



”SE KOSKETTAA KAIKKIA PERHEESEEN KUULUVIA”

Perhehoitotyön toteutuminen synnyttävän perheen kätilötyössä

Ella Hirvonen
Jenni Lamminmäki

Opinnäytetyö
Joulukuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

Ella Hirvonen ja Jenni Lamminmäki
SE KOSKETTAA KAIKKIA PERHEESEEN KUULUVIA
Perhehoitotyön toteutuminen synnyttävän perheen kätilötyössä

Opinnäytetyö 48 sivua
Joulukuu 2012

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia perhehoitotyön toteutumista synnyttävän perheen hoidossa. Perhehoitotyön toteutumista kätilötyössä on tutkittu melko vähän ja nyt, kun koko perhekäsitys on osin laajassa muutoksessa, opinnäytetyöllemme on olemassa tällä hetkellä tarve. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää perhehoitotyön käsitettä, sekä perhehoitotyöhön ja sen toteuttamiseen vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön avulla pyritään myös tuomaan kätilöille konkreettisia keinoja toteuttaa laadukasta perhehoitotyötä synnyttävän perheen kätilötyössä.

Tutkimusaineisto on kerätty avoimella kyselylomakkeella synnyttävän perheen hoidossa toimivilta kätilöiltä syksyllä 2011. Vastauksia kyselyyn saatiin 33 kappaletta. Aineiston analyysissä käytettiin kvalitatiivista menetelmää, jota syvennettiin kvantifioimalla.

Suurin osa kyselyyn vastanneista kätilöistä koki, että perhehoitotyö toteutuu tällä hetkellä melko hyvin. Vastauksissa tuli selkeästi esiin, että perhehoitotyön toteuttamiseen pyritään paneutumaan resurssien puitteissa mahdollisimman paljon. Ongelmia ja esteitä, jotka tekevät perhehoitotyön toteuttamisen haastavaksi, ilmeni tuloksissa useita. Näistä selkeästi suurimpina nousivat esiin ajanpuute ja kulttuurierot. Samoin tutkimuksessa löydettiin runsaasti perhehoitotyön toteutumista edistäviä tekijöitä, joista mainittakoon runsaamman ajankäytön mahdollistaminen perheiden hoidossa sekä perhehuoneet.

Jotta kätilö voi työssään toteuttaa perheiden tarpeet kohtaavaa perhehoitotyötä, tulee hänen tietää mitkä tekijät vaikuttavat perhehoitotyöhön. Tähän tarpeeseen on työssämme pyritty vastaamaan sekä teorian tiedon että tutkimuksen muodoissa.

Opinnäytetyötä tehdessä esiin nousi useita ajatuksia jatkotutkimusta ajatellen: Äitien ja /tai isien kokemuksia perhehoitotyön toteutumisesta synnytyksessä; Perhehoitotyö synnyttävää ”sateenkaariperhettä” hoidettaessa; Monikulttuurinen perhehoitotyö kätilötyössä.

Avainsanat: perhehoitotyö, kätilötyö, synnyttävä perhe

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme of Health Care
Option of Midwifery

Ella Hirvonen and Jenni Lamminmäki
IT TOUCHES ALL BELONGING TO THE FAMILY
Implementation of Family Nursing in Midwifery

Thesis 48 pages
December 2012

The purpose of this thesis was to study the realisation of Family Nursing in the care of expecting families. Family Nursing has not been studied much, and now that the whole idea of family is in a change there is a need for this thesis at the moment. Further aims of this study were to clarify the concepts of Family Nursing, Family Nursing care, and the factors of Family Nursing care. The thesis also aimed to bring midwives practical means to achieve high-quality Family Nursing.

The data were collected by an open questionnaire from midwives in the autumn of 2011. The data was analyzed using a qualitative method, which was deepened by quantification. The research answers were analyzed using qualitative content analysis.

The majority of the midwives who answered the survey thought that Family Nursing is implemented quite well at the moment. These results suggest that midwives try to implement Family Nursing within the given resources as much as possible. The study helped to find many factors that affect Family Nursing care, the lack of time and cultural differences being the greatest. The study found also plenty of factors to implement Family Nursing care better, such as family rooms and using more time on Family Nursing.

To be able to implement better Family Nursing, a midwife has to know the factors that affect the Family Nursing care. On the basis of the results, multiple topics for further research can be suggested: Parents' experiences of the implementation of Family Nursing at birth; Implementation of Family Nursing in the care of same-sex parents; Multicultural Family Nursing.

Key words: Family Nursing, midwifery, family giving childbirth, expecting family

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	5
2 KÄTILÖTYÖ.....	7
2.1 Kätilötyö käsitteenä	7
3 PERHE	9
3.1 Laajentuva perhekäsitys tämän päivän haasteena.....	9
4 PERHEHOITOTYÖ.....	11
4.1 Moniulotteinen perhehoitotyö kätilötyössä.....	11
4.2 Syntymän aikainen perhehoitotyö	15
4.3 Syntymän jälkeinen perhehoitotyö.....	16
4.3.1 Perhehoitotyö tutkimuksen valossa	18
4.3.2 Lyhytjälkihoitoinen synnytys	20
5 TUTKIMUS.....	22
5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	22
5.2 Tutkimustehtävät	22
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
6.1 Tutkimusaineisto ja –menetelmät	23
6.2 Aineiston käsittely ja analysointi	23
6.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi ja eettisyys.....	25
7 TUTKIMUSTULOKSET	27
7.1 Vastaajien taustatiedot	27
7.2 Perhehoitotyön toteutuminen.....	27
7.3 Perhehoitotyön ongelmat ja esteet	32
7.4 Kyselyssä ilmenneitä kehittämis ehdotuksia perhehoitotyöhön	35
8 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU	39
LÄHTEET	44
LIITE	47

1 JOHDANTO

Ennen puhuttiin perheistä suurperheinä, joihin saattoi kuulua useita sukupolvia, nykyään puhutaan pääasiassa ydinperheestä. Tieto lapsen hoitoon ja synnytykseen liittyvistä asioista ei enää siirry kuten aikaisemmin. (Kalam-Salminen 2005, 33.) Useille nykyajan vanhemmille ensimmäinen kontakti vauvaikäiseen voikin olla oma lapsi. (Larivaara 2009, 140.) Lapsen saaminen on perheelle ainutlaatuinen tapahtuma, ja perheet ovat silloin hyvin haavoittuvaisia. (Kalam-Salminen 2005, 33.)

Perheen keskeisiin tehtäviin kuuluu edelleen suvunjatkaminen, lasten kasvatus, sosiaalisatio ja perheenjäsenten tunne-elämän säätely. Aikaisemmin perheillä oli myös muita tehtäviä, kuten koulutus ja vanhustenhoito, mutta aikanaan ne ovat suurelta osin siirtyneet yhteiskunnan vastuulle (Paavilainen 1999, 4).

Perheen määrittely on sidoksissa yhteiskunnalliseen muutokseen ja kulttuuriin. Perheen muutokset heijastuvat myös hoitotyöhön. Hoitotyössä toimivien onkin tiedostettava perhekäsityksien muutokset, ja kyettävä muuttamaan perhekeskeisyysajattelmaa joustavasti (Paavilainen 1999, 4).

Perhehoitotyön tavoitteena on lisätä sekä yksilöiden että perheiden hyvinvointia (Paavilainen 1999, 4). Synnyttävän perheen hoidossa toteutettava perhehoitotyö kohdistuu perheen terveyteen ja hyvinvointiin eri toimintatapojen ja lääkkeellisen hoidon sijasta. (Harmon Hanson 2001, 224.) Perhehoitotyö on hoitomuotona perinteistä äitiyshoitotyötä laajempi, sillä se keskittyy laajassa näkökulmassa kaikkien perheenjäsenten välisten suhteiden lisäksi perheen kokonaisvaltaiseen hoitoon ja terveyteen. (Harmon Hanson 2001, 222.)

Perhelähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että perhe saa osallistua ja osallistuu oman hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Asiakkaan ja potilaan odotukset toimivat hoitotyön lähtökohtana. Suomalaisessa kulttuurissa perhekeskeisyys asiakkaan hoidossa on parhaiten toteutunut muun muassa

äitiys- ja lastenneuvolatyössä sekä synnyttäjien hoitoyksiköissä. (Paunonen 1999, 15-16.)

Työssämme pyrimme selventämään ja laajentamaan perheen sekä perhehoitotyön käsitettä, ja mitä perhehoitotyö synnyttävän perheen hoidossa käytännössä tarkoittaa. Tuomme esiin myös tietoa tämänhetkisestä, laajentuvasta perhekäsityksestä sekä perheen määritelmän moninaisuudesta.

2 KÄTILÖTYÖ

2.1 Kätilötyö käsitteenä

Kätilötyö perustuu historialliseen, kansainväliseen ja kansalliseen ohjeistoon ja määrittelyyn, ja pohjan suomalaisen kätilön ammatille, tehtäville ja toiminnalle luo kansainvälisesti hyväksytty kätilön määritelmä (Pienimaa 2006,25).

”Kätilö on henkilö, joka osallistuttuaan säännöllisesti kätilökoulutukseen, mikä kyseisessä maassa asianmukaisesti on hyväksytty ja on suorittanut menestyksekkäästi edellä mainitun kätilökoulutuksen ja näin hankkinut vaaditun pätevyyden tullakseen rekisteröidyksi kätilöluetteloon ja/tai saadakseen laillisen luvan harjoittaa kätilötyötä.

Hänen on kyettävä antamaan tarvittavaa ohjausta, hoitoa ja neuvontaa naisille raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana, kyettävä hoitamaan synnytykset omalla vastuullaan ja hoitamaan vastasyntynyttä ja pientä lasta. Tämä hoito käsittää ennaltaehkäisevät toimenpiteet, epänormaalin tilan selville saamisen sekä äidissä että lapsessa, lääkärin avun hankkimisen ja hätätoimenpiteiden suorittamisen silloin kun lääkärin apu ei ole saatavilla. Hänellä on tärkeä tehtävä terveysneuvonnassa ja – kasvatuksessa, ei ainoastaan naisten, vaan myös heidän perheittensä ja koko yhteiskunnan piirissä. Työn tulisi käsittää synnytystä edeltävää kasvatusta ja vanhempainvalmennusta. Sen tulisi ulottua tietyille aloille gynekologiaa, perhesuunnittelua ja lastenhoitoa. Hän voi harjoittaa ammattiaan sairaaloissa, neuvoloissa, terveyskeskuksissa, kotiolosuhteissa tai muiden terveystalveluiden piirissä.”

Määritelmän ovat hyväksyneet Kansainvälinen Kätilöliitto (1990), Kansainvälinen Naistentautien- ja Synnytyslääkäreiden Liitto (1991) ja WHO (1992). (Pienimaa 2006, 26.)

Suomessa kättilötyön toiminta-alue on tavallista laajempi, koska meillä kättilötyöhön liitetään myös seksuaaliterveyden asiantuntijuus, eri-ikäisten naisten terveystarpeet sekä naistentautien hoitotyö. Perhehoitotyöhön viitaten kättilö edistää naisen ja perheen hyvinvointia, ja kykenee tukemaan vuorovaikutuksellisin keinoin perheiden hyvinvointia sekä edistää perheen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Kättilön erityistehtävä on olla naisen terveyden asiantuntija elämän kaikissa vaiheissa. (Pienimaa 2006, 26; 29-30.)

Kättilötyössä on kyse usein vähintään kahden ihmisen tai koko perheen terveydestä, joka antaakin kättilötyölle erityisen merkityksen tarkastellessa sitä eettisestä näkökulmasta. Kättilötyön eettiset periaatteet voidaan rinnastaa laajemmin noudatettaviin hoitotyön eettisiin lähtökohtiin, jotka tulevat esiin kättilöliiton eettisistä ohjeista. (Leino-Kilpi ja Välimäki 2004, 172-173.) Keskeisiä eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, yksilöllisyys, terveyskeskeisyys, vastuullisuus, turvallisuus, jatkuvuus, perhekeskeisyys, omatoimisuus sekä kokonaisvaltaisuus. (Suomen kättilöliitto.)

Kättilö kohtaa perheen vain muutamia kertoja raskauden ja synnytyksen aikana. Tämän vuoksi ensisijainen perhehoitotyön kanava onkin äiti. Äideillä normaali hormonituotanto auttaa valmistautumaan tulevaan äitiyteen. Tämän vuoksi on hyvä suunnata informaatio myös isälle, jos sellainen mahdollisuus tulee, koska isän on kasvettava isyyteen muuten kuin hormonaalisella tuella. Kättilön tehtävänä onkin antaa tietoa niin parisuhteen, seksuaalisuuden kuin vanhemmuuden tuomista muutoksista. Puolisolle lapsi konkretisoituu useimmiten vasta syntymän jälkeen. Samaan aikaan koko parisuhde ja oma puoliso siirtyvät uuteen palautumattomaan vaiheeseen. Tästä alkaa perhe-elämä, jonka kehitykseen mies tarvitsee usein naista enemmän aikaa. Myönteistä kehitystä tukevat kontakti lapseen, kahdenkeskinen aika puolison kanssa sekä hyväksyntä ja arvostus parisuhteessa. (Äimälä 2006, 43-44.)

3 PERHE

3.1 Laajentuva perhekäsitys tämän päivän haasteena

Tilastokeskuksen mukaan Suomessa oli 1 455 000 perhettä vuoden 2010 lopussa. Määrä on kasvanut 4 600 perheellä edellisestä vuodesta. Väestöstä 76 prosenttia eli 4 065 000 henkilöä kuului perheisiin. Vuonna 1990 perheisiin kuului vielä 82 prosenttia väestöstä. Suurin osa perheistä eli kaksi kolmasosaa oli avioparien perheitä, avoparien perheitä oli 22 prosenttia ja yhden vanhemman perheitä 12 prosenttia. Saman sukupuolen rekisteröityjen parien perheitä oli 1 601. Väestöstä 1 040 000 asui yksin vuoden 2010 lopulla. (www.stat.fi.)

Lapsiperheitä (perheessä on alle 18-vuotiaita lapsia) oli 582 000, ja määrä on vähentynyt edellisvuodesta 1 800 perheellä. 40 prosenttia väestöstä kuuluu lapsiperheisiin, joissa asui kotona keskimäärin 1,83 lasta. Lapsiperheiden yleisin perhemuoto on edelleen avioparin perhe, 61 %. (www.stat.fi.)

Vuoden 2010 lopussa uusperheitä oli 53 000, ja lapsia näissä perheissä oli 77 000. Uusperheessä on vähintään yksi alle 18-vuotias vain toisen vanhemman lapsi. Uusperheiden määrä on lievässä laskussa, luku pienentyi 319 perheellä edellisvuodesta. (www.stat.fi.)

Ydinperheeksi, jota yhdistää biologinen side, on aina ajateltu asetelma: äiti, isä ja lapset. Perhetutkimuksessa on näkyvin muutos tapahtunut vastausyrityksessä kysymykseen, mitä ylipäänsä tarkoitamme perheellä. Aikaisemmin oli tavallaan mahdollista puhua perheestä jonkinlaisena ideaalityyppinä, jonka merkityksen kaikki tunnistivat. Tavallisimmin perheen ideaalityyppi (ns. traditionaalinen perhe) käsitti, kuten edellä jo mainittiinkin, isän, äidin ja yhden tai useamman lapsen. (Paunonen 1999, 53.) Kuten Harmon Hanson (2001, 28) toteaa, perheet erilaistuvat jatkossa, ja ovat yhä enenevässä määrin muita kuin edellä mainittuja perheen ideaalityyppejä.

Nykyään voidaan puhua hyvinkin monenlaisista perheistä, sillä yksinhuoltajaperheet ja uusperheet ovat lisääntyneet, perhekoot ovat pienentyneet ja aina perheeseen ei kuulu lapsia vaan perheen muodostavat vain aikuiset. Perhe käsitteenä onkin nykyään vaikea määritellä jäsenten mukaan. Sen sijaan yhdessä elävä pienryhmä voidaan määritellä perheeksi sen jäsenten iästä tai sukupuolesta riippumatta. (Paunonen 1999, 53.) Aina yhdessä asuminen ei ole riittävä peruste määritellä perhettä, sillä esimerkiksi yksineläjän perhe on yleensä eri osoitteessa asuva tai asuvat, jotka henkilö kokee itselleen läheisimmiksi. (Åstedt-Kurki 2008, 12-13.) Hoitotyössä toimivien onkin tiedostettava perheiden moninaisuus ja oltava joustavia perheen määrittelyn suhteen perhekäsitteen ollessa nykyään hyvin monimuotoinen. (Paunonen 1999, 53.)

Tunnettu yhdysvaltalainen perhelääketieteen kehittäjä Susan McDaniel ja hänen työtoverinsa määrittelevät perheen miksi tahansa ihmisryhmäksi, joka on sidoksissa toisiinsa biologisesti, emotionaalisesti tai laillisesti (Larivaara 2010, 22). McDanielin mukaan olennaista on määritellä yhdessä potilaan tai perheen kanssa, keitä perheeseen kuuluu, ja ketkä kuuluvat laajennettuun perheeseen. Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytettävää termiä *extended family* käytetään viitattaessa laajempaan perhekäsitykseen, joka sisältää isovanhemmat, tädit, sedät, enot sekä serkut. Tämän edellä mainitun perheen määrittäminen on käytännön hoitotyössä tärkeää mietittäessä esimerkiksi perheen voimavaroja ja tukiverkostoa. (Larivaara 2010, 22.)

Victorian yliopiston professorit Gweneth Hartrick Doane ja Colleen Varcoe ovat tutkineet perheen määritelmää laajalti eri kirjallisuudesta. He ovat tulleet siihen tulokseen, että määritelmälle on lähteestä riippumatta samoja elementtejä. Heidän mukaansa tällä hetkellä vallalla oleva perheen määritelmä on jo edellä mainittu, jossa perhe on sen itsensä määrittelemä, yhdessä toimiva ryhmä, joka on yhteydessä toisiinsa joko biologisesti, laillisesti tai sosiaalisesti. (Doane ja Varcoe 2005, 42.)

4 PERHEHOITOTYÖ

4.1 Moniulotteinen perhehoitotyö kättilötyössä

Perhehoitotyön tavoite on tukea perheen omia voimavaroja itsehoitoperiaatteita unohtamatta. Perhe on potilaan voimavara, ja tätä ajatusta tulisikin osata hyödyntää terveydenhuollossa. Hoitotyö on laadukkaampaa ja monipuolisempaa, kun potilaan hoidossa on osallisena myös hänen perheensä. Perheen huomioiminen ja hoitoon mukaan ottaminen merkitsee myös taloudellisia säästöjä niin perheelle itselle kuin yhteiskunnallekin, koska perheen tuki mahdollistaa varhaisemman kotiutumisen ja omahoidon toteuttamisen. Sairaus tai sairaalassa olo koskettaa aina koko perhettä, ei vain yksilöä. (Paunonen 1999, 27-28.)

”Perhekeskeisyys tarkoittaa hoitamisessa perheen ottamista mukaan koko hoitoprosessiin ja päätöksentekoon”, kirjoittaa Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen teoksessaan *Perhe hoitotyössä* (1999, 27.) Itse perhekeskeisyys toteutuu tällä hetkellä parhaiten lasten hoitotyössä ja synnytyksen hoidossa. Perhe hoitotyössä voi tarkoittaa sitä, että perhe on potilaan taustatukena tai koko perhe voi olla hoitotyön asiakas. Perhe tulisikin huomioida ihan jo hoitosuunnitelmaa tehtäessä sekä hoitoa analysoitaessa. Hoitotyössä kaikki tämä tarkoittaa sitä, että perhettä voidaan eri tilanteissa hoitaa eriasteisesti. Esimerkiksi synnytysvuodeosastolla voidaan vauvan hoitoa opettaa erityisesti isälle, jos äiti sen jo hallitsee, jolloin äiti on taustatukena ja isä saa ohjausta.

Synnytys on aina aiemmin ollut vain naistenkeskeinen tapahtuma, joissa isillä ei ole ollut asiaa olla mukana. Synnytysten siirryttyä sairaaloihin pysyivät isät aluksi edelleen poissa synnytyksistä. Vihdoin 1960-luvun loppupuolella heitä alettiin päästää mukaan synnytyksiin, ja synnytyksistä tuli enemmän koko perheen yhteinen kokemus. Tänä päivänä suurin osa isistä osallistuu niin neuvolakäynteihin, valmennukseen kuin synnytykseenkin. Myös synnytyksen jälkeen isät osallistuvat entistä enemmän perheen hoitamiseen. Vierihoidon osastojen tarkoitus on saada myös isät oppimaan vauvan hoitamista sekä äidin

huomioimista. (Paunonen 1999, 14-30.) Isyys on tärkeä asia vauvan kehityksenkin kannalta, ja isän rooli voi olla koko lapsuuden ajan hyvin samankaltainen kuin äidin. Isän läsnäolo auttaa lasta mm. sosiaalistumaan ja selviytymään siten yhteiskunnassa. Ohjauksessa tulee huomioida isien yksilöllisyys sekä kulttuurilliset erot. (Smith 2002, 64.)

Perheen merkitys tulee esille myös siinä, että sillä on tärkein asiayhteys lapsen kasvuun ja kehitykseen. Erään konservatiivisen lähteen mukaan etenkin ideaali-ydinperhe, johon kuuluu isä ja äiti, ja jotka ovat naimisissa keskenään, tukevat lapsen luonnollista sosiaalista kehitystä parhaiten. (Smith 2002, 62.) Tilastojen valossa asiaa tarkastellessa perheellinen äiti synnyttää useammin täysiaikaisen ja terveen lapsen kuin yksin elävä äiti. Jos perheen sisällä puolestaan on stressiä, voi vauva olla syntyessään pienikokoinen. (Harmon Hanson 2001, 224.)

Potilaan käyttäytyminen on peräisin aina perheen sisäisistä asioista, siitä miten siellä toimitaan, käyttäydytään ja eletään. Siksi onkin tärkeää huomioida potilaan ohjauksessa koko perhe. Ohjaus ja opetus tulisi suunnata myös perheelle eikä vain potilaalle. (Kennedy Sheldon 2009, 155.)

Hoitajien tärkein kohtaaminen perheen kanssa on ensikohtaaminen. Sen ollessa myönteinen ja onnistunut luodaan pohja luottamukselliselle suhteelle. Tällöin perhe saa kokea, että jokainen jäsen on tärkeä. Kiireettömän tunteen luominen on tärkeää, sillä silloin voidaan tunnustella kunkin perheen tarpeita hoitotyötä kohtaan. Häätätilanteessa on toki toimittava välittömästi tilanteen vaatimalla tavalla. Toiminta on, ja tulee olla perhe- ja tilannekeskeistä. (Åstedt-Kurki 2008, 83.) Raussi-Lehdon (2006, 234) mukaan kiireellisissäkin tilanteissa on tärkeää antaa ajantasaista ohjausta ja tietoa isälle tai tukihenkilölle.

Perhehoitotyön toteuttaminen ei aina ole helppoa, sillä siihen saattaa liittyä kiirettä, kielteisiä asenteita sekä haluttomuutta osallistua perhehoitotyöhön. Perheenjäsenet voidaan kokea jopa häiriöksi tai vastaavasti perheenjäsenet voivat kokea olevansa tiellä tai eivät muuten halua häiritä henkilökuntaa, jolloin perhehoitotyö ei onnistu halutulla tai odotetulla tavalla. (Paunonen 1999, 14-30.)

Åstedt-Kurjen (2008, 58-60) mukaan useissa tutkimuksissa tulevat esiin potilaiden ja perheenjäsenten kokemat negatiiviset tuntemukset ja kokemukset perhehoitotyön toteutumisesta terveydenhuollossa. Osaston toimintaa ei tunnettu useinkaan riittävän hyvin, ja läheiset kokivat omat osallistumismahdollisuutensa toisinaan kovin mitättömiksi. Perheenjäsenet kokivat itsensä usein ”vieraiksi”, ja jopa hyödyttömiksi läheistensä hoidossa. He saattoivat kokea, ettei heillä ole mahdollisuutta viettää rauhassa aikaa läheisensä kanssa sairaalassaolon aikana, koska esimerkiksi perhehuonetta ei ole mahdollista saada, ja toisia potilaita voi olla useita samassa huoneessa. Lisäksi perheenjäsenet voivat kokea häiritsevänsä osaston toimintaa. Tutkimusten mukaan hoitajia oli toisinaan vaikea lähestyä, eivätkä hoitajat olleet aina tavoitettavissa. (Åstedt-Kurki 2008, 58-60.)

Potilaiden perheenjäsenet sen sijaan toivoivat tulevansa kohdatuksi yksilöllisesti, ja saavansa olla läheistensä tukena tuntematta olevansa hoidon tiellä tai esteenä. He toivoivat ensisijaisesti läheisensä saavan hyvää hoitoa, mutta haluavansa osallistua sopivassa määrin hoidon suunnitteluun ja mahdollisuuksien mukaan myös toteutukseen. Tiedon ja muun tuen saantia hoitavalta henkilökunnalta toivottiin usein. Tutkimuksessa tulivat esiin myös ne omaiset, jotka eivät halunneet aktiivista roolia läheisensä hoidossa, vaan heille riitti vierailu potilaan luona. (Åstedt-Kurki 2008, 58-60.)

Perhehoitotyössä erityistarpeita kohdataan silloin, kun kyseessä ei ole täysin ”normaali” perhe. Jos esimerkiksi molemmat vanhemmat ovat naisia, vaaditaan hoitavalta kätilöltä taitoa ottaa molemmat naiset huomioon ja ohjata heitä kokonaisena perheenä. Karvisen (2011, 11) mukaan tällainen ohjaustilanne on esimerkiksi se, että myös ei-synnyttänyt nainen voi mahdollisesti imettää yhteistä lasta. Onko perhe ajatellut sellaista vaihtoehtoa? Miten se toteutuu? Näissä kysymyksissä kätilön tulee osata toimia.

Monenlaisten perheiden hoitaminen vaatii kätilöltä erityistä avoimuutta. Kysymysten tulee olla avoimia ja suorita, sekä kuuntelun aktiivista. Ihminen tulee kohdata yksilönä ja omana itsenään. Jokainen perhe on omanlaisensa, on

sitten kyseessä esimerkiksi sateenkaariperhe, jossa vanhemmat ovat samaa sukupuolta tai niin sanottu tavallinen perhe. Jokainen kohtaaminen on ainutlaatuinen, joten arvostava asennoituminen, oman tietämättömyyden tunnustaminen sekä vahva ammatillisuus ovat avainasioita perheitä kohdattaessa. (Karvinen 4/2011, 11.)

Nykyään perhehoitotyön tutkimuksen kohteena ovat perheen terveys, voimavarat ja selviytyminen. Esimerkiksi juuri lapsen syntymä saattaa kyseenalaistaa perhedynamiikkaa ja heikentää siten voimavaroja ja selviytymistä, jolloin perhe joutuu sopeutumaan tilanteeseen ja ylläpitämään hyvinvointia yksilöllisellä tavalla. (Kujanpää ja Rajala 2004, 6.) Perherakenteiden muuttuessa perhehoitotyön tutkimuksen ongelmaksi on muodostunut se, että tutkimusten kohteina ovat olleet tyypillisesti ydinperheet. Olisikin perhehoitotyön kannalta tärkeää saada tuoreita tutkimustuloksia kaikenlaisista perheistä. (Paavilainen 1999, 8-9.)



4.2 Syntymän aikainen perhehoitotyö

Perheen saapuessa synnyttämään, kätilön tulisi vastaanottaa heidät rauhallisesti ja perhettä kunnioittaen. Tämä lisää perheen turvallisuuden tunnetta ja lievittää synnytykseen liittyviä pelkoja. Jokainen synnytys on perheelle erityisen ainutlaatuinen kokemus, jossa kätilön rooli on toimia rohkaisijana ja perheen toiveiden puolestapuhujana.

Synnytysvastaanotolta alkaen kätilön tulee muistaa huomioida isä tai muu tukihenkilö joka vaiheessa mahdollisuuksien mukaan. Tämä tapahtuu muun muassa kertomalla synnytykseen liittyvistä käytännön asioista ja ohjaamalla toimimaan sairaalan edellyttämällä tavalla. (Raussi-Lehto 2006, 210.) Kuten Raussi-Lehto (2006, 234) toteaaakin, on kätilön tärkeä antaa konkreettista informaatiota tukihenkilölle, siitä, mitä hän voi tehdä ja miten hän voi tukea synnyttäjää jo synnytykseen valmistautuessa. Isän tai tukihenkilön ohjaaminen ruokailussa ja levon saamisessa koetaan tärkeäksi, sillä varsinkaan ensisynnyttäjien puolisoilla ei ole usein synnytykseen liittyvistä käytännön asioista tietoa. Samoin synnytyksen etenemisestä isälle annettava ajantasainen tieto kuuluu kätilön tehtäviin, ja edistää perhekeskeisen hoitotyön toteutumista. Tärkeätä on, että kätilö huomioi toiminnan kannalta hoitotyön periaatteista erityisesti turvallisuuden, perhekeskeisyyden, jatkuvuuden ja omatoimisuuden periaatteet sekä perehtyy perheen toivomuksiin. (Raussi-Lehto 2006, 233-234).

Isän mukana olo synnytyksessä vaikuttaa myönteisesti niin synnytyskokemukseen, äitiyteen kuin imetykseenkin. Synnytyksessä mukana olo vahvistaa myös isyyden tunnetta. (Kalam-Salminen 2005, 30.) Joskus synnytykseen liittyvän eettisen ongelman muodostaa esimerkiksi se, ettei sairaalan synnytyshuoneen ahtauden vuoksi perheellä ole mahdollisuutta ottaa isän lisäksi mukaan tukihenkilöä, minkä pitäisi olla mahdollista tutkaillessa asiaa naisen itsemääräämisoikeuden ja omaan hoitoon osallistumisen näkökulmasta. (Leino-Kilpi ja Välimäki 2003, 180-181.)

”Synnytyksessä hoitohenkilökunnalta toivotaan ystävällisyyttä, vastuullista asennetta ammatissa ja rohkeutta toimia, aitoa kiinnostusta ja innostusta

synnytyksen hoitoon, jatkuvaa valppautta, rauhallisuutta, stressin ja vaihtelevien tilanteiden sietokykyä, pitkäjänteisyyttä, ihmiskäsityksen ja omien arvojen selkeyttä sekä tasapainoisuutta itsensä kanssa, oma-aloitteisuutta, ennakkoluulottomuutta, hoitotyön asiantuntijuutta, sallivuutta, empaattista asennetta kaikkiin tilanteisiin nähden, huumorintajuisuutta, halu hoitaa perhettä yhdessä tekemällä, uskallusta olla potilaan ”asianajaja”, rentoutta ja hyvää fyysistä kuntoa. Lisäksi kättilön läsnäolo koetaan turvallisuutta lisääväksi tunteeksi” (Kalam-Salminen 2005, 31).

Kättilö voi toiminnallaan lisätä perhehoitotyön toteutumista esimerkiksi tarjoamalla isälle tai tukihenkilölle mahdollisuuden katkaista napanuora tai osallistua vauvan ensikylvetykseen. Nämä hetket ovat todennäköisesti perheelle ikimuistoisia. Samoin se hetki, kun vastasyntynyt annetaan ensi kerran vanhempien syliin, on äidille ja perheelle ainutlaatuinen kokemus. Silloin kättilön tulisikin miettiä, mitkä asiat ovat niin tärkeitä, että niiden toteutus estää perhettä nauttimasta tästä hetkestä kiireettä ja rauhassa toiveidensa mukaan. (Raussi-Lehto 2006, 262.)

Kättilön tehtävä synnytyssalissa on kuunnella ja arvostaa naisen ja hänen perheensä mielipiteitä sekä toiveita turvallisuuden ja voimavarojen mahdollistamissa rajoissa. Keskeistä synnyttävän perheen turvallisuudentunteen kannalta on se, että kättilö on heidän saatavillaan koko ajan. (Leino-Kilpi ja Välimäki 2003, 181.)

4.3 Syntymän jälkeinen perhehoitotyö

Lapsivuodeosastolle saavutaan yleensä synnytyssalista. Viipyminen osastolla on hyvin yksilöllistä. Kalam-Salmisen (2005, 25) mukaan ensisynnyttäjät viipyvät keskimääräisesti osastolla alatiesynnytyksen jälkeen kolme päivää ja sektion jälkeen neljä päivää. Äidin ja vauvan voinnista riippuen voi kotiutua jo muutamia tunteja synnytyksen jälkeen, jos perhe on siihen halukas. Tutkimuksen mukaan varhainen kotiutuminen vaikuttaa äidin ja koko perheen

hyvinvointiin, lepoon, imetykseen ja äiti-lapsi suhteeseen myönteisellä tavalla. (Kalam-Salminen 2005, 25.)

Lapsivuodeaikana keskeistä on perheen ja vastasyntyneen suhteen muodostuminen (Leino-Kilpi ja Välimäki 2003, 182). Lapsivuodeosastolla perhekeskeisyyden toteutuminen kätilötyön näkökulmasta tarkoittaa perheenjäsenten yksilöllisyyden, itsemääräämisoikeuden ja vakaumuksen kunnioittamista sekä tasa-arvoista kohtelua perheenjäseniä kohtaan. Huolenpitotoimintoihin puolestaan kuuluu perheen hyvinvoinnista ja riittävästä levosta huolehtiminen, perhettä häiritsevien tekijöiden poistaminen sekä myönteinen suhtautuminen perheen pyyntöihin. Kätilön tulisi myös toimia perheen parhaaksi ja tehdä tarvittaessa yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. Lisäksi vanhemmuuden tukeminen, perheen rohkaisu toimia jäsentensä hyväksi ja myönteisen ilmapiirin luominen osastolla kuuluvat kätilön perhehoitotyön rohkaisu- ja kannustustoimintoihin. Lapsivuodeosaston toiminnan voi jaotella sen mukaan, kuka kulloinkin on siihen osallisena: äiti, isä, lapsi vai koko perhe. (Kalam-Salminen 2005, 33.)

Hoitohenkilökunnalla tulisi olla laaja käsitys perheestä, jolloin heillä on paremmat mahdollisuudet tukea perheen yksilöllisiä tarpeita. Ohjaamisen ja hoitamisen lähtökohtana on asiakkaan oma käsitys perheestä. Kujanpään ja Rajalan (2004, 7) mukaan hoitohenkilökunta kokee työnsä perhekeskeisemmäksi kuin hoidettavat perheet itse.

Raussi-Lehdon (2006, 268) mukaan äidit ja perheet kokevat synnytyksen jälkeisen keskustelun erittäin tärkeänä. Äideillä on takanaan yhteinen, merkittävä kokemus synnytyksen hoitaneen kätilön kanssa, ja lapsivuodeosastolla käytävän synnytyskeskustelun tulisi olla osa onnistunutta perhehoitotyötä. Usein perhe luottaa kätilöön, ja he ovat valmiita kertomaan hänelle henkilökohtaisiakin asioita synnytyksen jälkeen. Myös synnytyksestä aiheutuvan suurimman tunnekuohun laannuttua perheelle saattaa nousta pintaan kysymyksiä, joista he haluavat keskustella synnytystä hoitaneen kätilön kanssa. Tämä on myös kätilön työn kannalta tärkeä hetki, sillä se on ainoita tilaisuuksia saada palautetta itsestään synnytyksen hoitajana. Esimerkiksi

vuorotyön ja synnytysosaston kiireen vuoksi tämä tapaaminen voi olla ajoittain hankala järjestää. Toimintaa tulisi kuitenkin organisoida uudelleen niin, että keskustelu saataisiin järjestettyä jossain vaiheessa synnytyksen jälkeen. Tämän tapaamisen merkitys on erittäin suuri, ja siksi niiden mahdollistaminen lisäisi perheiden tyytyväisyyttä synnytykseen merkittävästi. (Raussi-Lehto 2006, 268.)

Synnyttäneen perheen ohjaus tulisi olla mahdollisimman aktiivista. Vaikka isä on aiemmin nähty vain taustatukena, tulisi tänä päivänä tukea isän roolia enemmän. Ohjaus lähtee aina perheen tarpeista ja kokemuksista, mutta myös hoitohenkilökunnalla tulee olla vahva tietämys oppimisen keinoista sekä hyvä tietotaito ohjattaviin asioihin. Riittävä ohjaus ja tuki ovat myönteisessä yhteydessä äitiyteen sopeutumiseen ja selviytymiseen lapsen tai lasten hoidossa ja imetyksessä. (Kujanpää ja Rajala 2004, 9.)

4.3.1 Perhehoitotyö tutkimuksen valossa

Rudman ja Waldenström (2007) tutkivat Ruotsissa Karoliinisessa instituutissa äitien kielteisiä kokemuksia synnytysvuodeosastolla. Siinä selvisi, että äidit kokivat hyvin stressaavaksi tekijäksi, jos samassa huoneessa on hyvin toisenlainen perhe. Esimerkiksi se, jos toisen perheen vauva oli lastenosastolla ja toisen vierihoidossa, koettiin ikävänä. Lisäksi äitejä rasitti, että kättilöillä on kaikilla oma näkemyksensä vauvan hoidosta, imetyksestä ynnä muusta, jolloin monenlaisia ohjeita tuli liikaa. Huonoksi koettiin myös se, jos samaa huonetta hoiti useampi kättilö. Kiireellistä kotiutusta ei tutkimustulosten mukaan pidetty hyvänä varsinkaan, jos asia ilmaistiin esimerkiksi, että ”nyt tarvittaisiin tyhjä sänky”.

Oommen (2009) tutki äitien ja isien kokemuksia lapsivuodeosastolla saadusta konkreettisesta ja emotionaalisesta tuesta. Tutkimuksessa tuli esille, että äidit saivat eniten tukea vauvan syöttämisessä ja isät puolestaan vauvan hoitoon liittyvissä asioissa. Hyvin pieni osa ei kaivannut konkreettista tukea lainkaan. Emotionaalisen tuen alueella molemmat vanhemmat saivat eniten tukea siten, että he tunsivat olonsa osastolla turvallisiksi. Yllättävää oli, että vanhemmat

äidit saivat selkeästi tukea nuorempia äitejä enemmän. Samoin kuin äidit, joilla jo oli lastenhoidon kokemusta, saivat tukea sellaisia äitejä enemmän, joilla tällaista kokemusta ei ollut. (Oommen 2009, 34-36.)

Lisätuen tarvetta oli yksilöllisyydessä, kokonaisvaltaisuudessa ja empaattisessa otteessa hoitotyöhön. Lisäksi tukea olisi kaivattu aitoon läsnäoloon, kiireettömyyteen, kuunteluun sekä kiinnostuneeseen vuorovaikutukseen. Konkreettisia äitien kaipaamia esimerkkikysymyksiä olivat muun muassa: Miten olet kokenut synnytyksen? Mikä on vointisi? Miltä vauva tuntuu? Miten imetys sujuu? Tuleeko sinulta maitoa? Miten tämä synnytys meni verrattuna edellisiin? (Oommen 2009, 42.)

Kalam-Salmisen tekemän tutkimuksen ”Hoidon laatu lapsivuodeosastoilla Suomessa ja Virossa” (2005) mukaan tärkein osatekijä perheen yleiseen hyvinvointiin oli se, ettei perheen asioista puhuttu muiden potilaiden kuullen. Tutkimuksessa todettiin, että lapsivuodeosastoilla kaikenlaisia perheitä kohdeltiin tasavertaisesti ainakin Suomessa. Virossa sen sijaan yksityisyys ja tasa-arvoisuus ei aina toteutunut, kuten perhe odotti. Virossa puolestaan parhaiten lapsivuodeosaston hoidossa toteutui se, että perheet saivat viipyä sairaalassa synnytyksen jälkeen riittävän kauan. Perheiden yleiseen hyvinvointiin vaikuttivat molemmissa maissa myös sairaala, tutustumismahdollisuus synnytyssairaalaan, riittävä lepo synnytyksen jälkeisessä sairaalahoidossa sekä potilashuone. (Kalam-Salminen, 2005.)

Suomessa tärkeäksi hyvinvoinnin tekijäksi osoittautui vauvan oleminen samassa huoneessa äidin kanssa. Perhehuone tai yhden hengen huone lisäsi molemmissa tyytyväisyyttä. Toiminnan toteutumattomuuteen vaikutti perheen yhdessäololle epäsovelias ympäristö sekä siirtymätilanteiden puutteellinen organisointi. Hoitotyö ei aina ollut sitä mitä perheet Suomessa odottivat perheohjauksen, tasa-arvoisuuden ja ruokailun suhteen. Myös perheenjäsenet kokivat epätasa-arvoista kohtelua. Lisäksi perhekeskeisyyden ja yhteistyönpuute, ruokailuongelmat ja puutteellinen ohjaus siirtymätilanteissa koettiin kielteisinä asioina. Myönteisesti perheen hyvinvointiin vaikutti se, että isä sai vierailla osastolla ja osallistua myös vauvan hoitoon. Vanhempien

välinen suhde vaikutti äidin imettämiseen ja lapsenhoidosta selviytymiseen. (Kalam-Salminen 2005, 29; 77-86.)

4.3.2 Lyhytjälkihoitoinen synnytys

LYSY eli lyhytjälkihoitoinen synnytys on yksi vaihtoehto, joka voi tukea joidenkin perheiden tarpeita. Silloin äiti ja vauva kotiutuvat yleensä alle 72 tuntia synnytyksen jälkeen lastenlääkärin tarkastettua vauvan. Perhe saa puhelinoiton kotiin yleensä kotiutumisesta seuraavana päivänä, ja mahdollisen kotikäynnin sairaalan LYSY-kätilön toimesta. Perheellä on itsellä myös mahdollisuus olla yhteydessä sairaalaan, ja tarvittaessa jopa palata sinne takaisin. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen edellytyksenä on kuitenkin, että vauva on yli 3000g painava ja terve, samoin äidin vointi tulee olla hyvä, ja imetyksen sujua. Nopeaa kotiutumista suositellaan uudelleen synnyttäneille ja hyvinvoiville äideille sekä terveille vauvoille. Varhaista kotiutumista ei suositella ensisynnyttäjille, yksinhuoltajille eikä kouluttamattomille äideille, vaikka heidän vauvansa olisikin terve. (Kujanpää ja Rajala 2004, 12-15)

Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen ongelmana on vauvan kellastumisen riski. Kellastumista ei aina välttämättä huomata kotona. Myös imetysongelmat saattavat johtaa siihen, että äiti ja vauva joutuvat palaamaan sairaalaan. Toisaalta lyhytjälkihoitoinen synnytys mahdollistaa isompien lasten hoidon paremmin ja saattaa olla perheelle heidän tarpeitaan paremmin tukeva kuin se, että äiti ja vauva olisivat useamman vuorokauden sairaalassa. Kotiutumisen turvallisuutta lisää hoitohenkilökunnan ammattitaito. Se turvaa perheen laadukkaan ja hyvän hoidon nopeasta kotiutuksesta huolimatta. (Kujanpää ja Rajala 2004, 15-16.)

Kujanpään ja Rajalan (2004) tekemän tutkimuksen mukaan perheet kokivat lyhytjälkihoitoisen synnytyksen erittäin myönteisenä vaihtoehtona. Päätös nopeasta kotiutumisesta on perheellä itsellä. Mahdollisuus sairaalaan soittamiseen ja sitä kautta avunsaamiseen on ympäri vuorokauden. Henkilökunnan kokemukset eivät olleet aivan yhtä hyviä organisoimattomuuden

vuoksi. Pääasiassa LYSY- työ kuitenkin koettiin kehittämisen arvoiseksi ja tulevaisuudeksi. (Kujanpää ja Rajala 2004, 39-54.)

5 TUTKIMUS

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksemme tavoitteena on tutkia, miten perhehoitotyö toteutuu käytännössä synnyttävän perheen hoitotyössä ja miten se käsitetään tällä hetkellä kätilöiden näkökulmasta. Työllä pyrimme myös selvittämään mahdolliset toteutumisen ongelmat. Työn teemme yhteistyössä erään PSHP:n sairaalan kanssa.

Tarkoituksenamme on antaa kätilöille ja kätilöopiskelijoille tietoa perhehoitotyöstä sekä motivoida heitä toteuttamaan käytännössä laadukasta perhehoitotyötä niin teorian kuin tutkimustulostenkin pohjalta. Kehittämistehtävänä toteutettavassa osastotuntiesityksessä toivomme saavamme antaa synnyttävän perheen hoidossa työskenteleville kätilöille konkreettisia, yksinkertaisesti hoitotyön arjessa toteutettavia keinoja perhehoitotyön parantamiseksi.

5.2 Tutkimustehtävät

Tutkimustehtäviä työssämme ovat:

1. Mitä perhehoitotyö mielestäsi tarkoittaa, ja miten itse toteutat sitä?
2. Miten perhehoitotyö toteutuu työyksikössäsi?
3. Millaisia ongelmia olet kokenut perhehoitotyön toteuttamisessa?
4. Jos ongelmat ja esteet poistettaisiin, miten toteuttaisit perhehoitotyötä omalla kohdallasi?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusaineisto ja –menetelmät

Tutkimusaineisto on kerätty kyselylomakkeella, jossa vastaajilla oli mahdollisuus vastata kysymyksiin omin sanoin. Kysymykset olivat kaikille samat. Vastausaikaa annoimme kaksi viikkoa, jonka katsoimme riittäväksi. Kovin pitkä vastausaika olisi mielestämme saattanut aiheuttaa sen, että vastauslomakkeet olisivat voineet ”hautautua” osastoille ja jäädä sinne turhaan pitkäksi aikaa lojumaan.

Kyselylomakkeet vietiin valituille osastoille osastonhoitajien kanssa ennalta sovittujen osastotuntien aikana, jolloin saimme kertoa muutaman sanan opinnäytetyöstämme ja sen tarkoituksesta. Samalla pääsimme motivoimaan kätilöitä vastaamaan kyselyyn, josta olisi myöhemmin hyötyä heille itselleen kätilötyönsä kehittämisessä. Monet kätilöt alkoivat täyttää kyselyä saman tien. Uskomme että työn esittely todella motivoi osaston henkilökuntaa täyttämään kyselymme. Saimme mielestämme kiitettävän määrän vastauksia.

6.2 Aineiston käsittely ja analysointi

Analysoimme kyselylomakkeilla kootun aineiston pääasiassa kvalitatiivisesti. Käytimme sisällönanalyysimenetelmää, koska kyselylomakkeessamme oli neljä avointa kysymystä. Vastaajat olivat käyttäneet vapaata vastaustapaa hyvin aktiivisesti. Osin käytimme analysoinnissa myös kvantifiointia, jolla laskimme vastauksien yhtenevät prosentit kunkin kysymyksemme kohdalle. Tällä tavoin saimme mielestämme selkeän, helpommin hahmotettavan kokonaisuuden tutkittavasta aiheesta. Latvala ja Tuominen-Nuutinen (2003, 23) selventävät asiaa teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, jossa tulee esiin, että sisällönanalyysillä analysoitava informaatio voi olla kvalitatiivista, kuten kertomuksia, tai se voi olla myös kvantitatiivisesti mitattavia muuttujia. (Janhonen ja Nikkonen 2003, 23)

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä, joka etsii tekstin merkityksiä. Tuomi ja Sarajärvi (2004) kertovat sisällönanalyysistä ja sisällön erittelystä puhuttavan usein synonyymeinä. Käsitteet erotellaan kuitenkin heidän mukaansa seuraavasti: sisällön erittelyllä tarkoitetaan dokumenttien analyysiä, missä kuvataan kvantitatiivisesti tekstin sisältöä. Sisällönanalyysillä puolestaan tarkoitetaan dokumenttien sisällön sanallista kuvausta. Sisällönanalyysi kertoo aineistosta enemmän kuin pintapuolisempi sisällön erittely, mistä syystä halusimme käyttää tässä tutkimuksessa aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineiston analyysi on jaettu kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Kaikissa vaiheissa tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavia heidän näkökulmistaan. (Tuomi 2004, 106-115.)

Aloitimme tutkimusaineiston käsittelyn redusoinnilla eli pelkistämällä avoimien kysymysten vastaukset ajatuskarttaa (mind map) käyttäen. Muodostimme jokaisesta kysymyksestä erikseen omat karttansa, jolloin toteutimme klusterointia eli ryhmittelyä. Tämän pohjalta etsimme vastauksista sekä yhtäläisyyksiä että eroavaisuuksia. Esiin nousi paljon ajatuksia, jotka kirjasimme ylös myöhempää käsittelyä varten.

Erittelimme ajatuskartasta vastaukset kvantitatiivisesti Excel-taulukkoon. Ryhmittelyn jälkeen laskimme kuinka monta vastaajaa oli vastannut yhtenevästi kuhunkin kysymykseen. Esimerkkinä 34% 28:sta vastaajasta oli sitä mieltä, että puolison huomioiminen on perhehoitotyön toteutumista. Ryhmittelimme jokaisen kysymyksemme erikseen. Samalla tavalla ryhmittelimme myös vastaajien taustatiedot, esimerkiksi kuinka monta vastaajaa oli kättilöitä ja kuinka monta jotain muuta ammattiryhmää. Jatkoimme ryhmittelyä vielä muodostamalla taulukoista ympyröitä. Asetimme ympyröihin prosentuaalisen arvon vastauksien määrästä, sillä koimme sen kuvaavan ja selkeyttävän parhaiten perhehoitotyön osa-alueita.

Lopuksi kirjoitimme vastaukset vielä teoreettiseen muotoon, joka selkeyttää lukijalle entisestään tutkimustuloksia. Näin abstrahoiimme työtä sisällönanalyysin menetelmin. Tässä kirjoittamisen vaiheessa jatkoimme osittain myös ryhmittelyä, sillä vasta silloin huomasimme itsekkin paremmin vastauksien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Pyrimme yksinkertaistamaan tutkimuksen mahdollisimman pitkälle, jotta kaikki tieto olisi mahdollista toteuttaa myös käytännössä. Tutkimustulosten loppuun teimme vielä taulukot kyselyn vastauksista. Taulukoissa näkyy vastaajien lukumäärä kutakin vastausta kohden.

6.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi ja eettisyys

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta voidaan tarkastella validiteetin ja reabiliteetin käsitteillä. Validiteetti tarkoittaa, että tutkimuksessa on tutkittu sitä mitä oli tarkoituskin. Reabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta. (Tuomi 2004, 133.) Tosin Tuomen ja Sarajärven (2010, 136) mukaan validiteetin ja reabiliteetin käyttö luotettavuuden tarkastelussa painottuu pääosin kvantitatiiviseen tutkimukseen, koska ne ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä, eikä niiden ala vastaa täysin kvalitatiivisen tutkimuksen tarpeita. Laadullisessa tutkimuksessa perusvaatimukset ovat Tuomen ja Sarajärven (2004, 139; 2010, 141) mukaan ne, että tutkijalla on riittävästi aikaa tehdä tutkimuksensa, ja tutkijan tulee antaa lukijoille riittävästi tietoa aineiston kokoamisesta ja analysoinnista. Teimme tätä tutkimusta kaikinensa alusta loppuun noin vuoden, ja lisäksi pyrimme saamaan kokoon laadukkaan raportin tutkimuksen teosta ja tutkimustuloksista.

Tutkimuksemme eettisyyttä arvioitaessa voidaan todeta, että kaikki kyselyymme vastanneet toimivat täysin vapaaehtoisesti, ja heillä oli missä tahansa tutkimuksen vaiheessa täysi mahdollisuus keskeyttää kyselyyn osallistuminen. Lisäksi kunnioitimme vastaajien yksityisyyttä säilyttämällä heidän anonymiteettinsä alusta loppuun saakka. Emme missään kyselyn vaiheessa saaneet vastaajien henkilötietoja (ammattia, työyksikköä tai työikää lukuun

ottamatta) selville, ja kaikki saamamme vastaukset tietoiheen (33 kappaletta) tulivat vain meidän käyttöömme.

Parhaan mahdollisen osaamisemme puitteissa olemme pyrkineet noudattamaan tutkimuksessamme Suomen Akatemian tutkimuseettisiä ohjeita (2008), joiden mukaan muun muassa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen arvioinnissa. (Tuomi 2010, 132-133).

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajia saimme valitsemiltamme synnyttävän perheen hoitoon osallistuvilta osastoilta yhteensä 33, joista 29 (88 %) oli kättilöitä ja 4 (12 %) muita synnyttävän perheen hoitotyötä tekeviä ammattilaisia.

Vastaajista 36,5 % oli työskennellyt synnyttävän perheen hoitotyön parissa alle viisi vuotta. Vastaajista 33 % oli tehnyt hoitotyötä synnyttävän perheen parissa vähintään 21 vuoden ajan. Lisäksi 24,5 % oli työskennellyt 6-10 vuotta synnyttävän perheen hoitotyössä ja 3 % 11-20 vuotta. 3 % vastaajista ei ilmoittanut työkänsä.

Saamamme vastaukset osastoittain jakautuivat niin, että vastaajista 21 henkilöä (63 %) oli lapsivuodeosastoilta, 11 henkilöä (33 %) oli synnytyssalista ja yksi (3 %) synnytysvastaanotosta.

7.2 Perhehoitotyön toteutuminen

Kättilöille, jotka työskentelevät synnyttävän perheen kanssa, oli kyselyn perusteella melko selvää, mitä perhehoitotyö tarkoittaa käytännössä. Vastaukset olivat keskenään osittain hyvinkin samankaltaisia. Myös konkreettiset kuvaukset perhehoitotyön toteutumisesta tukivat toinen toisiaan.

Kättilöistä 34 % oli sitä mieltä, että puolison huomioiminen on osa perhehoitotyötä. Puolison huomioiminen on ensisijaista perhehoitotyötä, joka on myös helposti toteutettavissa pienillä huomionosoituksilla. On kuitenkin selvää, että kiireellisissä tilanteissa sekä hätätilanteissa puolison huomioiminen jää joko vähemmälle tai jopa unohtuu kokonaan.

”Selitän asiat myös miehelle – katsekontakti. Huolehdin miehen ravinnonsaannista ja jopa vessassa käynnistä. Kysyn kuinka mies/tukihenkilö jaksaa, onko kysyttävää jne.”

Sisarusten huomiointia piti perhehoitotyönä 20 %. Konkreettisina esimerkkeinä oli tutkimustuloksissa kirjattu muun muassa varpaiden ja sormien laskemista yhdessä sisarusten kanssa, tai ohjausta, kuinka silitetään ja kosketaan vauvaan varovasti. Sisarusten huomiointi on lähinnä lapsivuodeosastolla tapahtuvaa toimintaa. Toki myös synnytyssalissa sisaruksia voi huomioida esimerkiksi keskustelemalla vauvan sisaruksista vanhempien kanssa.

”Edelliset lapset voi ottaa huomioon, jos he käyvät sairaalassa: lähinnä kysellä ikää, nimeä...”

Molemmille vanhemmille suunnattua ohjausta piti perhehoitotyönä 10 % vastaajista. Ohjaus olisi hyvä tehdä siten, että molemmat vanhemmat sen ymmärtävät. Silmiin katsomista ja kontaktin hakemista pidettiin ohjauksessa tärkeänä.

”Itse pyrin huomioimaan ja ohjaamaan kaikkia perheenjäseniä tasapuolisesti. Ohjauksessa täytyy toki myös huomioida miten kukakin ohjausta haluaa, pakottaahan ketään ei voi ohjattavaksi.”

Kokonaisvaltainen perhehoitotyö oli myös nostettu esiin, sisältäen ajanjakson synnytyksen alusta aina perheen kotiutumiseen saakka. Kokonaisvaltaista perhehoitotyötä tärkeänä osa-alueena perhehoitotyössä piti 9 % vastaajista. Puolison aktiivista mukana oloa pidettiin osana perhehoitotyötä, vastaajista tutkimuksessa sen oli ilmaissut lähes joka kymmenes. Esimerkiksi kätilö voi ohjata puolison muun muassa tukemaan synnyttäjää niskasta ponnistusvaiheessa ja toki puoliso voi myös katkaista halutessaan napanuoran tilanteen niin salliessa.

”Toteutan ottamalla isät mukaan ”apukätilöiksi” ja he ovat innokkaita auttamaan. Esim. hakevat välipalaa, juomista, lämmittävät geelipakkauksia, siirtovaiheessa työntävät sänkyä. Tekevät pieniä avustustöitä.”

Lapsivuodeosastolla kätilö voi puolestaan ohjata vauvanhoidon ja navanpuhdistuksen puolisolle äidin sijaan tai äidin ohjauksen lisäksi. Perheasioista juttelemisen koki 7 % vastaajista osana perhehoitotyötä. Puheen aiheita voivat olla esimerkiksi vanhemmat sisarukset tai muut läheiset ihmiset ja tukiverkosto.

Yksilöllisyyttä perhehoitotyönä piti muutama vastaajista. Samoin 3 % vastaajista koki moniammatillisuuden osana perhehoitotyötä. Erilaisten perhemallien hyväksymisen oli nostanut esiin eräs vastaajista. Entisajan ydinperhemalli ei ole enää itsestäänselvyys, vaan perheitä on enenevässä määrin hyvinkin monenlaisia.

”Erilaisten perheiden hyväksyminen ja huomioiminen, pyrin välttämään ennakko-odotuksia perhemallista.”

Yksittäisiä vastauksia tuli muun muassa sellaisia, että perheen ottamista mukaan hoitoon kuvailtiin osaksi perhehoitotyötä. Hoitoon mukaan ottamisella tarkoitetaan osallistumista ihan konkreettisesti synnyttäjän hoitoon tai apuun joko osastolla tai heti kotiuduttua. Esimerkiksi sektiolla synnyttänyt äiti voi tarvita paljonkin apua ensimmäisinä päivinä. Kätilö voi ohjata muuta perhettä joko auttamaan äitiä tai tekemään asioita, jotka edistävät äidin toipumista ja kotiutumista. Lapsivuodeosastolla isovanhempien huomiointia perhehoitotyönä kuvasi eräs vastaajista.

Vastaajista 16 (37 %) oli sitä mieltä, että perhehoitotyö toteutuu tällä hetkellä hyvin. Erityisen hyvin perhehoitotyö toteutuu säännöllisessä synnytyksessä, jolloin puoliso voi olla koko ajan äidin tukena. ”Isät kuuluvat, jo ”synnytyspakettiin”, koska ovat olleet synnytyksissä jo niin kauan mukana”, kuvaa eräs kätilö vastauksessaan. Puolison ohjaamista ja tukemista imetyksessä pidetään myös osana hyvän perhehoitotyön toteutumista. Puolisot

voivat osallistua mm. imetyshoitajan luennolle, jolloin he saavat riittävästi tietoa imetyksestä ja voivat näin ollen tukea äitiä jatkossa. Huonosti perhehoitotyö toteutuu ainoastaan yhden vastaajan mukaan, kun taas vaihtelevasti perhehoitotyö toteutuu viiden vastaajan mukaan. Syitä huonoon tai vaihtelevaan toteutumiseen esitellään Perhehoitotyön ongelmia- kohdassa.

Perhehoitotyön toteutumisessa oli huomioitu vauvan hoidon ohjaaminen puolisolle. Vastaajista 25 % oli sitä mieltä, että sillä tavoin toteutetaan perhehoitotyötä. Vauvan hoidon voi ohjata puolisolle esimerkiksi siten, että puoliso hoitaa vauvaa kätilön ohjatessa ja äidin seurattessa tilannetta. Puoliso voi puolestaan opettaa vauvan hoidon sitten äidille myöhemmin tai kätilö voi ohjata äidille saman toisella kerralla. Hoidon ohjaus toteutuu pääasiassa lapsivuodeosastolla.

”Kiire verottaa ohjauksen määrää.”

Lisäksi 14 % vastaajista piti perhehoitotyön toteutumisena sitä, että lapsivuodeosastolla on perheelle vapaat vierailuajat. Tällöin niin sisarukset kuin puolisoikin pääsevät tutustumaan uuteen tulokkaaseen heti. Osana perhehoitotyön toteutumista pidetään myös sitä, että lapsivuodeosastolla on oma hoitokansio isille. Lisäksi yksittäisistä vastauksista ilmeni, että perhehoitotyö toteutuu parhaiten yksilöllisillä kotikäynneillä ja perhehoitotyö toteutuu silloin, kun puolisolle opastetaan, miten auttaa sektiolla synnyttänyttä äitiä. Vastaajista yksi oli sitä mieltä, että vauvan ihokontaktiin pääseminen heti syntymän jälkeen on jo toteutuvaa perhehoitotyötä.

”Kukin tekee omalla tyylillään, mutta varmaankin jokainen pyrkii huomioimaan koko perheen.”

TAULUKKO 1

MITÄ PERHEHOITOTYÖ MIELESTÄSI TARKOITTAÄ	VASTAAJIENT LUKUMÄÄRÄ
Erilaisten perhemallien hyväksyminen	1
Isovanhempien huomiointi lapsivuodeosastolla	1
Isä saa auttaa synnytyksessä, katkaista napanuoran, olla pesuilla ja punnituksilla	2
Kokonaisvaltainen perheen tukeminen	6
Kotiasioista jutteleminen (isommat lapset, tukiverkosto)	5
Moniammatillisuus	2
Perheen ottamista mukaan hoitoon	1
Perheen tarve kotiutua	1
Puoliso mukana hoidossa aktiivisesti	4
Puolison huomioiminen	24
Sisarusten huomiointi: vauvan silittäminen, varpaiden lasku ym.	14
Tasapuolinen ohjaus molemmille vanhemmille (niin, että molemmat ymmärtävät)	7
Yksilöllisyys	2

TAULUKKO 2

PERHEHOITOTYÖN TOTEUTUMINEN	VASTAAJIENT LUKUMÄÄRÄ
Ajanpuutteen vuoksi toteutuu vaihtelevasti	5
Hoitokansio izeille	2
Kotikäynneillä toteutuu parhaiten	1
Mielestäni toteutuu hyvin osastollamme	16
Ohjaus molemmille tasapuolisesti	4
Osastolla perhe paikalla päivisin	2
Puolisolle opastetaan, miten auttaa sektiolla synnyttänyttä äitiä	1
Tilojen vuoksi toteutuu huonosti	1
Vapaat vierailuajat perheelle	4
Vauva pääsee heti ihokontaktiin	1
Vauvan hoidon ohjaus puolisolte	7

7.3 Perhehoitotyön ongelmat ja esteet

Kyselylomakkeidemme vastausten perusteella ongelmia perhehoitotyön toteutumisessa on laidasta laitaan. Useat vastaukset koskien ongelmia perhehoitotyössä olivat kuitenkin yksittäismainintoja, mutta osa ilmenevistä ongelmista näyttäytyi laajemminkin.

Vastaajista 24 % koki, että suurimmaksi ongelmaksi perhehoitotyön toteuttamisessa nousi kyselyn perusteella ajanpuute ja –rajallisuus hoitotyössä. Hoitajat kokivat, että perheiden ohjaaminen ja huomioiminen jää usein vajavaiseksi ja pintapuoliseksi, koska aikaa yhtä perhettä kohden ei ole riittävästi. Jos esimerkiksi vauvanhoitoa on ohjattu äidille aamupäivän aikana eikä puoliso ole silloin paikalla, niin usein hoidon ohjaus puolisolle jää äidin vastuulle, koska toiseen, kättilön antamaan ja aikaa vievään ohjaushetkeen ei välttämättä tule mahdollisuutta. Ajan rajallisuuteen liitettiin useissa vastauksissa myös lyhyet hoitoajat ja nopeat siirrot eri osastojen välillä. Erityisesti synnytyssalista tuli vastauksia, joissa ilmeni, että hoitoaika on niin lyhyt, ettei perheen tilanteeseen ja tarpeisiin ehdi perehtyä riittävästi. Lyhyen hoitoajan erilliseksi ongelmaksi oli maininnut yksi vastaajista.

”Ajanpuutteen vuoksi ei ehdi perehtyä/vastata tarpeeksi hyvin perheen ongelmiin. Keskustelulle jää liian vähän aikaa.”

”Aika on tärkein, mistä meillä on pulaa. Tuntuu välillä, että asiat jäävät puolitiehen.”

Kulttuurierot oli mainittu ongelmaksi lähes joka kymmenennessä vastauksessa. Usein eri kulttuureista tulevilla on kyselyyn vastanneiden hoitajien mielestä hyvin monenlaiset näkemykset esimerkiksi perheen määritelmästä ja vauvan hoidosta. Ulkomaalaiset perheet haluaisivat toisinaan ottaa koko lähisuvun mukaan synnytykseen, ja heidän tapansa muun muassa imettää sekä hoitaa vastasyntynyttä poikkeavat välillä rajustikin suomalaisesta tavasta. Myös lähes joka kymmenes vastaaja (9 %) oli ilmoittanut kieliongelmat ja tulkin puutteen haasteeksi.

”Ulkomaalaiset potilaat haastavia. Heillä perhekäsité voi olla hyvin laaja ja käsittää useita henkilöitä.”

”Ulkomaalaisten isien rooli synnytyksessä jää vajaaksi osaltaan kieliongelmien, osaltaan kulttuuriseikkojen vuoksi. Eivät pysty useinkaan tukemaan puolisoa synnytyksen aikana.”

Sen, ettei puoliso ole ollenkaan paikalla synnytyksessä, koki 9 % hoitajista ongelmaksi. Silloin, kun puoliset ovat paikalla vain lyhyitä hetkiä kerrallaan, on perhehoitotyötä haastava toteuttaa ja saada hoitajan oma aikataulu työvuoron aikana kohtaamaan puolison tarvitseman ohjauksen kanssa, olikin erikseen maininnut eräs vastaajista. Se, ettei ehdi ohjata perhettä perinpohjaisen syvällisesti, oli yksittäisten vastausten perusteella ongelmallista.

Tilojen ahtaus osastoilla oli vastaajista 7 %:n mielestä suuri ongelma perhehoitotyön toteuttamisessa. Mainittuina kyselyissä oli muun muassa, että synnytysvastaanotolla synnyttäjän intimiteetti ei toteudu eikä tukihenkilön ole mahdollista päästä synnyttäjän vierelle, synnytyssaleissa puolisoille ei ole sänkyjä pitkien synnytysten varalle ja osastoilla on pienet tilat, eivätkä väliverhot ole riittävät takaamaan tarvittavaa rauhallisuutta toteuttaa perhehoitotyötä.

”Ainoa miinus on mielestäni isien ”omien lepo- tai virkistäytymistilojen” puute.”

”Osastolla monen hengen huoneet vaikeuttavat yksilöllistä hoitoa.”

Muutammat vastaajista kokivat, että perhehuoneiden puuttuminen on ongelma osastoilla. Saman verran vastaajista ilmoitti, että isien haluttomuus ohjaukseen estää perhehoitotyön toteuttamista. Osa puolisoista ei halunnut ollenkaan hoitaa vauvaa eikä opetella vauvanhoitoa vielä sairaalassa.

”Jotkut isät haluaisivat olla yönkin osastolla, mikä ei ole mahdollista. Lisäksi perhehuoneita osa haluaisi.”

”Joskus isät eivät halua osallistua vielä sairaalassa hoitoon. Häpeävät kokemattomuuttaan.”

Potilaan toiveet epärealistisinä koki 4 % vastaajista. Mainittu oli muun muassa se, että sairaalassa keskitytään vauvanhoitoon, imetykseen ja synnytyksestä palautumiseen, ja neuvolan tehtäväksi jäänee vastata myöhempiin haasteisiin ja syvällisemmin perheen tilanteeseen kotiutumisen jälkeen. Myös sen, että vauva on lastenosastolla, aiheutti ongelmia muutaman vastaajan mielestä. Silloin vauvanhoidon ja imetyksen ohjaus on hyvin haastavaa, usein mahdotonta ja perhehoitotyö jää suurelta osin toteutumatta.

Muutaman vastaajan mukaan ongelman perhehoitotyön toteuttamisessa aiheutti se, että jotkut äidit syrjäyttivät isät, eivätkä anna näille tilaa osallistua synnytykseen ja vauvanhoitoon. Aina hoitajat eivät myöskään tienneet, oliko paikalla oleva henkilö synnyttäjän puoliso vai ystävä. Yksi vastaajista koki tämän ongelmana. Joskus synnyttäjän luona oli yhtä aikaa tavattu sekä synnyttäjän naispuolinen puoliso että vastasyntyneen isä. Nämä tilanteet koettiin perhehoitotyön kannalta haastavina.

”Joskus on hankala arvioida, onko vieraileva henkilö isä, puoliso, ystävä tms. ja miten henkilöön pitäisi suhtautua (synnytyksestä kertominen, tietosuoja jne.).”

Monen hoitajan huoneet koettiin hankalina eli se, kun samassa huoneessa kävi eri hoitajia. Myös se, että hätätilanteessa puolison huomioiminen on lähes mahdotonta, oli vastaajien mukaan ongelmallista. Lisäksi toisinaan oli haastava tietää millaista tukea ja ohjausta perhe tarvitsee, vai tarvitseeko mitään, oli joidenkin perheiden kohdalla vaikea arvioida. Näitä kaikkia oli mainittu 2 %:n vastauksissa.

Yksittäisiä haasteita oli kirjattu useita. Vieraat synnyttäjän luona koettiin häiritsevinä. Samoin kylvetysohjauksen poisjäänti oli harmillista. Kyselyissä kerrottu olikin, että kylvetyksen yhteydessä oli luontevaa ja rauhallista keskustella perheen kanssa monista synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvistä asioista.

Joskus vanhempien huono parisuhde näyttäytyy ongelmallisena synnytysten yhteydessä, ilmeni yksittäisissä vastauksissa. Myös ongelmaksi koettiin se, ettei puolison asioita voinut kirjata virallisesti perheen tietoihin, koska isä ei ole synnytyksessä asiakkaana. Joskus esimerkiksi puolison päihde-, elämäntapa-asioita tms. olisi vastaajien mielestä ollut hyvä saada kirjattua ylös. Yksi vastaajista koki, ettei perhehoitotyössä ilmene minkäänlaisia ongelmia.

TAULUKKO 3

ONGELMIA PERHEHOITOTYÖN TOTEUTUMISESSA	VASTAAJIEN LUKUMÄÄRÄ
Ajanpuute ja -rajallisuus	13
Asiakkaan toiveet epärealistisia	2
Ei ehdi ohjata syvällisesti	1
Ei ole mahdollista kirjata isällä esiintulevia ongelmia, koska isä ei ole virallisesti asiakas	1
En koe ongelmia	1
Hoitajana vaikea ymmärtää millaista tukea perhe tarvitsee vai tarvitseeko ollenkaan	1
Hätätilanteessa puoliso on hankala ottaa huomioon	1
Isät eivät ole paikalla	5
Isät eivät ole paikalla hoito-ohjauksen aikaan	1
Jos vauva on LO5, niin imetystä ja vauvanhoitoja on vaikea ohjata	2
Joskus on vaikea arvioida onko paikalla oleva henkilö puoliso vai ystävä	1
Jotkut äidit syrjäyttävät isät	1
Kieliongelmat, tulkin puute	5
Kulttuurierot, suuret erot näkemyksissä esim.vauvan hoidossa	5
Kylvetysohjauksen poisjäänti	1
Lyhyt hoitoaika	1
Monen hoitajan huoneet vaikeuttavat yksilöllistä hoitoa	1
Pelkkä väliverho ei ole hyvä	2
Perhehuoneita ei ole	3
Puoliso haluton ohjaukseen	3
Tilojen ahtaus	4
Vanhempien huono keskinäinen suhde	1
Vieraat häiritsevät	1

7.4 Kyselyssä ilmenneitä kehittämis ehdotuksia perhehoitotyöhön

Viimeisenä kysymyksenä kyselyssämme olimme pyytäneet vastaajia tuomaan esiin kehittämis ehdotuksia perhehoitotyöhön synnyttävän perheen hoidossa. Ehdotuksia tulikin monipuolisesti ja runsaasti.

Lähes joka neljäs (24 %) ehdotti, että kättilöille tulisi mahdollistaa selkeästi enemmän aikaa perheen ohjaukseen, keskusteluun ja hoitamiseen. Jotta laadukas perhehoitotyö voitaisiin taata synnyttävälle perheelle, oli ehdotettu henkilökunnan määrän lisäystä, 5 % vastaajista ilmaisi kyselyssä.

”Antaisin aikaani perheelle paljon enemmän.”

”Toivoisin voivani antaa itsestäni enemmän ja kartuttaisin lisäopiskelulla, että ymmärtäisin perhettä paremmin.”

Perhehuoneet olivat myös suuressa määrässä ehdotuksia tuotu esiin. Joka kymmenes vastaaja kokisi ne hyvin merkityksellisinä perheiden kannalta. Vastaajat kokivat muun muassa, että perhehoitotyö olisi huomattavasti laadukkaampaa ja perhettä paremmin palvelevaa, jos puoliso voisi olla koko sairaalassaoloajan läsnä ja jos perhettä voisi rauhassa ohjata kokonaisvaltaisesti perhehuoneessa. Ensisynnyttäjäperheille perhehuoneet olisivat etenkin erittäin tärkeitä.

”Perhehuoneet olisivat hyvä juttu!”

”Yhden perheen huoneet, joissa voisivat olla läsnä kaikki perheenjäsenet.”

7 % vastaajista ehdotti imetysohjauksen kehittämistä ja siihen panostamista osana hyvää perhehoitotyötä. Myös puolison ohjausta imetyksen tukemiseen oli konkreettisenä esimerkkinä maininnut yksi vastaaja. Vastaajista 7 %, huomioisi monipuolisesti koko perhettä enemmän kuin tällä hetkellä on mahdollista.

Vastaajista 5 % järjestäisi perheelle rauhallista aikaa vauvaan tutustumiseen ja siihen liittyen eräs vastaaja jopa rajoittaisi vieraiden käyntejä osastolla. Sen, ettei äitiä ja vauvaa erotettaisi missään vaiheessa, koki kehittämisen arvoisena yksi vastaajista. Lisäksi koko perheen yhdessäoloa alusta loppuun synnytysprosessin aikana ehdotti niin ikään yksi vastanneista.

”Pitäisikö olla erikseen osastoja heille, jotka haluavat tavata runsaasti vieraita.”

Yksittäisiä kehittämis ehdotuksia tuli vastauksissa esiin hyvin runsaasti. Perhehoitotyössä yksilöllisyyttä kehitettäisiin, samoin kylvetysohjaus palautettaisiin. Tehokkaaseen alkuajan ohjaukseen panostaisi myös eräs vastaajista. Parisuhteesta keskustelu koettiin tärkeänä. Kehittämisen arvoiseksi mainittiin myös se, että vauvan sisaruksille järjestettäisiin tekemistä sairaalassa vierailun ajaksi. Synnytyksen ajaksi tulisi puolisoille järjestää kunnon lepopaikka, kirjasi eräs vastaaja.

Ulkomaalaisten synnyttäjien puolisoille voisi jo neuvolassa antaa ohjausta synnytystä varten, jotta suuremmilta näkemyseroilta välttyttäisiin, ilmaisi eräs kätilö vastauksessaan. Se, että saisi hoitaa osastosta riippuen vaan yhtä tai muutamaa perhettä, olisi ihanteellista yhden vastaajan mielestä.

Kyselyssä ilmeni, että olisi ideaalitalanne, kun saisi hoitaa perhettä koko synnytysprosessin ja olla perheen ”kummikätilö”. Lyhyitä hoitoaikoja tehostaisivat myös eräät vastaajista, ja näin kehittäisivät enemmän LYSY-toimintaa ja kotikäyntejä. Laajan kotiinlähtöinfon palauttaisi osastoille myös eräs vastanneista.

”Lyhyet hoitoajat sairaalassa – kotikäynnit. Kotikäyntejä myös bil-seurannassa oleville vauvoille.”

”Joskus vuosia sitten meillä pidettiin joka päivä kotiinlähtöinfo, mutta henkilökunnan määrän vähennyksen myötä se lopetettiin. Siinä sai olla mukana molemmat vanhemmat ja aika usein tuli hedelmällisiä kysymyksiä ja keskusteluita. Jos olisi aikaa, ne voisi palauttaa.”

Monenlaisista kehittämis ehdotuksista huolimatta vastaajista 7 % kokee, että perhehoitotyö synnyttävän perheen hoidossa toteutuu tällä hetkellä erinomaisesti, ilman kehittämistarpeita.

TAULUKKO 4

KEHITYSEHDOTUKSET	VASTAAJIEN LUKUMÄÄRÄ
Imetysohjaus	3
Keskustelu parisuhteesta	1
Koko perheen huomiointia enemmän	3
Kotiinlähtöinfo	1
Kylvetysohjaus	1
Kätilöillä ohjaukseen/hoitamiseen/keskusteluun enemmän aikaa	10
Lisää henkilökuntaa	2
Lyhyet hoitoajat > enemmän kotikäyntejä	1
Neuvolasta tukea ulkomaalaisten isien hoitoon osallistumiseen	2
Perhe saisi olla yhdessä alusta loppuun	1
Perhehoitotyö on hyvää, kun se tehdään kuin tähänkin asti	3
Perhehuoneet	4
Puolisoiden osallistuminen imetysohjaukseen	1
Puolisolle/tukihenkilölle kunnon lepoaikka synnytyksen ajaksi	1
Rauhallisen ajan järjestäminen vauvaan tutustumiseen	2
Saisi hoitaa vain yhtä perhettä kerrallaan	1
Saisi olla "kummikätilö" koko synnytys prosessin ajan	1
Sisaruksille tekemistä	1
Tehokas alkuaajan ohjaus	1
Vieraita vähemmän	1
Yksilöllisyys	1
Äitiä ja vauvaa ei erotettaisi missään vaiheessa toisistaan	1

8 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selkeyttää, mitä perhehoitotyö synnyttävän perheen hoidossa tarkoittaa. Lisäksi tutkimuksen kautta tavoitteena oli selvittää miten se toteutuu tällä hetkellä ja mitä ovat laadukkaan perhehoitotyön toteutumisen esteet.

Tutkimustulokset puoltavat suurelta osin samaa kuin teorian tieto puolison huomioimisesta synnytyksen aikana ja lapsivuodeosastolla. Puolisoihin on käytetty aikaa, ja heitä otetaan mukaan niin äidin kuin vauvankin hoitoon ja tueksi. Puolison paikka on tänä päivänä hyvin vakiintunut synnyttävän perheen kätilötyössä.

Kyselyyn vastanneet kätilöt ja muut synnyttävän perheen hoitotyöhön osallistuvat ammattilaiset olivat tuoneet vastauksissaan esiin monipuolisesti arvokasta tietoa tämän hetken perhehoitotyön toteutumisesta. Kyselyyn vastanneilla hoitajilla oli vastaustulosten perusteella erittäin hyvä tietämys siitä, mitä perhehoitotyö tällä hetkellä on, ja myös mitä se voisi parhaimmillaan toteutuessaan olla. Myös perhehoitotyön toteutumiseen liittyvät häiriötekijät ja esteet oli vastauksissa hyvin eritelty ja tunnistettu.

Ensimmäisen kysymyksemme kohdalla, ”Mitä perhehoitotyö mielestäsi tarkoittaa”, vastauksista nousi selkeimmin esiin puolison huomiointi. Huomiointi tarkoitti toki eri vastaajien kohdalla hiukan eri asioita, mutta pääpiirteittäin suunta oli sama. Esimerkkejä vastauksissa oli annettu niin katsekontaktista synnyttäjän puolisoon kuin synnyttävän perheen asioiden selkeästä kertomisesta puolisolalle. Näin myös kokoamamme teorian tiedon pohjalta voidaan todeta, sillä puoliset toivoivat hoitavalta henkilökunnalta erityisesti tuen ja tiedon saantia sekä kokonaisvaltaista huomiointia. (Åstedt-Kurki 2008, 58-60.)

Myös perheen aiempien lasten huomiointi sekä tasavertaisen ohjauksen saaminen puolisoitten kesken nousivat ensimmäisen kysymyksen kohdalla selkeästi vastauksista esiin. Vastauksiin toki on ollut vaikuttamassa se, millä osastolla vastaaja on työskennellyt. Esimerkiksi synnytyssalissa sisarusten

huomiointi on käytännössä mahdotonta, korkeintaan keskustelemalla sisaruksista vanhempien kanssa, se voi toteutua. Muun muassa Kalam-Salmisen (2005, 29; 77-86) mukaan etenkin lapsivuodeosastolla sisarusten huomiointi ja tasavertainen ohjaus kuitenkin koettiin perheiden näkökulmasta teoria- ja tutkimustiedon mukaisesti erittäin merkitykselliseksi.

Toteuttamastamme kyselystä selvisi, että selkeästi suurin osa hoitajista koki perhehoitotyön toteutuvan pääasiassa hyvin. Noin kolmannes vastaajista oli sitä mieltä, että perhehoitotyö toteutuu vaihtelevasti ja vain muutama vastaaja koki perhehoitotyön toteutuvan huonosti.

Kysyttäessä vastaajilta perhehoitotyön ongelmia ja esteitä, nousi ehdottomasti suurimmaksi haittatekijäksi henkilökunnan ajanpuute toteuttaa laadukasta perhehoitotyötä. Ajan rajallisuus aiheutti muun muassa se, että vain pakolliset hoitotoimenpiteet ehdittiin tehdä, eikä aikaa jäänyt millekään muulle, minkä synnyttävät perheet olisivat kokeneet tärkeänä. Oommenin (2009) tekemässä tutkimuksessa todettiin, että tukea olisi kaivattu aitoon läsnäoloon, kiireettömyyteen, kuunteluun sekä kiinnostuneeseen vuorovaikutukseen. Ja juuri nämä ovatkin eräitä asioita, jotka varmaan jäävät usein toteutumatta ajanpuutteen vuoksi.

Ajanpuute toteuttaa perhehoitotyötä on luultavasti lisääntynyt osin sen vuoksi, että hoitotyön ”ulkopuolisiin” toimintoihin, kuten kirjaamiseen kuluu yhä enemmän aikaa. Myös joidenkin perheiden tarpeiden lisääntyminen vie kättilöiltä runsaasti työaikaa, kun kyseessä on esimerkiksi haastavassa elämäntilanteessa oleva perhe. Tällöin muut hoidettavat perheet joutuvat jäämään ajanpuutteen vuoksi vähemmälle huomiolle.

Myös kulttuurierot hoitohenkilökunnan ja synnyttävän perheen kesken ilmenivät suuressa määrässä vastauksia. Ulkomaalaisten synnyttäjien hoidossa haasteiksi mainittiin useita asioita. Muun muassa kielivaikeudet ja tulkin puute, näkemyserot perheen määritelmässä sekä ravitsemus- ja imetystottumukset erosivat monesti suomalaisesta tavasta, ja nämä koettiin usein hyvin haastavana.

Hoitajien näkökulmasta esiin nousi ongelmallisena myös se, että puoliset eivät olleet paikalla synnytyksen aikana tai lapsivuodeosastolla tai olivat paikalla vaan lyhyitä aikoja. Kyselymme perusteella tämä aiheutti hoitajien mielestä perhehoitotyön tekemisen hyvin haastavaksi tai jopa mahdottomaksi. Teoriatiedon pohjalta aiemmin tehdyissä tutkimuksissa on kuitenkin synnyttävän perheen näkökulmasta tullut kyselyn kanssa ristiriitaista tietoa asiasta. Aiemmin tietoa on saatu siitä, että perheet olisivat halunneet olla enemmän yhdessä kuin se usein oli mahdollista. Useissa tutkimuksissa on tullut Åstedt-Kurjen (2008, 58-60) mukaan esille se, että synnyttäjien puoliset haluaisivat olla paikalla sairaalassa paljon nykyistä enemmän, jos esimerkiksi yhden hengen tai perhehuoneita olisi mahdollista saada.

Kehittämisehdotuksia saimme vastaajilta paljon. Suurimpana ryhmänä nousi kyselyssä se, että hoitohenkilökunnalla pitäisi olla reilusti enemmän aikaa perheiden ohjaukseen, neuvontaan ja hoitamiseen. Kiire tuntui olevan merkittävimpana esteenä ja häiriötekijänä perhehoitotyön toteuttamiselle. Myös mainittuna oli useissa vastauksissa kokonaisvaltaista perheen huomioimisen lisäämistä, mikä tavallaan liittyy myös siihen, että aikaa olisi riittävästi.

Perhehuoneiden puolesta liputti myös iso osa vastaajista. Perhehoitotyön tekemisen kannalta tämä olisi erityisen tärkeää, selviää tekemämme kyselymme pohjalta. Myös yhden hengen huoneet tuotiin esille perhehuoneiden rinnalla. Kalam-Salmisen (2005, 29; 77-86) tekemässä tutkimuksessa perheet kokivat tyytyväisyyttä saadessaan viettää sairaalassaoloajan perhehuoneissa.

Imetysohjauksen tehostaminen koettiin myös kätilöiden ja muiden synnyttävää perhettä hoitavien ammattilaisten näkökulmasta tärkeäksi kehittämistarpeeksi. Monissa saamissamme vastauksissa myös isän ohjaaminen imetysasioissa, ja imetyksen tukemisessa nähtiin kehitettävänä asiana.

Mukavalta tuntuu se, että ainakin teorian valossa isät ja puoliset huomioidaan hyvin. Tällä hetkellä perhehoitotyö kätilötyössä onkin hyvin parisuhdekeskeistä, ja perheen aiemmat lapset sekä vauvan isovanhemmat jäävät selkeästi

vähemmälle huomiolle. Perheen muut lapset saatetaan huomioida keskustelutasolla vanhempien kanssa, mutta varsinaisen sisarussuhteen luomisen tukeminen jää yleisesti kätilöiltä liian vähälle huomiolle.

Tähän olisi tutkimus- ja teorian tiedon pohjalta saadun tietämyksen perusteella kiinnitettävä selkeästi huomiota ja ohjauksessa tulisikin huomioida myös isommat sisarukset. Heille voisi kertoa miten paljon vauva vie äidin aikaa ja mitä kaikkea vauvan kanssa voi tehdä. Tarpeeksi isoille sisaruksille voisi opettaa myös vaipanvaihtoa ja muuta vauvan hoitoa. Milloin vauvaa voi hoitaa ja milloin sen pitää antaa olla rauhassa, voisi kätilö kertoa jo sairaalassa vauvan sisaruksille.

Teoriaosuudessa mainitsimmekin jo, että Kujanpään ja Rajalan (2004) mukaan hoitohenkilökunta kokee työnsä perhekeskeisemmäksi kuin hoidettavat perheet itse. (Kujanpää 2004, 7.) Lieneekö tähän syynä se, että synnyttävät perheet eivät välttämättä osaa hahmottaa ja eritellä, mitä kaikkea perhehoitotyö tarkoittaa ja sisältää, vai ovatko synnyttäjien ja hoitajien näkemykset perhehoitotyöstä vaan niin erilaiset. Tätä näkemyseroa selkeytti se, kun synnyttänyt ystävä kertoi, ettei puolisoa oltu huomioitu missään vaiheessa sairaalassaoloa. Kuitenkin kyseltäessä enemmän selvisi, että puolisolle oli annettu synnytyssalissa mahdollisuus muun muassa napanuoran leikkaamiseen ja vauvanhoidon ohjausta oli annettu kahteen kertaan lapsivuodeosastolla. Lisäksi isien hoitokansio oli tuotu luettavaksi ja ohjausvideotakin oli näytetty.

Saamissamme vastauksissa näyttäytyi selkeästi, että perhehoitotyöhön haluttaisiin keskittyä yhä enemmän, jos se muun muassa ajankäytön ja osaston tilojen suhteen olisi mahdollista. Suurin osa kätilöistä toi esiin sen, että laadukasta, puoliset huomioivaa perhehoitotyötä pyritään toteuttamaan, kukin parhaansa mukaan.

Työtä tehdessä on tullut mieleen, että perhehoitotyöhön vaikuttaa hyvin paljon kätilön oma asenne. Jo pienetkin muulle perheelle suunnatut huomionosoitukset ovat jo hyvä alku onnistuneelle perhehoitotyölle, eivätkä

vaadi toteutuakseen hienoja, uusia tiloja tai juuri enempää aikaa. Puolisot kokevat itsensä osaksi synnytyksen hoitoa, kun kätilö osoittaa heille pienin elein ja sanoin, että heillä on tärkeä rooli synnyttäjän tukihenkilönä synnytyksessä sekä etenkin lapsivuodeaikana.

Jatkotutkimusehdotuksia työllemme olisi Perhehoitotyön toteutuminen synnyttävän perheen näkökulmasta - kuinka synnyttävät perheet itse kokevat perhehoitotyön toteutumisen; Synnyttävän ”sateenkaariperheen” perhehoitotyö - mitä erityisominaisuuksia kätilötyöltä vaaditaan, kun vanhemmat ovat samaa sukupuolta; Monikulttuurinen perhehoitotyö kätilötyössä.

LÄHTEET

Doane, G H. & Varcoe, C. 2005. Family Nursing as Relational Inquiry. Developing Health-Promoting Practice. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.

Harmon Hanson, S M. 2001. Family health care nursing: theory, practice and research. Philadelphia: Davis Company.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Kalam-Salminen, L. 2005. Hoidon laatu lapsivuodeosastoilla Suomessa ja Virossa: näkökulmia asiakaskeskeiseen laatuun ja sen kehittämiseen. Turun yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Karvinen, M. 2011. Sateenkaariperheet kättilön asiakkaana. Kättilölehti 4/2011.

Kennedy Sheldon, L. 2009. Communication for nurses: talking with patients. Canada: Jones and Bartlett Publishers.

Kujanpää, K. & Rajala, K. 2004. Perheen ja henkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WS Bookwell Oy.

Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2010. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Jyväskylä: Duodecim.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Oommen, H. 2009. Vanhempien saama tuki sosiaaliselta verkostolta odotusaikana sekä hoitohenkilökunnalta lapsivuodeosastolla. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Paavilainen, E., Kuuppelomäki, M., Murtonen, I., Sirola, K., Tuominen-Saarela, L. & Nieminen, P. 1999. Perhehoitotyön kehittäminen yliopiston, ammattikorkeakoulujen ja terveydenhuolto-organisaatioiden yhteistyönä Seinäjoella, Porissa ja Tampereella. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä: teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY

Perheiden määrän kasvu hidastui. 2011. Luettu 16.8.2011.
http://www.stat.fi/til/perh/2010/perh_2010_2011-05-27_tie_001_fi.html

Pienimaa, A-K. 2006. Kätilötyö tänään. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita.

Raussi-Lehto, E. 2006. Syntymän hoito. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita.

Rudman, A. & Waldenström, U. 2007. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. BMC Health Services Research ,7(1). Karoliininen instituutti.

Smith, L., Coleman, V. & Bradshaw, M. 2002. Family centred care., Concept, theory and practice. New York: Palgrave.

Tiedolla, taidolla ja tunteella – kätilötyön eettiset ohjeet. 2004. Luettu 31.8.2011.
http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf

viitattu

29.4.2011:

http://4.bp.blogspot.com/_Zr5BpZWSxVk/TNkuYI_89II/AAAAAAAAAJg/FyBXFz8JA-g/s1600/perhe.gif

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2010. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Porvoo: WSOY

Äimälä, A-M. 2006. Kätilö naisen asiantuntijana. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita.

LIITE

**SYNNYTTÄVÄN POTILAAN PERHEHOITOTYÖTÄ KOSKEVA KYSELY
KÄTILÖILLE**

Ammatti: Kätilö ☐ Muu ☐

Työyksikkö: os1 ☐ os2 ☐ os3 ☐ os4 ☐

Kuinka kauan olet työskennellyt synnyttävien potilaiden hoitotyössä? _____

Ole ystävällinen, ja vastaa alla oleviin kysymyksiin lyhyesti ja spontaanisti oman näkemyksesi mukaan. Voit vastata myös ranskalaisin viivoin.

(Os 4:n osalta vastataan vain synnyttävien perheiden perhehoitotyön näkökulmasta. Eli, kun synnytys on hyvin lähellä tai äiti on jo synnyttänyt)

1.Mitä perhehoitotyö mielestäsi tarkoittaa, ja miten itse toteutat sitä?



2. Miten perhehoitotyö toteutuu työyksikössäsi?

3. Oletko kokenut ongelmia perhehoitotyön toteuttamisessa? Jos olet kokenut, kuvaa lyhyesti millaisia.

4. Jos ongelmat ja esteet poistettaisiin, miten toteuttaisit perhehoitotyötä omalla kohdallasi?