



**VANHEMPIEN KOKEMUKSIA LAPSEN ÄKILLISESTÄ  
SAIRASTUMISESTA JA PERHEHOITOTYÖSTÄ  
- Haastattelututkimus Keski-Suomen keskussairaalan  
lastenosastolla 11**

**Taru Haapalainen  
Minna Heikkinen  
Riikka Kumpulainen**

**Opinnäytetyö**

**Tammikuu 2008**



**JYVÄSKYLÄN  
AMMATTIKORKEAKOULU**

*Sosiaali- ja terveysala*

Tekijät Haapalainen Taru  Heikkinen Minna  Kumpulainen Riikka	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 61	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Vanhempien kokemuksia lapsen äkillisestä sairastumisesta ja perhehoitotyöstä – Haastattelututkimus Keski-Suomen keskussairaalan lastenosastolla II		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja Huuskola Katri, TtM, ESH, lehtori		
Toimeksiantaja Keski-Suomen keskussairaala, Lastenosasto II		
Tiivistelmä  <p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää vanhempien kokemuksia lapsen äkillisesti sairastuttua ja jouduttua osastohoitoon. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää perhehoitotyötä Keski-Suomen Keskussairaalan lastenosasto I:n infektiota sairastavien lasten perheiden kohdalla. Tutkimustehtävänä oli selvittää, millaisia kokemuksia lapsen sairastuminen ja osastohoitoon joutuminen herätti vanhemmissa.</p> <p>Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkimuksen aineistona oli lasten vanhempien (N=7) teemahaastattelulla kerätty aineisto. Tutkimusta varten haastateltiin yhteensä seitsemää vanhempaa. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan vanhemmat kokivat lapsen sairauden vakavana ja kuvasivat kokemukseen tunteiksi muun muassa pelon, ahdistuksen, huolen ja surun. Lapsen sairaalaan joutuminen vahvisti kokemusta lapsen sairauden vakavuudesta. Osastohoitoon joutumisen kuvattiin toisaalta olevan helpotus ja saatavaan hoitoon luotettiin, mutta sairaalaa paikkana ei pidetty miellyttävänä ja sen kuvattiin aiheuttavan ylimääräistä stressiä. Vanhemmilla esiintyi epätietoisuutta osaston toimintatavoista. He kokivat hoitoon osallistumisessa puutteita tiedon saannissa ja omien toiveiden ja tietojen huomioinnissa sekä vanhemmuuden tukemisessa. Sosiaalisen tuen eri muotojen toteutuminen sekä luottamuksen ja vuorovaikutussuhteiden syntyminen kuvattiin vaihtelevaksi ja tilannesidonnaiseksi. Vanhemmat kaipasivat omahoitajaa perheen asioita hoitamaan ja toivoivat saman hoitajan hoitavan heitä.</p> <p>Tulotilanne koettiin rauhallisena ja vanhemmat otettiin hyvin huomioon osastolle tullessa. Tämä tulisi osastolla säilyttää ja tähän edelleen kiinnittää huomiota. Perhehoitotyön toteutuminen käytännössä ei vielä näy kaikkien perheiden kohdalla ja osastolla kannattaa kehittää perhehoitotyön toteutumista sekä menetelmien käyttöä.</p> <p>Saatuja tuloksia vanhempien kokemuksista voidaan soveltaa myös muilla samantyyppisillä lastenosastoilla tai yksiköissä, joissa kohdataan vanhemmat ja äkillisesti sairastunut lapsi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) perhehoitotyö, vanhemmat, lapsi, sairastuminen, laadullinen tutkimus		
Muut tiedot		

Date  
16.1.2008

<p>Authors Haapalainen Taru  Heikkinen Minna  Kumpulainen Riikka</p>	<p>Type of Publication Bachelor's Thesis</p>	
	<p>Pages 61</p>	<p>Language Finnish</p>
	<p>Confidential <input type="checkbox"/> Until _____</p>	
<p>Title Experiences of Parents When Child Gets Suddenly Ill and from the Family Nursing- Interview Study to Ward II of the Central Hospital of Central Finland</p>		
<p>Degree Programme Degree Program in Nursing</p>		
<p>Tutor Huuskola, Katri, MNSc, RN, Senior Lecturer</p>		
<p>Assigned by Ward II of the Central Hospital of Central Finland</p>		
<p>Abstract The aim of this research was to describe how parents feel when their child gets suddenly ill and the child needs hospital treatment for his/hers illness. The purpose of the research was to develop family nursing at the children's ward II at the Central Hospital of Central Finland. The ward II is specialized in treating children suffering from different kind of infections. The goal of the research was to find out what kind of experiences parents are having when their child is hospitalized.</p> <p>The research method was qualitative. The research data was collected by personally theme interviewing the parents (N=7). The interviews were analysed by the method of inductive content analysis.</p> <p>The main results of this research showed that the parents experienced the child's illness as serious condition and they had feelings of anxiety, fear, concern and sadness. The need of hospital treatment made the illness seem even more serious to the parents. Admittance to the hospital ward made the parents feel relieved. The child was believed to receive good care although parents generally did not like being in the hospital and felt distress during the stay. According to the parents there was lack of information and, for example, the routines of the ward were unfamiliar. Parents experienced that they did not have the chance to be involved in the child's treatment as much as they wanted. Parents felt that their needs were bypassed. Parents would have needed more support for their parenthood. The forms of social support were variable from the parents' aspect. The forms of social support depended on the nurse treating them and parents also felt that forms were situation specific. Creating a confidential relationship between the families and nurses was dependable on the nurse treating them. The parents would have preferred primary nurse for taking care of them and hoped that the same nurse would care for them in the next shift.</p> <p>The first impression of the ward was peaceful and the parents were given attention. It is recommendable to maintain this at the ward. Family nursing does not always show when families are at the ward and this needs developing at the ward in the future.</p> <p>These results are useable for comparable of pediatric wards where nurses face parents with a suddenly ill-fallen child.</p>		
<p>Keywords Parents, Child, Family Nursing, Illness, Qualitative Study</p>		
<p>Miscellaneous</p>		

Date  
16.1.2008



## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	2
2 PERHEHOITOTYÖ.....	4
2.1 Perhehoitotyön taustaa.....	4
2.2 Lapsen sairastumisen vaikutukset perheeseen .....	5
2.3 Perhehoitotyön toteutuminen .....	9
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT ...	12
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	13
4.1 Tiedonantajat.....	13
4.2 Aineiston keruu .....	14
4.3 Aineiston analyysi .....	17
5 TUTKIMUSTULOKSET.....	21
5.1 Vanhempien kokemukset lapsen äkillisestä sairastumisesta .....	21
5.2 Vanhempien kokemukset lapsen sairaalaan joutumisesta .....	21
5.3 Vanhempien kokemukset toteutuneesta perhehoitotyöstä.....	22
5.3.1 Kokemukset osastolle tulotilanteesta.....	22
5.3.2 Vanhempien osallistuminen hoitoon .....	24
5.3.3 Sosiaalinen tuki .....	25
5.3.4 Hoitaja-asiakassuhteen luominen .....	27
6 POHDINTA.....	28
6.1 Tutkimustulosten tarkastelua .....	28
6.2 Yhteenvetoa tuloksista.....	33
6.3 Eettiset kysymykset .....	36
6.4 Luotettavuus.....	40
6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet .....	44
6.6 Kehittämisehdotukset .....	45
LÄHTEET .....	47
LIITTEET.....	50
Liite 1. Pyyntö tutkimukseen osallistumiseen .....	50
Liite 2. Suostumuslomake .....	51
Liite 3. Esitietolomake .....	52
Liite 4. Haastattelurunko .....	53
Liite 5. Yhteistyösopimus / tutkimuslupa.....	54
Liite 6. Kategoriat .....	56

## 1 JOHDANTO

Hoitotieteellinen näkökulma korostaa nykyisessä terveyden tutkimuksessa yksilön, hänen perheensä ja läheistensä terveyden yhteyttä toisiinsa. Ihmisen ja hänen läheistensä hyvinvointi on hoitamisessa tärkeä tavoite, ja se nähdään myös tutkimuksessa kokonaisuutena. Hoitotieteellinen ihmistutkimus on kiinnostunut muun muassa hoitettavan ja hänen perheensä kokemuksista terveydestä ja sairaudesta. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen, & Åstedt-Kurki 2007, 76, 81.)

Perhehoitotyön tärkeyttä on alettu korostaa maailmanlaajuisesti, mikä näkyy esimerkiksi Maailman terveysjärjestö WHO:n vuonna 2001 käynnistämässä Family Health Nurse-projektissa Euroopassa. Sen tarkoituksena oli kouluttaa hoitotyöntekijöitä perhehoitotyön osaajiksi ja tukea työelämää kehittymään perhekeskeiseen suuntaan. Projektissa oli mukana myös suomalaisten ammattikorkeakoulujen erikoistumisopintoihin osallistuvia sairaanhoitajia. (Havukainen, Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2007, 24.)

Teoriatieto antaa laadukkaan pohjan perhehoitotyön toteutumiselle sekä hyviä toimintamalleja käytännön hoitotyöhön. Perhehoitotyön teoriaa on kehitetty, mutta sen toteutumiseen kohdistuvat tutkimukset ovat vielä vähäisiä (Hopia, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2005, 186). Aiemmin on tutkittu ja kehitetty sairastuneiden lasten vanhempien tuen tarpeita, selviytymisvaatimuksia, terveyden edistämistä, voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden aktivoitumista pitkäaikaisesti sairaiden lasten näkökulmasta (mm. Hopia 2006; Jurvelin, Kyngäs & Backman 2004). Kansainväliset tutkimukset (mm. Petersen, Cohen & Parsons 2004; Shields, Pratt & Hunter 2006) antavat aihetta tutkia perhehoitotyön toteutumista ja onnistumista käytännössä.

Jurvelin ja muut (2004) ovat selvittäneet vanhempien selviytymisvaatimuksia, joita ovat muun muassa sairauden aiheuttamat tunnereaktiot, konkreettisen avun tarve ja puute, sairauden kulku, perheenjäsenten asema sekä samanaikaiset muutokset. (Jurvelin ym. 2004, 35, 37–38.) Lapsen sairastuminen ja osastohoitoon joutuminen herättävät vanhemmissa monenlaisia kokemuksia. Tutkimuksessamme tarkastelemme millaisia kokemuksia ja tunteita lapsen äkillinen infektioon sairastuminen ja osastohoitoon joutuminen ovat herättäneet vanhemmissa.

Hopia ja muut (2005) ovat tutkineet vanhemmissa aktivoituvia voimavaroja sekä tunnereaktioita lapsen sairastuessa somaattiseen pitkäaikaissairauteen. Hoitohenkilökunnan tulisi ymmärtää nämä tyypilliset muutokset, jotta he osaisivat paremmin tukea perheitä ja perheiden voimavaroja. (Hopia ym. 2005, 190.) Osastohoitoon joutuneen lapsen vanhemmat voivat tuntea syyllisyyttä lapsen sairaudesta sekä voimattomuutta, koska eivät ole itse pystyneet hoitamaan lasta kotona. Vaikka hoitoaika osastolla voi olla lyhyt, lapsen sairaalassa oleminen vaikuttaa perheen arkeen.

Teoriatietoa somaattisesti ja pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kokemuksista on paljon, ja mielestämme perhehoitotyön uudet tutkimukset ja teoriat ovat kokonaisvaltaisia ja perheet huomioivia. Mielestämme niitä voidaan hyvin soveltaa myös äkillisesti ja akuutisti sairastuneiden lasten ja perheiden hoitotyöhön; vanhempien läsnäolo ja osallistuminen sairaalassa lapsen sairauden hoitamiseen akuuteissakin sairauksissa tuo omat haasteensa hoitotyölle, vaikka kyse olisi lyhyistä hoitoajoista.

Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jolla on tarkoitus saada tietoa vanhempien kokemuksista lapsen joutuessa äkillisesti osastohoitoon. Kylmä ja Juvakka (2007) viittaavat Draperiin ja Öhmaniin, joiden mukaan laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkittavia ilmiöitä tutkimukseen osallistuvien subjektiivisesta näkökulmasta, jolloin tutkitaan ilmiön laatua, ei määrää (Kylmä & Juvakka 2007, 26–27).

Tutkimuksemme tarkoituksena on kehittää perhehoitotyötä Keski-Suomen Keskussairaalan lasten osasto 1:n infektiota sairastavien lasten perheiden kohdalla. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole tuottaa yleistä perhehoitotieteellistä tietoa, vaan kohteena olevalle osastolle suunnattua tietoa kehittämään ja kannustamaan osastolla annettavaa perhehoitotyötä. Haluamme tuoda esille vanhempien hyväksi kokemia asioita, jotka osastolla tulisi säilyttää ja kehittämiskohteita, joiden avulla perhehoitotyötä voidaan edelleen parantaa osastolla.

Opinnäytetyömme on toteutettu yhteistyössä Keski-Suomen Keskussairaalan osasto 1I:n kanssa. Osasto on lastenosaston infektioksiipi, jossa hoidetaan infektiin sairastuneita 0–16-vuotiaita lapsia vanhempineen. Osastolla on 12 potilaspaikkaa. Suurin lapsiryhmä on alle 3-vuotiaat lapset. Yleisimpiä osastolla hoidettavia infektiota ovat ripuli, hengenahdistukset ja laryngiitti, keuhkokuume, erilaiset tulehdukset ja ihoin-

fektiot sekä kuumekeuhkokuumeet. Tyypillinen hoitoaika on yhdestä kahteen päivään. Tutkimuksen aikana osastolla toteutettiin perhehoitotyön koulutusta.

## 2 PERHEHOITOTYÖ

### 2.1 Perhehoitotyön taustaa

Hakulisen, Koposen ja Paunosen mukaan (1999) Wright ja Leahey sekä Lansberry ja Richards määrittelevät perhehoitotyön tarkoittavan yksilön ja perheen sekä terveyden ja sairauden välisten yhteyksien huomioimista hoitosuunnitelmassa ja hoitoa analysoitaessa. Wright ja Leahey määrittelevät perhehoitotyön yksilö- tai perhepainotteiseksi. Hakulinen ja muut (1999) viittaavat myös Friedmanniin, jonka mukaan perhehoitotyö käsite voidaan määritellä kolmella tavalla: perhe on asiakkaan taustatekijä, jäsentensä summa tai hoitotyön asiakas. Perheen ollessa taustatekijä se toimii asiakkaan tärkeimpänä primääriryhmänä ollen joko asiakkaan voimavara tai kuormittava tekijä. Keskeisimpänä hoidossa on yksittäinen perheenjäsen perheen ollessa hänen taustatekijänsä. Perhekeskeinen hoitotyö -käsitteen mukaan perhe on potilaan taustatuki ja keskeisenä hoidossa on yksilö. Perhe huomioidaan potilaan tilan arvioinnissa ja hoitosuunnitelmassa. Perhe jäsentensä summana tarkoittaa, että hoitotyön tavoitteena on hoitaa kaikkia perheenjäseniä toisistaan erillisinä. Perhe nähdään kahden tai useamman henkilön ryhmäksi, jotka ovat keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Pyrkimyksenä on antaa hoitoa kaikille perheenjäsenille, arvioimalla ja hoitamalla heitä erikseen. Kun perhe nähdään hoitotyön asiakkaana, on koko perhe ensisijaisesti hoidon kohteena yksilöiden jäädessä taustalle. (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 27–29, 33.)

Hakulisen ja muiden (1999) mukaan Wright ja Leahey erottavat perhehoitotyökäsitteestä sen lähikäsitteen perhesysteemin hoitotyö. Perhesysteemisessä hoitotyössä korostetaan perheen vuorovaikutusta ympäristönsä kanssa eli tarkastellaan perhesysteemiä yhteisön ja yhteiskunnan osasysteeminä. Perhesysteemisessä hoitotyössä hoidon kohteena on koko perheyksikkö. Hoitotyön kohteena on yksilö ja perhe, huomio kiinnitetään vuorovaikutukseen ja vastavuoroisuuteen. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan perheenjäsenten väliset ja yksilölliset muutokset, tavoitteena on lisään-



tynyt harmonia perheen, perheenjäsenten ja ympäristön välillä. (Hakulinen ym. 1999, 34.)

Koska perheen jäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen, tulee hoidon kohteena olla koko perheen. Usein ajatellaan, että vain hoidon kohteena oleva perheenjäsen on hoidettavana ja muu perhe jää taustalle. Perhe toimii sairastuneelle perheenjäsenelle voimavarana ja perhe voi auttaa sairastunutta osallistumalla hoitoon. Hoitotyön laatuun voidaan panostaa enemmän, kun koko perhe on hoidon kohteena. Perhehoitotyön tavoitteena on tukea perheen voimavaroja. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 14.) Tärkeimpiä lähtökohtia lasten- ja nuorten hoitotyössä on koko perheen kohtaaminen asiakkaana ja perheen terveyden edistäminen. Aikaisemmin lasten- ja nuorten hoitotyössä on keskitytty hoitamaan ensisijaisesti lasta ja perhe on ollut taustatekijä. Perhettä tulee hoitaa kokonaisuutena ja pyrkiä siten savuttamaan koko perheen hyvinvointi. (Ivanoff, Kitinoja, Rahko, Risku & Palo 2006, 17, 22.)

Perhe mielletään edelleen yhteiskunnassamme ydinyksiköksi ja sillä on suuri vaikutus sen jäseniin, yhteiskunnalliset muutokset ovat vaikuttaneet siihen, millaiseksi perhe on muodostunut. Tavallisin jako perhemuotoja määriteltäessä on ydinperhe, suurperhe, uusperhe ja yksinasuvat. Yleisesti perheeseen on määritelty kuuluvan äiti, isä ja lapset. Nykyisin perheitä on monenlaisia ja perhettä voidaan kuvata paremmin sosiaalisena verkostona. Perheiden monimuotoisuuden tiedostaminen on tärkeää perhehoitotyössä. (Ivanoff, Kitinoja, Rahko, Risku & Vuori 2001, 17; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 15.)

## **2.2 Lapsen sairastumisen vaikutukset perheeseen**

Lapsen sairaus aiheuttaa perheelle vaatimuksen selviytyä muutoksista, sillä tilanne on usein uusi. Lapsen sairastuminen aiheuttaa sokin, joka reaktiovaiheeseen edetessään saa vanhemmat tiedostamaan tilanteen ja voi näin saada heidät tuntemaan muun muassa ärtymystä, väsymystä ja ahdistuneisuutta. Nämä kaksi ensimmäistä vaihetta voivat ehtiä toteutua lyhyenkin sairaalassaolon aikana. Perhe reagoi yksilöllisesti ja riippuen esimerkiksi lapsen ja vanhempien iästä, perheen kokemuksista ja kypsyneisyydestä. Lapsen reagointiin vaikuttaa perheen emotionaalinen ilmapiiri. Tämä tekee tärkeäksi vanhempien riittävän tuen saannin, sillä esimerkiksi imeväisikäistä pientä lasta

itseään on vaikea valmistaa sairaalahoitoon ja vanhempien ahdistus ja levottomuus heijastuvat lapseen. Lapsen ikä ja kehitysvaihe asettavat erilaisia haasteita niin hoitohenkilökunnalle kuin vanhemmille sairaalassaolon aikana. (Ivanoff ym. 2006, 90; Lehto 2004, 19–20.) Myös Jokinen ja muut (1999) kuvaavat lapsen sairastumisen vaikutuksien perheeseen olevan yksilöllisiä. Lapsen sairastuessa jokainen vanhempi reagoi tilanteeseen omalla tavallaan, toiset voivat reagoida hyvin tunteikkaasti, toiset voivat peittää todelliset tunteensa. (Jokinen, Kuusela & Lautamatti 1999, 18.)

Tutkimuksessa pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimuksista (Jurvelin ym. 2004) erotettiin seitsemän vanhempien selviytymisvaatimusta, joita ovat muun muassa sairauden aiheuttamat tunnereaktiot, konkreettisen avun tarve ja puute, sairauden kulku, perheenjäsenten asema sekä samanaikaiset muutokset ja stressitekijät. Lapsen sairaus aiheuttaa vanhemmille pelon lapsen menetyksestä ja hoitotoimenpiteistä, huolta lapsen hyvinvoinnista ja tulevaisuudesta, uupumusta sekä epävarmuuden tunnetta esimerkiksi sairaudesta ja sen hoidosta. Jopa ahdistus ja syyllisyyden tunteet ovat vanhempien kokemia tuntemuksia lapsen sairastuessa. Vanhemmat tarvitsevat ja toivovat enemmän tietoa. He toivovat mahdollisuutta keskustella ja kysyä asiantuntijalta lapsen sairaudesta ja sen hoidosta sekä kirjallista tietoa, tukea läheisiltään ja terveydenhuollon henkilökunnalta. Tarkoituksenmukainen, riittävä ja perusteltu tieto lapsen tilasta ja sairaudesta sekä tuen ja ohjauksen tarve koskettavat kaikkia vanhempia. Samoin hoitohenkilökunnan epäkohtelias, rasistinen ja epätarkka kohtelu, leimaaminen, erityispalveluiden tarve sekä asiantuntijatuen ja ohjauksen tarve, ovat kaikkia sairastuneiden lasten vanhempia koskettavia tekijöitä. (Jurvelin ym. 2004, 35, 37–39.) Jokinen ja muut (1999) kuvaavat vanhempien kokemiksi tunteiksi syyllisyyden, vihan, epäilyksen ja avuttomuuden. Vanhemmat kokevat myös pelkoa ja turhautumista lapsen tilanteesta. Perhettä tulee auttaa selviytymään tilanteesta tukemalla ja kertomalla heille mistä on kysymys sekä mitä seuraavaksi tapahtuu. (Jokinen ym. 1999, 18.)

McGarth, Paton ja Huff (2004) kertovat vanhempien kokevan tärkeäksi olemisen lapsen mukana sairaalassa. Lapsen saamat hoidot koetaan monimutkaisiksi ja niistä halutaan saada tietoa hoitohenkilökunnalta. Moni vanhempi kokee sairaalassa lapsen mukana olemisen myös pitkästyttäväksi ja uuvuttavaksi. Unettomuutta ja ruokahaluttomuutta esiintyy myös vanhempien keskuudessa. Myös arkipäiväiset asiat herättävät huolta vanhemmissa. Vanhemmat kuitenkin kokevat saaneensa hyvin tukea hoitohen-

kilökunnalta. Vertaistuen saaminen muilta samassa tilanteessa olevilta perheiltä koetaan merkitykselliseksi. (McGarth, Paton & Huff 2004, 361–363.)

Äkillisesti sairaalaan joutuneen lapsen hoitotyössä korostuvat Ivanoffin ja muiden (2006) mukaan luottamuksen ja turvallisuuden tunteen synnyttäminen sekä riittävä tiedon antaminen. Lasta tai hänen perhettään ei yleensä ole ehditty valmistaa sairaalaan hoitoon joutumisesta. Turvallisuudentunnetta ja luottamusta jo alkuvaiheessa edistävät omahoitajasuhde ja vastaanottaneen hoitajan antama tieto omahoitajuudesta, osaston tilojen esittely, lapsen huonepaikan esittely, kutsujärjestelmän käytöstä kertominen ja osaston toiminnasta kertominen. Kuunteleminen, keskustelu ja avoimuus ovat vanhempia rohkaisevia ja luottamusta synnyttäviä tekijöitä. (Ivanoff ym. 2006, 94, 100–101.) Pelkonen ja Hakulinen (2002) korostavat voimavaroja vahvistavaa hoitotyötä. Keskeistä voimavarojen vahvistamisessa on niiden tiedostamisen lisääminen aktiivisen kuuntelun sekä tuen ja merkityksellisen tiedon antamisella. Voimavaraisuus auttaa vanhempia luottamaan itseensä vanhempina, ratkomaan arkipäivän ongelmia ja kantamaan vastuuta päätöksistään ja teoistaan. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 204, 209.)

Kettunen, Poskiparta ja Karhila (2002) ovat korostaneet keskustelun merkitystä hoitotyössä. Heidän mukaansa voimavarakeskeisessä neuvontakeskustelussa hoitajien aloitusratkaisulla, tuntemuskysymyksillä, arkirupattelulla, tunnustelevalle puheelle, kuuntelua osoittavalla palautteella ja neutraalisuudella on merkitystä keskustelun onnistumiselle. Osallistuminen keskusteluun helpottuu ja asiakkaalle jää mahdollisuus puhua itselle sopivalla tavalla. Asiakas hallitsee keskustelua ja sen sisältöä, mikä rohkaisee ja kannustaa asiakasta jatkamaan puhettaan, jolloin asiantuntemus ja itsearviointi lisääntyvät. Itsemääräämisoikeutta kunnioittava neutraalisuus on tärkeä osa neuvontakeskustelua. Kun hoitoon liittyvistä vaihtoehdoista kerrotaan tasavertaisina, päätöksenteko on asiakkaan hallussa. Hoitajan tulee varmistua siitä, että asiakkaalla on riittävästi tietoa päätöksen tueksi, jotta päätös on mahdollinen. (Kettunen, Poskiparta & Karhila 2002, 213, 220.) Ahonen (1997) viittaa Carl Rogersin samansuuntaiseen käsitykseen auttamissuhteesta, jossa auttajan tavoitteena on edistää toisen kasvua, kehitystä, kypsymistä, toimintaa ja selviytymiskyvyn paranemista. Hyvä auttaja on empaattinen, epäitsekäs, lämmin ja aito. (Ahonen 1997, 11.)

Sairauden kulussa diagnoosivaiheen aiheuttama epävarmuus ja reaktio sekä sairauden huononeminen vaativat voimavaroja vanhemmilta. Sairaalaympäristö ja lapsesta mah-

dollisesti erossa olo aiheuttavat lisästressiä. (Jurvelin ym. 2004, 39.) Hoitoympäristön vanhemmille aiheuttamaa stressiä voidaan vähentää antamalla selkeät ohjeet osastolla toimimisesta, hoitoon osallistumisesta sekä esimerkiksi käytettävien laitteiden syistä ja tarpeista sekä hälytysäänistä. Vuorovaikutussuhteen tukeminen lapsen ja vanhemman välillä ehkäisee stressiä, joten heitä tulee rohkaista osallistumaan lapsen hoitoon ja osoittamaan hellyyden ja rakkauden tunteita sairaalassa. (Ivanoff ym. 2006, 100.)

Lapsen sairastuminen vaikuttaa perheen ja perheenjäsenten keskinäiseen asemaan. Parisuhteessa ilmenevä yhteisen ajan puute, vanhempien omien ja puolison sekä sisarusten tarpeiden laiminlyöminen voivat olla lapsen sairauden vaikutuksia perheeseen. Äidin vastuunkanto, ylihuolehtiminen ja sairastuneen lapsen sitovuus aiheuttavat voimavarojen kulumista. Vanhemmat tarvitsevat itselleen aikaa lepoon ja terveyden ylläpitämiseen, harrastuksille ja tasa-arvoa lapsen hoitamiseen liittyvissä tehtävissä. Samanaikaiset muutokset ja stressitekijät perheessä voivat aiheuttaa lisävaatimuksia tapahtumien samanaikaisuuden vuoksi, olipa sitten kyse positiivisista tai negatiivisista muutoksista. (Jurvelin ym. 2004, 39–40.)

Lehdon (2004) mukaan perheen jäsenen sairastuminen aiheuttaa perheessä stressiä ja huolta. Vanhempien mukana oleminen sairaalassa mahdollistaa koko perheen tukemisen ja terveyden edistämisen. Vanhempien osallistuminen ja mukana oleminen sairaalahoitossa lisää lapsen turvallisuuden ja eheyden tunnetta. (Lehto, 2004, 11, 18–19.) Vanhempien saadessa tietoa ja mahdollisuuden keskustella lasta koskevista asioista he jaksavat osallistua paremmin lapsensa hoitoon. Toimenpiteisiin liittyvän ymmärryksen ja hyväksynnän lisääminen sekä oikeiden toimintatapojen ja osallistumishalukkuuden selvittäminen auttavat vanhempia hoitoon osallistumisessa. (Jokinen ym. 1999, 18–19, 44.)

Hopia ja muut (2005) ovat selvittäneet mitä perheessä tapahtuu kun lapsi sairastuu. Somaattisesti pitkäaikaissairaiden lasten perheiden kohdalla on selvitetty perheen terveyden osasysteemejä ja voimavaroja lapsen sairastuessa. Perheen selviytymismekanismit voidaan jakaa perheen terveyden osasysteemeihin ja perheen voimavaroihin. Kaikille perheille lapsen sairastuminen pitkäaikaissairauteen on stressitekijä. Perheessä aktivoituvia voimavaroja ovat tietoisuus omista arvoista ja niiden muuttuminen, sosiaalisen verkoston jakama tunnettaakka ja hoitovastuun jakaminen, oma aktiivinen osallistuminen, sisäiset voimavarat ja niiden aktivoituminen. Lapsen sairastuminen

somaattiseen pitkäaikaissairauteen vaikuttaa perheen terveyteen monella tapaa. Voidaan sanoa, että koko perhe sairastuu lapsen sairauden myötä, sairastuneesta lapsesta tulee koko perheen huomion keskipiste, sisarukset joutuvat perheessä sivuosaan ja sisarusuhteissa tapahtuu yleensä muutoksia. Myös parisuhde joutuu koetukselle, ja vanhemmat eivät välitä omasta hyvinvoinnista lapsen sairastuessa. Lapsen sairastuminen aiheuttaa muutoksia koko perheessä ja sen jokaisessa jäsenessä. Vanhemmat kokevat lapsen sairastuessa vihaa, sääliä, syyllisyyttä, surullisuutta, yksinäisyyttä, pelkoa ja stressiä. Fyysinen oireilu on tyypillistä. Kaikki perheessä lapsen sairauden myötä tapahtuvat muutokset eivät ole suinkaan negatiivisia, perhesuhteet voivat myös vahvistua ja usein isät viettävät lapsen sairauden myötä enemmän aikaa perheen parissa. (Hopia ym. 2005, 186–193.)

Lehdon (2004) mukaan oleellinen osa hoitotyötä ja vuorovaikutusta on luottamuksen muodostuminen perheen ja hoitotyöntekijän välille. Vanhemmilla on merkittävä rooli lapsen ollessa sairaalahoidossa. Hoitohenkilökunnalla on vastuu asiantuntijuudesta ja lapsen hoitamisesta erityistilanteissa, vanhemmat puolestaan ovat vastuussa lapsen päivittäistoiminnoista ja välittävät tietoa hoitajille lapsen tunnereaktioista ja rutiineista. Vanhempien mukaan ottaminen lapsen hoitoon mahdollistaa vanhemmuuden toteutumisen myös sairaalaolosuhteissa. (Lehto 2004, 88, 90–91.)

Airolan ja Ruuskasen (2004) mukaan yksilövastuinen hoitotyö soveltuu hyvin lasten hoitotyöhön. Lapsen saapuessa osastolle hänelle on valittu vastuusairaanhoitaja eli omahoitaja. Omahoitaja ottaa vastuun työvuorossa ollessaan lapsen hoidon kokonaisvaltaisesta suunnittelusta, toteutuksesta sekä arvioinnista. Poissaoloajalleen omahoitaja järjestää korvaavan hoitajan huolehtimaan lapsen asioista. Omahoitajan tavoitteena on luoda kiinteä hoitosuhde koko perheeseen. (Ruuskanen & Airola 2004, 123.)

### **2.3 Perhehoitotyön toteutuminen**

Kansainvälisissä tutkimuksissa (mm. Petersen ym. 2004; Shields ym. 2006) on selvitetty perhehoitotyön toteutumista ja tarvetta sen tutkimiselle käytännössä. Petersen ja muut (2004) selvittävät tutkimustuloksissaan, että vaikka hoitajat pitävät perhehoitotyön menetelmiä tärkeinä ja välttämättöminä, eivät he jokapäiväisessä työssään aina toimi perhehoitotyötä toteuttaen (Petersen ym. 2004, 421–427).

Hopia (2006) on tutkinut muun muassa, mitä perheet odottavat hoitohenkilökunnalta lapsen sairastuessa somaattiseen pitkäaikaissairauteen. Hoitohenkilökunnalla on erilaisia tapoja toimia perheiden kanssa ja perheiden terveyden edistämiseksi: systemaattinen, selektiivinen ja tilannesidonnainen. Systemaattisesti toimivien hoitajien lähtökohtana on, että koko perhe on hoidon kohteena. Hoitajat keskustelevat aktiivisesti perheiden kanssa ja pyrkivät tarjoamaan heille erilaisia mahdollisuuksia osallistua hoitoon ja tehdä päätöksiä. Vanhemmat odottavat aloitteen keskustelulle tulevan hoitohenkilökunnalta. Systemaattisesti perheiden hyväksi toimivat hoitajat tarjoavat perheille tämän mahdollisuuden. Luottamuksellinen suhde hoitohenkilökuntaan edistää perheiden terveyttä sairaalajakson aikana. Perheen terveyden edistämisen kannalta on tärkeätä, että sairaalahoidon aikana vanhemmuutta tuetaan, lapsen hyvinvoinnista huolehditaan, hoitohenkilökunta pyrkii jakamaan perheiden tunnekuormaa, tuetaan arjessa selviytymistä ja luodaan luottamuksellinen hoitosuhde. (Hopia 2006, 68–70.)

Selektiivisesti toimivat sairaanhoitajat valitsevat perheet, joiden he ajattelevat tarvitsevan apua. Sairaanhoitajat paneutuvat työssään näihin perheisiin ja antavat perheille aikaa. Sairaanhoitajan toimiessa selektiivisesti on hoidon lähtökohtana sairaanhoitajan olettaus perheen tilanteesta ja avun tarpeesta, he myös pitävät etäisyyttä perheisiin ja ajattelevat, että aloitteen keskustelulle kuuluu tulla perheeltä. Tilannesidonnaisesti toimivat sairaanhoitajat puolestaan hoitavat hyvin eteen tulevat tilanteet, mutta he eivät tutustu perheisiin ja perhetilanteeseen etukäteen. Tilannesidonnaisesti toimivat sairaanhoitajat reagoivat perheen avuntarpeeseen, mutta he eivät kerää automaattisesti tietoja perheestä, jotta ennakointi olisi mahdollista. Tilannesidonnaisesti toimivat sairaanhoitajat ovat yleensä itse tyytyväisiä toimintatapaansa. Selektiivisesti ja tilannesidonnaisesti toimivat sairaanhoitajat eivät koe tarpeelliseksi automaattisesti tutustua perheeseen. Sairaanhoitajan toimiessa selektiivisesti tai tilannesidonnaisesti hoidossa keskitytään yleensä sairastuneeseen lapseen ja perhe jää taustalle, tällöin eivät perheen voimavarat aktivoitu. (Hopia 2006, 72.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa (mm. Corlett & Twycross 2006) on tutkittu vanhempien osallistumista lapsensa hoitoon osana toteutuvaa perhehoitotyötä. Tutkimuksissa ilmeni, että vanhemmat olisivat halunneet osallistua sairaan lapsensa hoitoon ja päätöksentekoon, mutta puutteellinen neuvottelu ja kommunikointi vanhempien ja henkilökunnan välillä estää tätä toteutumasta. (Corlett & Twycross 2006, 1308.) Reeves, Timmons ja Dampier (2006) ovat myös havainneet tutkimuksessaan vanhempien ko-

kevan, ettei heidän rooliaan vanhempina huomioida riittävästi, vaan heitä kohdellaan huolehtijoina vanhempien sijaan. Tuloksissa ilmenee myös, että vanhempien kokemuksia tulisi tarkastella ja huomioida perheet yksilöllisinä. (Reeves ym. 2006, 228.)

Shields, Kristensson-Hallström ja O'Calaghan (2003) ovat selvittäneet, miten erilaisia odotuksia vanhemmilla ja hoitohenkilökunnalla on vanhempien tarpeista lapsen joutuessa osastohoitoon. Lastenosastoilla perhekeskeisyys korostuu hoitotyössä ja perheillä on iso rooli lapsen hoidossa sairaalaympäristössäkin. Vanhemmat tuntevat, että hoitajat arvostelevat heidän vanhemmuuttaan, hoitohenkilökunta taas kokee vanhempien arvostelevan heidän tapaansa hoitaa lapsia. Hoitajista heidän tehtävänä on antaa perheille enemmän psykososiaalista tukea ja rohkaista vanhempia olemaan sairaalassa lapsen kanssa. Hoitajista on tärkeää, etteivät he missään vaiheessa syyllistä vanhempia lapsen sairaudesta. Vanhemmat koetaan osastolla itseohjautuviksi lapsen hoitoon liittyvissä asioissa, toisaalta vanhemmat eivät ole tietoisia niistä asioista, mihin he voisivat saada apua hoitohenkilökunnalta. Yleisesti ottaen vanhemmat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon sairaalassa. (Shields ym. 2003, 176, 182.)

### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Tutkimuksemme tarkoituksena on kehittää perhehoitotyötä Keski-Suomen Keskussairaalan lasten osasto 1:n infektiota sairastavien lasten perheiden kohdalla. Tarkoituksena ei ole tuottaa yleistä perhehoitotieteellistä tietoa, vaan juuri kyseiselle osastolle suunnattua tietoa kehittämään ja kannustamaan juuri tällä osastolla annettavaa perhehoitotyötä.

Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää vanhempien kokemuksia, kun lapsi on sairastunut ja joutunut äkillisesti osastohoitoon. Haluamme tuoda esille vanhempien hyviksi kokemia asioita, jotka osastolla tulisi säilyttää, sekä kehittämiskohteita, joiden avulla perhehoitotyötä voidaan edelleen parantaa.

Tutkimustehtävänä on selvittää millaisia kokemuksia lapsen sairastuminen ja osastohoitoon joutuminen vanhemmille synnytti seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

- 1) Miten vanhemmat kokivat lapsen äkillisen sairastumisen ja sairauden?
- 2) Miten vanhemmat kokivat lapsen sairaalaan joutumisen ja osastohoitoon tulemisen?
- 3) Millaisia perhehoitotyön menetelmiä hoidossa käytettiin vanhempien kokemina?



## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 4.1 Tiedonantajat

Haastattelimme infektiota sairastavien lasten vanhempia, yhteensä seitsemää (N=7) vanhempaa. Haastateltavien lapset olivat hoidettavina lastenosastolla, jossa heitä pyydettiin osallistumaan tutkimukseen. Osaston hoitajat jakoivat vanhemmille pyynnön tutkimukseen osallistumiseen (liite 1) sekä suostumuslomakkeen (liite 2). Saatekirjeessä, joka toimi pyyntönä tutkimukseen osallistumiseen, kerrottiin tutkimuksesta ja haastatteluiden toteutuksesta. Lasten vanhemmille kerrottiin kirjeessä myös tutkimuksen tarkoituksesta, menetelmästä ja eettisistä lupauksista. He antoivat erillisellä lomakkeella suostumuksensa osallistua tutkimukseen ja jättivät vastauksen kirjallisena palautuslaatikkoon, josta kävimme katsomassa saadut vastaukset. Kävimme tapauksissa myönteisen vastauksen antaneita vanhempia osastolla ja sovimme heille sopivan haastatteluajan. Samalla annoimme heille täytettäväksi esitietolomakkeen (liite 3).

Tutkimuskysymystemme mukaisesti haastateltavien vanhempien lapsen tuli olla äkillisesti sairastunut ja tämän vuoksi osastohoitoon joutunut. Haastatteluun soveltuvuutta ei rajattu muulla tavoin. Suostumuksen antaneet vanhemmat olivat kaikki lasten äitejä ja he tulivat erilaisista perheistä. Perheet olivat kahden vanhemman ydinperheitä (n=6) ja uusperheitä (n=1). Haastateltujen äitien ikäjakauma oli 22–36 vuoteen. Haastatelluista äideistä viisi (n=5) oli äitiyslomalla tai hoitovapaalla. Perheiden lasten lukumäärä vaihteli yhdestä (n=3) yhdeksään (n=1). Haastateltavien asuinpaikat olivat Keski-Suomessa.

Osalla perheistä (n=3) oli aiempaa kokemusta lapsen sairaalahoidosta. Nyt äkillisesti sairastuneilla lapsilla kahdella (n=2) on taustalla myös perussairaus. Joillakin (n=5) vanhemmista oli myös muuta kokemusta sairaalahoidosta, osalla (n=2) taas oman lapsen synnytys oli ainoa aiempi kontakti sairaalaan. Suurin osa (n=6) lapsista oli vauvatai leikki-ikäisiä. He olivat tulleet hoitoon 1–4 päivää sitten ja heidän tulevat hoitoaikansa vaihtelivat muutamasta tunnista jopa kuukauteen. He sairastivat erilaisia infektiotauteja, joista yleisimpiä olivat erilaiset hengenahdistusta aiheuttavat taudit. Kaikille lapsille sairaus aiheutti uupumusta.

## 4.2 Aineiston keruu

Kun halutaan kuvata ilmiöitä, voidaan käyttää kuvailevaa tutkimusasetelmaa, jossa otos voi olla pieni ja aineistonkeruu- ja analysointimenetelmä laadullinen. Tällöin voidaan kerätä aineisto teemahaastattelun avulla. Taustalla on tulkitseva ja ymmärtävä tiedonkäsitelmä, jossa myös tutkijan subjektiivisuus korostuu. Tutkijan tulkinnalla on suuri merkitys tämän kaltaisen tiedon tuottamisessa. (Eriksson ym. 2007, 90.) Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää tutkimuskohdetta. Tarkoituksena ei ole saada yleistettävää tietoa, mutta toisaalta yksittäistapausten tutkiminen tarkasti voi tuoda esille ilmiölle merkityksellisiä ja toistuvia asioita, jotka kuvaavat ilmiötä yleisellä tasolla. (Hirsjärvi & Hurme 1988, 170–171.)

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelu on yleinen tutkimusmenetelmä. Haastattelu eroaa spontaanista keskustelusta sille asetetulla päämäärällä, johon pyritään pääsemään haastattelun avulla. Tutkimuksen tavoite ohjaa haastattelua. Haastattelu on ennalta suunniteltu vuorovaikutustilanne, jonka haastattelija aloittaa ja ohjaa. Tavoitteena on saada mahdollisimman paljon luotettavaa tietoa tutkimusongelman eri osaluonteilta. (Ruusuvaara & Tiittula 2005, 23; Tuomi & Sarajärvi 2002, 73–75.)

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin yksilöhaastattelua, joka toteutettiin teemahaastatteluna. Haastattelulle muodostettiin teemat teoretisen pohjalta. Hirsjärven ja Hurmeen (1988) mukaan teemahaastattelu on erinomainen tiedonkeruumenetelmä muun muassa silloin, kun tutkimuskohteena ovat emotionaaliset aiheet ja kun tutkitaan ilmiöitä, joista haastateltavat eivät päivittäin ole tottuneet keskustelemaan (Hirsjärvi & Hurme 1988, 35). Haastattelulupaa anottiin kymmenelle haastateltavalle, mutta haastattelimme lopulta seitsemän (N=7) vanhempaa. Ensimmäinen haastattelu toimi esihaastatteluna, jonka jälkeen olisimme tarvittaessa muokanneet haastattelun teemoja. Esihaastattelusta saatu aineisto oli riittävää ja sitä voitiin käyttää varsinaisessa tutkimusaineistossa ja tuloksissa.

Tutkimusaineisto kerättiin suostumuksen antaneita vanhempia haastatteleamalla. Aineisto kerättiin kolmen viikon aikana. Haastatteluissa olimme aluksi paikalla kaikki kolme haastattelijaa yhden haastattelussa ja muiden tehdessä muistiinpanoja. Loput haastattelut toteutimme pareittain. Jokainen haastatteli vuorollaan sekä toimi muistiinpanojen tekijänä. Haastatteluista suurin osa (n=5) toteutettiin vanhempien toivomusten

mukaan lapsen potilashuoneessa, jossa ei ollut muita potilaita oman lapsen lisäksi. Kaksi (n=2) haastattelua toteutettiin vanhempien taukotilassa.

Ammattimainen ja asiallinen käytös kuuluvat haastattelijan rooliin, mikä auttaa tärkeän tiedon hankkimisessa. Vuorovaikutuksen tulisi olla mahdollisimman vapautunutta ja keskustelunomaista. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 22; Hirsjärvi & Hurme 2001, 96.) Ennen haastattelun aloittamista loimme haastattelulle sopivaa ilmapiiriä keskustelemalla haastattelun etenemisestä. Kerroimme hieman tutkimusaiheestamme ja haastattelumenetelmästä. Selvitimme myös teemoja ja niiden sisältöjä tarkemmin. Se että haastattelun kerrottiin olevan keskustelunomainen ja perustuvan vanhempien omiin kokemuksiin, teki ilmapiiristä vapautuneemman.

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruu on avointa, jonka vuoksi haastattelu tehdään väljin kysymyksiin. Haastattelun teemojen on hyvä olla laajoja, jotta aineistoa laadulliseen analyysiin tulee riittävästi. (Kylmä & Juvakka 2007, 64.) Haastattelun pohjana olivat ennalta pohditut haastatteluteemat (liite 4) perustuen kirjallisuuskatsaukseen. Teemat olivat samat kuin tutkimuskysymyksemme. Näistä teemoista pyysimme vanhempia kertomaan kokemuksiaan. Teemoja ei rajattu kovinkaan paljon, jolloin pyrkimyksenä oli saada esille niitä asioita, joita vanhemmat kokivat ja jotka heille olivat tärkeitä.

Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan jokaisen haastateltavan kanssa käydään läpi kaikki teema-alueet, mutta alueiden laajuus ja järjestys voivat vaihdella. Kysymykset ovat avoimia kysymyksiä, joille ei ole valmiita vastauksia. Haastateltava voi määrätä pitkälle haastattelun suunnan sekä määrittää miten paljon haluaa keskustella teema-alueista. Tästä johtuen haastattelijan ennakkokäsityksille ei juuri jää tilaa ja hän saa syvän ja monipuolisen kuvan haastateltavan elämäntilanteesta. Haastattelijalle teema-haastattelu antaa mahdollisuuden tarkentaa vastauksia kysymällä lisäkysymyksiä sekä selvittää vastauksen taustatietoja. (Eskola & Suoranta 1998, 87, 95.)

Haastattelun etuihin kuuluu muun muassa suora vuorovaikutus haastateltavan kanssa. Hyvän ilmapiirin luomiseksi haastatteliija kertoo kuka on ja mikä hänen roolinsa on kertomalla tutkimuksesta. Apuna suhteen luomiseksi toimivat helpot ja laajat avauskysymykset sekä haastattelijan empaattinen asenne. Haastattelutilanteessa empaattinen ymmärrys toisen asemaa kohtaa on molemminpuolista. Empatia kuuluu ennen

kaikkea tilanteisiin, joissa toinen osapuoli kertoo itselle vaikeista asioista. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 24–25, 41–42.) Jokainen haastattelu nauhoitettiin ja kerroimme nauhoituksesta etukäteen sekä keskustelimme, millaisia tunteita se haastateltavissa herätti. Nauhoittaminen herätti vanhemmissa hieman jännitystä ja mietitytti, osaavatko he mitään kertoa. Keskustelimme asiasta ja rohkaisimme vanhempia puhumaan juuri sitä mille heistä tuntuu. Nauhoittaminen unohtui pian haastattelun aloittamisen jälkeen eikä sillä ollut vaikutusta haastattelujen onnistumiseen.

Kun kyseessä on avoin haastattelumenetelmä, haastattelijan ja haastateltavan on oltava aktiivisia. Haastattelijalta edellytetään tilanneherkkyyttä ja kykyä edetä tilanteen ja haastateltavan ehdoilla. (Kylmä & Juvakka 2007, 79.) Kävimme haastattelua pääosin teemojen mukaisessa järjestyksessä läpi, sillä samalla se eteni myös ajallisesti tapahtumien mukaan alkaen lapsen sairastumisesta ja osastolle tulosta. Haastatteluteemoja oli kolme, joista etenkin kolmas teema sisälsi useita asioita, joita tarpeen mukaan otimme haastattelussa esille. Käytännössä haastattelun aikana haastateltavat kertoivat ajatuksenvirtaa ja tunteitaan, minkä vuoksi eri teemoihin kuuluvia asioita tuli esille missä vaiheessa tahansa haastattelua. Vanhemmat kertoivat mielellään ja vapautuneen oloisesti kokemuksistaan, näyttivät tunteitaan avoimesti ja perustelivat vastauksiaan. Osa haastateltavista oli myös huojentuneita saadessaan purkaa tuntemuksiaan. Haastattelut kestivät keskimäärin 40 minuuttia.

Haastattelun loppuvaiheessa haastateltavaa valmistellaan tilanteen loppumiseen ja sovitaan, mitä jatkossa seuraa. Haastatteliija kiittää haastattelusta, jonka jälkeen nauhoitus katkaistaan, mikä on selvä merkki haastattelun loppumisesta. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 26.) Valmistelimme vanhempia haastattelun loppumiseen antamalla heille mahdollisuuden tuoda vapaasti esille heille tärkeitä asioita, joita haastattelussa ei ollut tullut esille. Kiitimme haastattelusta ja pyysimme palautetta haastattelutilanteesta.

Haastatteluiden jälkeen keskustelimme keskenämme tunnelmista ja haastatteluissa esille tulleista tärkeistä asioista. Näin analysointia tuli jo tiedonkeruuvaiheessa. Tämä oli tärkeää, jotta havaitsimme saadun aineiston saturoitumisen. Tehtyämme viisi haastattelua, oli meillä ollut erilaisia haastateltavia, erilaisin kokemuksin. Siitä huolimatta aineistosta tuntui nousevan samoja asioita. Joitakin kokemuksia ei kaikilta haastateltavilta tullut esille, mutta taustaltaan samantyyppisille haastateltaville nämä olivat yh-

distäviä tekijöitä. Teimme vielä kaksi haastattelua lisää, eli yhteensä haastattelimme seitsemää vanhempaa ja koimme aineiston saavuttaneen riittävän saturaatio- eli kylläisyysasteen. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2004) määrittelevät saturaation pisteeksi, jossa tietty määrä aineistoa ei enää tuota uutta tietoa. Aineisto on riittävä kun samat asiat alkavat toistua haastatteluissa. He viittaavat myös Eskolaan ja Suorantaan, jotka ovat suomentaneet käsitteen aineiston kylläntymiseksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 171.)

### 4.3 Aineiston analyysi

Analysoimme tutkimusaineiston induktiivisella sisällön analyysillä eli aineistolähtöisellä sisällön analyysimenetelmällä. Kynkään ja Vanhasen (1999) mukaan sisällön analyysiä on käytetty paljon hoitotieteellisten tutkimusten tutkimusaineiston analyysimenetelmänä. Sisällön analyysiä pidetään vaativana analyysimenetelmänä, mutta käyttökelpoisena monissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa mikäli tutkija paneutuu aineistoon tehden huolellista ja systemaattista työtä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3, 11.)

Laadullisessa sisällön analyysissä tutkitaan "mitä silloin tapahtuu", ei sitä, kuinka monta kertaa jokin asia ilmenee aineistossa. Sisällön analyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sen avulla voidaan järjestää ja kuvaila tutkittavaa ilmiötä. Sillä pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetysti ja yleisessä muodossa sekä lopputuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat tai käsitekartta. Myös kategorioiden sisällöt, eli käsitteet, niiden hierarkia ja mahdolliset suhteet toisiinsa kuvataan. Luokittelun alkuperä voidaan osoittaa suorilla lainauksilla aineistosta, mikä lisää myös tutkimuksen luotettavuutta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–5, 10.)

Analysointia varten litteroimme haastattelut, jotta aineistoon tutustuminen tapahtui riittävällä tavalla ennen analyysin etenemistä induktiiviseen analyysiprosessiin. Haastatteluiden purkamisen ja analysointi aloitettiin heti ensimmäisen haastattelun jälkeen aineiston mahdollisen satureoitumisen havaitsemiseksi. Jo aukikirjoittamisvaiheessa tapahtui analyysiä ja aineistosta nousi esille kuvaavia sanoja ja teemoja. Litteroitua aineistoa tuli yhteensä 55 sivua fontilla Times New Roman, fonttikoolla 12 ja rivivä-

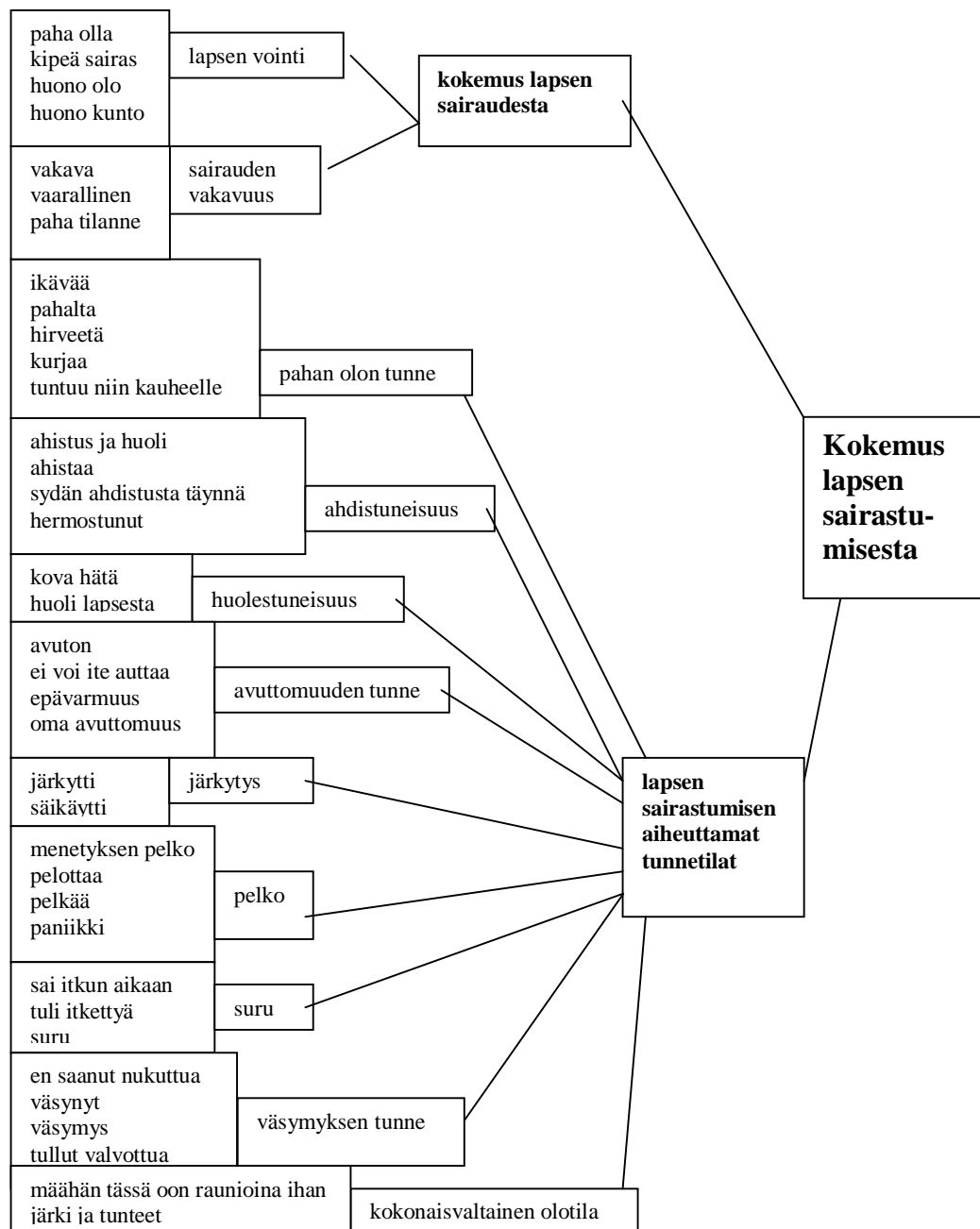
lillä 1,5. Aineiston käsittely alkaa Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan aineiston tekstiksi kirjoittamisella. Samalla tutkija perehtyy aineistoon ja tekee alustavaa analyysia sekä saa kokonaiskuvaa haastatteluista, mikä on avuksi itse analyysissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 65,111) Aineistoa litteroidessa jäsennetään, koodataan, etsitään ja tarkistetaan tekstiä. Tästä päästään aineiston luokitteluun, teemoitteluun tai tyypittelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95.)

Aineiston litteroinnin jälkeen etenimme Kynkään ja Vanhasen (1999) kuvaamien sisällön analyysin vaiheiden mukaisesti. Ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen tutkimustehtävän ja aineiston laadun perusteella. Luimme aineistoa aktiivisesti ja avoimesti tarkoituksena jäsentää aineistoa. Luimme aineistoa ensin jokainen tutkija yksin ja merkitsimme sieltä nousevia asioita ylös. Tämän jälkeen vertasimme löytämiämme asioita ja pohdimme yhdessä aineistosta nousevia teemoja ja ajatuksia. Aineistoa lukiessa pyrimme havaitsemaan ja löytämään aineistoille yhteisiä sanoja, teemoja, ilmaisuja ja ajatusmalleja. Tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat analyysia. Kynkään ja Vanhasen (1999) mukaan aineistolta voidaan kysyä esimerkiksi tutkimustehtävän mukaista kysymystä. Seuraava vaihe on aktiivista aineiston lukemista useaan kertaan. Aineistoa luettaessa tehdään kysymyksiä tarkoituksena luoda pohja analyysille. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7, 10.) Kysyimme aineistolta tutkimuskysymyksiä, jotka toimivat myös haastattelun teemoina ja näin määrittelimme analyysiyksikön.

Analyysiyksikkönä käytetään yleensä yhtä sanaa tai sanayhdistelmää. Ilmauksista haetaan samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia ja samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan eli alaluokkaan. Analyysia jatketaan ja alaluokat edelleen yhdistetään ja muodostetaan niistä yläkategorioita. Yläkategoriat nimetään kuvaamaan sisältöjään eli alakategorioita. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissa käsitteiden yhdistelyn kautta saadaan tutkimustehtävälle vastaus, ilmiötä pyritään kuvaamaan tiivistetyssä muodossa. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7, 10; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–111, 115.)

Analyysiprosessi eteni Kynkään ja Vanhasen (1999) kuvaamien vaiheiden mukaisesti aineiston pelkistämiseen, ryhmittelyyn ja abstrahointiin. Pelkistäminen on tutkimustehtävään liittyvien ilmaisujen koodaamista aineistosta ja ne kirjattiin samoin termein kuin aineistossa ja kerättiin listoiksi. Sisältöä kuvaavat luokat muodostuvat näin ai-

neistosta käsin. Seuraavaksi jaottelimme löytyneitä asiakokonaisuuksia ja teemoja haastatteluteemojen mukaisesti. Näitä kokonaisuuksia ja syntynyttä kokonaiskuvaa pohdimme teemojen ja niiden sisältöjen valossa. Tämän perusteella muodostimme luokat sisällöille, jolloin ne jaoteltiin kahteen pääkategoriaan entisten kolmen teemojen mukaisen luokan sijaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7, 10.) Kuviossa 1 olemme esittäneet esimerkin analysoinnista, jossa näkyvät alkuperäisilmaisuista muodostetut pelkistetyt ilmaisut ja niistä muodostuneet kategoriat.



KUVIO 1. Kategorioiden muodostuminen

Ensimmäinen kategorioiden muodostama käsitekartta kuvaa vanhempien kokemuksia lapsen sairastumisesta ja osastohoitoon joutumisesta. Toinen käsitekartta kuvaa vanhempien kokemuksia toteutuneesta perhehoitotyöstä. Ensimmäinen kategoria vastaa tutkimustehtävän kahteen ensimmäiseen kysymykseen vanhempien kokemuksista. Toinen kategoria vastaa kolmanteen tutkimustehtävän kysymykseen toteutuneesta perhehoitotyöstä.

Yläkategoriat saivat pääosin nimensä aineistosta lähtien ja syntyivät niistä syntyvistä kokonaiskuvista. Tukea käsitellessämme käytimme erilaisia tukimuotoja kuvaamaan apuna Koivulan (2002) viittausta muun muassa Kahnin & Antonuccin sosiaalisen tuen määritelmään. Sen mukaan tukea voidaan kuvata sosiaalisena tukena, joka pitää sisällään emotionaalisen eli affektiivisen tuen, konkreettisen eli instrumentaalisen tuen ja tiedollisen eli informatiivisen tuen (Koivula 2002, 23). Yläkategorian eli sosiaalisen tuen alla ovat kategoriat emotionaalinen, konkreettinen ja sosiaalinen tuki, jotka muodostuivat sisältämistään alakategorioista.

Tutkimusaineistosta voi nousta esille monia mielenkiintoisia ilmiöitä. Tutkimus ja sen raportointi rajautuvat tutkimuksen tarkoituksen, tutkimusongelman tai tutkimustehtävän mukaisesti. Raportoinnissa keskitytään ennalta asetettuihin rajauksiin, muu jää seuraavaan tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94.) Myös tässä aineistossa oli sellaista sisältöä, mitä emme tutkimuskysymysten asettamissa rajoissa voineet ottaa käsiteltäväksi tämän tutkimuksen yhteydessä.

Sisällön analyysin tarkoituksena on järjestellä aineisto johtopäätösten tekemistä varten. Johtopäätösten tekeminen on tärkeää, ettei tutkimus jää keskeneräiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.) Aineiston analyysissa haastatteluaineistosta tulee tutkittavan ilmiön teoreettinen kuvaus (Kylmä & Juvakka 2007, 66).



## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Vanhempien kokemukset lapsen äkillisestä sairastumisesta

Lapsen äkillinen sairastuminen herätti lähes kaikissa vanhemmissa samantyyppisiä tunteita ja kokemuksia. Kokemus lapsen sairaudesta ilmentää lapsen tilannetta vanhempien kokemana. Lapsen vointi ja sairauden vakavuus olivat kokemuksia, joita vanhemmat toivat esille. Lapsen voinnin he kokivat huonoksi ja kuvasivat oloa pahaksi. Sairauden vakavuutta kuvattiin vaaralliseksi, vakavaksi ja pahaksi tilanteeksi.

*”Ja mää ajattelin, et se on semmonen pieni hetken tilanne, et se ei oo niin vakavaa, mut sitten sanottiin et.... Siinä niinku kohtas sen miten vakavaa se onkaan.”*

Vanhempien kokemista psyykkisistä tuntemuksista pahan olon tunnetta ja ahdistusta aiheutti se, että lapsella oli vaikea ja huono olo. Muita tuntemuksia olivat huolestuneisuus ja avuttomuuden tunne, jotka johtuivat huolesta ja omasta epävarmuudesta. Lapsen sairastuminen aiheutti pelkoa, järkytystä ja huolta sekä surua. Vanhemmat kertoivat väsymyksestä sekä kuvasivat tunnettaan kokonaisvaltaisena olotilana.

*”Sydän niin ahdistusta täynnä.”*

*”Määhän tässä oon raunioina ihan.”*

*”Se on se ahistus ja huoli siitä lapsesta... ja kyllähän se pahalta tuntuu kattoo ku näkee ettei toisella oo hyvä olla, ku henki on ahtaalla, niin se on itellä tosi paha olo kattoo sitä toisen huonoa oloa.”*

*”Kyllä sitä pelkää että tapahtuu jotain pahempaa.”*

### 5.2 Vanhempien kokemukset lapsen sairaalaan joutumisesta

Sairaalaan joutuminen aiheutti vanhemmissa sekä positiivisia että epämiellyttäviä tunteita. Positiivisia ajatuksia loivat turvallisuuden ja luottamuksen tunteen kokeminen, sairaalan tunteminen entuudestaan sekä helpotuksen ja hyvän olon tunteet siitä, että lapsi saa hoitoa. Sairaalassa oleminen koettiin turvalliseksi, apu olisi lähellä, jos lap-

sen vointi menisi huonommaksi. Epämiellyttäviä tunteita aiheutti sairaalan kokeminen yleensä negatiivisena paikkana ja sitä verrattiin kotona olon mukavuuteen. Sairaalaan joutuminen aiheutti turhautumisen tunnetta, pelkoa laitostumisesta ja se tuntui vastenmieliseltä ja väsyttävältä. Sairaalaan joutumisen koettiin lisäävän tunneherkkyyttä ja näin kokemusta tunteita herättävistä asioista.

*”...tääl on hyvä hoito ja mukava henkilökunta et sillai tääl on ollu mukava olla, mutta eihän sairaalaan oo koskaan kiva tulla. Kyllähän koti on se paikka missä on mukava olla. Silleen tää aina niin ku ahistaa. Eihän tää mukavaa oo, ei tosiaankaan oo mukavaa...täälläkin niinku laitostuu...”*

*”Se on vaan ku on niin kauheessa stressitilanteessa täällä, on niin herkäällään kaikelle. Vaikkei sanottais ees pahasti, mut vähän siihen suuntaa, niin se ottaa niin ku sillai, tuntuu vielä pahemmalta... ettei mitään ylimääräistä jaksais... kaikki tuntuu ehkä pahemmalta...”*

### 5.3 Vanhempien kokemukset toteutuneesta perhehoitotyöstä

#### 5.3.1 Kokemukset osastolle tulotilanteesta

Sairaalaan tuloa vanhemmat kuvasivat miellyttäväksi. Vastaanottotilanne osastolla koettiin hyväksi ja rauhalliseksi. Vanhemmat kokivat tullessa huomioduksi tulotilanteesta. Tulovaiheessa vanhemmat kokivat pääosin saaneensa hyvin tietoa lapsen tilanteesta hoitohenkilökunnalta ja he olivat selvillä lapsen sairaudesta sekä osastohoitoon johtaneista syistä. Useat vanhemmat olivat osanneet ennakoida sairaalaan joutumista. Toisaalta osa vanhemmista koki epätietoisuutta lapsen hoidosta ja toivoi saavansa enemmän apua ja tukea osastolle tullessa.

*”Yöllä täällä oli kaksi hoitajaa ja ne oli tosi kivoja ja ottivat hyvin vastaan... Tuntui hyvälle jäädä tänne.”*

*”Ni että kyllä ne tosi hyvin otti vastaan ja ymmärtäväisiä oli. Tosi rauhallisia, eikä semmosta kiireen tunnetta ollut ollenkaan siinä että tyytyväinen olen.”*

*”No mää oisin sillon ekana yönä oisin tarvinnu paljon enemmän apua ja tukea sekä... en mää itestäni, kyllä mää pärjään, mutta sille lapselle. (äiti alkaa itkemään...) Siinä oli niin kova hätä, siihen ois kaivannut jotain. Jotain ois niin ku pitäny yrittää tehdä enemmän.”*

Tulovaiheen tiedonantoa osaston toimintatavoista pidettiin tärkeänä. Osa vanhemmista koki, että olisivat tarvinneet enemmän tietoa osaston rutiineista, esimerkiksi soittokellon käyttämisestä ja aikatauluista. Osalle vanhemmista osasto tai sairaalassa olo oli entuudestaan tuttua ja he eivät kokeneet tarvitsevansa niinkään esittelyä osaston toiminnasta.

*”Jotenki tuntuu että heti tuotiin lappua ja lippua käteen, ettei niinku kerrenny ees silleen, et tuntu et siinä kaks hoitajaa puhu yhtä aikaa. Toinen puhu niinku tästä asiasta ja toinen niistä lappusista siinä silleen että niinku tuli jo vähän liikaa sitten kerralla sitä että.”*

*”Mä en ees ensin tajunnut, että aina pitää soittaa sitä kelloa. Ne oli sit hirveen vihasia kun lähti tonne käytävälle. Tuntui ettei halunnut vaivata hoitajia soittamalla kelloa, vaan lähin hakeen apua kansliasta ja silleen ei ois vissiin saanu tehdä... Siitä ois voitu kertoa, et pitää soittaa sitä kelloa... Sitten mä jossain vaiheessa ymmärsin hoitajien käytöksestä, että ois vaan pitänyt soittaa sitä kelloa. Sen ois voinu mun mielestä selkeämmin sanoa että miten täällä niinku toimitaan.”*

Vanhemmat kokivat pääosin heti alkuvaiheessa luottamuksen tunteen syntymistä. Luottamus avun saantiin ja hyvään hoitoon toteutui suurimmalla osalla vanhemmista. Osa koki selvää epäluottamusta ja etteivät he saa apua ja hoitoa. Osa koki, ettei luottamuksen tunnetta ole syntynyt sen paremmin kuin epäluottamustakaan.

Samanaikaisien stressitekijöiden vaikutus tuli esille tulovaiheeseen liittyvänä kokemuksena. Näitä olivat erityisesti muusta perheestä erossa oleminen ja sairaasta lapsesta erossa olo. Muusta perheestä erossa olo ilmentyi stressinä ja ikävänä. Se ilmeni myös muun perheen miettimisenä, huolehtimisena perheen selviytymisestä ikävän ja heidän kokeman huolen vuoksi. Erityisesti perheen muun lapset olivat ajatuksissa. Myös tulovaiheessa vanhempien poistuminen osastolta aiheutti heille stressiä pelon, katumuksen ja huolen muodossa, kun lapsi jäi osastolle. Kotona käyminen tai ruokailmassa käyminen olivat tällaisia tilanteita. He kuvasivat myös arkipäivään liittyviä järjestelyitä, joita lapsen sairaalaan joutuminen aiheutti, mutta eivät kokeneet niitä siinä vaiheessa kovinkaan stressaaviksi.

*”Yks menee päiväkotiin, ni tietää että sillä on siellä varsinkin ni voi olla hankalaa ja pikkuveljellä joka on koulussa ni sillä on varmaan kanssa sillai ikävä ja huoli. Kyl sen tietää että ne pärjää siellä, mut tota ni...”*

### 5.3.2 Vanhempien osallistuminen hoitoon

Vanhempien huomioiminen hoitotoimenpiteissä ja lääkehoidossa ilmeni tiedon saantiin liittyvinä kokemuksina, toiveiden huomioinnissa ja lääkehoitoon osallistumisessa. Vanhempien tiedon saantiin liittyvät kokemukset erosivat toisistaan. Osa koki saaneensa riittävästi tietoa ja ohjausta, osa taas koki tiedon saannin olevan riittämätöntä. Heistä osa kuvasi saamaansa ohjausta selkeäksi ja heidän kysymyksiin oli vastattu. Toiset kuvasivat saaneensa liian vähän tietoa tai tiedon saannin olevan riippuvaista omasta aktiivisuudesta. Osa vanhemmista kertoi päätelleensä milloin esimerkiksi antaa huoneen pöydälle jätetty lapsen lääke. Kaikki vanhemmat eivät myöskään rohkaistuneet kysymään tai esittämään omia toiveitaan ja toivoivat, että niitä olisi heiltä kysytty. Tiedon saannissa hoitajan rooli koettiin merkitykselliseksi ja hoitaja oli se jolta tietoa saatiin tai toivottiin.

Osa vanhemmista koki, ettei heidän toiveitaan huomioitu lääkehoitoon liittyvissä tilanteissa. Osa vanhemmista ei esimerkiksi olisi halunnut osallistua itse toimenpiteisiin tai lääkkeenantoon ja toivoi että hoitaja olisi suorittanut jonkin toimenpiteen tai lääkkeen annon tai että heille olisi tarjottu mahdollisuutta poistua lapsen huoneesta siksi aikaa. Vanhempien oma aktiivisuus lapsen lääkehoitoon liittyvissä asioissa oli vaihtelevaa.

*”Kyllä siinä olis voinu kysyä, että haluaako olla osallisena lääkkeen antovaiheessa, kun se on kuitenkin aika rankkaa kun lapsi vastustelee lääkkeenantoa, niin rankkaa sitten äitinä pitää kiinni ja katsoa kun toinen rimpuilee. Ehkä siinä olisi voinu olla, että hoitaja ite olis pitänyt syllissä ja antanut itse jos se niin olis onnistunut.”*

Hoidon suunnittelussa kokemukset huomioinnista olivat erilaisia. Osalle vanhemmista oli epäselvää, mikä hoitosuunnitelma on. Ainoastaan yksi äiti tiesi hoitosuunnitelmas- ta ja kertoi päässeensä mukaan sen laatimiseen. Kuitenkin osa heistä koki tullessa huomioiduksi hoidon suunnittelussa. Vanhempien vastaukset kuitenkin viittaavat siihen että heille on tiedotettu lapsen hoitoon liittyvistä asioista. Osa koki, ettei heitä huomioitu riittävästi hoidon suunnittelussa, eikä toiveita ja perhettä kokonaisuutena huomioitu.

*”Ei me siihen mitenkään osallistuttu. Kuunneltiin vaan ja oltiin mielis- sään et jotain rupee nyt tapahtuu.”*

Vanhemmat kokivat osallistumisen lapsensa perustarpeista huolehtimiseen itsestään selvänä tai olettivat tiettyjen hoitorutiinien kuuluvan heille. Varsinaista keskustelua lapsen hoitamisesta ei ollut osastolla käyty. Hoidossa huomioitiin vanhempien halukkuus osallistua lapsen päivittäiseen hoitoon. Osa vanhemmista koki, että omalla aktiivisuudella oli merkitystä siinä miten hyvin heidät otettiin huomioon osana lapsen hoitoa. Vanhempien tieto omasta lapsestaan huomioitiin osassa hoitoa, vaikka osa vanhemmista koki, ettei heidän tietämystään lapsen hyvinvoinnista arvostettu. Vanhempien toiveita ja mielipiteitä huomioitiin eri tavoin. Toiset kokivat tulleen hyvin huomioituksi ja saaneensa toiveensa eteenpäin. Osa taas koki suhtautumisen toiveisiin välinpitämättömänä ja ettei toiveisiin reagoitu mitenkään. Vanhemmuuden tukemista kuvattiin hoitajasidonnaiseksi. Osa vanhemmista olisi kaivannut enemmän vanhemmuuden tukemista ja tietoa vanhemman tehtävistä osastolla.

### 5.3.3 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisen tuen muotoja aineiston mukaan olivat tiedollinen, emotionaalinen ja konkreettinen tuki. Tiedollisesta tuesta vanhemmat kuvasivat lapsen sairaudesta saatua tietoa ja saadun perusohjauksen riittävyttä. Lapsen sairaudesta saatu tieto oli osan kokemana riittävää ja saatu tieto koettiin kattavaksi ja neuvontaa oli annettu. Osa taas ei kokenut tiedon saantia riittäväksi ja kuvasivat saatua tietoa vähäiseksi. Riittävä tiedon saanti vaati kyselyä ja vanhemmat kokivat joutuvansa myös päättämään asioita. Perusohjaus koettiin myös eri tavoilla. Omalla aktiivisuudella oli merkitystä, osa sai riittävästi ohjausta, osa ei.

Emotionaalinen tuki sisälsi tunteiden käsittelyyn ja voimavaraisuuteen liittyviä teemoja. Ainoastaan yksi vanhempi (n=1) koki saaneensa riittävää emotionaalista tukea. Tunteiden käsittelyyn saadun tuen saannin kuvattiin olevan tilannesidonnaista, riittämätöntä ja riittävää. Tilannesidonnaisuuteen vaikutti vanhempien oletus hoitajien ajan riittävydestä, sekä itse hoitajasta. He kuvasivat hoitajilla olevan aikaa vaihtelevasti, mutta riippuvan myös hoitajasta henkilönä. Osalta sai tukea, osalta ei. Vanhempien kuvaamia emotionaalisen tuen muotoja olivat tuki, keskustelu, kuuntelu, lohdutus ja sitä kuvattiin myös saadun tarpeen mukaan. Riittämättömäksi he kuvasivat tukea silloin kun heidän huolensa sivuutettiin, heillä oli tarve puhua, mutta ei mahdollisuutta keskustella. Osa koki huolensa ja hätänsä tulleen aliarvioituksi ja ettei heidän huoltaan huomattu. Vanhemmat kokivat stressitekijöiden huomioonpääsyn pääosin hyväksi.

Vanhempien kokemukset huomioinnista liittyivät heidän oman jaksamiseensa. Voimavaroista ei vanhempien kokemusten perusteella keskusteltu.

*”Ei sitä omaa pahaa oloa oo saanu kellekään puhua, sitä ahdistusta ei kellekään...Muuten on ollu hirveen ihania sillai tavallaan se ollu se lapsen hoito, ei siin sillai oo mitään ylimääräistä, joku saattanu jäähä vähän enemmän juttelee, mutta ei siinä omaa jaksamista oo mitenkään, et se on vaan sellasta yleistä jutustelua.”*

*”...onhan täällä sellaisia hoitajia joiden kanssa pystyy keskustelea ihan kaikista asioista. Se on hoitajasta kiinni, toisten kanssa pystyy ja toisten kanssa ei sitten niin syvällisesti. Riippuu vähän persoonasta.”*

Konkreettiseen tukeen sisältyivät lapsen hoidossa saatu tuki, tukiverkoston ja muun perheen huomioiminen, sekä vanhempien jaksamisen huomiointi. Lapsen hoitoon olivat toiset vanhemmat saaneet tukea, sitä oli annettu pyydettyä ja tarjottu. Osa koki sen olevan tilannesidonnaista ja riippuvan hoitajien ajasta sekä hoitajasta henkilönä. Osa ei ollut saanut tukea tai oli saanut sitä vain vähän, tukea kuitenkin toivottiin.

*”Ja musta tuntuu et ne osaa aika hyvin lukee kehon kieltäkin, niin että jos mulla on ollut sellanen toivoton olo tai epätoivonen, ni ne on huomannut sen ja sanonut että anna vaan tänne, että mä voin hoitaa. Ja aina kysyvät että haluatko sinä vai teenkö minä.”*

Enimmäkseen vanhemmat kokivat, ettei tukiverkostoja ja muuta perhettä huomioitu hoidossa. He kokivat, ettei näihin asioihin kiinnitetty huomiota ja että hoidossa keskityttiin sairaaseen lapseen. Osa koki, että heidät otettiin perheenä huomioon ja että osa hoitajista kyseli.

*”Nyt vaan hoidetaan tätä sairasta lasta ja keskitytään siihen.”*

*”kyllä sitä vaan aattelis että voi miten ystävällistä, mutta joten aattelee että niille kuuluu ainoastaan vaan tää lapsen hoitaminen, ei ne niinku muusta välitä tai ei niitä kiinnosta...”*

Vanhempien jaksamista oli eri vanhempien kohdalla huomioitu eri tavoin. Osalle oli tarjottu apua, kysytty jaksamisesta ja huolehdittu esimerkiksi riittävästä levosta ja ruokailusta. Osan jaksamista ei huomioitu, ei kysytty tai tarjottu apua.

*” Ei kukaan tuu kyselemään silleen niinku huolehtimaan... Just kun ei tiedä millainen tilanne täällä osastolla on, onko kiirettä, koska uskaltaa*

*hoitajaa pyytää jos lähden jossakin käymään, ettei sitten niillä hermot tai kuviot mene sekaisin.”*

#### 5.3.4 Hoitaja-asiakassuhteen luominen

Haastattelemistamme vanhemmista kaikille oli epäselvää onko osastolla omahoitajakäytäntö. Vanhemmille ei esittäydytty omahoitajana. Osa vanhemmista oli päätellyt, että tietty hoitaja on varmaan heidän omahoitajansa, koska hän oli käynyt usein heidän luonaan ja hoitanut lasta useammassa työvuorossa. Vanhemmat kokivat, että omahoitajakäytäntö olisi hyvä. Omahoitajalta voisi kysyä paremmin apua mieltä askarruttaviin asioihin. Vanhempien mielestä omahoitajan merkitys kasvoi, jos hoitoaika osastolla oli pidempi.

*”Siitä vois niin ku paremmin vanhemmille kertoo, että kuka se omahoitaja niin ku on, että kuka niin ku hoitaa sen perheen asioita.”*

*”Ollaan sit päätelty, että toi on varmaan mein hoitaja, kun se yleensä tulee kun kelloa soitetaan.”*

Vanhemmat kokivat, että luottamus hoitajaan syntyi helpommin, jos sama hoitaja oli useammassa työvuorossa hoitanut heitä. Vanhempien kokemuksen perusteella osastolla työskentelevät hoitajat olivat mukavia, sympaattisia ja ammattitaitoisia. Hoitajien kohtaaminen lapsien ja perheiden kanssa oli luontevaa. Vanhemmista kokivat, että lasta oli hoidettu hyvin ja hellävaraisesti. Osa vanhemmista oli kokenut hoitajan käytöksen epäammattilliseksi lapsen hoidossa.

*”On täällä niitä hoitajia, jotka niin ku aidosti tykkää lapsista ja on kiinnostuneita. On niin ku sellanen sympaattinen luonne.”*

Suurin osa vanhemmista oli kokenut, että vuorovaikutus useimpien hoitajien kanssa oli sujunut hyvin ja heille pystyi kertomaan kaikesta. Hyväksi koettiin, jos sama hoitaja oli hoitanut heitä useammassa vuorossa, niin ettei heidän tarvinnut kertoa samojen lapsen hoitoon liittyviä asioita uudelleen. Hoitajan tuttuus vaikutti myös siihen, että hänelle helpommin kerrottiin mieltä painavista asioista.

*”Ne pyrkii siihen että nimenomaan sama henkilö hoitaa joka on ennenkin hoitanut. Se helpottaa tosi paljon myös meitä vanhempia, koska meidän on helpompi puhua eikä tarvii sanoa samoja asioita uudestaan. Ja siinä tulee kans sen hoitajan kanssa läheisemmäks, mikä sitten hel-*

*pottaa taas omaa oloa että on rennempi, siinä tavallaan ystävystyy hoitajan kanssa helpommin. Ei oo niin varpaillaan hoitajan suhteen, mitä ehkä ensimmäisellä kohtaamisella on.”*

Osa vanhemmista koki, ettei kunnollista vuorovaikutussuhdetta ollut syntynyt, vaan hoidossa keskityttiin vain lapsen hoitoon. Vanhemmat kokivat vuorovaikutustilanteet tilannesidonnaisiksi ja hoitajakohtaiseksi. Vanhemmat kokivat, että osalla hoitajista oli paremmin aikaa heille kuin toisilla.

*”Kun ne hoitajat käy niin selvitetään sitten noita lapsen asioita. Ei silleen niin kun mun asioista oo kysytty.”*

*”...jos on empaattinen niin rohkeammin pyytää.”*

## **6 POHDINTA**

### **6.1 Tutkimustulosten tarkastelua**

Lapsen sairastuminen ja sairaus koettiin vaikeana ja se aiheutti vanhemmissa erilaisia ja voimakkaitakin pahan olon tunteita. Lapsen sairaalaan joutuminen lisäsi lisäksi kokemusta sairauden vakavuudesta. Oikea, mutta rohkaiseva tieto ja asenne voi helpottaa vanhempien kokemusta lapsen sairastumisesta. Hyvän ohjauksen on todettu vähentävän asiakkaan masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta sekä yksinäisyyden tunnetta (Kynge, Käriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 145). Lapsen osastohoitoon joutuminen itsessään herätti positiivisia tunteita liittyen lapselle saatavaan hoitoon ja luottamuksesta toipumiseen. Tutkimustuloksissa saadut kuvaukset vanhempien kokemista tunteista ovat samansuuntaisia aiempien tutkimusten kanssa. Lapsen sairastuminen aiheuttaa vanhemmille mm. väsymystä ja ahdistuneisuutta (Ivanoff ym. 2006, 90). Hopian ja muiden (2005) mukaan vanhempien kokemia tunteita lapsen sairastuessa ovat vihan, säälin, syyllisyyden, surun, yksinäisyyden, pelon ja stressin tunteet (Hopia ym. 2005, 186–193). Myös Jurvelin ja muut (2004) tuovat esille edellä mainittuja tunteita sekä lisäksi heidän mainitsemiaan tunteita ovat huoli, uupumus ja epävarmuus (Jurvelin ym. 2004, 37).



Tulotilanteen rauhallisuus, tiedonsaanti lapsen sairaudesta ja vanhempien huomiointi koettiin hyvänä, mutta vanhemmat olivat epätietoisia osastolla tapahtuvasta hoidosta sekä toimintatavoista osastolla. Etenkin vanhemmat, joilla ei ollut kokemuksia sairaalahoitosta entuudestaan, olivat epävarmoja sairaalassa toimimisesta. Tulotilanteessa vanhempien perehdytys osaston toimintatapoihin ja tulevan hoidon luonteesta voisi lisätä turvallisuuden ja luottamuksen tunnetta. Ivanoffin ja muiden (2006) mukaan hoitohenkilökunnan antamat selkeät ohjeet osastolla toimimisesta ja hoitoon osallistumisesta voivat vähentää hoitoympäristön vanhemmille aiheuttamaa stressiä (Ivanoff ym. 2006, 100). Lapsen joutuessa sairaalahoitoon vanhemmat kokevat pelon ja avuttomuuden tunteita, koska kokevat etteivät pysty auttamaan lasta vieraassa ympäristössä (Arasola, Reen, Vepsäläinen & Yli-Huumo 2004, 421). Tämän vuoksi läsnäoleva ja vanhempia ohjaava hoitajan toiminta on tärkeää. Ivanoffin ja muiden (2006) mukaan koko perhe tarvitsee yksilöllistä hoitoa, riittävästi ajantasaista ja ymmärrettävää tietoa lapsen sairaudesta ja sen hoidosta. Se edesauttaa vanhempien sopeutumista ja kykyä lapsen tukemiseen. (Ivanoff ym. 2006, 107.)

Vanhemmat kertoivat jo heti osastolle tullessa ilmenneistä muista samanaikaisista stressitekijöistä. Eniten stressiä heille aiheutti muun perheen selviytyminen, perheen muiden lasten ikävöinti ja tieto siitä, että perheen muut jäsenet ikävöivät kotona ja ovat huolestuneita. Myös itse sairaasta lapsesta erossa olo heti alkuvaiheessa koettiin hyvin stressaavana. Muun muassa Jurvelin ja muut (2004) ovat kuvanneet samanlaisia stressitekijöitä. Alkuvaiheessa vanhemmat tarvitsevat tietoa lapsen selviytymisestä ja rohkaisua jättämään lapsi hetkeksi hoitohenkilökunnan hoitoon esimerkiksi oman ruokailun ajaksi. Vanhemmat kaipasivat henkilökuntaa valvomaan lasta siksi aikaa, kun he itse ovat poissa lapsen huoneesta. Arkielämän hoitaminen ei juuri tuottanut lisästressiä vanhemmille. Usealla perheellä hoitoajat arvioitiin lyhyiksi, joten tämä selittää osaltaan sen, ettei lapsen sairastuminen aiheuttanut stressiä arjesta selviytymiselle. Perheet kuvasivat myös tukiverkostojaan, joita useimmilla oli hyvin apuna. Kaikki perheet olivat myös kahden vanhemman perheitä, mikä osaltaan varmasti vaikutti myös arjen hoitamiseen. Isät yleensä hoitivat perheen arjen äidin ja lapsen ollessa sairaalassa, vaikka olivat välillä myös osastolla lapsen kanssa.

Useimpien perheiden kohdalla tukiverkostoja ei ollut osastolla selvitetty vanhempien kuvauksen mukaan, mutta he eivät myöskään kokeneet sille tarvetta. Pidempiaikaisessa osastohoidossa olevien lasten perheiden kohdalla tukiverkostojen ja muiden voima-

varojen selvittämisestä olisi hyötyä koko perheen jaksamiselle, sillä omien voimavarojen tiedostaminen voi lisätä niiden käyttöä. Aiemmin mainitussa Hopian (2006) tutkimuksessa perheen terveyden edistämisen kannalta tärkeäksi todettiin vanhemmuuden tukeminen, perheiden tunnekuorman jakaminen ja arjessa selviytymisen tukeminen (Hopia 2006, 70).

Perheen voimavaroja vahvistetaan kuuntelemalla sekä antamalla tukea ja tietoa. Voimavarojen vahvistamisessa perhettä tuetaan arvioimaan ja käyttämään perheen sisäisiä vahvuuksia sekä tukijärjestelmiä. Voimavarojen vahvistumisen myötä perheen ja sen yksilöiden itsetunto, itsemäärääminen sekä elämän hallinnan tunne kasvavat. (Ivanoff ym. 2006, 14.) Hopian mukaan hoitajan selektiivinen tai tilannesidonnainen toiminta hoidossa johtaa yleensä sairastuneeseen lapseen keskittymiseen ja perhe jää taustalle. Perheen voimavarat eivät aktivoitu kuten systemaattisesti toimivien hoitajien toiminnan seurauksena, jolloin koko perhe on hoidon kohteena. Hoitajat keskustelevat aktiivisesti perheiden kanssa ja pyrkivät tarjoamaan mahdollisuuksia osallistua hoitoon ja päätöksentekoon. (Hopia 2006, 72.) Mielestämme on tärkeätä, että hoitajat tunnistaivat omat toimintatapansa, jotta he voisivat työskennellä parhaalla mahdollisella tavalla perheiden hyväksi. Näin he voivat edistää perheiden terveyttä myös silloin, kun kyse on lyhytaikaisesta osastohoidosta.

Vanhemmat osallistuivat lapsensa hoitoon paljon. Lapsen perushoito oli luontevaa, mutta lääkkeellinen hoito ja toimenpiteisiin osallistuminen eivät olleet aina selkeitä tilanteita. Osa vanhemmista ei olisi halunnut olla mukana lapselle ikävissä tilanteissa ja kertoivat toiveestaan voivansa olla poissa huoneesta esimerkiksi lääkkeiden annon tai toimenpiteiden aikana. Vanhemmat olisivat hyötäneet selkeästä ohjauksesta ja tiedosta liittyen hoitotoimenpiteisiin, mikä voi vähentää heidän pelkojaan toimenpiteitä kohtaan. Myös vanhemmuuteen tukeminen voi auttaa heitä vanhemman roolissa toimimiseen sairaalassa. Arasolan ja muiden (2004) mukaan ajatus lapsen tuntemasta kivusta voimistaa pelon ja avuttomuuden tunteiden kokemista. Vanhemmille tulee kertoa lapselle tehtävistä hoitotoimenpiteistä ja ohjattava heitä miten toimia. Vanhemmille on suotava mahdollisuus lohduttaa lasta hoitotoimenpiteiden aikana, mutta myös annettava mahdollisuus poistua paikalta. (Arasola ym. 2004, 421.) Myös Jokinen ja muut (1999) perustelevat riittävän tiedonannon merkitystä vanhemmille. Perhettä on autettava ymmärtämään ja hyväksymään lapselle tehtävät tutkimukset, koska ne ovat välttämättömiä tilanteen selvittämisen kannalta. Vanhemmille on kerrottava

mitä lapselle tehdään ja mitä kyseisellä tutkimuksella selvitetään. On varmistettava, että asia tulee ymmärretyksi, siksi selkeiden termien käyttöön tulee kiinnittää huomiota. Jos vanhemmat voivat olla lapsen turvana toimenpiteissä, tulee aina kysyä heiltä, mille se heistä tuntuu, haluavatko he osallistua. Ei tule olettaa, että se on itsestään selvää. Mikäli vanhemmat eivät voi osallistua tutkimukseen, heille tulee kertoa miksi se ei ole mahdollista. Ennen toimenpiteen alkua vanhemmalle selitetään kuinka hänen tulee toimia tilanteessa ja miten toimenpide etenee. Näin toimittaessa ei jää epäselväksi miksi niin toimitaan, mikä vähentää pelkoa. Vanhempien saadessa tietoa ja mahdollisuuden keskustella lasta koskevista asioista he jaksavat osallistua paremmin lapsensa hoitoon. (Jokinen ym. 1999, 18–19, 44.)

Vanhemmat kokivat hoitajan roolin merkityksellisenä hoitoon osallistumiseen liittyvässä tiedon annossa ja toivoivat saavansa hoitajilta tietoa, ilman että heidän tarvitsee aktiivisesti itse kysellä. Vanhemmat kokivat, ettei heidän toiveitaan huomioitu lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Vanhempien tuntemusta omasta lapsestaan sekä lapsen viestien tulkitsijana voidaan hyödyntää mm. lapsen kivun arvioinnissa (Arasola ym. 2004, 421). Vanhempia ei otettu mukaan hoitosuunnitelman laatimiseen, heille ainoastaan tiedotettiin hoitoon liittyvistä asioista. Aiemmissä tutkimuksissa on ilmennyt vanhempien halukkuus osallistua sairaan lapsensa hoitoon ja päätöksentekoon, mutta puutteellinen neuvottelu ja kommunikointi vanhempien ja henkilökunnan välillä estää tätä toteutumasta (Corlett & Twycross 2006, 1308).

Sosiaaliseen tukeen liittyvä tiedollinen tuki oli vaihtelevaa, omalla aktiivisuudella oli merkitystä tiedon saannissa. Hoitajan asennoituminen ja motivaatio vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen ja hoitajalta toivotaan aloitteellisuutta sekä herkkyyttä tiedon ja ohjeiden antamiseen, sillä tiedon puute vaikeuttaa asiakkaiden tekemiä ratkaisuja ja päätöksentekoa (Kyngäs ym. 2007, 32). Perusohjausta sairaudesta ja sen hoidosta kuvattiin osan vanhempien kohdalla riittäväksi. Osa vanhemmista kaipasi tietoa enemmän, mikä vastaa Jurvelinin ja muiden (2004) tutkimustuloksia. Niiden mukaan lapsen sairaudesta ja sen hoidosta tarvitaan ja toivotaan tutkimusten mukaan enemmän tietoa, mahdollisuutta keskustella ja kysyä asiantuntijalta. Myös kirjallista tietoa kaivataan. (Jurvelin ym. 2004, 39.) Tarpeenmukainen tieto olisi perheen hyvinvoinnin kannalta tärkeää. Riittävä tiedonanto sairaudesta ja lääkityksistä vähentää stressiä ja auttaa tekemään hoitoa koskevia päätöksiä (Ivanoff ym. 2006, 100).

Emotionaalista tukea saatiin tilanteesta ja hoitajasta riippuen, eikä se vastannut vanhempien tarpeita. Konkreettista tukea saatiin vaihtelevasti ja tilannesidonnaisesti, eikä se kaikkien perheiden kohdalla ollut riittävää. Hopian (2006) mukaan perheen terveyden edistämisen kannalta sairaalahoidon aikainen vanhemmuuden tukeminen, lapsen hyvinvoinnista huolehtiminen, hoitohenkilökunnan pyrkimys jakaa perheiden tunnekuormaa, tukeminen arjessa selviytymiseen ja luottamuksellisen hoitosuhteen luominen ovat tärkeitä (Hopia 2006, 68–70). Ohjaus ja tiedonantotilanteisiin tulisi kiinnittää huomiota, jotta ne vastaisivat vanhempien toiveita ja tarpeita. Kynkään ja muiden (2007) mukaan ohjaustilanne on riippuvainen asiakkaan ja hoitajan taustatekijöistä. Asiakkaiden erilaisuus, erilaiset tiedon ja tuen tarpeet, luovat hoitajalle haasteita. Yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi on asiakkaan tilanne välttämätön selvittää. Onnistumiseen vaikuttavat asiakkaan olemassa olevat tiedot ja se mitä hän haluaa tietää. Ne on tunnistettava, samoin kuin se mitä hän odottaa ohjaukselta ja sen tuloksilta. Ohjaukseen liittyvät odotukset voivat olla erilaiset hoitajan ja asiakkaan välillä, joten keskustelu niistä on tärkeää. Ohjauksen lähtötilanteen arviointi jää usein vähälle huomiolle vaikka sitä pidetään tärkeänä ohjauksen toteutumiselle. (Kyngäs ym. 2007, 26–27, 33, 35, 47.)

Omahoitajasuhteen epäonnistuminen tai puuttuminen vaikutti perheiden kokemukseen vuorovaikutuksen toimimisesta. Osa vanhemmista toivoi saman hoitajan hoitavan heitä useammassa vuorossa. Tutun hoitajan koettiin vaikuttavan vuorovaikutuksen laatuun ja tutulta hoitajalta kysyi rohkeammin. Myös arvioitu hoitajien kiire vaikutti odotuksiin vuorovaikutussuhteesta. Tunnekuormaa ja muita mieltä painavia asioita on helpompi purkaa tutulle hoitajalle. Jos omahoitaja on vanhempien tiedossa, on häneltä helpompi pyytää apua. Vuorovaikutussuhteella on vaikutuksensa myös ohjaukseen ja saatuun tietoon. Omahoitajasuhteessa vanhemmat voivat kokea tulevansa paremmin huomioituiksi. Ahosen (1997) mukaan auttajan on tärkeä ymmärtää asiakkaan elämäntilanne, palvelujen tarve ja laatu, jotta suunnittelee ja suuntaa avun oikein. Asiakkaan avun tarve on selvitettävä ja asiakkaalle kerrottava mihin auttamisella pyritään. Tavoitteena on ylläpitää ja edistää asiakkaan elämän hallintaa, kuten arkipäivän toiminnoista suoriutumista, vuorovaikutussuhteita, sosiaalista turvallisuutta ja hyvinvointia. Auttamisen perustana on aktiivinen kuuntelu, joka on tarkoituksellista ja keskittynyttä. Kuuntelemalla yritetään selvittää, mitä kertoja ajattelee, tuntee ja miksi. Se on empatiaa ilman säälittelyä, eikä se ole koskaan tuomitsevaa tai arvottavaa. (Ahonen 1997, 15–16, 20–21, 113.)

Kynkään ja muiden (2007) mukaan ohjauksen ja vuorovaikutuksen laatu häiriintyvät kiireestä ja se voi vähentää vuorovaikutusta. Kiireen aistiminen voi vaikuttaa asiakkaan aktiivisuuteen ja kokemukseen hänen asiansa kunnioittamisesta sekä estää asiakasta kysymästä ja avaamasta keskustelua. Ohjaussuhdetta rakennetaan vuorovaikutuksen avulla ja se etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Vastuu siitä on hoitajalla. Sanallinen viestintä on pieni osa vuorovaikutuksesta, joten viestinnän selkeydellä ja yksiselitteisyydellä on merkitystä. (Kyngäs ym. 2007, 37–39.) Vuorovaikutussuhteen kokemukseen vaikuttaa varmasti myös usein lyhyet hoitoajat. Tällöinkin vuorovaikutuksen laatuun tulisi kiinnittää huomiota. Hoitoaikojen vaihtelu on kuitenkin suurta, eivätkä kaikkien lasten hoitoajat ole lyhyitä.

Hoitajan tuttuudella oli merkitystä luottamussuhteen kehittymiselle. Omahoitajasuhde voi siis myötävaikuttaa luottamuksen syntyyn. Luottamuksen syntymiseen vaikutti myös lapsen hoidon onnistuminen. Ruuskasen ja Airolan (2004) mukaan onnistuneessa omahoitajasuhteessa lapsen ja perheen turvallisuuden tunne ja luottamus lisääntyvät ja he voivat keskustella vaikeimmistakin asioista. Omahoitaja tukee perhettä monin eri tavoin. Hän arvioi jatkuvasti perheen tiedon tasoa ja ohjaa heitä hoidon toteutuksessa, sekä pitää perheen ajan tasalla asioista. (Ruuskanen & Airola 2004, 123.) Hopian (2006) tutkimuksessa kävi ilmi hoitohenkilökunnan ja perheen välisen luottamuksellisen suhteen perheen terveyttä edistävä vaikutus (Hopia 2006, 70). Luottamuksellinen ja avoin yhteistyösuhde, jossa kommunikointi onnistuu niin, että perhe tuntee tulevan sa kuulluksi, on Ivanoffin ja muiden (2006) mukaan voimavarojen vahvistamisen edellytyksenä (Ivanoff ym. 2006, 14).

## **6.2 Yhteenvedoa tuloksista**

Vanhempien kokemuksissa oli yhteneväisyyksiä, jotka nousivat esille varsinkin lapsen sairauden herättämissä tunteissa. Lapsen sairastuminen synnytti pelon ja avuttomuuden tunteita sekä ahdistusta. Toisaalta sairaalaan joutuminen oli helpotus, vaikka sairaalaa yleensä pidettiin negatiivisena paikkana ja se lisäsi kokemusta lapsen sairauden vakavuudesta. Henkilökunnan on hyvä tiedostaa nämä tuntemukset, jotta he voivat tukea vanhempia riittävästi jo osastolle tullessa. Samanlaiset kokemukset lapsen sairaudesta ja sairastumisesta sekä sairaalaan joutumisesta ilmenevät myös aiemmista tutkimuksista (mm. Lehto 2004; Hopia ym. 2005).

Osastolle tulotilanne koettiin yleisesti miellyttävänä ja rauhallisena. Etenkin vanhemmilla, joilla ei aiempaa kokemusta lapsen sairaalahoidosta ollut, esiintyi kuitenkin epätietoisuutta osaston toimintatavoista. Vanhemmat kuvasivat myös monia samanklaisia stressitekijöitä jo tulovaiheessa ja kaipasivat enemmän tukea. Vanhemmat kokivat hoitoon osallistumisessa puutteita tiedon saannissa ja omien toiveiden ja tietojen huomioinnissa sekä vanhemmuuden tukemisessa. Sosiaalisen tuen eri muodot toteutuivat vaihtelevasti ja tilannesidonnaisesti. Luottamus hoitajiin syntyi vaihtelevasti, mihin omahoitajasuhteen puuttumisella saattoi olla vaikutusta. Vuorovaikutussuhteet toimivat myös vaihtelevasti ja olivat tilannesidonnaisia. Yhteenvedona perhehoitotyön toteutumisesta osastolla voidaan sen todeta toteutuvan vaihtelevasti sekä olevan hoitaja ja tilanneriippuvaista.

Tutkimuksen tulokset perhehoitotyön toteutumisesta ovat osin samansuuntaisia aiempien kansainvälisten tutkimusten kanssa (mm. Petersen ym. 2004; Shields ym. 2006). Hopia (2006) on todennut hoitajien toimivan eri tavoilla toteuttaessaan hoitotyötä perheiden kanssa. Tämä vahvistaa sitä, että tutkimustuloksissa menetelmien käyttö oli hoitajasidonnaista. Kun toiminta ei ollut Hopian (2006) kuvaamaa systemaattista toimintaa, saattoivat vanhempien tarpeet jäädä havaitsematta. Toisaalta vanhemmat taas kuvasivat erilaisten perhehoitotyön menetelmien toteutuvan osan hoitajista kanssa, mikä voi kertoa osan hoitajista toimineen systemaattisella tavalla. Tässä tutkimuksessa näyttää siltä, ettei lapsen sairauden vakavuudella ollut suoraa yhteyttä vanhemman kokemukseen sairaudesta ja sairaalaan joutumisesta tai koetusta perhehoitotyöstä. Taulukossa 1 on esitetty keskeiset tutkimustulokset vanhempien kokemuksista.

TAULUKKO 1. Vanhempien kokemukset

<b>1. Lapsen äkillinen sairastuminen</b>			
	<b>Kokemus lapsen sairaudesta</b>	Lapsen huono vointi ja paha olo Vaarallinen, vakava	
	<b>Lapsen sairastumisen aiheuttamat tunnetilat</b>	Ahdistus, avuttomuus, pelko, järkytys, huoli, suru, väsymys	
<b>2. Lapsen sairaalaan joutuminen</b>			
	<b>Positiiviset ajatukset sairaalasta</b>	Turvallisuus ja luottamus Hyvän olon tunne Sairaalaan tuntemus en-tuudestaan	
	<b>Epämiellyttävät tunteet</b>	Ajatus sairaalasta paikka-na negatiivinen Turhautumisen tunteet Tunneherkkyys	
<b>3. Toteutunut perhehoitotyö</b>			
	<b>Sairaalaan tulotilanne</b>	Miellyttävä vastaanotto Olemassa oleva ja saatu tieto merkityksellinen, myös epä tietoisuutta Tieto osaton toimintatavoista riittämätön Luottamuksen tunteen syntyminen vaihtelevaa Stressitekijöitä paljon, saatu tuki riittämätön	
	<b>Vanhempien osallistuminen hoitoon</b>	Vanhempien huomiointi hoitotoimenpiteissä ja lääkähoidossa	Tiedon saanti: huomiointi vaihtelevaa, hoitajan rooli ja oma aktiivisuus merkityksellisiä Toiveita ei huomioitu
		Vanhempien ottaminen osaksi hoitoa	Hoitosuunnitelman laatimisessa huomioitu vähän
			Hoitajien asenne vanhempia kohtaan mietityttänyt
			Omalla aktiivisuudella merkitys
			Toiveiden ja mielipiteiden huomiointi vaihtelevaa
			Vanhemmuuden tukeminen vaihtelevaa ja hoitajasidonnaista
	<b>Sosiaalinen tuki</b>	Tiedollinen tuki	Tieto sairaudesta ja perusohjaus riittävydeltään vaihtelevaa
		Emotionaalinen tuki	Tunteiden käsittely, voimavarojen ja stressitekijöiden huomiointi vaihtelevaa ja tilannesidonnaista
		Konkreettinen tuki	Lapsen hoidossa saatu tuki vaihtelevaa ja tilannesidonnaista
			Tukiverkostoja ja muuta perhettä huomiota vähän
			Vanhempien jaksamisen huomiointi vaihtelevaa
	<b>Hoitaja-asiakassuhteen luominen</b>	Ei tietoa omahoitajuudesta	
		Luottamuksen syntyminen vaihtelevaa	Riippuvainen lapsen saamasta hoidosta, hoitajan tuttuus
		Vuorovaikutus hoitajien kanssa	Hoitajan tuttuus, hoitajasidonnaisuus ja tilanneriippuvaisuus

### 6.3 Eettiset kysymykset

Tutkimusprojekti pitää sisällään monia eettisiä päätöksiä aina tutkimusongelmien valinnasta tutkimuksen tulosten julkaisemiseen. Tutkimuksen edetessä tulevat eettiset kysymykset käsittelyyn prosessissa useita kertoja. Eettisyys korostuu tutkimuksissa, joissa tiedon lähteenä ovat ihmiset ja ihmisten inhimillinen toiminta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 285, 295–296.) Lisäksi kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa tutkimusaineisto on usein pieni ja ollaan syvällisten kysymysten äärellä, asettaa erityispiirteensä ja vaatimuksensa tutkimuksen eettisille ongelmille (Vehviläinen-Julkunen 1997, 32).

Mahdollisia haittoja ihmisen yksityisyydelle, esimerkiksi ihmisten ajatuksia, mielipiteitä ja asenteita tutkittaessa, ei voida arvioida eikä tunnetta loukatuksi tulemisesta voida mitata. Yksityisyyden kunnioittamista on tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, tietojen luottamuksellisuuden ja anonymiteetin turvaaminen. Yksityisyyden suojaamisella estetään tutkittavia koskevien tietojen joutuminen väärin käsiin ja henkilöiden tunnistamista tutkimuksesta sekä näin estetään mahdollisesti syntyvät haitat ja harmit. Samalla estetään myös aineiston käyttämistä tutkittavia koskevaan päätöksentekoon. Mahdollisen tutkittavan päätös osallistua tai olla osallistumatta ei saa myöskään vaikuttaa ihmisen saamaan palveluun. (Kuula 2006, 124, 127.)

Tutkittava itse saa päättää mitä itsestään antaa tutkimukseen ja näin määrittää yksityisyytensä rajat. Tutkimuksessa on taattava mahdollisuus kontrolloida se kenelle ja miksi tutkittava yksityiselämäänsä käsittelee, jotta itsemääräämisoikeus toteutuu. (Kuula 2006, 125.) Tutkittavia pyydettiin osallistumaan haastatteluihin saatekirjeellä osaston henkilökunnan välityksellä. Tutkijat eivät osallistuneet haastateltavien valintaan osastolla, vaan henkilökunta teki valinnat pohjautuen asetettuihin valintakriteereihin. Vastausten antaminen välillisesti palautelaatikkoon antoi mielestämme vanhemmille mahdollisuuden kieltäytyä ilman selityksiä haluttomuudestaan osallistumisesta tutkimukseen. Näin heidän ei myöskään tarvinnut kommentoida osallistumisestaan henkilökunnalle millään tavoin.

Haastateltavilla on oikeus tutkimusta koskevaan tietoon ja tietää mitä heille tehdään tai tapahtuu, jos he osallistuvat tutkimukseen. Heidän tulee tietää rajoituksista, mahdollisista riskeistä ja tutkimuksesta saatavasta hyödystä. Heillä on oikeus esittää sel-



ventäviä kysymyksiä aineistonkeruun aikana ja saada tutkimustuloksista tietoa. Tutkittavilta on aina saatava suostumus, jossa korostetaan tutkittavien anonymiteettiä ja vapaaehtoisuutta sekä mahdollisuutta keskeyttää milloin tahansa. Hyvä olisi myös mainita, ettei kieltäytyminen vaikuta saatavaan hoitoon. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 291; Vehviläinen-Julkunen 1997, 29–31.) Tutkimuksen tarkoitus ja sen hyödyt perheiden hoitamisen kehittämiseen tuotiin esille vanhemmille jaetussa saatekirjeessä, samoin kuin tutkimusmenetelmä. Kirjeessä kerrottiin haastateltaville luvattua yksityisyyden suojasta, eli mitään henkilötietoja ei tule ilmi missään vaiheessa ulkopuolisille. Saatua aineistoa käytetään vain tähän tutkimukseen ja että sitä käsittelevät vain tutkimuksen tekijät. Esimerkiksi osaston henkilökunta ei siihen pääse tutustumaan. Osallistujille luvattiin, ettei tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen vaikuta tutkittavien, eikä heidän lastensa saamaan kohteluun osastolla. Itsemääräämisoikeus säilyy tutkittavilla haastattelun aikana ja he voivat itse päättää mitä asioita tuovat esille. Heille kerrottiin myös oikeudesta keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa, sekä oikeudesta saada lisätietoa. Kirjeen liitteenä olevan suostumuksen merkityksestä kerrottiin.

Henkilötietolakia sovelletaan laadulliseen tutkimukseen kun tietoja kerätään suoraan tutkittavilta ja kerätty aineisto sisältää henkilötietoja. Henkilötiedoiksi määritellään kaikki luonnollista henkilöä tai hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia merkintöjä, jotka voidaan tunnistaa häntä tai hänen perhettään tai hänen kanssaan yhteisessä taloudessa eläviä koskeviksi. Henkilötietoja ovat suorat tunnistetiedot, kuten nimi, osoite, teletunniste ja syntymäaika, mutta myös ihmisen ääni ja kuva. Eli esim. haastattelutallenteessa kuuluva ihmisen ainutkertainen ääni on henkilötieto. Epäsuoria tunnisteita ovat mm. työpaikat ja käydyt koulut tai ainutkertaisten tapahtumien kuvaukset, kun ne yhdistetään aineiston muihin tunnistevihjeisiin. Jos aineistossa säilytetään epäsuorat tunnistetiedot nimitietoineen ja muita taustatietoja on paljon, tulee henkilötietolaki sovellettavaksi. Lain mukaan henkilötietojen käsittely eli tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi on sallittua tutkittavan suostumuksella, jossa sovitaan aineiston käytöstä ja sen jatkokäytöstä. (Kuula 2006, 128–129.)

Henkilötietolain mukaisesti voi luvata, että aineistoa käyttää vain kyseinen tutkija ja vain kyseiseen tutkimustarkoitukseen, jolloin henkilötietoja sisältävää aineistoa eivät muut saa käyttää ja aineisto pitää hävittää tutkimuksen valmistuttua. Mikäli tutkimusaineistoa analysoivat myös kollegat tai kun aineistoa ei ole tarkoitus hävittää, tulee

siitä kertoa tutkittaville. Sopimuksista kiinnipitäminen on luottamuksellisuutta tutkimusaineistosta puhuttaessa. (L 22.4.1999/523.) Aineistonkeruuvaiheessa haastattelut nauhoitettiin. Äänitiedostot hävitettiin heti litteroinnin jälkeen. Kerätty aineisto säilytettiin raportointiin saakka, jonka jälkeen myös haastatteluiden kirjoitettu aineisto tuhottiin. Tutkimuksen aikana hoitohenkilöstö tai mikään muu taho ei saanut tietoja haastatteluista tai käsiinsä mitään aineistoa.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija ja tutkittava ovat vuorovaikutussuhteessa, jossa tutkittava on muutakin kuin tiedon lähde. Kun tutkimuksessa käytetään menetelminä mm. havainnointia ja haastatteluja, on suhde välitön ja lähellä arkielämän vuorovaikutusta. Tällöin tutkija kuuluu tutkittavien elämään ja joutuu pohtimaan jatkuvasti etiikkaa tutkimuksessaan, jolloin myös vuorovaikutussuhteen käsittely raportissa korostuu, sillä tutkija voi tahtomattaankin vaikuttaa tutkittavan ajatusmaailmaan ja sitä kautta tutkimustuloksiin. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 29–30.) On tärkeää, että haastateltavat saavat selkeän käsityksen haastattelun tarkoituksesta. Miten paljon haastattelija kertoo itsestään ja tutkimuksestaan riippuu tutkimuksen tarkoituksesta ja siihen osallistuvista osapuolista. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 24–25.) Haastattelujen aluksi kerroimme tutkimuksemme tarkoituksesta, hieman itsestämme ja haastattelun kulusta. Haastateltaville annettiin myös mahdollisuus kysyä ja muistutettiin heille annetuista lupauksista.

Ihmisarvon kunnioittamisen periaate on erittäin tärkeää ja tutkittavilla onkin oikeus kunnioittavaan ja rehelliseen kohteluun aineistonkeruun aikana, eikä heille saa aiheuttaa vahinkoa tai loukata. Arkoja ja intiimejä asioita käsitellessään tutkijan on punnittava saatavan tiedon merkitystä ja arvokkuutta sekä harkittava onko se niin arvokasta että se oikeuttaa puuttumaan ihmisten yksityisyyteen ja tutkittavien elämään siten että se voisi haavoittaa haastateltavien mieltä ja itsetuntoa. (Eskola & Suoranta 1998, 56, 58.)

Eettisesti keskeistä tutkimusaineiston analysoinnissa on se, että analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti käyttäen kaikkea kerättyä tutkimusmateriaalia eikä mitään kysymyksiä saa jättää analysoimatta vain siksi, että analysoinnissa olisi ongelmia tai tulos ei ole mielenkiintoinen (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 292). Tutkimusaineisto oli laaja ja antoi paljon analysoitavaa. Analysointiprosessi vei paljon aikaa ja siihen palattiin uudelleen ja uudelleen, joten analysointia on tehty huolella muistaen eettisyys.

Virheellisiä tutkimustuloksia saattaa aiheuttaa esimerkiksi vääristymä tutkijan ennakoasenteessa, mikä ei yleensä ole tutkijalle tietoista (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 293). Tätä olemme pyrkineet välttämään keskustelemalla ajatuksistamme ja analysoimalla aineistoa sisältölähtöisesti. Kaikki kerätty aineisto on mukana analysoinnissa ja tulosten raportoinnissa. Tietoinen väärennys on kyseessä silloin, kun aineistoa valikoi, muuttaa ja käsittelee sitä tai tuloksia saadakseen haluamansa tuloksen (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 293). Plagiointi on estetty merkitsemällä kaikki käytetyt lähteet tekstin yhteyteen.

Tutkija on eettisesti vastuussa tutkimustuloksen vastaamisesta aineistoa. Sisällön analyysiin haasteellisuutta tuo aineiston pelkistäminen ja kategorioiden muodostaminen niin, että kuvaus on mahdollisimman luotettava, eli yhteys tuloksen ja aineiston välillä on osoitettavissa. (Kynngäs & Vanhanen 1999, 10.) Laadullisen tutkimuksessa käytetään usein suoria lainauksia ja yksityiskohtaista analyysiä raportoitaessa, jolloin tulee olla tarkkana, ettei paljasteta tutkittavan yksilöllisiä näkemyksiä tai mitään mikä voisi aiheuttaa tutkittaville haittaa (Eskola & Suoranta 1998, 57; Vehviläinen-Julkunen 1997, 31). Pyrimme kuvaamaan ja perustelemaan aineistosta muodostuneet sisältöluokat ja näiden alaluokat ja käytimme apuna suoria lainauksia. Haastateltavien joukossa oli muutamia vanhempia ja lapsia, jotka ovat esimerkiksi lapsen tämänhetkisen tai aiempien sairauksien perusteella mahdollisesti tunnistettavissa. Tämän vuoksi jouduimme rajaamaan esimerkkinä käytettäviä lainauksia ja suoria kuvauksia haastateltavien ja kokemuksista taustalla. Tutkimuksen alussa on tutkittaville luvattu anonyymi-teetti, jonka tulee säilyä myös tuloksia julkaistaessa ja mitä arkaluontoisempi asia on, sen tiukemmin tietosuoja on pidettävä (Eskola & Suoranta 1998, 57; Vehviläinen-Julkunen 1997, 31).

Tutkija tekee yhteistyötä tutkimusorganisaation kanssa, jolloin molemmat ovat vastuussa tulosten käytöstä ja siitä millaista tietoa voidaan käyttää (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28). Tämä on pyritty huomioimaan tutkimuksen teon alusta saakka. Tutkimuksen teolle on saatu asianmukainen lupa (liite 5). Yhteistyötaho on otettu huomioon niin, että tutkimuksella saadaan vastauksia kehittämistyön pohjaksi ja mahdollisimman suuri hyöty. Saadut tulokset on raportoitu asianmukaisesti.

## 6.4 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa esille nousee totuudenmukaisuus ja uskottavuus tutkimuksen toteutuksessa ja sen tuloksissa. Laadulliselle tutkimukselle on asetettu omat kriteerit, joiden avulla luotettavuutta voidaan Kylmän, Vehviläinen-Julkusen ja Lähdevirran (2003) mukaan arvioida. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 612–613.) Näitä kriteerejä mukailen olemme arvioineet tämän tutkimuksen luotettavuutta. Kylmä ja muut (2003) nimeävät keskeisiksi kriteereiksi myös tutkimusprosessin kirjaamisen eli kuvaamisen tarkoin sekä keskustelut tutkimukseen osallistujien ja tutkijakollegojen kanssa (Kylmä ym. 2003, 613).

Osaston henkilökunnalle kerrottiin tutkimuksesta ennen sen toteutusta ja kysyttiin mahdollisia toiveita. Ennen haastattelujen toteuttamista, kävimme kertomassa osastolla työskenteleville hoitajille opinnäytetyöstämme, sekä siitä millaista yhteistyötä toivomme heiltä. Tällä pyrittiin huomioimaan osaston toimintatavat osana tutkimuksen toteutusta sekä mahdollistamaan saatavan aineiston luotettavuutta.

Laadullisessa tutkimuksessa tieto on sidoksissa tutkimusympäristöön, yhteisöön ja kulttuuriin jossa se hankitaan, jolloin tietoa ei voida tilastollisesti yleistää. Kysymys on tutkimukseen osallistujien todellisuudesta ja näkökulmasta, jota tutkimuksessa jäsenetään tavoitteena muodostaa siitä teoria. (Kylmä & Juvakka 2007, 29, 79–80.) Haastateltavilta kerättiin esitiedot, joiden perusteella tiedonantajia on kuvattu. Samoin tutkimusympäristöä ja aineistonkeruun toteutusta on pyritty kuvaamaan, jotta tulosten luotettavuutta ja siirrettävyyttä toisiin tilanteisiin voidaan arvioida. Vaikka tarkoituksena ei ollut kerätä yleistettävää tietoa, voidaan saatuja tuloksia vanhempien kokemuksista mielestämme soveltaa myös muilla samantyyppisillä lastenosastoilla tai yksiköissä, joissa kohdataan vanhemmat ja äkillisesti sairastunut lapsi. Kylmä ja muut (2003) korostavat laadullisen terveystutkimuksen tulosten siirrettävyyttä toisiin tilanteisiin, mikä mahdollistuu riittävän kuvailevalla tiedolla (Kylmä ym. 2003, 613).

Aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelu oli hyvä valinta. Sen avoimuuden avulla koemme saaneemme aineistoa, joka kuvaa vanhempien kokemuksia määrittelymme tutkimustehtävien mukaisista aiheista. Tuloksia voidaan pitää uskottavina kokemusten kuvaajina, sillä avoimella menetelmällä saatu aineisto oli laaja ja se vastaa kaikkiin tutkimuskysymyksiin. Haastateltavien näkökulma tulee esille aineistosta ra-

portoiduissa tuloksissa. Vanhempien haastattelut toteutettiin loka - marraskuun vaihteessa 2007. Aluksi emme saaneet haastateltavia, sillä osastolla unohdettiin jakaa saatekirjeitä vanhemmille. Saatekirjeiden jaossa korostettiin sitä, että ne tulisi jakaa kaikille osastolle tulevien lasten vanhemmille, ettei perheiden suhteen tapahtuisi valikointia. Aluksi kirjeitä oli jaettu satunnaisesti, mutta tässä vaiheessa emme saaneet suostumuksia haastatteluun. Tiiviin yhteistyön myötä aloitettiin osastolla saatekirjeiden jakaminen paremmalla menestyksellä. Saimme kirjallisia vastauksia kahdeksan kappaletta, joista seitsemän suostumusta. Osa vanhemmista ei palauttanut lomaketta ja osa oli kertonut kieltäytymisestään hoitajille. Haastatteluja teimme yhteensä seitsemän kappaletta kolmen viikon aikana. Saadun aineiston perusteella voidaan sanoa että se kuvaa osaston erilaisten vanhempien ja perheiden kokemuksia hyvin.

Muistiinpanot ja keskustelumme heti tehtyjen haastattelujen jälkeen auttoivat järjestämään ajatuksia, mikä lisää myös tutkimuksen uskottavuutta. Tutkimuksemme luotettavuuden kannalta oli hyvä, että haastattelutilanteissa oli aina vähintään kaksi haastattelijaa. Tällöin pystyimme varmistamaan sen, että haastattelija pysyi neutraalina, eikä johdatellut haastattelua mihinkään suuntaan. Useamman tutkimuksen tekijän paikalla olo takasi myös sen, että kaikista teemoista tuli kerättyä riittävästi aineistoa ja kaikki teemat käsiteltiin haastattelussa kattavasti. Käytimme haastattelussa apuna perhehoitotyön menetelmistä kokoamaamme tukisanalista. Ennen haastattelua kävimme haastateltavien kanssa läpi keskustelun teemat ja avasimme perhehoitotyön menetelmiä käsitteenä.

Yhteistyössä tärkeä kysymys on se, kuinka paljon ja miten tutkija kertoo tutkittavalle itse tutkimuksesta niin, että he saavat riittävästi tietoa, mutta ettei se vaikuta tutkimuksen luotettavuuteen (Vehviläinen-Julkunen 1997, 32). Luotettavuutta arvioitaessa tulee tarkastella myös tutkijan ja tiedon antajan suhdetta, miten se toimii (Tuomi & Sarajärvi 2002, 138). Haastattelut olivat meille tutkijoille kokemuksena voimakas. Vanhempien huoli ja suru olivat välillä käsin kosketeltavissa ja heidän kertomuksensa aitoja. Välillä haastatteluissa heränneet tunteenpurkaukset herättivät tunteita myös meissä haastattelijoissa ja olisimme halunneet antaa äideille enemmän tukea ja neuvoja. Pystyimme kuitenkin hyvin pitämään roolin ammattimaisena, emmekä kertoneet äideille muista kuin tutkimukseen liittyvistä asioista. Haastattelun jälkeen olimme uupuneita ja keskustelu tilanteesta sekä haastattelun litterointi heti haastattelujen jälkeen auttoivat sisäistämään suurta informaatiomäärää. Ruusuvooren ja Tiittulan

(2005) mukaan neutraalius on haastattelijan tärkeänä pidetty ominaisuus. Haastattelijan tulisi olla puolueeton eikä hän saisi näyttää hämmästyttään, mielipidettään tai muutakaan reaktiotaan haastateltavalle, ettei vaikuta haastateltavan mielipiteisiin ja sitä kautta vastauksiin. Teemahaastattelussa ehdoton neutraalius ei onnistu, vaan näistä periaatteista on joustettava. Tutkijalta ei odoteta mielipidettä tai vastausta asioihin, mutta jonkinlaista reaktiota ja mielenkiinnon osoittamista. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 22.)

Tutkimuksen aikataululla on myös merkitystä luotettavuuteen. Miten aineistoa analysoitiin ja miten tuloksiin ja johtopäätöksiin tultiin, tarkastellaan myös luotettavuuden kannalta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 138.) Kuvaamme analysointiprosessia tarkemmin aiemmin raportissa, millä on pyritty vahvistamaan koko tutkimusprosessin kuvausta. Luotettavuutta analyysin aloituksessa ja analyysiyksiköiden muodostuksessa lisää se, että kolme tutkijaa on tehnyt saman työn ja huomionnut samankaltaiset asiat jo alkuvaiheessa. Tämä vähentää myös omien asenteiden vaikutusta analysointiin. On mielenkiintoista havaita, että kolme tutkijaa on päätenyt huomioimaan pääosin samantyyppiset asiat vastauksina tutkimuskysymyksiin. Analyysia on tehty koko ajan yhdessä keskustellen ja yhdistellen kunkin tahollaan esille nouseviksi huomioimia asioita. Analyysimenetelmän vaativuus on tullut esille analysoinnin aikana ja sen edessä luokittelutavat ja kategorioiden nimet ovat muuttuneet. Ajan kuluessa aineistosta voisi muodostaa uusia ja uusia kokonaisuuksia. Sisällöt ja päätulokset ovat kuitenkin samat. Sisällön analyysia kuvatessamme, olemme pyrkinneet osoittamaan mistä ja millaisesta aineistosta kategoriat on muodostettu. Esitimme kuvion (kuvio 1) analysoinnin etenemisestä aiemmin, jolla analysointiprosessia on pyritty myös havainnollistamaan. Liitteenä olevissa käsitelkartoissa (liite 6) näkyvät lisäksi nimetyt kategoriat ilman alkupe-  
räisilmauksia. Kategorioilla pitää olla myös yhteys aineistoon, jotta tulosta voidaan pitää luotettavana, sillä pelkkä teorioiden tai mallien näyttäminen hyvälle ei riitä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10).

Lastenosasto oli luonteva paikka saada tietoa vanhempien kokemuksista lapsen sairastumiseen liittyen ja lapsen sairastumisen kokeneet vanhemmat ovat hyvin perusteltavissa tiedonantajiksi. Kun haastattelut tapahtuivat lapsen sairaalahoidon vaiheessa, olivat vanhempien muistikuvat vielä tuoreita ja hyvin muistissa. Olimme hieman yllättyneitä saadun aineiston luonteesta lähinnä vanhempien voimakkaiden kokemusten vuoksi, eivätkä ennakkokäsityksemme vaikuttaneet tuloksiin. Tapahtumien tuoreus ja

sairaalaympäristön vanhemmille aiheuttama stressi saattoivat myös vaikuttaa korostavasti tuloksiin. Kuten eräs äiti kuvasi, kaikki tuntuu ehkä pahemmalta lapsen sairauden aiheuttaman stressitilanteen vuoksi. Tämä kuitenkin vain korostaa perhehoitotyön tärkeyttä ja merkitystä perheen hyvinvoinnille. Tulokset vastaavat aiempien tutkimusten antamaa suuntaa perhehoitotyö toteutumisesta, mikä antaa aihetta luottaa analysoinnin onnistumiseen. Analysoinnissa ongelmana voi olla se, ettei tutkija kykene aineiston tarkasteluun ja analyysiin objektiivisesti, vaan hänen oma näkemyksensä vaikuttaa tulokseen ja siten luotettavuuteen (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10). Tulosten esittämisessä käytetyt suorat lainaukset lisäävät tämän tutkimuksen luotettavuutta. Niiden esittämisessä ja valikoinnissa on huomioitu luvattu anonymiteetti, eikä niistä voida tunnistaa yksittäisiä henkilöitä ja perheitä.

Tutkittavaa ilmiötä on tarkasteltu erilaisten tutkimusten ja teorioiden kautta ennen tutkimuksen toteutusta. Kirjallisuuskatsaukseen on käytetty paljon aikaa ja lähdeaineisto on monipuolinen. Tutkimuksen taustateoria on myös laaja ja erilaiseen kirjallisuuteen on perehdytty laajasti. Tutkimustehtävät perustuvat ilmiöstä saatuun kuvaan, siihen kuinka perhehoitotyötä on kehitetty, kehitetään ja kuinka se on käytännössä onnistunut. Siitä huolimatta tutkimustehtäviä muotoillessa emme osanneet tunnistaa kolmannen tutkimustehtävän laajuutta. Kokemukset perhehoitotyön menetelmien käytöstä osoittautui laajaksi kokonaisuudeksi, jonka vuoksi siitä tuli runsaasti aineistoa, mutta siitä ei saatu niin syvällistä kuin me tutkijat itse toivoimme. Aineisto on kuitenkin hyvin laaja ja riittävä tämän tyyppiselle ja laajuiselle tutkimukselle sekä antaa vastauksia tutkimuskysymyksiin hyvin. Kokemuksista perhehoitotyön menetelmistä saatiin laaja ja kattava kuvaus, mikä antaa hyvää tietoa kehittämistyölle. Tutkimustehtävä kolme itsessään olisi antanut riittävän aineiston tutkimukselle ja sen olisi voinut jakaa useampaan tutkimustehtävään. Tässä tutkimuksessa pidimme tärkeänä saada myös tietoa vanhempien kokemuksista liittyen lapsen sairastumiseen ja sairaalaan joutumiseen. Tutkimustehtävät yksi ja kaksi antoivat hyvän pohjan aineistonkeruulle ja saatu aineisto on hyvä. Saadut tulokset kuvaavat hyvin vanhempien kokemuksia.

Arkinen vastuunkanto mielletään helposti enemmän äitiyteen kuin isyyteen. Hoivaava isyys ja jaettu vanhemmuus ei vielä kuulu automaattisesti lapsiperheiden arkeen. (Sevón & Huttunen 2002, 72.) Ehkä edellä mainitun kaltainen isän ja äidin roolin jako vaikuttaa siihen miksi haastattelemamme vanhemmat olivat äitejä. Useimmille perheille oli luontevampaa se, että äiti on lapsen mukana sairaalassa ja antaa ulkopuolisil-

le tietoja perheestä. Haastattelemiemme äitien perheiden isät osallistuivat useimmiten lapsen hoitoon, kuitenkin isät eivät halunneet osallistua haastatteluihin. Luultavasti myös aiheen tietynlainen herkkyys tekee siitä keskustelun äideille luontevammaksi. Emme rajanneet tutkimussuunnitelmassamme sitä, että osan haastateltavista tulisi olla isiä, tässä tutkimusotannassa haastateltavat olivat äitejä. Isien kokemukset eivät tule selkeästi ja riittävästi esille aineistosta ja heidän kokemuksensa ovat äitien suodattamaa tietoa. Tutkimuksessamme välittyvät vanhempien kokemukset äitien kertomana.

Tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavien oman näkökulman kaikissa analyysin vaiheissa. Johtopäätöksiä tehdessä pyritään edelleen ymmärtämään asioiden merkitys tutkittaville. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115.) Raportoitaessa on pyritty välittämään analyysin kautta saadut tulokset, huomioiden niiden yhteys alkuperäiseen yhteyteensä ja niihin tilanteisiin joihin vanhemmat ovat ne liittäneet. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa sovitusta eettisistä kysymyksistä pidettiin kiinni, niin myös raportointivaiheessa. Sopimuksista kiinnipitäminen on luottamuksellisuutta tutkimusaineistosta puhuttaessa (L 22.4.1999/523).

## **6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet**

Tutkimuksesta saadut tulokset vahvistivat jo olemassa olevaa käsitystämme perhehoitotyön merkityksestä koko perheen hyvinvoinnille. Vanhemmat kokevat sairaalassa ollessaan tärkeäksi, että koko perheestä ollaan kiinnostuneita ja koko perheen terveyden edistämiseen halutaan paneutua. Lyhyt lapsen sairaalassaolo kuormittaa vanhempia ja pienikin väärin lausuttu sana stressitilanteessa vanhemmille, voi muuttaa sairaalassaolokokemuksen vanhemmissa negatiiviseksi, vaikka lapsi on saanut hyvää ja ammattitaitoista hoitoa. Osalle sairaanhoitajista perhehoitotyö on luonteva osa tehtyä hoitotyötä, eivätkä he välttämättä aina edes kiinnitä huomiota tekemänsä perhehoitotyöhön. Perhehoitotyön käytäntö vaatii kuitenkin vielä kehittymistä, tähän varmasti auttaa osastolla saatu perhehoitotyön koulutus. Jatkossa osastolla voisi tutkia myös hoitajia ja miten hoitajat ovat kokeneet tehneensä perhehoitotyötä sekä tämän yhteyttä perheiden kokemukseen heiltä saadusta perhehoitotyöstä.

Tulotilanteessa perhettä vastaanotettaessa huomiointi ja rauhallisuus koettiin hyvänä. Tämä toimintatapa tulisi osastolla jatkossakin säilyttää ja tähän edelleen kiinnittää



huomiota. Hoitajan roolia tiedonantajana pidettiin merkityksellisenä, vaikka tietoa toivottiin enemmän. Hoitajan antamalla ohjauksella on siis suuri merkitys perheille. Hoitajien toimintatavoissa ja hoitosuhteen onnistumisessa eri hoitajien ja vanhempien välillä oli eroja, mikä viittaa eri hoitajien erilaisiin toimintatapoihin.

Koska tässä tutkimuksessa vanhempien kokemuksia kuvasivat äidit, olisi mielenkiintoista saada tietoa isien kokemuksista. Äidit olivat lapsen mukana sairaalassa, isät lapsesta ja äidistä erossa sekä mahdollisesti vastuussa työn, kodin ja muiden lasten hoidosta. Nämä seikat voivat vaikuttaa isien kokemukseen lapsen sairastumisesta ja osastohoitoon joutumisesta. Myös äidin tukena olemisen näkökulma voi kokemuksissa olla esillä.

Tutkimuksessamme esiintyi eroavuutta niiden vanhempien kokemusten välillä, joilla oli tai ei ollut aiempaa kokemusta lapsen sairaalahoidosta. Tämän vuoksi erityisesti vanhempien kokemukset, joilla ei ole aiempaa kokemusta lapsen sairaalassaolosta, voisivat olla tärkeitä. Tämä tutkimus antoi viitteitä heidän tuen tarpeiden eroista. Myös lapsen ikä näytti vaikuttavan siihen, kuinka vanhemmat kokivat lapsen sairauden. Esimerkiksi se, ettei lapsi ymmärrä selitystä tehtävistä hoidoista, aiheutti vanhemmille ahdistuksen tunteita. Erityisesti aivan pienten lasten vanhempien kokemuksia ja tuen tarpeita ja niiden eroa isompien lasten vanhempien kokemuksiin voisi verrata erillisessä tutkimuksessa.

## **6.6 Kehittämisehdotukset**

Perhehoitotyön toteuttamisen kannalta omahoitajajärjestelmän toimintaan olisi hyvä kiinnittää osastolla huomiota. Omahoitajan vastuu ja paneutuminen perheeseen edistäisi perhehoitotyön toteutumista. Omahoitajasuhteessa hoitajan ja perheen suhde voi kehittyä paremmin ja vuorovaikutus onnistuu paremmin, samoin luottamuksen syntyn sillä voi olla merkityksensä. Vanhempien ohjaukseen voidaan osastolla kiinnittää huomiota enemmän. Omahoitajasuhteen kautta ohjaukselle voidaan saada paremmat mahdollisuudet kun esimerkiksi jo vastaanottotilanteessa perheen taustoja ja tarpeita selvitetään. Hopian (2006) kuvaama hoitajan systemaattinen toimintatapa, jossa kaikkien perheiden kohdalla aktiivisesti huomioidaan koko perhe, mahdollistetaan parempi perhehoitotyön toteutuminen ja perheiden hyvinvointi. Kaikki perheet saavat tarvit-

semansa tuen ja ongelmia voidaan ennaltaehkäistä. Tällöin perhehoitotyöstä tulee myös terveyttä edistävää.

Havukaisen ja muiden (2007) mukaan perhehoitotyön oppiminen on hidas sisäistämisen prosessi, joka vaatii muutosta ja tiedon muokkausta. Parhaiten se onnistuu yhteistyössä työelämän ja koulutuksen yhteistyönä. (Havukainen ym. 2007, 23, 31).

## LÄHTEET

Ahonen, H. 1997. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. 3. painos. Helsinki: Kirjayhtymä.

Arasola, A., Reen, E., Vepsäläinen, S-L. & Yli-Huumo, H. 2004. Vastasyntyneiden tehohoito. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Toim. P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka. Helsinki: Tammi, 401–451.

Corlett, J. & Twycross, A. 2006. Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. *Journal of Clinical Nursing* 15, 10, 1308–1316.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U. Å., Paavilainen, E., Pietilä, A.-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. *Hoitotiede*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

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

Havukainen, P., Hakulinen-Viitanen, T. & Pelkonen, M. 2007. Perhehoitotyön oppimistehtävät – opiskelijoiden näkemykset perhehoitotyöstä. *Hoitotiede* 19, 1, 23–32.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1988. *Teemahaastattelu*. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. *Tutki ja kirjoita*. 10. osin uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistämisen: toimintatutkimus lastenosastolla. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.

Hopia, H., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2005. The diversity of family health: constituent systems and resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19, 3, 186–195.

Ivanoff, P., Kitinoja, H., Rahko, R., Risku, A. & Vuori, A. 2001 *Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2006. *Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö*. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Jokinen, S., Kuusela, A-L., & Lautamatti, V. 1999. *Sattuuko se? Lasten kliiniset tutkimukset*. Helsinki: Kirjayhtymä, 9-20, 43–50.

- Jurvelin, T., Backman, K. & Kyngäs, H. 2005. Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimukset. *Hoitotiede* 17, 1, 35–42.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Karhila, P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14, 5, 213–222.
- Koivula, M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.
- Kuula, A. 2006. Yksityisyyden suoja tutkimuksessa. Teoksessa *Etiikkaa ihmistieteille*. Toim. J. Hallamaa, V. Launis, S. Lötjönen & I. Sorvali. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 124–140.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119, 609–615.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 1, 3–12.
- L 22.4.1999/523. Henkilötietolaki. Sähköinen säädöskokelma 1999. 1265 – 1278. Viitattu 13.8.07. Valtion säädöstietopankki Finnlex. [Http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/1999/19990054.pdf](http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/1999/19990054.pdf)
- Lehto, P., 2004. Jaettu mukanaolo: Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- McGarth, P., Patton, M.-A. & Huff, N. 2004. Beginning treatment for paediatric acute myeloid leukaemia: diagnosis and early hospital experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 4, 358–367.
- Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa *Perhe hoitotyössä: teoria, tutkimus ja käytäntö*. Toim. M. Paunonen & K. Vehviläinen- Julkinen. Porvoo: WSOY, 14–24.
- Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön *Hoitotiede* 14, 5, 202–212.
- Petersen, MF., Cohen, J. & Parsons, V. 2004. Family-centered care: do we practice what we preach? *Journal of obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 33, 4, 421–427.
- Reeves, E., Timmons, S. & Dampier, S. 2006. Parents' experiences of negotiating care for their technology-dependent child. *Journal of Child Health Care* 10, 3, 228–239.

Ruuskanen, S. & Airola, K. 2004. Lasten, nuorten ja perheen hoitotyö. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Toim. P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka. Helsinki: Tammi, 120–124.

Ruusuvuori, J & Tiittula, L. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Toim. J. Ruusuvuori & L. Tiittula. Tampere: Vastapaino, 22–56.

Sevón, E. & Huttunen, J. 2002. Odottavan äidin vastuu. Teoksessa Perhe ja vanhemuus. Toim. A. Rönkä & U. Kinnunen. Jyväskylä: PS-kustannus, 72–98.

Shields, L., Kristensson-Hallström, I. & O’Callaghan, M. 2003. An examination of the needs of parents of hospitalized children: comparing parents’ and staff’s perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17, 2, 176–184.

Shields L., Pratt J, Hunter J. 2006. Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of clinical Nursing* 15, 10, 1317–1323.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. M. Paunonen, K. Vehviläinen-Julkunen, Porvoo: WSOY, 26–34.

**Liite 1. Pyyntö tutkimukseen osallistumiseen**

Pyyntö tutkimukseen osallistumiseen

1.7.2007

**Hyvät vanhemmat!**

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ja teemme oppinäytetyötä osastolle 1 I. Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää vanhempien kokemuksia, kun lapsi on sairastunut ja joutunut äkillisesti osastohoitoon. Tutkimuksen avulla voidaan edelleen kehittää perhehoitotyötä vastaamaan vanhempien tarpeita.

Vanhempina olette asiantuntijoita kertomaan kokemuksistanne lapsen sairastumisesta. Pyydämme teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, eikä osallistuminen / osallistumattomuus vaikuta kohteluunne tai lapsenne hoitoon osastolla.

Aineisto kerätään haastattelemalla vanhempia. Haastattelu toteutetaan hoitajakson aikana osastolla. Haastattelu kestää noin tunnin ja se nauhoitetaan luvallanne. Henkilöllisyyttänne ei paljasteta ulkopuolisille tutkimuksen missään vaiheessa. Antamianne tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Annamme mielellämme lisätietoja tutkimuksestamme. Ohjaavana opettajanamme toimii Hoitotyön lehtori Katri Huuskola Jyväskylän ammattikorkeakoulusta, puh. 0400-976773.

Kiittäen yhteistyöstä,

Haapalainen Taru, puh. 040-5209794

Heikkinen Minna

Kumpulainen Riikka, puh. 044-0406439

## Liite 2. Suostumuslomake

### Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Voitte ilmoittaa halukkuudestanne osallistua tutkimukseen rastittamalla oikean kohdan ja allekirjoittamalla tämän suostumuslomakkeen. Lomake palautetaan oheisessa kirjekuoressa käytävällä sijaitsevaan palautelaatikkoon. Keräämme palautuneet lomakkeet puolen päivän aikaan. Tämän jälkeen tulemme tapaamaan suostumuksensa antaneita mahdollisimman pikaisesti ja sovimme yhdessä teille sopivan haastattelujan lapsenne osastolla olon ajalle.

Olen halukas osallistumaan tutkimukseen

En halua osallistua tutkimukseen

Allekirjoitus ja nimen selvennös:

---

**Liite 3. Esitietolomake**

## ESITIETOLOMAKE

**Haastateltavan (vanhemman) tiedot**

Sukupuoli Mies \_\_\_ Nainen \_\_\_

Ikä \_\_\_\_\_

Koulutustausta  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Työtilanne  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Perhesuhteet, lasten lukumäärä ja iät  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Asuinpaikka  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Onko perheellä aiempia kokemuksia sairaalahoidosta  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Lapsen tiedot**

Sukupuoli Tyttö \_\_\_ Poika \_\_\_

Ikä \_\_\_\_\_

Terveystila  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Lapsen perussairaudet  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Onko lapsella aiempia sairaalassaolokokemuksia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Muuta mitä haluaisitte tuoda esille tutkijoille  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



#### **Liite 4. Haastattelurunko**

1. Miten vanhemmat kokivat lapsen sairastumisen ja sairauden?
2. Miten vanhemmat kokivat lapsen sairaalaan joutumisen ja osastohoitoon tule-  
misen?
3. Millaisia perhehoitotyön menetelmiä hoidossa käytettiin vanhempien kokema-  
na?

Esimerkiksi:

- vanhempien tukeminen lapsen sairastuessa
- voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden huomioiminen
- tiedon antaminen lapsen sairaudesta ja tilanteesta
- perheen mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun ja toteutukseen
- vanhemmuuden tukeminen
- omahoitajuus

## Liite 5. Yhteistyösopimus / tutkimuslupa


**JYVÄSKYLÄN  
AMMATTIKORKEAKOULU**  
 Sosiaali- ja terveysala  
 Opinnäytetyöryhmä  
 Lukuvuosi 2006-2007

### OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

#### Opinnäytetyön aihe/nimi

Vanhempien kokemukset lapsen äkillisestä sairastumisesta ja osastohoitoon ottamisesta

#### Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tarkoituksenamme on kehittää perhehoitotyötä Keski-Suomen keskussairaalan lastenosasto 1:n infektioita sairastavien lasten perheiden kohdalla.

Tavoitteena on selvittää vanhempien kokemuksia, kun lapsi on sairastunut äkillisesti ja otettu osastohoitoon.

#### Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Joulukuu 2007

#### Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Toimittamaan osastolle raportin opinnäytetyöstä sekä pitämään osastotunnin.

#### Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

#### Ohjaava opettaja

Katri Huuskola  
 p. 0400 976773  
 katri.huuskola@jamk.fi

### Opinnäytetyön yhteistyötaho

Keski-Suomen keskussairaala lastenosasto II, ylihoitaja Jaana Peltokoski  
Yhteistyöhenkilöt osastolla Heidi Hokkanen ja Marja Kekkonen

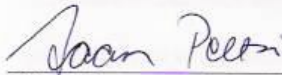
Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme  
(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluisia)

Opinnäytetyön tekijät veloitetaan (esim. raportoimaan yhteistyötaholle)

En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

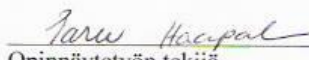
Tarvitaanko muita lupa-anomuksia  ei  kyllä, mitä

Paikka ja aika 27.10.2007

  
 Ylihoitaja Jaana Peltokoski

  
 Ohjaava opettaja Katri Huuskola

Paikka ja aika 27.10.2007

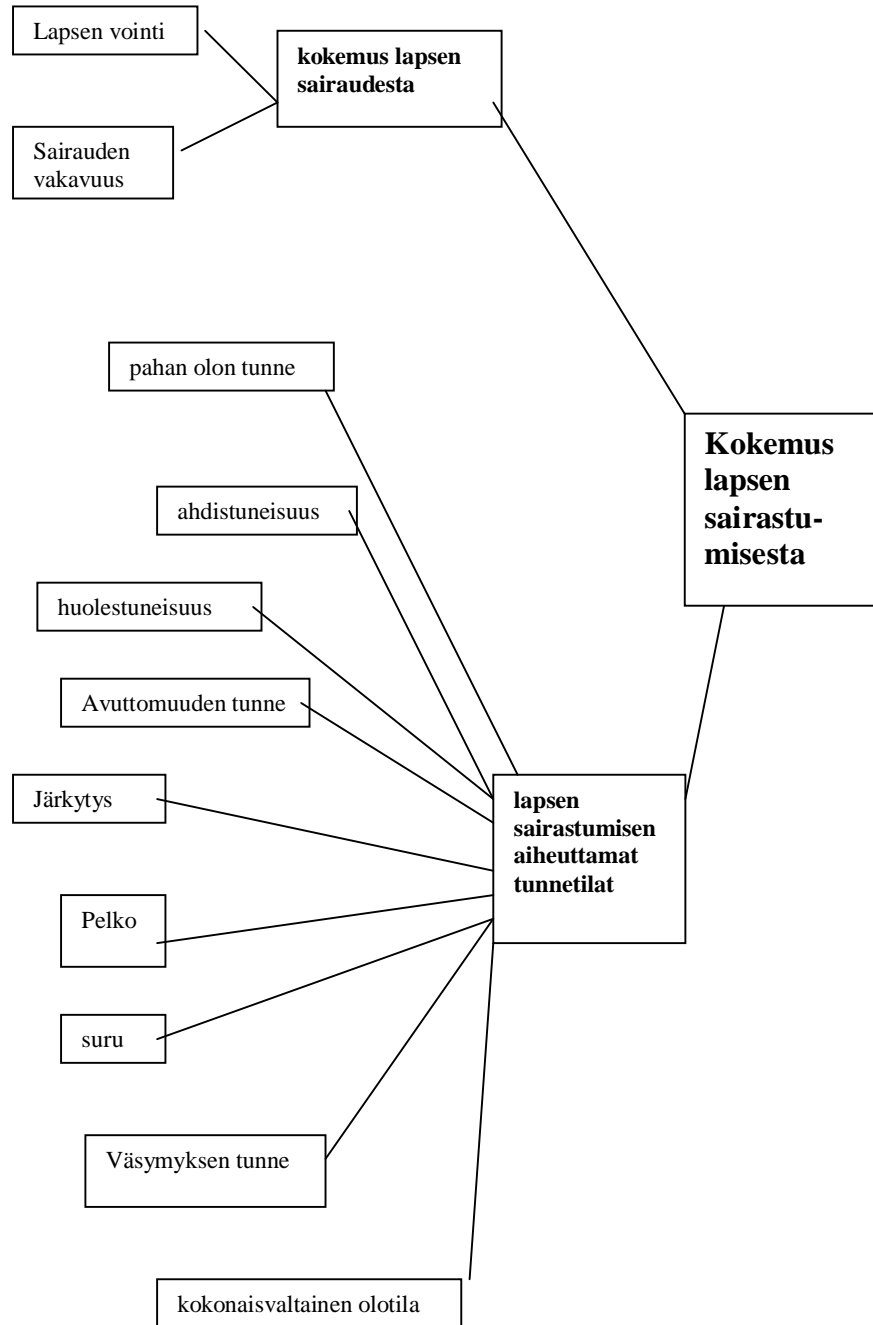
  
 Opinnäytetyön tekijä  
 Taru Haapalainen  
 Yhteystiedot  
 p. 040 5209794  
 taru.haapalainen.sho@jamk.fi

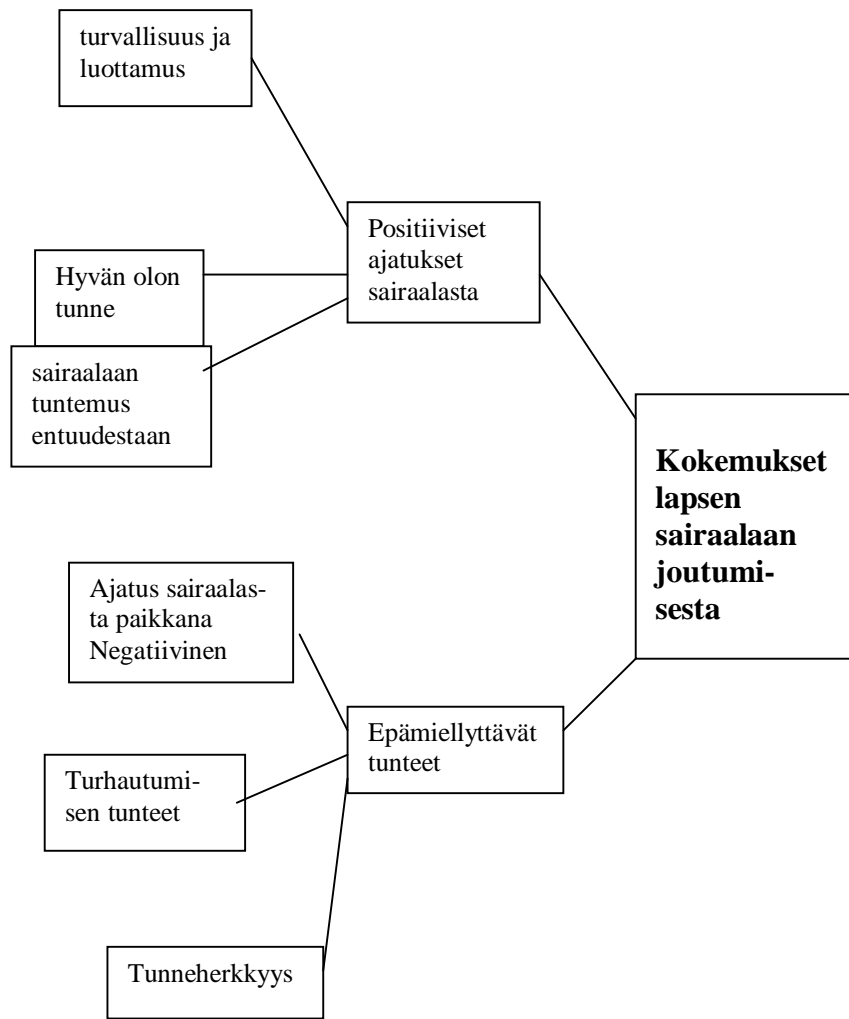
  
 Opinnäytetyön tekijä  
 Minna Heikkinen  
 Yhteystiedot  
 p. 0400 713247  
 minna.heikkinen.sho@jamk.fi

  
 Opinnäytetyön tekijä  
 Riikka Kumpulainen  
 Yhteystiedot  
 p. 044 0406439  
 riikka.kumpulainen.sho@jamk.fi

## Liite 6. Kategoriat

### VANHEMPIEN KOKEMUKSET LAPSEN SAIRASTUMISESTA JA SAIRAA- LAAN JOUTUMISESTA





## VANHEMPIEN KOKEMUKSET TOTEUTUNEESTA PERHEHOITOTYÖSTÄ

