

Tiia Kaisko

Kohti perhehoitotyötä - antenataaliosaston perhehoitotyön toimintamallin kehittäminen

Opinnäytetyö

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilö YAMK

Kliininen asiantuntija

Opinnäytetyö

13.12.2015

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Tiia Kaisko Kohti perhehoitotyötä – antenataaliosaston perhehoitotyön toimintamallin kehittäminen 46 sivua + 2 liitettä 13.12.2015
Tutkinto	Kätilö (YAMK)
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntija
Ohjaaja(t)	FT, lehtori Marja Salmela
<p>Perhehoitotyö on yli puolen vuosisadan ollut mukana keskusteluissa, ja sitä on tutkittu runsaasti viime vuosikymmenten aikana. Terveyskeskeisyyttä, perhekeskeisyyttä sekä asiakaslähtöisyyttä pidetään hyvän hoidon kriteereinä. Perhehoitotyön voi ajatella olevan keskeinen elementti äitiyshuollon eri toimipisteissä; äitiysneuvoloissa, synnytysosastoilla ja lapsivuodeosastoilla, kuten myös lastensairaanhoidon eri toimipisteissä. Antenataaliosaston yhtenä äitiyshuoltoon kuuluvana osana tulee olla myös toimipiste, jossa hoidetaan potilaan sijaan koko perhettä.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda perhehoitotyön toimintamalli antenataaliosastolle kehittämistyön menetelmällä. Toimintamallin tavoitteena on kehittää antenataaliosastolla annettavaa hoitoa enemmän perhekeskeisemmäksi. Perhekeskeisemmästä hoidosta antenataaliosastolla hyötyvät ensisijaisesti osastolla hoidossa olevat naiset ja heidän perheensä.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä analysoitiin antenataaliosastolla henkilökunnalle keväällä 2012 tehdyn kyselyn vastaukset sekä muodostettiin vastausten perusteella käsitys siitä, mitä perhehoitotyö antenataaliosastolla kyselyn hetkellä oli. Lisäksi antenataaliosaston henkilökunnasta koottiin asiantuntijapaneeli, ja kahdessa asiantuntijapaneelin tapaamisessa pohdittiin perhehoitotyön tavoitteita, edellytyksiä sekä keinoja antenataaliosastolla perhehoitotyön toteuttamiseksi. Asiantuntijapaneeli toteutettiin Delfoi –menetelmää mukaillen.</p> <p>Asiantuntijapaneelien tulokset analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä ja saadusta aineistosta muodostettiin antenataaliosaston perhehoitotyön toimintamalli. Asiantuntijapaneelien keskustelujen perusteella toimintamalliin kirjattiin antenataaliosaston perhehoitotyön tavoitteet, edellytykset, keinot, hyödyt, perhehoitotyötä rajoittavat tekijät sekä perhehoitotyön toteutumisen arviointi osastolla.</p> <p>Antenataaliosaston perhehoitotyön tavoitteiksi nousivat potilaan fyysisen kärsimyksen lievittyminen, perheen vanhemmuuteen kasvu ja siihen tuen saaminen, sekä perheen voimaistuminen ja siihen tuen saaminen.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntynyt antenataaliosaston perhehoitotyön toimintamallia voidaan soveltaen käyttää hyväksi myös muilla erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla kehitettäessä hoitoa enemmän perhekeskeisempään suuntaan.</p>	
Avainsanat	perhehoitotyö, perhelähtöinen hoitotyö, perhehoitotyön toimintamalli

Author(s) Title Number of Pages Date	Tiia Kaisko Towards family nursing - developing an operating model for family nursing at an antenatal ward 46 pages + 2 appendices 13 December 2015
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice
Instructor(s)	Marja Salmela, PhD, Senior Lecturer
<p>Family nursing has been a topic of discussion for more than half a century and it has been the focus of a lot of research during past few decades. Health-centred, family-centred and client-centred approaches are considered the criteria for good care. Family nursing can be perceived as a central element in the different outlets for maternity care; maternity clinics, delivery wards and puerperal wards, as well as in the other contexts where paediatric nursing is delivered. The maternity care services at an antenatal ward must also include an outlet for treating the entire family instead of merely caring for the patient.</p> <p>The purpose of this thesis was to create an operating model for family nursing at an antenatal ward using the method of development work. The aim of the operating model is to develop the care provided at an antenatal ward to be more family-centred. Women and their families treated at the ward benefit the most from receiving more family-centred care.</p> <p>The responses to a questionnaire survey conducted in the spring of 2012 among the staff of an antenatal ward were analysed in this thesis. Based on the responses, a view was formed of the status of family nursing at the antenatal ward at the time of the questionnaire. In addition, an expert panel was formed of the staff of the antenatal ward. The aims and preconditions for family nursing and the approaches for implementing the family nursing at the antenatal ward were discussed at two expert panel meetings. The Delphi method was adapted in implementing the expert panel.</p> <p>The results of the expert panel were analysed with the content analysis method and the obtained material was used to create the operating model for family nursing at the antenatal ward. Based on the discussions of the expert panels, the aims, preconditions, means, benefits, factors limiting family nursing and the assessment of the implementation of family nursing at the ward were recorded in the operating model.</p> <p>Alleviating the patient's physical suffering, the family's growth into parenthood and their obtaining support for this, and empowering the family and providing related support emerged as the aims of the family nursing at the antenatal ward.</p> <p>The operating model for family nursing at an antenatal ward produced in this thesis can be also applied in other inpatient wards of specialised medical care when developing care to be more family-centred.</p>	
Keywords	family nursing, family focused nursing, operating model for family nursing

Sisällys

1	Johdanto	2
2	Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat	2
2.1	Perhe	3
2.2	Perhehoitotyö	4
2.2.1	Calgaryn perhehoitotyön malli	6
3	Riskiraskaus ja antenataaliosastoahoito	7
4	Artikkeleista esiin nousseet perhehoitotyötä määrittelevät teemat	8
4.1	Kumppanuus, vuorovaikutus ja tiedonanto perheen ja hoitohenkilökunnan välillä	9
4.2	Perhe mukana päätösten teossa	12
4.3	Yhdessä toimiminen perheen kanssa	13
4.4	Perheen psyykkisen hyvinvoinnin turvaaminen	14
4.5	Perhekeskeinen osastokulttuuri	16
4.6	Henkilöstöresurssit ja johdon tuki	17
5	Opinnäytetyön tarkoitus	18
6	Opinnäytetyön toteutus	19
6.1	Kehittämistyön menetelmät	19
6.2	Kysely henkilökunnalle	21
6.3	Asiantuntijakonsultaatio	22
6.4	Sisällönanalyysi	23
7	Kyselyn tulokset	26
7.1	Perhehoitotyön käsite	26
7.2	Perhehoitotyön päämäärä ja tarpeellisuus	27
7.3	Perhehoitotyöhön osallistuvat henkilöt sairaalassa	28
7.4	Perhehoitotyöhön liittyvät käytännön asiat	29
7.5	Hoitaja perheiden hoitajana	30
7.6	Avoimet kysymykset	31
8	Asiantuntijajaneelien tulokset	32
8.1	Perhehoitotyön toimintamalli	33
8.1.1	Perhehoitotyön tavoitteet	34

8.1.2	Perhehoitotyön edellytykset	34
8.1.3	Perhehoitotyön keinot	34
8.1.4	Perhehoitotyön hyödyt	35
8.1.5	Perhehoitotyötä rajoittavat tekijät	35
8.1.6	Perhehoitotyön toteutuminen ja sen arviointi	36
9	Pohdinta	37
9.1	Luotettavuus	37
9.2	Eettisyys	39
9.3	Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset	40
	Lähteet	43
	Liitteet	
	Liite 1. Saatekirje	
	Liite 2. Aineiston analyysitaulukko	

"The patient is only half of the patient, the other half is the family."
Janice M. Bell, RN, PhD
Editor, Journal of Family Nursing

1 Johdanto

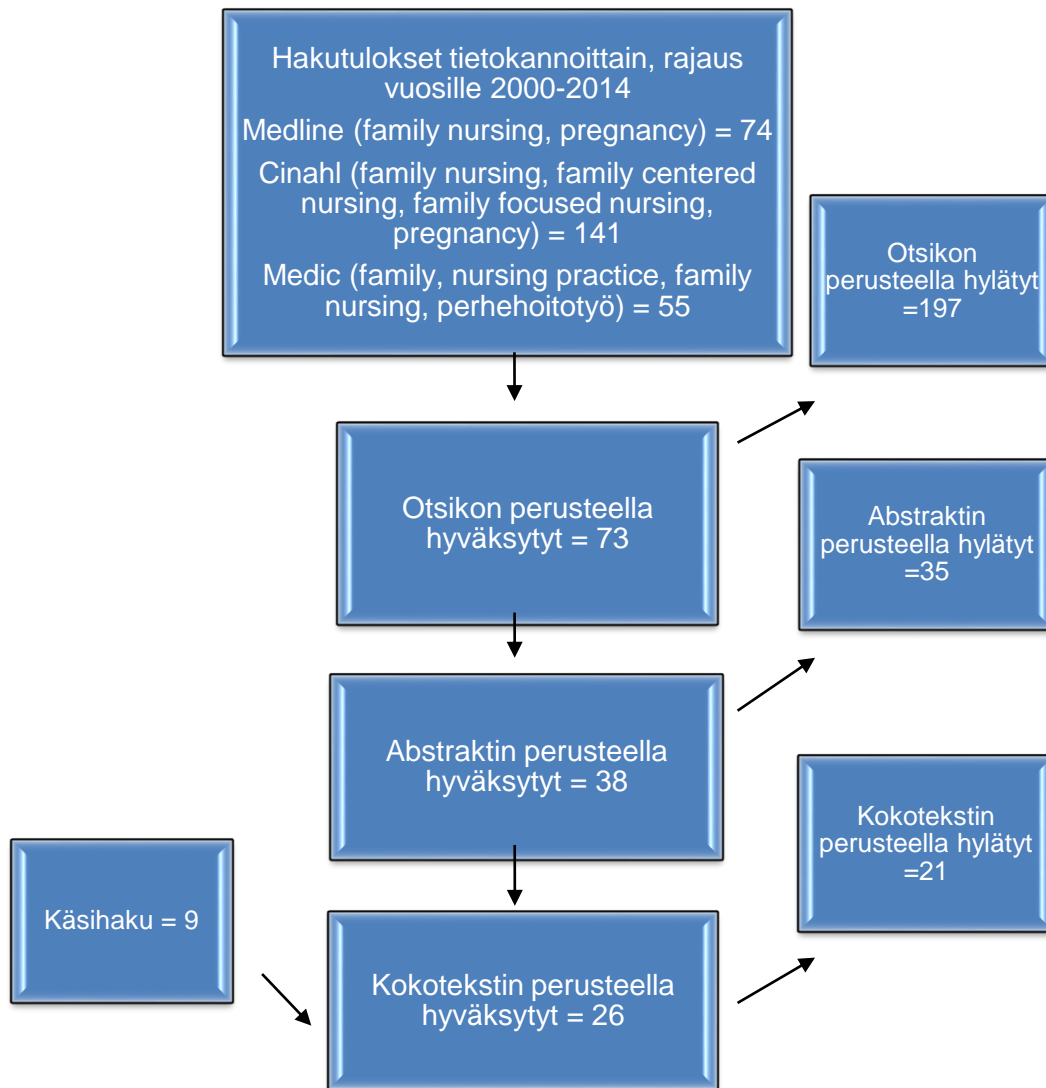
Hyvän hoidon kriteereinä on pidetty terveys- ja perhekeskeisyyttä, sekä asiakaslähtöisyyttä. Yksilön vointiin vaikuttaa se miten hänen perheensä voi, ja perheen terveydentilaan vaikuttaa se miten perheen jäsenet voivat. (Aho – Tarkka – Paavilainen - Åstedt-Kurki 2006: 3.) Kun perheenjäsen joutuu äkillisen sairauden kohdatessa sairaalahoitoon, muuttuu koko perheen tilanne äkillisesti. Perheen huomioiminen onkin tärkeää jo hoidon alkuvaiheessa, koska vakavat sairaudet vaikuttavat koko perheen elämään. Perheenjäsenet ovat stressaantuneita, ahdistuneita ja epävarmoja tulevaisuudesta ja näin ollen kaipaavat tietoa. (Larivaara – Lindroos – Heikkilä 2009: 64.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli perhehoitotyön toimintamallin kehittäminen antenataaliosastolle kehittämistyön menetelmällä. Antenataaliosaston on 19 –paikkainen vuodeosasto, jossa hoidetaan riskiraskauspotilaita. Tyypillisimmät potilasryhmät ovat monikkoraskaudet, ennenaikaisesti synnyttävät potilaat, diabeetikot, pre-eklampsiasta sekä erilaisista sikiön vointia uhkaavista tilanteista kärsivät potilaat.

Antenataaliosaston henkilökunnalle on vuoden 2012 keväällä tehty kysely koskien perhehoitotyötä antenataaliosastolla. Kyselyssä tiedusteltiin osaston henkilökunnan tietämystä perhehoitotyöstä sekä asenteita ja haasteita perhehoitotyötä kohtaan. Tämän kyselyn vastaukset toimivat määrittelynä henkilökunnan tietotason lähtötilanteesta kohti perhekeskeisempää hoitotyötä.

2 Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

Opinnäytetyön teoreettista tietoperustaa varten etsittiin sekä kotimaisia että kansainvälisiä tuoreita artikkeleita perhehoitotyöstä. Tietokannoista käytössä olivat Medline, Cinahl, Medic ja hakusanoina käytettiin termejä perhehoitotyö, family nursing, family focused nursing, nursing practise ja family erilaisina yhdistelminä. Haku rajattiin vuosiin 2000-2014 artikkeleiden julkaisuvuoden mukaan. Aineistoa etsittiin myös käsihaun avulla. Kirjallisuushaussa esiin nousseiden artikkeleiden perehtymisen jälkeen niistä valikoitiin tämän opinnäytetyön aiheeseen sopivia artikkeleita (kuvio 1).



Kuvio 1. Hakuprosessin kuvaus

2.1 Perhe

Perhettä voi sanoa yhteiskuntamme ydinyksiköksi ja se toimii välittäjänä yksilön ja yhteiskunnan välillä. Perheellä on myös suuri vaikutus omiin jäseniinsä. Perinteisesti perhe on määritelty kokonaisuudeksi, jonka muodostavat isä, äiti ja lapset. Tällöin käytetään käsitettä ydinperhe, jonka jäsenet ovat sidoksissa toisiinsa biologisin perustein. Biologisin perustein määrittyy myös perhe, johon kuuluu vain toinen vanhempi ja lapsi tai lapsia. Myös isovanhemmat ovat sidoksissa lastenlapsiinsa biologisin perustein. Perheen voivat muodostaa keskenään myös aikuiset sisarukset. (Paunonen - Vehviläi-

nen-Julkunen 1999: 15; Åstedt-Kurki – Jussila – Koponen – Lehto – Maijala - Paavilainen - Potinkara 2008: 11-12.)

Perhekäsitys elää ja muuttuu. Perhe voidaan määritellä myös juridisin perustein, eli perheen muodostaa avioliitossa tai avioliitonomaisessa suhteessa elävä pari. Perheen voi muodostaa perinteisen ydinperheen, avioliiton tai rekisteröidyn parisuhteen lisäksi myös monella muulla tavalla. Perhe voi olla ns. uusperhe, jossa on molempien puolisoitten lapsia edellisistä liitoista, tai perheessä voi olla adoptoituja lapsia. Viime vuosina perheiden koko on pienentynyt ja yksinhuoltajaperheiden osuus on kasvanut. (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1999: 15; Åstedt-Kurki ym. 2008: 12.)

Perhe voi määrittyä myös emotionaalisiin perustein, jossa lähin ihminen on henkisesti tärkeä ja läheinen, esimerkiksi ystävä tai naapuri. Yhdessä asumista ei pidetä riittävänä määrittelyinä, sillä yksinasuvan perheen voi muodostaa toisessa osoitteessa asuva ihminen tai ihmiset, jotka ovat hänelle läheisimpiä. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 12-13.)

Perhe koostuu siis kahdesta tai useammasta ihmisestä, jotka ovat sitoutuneet toisiinsa emotionaalisesti tai muulla siteellä, sekä määrittelevät itse kuuluvansa perheeseen. Näin ollen kunkin yksilön perheen saa selville parhaiten kysymällä yksilöltä itseltään. (Friedman – Bowden – Jones 2003:10.)

2.2 Perhehoitotyö

Perhehoitotyöllä tarkoitetaan perheenjäsenen kohtaamista ja hoitamista asiakaskontaktin tai potilaan hoidon yhteydessä. Perhehoitotyöllä ei tarkoiteta ainoastaan koko perheen hoitamista vaan laajemmin asiakkaan tai potilaan läheisten mukanaoloa ja huomioonottamista hoidossa. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 5 - 8.)

Aikaisemmin sairaaloissa käytettiin ilmaisua ”vierastunti” ajasta, jolloin läheiset voivat tulla vierailulle sairaalaan. Tämä antoi kuvan terveydenhuoltojärjestelmästä omana suljettuna piirinä, johon potilas kuului, mutta hänen perheenjäsenensä eivät. Terveydenhuollon toimintaympäristö ja toiminta voivat olla perheelle outoja, jolloin myös perheen asema ja rooli terveydenhuollossa ovat perheelle outoja jäsenensä sairastuessa. Perheen terveyden ja hyvinvoinnin tukemisessa onkin perheen ja hoitavien henkilöiden yhteistyöllä merkittävä rooli. (Åstedt-Kurki ym.2008: 58-59.)

Perheenjäsenet haluavat usein tulla sairaalaan, koska he kokevat voivansa olla läheiselleen avuksi. Perheenjäsenestä voi parhaimmillaan olla myös kumppaniksi hoitohenkilökunnalle, jos perheenjäsen osallistuu sopivasti hoitoon ja on tuki potilaalle. (Åstedt-Kurki ym. 2008: 59.)

Yli puolen vuosisadan aikana potilas – ja perhekeskeisen hoitotyön filosofia on muuttunut patriarkalisesta ja holhoavasta kumppanuudeksi, arvostukseksi ja kunnioitukseksi, tiedon jakamiseksi, osallistumiseksi ja yhteistyöksi potilaan ja perheen kanssa. Näiden arvojen avulla perheet on ryhdytty näkemään olennaisena osana terveydenhuollon tiimiä. (Bell 2013: 411.)

Perhekeskeisen hoitotyön instituutti (The Institute for Family-Centered Care) määrittelee perhekeskeisen hoitotyön periaatteeksi, jossa yhteistyössä terveydenhuoltohenkilökunta, potilas ja perhe suunnittelee, toteuttaa ja arvioi hoitoa. Perhekeskeistä hoitoa voidaan tarjota kaikenikäisille potilaille kaikilla terveydenhuollon sektoreilla. Äitiyshuollossa, jota antenataalihoitokin on, ollaan jäljessä perhehoitotyön toteuttamisessa verrattuna esimerkiksi lastensairaanhoidon tai tehohoitoon. (Roudebush - Kaufman - Johnson - Abraham - Clayton 2006: 202.)

Yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa myös muihin perheenjäseniin sekä koko perhekokonaisuuteen, ja perheellä on suuri merkitys perheenjäsentensä hyvinvoinnissa (Wright – Leahey 2013: 1). Tästä syystä perhehoitotyön toteuttaminen hoidossa on tärkeää. Friedmanin (1992: 22; 2003: 36-38) mukaan perhehoitotyö – käsite voidaan määritellä usealla eri tavalla riippuen siitä, miten perhe määritellään hoitotyössä. Friedmanin mukaan perhe voidaan nähdä asiakkaan kontekstinä, jäsentensä summana, hoitotyön asiakkaana sekä yhteiskunnan jäsenenä.

Ensimmäisessä näkökulmassa perhe määritellään terveydenhuollon asiakkaan kontekstinä (family as context). Perhe nähdään asiakkaan tärkeimpänä primääriyryhmänä ja näin ollen tärkeimpänä voimavarana tai stressitekijänä. Perhe on yksittäisen asiakkaan taustavoima, toissijainen asia. Asiakas on hoidossa etualalla. Useimmat hoitotyön teorit määrittelevät perheen roolin tässä valossa. (Friedman 1992: 22.)

Toisessa perhehoitotieteellisessä näkökulmassa perhe määritellään jäsentensä summana (family as sum of its members). Tällöin perheen vuorovaikutussuhteet vaikuttavat yksilön hyvinvointiin ja samalla yksilön hyvinvointi vaikuttaa muiden perheenjäsenten

hyvinvointiin. Tällöin tavoitteena on tarjota hoito perheen kaikille jäsenille, ja näin toteuttaa perhehoitotyötä. (Friedman 1992: 22.)

Kolmannessa näkökulmassa asiakkaana on koko perhe (family as client). Pääpaino hoidossa on perheessä, yksilöt ovat taustalla. Perhe nähdään vuorovaikutuksellisenä kokonaisuutena. Hoidossa keskitytään perheen dynamiikkaan ja perheenjäsenten väliseen suhteeseen, perheen rakenteeseen ja toimintoihin, perheenjäsenten keskinäiseen riippuvuuteen ja perheen ulkopuoliseen ympäristöön. Neljännessä näkökulmassa perhe voidaan myös nähdä yhtenä yksikkönä ja osana suurempaa kokonaisuutta – yhteisöä ja yhteiskuntaa. Perhe nähdään yhtenä perinteisistä yhteiskunnallisista instituutioista. (Friedman ym. 2003: 37-38; Friedman 1992: 22.)

Friedmanin ym. (2013: 38) mukaan perhehoitotyön kokonaisuuden muodostavat neljä edellä mainittua näkökulmaa, vaikka hän korostaakin kolmatta näkemystä.

2.2.1 Calgaryn perhehoitotyön malli

Kanadassa on julkaistu perhekeskeisen äitiys- ja vastasyntyneen hoidon kansalliset hoitolinjat jo vuonna 1968 ja niitä on kehitetty siitä lähtien. Niin kutsutun Calgaryn perhehoitotyön mallin käyttäminen auttaa terveydenhuollon asiantuntijoita keskittymään kliinisiin kysymyksiin tavalla, joka auttaa perheenjäseniä käsittelemään monimutkaisia ja usein vaikeita elämäntilanteita, ja parantamaan terveyttään. Mallin mukaan perhe muodostuu yksilöistä, jotka liittyvät toisiinsa sosiaalisten ja emotionaalisten siteiden kautta ja muodostavat perheen. Hoidon keskipisteenä ovat perheenjäsenten väliset suhteet. (Wright – Leahey 2013: 23.)

Calgaryn Perhehoitotyön malli sisältää kaksi osaa: perheen arviointimallin ja perheen interventiomallin. Arviointimallin tarkoitus on luoda kuvaus perheen terveydenhoidon tarpeesta sekä luoda pohja perheen ja hoitajan väliselle yhteistyölle. Interventiomallin tarkoitus on kehittää yhteistyötä perheen ja hoitajan välille helpottamaan terveysongelmaan puuttumista tai siihen sopeutumista. (Wright – Leahey 2013: 23.)

Calgaryn Perhehoitotyön mallia on hyödynnetty useissa tiedekunnissa, hoitotyön oppilaitoksissa ja sairaaloissa jopa 26 maassa, myös Suomessa. Malliin myös viitataan usein myös alan kirjallisuudessa ja lehdissä. (Wright – Leahey 2013: 51.)

3 Riskiraskaus ja antenataaliosastohoito

Riskiraskaudesta puhutaan silloin, kun raskauteen liittyy erilaisia sikiöön, äitiin tai vastasyntyneeseen liittyviä ongelmia. Riskiraskaudet ovat keskenään hyvin erilaisia, ja kunkin raskauden hoito ja ennuste vaihtelevat suuresti. Jotkin erityistarkkailua ja -hoitoa vaativat raskaudet edellyttävät raskauden aikaista sairaalahoitoa. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi äidin perussairauden aiheuttamat ongelmat raskaudessa, erilaiset raskauskomplikaatiot tai sikiön sairaudet. (Uotila 2007: 326-327.)

Antenataaliosastolle hoitoon joutuvat äidit, joiden raskaus on todettu riskiraskaudeksi, ovat raportoineet tutkimuksissa useista stressitekijöistä. He ovat kertoneet kokevansa huolta perhevelvollisuuksista, kuten sopeutumisesta siihen että joku muu tekee kotityöt, syällisyyttä siitä etteivät voi toimittaa normaaleja rutiinejaan, kontrollinmenettämistä koskien raskauttaan ja pelkoa sikiön elinkelpoisuuden puolesta. Äidit ovat myös raportoineet erilaisista fysiologisista oireista, kuten lisääntyneistä somaattisista oireista, väsymyksestä, lihasvoiman katoamisesta, ruoansulatushäiriöistä sekä unihäiriöistä. (Richter ym. 2007: 314.)

Varsinkin ensimmäistä lastaan odottaville isille raskaus on opettavainen ja kasvattava kokemus, mutta se on myös haasteellista aikaa varsinkin jos puoliso joutuu raskauden aikana sairaalahoitoon. Riskiraskaus ei vaikuta yksistään raskaana olevaan naiseen ja sikiöön, vaan vaikuttaa myös muuhun perheeseen. Erityisesti silloin jos raskaana oleva nainen tarvitsee sairaalahoitoa ja joutuu eroon perheestään. Tämä aiheuttaa stressiä myös puolisoille. Hoitajien tulisi ymmärtää isien kokemuksia, ja tarjota heille tilanteen mukaista päivitettyä tietoa potilaan tilasta. (Hsieh – Kao – Gau 2006: 65.)

Kun raskauden aikana on todettu jotain sikiön vointia uhkaavaa, asiasta informointi tulee tehdä koko perheen läsnäollessa, sillä asia koskee koko perhettä ja tieto vaikuttaa koko perheen suhteisiin. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta isän mukanaolon keskustelutilanteissa on todettu lähentävän parisuhdetta. Henkilökunnan mielestä isä on tärkein henkisen tuen lähde äidille, mutta isän mukaan ottaminen hoitoon on tärkeää myös isälle itselleen. Tällaisten perheiden hoito on koettu vaativaksi ja haastavaksi. (Maijala ym. 2002: 380.)

4 Artikkeleista esiin nousseet perhehoitotyötä määrittelevät teemat

Perhe on todettu potilaan tärkeimmäksi selviytymiskeinoksi sairaudestaan, joten siksi perhehoitotyön toteuttaminen hoitotyössä on tärkeää (Soukka – Rajamäki – Paavilainen 2004: 30). Sekä kotimaisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa on noussut esiin erilaisia teemoja, jotka määrittelevät perhehoitotyön onnistumista hoitotyön eri toimipisteissä. Esimerkiksi Pitkäsen, Lajjärven, Åstedt-Kurjen ja Pukurin (2002: 223) tutkimuksessa psykiatrisille sairaanhoitajille tehdyssä kyselyssä nousi esiin kolme perhehoitotyötä määrittelevää kategoriala; perhehoitotyön toimintaa ohjaavat periaatteet, perhehoitotyön toiminnat ja perhehoitotyössä käytetyt menetelmät. Perhehoitotyön toimintaa ohjasi yhteistyösuhde perheen kanssa, perheen huomioonottaminen hoidossa ja perhekeskeisen osastokulttuurin luominen. Perhehoitotyön toimintoina kuvattiin erilaista yhteistyötä perheen kanssa, perhetilanteen kartoittamista sekä tiedottamista, johon kuului sekä tiedon saantia perheeltä että tiedon antamista perheelle. Perhehoitotyön menetelminä kuvattiin vuorovaikutusta henkilökunnan sekä potilaan ja tämän perheen välillä erilaisissa suunnitelluissa ja suunnittelemattomissa tapaamisissa. (Pitkänen ym. 2002: 223.)

Coynen, O’Neillin, Murphyn, Costellon ja O’Shean (2011: 2563) tutkimuksessa, jossa tutkittiin hoitajien käsityksiä perhehoitotyöstä ja keinoja sen parantamiseksi, nousi kaksi ydinteemaa. Ensimmäinen ydinteema oli nimikoitu ”perhehoitotyön komponenteiksi”. Siihen kuului viisi kategoriala; perheen osallistuminen, työskenteleminen yhteistyössä, hoidosta neuvottelemine, laadukas hoitamine ja monialainen lähestymistapa. Toinen ydinteema oli ”perhehoitotyön parantamine”, johon kuului seitsemän kategoriala: parempia tiloja perheille, paremmat tilat potilaille, psykososiaalinen ja taloudellinen tuki, henkilöstöresurssit ja johdon tuki, parantunut kommunikaatio, neuvottelu perhekeskeisestä hoidosta ja koulutus. (Coyne ym. 2011: 2563.)

Tähän opinnäytetyöhön poimittiin kansainvälisestä kirjallisuudesta keskeisiksi perhehoitotyön teemoiksi; kumppanuus, vuorovaikutus ja tiedonanto perheen ja hoitohenkilökunnan välillä, perheen mukanaolo hoitopäätösten teossa, yhdessä toimimine potilaan hoidossa perheen kanssa, perheen psyykkisen hyvinvoinnin turvaamine, perhekeskeinen osastokulttuuri sekä henkilöstöresurssit ja johdon tuki (kuvio 2).



Kuvio 2. Tämän opinnäytetyön perhehoitotyötä määrittelevät teemat

4.1 Kumppanuus, vuorovaikutus ja tiedonanto perheen ja hoitohenkilökunnan välillä

Yksi lähes kaikissa tutkimusartikkeleissa esiin noussut perhehoitotyön pääperiaatteista on kumppanuus ja vuorovaikutus vanhempien ja hoitohenkilökunnan välillä. Tällainen kumppanuus kuvataan usein henkilökunnan roolin vaihtumisena asiantuntijuudesta opastajuuteen (Trajkovski – Schmied – Vickers – Jackson 2012: 2478). Myös perhekeskeisen äitiyshoitotyön yhtenä periaatteena pidetään yhteistyötä ja tiedonantoa odottavien äitien ja heidän perheidensä kanssa (Jimenez – Klein – Hivon – Mason 2010:

161). Potilaan perheen ja potilaan hoitajan suhde tulisi perustua molemminpuoliseen kunnioitukseen, yhteistyöhön sekä perheen ja potilaan tukemiseen. (Mitchell – Chaboyer – Burmeister – Foster 2009: 544-545.)

Åstedt-Kurjen, Paavilaisen, Tammentien ja Paunonen-Ilmosen (2001: 144) sairaalan hoitohenkilökunnan ja aikuisen potilaan perheen vuorovaikutusta tutkineen tutkimuksen mukaan kyselyyn vastanneesta hoitohenkilökunnasta kaksi kolmasosaa piti hoitohenkilökunnan ja perheen välistä vuorovaikutusta hyvin tärkeänä, yksi kolmasosa piti sitä melko tärkeänä ja vain muutama piti sitä vähän tärkeänä. Potilaan sairauden vaikutus perheeseen, perheenjäsenen tuen tarve ja perheenjäsenen potilaalle antama tuki olivat syitä miksi henkilökunta piti vuorovaikutusta perheen kanssa tärkeänä. (Åstedt-Kurki – Paavilainen – Tammentie – Paunonen-Ilmonen 2001: 144.)

Sairaalan potilaan omaisten mielestä potilas saa hyvää hoitoa, kun omaisista huolehditaan, välitetään ja heidän kanssaan kommunikoidaan (Coyer – Courney – O’Sullivan 2007: 19-20). Perheet ovat myös tärkein tiedon lähde koskien potilaan yksilöllisiä tarpeita. (Coyne ym. 2013: 480; Mikkelsen – Fredriksen 2010:1155.)

Hoitohenkilökunnan ja perheen välisen kumppanuuden muodostumiseen vaikuttaa hoitohenkilökunnan kliinisten taitojen ja varmuuden taso, hoitohenkilökunnan asenne perhettä kohtaan, hoitohenkilökunnan tietämys perheen tarpeista omaisen sairaalassaolon aikana, henkilökunnan lähestymistavat sekä perheen läsnäolo ja vierailut sairaalassa. Hoitohenkilökunta voi myös helpottaa potilaan ja perheen välistä viestintää selittämällä potilaiden toiveita perheelle ja käsittelemällä vaikeita tilanteita (Namasi-vayam – O’Connor – Barnett – Lee – Peters 2011: 511). (Hopia – Rantanen – Mattila – Paavilainen – Åstedt-Kurki 2004: 28; Coyer – Courney – O’Sullivan 2007: 19-20).

Vanhemmat kuvaavat tiedon saannin yhdeksi tärkeimmistä asioista sairaalakokemuksessaan sairaalan lapsen vanhempana. Kun vanhemmat tunsivat, että heitä informoitiin hyvin sairaalahoidon aikana ja heille tarjottiin riittävästi tietoa, oli heidän turvallista jatkaa lapsen hoitoa kotiutumisen jälkeen. Yhteneväisesti kirjallisuuden ja muiden tutkimusten kanssa vanhemmat totesivat, että ajankohtaisen, ristiriidattoman ja täsmällisen tiedon saanti oli olennaista, jotta vanhemmilla säilyi varmuus lapsensa saamasta hyvästä hoidosta. (Uhl – Fisher – Docherty – Brandon 2013: 129; Richter – Parkes – Chaw-Kant 2007: 317.)

Rantasen, Paavilaisen, Heikkilän, Åstedt-Kurjen ja Asikaisen pilottitutkimuksessa perheiden tuen saannista terveydenhuollossa (2010: 149) kävi ilmi että perheiden kohtaaminen toteutui paremmin kuin tiedon välittäminen perheille. Hoitohenkilökunnan tulisi olla enemmän yhteydessä perheisiin, jotta perheet saisivat tarvitsemansa tiedot. Perheiden saama tieto sisältää yleensä tietoja läheisen voinnista sekä hänelle tehdyistä tutkimuksista ja toteutetuista hoidoista. (Rantanen ym. 2010: 143.)

Rannan, Paavilaisen ja Tarkan (2003: 220) tutkimuksessa perheet arvioivat lastenpsykiatrisen osaston perhehoitotyön toteutumista. Perheet kuvasivat hoitotyötä päivittäisenä yhteistyönä hoitajien kanssa. Perhehoitotyö oli vanhempien ja hoitajien keskusteluja hoitoon liittyvistä kysymyksistä ja informaatiota hoidon etenemisestä sekä ohjeita vanhemmuuteen ja lapsen kanssa selviytymiseen. (Ranta – Paavilainen – Tarkka 2003: 220.)

Sairastuneen lapsen perheet kokivat saavansa tietoa sairastuneen tilasta lastenpsykiatrian osastolla ajoittain vain sattumanvaraisesti. Vaikka perheet kokivatkin yhteistyön hoitohenkilökunnan kanssa pääasiassa hyvänä, tiedon saaminen ja suunnitelmallinen hoitotyö vaatii perheiden mielestä kehittämistä. Hoitajien mielestä perheelle tahdottiin antaa faktatietoa sairastuneen tilasta, jotta perheet voivat tehdä päätöksiä, ja tietoa tulisi antaa ”maallikkokielellä”. Myös erilaisia tiedonantotapoja, kuten ohjekirjasia yms. kaivattiin perhehoitotyön toteuttamiseen. (Ranta ym. 2003: 221; Coyne ym. 2011: 2566-2568.)

Hoitohenkilökunnan mielestä faktatiedon antaminen sairaasta lasta odottaville perheille lapsen tilanteesta ja tulevaisuudesta oli tärkeää, vaikka perheiden taakkaa ei haluttu lisätä liiallisella epävarmalla tiedolla. Oli tärkeää, että informaatiota annettiin suoraan molemmille vanhemmille. (Maijala ym. 2002: 380-381.)

Erään akuutin kardiologisen osaston potilas- ja perhekeskeisen hoitotyön implementoinnin jälkeen suoritetun kyselyn eräs tärkeimmistä tuloksista oli perheen ja hoitohenkilökunnan välisen kumppanuuden paraneminen. Kumppanuuden tärkeimpiä saavutuksia oli se että hoitohenkilökunta informoi ja kuunteli omaisia. (Ewart – Moore – Gibbs – Crozier 2014: 215-216.)

4.2 Perhe mukana päätösten teossa

Perhekeskeinen hoitotyö perustuu siihen, että potilaiden ja heidän perheidensä tulisi osallistua omaa terveydenhoitoansa koskeviin päätöksiin. Perhehoitotyössä potilaan perhe on keskeinen elementti potilaan hyvinvoinnissa. Perhe auttaa myös suojaamaan ja tukemaan potilaan hyvinvointia. Perhekeskeinen hoitotyö on paljon enemmän kuin mitä joissakin sairaanhoidon yksiköissä suppeasti ajatellaan. Näissä yksiköissä ei tarjota kokonaisvaltaista perhekeskeistä hoitoa, johon sisältyy yhteistä hoidon suunnittelua, antamista ja arviointia kaikille osapuolille hyödyllisesti yhteistyössä hoitohenkilökunnan, potilaan ja perheen kanssa. (Mitchell ym. 2009: 544-545.)

Hoitohenkilökunnan ja potilaan perheen yhteistyössä jaetaan yhteiset perusarvot sekä yhteiset tavoitteet. Neljä keskeistä teemaa määrittivät henkilökunnan ja sairaan lapsen vanhempien suhteen Mikkelsenin ja Frederiksenin (2010: 1155) käsiteanalyysissä perhehoitotyöstä lasten sairaalahoidossa. Eräs näistä neljästä artikkelissa esiinnousseesta teemasta oli hoitovastuun jakaminen. Hoitovastuun jakamiseen kuului informointi, päätösten tekeminen ja yhdessä hoitaminen. Vanhemmat saavat mahdollisuuden ottaa osaa päätösten tekoon ja hoitoon aktiivisina hoitotiimin jäseninä päästessään käsiksi kaikkeen ammattilaisten informaatioon sairaasta lapsestaan, ja hoitohenkilökunnan tiedostaessa vanhemmat tärkeäksi tiedonlähteeksi lastaan koskevissa asioissa. Perheet raportoivatkin, että oli tärkeää että heille annettiin mahdollisuus edes pienten hoitopäätösten tekemiseen. Myös isää yritettiin ottaa mukaan keskusteluihin kysymällä hänen mielipidettään (Maijala ym. 2002: 381). (Mikkelsen – Frederiksen 2010: 1155; Uhl ym. 2013: 129.)

Coyerin, Courneyn ja O'Sullivanin (2007: 19) tutkimuksessa selvisi muun muassa se, että kriittisesti sairaan potilaan omaisten mielestä potilas saa hyvää hoitoa, kun potilaan omaisista huolehditaan ja välitetään, heitä konsultoidaan ja heidän kanssaan kommunikoidaan (Coyer – Courney – O'Sullivan 2007: 19-20). Hoitohenkilökunnan tehtävänä on antaa perheille tietoa, joka sisältää neuvoja ja ohjeita jotka auttavat ongelmanratkaisussa tai ongelmallisen tilanteen uudelleen arvioinnissa (Rantanen ym. 2010: 143). Hoitohenkilökunnan tulee antaa tarpeellinen määrä tietoa, jotta perheet voivat tehdä omat päätöksensä, ja perheille oli tärkeää tuntea tehneensä oikeita päätöksiä. (Maijala ym. 2002: 380.)

4.3 Yhdessä toimiminen perheen kanssa

Perhehoitotyö sisältää myös yhdessä toimimista perheen kanssa potilaan parhaaksi. Perhehoitotyön toteutuessa perheiden tulisi tuntea olonsa tervetulleiksi viettämään niin paljon aikaa omaisensa kanssa kuin haluavat, ja heille tarjotaan mahdollisuutta osallistua potilashoittoon sairaalassa. Heitä myös tuetaan hoitotyöhön osallistumisessa, ja hoitohenkilökunta informoi ja kuuntelee heitä. (Ewart – Moore – Gibbs – Crozier 2014: 215-216.)

Lastensairaanhoidossa perhekeskeisen hoitotyön tavoitteena on, että vanhemmista tulisi lapsensa hoidon asiantuntijoita ja että he ottaisivat vastuun lapsensa hoidosta ammattilaisten toimiessa neuvonantajina. Vanhempien tulisi kuitenkin itse saada määrittellä missä määrin haluavat sairaalaoiloissa osallistua lapsensa hoitoon. (Mikkelsen – Frederiksen 2010: 1155-1156.)

Perheiltä tulisi kysyä mitä he haluavat ja tarjota selkeää tietoa heidän vaihtoehtoistaan ottaa osaa potilaan hoitoon. Heille tulisi myös kertoa hoitoon osallistumisen mahdollisista hyödyistä sekä potilaalle että perheelle. Vaikka yksilöllisyys ei tarkoita että kaikkiin perheen toiveisiin suostutaan, selkeä kommunikointi ja perheiden toiveiden huomioonottaminen voisi parantaa perheiden sairaalakokemusta. Perheet myös halusivat olla mukana potilaan hoidossa ja mukanaolo paransi perheen keskinäisiä suhteita. Hoitohenkilökunta voi myös helpottaa potilaan ja perheen välistä viestintää selittämällä potilaiden toiveita perheelle, käsittelemällä vaikeita tilanteita ja kehittämällä tapoja joilla perheet voivat hoitaa potilasta (Namasivayam – O'Connor – Barnett – Lee – Peters 2011: 511). (Uhl ym. 2013: 129; Trajkovski ym. 2012: 2481.)

Myös Coynen ym. (2011: 2563) tutkimuksen mukaan perhekeskeisen hoitotyön tärkein komponentti on perheen mukanaolo hoidossa. Perhehoitotyöhön nähtiin kuuluvan perheen lisäksi sisarukset sekä muut perheenjäsenet, kuten isovanhemmat. Perhehoitotyön osana nähtiin perheen ottaminen mukaan ei-lääketieteelliseen hoitotyöhön. Hoitajat näkivät rooliinsa kuuluvana opettamisen, kouluttamisen, valvomisen, tuen antamisen, neuvomisen, vakuuttelun, informoinnin sekä suhteiden muodostamisen. Perheen osallistumisen nähtiin auttavan sairaalahoidossa olevia lapsia vähentämällä heidän stressiään, ahdistustaan ja laitostumistaan. Myös moniammatillista lähestymistapaa pidettiin keskeisenä tekijänä hyvässä perhekeskeisessä hoitotyössä. (Coynen ym. 2011: 2563-2566.)

Tutkimuksessa, jossa kuvattiin aikuisen perheenjäsenen kohtaamista sairaalassa, selvisi että sairaalahoidossa olevan potilaan perheenjäsenelle hoitohenkilökunnan hyväksyntä on tärkeää. Hyväksyntä sai perheenjäsenen tuntemaan vastuullisuutta ja se lisäsi tunnetta vastuun jakamisesta. Hoitohenkilökunnan tunnustaessa perheen kohtaamisen tarpeellisuuden, välittyi se perheenjäsenille kiitollisuutena ja kohtaamisen vastavuoroisuutena. Sairastuneen perheenjäsenet osallistuivat sairastuneen perushoivaan, helpottivat fyysisistä rajoitteista selviytymistä ja osallistuivat potilaan perustarpeiden tyydyttämiseen. Konkreettisen osallistumisen ja vastuun jakamisen myötä perheenjäsen ei ollut vain passiivinen vierailija, vaan tarpeellinen, vastuullinen toimija. (Halme – Paavilainen – Ästedt-Kurki 2007: 21.)

Vaikka perheet eivät aina kovin innostuneesti potilaan hoitoon osallistukaan, hoitoavun antamista on ehdotettu perheille läheisyyden, potilaan turvallisuuden ja perheen yhtenäisyyden lisäämiseksi (Mitchell ym. 2009: 549). Perheet myös kokevat tärkeänä, että heitä tuetaan hoitotyöhön osallistumisessa (Ewart – Moore – Gibbs – Crozier 2014: 215-216). Yksi tärkeimmistä asioista perhekeskeisyyden toteuttamisessa on kuitenkin huomioida, että kaikki perheet ovat erilaisia. On myös tärkeää, että hoitajat tasaisin väliajoin arvioivat perheen tarpeita, keskustelevat perheen roolista, selittävät hoitoa ja tarjoavat ohjausta ja tukea. Perheiden kanssa tulee myös neuvotella perhekeskeisestä hoitotyöstä, etteivät he tunne oloaan maksuttomaksi henkilökunnaksi. (Coyne ym. 2013: 479-480.)

4.4 Perheen psyykkisen hyvinvoinnin turvaaminen

Hoitajien eniten toteuttama perhehoitotyön menetelmä Coynen, Murphyn, Costellon, O'Neillin ja Donnellan (2013: 479) tutkimuksen mukaan on emotionaalinen tuki perheille. Emotionaalinen tuki onkin keskeistä perhehoitotyössä, sillä perheet arvostavat ystävällisyyttä ja tukea, sekä sitä että hoitohenkilökunta on läsnä ja tuntee heidät yksilöinä. Myös antenataaliosastolla potilaan hyvään hoitoon kuuluu potilaan ja perheen tukeminen, ja tukemisen tavoitteena on säilyttää perheen eheys (Thorman 2006: 222-223). (Coyne ym. 2013: 479.)

Hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli perheiden tukemisessa perheenjäsenen sairauden aikana ja tärkeä tehtävä varmistaa että sekä potilaat että heidän perheensä saavat parasta mahdollista hoitoa (Namasivayam ym. 2011: 513). Potilaiden omaiset kokevat

usein ahdistusta ja turvattomuutta. He tarvitsevat tukea arkipäiväisten ongelmien ratkaisuun ja tunteidensa käsittelyyn. Omaisten jaksamista tukeviksi toiminnoiksi on tutkimuksissa ilmennyt perheen tukeminen, rohkaiseminen, toivon ylläpitäminen ja turvallisuuden tunteen luominen. Hyvään yhteistyösuhteeseen perheen kanssa kuuluu luotamuksellinen keskustelu, jossa omaiset voivat tuntea tulleensa kuulluiksi. Keskustelussa omaiset voivat myös purkaa omaa pahaa oloaan. (Pitkänen ym. 2002: 227-228; Coyne ym. 2013: 480.)

Åstedt-Kurjen ym. (2001: 146) tutkimuksessa hoitohenkilökunnan mielestä oli tärkeää, että omaisilla oli mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa myös ilman potilaan läsnäoloa, varsinkin jos omaiset halusivat keskustella omasta selviytymisestään. Sairaalahoidossa olevan potilaan omaiset eivät välttämättä tunnista tai puhu omista tarpeistaan ja ahdistuksestaan. Päälimmäisenä on huoli perheenjäsenestä, sairastuneen perheenjäsenen tarpeet ja huoli tämän selviytymisestä. Perheenjäsenet eivät välttämättä tee aloitetta keskustellakseen omasta jaksamisestaan hoitohenkilökunnan kanssa. Osa hoitajista myös välttelee perheenjäsenen kohtaamista ja piiloutuu kiireen taakse, vaikka todellisuudessa kyse on siitä että heillä ei ole riittävää tietotaitoa kohdata tukea tarvitsevia läheisiä. (Halme ym. 2007: 22.)

Koivulan (2004: 7) tutkimuksessa hoitajat suhtautuivat potilaiden perheisiin ja läheisiin ymmärtäen heidän tunteitaan, arvioiden heidän käyttäytymistään ja hoitaen perhettä. Hoitajat ymmärsivät läheisten tuntevan huolta ja hätää potilaan puolesta. Perheen käyttäytymistä arvioitiin vierailujen aikana ja tehtiin päätelmiä perheiden hyvinvoinnin tilasta. Perheen hoitaminen ilmeni perheiden tarpeiden huomioonottamisena. Ystävällinen puhuminen ja huolestuneiden läheisten yksilöllinen kohtelu koettiin tärkeiksi. Läheisten pelkoa lievitettiin keskusteluin. Myös lääkäreiden perheille antamaa informaatiota pidettiin tärkeänä. (Koivula 2004: 7.)

Toisaalta Hopian ym. (2004:28) tutkimuksen mukaan henkilökunta ei kuitenkaan ollut riittävän kiinnostuneita omaisten hyvinvoinnista ja perheen selviytymisestä kotona. Potilaiden ja omaisten mukaan keskustelut henkilökunnan kanssa koskivat lähinnä potilaan vointia, selviytymistä ja selviytymisen tukemista (Hopia ym. 2004: 28). Myös Soukan ym. (2004: 30-31) tutkimuksen mukaan potilaan läheiset toivoivat enemmän henkistä tukea. Läheiset toivoivat, että hoitohenkilökunta kuuntelisi heidän ajatuksiaan ja keskusteli heidän kanssaan enemmän. Hoitajat pyrkivät kiireestä huolimatta antamaan

potilaille ja heidän läheisilleen aikaa, mutta ajan puute häiritsi tukemista. (Soukka ym. 2004: 30-31.)

Maijalan ym. (2002: 380) tutkimuksesta ilmeni, että hoitohenkilökunta yrittää ottaa vastaan sairasta lasta odottavien vanhempien tunteet henkilökohtaisella tasolla ja vähällä ammattimaisuudella, mutta henkilökunta kokee myös tärkeäksi välttää liiallista läheisyyttä (Maijala ym. 2002: 380.)

Hoitohenkilökunta näyttää empaattisuuttaan antamalla vanhempien tietää että vaikka henkilökunta ei tiedä miltä vanhemmista tuntuu, he kuitenkin yrittävät ymmärtää vanhempien tunteita. Keskustelukumppanuuteen liittyy tasa-arvoinen keskusteluilmapiiri hoitolinjoista, synnytyksestä, vauvan tulevaisuudesta, sisaruksista ja käytännön järjestelyistä. Isän huomioonottaminen ei ole aina helppoa. Henkilökunnan mielestä oli ajoittain vaikea lähestyä kommunikointia miestä, kun taas naisen huomioonottaminen oli luonnollista. (Maijala ym. 2002: 381.)

4.5 Perhekeskeinen osastokulttuuri

Usein ilmennyt teema haastateltaessa antenataliosastolla hoidossa olevia potilaita heidän sairaalahoitoonsa liittyvistä toiveistaan Richterin, Parkesin ja Chaw-Kantin (2007:317) tutkimuksessa oli perheisiin liittyvät asiat. Tässä tutkimuksessa potilaiden toiveet koskivat lähinnä vierailuajoissa joustamista, tiloja joissa viettää aikaa perheen kanssa vierailuajoilla sekä viikonloppuvierailumahdollisuutta perheille, jotka tulevat pitkän matkan päästä. Myös sairaiden lasten vanhemmille hoitoympäristö oli tärkeää. Merkittäviä tekijöitä hoitoympäristössä oli vanhempien mielestä esimerkiksi valaistus, äänet, keskeytymätön uni, fyysiset tilat ja perheille mahdollisuus lepoon. (Richter – Parkes – Chaw-Kant 2007: 317; Thorman 2006: 222-223; Uhl ym. 2013: 129-130.)

Jos komplikaatioita raskauden aikana ilmenee, se vaikuttaa myös emotionaalisesti muuhun perheeseen sekä perheyksikön päivittäiseen toimintaan. Perheille tulisi järjestää yksityisyyttä vierailuaikoina. Muutoinkin yksityishuoneita tulisi järjestää, jotta potilaat voisivat tuoda sinne omia tavaroitaan kotoa tehdäkseen sairaalahuoneestaan kodinomaisemman. (Richter – Parkes – Chaw-Kant 2007: 317; Thorman 2006: 222-223.)

Perhehoitotyötä noudattaakseen sairaalaympäristön pitäisi olla perheystävällinen. Potilaalle tulisi tarjota mahdollisuuksia perheen kanssa olemiseen eli perheiden tulisi antaa

olla länsä potilaan luona sairaalassa. Isät raportoivat usein huolta äidin ja syntymättömän lapsen fyysisestä hyvinvoinnista sen lisäksi että joutuvat yhtäkkiä yksin vastaamaan kodin hoidosta, kantamaan yksin taloudellisen vastuun sekä lastenhoito-ongelmat. Psykososiaalista ja taloudellista tukea perheille kaivattiin enemmän. Psykososiaalisena ja taloudellisena tukena mainittiin muun muassa sosiaalineuvonta, psykologin palvelut, ateriatuki sekä pysäköintituki. On tärkeää, että hoitohenkilökunta ohjeistaa vanhempia taloudellisten tukien hakemiseen. (Thorman 2006: 222-223; Coyne ym. 2011: 479; Coyer ym. 2007:19-20; Maijala ym. 2002: 381.)

Hoitohenkilökunnan mielestä vanhempia voidaan auttaa monilla käytännön asioilla, kuten ruokailujen tai vaatetuksen järjestämisellä, tai järjestämällä vanhemmille yksityishuone; nämä nähtiin välittämisen keinoina ja olivat yrityksiä tehdä vanhempien oloa siedettävämmäksi (Maijala ym. 2002: 381). Thormanin (2006: 222) artikkelin mukaan antenataaliosastolle tulisi järjestää äideille mielekästä tekemistä sillä aikaa kun heidän puolisonsa ovat töissä, eivätkä potilaan luona sairaalassa. Sairaalaan tulisi järjestää myös lapsille virikettä ja runsaasti hetkiä käydä tervehtimässä äitiään sairaalassa. Tämä auttaa äitiä pitämään yllä yhteyttä lastensa kanssa sairaalassakin ollessaan. (Thorman 2006: 222-223.)

4.6 Henkilöstöresurssit ja johdon tuki

Coyneen ym. (2011: 2568) tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitohenkilökunnalla oli hyvä käsitys perhekeskeisen hoitotyön komponenteista, ja hoitajan työnkuvaan kuuluu perheen hoitaminen. Hoitohenkilökunnalla oli hyvä käsitys siitä, mitä perheiden hoitoon kuuluu, mutta he kohtasivat vaikeuksia organisaation ja johdon tuen puutteen vuoksi sekä riittämättömien resurssien vuoksi. Ajan puutteen todettiin haittaavan potilaiden ja heidän läheistensä tukemista. Henkilökunta toivoi perheiden tukemiseen lisää resursseja, kuten aikaa, koulutusta ja työnohjausta. (Soukka ym. 2004: 3; Coyne ym. 2011: 2566-2568.)

Hoitajan kliinisen työn, potilaan ja omaisten tarpeiden tasapainon säilyttäminen koettiin Coyerin ym. (2007: 20) tutkimuksessa tärkeäksi. Perhelähtöisesti toimiminen saattoi kiireisinä hetkinä hankaloittaa normaalien hoitotoimenpiteiden suorittamista ja näin lisätä työtaakkaa. Kiireisinä hetkinä perhe saatettiin nähdä myös hoitotyötä häiritsevänä tekijänä. (Coyer ym. 2007: 20-21).

Myös esimerkiksi toimimattomat käyttöjärjestelmät haittaavat perhekeskeisen hoitotyön toteuttamista. Jos sekä lääketieteen että hoitotieteen edustajat hukkuvat tarpeettomiin tehtäviin, ovat he liian turhautuneita perhehoitotyön toteuttamiseen. Monimutkainen ja toistuva dokumentointi lisää työtaakkaa ja turhauttaa henkilökuntaa. On vaikea antaa muutakin kuin välttämättömintä hoitoa potilaille, jos joka päivä käytetään tunteja monimutkaiseen ja tarpeettomaan dokumentointiin. Jos päivittäiset prosessit eivät ole sujuvia ja jos tilat eivät tue perhekeskeisiä toimintatapoja, lisää se henkilökunnan turhautumista ja johtaa henkilökunnan keskuudessa tunteeseen ”ettei kukaan välitä meistä”. Jos henkilökunta ei tunne itseään arvostetuksi, on heidän vaikeaa arvostaa potilaitaan. (Zwelling – Phillips 2001: 9.)

Klinikoiden johtajilla on suuri merkitys perhehoitotyön käytänteiden käyttöönotossa osastoilla, samoin lähijohtajilla. Jos johtajat eivät itse toimi perhehoitotyön käytänteiden mukaan, on henkilökunnan vaikea uskoa että perhehoitotyöhön kannattaa panostaa. (Zwelling – Phillips 2001: 9-10.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on perhehoitotyön toimintamallin laatiminen antenataaliosastolle kehittämistyön menetelmällä. Opinnäytetyössä selvitettiin kansainvälisten tutkimusartikkelien avulla teoreettista taustaa perhehoitotyölle. Antenataaliosaston hoitohenkilökunnalle keväällä 2012 tehdyn kyselyn perusteella selvitettiin mitä perhehoitotyö antenataaliosastolla kyselyn toteutushetkellä oli.

Opinnäytetyöni kehittämistehtäviä ovat:

1. Kuvata antenataaliosaston hoitohenkilökunnan tietoja ja kokemuksia perhehoitotyöstä
2. Laatia perhehoitotyön toimintamalli antenataaliosastolle

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Kehittämistyön menetelmät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli perhehoitotyön toimintamallin kehittäminen antenataaliosastolle. Toimintamallin tavoitteena on kehittää antenataaliosastolla annettavaa hoitoa enemmän perhekeskeisemmäksi. Perhekeskeisemmästä hoidosta antenataaliosastolla hyötyvät ensisijaisesti antenataaliosastolla hoidossa olevat naiset ja heidän perheensä. Potilaan, perheen ja hoitohenkilökunnan välisen kumppanuuden hyötyinä on kuvattu olevan parantuneet terveysvaikutukset, voimaantuneemmat, itsevarmemmat ja tietoisemmat vanhemmat, mutta myös hoitajien lisääntynyt työtyytyväisyys (Trajkovski ym. 2012: 2478).

Toimintamalli –termille ei löydy kirjallisuudesta yhtä tarkasti rajattua selitystä. Toimintamalli -termiä on kirjallisuudessa avattu vähän ja se ymmärretään eri yhteyksissä eri tavoin. Toimintamalli –termillä on lisäksi useita rinnakkaiskäsitteitä, kuten toimintatapa, työmenetelmä ja orientaatio. Toimintamalli liitetäänkin ajatuksissa usein hyvin järjestettyyn, strukturoituun toimintaan. (Pelto-Huikko – Karjalainen – Koskinen-Ollonqvist 2006: 16.)

Toimintamalli-käsitteen merkitys vaihtelee toimintaympäristön mukaisesti. Se voi tarkoittaa erilaisia toimintatapoja tai erilaisia tapoja järjestää toimintaa. Se voidaan myös nähdä työmenetelmien organisointitapana tai teoreettisena mallina jonkin asian toimintaperiaatteesta. (Pelto-Huikko ym. 2006: 16.)

Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyön menetelmällä soveltaen konstruktivisen tutkimuksen tapoja. Terveysalalla kehittämistöiden avulla etsitään yleensä uusia toimintatapoja ja kartoitetaan realistisia mahdollisuuksia uusien toimintatapojen käyttöönottoon. Terveystieteiden organisaatioissa kehittämistoiminta on usein luonteeltaan kokemuksellista; käytännön osaajat muuttavat tutkimus- ja kokemustiedon avulla ympäristöään tai asiointitilaa jollakin tavalla paremmaksi ja sitoutuvat itse toimijoiksi ja osallistujiksi kehittämistyöhön. (Heikkilä – Jokinen – Nurmela 2008: 55.)

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä ratkaistaan yleensä käytännön ongelmia, ja tuotetaan ja toteutetaan uusia ideoita, käytäntöjä, tuotteita ja palveluja. Sen tarkoitus on tyypillisesti luonnostella, kehitellä ja ottaa käyttöön ratkaisuja. Kehittämistyössä etsi-

tään asioille parempia vaihtoehtoja ja viedään asioita käytännössä eteenpäin. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2009:19.)

Ojasalon ym. (2009: 24-26) mukaan tutkimuksellisen kehittämishankkeen lähtökohtana ovat kehittämiskohteen tunnistaminen ja kohteen tunteminen, ja siihen liittyvien tekijöiden ymmärtäminen. Tunnistamisen jälkeen haetaan kehittämiskohteeseen liittyvää tietoa, ja tiedon perusteella määritellään kehittämistehtävän keskeinen näkökulma. Näkökulmaa apuna käyttäen taustatiedon ja tutkimustiedon avulla määritellään tarkempi kehittämistehtävä ja rajataan kehittämisen kohde. Tämän jälkeen suunnitellaan lähestymistapa ja menetelmät. Seuraavana askeleena on kehittämishankkeen toteuttaminen ja julkistaminen. Prosessin viimeinen vaihe on kehittämistyön arviointi. Koko prosessin ajan tulee huolehtia järjestelmällisyydestä, analyttisyydestä, kriittisyydestä, aktiivisesta vuorovaikutuksesta, kirjoittamisesta eri tahoille sekä eettisyydestä. Tästä tiivistettynä seuraava kuvio (kuvio 3). (Ojasalo ym. 2009: 24-26.)



Kuvio 3. Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi Ojasalon ym. (2009: 24) mukaan

Kehittämiskohdetta voidaan lähestyä erilaisilla tavoilla. Ennen kuin valitaan varsinaisessa kehittämistyössä käytettävät menetelmät, on syytä pohtia, minkälaisen lähestymistavan mukaisesti kehittämistyötä suunnitellaan. Ojasalon ym. (2009: 51) mukaan ”lähestymistavan valinta kehittämistyössä vastaa lähinnä tutkimusstrategian valintaa tieteellisessä tutkimuksessa, jossa tutkimusstrategiaksi voidaan valita esimerkiksi konstruktiivinen tutkimus tai toimintatutkimus”.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää antenataaliosastolle perhehoitotyön toimintamalli, näin ollen kehittämistyötä lähestyttiin konstruktiivisen tutkimuksen tapaa mukaillen. Konstruktiivinen tutkimus sopii lähestymistavaksi, jos kehittämistyössä on tarkoitus luoda jonkinlainen konkreettinen tuotos, kuten suunnitelma, mittari tai malli. Tällöin luodaan uudenkaltainen todellisuus erityisesti tutkimustiedon pohjalta. Konstruktiivisessa tutkimuksessa tavoitteena on ”saada käytännön ongelmaan uudenlainen ja teoreettisesti perusteltu ratkaisu, joka tuo toimintaan uutta tietoa”. (Ojasalo 2009: 65.) Tässä opinnäytetyössä tutustuttiin kansainvälisiin tutkimustuloksiin perhehoitotyöstä erilaisissa osastoympäristöissä. Näiden aiempien tutkimusten pohjalta nostettiin esiin perhehoitotyön teemat, joita voitiin soveltaa antenataaliosastolla. Teemoihin pohjautuen pidettiin antenataaliosastolla kaksi asiantuntijakonsultaatiota, joissa asiantuntijaraati mietti muutoksia antenataaliosaston toimintatapoihin kohti perhekeskeisempää hoitotyötä.

6.2 Kysely henkilökunnalle

Antenataaliosastolla tehtiin henkilökunnalle keväällä 2012 kysely perhehoitotyöstä. Kyselyyn vastasi koko silloinen osaston henkilökunta (n=29). Kyselyssä tiedusteltiin henkilökunnan tietämystä perhehoitotyön käsitteestä, perhehoitotyön päämäärästä ja tarpeellisuudesta, perhehoitotyöhön osallistuvista henkilöistä sairaalassa, perhehoitotyöhön liittyvistä käytännön asioista sekä hoitajasta perheiden hoitajana.

Tässä opinnäytetyössä analysoitiin kyselyn vastaukset sekä muodostettiin vastausten perusteella käsitys siitä, mitä perhehoitotyö antenataaliosastolla kyselyn hetkellä oli. Kysely oli kehitelty täysin antenataaliosaston omaan käyttöön, eikä mittaria esitettävä ennen käyttöä. Tämän vuoksi myöskään tutkimuslupaa kyselylle ei tarvittu. Antenataaliosaston perhehoitotyön kehittämisen voidaan katsoa alkaneeksi tästä kyselystä.

6.3 Asiantuntijakonsultaatio

Opinnäytetyön edetessä koottiin antenataaliosaston henkilökunnasta asiantuntijapaneeli ja konsultoitin paneelia perhehoitotyön tavoitteista, edellytyksistä sekä keinoista antenataaliosastolla. Asiantuntijapaneeli toteutettiin Delfoi –menetelmää mukailleen.

Delfoi –menetelmä on yksi asiantuntijoiden kannanottojen keruumenetelmistä. Perinteisen Delfoi –tekniikan käytön tarkoituksena on kerätä tietoa asiantuntijoiden mielipiteistä. Delfoi-menetelmässä asiantuntijoiksi luokitellut henkilöt toimivat tulevan kehityksen ”ennustajina”. Kuusen (2013: 249) mukaan Delfoi –menetelmä käsittelee asiantuntijatietoa erityisellä tavalla ja Delfoi –menetelmällä on yleensä kolme keskeistä piirrettä. Asiantuntijat ovat yleensä tunnistamattomia ja näin ollen henkilöiden asemasta heidän argumenttinsa ja arvionsa väittelevät. Menetelmässä on käytössä monta kierrossa, joiden aikana asiantuntijoilla on mahdollisuus korjata näkemystään ja kannanottojaan. Kannanottojen korjaukset perustuvat toisilta panelisteilta saatuun palautteeseen. (Kuusi 2013: 249.)

Kokoamisen jälkeen asiantuntijoiden mielipiteet toimitetaan uudelleen samoille asiantuntijoille arvioitavaksi. Delfoi –kierroksia käydään läpi niin monta kertaa, että asiantuntijoiden voidaan sanoa antaneen yhden yhteisen mielipiteen. Delfoi-tekniikalla pyritään siis tuottamaan asiantuntijaryhmän mielipiteiden yksimielisyys (consensus) peräkkäisten kyselyiden ja kontrolloidun palautteen avulla. (Metsämuuronen 2000: 35; Kuusi 2013: 249.)

Tässä opinnäytetyössä asiantuntijapaneelin jäsenet, yleisestä Delfoi –tekniikan käytöstä poiketen, eivät olleet tuntemattomia toisilleen (Metsämuuronen 2000: 33). Tämän opinnäytetyön asiantuntijapaneeli koottiin osaston henkilökunnasta ja mukaan otettiin edustajia kaikista ammattiryhmistä. Asiantuntijapaneeli koottiin yhdessä osastonhoitajan kanssa, ja asiantuntijapaneeliin valittiin antenataaliosaston osastonhoitaja, osaston vastuulääkäri sekä osaston perhehoitotyön vastuuhenkilö ja kaksi kättilöä osaston henkilökunnasta. Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavat valitaan niin, että haastattelussa saadaan ilmiön kannalta parasta tietoa ja haastateltavat valitaan asianomaisista tai asiantuntijoista (Kananen 2008: 75-76). Ratkaisevaa asiantuntijamenetelmiä käytettäessä on asiantuntijoiden laatu eikä määrä (Kuusi 2013: 254).

Asiantuntijaryhmän kokoontumisia pidettiin kaksi, ja molempien keskustelujen pohjalta tehtiin tarvittavia muutoksia osaston perhehoitotyön toimintamallin suunnitelmaan. Asiantuntijapaneelit kokoontuivat sairaalan tiloissa ja kumpaankin kokoontumiseen oli varattu aikaa yksi tunti. Ensimmäinen kokoontuminen pidettiin maaliskuun alussa ja toinen kokoontuminen kahden kuukauden päästä ensimmäisestä, toukokuussa.

Ensimmäisessä asiantuntijapaneelissa keskusteltiin siitä, mitkä ovat perhehoitotyön tavoitteet antenataaliosastolla. Paneelissa pohdittiin myös millä perhehoitotyön menetelmillä tavoitteisiin päästään.

Toisessa asiantuntijapaneelissa käytiin läpi ensimmäisessä asiantuntijapaneelissa saatu aineisto, syvennettiin ja tarkennettiin sitä. Toisessa asiantuntijapaneelissa myös pohdittiin toiminnan edellytyksiä, konkreettista toteutusta ja arviointia. Asiantuntijaryhmän tapaamisten aineisto analysoitiin sisällönanalyysin menetelmällä.

6.4 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa, ja sillä tarkoitetaan sanallista aineiston sisällön kuvailua (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 165-166). Aineistona voi toimia kirjat, artikkelit, päiväkirjat, kirjeet, haastattelut eli mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali. Haastatteluista saatu aineisto litteroidaan, teemoitetaan ja tämän jälkeen analysoidaan sisällönanalyysia käyttäen. Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 91,103.)

Sisällönanalyysilla aineisto pyritään järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Sisällönanalyysin avulla aineistosta syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Laadullisen aineiston analyysi toteutetaan joko induktiivisellä tai deduktiivisellä sisällönanalyysillä. Tässä opinnäytetyössä käytettiin sekä induktiivistä sisällönanalyysiä (ensimmäisen asiantuntijapaneelin aineisto) että deduktiivistä sisällönanalyysiä (toisen asiantuntijapaneelin aineisto). (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 166; Tuomi - Sarajärvi 2009: 108-109.)

Induktiivisessä eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä analyysirungon sisälle muodostetaan aineistosta erilaisia luokituksia tai kategorioita. Induktiivinen eli aineistoläh-

töinen analyysi toteutuu kolmivaiheisena prosessina; aineisto redusoidaan eli pelkistetään, aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään ja viimeisenä aineisto abstrahoidaan eli aineistosta luodaan teoreettiset käsitteet. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 167; Tuomi - Sarajärvi 2009: 108-109, 113.)

Redusoinnissa aineistosta karsitaan pois kaikki tutkimuksen kannalta tarpeeton tieto. Aineistona tässä opinnäytetyössä toimi asiantuntijapaneeleissa saatu aineisto, joka oli litteroitu kirjalliseen muotoon. Redusoinnissa aineisto siis pilkotaan osiin tai tiivistetään, ja tutkimustehtävän ohjaamana aineistosta ”poimitaan esiin” tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 109-110.)

Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä redusoidusta aineistosta etsitään käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisia asioita. Samaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään luokaksi ja luokalle annetaan nimi, joka kuvaa luokan sisältöä. Klusterointi tiivistää aineistoa entisestään. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 110.)

Viimeisenä seuraa aineiston abstrahointi. Abstrahoinnissa tutkimuksen kannalta oleellinen tieto erotetaan muusta tiedosta, ja valikoidusta tiedosta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointia jatketaan niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Induktiivisessa sisällönanalyysissä siis käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 111-113.)

Tämän opinnäytetyön ensimmäisen asiantuntijapaneelin aineisto litteroitiin ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Toisen asiantuntijapaneelin aineisto litteroitiin myös, sekä analysoitiin deduktiivisellä eli teorialähtöisellä sisällönanalyysillä niin, että ensimmäisestä asiantuntijapaneelistä analysoitu aineisto toimi luokittelurunkona.

Deduktiivinen eli teorialähtöinen sisällönanalyysi perustuu aiempaan viitekehukseen, joka voi olla esimerkiksi teoria tai käsitejärjestelmä. Ensimmäisenä teorialähtöisessä sisällönanalyysissä muodostetaan analyysirunko. Tässä opinnäytetyössä toisen asiantuntijapaneelin aineiston luokittelurunkona toimi ensimmäisen asiantuntijapaneelin aineisto. Deduktiivisessa analyysissä aineistosta poimitaan ne asiat, jotka kuuluvat analyysirunkoon, ja ne asiat jotka jäävät analyysirungon ulkopuolelle. Analyysirungon ulkopuolelle jääneistä asioista muodostetaan uusia luokkia jälleen käyttäen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 111, 113.) Molempien asiantun-

tijapaneelien analysoidun aineiston perusteella tässä opinnäytetyössä muodostettiin antenataaliosaston perhehoitotyön toimintamalli.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston abstrahoinnista

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka	Yhdistävä luokka
"perhehoitotyön pitäis olla mukana meidän ihan jokapäiväisessä hoitotyössä"	mukana jokapäiväisessä hoitotyössä	perhe mukana hoitotyön tekemisessä	perhe mukana hoitotyön tekemisessä	yhdessä toimiminen perheen kanssa	Perhehoitotyön keinot
"yhteistyö tai joku semmonen tiiäkkö vuorovaikutus"	yhteistyö perheen kanssa				
"isä kokee itsensä varmasti tärkeämmäksi, jos saa tehdä jotakin pieniä asioita sen äidin hyväksi"	isä tekee pieniä asioita äidin hyväksi	isä mukana hoitotyössä			
"millä pystyy sitten myöski olemaan mukana siinä hoidossa"	isän mukanaolo hoitotilanteissa				
"isän rooli niinku sen synnytyksen jälkeen et oli se sitten sektio tai synnytys tai kumpi vaan niin tota et tavallaan et se isä on integroitu mukaan siihen lapsen hoitoon ja sen perheen hoitoon jo silloin ennen synnytystä"	isä integroituu mukaan lapsen hoitoon ennen synnytystä				
"niinku ottaa mukaan siihen hoitoon"	perhe mukaan hoitoon	isä / perhe kokee olevansa osa hoitoa	perhe osaksi hoitoa		
"mies sai auttaa tukisukat jalkaan tälle äidille että ihan tämmösiä pieniä asioita voi olla"	mies avustaa äitiä pienillä teoilla				
"se isä olis mukana myös, motivoituna"	isän motivoiminen vaimon hoitoon				

7 Kyselyn tulokset

Antenataaliosastolla tehtiin henkilökunnalle keväällä 2012 kysely perhehoitotyöstä. Kyselyyn vastasi koko henkilökunta (n=29). Kyselyssä tiedusteltiin henkilökunnan tietämystä perhehoitotyön käsitteestä, perhehoitotyön päämäärästä ja tarpeellisuudesta, perhehoitotyöhön osallistuvista henkilöistä sairaalassa, perhehoitotyöhön liittyvistä käytännön asioista sekä hoitajasta perheiden hoitajana. Kysely oli kehitelty täysin antenataaliosaston omaan käyttöön, eikä mittaria ole esiteltänyt ennen käyttöä. Tämä vaikuttaa mittarin luotettavuuteen ja kyselyn tuloksia ei näin ollen voi luotettavasti verrata kansainvälisiin tutkimustuloksiin.

Kyselyyn vastaajista (n=29) 93 % oli ammatiltaan kättilöitä, 7 % oli vastannut vaihtoehdoista kohdan ”Jokin muu, mikä”. Vastaajista 3 % oli iältään alle 25 vuotta, 41 % 25-34 vuotta, 38 % 35-45 vuotta ja 17 % yli 45 vuotta. Työkokemusta vastaajista 3 %:lla oli alle 1 vuosi, 17 % 1-5 vuotta, 31 % 6-10 vuotta, 24 % 11-15 vuotta ja 24 % yli 15 vuotta. Kysyttäessä työkokemusta nykyisessä työyksikössä 17 % vastasi alle 1 vuotta, 34 % vastasi 1-5 vuotta, 31 % 6-10 vuotta, 7 % 11-15 vuotta ja 10 % yli 15 vuotta.

7.1 Perhehoitotyön käsite

Kyselyn ensimmäiset kysymykset koskivat perhehoitotyön käsitettä. Vastaajia pyydettiin arvioimaan mielipidettään Likertin asteikolla eli vastausvaihtoehdot olivat ”täysin samaa mieltä”, ”osittain samaa mieltä”, ”ei samaa, ei eri mieltä”, ”osittain samaa mieltä”, ”täysin eri mieltä” ja ”en osaa sanoa”.

Ensimmäisellä kysymyksellä selvitettiin mitä vastaajien mielestä potilaan perheellä tarkoitetaan. Täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että potilaan perheellä tarkoitetaan hänen vanhempiaan ja sisaruksiaan oli yli puolet vastaajista (55 %). 21 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 21 % vastaajista oli asiasta osittain eri mieltä. 3 % vastaajista oli täysin eri mieltä siitä, että perheellä tarkoitetaan potilaan vanhempiaan ja sisaruksiaan.

Täysin samaa mieltä 24 % vastaajista oli siitä, että potilaan perheellä tarkoitetaan hänen vanhempiaan, sisaruksiaan sekä muita lähisukulaisia. 24 % vastaajista oli myös

väitteestä osittain samaa mieltä. 10 % vastaajista ei ollut väitteestä samaa, eikä eri mieltä. 41 % vastaajista oli väitteestä osittain eri mieltä.

Väitteen ”Perhehoitotyö käsittää vain konkreettisia hoitotyön toimintoja osastolla” kanssa samaa mieltä ei ollut kukaan (0 %) vastaajista. Osittain samaa mieltä oli 7 % vastaajista ja ei samaa, eikä eri mieltä 3 % vastaajista. Suurin osa vastaajista (45 %) oli eri mieltä väitteestä. Täysin eri mieltä oli 38 % vastaajista ja 7 % vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään asiasta.

Kaikki vastaajat olivat joko täysin samaa (79 %) tai osittain samaa mieltä (21 %) väitteestä, että perhehoitotyöhön liittyy perheen kokonaisvaltaista tukemista. Väitteeseen ”Potilaan perheeseen muodostuu hoidon aikana avoimet, lämpimät välit” vastasi 28 % olevan täysin samaa mieltä. Osittain samaa mieltä väitteestä oli yli puolet vastaajista (52 %). 14 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä väitteen kanssa. 3 % vastaajista oli osittain eri mieltä, 3 % vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. Kukaan (0 %) ei ollut täysin eri mieltä asiasta.

Taulukko 2. Perhehoitotyön käsite (n=29)

		Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei sama, ei eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yht.
Potilaan perheellä tarkoitetaan hänen vanhempiaan ja sisarusiaan	% f	24 7	31 9	21 6	21 6	3 1	0 0	100 29
Potilaan perheellä tark. hänen vanhempiaan, sisarusiaan ja muita lähisukulaisia	% f	24 7	24 7	10 3	41 12	0 0	0 0	99 29
Perhehoitotyö käsittää vain konkreettisia hoitotyön toimintoja osastolla	% f	0 0	7 2	3 1	45 13	38 11	7 2	100 29
Perhehoitotyöhön liittyy perheen kokonaisvaltaista tukemista	% f	79 23	21 6	0 0	0 0	0 0	0 0	100 29
Potilaan perheeseen muodostuu hoidon aikana avoimet, lämpimät välit	% f	28 8	52 15	14 4	3 1	0 0	3 1	100 29

7.2 Perhehoitotyön päämäärä ja tarpeellisuus

Kyselyn seuraavat väittämät koskivat perhehoitotyön päämäärää ja tarpeellisuutta. Käytössä oli edelleen Likertin asteikko. Ensimmäisessä väitteessä pyydettiin vastaajia arvioimaan mielipidettään väitteestä ”Perheellä on merkitystä potilaan hyvinvoinnin kannalta”. Lähes kaikki vastaajat (97 %) olivat täysin samaa mieltä väitteestä. Vain 3 % vastaajista oli osittain samaa mieltä.

Osittain samaa mieltä vastaajista oli yli puolet (62 %) kun väitteenä oli että ”Perhe tarvitsee runsaasti hoitohenkilökunnan tukea potilaan hoitajakson aikana”. 14 % vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 14 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä. 10 % vastaajista oli osittain eri mieltä.

Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä että perheen huomioiminen hoitotyössä vaikuttaa myönteisesti potilaan vointiin. Väitteestä täysin samaa mieltä olivat 76 % ja osittain samaa mieltä 24 % vastaajista.

Väitteeseen ”Perhehoitotyöllä ei ole ratkaisevaa merkitystä potilaan voinnin kannalta” suurin osa oli osittain eri mieltä (48 %) tai täysin eri mieltä (48 %). Vain 3 % eli yksi vastaaja oli täysin samaa mieltä väitteen kanssa.

Taulukko 3. Perhehoitotyön päämäärä ja tarpeellisuus (n=29)

		Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei sama, ei eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yht.
Perheellä on merkitystä potilaan hyvinvoinnin kannalta	% f	97 28	3 1	0 0	0 0	0 0	0 0	100 29
Perhe tarvitsee runsaasti hoitohenkilökunnan tukea potilaan hoitajakson aikana	% f	14 4	62 18	14 4	10 3	0 0	0 0	100 29
Perheen huomioiminen hoitotyössä vaikuttaa myönteisesti potilaan vointiin	% f	76 22	24 7	0 0	0 0	0 0	0 0	100 29
Perhehoitotyöllä ei ole ratkaisevaa merkitystä potilaan voinnin kannalta	% f	3 1	0 0	0 0	48 14	48 14	0 0	99 29

7.3 Perhehoitotyöhön osallistuvat henkilöt sairaalassa

Seuraavat väittämät koskivat perhehoitotyöhön osallistuvia henkilöitä sairaalassa. Asteikkona toimi edelleen Likert -asteikko. Täysin samaa mieltä oli suurin osa vastaajista (45 %) siitä, että perhehoitotyötä toteuttavat osastolla kaikki ammattiryhmät. 38 % oli osittain samaa mieltä ja 14 % osittain eri mieltä. 3 % vastaajista ei ollut samaa, eikä eri mieltä.

Seuraavasta väitteestä ”Perhehoitotyöhön osallistuvat vain siihen erityistä perehdytystä saaneet hoitajat” lähes kaikki vastaajista olivat eri mieltä. Suurin osa vastaajista (61 %) oli täysin eri mieltä ja 36 % osittain eri mieltä väitteestä. 4 % vastaajista oli osittain samaa mieltä.

72 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että perhehoitotyötä tulisi toteuttaa kaikkien hoitotyöhön osallistuvien. 24 % oli asiasta osittain samaa mieltä ja 3 % ei samaa, eikä eri mieltä. Väitteen ”Perhehoitotyöhön tulisi saada erityistä koulutusta” kanssa samaa mieltä oli 79 % vastaajista, heistä 31 % täysin samaa mieltä ja 48 % osittain samaa mieltä. 14 % vastaajista ei ollut samaa, eikä eri mieltä ja 7 % vastaajista oli osittain eri mieltä.

Taulukko 4. Perhehoitotyöhön osallistuvat henkilöt sairaalassa (n=29)

		Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei sama, ei eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yht.
Perhehoitotyötä toteuttavat osastolla kaikki ammattiryhmät	% f	45 13	38 11	3 1	14 4	0 0	0 0	100 29
Perhehoitotyöhön osallistuvat vain siihen erityistä perehdytystä saaneet hoitajat	% f	0 0	3 1	0 0	36 10	61 18	0 0	100 29
Perhehoitotyötä tulisi toteuttaa kaikkien hoitotyöhön osallistuvien	% f	72 21	24 7	3 1	0 0	0 0	0 0	99 29
Perhehoitotyöhön tulisi saada erityistä koulutusta	% f	31 9	48 14	14 4	7 2	0 0	0 0	100 29

7.4 Perhehoitotyöhön liittyvät käytännön asiat

Seuraavat väittämät koskivat perhehoitotyöhön liittyviä käytännön asioita. 48 % vastaajista oli osittain samaa mieltä siitä, että osastolla toteutetaan perhehoitotyötä monipuolisesti. Kukaan (0 %) vastaajista ei ollut väittämästä täysin samaa mieltä. 14 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä, 34 % oli osittain eri mieltä ja 3 % vastaajista ei osannut sanoa kantaansa väittämään.

Väittämän ”Perheiden kanssa ollaan tekemisissä vain välttämättömistä syistä” kanssa osittain samaa mieltä oli 17 % vastaajista. 7 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä. Suurin osa vastaajista (76 %) oli eri mieltä väittämän kanssa, heistä 31 % osittain eri mieltä ja 45 % täysin eri mieltä.

Suurin osa vastaajista (79 %) oli eri mieltä myös väittämän ”Perheiden huomioiminen häiritsee hoitohenkilökunnan työskentelyä” kanssa. Täysin eri mieltä väittämän kanssa oli 45 %, osittain eri mieltä 34 %. 14 % vastaajista ei ollut samaa, eikä eri mieltä ja 7 % oli osittain samaa mieltä väittämän kanssa.

Suurin osa vastaajista (83 %) koki, ettei perheiden kanssa työskentely ollut vaikeaa ja aikaa vievää. Väitteeseen ”Perheen kanssa työskentely on vaikeaa ja aikaa vievää” vastasi 59 % vastaajista olevansa osittain eri mieltä ja 24 % vastaajista täysin eri mieltä. Kuitenkin 10 % vastaajista oli osittain samaa mieltä. 7 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä.

Väitteeseen ”Perhehoitotyöhön perehdytys/koulutus helpottaisi yksittäisen hoitajan työskentelyä osastolla” 31 % vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 62 % osittain samaa mieltä. 3 % vastaajista oli osittain eri mieltä ja 3 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä.

Taulukko 5. Perhehoitotyöhön liittyvät käytännön asiat (n=29)

		Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei sama, ei eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yht.
Osastolla toteutetaan perhehoitotyötä monipuolisesti	%	0	48	14	34	0	3	99
	f	0	14	4	10	0	1	29
Perheiden kanssa ollaan tekemisissä vain välttämättömistä syistä	%	0	17	7	31	45	0	100
	f	0	5	2	9	13	0	29
Perheiden huomioiminen häiritsee hoitohenkilökunnan työskentelyä	%	0	7	14	34	45	0	100
	f	0	2	4	10	13	0	29
Perheen kanssa työskentely on vaikeaa ja aikaa vievää	%	0	10	7	59	24	0	100
	f	0	3	2	17	7	0	29
Perhehoitotyöhön perehdytys/koulutus helpottaisi yksittäisen hoitajan työskentelyä osastolla	%	31	62	3	3	0	0	99
	f	9	18	1	1	0	0	29

7.5 Hoitaja perheiden hoitajana

Viimeiset kaksi kysymystä koskivat hoitajan roolia perheiden hoitajana. Kaikki vastaajat (100 %) olivat samaa mieltä väitteen ”Yksittäisellä hoitajalla on merkittävä rooli perhehoitotyössä” kanssa. Heistä 38 % ollen täysin samaa mieltä ja 62 % osittain samaa mieltä. Väitteeseen ”Hoitotyössä ilmenee tekijöitä, jotka rajoittavat/estävät yksittäisen hoitajan perhehoitotyön toteuttamista” vastaukset jakautuivat kaikkien vastausvaihtoehtojen kesken. 10 % vastaajista oli täysin samaa mieltä, 62 % eli yli puolet oli osittain samaa mieltä. 10 % vastaajista ei ollut samaa, eikä eri mieltä, 3 % oli osittain eri mieltä ja 3 % täysin eri mieltä. 10 % vastaajista ei osannut sanoa kantaansa väitteeseen.

Taulukko 6. Hoitaja perheiden hoitajana (n=29)

		Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei sama, ei eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yht.
Yksittäisellä hoitajalla on merkittävä rooli perhehoitotyössä	% f	38 11	62 18	0 0	0 0	0 0	0 0	100 29
Hoitotyössä ilmenee tekijöitä, jotka rajoittavat/estävät yksittäisen hoitajan perhehoitotyön toteuttamista	% f	10 3	62 18	10 3	3 1	3 1	10 3	98 29

7.6 Avoimet kysymykset

Kyselyssä oli myös yksi avoin kysymys. Kysymykseen ”Jos perhehoitotyön toteuttamisessa ilmenee mielestäsi rajoitteita, mitä ne ovat” tuli 14 vastausta. Suurimmassa osassa vastauksista (n=9, 64 %) osaston tilat koettiin merkittävimpana rajoitteena toteuttaa perhehoitotyötä.

”Osaston rajalliset tilat ja potilaiden sijoittelu osastolla. Perheillä tarve olla yhdessä, mutta osastolla ei juurikaan ole tarjota perhehuoneita tai isien/tukihenkilöiden olohuonetta, jossa perheenjäsenet voisivat esimerkiksi yöaikaan olla, koska potilashuoneet tähän tarkoitukseen eivät sovi, koska potilashuoneissa monta potilasta samassa huoneessa ja toisille potilaille turvattu yksityisyys, mahdollisuus lepoon yms.”

Vastauksissa toiseksi yleisimmäksi (n=6, 43 %) rajoitteeksi koettiin ajan puute.

”Kiire, jolloin perheen (muiden kuin puolison) huomiointi jää yleensä vähemmälle.”

”Ajanpuute! Huonot resurssit!”

Muita yksittäisistä vastauksista nousseita rajoitteita olivat henkilökunnan asenteet, joissa perhe voidaan kokea rasitteena, potilaiden huono kunto, jolloin kättilön huomio keskittyy potilaan hoitamiseen, kieliongelmat, osaston vierailuajat sekä koulutuksen puute.

”Asenteet (perheet voidaan kokea rasitteena).”

”Potilas esim. tarkkailuhuoneessa huonossa kunnossa, ei pysty vastaanottamaan vieraita. Kättilön huomio silloin potilaassa.”

”...kieliongelmat, hankaluus tulla toimeen hoitajan kanssa.”

”Vierailuajat osastoilla perustuvat sairaalalähtöiseen hoitoajatteluun suurimmaksi osaksi.”

”Perhehoitotyö ei ole vakiintunut osastolle, nyt jokainen toteuttaa perhehoitotyötä itsenäisesti, omien resurssiensa ja ymmärryksensä mukaan. Perhehoitotyön teorian perusteita ei ole osastolla esitelty, eikä käyty yhteisesti läpi mitä perhehoitotyö juuri meidän osastollamme voisi tarkoittaa.”

8 Asiantuntijapaneelien tulokset

Ensimmäinen asiantuntijapaneeli järjestettiin maaliskuussa ja toinen toukokuussa 2015. Asiantuntijoita oli ensimmäisessä tapaamisessa läsnä kuusi ja toisessa viisi. Asiantuntijatapaamisiin osallistui jäseniä eri ammattiryhmistä. Asiantuntijat olivat saaneet ennen ensimmäistä asiantuntijapaneelia etukäteen tutustuttavaksi opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen, jotta tiedollinen lähtökohta perhehoitotyöstä olisi kaikilla asiantuntijoilla sama. Ensimmäisessä asiantuntijapaneelissa asiantuntijat pohtivat sitä, mitkä ovat perhehoitotyön tavoitteet antenataaliosastolla. Paneelissa pohdittiin myös millä perhehoitotyön menetelmillä tavoitteisiin päästään.

Ennen toista asiantuntijatapaamista asiantuntijoille toimitettiin tutustuttavaksi ensimmäisessä asiantuntijatapaamisessa saatu aineisto. Toisessa asiantuntijapaneelissa syvennettiin ja tarkennettiin ensimmäisessä asiantuntijapaneelissa saatua aineistoa. Toisen asiantuntijapaneelin aiheena oli myös pohtia perhehoitotyön toiminnan edellytyksiä, konkreettista toteutusta ja arviointia.

Molemmat asiantuntijatapaamiset nauhoitettiin, aineisto litteroitiin ja ensimmäisen asiantuntijapaneelin aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalysimenetelmää käyttämällä. Ensin aineisto redusoitiin, eli pelkistettiin, jolloin aineistosta karsittiin pois kaikki tutkimuksen kannalta tarpeeton aineisto. Pelkistämällä saatu aineisto ryhmiteltiin samankaltaista sisältöä sisältäviin ryhmiin, ryhmät nimettiin ja niistä muodostettiin alaluokkia. Tätä ryhmittelyä jatkettiin muodostaen alaluokista ryhmiä, jotka nimettiin, ja niistä muodostettiin yläluokkia. Samankaltaiset yläluokat ryhmiteltiin vielä yhdistäviin luokkiin. Toisen asiantuntijapaneelin aineisto analysoitiin deduktiivista sisällönanalysimenetelmää käyttämällä käyttäen luokittelurunkona ensimmäisestä asiantuntijapaneelistä saatua aineistoa. Toisen asiantuntijapaneelin aineisto redusoitiin ja sieltä poimittiin ne asiat, jotka kuuluivat ensimmäisestä asiantuntijapaneelin tuloksista tehtyyn

analyysirunkoon. Analyysirungon ulkopuolelle jääneistä asioista muodostettiin vielä uusia luokkia käyttäen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita.

8.1 Perhehoitotyön toimintamalli

Yhdistäviksi ryhmiksi muodostui perhehoitotyön tavoitteet, perhehoitotyön edellytykset, perhehoitotyön keinot, perhehoitotyön hyödyt, perhehoitotyötä rajoittavat tekijät sekä perhehoitotyön toteutumisen arviointi. Näistä muodostettiin antenataaliosaston perhehoitotyön toimintamalli (kuvio 4).



Kuvio 4. Perhehoitotyön toimintamalli

8.1.1 Perhehoitotyön tavoitteet

Perhehoitotyön tavoitteiksi asiantuntijaryhmä nimesi potilaan fyysisen kärsimyksen lievittymisen, vanhemmuuteen kasvamisen ja siihen tuen saamisen, sekä perheen voimavaraistumisen ja siihen tuen saamisen.

Taulukko 7. Perhehoitotyön tavoitteet

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
tavoitteena kärsimyksen lievittyminen	tavoitteena fyysisen kärsimyksen lievittyminen	tavoitteena perheen voimavaraistuminen ja vanhemmuuteen kasvu ja siinä tukeminen sekä kärsimyksen lievittäminen	perhehoitotyön tavoitteet
tavoitteena vanhemmuuteen kasvun tukeminen	tavoitteena vanhemmuuteen kasvu ja siihen tuen saaminen		
tavoitteena isyyteen kasvamisessa auttaminen			
tavoitteena että perhe löytää itse omat voimavaransa ja ammattilainen tukee ja kannustaa siinä	tavoitteena perheen voimavaraistuminen ja siihen tuen saaminen		

8.1.2 Perhehoitotyön edellytykset

Perhehoitotyön edellytyksiksi asiantuntijaryhmä nimesi henkilökunnan aktiivisen otteen perhehoitotyön toteutumiseksi. Edellytyksenä perhehoitotyön toteutumiselle on myös henkilökunnan hyvä koulutus perhehoitotyöhön sekä henkilökunnan ajattelutavan muutos perhelähtöisempään suuntaan. Lisäksi potilaiden yksityisyyden turvaaminen sekä potilasturvallisuuden säilyttäminen on asiantuntijaryhmän mielestä edellytys perhehoitotyön toteutumiselle. Asiantuntijaryhmä nimesi myös hoitotyön prosesseihin liittyviä edellytyksiä, kuten potilaiden jakamista kuormittavuuden perusteella, sekä hoitoketjuajattelun ja perhehoitotyön merkityksen ymmärtämistä hoitoketjussa. (Liite 2, sivut 4 – 6.)

8.1.3 Perhehoitotyön keinot

Perhehoitotyön keinoina asiantuntijaryhmän mukaan on tiedon antaminen potilaalle ja omaisille, psyykinen tukeminen, johon liittyy sekä vanhemmuuteen tukeminen että perheen psyykinen tukeminen keskustelemalla yhdessä potilaan ja perheen kanssa.

Yhdessä toimiminen perheen kanssa, perheen oleminen läsnä sairaalassa, perheen huomioon ottamisen sekä hoitopäätösten tekeminen yhdessä vanhempien kanssa ovat myös asiantuntijaryhmän mielestä perhehoitotyön keinoja antenataaliosastolla. (Liite 2, sivu 1 – 4.)

8.1.4 Perhehoitotyön hyödyt

Perhehoitotyön hyödyistä asiantuntijaryhmä oli ensimmäisestä paneelistä saakka yhtä mieltä. Hyödyiksi nimettiin perheyhteyden vahvistuminen, äidin kokemuksen parantuminen, isän kokemuksen parantuminen, perheen jaksamisen parantuminen sekä perheen tiedon määrän lisääntyminen. (Liite 2, sivut 7 – 8.)

8.1.5 Perhehoitotyötä rajoittavat tekijät

Perhehoitotyötä rajoittaviksi tekijöiksi asiantuntijaryhmän keskustelussa nousivat fyysisten tilojen aiheuttamat rajoitteet, hoitosuhteen luomiseen liittyvät rajoitteet, kuten lyhyet hoitoajat osastolla sekä yksityisyyden puute, resursseihin liittyvät rajoitteet sekä hoitajien asenteisiin ja kokemattomuuteen liittyvät rajoitteet perhehoitotyön toteuttamisessa.

Taulukko 8. Perhehoitotyötä rajoittavat tekijät

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
fyysisten tilojen tuomat rajoitteet	fyysisten tilojen aiheuttamat rajoitteena	fyysisten tilojen aiheuttamat rajoitteet perhehoitotyön toteuttamisessa
ongelmana tilat		
esteenä se että hoidetaan huoneita ei potilaita		
seinät ja potilashuoneet ei voi mennä perhekeskeisen lähestymistavan ohi		
lyhyiden hoitoaikojen tuoma hankaluus hyvän hoitosuhteen luomisessa	hyvän hoitosuhteen luomisen rajoitteet	hoitosuhteen luomiseen liittyvät rajoitteet perhehoitotyön toteuttamisessa
yksityisyys kärsii monenhengen huoneissa		
koko perheen hoitaminen vie hoitajalta enemmän resurssia kuin pelkän potilaan hoitaminen	resurssipula	resursseihin liittyvät rajoitteet perhehoitotyön toteuttamisessa
tekosyiden käyttäminen	hoitajien asenteet	hoitajien asenteisiin liittyvät rajoitteet perhehoitotyön toteuttamisessa
hoitajan haluttomuus		
asenneongelmat		
henkilökunta keskittyy perhehoitotyöhön ja lääketieteellinen ongelma jää hoitamatta	hoitajien kyvyttömyys priorisoida	kokemattomuuden tuomat rajoitteet perhehoitotyön toteuttamisessa
perhehoitotyö näyttelee liian suurta osaa		
keskittyminen ammatillisen roolin säilyttämiseen nuoremmilla hoitajilla	kokemattomuus	
henkisesti kuluttavaa		

8.1.6 Perhehoitotyön toteutuminen ja sen arviointi

Asiantuntijapaneelin mielestä perhehoitotyön toteutumiseksi osastolla tulee perhehoitotyön ohjeet sisällyttää osaston tuloskorttiin sekä osaston eettisiin hoito-ohjeisiin. Perhehoitotyön toteutumisen arviointimenetelminä asiantuntijaryhmä listasi erilaiset palaute- ja arviointikeskustelut sekä opiskelijapalautteen keräämisen perhehoitotyön toteutumisesta antenataaliosastolla. Myös kokemusten vaihtamista muiden sairaalan toimipisteiden kanssa pidettiin perhehoitotyön arviointimenetelmänä.

Taulukko 9. Perhehoitotyön toteutumisen arviointi

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
kehityskeskustelut	osaston henkilökunnan palaute ja arviointikeskustelut	palaute- ja arviointikeskustelut
kysytään henkilökunnalta miten kunkin toiminnassa näkyy perhehoitotyö		
keskustelut osastotunneilla		
kysymyksiä voi esittää sille joka asiaan perehtynyt paremmin		
osaston perhehoitotyöryhmä pitää aiheet pinnalla		
debriefing -keskustelu		
uusi asennekysely henkilökunnalle		
opiskelijoilta palautteen kysyminen	opiskelijoiden palautteen kysyminen	
osaston eettisiin hoito-ohjeisiin sisällyttäminen	osaston hoito-ohjeisiin sisällyttäminen	kirjalliset perhehoitotyön ohjeet
tuloskorttiin sisällyttäminen		
aamupalaverissä esittäminen	muiden toimipisteiden kanssa kokemusten vaihtaminen	yhteistyö muiden toimipisteiden kanssa
kuullaan mitä tapahtuu muualla ja informoidaan mitä tapahtuu meillä		

9 Pohdinta

9.1 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu keskittyy tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. Määrällisissä tutkimuksissa luotettavuutta lähestytään reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden kautta. Laadullisessa tutkimusorientaatiossa käytetään usein vakuuttavuuden käsitettä. Kehittämistöiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta; tiedon, jota tuotetaan, tulee olla todenmukaista ja käyttökelpoista. (Toikko – Rantanen 2009: 121-122.)

Koska kehittämistutkimus ei ole itsenäinen tutkimusotteensa, vaan useamman tai monen menetelmän yhdistelmä, joten kehittämistutkimuksen luotettavuus arvioidaan kunkin käytetyn menetelmän luotettavuuskriteereillä. Tässä opinnäytetyössä laadulliset tutkimusosat arvioitiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereillä ja määrälliset määrällisen tutkimuksen luotettavuuskriteereillä. Määrällistä tutkimusosaa edustaa an-

tenataaliosastolle aiemmin tehty kysely. Laadullista tutkimuksen osaa asiantuntijapaneelien aineisto. (Kananen 2012: 166.)

Määrällistä tutkimuksen osaa arvioitiin tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti kertoo siitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä on ollut tarkoituskin mitata. Käytännössä siis arvioidaan sitä onko teoreettiset käsitteet saatu luotettavasti operationalisoitua muuttujiksi. Reliabiliteetti taas viittaa tulosten pysyvyyteen eli kykyyn tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen - Vehviläinen- Julkunen 2013: 189.)

Antenataaliosaston henkilökunnalle aiemmin tehty kysely edustaa tässä opinnäytetyössä määrällistä tutkimusosaa. Kysely oli kehitelty täysin antenataaliosaston omaan käyttöön, tiedossa ei ole mihin aiempiin tutkimuksiin kysely perustui, eikä mittaria ole esitettävä ennen käyttöä. Nämä vaikuttanee mittarin luotettavuuteen ja kyselyn tuloksia ei näin ollen voi luotettavasti verrata kansainvälisiin tutkimustuloksiin. Kyselyn tulokset ovat siis käyttökelpoisia pelkästään antamaan tietoa kyseisen antenataaliosaston perhehoitotyön tiedoista, asenteista ja toiminnoista kyselyn toteutushetkellä. Kyselyn tulokset pyritään tässä opinnäytetyössä kuvaamaan selkeästi ja ymmärrettävästi.

Yleisiä laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Tutkimuksen uskottavuuteen (credibility) vaikuttaa se onko tulokset kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää tutkimuksen tekotavan, tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyys (transferability) viittaa siihen, miten hyvin tutkimuksen tulokset voisi siirtää johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Siirrettävyyden toteutumiseksi edellytetään tutkijalta huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin tarkkaa kuvausta. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 198.)

Tutkimuksen riippuvuus (dependability) viittaa siihen, että tutkimus on toteutettu tieteellisen tutkimuksen toteuttamista yleisesti ohjaavien periaattein. Vahvistettavuus (confirmability) viittaa siihen, että tutkimuksessa tehdyt ratkaisut ja päättelyt ovat oikeutettuja eli ratkaisut esitetään niin tarkasti ja ymmärrettävästi, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan sitä. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 139.)

Tämän opinnäytetyön tutkimustehtävät perustuvat antenataaliosaston hoitotyön toimintatapojen kehittämistarpeeseen. Teoriaosuuteen haettiin aineistoa monipuolisesti kan-

sainvälisistä ja kotimaisista lähteistä. Teoreettiseen viitekehykseen haettiin aineistoa kirjallisuuskatsauksen avulla terveysalan tietokannoista, ja sitä täydennettiin opinnäytetyön edetessä.

Koko opinnäytetyön vaiheet dokumentoitiin hyvin sekä ratkaisut ja valinnat perusteltiin. Asiantuntijapaneelien aineiston analyysiprosessi pyrittiin kuvaamaan selkeästi ja johdonmukaisesti. Analyysiprosessin selkeyttä ja ymmärrettävyyttä pyrittiin lisäämään taulukoilla, joista selviää aineiston pelkistetyt ilmaukset sekä ala- ja yläluokat.

Perhehoitotyön toimintamalli laadittiin tässä opinnäytetyössä antenataaliosastolle, raskeana olevien naisten ja heidän perheidensä hoitamiseen, mutta on varmasti sovellettavissa myös muiden erikoisalojen osastoilla. Tämän opinnäytetyön tekijän kokemattomuus asiantuntijapaneelien vetämisessä, aineiston analyysissä sekä tulosten esittämisessä ymmärrettävällä ja johdonmukaisella tavalla saattoi vähentää tämän tutkimuksen luotettavuutta.

9.2 Eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden perustana pidetään sitä, että tutkimus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Hyvä tieteellinen käytäntö. 2012). Tutkimuksen eettisyys on ydin kaikessa tieteellisessä toiminnassa. Tieteellisten toimintatapojen, rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden, noudattaminen on hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteita. Tieteellistä tutkimusta tehdessä tulisi käyttää aina myös tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Tulosten julkistamisessa tulee noudattaa avoimuutta, ja toisten tutkijoiden töiden huomioonottaminen ja arvostus on tärkeää. (Leino-Kilpi - Välimäki 2012: 364.)

Jo valittaessa tutkimuskohdetta, tulee eettiset periaatteet ottaa huomioon. Tutkimusongelma ja -aihe ei saa loukata ketään, eikä sisältää oletuksia jostain ihmisryhmästä (Leino-Kilpi - Välimäki 2012: 366). Yksi eettisesti tärkeistä asioista tutkimuksessa on myös itsemääräämisoikeus tutkimukseen osallistumiseen. Osallistuminen kaikkeen tutkimiseen tulee olla vapaaehtoista ja jokaisella tulee olla mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta. Tutkimuksen tulee myös perustua tietoiseen suostumukseen, joten tutkittavan tulee siis täysin tietää tutkimuksen luonne. Oikeudenmukaisuuden tulee tutkimustyössä toteutua. Se tarkoittaa sitä, että tutkittaviksi valikoituvat ovat tasa-arvoisia.

Haavoittuvien ryhmien käsittely on haastavaa. Näihin luetaan esimerkiksi tutkittavat, jotka voivat olla kyvyttömiä antamaan tietoista suostumusta, kuten esimerkiksi lapset, tajuttomat potilaat ja mielenterveysongelmaiset. Tutkittavien anonymiteettiin tulee kiinnittää erityistä huomiota tutkimustyössä. Tutkimusta varten on yleensä myös haettava lupa. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 221-222.)

Antenataaliosaston hoitajien kyselyn avulla selvitettiin henkilökunnan tietämys ja valmius perhehoitotyön toteuttamiseen, ja sen avulla pyrittiin löytämään ne ongelmat, joiden avulla toimintamallia lähdettiin kehittämään. Kysely toteutettiin koko osaston henkilökunnalle ja sähköisessä muodossa, jotta vastaajia ei tunnistettaisi ja kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Mittari oli laadittu itse osastonhoitajan ja yhteistyökumppaneiden toimesta.

Tähän opinnäytetyöhön haettiin lupa sairaanhoitopiirin siitä tulosyksiköstä, johon kyseinen antenataaliosasto kuuluu. Opinnäytetyötä varten etsittiin teoretietoa kansainvälisistä tutkimuksista ja artikkeleista. Kehittämistehtävät eivät loukkaa ketään, aihe opinnäytetyöhön saatiin antenataaliosaston osastonhoitajalta ja aiheen perusta oli hoidon kehittäminen ja parantaminen. Asiantuntijapaneeliin osallistuminen oli vapaaehtoista. Asiantuntijapaneelit toteutettiin tieteellisen tutkimuksen toteuttamista yleisesti ohjaavin periaattein. Kaikki opinnäytetyön vaiheet dokumentoitiin hyvin ja ratkaisut ja valinnat perusteltiin.

9.3 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön kehittämistehtävinä oli kuvata antenataaliosaston hoitohenkilökunnan tietoja ja kokemuksia perhehoitotyöstä sekä laatia perhehoitotyön toimintamalli antenataaliosastolle. Teoretietoa etsittiin kotimaisista ja kansainvälisistä perhehoitotyötä käsittelevistä artikkeleista ja tutkimuksista. Asiantuntijapaneelin jäsenet saivat ennen ensimmäistä asiantuntijapaneelia luettavakseen artikkeleista ja tutkimuksista esiinousseet perhehoitotyötä määrittelevät teemat. Niiden pohjalta asiantuntijapaneeleissa heräsi mielenkiintoista ajatustenvaihtoa siitä, miten perhehoitotyötä tulisi toteuttaa antenataaliosastolla.

Roudebush ym. (2006: 202) on todennut tutkimuksessaan, että äitiyshuollossa perhehoitotyön toteuttaminen on vähäisempää kuin esimerkiksi lastensairaanhoidossa tai tehohoidossa. Tämän opinnäytetyön asiantuntijapaneeleissakin todettiin, että sen tulisi

olla yhtä luonteva osa hoitotyötä myös antenataaliosastolla kuin lastensairaanhoidosakin. Perhehoitotyön noudattaminen äitiyshuollossa helpottaa perheitä vanhemmuuteen kasvussa sekä vahvistaa perhettä yhdistäviä tekijöitä.

Perhehoitotyön noudattamisessa keskeisimpään rooliin nousee vuorovaikutus perheiden ja hoitohenkilökunnan välillä (Åstedt-Kurki ym. 2001: 144). Molemminpuolinen kunnioitus, yhteistyö, sekä perheen ja potilaan tukeminen ovat keskeisiä tekijöitä hyvän vuorovaikutussuhteen muodostumiseen (Mitchell ym. 2009: 544-545). Hyvällä perheiden ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksella perheet tuntevat olonsa sairaalahoidon aikana turvalliseksi (Pitkänen ym. 2002: 227-228). Turvallisuuden tunteen luominen antenataaliosastohoidon aikana nopeastikin muuttuvissa tilanteissa antaa perheille kykyä hyväksyä haastavat tilanteet ja kantaa näin turvallisuuden tunteena pitkälle lapsen syntymän jälkeiseen aikaan.

Hyvän vuorovaikutuksen lisäksi yhtenä tärkeimmistä perhehoitotyön toteuttamisen keinoista nousi tiedon antaminen perheille. Useissa tutkimuksissakin on todettu tiedon saannin olevan vanhempien mielestä yksi hyvän sairaalakokemuksen merkityksellisimmistä tekijöistä (Uhl ym. 2013: 129; Richter ym. 2007: 317). Asiantuntijapaneeleissa todettiin antenataaliosastolla tiedon antamisen potilaalle toteutuvan hyvin, mutta tietoa tulisikin antaa yhtäaikaaisesti potilaalle ja tämän perheelle. Tiedon antaminen onkin kiinni hoitohenkilökunnan aktiivisuudesta. Hoitohenkilökunnan tulisikin olla aktiivisesti yhteydessä potilaan omaisiin ja perheeseen, jotta perhe kokisi saavansa tarpeelliset tiedot (Rantanen ym. 2010: 143). Perheen hyvinvointiin liittyy myös se, että he saavat osallistua edes pienten hoitopäätösten tekemiseen yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa (Maijala ym. 2002: 381).

Hoitohenkilökunnan auttaminen omaisensa hoidossa lisää myös perheiden läheisyyden tunnetta ja yhtenäisyyttä sekä potilaan turvallisuuden tunnetta (Mitchell ym. 2009: 549). Suurimpana ongelmana perhehoitotyön noudattamisessa on sekä tutkimuksissa että tämän opinnäytetyön asiantuntijapaneeleissa noussut rauhallisten, yksityisten tilojen puute sairaaloissa. Perheiden tulisi kuitenkin saada viettää sairaalassa aikaansa niin paljon kuin haluavat, jotta heille voisi tarjota myös mahdollisuutta osallistua omaisensa hoitoon. (Ewart ym. 2014: 215-216; Richter ym. 2007: 317; Thorman 2006: 222-223.)

Potilaille ja heidän omaisilleen henkilökunnan antama aika helpottaa jaksamista ja luo turvallisuuden tunnetta. Kiireestä huolimatta henkilökunta pyrkii antamaan potilaille ja heidän omaisilleen aikaa (Soukka ym. 2004: 30-31). Muita omaisten jaksamista tukevia toimintoja on perheen tukeminen, rohkaiseminen, toivon ylläpitäminen ja turvallisuuden tunteen luominen. (Pitkänen ym. 2002: 227-228; Coyne ym. 2013: 480.) Kaiken kaikkiaan perhehoitotyö ymmärretään nykyäskäytännön mukaan tärkeäksi osaksi sairaalahoittoa. Henkilökunnalle tuleekin huolehtia osastoilla lisää resursseja perhehoitotyön noudattamiseen, kuten aikaa, koulutusta ja työnohjausta. Asiantuntijajaneeli oli näissä yhteneväistä mieltä aiempien tutkimustulosten kanssa. (Soukka ym. 2004: 3; Coyne ym. 2011: 2566-2568.)

Antenataaliosastolla perhehoitotyön noudattamisesta tulee varmasti yksi hoitotyön peruslähtökohdista vielä lähitulevaisuudessa. Jatkotutkimusaiheena antenataaliosastolla voisikin olla perheiden toiveet ja odotukset perhehoitotyön noudattamisesta osastolla. Ensin tulisi kuitenkin odottaa että perhehoitotyön toimintamalli on saatu kunnolla käyttöön, jotta perheiltä saadaan lisää kehitysideoita perhehoitotyön noudattamiseen. Tällöin myös toimintamallia tulisi päivittää perheiden toiveiden mukaiseksi.

Lähteet

Aho, Anna Liisa – Tarkka, Marja-Terttu – Paavilainen, Eija – Åstedt-Kurki, Päivi (toim.) 2006. Perhehoitotieteelliset tutkimusmenetelmät. Julkaisuja 7. Tampereen Yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Bell, Janice M. 2013. Family Nursing Is More Than Family Centered Care. *Journal of Family Nursing* 19 (4): 411-417.

Coyer, Fiona – Courney, Mary – O’Sullivan, Judy 2007. Establishing an action research group to explore family-focused nursing in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice* 2007, 13: 14-23.

Coyne, Imelda – O’Neill, Colleen – Murphy, Maryanne – Costello, Thomas – O’Shea, Rita 2011. What does family-centered care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing* 67 (12); 2561-2573.

Coyne, Imelda – Murphy, Maryanne – Costello, Thomas – O’Neill, Colleen – Donnellan, Claire 2013. A Survey of Nurses’ Practices and Perceptions of Family-Centered Care in Ireland. *Journal of Family Nursing* 19 (4): 469-488.

Ewart, Linda – Moore, Jenny – Gibbs, Claire – Crozier, Kenda 2014. Patient- and family-centred care on an acute adult cardiac ward. *British Journal of Nursing* 23 (4): 213-218.

Friedman, Marilyn M. 1992. *Family Nursing. Theory and practice*. Third Edition. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.

Friedman, Marilyn M. – Bowden, Vicky R. – Jones, Elaine G. 2003. *Family Nursing. Research, Theory, and Practice*. Fifth Edition. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

Halme, Nina – Paavilainen, Eija – Åstedt-Kurki, Päivi 2007. Aikuisen perheenjäsenen kohtaaminen sairaalassa – kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö* 5 (1): 18-24.

Heikkilä, Asta – Jokinen, Pirkko – Nurmela, Tiina 2008. *Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla*. Helsinki: WSOY.

Hopia, Hanna – Rantanen, Anja – Mattila, Elina – Paavilainen, Eija – Åstedt-Kurki, Päivi 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. *Tutkiva Hoitotyö* 2 (4): 24-29.

Hsieh, Yu-Hui – Kao, Chien-Huei – Gau, Meei-Ling 2006. The Lived Experience of First-Time Expectant Fathers Whose Spouses Are Tocolyzed in Hospital. *Journal of Nursing Research* vol. 14 no. 1. 65-73.

Jimenez, Vania – Klein, Michael C. – Hivon, Myriam – Mason, Catherine 2010. A Mirage of Change: Family-Centered Maternity Care on Practice. *Birth* 37 (2): 160- 167.

Kananen, Jorma 2008. *Kvali. Kvalitatatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, Jorma 2012. *Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koivula, Meeri 2004. Perheen ja läheisten ihmisten merkitys ohitusleikkauspotilaiden ja hoitohenkilökunnan kokemana. *Tutkiva Hoitotyö* 2(11): 4-9.

Kuusi, Osmo 2013. *Delfoi-menetelmä*. Teoksessa Kuusi, Osmo – Bergman, Timo – Salminen, Hazel 2013. *Miten tutkimme tulevaisuuksia*. . 3. uudistettu painos . Helsinki: Tulevaisuuden tutkimuksen seura ry. 248-266.

Larivaara, Pekka – Lindroos, Sirpa – Heikkilä, Taina (toim.) 2009. *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta. 2012. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Maijala, Hanna – Paavilainen, Eija – Väisänen, Leena – Åstedt-Kurki, Päivi 2002. Caregivers' experiences of interaction with families expecting a fetally impaired child. *Journal of Clinical Nursing* 13: 376-385.

Metsämuuronen, Jari 2000. *Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia –sarja 4*. Viro: Jaabes.

Mikkelsen, Gitte – Frederiksen, Kirsten 2010. Family-centred care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 67 (5): 1152-1162.

Mitchell, Marion – Chaboyer, Wendy – Burmeister, Elizabeth – Foster, Michelle 2009. Positive Effects of a Nursing Intervention on Family-Centered Care in Adult Critical Care. *American Journal of Critical Care* 2009: 18 (6), 543-552.

Namasivayam, Pathma – O'Connor, Margaret – Barnett, Tony – Lee, Susan – Peters, Louise 2011. Nurse-family interaction in Malaysian palliative care settings: a focused literature review. *International Journal of Palliative Nursing* 17(10): 507-513.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2009. *Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan*. Helsinki: WSOYPro Oy.

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1999. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY.

Pelto-Huikko, Antti – Karjalainen, Karoliina – Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2006. Terveiden edistämisen toimintamallit. Terveiden edistämisen hakkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Terveiden edistämisen julkaisuja 4/2006. Helsinki: Trio-offset.

Pitkänen, Anneli – Laijärvi, Heli – Åstedt-Kurki, Päivi – Pukuri, Tarja 2002. Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. Hoitotiede 14 (5): 223-232.

Ranta, Tyyne – Paavilainen, Eija – Tarkka, Marja-Terttu 2003. Perhehoitotyön toteutuminen lastenpsykiatrisella osastolla ja perheen elämäntilanne. Hoitotiede 15 (5): 214-222.

Rantanen, Anja – Paavilainen, Eija – Heikkilä, Asta – Åstedt-Kurki, Päivi – Asikainen, Paula 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa – pilottitutkimus. Hoitotiede 22 (2): 141-152.

Richter, Magdalena S. – Parkes, Cheryl – Chaw-Kant, Jean 2007. Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients. Journal of Obstetric Gynecologic Nursing 2007 36 (4): 313-318.

Roudebush, Judy R. - Kaufman, Joanna - Johnson, Beverley H. - Abraham, Marie R. - Clayton, Sandra P. 2006. Patient- and Family-Centered Perinatal Care: Partnerships With Childbearing Women and Families. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 2006: 20 (3); 201-209.

Soukka, Helinä – Rajamäki, Maria – Paavilainen, Eija 2004. Munasarjasyöpää sairastavan selviytyminen sekä potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairaalassa. Tutkiva Hoitotyö 2(3): 28-32.

Thorman, Kathleen E. 2006. While You Are Waiting: A Family-focused Antepartum Support Program. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 2006 20(3): 220-226.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopisto.

Trajkovski, Suza – Schmied, Virginia – Vickers, Margaret – Jackson, Debra 2012. Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study. Journal of Clinical Nursing no 21, 2477-2487.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
<<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>> Luettu 25.10.2015.

Uhl, Tammy – Fisher, Kimberly – Docherty, Sharron L. – Brandon, Debra H. 2013. Insights into Patient and Family-Centered Care Through the Hospital Experiences of Parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 42: 121-131.

Uotila, Jukka 2007. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen, Äimälä (toim.). *Kätilötyö*. Helsinki: Edita Prima.

Wright, Lorraine M. – Leahey, Maureen 2013. *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention*. 6th Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Zwelling, Elaine – Phillips, Celeste R. 2001. Family-Centered Maternity Care in the New Millenium: Is It real or Is It Imagined? *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 2001 15 (3): 1-12.

Åstedt-Kurki, Päivi - Jussila, Aino-Liisa - Koponen, Leena - Lehto, Paula - Maijala, Hanna - Paavilainen, Riitta & Potinkara, Heli 2008. *Kohti perheen hyvää hoitamista*. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Åstedt-Kurki, Päivi – Paavilainen, Eija – Tammentie, Tarja – Paunonen-Ilmonen, Marita 2001. Interaction between adult patients´ family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15(2): 142-150.

Saatekirje

Opinnäytetyön tekijä Tiia Kaisko, tiia.kaisko@metropolia.fi

Kohti perhehoitotyötä – antenataaliosaston perhehoitotyön toimintamallin kehittäminen

Ohjaaja Marja Salmela, FT, TtM, Sh, Hoitotyön koulutusohjelma, lehtori

Työelämän yhteyshenkilö Tanja Sandell, osastonhoitaja, Naistenklinikka os.42

Metropolia Ammattikorkeakoulu, YAMK kliininen asiantuntija

Opiskelen Metropolia ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa. Opintoihini kuuluu keskeisenä osana opinnäytetyön tekeminen. YAMK –tutkinnossa opinnäytetyöt ovat työelämälähtöisiä. Opinnäytetyöni aiheena on perhehoitotyön toimintamallin kehittäminen antenataaliosastolle. Toimintamallin avulla antenataaliosastolla annettavaa hoitoa on tarkoitus kehittää enemmän perhekeskeisemmäksi ja näin ollen vastaamaan enemmän nykypäivän asiakkaiden toiveisiin. Opinnäytetyöni toteutetaan kehittämistyön menetelmin ja aineisto kootaan Delfoi –menetelmää mukaillen asiantuntijapaneelissa mielipiteitä vaihtaen. Tavoitteenani on saada perhehoitotyön toimintamalli valmiiksi keväällä 2015.

Opinnäytetyötäni varten olen tutustunut kansainvälisiin tutkimuksiin ja poiminut niistä esiinnoitteita keskeisiä perhehoitotyön toimintoja.

Kutsun Sinut asiantuntijapaneeliin keskustelemaan keskeisistä perhehoitotyön toiminnoista ja siitä kuinka niitä on mahdollista hyödyntää antenataaliosastolla. Asiantuntijapaneelleja järjestetään kaksi. Keskeisiä teemoja paneelissa ovat artikkeleista nousseet perhehoitotyön toiminnot; kumppanuus ja tiedonanto perheiden ja hoitohenkilökunnan välillä, perhe mukana päätösten teossa, yhdessä toimiminen perheen kanssa, perheen psyykkisen hyvinvoinnin turvaaminen, perhekeskeinen osastokulttuuri sekä henkilöstöressurssien ja johdon tuen merkitys perhekeskeisessä hoitotyössä.

Mieti ennen ryhmäkeskustelua edellisistä teemoista

- Miten kyseinen perhehoitotyön toiminto mielestäsi toteutuu antenataaliosastolla tällä hetkellä?
- Mitä haasteita perhehoitotyön toimintojen toteuttamisessa antenataaliosastolla on?
- Miten mielestäsi perhehoitotyön toimintoja tulisi antenataaliosastolla toteuttaa?

Asiantuntijapaneeliin osallistuminen on vapaaehtoista. Asiantuntijapaneelin tapaaminen tullaan nauhoittamaan myöhemmin tapahtuvaa aineiston analyysia varten. Lopulliseen raporttiin ei tule asiantuntijoiden nimiä eikä muita tunnistetietoja.

Jos sinulla on kysyttävää asiantuntijaryhmän tapaamisesta etukäteen, ota rohkeasti yhteyttä.

Aineiston analyysitaulukko

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
tavoitteena kärsimyksen lievittyminen	tavoitteena fyysisen kärsimyksen lievittyminen	tavoitteena perheen voimavaraistuminen ja vanhemmuuteen kasvu ja siinä tukeminen sekä kärsimyksen lievittäminen	perhehoitotyön tavoitteet
tavoitteena vanhemmuuteen kasvun tukeminen	tavoitteena vanhemmuuteen kasvu ja siihen tuen saaminen		
tavoitteena isyyteen kasvamisessa auttaminen			
tavoitteena että perhe löytää itse omat voimavaransa ja ammattilainen tukee ja kannustaa siinä	tavoitteena perheen voimavaraistuminen ja siihen tuen saaminen		
ajantasaisen tiedon antaminen	tiedon antaminen potilaalle	tiedon antaminen potilaalle ja omaiselle/omaisille	perhehoitotyön keinot
vaihtoehtoisista hoitomenetelmistä tiedottaminen			
vauvan ennusteesta kertominen isän läsnä ollessa	tiedon antaminen isälle		
tiedon saaminen suoraan asiantuntijalta (isä)			
lääkäri antaa tietoa isällekin			
tiedonanto samanaikaisesti omaiselle ja potilaalle	tiedon antaminen yhtäaikaaisesti omaiselle ja potilaalle		
pidetään perhe ajan tasalla			
valmennetaan hetkeen			
helpottaa isäksi kasvamista	isäksi kasvun tukeminen	vanhemmuuden tukeminen	
perheeksi kasvun tukeminen			
isyyden huomioiminen			
vanhemmat kasvaa vanhemmuuteen tasavertaisesti	vanhemmuuteen kasvun tukeminen		
helpottaa perheeksi kasvamista			
korostaa sitä että lapsi on yhteinen			
syntyvän lapsen huomioiminen			
empatian antaminen	lohduttaminen ja empatian antaminen	psykykkisen tuen antaminen	
tiedon saanti lohduttaa			
empaattisuus ja myötätunto hoitajalta ammattilaisen tiedon kautta			
kannatellaan potilasta ja perhettä			

otetaan vastaan tunnetta perheeltä	tuetaan perhettä kriisissä		
otetaan vastaan perheen shokki tilanteesta			
perhe näyttää vahvemmalta kuin todellisuudessa ovat	perheen psyykkinen tukeminen		
enemmän psyykkistä tukea			
jos perhe alkaa avautumaan käytetään keskusteluun runsaasti aikaa			
runsaasti keinoja tukea perheen selviytymistä			
perheen selviytymisen tukeminen			
kokonaisvaltaista psyykkistä hoitoa			
mukana jokapäiväisessä hoitotyössä	perhe mukana hoitotyön tekemisessä	yhdessä toimiminen perheen kanssa	
perhe mukana konkreettiossa hoidossa			
perheen huomioiminen hoidossa			
yhteistyö perheen kanssa			
isä tekee pieniä asioita äidin hyväksi			
perheen vastuut ja velvollisuudet			
perhe tiedon välittäjänä			
isä mukaan hoitoon	isä kokee olevansa osa hoitoa		
mies avustaa äitiä pienillä teoilla			
isän motivoiminen vaimon hoitoon			
isän mukanaolo hoitotilanteissa	isä mukana hoitotyössä		
isä integroituu mukaan lapsen hoitoon ennen synnytystä			
hoidon antaminen miehen tai puolison läsnä ollessa	isä läsnä sairaalassa	perheen oleminen läsnä sairaalassa	
mies ymmärtää että hyvä olla sairaalassa vaimon takia	annetaan perheen olla läsnä sairaalassa		
mies ymmärtää että hyvä olla sairaalassa itsensä takia			
vapaa oleminen sairaalassa			
kannustetaan vierailuihin sairaalassa			

mahdollisuus viettää aika perheen kesken sairaalahoidon aikana			
hankitaan patjoja lattialle			
perheen kuuleminen	perheen ja isän kuuleminen	keskusteleminen yhdessä potilaan ja perheen kanssa	
kokemus siitä että on saanut sanoa mielipiteensä			
kuulluksi tulemistä			
isällä tunne että on saanut sanoa mielipiteensä			
kuunnellaan perheen tarpeita			
miehen ollessa paikalla keskustellaan molempien kanssa	perhe mukaan keskusteluun		
puolison mukaan ottaminen keskusteluun			
keskustelut molempien vanhempien läsnä ollessa			
lääkäri keskustelee molempien vanhempien läsnä ollessa			
keskusteleminen muun perheen kanssa			
vastataan perheen kysymyksiin			
perheen huomioiminen	perheen olemassaolon huomioon ottaminen	perheen huomioon ottaminen	
huomiointia			
perhe huomioidaan yksikkönä			
koko perheen hädän huomioiminen			
sairaalassaolo tuo rajoitteita perhe-elämään			
koko perheen hätään vastaaminen			
jokapäiväinen tervehtiminen ja kuulumisten tiedusteleminen puolisoilta			
kontaktin luominen puolisoon			
omaisen huomioiminen			
kysytään miltä tuntuu			
äiti tietää miten kotona menee	otetaan huomioon perheen selviytymisen kotona		
tiedustellaan perheen tilanteesta kotona			
huolehditaan voidaanko olla avuksi kotiväelle			
tiedustellaan ikävän			

määrästä			
äidin huolen perheen pärjäämisestä huomioiminen			
motivaatiota äidille perheen puolelta			
isä tai puoliso tietää miten sairaalassa menee	otetaan huomioon perheen / puolison tuntemukset		
potilaan tuntemusten selittäminen miehelle/ puolisolle			
puolison huoli äidistä			
puolison huoli vauvasta			
vanhempien rohkaiseminen tekemään hoitopäätökset yhdessä	vanhemmat tekevät päätökset yhdessä	hoitopäätösten tekeminen yhdessä vanhempien kanssa	
tukea yhteiseen päätöksentekoon			
vanhemmat mukaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon	vanhemmat mukaan hoitopäätösten tekoon		
ratkaisujen etsiminen yhdessä vanhempien kanssa			
katsotaan yhdessä askel eteenpäin			
oma huone helpottaa keskustelemista	yksityisyyttä potilaalle	potilaan yksityisyyden turvaaminen	perhehoitotyön edellytykset
yksityisyyttä keskusteluille			
tilanantamista pyritään järjestämään oma huone			
aktiivisuus hoitohenkilökunnan puolelta	hoitohenkilökunnan aktiivisuus	hoitohenkilökunnan aktiivinen ote perhehoitotyön toteutukseksi	
ammattilaisen aktiivinen rooli			
hoidon jatkuvuus	hoidon jatkuvuuden turvaaminen		
hoitajat tuntevat perheet hyvin			
liittyy kaikkiin kontakteihin ja vuorovaikutuksiin			
koskee jokaista työntekijää, potilasta ja hänen perhettänsä	potilaiden tasapuolinen kohtelu		
potilaiden tasapuolinen kohtelu			
potilas määrittelee itse perheensä	potilaslähtöinen hoitaminen		
yksilöllisyys			
tilannesidonnaisuus			

potilaan tukemista hänelle sopivin keinoin			
ammattitaitoinen henkilökunta	hoitajan ammatillisuus	ammattitaitoinen henkilökunta	
ammattisuuden säilyttäminen			
henkilökunnan näkeminen ammatti-ihmisinä			
henkilökunnan ja potilaan suhteen epätasavertaisuus			
ammattisuus versus kumppanuus			
tukee ja auttaa ammattilaisena			
ammattilainen aina eri roolissa kuin kumppani			
kaiken takana ammatillinen käyttäytyminen ja ammatillisuus			
ammattisuudessa prioriteetti säilyy lääketieteellisessä ongelmassa			
hyvä implementointi	hyvä implementointi	henkilökunnan hyvä koulutus perhehoitotyöhön	
hyvä sisäänajo			
koulutusta tarvitaan	koulutusta ja keskustelua		
tiedotusta osaston väelle			
opastusta henkilökunnalle			
ohjausta perhehoitotyöstä			
osastotunti perhehoitotyöstä			
kehittämispäivä perhehoitotyöstä			
käsitellään pienissä ryhmissä			
perhehoitotyön merkityksen ymmärtäminen	perhehoitotyön merkityksen ymmärtämistä		
perhehoitotyön sisäistämistä			
perhehoitotyöhön osallistumista			
ryhdytään uskomaan perhehoitotyöhön ja sitä kautta noudattamaan sitä			
asenneilmaston muutosta tarvitaan	asenteen ja ajattelutavan muutos	henkilökunnan ajattelutavan muutos perhehoitotyöhön suuntaan	
ajattelutavan muutostarpeellinen			
jatkuvaa keskustelua perhehoitotyöstä			
potilaiden jakaminen kuormittavuuden perus-	potilaiden jakamista kuormittavuuden pe-	prosesseihin liittyvät edellytykset	

teella	rusteella		
hoitoketju-ajattelun ymmärtäminen	hoitoketjun ja perhehoitotyön merkityksen ymmärtäminen hoitoketjussa		
ymmärretään oma osuutemme ketjussa			
koko prosessin ymmärtäminen			
välttämätöntä ymmärtää perhehoitotyön merkitys potilaan hoitoketjussa			
muut yksiköt toteuttaa, antenataaliosasto ei voi jättää toteuttamatta			
antenataaliosastokin tärkeä tässä linkissä			
perhehoitotyö kulkee potilaan matkassa joka paikassa			
jokaisen tulee tietää että osastolla toteutetaan perhehoitotyötä			
osastonhoitaja velvoittaa			
lasten läsnäolo vaatii myös terveeseen aikuisen läsnäolon turvallisuuden säilymiseksi	turvallisuus mukana lasten oleilussa osastolla	potilasturvallisuuden säilyminen	
potilasturvallisuuden säilyttäminen	potilasturvallisuus mukana kaikissa tilanteissa		
pidetään mielessä että potilas on sairaalassa sairauden vuoksi			
tähtäin potilaan paraneemisessa			
perheen tulee edistää potilaan hoitoa, ei kuitenkaan häiritä muiden potilaiden hoitoa			
fyysisten tilojen tuomat rajoitteet	fyysisten tilojen aiheuttamat rajoitteena	fyysisten tilojen aiheuttamat rajoitteet perhehoitotyön toteuttamisessa	perhehoitotyötä rajoittavat tekijät
ongelmana tilat			
esteenä se että hoidetaan huoneita ei potilaita			
seinät ja potilashuoneet ei voi mennä perhekeskeisen lähestymistavan ohi			
lyhyiden hoitoaikojen tuoma hankaluus hyvän hoitosuhteen luomisessa	hyvän hoitosuhteen luomisen rajoitteet	hoitosuhteen luomiseen liittyvät rajoitteet perhehoitotyön toteuttamisessa	
yksityisyys kärsii monenhengen huoneissa			

koko perheen hoitaminen vie hoitajalta enemmän resurssia kuin pelkän potilaan hoitaminen	resurssipula	resursseihin liittyvät rajoitteet perhehoitotyön toteuttamisessa	
henkisesti kuluttavaa			
tekosyiden käyttäminen	hoitajien asenteet	hoitajien asenteisiin liittyvät rajoitteet perhehoitotyön toteuttamisessa	
hoitajan haluttomuus			
asenneongelmat			
henkilökunta keskittyy perhehoitotyöhön ja lääketieteellinen ongelma jää hoitamatta	hoitajien kyvyttömyys priorisoida	kokemattomuuden tuomat rajoitteet perhehoitotyön toteuttamisessa	
perhehoitotyö näyttelee liian suurta osaa			
keskittyminen ammatillisen roolin säilyttämiseen nuoremmilla hoitajilla	kokemattomuus		
parisuhteen hoitaminen	parisuhteen vahvistaminen	perheyhteyden vahvistaminen	perhehoitotyön hyödyt
parisuhteen tukeminen			
raskaus perheen yhteinen tapahtuma			
mietitään perhettä yhdistäviä rakenteita	tuetaan perhettä yhdistäviä rakenteita		
vahvistetaan perheyhteyttä			
perheen yhteen integroiminen			
perheen mukanaolon hyödyt vauvan syntymän jälkeen			
isän hallinnan menettämisen tunteen välttäminen	tuloksena isän huonojen kokemusten välttäminen	isän kokemuksen parantuminen	
isän tunne itsemääräämisoikeuden puuttumisesta vältetään			
myönteinen kokemus isänä olemisesta osastolla			
isän kokemus tärkeydestään korostuu	isä kokee itsensä tärkeäksi		
kaikkien jaksaminen paranee	helpotetaan sekä potilaan että perheen jaksamista	perheen jaksamisen parantuminen	
helpottaa toipumista			
lääkäriä tarvitaan yhä fyysisen kärsimyksen lievittämiseen	fyysisen kärsimyksen lievittäminen		
perheen mukanaolo lisää äidin turvallisuuden tunnetta	äidin turvallisuuden tunteen lisääntyminen	äidin kokemuksen parantuminen	
perheen näkeminen helpottaa äidin oloa			

äidin oikeus päättää tuleeko perhe sairaalaan			
vanhempien tietoisuus edessä olevista tapahtumista kasvaa	vanhempien tietojen karttuminen	perheen tiedon lisääntyminen	
potilasturvallisuus lisääntyy			
kehityskeskustelut	osaston henkilökunnan palaute ja arviointikeskustelut	palaute ja arviointikeskustelut	perhehoitotyön toteutuminen ja sen arviointi
kysytään henkilökunnalta miten kunkin toiminnassa näkyy perhehoitotyö			
keskustelut osastotunneilla			
kysymyksiä voi esittää sille joka asiaan perehtynyt paremmin			
osaston perhehoitotyöryhmä pitää aihetta pinnalla			
debriefing -keskustelu			
uusi asennekysely henkilökunnalle			
osaston eettisiin hoito-ohjeisiin sisällyttäminen	osaston hoito-ohjeisiin sisällyttäminen	kirjalliset perhehoitotyön ohjeet	
tuloskorttiin sisällyttäminen			
aamupalaverissä esittäminen	muiden toimipisteiden kanssa kokemusten vaihtaminen	yhteistyö muiden toimipisteiden kanssa	
kuullaan mitä tapahtuu muualla ja informoidaan mitä tapahtuu meillä			
opiskelijoilta palautteen kysyminen	opiskelijoiden palautteen kysyminen	opiskelijapalaute	