

PERHEHOITOTYÖ NEONATOLOGIAN OSASTOILLA, HELSINGIN
JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUIRIN ALUEELLA

Laura Pesonen
Opinnäytetyö, syksy 2011
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Pesonen, Laura. Perhehoitotyö neonatologian osastoilla, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Diak Etelä, Helsinki, syksy 2011, 57 s., 1 liite. Diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö oli työelämälähtöisesti toteutettu tutkimus perhehoitotyöstä neonatologian osastoilla, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella, ja tarkoitettiin neonatologian osastojen hoitohenkilökuntien ja esimiesten käyttöön. Opinnäytetyö koostui kirjallisuuskatsauksesta ja kyselytutkimuksesta. Opinnäytetyön tavoite oli tuoda esille hoitohenkilökunnan näkemys perhehoitotyön toteuttamisesta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella, sekä tuoda perhehoitotyön merkitystä entistä selkeämmin esille. Tavoitteena oli myös tukea Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueelle rakennettavan uuden vastasyntyneiden ja keskosten teho-osaston toimintamallia perhehoitotyöhön liittyen.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin tiedonhaun avulla aihetta käsittelevistä tutkimuksista, artikkeleista ja muusta kirjallisesta aineistosta. Kirjallisuuskatsaus muodostui aiheeseen liittyvistä tieteellisistä artikkeleista. Kyselytutkimus toteutettiin sähköpostitse webropol-ohjelman välityksellä ja siihen vastasi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin neonatologian osastojen hoitohenkilökunnat. Kyselytutkimuksen tulokset käsiteltiin spss-ohjelman avulla, ja niiden tuloksia analysoitiin vertaamalla niitä kirjallisuuskatsauksen tuloksiin ja johtopäätöksiin.

Tuloksissa kävi ilmi, että perhehoitotyön toteuttaminen neonatologian osastoilla tukee merkittävästi potilaiden toipumista ja heidän perheidensä selviämistä. Kyselytutkimuksen tulokset tukivat suurelta osin kirjallisuuskatsauksesta ilmeneviä johtopäätöksiä. Kyselytutkimuksessa ilmenivät kuitenkin myös perhehoitotyöhön liittyvät ongelmat ja sen toteuttamista estävät tekijät. Ikäryhmillä, ammattinimikkeillä ja työkokemusvuosilla oli kyselytutkimuksen tulosten mukaan jonkin verran merkitystä perhehoitotyön toteuttamisessa hoitohenkilökuntien suhtautumisen ja kiinnostuksen näkökulmasta.

Johtopäätöksenä todettiin perhehoitotyön kehittämisellä ja siihen liittyvillä tutkimuksilla olevan merkitystä hoidon toteuttamiselle. Tiedon lisääminen ja koulutus todettiin edellä mainitun kannalta tärkeäksi. Opinnäytetyö antoi hyödyllistä tietoa perhehoitotyön kehittämisen tueksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella.

Asiasanat: perhe, perhehoitotyö, neonatologia,

ABSTRACT

Pesonen, Laura.

Family Nursing in a Neonatal Unit in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa.

57 p; 1 appendix. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care Degree: Public Health Nurse.

The thesis was a survey of family nursing in the units of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa. It was done in partnership with departments of neonatal nursing and, considering the needs of neonatal nursing at the Hospital District of Helsinki and Uusimaa. The thesis consisted of a literature review and a survey. The main objective of the thesis was to examine the opinions of nursing staff in the neonatal units and bring out more clearly the meaning and significance of family nursing. Another aim was to support the idea and the model of family nursing in a new neonatal intensive care unit that is planned to be built in Helsinki.

The material of the thesis was gathered with the help of previous studies and literature related to the theme. The literature review consisted of dissertations. The survey aimed at nursing personnel of neonatal units in Hospital District of Helsinki and Uusimaa was completed by using webropol-software. Out of 181 employees, 91 responded making the response rate 50,3 %. The results of the survey were processed by using spss-software and analysed by comparing them to the results of the literature review.

The results showed that family nursing was significant to patients and their families recovering and coping. The results of the survey were mostly compatible with the results of the literature review. In the nursing personnel's opinion, family nursing was an important part of nursing and they understood its positive effects on the quality of nursing. However, there were plenty of problems that made family nursing difficult. Age groups, titles and work experiences had a slight effect on the implementation of family nursing. As a consequence it was noted that research and development were significant for implementation of family nursing. Education and an increase in knowledge of family nursing were noted to be important also. This thesis can be utilised to develop family nursing of Hospital District of Helsinki and Uusimaa.

Keywords: family, family nursing, neonatal

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 NEONATOLOGIA	7
3 PERHEHOITOTYÖ	9
4 TUTKIMUSKATSAUS	11
4.1 Tutkimusartikkelit:	11
4.2 TAULUKKO 1. Tutkimusartikkelit	12
4.3 Artikkelien keskeiset tulokset ja vertaileva analyysi	14
5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	16
6 KYSELYTUTKIMUKSEN TOTEUTUS	18
6.1 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat ja tutkimuksen luotettavuus	21
7 KYSELYTUTKIMUKSEN KESKEISET TULOKSET	23
7.1 Perheiden kokonaisvaltainen tukeminen neonatologian osastoilla	23
7.2 Perheen huomioiminen hoitotyössä ja sen vaikutus potilaan vointiin	26
7.3 Perhehoitotyöhön annettavan erityisen koulutuksen tarve	29
7.4 Perhehoitotyön vaikeus ja sen viemä aika	33
7.5 Perhehoitotyön toteuttamisessa ilmenevät rajoitteet	36
8 POHDINTA	42
8.1 Pohdintaa opinnäytetyön tuloksista	42
8.2 Kehittämisehdotuksia	45
8.3 Oma arvio opinnäytetyön toteuttamisesta sekä ammatillinen kasvu	46
LÄHTEET	50
LIITE 1: KYSELYLOMAKE	53

1 JOHDANTO

Perhelähtöisyys on ammatillisessa keskustelussa lasten sairaaloissa, etenkin vastasyntyneiden osastoilla, noussut viime aikoina yhä enemmän esiin. Siihen liittyy odotuksia ja tavoitteita, jotka ovat toteutettavissa hoitotyön keinoin. Näitä ovat esimerkiksi konkreettiset muutokset hoitotyön järjestelyissä ja tiedon lisääminen. Parhaimmillaan perhelähtöisyys toteutuu hoitotyössä vanhempien osallistuessa lapsensa hoitoon mahdollisuuksien mukaan. Perheen läsnäolo vastasyntyneen hoidossa voi nopeuttaa lapsen kotiutumista ja hoidon onnistumista. Avoin tiedonkulkua perheen ja hoitohenkilökunnan välillä on myös tärkeä osa perhehoitolähtöisyyttä. Lasten hoitotyön muuttumiseen on vaikuttanut lapsiin kohdistunut tutkimustyö, joka on auttanut ymmärtämään lapsen perustarpeita. Aluksi vaikutusta oli lapsipsykologisella tutkimuksella, mutta myöhemmin hoitotieteen oma tutkimus on myös tuottanut tietoa. (Santahuhta, Åstedt-Kurki & Paavilainen 2001, 298.)

Opinnäytetyöni tarkoitus on tutkia perhehoitotyön toteutumista Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin neonatologian eli vastasyntyneiden sairauksia ja keskosia hoitavilla osastoilla. Työ muodostuu tutkimuskatsauksesta, jota käytän teoriapohjana tutkimukselle sekä muodoltaan kvantitatiivisesta kyselystä. Kyselyn toteutan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin vastasyntyneiden ja keskosten teho- ja valvontaosastoilla. Kyselyyn vastaa siis neljän vastasyntyneiden hoitoon erikoistuneen osaston hoitohenkilökunta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Käytän Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä lyhennettä HUS.

Opinnäytetyöni tarve on lähtenyt työelämästä, HUS:n neonatologian osastojen esimiesten toivomuksesta. Heidän näkökulmastaan kehittämishaasteena HUS:n vastasyntyneiden hoitoon perehtyneillä osastoilla on ilmennyt perheiden mukaan ottaminen hoitotyöhön intensiivisemmin. Perheiden huomioiminen olisi tärkeää olla hyvän hoidon toteutumisen kannalta vielä konkreettisemmin esillä, ja tutkimukseni voisi antaa uusia näkökulmia hoitohenkilökunnalle perhehoitotyöstä. Lisäksi opinnäytetyöni tukisi osaltaan uuden HUS:n alueelle Naistenkli-

nikalle rakennettavan vastasyntyneiden ja keskosten teho- ja valvontaosaston toimintaperiaatemallin ideaa. Uudella osastolla olisi tarkoitus ottaa vastasyntyneiden perheet entistä paremmin huomioon osaston toiminnassa.

2 NEONATOLOGIA

Neonatologia, eli vastasyntyneisyystiede käsittää vastasyntyneiden sairauksia tutkivan lääketieteen haaran. *Neonataalivaihe* tarkoittaa syntymän jälkeistä vaihetta (28 vrk syntymästä). Neonatologia sijoittuu siis tutkimaan neonaatalivaiheen aikana ilmeneviä vastasyntyneiden sairauksia. Vastaavasti *perinataalikaudella* tarkoitetaan raskauden loppuvaihetta, (noin viikolta 23. lähtien) synnytystä ja ensimmäistä elinviikkoa. Osittain nämä vaiheet menevät siis päällekkäin. Raskauden kokonaiskesto on keskimäärin 40 viikkoa. *Ennenaikaisiksi* kutsutaan lapsia, jotka syntyvät ennen 37. raskausviikkoa, *yliaikaisiksi* taas 42. raskausviikon jälkeen syntyneitä. *Keskosiksi* määritellään lapset, jotka syntyvät ennen 36. raskausviikon päättymistä tai painavat alle 2500 g. *Pieniksi keskosiksi* kutsutaan syntyessään alle 1500 g painavia lapsia ja *pienen pieniksi keskosiksi* alle 1000g painavia lapsia. (Näse-Ståhlhammar 2010.)

Noin kolme prosenttia kaikista vastasyntyneistä tarvitsee tehohoitoa. Vastasyntyneiden tehohoitoa järjestetään Suomessa pääasiassa yliopistollisissa sairaaloissa. Viime vuosikymmeninä vastasyntyneiden tehohoito on kehittynyt huomattavasti siten, että yhä pienemmät keskoset jäävät eloon ja painopiste on siirtynyt komplikaatioiden hoitamisesta niiden ehkäisemiseen. Vastasyntyneiden tärkeimmät, tehohoitoa vaativat sairaudet liittyvät perinataalisiin infektioihin eli äidin raskaudenaikaisiin infektioihin, kuten Herpex-virukseen, hengityselimistön poikkeamiin ja sairauksiin, verenkiertoelimistön ongelmiin, hematologisiin häiriöihin, kuten esimerkiksi anemia, neurologisiin eli hermostollisiin-, gastroenterologisiin eli ruuansulatuselinten- ja nefrologisiin eli munuaisten toimintaan liittyviin häiriöihin. Lisäksi esiintyy endokrinologian eli umpieritystoiminnan ja metabolian eli aineenvaihdunnan häiriöitä, sekä geneettisiä poikkeamia. (Fellman & Luukkanen 2002, 19–184.) Yleisimmät syyt vastasyntyneiden tehohoitoon HUS:n alueella ovat keskosuus, hengitysvaikeudet, infektiot, synnytyskomplikaatiot ja äidin sairaudesta johtuvat vastasyntyneen ongelmat.

Tehohoito perustuu tehokkaaseen elvytykseen syntymän jälkeen, huolellisiin valmisteluihin ennen lapsen saapumista teho-osastolle, hellävaraiseen hengi-

tystukeen tai ventilaatiohoitoon, jatkuvaan monitorointiin, tarkkaan ja huolelliseen neste- ja lääkehoitoon, rauhalliseen ympäristöön tehohoidosta toipumista varten ja perheen kriisin hoitoon. Myös hyvällä ravitsemuksella on keskeinen osa lapsen toipumisessa ja uusien tehohoitojaksojen ehkäisemisessä. (Fellman & Luukkanen 2002, 5.) Teho-osastohoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat esimerkiksi lääkärit, sairaanhoitajat, osastofarmaseutti, osastonsihteerit, sosiaalityöntekijä ja sairaalapastori. Röntgen- ja ultraäänitutkimukset sekä kirurgiset toimenpiteet ja leikkaukset kuuluvat myös tehohoidossa olevan vastasyntyneen hoitoon. Hoitotyö vaatii teknisiä taitoja ja jatkuvaa opiskelua kaikilta. (Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2010.)

Lääketieteen ja teknologian kehittyessä yhä pienempinä syntyneillä lapsilla on mahdollisuus selviytyä. Käytännössä se tarkoittaa 24. raskausviikolla syntyneen lapsen mahdollisuutta jäädä eloon ja kasvaa ja kehittyä melko normaalisti. Keskosena syntyneen matka teho-osastolta kotiin on usein kuukausien mittainen. Se vaatii sekä lapselta hänen vanhemmiltaan paljon. (Heikka 2007, 298.) Synnytyksen jälkeen äidit ja isät voivat joutua luomaan suhdetta lapseensa vaativassa tehohoitoympäristössä. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan silloin ammattitaitoa ja moniammatillisen työryhmän tukea vanhempien ja vauvan välisen vuorovaikutussuhteen tukemisessa, surun ja menettämisen pelon keskellä. (Heikka 2007, 299.)

3 PERHEHOITOTYÖ

Perhe katsotaan yhdeksi tärkeimmistä tekijöistä yksilön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Sen sisäinen eheys ja ilmapiiri vaikuttavat yksilön kehitykseen ja terveyteen ja vastaavasti yksilön terveydentilalla on merkitystä perheen hyvinvointiin. Perheen terveys sisältää eheyden, joustavuuden ja sopeutumiskyvyn elämänvarrella kohtaamiinsa tapahtumiin, jotka vaativat perhettä muuttumaan, kasvamaan ja säilyttämään tasapainon ja hyvinvoinnin perheenjäsenten keskuudessa. Muutosta ja kasvua tarvitaan erityisesti silloin, kun perhettä uhkaa tuttujen normien ja tasapainon järkkäminen. (Hakulinen 1998, 10.) Sairaana tai keskosena syntyvä lapsi voi olla perheelle tällainen uhka. Perheen täytyy sopeutua ja sopeuttaa uusi vastasyntynyt perheen jäseneksi. Samaan aikaan vanhempien täytyy mukautua vanhemman rooliin. On tutkittu, että mitä vähemmän kuormitusta ja rasitetta perheessä koetaan sekä mitä enemmän ulkopuolelta tulevaa tukea perhe saa, sitä onnistuneempi on perheen toimivuus, vanhempien välinen parisuhde ja koko perheen terveys. (Hakulinen 1998, 11.)

Perhehoitotyön tarkoitus on vaikuttaa ennen kaikkea syntyneen lapsen kasvuun ja kehitykseen sekä hänen kriittisen terveydentilan paranemiseen, mutta myös koko perheen hyvinvointiin. Perhehoitotyö voi antaa perheelle sitä tukea, mitä se eheyttään uhkaavassa tilanteessa tarvitsee. Vanhemmilla onkin erittäin tärkeä merkitys ensisijaisina hoitajina lapsen kasvun ja hengissä selviytymisen kannalta. Nykyään vastasyntyneiden vanhemmat pääsevät osallistumaan lapsensa hoitoon niin pian kuin mahdollista myös teho-osastolla. Hoitoon osallistuminen voi olla sitä, että vanhemmat ovat lapsensa vieressä, pitävät hänestä kiinni ja juttelevat hänelle, jolloin lapsi kuulee kohdussa hänelle tutuksi tulleita ääniä sekä oppii tuntemaan vanhempien kädet. (Arasola, Vepsäläinen, Reen & Yli-Huumo 2004, 403–404.) Vanhemmilla on voimakas tarve epävarmuudestaan huolimatta olla lapsensa lähellä (Huuskola 2005, 53).

Vanhempien osallistuminen vastasyntyneen hoitoon on olennainen osa vanhempien tukemista ja perhehoitotyötä. Luottamuksellinen hoitosuhde ja perheen

jaksamisen tukeminen edistävät perheen jokapäiväistä hyvinvointia ja hoitajan ja perheen välistä kumppanuutta. (Lehto 2004, 27.)

Vauvan imetys on yksi varhaisen vuorovaikutuksen kokemuksista, joka tapahtuu äidin ja lapsen välillä. Keskoslapsen imettäminen voi olla mahdollista tietyt realiteetit huomioon ottaen. Jo 17-viikkoinen sikiö imee ja nielee lapsivettä ja 28-viikkoisella sikiöllä hamuaminen sekä imemis- ja nielemisheijasteet ovat kehittyneet. Hengityskoneessa oleva lapsi ei kuitenkaan voi syödä suun kautta, vaan ravitsemus tapahtuu syöttökatetrin avulla. Varsinaista imettämistä edeltävinä aikoina vanhempien ja lapsen on mahdollisuus kokea läheisyyttä kenguruhoiton avulla. Kenguruhoiton tarkoitus on saada lapsi tuntemaan vanhemman läheisyyden ja turvan asettamalla hänet äidin tai isän paljasta rintaa vasten pelkkä vaippa päällään. Näin lapsi oppii tunnistamaan vanhemman tuoksun ja tuntokosketuksen koko iholleen. Vanhemmat saavat kenguruhoitosta luottamusta siihen, että he kykenevät tuottamaan hyvää, turvallista oloa lapselleen. Lapsi saattaa myös ryömiä itse lähemmäs rintaa ja alkaa hamuta sitä, mutta hänellä ei ole tarpeeksi voimia vielä imeä niin voimakkaasti, että hän saisi maitoa. (Heikka 2007, 301–302.) Kenguruhoitolla on todettu olevan runsaasti etuja keskosvauvan kehitykselle. Kenguruhoitoa saaneet keskoset ovat tutkimuksen mukaan saaneet vähemmän sairaalainfektioita ja heidän päänympäryksensä on todettu kasvaneen paremmin. Kuolleisuuden on todettu olevan huomattavasti pienempi kenguruhoitoa saaneilla verrattuna niihin, jotka sitä eivät ole saaneet. (Renko 2001.)

Perhehoitotyö vaikuttaisi keskoslasten ja sairaiden vastasyntyneiden kannalta merkittävä kanavalta kohti nopeampaa selviämistä kriittisistä vaiheista. Se myös näyttää antavan perheille toivoa ja mahdollisuuden osallistua lapsensa hoitoon ja kokea roolinsa vaikeassa tilanteessa merkittäväksi. Edellä kuvatun perhehoitotyön sisällön ja näkökulmien perusteella on tärkeää kiinnittää huomiota sen monipuoliseen vaikuttavuuteen hoidon kokonaisuuteen, ja tarkastella sitä ennen kaikkea hyvän hoidon saavuttamisen välineenä.

4 TUTKIMUSKATSAUS

Opinnäytetyöni teoria muodostuu pääasiassa tutkimuskatsauksesta, jota käytän myös vertailupohjana ja tieteellisenä tukena analysoidessani neonatologian osastoilla toteutettavaa kyselytutkimusta. Olen valinnut työhöni kymmenen tieteellistä artikkelia, jotka koskevat perhehoitotyötä lähestyen aihetta eri näkökulmista. Artikkelit valitsin niiden ilmestymisvuoden perusteella siten, että niiden tuli olla ilmestynyt 10 vuoden sisällä. Näin sain perhehoitotyöstä uusinta tietoa. Osa artikkeleista kohdistuu tarkasti vain vastasyntyneiden ja tehohoidossa olevien lasten perhehoitotyöhön. Rinnalle olen valinnut myös perhehoitotyötä yleisesti käsitteleviä artikkeleja, jotta lukija saa käsityksen perhehoidon moniulotteisuudesta. Tämä oli myös opinnäytetyöni työelämäyhteyshenkilön mielestä sopivaa tutkimukseni kannalta.

4.1 Tutkimusartikkelit:

- Keskosvauvan ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen tukeminen hoitotyön menetelmin. (Inberg, Elise; Axelin, Anna & Salanterä, Sanna. *Hoitotiede* 4/2008. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 192–202.)
- Keskosvauvan ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen hoito vastasyntyneiden teho-osastolla. (Heikkilä, Barbro; Mustalahti, Tuija & Larrad-Rahkonen, Victoria. *Psykoteraapia* 3/2002. Helsinki: Therapeia-yhdistys, 171–183.)
- Perhehoitotyön oppimistehtävät – opiskelijoiden näkemykset perhehoitotyöstä. (Havukainen, Pirjo; Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Pelkonen, Marjaana. *Hoitotiede*1/2007. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 24–32.)
- Perheen elämänpolun teoria – työväline pitkäaikaissairaan lapsen hoitoon. (Jokinen, Pirkko. *Sairaanhoidaja* 10/2002. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto, 15–18.)

- Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimukset. (Jurvelin, Tiina; Kyngäs, Helvi & Backman, Kaisa. *Hoitotiede* 1/2005. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, 36–42.)
- Perhehoitotyö lapsiperheprojektissa – haastattelututkimus lapsiperheiden saamasta varhaisesta tuesta. (Pietilä, Anna-Maija; Vehviläinen-Julkunen, Katri; Välimäki, Tarja & Häggman-Laitila, Arja. *Hoitotiede* 4/2001. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, 188–197.)
- Vanhempien hoidon laatua koskevat odotukset lapsivuodeosastolla ja hoitohenkilökunta niihin vastaajana. (Kalam-Salminen, Ly; Leino-Kilpi, Helena & Puukka, Pauli. *Hoitotiede* 5/2008. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, 238–247.)
- Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. (Pelkonen, Marjaana & Hakulinen, Tuovi. *Hoitotiede* 5/2002. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, 202–211.)
- Perhekeskeisen hoitotyön kehittyminen lasten hoitotyössä – analyysi kolmesta oppikirjasta. (Santahuhta, Ulla; Ästedt-Kurki, Päivi & Paavilainen, Eija. *Hoitotiede* 6/2001. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, 290–300.)
- Laadullinen toimintatutkimus perhehoitotyön kehittämisen keinona lastenosastolla. (Hopia, Hanna; Heino-Tolonen, Tarja; Paavilainen, Eija & Ästedt-Kurki, Päivi. *Hoitotiede* 4/2004. Helsinki. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, 158–163.)

4.2 TAULUKKO 1. Tutkimusartikkelit

Seuraavassa on esitetty tutkimuskatsaukseen valitut, tieteelliset artikkelit taulukon muodossa. Taulukon vasemmassa sarakkeessa näkyvät artikkelin tekijät, artikkelissa esiintyvän tutkimuksen kohderyhmä sekä tutkimuksessa käytetty menetelmä. Oikeassa sarakkeessa on kerrottu lyhyesti artikkelin tutkimuksen keskeiset tulokset.

<p>1.Artikkelin tekijä 2.Kohderyhmä 3.Tutkimusmenetelmä</p>	<p>Keskeiset tulokset</p>
<p>1.Ingberg, Axelin & Salanterä 2008 2.Vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosaston hoitohenkilökunta 3.Ryhmähaastattelu</p>	<p>Hoitohenkilökunta arvioi varhaisen vuorovai- kutuksen tuen tarvetta havainnoimalla van- hempien kiinnostusta ja vastuunottamista vauvasta, kuuntelemalla vanhempien koke- muksia vauvasta, tarkkailemalla vanhempien ulkoista käyttäytymistä ja käyttämällä hoito- työn menetelmiä.</p>
<p>1.Heikkilä, Mustalahti & Larrad-Rahkonen 2002 2.Keskosvauvat ja heidän vanhempansa 3.Tutkimusartikkeli</p>	<p>Keskoslasten hoidossa korostuu teknologian rinnalla hoidon inhimillisyyttä, ja hoitohenkilö- kunnalla on tärkeä rooli perheiden tukemi- sissä hoidon eri vaiheissa. Perheen huomi- oiminen kokonaisuudessaan on tärkeää. Vanhempien psykososiaaliseen hoitoketjuun tulisi kiinnittää huomiota jo hyvin varhaisessa vaiheessa.</p>
<p>1. Havukainen, Hakulinen-Viitanen & Pelko- nen 2007. 2.Terveystieteiden alan opiskelijat 3.Sisällön analyysi</p>	<p>Perhehoitotyön oppiminen on hidas, muutos- ta ja tiedon muokkausta vaativa prosessi. Parhaiten toteutuu sekä koulutuksen, että työelämän yhteistyönä.</p>
<p>1.Jokinen 2002 2.Pitkäaikaissairaalan lapsen perhe 3.Perheen elämänpolun teoria – Työväline pitkäaikaissairaalan lapsen hoitoon</p>	<p>Perheen aktiivinen mukanaolo hoidossa ja osallistuminen hoitoa koskevaan päätöksen- tekoon lisäävät perheen tyytyväisyyttä hoi- toon. Perhekeskeisyyttä voidaan lisätä tuke- malla entistä paremmin asian opiskelua sai- raanhoitajakoulutuksessa.</p>
<p>1.Jurvelin, Kyngäs & Backman 2005 2.Pitkäaikaissairaalan lapsen vanhemmat 3.Deduktiivinen sisällön analyysi</p>	<p>Pitkäaikaissairaiden lasten selviytymisvaati- muksia olivat sairauden aiheuttamat tunne- reaktiot, sairauden hoitaminen, konkreettisen avun tarve, lapsen kehitys, sairauden kulku, perheen asema, stressitekijät, sairauden hoitamiseen liittyvät selviytymisvaatimukset, sekä muutokset parisuhteissa ja perheen rooleissa.</p>
<p>1.Pietilä ym. 2001 2.Lapsiperheet 3.Haastattelututkimus</p>	<p>Perheiden elämäntilanteissa tapahtui myön- teisiä muutoksia Lapsiperhe-projektissa to- teutetun varhaisen tuen myötä. Kokemus henkilökohtaisesta varhaisen tuen saamisesta oli lähtökohtana perheen elämäntilanteen myönteiselle kehitykselle.</p>
<p>1.Kalam-Salminen, Leino-Kilpi & Puukka 2008. 2.Lapsivuodeosastojen potilaiden vanhem- mat 3.Tilastollinen tutkimus</p>	<p>Vanhempien odotukset hoidon suhteen olivat korkeat. Vanhemmaksi kasvun tukeminen toteutui hoitohenkilökunnan mielestä pa- remmin kuin vanhempien mielestä. Hoidon kokonaislaatu vaihteli isien ja hoitohenkilö- kunnan mielestä hyvästä tyydyttävään ja äitien mielestä välttävään hyvään.</p>

1.Artikkelin tekijä 2.Kohderyhmä 3.Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
1.Pelkonen & Hakulinen 2002 2.Perheet 3.Empiirinen toimintatutkimus	Perheen voimavaraisuus tai haavoittuvuus muodostuvat voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden suhteesta. Perhe voi omalla toiminnallaan vahvistaa voimavarojaan, mutta niitä on myös mahdollista vahvistaa perheen ulkopuolelta, kuten neuvolasta käsin.
1.Santahuhta, Åstedt-Kurki, Paavilainen 2001 2.Lapsiperheet 3.Laadullinen sisällön analyysi	Perheen osallistuminen lapsen hoitoon on selvästi lisääntynyt viimeisten 30 vuoden aikana. Perheen ja hoitajan suhde on kehittynyt tasavertaiseen ja avoimeen suuntaan. Lapsen ja perheen turvallisuuden tunteen huolehtiminen on korostunut, ja perheitä pyritään huomioimaan entistä yksilöllisemmin.
1.Hopia ym. 2004 2.Lastenosaston hoitohenkilökunta 3.Laadullinen toimintatutkimus	Toimintatutkimus mahdollisti tutkijan ja työntekijän käymään keskustelua perheiden hoitamisen käytännön ja perhehoitotieteen perusteista. Hoitotyöntekijöiden osallistuminen perhetutkimukseen vahvistaa hoitajien perhehoitotyön osaamista, auttaa soveltamaan tutkittua tietoa käytäntöön ja kannustaa arvioimaan omaa työtään reflektoinnin avulla.

4.3 Artikkelien keskeiset tulokset ja vertaileva analyysi

Artikkelien vertailevasta analyysistä voidaan nähdä perhehoitotyöhön liittyvän empiiristen tutkimusten keskeiset tulokset. Niiden mukaan hoitohenkilökunnan osallistuminen perhehoitotyön toteuttamiseen ja perheiden varhaisen tukemisen edistämiseen auttavat perheen sisäisten voimavarojen löytämisessä, mikä lisää perheen tyytyväisyyttä hoitoon. Perhehoitotyön oppiminen on hidas prosessi, joka toteutuu parhaiten koulutuksen ja työelämän yhteistyönä. Perhekeskeisen hoidon tukemiseen on löydettävissä erilaisia menetelmiä, joita hoitohenkilökunta voi käyttää apuvälineinään. Tällaisia ovat esimerkiksi perheiden havainnointi, vanhempien kokemuksien kuuntelu ja tarkkailu. Etenkin keskoslasten hoidossa teknologian rinnalla korostuvat hoidon inhimillisyys ja psykososiaaliset ulottuvuudet. Pitkäaikaissairaiden lasten perheiden selviytymisvaatimukset korostavat hoitohenkilökunnan keskeistä roolia. Selviytymisvaatimuksiksi osoittautuivat erilaiset sairauden aiheuttamat tunnereaktiot, sairauden hoitaminen, konkreettisen avun tarve, lapsen kehitykseen liittyvät vaatimukset sekä muutokset pa-

risuhteissa ja perheen rooleissa. Varhaisen tuen myötä perheiden elämäntilanteissa voi tapahtua myönteisiä muutoksia. Kokemus henkilökohtaisesta varhaisen tuen saamisesta voi olla lähtökohta perheen koko elämäntilanteen myönteiselle kehittymiselle. Perheen osallistuminen on lisääntynyt selvästi viimeisten 30 vuoden aikana. Perheen ja hoitajan suhde on kehittynyt tasavertaisempaan suuntaan, ja lapsen ja perheen turvallisuuden tunteen huolehtiminen on korostunut myönteisellä tavalla. Kaiken kaikkiaan perheen aktiivinen mukanaolo ja osallistuminen hoitoa koskevaan päätöksentekoon lisäävät perheen tyytyväisyyttä hoitoon.

Mielestäni artikkeleiden tulokset antavat selkeän käsityksen perhehoitotyön merkittävydestä keskosten ja sairaiden vastasyntyneiden lasten perheille. Tulokset myös viittaavat siihen, että perhehoitotyön kehittämällä ja sen vahvistamisella osaksi hoitosuunnitelmaa, kliinisen hoitotyön rinnalle, on myönteisiä vaikutuksia hoidon onnistumiselle. Perheiden selviytyminen uudessa, jopa kriittisessä tilanteessa vaatii tuloksista päätellen erityisiä voimavaroja, joita osallistuminen sairaan vastasyntyneen hoitoon voi vahvistaa. Perhehoitotyö ei vaikuta olevan yksinkertaista ja helposti toteutettavaa, vaan sisältää useita, osittain laajoja osa-alueita ja ulottuvuuksia esimerkiksi psykososiaalisen hoidon alueen. Hoitohenkilökunnan rooli näyttäisi nousevan tärkeäksi perhehoitotyön onnistumisen kannalta, ja siksi hoitotyön koulutuksen ja työelämän yhteistä panosta tarvitaan, jotta perhehoitotyötä sen vaativuudesta huolimatta voitaisiin toteuttaa mahdollisimman monipuolisesti.

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyöni kokonaistavoite on tuoda perhehoitotyön merkitystä esille entistä selkeämmin vastasyntyneiden ja keskosten teho- ja valvontaosastoilla. Hoitohenkilökunnan asenteilla perhehoitotyötä kohtaan on vaikutusta sen toteutumiseen säännöllisesti. Teoriatiedon eli tutkimuskatsauksen tavoitteena on saada vastaus oletukseen, että perhehoitotyön muodolla on positiivisia vaikutuksia kriittisesti sairaan lapsen hoidossa. Hoitohenkilökunnan suhtautumista perhehoitotyöhön ja asenteiden todellista näkyvyyttä hoitotyössä ei voi saada selville kuin asiaan perehtymällä ja tekemällä syvempää tarkastelua. Tarkastelu toteutuu opinnäytetyössäni käytännössä hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselyn avulla. Konkreettiset järjestelyt perhehoitotyön toteutumisen osalta liittyvät opinnäytetyöni tutkimustavoitteisiin. Painopiste tavoitteissa kuitenkin on selkeästi selvittää hoitohenkilökunnan asenteita perhehoitotyötä kohtaan, HUS:n neonatologian osastoilla ja sitä kautta pyrkiä tuomaan esille perhehoitotyön merkitystä.

Syntynyttä näkemystä vertaan tutkimuskatsauksen antamaan yhteenvetoon, ja tarkoitus on käyttää tuloksia perhehoitomyönteisten asenteiden tukemiseen hoitohenkilökunnan keskuudessa. Asenne on yksi arkikieleen siirtyneistä psykologisista käsitteistä. Sen voisi määritellä esimerkiksi olevan johonkin sosiaalisesti merkitykselliseen kohteeseen liittyvä myönteinen tai kielteinen suhtautumistapa tai psykologinen tendenssi, joka ilmenee tietyn kohteen arvioimisena suosiollisesti tai epäsuosiollisesti. Asenne sisältää sekä tunnepohjaisen suhtautumisen johonkin asiaan, että ainakin jonkin verran tietoa siitä. Asenteen voi siis ajatella olevan yhdenlainen, selvästi arvolatautunut, skeema. (Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskus 2011.) Asenteiden oletetaan vaikuttavan ainakin jossain määrin henkilöiden toimintaan, ja otan tämän näkökulman myös huomioon tutkimusta tehdessäni. Mikäli asenteet osoittautuvat jo valmiiksi perhehoitotyötä kannattaviksi, opinnäytetyöni on tarkoitus tukea tätä näkemystä, ja kannustaa henkilökuntaa käyttämään perhehoitotyön menetelmiä hoidon onnistumisen välineinä. Mikäli asenteissa ilmenee negatiivisuutta perhehoitotyötä kohtaan tai tiedoissa puutteellisuutta, on tarkoitukseni lisätä tutkimuksellani hoitohenkilö-

kunnan tietoutta ja tukea muutosta positiivisempaan suuntaan. Nämä opinnäytetyöni tavoitteet ovat muodostuneet työelämälähtöisen tarpeen, neonatologian osastojen esimiesten kokeman osastotoiminnan kehityshaasteen pohjalta. Yllämainittujen tavoitteiden saavuttaminen on tärkeää, jotta osaston kehityshaasteita voitaisiin toteuttaa.

Opinnäytetyöhöni olen valinnut seuraavat tutkimuskysymykset, jotka antavat tarkemman käsityksen siitä, mitä työssäni aion tutkia ja mihin kysymyksiin saada vastauksia.

1. Onko hoitohenkilökunnalla selkeää käsitystä perhehoitotyön merkityksestä ja tarkoituksesta hoitotyössä?
2. Kokeeko hoitohenkilökunta perhehoitotyötä tarpeelliseksi?
3. Ilmeneekö perhehoitotyössä tekijöitä, jotka voivat rajoittaa tai estää perhehoitotyön toteuttamista käytännössä?

6 KYSELYTUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyöni kyselytutkimuksen päädyin suorittamaan pääasiassa kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen, johtuen tutkimuksen luonteesta tarkastella määrällisesti hoitohenkilökuntien asenteita ja mielipiteitä perhehoitotyöstä. Määrällistä tutkimusta voidaan nimittää tilastolliseksi tutkimukseksi ja sen avulla selvitetään yleensä kysymyksiä, jotka liittyvät lukumääriin ja prosenttiosuuksiin. Kysymykset voivat koskea myös asioita ja ilmiöitä, joista ollaan kiinnostuneita, kuten tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnan asenteita perhehoitotyötä kohtaan. Määrällisessä tutkimuksessa tutkittava tieto saadaan numeroina tai aineisto ryhmitellään numeeriseen muotoon. Numerotiedot tulkitaan ja selitetään sanallisesti. (Heikkilä 2008, 16.)

Kyselytutkimuksen suoritin HUS:n, Lasten ja nuorten sairaalan, kliinisen hoitotyön asiantuntijan kanssa yhteistyössä. Kyselyyn osallistui Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin neonatologian osastojen hoitohenkilökunta sähköisen webropol-ohjelman välityksellä. Aineisto kerättiin syksyllä 2010. Kyselytutkimuksen kysymykset muodostin sen perusteella, mitä perhehoitotyön toteuttamisesta neonatologian osastoilla, HUS:n alueella on merkityksellistä tietää ja mitkä auttavat tutkimukseni tavoitteiden saavuttamisessa. Kysymyksiä oli yhteensä 25, joista 24 oli suljettuja kysymyksiä. Suljetuissa kysymyksissä on valmiina vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsi sopivan vaihtoehdon. Suljettujen kysymysten ominaisuuksia ovat esimerkiksi ne, että vaihtoehtojen lukumäärä ei saa olla kovin suuri, kaikille vastaajille löytyy sopiva vaihtoehto ja vastausvaihtoehtojen täytyy olla toisensa poissulkevia. Suljettujen kysymysten etuna on se, että vastaaminen on nopeaa ja tulosten tilastollinen käsittely on helppoa, ja haittoina taas esimerkiksi se, että vastaukset voidaan antaa harkitsematta, vaihtoehdot voivat johdatella vastaajaa tai jokin vaihtoehto saattaa puuttua. (Heikkilä 2008, 50–51.) Yksi kyselylomakkeen kysymyksistä oli avoin. Kun vastausvaihtoehtoja kysymykselle ei tarkkaan tunneta, on tarkoituksenmukaista jättää kysymys avoimeksi. Avoimille kysymyksille on tyypillistä se, että ne ovat helppoja laatia, mutta työläämpiä käsitellä. Ne saattavat houkutella myös vastaamatta jättämiseen tai voidaan saada vastauksia, joita ei etukäteen osattu huomioida.

(Heikkilä 2008, 49.) Kyselyyn vastasivat sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, kätilöt ja lastenhoitajat. Yhteensä kyselyyn osallistuneiden osastojen hoitohenkilökunnan määrä on 181.

Seuraavassa on esitely luetteluina lukumäärällisesti kyselyyn osallistuneet, osastoilla työskentelevät työntekijät ammattinimikkeiden, ikäryhmien ja työkokemusvuosien mukaan.

Sairaanhoitajat: 79
Terveystenhoitajat: 3
Kätilöt: 4
Lastenhoitajat: 5
Yhteensä 91

18–24-vuotiaat: 8
25–34-vuotiaat: 44
35–45-vuotiaat: 21
yli 45-vuotiaat: 18
Yhteensä 91

1–4 vuotta työkokemusta: 39
5–9 vuotta työkokemusta: 21
10–20 vuotta työkokemusta: 20
yli 20 vuotta työkokemusta: 11
Yhteensä 91

Lastenhoitajien määrä osastoilla, joilla kyselytutkimus suoritettiin, oli yhteensä 18. Tämä tieto on huomioitava erityisesti perhehoitotyön koulutuksen tarvetta koskevaan kysymykseen liittyen. Lastenhoitajien koulutus on kyselytutkimukseen osallistuvien ammattiryhmistä ainoa, joka ei sisällä korkeakoulutason tutkintoa. Kyselyyn vastasi 91 henkilöä, joten vastausprosentiksi muodostui 50,3 %. Vastausprosentin vähäisyys voi osaltaan vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, joka on myös otettava huomioon tutkimustulosten arvioinnissa ja käytettäessä niitä perhehoitotyön kehittämisessä ja soveltamisessa neonatologian alueen hoitotyössä, HUS:n alueella. Kysymykset valikoituvat sen perusteella, mitä opinnäytetyöni tavoitteisiin kuului ja mitä odotuksia työelämäyhteistyökumppanilla oli opinnäytetyöni suhteen. Kyselyn suljettujen kysymysten vastaukset käsiteltiin sähköisen SPSS-ohjelman avulla, käyttäen ristiintaulukointia. Ristiin-

taulukoinnissa käytettiin ammattinimikkeitä, ikäryhmiä ja työkokemusvuosia. Ammattinimikkeet valikoituivat ristiintaulukointiin, koska sen perusteella pystyttiin arvioimaan koulutuksen vaikutusta perhehoitotyön toteuttamiseen ja asenteisiin perhehoitotyötä kohtaan. Ikäryhmillä taas voi olla vaikutusta esimerkiksi sen vuoksi, että perheen arvotus eri ikäkausina saattaa olla ihmiselle erilainen. Tämä saattaa myös välittyä hoitotyöhön, jossa perheen käsite on keskeisessä asemassa. Työkokemusvuodet voivat vaikuttaa hoitohenkilökunnalle perhehoitotyöstä kertyneeseen kokemukseen. Näin sain otettua huomioon mahdollisimman monipuolisesti perhehoitotyöhön mahdollisesti vaikuttavat tekijät hoitohenkilökunnan keskuudessa. Kaikki kyselyyn osallistuneet henkilöt olivat naisia, joten sukupuolta en katsonut sen vuoksi aiheelliseksi ottaa vertailuun. Avoimen kysymyksen vastaukset olivat lähinnä luetteloita asioista, jotka vastaajat kokivat rajoittavan/estävän perhehoitotyön toteutusta. Toin nämä vastaukset esille omassa analyysissään muodostamalla avoimen kysymyksen vastauksissa ilmenneistä asioista taulukon. Taulukkoon luokittelin vastaukset sen perusteella mitä perhehoitotyötä rajoittavia tai estäviä tekijöitä vastauksissa oli mainittu ja kuinka paljon. Lisäksi kävin taulukon sisällön läpi erillisessä kirjallisessa raportissa. Avoimeen kysymykseen oli vastattu laajasti, ja vastaukset auttoivat tuomaan hoitohenkilökunnan näkemyksen vielä tarkemmin esille.

Erityiseen analysointiin työssäni kysymykset valikoituivat sen perusteella, mitä tutkimuskatsauksen artikkeleiden tutkimustuloksissa erityisesti ilmeni. Näin suorittamani kyselytutkimuksen tuloksia voi verrata tieteellisiin muihin jo olemassa oleviin tutkimustuloksiin. Kysymykset myös liittyivät tutkimuskysymyksiin, tuoden esille vastauksia perhehoitotyön tarkoituksesta ja merkityksestä hoitotyössä, perhehoitotyön tarpeellisuudesta ja perhehoitotyötä rajoittavista tekijöistä. Etenkin kyselyn avoimessa kysymyksessä tuli ilmi tutkimuskysymyksiin liittyviä vastauksia perhehoitotyöhön liittyvistä rajoitteista. Toisaalta kysymykset valikoituivat sen perusteella, mitä HUS:n neonatologian osastoilla erityisesti halutaan perhehoitotyön toteuttamisesta selvittää, ja käyttää tulevaisuudessa entistä potilaslähtöisempään ja kokonaisvaltaisempaan keskosten ja sairaiden vastasyntyneiden hoidon edistämiseen

6.1 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat ja tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyössäni oli tärkeää ottaa huomioon myös tutkimusetiikka. Eettiset kysymykset liittyivät työssäni lähinnä kyselytutkimuksen suorittamiseen ja aineiston analysointiin. Kyselyt voivat pitää sisällään monia eettisiä ongelmia. Kirjassaan ”Tutkimusetiikan ABC” Olli Mäkinen (2006, 92) korostaa kyselyn vastausten luotettavuuteen liittyviä kysymyksiä, sekä vastaajien ja heidän tietosuojaansa liittyviä huomioita. Näihin asioihin kiinnitin erityistä huomiota tutkimuksessani. Kyselytutkimuksen onnistumista edesauttoi saatekirje, jonka toimitin tutkimukseen osallistuville osastoille kyselyn ohella. Saatekirjeessä otin esille myös tutkimuseettiset näkökohdat. Hyvä, selkeä saatekirje voi herättää luottamusta kyselyyn vastaajille siten, että he vastaavat kyselyyn mahdollisimman totuudenmukaisesti ja kattavasti.

Kyselyssä virheitä voi tulla esimerkiksi kysymystenasettelussa. Kysymykset pyrin laatimaan yksiselitteisesti ja siten, etteivät olisi johdattelevia. Jos kysely ei mittaa asiaa, jota halutaan tutkia, puhutaan validiteettiongelma. Kyselyn laatijana minun oli siksi tarkasteltava kysymyksiä kriittisesti etukäteen ja otettava huomioon jo etukäteen mahdolliset virhetekijät. (Mäkinen 2006, 92.) Kyselyn vastausprosentti jäi hieman pieneksi, mikä tulee ottaa tutkimustulosten tarkastelussa ja hyödyntämisessä huomioon. Kuitenkin kysymykset ja niiden vastaukset osoittautuivat tutkimuskysymysteni näkökulmasta onnistuneiksi.

Huolehdin vastaajien anonymiteetistä siten, etteivät he olleet missään tutkimuksen vaiheessa tai raportissani tunnistettavissa. On tärkeää selvittää vastaajille, miten anonymiteetti turvataan missäkin vaiheessa. Mikäli vastaajiin tarvitsi tutkimusraportissani viitata, se tapahtui numeroilla tai kirjaimilla. Vastaajille oli myös etukäteen ilmoitettu, että heillä oli myös mahdollisuus aina keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Tietotekniikkaa käyttäessä kyselyn suorittamisessa on tärkeää, että tiedostot arkistoidaan ja tallennetaan oikein, siten ettei niitä pääse tarkastelemaan kukaan sivullinen. (Mäkinen 2006, 93–96.) Olin ensisijaisesti tutkijan roolissa, ja noudatin antamiani lupauksia aineiston käytöstä ja käsittelystä (Mäkinen 2006, 148).

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon vastausprosentin osuus, joka oli 50,3 %. Suorittamaani kyselyyn neonatologian osastojen hoitohenkilökunnista HUS:n alueella vastasi siis hiukan yli puolet. Tämän vuoksi tutkimuksen tuloksia ei voi täysin yleistää. Perhehoitotyön kehittämisessä ja siihen liittyvässä tämän opinnäytetyön tutkimustulosten tarkastelussa on siis huomiotava kyselytutkimuksen vastausprosentti ja tutkimuksen reliabiliteetti, eli tutkimuksen luotettavuus. Sairaanhoidajien osuus kyselytutkimuksessa oli myös huomattavasti suurempi, kuin muiden ammattiryhmien, joka voi vaikuttaa sairaanhoidajien vastausten laajempaan vaihtelevuuteen.

7 KYSELYTUTKIMUKSEN KESKEISET TULOKSET

Suorittamassani kyselytutkimuksesta nostan erityiseen tarkasteluun kysymykset perhehoitotyöhön liittyvästä perheiden kokonaisvaltaisesta tukemisesta (kysymys 8; ”*Perhehoitotyöhön liittyy perheen kokonaisvaltaista tukemista*”), perheen huomioimisesta hoitotyössä ja sen vaikuttamisesta potilaan vointiin (kysymys 12; ”*Perheen huomioiminen hoitotyössä vaikuttaa myönteisesti potilaan vointiin*”), perhehoitotyöhön annettavan erityisen koulutuksen tarpeesta (kysymys 17; ”*Perhehoitotyöhön tulisi saada erityistä koulutusta*”) perhehoitotyön vaikeudesta ja sen viemästä ajasta (kysymys 21; ”*Perheen kanssa työskentely on vaikeaa ja aikaa vievää*”), sekä avoimen kysymyksen perhehoitotyön toteutumisessa ilmenevistä rajoitteista (”*Hoitotyössä ilmenee tekijöitä, jotka rajoittavat/estävät yksittäisen hoitajan perhehoitotyön toteuttamista*”). Seuraavissa taulukoissa esiintyvät kyselyn keskeiset tulokset siten, että taulukon vasemmanpuoleisessa sarakkeessa näkyvät ristiintaulukointiin valitut ominaisuudet (ikäryhmä, ammattinimike ja työkokemusvuodet) ja ylhäällä sarakkeissa vastausvaihtoehdot. Vastausvaihtoehtojen alla oleville sarakkeilla esiintyvät prosentiosuudet siitä, mikä on minkin vastausvaihtoehdon osuus ristiintaulukointiin valittuihin ominaisuuksiin nähden. Alimmalla rivillä näkyy prosentteina, mikä on kaikkien vastaajien osuus yhteensä mistäkin vastausvaihtoehdosta. Oikeanpuoleisessa sarakkeessa näkyy, paljonko vastaajia on lukumäärällisesti ollut kyseisessä vastaajaryhmässä yhteensä.

7.1 Perheiden kokonaisvaltainen tukeminen neonatologian osastoilla

Seuraavissa taulukoissa ilmenee kyselytutkimuksen vastaajien mielipide siitä, tuetaanko neonatologian osastoilla perheitä kokonaisvaltaisesti (kts. taulukot 2, 3 ja 4).

TAULUKKO 2. Perhehoitotyöhön liittyy perheiden kokonaisvaltaista tukemista

IKÄRYHMÄ	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Vastaajia yhteensä
18–24 vuotta	88 %	13 %	0 %	0 %	0 %	8 =100 %
25–34 vuotta	91 %	7 %	2 %	0 %	0 %	44=100 %
35–45 vuotta	95 %	5 %	0 %	0 %	0 %	21=100 %
yli 45 vuotta	83 %	11 %	0 %	6 %	0 %	18=100 %
yhteensä	90 %	8 %	1 %	1 %	0 %	91=100 %

TAULUKKO 3. Perhehoitotyöhön liittyy perheiden kokonaisvaltaista tukemista

AMMATTINIMIKE	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Vastaajia yhteensä
sairaanhoidaja	90 %	8 %	1 %	1 %	0 %	79=100 %
terveydenhoitaja	67 %	33 %	0 %	0 %	0 %	3=100 %
kättilö	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	4=100 %
lastenhoitaja	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	5=100 %
yhteensä	90 %	8 %	1 %	1 %	0 %	91=100 %

TAULUKKO 4. Perhehoitotyöhön liittyy perheiden kokonaisvaltaista tukemista

TYÖKOKEMUS	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Vastaajia yhteensä
1–4 vuotta	87 %	10 %	3 %	0 %	0 %	39=100 %
5–9 vuotta	95 %	5 %	0 %	0 %	0 %	21=100 %
10–20 vuotta	95 %	0 %	0 %	5 %	0 %	20 =100 %
yli 20 vuotta	82 %	18 %	0 %	0 %	0 %	11= 100 %
yhteensä	90 %	8 %	1 %	1 %	0 %	91=100 %

Kyselytutkimuksen vastaajista suurin osa oli samaa mieltä tai osittain samaa mieltä näkökulmasta, että perhehoitotyöhön liittyy perheiden kokonaisvaltaista tukemista. Heistä Täysin eri mieltä oli vain yli 45-vuotiaista 6 %. Ikäryhmistä 25–34-vuotiaat ja 35–45-vuotiaat olivat eniten täysin samaa mieltä. (kts. taulukko 2. ”Perhehoitotyöhön liittyy perheiden kokonaisvaltaista tukemista” s. 24)

Eri ammattiryhmien vastauksia verratessa ilmenee, että sairaanhoitajien mielipiteet jakautuivat hieman laajemmin kuin muiden ammattiryhmien. Huomioon otettavaa tässä kuitenkin on se, että sairaanhoitajien määrä kyselytutkimuksessa oli suurin. Kätilöistä ja lastenhoitajista kaikki vastaajat olivat täysin samaa mieltä. (kts. taulukko 3. ”Perhehoitotyöhön liittyy perheiden kokonaisvaltaista tukemista s. 24)

Työkokemuksen näkökulmasta tulos on hyvin samankaltainen, kuin ikäryhmien. Suurin osa vastaajista oli joko täysin samaa mieltä tai täysin eri mieltä. Eniten ja vähiten työkokemusta omaavat olivat vähemmän täysin samaa mieltä asiasta, kuin 5–20 vuotta työkokemusta omaavat. Suurin osa vastaajista ikäryhmien ja työkokemusvuosien mukaan koki siis perhehoitotyöhön liittyvän perheiden kokonaisvaltaista tukemista. Huomioitavaa näissä vastauksissa on, että 10–20 vuotta työkokemusta omaavista 5 % oli ainoana ryhmänä vastannut olevansa täysin eri mieltä. (kts. taulukko 4. ”Perhehoitotyöhön liittyy perheiden kokonaisvaltaista tukemista” s. 24)

Erillisistä vastauksista saatu tulos siis osoittaa, että perheiden kokonaisvaltaisen tukeminen on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin neonatologian osastojen hoitohenkilökunnan mielestä erittäin tärkeää. Perheiden huomioiminen hoitotyössä myös suurimman osan mielestä vaikuttaa myönteisesti potilaan hyvinvointiin. Tutkimuskatsauksen artikkelin ”Keskosvauvan ja vanhempien varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen hoitotyön menetelmin” (Ingberg, Axelin & Salanterä 2008, 192–202) mukaan hoitotyöntekijä arvioi lapsen varhaisen vuorovaikutuksen tuen tarvetta eri hoitotyön menetelmillä, kuten seuraamalla vanhempien vuorovaikutusta vauvan kanssa ja keskenään, havainnoimalla vanhempien kiinnostusta ja vastuunottamista vauvasta, kuuntelemalla vanhempien kokemuksia vauvasta ja tarkkailemalla vanhempien ulkoista käyttäytymistä. Keskosuus on riskitekijä, joka saattaa aiheuttaa ongelmia vanhemman ja vauvan varhaisessa vuorovaikutuksessa. Koska esimerkiksi tehohoidossa vanhempien mahdollisuudet osallistua keskosvauvan hoitoon ovat rajalliset, on tärkeää, että hoitajat tunnistavat tuen tarpeen ja pystyvät tukemaan vanhemmuutta. Artikkelin mukaan vauvan vuorovaikutuskäyttäytymisen puutteet, välttelevä

kommunikaatio ja äidin tunkeilevaisuus ovat yhteydessä lapsen huonompaan selviytymiseen.

7.2 Perheen huomioiminen hoitotyössä ja sen vaikutus potilaan vointiin

Seuraavissa taulukoissa ilmenee kyselytutkimuksen vastaajien mielipide siitä, vaikuttaako perheen huomioiminen hoitotyössä myönteisesti potilaan vointiin (kts. taulukot 5, 6 ja 7).

TAULUKKO 5. Perheen huomioiminen hoitotyössä vaikuttaa myönteisesti potilaan vointiin

IKÄRYHMÄ	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
18–24 vuotta	75 %	25 %	0 %	0 %	0 %	8=100 %
25–34 vuotta	57 %	41 %	2 %	0 %	0 %	44=100 %
35–45 vuotta	76 %	24 %	0 %	0 %	0 %	21=100 %
yli 45 vuotta	67 %	33 %	0 %	0 %	0 %	18=100 %
yhteensä	65 %	34 %	1 %	0 %	0 %	91=100 %

TAULUKKO 6. Perheen huomioiminen hoitotyössä vaikuttaa myönteisesti potilaan vointiin

AMMATTINIMIKE	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
sairaanhoidaja	63 %	35 %	1 %	0 %	0 %	79=100 %
terveydenhoitaja	33 %	67 %	0 %	0 %	0 %	3=100 %
kätilö	75 %	25 %	0 %	0 %	0 %	4=100 %
lastenhoitaja	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	5=100 %
yhteensä	65 %	34 %	1 %	0 %	0 %	91=100 %

TAULUKKO 7. Perheen huomioiminen hoitotyössä vaikuttaa myönteisesti potilaan vointiin

TYÖKOKEMUS	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
1–4 vuotta	62 %	36 %	3 %	0 %	0 %	39=100 %
5–9 vuotta	62 %	38 %	0 %	0 %	0 %	21=100 %
10–20 vuotta	75 %	25 %	0 %	0 %	0 %	20=100 %
yli 20 vuotta	64 %	36 %	0 %	0 %	0 %	11=100 %
yhteensä	65 %	34 %	1 %	0 %	0 %	91=100 %

Suorittamassani kyselytutkimuksessa miltei kaikki ikäryhmät olivat samaa tai osittain samaa mieltä siitä, että perheen huomioiminen hoitotyössä on tärkeää, ja että se vaikuttaa myönteisesti potilaan vointiin. Vastaajat jakautuivat suurimmaksi osaksi täysin samaa mieltä ja osittain samaa mieltä oleviin. Ikäryhmistä vanhimpaan kuuluvat olivat vähiten täysin samaa mieltä asiasta, 35–45-vuotiaat eniten. Kukaan ikäryhmittäin jaetuista vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. (kts. taulukko 5. ”Perheen huomioiminen hoitotyössä vaikuttaa myönteisesti potilaan vointiin” s. 26)

Ammattinimikkeiden mukaan vastanneista kaikki lastenhoitajat olivat täysin samaa mieltä perheen huomioimisesta ja sen vaikutuksesta potilaan vointiin. Sairaanhoitajista suurin osa oli myös täysin samaa mieltä samoin kuin kättilöistä. Huomioitavaa näissä vastauksissa oli kenties se, että terveydenhoitajista vain 33 % oli täysin samaa mieltä ja loput 67 % osittain samaa mieltä. Tämä tulos yllättää ehkä siksi, kun terveydenhoitajien koulutuksessa perheisiin suunnattavaa hoitotyötä käsitellään melko vahvasti. Kukaan vastaaja ei ollut täysin eri mieltä. (kts. taulukko 6. ”Perheen huomioiminen hoitotyössä vaikuttaa myönteisesti potilaan vointiin” s. 26)

Työkokemusvuosien näkökulmasta mielipiteet jakautuivat hyvin samankaltaisesti, kuin ikäryhmissä ja ammattinimikkeissä. Suurin osa vastaajista oli siis täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä. Osittain eri mieltä oli vain 3 % 1–4 vuotta työkokemusta omaavista. (kts. taulukko 7. ”Perheen huomioiminen hoitotyössä vaikuttaa myönteisesti potilaan vointiin” s. 27)

Kyselytuloksesta voidaan selkeästi päätellä, että neonatologian osastojen hoitohenkilökunnilla on yhteneväinen näkemys perheiden huomioimisen tarpeellisuudesta ja sen vaikutuksesta myös pienten potilaiden vointiin. Perhehoitotyössä keskeisintä on perheen huomioiminen hoitotyössä tavalla tai toisella, siten että perhe kokee olevansa mukana lapsensa hoidossa. Tutkimuskatsauksen artikkeli ”Keskosvauvan ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen hoito vastasyntyneiden teho-osastolla” (Heikkilä, Mustalahti & Larrad-Rahkonen 2002, 171–183) on kuvaus elämästä Lasten ja nuorten sairaalan vastasyntyneiden ja keskosten teho-osastolla. Artikkelissa kuvataan keskoslapsen perheen matkaa synnytyksestä kotiutumiseen ja siinä käsitellään myös tilannetta, jossa lapsi hyvästä hoidosta huolimatta menetetään. Artikkelin mukaan keskoslapsen tai sairaan lapsen syntymä on perheelle traumaattinen kokemus. Kriisi vaikuttaa kaikkiin perheenjäseniin ja vanhemmat joutuvat elämään epävarmuuden ja pelkojen kanssa. Tämä vaikuttaa vanhempien ja vauvan välisen kiintymysprosessin syntymiseen sekä vanhempien kuvaan itsestään vanhempina. Hoitohenkilökunnan tehtävä olisi tehohoidon lisäksi auttaa vanhempia sopeutumaan nopeasti ja mahdollisimman kivuttomasti uuteen elämäntilanteeseen. Psykososiaalinen, psykodynaaminen ja pedagoginen työ nousee hyvin tärkeäksi hoitotyön rinnalle. Hoitohenkilökunnalta näiden näkökulmien huomioonottaminen vaatii erityisen paljon herkkyyttä ja toistensa kunnioittamista. Tavoitteena olisi vastasyntyneen lapsen ja hänen vanhempiensa välinen kiinnittyminen ja vuorovaikutuksen mahdollistuminen. Kun vanhemmat oppivat, että heidän lapsensa rentoutuu tai rauhoittuu heidän kosketuksensa avulla, on väylä vuorovaikutukselle avattu. Vanhempia tulisi rohkaista kuuntelemaan omaa vaistoaan siitä, mikä on hyväksi vauvalle. Onkin tärkeää, että vanhempia kannustetaan luottamaan omiin tunteisiinsa, mikä helpottaa vauvan ymmärtämistä ja hänen tarpeisiinsa vastaamista.

Mannerheimin Lastensuojeluliiton tekemässä Lapsiperhe-projektissa on toteutettu ehkäisevää perhehoitotyötä lapsiperheiden hyvinvoinnin ehkäisemiseksi. Artikkelin ”Perhehoitotyö Lapsiperhe-projektissa – haastattelututkimus lapsiperheiden saamasta varhaisesta tuesta (Pietilä, Vehviläinen-Julkunen, Välimäki & Häggman-Laitila 2001, 188–197) tuo myös tarpeellisen näkökulman esille perheille kohdistetun tuen vaikuttavuudesta. Tutkimuksessa on haastateltu 20 perhettä vuosina 1998–1999. Teemahaastatteluun koottu aineisto on analysoitu

laadullisella sisällön analyysillä. Keskeisenä tuloksena oli, että perheiden elämäntilanteissa tapahtui myönteisiä muutoksia Lapsiperhe-projektissa toteutetun varhaisen tuen myötä. Tuki liittyi menetelmiin ja perheiden kokemuksiin saamastaan tuesta. Tuen ulottuvuudet liittyivät perheiden luottamukseen omiin mahdollisuuksiinsa, olemassa olevien valmiuksien tukemiseen, toivon heräämiseen ja emotionaaliseen tukeen. Tutkimuksessa perheiden elämäntilanteissa tapahtui myönteisiä muutoksia esimerkiksi siten, että kokemus henkilökohtaisesta varhaisen tuen saamisesta oli lähtökohtana perheen elämäntilanteen myönteiselle kehitymiselle.

Tutkimus antaa siten artikkelin mukaan vahvistusta ehkäisevän toiminnan vaikuttavuudesta, ja tuloksia voidaan käyttää perhehoitotyön ja sen menetelmien kehittämiseen. Tämä artikkeli ei liittynyt ainoastaan neonatologiseen hoitotyöhön ja siinä toteutettavaan perhehoitotyöhön, mutta siinä esitettävät tutkimustulokset antavat vahvistusta perhehoitotyön myönteisistä vaikutuksista ja perheiden huomioimisen vaikutuksista kaikilla osa-alueilla perheiden elämässä. Neonatologian osastoilla potilaan vointi on niin paljon vielä fysiologisista hoitotyön toiminnoista riippuvainen, että perhehoitotyön myönteiset tulokset voidaan ensisijaisesti nähdä potilaan fyysisen voinnin kautta.

7.3 Perhehoitotyöhön annettavan erityisen koulutuksen tarve

Seuraavissa taulukoissa ilmenee kyselytutkimuksen vastaajien mielipide siitä, tulisiko perhehoitotyöhön saada erityistä koulutusta (kts. taulukot 8, 9 ja 10)

TAULUKKO 8. Perhehoitotyöhön tulisi saada erityistä koulutusta

IKÄRYHMÄ	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
18–24 vuotta	25 %	63 %	0 %	0 %	13 %	8=100 %
25–34 vuotta	46 %	48 %	5 %	2 %	0 %	44=100 %
35–45 vuotta	57 %	38 %	5 %	0 %	0 %	21=100 %
yli 45 vuotta	44 %	44 %	6 %	0 %	6 %	18=100 %
yhteensä	46 %	46 %	4 %	1 %	2 %	91=100 %

TAULUKKO 9. Perhehoitoyöhön tulisi saada erityistä koulutusta

AMMATTINIMIKE	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
sairaanhoidaja	47 %	46 %	5 %	1 %	1 %	79=100 %
terveydenhoitaja	67 %	0 %	0 %	0 %	33 %	3=100 %
kätilö	50 %	50 %	0 %	0 %	0 %	4=100 %
lastenhoitaja	20 %	80 %	0 %	0 %	0 %	5=100 %
yhteensä	46 %	46 %	4 %	1 %	2 %	91=100 %

TAULUKKO 10. Perhehoitoyöhön tulisi saada erityistä koulutusta

TYÖKOKEMUS	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
1–4 vuotta	44 %	51 %	3 %	0 %	3 %	39=100 %
5–9 vuotta	43 %	52 %	0 %	5 %	0 %	21=100 %
10–20 vuotta	55 %	35 %	10 %	0 %	0 %	20=100 %
yli 20 vuotta	46 %	36 %	9 %	0 %	9 %	11=100 %
yhteensä	46 %	46 %	4 %	1 %	2 %	91=100 %

Erityistä koulutusta koskevan kysymyksen vastausten perusteella erityistä koulutusta perhehoitoyöhön toivovat eniten 35–45-vuotiaat ja vähiten nuorimmat vastaajat, eli 18–24-vuotiaat. Nuorimmista vastaajista 13 % oli vastannut ”en osaa sanoa”. Täysin eri mieltä oli 5–9 vuotta työkokemusta omaavista 5 %. Tämä tulos voisi kertoa, että nuorimmilla vastaajilla on vähiten aikaa peruskoulutuksen päättymisestä, jonka vuoksi he kokevat perhehoitotyön lisäkoulutuksen tässä vaiheessa vähiten tärkeäksi. Toisaalta asiaan vaikuttanee, että nuorimmilla vastaajilla saattaa olla myös varsinaiseen neonatologiseen hoitoyöhön perehtyminen vielä kesken, minkä vuoksi he eivät koe perhehoitotyöhön syventävää koulutusta tässä vaiheessa hyödylliseksi itselleen. Yli 45-vuotiaista 6 % ei osannut myöskään sanoa mielipidettään, mikä saattaa johtua epävarmuudesta uuden asian omaksumisessa ja soveltamisessa vuosien myötä opittuihin ja totuttuihin työskentelytapoihin. Suurin osa vastaajista koki kuitenkin erityisen koulutuksen tärkeäksi, eli oli täysin samaa mieltä asiasta. Osittain eri mieltä oli kaikista vastaajista yhteensä 4 %. (kts. taulukko 8. ”Perhehoitoyöhön tulisi saada erityistä koulutusta” s. 29)

Kyselytutkimuksen kysymys perhehoitotyöhön annettavasta erityisen koulutuksen tarpeesta jakoi sairaanhoitajat viiteen eri ryhmään. Kaikki muut ammattiryhmät olivat joko täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä paitsi terveydenhoitajat, joista 33 % ei osannut sanoa mielipidettään. Terveydenhoitajien epävarmuus melko suurelta osin erityisen koulutuksen tarpeesta voi kertoa terveydenhoitajien kokemuksesta perheisiin suunnattavasta hoitotyöstä. Esimerkiksi neuvolatyössä terveydenhoitajat työskentelevät lähes täysin koko perheeseen suunnattavan hoitotyön menetelmin. Toisaalta terveydenhoitajat olivat kaikista vastaajista eniten täysin samaa mieltä erityisen koulutuksen saamisen tarpeellisuudesta. Kukaan ei ollut osittain tai täysin eri mieltä. Näistä luvuista voidaan päätellä, että terveydenhoitajien, kättilöiden ja lastenhoitajien koulutuksessa perheisiin suunnattava hoitotyö on enemmän esillä, ja kiinnostus perheiden hoitotyöhön ja lisäkoulutukseen ehkä sen vuoksi on näillä ammattiryhmillä hieman suurempi, kuin sairaanhoitajilla. Olisiko syytä tämän perusteella kiinnittää huomiota vielä enemmän myös siihen, onko eri ammattiryhmien peruskoulutuksilla merkitystä perhehoitotyön koulutuksen tarpeelle? Eri lähtökohdat työssä oppimiselle voivat aiheuttaa erilaisia haasteita eri ammattiryhmille. Perhehoitotyön lisäkoulutuksen tarpeen arviointia neonatologian osastoilla voisi siis auttaa eri ammattiryhmien tarkempi peruskoulutusten huomiointi. (kts. taulukko 9. ”Perhehoitotyöhön tulisi saada erityistä koulutusta” s. 30)

Työkokemusvuosien mukaan työkokemusta omaavista vastaukset jakautuivat pääosin täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä ja osittain eri mieltä oleviin. Täysin eri mieltä oli 5–9 vuotta työkokemusta omaavista 5 %. 1–4 vuotta työkokemusta omaavista 3 % ja yli 20 vuotta työkokemusta omaavista 9 % ei osannut sanoa mielipidettään. Vähiten työkokemusta omaavien epävarmuus voi joutua samasta syystä, kuin ikäryhmistä nuorimpien, eli uran alkuvaiheilla koulutuksen syventämistä ei koeta niin tarpeelliseksi, kuin myöhemmässä vaiheessa. Toisaalta eniten työkokemusta omaavat saattavat kokea vaikeaksi omaksua uusia työmenetelmiä, ja kokea uuden oppimisen työläämmäksi. Olisivatko nämä ryhmät, niitä joille koulutuksella ja tiedon riittävällä saannilla olisi eniten merkitystä? Toisaalta ne ryhmät, jotka vahvasti myöntävät tarvitsevan koulutusta, saattaisivat olla motivoituneimpia. (kts. taulukko 10. ”Perhehoitotyöhön tulisi saada erityistä koulutusta” s. 30)

Perhehoitotyöhön annettavasta koulutuksesta tutkimuskatsaukseen on valikoitunut kolme artikkelia, joissa otetaan huomioon perhehoitotyön kehittäminen ja siihen liittyvä opiskelu ja koulutus. Käytän niistä kahden johtopäätöksiä kyselytutkimustulosten vertailukohteena. Artikkelissa ”Perhehoitotyön oppimistehtävät – opiskelijoiden näkemykset perhehoitotyöstä” (Havukainen, Hakulinen-Viitanen, & Pelkonen 2007, 23–32) kuvataan perhehoitotyön oppimista hitaana prosessina, joka vaatii muutosta ja tiedon muokkausta. Näkökulman mukaan perhehoitotyön oppiminen voi parhaiten toteutua sekä koulutuksen että työelämän yhteistyönä, jolloin teoria ja käytäntö kohtaavat. Kehittämisehdotuksena nousee esille ajatus, että perhehoitotyö olisi saatava osaksi terveysalan koulutusta ja näkyväksi opetussuunnitelmiin. Lisäksi perhehoitotyön koulutusta tulisi tarjota ”täsmäkoulutuksena” ja kehittää sitä työelämän kanssa. Myös kehittämisprojektit saattaisivat artikkelin mukaan auttaa integroimaan teorian tietoa käytännön työhön

Artikkelissa ”Perheen elämänpolun teoria – työvälina pitkäaikaissairaalan lapsen hoitoon” (Jokinen 2002, 15–18) kuvataan, että pitkäaikaissairaalan lapsen hoitotyössä perhehoitotyön merkitys korostuu, kun lapsen sairaus vaikuttaa koko perheen elämään monella tavalla. Artikkelin mukaan perhehoitotyön toteutumiseksi ei riitä, että sairaanhoitajalla on hyvä tietoperusta sairaudesta, vaan hänen tulisi ymmärtää todellisuutta, jossa perhe elää. Perhekeskeisyyttä pidetään kyllä keskeisenä periaatteena hoitotyössä, mutta se ei aina toteudu käytännön hoitotyössä perheiden odottamalla tavalla. Tutkimukset osoittavat, että perheiden aktiivinen mukanaolo hoidossa ja osallistuminen hoitoa koskevaan päätöksentekoon lisäävät perheen tyytyväisyyttä hoitoon. Artikkelissa esitellään ”perheen elämänpolun teoria” työvälinaena sairaalan lapsen hoidossa. Tiivistetysti teoriassa hoitotyöntekijä saa perheen elämään tutustumalla työkalun, joka auttaa ymmärtämään sairaalan lapsen perheen elämää, ja näin tukemaan ja ohjaamaan perhettä yksilöllisesti.

Teoriassa otetaan huomioon perheen ympäröivä yhteisö, elinolosuhteet, suhtautuminen lapsen sairauteen, arkipäivän rutiinit, perheen sosiaalinen verkosto ja käsitys terveydestä. Teorian ytimessä on lapsen hyvä elämä. Artikkelissa korostetaan myös koulutuksen ja asian opiskelun tukemista hoitotyön ammatti-

henkilöiden koulutuksessa. Sen mukaan perhekeskeinen työskentely on vaativaa, jonka vuoksi on ilmeistä, että peruskoulutuksen aikana ammattihenkilö saa perustiedot perheen kanssa työskentelystä, ja työkokemuksen myötä voi hakeutua opiskelemaan perhekeskeisyyttä tätä syvällisemmin. Ammattikorkeakoulujen erikoistumisopinnoissa ongelmana saattaa olla kuitenkin se, etteivät ne anna uutta tutkintonimikettä eivätkä välttämättä tuo lisäpalkkaa koulutuksen käyneelle, mikä saattaa artikkelin mukaan vähentää hakeutumista erikoistumisopintoihin. (Jokinen 2002, 15–18.)

Nämä artikkelit tuovat melko selkeästi näkemyksen siitä, että perhehoitotyön koulutukselle olisi tarvetta, ja että hoitotyöntekijöiden välineet perhehoitotyössä eivät välttämättä ole riittävän monipuolisia pelkän peruskoulutuksen pohjalta. Kyselytutkimus Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin neonatologian osastoilla tukee tätä näkemystä melko vahvasti.

7.4 Perhehoitotyön vaikeus ja sen viemä aika

Seuraavissa taulukoissa ilmenee kyselytutkimuksen vastaajien mielipide siitä, onko perheen kanssa työskentely vaikeaa ja aikaa vievää (kts. taulukot 11, 12 ja 13)

TAULUKKO 11. Perheen kanssa työskentely on vaikeaa ja aikaa vievää

IKÄRYHMÄ	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
18–24 vuotta	0 %	13 %	50 %	38 %	0 %	8=100 %
25–34 vuotta	7 %	23 %	48 %	23 %	0 %	44=100 %
35–45 vuotta	5 %	24 %	52 %	19 %	0 %	21=100 %
yli 45 vuotta	6 %	56 %	22 %	17 %	0 %	18=100 %
yhteensä	6 %	29 %	44 %	22 %	0 %	91=100 %

TAULUKKO 12. Perheen kanssa työskentely on vaikeaa ja aikaa vievää

AMMATTINIMIKE	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
sairaanhoidaja	6 %	29 %	44 %	20 %	0 %	79=100 %
terveydenhoitaja	0 %	33 %	0 %	67 %	0 %	3=100 %
kätilö	0 %	25 %	75 %	0 %	0 %	4=100 %
lastenhoitaja	0 %	20 %	40 %	40 %	0 %	5=100 %
yhteensä	6 %	29 %	44 %	22 %	0 %	91=100 %

TAULUKKO 13. Perheen kanssa työskentely on vaikeaa ja aikaa vievää.

TYÖKOKEMUS	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
1–4 vuotta	3 %	23 %	51 %	23 %	0 %	39=100 %
5–9 vuotta	10 %	24 %	48 %	19 %	0 %	21=100 %
10–20 vuotta	5 %	35 %	40 %	20 %	0 %	20=100 %
yli 20 vuotta	9 %	46 %	18 %	27 %	0 %	11=100 %
yhteensä	6 %	29 %	44 %	22 %	0 %	91=100 %

Tarkasteltaessa vastauksia ikäryhmien perusteella, on huomioitavaa, että nuorimmat vastaajat kokivat perhehoitotyön vähiten vaikeaksi ja aikaa vieväksi ja vanhimmat eniten. Kontaktit lapsiperheisiin tai lapsiperhe hoitajan omassa elämässä saattavat olla ajankohtaisempi asia nuoremmille vastaajille, jonka vuoksi myös samaistuminen perheiden tilanteisiin voi olla nuoremmille vastaajille helpompaa kuin esimerkiksi yli 45-vuotiaille. Perhehoitotyö edellyttää uuden oppimista ja tiedon soveltamista käytäntöön, jonka nuoremmat vastaajat saattavat kokea vähemmän aikaa vieväksi ja vaikeaksi, kuin vanhemmat. Näistä vastauksista kuitenkin ilmenee, että perheiden kanssa työskentely koetaan jossain määrin vaikeaksi ja aikaa vieväksi kaikissa ikäryhmissä. (kts. taulukko 11. ”Perhehoitotyö on vaikeaa ja aikaa vievää” s. 33)

Kyselytutkimuksen kysymykseen perhehoitotyön vaikeudesta ja sen viemästä ajasta sairaanhoitajien mielipiteet olivat jakautuneet laajemmin, kuin muiden ammattiryhmien. Heistä 6 % oli ainoana ryhmänä täysin samaa mieltä. Suurin osa sairaanhoitajista oli osittain samaa mieltä. Myös muista ammattiryhmistä

suurin osa oli osittain eri mieltä, paitsi terveydenhoitajat, joista suurin osa oli täysin eri mieltä. Vaikuttaisi siis, että sairaanhoitajat ovat voimakkaammin sitä mieltä, että perhehoitotyö on vaikeaa ja aikaa vievää. Voisiko osastoilla eri ammattiryhmien kuormittavuus perhehoitotyön osalta jakautua epätasaisesti? Toisaalta sairaanhoitajat voivat kokea perhehoitotyön vieraammaksi ammattiaan ajatellen, kuin esimerkiksi terveydenhoitajat ja kätilöt, jotka ovat ehkä työskennelleet perheiden parissa aikaisemminkin enemmän. (kts. taulukko 12. ”Perhehoitotyö on vaikeaa ja aikaa vievää” s. 34)

Työkokemusvuosien perusteella luokitelluista vastaajista suurin osa oli perhehoitotyön vaikeudesta ja aikaa vievyydestä osittain eri mieltä. Toiseksi eniten vastaajat olivat osittain samaa mieltä. Täysin eri mieltä olevista yli 20 vuotta työkokemusvuosia omaavia oli eniten, mikä tarkoittaa, että eniten työkokemusta takanaan olevat kokevat perhehoitotyön helpommaksi ja pystyvät ilmeisesti kokemuksensa avulla mukauttamaan perhehoitotyön osaksi päivittäistä hoitotyötä paremmin kuin vähemmän työkokemusta omaavat. (kts. taulukko 13. ”Perhehoitotyö on vaikeaa ja aikaa vievää” s. 34)

Perhehoitotyön toteuttaminen neonatologian osastoilla vaatii jokaiselta hoitohenkilökunnan jäseneltä asiaan paneutumista ja kenties ylimääräistä aktiivisuutta ”normaalin” hoitotyön rinnalla. Tutkimuskatsauksen artikkelissa ”Keskosvauvan ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen hoito vastasyntyneiden teho-osastolla” (Heikkilä, Mustalahti & Larrad-Rahkonen 2002, 171–183) kuvataan perheen ”matkaa” Lasten ja nuorten sairaalan teho-osastolla lapsen syntymästä lähtien. Artikkelissa tuodaan myös esille hoitohenkilökunnan rooli, joka kuormittuu jatkuvasti vaihtelevien ja vaativien kriisitilanteiden keskellä. Saman iltapäivän ja jopa tunnin sisällä henkilökunta saattaa osallistua ns. ”kilokakkujuhliin” ja kuolevan lapsen saattohoitoon, tai osastolle saattaa tulla kriittisesti sairas lapsi. Myös henkilökunta joutuu kohtaamaan yhä uudestaan tutustumisen, kiintymisen ja luopumisen surut. Tähän henkilökunta tarvitsisi myös aikaa ja tilaa. Haasteena artikkelin mukaan nähdään myös hoitohenkilökunnan ja erityistyöntekijöiden yhteistyön kehittäminen, erityistyöntekijöiden saatavuus ja yhteistyö neuvolan kanssa. On nähtävissä, että monimuotoisen ja haasteellisen tehtävän kanssa

työskentelevät hoitotyöntekijät kokevat työnsä ajoittain aikaa vievänä ja perheiden kokonaisvaltainen huomioiminen voi olla vaikeaa.

Tutkimuskatsauksen artikkeleissa perheiden näkökulma heidän saamastaan tuesta tuodaan esille artikkelissa ”Perhehoitotyö Lapsiperhe-projektissa – haastattelututkimus lapsiperheiden saamasta varhaisesta tuesta (Pietilä ym 2001, 188–197). Tässä artikkelissa esitellään tutkimusta, jonka pyrkimyksenä on ollut saada tietoa toimintojen vaikuttavuudesta perheiden elämäntilanteeseen. Tutkimus perustuu 20 perheen haastatteluun vuosina 1998–1999. Keskeisenä tuloksena oli, että perheiden elämäntilanteissa tapahtui myönteisiä muutoksia Lapsiperhe-projektissa toteutetun varhaisen tuen myötä. Tuki liittyi toisaalta menetelmiin, toisaalta perheiden kokemuksiin saamasta tuesta. Tutkimustuloksia voidaan artikkelin mukaan käyttää perhehoitotyön ja sen menetelmien kehittämiseen. Kun hoitohenkilökunta kokee perhehoitotyön toteuttamisen aikaa vievänä ja vaikeana, tulisi sen vaikuttavuudesta esittää mahdollisimman paljon positiivisia tuloksia, joita on aikaisemmillä tutkimuksilla osoitettu.

Tämänkaltaisilla tutkimuksilla voisi olla mahdollisuus tukea myös neonatologian osastojen hoitohenkilökunnan myönteistä suhtautumista perhehoitotyön kehittämiseen ja sen toteuttamisen motivointiin. Artikkelissa luetellut tärkeät jatkotutkimusaiheet olisivatkin ehkä yksi keino vaikuttaa hoitohenkilökunnan kokemuksiin työn vaikeuksista. Näitä olisivat artikkelin mukaan laadullisen ja määrällisen tutkimustyön lisääminen ehkäisevän perhehoitotyön työmenetelmien vaikuttavuudesta, perheiden yksilöllisen tuen tarpeen arviointimenetelmien löytäminen, koko perheen tavoittavien perhehoitotyön menetelmien kehittäminen ja tutkimustiedon lisääminen yhteisölähtöisten työmenetelmien soveltuvuudesta perhehoitotyöhön.

7.5 Perhehoitotyön toteuttamisessa ilmenevät rajoitteet

Kyselytutkimuksen viimeinen kysymys oli muotoiltu avoimeksi kysymykseksi, jossa vastaaja sai vapaasti kuvailla perhehoitotyön toteuttamiseen liittyviä rajoitteita/esteitä yksittäisen hoitotyöntekijän kannalta, mikäli niitä ilmeni. Käsittelen

seuraavassa avoimen kysymyksen vastauksia luokittelemalla vastaukset taulukkoon omiksi ryhmikseen sen perusteella, kuinka paljon mitäkin perhehoitotyötä rajoittavaksi tekijäksi mainittua asiaa avoimen kysymyksen vastauksissa ilmeni.

Seuraavassa taulukossa vasemmanpuoleisessa sarakkeessa näkyvät kyselytutkimuksen avoimen kysymyksen vastauksissa mainitut hoitotyössä ilmenevät, perhehoitotyön toteuttamista rajoittavat/estävät tekijät. Taulukon oikeanpuoleisessa sarakkeessa näkyy näiden mainittujen tekijöiden määrä vastauksissa.

TAULUKKO 14. Hoitotyössä ilmenee tekijöitä, jotka rajoittavat/estävät yksittäisen hoitajan perhehoitotyön toteuttamista

HOITOTYÖSSÄ ILMENEVÄT TEKIJÄT, JOTKA RAJOITTAVAT/ESTÄVÄT YKSITTÄISEN HOITAJAN PERHEHOITOTYÖN TOTEUTTAMISTA	VASTAUKSISSA MAINITTUJEN TEKIJÖIDEN LUKUMÄÄRÄ
Kiire	35
Tilojen puute/ahtaus	20
Henkilökuntaressurssien vähäisyys	12
Runsaat potilasmäärät	9
Henkilökunnan ja perheiden kulttuuri-, kieli- ja näkemuserot	9
Potilaan vointi	9
Päällekkäiset työtehtävät	7
Henkilökunnan koulutuksen ja tiedon puute	4

Henkilökunnan asenteet	4
Toimenpiteiden määrä	4
Hoitajan ja perheiden aikaisemmat kokemukset	3
Henkilökunnan vähäinen osaaminen	2
Henkilökunnan rohkeuden / uskalluksen puute	2
Vanhempien ohjaus	2
Oman potilaan hoitoon osallistumisen estyminen	1
Vanhempien esteet	1
Kontaktit perheisiin puutteellisia	1
Henkilökunnan vastuun jakautuminen epätasaisesti	1
Työvuorot	1
Vierailuajat	1
Työvälineiden puute	1

Kyselytutkimuksen avoimen kysymyksen vastauksissa eniten ilmeni rajoittavana tekijänä kiire osastoilla, joka estää hoitajien syventymisen perhehoitotyöhön niin intensiivisesti, kuin se ajan kanssa olisi mahdollista. Kiire aiheuttaa esimerkiksi päällekkäisiä työtehtäviä ja perheen kanssa keskustelemiseen ei jää aikaa. Kiire voi johtua runsaista potilasmääristä tai henkilökuntaresurssien vähäisyydestä. Kiirettä näyttivät lisäävän myös päällekkäiset työtehtävät ja potilaiden heikko vointi. (kts. taulukko 14. s. 37–38)

Toiseksi eniten rajoittavana tekijänä kyselyssä ilmeni osastojen tilanpuute ja ahtaus. Tällöin esimerkiksi ei perheiden kanssa voida välttämättä spontaanisti puhua potilaan hoitoon ja vointiin liittyvistä asioista, ja rauhallista tilaa perheen kannalta tärkeän yksityisyyden säilyttämisen suhteen ei aina löydy. Tilanpuutteen oli myös vastauksissa kerrottu rajoittavan perheiden vapautta hoitaa lastaan haluamallaan tavalla ja haluamanaan ajankohtana. Yhdessä vastauksessa tilanpuutteeseen toivottiin korjausta uuden, suunnitteilla olevan osaston myötä. (kts. taulukko 14. s. 37–38)

Kolmantena rajoittavana tekijänä vastauksista nousi esiin henkilökuntaresurssien vähäisyys. Tämä aiheuttaa vastaajien mukaan sitä, että hoitohenkilökunnalla saattaa olla paljon potilaita, ja yhtä hoitajaa kohti useampi kuin yksi potilas, jolloin perhehoitoon ei ole mahdollisuuksia paneutua riittävästi. Erään vastauksen mukaan mitä paremmin potilaan perhettä on mahdollista ohjata, sitä enemmän se helpottaa hoitajan hoitotyötä. Henkilökunnan osaamisella ja kokemuksella olisi vastausten mukaan myös vaikutusta perhehoitotyön rajoittumiselle. Kahdessa vastauksessa hoitohenkilökunnan osaaminen ja neljässä vastauksessa vähäinen kokemus tai koulutuksen puute mainittiin rajoittavana tekijänä perhehoitotyössä. Tämän vuoksi vastuu saattaa jakautua epätasaisesti, kun kokenutta hoitohenkilökuntaa voi olla vuorossa niin vähän, ja jotkut työtehtävät, kuten potilaiden lääkityksiin tai ensihoitoon liittyvät tehtävät kuormittavat joitakin hoitajia enemmän kuin toisia. (kts. taulukko 14. s. 37–38)

Muita vastauksissa ilmenneitä, perhehoitotyötä rajoittavia tekijöitä olivat runsaat potilasmäärät, hoitohenkilökunnan ja potilaan perheen väliset kulttuuri-, kieli- ja näkemuserot, henkilökunnan koulutuksen ja tiedon puute ja hoitohenkilökunnan asenteet. Asenteiden kuvattiin rajoittavan perhehoitotyötä esimerkiksi siten, että jotkut hoitajat suhtautuvat vastustavasti uusien hoitajien ideoita ja halua kehittää toimintaa. Myös yhtenäiset linjat saattavat hoitotyöstä puuttua. Lisäksi vastauksissa mainittiin potilaan vointi, toimenpiteiden määrä ja päällekkäiset työtehtävät. Potilaan vointi saattaa huonontuessaan lisätä myös toimenpiteiden määrää, jolloin vanhemmat saattavat joutua usein poistumaan lapsensa luota. Muutamien vastausten mukaan tämä on myös osaltaan perhehoitotyötä rajoittava tekijä. Perhehoitotyön toteuttamista rajoittavia/estäviä tekijöitä olivat vastaajien mu-

kaan myös hoitajan ja perheiden aikaisemmat kokemukset, henkilökunnan vähäinen osaaminen, henkilökunnan rohkeuden/uskalluksen puute, vanhempien ohjaus, oman potilaan hoitoon osallistumisen estyminen, vanhempien esteet, perheiden kontaktien puutteellisuus, henkilökunnan vastuun jakautuminen epätasaisesti, työvuorot, vierailuajat sekä työvälineiden puute. (kts. taulukko 14. s. 37–38)

Näiden avoimen kysymyksen vastausten analyysin tukena voi käyttää tutkimuskatsauksen artikkelia ”Vanhempien hoidon laatua koskevat odotukset lapsivuodeosastoilla ja hoitohenkilökunta niihin vastaajana” (Kalam-Salminen, Leino-Kilpi & Puukka 2008, 238–247). Hoitohenkilökunnan kokemuksen vertaaminen perheiden kokemuksiin saamastaan hoidosta on hyvä näkökulma selvittäessä perhehoitotyön toteutumista. Artikkelissa keskitytään vertaamaan hoidon toteutumista laadullisesti hoitohenkilökunnan itse arvioimana ja lapsivuodeosastojen vanhempien odotusten perusteella. Tutkimusaineisto oli kerätty Hyvä hoito lapsivuodeosastoilla –mittarilla ja analysoitu tilastollisesti. Tutkimuksen yksi tärkeä näkökohta oli pyrkiä selvittämään laadun käsite, sekä se mitä asioita siihen sisältyy, kenen näkökulmasta laatua tarkastellaan ja miten hyvä erotetaan huonosta. Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että vanhempien hoitoa koskevat odotukset olivat melko korkeat. Keskimäärin vanhemmat odottivat hoidoltaan hyvää laatua ja joskus tyydyttävää laatua. Hoitohenkilökunta tunsikin varsin hyvin vaatimimpienkin asiakkaiden laatuodotukset, mutta ei osannut arvioida toteutunutta laatua yhtä hyvin. Laatukäsitteen sisältöä tässä tutkimuksessa on lähestytty toimintateoreettisesta näkökulmasta, jolloin hoidon laadussa keskeisiä ovat toimija, toiminta, toiminnan edellytykset ja toimintaympäristö. Vanhemmaksi kasvua ja perheen ihmissuhteita tukeva toiminta toteutui hoitohenkilökunnan mielestä paremmin, kuin vanhempien mielestä. Hoidon kokonaislaatu vaihteli isien ja hoitohenkilökunnan mielestä hyvästä tyydyttävään ja äitien mielestä välttävää hyvään.

Jos tässä artikkelissa esitettyä tutkimustulosta vertaa kyselytutkimuksen avoimen kysymyksen vastauksiin perhehoitotyön rajoittavista tekijöistä, voidaan hoitohenkilökunnan näkemyksissä nähdä laatua heikentäviä tekijöitä, joita he itse tuovat esille. Näitä olivat esimerkiksi kiire, runsaat potilasmäärät, tilanpuute ja

ahtaus osastoilla, hoitohenkilökuntapula sekä hoitohenkilökunnan vähäinen kokemus ja osaaminen tai koulutuksen puute. Nämä rajoitteet liittyvät myös toimijoihin, toiminnan edellytyksiin ja toiminnan ympäristöön. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin neonatologian osastoilla toiminnan edellytykset ja toiminnan ympäristö eivät siis pääosin toteudu hoitohenkilökunnan mielestä siten, että hoidon laatu olisi riittävän hyvää. Laadun tutkimista olisi kenties hyvä lähteä kehittämään ottamalla tutkimuksiin mukaan perheiden näkökulma.

Avoimen kysymyksen vastaukset antoivat selkeitä vastauksia, ja konkreettisia asioita on helppo verrata perhehoitotyön toteutumiseen. Tiedossa olevista asioista on hyvä lähteä jalostamaan uusia näkökulmia ja toimintamalleja.

8 POHDINTA

8.1 Pohdintaa opinnäytetyön tuloksista

Tekemäni taustatutkimuksen, eli tutkimuskatsauksen artikkelien ja kliiniseen hoitotyöhön liittyvän tieteellisen tiedon, perusteella perhehoitotyö neonatologisen hoidon alueella on vaativaa ja asettaa monenlaisia haasteita hoitohenkilökunnalle. Keskoslasten polku syntymästä kotiutumishetkeen asti on koko potilaan perheelle elämää mullistava tapahtuma, johon vaikuttaa suuresti hoidosta vastaavan yhteisön toiminta ja antama tuki. Perheenjäsenet kokevat keskoslapsen tai sairaan lapsen syntymän vaikuttavan koko heidän jokapäiväiseen elämäänsä, ja sairaalassa vietetään lukuisia hetkiä ja käydään monenlaisia tunteita ja vaiheita läpi. Perhehoitotyön tutkimuksilla pyritään saavuttamaan tuloksia, jotka ennen kaikkea olisivat sekä perheiden että hoitohenkilökunnan arvokkaan työn tukena. Opinnäytetyöni teoriasta, tutkimuskatsaukseen valitsemieni artikkeleiden sisällöistä ja tutkimusaiheista voi nähdä perhehoitotyön tutkimukseen ja kehittämiseen liittyvät päälinjat. Niissä korostetaan hoidon laatuun ja perheiden voimavarakeskeiseen tukemiseen liittyviä teemoja. Suorittamani kyselytutkimuksen tarkoitus oli antaa kokonaiskäsitys Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, neonatologian osastojen hoitohenkilökunnan asennoitumisesta perhehoitotyöhön ja perhehoitoon liittyvän työn toteutumisesta käytännössä. Kyselyssäni käsitelin aiheita, joiden avulla saisin mahdollisimman tarkan kokonaiskäsityksen hoitohenkilökunnan asenteista perhehoitotyötä kohtaan kokonaisuudessaan. Valitsin sitten tarkempaan tarkasteluun ne kysymykset, joista yleiskuva välittyisi parhaiten ja joista saisin selkeimmät vastaukset tutkimuskysymyksiini.

Suorittamani tutkimuskatsauksen perusteella voidaan sanoa, että perhehoitotyöllä on tutkitusti positiivista vaikutusta potilaan ja koko perheen selviämiseen. Hoitohenkilökunnan näkemys perhehoitotyön tarkoituksesta ja merkityksestä joka liittyi tutkimuskysymykseen 1 (*Onko hoitohenkilökunnalla selkeää käsitystä perhehoitotyön merkityksestä ja tarkoituksesta hoitotyössä?*) saattoi välittyä useista eri kysymyksistä, mutta heidän mielipiteensä perheiden huomioimisesta hoitotyössä ja sen vaikutuksesta potilaan vointiin antoi erityisesti vastauksen

tähän tutkimuskysymykseen. Perheiden huomioiminen hoitotyössä koetaan HUS:n neonatologian osastoilla tärkeänä ja ymmärretään, että se vaikuttaa myönteisesti potilaan hyvinvointiin ja selviämiseen. Työkokemuksella tuntuu olevan merkitystä siinä mielessä, että vähäinen tai runsas työkokemus voi vaikuttaa mielipiteeseen perhehoitotyön toteuttamisen tärkeydestä. Kätilöiden, lastenhoitajien ja terveydenhoitajien mielipiteet kallistuivat selkeästi tukemaan tutkimuskatsauksessa annettua näkemystä perhehoitotyön vaikuttavuudesta. Myös suurin osa sairaanhoitajista oli samaa mieltä, mutta heidän keskuudessaan mielipiteet jakautuivat eniten.

Vastaukset kysymykseen perheiden kokonaisvaltaisesta tukemisesta antoivat myös vastauksia tutkimuskysymykseen 1. Ne välittivät tietoa siitä, kuinka monet kokivat perhehoitotyön kokonaisvaltaiseksi työksi. Kokonaisvaltaisuus tarkoittaa siis perhehoitotyötä kokonaisuudessaan sisältäen niin konkreettisia hoitotyön toimintoja kuin perheen huomioonottamista myös niissä tilanteissa, jotka eivät varsinaisesti liity hoitotyöhön. Kyselytutkimuksen vastauksista ilmeni, että ikäryhmät, ammattinimikkeet ja työkokemusvuodet huomioiden, kaikki vastaajat olivat suurimmaksi osaksi sitä mieltä, että perhehoitotyöhön liittyy perheiden kokonaisvaltaista tukemista.

Perhehoitotyön tarpeellisuus tuli ilmi niissä vastauksissa, jotka liittyivät perhehoitotyötä koskevaan koulutukseen ja ne liittyivät tutkimuskysymykseen 2 (*Ko-keeko hoitohenkilökunta perhehoitotyötä tarpeelliseksi?*). Koulutuksen tarpeellisuus kuvastaa selkeästi myös tarvetta saada tietoa aiheesta, ja taitoa kehittää perhehoitotyötä. Ilman ajatusta kehittämisestä ja uuden oppimisesta ei välttämättä tapahdu eteenpäin menoa. Kuten tutkimuskatsauksen artikkeleista kävi ilmi, jatkotutkimukselle olisi perhehoitotyössä vielä aihetta. Erityisen koulutuksen tarve perhehoitotyön toteuttamisen kannalta nähdään hoitohenkilökunnan keskuudessa neonatologian osastoilla melko yhtenevästi tärkeänä asiana. Tutkimuskatsauksen artikkelien mukaan perhehoitotyö nähdään aikaa vievänä oppimisprosessina, joka voisi parhaiten toteutua koulutuksen ja työelämän yhteistyönä. Täsmäkoulutukset ja kehittämisprojektit saattaisivat artikkelien mukaan auttaa integroimaan teoretietoa käytännön työhön. Kyselytutkimuksen vastaukset osoittivat, että neonatologian osastojen hoitohenkilökunta olisi vastaanotta-

vainen koulutusten suhteen, ja kokee, että koulutuksille olisi tarvetta. Jälleen vastaajaryhmistä sairaanhoitajien mielipiteet jakautuivat laajemmin, kuin muiden ammattiryhmien. Vastaukset herättivät pohtimaan, onko peruskoulutuksella merkitystä perhehoitotyöhön tarvittavan erityisen koulutuksen suhteen. Terveystenhoitajien, kätilöiden ja lastenhoitajien koulutuksessa perheisiin suunnattavaa hoitotyötä käsitellään kenties enemmän, mikä tulisi ottaa huomioon erityisen koulutuksen tarvetta arvioidessa eri ammattiryhmiä ajatellen. Iän ja työkokemuksen suhteen nuorimmilla ja vähiten työkokemusta omaavilla näyttäisi olevan eniten tarvetta erityiselle koulutukselle.

Perhehoitotyön toivotaan auttavan potilaita ja heidän perheitään neonatologian osastoilla selviämään eteenpäin elämässään. Hoitohenkilökunnan kannalta perhehoitotyö ei kuitenkaan välttämättä ole aina yksinkertaisin hoitotyön toteuttamisen muoto. Hoitohenkilökunta voi kokea perhehoitotyön jopa perushoitotyötä hidastavaksi ja ajoittain raskaaksikin työmuodoksi. Kyselytutkimukseni avoimessa kysymyksessä hoitohenkilökunta toi esille perhehoitotyötä rajoittavia tekijöitä, joita olivat työssään huomanneet ilmenevän. Tämä kysymys oli varmasti aiheellinen ja vastaukset antavat mietittävää perhehoitotyön kehittämisen suhteen. Vastauksissa ilmenevät rajoitteet liittyvät suurimmaksi osaksi käytännön järjestelyihin, kuten kiireeseen osastoilla, henkilökuntapulaan, tilanpuutteeseen, runsaasiin potilasmääriin ja hoitohenkilökunnan riittävän kokemuksen vähäisyyteen. Perhehoitotyötä toteuttavat osastoilla kaikki ammattiryhmät, mutta kokemus ei välttämättä jakaudu tasaisesti. Käytännön hoitotyö tuntuu olevan kiireistä muutenkin, joten perhehoitotyön soveltaminen ja sisällyttäminen siihen voi tuntua hankalalta. Erillinen kysymys perhehoitotyön vaikeudesta ja sen viemästä ajasta antoi melko selkeästi yhtenevän mielipiteen hoitohenkilökunnalta, että perhehoitotyö vie aikaa ja on ainakin osittain vaikeaa. Nuorimmat vastaajat kokivat perhehoitotyön vähiten vaikeaksi ja aikaa vieväksi ja vanhimmat eniten. Ammattiryhmistä terveydenhoitajat kokivat perhehoitotyön vähiten vaikeaksi ja aikaa vieväksi. Työkokemuksen perusteella suurin osa vastaajista oli perhehoitotyön vaikeudesta ja sen viemästä ajasta osittain eri mieltä. Tutkimuskatsauksesta välittyi tarkempi kuva siitä, mikä perhehoitotyössä on vaikeaa ja miksi se koetaan ajoittain sellaisena. Näiden kysymysten vastaukset liittyivät tutkimuskysymykseen 3 (*Ilmeneekö perhehoitotyössä tekijöitä, jotka voivat rajoittaa tai es-*

tää perhehoitotyön toteuttamista käytännössä?) ja antavat tärkeää tietoa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin neonatologian osastoille.

Opinnäytetyöni kokonaistavoite oli tuoda perhehoitotyön merkitystä esille ja selvittää hoitohenkilökunnan asenteita perhehoitotyötä kohtaan HUS:n neonatologian osastoilla. Mielestäni tarkastelen työssäni, tutkimuskatsauksen avulla, tärkeimpiä näkökulmia perhehoitotyön merkityksestä ja myönteisistä vaikutuksista potilaiden vointiin ja selviämiseen. Suorittamani kyselytutkimus tuo esille HUS:n neonatologian osastojen hoitohenkilökuntien asenteita perhehoitotyötä kohtaan. Tutkimus osoitti, että hoitohenkilökuntien asenteet ovat suurimmaksi osaksi myönteisiä perhehoitotyötä kohtaan. Työntekijän iällä, ammattinimikkeellä ja työkokemuksella on merkitystä jossain määrin esimerkiksi siihen, kuinka vaativana hän pitää perhehoitotyön toteuttamista tai kuinka hän arvioi perhehoitotyön merkityksen potilaan voinnin kannalta. Riittävällä tiedon saannilla ja koulutuksella näyttäisi olevan merkitystä perhehoitotyön toteuttamisessa. Koulutus ja varmuus osaamisesta voivat motivoida hoitohenkilökuntaa perhehoitotyön kehittämisessä. Opinnäytetyö antaa perhehoitotyöhön kannustavaa, hyödyllistä tietoa HUS:n alueen neonatologian osastojen henkilökunnille myös kehittämisen kannalta.

8.2 Kehittämisehdotuksia

Suorittamani kyselytutkimuksen useissa vastauksissa ilmenee perhehoitotyön toteuttamiseen liittyviä epäkohtia, joita hoitohenkilökunnan vastausten perusteella olisi ehkä myös helpompi lähteä kehittämään. Erityisesti kehittämisaiheita nousee esille kyselytutkimuksen viimeisen kysymyksen vastauksissa, joissa pyydetään vastaajaa mainitsemaan perhehoitotyötä rajoittavia tekijöitä. Konkreettisesti hoitotyössä vastausten mukaan esimerkiksi kiire, työntekijäresurssipula ja epäkäytännölliset tilat estävät perhehoitotyön toteuttamista käytännössä riittävän hyvin. Osastojen tilat vaikuttavat niin perheiden kuin hoitohenkilökunnan viihtyvyyteen. Yksityisyyttä ei ole hoitohenkilökunnan mukaan aina helppo löytää perheen kanssa käytäviin keskusteluihin ja hoitotilanteisiin. Perhehoitotyön kannalta merkittäväksi kyselyyn vastannut hoitohenkilökunta koki riittävän

tiedonsaannin ja koulutuksen. Seuraavassa esitän perhehoitotyön kannalta mielestäni huomioonotettavia kehittämisideoita, jotka perustuvat suorittamani kyselytutkimuksen vastauksissa ilmenneisiin epäkohtiin perhehoitotyön toteuttamiseen liittyen.

- Lisähenkilökunnan palkkaaminen voisi olla yksi selkeä muutos, joka auttaisi ajankäytön jakautumiseen perhehoitotyön toteuttamisessa; kun käsipareja on enemmän, on mahdollista keskittyä myös muuhun, kuin välttämättöimpiin hoitotyön toimintoihin.
- Osastotilojen remontointi tai kokonaan uusien tilojen rakentaminen auttaisi perhehoitotyön toteuttamista yksilöllisemmin ja kanssakäyminen perheiden kanssa voisi olla entistä huomioonottavampaa. Näin perheitä voitaisiin ottaa yksilöllisemmin huomioon, kun yksityisyyden suojeleminen ahtaiden, tiiviisti sijoitettujen potilasyksiköiden vuoksi ei olisi vaikeaa. Perheet kokisivat myös saavansa omaa rauhaa lapsensa lähellä ollessaan.
- Tiedon jakaminen osastoilla ja hoitohenkilökunnan osallistuminen perhehoitotyöhön liittyviin koulutuksiin antaisi hoitohenkilökunnalle myös tunteen siitä, että heidän panoksensa perhehoitotyössä on tärkeää. Eri ammattiryhmien pohjakoulutuksissa perhehoitotyötä käsiteltäneen myös eri tavoin, joten lisäkoulutukset ammattiryhmittäin voisivat olla hyödyllisiä.
- Ennen kaikkea tärkeää perhehoitotyön kehittämisessä olisi hoitohenkilökunnan kuuleminen, ja avoin keskustelu konkreettiseen hoitotyöhön liittyen Tiedon lisääminen on myös hoitohenkilökunnan motivoinnin kannalta tärkeää.

Suorittamani kaltaisista kyselyistä on hyötyä kehittämisen ja hyvän hoidon laadun ylläpitämisen kannalta. Kun hoitohenkilökunnalla on perusteltua tietoa siitä, mitä hyötyä perhehoitotyöstä on potilaille ja heidän perheilleen, se antaa hoitotyön toiminnoille päämääriä ja konkreettisia tavoitteita. Näin hoitotyöstä voi tulla entistä mielekkäämpää ja haasteellisempää.

8.3 Oma arvio opinnäytetyön toteuttamisesta, sekä ammatillinen kasvu

Perhehoitotyö ei välttämättä ole helppoa eikä yksinkertaista, mutta riittäväällä tutkimuksella voidaan saada tietoa perhehoitotyöstä ja siihen liittyvistä myönteis-

sistä piirteistä. Tätä tutkimusta oli mielenkiintoista tehdä, ja opinnäytetyöni kytkeytyminen HUS:n neonatologian osastojen hoitotyöhön antoi vielä enemmän innostusta saada perhehoitotyöstä konkreettista tietoa. Sopivien tutkimusartikkelien löytäminen oli haastavaa, koska aihealue on melko uusi verrattuna muihin hoitotyön tutkimusaiheisiin. Suorittamani kyselytutkimusten vastauksia oli kuitenkin mielenkiintoista verrata teoretietoon ja havaita, että konkreettisella tasolla perhehoitotyössä mietittyvät ja pohdiskelua herättävät samat aiheet. Kyselytutkimuksen suorittamisessa ei ilmennyt mielestäni suuria ongelmia. Vastausprosentti jäi hieman pieneksi, mutta tuloksista sai kuitenkin viitteitä neonatologian osastojen hoitohenkilökuntien suhtautumisesta perhehoitotyöhön HUS:n alueella. Motivoivana tekijänä opinnäytetyöni suorittamisessa oli, että työelämäyhteistyökumppani hyötyy työstäni eikä vain toiminut tiedon lähteenä opinnäytetyön valmiiksi saattamisessa. HUS:n neonatologian osastoille opinnäytetyöni antaa arvokasta tietoa perhehoitotyön suunnasta hoitohenkilökunnan näkökulmasta, sekä mahdollisuuden löytää kehittämispisteet.

Opinnäytetyöni aihe oli minulle mielekäs myös siinä mielessä, että hakeuduin syksyllä 2010 harjoitteluun HUS:n vastasyntyneiden valvontaosastolle. Osan kahdeksan viikkoa kestäneestä harjoittelujaksostani suoritin HUS:n lapsivuodeosastolla. Harjoittelujakso vastasyntyneiden valvontaosastolla antoi minulle mahdollisuuden nähdä hoitotyön toteuttamista konkreettisesti osastolla. Kiinnitin huomiota erityisesti perheiden huomioimiseen ja sain opinnäytetyöni kannalta myös arvokasta tietoa hoitohenkilökunnan näkökulmasta, itse hoitotyöhön osallistuvana. Erityisesti kiinnitin huomiota siihen, kuinka monipuolisesti ja mitä erilaisimmissa tilanteissa perheitä tuli ottaa huomioon ja kuinka pienistä asioista myönteisen ja turvallisen hoitosuhteen kehittyminen on kiinni. Hoitajan eleillä, ilmeillä ja suhtautumisella on usein valtava merkitys vanhempien toiveikkuudelle ja vuorovaikutussuhteen kehittymiselle lapsen kanssa.

Opinnäytetyön tekeminen alusta loppuun itsenäisesti on kehittänyt ammatillisessa mielessä pitkäjänteisyyttä ja analyttistä tiedon käsittelytaitoa. Opinnäytetyön itsenäinen suorittaminen tuntui välillä työläältä ajoittain jopa vaikealta. Opinnäytetyöprosessin aikana vertasin mielessäni usein tekemiäni valintoja ja päätöksiä siihen, kuinka olisin toiminut, mikäli olisin tehnyt työni yhdessä toisen

opiskelijan kanssa. Haasteellisinta oli ehkä saada aikataulu pysymään suunnitelluissa puitteissa, ja löytää opinnäytetyölle selkeä työskentelytahti. Toisaalta oli helpottavaa, että työn pystyi organisoimaan juuri minulle sopivalla tavalla ja omaan aikatauluuni sopivaksi. Ammatillista kasvua ajatellen olen saanut tietoa ja valmiuksia perhehoitotyön toteuttamisesta myös terveydenhoitajan työn muilla alueilla. Vaikka opinnäytetyöni keskittyi tutkimaan neonatologian hoitotyössä toteutettavaa perhehoitotyötä, voi tietoa ja perusideaa laajentaa hyödyntämään myös muuta terveydenhoitajan työtä. Vuorovaikutustaidot ovat keskeisessä asemassa perheiden kanssa tehtävässä työssä nykypäivänä, kun käsitys perheestä ei ole enää välttämättä sama kuin esimerkiksi pari vuosikymmentä sitten.

Terveydenhoitotyön koulutuksen yhdeksi osaamisalueeksi luetaan yksilön, perheen, ryhmän ja yhteisön terveydenhoitotyön osaaminen. Se sisältää erilaisia osa-alueita, joiden mukaan terveydenhoitajan tulisi ammatillisessa mielessä esimerkiksi hallita asiakkaan terveyden, kasvun ja kehityksen seuranta, tunnistaa voimavaroja ja riskitekijöitä sekä osata toimia niiden mukaisesti. Terveydenhoitajan tulisi myös kyetä luottamukselliseen, avoimeen ja tarvittaessa pitkäkestoiseen vuorovaikutussuhteeseen asiakkaitensa kanssa. Lisäksi yhtenä osaamisalueena on hallita terveydenhoitajan näyttöön perustuvia työmenetelmiä yksilö-, perhe-, ryhmä- ja yhteisötasolla ja käyttää niitä asiakaslähtöisesti. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010.) Näiden osaamisalueiden kartoittaminen oman oppimiseni kannalta myös opinnäytetyöni aiheen näkökulmasta, on tärkeä osuus opinnäytetyöprojektissani. Perhehoitotyön tarkastelu sekä konkreettisesti näkökulmasta kyselytutkimuksen avulla, että teoreettisesti jo toteutetun tutkimustyön kautta on antanut valmiuksia perheiden kanssa työskentelyyn. Opinnäytetyön tekeminen ja siitä saatu tieto auttaa myös ymmärtämään, kuinka tärkeä näyttöön perustuva hoitotyö on. Terveydenhoitotyö on paljon asioiden ja ilmiöiden tunnistamista, sillä riskitekijät eivät aina liity vain pelkästään fyysisen terveyden ylläpitämiseen. Kuitenkin sairaanhoidolliset osaamisvaatimukset, ja niistä mielestäni tärkein ”hoitotyön suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin sekä tutkimukseen ja kokemukseen perustuvan ammatillisen päätöksenteon hallinta” (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010) yhdessä terveydenhoitotyön osaamisvaatimusten kanssa antavat hyvän valmiuden toteuttaa hoitotyötä.

Oman työn kehittäminen on yksi työuran tärkeä motivoija. Opinnäytetyötä tehdessäni työssä kehittyminen aiheena tuli useasti vastaan. Mietin myös itse, kuinka olen kehittynyt opinnäytetyöprosessin aikana. Terveystieteiden tutkimuksen yleisissä osaamisvaatimuksissa luetellaan itsensä kehittäminen, johon sisältyy esimerkiksi omien oppimistapojen tunnistaminen ja itsenäisen oppimisen ja oppimistapojen kehittäminen. Niissä myös mainitaan muutoksissa toimimiseen kykeneminen ja erilaisten oppimis- ja toimintamahdollisuuksien havaitseminen ja hyödyntäminen. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010). Opinnäytetyön tekeminen on kehittänyt minua oppijana ja opitun tiedon hakijana ja soveltajana. Se on antanut valmiuksia vielä paremmin kuin aikaisemmin hyödyntää tutkittua tietoa, sekä yhdistää sitä konkreettiseen näkökulmaan. Itsenäinen oppiminen on kehittynyt ikään kuin siivellä, kun opinnäytetyötä on tehnyt itsenäisesti. Kehittämisen varaa on jäänyt paljon, esimerkiksi työn aikataulun hallitsemisen ja merkityksellisimmän tiedon esiintuomisen ja soveltamisen suhteen. Kuitenkin muutoksessa toimimiseen kykeneminen tarkoittanee myös sitä, että tiedostaa oman kehittymisensä tarpeen ja suunnan, ja osaa käyttää sen tiedon hyväkseen käytännössä. Opinnäytetyöprosessi on kohdallani toiminut kehittymisen väylänä, josta on hyvä lähteä kohti työelämää.

LÄHTEET

- Arasola, Anneli; Reen, Eija; Vepsäläinen, Sirkka-Liisa & Yli-Huumo, Heli 2004. Vastasyntyneiden teho-hoito. Teoksessa Paula Koistinen, Susanna Ruuskanen & Tuula Surakka (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Hygieia. Tammi, 403–404.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Harjoitteluun liittyvät ohjeistukset. Alakohdattaiset kompetenssi- ja ydinsaamiskuvaukset. Terveystyön suuntautumisvaihtoehto. Viitattu 20.03.2011.
<http://www.diak.fi/harjoittelu>
- Fellman, Vineta & Luukkanen, Päivi 2002. Neonatologinen tehohoito. Helsinki: Duodecim.
- Hakulinen, Tuovi 1998. The family dynamics of childbearing and childrearing-families, related family demands and support received from child health clinics. Tampere: University of Tampere.
- Havukainen, Pirjo; Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Pelkonen, Marjaana 2007. Perhehoitotyön oppimistehtävät – opiskelijoiden näkemykset perhehoitotyöstä. *Hoitotiede* 1/2007. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 24–32.
- Heikka, Marjatta 2007. Keskonen neuvolassa. Teoksessa Annukka Armanto & Paula Koistinen (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 298–305.
- Heikkilä, Barbro; Mustalahti, Tuija; & Larrad-Rahkonen, Victoria 2002. Keskosvauvan ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen hoito vastasyntyneiden teho-osastolla. *Psykoterapia* 3/2002. Helsinki: Terapia-yhdistys, 171–183.
- Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita, 49–51.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010. K7 Vastasyntyneiden teho-osasto. Viitattu 9.3.2010.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,962,1973,1974,4571>

- Hopia, Hanna; Heino-Tolonen, Tarja; Paavilainen, Eija & Åstedt-Kurki, Päivi 2004. Laadullinen toimintatutkimus perhehoitotyön kehittämisen keinona lastenosastolla. *Hoitotiede* 4/2004. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 158–163.
- Huuskola, Katri 2005. Keskosvauvan vanhemmuus ja hoitohenkilökunnalta saatu tuki sairaalahoidon aikana. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Ingberg, Elise; Axelin, Anna & Salanterä, Sanna 2008. Keskosvauvan ja vanhempien varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen hoitotyön menetelmin. *Hoitotiede* 4/2008. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 192–202.
- Jokinen, Pirkko 2002. Perheen elämänpolun teoria. *Sairaanhoidaja* 10/2002. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto, 15–18.
- Jurvelin, Tiina; Kyngäs, Helvi & Backman, Kaisa 2005. Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimukset. *Hoitotiede* 1/2005. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 36–42.
- Kalam-Salminen, Ly; Leino-Kilpi, Helena & Puukka, Pauli 2008. Vanhempien hoidon laatua koskevat odotukset lapsivuodeosastolla ja hoitohenkilökunta niihin vastaajana. *Hoitotiede* 5/2008. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 238–247.
- Lehto, Paula 2004. Jaettu mukanaolo: substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki. Tammi.
- Näse-Stålhammar, Saija 2010. Lääketieteen lisensiaatti Saija Näse-Stålhammarin luento 20.1.2010 Diakonia-ammattikorkeakoulussa
- Pelkonen, Marjaana & Hakulinen, Tuovi 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 5/2002. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 202–211.
- Pietilä, Anna-Maija; Vehviläinen-Julkunen, Katri; Välimäki, Tarja & Häggman-Laitila, Arja 2001. Perhehoitotyö Lapsiperheprojektissa – haastattelututkimus lapsiperheiden saamasta varhaisesta tuesta. *Hoitotiede* 4/2001. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 188–197.

- Renko, Marjo 2001. Lyhyesti: Kenguruhoiton teho osoitettu. Viitattu 20.3.2011.
www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=keskonen
- Santahuhta, Ulla; Åstedt-Kurki, Päivi & Paavilainen, Eija 2001. Perhekeskeisen hoitotyön kehittyminen lasten hoitotyössä – analyysi kolmesta oppikirjasta. *Hoitotiede* 6/2001. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 290–300.
- Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskus 2011. Sosiaalipsykologian peruskurssi. Kognitiivista sosiaalipsykologiaa. Viitattu 26.9.2011.
<http://www.uta.fi/tyt/avoin/verkko-opinnot/sosiaalipsykologia/kognitiivisuus.html#Asenne>

LIITE 1: KYSELYLOMAKE

Olen terveydenhoitajaopiskelija Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Olen tekemässä opinnäytetyötäni aiheesta ”Perhehoitotyön toteutuminen neonatologian osastoilla, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella”. Tarkoitukseni on tutkia perhehoitotyön toteutumista hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksellani pyrin saamaan vastauksia kysymyksiin perhehoitotyön vaikuttavuudesta tehohoidossa olevien lasten ja heidän perheidensä hyvinvointiin, selviämiseen ja mahdollisimman varhaiseen kotiutumiseen. Tutkimukseen liittyen suoritan kyselytutkimusta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin neonatologian osastojen hoitohenkilökunnille. Tämän kyselytutkimuksen avulla pyrin selvittämään perhehoitotyön merkittävyyttä ja vaikuttavuutta, hoitohenkilökunnan näkökulmasta, hoidon onnistumisen kannalta. Tutkimustuloksia tulen vertaamaan aikaisempiin, aiheeseen liittyviin, tieteellisiin tutkimusartikkeleihin. Näistä tuloksista muodostan yhteenvetoa ja tuon esille perhehoitotyön toteuttamiseen liittyvät näkökulmat.

Ohessa ovat tutkimukseeni liittyvät kysymykset, joihin pyydän teitä ystävällisesti vastaamaan. Toivon, että vastaat kaikkiin kysymyksiin rehellisesti, antaen mielipiteesi olla osana tärkeää hoitotyön kehitystä. Oikeita ja vääriä vastauksia ei ole. Rastita sopiva vaihtoehto. Kyselyn vastataan nimettömänä, ja vastaukset käsitellään luottamuksellisina. Vastaathan viimeistään 3.9.2010 mennessä. Kiitos osallistumisestasi!

Taustatiedot

1. Vastaajan ikä

1. 18–24 vuotta
2. 25–34 vuotta
3. 35–45 vuotta
4. yli 45 vuotta

2. Vastaajan sukupuoli

- 1 Mies
- 2 Nainen

3. Vastaajan ammattinimike

1. Sairaanhoitaja
2. Terveystenhoitaja
3. Kätilö
4. Lastenhoitaja

4. Työkokemuksesi neonatologian osastolla

1. 1–4 vuotta
2. 5–9 vuotta
3. 10–20 vuotta
4. Enemmän kuin 20 vuotta

Vastaa kysymyksiin 5—24 ympäröimällä numero, joka vastaa parhaiten mielipidettäsi, sekä avoimella mielipiteellä kysymykseen numero 25.

Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

Arvioi mielipidettäsi seuraavalla asteikolla:

1=täysin samaa mieltä, 2=osittain samaa mieltä, 3= osittain eri mieltä, 4= täysin eri mieltä, 5= en osaa sanoa

Perhehoitotyön käsite

5. Potilaan perheellä tarkoitetaan hänen vanhempiaan ja sisaruksiaan.	1	2	3	4	5
6. Potilaan perheellä tarkoitetaan hänen vanhempiaan, sisaruksiaan sekä muita lähisukulaisia.	1	2	3	4	5
7. Perhehoitotyö käsittää vain konkreettisia hoitotyön toimintoja osastolla.	1	2	3	4	5
8. Perhehoitotyöhön liittyy perheen kokonaisvaltaista tukemista.	1	2	3	4	5
9. Potilaan perheeseen muodostuu yleensä hoidon aikana avoimet, lämpimät välit.	1	2	3	4	5

Perhehoitotyön päämäärä ja tarpeellisuus

10. Perheellä on merkitystä potilaan hyvinvoinnin kannalta.	1	2	3	4	5
11. Perhe tarvitsee runsaasti hoitohenkilökunnan tukea potilaan hoitajakson aikana.	1	2	3	4	5
12. Perheen huomioiminen hoitotyössä vaikuttaa myönteisesti potilaan vointiin.	1	2	3	4	5
13. Perhehoitotyöllä ei ole ratkaisevaa merkitystä potilaan voinnin kannalta.	1	2	3	4	5

Perhehoitotyöhön osallistuvat henkilöt sairaalassa

14. Perhehoitotyötä toteuttavat osastolla kaikki ammattiryhmät.	1	2	3	4	5
15. Perhehoitotyöhön osallistuvat vain siihen erityistä perehdytystä saaneet hoitajat.	1	2	3	4	5
16. Perhehoitotyötä tulisi toteuttaa kaikkien hoitotyöhön osallistuvien.	1	2	3	4	5
17. Perhehoitotyöhön tulisi saada erityistä koulutusta.	1	2	3	4	5

Perhehoitotyöhön liittyvät käytännön asiat

18. Osastolla toteutetaan perhehoitotyötä monipuolisesti.	1	2	3	4	5
--	----------	----------	----------	----------	----------

19. Perheiden kanssa ollaan vain välttämättömistä syistä tekemisissä	1	2	3	4	5
20. Perheiden huomioiminen häiritsee hoitohenkilökunnan työskentelyä.	1	2	3	4	5
21. Perheen kanssa työskentely on vaikeaa ja aikaa vievää.	1	2	3	4	5
22. Perhehoitotyöhön perehdytys/koulutus helpottaisi yksittäisen hoitajan työskentelyä osastolla.	1	2	3	4	5

Hoitaja perheiden hoitajana

23. Yksittäisellä hoitajalla on merkittävä rooli perhehoitotyössä.	1	2	3	4	5
24. Hoitotyössä ilmenee tekijöitä, jotka rajoittavat/estävät yksittäisen hoitajan perhehoitotyön toteuttamista.	1	2	3	4	5

25. Jos perhehoitotyön toteuttamisessa ilmenee mielestäsi rajoitteita, mitä ne ovat?
