

Saara Rossi ja Reetta Virtanen

Potilaan läheisenä sairaalassa

Työntekijöiden näkemyksiä potilaiden läheisten kanssa
tehtävästä perhetyöstä

Tekijät Otsikko	Saara Rossi ja Reetta Virtanen Potilaan läheisenä sairaalassa: Työntekijöiden näkemyksiä potilaiden läheisten kanssa tehtävästä perhetyöstä
Sivumäärä Aika	64 sivua + 2 liitettä Kevät 2011
Tutkinto	Sosionomi (AMK)
Koulutusohjelma	Sosiaalialan koulutusohjelma
Ohjaajat	Yliopettaja Merja Reijonen Lehtori Arto Salonen
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata perusterveydenhuollon sairaalassa tehtävää perhetyötä. Erityinen fokus on lisätä ymmärrystä siitä, miten potilaiden läheiset huomioidaan kuntoutusprosessissa. Opinnäytetyömme toteutettiin Liittyvä Voima-hankkeessa.</p> <p>Tutkimuksemme oli määrällinen ja laadullinen. Keräsimme aineiston Espoon sairaalan neljän kuntoutusosaston työntekijöiltä. Rakensimme perhetyötä kuvaavan mittarin väittämät keskeisistä Suomessa käytettävien sosiaali- ja terveysalan perhetyön teorioista. Aineistonkeruun suoritimme laatimallamme mittarilla. Tutkimuksemme otoksena oli 33 informanttia.</p> <p>Analyysimenetelmämme olivat tilastollinen kuvailu, pääkomponenttianalyysi ja sisällön analyysi. Tutkimuksemme tuloksena oli, että työntekijöillä on pääsääntöisesti tietoa ja ymmärrystä potilaiden perheiden kanssa tehtävästä työstä.</p> <p>Tutkimuksemme johtopäätöksenä oli, että osa työntekijöistä tarvitsee koulutusta ja tukea potilaiden läheisten kohtaamiseen ja heidän kanssaan työskentelyyn. Erityisesti työntekijöiden tulee ymmärtää omaisten merkitys potilaiden kuntoutusprosessin onnistumisen kannalta. Työntekijöiden tulee kiinnittää huomiota sairastuneen yksilön lisäksi hänen läheisiinsä, koska myös he tarvitsevat tukea.</p>	
Avainsanat	sairaala, potilas, perhe, läheinen, perheiden kanssa tehtävä työ

Authors Title	Saara Rossi and Reetta Virtanen Patients` Next of Kin in Hospital: Employees` Views about Work with Families
Number of Pages Date	64 pages + 2 appendices Spring 2011
Degree	Bachelor of Social Services
Degree Programme	Social Services
Instructors	Merja Reijonen, Principal Lecturer Arto Salonen, Senior Lecturer
<p>The purpose of this study was to introduce what the work with families in the hospital was like and what kind of studies was conducted on the matter. Our aim was to analyze the questionnaires and through those to find out how the employees took notice of the patients` families during the rehabilitation process in hospital. Our worklife contact was the Collaborative Intensity project</p> <p>Our study was quantitative and partly also qualitative. We formed the arguments to our questionnaire representing family work based on the theories of working with families in the social and health care field in Finland. Data for this study was collected from employees working in four different rehabilitation wards at the Hospital of Espoo. Our study sample consisted of 33 informants.</p> <p>The questionnaires mainly consisted of Visual Analogue Scaled and Likert scaled statements. We also added two open statements. The Visual Analogue Scaled statements were analyzed by the descriptive statistics method. The Likert scaled statements were analyzed by using Principal Component Analysis. The open statements were analyzed by using content analysis. The results showed that the employees mainly had the knowledge and understanding of the work with patients` families.</p> <p>The results lead to the conclusions, that some of the employees need training and support on how to take notice of the patients` families and working with them. Especially the employees have to understand the next of kins` value concerning the success of the patient`s rehabilitation process. This may help clarifying the employees` knowledge on the work with patients` families. The employees not only have to pay close attention to the patient, but also to the next of kins of the patient, because they also need support.</p>	
Keywords	hospital, patient, family, next of kin, work with families

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tutkimuksen tausta	2
3	Perhetyöhön liittyviä käsitteitä	3
3.1	Systeeminen perhenäkemys	3
3.2	Sosiaalinen verkosto	6
3.3	Kriisiteoreettinen näkökulma	8
4	Perheiden kanssa tehtävä työ	10
4.1	Sosiaalihuollon perhetyö	11
4.2	Terveystieteiden perhetyö	12
4.3	Psykoedukatiivinen perheohjaus	13
5	Ammatillisuus kuntoutustyössä	15
5.1	Asiakaslähtöisyys	15
5.2	Yksilön tarpeet	16
5.3	Vuorovaikutuksellinen tukeminen	17
5.4	Perhe- ja verkostokeskeisyys	19
5.5	Ratkaisu- ja voimavarakeskeisyys	19
6	Sairausten vaikutukset perhesysteemiin	21
7	Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	27
8	Tutkimuksen toteuttaminen	28
8.1	Mittarin rakentaminen	28
8.2	Aineistonkeruu	29
8.3	Analyysimenetelmämme valinnan perustelut	30
8.4	Pääkomponenttianalyysi	31
9	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	35
10	Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset	39
10.1	Pääkomponenttien avulla vastaukset tutkimuskysymyksiimme	39

10.1.1	Läheisen huomioiminen resurssina potilaan kuntoutuksessa	40
10.1.2	Omainen yksilönä sairaalassa	44
10.1.3	Potilaiden läheisten saama tuki	48
10.1.4	Asiantuntijuus potilaan läheisten kanssa tehtävässä työssä	50
10.1.5	Potilaiden omaisten huomioiminen	52
10.2	Väittämät 1-5	54
10.3	Avoimet väittämät	55
10.4	Yhteenveto	56
11	Pohdinta	59
	Lähteet	62
	Liitteet	
	Liite 1. Tutkimuslomake	
	Liite 2. Komponenttien lataukset, kommunaliteetit ja luotettavuustarkastelu	

1 Johdanto

Potilaan läheisten osallistuminen hoito- ja kuntoutustyöhön tunnustetaan tutkimuksien mukaan tärkeäksi sairaalassa toteutettavaksi moniammatilliseksi työksi. Potilaan läheiset nähdään voimavarana osana hoito- ja kuntoutusprosessia, koska läheisten potilaalle antama tuki ja apu lisäävät potilaan kokemaa hyvää oloa. Ihmisen sairastuessa läheiseltä saatu sekä emotionaalinen että fyysinen tuki ovat merkityksellisiä. Potilaan läheisten antama tuki ei ole mahdollinen ilman, että sairaalassa työskentelevät ammattilaiset tarjoavat tukea ja tuen antamisen mahdollisuutta omaiselle. Läheisten antaman tuen edellytyksinä ovat myös potilaan suostumus ja potilaan kokonaisvaltaisen tilanteen huomioiminen. Perheiden kanssa tehtävä työ koostuu useista periaatteista, joista keskeisimpiä ovat asiakas- ja perhelähtöisyys. Tässä raportissa käytämme nimitystä läheinen, omainen ja perhe, kun puhumme potilaiden perheenjäsenistä.

Opinnäytetyömme on laadultaan määrällinen ja laadullinen. Sen tarve nousee työelämän lähtökohdista, aiheen ajankohtaisuudesta ja omasta kiinnostuksestamme. Tavoitteenamme on Espoon sairaalan neljällä kuntoutusosastolla toteuttamamme tutkimuslomakekyselyn avulla selvittää, miten sairaalan kuntoutusosastojen potilaiden läheiset otetaan mukaan hoito- ja kuntoutusprosessiin työntekijän näkökulmasta käsin. Opinnäytetyömme toteutetaan Liittyvä Voima-hankkeessa. Liittyvä Voima-hankkeessa pyritään potilaiden ja heidän läheistensä yhteisen prosessin vahvistamiseen, ottamalla prosessiin mukaan läheisten huolen huomioimisen ja kuuntelemisen toimenpiteitä. Lisäksi Liittyvä Voima-hanke auttaa kehittämään menetelmiä, joiden tuella läheinen on mahdollista saada sitoutumaan yksilöllisin panoksin mukaan potilaan palveluohjaukseen.

Kyselylomakkeemme pohjautuu tässä raportissa esittelemäämme teoreettiseen viitekehukseen perheiden kanssa tehtävästä moniammatillisesta työstä. Näkökulmina teoreettiseen osuuteen ovat muun muassa sosiaalinen verkosto, asiakaslähtöisyys, vuorovaikutuksellinen tukeminen sekä perhe- ja verkostokeskeisyys. Tutkimuskysymyksemme on operationalisoitu kysymykseen siitä, miten laatimallamme mittarilla saadaan lisää ymmärrystä työntekijöiden näkemyksistä potilaiden perheiden kanssa tehtävästä työstä Espoon sairaalan kuntoutusosastoilla.

2 Tutkimuksen tausta

Liittyvä voima -hankkeen ytimenä on kumppanuus. Vuosille 2008–2011 sijoittuvan hankkeen tavoitteena on tuottaa korkeakoulun ja työelämän välinen kumppanuusmalli, jota voidaan hyödyntää eri toimijoiden välisessä yhteistyössä. Liittyvä Voima-hanke on valtakunnallinen Euroopan sosiaalirahaston rahoittama hanke, jota koordinoi Länsi-Suomen lääninhallitus. Lisäksi rahoittajina toimivat Espoon kaupunki sekä Metropolia Ammattikorkeakoulu. Metropolia Ammattikorkeakoulu vastaa hankkeen hallinnosta. (Liittyvä voima 2011.)

Kumppanuusmallia kehitetään Espoon kaupungin ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteisenä toimintatutkimuksena. Hankkeessa osatoteuttajina ovat Metropolian Ammattikorkeakoulun hyvinvoinnin ja toimintakyvyn sekä terveys- ja hoitoalan klusterit sekä Espoon sairaalan ja Espoon kaupungin rekrytointipalvelun työntekijät. Kumppanuusmalli muodostuu kumppanien välisten suhteiden periaatteista, rakenteista ja prosesseista. Näiden kautta kumppanit tuottavat toisilleen osaamista ja käyttävät toistensa osaamista neuvottelevassa ja tasavertaisessa yhteistyösuhteessa. Hankkeen alkuvaiheessa kumppanuus konkretisoituu Espoon kaupungin ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistyöpilotissa. Sen tavoitteena on kehittää Espooseen suunnitteilla olevan uuden sairaalan palveluajatuksen mukaisia toimintamalleja sekä niiden edellyttämiä osaamisen ja asiantuntijuuden kehittämisen menetelmiä. Pilotti muodostuu kolmesta osittain itsenäisestä osaprojektista, jotka kohdistuvat potilasturvallisuuden vahvistamiseen, kotiutukseen ja potilaan toimintakyvyn edistämiseen. Liittyvä Voima-hankkeessa pyritään omaisten ja potilaiden yhteisen prosessin vahvistamiseen ottamalla prosessiin mukaan omaisten huolen huomioimisen ja kuuntelemisen toimenpiteitä. Tavoitteena on myös tukea potilaiden omaisia sitoutumaan yksilöllisin panoksin potilaan palveluohjaukseen. (Liittyvä Voima 2011.)

3 Perhetyöhön liittyviä käsitteitä

Ihminen on enemmän kuin osiensa summa. Ihmisen kokonaisvaltaisuus ja toimintakyvyn moniulotteisuus ovat potilaan kuntoutuksen perustana. Ihmisen kokonaisvaltaisuus ymmärretään usein tajunnallisuutena, kehollisuutena, sosiaalisuutena ja henkisyutenä. Tajunnallisuus käsittää ihmisen kyvyn kokea, havainnoida ja antaa merkityksiä kokemuksille. Ihmisen kokemus on näin ollen aina persoonallinen, ainutlaatuinen ja subjektiivinen. Kehollisuus käsittää kaikki ihmisen orgaaniset toiminnot ja henkisyyteen kuuluvat muun muassa yksilön uskonnollisuuteen liittyvät näkemykset. (Forsbom – Kärki – Leppänen – Sairanen 2001: 11.)

Ihminen nähdään siis kokonaisuutena, jossa psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen osa-alue vaikuttavat toisiinsa. Kun ihminen sairastuu fyysisesti, sairaus voi vaikuttaa myös hänen psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyynsä. Sairastuminen ei ole pelkästään vain yksilön haaste. Sairastuminen heijastuu usein myös potilaan läheisiin. Erityisesti potilaan psyykkiset muutokset ja etenkin muutokset persoonallisuudessa koetaan usein vaikeiksi perheenjäsenten mielestä. Muutokset sosiaalisella osa-alueella aiheuttavat haasteita potilaalle itselleen, hänen perheelleen ja mahdollisesti myös potilaan muille sosiaaliseen verkostoon kuuluville jäsenille. Potilaan läheiset ja perhe tarvitsevat läheisensä sairastumisen alusta lähtien ohjausta ja kannustusta työntekijöiltä, jotta he voivat toteuttaa kuntouttavaa ohjausta potilaan rinnalla kulkijoina. (Forsbom ym. 2001: 11-13, 150-151; Lehto 2004: 17.)

3.1 Systeeminen perhenäkemys

Perhetyöstä, perhehoitotyöstä, perhekeskeisestä hoitotyöstä, perhesysteemisestä hoitotyöstä tai terapiahenkilöstön tekemästä perheiden kanssa tehtävästä työstä ei voida puhua, ennen kuin perhe on määritelty. Tilastokeskuksen (2006) mukaan perhe määritellään Suomessa siten, että perheeseen voi kuulua ainoastaan kaksi peräkkäistä sukupolvea. Kyseisen määritelmän mukaan esimerkiksi samassa taloudessa asuvat isovanhemmat eivät kuulu perheeseen. Tämä yksiselitteinen perheen määritelmä on kyseenalaistettu viime aikoina. Perinteinen perheyhteisö on vähitellen hajonnut vähemmän sitoviksi sosiaalisiksi suhteiksi ja korvautunut osittain erilaisilla sosiaalisilla verkostoilla. Perhe voi muodostua ydinperheen, avioliiton tai rekisteröidyn parisuhteen lisäksi myös

muilla tavoin. Perhe voi muodostua esimerkiksi yksin asuvasta ihmisestä, joka kokee muualla asuvat itselleen läheiset ihmiset osaksi perhettään. (Marin 1999: 52-54; Tilastokeskus 2006; Åstedt-Kurki ym. 2008: 12-13.) Usein perheen merkitys jää taka-alalle kuntoutustyötä tehtäessä. Kuitenkin sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset kohtaavat työssään erilaisia perheitä. (Etzell ym. 1998: 78-79; Hakulinen – Paunonen 1994: 59.)

Perheen käsite on yksilöllinen ja tunnepitoinen asia. On tärkeää, että jokainen perheenjäsen saa itse määritellä perheeseensä kuuluvat jäsenet. Perhe voidaan kuvailla myös prosessina, joka etenee ajan kuluessa. Tällä tarkoitetaan sitä, että yksilön käsitys omaan perheeseensä kuuluvista jäsenistä voi vaihdella elämänkaaren eri vaiheissa. Perheen on nähty jo pitkään olevan tärkeä osa potilaan kuntoutusta ja hoitotyössä on korostettu perheen merkitystä potilaan terveydelle. Aiheesta puhutaan myös käsitteillä, jotka liittyvät potilaan tukisysteemin sitouttamisena hoitoon. (Lehto 2004: 15; Seikkula 1991: 18; Åstedt-Kurki ym. 2008: 13.)

Perheyhteisöä voidaan tarkastella erilaisista teoreettisista lähtökohdista käsin. Tutkimuksia eri tarkastelumuodoista ovat tehneet muun muassa Duvall (1977), Dunderfelt (1997), Wright ja Leahey (1990 ja 2000) sekä Paunonen (1999). Vuorovaikutusteoreettinen ajattelu korostaa perhedynamiikan, perheen keskinäisen vuorovaikutuksen ja kommunikaation sekä perheenjäsenten välisten suhteiden merkitystä perhettä tarkastellessa. Kehitysteoreettisen ajattelun pääpaino on perheen eri vaiheissa ja sen lähtökohtana on tarkastella perheen kehitysvaiheita elämänkaaritajattelun kautta. Systemiteoreettisen ajattelu painottaa perheen ymmärtämistä järjestelmänä ja osajärjestelmänä ja niiden välisinä yhteyksinä. Systemiteoreettisen ajattelun taustalla on potilaan perheen ymmärtäminen sosiaalisen kontekstinsa kautta. Antropologisen ajattelutavan taustalla on käsitys siitä, että perheen arvot ja kulttuuri määrittävät perhettä. Antropologisen ajattelutavan perusteella perhe on yksikkö useissa kulttuureissa ja perheen tehtävänä on kulttuuristen arvojen ja normien välittäminen toisilleen eli muille perheenjäsenille. Tarkastelipa perhettä erityisesti antropologisten teorioiden tai systemiteoreettisen ajattelun pohjalta, perheenjäsenen sairastuminen aiheuttaa muutoksia koko perheeseen ja perheenjäsenten yksilölliset reaktiot vaikuttavat jatkumona toisiinsa. (Lehto 2004: 16-18.)

Yksilön joutuessa sairaalahoitoon omaiset, läheiset ja perheenjäsenet kokevat usein jäävänsä ulkopuolisen asemaan. Sairaalan työntekijät voivat helpottaa omaisten tilannetta ottamalla heidät mukaan potilaan hoitoon ja kuntoutukseen, jos potilas ja omainen niin toivovat. Lisäksi työntekijät voivat osoittaa omaisille huomaavaisuutta esimerkiksi keskustelemalla heidän kanssaan jokapäiväisistä asioista. Omaiset odottavat sairaalan hoitohenkilökunnalta emotionaalista ja tiedollista tukea. Mäkisen (2002) mukaan omaisten ja sairaalan henkilökunnan välinen vuorovaikutus on liian vähäistä. Potilaan omaiset ovat myös herkkiä tunnistamaan henkilökunnan mielentiloja ja yhdistämään niitä henkilökunnan asenteeseen heitä kohtaan. Sairaalan henkilökunnan koulutuksissa tulisi painottaa potilaan perheen ja omaisten huomioon ottamista. (Mäkinen 2002: 28-30, 59, 111.)

Sairaalassa tehtävä perhetyö tunnustetaan välttämättömänä alaikäisten lasten hoito- ja kuntoutustyössä. Myös aikuinen ihminen on sairastuttuaan perheensä jäsen ja on yleensä läheisessä suhteessa perheensä jäseniin tai muihin itselleen läheisiin ihmisiin. Jotta potilasta voitaisiin hoitaa mahdollisimman hyvin, on tärkeää ottaa huomioon potilaan lisäksi myös hänen perheensä ja läheisensä. Tämä ei tarkoita sitä, että koko perheen tulisi olla läsnä sairaalassa kokoaikaisesti. Perheen huomioiminen tarkoittaa sitä, että tutustutaan potilaaseen ja tämän perhetilanteeseen. Lisäksi on hyvä perehtyä siihen, millaisesta ympäristöstä potilas tulee. Tämä näkökulma on tärkeä huomioida sen vuoksi, että yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa yleensä koko perheen terveyteen ja sen arkielämän sujuvuuteen. Perhe voi myös edistää potilaan paranemista, koska perheellä nähdään olevan vaikutusta jokaisen jäsenensä terveysvalintoihin ja itsensä hoitamiseen. (Åstedt-Kurki – Paavilainen 1999: 320-321.)

Perheen ottamista mukaan hoitotyöhön painotetaan erityisesti siitä syystä, että perheessä kaikki tapahtumat vaikuttavat yhtäläisesti kaikkiin perheenjäseniin. Kukin perheenjäsen kokee esimerkiksi omaisen sairauden omalla tavallaan. Perheen ja perheenjäsenten terveyden välillä nähdään olevan yhteys. Perheen ja perheenjäsenen sairastumisella on yhteys paitsi omaisen sosiaaliseen verkostoon myös koko perheen hyvinvointiin ja jaksamiseen. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 44.) Perheen kanssa työskennellessä ammattilaisen tulee havaita perheessä olevia riskitekijöitä ja pyrkiä vaikuttamaan niihin omista ammatillisista näkökulmistaan käsin. Erityisesti pitkäaikaissairaiden ihmisten kanssa työskennellessä on havaittu, että potilaasta saadaan enemmän tietoa tutustu-

mallalla perheeseen. Perheen voi siten nähdä voimavarana potilaan kokonaisvaltaisen kuntoutumisen kannalta. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1999: 17-18.)

Perheenjäsenen sairastumisella on sekä subjektiivinen että objektiivinen vaikutus omaisen elämään. Subjektiiviseen puoleen kuuluvat omaisen kokemana henkilökohtainen murhe ja kärsimys perheenjäsenen sairastuessa. Subjektiivista puolta kuvaavat myös voimakas suru, emotionaalinen ailahtelevaisuus, empaattinen kärsimys ja menetyksen symboliikka. Objektiiviseen puoleen kuuluvat sellaiset päivittäiset haasteet, jotka liittyvät perheenjäsenen sairastumiseen. Tätä kuvaavat omaisen oirekäyttäytyminen, hoitovastuun tunne, ongelmat perhe-elämässä, sosiaalinen leimaantuminen ja palvelusysteemin saavutettavuus. (Berg 2010.)

3.2 Sosiaalinen verkosto

Perheen merkitys potilaan hoito- ja kuntoutusprosessissa voidaan ymmärtää myös sosiaalisen verkoston käsitteen näkökulmasta. Sosiaalinen verkosto käsittää ne vuorovaikutukselliset suhteet, joiden kautta yksilö muodostaa ja ylläpitää omaa sosiaalista identiteettiään. (Seikkula 1991: 24.) Sosiaalista verkostoa ajatellen perhe on yksikkö, jossa yksilöllä on yleensä turvallinen ja hyvä olo ja siten perhe voi edistää potilaan hoito- ja kuntoutusprosessia (Lehto 2004: 16). Sosiaalisen verkoston käsite on muodostunut useiden tieteenalojen kuten sosiaaliantropologian ja verkostoterapian tutkimusten myötä. Sosiaalista verkostoa pidetään puskurina mahdollisten stressinaiheuttajien ja yksilön välillä. Vaikka sosiaalisen verkoston olemassaolo itsessään ei toimi välittävänä tekijänä yhteiskunnan ja sairastumisen välillä, sosiaalisen verkoston puuttuminen voi laukaista helpommin esimerkiksi psyykkisen sairauden. Sosiaalinen verkosto esitetään usein verkostokarttana tai nelilohkoisena kenttänä. Verkosto muodostuu niistä suhteista, joita yksilöllä on olemassa kyseisellä hetkellä. Siihen voi kuulua yksilön perhe, suku, työ, koulu sekä ystävät, naapurit ja ammattilaiset, kuten kotipalvelun työntekijät tai edunvalvoja. Verkostokartan avulla voidaan kuvata myös sosiaaliseen verkostoon liittyvien suhteiden laatua. (Seikkula 1991: 24-27.)

Sosiaalisen verkoston analysoimiseksi kehitetty verkoston kuvausjärjestelmä erottelee sosiaalisen verkoston vuorovaikutukselliset ja rakenteelliset ominaisuudet. Vuorovaikutukselliset ominaisuudet kattavat vuorovaikutuksen suunnan, sen yksisuuntaisuuden ja

vastavuoroisuuden. Seikkulan (1991) mukaan Cohen ja Sokolovsky erottelivat vuorovaikutuksellisten ominaisuuksien yksipuolisuuden (uniplex) ja monipuolisuuden (multiplex). Yksipuolisiin vuorovaikutustilanteisiin katsotaan kuuluvan esimerkiksi vierailu tai rahan lainaaminen siten, että asiat tapahtuvat erillisissä tilanteissa. Monipuolisiin vuorovaikutustilanteisiin kuuluu useampi merkitys samassa tilanteessa. Cohenin ja Sokolovskyn tutkimat rakenteelliset ominaisuudet käsittävät verkoston koon, tiheyden ja ryhmittäytymisen. Seikkulan mukaan (1991) Israel lisäsi yhdeksi ominaisuudeksi funktionaaliset ominaisuudet. Ne kuvaavat niitä vaikutuksia ja merkityksiä, joita verkoston jäsenten toiminnalla on verkoston jäseniin. Vaikutuksia ja merkityksiä voivat olla väliteellinen tuki, henkinen tuki, uusien sosiaalisten suhteiden luominen ja sosiaalisen identiteetin säilyttäminen. (Seikkula 1991: 28.)

Sosiaalisen verkostoon kuuluva psyykkinen osa-alue korostuu yksilön ajautuessa kriisiin. Sosiaalisen verkoston psyykkisen osa-alueen tärkeyden selventämiseksi rakennetta on jäsennelty luomalla käsitteet sosiaalisen verkoston käsitteen operationalisoimiseksi. Seikkulan (1991) mukaan Pattison ja Pattison kehittivät yksilön sosiaalisen verkoston jakamalla sen viiteen yksikköön. Täten mahdollistettiin yksilön sosiaalisen verkoston mittarin kehittäminen. Ensimmäinen yksikkö on henkilökohtainen vyöhyke sisältäen ne ihmiset, joihin yksilö on voimakkaasti sitoutunut. Toinen yksikkö on läheinen vyöhyke kattaen psykososiaalisesti tärkeitä henkilöitä, joihin yksilö on merkittäväällä tavalla toistuvasti yhteydessä. Kolmannesta vyöhykkeestä käytetään nimitystä tehokas vyöhyke, jossa olevat ihmiset eivät ole yksilölle niin tärkeitä. Neljäs vyöhyke on nimeltään nimellinen vyöhyke sisältäen ne tutut ihmiset, joiden kanssa yksilöllä on hyvin vähän vuorovaikutusta. Viides vyöhyke eli laajennettu vyöhyke sisältää ne ihmiset, jotka ovat tuttuja tai toisten ihmisten kautta yksilöön yhteydessä olevia. (Seikkula 1991: 27.)

Sosiaalisen verkoston yhdeksi oleelliseksi alakäsitteeksi on muodostunut ydinverkosto. Se on oleellinen sairaalassa tehtävässä työssä siksi, että verkoston pienen koon vuoksi sen mukaan ottaminen hoito- ja kuntoutustyössä on realistista. Ydinverkosto kattaa pääasiassa viisi läheisintä ihmistä ja nämä ihmiset määrittyvät tapauskohtaisesti ja subjektiivisesti. Sairaalassa tehtävässä työssä potilas nähdään osana sosiaalista verkostoa. Sen olemassaoloa tarkastellaan sairaalan käytänteissä sosiaalisena yksikkönä, jossa ilmenevät yksilön sen hetkiset sosiaaliset suhteet. Sosiaalinen verkosto käsittää ne vuo-

rovaikutussuhteet, joiden kautta yksilö muodostaa ja ylläpitää sosiaalista identiteettiään. (Seikkula 1991: 27.)

3.3 Kriisiteoreettinen näkökulma

Erilaiset kriisit ovat osa ihmisen elämää. Kriisit jaotellaan kehityksellisiin ja traumaattisiin kriiseihin. Kehitykselliset kriisit ovat osa ihmisen normaalia elämäntilannetta, mutta nekin voivat aiheuttaa tilanteen, jossa yksilö ei koe hallitsevansa tilannetta. Ero traumaattiseen kriisiin on se, että traumaattinen kriisi tulee yleensä odottamatta ja vaikuttaa ihmisen normaaliin elämäntilanteeseen ratkaisevasti. Yksilön vakava sairastuminen voidaan nähdä koko perhettä koskevana traumaattisen kriisin laukaisevana tekijänä. (Vilén – Leppämäki – Ekström 2002: 175-176.) Potilaan lisäksi omaiset läpikäyvät läheisen ihmisen sairastumisen myötä kriisin eri vaiheita. Sairaus ja sen vaiheet voivat aiheuttaa ahdistusta ja huolta sairastuneen tai perheen tilanteeseen liittyen. Läheisen ihmisen sairastumisen nähdään vaikuttavan myös sosiaaliseen kanssakäymiseen, työhön, opiskeluun, tunteisiin ja asenteisiin. (Lehto 2004: 23-24.)

Traumaattisella kriisillä on eroteltavia vaiheita ihmisen yksilöllisestä kokemuksesta huolimatta. Näitä vaiheita ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämisen vaihe tai lukkiutuminen ja uudelleenorientoitumisvaihe. Sokkivaiheen oireita ovat muuttunut tietoisuuden tila, tunteettomuus, ruumiilliset reaktiot, epätarkoituksenmukaiset reaktiot ja puuttuva kyky tehdä päätöksiä. Sokkivaiheessa yksilölle ja yhteisölle on tärkeää tarjota hoivaa ja huolenpitoa, läheisyyttä ja kuulluksi tulemisen mahdollisuus. Lisäksi on hyvä varmistaa, että yksilön rutiininomaiset tehtävät tulevat tehdyiksi. (Vilén ym. 2002: 177.)

Reaktiovaiheen erityispiirteitä ovat mieleen tulevat muistot, kuvat, ajatukset ja aistimukset sekä voimakkaat tunteet kuten pelko, ahdistus, suru, syyllisyyden tunteet ja viha. Reaktiovaiheeseen liittyvät myös keskittymisvaikeudet, univaikeudet, ruumiilliset reaktiot ja puolustuskeinojen voimakas käyttö. Reaktiovaiheessa yksilölle ja yhteisölle on tärkeää tarjota kuulluksi tulemisen mahdollisuus, keskusteluapua, mahdollisuus tilanteen läpikäymiseen, mahdollisuus ilmaista tunteitaan ja tukea yksilöä ymmärtämään tapahtunutta. Tähän vaiheeseen kuuluu oleellisesti myös debriefing-tilaisuus, joka tulisi järjestää 1-3 vuorokauden kuluttua tapahtuneesta. (Vilén ym. 2002: 177.)

Työstämisvaiheen peruselementtejä ovat eteenpäin suuntautuminen, tapahtuneen jäsentyneempi hahmottaminen, reaktiovaiheen tunteiden heikkeneminen, arkeen ja elämään liittyvän kiinnostuksen vähittäinen herääminen, omien voimavarojen uudelleenlöytäminen sekä vastuunotto itsestä. Työstämisvaiheessa käytettäviä tukemisen muotoja ovat suremisen ja luopumisen, voimavarojen ja itsenäisyyden sekä itsensä ymmärtämisen tukeminen. Myös selviytymiskeinojen kartoittaminen sekä tulevaisuuden suunnittelu kuuluvat työstämisvaiheeseen. Reaktiovaihe ei kuitenkaan välttämättä etene työstämisvaiheeseen, vaan se voi johtaa myös lukkiutumisvaiheeseen. Tällöin yksilön todellisuus vääristyy pahoin eikä yksilö kykene työstämään kriisiään läpi. Viimeisenä kriisin vaiheena erotetaan uudelleenorientoitumisvaihe, jolloin yksilö on jossain määrin sopeutunut tilanteeseen ja oppinut itsestään. Tätä vaihetta kuvaillaan myös vahvuuden kokemisen tunteen heräämisellä. (Vilén ym. 2002: 177.)

4 Perheiden kanssa tehtävä työ

Tässä luvussa kuvailemme sitä, miten perheiden kanssa tehtävää työtä jäsennetään sosiaali- ja terveydenhuollossa. Perheiden kanssa tehtävä työ on monimuotoista ja siihen osallistuu usein moniammatillinen työryhmä. Perheiden kanssa tehtävästä työstä puhutaan kirjallisuudessa ja teorioissa muun muassa perhetyönä, perhehoitotyönä, perhekeskeisenä hoitotyönä ja perhesysteemisenä hoitotyönä.

Teoreettiset lähestymistapamme aiheeseen ovat sosiaalihuollon perhetyö, terveydenhuollon perhetyö ja psykoedukatiivinen perheohjaus. Sosiaalihuollon perhetyö toteutuu muun muassa suunnitelmallisina perhetapaamisina, keskusteluina yksittäisten perheenjäsenten kanssa, kotikäynteinä, erilaisina ryhmätoimintoina sekä perhekuntoutuksena. Terveystenhuollossa perhehoitotyöllä tarkoitetaan yksilön ja perheen sekä terveyden ja sairauden välisten yhteyksien huomioimista hoitosuunnitelmassa ja hoitoa analysoitaessa. Psykoedukatiivinen perheohjaus on menetelmä, jota käytetään sekä sosiaali- että terveydenhuollonalalla koko perheen tukemiseen perheenjäsenen sairastuessa.

Perheiden kanssa tehtävässä työssä on huomioitava sairauden vaiheittainen luonne sekä perhetyön joustavuus ja sopivuus perheen sen hetkiseen tilanteeseen. On tärkeää varmistaa, että perheenjäsenet saavat tukea itselleen, koska sairastuminen aiheuttaa muutoksen koko perhesysteemiin. Myös koko perheen koulutus-, kokemus- ja kulttuuri-taustan ymmärtäminen on oleellista perheiden kanssa tehtävässä työssä. Perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta tulisi parantaa ja perhettä tulisi kannustaa keskustelemaan sen hetkisestä tilanteesta realiteetit huomioiden. Asiakkaan äänen tulee tulla kuulluksi, mutta samalla työntekijän tulee säilyttää ammattimainen asennoituminen koko perheeseen. Esimerkkinä tästä Berg (2010) mainitsee pitkäaikaishoidon vastustamiseen liittyen tilanteen, jossa työntekijä normalisoi ajatuksen tilanteesta yhtenä hoitoprosessiin oleellisesti kuuluvana tilanteena. Kenen tahansa perheenjäsenen tulee myös saada keskustella ahdistuksesta perinnöllisyyteen tai perheeseen kohdistuvaan kriisiin ja stressiin liittyvistä asioista. (Berg 2010.)

4.1 Sosiaalihuollon perhetyö

Sosiaalihuoltolain mukaan sosiaalityö määritellään sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suorittamaksi ohjaukseksi, neuvonnaksi ja sosiaalisten ongelmien selvittämiseksi. Sosiaalityö sisältää myös muita tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilöiden ja perheen turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta. Sairaalaympäristössä perheiden kanssa tehtävää työtä ohjaavat muun muassa sosiaalihuoltolaki ja hallintolaki. (Sosiaalihuoltolaki 710/1982.)

Perhetyötä tehdessä tulee huomioida perheiden monimuotoisuus, koska perheiden ja yksittäisten perheenjäsenten näkemykset perheestä voivat vaihdella. Perhetyön voi näin ollen käsittää muunakin kuin lastensuojelun tukitoimena, joksi se usein mielletään. Jokainen yksilö kuuluu kuitenkin ydinperheeseen eli kahden sukupolven väliseen ketjuun henkilön iästä riippumatta. Asiakas- ja perhelähtöisyys ovat perheiden kanssa tehtävän työn lähtökohdat. Asiakslähtöisyys tarkoittaa asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden kuulemistä, joka välittyy perheenjäsenten kuulluksi tulemisella ja kunnioittamisella. Perheen omaa valinta- ja päätösvaltaa voidaan edesauttaa asiakslähtöisyyden periaatteella tukien samalla asiakkaan valtaistumista. Valtaistumisella tarkoitetaan perheenjäsenten kyvykkyyttä parantaa omaa elämäänsä ja ymmärtämään oma tilanteensa paremmin. Näin toimiessaan perhe voi tunnistaa mahdolliset ongelmansa ja voi olla entistä motivoituneempi muutokseen. Perhelähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että perhe nähdään oman tilanteensa ja arkensa asiantuntijana. Työntekijän tehtävä on toimia työprosessin asiantuntijana ja perheen kumppanina. Kumppanuus sisältää vastuun ja tiedon jakamisen sekä molemminpuolisen kunnioituksen. Perhelähtöinen periaate korostaa perheen ymmärtämistä kokonaisuutena. (Järvinen ym. 2007: 13, 18-27.)

Perhetyötä tehdään monissa työympäristöissä esimerkiksi sairaaloissa. Kohteena ovat perheet, joiden yksilölliset tuen ja avun tarpeet vaihtelevat. Työn kesto vaihtelee ja sen päätavoitteina ovat perheen itsenäinen selviytyminen arjessa, perheen hyvinvoinnin turvaaminen ja kyky hakeutua tarvittaessa palvelujen piiriin. Perhetyö toteutuu suunnitelmallisina perhetapaamisina, keskusteluina yksittäisten perheenjäsenten kanssa, kotikäynteinä, erilaisina ryhmätoimintoina ja perhekuntoutuksena. (Järvinen ym. 2007: 15-16.)

Perhetyön prosessi kulkee useiden vaiheiden kautta. Näitä vaiheita ovat aloitusvaihe, toteutusvaihe ja perhetyön päättäminen. Aloitusvaiheeseen kuuluu perhetyön tarpeen tai perhettä koskevan huolen ilmeneminen ja perheen kokonaisvaltaisen tilanteen arviointi. Perhetyön tarve tai perhettä koskeva huoli voi ilmetä jonkun perheenjäsenen toimesta tai perheen ulkopuolisen, kuitenkin perheen kanssa kontaktissa olevan henkilön toimesta. Toteutusvaiheessa toteutetaan perheen ja sosiaalityöntekijän yhdessä asettamia tavoitteita. Arviointia tulee suorittaa jatkuvasti koko perhetyön prosessin ajan. (Järvinen ym. 2007: 74-76.)

4.2 Terveydenhuollon perhetyö

Perhehoitotyöllä tarkoitetaan yksilön ja perheen sekä terveyden ja sairauden välisten yhteyksien huomioimista hoitosuunnitelmassa ja hoitoa analysoitaessa. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitotyössä selvitetään perheen toimivuuden ja terveyden tai sairauden välisiä suhteita. Työn tavoitteena on tukea perheen omia voimavaroja ja kykyä sopeutua erilaisiin muutoksiin. Lisäksi tavoitteena on tukea ja edistää perheen ja perheenjäsenten hyvinvointia ja terveyttä. (Hakulinen – Paunonen 1994: 59-60.) Perhehoitotyötä voidaan myös määritellä kolmella eri tavalla. Perhe voidaan nähdä asiakkaan taustatekijänä, jäsentensä summana sekä hoitotyön asiakkaana. Näitä kolmea lähestymistapaa on mahdollista käyttää samanaikaisesti tai eri aikoina. (Hakulinen – Koponen – Paunonen 1999: 27-30.)

Perhekeskeisyys on yleinen käsite erityisesti psykiatrian kirjallisuudessa. Perheellä nähdään olevan tärkeä tehtävä potilaan terveyden edistämässä. Hoidon keskiössä on yksilö perheen jäädessä taustalle. Perhe huomioidaan potilaan tilan arvioinnissa ja hoitosuunnitelmassa. (Hakulinen ym. 1999: 33.) Perhekeskeisyydellä tarkoitetaan hoitotyössä perheen pitämistä potilaan taustatekijänä ja ympäristönä. Perhekeskeisyys mainitaan yhtenä hoitotyön tavoitteena, mutta sen merkitys on jäänyt usein käytännössä vähäiseksi. (Paavilainen – Åstedt-Kurki 1999: 4.) Perhekeskeisyys hoitotyön ideologiana tarkoittaa sitä, että kaiken hoitamisen ydin on koko perheen terveyden edistäminen. Terveyden edistämisen tehtävään kuuluvat perheen arvokas ja kunnioittava kohtelu, oikean tiedon selvittäminen, kommunikointi ja yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa. Lisäksi siihen kuuluu perheen osallistumisen tukeminen perheen voimavarat huomioonottaen. (Lehto 2004: 18, 30.) Perhehoitotyö ja perhekeskeisyys ovat lähikäsitteitä,

mutta eivät synonyymejä. Perhekeskeisen hoitotyön keskeisiä tekijöitä ovat perheen vuorovaikutuksen ja dynamiikan huomioiminen. (Etzell ym. 1998: 85-86.)

Käsite perhesysteeminen hoitotyö korostaa perheen vuorovaikutusta ympäristönsä kanssa. Jokaisessa perheessä on oma kulttuurinsa, joka on vuorovaikutuksessa ympäröivän valtakulttuurinsa kanssa. Kun perhehoitotyön painopiste on joko yksilössä tai perheessä, niin perhesysteemisessä hoitotyössä painopiste nähdään olevan koko perheyksikössä. (Etzell ym. 1998: 86, 90.) Perhesysteemisen hoitotyön kiinnostuksen kohteena on samanaikaisesti sekä perhe että yksilö. Huomio kiinnitetään aina vuorovaikutukseen ja vastavuoroisuuteen perhesysteemissä. Perhesysteeminen hoitotyö ei ole varsinaista terapiaa, vaan sitä voidaan soveltaa hoitotyössä erilaisiin perheisiin. (Hakulinen ym. 1999: 34; Hakulinen – Paunonen 1994: 61.)

4.3 Psykoedukatiivinen perheohjaus

Bergin (2010) mukaan psykoedukatiivinen perheohjaus on luotu alun perin psyykkisistä sairauksista kärsivien perheiden auttamiseen. Ihminen ymmärretään kuitenkin fyysis-psykkis-sosiaalisena kokonaisuutena. Voidaan todeta, että ongelma millä tahansa yksilön osa-alueella vaikuttaa myös muihin osa-alueisiin eikä psykoedukatiivisen perheohjauksen käsittelemättä jättäminen tunnu tähän ajatteluun perustuen mielekkäältä. Psykoedukatiivinen perheohjaus on menetelmä, jota käytetään koko perheen tukemiseen perheenjäsenen sairastuessa. Psykoedukatiivinen perheohjaus perustuu useisiin kansainvälisiin tutkimuksiin. Tällaisia ovat muun muassa Kierkegaardin, Lefleyn, Eppic'n, Linehan'n sekä Prochskan ja DiClimentin eri vuosikymmeninä tekemät tutkimukset. Suomessa käytettävä psykoedukatiivinen perheohjausmalli on sovellutus kansainvälisistä psykoedukatiivisista perheohjausmalleista, kognitiivisesta terapiasta, narratiivisesta terapiasta ja reflektiivisistä toimintamalleista. (Berg 2010.)

Psykoedukatiivisen mallin lähtökohtia ovat ihmisen kohtaaminen subjektiivisesti, ennakkoluuloton asennoituminen sekä kärsivällisyyteen, kunnioitukseen ja tasa-arvoisuuteen pyrkiminen. Lähtökohtana on myös ymmärrys siitä, että perheen dynamiikka häiriintyy omaisen sairastuttua. Psykoedukatiivisen perheohjauksen periaatteena on tiedon jakaminen ja kaikkien perheenjäsenten huomioiminen. Tiedon jakamisen avulla nähdään saavutettavan kuntoutumisen edistymistä ja vahvistetaan perheen

stressiä vähentävien toimintakeinojen käyttöä. Perheenjäsenet huomioidaan sekä heidän oman hyvinvointinsa että heidän asiantuntijuutensa kautta. (Berg 2010.)

Psykoedukatiivinen perheohjaus ei korvaa muita hoitomuotoja, vaan sen katsotaan kuuluvat potilaan ja hänen perheenjäsentensä kokonaisuhoitoon. Perheohjauksen tavoitteena on lisätä potilaan ja hänen perheenjäsentensä ymmärrystä sairaudesta ja sen vaikutuksista. Lisäksi tavoitteena on tukea perheen jaksamista sekä kehittää perheen vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaitoja. Malli mahdollistaa perheen puheen avautumisen ja perheen yhteisen tarinan synnyn. Keskustelun lähtökohtana ovat perheen kokemukset ja niiden selittäminen. Tavoitteena on lisätä perheenjäsenten ymmärrystä muuttuneiden vuorovaikutustapojen taustoista perheenjäsenen sairastuessa. (Berg 2010.)

5 Ammatillisuus kuntoutustyössä

Tässä luvussa kuvailemme ammatillisuutta kuntoutustyössä. Se on taito, jossa jokainen työntekijä voi kehittyä. Ammatillisuuteen kuuluu muun muassa asiakkaan kohtaaminen oman elämänsä subjektina tämän yksilölliset tarpeet huomioiden. Ammatillisuus käsittää myös muun muassa vaikuttamisen, tiedon hankkimisen ja jakamisen sekä asioiden eteenpäin viemisen.

Lähestymme ammatillisuutta asiakaslähtöisyyden, yksilön tarpeiden huomioimisen, vuorovaikutuksellisen tukemisen, perhe- ja verkostokeskeisen sekä ratkaisu- ja voimavarakeskeisen työotteiden näkökulmasta. Näiden kaikkien lähestymistapojen keskeisimpänä tavoitteena voidaan nähdä asiakkaan auttaminen ratkaisemaan päivittäisen elämänsä ongelmia ja mahdollistamaan asiakkaassa voimaantumisen kokemus.

5.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyyden perustana on ajatus ammatillisesta vuorovaikutuksesta ja vuorovaikutustilanteisiin liittyvistä subjektiivisuuden kokemuksista. Tuen tarpeen myötä tavoitteet määritellään asiakaslähtöisesti ja niiden toteutumista tulee arvioida yhdessä asiakkaan kanssa. Erityisesti asiakkaalla, mutta myös omaisella, on paljon annettavaa osapuolten väliseen keskinäiseen vuorovaikutukseen. Tällä on vaikutuksensa asiakkaan voimaantumisen kokemukselle. Asiakastyössä tulee eteen myös tilanteita, joissa työntekijä joutuu toimimaan vastoin asiakkaan tahtoa. Kun työntekijä joutuu toimimaan vastoin potilaan tai omaisen tahtoa, ammattilaisen on tärkeää selvittää toimintansa perusteet asiakkaalle. (Vilén ym. 2002: 31-32; Rantanen – Heikkilä – Asikainen – Paavilainen – Åstedt-Kurki 2010: 142.)

Asiakaslähtöisyyden toteutumisessa erotetaan viisi erilaista tasoa, jotka määrittävät suhteessa työntekijän tapaan tehdä asiakastyötä. Ensimmäinen taso on asiantuntija-keskeinen asiakastyö, jossa työntekijän toimintaa ohjaavat tehokkuus ja rationaalisuus. Tässä orientaatiossa oletuksena on se, että työntekijä tietää oikean ratkaisun asiakkaan tilanteeseen. Tällä tasolla asiakkaan kuulluksi tuleminen periaate ei toteudu ja erityisesti asiakkaan tunteiden ja tuntemusten kuuleminen jää taka-alalle. Toinen taso on myötäilevä työote. Tässä oletuksena on se, että ammattilainen ei puutu havaitsemaansa

pahaan asiakkaan tilanteessa, vaan antaa sen jatkua. Kolmantena orientaationa on työote, jossa sillä hetkellä kaikkein heikoimmassa asemassa yksilö oleva saa ammattilaisen kaiken huomion. Tämän orientaation heikkoutena on se, että muu läheisverkosto jää huomioimatta. Neljäntenä orientaationa erotetaan ammattilaisen toiminta, jossa kaikki osapuolet saavat kyllä erillisiä palveluita, mutta kukaan ei hahmota perheenjäsenten saamien palvelujen kokonaisuutta. Viidenneksi orientaatioksi luokitellaan ammattilaisen toimintatapa, joka vaatii kaikkien osapuolten kokemaa turvallisuutta ja rohkeutta. Viides orientaatio on raskain potilaan ja omaisten kannalta, mutta se auttaa perhettä keskustelemaan kokonaistilanteesta avoimesti ja ketään syylistämättä. (Vilén ym. 2002: 38.)

5.2 Yksilön tarpeet

Yksilön eri elämänvaiheissa korostuvat erilaiset tarpeet. Tarpeet voivat näkyä muun muassa tunteina, ajatuksina tai käyttäytymisenä. Tunteet säätelevät yksilön ajatuksia ja toimintaa. Sen vuoksi niiden huomioiminen ihmisen elämäntilanteissa ja erityisesti muutokseen pyrkimisessä on tärkeää. Muutoksen aikaansaaminen esimerkiksi ihmisen elämäntavoissa tai asenteissa onnistuu harvoin vain tietoa jakamalla. Toisaalta tietoa jakamalla voidaan vaikuttaa myös yksilön tunteisiin. Erityisen tärkeäksi tunteiden merkitys nousee silloin, kun ihminen ajautuu omaa olemassaoloaan tai turvallisuuttaan uhkaavaan tilanteeseen. Myös sairastuneen luonnolliseen tukiverkoston kuuluvat ihmiset joutuvat usein koetukselle erityisesti sairauden pitkittyessä. Heille sairastuminen on myös kriisi ja kuormittava tekijä päivittäisessä elämässä. Sairastuneen itsensä lisäksi myös hänen sosiaalisen verkostonsa läheisimmät ihmiset tarvitsevat tukea. (Vilén ym. 2002: 42-43; Rantanen ym. 2010: 142.)

Tunteiden ja vuorovaikutuksen suhdetta korostavat sosioemotionaaliset tarpeet. Sosioemotionaalisia tarpeita ovat muun muassa toinen ihminen, läheisyyden kokeminen ja kuulluksi tuleminen. Näihin tarpeisiin luetaan kuuluvaksi myös turvallisuuden tunne, kunnioitetuksi tuleminen tunne, tilaisuus säilyttää kasvot, puskurointi ja taustatuki, tiedon ja todellisuuden tarkastelu, mahdollisuus olla hyödyllinen sekä usko ja toivo. (Vilén ym. 2002: 43-57; Rantanen ym. 2010: 143.)

5.3 Vuorovaikutuksellinen tukeminen

Perhettä voidaan tukea vuorovaikutuksilla menetelmillä. Vuorovaikutuksellisilla menetelmillä tarkoitetaan perheen ja työntekijöiden välisen vuorovaikutuksellisen yhteistyön ominaisuuksia. Tämä ei tarkoita vain työntekijän käyttämää tekniikkaa, vaan yhteistyön ulottuvuuksia. Vuorovaikutus syntyy ja kehittyy yksilöiden välisissä suhteissa. Kyseessä olevat menetelmät ovat ihmissuhteiden, niissä syntyvän yhteistyön ja ammatillisten toimintatapojen yhteistulosta. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 75.)

Keskustelulla asiakkaiden kielellä tarkoitetaan ammattilaisen käyttämien termien kääntämistä asiakkaan kielelle. Esimerkiksi toimintakyky on käännetty tarkoittamaan potilaan fyysistä, sosiaalista ja henkistä toimintakykyä. Ongelma-alueiden tunnistamisella tarkoitetaan aistitoimintoja, havaintokykyä, motorista ilmaisua, autonomisen hermoston toimintaa sekä henkisen suorituskyvyn ja käyttäytymisen muutoksia. Kuntoutukseen tarvittavien tietojen omaksumisella tarkoitetaan tietojen omaksumisen lisäksi oppimisen erilaisia tasoja. Puolestaan kuntouttajan hallitsemilla ohjaustyypeillä tarkoitetaan verbaalista ohjausta ja fyysistä ohjaamista. Verbaalinen ohjaus jaotellaan itsesäätelyn lisäämiseen ja verbaaliseen ilmaisuun liittyvien ohjaustilanteiden kysymyksiin. Fyysinen ohjaus on jaoteltu kahteen erilaiseen lähestymistapaan, joita ovat bobat- ja affolterbobat-tavat. (Forsbom ym. 2001: 57-71.)

Työntekijä voi omalla toiminnallaan myös vahingoittaa yhteistyösuhdetta ja siten vaikeuttaa perheen selviytymistä olemassa olevasta kriisistä. Toisaalta perhekin voi vaikeuttaa yhteistyötä. Työntekijän vastuulla on kuitenkin sekä tunnistaa että hallita omaa toimintaansa ja myös vastata rakentavasti perheen vuorovaikutukseen. Työntekijältä vaaditaan erityistä herkkyyttä tunnistaa perheenjäsenten sanalliset viestit. Työntekijän on syytä välttää henkilökohtaisia kannanottoja, sillä ne voivat pahimmassa tapauksessa entisestään vaikeuttaa perheen tilannetta. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 79-82.) Sosiaali- ja terveysalalla tehtävä työ on monitasoista ja kokonaisvaltaista työtä ja se vaatii tekijältään laaja-alaista osaamista. Työntekijän ammatillisuuteen vaikuttavat roolit ja persoonallisuus, tieto, taito, arkijärki ja tunneäly, empatia ja aitous, dialogin taito sekä intuitiivon merkitys. Työtä ohjaavat oman alan lait ja säädökset sekä ammattieettinen ymmärrys. (Vilén ym. 2002: 57-75; Rantanen ym. 2010: 143.)

Perheiden kanssa työskentelevät ammattilaiset saattavat myös kokea, että potilaan hoitoon liittyvät asiat ovat jääneet perheeltä ymmärtämättä. Asiat on käsitetty väärin tai perheenjäsenet voivat väittää, että he eivät ole saaneet lainkaan tietoa. Näin voi käydä siitä huolimatta, että työntekijä itse luulee selittäneensä asiat ymmärrettävästi. Vuorovaikutuksen inhimillisyys korostuu kuntoutustyössä. Se tukee kuntoutujan omaa aktiivisuutta, itsemääräämistä ja vastuunottoa kuntoutumisesta. (Forsbom ym. 2001: 13; Åstedt-Kurki ym. 2008: 90-91.)

Vuorovaikutuksellisesta ohjaamisesta käytetään sanaa counselling-tason työ, jotta se voidaan erotella ammatillisesta vuorovaikutuksellisesta tukemisesta psykoterapiassa. Psykososiaalisesta työstä puhuttaessa tarkoitetaan yksilön tai ryhmien psyykkisten ja sosiaalisten kysymysten äärellä tehtävää vuorovaikutukseen perustuvaa työtä. Tutkimusten mukaan ei-terapeuttiset kommunikaatiomenetelmät voivat vaikuttaa myös negatiivisesti asiakkaan terveyteen. Tällaisina tekijöinä pidetään perehtymättömyyttä asiakkaan asioihin, kuulematta ja kuuntelematta jättämistä, puutteellisten tai stereotyyppisten vastausten antamista, asiakkaan tulkintojen tulkitsematta jättämistä tai normien ja säädösten liian tarkkaa noudattamista. (Vilén ym. 2002: 18.)

Ammatillinen vuorovaikutus on taito, joka voi pitää sisällään useita työn kannalta oleellisia asioita. Näitä asioita ovat vaikuttaminen, jakaminen, tiedon hankkiminen ja asioiden eteenpäin vieminen. Ammatilliseen vuorovaikutukseen vaikuttavat viestimisen tavat eli eleet, ilmeet, sanat ja erilaiset toiminnat. Vuorovaikutuksellisen tukemisen tavoitteena on kuunnella ja tukea ihmisessä olemassa olevia voimavaroja. Tavoitteena on myös auttaa asiakasta ratkaisemaan päivittäisen elämänsä ongelmia ja synnyttää voimaantumisen kokemus. Yhdessä kokeminen ja kokemusten jakaminen on tärkeää. Englanninkielinen sana empowerment käännetään usein voimaantumiseksi tai perheestä puhuttaessa valtaistumiseksi. Voimaantuminen on sisäistä voimantunnetta, joka syntyy myös sosiaalisessa prosessissa. Tämä tarkoittaa sitä, että yksilön vuorovaikutus muiden kanssa on merkittävä voimaantumiseen vaikuttava tekijä. Työntekijä voi auttaa asiakasta voimaantumisprosessissa vastavuoroisen suhteen rakentamisen, tutkimisen, tarkentamisen ja toiminnan taidoilla. (Vilén ym. 2002: 11,21-27; Rantanen ym. 2010: 143.)

5.4 Perhe- ja verkostokeskeisyys

Perhekeskeinen toimintatapa tarkoittaa koko perheen huomioimista kaikessa kuntouttavassa toiminnassa. Perhe voidaan nähdä kokonaisvaltaisessa kuntouttavassa työssä kommunikaatio-, valta-, tunne-, talous-, toiminta- ja tukisysteeminä. Perhe- ja verkostokeskeisyys on menetelmä, jota toteutetaan kumppanuutena ja verkostotyönä eri toimijoiden kanssa. Vuonna 1991 Dunstin, Johanssonin, Trivetten ja Harveyn tekemän tutkimuksen pohjalta perheiden kanssa tehtävän työn kumppanuusmallissa (partnership) voidaan erottaa neljä eri interventiomallia. Nämä interventiomallit ovat asiantuntijakeskeinen paradigma, perheliittoutunut paradigma, perheeseen kohdistuva paradigma ja perhekeskeinen paradigma. (Vilén ym. 2002: 149-154.)

Verkostomallin mukainen interventio alkaa liikkeellelähdön vaiheella. Mallin vaiheina ovat verkostonäkökulman molemminpuolinen omaksuminen ja verkostoterapiamenetelmien omaksuminen. Malli sisältää struktuuri- ja prosessikokousten järjestämisen verkoston eli potilaan, omaisten ja tarvittavien ammatillisten tahojen kesken. Verkostokokousmalliksi on kehittynyt niin sanottu kehäkukkamalli, joka ohjaa kokouksen sisältöä ja kulkua sekä ennen kaikkea ottaa kokouksessa huomioon kaikki osapuolet. Verkostokokoukseen osallistuvat perhe ja tarvittavat työntekijät. Mallin vaiheita ovat huolikierron, ratkaisuehdotuskierron, perheen mielipiteen kuuleminen eri ratkaisuvaihtoehdoista, seurannasta sopiminen ja suunnitelman tarkennus. Huolikierron aikana kukin yksilö saa kertoa oman huolensa muutokseen liittyvän tekijän suhteen kuten kuntoutukseen tai kotiutumiseen liittyen. Kukin yksilön ilmaisema huoli käsitellään. Tämän jälkeen kukin saa kertoa oman ratkaisuehdotuksensa jokaisen ilmaisemalle huolelle. Sen jälkeen potilas ja perhe esittävät mielipiteensä ratkaisuehdotuksista. Tämän jälkeen tehdään tarvittavat toimenpiteet, sovitaan seurannasta sekä tarkennetaan ja muutetaan suunnitelmaa tarvittaessa. (Vilén ym. 2002: 159-160.)

5.5 Ratkaisu- ja voimavarakeskeisyys

Ratkaisu- ja voimavarakeskeisyyden taustalla on 12 tekijää, jotka konkretisoituvat asiakastyössä. Näitä ovat asiakasohjautuvuus, kunnioitus, luottamus asiakkaan voimavaroihin ja kykyihin sekä asiakkaan vastuuttaminen, tavoitteellisuus, toiveikkuuden ja myönteisen näkökulman etsiminen ja näkeminen, edistykseen ja onnistumisiin keskit-

tyminen sekä käytetty kieli. Ratkaisu- ja voimavarakeskeisyyttä kuvaavia tekijöitä ovat myös muutoksen ymmärtäminen, myönteinen palaute ja avoimuus vuorovaikutuksessa sekä työntekijän taito tunnistaa muutosta tuottavia voimia ja vahvistaa niitä. (Vilén ym. 2002: 125-135.)

Tavoitteiden asettelu on tärkeää ratkaisukeskeisessä perhetyössä. Se on asiakkaan ja työntekijän välinen yhteinen prosessi, jossa työntekijä esittää tarkentavia kysymyksiä. Niiden avulla asiakasta autetaan konkretisoimaan tarpeitaan. Tarkoituksena on suunnata asiakkaan ajatukset tulevaisuuteen tavoitteiden määrittämiseksi. Tavoitteiden tulee olla selkeitä, sillä ilman selvästi määriteltyjä tavoitteita työntekijän ja asiakkaan yhteistyötä sekä asiakkaan tilanteen kehittymistä on vaikeaa arvioida. Tavoitteet koostuvat kahdesta osatekijästä: siitä mihin niillä tähdätään sekä miten tavoitteet pyritään saavuttamaan. (Berg 1991: 37; Vilén ym. 2002: 135-136.)

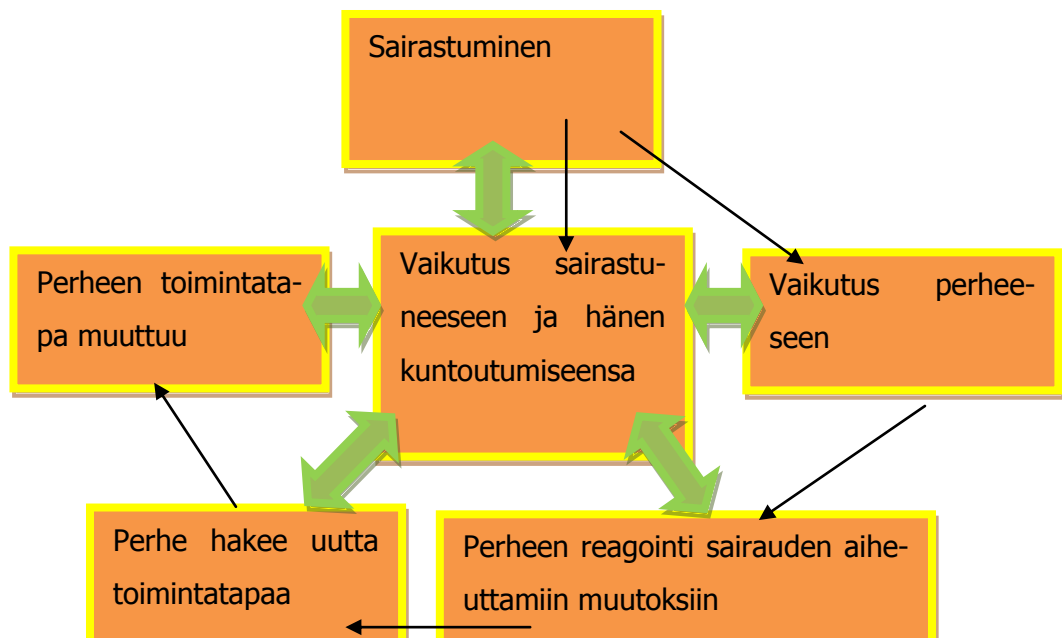
Tavoitteen tulee olla sellainen, että asiakas kokee sen mielekkääksi, tärkeäksi ja henkilökohtaiseksi, koska tällöin hän sitoutuu siihen. Työntekijän tulee pyrkiä olemaan samaa mieltä asiakkaan kanssa siitä, mitä asiakas haluaa muuttaa omassa tilanteessaan. Asiakkaalla ja työntekijöillä saattaa olla sama päämäärä, mutta erilainen näkökulma ja lähestymistapa aiheeseen. Tavoitteen tulee olla myös asiakkaan elämäntilanteen huomioonottava sekä sopusoinnussa arvojen ja kokonaistilanteen kanssa. Elämäntilannetta pohtiessa tulee kiinnittää huomiota muun muassa perheen taloudelliseen, sosiaaliseen ja psyykkiseen tilanteeseen. (Berg 1991: 38-39; Vilén 2002: 137.)

Ratkaisu- ja voimavarakeskeisyyden toteutumiseksi on laadittu kysymyssarja, joka on tarkoitettu konkreettisesti asiakastyöhön. Kysymystyylejä ovat ongelmia koskevat kysymykset, ennen tapaamista tai keskustelua tapahtuneita asioita koskevat kysymykset, poikkeuksia etsivät ja kartoittavat kysymykset, voimavaroja etsivät ja kartoittavat kysymykset, ansioita ja kiitosta koskevat kysymykset, hyötyjä koskevat kysymykset, as-teikkokysymykset, takaiskuista selviämiseen valmentavat kysymykset, selviytymiskysymykset ja työskentelyn lopettamiseen liittyvät kysymykset. (Vilén 2002: 138-144.)

6 Sairauden vaikutukset perhesysteemiin

Potilaan läheisten osallistuminen hoitoon on tunnustettu tärkeäksi ja tarpeelliseksi osatekijäksi sairaalassa toteutettavaan kuntoutukseen. Läheisten apu lisää potilaan kokemaa hyvää oloa. Toisaalta ihmisen sairastuessa hänen läheisiltään saama emotionaalinen tuki on tärkeää. Potilaat itse pitävät tärkeänä, että heidän läheisillään on tietoa itse sairauteen liittyvistä asioista. Lisäksi potilaat kokevat merkityksellisenä läheisiltään saamansa konkreettisen avun. Läheisten antama tuki potilaalle edellyttää useita eri asioita: ammattilaisten apua ja tukea, potilaan suostumuksen ja hänen kokonaisvaltaisen tilanteensa huomioimisen sekä potilaan läheisen oman halun ja mahdollisuuden käyttää omia voimavarojaan läheisensä tueksi. (Eriksson 1997: 35-45.)

Kuviossa 1 esitetään sairastumisen vaikutukset perhesysteemiin. Kuviolla kuvataan sairauden jatkuvia vaikutuksia perheeseen, perheen reaktioihin, toimintatapoihin sekä sairastuneeseen itseensä. Mustilla ohuilla nuolilla kuvataan sairauden suoria vaikutuksia sairastuneeseen yksilöön ja hänen perheeseensä. Vihreät nuolet kuvaavat sairauden alku-, hoito-, kuntoutus ja päätösvaiheen tilanteen jatkuvia vaikutuksia yksilöön ja hänen perheeseensä.



Kuvio 1. Sairauden vaikutus perhesysteemiin (Lehto 2004; Seikkula 1991 mukailten).

Yksilön kuntoutus edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Tämä tarkoittaa sitä, että koko työryhmä toimii potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi kukin omaa ammattitaitoaan hyödyntäen. Kuntoutus perustuu kuntoutussuunnitelmaan, joka laaditaan yhteistyössä potilaan, omaisten ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Omaisten ja läheisten rooli on merkittävä potilaan kuntoutusprosessin alusta lähtien. Jos potilas ei esimerkiksi kykene viestittämään tarpeitaan, voidaan omaisilta saada arvokasta tietoa siitä, millainen sairastunut henkilö on aikaisemmin ollut, mitä erityispiirteitä hänellä on ollut ja siitä, mitkä ovat olleet hänen kiinnostuksensa kohteensa. (Forsbom ym. 2001: 149-150.)

Perheen sisäisen vuorovaikutuksen ja kommunikaation muutos on mahdollinen vakavissa sairastapauksissa. Perheenjäsenten keskinäiset tunteenilmaisut vaihtelevat perheen yksilöllisten tapojen ja arvostusten mukaan. Jos perheessä on totuttu ilmaisemaan välittämistä konkreettisesti esimerkiksi halaamalla tai silittämällä, se tuntuu tarpeelliselta myös perheenjäsenen ollessa sairaalassa. Tällainen tunteidenilmaisu saattaa kuitenkin jäädä pois, kun perheenjäsen on sairaalahoidossa. Ympäristö voi luoda vieraantumisen tunnetta ja perhe voi kokea, että se ei voi olla luontevasti läheisessä yhteydessä keskenään. Joissakin sairaaloissa on niin sanottuja perhehuoneita, joissa potilailla on mahdollisuus yksityiseen kanssakäymiseen läheisten kanssa. (Lehto 2004: 16; Åstedt-Kurki – Paavilainen 1999: 325-326.)

Omaisten nähdään olevan potilaalle erityisen merkityksellisiä ja yhteys potilaan kuntoutumisen ja sosiaalisen verkoston välillä on nähty useissa tutkimuksissa. Perheenjäsenen vakava sairastuminen ja sairaalassaolo vaikuttavat koko perheeseen. Suuret elämänmuutokset vaativat perhesysteemin uudelleen organisoitumista sekä perheenjäsenten roolien ja asemien uudelleen rakentamista. (Verhaege – Defloor – Grypdonck 2004: 1006; Lehto 2004: 16.) Seikkulan (1991) mukaan ulkomailla perheiden kanssa tehtävää työtä on tutkittu muun muassa potilaan perheen tukisysteemiin hoitoon sitouttamisena. Mattes on tutkinut vuonna 1982 perheterapeuttisesta kriisi-interventiota Yhdysvalloissa ja perheen merkitystä osana potilaan yksilöllistä kuntoutumista ovat tutkineet McNeill, Stevenson ja Longabough vuonna 1980 sekä Hunter vuonna 1985. Tutkimusten mukaan potilaan perhe ei voi olla ulkopuolinen yksikkö, vaan perheen kanssa on pyrittävä muodostamaan erityinen yhteistyöallianssi. Vuonna 1987 Buchkremerin ja Lewandowskin tutkimuksessa löydettiin useita erilaisia perusteita sille, miksi potilaan

omaisten mukaan ottaminen potilaan hoitoon on erityisen tärkeää. Puolestaan Anderson, Hogarty ja Reiss näkevät potilaan perheen kanssa työskentelyn nelivaiheisena prosessina. Ensimmäinen vaihe on kytkeytyminen perheen kanssa. Toinen vaihe on survival skill -shop eli eräänlainen työskentely perheen puolustus- ja hallintakeinojen selvittämiseksi ja jakamiseksi. Kolmas vaihe ovat perheterapiaistunnot potilaan ja hänen perheensä kanssa. Neljäs vaihe on jatkoterapia tai suhteen lopettaminen. (Seikkula 1991: 25-26.)

Vuonna 1996 julkaistussa Lefleyn tutkimuksessa päädyttiin johtopäätökseen, että vakava sairaus voi aiheuttaa perhetaakan. Perheenjäsenen sairastuessa perhe toimii usein yksilön ensi- ja viimesijaisena auttajana ja hoitajana, epämuodollisena palveluohjaajana sekä kriisityön osaajana. (Berg 2010.) Perheen voimavarojen tukeminen on oleellista potilaan hoito- ja kuntoutustyössä. Potilasta ei voida irrottaa sosiaalisesta kontekstistaan sairaalassaolon aikana. Perheen ja hänen läheisverkostonsa merkitys on suuri potilaan kuntoutuksen kannalta. Perheen huomioiminen hoidossa on tärkeää, sillä yksilön ja perheen hyvinvointi ovat yhteydessä toisiinsa. (Rantanen ym. 2010: 142.) Myös Kaila toteaa vuonna 2009 tekemässään systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, että omaisten mukaan ottaminen kuntoutustyöhön on merkittävää yksilön hyvinvoinnin kannalta. Sairastuneen ja hänen omaisensa kannalta tarvitaan terveydenhoidollisten toimenpiteiden lisäksi psykososiaalista tukea ja ohjausta. Kailan tutkimuksen tarkoituksena oli muodostaa synteesi aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen läheisensä tukemisesta ja ohjauksesta kirjallisuuden perusteella. (Kaila 2009: 3, 10.)

Hoitotyössä keskeistä on koko perheen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Hoitotyöhön kuuluu perheiden arvokas kohtaaminen, oikean tiedon välittäminen perheelle, perheen kommunikoinnin merkityksen ymmärtäminen, yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa ja perheen voimavarojen huomioiminen. Lisäksi on tärkeää, että hoitajat kuuntelevat aktiivisesti perheenjäseniä ja ovat aidosti läsnä kaikissa keskustelutilanteissa. (Rantanen ym. 2010: 142-143.) Perheen voimavaroja ja niiden vahvistamista voidaan tukea ymmärtämällä potilaan ympäröivän yhteisön merkitys kuntoutustyöhön. Perheen voimavarojen tukemisen ja vahvistamisen tulisi kulkea perheen vahvuuksien tulkitsemisestä niiden tukemiseen. Perheen tukeminen perheenjäsenen sairastaessa on tärkeää perheen selviytymisen ja perheen voimavarojen kannalta. Perheen voimavaroja ja elämänhallintaa tukevassa hoitotyössä on tärkeää ottaa huomioon yksilön ja perheen ter-

veyteen liittyvät tekijät. Perheen tavalla olla vuorovaikutuksessa keskenään on merkitystä, kun selvitetään perheen voimavaroja. Perheen kykyä toimia sairauden kohdalla voidaan tarkastella perheen ominaisuuksien kautta. Tarkasteltavia ominaisuuksia ovat yksilöityminen, vastavuoroisuus, joustavuus, pysyvyys, roolijako ja kommunikaatio unohtamatta potilaan käsitystä perheen antamasta tuesta kuntoutuksen aikana. (Eriksson 1997: 35-45; Lehto 2004: 30-31.)

Suomessa on tehty 1990-luvulta alkaen paljon perheiden kanssa tehtävään työhön liittyvää tutkimusta kuten Perhehoitotyön kehittäminen yliopiston, ammattikorkeakoulujen ja terveydenhuolto-organisaatioiden yhteistyönä Seinäjoella, Porissa ja Tampereella (1999). Perhehoitotyötä käsitellään myös Seikkulan väitöskirjassa Perheen ja sairaalan rajajärjestelmä potilaan sosiaalisessa verkostossa. Perhekeskeistä hoitotyötä on lisäksi tutkittu Tampereen yliopistossa Päivi Åstedt-Kurjen ja muiden tutkijoiden toimesta. (Paavilainen ym. (toim.) 1999; Seikkula 1991.)

Verhaegen ym. (2004) mukaan kognitiivisen, emotionaalisen, kommunikatiivisen tai sosiaalisen toimintakyvyn muutoksiin johtaneen sairastuneen ihmisen omaisten kokemaan stressiin olisi saatava ammattiapua. Puolisot kokevat stressin voimakkaampana kuin muut perheenjäsenet. Tutkimusten mukaan potilaan toipuminen edistyy sitä paremmin, mitä paremmin omaiset ja perhe pystyvät käsittelemään ja selviytymään tilanteessa. Omaisilla on tilanteessa funktionaalisia ja ei-funktionaalisia selviytymiskeinoja ja selviytymiseen vaikuttavat sellaiset tekijät kuin sukupuoli, sosiaaliset verkostot ja ammatillinen tuki. (Verhaege ym. 2004: 1004–1012.)

Verhaegen kollegoineen tekemän laajan kirjallisuuskatsauksen perusteella ammattilaisilta saatu tuki vähentää omaisten stressiä ja voimaannuttaa omaisia selviytymään muuttuneessa tilanteessa. Heidän mukaansa erityisesti ammattilaisten ja omaisten välisiä konflikteja tulee välttää. Lisäksi he painottavat, että potilaan toipumisen ja kuntoutumisen edistämiseksi tulee käyttää kaikki mahdollisuudet kehittää malleja sellaiseen omaisten pitkäaikaiseen tukeen, joka vähentää taakkaa ja huolta. (Verhaege ym. 2004: 1004–1012; Kallanranta – Rissanen – Vilkkumaa (toim.) 2001: 449.)

Paula Lehto on vuonna 2004 julkaistussa väitöskirjassaan muodostanut teorian perheen osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Lehto on luonut käsitteet jat-

kuvan vertailun menetelmällä ja kuuden C:n menetelmällä. Perheen osallistumista kuvataan yläkategorioina, joita ovat saavutettu luottamus, yhdessäolon kokeminen, mukanaolon merkitys, jaettu vastuu ja kohdatuksi tuleminen. Saavutettu luottamus on puolestaan jaoteltu neljään kategoriaan, joita ovat kohtaaminen, hoitosuhde, viestiminen ja luottamus. Alakategorioita ovat potilaan, omaisten ja sairaanhoitajan tapaaminen, ensikontakti sekä potilaan, omaisen ja sairaanhoitajan välinen suhde. Alakategoriaan kuuluvat myös hoitosuhteen tärkeys ja ymmärrettävyys, puhutun kielen merkityksellisyys, kuulluksi tulemisen kokemukset, luottamuksellisen suhteen syntyminen ja ajan antaminen. (Lehto 2004: 56.)

Lehdon (2004) mukaan yhdessäolo toimintana on jaettu neljään kategoriaan, joita ovat sairaalakokemus, tuttuus, turvallisuus ja läsnäolo. Alakategorioita ovat ymmärrys kokemusten syntymisestä, saman tutun ihmisen kanssa toimiminen tutussa ympäristössä, turvallisuuden tunteen kokeminen, sairaalaan tulon kokemuksen helppous ja molemminpuolisten kokemusten jakaminen. Alakategoriaan kuuluvat myös yhdessä ja kanssakulkeminen, läsnäolo, toisen huomioonottaminen ja omaisten merkityksen ymmärtäminen. Mukanaolon merkitys käsittää toiminnan, tiedottamisen, vastuun ja yhteistoiminnan potilaan, omaisten ja työntekijöiden välillä. Alakategorioihin kuuluvat molemminpuolinen mukanaolo toiminnassa, toiminnan merkityksellisyyden tunnistaminen, pienten asioiden merkitysten tunnistaminen, ajan antamisen, ajan riittämättömyyden kokeminen ja ajan käsittäminen. Kohdatuksi tuleminen käsittää palautteen, välittämisen, kohtelun ja kunnioituksen. Sen alakategorioita ovat kannustaminen, kiittäminen ja rohkaiseminen, kysymysten esittämisen ja kysymyksiin vastaamisen molemminpuolinen mahdollistaminen, rehellisyys ja perheen ehdoilla eteneminen. Alakategorioita ovat myös omana itsenä oleminen, hienotunteisuuden säilyttäminen, toisen kunnioittaminen, kehon kunnioittaminen ja avoin ilmapiiri. (Lehto 2004: 56,68.)

Heli Potinkara on vuonna 2004 julkaistussa väitöskirjassaan esittänyt substantiivisen teorian kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Aihetta ei ollut aikaisemmin tutkittu Suomessa. Tutkimuksen tulosten mukaan potilaan läheisten ja työntekijöiden välinen yhteistyö on auttavaa kanssakäymistä. Auttava kanssakäyminen tarkoittaa työntekijän läsnäoloa ja potilaan läheiselle voiman antamista. Tutkimuksen mukaan myös potilaan läheinen tarvitsee apua. Pääasiallisesti läheinen tarvitsee psykososiaalista tukea selvitäkseen tilanteen aiheuttamasta ahdistuksesta ja

kyetäkseen tukemaan läheistään sairauden eri vaiheissa. Avun antamisella potilaan läheiselle tarkoitetaan keskustelemista, uskon vahvistamista ja lohduttamista. Potilaan läheinen on myös potilaan auttaja. Tällä tarkoitetaan läheisen läsnäoloa potilaan kanssa ja niitä konkreettisia arkipäivän toimintoja, joita hän tekee läheisensä hyväksi tämän ollessa sairaalassa. Läheinen on usein myös avainasemassa potilaan oikeuksien puolustajana ja tietojen antajana potilasta hoitaville henkilöille. (Potinkara 2004: 98-99.)

Potinkaran (2004) mukaan työntekijän ja potilaan läheisen keskustelun keskiössä ei aina tarvitse olla potilaaseen liittyvät asiat, vaan välillä keskustelu voi keskittyä esimerkiksi potilaan läheisen tunteisiin ja kokemuksiin. Hyvä vuorovaikutus potilaan ja hänen läheisensä välillä on tärkeää. Luottamuksellisesta suhdetta kuvaavat muun muassa seuraavat tekijät: läheinen luottaa työntekijän toimintaan, työntekijä osaa perustella toimintatapansa ammatillisesti ja työntekijän tahto tehdä työnsä mahdollisimman vilpittömästi. Työntekijöillä täytyy olla kyky kohdata potilas ja tämän läheinen aidosti ja avoimesti. Onnistunut yhteistyö työntekijän ja potilaan läheisen välillä tuottaa läheisessä luottamusta potilaan hoitoa ja hoitavia henkilöitä kohtaan. Kun läheinen voi luottaa työntekijään, hän myös uskoo läheisensä saavan mahdollisimman hyvää hoitoa. (Potinkara 2004: 74, 94.)

7 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää laatimamme mittarin avulla, miten Espoon sairaalan työntekijät mieltävät potilaan läheisen merkityksen hoito- ja kuntoutustyössä. Lisäksi tavoitteenamme on saada selville, miten perheiden kanssa tehtävää työtä toteutetaan Espoon sairaalan kuntoutusosastoilla. Keräsimme opinnäytetyöhömmme liittyvän aineiston teoriaan pohjautuvalla itse työstämällämme kyselylomakkeella (Liite 1), jonka jaoimme Espoon sairaalan neljän kuntoutusosaston työntekijöille.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

- Miten eri ammattilaiset työskentelevät potilaiden läheisten parissa perusterveydenhuollon sairaalan osastoilla toteutettavassa hoito- ja kuntoutustyössä?
- Mikä on potilaan läheisen rooli hoito- ja kuntoutustyössä sairaalan työntekijöiden näkökulmasta katsottuna?

8 Tutkimuksen toteuttaminen

Opinnäytetyömme oli alun perin tarkoitus toteuttaa laadullisena tutkimuksena käyttäen ryhmähaastatteluja aineistonkeruumenetelmänä. Teimme yhden ryhmähaastattelun ja totesimme, että menetelmän avulla saatu tieto ei lisää ymmärrystämme sairaalassa tehtävästä perhetyön kokonaisuudesta. Opinnäytetyömme prosessin aikana saimme sekä hoito- että sosiaalialan opinnäytetöiden ohjaajilta puoltavia kommentteja mittariston laatimiseen. Emme löytäneet opinnäytetyöhömmme liittyvään tutkimukseen soveltuvaa valmista mittaristoa, joten päädyimme luomaan mittariston itse.

Tutkimuksemme aikana myös kohderyhmä muuttui. Alkuperäisenä tarkoituksenamme oli kerätä aineisto ainoastaan Espoon sairaalan yhden kuntoutusosaston työntekijöiltä. Kyselylomakkeen laatimisen myötä tutkimuksemme kohderyhmäksi muodostui Espoon sairaalaan neljän kuntoutusosastojen työntekijät. Tutkimuksemme otos on 33 informanttia. Aineistonkeruun jälkeen syötimme saamamme aineiston aluksi sekä SPSS-ohjelmaan että Excel taulukkolaskentaohjelmaan. Valitsimme aineiston analyysimenetelmäksi pääkomponenttianalyysin tunnistuen aineistomme heikkouden vastaajien määrän ja tulosten yleistettävyyden suhteen. Pääkomponenttianalyysin käyttämistä sosiaalialan opinnäytetyöhön liittyvässä tutkimuksessa voidaan pitää myös eräänlaisena pilotina. Kyseistä analyysimenetelmää ei ole tietojemme mukaan aikaisemmin käytetty sosiaalialan opinnäytetöissä.

8.1 Mittarin rakentaminen

Mittarilla tarkoitetaan testipatteristoa eli esimerkiksi kyselylomaketta. Sen tarkoituksena on havainnoida ilmiötä mahdollisimman objektiivisesti ja monipuolisesti. Kaikissa tutkimuksissa on mahdollista käyttää valmista mittaria, jonka reliabiliteetti on jo varmistettu. Mikäli käytettävissä ei ole valmista omaan tutkimukseen soveltuvaa mittaria, voidaan tutkimusta varten laatia uusi mittari. Mittarin teko kulkee aina vaiheittain. Aluksi kootaan teoria, joka koskettaa tutkittavaa ilmiötä. Tämän jälkeen rakennetaan alustava mittaristo kootun teorian pohjalta. Seuraavaksi mittaristo on hyvä tarkastuttaa, jotta oleelliset ja epäoleelliset väittämät voidaan poistaa ennen varsinaisen mittariston rakentamista. Reliabiliteetin ja validiteetin kannalta pitkä mittari on parempi kuin lyhyt. (Metsämuuronen 2007: 57-58, 62.) Aluksi kirjoitimme teoreettisen osion, joka käsitte-

lee tutkimaamme aihetta eli perheiden kanssa tehtävää työtä monipuolisesti. Teoreettista osiotamme käsiteltiin sekä sosiaalialan koulutusohjelman suunnitteluseminaarissa, että sosiaali- ja hoitotyön suunnitteluseminaarissa. Tämän jälkeen loimme teoriaan perustuvia väittämiä, mutta emme etukäteen testanneet niiden ymmärrettävyyttä sosiaalialan ammattilaisilla. Rakensimme mittarin joulukuun 2010 ja tammikuun 2011 aikana. Laadimme kyselylomakkeemme väittämät siten, että niitä on tasapuolisesti kaikista käyttämistämme teorioista.

Kyselylomakkeemme koostuu VAS-asteikollisista ja Likert-asteikollisista väittämistä sekä kahdesta avoimesta väittämästä. VAS-asteikko on kehitetty mittaamaan erityisesti subjektiivisia asioita ja mielipiteitä. Yleisimmin VAS-asteikossa on käytössä kaksi vastausvaihtoehtoa: samaa mieltä ja eri mieltä. Likert-asteikolla ei ole olemassa absoluuttista nollakohtaa. Usein kyselytutkimukset, joissa mitataan vastaajan käsitystä väitteen sisällöstä, tehdään Likert-asteikolla. (Metsämuuronen 2007: 60-61.) Kyselylomakkeessamme on viisi VAS-asteikollista väittämää ja kaksi avointa väittämää. Likert-asteikollisia väittämiä on yhteensä 85 laskettaessa mukaan erilliset ala-väittämät. Kyselylomakkeestamme on alaväittämiä väittämien 70, 71 ja 87 kohdalla. Aineistomme Likert-asteikollisten väittämien kuvaajina ovat: aina, usein, joskus, harvoin, ei koskaan ja ei osaa sanoa. Numeroimme ne seuraavasti: 1=aina, 2=usein, 3=harvoin, 4=joskus, 5=eikoskaan ja 0=eikosa sano.

Lisäsimme kaikkien väittämien perään vaihtoehdoksi mahdollisuuden vastata ”en osaa sanoa”, jotta kyselylomakkeen vastaajan ei tarvitsisi ottaa kantaa sellaiseen aiheeseen, josta hänellä ei ole mitään käsitystä. Hyvin usein itse kyselylomakkeita täyttäneinä olemme joutuneet tilanteeseen, jossa täytyy pakolla olla jotain mieltä jostakin aihealueesta, vaikka ei tietäisi aiheesta yhtään mitään. Olemme sitä mieltä, että kaikissa kyselylomakkeissa pitäisi olla vastausvaihtoehtona ”en osaa sanoa”.

8.2 Aineistonkeruu

Keräsimme opinnäytetyömme aineiston kyselylomakkeilla joulukuussa 2010 ja tammikuussa 2011 Espoon sairaalan neljän kuntoutusosaston työntekijöiltä. Espoon sairaalan kuntoutusosastoilla työskentelee eri ammattialojen edustajia muun muassa sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, ravit-

semusterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä. Jokaisen osaston hoitotyöntekijöille jaoimme yhteensä 20 kyselylomaketta. Jaoimme terapeuteille yhteensä 17 kyselylomaketta. Sosiaalityöntekijöitä on yhteensä kaksi ja annoimme molemmille oman lomakkeen täytettäväksi. Täten 99:llä Espoon sairaalan neljän kuntoutusosaston työntekijällä oli mahdollisuus vastata kyselyymme.

Ennen kyselylomakkeiden jakamista keskustelimme jokaisen ammattiryhmän esimiehen kanssa opinnäytetyöhömmme liittyvästä tutkimuksesta. Esittelimme heille opinnäytetyömme tarkoituksen, tavoitteet ja siitä saatavan hyödyn Espoon sairaalan moniammatilliseen perheiden kanssa tehtävään työhön liittyen. Annoimme heille myös kopion tutkimusluvastamme. Sovimme esimiesten kanssa kyselylomakkeiden jakamisesta ja palauttamisesta. Jaoimme kyselylomakkeet tasapuolisesti eri osastoille. Jokaisella tutkimukseen osallistuvalla kuntoutusosastolla oli palautuslaatikko, johon jokainen vastaaja sai palauttaa kyselyn kenenkään huomaamatta. Näin varmistimme vastaajien anonymiteetin säilymisen.

8.3 Analyysimenetelmämme valinnan perustelut

Valitsimme aineistomme analyysimenetelmän eli pääkomponenttianalyysin useiden eri perusteiden pohjalta. Ensinnäkin olemme laatineet kyselylomakkeemme teoreettisista lähtökohdista käsin ja se on laaja-alainen. Toiseksi potilaan perheen ja läheisten mukaan ottamista sairaalassa tehtävään työhön ei ole aikaisemmin tutkittu Espoon sairaalan kuntoutusosastoilla. Kolmanneksi Liittyvä Voima -hankkeen toisen osaprojektin osatavoitteena on laatia omaisten sitouttamista edistävä toiminnallinen malli (Liittyvä Voima 2011).

Tunnistamme aineistomme rajoitukset. Periaatteessa näin pienelle otokselle ei tulisi suorittaa pääkomponenttianalyysia. Yleisenä vaatimuksena on, että tämän kaltainen analyysi suoritetaan vain sellaisille aineistoille, joissa tutkittavia on vähintään kaksi kertaa analysoitavia muuttujia enemmän. Tämä pätee useimmiten silloin, kun halutaan tehdä laajemmin yleistettäviä päätelmiä. Pääkomponenttianalyysi voidaan kuitenkin suorittaa myös pienemmille aineistoille. (Nummenmaa 2006: 342-343.) Opinnäytetyömme tavoitteena ei ole tuottaa yleistettävää tietoa potilaiden perheiden kanssa tehtävästä työstä sairaalassa, vaan havainnollistaa tämän hetkinen tilanne potilaiden perheiden kanssa tehtävästä työstä Espoon sairaalan neljällä kuntoutusosastolla. Opinnäy-

tetyöhömmä liittyvää tutkimusta voidaan pitää eräänlaisena pilottina. Se testaa myös laatimamme mittarin käytettävyyttä ja luotettavuutta. Mahdollisuutena on, että tulevaisuudessa laatimaamme kyselylomaketta käytettäisiin suuremmille aineistoille sellaisissa tutkimuksissa, jotka liittyvät perheiden kanssa tehtävään moniammatilliseen työhön sairaalaympäristöissä.

8.4 Pääkomponenttialyysi

Pääkomponenttialyysin tarkoituksena on muodostaa havaituista muuttujista toisiinsa riippumattomia lineaarikombinaatioita. Tämä tarkoittaa sitä, että pääkomponenttialyysin avulla pyritään tiivistämään muuttujia siten, että yhden muuttujan vaihtelu voitaisiin esittää toisten muuttujien avulla. Pääkomponenttialyysi pyrkii ryhmittelemään havaittuja muuttujia. (Nummenmaa 2006: 343-344.)

Pääkomponenttialyysille on asetettu teoreettisia edellytyksiä. Tutkittavia pitäisi olla vähintään kaksi kertaa enemmän kuin analysoitavia muuttujia. Tutkittavia pitäisi olla myös kaksikymmenkertainen määrä syntyneisiin komponentteihin verrattuna. Ekstraktoituvien komponenttien määrää on kuitenkin mahdotonta sanoa etukäteen, joten tämän säännön noudattaminen on hankalaa. Pääkomponenttialyysi voidaan suorittaa myös pienemmälle aineistolle. Tällöin edellytyksenä on, että aineisto on kerätty huolellisesti. Lisäksi edellytyksenä on tutkimuskysymyksen muotoilu siten, että siihen voidaan saada järkevä ratkaisu pääkomponenttialyysin avulla. Koska analyysi perustuu korrelaatioiden laskemiseen, muuttujien välisten yhteyksien tulee olla lineaarisia. Muuttujien tulisi olla myös normaalisti jakautuneita. Kuitenkin pääkomponenttialyysi voidaan suorittaa myös ilman, että normaalijakaumaoletus täyttyy. (Nummenmaa 2006: 342-343.) Perustelut pääkomponenttialyysille esitämme luvussa 8.3.

Pääkomponenttialyysin tekeminen jakautuu kuuteen vaiheeseen. Vaiheita ovat aineiston valmistelu, komponenttimallin suunnittelu, komponenttien ekstraktointi, rotaatio sekä mallin tulkinta ja mahdollinen muuttaminen. Aineisto tulee valmistella huolellisesti, koska pääkomponenttialyysi tekee tarkkoja oletuksia aineiston suhteen. Suunnitteluvaiheessa tehdään alustava suunnitelma siitä, miten analyysi toteutetaan ja montako komponenttia malliin pitäisi tulla. Analyysi voidaan suorittaa myös eksploratiivisesti ilman ennako-oletuksia. (Nummenmaa 2006: 343-344.)

Deletoimme pääkomponenttianalyysistä vastaukset, joissa informantti oli muunnellut väittämää esimerkiksi muutamalla väittämässä esitetyn "omainen"-sanan potilaaksi. Lisäksi deletoimme sellaiset vastaukset, joissa oli vastattu useampaan eri kohtaan saman väittämän kohdalla. Tämän kaltaisten vastausten kohdalla emme voi olla varmoja siitä, mitä vaihtoehtoa vastaaja oli tarkoittanut. Jouduimme poistamaan kokonaan yhden vastaajan lomakkeen, koska siinä oli jätetty vastaamatta kahden viimeisen sivun väittämiin. Väittämät 33 ja 86 deletoimme analyysivaiheessa, koska ne eivät olleet tutkimuksemme kannalta relevantteja. Ne olivat epäselviä niiden kirjallisen ilmaisen pohjalta, koska niiden sanavalinnat ja vastausvaihtoehdot olivat ristiriidassa keskenään. Deletoituihin väittämiin olisi ollut mahdotonta vastata annetuilla vaihtoehdoilla. Myös kommunaliteetteja tarkastellessa näiden väittämien arvot olivat liian pieniä eli alle 0,340, joten niillä ei ollut merkitystä syntyneen komponenttiratkaisun kannalta (Field 2009: 432).

Transformoimme väittämät 7, 9, 21, 25, 32, 58 ja 69 ennen analyysin suorittamista, koska ne sisälsivät käänteisiä väittämiä. Ennen analyysin suorittamista koodasimme 'ei osaa sanoa = 0' vastausvaihtoehdot puuttuviksi tiedoiksi. Lisäksi transformoimme käänteiset muuttujat siten, että niiden osoittamat arvot käännettiin ylösalaisin. Täten 1:stä tuli 5, 2:sta 4, 3:sta 3, 4:sta 2 ja 5:sta 1.

Ekstraktointivaiheessa pyritään määrittämään komponenttien lataukset muuttujille. Ekstraktointi tarkoittaa menettelyä, jolla määritetään malliin tulevat komponentit ja niiden yhteydet mallissa oleviin muuttujiin. Rotaatiovaiheessa analyysissa muodostunut komponenttiratkaisu muutetaan tulkinnallisesti mielekkäämpään muotoon. Rotaation tavoitteena on muuttaa komponenttiratkaisua siten, että yksittäisen muuttujan lataukset toiseen yksittäiseen muuttujaan pyritään minimoimaan. Rotaatiomenetelmät jaetaan kahteen luokkaan eli suorakulmainsiin (orthogonal) ja vinokulmainsiin (oblique). Rotaatityyppin valinta riippuu taustalla olevasta teoriasta. Rotaatiot eroavat toisistaan. Suorakulmainen rotaatio olettaa, että komponentit ovat toisistaan riippumattomia. Vinorotaatio puolestaan sallii komponenttien väliset yhteydet. (Nummenmaa 2006: 343-346.) Likert-asteikollisella menetelmällä keräämällemme aineistolle suoritimme pääkomponenttianalyysin käyttäen ekstraktointimenetelmänä suorakulmaista Varimax-rotaatiota.

Pääkomponenttianalyysi lähtee liikkeelle korrelaatiomatriisista. Pelkkien korrelaatiokerrointen laskeminen ja raportoiminen on kuitenkin melko alkeellinen ja epäinformatiivinen tapa tulkita aineistoa. Suorittamalla pääkomponenttianalyysin voidaan selvittää, kimpuuttuvatko korrelaatiokertoimet todella siten kuin teoria olettaa. (Nummenmaa 2006: 336-337.)

Alempaa korkeakoulututkintoa suorittavina ja monimuuttujamenetelmiä ensimmäistä kertaa käyttävinä, emme osanneet esittää mitään selkeästi merkittäviä hypoteeseja aineiston ja teorian suhteen. Varianssi kuvaa sitä, kuinka kaukana muuttujan arvot ovat sen odotusarvosta. Empiirisessä tutkimuksessa esitetään usein varianssin sijasta keskihajonta, koska varianssia laskettaessa havainnon ja keskiarvon erotus korotetaan toiseen potenssiin. Tämä vaikeuttaa hajonnan tulkitsemista, koska varianssin mittayksikkö on eri kuin alkuperäisen muuttujan. Tästä syystä varianssi esitetään usein keskihajonnan avulla. Keskihajonta voidaan laskea silloin, kun muuttujat on mitattu vähintään välimatka-asteikolla. (Nummenmaa 2006: 62.)

Pääkomponenttianalyysissa tarkastellaan useiden muuttujien samanaikaista yhteisvaihtelua. Analyysin tavoitteena on selvittää, miten muuttujien väliset korrelaatiot kimpuuntuvat. Pääkomponenttianalyysi selvittää muuttujat, joilla on keskenään samankaltaista vaihtelua ja muuttujat, jotka ovat toisistaan riippumattomia muuttujia. Analyysi yhdistää nämä muuttujat komponenteiksi. Pääkomponenttianalyysin lopputuloksesta käytetään nimitystä pääkomponenttiratkaisu. Ratkaisuksi voi tulla kolmenlaisia komponentteja: yleisiä komponentteja, ryhmäkomponentteja ja spesifejä komponentteja. Yleiset komponentit selittävät kaikkien ratkaisussa olevien muuttujien vaihtelua. Ryhmäkomponentit selittävät jonkin tietyn muuttujajoukon vaihtelua. Spesifit komponentit selittävät ainoastaan yhden muuttujan vaihtelua. Yhdessä komponenttiratkaisussa voi esiintyä kaikenlaisia komponentteja. (Nummenmaa 2006: 332-333, 337-338.)

Pääkomponenttianalyysi on tulkinnallisesti vaikea menetelmä. Tämä johtuu siitä, että mikä tahansa korrelaatiomatriisi voidaan kuvata äärettömän monen komponenttiratkaisun avulla. Saadulle komponenttiratkaisulle on kuitenkin olemassa neljänlaisia ehtoja:

1. Komponentin pitäisi selittää muuttujien yhteisvaihtelusta mahdollisimman paljon.
2. Komponentteja pitäisi olla mahdollisimman vähän.

3. Komponenttimalliin pitäisi tulla mahdollisimman paljon itseisarvoltaan pieniä ja suuria latauksia, kun taas keskinkertaisia latauksia tulisi olla mahdollisimman vähän.
4. Syntyneille komponenteille tulisi löytää sisällöllisesti mielekäs tulkinta. (Nummenmaa 2006: 342.)

9 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimukseen liittyy eettisiä ja luotettavuuden kannalta oleellisia kysymyksiä, jotka on otettava huomioon jo ennen tutkimuksen aloittamista. Myös tutkimusprosessin aikana erilaisten eettisten periaatteiden ja luotettavuuden kannalta esiin nousevat asiat on huomioitava tutkimuksen kaikissa vaiheissa.

Eettisten periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan työskentely on jokaisen tutkimusta tekevän yksilön omalla vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Suomessa on erillisiä julkisia elimiä, joiden tehtävänä on ohjata ja valvoa erilaisten tutkimushankkeiden eettisyyttä. (ETENE 2001; Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 23.) Liittyvä Voima-hankkeessa noudatetaan yleisiä terveydenhuollon Eettisen neuvottelukunnan tutkimuseettisiä ohjeita sekä hyvän tieteellisen toiminnan periaatteita. Hankkeeseen on saatu tutkimuslupa Espoon kaupungilta ja lisäksi eettinen lupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin koordinoivalta eettiseltä toimikunnalta. Tutkielmamme puitteissa haimme ja saimme tutkimusluvan opinnäytetyötämme varten Espoon Sosiaali- ja Terveystoimen esikunnalta.

Kokosimme opinnäytetyömme teoreettisen viitekehyksen moniammatillista työtä kunnioittaen. Valitsimme kaikki teoreettiset käsitteet ja niiden kuvaamisen tiedostaen sen, että opinnäytetyömme tavoitteena on moniammatillinen näkökulma moniammatilliseen perheiden kanssa työskentelyyn sairaalassa. Lisäksi valitsimme teoreettisen viitekehyksen sen pohjalta, että se on tieteellisesti ja yleisesti hyväksyttyä. Emme poissulkeneet mitään mahdollisuuksia matkan varrella kirjallisuuden suhteen.

Laatimamme kyselylomakkeen avulla on tarkoitus mitata sitä, miten potilaan läheisten ja perheen kanssa tehdään työtä perusterveydenhuollon sairaalaympäristössä ja miten potilaan läheinen ymmärretään osana potilaan moniammatillista hoito- ja kuntoutustyötä. Saimme kyselylomaketta laatiessamme kommentteja opinnäytetyömme ohjaajalta ja muokkasimme kyselylomakkeemme väittämiä niiden pohjalta. Opinnäytetyöhömmme liittyvässä tutkimuksessa tiedonhankintamenetelmänä käyttämämme mittariston eli kyselylomakkeen loimme täysin teoreettisen kirjallisuuden pohjalta ilman ennakkoletuksia. Kerroimme opinnäytetyömme tutkimusprosessiin osallistuneille, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja he saivat täyttää kyselylomakkeen nimet-

töminä. Täten pystyimme säilyttämään tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetin. Opinnäytetyömme tutkimus toteutettiin Espoon sairaalan neljällä kuntoutusosastolla. Kyselylomake sopii mielestämme hyvin opinnäytetyömme tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi. Olisi ollut lähes mahdotonta haastatella näin suurta tutkimusjoukkoa. Oletuksenamme oli, että tutkimukseemme osallistuu 99 työntekijää.

Tutkimuksen luotettavuudessa on kysymys siitä, kuvaako se tutkimuskohdetta sellaisena kuin se todellisuudessa näyttäytyy (Eskola – Suoranta 1998: 213). Luotettavuuteen vaikuttavat ulkoinen ja sisäinen validius, sisäinen reliabiliteetti sekä mittarin ja mittaus tilanteen luotettavuus. Luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä esiintyy tutkimuksen kaikissa vaiheissa eli tutkimusta suunnitellessa, mittariston laadinnassa, aineiston keruussa, analyysissä, tuloksia esittäessä ja johtopäätöksiä tehdessä. (Nummenmaa 2006: 29-32.) Validiteetin keskeinen sisältö on siinä, mittaako mittari sitä, mitä sen halutaan mittaavan (Metsämuuronen 2007: 64). Usein yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisten aiheiden tutkimuksissa mitattavat käsitteet ovat varsin abstrakteja. Käsitteiden määrittelyä ja mittariston luomista kutsutaan operationalisoinniksi. (Mittarin luotettavuus 2008.) Opinnäytetyömme operationalisointi epäonnistui osittain. Laadimme mittariston täysin teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Erilaiset käsitykset asioita ovat kuitenkin sosiaali- ja terveysalalla ja ylipäätään informantin kohdalla hyvin subjektiivisia. Pyrimme mahdollisimman laaja-alaiseen arviointiin jo kyselylomaketta laatiessamme. Emme kuitenkaan päässeet varsinaisesti testaamaan mittaria ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista Espoon sairaalan neljällä kuntoutusosastolla.

Reliabiliteetin käsite suomennetaan usein sanoilla luotettavuus, käyttövarmuus ja toimintavarmuus. Laadullisessa tutkimuksessa sillä tarkoitetaan mittariston johdonmukaisuutta eli sitä, mittaako mittari sitä, mitä sen on tarkoitettukin mittaavan. Tutkimuksen reliabiliteetin käsite viittaa tutkimuksen toistettavuuteen. Reliabiliteetti sisältää kaksi osatekijää eli stabiliteetin ja konsistenssin. Stabiliteetissa on kysymys mittarin pysyvyydestä ajassa. Epästabiliin mittariin vaikuttavat olosuhteet ja vastaajasta aiheutuvat satunnaisvirheet, kuten mieliala.

Mittarin konsistenssilla tarkoitetaan mittarin yhteneväisyyttä. Tämän toteamiseen käytetään usein Cronbachin alfakerrointa. Kerroin perustuu väittämien välisiin korrelaatioihin. On kuitenkin huomioitava, että on mahdollista luoda mittari, joka sisältää täysin eri

asioita mittaavia, mutta keskenään voimakkaasti korreloivia muuttujia. Sama ilmiö voi toteutua myös toisinpäin. (Metsämuuronen 2007: 64; Mittarin luotettavuus 2008.) Huomioimme pääkomponenttianalyysissa vain yli 0,5 latautuneet muuttujat. Yleisenä raja-arvona pidetään 0,32:a (Tabachnick – Fidell 2007: 649). Mittariston konsistenssia mitataan usein esimerkiksi Cronbachin alfan avulla. Cronbachin alfa (α) on tunnusluku, joka mittaa mittarin yhteneväisyyttä eli konsistenssia. Mitä suurempi alfan arvo on, sitä yhtenevämpi mittariston katsotaan olevan. Käytännössä on suositeltavaa tarkastella erilaisia muuttujakombinaatioita ja verrata niillä saatuja alfan arvoja. (Mittarin luotettavuus 2008.) Laskimme syntyneiden komponenttien reliabiliteettiestimaatit komponenttikohtaisesti. Analyysiin mukaan ottamiemme muuttujien Cronbachin alfat vaihtelivat 0,775: n ja 0,909:n välillä. Tämä kertoo syntyneiden komponenttien sisäisestä yhteneväisyydestä. Luotettavuustarkastelu on kuvattu tarkemmin opinnäytetyömme liitteessä (Liite 2).

Tutkimuksemme luotettavuuteen vaikuttaa otoksen koko ($n=33$), joka jäi pieneksi. Tutkimuksemme luotettavuuteen vaikuttaa myös laatimamme kyselylomake, joka on paikoitellen monitulkintainen. Jälkikäteen tarkasteltuna lomake olisi kannattanut rakentaa erikseen minä-muotoisista ja osasto-muotoisista väittämistä. Myös avoimiin väittämiin olisi kannattanut laittaa esibriefaus, mahdollinen esimerkki aiheeseen liittyen. Myös kyselylomakkeemme pituus saattoi vaikuttaa siihen, että kaikki halukkaat eivät jaksaneet täyttää lomaketta ja jättivät siksi vastaamatta kyselyymme. Tämä ei varmasti ole ainut syy tutkimuksemme pieneen otokseen. Muita syitä voivat olla esimerkiksi työntekijöiden ajanpuute tai yleinen mielenkiinnottomuus vastata kyselyihin.

Valitsimme pääkomponenttianalyysimenetelmän keräämämme aineiston analyysimenetelmäksi useiden Metropolia Ammattikorkeakoulun opettajien kanssa käytyjen keskustelujen perusteella. Se herätti itsessämme ja keskusteluihin osallistuneissa paljon mielihiteitä ja kysymyksiä. Koska opinnäytetyöhömmme liittyvästä tutkimuksesta saatuja tuloksia ei ollut alun alkaenkaan tarkoitus yleistää, voimme sanoa analyysimenetelmän soveltuvan tutkimukseemme. Suoritimme tutkimuksemme analyysin ohjelmalla, joka laskee kaikki arvot tarkasti. Tätä ennen paneuduimme teoriaan, joka käsitteli aineiston valmistelua, analyysin suorittamista ja tulosten esittämistä. Suoritimme kaikki analyysiin liittyvät vaiheet huomioiden niihin liittyvät tekijät. Raportoimme tulokset siten, että ketään yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa. Emme myöskään maininneet työnimik-

keitä. Työnimikkeiden mainitseminen olisi saattanut johtaa siihen, että eri ammattiryhmin edustajat olisivat tulleet henkilöidyiksi. Tämä olisi voinut johtaa myös siihen, että kyselyyn vastaajat eivät olisi uskaltaneet vastata kyselyymme rehellisesti.

10 Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset

Jaoimme laatimamme kyselylomakkeen 99 työntekijälle. Tutkimusosiomme otoskoko on 33 ja vastausprosentti on näin ollen 33. Keräämässämme aineistossa on mukana sekä VAS-asteikollisia ja Likert-asteikollisia tuloksia sekä avoimien väittämien tuloksia. Esitämme VAS-asteikollisten ja avoimien väittämien tulokset ja johtopäätökset lyhyesti, sillä niiden avulla ei tuotettu uutta tietoa perheiden kanssa tehtävästä työstä sairaalassa.

Keskitymme tuloksissa ja johtopäätöksissä esittämään vastauksia tutkimuskysymyksiimme ja erityisesti siihen, mitä kehitettävää on Espoon sairaalan työntekijöiden tavassa työskennellä potilaiden perheiden kanssa. Tutkimuskysymyksemme ovat: Miten eri ammattilaiset työskentelevät potilaiden läheisten parissa perusterveydenhuollon sairaalan osastoilla toteutettavassa hoito- ja kuntoutustyössä? Mikä on potilaan läheisen rooli hoito- ja kuntoutustyössä sairaalan työntekijöiden näkökulmasta katsottuna? Syntyneitä komponenttiratkaisua arvioimme teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Tarkastelemme myös sitä, mitä uutta tietoa syntynyt rakenne tuo tutkimaamme ilmiöön.

10.1 Pääkomponenttien avulla vastaukset tutkimuskysymyksiimme

Pääkomponenttianalyysi muodosti aluksi 25 komponenttia. Näiden komponenttien analysointi olisi vastannut hajanaisesti tutkimuskysymyksiimme. Tämän jälkeen vähensimme muodostettavien komponenttien määrää osittain kokeellisesti, jotta pääsisimme tutkielmamme kannalta soveltuvampaan komponenttiratkaisuun. Viiden komponentin ratkaisun osoittautuessa kuvaamaan mahdollisimman montaa muuttujaa, testasimme myös kahden, kolmen ja neljän komponentin muodostumia. Analyysimme tuli mukaan 56 väittämää niiden selitysarvojen ollessa pienempiä kuin -0,500 tai suurempia kuin 0,500 (Tabachnic – Fidell 2007: 649). Syntyneet komponentit selittävät 45,1 % muuttujien havaitusta yhteisvaihtelusta. Lopuksi muodostimme rotatoidun latausrakenteen avulla viisi komponenttia ja nimesimme ne seuraavasti:

1. Läheisen huomioiminen resurssina potilaan kuntoutuksessa (selitysosuus 15,1 %)
2. Omaisen yksilönä sairaalassa (selitysosuus 8,7 %)
3. Potilaiden läheisten saama tuki (selitysosuus 6,5 %)
4. Asiantuntijuus potilaan läheisten kanssa tehtävässä työssä (selitysosuus 5,9 %)
5. Potilaiden omaisten huomioiminen (selitysosuus 5,3 %)

Syntynyt komponenttiratkaisu, muuttujien lataukset ja kommunaliteetit sekä komponenttiratkaisun sisäiseen yhteneväisyyteen liittyvä luotettavuustarkastelu on esitetty liitteessä (Liite 2). Tulosten tulkinnessa ja luotettavuustarkastellussa mukana olevat vähintään 0,5 latautuneet muuttujat on lihavoitu liitteenä olevassa taulukossa (Liite 2).

10.1.1 Läheisen huomioiminen resurssina potilaan kuntoutuksessa

Omaisen huomioiminen resurssina potilaan kuntoutuksessa koostuu muun muassa sosiaalisen verkoston rakenteen ja merkityksen ymmärtämisestä, työntekijöiden ja omaisten välisistä vuorovaikutuksellisista ominaisuuksista sekä ammatillisuudesta. Teoreettisesti perheen on nähty usein jäävän ulkopuolisen asemaan hoito- ja kuntoutustyössä. Tutkimuksemme tulosten perusteella yksilön kokonaisvaltaisuus on yksi tärkeimmistä tekijöistä kuntoutuksessa. Omaisen ymmärtäminen positiivisena tekijänä potilaan kuntoutuksessa on tärkeää. Sosiaalisen verkoston rakenteen ja sen merkityksen ymmärtämisen kannalta esiin nousee perheen keskinäisen kommunikaation huomioiminen kuntoutustyössä. Omaisen ja potilas keskustelevat työntekijöiden havaintojen perusteella kuntoutuksesta keskenään. Työntekijät kokevat pääasiallisesti tärkeänä, että omaiselle annetaan riittävästi tietoa potilaan tilanteesta. Omaiselle annettava tiedollinen tuki on myös tärkeää omaisen resurssina huomioimisen kannalta. Lisäksi potilaan sosiaaliseen verkostoon tutustuminen on oleellista kuntoutustyössä. Toisaalta perehtymättömyyttä asiakkaan kokonaisvaltaiseen tilanteeseen pidetään epäammattillisena tekijänä, koska se antaa potilaalle ja hänen läheisilleen välinpitämättömän käsityksen työntekijän suhtautumisesta potilaan ja perheen tilanteeseen. Vuorovaikutuksellisista ominaisuuksista kuulluksi tuleminen mahdollisuus sekä omaiselle annettava tiedollinen tuki nousivat tärkeiksi tekijöiksi omaisen roolia tarkastellessa. Myös perheen kannustaminen sairauden aikana on työntekijöiden vastausten perusteella tärkeää. Ammatillisuuden osalta moniammatillisuus havaitaan hyväksi tekijäksi sitouttaessa omaista poti-

laan hoitoon. Tämän vuoksi omaisen kertomat asiat potilaasta ja perheen tilanteesta jaetaan usein moniammatillisesti.

Seuraavassa taulukossa esitämme komponentille 1 latautuneiden muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat. Komponentille latautuneiden muuttujien tuloksia tarkastelemme lähemmin taulukon jälkeisissä kappaleissa.

Taulukko 1. Komponentille 1 latautuneiden muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat

Muuttuja	Keskiarvo	Keskihajonta
8. Perheen keskinäinen kommunikaatio on huomioitu työssä	2,1333	,81931
12. Omaiselle tarjotaan kuulluksi tulemisen mahdollisuus	1,4333	,67891
19. Omaiselle kerrotaan taudinkuvasta	1,6333	,71840
28. Perehdyn ennen asiakaskohtaamista asiakkaan ja perheen tilanteeseen	2,1613	1,15749
38. Pysin sitouttamaan perheen potilaan hoitoon	1,9032	1,07563
49. Vien omaisen asian tarvittaessa tavoitekokoukseen	1,4000	,93218
69. En aseta ennakkoluuloja erilaisille perheille	3,8519	1,13353
74. Autan perhettä näkemään sairaudesta aiheutuvien muutosten seuraukset	1,8710	,80589
76. Kannustan perhettä keskustelemaan perheen hetkisestä tilanteesta	2,1290	,88476
77. Kannustan perhettä keskustelemaan tilanteen tuomista negatiivisista seurauksista	2,4138	,98261
80. Pohdin asiakastilanteissa erilaisia tapoja sanoa jokin asia	2,0645	,81386
87a. Huomioin perheiden kanssa tehtävässä työssä psyykkiset tarpeet	1,9259	,61556
87b. Huomioin perheiden kanssa tehtävässä työssä sosiaaliset tarpeet	1,8966	,61788
87c. Huomioin perheiden kanssa tehtävässä työssä henkiset tarpeet	2,0000	,76980
87e. Huomioin perheiden kanssa tehtävässä työssä suhteiden luomisen tarpeet	2,3226	,97936

Tulosten perusteella 63,6 % informanteista on sitä mieltä, että perheen keskinäinen kommunikaatio huomioidaan työssä usein. Teorian mukaan yksilön sairastuessa ja joutuessa sairaalahoitoon omaiset, läheiset ja perheenjäsenet joutuvat usein ulkopuolisen asemaan. Sairaalan työntekijät voivat helpottaa omaisten tilannetta ottamalla heidät mukaan potilaan hoitoon, jos potilas ja omainen niin toivovat. Lisäksi työntekijät voivat osoittaa omaisille huomaavaisuutta esimerkiksi keskustelemalla heidän kanssaan joka-päiväisistä asioista. Omaiset odottavat sairaalan hoitohenkilökunnalta emotionaalista ja tiedollista tukea. Mäkisen (2002) mukaan omaisten ja sairaalan henkilökunnan välinen vuorovaikutus on usein liian vähäistä. Sairaalan henkilökunnan koulutuksissa tulisi painottaa potilaan perheen ja omaisten huomioon ottamista ja heidän kanssaan kommunikointia. (Mäkinen 2002: 28-30, 59, 111; Potinkara 2004: 74, 94.)

Informanteista 57,6 % on sitä mieltä, että omaiselle tarjotaan kuulluksi tulemisen mahdollisuus aina. Puolestaan 30,3 % mielestä omaiselle tarjotaan kuulluksi tulemisen mahdollisuutta usein. 39,4 % informanteista pyrkii aina sitouttamaan perheen potilaan hoitoon. Yhtä moni pyrkii usein sitouttamaan perheen potilaan hoitoon. Yhteensä 15,1 % informanteista pyrkii sitouttamaan perheen potilaan hoitoon harvoin, joskus tai ei koskaan. Muun muassa Bergin (2010) mukaan potilaan omaisten ja perheenjäsenten kuuleminen ja kuunteleminen on erittäin tärkeää. Potilaan omaisen sitouttamista hoitoon pidetään tärkeänä tekijänä potilaan kuntoutustyössä. Omaisen sitouttaminen on kiinni myös siitä, miten asiakas itse hyväksyy omaisen sitouttamisen ja miten paljon omainen on ollut mukana potilaan elämään liittyvissä asioissa ennen sairaalakuntoutusta. (Berg 2010.)

45,5 % informanteista perehtyy usein asiakkaan ja perheen tilanteeseen ennen asiakaskohtaamista. 27,3 % informanteista perehtyy aina asiakkaan ja perheen tilanteeseen ennen asiakaskohtaamista. Loput informanteista eli 21,3 % perehtyy asiakkaan ja perheen tilanteeseen harvoin, joskus tai ei koskaan. Opinnäytetyömme teoreettinen osuus osoittaa, että on tärkeää huomioida potilaan lisäksi myös hänen perheensä, jotta potilasta voitaisiin hoitaa mahdollisimman hyvin. Tämä tarkoittaa sitä, että tutustutaan potilaaseen ja tämän perhetilanteeseen. Lisäksi on hyvä perehtyä siihen, millaisesta ympäristöstä potilas tulee. Tämä näkökulma on tärkeä huomioida sen vuoksi, että yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa yleensä koko perheen terveyteen ja sen arkielämän sujuvuuteen. (Åstedt-Kurki – Paavilainen 1999: 320-321.)

6,1 % informanteista ei koskaan aseta ennakkoluuloja erilaisille perheille. Kuitenkin 48,5 % informanteista asettaa usein ja 24,2 % asettaa aina ennakkoluuloja erilaisille perheille. Teoreettisesta näkökulmasta katsottuna perhe voi nykyään muodostua ydinperheen, avioliiton tai rekisteröidyn parisuhteen lisäksi myös muilla tavoin. Perhe voi koostua esimerkiksi yksin asuvasta ihmisestä, joka itse kokee muualla asuvat läheiset ihmiset osaksi perhettään. Perinteinen perheyhteisö on vähitellen hajonnut vähemmän sitoviksi sosiaalisiksi suhteiksi ja korvautunut osittain erilaisilla sosiaalisilla verkostoilla. Perheen käsite on yksilöllinen ja tunnepitoinen asia ja jokaisella on käsityksensä omasta perheestään. On tärkeää, että jokainen perheenjäsen määrittelee itse perheeseensä kuuluvat jäsenet. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset kohtaavat työssään erilaisia perheitä ja jokainen perhe tulisi hyväksyä sellaisena kuin se on. (Marin 1999: 52-54; Åstedt-Kurki ym. 2008: 12-13.)

Informanteista suurin osa eli 81,8 % auttaa aina tai usein potilaan perhettä näkemään sairauden aiheuttamat muutokset. Teorian mukaan yksilön sairaudella on aina vaikutuksensa potilaan perheen tilanteeseen. Sairauden vaikutusten kertominen omaisille voi olla usein hankalaa. Sen nähdään aiheuttavan häpeän ja huonommuuden tunnetta perheelle kunkin perheenjäsenen yksityisessä ja koko perheen sosiaalisessa kontekstissä. Muutoksen käsittely on tärkeää potilaan ja omaisen kannalta. Potilaan perheen ja omaisten kokemaan sairauden aiheuttamasta muutoksesta on syytä vastata kuntoutustyössä. Vaikka aihe on arka, sen esiintuominen edesauttaa omaisia sopeutumaan ympäristöön ja todella arvioimaan potilaan ja perheen voimavaroja sairauden aikana ja jatkossa. (Berg 2010; Seikkula 1991: 24-27; Åstedt-Kurki ym. 2008: 44.)

Yhteensä 75,8 % informanteista kannustaa aina tai usein perhettä keskustelemaan sen hetkisestä tilanteesta. Puolestaan 61,6 % informanteista kannustaa aina tai usein perhettä keskustelemaan tilanteen tuomista negatiivisista seurauksista. Teoreettiseen osuuteemme viitaten, yksilön vakava sairastuminen voidaan nähdä koko perhettä koskevana traumaattisen kriisin laukaisevana tekijänä. Potilaan lisäksi omaiset käyvät sairastumisen myötä läpi yksilöllisesti kriisin eri vaiheita. Työntekijöiden on tärkeää olla potilaiden lisäksi myös heidän perheittensä tukena ja näin osaltaan auttaa heitä työstämään sairauden aiheuttamia psyykkisiä traumoja. (Vilén ym. 2002: 175-176; Lehto 2004: 23-24.)

18,2 % informanteista pohtii aina asiakastilanteissa erilaisia tapoja sanoa jokin asia, 60,6 % informanteista vastaa tekevänsä näin usein ja yhteensä 15,2 % informanteista toimii näin joskus tai harvoin. Teorian mukaan perheiden kanssa työskentelevät ammattilaiset saattavat kokea, että potilaan hoitoon liittyvät asiat ovat jääneet perheeltä ymmärtämättä. Asiat on käsitetty väärin tai perheenjäsenet voivat väittää, että he eivät ole saaneet lainkaan tietoa. Näin voi käydä siitä huolimatta, että työntekijä itse luulee selittäneensä asiat ymmärrettävästi. Vuorovaikutuksen inhimillisuus korostuu kuntoutustyössä. Se tukee kuntoutujan omaa aktiivisuutta, itsemääräämistä ja vastuunottoa kuntoutumisesta. (Forsbom ym. 2001: 13; Åstedt-Kurki ym. 2008: 90-91.)

10.1.2 Omaisen yksilönä sairaalassa

Omaisien huomioiminen yksilönä koostuu pääasiassa vuorovaikutuksellisista ominaisuuksista sekä ammatillisuudesta. Vuorovaikutuksellisten ominaisuuksien perusteella asiakastilanteissa käytävä keskustelu ja ammattilaiselta saadut vastaukset ovat pääasiassa positiivisia ajatellen omaisen kokemusta omasta tärkeydestään ja kokemustaan hyväksynnästä osana potilaan kuntoutusta. Tulosten perusteella omaiselle annetaan kuulluksi tulemisen mahdollisuus ja omaisen esiin tuomat asiat koetaan tärkeiksi omaisten kanssa tehtävässä työssä.

Omaisien huomioimisen kannalta myös omaiselle tarjottava yksilöllinen keskusteluapu ja tuki ovat tärkeitä. Lisäksi omaisen huomioimisessa korostetaan asiallisuutta ja ammatillisuutta. Omaisen huomioiminen yksilönä kertoo myös ammatillisuudesta. Ammatillisuus koetaan tärkeäksi myös potilaiden omaisten kanssa toimiessa. Liian puutteellisten tai stereotyyppisten vastausten antamista ei pidetä yleisenä omaisen kanssa työskennellessä. Ammatillisuus omaisen huomioimisessa yksilönä konkretisoituu myös normien ja säädösten noudattamiseen sekä moniammatillisuuteen. On tärkeää, että työntekijät kunnioittavat normeja ja säädöksiä. Niiden noudattaminen on tärkeää myös potilaan oikeusturvan kannalta. Toisaalta normien ja säädösten liian tarkka noudattaminen voi vaikuttaa siihen, ettei omaista hyväksytä osaksi kuntoutusta, koska kuntoutus keskittyy juuri sairaalassa olevaan yksilöön. Perhe kokee sairauden myötä muutoksen omassa arjessaan. Tämän huomioiminen tunnistettiin tärkeäksi omaisen yksilöllisen huomioinnin kannalta. Vastausten perusteella potilaalle ja omaiselle pyritään antamaan riittävästi tietoa perheen kokonaisvaltaisesta muutoksesta.

Taulukossa 2 esitämme komponentille 2 latautuneiden muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat. Komponentille latautuneiden muuttujien tuloksia tarkastelemme lähemmin taulukon jälkeisissä kappaleissa.

Taulukko 2. Komponentille 2 latautuneiden muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat

Muuttuja	Keskiarvo	Keskihajonta
30. Asiakastilanteessa vastaan puutteellisesti tai stereotyyppisesti asiakkaan kysymään	4,0000	1,25357
31. Noudatan toiminnassani normeja ja säädöksiä	1,3333	,80230
32. Potilas ja omainen eivät saa riittävästi tietoa kokonaisvaltaisesta muutoksesta	2,2143	,91721
42. Perheiden kanssa työskentelyyn on useita tapoja	1,9032	,74632
53. Tutustun kuntoutuksen aikana omaiseen	2,1000	,88474
58. En välitä siitä, mitä omainen minulle kertoo	1,6429	1,12922
60. Omainen tulee kuulluksi	1,6000	,49827
65. Tuen omaista hänen surun kokemuksissaan	1,7000	,70221
66. Omainen saa keskustella minun tai jonkun toisen tiimin jäsenen kanssa omista tunteistaan	1,9333	,98027
68. Minun on helppo ottaa kontakti ensitapaamisessa omaiseen	1,9032	,70023
70c. Kohtaamistilanne omaisen kanssa: kunnioittava	1,3333	,47946
70d. Kohtaamistilanne omaisen kanssa: asiallinen	1,3000	,46609
71c. Kohtaamistilanne (osasto) omaisen kanssa: ammatillinen	1,4828	,57450
71d. Kohtaamistilanne (osasto) omaisen kanssa: asiallinen	1,5385	,58177
72. Työhöni kuuluu huomioida myös perheenjäsenien hyvinvointi	1,7667	,67891
73. Huomioin omaisten hyvinvoinnin	1,6667	,66089

Tulosten mukaan 45,5 % informanteista ei koskaan vastaa asiakastilanteessa puutteellisesti tai stereotyyppisesti asiakkaan kysymään. Lisäksi 69,7 % informanteista noudattaa aina ja 18,2 % informanteista noudattaa usein toiminnassaan normeja ja säädöksiä. Tutkimusten mukaan ei-terapeuttiset kommunikaatiomenetelmät voivat vaikuttaa

negatiivisesti asiakkaan terveyteen. Tällaisina tekijöinä pidetään perehtymättömyyttä asiakkaan asioihin, kuulematta ja kuuntelematta jättämistä, puutteellisten tai stereotyyppisten vastausten antamista, asiakkaan tulkintojen tulkitsematta jättämistä tai normien ja säädösten liian tarkkaa noudattamista. Työntekijän tehtävä on toimia työprosessin asiantuntijana ja perheen kumppanina. Kumppanuus sisältää vastuun ja tiedon jakamisen sekä molemminpuolisen kunnioituksen. (Vilén ym. 2002: 18.)

Informanteista 24,2 % mielestä perheiden kanssa työskentelyyn on aina useita tapoja ja 60,6 % mielestä perheiden kanssa työskentelyyn on usein useita tapoja. Opinnäyte-työmme raportin luvussa neljä esittelemme teoreettisen näkökulman muun sosiaali- huollon perhetyöstä, terveydenhuollon perhetyöstä ja psykoedukatiivisesta perheohja- uksesta. Sosiaalihuollon perhetyö toteutuu muun muassa suunnitelmallisina perheta- paamisina, keskusteluina yksittäisten perheenjäsenten kanssa, kotikäynteinä, erilaisina ryhmätoimintoina sekä perhekuntoutuksena. Terveydenhuollossa perhehoitotyöllä tar- koitetaan yksilön ja perheen sekä terveyden ja sairauden välisten yhteyksien huomioi- mista hoitosuunnitelmassa ja hoitoa analysoitaessa. Psykoedukatiivinen perheohjaus on menetelmä, jota käytetään koko perheen tukemiseen perheenjäsenen sairastuessa.

Tulosten perusteella 15,2 % informanteista tutustuu aina kuntoutuksen aikana omai- seen ja 63,6 % informanteista toimii näin usein. 36,4 % informanteista on sitä mieltä, omainen tulee aina kuulluksi ja 54,5 % mielestä usein. Teorian mukaan yksilön kuntou- tus edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Tämä tarkoittaa sitä, että koko työryhmä toimii potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi kukin omaa ammattitaito- aan hyödyntäen. Kuntoutus perustuu kuntoutussuunnitelmaan, joka laaditaan yhteis- työssä potilaan, omaisten ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Omaisten ja läheis- ten rooli on merkittävä potilaan kuntoutusprosessin alusta lähtien. Jos potilas ei esi- merkiksi kykene viestittämään tarpeitaan, voidaan omaisilta saada arvokasta tietoa siitä, millainen sairastunut henkilö on aikaisemmin ollut, mitä erityispiirteitä hänellä oli ja siitä mitkä ovat olleet hänen kiinnostuksensa kohteensa. Lisäksi omaiselle on aina tarjottava kuulluksi tulemisen mahdollisuus potilaan kuntoutuksen eri vaiheissa. Omai- sellä on usein paljon tietoa kuntoutuksessa olevasta potilaasta ennen sairaalassaoloa ja siitä edeltävästä kotitilanteesta. Sairastuneen ja omaisen välisen suhteen laatu vaikut- taa siihen miten läheiset reagoivat muutokseen. Puolisot kokevat sairauden aiheutta- man muutoksen, kriisin vahvempana kuin muut perheen jäsenet. Muun muassa Mäki-

sen (2002) tutkimuksen mukaan omaiselle tarjottava kuulluksi tuleminen mahdollisuus edesauttaa potilaan kuntoutusta ja kotiutusta. (Forsbom ym. 2001: 149-150; Mäkinen 2002: 28-30, 59, 111.)

30,3 % informanteista vastaa, että omainen saa aina keskustella hänen tai jonkun toisen tiimin jäsenen kanssa omista tunteistaan ja 48,5 % mielestä usein. Puolestaan 36,4 % informanteista tukee aina ja 48,5 % usein omaista hänen surun kokemuksissaan. Teorian mukaan myös sairastuneen luonnolliseen tukiverkoston kuuluvat ihmiset joutuvat usein koetukselle erityisesti läheisen ihmisen sairauden pitkittyessä. Heille sairastuminen on myös kriisi ja kuormittava tekijä päivittäisessä elämässä. Kuten sairastunut, myös hänen sosiaalisen verkostonsa läheisimmät ihmiset tarvitsevat emotionaalista tukea. (Vilén ym. 2002: 175-176; Lehto 2004: 23-24.)

18,2 % informanteista vastaa, että hänen on aina helppo ottaa kontakti ensitapaamisessa omaiseen ja 72,7 % mielestä usein. 48,5 % informanteista on sitä mieltä, että koko osaston henki on omaisten kohtaamistilanteissa aina ammatillinen ja 36,4 % mielestä usein. Puolestaan 39,4 % informanteista on sitä mieltä, että koko osaston henki on omaisten kohtaamistilanteissa aina asiallinen ja 36,4 % mielestä usein. Teorian mukaan yksilön sairastuessa ja joutuessa sairaalahoitoon omaiset, läheiset ja perheenjäsenet joutuvat usein ulkopuolisen asemaan. Sairaalan työntekijät voivat helpottaa omaisten tilannetta ottamalla heidät mukaan potilaan hoitoon, jos potilas ja omainen niin toivovat. Lisäksi työntekijät voivat osoittaa omaisille huomaavaisuutta esimerkiksi keskustelemalla heidän kanssaan jokapäiväisistä asioista. Omaiset odottavat sairaalan hoitohenkilökunnalta emotionaalista ja tiedollista tukea. Mäkisen (2002) mukaan omaisten ja sairaalan henkilökunnan välinen vuorovaikutus on liian vähäistä. Potilaan omaiset ovat myös herkkiä tunnistamaan henkilökunnan mielentiloja ja yhdistämään niitä henkilökunnan asenteeseen heitä kohtaan. Sairaalan henkilökunnan koulutuksissa tulisi painottaa potilaan perheen ja omaisten huomioon ottamista. (Mäkinen 2002: 28-30, 59, 111; Potinkara 2004: 74, 94.)

30,3 % informanteista mielestä hänen työhönsä kuuluu aina huomioida myös perheenjäsenten hyvinvointi. ja 54,5 % usein. Puolestaan 36,4 % informanteista huomioi aina ja 51,5 % huomio usein omaisten hyvinvoinnin. 3,0 % informanteista huomioi harvoin omaisten hyvinvoinnin. Muun muassa Kaila toteaa vuonna 2009 tekemässään syste-

maattisessa kirjallisuuskatsauksessa, että omaisten mukaan ottaminen kuntoutustyöhön on merkittävää yksilön hyvinvoinnin kannalta. Sairastuneen ja hänen omaisensa kannalta tarvitaan terveydenhoidollisten toimenpiteiden lisäksi psykososiaalista tukea ja ohjausta. Potilaan omaiset ja perhe tarvitsevat läheisensä sairastumisen alusta lähtien ohjausta ja kannustusta työntekijöiltä, jotta he voivat toteuttaa kuntouttavaa ohjausta potilaan rinnalla kulkijoina. (Forsbom ym. 2001: 11-13, 150-151; Kaila 2009: 3, 10.)

10.1.3 Potilaiden läheisten saama tuki

Pääkomponenttianalyysin tulosten perusteella potilaan perheiden saamaan tukeen kuuluvia osa-alueita ovat muun muassa työntekijöiden antama tiedollinen tuki, omaisen voimavarojen osoittaminen omaiselle ja potilaan elämänhistoriaan perehtyminen omaisten avulla. Tiedollinen tuki on osa omaisen mukaan ottamista sairaalassa tapahtuvaan kuntoutukseen. Se on myös osa vuorovaikutuksellista tukemista ja omaisen huomioimista sekä yksilönä että potilaalle tärkeänä yksilönä. Tiedollisen tuen puuttuminen ja antamatta jättäminen vaikuttaa perheen välisiin suhteisiin myös jatkossa, varsinkin pitkien sairaalajaksojen aikana. Omaiselle annettavan tiedollisen tuen merkitys on oleellinen myös potilaiden läheisten hoitoon sitouttamisen kannalta.

Taulukossa 3 esitämme komponentille 3 latautuneiden muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat. Komponentille latautuneiden muuttujien tuloksia tarkastelemme lähemmin taulukon jälkeisissä kappaleissa.

Taulukko 3. Komponentille 3 latautuneiden muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat

Muuttuja	Keskiarvo	Keskihajonta
10. Omaisten odottamaan tiedolliseen tukeen vastataan työssä	1,6333	,66868
11. Rohkaisen perhettä kuntoutuksen eri vaiheissa	2,0000	,98374
21. Omaisen voimavaroja ei näytetä omaiselle	2,4737	1,07333
22. Omaisten voimavarat näytetään omaiselle	2,6190	1,24403
26. Pysin kannustamaan perheenjäseniä hakemaan tukea myös itselleen	2,0645	,85383
44. Annan perheelle aikaa	1,8333	,83391

52. Tutustun kuntoutuksen aikana potilaan elämänhistoriaan	2,0968	,97826
--	--------	--------

39,4 % informanteista vastaa aina omaisten odottamaan tiedolliseen tukeen työssä ja 48,5 % informanteista toimii näin usein. Puolestaan 30,3 % informanteista rohkaisee perhettä kuntoutuksen eri vaiheissa aina, 51,5 % usein ja 15,2 % joskus. Muun muassa Mäkisen (2002) tekemän tutkimuksen mukaan omaiset odottavat sairaalan hoitohenkilökunnalta emotionaalista ja tiedollista tukea. Mäkisen (2002) mukaan omaisten ja sairaalan henkilökunnan välinen vuorovaikutus on liian vähäistä. (Mäkinen 2002: 28-30, 59, 111.)

Omaisten voimavarat näytetään omaiselle 15,2 % mielestä aina ja 15,2 % mielestä usein. Myös 15,2 % informanteista vastaa, että omaisen voimavarat näytetään omaiselle joskus ja 15,2 % mielestä harvoin. 3,0 % informanteista on sitä mieltä, että omaiselle ei koskaan näytetä hänen voimavarojaan. 18,2 % informanteista pyrkii aina kannustamaan perheenjäseniä hakemaan tukea myös itselleen. 63,6 % informanteista toimii näin usein ja 12,1 % joskus. Esimerkiksi Rantasen ym. (2010) ja Lehdon (2004) mukaan potilaan perheen voimavarojen tukeminen on oleellista potilaan hoito- ja kuntoutustyössä. Potilasta ei voida irrottaa sosiaalisesta kontekstistaan sairaalassaolon aikana. Perheen ja hänen läheisverkostonsa merkitys on suuri potilaan kuntoutuksen kannalta. Perheen huomioiminen hoidossa on tärkeää, sillä yksilön ja perheen hyvinvointi ovat yhteydessä toisiinsa. Perhekeskeisyys hoitotyön ideologiana tarkoittaa sitä, että kaiken hoitamisen ydin on koko perheen terveyden edistäminen. Terveyden edistämisen tehtävään kuuluvat perheen arvokas ja kunnioittava kohtelu, oikean tiedon selvittäminen, kommunikointi ja yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa sekä perheen osallistumisen tukeminen perheen voimavarat huomioonottaen. (Lehto 2004: 18, 30; Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1999: 17-18; Rantanen ym. 2010: 142.)

24,2 % informanteista tutustuu aina kuntoutuksen aikana potilaan elämänhistoriaan ja 51,5 % informanteista usein. Teoreettiseen osuuteemme viitaten toteamme, että potilaan kokonaisvaltaiseen tilanteeseen perehtymättömyyttä ei pidetä edesauttavana tekijänä potilaan omaisen resurssina huomioimisessa. Potilaan tilanteeseen perehtyminen ennen kuntoutuksen aloittamista on tärkeää. Kokonaisvaltaisen tilanteen hahmottami-

nen edesauttaa työntekijää tukemaan sosiaalisen verkoston ylläpitoa potilaan kuntoutuksen aikana. (Forsbom ym. 2001: 149-150; Seikkula 1991: 24-27.)

10.1.4 Asiantuntijuus potilaan läheisten kanssa tehtävässä työssä

Pääkomponenttianalyysin perusteella asiantuntijuus potilaan läheisten kanssa tehtävässä työssä ilmenee vuorovaikutuksellisten ominaisuuksien sekä ammatillisuuden kautta. Vuorovaikutuksellisen tuen ominaisuuksien puitteissa tiedolliselle tuella ja palautteen antamisella omaiselle on merkitystä asiantuntijuuden ilmentymisessä. Asiantuntijuutta ilmentävät tulosten perusteella myös läheiselle annettava aika, asiantuntija-asiakassuhteen ilmeneminen sekä esteettisten tarpeiden huomioiminen.

Taulukossa 4 esitämme komponentille 4 latautuneiden muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat. Komponentille latautuneiden muuttujien tuloksia tarkastelemme lähemmin taulukon jälkeisissä kappaleissa.

Taulukko 4. Komponentille 4 latautuneiden muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat

Muuttuja	Keskiarvo	Keskihajonta
16. Omaiselle on riittävästi aikaa	2,6667	,80230
18. Omaiselle jaetaan kirjallista informaatiota	2,5806	,95827
56. Toimin omaisten kanssa asiantuntija-asemassa	2,4074	1,04731
61. Omainen saa keskusteluapua	2,0667	,98027
63. Annan omaiselle mahdollisuuden käydä läpi omaa tilannetta sairauden eri vaiheissa	2,2667	,90719
64. Tuen omaista löytämään omia voimavarojaan	2,0323	,87498
81. Annan palautetta omaiselle	2,3929	,99403
Muuttuja	Keskiarvo	Keskihajonta
85. Sairastunut saa kaiken huomion työssäni	1,8214	,81892
87f. esteettiset tarpeet	1,9615	,77360

Tulosten mukaan kenenkään informantin mielestä omaiselle ei ole aina riittävästi aikaa. 48,5 % informanteista on sitä mieltä, että omaiselle on usein riittävästi aikaa. 9,1 % informanteista on sitä mieltä, että omaiselle jaetaan aina kirjallista informaatiota ja

42,4 % mielestä näin tehdään usein. 27,3 % informanteista on sitä mieltä, että omainen saa aina keskusteluapua ja 42,4 % informanteista on sitä mieltä, että näin tapahtuu usein. Opinnäytetyömme teoreettiseen osuuteen viitaten, yksilön sairastuessa ja joutuessa sairaalahoitoon omaiset, läheiset ja perheenjäsenet joutuvat usein ulkopuolisen asemaan. Sairaalan työntekijät voivat helpottaa omaisten tilannetta ottamalla heidät mukaan potilaan hoitoon, jos potilas ja omainen niin toivovat. Lisäksi työntekijät voivat osoittaa omaisille huomaavaisuutta esimerkiksi keskustelemalla heidän kanssaan jokapäiväisistä asioista. Keskustelun ei aina tarvitse koskea potilaan hoitoon liittyviä asioita. Pääasiassa potilaiden omaisten tulee saada sairaalan hoitohenkilökunnalta emotionaalista ja tiedollista tukea. (Potinkara 2004: 74, 94.)

12,1 % informanteista antaa aina omaiselle mahdollisuuden käydä läpi omaa tilannettaan sairauden eri vaiheissa. Puolestaan 57,6 % informanteista antaa usein omaiselle mahdollisuuden käydä läpi omaa tilannettaan sairauden eri vaiheissa. 24,2 % informanteista tukee aina ja 51,5 % tukee usein omaista löytämään omia voimavarojaan. Muun muassa Lehdon (2004) mukaan perheen voimavaroja ja niiden vahvistamista voidaan tukea ymmärtämällä potilaan ympäröivän yhteisön merkitys kuntoutustyöhön. Perheen voimavarojen tukemisen ja vahvistamisen tulisi kulkea perheen vahvuuksien tulkittamisesta niiden tukemiseen. Perheen tukeminen perheenjäsenen sairastaessa on tärkeää perheen selviytymisen ja perheen voimavarojen kannalta. Perheen voimavaroja ja elämänhallintaa tukevassa hoitotyössä on tärkeää ottaa huomioon yksilön ja perheen terveyteen liittyvät tekijät. (Lehto 2004: 18, 30; Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1999: 17-18; Rantanen ym. 2010: 142.)

Kuntoutusosastoilla järjestetään tarvittaessa tilaisuus, johon koko perhe voi potilaan kanssa osallistua ja tilaisuudessa on mukana moniammatillinen tiimi. Tulosten mukaan 15,2 % informanteista toimii näissä tilaisuuksissa aina asiantuntija-asemassa. Puolestaan 36,4 % informanteista toimii usein asiantuntija-asemassa, 12,1 % harvoin ja 18,2 % joskus. Lisäksi 12,1 % informanteista antaa palautetta omaiselle aina, 45,5 % usein, 9,1 % harvoin ja 18,2 % joskus. Opinnäytetyömme teoreettiseen osuuteen viitaten toteamme että, työskennellessä potilaiden perheiden parissa työntekijöiden tulisi kunnioittaa asiakaslähtöisyyden periaatetta. Tämä tarkoittaa asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden kuulemistä, joka välittyy perheenjäsenten kuulluksi tulemisella ja kunnioittamisella. Perhe nähdään oman tilanteensa ja arkensa asiantuntijana. Työntekijän tehtävä

on toimia työprosessin asiantuntijana ja perheen kumppanina. Kumppanuus sisältää vastuun ja tiedon jakamisen sekä molemminpuolisen kunnioituksen. Myös psykoedukaatiivisessa perheohjauksen mallissa painotetaan perheen asiantuntijuutta. Psykoedukaatiivisen mallin lähtökohtia ovat ihmisen kohtaaminen subjektiivisesti, ennakkoluuloton asennoituminen sekä kärsivällisyyteen, kunnioitukseen ja tasa-arvoisuuteen pyrkiminen. Perheenjäsenet huomioidaan sekä heidän oman hyvinvointinsa että heidän asiantuntijuutensa kautta. (Berg 2010; Järvinen ym. 2007: 13, 18-27.)

10.1.5 Potilaiden omaisten huomioiminen

Potilaiden omaisten huomioimiseen kuuluvia osa-alueista ovat tutkimuksemme tulosten perusteella muun muassa omaisen ymmärtäminen voimavarana potilaan kuntoutusprosessissa sekä potilaiden omaisten asiantuntijuuden tunnustaminen niissä tilanteissa, joissa omaisten voidaan nähdä olevan oman tilanteensa asiantuntija. Lisäksi oleellista on se, että työntekijät ovat kykeneviä jakamaan omaisille tietoa potilaan sairauden aiheuttamista seuraamuksista.

Taulukossa 5 esitämme komponentille 5 latautuneiden muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat. Komponentille latautuneiden muuttujien tuloksia tarkastelemme lähemmin taulukon jälkeisissä kappaleissa.

Taulukko 5. Komponentille 5 latautuneiden muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat

Muuttuja	Keskiarvo	Keskihajonta
7. Perheen keskinäistä vuorovaikutusta ei ole huomioitu työssä	2,5000	1,07152
17. Omaiset jarruttavat potilaan kuntoutusta	3,7097	,58842
29. Asiakkaan mielipide jää ammattilaisen mielipiteen varjoon	3,5000	,93772
34. Käytän neuvomista ja ohjeistamista erityisesti kuntoutuksen alkuvaiheessa	1,8333	,87428
36. Autan perhettä näkemään sairauden muutoksen aiheuttamat seuraamukset	1,9032	,78972
41. Tilaisuuden pääpaino on asiantuntijoiden kertomalla	3,2000	1,38444

59. Annan omaiselle mahdollisuuden olla perheensä ja oman tilanteensa asiantuntija	1,8710	,88476
89. Jaan omaisen kanssa tietoa sairauden eri vaiheista	1,9677	,94812
90. Jaan omaisen kanssa tietoa sairautta edeltävää tilanteesta	2,3793	1,11528

3,0 % informanteista on sitä mieltä, että omaiset jarruttavat potilaan kuntoutusta usein, 24,2 % mielestä harvoin ja 63,6 % mielestä joskus. 3,0 % informanteista on sitä mieltä, että omaiset eivät koskaan jarruta potilaan kuntoutusta. Teoreettiseen osuutemme vedoten toteamme, että perheenjäsenen sairastuessa perhe toimii usein yksilön ensi- ja viimesijaisena auttajana ja hoitajana, epämuodollisena palveluohjaajana sekä kriisityön osaajana. Perheen voimavarojen tukeminen on oleellista potilaan hoito- ja kuntoutustyössä. Potilasta ei voida irrottaa sosiaalisesta kontekstistaan sairaalassaolon aikana. Perheen ja hänen läheisverkostonsa merkitys on suuri potilaan kuntoutuksen kannalta. Perheen huomioiminen hoidossa on tärkeää, sillä yksilön ja perheen hyvinvointi ovat yhteydessä toisiinsa. Potilaan läheisten osallistuminen hoitoon on tunnus-tettu tärkeäksi ja tarpeelliseksi osatekijäksi sairaalassa toteutettavaan kuntoutukseen. Läheisten apu lisää potilaan kokemaa hyvää oloa. Toisaalta ihmisen sairastuessa hänen läheisiltään saama emotionaalinen tuki on tärkeää. Potilaat itse pitävät tärkeänä, että heidän läheisillään on tietoa itse sairautteen liittyvistä asioista. Lisäksi potilaat kokevat merkityksellisenä läheisiltään saamansa konkreettisen avun. Läheisten antama tuki potilaalle edellyttää useita eri asioita: ammattilaisten apua ja tukea, potilaan suostumuksen ja hänen kokonaisvaltaisen tilanteensa huomioimisen, sekä potilaan läheisen oman halun ja mahdollisuuden käyttää omia voimavarojaan läheisensä tueksi. (Berg 2010, Eriksson 1997: 35-45; Lehto 2004: 30-31.)

Informanteista 3,0 % on sitä mieltä, että asiakkaan mielipide jää aina ammattilaisen mielipiteen varjoon. Näin tapahtuu 6,1 % mielestä usein, 36,4 % mielestä harvoin ja 33,3 % mielestä joskus. 12,1 % informanteista on sitä mieltä, että asiakkaan mielipide ei koskaan jää ammattilaisen mielipiteen varjoon. Lisäksi 30,3 % informanteista antaa aina omaiselle mahdollisuuden olla perheensä ja oman tilanteensa asiantuntija ja 54,5 % informanteista toimii näin usein. Kuten jo edellisen komponentin johtopäätöksissä mainitsimme niin, työntekijöiden tulisi nähdä potilaiden perhe oman tilanteensa ja ar-

kensa asiantuntijana. Työntekijän tehtävä on toimia työprosessin asiantuntijana ja perheen kumppanina. Myös psykoedukatiivisessa perheohjauksen mallissa painotetaan perheen asiantuntijuutta. Psykoedukatiivisen mallin lähtökohtia ovat ihmisen kohtaaminen subjektiivisesti, ennakkoluuloton asennoituminen sekä kärsivällisyyteen, kunnioitukseen ja tasa-arvoisuuteen pyrkiminen. Perheenjäsenet huomioidaan sekä heidän oman hyvinvointinsa että heidän asiantuntijuutensa kautta. (Berg 2010; Järvinen ym. 2007: 13, 18-27; Vilén ym. 2002: 38.)

Tulosten mukaan 27,3 % informanteista auttaa aina perhettä näkemään sairauden muutoksen aiheuttamat seuraamukset ja 54,5 % informanteista toimii näin usein. 27,3 % informanteista jakaa aina omaisen kanssa tietoa sairauden eri vaiheista ja näin toimii usein 54,5 % informanteista. 18,2 % informanteista jakaa aina omaisen kanssa tietoa sairautta edeltävästä tilanteesta. 39,4 % informanteista toimii näin usein, 12,1 % harvoin ja 15,2 % joskus. Opinnäytetyömme teoreettiseen osuuteen viitaten, on tärkeää varmistaa, että perheenjäsenet saavat tukea itselleen, koska sairastuminen aiheuttaa muutoksen koko perhesysteemiin. Perheiden kanssa tehtävässä työssä on huomioitava sairauden vaiheittainen luonne sekä perhetyön joustavuus ja sopivuus perheen sen hetkiseen tilanteeseen. On tärkeää varmistaa, että perheenjäsenet saavat tukea itselleen, koska sairastuminen aiheuttaa muutoksen koko perhesysteemiin. Myös koko perheen koulutus-, kokemus- ja kulttuuritaustan ymmärtäminen on oleellinen huomio perheiden kanssa tehtävään työhön. Perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta tulisi parantaa ja perhettä tulisi kannustaa keskustelemaan sen hetkisestä tilanteesta realiteetit huomioiden. Tärkeänä huomiona Berg (2010) nostaa esiin myös minäkuvan normalisointiin pyrkimiseen. Asiakkaan äänen tulee tulla kuulluksi, mutta samalla työntekijän tulee säilyttää ammattimainen asennoituminen koko perheeseen. (Berg 2010; Verhaege – Defloor – Grypdonck 2004: 1006; Lehto 2004: 16.)

10.2 Väittämät 1-5

Kyselylomakkeemme ensimmäisen väittämän tulosten perusteella 61 % informanteista ymmärtää väittämässämme esitetyn teoreettisen näkökulman siitä, että perhe koostuu järjestelmästä ja osa järjestelmistä. 39 % informanteista ei osannut vastata tähän väittämään. Puolestaan kyselylomakkeemme toiseen väittämään suurin osa eli 82 % informanteista vastaa, että perhe kuuluu sosiaaliseen kontekstiinsa sairaudesta huolimat-

ta. 18 % informanteista ei osannut vastata tähän väittämään. Opinnäytetyömme teoreettiseen osuuteen viitaten toteamme, että systeemiteoreettisen ajattelun pääasiallisena painotuksena ovat perheen ymmärtäminen järjestelmänä, osajärjestelminä sekä perheen ymmärtäminen sosiaalisen kontekstinsa kautta. (Lehto 2004: 16-18.)

Kolmannen väittämän tulosten perusteella suurin osa eli 88 % informanteista näkee perheen olevan muuttuva yksikkö. Opinnäytetyömme teoreettiseen osuuteemme viitaten, toteamme suurimman osan työntekijöistä ymmärtävän sen, että jokaisella on yksilöllinen oikeus itse määritellä omaan perheeseensä kuuluvat jäsenet ja sen, että jokaisen perheen kokoonpano voi vaihdella elämän varrella. Teorian mukaan perheen käsite on yksilöllinen ja tunnepitoinen asia ja jokaisella on käsityksensä omasta perheestään. Mielestämme on tärkeää, että jokainen perheenjäsen saa itse määritellä perheeseensä kuuluvat jäsenet. Perhe voidaan myös kuvailla prosessina, joka etenee ajan kuluessa. Tällä tarkoitetaan sitä, että yksilön käsitys omaan perheeseensä kuuluvista jäsenistä voi vaihdella elämänkaaren eri vaiheissa. Perheen on nähty jo pitkään olevan osa potilaan kuntoutusta. Aiheesta puhutaan myös potilaan tukisysteemin sitouttamisena hoitoon. (Lehto 2004: 15; Seikkula 1991: 18; Åstedt-Kurki ym. 2008: 13.)

Neljännän väittämän tulosten mukaan suurin osa eli 64 % informanteista on sitä mieltä, että perheen eri vaiheet sairauden aikana huomioidaan työssä ja 15 % mielestä näin ei ole. 18 % informanteista ei osannut vastata tähän väittämään. Tässä kohden johtopäätöksenä on, että työntekijät tutustuisivat perhelähtöiseen kehitysteoreettiseen ajattelutapaan. Tämän ajattelutavan pääpaino on perheen eri vaiheissa ja sen lähtökohtana on tarkastella perheen kehitysvaiheita elämänkaariajattelun kautta. Tulosten mukaan viidenteen väittämään vastanneista 79 % on sitä mieltä, että omaiset ja potilas puhuvat kuntoutuksesta keskenään ja 18 % mielestä näin ei ole. 3 % informanteista ei osannut vastata tähän väittämään. (Lehto 2004: 16-18.)

10.3 Avoimet väittämät

Omaisien kanssa keskustellessa on tilanteita, jolloin oma ammatillinen osaaminen ei riitä. Mielestämme on tärkeää, että tuolloin omaiset ohjataan keskustelemaan toisen ammattilaisen kanssa. Viisi informanteista kertoo ohjaavansa omaista keskustelemaan toisen ammattilaisen kanssa, mikäli eivät kohtaamistilanteessa voi itse tukea tai auttaa

omaista hänen asiassaan. Tulosten perusteella omainen ohjataan ottamaan tuolloin yhteyttä lääkäriin, sairaalapastoriin, sosiaalityöntekijään tai johonkin muuhun auttavaan tahoon esimerkiksi vertaistukea järjestävään organisaatioon.

Perheiden kanssa työskennellessä on aina mahdollisuus kohdata jotain pahaa perheen tilanteessa. On tärkeää, että työntekijä tunnistaa pahan olemassaolon ja puuttuu siihen. Tällaisena pahan ilmentymänä voidaan pitää esimerkiksi yksilön fyysistä vammautumista ja siitä aiheutuvaa perhehaittaa. Kysyimme kyselylomakkeessamme, miten työntekijä toimii kohdatessaan paha perheen tilanteessa. Kolme informanttia vastasi tähän kysymykseen. Tulokset kertovat moniammatillisuuden merkityksen tärkeydestä paha kohdatessa. Yksi vastaajista kertoo vievänsä perheen asian moniammatilliseen keskusteluun ja toinen vastaajista kertoo vievän perheen asiaa eteenpäin potilaan etua ajatellen. Yksi vastaajista kertoo konsultoivansa sosiaalityöntekijää aiheen tiimoilta. Opinnäytetyömme avointen väittämien tulokset osoittavat työntekijöiden huomioivan moniammatillisen yhteistyön mahdollisuudet omaiselle annettavan keskusteluavun kannalta. Tämä on merkityksellistä omaiselle annettavan psykososiaalisen tuen kannalta.

10.4 Yhteenveto

Opinnäytetyöhömmme liittyvän tutkimuksen tulokset osoittavat, että tutkimukseemme osallistuneilla Espoon sairaalan työntekijöillä on pääsääntöisesti hyvät tiedot ja näkemys moniammatillisesta potilaiden perheiden kanssa työskentelystä. Toteamme kuitenkin opinnäytetyömme teoreettiseen osuuteen viitaten, että ainakin osa työntekijöistä tarvitsee teoreettista osaamista perheiden kanssa tehtävästä työstä, jota soveltaa käytännön työhön potilaiden perheiden kanssa.

Suuri osa vastaajista kertoo asettavansa joskus tai aina ennakkoluuloja erilaisille perheille. Potilaan läheisen kohtaaminen kaikessa hoito- ja kuntoutustyössä perustuu pääsääntöisesti potilaan sairaskertomuksiin, joiden pohjalta monet luovat ennakkokäsityksiään erilaisista asiakkaista. Vuorovaikutuksellisten tuen ominaisuuksien mukaan potilaan läheisen kanssa tehtävä työ konkretisoituu vuorovaikutukseen, sen yksisuuntaisuuteen ja vastavuoroisuuteen. Työntekijät näkevät tulosten perusteella vuorovaiku-

tuksellisen tuen tarpeet yksilössä. Toisaalta tulosten perusteella omaiselle ei ole kuitenkaan aina riittävästi aikaa.

Omaisten nähdään olevan potilaalle erityisen merkityksellisiä ja yhteys potilaan kuntoutumisen ja sosiaalisen verkoston välillä on nähty useissa tutkimuksissa. Perheenjäsenen vakava sairastuminen ja sairaalassaolo vaikuttavat koko perheeseen. Suuret elämänmuutokset vaativat perheenjäsenten roolien ja asemien uudelleen rakentamista. Yksilön eri elämänvaiheissa korostuvat erilaiset tarpeet. Tarpeet voivat näkyä muun muassa tunteina, ajatuksina tai käyttäytymisenä. Tunteet säätelevät yksilön ajatuksia ja toimintaa. Tämän vuoksi niiden huomioiminen ihmisen elämäntilanteissa ja erityisesti muutokseen pyrkimisessä on tärkeää. Muutoksen aikaansaaminen esimerkiksi ihmisen elämäntavoissa tai asenteissa onnistuu harvoin vain tietoa jakamalla. Toisaalta tietoa jakamalla voidaan vaikuttaa myös yksilön tunteisiin. Erityisen tärkeäksi tunteiden merkitys nousee silloin, kun ihminen ajautuu omaa olemassaoloaan tai turvallisuuttaan uhkaavaan tilanteeseen. Myös sairastuneen luonnolliseen tukiverkoston kuuluvat ihmiset joutuvat usein koetukselle erityisesti sairauden pitkittyessä. Heille sairastuminen on myös kriisi ja kuormittava tekijä päivittäisessä elämässä. Sairastuneen yksilön lisäksi hänen sosiaalisen verkostonsa läheisimmät ihmiset tarvitsevat tukea.

Potilaan läheisten kanssa tehtävä työ Espoon sairaalan neljällä kuntoutusosastolla ilmenee informanttien vastausten perusteella eri tavoin kuntoutuksen eri vaiheissa. Potilaan läheiset huomioidaan pääasiassa hyvin. Läheisen huomioiminen ei ole samalla tasolla potilaan huomioimisen kanssa. Tulosten perusteella omainen on taustatekijä potilaan kuntoutuksen kannalta. Myös asiantuntija-aseman jakaminen omaisen kanssa on vähäistä. Omainen huomioidaan potilaan taustan kannalta oleellisena asiantuntijana.

Perhe kohtaa läheisen vakavan sairauden myötä paljon psyykkistä tukea vaativia asioita. Kuten teoriassamme on tullut esiin, sairaus voi laukaista psyykkisen kriisin koko perheyhteisössä. Vaikka kriisi ei varsinaisesti laukeaisikaan, ennaltaehkäisevän työn merkitys on suuri ja se voi mahdollistaa potilaan ja koko perheen selviytymisen sairauden aiheuttamasta psyykkisestä stressistä. Tutkimuksen tekemisen aikana ei tullut esiin, että potilaalla tai omaisella olisi mahdollisuus keskusteluun psykologian tai psykoterapian alan ammattilaisen kanssa. Näiden alan ammattilaisten puheille ohjaaminen

voisi olla varteenotettava vaihtoehto, jos työntekijät kokevat, että potilaan perheen tilanne vaatii psykologista tukea.

11 Pohdinta

Aloitimme opinnäytetyön työstämisen vuosi sitten keväällä, jolloin saimme tietää opinnäytetyömme alustavan aiheen ja ryhdyimme kokoamaan teoreettista tietoutta aiheeseen liittyen. Haasteellisinta opinnäytetyötä tehdessä oli käsitellä perheiden kanssa tehtävää moniammatillista työtä sairaalassa. Todettakoon, että teoriamme on osittain kylläntymätön. Jatkuva ammatillinen kasvu ja asioiden uudelleenarvioiminen mahdollistaa aina yhä laajemman teoreettisen lähestymistavan opinnäytetyömme aiheeseen.

Aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät vaihtuivat prosessin aikana useaan otteeseen. Alkuaan tarkoituksenamme oli tehdä teemahaastattelu kolmelle työntekijäryhmälle ja sen pohjalta sisällönanalyysi. Aineistonkeruu- ja analyysimenetelmien vaihtuminen on ollut opettavaista sekä teorian että käytännön tasolla. Olemme lukeneet sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen perusteista ja niihin liittyvistä erilaisista analyysimenetelmistä. Näin ollen voimme todeta, että prosessi on ollut myös tutkimuksen tekemisen kannalta monipuolinen kokonaisuus.

Kummallakaan meistä ei ollut aikaisempaa käsitystä sairaalan sisällä tehtävästä perhetyöstä. Teorian kasaaminen osoittautui haasteelliseksi myös eri ammattialojen käyttämien käsitteiden vuoksi. Tämä on myös yksi kyselylomakkeemme kompastuskivistä. Opinnäytetyömme on teoreettisesti monialainen ja työn tekeminen on ollut tästä syystä mielekästä ja antoisaa. Käytännössä koko prosessi on avannut meille paljon sosiaali- ja terveydenhuollon, sekä niiden kombinaation, sairaalaympäristössä potilaiden läheisten kanssa tehtävän työn kokonaisuutta.

Kaiken kirjallisuuden pohjalta mielestämme olisi aiheellista lisätä Suomen lainsäädäntöön artikla, joka määrittäisi perhetyön myös muuksi sosiaali- ja terveydenhuollon perhetyöksi eikä pelkästään lastensuojelun tukitoimeksi. Tällä hetkellä perheiden kanssa tehtävä moniammatillinen työ on pirstaleista. Opinnäytetyömme teoreettisessa osuudessa ja siihen liittyvässä kyselylomakkeessa puhutaan perheiden kanssa tehtävästä työstä. Aihealueesta puhutaan kirjallisuudessa useilla eri käsitteillä esimerkiksi perhehoitotyönä, perhekeskeisenä hoitotyönä ja perhesysteemisenä hoitotyönä. Yhtenevä määritelmä perheiden kanssa tehtävästä työstä lisäisi ymmärrystä perheiden kanssa tehtävästä työstä ja selkeyttäisi työntekijöiden ajatuksia aiheeseen liittyen.

Tampereen yliopiston tutkimuslaitos on jo aikaisemmin tutkinut perheiden kanssa tehtävää työtä ja aiheesta on julkaistu useita väitöskirjoja (mm. Seikkula 1991, Lehto 2004 ja Potinkara 2004). Tutkimusten avulla saatua tietoa muun muassa vanhempien osallistumisesta lapsen hoitamiseen sairaalassa voidaan hyödyntää yleisesti perheen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä sekä kehitettäessä systemaattisesti hoitotyön käytäntöä sekä hoitotyön koulutusta perheiden kanssa tehtävän työn näkökulmasta. Tutkimuksissa tuotettua teoriaa voidaan hyödyntää myös hoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksessa ja kehittämisprojektien suunnittelussa. Rantasen ym. (2010) tekemän pilottitutkimuksen mukaan perheet saavat tukea hoitohenkilökunnalta kohtalaisesti. Tämän tutkimuksen mukaan jatkossa voitaisiin kehittää jonkinlainen perheiden tukemisen malli ja siten selvittää ammattilaisilta saadun tuen yhteyttä perheiden hyvinvointiin. Jatkotutkimusta kaipaa mielestämme myös se, miten potilaiden omaiset ja läheiset kokevat asemansa osana potilaan kuntoutusta ja kotiutumista suunnitellessa ja toteuttaessa.

Opinnäytetyöhömmä liittyvän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, koska ne kuvaavat pelkästään Espoon sairaalan kuntoutusosastojen nykytilannetta. Tuloksia ei voida yleistää myöskään siitä syystä, että otoskokomme ei riitä kuvaamaan koko sairaalan todellista tilannetta perheiden kanssa tehtävästä työstä. Teoreettista osiota sekä tekemämme kyselylomaketta voidaan kuitenkin hyödyntää missä tahansa sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikassa, jossa tehdään moniammatillista työtä potilaan tai asiakkaan omaisten ja perheiden kanssa.

Opinnäytetyön aikana on herännyt useita kysymyksiä yhteiskunnalliseen perheiden kanssa sairaalassa tehtävään moniammatilliseen työhön liittyen. Omalle koulukunnallemme, sosionomi (AMK) sairaalassa tehtävä työ on kokonaisuudessaan hyvin vierasta. Kyselylomakkeen väittämät ohjautuivat kyseisestä syystä toisinaan hieman ohi tarkoista teoreettisista terminologioista. Emme olleet määritelleet esimerkiksi tavoitekokousta laisinkaan. Osa väittämistä alkoi siis vaikuttaa järkeenkäyville hyviltä metodeilta ilman, että aiheesta olisi lukenut tarkemmin teoreettista taustaa. Muutamille väittämille ei näin ollen ollut kattavaa teoreettisesti operationalisoitua väittämää.

Opinnäytetyöprosessimme on ollut haasteellinen, mutta samalla myös äärimmäisen mielenkiintoinen. Mielenkiinto tätä työtä kohtaan ei ole hiipunut missään vaiheessa.

Opinnäytetyön tulosten analysointia olisimme voineet jatkaa pidempäänkin. Tiedostamme kuitenkin opinnäytetyömme kehittämiskohteet ja olemme muokanneet niiden pohjalta tätä raporttia. Omalla tavallaan tämä kuvastaa käsitystämme siitä, että yksilönä emme koskaan ole valmiita, vaan aina on mahdollisuus kehittymiseen ja uudelleen-orientoitumiseen.

Lähteet

- Berg, Insoo Kim 1991. Perhekeskeisen työn opas, käytännön vihjeitä lastensuojeluun. Helsinki: Mannerheimin lastensuojeluliitto.
- Berg, Leif 2010. Kun perheenjäsen sairastuu – Psykoedukatiivinen perheohjaus. Power Point –esitys. Ikääntymisen seminaari. Espoo 8.10
- Eriksson, Elina 1997. Löytyykö terveys ja hyvä olo – Omainen auttajana. *Hoitotiede* 11. 35-47.
- Eskola, Jari. – Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 5. painos. Tampere: Vastapaino.
- ETENE 2001. Muistilista eettisten toimikuntien jäsenille ja tutkijoille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<http://www.etene.org/tukija/dokumentit/Muistlco.pdf>>. Luettu 22.3.2010.
- Etzell, Sirpa – Korpivaara, Liisa – Lukkarinen, Tuula – Nikula, Anne – Pekkarinen, Inkeri – Peni, Riitta – Värmälä, Hanna-Maija 1998. Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Field, Andy 2009. *Discovering statistics using SPSS*. 3rd edition. London: Sage.
- Forsbom, Maj-Britt – Kärki, Erja – Leppänen, Liisa – Sairanen, Riitta 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hakulinen, Tuovi – Paunonen, Marita 1994. Analyysi käsitteestä perhehoitotyö. Lähikäsitteinä perhesysteemin ja perhekeskeinen hoitotyö. *Hoitotiede* 6(2) 58-65.
- Hakulinen, Tuovi – Koponen, Päivikki – Paunonen, Marita 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri: Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY. 25-42.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Järvinen, Ritva – Lankinen, Aila – Taajamo, Terhi – Veistilä, Minna – Virolainen, Arja 2007. Perheen parhaaksi. Perhetyön arkea. Helsinki: Edita Prima.
- Kaila, Arja 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi. *Hoitotiede* 21(1). 3-12.
- Kallanranta, Tapani – Rissanen, Paavo – Vilkkumaa, Ilpo 2001. Kuntoutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lehto, Paula 2004. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. <<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5935-0.pdf>>. Verkkoaineisto. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

- Liittyvä Voima 2011. Euroopan sosiaalirahaston (ESR) rahoittaman projektin kuvaus: Liittyvä Voima 2011. Verkkodokumentti. <<https://www.eura2007.fi/rrtiepa/projekti.php?projektikoodi=S10750>>. Luettu 6.3.2011.
- Marin, Marjatta 1999. Perhe ja sen muutos suomalaisessa kulttuurissa. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri: Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY. 43-60.
- Metsämuuronen, Jari 2007. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 2. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mittarin luotettavuus 2008. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. KvantimOTV. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Tampereen yliopisto. Verkkodokumentti. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>>. Päivitetty 7.2.2008. Luettu 17.3.2011.
- Mäkinen, Birgitta 2002. Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa. Omaisen, lääkärin ja sairaanhoitajan näkökulma. Turku: Turun yliopiston julkaisuja.
- Nummenmaa, Lauri 2006. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Paavilainen, Eija – Kuuppelomäki, Merja – Murtonen, Irja – Sirola, Kirsi – Tuominen-Saarela, Leena – Nieminen, Paula (toim.) 1999. Perhehoitotyön kehittäminen yliopiston, ammattikorkeakoulujen ja terveydenhuollon organisaatioiden yhteistyönä Seinäjoella, Porissa ja Tampereella. Tampere: Tampereen Yliopisto.
- Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1999. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY.
- Potinkara, Heli 2004. Auttava kanssakäyminen: substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto
- Rantanen, Anja – Heikkilä, Asta – Asikainen, Paula – Paavilainen, Eija – Åstedt-Kurki, Päivi 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa – pilottitutkimus. Hoitotiede 22 (2). 141-152.
- Seikkula, Jaakko 1991. Perheen ja sairaalan rajajärjestelmä potilaan sosiaalisessa verkostossa. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston monistuskasutuskeskus.
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982. Säädetty eduskunnan päätöksen mukaisesti 17.9.1982.
- Tabachnick, B.G.. – Fidell, L.S. 2007. Using Multivariate Statistics. Pearson International Edition. 5th edition. London: Pearson.
- Tilastokeskus 2006. Perhe. Käsitteet ja määritelmät. Verkkodokumentti. <<http://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html>>. Luettu 29.8.2010.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Verhaege, Sofie – Defloor, Tom – Grypdonck, Mieke 2004. Stress and Coping among Families of Patients with Traumatic Brain Injury: a Review of the Literature. *Journal of Clinical Nursing* 14. 1004-1012.
- Vilén, Marika – Leppämäki, Päivi – Ekström, Leena 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Juva: WSOY.
- Åstedt-Kurki, Päivi – Jussila, Aino-Liisa – Koponen, Leena – Lehto, Paula – Maijala, Hanna – Paavilainen, Riitta – Potinkara, Heli 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Åstedt-Kurki, Päivi – Paavilainen, Eija 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY. 320-330.
- Åstedt-Kurki, Päivi – Paavilainen, Eija – Paunonen, Marita 1997. Perhehoitotyön tutkimus ja koulutus. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Tutkimuslomake

Tutkimuslomakkeen saatekirje

Arvoisa lomakkeen vastaanottaja,

Tämä lomake on osa opinnäytetyömme tutkimusta, jonka suoritamme kaikilla Espoon Sairaalan Puolarmetsän kuntoutusosastoilla. Tutkimuksemme tavoitteena on koota mahdollisimman laaja ja kattava teoriakatsaus perheiden kanssa tehtävästä moniammatillisesta työstä Suomessa ja muualla maailmassa. Tavoitteena on myös kehittää Espoon sairaalassa olevia perhetyön ja perhehoitotyön menetelmiä.

Tämän lomakkeen tarkoituksena on selvittää, millaista perheiden kanssa tehtävä työ on tällä hetkellä Espoon Sairaalan kuntoutusosastoilla. Tämän lomakkeen avulla saatua tietoa käytetään, kun pohdimme kehittämismahdollisuuksia sairaalassa tehtävään moniammatilliseen perheiden kanssa tehtävään työhön.

Lomakkeeseen vastataan nimettömänä ja tulokset tullaan raportoimaan siten, ettei ketään yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa.

Lomake sisältää väittämiä eri osa-alueista potilaan ja omaisten kanssa tehtävässä työssä. Pyydämme Teitä vastaamaan myös taustatietoja koskeviin kysymyksiin, koska siten voimme kohdentaa analyysiamme tiettyyn osastoon. Emme mainitse raportissamme osastoja niiden käytössä olevilla tunnuksilla.

Toivomme Teidän vastaavan väittämiin totuudenmukaisesti – siten kuin osastollanne työskennellään. Raporttimme on luettavissani toukokuun 2011 lopussa.

Yhteistyöterveisin,

Saara Rossi ja Reetta Virtanen

Sosionomiopiskelijat, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Tutkimuslomake

Taustatietoihin liittyvät kysymykset 1-3

1. Osasto jolla työskentelen on osasto _____

2. Työnimikkeeneni osastolla on _____

väittämät 1-5	samaa mieltä =1	eri mieltä = 2	ei osaa sanoa =0	
1. Perhe koostuu järjestelmästä ja osajärjestelmistä				
2. Perhe kuuluu sosiaaliseen kontekstiinsa sairaudesta huolimatta				
3. Perhe on muuttuva yksikkö				
4. Perheen eri vaiheita sairauden aikana ei huomioida työssä				
5. Omaiset ja potilas puhuvat kuntoutuksesta keskenään				

Valitse kunkin väittämän kohdalla seuraavista vaihtoehdoista sopivin kuvaamaan osastonne toimintaa ja rastita se	aina	usein	harvoin	joskus	ei koskaan	en osaa sanoa
6. Perheen dynamiikkaa huomioidaan työssä						
7. Perheen keskinäistä vuorovaikutusta ei ole huomioitu työssä						
8. Perheen keskinäinen kommunikaatio on huomioitu työssä						
9. Omaisten odottamaan emotionaaliseen tukeen ei vastata työssä						
10. Omaisten odottamaan tiedolliseen tukeen vastataan työssä						
11. Rohkaisen perhettä kuntoutuksen eri vaiheissa						
12. Omaiselle tarjotaan kuulluksi tulemisen mahdollisuus						
13. Omaisen voimavaroja pyritään löytämään						
14. Omaisen kuvaama huoli otetaan tosissaan						
15. Omaisen kuvaamaa huolta käsitellään						
16. Omaiselle on riittävästi aikaa						
17. Omaiset jarruttavat potilaan kuntoutusta						
18. Omaiselle jaetaan kirjallista informaatiota						
19. Omaiselle kerrotaan taudinkuvasta						
20. Omaiselle annetaan mahdollisuus puhua tunteistaan						
21. Omaisen voimavaroja ei näytetä omaiselle						
22. Omaisten voimavarat näytetään omaiselle						
23. Pystyn kommunikoimaan asiakkaan kielellä						
24. Ajattelen omaista puhuessani hänelle						
25. En pyri välttämään ammattislangia asiakastilanteissa						
26. Pyrin kannustamaan perheenjäseniä hakemaan tukea myös itselleen						
27. Kannustan perheenjäseniä keskustelemaan sairauden aiheuttamasta tilanteesta						
28. Perehdyn ennen asiakaskohtaamista asiakkaan ja perheen tilanteeseen						
29. Asiakkaan mielipide jää ammattilaisen mielipiteen varjoon						
30. Asiakastilanteessa vastaan puutteellisesti tai stereotyyppisesti asiakkaan kysymään						
31. Noudatan toiminnassani normeja ja säädöksiä						
32. Potilas ja omainen eivät saa riittävästi tietoa kokonaisvaltaisesta muutoksesta						
33. Potilas ja omainen saavat moniammatillista						

kuntoutusta						
34. Käytän neuvomista ja ohjeistamista erityisesti kuntoutuksen alkuvaiheessa						
35. Autan perhettä ratkaisemaan tilanteet mahdollisimman positiivisella tavalla						
36. Autan perhettä näkemään sairauden muutoksen aiheuttamat seuraamukset						
37. Ymmärrän mitä perheen sitouttamisella hoitoon tarkoitetaan						
38. Pysin sitouttamaan perheen potilaan hoitoon						
39. Sairastunut vaikuttaa itse siihen, keitä hänen perheeseensä kuuluu						
40. Osastolla järjestetään tarvittaessa tilaisuus johon koko perhe voi potilaan kanssa osallistua ja jossa on mukana moniammatillinen tiimi (jos järjestetään vastaa myös seuraavaan kysymykseen, jos ei järjestetä siirry yhden kysymyksen yli)						
41. Tilaisuuden pääpaino on asiantuntijoiden kertomalla						
42. Perheiden kanssa työskentelyyn on useita tapoja						
43. Työskentelen perheiden kanssa eri tavoin kuntoutumisen eri vaiheissa						
44. Annan perheelle aikaa						
45. Kerron potilaan päivittäisistä toiminnoista omaiselle						
46. Kerron osaston toiminnasta yleisesti omaiselle						
47. Annan omaiselle mahdollisuuden kysyä						
48. Kuuntelen omaisen sanomaa						
49. Vien omaisen asian tarvittaessa tavoitekokoukseen						
50. Minulla on aikaa omaiselle						
51. Tutustun kuntoutuksen aikana potilaan perhelanteeseen						
52. Tutustun kuntoutuksen aikana potilaan elämänhistoriaan						
53. Tutustun kuntoutuksen aikana omaiseen						
54. Minulla on yksin omaan asiantuntija-asema asiakastilanteissa						
55. Pysin tuomaan omaa asiantuntijuuttani esiin						
56. Toimin omaisten kanssa asiantuntija-asemassa						
57. Pysin luomaan omaisen kanssa tasavertaisen suhteen						
58. En välitä siitä, mitä omaisen minulle kertoo						

59. Annan omaiselle mahdollisuuden olla perheensä ja oman tilanteensa asiantuntija						
60. Omainen tulee kuulluksi						
61. Omainen saa keskusteluapua						
62. Mikäli en voi tarjota omaiselle keskusteluapua, tarjoan						
63. Annan omaiselle mahdollisuuden käydä läpi omaa tilannetta sairauden eri vaiheissa						
64. Tuen omaista löytämään omia voimavarojaan						
65. Tuen omaista hänen surun kokemuksissaan						
66. Omainen saa keskustella minun tai jonkun toisen tiimin jäsenen kanssa omista tunteistaan						
67. Omaisten kanssa muodostuva vuorovaikutussuhde on yksisuuntainen ja asiantuntijakeskeinen						
68. Minun on helppo ottaa kontakti ensitapaamisessa omaiseen						
69. En aseta ennakkoluuloja erilaisille perheille						
70. Olen omaisten kanssa kohtaamistilanteissa						
70a. kärsivällinen						
70b. ammatillinen						
70c. kunnioittava						
70d. asiallinen						
71. Koko osaston henki on kohtaamistilanteissa						
71a. kärsivällinen						
71b. kunnioittava						
71c. ammatillinen						
71d. asiallinen						
72. Työhöni kuuluu huomioida myös perheenjäsenten hyvinvointi						
73. Huomioin omaisten hyvinvoinnin						
74. Autan perhettä näkemään sairaudesta aiheutuvien muutosten seuraukset						
75. Varmistan sen, että asiakas ymmärtää sen mitä yritän sanoa						
76. Kannustan perhettä keskustelemaan perheen sen hetkisestä tilanteesta						
77. Kannustan perhettä keskustelemaan tilanteen tuomista negatiivisista seurauksista						
78. Kannustan perhettä keskustelemaan leimaantumisesta						
79. Perehdyn aina ennalta asiakkaan asioihin						

80. Pohdin asiakastilanteissa erilaisia tapoja sanoa jokin asia						
81. Annan palautetta omaiselle						
82. Autan perhettä tiedostamaan erilaisia ongelma-alueita						
83. Työtäni ohjaa tehokkuus ja rationaalisuus						
84. Mikäli havaitsen perheen tilanteessa jotain pahaa...(toimin seuraavasti)						
85. Sairastunut saa kaiken huomion työssäni						
86. Kaikilla osapuolilla on mahdollisuus saada tarvittavia palveluita						
87. Huomioin työssäni perheiden kanssa tehtävässä työssä						
87a. psyykkiset tarpeet						
87b. sosiaaliset tarpeet						
87c. henkiset tarpeet						
87d. turvallisuuden tarpeet						
87e. suhteiden luomisen tarpeet						
87f. esteettiset tarpeet						
88. Jaan omaisen kanssa vastuuta kuntoutuksen eri vaiheissa						
89. Jaan omaisen kanssa tietoa sairauden eri vaiheista						
90. Jaan omaisen kanssa tietoa sairautta edeltävää tilanteesta						

Kiitos vastauksista!

Palauttakaa kyselylomake minkä tahansa kuntoutusosaston kanslian palautelaatikkoon.

Komponenttien lataukset, kommunaliteetit ja luotettavuustarkastelu

Komponenttien lataukset, kommunaliteetit ja luotettavuustarkastelu						
	Component					
	1	2	3	4	5	Kom- munaliteetti
7. Perheen keskinäistä vuorovaikutusta ei ole huomioitu työssä	-,004	,128	,404	,022	-,547	,479
8. Perheen keskinäinen kommunikaatio on huomioitu työssä	,729	,044	,108	,081	-,002	,552
10. Omaisten odottamaan tiedolliseen tukeen vastataan työssä	-,103	,370	,529	-,018	,267	,499
11. Rohkaisen perhettä kuntoutuksen eri vaiheissa	,361	-,063	,531	-,167	,038	,445
12. Omaiselle tarjotaan kuulukuksi tuleminen mahdollisuus	,753	,055	,358	,001	,073	,703
16. Omaiselle on riittävästi aikaa	,038	,071	,275	,573	-,223	,460
17. Omaiset jarruttavat potilaan kuntoutusta	,053	,082	,135	,073	,574	,362
18. Omaiselle jaetaan kirjallista informaatiota	,078	,042	,294	,585	,117	,450
19. Omaiselle kerrotaan taudinkuvasta	,684	,257	-,098	,135	,108	,574
21. Omaisen voimavaroja ei näytetä omaiselle	,151	,067	,681	-,007	-,116	,505
22. Omaisten voimavarat näytetään omaiselle	,333	,147	,725	,059	,119	,675
26. Pysin kannustamaan perheenjäseniä hakemaan tukea myös itselleen	-,014	-,040	,563	,383	,152	,489
28. Perehdyn ennen asiakas-kohtaamista asiakkaan ja perheen tilanteeseen	,508	,033	,275	-,260	-,010	,403

29. Asiakkaan mielipide jää ammattilaisen mielipiteen varjoon	,010	,079	-,280	,083	,642	,504
30. Asiakastilanteessa vastaan puutteellisesti tai stereotypisesti asiakkaan kysymään	,223	-,504	-,220	,148	,399	,533
31. Noudatan toiminnassani normeja ja säädöksiä	,225	,645	-,158	-,323	-,063	,600
32. Potilas ja omainen eivät saa riittävästi tietoa kokonaisvaltaisesta muutoksesta	-,022	,567	,006	,020	-,278	,400
34. Käytän neuvomista ja ohjeistamista erityisesti kuntoutuksen alkuvaiheessa	,087	,167	,251	,118	,619	,495
36. Autan perhettä näkemään sairauden muutoksen aiheuttamat seuraamukset	,459	,048	,057	-,174	,533	,531
38. Pysin sitouttamaan perheen potilaan hoitoon	,630	,214	,087	-,144	,353	,595
41. Tilaisuuden pääpaino on asiantuntijoiden kertomalla	-,012	-,189	,125	,397	,647	,628
42. Perheiden kanssa työskentelyyn on useita tapoja	,245	,542	,322	,057	,181	,494
44. Annan perheelle aikaa	-,111	,062	,637	,304	-,078	,520
49. Vien omaisen asian tarvittaessa tavoitekokoukseen	,797	-,057	,016	,133	-,103	,667
52. Tutustun kuntoutuksen aikana potilaan elämänhistoriaan	-,043	-,058	,585	-,099	,382	,503
53. Tutustun kuntoutuksen aikana omaiseen	-,008	,575	-,064	-,224	,283	,465
56. Toimin omaisten kanssa asiantuntija-asemassa	,265	,037	-,204	,554	,144	,440
58. En välitä siitä, mitä omainen minulle kertoo	-,228	,573	,188	-,245	-,243	,534
59. Annan omaiselle mahdollisuuden olla perheensä ja oman tilanteensa asiantuntija	-,063	,236	,280	,080	,563	,462

60. Omainen tulee kuulluksi	,439	,508	-,007	,191	-,264	,556
61. Omainen saa keskustelu- apua	-,168	,282	-,109	,577	,217	,500
63. Annan omaiselle mahdollisuuden käydä läpi omaa tilannetta sairauden eri vaiheissa	,216	-,155	,054	,678	-,106	,544
64. Tuen omaista löytämään omia voimavarojaan	,201	,279	,073	,704	,184	,653
65. Tuen omaista hänen surun kokemuksissaan	,071	,676	,292	,155	,127	,587
66. Omainen saa keskustella minun tai jonkun toisen tiimin jäsenen kanssa omista tunteistaan	,105	,677	,145	,216	,077	,543
68. Minun on helppo ottaa kontakti ensitapaamisessa omaiseen	,126	,559	-,208	-,066	-,138	,395
69. En aseta ennakkoluuloja erilaisille perheille	-,512	,104	-,186	,267	,106	,391
Kohtaaminen - oma toiminta 70c. kunnioittava	,000	,604	,144	,041	-,042	,389
Kohtaaminen - oma toiminta 70d. asiallinen	,398	,641	,042	-,112	-,050	,587
Kohtaaminen – osasto 71c. ammattillinen	-,196	,592	-,280	,103	,098	,487
Kohtaaminen – osasto 71d. asiallinen	,105	,561	-,271	-,015	,029	,401
72. Työhöni kuuluu huomioida myös perheenjäsenten hyvinvointi	,140	,616	,112	,376	,190	,589
73. Huomioin omaisten hyvinvoinnin	,239	,587	,263	,354	,227	,648
74. Autan perhettä näkemään sairaudesta aiheutuvien muutosten seuraukset	,634	,034	,119	,387	,172	,597

76. Kannustan perhettä keskustelemaan perheen sen hetkisestä tilanteesta	,500	,276	,349	-,069	,302	,544
77. Kannustan perhettä keskustelemaan tilanteen tuomista negatiivisista seurauksista	,635	,137	,443	,119	,162	,659
80. Pohdin asiakastilanteissa erilaisia tapoja sanoa jokin asia	,526	,098	-,049	,184	,071	,327
81. Annan palautetta omaiselle	-,008	-,060	,013	,583	,176	,374
85. Sairastunut saa kaiken huomion työssäni	,028	,043	-,080	,616	,059	,392
Huomioin 87a. psyykkiset tarpeet	,797	,100	-,216	,168	,058	,724
Huomioin 87b. sosiaaliset tarpeet	,837	,132	-,174	,136	,051	,769
Huomioin 87c. henkiset tarpeet	,782	-,112	-,041	,255	-,035	,692
Huomioin 87e. suhteiden luomisen tarpeet	,723	,082	-,020	,291	-,160	,640
Huomioin 87f. esteettiset tarpeet	,260	,090	-,119	,560	-,125	,419
89. Jaan omaisen kanssa tietoa sairauden eri vaiheista	,493	,023	,005	-,024	,504	,498
90. Jaan omaisen kanssa tietoa sairautta edeltävästä tilanteesta	,232	-,064	,130	,157	,542	,393
Cronbachin α	,909	,876	,834	,884	,775	