



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Veera Lehtisalo
Tanja Määttä

Valmistuvien sairaanhoitajien osaami- nen pitkäaikaisesti sairastuneiden poti- laiden omaisten tukemisessa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

15.11.2019

Tekijä(t) Otsikko	Veera Lehtisalo, Tanja Määttä Valmistuvien sairaanhoitajien osaaminen pitkäaikaisesti sairastuneiden potilaiden omaisten tukemisessa
Sivumäärä Aika	41 sivua + 2 liitettä 15.11.2019
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoito
Ohjaaja(t)	Lehtori Tuija Buure

Sairaus määritellään pitkäaikaiseksi, kun sen kesto on vähintään kuusi kuukautta. Pitkäaikaissairauksia on monenlaisia, mutta luonteenomaista niille on säännöllinen hoito tai potilaan seuranta terveydenhuollon piirissä. Sairaus koettelee usein myös pitkäaikaissairaantensa omaisia. Stressi, pelko ja tunne hallinnan menettämisestä ovat yleisiä tunteita. Uuden sairastumisen myötä omaisten voi olla vaikea käsitellä tietoa ja tehdä päätöksiä, kun normaali arki on keskeytynyt. Omaisilla ja erityisesti omaishoitajilla on suuri riski sairastua itsekkin ilman asianmukaista tukea. Omaisten kaipaama tuki on pääsääntöisesti emotionaalista ja tiedollista.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaiset valmiudet valmistuvat sairaanhoitajaopiskelijat saavat koulutuksesta omaisten kohtaamiseen ja tukemiseen. Työ toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Työtä varten Metropolia Ammattikorkeakoulun loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoita haastateltiin puolistrukturoidun haastattelun menetelmin ja saadut vastaukset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin keinoin. Opinnäytetyön tavoitteena oli tukea ammattiin valmistuvia sairaanhoitajia ja pitkäaikaissairaiden potilaiden omaisia.

Opinnäytetyötä varten haastateltiin neljää sairaanhoitajaopiskelijää. Opiskelijoilta kysyttiin heidän kokemuksiaan teoriaopetuksen sisältämästä perhelähtöisyyden osuuden riittävydestä ja koulutuksesta saaduista valmiuksista työelämään. Vastaukset teoriaopetuksen riittävydestä vaihtelivat, mutta suurimmaksi osaksi perhelähtöisyyttä toivottiin käsiteltävän enemmän opinnoissa. Erilaisista tukemisen keinoista ja ohjausmenetelmistä toivottiin myös lisää opetusta.

Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää hoitoalan opintosuunnitelmia päivitettäessä. Perhelähtöisyyttä tulisi sisällyttää useampaan opintokokonaisuuteen ja opinnoissa käydä läpi omaisten tukemisen keinoja. Jatkotutkimukseksi ehdotetaan laajempaa toteutettavaa tutkimusta sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksista koulutuksen antamien valmiuksien riittävyden suhteen.

Avainsanat	Pitkäaikaissairaus, potilas, omainen, sairaanhoitajaopiskelija, tukeminen, perhelähtöisyys
------------	--

Author(s) Title	Veera Lehtisalo, Tanja Määttä Graduating Nurses' Skills in Supporting Relatives of Patients with Long-term Illness
Number of Pages Date	41 pages + 2 appendices 15 December 2019
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Tuija Buure Principal Lecturer
<p>Disease is defined as a long-term illness when its duration is at least six months. There are many types of long-term illness, but they are characterized by regular treatment or the patient's control in health care. The disease often affects also the patient's relatives. Stress, fear and the feeling of losing control are common feelings among the patient and relatives. With a new illness, it can be difficult for relatives to process information and be part of the decision-making, when normal life is interrupted. Relatives and caregivers are at high risk of becoming ill themselves without proper support. Relatives need mainly emotional and informational support.</p> <p>The purpose of this thesis was to find out what kind of skills graduating nursing students will receive from education in order to meet and support relatives. This thesis was carried out as a qualitative study, by interviewing graduating nursing students with a semi-structured method. The interview data was collected in Metropolia University of Applied Sciences, Finland. The data of this thesis was analyzed by using inductive analysis. The aim of this thesis was to support graduating nurses and relatives of a long-term illness patient.</p> <p>Four nursing students were interviewed for the thesis. The students were asked about their experiences with the adequacy of family orientation in theoretical education. They were also asked how they feel about their capacity to support relatives in work life, based on their education. The answers on the adequacy of theory studies were mixed, but mainly the students wished for family orientation to be included more in studies.</p> <p>The results can be used to improve a nursing curriculum. Family orientation should be included in many courses. The courses should contain different methods to support patient's relatives. The proposal for further research is to do more extensive study on the same topic. More research and sampling will provide a more reliable result of the skills that education gives.</p>	

Keywords	Long-term illness, patient, relative, nursing student, support, family orientation
----------	--

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Sairaanhoitajakoulutus	2
2.1	Sairaanhoitajakoulutuksen nykyinen opintosuunnitelma	2
2.2	Sairaanhoitajakoulutuksessa ilmenneitä kehitystarpeita	3
2.3	Opiskelijoiden ja valmistuneiden sairaanhoitajien kokemuksista	4
2.3.1	Sairaanhoitajien kokemuksia pitkäaikaissairaanhoidosta	4
2.3.2	Toivon merkitys pitkäaikaissairaanhoidossa	5
2.3.3	Opiskelijoiden kokemuksia omaisten kohtaamisesta	6
3	Pitkäaikaissairaat	7
3.1	Kansantaudit osana Suomen pitkäaikaissairastuvuutta	8
3.1.1	Lihavuus ja sen liitännäissairaudet	9
3.1.2	Diabetes	10
3.1.3	Mielenterveysongelmat	10
3.1.4	Syöpä	11
3.2	Omaiset ja tuen tarve	12
3.2.1	Omaisten sisällyttäminen hoitoon	13
3.2.2	Riittävä tiedonanto määrältään ja laadultaan	13
3.2.3	Pitkäaikaissairauden vaikutukset perhedynamiikkaan	14
3.3	Omaishoito	15
3.3.1	Omaishoitajien tukemisen tapoja ja keinoja	16
3.4	Hoitoyhteistyö	17
3.4.1	Vuorovaikutus pitkäaikaissairaanhoidon kanssa	18
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	19
5	Opinnäytetyön toteutus	19
5.1	Aineistonkeruu	19
5.2	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	21
5.3	Analyysin toteuttaminen	22
6	Tulokset	24
6.1	Opiskelijoiden kokemukset opintojen riittävydestä ja riittämättömyydestä	25

6.2	Koulutuksesta saadut valmiudet työelämään	28
7	Johtopäätökset	30
8	Eettisyys ja luotettavuus	32
	Lähteet	34
	Liitteet	
	Liite 1. Haastattelukysymykset	
	Liite 2. Aineiston luokittelu	

1 Johdanto

Pitkäaikaissairauden käsite vaihtelee tutkimuksesta riippuen. Yleensä kuitenkin tarkastellaan muun muassa sairauden kestoja tai vakituisten lääkkeiden käyttöä. Tärkeää on myös huomioida se, millainen vaikutus sairaudella ja sen kestolla on potilaan elämään. (Makkonen – Pynnönen 2007: 225.)

Tuella tarkoitetaan hoitohenkilökunnan tarjoamaa apua ja neuvontaa, joilla taataan kokonaisvaltaisen, potilasturvallisen ja esteettisesti hyvän hoidon toteutuminen (Potilaan tuki ja oikeudet). Potilaan tukemiseen osallistuvat hoitohenkilökunnan lisäksi esimerkiksi potilasasiamies, joka neuvoo potilaan asemaan ja oikeuksiin liittyvissä asioissa ja sosiaalityöntekijä, joka opastaa sosiaali- ja terveystalveluiden käytössä (Potilaan tuki). Psykososiaalisella tuella tarkoitetaan niin sanottua väliintuloa, jonka tarkoitus on auttaa henkilöä, kuten potilasta tai hänen omaistaan, selviytymään kriisitilanteissa tai stressiä aiheuttavien asioiden kanssa (Segen's Medial Dictionary 2012. s.v. psychosocial support). Hoidon keskiössä ovat potilaan psyykkiset oireet, kuten psyykkinen ylikuormittuneisuus, pelko-, ahdistus- ja kriisireaktiot. (Psykososiaalinen tuki.)

Opinnäytetyön aihe on "Valmistuvien sairaanhoitajien osaaminen pitkäaikaisesti sairastuneiden potilaiden omaisten tukemisessa". Aihe on osa HUS Vatsakeskuksen ja Kirkkohallituksen Hyvinvoinnin tuki -pilottihanketta. Aihe valittiin työn tekijöiden kiinnostuksen kohteiden mukaisesti. Kyseinen aihe on tärkeä osa hanketta, koska jos nykyisessä koulutuksessa ilmenee puutteita omaisten tukemisen suhteen, on nämä puutteet oleellista saada korjattua. Näin omaisten kaipaama psykososiaalinen tuki ja huomioiminen potilaan hoidon jokaisessa vaiheessa paranee.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, minkälaiset valmiudet sairaanhoitajan koulutus antaa pitkäaikaissairaansa omaisen kohtaamiseen ja tukemiseen. Työ toteutetaan laadullisena tutkimuksena sairaanhoitajaopiskelijoita haastatellen. Työn tavoitteena on tukea ammattiin valmistuvia sairaanhoitajia ja pitkäaikaissairaansa potilaansa omaisia.

2 Sairaanhoidajakoulutus

Sairaanhoidajan koulutus on ammattikorkeakoulutasoinen koulutus, jossa opinnot koostuvat Suomessa 210 opintopisteestä. Koulutukseen kuuluu perus- ja ammattiopintojen lisäksi työharjoitteluita, opinnäytetyö, kypsyysnäyte sekä vapaavalintaisia opintoja. (Eriksson – Korhonen – Merasto – Moisio 2015: 16.)

Sairaanhoidajakoulutus sisältää terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/94) ja asetuksen (564/94), kuten myös terveydenhuollon erityislainsäädännön asetukset. Näillä varmistetaan potilasturvallisuus ja terveydenhuollon palvelujen laatu. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994.) Valmistuneilta sairaanhoitajilta odotetaan kliinistä osaamista hoitotyössä ja lääkehoidossa sekä turvallisia toimintatapoja. Tärkeää on myös omata sosiaalisia taitoja, joiden avulla luodaan yhteistyösuhteita potilaiden ja omaisten kanssa vastavuoroisuuteen perustuen. (Eriksson ym. 2015: 19.)

Valmistuvan sairaanhoidajan osaamisen ja tasalaatuisuuden kehittämiseksi osaamistavoitteet pyritään yhtenäistämään valtakunnallisesti. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen -hankkeessa on kuvattu yhdeksän osa-alueetta, joista ammattipätevyysdirektiivin mukainen ammatillinen osaaminen muodostuu yleissairaanhoidosta vastaavalla sairaanhoitajalla. Kyseiset alueet ovat: kliininen hoitotyö, johtaminen ja yrittäjyys, asiakaslähtöisyys, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveystalouden laatu ja turvallisuus, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sekä hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus. Näitä osaamisvaatimuksia on tarkoitus hyödyntää ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien suunnittelemisessa. (Eriksson ym. 2015: 7-8.)

2.1 Sairaanhoidajakoulutuksen nykyinen opintosuunnitelma

Ammattikorkeakoulut päättävät itse opetussuunnitelmansa sisällön (Laki ammattikorkeakouluista 932/2014 § 14). Metropolia Ammattikorkeakoulun sairaanhoidajan opintoihin perheeseen keskittyvää hoitoa on sisällytetty muun muassa Pitkäaikaisesti sairastuneiden hoitotyö -toteutukselle, jonka osaamistavoitteisiin kuuluu potilaan omaisten voimavarojen tukeminen. Toisella lääkehoidon toteutuksella käsitellään niin potilaan kuin omaistenkin ohjaamista lääke- ja kivunhoidossa. Perheen hoitoa ja hyvinvoinnin tuke-

mista käsitellään myös Äitiyshuolto, lasten ja nuorten hoitotyö -opintojaksolla. Mielenterveys- ja päihdehoitotyön toteutuksella käsitellään sitä, kuinka voidaan ylläpitää hoidollista vuorovaikutussuhdetta niin potilaan kuin tämän omaistenkin kanssa. Tällä toteutuksella tavoitteena on myös oppia ymmärtämään, millaisia vaikutuksia mielen terveydellä ja päihteiden käytöllä on läheisten hyvinvointiin. Vakavasti sairastuneiden hoitotyön toteutuksella tavoitteena on, että opiskelijat oppivat toimimaan potilaan ja läheisten terveyttä ylläpitäen ja edistäen. Syventävissä opinnoissa jokaisen kokonaisuuden tavoitteisiin kuuluu myös omaisten tukeminen ja ohjaaminen potilaan hoidon eri vaiheissa. (Sairaanhoitotyö.)

2.2 Sairaanhoitajakoulutuksessa ilmenneitä kehitystarpeita

Erääksi kehitystarpeeksi on tuotu esille kuolevan potilaan kohtaaminen. Hoitajan koulutuksen puute on esteenä laadukkaaseen hoidon tarjoamiselle niin potilaalle kuin hänen omaisilleenkin. Potilaalle on tarjottava korkealaatuista ja samanarvoista hoitoa, hoitavasta työntekijästä riippumatta. Tällä hetkellä hoitotyön opetusohjelmassa ei ole valtakunnallista suositusta esimerkiksi palliatiivisesta hoidosta. Tämä vaikuttaa eriarvoisuuden ilmenemiseen hoitoyksiköissä, kun palliatiivisen hoidon opetuksen vaihtelee määrältään eri oppilaitosten välillä. (Terkamo-Moisio 2018: 34.)

Erään suomalaisen tutkimuksen mukaan 29-vuotiaiden ja sitä nuorempien sairaanhoitajien alanvaihtoon vaikuttavat muun muassa työn kohtuuttomat vaatimukset, uhka omalle jaksamattomuudelle sekä puutteellinen perusta omalle työlle. Sairaanhoitajat kuvailivat työn olevan musertavaa ja ahdistavaa, sillä he kokivat olevansa vastuussa potilaan terveydestä ja hengestä. Hoitotyön koulutuksessa kyseisen tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää, jotta valmistuvat sairaanhoitajat voisivat ymmärtää hoitotyötä ja siihen liittyvää vastuuta paremmin. (Helander – Roos – Suominen 2019: 180-181.)

Kokonaisvaltaisella työhyvinvoinnilla tuetaan nuorten sairaanhoitajien jäämistä opiskelemaansa ammattiin. Myönteisellä vastaanotolla ja kunnollisella perehdyttämällä uuteen työpaikkaan on merkittävä rooli kyseiseen organisaatioon jäämisellä. (Helander ym. 2019: 181-182.)

Maailmanlaajuisena ja tärkeänä koulutusuudistuksena on ilmennyt moniammatillinen oppiminen, jota hyödyntämällä opiskelijoita valmistellaan työelämän moniammatillisiin vaatimuksiin jo koulutuksen aikana. Moniammatillisessa oppimismenetelmässä korostuvat

keskeisten vuorovaikutustaitojen sekä eri ammattiryhmien arvostaminen, joita toimiva yhteistyö edellyttää. Opiskelijat ovat kokeneet moniammatillisuutta tukevien opetusmetodien sekä pienryhmätyöskentelyn edistäneen yhteistyöosaamista. (Haapanen – Heikkilä – Kortekangas-Savolainen – Salminen – Tuomela 2017: 264-265.)

Terveydenhuollon toimintaympäristössä moniammatillisen yhteistyön tarve on merkittävä. Yhä useammin terveysongelmat ovat monisyisempiä ja pitkäaikaisia, jolloin niiden tuloksekas hoito edellyttää eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Tällöin mikään ammattiryhmä yksin ei kykene takaamaan kokonaisvaltaisen hoidon onnistumista, ja yhteistyön onnistumisella puolestaan mahdollistetaan hoitotyön parempi vaikuttavuus. (Haapanen ym. 2017: 265.)

Moniammatillisen opetuksen on todettu olevan tuloksekasta moniammatillisen osaamisen sekä yhteistyön ymmärryksen kannalta. Uudistuvassa sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa on todennäköistä ja suotavaa, että monialainen ja -amatillinen oppiminen toimii merkittävässä osassa. (Joronen - Rantanen 2017: 237.)

2.3 Opiskelijoiden ja valmistuneiden sairaanhoitajien kokemuksista

Alla on kuvattu aiempia tutkimuksia jo valmistuneiden ja työelämässä olleiden sairaanhoitajien ja hoitotyön opiskelijoiden kokemuksista läheisten ja omaisten kohtaamisesta ja tukemisesta.

2.3.1 Sairaanhoitajien kokemuksia pitkäaikaissairaanhoidosta

Ruotsissa toteutettiin laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia palliatiivisen potilaan hoidosta sairaalaloissa onkologisella osastolla. Haastatteluiden analyyseistä havaittiin kolme kehittämistarpeiden teemaa: ammatillisen itsevarmuuden kehittäminen, kommunikaatiotaitojen kehittäminen sekä ajan järjestäminen oman työskentelyn reflektoinnille. (Pennbrant – Tomaszewska – Lorentzon-Penttilä 2015: 97.)

Tutkimuksen mukaan palliatiivisen hoidon toteuttaminen vaatii hoitohenkilökunnalta yhdistelmää kokemuksesta, tietämyksestä sekä itsevarmuudesta. Tällöin on tärkeää, että

henkilökunta saa säännöllistä ohjausta niiltä hoitajilta, joilla on enemmän kokemusta kärsimyksen, kuoleman sekä niihin liittyvien eksistentiaalisten ongelmien kohtaamisesta ja käsittelemisestä. (Pennbrant ym. 2015: 98.)

Hoitajat kertoivat päivittäiseen työhönsä sisältyvän kuoleman, surun sekä erilaisten emotionaalisten tilanteiden käsittelyn. Kyseiset tilanteet vaativat hoitajilta jatkuvasti eettistä päätöksentekoa, joka voi olla äärimmäisen stressaavaa. Haastavassa päätöksenteossa hoitajat kuvailivat olonsa yksinäiseksi sekä epävarmaksi. Tutkimuksessa käy ilmi hoitajien riittämättömyyden kokemus siitä, etteivät kykene tekemään riittävästi potilaan ja omaisten hyväksi. Tämä voi aiheutua siitä, että hoitaja kokee olevansa vastuussa niin potilaan kuin omaistenkin hyvinvoinnista. Riittämättömyyden tunnetta voi aiheutua, kun hoidollisilla toimenpiteillä ei saavuteta riittäviä ja toivottuja tuloksia. (Pennbrant ym. 2015: 98.)

2.3.2 Toivon merkitys pitkäaikaissairaanhoidossa

Suomessa toteutettiin tutkimus, jossa kuvailtiin sekä hoitohenkilökunnan että potilaiden kokemuksia saattohoidossa toivoa vahvistavista ja heikentävistä tekijöistä. Hoitajan on käsitettävä toivon monimuotoisuus sekä siihen liittyvät ulottuvuudet, jotta potilasta voidaan auttaa toivon löytämisessä, sen ilmaisussa ja vahvistamisessa. Hoitohenkilökunta kuvaili tutkimuksessa toivon merkitsevän selviytymiskeinoa, jonka avulla hyvinvointi ja normaali elämä ovat mahdollisia. (Hävölä – Kylmä – Rantanen 2015: 132-135.)

Omaisten tukeminen liittyy olennaisesti potilaan toivon ylläpitoon, jolloin heidän hyvinvointiaan on pyrittävä huomioimaan sekä omaisten että potilaan elämänlaadun parantamiseksi. On tyypillistä, että sairauden edetessä potilaan toivo kohdistuu tämän omaisten hyvinvointiin itsensä sijaan. Omaiset voivat toivon ylläpidon lisäksi vahvistaa sitä huomattavasti, joka puolestaan mahdollistaa sen, että potilas kykenee nauttimaan elämästään myös sen loppuvaiheessa. (Hävölä ym. 2015: 132-135.)

Tutkimuksessa selvisi, että potilaille on tärkeää kuoleman lähestyessä kohdistaa ajatuksia tulevaisuuden tapahtumiin. Potilas saa jaksamiseensa voimaa toiveista, vaikka tietääkin ettei niiden toteutuminen välttämättä ole mahdollista. Tulevaisuussuuntautuneisuudesta huolimatta potilaat eivät kuitenkaan kieltäneet sairauden vääjäämättömästi etenevää luonnetta. (Hävölä ym. 2015: 132-135.)

Toivoa heikentävät sairauden etenemisen merkit ja sen myötä kuoleman lähestyminen. Toivo tyypillisesti mielletään ainoastaan parantumiseen liittyvänä ilmiönä, jolloin se jää herkästi huomiotta. Omaiset voivat epäsuotuisalla toiminnallaan heikentää potilaan toivoa, mutta potilas voi myös itse rajoittaa toivoaan tietoisesti. (Hävölä ym. 2015: 132-135.)

2.3.3 Opiskelijoiden kokemuksia omaisten kohtaamisesta

Hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia ja suhtautumista omaisten kohtaamiseen on tutkittu toistaiseksi varsin vähän. Koivisto ym. (2018) tutkivat sitä, kuinka hoitotyön opiskelijat kohtaavat potilaiden omaisia. Tutkimuksessa suurin osa vastanneista opiskelijoista koki omaiset hoitotyön tärkeiksi yhteistyökumppaneiksi, joiden osallistumista hoidon suunnitteluun ja toteutukseen pidettiin merkittävänä. Lähes kaikki vastanneet olivat sitä mieltä, että omaisten antama tieto on hyödyllistä. He huomioivat myös sen, että omaisten sairaalassa olo on tärkeää potilaille itselleen. 79% vastanneista koki, että hoitosuhteen alkuun ajoittuneet keskustelut omaisten kanssa vähensivät hoitotyöhön tarvittua aikaa myöhemmin hoidossa. Yli puolet vastanneista koki, että heille opiskelijan roolissa omaisten läsnäolo oli tärkeää. Suurin osa vastanneista sanoi, että omaisten kanssa tehty yhteistyö lisäsi heidän omaa hyödyllisyyden tunnettaan. Lähes kaikki sanoivat, että he ovat itse hyödyllisiä resursseja perheille. Suurin osa koki, että omaisten kutsuminen keskusteluihin hoidon eri vaiheissa ja potilaan tilan muuttuessa oli tärkeää. 90% vastanneista sanoi myös, että tuen tarjoaminen perheelle on tärkeää. (Koivisto – Palo – Palonen – Åstedt-Kurki 2018: 6.)

Tutkimuksessa selvitettiin myös, koettiin omaiset taakkana. Vähän yli puolet vastanneista sanoi, että heidän kokemustensa mukaan omaiset vahtivat heidän työtään. 34% sanoi omaisten läsnäolon lisäävän heidän omaa stressiään ja 37% mukaan perheistä huolehtimiseen ei ollut aikaa. Noin viidesosa vastanneista sanoi, että heidän työskentelyään häiritsi omaisten läsnäolo. (Koivisto ym. 2018: 6.)

Ne vastanneet, joilla oli aiempi tutkinto hoitotyöstä, olivat olleet ohjatuilla harjoittelujaksoilla lastentautien osastoilla ja jotka olivat nykyisessä koulutuksessa saaneet opetusta perhetyöstä, suhtautuivat yleisesti myönteisemmin omaisiin. Toisaalta myös sellaiset opiskelijat, jotka eivät olleet saaneet opetusta perhehoitotyöstä, suhtautuivat omaisten

kanssa keskusteluun myönteisesti. Suurin osa omaisiin kielteisesti suhtautuvista opiskelijoista oli alle 30-vuotiaita tai heillä oli takanaan korkeintaan yksi ohjattu harjoittelu. (Koilisto ym. 2018: 6.)

3 Pitkäaikaissairaat

Sairaus määritellään virallisesti pitkäaikaiseksi, kun sen kesto on ollut vähintään kuusi kuukautta tai sen voidaan todennäköisesti olettaa jatkuvan niin kauan, että sen kesto on ainakin tämän verran. Pitkäaikaissairauden piirteisiin kuuluu se, että sitä hoidetaan säännöllisesti tai potilas on vähintään terveydenhuollon piirissä seurannassa. (Pitkäaikainen sairaus.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n laatiman raportin mukaan vuosina 2000-2012 Suomessa pitkäaikaissairauksiin kuoli alle 8 000 alle 70 vuotiasta miestä, ja noin 4 000 saman ikäryhmän naista vuosittain. Pitkäaikaissairauksista johtuvan, ennenaikaisen kuoleman riskiksi arvioitiin 11%. Useat suomalaiset kuitenkin harjoittivat elintapoja, jotka vaikuttivat riskiin sitä suurentaen. Tällaisia tapoja ovat esimerkiksi tupakointi ja alkoholin käyttö. Myös korkea verenpaine ja ylipainoisuus ovat riskiä suurentavia tekijöitä. (Riley – Cowan 2014: 74.)

Elämänlaadun katsotaan koostuvan aineellisesta hyvinvoinnista, sosiaalisista suhteista, terveydestä ja toimintakyvystä, psyykkisestä, emotionaalisesta ja kognitiivisesta hyvinvoinnista sekä kokonaisvaltaisesta käsityksestä itsestä (Koskela – Miettola – Ryyänen – Soini 2017: 21). Harju on tutkimuksessaan selvittänyt eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoidensa elämänlaatua ja siinä tapahtuneita muutoksia sairauden ja sen hoidon myötä. Sekä potilaat että heidän puolisonsa arvioivat elämänlaadun parhaaksi osa-alueeksi sosiaalisen toimintakyvyn. Koettu terveys taas koettiin heikoimmaksi osa-alueeksi. Kaiken kaikkiaan puolisot kokivat elämänlaatunsa olevan keskimääräisesti tilastollisesti paremmaksi. Myös potilaat kokivat elämänlaatunsa keskimääräistä paremmaksi. Tutkimuksessa huomattiin, että potilaat itse kokivat terveytensä ja sosiaalisen toimintakyvyn puolisoitaan heikommaksi. Puolisot taas kokivat fyysisen toimintakyvyn, psyykkisen hyvinvoinnin sekä kivuttomuuden olevan heikompia kuin potilailla. (Harju 2018: 44-46.)

Kaunosen ym. (2019) tutkimuksen mukaan sosiaalisen verkoston puute on heikentänyt pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitomyönteisyyttä lääkehoidon suhteen. Tutkimuksessa perehdyttiin erityisesti hypertensiopotilaisiin ja huomattiin, että potilaiden saadessa tukea ja rohkaisua sosiaaliselta verkostoltaan on myös hoitoon sitoutuminen ja suhtautuminen ollut myönteisempää. Omaisten merkitys pitkäaikaissairaana sairauden hoidolle voi olla suuri. (Kaunonen – Rajala – Salin 2019: 141.)

3.1 Kansantaudit osana Suomen pitkäaikaissairastuvuutta

Erityisesti tyypin 2 diabetes on ollut räjähdysmäisessä kasvussa viime vuosikymmenten kuluessa. On arvioitu, että sen esiintyvyyttä olisi mahdollista vähentää jopa 90%:lla tämän hetkisestä tilanteesta, jos väestö liikkuisi enemmän eikä lihavuutta olisi. Hoidon tuloksetkkuuden kannalta onkin tärkeää, että elintapamuutokset ovat niin potilaan, omaisten kuin hoitohenkilökunnankin yhteisenä tavoitteena. Diabeteksen ja lihavuuden yleistymisen lisäksi alkoholikuolleisuus on selvässä nousussa 1990-luvun lopulta lähtien, joka puolestaan vaikuttaa eri mielenterveysongelmien yleistyvyyteen. (Larivaara 2009.)

Pitkäaikaissairaudet ovat keskeinen aihe tätä opinnäytetyötä, ja kansantaudit ovat Suomessa yleisiä pitkäaikaissairauksia. Kansantauteihin kuuluvia, luonteeltaan erilaisia pitkäaikaissairauksia on käsitelty tässä kappaleessa tarkemmin, sillä omaisten tuen tarve määrittäytyy myös sairauden luonteen perusteella. Erilaisten pitkäaikaissairauksien valinnalle on perusteena niiden esiintyvyyden ajankohtaisuus, ja että omaisten tuen tarpeesta tulee monipuolisempi käsitys, sen sijaan että tuen tarvetta tarkasteltaisiin luonteeltaan samankaltaisten sairauksien näkökulmasta.

Kansantaudit ovat väestössä yleisesti esiintyviä sairauksia, jotka vaikuttavat merkittävästi koko väestön terveydentilaan. Kansantaudeilla on suuri vaikutus väestön työkykyyn, kuolleisuuteen sekä kansantalouteen. Lisäksi niiden kokonaisvaltainen hoito edellyttää runsaasti terveydenhuollon erilaisia palveluita. On myös mahdollista, että kansantaudit muuttuvat ajan myötä. Esimerkiksi väestön eliniän pidentymisen johdosta muistisairauksista on tullut uusi kansantauti. (Kansantaudit.)

Tartuntatautien esiintyvyyden sekä niistä aiheutuvien kuolemien vähennyttyä, kuolleisuuden suurimmiksi aiheuttajiksi nousivat krooniset sairaudet ja tapaturmat. Sydän- ja

verisuonisairaudet, krooniset keuhkosairaudet, syövät, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet, mielenterveydelliset ongelmat, diabetes sekä astma ja allergia lukeutuvat suomalaisiin kroonisiin kansantauteihin. (Kansantaudit.)

Kansantaudeilla on usein yhteisiä altistavia tekijöitä sekä niiltä suojaavia tekijöitä. Tupakointi muun muassa altistaa niin kroonisille keuhkosairauksille, sydän- ja verisuonisairauksille, syöväälle kuin muistisairauksillekin. Suojaavana tekijänä pidetään terveellisiä elintapoja (riittävä liikunta, monipuolinen ruokavalio, tupakoinnin ja runsaan alkoholin käytön välttäminen). Näillä elintavoilla merkittävä osa työikäisen väestön pitkäaikaissairauksista olisi ennalta ehkäistävissä. Kroonisten kansantautien ehkäisyyn WHO on julkaissut toimenpideohjelman, jonka tavoitteena on vähentää 25%:lla ennen aikaista kuolleisuutta pitkäaikaisiin kansantauteihin liittyen. Toimenpideohjelmassa tavoitellaan muun muassa estämään väestön jatkuvaa lihomista elintapoihin vaikuttamalla, sekä lääkehoidon vaikuttavuuden tehostamista. (Kansantaudit.)

3.1.1 Lihavuus ja sen liitännäissairaudet

Lihavuus ei ole itsessään sairaus, mutta se altistaa lähes jokaiselle kansantaudille (Larivaara 2009). Terveellisten elintapojen noudattamisella ehkäistään myös lihavuutta, joka on lisääntyvä ilmiö Suomessa kaikkien ikäryhmien keskuudessa. FinTerveys 2017 -tutkimuksen tulosten mukaan 46% aikuisista on vyötärölihavia. Aikuisista joka neljännes luokitellaan lihavaksi, jolloin painoindeksi on vähintään 30 kg/ m². Tutkimuksessa selviää, että kansanterveyden myönteinen kehitys on hidastumassa, ja kansantaudeille altistavat tekijät ovat yhä hyvin yleisiä. (Lihavuuden yleisyys Suomessa.)

Tärkein lihavuuden liitännäissairaus on toisen tyyppin diabetes (aikuistyyppin diabetes). Useimmat lihavuuteen liittyvät sairaudet johtuvat rasvan suuren määrän kertymisestä maksaan ja vatsaonteloon, mistä aiemmin mainittu vyötärölihavuuskin johtuu. Riski toisen tyyppin diabetekselle kymmenkertaistuu keski-ikässä normaalipainoiseen verrattuna, jos painoindeksi ylittää lukeman 30. Tällöin myös riski polvien nivelrikolle ja kohonneelle verenpaineelle kolminkertaistuu. (Mustajoki 2019.)

Terveelliset elintavat sekä riittävä painonpudotus mahdollistavat parantumisen jo ilmenneistä lihavuussairauksista, kuten uniapneasta, kihdistä, alkuvaiheen diabeteksesta, kohonneesta verenpaineesta ja lapsettomuudesta (Mustajoki 2019). Tyypillisesti perheen

sisällä terveelliset elintavat kehittyvät ja niitä ylläpidetään, sillä on yleistä, että perheenjäsenet jakavat samankaltaiset ruokailu- ja liikuntatottumukset. On osoitettu, että perheellä on huomattavan suuri vaikutus yksilön terveystyytymiseen. (Larivaara 2009.)

3.1.2 Diabetes

Diabeteksessa veren plasman glukoosipitoisuus on kroonisesti suurentunut. Diabetes kuuluu yhteen nopeimmin lisääntyvistä sairauksista niin Suomessa kuin yleisesti maailmallakin. Suomalaisista puolella miljoonalla on perussairautena diabetes. Myös ensimmäisen tyypin diabeteksen on ennustettu kolminkertaistuvan seuraavan 10 vuoden aikana, mikäli sen kehitys pysyy samanlaisena kuin tähän asti. (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus 2018.)

Sairastuneen elämänlaatuun ja ennusteeseen vaikuttavat olennaisesti diabetekseen liittyvät äkilliset ja pitkäaikaiset komplikaatiot, joita ovat esimerkiksi retinopatia (silmän verkkokalvosairaus), neuropatia (ääreishermostojen rappeuma) ja nefropatia (munuaissairaus) (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito –suositus 2018).

Diabeteksen hoito perustuu omahoitoon, sillä pääosin potilas toteuttaa hoidon itse. Omahoidossa korostuu potilaan omien voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen, sekä elintapamuutoksiin sitoutuminen. Voimavarat muodostuvat potilaan taidoista, tiedoista, psyykkisistä, sosiaalisista sekä taloudellisista tekijöistä. Lisäksi hoitoa suunniteltaessa on huomioitava tämän elämäntilanne, hoidoista aiheutuvat kuormitukset, psykososiaaliset sekä sosioekonomiset riskitekijät. Näitä voivat olla univaikeudet, masennus, pitkäaikainen stressi sekä taloudelliset haasteet. (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus 2018.)

Perulainen tutkimus osoitti, että perheen tuki on tärkeässä roolissa aikuistyyppin diabeteksen hoitotasapainon saavuttamisessa ja ylläpidossa. Tutkimuksen tulosten mukaan potilaan omaisista tukea tarjosivat eniten puoliso ja lapset. Myös muut sukulaiset osoittivat rohkaisua ja kannustusta oman terveyden puolesta taistelemiseen ja terveellisten aterioiden valmistamiseen. (Pesantes ym. 2018: 1871-1880.)

3.1.3 Mielenveysongelmat

Mielenveysongelmat lukeutuvat suomalaisiin kansantauteihin Aikuisten osuus mielenveyshäiriöiden sairastamiseen vuosittain on 20-25%. Tilastojen mukaan masennusta

esiintyy joka viidennellä, minkä lisäksi 50,6% työkyvyttömyyseläkkeistä perustuvat mielenterveydellisiin ongelmiin. (Mielenterveys Suomessa.) Myös muiden kansantautien ilmeneminen on yleisempää esimerkiksi skitsofreniaa sairastavien keskuudessa, jolloin elinajan odote on lyhyempi yleisväestöön verraten (Elintavat ja mielenterveyshäiriöt).

Vuonna 2012 toteutettiin tutkimus, jossa tarkasteltiin mielenterveyspotilaan läheisten kokemuksia vertaistukikontekstissa. Kuten muissakin kroonisissa sairauksissa, myös mielenterveyden hoidon tärkeitä muotoja ovat vertaisryhmät ja vertaistuki. (Jähi ym. 2012: 138.)

Mielenterveyspotilaan pitkäaikainen, vaativa hoito sekä sairauden ennustamaton luonne herättävät läheisissä runsaasti kielteisiä tunteita, joita ovat muun muassa häpeä, avuttomuus, turhautuminen ja pelokkuus. Läheiset kuvailevat sairastuneen huolenpidon olevan raskasta, uuvuttavaa, pakollista sekä yleisesti selviytymistä. Läheiset tuovat ilmi pettymyksensä palvelujärjestelmään ja hoitoyksiköihin, joista asianmukaista apua tilanteeseen ei ole saatu. (Jähi ym. 2012: 138-142.)

Tuloksissa selviää, että omaiset kokevat joutuneensa sivuutetuiksi hoitavien tahojen toimesta. Näin ollen tutkimus tuo esille tarpeen, jolloin sairastuneen perheen kokonaisvaltainen tilanne tulisi huomioida sosiaali- ja terveyspalveluiden eri yksiköissä. Hoitavissa tahoissa olisi tarjottava omaisille riittävät mahdollisuudet ilmaista tuntemuksensa sairastuneen perheen tilanteesta. Tutkimus osoittaa, että mielenterveyspotilaan omaisten keskuudessa 60% oireilee psyykkisesti (ahdistuneisuus, unettomuus), mikä on merkki ylikuormittuneisuudesta. Lisäksi 40%:lla esiintyy masennusta, joka on vakavuudeltaan hoitoa vaativaa. Kun omaiset toivat ilmi toimivansa huolenpidossa usein ääri rajoillaan, he myös toivoivat saavansa etäisyyttä potilaaseen. (Jähi ym. 2012: 138.)

3.1.4 Syöpä

Syövällä tarkoitetaan tapahtumaa, jossa solu muuttuu pahanlaatuiseksi sen perimäaineksen vaurioitumisen myötä. Kyseinen tapahtuma on nimeltään karsinogeneesi. Syöpään sairastumisen riski kasvaa iän myötä, mistä johtuen väestön ikääntyminen on lisännyt syöpätapauksien esiintyvyyttä. Syöpä kuuluu kansantauteihin, ja jopa kolmasosa suomalaisista sairastuu syöpään elämänsä aikana. (Syövän yleisyys.) Yleisimpiä syöpiä Suomessa ovat rintasyöpä, suolistosyöpä ja keuhkosyöpä (Syöpätaudit). Syöpä on kokonaisvaltaista elämänlaatua heikentävä pitkäaikaissairaus, ja tutkimustiedon mukaan

syöpään sairastuneen omaiset tarvitsevat kipeästi sekä apua että tukea hoitojen aikana (Al Daken – Ahmad 2018: 441).

Hoidon vaikuttavuuteen liittyy tärkeänä osana jaettu päätöksenteko potilaskeskeisessä hoitotyössä. Useimmilla syöpää sairastavilla perheenjäsen toimii tärkeänä hoidon tarjoajana. He ovat usein myös läsnä tilanteissa, jolloin syövän hoitoa koskevia päätöksiä tehdään. Omaisten osallistuminen päätöksentekoon lisää potilaan tyytyväisyyttä, sekä vaikuttaa myönteisesti hoitoon sitoutumisen kannalta. (Hobbs ym. 2015: 1079-1080.)

3.2 Omaiset ja tuen tarve

Perhe käsitteenä sisältää avio- tai avoliitossa, parisuhteessa olevat tai sen rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa. Perhe muodostuu enintään kahdesta peräkkäisestä sukupolvesta. (Perhe.) Omaisella viitataan yleensä potilaan lapseen, puolisoon, vanhempaan tai isovanhempaan. Läheiseksi henkilöksi määritellään potilaan avopuoliso, tai samaa sukupuolta oleva kumppani. (Omainen avustajana.) Potilaslaissa potilaan perheeseen lasketaan hänen omaistensa ja läheisten lisäksi myös potilaan laillinen edustaja (785/1992). Omaishoitajaksi laki määrittää hoidettavan omaisen tai muun läheisen henkilön, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan kanssa (Laki omaishoidon tuesta 937/2005 § 2).

Uuden sairastumisen jälkeiset päivät ja viikot voivat olla hyvin koettelevia itse potilaan lisäksi myös hänen omaisilleen. Omaiset voivat kokea stressiä, hämmennystä, pelkoa ja tuntea menettävänsä hallinnan. Jos sairastuminen on tullut yllätyksenä, omaiset voivat olla kriisitilassa, jolloin uuden tiedon käsitteleminen ja päätöksenteko on vaikeaa. Omaisten keskittyminen on potilaan selviytymisessä, ja normaali arki on keskeytynyt. (Cox – Creasy – Lutz – Martz – Young 2013: 795.)

Sairastumisen akuutissa vaiheessa omaiset läpikäyvät tapahtunutta ja kokevat monia erilaisia tunteita. He voivat tuntea pelkoa ja kokea, että menettävät myös oman elämänsä hallinnan. Pelko voi johtua myös siitä ajatuksesta ja mahdollisuudesta, että potilaan sairaus uusiutuisi. Tutkimukset osoittavat, että omaiset ovat usein huolissaan myös toisistaan ja heidän jaksamisestaan hoitoon osallistumisen keskellä. (Lehto 2015: 20.)

Perheenjäsenet tarvitsevat pääsääntöisesti emotionaalista ja tiedollista tukea. Moni kokee tarvitsevänsä jopa itse potilasta enemmän tukea, mutta sen esille tuominen voi usein

olla haastavaa. Emotionaaliin tarpeisiin kuuluu ymmärryksen, sympatian, rohkaisun ja lohdutuksen saaminen. (Mattila 2011: 24-25.) Omaisten emotionaaliset tarpeet voivat kuitenkin usein jäädä vähemmälle huomiolle. Erityisesti terveiden omaisten ajatellaan usein osallistuvan potilaan hoitoon, eikä heitä välttämättä nähdä avun ja tuen tarpeessa olevina. He voivat usein kokea stressiä tilanteesta johtuen, mutta heidän omakin keskittymisensä on suurimmaksi osaksi sairastuneen tukemisessa. Tästä johtuen heidän omat tarpeensa jäävät helposti huomioimatta. (Braun – Galinsky, Golszweig – Hasson-Ohayon 2010: 1201.)

Hoitajan ja omaisen kohtaamisessa yksi tärkeimmistä asioista onkin emotionaalisen tuen tarjoaminen. Hoitajan tulee osoittaa aidosti välittävänsä omaisesta, kuunnella aktiivisesti, auttaa häntä käsittelemään tunteitaan, luoda turvallisuuden tunnetta ja lohduttaa omaista. Tarvittaessa hoitajan tulee myös auttaa ja tukea omaista päätöksenteossa. Tuen ja auttamisen lähtökohtina ovat molemminpuolinen luottamus ja sujuva vuorovaikutus. (Lehto 2015: 21-22, 25; Mattila 2011: 27-28.)

3.2.1 Omaisten sisällyttäminen hoitoon

Omaiset usein haluavat olla potilaan vierellä sairaalaosastolla nähdäkseen potilaan hoidon toteutumista. On todettu, että se edistää perheen yhdessä pysymistä ja valmistaa niin potilasta kuin omaisia potilaan kotiinpaluuseen ja hoidon jatkumiseen siellä. (Lehto 2015: 21.) Silloin kun omaiset eivät kykene olemaan potilaan vierellä, he saattavat pelätä potilaan hoidon puolesta. Heille on tärkeää tietää, että potilaan hoito on hyvää ja laadukasta ja että potilas kohdataan kunnioittaen. (Mattila 2011: 25.) Omaisten ollessa sairaalassa he usein kokevat olevansa tarpeellisia ja hyödyksi, kun he saavat osallistua perushoitoon. Heitä voi osallistaa esimerkiksi ruokailuun ja muihin päivittäisiin toimiin. (Lehto 2015: 21.) Omaiset toivovatkin usein, että hoitajat voisivat kertoa heille, kuinka he voivat osallistua potilaan hoitoon, ja ilman tätä tietoa he saattavat kokea, ettei heitä huomata (Friedrichsen – Linderholm 2010: 32).

3.2.2 Riittävä tiedonanto määrältään ja laadultaan

Omaiset kokevat tärkeäksi saada tietää, mitä potilaan hoidossa tapahtuu. Heille on hyvä kertoa potilaan tilanteesta, ennusteesta ja hoitotavoitteista selkeästi ja rehellisesti. Tiedonannossa tulee tietenkin huomioida potilassuojalaki ja potilaan tahto. Hoitohenkilökunnan on lisäksi hyvä perustella myös omaisille hoidollisia päätöksiä. Riittävän tiedon

turvin omainen voi tehdä tarvittavia päätöksiä esimerkiksi potilaan hoitoon liittyen. Omaiset eivät aina kuitenkaan koe saavansa riittävästi tietoa, jolloin päätösten tekeminen voi olla hankalaa tai tilanteen ymmärtäminen muutoin vaikeaa. Suullisesti annetun tiedon lisäksi omaiset usein toivovat saavansa tiedot myös kirjallisessa muodossa. (Coco 2013: 10, 19, 28; Mattila 2011: 26.)

Merkittävä osa tiedollisen tuen tarjoamista on myös se, että omaisille, samoin kuin potilaalle, kerrotaan tarpeellisista elämäntapamuutoksista ja taidoista, jotka heidän olisi hyvä hallita sairauden myötä. Tiedollisen tuen tarpeisiin kuuluu myös stressinhallintakeinojen sekä toimivien ja tehokkaiden ongelmaratkaisumenetelmien oppiminen. (Mattila 2011: 26.)

Useilla vakavasti sairastuneiden ja pitkäaikaissairaiden potilaiden osastoilla toimii moniammatillinen tiimi, joka osallistuu potilaiden hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Hoitoa suunnitellaan ja käydään läpi hoitotapaamisissa, joissa potilas itse, hänen omaisensa ja moniammatillinen tiimi kokoontuvat yhteen. Tapaamisten tarkoituksena on, että sekä hoitohenkilökunnalla että potilaalla ja hänen omaisillaan on yhtenäinen näkemys hoidon tarpeista ja sen etenemisestä. Piippo ja Aaltonen ovat aiemmissa tutkimuksissaan todenneet, että potilaat itse suhtautuvat näihin tapaamisiin myönteisesti, ja kokevat positiivisena sen, että hoidosta puhutaan avoimesti ja rehellisesti. On myös hyvä ottaa omaisia ja erityisesti omaishoitajat mukaan näihin tapaamisiin, jotta he saavat tarpeellisen tiedon ja voivat muodostaa selkeän mielikuvan potilaan tilasta. (Piippo – Aaltonen 2009: 2006.)

3.2.3 Pitkäaikaissairauden vaikutukset perhedynamiikkaan

Perheenjäsenen sairastuessa vakavaan, fyysiseen sairauteen tai kärsiessä pitkäaikaisesta mielenterveyden häiriöstä, perheen sisäinen vuorovaikutus muuttuu erilaistuneen elämäntilanteen myötä. Muuttuneen perhetilanteen myötä tulleet ongelmat saattavat heijastua perheen jokaiseen jäseneseen, jolloin vaikutukset voivat ilmetä ulkoisessa käytöksessä, sekä muissa ihmissuhteissa. Tällöin jokaisen perheenjäsenen jaksaminen voi olla koetuksella. (Kaakkinen – Pietilä – Solantaus 2009.) Pitkäaikaissairauden myötä perheen arki voi olla pysähdyksissä, kun voimavarat keskitetään sairastuneen selviytymisen tukemiseen (Lehto 2015: 20).

Aiemmissa tutkimuksissa on myös ilmennyt, että sairastumisen myötä potilas on herkästi perheen keskiössä, mistä johtuen perheenjäsenten väliset suhteet muuttuvat. Yhteinen

tekeminen voi jopa loppua, kun liikenevä aika käytetään potilaan hoitamiseen. Jopa lapsien voidaan odottaa kantavan tavallista enemmän vastuuta perheen asioista. (Mattila 2011: 23.)

Haastava perhetilanne voi vaarantaa lapsen mielenterveyden normaalin kehityksen. Perhekeskeinen työskentely on toteutettava niin, että lasten häiriöitä pyritään ennalta ehkäisemään. Perheen käytössä oleva terveydenhuollon palvelu on tällaisessa tilanteessa merkittävänä tuen lähteenä vanhemman ja lapsen vastavuoroisen suhteen kehittämiseksi. (Kaakkinen ym. 2009.)

3.3 Omaishoito

Omaishoitajien tehtävä on vaativaa ja raskasta. He huolehtivat sairaasta omaisestaan oman päivittäisen elämänsä ohessa. Aikaisempien tutkimusten perusteella alle neljä prosenttia maailman väestöstä on täysin terveitä. Tämän myötä myös tarve omaishoitajille vaikuttaa lisääntyvän maailmanlaajuisesti. (Shiue – Sand 2013: 34.)

Erityisesti omaishoitajien katsotaan olevan suuremmassa riskissä sairastua myös itse, mikäli he eivät saa asianmukaista tukea (Shiue – Sand 2013: 43). Erään tutkimuksen mukaan omaishoitajat kokivat samantasoista huolta ja stressiä huolimatta siitä, oliko potilas sairaalahoitossa vai kotona. Tästä johtuen myös sairaalahoitossa olevan potilaan omaishoitajalle tulee tarjota monipuolista ja riittävää tukea, vaikka potilasta hoidettaisiin lähinnä hoitohenkilökunnan toimesta. (Utens ym. 2014: 1094.)

Eräästä tutkimuksesta selviää, että omaishoitajat kokevat rasittuneisuutta, hyvinvoinnin alenemista ja jopa vihan tunnetta. Näihin tuntemuksiin ei vaikuta välttämättä se, millaisesta sairaudesta heidän omaisensa kärsii. (Shiue – Sand 2013: 43.) Sairastuneen tarve saada tukea ja hoitoa jopa jatkuvasti aiheuttaa omaishoitajalle väsymistä ja riittämättömyyden tunnetta. Stressiä lisää esimerkiksi se, että omaishoitaja voi joutua ottamaan taakakseen kotityöt, joista sairastunut huolehti aiemmin. Myös taloudellinen vastuu ja päätöksenteko saattaa langeta yksinomaan sairastuneen puolisolalle. (Bäckström – Sundin 2010: 119.) Stressin ja väsymyksen myötä omaishoitaja voi kokea myös hankaluuksia työelämässä ja sen vuoksi joutua myös taloudellisiin vaikeuksiin jopa siihen pisteeseen asti, jossa perheen toimeentulo on vaarantunut (Parra ym. 2019: 42).

Kipu, emotionaaliset ongelmat ja rauhattomuus ovat myös tavanomaisia ongelmia omaishoitajille, mikäli he eivät saa riittävää terveydenhuollon tukea. Myös sosiaalisten suhteiden koetaan kärsivän. (Shiue – Sand 2013: 34.) Aivohalvauksesta kärsineiden potilaiden puoliset kokivat eräässä tutkimuksessa, etteivät käytännön syistä tahdo lähteä kotoaan. Sairastuneen väsymys ja haluttomuus pyytää ulkopuolista apua olivat merkittävimmät syyt kotona pysymiselle ja sen kautta sosiaalisten suhteiden kärsimiselle. (Bäckström – Sundin 2010: 119.) Muun muassa mielenterveyden sairaudesta kärsivän potilaan omaishoitaja kokee näitä lukuisia negatiivisia vaikutuksia vielä voimakkaammin. Osittain tämä johtuu siitä, että hänen omat emotionaaliset tarpeensa jäävät herkästi huomiotta. (Shiue – Sand 2013: 43.)

Bäckströmin ja Sundinin tutkimuksesta kävi myös ilmi, että omaishoitajat ottivat suuren vastuun sairastuneen hoidosta silloinkin, kun heillä oli apuna kotihoidon tuki. Omaishoitajat kokivat usein, että kotihoitajat olivat kiireisiä eivätkä ehtisi antaa sairastuneelle aikaa toimia omaan tahtiinsa. (Bäckström – Sundin 2010: 119.)

3.3.1 Omaishoitajien tukemisen tapoja ja keinoja

Erään tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan interventiolla on ollut positiivisia vaikutuksia omaishoitajien hyvinvointiin ja stressin vähenemiseen. Tutkimuksessa käytetyt interventiot eivät kuitenkaan ole noudattaneet tiettyä kaavaa. Ne ovat sisältäneet esimerkiksi työpajoja, joissa omaishoitajille on jaettu tietoa ja heille on pyritty tarjoamaan keinoja psyykkisten ja emotionaalisten tarpeiden hoitoon. (Parra ym. 2019: 42, 49.)

Tutkimuksessa ehdotetaan, että omaishoitajille tarjottaisiin tietoa ja osaamista, jonka avulla he ymmärtäisivät paremmin sairasta omaistaan. Heillä olisi parempi käsitys sairaan tarpeista, vahvuuksista ja heikkouksista sekä muistakin hänen hyvinvointiinsa vaikuttavista asioista. Samalla omaiset oppisivat myös tunnistamaan omia tarpeita ja arvojaan, jotka olisivat monien sairasta koskevien päätösten pohjalla. (Parra ym. 2019: 49-50.)

Hallinnon ja toimintaympäristön rakenteet mahdollistavat perhekeskeisyyteen tähtäävien työskentelymallien toteutumisen. Näillä työskentelymalleilla pyritään välttämään paineiden lisääntymistä omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan välillä, helpottamaan puheeksi ottamista, sekä kehittämään tukevia, häiriöitä ennaltaehkäiseviä työskentelytapoja. (Kaakkinen ym. 2009.)

3.4 Hoitoyhteistyö

Omaisia vaivaa usein pelko, että sairastuneen omaisen hoito jää puutteelliseksi. Tämä saattaa ilmetä esimerkiksi luottamuksen puutteena hoitohenkilökuntaan. (Juhela 2015.) Omaisten kanssa toteutuvan hoitoyhteistyön onnistumisen kannalta hoitajalta edellytetään monipuolista ammattitaitoa ja joustavuutta, jotta pitkäaikaissairaahan hoitosuhde koetaan turvalliseksi ja potilaan omia voimavaroja tukevana (Vainio 2018).

Luottamuksellisen hoitosuhteen muodostumista edistävät potilaan aktiivinen kuuntelu ja kärsivällisyys. Pitkäaikaissairauksiin liittyy usein tunne-elämän haasteita, sillä sopeutuminen sairauteen voi olla haastavaa ja voimakkaita tunteita herättävää. Hoitajan on olennaista keskittyä kuuntelemiseen ja rohkaisevaan työskentelyotteeseen, eikä esittää omia tulkintojaan potilaan tunteisiin, ajatuksiin tai käytökseen liittyen. (Vainio 2018.)

Haastavassa elämäntilanteessa hoitohenkilökunta on keskeinen emotionaalisen tuen tarjoaja, jolloin on tärkeää huolehtia, etteivät omaiset koe saaneensa liian vähäistä huomiota tarpeilleen (Lehto 2015: 28). Jos omaisen kanssa keskustelevalta hoitajalta vaikuttaa kiireiseltä tai levottomalta, voi omaiselle aiheutua tunne, ettei hänen tarpeilleen ole aikaa. Omaisen voi kokea hoitajan hankalana lähestyä, jolloin hoitajalle ei välttämättä tahdo esittää potilaan vointiin ja sairauteen liittyviä kysymyksiä, vaikka ne aiheuttaisivatkin huolta. (Hietanen 2015; Juhela 2015.) Eräässä tutkimuksessa selvisi, että aivohalvauspotilaiden omaishoitajat kokivat usein joutuvansa jopa painostamaan hoitohenkilökuntaa saadakseen itselleen ja sairastuneelle riittävää apua. Omaishoitajat kokivat, että hoitohenkilökunta ei ollut riittävästi läsnä. Tästä johtuen luottamus ammattilaisia kohtaan pieni ja epävarmuuden tunne lisääntyi. (Bäckström – Sundin 2010: 119.)

Luottamussuhteen luominen hoitajan ja omaisten välille on ensisijaisen tärkeää, ja sen muodostumista voi edistää kiinnostuneisuus omaisten jaksamista ja vointia kohtaan. Lisäksi omaisten näkemysten kuunteleminen kiireettä vähentää esimerkiksi hoitolinjausristiriitoja, ja vaikuttaa myös myönteisesti luottamussuhteen muodostumiseen. (Juhela 2015.) Luottamusta lisää myös yhteistyö omaisten ja hoitajien välillä, jolloin omaiset kokevat voivansa osallistua paremmin potilaan hoitoon (Mitchell – Chaboyer 2010: 154-160). Omaiset kokevat hoitoon osallistumisen lisäävän myös heidän omassa elämässään selviytymistä, ja myös itse hoitoon ja hoitomenetelmiin luotetaan enemmän (Piippo – Aaltonen 2009: 2007). Hoitoon osallistuttaessa on kuitenkin oleellista muistaa potilaan yksityisyydensuoja sekä itsemääräämisoikeus. Siitä johtuen omaiset eivät voi kaikkeen

hoitoon osallistua sitä tahtoessaan, ilman potilaan myöntymistä. (Engström – Engström – Uusitalo 2010: 1-9.)

On olennaista huomioida omaisten kohtaamisessa, että hoitaja varaa keskustelulle tarpeeksi aikaa ja näyttää aidosti olevansa paikalla nimenomaan omaista varten. Keskustelun olisi hyvä tapahtua rauhallisessa ja yksityisessä tilassa, jossa sekä hoitajan että omaisen olisi mahdollista istuutua alas. (Hietanen 2015; Juhela 2015.) Hoitajan ja omaisen vuorovaikutusta edistää keskinäinen kunnioitus, johon kuuluu myös perhehoitotyöhön sisältyvät tukemisen ja yhteistyön korostaminen (Lehto 2015: 21, 28).

3.4.1 Vuorovaikutus pitkäaikaissairaana kanssa

Vuorovaikutuksella tarkoitetaan vastavuoroista kommunikaatiota, joka tapahtuu kahden tai useamman ihmisen toimesta. Vuorovaikutus sisältää verbaalisen kommunikaation lisäksi ilmeet, eleet, katseet ja ääntelyt. (Vuorovaikutus.)

Tutkivassa hoitotyössä julkaistiin artikkeli kuolevan potilaan kohtaamisesta. Tärkeää pitkäaikaisesti ja vakavasti sairastuneen kohtaamisessa on hoitajan aito ja välittävä läsnäolo, jolloin hoitoympäristön muut kuormittavat tekijät, kuten kiire, unohtuvat. Aito läsnäolo edellyttää hoitajalta tietoisia pyrkimyksiä läsnäoloon, sekä potilaan ja hänen läheistensä arvokkuuden kunnioittamista. Potilaan vakavasti ottaminen, sekä normaali kanssakäyminen hänen kanssaan ovat olennaisia osina arvostavaa kohtaamista. Normaalia kanssakäymistä toivotaan sen inhimillisyyden vuoksi, jotta potilasta ei kohdeltaisi ikään kuin sairautensa ilmentymänä. (Terkamo-Moisio 2018: 34-35.)

Keskustelu ja puhe ovat olennaisia osina vuorovaikutuksen muodostumisesta. Potilasta kohdatessa on tyypillistä, erityisesti elämän loppuvaiheessa, että tämä haluaa puhua ajatuksistaan ja tunteistaan. Potilas aistii herkästi puhujan signaaleja, esimerkiksi äänen voimakkuuden, sävyn, vivahteiden ja rytmien perusteella. Tässä tilanteessa korostuvat hoitajan kuuntelu- sekä vuorovaikutustaitojen tärkeys. (Terkamo-Moisio 2018: 34-35.)

Katsekontakti on ehdotonta onnistuneen vuorovaikutustilanteen kannalta, sillä hyväksyvällä katseella potilaan suodaan vapaasti olla oma itsensä. Hoitajan on osattava tulkita myös potilaan välittämää non-verbaalista kommunikaation muotoa, sillä potilas voi sairautensa luonteen vuoksi olla hyvin uupunut. Luottamuksen syvenemistä edistää se, että

hoitaja sietää myös hiljaisia vuorovaikutustilanteita potilaan kanssa. (Terkamo-Moisio 2018: 35.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Työn tarkoituksena on selvittää, minkälaiset valmiudet sairaanhoitajan koulutus antaa pitkäaikaisesti sairastuneen potilaan omaisen kohtaamiseen ja tuen tarjoamiseen. Työn tavoitteena on tukea ammattiin valmistuvia sairaanhoitajia sekä pitkäaikaissairaan omaisia.

Työtä varten tutkimuskysymyksiksi päätettiin seuraavat kysymykset:

1. Millaisena sairaanhoitajaopiskelijat kokevat perhelähtöisyyden osuuden opinnoissaan?
2. Minkälaiset valmiudet sairaanhoitajakoulutus antaa pitkäaikaissairaalle potilaan omaisen kohtaamiseen ja tuen tarjoamiseen?

5 Opinnäytetyön toteutus

Työ toteutetaan kvalitatiivisia eli laadullisia menetelmiä hyödyntäen. Kvalitatiivisia menetelmiä käytetään esimerkiksi luodessa uutta teoriaa tai kun käsitteellistetään ja kuvataan jotain ilmiötä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa otantaan valitaan vapaaehtoisia, joilla on kokemusta tai tietoa tutkimuksen aiheesta. Näin otanta on tarkoituksenmukainen. (Puusniekka – Saaranen-Kauppinen 2006.) Haastatteluiden toteuttamista varten haettiin tutkimuslupa, jonka myönsi Metropolian osaamisaluepäällikkö.

5.1 Aineistonkeruu

Kvalitatiivisia aineistonkeruumenetelmiä on useita erilaisia, muun muassa haastattelut, havainnoinnit ja erilaiset kirjalliset dokumentit (Puusniekka – Saaranen-Kauppinen

2006). Tässä työssä menetelmänä käytetään haastattelua. Haastattelut voivat olla luonteeltaan erilaisia. Haastattelussa on mahdollista keskustella enemmän tai vähemmän järjestelmällisesti tai laxeasti, aiheeseen kuitenkin liittyvien. Tutkimukseen suoritettavat haastattelut eroavat arkisista keskusteluista tai median haastatteluista päämääränsä vuoksi; tarkoituksena on suorittaa tutkimustehtävää. Haastattelun avulla kerätään tutkimukseen aineistoa, jota taas analysoidaan ja tulkitaan. (Puusniekka – Saaranen-Kauppinen 2006.)

Haastateltavia henkilöitä haettiin Metropolia Ammattikorkeakoulun loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoista. Kriteeriksi asetettiin, että haastateltavilla olisi suoritettuja opintopisteitä vähintään 150. Näin varmistettiin, että haastateltavat ovat ehtineet suorittaa opintojaan niin pitkälle, että he kykenevät kertomaan omia kokemuksiaan tutkimuksen aiheeseen liittyen. Haastateltavia haettiin opiskelijoille sähköpostitse lähetetyn tiedotteen avulla. Haastatteluihin valittiin viisi loppuvaiheen opiskelijaa. Yksi haastatteluista jouduttiin perumaan aikataulujen yhteensovittamisen haasteiden vuoksi, jolloin lopullisia haastateltavia oli neljä. Haastateltavista kolme suorittaa tutkinnon suomen kielellä ja yksi englannin kielellä.

Haastattelut toteutettiin kertaluontoisesti yksilöhaastatteluina Metropolian Myllypuron kampuksen tiloissa ja ne tallennettiin ääninauhurilla osallistujien suostumuksella nauhalle litterointia varten. Yksittäistä haastattelua varten varattiin aikaa 30 minuuttia, mutta yksittäisten haastatteluiden lopullinen kesto oli noin 5-10 minuuttia. Haastattelumateriaalia kertyi yhteensä 29 minuuttia. Litterointi suoritettiin haastatteluiden päätyttyä, ja äänitteet poistettiin sen jälkeen. Litterointi on puhemuodossa olevan aineiston aukikirjoittamista, joka helpottaa aineiston analysointia (Puusniekka – Saaranen-Kauppinen 2006).

Haastattelutyyppejä on erilaisia: avoin, teemahaastattelu, strukturoitu ja puolistrukturoitu haastattelu. Avoimessa haastattelussa keskustelua ei ole sidottu tiettyyn muotoon, vaan keskustelu pyritään pitämään mahdollisimman luontevana ja avoimena. Teemahaastattelussa on ennakkoon suunniteltu tiettyjä teemoja, joiden aihepiiriin haastattelua pyritään ohjaamaan. Se on strukturoidumpi kuin avoin haastattelu, mutta kuitenkin luonteeltaan melko vapaa. Puolistrukturoidussa haastattelussa jokaiselle haastateltavalle esitetään samat tai lähes samat kysymykset samassa järjestyksessä, mutta tätä järjestystä voidaan kuitenkin vaihtaa. Strukturoitu haastattelu taas on luonteeltaan tiukoin: siinä käytetään lomaketta, jossa on valmiit kysymykset ja niihin annetut vastausvaihtoehdot. (Puusniekka – Saaranen-Kauppinen 2006.)

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoidun haastattelun keinoin. Puolistrukturoidun haastattelun etuna on sen soveltuvuus tilanteisiin, joissa halutaan tietoa tietyistä asioista, eikä haastateltaville ole tarpeen antaa suuria vapauksia haastattelutilanteessa. (Puusniekka – Saaranen-Kauppinen 2006.) Haastatteluja varten laadittiin kahdeksan kysymystä, jotka jaoteltiin kolmeen osa-alueeseen. Kysymykset olivat avoimia, ja joitain vastauksia pyydettiin tarkentamaan esimerkein. Kysymyksiä laadittaessa pyrittiin siihen, että vastauksia analysoidessa saataisiin vastaus opinnäytetyön tutkimuskysymyksille. Samalla pyrittiin kuitenkin siihen, että haastateltavat pystyisivät riittävän avoimesti ja laajasti kertomaan kokemuksistaan ja mielipiteistään. Haastatteluiden jälkeen haastateltavilta kysyttiin vielä, onko heillä mielessä ajatuksia ja mielipiteitä, jotka eivät esitettyjen kysymysten kautta tulleet esille. Haastattelukysymykset lähetettiin haastateltaville sähköpostitse haastattelua edeltävänä päivänä, jotta he ehtivät perehtyä kysymyksiin ja mahdollisesti miettiä vastauksiaan. Haastattelukysymykset osa-alueittain löytyvät liitteenä työn lopusta (Liite 1.)

5.2 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Tutkimuksen toteutuessa aineistolähtöisesti on pääpaino nimensä mukaisesti aineistossa. Laadullista aineistoa analysoidessa käytettävissä ei ole teknisiä työkaluja, sillä sitä varten ei ole yhtenäistä ja selkeää kaavaa. Analyysissä hyödynnetään erilaisia näkökulmia, joilla aineistoa käydään järjestelmällisesti läpi. Analysoidessa on hyvä pitää mielessä tutkimuskysymykset, joihin aineistosta pyritään löytämään vastauksia. On myös tärkeää, että pitäydytään aineistossa, eikä ennakko-oletuksille anneta tilaa. Tästä huolimatta analyysiin sisältyy lähes aina tutkijan omaa tulkintaa, sillä taustatiedon pois-sulkeminen on haastavaa. (Puusniekka – Saaranen-Kauppinen 2006.)

Laadullisessa aineistoanalyysissä yhtenä toimintatapana on induktiivinen aineistoanalyysi, jossa edetään pienistä yksityiskohdista kohti kattavampaa kokonaisuutta. Näin toimiessa analyysiä ja raporttia rakennetaan vaiheittain ja lopuksi kokonaisuus tiivistetään. Toinen mahdollinen keino on toimia päinvastoin, deduktiivisesti. Silloin aineisto käydään huolellisesti läpi ja siitä muodostetaan aineistoa kuvaavia tyyppejä, joita tutkittaisiin järjestelmällisesti aineistoon nojaten. Tyyppejä voitaisiin luokitella teemoittain ja eri menetelmiä hyödyntäen selvittää teemojen yleisyyttä. Tällöin raportissa ensin ilmoitettaisiin lopputulos ja sen jälkeen käytäisiin tarkemmin läpi, kuinka lopputulokseen on päädytty. Näitä kahta keinoa voi myös sekoittaa keskenään, jotta omalle aineistolle löytyy sopivin analyysimenetelmä. (Puusniekka – Saaranen-Kauppinen 2006.)

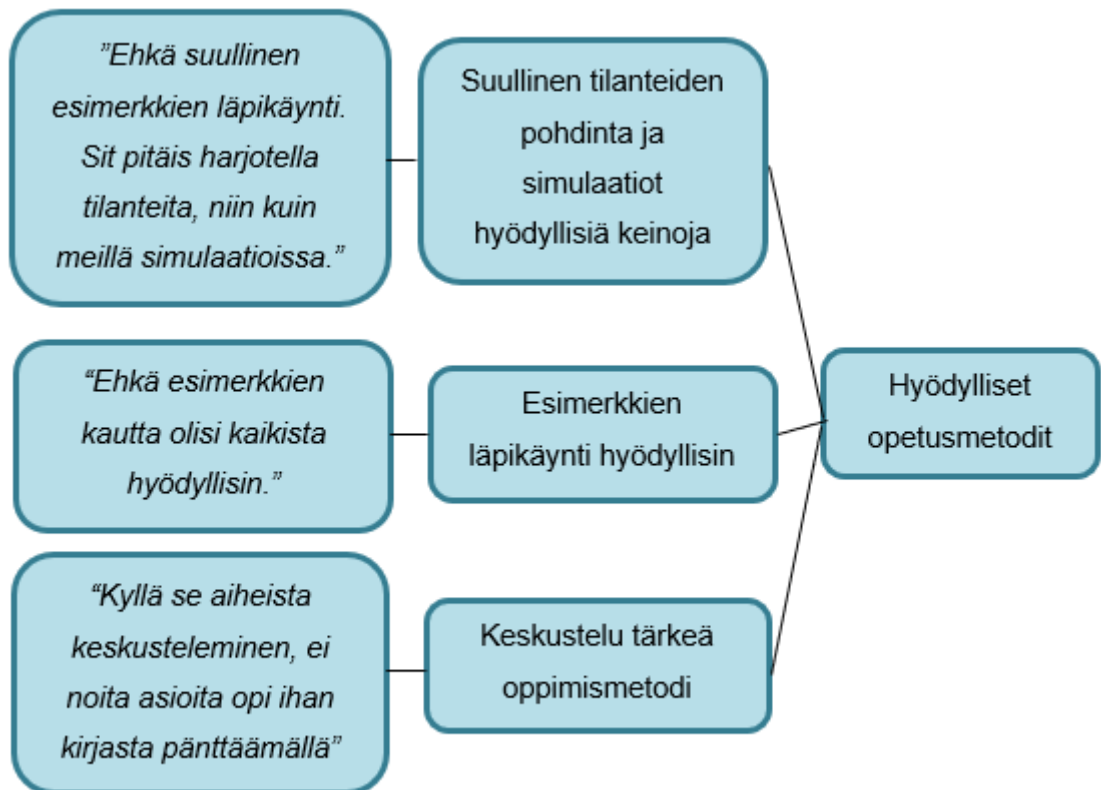
Tässä tutkimuksessa analyysimenetelmänä käytetään induktiivista aineistoanalyysia, sillä se soveltuu haastatteluista saadun tiedon kokoamiseen tiivistettyyn muotoon. Tämä menetelmä nähtiin parhaaksi keinoksi, sillä näin kuhunkin tutkimuskysymykseen pystytään perehtymään erikseen ja voidaan pyrkiä saamaan niihin aineistosta vastauksia. Sen jälkeen nämä vastaukset voidaan koota yhtenäiseksi kokonaisuudeksi.

5.3 Analyysin toteuttaminen

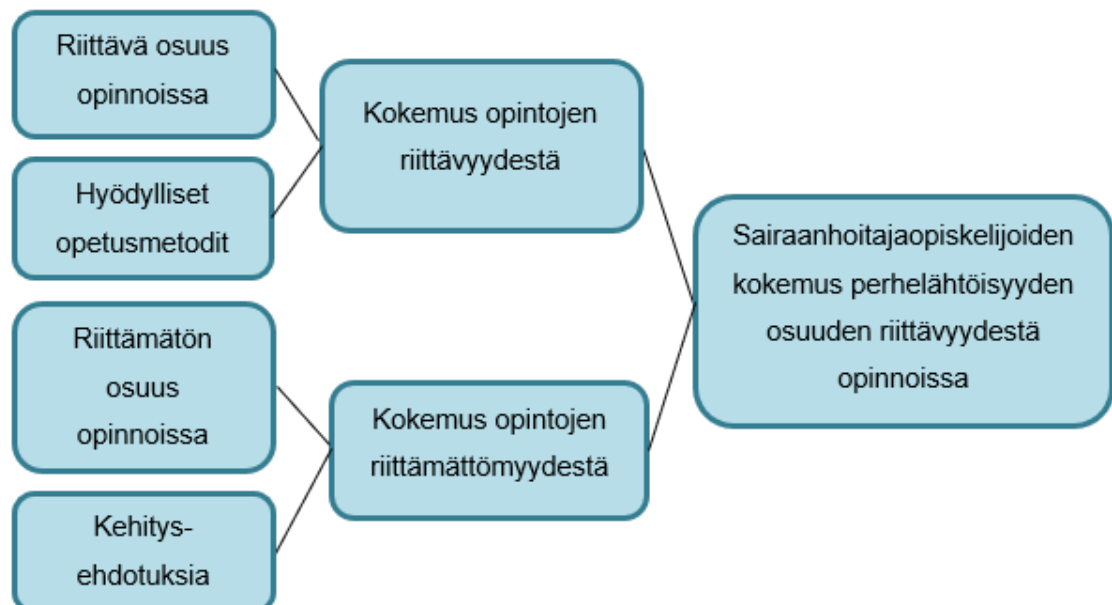
Analysoinnin aluksi perehdyttiin litteroituihin haastatteluihin huolellisesti. Sen jälkeen aineistosta etsittiin ilmaisia, jotka aiheeltaan liittyivät työtä varten määritettyihin tutkimuskysymyksiin. Aineisto tuotti yhteensä 81 ilmaisua. Jokaisesta haastattelusta erotetut ilmaiset koottiin yhteen ja ilmaisujen perään kirjoitettiin niiden pelkistykset. Nämä pelkistykset ryhmiteltiin alaluokiksi, kooten samankaltainen tieto yhteen. Samankaltaiset pelkistykset luokiteltiin kahdeksaan alaluokkaan alkuperäisilmaisujen positiivisuuden ja negatiivisuuden mukaisesti. Yläluokkia muodostui neljä ja lopulta pääluokkia kaksi. Seuraavilla sivuilla olevat kuviot 1 ja 2 näyttävät alkuperäisilmaisujen ja niiden pelkistysten luokittelua alaluokiksi, yläluokiksi ja pääluokiksi. Aineiston luokittelua on kuvattu laajemmin opinnäytetyön liitteessä 2, johon liitetyissä kuvioissa on esimerkkejä kaikkien analyysissä muodostuneiden luokkien ryhmittelystä.

Koulutuksen riittävyyteen liittyvät alaluokat olivat ”Riittävä osuus opinnoissa”, ”Hyödylliset opetusmenetodit”, ”Riittämätön osuus opinnoissa” ja ”Kehitysehdotukset”. Nämä yhdistettiin yläluokkiin ”Kokemus koulutuksen riittävyydestä” ja ”Kokemus koulutuksen riittämättömyydestä”. Nämä johdettiin vielä pääluokaksi ”Sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemus perhelähtöisyyden riittävyydestä opinnoissa.”

Työelämään saatuihin valmiuksiin liittyvät alaluokat olivat ”Teorian sovellettavuus käytäntöön mahdollinen”, ”Oman hyvinvoinnin tukemisesta saatu tieto”, ”Teorian huono sovellettavuus” ja ”Vähäinen tieto oman hyvinvoinnin tukemisesta”. Näistä johdettiin yläluokat ”Hyvät valmiudet” ja ”Huonot valmiudet”, jotka yhdistyivät pääluokkaan ”Sairaanhoitajien koulutuksesta saamat valmiudet työelämään”.



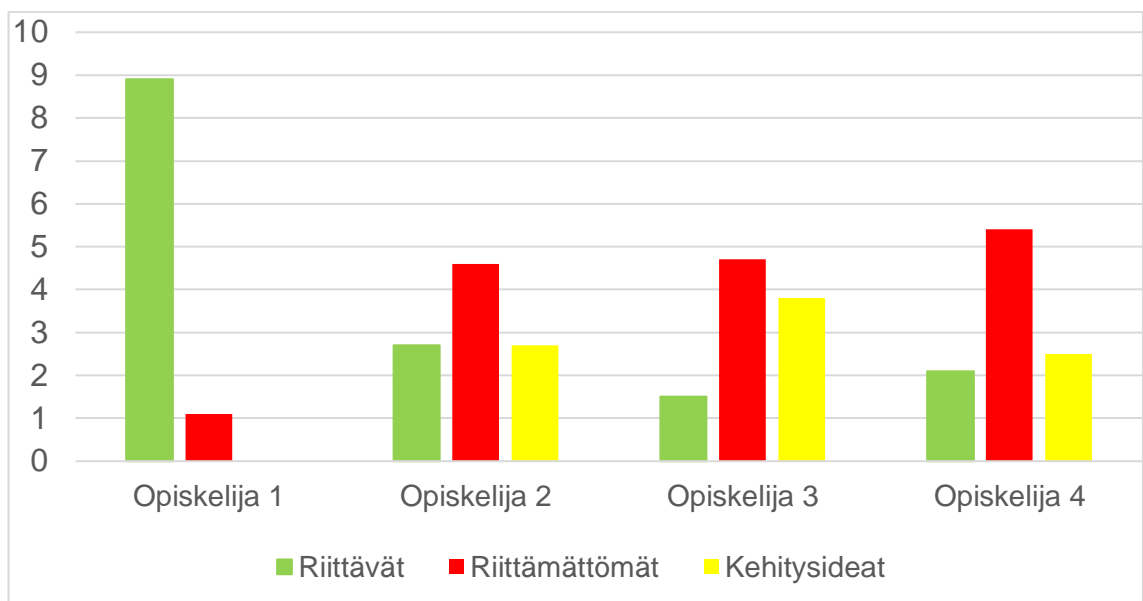
Kuvio 1. Alkuperäisilmaisujen pelkistämistä ja pelkistysten yhdistämisestä alaluokaksi opiskelijoiden hyödyllisiksi kokemista opetusmetodeista.



Kuvio 2. Opiskelijoiden kokemukset sekä opintojen riittävydestä että riittämättömyydestä vastauksena tutkimuskysymykseen "Millaisena sairaanhoitajaopiskelijat kokevat perhelähtöisyyden osuuden opinnoissaan?"

6 Tulokset

Haastatteluista ilmeni, että opiskelijat kokivat perhelähtöisyyden osuuden opintojen aikana vaihtelevana. Kolme vastanneista koki, että perhelähtöisyydestä on puhuttu jokaisella toteutuksella, mutta yhtä moni oli sitä mieltä, että siihen tulisi perehtyä syvällisemmin. Yhden opiskelijan mukaan aihetta käsitellään vähän suhteutettuna koulutuksen kokonaisuuteen. Yksi vastanneista sanoi, että perhelähtöisyyttä käsitellään riittävästi opintojen aikana. Seuraavan sivun kuvio 3 näyttää pylväsmallilla, kuinka opiskelijoiden antamat vastaukset prosentuaalisesti jakautuivat riittäviin ja riittämättömiin valmiuksiin sekä kehitysideoihin liittyen.



Kuvio 3. Diagrammissa havainnollistetaan opiskelijoiden vastausten prosentuaalista jakautumista kokemistaan valmiuksista omaisten tukemiseen; riittäviin ja riittämättömiin valmiuksiin sekä kehitysideoihin.

Opiskelijoiden vastaukset koostuivat pääosin kuvailuista koulutuksen riittävydestä, sen riittämättömyydestä perhelähtöisyyden osalta, sekä kehitystarpeista valmiuksien parantamiseksi omaisten tukemiseen. Opiskelijan 1 ilmaisut koostuivat niin, että 89% kuvaili opintojen riittävyttä ja 11% riittämättömyyttä. Kehitystarpeita hänen mukaansa ei ollut lainkaan. Opiskelijan 2 ilmaisuista 27% kuvasi opintojen riittävyttä ja 46% niiden riittämättömyyttä. Kehitystarpeiden osuudeksi muodostui 27%. Opiskelijan 3 ilmaisujen osuudesta 15% kuvasi riittävyttä, 47% riittämättömyyttä sekä 38% kehitystarpeita. Opiskelijan 4 vastaukset koostuivat 21% riittävydestä, 54% riittämättömyydestä ja 25% kehitys-

ideoista kuvaavista ilmaisuista. Prosentuaalisessa valossa opiskelijoiden 2-4 kokemukset ovat suhteellisen lähinnä toisiaan, kun taas opiskelija 1:n kokemukset poikkeavat näistä huomattavan paljon.

Alun perin vastausten prosentuaalista jakautumista opiskelijoiden kesken oli tarkoitus havainnollistaa piirakkamallilla. Jokaisesta haastattelusta laskettiin ilmaisut, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen valmiuksien riittävydestä omaisten tukemiseen. Ilmaisut koottiin riittäviin ja riittämättömiin valmiuksiin sekä kehitysideoihin. Tarkoituksena oli tarkastella ilmaisujen jakautumista edellä mainittuihin luokkiin. Ilmaisut jakautuivat seuraavasti: koulutuksen riittävyttä kuvaavien ilmaisujen osuus oli 40%, riittämättömyyttä kuvasi 39% ja kehitysideoita ilmaisuista oli 21%. Tämä kuitenkin antaa virheellisen käsityksen opiskelijoiden kuvaamista valmiuksista, sillä kolme opiskelijaa kuvasi selkeästi koulutuksen antavan riittämättömät valmiudet omaisten tukemiseen. Vain yksi opiskelija puolestaan ilmaisi kokeneensa koulutuksen valmistaneen riittävästi tulevaisuuden työtilanteita varten. Tästä huolimatta prosenttien perusteella näyttää, että riittäväksi koettuja valmiuksia olisi enemmän kuin riittämättömiä.

Tämä on selitettävissä menetelmällä, jolla laskettiin ilmaisujen prosentuaaliset osuudet: jokainen tutkimuskysymykseen vastaava ilmaisu laskettiin. Ilmaisuiden luokittelussa kolmeen luokkaan (riittäviin ja riittämättömiin valmiuksiin sekä kehitysideoihin) ei huomioitu opiskelijakohtaisuutta niiden jakautumisessa. Opiskelija 1 kuvaili ja kertoi opinnoistaan enemmän muihin opiskelijoihin verrattuna, jolloin luonnollisesti tutkimuskysymykseen vastaavien ilmaisujen määrä oli huomattavasti suurempi. Tämä johtaa siihen, ettei tuloksia voida havainnollistaa luotettavasti piirakkamallilla.

6.1 Opiskelijoiden kokemukset opintojen riittävydestä ja riittämättömyydestä

Kokemukset perhelähtöisyyden osuuden riittävydestä opinnoissa vaihtelivat opiskelijoiden kesken. Yksi opiskelijoista sanoi, että perhelähtöisyyttä on käsitelty riittävän paljon opinnoissa. Muutkin opiskelijat kertoivat, että perhelähtöisyydestä on puhuttu lähes kaikissa hoitotyön opintokokonaisuuksissa, mutta he toivoivat myös runsaampaa ja monipuolisempaa opetusta.

“Kaikilla kursseilla on puhuttu. Esimerkiksi pitkäaikaissairaiden ja gerontologisessa hoitotyössä ja varsinkin mielenterveys- ja päihdetyössä on paljon sitä, että miten kohdataan omaisia.” (Opiskelija 1)

“Kyllä sitä melkein joka kurssilla on, jotain mainitaan asiasta.” (Opiskelija 2)

Ilmaisuissa, jotka kuvasivat perhelähtöisyyden riittävää osuutta opinnoissa, painotettiin erityisesti lasten ja nuorten hoitotyön opintokokonaisuutta. Tästä kokonaisuudesta mainittiin, että opetuksessa korostui somaattiset sairaudet ja perheen tukeminen niihin liittyen. Yksi opiskelija toi esiin sen, että lasten ja nuorten hoitotyössä omaisena on yleensä vanhempi tai sisar, jonka kohtaaminen voi olla erilaista kuin esimerkiksi puolison kohtaaminen aikuisten pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitotyössä. Opiskelijoiden mukaan perhelähtöisyyttä käsiteltiin hyvin myös päihde- ja mielenterveyshoitotyön syventävissä opinnoissa. Myös pitkäaikaissairaiden hoitotyön ja gerontologisen hoitotyön toteutuksilla omaisten kohtaamista käsiteltiin.

“Harvemmin on tällainen, mikä on normaalisti terveydenhuollossa pitkäaikaisesti sairas, tai vakavasti sairaan potilaan omaiset, jotka normaalisti ois kumppani, avio-puolisot tai aikuiset lapset. Eli se on tavallaan erilainen ryhmä, jota on käsitelty.” (Opiskelija 4)

Hyödyllisinä opetusmetodeina ilmaisuissa nousivat esiin erityisesti simulaatiot. Niissä usein yksi opiskelija esittää potilaan omaista, jolloin hän voi ensin yrittää käydä tilannetta läpi omaisen näkemysten kautta. Simulaation jälkeisessä reflektioitilaisuudessa omaisten kohtaamista voidaan pohtia yhteisesti. Hyödyllisten opetusmetodien alaluokkaan kuuluvista ilmaisuista kävi myös ilmi, että erilaisten tilanteiden suullinen pohdinta ja yleisesti keskusteleva ote koettiin hyviksi tavoiksi oppia omaisten kohtaamisen keinoja.

“Ehkä parhaimpia on simulaatiot, missä otetaan niin, että on potilas ja omainen ja hoitaja. Sitten reflektoidaan sitä, et miten omainen on ollut siinä ja kuinka omainen otettiin huomioon. Ne on ehkä sellaisia aidoimpia.” (Opiskelija 1)

“Kyllä se aiheista keskusteleminen, ei noita asioita opi ihan kirjasta pänttämällä.” (Opiskelija 3)

Vaikka lähes kaikki haastatteluihin osallistuneet opiskelijat kokivatkin, että perhelähtöisyyttä on käsitelty kaikilla hoitotyön opintokokonaisuuksilla, esiin nousi myös opetuksen riittämättömyys. Ilmaiset, jotka kuvailivat perhelähtöisyyden riittämätöntä osuutta opinnoissa, käsitelivät muun muassa sitä, että opetus on ollut melko pinnallista ja aiheeseen on syvennyt vain vähän. Erityisesti pitkäaikaissairaiden potilaiden omaisten ohjaamiseen ei ole perehdytty syvästi.

“Jos lähtökohtaisesti on vaan yleisellä tasolla mainittu teoriaopetuksessa ne omaiset, että joissain tilanteissa heitä on. Parissa kurssissa on enemmän syvennetty.” (Opiskelija 3)

“Mut jos mietittäis pitkäaikaisesti sairastuneen omaiset, niin on saatettu mainita kalvoissa tai ohimennen, mutta siihen ei ole pureuduttu.” (Opiskelija 4)

Yksi opiskelijoista sanoi, että hänen kokemustensa mukaan sairaanhoitajat eivät välttämättä ajattele omaisten tukemista kokonaisvaltaisen hoitotyön osaksi. Hän uskoi tämän johtuvan siitä, että opinnoissa omaisten kohtaamista ja henkisen tuen tarjoamista ei käsitellä riittävän paljon.

“Musta tuntuu, että todella vähän hoitajat ymmärtää henkisen tuen tarjoamisen tai potilaan omaisen kohtaamisen osana työtä. Moni ei ajattele sitä osana sairaanhoitajuutta. Nykyään se saattaa olla sellaista teknistä perushoitoa.” (Opiskelija 4)

Kehitysehdotukset-alaluokkaan kuuluvat ilmaisut toivat esiin sen, että omaisten kohtaamista ja tukemista pitäisi ylipäättään käsitellä enemmän ja aiheeseen tulisi syventyä. Perhelähtöisyyttä tulisi sisältää useammalle teoriaosuudelle. Yksi opiskelija nosti esiin sen, että omaisten ohjausta on käsitelty liian vähän suhteessa sairaanhoitajan tutkinnon keston. Aiheen opettamiselle ja läpikäymiselle pitäisi varata opetuksesta enemmän aikaa. Lisäksi konkreettisena ideana toivottiin, että erilaisista ohjausmenetelmistä, tukemisen keinoista ja hyödyllisistä kanavista kerrottaisiin. Esimerkkinä tähän liittyen annettiin omaisten ohjaaminen vertaistukiryhmien äärelle.

“Ensinnäkin sitä on ollut liian vähän.” (Opiskelija 4)

“Että se ei olisi vain pintaraapaisuna, että ‘niin sitten siellä olisi ne omaisetkin’.” (Opiskelija 3)

“Keinoja voisi käydä läpi, minkälaisia väyliä olisi omaisten tukemiseen.” (Opiskelija 2)

Perhelähtöisyyden riittävät ja riittämättömät osuudet opinnoissa sekä hyödylliset opetusmetodit ja kehitysehdotukset alaluokkina yhdistettiin yläluokiksi, jotka kuvasivat opiskelijoiden kokemuksia opintojen riittävydestä ja riittämättömyydestä. Nämä yläluokat yhdistyivät pääluokkaan “Sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemus perhelähtöisyyden osuuden riittävydestä opinnoissa”. Tämä pääluokka muodostettiin, jotta löydetäisiin vastaus työn ensimmäiseen tutkimuskysymykseen “Millaisena sairaanhoitajaopiskelijat kokevat perhelähtöisyyden osuuden opinnoissaan?” Yksiselitteistä vastausta kysymykseen ei löydetty opiskelijoiden vastausten jakautumisesta johtuen. Yksi opiskelijoista koki perhelähtöisyyden osuuden opinnoissa riittäväksi. Muut opiskelijat kuitenkin toivoivat nykyistä runsaampaa ja monipuolisempaa opetusta. Tämän vuoksi vastaus tutkimuskysymykseen on, että sairaanhoitajaopiskelijat kokevat perhelähtöisyyden osuuden opinnoissaan riittämättömänä.

6.2 Koulutuksesta saadut valmiudet työelämään

Kaikilla haastatteluun osallistuneilla oli jo kertynyt käytännön kokemusta omaisten kohtaamisesta ja tukemisesta. Osa kokemuksesta oli tullut työharjoitteluissa, osa muun muassa kesätöiden kautta tai aikaisemman hoitoalan koulutuksen myötä. Opiskelijat ilmaisivat, että tällaista kokemusta kertyykin jokaisessa työpaikassa, sillä omaisia kohdataan kaikkialla. Taustalle saatu kokemus vaikutti opiskelijoiden kokemaan kykyyn kohdata omaisia ja osata toimia erilaisissa tilanteissa.

Alaluokka, joka kuvasi opiskelijoiden kokemuksia teorian hyvästä sovellettavuudesta käytäntöön, sisälsi melko vähän ilmaisuja, sillä opiskelijat kokivat suurimmaksi osaksi, ettei teorian avulla voi valmistautua käytännön tilanteisiin erityisen hyvin. Yksi opiskelija kuitenkin ilmaisi, että on kyennyt soveltamaan perhelähtöisyyden teoriaa työelämässä. Toinen opiskelija toi esiin sen, että omaisten ja tilanteiden erilaisuudesta huolimatta teoria on auttanut riittävästi valmistautumaan omaisten kohtaamiseen.

“No hyvät siihen nähden, kuinka hyvin niitä voi saada. En koe, että olis tarvinnut saada enemmän tietoa, kun ei voida sanoa, että sulla on tällainen potilas ja sillä tällaiset omaiset. Mun mielestä kaikki omaiset on erilaisia.” (Opiskelija 1)

Opiskelijoiden vastauksista kävi ilmi, että omaisten tukeminen tulee vastaan kaikessa hoitotyössä. Heidän mukaansa siihen ei voi juurikaan valmistautua teorian kautta. “Teorian huono sovellettavuus” -alaluokkaan tuli runsaasti ilmaisuja verrattuna alaluokkaan “Teorian sovellettavuus käytäntöön mahdollinen”. Omaisten yksilöllisyys ja tilanteiden erilaisuus tulivat esiin kahdessa haastattelussa. Yksi opiskelija ilmaisi sitä, että teoriasta huolimatta välillä on hankalaa tietää, kuinka toimia ohjaustilanteessa juuri siksi, että jokainen tilanne on erilainen ja voi tulla kohdalle yllättäenkin. Yksi haastateltavista sanoi, että oma tilannetaju ja aiemmin opitut vuorovaikutustaidot ovat ratkaisevia tekijöitä kohtaamistilanteessa. Myös luonne ratkaisee kohtaamis- ja ohjaustilanteen onnistumisessa. Yksi opiskelijoista sanoikin, että osa hoitajista hakeutuu ohjaustilanteisiin toisia helpommin juuri luonteensa vuoksi ja myös omaiset huomaavat tämän. Osa opiskelijoista ilmaisi myös sitä, että teorian vähyydestä johtuen koulutuksesta ei ole saatu valmiuksia työelämään.

“Varmaan on näissä tilanteissa enemmän menty omalla tilannetajulla ja vuorovaikutustaidoilla, ja empatian taidoilla mitä on elämän aikana kertynyt.” (Opiskelija 4)

“En kyllä osaa nimetä mitään, missä näistä olisi ollut hyötyä.” (Opiskelija 2)

Kun opiskelijoilta kysyttiin, onko heillä tullut työharjoitteluissa vastaan tilanteita, joissa kohtaaminen omaisen kanssa ei vastannut sitä, mitä koulussa oli opittu, esiin nostettiin taas teorian vähäisyys ja pintapuolisuus. Sen vuoksi käytäntöä ja teoriaa ei ole voinut verrata keskenään. Toisaalta vastauksista ilmeni myös se, että käytännön tilanteet ovat hyvin erilaisia keskenään useista tekijöistä johtuen. Omaiset ovat luonteeltaan erilaisia, tahtovat olla eri tasoilla mukana potilaan hoidossa ja kokevat sairauden vaikutukset omaan elämäänsä eri tavoin. Kohtaaminen voi tulla joskus yllättäenkin, eikä teoriapohja välttämättä auta. Tämän takia teorian opetusta ei aina voi soveltaa todellisiin tilanteisiin.

“Ei, koska teoria on ollut sen verran ohutta. Varsinkin pitkäaikaissairaiden potilaiden omaisten kohtaamisessa.” (Opiskelija 4)

“Kun ihmiset reagoivat niin eri tavalla eri tilanteisiin, niin ei välttämättä jokaista kiiveä pysty kääntää sillä teoriatasolla.” (Opiskelija 3)

Yksi opiskelija toi esille myös sen, että omilla opintoihin liittyvillä valinnoilla on merkitystä, kun tarkkaillaan teoriaopetuksen soveltamista käytännön tilanteisiin. Esimerkiksi työharjoitteluihin hakeutuminen ja erilaisten paikkojen välillä tehtävät valinnat vaikuttavat siihen, minkä tyyppisiin ohjaustilanteisiin päätyy.

Opiskelijoilta kysyttiin myös, ovatko he opintojen aikana saaneet tietoa siitä, kuinka huolehtia myös omasta hyvinvoinnista raskaiden kohtaamistilanteiden jälkeen. He osasivat kertoa esimerkiksi työnohjauksesta yksilö- ja ryhmätasolla sekä asioiden purkamisesta paikan päällä työkavereiden kanssa ja omien tunteiden läpikäymisestä. Myös työn ja vapaa-ajan erossa pitämisen merkitys nousi esiin. Opetuksessa on korostettu oman hyvinvoinnin merkitystä erityisesti mielenterveys- ja päihdehoitotyön opinnoissa. Toisaalta yksi opiskelijoista sanoi, että hän ei ole saanut koulutuksestaan ollenkaan tietoa oman hyvinvoinnin ylläpitämiseen, ja toinen opiskelija sanoi, että on saanut tällaista tietoa vain vähän. Oman hyvinvoinnin tukemiseen liittyvät ilmaisut jakautuivat melko tasaisesti alaluokkiin “Oman hyvinvoinnin tukemisesta saatu tieto” ja “Vähäinen tieto oman hyvinvoinnin tukemisesta”.

“En mä tiiä, onko sitä korostettu just raskaan omaisen kohdalta, mut kyllähän siitä puhutaan, et työkaverin kanssa voi puhua. Sit on tietysti työnohjausta.” (Opiskelija 1)

“Niin se on kyllä jäänyt aika heikoksi.” (Opiskelija 3)

“En toisesti.” (Opiskelija 2)

Alaluokat “Teorian sovellettavuus käytäntöön mahdollinen” ja “Oman hyvinvoinnin tukemisesta saatu tieto” johdettiin yläluokkaan, joka kuvasi opiskelijoiden ilmaisuja riittävästä valmiuksista työelämään. Samoin “Teorian huono sovellettavuus” ja “Vähäinen tieto oman hyvinvoinnin tukemisesta” yhdistyivät yläluokkaan, joka kuvasi opiskelijoiden riittämättömiksi kokemiaan valmiuksia työelämään. Nämä yhdistyivät pääluokkaan “Sairaanhoitajien koulutuksesta saamat valmiudet työelämään”, jonka avulla vastattiin toiseen tutkimuskysymykseen, “Minkälaiset valmiudet sairaanhoitajakoulutus antaa pitkäaikaissairaana potilaan omaisen kohtaamiseen ja tuen tarjoamiseen?” Vastaukseksi tähän kysymykseen muodostui se, että koulutuksesta saadut valmiudet eivät itsessään edistä sairaanhoitajien osaamista heidän kohdatessaan ja tukiessaan omaisia. Kohtauksissa teoriaopetusta merkittävämpää on niin sairaanhoitajan kuin omaisen luonne ja jo aiemmin opitut vuorovaikutustaidot.

7 Johtopäätökset

Työn tarkoituksena oli selvittää, millaisena sairaanhoitajaopiskelijat kokevat perhelähtöisyyden osuuden opinnoissaan pitkäaikaissairaana omaisen tukemisen kannalta. Tulosten perusteella opiskelijoiden kokemukset koulutuksen antamista valmiuksista olivat vaihtelevia, ja tulokset painottuvat karkeasti jaoteltuna riittäviin ja riittämättömiin valmiuksiin, sekä kehitysideoihin. Tuloksissa käsiteltiin myös opiskelijoiden hyödyllisiksi kokemia opetusmetodeja, harjoitteluiden kautta saatua varmuutta omaisten kohtaamiseen, koulussa opitun teorian tiedon sovellettavuutta käytännön tilanteisiin, sekä tietoisuutta oman työhyvinvoinnin huolehtimiseen raskaiden omaisten kohtaamisten jälkeen.

Tuloksiin perustuva johtopäätös oli, että sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemat valmiudet koulutuksesta ovat hyvin vaihtelevia. Suurimmaksi osaksi saadut vastaukset haastatteluvien kokemuksista korostivat riittämättömiä valmiuksia, joten aiheetta olisi tarpeellista tutkia enemmän. Tuloksissa olennaiseksi aiheeksi nousivat myös erilaiset kehitysideat, joita opiskelijat esittivät perhelähtöisyyden sisällön parantamiseksi teoriaopinnoissa. Tämän vuoksi olisi aiheellista, että sairaanhoitotyön opintosuunnitelmaa kehitettäisiin tulevaisuudessa opiskelijoiden hyödyllisiksi kokemat opetusmenetelmät huomioon ottaen.

Tutkimustieto osoittaa, että perheenjäsenet tarvitsevat lähinnä emotionaalista ja tiedollista tukea. Moni kokee tarvitsevansa jopa potilasta enemmän tukea, mutta sen esille

tuominen voi usein olla haastavaa. (Mattila 2011: 24-25.) Erityisesti omaishoitajien katsotaan olevan suuremmassa riskissä sairastua myös itse, mikäli he eivät saa asianmukaista tukea (Shiue – Sand 2013: 43). Yksi haastatteluun vastanneista kertoi työharjoitteluiden myötä huomanneen, että kaikki sairaanhoitajat eivät miellä omaisten tukemista osaksi työnkuvaa. Omaisten on tärkeää saada saman arvoista ja asianmukaista tukea henkilökunnalta, riippumatta onko kyseessä vasta valmistunut sairaanhoitaja tai pitkän uran tehnyt hoitaja.

Hoitajan koulutuksen puute on esteenä laadukkaaseen hoidon tarjoamiselle, niin potilaalle kuin hänen omaisilleenkin. Potilaalle on tarjottava korkealaatuista ja samanarvoista hoitoa, hoitavasta työntekijästä riippumatta. (Terkamo-Moisio 2018:34.) Edellä mainittu vastaa tuloksiin, sillä suurin osa opiskelijoista koki, että perhelähtöisyyden puutteellisuudella on ollut vaikutuksia käytännön työelämässäkin. Esimerkkinä tästä on se, että eräs opiskelijoista kuvaili osaavansa ohjata omaisen vertaistukiryhmään, muttei kuitenkaan tiedä muita keinoja omaisen tukemiseen. Lisäksi toinen opiskelija kertoi, kuinka olisi tärkeää painottaa jo koulutuksen aikana omaisten huomiointia ja hoitoon sisällyttämistä, sillä jollei sitä opi koulussa, tuskin sitä tulee sisäistämään myöskään valmistuneena sairaanhoitajana.

Kokonaisvaltaisella työhyvinvoinnilla tuetaan nuorten sairaanhoitajien jäämistä opiskelemaansa ammattiin. (Helander ym. 2019: 181-182.) Tulokset omasta työhyvinvoinnista huolehtimiseen raskaan omaisen kohtaamisen jälkeen jakautuivat pitkälti kahteen mieliteeseen. Kaksi opiskelijaa oli sitä mieltä, ettei koulutuksessa ole tuotu riittävästi ilmi sitä, kuinka omasta työhyvinvoinnista huolehditaan. Yksi opiskelija puolestaan kertoi saaneensa aiheesta riittävästi tietoa ja toinen kertoi opetetun teorian olevan sovellettavissa myös tähän tilanteeseen sopivaksi.

Moniammatillisessa oppimismenetelmässä korostuvat keskeisten vuorovaikutustaitojen sekä eri ammattiryhmien arvostaminen, joita toimiva yhteistyö edellyttää. Opiskelijat ovat kokeneet moniammatillisuutta tukevien opetusmetodien sekä pienryhmätyöskentelyn edistäneen yhteistyöosaamista. (Haapanen ym. 2017: 264-265.) Suurin osa opiskelijoista otti esille, että koulutuksessa voitaisiin painottaa enemmän erilaisia opetusmetodeja omaisten kohtaamista opetellessa, kuten esimerkkitalanteiden käsittelyä keskusteluiden kautta. Tulokset ovat kuitenkin perhelähtöisyyden kehittämisen näkökulmasta, eivätkä opiskelijat maininneet moniammatillista oppimista suoranaisesti osana opinto-suunnitelman kehitystarvetta.

Jatkotutkimusehdotukseksi muodostui, että sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemukset koulutuksen antamien valmiuksien riittävydestä perhelähtöisyyden osalta olisi tärkeä aihe tutkia jatkossa. Luotettavuuden kannalta tämä olisi kuitenkin tärkeää toteuttaa huomattavasti suuremmalla otannalla.

8 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä tehtäessä on noudatettu tutkimuseettisen neuvottelulautakunnan määrittelemää hyvää tieteellistä käytäntöä. Suomessa tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) määrittelee tieteellisen tutkimuksen olevan eettisesti hyväksyttävä ja luotettava ja sen tulosten olevan uskottavia vain, jos kyseinen tutkimus suoritetaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tällaisen käytännön keskeisiä piirteitä ovat rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen koko tutkimusprosessissa, eettisesti kestävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien käyttäminen ja muiden tutkijoiden tekemän työn kunnioittaminen ja heidän julkaisuihinsa viittaaminen asianmukaisesti. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös se, että tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja siitä raportoidaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. On myös tärkeää, että tarvittaessa hankitaan tutkimuslupa. Tutkimusryhmän kesken tulee myös sopia ennen tutkimuksen aloittamista jäsenten oikeudet, vastuut ja velvollisuudet sekä aineistojen säilyttämistä koskevat periaatteet. Jos tutkimukseen on saatu rahoitusta, tulee siitä tai muista vastaavista sidonnaisuuksista ilmoittaa asianomaisille ja raportoinnin yhteydessä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.)

Työhön osallistuneet tiedonantajat olivat vapaaehtoisia ja heitä tiedotettiin mahdollisuudesta keskeyttää haastattelu sen jokaisessa vaiheessa. Heitä tiedotettiin haastatteluita edeltävästi myös siitä, että haastattelut äänitetään ja äänitteet hävitetään litteroinnin jälkeen. Tiedonantajat antoivat kirjallisen suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Nämä ovat säilytettäviä dokumentteja. Koko tutkimusprosessin ajan on varmistettu, että tiedonantajien anonymiteetti säilyy. Äänitteet hävitettiin heti litteroinnin jälkeen ja raporttiin tuoduista merkityksellisistä ilmaisuista on poistettu tunnistamista edistävät tekijät.

Haastatteluihin henkilöitä hakiessa rajattiin pois haastateltavien omat oppiryhmäläiset. Tällä pyrittiin varmistamaan, etteivät haastateltavien omat mielipiteet ja kokemukset pääsisi heijastumaan tiedonantajien vastauksiin. Työn jokaisessa vaiheessa huomioitiin,

ettei haastateltavien omat mielipiteet, ennakko-oletukset ja asenteet vaikuta haastattelutilanteisiin, esimerkiksi haastattelukysymysten rakenteisiin. Koko muunkin tutkimusprosessin aikana, esimerkiksi aikaisempia tutkimuksia haettaessa, teoriaosuus kirjoittaessa ja tutkimuskysymyksiä laadittaessa työn tekijät pyrkivät säilyttämään neutraalin työskentelytavan ja välttämään ennakko-oletusten läpitemistä.

Haastattelun otanta koostui vapaaehtoisista loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoista, jotka hakeutuivat haastatteluun sen kuvauksen perusteella. Haastateltavilta kysyttiin suoritettujen opintopisteiden määrä, millä varmistettiin opintojen olevan riittävän pitkällä. Erääksi pohdinnan aiheeksi nousi, hakeutuuko tällaiseen haastatteluun helpommin henkilö, joka on tyytymätön koulutuksen sisältöön. Olisiko esimerkiksi satunnaisotannalla saavutettu luotettavampi tulos tai monipuolisempia näkökulmia tuloksiin?

Lisäksi otanta oli suhteellisen pieni, mikä pitää huomioida erityisesti yleistettävyyden kannalta. Toisaalta opinnäytetyöprosessin ajan puitteissa työn tekijöillä ei olisi ollut mahdollisuutta resursoida enempää aikaa useampien haastatteluiden toteuttamisille eikä suuremman sisällön analysoimiselle.

Induktiivinen sisällönanalyysi aloitettiin, kun haastattelut oli litteroitu. Haastateltavat käyttivät jonkin verran sanavalintoja ja sanontoja, jotka olivat tulkinnanvaraisia. Haastattelutilanteessa olisi ollut tarpeellista esittää tarkentavia kysymyksiä kyseisten termien suhteen, jotta tulkinnanvaraisuuden osuutta olisi saatu pienennettyä. Työn tekijöiden tekemät tulkinnat eivät välttämättä vastaa haastateltavan tarkoitusperää, mikä voi puolestaan vaikuttaa negatiivisesti tutkimuksen luotettavuuteen.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa on hyödynnetty myös kansainvälisiä tutkimuksia, mutta pääpaino on pysynyt suomalaisissa tutkimuksissa. Omaisille tarjottavassa tuessa on huomioitava monet yksilölliset tekijät, eikä ole olemassa yhtä oikeaa tapaa tukea omaista asianmukaisesti haastavassa tilanteessa. Yhtenä yksilöllisyyteen merkittävästi vaikuttavista tekijöistä on esimerkiksi henkilön kulttuurilliset taustat. Suomessa painottuu yksilökeskeinen kulttuuri, johon kuuluu olennaisesti yksilöllisyyden korostaminen. Tämän vuoksi on huomioitavaa, etteivät kansainväliset tutkimukset ole välttämättä päteviä tähän tutkimukseen sovellettavaksi kulttuurillisten ja ympäristöllisten eroavaisuuksien vuoksi. Perhe saatetaan käsittää eri tavalla yksilö- ja yhteisökeskeisessä kulttuurissa. Yksilökeskeisessä kulttuurissa perheeksi mielletään ydinperhe, jolloin muut sukulaiset eivät välttämättä ole yhtä merkittävässä roolissa. Tällöin on otettava huomioon potilaan omaisia

tukiessa, kenelle potilaan asioista on hyväksyttävää kertoa. Ei tule esimerkiksi olettaa, että jokaiselle sukulaiselle on sallittavaa kertoa potilaan henkilökohtaiseen tilanteeseen liittyvistä asioista. Sukulaissuhde ei kuitenkaan määritä potilaan ja sukulaisen välisen suhteen laatua.

Pitkäaikaissairauksiin liittyvää tutkittua tietoa on runsaasti saatavilla. Pitkäaikaissairaus ei kuitenkaan ollut tässä työssä itsessään aiheena, vaan siihen liittyvät yhtä olennaisina aiheina koulutuksen antamat valmiudet sairaanhoitajille, sekä omaisten tukeminen pitkäaikaissairaahan hoitotyössä. Työssä lähteinä käytettiin tietoa erilaisista pitkäaikaissairauksista sekä niiden vaikutuksista erityisesti sairastuneen omaisiin. Omaisten tukemista ja sisällyttämistä osaksi kokonaisvaltaista hoitoa tutkittu paljon erilaisissa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköissä, sekä syöpätautien osastolla. Kyseisten tutkimuksen tietoja omaisiin liittyen sovellettiin tämän opinnäytetyön teoriaosuudessa.

Tämä työ on tarkastettu Turnitin-ohjelmalla tuotoksen alkuperäisyyden varmistamiseksi.

Lähteet

Al Daken, Laila I. – Muiyyad M. Ahmad 2018. The implementation of mindfulness-based interventions and educational interventions to support family caregivers of patient with cancer: A systematic review. Wiley, Perspectives in Psychiatric Care vol. 54 (3). 441-452.

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994. Annettu Naantalissa 28.6.1994.

Braun, Michal – Galinsky, Daliah – Goldzweig, Gil – Hasson-Ohayon, Ilanit 2010. Women with advanced breast cancer and their spouses: diversity of support and psychological distress. *Psycho-Oncology* vol 19 (11). 1195-1204.

Bäckström, Britt – Sundin, Karin 2010. The experience of being a middle-aged close relative of person who has suffered a stroke – six months after discharge from a rehabilitation clinic. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* vol 24 (1). 116-124.

Coco, Kirsi 2013. Supporting Traumatic Brain Injury Patients' Family Members. Neurosurgical Nurses' Evaluations. University of Eastern Finland. Department of Nursing Science, Faculty of Health Sciences. Akateeminen väitöskirja.

Cox, Kim J. – Creasy, Kerry Rae – Lutz, Barbara J. – Martz, Crystal – Young, Mary Ellen 2013. The crisis of stroke: Experiences of patients and their family caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation* vol 18 (6). 786-797.

Elintavat ja mielenterveyshäiriöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/elintavat-ja-mielenterveyshairiot>>. Luettu 17.10.2019.

Engström, Birgitta – Engström, Åsa – Uusitalo, Andreas 2010. Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*. *International Journal of Research and Practice* vol 27 (1). 1-9.

Eriksson, Elina – Korhonen, Teija – Merasto, Merja – Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. Porvoo: Bookwell Oy. Saatavana myös sähköisesti: <<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>>.

Friedrichsen, Maria – Linderholm, Märit 2010. A desire to be seen: Family caregivers' experiences of their caring role in palliative home care. *Cancer Nursing* vol 33 (1). 28-36.

Haapanen, Helena – Heikkilä, Kristiina – Kortekangas-Savolainen, Outi – Salminen, Leena – Tuomela, Karoliina 2017. Moniammatillinen oppiminen yhteistyöosaamisen edistäjänä terveydenhuollossa. *Hoitotiede* vol. 19 (4). 264-275.

Harju, Eeva 2018. Eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoitensa terveyteen liittyvä elämänlaatu ja parisuhde. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Helander, Marianne – Roos, Mervi – Suominen, Tarja 2019. Nuorten sairaanhoidajien näkemyksiä ammatista lähtemisestä. *Hoitotiede* vol. 31 (3). 180-190.

Hietanen, Päivi 2015. Vuorovaikutus palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Antikainen, Riitta - Hänninen, Juha – Saarto, Tiina – Vainio, Anneli (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2015. Saatavana myös sähköisesti <<http://www.oppiportti.fi/op/opk04604>>.

Hobbs, Gabriela S. – Landrum, Mary Beth – Arora, Neeraj K. – Ganz, Patricia A. – van Ryn, Michelle – Weeks, Jane C. – Mack, Jennifer W. – Keating, Nancy L. 2015. The role of families in decisions regarding cancer treatments. Cancer vol. 121 (7). 1079-1087.

Hävölä, Hanna - Kylmä, Jari – Rantanen, Anja 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat että heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. Hoitotiede vol. 27 (2). 132-147.

Joronen, Katja – Rantanen, Anja 2018. Ohjaaminen on hoitamisen ydintä. Hoitotyö vol. 30 (3). 177-178.

Joronen, Katja – Rantanen, Anja 2017. Osaamisen kysymykset terveysalalla. Hoitotiede vol. 29 (4). 237-238.

Juhela, Pirjo 2015. Perheen haasteet palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Antikainen, Riitta - Hänninen, Juha – Saarto, Tiina – Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavana myös sähköisesti: <<https://www.oppiportti.fi/op/opk04604>>.

Jähi, Rita – Koponen, Tuija – Lipponen, Varpu – Männikkö, Miia – Paavilainen, Eija – Åstedt-Kurki, Päivi 2012. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus -tutkimuskohteena vertaisryhmä. Hoitotiede vol. 24 (2). 138-149.

Kaakkinen, Sirpa – Pietilä, Liisa – Solantaus, Tytti 2009. ”Vihdoinkin joku kysyi minulta, onko minulla lapsia!” Teoksessa Larivaara, Pekka - Lindroos, Sirpa – Heikkilä, Taina (toim.): Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Kustannus Oy Duodecim. Saatavana myös sähköisesti: <<https://www.oppiportti.fi/op/opk04592>>.

Kangasniemi, Mari 2018. Ammattilaisten yhteistyöllä onnistunutta hoitoa. Tutkiva hoitotyö vol. 16 (3). 2.

Kansantaudit. Syöpä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa>>. Luettu 6.11.2019.

Kansantaudit. Yleistietoa kansantaudeista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>>. Luettu 15.10.2019.

Kaunonen, Marja – Rajala, Maria – Salin, Sirpa 2019. Hypertensiopotilaan lääkehoitoon sitoutuminen: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede vol. 31 (2). 134-145.

Koskela, Tuomas H. – Miettola, Elina – Ryyänen, Olli-Pekka – Soini, Erkki 2017. Mikä on terveyskeskuspotilaiden elämänlaatu? Yleislääkäri vol. 4. 21-26.

Koivisto, Anna-Maija – Palo, Sari – Palonen, Mira - Åstedt-Kurki, Päivi 2018. Hoitotyön opiskelijoiden suhtautuminen potilaiden läheisiin - FINC-NsA-mittarin arviointi. Tutkiva hoitotyö vol. 16(1). 3-11.

Laki ammattikorkeakouluista 932/2014. Annettu 14.11.2014.

Laki omaishoidon tuesta 937/2005. Annettu 2.12.2005.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu 17.8.1992.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu 1.7.1994.

Larivaara, Pekka – Lindroos, Sirpa – Heikkilä, Taina 2009. Perhekeskeisen työn teoreettiset perusteet – johdanto. Teoksessa Larivaara, Pekka - Lindroos, Sirpa – Heikkilä, Taina (toim.): Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Kustannus Oy Duodecim. Saatavana myös sähköisesti: <<https://www.oppiportti.fi/op/opk04592>>.

Lehto, Birgitta 2015. Huolehtiva kanssakäyminen. Substantiivinen teoria työikäisen aivohalvauspotilaan perheenjäsenen emotionaalisesta tukemisesta sairastumisen akuutissa vaiheessa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja.

Lihavuuden yleisyys Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-lihavuus-ohjelma-20122015/lihavuus-lukuina/lihavuuden-yleisyys-suomessa>>. Luettu 25.10.2019.

Makkonen, Katri – Pynnönen, Päivi 2007. Pitkäaikaissairaus ja nuoruus – haastava yhä. Duodecim 123 (2). 225-230.

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

Mielenterveys Suomessa. Suomalaisten mielenterveys ei ole kohentunut fyysisen terveyden tahtiin. Suomen mielenterveysliitto ry. Verkkodokumentti. <<https://mieli.fi/fi/yhteiskunta/suomalaisten-mielenterveys-ei-ole-kohentunut-fyysisen-terveyden-tahtiin>>. Luettu 17.10.2019.

Mitchell, Marion L. – Chaboyer, Wendy 2010. Family Centered Care – A way to connect patients, families and nurse in critical care: A qualitative study using telephone interviews. Intensive and Critical Care Nursing. International Journal of Reseach and Practice vol. 26(3). 154-160.

Mustajoki, Pertti 2019. Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042#s3>. Luettu 20.10.2019.

Omainen avustajana 2019. Vammaispalvelujen käsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti: <<https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/tuki-ja-palvelut/henkilokohtainen-apu/omainen-avustajana>>. Luettu 12.9.2019.

Parra, Myriam Duran – Torres, Claudia Consuelo – Arboleda, Ligia Betty – Carvajal, Raquel Rivera – Franco, Sherly – Santos, Jenny 2019. Effectiveness of an Educational Nursing Intervention on Caring Ability and Burden in Family Caregivers of Patients with Chronic Non-Communicable Diseases. A Preventive Randomized Controlled Clinical Trial. Investigación y Educación en Enfermería vol 37(1). 38-52.

Pennbrant, Sandra – Tomaszewska, Marzena – Lorentzson-Penttilä, Gabriella 2015. Nurses' experience of caring for palliative-stage patients in a hospital setting in Sweden. Clinical Nursing Studies vol. 3 (2). 97-107.

Perhe. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. <<https://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html>>. Luettu 12.9.2019.

Persantes, M. Amalia – Del Valle, Adela – Diez-Canseco, Fransisco - Bernabé-Ortiz, Antonio – Portocarrero, Jill – Trujillo, Antonio – Cornejo, Pilar – Manrique, Katty – Miranda, J. Jaime 2018. Family Support and Diabetes: Patient's Experiences From a Public Hospital in Peru vol 28 (12). 1871-1882.

Piippo, Jukka – Aaltonen, Jukka 2009. Mental health and creating safety: the participation of relatives in psychiatric treatment and its significance. Journal of Clinical Nursing vol. 18(4). 2003-2012.

Pitkäaikainen sairaus. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. <https://www.stat.fi/meta/kas/pitkaaikainen_s.html>. 12.9.2019.

Pitkäaikaissairastuvuus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/terveys/pitkaaikaissairastuvuus>>. Luettu 28.10.2019.

Potilaan tuki. HUS. Verkkodokumentti. <https://www.hus.fi/potilaalle/hoidossa/potilaan_tuki/Sivut/default.aspx>. Luettu 12.9.2019.

Potilaan tuki ja oikeudet. Kuopion yliopistollinen sairaala. Verkkodokumentti: <<https://www.psshp.fi/potilaat-ja-vierailijat/potilaan-tuki-ja-oikeudet>>. Luettu 12.9.2019.

Psykososiaalinen tuki. Sairaanhoido. HUS. Verkkodokumentti: <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/tuki_ja_hyvinvointi/Sivut/Psykososiaalinen-tuki.aspx>. Luettu 12.9.2019.

Puusniekka, Anna – Saaranen-Kauppinen Anita 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkodokumentti: <<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>>. Luettu 28.10.2019.

Riley, Leanne – Cowan, Melanie 2014. Noncommunicable Diseases. Country Profiles. World Health Organization. Saatavilla myös sähköisesti: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509_eng.pdf;jsessionid=DE7F5A0E51FBCCA15C2F52F1ED647D38?sequence=1>. Luettu 19.10.2019.

Sairaanhoitotyö. Opetussuunnitelmat. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Saatavana myös sähköisesti: <<http://opinto-opas-ops.metropolia.fi/index.php/fi/88094/fi/70320/SXO17K1/year/2016>>.

Segen's Medical Dictionary. 2012. Farlex.

Shiue, Ivy – Sand, Michael 2013. Quality of life in caregivers with and without chronic disease: Welsh Health Survey. Journal of Public Health vol. 39(1). 34-44.

Suomalaisten terveydenhoitomenot ovat kaksinkertaistuneet runsaassa 20 vuodessa. Tilastokeskus. Verkkodokumentti <https://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-05-30_006.html?s=0>. Luettu 30.10.2019.

Syöpätaudit. Syöpäjärjestöt. Verkkodokumentti. <<https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syopataudit/>> . Luettu 6.11.2019.

Syövän yleisyys. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-yleisyys>> . Luettu 6.11.2019.

Terkamo-Moisio, Anja 2018. Kuoleman läheisyydessä keskeistä on kohtaaminen. Tutkiva hoitotyö vol. 16 (3). 34-35.

Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 –tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen/terveys-toimintakyky-ja-hyvinvointi-suomessa-finterveys-2017-tutkimus>>. Luettu 25.10.2019.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauspäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 7.11.2019.

Tyyppin 2 Diabetes: Käypä hoito -suositus 2018. Verkkodokumentti. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50056>>. Luettu 28.10.2019.

Utens, Cecile M.A. – van Schayck, Onno C.P. – Goossens, Lucas M.A. – Rutten-van Mölken, Maureen P.H.M. – DeMunck, Dirk R.A.J. – Seezink, Wiel – van Vliet, Monique – Smeenk, Frank W.J.M. 2014. Informal caregiver strain, preference and satisfaction in hospital-at-home and usual hospital care for COPD exacerbations: Results of a randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies vol 51(8). 1093-1102.

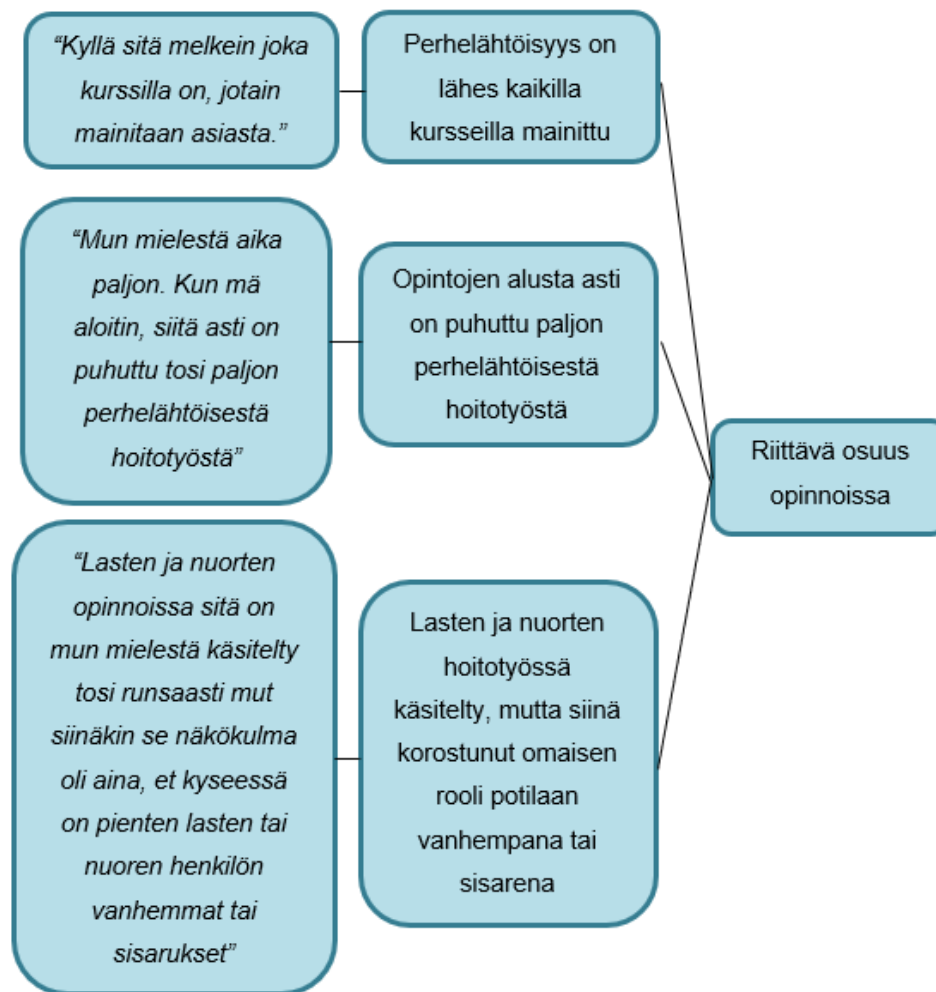
Vainio, Anneli 2018. Hoitosuhteiden haasteita. Teoksessa Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Hamunen, Katri – Kontinen, Vesa – Vainio, Anneli (toim.): Kipu. Kustannus Oy Duodecim.

Vuorovaikutus. Nuoret. Väestöliitto. Verkkodokumentti: <<https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/mina-ja-muut/ihtissuhteet/vuorovaikutus/>>. Luettu 12.9.2019.

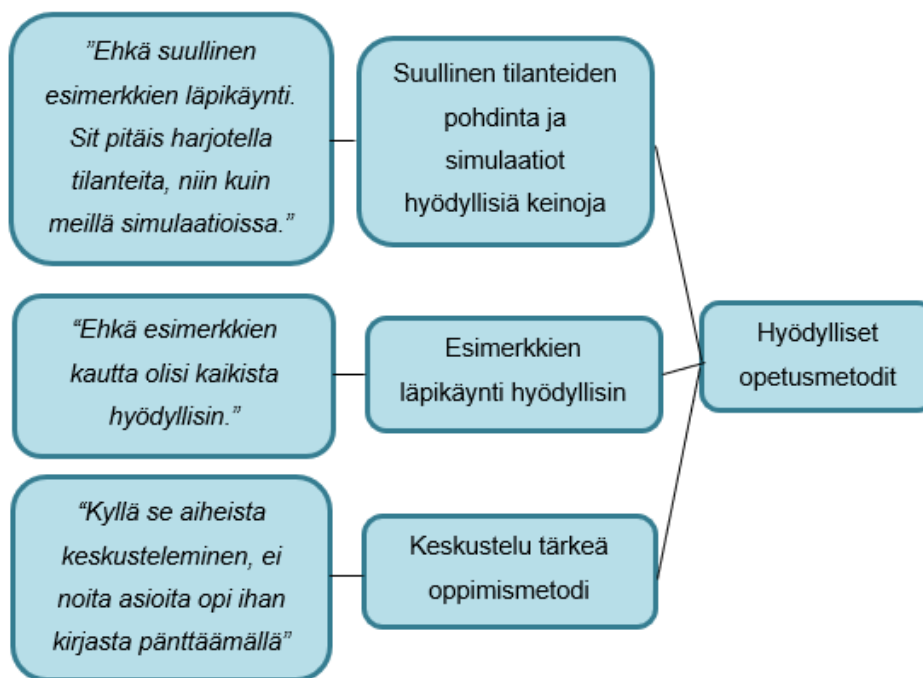
Liite 1. Haastattelukysymykset

1. Kuinka omaisten tukemisen osuus toteutuu sairaanhoitajien opintosuunnitelmassa
 - a. Kuinka paljon opinnoissasi on käsitelty potilaiden omaisten tukemista?
 - b. Millaiset opetusmenetelmät ovat mielestäsi hyödyllisiä, kun käsitellään omaisten sisällyttämistä hoitoihin?
 - c. Missä olisi mielestäsi kehitettävää?
2. Millaisena sairaanhoitajaopiskelijat kokevat perhelähtöisyyden osuuden opinnoissaan
 - a. Millaisena koet perhelähtöisyyden osuuden opinnoissasi?
3. Minkälaiset valmiudet koulutus antaa pitkäaikaissairaalle potilaalle omaisen kohtaamiseen ja tuen tarjoamiseen
 - a. Millaisia kokemuksia sinulla on omaisten tukemisesta/kohtaamisesta?
 - b. Millaiset valmiudet koet saaneesi omaisten kohtaamiseen ja tukemiseen koulutuksestasi?
 - i. Jos "huonot": Onko työkokemus tuonut enemmän varmuutta omaisten kohtaamiseen ja tukemiseen?
 - c. Oletko pystynyt soveltamaan koulussa oppimaasi teoriaa liittyen omaisten tukemiseen ja ohjaamiseen käytännön harjoittelussa?
 - i. Jos "kyllä": esimerkki?
 - ii. Jos "ei": Onko vastaan tullut tilanne, jossa teoria ei vastannut käytäntöä?
 - d. Oletko koulutuksestasi saanut tietoa siitä, kuinka pidät itsestäsi huolta erityisen raskaan omaisen kohtaamisen jälkeen?

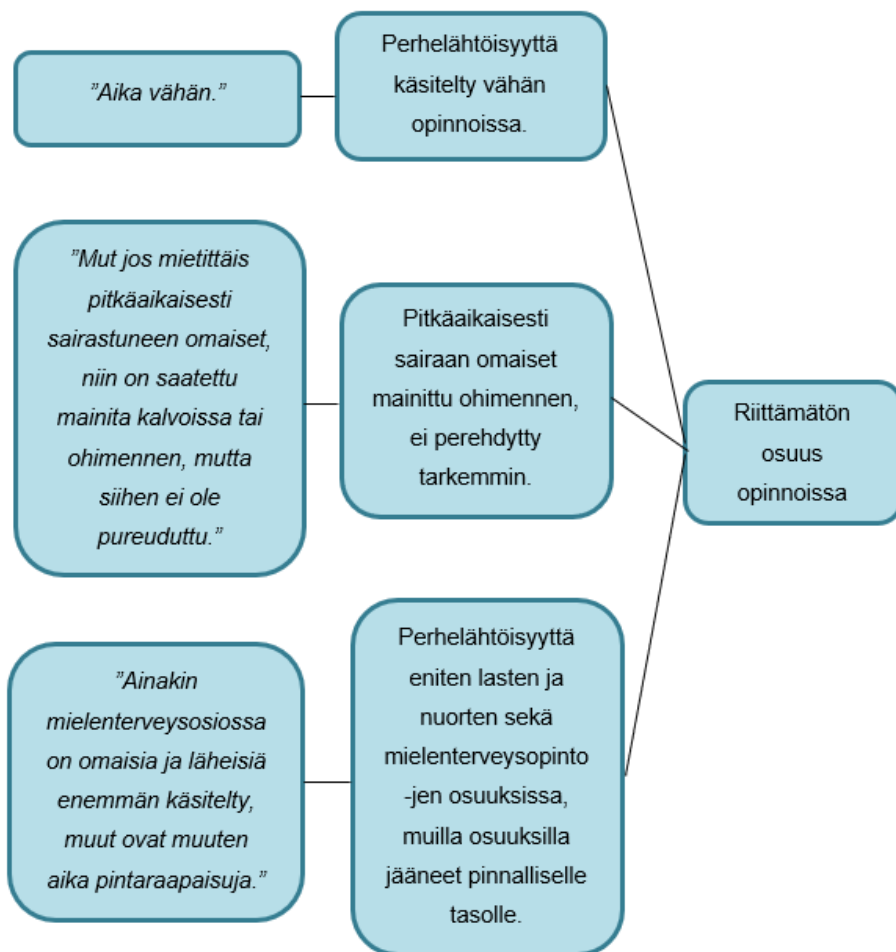
Liite 2. Aineiston luokittelu



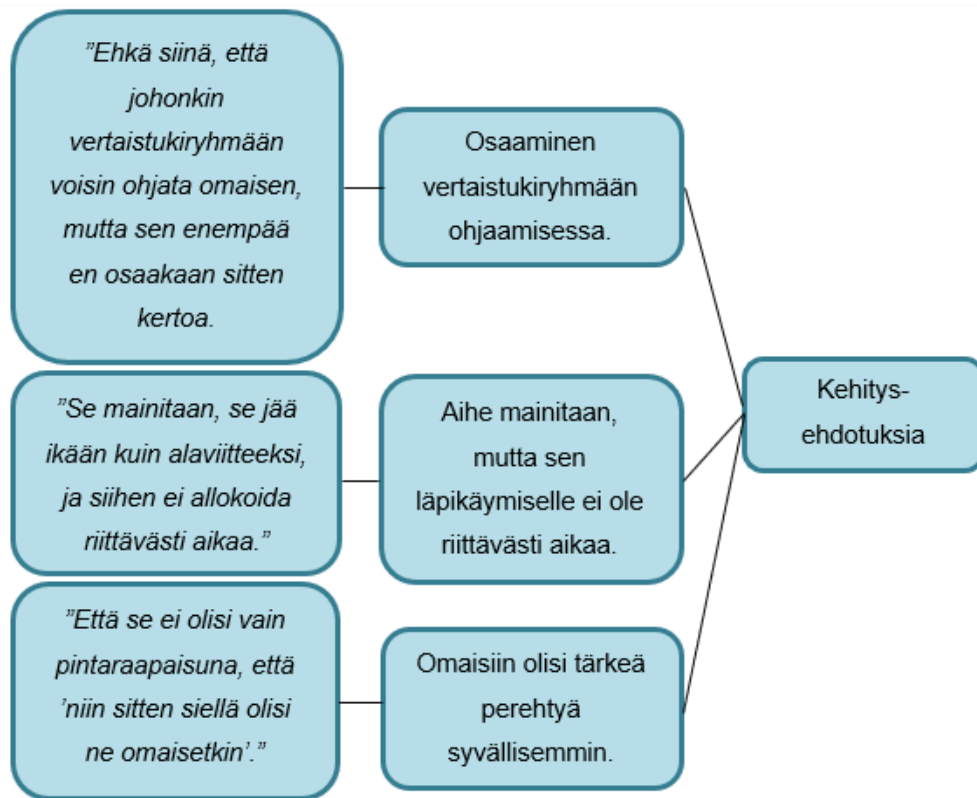
Kuvio 4. Alkuperäisilmaisujen pelkistämistä ja pelkistysten yhdistämistä alaluokaksi opiskelijoiden kokemuksista omaisten ohjaamisen osuuden riittävydestä opinnoissa.



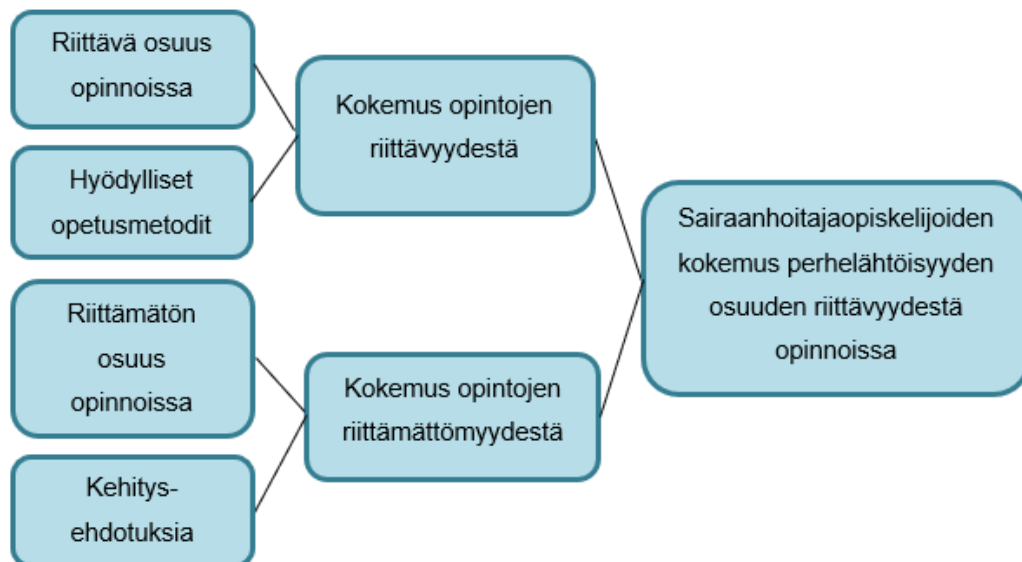
Kuvio 5. Alkuperäisilmaisujen pelkistämistä ja pelkistysten yhdistämisestä alaluokaksi opiskelijoiden hyödyllisiksi kokemista opetusmetodeista.



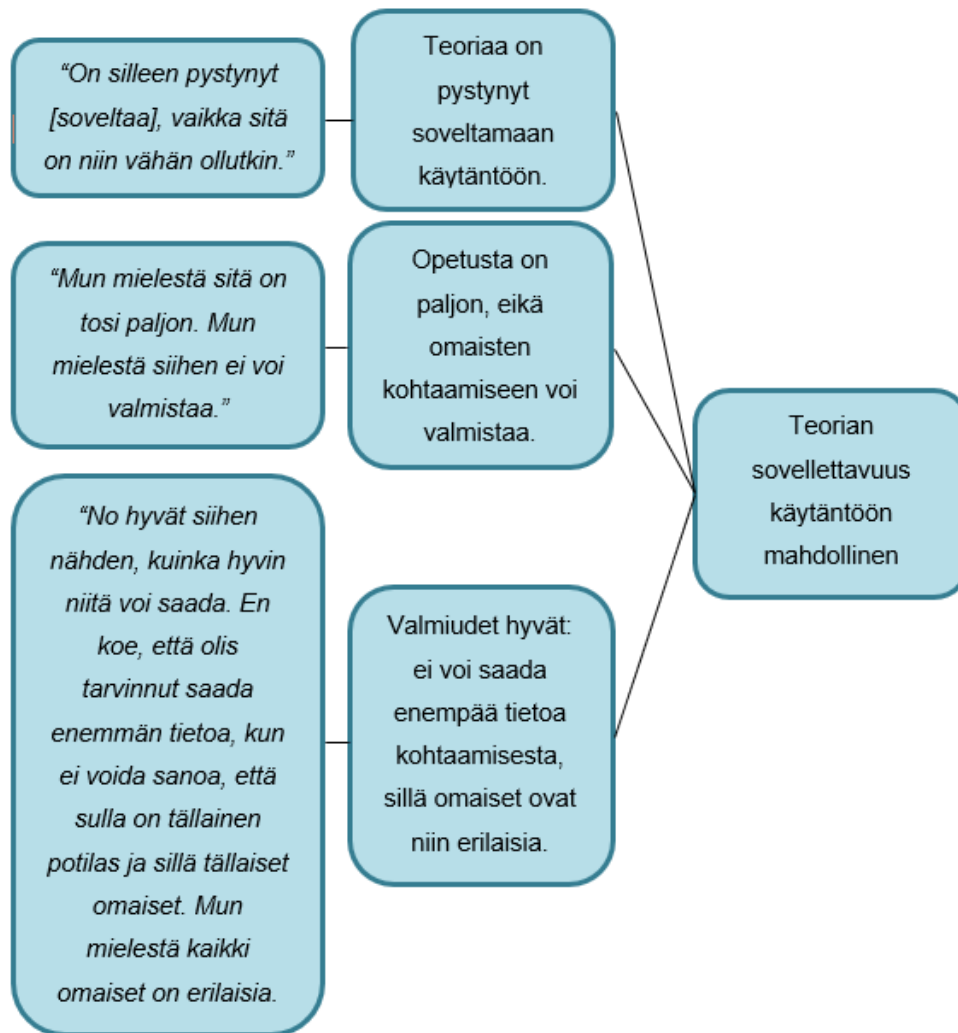
Kuvio 6. Alaluokan "Riittämätön osuus opinnoissa" muodostumisprosessin kuvausta analyysin aikana.



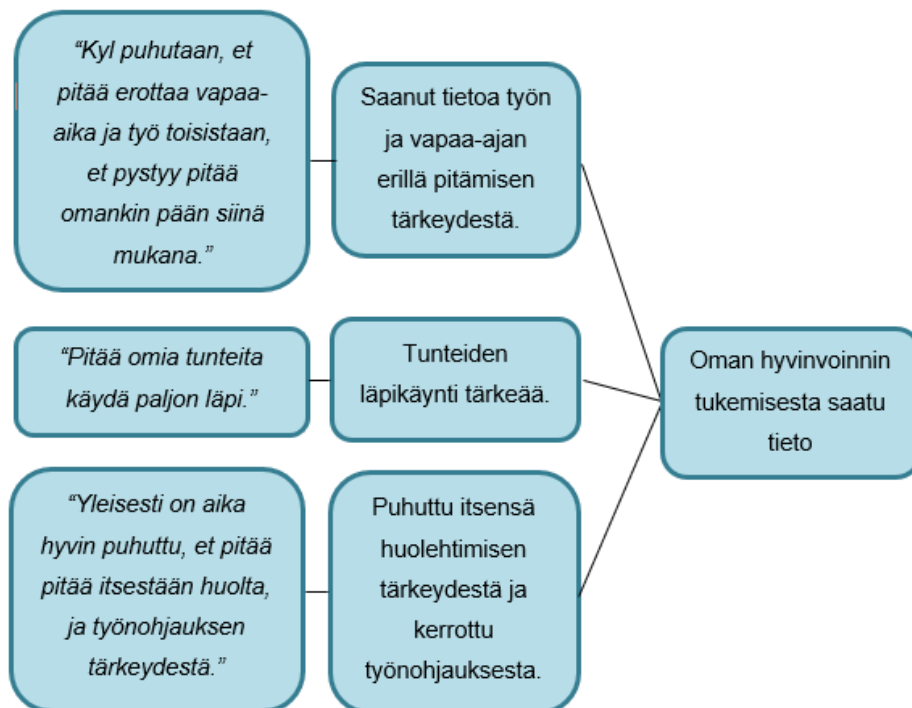
Kuvio 7. Opiskelijoilta tulleita kehitysehdotuksia.



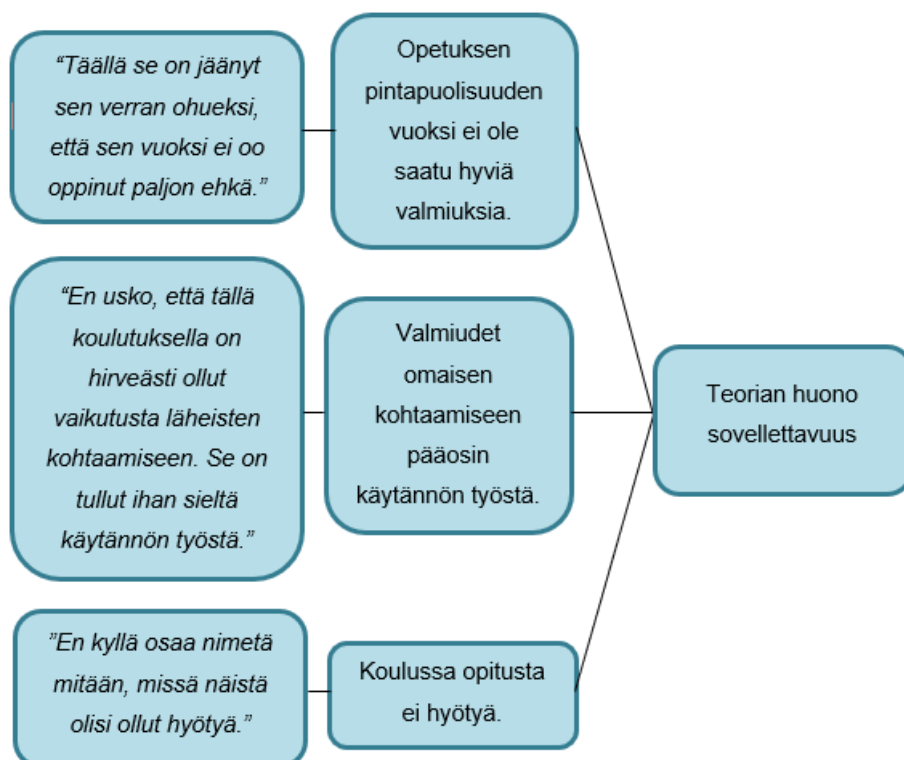
Kuvio 8. Opiskelijoiden kokemukset sekä opintojen riittävydestä että riittämättömyydestä vastauksena tutkimuskysymykseen "Millaisena sairaanhoitajaopiskelijat kokevat perhelähtöisyyden osuuden opinnoissaan?"



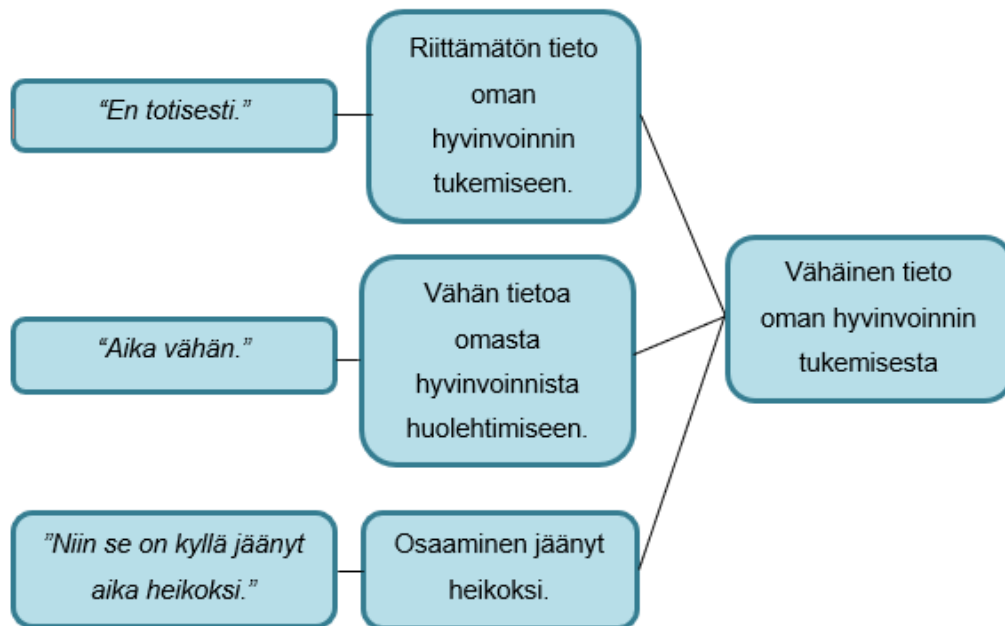
Kuvio 9. Opiskelijoiden ilmaisuja teorian hyvästä sovellettavuudesta työelämään.



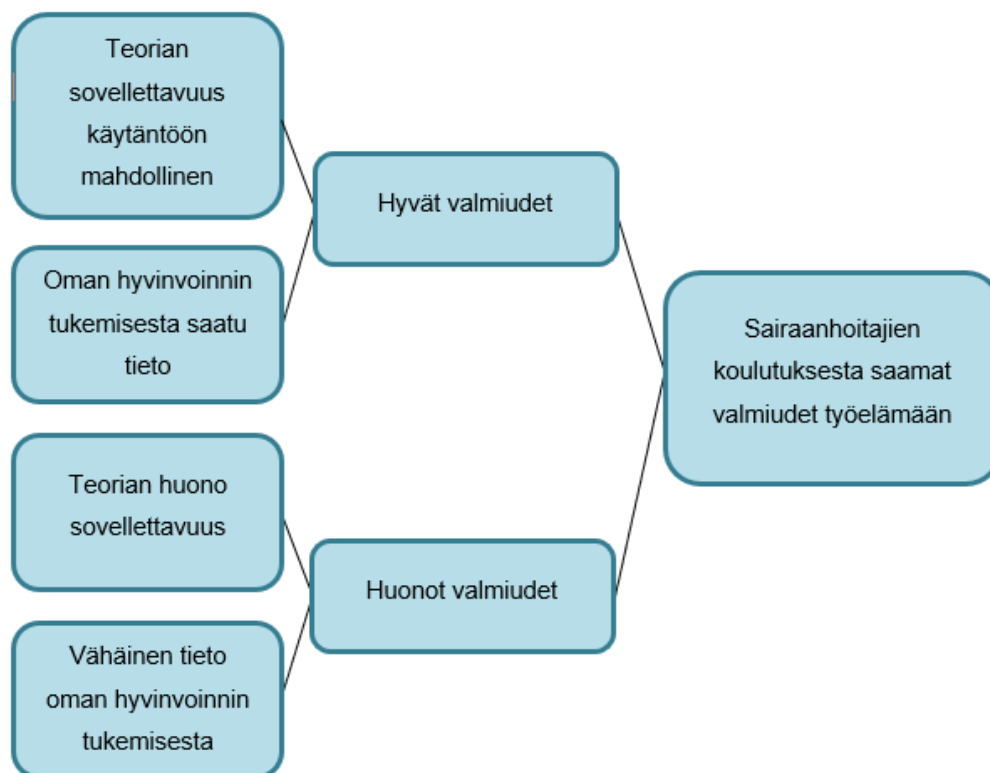
Kuvio 10. Opiskelijoiden positiivisia ilmaisuja oman hyvinvoinnin tukemiseen saadusta tiedosta.



Kuvio 11. Opiskelijan kokemukset opintojen teoriaosuuden huonosta sovellettavuudesta työelämään.



Kuvio 12. Opiskelijoiden ilmaisuja oman hyvinvoinnin tukemiseen liittyvän tiedon vähäisyydestä.



Kuvio 13. Opiskelijoiden kokemukset työelämään saaduista valmiuksista vastauksena toiseen tutkimuskysymykseen.