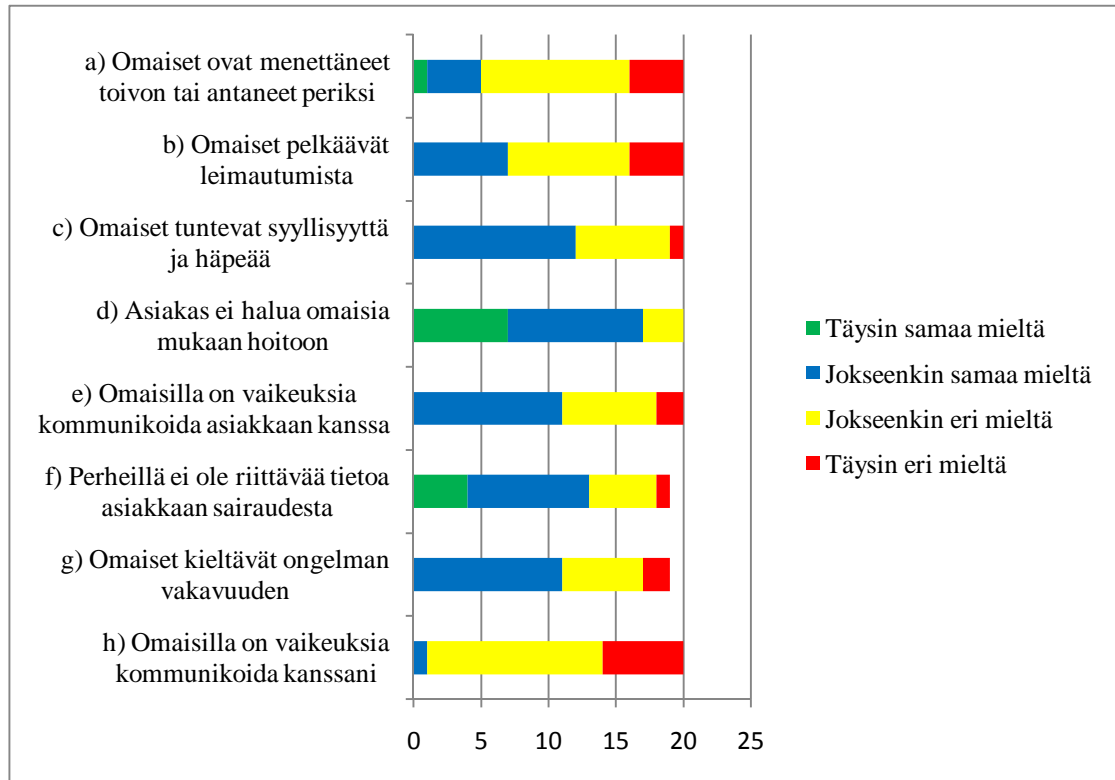




KUVIO 8. Ammattilaisista johtuvia hoidollisen yhteistyön esteitä.

### 5.9 Yhteistyön esteet omaisten näkökulmasta

Väittämiin vastasi 20 ammattilaista lukuun ottamatta väitteitä f) ja g). Näihin väitteisiin vastasi 19. Omaisten toivon menetyksestä viisi ammattilaista pitää merkityksellisenä esteenä yhteistyölle. Työntekijöiden mielestä omaisten pelko leimautumisesta on este yhteistyölle. Ammattilaisten näkökulmasta syyllisyyden, häpeän ja omaisten kommunikointivaikeuksien sairastuneen kanssa koettiin olevan este yhteistyölle. Suurimmaksi esteeksi yhteistyölle ammattilaiset nostivat sen, ettei asiakas halua omaisia mukaan hoitoonsa. Tämän väitteen kanssa täysin samaa mieltä oli seitsemän ammattilaista ja jokseenkin samaa mieltä kymmenen vastaajaa. Riittävän tiedon puute on kolmentoista ammattilaisen mielestä ongelma. 11:sta ammattilaisen mielestä omaiset kieltävät ongelman. Vain yksi vastaajista koki, että omaisten vaikeus kommunikoida hänen kanssaan olisi este yhteistyölle (Kuvio 9).



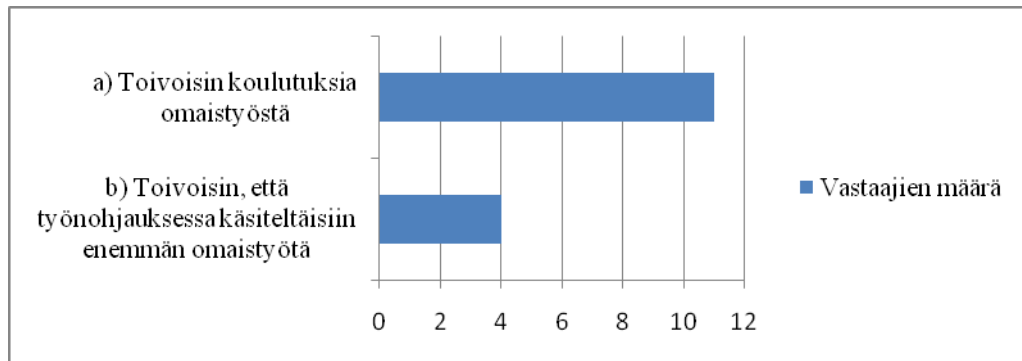
KUVIO 9. Omaisista johtuvia hoidollisen yhteistyön esteitä.

### 5.10 Ammattilaisten kehittämissuhteita omaistyölle

15 työntekijää toivoi joko koulutuksia omaistyöstä tai että työnohjauksessa käsiteltäisiin omaistyötä (Kuvio 10). Kehittämiseen liittyvään kysymykseen vastasi 7 ammattilaista. Näistä vastaajista kolme kommentoi kyselylomakkeen sisältöä tai täsmensi vastauksiinsa. Kaksi vastaajaa korosti, että omaisten mukaanotto sairastuneen hoitoon on aina tilannekohtaista ja mukaanotto pitää tapahtua yhteisymmärryksessä sairastuneen kanssa. Heidän mukaansa toisaalta joskus sairastunut ei halua omaisia mukaan ja toisaalta joskus omaisten pois jättäminen on muista syistä perusteltua. Toinen näistä vastaajista esitti, että mitä vakavammasta psyykkisestä häiriöstä on kyse, sitä enemmän tarvitaan yhteistyötä omaisten kanssa. Kaksi vastaajaa toi esiin omaisten tarpeita huomioivan omaistyön näkökulman ja toinen näistä korosti kolmannen sektorin merkitystä etenkin omaisen jaksamista tukevassa roolissa.

Yksi vastaaja toi esiin käsitteiden omaistyö, perhetyö ja perheterapeuttinen työ samankaltaisuuden ja niiden päällekkäisyyden käytännön työssä. Hän huomautti, että tämä saattaa joissain tilanteissa johtaa siihen, että ihmiset puhuvat keskenään hieman eri asi-

oista. Nämä käsitteet tulisi hänen mielestään selkiyttää. Lisäksi hän toivoi enemmän koulutuksia vuorovaikutuksellisten ongelmien huomaamiseen ja niiden esille nostamiseen. Hänen mukaansa on otettava huomioon, että omais- ja perhetyötä tekevillä työntekijöillä voi olla työn tekemistä haittaavia rasitteita omasta lapsuudestaan. Eräs vastaajista kyseenalaisti käsitteen omainen ja esitti, että hänen mielestään läheisen käsite olisi parempi.



KUVIO 10. Ammattilaisten toiveet omaistyön osaamisen parantamiseksi.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 6.1 Eettisyys

Itsemääräämisoikeus on yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohta. Mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta kaikissa vaiheissa on taattava. Tutkimukseen osallistuvilla on annettava mahdollisuus esittää kysymyksiä. Osallistumattomuus ei saa aiheuttaa uhkaa eikä osallistumisesta tule palkita. Tutkittavan on oltava lisäksi tietoinen aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. Tutkimustiedot ovat ainoastaan tutkimuksen tekijöiden käytettävissä, eikä niitä saa luovuttaa eteenpäin. Pienestä aineistosta voi erottua alaryhmiä, esimerkiksi miespuoliset hoitotyöntekijät. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-179). Lupahakemus toimitettiin Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:lle marraskuussa 2010. Samalla laadittiin sopimus, jossa määriteltiin yhteistyöhön liittyvät käytännön asiat sekä sovittiin kyselylomakkeen tekijänoikeuksien luovutuksesta Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:lle. Vastaajien nimettömyys säilyi hyvin, sillä opinnäytetyön yhteistyötaho toimitti vastaajille sähköpostin, jossa oli saate opinnäytetyön tekijältä sekä linkki eLomakkeeseen. Saatteessa kerrottiin opinnäytetyön tekijän nimi, opinnäytteen julkaisuajankohta ja -tapa, sekä lisätietoja antavien henkilöiden yhteystiedot. Lisäksi mahdollisille vastaajille kerrottiin vastausten säilyttämisestä. Opinnäytetyön tekijälle ei täten tullut tietoa osallistujien nimistä tai toimipaikoista. Opinnäytetyön valmistuttua Tampereen ammattikorkeakoulun serverille tallennettu aineisto hävitettiin. Vastaajista 15 oli naisia ja 5 miehiä, joten tässä opinnäytetyössä ei eritelty vastauksia sukupuolen mukaan, anonymiteetti ei näin ollen vaarantunut.

Hyvään tieteelliseen tapaan kuuluvat esimerkiksi seuraavat asiat: tuloksia ei sepitetä tai kaunistella, raportointi ei saa olla puutteellista, tuloksia ei saa yleistää ilman kritiikkiä, eikä toisten tuottamaa tekstiä plagioida. (Hirsjärvi, ym. 1997, 27-28.) Lisäksi tulokset tulee esittää avoimesti, eikä kirjoittamistavassa saa käyttää tutkimuskohdetta halventavia tai epäkunnioittavia ilmaisuja (Vilka 2007, 164). Tässä opinnäytetyössä kaikki saadut tulokset on esitetty sellaisina kuin ne ovat, eikä niitä ole muokattu. Teoreettisia lähtökohtia rakennettaessa muiden töitä ei ole plagioitu ja lähdemerkinnät on laitettu

asianmukaisesti. Tulokset on pyritty esittämään neutraalisti ja kriittistä ajattelutapaa käyttäen.

## 6.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voi kvantitatiivisessä tutkimuksessa arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettiä ja reliabiliteettiä. Validiteetillä tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu haluttua asiaa. Mittarin sisältövaliditeetti määrittää koko tutkimuksen luotettavuuden. On mahdotonta saada luotettavia tuloksia, jos mittari on valittu väärin tai se ei mittaa tarkoituksenmukaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että operationalisoinnin tulee onnistua, jotta tulokset ovat luotettavia. Lisäksi tulee miettiä, onko mittari tarpeeksi kattava vai jääkö jokin osa-alue mittaamatta. Usein on hyvä tarkastella sitä, onko tutkimusilmiö niin selvärajainen, että sitä voi mitata luotettavasti. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 152-153). Oleellista on, että tutkija ja tutkittavat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla (Vilka 2007, 150.) Tässä opinnäytetyössä osa kysymyksistä perustuu aiempiin tutkimuksiin ja osa on muokattu opinnäytteen aiheeseen sopivaksi. Opinnäytetyön luotettavuuden voidaan katsoa olevan melko hyvä näiltä osin. Kaksi vastaajaa toi avoimissa kysymyksissä esille, että osioiden vastausvaihtoehdot olivat joissakin kohdin liian jäykkiä tai että kysymykset eivät ottaneet kaikkia näkökulmia huomioon. Toinen vastaajista toivoi vastausvaihtoehtoa 'joskus'. Siten kaikki vastaajat eivät löytäneet sopivaa vastausvaihtoehtoa. Tältä osin opinnäytteen luotettavuuden voidaan katsoa olevan kyseenalainen.

Kyselylomakkeen mittarin 12 osio b) ”Koen ristiriitaisena omaisten hoitamiseen asiakkaani sijaan” oli aseteltu huonosti. Kysymys on tulkittavissa usealla tavalla. On mahdollista, että monitulkintaisuus on vaikuttanut kysymykseen saatuihin vastauksiin. Tämä heikentää kyseisen osion luotettavuutta.

Esitestaaminen on erityisen tärkeää silloin, kun käytetään uutta, tutkimusta varten luotua mittaria (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 154.) Opinnäytetyön kyselylomake esitestattiin A-klinikkasäätiön neljällä työntekijällä, jonka perusteella lomakkeelle tehtiin ainoastaan pieniä muutoksia. Vastausprosentti on eräs luotettavuuden ilmaisin. Mikäli vastausprosentti jää alhaiseksi, on luotettavuus ja yleistettävyyys huono. Nykyisin

kyselytutkimusten vastausprosentit ovat yleensä 50 prosentin suuruisia. (Vehkalahti 2008, 44). Ulkoinen validiteetti viittaa esimerkiksi siihen, että tutkittavat valitsevat vastausvaihtoehdon, jonka he arvelevat olevan kaikkein suotavin (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 155.) Tässä opinnäytetyössä vastausprosentti oli 18 prosenttiyksikköä. Tulosten yleistettävyyden on siksi heikko. Eräs vastaaja toi avoimissa kysymyksissä esille näkemyksen, jonka mukaan sopivien vastausvaihtoehtojen puuttuminen on saattanut vähentää vastauksia.

Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen ja mittariin kykyyn tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteettiä voidaan mitata esimerkiksi korrelaatiokertoimen avulla. (Vilka 2007, 149). Reliabiliteetti on sitä parempi, mitä vähemmän tuloksiin sisältyy mittausvirheitä (Vehkalahti 2008, 41.). Opinnäytetyön kyselylomakkeen mittareiden 6-10 ja 12-13 pohjana olivat aiemmat tutkimukset. Lähes kaikki saadut tulokset vastaavat aiempia tutkimuksia. Tältä osin opinnäytetyön reliabiliteetin voi katsoa olevan hyvä.

### 6.3 Tulosten tarkastelu

#### 6.3.1 Omaisten odotukset hoidosta ja osallistuminen hoitoon

Tulosten mukaan ammattilaiset kokevat tiedustelevansa usein asiakkaan läheisistä ihmisuhteista. He kokevat tiedustelevansa hieman harvemmin, haluaako sairastunut omaisiaan mukaan hoitoon. Omaiset kertovat melko usein toiveistaan asiakkaan hoitoon liittyen. Lisäksi ammattilaiset pystyvät mielestään selittämään selkeästi millaista apua he voivat asiakkaallensa tarjota. Kaksi viimeksi mainittua tulosta ovat samansuuntaisia aiemman tutkimuksen kanssa (Andrew ym. 2009, 99-100). Ammattilaisten mielestä omaiset luottivat heidän ammattitaitoonsa enemmän verrattuna aiempaan tutkimukseen (Andrew ym. 2009, 100).

Ammattilaisten näkemysten mukaan omaiset antavat tietoja asiakkaasta hieman useammin kuin tarjoutuvat auttamaan asiakkaan hoidossa. Tietojen antamista voi kuitenkin pitää hoidossa auttavana tekijänä. Tämän opinnäytteen tulos omaisten hoidollisen avun

tarjoamisesta poikkeaa aiemmasta tutkimuksesta. Andrew ym. (2009) saamien tulosten mukaan omaiset tarjoutuivat auttamana hoidossa huomattavasti useammin (Andrew ym. 2009, 100) Vastanneista kaikkien mielestä omaisten osallistuminen hoitoon on usein tai aina hyvä asia. Ammattilaisista suurin osa koki tekevänsä yhteistyötä omaisten kanssa. Kahdeksantoista vastaajan mielestä heidän asiakkaansa suhtautuu usein myönteisesti omaistensa osallistumiseen hoitoon. Omaiset näyttävät pyytävän ammattilaisilta neuvoja isojen päätösten yhteydessä jonkin verran harvemmin. Aiemmassa tutkimuksessa ammattilaiset suhtautuivat selvästi kriittisemmin omaisten osallistumiseen. Yhteistyö toteutui ammattilaisten näkökulmasta noin puolessa tapauksista, joten tämän opinnäytteen tulos poikkeaa aiemmasta. Samassa tutkimuksessa todettiin, että ammattilaisten mukaan asiakas suhtautuu usein myönteisesti omaisten osallistumiseen. Neuvoja ammattilaisilta pyydettiin suunnilleen yhtä harvoin. (Andrew ym. 2009, 100.)

### 6.3.2 Hoidollisen tiedon jakaminen ammattilaisten ja omaisten välillä

Ammattilaiset suhtautuvat omaistyöhön hyvin positiivisesti. Tämä tulos on yhtenevä aiemman tutkimuksen kanssa (Andrew ym. 2009, 94). Osa ammattilaisista ei koe tiedottavansa suurista hoitomuutoksista. Ammattilaiset selittävät hoidollisiin päätöksiin vaikuttaneet syyt paljon useammin, kuin tiedottavat suurista hoitomuutoksista. Etenkin kriisitilanteissa avoin ja toimiva kommunikaatio vähentää omaisten stressiä (Gavois ym. 2006, 105-106).

Tulosten mukaan suurin osa ammattilaisista huomioi omaisten toiveet asiakasta hoidettaessa. Valtaosa ammattilaisista koki keskusteluyhteyden omaisten kanssa toimivan. Vastaajat ilmoittivat pääsääntöisesti osaavansa kertoa omaisille suunnatuista palveluista hyvin. Nämä poikkeavat aikaisemmin saaduista tutkimustuloksista. Kuulluksi tuleminen ja toimiva kommunikaatio ovat keskeisiä omaisten tarpeista, mutta omaiset eivät saa niitä tarpeeksi. (Dixon ym. 1999, 237) Toisaalta uudemman tutkimuksen mukaan ammattilaiset kokivat ottavansa omaisten mielipiteet huomioon ja kokivat tekevänsä yhteistyötä. Ammattilaisten mukaan omaisilla oli jonkin verran vaikeuksia puhua omista tunteistaan ja ongelmistaan. (Andrew ym. 2009, 100.)

### 6.3.3 Ammattilaisten yhteydenpito omaisiin

Ammattilaisten yhteydenpito ja yhteistyö omaisten kanssa tuotti ristiriitaisimmat tulokset. Ammattilaisten näkemys oli, että he ovat yhteydessä omaisiin. Työntekijät olivat hyvin omaisten tavoitettavissa ja yli puolet (n=11) selvittää säännöllisesti miten omaiset voivat. Suurin osa ammattilaisista kokee, että omaiset ilmoittavat sairastuneen hoitoon vaikuttavia tietoja suhteellisesti harvemmin. Tämä vastaa aiempia tutkimustuloksia (Andrew ym. 2009, 102). Ammattilaiset kokivat antavansa tarvittaessa melko hyvin tukea omaisille ja he toivat myös esiin, että omaisten jaksamisen tukeminen on tärkeää. Näkemystä tukee Gavois ym. (2006, 1005), joiden mukaan yhteyden ylläpitäminen on tärkeää, sillä omaisia saattaa kuormittaa se, ettei sairastuneessa tapahdu minkäänlaista edistystä. Tämä taas saattaa johtaa pettymyksiin ja omaisten vieraantumiseen hoidosta.

### 6.3.4 Yhteistyön esteet

Ammattilaisten näkökulmasta suurimmat yhteistyön esteet olivat ristiriita omaisten ja asiakkaan hoitamisen välillä (n=9) sekä ajanpuute (n=4). Kaas ym. (2003, 747-749) on saanut samansuuntaisia tuloksia, joissa sekä ajanpuute että ristiriita olivat kolmen suurimman omaistyön esteen joukossa. Opinnäytteessä muiksi tekijöiksi nousi omaistyön mahdollinen haitta asiakkaalle (n=2), näkemys ettei omaistyö ole välttämätöntä (n=3) ja työyhteisön kannustuksen puute (n=4). Ammattilaiset näkivät omaisista ja asiakkaastaan johtuvat syyt suurimpina esteinä ammattilaisten ja omaisten yhteistyölle. Omaisten näkökulmasta suurimpana esteenä omaistyön toteutumiseksi on ammattilaisten mielestä se, että asiakas ei halua omaisia mukaan hoitoon (n=17). Tämä poikkeaa aiemmista tutkimuksista. Kaasin ym. (2003 750-752) mukaan sairastuneen oma toive ei ole pääasiallinen syy omaisten hoidosta sivuuttamiselle vaan yksi osatekijä. Heidän mukaansa suurimpia ongelmia olivat leimaavuus, toivon menettäminen sekä kommunikointivaikeudet omaisten ja sairastuneen välillä. Andrew:n ym. (2009, 100) tutkimuksessa sairastunut suhtautui useimmiten myönteisesti omaisten hoitoon osallistumiseen. Opinnäytteen tuloksissa muiksi esteiksi nousi riittämätön tieto psyykkisestä sairaudesta (n=14), omaisten tuntema syyllisyys ja häpeä (n=12), kommunikaatio-ongelmat omaisten ja sairastuneen välillä (n=11) sekä ongelman vakavuuden kieltäminen omaisten taholta (n=11). Omaisten leimautumisen pelko (n=7) ja omaisten toivon menetys (n=5) saivat huomattavasti



tavasti pienemmän merkityksen tässä opinnäytetyössä verrattuna aiempaan tutkimukseen (Kaas ym. 2003).

Aiemmin on havaittu viitteitä siitä, että näkemys perheen ja etenkin vanhempien syyllisyydestä mielenterveys- ja päihdeongelmiin on ollut hidastamassa ja estämässä omaistyön kehittymistä (Dixon ym. 1999, 234). Kyseinen tutkimus ei erittele, onko syyllisyys hidastanut omaisten mukaanottoa sairastuneen hoitoon, omaisten tukemista vai molempia. Tämän opinnäytetyön tuloksissa ammattilaiset suhtautuivat omaistyöhön hyvin myönteisesti ja kokivat tärkeänä ottaa omaiset mukaan asiakkaansa hoitoon sekä tukea omaisten psyykkistä jaksamista. Tulos on yhtenevä aiemman tutkimuksen kanssa (Farhall ym. 1998, 1488).

#### 6.4 Kehittämisehdotukset

11 vastaajaa 20:stä toivoi koulutuksia omaistyöstä ja neljä vastaajaa toivoi, että omaistyötä käsiteltäisiin työnohjauksessa. Vastanneet ammattilaiset kokevat toteuttavan omaistyötä yleisesti ottaen hyvin. Omaisille suunnatuista palveluista osataan kertoa. Suurin este omaistyölle opinnäytteen mukaan on sairastuneen oma toive. Olisi siis hyvä pohtia keinoja, joilla sairastuneen saisi paremmin hyväksymään hoidollisen yhteistyön. Omaisten tietämys läheisensä sairaudesta saattaa olla puutteellinen, jolloin se voi olla este omaistyölle. Opinnäytetyö painottui omaistyöhön ammattilaisten ja sairastuneen hoitoa tukevasta näkökulmasta. Jatkotutkimusehdotuksena olisi ammattilaisten ja omaisten käsityksiä vertaileva tutkimus laajemmalla otannalla. Lisäksi olisi tarpeen toteuttaa päihdepalveluiden ja mielenterveyspalveluiden ammattilaisten käsityksiä vertaileva tutkimus.

## LÄHTEET

- Alkula, P., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Porvoo: WSOY.
- Andrew, M., Farhall, J., Ong, B. & Waddel, F. 2009. Perceptions of mental health professionals and family caregivers about their collaborative relationships: A factor analytic study. *Australian Psychologist* 44 (2), 94-104.
- Dixon, L., Lyles, A., Scott, J., Lehman, A., Postrado, L., Goldman, H. & McGlynn, E. 1999. Services to families of adults with schizophrenia: from treatment recommendations to dissemination. *Psychiatric Services* 50 (2), 233-238.
- Ernvall, R., Ernvall, S. & Kaukkila, H. 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. Porvoo: WSOY.
- Falloon, I., 1999. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. *Psychiatric Services* 50 (5), 615-618.
- Farhall, J., Webster, B., Hocking, B., Leggatt, M., Riess, C. & Young, J. 1998. Training to Enhance Partnerships Between Mental Health Professionals and Family Caregivers: A Comparative Study. *Psychiatric Services* 49 (11), 1488-1490.
- Gavois, H., Paulsson, G. & Fridlund, B. 2006. Mental health professional support in families with a member suffering from a severe mental illness: a grounded theory model. *Scand J Caring Sci* 20 (1), 102-109.
- Greenberg, J., Chen, F. A Positive Aspect of Caregiving: The Influence of Social Support on Caregiving Gains for Family Members of Relatives with Schizophrenia. *Mental Health Journal* 40 (5), 423-435.
- Greenberg J., Greenley J. Do Mental Health Services Reduce Distress in Families of People with Serious Mental Illness? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 20 (1), 40-50.
- Heikkilä, T. Tilastollinen tutkimus. 1998. Helsinki: Edita.
- Henneman, E., Lee, J. & Cohen, J. 1995. Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 21, 103-109.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 10. Osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Kirjayhtymä Oy.
- Jähi, R. 2004. Työstää, tarinoida, selviytyä. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.
- Kaas, M., Lee, S. & Peitzman, C. 2003. Barriers to collaboration between mental health professionals and families in the care of persons with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing* 24 (8), 741-756.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kilkku, N. 2008 Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa: substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Määttä, H. & Määttä, P. 1995. Psykkisesti sairaiden ihmisten lähiomaisten selviytymismallit ja ammatillisen tuen odotukset. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

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

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

Nummenmaa, T., Konttinen R., Kuusinen J. & Leskinen, E. 1996. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY.

Omaiset mielenterveystyöntukena keskusliitto ry 2009. Arjessa mukana: Omaistyön käsikirja. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry: Helsinki.

Omaiset mielenterveystyön tukena ry 2010. Omaistyö osaksi mielenterveys- ja päihdetyötä 2010-2014. Tulostettu 9.5.2010. <http://www.omaiset-tampere.fi/projektit.htm>.

Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry 2008. Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:n strategia vuosille 2009-2013. Tulostettu 9.5.2010. <http://www.omaiset-tampere.fi/>.

Sjöblom, L-M., Pejler, A. & Asplund, K. 2005. Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing* 14 (5), 562-569.

Stengård, E. 2005. Journey of Hope and Despair. The Short-term Outcome in Schizophrenia and the Experiences of Caregivers of People with Severe Mental Disorder. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Väitöskirja.

Stengård, E. 2007. Yhteistyö asiakkaan omaisten kanssa. Teoksessa Saarni, M. (toim) Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY, 153-169.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

## LIITTEET

## LIITE 1: 1 (3)

TAULUKKO 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Andrew, Farhall, Ong, Waddell (2009)</p> <p>Perceptions of mental health professionals and family caregivers about their collaborative relationships: A Factor analytic study</p>	<p>Tarkoitus: Tutkia omaisten ja ammattilaisten välistä yhteistyötä.</p> <p>Ongelmat: Mitkä yhteistyön ydinulottuvuudet ovat keskeisiä ja läsnä kummankin osapuolen havainnoissa.</p> <p>Mitkä yhteistyön ulottuvuudet parhaiten ennustavat ammattilaisten ja omaisten havaintoja yhteistyöstä.</p> <p>Tavoite: Tarkastella ammattilaisten ja omaisten yhteistyön luonnetta aiemman tutkimuksen tietojen pohjalta.</p>	<p>Menetelmä: Kvantitatiivinen</p> <p>Otos ja laatu: 240 mielenterveysalan ammattilaista ja 270 aikuisen mielenterveyspotilaan omaista</p> <p>Aineistonkeruu menetelmä: Kyselylomake, jossa mitattu 14 mittaria ja 52 osiota.</p> <p>Analyysimenetelmä: Pääkomponenttianalyysi, regressioanalyysi, Bartlettin testi, Kaiser-Meyer-Olkin -testi</p>	<p>Melko yksinkertaiset yhteistyömallit voivat selittää omaisten ja ammattilaisten rutiinikoh- taamisia.</p> <p>Ammattilaisilla on syvempi käsitys yhteistyön osa-alueista kuin omaisilla.</p> <p>Ammattilaiset ja omaiset tapaavat siirtää vastuuta yhteistyöstä toiselle osapuolelle.</p>

(jatkuu)

## LIITE 1: 2 (3)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Kaas, Lee, Peitzman (2003) Barriers to collaboration between mental health professionals and families in the care of persons with serious mental illness	Arvioida omaistyön tehostamiskurssin vaikutuksia ja tunnistaa omaisten ja mielenterveysalan ammattilaisten yhteistyön esteitä	Menetelmä Kuvaileva taaksepäin suuntautuva kvantitatiivinen tutkimus.  Otos ja laatu 76 omaistyön tehostamiskurssin käynnyttä ammattilaista.  Aineistonkeruu menetelmä: 23 kohtainen kyselylomake.  Analyysimenetelmä: Kuvailevia menetelmiä, ristiintaulukointi, Spearmanin järjestyskorrelaatio, Mannin-Whitneyn U-testi.	Kurssi auttoi lähes jokaista ammattilaista kehittymään työntekijänä.  Omaistyön ongelmia ajanpuute ja ristiriita omaisen ja sairastuneen hoitamisen välillä.  Vanhemmilla ja nuoremmilla työntekijöillä oli erilaisia käsityksiä omaistyön esteistä.

## LIITE 1: 3 (3)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Gavois, Paulsson, Fridlund (2006)</p> <p>Mental health professional support in families with a member suffering from a severe mental illness: a grounded theory model</p>	<p>Kehittää mielenterveysalan ammattilaisille malli omaisten tukemiseen</p>	<p>Menetelmä</p> <p>kvalitatiivinen</p> <p>Otos ja laatu</p> <p>n=12 koostuen mielenterveyspotilaiden omaisista</p> <p>Aineistonkeruu menetelmä: teemahaastattelu liittyen omaisten toiveisiin ammattilaisilta saamastaan tuesta.</p> <p>Analyysimenetelmä:</p> <p>Grounded-theory</p>	<p>Mielenterveysalan ammattilaisten tuella omaisille on kaksi ydin kategoriaa: Omaisen selviäminen kriisistä sekä omaisten vuorovaikutus ammattilaisen kanssa ja sairastuneen jokapäiväiseen elämään liittyvät asiat.</p> <p>Vuorovaikutuksella ammattilaisen kanssa on merkitystä omaisen toipumiselle.</p> <p>Läsnäolo, kuuntelu, jakaminen ja voimaannuttaminen auttavat omaista kriisin eri vaiheissa.</p>