



# **PÄIHDEPALVELUIDEN AMMATTI- LAISTEN KOKEMUKSIA OMAIS- TYÖN OSAAMISESTA**

Vertailu avomielenterveyspalveluiden  
ammattilaisten kokemuksiin

Jonna Saarela

Opinnäytetyö  
Joulukuu 2013  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JONNA SAARELA:

Päihdepalveluiden ammattilaisten kokemuksia omaistyön osaamisesta.  
Vertailu avomielenterveyspalveluiden ammattilaisten kokemuksiin.

Opinnäytetyö 54 sivua, josta liitteitä 15 sivua  
Joulukuu 2013

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää päihdetyön ammattilaisten käsityksiä omasta omaistyön osaamisestaan toistamalla aikaisempaan opinnäytetyöhön tehty kysely ja verrata saatuja tuloksia keskenään. Opinnäytetyön ongelmina olivat ammattilaisten arvio omasta omaistyön osaamisesta ja eroavatko päihdepalveluiden ammattilaisten kokemukset avomielenterveyspalveluiden henkilöstön kokemuksista.

Opinnäytetyössä on käytetty kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin kyselyllä Tampereen kaupungin päihdepalveluiden ja Tampereen A-klinikkasäätiön asiakastyötä tekeväälle henkilöstölle. Kysely toteutettiin sähköisesti e-lomakkeella.

Päihdetyön ammattilaiset kokivat oman omaistyönsä osaamisen hyvänä. Tästä huolimatta he kokivat haluavansa lisäkoulutusta omaistyöstä. Päihdetyön ammattilaiset olivat kiinnostuneita asiakkaidensa tärkeistä ihmissuhteista ja kokivat ottavansa omaiset hyvin huomioon. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ohjasi omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä. Omaiset olivat usein kiinnostuneita ja halusivat auttaa, omaisten odotuksia asiakkaan hoidon ja kuntoutumisen suhteen pidettiin myös hyvin realistisina.

Päihdetyön ammattilaiset kokivat olevansa omaisten tavoitettavissa ja että omaisten oli helppo keskustella heidän kanssaan tunteistaan ja ongelmistaan. Omaisille pyrittiin järjestämään aikaa, jolloin pystyttiin keskittymään omaisen henkilökohtaisiin asioihin asiakkaan sijaan. Haasteeksi koettiin käytettävissä olevan ajan riittämättömyys ja päihdetyön ammattilaiset kokivat asiakkaan ja tämän omaisen hoitamisen välisen ristiriidan usein kuormittavana. Vaikka päihdetyön ammattilaiset kokivatkin omaistyön osaamisensa hyvänä, toivoivat he silti lisäkoulutusta aiheesta.

Tulevaisuudessa tässä opinnäytetyössä käytettyä kyselyä voisi soveltaa esimerkiksi psykiatrisissa sairaaloissa työskentelevien ammattilaisten omaistyön osaamisen kokemuksen kartoittamiseen.

---

Asiasanat: päihdetyö, päihdehuolto, omaiset, läheiset, perhetyö

## ABSTRACT

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

JONNA SAARELA:

Substance Misuse Worker's Conception of Their Expertise in Cooperating with Significant Others.

Comparing with Mental Health Professional's Conceptions.

Bachelor's thesis 54 pages appendices 15 pages  
December 2013

---

The aim of this study was to explore how substance misuse workers find out their expertise in cooperating with significant others by repeating a questionnaire from the previous bachelor thesis "Mental Health Professional's Conception of Their Cooperation with Significant Others".

The tasks of this thesis were to find out how substance misuse workers find out their expertise in cooperating with significant others and how does it differ from the previous study of mental health conceptions of their expertise in cooperating with significant others.

The method of this study was quantitative. The existing survey was repeated and data were collected from professionals of substance misuse work in Tampereen A-klinikkaääsäätiö and the city of Tampere by using electronic form. The theoretical framework was based on the definition of significant other and substance misuse work.

In conclusion professionals of substance misuse work gave a great value for significant others and they were interested in their patient's important relationships. They find themselves cooperating well with significant others. They respected their patient's wish to exclude or include their significant others from the rehabilitation progress. Substance misuse workers also did their best to organize time for significant others to discuss about their personal worries. Quite often substance misuse workers found a paradox between taking care of the significant others instead of their patients.

---

Key words: substance misuse care, substance abuse work, significant other, next of kin, family work

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITTEET .....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
	3.1 Omaistyö .....	8
	3.2 Omainen.....	9
	3.2.1 Tuki omaiselle.....	9
	3.3 Päihdetyö .....	10
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	12
	4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä .....	12
	4.2 Aineiston keruu.....	12
	4.3 Aineiston analysointi .....	13
5	TOTEUTUS .....	15
	5.1 Opinnäytetyön aineiston keruu .....	15
	5.2 Opinnäytetyön aineiston analysointi.....	16
6	TULOKSET .....	18
	6.1 Taustamuuttajat .....	18
	6.2 Tiedon keruu asiakkaiden suhteista omaisiin .....	18
	6.3 Omaisten odotusten selvittäminen hoidon suhteen.....	19
	6.4 Kokemuksia omaisten osallistumisesta hoitoon .....	20
	6.5 Ammattilaisten asennoituminen omaistyöhön.....	21
	6.6 Hoidollisen tiedon jakaminen ammattilaisten ja omaisten välillä .....	22
	6.7 Ammattilaisten yhteydenpito omaisten kanssa.....	23
	6.8 Yhteistyön esteet ammattilaisen näkökulmasta .....	25
	6.9 Yhteistyön esteet omaisten näkökulmasta .....	26
	6.10 Ammattilaisten kehittämis ehdotuksia yhteistyölle .....	28
	6.11 Omaisten kanssa tehtävässä yhteistyössä huomioitavaa.....	28
7	VERTAILU AIKAISEMMAN OPINNÄYTETYÖN TULOKSIIN.....	29
	7.1 Taustamuuttajat .....	29
	7.2 Tiedon keruu asiakkaan suhteista omaisiin .....	29
	7.3 Omaisten odotusten selvittäminen hoidon suhteen.....	30
	7.4 Kokemuksia omaisten osallistumisesta hoitoon .....	30
	7.5 Ammattilaisten asennoituminen omaistyöhön.....	30
	7.6 Hoidollisen tiedon jakaminen ammattilaisten ja omaisten välillä .....	31
	7.7 Ammattilaisten yhteydenpito omaisten kanssa.....	31
	7.8 Yhteistyön esteet ammattilaisten näkökulmasta .....	32
	7.9 Yhteistyön esteet omaisten näkökulmasta .....	32

8	POHDINTA.....	34
8.1	Eettisyys.....	34
8.2	Luotettavuus.....	35
8.3	Kehittämisehdotuksia.....	37
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET .....	40
	Liite 1. Saatekirje .....	40
	Liite 2. Tulosten vertailu taulukkoina .....	41

## 1 JOHDANTO

Päihdeongelma mielletään herkästi henkilökohtaiseksi ongelmaksi, mutta se koskettaa aina muita ihmisiä päihteiden ongelmakäyttäjän ympärillä. Päihteiden käyttö voi vaikuttaa muun muassa koko perheeseen, puolisoon, lapsiin, sisaruksiin ja vanhempiin, uusioperheiden mukanaan tuomia henkilöitä unohtamatta. Omaiset voivat olla tietämättömiä, peloissaan, häpeissään, vihaisia tai pettyneitä päihdeongelman edessä. (Hannula 2009.) Päihdehuoltolaki edellyttää päihdehuollon palveluiden antamista paitsi henkilöille, joilla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, myös tämän perheelle ja muille läheisille heidän avun, tuen ja hoidon tarpeensa perusteella (Päihdehuoltolaki 1986/41, 7 §)

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin päihdepalveluiden ammattilaisten kokemuksia omasta omaistyön osaamisestaan. Opinnäytetyö oli osa Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:n Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä projektia (2010-2014). Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin kyselyllä Tampereen kaupungin päihdepalveluiden ja A-klinikkasäätien henkilökunnalta keväällä 2013.

Perheenjäsenet ja muut läheiset ihmiset ovat vahvasti läsnä hoitotyössä huolimatta siitä, millaisesta sairaudesta tai avun tarpeesta on kysymys. Omaisten huomioiminen ja tukeminen on tärkeä osa sairaanhoitajan työtä. Koen tärkeäksi omaisten kanssa tehdyn työn ja uskon omaisilla olevan merkittävä rooli kuntoutumisprosessissa paitsi päihderiippuvaisten, niin myös muiden sairauksien kohdalla.

## 2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää päihdetyön ammattilaisten kokemuksia omasta omaistyön osaamisestaan. Saatuja tuloksia verrattiin aiemmassa opinnäytetyössä saattuihin tuloksiin avomielenterveyspalveluiden ammattihenkilöstön omaistyön osaamisen kokemuksesta (Riikonen 2011).

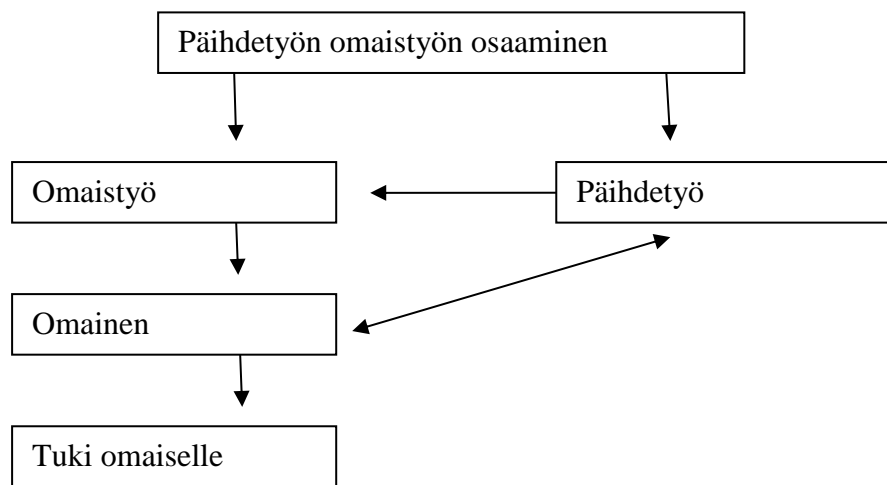
Opinnäytetyön ongelmat:

- 1) Millaisena päihdetyön ammattilaiset kokivat oman omaistyön osaamisensa?
- 2) Erosiko päihdepalveluiden henkilöstön kokemus avomielenterveyspalveluiden henkilöstön kokemuksesta?

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa päihdepalveluiden ammattilaisten kokemuksesta omasta omaistyön osaamisestaan. Opinnäytetyöstä saadun tiedon perusteella päihdepalveluiden omaistyötä voidaan tarvittaessa kehittää.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa teoreettiset käsitteet ovat keskeisessä roolissa. Ne eivät saa olla sidoksissa paikkaan tai aikaan, vaan niiden tulee olla yleisiä. Teoreettiset käsitteet ovat laaja-alaisempia ja auttavat siten myös muodostamaan uusia teorioita ja käsitteitä, ne auttavat löytämään säännönmukaisuuksia. (Vilka 2007, 26.)



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

#### 3.1 Omaistyö

Päihdetyön ammattihenkilön asiakas voi olla paitsi päihteiden käyttäjä, myös päihteiden käyttäjän omainen. Omaisen näkökulmasta ammattihenkilöltä saatu tuki voi olla hyvin merkittävä. Pieni väliintulo voi olla usein merkittävä, vaikka konkreettista apua ei pystyttäisikään aina antamaan. Ammatilaiselta edellytetään kykyä kohdata omainen ja kuunnella tämän huolta, sekä kykyä arvioida millaista apua omainen elämäntilanteessaan tarvitsee. (Kujasalo 2009, 43.)

Kun asiakkaana on päihteiden käyttäjä, määrittää omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä asiakkaan oma valinta siitä, haluaako hän ottaa omaisia mukaan hoitoonsa tai annetaanko omaisille edes tietoa asiakkaan tilanteesta. Verkostotyön näkökulmasta asiakkaat ovat hoidon ja kuntoutuksen voimavara. Työntekijän tulisi huolehtia siitä, että



omaisilla on mahdollisuus saada halutessaan tietoa ja tukea, erityisesti jos he asuvat yhdessä asiakkaan kanssa. Omaisten osallistuminen tukitoimintaan esimerkiksi omaisyhdistyksessä ei vaadi asiakkaan lupaa. (Stengård 1999, 178–179.) Verkostotyössä asiakkaan omaisista ja ystävistä voidaan kutsua verkostopalaveriin henkilöitä, joiden voidaan odottaa tukevan asiakasta tämän kriisitilanteessa omassa elinympäristössä (Koski-Jännes, Pienimäki & Valtari, 2003,14).

Päihdetyöntekijältä edellytetään valmiutta ja taitoa kohdata ihmisen hätä, avuntarve ja erilaiset kriisitilanteet. Osaamisen perustana tulisi olla näkemys terveyden edistämisestä ja ehkäisevästä mielenterveys- ja päihdetyöstä. Potilaan ja tämän läheisten sekä eri alojen ammattilaisten kesken tapahtuvaa yhteistyötä, joka perustuu tasavertaiseen osallistumiseen ja dialogiin on korostettu viime vuosina yhteistoiminnallisen hoitotyön kautta. (Havio 2008, 82–83.) Lisäksi päihdetyöntekijän tulee tunnistaa potentiaaliset riskitekijät yksilöllisesti ja perhekohtaisesti sekä olla tietoinen velvoitteista joita esimerkiksi lastensuojelu- ja päihdehuoltolaki määräävät (Liinamaa 2008, 303).

## **3.2 Omainen**

Omainen voidaan määritellä suppeasti tarkoittamaan ydinperheen jäseniä, verisukulaisia ja heidän puolisoitaan. Verkostokeskeisen hoitotyön näkökulmasta omainen voi tarkoittaa ketä tahansa henkilöä, kenellä on potilaan/asiakkaan elämässä keskeinen. Tästä näkökulmasta omaiseksi voidaan lukea myös muut sukulaiset ystävät, naapurit ja työtoverit; käytännössä kuka tahansa läheinen ja tärkeä henkilö voidaan luokitella omaiseksi. (Stengård 1999, 178.)

### **3.2.1 Tuki omaiselle**

Päihteiden käyttö vaikuttaa lukuisten omaisten elämään monin tavoin. Päihdeongelmaisen omainen kokee usein toistuvia pettymyksiä, mahdollista jatkuvaa ahdistusta, pelkoa ja voimattomuuden tunnetta. (Koski-Jännes & Hänninen 2004, 7, 13–14.) Päihdehuoltolaki edellyttää, että päihdeongelmaisen läheiset otetaan mukaan työskentelyyn (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 194). Päihteiden käyttö lisää myös lähisuhdeväkivallan riskiä. Jos jokaisella päihteiden käyttäjällä ajatellaan

olevan ainakin 1-2 läheistä, antaa se kuvan ongelman laajuudesta yhteiskunnassa. Stakesin Juomatapa 2000-tutkimuksen mukaan yli kahdella miljoonalla suomalaisella on alkoholin ongelmakäyttäjä lähipiirissään, joko perheenjäsenenä tai ystävänä. Oman lapsen päihdeongelma koskettaa yli 70 000 vanhempaa, alaikäisten ja aikuisten lasten osuutta ei ole tässä yhteydessä eroteltu. (Raitasalo 2004, 13–14, 16.)

2000-luvun alkupuolella julkaistiin useita kirjoja päihdeongelmaisten omaisten tueksi. Osa julkaisuista perustui tutkittuun tietoon ja osa kuvasi elämää päihdeongelmaisen läheisenä. (Koski-Jännes & Hänninen 2004, 8.) Omaiset saavat apua ensisijaisesti terveyskeskuksesta tai sosiaalitoimesta, mutta apua saadaan myös esimerkiksi A-klinikoilta ja perheneuvoloista. Näissä mahdollistuvat sekä yksilö-, perhe- että pariterapia. Päihdeongelmaiset nuoret ja heidän vanhempansa voivat hakea apua myös A-klinikkasäätiön ylläpitämiltä nuorisoasemilta. (Koski-Jännes 2004, 119.) Vertaistukiryhmät tarjoavat usein helpotusta stressaantuneiden omaisten elämään ja auttavat jaksamaan. Vertaistukiryhmiä ovat esimerkiksi Al-anon ja Alateen -ryhmät, jotka perustuvat 12 askeleen ohjelmaan. Al-anonin peruslähtökohtana on henkinen irrottautuminen läheisen päihdeongelmasta. (Hänninen 2004, 108. Koski-Jännes 2004, 116–117.) Vertaistukiryhmiä järjestävät monet eri tahot.

### **3.3 Päihdetyö**

Päihdetyön keskeisiä periaatteita ovat hoidon vapaaehtoisuus, itsenäisyyden tukeminen, luottamuksellisuus ja paitsi päihteenkäyttäjien, myös heidän läheistensä edun ensisijaisuus. Päihdetyötä ohjaa päihdehuoltolaki. (Saarelainen 1999, 48.)

Päihteen käyttäjää hoidetaan tilanteesta riippuen usealla eri taholla. Hoitavat tahot voidaan karkeasti jakaa viiteen ryhmään: matalan kynnyksen hoito, ensisuojat ja turvakodit, katkaisu- ja vieroitushoito, kuntouttava päihdehoito ja oma-apuryhmät. Avohoidon palveluilla tarkoitetaan yleensä A-klinikan palveluita, suljettuja ja avoimia tukiryhmiä, kurssimuotoisia sosiaalihuollon tukipalveluita tai hoidollisia päihdehuollon palveluita. Korvaushoito voidaan toteuttaa paitsi laitoshoidossa, myös avohoidossa. Korvaushoito luetaan kuuluvaksi kuntouttavaan päihdehoitoon. Kuntouttava päihdehoito kattaa korvaushoidon lisäksi erilaiset ryhmätoiminnat, yksilökeskusteluja,

erilaista terapiaa ja oma-apuryhmiä. Kuntouttava päihdehoito edellyttää lähetettä ja maksusitoumuksen. (Dahl & Hirschovits 2002, 403–406.)

Moniammatillisuus on päihdetyössä sekä voimavara, että haaste. Moniammatillisessa hoitotyössä yhdistyvät monen eri alueen ja ammattiryhmän erityistietämys tavoitteenaan potilaan kokonaisvaltainen hoito ja auttaminen. Päihdetyön moniammatillinen yhteistyö muodostuu muun muassa seuraavista ammattiryhmistä: lääkärit, sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät, psykologit, fysioterapeutit, ohjaajat ja muut ammattilaiset. Moniammatillisen yhteistyön riskitekijöitä ovat keskinäinen kilpailu ja vastuunoton välttäminen. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 160–161.)

Päihdeongelmaisen halutessa muutosta, on omaisten ja ystävien tuki sekä ihmissuhteiden hyvä laatu merkittävä päihdeettömyyttä tukeva tekijä. Perheenjäsenten ja ystävien kanssa vietetty aika voi antaa päihdekuntoutujalle keinoja vapaa-ajan viettoon ilman päihteitä. Läheisten tuki voi olla merkittävä esimerkiksi Antabuksen säännöllisen käytön onnistumiseksi. (Koski-Jännes 2004, 123.) Omaisten tuen tai painostuksen kautta päihdeongelmainen saattaa herkemmin havahtua hoidon tarpeeseen. Erityisesti omaisen väliintulo päihdeongelmaisen painiessa häpeän ja syyllisyyden tunteiden kanssa edesauttaa hoitoon hakeutumista. Päihdeongelmaisen omaisesta saattaa tämänkaltaisissa ammattihenkilökunnan ohjaamassa väliintulotilanteissa tuntua siltä, että heiltä odotetaan enemmän kuin itse päihdeongelmaiselta. (Koski-Jännes 2004, 126–127.)

## **4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT**

### **4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä**

Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä tarkoitetaan määrällistä tutkimustapaa, jossa tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia tarkastellaan numeroiden avulla kuvaillen. Sen avulla vastaa kysymyksiin kuinka paljon, miten usein ja kuinka moni. Tulokset esitetään numeroina, esimerkiksi tunnuslukuina. Saadusta numerotiedosta tulkitaan olennainen sanalliseen muotoon. Lisäksi määrällisessä tutkimuksessa kuvataan, kuinka eri asiat liittyvät toisiinsa tai eroavat toisistaan. (Vilkkä 2007, 13, 16.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä huomioida ja nostaa esille johtopäätöksiä aikaisemmista tutkimuksista ja teorioista. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulee esittää hypoteeseja ja määrittää käytetyt käsitteet. Tutkimuksessa pitää esitellä, kuinka tutkimusjärjestelyt on tehty ja kuinka aineisto kerätään. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulee myös määritellä kuinka tutkittavat henkilöt on valittu. Saatu tutkimusaineisto tulee saattaa tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja tehdyt päätelmät tulee havainnollistaa tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136.)

Kvantitatiivinen tutkimuksen tarkoitus on joko selittää, kuvata, kartoilla tai ennustaa asioita tai ominaisuuksia (Vilkkä 2007, 19). Vilkan (2007, 20) mukaan kartoittavan tutkimuksen tavoitteena on etsiä uusia näkökulmia sekä tutkia vähän tunnettuja asioita.

### **4.2 Aineiston keruu**

Kerätessä aineistoa kyselytutkimuksella kysymykset esitetään tutkittaville kyselylomakkeen välityksellä tutkittavia tapaamatta (Vehkalahti 2008, 11). Tällainen tutkimusmenetelmä edesauttaa tutkimusprosessin ja tulosten puolueettomuutta (Vilkkä 2007, 16). Kyselyssä kysymysten muoto on vakioitu, jolloin kaikilta kyselyyn osallistuneilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kysely toteutetaan kyselylomakkeella, koska havaintoyksikkönä on henkilö ja kysely koskee henkilön kokemuksia, mielipiteitä ja käyttäytymistä. Sähköinen kysely on toteutuksena edullinen. (Vilkkä 2007, 27–28.) Tutkimuksen onnistumisen kannalta kyselylomakkeen

suunnittelu on tehtävä huolellisesti, sillä kyselytutkimuksen onnistuminen on useimmiten riippuvainen lomakkeen sisällöllisistä ja tilastollisista näkökohdista. (Vehkalahti 2008, 20.)

Kun kyselykaavakkeessa käytetään likert -asteikkoa, tutkittava päättää kuinka samaa mieltä hän on jonkin väitteen kanssa. Vastaus annetaan tyypillisesti väliltä 1-5, jossa 1 tarkoittaa täysin eriävää mielipidettä ja 5 täysin samaa mieltä. Mielipiteiden ja kokemusten mittaaminen likert -asteikolla mitattuna on diskreettiä mittaamista, vaikka mielipidettä voidaan pitää niin sanotusti jatkuvana muuttujana. Diskreetti muuttuja voi puolestaan saada vain ennalta määrättyjä arvoja. (Nummenmaa 2004, 33–34.)

Aineiston keräämisessä perusjoukko muodostuu niistä henkilöistä, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Aineisto kerätään kuitenkin usein pienemmästä joukosta, tätä kutsutaan otokseksi. Otannan edustavuuden edellytyksenä on, että kaikilla perusjoukkoon kuuluvilla on yhtäläinen todennäköisyys tulla valituksi otokseen. Johtopäätöksen tekemistä otoksen perusteella koko perusjoukkoa koskevaksi kutsutaan tilastolliseksi päättelyksi. (Vehkalahti 2008, 43.)

### **4.3 Aineiston analysointi**

Mitattavat muuttujat ja se, millaista tietoa mittauksella pyritään saamaan määrittävät mitta-asteikon valintaa. Mitta-asteikko puolestaan määrittää osaltaan millaisia tilastollisia testejä ja menetelmiä on mahdollista soveltaa mittaustulosten käsittelyssä. Mitta-asteikot ovat tarkkuudeltaan erilaisia ja mitta-asteikkoa valittaessa tulisi aina käyttää tarkinta mahdollista asteikkoa. Käyttäytymistieteiden piirissä yleisimmin käytetyistä neljästä mitta-asteikosta nominaaliaseteikko eli laatueroasteikko on tarkkuudeltaan väljin, sitten ordinaaliaseteikko eli järjestysasteikko ja intervalliaseteikko eli välimatka-asteikko, tarkin on suhdeasteikko. (Nummenmaa 2004, 35, 37.)

Nominali- tai luokitteluasteikon avulla havainnot jaotellaan toisensa poissulkeviin luokkiin, määrittävänä tekijänä jokin ominaisuus. Nominaaliaseteikolla mitattavia muuttujia voivat olla esimerkiksi sukupuoli ja ammatti. Vaikka luokkia voidaan kuvata numeroarvoilla, ei niillä voi suorittaa laskutoimituksia. (Nummenmaa 2004, 37; Holopainen & Pulkkinen 2004, 13.)

Nummenmaan (2004, 37) mukaan Likert -asteikkoa käytettäessä tyydytään usein käytännön syistä tarkkuudeltaan vaatimattoman mitta-asteikkoon, vaikka olisi välimatka-asteikon käyttökin olisi periaatteessa mahdollista. Likert -asteikko täyttää hyvin järjestysasteikon tunnusmerkit. Järjestysasteikkoa käytettäessä tilastollisia menetelmiä on käytettävissä vain vähän. Likert -asteikolla tilastolliset analyysit tehdään välimatka-asteikkoa käyttäen, tällöin tulee suhtautua kriittisesti keskimmäisenä arvona yleisesti käytettyyn ”en osaa sanoa” -vastausvaihtoehtoon erityisesti keskiarvoa laskettaessa. (Vehkalahti 2008, 35.)

Määrällisessä tutkimuksessa kerätty aineisto tulee tarkistaa aineiston keräämisen määräajan umpeuduttua tai kun riittävä aineisto on lomakkeilla saatu kerättyä. Lomakkeilla kerätyt tiedot tulee tarkistaa ja tarvittaessa poistaa puutteellisesti täytetyt lomakkeet. Aineiston tarkistuksessa on tärkeää arvioida puuttuvien tietojen määrä tutkimuksessa. On tarpeellista arvioida kyselyn onnistumista, mikäli merkittävä osa on jättänyt osan vastauksista täyttämättä. (Vilka 2007, 106.)

Kerätystä aineistosta tulee myös tarkistaa muuttujat ja niiden arvot. Aineiston analyysivaiheessa käytettyjen muuttujien ja nimien tulee olla vastaavat kuin kyselylomakkeessa tulkintavirheiden välttämiseksi. (Vilka 2007, 114)

Kuvailevalla analyysillä on tarkoitus kuvata millainen tutkittava kohde on ilmiönä, tai kuinka yleinen ilmiö on kyseessä, samalla se vastaa kysymyksiin mitä, minkälainen ja kuinka paljon (KvantiMOTV 2009).

## 5 TOTEUTUS

### 5.1 Opinnäytetyön aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä toistettiin aikaisemman opinnäytetyön kysely (Riikonen 2011) päihdetyön ammattilaisille. Riikonen (2011) kartoitti luomallaan kyselylomakkeella avomielenterveyspalveluiden ammattilaisten kokemusta omasta omaistyön osaamisestaan. Tällöin kyselykaavake testattiin neljällä A-klinikkasäätiön työntekijällä, jonka jälkeen kyselykaavake hioutui nykyiseen muotoonsa (Riikonen 2011, 29). Tässä opinnäytetyössä kysely toistettiin sellaisenaan ilman muutoksia varsinaisten kysymysten sisältöihin, jotta saadut tulokset olivat keskenään vertailukelpoisia. Kyselyä käytettäessä kysymysten tulee olla kaikille vastaajille samat ja ne tulee kysyä samassa järjestyksessä (Vilka 2007, 28).

Kyselyä muutettiin vain vastaajan työnantajaa kartoittavan kysymyksen osalta. Kysymyskaavakkeessa taustamuuttujat kartoitettiin neljällä kysymyksellä ja kokemusta omaistyön osaamisesta kartoitti kymmenen mittaria, eli kysymystä. Omaistyön osaamista kartoittava vastausvaihtoehdot muodostuivat likert -asteikon mukaisesti kysymyksissä 5-10, 12 ja 13. Kysymyksissä 11 ja 14 valittiin sopivin vaihtoehto. Kysymyksen 14 yhteydessä oli mahdollisuus vapaalle tekstille. Kysely luotiin Tampereen ammattikorkeakoulun serverille E-lomake-editorilla.

Opinnäytetyössä käytetyn aineiston keräämiseksi anottiin tutkimuslupa Tampereen kaupungilta ja A-klinikkasäätiöltä keväällä 2013. Aineisto kerättiin Tampereen kaupungin päihdepalveluiden ja Tampereen A-klinikkasäätiön eri toimipisteistä e-lomakkeella siten, että eri toimipisteiden esimiehet välittivät saatekirjeen ja linkin kyselyyn henkilöstölleen. Saatekirjeessä (liite 1) kerrottiin opinnäytetyön aihe, opinnäytetyön tekijä yhteystietoineen, opinnäytetyön suunniteltu julkaisuajankohta ja -tapa sekä vastausaika. Kyselyyn osallistuneilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja antaa palautetta kyselyn tekijälle. Lisäksi saatekirjeessä oli myös Omaiset mielenterveystyön tukena Tampereen edustajan ja Tampereen ammattikorkeakoulussa opinnäytetyötä ohjaavan opettajan yhteystiedot.

Aineisto kerättiin toukokuussa, vastausaikaa kyselyyn oli kaksi viikkoa. E-lomakkeella kerätty aineisto kertyi Tampereen ammattikorkeakoulun serverille. E-lomake oli avoimena vain vastausajan, jonka jälkeen kyselyyn ei enää pystynyt vastaamaan. Kyselykaavakkeen tekijänoikeudet kuuluvat Omaiset mielenterveystyön tukena ry:lle (Riikonen 2011, 28). Tästä johtuen kyselykaavaketta ei julkaista tämän opinnäytetyön liitteenä.

## 5.2 Opinnäytetyön aineiston analysointi

E-lomakkeella kerätty aineisto tallentuu automaattisesti sähköiseksi. Saadut vastaukset luettiin läpi kysymys kysymykseltä. Kaikki vastauslomakkeet huomioitiin tuloksien analysoinnissa, vaikka yksittäiseen kysymykseen ei olisikaan ollut vastausta. Jokainen vastaamatta jätetty muuttuja on mainittu tuloksissa. Kerätyt tiedot siirrettiin SPSS -ohjelmaan E-lomake -ohjelmistolla. Aineiston pienuudesta johtuen kerätystä aineistosta tehtiin vain yksinkertaisia kuvaavia taulukoita. Aineiston koko ei ollut riittävä ristiintaulukointiin, vaikka olisikin ollut mielenkiintoista vertailla esimerkiksi työkokemusvuosien vaikutusta kokemukseen omaistyön osaamisesta.

E-lomakkeelle olin virheellisesti syöttänyt kysymykseen 12 väärän vastausvaihtoehdon. Vastausvaihtoehto ”jokseenkin eri mieltä” toistui kohdassa, jossa olisi kuulunut olla vastausvaihtoehto ”täysin samaa mieltä”. Tämä virhe havaittiin vain muutaman vastaajan jälkeen. Vastausta ei muutettu, mutta johdantoon lisättiin tieto virheellisistä vastausvaihtoehdoista ja korjaus. Harkitsin kysymyksen 12 jättämistä tulosten analysoinnin ulkopuolelle, mutta päädyin tulkitsemaan tuloksia analysoidessani jälkimmäisen ”jokseenkin eri mieltä” -muuttujan tarkoittavan ”täysin samaa mieltä”. Analysointia varten muuttujille määritellyt numeeriset arvot olivat oikein E-lomakkeella ja vastaukset jakautuivat eri vastausvaihtoehdoille aikaisemman opinnäytetyön tulosten mukaisesti. Virhe on huomioitu tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa.

Käytettäväksi taulukoksi valikoitui aikaisemmassakin opinnäytetyössä käytetty pylväsdiagrammi. Tässä opinnäytetyössä muuttujat oli kuvattu pylväsdiagrammissa prosentteina. Vilkan (2007, 141) mukaan prosenttilukujen kautta pystyy nopeasti hahmottamaan muuttujien suhteita toisiinsa. Taulukoiden ulkoasu ei kuitenkaan tästä johtuen vastannut aikaisemman opinnäytetyön (Riikonen 2011) tulosten esitystapaa, jossa pyl-



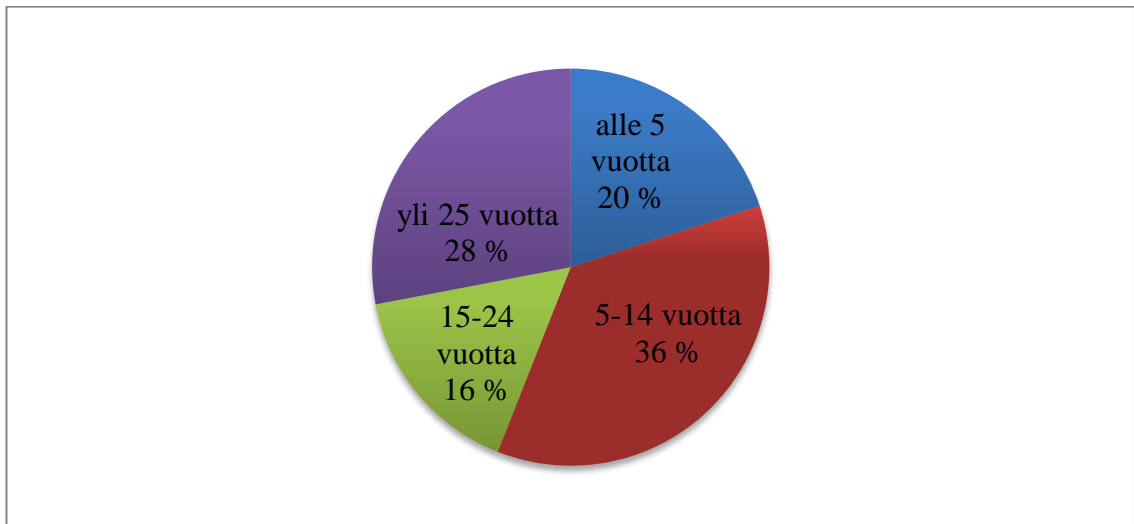
väsdigrammit perustuivat suoraan vastausmääriin. Pylväsdigrammit muokattiin lopulliseen ulkoasuunsa Microsoft Excell -ohjelmaa käyttäen.

Opinnäytetyössä saatuja tuloksia verrattiin aikaisemmassa opinnäytetyössä saatuihin tuloksiin. Vertailtaessa tuloksia aikaisempaan opinnäytetyöhön, Riikosen opinnäytetyössä saaduista tuloksista osa muutettiin prosenteiksi. Prosenteiksi muuntamisen kautta selkiytyi saatujen tulosten keskinäinen vertailu. Vertailtaessa saatuja tuloksia keskenään, esiin nostettiin yhteneväisyydet sekä suurimmat eroavaisuudet. Lisäksi Riikosen (2011) opinnäytetyön tulokset kopioitiin kohta kohdalta käsin Microsoft Excell -ohjelmaan, jonka avulla tuloksista luotiin uudet taulukot tämän opinnäytetyön liitteeseen (Liite 2) vertailun helpottamiseksi. Tähän opinnäytetyöhön Riikosen (2011) opinnäytetyössään saamat tulokset on kerätty opinnäytetyön taulukoista. Liitteessä 2 opinnäytetöistä saadut tulokset on esitetty samanlaisin tunnusluvuin siten, että kaikkien tulosten keskinäinen vertailu on visuaalisesti mahdollista.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Taustamuuttujat

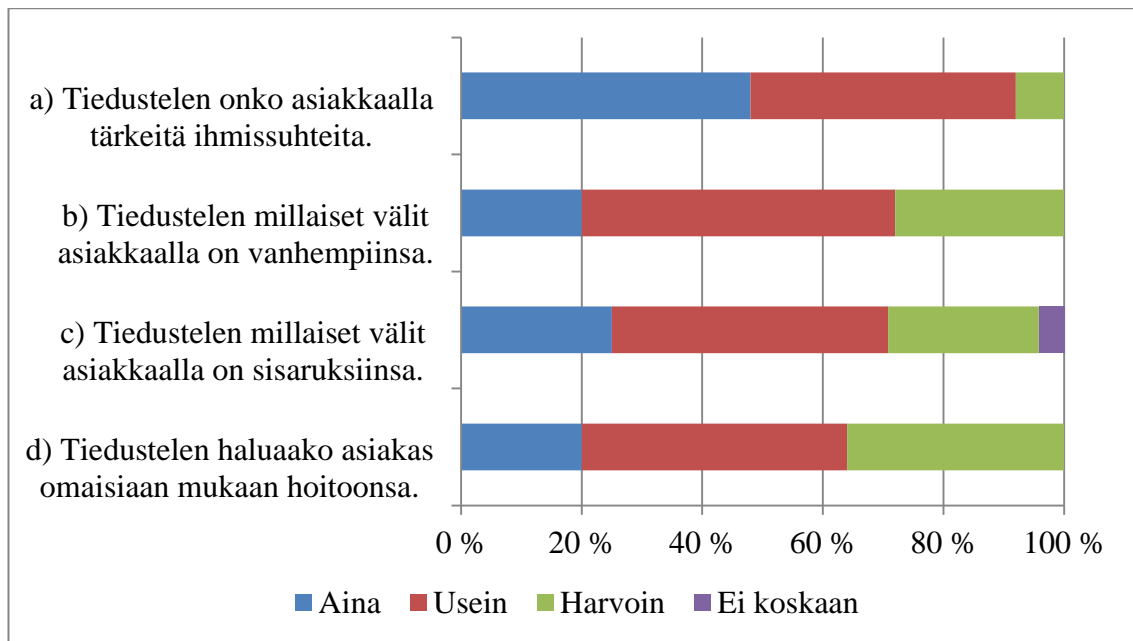
Kyselyyn vastasi 25 henkilöä, joista 11 ilmoitti ammattinimikkeekseen sairaanhoitajan, muita ammattiryhmiä edusti 14 henkilöä. Vastaukset jakautuivat lähes tasan Tampereen kaupungin päihdepalveluiden ja A-klinikkasäätiön Tampereen toimipisteiden kesken. Vastajien työkokemus vaihteli alle vuodesta lähes 40 vuoteen (kuvio 2). Työkokemuksen keskiarvo oli 16,3 vuotta. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli naisia (n=18).



KUVIO 2. Vastajien työkokemusvuosien jakautuminen kyselyssä.

### 6.2 Tiedon keruu asiakkaiden suhteista omaisiin

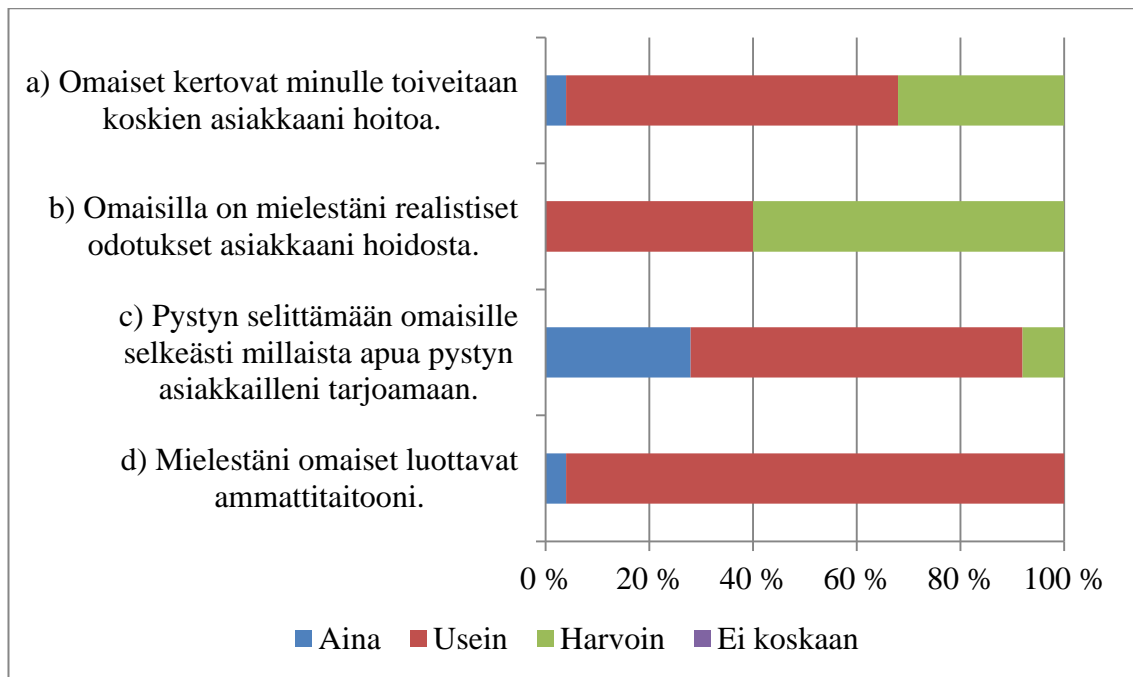
Kaikki vastanneet olivat kiinnostuneita asiakkaidensa tärkeistä ihmissuhteista. Vastanneista 92 % tiedusteli asiakkaaltaan aina tai usein, oliko heillä tärkeitä ihmissuhteita. Asiakkaan suhteita omiin vanhempiin ja sisaruksiin tiedusteltiin vähemmän, hieman yli 70 % kyselyyn vastanneista tiedusteli asiakkailtaan näitä perhesuhteita aina tai usein. Yksi ei koskaan tiedustellut asiakkaidensa sisarussuhteita ja yksi jätti vastaamatta sisarussuhteita käsittelevään kysymykseen. Asiakkaan halua ottaa omaisensa mukaan hoitoon tiedusteli aina 20 % ja usein 44 % vastanneista, harvoin puolestaan 36 % vastajista. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Päihdetyön ammattilaisten selvitystyö asiakkaan läheisistä ihmissuhteista.

### 6.3 Omaisten odotusten selvittäminen hoidon suhteen

Työntekijät kokivat omaisten kertovan usein toiveitaan asiakkaidensa hoitoon liittyen (n=16), yksi työntekijä vastasi omaisten kertovan aina hoitoon liittyviä toiveitaan. Työntekijöistä yli puolet (n=15) piti harvoin omaisten odotuksia hoidon suhteen realistisina. Lähes kaikki vastanneet kokivat pystyvänsä selittämään asiakkaidensa omaisille, millaista apua he pystyivät tarjoamaan ja kaikki kokivat omaisten luottavan heidän ammattitaitoonsa. (Kuvio 4.)



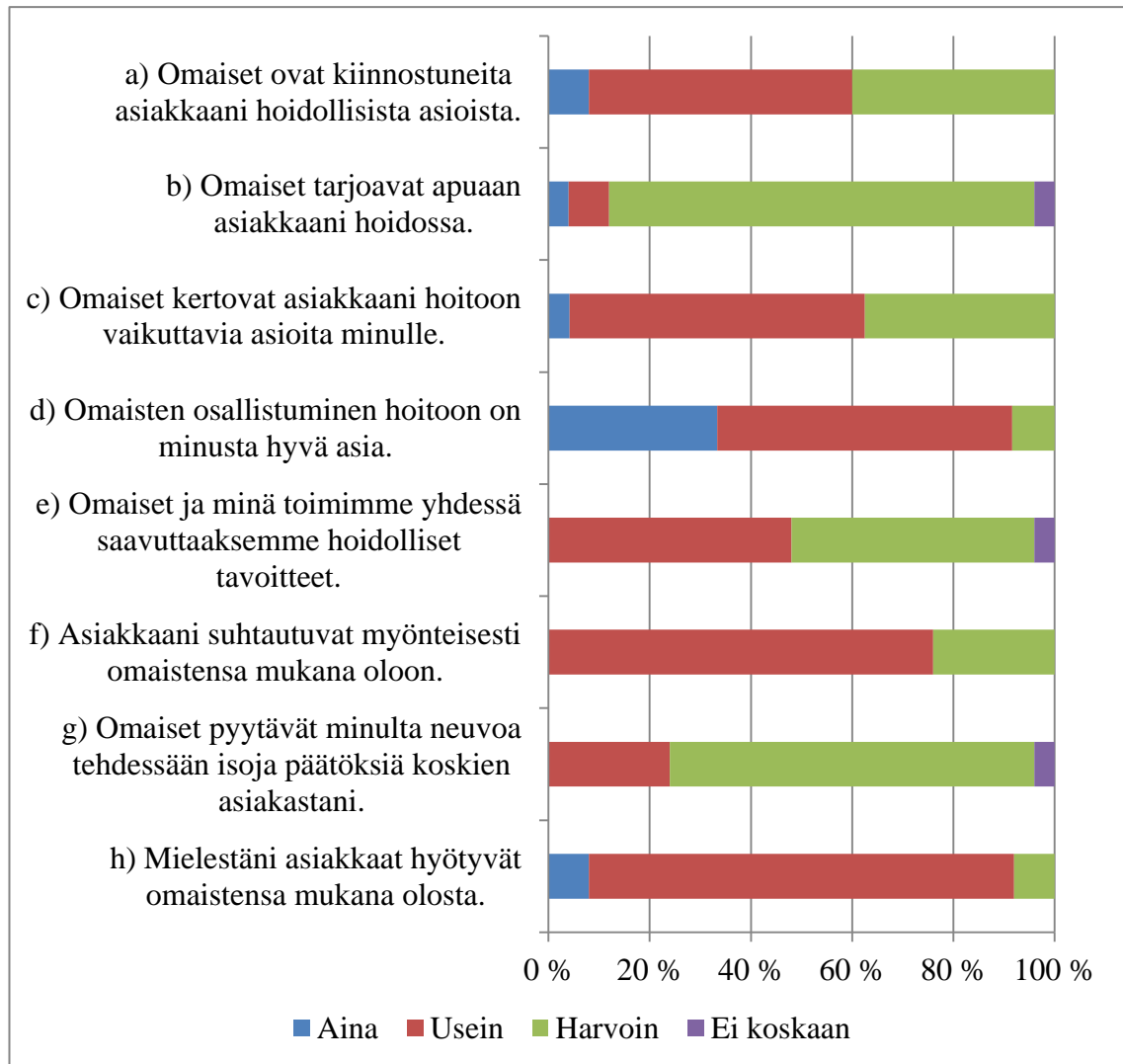
KUVIO 4. Päihdetyön ammattilaisten näkemys omaisten odotuksista sairastuneen hoidossa.

#### 6.4 Kokemuksia omaisten osallistumisesta hoitoon

Kyselyyn vastanneista 60 % (n=15) koki, että heidän asiakkaidensa omaiset olivat aina tai usein kiinnostuneita asiakkaiden hoidollisista asioista. Vastanneista 40 % (n=10) oli kuitenkin sitä mieltä, että omaiset ovat harvoin kiinnostuneita hoidollisista asioista. Asiakkaiden omaisten kuitenkin koettiin tarjoavan harvoin tai ei koskaan apuaan asiakkaiden hoitoon liittyen (n= 22). Omaiset osallistuivat päihdetyön asiakkaiden hoitoon kertomalla hoitoon vaikuttavia asioita aina tai usein (n=15). Yksi työntekijä koki asiakkaidensa omaisten kertovan aina hoitoon liittyviä asioita ja yksi vastaajista jätti vastaamatta aihetta käsittelevään kysymykseen. (Kuvio 5.)

Omaisten hoitoon osallistumisen koettiin aina tai usein (n=22) olevan hyvä asia. Vain kaksi vastanneista koki omaisten hoitoon osallistumisen vain harvoin hyvänä asiana, yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Noin puolet kyselyyn vastanneista koki, että he tekevät harvoin tai ei koskaan (n=13) yhteistyötä omaisten kanssa hoidollisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Asiakkaiden koettiin suhtautuvan usein myönteisesti omaistensa mukana oloon hoidossaan (n=19). Asiakkaiden omaisten osallistumisen hoitoon koet-

tiin aina tai usein olevan hyödyksi asiakkaalle (n=23). Omaiset kuitenkin kysyivät harvoin tai eivät koskaan (n=19) neuvoa päihdetyön ammattilaisilta, kun he tekivät isoja päätöksiä, jotka koskivat myös asiakkaana olevaa henkilöä. (Kuvio 5.)

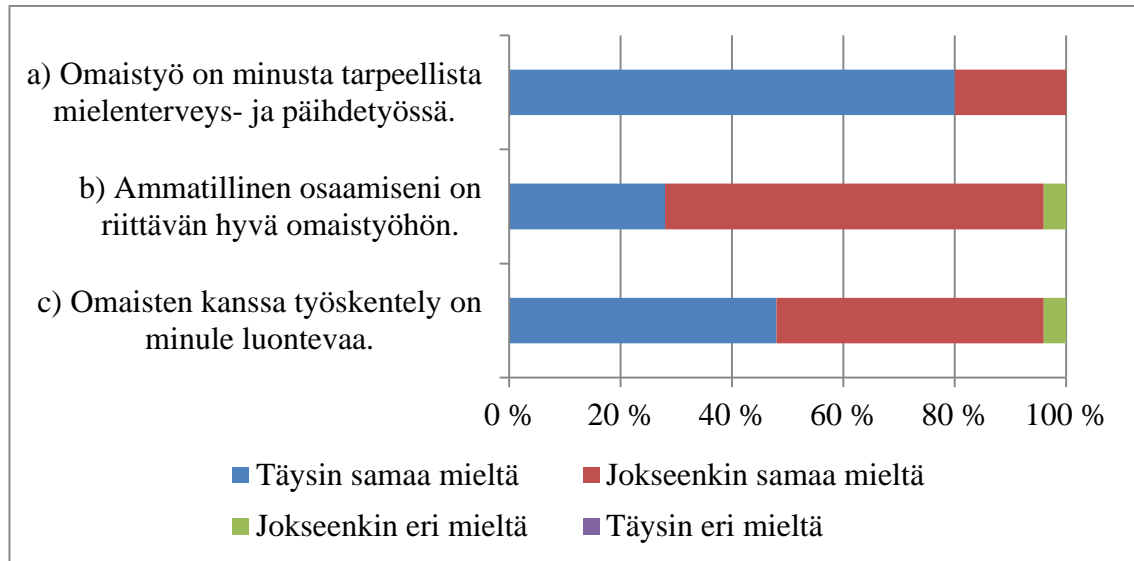


KUVIO 5. Päihdetyön ammattilaisten näkemys omaisten osallistumisesta hoitoon

## 6.5 Ammattilaisten asennoituminen omaistyöhön

Kyselyyn vastanneet näkivät omaistyön tarpeellisenä osana mielenterveys- ja päihdetyötä, täysin samaa mieltä oli 80 % vastaajista ja loput 20 % vastasivat olevansa jokseenkin samaa mieltä. Oma ammatillinen osaaminen koettiin hyvänä omaistyössä. Lähes kaikki vastaajat olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä (n=24) väittämän ”Ammatillinen osaamiseni on riittävän hyvä omaistyöhön” kanssa. Vain yksi vastanneista koki amma-

tillisen osaamisensa riittämättömänä. Omaisten kanssa työskentely koettiin myös luontevana (n=24). (Kuvio 6.)

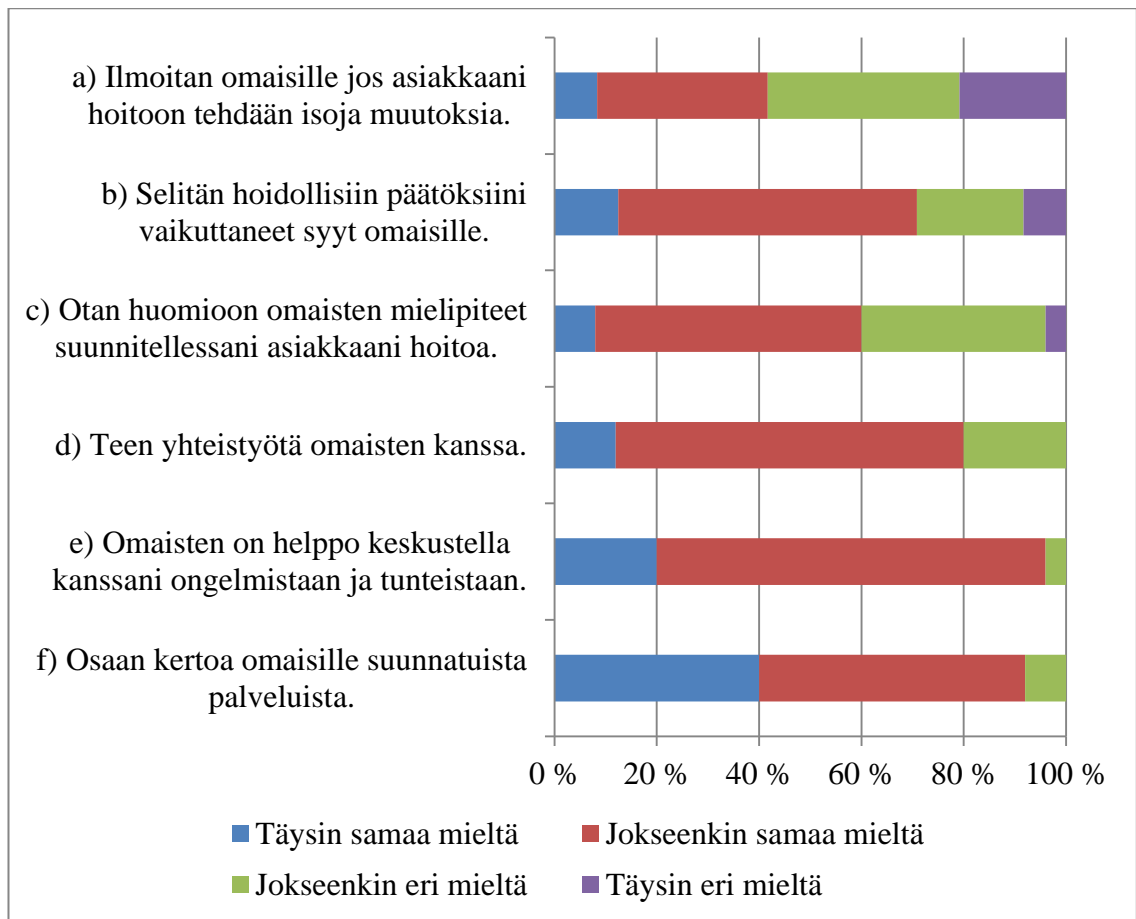


KUVIO 6. Päihdetyön ammattilaisten asenteita omaistyöstä

## 6.6 Hoidollisen tiedon jakaminen ammattilaisten ja omaisten välillä

Kyselyyn vastanneista suurin osa (n=20) koki tekevänsä yhteistyötä omaisten kanssa. Pieni osa (n=5) vastanneista teki harvoin yhteistyötä omaisten kanssa. Kyselyyn vastanneet päihdetyön ammattilaiset kokivat (n=24), että asiakkaiden omaisten on helppo keskustella heidän kanssaan ongelmistaan ja tunteistaan. Kyselyyn osallistuneet kokivat osaavansa kertoa hyvin tai melko hyvin omaisille suunnatuista palveluista. (Kuvio 7).

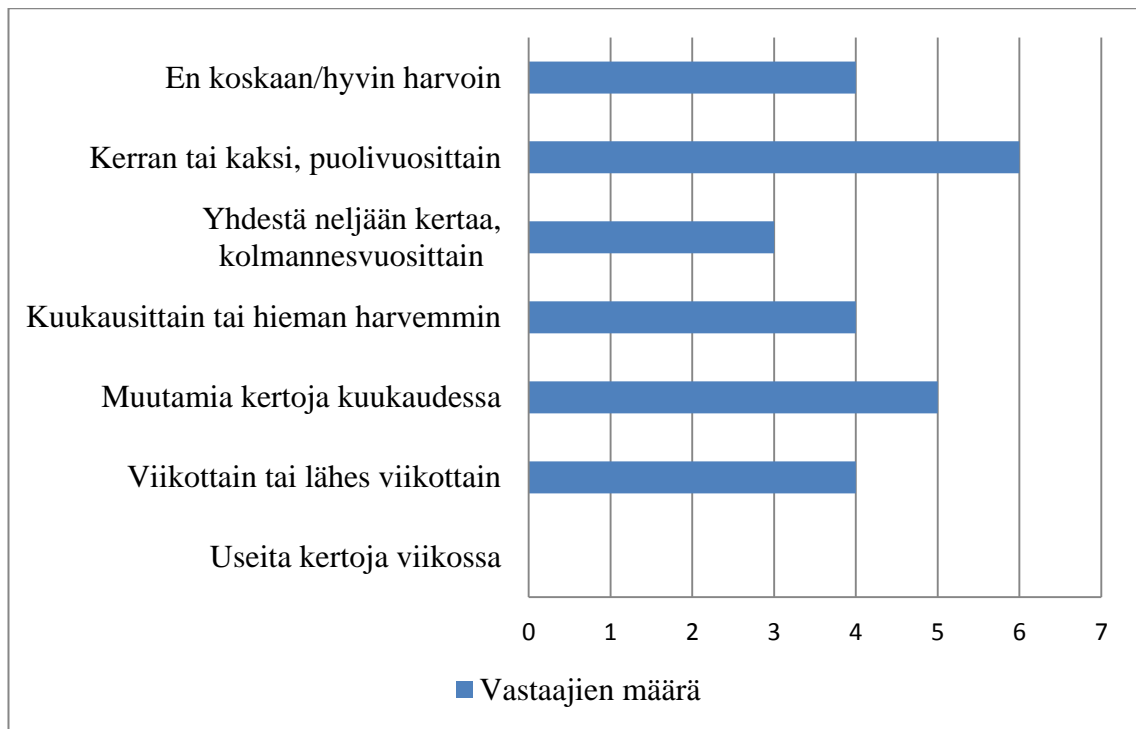
Päihdetyön ammattilaisten vastauksissa oli hajontaa, kun tiedusteltiin tiedon jakamista omaisten kanssa. Selvimmin tämä näkyi asiakkaan omaisille ilmoittamisessa, mikäli asiakkaan hoidossa tehdään isoja muutoksia. Suurin osa vastanneista oli täysin tai jokseenkin eri mieltä (n=14) väittämään, jossa asiakkaiden hoidon muutoksista ilmoitettiin omaisille, yksi vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen. Hoidollisiin päätöksiin vaikuttaneita syitä selitetään omaisille varsin usein, 71 % vastanneista vastasi olevansa täysin tai jokseenkin samaa (n=17) mieltä kun tätä kysyttiin päihdetyön ammattilaisilta. Omaisten mielipiteet hoitoa suunnitellessaan huomioitiin: vastanneista 60 % vastasi olevansa täysin tai jokseenkin samaa mieltä kun väittämässä kuvattiin hoidon suunnitelua asiakkaan omaisten mielipiteet huomioiden. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Tiedon jakaminen osapuolten välillä päihdetyön ammattilaisten näkökulmasta

## 6.7 Ammattilaisten yhteydenpito omaisten kanssa

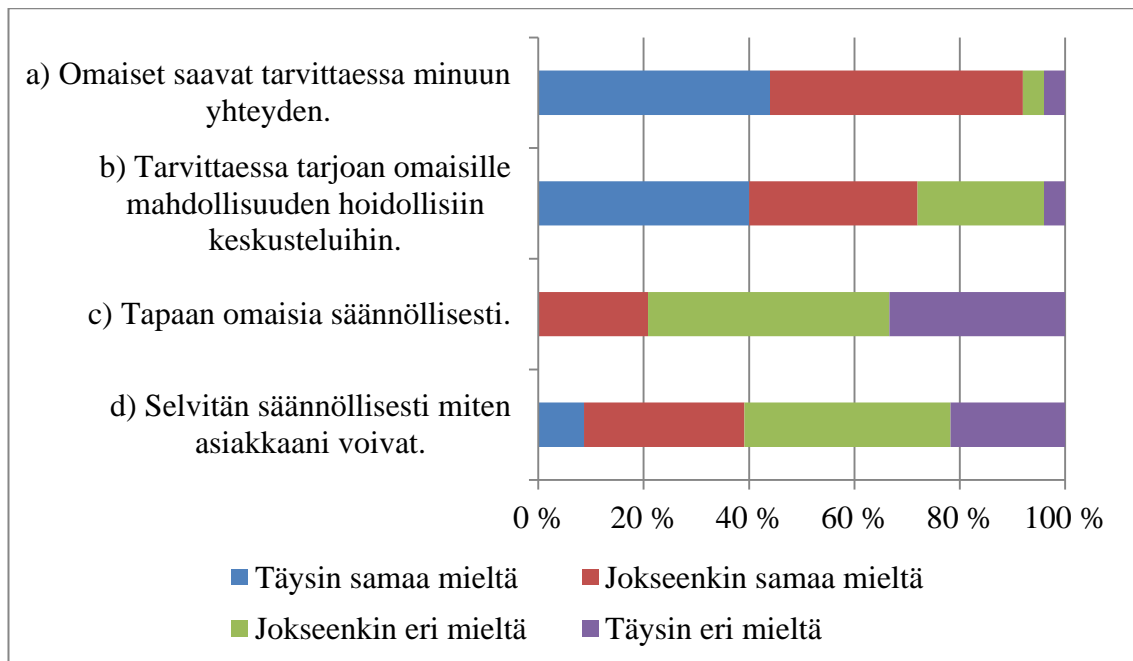
Ammattilaiset tapasivat omaisia hyvin vaihtelevasti. Vastaajien määrät jakautuivat hyvin tasaisesti kaikille vastausvaihtoehdoille (Kuvio 8). Kukaan työntekijöistä ei tavannut omaisia useita kertoja viikossa. Keskimäärin omaisia tavattiin muutamia kertoja kuukaudessa tai harvemmin. Kysymyksen asettelu jätti avoimeksi sen, haluttiinko selvittää kuinka usein yksittäisen asiakkaan omaisia tavataan keskimäärin vai omaisia tavataan yleisesti. Yksi kyselyyn vastanneista valitsi kaksi vastausvaihtoehtoa.



KUVIO 8. Kuinka usein päihdetyön ammattilaiset tapaavat omaisia.

Päihdetyön ammattilaiset kokivat omaisten saavan heihin tarvittaessa yhteyden, lähes kaikki vastaajat olivat joko täysin samaa mieltä ( $n=11$ ) tai samaa mieltä ( $n=12$ ). Yli 70 % vastanneista ( $n=18$ ) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, siitä tarjoavatko he tarvittaessa omaisille mahdollisuuden hoidolliseen keskusteluun. Omaisia ei kuitenkaan tavata säännöllisesti. Vastaajista suurin osa oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä ( $n=19$ ) kun väittämässä esitettiin ammattilaisten tapaavan omaisia säännöllisesti. Yksi ei vastannut kysymykseen omaisten tapaamisen säännöllisyydestä. Väittämään, jossa selvitettiin säännöllisesti miten asiakkaat voivat, kyselyyn osallistuneista kaksi jätti vastaamatta kysymykseen ja vastaukset painottuivat vaihtoehdoille jokseenkin ja täysin eri mieltä ( $n=14$ ). (Kuvio 9.)





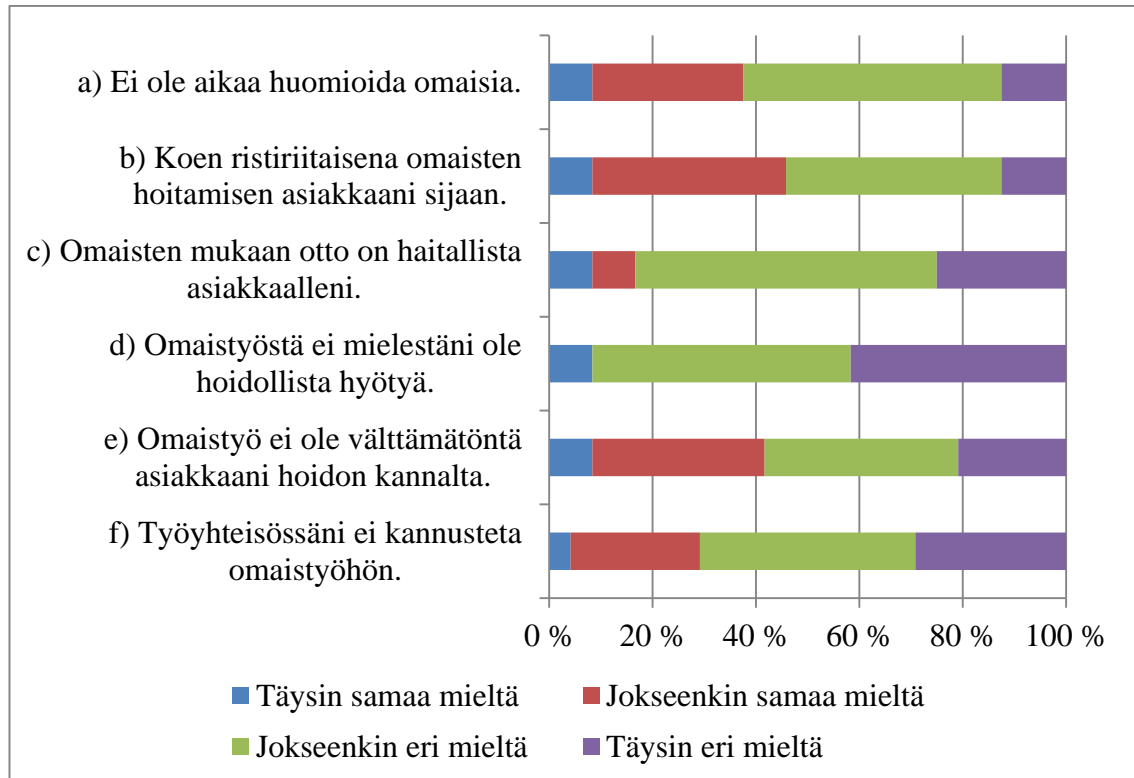
KUVIO 9. Päihdetyön ammattilaisten näkemyksiä omaisten jaksamisen tukemisesta

## 6.8 Yhteistyön esteet ammattilaisen näkökulmasta

Omaisten kanssa tehtävä työ koettiin hyödylliseksi asiakkaan hoidon kannalta (n=22). Asiakkaan hoidon kannalta välttämättömänä omaisten kanssa tehtävän yhteistyön koki yli puolet kyselyyn vastanneista (n=14). Yli 40 % (n=10) kuitenkin koki, ettei omaistyö ollut välttämätöntä asiakkaan hoidon kannalta. Päihdetyön ammattilaisista yli puolet (n=15) koki, että heillä on aikaa omaisten huomioimiseen asiakkaittensa hoidon yhteydessä tai siihen liittyen. Vastanneista kuitenkin 37 % (n= 9) koki, ettei heillä ollut riittävästi aikaa omaisten huomioimiseen. Yksi jätti vastaamatta ajankäyttöä koskevaan väittämään. (Kuvio 10.)

Työyhteisöjen koettiin kannustavan tekemään yhteistyötä myös asiakkaan omaisten kanssa (n=17), mutta yksi vastaajista koki olevansa täysin samaa mieltä väittämän ”työyhteisössäni ei kannusteta omaistyöhön” kanssa ja kuusi vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä. Hieman yli puolet (n=13) vastaajista ei kokenut ristiriitaisena omaisten hoitamista asiakkaiden sijaan. 11 vastaajaa kuitenkin koki ristiriitaisena omaisten hoitamisen asiakkaiden sijaan, yksi vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen. Kyselyyn vastanneet eivät pitäneet (n=20) omaisten mukaanottoa haitallisena asiakkaalle, vastaajista

neljä kuitenkin koki omaisten mukaanoton olevan ainakin ajoittain haitallista. (Kuvio 10.)



KUVIO 10. Päihdetyön ammattilaisista johtuvia hoidollisen yhteistyön esteitä

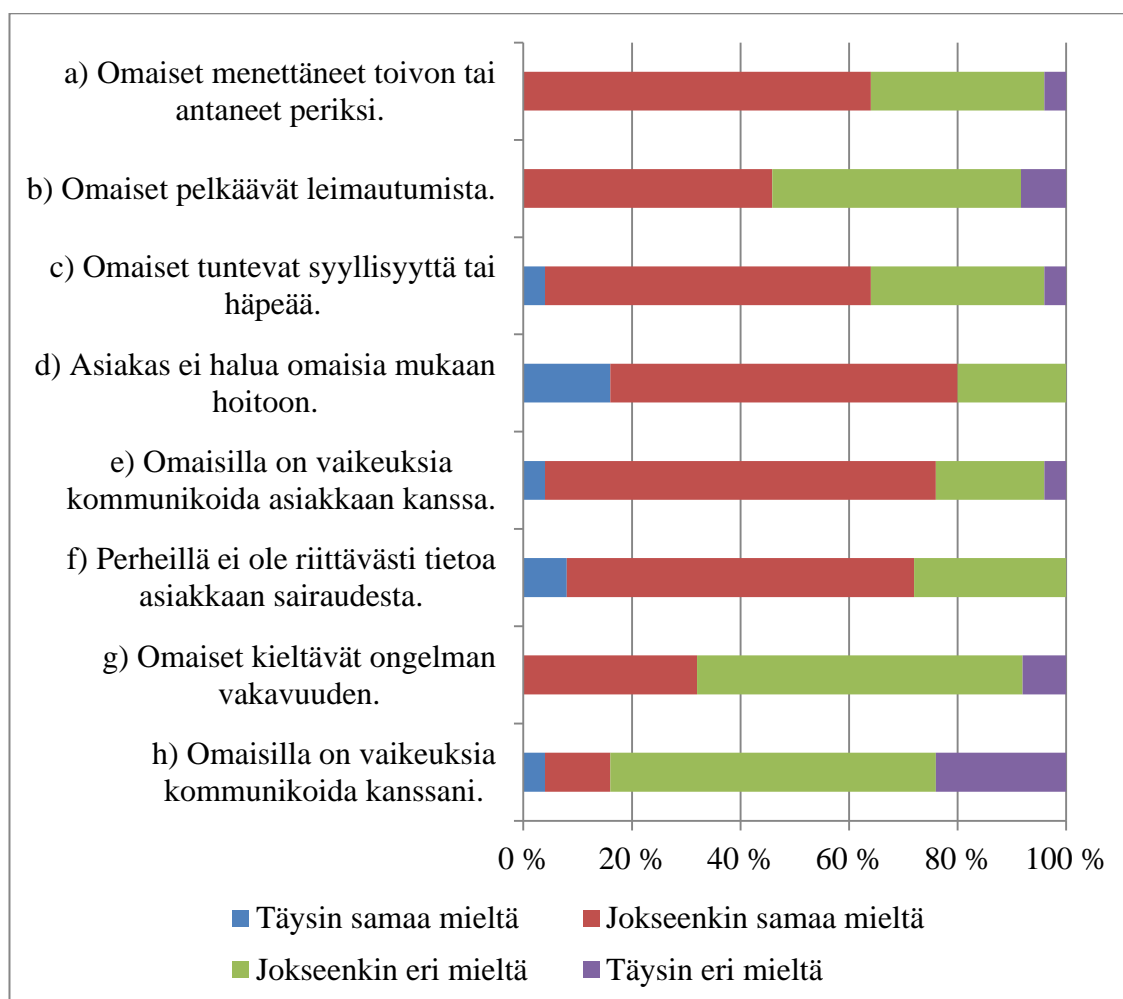
## 6.9 Yhteistyön esteet omaisten näkökulmasta

Omaisten kanssa tehtävän yhteistyön esteitä tarkasteltiin myös omaisten näkökulmasta ammattilaisten mielikuvien ja kokemusten kautta. Omaisten toivon menetyksen ja periksi antamisen koettiin vaikuttavan yhteistyöhön. 64 % vastanneista oli jokseenkin samaa mieltä, että omaisten toivon menetys ja periksi antaminen vaikuttaa yhteistyöhön. Vastanneista yli puolet (n=13) eivät kokeneet omaisten leimaantumisen pelon estävän heidän kanssaan tehtävää yhteistyötä. Yksi ei vastannut leimautumista käsittelevään kysymykseen. Päihdetyön ammattilaisista yli 60 % on täysin tai jokseenkin samaa mieltä (n=16), että yhteistyöhön vaikuttaa omaisten tuntema syyllisyys ja häpeä. (Kuvio 11.)

Päihdetyön ammattilaiset kokivat (n=20), että mikäli asiakas ei halua omaisiaan mukaan hoitoonsa, on se omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä estävä tekijä. Asiakkaiden ja omaisten keskinäisten kommunikointivaikeuksien koettiin estävän yhteistyötä omaisten

kanssa (n=19). Omaisten tiedon puutteen koettiin olevan esteenä omaisten kanssa tehtävälle yhteistyölle. Yli 70 % vastasi olevansa täysin tai jokseenkin samaa mieltä (n=18) väittämän ”perheillä ei ole riittävästi tietoa asiakkaan sairaudesta”. Päihdetyön ammattilaisista yli puolet (n=17) vastasi olevansa jokseenkin tai täysin eri mieltä väittämän ”omaiset kieltävät ongelman vakavuuden” ja kaksi vastaajaa oli täysin eri mieltä väittämän kanssa. (Kuvio 11.)

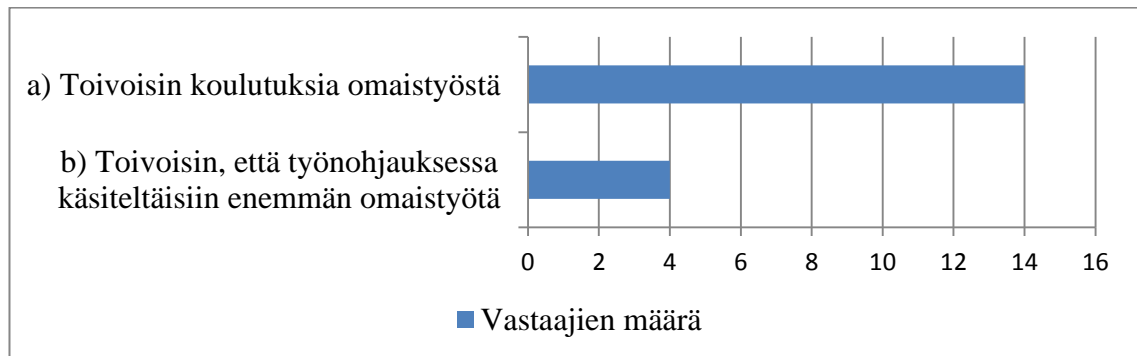
Omaisten kanssa tehtävän yhteistyön esteitä käsittelevän kysymyssarjan viimeisenä väittämänä oli ”omaisilla on vaikeuksia kommunikoida kanssani”. Vastanneista lähes kaikki olivat eri mieltä väittämän kanssa (=21). Kysymyksen asettelu jättää avoimeksi sen, kokivatko kyselyyn vastanneet ammattilaiset, ettei heillä ollut kommunikointivaikeuksia omaisten kanssa, vai että he eivät antaneet omaisten vaikeuksien kommunikoida heidän kanssaan estää tehtävää yhteistyötä. (Kuvio 11.)



KUVIO 11. Omaisista johtuvia hoidollisen yhteistyön esteitä päihdetyön ammattilaisten kokemana

## 6.10 Ammattilaisten kehittämisehdotuksia yhteistyölle

Päihdetyön ammattilaisista hieman yli puolet (n=14) toivoi lisää koulutusta omaistyöhön liittyen. Vain neljä vastaajaa toivoi omaistyötä käsiteltävän työnohjauksessa. Kehittämisehdotuksia omaistyön tekemiseksi ei vastauksissa tuotettu. (Kuvio 12.)



KUVIO 12. Päihdetyön ammattilaisten toiveet omaistyön osaamisen parantamiseksi

## 6.11 Omaisten kanssa tehtävässä yhteistyössä huomioitavaa

Useassa vastauksessa koulutustarpeeseen liittyvään vapaaseen tekstikenttään oli kirjoitettu omaistyötä tarkentavia lisätekstejä. Vastauksissa nousi esiin kolme teemaa: omaisten jaksamisen tukeminen, vaitiolovelvollisuus ja päihdehoidon moninaisuus. Omaiselle järjestettiin usein henkilökohtaista aikaa omaisen oman hyvinvoinnin ja jaksamisen tukemiseksi. Päihdeongelmaisten omaisten jaksamista tuettiin ja huolia kuunneltiin tarvittaessa myös silloin, kun heidän omaisensa ei ollut hoitosuhteessa.

Suurimmassa osassa avoimeen tekstikenttään kirjoitetuista vastauksista nostettiin esiin vaitiolovelvollisuus korostamalla sitä, että omaisille ei kerrota asiakkaan asioita ilman tämän suostumusta. Vastauksissa mainittiin myös, että asiakkaan hoitoon liittyvistä asioista keskustellaan omaisten kanssa vain asiakkaan läsnä ollessa, kahdenkeskisissä keskusteluissa keskitytään omaiseen itseensä. Lisäksi vastauksissa muistutettiin hoitajaksojen ja hoitomuotojen moninaisuudesta, tämän koettiin myös vaikeuttavan tämän kyselyn kysymyksiin vastaamista.

## **7 VERTAILU AIKAISEMMAN OPINNÄYTETYÖN TULOKSIIN**

Tässä opinnäytetyössä saatuja tuloksia verrattiin Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä ”Avomielenterveyspalveluiden ammattilaisten omaistyön osaamisen selvitys” saatuihin tuloksiin (Riikonen 2011). Aiemmat tiedot on kerätty samalla kyselyllä Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluiden ammattilaisilta ja ne kuvaavat heidän käsityksiään omasta omaistyön osaamisestaan. Opinnäytetöissä saadut tulokset on esitetty rinnakkaisina taulukoina liitteessä 2.

### **7.1 Taustamuuttajat**

Avomielenterveyspalveluiden ammattilaisten omaistyön osaamisen selvitykseen vastasi 20 henkilöä, joista suurin vastaajaryhmä oli sairaanhoitajat (n=12). Tämän opinnäytetyön vastaajamäärä oli 25, sairaanhoitajat edustivat myös suurinta vastaajaryhmää (n=14). Avomielenterveyspalveluiden ammattihenkilöstön työkokemuksen keskiarvo oli 19,5 vuotta ja päihdepalveluiden 16,3 vuotta. (Riikonen 2011, 19.)

### **7.2 Tiedon keruu asiakkaan suhteista omaisiin**

Mielenterveystyön ammattilaiset selvittivät useammin asiakkaidensa tärkeitä ihmissuhteita. Kaikki (n=20) Riikosen (2011) kyselyyn vastanneet selvittivät asiakkaidensa tärkeitä ihmissuhteita aina tai usein. Päihdepalveluiden ammattilaista tätä tiedusteli aina tai usein 23 vastaajaa. Mielenterveyspalveluissa asiakkaiden suhteita vanhempiinsa ja sisaruksiinsa tiedusteltiin aina tai usein, päihdepalveluissa lähes 30 % tiedusteli asiakkaan välejä vanhempiin tai sisaruksiin harvoin tai ei koskaan. Asiakkaalta tiedusteltiin aina tai usein halukkuutta omaisten mukaan ottamista hoitoon hieman useammin mielenterveyspalveluissa kuin päihdepalveluissa. (Riikonen 2011, 19; Liite 2, 1.)

### **7.3 Omaisten odotusten selvittäminen hoidon suhteen**

Ammattilaisten kokemana omaiset kertoivat aktiivisemmin asiakkaan hoitoon liittyviä toiveitaan päihdepalveluissa. Liki 70 % vastanneista päihdetyön ammattilaisista koki omaisten kertovan asiakkaan hoitoa koskevia toiveitaan aina tai usein, kun taas vastaava luku avomielen terveyspalveluissa oli alle 60 %. Omaisten hoitoon liittyvien odotusten koettiin hieman useammin olevan realistiset avomielen terveyspalveluiden työntekijöiden kokemana. Molemmissa kyselyissä työntekijät kokivat pystyvänsä selittämään omaisille millaista apua he pystyvät asiakkailleen tarjoamaan ja kokivat omaisten luottavan heidän ammattitaitoonsa. (Riikonen 2011, 20; Liite 2, 2.)

### **7.4 Kokemuksia omaisten osallistumisesta hoitoon**

Avomielen terveyspalveluissa työskentelevät kokivat asiakkaidensa omaisten olevan useammin kiinnostuneita omaistensa hoidosta. Omaisten koettiin tarjoavan omaa apuaan asiakkaiden hoidossa harvemmin päihdepalveluissa (n=3) kuin mielen terveyspalveluissa (n=8). Molempien kyselyiden perusteella asiakkaiden omaisten osallistuminen hoitoon koettiin hyvänä asiana. (Riikonen 2011, 20–21; Liite 2, 3.)

Yhteistyötä hoidollisten tavoitteiden saavuttamiseksi tehtiin useammin mielen terveyspalveluissa (n=15) kuin päihdepalveluissa (n=12). Sekä mielen terveys- että päihdetyön ammattilaiset kokivat asiakkaiden suhtautuvan pääsääntöisesti myönteisesti omaistensa mukana oloon, hieman myönteisempänä asiakkaiden suhtautuminen koettiin mielen terveyspalveluissa. 40 % avomielen terveyspalveluiden ammattilaisista ja 24 % päihdetyön ammattilaisista koki, että omaiset kysyivät neuvoa tehdessään suuria asiakasta koskevia päätöksiä. Molemmissa kyselyissä koettiin asiakkaiden hyötyvän omaistensa mukana olosta. (Riikonen 2011, 20–21; Liite 2, 4.)

### **7.5 Ammattilaisten asennoituminen omaistyöhön**

Sekä mielen terveyden että päihdetyön ammattilaiset kokivat omaistyön tärkeäksi. Ammatillinen osaaminen koettiin riittävänä, mutta pientä lisäkoulutuksen tai kehittämisen tarvetta oli vastauksista havaittavissa: väittämään ”Ammatillinen osaamiseni on

riittävän hyvä omaistyöhön” jokseenkin samaa mieltä vastasi lähes 70 % päihdetyön ammattilaisista ja 50 % mielenterveystyön ammattilaisista. Lähes kaikki vastanneet olivat molemmissa kyselyissä täysin tai jokseenkin samaa mieltä, kun väittämänä oli ”Omaisten kanssa työskentely on minulle luontevaa”. (Riikonen 2011, 21–22; Liite 2, 5)

## **7.6 Hoidollisen tiedon jakaminen ammattilaisten ja omaisten välillä**

Hoidollisen tiedon jakamista ammattilaisten ja omaisten välillä kartoitettiin kyselyissä kuudella väittämällä. Vastausten jakaumat tiedon jakamiseen omaisten kanssa olivat samankaltaiset mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaisten kesken. Hoitoon tehtävistä muutoksista omaisille ilmoitettiin harvoin, mutta hoidollisiin päätöksiin vaikuttaneita syitä selitettiin omaisille. Omaisten mielipiteitä otettiin huomioon sekä mielenterveystyössä päihdepalveluissa ja omaisten kanssa tehtiin yhteistyötä. Molemmissa kyselyissä ammattilaiset myös kokivat, että omaisten on pääsääntöisesti helppo keskustella heidän kanssaan ja omaisille osattiin tarvittaessa kertoa heille suunnatuista palveluista. (Riikonen 2011, 22–23; Liite 2, 6–7.)

## **7.7 Ammattilaisten yhteydenpito omaisten kanssa**

Mielenterveyspalveluiden ammattilaiset tapasivat omaisia päihdepalveluiden ammattilaisia useammin. Kyselyihin vastanneista päihdepalveluiden ammattilaisista neljä tapasi omaisia hyvin harvoin tai ei koskaan, mielenterveyspalveluiden ammattilaisista useampi tapasivat omaisia vähintään kerran tai kaksi, puolivuositain. (Riikonen 2011, 23; Liite 2, 8.)

Molemmissa kyselyissä selvisi, että omaiset saavat tarvittaessa yhteyden työntekijöihin. Kyselyiden perusteella omaisille tarjottiin tarvittaessa myös mahdollisuus hoidollisiin keskusteluihin. Omaisten säännöllinen tapaaminen ei ollut kummassakaan kyselyssä itsestäänselvyys. Kyselyissä saatujen vastausten perusteella omaisten vointia selvitettiin harvemmin aktiivisesti. (Riikonen 2011, 24; Liite 2, 9.)

## 7.8 Yhteistyön esteet ammattilaisten näkökulmasta

Yhteistyön esteitä ammattilaisten näkökulmasta kartoittavissa väittämässä vastaukset olivat hyvin yhteneviä. Käytettävissä olevan ajan ei koettu olevan merkittävä este omaisten kanssa tehtävälle yhteistyölle. Sen sijaan väittämä ”Koen ristiriitaisena omaisten hoitamisen asiakkaani sijaan vastauksekseen valitsi ”täysin samaa mieltä” tai ”jokseenkin samaa mieltä” sekä mielenterveys- että päihdepalveluiden ammattilaisista n. 45 %. Omaisten ottamista mukaan hoitoon ei koettu haitallisena. (Riikonen 2011, 24–25; Liite 2, 10.)

Omaistyö itsessään nähtiin hyödyllisenä. Eroavaisuutta oli väittämän ”omaistyö ei ole välttämätöntä asiakkaani hoidon kannalta” kohdalla: päihdetyön ammattilaiset kokivat mielenterveystyön ammattilaisia useammin omaistyön merkityksen pienempänä hoidon kannalta. Molemmissa kyselyissä saduista tuloksista havaittiin myös, ettei työyhteisö aina kannusta omaistyöhön. Tosin 20 % mielenterveystyön ammattilaisista ja lähes 30 % päihdetyön ammattilaisista oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä väittämän ”työyhteisössäni ei kannusteta omaistyöhön”. (Riikonen 2011, 24–25; Liite 2, 11.)

## 7.9 Yhteistyön esteet omaisten näkökulmasta

Omaisten koettiin menettäneen toivonsa tai antaneen periksi useammin päihdetyön ammattilaisten kokemuksia kartoittavassa kyselyssä. Vastanneista päihdetyön ammattilaisista 64 % oli samaa mieltä, että omaisten kanssa tehtävän yhteistyön esteenä on omaisten toivon menetys ja periksi antaminen. Vastaavasti vain 25 % mielenterveyspalveluissa työskentelevistä koki omaisten toivon menetyksen olevan omaistyön tekemisen esteenä. Mielenterveyspalveluissa työskentelevät ammattilaiset olivat useammin täysin samaa mieltä, että asiakkaan kieltäytyminen omaisten ottamisesta mukaan hoitoon on omaistyötä estävä tekijä. Molemmissa kyselyissä tämä nähtiin merkittävimpänä esteenä omaisten kanssa tehtävälle yhteistyölle. (Riikonen 2011, 25–26; Liite 2, 12.)

Molemmissa kyselyissä omaisten häpeän tai syyllisyyden tunteiden koettiin myös vaikuttavan tehtävään yhteistyöhön. Omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä esti myös omaisten riittämätön tieto asiakkaana olevan henkilön sairaudesta. Omaisten koettiin kieltävän ongelman vakavuus useammin mielenterveystyön ammattilaisten kokemuksia



kartoittavassa kyselyssä. Kummassakaan kyselyssä ammattilaiset eivät kokeneet, että omaisilla olisi merkittävästi sellaisia vaikeuksia kommunikoida heidän kanssaan, mikä estäisi omaisten kanssa tehtävän yhteistyön. (Riikonen 2011, 25–26; Liite 2, 13).

## 8 POHDINTA

### 8.1 Eettisyys

Opinnäytetyön aihe tuli Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:ltä. Opinnäytetyössä toistettiin aikaisemmassa opinnäytetyössä käytetty kysely, jonka tekijänoikeudet aikaisemman opinnäytetyön tekijä on luovuttanut Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:lle (Riikonen 2011, 28).

Eettisesti luotettavan tutkimuksen saatekirjeessä vastaajille annetaan lupaus luottamuksellisuudesta ja yksilöllisten vastausten salassapidosta (Vilka 2007,164). Tämän opinnäytetyön kyselyn yhteydessä on vastaajille kerrottu saatekirjeessä vastausten säilyttämisestä ja että aineisto hävitetään Tampereen ammattikorkeakoulun serveriltä opinnäytetyön valmistumisen yhteydessä. Opinnäytetyön valmistumisen yhteydessä Tampereen ammattikorkeakoulun serverille tallennettu aineisto hävitettiin ja siitä otetut tulosteet (yksi kappale) hävitettiin Tampereen ammattikorkeakoulun tietoturvajätteissä.

Kyselyn tekemisen lähtökohtana oli vastaajien vapaaehtoisuus ja itsemääräämisoikeus. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista. Kyselyyn osallistumisesta ei palkittu, eikä vastaamatta jättämisestä aiheutunut seuraamuksia. Kyselyssä oli mahdollisuus jättää vastaamatta osaan tai halutessaan jopa kaikkiin esitettyihin kysymyksiin. Kenelläkään ei ole ollut mahdollisuutta seurata, kuka saatekirjeen ja kyselyn e-lomakelinkin saaneista on osallistunut tai jättänyt osallistumatta kyselyyn.

Kyselyyn vastattiin nimettömänä. Taustatiedoissa kartoitettiin vastaajan sukupuoli, työkokemusvuodet, ammattinimike ja työskentelikö vastannut A-klinikkasäätiöllä vai Tampereen kaupungilla. A-klinikkasäätiön ja Tampereen kaupungin toimipisteitä ei kyselyssä eroteltu lainkaan. Pienestä vastaajamäärästä (n=25) johtuen saatuja vastauksia ei eritelty suhteessa kysytyihin taustatietoihin anonymiteetin suojaamiseksi.

Vilkan (2007, 165) mukaan ulkopuolisia lähteitä tulee käyttää asiallisesti, eikä toisen tuottamaa tietoa tule vähätellä eikä vääristellä, sillä toisen työn kunnioittaminen kuuluu hyvään tieteelliseen raportointitapaan. Tässä opinnäytetyössä on lähdeviitteet merkitty, eikä ulkopuolisia lähteitä ole käytetty niihin viittaamatta. Mielenterveys- ja päihdetyön

ammattilaisten kokemuksia vertailevassa osuudessa aikaisemman opinnäytetyön tuloksia ei ole uudelleen tulkittu.

## 8.2 Luotettavuus

Opinnäytetyön aineiston keräämisessä käytettiin kyselykaavaketta, joka on luotu aikaisemmassa opinnäytetyössä (Riikonen 2011). Kyselylomakkeeseen tehtiin muutoksia vain kysymykseen numero kolme, jotta kysely soveltuisi käytettäväksi kohderyhmälle. Kysymyksessä kolme kysyttiin vastaajan työpaikkaa, vastausvaihtoehtoja tämän opinnäytetyön kyselyssä oli kaksi: Tampereen kaupungin päihdepalvelut ja Tampereen A-klinikkasäätiön toimipaikat.

Riikosen (2011) opinnäytetyöstään saama kritiikki kysymysvaihtoehtojen tulkinnanvaraisuudesta toistui myös tässä kyselyssä. Muutaman kysymyksen kohdalla vastausvaihtoehtojen ei koettu olevan sovellettavissa omaan työhön, eikä kysymyksenasettelua suhteessa vastausvaihtoehtoihin aina ymmärretty. Koska tässä opinnäytetyössä oli tarkoitus verrata saatuja tuloksia aikaisemman opinnäytetyön tuloksiin, ei kysymyksiä muutettu. Molemmissa kyselyissä identtisinä toistuvat tulokset mahdollistavat niiden keskinäisen vertailun.

Vastausvaihtoehdot suhteessa kysymyksen aseteluun koettiin myös hankaliksi, esimerkkinä kyselystä saadussa palautteessa mainittiin tiedon jakaminen omaisten kanssa. Tässä opinnäytetyössä kysymyksen tuloksia on tarkasteltu kohdassa 5.6. Kysymyksenasettelun seurauksena muutamat vastanneet muistuttivat kyselyn lopussa olleessa tekstikentässä vaihtoehtoisuudesta. On totta, että kysymyksen asetelu ja siitä saadut tulokset saattavat johdattaa tämän selvityksen lukijan virheellisesti olettamaan ammattihenkilöiden rikkovan vaihtoehtoisuuttaan. Vastausvaihtoehdot aina, usein, harvoin ja ei koskaan olisivat mahdollisesti soveltuneet tähän kysymykseen paremmin vastausvaihtoehdoiksi.

Vastausvaihtoehdoista tehtävien johtopäätösten tulkinnanvaraisuudesta johtuen tulee kriittisesti suhtautua myös kohdassa 5.7. Omaisten tapaamisen tiheyttä kartoittavaan kysymys jätti avoimeksi, tarkoitettiinko sillä yhden asiakkaan omaisten tapaamista vai kaikkien omaisten tapaamistiheyttä yhteensä. Myös kohdissa 5.8 ja 5.9

vastausvaihtoehdot aina, usein, harvoin ja ei koskaan olisivat mahdollisesti selkeyttäneet kysymyksen asettelua.

Tässä opinnäytetyössä kohdassa 5.8 Yhteistyön esteet ammattilaisen näkökulmasta saadut tuloksiin tulee suhtautua kyseenalaistaen e-lomakkeelle päässeen virheen vuoksi. Kysymyslomakkeen kohdan 12 vastausvaihtoehtoihin oli tullut virhe kyselyssä käytetyssä e-lomakkeessa. Vastausvaihtoehdon ”Täysin samaa mieltä” tilalla kyselykaavakkeessa luki virheellisesti ”Jokseenkin eri mieltä”. Kyselykaavakkeen oli oikolukenuk kaksi henkilöä, joista kumpikaan ei ollut virhettä huomannut. Virhe kuitenkin huomattiin kolmen vastauksen jälkeen, jolloin johdantoon lisättiin seuraavat lauseet: ”HUOM! Virhe kohdassa 12: Jokseenkin samaa mieltä on kahdesti vastausvaihtoehtona. Vastausvaihtoehdot järjestyksessä vasemmalta oikealle: Täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä”. Kyselykaavakkeen vastausvaihtoehtoja ei muokattu virheen havaitsemisen jälkeen. Tuloksissa jälkimmäiset ”jokseenkin eri mieltä” -vastaukset on tulkittu edustamaan ”täysin samaa mieltä” vastausta. Muissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot olivat oikein ja samanlaiset toistettavaan kyselyyn nähden.

Tämän opinnäytetyön vertailukohtana käytetyt aikaisemman opinnäytetyön tulokset on kerätty tarkastelemalla aikaisemman opinnäytetyön (Riikonen, 2011) tulosten taulukoita. Riikosen (2011) opinnäytetyössään saamat tulokset oli nähtävissä kokonaisuudessaan vain taulukoissa. Taulukoiden esitystavasta johtuen on huomioitava, että virhetulkinnat ovat mahdollisia, sillä apuviivat taulukoissa olivat viiden vastaajan välein.

### 8.3 Kehittämisehdotuksia

Omaistyön osaaminen koettiin hyvänä, siitä huolimatta kyselyyn vastanneet päihdetyön ammattilaiset kuitenkin toivoivat omaistyöstä lisää koulutusta. Tuloksista on pääteltävissä, että päihdetyön ammattilaiset hyvästä osaamisestaan huolimatta haluavat lisäkoulutusta omaistyöstä.

Tässä opinnäytetyössä käytetyn kyselyn voisi toistaa myös esimerkiksi psykiatristen sairaaloiden henkilökunnalle. Tästä ja aikaisemmasta opinnäytetyöstä saatujen palautteiden perusteella suosittelen kuitenkin kyselylomakkeen selkiyttämistä, vaikka tämä estäisikin suoran vertaamisen näihin opinnäytetöihin.

## LÄHTEET

Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse: tietoa päihteistä. Helsinki: YAD, Youth Against Drugs.

Hannula, M. 2009. Onko päihdetyössä sijaa perheelle? Tiimi 5/2009. A- klinikkasäätiö Helsinki.

Havio, M. 2008. Sairaanhoidajan koulutuksen ja työelämän haasteita. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. toim. 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 75–97.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2004. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.

Hänninen, V. 2004. Omaiskertomusten opettamaa. Teoksessa Koski-Jännes, A. & Hänninen V. 2004. Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja Oy, 104–113.

Koski-Jännes, A., Pienimäki, A. & Valtari, M. 2003 Yhteisvoimin muutokseen? Tutkimus laitoshoidon jälkeisen sosiaalisen tuen lisäämisestä päihdeongelmaisilla. A- klinikkasäätiön raporttisarja nro 50. Helsinki.

Koski-Jännes, A. 2004 Mikä avuksi - toimivia vaihtoehtoja läheiselle. Teoksessa Koski-Jännes, A. & Hänninen V. 2004. Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja Oy, 114–128.

Koski-Jännes, A. & Hänninen V. 2004. Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja Oy, 8-16

Kujasalo, A. Toim. 2009. Eväitä päihdetyön koulutuksen laadun kehittämiseen - laatu-kriteereitä järjestöjen tarjoamalle päihdetyön lisä- ja täydennyskoulutukselle. Terveyden edistämisen julkaisuja 5/2009

KvantiMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto 2009. Tutkimusprosessi. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. www.fsd.uta.fi. Luettu 22.5.2012. Tulostettu 23.5.2012.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M.-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet - ammattillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Liinamaa, R. 2008. Perhe ja dialoginen hoitotyö. Teoksessa Koski-Jännes, A. & Hänninen V. 2004. Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja Oy, 301–310.

Nummenmaa, L. 2004 Tilastolliset menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Raitasalo, K. 2004. Päihdeongelmaisen läheiset Suomessa. Teoksessa Koski-Jännes, A. & Hänninen V. 2004. Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja Oy, 13–18.

Riikonen, J. 2011. Avomielenterveyspalveluiden ammattilaisten omaistyön osaamisen selvitys. Tampereen Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Saarelainen, R. 1999. Päihdetyö. Teoksessa Saarelainen, R., Stengård, E., Vuori-Kemilä, A. 1999. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY, 33–44.

Stengård, E. 1999. Yhteistyö asiakkaan omaisten kanssa. Teoksessa Saarelainen, R., Stengård, E., Vuori-Kemilä, A. 1999. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY, 153–168.

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

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

## LIITTEET

### Liite 1. Saatekirje

Hyvä päihdetyön ammattilainen!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni vastaamalla oheiseen kyselyyn, jonka tarkoituksena on selvittää päihdepalveluissa toimivien ammattilaisten käsityksiä omaistyön osaamisestaan. Aikaa vastaamiseen kuluu noin 15 minuuttia.

<http://linkki kyselyyn>

Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:n kanssa ja se on osa Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä projektia (2010-2014). Projektin tavoitteena on lisätä omaisten osallisuutta mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä kehittää omaisten kuormittuneisuuden ja masennuksen ennaltaehkäisyyn tähtääviä toimenpiteitä.

Antamanne tiedot ovat luottamuksellisia. Lomakkeelle kertyvät tiedot tallentuvat Tampereen ammattikorkeakoulun serverille. Saatua aineistoa käytetään tässä opinnäytetyössä ja aineistoa käsittelee vain opinnäytetyön tekijä. Yksittäistä vastaajaa ei raportista voi tunnistaa.

Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2013. Lopullinen raportti on luettavissa Theseus – verkkokirjastossa ([www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)).

Kiitos osallistumisestanne, Teidän vastauksenne on tärkeä!

Jonna Saarela  
Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu  
[jonna.saarela@health.tamk.fi](mailto:jonna.saarela@health.tamk.fi)

Mikäli teillä on kysyttävää, tarvittaessa lisätietoja antavat myös:

Vastaava omaistyön koordinaattori  
Yhteystiedot

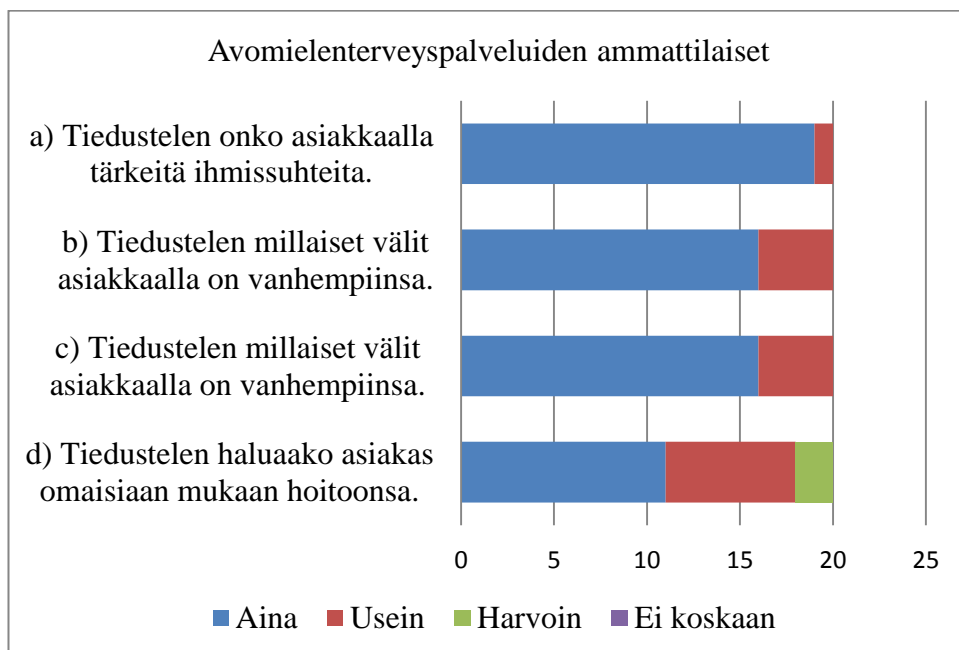
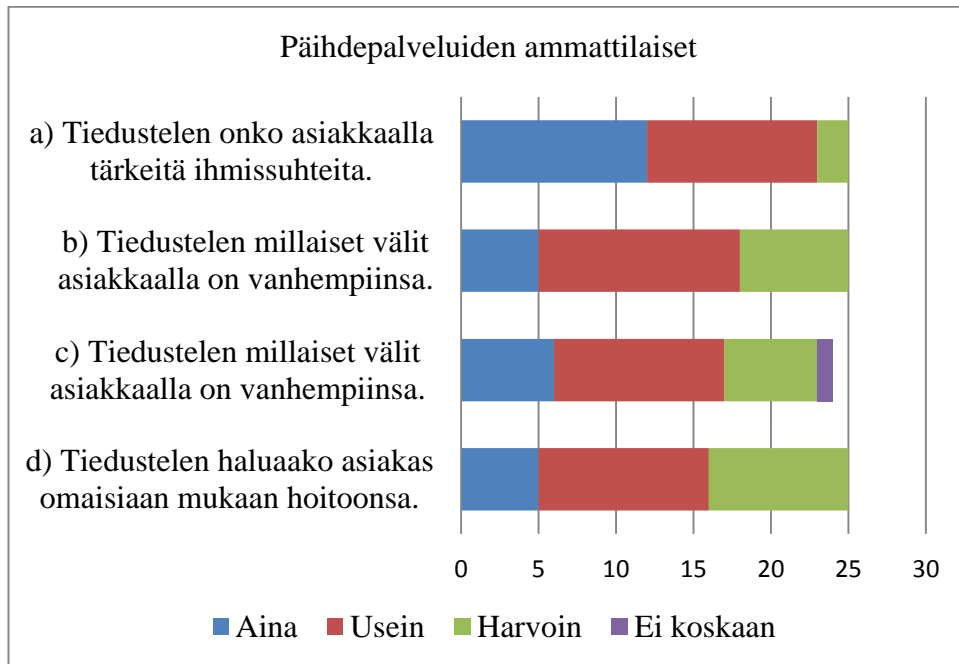
Opinnäytetyön ohjaava opettaja  
Yhteystiedot



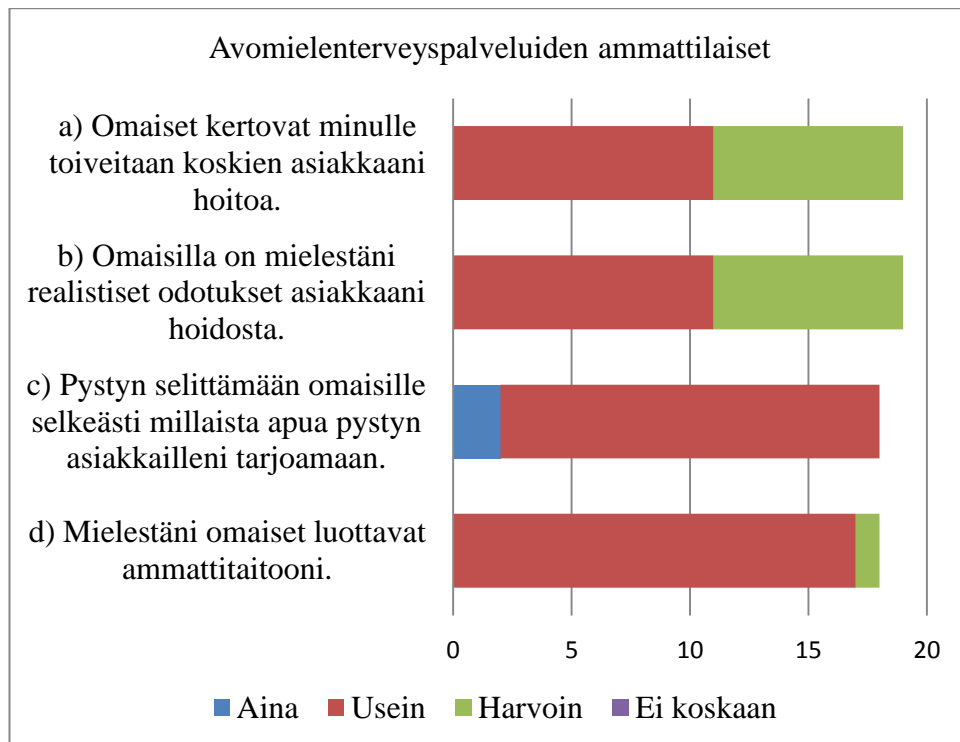
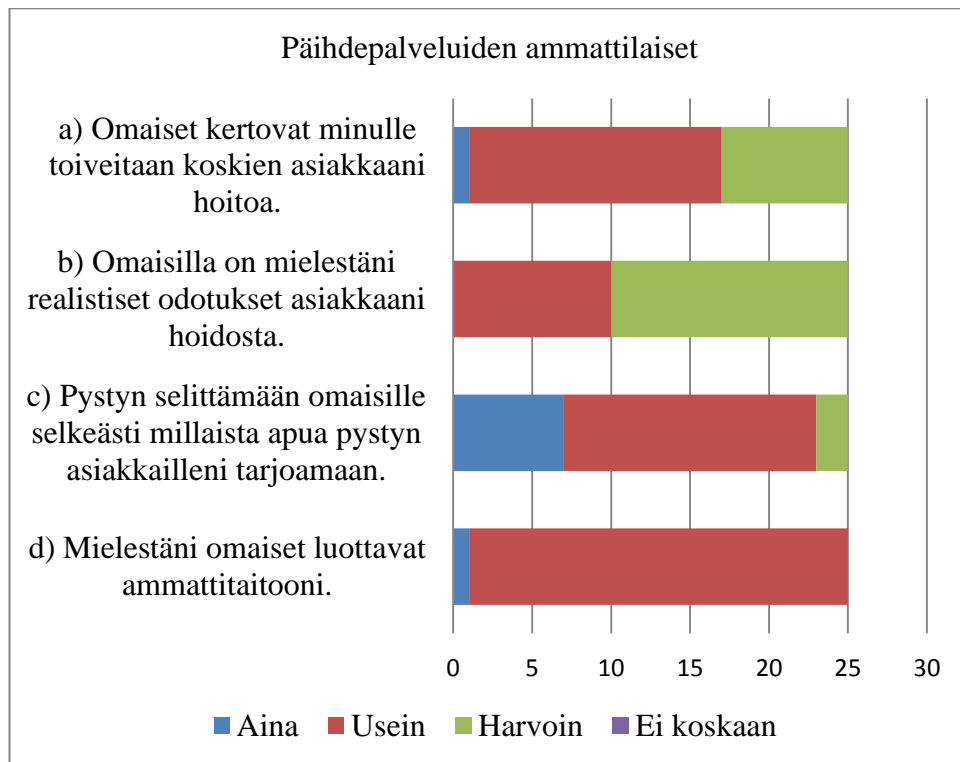
## Liite 2. Tulosten vertailu taulukkoina

1 (14)

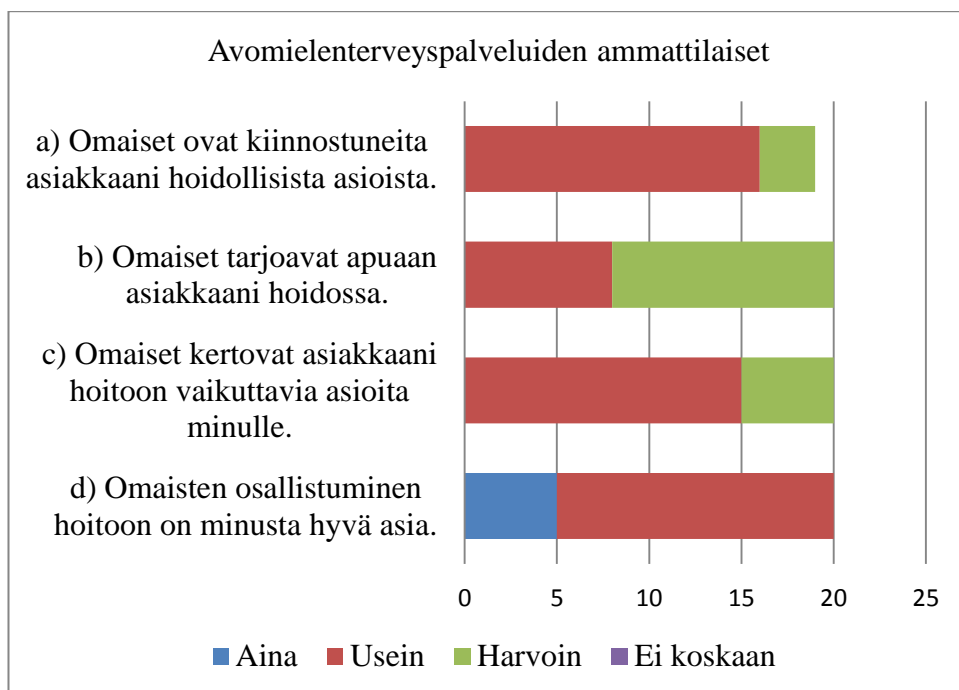
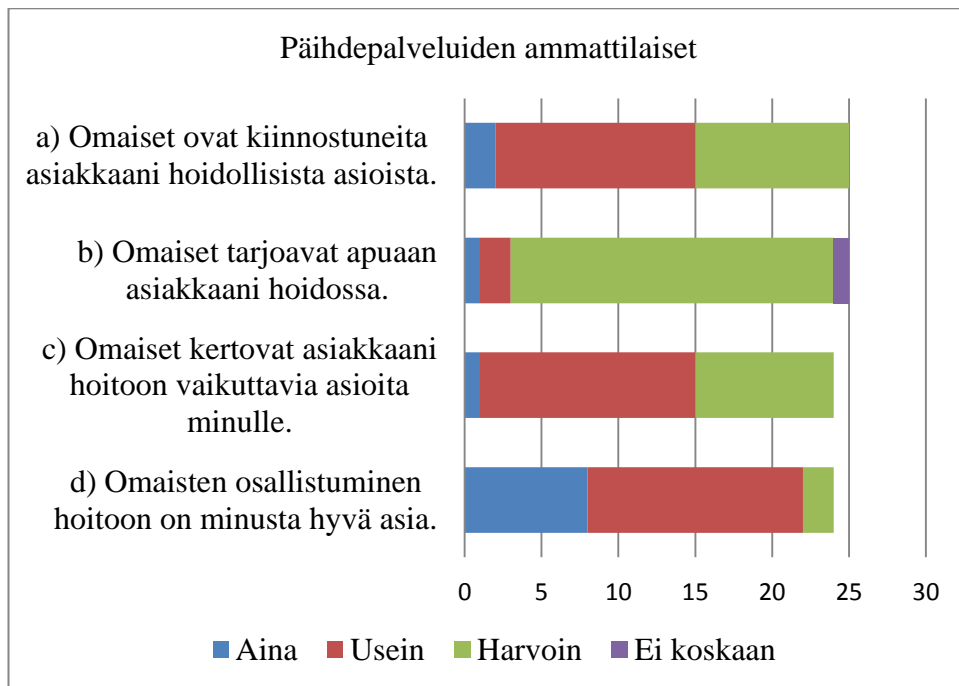
### Ammattilaisten kokemus tekemästään selvitystyöstä asiakkaan läheisistä ihmis-suhteista.



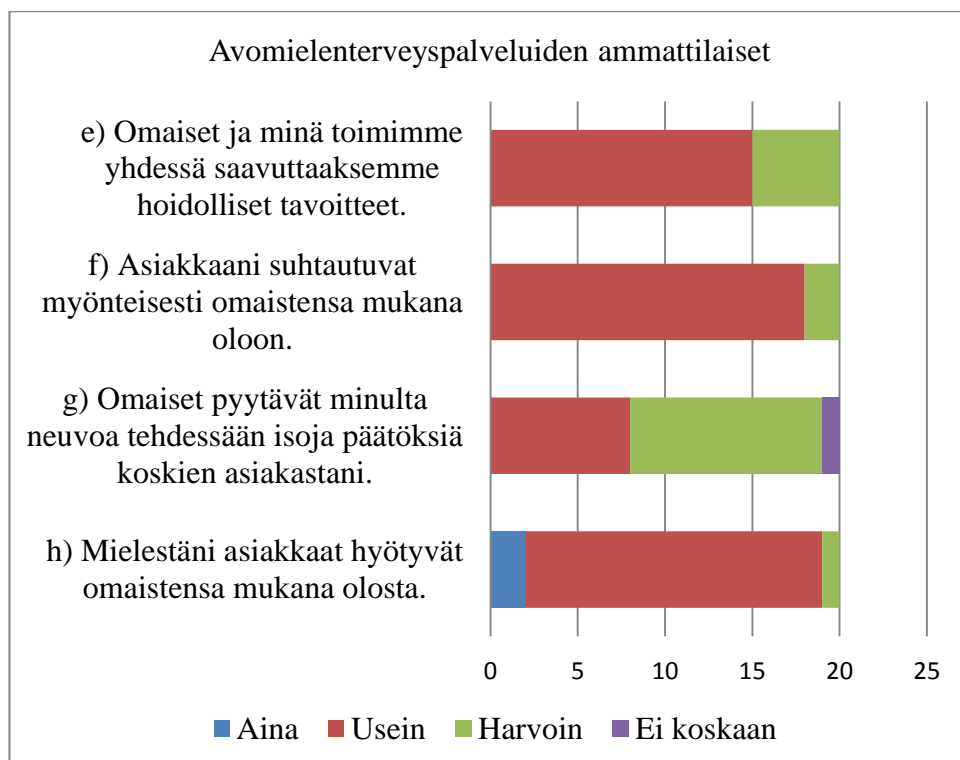
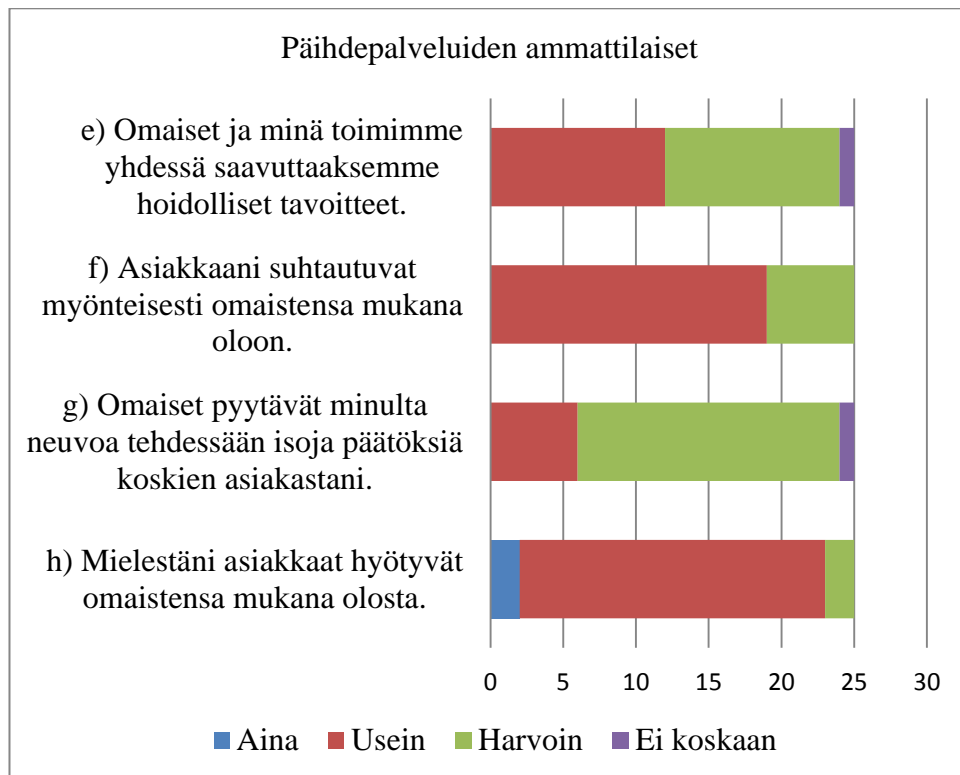
### Ammattilaisten kokemus omaisten odotuksista asiakkaan hoidossa.



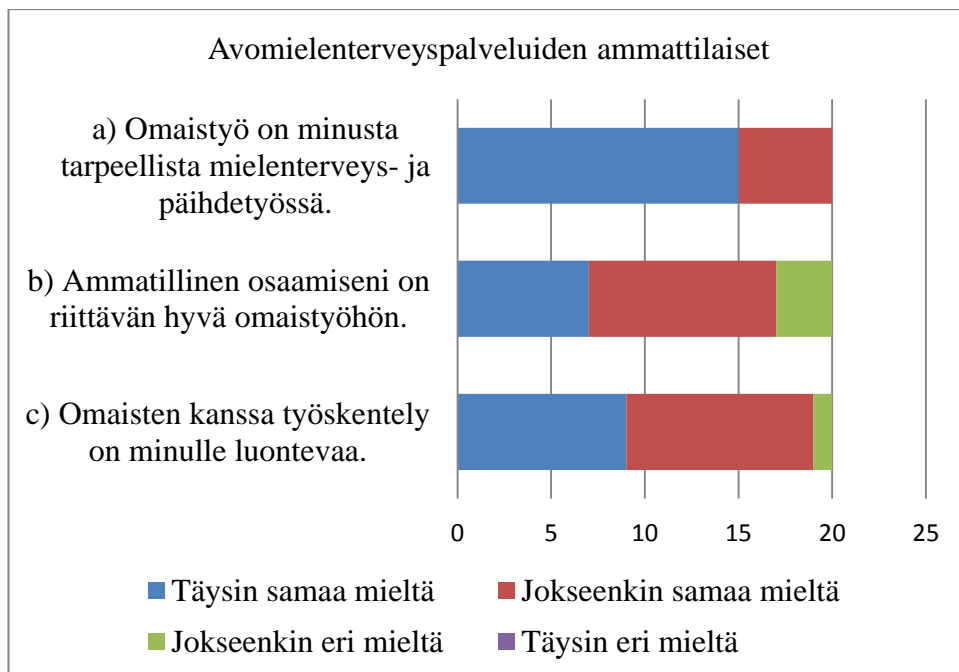
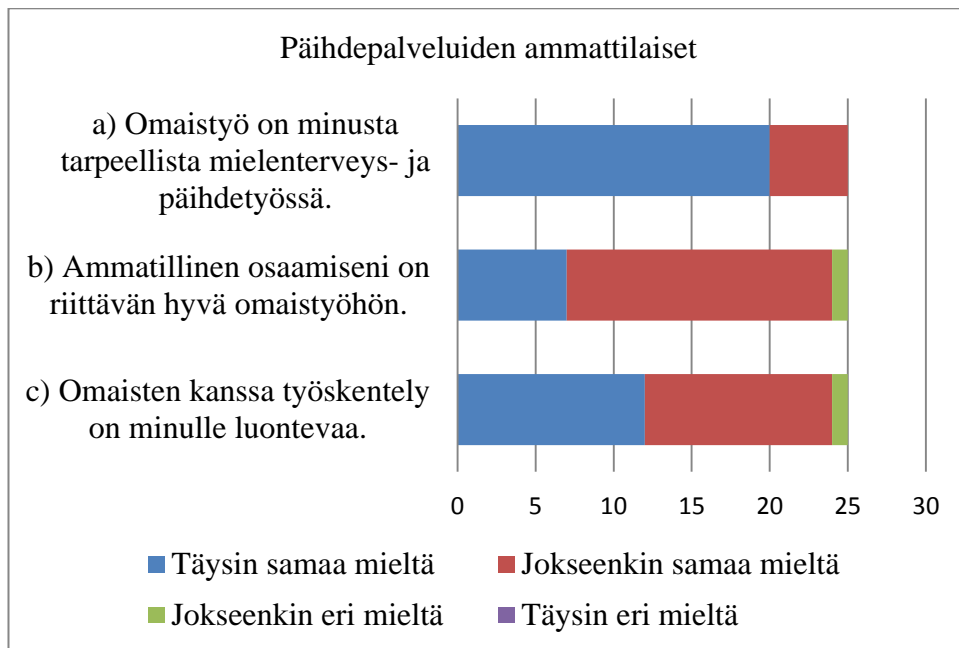
**Ammattilaisten kokemus omaisten osallistumisesta hoitoon, kysymykset a–d.**



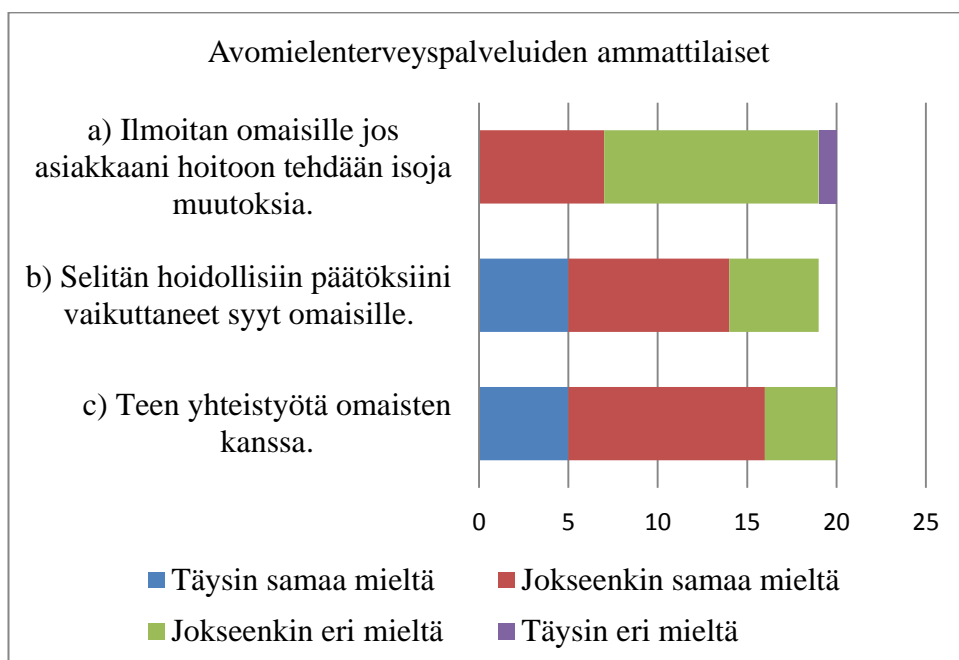
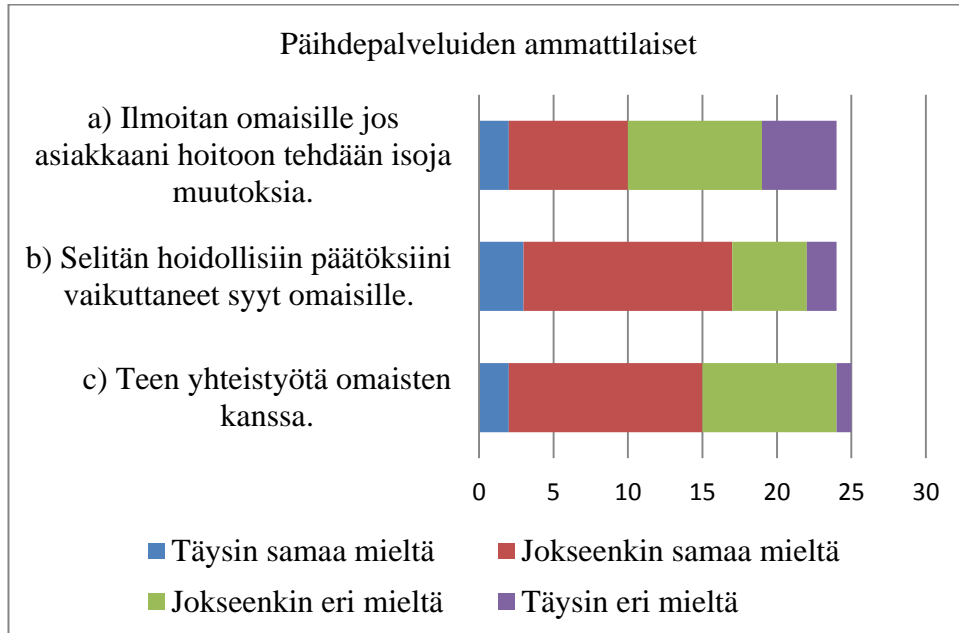
### Ammattilaisten kokemus omaisten osallistumisesta hoitoon, kysymykset e–h.



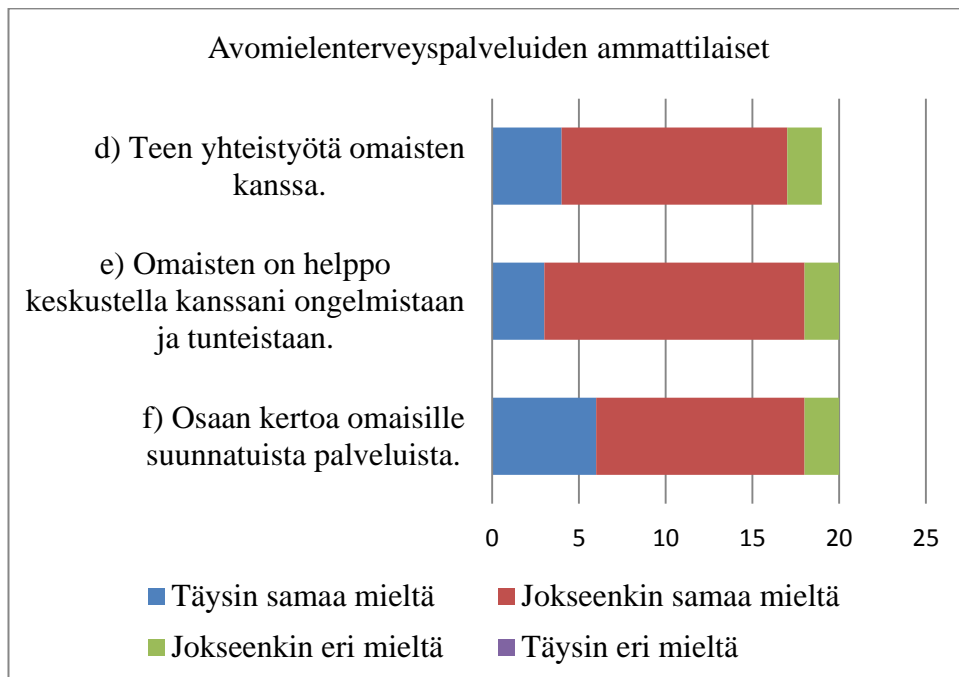
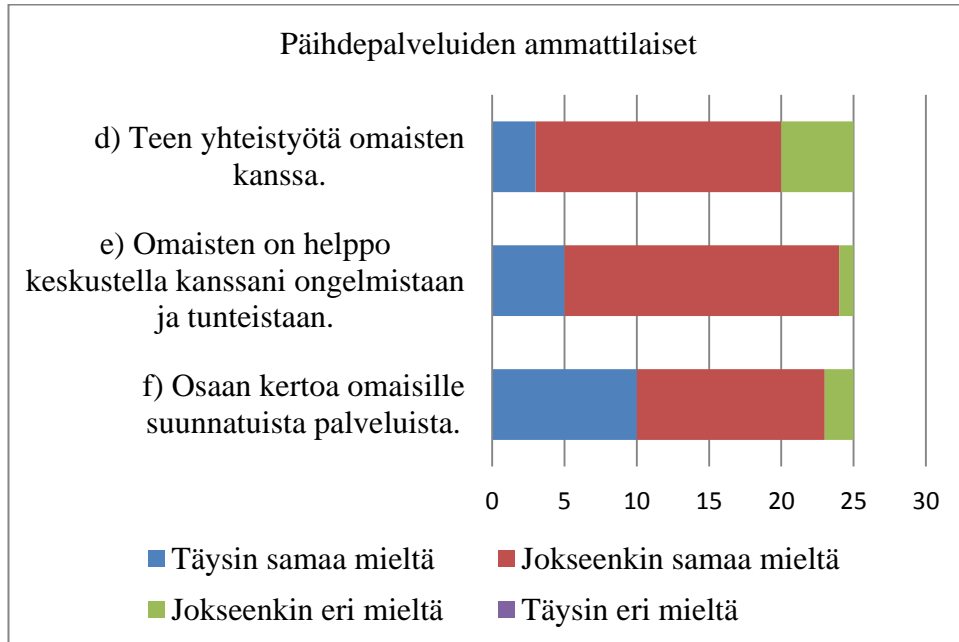
### Ammattilaisten asennoituminen omaistyöhön



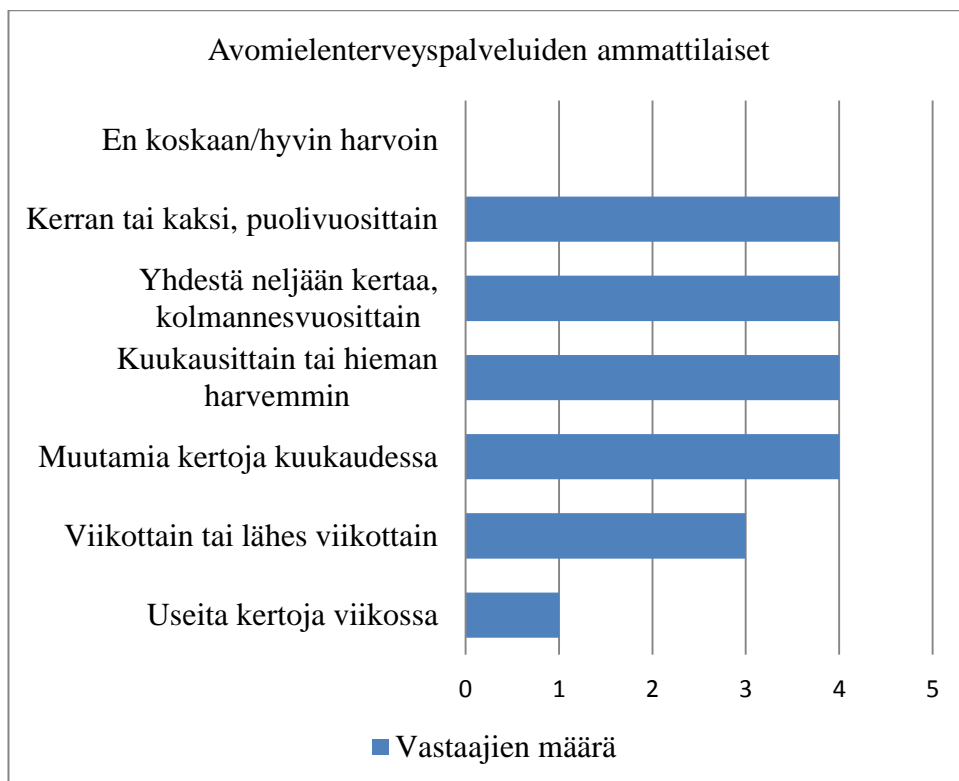
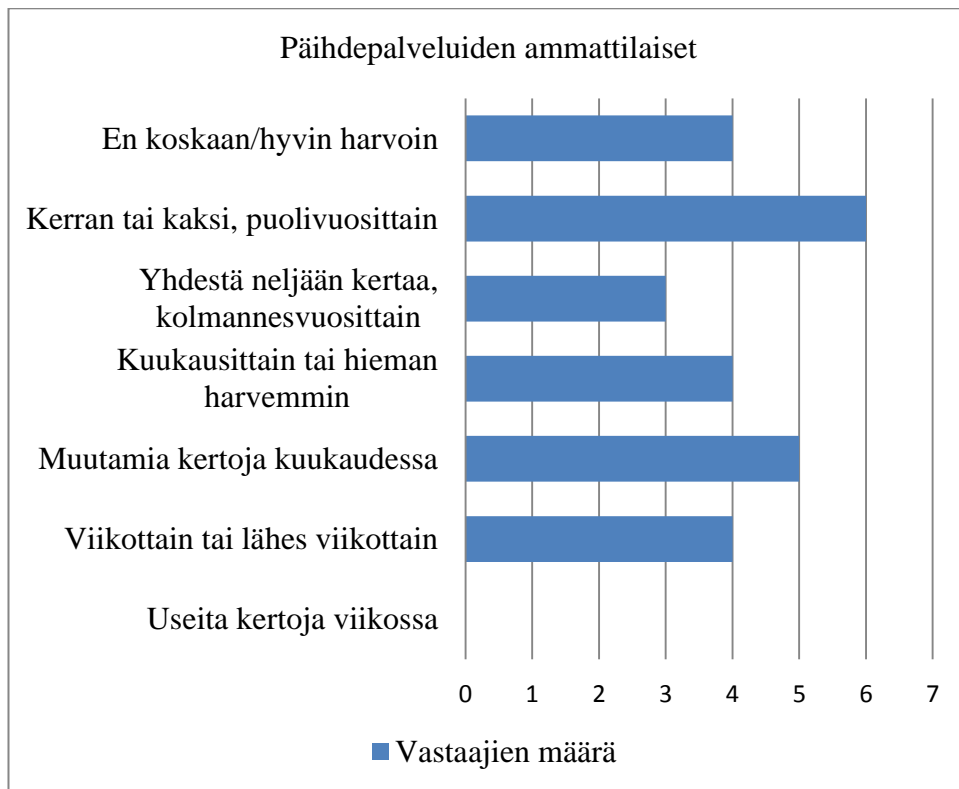
**Ammattilaisten kokemus hoidollisen tiedon jakamisesta ammattilaisten ja omaisten välillä, kysymykset a–c.**



**Ammattilaisten kokemus hoidollisen tiedon jakamisesta ammattilaisten ja omaisten välillä, kysymykset d–f.**

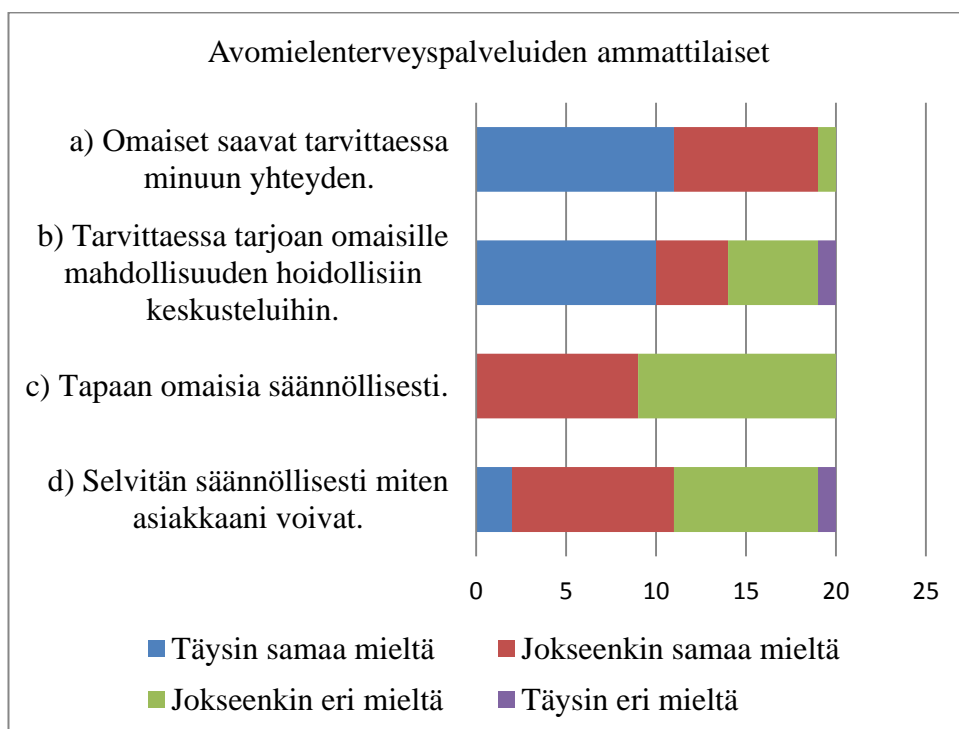
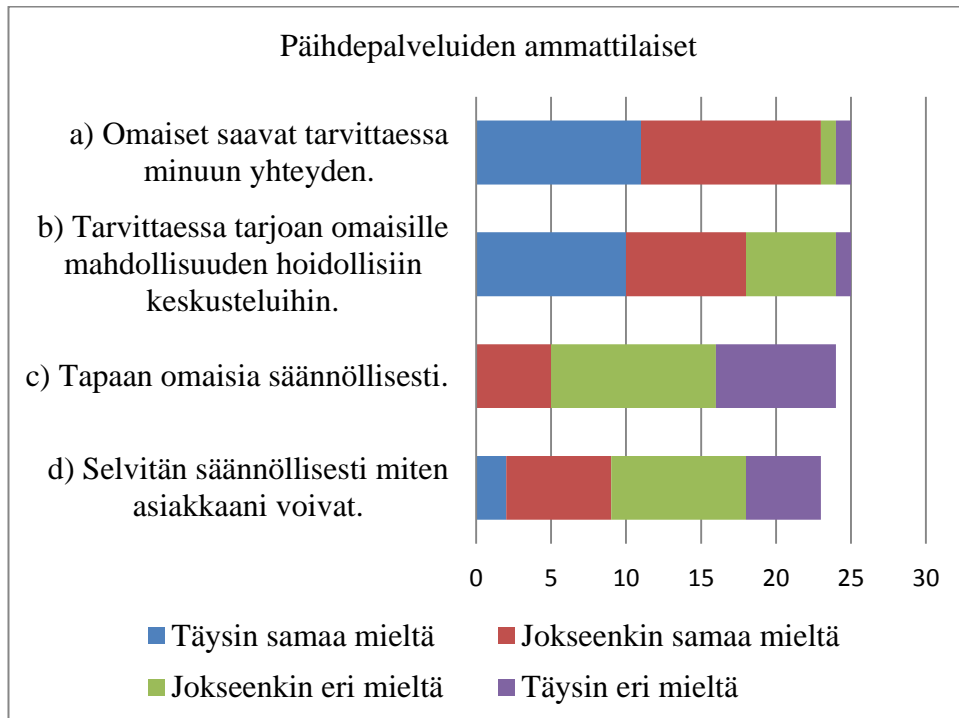


**Ammattilaisten kokemus yhteydenpidosta omaisten kanssa, yhteydenpidon määrä.**

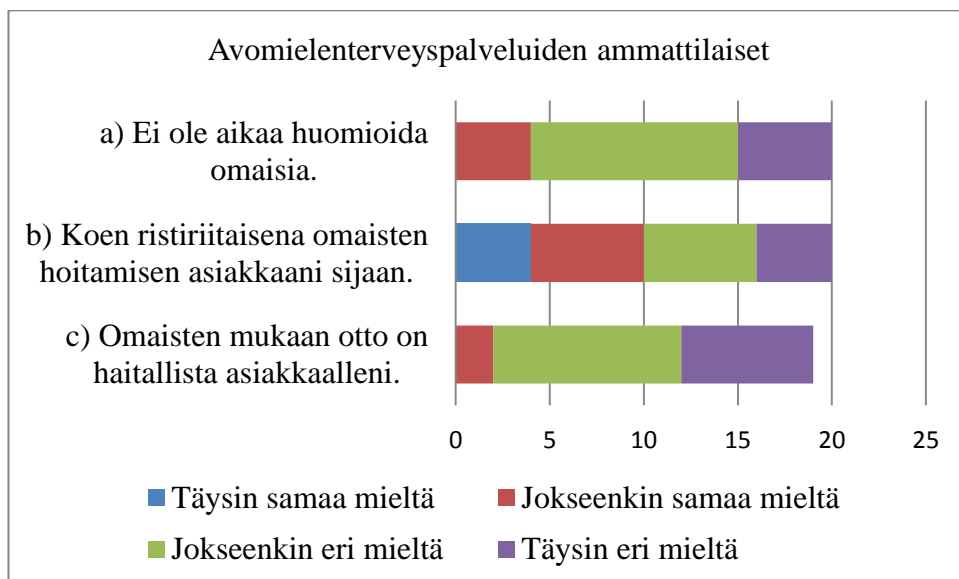
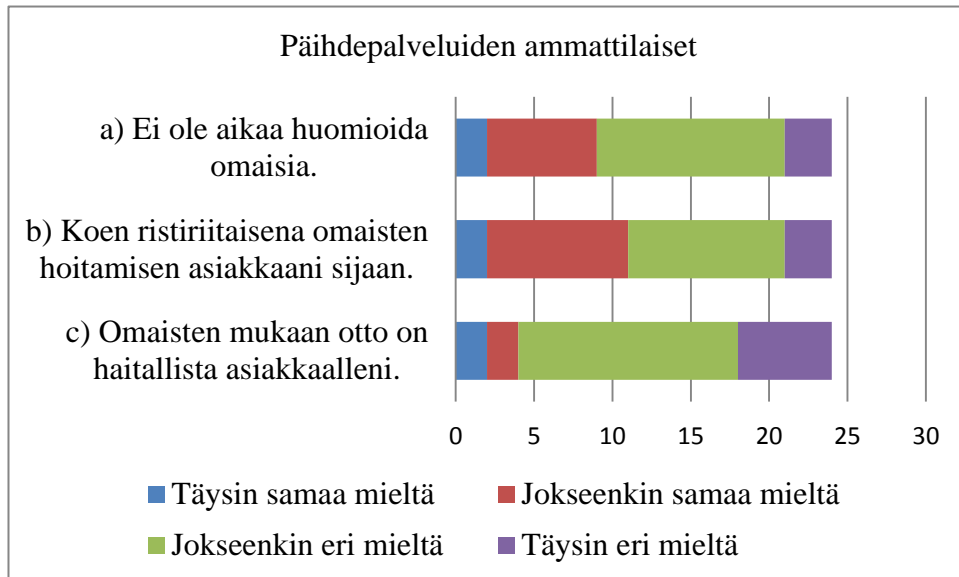




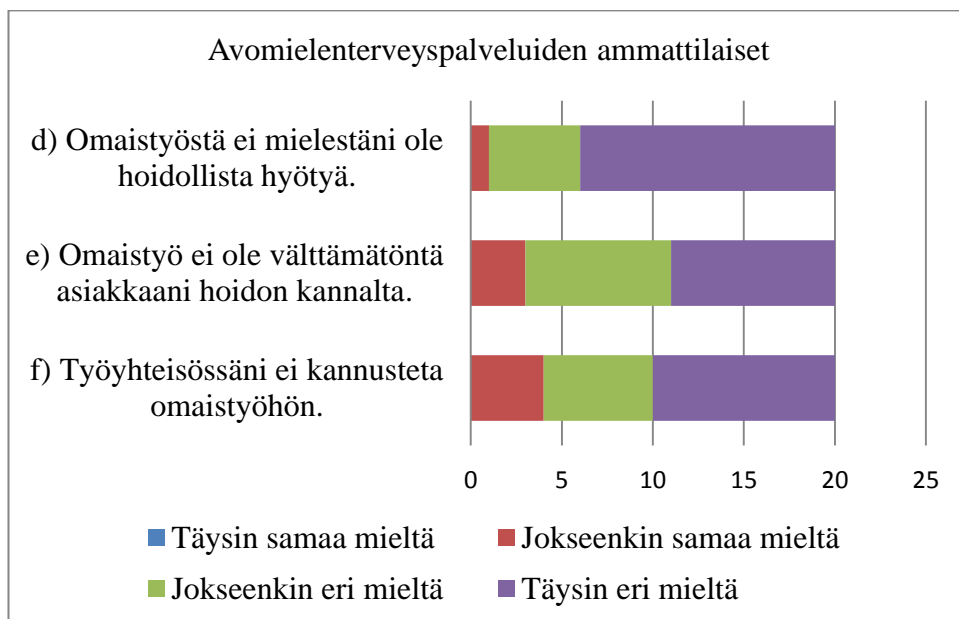
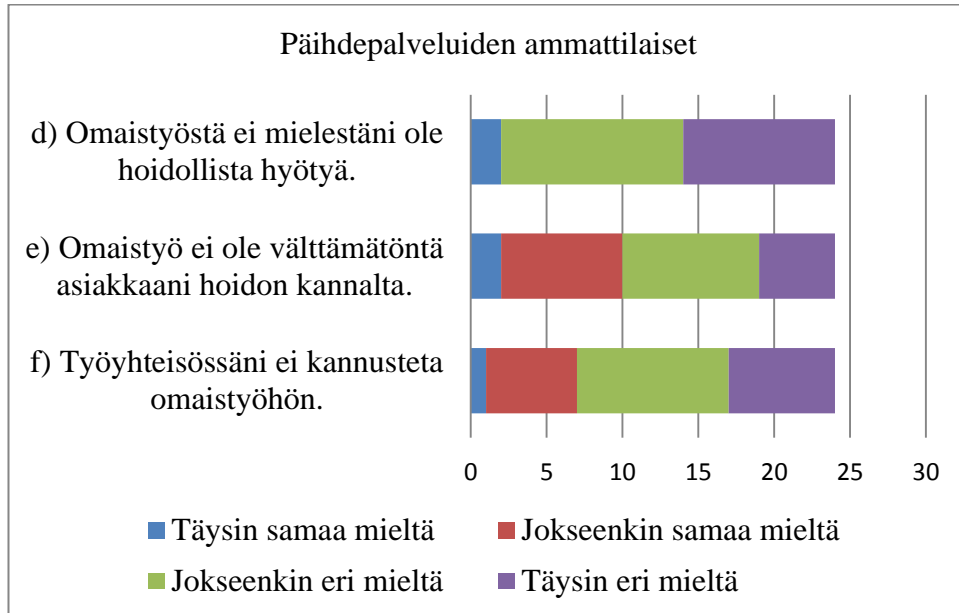
**Ammattilaisten kokemus yhteydenpidosta omaisten kanssa, ammattilaisten näkemyksiä omaisten jaksamisen tukemisesta.**



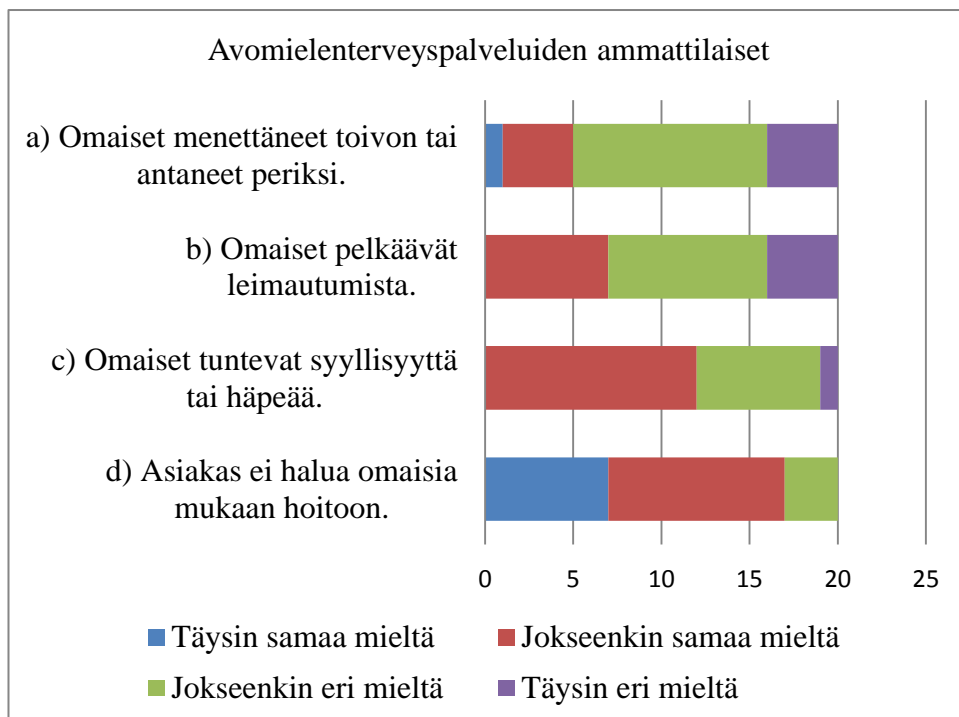
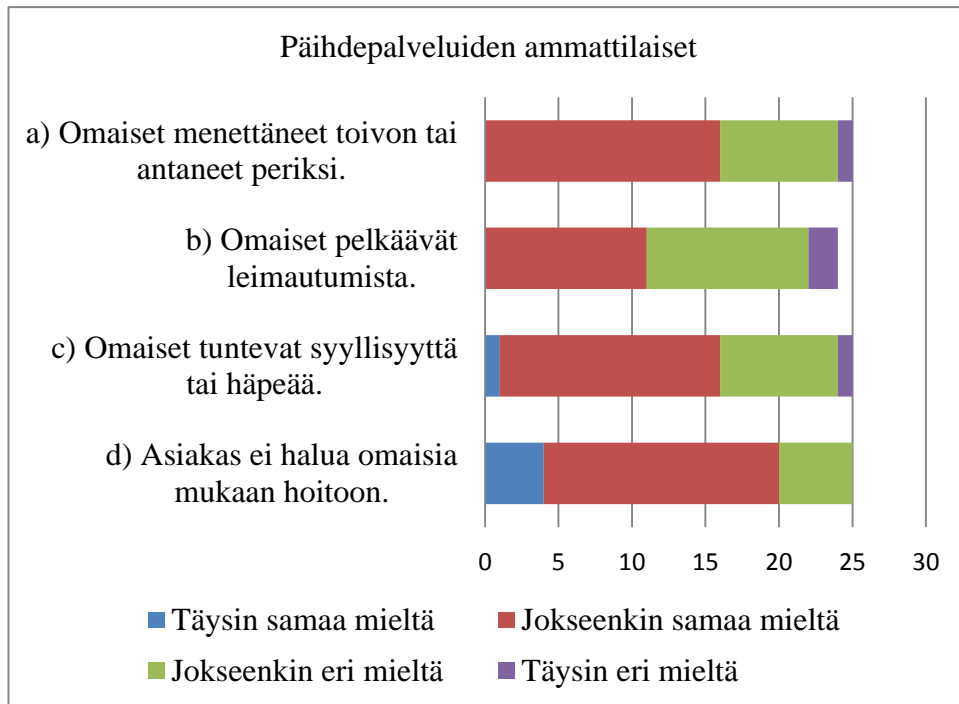
**Ammattilaisten kokemuksia yhteistyön esteistä: ammattilaisista johtuvia hoidollisen yhteistyön esteitä, kysymykset a–c.**



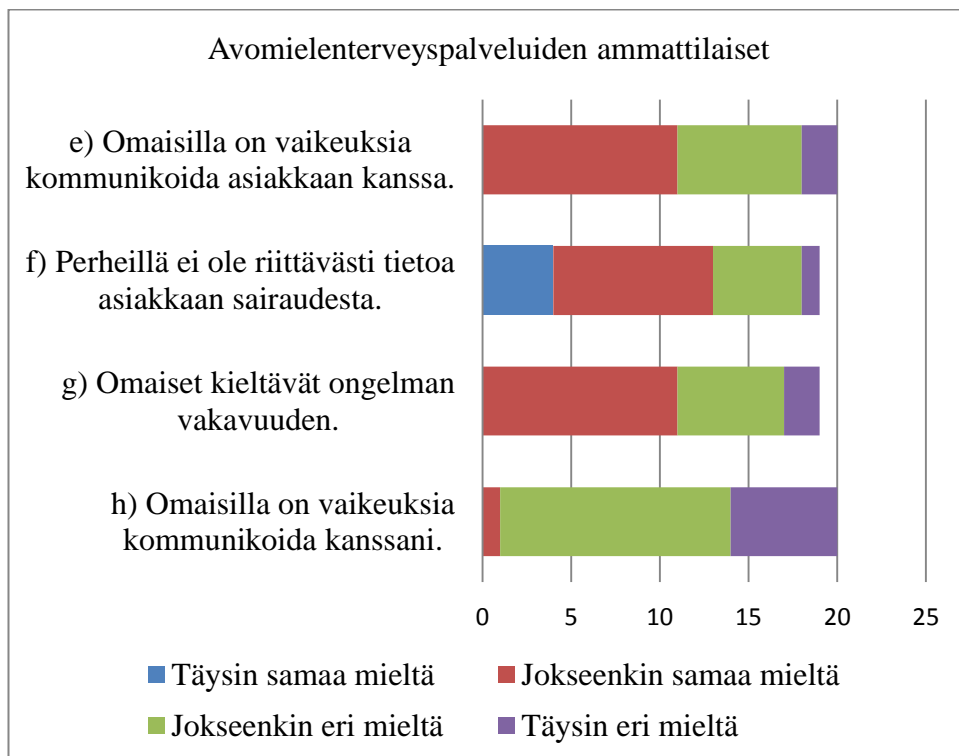
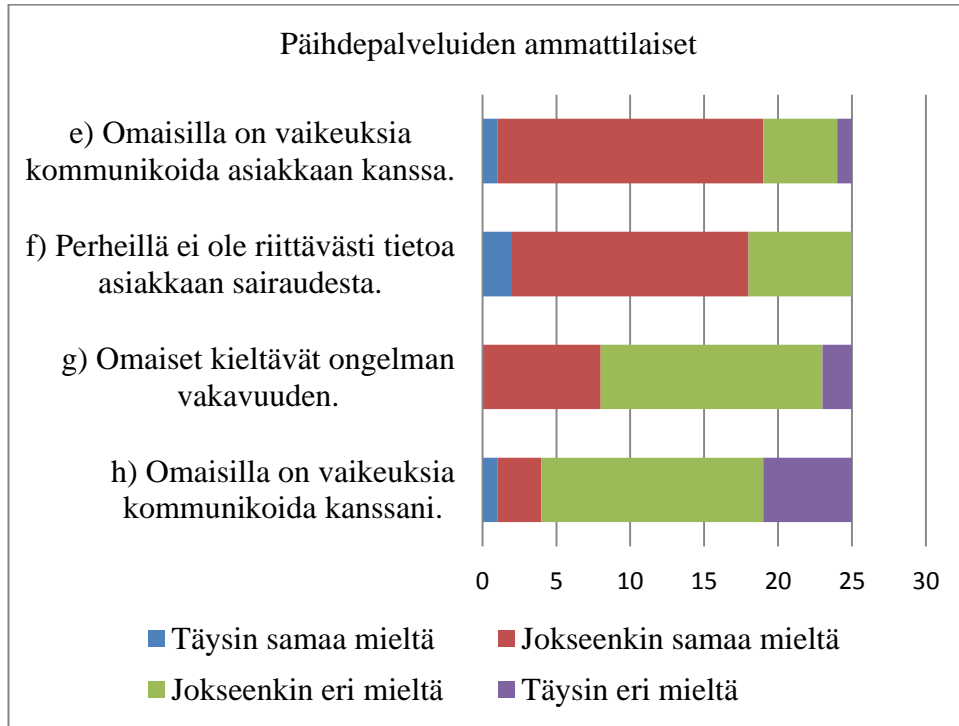
**Ammattilaisten kokemuksia yhteistyön esteistä: ammattilaisista johtuvia hoidollisen yhteistyön esteitä, kysymykset d–f.**



**Ammattilaisten kokemuksia yhteistyön esteistä: omaisista johtuvia yhteistyön esteitä, kysymykset a–d.**



**Ammattilaisten kokemuksia yhteistyön esteistä: omaisista johtuvia yhteistyön esteitä, kysymykset e–h.**



**Ammattilaisten toiveita omaistyön osaamisen parantamiseksi.**