

**TEKONIVELLEIKKAUSPOTILAAN PERHEEN
TUKEMINEN ORTOPEDIAN POLIKLINIKAN ENSIKÄYNNILLÄ**

- Potilaan ja läheisen näkökulma

**Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Asunmaa Heidi
Pro Gradu-tutkielma
Joulukuu 2010**

ASUNMAA, HEIDI: Tekonivelleikkauspotilaan perheen tukeminen ortopedian poliklinikan ensikäynnillä – Potilaan ja läheisen näkökulma

Pro gradu –tutkielma, 66 sivua

Ohjaajat: TtT Meeri Koivula, TtT Jari Kylmä, Professori, TtT Eija Paavilainen
Hoitotiede
Joulukuu 2010

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida ja verrata tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden perheiden tuen saantia potilaan ja perheen näkökulmasta. Tarkoituksena oli arvioida, miten ortopedian poliklinikan asiantuntijasairaanhoitaja on tukenut potilaan perhettä ja millaista tukea he olisivat toivoneet käydessään ensimmäistä kertaa poliklinikalla ns. ensikäynnillä.

Tutkimuksen taustalla on Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimus ”perheiden tukeminen terveydenhuollossa”. Tutkimusta toteutetaan yhteistyössä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin, Pirkanmaan- ja Satakunnan sairaanhoitopiirin sekä alueen ammattikorkeakoulujen ja perusterveydenhuollon kanssa. Tutkimusjoukko koostui 44 perheenjäsenestä ja 44 potilaasta. Tutkimusaineisto kerättiin yhden sairaalan ortopedian poliklinikalta. Tutkimuksessa käytettiin läheisille ”Perheiden tuki” – mittaria. Mittarilla on mahdollista arvioida perheiden hoitohenkilökunnalta saamaa tukea perheiden omasta näkökulmasta. Potilaille käytettiin vastaavaa mittaria, jonka avulla voidaan arvioida potilaan mielipidettä perheen saamasta tuesta.

Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS 16 for Windows – tilasto-ohjelmalla. Aineistosta muodostettiin kolme summamuuttujaa: kohtaaminen, tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen perheen tukemisen osa-alueiden mukaan. Summamuuttujien sisäistä yhdenmukaisuutta tarkasteltiin Cronbachin alpha – kertoimen avulla. Tilastollisina menetelminä käytettiin Kruskal Wallisin testiä, Mann Whitney U-testiä, Anovaa sekä t-testiä.

Tutkimuksen tulosten mukaan perhettä on tuettu hyvin ensikäynnillä niin perheenjäsenten kuin potilaidenkin mielestä. Tukemisen osa-alueista perheen kohtaaminen koettiin vahvimaksi ja hoitoon osallistuminen heikoimmaksi osa-alueeksi. Läheiset ja perheenjäsenet kokivat perheen kohtaamisen ja tiedonsaannin hyväksi. Perheenjäsenet kokivat perheen osallistumismahdollisuuden kohtalaiseksi kun taas potilaat kokivat sen hyväksi. Perheenjäsenet ja potilaat kokivat, ettei perheen tunteita ja elämäntilannetta oltu huomioitu tarpeeksi. Läheiset ja perheenjäsenet kokivat myös, etteivät he olleet saaneet perheen omaa jaksamista tukevaa tietoa. Perheenjäsenet ja potilaat halusivat enemmän tietoa sosiaalipalveluista. Osallistumisen osa-alueelta perheenjäsenet ja potilaat halusivat enemmän apua konkreettisten asioiden järjestämiseen.

Perheenjäsenet ja potilaat olivat enemmän huolissaan leikkauksen jälkeisestä elämästä kuin itse leikkauksesta. Perheen yksilöllinen tilanne ja tarpeet tulisi huomioida jo poliklinikan ensikäynnillä. Tämän vuoksi onkin erityisen tärkeää, että perheenjäsen otetaan mukaan ensikäynnille ja ohjaustilanteen täysivaltaiseksi jäseneksi.

Avainsanat: Perhehoitotyö, perheen tukeminen, perheenjäsen, potilas

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Department of nursing science

ASUNMAA, HEIDI: Supporting the family of an artificial joint operation patient on the first visit to the orthopaedic policlinic – The point of view of the patient and the family member

Master`s Thesis, 66 pages

Supervisors: Meeri Koivula, PhD, Jari Kylmä, PhD, Eija Paavilainen, Professor, PhD

Nursing Science

December 2010

The purpose of the study was to evaluate and compare, from the point of view of the patient and the family, the support received by the families of patients coming in for an artificial joint operation. The purpose was to evaluate how the nurse at the orthopaedic policlinic has supported the patient`s family and what kind of support they would have wished for during their first visit to the policlinic.

Behind the study there is a research project by the department of nursing science at the University of Tampere, called “Supporting families in health care”. The research is carried out in cooperation with the hospital district of South Ostrobothnia, the hospital districts of Pirkanmaa and Satakunta, and the polytechnics and basic health care of the area. The research sample consisted of 44 family members and 44 patients. The research material was collected from the orthopaedic policlinic of one hospital. The “Family support” research instrument was used with the family members in the research. The instrument makes it possible to evaluate the support that families receive from the nursing staff from the families` own point of view. A corresponding instrument was used with the patients, enabling the evaluation of the patient`s opinion on the support given to the family.

The material was analysed statistically with the SPSS 16 for windows statistical software. Three sum variables were formulated from the material: the encounter, information supply and participation in the care. These are also the facets of family support. The internal consistency of the variables was examined with the help of the Cronbach`s alpha coefficient. The statistical methods used were the Kruskal Wallis test, Mann Whitney U-test, ANOVA and the t-test.

According to the results of the research both the family members and patients thought that families have been well supported on the first visit. Of the facets of support the encounter with the family was considered the strongest and participation in the care the weakest one. The patients and family members considered the encounter with the family and information supply good. The family members felt that the opportunities for the family to participate were reasonable whereas the patients considered them good. Both the family members and patients felt that not enough consideration had been given to their feelings and life situations. The patients and family members also felt that they had not received information to support the family`s own coping. The family members and patients wanted more information about social services. Concerning the area of participation the family members and patients would like more help with organising concrete issues.

The family members and patients were more concerned about life after the surgery than the surgery itself. The individual situation and needs of the family should be taken into account already on the first visit to the policlinic. This is why it is essential to include the family member in the first visit and as a full-fledged member of the guidance situation.

Key words: Family nursing, family support, a family member, a patient

SISÄLTÖ

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	5
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Nivelrikkopotilas	8
2.2 Perheenjäsenen sairastuminen	9
2.3 Perheen tukeminen	10
2.3.1 Perheen kohtaaminen	12
2.3.2 Perheen tiedonsaanti	14
2.3.3 Perheen hoitoon osallistuminen	16
2.4 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista	18
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
4.1 Tutkimusaineisto	20
4.2 Mittarit	21
4.3 Aineiston analyysi	22
5. TUTKIMUSTULOKSET	24
5.1 Tutkimukseen osallistuneet	24
5.2 Läheisen ja potilaan arviot hoitotyöntekijöiden kohtaamisesta	26
5.3 Läheisen ja potilaan arviot hoitotyöntekijöiltä saadusta tiedosta	29
5.4 Läheisen ja potilaan arviot hoitoon osallistumisen mahdollisuudesta	31
5.5 Läheisen ja potilaan mielipiteiden eroavuudet saadusta tuesta	34
5.6 Läheisen ja potilaan ehdotuksia hoitotyöntekijöiltä saadun tuen kehittämiseksi	37
6. POHDINTA	38
6.1 Tulosten tarkastelu	38
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	47
6.3 Eettisyys	51
6.4 Johtopäätökset	52
6.5 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet	53
LÄHTEET	55
LIITTEET	

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida ja verrata tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden perheiden tuen saantia potilaan ja perheen näkökulmasta. Tarkoituksena on arvioida, miten ortopedian poliklinikan asiantuntijasairaanhoitaja on tukenut potilaan perhettä ja millaista tukea he olisivat toivoneet käydessään ensimmäistä kertaa poliklinikalla ns. ensikäynnillä. Tukemisella tarkoitetaan läheisen kohtaamista, tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista. (Aura ym. 2010, Rantanen ym. 2009.)

Potilaan saapuessa ortopedian poliklinikan ensikäynnille tekonivelleikkauksen tarpeen arviointiin, hän tapaa ortopedisen asiantuntijasairaanhoitajan. Asiantuntijasairaanhoitaja on perehtynyt tekonivelpotilaan hoidon suunnitteluun, ohjaukseen, hoitoon ja kuntoutukseen. Hänen työnsä tarkoituksena on antaa tietoa, ohjausta ja tukea potilaille ja heidän läheisilleen. Ennen lääkärin vastaanottoa asiantuntijasairaanhoitaja haastattelee potilaan ja tekee alustavan hoidon tarpeen arvioinnin. Mikäli potilas päätetään leikata, hoitaja antaa tietoa ja ohjeita nivelrikon hoidosta ja leikkaukseen valmistautumisesta.

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat huomattava kansanterveydellinen ja – taloudellinen ongelma kaikkialla maailmassa. (Grönblad ym. 2001). Lonkan tai polven oireita aiheuttavaa nivelrikkoa sairastaa 400 000 suomalaista. Puolella heistä on toimintakyky tavalla tai toisella heikentynyt. Lonkan nivelrikon oireet aiheuttavat merkittävää terveydentilan laskua ikääntyneellä väestöllä. (Paavolainen & Soininen 2004.)

Maaliskuussa 2005 voimaan tullut hoitotakuulaki on lyhentänyt merkittävästi kiireetöntä hoitoa tarvitsevien hoitoon pääsyä. Tekonivelkirurgiaa tarvitsevan potilaan piti ennen lain voimaantuloa odottaa leikkausjonossa jopa kolme vuotta, ennen kuin pääsi leikkaukseen. Hoitotakuun mukaan hoito pitää saada viimeistään kuuden kuukauden kuluttua siitä, kun hoidon tarve on todettu. Arvioitaessa hoitotakuulain merkitystä hoitoon pääsyn nopeuttamisessa on huomattu, että erikoissairaanhoidossa ei ole määritelty sitä aikaa, mikä voi kulua lähetteen saapumisesta avohoitotai tutkimuskäynnille. Aikaisemmin jono syntyi leikkauksiin, mutta nyt vaikuttaa siltä, että jonotus muodostuu hoidon tarpeen arviointiin eli potilaat jonottavat poliklinikalle. (Hiltunen 2007.)

Pirkanmaalla toteutetussa VERCOX-hankkeessa on pyritty kehittämään tekonivelpotilaan hoitoketjua ja hoidon laatua. Hankkeessa toteutetun tutkimuksen mukaan tekonivelpotilaiden

mielestä kehittämistoimenpiteitä tulisi kohdistaa mm. potilaan osallistumiseen leikkausta edeltävään valmennukseen, läheisten mukaan ottamiseen sekä kotona selviytymiseen. (Hankela 2007.)

Perheen määrittelemistä on pidetty vaikeana, koska ei ole kyetty laatimaan sellaista määritelmää, joka kattaisi perheen koko kirjon. Vähitellen ydinperheajattelu on alkanut murentua. Ydinperheen rinnalle on tullut vaihtoehtoisia perhemalleja. Yksilötasolla ihmiset määrittelevät perheensä hyvin eri tavoin. Perhe on eri ihmisten kohdalla erilainen kokoonpanoltaan ja merkitykseltään. (Hirvonen ym. 2002, Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Aikaisemmin oli mahdollista puhua perheestä jonkinlaisena ideaalityyppinä, jonka merkityksen kaikki tunnistivat. Perinteisesti perhe on määritelty isän, äidin ja lasten muodostamaksi kokonaisuudeksi. Perhe voi olla sidoksissa toisiinsa biologisin, juridisin tai emotionaalisiin perustein. Lähin ihminen on henkisesti tärkeä ja läheinen ihminen, esimerkiksi ystävä tai naapuri. Yhdessä asuminen ei ole riittävä perheen määrittely. Perheenjäsenten väliset suhteet ja emotionaalinen side voivat olla tärkeämpiä kuin juridiset tai biologiset siteet. Potilaslaissa (785/1992) potilaan perheeseen viitataan käsitteillä potilaan lähiomainen, muu läheinen henkilö tai potilaan laillinen edustaja. Potilas on ensisijainen henkilö, joka määrittää oman lähiomaisensa tai läheisensä, joka voi olla hoidossa osallisena. Lain mukaan perheen osallisuus on tiedon saamista potilaasta ja osallistumista tiettyihin potilasta koskeviin hoitopäätöksiin. (Hakulinen ym. 1999, Marin 1999, Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Perheellä ja läheisillä on tärkeä merkitys perheen eri elämäntilanteissa ja muutosvaiheissa, kuten esimerkiksi perheenjäsenen sairastuessa. Mesiäislehto-Soukan ym. (2004) tutkimuksen mukaan perhe oli potilaan tärkein selviytymiskeino. Terveystieteiden toimintaympäristö ja toiminta voivat olla perheelle outoja, jolloin myös perheen rooli ja asema terveydenhuollossa ovat tuntemattomia uuden tilanteen myötä. Tiedon, ohjauksen ja tuen tarve on aina yksilöllinen perheen ollessa asiakkaana terveydenhuollossa. Iäkkään potilaan saattajat kokevat ohjauksen erityisen tärkeäksi. (Hickman ym. 2007). Ikääntyneet käyttävät valtaosan terveydenhuollon palveluista. He liikkuvat kodin ja palvelujärjestelmän välillä ja täten kohtaavat useita auttajia. Yhteistyö perheen ja hoitavien henkilöiden välillä on lähtökohta perheen terveyden ja hyvinvoinnin tukemisessa ja hoitamisessa. (Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Potilaan läheisten tukemista on tutkittu melko paljon. Tutkimukset ovat kuitenkin suuntautuneet enimmäkseen kriittisesti sairaan ja tehohoidossa olevan potilaan (Auerbach ym. 2005, Eggenberger & Nelms 2007, Lehto ym. 2000, Potinkara 2004), sydänsairaana potilaan (Holroyd ym. 2001,

Koivula 2004, Paavilainen ym. 2006, Rantanen ym. 2004), syöpäpotilaan (Eriksson ym. 2002, Mesiäislehto-Soukka ym. 2004), poikkeavaa lasta odottavan perheen (Majjala 2004) tai sairaan lapsen (Lehto 2004) perheen tukemiseen. Potilaan mielipidettä perheen tukemisesta on tutkittu vain vähän (Hopia ym. 2004, Majasaari ym. 2005). Potilaan tukemista poliklinikalla on tutkittu myös vähän (Hiidenhovi 2001, Orajärvi 2004). Potilaan läheisen kokemuksia polikliinisestä hoitotyöstä on tutkittu vielä vähemmän (Salminen-Tuomaala ym. 2008).

Kirurgisten potilaiden yksilöllinen ohjaus edellyttää hoitohenkilökunnalta potilaan oppimistarpeiden suunnitelmallista tunnistamista ja arviointia. Kirurgisten hoitomuotojen kehittyttyä ja hoitoaikojen lyhentyessä kirurgisen hoitotyön luonne ja potilaan rooli on muuttunut viimeisen vuosikymmenen aikana. Muutos on merkinnyt potilaan autonomian, tiedontarpeen, itsehoitovaatimusten ja vastuun lisääntymistä. (Lahtinen ym. 1998, Suominen & Leino-Kilpi 1997.) Potilaat tarvitsevat tietoa ja ohjausta valmistautuessaan leikkaushoitoon ja selviytyäkseen leikkaushoidon jälkeen jokapäiväisestä elämästään ja itsensä hoitamisesta. (Virtanen ym. 2007, Välimäki ym. 2001). Hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa tulisi heti hoitajakson alusta alkaen huomioida paremmin potilaiden elinympäristö ja se tilanne, mistä he tulevat sairaalahoitoon ja mihin he taas palaavat hoitajakson jälkeen. (Suhonen ym. 2007).

Hoitotyön ja sen koulutuksen kehittämisen kannalta on keskeistä tulla tietoisiksi läheisen kohtaamisen ja kohtaamattomuuden eri ulottuvuuksista, jotta siihen voidaan mahdollisuuksien mukaan kiinnittää entistä enemmän huomiota. Kohdistettaessa huomio läheisten tiedollisiin, emotionaalisiin ja konkreettisiin tarpeisiin, voidaan ennaltaehkäistä ja havaita varhaisessa vaiheessa hoitoon osallistuvien läheisten ahdistus- ja depressio-oireita sekä tukea potilaan ja perheen selviytymistä muuttuneessa elämäntilanteessa. (Halme ym. 2007.)

Tämän pro gradu-tutkimuksen taustalla on Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen koordinoima tutkimus ”perheiden tukeminen terveydenhuollossa”. Hankkeessa on mukana Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Pirkanmaan - ja Satakunnan sairaanhoitopiirit sekä alueiden ammattikorkeakoulut ja perusterveydenhuolto. Tutkimushankkeen tarkoituksena on ollut kehittää Perheiden tukeminen – mittari (PT-mittari), jonka avulla voidaan arvioida perhehoitotyön toteutumista perheiden hoitohenkilökunnalta saaman tuen näkökulmasta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eri alueilla.

Tässä tutkimuksessa läheisellä ja perheenjäsenellä tarkoitetaan potilaan perhettä, sukulaista, ystävää tai muuten potilaalle läheistä ihmistä. Läheistä ja perheenjäsentä käytetään synonyymeinä tässä

tutkimuksessa. Saatujen tutkimustietojen perusteella voidaan kehittää tekonivelleikkauspotilaiden perhehoitotyötä sekä kohdennetusti ko. ortopedian poliklinikalla että laajemminkin asiantuntijahoitajan työssä. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen strategiassa ja tutkimussuunnitelmassa on myös huomioitu ortopedisen potilaan ja hänen perheensä ohjauksen kehittäminen. Tämän työn tavoitteena on luoda pohjaa käytännön hoitotyön kehittämiseksi. Saatujen tulosten avulla voidaan kehittää perheiden tukemista edelleen ja kiinnittää huomio heikoiksi koettuihin asioihin. Yleisemmällä tasolla tämä pro gradu- tutkimus lisää perhehoitotyön tutkimustietoa, jota tarvitaan sekä käytännön, opetuksen että jatkotutkimusten kannalta.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Aikaisempia tutkimuksia haettiin eri tietokannoista. Näitä tietokantoja olivat Medic, Arto ja Plarihaku (Seinäjoen ammattikorkeakoulun tietokanta). Ulkomaisista tietokannoista käytössä olivat Ovid- tietokannat eli British nursing index, Medline ja Cinahl. Haut tehtiin lokakuu 2009-tammikuu 2010 välisenä aikana. Viimeisimpien tutkimusten haku tehtiin syyskuussa 2010. Haut on rajattu Medlinessa ja Cinahlissa vuosiin 1996-2010 ja British nursing indeksissä vuosiin 1994-2010. Medicissä, Artossa ja Plarihaussa ei käytetty vuosirajausta. Ulkomaisissa tietokannoissa haut on rajattu koko-teksteihin sekä englannin kieleen. Hakusanoina käytettiin ”perhe”, ”perhehoitotyö”, ”läheinen”, ”tuki”, ”tukeminen”, ”osallistuminen”, ”kohtaaminen”, ”tiedonsaanti”, ”tekonivel” ja näiden englannin kielisiä vastineita ”family”, ”family nursing”, ”close”, ”support”, ”participation”, ”meet”, ”meeting”, ”information”, ”osteoarthritis”. Näistä hakusanoista muodostettiin erilaisia yhdistelmiä. Tietokantojen lisäksi hakua täydennettiin käsihaulla.

2.1 Nivelrikkopotilas

Nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaus. Suomessa yli 30- vuotiaista miehistä 5,7% ja naisista 4,6% sairastaa lonkkanivelrikkoa. Polvinivelrikkoa sairastaa yli 30- vuotiaista miehistä 6,1% ja naisista peräti 8%. Iän myötä nivelrikko yleistyy. Yli 75- vuotiaista naisista jo 32% ja miehistä 16% kärsii polven nivelrikosta ja joka viidennellä yli 75- vuotiaalla on lonkkanivelrikko. (Riikola & Arokoski 2007.)

Nivelrikko on koko nivelen sairaus, jonka perimmäistä syytä ei tiedetä. Nivelrikossa rustoväli kaventuu. Muutokset nivelessä etenevät yleensä hitaasti vuosien kuluessa. Nivelrikon kipu pahenee usein raskautuksessa ja tuntuu liikekipuna ja arkuutena, vaikeassa nivelrikossa myös lepokipuna esimerkiksi yöllä. Nivelrikko aiheuttaa usein liike- ja varauskipua, mistä seuraa toimintahäiriöitä. Nivelrikon riskitekijät voidaan jakaa systeemisiin ja paikallisiin. Systeemisiä riskitekijöitä ovat mm.

ikä, sukupuoli, perinnölliset tekijät, nivelvammat ja poikkeavat kuormitusrasitukset. Lonkan nivelrikon riskiä lisäävät ikääntyminen, diagnosoitu nivelen kehitysanomalia ja todennäköisesti myös ylipaino. Polven nivelrikon riskiä lisäävät ikääntyminen, lihavuus ja naissukupuoli (yli 50 vuoden iässä). Todennäköisesti työhön liittyvä nostelu ja kyykistely lisäävät riskiä. (Konttinen ym. 2003, Riikola & Arokoski 2007.) Uusimpien tutkimusten mukaan korkealla painoindeksillä on yhteyttä polviproteesin tarpeeseen molemmilla sukupuolilla. Totaalilonkkaproteesileikkauksen ja painoindeksin yhteys näyttää heikolta. Naisten kohdalla yhteys on merkityksetön. (Franklin ym. 2009.)

Karjalaisen (2006) mukaan nivelrikkoa sairastavien terveyteen liittyvä elämänlaatu on merkitsevästi huonompi kuin vastaavanikäisellä normaaliväestöllä. Elämänlaatu on huonompi erityisesti liikkumisen, nukkumisen, tavanomaisten toimintojen, vaivojen ja oireiden, ahdistuneisuuden, energisyyden ja sukupuolielämän ulottuvuuksilla. Nivelrikko vaikutti kaikkien osallistuneiden elämään jollakin tavoin. Lähes puolet vastaajista arvioi nivelrikon vaikuttavan elämäänsä paljon. 90% vastaajista oli sitä mieltä, että nivelrikko heikentää heidän sosiaalista elämäänsä.

Jos nivelkipuihin ei ole auttanut mikään muu hoitokeino tai toimintakyky on olennaisesti heikentynyt, saattaa kirurgi perusteellisen, yksilöllisen tutkimuksen ja harkinnan jälkeen ehdottaa kirurgista hoitoa. Tekonivelleikkaus tähtää kivun lievitykseen sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseen. Nivelrikon hoitomahdollisuudet ovat viime vuosina parantuneet ja sama kehitys jatkunee myös tulevaisuudessa. Uudet tekniset menetelmät ja nivelen korvaavat implantit ovat parantaneet artroosin leikkaushoidon mahdollisuuksia. Ajoitus on tärkeä, ja siksi ortopedin oikea-aikainen konsultaatio on suotavaa. Pidentyneiden leikkausjonojen vuoksi toiminta- ja työkyky voi kärsiä, jos ei artroosin kirurgisen hoidon tarvetta ole todettu riittävän ajoissa. Esimerkiksi polven vaikean nivelrikon hoidossa tekonivelleikkaus korjaa hyvin virheasennon, palauttaa toimintakyvyn ja tekee polven kivuttomaksi. (Konttinen ym. 2003, Riikola & Arokoski 2007.)

2.2 Perheenjäsenen sairastuminen

Aikuisen perheenjäsenen sairaus merkitsee muutosta myös potilaan läheisen elämässä: Se vaikuttaa muihin perheenjäseniin, koko perheen elämään ja aiheuttaa läheisille ahdistusta, huolta ja pelkoa. Perheenjäsenten arki sekoittuu ja perheen päivittäiset rutiinit häiriintyvät, kun vierailuihin ja keskusteluihin käytetään aikaa. Läheisen ihmisen sairastuessa perheenjäseniä rasittaa epävarmuus tulevista elämänvaiheista. Potilaan tutkimustulosten odottaminen, sairauden laatu ja paranemisen

todennäköisyys askarruttavat perheenjäsenten mieliä. (Halme ym. 2007, Mesiäislehto-Soukka ym. 2004, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999.)

Perheenjäsenen sairaus tuo fyysisiä, sosiaalisia, henkisiä ja taloudellisia muutoksia perheeseen. Sairastuminen voi aiheuttaa perheenjäsenissä sekä fyysisiä että psyykkisiä reaktioita, kuten unettomuutta, väsymystä, masennusta, hermostuneisuutta ja pelkoa. (Majasaari ym. 2005, Mäkinen 2002.) Kun perheen pelot ovat suuret, he voivat olla kykenemättömiä tukemaan potilasta ja voivat siirtää pelkojansa potilaalle. (Leske 2002).

Perheen tukeminen eri muodoin on tärkeää, koska perheenjäsenten väliset suhteet ja käyttäytyminen muuttuvat sairauden myötä. Yksi tärkeä tuen muoto on keskusteleminen perheen kanssa. Tällöin perheenjäsenillä on mahdollisuus kertoa omista tunteistaan ja kokemuksistaan. Kaikkinainen huolenpito perheenjäsenistä auttaa heitä jaksamaan eteenpäin. Huolenpito on välittämistä ja rohkaisemista. (Halme ym. 2007, Åstedt-Kurki ym. 2008.) Hoitotyössä tulisi tunnistaa käytännölliset tavat tukea ja parantaa henkilökunnan ja perheen suhdetta. (Austin ym. 2009).

Potilaan perheellä on erilaisia tarpeita ja odotuksia, kun sairastunut perheenjäsen on teho-hoidossa. Läheisille on tärkeää tavoittaa sekä lääkäri että sairaanhoitaja. Perhe tarvitsee tietoa potilaasta ja tämän voinnista ja voinnin muutoksista. (Lee & Lau 2003, Åstedt-Kurki ym. 2008.) Tiedonsaanti on perheiden suurin tarve, kun läheinen on kriittisesti sairas. Puolisoiden tulisi saada olla lähekkäin. Se tarjoaa turvallisuuden tunnetta. (Alvarez & Kirby 2006.) Perheen sisäiset siteet tekevät perheestä vahvan kriittisen sairauden kohdatessa. Perheyksikkö antaa jäsenilleen kykyä sietää emotionaalisia mullistuksia ja kärsimystä, kun sen yksi jäsen on kriittisesti sairas. (Eggenberger & Nelms 2007.)

Totaalilonkkaproteesi-leikkauspotilaiden ominaispiirteet tulisi ottaa enemmän huomioon suunniteltaessa sopivaa leikkauksenjälkeistä hoitoa ja tukea. Potilaat tarvitsevat yksilöllisiä ohjeita, sillä monet taustatekijät (esim. ikä, sukupuoli, preoperatiivinen kipu, siviilisääty ja leikkaustyyppe) vaikuttavat toipumiseen. (Montin 2007.) Esimerkiksi vanhuksille suurin osa perheenjäsenistä on resurssi, mutta joskus he voivat välttää kontaktia, mikä tekee yhteistyön vaikeaksi. Hoitajat ja perheenjäsenet ovat riippuvaisia toisistaan hoitaessaan vanhusta. (Weman & Fagerberg 2006.)

2.3 Perheen tukeminen

Perhekeskeisyys on hoidossa laaja ja monitahoinen asia. Perhekeskeinen hoitotyö-käsitteen mukaan perhettä pidetään asiakkaan taustatekijänä niin, että hoidossa keskeisenä on yksilö. Perhe otetaan

huomioon potilaan tilan arvioinnissa ja hoitosuunnitelmassa. Hoitamisessa perhekeskeisyydellä tarkoitetaan perheen ottamista mukaan koko hoitoprosessiin ja päätöksentekoon. Perhekeskeisyys voi käytännön hoitotyössä merkitä kahta asiaa. Perhe voidaan ottaa mukaan taustatueksi, jolloin yksilö on hoidossa keskeinen. Perhe voi myös itsessään olla hoitotyön keskeinen mielenkiinnon kohde ja yksittäinen perheenjäsen on toissijainen. (Hakulinen ym. 1999, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999.)

Perheen hoitamisen ja sen menetelmien päämääränä on terveyden edistyminen. Perheen tukeminen omien voimavarojensa arvioimisessa, löytämisessä ja vahvistamisessa muuttuvissa elämäntilanteissa edistää perheen selviytymistä ja terveyttä. Perheen tilanteesta riippuen hoitamisen menetelmät sisältävät myös tietoa, opastusta ja neuvoja. (Åstedt-Kurki ym. 2008.) Perhehoitotyön tavoitteena on tukea perheen omia voimavaroja itsehoitoperiaatetta unohtamatta. Hoitajien tuki voi muuttaa perheen ajatuksia optimistisemmiksi ja kannustaa heitä mukaan potilaan hoitoon. (Auerbach ym. 2005.) Perhehoitotyön päämääränä on perheen ja perheenjäsenten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja tukeminen. Perhehoitotyö on tarkoitettu toteutettavaksi koko laajalla terveyden- ja sairaanhoidon sektorilla. (Hakulinen ym. 1999, Paunonen ym. 1999.)

Perheenjäsenen sairaus merkitsee muutosvaihetta perheen elämässä. Perhe voi tarvita hoitohenkilökunnalta tukea yhden perheenjäsenen ollessa sairaana. Koko perheen hyvinvointi ja selviytyminen joutuvat useimmiten tällaisissa tilanteissa koetukselle. Perheen tukemisessa tulisikin huomioida koko perhe. (Rantanen ym. 2004, Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, Åstedt-Kurki ym. 2008.) Esimerkiksi teho-osastolla potilaana olevien perheenjäsenet myöntävät, että tilanne on stressaava koko perheelle. (Lee & Lau 2003). Henkilökunnan tulisi tunnistaa kriittisesti sairaan potilaan perheen erityistarpeita. Yksinkertaiset muutokset hoitofilosofiassa ja menettelytavoissa voisi suuresti vähentää näiden perheiden huolta. Terveystuollossa tulisikin keskittyä suunnittelemaan sellaisia tapoja, joiden avulla voidaan pienentää hoidon antajien ja hoitoa tarvitsevien yhteisöjen välistä kuilua. Hoidon vaikutuksia perheeseen ja heidän tarpeisiinsa tulisi myös huomioida. Näihin kaikkiin asioihin voidaan vaikuttaa siten, että terveydenhuollon ammattilaisten lähestymistapa sisältää tiedon antoa, selkeää kommunikaatiota ja aktiivista tukemista. Myös potilaan ja perheenjäsenen välistä läheisyyttä tulisi tukea. (Alvarez & Kirby 2006, Bauer ym. 2009.)

Perheet pitävät tärkeänä omien asioidensa ajamista ja mahdollisuutta päättää niistä itse, mutta heidän voimavaransa eivät aina riitä. Halmeen ym. (2007) tutkimuksesta tulee esille, että käytännön hoitotyön kannalta on ongelmallista, että perheenjäsenet eivät välttämättä tunnista tai puhu omista

tarpeistaan ja ahdistuksestaan, vaan päällimmäisenä ovat sairastuneen potilaan tarpeet ja huoli hänen selviytymisestään. Perheenjäsenen sairastuminen ja joutuminen sairaalahoitoon aiheuttavat perheessä erilaisia tunteita. Yhden perheenjäsenen sairastuminen voi aiheuttaa muissa syyllisyyden tunteita. Syyllisyyden ja epävarmuuden tunnetta voi vähentää se, että perheenjäsenet tietävät, miten he voivat toimia sairaan läheisensä hyväksi ja osallistua hoitoon. (Halme ym. 2007, Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Pelkonen ja Hakulinen (2002) ovat kehittäneet alustavan mallin perheiden voimavarojen vahvistamisesta. Alustavan mallin mukaan perheellä on elämänsä aikana voimavaroja ja kuormittavia tekijöitä. Perheen haavoittuvuus tai voimavaraisuus muodostuu voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden välisestä suhteesta. Perhe voi omalla toiminnallaan vahvistaa voimavarojaan, mutta niitä on mahdollista vahvistaa myös perheen ulkopuolelta.

Perheenjäsenet pitävät hoitajilta saamaansa tukea tärkeänä, ja he kaipaavat sitä enemmän. Läheiset kaipaavat tietoa ja henkistä tukea erityisesti sairastumisen alkuvaiheessa. Erityisesti läheiset toivovat kuuntelua, lisää keskustelua, henkistä tukea ja yksilöllistä tukea. On arvioitu, että hoitajat eivät ole selvillä läheisten emotionaalisisista tarpeista. (Hopia ym. 2004, Vom Eigen ym. 2000.)

Tarkan ym. (2003) tutkimuksen mukaan 30% sydänpotilaiden läheisistä oli tyytymättömiä hoitajilta saamaansa emotionaaliseen tukeen potilaan sairaalahoidon aikana. Läheiset tarvitsevat enemmän tukea omaan jaksamiseensa. (Aura 2008). Koivulan (2004) tutkimuksessa ohitusleikkauspotilaat ovat myös todenneet perheen emotionaalisen tuen tarpeen sekä sen, että perhe tarvitsee konkreettista tukea. Hopian ym. (2004) tutkimuksen mukaan kirurgiset potilaat ja heidän läheisensä ovat sitä mieltä, että keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa koskivat lähinnä potilaan vointia, eivät läheisen vointia, selviytymistä ja sen tukemista. Läheiset toivovat ja odottavat hoitohenkilökunnan olevan kiinnostunut ja esittävän suoria kysymyksiä heidän voinnistaan. Läheiset katsoivat saneensa hyvin tiedollista ja konkreettista tukea hoitohenkilökunnalta. Tietoa sairaudesta, hoitohenkilökunnan antamaa ohjausta ja neuvontaa haluttaisiin lisää. (Hopia ym. 2004, Lehto ym. 2000, Mesiäislehto-Soukka ym. 2004.)

2.3.1 Perheen kohtaaminen

Kahden tai useamman henkilön kohtaaminen on aina kokemuksellista ja merkityksiä synnyttävää. Perheen hoitamisessa kohtaamistilanteet ovat usein tavoitteellisia, joissa apua tarvitseva henkilö hakee sitä ammattilaiselta. Näissä tilanteissa vallitsee tiedollinen ja taidollinen eriarvoisuus

terveyteen liittyvissä asioissa. Kuitenkin kohtaamistilanteeseen osallistuvat henkilöt ovat samanarvoisia, kaikilla on oma ihmisarvonsa. Samanarvoisuus tarkoittaa yksilön ja hänen arvojensa kunnioittamista. Perheen hoitamisessa erilaisuuden tiedostaminen mahdollistaa avoimen ja ”vastaanottavan” kohtaamisen. (Åstedt-Kurki ym. 2008.) Perheen ja henkilökunnan suhdetta tulee ylläpitää siten, että sitoudutaan noudattamaan suhteen elementtejä, joihin kuuluu muun muassa molemminpuolinen kunnioitus. (Austin ym. 2009).

Hoitohenkilökunta kohtaa aikuisen perheenjäsenen sairaalassa usein muuttuneessa elämäntilanteessa ja perheelle vieraassa ympäristössä. Erilaiset pelot, kuten kuolemanpelko ja pelko tulevasta sekä tilanteen aiheuttama ahdistus ovat usein läsnä perheenjäseniä kohdattaessa. Hoitohenkilökunnalla on erilaisia odotuksia, tietoja ja taitoja perheiden kohtaamiseen. (Halme ym. 2007, Åstedt-Kurki ym. 2001, Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Isolan ym. (2007) tutkimuksen tulosten mukaan vanhuspotilaita ja heidän läheisiään oli ohjattu tunteiden ja pelkojen käsittelyssä liian vähän. Rutiininomainen toimintatapa ja suhtautuminen perheeseen ja perheen asemaan ei todennäköisimmin johda laadukkaaseen lopputulokseen, jossa perheenjäsenet kokevat tulleen kuulluksi ja heidän näkemyksensä huomioonotetuksi. Avoimessa ja luottamusta herättävässä ilmapiirissä perhe voi kokea turvallisuudentunnetta ja tuoda esiin avoimesti omia ajatuksiaan. Läheisen ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta edistää henkilökunnan tarjoama mahdollisuus keskusteluun, ystävällinen suhtautuminen läheisiin, läheisten oma kiinnostus vuorovaikutukseen ja potilaan toive, että läheisten kanssa keskustellaan. (Hopia ym. 2004, Åstedt-Kurki ym. 2001, Åstedt-Kurki ym. 2008.) Henkilökunnan ja läheisen vuorovaikutusta vaikeuttaa henkilökunnan kiire, henkilökunnan tekemä vuorotyö ja läheisen arkuus lähestyä henkilökuntaa. (Hopia ym. 2004).

Halme ym. (2007) jakaa kirjallisuuskatsauksessaan aikuisen perheenjäsenen kohtaamisen ohittavaan kohtaamiseen, varaukselliseen kohtaamiseen ja vahvistavaan kohtaamiseen. Ohittavassa kohtaamisessa piiloudutaan usein vähäisten resurssien taakse. Jos keskustelu läheisten kanssa tuntuu vaikealta ja aiheuttaa lisäpainetta kiireisessä työssä, voivat läheiset jäädä kohtaamatta. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999). Sairaaloissa ja osastoilla on myös erilaisia sääntöjä ja toimintatapoja, jotka rajoittavat läheisten vierailuja ja osallistumista hoitoon. Hoitavan henkilön ja läheisten yhteydenpito puhelimitse koetaan mekaaniseksi ja yksipuoliseksi tietojen antamiseksi, eikä näissä tilanteissa tapahdu todellista kohtaamista. Ohittavaan kohtaamiseen liittyy myös se, että hoitajat eivät tiedä sairastumisen vaikutuksista perheeseen ja heidän ymmärtämyksensä on

rajoittunut. Perheen tarpeita ei uskalleta kohdata. Vaikeneminen on osoittautunut yhdeksi ohittavan kohtaamisen muodoksi. (Halme ym. 2007.)

Varauksellinen kohtaaminen ilmenee suojeluna ja hyväntahtoisena kyräilynä. Hoitajat uskovat, että tukeminen kuuluu jollekin muulle kuin heille ja, että tuen tarpeet ovat yksityisasiasia. Varaukselliseen kohtaamiseen liittyy molemminpuolinen asioiden salailu ja toisten ihmisten suojelu ahdistavilta asioilta. Asioista ei puhuta suoraan. (Halme ym. 2007.)

Vahvistavassa kohtaamisessa välitetään hyväksymistä, rauhallisuutta ja välittämistä. Tällaisessa kohtaamisessa on mahdollisuus välittää sanattomia tunteita. Perheenjäsenet kokevat henkilökunnan perheelle antaman hyväksynnän erittäin tärkeänä. Hyväksyntä lisää perheenjäsenen tunnetta vastuullisuudesta ja vastuun jakamisesta. Kohtaaminen on vastavuoroista, kun perheenjäsen on tunnustettu tarpeelliseksi ja vastuulliseksi toimijaksi läheisensä hoidossa. (Halme ym. 2007.)

2.3.2 Perheen tiedonsaanti

Kirurgisilla potilailla on runsaasti hoitoa koskevia odotuksia. Odotukset liittyvät usein tiedonsaantiin. (Leino-Kilpi ym. 1999, Välimäki ym 2001.) Potilaan lisäksi myös läheiset kaipaavat tietoa potilaan voinnista, hoidoista ja tutkimuksista. (Lee & Lau 2003, Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999). Erityisesti naisten on todettu pitävän tiedonsaantia tärkeänä samoin kuin perheenjäsenten, joilla on aikaisempaa kokemusta kyseessä olevasta hoitopaikasta. Läheiset odottavat, että sairaanhoitajat kertovat potilaan kokonaisvoinnista ja päivittäisistä tapahtumista sekä ohjaavat ja neuvovat perhettä potilasta koskevissa kysymyksissä. Hoitavan henkilön tulee kuitenkin varmistaa potilaan suostumus tietojen antamiseen. (Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Hoitohenkilökunnan paremmat ihmissuhdetaidot voisivat auttaa heitä tunnistamaan perheenjäsenten tiedontarpeita. (Auerbach ym. 2005). Perheenjäsenten stressiä voidaan vähentää ja osallistumista lisätä tarjoamalla jatkuvasti tietoa. Läheiset odottavat saavansa rehellistä, selkeää, yksityiskohtaista ja yksilöllistä tietoa. Sitä tulee antaa potilaalle ja perheelle yhtä aikaa, jotta tieto välittyisi samanlaisena. Tärkeätä tiedonannossa ja ohjauksessa on hyvä kommunikointi ja selkeä viestintä selkokielellä, ei ammattisanastolla. Kommunikaation tulisi olla ymmärrettävää. Perheiden huoli vain lisääntyy, jos informaatio on puutteellista tai väärin ajoitettu. Isolan ym. (2007) tutkimuksen mukaan varsinkin iäkkäät potilaat toivovat läheisten osallistumista ohjaustilanteeseen, yksilöllisyyttä ja monipuolisia ohjausmenetelmiä. Kääriäinen ja Kyngäs (2004) ovatkin artikkelissaan todenneet kirjallisen ohjausmateriaalin antamisen tukevan suullista ja

audiovisuaalista ohjausta. Ohjaus vaikuttaa positiivisesti muun muassa potilaan terveydentilaan, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon ja tiedon määrään. Isolan ym. (2007) tutkimuksessa tuli esille, että iäkkäät potilaat arvioivat saamastaan ohjauksesta olleen vähiten hyötyä läheisten tiedonsaannille. Tietoa tulee antaa ymmärrettävästi ja siinä suhteessa kuin läheinen sen kykenee ottamaan vastaan. Tietoa tulee toistaa riittävän usein. Erityisesti hoidon alkuvaiheessa tiedon tulee olla konkreettista ja yksiselitteistä. On tärkeää, että tiedon oikeinymmärtäminen varmistetaan. (Alvarez & Kirby 2006, Hiidenhovi 2001, Leon & Knapp 2008, Mesiäislehto-Soukka ym. 2004, Torkkola 2002, Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Tiedonvaihto on keskeinen elementti hoitavan henkilön ja perheen välisessä kanssakäymisessä. Tieto auttaa perheenjäseniä jäsentämään ja ymmärtämään hoidossa olevan läheisen tilannetta ja omaa rooliaan siinä sekä tekemään päätöksiä potilaan puolesta. Tieto auttaa läheisiä suuntautumaan tulevaisuuteen. Tiedonsaannilla on vaikutusta mahdolliseen pelkoon ja ahdistukseen. (Leske 2002, Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Henkilökunnalta saatu yksilöllinen tuki ja tieto läheisen tilanteesta vähentävät perheen kokemaa ahdistusta ja avuttomuutta sekä lisäävät asiakkaan (Koivula 2004) ja koko perheen (Eriksson 1996) hyvinvointia. Asiakkaan hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että perheet huomioidaan ja heidät otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (Mäkinen & Routasalo 2003). Läheisten ohjaamista tärkeinä pitävät hoitajat ajattelivat, että läheisten tiedonsaanti on edellytys potilaan tukemiselle ja osallistumiselle hoitoon. (Koivula 2004).

Tiedontarpeen sivuuttamista tapahtuu, kun perhe jää ilman vastauksia, asiat esitetään heille ylimalkaisesti tai niitä ei selitetä aktiivisesti. (Åstedt-Kurki ym. 2008). Karjalaisen (2006) tutkimuksen mukaan lonkka- tai polvileikkaukseen odottavista potilaista vajaa kolmannes (27%) olisi halunnut lisätietoja joistakin yksittäisistä asioista. Perhe voi tuntea, että hoitavat henkilöt ovat haluttomia antamaan informaatiota, välttävät tiettyjä aiheita tai välittävät tietoa ainoastaan toisilleen. Hoitajilla voi kuitenkin olla vähän tietoa siitä, kuinka kommunikoida koko perheen kanssa. (Firth 2006).

Heinon (2005) tutkimuksen tulosten mukaan preoperatiivinen ohjaus oikein ajoitettuna helpottaa toimenpiteeseen valmistautumista. Kuitenkin Paavilaisen ym. (2001) tutkimuksen tulosten mukaan leikkaukseen menossa olevan potilaan läheisille ei kerrottu potilaan tilanteesta systemaattisesti ja perheen tilanne kartoitettiin huonosti preoperatiivisen prosessin aikana. Se olisi ollut tärkeää potilaan selviytymiselle kotihoidossa. Rantasen ym. (2004) tutkimuksen mukaan

ohitusleikkauspotilaat saavat tietoa sairaudesta, selviytymisestä, kotihoidosta ja siitä, miten toimia ongelmatilanteissa. Saman tutkimuksen mukaan läheiset ilmoittavat saaneensa vähemmän tietoa edellä mainituista asioista. Esimerkiksi läheisistä yli puolet ei ollut saanut tai oli saanut vähän tietoa potilaan kotihoidosta. Myös Vom Eigenin ym. (2000) tutkimuksen mukaan potilaan läheiset olivat sitä mieltä, että he eivät olleet saaneet tarpeeksi tietoa potilaan hoidosta, kuinka hoitaa potilasta kotona, lääkkeiden vaikutuksista ja minkälaisia vaaranmerkkejä täytyy seurata toimenpiteen jälkeen.

Potilasoppimiskeskus Soppi aloitti toimintansa Hyvinkään sairaalassa huhtikuussa 2000, tavoitteenaan tukea potilaan ja läheisten tiedonsaantia myös informaatioteknologiaa hyödyntämällä. Potilasoppimiskeskus Soppi on esimerkki uudesta tavasta tukea potilaan tiedonsaantia tietoteknisillä ratkaisuilla. Siirtyminen nykyaikaiseen, potilasta osallistavaan, tarvelähtöiseen ja konsulttimaiseen potilasopetukseen on terveydenhuollon tulevaisuutta. Tällaiseen toimintatapaan on syytä varautua, sillä informaatioteknologiasukupolvet ovat siirtymässä terveydenhuollon asiakkaiksi. Informaatioteknologian merkitystä potilaan tiedonsaannissa pidettiin tärkeänä erityisesti päiväkirurgian yksikössä. (Välimäki ym. 2007.)

2.3.3 Perheen hoitoon osallistuminen

Kustannustehokkaassa strategiassa lisätään perheen pääsyä mukaan potilaan hoitoon, tarjotaan keskustelua lääkärin ja hoitotiimin kanssa sekä luodaan perheystävällinen ympäristö. (Maxwell ym. 2007).

Arvola (2008) on kuvannut tutkimuksessaan läheisten ja omahoitajien kokemuksia ja odotuksia hoitoon osallistumisesta teho-osastolla. Tulosten mukaan läheisten hoitoon osallistuminen on sekä läheisten että omahoitajien kuvaamina potilaan tukemista, potilaan auttamista sekä potilaan edustajana toimimista. Potilaan tukeminen muodostuu potilaan lähellä olosta, rauhoittelusta ja kannustamisesta. Läheisten hoitoon osallistumista edistäviä tekijöitä ovat joustava yhteydenpito, avoin ilmapiiri, läheisen kriisiin vastaaminen, läheisen ohjaaminen ja tiedottaminen sekä ammattitaitoinen henkilökunta.

Nuutisen ja Raatikaisen (2005) tutkimuksen mukaan vanhuspotilaiden läheisillä oli enemmän halua kuin tietoa, taitoja ja aikaa osallistua potilaan hoitoon. Mitä enemmän läheisellä oli voimavaroja ja mitä enemmän hän oli saanut hoitohenkilökunnalta tukea osallistumisessa potilaan hoitoon, sitä useammin hän osallistui potilaan fyysiseen auttamiseen ja henkiseen sekä sosiaaliseen tukemiseen. Läheisistä 57% oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunta oli tukenut heitä osallistumaan potilaan

päivittäiseen hoitoon vähän, 24% jonkin verran ja 20% paljon. Salminen-Tuomaalan ym. (2008) tutkimuksen mukaan päivystyspoliklinikan potilaiden saattajista 91% piti mukanaoloaan ohjaustilanteessa tärkeänä, koska he halusivat sitoutua läheisensä hoitamiseen kotona. Vom Eigenin ym. (2000) tutkimuksen mukaan potilaan ja läheisen mielipiteet läheisen hoitoon osallistumisesta erosivat merkittävästi. Läheiset raportoivat kaksi kertaa useammin kuin potilaat, että läheisiä ei otettu tarpeeksi usein mukaan keskusteluun hoidosta ja, että heillä ei ollut luottamuksellista suhdetta potilasta hoitaneeseen lääkäriin.

Potilaan ja asiakkaan hoitotyön laatu voidaan paremmin varmistaa, kun perhe on hoidossa mukana. Tämä tuo taloudellista hyötyä, mutta myös esimerkiksi kriittisesti sairaan potilaan perheen tyytyväisyys lisääntyy, kun heidät otetaan osaksi potilaan hoitotiimiä. (Leon & Knapp 2008, Maxwell ym. 2007, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999.) Perheellä on oma tehtävänsä ja paikkansa potilaan hoidossa. Perheenjäsenillä on tietoa potilaasta, joka perustuu yksilölliseen tuntemukseen. Perheenjäsen tuntee potilaan tavat, elämänhistorian ja elämänpiirin. (Gustafsson 2009, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, Åstedt-Kurki ym. 2008.) Hoitohenkilökunta toivookin läheisten osallistuvan enemmän potilaan hoitoon myös sairaalassaolo-aikana. (Mesiäislehto-Soukka ym. 2004). Perheenjäsenillä voi olla halu auttaa, mutta he eivät osaa tai uskalla osallistua, jolloin hoitaja voi rohkaista heitä siihen. (Kaila 2009). Arvolan (2008) tutkimuksen mukaan läheisten ohjaaminen osaston käytänteisiin mahdollistaa läheisen hoitoon osallistumisen. Perheenjäsenet halusivatkin saada tietoa mahdollisuuksistaan osallistua potilaan hoitoon sekä akuutissa vaiheessa että myös kotona. (Lee & Lau 2003).

Perheen osallisuuden tulee kuitenkin perustua perheenjäsenten tahtoon ja osallistumismahdollisuuteen. Kun perhe kokee olevansa tervetullut potilaan hoitoyksikköön, on perheenjäsenten helppo olla yhteydessä hoitaviin henkilöihin. Tällöin osallistuminen potilaan hoitoon on helpompaa. Perheenjäsenet toivovat mahdollisuutta sopivassa määrin osallistua läheisen hoitoon auttamalla arkisissa tilanteissa ja olemalla lähellä potilasta. Tämä edellyttää, että hoitajat ja lääkärit ovat vuorovaikutuksessa myös läheisten kanssa. (Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Perheen osallistuminen potilasta koskeviin hoitopäätöksiin on monitahoinen asia, johon vaikuttavat potilaan tahto, hänen tilanteensa, ikänsä, perheen sisäiset suhteet sekä perheen halu ja osallistumismahdollisuus. (Åstedt-Kurki ym. 2008). Alasen (2002) tutkimuksen mukaan potilaat pitävät vähiten tärkeänä tiedonalueena läheisen osallistumista hoitoon. Isolan ym. (2007) tutkimuksen mukaan iäkkäät kaipaavat etukäteistietoa esimerkiksi ohjauksen ajankohdasta ja läheisen mahdollisuudesta osallistua siihen.

Parhaimmillaan potilaan läheinen voi olla henkilökunnan kumppani, joka osallistuu sopivassa määrin hoitoon ja on tuki potilaalle. Perheenjäsenet haluavat useimmiten tulla sairaalaan, koska he kokevat voivansa olla avuksi läheiselleen. Myös potilaat odottavat läheisiään. Tuella, ohjauksella ja läheisten hoitoon osallistumisella on vaikutusta esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisen onnistumiselle. (Kaila 2009). Perheenjäsenten mahdolliset syyllisyyden- ja avuttomuudentunteet vähenevät, kun he voivat osallistua läheisensä hoitoon. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, Åstedt-Kurki ym. 2008).

2.4 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Perheen määrittäminen on nykyään vaikeaa, koska ydinperheajattelu on alkanut murentua. Ydinperheen rinnalle on tullut vaihtoehtoisia perhemalleja. Yksilötasolla ihmiset määrittelevät perheensä hyvin eri tavoin. Perhe on eri ihmisten kohdalla erilainen kokoonpanoltaan ja merkitykseltään. (Hirvonen ym. 2002, Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, Åstedt-Kurki ym. 2008.) Tässä tutkimuksessa läheisellä ja perheenjäsenellä tarkoitetaan potilaan sukulaista, ystävää tai muuten läheistä ihmistä, joka on potilaan kanssa ortopedian poliklinikan ensikäynnillä. Tukemisella tarkoitetaan läheisen kohtaamista, tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista. (Aura 2008, Rantanen ym. 2009).

Perheen tukeminen on tärkeää, koska perheenjäsenen sairastuminen voi aiheuttaa läheisissä sekä fyysisiä että psyykkisiä reaktioita, kuten unettomuutta, väsymystä, masennusta, hermostuneisuutta ja pelkoa. (Majasaari ym. 2005, Mäkinen 2002). Perheenjäsenet pitävätkin hoitajilta samaansa tukea tärkeänä, ja he kaipaavat sitä enemmän. Läheiset kaipaavat tietoa ja henkistä tukea erityisesti sairastumisen alkuvaiheessa. Erityisesti läheiset toivovat kuuntelua, lisää keskustelua ja henkistä - sekä yksilöllistä tukea. (Mesiäislehto-Soukka ym. 2004.)

Avoimessa ja luottamusta herättävässä ilmapiirissä perhe voi kokea turvallisuuden tunnetta ja tuoda esiin avoimesti omia ajatuksiaan. Läheisen ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta edistää henkilökunnan tarjoama mahdollisuus keskusteluun, ystävällinen suhtautuminen läheisiin, läheisten oma kiinnostus vuorovaikutukseen ja potilaan toive, että läheisten kanssa keskustellaan. (Hopia ym. 2004, Åstedt-Kurki ym. 2001, Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Läheiset odottavat saavansa rehellistä, selkeää, yksityiskohtaista ja yksilöllistä tietoa. Tärkeätä tiedon annossa ja ohjauksessa on hyvä kommunikointi ja selkeä viestintä selkokielellä, ei ammattisanastolla. Tietoa tulee toistaa riittävän usein. Erityisesti hoidon alkuvaiheessa tiedon tulee

olla konkreettista ja yksiselitteistä. (Hiidenhovi 2001, Leon & Knapp 2008, Mesiäislehto-Soukka ym. 2004, Torkkola 2002, Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Asiakkaan hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että perheet huomioidaan ja heidät otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (Mäkinen & Routasalo 2003). Potilaan ja asiakkaan hoitotyön laatu voidaan paremmin varmistaa, kun perhe on hoidossa mukana. Tämä tuo taloudellisia hyötyä, mutta myös esimerkiksi kriittisesti sairaan potilaan perheen tyytyväisyys lisääntyy, kun heidät otetaan osaksi potilaan hoitotiimiä. (Leon & Knapp 2008, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999.) Perheellä on oma tehtävänsä ja paikkansa potilaan hoidossa. Perheenjäsenillä on tietoa potilaasta, joka perustuu yksilölliseen tuntemukseen. Perheenjäsen tuntee potilaan tavat, elämänhistorian ja elämänpiirin. (Gustafsson 2009, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, Åstedt-Kurki ym. 2008.)

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida ja verrata tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden perheiden tuen saantia potilaan ja perheen näkökulmasta. Tarkoituksena on arvioida, miten ortopedian poliklinikan asiantuntijasairaanhoitaja on tukenut potilaan perhettä ja millaista tukea he olisivat toivoneet käydessään ensimmäistä kertaa poliklinikalla ns. ensikäynnillä. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää tekonivelleikkauspotilaiden perhehoitotyötä sekä kohdennetusti ko. ortopedian poliklinikalla että laajemminkin asiantuntijahoitajan työssä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaiseksi tekonivelleikkauspotilaiden läheiset arvioivat saamansa tuen ortopedian poliklinikan asiantuntijasairaanhoitajalta poliklinikan ensikäynnillä?
2. Millaiseksi tekonivelleikkauspotilaat arvioivat perheidensä saaman tuen ortopedian poliklinikan asiantuntijasairaanhoitajalta poliklinikan ensikäynnillä?
3. Miten potilaan ja perheenjäsenen arviot saadusta tuesta eroavat?
4. Millaisia ehdotuksia tekonivelleikkauspotilaat ja heidän läheisensä antavat ortopedian poliklinikan asiantuntijasairaanhoitajalta saadun tuen kehittämiseksi?

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusaineisto

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat yhden keskussairaalan ortopedian poliklinikalle ensikäynnille tulevat tekonivelleikkauspotilaat ja heidän läheisensä. Potilaat saavat lähetteen terveyskeskuksesta tai yksityislääkärin vastaanotolta, jonka jälkeen he saavat kutsun erikoissairaanhoidon ortopedian poliklinikalle ns. ensikäynnille. Ensikäynnillä on usein mukana potilaan perheenjäsen. Tällöin he tapaavat ortopedisen asiantuntijasairaanhoitajan, joka tekee alustavan hoidon tarpeen arvioinnin. Ensikäynnillä hoitaja antaa tietoa, ohjaa ja opastaa potilaita ja heidän läheisiään siten, että potilaiden jokapäiväinen elämänlaatu ja elämänhallinta paranevat. Käynnin tarkoituksena on, että potilas ja läheinen saavat kattavan nivelrikkopotilaan ohjauksen sekä ohjauksen valmistautumisesta tekonivelleikkaukseen. Käynnin tarkoituksena on ohjata ja kannustaa potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa omien kykyjensä mukaan. Keskeinen tavoite on potilaan itsehoitovalmiuksien kehittäminen ja tukeminen. Käynnin tarkoituksena on antaa myös läheisille valmiuksia tukea nivelrikkopotilasta. Tämän jälkeen ortopedi tutkii potilaan ja päättää leikkaushoidon tarpeesta.

Aineisto on kerätty 6.4- 1.10.2010 välisenä aikana yhden keskussairaalan ortopedian poliklinikalta. Tavoitteena oli saada vastaus potilaalta ja hänen läheiseltään. Potilas ja läheinen täyttivät kumpikin oman kyselylomakkeensa. Vastausjoukosta haluttiin saada yhtenäinen vastausajankohdan osalta. Lomakkeet annettiin ensikäynnin yhteydessä ja siihen vastattiin heti ensikäynnin jälkeen. Ensikäynnillä käydyt asiat ovat tällöin hyvässä muistissa ja täten saadaan välitön palaute potilaalta ja läheiseltä. Aikaisempien tutkimustulosten mukaan se, vastataanko kyselyyn heti vai esimerkiksi viikon kuluttua ei vaikuta ratkaisevasti vastauksiin (Hankela 1999). Vastaanottoa pitäneet asiantuntijasairaanhoitajat kysyivät perheenjäseneltä ja potilaalta heidän kiinnostustaan vastata lomakkeeseen. Jos he eivät halunneet vastata, heille ei myöskään annettu lomakkeita.

Tämä tutkimus on survey-tutkimusta. Sen tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa se, että tietoa kerätään standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä. Tietystä joukosta poimitaan otos yksilöitä ja kerätään aineisto jokaiselta yksilöltä strukturoidussa muodossa. Tällöin käytetään tavallisesti kyselylomaketta tai strukturoitua haastattelua. Kerätyn aineiston avulla pyritään kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään ilmiöitä. (Hirsjärvi ym. 2004.) Survey-tutkimus on perusteltua tässä tutkimuksessa, koska tutkimuksen tuloksissa pyritään arvioimaan perheen saamaa tukea niin läheisen kuin potilaankin näkökulmasta. Läheisen ja potilaan mielipiteitä vertaillaan keskenään; mistä asioista läheiset ja potilaat ovat samaa mieltä ja mistä eri mieltä. Tutkimuksessa oli

tavoitteena saada selville, millaiseksi tekonivelleikkauspotilaiden perheiden tukeminen arvioidaan ensikäynnin jälkeen. Tällöin on perusteltua käyttää kyselylomaketta. (Hirsjärvi ym. 2004.)

4.2 Mittarit

Tutkimuksessa läheisille käytettiin ”Perheiden tuki” – mittaria, joka on kehitetty Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen koordinoimassa Perhehoitotyön tutkimus – ja kehittämishankkeessa, jossa on mukana Etelä-Pohjanmaan -, Pirkanmaan- ja Satakunnan sairaanhoitopiirit sekä alueiden ammattikorkeakoulut ja perusterveydenhuolto. Hankkeen tavoitteena on kuvata ja edistää perheiden hoitamista ja kehittää keinoja perheiden hyvinvoinnin parantamiseksi. Mittarilla on mahdollista arvioida perheiden hoitohenkilökunnalta saamaa tukea perheiden omasta näkökulmasta perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta perheiden tukemisen osa-alueet ovat kohtaaminen, tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen. (Tutkimussuunnitelma 2006.) Kohtaamisen osa-alueelta esimerkkinä väittämä, ”Olen kokenut, että minua on kannustettu ilmaisemaan mieltäni askarruttavia asioita”. Tiedonsaannin osa-alueelta esimerkkinä väittämä, ”Olen saanut tietoa perheenjäseneni hoitamisen kannalta tärkeistä sosiaalipalveluista”. Hoitoon osallistuminen osa-alueelta esimerkkinä väittämä, ”Olen voinut osallistua perheenjäseneni hoitamisen suunnitteluun”.

Kyseessä olevaa mittaria on käytetty aikaisemminkin, esimerkiksi Aura (2008) ja Rantanen ym. (2009). Aura (2008) on arvioinut tutkimuksessaan mittarin reliabiliteettia laskemalla koko mittarin Cronbachin alpha- kertoimen, joka oli 0,97. Tämä osoittaa mittarin olevan sisäisen johdonmukaisuuden osalta luotettava, koska uuden mittarin luotettavuuden arvona pidetään 0,70. Rantanen ym. (2009) ovat myös tutkimuksessaan arvioineet mittarin johdonmukaisuutta Cronbachin alpha-kertoimen avulla. Cronbachin alpha oli hyvä kaikilla osa-alueilla (perheiden kohtaaminen 0,94, tiedon saanti 0,95 ja hoitoon osallistuminen 0,90.)

Läheisten tukemista kuvaava mittari on strukturoitu ja väittämiin liittyvät vastausvaihtoehdot ovat likert-asteikollisia (1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= jonkin verran eri mieltä, 4= jonkin verran samaa mieltä, 5= samaa mieltä, 6= täysin samaa mieltä, 0= asia ei koske minua). Mittarissa on yhteensä yhdeksän vastaajan taustatietoihin ja viisi terveydenhuollossa asiakkaana olevan taustatietoihin liittyvää kysymystä. Likert-asteikollisia kysymyksiä on 29. Mittarissa summamuuttuja kohtaaminen muodostuu kymmenestä, tiedonsaanti 11:sta ja hoitoon osallistuminen kahdeksasta kysymyksestä. Mittarissa on myös yksi avoin kysymys.

Tutkimushankkeessa on kehitetty myös vastaava mittari potilaille, jonka avulla voidaan arvioida potilaan mielipidettä perheen saamasta tuesta. Tätä mittaria käytettiin tässä tutkimuksessa ensimmäistä kertaa. Potilaille tarkoitettussa mittarissa on kymmenen potilaan taustatietoihin liittyvää kysymystä. Mittari on väittämien osalta yhteneväinen läheiselle kehitetyn mittarin kanssa. Kohtaamisen osa-alueelta esimerkkinä väittämä, ”Perhettämme on kannustettu ilmaisemaan mieltä askarruttavia asioita”. Tiedonsaannin osa-alueelta esimerkkinä väittämä, ”Perheemme on saanut tietoa hoitamiseni kannalta tärkeistä sosiaalipalveluista”. Hoitoon osallistumisen osa-alueelta esimerkkinä väittämä, ”Perheemme on voinut osallistua hoitamiseni suunnitteluun”. Vastausvaihtoehdot ovat myös likert-asteikollisia. Potilaille tarkoitettulla mittarilla ei ole aikaisemmin kerätty aineistoa. Mittarilla on kuitenkin tehty pieni pilottitutkimus, jonka perusteella kyselylomaketta on muokattu.

4.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla (versio 16.0). Analyysin alussa laskettiin muuttujien minimi- ja maksimiarvoja sekä keski-arvoja. Tällä tavalla eliminoitiin mahdolliset koodausvirheet. Analyysiä jatkettiin laskemalla muuttujien jakaumia, keski-arvoja, hajontoja, prosentteja sekä mini- ja maksimiarvoja. Aineiston kuvailussa on käytetty keskiarvoja, keskihajontaa, prosentteja ja frekvenssejä.

Perheenjäseniä ja potilaita käsiteltiin ryhminä. Parivertailun suorittaminen ei ollut mahdollista, koska osa perheenjäsen/potilas pareista ainoastaan toinen oli vastannut kyselylomakkeeseen. Analyysin suorittamista varten muodostettiin kolme summamuuttujaa, jotka kuvasivat perheen kohtaamista, tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista. Summamuuttujia tarkasteltiin keski-arvon, keskihajonnan ja prosenttilukujen avulla. Summamuuttujien avulla suurikin aineisto saadaan helpommin käsiteltävään muotoon. Cronbachin alpha-kertoimen avulla testattiin, missä määrin summamuuttujan kysymykset mittaavat samaa ilmiötä. Arvon tulisi olla 0,70 tai yli. Muodostettujen summamuuttujien alpha-arvot ovat riittävän korkeat (Kohtaaminen 0,876, tiedonsaanti 0,884, hoitoon osallistuminen 0,850). (Taulukko 1) Summamuuttujan kysymykset siis mittaavat samaa ilmiötä ja summamuuttujan kysymykset korreloivat keskenään. (Heikkilä 2008, Laijärvi & Kaunonen 2005.)

TAULUKKO 1. Summamuuttujat kohtaaminen, tiedonsaanti ja osallistuminen

Summamuuttuja	Osioiden lukumäärä	Cronbachin alpha	Keskiarvo	Keskihajonta
Kohtaaminen	10	0,876	5,31	0,66
Tiedonsaanti	11	0,884	4,99	0,88
Osallistuminen	8	0,850	4,31	1,20

Rantanen ym. (2009) ovat jakaneet ”perheiden tukeminen elämänsä eri vaiheissa” -pilottitutkimuksessa kuvailevaa analyysiä varten summamuuttujat kolmeluokkaiseksi siten, että keskiarvo 1-2,66 kuvaa heikkoa, 2,67-4,33 kuvaa kohtalaista ja 4,34-6,0 kuvaa hyvää kohtaamista, tiedonsaantia tai hoitoon osallistumista. Tämän tutkimuksen tulosten analysoinnissa käytettiin samaa luokitusta. Analyysin alussa vastaajien ikä luokiteltiin viisi luokkaiseksi siten, että 30-49-vuotiaat muodostivat yhden ryhmän, 50-59-vuotiaat toisen, 60-69-vuotiaat kolmannen, 70-79-vuotiaat neljännen ja 80-88-vuotiaat viidennen ryhmän.

Muodostetut summamuuttujat kohtaaminen (Skewness -1,184, Kurtosis 1,776, Md=5,4, Ka=5,31, Kh=0,66) ja tiedonsaanti (Skewness -1,240, Kurtosis 2,334, Md=5,00, Ka=4,99, Kh=0,88) olivat vinosti jakautuneita. Jakauma on vino, koska normaalin jakauman vinousarvot katsotaan olevan välillä -0,50- 0,50. (Heikkilä 2008). Tästä syystä käytettiin epäparametrisia testejä eli Kruskal-Wallis testia sekä Mann-Whitneyn U-testiä.

Summamuuttuja osallistuminen oli jokseenkin normaalisti jakautunut (Skewness -0,693, Kurtosis 0,170, Md=4,625, Ka=4,31, Kh=1,20), joten analyysissä käytettiin parametrisista testeistä Anovaa sekä T-testiä. Potilaiden kohdalla asumismuotoa ja osallistumisen kokemusta tutkittaessa ei voitu käyttää Anovaa, koska Levenen testin p-arvo ($p=0,017$) oli liian pieni, joten Anovan ei katsottu antavan luotettavaa tietoa. Tästä syystä käytettiin Anovan epäparametrinen vastinetta, Kruskal-Wallis testia. (Heikkilä 2008.) Tässä tutkimuksessa tilastollisen merkitsevyyden raja oli $p<0,05$.

Avoimessa kysymyksessä kysyttiin ”Kuvailkaa, millaista tukea olisitte halunneet tai odotitte perheenne saavan terveydenhuoltohenkilöstöltä”. Avoin kysymys oli tarkoitus analysoida induktiivisella sisällönanalyysillä, mutta suurin osa läheisistä ja potilaista ei ollut vastannut avoimeen kysymykseen. Joissakin lomakkeissa vastauksena oli vain ”kiitos” tai ”kaikki hyvin”, mikä ei anna vastausta esitettyyn kysymykseen. Tästä syystä sisällönanalyysi jäi läheisten kohdalla

melko suppeaksi ja potilaiden kohdalla sitä ei voitu suorittaa lainkaan. Potilaiden vastaukset on kuitenkin tuotu esille tulososiossa.

Analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota. Aineistolähtöinen laadullinen sisällönanalyysi eli induktiivinen aineiston analyysi voidaan jakaa kolmevaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Aineiston pelkistäminen voi olla joko informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi yksittäinen sana tai lause. Pelkistämistä ohjaa tutkimuskysymys. Tässä tutkimuksessa vastaukset luettiin huolellisesti läpi ja koodattiin olennaiset ilmaukset eli tekstistä poimittiin asiat, jotka vastasivat avoimeen kysymykseen. Läheisten vastauksista muodostui 11 alkuperäisilmaisua. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käytiin tarkasti läpi ja aineistosta etsittiin samanlaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdistettiin luokaksi sekä nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Näin muodostettiin alaluokat. Läheisten kohdalla alaluokkia muodostui kuusi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä edettiin alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Käsitteellistämistä jatkettiin yhdistelemällä luokituksia. Aineiston analysointia jatkettiin abstrahoinnilla, jolloin samaa tarkoittavat alaluokat yhdistettiin yläluokaksi ja sille annettiin nimi. Abstrahointia jatkamalla muodostettiin pääluokat. Kaikkia luokkia yhdistäväksi yhteiseksi nimikkeeksi eli yhdistäväksi luokaksi voidaan nimetä läheisten ehdotuksia ortopedian poliklinikan asiantuntijasairaanhoidajalta saadun tuen kehittämiseksi. (Janhonen & Nikkonen 2003, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneet

Perheenjäsenien ja potilaiden ikä vaihteli 30-88 vuoden välillä. Heidän keski-ikänsä oli 65-vuotta. Kaikista vastaajista naisia oli 59% (n=52) ja miehiä 41% (n=36). Vastaajista 82%:lla puoliso kuului

perheeseen. Heistä 78% ilmoitti, että puoliso asuu samassa taloudessa. Kaikista vastaajista puolet oli sitä mieltä, että lapset kuuluvat perheeseen, vaikka he eivät välttämättä asu samassa taloudessa.

Vastaajista 44 oli läheisiä ja 44 oli potilaita. Perheenjäsenistä naisia oli 66% ja miehiä 34%. Potilaista naisia oli 52% ja miehiä 48%. Perheenjäsenten ikäjakauma oli 30-78- vuotta. Heidän keski-ikänsä oli 61 vuotta. Potilaiden ikäjakauma oli 42-88- vuotta. Heidän keski-ikänsä oli 70 vuotta. Perheenjäsenistä 93% ja potilaista 75% elää avio-/avoliitossa. Perheenjäsenistä 2 oli leskiä ja potilaista 9 ilmoitti olevansa leskiä.

Perheenjäsenistä 27%:lla oli koulutason ammattitutkinto. Potilailla vastaava luku oli 23%. Perheenjäsenistä 25%:lla ei ollut ammattikoulutusta. Vastaavasti potilaista 39%:lla ei ollut ammattikoulutusta. Vain kahdella perheenjäsenellä oli yliopistotutkinto ja potilaista yhdellä. Perheenjäsenistä puolet oli eläkkeellä ja vastaavasti potilaista 73% oli eläkkeellä. (Taulukko 2)

Perheenjäsenistä (82%) ja potilaista (66%) suurin osa ilmoitti puolison läheisimmäksi henkilöksi. Perheenjäseniltä yhden maininnan läheisimmästä henkilöstä saivat isä, poika, lapset, sisar ja vanhemmat. Potilaista 10 ilmoitti läheisimmäksi henkilöksi lapsen tai lapset. Yhdelle potilaista sisaret olivat läheisimpiä ja yhdelle potilaalle elämäkumppani.

TAULUKKO 2. Tutkimukseen osallistuneiden perheenjäsenten ja läheisten taustamuuttajat (n=88)

Taustamuuttajat	Perheenjäsen n=44		Potilas n=44	
Sukupuoli	%	n	%	n
Nainen	66	29	52	23
Mies	34	15	48	21
Ikäjakauma				
30-49	14	6	2	1
50-59	29	13	14	6
60-69	25	11	23	10
70-79	32	14	50	22
80-88	-	-	11	5
Sivilisaäty				
Naimaton	2	1	2	1
Avio/avoliitossa	93	41	75	33
Leski	5	2	21	9
Eronnut	-	-	2	1
Ammattikoulutus				
Ei ammattikoulutusta	25	11	39	17
Ammatillisia kursseja	23	10	25	11
Koulutason ammattitutkinto	27	12	23	10
Opistotason ammattitutkinto	14	6	7	3
Ammattikorkeakoulututkinto	7	3	-	-
Yliopistotutkinto	4	2	2	1
Ammattiryhmä				
Työntekijä	18	8	11	5
Alempi toimihenkilö	18	8	7	3
Yrittäjä	7	3	7	3
Eläkkeellä	50	22	73	32
Muu	7	3	2	1

5.2 Läheisen ja potilaan arviot hoitotyöntekijöiden kohtaamisesta

”Kohtaaminen” summamuuttujan kokonaisvastausprosentti oli 86% (n=76). Summamuuttuja ”kohtaaminen” luokiteltiin kolmiluokkaiseksi siten, että keskiarvo 1-2,66 kuvaa heikkoa kohtaamista, 2,67-4,33 kuvaa kohtalaista ja 4,34-6,0 kuvaa hyvää kohtaamista. (Rantanen ym. 2009). Kaikkien vastaajien keski-arvo oli 5,31 (Kh=0,66) eli kohtaaminen koettiin hyväksi. Kaikista vastaajista 78% (n=69) koki kohtaamisen hyväksi, 8% (n=7) kohtalaiseksi. Vastaajista kukaan ei kokenut perheen kohtaamista heikkona.

Perheenjäsenistä 84% (n=37) vastasi kysymykseen. Perheenjäsenien vastausten keski-arvo oli 5,38 (Kh 0,56). Perheenjäsenistä 77% (n=34) koki kohtaamisen hyväksi ja 7% (n=3) kohtalaiseksi.

Potilaista 89% (n=39) vastasi kysymykseen. Potilaiden vastausten keski-arvo oli 5,25 (Kh 0,75). Potilaista perheen kohtaamisen koki hyväksi 80% (n=35) ja kohtalaiseksi 9% (n=4). (Taulukko 3)

TAULUKKO 3. Perheenjäsenten ja potilaiden mielipiteiden jakautuminen summamuuttujasta kohtaaminen

KOHTAAMINEN	Perheenjäsen		Potilas	
	%	n	%	n
Hyvä	77	34	80	35
Kohtalainen	7	3	9	4
Heikko	-	-	-	-

Perheenjäsenistä 96% (n=42) ja potilaista 97% (n=43) oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että he olivat kokeneet tapaamisen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa myönteisenä. Perheenjäsenistä 94% (n=41) ja potilaista 98% (n=43) koki ilmapiirin turvalliseksi.

Perhe oli kokenut hoitohenkilöstön luottamusta herättävänä. Perheenjäsenistä ja potilaista 91% (n=40) oli asiasta samaa tai täysin samaa mieltä. Perheenjäsenet ja potilaat kokivat, että terveydenhuoltohenkilöstö oli suhtautunut perheeseen kunnioittavasti. Perheenjäsenistä ja potilaista 91% (n=40) oli asiasta samaa tai täysin samaa mieltä. Terveydenhuoltohenkilöstö oli kuunnellut perhettä. Perheenjäsenistä 89% (n=39) ja potilaista 87% (n=38) oli samaa tai täysin samaa mieltä.

Niin perheenjäsenet kuin potilaatkin olivat kokeneet muihin kohtaamisen osa-alueisiin verrattuna hieman heikommaksi sen, että terveydenhuoltohenkilöstö oli myötäelänyt perheen elämäntilannetta. Perheenjäsenistä 36% (n=16) ja potilaista kolmannes (30%, n=13) oli täysin samaa mieltä asiasta. Perheenjäsenten mielestä heitä oli kannustettu ilmaisemaan mieltä askarruttavia asioita. Perheenjäsenistä 85% (n=37) ja potilaista 70% (n=31) oli asiasta samaa tai täysin samaa mieltä.

Perheenjäsenet olivat kokeneet muihin kohtaamisen osa-alueisiin verrattuna heikommaksi sen, että heitä oli autettu ymmärtämään tunteita, joita heillä oli tässä elämäntilanteessa. Perheenjäsenistä 39% (n=17) ja potilaista 29% (n=13) oli asiasta täysin samaa mieltä. Huomioitavaa on, että potilaista 23% (n=10) oli asiasta vain jonkin verran samaa mieltä. Perheenjäsenet kokivat heikoimmaksi osa-alueeksi sen, että perhettä oli autettu selviytymään tässä elämäntilanteessa. Perheenjäsenistä viidesosa (18%, n=8) ja potilaista 39% (n=17) oli täysin samaa mieltä asiasta. (LIITE 1)

Mann Whitneyyn U-testin mukaan vastaajan sukupuolella ja kohtaamisella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä perheenjäsenien ($U=111$; $p=0,154$) eikä potilaiden ($U=156$; $p=0,348$) kohdalla. Perheenjäsenistä miehistä ja naisista 92% oli sitä mieltä, että kohtaaminen oli hyvää. Potilaista naiset (91% mielestä hyvää) olivat hieman miehiä (89% mielestä hyvää) tyytyväisempiä kohtaamiseen.

Kruskall Wallisin testistä havaittiin, että kohtaamisella ja ikäryhmillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa perheenjäsenten ($X^2=1,362$, $p=0,714$) eikä potilaiden ($X^2=2,780$, $p=0,595$) kohdalla. Ikäryhmittäin tarkasteltuna perheenjäsenistä 30-49-vuotiaat olivat tyytyväisimpiä kohtaamiseen. Heistä kaikki oli sitä mieltä, että kohtaaminen oli hyvää. Perheenjäsenistä tyytymättömmimpiä olivat 60-69-vuotiaat. Heistäkin kuitenkin 89% oli sitä mieltä, että kohtaaminen oli hyvää. Potilaista kaikki 30-49-vuotiaat ja 50-59-vuotiaat olivat sitä mieltä, että kohtaaminen oli hyvää. Potilaista tyytymättömmimpiä olivat myös 60-69-vuotiaat. Heistä 75% mielestä kohtaaminen oli hyvää ja 25% mielestä kohtalaista.

Kruskall Wallisin testin mukaan kohtaamisella ja ammattikoulutuksella ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä perheenjäsenten ($X^2=0,852$; $p=0,974$) eikä potilaiden ($X^2=2,854$; $p=0,582$) kohdalla.

Kruskall Wallisin testin mukaan perheenjäsenten kohtaamisella ja suhteella terveydenhuollon asiakkaaseen ($X^2=1,314$; $p=0,518$) ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

Mann Whitneyyn U-testin mukaan perheenjäsenien asumismuodolla eli sillä asuuko potilas ja perheenjäsen samassa taloudessa, ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kohtaamiseen ($U=110$; $p=0,390$). Samassa taloudessa asuvat perheenjäsenet (93% mielestä kohtaaminen oli hyvää) kokivat kohtaamisen hieman parempana kuin potilaan kanssa eri taloudessa asuvat perheenjäsenet (90% mielestä kohtaaminen oli hyvää).

Mann Whitneyyn testin mukaan potilaan sukupuolella ja läheisen kokemalla kohtaamisella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($U=124$; $p=0,249$). (Taulukko 4)

TAULUKKO 4. Taustamuuttujien yhteys kohtaamiseen

TAUSTAMUUTTUJA	Perheenjäsen		Potilas	
Sukupuoli	U=111	p=0,154	U=156	p=0,348
Ikä	X ² =1,362	p=0,714	X ² =2,780	p=0,595
Ammattikoulutus	X ² =0,852	p=0,974	X ² =2,854	p=0,582
Suhde terveydenhuollon asiakkaaseen	X ² =1,314	p=0,518		
Asumismuoto	U=110	p=0,390		
Potilaan sukupuoli	U=124	p=0,249		

5.3 Läheisen ja potilaan arviot hoitotyöntekijöiltä saadusta tiedosta

Summamuuttujan ”tiedonsaanti” kokonaisvastausprosentti oli 91%. Summamuuttuja ”tiedonsaanti” luokiteltiin edellisen summamuuttujan tavoin kolmeluokkaiseksi, eli 1-2,66 kuvaa heikkoa tiedonsaantia, 2,67-4,33 kuvaa kohtalaista tiedonsaantia ja 4,34-6,0 kuvaa hyvää tiedonsaantia. (Rantanen ym. 2009). Kaikkien vastaajien keskiarvo oli 4,92 (Kh 0,88) eli vastaajat kokivat tiedonsaannin hyväksi. Vastaajista vain 2% (n=2) koki tiedonsaannin heikkona, 14% (n=12) kohtalaisena ja 75% (n=66) hyvänä.

Perheenjäsenistä 89% (n=39) vastasi kysymykseen. Vastausten keskiarvo oli 4,86 (Kh 0,95). Heistä ainoastaan yksi vastaaja (2%) koki tiedonsaannin heikkona, 14% (n=6) kohtalaisena ja loput 73% (n=32) hyvänä. Potilaista 93% (n=41) vastasi kysymykseen. Potilaiden vastausten keskiarvo oli 4,99 (Kh 0,82). Potilaistakin vain yksi (2%) koki perheen tiedonsaannin olleen heikkoa. 14% (n=6) koki tiedonsaannin kohtalaiseksi ja 77% (n=34) hyväksi. (Taulukko 5)

TAULUKKO 5. Perheenjäsenten ja potilaiden mielipiteiden jakautuminen summamuuttujasta tiedonsaanti

TIEDONSAANTI	Perheenjäsen		Potilas	
	%	n	%	n
Hyvä	73	32	77	34
Kohtalainen	14	6	14	6
Heikko	2	1	2	1

Perheenjäsenistä 84% (n=37) ja potilaista 93% (n=41) oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että perhe oli saanut tietoa potilaan terveydentilasta. Perheenjäsenistä (n=35) ja potilaista (n=35) 80% oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että perhe oli saanut tietoa perheenjäsentä koskevista

arkielämän kysymyksistä. Huomattakoon kuitenkin, että potilaista 16% (n=7) oli vain jonkin verran samaa mieltä.

Perhe oli saanut tietoa perheenjäsenen hoitamisesta. Perheenjäsenistä 82% (n=36) ja potilaista 91% (n=40) oli samaa tai täysin samaa mieltä. Muihin tiedonsaannin osa-alueisiin verrattuna heikommin toteutui perheen tiedonsaanti potilaan hoitamisen kannalta tärkeistä sosiaalipalveluista. Perheenjäsenistä ja potilaista vain 18% (n=8) oli täysin samaa mieltä, että he olisivat saaneet tietoa sosiaalipalveluista. Perheenjäsenistä puolet ja potilaista 39% (n=17) oli täysin samaa mieltä, että perhe oli saanut tietoja terveystalv palveluista.

Perheenjäsenistä 14% (n=6) ja potilaista 7% (n=3) oli eri mieltä tai jonkin verran eri mieltä siitä, että perhe oli saanut tietoa muutoksista, joita perheenjäsenen terveydentila aiheuttaa perhe-elämään. Perheenjäsenistä vain 20% (n=9) ja potilaista 23% (n=10) oli asiasta täysin samaa mieltä. Perheenjäsenistä (27%, n=12) ja potilaista vajaa kolmannes (30%, n=13) oli täysin samaa mieltä siitä, että perhe oli saanut tietoa potilaan huolehtimisesta.

Perheenjäsenistä 59% (n=26) ja potilaista 73% (n=32) oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että perhe oli saanut pyytämättä tietoa hoitamisen kannalta tärkeistä asioista. Huomattakoon kuitenkin, että 9% (n=4) potilaista oli asiasta eri tai jonkin verran eri mieltä. Tulosten mukaan perhe oli saanut kirjalliset ohjeet (Läheisistä 86% ja potilaista 80% samaa tai täysin samaa mieltä) ja yhteystiedot (Läheisistä 75% ja potilaista 85% samaa tai täysin samaa mieltä) hyvin.

Tiedonsaannin osalta yksi heikoimmin toteutunut asia perheenjäsenten ja potilaiden mielestä oli se, että perhe oli saanut terveydenhuoltohenkilöstöltä tarvitsemaansa tietoa omaa jaksamista varten. Perheenjäsenistä vain viidesosa (21%, n=9) ja potilaista vajaa kolmannes (30%, n=13) oli asiasta täysin samaa mieltä. Huomattakoon kuitenkin, että perheenjäsenistä (34%, n=15) ja potilaista (39%, n=17) suurin osa oli samaa mieltä siitä, että perheen oma jaksaminen oli huomioitu. (LIITE 2)

Mann Whitney U-testin mukaan sukupuolella ja tiedonsaannilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä perheenjäsenten (U=129; p=0,177) eikä potilaiden (U=204; p=0,904) kohdalla. Perheenjäsenistä naiset (84% hyvää) olivat hieman tyytyväisempiä tiedonsaantiin kuin miehet (79% hyvää). Mies- ja naispotilaista 83% mielestä tiedonsaanti oli hyvää.

Tarkasteltaessa vastaajia ikäryhmittäin, huomattiin, että Kruskall Wallisin testin mukaan perheenjäsenten ($X^2=5,583$; p=0,134) iällä ja tiedonsaannin kokemuksella ei ollut tilastollista

merkitsevyyttä. Tarkasteltaessa perheenjäsenten ikäluokkia ja tiedonsaannin kokemusta havaittiin, että 60-69-vuotiaat olivat tyytyväisimpiä. Heistä kaikki olivat sitä mieltä, että tiedonsaanti oli hyvää. Tyytymättömmimpiä tiedonsaantiin olivat 30-49-vuotiaat. Heistä noin kolmasosa (33%) oli sitä mieltä, että tiedonsaanti oli kohtalaista ja 67% mielestä hyvää. Potilaiden kohdalla iällä ja tiedonsaannin kokemuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($X^2=2,964$; $p=0,564$).

Kruskall Wallisin testin mukaan koulutuksella ja tiedonsaannin kokemisella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä perheenjäsenten ($X^2=5,323$; $p=0,378$) eikä potilaiden ($X^2=2,776$; $p=0,596$) kohdalla.

Kruskall Wallisin testin mukaan perheenjäsenen tiedonsaannilla ja suhteella terveydenhuollon asiakkaaseen ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($X^2=1,021$; $p=0,600$).

Mann Whitney U-testin mukaan, sillä asuuko läheinen potilaan kanssa samassa taloudessa, ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tiedonsaantiin ($U=143$; $p=0,731$). Perheenjäsenet, jotka asuivat potilaan kanssa eri taloudessa, arvioivat tiedonsaannin paremmaksi kuin samassa taloudessa asuvat. Eri taloudessa asuvista 91% mielestä tiedonsaanti oli hyvää. Samassa taloudessa asuvilla vastaava luku oli 79%. Samassa taloudessa asuvista läheisistä 18% arvioi tiedonsaannin kohtalaiseksi.

Mann Whitney testin mukaan potilaan sukupuoli ja läheisen tiedonsaannin kokemuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($U=147$; $p=0,482$). (Taulukko 6)

TAULUKKO 6. Taustamuuttujien yhteys tiedonsaantiin

TAUSTAMUUTTUJA	Perheenjäsen		Potilas	
Sukupuoli	U=129	p=0,177	U=204	p=0,904
Ikä	$X^2=5,583$	p=0,134	$X^2=2,964$	p=0,564
Ammattikoulutus	$X^2=5,323$	p=0,378	$X^2=2,776$	p=0,596
Suhde terveydenhuollon asiakkaaseen	$X^2=1,021$	p=0,600		
Asumismuoto	U=143	p=0,731		
Potilaan sukupuoli	U=147	p=0,482		

5.4 Läheisen ja potilaan arviot hoitoon osallistumisen mahdollisuudesta

Summamuuttujan ”osallistuminen” kokonaisvastausprosentti oli 85% ($n=75$). Kolmas summamuuttuja ”osallistuminen” luokiteltiin myös kolmiluokkaiseksi edellisten summamuuttujien

tapaan. Arvo 1-2,66 kuvaa heikkoa osallistumisen mahdollisuutta, 2,67-4,33 kuvaa kohtalaista osallistumisen mahdollisuutta ja 4,34-6,0 kuvaa hyvää osallistumisen mahdollisuutta. (Rantanen ym. 2009). Kaikkien vastaajien keskiarvo oli 4,312 (Kh 1,201) eli hoitoon osallistuminen koettiin kohtalaiseksi. Kaikista vastaajista 49% (n=43) koki osallistumisen mahdollisuuden hyväksi, 27% (n=24) kohtalaiseksi ja 9% (n=8) heikoksi.

Perheenjäsenistä 84% (n=37) ja potilaista 86% (n=38) vastasi kysymykseen. Tarkasteltaessa perheenjäsenen ja potilaan vastausten keskiarvoja, huomattiin, että perheenjäsenet kokivat hoitoon osallistumismahdollisuuden kohtalaiseksi (Ka 4,13, Kh 1,334), kun taas potilaat kokivat perheen osallistumismahdollisuuden hyväksi (Ka 4,493, Kh 1,037). Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä (p=0,191).

Perheenjäsenistä osallistumisen mahdollisuuden koki hyväksi 46%, (n=20) kohtalaiseksi 27% (n=12) ja heikoksi 11% (n=5). Potilaista perheen osallistumismahdollisuuden koki hyväksi 52% (n=23), kohtalaiseksi 27% (n=12) ja heikoksi 7% (n=3). (Taulukko 7)

TAULUKKO 7. perheenjäsenten ja potilaiden mielipiteiden jakautuminen summamuuttujasta osallistuminen

OSALLISTUMINEN	Perheenjäsen		Potilas	
	%	n	%	n
Hyvä	46	20	52	23
Kohtalainen	27	12	27	12
Heikko	11	5	7	3

Potilaat (71%, n=31 samaa tai täysin samaa mieltä) suhtautuivat hieman perheenjäseniä (64%, n=28 samaa tai täysin samaa mieltä) myönteisemmin siihen, että perhe oli voinut osallistua hoidon suunnitteluun. Perheenjäsenistä 66% (n=29) ja potilaista 80% (n=36) oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että perhe oli voinut osallistua hoitamista koskevaan päätöksentekoon. Perheenjäsenistä kuitenkin 11% (n=5) ja potilaista 9% (n=4) oli jonkin verran eri mieltä päätöksentekoon osallistumisesta.

Perheenjäsenistä 75% ja potilaista 82% oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että perhe oli voinut osallistua potilaan hoitamiseen. Perheenjäsenet ja potilaat kokivat saaneensa apua konkreettisten asioiden järjestämisessä melko huonosti, koska perheenjäsenistä (16%, n=7) ja potilaista (18%,

n=8) noin viidesosa oli täysin samaa mieltä siitä, että he olivat saaneet apua konkreettisten asioiden järjestämisessä.

Perheenjäsenistä 9% (n=4) ja potilaista 18% (n=8) oli täysin samaa mieltä siitä, että perhettä oli autettu järjestämään tarvittavia palveluja. Huomioitavaa kuitenkin on, että perheenjäsenistä 20% (n=9) ja potilaista 11% (n=5) ilmoitti, ettei asia koskenut heitä. Perhe oli voinut osallistua yhdessä perheenjäsenen kanssa ohjaukseen ja neuvontaan. Perheenjäsenistä 82% (n=36) ja potilaista 77% (n=34) oli asiasta samaa tai täysin samaa mieltä. Perhettä oli ohjattu osallistumaan samassa elämäntilanteessa olevien ryhmään heikosti. Perheenjäsenistä 25% (n=11) ja potilaista 23% (n=10) oli täysin samaa mieltä, että heitä oli ohjattu tällaisiin ryhmiin.

Perheenjäsenet ja potilaat kokivat, että perhe ei voinut olla mukana potilasta koskevista eri ammattilaisten yhteisissä neuvotteluissa mukana, koska perheenjäsenistä noin neljäsosa (23%, n=10) ja potilaista noin kolmasosa (30%, n=13) oli täysin samaa mieltä siitä, että perhe oli voinut osallistua tällaisiin neuvotteluihin. (LIITE 3)

T-testin mukaan perheenjäsenen ($F=0,021$; $p=0,667$) ja potilaan ($F=1,597$; $p=0,201$) sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä hoitoon osallistumiseen. Naispuolisista perheenjäsenistä puolet koki osallistumisen hyväksi ja vajaa puolet (46%) kohtalaiseksi. Miespuolisista perheenjäsenistä 61% koki osallistumisen hyväksi, mutta 31% koki sen heikoksi. Potilaista naiset (68% hyvää) kokivat osallistumisen parempana kuin miehet (53% hyvää).

Yksisuuntaisen varianssianalyysin mukaan perheenjäsenen iällä ja mahdollisuudella osallistua potilaan hoitoon oli tilastollisesti suuntaa antava yhteys ($F=2,259$; $p=0,099$). Parivertailu osoitti, että tilastollisesti suuntaa antava ero esiintyi 60-69-vuotiaiden ja 70-79-vuotiaiden välillä ($p=0,080$). 60-69-vuotiaat perheenjäsenet arvioivat osallistumismahdollisuuden paremmaksi kuin 70-79-vuotiaat. Potilaista 70-79-vuotiaat arvioivat osallistumismahdollisuuden heikoimmaksi.

Yksisuuntaisen varianssianalyysin mukaan perheenjäsenen koulutuksella ja mahdollisuudella osallistua potilaan hoitoon ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($F=0,743$; $p=0,597$). Potilaiden kohdalla Levenen- testin p-arvo oli pieni ($p=0,015$). Tämän vuoksi käytettiin Kruskal Wallisin testiä. Sen mukaan potilaan koulutuksella ja osallistumisen mahdollisuudella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($X^2=3,094$; $p=0,542$). Tarkasteltaessa perheenjäsenten koulutustaustaa ja osallistumisen mahdollisuutta, huomattiin, että ne joilla ei ollut ammattikoulutusta olivat tyytyväisimpiä osallistumismahdollisuuteen. Heistä 71% oli sitä mieltä,

että osallistumismahdollisuus oli hyvää. Opistotason ammattitutkinnon suorittaneet olivat vähiten tyytyväisiä osallistumismahdollisuuteen. Heistä kolmasosa (33%) oli sitä mieltä, että osallistumismahdollisuus oli hyvää. Potilaista ammatillisia kursseja käyneet olivat tyytyväisimpiä osallistumismahdollisuuteen. Heistä 82% mielestä osallistuminen oli hyvää. Potilaista opistotason ammattitutkinnon suorittaneet olivat tyytymättömmimpiä osallistumismahdollisuuteen. Heistä kolmasosa (33%, n=1) oli sitä mieltä, että osallistuminen oli hyvää. Toiseksi tyytymättömmimpiä olivat koulutason ammattitutkinnon suorittaneet. Heistä 44% (n=4) oli sitä mieltä, että osallistuminen oli hyvää.

Kruskall Wallisin testin mukaan läheisen suhteella terveydenhuollon asiakkaaseen ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä osallistumismahdollisuuteen ($X^2=0,275$; $p=0,871$).

Asumismuodolla ja mahdollisuudella osallistua potilaan hoitoon oli T-testin mukaan tilastollisesti merkitsevä yhteys ($F=4,787$, $p=0,035$). Potilaan kanssa samassa taloudessa asuvista läheisistä suurin osa (58%) oli sitä mieltä, että osallistumismahdollisuus oli hyvää. Eri taloudessa asuvista suurin osa (55%) oli sitä mieltä, että osallistumismahdollisuus oli kohtalaista. Eri taloudessa asuvat siis kokivat osallistumismahdollisuuden heikompana. Huomattakoon kuitenkin, että samassa taloudessa asuvista 19% oli sitä mieltä, että osallistumismahdollisuus oli heikkoa kun taas eri taloudessa asuvista kukaan ei ollut sitä mieltä.

T-testin mukaan potilaan sukupuolella ja läheisen osallistumismahdollisuuden kokemuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($F=0,310$; $p=0,964$). (Taulukko 8)

TAULUKKO 8. Taustamuuttujien vaikutus hoitoon osallistumisen mahdollisuuteen

TAUSTAMUUTTUJA	Perheenjäsen		Potilas	
Sukupuoli	F=0,021	p=0,667	F=1,597	p=0,201
Ikä	F=2,259	p=0,099	F=0,509	p=0,730
Ammattikoulutus	F=0,743	p=0,597	$X^2=3,094$	p=0,542
Suhde terveydenhuollon asiakkaaseen	$X^2=0,275$	p=0,871		
Asumismuoto	F=4,787	p=0,035		
Potilaan sukupuoli	F=0,310	p=0,964		

5.5 Läheisen ja potilaan mielipiteiden eroavuudet saadusta tuesta

Läheisten ja potilaiden kokemuksissa tukemisen eri muodoista ei ilmennyt suuria eroja. Perheenjäsenten ja potilaiden kohtaamisen, tiedonsaannin ja osallistumisen kokemisessa ei ollut

tilastollisesti merkitsevää eroa (kohtaaminen $U=674$, $p=0,619$, tiedonsaanti $U=744$, $p=0,592$, osallistuminen $F=2,005$, $p=0,191$). Perheenjäsenistä (92%) hieman suurempi osa koki kohtaamisen hyväksi kuin potilaista (90%). Kohtaamisen osalta suurimmat erot perheenjäsenten ja potilaiden välillä ilmeni siinä, että perheen elämäntilanteessa oli ylläpidetty toiveikasta ilmapiiriä. Tässä vastausten keskiarvojen ero oli suurin (0,49). Läheisten mielestä ilmapiiri oli toiveikkaampi. Toiseksi suurin ero vastausten keskiarvoissa (0,47) oli siinä, että perhettä oli kannustettu ilmaisemaan mieltä askarruttavia asioita. Läheisten mielestä tämä asia toteutui paremmin. (Taulukko 9) Huomioitavaa on myös, että potilaista huomattavasti suurempi osa (39%) kuin läheisistä (18%) oli täysin samaa mieltä siitä, että perhettä oli autettu selviytymään tässä elämäntilanteessa.

TAULUKKO 9. Perheenjäsenten ja potilaiden kokemukset hoitotyöntekijöiden kohtaamisesta

Kohtaaminen	Perheenjäsen		Potilas		Ka:n ero	
	Ka	Kh	Ka	Kh		
KOHTAAMINEN	5,38	0,56	5,25	0,75	0,13	$p=0,619$
Myönteinen	5,49	0,99	5,59	0,54	0,10	
Turvallinen	5,51	1,01	5,52	0,55	0,01	
Luottamusta herättävä	5,55	0,59	5,44	0,63	0,11	
Kunnioittava	5,58	0,63	5,45	0,73	0,13	
Kuunteleva	5,42	1,10	5,40	0,70	0,02	
Myötäelävä	4,81	1,56	4,84	1,33	0,03	
Toiveikas ilmapiiri	5,37	0,77	4,88	1,56	0,49	
Kannustava	5,31	1,16	4,84	1,60	0,47	
Tunteita ymmärtävä	4,77	1,63	4,82	1,17	0,05	
Selviytymistä tukeva	4,74	1,33	5,00	1,20	0,26	

Tiedonsaannin osalta suurin keskiarvojen ero (0,41) oli siinä, että perhe oli saanut tarvitsemaansa tietoa pitääkseen huolta sairastuneesta perheenjäsenestä. Potilaat arvioivat tiedonsaannin tältä osin paremmaksi. Toiseksi suurin keskiarvojen ero (0,31) oli siinä, että perhe oli saanut terveydenhuoltohenkilöstöltä tarvitsemaansa tietoa omaa jaksamistaan varten. Potilaat arvioivat tässäkin kohtaa tiedonsaannin paremmaksi. (Taulukko 10)

TAULUKKO 10. Perheenjäsenten ja potilaiden kokemukset hoitohenkilökunnalta saamastaan tiedosta

Tiedonsaanti	Perheenjäsen		Potilas		Ka:n ero	
	Ka	Kh	Ka	Kh		
TIEDONSAANTI	4,86	0,95	4,99	0,82	0,13	p=0,592
Terveystilasta	5,31	0,95	5,43	0,90	0,12	
Arkielämästä	5,22	1,19	5,26	0,82	0,04	
Hoitamisesta	5,27	1,12	5,39	0,72	0,12	
Terveyspalveluista	5,30	1,14	5,21	0,78	0,09	
Sosiaalipalveluista	4,10	1,93	4,33	1,36	0,23	
Muutoksista	4,18	1,66	4,47	1,55	0,29	
Huolehtimisesta	4,38	1,85	4,79	1,23	0,41	
Hoitamisesta	4,77	1,50	4,91	1,32	0,14	
Kirjalliset ohjeet	5,41	0,63	5,23	0,87	0,18	
Yhteystiedot	5,10	1,20	5,12	1,14	0,02	
Omaan jaksaminen	4,22	1,77	4,53	1,65	0,31	

Potilaat (52% koki hyväksi) kokivat kokonaisuudessa perheen osallistumismahdollisuuden paremmaksi kuin perheenjäsenet (46% koki hyväksi). Vastausten keskiarvoja tarkasteltaessa huomattiin, että perheenjäsenet kokivat hoitoon osallistumisen kohtalaisena ja potilaat hyvänä. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,191$). Potilaat (71% samaa tai täysin samaa mieltä) suhtautuivat perheenjäseniä (64% samaa tai täysin samaa mieltä) myönteisemmin siihen, että perhe oli voinut osallistua hoidon suunnitteluun. Osallistumismahdollisuuden osalta suurin keskiarvojen ero (0,55) oli siinä, että perhe oli voinut osallistua potilaan hoitamista koskevaan päätöksentekoon. Potilaat arvioivat tämän asian toteutuvan paremmin kuin perheenjäsenet. Toiseksi suurin keskiarvojen ero (0,52) oli siinä, että perhe oli saanut apua erilaisten konkreettisten arkiasioiden järjestämiseen. Potilaat arvioivat tämänkin asian toteutuvan paremmin kuin perheenjäsenet. (Taulukko 11)

TAULUKKO 11. Perheenjäsenten ja potilaiden kokemukset hoitoon osallistumisen mahdollisuudesta

Osallistuminen	Perheenjäsen		Potilas		Ka:n ero	
	Ka	Kh	Ka	Kh		
OSALLISTUMINEN	4,13	1,33	4,49	1,04	0,36	p=0,191
Suunnittelu	4,61	1,50	4,83	1,29	0,22	
Päätöksenteko	4,50	1,63	5,05	1,21	0,55	
Hoitamiseen osall.	4,52	1,80	4,98	1,37	0,46	
Asioiden järjestäminen	3,33	2,21	3,85	2,02	0,52	
Palveluiden järjestäminen	3,34	2,11	3,78	1,99	0,44	
Ohjaukseen/neuvontaan osall.	5,02	1,57	5,00	1,13	0,02	
Vertaisryhmiin osall.	3,69	2,12	3,83	1,91	0,14	
Eri ammattilaisten neuvotteluihin osall.	4,18	1,87	4,49	1,79	0,31	

Avoimen kysymyksen vastauksista ilmeni niin perheenjäsenten kuin potilaidenkin kohdalla se, että molemmat ovat enemmän huolissaan leikkauksen jälkeisestä elämästä kotona kuin itse leikkauksesta.

5.6 Läheisen ja potilaan ehdotuksia hoitotyöntekijöiltä saadun tuen kehittämiseksi

Avoimeen kysymykseen vastasi 25% kaikista vastaajista. Läheisistä 32% ja potilaista 18%. Avoimessa kysymyksessä kysyttiin, ”Kuvaile, millaista tukea olisitte halunneet tai odotitte perheenne saavan terveydenhuoltohenkilöstöltä”. Läheisten kohdalla avoin kysymys analysoitiin sisällönanalyysillä. Läheisen vastaukset jakautuivat kahteen pääluokkaan, jotka ovat postoperatiivisen kotihoidon edellytysten luominen ja perheen yksilöllisen tilanteen huomioiminen. Potilaiden kohdalla ei voitu suorittaa sisällönanalyysiä vastausten vähyden ja laadun vuoksi.

Postoperatiivisen kotihoidon edellytysten luominen

Läheisillä oli selkeästi huoli leikkauksen jälkeisestä selviytymisestä kotona. He toivat esille sen, että kotihoidon järjestäminen tuntuu hankalalta. He toivoivat hyvää hoitotukea ja kotiapua.

”...Polvileikkaus vasta edessä, joten mahdollisesti sen jälkeen on potilas otettava meille hoidettavaksi kunnes toipuu”

” ...Kotiapu toipumisaikana kun puoliso käy töissä...”

”...Miten järjestetään sairaalasta kotiutus ja kuntoutus....”

Läheisillä oli myös lisäinformaation tarve. Läheiset halusivat lisätietoa nimenomaan kotihoitoon liittyvistä asioista. Läheiset halusivatkin enemmän ohjausta ja tiedollista neuvoa.

”...Tietoa mahdollisesti tarvittavasta kotihoitoon liittyvistä asioista....”

Perheen yksilöllisen tilanteen huomioiminen

Läheiset toivoivat, että heidän elämäntilanne ja sen vaikutus potilaan hoitoon kartoitettaisiin. Joku läheisistä toi myös esille sen, että sairaus vaikuttaa parisuhteeseen henkisesti tasolla; miten suhtautua perheenjäsenen kiukunpuuskiin?

”...Omaishoitajana toivoisin, että minunkin jaksamisestani oltaisiin kiinnostuneita....”

Potilaiden vastauksista ei voinut tehdä sisällönanalyysiä, koska vastauksia oli niin vähän ja niistä suurin osa ei vastannut asetettuun avoimeen kysymykseen. Yksi potilaista toi esille sen, että hän olisi halunnut tietoa sosiaalisista tukiasioista. Muutama potilas toi esille sen, että tähän asti asiat on hoidettu kohtalaisen hyvin ja toivoi, että niin olisi tulevaisuudessakin.

”...Polven tekonivelleikkaus tulossa. Asian valmisteluissa ja neuvonnoissa yhteisesti toimittu. Jatkoissa selviää miten kaikki on hoidettu....”

Suurin osa avoimeen kysymykseen vastanneista potilaista antoi positiivista palautetta ja kiitosta.

”...Käynti oli informatiivisuudessaan erittäin hyvä....”

”...Kaikki hyvin....”

”...Kiitos....”

6. POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Kohtaaminen

Tutkimustuloksista ilmeni, että perheiden tukemisen muodoista parhaiten toteutui kohtaaminen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Rantanen ym. (2010) ovat saaneet saman tuloksen. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan perheen kohtaaminen koettiin hyväksi niin perheenjäsenten kuin

potilaidenkin mielestä. Perheenjäsenet ja potilaat olivat kokeneet tapaamisen terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa myönteisenä, ilmapiirin turvallisena ja luottamusta herättävänä. Myös Aura ym. (2010), Mattila ym. (2009), Rantanen ym. (2004) ja Rantanen ym. (2010) ovat saaneet samanlaisia tutkimustuloksia perheenjäsentien kohdalla. Myös Lehdon ym. (2000) tutkimuksessa läheisten mielestä hoitohenkilökunnan käyttäytyminen oli kiitettävää, ammattitaitoista ja inhimillistä. Elorannan ym. (2009) tutkimuksessa arvioitiin polikliinisen hoidon laatua ja laatuun yhteydessä olevia tekijöitä kirurgisten potilaiden näkökulmasta. Tulosten mukaan myös potilaat olivat tyytyväisiä henkilökunnan ystävällisyyteen ja kunnioittavaan kohteluun. Kvistin ym. (2006) tutkimuksen mukaan potilaat olivat olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä polikliiniseen hoitoon.

Majasaaren ym. (2005) tutkimuksessa hoitajat saivat potilailta sellaista palautetta, että he olivat kohteliaita, rauhallisia ja ystävällisiä perheenjäseniä kohtaan. Anttilan ym. (2006) tutkimuksen mukaan perheenjäsenen kanssa poliklinikalla olleiden potilaiden mielestä 36% hoitajista otti hyvin huomioon potilaan ja hänen perheensä mielipiteen, melko hyvin tai kohtalaisesti 16% ja erittäin huonosti 4%.

Tässä tutkimuksessa muita kohtaamisen osa-alueita huonommin toteutui perheen elämäntilanteen myötäeläminen sekä perheen auttaminen omien tunteiden ymmärtämisessä. Potilaat arvioivat perheenjäseniä paremmaksi perheen auttamisen selviytymään tässä elämäntilanteessa. Tämä ero voi johtua siitä, että potilaat eivät välttämättä ymmärrä mistä kaikista asioista perheenjäsenet ovat huolissaan. Perheenjäsenillä voi olla potilaan tilanteeseen ja hoitoon liittyviä huolia enemmän kuin itse potilaalla.

Myös Auran ym. (2010) tutkimuksessa tuli ilmi, että läheiset eivät saaneet apua tunteidensa ymmärtämiseen, joita heillä oli tässä elämäntilanteessa, eivätkä tukea henkilökohtaiseen selviytymiseensä. Rantasen ym. (2004) tutkimuksessa puolet läheisistä ilmoitti, että he eivät olleet saaneet tukea ymmärtääkseen tunteitaan ja että hoitajat eivät olleet kiinnostuneet heidän tunteistaan. Rantasen ym. (2004) tutkimuksessa tuli ilmi myös se, että kolmasosa läheisistä tunsu, että hoitajat eivät olleet luoneet toivoa ja että hoitajilla ei ollut aikaa kuunnella heitä. Wilsonin ym. (2002) tutkimuksessa potilaat ja läheiset kokivat kohtaamattomuutta psyykkisen tuen saannissa. Vom Eigenin ym. (2000) tutkimuksessa läheiset toivat esille sen, että useimmin ongelmia oli emotionaalisessa tuessa.

Tutkimuksissa on saatu myös toisensuuntaisia tuloksia. Lehdon ym. (2000) tutkimuksen mukaan suurin osa teho-osaston potilaiden läheisistä koki saaneensa henkilökunnalta osakseen kuuntelua, luottamusta, läheisyyttä, myötäelämistä, hyväksyntää ja toivoa kestää vaikean elämäntilanteen yli.

Tässä tutkimuksessa oli kyseessä poliklinikan ensikäynti, jossa asiantuntijasairaanhoidaja ja perhe tapasivat ensimmäisen kerran. Poliklinikkakäyntiin on varattu rajallinen määrä aikaa, jolloin myötäeläminen ja tunteiden ymmärtäminen saattaa jäädä vähemmälle huomiolle, koska käynti keskittyy lähinnä leikkaukseen valmistautumiseen ja siihen liittyviin asioihin. Teho-osastolla taas hoitojakso on yleensä pidempiaikainen ja hoitotyön luonne hyvin erilainen kuin poliklinikalla. Teho-osastolla läheiset tapaavat hoitohenkilökunnan useammin ja heillä on mahdollisuus tutustua toisiinsa paremmin. Tällöin henkilökunnalla on mahdollisuus tukea perhettä aktiivisemmin ja huomioida heidän elämäntilannettaan syvällisemmin.

Vastaajan sukupuolella, iällä, asumismuodolla, ammattikoulutuksella ja perheenjäsenen suhteella terveydenhuollon asiakkaaseen ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kohtaamiseen. Myös Auran ym. (2010) tutkimuksessa läheisten sukupuolella, siviilisäädellä, ammattikoulutuksella, ammattiryhmällä, potilaan iällä ja läheisen suhteella potilaaseen ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kohtaamiseen. Myöskään Rantasen ym. (2010) tutkimuksessa vastaajan sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kohtaamiseen.

Perheenjäsenistä nuoremmat olivat tyytyväisempiä kohtaamiseen kuin vanhempi ikäluokka. Potilaista 30-49-vuotiaat ja 50-59-vuotiaat olivat tyytyväisimpiä perheen kohtaamiseen. Tyytymättömmimpiä olivat 60-69-vuotiaat. Rantanen ym. (2010) ovat myös tutkimuksessaan havainneet, että mitä nuorempia perheenjäsenet olivat, sitä paremmaksi he kokivat kohtaamisen.

Nuoremmat ihmiset saattavat kokea kohtaamisen paremmaksi, koska he ovat tottuneet toimimaan tällaisissa tilanteissa. Työelämän muutokset ovat asettaneet nuoremmille ihmisille monenlaisia vaatimuksia, jolloin he ovat tottuneet toimimaan erilaisissa tilanteissa erilaisten ihmisten kanssa. Nuoremmilla voi olla rohkeutta ja taitoa kohdata terveydenhuoltohenkilökunta luonnollisemmin. Vanhemmilla ihmisillä saattaa olla tunne, että terveydenhuoltohenkilökunta on auktoriteettiasemassa heihin nähden.

Potilaan kanssa samassa taloudessa asuvat perheenjäsenet kokivat kohtaamisen hieman parempana kuin potilaan kanssa eri taloudessa asuvat. Rantanen ym. (2010) ovat saaneet samanlaisen tutkimustuloksen. Tämä tulos saattaa johtua siitä, että samassa taloudessa asuvilla perheenjäsenillä

voi olla läheisemmät suhteet potilaaseen ja he tuntevat paremmin potilaan tilanteen kuin eri taloudessa asuvat. Tällöin heidän on helpompi kohdata terveydenhuoltohenkilökunta, koska he tietävät, mitä potilas tarvitsee ja mikä hänen todellinen tilanteensa on. Samassa taloudessa asuvat voivat tuntea vahvemmin, että potilaan tilanne ja asiat kuuluvat myös heille, koska he voivat joutua kärsimään potilaan tilanteesta (esimerkiksi potilaan kovat kivut). Eri taloudessa asuvat voivat tuntea olonsa enemmän ulkopuoliseksi tällaisessa tilanteessa.

Tiedonsaanti

Tämän tutkimuksen mukaan perheenjäsenet ja potilaat kokivat tiedonsaannin hyvänä. Perheenjäsenet ja potilaat olivat saaneet tietoa potilaan terveydentilasta ja potilasta koskevista arkielämän kysymyksistä, perheenjäsenen hoitamisesta sekä saaneet pyytämättä tietoa hoitamisen kannalta keskeisistä asioista. Lehdon ym. (2000) tutkimuksen mukaan useimmat teho-osaston potilaiden läheiset saivat mielestään riittävästi tietoa. Myös Majasaari ym. (2005), Perälä ym. (1999), Rintala (2007), Salminen-Tuomaala ym. (2008) ja Wilson ym. (2002) ovat todenneet, että läheiset tunsivat saaneensa riittävästi tietoa potilaan sairaudesta ja hoitoon liittyvistä asioista. Karjalaisen (2006) tutkimuksessa nivelrikkoa sairastavista, tekonivelleikkaukseen odottavista potilaista lähes kaksi kolmasosaa (58%) arvioi saamansa tiedon kokonaisuudessaan riittäväksi.

Aikaisempien tutkimustulosten mukaan perheet ovat pääosin saaneet riittävästi tietoa, joskin tiedonkulussa on todettu myös puutteita (Al-Hassan & Hweidi 2004 ja Eriksson ym. 2002). Tutkimuksissa on saatu myös tuloksia joiden mukaan läheiset saivat hoitohenkilökunnalta tiedollista tukea melko huonosti (Mattila ym. 2009), tiedollinen tuki koettiin riittämättömäksi (Rintala 2007) tai informaatiota saatiin muodossa, jota haastateltavat eivät ymmärtäneet (Hiidenhovi 2001). Lehdon ym. (2000) tutkimuksessa todettiin, että läheiset kokivat saavansa tietoa, kun ymmärsivät sitä itse kysyä.

Tässä tutkimuksessa tyytyväisyys tiedonsaantiin saattaa johtua siitä, että ensikäynnillä asiantuntijasairaanhoitaja keskittyy vain yhteen potilaaseen ja perheenjäseneseen. Tällöin heillä ei ole muita potilaita hoidettavana, toisin kuin osastolla. Asiantuntijasairaanhoitaja on nimensä mukaisesti asiantuntija työssään ja häneltä vaaditaan tietty koulutus. Tästä saattaa johtua se, että potilaat ja perheenjäsenet ovat tyytyväisiä tiedonsaantiin, koska heidän kysymyksiinsä osataan vastata ja hoitaja keskittyy poliklinikkakäynnillä vain heidän tilanteeseensa.

Tässä tutkimuksessa perhe on saanut kirjalliset ohjeet (esimerkiksi kotihoito-ohjeet) ja yhteystiedot. Elorannan ym. (2009) tutkimuksessa on saatu vastaava tulos. Alvarezin ja Kirbyn (2006) sekä Hiidenhovin (2001) tutkimuksessa todettiin, että tyytyväisyys tiedonsaantiin kasvoi, kun perhe sai kirjallista materiaalia potilaan hoidosta. Monissa aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että potilaat ja perheenjäsenet kaipaavat kirjallisia ohjeita (Hiidenhovi 2001) kotihoitoon liittyen (Majasaari ym. 2005, Mattila ym. 2009, Rantanen ym. 2004, Salminen-Tuomaala ym. 2008). Hankelan (2007) ja Vom Eigenin ym. (2000) tutkimuksissa tuli ilmi, että perheenjäsenet ja potilaat eivät aina saa yhteystietoja, kehen ottaa yhteyttä tarvittaessa.

Tässä tutkimuksessa tiedonsaannin osalta muita heikommaksi osa-alueeksi perheenjäsenet ja potilaat kokivat perheen tiedonsaannin sosiaalipalveluista sekä tiedonsaannin potilaan terveydentilan muutosten vaikutuksista perhe-elämään. Auran ym. (2010) ja Rintalan (2007) tutkimuksista ilmeni sama asia. Shyun ym. (2010) tutkimuksesta tuli ilmi, että terveydenhuoltohenkilöstön tulisi sisällyttää hoitoon myös omaishoitajien tarpeet iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden leikkauksenjälkeisen hoidon kohdalla. Omaishoitajilla on esimerkiksi tarpeita saada tietoa sosiaalisista palveluista ja päivittäisistä aktiviteeteista.

Sosiaalipalveluiden tarpeen kartoittaminen voi jäädä vähemmälle huomiolle poliklinikan ensikäynnillä, koska silloin keskitytään enemmän itse leikkaukseen ja siihen liittyviin asioihin. Poliklinikalla asiantuntijasairaanhoitajat saattavat ajatella, ettei sosiaalipalveluiden esittelemine kuulu ensikäynnille. Sosiaalisista palveluista ja päivittäisistä aktiviteeteista varmasti annetaan tietoa leikkauksen jälkeen osastolla. Joskus hoitohenkilökunnan on vaikea tietää hoidon vaikutuksista perhe-elämään, koska muutokset saattavat olla hyvin yksilöllisiä ja erilaisia eri henkilöillä. Tulosten mukaan näihin asioihin tulisi kuitenkin kiinnittää huomiota ensikäynnillä.

Tiedonsaannin osalta perheenjäsenet ja potilaat kokivat, että perhe ei ollut saanut tarvitsemaansa tietoa omaa jaksamista varten. Hyvin monista aikaisemmista tutkimuksista ilmenee, että perheenjäsenet ovat samaa mieltä asiasta, mm. (Aura ym. 2010, Lehto ym. 2000, Mattila ym. 2009 Rantanen ym. 2010). Hopian ym. (2004) tutkimuksessa läheisten ja henkilökunnan keskustelujen sisältö koski potilaiden ja läheisten mukaan pääasiassa potilaan sen hetkistä vointia. Kummankaan ryhmän mielestä keskustelut eivät juuri koskeneet läheisen vointia. Lehdon ym. (2000) tutkimuksessa kuitenkin tuli esille, että teho-osaston potilaiden läheisten mielestä hoitohenkilökunta antoi toivoa läheisen jaksamiseen potilaan sairauden aikana.

Kuten jo aikaisemmin tuli esille, poliklinikalla ja teho-osastolla sekä osastolla yleensäkin, hoitotyön luonne on hyvin erilainen ja vaatii varmasti erilaista perheen tukemista. On varmasti niin, että ensikäynnillä keskitytään enemmän potilaan kuin perheenjäsenen tilanteeseen ja siihen, että perheenjäsen saisi tietoa ja ymmärrystä potilaan tilanteesta ja tulevista tapahtumista. Teho-osastolla olevan potilaan tilanne on yleensä kriittinen, jolloin perheen huoli ja jaksaminen on ehkä konkreettisemmin näkyvissä ja siihen on helpompi kiinnittää huomiota.

Perheenjäsenistä 60-69-vuotiaat olivat tyytyväisimpiä tiedonsaantiin ja 30-49-vuotiaat tyytymättömmimpiä. Elorannan ym. (2009) tutkimuksessa iäkkäämmät vastaajat ja he, jotka saivat etukäteen riittävästi tietoa tutkimuksista ja niihin valmistautumisesta, arvioivat hoidon laadun toteutuneen muita vastaajia paremmin. Ikäryhmien ero tiedonsaannin suhteen saattaa johtua siitä, että nuoremmat perheenjäsenet uskaltavat kyseenalaistaa saamansa tiedon. Vanhemmat ihmiset saattavat olla tyytyväisiä siihen tietoon, mitä saavat. Nuorempien ihmisten on helpompi itse etsiä tietoa eri asioista, esimerkiksi internetin kautta. Heillä saattaa olla ensikäynnille saapuessaan paljonkin tietoa esimerkiksi lonkkaleikkauksesta. Ensikäynnillä heille saattaa tulla tunne, että he tiesivät jo ennestään asioita, joita käytiin läpi ja täten he ovat vanhempia ihmisiä tyytymättömmämpiä tiedonsaantiin.

Perheenjäsenet, jotka asuivat eri taloudessa arvioivat tiedonsaannin hieman paremmaksi kuin samassa taloudessa asuvat. Rantasen ym. (2010) ja Wilsonin ym. (2002) tutkimuksissa asumistavalla oli vastakkainen yhteys tiedonsaantiin. Tässä kohtaa samassa ja eri taloudessa asuvien läheisten mielipiteiden ero saattaa johtua siitä, että samassa taloudessa asuvat perheenjäsenet tuntevat potilaan ja sen ympäristön, missä potilas asuu. Tämän vuoksi he osaavat laajemmin ajatella mahdollisia esiin tulevia ongelmia. Samassa taloudessa asuvat voivat tuntea, että heillä on suurempi vastuu kotihoidosta ja potilaan avustamisesta kuin potilaan kanssa eri taloudessa asuvilla.

Osallistuminen

Tässä tutkimuksessa tukemisen muodoista heikoiten toteutui perheen mahdollisuus osallistua hoitoon. Perheenjäsenet kokivat osallistumismahdollisuuden kohtalaiseksi ja potilaat hyväksi. Tutkimuksen mukaan kuitenkin suurin osa vastaajista koki hoitoon osallistumisen hyväksi, mutta huomioitavaa on, että perheenjäsenistä ja potilaista 27% koki osallistumisen kohtalaiseksi. Myös Rantasen ym. (2010) tutkimuksessa osallistuminen koettiin heikoimpana. Lehdon ym. (2000) ja Vom Eigenin ym. (2000) tutkimusten mukaan perheen osallistumisessa oli useimmiten ongelmia.

Hoitoon osallistuminen koettiin siis heikoimpana tukemisen muotona. Tämä on hieman yllättävä tulos, vaikkakin aikaisemmat tutkimustulokset tukevat tätä havaintoa. Osallistuminen voidaan kokea heikoimmaksi sen vuoksi, että läheisille saattaa jäädä tunne, että he eivät konkreettisesti osallistu potilaan hoitoon, vaikka saavatkin osallistua ensikäynnille. Olisi tärkeää, että perheenjäsenet ja potilaat kokisivat osallistumismahdollisuuden hyvänä, koska hoitoajat ovat lyhentyneet ja täten perheen osuus hoidon toteuttajana korostuu.

Perheenjäsenten ja potilaiden mielestä perhe on voinut osallistua hoidon suunnitteluun, hoitamista koskevaan päätöksentekoon, potilaan hoitamiseen sekä ohjaukseen ja neuvontaan. Perälän ym. (1999) tutkimuksessa neljäsosa kirurgisten potilaiden läheisistä oli tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa osallistua hoidon suunnitteluun, mutta lähes yhtä moni oli tyytymätön osallistumismahdollisuuksiinsa. Aikaisemmista tutkimuksista ilmenee, että läheisiä on kannustettu osallistumaan potilaan hoitoon heikosti mm. tehohoidossa (Lehto ym. 2000) ja vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa (Nuutinen & Raatikainen 2005). Salminen-Tuomaalan ym. (2008) tutkimuksen mukaan päivystyspoliklinikan saattajista suurin osa piti mukanaoloaan ohjaustilanteessa tärkeänä, koska he halusivat sitoutua läheisensä hoitamiseen kotona. Majasaaren ym. (2005) mukaan päiväkirurgisessa hoidossa puolet potilaista piti perheenjäsenen läsnäoloa tärkeänä sairaalahoidon aikana.

Konkreettisten arkiasioden järjestämiseen sekä tarvittavien palveluiden järjestämiseen perhe oli saanut apua melko huonosti. Auran ym. (2010) tutkimuksessa ilmenee samansuuntaisia tuloksia. Myös Rantasen ym. (2004) tutkimuksesta ilmenee, että 80% potilaista ja lähes kaikki läheiset raportoivat, että kotiapua, jota he olisivat tarvinneet, ei järjestetty.

Perhettä on myös ohjattu osallistumaan samassa elämäntilanteessa olevien ryhmään heikosti. Tähän voi olla syynä se, että tekonivelleikkauspotilaiden vertaisryhmätoiminta on kyseisellä alueella melko uusi asia. Tämän tutkimuksen avoimessa kysymyksessä kukaan perheenjäsenistä ja potilaista ei ottanut esille, että he olisivat halunneet lisätietoa vertaisryhmästä. Johansson (2006) toteaa tutkimuksessaan, että ortopediset potilaat pitivät vähemmän tärkeänä tietoa siitä, miten saada yhteyttä toisiin samassa tilanteessa oleviin potilaisiin. Samassa elämäntilanteessa olevien ryhmään ohjaaminen oli heikkoa monissa aikaisemmissakin tutkimuksissa (Aura ym. 2010, Lehto ym. 2000, Rantanen ym. 2010, Rintala 2007).

Perheenjäsenet ja potilaat olivat sitä mieltä, että perhe ei ole voinut osallistua ammattilaisten yhteisiin neuvotteluihin. Sama asia ilmenee Auran ym. (2010) ja Rantasen ym. (2010)

tutkimuksista. Leon ja Knappin (2008) tutkimuksen mukaan läheisten tyytyväisyys kasvaa, kun heidät otetaan osaksi potilaan hoitotiimiä.

Tämä tulos voi johtua hoitokulttuurista. Yleensä potilaan asiat hoidetaan terveydenhuoltohenkilökunnan kesken ja sen jälkeen siitä tiedotetaan potilaalle. Terveydenhuollossa eivät varmasti resurssit riitä siihen, että eri ammattilaiset ja perhe pystyisivät joka tilanteessa kokoontumaan yhteen. Eri ammattilaisten ja perheen yhteiset neuvottelut toteutuvat ehkä vain kriittisimpien tilanteiden kohdalla.

Tässä tutkimuksessa läheisillä oli selkeästi huoli leikkauksen jälkeisestä selviytymisestä kotona. He toivat esille sen, että kotihoidon järjestäminen tuntuu hankalalta. He toivoivat hyvää hoitotukea ja kotiapua. Läheisillä oli myös lisäinformaation tarve. Läheiset halusivat lisätietoa nimenomaan kotihoitoon liittyvistä asioista. Auran ym. (2010) tutkimuksessa läheisten esittämät tuen kehittämiskohteet liittyivät tiedonsaantiin, kohtaamiseen, hoitokäytäntöihin, käyttäytymiseen, avun järjestämiseen ja ryhmätoimintaan. Sosiaalityöntekijän apu koettiin tärkeäksi. Rantasen ym. (2004) tutkimuksessa potilaiden mielestä he saivat tietoa selviytymisestä, kotihoidosta ja ongelmatilanteissa toimimisesta. Läheiset ilmoittivat saaneensa vähemmän tietoa edellä mainituista asioista.

Tämä tulos voi johtua siitä, että perhe saa kattavan tiedon asiantuntijasairaanhoitajalta leikkaukseen valmistautumisesta, mutta kotihoidon ohjaus jää vähemmälle huomiolle. Perheenjäsenet ja potilaat eivät välttämättä ymmärrä, että he saavat osastolla leikkauksen jälkeen kotihoito-ohjeet.

Läheiset toivoivat, että heidän elämäntilanteensa ja sen vaikutus potilaan hoitoon kartoitettaisiin. Läheiset olisivat halunneet neuvoa siihen, miten suhtautua sairauden aiheuttamiin parisuhdeongelmiin. Hopian ym. (2004) tutkimuksesta ilmenee myös, että keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa eivät koskeneet perheenjäsenten keskinäisiä suhteita eivätkä perheen kotona selviytymistä. Paavilainen ym. (2001) ovat jo lähes kymmenen vuotta sitten havainneet tutkimuksessaan, että leikkaukseen menossa olevan potilaan perheen tilanne kartoitettiin huonosti preoperatiivisen prosessin aikana. Se olisi ollut tärkeää potilaan selviytymiselle kotihoidossa. Tämä varmasti asettaa hoitotyöntekijöille haastetta tulevaisuudessa.

Suurin osa avoimeen kysymykseen vastanneista perheenjäsenistä ja potilaista antoi positiivista palautetta ja kiitosta. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan ortopedian poliklinikan ensikäynnillä hoidon laatu on korkeatasoista.

Tulosten hyödynnettävyys

Saatujen tutkimustietojen perusteella voidaan kehittää tekonivelleikkauspotilaiden perhehoitotyötä sekä kohdennetusti ko. ortopedian poliklinikalla että laajemminkin asiantuntijahoitajan työssä. Yleisemmällä tasolla tämä tutkimus lisää perhehoitotyön tutkimustietoa, jota tarvitaan sekä käytännön, opetuksen että jatkotutkimusten kannalta.

Vastaukset on kerätty vain yhdestä klinikasta ja vastaajana on vain yksi perheenjäsen. Tämän vuoksi tuloksia ei voida kovin laajasti yleistää. Tulokset auttavat kuitenkin hoitajia ymmärtämään potilaan ja läheisen havaintoja ja antaa käyttökelpoista tietoa siitä, miten hoitajat voivat kehittää omaa toimintaansa perheen tukemiseksi. Tulokset antavat suuntaa perhehoitotyön arvioinnille ja kehittämislle polikliinisessä hoitotyössä.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi osastohoidossa. Potilaan ollessa osastolla, henkilökunta antaa tukea niihin asioihin, jotka jäivät poliklinikan ohjauksessa vähemmälle huomiolle. Tutustumalla tuloksiin hoitotyöntekijät voivat kiinnittää hoitotyössä huomiota niihin tukemisen muotoihin, jotka toteutuvat heikoimmin. Näin he voivat toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Hoitotyöntekijät voivat yhä enemmän kiinnittää huomiota koko perheen tilanteeseen ja antaa tukea arjessa jaksamiseen myös sairaalahoidon jälkeen.

Tuloksia voidaan hyödyntää myös hoitotyön opetuksessa, jossa voidaan korostaa yhä enemmän läheisen tukemisen tärkeyttä ja sitä, että läheiset tulisi nähdä voimavarana potilaan hoidossa. Hoitotyön opiskelijat ovat tulevaisuudessa hoitoalan ammattilaisia, joten heidän asenteisiinsa ja tietämykseensä perhehoitotyön tärkeydestä tulisi pyrkiä vaikuttamaan jo koulutuksen aikana.

Tutkimuksen tuloksista ilmenee, että perheenjäsenet ja potilaat kokivat hoitoon osallistumisen mahdollisuuden heikoimpana tukemisen muotona. Hoitotyön opetuksessa perhehoitotyön merkitystä tulisi korostaa jo hoitotyön prosessimallista puhuttaessa. Perhehoitotyön tulisi näkyä hoidon suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Perhehoitotyön toteuttaminen alkaakin potilaan hoidon suunnittelusta eli tässä tapauksessa poliklinikan ensikäynnillä.

Tulevaisuudessa hoitotyöntekijöiden tulee yhä enemmän kiinnittää huomiota läheisiin ja heidän tarpeisiinsa potilaan tarpeiden lisäksi. Esimerkiksi läheisten tiedontarve voi olla suurempi kuin itse potilaan. Tutkimuksen tuloksista ilmenee, että läheiset kaipaavat henkistä tukea ja tukea omaan jaksamiseensa. Hoitohenkilökunnalta vaaditaankin tulevaisuudessa yhä enemmän taitoa kohdata

läheisiä ja heidän tarpeitaan. Hoitotyön koulutuksessa voitaisiinkin yhä enemmän kiinnittää huomiota ihmissuhdetaitoihin ja yleensäkin erilaisten ihmisten kohtaamiseen. Koulutuksessa tulisi painottaa sitä, että potilaan lisäksi hoidettavana ovat hyvin usein myös läheiset, joiden tuen tarve voi olla suuri.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineiston keruun suhteen sekä tulosten luotettavuutena. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella myös validiteetin (pätevyys) ja reliabiliteetin (luotettavuus) avulla. (Heikkilä 2008, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Mittarin sisältövaliditeetti on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta. Sisältövaliditeettia arvioitaessa tarkastellaan muun muassa sitä, mitaako mittari sitä ilmiötä, jota sen on tarkoitus mitata, onko valittu oikea mittari ja onko käsitteet operationalisoitu luotettavasti. Pohdittaessa mitaako mittari oikeata ilmiötä, arvioidaan onko mittari riittävän kattava vai jääkö jokin tutkimusilmiön osa-alue mittaamatta. Tutkimuksessa on suositeltavaa käyttää jo olemassa olevia, testattuja ja standardoituja mittareita. Toisaalta on myös arvioitava mittarin ikää ja kontekstisidonnaisuutta. (Heikkilä 2008, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin läheisille ”perheiden tuki” – mittaria, joka on kehitetty Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen Perhehoitotyön tutkimus- ja kehittämishankkeessa. Mittarilla on mahdollista arvioida potilaiden ja läheisten hoitohenkilökunnalta saamaa tukea heidän omasta näkökulmasta. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta perheiden tukemisen osa-alueet ovat kohtaaminen, tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen. (Tutkimussuunnitelma 2006.)

Tässä tutkimuksessa läheisille käytettyä mittaria on käytetty aikaisemmissakin tutkimuksissa. Potilaille tarkoitettulla mittarilla ei ole aikaisemmin kerätty aineistoa. Mittarilla on kuitenkin tehty pieni pilottitutkimus, jonka perusteella kyselylomaketta on muokattu. Esitestauksella on siis testattu mittarin luotettavuutta ja toimivuutta varsinaista tutkimusotosta pienemmällä vastaajajoukolla. Mittarin esitestauksessa vastaajat ovat voineet kuvata muun muassa sitä, mitkä kysymykset olivat epäselviä ja mihin oli vaikea vastata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Mittarin reliabiliteettia eli kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia voidaan arvioida mittarin sisäisen johdonmukaisuuden, pysyvyyden ja vastaavuuden näkökulmasta. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus tarkoittaa, että kunkin osamittarin muuttajat mittaavat samaa asiaa ja korreloivat

keskenään voimakkaasti. Sisäistä johdonmukaisuutta voidaan testata Cronbachin alpha- kertoimen avulla. Yli 0,70:n kerrointa pidetään hyvää sisäistä johdonmukaisuutta osoittavana arvona. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Tässä tutkimuksessa mittarin reliabiliteettia on arvioitu laskemalla Cronbachin alpha- kerroin koko mittarista, joka oli 0,93. Cronbachin alpha- kertoimet on laskettu myös kolmesta summamuuttujasta, perheiden kohtaaminen (0,87), perheiden tiedonsaanti (0,88) ja perheiden hoitoon osallistuminen (0,85). Tässä tutkimuksessa kaikkien tukemisen osa-alueiden Cronbachin alpha- kertoimet ovat yli 0,70, joten voidaan todeta, että mittarin eri osiot mittaa samaa asiaa. Tämä osoittaa mittarin olevan sisäisen johdonmukaisuuden osalta luotettava. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Kyseessä olevaa mittaria on käytetty aikaisemminkin, esimerkiksi Aura (2008) ja Rantanen ym. (2009). Aura (2008) on arvioinut tutkimuksessaan mittarin reliabiliteettia laskemalla koko mittarin Cronbachin alphan, joka oli 0,97. Rantanen ym. (2009) ovat myös laskeneet Cronbachin alpha- kertoimia. Cronbachin alpha- kerroin oli hyvä kaikilla osa-alueilla (perheiden kohtaaminen 0,94, tiedon saanti 0,95 ja hoitoon osallistuminen 0,90.)

Mittarin pysyvyys viittaa sen kykyyn tuottaa sama tulos eri mittauskerroilla. Mittarin pysyvyys tarkoittaa sen herkkyyttä ulkopuolisten tekijöiden vaikutuksille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Tulokset voivat olla sattumanvaraisia, jos otoskoko on hyvin pieni. Tässä tutkimuksessa vastaajia oli yhteensä 88, joista puolet oli läheisiä ja puolet potilaita. Pysyvyyttä pohdittaessa, voidaan miettiä, onko asiantuntijasairaanhoitajien antamassa ohjauksessa eroja ja onko esimerkiksi koulutuksella vaikutusta annettuun tukeen. Mittarin vastaavuus taas tarkoittaa kahden eri mittajaan saamaa yhteneväistä mittaustulosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Tässä tutkimuksessa potilaat ja läheiset vastasivat lähes samalla tavalla, mikä tukee mittarin vastaavuutta. Aura (2008) ja Rantanen ym. (2009) ovat saaneet samalla mittarilla hyvin samansuuntaisia tuloksia kuin tässäkin tutkimuksessa.

Tulosten luotettavuutta voidaan arvioida sisäisen - ja ulkoisen validiteetin avulla. Sisäisesti validi tutkimus on sellainen, jossa tulokset johtuvat vain ja ainoastaan tutkimuksen asetelmasta, ei sekoittavista tekijöistä. Sisäisen validiteetin uhkia voi olla valikoituminen, poistumat ja kontaminaatio. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Tässä tutkimuksessa on tapahtunut jonkin asteista valikoitumista, koska asiantuntijasairaanhoitaja ei ole välttämättä jakanut kaikille potilaille ja läheisille kyselylomakkeita. Joissakin tapauksissa sairaanhoitaja on saattanut arvioida, etteivät potilas ja läheinen enää vastaanoton jälkeen jaksa vastata kyselyyn. Jotkut potilaat ja

läheiset ovat myös kieltäytyneet vastaamasta kyselyyn. Tällöin voidaan tietysti ajatella, että ovatko motivoituneimmat potilaat ja läheiset valikoituneet otokseen?

Poistumat tarkoittavat sitä, että osa tutkittavista jää pois kesken tutkimuksen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tässä tutkimuksessa luotettavuuteen on voinut vaikuttaa se, että osa vastaajista oli vastannut vain muutamaiin väittämiin tai olivat palauttaneet tyhjän lomakkeen. Kyselylomakkeita hylättiin yhteensä kuusi. Vastaajista kolme oli vastannut vain taustatietoihin ja kyselylomakkeen ensimmäisen sivun väittämiin. Heidän vastauksensa kuitenkin otettiin mukaan, koska väittämistä muodostettiin summamuuttujia ja nämä kolme vastaajaa olivat kuitenkin vastanneet kohtaamista koskeviin väittämiin.

Kontaminaatio tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistuja on joutunut tekemisiin tutkimusilmiön kanssa jo ennen osallistumistaan tutkimukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Samasta sairaalasta on kerätty läheisiltä aineistoa samalla kyselylomakkeella, ei kuitenkaan kyseessä olevasta yksiköstä. Täten on mahdollista, että joku läheisistä on saattanut vastata ko. kyselylomakkeeseen ollessaan jollakin toisella osastolla potilaan läheisenä.

Ulkoiseen validiteettiin kuuluu erittäin tärkeänä osana tutkimustulosten yleistettävyys. Peruskysymyksenä on, onko otos edustava ja edustaako se perusjoukkoa? (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Perusjoukon tarkka määrittely, edustavan otoksen saaminen ja korkea vastausprosentti edesauttavat validin tutkimuksen toteutumista. (Heikkilä 2008). Tutkimuksen kohteena olivat tekonivelleikkaukseen tulevat potilaat ja heidän läheisensä. Vastaajista 44 oli läheisiä ja 44 potilaita. Otos oli siis melko pieni. Aineistonkeruun aikana ensikäynnillä kävi yhteensä 343 potilasta. Tätä koko perusjoukkoa ei voitu ottaa mukaan tutkimukseen, koska heillä kaikilla ei ollut läheistä mukana ensikäynnillä. Osa ensikäynnillä olleista potilaista ja perheenjäsenistä kieltäytyi vastaamasta kyselyyn tai hoitaja arvioi, etteivät potilas ja perheenjäsen jaksa vastata kyselyyn. Tarkasteltaessa perusjoukon taustatietoja, huomattiin, että potilaista 65% oli naisia ja 35% miehiä. Heidän ikäjakaumansa oli 26-89- vuotta ja keski-ikä 67- vuotta. Tulokset ovat yleistettävissä perusjoukkoon, koska taustatietojen mukaan otos oli kattava ja täten edustaa perusjoukkoa. Otoksessa vastaajina oli miehiä ja naisia niin perheenjäsenten kuin potilaidenkin ryhmässä. Potilaiden ikäjakauma oli 42-88-vuotta ja keski-ikä oli 70- vuotta. Perusjoukon ja otoksen taustatiedot olivat siis hyvin samanlaiset. Vastauksia saatiin myös jokaisesta koulutustaustasta. Suurin osa vastaajista eli avio/avoliitossa. Potilaista suurempi osa oli leskiä, mikä on varmasti luonnollista tässä joukossa, koska he olivat perheenjäseniä iäkkäämpiä.

Tutkimusaineisto kerättiin poliklinikalta, joten tuloksia voidaan yleistää ainakin osittain myös muihin poliklinikan potilasryhmiin.

Ulkoiseen validiteettiin voi vaikuttaa mittaamisesta riippumattomat tekijät, jotka voivat vaikuttaa tutkimustuloksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tässä tutkimuksessa validiteetin uhkia saattoi olla se, että hoitajat ovat voineet tietoisesti tai tiedostamattaan parantaa toimintaansa ohjauskäynneillä, koska he tiesivät mahdollisesta arvioinnista. Vastaajat taas ovat saattaneet vastata siten, että vastukset miellyttävät niiden tulkitsijaa. Ohjauskäynnillä potilas ja perheenjäsen saavat paljon uutta asiaa. Asiantuntijasairaanhoitajat toivatkin aineistonkeruun aikana esille sen, että potilaat ja perheenjäsenet eivät välttämättä enää jaksavat vastata kyselyyn heti ohjauskäynnin päätteeksi. Voidaankin pohtia, että ovatko vastaajat jaksaneet keskittyä kyselylomakkeen täyttämiseen, koska joissakin lomakkeissa kaikkiin väittämiin oli vastattu sama vastausvaihtoehto. Kyselylomakkeen pituudella ja ymmärrettävyydellä on vaikutusta mittaustulosten luotettavuuteen. Vaikeaselkoinen ja pitkä kyselylomake heikentää motivaatiota vastata huolellisesti. (Burns & Grove 2005.) Kyselylomakkeessa oli 29 Likert-asteikollista kysymystä.

Ulkoisen validiteetin arviointikohteena on myös otoksen ja kadon suhde. Tässä tutkimuksessa on mahdotonta laskea katoanalyysiä, koska kyselylomakkeet on jaettu terveydenhuollon organisaatiossa yhteyshenkilöiden avustuksella ja potilaat ovat vastanneet niihin anonyymisti. Aineisto on kerätty tietynä ajankohtana ensikäynnillä olleilta potilailta ja heidän läheisiltä. Kyselylomakkeita ei kuitenkaan jaettu kaikille, koska kaikilla ei ollut läheistä mukana vastaanotolla tai he kieltäytyivät vastaamasta kyselyyn. Tutkijalla ei siis ollut tietoja niistä perheenjäsenistä ja potilaista, jotka eivät osallistuneet tutkimukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Avoin kysymys voitiin analysoida sisällönanalyysillä vain perheenjäsenten kohdalla. Potilaiden vastauksia oli liian vähän sisällönanalyysin toteuttamiseen. Analyysin luotettavuus syntyy empiiristen havaintojen ja käsitteellisten luokitusten loogisesta yhteensopivuudesta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997). Tulosten raportoinnissa onkin käytetty suoria lainauksia analyysin luotettavuuden parantamiseksi.

Potilaat ja läheiset olivat kaiken kaikkiaan hyvin tyytyväisiä poliklinikan asiantuntijasairaanhoitajien antamaan tukeen. Pienen otoksen vuoksi aineiston analyysissä löytyi niukasti tilastollisesti merkitseviä eroja. Tuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää sellaisenaan tai soveltaen kliinisessä hoitotyössä.

6.3 Eettisyys

Jo tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan on pohdittava, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti, mutta erityisesti myös sitä, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin. Tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana on sen hyödyllisyys. Aina hyöty ei kohdistu tutkittavana olevaan henkilöön, vaan tutkimustuloksia voidaan hyödyntää vasta tulevaisuudessa uusien potilaiden kohdalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tutkimusaihetta valitessa tutkijan mielenkiinto kohdistui perheiden tukemiseen. Tutkimuksen aineisto on kerätty yhdestä terveydenhuollon yksiköstä, jolloin voidaan miettiä tulosten yhteiskunnallista merkittävyyttä ja yleistettävyyttä. Saadut tulokset auttavat kuitenkin minkä tahansa terveydenhuollon toimipisteen hoitajia ymmärtämään potilaan ja läheisen havaintoja perheen tukemisesta ja antaa käyttökelpoista tietoa siitä, miten hoitajat voivat kehittää omaa toimintaansa. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaankin hyödyntää tulevaisuudessa kehitettäessä perhehoitotyötä.

Tämä tutkimus on osa suurempaa tutkimushanketta, joten eettisen toimikunnan lupa on haettu tutkimushankkeen puitteissa keskitetysti Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä. Aineistonkeruuyksiköstä on haettu johtoryhmän lupa tutkimuksen suorittamiseksi. Lupa on haettu myös kyseessä olevan sairaalan hallinto ylilääkäriltä.

Potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus on yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohta. Osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta on turvattava. Anonymiteetti on keskeinen huomioitava asia tutkimustyössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Kuula 2006.) Aineistonkeruuyksikössä sairaanhoitaja kertoi potilaalle ja läheiselle meneillään olevasta tutkimuksesta ja kysyi heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta sekä tutkimuksesta vastuussa olevat tahot ja keneen voi ottaa yhteyttä lisätietojen saamiseksi. (Burns & Grove 2005, Kuula 2006, Leino-Kilpi 2008.)

Osallistujat täyttivät myös tietoinen suostumus-lomakkeen. Kolmelta perheenjäseneltä puuttui nimi suostumuslomakkeesta. Nämä lomakkeet kuitenkin hyväksyttiin mukaan tutkimukseen, koska tutkimuksen yhteydessä laillisesti sitova suostumus syntyy myös tilanteissa, joissa tutkittava suostuu osallistumaan tutkimukseen, vaikka kirjallisia sopimuksia ei missään vaiheessa allekirjoitettaisi. (Kuula 2006). Tutkija siis ajatteli, että kyselyyn vastaaminen oli merkki

suostumuksesta. Tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti säilyi koko tutkimusprosessin ajan. Osallistujat saivat täyttää kyselylomakkeen nimettöminä. Kysymykset on laadittu niin, ettei niistä tunnista vastaajaa. Tutkimusaineisto tallennettiin SPSS 16.0-tilasto-ohjelmaan numerokoodein. Tulokset on analysoitu ja esitetty käyttäen tunnuslukuja, jolloin tutkimukseen osallistuneita ei voida tunnistaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Eettisestä näkökulmasta keskeistä on se, että analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti ja hyödyntämällä koko kerättyä aineistoa. (Leino-Kilpi 2008). Tutkimustulosten raportoinnissa ja julkaisemisessa on eettisesti oleellista se, että tutkija ilmaisee rehellisesti ja avoimesti tutkimustuloksensa. Tällä tavoin pyritään raportissa mahdollisimman suureen objektiivisuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Tässä tutkimuksessa on käytetty poliklinikalta kerättyä aineistoa kokonaisuudessaan. Tuloksia on pyritty raportoimaan mahdollisimman avoimesti, rehellisesti, laajasti ja tarkasti. Tulos-osiossa on esitetty tilastollisia tunnuslukuja, jolloin lukija voi arvioida analyysin luotettavuutta.

6.4 Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa tukemisen osa-alueet ovat perheen kohtaaminen, tiedonsaanti ja hoitoon osallistumisen mahdollisuus. Perheen kohtaaminen koettiin vahvimaksi osa-alueeksi ja hoitoon osallistuminen heikoimmaksi osa-alueeksi. Kaiken kaikkiaan perheenjäsenet ja potilaat arvioivat perheen tukemisen olevan korkeatasoista ortopedian poliklinikan ensikäynnillä. Tästä huolimatta tuloksista voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Perheenjäsenet kokivat, ettei heidän tunteitaan ja elämäntilannettaan oltu huomioitu tarpeeksi ja etteivät he olleet saaneet omaa jaksamista tukevaa tietoa.
2. Konkreettisten arkiasioiden järjestämiseen sekä tarvittavien palveluiden järjestämiseen perhe oli saanut apua melko huonosti.
3. Potilaat ja perheenjäsenet olivat hyvin samaa mieltä perheen tukemisesta. Ainoastaan osallistumisen perheenjäsenet kokivat huonommaksi kuin potilaat.
4. Sairaudesta ja potilaan terveydentilasta annetaan poliklinikan ensikäynnillä riittävästi tietoa, mutta ei kotihoitoon liittyvistä asioista.

5. Perhehoitotyön toteutumiseksi ei riitä, että perheenjäsen kutsutaan mukaan ensikäynnille, vaan myös hänen tarpeensa ja mielipiteensä tulee huomioida.

6.5 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Perheenjäseniä tulisi kannustaa tuomaan esille omia ajatuksiaan ja huoliaan. Poliklinikkakäynnillä tulisi kiinnittää huomiota perheen yksilölliseen tilanteeseen ja läheisten vointiin, esimerkiksi kyselemällä kuinka perhe saa asiat järjestettyä kotona, jotta potilaan toipuminen on mahdollista. Tuen tarvetta selvittämällä perhe voidaan ohjata eri ammattilaisten ohjaukseen, esimerkiksi sosiaalihoitajalle.

Poliklinikan asiantuntijasairaanhoidajan tämänhetkiset resurssit eivät varmasti riitä konkreettisten arkiasioiden ja tarvittavien palveluiden järjestämiseen. Olisi kuitenkin erityisen tärkeää huomioida myös nämä perheen tarpeet, esimerkiksi kertomalla mihin he voivat ottaa yhteyttä omassa kunnassaan asioiden järjestämiseksi. Perheelle voisi myös kertoa, miten muut, samassa elämäntilanteessa olleet ihmiset ovat asiat hoitaneet.

Potilaan ja perheen kannalta varmasti paras mahdollinen tilanne olisi se, että heille järjestettäisiin eri ammattilaisten kanssa yhteinen keskustelu-aika, jossa olisi mukana asiantuntijasairaanhoidaja, ortopedi, sosiaalihoitaja ja fysioterapeutti. Tällä tavalla eri ammattilaiset saisivat yhtä aikaa tiedon potilaan tilanteesta ja tarpeista.

Ensikäynnillä tulisi kertoa pääpiirteissään leikkauksen jälkeisestä elämästä ja mahdollisista perhe-elämän muutoksista. Perheelle tulisi myös painottaa sitä, että leikkauksen jälkeen osastolla annetaan kotihoito-ohjeet ja ohjataan tarvittavien apuvälineiden käytössä.

Perheitä tulisi tiedottaa enemmän vertaisryhmätoiminnasta. Kyseisen alueen joissakin kunnissa on toiminut vasta vähän aikaa Suomen nivelyhdistyksen alaisia nivelpiirejä. Suomen nivelyhdistyksellä on kattavat internetsivut, joista löytyy paljon tietoa nivelrikosta ja oman alueen vertaisryhmätoiminnasta. Perheelle voisikin antaa nivelyhdistyksen internet osoitteen. Kyseisen alueen sairaalassa järjestetään vuosittain valtakunnallinen nivelyhdistyksen ja endoproteesihoitajayhdistyksen suunnittelema tekonivel- ensitietokurssi. Tällaisia ensitieto-kursseja olisi ehdottoman tärkeää järjestää tulevaisuudessakin.

Samasta aiheesta olisi mielenkiintoista tehdä laadullista tutkimusta, koska tällä tavalla potilaiden ja läheisten kokemuksia voitaisiin ymmärtää syvemmin ja saada esille enemmän merkityksiä ja uusia näkökulmia, jotka voivat jäädä ymmärtämättä määrällisessä tutkimuksessa. Olisi siis mielenkiintoista tutkia miten läheiset ja potilaat kuvaisivat perheen saamaa tukea, mihin asioihin he kiinnittävät huomiota ja mitkä asiat he kokevat puutteellisiksi. Myös asiantuntijasairaanhoidajien mielipiteitä omasta toiminnastaan perheen tukemiseksi olisi mielenkiintoista tutkia. Hoitajilla voi olla erilaisia käsityksiä siitä, mitä perheen tukeminen tarkoittaa.

Potilaiden mielipidettä perheen tukemisesta on tutkittu melko vähän. Tästä näkökulmasta voitaisiin tutkia perheen tukemista vielä enemmän. Samanlainen tutkimus olisikin hyvä tehdä useammasta sairaalasta ja isommalla otoksella. Tällä tavalla saataisiin laajempi kuva perheen tukemisesta ja mahdollisista kehittämiskohteista ortopedian poliklinikoilla.

LÄHTEET

Alanen S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto.

Al-Hassan M & Hweidi I. 2004. The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. *International Journal of Nursing Practice* 10 (2), 64-71.

Alvarez G & Kirby A. 2006. The perspective of families of the critically ill patient: their needs. *Current Opinion in Critical Care* 12 (6), 614-618.

Anttila M., Naukkarinen M., Kalliovalkama E. 2006. Potilaan ja perheen ohjaus ja tiedonsaanti kirurgian ja ortopedian poliklinikalla - potilaan kokemus. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu.

Arvola T. 2008. Omaisten hoitoon osallistuminen. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Auerbach SM., Kiesler DJ., Wartella J., Rausch S., Ward KR., Ivatury R. 2005. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care* 14 (3), 202-210.

Aura M. 2008. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto.

Aura M., Paavilainen E., Asikainen P., Heikkilä A., Lipponen V., Åstedt-Kurki P. 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva Hoitotyö* 8(2), 14-21.

Austin W., Goble E., Strang V., Mitchell A., Thompson E., Lantz H., Balt L., Lemermeyer G., Vass K. 2009. Supporting relationships between family and staff in continuing care settings. *Journal of Family Nursing* 15(3), 360-383.

Bauer M., Fitzgerald L., Haesler E., Manfrin M. 2009. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing* 18(18), 2539-2546.

Burns N. & Grove SK. 2005. *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization*. Fifth Edition. W.B Saunders Company. Philadelphia.

Eggenberger SK & Nelms TP. 2007. Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing* 16(9), 1618-1628.

Eloranta S., Katajisto J., Savunen T., Leino-Kilpi H. 2009. Polikliinisen hoidon laatu kirurgisen potilaan arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 7(4), 12-19.

Eriksson E. 1996. A description of help received by cancer patient`s relatives in their adjustment. Väitöskirja, sarja D, osa 219. Turun yliopisto.

Eriksson E., Somer S., Kylmänen-Kurkela E., Lauri S. 2002. Omaisen selviytyminen syöpäpotilaan kuoleman jälkeen ja hoitohenkilökunnalta saatu tuki - vertaileva tutkimus saattokodissa ja sairaalassa. Turun yliopisto.

Firth P. 2006. Patients and their families. *Recent Results in Cancer Research* 168, 61-71.

Franklin J., Ingvarsson T., Englund M., Lohmander LS. 2009. Sex differences in the association between body mass index and total hip or knee joint replacement resulting from osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic diseases* 68(4), 536-540.

Grönblad M., Korpela M., Laine-Häikiö K. 2001. TULES-vuosikymmen 2000-2010. *Suomen lääkäri-lehti* 56, 793-797.

Gustafsson M-L. 2009. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät – hoitohenkilöstön näkökulma. *Tutkiva hoitotyö* 7(4), 4-11.

Hakulinen T., Koponen P., Paunonen M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Perhe hoitotyössä - teoria, tutkimus ja käytäntö*. WSOY. Porvoo, 25-42.

- Halme N., Paavilainen E., Åstedt-Kurki P. 2007. Aikuisen perheenjäsenen kohtaaminen sairaalassa – kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 5(1), 18-23.
- Hankela S. 2007. Tekonivelpotilaan hoito- ja palveluketjun kehittämisprojekti Pirkanmaalla (VERCOX). Teoksessa Hankela S. (toim.) 2007. Tekonivelpotilaan hoidon kehittäminen on tuottanut tulosta. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 8. Tampere.
- Hankela S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Heino T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Hickman L., Newton P., Halcomb E., Chang E., Davidson P. 2007 Best practice interventions to improve the management of older people in acute care settings: a literature review. Journal of Advanced Nursing 60(2), 113-126.
- Hiidenhovi H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Hiltunen K-M. 2007. Tekonivelkirurgian tulevaisuus. Teoksessa Hankela S. (toim.) 2007. Tekonivelpotilaan hoidon kehittäminen on tuottanut tulosta. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 8. Tampere.
- Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. 2004. Tutki ja kirjoita. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Hirvonen E., Koponen P., Hakulinen T. 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: näkökohtia terveyteen. Teoksessa Pietilä A-M., Hakulinen T., Hirvonen E., Koponen P., Salminen E-M., Sirola K. 2002. Terveyden edistäminen - uudistuvat työmenetelmät. WSOY. Helsinki, 35-61.

Holroyd E., Twinn S., Shiu A. 2001. Evaluating psychosocial nursing interventions for cardiac clients and their caregivers: a case study of the community rehabilitation network in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing* 35(3), 393-401.

Hopia H., Rantanen A., Mattila E., Paavilainen E., Åstedt-Kurki P. 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus sairaalassa. *Tutkiva Hoitotyö* 2(4), 24-29.

Isola A., Backman K., Saarnio R., Kääriäinen M., Kyngäs H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19(2), 51-62.

Janhonen S & Nikkonen M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

Johansson K. 2006. Empowering orthopaedic patients through education. Väitöskirja. Turun yliopisto Painosalama Oy. Turku.

Kaila A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi. *Hoitotiede* 21(1), 3-12.

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy. Porvoo.

Karjalainen M. 2006. Lonkan tai polven nivelrikkoa sairastavien tekonivelleikkausta odottavien terveyteen liittyvä elämänlaatu. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto.

Koivula M. 2004. Perheen ja läheisten ihmisten merkitys ohitusleikkauspotilaiden ja hoitohenkilökunnan kokemana. *Tutkiva hoitotyö* 2(1), 4-9.

Konttinen Y T., Lindroos L., Ruuttila P., Lähdeoja T., Lassus J., Nordström D., Santavirta S. 2003. Nivelrikon kliininen kuva ja hoito. *Duodecim*; 119, 1537-1544.

Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kääriäinen M & Kyngäs H. 2004. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2000. *Hoitotiede* 17(5), 208-216.

- Kvist T., Vehviläinen-Julkunen K., Kinnunen J. 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 3(18), 107-119.
- Lahtinen J., Alanko A., Korttila K., Kotilainen H., Laatikainen L., Nenonen M., Permi J., Punnonen H., Rihkanen H., Tenhunen A., Toivonen J. 1998. *Päiväkirurgia*. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Laijärvi H & Kaunonen M. 2005. Summa-asteikot hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2(17), 89-96.
- Lee L & Lau Y. 2003. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing* 12(4), 490-500.
- Lehto B., Laitinen-Junkkari P., Turunen H. 2000. Omaisten saama sosiaalinen tuki teho-osaston henkilökunnalta. *Hoitotiede* 12(2), 66-76.
- Lehto P. 2004. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Leino-Kilpi H. 2008. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2008. *Etiikka hoitotyössä*. WSOY. Porvoo. 360-377.
- Leino-Kilpi H., Kovasin M., Vuorenheimo J., Viitanen T. 1999. Kirurgisen hoitotyön laatu Turun kaupungin kirurgisessa sairaalassa. Laadun arviointia ja seuranta vuosina 1988-1998. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja. Sarja A, nro 2. Turku.
- Leske J. 2002. Interventions to Decrease Family Anxiety. *Critical Care Nurse* 22, 61-65.
- Leon A & Knapp S. 2008. Involving Family Systems in Critical Care Nursing – Challenges and Opportunities. *Dimens Crit Care Nursing* 27(6), 255-262.
- Maijala H. 2004. Poikkeavaa lasta odottavan perheen ja hoitavan henkilön välinen vuorovaikutus: substantiivinen teoria lapsen poikkeavuuden herättämissä kysymyksissä vahvistumisesta ja kuormittumisesta. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

- Majasaari H., Sarajärvi A., Koskinen H., Autere S., Paavilainen E. 2005. Patients` Perceptions of Emotional Support and Information Provided to Family Members. 2005. AORN Journal 81(5), 1030-1039.
- Marin M. 1999. Perhe ja sen muutos suomalaisessa kulttuurissa. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. Perhe hoitotyössä- teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY. Porvoo. 43-59.
- Mattila E., Kaunonen M., Aalto P., Ollikainen J., Åstedt-Kurki P. 2009. Sairaalapotilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede 21(4), 294-303.
- Maxwell KE., Stuenkel D., Saylor C. 2007. Needs of family members of critically ill patient: a comparison of nurse and family perceptions. Heart & Lung 36(5), 367-376.
- Mesiäislehto-Soukka H., Rajamäki M., Paavilainen E. 2004. Munasarjasyöpää sairastavan selviytyminen sekä potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairaalassa. 2004. Tutkiva hoitotyö 2(3), 28-32.
- Montin L. 2007. Patient-perceived health-related quality of life during recovery after total hip arthroplasty – a 6-month Follow-up Study. Väitöskirja. Turun yliopisto. Painosalama Oy. Turku.
- Mäkinen B & Routasalo P. 2003. Sairaanhoitaja ja iäkkään potilaan omainen. Tutkiva hoitotyö 1(2), 16-21.
- Mäkinen B. 2002. Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa. Omaisen, lääkärin ja sairaanhoitajan näkökulma. Turun yliopisto. Väitöskirja.
- Nuutinen H-L & Raatikainen R. 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotiede 17(3), 131-144.
- Orajärvi K. 2004. Kirurgian poliklinikan asiakkaiden kokemuksia. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto.
- Paavilainen E., Lehti K., Åstedt-Kurki P., Tarkka M-T. 2006. Family functioning assessed by family members in Finnish families of heart patients. European Journal of Cardiovascular Nursing. 5(1), 54-59.

- Paavilainen E., Seppänen S., Åstedt-Kurki P. 2001. Family involvement in perioperative nursing of adult patients undergoing emergency surgery. *Journal of Clinical Nursing* 10, 230-237.
- Paavolainen P & Soininen J. 2004. Lonkka- ja polvinivelen sairaudet. Teoksessa Matikainen E., Aro T., Huunan-Seppälä A., Kivekäs J., Kujala S., Tola S. (toim.) *Toimintakyky: Arviointi ja kliininen käyttö*. 1. painos. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä. 113-117.
- Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva.
- Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Perhe hoitotyössä- teoria, tutkimus ja käytäntö*. WSOY. Porvoo. 14-24.
- Paunonen M., Åstedt-Kurki P., Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Tulevaisuuden kehittämissuuntia perhehoitotyössä ja sen koulutuksessa. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Perhe hoitotyössä- teoria, tutkimus ja käytäntö*. WSOY. Porvoo. 392-397.
- Pelkonen M & Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14(5), 202-212.
- Perälä M-L., Hernesniemi P., Räikkönen O. 1999. Yhteistyö keskussairaalassa kirurgisten potilaiden omaisten arvioimana. *Hoitotiede* 11(1), 13-21.
- Potinkara H. 2004. *Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä*. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Rantanen A., Heikkilä A., Asikainen P., Paavilainen E., Åstedt-Kurki P. 2009. Perheiden tukeminen elämänsä eri vaiheissa – pilottitutkimus. (Käsikirjoitus hoitotiede-lehteen)
- Rantanen A., Heikkilä A., Asikainen P., Paavilainen E., Åstedt-Kurki P. 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa – pilottitutkimus. *Hoitotiede* 22(2), 141-152.
- Rantanen A., Kaunonen M., Åstedt-Kurki P., Tarkka M-T. 2004. Coronary artery bypass grafting: social support for patients and their significant others. *Journal of Clinical Nursing* 13(2), 158-166.

- Riikola T & Arokoski J. 2007. Polvi- ja lonkkanivelriikko (artroosi) – Käyvän hoidon potilasversiot. www.kaypahoito.fi. Luettu 18.12.2009.
- Rintala J. 2007. Ohjaus sairaalassa omaisten näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Salminen-Tuomaala M., Kurikka S., Korkiamäki K., Paavilainen E. 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 20(5), 258-266.
- Shyu Y., Chen MC., Cheng HS., Yea-Ing L., Chang G. 2010. Family caregivers` needs predict functional recovery of older care recipients after hip fracture. *Journal of Advanced Nursing* (66)11, 2450-2459.
- Suhonen R., Välimäki M., Katajisto K., Leino-Kilpi H. 2007. Yksilöllisellä hoidolla tyytyväisyyttä ja elämänlaatua ortopedisille potilaille. *Hoitotiede* 19(6), 294-304.
- Suominen T & Leino-Kilpi H. 1997. Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. Stakes raportteja. No 210. Helsinki.
- Tarkka M-T., Paavilainen E., Lehti K., Åstedt-Kurki P. 2003. In hospital social support for families of heart patients. *Journal of Clinical Nursing* 12(5), 736-743.
- Torkkola S. 2002. Terveystietoa. Hygieia. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.
- Tuomi J & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Tutkimussuunnitelma. 2006. Perheiden tukeminen elämänsä eri vaiheissa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Virtanen H., Johansson K., Heikkinen K., Leino-Kilpi M., Rankinen S., Salanterä S. 2007. Kirurgisen potilaan oppimistarpeet - Katsaus oppimistarpeita arvioiviin mittareihin. *Hoitotiede* 19(1), 33-48.

Vom Eigen KA., Walker JD., Edgman-Levitan S., Cleary PD., Delbanco TL. 2000. A comparison of carepartner and patient experiences with hospital care. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare* 18(2), 191-203.

Välimäki M., Suhonen R., Koivunen M., Alanen S., Nenonen H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. *Hoitotiede* 19(3), 115-126.

Välimäki M., Leino-Kilpi H., Antila M-L., Myllylä B-M., Dassen T., Gasull M., Lemonidou C., Scott P., Arndt M., Kaurila T. 2001. Potilaan autonomia kirurgisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 13(3), 155-166.

Weman K & Fagerberg I. 2006. Registered Nurses working together with family members of older people. *Journal of Clinical Nursing* 15(3), 281-289.

Wilson K., Pateman P., Beaver K., Luker K. 2002. Patient and carer following a cancer-related hospital admission: the importance of referral to the district nursing service. *Journal of Advanced Nursing* 38(3), 245-253.

Åstedt-Kurki P., Jussila A-L., Koponen L., Lehto P., Maijala H., Paavilainen R., Potinkara H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Åstedt-Kurki P., Paavilainen E., Tammentie T., Paunonen-Ilmonen M. 2001. Interaction between adult patients` family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15(2), 142-150.

Åstedt-Kurki P & Paavilainen E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. Perhe hoitotyössä- teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY. Porvoo. 320-330.

LIITE 1. Perheenjäsenen ja potilaan kokemukset hoitotyöntekijöiden kohtaamisesta

KOHTAAMINEN	Täysin eri mieltä		Eri mieltä		Jonkin verran eri mieltä		Jonkin verran samaa mieltä		Samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Asia ei koske minua		Yhteensä	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Myönteinen																
Perheenjäsen									36	16	60	26	2	1	98	43
Potilas					2	1			36	16	61	27			100	44
Turvallinen																
Perheenjäsen					2	1			30	13	64	28	2	1	98	43
Potilas					2	1			43	19	55	24			100	44
Luottamusta herättävä																
Perheenjäsen							5	2	34	15	57	25			96	42
Potilas							7	3	41	18	50	22			98	43
Kunnioittava																
Perheenjäsen					2	1	7	3	27	12	64	28			100	44
Potilas					2	1	7	3	34	15	57	25			100	44
Kuunteleva																
Perheenjäsen					2	1	5	2	28	12	61	27	2	1	98	43
Potilas							11	5	36	16	51	22			98	43
Myötäelävä																
Perheenjäsen					5	2	11	5	39	17	36	16	7	3	98	43
Potilas					2	1	18	8	43	19	30	13	4	2	98	43
Toiveikas ilmapiiri																
Perheenjäsen					2	1	9	4	34	15	48	21			93	41
Potilas					4	2	7	3	41	18	39	17	7	3	98	43
Kannustava																
Perheenjäsen					4,5	2	4,5	2	30	13	55	24	2	1	96	42
Potilas					5	2	16	7	27	12	43	19	7	3	98	43
Tunteita ymmärtävä																
Perheenjäsen			2	1	5	2	11	5	34	15	39	17	7	3	98	43
Potilas					7	3	23	10	39	17	29	13	2	1	100	44
Selviytymistä tukeva																
Perheenjäsen			2	1	2	1	9	4	60	26	18	8	5	2	96	42
Potilas					7	3	14	6	36	16	39	17	2	1	98	43

LIITE 2. Perheenjäsenen ja potilaan kokemukset tiedonsaannista

TIEDONSAANTI	Täysin eri mieltä		Eri mieltä		Jonkin verran eri mieltä		Jonkin verran samaa mieltä		Samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Asia ei koske minua		Yhteensä	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Terveydentilasta																
Perheenjäsen	2	1					9	4	36	16	48	21			95	42
Potilas	2	1					5	2	36	16	57	25			100	44
Arkielämästä																
Perheenjäsen			2	1			7	3	34	15	46	20	2	1	91	40
Potilas					2	1	16	7	34	15	46	20			98	43
Hoitamisesta																
Perheenjäsen					2	1	7	3	34	15	48	21	2	1	93	41
Potilas					2	1	7	3	41	18	50	22			100	44
Terveydenpalveluista																
Perheenjäsen					2	1	7	3	30	13	50	22	2	1	91	40
Potilas					2	1	14	6	41	18	39	17			96	42
Sosiaalipalveluista																
Perheenjäsen	2	1	7	3			16	7	39	17	18	8	11	5	93	41
Potilas			2	1	7	3	41	18	25	11	18	8	5	2	98	43
Muutoksista																
Perheenjäsen			7	3	7	3	27	12	23	10	20	9	7	3	91	40
Potilas			2	1	5	2	25	11	36	16	23	10	7	3	98	43
Huolehtimisesta																
Perheenjäsen			7	3	2	1	14	6	32	14	27	12	9	4	91	40
Potilas			2	1	5	2	23	10	36	16	30	13	2	1	98	43
Hoitamisesta																
Perheenjäsen			2	1	2	1	21	9	25	11	34	15	5	2	89	39
Potilas			4,5	2	4,5	2	14	6	34	15	39	17	2	1	98	43
Kirjalliset ohjeet																
Perheenjäsen							7	3	41	18	45	20			93	41
Potilas					4	2	14	6	34	15	46	20			98	43
Yhteystiedot																
Perheenjäsen			2	1			14	6	34	15	41	18	2	1	93	41
Potilas			2	1			9	4	46	20	39	17	2	1	98	43
Oma jaksaminen																
Perheenjäsen	4	2	4	2	4	2	18	8	34	15	21	9	7	3	93	41
Potilas	4,5	2	2	1	9	4	9	4	39	17	30	13	4,5	2	98	43

LIITE 3. Perheenjäsenen ja potilaan kokemukset hoitoon osallistumisen mahdollisuudesta

	Täysin eri mieltä		Eri mieltä		Jonkin verran eri mieltä		Jonkin verran samaa mieltä		Samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Asia ei koske minua		Yhteensä	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
OSALLISTUMINEN																
Suunnittelu																
Perheenjäsen			2	1	11	5	11	5	37	16	27	12	4	2	93	41
Potilas			2	1	9	4	11	5	39	17	32	14	2	1	95	42
Päätöksenteko																
Perheenjäsen			2	1	11	5	9	4	41	18	25	11	7	3	95	42
Potilas					9	4	7	3	39	17	41	18	2	1	98	43
Hoitamiseen osall.																
Perheenjäsen					2	1	7	3	52	23	23	10	11	5	95	42
Potilas			2	1			9	4	46	20	36	16	5	2	98	43
Apu asioiden järjestämiseen																
Perheenjäsen	7	3	2	1	11	5	16	7	23	10	16	7	20	9	95	42
Potilas	7	3	4	2	7	3	14	6	32	14	18	8	11	5	93	41
Apu palveluiden järjestämiseen																
Perheenjäsen	5	2	2	1	5	2	27	12	25	11	9	4	20	9	93	41
Potilas	9	4			7	3	25	11	23	10	18	8	11	5	93	41
Ohjaukseen ja neuvontaan osall.																
Perheenjäsen					2	1	4	2	36	16	46	20	7	3	95	42
Potilas	2	1	2	1	4	2	9	4	43	19	34	15			95	42
Vertaisryhmiin osall.																
Perheenjäsen	7	3	7	3	7	3	20	9	16	7	25	11	13	6	95	42
Potilas	4	2	9	4	7	3	27	12	14	6	23	10	9	4	93	41
Eri ammattilaisten neuvotteluihin osall.																
Perheenjäsen	2	1	4	2	7	3	16	7	30	13	23	10	9	4	91	40
Potilas			2	1	7	3	11	5	34	15	30	13	9	4	93	41