



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
VASA YRKESHÖGSKOLA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Pirjo Koivula ja Pauliina Lundström

# PERHEEN OSALLISTUMINEN HOITO- TYÖHÖN SISÄTAUTIOSASTOILLA

Sosiaali- ja terveysala  
2011

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Pirjo Koivula ja Pauliina Lundström
Opinnäytetyön nimi	Perheen osallistuminen hoitotyöhön sisätautiosastoilla
Vuosi	2011
Kieli	suomi
Sivumäärä	65 + 6 liitettä
Ohjaaja	Pirjo Peltomäki

---

Tutkimus tehtiin yhteistyössä työelämän kanssa. Aihe kosketti meitä työelämän kautta ja halusimme syventyä tutkimaan mitä perhehoitotyö on aikuispotilaiden kohdalla. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perhehoitotyön toteutumista. Tavoitteena oli kehittää perhehoitotyötä erikoissairaanhoidossa ja vahvistaa perheen osallistumista hoitotyöhön sisätautiosastoilla.

Tutkimus oli pääosin kvalitatiivinen, mutta tutkimuksessa oli myös kvantitatiivinen osuus. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat sairaanhoitajat ja heitä osallistui tutkimukseen 21. Tutkimuksen keskeiset käsitteet olivat perhe, sairaanhoitaja, sisätautiosasto, perhekeskeisyys ja perhehoitotyö. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella. Aineisto kerättiin keväällä 2011. Tutkimusaineisto analysoitiin sisälön analyysillä ja Microsoft Excel 2007-ohjelmalla.

Perheen osallistumista hoitotyöhön pidettiin tärkeänä. Sairaanhoitajat kokivat perhehoitotyön toteutuvan työssään pidemmissä hoitosuhteissa ja heidän halustaan antaa potilaalle kokonaisvaltaista hoitoa. Perhe voi osallistua konkreettisesti hoitamalla potilasta, henkisesti tukemalla, olemalla läsnä ja toivoa ylläpitämällä. Tukemisessa korostui perheiden erilaisuus ja halu hoitoon osallistumiseen. Sairaanhoitajat ymmärsivät perheen monimuotoisuuden hoitotyöhön osallistumisessa. Sairaanhoitajien mukaan perhehoitotyön toteuttaminen vaatii osaston voimavarojen riittävyyttä. Perhehoitotyötä verottivat vierailuajat, potilaan huonot suhteet omaisiin, fyysiset tilaratkaisut ja ajan puute. Sairaanhoitajat kokivat perhehoitotyön kehittämisen tarpeelliseksi. Perhehoitotyön kehittämistä edesauttaa koulutuksen järjestäminen sairaanhoitajille perhehoitotyöstä. Sairaanhoitajilla hoitotyön keinoja perhehoitotyön kehittämisessä ovat yksilövastuinen hoitotyö, moniammatillinen yhteistyö ja hyvä vuorovaikutus. Perhehoitotyötä edesauttaa osastolla potilaan perheen tukeminen ja ohjaus. Perhehoitotyö mahdollistuu esimiehen hyvällä ja positiivisella tuella, työn organisoinnilla, henkilökunnan riittävyyden varmistamisella, positiivisella asenteella hoitotyön kehittämiseen ja moniammatillisuuden hyödyntämisellä työyhteisössä.

---

Avainsanat	perhe, sairaanhoitaja, sisätautiosasto, perhekeskeisyys, perhehoitotyö
------------	--

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Hoitotyön koulutusohjelma

## ABSTRACT

Author	Pirjo Koivula ja Pauliina Lundström
Title	Family Participation in the Nursing Care in Internal Medicine Wards
Year	2011
Language	Finnish
Pages	65 + 6 Appendices
Name of Supervisor	Pirjo Peltomäki

---

The study was carried out in co-operation with the working life. The subject touched us through our work and we think that family nursing has been forgotten in the care of adult patients. The purpose of this bachelor's thesis was to describe how family nursing is implemented. The aim was to develop family nursing within specialized health care and promote the family's participation in the nursing in the internal medicine wards.

The study was mainly qualitative, but there was also a quantitative part. The main target group were nurses. The study was participated by 21 nurses. The main concepts in the study were family, nurse internal medicine ward, family-oriented approach. The research was carried out by a questionnaire. The material was collected in the spring of 2011. The material was analysed with content analysis method and with Microsoft Excel 2007.

The participation of the family was considered important. The nurses felt that Family nursing was implemented when the patient-nurse relationship was a longer one and also due to the nurses' will to treat the patient holistically. The family can participate in the care by being there and taking care of the patient, supporting him or her also mentally and maintaining the hope of better. The diversity of families and their willingness to participate in the treatment was emphasized in the study. The nurses understood the variation between the families concerning the participation in the patient's treatment. Implementing family nursing requires sufficient resources. Poor relations between the patient and his or her family, the lack of time and space and the visiting hours made family nursing lose its efficiency. The nurses felt that family nursing should be developed by having more training on it. Nursing methods that could be used to develop family nursing are primary nursing, multi-professional co-operation and good communication and interaction. Supporting the patient's family and patient guidance promote the family nursing on the ward. The support from the superior, organizing work, having enough staff and a positive attitude towards developing the work and multi-professional co-operation enable the implementation of family work.

---

Keywords	Family, nurse, internal medicine ward, family nursing family-oriented approach
----------	--

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

LIITELUETTELO

1	JOHDANTO.....	9
2	TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET .....	11
	2.1 Perhe .....	11
	2.2 Sairaanhoidaja.....	12
	2.3 Sisätautiosaston hoitotyö .....	13
	2.4 Perhekeskeisyys .....	14
	2.5 Perhehoitotyö .....	16
3	PERHEHOITOTYÖN TOTEUTUMINEN KÄYTÄNNÖSSÄ .....	19
	3.1 Perhehoitotyön menetelmiä .....	19
	3.2 Perhehoitotyötä mahdollistavat tekijät.....	21
	3.3 Omaisten kokemuksia osallistumisesta hoitotyöhön .....	24
	3.4 Hoitajien kokemuksia perheiden osallistumisesta hoitotyöhön.....	28
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUKSEN ONGELMAT .....	31
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	32
	5.1 Tutkimuksen kohderyhmä .....	32
	5.2 Aineistonkeruu ja mittarin kuvaus .....	32
	5.3 Aineistonanalyysi.....	33
	5.4 Tutkimuksen eettisyys .....	35
	5.5 Tutkimukseen tarvittavat resurssit .....	36
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	37
	6.1 Vastaajien taustatiedot .....	37
	6.2 Potilaan perheen osallistuminen perhehoitotyöhön .....	40
	6.3 Sairaanhoidajien kokemuksia perhehoitotyön toteutumisesta työssään ..	43
	6.4 Perhehoitotyön kehittäminen sisätautiosastolla .....	47

6.5	Perhehoitotyön mahdollistuminen sairaanhoitajan työssä.....	50
7	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	54
8	POHDINTA.....	56
8.1	Tutkimustulosten tarkastelua .....	56
8.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	60
8.3	Oma oppimisprosessi .....	63
8.4	Jatkotutkimusaiheet.....	64
	LÄHTEET.....	66
	LIITTEET	

## **LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Suomenkielinen kyselylomake

**LIITE 2.** Ruotsinkielinen kyselylomake

**LIITE 3.** Tiedote osastonhoitajille

**LIITE 4.** Suomenkielinen saatekirje

**LIITE 5.** Ruotsinkielinen saatekirje

**LIITE 6.** Sisällönanalyysi taulukko

## 1 JOHDANTO

Ammattilaisten keskuudessa perhehoitotyö mielletään enemmän äitiys- ja lastenneuvolatyössä, mielenterveystyössä ja lasten sairaanhoidossa, vaikkakin se olisi kaikilla hoidon aloilla sovellettavissa (Paunonen, Åstedt-Kurki & Vehviläinen-Julkunen 2009: 393). Mutta miten perhehoitotyö toteutuu aikuisten hoitotyössä? Perhekeskeisyyden periaate on jäänyt melko teoreettiselle tasolle, ja siksi perhehoitotyö on käsitteenä yleisempi.

Perhehoitotyö on suhteellisen uusi hoitotyön ala, joka on edelleen selkeästi kehityksessä niin käytännössä, koulutuksessa kuin tutkimuksessakin. Merkittävää kehitystä on tapahtunut siinä miten hoitotyön käytännön ajatusmalleihin on alettu sisällyttää perhe asiakkaana. (Friedman, Bowden & Jones 2003: 36.)

Aiheemme taustalla on työelämän toive kartoittaa perheen osallistumismahdollisuuksia hoitotyöhön. Nykyään on yhä vähemmän hoitohenkilökuntaa ja enemmän monisairaita potilaita. Tavoitteena ovat lyhyemmät hoitajakset erikoissairaanhoitossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Mielenkiintomme heräsi ja kiinnostuimme aiheesta, koska perhehoitotyö koskettaa hyvin läheisesti myös omaa työtämme. Aikuispotilaiden kohdalla perhekeskeisyyden periaate on jäänyt vähemmälle huomiolle. Haluamme nostaa perhehoitotyön merkitystä osana sairaanhoitajan työnkuvaa sisätautiosastoilla. Perheen osallistuminen hoitotyöhön on vähäistä ja kaikilla hoitajilla ei ole keinoja eikä koulutusta ottaa perhettä mukaan potilaan hoitamiseen.

Perhekeskeisyydestä hyvän hoidon takeena on jo olemassa runsaasti tutkimustietoa. Tämän tiedon avulla voidaan potilaiden ja heidän perheensä elämää helpottaa myös sairaalassa. Perhekeskeisyyden lisäämiseen panostetaan terveydenhuollossa, koska sillä on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia. (Paavilainen 2009: 235.)

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perhehoitotyön toteutumisesta sisätautiosastoilla erikoissairaanhoitossa. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää perhehoitotyötä

erikoissairaanhoidossa ja vahvistaa perheen osallistumista hoitotyöhön sisätauti-osastoilla sairaanhoitajan näkökulmasta.

Tässä opinnäytetyössä hoitajalla tarkoitamme sairaanhoitajaa, koska tutkimuksemme kohderyhmänä ovat sairaanhoitajat. Sairaanhoitajan työnkuvaan sisätauti-osastolla kuuluu vastuu omista potilaista oman moduulin sisällä sekä omien potilaiden hoitotyön suunnittelu että oman moduulin johtaminen.



## 2 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET

Tämän tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat perhe, sairaanhoitaja, sisätautiosaston hoitotyö, perhekeskeisyys ja perhehoitotyö. Käsitteiden avulla aihe pysyy rajattuna ja tukee tutkimuksen tekoa.

### 2.1 Perhe

Perhe voidaan määrittää biologisin, juridisin ja emotionaalisin perustein. Biologinen peruste määrittelee perheen ydinperheeksi (isä, äiti, lapset tai toinen vanhempi ja lapsi/lapsia). Juridinen peruste määrittelee perheen ydinperheeksi, avioliitoksi tai rekisteröidyksi parisuhteeksi. Tämä sisältää myös niin sanotun uusperheen ja perheen jossa voi olla adoptoituja lapsia. Emotionaalinen peruste määrittelee perheeksi ihmisen, joka on henkisesti tärkeä ja läheinen esimerkiksi ystävät tai naapurit. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara, 2008: 11–13.; Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2006: 10.)

Yhteiskunnallisesti mielekäs tapa on kuvata perhe tilastollisesti ihmisten muodostamiksi yksiköiksi. Yksilön ja perheen kannalta olisi mielekästä määritellä perhe kulloisenkin tilanteen mukaisesti joko yksilön tai perhekokonaisuuden näkökulmasta. Asiakaskeskeinen lähestymistapa käytännön hoitotyössä antaa yksilölle mahdollisuuden määritellä perheyhteisönsä juuri sellaiseksi kuin hän sen itse kokee. Keskeistä tässä on emotionaalinen yhteenkuuluvuudentunne, jolloin läheisten ja perheen määritelmä ei enää perustu biologiaan. (Ivanoff ym. 2006: 10.)

Sanotaan, että perhe elää ja muuttuu. Yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset, erilaiset ympäristöt ja kulttuurit ovat vaikuttaneet siihen, miten perhe on nähty. Perhe koko on pienentynyt, yksinhuoltaja perheiden osuus on kasvanut ja roolijako on muuttunut. Hoitotyöhön heijastuu perheen määrittelyn muutokset, jolloin hoitotyössä toimivien on tiedostettava perhekäsityksen muutokset. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999: 15–16.)

## 2.2 Sairaanhoidaja

Sairaanhoidajan toimintaa ohjaavat eettiset ohjeet, jotka Suomen sairaanhoidajaliitto on hyväksynyt 1996. Ohjeet sisältävät sairaanhoidajan perustehtävän yhteiskunnassa ja työn periaatteet sekä tukevat sairaanhoidajan eettistä päätöksentekoa. (Qvick 2010: 764.)

Suomen sairaanhoidajaliitto (2011) ja Qvick (2010) määrittelevät, että sairaanhoidajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen sekä kärsimysten lievittäminen. Työssään sairaanhoidaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoidaja pyrkii myös tukemaan ja lisäämään ihmisten voimavaroja sekä parantamaan ihmisten elämänlaatua.

Suomen sairaanhoidajaliitto (2011) ja Qvick (2010) määrittelevät, että sairaanhoidaja on ensisijaisesti vastuussa potilaille, joita hän hoitaa. Hän suojelee ihmiselämää ja edistää yksilöllistä hyvää oloa. Potilas kohdataan arvokkaana ihmisenä. Ihmisarvon kunnioitus näkyy myös potilaan omaisten ja läheisten kohtelussa.

Sairaanhoidajat tekevät itsenäistä ja vastuullista työtä, joka perustuu hoitotieteen. Näyttöön perustuva hoitotyö on sairaanhoidajien asiantuntijuuden perustana. Sairaanhoidajat työskentelevät moniammatillisessa työryhmässä, jossa heidän tehtävänä on tuoda hoitotyön näkökulma työskentelyyn. Sairaanhoidajat toimivat yhdessä potilaiden omaisten kanssa vahvistaen heidän osallistumistaan potilaan hoitoon. (Qvick 2010: 764; Suomen sairaanhoidajaliitto 2011.)

Asiakkaan tai potilaan ja sairaanhoidajan auttamis- ja ohjaustilanteissa toteutuvat hoitotyön toiminnat. Sairaanhoidajan toiminnan perustana ovat hänen tiedot ja erilaiset taidot. Taidoista esimerkiksi käden taidot, havainnointi- ja kommunikointitaito, kyky ohjata ja neuvoa terveyden- ja sairaanhoidossa sekä antaa psykososiaalista tukea asiakkaan tai potilaan tai perheen tarpeiden mukaan. Oleellisia ovat asiakkaan tai potilaan sekä omaisen tiedot ja näkemykset tilanteesta. Sairaanhoidajan tieto perustuu näyttöön jokaisessa hoitotilanteessa. Tämä on syntynyt yhdis-

tämällä tutkittua tietoa, hyväksi havaittua toimintaa ja kokemuksen tuomaa hankittua tietoa. (Lauri 2005: 13–15.)

### **2.3 Sisätautiosaston hoitotyö**

Sisätautiosastoilla hoidetaan erilaisia sairauksia kuten veri-, reuma-, yleissisätautisia, neurologisia-, infektio-, vatsa- ja suolisto-, diabetes-, endokrinologisia sairauksia, syömishäiriöitä, ihotauteja, sydän- munuais-, keuhkopotilaita. Potilaat tulevat osastoille hoitoon päivystysvastaanoton kautta lähetteen perusteella. (Purola 2011; Mäki 2011; Sjöman 2011.)

Sisätautiosastoilla työnteko perustuu moduulityöskentelyyn. Tämä tarkoittaa, että päätöksenteko ja toimivalta, jotka koskevat potilaan hoitoa, on delegoitu osastonhoitajalta sairaanhoitajalle, joka hoitaa potilasta. Potilashuoneet on jaettu moduuleihin, joista vastaa yksi ja/tai kaksi hoitajaa. (Purola 2011; Mäki 2011; Sjöman 2011.)

Sisätautiosastojen hoitofilosofia perustuu hoitajan ja potilaan väliseen luottamukseen suhteeseen, joka edellyttää hoitajalta riittävästi tietoa sekä hoidollisista että lääketieteellisistä asioista. Hoitotyössä korostuu potilaan kokonaisvaltainen hoito, yhteistyö, suullinen ja kirjallinen potilasinformaatio ja ohjaus. Hoitotyön arvoja osastoilla ovat muun muassa potilaslähtöisyys, ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus, oikeiden mukaisuus. (Purola 2011; Mäki 2011; Sjöman 2011.)

Hoitotyön ja sairaanhoitopiirin arvot ovat samoja, jotka näin ohjaavat sisätautiosastojen toimintaa. Ihmisarvon kunnioittaminen tarkoittaa potilaan inhimillistä kohtelua sekä yksityisyyden ja henkilökohtaisen vakaumuksen kunnioittamista. Vastuullisuus merkitsee jokaisen työntekijän vastuuta omasta tehtävästään, työyhteisön toiminnasta sekä potilaiden hyvästä hoidosta. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa muun muassa potilaan osallistumismahdollisuutta itseään koskevaan päätöksentekoon sekä potilaan hoitoa tarjotaan hänen omalla äidinkielellään, suomeksi tai ruotsiksi. (Vaasan sairaanhoitopiiri 2010.)

Sisätautiosastolla seurannassa olevien potilaiden tilan ollessa kohtalaisen vakaa, voi siinä tapahtua kuitenkin äkillisiä, potilaan henkeä uhkaavia muutoksia, jotka vaativat välitöntä reagointia ja tarkoituksenmukaista toimintaa. Hoitotoimintojen vaativuutta lisäävät potilaan ominaisuudet kuten sairauden vakavuus, huomattava ylipaino tai hoitotoimintojen kiireellisyysaste. Myös hoidolliset erikoistilanteet lisäävät vaativuutta kuten normaalia toimintaa haittaava tekijä esimerkiksi liian vähäinen henkilökuntamäärä. Myös vieraskieliset potilaat, potilaiden sekavuus, muistamattomuus ja lähestyvä kuolema asettavat henkilökunnan ammattitaidolle lisävaatimuksia. Useiden hoidollisten erikoistilanteiden samanaikainen hallinta kuvattiin erittäin vaativaksi. (Hägg 2004.)

Sisätautiosastolla tärkeämmäksi sairaanhoitajan osaamisvaatimukseksi on tullut tilannesidonnainen priorisointikyky. Syynä on, että potilaat sisätautiosastoilla ovat enenevässä määrin monisairaita ja -ongelmaisina. Potilaalla on samanaikaisesti monenlaisia tarpeita, jotka vaativat sairaanhoitajalta jatkuvaa tarkkailua ja nopeaa reagointia tilanteen muuttuessa. (Hägg 2004.)

Lyhentyneet hoitoajat ovat myös lisänneet sairaanhoitajien tekemää päivittäistä työtä. Sairaanhoitajien mukaan paljon resursseja vie uusien potilaiden vastaanottaminen ja hoidon moniammatillinen suunnitteleminen. Resursseja vie myös samaan aikaan osastolta lähtevien potilaiden jatkohoidon järjestäminen erilaisten yhteistyötahojen kanssa, omaisten ja potilaan ohjaus ja neuvonta kotiinlähtötilanteissa. (Hägg 2004.)

## **2.4 Perhekeskeisyys**

Perhekeskeisyydessä perhe on taustatukena, jolloin yksilö on hoidossa keskeinen. Itse perhe voi olla hoitotyön kohteena, jolloin yksittäinen perheenjäsen on taustalla. (Paunonen ym. 1999:17; Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999: 33.)

Perheen mukaan ottaminen hoitotyöhön on hyödyllistä, koska yhden perheenjäsenen sairaus vaikuttaa koko perheeseen. Sillä on myös keskeinen merkitys ihmisen paranemisessa ja sairauksien ennaltaehkäisyssä. Yhden perheenjäsenen terveysongelman löytyminen koskee myös muita perheenjäseniä esimerkiksi perinnöllis-

sessä, yllättäen puhjenneessa sairaudessa tai riskitekijän ilmetessä. Perheen hoitoon osallistuessa saadaan tietoa laajemmin kuin vain potilaan omasta näkökulmasta, joten tilannekartoitus ei jää vain yhden varaan, vaan saadaan kokonaiskuva perheen tilanteesta. Perhekeskeiseen hoitotyöhön kuuluu olennaisena osana myös potilaan ja perheen oma osallistumishalukkuus. (Paunonen ym. 1999: 17 – 19.)

Perhekeskeisessä lastenneuvolatyössä pidetään tärkeänä erilaisten perheen sisäisten tekijöiden esimerkiksi perheenjäsenten terveyden, keskinäisten suhteiden ja perheen mahdollisten ongelmien, kriisien ja voimavarojen kartoittamista. Perusedellytys perheen tukemiselle on perheen vahvuuksien löytäminen ja osoittaminen erilaisissa ratkaisutilanteissa. (Viljanen 1999: 297.)

Perhekeskeisyydessä tärkeänä osana ovat myös terveydenhoitajan yksilölliset piirteet, asiantuntemus kuten laaja tietopohja ja sen ylläpitäminen. Hoitajalta edellytetään luovaa ongelmanratkaisukykyä, tiedon jakamista, ohjausta ja neuvontaa sekä tasavertaista keskustelukumppanuutta. Perheet korostavat myös emotionaalisuutta. Tärkeää on, että hoitaja on ystävällinen, rehellinen, luonnollinen ja tasa-arvoinen. Hoitosuhteen kannalta on keskeistä työntekijän tieto- ja taitotaso, mutta myös se, minkälainen hän on ja miten hän käyttää hyväkseen omaa persoonallisuuttaan. Hänen tulee kyetä muuttamaan rooliaan tilanteen mukaan ja olla joustava oman persoonallisuutensa, mielipiteidensä ja kannanottojensa suhteen. (Viljanen 1999: 298.)

Lapset ja nuoret voivat ylläpitää heille tärkeitä ihmissuhteita sairaalahoidon aikana sekä vanhemmuutta ja vanhempien asiantuntijuutta lapsensa suhteen kunnioitetaan perhekeskeisyyden periaatteen mukaan. Sekä kunnioitetaan vanhemmuutta ja vanhempien asiantuntijuutta lapsensa suhteen. Perhekeskeinen hoitotyö toteutetaan suunnittelemalla ja toteuttamalla yhteistyössä vanhempien, lapsen ja nuoren kanssa. Vanhemmilla tulee olla vanhempainvastuu myös lapsen ja nuoren ollessa sairaalassa. Tällöin hoitotyöntekijän vastuu on tukea ja ylläpitää lapsen tai nuoren sekä vanhempien oikeuksia hoitoa koskevassa päätöksenteossa. (Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2004: 32.)

Perhekeskeisen hoitotyön menetelmät perustuvat perheen yksilöllisiin tarpeisiin, joita toteutetaan perheen ehdoilla. Menetelmiä ovat luonnollinen keskustelu, perheen kuuntelu, soittamis- ja tapaamismahdollisuuksien tarjoaminen, tiedottaminen (suullisten ja kirjallisten ohjeiden antaminen), kotikäynnit. Kotikäynneillä ohjauksen ja neuvonnan on todettu tuottavan paremmin tulosta perheen todellisessa ympäristössä toteutettuna. Varsinaisia tiedonkeruumenetelmiä ovat kyseleminen ja perheen haastattelu. (Viljanen 1999: 300–301.)

## **2.5 Perhehoitotyö**

Perhehoitotyö on perhekeskeistä hoitotyötä tarkempi käsite. Perhehoitotyössä yksilön ja perheen terveyden ja sairauden väliset yhteydet otetaan huomioon hoitotyön suunnitelmassa ja hoitoa arvioitaessa. Hoitotyö sisältää toimintoja, jotka vahvistavat perheen voimavaroja ja kykyä vastata erilaisiin muutoksiin. Hoitotyön prosessi tarjoaa raamit perhehoitotyölle. Perhehoitotyön painotus tulisi olla terveystakeskeinen, kokonaisvaltainen, systemaattinen, vuorovaikutteinen ja perheen voimavaroja esiintuova näkökulma. (Ivanoff ym. 2006: 13; Friedman, Bowden & Jones 2003, 38.)

Perhehoitotyön tavoitteena on perheen ja sen perheenjäsenten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä tukeminen. Sen vuoksi tarvitaan terveyttä ja ihmisen vointia koskevaa tietoa yksilön, perheen ja yhteisön kannalta. Tämän tiedon avulla on mahdollista ymmärtää yksilön ja perheen hoitamisen päämäärä ja perusteet. Hoitajan tulee kyetä tunnistamaan perheen terveyttä tukevat ja sitä mahdollisesti uhkaavat tekijät. Tavoitteena perhehoitotyössä on tukea perheen omia voimavaroja itsehoitoperiaatetta unohtamatta. (Hakulinen ym. 1999: 27; Paunonen ym. 1999: 392–393.)

Friedman (1992) määrittelee perhehoitotyön käsitteen kolmella eri tavalla. Perhe voidaan katsoa asiakkaan taustatekijäksi, jäsentensä summaksi ja hoitotyön asiakkaaksi. Näitä kolmea lähestymistapaa voidaan käyttää samanaikaisesti eri aikoina. Hoitotyössä tämä tarkoittaa, että hoitaja voi työskennellä perheen kanssa eriasteisesti. (Hakulinen ym. 1999: 27, 30.)

Perheen ollessa taustatekijänä, perheenjäsenen eli asiakas on hoidossa keskeinen ja perhe sekundaarisena taustavoimana. Perhe taustalla selitetään yksilön terveyttä ja hyvinvointia, vaikka alun perin pyritään hoitamaan vain yksilöä. (Hakulinen ym.1999: 28.)

Perhe jäsentensä summana, tarkoittaa yksilön ja perheenjäsenten eli systeemin eri osien terveyttä ja hyvinvointia, joka perustuu vastavuoroisuuteen. Tällöin hoitotyön asiakkaina ovat erilaiset osaryhmittymät, jolloin pyritään vaikuttamaan kokonaisuuteen eli koko perheeseen. Tällöin perhettä hoidetaan ongelma- ja tarvekeskeisesti. Hoitotyössä korostuu perheenjäsenten väliset vuorovaikutussuhteet yksilön ja perheen eri osaryhmittymien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. (Hakulinen ym.1999: 28.)

Perhe asiakkaana tarkoittaa, että perhe on vuorovaikutuksellisenä systeeminä asiakkaana ja hoidossa etusijalla, ja tällöin yksilöt ovat taustalla. Tällöin hoitotyössä korostuu perheen sisäinen dynamiikka ja suhteet, rakenne ja toiminnot sekä perheen osajärjestelmien riippuvuus kokonaisuudesta. Lisäksi korostetaan perheen ja ympäristön välistä vuorovaikutusta sekä koko perheen riippuvuutta ympäristöstään. (Hakulinen ym.1999: 29.)

Eri lähestymistavat vaikuttavat hoitotyön tietojenkeruuseen ja tavoitteisiin ja näin ollen valittuihin menetelmiin sekä arviointiin. Perheen ollessa taustatekijänä, tavoitteiden asettamisessa korostuu sairaus ja sen oireet tai niiden puuttuminen. Koko perheen ollessa asiakkaana, lähtökohtana on kokonaisvaltaiseen terveys- ja ihmiskäsitykseen perustuvat tavoitteet. Hoitotyöntekijän ajattelutapa vaikuttaa siihen millaisia tietoja hän kerää perheestä, millaisia auttamismenetelmiä hän käyttää ja miettiikö hän lapsen sairauden vaikutusta koko perheeseen. (Ivanoff ym. 2006: 14.)

Pelkonen & Hakulinen (2002) mukaan voimavaranäkökulma sopii hyvin perhehoitotyöhön. Se korostaa perheen itsemääräämistä, omia vahvuuksia ja kykyä hyödyntää näitä vahvuuksia. On tärkeää auttaa perhettä arvioimaan ja käyttämään omia vahvuuksiaan ja tukiverkostoaan. Voimavarojen vahvistamisen seurauksena

lisääntyvät yksilön ja perheen itsetunto, oman elämän hallinnan tunne ja itsemäärääminen. Tämä puolestaan johtaa elämänlaadun paranemiseen, terveyttä ja hyvää vointia ylläpitävään käyttäytymiseen. Tämän seurauksena myös hoitajan voimavarat vahvistuvat ja hänen ammatillisuutensa kehittyy. (Ivanoff ym. 2006: 12, 14.)

Voimavarojen vahvistaminen eli voimaantumisen mahdollistaminen merkitsee yksilön tai perheen saamaa tukea silloin, kun siltä puuttuu voimia tai sen voimat ovat vaarassa loppua. Tämä edellyttää luottamuksellista, avointa yhteistyösuhdetta ja kommunikointia, jossa perheenjäsenet kokevat tulevansa kuulluksi ja sitoutuvat yhteisiin tavoitteisiin. Hoitohenkilökunnalta tämä edellyttää riittävästi omia voimavaroja, kuten tietoa ja taitoa, että he voivat vahvistaa asiakkaan voimavaroja. (Ivanoff ym. 2006: 14.)

Voimavarojen vahvistamisen tyypillisiä piirteitä ovat yhteistyö, asiakkaan tietoisuuden lisääminen ja hänen valinnanvapautensa kunnioittaminen. Aktiivisesti kuuntelemalla sekä tarjoamalla tukea ja tietoa voimavaroja vahvistetaan. (Ivanoff ym. 2006: 14.)

Toivo on eräs elintärkeä ihmisen olemassaolon voimavara ja siten myös olennainen elementti hyvässä hoitotyössä. Toivo määritellään eräänä inhimillisen elämän voimavarana, jota tulee vahvistaa hoitotyössä ja terveyden edistämisessä. Toivo ylläpitää elämää ja auttaa sopeutumaan tilanteeseen. Toivoa vahvistavia tekijöitä ovat esimerkiksi hyvän hoitosuunnitelman toteutuminen, hyvät hoitotulokset, vanhempien osallistuminen konkreettisesti lapsen hoitoon, perheen asteittainen kyky jatkaa elämää ja arjessa eläminen. (Kylmä 2011.)

Toivo kuuluu elämään ja siinä on hyvä elää, vaikka on kuoleman sairas. Hoitajalla on suuri merkitys toivon vahvistamisessa tai heikentämisessä. Toivon vahvistuminen tukee perheiden voimavaraisuutta ja terveyttä. Perheen toivoa voidaan vahvistaa tukemalla perhettä jatkamaan normaalia elämää. Toivossa on keskeistä tulevaisuuteen suuntautuminen, mutta tulee ottaa huomioon myös perheen rajallinen kyky vastaanottaa tietoa tulevasta. (Kylmä 2011.)



### **3 PERHEHOITOTYÖN TOTEUTUMINEN KÄYTÄNNÖSSÄ**

Erillistä lainsäädäntöä perheen hoitamisesta ei ole, mutta laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ohjeistaa hoitavan henkilön toimimista perheen kanssa. Perinteisesti hoitotyön toiminnoissa on korostettu yksilöä ja hänen asemaansa. Kuitenkaan yksilöä ei voida irrottaa siitä todellisuudesta, josta hän tulee ja jossa hän elää. Täten hoitavalla henkilöllä on eettinen velvollisuus ottaa perhe huomioon sen jäsenen ollessa hoidettavana eri terveydenhuollon yksiköissä. Tämä tulee esille myös hoitavan henkilön ammattieettisissä ohjeissa, jonka mukaan hoitavan henkilön tulee toimia yhteistyössä potilaan perheen tai muun läheisen kanssa sekä vahvistaa perheen osallistumista hoitoon. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 124.)

#### **3.1 Perhehoitotyön menetelmiä**

Perheen hoitamisen ja sen menetelmien tavoitteena on terveyden edistäminen. Perheen tukeminen omien voimavarojensa arvioimisessa, löytämisessä ja vahvistamisessa muuttuvissa elämäntilanteissa edistää perheen selviytymistä ja terveyttä. Hoitamisen menetelmät ilmenevät käytännössä monin tavoin riippuen siitä, onko perhe potilaana olevan jäsenensä taustatekijänä vai ovatko perheenjäsenet kukin tahoillaan eri yhteistyösuhteissa vai onko koko perheen hyvinvointi samanaikaisesti mielenkiinnon kohteena. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 73.)

Hoitamisen menetelmät sisältävät perheen tilanteesta riippuen myös tietoa, opastusta ja neuvoja. Esimerkiksi näin on iäkkään läheisen tai päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevan perheenjäsenen selviytymistä tuettaessa. Yhteistyössä perheen kanssa on tärkeää kunnioittava kohtelu ja se, että perhe tai perheenjäsen osallistuu senhetkisten voimavarojen ja tarpeiden mukaan. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 73.)

Perheen ja hoitavan henkilön välisen yhteistyön onnistumiseen tai epäonnistumiseen vaikuttavat molemmat osapuolet ja silloin ratkaisevaa on vuorovaikutuksen sisältö ja sävy. Hyvässä vuorovaikutuksessa perhe kohdataan tasa-arvoisesti ja yhteistyö on jatkuvaa. Läsnäoloa perheen hoitamisessa ilmentävät kohdatuksi tuleminen ja yhdessäolo toimintana. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 74.)

Perheen henkinen lamaantuminen ja hämmennys ovat luonnollista yllättävissä ja järkyttävissä elämäntilanteissa. Tämä voi estää kysymysten mieleen tulemisen, muistamisen ja keskustelun hoitavien henkilöiden kanssa. Tai kysymyksiä ei uskalleta tehdä vastauksia pelättäessä. Perheenjäsenet voivat arastella hoitavia henkilöitä peläten olevansa hankalia tai vaivaksi toiveitaan esittäessään ja toisaalta myös perheen aikuiset voivat ilmaista voimakkaasti tiedontarvettaan. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 77.)

Hoitohenkilökunnalla on useita menetelmiä perheen selviytymisen tukemiseksi. Perheiden mielestä, jotka ovat kokeneet järkytyksen, auttavat parhaiten asiallinen, realistinen ja rauhallinen suhtautuminen. Hoitava henkilö on neuvottelukumppani, joka keskustelee perheen kielellä, yhdessä asioita pohtien, kuunnellen ja asennoituu vastaamaan kysymyksiin. Perheen selviytymistä auttaa myös perusteellinen, asiantunteva ja riittävän yksityiskohtaisesti tilanteesta kertominen. Kerrotaan myös mitä tiedetään varmuudella ja mitä ei. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 78.)

Perheen selviytymistä edistää myös perheen ratkaisujen kunnioittaminen vaikeissa ja henkilökohtaisissa ratkaisuissa. Henkilökunnan tulee ilmaista syyllistämättä ymmärtävänsä päätökset perheen omiksi riippumatta lopputuloksesta. Perheen puolelle asettuminen ilmenee esimerkiksi sanomisena, etteivät he jää ratkaisunsa jälkeen yksin. Perheen selviytymistä edistää aktiivinen huolenpito, jolloin heidän asiansa otetaan vakavasti, esimerkiksi rohkaistaan yhteydenottoon, soitetaan perheelle kotiin, käydään perheen luona heidän ollessa sairaalassa. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 78.)

Työntekijät vahvistavat perhettä tukemalla; suhtautumalla perheenjäseniin siten, että he voivat tuntea olevansa mukana tilanteessa ilman ulkopuolisuuden tunnetta. Perheenjäsenten vointia kysellään ja perheen läsnäolo osastolla voidaan tehdä yleisestä aikataulusta riippumattomaksi. Myös ilmapiirin ollessa lämmin, vapaa, mutkaton, ystävällinen, kohtelias ja joka saattaa sisältää myös huumoria edesauttaa perheen hyvän hoitamisen vuorovaikutuksellista menetelmää. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 78–79.)

Koposen (2003) tutkimuksen mukaan iäkkäiden henkilöiden kodin ja sairaalan välillä siirtymisen selviytymisessä perheen hyvän hoitamisen menetelmiä ovat perheen tukeminen keskinäisessä huolenpidossa sekä selviytymisen ja hoidon yhteensovittaminen. Perheen keskinäistä huolenpitoa tuetaan pitämällä yhteyttä perheenjäseniin sairaalassa, läheisiä tuetaan potilaan auttamisessa ja vahvistetaan heidän luottamustaan siihen, että potilas selviää kotona. Perheenjäsentä ohjataan lääkehoidon ja hoitotoimenpiteiden toteuttamisessa, apuvälineiden käytössä ja päivittäisissä toimissa auttamisessa. Omaisten jaksamista tuetaan huomioimalla hänet ilman potilasta. Vastataan perheenjäsenten tiedon tarpeisiin ja tuetaan perhettä keskinäisen huolenpidon uudelleen järjestämisessä.

Syventyessä selviytymiseen ja hoidon yhteensovittamiseen, tunnistetaan potilaan sen hetkinen selviytyminen ja perheen keskinäisen huolenpidon vahvuudet ja vaikeudet. Samalla selkiytyy käsitys potilaan oikeasta avuntarpeesta kotona. Selviytymisestä on hyödyllistä keskustella esimerkiksi lääkärinkierrolla tai hoitoneuvotteluissa. Potilas ja perheenjäsen tarvitsevat tilaisuutta, jossa he voivat tuoda ilmi oman näkemyksensä. (Koponen 2003.)

### **3.2 Perhehoitotyötä mahdollistavat tekijät**

Nykyään perheiden liikkuvuus asettaa haasteita hoitotyöntekijöille, perheet esimerkiksi muuttavat maasta toiseen. Hoitotyössä tulee ottaa huomioon eri kulttuureista lähtöisin olevat perheet ja rakenteeltaan perinteisestä ydinperheestä poikkeavat uusperheet. Miten hyväksyä suomalaisesta kulttuurista poikkeavat erilaiset perhekulttuurit, toisenlaiset selviytymiskeinot ja voimavarat? Hyviä lähtökohtia ovat perheen kuuntelu, sen erilaisuuden ymmärtäminen, tilan antaminen ja perheen omien ongelmanratkaisu- ja selviytymiskeinojen sekä voimavarojen tukeminen. (Ivanoff ym. 2006: 11.)

Hoitotyöntekijän on mietittävä, mitä erilaiset perhenäkemykset hänen työssään merkitsevät. Tärkeää on pohtia, mitä tarkoittaa eri tilanteissa perheen ”asianajajana” toimiminen. Esimerkiksi tilanteissa joissa perheen lapsi on sairastunut vakavasti tai perheessä epäillä lapsen hyväksikäyttöä. (Ivanoff ym. 2006: 10.)

Denham (2003) mukaan hoitotyöntekijän on hyvä muistaa, että perhekäsitys hoitotyön asiakkaana heijastuu jokaisen hoitajan toimintaan. Käsitys pohjautuu palveluja tuottavien organisaatioiden toimintaperiaatteista nouseviin ihmis-, perhe- ja asiakaskäsityksiin ja hoitajan omaan ihmis- ja perhekäsityksiin. Hoidon onnistumiseen vaikuttaa hoitajan perhekäsitys. Työntekijän pitäessä perhettä huonosti toimivana eikä usko perheen selviävän ongelmistaan, tämä voi aiheuttaa perheessä voimattomuuden tunnetta sekä huonontaa perheen uskoa omiin kykyihinsä ja muutoksen onnistumiseen. Toisaalta työntekijän uskoessa perheen voimavaroihin ja kykyihin ratkoa ongelmiaan, edistää tämä perheen vahvuuksien löytämistä. (Ivanoff ym. 2006: 11.)

Useissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että Suomessa perhe otetaan hoitotyössä huomioon perusterveydenhuollon äitiys- ja lastenneuvolatyössä, erikoissairaanhoidon lasten sairaanhoidossa ja synnyttäjien hoitoyksikössä sekä psykiatrisessa hoidossa. Perhettä pidetään usein vielä näissäkin tapauksissa vain taustatekijänä sekä hoidon tai kasvun ja kehityksen tukijana eikä välttämättä hoitotyön asiakkaana. Heikkoutena tällaisessa lähestymistavassa on se, että auttamisessa edetään yksilön ehdoilla, eikä koko perheen vaikutusta lapsen tai nuoren hyvään vointiin huomioida. (Ivanoff ym. 2006: 11.)

Perhehoitotyön toteuttamisen mahdollistaa hoitotyön johtaja, jonka tulee luoda siihen sekä henkisiä että aineellisia mahdollisuuksia. Tärkeää on, että hoitohenkilökunta on sitoutunut perhehoitotyöhön ja kehittää siinä omaa tieto-taitoansa. Päätöksenteon pohjana on oltava riittävän kattava ja kokonaisvaltainen näkemys potilaan tilanteesta, tämä on oman moniammatillisen työskentelyn kehittämistä. Tämä edellyttää myös sairaanhoitajan oman hoitotyön selkeyttämistä ja oman asiantuntemuksen tuomista esille moniammatillisessa tiimissä. (Potinkara 2004: 120–121.)

Heino-Tolosen (2000) tutkimuksessa hoitotyön johtajat kokivat yksilövastuisen hoitotyön keinona parempaan hoitotyöhön. Sen avulla kyetään paremmin vastaamaan perheen tarpeisiin ja tukemaan perheen osallistumista lapsensa hoitamiseen. Yksilövastuinen hoitotyö ja sen kehittäminen ovat edellytys perhehoitotyön to-

teuttamiselle ja kehittämiseksi, ja nämä molemmat yhdessä takaavat lapsen ja perheen hyvinvoinnin ja tyytyväisyyden.

Hoitotyön johtajien mukaan perhehoitotyö on perheen osallistumisen tukemista lapsen hoitoon sekä yhteistyötä hoitajan kanssa. Tämän tutkimuksen mukaan perheen tukemiseen kuuluvat koko perheen mukanaolo, perheen ja lapsen hoidosta kotona vastaavien tahojen ohjaaminen lapsen hoidossa, perheen jaksamisesta huolehtiminen koko hoitoprosessin ajan, perheen tiedon saanti lapsen hoitoon liittyvistä asioista sekä osaston ilmapiirin perhemyönteisyys. (Heino-Tolonen 2000: 26–27.)

Hoitavien henkilöiden ymmärrys ja suvaitsevaisuus erilaisia perheitä kohtaan tukee perheiden osallistumista lapsensa hoitamiseen. Perhemyönteinen ilmapiiri osastolla edellyttää henkilökunnan välistä avointa keskustelua ja suvaitsevaisuutta myös toisiaan kohtaan. Henkilökunnalla on oltava yhteiset sopimukset miten perheitä kohdataan ja perheitä on kohdeltava tasapuolisesti. (Heino-Tolonen 2000: 30.)

Hoitotyön johtajat kokevat mahdollistavansa perhehoitotyön kehittymisen käytännössä. Se mahdollistuu tukemalla henkilökuntaa perheiden kanssa tehtävässä työssä sekä huomioimalla perheiden näkemyksiä kaikessa toiminnassa. Tukemiseen sisältyy myös henkilökunnan voimavarojen tukeminen tehdä työtä perheiden kanssa ja perheiden kanssa tehtävää työtä tukevien olosuhteiden järjestäminen. (Heino-Tolonen 2000: 45–46.)

Yhtenäisiä käytäntöjä tulee selkeyttää. Tulee määritellä yksiselitteisesti läheisen mahdollisuus olla potilaan vierellä, johon ei saa vaikuttaa yksittäisen hoitavan henkilön näkemys, vaan hänen tulee sitoutua yhteisössä sovittuihin sääntöihin. Yhteisten sopimusten tulee perustua potilaan ja hänen läheisensä hyvän edistämiseen. Tulee määrittää yhteisesti millaisissa hoitotoimissa ja tilanteissa läheinen voi halutessaan olla läsnä. Hoitohenkilökunnan tulee huomioida oman vallankäytön mahdollisuus ja tiedostaa toimintansa perusteet. (Potinkara 2004: 121.)

Toimintojen selkeyttämisessä auttaa omahoitajajärjestelmä, jolloin oma sairaanhoitaja ottaa vastuun potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Hoitotyön suunnittelu ja sopiminen yhteisesti läheisten kanssa sekä kirjaaminen auttavat ja velvoittavat korvaavia sairaanhoitajia toimimaan sopimusten mukaisesti. (Potinkara 2004: 121.)

Auran, Paavilaisen, Asikaisen, Heikkilän, Lipposen ja Åstedt-Kurjen tekemässä tutkimuksessa (2010) ilmenee, että työn organisointimallilla on yhteys läheisen kohtaamiseen. Omahoitajuus koetaan positiivisena hoitohenkilökunnan kohtaamisessa. Läheiset, jotka ovat tietoisia potilaan omahoitajasta, kohtaaminen hoitohenkilökunnan kanssa on ollut parempaa verrattuna läheisiin, joilla ei ollut tietoa potilaan omahoitajasta.

Tärkeää on kehittää yhteistyötä lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä. Tällöin moninainen tieto, lääke- ja hoitotieteellinen tieto, potilaasta ja perheestä voidaan hyödyntää, koska tavoitteena on mahdollisimman hyvä potilaan hoito. (Potinkara 2004: 121.)

Kun halutaan edistää ja kehittää hoitohenkilökunnan perhekeskeistä ajattelua, asiantuntijasairanhoitaja on eräs mahdollinen keino. Perhehoitotyöhön perehtynyt henkilö toimii konsulttina tai työnohjaajana sekä on apuna ongelmatilanteissa. (Potinkara 2004: 121.)

### **3.3 Omaisten kokemuksia osallistumisesta hoitotyöhön**

Nuutisen (2005) tutkimuksen mukaan omaisilla on enemmän halua kuin tietoa, taitoa ja aikaa osallistua potilaan hoitoon. Yli puolet omaisista oli saanut hoitohenkilökunnalta mielestään vähän tukea hoitoon osallistumiseen. Mitä enemmän omaisella oli voimavaroja ja mitä enemmän hän oli saanut hoitohenkilökunnalta tukea, sitä useammin hän osallistui potilaan fyysiseen auttamiseen ja henkiseen ja sosiaaliseen tukemiseen.

Omaiset osallistuivat potilaan fyysiseen auttamiseen harvoin, lukuun ottamatta syöttämistä ja juottamista. Tähän omaisia osallistui enemmän vanhainkodeissa

kuin terveyskeskuksissa. Terveyskeskuksissa omaiset auttoivat enemmän potilasta hygieniassa ja vuoteen kunnostamisessa kuin vanhainkodeissa. Vanhainkodeissa omaiset auttoivat enemmän potilasta kanttiinissa käymisessä ja kävelyssä sisällä. Omaiset antoivat usein omaiselleen henkistä ja sosiaalista tukea. (Nuutinen 2003: 135.)

Kolmasosa omaisista oli saanut hyvin tietoja omaisen hoitoon liittyvistä asioista. Vanhainkodeissa annettiin terveyskeskuksia paremmin tietoa potilaan muistihäiriöistä, liikkumisesta, lääkehoidosta, pukeutumisesta, toimintakyvyn säilyttämisestä ja omatoimisuuteen tukemisesta. Mitä paremmin hoitohenkilökunta oli antanut omaiselle tietoja potilaan päivittäisestä hoidosta, sitä useammin hän osallistui henkiseen ja sosiaaliseen tukemiseen (Nuutinen 2003: 131,138,140.)

Mäkisen (2002) väitöskirjassa omaiset kaipasivat, että hoitohenkilökunta olisi kuunnellut heitä ja he odottivat keskustelualoitetta hoitohenkilökunnalta jokapäiväisistä asioista. Tämä olisi omaisten mielestä ollut heistä välittämistä ja huolehtimista. Lisäksi omaiset odottivat tietoja potilaan sairaudesta ja ennusteesta, hoitosuunnitelmasta ja olisivat tahtoneet olla mukana potilaan kotiuttamisessa ja keskusteltaessa potilaan jatkohoidosta. Omaiset kokivat saaneensa vähän tietoa sekä heidän tuli sitä itse oma-aloitteisesti hankkia.

Omaiset halusivat puhua lääkärin kanssa potilaan sairaudesta, sen hoidosta ja mahdollisesta ehkäisemisestä sekä jatkohoidosta. Omaiset pitivät lääkäreitä kiireisinä, mutta toisaalta heitä myös kunnioitettiin, jonka vuoksi kaikki omaiset eivät uskaltaneet välttämättä lähestyä lääkäriä. Mutta toisaalta lääkärit olettivat tässä tutkimuksessa, että hoitajat ja omaiset keskustelevat potilaan sairaudesta, sen hoidosta ja jatkohoidosta. Keskustelut hoitajien ja omaisten kanssa liittyvät hoitotyöhön lääkäreiden mielestä. Mutta toisaalta lääkärit pitivät tärkeänä saada hoitajilta tietoa potilaan omaisista, koska se mahdollistaa potilaan turvallisen kotiuttamisen. (Mäkinen 2002: 65, 75–76.)

Omaisten rooli hoitamisessa oli potilaan vierellä kulkija, jolloin he toteuttivat potilaan puolesta jokapäiväisiä asioita esimerkiksi hoitamalla heidän pankkiasiat ja

henkisesti, lähinnä keskustelemalla ja kädestä pitämällä. Omainen koki olevansa myös potilaan edunvalvojana huolehtiessaan, että potilas saa mahdollisimman hyvää hoitoa ja valvoessaan potilaan hoidon suunnittelua. (Mäkinen 2002: 56–57, 69–70.)

Omaiset kokivat, ettei heidän tukemiselleen ollut riittävästi aikaa sairaalan henkilökunnan vajauksesta ja kiireestä johtuen. Sairaalan kiireinen työtahti esti omaisia osallistumasta aktiivisemmin potilaan hoitoon ja kysymysten esittämistä hoitohenkilökunnalle. Erilaiset sairaalan rutiinit ja vierailuajat omaiset kokivat välttämättömiksi, mutta esimerkiksi vierailuaikojen koettiin rajoittavan elämää. (Mäkinen 2002: 63–64.)

Hoitavan henkilön ja läheisen yhteistyö potilaan parhaaksi tulee nähdä niin, että läheinen edistää potilaan hyvän oloa. Omaisen osuus potilaan hoidossa perustuu potilaan tuntemiseen ja siihen suhteeseen, joka hänellä on potilaaseen. Hoidollista vastuuta potilaasta läheiselle ei saa antaa. Läheisen vastuu perustuu läheisenä olemiseen, joka taas perustuu potilaan ja läheisen suhteeseen. Kun potilaan tila, sairaus, hoito tai muu syy estää potilaan huolehtimasta omia asioitaan tai ilmaisua omasta mielipiteestään, läheisen rooli potilaan hoidossa on tärkeä. (Potinkara 2004: 85.)

Potilaan yksinkertaisiin ja arkipäivän hoitoihin läheinen voi osallistua, esimerkiksi lakanoiden vaihtoon, potilaan pesemiseen, ihon rasvaukseen, syöttämiseen, juottamiseen, nostamiseen, kääntämiseen, jalkojen hieromiseen. Läheinen voi antaa kaarimaljan, nenäliinan ja kammata hiukset. (Potinkara 2004: 90.)

Läheisen potilaan hoitoon osallistumisen tulee perustua vapaaehtoisuuteen sekä läheisen ja potilaan tahtoon. Tämä toteutuu yleensä potilaan ollessa pitkään hoidossa, jolloin läheinen oppii potilaan hoitoon liittyviä asioita ja tottuu hoitoympäristöön. Läheisen hoitoon osallistumisen suurin este on hänen pelkonsa koskea potilasta ja aiheuttaa vahinkoa potilaalle, joka on kytkettynä erilaisiin letkuihin ja laitteisiin. (Potinkara 2004: 90.)



Läheinen voi osallistua hoitoon motivoimalla potilasta jaksamaan eteenpäin, koska hän tietää potilaan yksilölliset motivointikeinot. Läheisen mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon antaa hänelle voimaa ja läheinen kokee itsensä tärkeäksi ja merkitykselliseksi tekijäksi potilaan hoidossa ja auttaessaan potilasta. (Potinkara 2004: 91.)

Läheisen rooli on olla potilaan kanssakulkija. Se on yhteistä asioiden kokemista ja mukana elämistä prosessissa, jota potilas käy läpi ollessaan hoidettavana. Läheisen kanssakulkeminen potilaan rinnalla vaikuttaa potilaan mielialaan ja täten hänen toipumiseensa ja paranemiseensa. Läheisyys antaa potilaalle tukea, voimaa ja turvallisuutta. Kädestä kiinni pitäminen sekä puhuminen ovat konkreettista läheisyyttä. Läheisyys voi olla myös hiljaisuutta, jolloin se on sanatonta läsnäoloa. Läheisen tuttuus antaa potilaalle voimaa ja se voi selkeyttää sekavan tai aggressiivisen potilaan tilaa. Se tuo hänet tähän maailmaan ja rauhoittaa häntä. Siten se on myös läheisen keino auttaa potilasta ja läheisen hoitoon osallistumista. (Potinkara 2004: 91–93.)

Tukemisella läheinen antaa toivoa ja voimaa potilaalle. Kun potilaan voimat eivät riitä toipumiseen, läheinen kannustaa potilasta vaikealla hetkellä. Tukeminen on erityisen tärkeää potilaan toipumis- ja kuntoutumisvaiheessa, jolloin läheinen suuntaa potilaan ajatukset kohti tulevaisuutta. Potilaan kannustaminen on aktiivista toimintaa, jossa tärkeässä osassa on huumori ja potilaan omat kannustuskeinot. Läheisellä on yksilöllisiä ja potilaan persoonaan liittyviä kannustamiskeinoja, joita ei hoitavalla henkilöllä ole. (Potinkara 2004: 93.)

Tutkimuksessa aikuispotilaiden läheisten hoitotyöntekijöiltä saamasta tuesta sekä siitä, millaista tukea läheiset odottavat ilmenee, että potilaan terveydentilasta saatu tieto on ollut riittävää, mutta he kaipaavat enemmän tietoa oman jaksamisensa tueksi sekä odottavat hoitohenkilökunnalta keskustelualoitetta. Potilaan tilan vakavuus vaikuttaa läheisiin niin, etteivät he välttämättä osaa kysyä hoitohenkilökunnalta mitään. Tässä tutkimuksessa läheiset ovat tyytyväisiä mahdollisuuteen osallistua potilaan hoitoon. He kaipaavat mahdollisuutta osallistua potilaan hoidon

suunnitteluun ja päätöksentekoon. (Aura, Paavilainen, Asikainen, Heikkilä, Lipponen & Åstedt-Kurki 2010: 14,19.)

### **3.4 Hoitajien kokemuksia perheiden osallistumisesta hoitotyöhön**

Hoitava henkilö kokee potilaan läheisen kuuluvan luonnolliseksi osaksi teho-osaston toimintaa. Läheiselle tulee tunne, ettei häntä jätetä sairaalan ulkopuolelle, vaan hän on tasavertaisessa asemassa potilaan kanssa. Hoitava henkilö pitää läheistä tärkeänä osana potilaan hoitoa, joka myös edistää potilaan paranemista. Läheisen oma aktiivinen yhteydenpito potilaaseen ja yksilövastuinen hoitotyö lisäävät yhteistyötä. Hoitava henkilö, joka ei vaihdu, tekee suhteen hoitajaan läheiseksi ja tuttavalliseksi, jolloin yhteistyö on mutkatonta ja joustavaa. Tämä vaikuttaa potilaan perheen hyvään vointiin. (Potinkara 2004: 47–48.)

Potilaan läheisen mukaan ottaminen osaksi potilaan hoitoa perustuu aina potilaan tahtoon. Hoitohenkilökunnan mielestä lapsipotilaan vanhemmat otetaan mukaan hoitoon kaikkein joustavimmin ja luonnollisimmin, koska he ovat juridisesti potilaan huoltajia ja ovat keskenään emotionaalisesti läheisiä. Lapsipotilaan vanhempien osallisuus päätöksenteossa on tärkeää. (Potinkara 2004: 49.)

Hoitoyksikön käytänteet ohjaavat läheisen mahdollisuutta olla potilaan vierellä, näitä kuvattiin Potinkaran tutkimuksessa joustaviksi. Yhteyshenkilöstä sopiminen ja läheisen tila olivat tässä joustavia käytänteitä. On tärkeää sopia kuka on yhteyshenkilö sairaalan ja potilaan perheen välillä. Hoitava henkilö sopii yhteyshenkilön kanssa keneen, mihin, miten, mihin aikaan ja missä potilaan tilanteessa otetaan yhteyttä potilaan läheiseen. Tämän sopimisen tarkoituksena on luoda selkeitä sääntöjä toimintojen sujumiseksi, helpottaa hoitavan henkilön työpainetta ja yhtenäistää tiedonkulkua. (Potinkara 2004: 49.)

Läheisen tilalla tarkoitetaan hänen konkreettisia mahdollisuuksiaan olla potilaan luona ja yhteydessä potilaaseen ja hoitavaan henkilöön esimerkiksi puhelimen avulla. Sairaanhoidajilla on erilaisia, jopa ristiriitaisia näkemyksiä läheisen mahdollisuudesta olla potilaan luona. Vetoaminen sääntöihin esimerkiksi vierailuui-koihin, on eräs keino rajoittaa läheisen läsnäoloa potilaan luona silloin, kun hänen

vierailu ei ole sairaanhoitajan mielestä toivottua ja hankaloittaa hänen työtään. Toisten sairaanhoitajien mielestä läheinen voi tulla katsomaan potilasta oman tarpeensa mukaan, koska he ajattelevat, että vapaa oleminen potilaan luona on läheisen oikeus. Erilaiset näkemykset ovat yhteydessä osaston yhteisiin sovittuihin sääntöihin, hoitavien henkilöiden ammattitaitoon ja heidän näkemykseensä hoitotyöstä ja läheisen asemasta siinä. (Potinkara 2004: 49–50.)

On olemassa tekijöitä, jotka rajoittavat läheisen läsnäoloa potilaan vierellä esimerkiksi potilaan tilan äkillinen huononeminen, jolloin hoitavalla henkilöllä on kiire eikä hänellä ole silloin mahdollisuutta ottaa huomioon läheistä. Myös läheisen omaa jaksamista pidetään tärkeämpänä kuin hänen läsnäoloaan potilaan vierellä. Hoitavan henkilön työrauhaa pidetään yhtenä rajoittamisen perusteena esimerkiksi hoitotoimenpiteitä tehdessä. Yleisin peruste läheisen läsnäolon ja läheisten lukumäärä rajoittamisessa on potilaan jaksaminen. (Potinkara 2004: 51–52.)

Potilaan hoidossa läheisen osuus on sekä konkreettista että henkistä avun antamista potilaalle. Potilaan hoitoa on tärkeää kehittää edelleen potilaskeskeisestä toiminnasta, jolloin potilas tunnustetaan osaksi omaa lähiyhteisöään, perhettään. Potilaan hoidon aikana tämä auttaa ymmärtämään potilasta ja läheistä sekä heidän tarpeitaan. Samalla tämä tehostaa potilaan hoitoa määrällisesti ja laadullisesti. (Potinkara 2004: 120.)

Sarajärvi, Majasaari ja Holkon (2001) tutkimuksessa hoitotyöntekijöiden mielipiteet vaihtelivat perheen mukaan ottamisesta hoitoon, sitä pidettiin tärkeänä tai osan mielestä se ei ollut kovin tärkeää. Erityisen tärkeänä sitä pidettiin lapsipotilaan tai psyykkisesti sairaan potilaan kohdalla. Perhetilanteen tiedonkeruussa esille tuli perheen ainutlaatuisuuden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Omaisia ei useinkaan tavattu ja siksi tiedot saatiin yleensä potilaalta. Esille tuli myös etteivät potilaat halunneet antaa tietoja perheestään, mutta kaikilta ei kysytty edes tietoja perheestä. Tietoja kerättiin potilaan voimavaroista ja selviytymismahdollisuuksista kotona ja itsehoidosta.

Hoitotyöntekijät kokivat perheelle hoidon eri vaiheissa antamansa tuen riittämättömäksi. Omaisia haluttiin ottaa enemmän mukaan hoitoon ja ohjaukseen, antaa riittävästi asiallista tietoa, poistaa pelkoa rohkaisemalla ottamaan yhteyttä, jos heillä oli kotona ongelmia. Kuitenkin hoitajat arvioivat antavansa tietoa riittävästi sairauteen liittyvästä toimenpiteestä, mutta ei riittävästi jatkohoidosta. Tiedon vähyttä he perustelivat sillä, että aikuispotilaat kertovat perheelleen itse haluamistaan asioista. (Sarajärvi ym. 2001: 42–43.)

Päiväkirurgisessa yksikössä perhehoitotyön kehittäminen jakoi hoitohenkilökunnan mielipiteet. Ne, jotka eivät pitäneet perheen mukanaoloa oleellisina, perustelivat sen toimenpiteen pienuudella, potilaat olivat pääosin terveitä, kotiutuminen oli nopeaa ja kotihoito-ohjeet selkeät. Huomioon tuli ottaa myös potilaiden ja omaisten tarpeet, sillä kaikki omaiset eivät halunneet osallistua hoitoon eivätkä myöskään potilaat halunneet omaisten osallistuvan. Perheen mukaanoton epäiltiin aiheuttavan myös tilan- ja ajanpuutetta. Kehittämissuhteeksi tuotiin esille, että omaisen hakee potilaan päiväkirurgisesta yksiköstä ja on näin mukana kotihoidon ohjauksessa. (Sarajärvi ym. 2001: 44–45.)

#### **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUKSEN ONGELMAT**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perhehoitotyön toteutumista sisätautiosastoilla erikoissairaanhoidossa.

Tutkimuksen tavoitteena on kehittää perhehoitotyötä erikoissairaanhoidossa ja vahvistaa perheen osallistumista hoitotyöhön sisätautiosastoilla.

Tutkimusongelmat:

1. Miten potilaan perhe voi osallistua perhehoitotyöhön?
2. Miten sairaanhoitajat kokevat perhehoitotyön toteutuvan työssään?
3. Miten perhehoitotyötä voidaan kehittää sisätautiosastolla?
4. Miten perhehoitotyö mahdollistuu sairaanhoitajan työssä?

## **5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

Tässä luvussa käydään läpi tutkimuksen kohderyhmän kuvaus. Missä aineistonkeruu on tapahtunut, millaisella mittarilla tutkimus on toteutettu ja miten aineistonanalyysi on tapahtunut. Lisäksi käsitellään tutkimuksen eettisyyttä ja tutkimukseen tarvittuja resursseja.

### **5.1 Tutkimuksen kohderyhmä**

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat sisätautiosastojen sairaanhoitajat, jotka työskentelevät eräässä keskussairaalassa Pohjanmaalla. Ylihoitaja suosittelee meille osastoja, joilla tutkimus olisi hyvä toteuttaa. Yhteistyössä ylihoitajan kanssa päättimme tutkimukseen valitut osastot. Tavoitteena oli saada 30 vastausta.

### **5.2 Aineistonkeruu ja mittarin kuvaus**

Tutkimus toteutettiin eräässä Pohjanmaan keskussairaalassa kolmella sisätauti-osastolla. Tutkimuksen suorittamisen ajankohta oli 28.4–11.5.2011. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoiduilla kyselylomakkeilla (LIITE 1 ja 2). Puolistrukturoitu kyselylomake sisälsi sekä avoimia että monivalintakysymyksiä ja likertasteikkoon perustuvia kysymyksiä.

Likert-asteikkoa voidaan kutsua myös asteikkoihin eli skaaloihin perustuvaksi kysymystyypiksi. Likert-asteikollisissa kysymyksissä esitettiin väittämä ja vastaaja valitsi niistä sen, miten voimakkaasti hän oli samaa mieltä tai eri mieltä kuin esitetty väittämä. Avoimissa kysymyksissä esitettiin vain kysymys ja jätettiin tyhjä tila vastausta varten. Avoimet kysymykset mahdollistavat vastaajien vastaamisen omin sanoin ehdottomatta valmiita vastauksia. Ne tuovat esille mikä on vastaajan mielestä tärkeää ja mitä he tietävät asiasta. Monivalintakysymykset jotka perustuivat likertin asteikkoon, oli valmiit numeroidut vastausvaihtoehdot, josta vastaaja ympyröi valmiin vastausvaihtoehdon. Monivalintakysymykset sallivat vastaajien vastata kysymykseen niin, että sitä voidaan mielekkäästi vertailla. Näiden vastauksia on helpompi käsitellä ja analysoida tietokoneella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007: 193–196.)

Kerroimme osastonhoitajille (LIITE 3) opinnäytetyöstä 27.4.2011 osastohoitajienkokouksessa. Kyselyn vastauslomakkeita varten veimme suljetun laatikon ja kyselylomakkeet osastonhoitajille edellä mainitun osastonhoitajien kokouksen jälkeen. Osastonhoitajat tiedottivat sairaanhoitajia tutkimuksesta ja veivät kyselylomakkeet ja suljetun vastauslaatikon henkilökunnan kahvihuoneeseen. Kyselylomakkeet olivat vapaasti otettavissa suljetun laatikon kyljessä olevista taskuista. Kyselylomakkeet olivat sekä ruotsin- että suomenkielisiä ja jokainen kyselylomake sisälsi saatekirjeen (LIITE 4 ja 5). Vastausaika oli kaksi viikkoa, jonka jälkeen haimme vastauslaatikot.

Puolistrukturoitu kyselylomake sisälsi kahdeksan strukturoitua ja yksitoista avointa kysymystä. Kysymykset 1–4 koskivat taustatietoja: ikä, työkokemus hoitotyössä, oma käsitys perheestä ja perhehoitotyöstä. Kysymykset 5–8 vastasivat ensimmäiseen tutkimusongelmaan, jotka koskivat potilaan perheen osallistumista perhehoitotyöhön. Kysymykset 9–12 vastasivat toiseen tutkimusongelmaan, jotka koskivat sairaanhoitajan kokemusta perhehoitotyön toteutumisesta työssään. Kysymykset 14–16 vastasivat kolmanteen tutkimusongelmaan, jotka koskivat perhehoitotyön kehittämistä sisätautiosastoilla. Kysymykset 13 ja 17–19 vastasivat neljänteen tutkimusongelmaan, miten perhehoitotyö mahdollistuu sairaanhoitajan työssä.

Opinnäytetyöntekijät olivat itse laatineet kyselylomakkeen, jonka ideapohjana oli tutkimus ”Perhehoitotyön toteutuminen päiväkirurgisessa hoitotyössä, potilaiden ja henkilökunnan käsityksiä perhehoitotyön nykytilanteesta Seinäjoen keskussairaalan päiväkirurgisessa yksikössä”. Tässä kyseisessä tutkimuksessa kyselylomakkeen olivat laatineet Anneli Sarajärvi ja Hilikka Majasaari 11.2.1999. Anneli Sarajärveltä oli saatu lupa (4.4.2011) tämän mittarin mukailtuun käyttöön.

### **5.3 Aineistonanalyysi**

Tutkimus oli pääosin kvalitatiivinen eli laadullinen, jolloin menetelmänä käytettiin sisällön analyysia. Mutta tutkimus sisälsi myös kvantitatiivisen eli määrällisen osuuden, joka analysoitiin tilastollisesti käyttäen apuna Microsoft Excel 2007-

ohjelmaa. Kvantitatiivinen osuus tuli esille taulukoissa, joissa muuttujat muodostivat taulukoita ja aineisto saatettiin tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tässä tilastollisessa analysoinnissa tulokset kuvailtiin prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi ym. 2007: 136.)

Sisällön analyysi toteutettiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, koska tutkimusaiheesta ei juuri tiedetty ja tätä aihetta ei ollut tutkittu aiemmin kyseisessä sairaalassa.

Aineiston analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain. Pelkistäminen tarkoittaa, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineiston vastaukset eli pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein. Lähtökohtana olivat kyselyn sairaanhoitajien kirjalliset vastaukset. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään, jossa etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sille sen sisältöä kuvaava nimi. Aineiston abstrahoinnissa yhdistetään samansisältöisiä luokkia, jolloin saadaan yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2001: 26–29.)

Aineisto luettiin useaan kertaan läpi. Avointen kysymysten vastauksista laadittiin sisällön analyysi. Analyysi aloitettiin litteroimalla eli kirjoittamalla saadut vastaukset auki. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009:132.) Ensin luokiteltiin avoimet kysymykset tutkimusongelmien alle ja sen jälkeen kirjoitettiin vastaukset sanatarkasti käyttäen Microsoft Word 2007–ohjelmaa. Tästä koostui kymmenen sivua kirjallista tekstiä.

Litteroinnin jälkeen alkaa valmisteluvaihe analyysiyksikön valinnalla, joka voi olla yksittäinen sana tai teema. Analyysiyksikkönä oli lause ja/tai sana. Litteroinnin jälkeen aineiston vastaukset pelkistettiin, jonka jälkeen ne ryhmiteltiin eri luokkiin. Samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia yhdisteltiin ja niistä muodostettiin luokat. Alkuperäisistä ilmauksista tehtiin pelkistettyjä ilmauksia joista muodostui alaluokka ja alaluokista yläluokka (LIITE 6). (Kankkunen ym. 2009: 135–136.)



#### 5.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa tulee huomioida eettisyys, lähtien tutkimusaiheen valinnasta tutkimustulosten julkistamiseen saakka. Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat omat eettiset ohjeet. (Amerikan Nurses Association, ANA 1995). (Kankkunen ym. 2009: 176- 184.)

Tutkimuslupa opinnäytetyöhön haettiin medisiinisen tulosyksikön ylihoitajalta 8.4.2011. Tutkimusluvan saimme ylihoitajalta sähköpostiin 21.4.2011. Kirjallinen tutkimuslupa saatiin postitse kotiin 3.5.2011, joka oli allekirjoitettu 2.5.2011.

Kyselylomake, jonka ideapohjana oli tutkimus ”Perhehoitotyön toteutuminen päiväkirurgisessa hoitotyössä, potilaiden ja henkilökunnan käsityksiä perhehoitotyön nykytilanteesta Seinäjoen keskussairaalan päiväkirurgisessa yksikössä”. Tässä kyseisessä tutkimuksessa kyselylomakkeen olivat laatineet Anneli Sarajärvi ja Hilka Majasaari 11.2.1999. Anneli Sarajärveltä oli saatu lupa (4.4.2011) tämän mittarin mukailtuun käyttöön.

Tutkimuksen kysymykset esitettiin (4.–7.4.2011) neljällä sairaanhoitajalla, jotka eivät itse osallistuneet kyselytutkimukseen eivätkä työskennelleet kyselytutkimukseen osallistuvilla osastoilla. Sairanhoitajista kaksi oli suomenkielistä ja kaksi ruotsinkielistä. Esitestauksessa mittarin luotettavuutta ja toimivuutta testataan varsinaista tutkimusotosta pienemmällä vastaajajoukolla. Se on erityisen tärkeää kun käytetään uutta, kyseistä tutkimusta varten kehitettyä mittaria. (ks. Kankkunen ym. 2009: 154.) Esitestaukseen osallistuvilta sairaanhoitajilta kysyttiin mielipidettä ja mahdollisia muutosehdotuksia kyselylomakkeeseen. Esitestauksessa voidaan lomakkeen näkökohtia tarkistaa ja kysymysten muotoilua korjata varsinaista tutkimusta varten, joten lomakkeen testaus on välttämätöntä. (Hirsjärvi ym. 2007: 199.)

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtui työajalla. Lähtökohtana oli ihmisen itsemäärämisoikeus; vastaajalla oli mahdollisuus itse päättää osallistuuko tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2007: 25; Kankkunen ym. 2009: 177.) Kyselylomakkeisiin liitettiin saatekirje, jossa vastaajalle kerrottiin tutkimuk-

sesta. Vastaajien anonyymisyys säilyi, koska vastauslaatikot olivat täysin identtiset ja niihin ei ollut merkitty minkä osaston palautuslaatikot ne olivat. Myös vastaajat saivat vastata nimettömästi ja kyselylomakkeita ei ollut identifioitu ja ne olivat vain tutkijoiden käsiteltävinä. Vastauslomakkeet hävitettiin asianmukaisesti. (Kankkunen ym. 2009: 177–179.)

Olemme välttäneet epärehellisyttä tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tutkimustyössä vältimme plagiointia eli tekstin luvaton lainaamista. Tekstiä lainatessa, tulee lainaus osoittaa asianmukaisilla merkinnöillä. Lähteet merkittiin tekstiin ja lähdeluetteloon asianmukaisin viittauksin. Lähdemerkintöihin ja tekstin lainauksiin on annettu erilliset ohjeet tätä työtä varten. (Hirsjärvi ym. 2007: 25–26.)

Tutkimuksessa käytetyn mittarin mukailtuun käyttöön saimme luvan mittarin alkuperäiseltä tekijältä. Tutkimustulokset purettiin ja analysoitiin sanatarkasti ja rehellisesti mitään muuttamatta. Tuloksia ei sepitetty eikä yleistetty, koska tutkimuksemme oli suurimmaksi osaksi laadullinen. Tulosten raportoinnissa alkuperäisiä vastauksia ei ole muokattu niin, että tulokset olisivat vääristyneet. Tutkimuksen eettisyyttä on myös se, että tutkimuksen puutteet ja heikkoudet tuodaan julki rehellisesti pohdinnassa. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan myös tutkimuksen loppuvaiheessa, joka on osa tutkimuksen eettisyyttä. (Hirsjärvi ym. 2007: 25–26.)

## **5.5 Tutkimukseen tarvittavat resurssit**

Organisaatiolta vaadittiin, että tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat saivat vastata kyselyyn työajalla. Yhteistyö työelämän kanssa oli mutkatonta. Tutkijoille ei tullut suuria taloudellisia kuluja. Tutkimuksen tekeminen kolmivuorotyön ja perheidemme ohessa vaati paljon aikaa ja aikataulujen yhtensovittamista sekä kärsivällisyyttä.

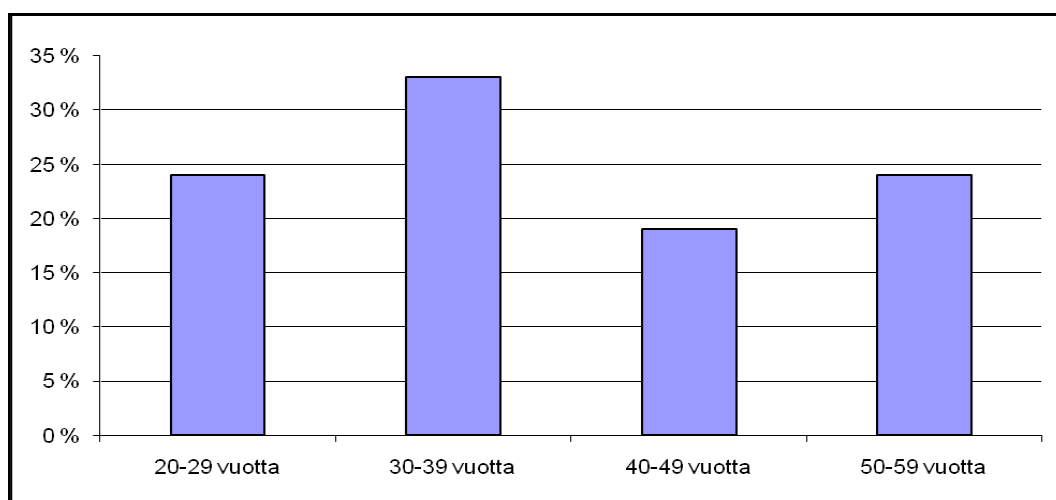
## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä kappaleessa käsitellään tutkimuksen tuloksia aloittaen vastaajien taustakysymyksistä ja sen jälkeen tutkimusongelmittain. Vastaajien taustatietoja selvitetiin neljällä kysymyksellä. Tutkimusongelmia oli neljä kappaletta.

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 21 (n=21) sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät eräässä Pohjanmaan keskussairaalan kolmella sisätautiosastolla. Taustatiedoissa kysyttiin vastaajan ikä, työkokemuksen pituus hoitotyössä, mikä on heidän käsityksensä perheestä ja perhehoitotyöstä.

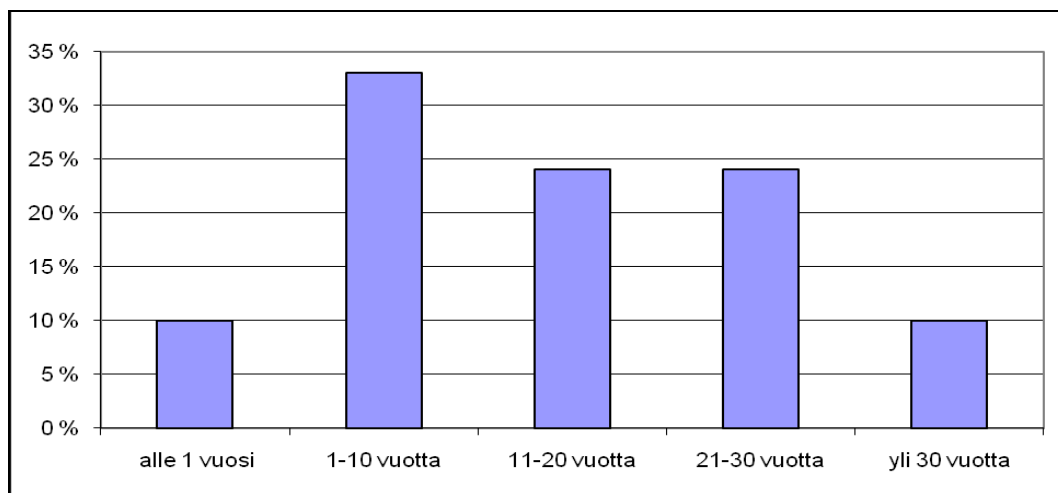
Vastaajat ilmoittivat ikänsä numeraalisesti vuosina ja niistä muodostettiin ikäluokitus. Vastaajista nuorin oli 22-vuotias ja vanhin 58-vuotias. Eniten vastaajia oli 30-39-vuotiaita 33 % (7 kpl). 20–29- ja 50–59-vuotiaita vastaajia oli saman verran eli 24 % (5 kpl). Vähiten vastaajia oli 40-49-vuotiaita 19 % (4 kpl). Vastaajien keski-ikä oli 38,5 vuotta. Vastaajia oli hyvin joka ikäluokasta. (Kuvio 1.)



**Kuvio 1.** Vastaajien ikäjakauma (n=21).

Vastaajien työkokemuksen pituus vaihteli muutamasta kuukaudesta 35 vuoteen. Alle yhden vuoden ja yli 30 vuoden työkokemuksen omaavia oli saman verran eli 10 % (2 kpl). 11–20 vuoden ja 21–30 vuoden työkokemuksen omaavia oli saman

verran eli 24 % (5 kpl). Eniten vastaajista eli 33 % (7 kpl) oli työskennellyt 1-10 vuotta. (Kuvio 2.)



**Kuvio 2.** Vastaajien työkokemus hoitoalalla (n=21).

Omaa käsitystä perheestä vastaajat kuvailivat ydinperheeksi, johon kuuluu oma-puoliso ja lapset. Perheeksi katsottiin kuuluvan myös omat vanhemmat, sisarukset ja isovanhemmat. Perheeksi kuvailtiin myös samassa ja eri osoitteessa asuvat ihmiset esimerkiksi uusperhe. Muita perheeksi lueteltuja: lähiomainen, joka ei ole sukua sekä oma lapsuudenkoti, puolison perhe, lähisukulaiset ja kotieläin. Kaikki kyselyyn osallistuvat vastasivat tähän kysymykseen. (Kuva 1.)



**Kuva 1.** Vastaajien käsitys perheestä (n=21).

*”Ydinperhe: äiti, isä + lapset tai vain 1 vanhempi + lapsi/lapsia, myös isovanhemmat kuuluvat perheeseen.”*

Vastaajat toivat esille, että perhekäsitys vaihtelee potilaskohtaisesti. Potilas määrittelee itse oman perheensä. Perheeksi kuvailtiin myös lähiomainen, jonka ei tarvitse olla sukua esimerkiksi naapuri tai ystävä.

*”Olika från patient till patient..Viktigt att patienten själv, om det är möjligt, säger vem som hör till deras familj.”*

*”Familj är de som står en närmast. Behöver ej nödvändigt vara släkt.”*

Vastaajat kuvailivat **omaa käsitystä perhehoitotyöstä koko perheen hoitamiseksi**, jolloin perhe otetaan mukaan hoitoon kokonaisvaltaisesti. Perhehoitotyössä perhe osallistuu potilaan hoitamiseen ja otetaan mukaan päätöksentekoon koskien potilaan hoitoa. Vastaajat toivat ilmi perheen voimavarojen kartoittamisen tärkeyttä hoitaa potilasta. Yksi vastaaja jätti tähän kysymykseen vastaamatta.

*”Om en medlem i familjen är sjuk och man stöder hela familjen.”*

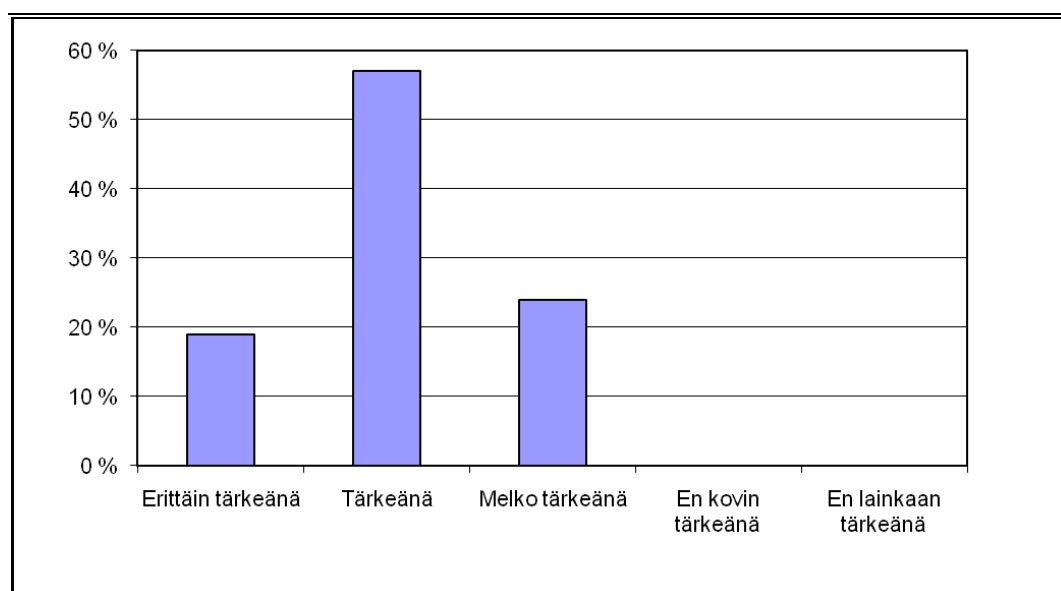
*”Yhteistyö omaisten ja hoitajien sekä lääkäreiden kesken.”*

*”... anhöriga får vara delaktiga i vården....”*

*”...kartoitetaan perheen resursseja hoitaa potilasta.”*

## 6.2 Potilaan perheen osallistuminen perhehoitotyöhön

**Perheen mukaan ottamista potilaan hoidon eri vaiheissa vastaajista 57 % (12 kpl) piti tärkeänä, 24 % (5 kpl) melko tärkeänä ja 19 % (4 kpl) erittäin tärkeänä.** Kukaan vastaaja ei kokenut, ettei perheen mukaan ottaminen olisi ollut kovin tärkeää eikä lainkaan tärkeää. Kaikki vastaajat vastasivat tähän kysymyksen. (Kuvio 3.)



**Kuvio 3.** Miten tärkeänä pidätte perheen mukaan ottamista potilaan hoidon eri vaiheissa? (n=21).

Avoimella kysymyksellä (nro 6) selvitettiin millaista tietoa kerättiin potilaalta ja hänen perheeltään sairaalassa olo aikana. **Vastaajat keräsivät tietoa potilaalta ja perheeltä potilaan perhetilanteesta, asumismuodosta, avuntarpeesta, eri palveluista, kotilääkityksestä, fyysisestä toimintakyvystä, riskitekijöistä sekä muista potilaaseen liittyvistä asioista.** Kaikki vastaajat olivat vastanneet tähän kysymykseen. (LIITE 6).

Potilaan perhetilannetta selvitettiin ottamalla huomioon, kuka on potilaan lähiomainen, mitkä olivat yhteystiedot ja oliko heillä ylipäänsä yhteyttä lähiomaisiin. Potilaan kotiolot kartoitettiin kysymällä potilaan asumismuotoa.

*”Adress och telefonnummer till närmaste anhörig, samt information om hur pat. har det ställt med boende och ev. hemhjälp. ibland frågar vi även upp om medicineringen.”*

Potilaan avuntarvetta kotona selvitettiin kartoittamalla potilaan voimavarat ja selviytymiskyky. Otettiin myös huomioon, onko heillä mahdollisuutta saada apua omaisilta ja kenen vastuulla oli arjen sujuminen. Palvelujen kartoituksessa otettiin huomioon, mitä apua potilaalla oli ja kuinka usein hän sai apua. Kotilääkitystä selvitettiin; mitä lääkkeitä potilas käytti ja mikä oli niiden annostus. Fyysistä toimintakykyä kartoitettiin; millainen oli potilaan liikkumiskyky ja tarvitsiko hän apuvälineitä liikkumisessaan.

*”Fråga om de har hjälpa av sin familj och anhöriga i det dagliga livet. Om de har kontakt med anhöriga.”*

*”...liikkuminen, apuvälineet liikkumisessa, avun tarve kotona: onko kotiapua, jos on kuinka monta kertaa vrk:ssa, onko apteekkiapua vai kuka jakaa lääkkeit. Onko ruokapalvelua.”*

*”...kuka vastaa eri asioista kotona (siivous, kauppa-asiat, ruokailu).”*

Sairauden riskitekijät otettiin huomioon kysymällä potilaan elämäntavoista, allergioista, mahdollisesta sukurasituksesta ja aikaisemmista sairauksista. Lisäksi otettiin huomioon muut potilaaseen liittyvät asiat kuten ammatti, orientaatio ja toiveet hoidon suhteen.

*”vanor, sömnvanor, sjukdoms histori ev önskemål ang vård.”*

Avoimella kysymyksellä (nro 7) selvitettiin millaista tukea sairaanhoitajat olivat havainneet perheen tarvitsevan potilaan sairaalassa olo aikana. **Perhe tarvitsi tu-**

**kea yksilöllisesti, henkistä tukea sekä totuudenmukaista informaatiota hoidosta ja sairaudesta.** Kaikki vastaajat olivat vastanneet tähän kysymykseen. (LIITE 6).

Sairaanhoitajat ottivat huomioon perheen tuen yksilöllisyyden; perheet olivat erilaisia ja heidän tuen tarve vaihteli yksilöllisesti. Perhe tarvitsi myös henkistä tukea, jolloin informointi tuli olla ymmärrettävää ja empaattista.

*”Det varierar mycket från familj till familj. Vissa klarar sig helt utan stöd och andra behöver mycket stöd...”*

*”Vakavan sairauden toteamisen yhteydessä tuetaan sekä potilasta että perhettä. Tärkeä kertoa asiat ymmärrettävästi ja empaattisesti.”*

Hyvä informointi helpotti potilaan ja omaisten selviytymistä jatkossa. Perhe tarvitsi myös totuuden mukaista informaatiota hoidosta ja sairaudesta, jolloin korostui tiedon saaminen potilaan sairaudesta, tutkimuksista, lääkityksestä, elintavoista ja jatkohoidosta. Perhe piti myös tärkeänä lääkäriltä saatua tietoa.

*”...Mycket oro och ångest hos anhöriga avhjälpa med god information. Detta underlättar också patientens och anhörigas möjligheter att klara sig efter utskrivningen från sjukhuset.”*

*”Potilas ja potilaan omaiset ovat halunneet tietää syyn minkä vuoksi potilas on sairaalassa, mitä tutkimuksia on tehty ja tullaan tekemään. Lisäksi lääkityksestä kysellään.”*

Avoimella kysymyksellä (nro 8) selvitettiin miten perhe voi osallistua potilaan hoitamiseen. Perhe voi osallistua potilaan hoitamiseen käytännön asioissa auttamalla, psyykkisesti tukemalla ja olemalla mukana jatkohoidon suunnittelussa. Perheen osallistumisessa huomioidaan perheen erilaisuus ja vuorovaikutuksen molemminpuolisuus (LIITE 6). Kaikki vastaajat olivat vastanneet tähän kysymykseen.



Sairaanhoitajat toivat esille, että perhe voi auttaa hoitamisessa käytännön asioissa kuten syöttämisessä, kävelyttämässä, ulkoiluttamalla, hampaita pesemällä ja aktivoimalla potilasta. Perhe voi auttaa läheistään psyykkisesti tukemalla olemalla läsnä, antamalla läheisyyttä ja ylläpitää toivoa.

*”Ihan fyysisesti esim. syöttämällä, kävelyttämällä, ulkoiluttamalla, auttamalla hampaiden pesussa...”*

*”...hålla handen, lungna ångest, inge hopp tro, kärlek...”*

*”Voivat käydä katsomassa, viedä kanttiiniiin, käydä ulkona, ottaa lomalle kotiin esim. viikonlopuksi...”*

Perhe voi auttaa myös olemalla mukana potilaan jatkohoidon suunnittelussa ja erityisesti kotiuttamisessa. Sairaanhoitajat toivat esille myös perheiden erilaisuuden; perheillä on erilainen auttamisen halu ja ajankäyttö. Sairaanhoitajat korostivat myös vuorovaikutusta puolin ja toisin, jolloin yhteistyö toimisi hyvin hoitohenkilökunnan ja perheen kesken.

*”Toiset pystyvät vaihtamaan esim. isälleen vaipan, jotkut eivät voi edes kävelyttää vessaan tai täyttää vesikuppia. Osallistua voi kaikin tavoin, jos vain on itsellä halua ja tahtoa.”*

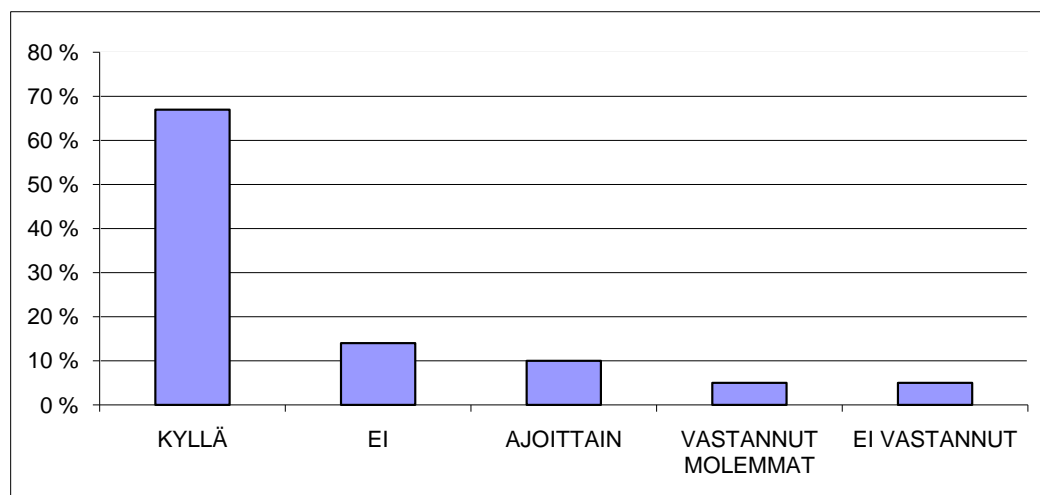
*”Genom god kontakt till vårdpersonalen. Personalen skall finnas där och själva ta kontakt med anhöriga. Anhöriga kan vara ett psykiskt stöd för patienten...”*

*”Olemalla mukana potilaan kotiutuksessa, jotta kotona kaikki olisi selvää.”*

### **6.3 Sairaanhoitajien kokemuksia perhehoitotyön toteutumisesta työssään**

Vastaajista **67 %** (14 kpl) olivat sitä mieltä, että **perhehoitotyö toteutui heidän työssään** ja 14 %:n (3 kpl) mielestä se ei toteutunut. 10 %:a (2 kpl) vastaajista oli tähän kirjoittanut ”ajoittain” eli heidän mielestään perhehoitotyö toteutui ajoittain,

tätä vastausvaihtoehtoa ei ollut kyselylomakkeessa. 5 %:a (1 kpl) ei ollut vastannut tähän kysymykseen ja 5 %:a (1 kpl) vastaajista oli ympäröinyt molemmat vastausvaihtoehdot eli kyllä ja ei. (Kuvio 4.)



**Kuvio 4.** Perhehoitotyön toteutuminen työssä (n=21).

Vastaajat perustelivat perhehoitotyön toteutuvan pitkissä hoitosuhteissa ja potilaan tilanteeseen paneutuessa sekä halusta antaa potilaalle kokonaisvaltaista hoitoa. Erään vastaajan mielestä perhettä ei voinut jättää ulkopuolelle potilaan sairauden laadun vuoksi. Perheen kanssa keskusteltiin ja annettiin neuvoja ja kehoitettiin omaisia olemaan mukana potilaan hoitamisessa. Osa toi esille myös omaisten oman halukkuuden ja aktiivisuuden, jolloin perhehoitotyö toteutuu. Eräs vastaaja toi esille, että perhehoitotyö vaatii myös aikaa ja resursseja toteutuakseen.

*”Osastollamme hoidetaan/hoidettiin useita hematologisia potilaita ja heidän kohdalla perhettä ei voinut jättää ulkopuolelle.”*

*”Information åt anhöriga att de får delta i vården.”*

*”...hoitajan ja lääkärin halu antaa kokonaisvaltaista hoitoa johon sisältyy myös potilaan perhe.”*

Vastaajat, joiden mielestä perhehoitotyö ei toteutunut, perusteli sen potilaan huonolla kunnolla tai potilaan huonolla suhteella omaisiin. Eräs vastaaja toi esille,

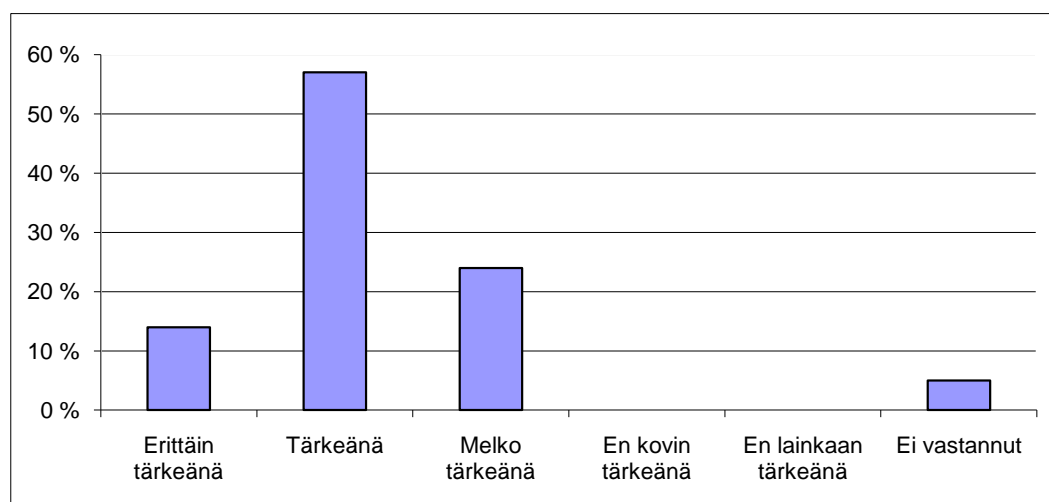
että potilashuoneet ovat liian suuria sekä sillä, että omaiset saivat olla osastolla vain vierailuaikoina. Erän vastaajan mielestä perhehoitotyö ei toteutunut aina, koska siihen ei ollut aikaa.

*”Stora rum, så anhöriga får bara var där på besöktider.”*

*”...ei kovinkaan paljon, koska suurin pot.ryhmä vanhukset jotka sänkypotilaita eivätkä jaksa juuri mitään ja esim. anorexiapotilailla usein huonot välit vanhempiin.”*

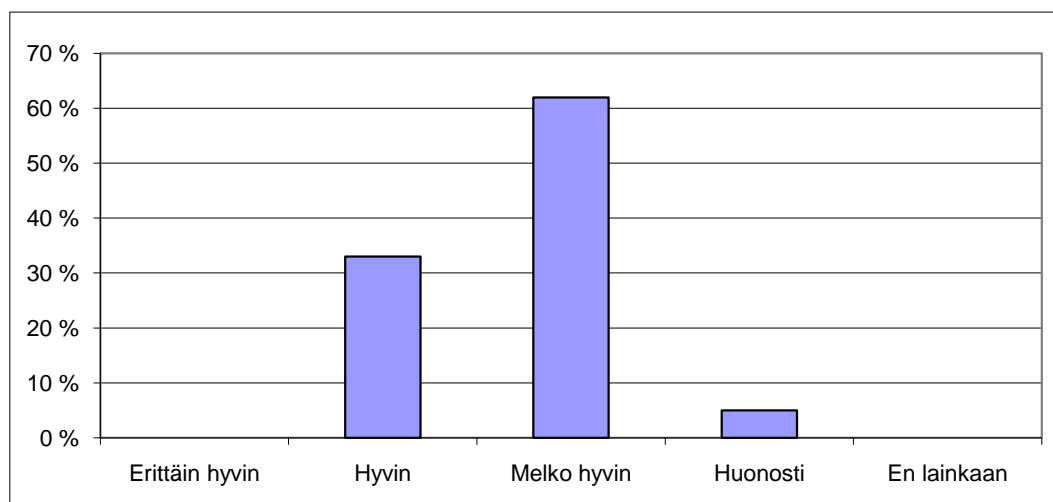
Vastaaja, jonka mielestä perhehoitotyö toteutui ajoittain, perusteli sen sillä, että perhehoitotyötä voisi parantaa osastolla.

**57 %** (12 kpl) vastaajista **piti tärkeänä perheen osallistumista potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen**. 24 % (5 kpl) piti perheen osallistumista melko tärkeänä ja 14 % (3 kpl) erittäin tärkeänä. 5 % (1 kpl) jätti vastaamatta tähän kysymykseen. (Kuvio 5.)



**Kuvio 5.** Perheen osallistuminen potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen (n= 21).

**62 %:a** (13 kpl) vastaajista **otti melko hyvin perheen mukaan potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen** ja 33 %:a (7 kpl) vastaajista hyvin. 5 %:a (1kpl) vastaajista otti perheen mukaan potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen huonosti. Kaikki vastaajat olivat vastanneet tähän kysymykseen. (Kuvio 6.)



**Kuvio 6.** Perheen mukaan ottaminen potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen (n=21).

Avoimella kysymyksellä (nro 12) selvitettiin **millaisia voimavaroja sairaanhoitajalla oli toteuttaa perhehoitotyötä työssään**. 16 vastaajaa vastasi tähän kysymykseen, viisi jätti tähän vastaamatta. Kahdeksan vastaajaan mielestä **heillä ei ollut erityisiä voimavaroja** toteuttaa perhehoitotyötä. Erään mielestä hänelle ei ollut annettu erityisiä voimavaroja perhehoitotyöhön, hän perusteli sen sisältyvän osana potilaan hoitamiseen. Voimavaroja verotti vastaajien mielestä kiire, ajan puute ja liian vähäinen henkilökuntamäärä suhteessa työmäärään.

*”Inga specifika resurser för det utan det ingår som en del i pat. vården.”*

*”Inte så stora resurser, tar mycket tid att ringa till anhöriga, mest diskuterar man med dem när de har kontakt med oss.”*

*”Aikaa on rajallisesti nykyään ja sairaanhoitajia työskentelee aikaisempaa vähemmän osastolla.”*

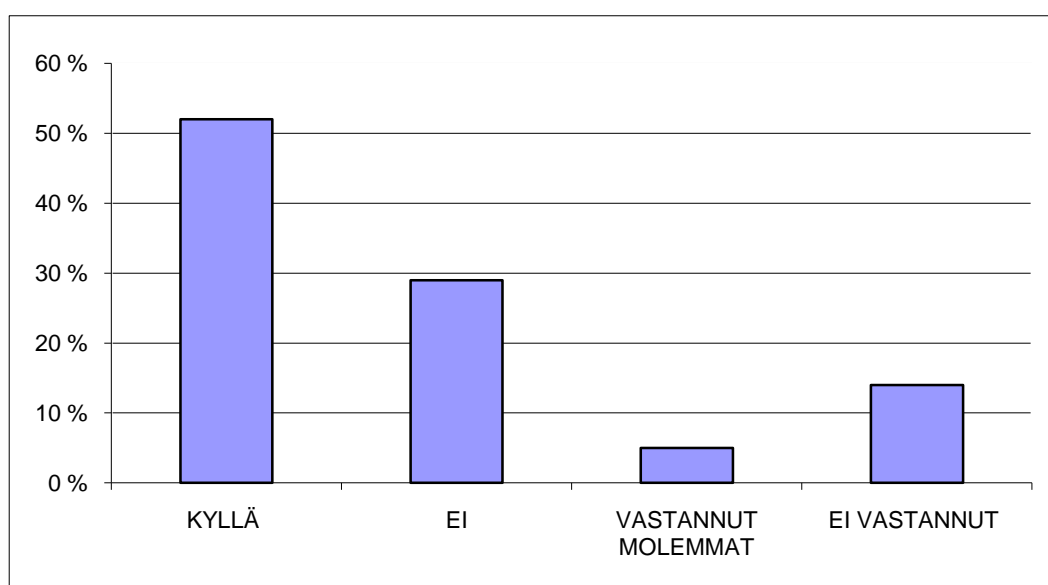
Kahdeksan vastaajan mielestä **heillä löytyi voimavaroja** toteuttaa perhehoitotyötä työssään. Sairaanhoitajasta riippui kuinka hän oli valmis panostamaan perhehoitotyöhön. Erään sairaanhoitajan mielestä voimavaroja oli ajoittain riippuen osaston kokonaistilanteesta.

*”Det beror på hur mycket den skötaren som är på skift beredd att satsa på att ta med och involvera de anhöriga i vården.”*

” Tidvis har vi bra resurser, men det beror alltid på hellhetsituationen på avd.”

#### 6.4 Perhehoitotyön kehittäminen sisätautiosastolla

Vastaajista **52 %:a** (11 kpl) **koki perhehoitotyön kehittämisen tarpeelliseksi osastolla** ja 29 %:a (6 kpl) ei kokenut perhehoitotyön kehittämistä tarpeelliseksi. 14 %:a (3 kpl) jätti vastaamatta tähän kysymykseen. 5 %:a (1 kpl) vastaajista ympäröi molemmat vastausvaihtoehdot eli kyllä ja ei. (Kuvio 7.)



**Kuvio 7.** Perhehoitotyön kehittämisen tarve osastolla (n=21).

Perhehoitotyön **kehittämistä edesauttaa** osastolla se, että eräät **potilaat** olivat useaan eri otteeseen sairaalahoidossa ja heistä tuli **läheisiä** niin kuin ”perheenjäseniä”. Nykyään on vaikeampi saada sairaalahoitoa, jolloin omaisten tulisi huolehtia lähiomaisistaan enemmän yhdessä kotiavun ja kotisairaanhoidon kanssa.

”...ja, vissa pat. ligger här länge i flera repricer/ blir som familjemedlemmar.”

Perhehoitotyön kehittämistä edesauttaa, jos olisi **enemmän resursseja** eli aikaa ja hoitohenkilökuntaa ottaa omaiset mukaan; nykyään aika meni vain kaikkein välttämättömimmän tekemiseen. Esille tuotiin, että lääkärit voisivat ottaa aktiivisemmin yhteyttä omaisiin, eikä jättää sitä pelkästään hoitajan tehtäväksi.

*”Hur vårdarbetet är organiserat så att moduskötaren har tid. Som det är nu så är det svårt att få det att fungera då många dagar går åt till att göra det allt allra nödvändigaste.”*

Eräs vastaaja toi esille, että kaikilla tulisi olla **positiivinen ja avoin asenne omaisiin ja heidän kanssaan yhdessä hoitamiseen**. Esille tuli myös, että osaston **fyysisiä tilaratkaisuja** tulisi **muuttaa**, niin että perhehoitotyötä voisi tehdä paremmin sekä **lisätä koulutusta perhehoitotyöstä**.

*”Kaikkien positiivinen ja avoin suhtautuminen omaisten kanssa yhdessä hoitamiseen.”*

*”Fyysiset tilaratkaisut, koulutus jossa käytäisiin läpi asian tärkeyttä.”*

Vastaajat, joiden mielestä perhehoitotyön **kehittäminen ei ole tarpeellista**, perustelivat sen, että **perhe** ja omaiset **otetaan jo nyt hyvin mukaan potilaan hoitoon** ja henkilökunta yrittää parhaansa jo nyt ottaa mukaan perheenjäsenet potilaan hoitamiseen. Joillakin osastoilla perhehoitotyötä ei voi enempää kehittää **osaston akuutin luonteen** vuoksi, jolloin potilaiden vaihtuvuus on suuri eikä ole aikaa enempää perhehoitotyön toteuttamiseen niillä hoitohenkilökuntaresursseilla mitä tällä hetkellä on.

*”Perhe otetaan jo nyt hyvin huomioon.”*

*”Tämä on akuutti hoito-osasto, joten potilas vaihtuvuus on suurta eikä ole aikaa.”*

Avoimella kysymyksellä kysyttiin (nro 16) vastaajilta, mitkä olivat heidän mielestään **hoitotyön keinot perheen ja sairaanhoitajan välisessä yhteistyössä**. Tähän saimme 17 vastausta ja neljä vastaajaa jätti tähän vastaamatta.

Hoitotyön keinoina vastaajat mainitsivat **vuorovaikutuksen** eli keskustelun, joka sisälsi myös puhelinkeskustelut sekä ohjauksen ja neuvonnan. Eräs vastaaja toi esille avoimuuden ja rehellisyyden vuorovaikutuksessa sekä sairaanhoitaja voisi

antaa suoraan ehdotuksia, missä perhe voi auttaa. Eräs vastaaja korosti vuorovai-  
kutuksen luonnollisuutta omaisten kohtaamisessa.

*”Ger förslag på vad de kan hjälpa till med.”*

*”... diskussion + information, naturlig kontakt då anhöriga på plats.”*

Hoitotyön keinoina tuli myös esille **yhteistyö omaisten kanssa** (eli auttaminen  
puolin ja toisin) sekä **moniammatillisuus** esim. pyydetään apua sosiaalihoitajalta.

*”Kontakt vid behov med soc.skötaren som hjälper till med t.ex. ordna  
hemhjälp/hemsjukvård/matservice om egna skötare inte hinner ordna det  
under sitt arbetsskifte”*

Hoitotyön keinona mainittiin myös **”hyvä hoito ylipäänsä”** sekä **omahoitajuus**.

*”Bra vård överlag”*

*”Borde vara en egen skötare menad för delta som har tid o. resurs....”*

Avoimella kysymyksellä (nro 14) selvitettiin **miten vastaajat haluaisivat tukea  
potilaan perhettä** sairaalassa olo aikana. 17 vastaajaa vastasi tähän kysymykseen,  
neljä vastaajaa jätti tähän vastaamatta.

Perheitä haluttiin tukea **antamalla aikaa keskustelemalla**, johon sisältyi myös  
puhelinkeskustelu. Tukea annettiin **ohjaamalla ja tiedon antamisella** esimerkiksi  
miten potilaan hoito eteni, kuinka sairautta tulisi hoitaa ja apuvälineistä. Tässä  
tuotiin esille potilaan kunnioittaminen, potilaan omaa toivettaan tietojen antami-  
sessa.

*”Pitää perheen tilanteen tasalla, kunnioittaen potilaan tahtoa siitä saako  
asioista kertoa ja kuinka paljon.”*

*”Diskussioner med pat. o. anhöriga, olika råd om behandlingen o. hur  
sjukdomen sköts.”*

Eräs vastaaja toi myös esille, että **omaisia pyydetäisiin** tulemaan **vierailulle**, että heille voisi antaa enemmän tietoa potilaan hoidosta. Esille tuli myös **omaisten henkinen tukeminen**; ahdistuneita omaisia haluttiin tukea ja kannustaa jaksamaan.

*”Att aktivt be anhöriga komma så att vi kan ge information.”*

*”Kannustetaan jaksamaan.”*

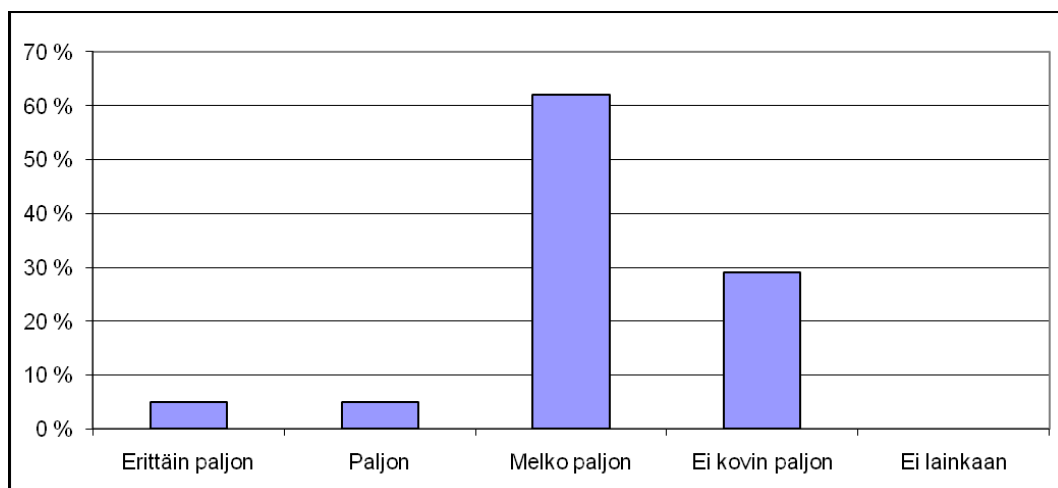
Esille tuli myös **osaston fyysiset tilat**, jos ne olisivat isommat tai omaisille olisi varattu osastolla oma tila, niin omaiset voisivat vierailla pidempään. Eräs vastaaja toi esille, jos olisi enemmän resursseja, voisi tehdä **kotikäynnin** potilaan luokse.

*”Det skulle mera tid för att diskutera och/eller undervisa anhöriga. Bra vore det med resursser att t.ex åka hem o. ser hur det fungerat hemma.”*

## **6.5 Perhehoitotyön mahdollistuminen sairaanhoitajan työssä**

**62 %:a** (13 kpl) vastaajista **koki, että heillä oli melko paljon aikaa keskustella perheen kanssa potilaan hoitoon liittyvistä asioista**. 29 %:a (6 kpl) koki, että heillä ei ollut kovin paljon aikaa keskusteluun. 5 %:a (1 kpl) vastaajista koki, että oli erittäin paljon aikaa keskustelulle. 5 %:a (1 kpl) vastaajista koki, että oli paljon aikaa keskustelulle. Vastaajista kukaan ei kokenut, ettei heillä olisi ollut lainkaan aikaa keskusteluun perheen kanssa. Kaikki vastasivat tähän kysymykseen. (Kuvio 8.)





**Kuvio 8.** Onko teillä aikaa keskustella perheen kanssa potilaan hoitoon liittyvistä asioista? (n=21).

Avoimella kysymyksellä kysyttiin (nro 17) vastaajilta **millaista tukea he saivat esimieheltä toteuttaakseen perhehoitotyötä**. Yhdeksän vastaajaa koki saavansa hyvää tukea esimieheltä toteuttaa perhehoitotyötä, kaksi vastaajaa ei saanut tukea tähän, kymmenen jätti tähän kysymykseen vastaamatta. Kaksi vastaajaa, jotka eivät saaneet tukea esimieheltä, eivät perustelleet vastaustaan.

Ne, jotka kokivat saavansa **hyvää tukea** toteuttaakseen perhehoitotyötä, perustelivat sen, että esimies **antoi heille ideoita** ja vinkkejä hoitaa erilaisia potilastapauksia ja esimies **suhtautui positiivisesti** omaisten kohtaamiseen sekä hoitotyön kehittämiseen. Myös esimiehen koettiin tukevan hoitohenkilökuntaa kaikessa heidän toiminnassaan. Esimies tuki myös **työn organisoinnilla** perhehoitotyön toteuttamista. Yksi vastaaja kritisoi ajan puutetta, että perhehoitotyö toteutuisi. Eräs vastaaja koki yhteistyön perheen kanssa kuuluvan osaksi hoitotyötä, mutta perhehoitotyön toteuttaminen vaatii enemmän henkilökuntaa.

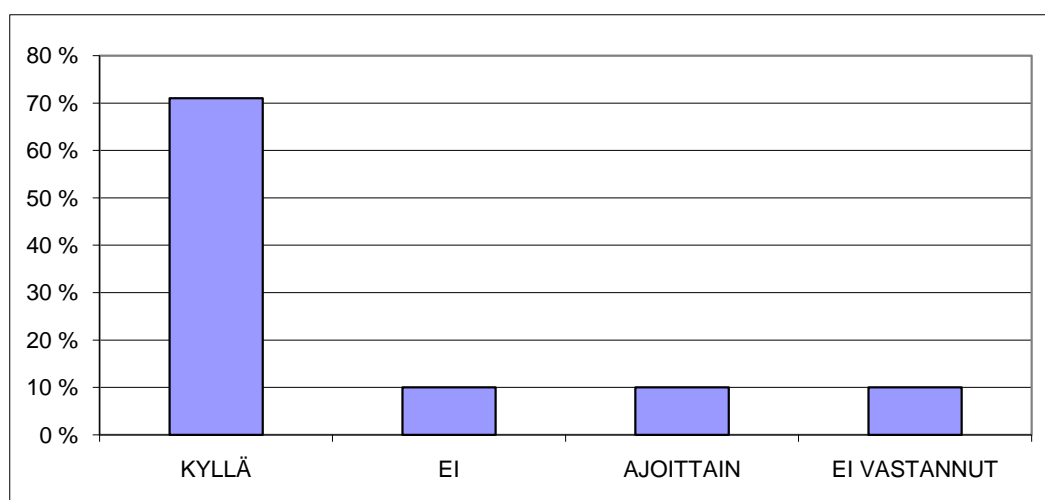
*”Bra, hon uppmannar oss att utveckla vår vård ofta.”*

*”Hon ger ideer o. tips hur man kan gå till väga i olika pat. fall”*

*”Genom organisering av dagliga arbetet men tiden räcker ej alltid till”*

*”Yhteistyö perheen kanssa kuuluu osana hoitotyöhön. Jos enemmän pitäisi keretä perhehoitotyötä toteuttaa, siihen ei saada henkilökuntaa”*

**71 %:n** (15 kpl) mielestä perhehoitotyö sisältyi oleellisena osana potilaan hyvään hoitoon osastolla. 10 %:n (2 kpl) mielestä se ei sisältynyt potilaan hyvään hoitoon. 10 %:a (2 kpl) vastaajista oli tähän kirjoittanut ”ajoittain” eli heidän mielestään perhehoitotyö sisältyi ajoittain oleellisena osana potilaan hyvään hoitoon, tätä vastausvaihtoehtoa ei ollut kyselylomakkeessa. 10 %:a (2 kpl) ei ollut vastannut tähän kysymykseen. (Kuvio 9.)



**Kuvio 9.** Perhehoitotyön sisältyminen oleellisena osana potilaan hyvään hoitoon osastolla (n=21).

Vastaajat perustelivat perhehoitotyön sisältyvän oleellisena osana potilaan hyvään hoitoon esimerkiksi vaikeasti sairaan potilaan hoidossa sekä pitkissä, intensiivisissä hoitosuhteissa, jolloin perhe tuli läheiseksi.

*”Vaikeasti sairaan potilaan hoidossa on aina perhe mukana jota kuunnellaan, annetaan neuvoja, tuetaan.”*

*”Hoidamme syöpäpotilaita, joiden tauti vaatii pitkiä ja intensiivisiä hoitajaksoja. Perhe tulee väkisinkin tutuksi ja läheiseksi.”*

Perhehoitotyö koettiin oleellisena osana potilaan hyvää hoitoa, myös jatkohoito koettiin onnistuvan paremmin, kun perhe oli mukana hoidon suunnittelussa. Perhe koettiin myös turvana ja hyvänä apuna potilaan hoitamisessa.

*”Kun omaiset ovat hyvin mukana potilaan hoidossa sairaalassa, jatkohoito kotona onnistuu paremmin kun kaikilla on tiedossa sairaus ja jatkohoito kotona.”*

*”Familjemedlemmar känner pat. bäst och kan vid behov fråga/informera skötaren om sådant som skötare inte observerat.”*

Vastaajan, jonka mielestä perhehoitotyö sisältyi ajoittain osana potilaan hyvään hoitoon, perusteli, ettei perhehoitotyön toteuttaminen ollut aina mahdollista, yrityksestä huolimatta. Tällöin hoitaja käytti apunaan moniammatillista hoitotyötä.

*” Delvist. Vi försöker men inte alltid möjligt. Viktigt med samarbete i mångprofession... teamet; modulskötare, hjärtsviktskötare, kärskötare, njurskötare o. läkare ”*

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Perheen osallistumista hoitotyöhön pidettiin tärkeänä, etenkin heidän aktiivisuuttaan potilaan hoidon suunnittelussa ja sen toteuttamisessa. Sairaanhoitajat kokivat perhehoitotyön toteutuvan työssään pidemmissä hoitosuhteissa ja heidän halustaan antaa potilaalle kokonaisvaltaista hoitoa.
2. Perhe voi osallistua konkreettisesti hoitamalla potilasta, henkisesti tukemalla, olemalla läsnä ja toivoa ylläpitämällä. Tukemisessa korostui perheiden erilaisuus ja halu hoitoon osallistumiseen. Yhteistyön, vuorovaikutuksen ja totuuden mukaisen tiedon antamisen merkitys oli perheen osallistumisessa tärkeää.
3. Tietojenkeruussa ja perheen osallistumisessa potilaan hoitoon merkityksellistä on, onko potilaalla omaisia tai läheisiä ja millainen heidän suhteensa on. Sairaanhoitajat ymmärsivät perheen monimuotoisuuden hoitotyöhön osallistumisessa.
4. Sairaanhoitajien mukaan perhehoitotyön toteuttaminen vaatii osaston voimavarojen riittävyyttä. Niihin vaikutti henkilökunnan vähyys verrattuna työn määrään, sairaanhoitajan oma persoonallisuus ja halu verrattuna työn todellisuuteen. Perhehoitotyötä verottivat vierailuajat, potilaan huonot suhteet omaisiin, fyysiset tilaratkaisut ja ajan puute.
5. Sairaanhoitajat kokivat perhehoitotyön kehittämisen tarpeelliseksi. Perhehoitotyön kehittämisen haasteena ovat ajan puute, henkilökunnan vähyys, työn määrä, osaston luonne ja kokemus perheen olemisesta jo osa hoitotyötä.
6. Perhehoitotyön kehittämistä edesauttaa koulutuksen järjestäminen sairaanhoitajille perhehoitotyöstä. Sairaanhoitajilla hoitotyön keinoja perhehoitotyön kehittämisessä ovat yksilövastuinen hoitotyö, moniammatillinen yhteistyö ja hyvä vuorovaikutus.

7. Perhehoitotyötä edesauttaa osastolla potilaan perheen tukeminen ja ohjaus. Lisäksi omaisia pyydetään tulemaan keskustelemaan, järjestetään erillinen tila omaisille ja näin annetaan heille mahdollisuus pidempään vierailuun omaisen luona.
8. Perhehoitotyö mahdollistuu esimiehen hyvällä ja positiivisella tuella, työn organisoinnilla, henkilökunnan riittävyyden varmistamisella ja positiivisella asenteella hoitotyön kehittämiseen. Se mahdollistuu myös, jos hoitohenkilökunta hyödyntää paremmin työyhteisön moniammatillisuutta.

## 8 POHDINTA

Tässä luvussa arvioimme rehellisesti tutkimuksemme lähestymistapaa, menetelmien ja tulosten soveltuvuutta, luotettavuutta sekä tulosten ja tuotosten uskottavuutta. Lisäksi käymme läpi omaa oppimisprosessia ja jatkotutkimusaiheita. Tehdystä tutkimuksesta on hyötyä sisätautiosastoille aikuisten potilaiden perhehoitotyöhön.

### 8.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien käsityksiä perhehoitotyön toteutumista sisätautiosastoilla ja tavoitteena oli kehittää perhehoitotyötä erikoissairaanhoidossa sekä vahvistaa perheen osallistumista perhehoitotyöhön sairaanhoitajan näkökulmasta.

Sairanhoitajien iällä ja työkokemuksella ei ollut merkitystä käsitteiden perhe tai perhehoitotyön käsitteen ymmärtämiseen. Mielestämme iäkkäämmillä vastaajilla ei ollut koulutuksessaan käsitelty perhehoitotyötä, mutta siitä huolimatta he ymmärsivät perhehoitotyön käsitteen sekä ymmärsivät perheen käsitteen laajasti. Ymmärrämme tällöin työ- ja elämäkokemuksella olevan näin ollen merkitystä. Mielestämme nuoremmilla vastaajilla oli koulutuksensa puolesta helpompi ymmärtää perhehoitotyön käsite sekä nyky-yhteiskunnan ja -kulttuurin myötä helpompi ymmärtää perheen monimuotoisuus.

Tutkimuksessa ilmeni, että perheen osallistumisessa perhehoitotyöhön sairaanhoitajat pitivät perheen mukaan ottamista tärkeänä hoidon kaikissa eri vaiheissa. Potinkaran (2004: 47–48) tutkimuksessa hoitavalla henkilöllä on kokemus potilaan läheisen kuuluvan luonnollisena osana potilaan hoitoon. Potilaan hoitamisen kannalta tärkeitä tietoja kysyttiin niin potilaalta itseltään kuin potilaan perheeltä. Perheen hoitoon osallistumiseen kuuluu mukaan tietojenkeruu laajemmin eikä vain potilaan näkökulmasta. (Hakulinen ym. 1999:27; Paunonen ym. 1999: 392–393.) Tietoja sairaanhoitajat kartoittivat laajasti potilaan kokonaishoidon onnistumiseksi. Kokonaisvaltainen hoito oli myös tutkimukseen osallistuvien osastojen hoitotyön filosofiana.

Potilaan avuntarvetta selvitetessä otettiin huomioon potilaan voimavarat ja selviytymiskyky. Pelkosen & Hakulisen (2002) perhehoitotyön voimavaranäkökulma tuli meidän tutkimuksessa ilmi kartoitettaessa potilaan voimavaroja. (Ivanoff ym. 2006: 12,14) Esille ei tullut perheen jäsenten voimavarojen selvittämistä ja niiden vahvistamista. Hoitajan tulee kartoittaa myös perheen terveyttä tukevat ja uhkaavat tekijät. Perhehoitotyön tavoitteena on tukea potilaan ja perheen omia voimavaroja ja näin edistää koko perheen terveyttä.

Sairaanhoitajat ymmärsivät potilaan perheen monimuotoisuuden osallistumisessa perhehoitotyöhön. Yhteiskunnan ja kulttuurin muutokset ovat heijastuneet hoitotyön tekijöiden käsityksiin määritellä perhe. Vastauksissa sairaanhoitajat toivat ilmi myös perheen eri määrittelyt. Perheiden osallistuminen potilaan hoitoon vaatii, että sairaanhoitaja tuki heitä henkisesti ja antoi heille informaatiota. Perheen informoinnissa korostui totuudenmukainen tieto ja esille tuli myös perheiden toivomus saada tietoa lääkäriltä. Hoitajan ja lääkärin on tärkeää informoida perhettä potilasta koskevista asioista.

Sairaanhoitajien mielestä perheen osallistuminen oli konkreettista potilaan päivittäisistä toiminnoista huolehtimista. Nuutinen (2005:131–143) ja Potinkara (2004: 90) tuovat ilmi samansuuntaisia tuloksia kuin meidän tutkimuksessa, miten omaiset osallistuvat potilaan hoitoon.

Osallistuminen oli myös potilaan psyykkistä tukemista olemalla läsnä, antamalla läheisyyttä ja toivoa Kylmä (2011) sekä olemalla mukana jatkohoidon suunnittelussa. Potinkara (2004: 91–93) pitää tärkeänä läheisen kanssakulkemista potilaan rinnalla. Läheisyys antaa potilaalle tukea, voimaa ja turvallisuutta. Tutkimuksemme ilmeni myös henkisen tuen antaminen, kuten ks. Potinkara (2004:91–93) on tuonut esille. Sairaanhoitajat ymmärsivät omaisen roolin toivon vahvistamisessa tärkeäksi hyvässä hoitotyössä.

Perheen osallistumisessa korostui perheiden erilainen auttamisen halu ja molemminpuolisen vuorovaikutuksen merkitys. Perhekeskeisyyteen kuuluu Paunosen

(1999: 17–19) mukaan potilaan ja perheen osallistumishalukkuus, joka tässä tutkimuksessa tuotiin esille perheiden erilaisena auttamisen haluna.

Sairaanhoitajat kokivat perhehoitotyön toteutuvan työssään parhaiten pitkissä hoitosuhteissa, tällöin potilaan perhe koettiin osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. He pitivät tärkeänä perheen osallistumista potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen ja he kokivat myös ottavansa melko hyvin perheen mukaan tähän. Näin ollen sairaanhoitajat työskentelevät hoitotyön prosessin mukaan tietämättään, että se antaa raamit heidän tekemälleen perhehoitotyölle.

Sairaanhoitajat, jotka eivät kokeneet perhehoitotyön toteutuvan työssään, esteenä oli ajan puute, potilaan huono kunto ja suhteet omaisiin sekä suuret potilashuoneet että rajalliset vierailuajat. Perhehoitotyön teoriaan syventyessämme ei tullut esille, että potilaan huono kunto tai huono suhde omaisiin olisi ollut este perhehoitotyölle.

Sairaanhoitajat eivät selvittäneet tarkemmin, millaisia voimavaroja heillä itsellään oli toteuttaa perhehoitotyötä. Osan mielestä heillä ei ollut erityisiä voimavaroja toteuttaa perhehoitotyötä. Ajan puuttuminen, kiire ja vähäinen henkilökuntamäärä suhteutettuna työmäärään koettiin heikentävän sairaanhoitajan voimavaroja. Hägg (2004) tuo esille, että lyhentyneet hoitoajat ovat lisänneet hoitajien päivittäistä työmäärää, joka vie sairaanhoitajan voimavaroja. Osan mielestä voimavaroja löytyi ja niiden hyödyntäminen oli riippuvainen osaston kokonaistilanteesta ja sairaanhoitajan omasta panostuksesta perhehoitotyöhön. Hoitajan persoonallisuuden piirteet, asiantuntemuksen laajuus ja tilannetaju ovat tärkeitä perhehoitotyön toteuttamisessa.

Perhehoitotyön kehittämisen tarpeellisuutta osastoilla pidettiin tärkeänä. Perhehoitotyön kehittämistä edesauttoi hoitajien määrän ja ajan lisääminen, hoitajien positiivinen asenne omaisiin ja heidän kanssaan yhdessä potilaan hoitamiseen. Mäkinen (2002: 63–64) tutkimuksessa omaiset kokivat henkilökunnan vähyyden ja kiireen niin, ettei heidän tukemiselleen ollut riittävästi aikaa. Tämä estää myös omaisia osallistumasta aktiivisemmin potilaan hoitoon. Kehittämistä edesauttoi



myös osaston fyysisten tilojen muuttaminen ja koulutuksen lisääminen henkilökunnalle perhehoitotyöstä.

Omahoitajuus selkeyttää hoitajan omaa työtä ja potilaan kokonaisvaltainen hoitaminen onnistuu paremmin. Asiantuntijasairaanhoitaja on eräs mahdollinen keino perhehoitotyön kehittämiseksi, tämä ei tullut ilmi vastauksissa. Asiantuntijasairaanhoitaja voisi olla apuna koulutuksessa ja perhehoitotyötä kehitettäessä. (Potinkara 2004: 120–121). Perhehoitotyötä voitiin kehittää osastoilla hoitotyön keinoin avoimella, luonnollisella ja rehellisellä vuorovaikutuksella, yhteistyöllä omaisten ja hoitajien kesken, moniammatillisuutta hyödyntämällä, antamalla hyvää hoitoa sekä omahoitajuudella.

Tutkimustulosten useissa vastauksissa aika koettiin rajalliseksi ja riittämättömäksi. Tämä oli kuitenkin ristiriitaista, koska sairaanhoitajat toivat ilmi, että heillä oli melko paljon aikaa keskustella perheen kanssa potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Syyksi arvelemme, että perhehoitotyö on teoriassa helpompi ymmärtää kuin tunnistaa käytännön hoitotyössä.

Esimiehellä oli perhehoitotyön mahdollistumisessa tärkeä rooli, jolloin hän tuki henkilökuntaa ja antoi heille ideoita. Hänen työn organisointi osastolla, positiivinen suhtautuminen omaisiin ja hoitotyön kehittämiseen mahdollisti perhehoitotyön toteuttamisen. Potinkara (2004: 120–121) esittää hoitotyön johtajan mahdollistavan perhehoitotyön toteuttamisen, koska hän luo siihen sekä henkisiä että aineellisia mahdollisuuksia. Heino-Tolonen (2000: 44–46) tuo esille, että hoitotyön johtajat kokevat yksilövastuun hoitotyön keinona parempaan hoitotyöhön. Hoitotyön johtajan tulee tukea sairaanhoitajan voimavaroja tehdä työtä perheiden kanssa.

Vastaajat kokivat perhehoitotyön kuuluvaksi oleellisena osana potilaan hyvään hoitoon osastoilla. Tämä edesauttoi myös jatkohoidon onnistumista. Perhe koettiin turvana ja hyvänä apuna potilaan hoitamisessa. Perhehoitotyö mahdollistuu kun hoitaja käyttää apunaan moniammatillista tiimiä. Sairaanhoitajan tulee tuoda omaa asiantuntemustaan esille moniammatillisessa tiimissä. (Potinkara 2004: 120–121)

Tutkimus toi tietoa että, perhehoitotyötä tehdään osittain jo sisätautiosastoilla ja tämä toi konkreettisia esimerkkejä siitä miten perhe voi osallistua potilaan hoitamiseen. Samalla tietoisuus perhehoitotyöstä lisääntyi, mutta sairaanhoitajan tietoisuus omista voimavaroista toteuttaa perhehoitotyötä oli riittämätöntä. Tutkimus on tuonut esille sairaanhoitajien hoitotyönkeinoja vahvistaa perheen osallistumista potilaan hoitamiseen. Tutkimustyö toi esille että, perhehoitotyötä voidaan kehittää erikoissairaanhoidossa lisäämällä koulutusta, moniammatillisella yhteistyöllä ja omahoitajuudella. Kehittäminen mahdollistuu esimiehen antamalla hyvällä tuella henkilökunnalle, työn organisoinnilla ja henkilökunnan riittävyydellä. Perhehoitotyön kehittämisen aloittamiseksi voisi jokainen sisätautiosasto miettiä konkreettisesti mitä perhehoitotyö voisi olla heidän omalla osastollaan, koska jokaisella osastolla on oma erikoisalansa ja hoidon erityispiirteet.

## **8.2 Tutkimuksen luotettavuus**

Tutkimuksemme oli pääosin kvalitatiivinen, mutta sisälsi pienen kvantitatiivisen osuuden. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetin (pätevyys) avulla selvitetään, onko mitattu juuri sitä mitä oli tarkoituskin mitata. Emme ole yleistäneet tuloksia. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksessa mittaustulosten toistettavuutta. Mittauksen reliabelius on mittarin kyky tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen ym. 2009: 152; Hirsjärvi ym. 2007: 226)

Tutkimuksessa käyttämämme mittari oli pätevä ja lisäsi tutkimuksemme luotettavuutta, koska mittarimme pohjalla oli jo valmis mittari, jonka mukautimme tutkimuksemme. Soveltamamme mittari perustui tutkimusongelmiin sekä teoreettiseen viitekehykseen, mikä paransi sen sisältövaliditeettia. Koimme mittarin mittaavan oikeaa ilmiötä ja olevan riittävän kattava, koska vastaajien vastaukset tukivat toisiaan ja saimme tutkimusongelmiimme vastaukset. Lisäksi saimme samantapaisia vastauksia eri kysymysten kohdalla, jotka vahvistivat kysymysten vastauksia ja tuloksia. (Kankkunen ym. 2009: 152–153)

Sovelletun mittarin esitestaus lisäsi luotettavuutta. Esitestauksessa otimme huomioon kohderyhmän kaksikielisyyden, joka koostui sekä suomenkielisistä että ruotsinkielisistä sairaanhoitajista. Esitestauksessa vastaajat ymmärsivät kysymykset eikä kielellisiä ongelmia tullut esille.

Tuntemattomasta syystä kyselylomakkeen viimeinen sivu oli joistain lomakkeista jäänyt pois kopiointivaiheessa ja tämä jäi harmittamaan meitä. Epäilemme kopiointikoneen teknistä vikaa, koska viimeinen sivu ei puuttunut kaikista kyselylomakkeista. Viimeinen sivu sisälsi monivalintakysymyksen nro.19. Näin ollen kaikki vastaajat eivät voineet vastata tähän kysymykseen, joka heikensi hieman mittauksen luotettavuutta. Olisimme voineet olla vielä huolellisempia kootessamme kyselylomakkeiden sivuja yhteen. Teimme päätöksen jättää tämän kysymyksen vastaukset analysoimatta kokonaan, koska emme halunneet mittaamisen luotettavuuden kärsivän niin paljoa. Tämän viimeisen kysymyksen tarkoituksena oli vahvistaa yhden tutkimusongelman vastauksia. Arvioimme, ettei se vaikuttanut ratkaisevasti tuloksiimme, koska tämän kysymyksen vastausvaihtoehdot tulivat osittain esille muiden kysymysten vastauksissa ja saimme vastauksen haluaamme tutkimusongelmaan.

Tutkimuksen luotettavuus väheni hieman varsinaisessa mittaamisessa, koska kysymyksen nro.12 osalta emme saaneet tarkalleen vastausta siihen, mitä kysyimme (LIITE 1 ja 2). Halusimme selvittää minkälaisia voimavaroja sairaanhoitajalla on toteuttaa perhehoitotyötä työssään, vastaukseksi saimme yleisiä osastoa koskevia voimavaroja, emme heidän henkilökohtaisia voimavarojaan. Kysymyksessä nro. 17 oli vastauskato (LIITE 1 ja 2), vastauksia saimme yksitoista ja kymmenen jätti vastaamatta. Halusimme tietää, millaista tukea sairaanhoitajat saavat esimieheltään toteuttaakseen perhehoitotyötä. Arvelemme kysymyksen olevan liian arkaluontoinen, johon ei haluttu vastata.

Kyselylomakkeessa oli 19 kysymystä, jotka perustuivat neljään tutkimusongelmaan. Yhtä tutkimusongelmaa kohden oli kolme–neljä kysymystä. Näin ollen kysymysten määrä oli sopiva. Taustakysymyksiä oli neljä kappaletta, jotka olivat avoimia kysymyksiä. Monivalintakysymyksiä oli yhteensä kahdeksan kappaletta,

joista likertin asteikkoon perustuvia kysymyksiä oli viisi kappaletta ja kyllä – ei kysymyksiä oli kolme kappaletta. Kyllä – ei – kysymyksissä pyydettiin perusteluita, jotka antoivat vastauksille lisäselvitystä. Seitsemässä avoimessa kysymyksessä vastaajat tuottivat itse tietoa ja toivat ilmi tietämyksen aiheesta. Avoimissa kysymyksissä olevat suorat lainaukset lisäsivät tutkimuksen luotettavuutta ja merkitsevyyttä. Nämä kaikki kysymystyypit toivat tutkimukseemme uutta tietoa aiheesta.

Kolmessa monivalintakysymyksessä oli vaihtoehtona kyllä ja ei vastaukset. Tämä oli tietoinen valinta, koska halusimme, että vastaaja tuo esille mielipiteensä ja perustelee sen. Teorian perusteella on tietoa, mikäli vastaajaa ei pakoteta valitsemaan mielipidettään, hän valitsee neutraalimman vaihtoehdon (Hirsjärvi ym. 2007: 198). Meillä tästä huolimatta osa vastaajista ympäröi molemmat vastausvaihtoehdot tai kirjoitti vastaukseksi ajoittain. Ne vastaajat, jotka näin tekivät, kuitenkin perustelivat vastauksensa, joka oli hyvä asia. Koimme, että kirjallinen vastausohje oli selkeä eikä tällaisia vastauksia tullut esille myöskään mittarin esitauksessa.

Tutkimus toteutettiin ennen kesälomia, jolloin vakiohenkilökunta oli töissä. Tämä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, koska heillä oli enemmän tietoa, asiantuntemusta ja kokemusta. Luotettavuutta lisäsi myös osastonhoitajien informointi tutkimuksesta ja he mahdollistivat, että henkilökunta kykeni vastaamaan tutkimukseen työajallaan.

Tutkimuksemme tavoitteena oli saada 30 vastausta ja saimme 21 vastausta, joten tavoitteeseen nähden onnistuimme hyvin. Vastauksia saimme sekä suomen- että ruotsinkielisiltä sairaanhoitajilta, jotka osoittivat hyvin mielenkiintoaan aiheittamme kohtaan.

Tutkimusta tehdessämme olimme tarkkoja. Tarkistimme kirjoittamamme teoreettisen viitekehyksen ja lähteet uudestaan. Kävimme myös läpi useaan kertaan tutkimuksemme tulokset. Analysointi vaiheen jälkeen palasimme vastauksiin uudestaan useaan kertaan. Työn edetessä tulokset pysyivät totuudenmukaisina, eikä vastauksia ole virtaviivaisesti tulkittu, vaan pyrimme pysymään totuudessa. Ker-

roimme myös tarkasti tutkimuksen toteuttamisen, kaikki vaiheet ja muutokset. Nämä kaikki lisäsivät tutkimuksemme luotettavuutta. Tutkimuksemme tulokset ovat reliaabeleja, koska meitä oli kaksi tutkijaa ja pääsimme samanlaisiin tuloksiin. (Hirsjärvi ym. 2007: 226–227.)

Tulosten luotettavuudessa otimme huomioon myös sisäisen validiteetin. Tämän mukaan tulokset johtuvat vain asetelmasta, eivät muista sekoittavista tekijöistä. Sisäisen validiteetin uhkan, valikoitumisen, estimme vastaajien vapaaehtoisuudella ja itsemääräämisoikeudella vastata kysymyksiin. Emme vaikuttaneet vastaajiin millään lailla; kerroimme tutkimuksestamme kyselylomakkeessa olevalla saatekirjeellä ja emmekä käyneet osastoilla pyytämässä sairaanhoitajia vastaamaan kyselyyn. Toisen uhkan, kontaminaation eli tutkimukseen osallistujia olisi ollut tekemisissä tutkimusilmiön kanssa aiemmin, mahdollisuutta ei ollut, koska tutkimusaiheettamme ei ollut aiemmin tutkittu sisätautiosastoilla. (Kankkunen ym. 2009: 158.)

### **8.3 Oma oppimisprosessi**

Työelämän ehdottama aihe perhehoitotyöstä herätti heti mielenkiintomme. Perhehoitotyö aiheena oli käytännöstä osittain tuttua ja työn edetessä asian tärkeys konkretisoitui meille. Mietimme perhehoitotyön käsitteen herättävän keskustelua työyhteisöissä. Perhehoitotyötä ei ole lainkaan tutkittu tutkimukseen osallistuvilla osastoilla eikä aikuispotilaiden hoitotyön näkökulmasta. Tämä teki työstämme vielä haastavamman.

Tietojenhaku eri kirjastoista ja tietokannoista oli alkuun uutta ja aikaa vievää, mutta aihetta koskevat keskeiset käsitteet olivat selkeitä, jotka helpottivat tiedonhakuprosessia. Materiaalia perhehoitotyöstä oli riittävästi saatavissa, mutta se käsittelee enemmän lastenneuvolatyötä ja psykiatrista hoitotyötä ja aikuisten perhehoitotyöstä oli vähemmän. Toisella meistä oli mahdollisuus päästä perhehoitotyötä käsittelevälle opintopäivälle Tampereen yliopistoon, jossa alan asiantuntijat vahvistivat tietojamme.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastavaa tämän päivän vaatimusten mukaisesti, koska toinen meistä oli tehnyt aiemman opinnäytetyönsä 1990-luvulla. Tutkimuksen edetessä tietojenkäsittely on vaatinut tarkkaavaisuutta ja ATK-taidot ovat kehittyneet meillä molemmilla paljon.

Käyttämämme mittarin tekeminen oli mielekästä ja olimme lopputulokseen tyytyväisiä. Aineiston analyysivaihe oli työläin, aikaa vievin ja mielenkiintoisin vaihe, koska se oli molemmille aivan uutta.

Tutkimuksen tekemisen edetessä olemme kehittyneet ajankäytön hallinnassa. Ajankäytön ollessa rajallista yhteisen ajan löytäminen oli haasteellista perheiden, kolmivuorotyön, opiskelun ja yllättävien elämäntilanteiden kohdatessa. Pienetkin yhteiset vapaa-ajat ovat olleet tuloksellisia tutkimuksemme kannalta. Työn tekemisen yhdessä koimme hyväksi, koska aihe kosketti meitä molempia ja on hyödyksi omalle työllemme. Yhdessä työskentely oli idearikasta ja huumorin täyteistä. Rikkautena olivat myös molempien erilaiset mielipiteet ja persoonallisuuden erilaisuudet.

Olemme kasvaneet ammatillisesti tutkimuksen tekemisen aikana. Saimme omaan työhömmee uutta näkökantaa ja ideoita mikä perheen kohtaamisessa on tärkeää ja miten perhe voi osallistua potilaan hoitamiseen. Oivalsimme perhehoitotyön antavan uuden mahdollisuuden hoitotyön kehittämiseen työssämme ja odotamme tulevaisuuden työelämän antavan siihen mahdollisuuden.

#### **8.4 Jatkotutkimusaiheet**

Seuraavat jatkotutkimusaiheet tuovat lisätietoa perhehoitotyön toteutumisesta ja onnistumisesta sekä kehittämisestä eteenpäin. Tämä palvelee kaikkia sisätauti-osastoja ja antaa organisaatiolle ideoita hoitotyön kehittämiseen moduulityöskentelystä perhehoitotyöhön.

1. Perhehoitotyö omaisten kokemana sisätautiosastoilla
2. Perhehoitotyön mahdollistuminen sisätautiosastoilla osastonhoitajien näkökulmasta

3. Perhehoitotyöstä saadun koulutuksen vaikutukset hoitotyön toteuttamiseen
4. Perhehoitotyön opas hoitohenkilökunnalle (toteutus toiminnallisena opin-  
näytetyönä tai kehittämistyönä sisätautiosastoille)
5. Perhehoitotyön toteutuminen operatiivisessa hoitotyössä

## LÄHTEET

Aura, M., Paavilainen, E., Asikainen, P., Heikkilä, A., Lipponen, V. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saatusta tuesta. *Tutkiva hoitotyö*. Vol.8, 2/2010, 14–21.

Friedman, M. M., Bowden, V. R. & Jones, E.G. 2003. *Family nursing research, theory and practice*. 5.edition. Pearson Education, Inc. New Jersey.

Hakulinen, T., Koponen, P. & Paunonen, M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa *Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö*, 27–33. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Porvoo. WSOY.

Heino-Tolonen, T. 2000. Hoitotyön johtajien käsityksiä perhehoitotyöstä ja mahdollistamisesta yliopistosairaalassa. Pro gradu. Tampere. Hoitotieteen laitos.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13. osin uudistettu painos. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Hägg, T. 2004. Hoitotyö sisätautiosastolla sairaanhoitajan näkökulmasta. Viitattu 1.2.2011.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/11\\_2004/muut\\_artikkelit/hoitotyö\\_sisatautiosastolla\\_sair/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/11_2004/muut_artikkelit/hoitotyö_sisatautiosastolla_sair/)

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2006. *Hoidatko minua? Lapsen, nuoren, perheen hoitotyö*. 3. uudistettu painos. Porvoo. WSOY.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. toim. 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva. Bookwell Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. 1.painos. WSOYpro Oy.

Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. 2004. 1.-3. painos. *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. *Acta Universitatis Tamperensis* 974. Tampere. Tampereen yliopisto Oy.

Kylmä, J. 2011. Perhe sairaalassa, perhesairaalassa. Luento 28.1.2011. Tampere. Tampereen yliopistollinen sairaala, Hoitotieteen laitos.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 21.2.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>



Latvala & Vanhanen- Nuutinen. 2001. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Janhonen, S. & Nikkonen, M. Juva. WS Bookwell Oy.

Lauri, S. 2005. Sairaanhoidajan ammatti – tietoa, päätöksentekoa ja vaikuttamista. Teoksessa Hoitotyön interventiot, 14–15. Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. Sipoo. Silverprint Oy.

Mäki, T. 2011. Osaston esittely. Viitattu 18.9.2011. [http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat\\_asiakkaat\\_omaiset/Osastot\\_ja\\_toimenpideyksikot/Sisatautiosasto\\_EP\\_Infektio-\\_vatsa-\\_ja\\_suolistosairaudet/Osaston\\_esittely](http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat_asiakkaat_omaiset/Osastot_ja_toimenpideyksikot/Sisatautiosasto_EP_Infektio-_vatsa-_ja_suolistosairaudet/Osaston_esittely).

Mäkinen, B. 2002. Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa omaisen, lääkärin, sairaanhoidajan näkökulma. Painosalama Oy. Turku. Turun yliopiston julkaisusarja C 183.

Nuutinen, H-L. & Raatikainen, R. 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotiede. vol.17, 3/2005, 131–143.

Paavilainen, E. 2009. Perhe vieraana sairaalassa. Teoksessa: Vieras perheessä, 219-235. Toim. Jallinoja, R. Tampere. Juvenes Print Oy.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö, 15–19. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Porvoo. WSOY.

Paunonen, M., Åstedt-Kurki, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Tulevaisuuden kehittämissuuntia perhehoitotyössä ja sen koulutuksessa. Teoksessa Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö, 392–393. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Porvoo. WSOY.

Potinkara, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substanttiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Acta Universitatis Tamperensis 1013. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere.

Purola, A. 2011. Osaston esittely. Viitattu 18.9.2011. [http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat\\_asiakkaat\\_omaiset/Osastot\\_ja\\_toimenpideyksikot/Sisatautiosasto\\_E3\\_verisairaudet\\_reumasairaudet\\_neurologia](http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat_asiakkaat_omaiset/Osastot_ja_toimenpideyksikot/Sisatautiosasto_E3_verisairaudet_reumasairaudet_neurologia)

Sarajärvi, A., Majasaari, H. & Holkko, M. 2001. Perhehoitotyön toteutuminen päiväkirurgisessa hoitotyössä. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan käsityksiä perhehoitotyön nykytilanteesta Seinäjoen keskussairaalan päiväkirurgisessa yksikössä. Etelä pohjanmaan sairaanhoitopiiri, julkaisusarja A: tutkimukset.

Sjöman, C.2011. Osaston esittely. Viitattu 18.9.2011. [http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat\\_asiakkaat\\_omaiset/Osastot\\_ja\\_toimenpideyksikot/Sisatautiosasto\\_E3\\_verisairaudet\\_reumasairaudet\\_neurologia](http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat_asiakkaat_omaiset/Osastot_ja_toimenpideyksikot/Sisatautiosasto_E3_verisairaudet_reumasairaudet_neurologia)

[stot ja toimenpideyksiköt/Vuodeosasto E4 sydän- munuais- ja keuhkosairaudet](#)

Sosiaali- ja terveysministeriö. KASTE-hanke 2008-2011. Viitattu 30.3.2011. – [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1063225](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063225)

Suomen Sairaanhoidajaliitto. 2011. Sairaanhoidajan työ. Viitattu 18.9.2011. [http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan\\_ty\\_o\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoidajan\\_ty\\_o/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_ty_o/)

Vaasan sairaanhoitopiirin strategiasuunnitelma vuosille 2003–2010. Viitattu 19.9.2011.

[http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan\\_sairaanhoidopiiri/Strategia](http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan_sairaanhoidopiiri/Strategia)

Viljanen, K. 1999. Perhekeskeinen lastenneuvolatyö. Teoksessa Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö, 297–298, 300–301. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Porvoo. WSOY.

Åsted-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. 1. painos. Kohti perheen hyvää hoitamista. Porvoo. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Qvick, L. 2010. Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja 2010, 764. 5.uud. painos. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Raismus, M. Prvoo. WS Bookwell O.y.

**KYSELYLOMAKE**

Tarvittaessa voitte kirjoittaa paperin toiselle puolelle.

**A. TAUSTATIEDOT**

1. Ikänne on: \_\_\_\_\_
2. Työkokemuksenne hoitotyössä on: \_\_\_\_\_
3. Mikä on oma käsityksenne perheestä?

---

---

---

---

---

4. Kuvaile oma käsityksesi perhehoitotyöstä

---

---

---

---

---

**B. PERHEHOITOTYÖHÖN LIITTYVÄT KYSYMYKSET**

5. Miten tärkeänä pidätte perheen mukaan ottamista potilaan hoidon eri vaiheissa? Ympyröikää yksi vaihtoehto.  
1 erittäin tärkeänä      2 tärkeänä  
3 melko tärkeänä      4 en kovin tärkeänä  
5 en lainkaan tärkeänä

6. Millaista tietoa keräätte potilaalta ja hänen perheeltään sairaalassaolon aikana?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7. Millaista tukea olette havainneet perheen tarvitsevan potilaan sairaalassa olon aikana?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

8. Miten perhe mielestänne voi osallistua potilaan hoitamiseen? Kirjoittakaa myös esimerkkejä.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9. Toteutuuko perhehoitotyö työssänne? Ympyröikää yksi vaihtoehto.

1 kyllä                      2 ei

Jos vastasitte kyllä, perustele mikä edistää perhehoitotyön toteutumista?

---

---

---

---

Jos vastasitte ei, perustele mikä estää perhehoitotyön toteutumista?

---

---

---

---

10. Miten tärkeänä pidätte perheen osallistumista potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen? Ympyröikää yksi vaihtoehto.

1 erittäin tärkeänä                      3 melko tärkeänä  
2 tärkeänä                                      4 ei kovin tärkeänä  
5 ei lainkaan tärkeänä

11. Miten hyvin mielestänne otatte perheen mukaan potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen? Ympyröikää yksi vaihtoehto.

1 erittäin hyvin                      2 hyvin  
3 melko hyvin                      4 huonosti  
5 en lainkaan

12. Millaisia voimavaroja teillä on toteuttaa perhehoitotyötä työssänne?

---

---

---

---

13. Onko teillä aikaa keskustella perheen kanssa potilaan hoitoon liittyvistä asioista? Ympyröikää yksi vaihtoehto.

- 1 erittäin paljon 2 paljon  
3 melko paljon 4 ei kovin paljon  
5 ei lainkaan

14. Miten haluaisitte tukea potilaan perhettä sairaalassa olo aikana?

---

---

---

---

15. Koetteko perhehoitotyön kehittämisen osastollanne tarpeelliseksi?

Ympyröikää yksi vaihtoehto.

- 1 kyllä 2 ei

Jos vastasitte kyllä, mikä mielestänne edesauttaa perhehoitotyön kehittämistä osastollanne?

---

---

---

---

Jos vastasitte ei, miksi ette näe perhehoitotyön kehittämistä tarpeelliseksi?

---

---

---

---

16. Mitkä ovat mielestänne hoitotyön keinot perheen ja sairaanhoitajan välisessä yhteistyössä?

---

---

---

17. Millaista tukea saatte esimieheltänne toteuttaaksenne perhehoitotyötä?

---

---

---

18. Sisältyykö perhehoitotyö oleellisena osana potilaan hyvään hoitoon osastollanne? Ympyröikää yksi vaihtoehto.

1 kyllä                      2 ei

Perustelkaa vastauksenne:

---

---

---

---

19. Mitkä asiat mahdollistavat perhehoitotyön toteutumisen osastollanne? Valitkaa NELJÄ tärkeintä ympyröimällä.

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| 1 sairaanhoitaja koulutus                    | 2 työpaikkakoulutus   |
| 3 moduulityöskentely                         | 4 omahoitajuus        |
| 5 hoitotyön johtaminen                       | 6 työvuorosuunnittelu |
| 7 viimeisin tutkittu hoitotieteellinen tieto |                       |
| 8 ajallisesti rajattu vierailuaika           | 9 vapaa vierailuaika  |
| 10 muut asiat, mitkä                         |                       |
- 
- 

**LÄMMIN KIITOS VASTAUKSESTANNE!**



**FRÅGEFORMULÄRET**

Vid behov kan Ni skriva på andra andra sidan av pappret.

**A. BAKGRUNDSUPPGIFTER**

1. Er ålder: \_\_\_\_\_
2. Arbetserfarenhet inom vården: \_\_\_\_\_
3. Vad är Er egen uppfattning om begreppet familj?

---

---

---

---

---

4. Hur skulle Ni definiera begreppet familjevårdarbete?

---

---

---

---

---

**B. FRÅGOR OM FAMILJEVÅRDARBETE**

5. Hur viktigt är det att ta med familjen i olika skeden av vården?

Svara genom att ringa in ett alternativ

- |   |                   |   |                       |
|---|-------------------|---|-----------------------|
| 1 | väldigt viktigt   | 2 | viktigt               |
| 3 | ganska viktigt    | 4 | inte särskilt viktigt |
| 5 | inte alls viktigt |   |                       |

6. Hurdan information samlar Ni från patienten och hans/hennes familj under sjukhusvistelsen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7. Hurdant stöd, har Ni själv märkt, behöver en familj under sjukhusvistelsen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

8. Hur, tycker Ni, kan familjen delta i patientvården?

Ge gärna exempel.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9. Förverkligar man familjevårdarbete på Ert arbete? Svara genom att ringa in ett alternativ.

1 ja                      2 nej

Om Ni svarade ja, motivera, vad befrämjar förverkligandet av familjevårdarbetet?

---

---

---

---

Om Ni svarade nej, motivera, vad utgör hinder för förverkligandet av familjevårdarbetet?

---

---

---

---

10. Hur viktigt är det enligt Er åsikt, att familjen deltar i planeringen och genomförandet av patientvården? Svara genom att ringa in ett alternativ.

1 väldigt viktigt      3 ganska viktigt

2 viktigt                      4 inte särskilt viktigt

11. Hur väl tar Ni familjen med, när Ni planerar och genomför patientvård? Svara genom att ringa in ett alternativ.

1 mycket bra                      2 bra

3 ganska bra                      4 dåligt

5 inte alls

12. Hurdana resurser har Ni att genomföra familjevårdarbete på Ert arbete?

---

---

---

---

13. Har Ni tid att diskutera med familjen om saker som gäller patientens vård?

Svara genom att ringa in ett alternativ.

- |   |                |   |                      |
|---|----------------|---|----------------------|
| 1 | väldigt mycket | 2 | mycket               |
| 3 | ganska mycket  | 4 | inte särskilt mycket |
| 5 | inte alls      |   |                      |

14. Hur skulle Ni vilja stöda patientens familj under sjukhusvistelsen?

---

---

---

---

15. Upplever Ni att utvecklingen av familjevårdarbetet är nödvändigt på Er avdelning? Svara genom att ringa in ett alternativ.

- |   |    |   |     |
|---|----|---|-----|
| 1 | ja | 2 | nej |
|---|----|---|-----|

Om Ni svarade ja; vad befrämjar utvecklingen av familjevårdarbetet på Er avdelning?

---

---

---

---

Om Ni svarade nej; varför anser Ni, att det inte är nödvändigt att utveckla familjevårdarbetet?

---

---

---

---

16. Vilka olika vårdmetoder kan man använda för att skapa och befrämja samarbetet mellan familjen och sjukskötaren?

---

---

---

---

17. Hurdant stöd får Ni av Er förman för att genomföra familjevårdarbetet?

---

---

---

---

18. Är familjevårdarbetet en del av bra patientvård på Er avdelning?

Svara genom att ringa in ett alternativ.

2 ja            2 nej

Motivera Ert svar.

---

---

---

19. Vilka saker möjliggör förverkligande av familjevårdarbete på Er avdelning? Svara genom att välja och ringa in de FYRA viktigaste.

1 sjukskötareutbildningen      2 arbetsplatsutbildningen

3 modularbetet                      4 egenvårdarsystemet

5 vårdarbetets ledarskap      6 arbetsskiftsplaneringen

7 senaste vårdvetenskapliga forskningsresultaten

8 begränsade besöktider      9 fria besöktider

10 andra saker, vilka?

**ETT VARM TACK FÖR ERA SVAR!**

Arvoisa osastonhoitaja

Olemme AMK- sairaanhoitajaopiskelijoita Vaasan Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyön Perheen osallistumisesta hoitotyöhön sisätautiosastoilla. Tutkimus toteutetaan kyselylomakkeilla, jotka sisältävät strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeet toimitetaan osastoille tutkimusluvan hyväksymisen jälkeen. Osastoille tuodaan suljettu laatikko, jonne täytetyt kyselylomakkeet voi palauttaa. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaukset analysoidaan anonyymisti.

Vastausaikaa on kaksi viikkoa eli 28.4.–11.5.2011. Toivomme mahdollisimman monen osallistuvan tutkimukseen, jotta tulokset olisivat luotettavat.

Jos Teillä on kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitte ottaa meihin yhteyttä.

Yhteistyöterveisin

Pirjo Koivula

p. 040 7447501

[e0800009@puv.fi](mailto:e0800009@puv.fi)

Pauliina Lundström

p. 044 5301171

[e1001464@puv.fi](mailto:e1001464@puv.fi)

Opinnäytetyön ohjaajana toimii:

Lehtori Pirjo Peltomäki

p. 0207663528

[pirjo.peltomaki@puv.fi](mailto:pirjo.peltomaki@puv.fi)

Arvoisa sisätautiosaston henkilökunta

Olemme AMK-sairaanhoidajaopiskelijoita Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyön Perheen osallistumisesta hoitotyöhön sisätautiosastolla teidän osastolla. Tutkimukseen osallistuvat sisätautiosastot. Tutkimus toteutetaan kyselylomakkeilla, jotka sisältävät strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Osastolenne tuodaan suljettu laatikko, jonne täytetyt kyselylomakkeet voi palauttaa. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaukset analysoidaan anonymisti.

Vastausaikaa on kaksi viikkoa: 28.4.–11.5.2011. Toivomme mahdollisimman monen osallistuvan tutkimukseen, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavat.

Jos teillä on kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitte ottaa meihin yhteyttä.

Yhteistyöterveisin

Pirjo Koivula	Pauliina Lundström
p. 040 7447501	p. 044 5301171
<a href="mailto:e0800009@puv.fi">e0800009@puv.fi</a>	<a href="mailto:e1001464@puv.fi">e1001464@puv.fi</a>

Opinnäytetyön ohjaajana toimii:

Lehtori Pirjo Peltomäki

p. 0207663528

[pirjo.peltomaki@puv.fi](mailto:pirjo.peltomaki@puv.fi)



Ärade personalen på inremedicinska-avdelningen

Vi är två YH-sjukskötarestudierande från Vasa yrkeshögskola. Vi skriver ett slutarbete som handlar om familjevårdarbete på inremedicinska avdelningen. Undersökningen genomförs med ett frågeformulär som har både strukturerade och öppna frågor. Det ifyllda frågeformuläret kan man returnera i en sluten svarslåda på avdelningen. Det är frivilligt att svara. Alla svaren behandlas anonymt.

Ni har två veckor tid att svara: 28.4.– 11.5.2011. Vi hoppas att så många som möjligt deltar i undersökningen för att undersökningsresultat skulle vara så pålitliga som möjligt.

Om Ni vill veta mera om undersökningen, kan Ni kontakta oss.

Tack för samarbetet.

Pirjo Koivula	Pauliina Lundström
tel. 040 7447501	tel. 044 5301171
<a href="mailto:e0800009@puv.fi">e0800009@puv.fi</a>	<a href="mailto:e1001464@puv.fi">e1001464@puv.fi</a>

Handledaren:  
Lektor Pirjo Peltomäki  
tel. 0207663528  
[pirjo.peltomaki@puv.fi](mailto:pirjo.peltomaki@puv.fi)

Kuvio 4: Millaista tietoa keräätte potilaalta ja hänen perheeltään sairaalassa olo aikana?

ALKUPERÄISET ILMAUKSET	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
"Potilaan lähin omainen, onko yksin asuva vai parisuhteessa?"	Kuka on lähiomainen?		TIETOJA POTILAALTA JA PERHEELTÄ
"Adress och telefonnummer till närmaste anhörig"	Yhteystiedot	POTILAAN PERHETILANNE	
"Om de har kontakt med anhöriga?"	Onko yhteydessä lähiomisiin?		
"Man behöver känna till hur patienten bor"	Potilaan kotiolot	ASUMISMUOTO	
"I vilket skick har patienten har varit hemma, vad fungerar eller fungerar inte"	Potilaan voimavarat ja selviytyminen		
"Fråga om de har hjälpa av sin familj och anhöriga i det dagliga livet?"	Saako apua omaisilta?	AVUNTARVE	
"Kuka vastaa eri asioista kotona (siivous, kauppa-asiat, ruokailu)"	Kenen vastuulla arjen sujuminen?		
"... onko kotiapua, jos on kuinka monta kertaa vrk:ssa, onko apteekkiapua vai kuka jakaa lääkkeet?"	Mitä apua ja kuinka usein?	PALVELUJEN KARTOITUS	
"Mediciner som pat anv. Marevan dosering"	Mikä lääke ja sen annos?	KOTILÄÄKITYS	
"Liikkuminen, apuvälineet liikkumisessa"	Liikkumiskyky ja apuvälineet	FYYSINEN TOIMINTAKYKY	
"Tiedot elämäntavoista, ruokavalio, allergia, alkoholin käyttö"	Tiedot elämäntavoista, allergioista	RISKITEKIJÄT	
"Om det finns ärftliga sjukdomar eller hjärt-sjukdomar"	Sukurasite		
"... sjukdoms historik"	sairaushistoria		
"...yrke, ev önskemål ang vård"	Ammatti, toiveet hoidonsuhteen	MUUT POTILAASEEN	
"Om patienten är klar och saklig"	Potilaan orientaatio	LIITTYVÄT ASIAT	

Kuvio 5: Millaista tukea olette havainneet perheen tarvitsevan potilaan sairaalassa olo aikana?

ALKUPERÄISET ILMAUKSET	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
"Varierar, flera kräver mer eller mindre. Beror på patientens diagnos, ålder, livsituationen m.m. finns även de tycker att det inte hör deras ansvar."	Perheet erilaisia ja tuen tarve vaihtelee	YKSILÖLLINEN TUKI	PERHEEN TARVITSEMA TUKI
"Vakavan sairauden toteamisen yhteydessä tuetaan sekä potilasta että perhettä. Tärkeä kertoa asiat ymmärrettävästi ja empaattisesti" " Mycket oro o ångest anhöriga av hjälpa med god information. Detta underlättar också patientens och anhörigas möjligheter att klara sig efter utskrivningen från sjukhuset"	Informointi ymmärrettävää ja empaattista  Hyvä informointi helpottaa potilaan ja omaisten selviytymistä jatkossa	HENKINEN TUKI	
"Potilas ja omainen haluavat tietää syyn minkä vuoksi potilas on sairaalassa, mitä tutkimuksia on tehty ja tullaan tekemään. Lisäksi lääkityksestä kysellään." "de vill ofta veta vad läkaren sakt på rondens samt lite om patientens blodprovssvar" "Anhöriga behöver många gånger information om ... , levnadsvanor och fortsattvård"	Tieto sairaudesta, tutkimuksista ja lääkityksestä  Lääkäriltä saatu tieto  Tieto elintavoista ja jatkohoidosta	TOTUUDENMUKAINEN INFORMAATIO HOIDOSTA JA SAIRAUSTESTA	

Kuvio 6: Miten perhe mielestänne voi osallistua potilaan hoitamiseen?

ALKUPERÄISET ILMAUKSET	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
"Ihan fyysisesti esim. syöttämällä, Kävelyttämällä, ulkoiluttamalla, auttamalla hampaiden pesussa" ".. Stimulera patientten."	syöttäminen, kävelyttäminen, ulkoiluttaminen, hampaiden pesu aktivointi	KÄYTÄNNÖN ASIOIS- SA AUTTAMINEN	PERHEEN OSALLISTUMINEN HOITAMISEEN
".. Jos huonokuntoinen/ kuoleva potilas voi olla potilaan luona enemmän, jos yksin huoneessa." "".. Hålla handen, lungna ångest, inge hopp, tro, kärlek.."	läsnäolo läheisyys ja toivon ylläpitäminen	PSYKKINEN TUKEMINEN	
" Olemalla mukana potilaan kotiutuksessa, jotta kotona kaikki olisi selvää!."	kotiuttamisessa mukana oleminen	JATKOHOIDON SUUNNITTELEMINEN	
"Toiset pystyvät vaihtamaan esim. isälleen vaipan, jotkut eivät voi edes kävelyttää vessaan tai täyttää vesi kuppia" "Otaa lomalle kotiin esim. viikonlopuksi."	perheiden auttamisen halu ajankäyttö	HUOMIOIDAAN PERHEEN ERILAISUUS	
"Genom god kontakt till vårdpersonalen. Personalen skall finnas där och själva ta kontakt med anhöriga."	yhteistyö	VUOROVAIKUTUS PUOLIN JA TOISIN	