

Jenny Grönthal
Suvi Karlsson

Läheisten osallisuus potilaan hoitoprosessin aikana päivystyksessä

– katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

24.11.2016

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Jenny Grönthal, Suvi Karlsson Läheisten osallisuus potilaan hoitoprosessin aikana päivystyksessä 48 sivua + 4 liitettä 24.11.2016
Tutkinto	Sairaanhoidtaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Leena Hannula, lehtori, TtT
<p>Opinnäytetyö on osa HUS:n Siltasairaalan rakennushanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden läheisten kokemuksia päivystyksen hoitohenkilökunnalta saamastaan tuesta sekä osallisuudesta potilaan hoitoon. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kehittämisen tueksi läheisen osallisuudesta potilaan hoitoon päivystyksessä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin sovelletulla systemaattisella kirjallisuuskatsauksella. Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valikoitui neljä kotimaista ja viisi kansainvälistä tutkimusta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Läheiset kokivat olevansa osa potilaan hoitoa, mutta konkreettisen vierellä olon mahdollisuutta ei tarjottu heille tarpeeksi päivystyksessä. Läheisiä kohdeltiin ystävällisesti ja heitä kuunneltiin päivystyksessä, mikä mahdollisti läheisen ja hoitajan yhteistyön toimivuuden ja potilaan hoitoon osallistumisen. Kuitenkin läheisten tunneperäisten ja konkreettisten tarpeiden huomiointia tulisi lisätä. Hoitajan ja läheisen välinen tasa-arvoinen kommunikointi, vuorovaikutus ja kunnioittava kohtaaminen koettiin välttämättömänä ja merkityksellisenä ahdistuksen ja huolen lievittäjänä, mutta sen määrä oli kytköksissä läheisten aktiivisuuteen. Läheiset olivat erittäin tyytyväisiä hoitajilta saatuun ohjaukseen, vaikka aktiivisuutta ohjaukseen kaivattiin lisää. Kiireettömyys lisäsi läheisten tyytyväisyyttä ja hoitajan ajan järjestäminen läheisille koettiin tärkeäksi, sillä silloin läheisille mahdollistettiin kokonaisvaltainen näkemys potilaan hoidosta. Läheiset saivat päivystyksessä tiedollista, emotionaalista ja aineellista tukea. Tiedollisen tuen antamisessa läheisille oli tärkeää tiedon selkeys, ajantasaisuus ja avoimuus. Ensimmäistä kertaa päivystyksessä olevien potilaiden läheiset saivat enemmän tiedollista tukea, kuin toista kertaa päivystyksessä käyvät. Emotionaalisen tukeen ja läheisen kohtaamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja hoitajalla tulisi olla enemmän valmiuksia emotionaaliseen tukemiseen. Jatkohoito-ohjeiden antamista kirjallisena suullisen ohjauksen lisäksi tulisi lisätä.</p> <p>Opinnäytetyön tuottamia tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyössä. Koska läheisen tuen saantia ja osallisuutta potilaan hoidossa päivystyksessä on tutkittu vähän, aiheesta olisi hyvä tehdä jatkotutkimuksia.</p>	
Avainsanat	läheinen, päivystys, hoitoon osallistuminen, huomiointi, tuki

Author(s) Title	Jenny Grönthal, Suvi Karlsson Relatives participation on patients' health care at emergency department - Literature review
Number of Pages Date	48 pages + 4 appendices 24 th of November 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Leena Hannula, Senior Lecturer, Doctor of Health Science
<p>The aim of this thesis was to describe patients' relatives' experiences of health care and their received support from emergency department staff. Objective of this study was to result information for support of developing the relatives' involve on patients' health care process. This thesis is part of the HUS Siltasairaala -building project.</p> <p>Data for this study was gathered by as systematic applied literature. Four Finnish and five international articles were used on this study's data. Literature material was analyzed by inductive content analysis.</p> <p>According to the study findings, relatives feel that they are part of the patient's care but still ED staff did not offer enough possibility to be next to patients. Relatives were treated kindly and ED staff heard them about their worries, which was the reason for the functional cooperation and possibility to be involved in patients' care. However, perceiving to relatives' emotional and concrete needs still should be increased. Equal communication and interaction together with respectful encounter between ED staff and relative was experienced essential and relevant, which effected positively to anxiety and concern. Amount of interaction was linked in to relatives' activity. Even if relatives needed more activity from ED staff to their and patients' guidance, relatives were pleased for the guidance they were already having. Work, which was done leisurely by ED staff and arranged time to relatives were important to relatives and increased their satisfaction. These matters made comprehensive point of view in health care possible to relatives. Relatives got both informational, emotional and material support at ED. On informational support it was important to get clear, up-to-date and open information. First timers at ED got more informational support than those, who have been at ED before. ED staff should take more notice to how and how often they encounter relatives. Staff should also have more preparedness and pay attention to giving emotional support to relatives. In addition to verbal instructions, literal instructions should be increased.</p> <p>Results from this thesis can be useful on practice in health care. It is recommended to do more studies about this subject in Finland, because domestic studies with this kind of subject have been made a few.</p>	
Keywords	relative, emergency department, involve, perceive, support

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Siltasairaalarakennus -hanke	2
3	Päivystys	3
3.1	Päivystyksen toimenkuva	3
3.2	Triage – luokitus	4
4	Potilaan läheinen	5
4.1	Potilaan läheinen päivystyksessä	5
4.2	Läheisen ohjaus	6
4.3	Läheisen traumaattinen kriisi	8
4.4	Läheisen tiedonsaanti	8
4.5	Läheisen hoitoon osallistuminen	9
5	Sosiaalinen tuki	10
5.1	Emotionaalinen ja tiedollinen tuki	11
5.2	Aineellinen ja arvioiva tuki	12
5.3	Läheisen saama tuki	13
5.4	Tuen antamiseen vaikuttavat tekijät	14
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja opinnäytetyökysymykset	15
7	Opinnäytetyön menetelmä	16
7.1	Kirjallisuuskatsaus	16
7.2	Tiedonhaku	16
7.3	Aineiston analysointi	19
8	Tulokset	20
8.1	Läheisten huomioon ottaminen potilaan hoitoprosessin aikana	21
8.1.1	Läheisen osallistuminen hoitoon	21
8.1.2	Läheisen ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus ja kommunikointi	23
8.1.3	Läheisen huomiointi	24
8.1.4	Läheisen ohjaus	26
8.1.5	Ajan järjestäminen	26
8.2	Läheisten saama tuki hoitohenkilökunnalta potilaan hoidon aikana.	27

8.2.1	Tiedollinen tuki päivystyksessä	28
8.2.2	Emotionaalinen tuki päivystyksessä	30
8.2.3	Aineellinen tuki päivystyksessä	33
9	Pohdinta	33
9.1	Tulosten pohdinta	33
9.2	Luotettavuus ja eettisyys	40
9.3	Tulosten johtopäätökset	41
9.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys	42
	Lähteet	44
	Liitteet	
	Liite 1. Tietokantahaut	
	Liite 2. Tutkimukset	
	Liite 3. Ensimmäisen opinnäytetyökysymyksen klusterointi	
	Liite 4. Toisen opinnäytetyökysymyksen klusterointi	

1 Johdanto

Äkillinen, heti hoitoa vaativa sairastuminen saa ihmisen hakeutumaan päivystykseen. Akuutti sairastuminen tulee yleensä täysin yllätyksenä, mikä aiheuttaa huolta ja pelkoa läheisissä. Läheisten huomioon ottaminen sekä heidän tarpeidensa täyttäminen ovat tärkeitä asioita. Läheiset kokevat tarvetta saada tietoa potilaasta sekä osallistua potilaan hoitoon. (Sillanpää – Koponen 2005: 26.) Potilaan hoitoon osallistuminen vahvistaa perheen välisiä siteitä sekä lisää läheisten tyytyväisyyttä myös hoidon laatuun nähden (Lehto 2015: 23). Läheiset tarvitsevat päivystyshoitajalta tiedonannon lisäksi sosiaalista tukea. Potilaan hoitoon osallistuminen voi olla potilaan vierellä olosta aina potilaan ohjauksessa mukana oloon. Läheisen mahdollisuuteen osallistua potilaan hoitoon vaikuttivat kuitenkin erilaiset asiat, kuten potilaan kiireellisyysluokitus, hoitohenkilökunnan suhtautuminen läheisten läsnäoloon ja erilaiset taustatekijät. Läheisten tyytyväisyyteen päivystyskäynnistä vaikuttivat esimerkiksi ajan käyttö, ohjaustilanteiden onnistuminen ja tuen saanti hoitohenkilökunnalta. Tuki auttaa läheisiä pärjäämään uudessa, odottamattomassa tilanteessa. Näitä asioita ja niiden kehittämistä tekijät ovat pohtineet opinnäytetyön lopussa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden läheisten kokemuksia päivystyksen hoitohenkilökunnalta saamastaan tuesta sekä osallisuudesta potilaan hoitoon. Tavoitteena on tuottaa tietoa kehittämisen tueksi läheisen osallisuudesta potilaan hoitoon päivystyksessä. Suomessa kyseistä aihetta on tutkittu vähän, mistä syystä aihe on merkittävä ja mielenkiintoinen kohde tutkittavaksi opinnäytetyönä. Opinnäytetyössä käydään läpi tärkeimpiä asioita, joita ottaa huomioon läheisen hoitoon osallistumisessa ja jotka vaikuttavat sen mahdollistamiseen sekä minkälaista tukea läheiset kaipaavat päivystyksessä. Aihe on tärkeä potilaslähtöisyyden edistämisen kannalta, koska potilaan läheiset ovat tärkeässä roolissa potilaan tukemisessa. Potilaan ja läheisen yhdessäolo on merkittävää sairauden kohtaamisessa vaadittujen voimavarojen kannalta.

Opinnäytetyön aihe on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eli HUS:n Siltasairaala -hanketta. Siltasairaala on Meilahden sairaala-alueelle nouseva uudisrakennus, johon on tarkoitus sijoittaa trauma- ja syöpäkeskus. Töölön tapaturma-aseman toiminta sekä osa syöpätautien klinikasta siirtyvät Meilahden Siltasairaalaan. Siltasairaala -hanke mahdollisti Metropolia Ammattikorkeakoulun opiskelijoille monia erilaisia aiheita, joista tehdä opinnäytetyö ja näin kehittää yhdessä kyseisen hankkeen aihealu-

eita. Kyseisistä aiheista tekijät kokivat läheisen osallistumisen potilaan hoitoon juuri akuutissa hoitoympäristössä mielenkiintoiseksi, koska tekijät halusivat tutkia, kuinka kokonaisvaltainen potilaan hoito - jossa otetaan läheinen huomioon - onnistuu niinkin hektisessä ympäristössä, kuin päivystyksessä.

Opinnäytetyö tehtiin sovellettuna systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, jonka avulla pyrittiin löytämään aiheesta aiemmin tehdyistä tutkimuksista tietoa, jota voidaan hyödyntää Siltasairaala -hankkeessa. Tätä kirjallisuuskatsauksen muotoa avataan myöhemmin tekstissä. Tutkimukset, jotka valittiin tiedonhakuprosessissa tutkimustuloksiksi, taulukoitiin liitteeksi opinnäytetyön perään. Tulosten analysoinnista liitettiin myös opinnäytetyön loppuun molemmista opinnäytetyökysymyksistä tehdyt sisällönanalyysien taulukot, jotka selventävät tutkimustulosten jaottelua.

2 Siltasairaalarakennus -hanke

Meilahden alueelle aloitetaan vuonna 2018 rakentamaan uutta Siltasairaala, jonka tarkoituksena on korvata toimintoja Töölön sairaalasta (ortopedian, traumatologian, käsi-, neuro-, suu- ja leukakirurgian osastot) sekä suurin osa Syöpätautien klinikan toiminnasta (hematologisen, gynekologisen syövän ja keuhkosyövän poliklinikkatoiminnot, levinneen syövän hoitoon liittyvien komplikaatioiden hoidot sekä vaativa palliatiivinen hoito ja saattohoito). Uusi päivystysalue Meilahdessa tulee muodostamaan yhtenäisen integroidun kokonaisuuden. Siltasairaalaaksi nimetyn uudisrakennuksen rakentaminen on tarkoitus aloittaa vuonna 2018 ja se valmistuu arvioiden mukaan vuonna 2021. Näin Siltasairaalan käyttöönoton tulisi tapahtua vuonna 2022. Siltasairaala yhdistetään sekä toiminnaltaan että tiloiltaan Meilahden Tornisairaalan, Kolmio-sairaalan ja syöpäpotilaiden hoidon osalta myös Syöpätautien klinikan edelleen käyttöön jääviin osiin. (HUS 2015.)

Nykyisissä erikoissairaanhoidon tiloissa Töölössä ja Syöpäklinikalla on hankalaa toteuttaa lainsäädännön mukaisesti potilaan lääke- sekä hammaslääketieteellisen hoidon tarpeita, koska tilat ovat peruskorjausta vaativia, ahtaita, epätarkoituksenmukaisia sekä toimintakatkoksille alttiita. Uudisrakennuksen myötä mahdollistuu kaikille potilasryhmille turvallinen, sujuva ja selkeästi hahmottuva kokonaisuus, jonka suunnittelussa avainsanana on potilaslähtöisyys. Hanke mahdollistaa fyysisesti ja ajallisesti tehokkaan yksikön sijaitsemalla Meilahden sairaala-alueen ytimessä sekä suurenevan palvelukysyn-

nän vuoksi laajemmat tilat, mitä aiemmin on pystytty tarjoamaan. Uudisrakennuksen tiloissa otetaan myös huomioon syöpää sairastavien potilaiden kasvavat määrät, joka ennusteiden mukaan kasvaisi vuoteen 2020 mennessä 36 prosenttia vuodesta 2012. (HUS 2013.)

Yhtenä yhteistyökumppanina Meilahden kampuksen rakentamisessa – johon kuuluu Siltasairaalan lisäksi uusi Lastensairaala – on Aalto-yliopisto, joka toimii uudishankkeen rakentamisessa ja sen suunnittelussa. Suunnitelmassa on esitetty, että siinä huomioitaisiin erityisesti uudenlainen palvelumuotoilu sekä potilaan oma kokemus palveluista. (HUS 2013.)

3 Päivystys

Terveydenhuoltolaissa on säädetty kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 50). Päivystykset antavat kiireellistä hoitoa ja ohjausta sitä tarvitseville, asuinpaikasta riippumatta ja mihin vuorokauden aikaan tahansa. Kunta tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymä järjestävät ja huolehtivat siitä, että kiireellistä hoitoa on saatavilla sitä tarvitseville.

Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikais-sairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn -alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. (Kiireellinen hoito 1326/2010 § 50).

3.1 Päivystyksen toimenkuva

Päivystyksessä hoidetaan ensisijaisesti akuutteja sairastumisia sekä vamman tai kroonisen sairauden vuoksi vaikeutuneita terveydentiloja. Päivystyksen perustehtäviin luokitellaan henkeä ja terveyttä äkillisesti uhkaavan vaaran torjuminen ja sen pääperiaatteena on, että potilaan hoitoa ei voida siirtää seuraavaan päivään. (HUS 2016; Sopanen 2009: 60; Kiireellinen hoito 1326/2010 § 50.) Päivystyksessä pyritään erottamaan kiireelliset potilaat kiireettömistä, tekemään mahdollisimman nopea diagnosointi sekä antamaan välitöntä hoitoa tarvittaessa. Myös hoito- ja tutkimussuunnitelman luominen kuuluu päivystyksen tehtäviin. Tämän jälkeen potilas yritetään saada siirrettyä jatkohoittoon. (Sopanen 2009: 60–61.) Päivystys toimii tavallaan etuovena hoitopolun alussa ja väylänä sijoittamaan potilaat oireen mukaiseen hoitoon (HUS 2016).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista kiireellisessä hoidossa (Kiireellinen hoito 785/1992 § 8) kertoo, että potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito sellaisessakin tilanteessa, jossa potilas itse ei pysty kertomaan hoitotahtoaan tajuttomuuden, tai jonkin muun tekijän vuoksi. Jos potilas kuitenkin on aiemmin vakaasti ilmaissut oman hoitotahtonsa, hänelle ei tule antaa hänen tahtonsa vastaista hoitoa.

Päivystyksen hoitohenkilökunnalta edellytetään hyvää prosessien hallintaa, korkeaa ammattietiikkaa sekä huippuosaamista hektisissä tilanteissa. Päivystyksen henkilökunnalla täytyy olla riittävä koulutus sekä osaamista ja ammattitaitoa työskennellä päivystyksessä. Näin varmistetaan potilaalle mahdollisimman hyvä hoidon laatu, ja potilasturvallisuus ei kärsi. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 50; Sopanen 2009: 61.)

3.2 Triage – luokitus

Kun päivystyspotilaiden määrä kasvaa, on vaikeaa määrittää heidän hoitojärjestystä ilman minkäänlaista seulontaa. Siksi tähän on kehitetty avuksi Triage-luokitus. Siinä potilaan kiireellisyys määritellään yleisimmin ABCDE-mallilla. Kyseisessä mallissa kirjain A tarkoittaa kriittisesti sairaita tai muusta syystä suoraan erikoissairaanhoidon kuluvia potilaita, B -kirjaimen luokiteltu tarvitsee lääkärin arviota kymmenen minuutin sisällä, C -ryhmä tunnin ja D -ryhmän potilas kahden tunnin sisällä hoitoon hakeutumisesta. Aina E -kirjaimen asti hoidon kiireellisyys siis pienenee. Triage-luokitus vähentää näin potilaiden määriä päivystyksestä ja lyhentää odotusaikoja sekä ohjaa potilaita oikeanlaiseen hoitoon tehokkaasti ja järjestelmällisesti. (Syväoja – Äijälä 2009: 94–95.)

Triage-luokituksen avulla kyetään systemaattisesti määrittelemään potilaan hoidon kiireellisyys ja selvittämään, kuuluuko potilas päivystyshoitoon ja kuinka kiireellinen tapaus on kyseessä. Päivystyshoitoon kuuluvan potilaan arvioinnissa katsotaan potilaan hengitys, sydänoireet, onko potilaalla rytmihäiriöitä, infektioita, neurologisia oireita ja onko hän traumapotilas. Muita arviointialueita ovat verenvuodot, vatsaoireilut, selkäkiput, korva-, nenä-, silmä ja kurkkutaudit sekä mielenterveys. Mitä kriittisemmät edellä mainitut oireilut ovat, sitä kiireellisempi tapaus on kyseessä. (Syväoja – Äijälä 2009: 98–104.)

4 Potilaan läheinen

Ihmisen perhe luokitellaan yleisesti perheeksi biologisin tai juridisin perustein. Biologisin perustein perhe voi tarkoittaa esimerkiksi äidin, isän ja lapsen muodostamaa perhettä, kun taas juridisin perustein määritelty perhe on esimerkiksi avioliitossa elävä pariskunta. Näiden lisäksi perhe voidaan myös luokitella emotionaalisin kriteerein, koska ihmisten sisäiset suhteet ovat merkittäviä ja voivat myös määritellä sanan perhe. Läheiseksi ihmiseksi luokitellaan ihminen, joka on tärkeä toiselle. Tunnesiteet ihmisten välillä ovat jopa tärkeämpiä tekijöitä perheen määrittämiselle, kuin oikeudelliset ja biologiset perusteet. (Åstedt-Kurki – Jussila – Koponen – Lehto – Maijala - Paavilainen - Potinkara 2008: 11 -13.)

Potilaan läheiseksi luokitellulle potilaan omaiselle, eli lähisukulaiselle tai potilaalle muuten tärkeälle henkilölle, voidaan potilaan luvalla luovuttaa häneen liittyviä tietoja. Potilas voi itse nimetä henkilöt, kenelle tietoja saa luovuttaa. Kriittisissä päivystystilanteissa tai muissa tilanteissa, missä potilas ei itse kykene tekemään päätöksiä tai ilmaisemaan tahtoaan oman hoitonsa suhteen, on läheisellä oikeus tulla kuulluksi ja olla potilaan hoitotahdon välittäjänä. (Koponen – Sillanpää 2005: 25.)

4.1 Potilaan läheinen päivystyksessä

Kun potilas kohdataan yksilönä hänen tullessaan päivystykseen, tulee hänet huomioida kokonaisuutena. Tähän kokonaisuuteen kuuluu läheiset (Leponiemi – Porola 2012: 42–43). Läheiset ovat tärkeä tukiverkosto potilaalle koko hoitopolun aikana ja suurin osa potilaista haluaakin läheisen vierelleen päivystyksessä (Kiura 2012; Paavilainen – Salminen-Tuomaala – Kurikka – Paussu 2009: 2221). Heidän tuellaan on painoarvoa potilaan elämänhalun ja positiivisen mielialan ylläpitämisestä aina sairaudesta selviytymiseen. Potilaat kokevat odottamisen ja päivystysympäristön usein ahdistavaksi ja epä-mukavaksi. Läheisten läsnäolo auttaa päivystyksessä laskemaan stressitasoa ja vähentämään yksinäisyyden tunnetta. Yksin päivystykseen tulevalta potilaalta puuttuu läheisen tuoma turva odotustilanteessa ja apu käytännön asioissa. (Kiura 2012.) Suomessa laki ei velvoita läheisiä huolehtimaan sukulaisistaan, mutta nykyään yhä useammalla läheisellä on kuitenkin tärkeä rooli varsinkin iäkkäiden kotona selviytymisen tuessa sekä lasten ja nuorten hoitotyössä (Koponen – Sillanpää 2005: 25). Virtasen

(2014: 56) tutkimuksen mukaan potilaan vierellä oleminen onkin toteutunut läheisistä melko hyvin.

Hoitohenkilökunnan tehtävänä ja tavoitteena on edistää potilaan hyvinvointia yhteistyössä läheisten kanssa. Tällainen yhteistyö edellyttää mutkatonta vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan ja potilaan läheisten välillä. Virtasen (2014: 56) tekemässä tutkimuksessa läheisen osallistuminen hoitoon ei kuitenkaan ollut kokonaisvaltaista vaan läheinen pääsi mukaan vain osittain. (Virtanen 2014: 56.) Sille, että hoitohenkilökunta ei kohdannut läheistä, käytettiin yleensä syynä ajan tai tilan puutetta sekä henkilökuntavajausta (Halme ym. 2007: 20). Läheiset kokevat, että heiltä odotetaan liian usein oma-aloitteisuutta tiedonsaannissa itselle koskien potilasta, joka on heille läheinen. Hoitohenkilökunta taas kokee sellaiset läheiset haastaviksi, jotka eivät itse tule tietoa kysymään. (Virtanen 2014: 56.) Sairaalaympäristö sekä oman läheisen sairastuminen, voi saada läheisen itsetunnon alenemaan, mikä voi vaikeuttaa kommunikaatiota (Halme – Paavilainen – Åstedt-Kurki 2007: 20). Kokemuksen ja tiedon tuoma ammattitaito lisäävät hoitohenkilökunnan ymmärrystä ottaa potilaan läheiset huomioon (Virtanen 2014: 56).

Potilaan läheinen kaipaa tiedon antamisen lisäksi sosiaalista tukea sekä ennen kaikkea luottamussuhteen luomista hoitohenkilökunnan kanssa. Läheiselle on tärkeää, että hän voi luottaa hoitohenkilökunnan antamaan hyvään hoitoon ja siihen, että potilaasta välitetään. Luottamusta ei hetkessä rakenneta, vaan se syntyy prosessina, johon vaikuttavat edellä mainittujen asioiden lisäksi läheisen aiemmat kokemukset sekä alkuvaiheen mahdolliset negatiiviset ennako-oletukset. Hyvän luottamussuhteen luomiseksi hoitohenkilökunnalla tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot, aitoa kiinnostusta potilaan hoitoa ja läheisten hyvinvointia kohtaan sekä vakuuttavuutta ja uskottavuutta. (Koponen – Sillanpää 2005: 26.)

4.2 Läheisen ohjaus

Ohjaus on vuoropuhelua ohjaajan ja ohjattavan välillä, jossa kummatkin osapuolet ovat samanvertaisia. Ohjauksessa rakennetaan pohjaa tiedolle, taidolle ja selviytymiselle (Eloranta – Virkki 2011: 19–20). Läheiset ovat potilaalle erittäin tärkeitä, minkä takia suurin osa potilaista toivoo, että läheinen osallistuu tilanteeseen, jossa hoito-ohjeita annetaan (Kygäs ym. 2007: 35–36; Salminen-Tuomaala – Kaappola – Kurikka – Leikkola – Vanninen – Paavilainen 2010: 23). Siksi potilaan halutessa läheiset tulee ottaa

mukaan ohjaustilanteisiin. Läheisen ohjaaminen hoidossa on erityisen tärkeää tilanteissa, joissa potilas ei itse pysty huolehtimaan tai kantamaan vastuuta omasta hoidostaan. Silloin on tärkeää vastata läheisten ohjaustarpeisiin yksilöllisesti, että he pystyvät vastaamaan hoidon toteuttamisesta. (Kyngäs ym. 2007: 35–36; Mononen 2002: 22.) On hyvä ottaa mukaan ohjattavan taustatekijät ohjauksen onnistumiseksi, sillä muuten ohjaaminen ei pohjaudu yksilöllisyyden kunnioittamiseen. Lisäksi jokaista ohjattaisiin näin samalla menetelmällä, joka ei palvele samalla tavoin kaikkia ohjattavia. (Kyngäs ym. 2007: 26–29.)

Kaikkien potilaiden läheisille ei tarjota mahdollisuutta osallistua potilaan hoitoon liittyvään ohjaukseen ja suuri osa jää ulkopuoliseksi ohjaustilanteista, joista he voisivat oppia hoitoon kuuluvia taitoja. Syynä tähän on hoitohenkilökunnan aktiivisuuden puute pyytää läheisiä mukaan ohjaustilanteisiin, tai läheinen ei itse osaa tai kehtaa hakeutua niihin. Läheiset kaipaavat rohkaisua hoitohenkilökunnalta hakeutumaan erilaisiin ohjaustilanteisiin. (Mattila 2011: 105.)

Ohjauksen tarpeen tunnistaminen sekä sen arviointi kuuluvat sekä hoitajalle että ohjattavalle (Kyngäs – Kääriäinen – Poskiparta – Johansson – Hirvonen – Renfors 2007: 26–29). Päivystysoloissa läheinen useasti kokee potilaan puolesta pelon tunnetta, jota heidän ohjauksessaan pystytään lieventämään antamalla ohjausta varsinkin hoidon jatkuvuudesta, eli tietoa hoidossa tapahtuvista suunnitelmista tulevaisuudessa, kuten jatkohoidosta kotona tai toisessa jatkohoitopaikassa. (Mononen 2002: 22.) Tiedon puute on nykyään harvemmin ongelmana ohjauksessa. Ongelmat sijoittuvat enemmänkin oikea-aikaiseen tiedonsaantiin ja siihen, annetaanko ohjaus oikealla tavalla. Erilaiset tekijät voivat vaikuttaa ohjauksen vastaanottamiseen, kuten erilaiset stressitilanteet. Näin ohjattavien tiedon vastaanottokyky voi vaihdella suuresti. Tästä syystä ohjauksen jaksottaminen on tärkeää ja se tulee suorittaa rauhallisessa ja kiireettömässä tilassa silloin, kun ohjattava on siihen kykeneväinen. Kiire ja ajan puute vaikuttavat selkeästi hoitajan ja ohjattavan vuorovaikutuksen laatuun negatiivisesti. (Eloranta – Virkki 2011: 31–32; Kyngäs ym. 2007: 37.)

Ohjausta on hyvä täydentää kirjallisilla ohjeilla, jonka tarkoituksena on antaa yleistä tietoa muun muassa sairauksista ja niiden oireista (Eloranta – Virkki 2011: 73–74). Osa läheisistä kokee saavansa huonosti kirjallista tietoa (Mattila – Kaunonen – Aalto – Ollikainen – Åstedt-Kurki 2009: 298–299). Kirjalliset ohjeet eivät kuitenkaan usein yksinään ole riittäviä, vaan niiden ohelle tarvitaan myös suullista ohjausta. Suullisen ja kir-

jällisen ohjauksen toteutuessa yhdessä on todennäköisempää, että ohjattava muistaa paremmin ohjauksen sisällön. Kirjallinen ohjaus myös tukee muistamista, sillä ohjeita voi lukea uudestaan. (Eloranta – Virkki 2011: 73–74.)

4.3 Läheisen traumaattinen kriisi

Potilaan hoito luokitellaan kokonaisvaltaiseksi, sillä jo yhden perheenjäsenen sairastuminen tai vammautuminen kriittisesti vaikuttaa perheen hyvinvointiin ja voi saada aikaan traumaattisen kriisin. Traumaattiseksi kriisiksi kutsutaan reaktiota tapahtumaan, jossa elintärkeät asiat ovat uhattuna. Sen tunnusmerkkejä ovat tilanteen ennustamattomuus, kuten läheisen vakava sairastuminen tai vammautuminen, tapahtuman kontrolloimattomuus tai koettelevuus ja elämänarvojen muuttuminen. (Traumaattinen kriisi 2015.)

Juuri tapahtuneessa äkillisessä tilanteessa henkilö on sokkivaiheessa, joka on ihmisen suojarahio siihen tietoon tai kokemukseen, mitä mieli ei pysty kestämään eikä vastaanottamaan. Sokkivaiheessa ihmiset reagoivat yksilöllisesti tapahtuneeseen, jokainen eri tavalla. Tämän vaiheen pituus riippuu järkyttävyyden suuruudesta ja siitä, kuinka kauan niin sanottu uhkatilanne jatkuu ja ihminen kokee olevansa turvassa. Sokkivaiheessa olevalle ihmiselle tärkeimpiä auttamismenetelmiä ovat kuuntelu ja läsnäolo. (Saari 2000: 4547.)

Tietämättömyys ja epävarmuus potilaan tilasta ovat vaikeimpia asioita läheiselle. Silloin on tärkeää, että läheiselle tiedotetaan potilaan tilasta, sen muutoksista, hoidosta ja hoidon etenemisestä sekä sen kestosta ilman että luvataan asioita, joiden toteutumisesta ei voida olla varmoja. Kun läheiset odottavat kriittisessä tilassa olevasta potilaasta tietoa, tulee tiedon olla rehellistä, tarkoituksenmukaista, yksilöllistä ja ymmärrettävää. Asioita tulee mahdollisesti myös toistaa läheisille, koska sokkitilan vuoksi asioiden ymmärrettävyys saattaa olla hankalaa. (Koponen – Sillanpää 2005: 26.)

4.4 Läheisen tiedonsaanti

HUS:n nettisivujen (2016) mukaan potilasta kokevia tietoja voidaan luovuttaa läheiselle vain potilaan suostumuksella. Jos potilaalta ei hänen tilansa vuoksi voida suostumusta pyytää, tietoja voidaan luovuttaa lähiomaiselle, kun tilanteessa ei oleteta potilasta kiel-

tämästä tietojen luovuttamista (HUS 2016). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) kohdassa Tiedonsaantioikeus ja toimivalta (§5) potilaan läheisellä on oikeus saada tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta hoidon päätöksentekoa varten.

Tiedonkulku potilaasta hoitotyöntekijöiden ja läheisten välillä riippuu potilaan tietosuojasta ja voinnista, resurssien määrästä verraten potilaisiin sekä päivystyksen kokonaistilanteesta. Varsinkin resurssien puutteellinen määrä on riippuvaisena hoitohenkilökunnan tuen antamiseen potilaan läheiselle. Kiireisissä tilanteissa läheisten tukemista, sekä tiedon välittämistä heille pidetään usein lisätaakkana. (Koponen – Sillanpää 2005: 27.) Hoitajan välittäessä tietoa sairaalan ulkopuolelle, esimerkiksi puhelimitse, kokivat läheiset tiedon antamisen olevan yksipuolista. Näin ollen kohtaamista hoitajan ja läheisen välillä ei ollut ollenkaan. (Halme ym. 2007: 20–21.)

Läheisten tiedonsaantiin vaikuttavat erinäiset taustatekijät. Virtasen mukaan miehet kokivat saavan enemmän tietoa oireista kuin naiset. Naiset puolestaan kokivat saaneensa enemmän tietoa lääkke- ja nestehoidosta kuin miehet. Potilaan ollessa ensimmäistä kertaa päivystyspoliklinikalla sai hän, ja hänen läheisensä enemmän tietoa kuin toista kertaa päivystyksessä käyneet. Odotusajan pituus päivystyspoliklinikalla vaikutti myös tiedonsaantiin. Mitä pidempi odotusaika, sitä huonommin läheiset saivat tietoa. (Virtanen 2014: 56–57.)

4.5 Läheisen hoitoon osallistuminen

Ihmisen vakava sairastuminen tai tapaturma aiheuttaa huolta ja hätää läheisille, mikä lisää läheisen halua olla potilaan lähellä entistä enemmän (Potinkara 2004). Erilaiset toimintatavat ja säännöt sairaaloissa ja osastoilla voivat kuitenkin vaikuttaa läheisen hoitoon osallistumiseen sekä vierailuajankohtiin (Halme ym. 2007: 20). Läheisen hoitoon osallistuminen pohjautuu potilaan ja läheisen väliseen suhteeseen ja toisen tuntemiseen. Se voi olla läsnäoloa tai konkreettista osallistumista hoitoon (Potinkara 2004). Kuitenkaan läheiselle ei voida antaa vastuuta potilaan hoidosta, sillä hän ei ole hoitohenkilökuntaa. Läheinen voi myös osallistua hoitoon asioissa, joita potilas ei pysty sairaalasta käsin hoitamaan tai tehdä päätöksiä hoitoon liittyen, mikäli potilas ei itse ole siihen kykeneväinen. (Potinkara 2004.) Läheisten ja hoitajien kohtaamista saattoi vaikeuttaa esimerkiksi hoitajien huonot vuorovaikutustaidot. Näin läheisten tarpeista ei tiedetty, sillä hoitajat eivät kommunikoineet läheisten kanssa tarpeeksi. Kun hoitajat eivät kohdanneet läheisiä riittävästi, jäivät he pois potilaan hoitoon liittyvästä päätök-

senteosta. (Halme ym. 2007: 21.) Suurimmaksi osaksi läheiset ovat tyytyväisiä heidän ja hoitajan välisiin kohtaamistilanteisiin (Aura ym. 2010: 17).

Potilaan asemasta ja oikeuksista määritellyssä laissa (785/1992) on määritelty potilaan itsemääräämisoikeus (§ 6) ja hänen läheisen osallistuminen päätöksentekoon. Potilaan ollessa itse kykenemätön ilmaisemaan omaa mielipidettään hoidosta erinäisten syiden vuoksi, osallistuu läheinen päätöksentekoon yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa (Pottinkara 2004). Kaikille läheisille ei tarjoudu mahdollisuutta osallistua potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Aura ym. 2010: 18). Yhdessä kuitenkin yritetään löytää paras keino, joka vastaa parhaiten potilaan tahtoa. Potilaan ilmaistua aikaisemmin oma mielipiteensä hoidon suhteen ei läheisellä ole valtaa mitätöidä potilaan päätöksiä. (Pottinkara 2004.)

5 Sosiaalinen tuki

Läheisen ihmisen terveydentilassa tapahtuvat muutokset herättävät ihmisissä erilaisia tunteita. Läheisten tuntemukset ja reaktiot tilanteisiin ovat yksilölliset, mutta useimmiten he kokevat huolta ja pelkoa. Tästä syystä on tärkeää, että hoitohenkilökunta osaa tunnistaa tilanteet, jossa potilaan läheiset kaipaavat erityisesti tukea, sekä apua käsitellä asioita. Tukeminen sekä voimavarojen vahvistaminen auttavat läheisiä jaksamaan ja selviytymään muuttuneissa elämäntilanteissa. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 25–26.) Sosiaalinen tuki tarkoittaa erilaisten ihmissuhteiden verkostoitumista ja siinä mukana olevien henkilöiden välistä tukemista, kumppanuutta ja tunneperäistä rikkautta muuttuvissa tilanteissa. Sosiaalisen tuen eri muotoja pystytään käyttämään yksilöllisesti henkilön tarpeiden mukaan erinäisissä kriisitilanteissa. (Pender – Murdaugh – Persons 2006: 226.) Pender ym. (2006: 226) jaottelevat kirjassaan sosiaalisen tuen neljään eri luokkaan: arvioivaan, aineelliseen, tiedolliseen sekä emotionaaliseen tukeen (ks. kuvio 1).



Kuvio 1. Pender – Murdaugh – Parsons (2006: 226) kuvio sosiaalisen tuen jakautumisesta.

Mikkolan (2006: 24) mukaan sosiaalisen tuen syntymiseen vaikuttavat kolme eri tekijää: ympäristö, vuorovaikutuksesta syntyvät resurssit ja prosessi, jossa tuki syntyy ja josta se välittyy henkilöltä toiselle. Toisin sanoen ympäristöstä ja vuorovaikutuksesta tulevat sosiaalisen tuen eri tekijät perustuvat Mikkolan (2006: 25) väitöskirjassa ensimmäiseksi hyväksytyksi tulemisen tunteeseen, jossa henkilö kokee, että hänestä välitetään, pidetään huolta sekä häntä arvostetaan. Hyväksynnän tunne on niin sanotusti ihmisen perustarve ja sillä on tärkeä merkitys kaikissa auttamissuhteissa. Se on kytköksissä henkilön omaan käsitykseen itsestään ja joka saattaa vähentyä ajan kanssa, jos vuorovaikutuksessa saatu tunne välittämisestä vähenee. Toiseksi tuki perustuu hallinnan tunteeseen, jossa hän käyttää muilta saatuja voimavaroja (mitä tahansa toimintaa tai käyttäytymistä) oman hyvinvointinsa edistämiseen. Hallinnan tunteessa tukea voi lisätä esimerkiksi hyödyntämällä toiselta saatua tietoa oman elämänsä suunnittelussa eteenpäin ja tukea voi kasvattaa toiselta henkilöltä saadulla tiedolla ja tuella. Tuen tavoitteena on näin ollen lisätä henkilön tunnetta hyväksytyksi tulemisesta ja elämänhallinnasta (Mikkola 2006: 24–29.)

5.1 Emotionaalinen ja tiedollinen tuki

Omien tunteiden jakaminen, sekä huolien kertominen hoitohenkilökunnalle tai omaisille ja niiden myötäeläminen on emotionaalista tukea (Kiiltomäki 2007: 63–64). Emotionaalista tukea kutsutaan myös henkiseksi tai psykologiseksi tueksi (Mikkola 2006: 44). Emotionaaliseen tukeen kuuluu huolenpito ja rohkaisu sekä toivon ylläpitäminen, että voimavarojen vahvistaminen (Kiiltomäki 2007: 63–64). Emotionaalisesta tuesta on eniten hyötyä juuri traumaattisissa tilanteissa, koska sen avulla pyritään muodostamaan välittämisen ja luottamuksen ilmapiiri (Pender ym. 2006: 226).

Voimavarat ovat ihmisten omia tekijöitä jotka edistävät suoriutumaan voitokkaasti mahdollisista rasituksen tuomista haitallisista tekijöistä (Pelkonen – Hakulinen 2002: 208–209). Emotionaalisella tuella pyritään vaikuttamaan ihmisen tunteiden aiheuttamaan kuormitukseen, sekä näyttämään hyväksyntää emotionaalisella tasolla. Sen avulla pystytään ymmärtämään ja sallimaan omia ajatuksia ja tunteita sekä lisäämään henkisiä voimavaroja. (Albrecht – Burlison – Goldsmith 1994: 419–449; Mikkola 2006: 44.)

Tiedollinen tuki on potilaan yksilöllisen ja hänen tilanteeseensa liittyen tarpeellisen tiedon informoimista. Tiedollinen tuki on osoitettu merkittäväksi tueksi niin potilaalle, läheiselle, että hoitohenkilökunnalle. Liiallinen tiedollinen tuki voi kuitenkin myös rasittaa ja lisätä tuen vastaanottajien epävarmuutta. (Mikkola 2006: 45.) Tästä syystä tiedollisen tuen antaminen vaatii taitoja tunnistaa ja luovuttaa tietoa ihmisille oikeissa tilanteissa (Kiiltomäki 2007: 63). Hoidon alussa läheisille annettavan tiedollisen tuen on myös oltava mahdollisimman loogista ja mutkatonta, sillä tieto on heille uutta (Potinkara 2004).

5.2 Aineellinen ja arvioiva tuki

Aineellista tukea arvioidessa sen määrä on ratkaiseva tekijä, koska tämän kaltaista tukea ovat esimerkiksi raha, lääkkeet, apuvälineet ja muu materia (Kumpusalo 1991: 14–15). Aineellinen tuki on käsin kosketeltavaa ja se voi olla jotakin tukea tai apua, jossa asetetaan tietynlaisia tavoitteita, esimerkiksi ruokavalion muuttaminen (Pender ym. 2006: 226). Aineellinen tuki on keskeisessä osassa potilaan hoitotyössä, sillä aineellista tukea kutsutaan myös konkreettisesti tarjotuksi avuksi, jossa esimerkiksi työ tehdään toisen puolesta. Aineellisella tuella pystytään näin vähentämään henkilön kuormitusta ja jakamaan työtä eri henkilöille ilman ristiriitoja. (Mikkola 2006: 45.)

Arvioivassa tuessa tarkoitus on antaa tukea vastaanottavalle rakentavaa palautetta, jota hän voi hyödyntää itsearviointissaan (Pender ym. 2006: 226). Arvioiva tuki perustuu vuorovaikutuksessa tapahtuvaan kommunikointiin, jossa tuen vastaanottaja käyttää saamaansa palautetta hyväkseen oman hyvinvointinsa arviointiprosessissaan. Voidaan siis sanoa, että arvioiva tuki on prosessi, joka alkaa henkilön saamasta emotionaalisesta tai tiedollisesta tuesta, ja päättyy henkilön omaan arviointiin itsestään ja saavuttamistaan tavoitteista. (Mikkola 2006: 45.)

5.3 Läheisen saama tuki

Läheiset saavat tukea hoitohenkilökunnalta hyvin, mutta potilaita vähemmän (Mattila 2011: 107). Eräissä tutkimuksissa selvisi, että läheiset saavat huonommin tiedollista, kuin emotionaalista tukea (Mattila – Kaunonen – Aalto – Ollikainen – Åstedt-Kurki 2009: 298; Mattila 2011: 107). Kahdessa tutkimuksessa kuitenkin selvisi, että päivystyspotilaiden läheisten tuen saantia tulee kehittää ja parantaa, koska päivystysympäristö ja sen tilanteet rasittavat läheisiä emotionaalisesti (Mattila 2011: 107; Mattila 2009: 301–302). Muun kuin hoitajan antama tuki, kuten lääkärin antama tuki voi vaikuttaa positiivisesti potilaan läheisen kokemukseen päivystyksessä saadusta tuesta (Mattila 2011: 107; Virtanen 2014: 57). Läheiset olivat tyytyväisiä siihen, että heitä oli kuunneltu ja heidän olonsa oli tehty tervetulleeksi. Lisäksi läheiset kokivat saaneensa kunnioitusta hoitoyksikössä. (Mattila ym. 2009: 298–299; Mattila 2011: 74–75,104.)

Läheiset kokivat puutteelliseksi sen, että he eivät saaneet tietoa omien tunteiden käsittelemiseen tai jaksamiseen ilman kysymättä. Osa läheisistä koki joutuvansa kysymään itse tietoa hoitajilta. Tämän vuoksi läheisten mielestä hoitohenkilökunnan aloitteellisuus vuorovaikutuksessa oli huonoa. Kiireettömyys, toiveikkaan ilmapiirin ylläpito, sekä läheisen kannustaminen kertomaan asioista oli tutkimuksen mukaan heikoimmin toteutunut. Parhaiten tiedollista tukea läheiset saavat terveystieteistä, kotihoidosta ja mielipiteiden esittämisestä. Osastolla olevien potilaiden läheiset saavat huonommin tiedollista tukea, kuin poliklinikkapotilaiden läheiset. Puolestaan päivystyspotilaiden läheiset saavat huonommin emotionaalista tukea, kun suunnitellusti vuodeosastolle tulleiden läheiset. (Mattila 2009: 299; Mattila 2011: 75–104.)

Läheisten tuen saamisen puutteellisuus esiintyi turhautumisena ja hämmentymisenä. Lisäksi läheiset kokivat jääneensä ulkopuolelle potilaan hoidosta. Tuen saaminen puolestaan nosti läheiselle tasavertaisuuden ja hyväksytyksi tuleminen tunteita. Nämä tunteet puolestaan edesauttoivat luottamusta ja hoitoon osallistumisen tunteita. Tukeminen myös helpotti läheistä kokoamaan hänen omaa asennetta ja mielipidettään sairaudesta. Oikeanlaisen tuen saaminen voi siis auttaa läheistä selviämään kotona paremmin. (Mattila 2011: 76,108.)

5.4 Tuen antamiseen vaikuttavat tekijät

Sosiaalinen tuki on merkittävässä osassa vuorovaikutussuhteen ylläpitämisessä ja sen kehittämisessä. Tuen tehokkuus on yhteydessä sen antajan ja vastaanottajan vuorovaikutussuhteeseen sekä vastaanottajan arvostukseen ja käsitykseen itsestään. Tuen antajan roolissa tuen laatuun vaikuttaa tuen antajan motivaatio, taidot ja tuen tavoitteet. Motivaatioon tuen antamisessa vaikuttaa erityisesti käsitys stressitekijöistä, jotka aiheuttavat tuen tarvetta ja kyky vaikuttaa niihin. Esimerkiksi voimakkaasti stressaavissa tilanteissa, joissa stressin syy on herkästi tunnistettavissa, tukea tarjotaan enemmän verrattuna vähemmän stressaaviin tilanteisiin. Tuen antajan motivaatioon vaikuttaa myös syy tuen tarpeeseen ja sen vastaanottajan oma toiminta mahdollisen ongelman ratkaisussa. (Mikkola 2006: 46–58.) Läheisen tuen saaminen kärsii, jos hoitaja ei itse koe tärkeäksi tukea läheisiä (Halme ym. 2007: 21). Tuen tavoitteita asettaessa tuen vastaanottaja saattaa kokea tavoitteiden asettelun uhkaavana, jos tuen antaja ottaa roolinsa tukijana liian innokkaasti. Tällöin tuen tarjoamisessa saatetaan jopa lisätä stressiä ennemmin kuin vähentää sitä. Tuen antajan on osattava vetää raja henkilökohtaiselle tilalle. Siksi tuen tarjoamisessa on muistettava, että keskustelu ei saa olla johdattelua niin, että henkilön oma tahto säilyy keskustelun kulussa. (Mikkola 2006: 46–58.)

Halukkuuteen ja tehokkuuteen tarjota henkilölle tukea vaikuttaa myös tuen antajan omakohtainen kokemus samankaltaisesta stressiä aiheuttavasta tilanteesta, jota henkilö, jolle tukea tarjotaan, käy nyt itse läpi. Tällaisessa tilanteessa tuen antaja tunnistaa herkemmin sitä vastaanottavan tuen tarpeet, kuin muut mahdolliset vuorovaikutuskumppanit. Esimerkiksi vertaistuki perustuu tällaiseen pohjaan. (Mikkola 2006: 61.)

Ongelmakeskeisten sanomien kertominen henkilölle, jossa pystytään nojautumaan faktatietoon ja näin myös mahdollisesti ratkaisemaan ongelmia, on tuen antajan mielestä helpompaa verrattuna sellaisten sanomien kertomiseen, jossa tunteet on keskeisessä osassa. Siksi tunnekeskeisten asioiden kertomisessa vaaditaan tuen antajalta taitoa ja sitoutumista sen tarjoamisessa. Varsinkin miespuolisille henkilöille emotionaalisen tuen antaminen on hankalampaa. Miehet kokevat sosiaalisen tuen vähemmän miellyttävänä varsinkin toisen miespuolisen henkilön sitä tarjotessa. Naispuolisille henkilöille tunteista puhuminen ja tuen vastaanottaminen on luontevampaa ja tuen sisällössä pyrkimys toimintaan näkyy vahvemmin kuin miesten keskuudessa. (Mikkola 2006: 61–62.)

Läheisten mielestä hoitosuhteen laatuun ja tärkeyteen vaikutti heidän saama tuki. Myös hoitajan käytöksellä on vaikutusta hoitajan ja läheisen väliseen hoitosuhteeseen sekä potilaan mielentilaan (Mattila 2011: 107–108). Virtasen tekemän tutkimuksen mukaan läheiset olivat tyytyväisimpiä heidän saamaansa kohteluun, tiedonsaantiin ja asioista tiedottamiseen. Läheisten kohtelu kuitenkin huononi jos he olivat käyneet päivystyspoliklinikalla aiemmin. (Virtanen 2014: 55–60.) Läheisen ahdistuksen ja pelon lievittymiseen vaikutti positiivisesti muun muassa hoitajan ystävällisyys, empaattisuus, toivon ylläpitäminen vaikeassakin tilanteessa, sekä läheisen rohkaisu ja kannustaminen. (Mattila 2011: 107–108.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja opinnäytetyökysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden läheisten kokemuksia päivystyksen hoitohenkilökunnalta saamastaan tuesta sekä osallisuudestaan potilaan hoitoon. Tavoitteena on tuottaa tietoa kehittämisen tueksi läheisen osallisuudesta potilaan hoitoon päivystyksessä.

Tekijät pyrkivät valitsemaan sellaiset opinnäytetyökysymykset, jotka antavat laajasti tietoa läheisten kokemuksista päivystysosastolla. Tekijät ovat tehneet opinnäytetyökysymykset HUS- traumakeskuksen suunnitelmien mukaisesti, jossa pyritään kuuntelemaan potilaan läheisten kokemuksia päivystysosastosta ja niitä hyödyntäen kehittämään potilaslähtöisyyttä. Tutkimuskysymyksien tarkoituksena on saada selville monipuolisesti toimivat osa-alueet sekä mahdolliset kehittämiskohteet.

Opinnäytetyökysymykset:

1. Miten läheiset otetaan huomioon potilaan hoitoprosessin aikana?
2. Minkälaista tukea läheiset saavat hoitohenkilökunnalta potilaan hoidon aikana?

7 Opinnäytetyön menetelmä

Opinnäytetyön menetelmänä käytetään sovellettua systemaattista kirjallisuuskatsausta. Tekijät etsivät paljon aiemmin tehtyjä tutkimuksia, jotka käsittelevät läheisten osallisuutta potilaan hoidossa päivystyksessä sekä antavat tietoa läheisten huomioon ottamisesta, että heidän saamastaan tuesta. Valittujen tutkimusten analysointiin käytettiin induktiivista sisällön analyysia.

7.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on keino ja tutkimusmenetelmä, jossa perehdytään jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on etsiä jo olemassa olevaa tietoa ja muodostaa edellisten tutkimusten tulosten pohjalta uutta tietoa. Näin edelliset tutkimukset toimivat kirjallisuuskatsauksen perustana. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan myös nähdä selkeästi eri teorioiden kehityskulkua historiallisesti. Kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään myös muodostamaan selkeitä kokonaisuuksia jo tiedossa olevasta informaatiosta. Lisäksi sen avulla voidaan luoda uutta tai arvioida teoriaa sekä identifioida ongelmia. (Salminen 2011.)

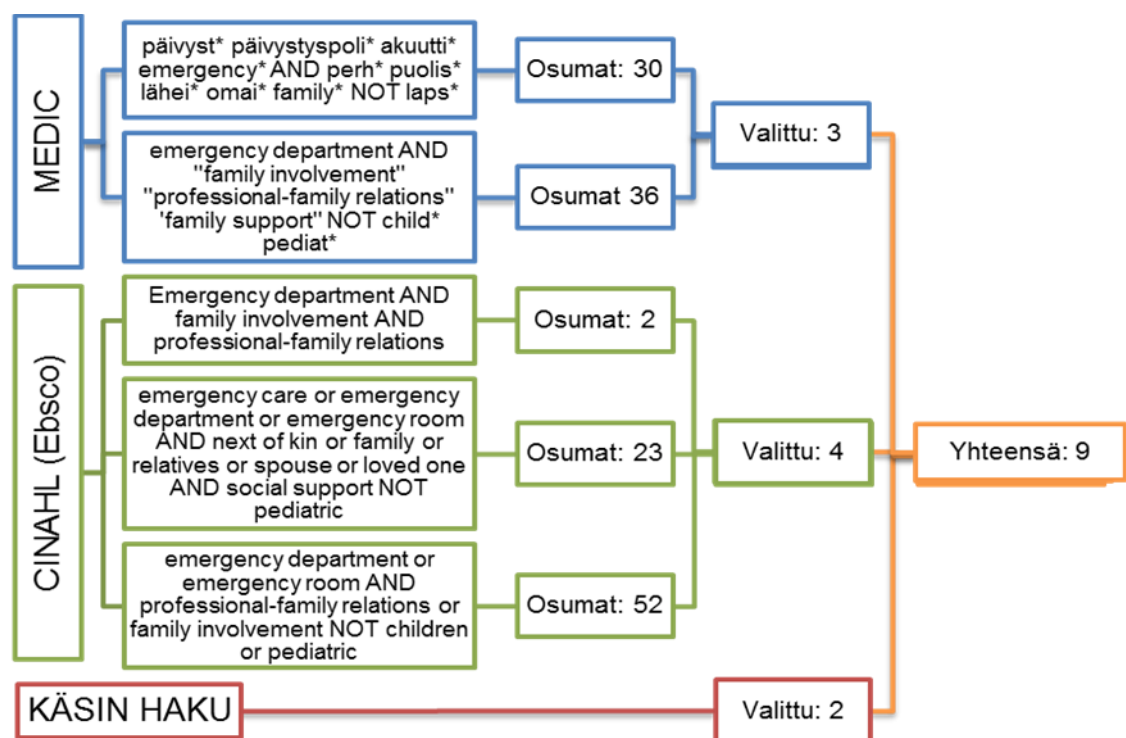
Pääsääntöisesti kirjallisuuskatsauksen erilaiset tyypit jaetaan kolmeen eri päätyyppiin, joita ovat kuvaileva ja systemaattinen katsaus sekä määrällinen meta-analyysi tai laadullinen metasynteesi. Jokainen näistä katsaustyypeistä etenee samalla tavalla, joka alkaa kirjallisuuden haulla, sen arvioinnilla ja synteesillä ja loppuu analyysiin. (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 8.) Tutkimusten hakumenettelyssä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytetään tarkoin valittuja hakusanoja, joiden avulla kyetään löytämään systemaattisesti aiheesta aiemmin tehdyt tutkimukset. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa pyritään tiivistämään useasta eri läpi käydystä tutkimuksesta tuloksia esimerkiksi johonkin kysymykseen pohjaten. (Stolt ym. 2016: 12–14.) Opinnäytetyössä käytettiin pohjana kahta eri opinnäytetyökysymystä ja tarkkaan määriteltyjä hakusanoja tietokannoissa, jotta saatiin rajattua halutut tutkimukset ja niiden tulokset.

7.2 Tiedonhaku

Tiedonhakua toteutettiin tietokantoja käyttäen sekä manuaalisesti etsien. Hakuprosessissa käytettiin suomalaisia ja englanninkielisiä hoitotieteellisiä tietokantoja. Tiedonha-

ku suoritettiin käyttäen tietokantoja Medic ja Cinahl. Opinnäytetyössä on käytetty vain kahta tietokantaa, sillä kun hakuja tehtiin muille tietokannoille, ei uusia tutkimuksia löytynyt.

Tiedonhaussa käytettiin englannin- ja suomenkielisiä hakusanoja. Englanninkieliset hakusanat olivat: *emergency department, emergency room, emergency care, emergency room, family, family involvement, professional-family relations, family support, next of kin, relatives, spouse, loved one, social support*. Suomenkielisinä hakusanoina toimivat puolestaan: *päivystys, päivystyspoliklinikka, akuutti, perhe, puoliso läheinen, omainen*. Tiedonhaussa rajattiin hausta pois lapsista ja pediatriasta kertovat tutkimukset. Opinnäytetyön tekijät ovat laatineet erikseen tiedonhakutaulukon, jossa näkyvät hakusanat ja niiden antamat hakutulokset. Haussa käytettiin yllä olevia hakusanoja, sekä sanojen eri taivutuksia ja lyhenteitä jotta turvattiin mahdollisimman laadukas ja monipuolinen tiedonhaku. Manuaalista hakuja toteutettiin Metropolian kirjastossa etsien tietoa kirjoista, lehdistä sekä selaten löydettyjen tutkimusten lähteitä (ks. kuvio 2).

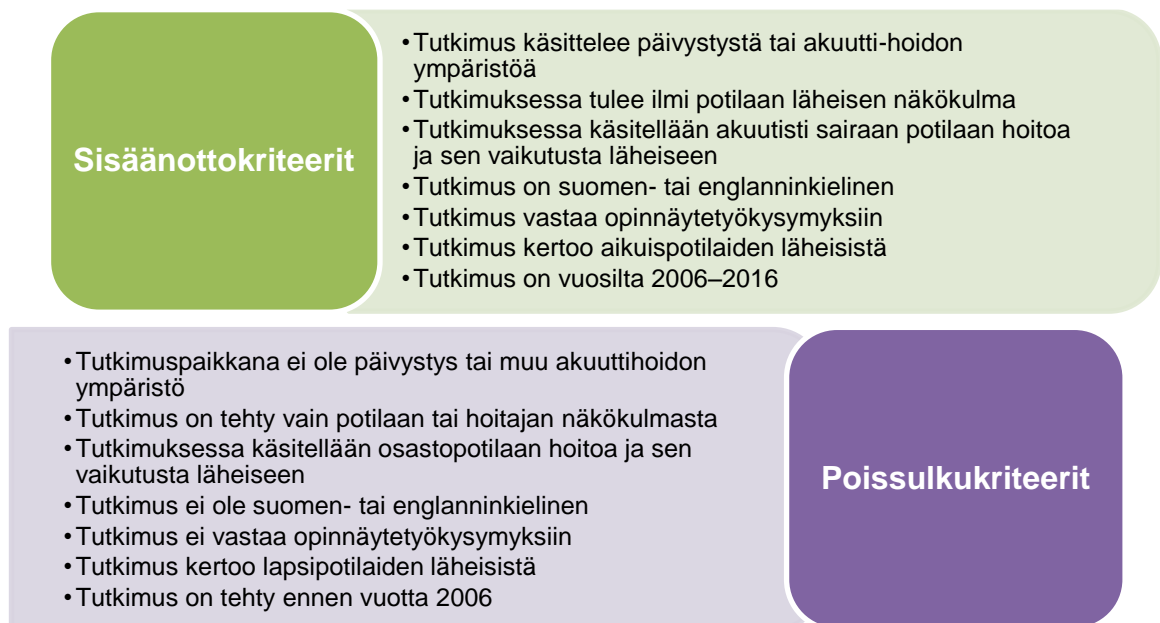


Kuvio 2. Tiedonhakua kuvaava taulukko

Hakuprosessi oli haastava, sillä oikeiden hakusanojen etsiminen vaati paljon hiomista ja muuttamista. Opinnäytetyöntekijät päättivät käyttää pääasiassa englanninkielisiä hakusanoja, sillä suomenkielistä materiaalia ei löytynyt tarpeeksi, koska opinnäyte-

työnaihetta on tutkittu vähän Suomessa. Tietokantahauissa käytettiin aikarajausta, jotta varmistettiin mahdollisimman luotettava ja ajantasainen tieto. Tutkimukset rajattiin 2006 - 2016 aikavälille, jolloin käytetyt tutkimukset ovat maksimissaan 10 vuotta vanhoja. Opinnäytetyöntekijät tekivät 5 eri tiedonhaku kahdessa eri tietokannassa. Hakusanoja ja sanayhdistelmiä vaihdeltiin, jotta saatiin mahdollisimman monipuolinen tiedonhaku. Jokaisen tiedonhaun aikana käytiin läpi ensin otsikot ja valittiin hakutuloksista aihetta käsittelevät artikkelit. Kyseisellä tavalla valittiin tietokantojen tiedonhakuprosessilla yhteensä seitsemän tutkimusta ja manuaalisesti kaksi tutkimusta. Opinnäytetyöntekijät päättivät lopettaa tiedonhaun tämän jälkeen, sillä eri tietokannoista ja tiedonhauista tuli samat tutkimukset, eli tutkimukset saturoituivat. Saturaatiolla tarkoitetaan sitä, kun aineisto alkaa toistamaan itseään. Tämä viestii siitä, että tutkimukset eivät luo uutta tietoa ja jo olemassa oleva tieto on riittävää vastaamaan kysymyksiin. (Tuomi – Sarajarvi 2009: 87.)

Tutkimusten sisäänottokriteereinä olivat, että ne kuvasivat aikuisten potilaiden läheisten osallistumista päivystyksessä. Tutkimuksissa piti tulla selkeästi läheisten näkökulma esiin. Lisäksi tutkimusten piti vastata opinnäytetyökysymyksiin: miten läheiset otettiin huomioon potilaan hoidon aikana ja minkälaista tukea läheiset saivat potilaan hoidon aikana. Tutkimusten piti myös olla myös suomen- tai englanninkielisiä. Poissulkukriteereinä olivat lapsista kertoneet tutkimukset, tutkimus on tehty ennen vuotta 2006, läheisen mielipiteiden ja näkemysten puuttuminen sekä tutkimuspaikkana ei ollut päivystys tai jokin muu akuuttihoiton ympäristö (ks. kuvio 3).



Kuvio 3. Sisään- ja poissulkukriteerit aineiston hyväksymisessä.

Opinnäytetyön aineisto koostui kotimaisista ja kansainvälisistä tutkimuksista. Kansainvälisistä tutkimuksista kolme oli Australiasta, yksi Yhdysvalloista sekä yksi Taiwanista. Loput neljä tutkimusta oli tehty Suomen päivystysympäristöstä. Aineiston tutkimukset on julkaistu seuraavissa lehdissä: *Hoitotiede* (2), *Suomen lääkärilehti* (1), *International Emergency Nursing* (1), *Journal of Clinical Nursing* (3) sekä *Advanced Emergency Nursing Journal* (1). Yksi tutkimuksista on niin tuore, ettei sitä ole vielä keritty painamaan *International Emergency Nursing* -lehteen. Näin ollen tutkimus löytyi lehden verkkosivuilta. Tekijät taulukoivat tiedonhaun avulla löydetyt tutkimukset (liite 2) ja tiivistivät siihen tutkimuksen tiedot, otoksen, tavoitteet ja tarkoituksen sekä tutkimuksen päätulokset.

7.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jossa aineistosta saatu tieto yritetään saada tiiviiseen ja selkeään sanalliseen muotoon. Sisällönanalyysi voi olla joko aineistolähtöinen eli induktiivinen, tai deduktiivinen eli teorialähtöinen. Aineistolähtöisessä analyysissä yritetään tuottaa teoreettinen kokonaisuus jo olemassa olevasta tutkimusaineistosta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 91–107.)

Opinnäytetyön aineiston analysoimisessa käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Induktiivisessa sisällönanalyysissa muodostetaan luokkia aineistosta löytyvien yhdistävien tekijöiden pohjalta ja tämän avulla saadaan vastaus opinnäytetyön kysymyksiin. Sisällönanalyysin tarkoitus on pelkistää ja kategorioida aineistoista saatu tieto, kuvata se sanallisesti ja niiden avulla tulkita tutkimustulokset. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 91–95.)

Sisällönanalyysi kuuluu kolme eri vaihetta. Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi (ks. kuvio 4). Redusoinnin tarkoituksena on saada ylimääräinen ja epäolennainen tieto pois jo saadusta tietoinneksista sekä tiivistää informaatiota. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108–110.)



Kuvio 4. Esimerkki aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista: alkuperäinen (Nikki – Paavilainen 2010: 313–323) sekä pelkistetty lause.

Toisessa vaiheessa, klusteroinnissa eli aineiston ryhmittelyssä (ks. kuvio 5) pelkistetyistä lauseista etsitään yhdenmukaisuutta ja eroavaisuutta. Luokittelun tarkoituksena on tiivistää saatua materiaalia. Pelkistetyistä lauseista samaa asiaa merkitsevät lauseet yhdistetään alaluokaksi, joka nimetään niin, että se kuvaa pelkistysten sisältöä. Alaluokat puolestaan yhdistetään yläluokiksi ja vihdoin yläluokat pääluokaksi. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110.)



Kuvio 5. Esimerkki aineiston ryhmittelystä eli klusteroinnista: pelkistetty lause, alaluokka, yläluokka ja pääluokka.

Viimeisessä vaiheessa, abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä luodaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa saadaan kysymykseen tarvittava olennainen tieto, jonka avulla kootaan tuloksia ja tehdään johtopäätöksiä. Teoreettiset käsitteet auttaa vastaamaan opinnäytetyökysymyksiin kokonaisvaltaisesti ja laajasti. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 111–112.) Opinnäytetyön kysymysten sisällönanalyysit ovat kuvattuna kokonaisuutena liitteissä (liite 3 ja liite 4).

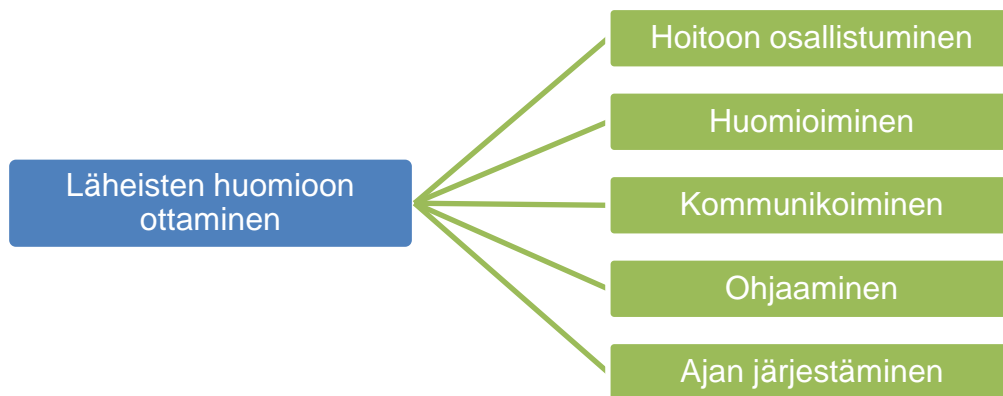
8 Tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden läheisten kokemuksia päivystyksen hoitohenkilökunnalta saamastaan tuesta sekä osallisuudestaan potilaan hoitoon. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kehittämisen tueksi läheisen osallisuudesta potilaan hoitoon päivystyksessä. Tekijät jakoivat opinnäytetyökysymysten tulokset sisällönanalyysin

avulla eri yläluokkiin ja alaluokkiin jotka näkyvät kappaleissa kuvioina. Näin lukijan on helpompi hahmottaa päätulokset opinnäytetyökysymyksistä.

8.1 Läheisten huomioon ottaminen potilaan hoitoprosessin aikana

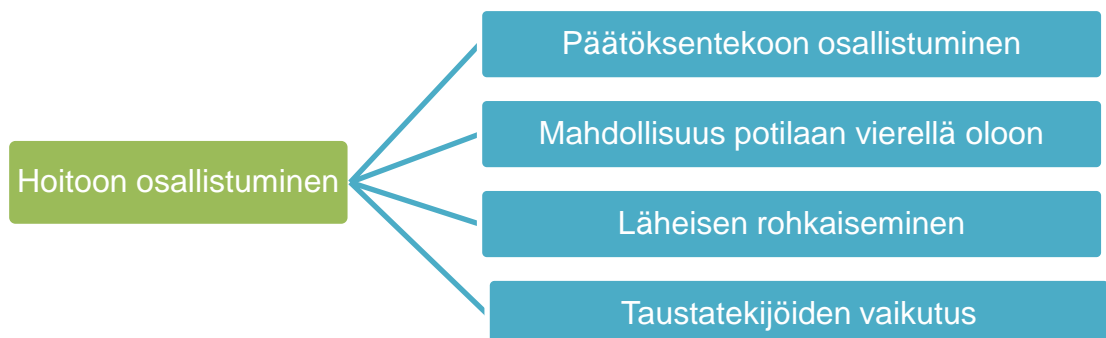
Läheisten huomioon ottaminen jakaantui sisällönanalysissä viiteen eri yläluokkaan, joita käsiteltiin tuloksien eri kappaleissa (ks. kuvio 6).



Kuvio 6. Läheisen huomioimiseen vaikuttavat tekijöiden pääluokka sekä yläluokat.

8.1.1 Läheisen osallistuminen hoitoon

Läheisten huomioon ottaminen hoitoon osallistumisessa jakaantui neljään eri alaluokkaan; päätöksentekoon osallistuminen, mahdollisuus potilaan vierellä oloon, taustatekijöiden vaikutus ja läheisen rohkaiseminen (ks. kuvio 7).



Kuvio 7. Yläluokka sekä alaluokat läheisen hoitoon osallistumisessa.

Tutkimuksen mukaan läheiset kokivat olevansa osana päätöksentekoa potilaan hoidossa. Läheisen ottaminen mukaan päätöksentekoon ja potilaan hoitoon esimerkiksi kertomalla potilaan mieleisistä asioista auttoi heitä sopeutumaan paremmin potilasta kohdanneeseen tilanteeseen (Cypress 2014: 164–176; Hsiao – Redley – Hsiao – Lin – Han – Lin 2016).

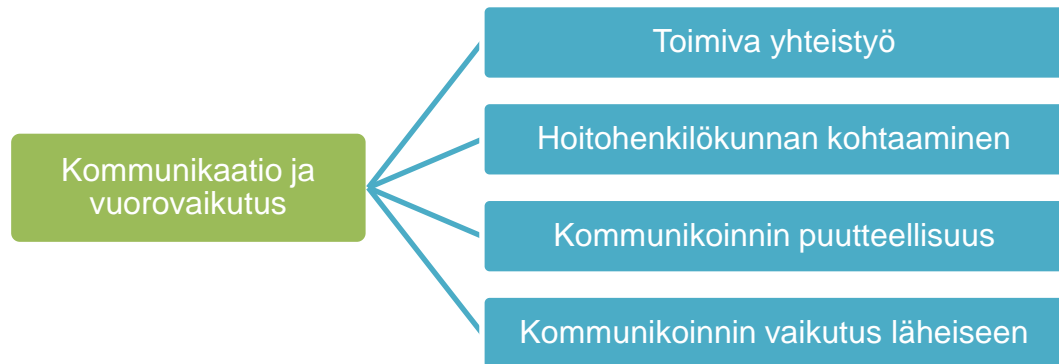
Läheiset kokivat, että hoitajan ammatilliseen toimintaan kuului pitää heidät osana potilaan hoitoa. Heidän hoitoon osallistumisen mahdollisuus ja siinä onnistuminen oli riippuvaista hoitajan suhtautumisesta läheisen läsnäoloon; kun hoitaja suhtautui positiivisesti ja avoimesti läheiseen ja hänen läsnäoloonsa, positiivisen ilmapiirin luominen mahdollistui ja yhteistyö onnistui. (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323.) Läheisten mielestä Morphetin ym. (2015: 3647–3653) tutkimuksessa heille ei tarjottu tarpeeksi mahdollisuutta olla potilaan vierellä päivystyksessä. Läheiset myös unohtuivat herkästi akuuteissa tilanteissa (Virtanen ym. 2011: 915–919). Joskus potilas ja läheinen erotettiin ja läheinen unohdettiin odotustilaan (Nikki ym. 2012: 193–200). Moni läheinen oli siirretty pois odotushuoneeseen potilaan hoidon ajaksi kertomatta syytä, näin ollen heillä ei ollut mahdollisuuttakaan osallistua hoitoon (Morphet ym. 2015: 3647–3653). Kun hoitaja antoi läheisten olla potilaan vierellä päivystyksessä, läheiset olivat Salminen, Tuomaalan, Kurikan, Korkiamäen ja Paavilaisen (2008: 258–266) tekemän tutkimuksen mukaan tyytyväisempiä, kuin ne läheiset, jotka eivät päässeet potilaan vierelle.

Mahdollisuuden antaminen läheisille osallistua potilaan hoitoon, siihen rohkaiseminen ja kannustaminen (Hsiao ym. 2016) alusta alkaen sekä potilaan vierellä olon mahdollistaminen olivat läheisten mielestä tärkeitä seikkoja, ja jotka hoitaja pystyi mahdollistamaan (Nikki – Paavilainen 2010: 312 – 323; Hsiao ym. 2016; Virtanen – Paavilainen – Helminen – Åstedt-Kurki 2011: 915–919). Tähän läheiset kaipasivat hoitajilta enemmän aktiivisuutta (Virtanen ym. 2011: 915–919).

Eri taustatekijät vaikuttivat tutkimusten mukaan läheisten tyytyväisyyteen. Esimerkiksi naispuoliset läheiset olivat miespuolisia läheisiä tyytyväisempiä mahdollisuuteen olla potilaan vierellä (Salminen ym. 2008: 258–266). Nikkin, Lepistön ja Paavilaisen (2012: 193–200) tekemän tutkimuksen mukaan iäkkäiden potilaiden puoliset olivat heikommassa asemassa hoitoon osallistumisessa. Toisaalta Ekwallin, Gerdtzin ja Maniasin (2008: 800–809) tutkimuksessa todettiin iäkkäämpien läheisten olevan haluttomampia osallistua potilaan hoitoa koskevaan päätöksen tekoon kuin nuoremmat läheiset.

8.1.2 Läheisen ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus ja kommunikointi

Kolmas yläluokka jakaantui sisällönanalyysissä neljään eri alaluokkaan (ks. kuvio 9), joista ensimmäinen oli toimiva yhteistyö.



Kuvio 8. Yläluokka ja alaluokat läheisen kommunikaation ja vuorovaikutuksen huomioon ottamisesta.

Hoitohenkilökunnan ja läheisen välinen vuorovaikutus oli merkityksellistä ja kommunikaatio heidän välillään tärkeintä sekä hoitajien, että läheisten mielestä (Hsiao ym. 2016; Ekwall – Gerdtz – Manias 2009: 3489–3497). Kommunikaatioon kuului hoitajan velvollisuus kertoa potilaan voinnista ja siinä tapahtuvista muutoksista sekä valmius vastata kysymyksiin tilanteista ja ajasta riippumatta (Hsiao ym. 2016).

Toiseksi alaluokaksi muodostui hoitohenkilökunnan kohtaaminen. Läheisten mielestä ensikohtaamisessa päivystyshoitajan kanssa parhaiten toteutui hoitajien ystävällisyys, heidän esittäytyminen sekä läheisten kuunteleminen (Virtanen ym. 2011: 915–919). Kommunikaation onnistumisessa läheiset pitivät tärkeimpänä ominaisuutena tasa-arvoisuutta. Esimerkiksi potilaan odottaessa hoitoon pääsyä, läheisten mukaan hoitajan olisi ollut tärkeää lisätä läheisten huomiointia keskustelemalla myös heidän kanssaan. (Ekwall ym. 2008: 800–809.) Läheiset olivat tyytyväisempiä, jos hoitajat huomioivat heitä keskustelemalla heidän kanssaan jo odotusaulassa (Ekwall ym. 2009: 3489–3497). Läheiset olivat myös erittäin kiitollisia siitä, jos hoitaja järjesti aikaa läheisille kertoessaan vaikeista tai surullista asioista (Morphet ym. 2015: 3647–3653).

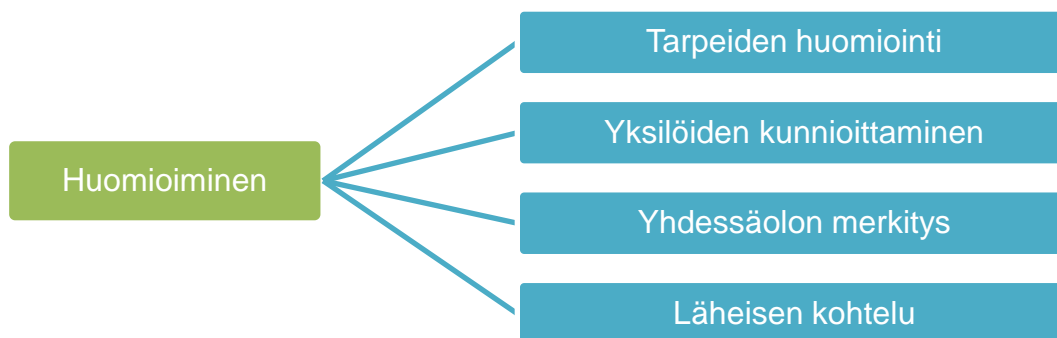
Kommunikoinnin puutteellisuus muodostui kolmanneksi alaluokaksi. Nikkin ym. (2012: 193–200) mukaan läheiset kokivat kommunikaation olevan riittämätöntä heidän ja hoitajien välillä. Nikkin ja Paavilaisen (2010: 312–323) tutkimuksessa läheiset joutuivat

usein toimimaan oma-aloitteisesti vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa. Kuitenkin Salmisen ym. (2008: 258–266) tutkimuksessa ilmeni, että tässä hoitajat onnistuivat läheisten mielestä, sillä läheiset saivat tutkimuksen mukaan hyvin tietoa potilaalle tehdyistä tutkimuksista ja toimenpiteistä.

Kommunikoinnin vaikutus läheiseen oli neljäs alaluokka. Ahdistuneisuus vaikutti läheisen kokemukseen päivystyksestä ja näin kommunikointi hoitajien kanssa korostui erittäin tärkeäksi (Ekwall ym. 2009: 3489–3497). Keskustelut hoitajan kanssa ja se, että hoitaja huomioi myös läheiset, vähentäisivät läheisten huolta suuresti ja vaikuttaisi positiivisesti läheisten kokemukseen päivystyksestä. Erityisesti kohtaaminen, kuten myös kommunikointi hoitajien ja läheisten välillä lisäsi tyytyväisyyttä. (Nikki ym. 2012: 193–200.) Kuitenkin Ekwallin ym. (2008: 800) mukaan sosiaalinen kanssakäyminen ja sen huomiointi oli jäänyt taka-alalle.

8.1.3 Läheisen huomiointi

Läheisten huomiointi käsitti neljä eri alaluokkaa (ks. kuvio 8) ja ensimmäinen niistä oli läheisten tarpeiden huomiointi.



Kuvio 9. Yläluokka sekä alaluokat läheisen huomioimisesta.

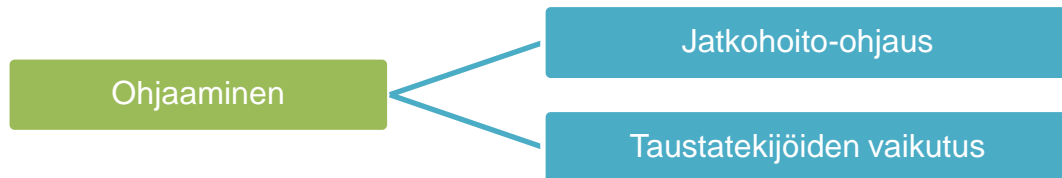
Salmisen ym. (2008: 258–266) tutkimuksessa suurin osa läheisistä koki, että suurin osa hoitajista kuunteli heitä potilaan hoitoon liittyvistä asioissa. Sekä Nikkin ja Paavilaisen (2010:312–323), että Ekwallin ym. (2008: 800–809) tutkimuksissa kuitenkin läheisten mielestä heidän huomiointiaan tulisi lisätä konkreettisesti ja tunneperäisissä tarpeissa päivystyksessä. Läheisten stressi väheni, kun he saivat hoitohenkilökunnalta huomiota ja ymmärrystä (Hsiao ym. 2016).

Toisena ja kolmantena alaluokkana oli yksilöiden kunnioittaminen sekä yhdessäolon merkitys. Yhdessäolon merkitys oli läheiselle tärkeää, sillä se antoi voimavaroja potilaan sairauden kohtaamiseen. Yhteistyö läheisen ja hoitajan välillä oli edellytys sen sujuvuudelle (Nikki ym. 2012: 193–200). Hoitajan ja läheisten välinen yhteistyö vaati läheisten mielestä yksilöllisen huomioimisen lisäksi kommunikaation toimivuuden, mutta sen toteuttaminen oli hoitajien mielestä hankalaa (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323; Hsiao ym. 2016). Läheiset pitivät myös tärkeänä, että hoitajat kunnioittivat heitä yksilöinä sekä arvostivat ja ymmärsivät heidän uskomuksiaan, kulttuuriaan ja päätöksiään. (Nikki - Paavilainen 2010: 312–323; Cypress 2014: 164–176.)

Neljäntenä alaluokkana ilmeni läheisten kohtelu. Hoitajien ystävällisyys, esittäytyminen ja läheisten kuuntelu toteutuivat läheisten mielestä parhaiten päivystyksessä (Virtanen ym. 2011: 915–919). Näiden lisäksi myös luottamus hoitajiin lisäsi läheisen tyytyväisyyttä (Nikki ym. 2012: 193–200). Läheiset kokivat epämiellyttävänä kokemuksena sen, että hoitajat kohtelivat heitä sivullisina ja näkymättöminä. Nikkin ym. (2012: 192–200) tutkimuksessa huomattiin, että joskus läheisen ollessa potilaan mukana hoitajat olettivat heidän hoitavan potilaan perustarpeet. Toisaalta jotkut läheiset miettivät, miksi heidän tarjoama apu ei kelvannut hoitohenkilökunnalle. Läheisten tyytymättömyys oli tutkimuksen mukaan yhteydessä heidän näkymättömyyden tunteeseen (Nikki ym. 2012: 193–200). Hoitajan suhtautuessa positiivisesti ja avomielisesti läheiseen sekä hänen mukanaoloonsa, kohtaaminen läheisen ja hoitajan välillä oli sujuvampaa, myönteinen ilmapiiri säilyi ja yhteistyö onnistui (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323). Jos taas hoitaja ei esitellyt itseään, läheiset kokivat hänen olevan välinpitämätön heitä kohtaan (Morphet – Decker – Crawford – Innes – Williams – Griffiths 2015: 3647–3652). Nikkin ym. (2012: 193–200) ja Morphetin ym. (2015: 3647–3653) tutkimuksissa osa läheisistä koki näkymättömyyden niin, että heidät suljettiin kokonaan pois potilaan hoidosta tai ulkopuoliseksi siihen osallistumisessa. Erityisesti iäkkäät läheiset kokivat olonsa näkymättömäksi ja turhaksi (Morphet ym. 2015: 3647–3653). Nikkin ym. (2012: 193–200) tutkimuksessa todettiin, että iäkkäiden läheiset jakoutuivat karkeasti kolmeen eri luokkaan; he olivat joko tyytyväisiä, näkymättömiä tai ulkopuolisia osallistujia potilaan hoidossa. Läheiset saattoivat ajoittain kokea itsensä näkymättömäksi jopa konkreettisesti potilaan vierellä, jos hoitajan kohtaaminen aiheutti pettymyksiä (Nikki ym. 2012: 193–200).

8.1.4 Läheisen ohjaus

Neljäs yläluokka ohjaaminen jakaantui sisällönanalyyssissä kahteen alaluokkaan (ks. kuvio 10) jatkohoito-ohjaukseen sekä taustatekijöiden vaikutukseen.



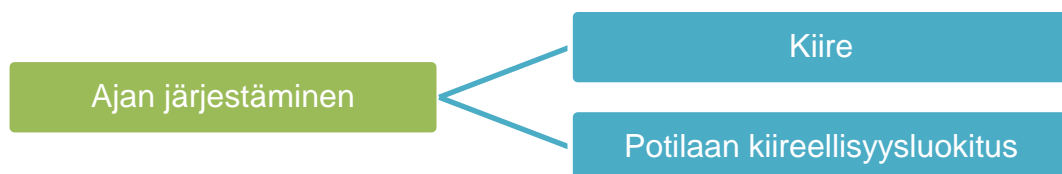
Kuvio 10. Yläluokka ja alaluokat läheisen ohjaamisen huomioon ottamisesta.

Läheisten mielestä suurin osa hoitohenkilökunnasta antoi heille ohjausta pyytämättä ja he olivat erittäin tyytyväisiä, jos saivat ohjeita hoitajilta (Salminen ym. 2008: 258–266; Nikki ym. 2012: 193–200). Läheiset kokivat ohjaustilanteissa mukana olon tärkeänä, sillä he halusivat sitoutua potilaan hoitamiseen myös kotona. Potilaan läheiset kokivat saaneensa riittävästi ohjausta odotustiloissa esimerkiksi lääkähoidosta ja jatkohoidosta (Virtanen ym. 2011: 915–919). Salmisen ym. (2008: 258–266) mukaan läheiset kuitenkin kaipasivat hoitohenkilökunnalta enemmän aktiivisuutta ohjaamiseen päivityksessä.

Läheisten taustat vaikuttivat myös heidän tyytyväisyyteen hoidosta ja ohjauksesta. Salmisen ym. (2008: 258–266) tutkimuksessa oli selvitetty, että naimisissa olevat olivat tyytyväisempiä saamaansa ohjaukseen.

8.1.5 Ajan järjestäminen

Ajan järjestäminen muodostui viidenneksi yläluokaksi, joka jaettiin kahteen alaluokkaan (ks. kuvio 11).



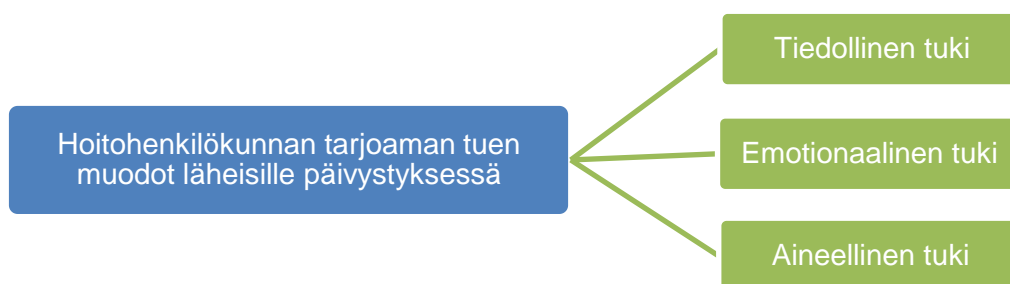
Kuvio 11. Yläluokka ja alaluokat ajan järjestämisen huomioon ottamisesta.

Läheisten kaivatessa aikaa keskustelulle ja heidän kuuntelulle, he nimesivät tärkeäksi osaksi hoitajan työnkuvassa järjestää aikaa tälle (Hsiao ym. 2016). Tällä mahdollistettiin läheisille kokonaisvaltainen näkemys potilaan hoidosta (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323).

Yhtenä voimakkaimpana vaikuttavana asiana läheisten tyytyväisyydessä oli kiire. Läheiset olivat tyytyväisempiä, jos hoitajat eivät pitäneet kiirettä. Kiireettömyys näin ollen lisäsi tyytyväisyyttä (Nikki ym. 2012: 193–200). Hoitajan ja läheisen mielipiteet potilaan hoidosta ja sen kiireellisyydestä kuitenkin harvoin kohtasivat. Ekwallin ym. (2008: 800–809) tutkimuksessa kuitenkin huomattiin, että mitä kiireellisempää hoitoa kiireellisyysluokituksen perusteella potilaat saivat, sitä tyytyväisempiä heidän läheiset olivat hoitoon. Päivystyksessä kiireettömämpien potilaiden läheisen odotusajan pituus ei vaikuttanut tyytyväisyyteen. (Ekwall ym. 2008: 800–809.) Päivystyskäyntiin ja koko päivystyskokemukseen vaikutti myös vahvasti koko organisaation sujuvuus ja käytäntötavat (Hsiao ym. 2016).

8.2 Läheisten saama tuki hoitohenkilökunnalta potilaan hoidon aikana.

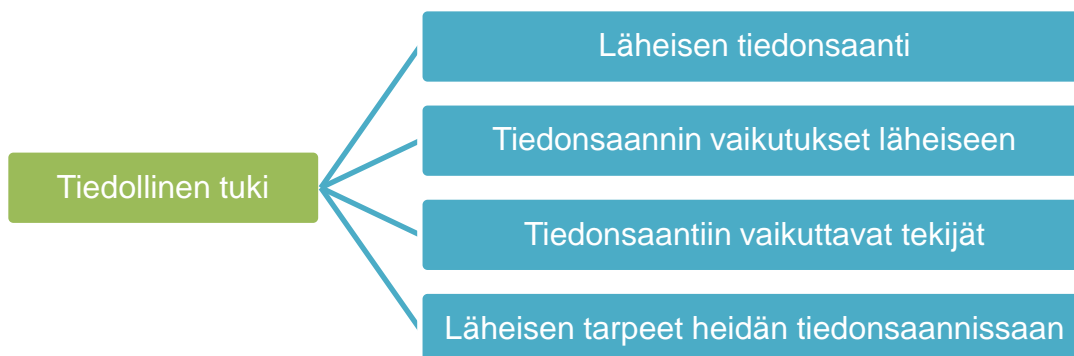
Läheisen saama tuki hoitohenkilökunnalta potilaan hoidon aikana jakaantui sisällönanalyyssissä kolmeen eri yläluokkaan (ks. kuvio 12), joita käsiteltiin tuloksien eri kappaleissa.



Kuvio 12. Läheisten saaman tuen pääluokka sekä yläluokat.

8.2.1 Tiedollinen tuki päivystyksessä

Tiedollinen tuki jakaantui sisällönanalyysissä neljää eri alaluokkaan, joista ensimmäisenä käsiteltiin läheisen tiedonsaantia (ks. kuvio 13).



Kuvio 13. Yläluokka sekä alaluokat läheisten saamasta tiedollisesta tuesta

Lääkehoidosta suurin osa läheisistä koki saaneensa riittävästi ohjausta, vaikka tästä enemmistöstä pieni osa koki, ettei heille kerrottu tarpeeksi lääkkeiden vaikutuksista (Salminen ym. 2008: 258–266). Iäkkäiden potilaiden läheisten tulisi kuitenkin saada nykyistä enemmän informaatiota lääkähoidosta, sairauskohtauksien ehkäisystä ja toimintaohjeista sen sattuessa (Nikki ym. 2012: 193–200; Salminen ym. 2008: 258–266). Salmisen ym. (2008: 258–266) tutkimuksessa vain noin puolet läheisistä koki saaneensa riittävästi tietoa hoitopolusta ja Nikkin ym. (2012: 193–200) tutkimuksessa informaation saamisessa oli monenlaisia ongelmia. Vähemmistö Nikkin ym. (2012: 193–200) tutkimuksessa piti kuitenkin tiedonsaantia riittämättömänä. Kuitenkin osoitettiin, että jotkut läheisistä eivät saaneet lainkaan tietoa (Nikki ym. 2012: 193–200). Kokemus tiedonsaannin ulkopuolelle jäämisestä on ollut ajoittain läheisten ongelma (Virtanen ym. 2011: 915–919). Siksi läheisten tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista tulisi tehostaa heti alusta alkaen (Morphet ym. 2015: 3647–3653). Läheiselle oli myös tärkeää tietää, miten hän voi olla yhteydessä sairaalan ulkopuolelle ja ulkopuolelta sairaalaan odotusaikana (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323). Osa läheisistä koki saaneensa tämän tiedon, osa taas koki, ettei saanut ollenkaan kyseistä tietoa (Salminen ym. 2008: 258–266).

Toiseksi alaluokaksi tiedollisessa tukemisessa asetettiin tiedonsaannin vaikutukset läheiseen. Läheisen tiedonsaannilla ja sen määrällä päivystyksessä oli vaikutusta läheisten tyytyväisyyteen päivystyskäynnistä. Morphetin ym. (2015: 3647–3653) mukaan

läheisen vähäinen tiedonsaanti vaikutti päivystyskokemukseen, sillä niille läheisille, jotka osallistuivat potilaan hoitoon sekä saivat tietoa ja tukea hoitajilta, päivystyskokemus oli positiivinen ja heidän ahdistuksensa väheni. (Ekwall ym. 2009: 3489–3497; Morphet ym. 2015: 3647–3653.) Heidän epävarmuutensa laski ja he olivat myös tyytyväisempiä, jos saivat avointa informaatiota sekä väliaikatietoja potilaasta pyytämättä (Salminen ym. 2008: 258–266; Nikki ym. 2012: 193–200). Tiedonpuute siis aiheuttaa läheisissä vääriä mielikuvia ja lisää tyytymättömyyttä hoitoon ja vaikka potilas oli luokiteltu kiireettömäksi, saattoi tilanne silti aiheuttaa läheisissä ahdistuksen (Ekwall ym. 2009: 3489–3497; Nikki - Paavilainen 2010: 312–323). Odotusaikana saatu tieto potilaan tilanteesta, suoritettavista tutkimuksista ja hänen olinpaikastaan olivat kytköksissä läheisten epävarmuuteen. Mitä pidempi odotusaika läheisillä oli tiedonsaannista, sitä turvattomampi ja epävarmempi tunne heille tuli. (Virtanen ym. 2011: 915–919; Nikki ym. 2012: 193–200.) Hoitajat antoivat läheisten mielestä tarpeeksi ohjausta sairaudesta ja olivat pääosin tyytyväisiä saamansa tietoon, mutta tiedonpuute oireista ja potilasohjeista aiheutti tyytymättömyyttä (Virtanen ym. 2011: 915–919).

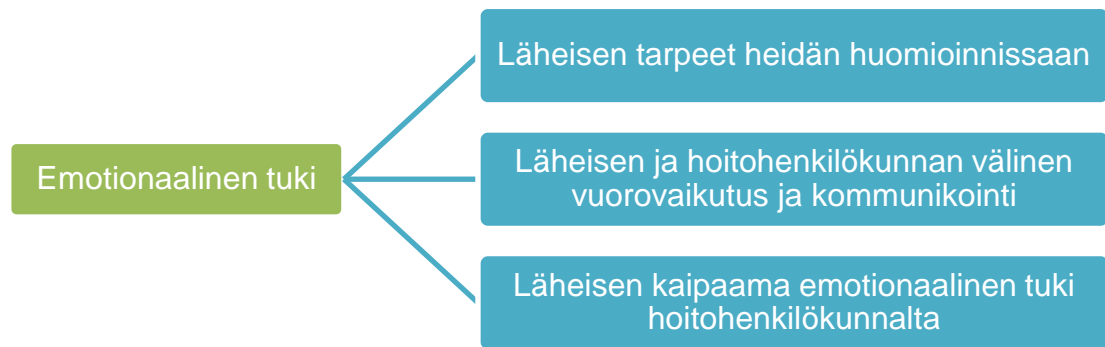
Tiedonsaantiin vaikuttavat tekijät oli alaluokista seuraavana käsiteltävä aihe tutkimustuloksissa. Läheiset kokivat saaneensa enemmän tietoa, jos päivystyskäynti oli heille ensimmäinen. Tiedonsaannin onnistumiseen vaikutti myös, kuinka nopeasti lääkäri tuli tutkimaan potilaan, ikä ja odotusaika. Yli 30-vuotiaat kokivat saaneensa enemmän tietoa tutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä kuin alle 30-vuotiaat. Odotusajalla oli vaikutusta sekä tiedonsaannin onnistumiseen, sen tarpeeseen, että turvattomuuden tunteeseen; odotusajan kasvaessa läheisten tiedontarve sekä turvattomuuden tunne kasvoivat ja tiedonsaannin onnistuminen huononi. (Salminen ym. 2008: 258–266; Virtanen ym. 2011: 915–919; Nikki ym. 2012: 193–200.) Odotusaika oli yleisesti aina suurempi, kun potilas oli luokiteltu kiireettömäksi. Jos potilaan kiireellisyysluokka oli kiireetön, potilaan ja läheisten tiedontarvetta saatettiin aliarvioida. (Ekwall ym. 2009: 3489–3497.) Tiedonsaanti ja sen antaminen ovat tärkein ja keskeisin asia läheisen ja hoitohenkilökunnan välisen yhteistyön onnistumisessa ja näin vaikuttava tekijä tiedonsaannissa (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323). Yhteistyön onnistuminen on myös yksi läheisten selviytymiskeinoista päivystyksessä tiedonkulun ja riittävän tuen lisäksi. Läheisiä varten kuitenkin tarvitaan vielä lisää tiedonvälitystä tukevia keinoja. (Virtanen ym. 2011: 915–919.)

Viimeisenä käsiteltiin läheisen tiedonsaannin tarpeita. Läheisen tiedonsaannin tarpeista löytyi paljon tutkimustuloksia, koska tiedonsaanti eri asioista liittyen potilaan hoitoon on

läheisille tärkein asia potilaan hoitoon osallistumisessa. He halusivat saada kaiken mahdollisen tiedon liittyen potilaan hoitoon selkokielisesti alusta alkaen, jotta heillä olisi mahdollisuus osallistua ja auttaa päätöksenteossa hoidon suhteen. Jotta tämä mahdollistuisi, läheiset halusivat mahdollisuuden vuorovaikutukseen hoitohenkilökunnan kanssa, tiedon, miten auttaa potilasta heidän vierellä sekä ajantasaisen tiedon potilaan sairaudesta ja sen hoidosta, tilan muutoksista, jatkohoitopaikasta, suunnitelluista toimenpiteistä sekä tutkimuksista ja niiden mahdollisista riskeistä. Tiedon tuli olla oikea-aikaista, avointa, realistista, rehellistä ja selkokielistä, joka kuitenkin jättää tilaa toivoille. (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323; Nikki ym. 2012: 193–200.) Salmisen ym. (2008: 258–266) mukaan suurin osa läheisistä sai riittävästi ohjausta ja tietoa potilaalle tehtävistä tutkimuksista ja toimenpiteistä sekä hänen sairaudestaan ja sen jatkohoidosta. Läheiselle tuli informoida potilaan kiireellisyysluokitus ja sen vaikutus odotusaikaan. (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323; Ekwall ym. 2008: 80–809.) Juuri ahdistuneet läheiset olisivat tarvinneet lisää tietoa vähentääkseen ahdistusta ja tunteakseen olonsa turvallisemmaksi. (Ekwall ym. 2009: 3489–3497.) Läheisillä on entistä suurempi halu tietää potilaan kiireellisyysluokitus ja heille tulisi antaa myös sen tietämiseen mahdollisuus (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323). Lääkärin antama informointi lääkehoidosta oli riittävää, mutta läheiset toivoivat informoinnin olevan selkokielisempää. Esimerkiksi hoitolinjauksista keskustellessa moni läheisistä oli huolissaan tiedonsaannin riittäväyydestä ja sen selkeydestä ja toivoivat näin tähän selkeämpää ohjausta. Läheiset kaipaivat lääkäreiltä myös enemmän tietoa sairauden vakavuudesta, sen syy-seurauksesta, ennusteesta, mahdollisesta uusiutumisesta sekä tilanteiden ennakoinnista. (Salminen ym. 2008: 258–266; Morphet ym. 2015: 3647–3653.) Läheiset odottavat hoitajilta myös enemmän tietoa olennaisista asioista, kuten luvasta syödä, juoda tai käydä vessassa odotusaikana. Läheiset kuuluvat osaksi potilaan hoitoa, siksi heidän tulee tietää esimerkiksi muuttuneista hoitolinjauksista. Läheisten mielestä ajan tasalla pitäminen ja realistinen odotusajan arviointi ja siitä kertominen ovat kehittämiskohteita päivystyshenkilökunnalla. (Salminen ym. 2008: 258–266.)

8.2.2 Emotionaalinen tuki päivystyksessä

Emotionaalinen tuki jakaantui sisällönanalyysissä kolmeen eri alaluokkaan (ks. kuvio 14). Näistä alaluokista ensimmäinen mainitaan läheisten tarpeet heidän huomioinnissaan.



Kuvio 14. Yläluokka ja alaluokat läheisten saamasta emotionaalisesta tuesta

Läheisen tarpeita heidän huomioiduissaan olivat rohkaisu, toivon antaminen, voimavarojen saaminen, tukeminen, huolenpito, luottamus ja kuulluksi tuleminen myös odotusaikana (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323). Läheisten mielestä oli tärkeää pitää heidät ajan tasalla ja saada riittävästi tietoa potilaasta, vaikka hänen voinnissaan ei olisi tapahtunut muutosta (Salminen ym. 2008: 258–266; Hsiao ym. 2016). Läheiset kokivat epävarmuutta ja itseluottamuksen puutetta päivystyksessä, mutta parhaiten he kokivat päivystyksessä toteutuneen heidän kohtelun ja asioista tiedottamisen, kuten ystävällisyyden, esittäytymisen ja syyn kertomisen miksi joudutaan odottamaan (Virtanen ym. 2011: 915–919).

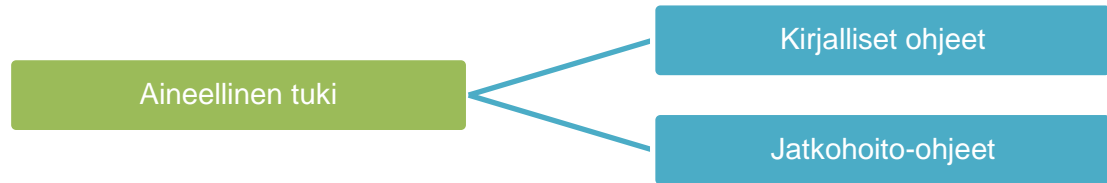
Läheisen ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin tuloksia tuli paljon. Koska vuorovaikutus ja kommunikointi kulkevat käsi kädessä, ne yhdistettiin yhdeksi alaluokaksi. Vuorovaikutusta hoitajan ja läheisen välillä tulisi kehittää niin, että hoitajilla olisi valmiuksia läheisen kognitiiviseen ja emotionaaliseen tukemiseen ja kyky huomioida kokonaisvaltaisessa lähestymistavassa läheisen emotionaalisen tuen tarve (Salminen ym. 2008: 258–266; Nikki ym. 2012: 193–200). Emotionaaliseen tukeen ja läheisen kohtaamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota, varsinkin iäkkäiden potilaiden ja heidän läheisten kanssa, koska Morphetin ym. (2015: 3647–3653) tutkimuksen mukaan läheiset kokivat ahdistusta, jos läheinen huomasi hoitohenkilökunnan kanssa käydyssä vuorovaikutuksessa ja ikääntyneen potilaan tarpeissa empatian, ymmärryksen tai myötätunnon puutosta (Nikki ym. 2012: 193–200). Alustana läheisten tyytyväisyydelle toimi heidän ja hoitajien välillä tapahtuva hyvä yhteistyö - joka loi vuorovaikutussuhteen - ja kommunikointi (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323; Nikki ym. 2012: 193–200). Yhteistyön alustana taas oli positiiviseen kohtaamiseen perustuva vuorovaikutussuhde ja luottamuksen syntyminen (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323). Siksi läheiset toivoivat aktiivisempaa kommunikointia hoitohenkilökunnalta, koska eivät saa-

neet tietoa ilman itse sitä kysyttäessä (Nikki ym. 2012: 193–200). Läheiset joutuivat yleensä olemaan oma-aloitteisia vuorovaikutuksessa (Nikki –Paavilainen 2010: 312–323). Osa läheisistä jopa kertoi olleensa kommunikoidutta hoitajien kanssa koko päivystyskäynnin ajan (Nikki ym. 2012: 193–200). Läheisen ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutustilanteita ei ajoittain osata hyödyntää tarpeeksi. Vaikka läheiset olivat pääosin tyytyväisiä heidän saamaan ohjaukseen, hoitohenkilökunnan tulisi silti tehdä aloite vuorovaikutukseen useammin ja kiinnittää enemmän huomiota sen laatuun (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323; Salminen ym. 2008: 258–266). Pitkässä odotusajassa hyvä vuorovaikutussuhde paransi läheisen tyytyväisyyttä ja vaikutti positiivisesti mielikuvaan päivystyksestä (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323). Riittäväksi kommunikoinniksi luokiteltiin esittäytyminen, kuuntelu, vuorovaikutus ja informointi (Cypress 2014: 164–176). Kun kommunikointi oli riittämätöntä tai henkilökunta ei tunnistanut läheisten roolia potilaan hoidossa, lisäsi se läheisten tyytymättömyyttä ja jäljelle jäi tunne, ettei potilasta ollut tutkittu kunnolla (Nikki ym. 2012: 193–200). Tilanteessa, jossa läheinen ei päässyt tapaamaan kriittisesti sairasta potilasta, piti hän tuolloin keskustelua hoitajan kanssa tärkeänä (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323). Kommunikointi, läheisyys ja tuki olivat tärkeimpiä asioita yhteistyössä sekä läheisten, että hoitajien mielestä (Hsiao ym. 2016).

Läheisen kaipaama emotionaalinen tuki hoitohenkilökunnalta tuotti tuloksissa monia erilaisia mainitsemisen arvoisia seikkoja, joihin kiinnittämällä huomiota kyetään kehittämään emotionaalista tukemista. Koska potilaan sairastuminen on raskasta myös läheisille, äkillisen sairauden iskiessä henkilökunnalta vaaditaan herkkyyttä huomata myös läheisten tiedonsaannin sekä emotionaalisen tukemisen ja hyvinvoinnin tarpeet (Hsiao ym. 2016; Virtanen ym. 2011: 915–919). Moni läheisistä koki esimerkiksi keskustelun liittyen potilaan kuolemaan järkyttäväksi (Morphet ym. 2015: 3647–3653). Läheiset kertoivat myös Cypressin (2014: 164–176) tutkimuksessa, että hoitajien tulisi työaikana välttää esimerkiksi sairauden merkkien näyttämistä, valittamista ja juoruaamista. Vaikka kolmasosa hoitajista osoitti mielenkiintoa tukea läheisiä henkisesti ja emotionaalisesti, vain neljäsosa toimi sen mukaan, vaikka Nikkin ja Paavilaisen (2010: 312–323) tutkimuksen mukaan ainoastaan potilaan auttaminenkin oli jo läheisten tukemista (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323; Hsiao ym. 2016). Näistä syistä henkilökunnan koulutukseen tulisi lisätä enemmän läheisten tarvitseman tuen ja opastuksen huomiointia (Virtanen ym. 2011: 915–919). Myös päivystyksen työkuultuuria tulisi kehittää läheisten informoimisessa automaattisesti sekä asioiden käsittelyssä, kun läheinen ei ollut potilaan vierellä (Nikki ym. 2012: 193–200).

8.2.3 Aineellinen tuki päivystyksessä

Läheisten saama aineellinen tuki jakaantui karkeasti kahteen eri alaotsikkoon (ks. kuvio 15), joista ensimmäinen oli kirjalliset ohjeet ja toinen jatkohoito-ohjeet.



Kuvio 15. Yläluokka ja alaluokat läheisten saamasta aineellisesta tuesta

Suurin osa läheisistä piti kirjallisten ohjeiden saantia välttämättömänä. Juuri jatkohoitoon liittyvät kirjalliset ohjeet olivat tärkeää saada. (Salminen ym. 2008: 258–266.) Virtasen ym. (2011: 915–919) tutkimuksen mukaan osa läheisistä oli tyytymättömiä saamiinsa potilasohjeisiin. Yleensä läheiset jäivät ulkopuoliseksi hoito-ohjeiden saannissa päivystyksessä, vaikka läheisen myös olisi tärkeää tietää potilaan saamista jatkohoito-ohjeista. Ohjaustilanteessa päivystyksessä kerrottaessa jatkohoito-ohjeista kirjallisia potilasohjeita voitaisiin hyödyntää suullisen tiedon lisänä läheisen muistin tukemiseksi, esimerkiksi annettaessa kotihoito-ohjeita potilaalle, otetaan ohjaustilanteeseen myös läheinen mukaan. (Virtanen ym. 2011: 915–919.)

9 Pohdinta

9.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön ensimmäisenä kysymyksenä oli selvittää miten läheiset otetaan huomioon potilaan hoitoprosessin aikana. Läheisen huomioonottamisessa olennainen asia oli läheisen osallistuminen potilaan hoitoon. Cypressin (2014: 164–176) tutkimuksessa läheiset olivat sitä mieltä, että he kokivat olevansa osa päätöksentekoa potilaan hoidossa. Hoitajat pystyivät rohkaisemaan läheisiä osallistumaan päätöksentekoon potilaan hoidossa (Hsiao ym. 2016). Tekijät ovat maininneet tietoperustassa myös Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), joka määrittelee läheisen osallistumisen potilaan hoidossa päätöksentekoon niin, että potilaan itse ollessa kykenemätön päät-

tämään hoitolinjauksistaan tilanteessa, jossa ei tiedetä potilaan omaa mielipidettä hoidon suhteen, on läheisellä oikeus osallistua päätöksentekoon yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa (Potilaan itsemääräämisoikeus § 6). Tärkeintä kuitenkin on hahmotella potilaan omaa tahtoa, jonka läheiset tällaisessa tilanteessa osaavat parhaiten tuoda esille.

Läheisen mahdollisuudesta olla potilaan vierellä hoidon aikana tutkimustulokset olivat eriäviä Cypressin (2014: 164–176), Salmisen ym. (2008: 258–266) ja Morphetin ym. (2015: 3647–3653) tutkimuksissa. Morphetin ym. (2015: 3647–3653) tutkimuksen mukaan potilaan vierellä olon mahdollistaminen oli vähäistä ja hoitajan kommunikoinnin puutokset (esimerkiksi esittäytyminen) aiheuttivat välinpitämättömyyden tunnetta, kun taas Salmisen ym. (2008:258–266) tuloksissa läheiset olivat tyytyväisiä hoitajien tarjoamaan potilaan vierellä olon mahdollisuuteen. Tekijät mainitsivat tietoperustassa kohdassa ”Potilaan läheinen päivystyksessä” päivystyksen olevan potilaalle ahdistava ja epämiellyttävä ympäristö, jolloin potilas kaipaa vierelleen tukea ja turvaa läheisistä. Näin potilaslähtöisen hoitotyön näkökulmasta hoitohenkilökunnan tehtävänä on edistää potilaan hyvinvointia ottaen läheiset mukaan yhteistyöhön.

Muutamit seikat tutkimuksissa vaikuttivat potilaan läheisten tyytyväisyyteen, kuten sukupuoli, siviilisääty, ikä, kuinka nopeasti lääkäri tuli tutkimaan potilaan ja odotusaika. Mitä pidempi odotusaika oli, sillä oli vaikutusta tiedonsaantiin ja sen tarpeeseen sekä turvattomuuden tunteeseen. Naispuoliset ja naimisissa olevat läheiset olivat tyytyväisempiä hoitoon ja saamaansa ohjaukseen, ja yli 30-vuotiaat läheiset kokivat saaneensa riittävästi tietoa potilaalle tehtävistä tutkimuksista ja toimenpiteistä. (Salminen ym. 2008: 258–266; Virtanen ym. 2011: 915–919; Nikki ym. 2012: 193–200.) Kuitenkin iäkkäät läheiset kokivat jopa näkymättömyyden tunnetta päivystyksessä ollessaan ja jääneensä näin kokonaan ulkopuoliseksi hoitoon osallistumisessa. Tämä johti jopa ahdistuneisuuteen, tyytymättömyyteen ja epämiellyttävään kokemukseen päivystyksestä. (Nikki ym. 2012: 193–200; Morphet ym. 2015: 3647–3653.) Osa läheisistä jopa unohtui kokonaan odotustilaan akuuteissa tilanteissa (Nikki ym. 2012: 193–200). Tekijöiden tietoperustassa kerrottiin, kuinka läheiset kaipaavat hoitohenkilökunnalta rohkaisua osallistua potilaan hoitoon ja ohjaukseen. Kyseistä tietoa pystytään näissä tutkimustuloksissa heijastamaan siihen, kuinka läheiset jätettiin ulkopuoliseksi potilaan hoitoon osallistumisesta ja heidän kokemaan tunteeseen, ettei hoitohenkilökunta huomaa heitä. Kaikille potilaan läheisille ei tarjota mahdollisuutta osallistua potilaan hoitoon (johtuen esimerkiksi potilaan akuutista tilanteesta), joka myös saattaa aiheuttaa läheiselle ulko-

puoliseksi jäämisen tunteen. Tietoperustassa kerrotut taustatiedot odotusajan pituuden vaikutuksesta tiedonsaantiin olivat selkeästi samankaltaiset tutkimustuloksiin verraten. Mitä pidempään henkilö joutui odottamaan tiedonsaantia, sitä tyytymättömämpi hän oli. Naispuoliset läheiset olivat tutkimustuloksissa kokonaisuudessaan tyytyväisempiä hoitoon mitä miehet, vaikka tiedonsaanti jakautui tietoperustassa niin, että miehet kokivat saaneensa enemmän tietoa oireista kuin naiset.

Toinen keskeinen asia, joka ilmeni läheisen huomioon ottamisessa, oli läheisen huomiointi. Tarpeita läheisten huomiointissa olivat rohkaisu, toivon antaminen, voimavarojen saaminen, tukeminen, huolenpito, luottamus sekä kuulluksi tuleminen ja tiedottaminen ajantasaisesti myös odotusaikana (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323; Hsiao ym. 2016). Läheisten huomiointia päivystyksessä tulisi kuitenkin lisätä alusta alkaen (Ekwall ym. 2008:800–809; Morphet ym. 2015: 3647–3653). Läheisen huomiointi potilaan hoitoon osallistumisessa oli suurilta osin tutkimusten mukaan kiinni hoitajien valmiudessa, aktiivisuudessa, avoimuudessa, ammatillisessa toiminnassa ja suhtautumisessa läheisen läsnäoloon (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323; Virtanen ym. 2011: 915–919). Hoitohenkilökunta pystyy vähentämään läheisen epävarmuuden tunnetta antamalla ajantasaista, selkokieleistä ja rehellistä väliaikatietoa potilaasta. Samalla hoitohenkilökunta kykenee aloittamaan prosessin luottamussuhteen luomisesta läheisen kanssa, johon vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja. Hoitohenkilökunnan tulisi läheisten mielestä myös osoittaa aitoa kiinnostusta läheisten huolia kohtaan, mikä näkyy näissä tutkimustuloksissa läheisten tarpeessa tulla kuulluksi, huolenpidossa ja tukemisessa.

Tasa-arvoinen kohtelu - kunnioittaen potilaan ja hänen läheisen kulttuuria ja uskomuksia - päivystyksessä, ja organisaation sujuvuus olivat avain yhteistyön, kommunikoinnin ja päivystyskäynnin toimivuuteen, vaikka sen toteuttaminen oli henkilökunnan mielestä hankalaa (Nikki- Paavilainen 2010: 312–323; Cypress 2014: 164–176; Nikki ym. 2012: 193–200; Hsiao ym. 2016). Tasa-arvoisen kohtelun tekee hankalaksi esimerkiksi potilaiden kiireellisyysluokitukset. Hyvin akuutisti sairaan potilaan tullessa päivystykseen jää kiireettömät potilaat sekä heidän läheiset herkästi taka-alalle. Siksi tasa-arvoista kohtelua on hankalaa kehittää päivystyksessä ainakin tältä osin.

Läheisten mielestä heidän tunneperäisten tarpeiden huomiointia tulisi lisätä ja ymmärtää potilaan ja läheisen yhdessäolon merkitys, jotta he saisivat voimavaroja potilaan sairauden kohtaamiseen toisiltaan. Näin ahdistus lievenisi ja stressitaso vähenisi (Ekwall ym. 2008: 800–809; Nikki - Paavilainen 2010: 312–323; Cypress 2014: 164–176;

Hsiao ym. 2016). Läheisten tunneperäisten tarpeiden huomiointi ja sen riittämättömyys on noussut esille monin eri tavoin sekä tietoperustassa, että tutkimustuloksissa. Tietoperustan eräissä tutkimuksissa läheiset kokevat saavansa tukea enemmän informaation kautta, kuin tunneperäisissä asioissa. Päivystyksessä tulisi ymmärtää läheisten läsnäolon merkittävä vaikutus potilaan hyvinvoinnissa. Tunneperäisten tarpeiden huomiointi on ollut, ja on edelleen asia, johon tulisi kiinnittää enemmän huomiota hoitotyössä. Toisaalta eräässä lähteessä tietoperustassa mainittiin poliklinikalla olevien läheisten saaneen paremmin tukea, kuin osastolla vierailleet läheiset.

Kolmas merkittävä aihealue oli ajan järjestäminen. Koska potilaan sairastuminen on raskasta myös läheisille, varsinkin johonkin surulliseen ja vaikeaan asiaan liittyen hoitajien tulisi järjestää aikaa siitä keskustelulle ja huomioida läheisen tiedonsaannin, henkisen hyvinvoinnin ja tukemisen tarpeet. Etenkin silloin, kun läheinen ei itse päässyt tapaamaan potilasta. (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323.) Läheiset olivat hoitajille tästä erittäin kiitollisia, jos näin toimittiin (Morphet ym. 2015: 3647–3653; Hsiao ym. 2016). Mahdollisten resurssien puutteiden, ja näin ollen myös kiireen vuoksi ajan järjestäminen läheisten kanssa kommunikoinnille saattaa ajoittain olla hankalaa. Tietoperustassa eräässä lähteessä juuri ajan puute oli se, joka aiheutti puutteellisuutta hoitajan ja läheisen vuorovaikutuksessa.

Päivystyksessä ajan järjestämisessä nousi tuloksissa esille kaksi asiaa: kiire ja kiireellisyysluokitukset. Koska potilaan sairastuminen on raskasta myös läheisille, varsinkin johonkin surulliseen ja vaikeaan asiaan liittyen hoitajien tulisi järjestää aikaa myös kiireen keskellä siitä keskustelemiselle, etenkin kun läheinen ei päässyt jostain syystä tapaamaan potilasta itse (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323). Yhdeksi voimakkaimmista vaikuttajista läheisten tyytyväisyyteen nousi kiireettömyys. Mitä kiireettömämpää hoitajien työskentely potilaan kanssa ja vuorovaikutus läheisten kanssa oli, sitä tyytyväisempiä läheiset olivat päivystykseen. (Nikki ym. 2012: 193–200.) Resurssien puute ja hoitajien kiire kuitenkin vaikuttavat negatiivisesti läheisten kohtaamiseen, ajan järjestämiseen läheisille ja heidän kuuntelulle. Mielipiteet potilaan kiireellisyysluokituksista harvoin kuitenkaan kohtasivat läheisen ja hoitohenkilökunnan välillä (Ekwall ym. 2008: 800–809). Läheisille tulisi siis informoida potilaan kiireellisyysluokitus ja siihen vaikuttavat seikat, vaikka potilas olisi luokiteltu kiireettömäksi. Mitä pidempi odotusaika informoinnista oli, sitä turvattomampi ja epävarmempi tunne läheisille tuli (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323; Ekwall ym. 2008: 800–809; Virtanen ym. 2011: 915–919). Asioista tiedottamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota tilanteesta riippuen,

koska kiireettömien potilaiden läheiset saivat vähemmän väliaikatietoja potilaasta. (Virtanen ym. 2011: 915–919.) Tekijöiden etsimässä tietoperustassa mainittiinkin esimerkiksi tiedonsaannin olevan kytköksissä kiireellisyyteen. Kun potilaan kiireellisyysluokitus oli kiireetön, läheiset saivat huomattavasti enemmän tietoa potilaasta. Jollain tavalla hoitohenkilökunta ei kokenut kiireettömien potilaiden tiedontarvetta niin tärkeäksi, kuin kiireellisten potilaiden tiedontarvetta.

Neljäs erittäin oleellinen asia läheisten huomioon ottamisessa oli läheisen ja hoitohenkilökunnan välinen kommunikointi ja vuorovaikutus. Salmisen ym. (2008: 258–266) tutkimuksessa läheiset kokivat kommunikaation olevan riittävää, hoitajan velvollisuudet kommunikaatiossa kertoa potilaan voinnista ja siinä tapahtuvista muutoksista sekä valmius vastata läheisiä askarruttaviin kysymyksiin, olivat kuitenkin riittämättömiä. Tämä ajoi läheiset usein oma-aloitteisuuteen. (Hsiao ym. 2016; Nikki ym. 2012: 193–200; Nikki - Paavilainen 2010: 312–323.) Mahdollinen syy sille, ettei läheisiä askarruttaviin kysymyksiin vastattu, saattoi olla siinä, etteivät hoitajat kommunikoineet riittävästi läheisten kanssa tai hoitohenkilökunta omasi niukat vuorovaikutustaidot. Onnistuneen yhteistyön edellytyksenä on hoitohenkilökunnan ja läheisen välillä selväpiirteinen vuorovaikutus. Kommunikaatiota, voimavaroja lisäävää kohtaamista ja tiedonsaantia päivityksessä tulisi siis lisätä alusta alkaen (Ekwall ym. 2008:800–809; Morphet ym. 2015: 3647–3653; Nikki ym. 2012: 193–200). Hyvää ja riittävää kommunikaatiota olivat läheisten mielestä esittäytyminen, kuuntelu, vuorovaikutus ja informointi (Cypress 2014: 164–176). Stressitason vähenemisen kannalta läheiset kokivat keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa erittäin tärkeäksi (Ekwall ym. 2009: 3489–3497). Keskustelussa tulee kuitenkin säilyä läheisen oma tahto niin, ettei hoitohenkilökunta johdattelisi keskustelua mihinkään suuntaan. Läheisen ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutustilanteita ei kuitenkaan osattu hyödyntää tarpeeksi (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323). Kun läheisiä ei kannustettu tarpeeksi kertomaan asioista vuorovaikutustilanteessa, saattoi se aiheuttaa tunteen, ettei vuorovaikutustilanteita osattu hyödyntää tarpeeksi. Myös kiire saattoi aiheuttaa tunteen läheiselle, ettei hoitohenkilökunnalla ollut aikaa kuunnella heidän huoliaan. Vuorovaikutustilanteissa olisi voitu myös käyttää hyväksi esimerkiksi arvioivaa tukea ja siinä tapahtuvaa palautteen saamista, ja sen hyödyntämistä.

Viimeinen ja viides huomattava tekijä läheisen huomioon ottamisessa oli läheisen ohjaaminen. Suurin osa läheisistä koki olevansa tyytyväinen saamaansa ohjaukseen lääke- ja jatkohoidosta päivityksessä, mutta Salmisen ym. (2008: 258–266) tutkimukses-

sa ilmeni, että läheiset kaipasivat hoitohenkilökunnalta enemmän aktiivisuutta heidän ohjaamiseen (Salminen ym. 2008: 258–266; Nikki ym. 2012: 193–200; Virtanen ym. 2011: 915–919). Tiedonvälitystä tukevia keinoja ohjaustilanteessa kaivataan kuitenkin vielä lisää, varsinkin lääkehoitoon liittyvän ohjauksen ja tiedonsaannin selkeyttämiseksi, oireenmukaisen hoidon ohjaukseen jatkohoidossa ja sairauskohtauksien ennaltaehkäisyyn ja toimintaohjeisiin. Läheinen on kyseisissä ohjaustilanteissa tärkeää ottaa mukaan. (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323; Nikki ym. 2012: 193–200; Salminen ym. 2008: 258–266; Virtanen ym. 2011: 915–919; Morphet ym. 2015: 3647–3653.) Koska läheiset ovat tärkeitä potilaalle, tahtovat he itsekin ottaa läheiset mukaan ohjaustilanteisiin. Siksi hoitohenkilökunnan tulisi rohkaista läheisiä enemmän mukaan ohjaustilanteisiin. Ohjaus tulisi suorittaa selkokielellisesti, rauhallisessa ympäristössä, ja ilman kiirettä. Läheisen ollessa erittäin ahdistunut, saattaa hänen ohjauksen vastaanottonsa olla heikompaa, kuin normaalissa tilanteessa. Siksi ohjauksessa oikea-aikaisuus on tärkeää. Varsinkin jatkohoidosta tiedottaminen oikeaan aikaan ja oikealla tavalla lieventää läheisen pelon tunnetta.

Opinnäytetyön toisena kysymyksenä oli selvittää minkälaista tukea läheiset saavat hoitohenkilökunnalta potilaan hoidon aikana. Läheisten saama tuki jakaantui kolmeen osaan, josta ensimmäinen oli tiedollinen tuki. Tiedonsaanti hoitohenkilökunnalta koettiin erittäin tärkeäksi, koska se vähensi läheisten huolta suurestikin, mahdollisti osallistumisen potilaan hoitoon ja vaikutti positiivisesti heidän päivystyskokemukseen (Ekwall ym. 2009: 3489–3497; Nikki ym. 2012: 193–200). Tiedonannossa on tärkeää huomioida erityisesti läheisen tarpeet yksilöllisesti (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323). Eniten läheiset kaipasivat rehellistä ja realistista, mutta toivolle tilaa jättävää selkokielellistä tietoa potilaan sairaudesta ja sen hoidosta, tilan muutoksista, suunnitelluista toimenpiteistä ja tutkimuksista, ja niiden mahdollisista riskeistä sekä jatkohoidosta. Parhaiten näistä toteutuivat tutkimuksista, toimenpiteistä, sairaudesta ja jatkohoidosta informoiminen. (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323; Nikki ym. 2012: 193–200; Salminen ym. 2008: 258–266; Virtanen ym. 2011: 915–919; Morphet ym. 2015: 3647–3653.) Tieto siitä, miten olla yhteydessä sairaalan ulkopuolelta sairaalaan ja sairaalan ulkopuolelle saatu tieto oli läheisten mielestä tärkeää. Tietoperustassa tämä koettiin kuitenkin yksipuoliseksi (hoitajan soittaessa läheiselle esimerkiksi puhelua sairaalan ulkopuolelle) sekä hoitohenkilökunnan ja läheisen fyysinen kohtaaminen oli olematonta. (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323; Salminen ym. 2008: 258–266.) Tekijöiden tietoperustan tutkimuksissa tulokset olivat erilaisia emotionaalisen ja tiedollisen tuen saannin välillä. Kuitenkin tiedollisen tuen saanti koettiin paremmaksi suurimmassa osassa tutkimuksia, kuin

emotionaalisen tuen saanti. Syy siihen on mahdollisuus nojata faktatietoon tiedollista tukea antaessa ja sitä on helpompi vastaanottaa. Esimerkiksi eräässä tietoperustan tutkimuksessa miesten mielestä oli epämiellyttävää vastaanottaa emotionaalista tukea varsinkin toiselta mieheltä. Läheiset jäivät silti eniten kaipaamaan toiveikkaan ilmapiirin säilyttävän tiedon lisäksi tietoa niin, ettei heidän tarvinnut itse kysyä sitä hoitohenkilökunnalta.

Läheisten saama tuki hoitohenkilökunnalta koostui myös emotionaalisesta tuesta. Salmisen tutkimuksen mukaan vain kolmasosa hoitajista osoitti kiinnostusta toimia mielenkiintonsa mukaan tarjoamalla läheisille emotionaalista tukea. Näistä hoitajista vain neljäsosa oli toiminut oman mielenkiintonsa mukaan. Hoitajien tulisi läheisten mukaan käyttäytyä työaikana kunnioittavasti läheisiä ja potilaita kohtaan niin, että välttäisi esimerkiksi sairauden merkkien näyttämistä, valittamista ja juoruamista työaikana. (Salmi- nen ym. 2008: 258–266; Nikki ym. 2012: 193–200; Morphet ym. 2015: 3647–3653; Cypress 2014: 164–176.) Parhaiten läheisten kohtaamisessa toteutuivat hoitohenkilökunnalta ystävällisyys heitä kohtaan, asioista tiedottaminen ja syyn kertominen odottamiseen (Virtanen ym. 2011: 915–919). Esimerkiksi vain potilaan auttaminen koettiin läheisten tukemisena. Varsinkin muulta kuin hoitajalta saatu tuki, esimerkiksi lääkäriltä saatu tuki koettiin tietoperustassa positiiviseksi. Henkilökunnan koulutukseen tulisi lisätä siksi enemmän läheisten tarvitseman tuen ja opastuksen huomiointia ja työkulttuuriin kehittää automaattisesti tapahtuvaa läheisten informointia ja asioiden käsittelyä yhdessä. (Nikki – Paavilainen 2010: 312–323; Hsiao ym. 2016; Virtanen ym. 2011: 915–919; Nikki ym. 2012: 193–200.) Näistä syistä sekä emotionaalista tukea läheisen ja hoitajan välillä tulisi kehittää huomioimalla läheisen tarve emotionaaliseen tukeen, varsinkin iäkkäiden potilaiden läheisten kanssa. Läheiset kokivat olonsa kunnioitetuksi ja hyväksytyksi jos saivat kaipaamaansa emotionaalista tukea, mikä taas edesauttoi yhteistyös- sä ja luottamussuhteen luomisessa hoitohenkilökunnan kanssa. Varsinkin emotionaalisen tuen antaminen kärsii, jos hoitohenkilökunta ei koe sen tarjoamista tärkeäksi. Tuki muodostuu kuitenkin vastaanottajan ja antajan omista toiminnoista, motivaatiosta ja sen tavoitteista. Naispuoliset pitävät tietoperustan kirjallisuudessa emotionaalisen tuen vastaanottoa luontevampana ja huolistaan kertomista helpompana kuin miehet. Tämän tietoperustan voidaan nähdä selkeästi olevan kytköksissä tutkimustulokseen, jossa naisten koettiin olevan tyytyväisempiä hoitoon kuin miesten, koska tuki erilaisissa muo- doissa on isossa osassa potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa.

Vaikka suurin osa tutkimustuloksista osoitti läheisten saaneen hyvin ohjausta, läheiset jäivät kaipaamaan enemmän kirjallisia ohjeita muistinsa tueksi. Läheiset kokivat läsnäolonsa myös tärkeäksi potilaan saadessa jatkohoito-ohjeita kotiutuessaan päivystyksestä. (Salminen ym. 2008: 258–266; Virtanen ym. 2011: 915–919.) Tekijät löysivät tietoperustaan myös tuloksen, jossa mainittiin kirjallisten ohjeiden saamisen olevan heikkoa. Kirjallisten ohjeiden saannin on koettu olevan merkittävä osa jatkohoitohjausta. Näin potilaan sekä läheisen ei tarvitse muistaa ulkoa kaikkia saamiaan ohjeita.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Kaikissa tutkimuksissa yritetään pohtia tutkimuksen luotettavuutta, vaikka tutkimuksessa yritetään saada mahdollisimman oikeita tuloksia ja pyritään välttämään virheitä voitosten luotettavuus silti muuntua (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 231).

Opinnäytetyön aihetta on tutkittu vähän, mikä vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen, mikä toi haastetta hakuprosessiin. Tiedonhausta vaativan teki vähäinen tutkimusperusta sekä oikeiden hakusanojen etsintä. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että hakuprosessi on tehty tarkasti ja järjestelmällisesti sekä siihen on käytetty paljon aikaa. Lisäksi koko hakuprosessi on taulukoitu (liite 1) ja kuvattu tarkasti tiedonhakuprosessissa. Tiedonhakuprosessissa tekijät ovat luoneet selkeät kriteerit, mitä tutkimuksen pitää täyttää ennen tutkimusten valitsemista. Sisään- ja poissulkukriteerit on esitetty myös kuviossa 3. Luotettavuuteen vaikuttaa myös tekijöiden valitsemien tutkimuksien ikä. Hakuprosessissa aineiston tuoreudelle on asetettu vuosirajaksi 2006, jotta tutkimukset olisivat enintään 10 vuotta vanhoja. Opinnäytetyön tekijät valitsivat opinnäytetyöhön mahdollisimman uusia tutkimuksia, jotka vastaavat opinnäytetyökysymyksiin. Valituista tutkimuksista vanhin oli tehty vuonna 2008, mikä vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset on myös taulukoitu tarkasti (Liite 2), jossa on kerrottu tutkimuksen tiedot, otoksen, tavoitteet ja tarkoituksen sekä tutkimuksen päätulokset.

Opinnäytetyön tulokset ovat peräisin yhdeksästä artikkelista, joista neljä tutkimusta ovat kotimaisia ja viisi kansainvälisiä. Opinnäytetyön tekijöiden äidinkieli on suomi, joten erityisesti kansainvälisissä tutkimuksissa vieraan kielen tulkitseminen ja kääntäminen on voinut aiheuttaa asia- ja tulkintavirheitä.

Opinnäytetyön sisällönanalyysi on edennyt suunnitelmallisesti ja järjestelmällisesti sekä se on tehty aikaa käyttäen. Opinnäytetyötä varten tekijät ovat käyneet erilaisissa paikoissa, jotka ovat valmentaneet heitä eri osa-alueiden tekemiseen, kuten tiedonhakuun. Opinnäytetyöprosessia ovat tehneet kaksi opiskelijaa, mikä vähentää virheiden mahdollisuutta. Opinnäytetyötä on myös esitetty vaiheittain seminaareissa, joissa opponointiryhmät sekä opettaja ovat saaneet valvoa opinnäytetyön luotettavuutta. Opettaja on myös lukenut opinnäytetyön useaan otteeseen läpi eri vaiheissa.

Opinnäytetyötutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa erityisesti kansainvälisten tutkimusten kulttuuri. Opinnäytetyön aihetta on tutkittu vähän, siksi tekijät joutuivat laajentamaan tutkimuksien hakua eri kulttuureista kuten kiinalaisesta kulttuurista. Tästä syystä opinnäytetyöstä saaduissa tuloksissa tulee huomioida kulttuurin vaihtelu. Joissain kulttuureissa perhekeskeisyys on suurempi kuin toisissa, joten läheisten osallisuus hoidossa ja läheisten saama tukeminen koetaan eri tavoin.

9.3 Tulosten johtopäätökset

Läheisille potilaan asioista tiedottamisen määrään ja ajantasaisuuteen sekä tyytyväisyyteen kytköksissä oli potilaan kiireellisyys ja odotusaika. Asioista informoimiseen, varsinkin odotusaikana, tulisi siis kiinnittää huomiota niin, että tasa-arvoisuus säilyisi, vaikka potilaan kiireellisyysluokitus olisikin kiireetön. Toisaalta akuuteissa tilanteissa potilaan läheiset saatettiin jopa unohtaa odotusaulaan ilman minkäänlaista tietoa potilaan voinnista. Läheisiltä oletettiin paljon oma-aloitteisuutta vuorovaikutukseen. Hoitajan velvollisuuksiin kuuluisi kertoa potilaan voinnista ja siinä tapahtuvista muutoksista sekä valmius vastata läheisille heitä askarruttaviin kysymyksiin. Muita kehittämiskohteita, joita nousi läheisten huomioinnissa, oli kommunikaatio ja siinä tapahtuvan vuorovaikutustilanteen hyödyntäminen. Läheisten tunneperäisiä tarpeita tulisi myös huomioida enemmän ja näin tarjota heille enemmän emotionaalista tukea päivystyksessä. Esimerkiksi tuen osoittaminen ja ajan järjestäminen läheisen kanssa käydylle keskustelulle sekä ymmärrys läheisen ja potilaan yhdessäolon merkittävyyteen edistäisivät emotionaalisen tuen onnistumista läheisiä kohtaan päivystyksessä. Kun hoitohenkilökunnalla on mielenkiintoa tukea potilaan läheisiä emotionaalisesti, tulisi hänen myös toimia sen mukaisesti enemmän. Tämän kaltaista emotionaalista tukea voitaisiin kehittää lisäämällä hoitohenkilökunnan koulutukseen enemmän myös läheisen emotionaalisen tukemisen ja opastuksen huomiointia.

Tutkimuksista tuli erinäisiä tuloksia liittyen läheisten osallistumisesta potilaan hoitoon. Osassa tutkimuksista potilaan vierellä olon mahdollistaminen, tiedon saaminen ja päätöksentekoon osallistuminen oli puutteellista, kun taas osassa tutkimuksista läheiset olivat tyytyväisiä saamaansa mahdollisuuteen olla mukaan potilaan hoidossa. Nämä tulokset saattavat olla yhteydessä eri sairaaloiden käytäntöihin, sillä joissakin paikoissa ei ole edes suositeltavaa läheisen osallistua (varsinkaan perheen jäsenen) potilaan hoitoon suurissa määrin. Parhaiten läheisten mielestä päivystyksessä hoitohenkilökunnalta onnistui esittäytyminen, ystävällisyys, läheisten kanssa keskustelu ja kuuntelu. Hoitajan käytöksen työaikana tulisi olla kunnioittavaa läheisiä ja potilaita kohtaan.

Läheiset kaipaavat eniten realistista ja rehellistä, mutta toivolle sijaa jättävää, avointa ja selkokielistä tietoa potilaan voinnista, jatkohoidosta, tulevista toimenpiteistä, tutkimuksista ja niihin liittyvistä mahdollisista riskeistä. Jatkohoito-ohjeisiin liittyen läheiset haluavat ohjaustilanteeseen mukaan, jotta he ovat myös selvillä potilaan hoidosta kotona, lääkehoidosta ja toimintaohjeista mahdollisessa sairauskohtauksessa ja sen ennaltaehkäisyssä. Tämän kaltaiseen tiedonvälitykseen kaivataan vielä lisää sitä tukevia keinoja. Sekä tietoperustassa, että tutkimustuloksissa tultiin samaan tulokseen kirjallisten ohjeiden riittämättömyydestä. Johtopäätöksenä voidaan päätellä sen olevan yksi kehittämiskohde sekä potilaan, että läheisen ohjauksessa niin, että läheinen otetaan myös ohjaustilanteeseen mukaan. Kirjalliset ohjeet ovat erinomainen lisä muistin tueksi, kun potilas siirtyy esimerkiksi kotiin päivystyksestä.

9.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys

Opinnäytetyötä pystytään hyödyntämään hoitotyössä tulevan Trauma-Syöpäkeskus hankkeen kehittämishaasteen parantamisessa, koska hyvään potilaslähtöisyyteen pystytään vaikuttamaan ottamalla läheiset huomioon potilaan hoidon aikana. Läheisten huomioonottaminen potilaan hoidossa on tärkeää, koska heiltä saadaan elintärkeää tietoa ja näkökulmaa potilaan hoitoon liittyen, ja näin pystytään myös parantamaan potilaan yksilöllisen hoidon toteutumista. Läheiset toimivat korvaamattomana tukiverkostona potilaalle sekä psyykkisesti, että fyysisesti. Potilaalle tukiverkosto on niin korvaamaton apu, että se edesauttaa potilasta myös nopeassa fyysisessä parantumisessa.

Koska aihetta on tutkittu Suomessa vähän, opinnäytetyön tekijät ehdottavat jatkotutkimuksena kyseisen aiheen tutkimista lisää. Koska puutteellisuutta esiintyi enimmäkseen

läheisten tukemisessa emotionaalisesti, ajantasaisen informaation antamisessa ja ajan järjestämisessä läheisille sekä kirjallisten ohjeiden tarjoamisessa, ehdotetaan näille aihealueille paneutumista eniten tulevissa tutkimuksissa.

Lähteet

Albrecht, T. L. – Burleson, B. R. – Goldsmith, D. 1994. Supportive communication. Teoksessa M. L. Knapp & G. R. Miller (toim.) Handbook of interpersonal communication. 2nd. ed. Thousand Oaks: Sage, 419–449.

Aura, Minna – Paavilainen, Eija – Asikainen, Paula – Heikkilä, Asta – Lipponen, Varpu – Åstedt-kurki, Päivi 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Tutkiva Hoitotiede. 8(2), 14-21.

Cypress, Birgitte S. 2014. The Emergency Department Experiences of patients, families, and their nurses. Advanced Emergency Nursing Journal 36(2), 164–176.

Ekwall, Anna – Gerdtz, Marie – Manias, Elizabeth 2009. Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons. Journal of clinical nursing 18, 3489–3497.

Ekwall, Anna – Gerdtz, Marie – Manias, Elizabeth 2008. The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers. Journal of Clinical Nursing 17(6), 800–809.

Halme, Nina – Paavilainen, Eija – Åstedt-kurki, Päivi 2007. Aikuisen perheenjäsenen kohtaaminen sairaalassa – kirjallisuuskatsaus. Tutkiva Hoitotyö. 5(1), 18-24.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hsiao, Ping-Ru - Redley, Bernice - Hsiao, Ya-Chu - Lin, Chun-Chih - Han, Chin-Yeh - Lin, Hung-Ru 2016. Family needs of critically ill patients in the emergency department. International Emergency Nursing. Verkoartikkeli. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X16300477> Luettu 3.10.2016.

HUS = Helsingin Uudenmaan sairaalat 2015. Verkkodokumentti. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/rakennushankkeet/traumakeskus-syopakeskus-uudisrakennus/Sivut/default.aspx>. Luettu 12.1.2016.

HUS 2013. HYKS, Trauma-Syöpäkeskus -uudisrakennushankkeen yhdistetty hankes-
levitys. Oheismateriaali. Luettavissa sähköisenä:
<http://hus01.tjhosting.com/kokous/20131757-5-83659.PDF>.

HUS 2016. Päivystys. Verkkodokumentti.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/paivystys/Sivut/default.aspx>. Luettu
2.3.2016..<[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/41790/Leponiemi_Katariina_
Porola_Heidi.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/41790/Leponiemi_Katariina_Porola_Heidi.pdf?sequence=1)>.

HUS 2016. Potilastietojen luovuttaminen lähiomaisille. Verkkodokumentti.
[http://www.hus.fi/potilaalle/potilasasiakirjat_tietojen_salassapito/potilastietojen-
luovuttaminen-lahiomaisille/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/potilaalle/potilasasiakirjat_tietojen_salassapito/potilastietojen-luovuttaminen-lahiomaisille/Sivut/default.aspx). Luettu 13.3.2016.

Kiiltomäki, Aliisa 2007. Sairastumisen tai vammautumisen aiheuttama kriisi. Teokses-
sa: Kiiltomäki, Aliisa – Muma, Päivi (toim.) Tässä ja nyt: Sairaanhoitaja tekee kriisityötä.
5, 63–64.

Kiura, Eira 2012. THL. Päivystysvastaanotot potilaiden näkökulmasta. Arviointiseloste
1/2012.Verkkodokumentti.<[http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/As_20
12_1_paivystysvastaanotot.pdf](http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/As_2012_1_paivystysvastaanotot.pdf) > Luettu 13.2.2016

Koponen, Leena - Sillanpää, Kirsi 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Tammi. Jyväskylä.

Kumpusalo, Esko 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallituksen raporteja. Helsinki. Vapokustannus.

Kyngäs – Kääriäinen – Poskiparta – Johansson – Hirvonen – Renfors 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY. 25–49.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. §8 - Kiireellinen hoito. 17.8.1992/785. Finlex.
Laki luettavissa sähköisenä <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu
15.2.2016.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. §9 - Tiedonsaantioikeus ja toimivalta. 17.8.1992/785. Finlex. Laki luettavissa sähköisenä <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P5>. Luettu 15.2.2016.

Lehto, Birgitta 2015. Huolehtiva kanssakäyminen - Substantiivinen teoria työikäisen aivohalvauspotilaan perheenjäsenen emotionaalisesta tukemisesta sairastumisen akuutissa vaiheessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Luettavissa sähköisenä: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98153/978-951-44-9952-4.pdf?sequence=1>.

Mattila, Elina – Kaunonen, Marja – Aalto, Pirjo – Ollikainen, Jyrki – Åstedt-Kurki, Päivi 2009. Sairaalapotilaiden läheisen tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 21(4), 294–303.

Mattila, Elina 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.

Mikkola, Leena 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. *Jyväskylä Studies in Humanities* 66. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Mononen, Terttu 2002. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä ohjaus ja opetus neurologian osastolla. s. 22. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Seinäjoki.

Morphet, Julia – Decker, Kelly – Crawford, Kimberley – Innes, Kelli – Williams, Allison – Griffiths, Debra 2015. Aged care residents in the emergency department: the experiences of relatives. *Journal of clinical nursing*. 24, 3647–3653.

Nikki, Lotta – Paavilainen, Eija 2010. Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla -kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*. 22(4), 313–323.

Nikki, Lotta – Lepistö, Sari – Paavilainen, Eija 2012. Experiences of family members of elderly patients in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*. 20, 193–200.

Paavilainen, Eija – Salminen-Tuomaala, Mari – Kurikka, Sirpa – Paussu, Paula 2009. Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 2217–2224.

Pelkonen M & Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede*. 14(5), 202–211.

Potinkara, Heli 2004. Auttava kanssakäyminen – Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Luettavissa myös sähköisenä: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67395/951-44-5989-X.pdf?sequence=1>.

Saari, Salli 2000. *Kuin salama kirkaalta taivaalta*. Otava. Helsinki. s- 45–47.

Salminen, Ari 2011. Mikä Kirjallisuuskatsaus?. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa. Verkkodokumentti. <http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>. Luettu 5.4.2016.

Salminen-Tuomaala, Mari – Kaappola, Anu – Kurikka, Sirpa – Leikkola, Päivi – Vanninen, Johanna – Paavilainen, Eija 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 8(4), 21–28.

Salminen-Tuomaala, Mari – Kurikka, Sirpa – Korkiamäki, Kirsi – Paavilainen, Eija 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 20(5), 258–266.

Sopanen, Pertti 2009. Potilaan hoito päivystyspoliklinikassa. Teoksessa: Castén, Maarit – Aalto, Sakari – Rantala, Elina – Sopanen, Pertti – Westergård, Airi (toim.) *Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle*. Helsinki. WSOY, 60 – 61.

Stolt, Minna - Axelin, Anna - Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 8, 12–14. Turun Yliopisto. Turku.

Syvöja, Pirjo - Äijälä, Outi 2009. *Hoidon tarpeen arviointi*. Tammi. Helsinki. s. 94 –

Terveydenhuoltolaki. 6 luku. Hoitoon pääsy 50§ – Kiireellinen hoito 30.12.2010/1326.
Finlex. Laki luettavissa sähköisenä.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>> Luettu 25.8.2016.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.
Helsinki. s. 91–123.

Traumaattinen kriisi 2015. Suomen mielenterveysseura. Verkkodokumentti.
<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/kriisit/traumaattinen-kriisi>. Luettu 9.11.2015.

Virtanen, Pirjo 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedonsaanti
päivystyspoliklinikalla. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Tampere.

Virtanen, Pirjo – Paavilainen, Eija – Helminen, Mika – Åstedt-Kurki, Päivi 2011. Aivove-
renkiertohäiriöpotilaan läheisen tiedonsaanti ensiapupoliklinikka 11(66), 915–919.

Åstedt-Kurki, Päivi – Jussila, Aino-Liisa – Koponen, Leena – Lehto, Paula – Maijala,
Hanna – Paavilainen, Riitta – Potinkara, Heli 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista.
WSOY. Helsinki.

Tietokantahaut

Tietokanta	hakusanat	osumia	Valittu	valitut tutkimukset
Medic <i>haku rajattu 2006-2016</i>	päivyst* päivystys- poli* akuutti* emer- gency* AND perh* puolis* lähei* omai* family* NOT laps*	30	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Virtanen, Pirjo – Paavilainen, Eija – Helminen, Mika – Åstedt-Kurki, Päivi. 2011. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan läheisen tiedonsaanti ensiapupoliklinikalla. Suomen Lääkärilehti. 66(11). 915-919. 2. Nikki, Lotta – Paavilainen, Eija. 2010. Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla: kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 22(4),312-323. 3. Salminen-Tuomaala, Mari – Korkiamäki, Kirsi – Kurikka, Sirpa – Paavilainen, Eija. 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. Hoitotiede 20(4), 258-266
	emergency department AND "family involvement" "professional-family relations" 'family support" NOT child* pediat*	36	3	kaikki kyseiset tutkimukset on löydetty aiemmin
CINAHL <i>rajaus 2006-2016</i>	Emergency department AND family involvement AND professional-family relations	2	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nikki, Lotta – Lepistö, Sari – Paavilainen, Eija. 2012. Experience of family members of elderly patients in the emergency department: A qualitative study. International Emergency Nursing. 20, 193-200. 2. kyseinen tutkimus löydetty jo aiemmin.
<i>rajaus 2006-2016</i>	emergency department or emergency room AND professional-family relations or family involvement NOT children or pediatric	52	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cypress, Birgitte S. 2014. The Emergency Department Experiences of patients, Families, and their Nurses. Advanced Emergency Nursing Journal. 36(2), 164-176. 2. Morphet, Julia – Decker, Kelly – Crawford, Kimberley – Innes, Kelli – Williams, Allison Fiona – Griffiths Debra. 2015. Aged care residents in the emergency department: the experiences of relatives. Journal of clinical nursing. 24, 3647-3653. 3. kyseinen tutkimus löydetty jo aiemmin. 4. kyseinen tutkimus löydetty jo aiemmin.
<i>rajaus 2006-2016</i>	emergency care or emergency department or emer-	23	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ekwall, Anna – Gerdtz, Marie – Manias, Elizabeth. 2009. Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of ac-

	gency room AND next of kin or family or relatives or spouse or loved one AND social support NOT pediatric			companying persons. Journal of clinical Nursing. 18, 3489-3497.
manuaali- nen haku			2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ekwall, Anna – Gerdtz, Marie – Manias, Elizabeth. 2008. The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family and carers. Journal of Clinical Nursing. 17(6), 800-809. 2. Hsiao, Ping-Ru –Redley, Bernice – Hsiao, Ya-Chu – Lin, Chun-Chih – Han, Chin-Yen – Lin Hung-Ru. 2016. Family needs of critically ill patients in the emergency department. International Emergency Nursing. 5/2016, 1-7.

Tutkimukset

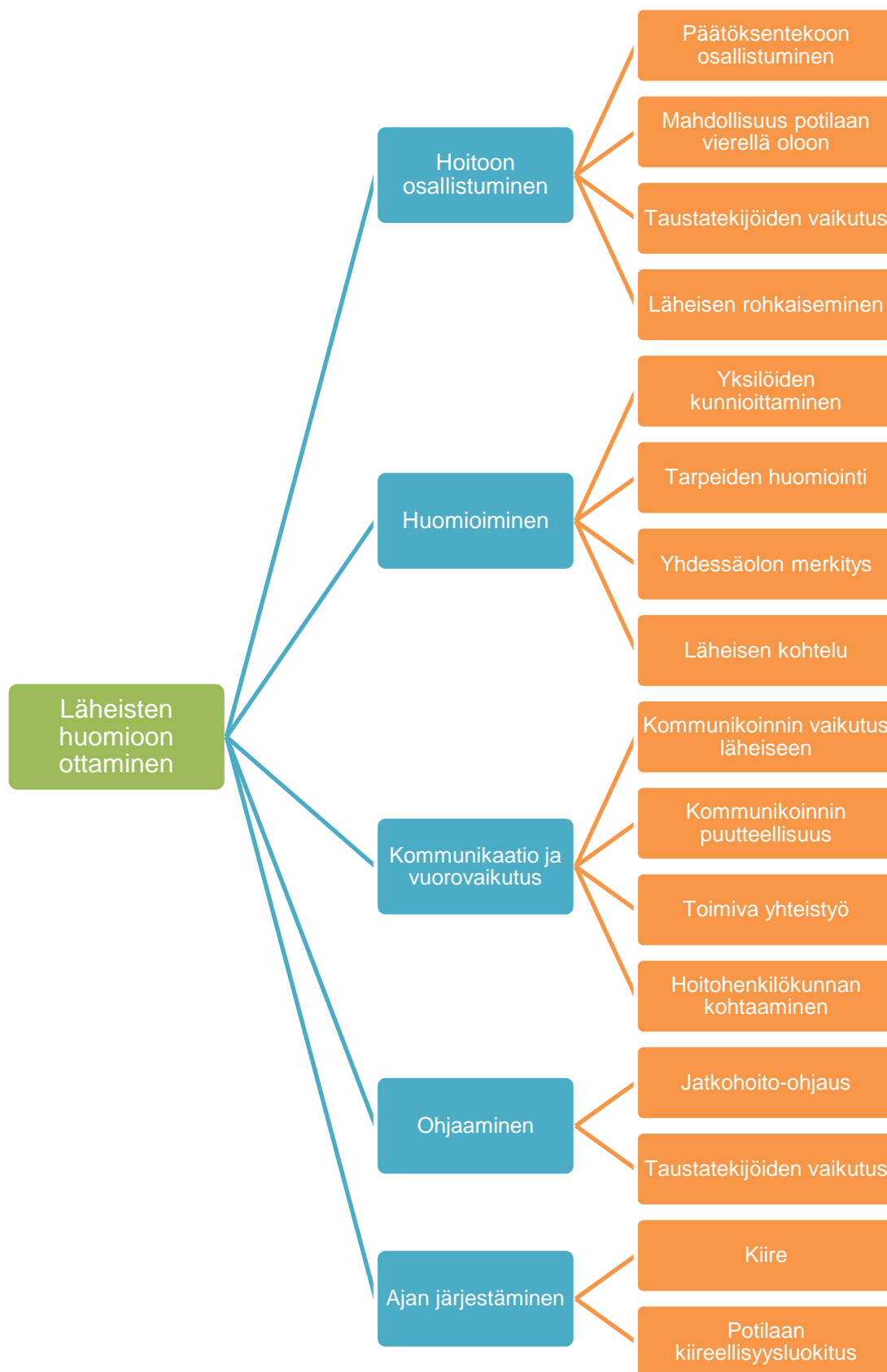
Kirjoittajat	Tutkimuksen nimi, julkaisu ja julkaisuvuosi	Otos	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimuksen päätulokset
Nikki Lotta, Paavilainen Eija,	Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla – kirjallisuuskatsaus Hoitotiede 2010 vol. 22 no. 4, 312-323	20 tutkimusta. Kirjallisuuskatsaus	kuvata läheisen hoitoon osallistumista sekä läheisen ja hoitohenkilökunnan yhteistyötä päivystyspoliklinikalla.	Läheisen hoitoon osallistuminen on tiedon saamista hoitohenkilökunnalta, perheen yhdessä olemista ja potilaan auttamista. Läheisten ja hoitohenkilökunnan yhteistyö on toimivaa vuorovaikutusta, läheisten tarpeiden huomioimista sekä läheisen ottamista mukaan potilaan ohjaustilanteeseen
Salminen-Tuomaala Mari, Kurikka Sirpa, Korkiamäki Kirsi, Paavilainen Eija,	Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla Hoitotiede 2008 vol. 20 no. 5, 258-266	93 potilaiden saattajilta, yhdestä suomen keskus-sairaalan päivystyspoliklinikalta.	kuvata päivystyspoliklinikalla olevien potilaiden saattajien kokemuksia saadusta ohjauksesta sekä tuottaa uutta tietoa ohjauksen edistämiseksi	Suurimmaksi osaksi saattajat ovat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Läheiset kuitenkin olisivat halunneet saada enemmän tietoa asioiden kulusta ja niiden etenemisestä.
Virtanen Pirjo, Paavilainen Eija, Helminen Mika, Åstedt-Kurki Päivi	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan läheisen tiedonsaanti ensiapupoliklinikalla Suomen lääkärinlehti 2011, 11 vsk 66, 915-919.	85 ensimmäistä kertaa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan läheistä.	Selvittää aivoverenkiertohäiriöpotilaiden läheisten saamaa tietoa hoitohenkilökunnalta sekä käynnin aikana saatuun tietoon vaikuttavat tekijät.	Läheiset suurimmaksi osaksi tyytyväisiä saamaansa tietoon, mutta olisivat halunneet vielä enemmän tietoa sairauden oireista ja hoito-ohjeita. Jos kyseessä oli ensimmäinen käynti, saivat läheiset paremmin tietoa. Läheiset myöskin kokivat tiedonsaannin onnistuvan parhaiten kun lääkäri tutki potilaan mahdollisimman pian. Akuuteissa tilanteissa hoitohenkilökunta unohti helposti läheisen ja tällä tavalla läheinen koki jäävänsä tiedonsaannin ulkopuolelle
Ekwall Anna, Gerdtz Marie, Manias Elizabeth,	The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family and carers	128 potilaan saattajaa	Tutkia omaisten tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä päivystyksessä ja hyödyntää saattua tietoa perhelähtöisen hoi-	Mitä vanhempi omainen oli ja mitä kiireellisempi potilaan hoidon tarve oli, sitä tyytyväisempiä potilaan omaiset olivat. Hoitohenkilökunnalla ja omaisilla on yleisesti mielipide-eroja potilaan kiireellisyydestä.

	Journal of Clinical Nursing 2008, 17(6), 800-809		don kehittämiseen.	Omaiset toivoivat saavansa päivystyksessä enemmän kuuntelua osakseen liittyen potilaan hoitoon.
Cypress Birgitte S.	The Emergency Department Experiences of patients, families, and their nurses Advanced Emergency Nursing Journal 2014, 36(2), 164-176	8 sairaanhoitajaa, 10 potilasta, 5 läheistä	Tutkia, ymmärtää ja kuvata eläviä kokemuksia sairaanhoitajien, potilaiden ja perheenjäsenten kriittisen sairauden aikana päivystyspoliklinikalla sekä edistää tietämystä ja löytää tietoa, jolla voi edistää ensihoitoa ja parantaa potilaan hoidon lopputulosta	Potilaiden ja läheisten käsitys päivystyssairaanhoitajista pohjautuu heidän kriittisten ajattelun, vuorovaikutuksen, herkkyyden taitoihin sekä kykyyn huolehtia. Potilas ja perheenjäsenet ovat aktiivisia osallistujia ja keskeisiä päättäjiä potilaan hoidossa. Organisaatio on avainasemassa, jos henkilökuntaa rohkaistaan perhekeskeiseen hoitotyöhön ja henkilökunnalle annetaan siihen asianmukainen koulutus.
Hsiao Ping-Ru, Redley Bernice, Hsiao Ya-Chu, Lin Chun-Chih, Han Chin-Yen, Lin Hung-Ru	Family needs of critically ill patients in the emergency department. International Emergency Nursing 2016, julkaistu 5/2016, 1-7.	150 potilaan perheenjäsentä ja 150 päivystyksen hoitajaa.	Kuvata perheen jäsenten tarpeet potilaan hoidon aikana päivystyksessä sekä verrata tuloksia hoitajien toimintaan ja näkökulmaan.	Tärkeimmät perheen jäsenten tarpeet potilaan hoidon aikana ovat heidän kanssaan kommunikoiden, henkinen tuki ja heidän osallistuminen hoitoon.
Morphet Julia, Decker Kelly, Crawford Kimberley, Innes Kelli, Williams Allison, Griffiths Debra	Aged care residents in the emergency department: the experiences of relatives Journal of clinical nursing 2015, 24, 3647-3653.	24 omaista.	Tutkia läheisten kokemuksia, joiden perheenjäsen on vanhainkodista siirretty päivystysosastolle.	Monet läheiset yhdistävät heidän päivystyskäyntikokemuksiaan siihen kuinka laadukasta tiedonvälitystä he saavat päivystyksen henkilökunnalta. Läheiset olivat tyytyväisiä kun heidän käyntinsä aikana keskusteltiin hoidosta ja heidät huomioitiin läheisinä. Sen sijaan läheiset olivat tyytymättömiä potilaan saamasta hoidosta jos hoitohenkilökunta ei kommunikoinut tai heitä ei huomioitu läheisinä.
Nikki Lotta, Lepistö Sari, Paavilainen Eija	Experiences of family members of elderly patients in the emergency department: A qualitative study. International Emergency Nursing 2012, 20, 193-200	9 omaista.	kuvailla yli 65-vuotiaiden iäkkäiden omaisten kokemuksia päivystyksestä.	lääkkäiden omaiset ovat luokitelleet itsensä joko tyytyväisiksi, näkymättömäksi tai pettyneiksi ja ulkopuolisiksi osallistujiksi potilaan hoidossa. Omaiset halusivat osallistua hoitoon eikä jäädä ulkopuolelle, mutta sen mahdollisti ainoastaan oma-aloitteisuus.
Ekwall Anna,	Anxiety as a factor influ-	128 potilaan	Mitata potilaan saattajien ah-	Potilaan saattajan ahdituksella ja tyytyväisyydellä oli

3 (3)

Gertz Marie, Manias Elizabeth	encing satisfaction with emergency department care: perspectives of ac- companying persons. Journal of clinical nursing 2009, 18, 3489-3497	saattajaa.	distuksen määrää ja tutkia miten ahdistus vaikuttaa hoi- don tyytyväisyyteen päivystyk- sessä.	merkittävä yhteys kotiutuksen yhteydessä. Mitä vä- hemmän ahdistuneita potilaan saattajat olivat, sitä todennäköisemmin he olivat tyytyväisempiä päivys- tyskäyntiin. Saattaja, jota on informoitu hyvin ja on luottavainen, on hyödyllinen potilaan tuen laadun takaamisessa.
----------------------------------	--	------------	---	---

Ensimmäisen opinnäytetyökysymyksen klusterointi



Toisen opinnäytetyökysymyksen klusterointi

