



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

PERHEHOITOTYÖ VASTASYNTYNEIDEN OSASTOILLA, KYSELYTUTKIMUS VANHEM-
MILLE

Keski-Kuha Jenni

Kiuru Saija

2012 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

PERHEHOITOTYÖ VASTASYNTYNEIDEN OSASTOILLA, KYSELYTUTKI-
MUS VANHEMMILLE

Jenni Keski-Kuha
Saija Kiuru
Opinnäytetyö
Kevät 2012

Jenni Keski-Kuha, Saija Kiuru

Perhehoitotyö vastasyntyneiden osastoilla, kyselytutkimus vanhemmille

Vuosi 2012 Sivumäärä 50

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää vastasyntyneiden osastolla hoidettujen lasten vanhempien kokemuksia perhehoitotyön toteutumisesta ja selvittää mitä kehittämisehdotuksia vanhemmilla on perhehoitotyöhön. Opinnäytetyö on osa laajempaa perhehoitotyön kehittämisprojektia neonatologiassa vuosina 2011-2012. Perhehoitotyön kehittäminen on osa keskeistä strategiaa ja sen kautta voidaan tarvittaessa kehittää uudenlaista perhehoitotyön mallia. Opinnäytetyön tavoitteena on saada käsitys perhehoitotyön toteutumisesta vastasyntyneiden osastoilla vanhempien kuvaamana. Lisäksi tavoitteena on selvittää miten voidaan lisätä perheiden hoitotytyväisyyttä ja perheiden turvallista oloa.

Opinnäytteen aineisto muodostuu neljältä eri vastasyntyneiden osastolta, (lastenklinikan osasto K7 Naistenklinikka osasto N7, Kätilöopiston osasto V37 ja Jorvin sairaalan osasto L2). Aineistonkeruu tapahtuu itselaaditulla kyselylomakkeilla, jotka osoitetaan vastasyntyneiden osastolla tammikuussa 2012 hoidossa olevien vauvojen vanhemmille. Kyselyyn osallistui 33 osastolla hoidossa olevien lasten vanhempaa. Tämä tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Aineisto analysoitiin SPSS- ohjelman avulla. Tutkimustuloksista käy ilmi, että vanhemmat ovat päässeet hyvin osallistumaan lapsensa hoitoon, kuten syöttämiseen, kuivittamiseen ja kenguruhoitoon. Suurin osa vanhemmista on kokenut saavansa olla riittävästi mukana lapsensa hoidossa. Toisaalta taas moni vastaja on kokenut saavansa osallistua lapsensa hoidon suunnitteluun vain vähän.

Laurea University of Applied Sciences
Tikkurila
Nursing

Abstract

Jenni Keski-Kuha, Saija Kiuru

Family Nursing Care on Neonatal Wards, a Survey for Parents

Year	2012	Pages	50
------	------	-------	----

The purpose of this thesis is to study the family care experiences of parents whose newborn babies have been nursed on neonatal wards and find out what proposals for development these parents have for family nursing care. This thesis is part of a wider project of family nursing development in neonatology during the period of the years 2011-2012. Development of family nursing care is part of the essential strategy in neonatology, and, if necessary, a new kind of family nursing model may be developed through it. The aim of this study is to get an idea of the realization of the family nursing care on neonatal wards described by parents. A further aim is to find out how to increase the satisfaction of the families with the care and how to make families feel themselves more secure.

The material of this thesis consists of four different neonatal wards (Children's hospital Lastenklintikka department K7, Gynaecology hospitals Naistenklintikka department N7 and Kätilöopisto department V37 and the hospital of Jorvi department L2). The data was collected through self made questionnaires addressed to the parents whose babies were taken care of on those wards in January 2012. The total of 33 parents of newborns participated in the survey. This thesis is a quantitative study. The data were analyzed using the SPSS software. The results indicate that the parents have successfully been able to take part in the child care; such as feeding, diaper changing, and kangaroo care. The majority of the parents experienced that they had been able to participate in the baby care sufficiently enough. On the other hand many respondents experienced that they had been able to participate in the planning of the care only a little.

Keywords: family nursing, newborn, survey, parents

Sisällys:

1	Opinnäytetyön tausta	6
2	Perhehoitotyö.....	7
2.1	Perhehoitotyön tarve	7
2.2	Perhekeskeisyys lastenhoitotyössä	8
2.3	Voimavaroja vahvistava perhehoitotyö.....	9
2.4	Mitä tarkoitetaan perheellä	9
2.5	Vanhemmat	10
2.6	Kokemukset	11
3	Varhainen vuorovaikutus.....	13
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	15
5	Tutkimuksen toteuttaminen	16
5.1	Kohderyhmä ja aineiston hankinta.....	16
5.2	Mittari	16
5.3	Aineiston analyysi	17
6	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	17
7	Tutkimustulokset.....	20
8	Pohdinta	33
9	Johtopäätökset, suositukset ja tutkimusaiheet	34
10	Lähteet.....	36
11	Liitteet	39
12	Tutkimustaulukko	44
13	Taulukot	49
14	Kuviot	50

1 Opinnäytetyön tausta

Tämä opinnäytetyö on osa laajempaa perhehoitotyön kehittämisprojektia neonatologiassa vuosina 2011-2012. Perhehoitotyön kehittäminen on osa keskeistä strategiaa ja sen kautta tullaan rakentamaan uudenlaista perhehoitotyömallia. Perhekeskeisyyden toteuttaminen voi kuitenkin olla hankalaa, koska käytännön työssä ilmenee monia ongelmia ja esteitä. Monesti esteiksi sanotaan esimerkiksi se, että perhettä pidetään enemmän hoidon arvostelijoina kuin yhteistyökumppaneina. Usein myös tilanpuute aiheuttaa ongelmia perhehoitotyön toteuttamiselle. Myös hoitohenkilökunnan asenteilla on merkitystä. (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 1999:18-19.)

Opinnäytetyöhön on tehty systemaattisen tiedonhaun avulla kirjallisuuskatsaus. Perhehoitotyön toteutumisesta on tehty aiemmin paljon vastaavanlaisia tutkimuksia. Esimerkiksi Tyne Ranta, Eija Paavilainen, Marja-Terttu Tarkka ovat tehneet tutkimuksen vuonna 2003 aiheesta. Tutkimuksessa selvitettiin perheiden ilmaisemia merkityksiä toteutuneesta perhehoitotyöstä ja perheiden elämäntilanteesta lapsen ollessa hoidossa lastenpsykiatrisella osastolla. Tutkimusjoukkona oli erään psykiatrisen sairaalan 7-12 vuotiaiden lasten perheet. Tutkimusmenetelmänä oli käytetty avointa haastattelua. Keskeisimpinä tutkimustuloksina mainittakoon, että toteutunut perhehoitotyö sisälsi omahoitajan työskentelyn. Hyvä omahoitaja on avoin, luonteva ja lapsen asiat parhaiten tunteva. Yhteistyötä perhe teki päivittäin omahoitajan kanssa. Merkityksellistä oli osaston säännöllinen päivärytmi, hoitajien läsnäolo ja ajan antaminen. Informaatio koettiin puutteelliseksi. Osaston toimintatavoissa oli jäykkyyttä. Osastolla lapset ikävöivät, mikä haittasi perheen elämäntilannetta. Vanhempien tiheät hoitokäynnit aiheuttivat ongelmia perheen muulle ajankäytölle.

Toinen merkittävä tutkimus on Tukholmassa tehty kahdessa tason kaksi NICU:ssa sisältäen tavallisen hoidon osaston ja perhehoidon osaston, jossa vanhemmat voivat olla kokoajan paikalla. Osallistuja joukkona oli ennen rv. 37 syntyneet keskoset, jotka laitettiin sattumanvaraisesti tavalliseen ja perhehoitoon. Pääasiallinen tulos on sairaalassaolon pituus ja toissijaisena lasten lyhyenajan sairastumisriski. Analyysit korjattiin äidin etnisen taustan, raskausajan pituuden ja sairaalan mukaan. Sairaalassaolon kokonaispituus väheni 5.3 päivää perhehoito-osastolla, 32.8 päivän keskiarvosta 27.4 päivään. Tämä ero liittyy lähinnä tehohoidon pituuteen. Tilastollisia eroja ei havainnointu vauvojen sairastumisessa paitsi vähentyneenä riskinä bronkopulmonaalille dysplasialle: 1.6 % perheosasto ryhmässä verrattuna 6.0 % perushoito ryhmässä. (Örtenstrand ym. 2009.)

Valitsimme aiheen koska se vaikuttaa mielenkiintoiselta. Meitä kiinnostaa työ lasten parissa. Saamme suunnattua opintojamme meitä kiinnostavaan aihealueeseen, jonka kehittämistarve on hyvin tarpeellinen.

2 Perhehoitotyö

Wringtin ja Leaheyn (1990) ja Lansberryn ja Richardsin (1992) mukaan perhehoitotyö tarkoittaa sitä, että hoitotyössä otetaan huomioon yksilön ja tämän perheen sekä terveyden ja sairauden väliset yhteydet, kun suunnitellaan potilaan hoitoa ja myös kun analysoidaan hoitoa. Perhehoitotyön tavoitteena on tukea perheen omia voimavaroja itsehoitoperiaatetta unohtamatta. Tällöin hoitotyö tulee kokonaisuudessaan sisältämään perhettä vahvistavia voimavaroja ja kykyä vastata erilaisiin muutoksiin. (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 1999:27.)

Perhehoitotyön käsite sisältää kolme erilaista näkökulmaa: perhe jäsentensä summana, perhe kontekstina ja perhe asiakkaana. Näkökulma valitaan sen mukaan, miten perhettä painotetaan yksilön hoitotyössä. Perhe kontekstina tarkoittaa hoitotyön tavoitteena perheenjäsenen fyysistä ja psyykkistä terveyttä. Siinä keskeinen painotus on yksilö asiakkaana ja perhe taustatekijänä. Keskeisenä tarkastelun kohteena on yksittäinen perheenjäsen, esimerkiksi vaikka raskaana oleva nainen. Perhe jäsenten summana tarkoittaa hoitotyön tavoitteena perheen toimivuutta, yhteisymmärrystä ja tukea. Keskeisenä painotuksena voidaan pitää perheenjäsenten välisiä suhteita. Tarkemmin tämä käsittää ihmissuhteita, kommunikaatiota, läheisyyttä, huolenpitoa ja sosiaalista tukea. Ryhmässä on monta jäsentä, mutta kaikkien vaikutus on yhtä arvokas. Hoitotyön tavoitteena voidaan pitää sitä että havaitaan ja ennaltaehkäistään perheensisäisiä konflikteja. Perhe asiakkaana taas tarkoittaa tavoitteena perhedynamiikkaa ja perheen rakennetta. Keskeinen painotus tässä näkökulmassa on perhe. Perhe on se keskeinen tekijä ja yksilö taas taustalla. (Etzell ym.1998:86-90

2.1 Perhehoitotyön tarve

Perhekeskeinen työskentely ja perheelle sitä kautta annettu tuki sisältää kokonaisvaltaisesti niin emotionaalisen, sosiaalisen kuin biologisen tarpeen niin raskauden, synnytyksen sekä synnytysten jälkeisinä viikkoina ja kuukausina. Annettu tuki edistää perheen terveyttä läpi koko elämän. Lapsen syntymä muuttaa aina koko perhettä ja siksi on tärkeää ottaa huomioon niin vauvan isä, äiti kuin mahdolliset vanhemmat lapset. Tutkimuksissa on voitu todistaa, että perheen stressi, perheen saama tuki kuin perheen sisäinen vuorovaikutus vaikuttavat raskauden kulkuun, synnytyksen aikaisiin ja jälkeisiin komplikaatioihin sekä myös lapsen painoon. Perhe ja perheen ihmissuhteet tarjoavat aina lapselle ainutlaatuisen kasvualustan sekä vuorovaikutusympäristön. Lapselle perheen sisällä syntynyt kiintymyssuhde on pohja, josta lapsi voi

turvallisesti lähteä tutustumaan maailmaan. Turvallinen kiintymyssuhde syntyy sellaisessa perheessä, jossa jäsenten välillä on lämmin, läheinen sekä perheenjäsenten kiintymystä kuvaava ilmasto. (Larivaara ym. 2009: 410-412.)

2.2 Perhekeskeisyys lastenhoitotyössä

Keskeistä perhekeskeisessä työssä on se, että ymmärretään lapsen ja vanhempien olevan erottamaton kokonaisuus hoidossa. Vanhempien ymmärretään tuntevan suurta huolta ja hätää lapsen tulevaisuudesta. Vanhemmat tuntevat olevansa kykenemättömiä vaikuttamaan lapsen hoitoon konkreettisesti vanhemman roolin edellyttämällä tavalla. Perhe kokee myös täydellistä riippuvuutta ulkopuolisesta avusta. Keskeisen hoidon yhtenä tavoitteena on lapsen ja perheen hyvä selviytyminen riskialttiissa tilanteessa, sekä ehjä vanhempi-lapsi suhde. Tämä mahdollistaa sekä lapsen että perheen tasapainoisen kehittymisen. (Korhonen 1996.)

Vanhempien kohtaaminen hoidon alussa on perusta vuorovaikutuksen käynnistymiselle. (Korhonen 1996). Ensivaikutelmalla on vaikutusta siihen, kokeeko läheinen potilaan hoidon positiiviseksi vai negatiiviseksi. (Pontinkara 2004). Vanhemmat tulee ottaa hoitoon mukaan heti alusta lähtien. Perhekeskeisyyden konkretisoiminen osaksi arkipäivän toimintaa mahdollistaa perheen osallistumisen ja siten taas perheen kasvun ja kehittymisen. Hoitoon osallistuminen vaihtelee perheen yksilöllisten tekijöiden, lapsen tilanteen ja osaston hoitokäytäntöjen mukaan. Perheen huomiotta jättäminen ei missään tilanteessa ole oikeutta eikä perusteltua. Osallistumista on konkreettisten hoitotoimenpiteiden eli syöttämisen, kuivattamisen jne. lisäksi esimerkiksi se, että vanhemmat ovat lapsen lähellä ja pitävät hänestä kiinni. Näin lapsi kuulee tuttuja ääniä, ja oppii tuntemaan kädet, jotka viestivät rakkautta ja huolenpitoa. (Korhonen 1996.)

Vanhempien reagoiminen tilanteisiin ja päätöksiin on moninaista ja yksilöllistä. (Pontinkara 2004). Keskoslapsen syntymään liittyy lähes aina vanhempien pelkotiloja. Vanhemmat saattavat ylisuojella lastaan. Ylihuolehtivuuden taustalla voi olla pelkoja, että lapsen kehityksessä havaitaan myöhemmin jotain poikkeavaa. (Korhonen 1996.) Hoitohenkilökunnalle riittämättömyyden tunnetta saattaa aiheuttaa läheisten tapa reagoida vallitsevaan tilanteeseen. (Pontinkara 2004).

Santahuhta Ulla ym. tutkimuksessa (2000) tehtiin analyysi kolmesta kirjasta. Tarkoituksena oli saada kuva perhekeskeisen hoitotyön kehittymisestä lasten hoitotyössä. Kirjat oli kirjoitettu vuosina 1965-1997. Tuloksissa päädyttiin siihen että perheen ja hoitajan välinen suhde on kehittynyt enemmän kohti avoimuutta ja tasavertaisuutta. Lisäksi lapsen ja perheen turvallisuuden tunteen lisäämistä tulisi tukea hoitotyössä. Kolmantena pääteemana tulokseksi saatiin pyrkimyksen lisääntyminen yksilölliseen lapsen ja perheen hoitoon. Avoimuus ja tasavertai-

suus olivat lisääntyneet mm. valistamalla kohti tasavertaista vuorovaikutusta, perheen oman vastuun lisäämistä lapsen hoidossa ja hoitajan ollessa enemmän turvallinen auttaja kuin äidin sijainen. Turvallisuuden tunteen lisääminen näkyi siinä, että perheestä on tullut hoitotyössä luonnollinen läsnäolija eikä vain vierailija. Perheiden yksilöllisyys on taas lisääntynyt siten, että vanhempien yksilöllisiä mielipiteitä on otettu enemmän huomioon. (Santahuhta ym. 2000:293-294.)

2.3 Voimavaroja vahvistava perhehoitotyö

Lapsiperheen voimavaroja vahvistaminen määritellään toiminnaksi, jolla hoitaja tukee perheen omaa voimavarojen vahvistumisprosessia. Hoitaja luo luottamuksellisen ja kumppanuuteen liittyvän yhteistyösuhteen. Lisäksi käytetään menetelmiä, jotka lisäävät perheen tietoisuutta sitä kuormittavista ja sille voimia antavista tekijöistä. Voimavaroja lisäävä perhehoitotyö koostuu yhteistyösuhteesta, jonka ennakkoehtona on osapuolten senhetkinen voimavaraisuus. Voimavaraisuus muodostuu voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden välisestä suhteesta ja niiden tiedostamisesta sekä aktiivisesta omasta toiminnasta.

Perheen voimavarojen vahvistuminen muodostaa asiakaskeskeiseen ajatteluun perustaen näin mallin keskeisen prosessin. Perheen voimavarojen perustana ovat vanhempien persoonalliset ja perheen sisäiset ja ulkoiset voimavarat. Persoonallisia voimavaroja ovat esimerkiksi koulutustaso, tiedot ja toimiva vanhemmuus. Perheen voimavaroja voidaan lisätä hoitotyön menetelmien avulla. Näitä ovat esimerkiksi vanhempien tukeminen taitojen kehittyessä ja lujittamalla vanhemman itsetuntoa. Tuloksena voimavaraisesta työskentelystä saadaan perheessä voimavarainen vanhemmuus, toimiva parisuhde ja voimavarainen lapsi. Hoitajan ja perheen kohdalla lisääntyy tasavertainen kumppanuussuhde. Hoitajan kohdalla tuloksena on voimavarainen hoitaja ja lisääntynyt työtyytyväisyys. (Pelkonen 2001: 201-210.)

2.4 Mitä tarkoitetaan perheellä

Perhekeskeisyydestä on vaikea puhua, jos ei ensin selvitetä sitä mitä perheellä todella tarkoitetaan. Yksilöllä käsite perhe on hyvin tunnepitoinen asia, koska jokaisella on oma käsitys siitä ja omat kokemukset lapsuudenajan perheestä. (Etzell ym. 1998:78)

Perheellä on yleisesti ottaen keskeinen asema niin yksilöiden elämässä kuin yhteiskunnan toiminnassa. Perhettä voidaan määritellä monilla erilaisilla määritelmillä. Ei ole sellaista määritelmää, joka kattaisi kaikenlaiset perheet. (Hakuninen ym. 1999)

Perhe on yhteiskuntamme ydinyksikkö, jolla on suuri vaikutus sen omiin jäseniinsä. Se toimii myös välittäjänä yhteiskunnan ja yksilön välillä. Tavallisemmin määrittelemme perheen sellaiseksi yksiköksi, johon kuuluu äiti, isä ja lapset. Tällaista suppeaa määritelmää on kuitenkin syytä myös kritisoida. Perheen määrittely onkin yhteyksissä yhteiskunnan sisällä tapahtuviin muutoksiin ja kulttuuriin. Kaiken keskellä perhe elää ja muuttuu. Perheelle tärkeää on suvun jatkaminen, socialisaatio ja perheenjäsenten tunne-elämän säätely ja lasten kasvatus. Eräät asiat, joita on ennen pidetty tärkeinä perheen tehtävinä, ovat siirtyneet hiljalleen yhteiskunnan tehtäväksi. Tällaisia ovat esimerkiksi lasten koulutus ja vanhustenhuolto. Perheet ovat myös pienentyneet, yksinhuoltajien määrä on kasvanut ja roolijaot ovat muuttuneet perheiden sisällä. Perheen koostuvat nykyisin harvoin muista kuin ydinperheen kaltaisesta ryhmästä. (Paunonen, Vehviläinen- Julkunen 1999: 15.)

On myös ehdotettu perheen määrittelemistä kulloisenkin tilanteen mukaan yksilön ja perhekokonaisuuden kannalta. Perhe voidaan siten määritellä lapsen tai lasten ja aikuisen tai aikuisten muodostamaksi jatkuvaksi yhdessä eläväksi ryhmäksi, joka voi olla kooltaan sekä pieni, että suuri. Ydinperheellä tarkoitetaan yhdessä asuvien vanhempien ja lasten yksikköä. (Paunonen, Vehviläinen- Julkunen 1999: 15-16.) Tarkemmin ydinperhe voidaan jakaa vielä orientoitumis- ja suvunjatkamisperheeksi. Orientoitumisperheellä tarkoitetaan sellaista perhettä, jossa lapsi oppii ja omaksuu yhteiskuntansa tai kulttuurinsa normit eli sosialisoiutuu. Orientoitumisperhe on yleensä lapsuuden perhe. Suvunjatkamisperhe on taas sellainen perhe, jossa aikuinen ohjaa yhteiskunnan jäseneksi kasvavia lapsiaan. (Etzell ym.1998:81.)

Suurperheen taas muodostaa samassa taloudessa elävät ydinperheet, joita voi olla kaksi tai useampi. Suurperhe yleensä perustuu sukulaisuuteen. Perheessä voi myös olla useampia sukupolvia, esimerkiksi isovanhempia ja setiä ja tätejä. Uusperheen muodostaa avio- tai avopuolisot ja heidän aikaisemmista liitoistaan syntyneet lapset ja myös mahdolliset yhteiset lapset. Yksinhuoltajaperheessä lasten kanssa elää vain toinen vanhemmista. Suomessa perheiksi määritellään avio- tai avoliitossa olevat vanhemmat ja heidän mahdolliset lapset, tai jompikumpi vanhemmista lapsineen. Lainsäädännössä taas korostetaan perheen biologista puolta. (Etzell ym.1998:81-82.)

2.5 Vanhemmat

Vanhemmuus merkitsee, että lapseen tulee muodostaa suhde, jossa hänestä otetaan vastuu, toimitaan ja eletään käytännössä lapsen kanssa. Muutos siitä, että ennen huolehdit vain itsestä siihen, että tulet äidiksi ja isäksi ei tapahdu hetkessä. Monilla on ennen vanhemmaksi tuloa erilaisia mielikuvia siitä mitä vanhemmuus todella voisi olla. Vanhempien omat kokemukset lapsuudestaan ovat myös tärkeitä. (Hermansson 2008.)

Naisen muuttumista äidiksi auttaa hormonitoiminta. Synnytykset yhteydessä hormonitasossa tapahtuu muutoksia. Hormonitoiminnan ohella itse synnytys on tärkeä osa-alue vanhemmaksi tuloa. Onkin tärkeää, että äiti ja isä pääsevät tarvittaessa keskustelemaan omista tuntemuksistaan. Isäksi kasvaminen taas riippuu siitä miten itse suhtautuu tulevaan isyyteensä ja myös miten lähiympäristö suhtautuu asiaan. On merkittävää isän kannalta, onko hän todella halunnut lapset itse. Kiintymys syntyy vähitellen. Äidiksi ja isäksi tulemisen ero on myös siinä, että isällä vanhemmaksi tuleminen konkretisoituu vasta vauvan syntymisen jälkeen. Olisi myös tärkeää, että isä pitäisi isyyslomaa vauvan syntymän jälkeen jolloin kiintymyssuhde voisi alkaa aktiivisesti ja lopulta se palkitaankin molemminpuolisella kiintymyssuhteella. (Hermansson 2008.)

Vanhemmuus koostuu kulttuuristen, sosiaalisten, psykologisten ja taloudellisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Osana vaikuttavat myös vanhempien oma elämänhistoria sekä perheen sisäiset ja ulkoiset tekijät. Vanhemmuuden voi määrittää kehittymis- ja oppimistehtäväksi. Vanhemmuuden roolikartassa isyyttä ja äitiyttä voi tarkastella erilaisina roolikokoelmina. Päärooleja tässä ovat rakkauden antaja, elämän opettaja, ihmissuhdeosaaja, huoltaja ja rajojen asettaja. (Korhonen 2003.)

Jotkut isistä kokee, että heidän tehtävänsä on vastata perheen toimeentulosta entistä ahkerammin vauvan synnyttyä. Äidin tehtävänä on taas hoitaa kotia. Tällainen on aika perinteinen perhemalli. Perhemalleja on kuitenkin monenlaisia. Monessa perheessä voidaan kuitenkin nykyään tuntea, että perinteinen malli ei toimi niin kuin pitäisi. Malli voi helposti syrjäyttää isää vanhemmuudessa. Isä tienaa rahaa kodin ulkopuolella ja äiti taas on niin sanotusti jumissa kodin sisällä vauvan kanssa. Äiti voi olla myös kateellinen isän sosiaalisista suhteista. Äidille voikin olla tärkeää, että hän esimerkiksi tapaa muita äitejä jonkinlaisessa yhteisössä. Jaetun vanhemmuuden monet tuntuvat turvallisemmaksi, koska siinä molemmat vanhemmat osallistuvat tasapainoisesti vauvan hoitoon. (Hermansson 2008.)

2.6 Kokemukset

Vanhemmuus on elämänvaihe, jossa naisesta tulee äiti ja miehestä taas isä. Vanhemmat tarvitsevat tukea vanhemmuuteensa varsinkin silloin, kun perheessä on sairas lapsi. Äidin ja lapsen varhainen vuorovaikutus on tiedetty olevan tärkeää jo kauan. Se on tärkeää niin äidille kuin lapsellekin. Vastavuoroisuus vuorovaikutuksessa on tärkeää äidin kiintymyssuhteen kehittymiselle. Lapsen hymy, katsekontakti kehittää äidille kiintymyksen muodostumista. Sairaana lapsen syntymisen on huomattu olevan yksi riskitekijä äidin ja lapsen väliselle kiintymykselle. Äidin huoli lapsesta heijastuu helposti vuorovaikutukseen. Tällöin on tärkeää, että isä ottaa myös enemmän hoitovastuuta. Tonttilan omassa tutkimuksessa (2006) on tullut esille, että äitien mielestä puolison tuki on tärkein voimavaran kasvattaja. (Tonttila 2009.)

Tonttila esittää väitöskirjassaan rakentavia toimintamuotoja, jolla vanhemmuutta voi tukea. Erilaiset tukemisen muodot voidaan jakaa kolmeen eri osaan. Niistä ensimmäinen on henkinen tuki. Se pitää sisällään keskusteluja, joilla pyritään vahvistamaan äidin ja lapsen suhdetta. Luottamuksellinen keskustelu vanhempien kanssa lisää sitä, että vanhemmat tuntevat tulevana kannustetuksi ja että he saavat myönteistä palautetta. Toinen keino on tiedon jakaminen. Sillä keinolla voidaan lisätä vanhempien päätöksentekovaltaa ja vastuuta lapsen hoidosta. Näin vanhempien tietoisuus tilanteesta lisääntyy. Kolmantena on konkreettinen tuki, jolla hoitohenkilöstö ottaa vastuuta lapsen hoidosta enemmän kun vanhemmista siltä tuntuu. Vanhemmuuden prosessi sisältää paljon myönteistä myös sairaan lapsen kohdalla. Sairaana lapsen kohdalla korostuu se, että pienetkin edistysaskeleet lapsen tilassa antavat toivoa ja niitä iloitaan. (Tonttila 2009.)

Keskosten kohdalla varhaisvaiheisiin liittyvät asiat saattavat aiheuttaa vanhemmille epävarmuuden tunnetta vanhemmuutta kohtaan. Vanhempien voi olla vaikea iloita lapsesta, jos alkuvaiheeseen on liittynyt paljon riskitekijöitä. Äidit saattavat kokea syyllisyyttä ennenaikaisesta synnytyksestä. Tunteista ja ajatuksista pitäisi saada puhua, se auttaa kasvamaan vanhemmuuteen ja vanhemmuudenkokemukset tulevat selvemmäksi. Usein toisen keskosvauvan vanhempien kanssa juttelu on hyvä asia. Vanhemmat myös joutuvat etsimään tasapainoa uudessa tilanteessa. Kun tulee vaihe siirtyä keskosien kanssa kotiin, tuntuu se vanhemmilta usein vaikealta ilman sairaalan tukea ja laitteita. Itsensä voi tuntea vanhempana myös epävarmaksi. Myös usein läheiset ympärillä ovat epävarmoja ja eivätkä uskalla välttämättä hoitaa keskosta. (Keskonen 2004.) Läheisten epävarma suhtautuminen vaikeuttaa keskosien vanhemmat positiivisia kokemuksia.

Tutkimukset osoittavat, että vanhempien ikä, siviilisäätyasema, koulutus, suhtautuminen vanhemmuuteen vaikuttavat siihen miten he suhtautuvat vanhemmuuteen. On näyttöä myös siitä, että lapsen sukupuoli, terveys, ikä ja muut ominaisuudet vaikuttavat vanhemmuuden kokemukseen. Suomessa vanhemmat ovat tuoneet ilmi, että hoitotyön ammattilaisten tukea vanhemmuutta kohtaan täytyisi lisätä. (Salonen 2010.)

Anne Salosen tutkimuksessa (Parenting Satisfaction and Parenting Self-Efficacy during the Postpartum Period) tuli ilmi, että synnytyksen jälkeen äidit ovat yleensä tyytyväisempiä vanhemmuuteen kuin isät. Vanhemmat tuntevat tarvitsevansa tukea hoitohenkilökunnalta. Vierihoido, vauvojen ruokintakäytännöt ja tiedot hoitohenkilökunnalta koetaan tärkeiksi. Tulostensa perusteella voidaan sanoa, että vanhemmat hyötyvät perhekeskeisestä hoidosta ja siihen liittyvistä hyvistä neuvoista. (Salonen 2010.)

3 Varhainen vuorovaikutus

Varhainen vuorovaikutus alkaa jo vauvan ollessa äidin kohdussa. Äidin mielikuvat tulevasta vauvasta, omasta äitiydestä rakentavat vuorovaikutusta. Vauva pyrkii heti syntymästä saakka symbioosiin ja eriytymistä kohti. Äidin tuttu hajua, maku, ääni ja tutut liikkeet kutsuvat vauvaa kohti äitiä. Riittävän hyvä fysiologinen stimulaatio voimistaa vuorovaikutusta ja liian voimakas karkottaa vauvaa. Vauva erottaa jo muutaman päivän ikäisenä äitinsä maidon hajun muiden äitien maidon hajusta, äidin hajut ja liikkeet muista. Näihin lapsen merkkeihin äiti tulee vastaamaan omilla merkeillään ja pitää niitä sillä tavalla yllä ja tätä kautta taas voimistaa vauvan valmiuksia kiintymykseen. Molemmilla osapuolilla on valmiudet täydentää toisiaan. Äidin läsnäolon merkki vauvassa ja taas vauvan läsnäolon merkki äidissä voi olla jo riittäviä hyvänolontunteeseen ja tyydytykseen. Vauvan olisi tärkeää saada heti syntymänsä jälkeen olla äitinsä vatsan päällä. Tällöin vauva heräämisen, venyttelyn ja silmänyhteyden etsimisen kautta hakeutuu varhaiseen vuorovaikutukseen. Äiti vastaa tähän luonnollisesti hymyillen ja kosketellen vauvaa. Vauvan saadessa paljon oikeaa tietoa ja tunnetta, syntyy siitä turvallinen kiintymyssuhde. Tiettyjen tapahtumasarjojen toistuvat monta kertaa, syntyy vauvan mielessä syyseuraussuhteita. Vauva ja äiti tarvitsevat yhteistä aikaa. Äidillä tulisi olla valmiudet ottaa vastaa vauvansa merkkejä ja ilmaisuja. Tärkeää on myös osata ymmärtää niitä. (Niemelä 2003:16,19,27,29.)

Jo pieni lapsi on valmis sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden ihmisen kanssa. Vastasyntyneet vauvat ovat kiinnostuneita ihmiskasvoista ja niistä muistuttavaista visuaalisista ärsykkeistä kuten ihmisäänestä. Vauvat siis reagoivat enemmän ihmisääniin kuin ympäristön muihin ääniin. Sosiaalinen vuorovaikutus vauvalla on jo varhain syklimäistä. Vastasyntyneelle on tärkeää, että vuorovaikutuselementtien (puheen, kasvoilmeiden, muun liikehdinnän) yksinkertaisuus, toistuva rytmi ja hidasta tempo on huomattu olevan optimaalista vauvan oppimisen kannalta. Tällaiset toiminnot joita vauvan vanhemmat tekevät edesauttavat varhaiseen kommunikaation ja kiintymyssuhteen muodostumiseen. Tällaiset toiminnot tapahtuvat myös tiedostamatta. Varhainen vuorovaikutus alkaa siitä kun vanhempi kokee lapsen ääntelyn ja ilmeet kommunikatiivisiksi. Vanhemmat osaavat tulikita lapsen käyttäytymistä ja taitavasti sijoittaa oman käyttäytymisensä siihen. (Lyytinen ym. 2003: 60- 61.) Ei kuitenkaan ole olemassa yhtä sellaista luonnonmukaista vuorovaikutusta, vaan jokainen vanhempi ja vauva löytävät omanlaisensa. (Niemelä ym.2003:17).

Keskosen syntymä on vanhemmille traumaattisen kokemus ja he tarvitsevat paljon tukea. Pikakeskosten hoidossa haasteelliseksi nousee usein se, että kuinka vanhempia autetaan toimimaan keskosen kanssa. Vastasyntyneiden teho-osastolla oleminen vaikuttaa sekä lapseen että vanhempiin, pitkäaikaisesti ja lyhytaikaisesti. Vauvalle ennenaikainen joutuminen pois kohdusta ja erilleen joutuminen äidistä on stressaava tekijä. Keskosvauvan hoito pitäisi tämän

vuoksi olla mahdollisimman hellää, vauvan ja perheen suhdetta lisäävää ja merkitystä tavoittelevaa. Vauvaan kohdistuvaa empaattisuutta tulisi lisätä ja inhimillisen lämmön tulisi välittyä vauvalle asti. Kaiken tämän olisi tärkeää tapahtua mahdollisimman varhain. (Niemelä ym. 2003: 151- 152.)

Vanhemmille tarvitsevat lohtua sekä tilaa surra tilannetta. He myös tarvitsevat apua löytääkseen vauvansa uusista lähtökohdista ja apua ymmärtämään keskosvauvan erityistarpeet. Vanhemmat täytyy pitää ajan tasalla kaikesta meneillään olevista asioista ja heille on annettava mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Tämä kaikki on vanhemmuuden tukemista ja kunnioittamista. (Niemelä ym. 2003:152.)

Keskosvauva jää teho-hoitoympäristössä ilman äidin sylin turvaa ja suojaa. Sairaalaympäristön melu ja valot häiritsevät vauvaa. Terve vauva herättää äidissä hoivaamisen tarvetta, mutta keskosvauvan kohdalla niin ei tapahdu. Koska keskoslapsi ei ole valmis kohdun ulkopuoliseen elämään ei tämä osaa käyttää luonnollisia keinoja (tuoksua, ääniä, makuja ja rytmejä) saadaakseen yhteyttä sosiaaliseen kanssakäymiseen. Tällaisissa tilanteissa varhainen hellä vuorovaikutuksellinen kontakti omaan äitiin on keskosvauvalle erittäin tärkeää. Keskosvauva tarvitsee yhtäläillä kosketusta, katsetta ja puhelua kuin terveetkin vauvat. Pieni maitotilkka vauvan huulilla voi muistuttaa äidistä. Varhaisen fysiologisen ja psykologisen yhteyden muodostumisella äidin ja keskosvauvan välillä on suuri merkitys. Keskosvauvat eivät aina tunnu todellisilta vauvoilta. Monet äidit ja isät tarvitsevatkin rohkaisua uskaltaakseen katsoa vauvaansa aivan läheltä. Monet vanhemmat ovat kuvanneet, että keskosvauva sairaalassa tuntui vieraalta vauvalta. Nähdessään keskosvauvan vanhemmat tunsivat että heillä ei ole valmiuksia tällaiseen vanhemmuuteen. (Niemelä ym. 2003: 153-155.)

Keskosvauvan ja tämän vanhempien vuorovaikutus lisääntyy hyvin yksinkertaisten toimenpiteiden kautta. Vanhemmat voivat vaihtaa ohjauksen avulla vauvan asentoa, ihokosketusta antamalla, esimerkkinä tästä hellä hieronta, antamalla makuelämyksen vauvalle pienen maitotilkan kautta, imemiskokemuksia lisäämällä: huvitutun käyttö, vauvaa liikuttamalla ja tuomalla vauvalle oman lelun, joka voi olla vaikkapa pehmolelu. Keskosvauvan kehittyessä voidaan vanhempien vastuuta lisätä esimerkiksi niin, että he osallistuvat enemmän vauvan syöttämiseen. Kenguruhoito on myös tärkeä tekijä varhaisessa vuorovaikutuksessa. (Niemelä ym. 2003: 163- 164.) Kenguruhoitossa lapsi makaa iho ihoa vasten vanhemman paljaalla rintakehällä. Kenguruhoito on tehokas kivunlievitysmenetelmä. Kenguruhoidon kesto ennen kivuliasta toimenpidettä on ollut noin 15- 30 minuuttia. Käsikapalolla voidaan toteuttaa kipua lievittävää ihokosketusta ja turvallista asentoa keskoselle kivuliaan toimenpiteen aikana. Siinä vanhempi ohjaa lämpimin käsin lapsen sikiöasentoon vieden kädet ja jalat lähelle lapsen keskivartaloa. Mitä enemmän vanhempi pystyy antamaan lapselle suoraa ihokontaktia, sitä enemmän menetelmästä on hyötyä. Käsikapalo-ote tulee ottaa noin pari minuuttia ennen kivuliasta toimenpidettä. Tällöin lapsi ehtii tottua kosketukseen ja rauhoittuu ennen toimenpidettä

vanhemman käsien alle. Otteen tulee olla tiivis koko kivuliaan toimenpiteen ajan ja toimenpiteen jälkeen niin kauan kunnes vauva on rauhallinen. (Axelin 2011.)

Inberg Elise ym. tutkimuksessa (2007) tutkittiin kuinka hoitajat tunnistavat keskosvauvan ja vanhempien varhaisen vuorovaikutuksen tuen tarpeen ja mitä hoitotyön menetelmiä hoitajat käyttivät tukeakseen äidin sekä isän ja keskosvauvan varhaista vuorovaikutusta. Tuloksista selviää, että hoitajat kokivat varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen tärkeäksi. Hoitajat huomasivat ylimääräisen tuen tarpeen sen avulla kuinka paljon vanhemmat olivat vuorovaikutuksessa vauvan kanssa ja keskenään, vanhempien kokemuksista vauvasta, vanhempien kiinnostuksesta vauvaa kohtaan ja ulkoisesta käyttäytymisestä. Hoitajat seurasivat alkoivatko vanhemmat puhua vauvalle ja kuinka he ottivat kontaktia vauvaan. Lisäksi hoitajat seurasivat sitä kuinka vanhemmat hoitivat vauvaansa, millä etäisyydellä he hoitivat vauvaa ja jaksoivatko vanhemmat keskittyä vauvansa hoitamiseen. Tällöin tuen tarve huomattiin jos vauvanhoito oli mekaanista tai vanhemmat eivät uskaltaneet hoitaa vauvaa lainkaan. Hoitajat keskittyivät myös siihen näkivätkö vanhemmat myönteisiä vai kielteisiä asioita vauvassa. Tuen tarve tunnistettiin, jos vanhemmat eivät kokeneet vauvaansa omaksi. Vanhempien kiinnostus vauvaa kohtaan näkyi siinä kuinka usein he kävivät osastolla. Tuen tarpeen huomasi siitä, että vanhemmat kävivät osastolla harvoin, tai heillä oli aina kiire, heitä ei kiinnostanut vauvan hoito, vanhemmat eivät pitäneet yhteyttä sairaalaan ja vanhempien kanssa sovitut hoitoajat eivät pitäneet. Hoitajat myös lisäsivät vanhempien ja keskosvauvan fyysistä läheisyyttä järjestämällä vanhemmille mahdollisuuden nähdä vauvan pian syntymän jälkeen, antamalla vauvaa vanhempien syliin ja kenguruhoitoon ja ottamalla vanhempia mukaan vauvan hoitoon. Hoitajat myös pyrkivät siihen, että äiti tuntisi vauvan omakseen. Hoitajat puhuivat vauvasta omana persoonanaan. Äidille pyrittiin järjestämään mahdollisuus rauhalliseen oloon vauvan kanssa. Oli tärkeää että vanhempien kaikki tunteet hyväksyttiin. (Inberg ym. 2007: 195- 199.)

Inberg Elise ym. tutkimuksessa (2007) todettiin myös, että isän rooli keskoslapsen hoidossa on vielä selkiytymättä. Isää kerrottiin tuettavan järkipäisesti ja äitiä tunnetasolla. Isää kannustettiin löytämään oma yksilöllinen rooli toimia vauvan kanssa. Hoitajat kertoivat suhtautuvansa erilalla vanhempiin sukupuolen mukaan. Harvoin kuitenkin kysyttiin mitä he haluavat ja odottavat. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että tulevaisuudessa tulisi selvittää mitä tukea vanhemmat odottavat hoitajilta. (Inberg ym. 2007: 201.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää vastasyntyneiden osastolla hoidettujen lasten vanhempien kokemuksia perhehoitotyön toteutumisesta ja selvittää mitä kehittämissuhteita vanhemmilla on perhehoitotyöhön. Opinnäytetyö on osa laajempaa perhehoitotyön kehittä-

tämisprojektia neonatologiassa vuosina 2011-2012. Perhehoitotyön kehittäminen on osa keskeistä strategiaa ja sen kautta voidaan tarvittaessa kehittää uudenlaista perhehoitotyönmallia. Opinnäytetyön tavoitteena on saada käsitys perhehoitotyön toteutumisesta vastasyntyneiden osastoilla vanhempien kuvaamana. Lisäksi tavoitteena on selvittää miten voidaan lisätä perheiden hoitotytyväisyyttä ja perheiden turvallista oloa. Tavoitteena on saada vastauksia opinnäytetyökysymyksiin.

Opinnäytetyönkysymyksiä ovat:

1. Miten vanhemmat kokevat perhehoitotyön toteutumisen?
2. Mitä kehittämisehdotuksia vanhemmilla on perhehoitotyön kehittämiseksi vastasyntyneiden osastolla?

5 Tutkimuksen toteuttaminen

5.1 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Opinnäytetyön aineisto kerätään neljältä eri vastasyntyneiden osastolta, (lastenklinikan osasto K7 Naistenklinikka osasto N7, Kätilöopiston osasto V37 ja Jorvin sairaalan osasto L2). Aineistonkeruu tapahtuu kyselylomakkeilla, jotka osoitetaan vastasyntyneiden osastolla tammikuussa 2012 hoidossa olevien vauvojen vanhemmille. Kyselylomakkeet jakaa vanhemmille osastojen hoitohenkilökunta. Lapsen vanhemmille/perheille kerrotaan opinnäytetyön tarkoitus ja mihin opinnäytetyöntuloksia käytetään. Perheet vastaavat kyselyyn osastolla ja palauttavat sen henkilökohtaisesti osaston henkilökunnalla. Informoimme osastojen osastonhoitajia tutkimuksesta osastohoitajien kokouksessa ja sähköpostitse. Haemme vastatut lomakkeet osastoilta henkilökohtaisesti. Saimme tutkimusluvan HUS:in Naisten, lasten ja psykiatrian eettiseltä toimikunnalta 16.11.2011.

5.2 Mittari

Mittarina käytettiin kyselylomaketta, joka on laadittu erikseen juuri tätä tutkimuksia varten. Kysymykset ovat suljettuja kysymyksiä. Kyselylomake on tämän tutkimussuunnitelman liitteenä.

Tämä tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Tutkimuksen on tarkoitus kuvata perheiden käsityksiä perhehoitotyöstä sekä selvittää perheiden parannusehdotuksia perhehoitotyöhön.

Tässä tutkimuksessa tiedonkeruu tutkittavilta suoritetaan kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeeseen on koottu 21 kysymystä. Kysymykset ovat suljettuja kysymyksiä. Kyselylomakkeita lähetetään 86 kappaletta. Vastajien joukosta karsiutuu pois muut kuin suomen kieltä äidinkielenään puhuvat sekä saattohoidossa olevien lasten vanhemmat ja kriittisesti sairaiden lasten perheet.

Kerättyä aineistoa tutkitaan ja tarkastellaan yksityiskohtaisesti. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa koehenkilöt ovat tarkasti määritellyt. Tässä tutkimuksessa tutkittavia ovat eräissä yliopistollisessa sairaalassa vastasyntyneiden osastolla hoitoa saaneet perheet. Tämä tutkimus on osa laajempaa perhehoitotyön kehittämissuunnitelmaa neonatologian osa-alueella vuonna 2011-2012. (Hirsjärvi ym. 2007: 136.)

5.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto käsitellään ja analysoidaan mahdollisimman pian tiedonkeruun jälkeen. Muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon. Aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon.

Kvantitatiivillisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, hypoteesin esittäminen sekä käsitteiden määrittely. Koehenkilöt määritellään tarkasti ja tehdään otantasuunnitelma; määritellään perusjoukko, johon tulosten pitää päteä, ja otetaan tästä perusjoukosta otos. Aineiston keruu suunnitellaan niin, että havaintoaineisto soveltuu määrälliseen, numeeriseen mittaamiseen. (Hirsjärvi ym. 2007: 135-136.)

Tuloksia kuvaillaan mm. prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi ym. 2007: 136.) Havainnollistamme tutkimustuloksia myös kuvioin ja taulukoin. Olemme vertailleet tässä tutkimuksessa havaittuja vanhempien kokemuksia aiempiin tutkimuksiin.

Kerättyä aineistoa tarkastellaan SPSS-ohjelman avulla. SPSS lyhenne tulee sanoista Statistical Package for Social Sciences. Se on tilastollinen tietojenkäsittely ohjelmisto, jolla saadaan selville tavallisimmat tilastollisen analysoinnin tarpeet ja sen avulla voidaan tehdä vaativampia-kin tarkasteluja. (Valtari 2004.)

6 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä,

mitä tutkimuksessa oli tarkoituskin mitata. Mittarin sisältövaliditeetti on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta. Sisältövaliditeettia arvioitaessa tarkastellaan esimerkiksi mittaako mittari sitä ilmiötä, jota sen on tarkoituskin mitata, onko mittari valittu oikein, onko teoreettiset käsitteet pystytty luotettavasti operationalisoimaan muuttujiksi ja millainen on mittarin teoreettinen rakenne eli rakennevaliditeetti. Pohdittaessa onko mittari valittu oikein, kannattaa tarkastella sitä, onko tutkimisilmiö niin selvärajainen, että sitä voidaan mitata riittävän luotettavasti. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä että kipututkimuksessa on todettu, että lasten on vaikea erottaa kipua negatiivisista tunteista. Teoreettisten käsitteiden operationalisointi mitattavaksi muuttujiksi on haastavaa. Se edellyttää riittävän kattavaa perehtymistä kirjallisuuteen. Opinnäytetöissä tämä tarkoittaa sitä, että jokaiselle mittarin muuttujalle on perustelu kirjallisuudessa. Mittarin teoreettinen rakenne on tärkeää silloin, kun tutkimusta varten laaditaan uusi mittari. (Kankkunen ym. 2009.)

Tutkimuksessa ulkoinen validiteetti taas tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tutkimuksesta saadut tulokset voidaan yleistää ulkopuoliseen perusjoukkoon. Teoriassa tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä voidaanko vastasyntyneiden osastolta saatuja tuloksia yleistää vaikka osastoille, jossa hoidetaan vanhempia lapsia. Tulosten yleistettävyyden vuoksi lopullisessa tutkimusraportissa on hyvä arvioida sitä, kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa. (Kankkunen ym. 2009:152.)

Reliabiliteetti taas puolestaan viittaa tulosten pysyvyyteen. Mittaamisen reliabiliteetti tarkoittaa tarkemmin mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tarkemmin voidaan arvioida mittarin sisäisen johdonmukaisuuden, pysyvyyden ja vastaavuuden näkökulmista. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus tarkoittaa että kunkin osamittarin muuttujat mittaavat samaa asiaa ja korreloivat keskenään voimakkaasti. Mittarin pysyvyys taas tarkoittaa sitä, että mittari tuottaa saman tuloksen eri mittauserroilla. Mittarin vastaavuus tarkoittaa kahden eri muuttujan samansuuntaista tulosta. (Kankkunen ym. 2009.)

Opinnäytetyössämme mittarina toimii itse laadittu kyselylomake. Lomake eli mittari sisältää ne asiat, joita tässä opinnäytetyössä halutaan tutkia. Teoreettiset käsitteet pystytään luotettavasti operationalisoimaan muuttujiksi, jotka varmistetaan riittäväällä perehtymisellä kirjallisuuteen.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen kohderyhmä on vastasyntyneiden lasten vanhemmat, joiden lapsi on ollut hoidettavana edellä mainituilla vastasyntyneiden osastoilla. Koska tutkimus koskee lasta ja lapsen vanhempia tutkijan on varmistuttava erityisesti, että tiedot eivät joudu väärin käsiin. Tätä opinnäytetyötä varten tarvitsemme puoltavan lausunnon eettiseltä toimikunnalta, ennen kuin tutkimuslomakkeet voidaan jakaa lasten vanhemmille. Sairaanhoidopiireillä on moniammatillisia eettisiä toimikuntia, joiden tehtävänä on käsitellä heidän toimialu-

eella toteutettavia tutkimuksia ja tutkimusten eettisiä kysymyksiä. Elimet koostuvat pääsääntöisesti terveyden, kasvatuksen ja sosiaalialan asiantuntijoista. (Lagström ym. 2010: 172-173.) Olemme tietoisia eettistä toimintaa ohjaavista laista, kuten henkilötietolaista, laki potilaan asemasta ja oikeuksista ja asetuksesta lääketieteellisestä tutkimuksesta. (Kylmä 2007.) Tässä opinnäytetyössä eettinen toimikunta puoltaa tai antaa kieltävän lausunnon tutkimuksen eettisyydestä. Puoltavan lausunnon jälkeen haemme tutkimuslupaa tulosyksiköstä.

Hoitotyön tutkimuksen etiikan tulee olla sopusoinnussa yleisen tutkimusetiikan sekä hoitotyön ammattin etiikan kanssa. Kuten Krause ym. 1997 teoksessaan toteaa, on tutkijan huomioitava tutkimuksen kohteena olevat henkilöt, heidän omaisensa, rahoittajat, työyhteisönsä. Olemme suojelleet sensitiivisiä potilaita, eli tutkimukseen ei voi osallistua henkilöt joiden lapsi on kriittisesti sairas tai saattohoidossa. Tutkimukseen osallistujan henkilöllisyys ei tule selville, koska kyselylomakkeeseen vastataan nimettömästi. Tutkimustulosten lukija ei saa selville, missä sairaalassa ja millä osastolla tutkimus on suoritettu.

Tutkittavalle tulisi ilmetä kyselylomakkeen alussa olevasta tiedotteesta kaikki olennainen tieto, minkä tutkittava tarvitsee antaakseen tietoon perustuvan suostumuksensa tutkimukselle. Tiedotteen tulisi olla kirjoitettu sellaista kieltä käyttäen, jota tutkittava hyvin ymmärtää ja hänellä tulisi olla käytössään riittävästi aikaa siihen tutustumiseen. (Tukija 2009.) Täytetty tutkimuslomake tarkoittaa tässä tutkimukseen suostumista. Olemme luoneet kyselylomakkeen alkuun tiedotteen, jossa kerromme tutkimuksen tarkoituksen. Kyselylomake on liitteenä tämän suunnitelman lopussa. Selvitämme myös, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että tutkimuksesta voi kieltäytyä missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta lapsen hoitoon.

Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömästi. Tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti. Lomakkeen palautus tulee tapahtumaan niin, että siitä ei käy ilmi kuka siihen on vastannut. Vastaja palauttaa kyselylomakkeen suljetussa kuoressa osastolle. Eri osastot tunnustetaan niin, että kyselylomakkeita haettaessa kuoriin kirjoitetaan mistä osastolta ne ovat tulleet. Kyselylomakkeet tullaan hävittämään silppurilla opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Kyselylomakkeita lukevat ainoastaan työn tekijät ja ohjaajat. Niitä säilytetään ulkopuolisten ulottumattomissa. Vastajat palauttavat kyselylomakkeet suljetussa kuoressa osastolle, josta haemme ne henkilökohtaisesti, joten osaston henkilökunta tai muut ulkopuoliset eivät pääse niitä lukemaan.

Eettisyys tutkimustulosten julkaisuvaiheessa liittyy rehellisyyteen ja tulosten luotettavuuteen. Tutkimustulokset on raportoitava siten, että julkinen kritiikki on mahdollista. (Krause ym. 1997.) Tutkijan tulee julkaista raportin tulokset avoimesti ja rehellisesti. Tutkimusta julkaistaessa on tärkeä kiinnittää huomiota siihen, että osallistujien anonymiteetti säilyy. (Pau-

nonen ym. 1997.). Tässä opinnäytetyössä raportoimme kaikista tuloksista. Kyselylomakkeen vastausten perusteella vastaamme tutkimuskysymyksiimme. Tutkimuksen aineisto tullaan käsittelemään SPSS- ohjelmalla.

7 Tutkimustulokset

Kyselylomakkeita jaettiin 86 kpl. Kyselyyn vastasi 33 kpl. Vastausprosentiksi tuli tällöin 38.

Ikäjakauma

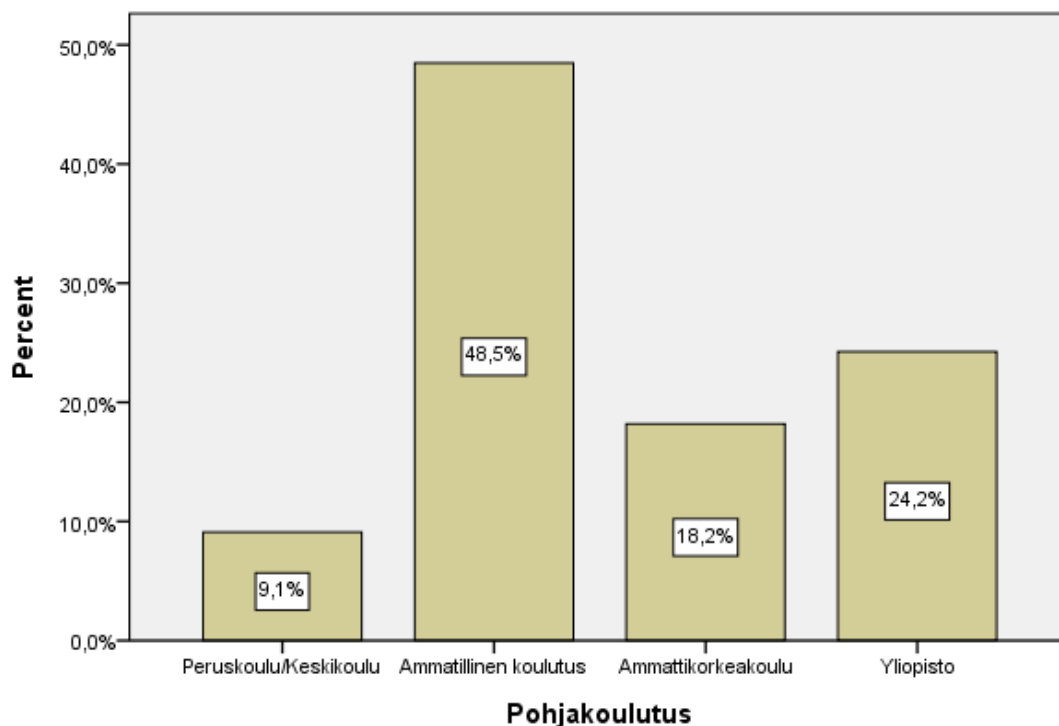
Vastaajien keski-ikä oli 33 vuotta.

Ikäanne?				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
20,00	2	6,1	6,1	9,1
23,00	1	3,0	3,0	12,1
24,00	1	3,0	3,0	15,2
25,00	2	6,1	6,1	21,2
26,00	3	9,1	9,1	30,3
27,00	1	3,0	3,0	33,3
29,00	3	9,1	9,1	42,4
30,00	3	9,1	9,1	51,5
32,00	4	12,1	12,1	63,6
33,00	1	3,0	3,0	66,7
35,00	3	9,1	9,1	75,8
36,00	1	3,0	3,0	78,8
37,00	3	9,1	9,1	87,9
39,00	1	3,0	3,0	90,9
40,00	1	3,0	3,0	93,9
41,00	1	3,0	3,0	97,0
46,00	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma.

Pohjakoulutus

Kaikista vastanneista 48,5 % (= 16 vastaajaa) vastasi pohjakoulutuksen olevan ammatillinen koulutus. 8 vastaajaa eli 24,2 % kertoo käyneensä yliopiston. Vastaajista 6 ilmoitti pohjakoulutuksensa olevan ammattikorkeakoulu. Kolmella vastaajalla (=9,1 %) pohjakoulutuksena on peruskoulu tai keskikoulu.



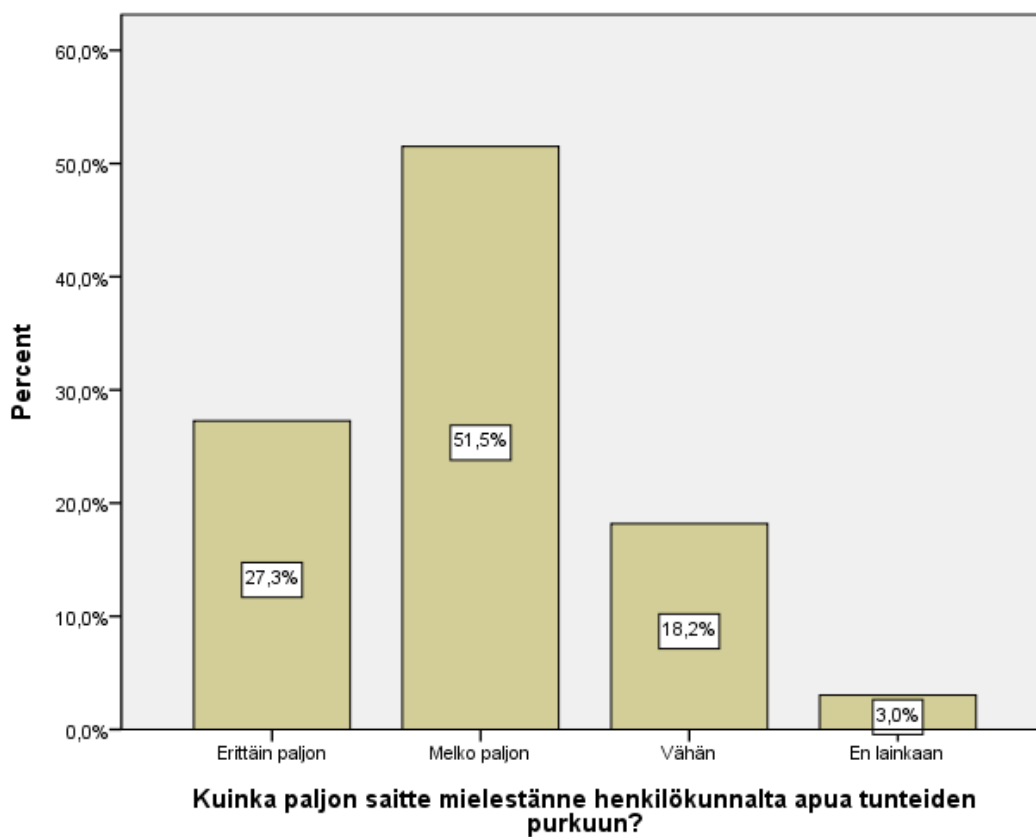
Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden pohjakoulutus.

Siviilisäätö

Yli puolet vastaajista, eli 60,61 % (=20 vastaajaa) kertoo olevansa avioliitossa. Avioliitossa on 11 vastaajaa. 2 vastaajaa ilmoittaa olevansa naimaton.

Tunteiden purku

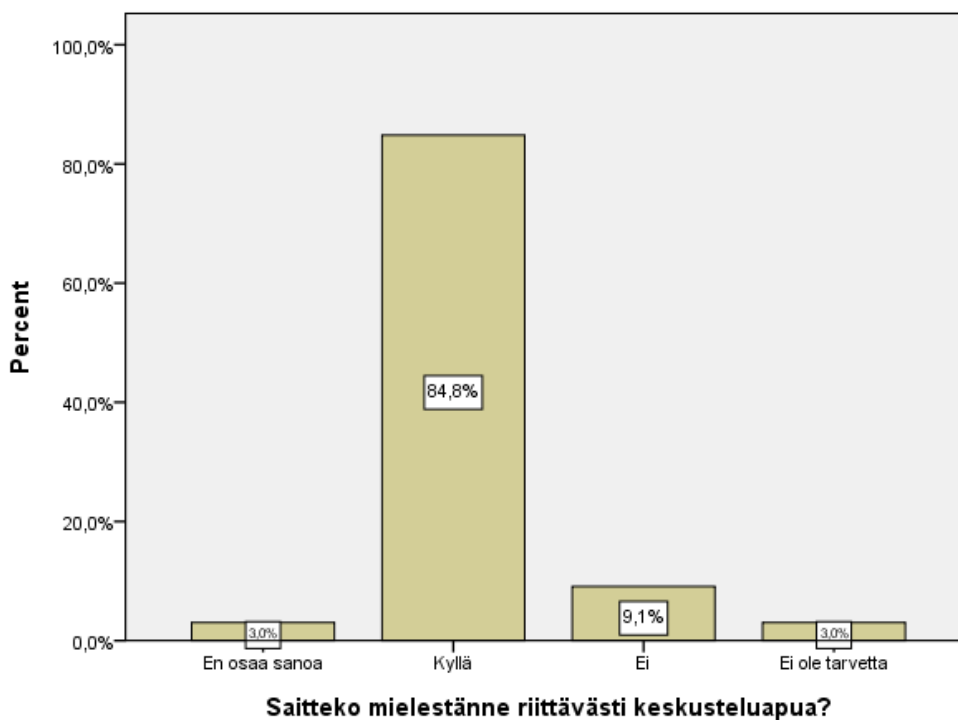
Kysymys numero neljässä selvitimme vastaajien saamaa apua tunteiden purkuun. Puolet vastaajista (= 51,5 %) kertoo saaneensa henkilökunnalta apua tunteiden purkuun melko paljon. Erittäin paljon henkilökunnalta apua saaneita oli vastaajista 27,3 %. Vastaajista 18,2 % oli saanut vähän apua ja 3 % vastaajista koki, ettei ole saanut ollenkaan apua tunteiden purkuun.



Taulukko 3. Henkilökunnalta saatu apu tunteiden purkuun.

Keskusteluapu

Taulukko numero neljän mukaisesti reilusti yli puolet vastaajista on saanut riittävästi keskusteluapua.



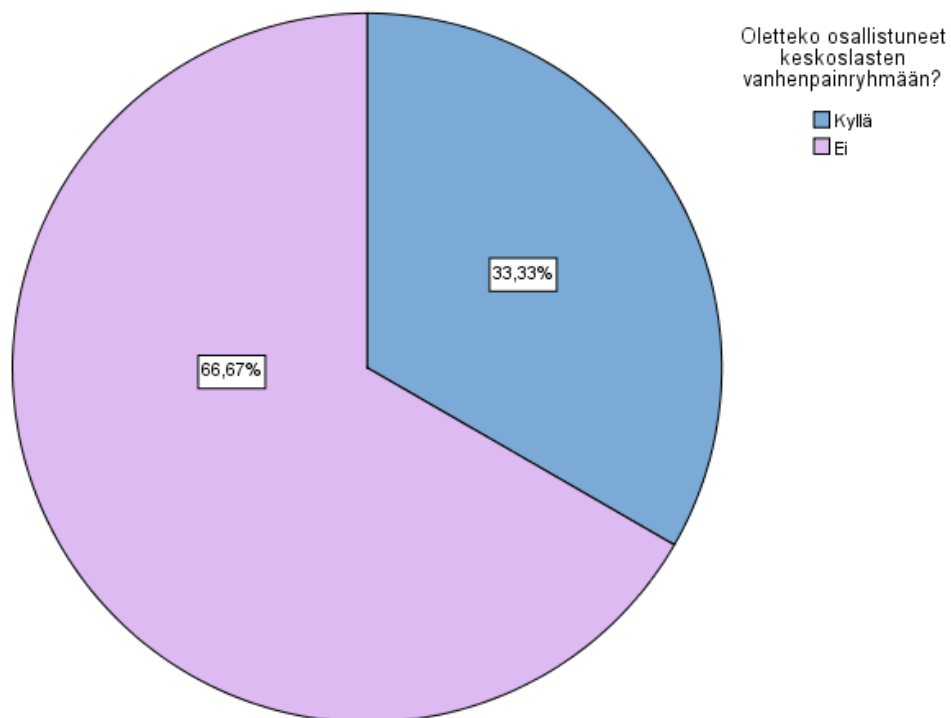
Taulukko 4. Saitteko mielestänne riittävästi keskusteluapua?

Keskusteluavun tärkeys

Kysymys numero kuudessa selvitettiin vastaajien mielipiteitä henkilökunnalta saadun keskusteluavun tärkeydestä. Vastaajista yli puolet, 57, 58 prosenttia eli 19 vastaajaa on kokenut keskusteluavun erittäin tärkeäksi. Melko tärkeäksi henkilökunnalta saadun keskusteluavun on kokenut 39,39 prosenttia vastaajista eli 13 vastaajaa. Yksi vastaaja on valinnut vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa.”

Keskoslasten vanhempain ryhmä

Kuten kuvio 1 kertoo, yli puolet vastaajista on osallistunut keskoslasten vanhempain ryhmään.



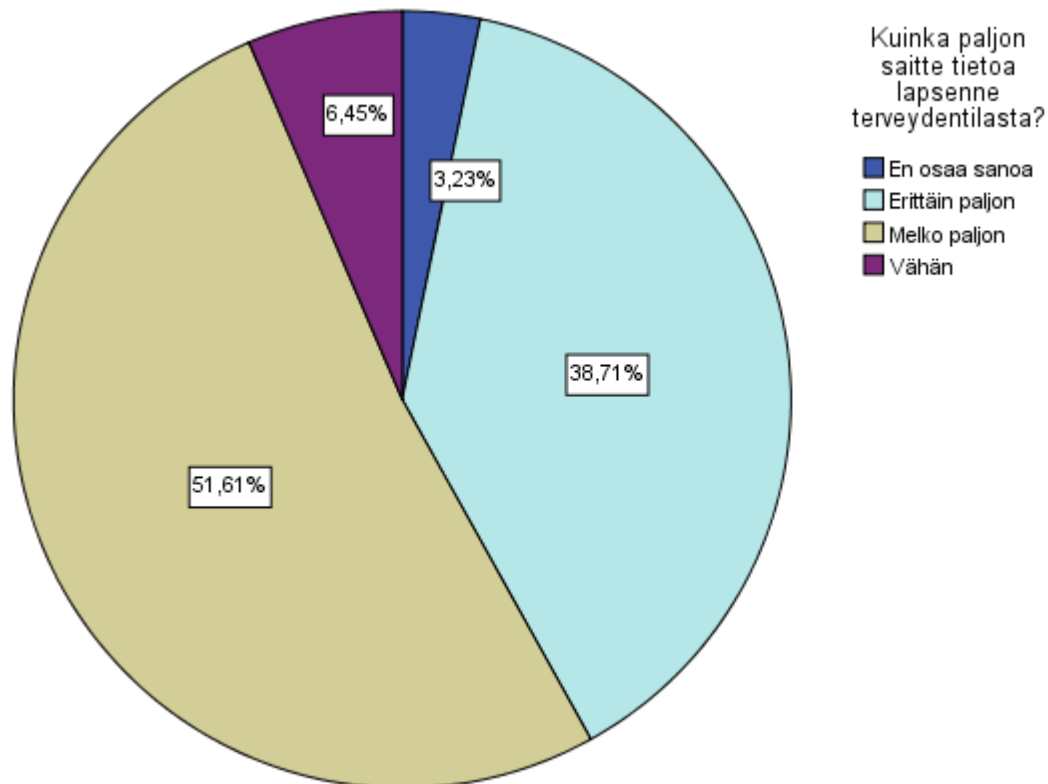
Kuvio 1. Keskoslasten vanhempainryhmään osallistuminen.

Keskoslasten vanhempainryhmän tarpeellisuus

Tässä kysymyksessä pyysimme edelliseen kysymykseen myöntävästi vastanneita kertomaan, kuinka tarpeelliseksi he ovat kokeneet keskoslasten vanhempainryhmään osallistumisen. Vastaaajista tasan 50 % on vastannut keskoslasten vanhempainryhmän olevan melko tarpeellinen. 33,3 % vastaajista on taas arvioinut ryhmän olevan erittäin tarpeellinen ja 16,7 % on kokenut ryhmän olevan ”ei niin tarpeellinen.”

Tieto lapsen terveydentilasta

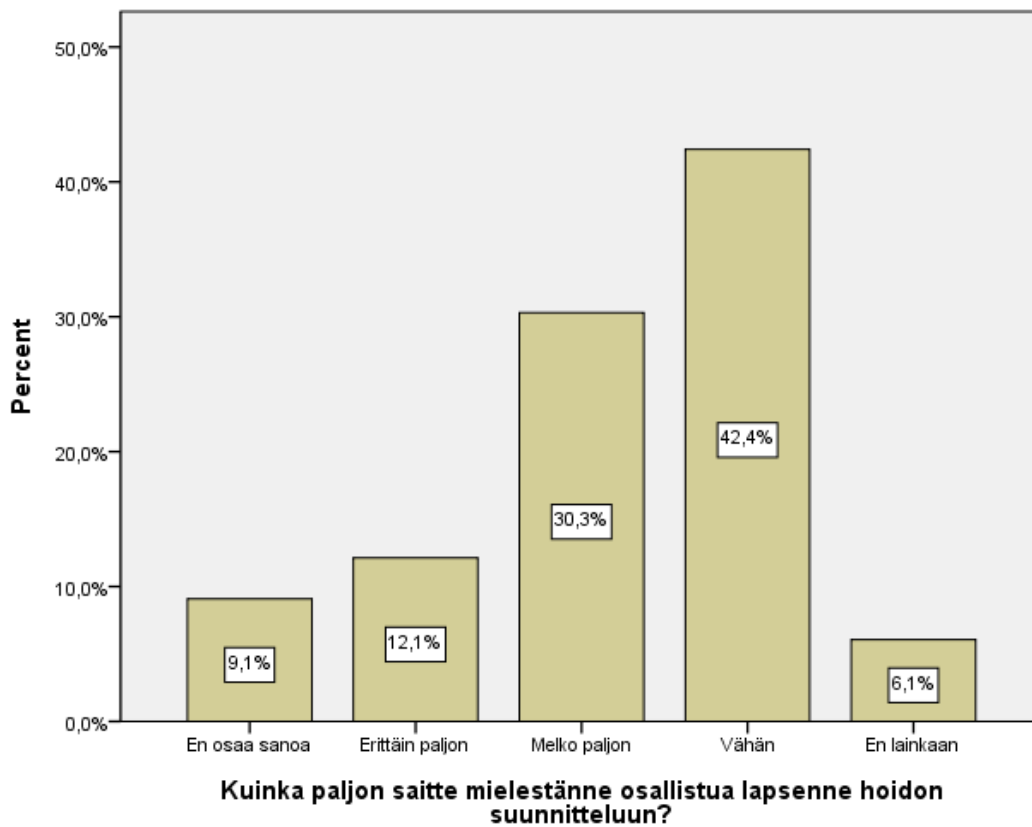
Kysymys numero 9 kysyy vastaajalta, kuinka paljon vastaaja on saanut tietoa lapsensa terveydentilasta. Alla olevan kuvion (Kuvio 2) mukaisesti voimme todeta, että vastaajista 38,71 % on saanut erittäin paljon tietoa lapsensa terveydentilasta.



Kuvio 2. Lapsen terveydentilasta saatu tieto.

Lapsen hoidon suunnittelu

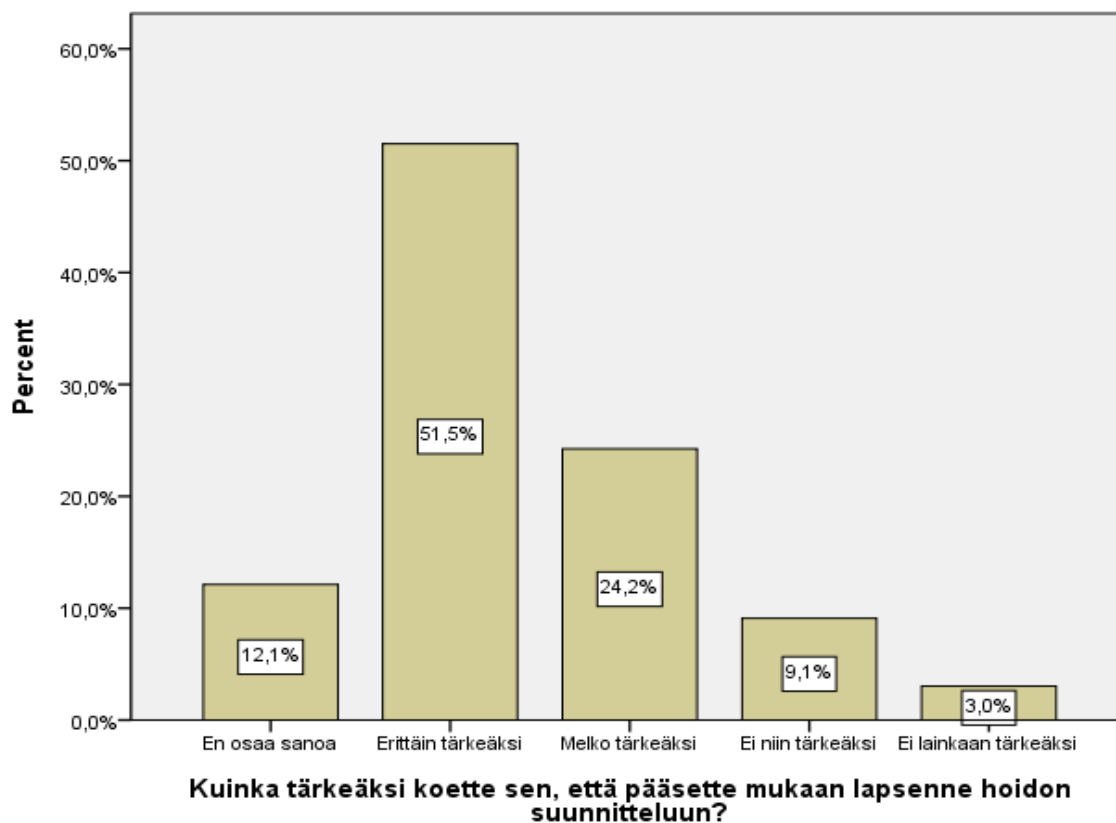
Vastaajista 42,4 % kertoo päässeensä vain vähän mukaan lastensa hoidon suunnitteluun. Erittäin paljon mukaan on kokenut päässeensä 12,1 % vastaajista. 6,1 % vastaajista on kokenut, ettei ole päässyt lainkaan mukaan lapsensa hoidon suunnitteluun.



Taulukko 5. Lapsen hoidon suunnittelu.

Lapsen hoidon suunnittelun tärkeys

Alla olevasta taulukosta (taulukko 6) voimme todeta, että vastaajista yli puolet on kokenut erittäin tärkeäksi sen, että pääsee mukaan lapsensa hoidon suunnitteluun.



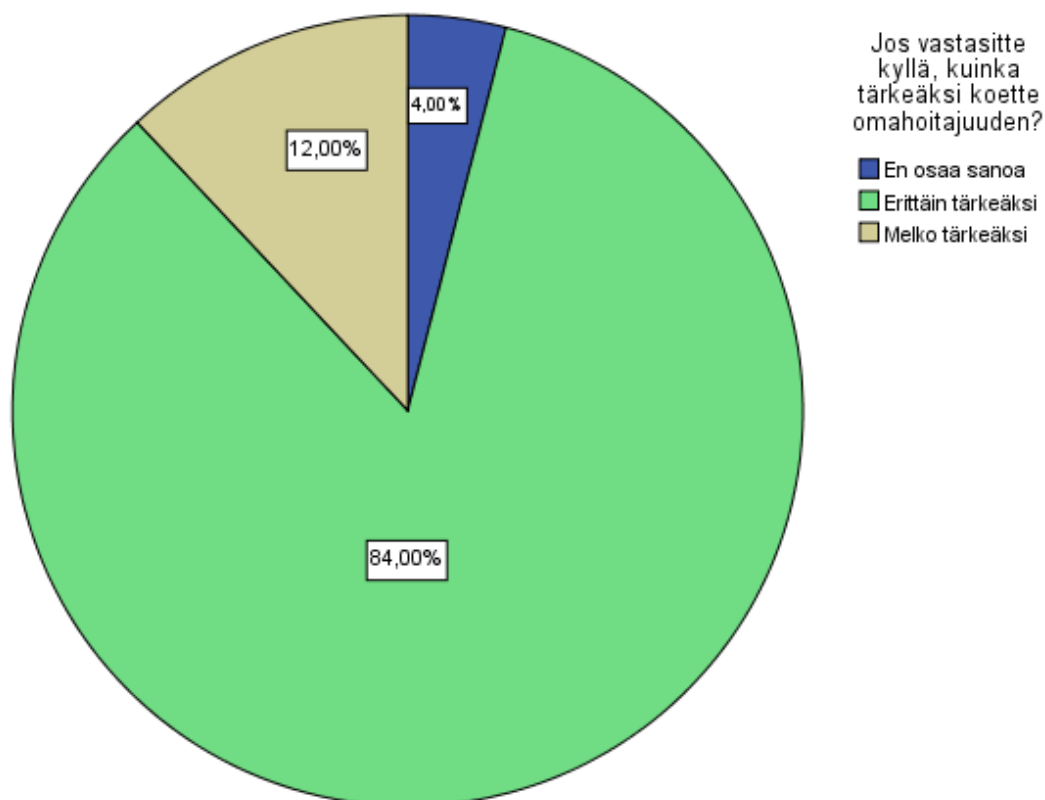
Taulukko 6. Kuinka tärkeäksi vanhemmat kokevat sen, että pääsevät mukaan lapsen hoidon suunnitteluun.

Omahoitajuus

Selvitimme vastaajilta, onko heidän lapsellaan nimetty omahoitaja osastolla. Vastaajista suurin osa, (21) kertoo heidän lapsellaan olevan omahoitaja. 3 vastaajaa kertoo, ettei heidän lapsellaan ole nimettyä omahoitajaa ja puolestaan 9 vastaajaa ei osaa sanoa, onko heidän lapsellaan omahoitajaa.

Omahoitajuuden tärkeys

Pyysimme edelliseen kysymykseen myöntävästi vastanneita arvioimaan, kuinka tärkeäksi he kokevat sen että lapsella on omahoitaja. Kuten alla olevasta kuviosta (kuvio 3) voimme todeta, omahoitajuus koetaan erittäin tärkeäksi.



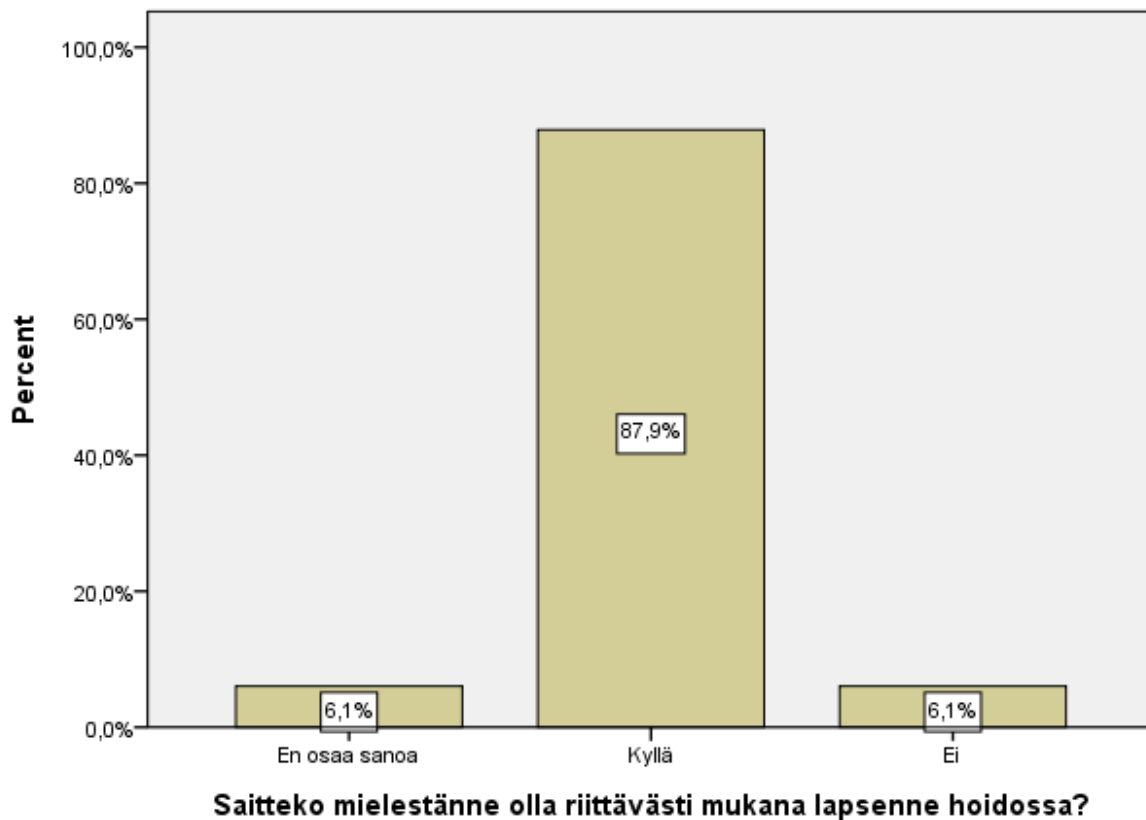
Kuvio 3. Kuinka tärkeäksi koette omahoitajuuden.

Vanhempien osallistuminen lapsen hoitoon

Kysymys numero 14 selvittää sitä, kuinka vanhemmat ovat päässeet mukaan lapsen hoitoon. Kysymyksessä oli kolme vaihtoehtoa; kenguruhoito, syöttäminen, kuvitus. 5 vastaajaa kertoo päässeensä syöttämään ja kuivittamaan lastansa osastojakson aikana. Kolme vastaajaa on puolestaan päässyt toteuttamaan kenguruhoitoa sekä syöttämään lastaan. Yksi vastaaja kertoo päässeensä tekemään lapselleen kenguruhoitoa. Kolme kyselyyn vastannutta on kertonut, että on syöttänyt lastaan osastojakson aikana. 20 vastaajaa taas kertoo, että on päässyt toteuttamaan kenguruhoitoa, syöttämistä ja kuivitusta lapsensa kanssa osastojakson aikana. Vastaajista yksi on jättänyt kyseiseen kohtaan vastaamatta.

Saiko vanhemmat olla riittävästi mukana lapsensa hoidossa

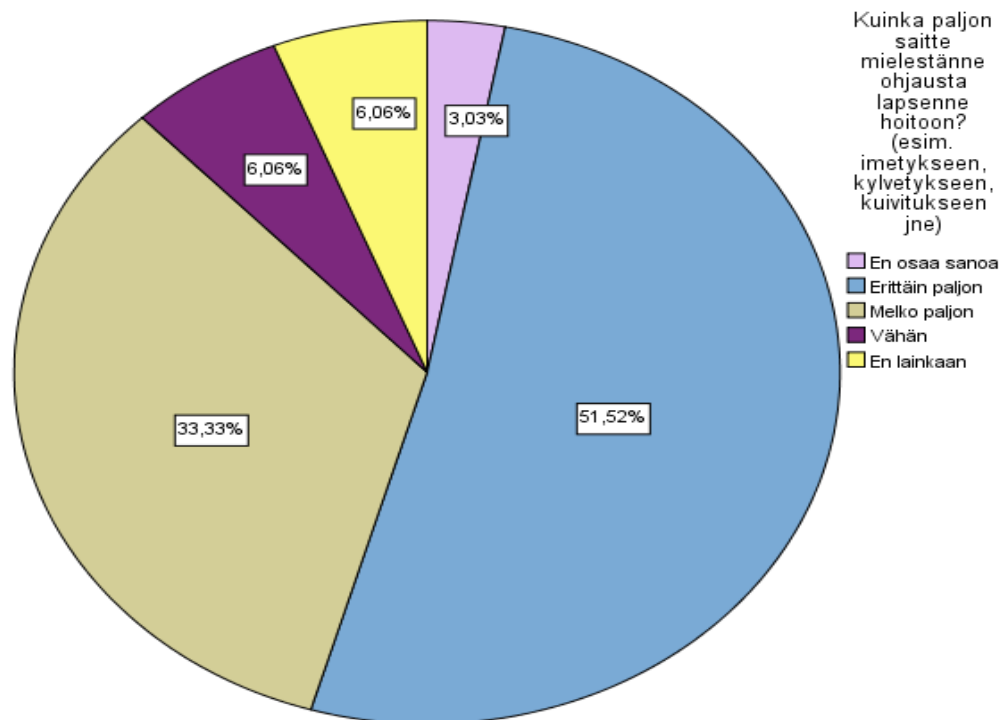
Kuten taulukko 7 kertoo, vanhemmat ovat kokeneet saaneensa olla riittävästi mukana lapsensa hoidossa.



Taulukko 7. Saiko vanhemmat olla riittävästi mukana lapsensa hoidossa.

Ohjauksen määrä lapsen hoidossa

Kysymys numero 16 kysyy vanhemmilta, kuinka paljon he ovat saaneet ohjausta lapsenne hoitoon, esimerkiksi kylvetykseen, imetykseen jne. Kuten alla olevasta kuviosta (kuvio 4) käy ilmi, yli puolet (=51,52 %) vanhemmista on saanut mielestään erittäin paljon ohjausta lapsensa hoitoon. Vain 6 % vastaajista on kokenut saavansa vähän ohjausta.



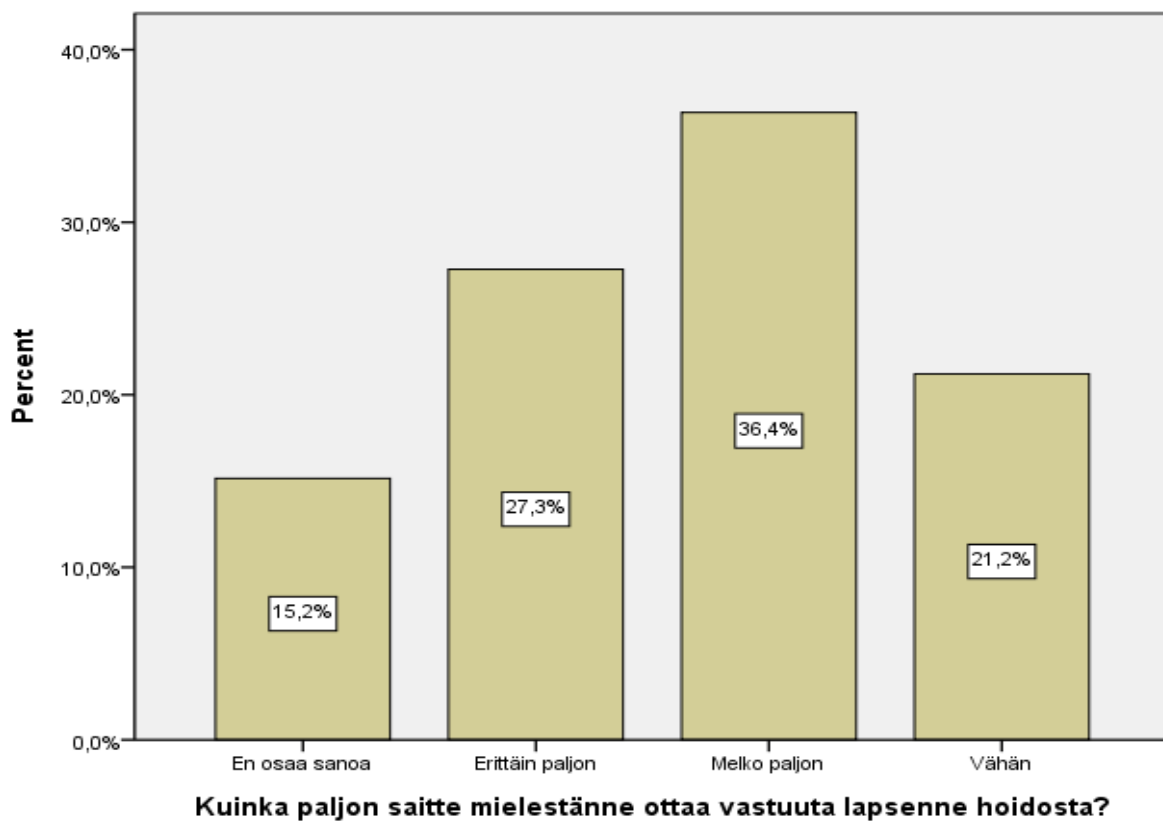
Kuvio 4. Saadun ohjauksen määrä.

Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen

Vastaajista 24,2 % (= 8 vastaajaa) kertoo saaneensa erittäin paljon tukea. Melko paljon tukea on saanut 39,4 % vastaajista, joka on siis 13 vastaajaa. 27,3 % = 9 vastaajaa kertoo saaneensa vain vähän tukea varhaiseen vuorovaikutukseen ja 9,1 % eli 3 vastaajaa on valinnut kohdan ”en osaa sanoa.”

Vastuu lapsen hoidosta

Alla oleva taulukko (taulukko 8) kuvaa sitä, kuinka vanhemmat ovat mielestään saaneet ottaa vastuuta lapsensa hoidosta.



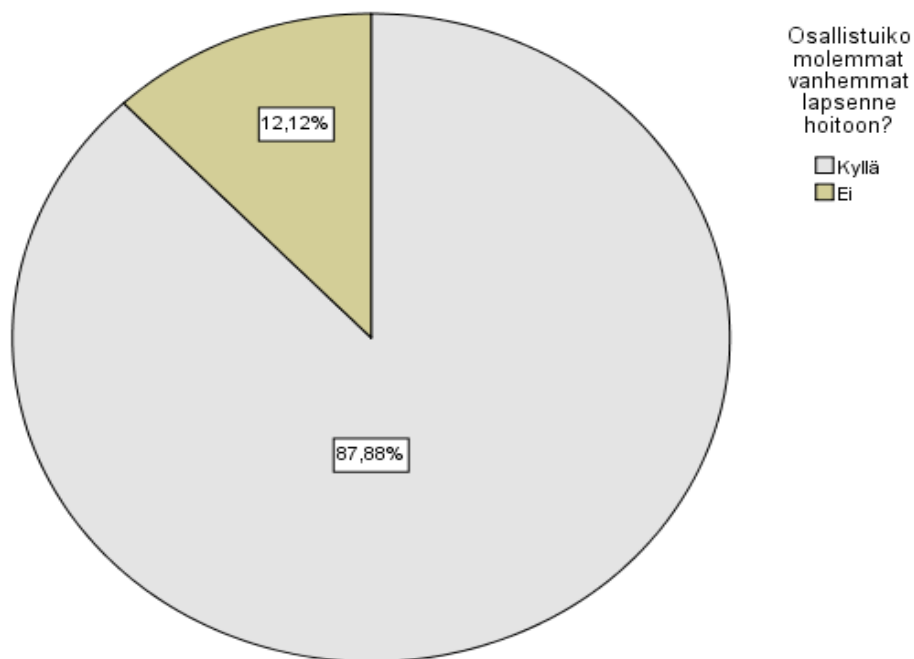
Taulukko 8. Vanhempien kokemukset siitä, kuinka ovat saaneet ottaa vastuuta lapsensa hoidosta.

Yöpyminen sairaalan lähetyksillä

Reilusti yli puolet vastaajista (= 75,8 %) kokee yöpymismahdollisuuden erittäin tärkeäksi.

Osallistuivatko molemmat vanhemmat lapsen hoitoon

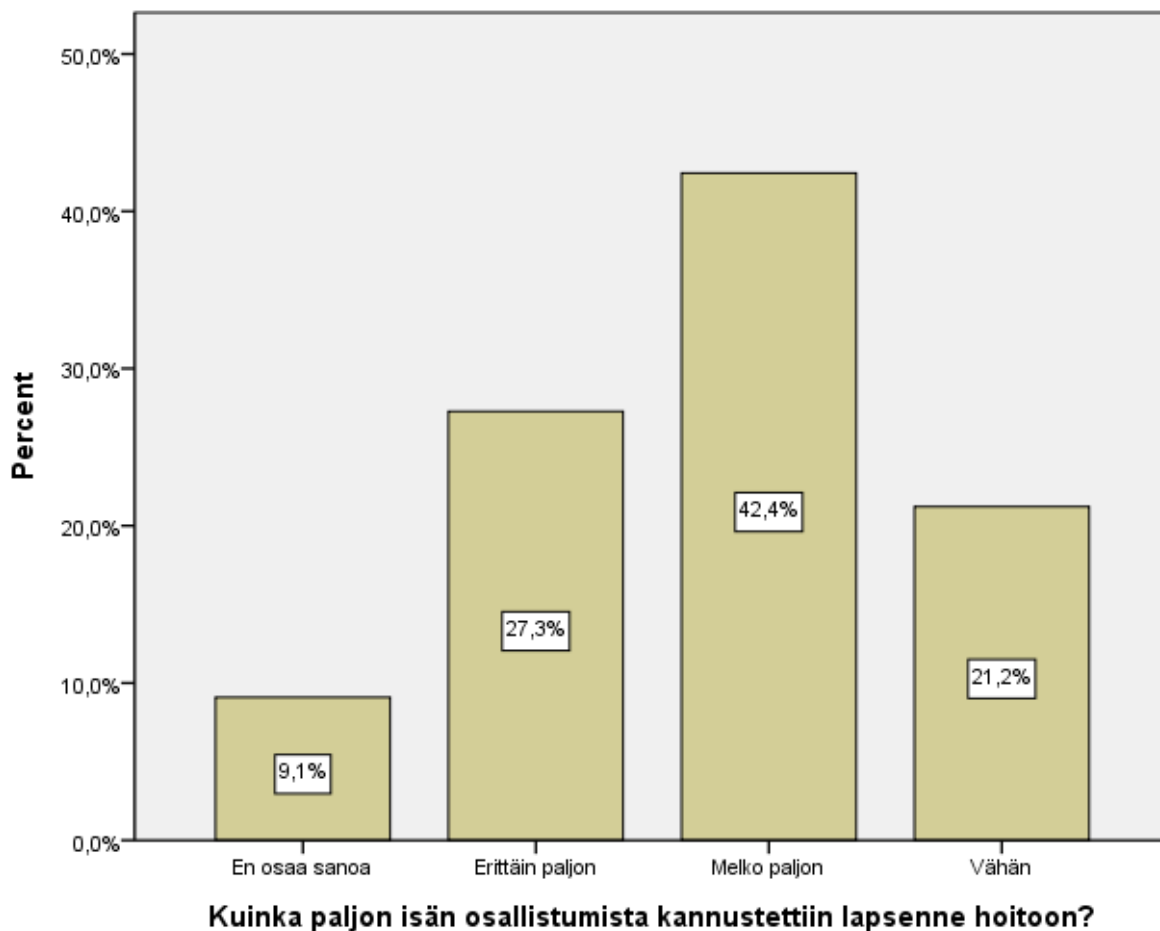
Alla oleva kuvio (kuvio 5) näyttää, että suurin osa vastaajista on kertonut että molemmat vanhemmat on osallistunut lapsen hoitoon.



Kuvio 5. Osallistuivatko molemmat vanhemmat lapsen hoitoon.

Isän kannustaminen

Viimeisenä kysymyksenä kysimme vanhemmilta, kuinka hoitohenkilökunta on kannustanut isää mukaan lapsen hoitoon. Tulokset käyvät ilmi alla olevasta taulukosta (taulukko 9.)



Taulukko 9. Isän kannustaminen

8 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää vastasyntyneiden osastolla hoidettujen lasten vanhempien kokemuksia perhehoitotyön toteutumisesta ja selvittää mitä kehittämissuhteita vanhemmilla on perhehoitotyöhön. Opinnäytetyö on osa laajempaa perhehoitotyön kehittämisprojektia neonatologiassa vuosina 2011-2012. Lisäksi tavoitteena on selvittää miten voidaan lisätä perheiden hoitotytytyväisyyttä ja perheiden turvallista oloa. Käytännössä emme vielä tiedä miten tämä opinnäytetyö on päässyt tavoitteisiinsa.

Opinnäytetyöstämme nousi samankaltaisia tuloksia kuin aikaisimmistakin tutkimuksista, jotka käsittelevät perhehoitotyötä. Vuorovaikutuksen tärkeys, omahoitajuus ja osallistuminen lapsen hoitoon koettiin tärkeäksi asiaksi.

Mielestämme olemme saaneet tutkimustulosten avulla selkeää näyttöä vanhempien kokemuksista perhehoitotyön toteutumisesta. Saimme selkeitä kuvia vanhempien ajatuksista SPSS ohjelman avulla. Teoriaopin ohjelmaan saimme aivan opintojemme alkuvaiheessa, joten tie-

dot ei olleet aivan tuoreessa muistissa. Mielestämme olemme päässeet tämän opinnäytetyön tavoitteeseen ja toivomme tästä olevan hyötyä kun uudenlaista perhehoitotyön mallia kehitetään työelämässä. Esitämme työmme Lastenlinikalla Helsingissä 15.3.2012. Jaamme tällöin osastoille osastokohtaiset tutkimustulokset, joita ei tässä työssä ole tuotu esille.

9 Johtopäätökset, suositukset ja tutkimusaiheet

Kuten aiemmassa tekstissä on tullut ilmi, keskeisintä perhekeskeisessä työssä on ymmärtää lapsen ja vanhempien olevan erottamaton kokonaisuus hoidossa. Tutkimustuloksista käy ilmi, että vanhemmat ovat päässeet hyvin osallistumaan lapsensa hoitoon, kuten syöttämiseen, kuivittamiseen ja kenguruhoitoon. Suurin osa vanhemmista on kokenut saavansa olla riittävästi mukana lapsensa hoidossa. Toisaalta taas moni vastaaja on kokenut saavansa osallistua lapsensa hoidon suunnitteluun vain vähän. Aiempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että vanhemmat tuntevat olevansa kykenemättömiä vaikuttamaan lapsen hoitoon konkreettisesti vanhemman roolin edellyttämällä tavalla. Perhe kokee myös täydellistä riippuvuutta ulkopuolisesta avusta. Hoitajan on tärkeä tukea vanhemmuutta, varhaista vuorovaikutusta, antaa ohjausta esim. kylvetyksessä ym. Tämän tutkimuksen perusteella voimme todeta suurimman osan vastaajista saaneenkin tukea hoitajilta, koska yli puolet vastaajista on kokenut saavansa erittäin paljon ohjausta lapsensa hoitoon ja yli kolmekymmentä prosenttia melko paljon. Keskosvauvan ja tämän vanhempien vuorovaikutus lisääntyy hyvin yksinkertaisten toimien kautta.

Uudenlainen perhehoitotyön malli tähtää siihen että vanhemmilla olisi mahdollisuus yöpyä sairaalassa tai sairaalan lähetyvillä lapsen sairaalassa olon aikana. Tämä tutkimus tukee kyseisen mahdollisuuden tarpeellisuutta, koska reilusti yli puolet vastaajista (75,8 %) kokee yöpymismahdollisuuden erittäin tärkeäksi. Tämä vaatiikin paljon järjestelyjä jo pelkästään tilojen puolesta, koska nykyisellään monessa sairaalassa osastot ovat ahtaita eikä niissä ole vanhemman mahdollisuutta yöpyä.

Tämä tutkimuksen tarkoituksena on ollut selvittää vanhempien ajatuksia perhehoitotyön toteutumisesta vastasyntyneiden osastoilla. Mielestämme tämä tutkimus on tuonut hyvin esille vanhempien kokemuksia. Mielestämme tutkimuksen perusteella voimme todeta vanhempien olevan pääosin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Mielestämme tämä tutkimus on hyödyksi kun uudenlaista perhehoitotyönmallia kehitetään. Tutkimus tuo ilmi, kuinka tärkeäksi vanhemmat kokevat mahdollisuuden osallistua hoitoon. Tutkimuksen myötä voidaan pohtia esimerkiksi osastojen tiloja niin, että vanhemmat voivat yöpyä siinä. Saataisiinko näiden keinojen kautta esimerkiksi sairaalassaolo aikaa lyhennettyä, kuten tämän työn alussa esitettyssä tutkimuksessa on todettu? Kehittämiskohteita voisi mielestämme olla keskoslasten vanhempain ryhmän kehittäminen niin, että siihen osallistuisi enemmän vanhempia, vanhempien mukaan ottami-

nen lapsen hoidon suunnitteluun sekä yöpymismahdollisuuden järjestäminen sairaalassaolon ajaksi. Toivomme tästä tutkimuksesta olevan paljon hyötyä kun uudenlaista perhehoitotyön mallia kehitetään.

Tästä aiheesta saa varmasti paljon uusia tutkimuksia, esimerkiksi perhehoitotyön kehittämisen tiimoilta. Sitten kun uudenlainen perhehoitotyön malli on kehitetty, olisi varmasti mielenkiintoista teettää uusi kysely vanhemmille kuinka he kokevat perhehoitotyön toteutumisen uudella perhehoitotyön mallilla ja tutkimustuloksia voitaisiin verrata aiempiin tutkimuksiin.

10 Lähteet

Axelin, A. 2011. Vanhemmat paras kivunlievitys keskoslapselle. *Sairaanhoitaja* 2011 : 9. Scanweb Oy. Kouvola

Etzell, S., Korpivaara, L., Lukkarinen, T., Nikula, A., Pekkarinen, I., Peni, R., Värmälä, H-M. 1998. Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Kirjayhtymä Oy. Tampere.

Gissler, M. & Vuori, E. Synnytykset ja vastasyntyneet 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [PDF-dokumentti]. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr26_10.pdf. (Viitattu 9.2.2011).

Hermansson E. Isäksi ja äidiksi kasvetaan, ei synnytä! Lapsiperheen omakirja. 2008. [WWW-tiedosto] http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00021 (viitattu 9.2.2011)

Hermansson E. Isän osallistuminen ja sitoutuminen lapsen hoitoon. Lapsiperheen omakirja. 2008. [WWW-tiedosto] http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00022 (viitattu 9.2.2011).

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.
Inberg, Elise., Axelin, A. & Salanterä, S. 2007. Keskosvauvan ja vanhempien varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen hoitotyön menetelmin. *Hoitotiede* 2008:4. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.

Jakobsson, M. & Paavonen, J. 2009. Ennenaikaisen synnytyksen epidemiologiaa ja etiologiaa. *Duodecim* 2009;125(12):1317-23.

<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98129&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinumero.> (Viitattu 9.2.2011).

Jurvelin, T., Kyngäs, H. & Bäckmän, K. 2004. Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimukset. *Hoitotiede* Vol. 2005 :1. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.
Kankkunen P. ja Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

Keskonen. 2004. MLL. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Lapsi eri ikävuosina. Opaskirja. Miktor.

Korhonen A. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena. Tuen sisällölliset piirteet, kustannukset ja vaikutukset keskosten ensimmäisen elinvuoden hoitokustannuksiin. 2003. [WWW-tiedosto] <http://herkules.oulu.fi/isbn9514271912/html/index.html> (viitattu 9.2.2011).

Krause, K ja Kiikkala, I. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. 1997. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1997. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1999 :1. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.

Lagström, H., Pösö, T., Rutanen, N. & Vehkalahti, K. (toim.) 2010. Lasten ja nuorten tutkimuksen etiikka. Yliopistopaino. Helsinki.

L 1999/488= Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. Suomen laki. [WWW-sivu].

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>. (Viitattu 6.4.2011).

Larivaara, P., Lindroos, S., Heikkilä, T. 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Kustannus Oy Duodecim.

Lassila, R. 2006. Keskosen vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoidon aikana. [PDF-tiedosto]. Tampere. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos. (Viitattu 2.2.2011). Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00914.pdf>.

Lyytinen P., Korhonen M.,Lyytinen H. (toim.) 1995. Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan. WSOY.Porvoo .

Mamia T. SPSS -alkeisopas. Statistical Package for Social Sciences. Tampereen yliopisto. 2005.[WWW-tiedosto] http://www.uta.fi/~tero.mamia/opetus/SPSS_alkeisopas.pdf (viitattu 13.4.2011).

Niemelä P., Siltala P.,Tamminen T.(toim.) 2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. Juva.

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

Paunonen, M. Vehviläinen- Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva. Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 2002:5. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.

Potinkara. Heli. 2004. Auttava kanssakäyminen. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Puotinniemi, T., Kyngäs, H. & Nikkonen, M. 2000. Psykiatrisessa osastohoidossa olevien lasten vanhempien selviytymisvaatimukset ja -keinot. Hoitotiede 2000: 6. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.

Ranta, T., Paavilainen, E. & Tarkka, M-T. 2003. Perhehoitotyön toteutuminen lastenpsykiatrisella osastolla ja perheen elämäntilanne. *Hoitotiede* 2003:5. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.

Salonen A. 2010. Parenting Satisfaction and Parenting Self-Efficacy during the Postpartum Period. Evaluation of an internet-based intervention. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. [WWW-tiedosto] <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8203-8.pdf> (viitattu 4.4.2011).

Santahuhta, U., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2001. Perhekeskeisen hoitotyön kehittymisen lasten hoitotyössä- analyysi kolmesta oppikirjasta. *Hoitotiede* 2001:6. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto Tukija. 2009. MUISTILISTA EETTISTEN TOIMIKUNTIEN JÄSENILLE JA TUTKIJOILLE. [PDF-tiedosto].

http://www.tukija.fi/c/document_library/get_file?folderId=18753&name=DLFE-680.pdf. (Viitattu 6.4.2011).

Tonttila T. 2009. Vanhemmuuden kokemukset ja kasvatuskumppanuuden merkitys vammaisen lapsen perheessä. [www-tiedosto] http://www.cp-liitto.fi/files/881/Tuula_Tonttila_2_.pdf (viitattu 3.4.2011).

Valtari M. 2004. SPPS-opas. Perusteet. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Tieto- ja viestintäteknikka. [WWW-tiedosto] <http://www.valt.helsinki.fi/tvt-opetus/spss-opas.pdf>. (viitattu 3.10.2011)

Örtenstrand, A., Westrup, B. Berggren Broström, E. Sarman, I. Åkerström, S. Brune, T., Lindberg, L. & Waldenström, U. 2009. The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: Effects on Length of Stay and Infant Morbidity. *Pediatrics*. 2010: 125: 278-285. American academy of Pediatrics.

TIEDOTE VANHEMMILLE

Arvoisa vanhempi!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Laurea-ammattikorkeakoulusta Tikkurilan toimipisteestä. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on ”Perhehoitotyön toteutuminen vastasyntyneiden osastolla, kyselytutkimus vanhemmille”. Tarkoituksemme on selvittää lasten vanhempien kokemuksia perhehoitotyön toteutumisesta ja kuulla parannusehdotuksia. Opinnäytetyömme on osa kehittämisprojektia, jossa kehitellään uudenlaista perhehoitotyön mallia. Selvitämme kyselylomakkeen avulla vanhempien kokemuksia perhehoitotyön toteutumisesta.

Pyydämme teitä kohteliaimmin osallistumaan tähän tutkimukseen täyttämällä oheisen kyselylomakkeen. Toivomme teidän vastaavan kyselyyn viikon kuluessa. Kyselylomakkeen mukana on kirjekuori, johon voitte sulkea kyselylomakkeen. Kirjekuoren voitte jättää osastolle, jossa lapsenne on hoidossa. Osasto toimittaa kyselylomakkeen edelleen meille tekijöille.

Olemme saaneet puoltavan lausunnon tutkimuksen eettisyydestä eettiseltä toimikunnalta ja tutkimusluvan kohdeorganisaatiosta. Tutkimuksen peruslähtökohtana on vapaaehtoisuus. Teillä on oikeus missä tahansa tutkimuksen vaihetta keskeyttää tutkimus. Tutkimuksesta kieltäytymisen tai tutkimuksen keskeyttämisen syytä ei tarvitse tuoda esille. Tutkimuksesta kieltäytymisen ei vaikuta lapsenne hoitoon. Käsittelemme vastaukset luottamuksellisesti sekä nimettömästi. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Yksittäistä henkilöä ei voida tunnistaa tutkimusraportista.

Tarvittaessa voitte ottaa meihin myös yhteyttä. Kiitos vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin:

Opinnäytetyötä tekevät opiskelijat: Jenni Keski-Kuha ja Saija Kiuru puh: Laurea (09) 8868 7300

(etunimi.sukunimi@laurea.fi)

Opinnäytetyötä ohjaava opettaja: Tanja Tamminen

(etunimi.sukunimi@laurea.fi)

Työelämän yhteyshenkilö: Hoitotyön kliininen asiantuntija Kirsi Lindfors puh: 050-4270682

(etunimi.sukunimi@hus.fi)

Taustatiedot

Olkaa ystävällinen, ja ympyröikää seuraavista tiedoista oikea vaihtoehto.

1. Ikänne _____? (vastaa vuoden tarkkuudella)

2. Pohjakoulutus

1. Peruskoulu/keskikoulu
2. Ammatillinen koulutus
3. Ammattikorkeakoulu
4. Yliopisto

3. Siviilisääty

1. Avoliitossa
2. Avioliitossa
3. Naimaton
4. Leski

4. Kuinka paljon saitte mielestänne henkilökunnalta apua tunteiden purkuun?

1. Erittäin paljon
2. Melko paljon
3. Vähän
4. En lainkaan
0. En osaa sanoa

5. Saitteko mielestänne riittävästi keskusteluapua?

1. Kyllä
2. Ei
3. Ei ole tarvetta
0. En osaa sanoa

6. Kuinka tärkeäksi koette keskusteluavun henkilökunnan kanssa?

1. Erittäin tärkeäksi
2. Melko tärkeäksi
3. Ei niin tärkeäksi
4. Ei lainkaan tärkeäksi
0. En osaa sanoa

7. Oletteko osallistuneet keskoslasten vanhempainryhmään?

1. Kyllä
2. Ei

8. Jos vastasitte kyllä, kuinka tarpeelliseksi sen koitte?

1. Erittäin tärkeäksi
2. Melko tärkeäksi
3. Ei niin tärkeäksi
4. Ei lainkaan tärkeäksi
0. En osaa sanoa

9. Kuinka paljon saitte tietoa lapsenne terveydentilasta?

1. Erittäin paljon
2. Melko paljon
3. Vähän
4. En lainkaan
0. En osaa sanoa

10. Kuinka paljon saitte mielestänne osallistua lapsenne hoidon suunnitteluun?

1. Erittäin paljon
2. Melko paljon
3. Vähän
4. En lainkaan
0. En osaa sanoa

11. Kuinka tärkeäksi koette sen, että pääsette mukaan lapsenne hoidon suunnitteluun?

1. Erittäin tärkeäksi
2. Melko tärkeäksi
3. Ei niin tärkeäksi
4. Ei lainkaan tärkeäksi
0. En osaa sanoa

12. Onko lapsellanne nimetty omahoitaja?

1. Kyllä
2. Ei
0. En osaa sanoa

13. Jos vastasitte kyllä, kuinka tärkeäksi koette omahoitajuuden?

1. Erittäin tärkeäksi

2. Melko tärkeäksi
3. Ei niin tärkeäksi
4. Ei lainkaan tärkeäksi
0. En osaa sanoa

14. Kuinka pääsitte mukaan lapsenne hoitoon? (Kenguru hoito, syöttäminen, kuivitus)

1. Kenguruhoito
2. Syöttäminen
3. Kuivitus

15. Saitteko mielestänne olla riittävästi mukana lapsenne hoidossa?

1. Kyllä
2. Ei
0. En osaa sanoa

16. Kuinka paljon saitte mielestänne ohjausta lapsenne hoitoon? (esim. imetykseen, kylvetykseen, kuivitukseen jne.)

1. Erittäin paljon
2. Melko paljon
3. Vähän
4. En lainkaan
0. En osaa sanoa

17. Kuinka paljon mielestänne teitä on tuettu varhaisen vuorovaikutukseen? (kaikki lapsen ja vanhempien yhdessä tekeminen, kokeminen ja oleminen ensivuosina.)

1. Erittäin paljon
2. Melko paljon
3. Vähän
4. En lainkaan
0. En osaa sanoa

18. Kuinka paljon saitte mielestänne ottaa vastuuta lapsenne hoidosta?

1. Erittäin paljon
2. Melko paljon
3. Vähän
4. En lainkaan
0. En osaa sanoa

19. Kuinka tärkeäksi koette sen, että vanhemmilla/perheellä olla mahdollisuus yöpyä sairaalan lähetyvillä lapsen sairaalassaolon aikana?

1. Erittäin tärkeäksi
2. Melko tärkeäksi
3. Ei niin tärkeäksi
4. Ei lainkaan tärkeäksi
0. En osaa sanoa

20. Osallistuiko molemmat vanhemmat lapsenne hoitoon?

1. Kyllä
2. Ei

21. Kuinka paljon isän osallistumista kannustettiin lapsenne hoitoon?

1. Erittäin paljon
2. Melko paljon
3. Vähän
4. En lainkaan
6. Isä ei mukana lapsen hoidossa
0. En osaa sanoa

LÄMMIN KIITOS ARVOKKAISTA VASTAUKSISTANNE!

05/2011 J. K-K/S.K

Liite 1. Kyselylomake vanhemmille.

12 Tutkimustaulukko

Tutkijat	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusjoukko	N	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Tiina Jurvelin, Helvi Kyngäs, Kaisa Backman 2004.	Kuvata pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimuksia	Pitkäaikaissairaiden lasten vanhemmat	19 kansainvälistä artikkelia, 3 Suomalais-tutkimusta. Analysoitavia artikkeleita yhteensä 22.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimuksia olivat lapsen sairauden aiheuttamat tunnereaktiot, lapsen sairauden hoitaminen, konkreettisen avun tarve, lapsen kehitys, lapsen sairauden kulku, perheen ja perheenjäsenten asema ja samanaikaiset muutokset ja stressitekijät.
Anna-Maija Pietilä, Katri Vehviläinen-Julkunen, Tarja Välimäki, Arja Häggman-Laitila 2000.	Lapsiperheprojektiin osallistuneiden lasta odottavien ja alle kolmevuotiaiden lasten perheiden kokemuksia varhaisesta tuesta ja tuen merkityksestä heidän elämäntilanteessaan.	Lapsiperheprojektiin osallistuneet lasta odottavat ja alle kolmevuotiaat lasten perheet	20	Teemahaastattelu	Perheet kokivat saaneensa Lapsiperheprojektissa tukea elämäntilanteeseensa. Tuki ilmeni menetelmien kuvaamisena ja perheen kokemuksina saadusta tuesta. Perheet kuvasivat saaneensa tukea henkiselle kasvulle. Vanhemman itsetuntumuksen, kykyjen ja vaikeuksien tunnistaminen ovat perusta koko perheen elämäntilanteen suuntaamiseksi myönteiseksi.
Tyyne Ranta, Eija Paavilainen, Marja-Terttu	Kuvata perheiden ilmaisemia merkityksiä toteutuneesta perhehoitotyöstä ja perheiden	Yhden keskus sairaalan neljän lastenpsykiatriassa osastohoidossa olleen 7-12	14 perheenjäsentä	Avoin haastattelu, koko perhe	Toteutunut perhehoitotyö sisälsi omahoitajan työskentelyn. Hyvä omahoitaja on

Tarkka 2003.	elämäntilanteesta lapsen ollessa hoidossa lastenpsykiatrisella osastolla.	vuotiaan lapsen perheet.			avoin, luonteva ja lapsen asiat parhaiten tunteva. Yhteistyötä perhe teki päivittäin omahoitajan kanssa. Merkityksellistä oli osaston säännöllinen päivärytmi, hoitajien läsnäolo, ajan antaminen ja lapsen sosiaalisten taitojen. Informaatio koettiin puutteelliseksi. Osaston toimintatavoissa oli jäykkyyttä. Osastolla lapset ikävöivät, mikä häiritsi perheen elämäntilannetta. Vanhempien tiheät hoitokäynnit aiheuttivat ongelmia perheen muulle ajankäytölle.
Tiina Puotiniemi, Helvi Kyngäs, Merja Nikkonen 2000.	Selvittää psykiatrisessa osastohoidossa olevien lasten vanhempien selviytymisvaatimuksia ja -keinoja.	Tutkimusaineisto kerättiin 19 sairaalasta, jossa on lasten psykiatrisen osasto. Tutkimukseen osallistui sillä hetkellä psykiatrisessa osastohoidossa olevien lasten vanhemmat.	79	Kyselylomake	Vanhemmat pitivät psykiatrisessa osastohoidossa olevan lapsen kasvatamista vaikeana. Monet kokivat avuttomuutta lapsen hoidossa. Lapsen hoito rajoitti muun perheen toimintaa. Perheissä ristiriidat lisääntyivät ja sosiaaliset suhteet vähentyivät. Lapsen sairaus aiheutti taloudellisia huolia. Vanhemmat käyttivät sekä ongelmia että tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja. Van-

					hemmat arvioivat omaavansa hyvät tiedot ja taidot osastohoidossa olevan lapsen hoitoon ja kasvatukseen. Suurin osa halusi nykyistä enemmän tietoa lapsen hoitoon ja kasvatukseen liittyen. Vain harvat vanhemmat pystyivät halutessaan irrottautumaan osastohoidossa olevan lapsen hoidosta.
Hanna Majjala, Mika Helminen, Tarja Heino-Tolonen, Päivi Åstedt-Kurki 2008.	Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää substansiivisen vuorovaikutusteorian pohjalta kaksi mittaria perheiden hoitamisen arviointiin.	1-3 vuotiaiden, äkillisesti sairaalahoitoa tarvitsevat lasten perheet sekä heitä hoitanut henkilökunta. Tutkimus toteutettiin neljässä suomalaisessa sairaalassa 15 lasten vuodeosaastolla.	v. 2006 - 2007 91 vanhempaa+106 henkilökuntaa, v.2007-2008 161 vanhempaa+239 henkilökuntaa	Likert-asteikkoinen mittari	Onnistunut vuorovaikutus perheen ja hoitavien henkilöiden välillä on erityisen tärkeää, jotta sairaalasaolosta jää myönteinen kokemus perheelle. Perheen hyvinvointia tuetaan toimivan vuorovaikutuksen kautta. Toimiva vuorovaikutus edistää perheen hyvinvointia. Hoitavilla henkilöillä on tärkeä rooli perheitä auttavan hoitotyön toteutuksessa. On oleellista saada tietoa siitä, missä vaiheessa hoito-henkilökunnan toiminta ei vastaa avun tarvetta. Sellaisten mittareiden kehittäminen on tärkeää, joiden avulla voidaan arvioida henkilökunnan toi-

					<p>mintaa ja perheen kokemuksia vuorovaikutuksesta. Sillä perheiden kanssa tehtävää työtä voitaisiin edistää.</p>
<p>Anne Korhonen 2003.</p>	<p>Kuvailla vauvaperhetyön sisältöä, arvioida vauvaperhetyön tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia sairaalalle sekä vertailla siihen osallistumisen vaikutuksia keskosten ensimmäisen elinvuoden hoitokustannuksiin.</p>	<p>1996-1998 Itä- ja Pohjois-Suomen alueilla hoidetut keskokset (< 32 vk). Kaikille keskosille annettiin tavanomainen hoito, jonka lisäksi interventioryhmän keskokset osallistuivat vauvaperhetyöhön. Vauvaperhetyön sisällöllistä piirteistä koottiin tietoa kahden äiti-ryhmän teemahaastattelulla. Ensimmäisen aineiston äidit kuvailivat keskosten hoitoa kotona. Toisen aineiston äidit kuvailivat vauvaperhetyön sisältöä.</p>	<p>Interventio ryhmä N=18, verrokki ryhmä N=118, ensimmäisen aineiston äidit N=17, toisen aineiston äidit N= 7.</p>	<p>Teemahaastattelu, interventio</p>	<p>Keskosten äitiys oli erilaista äitiyttä, jota määrittivät keskosten hoidon asettamat vaatimukset ja äitien emootiot. Päivittäisen hoidon, tiedon tarpeen ja erilaisen arjen asettamat tiedolliset ja taidolliset haasteet hoidon vaatimuksissa korostuivat. Äitien emootiot sisälsivät keskosten terveydentilaan ja kehitykseen liittyviä pelkoja, huolia ja syyllisyyden tunteita. Näitä esiintyi myös äitiin itseensä kohtaan. Vauvaperhetyön keskeinen sisältö muodostui tilannekohtaisen, keskosten hoitoon sovelletun erityistiedon antamisesta sekä perhetyöntekijän saavutettavuudesta. Muita vauvaperhetyön antaman tuen muotoja olivat emotionaalinen, integroiva ja aktiivinen tuki. Vauvaperhetyön</p>

					<p>tuottaminen maksoi sairaalle keskimäärin 970 euroa yhtä lasta kohden. Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että vauvaperhetyöllä voidaan vastata keskosten äitien tuen tarpeisiin lisäämättä merkittävästi hoitokustannuksia.</p>
--	--	--	--	--	---

13 Taulukot

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma	20
Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden pohjakoulutus	22
Taulukko 3. Henkilökunnalta saatu apu tunteiden purkuun	23
Taulukko 4. Saitteko mielestänne riittävästi keskusteluapua?	24
Taulukko 5. Lapsen hoidon suunnittelu	27
Taulukko 6. Kuinka tärkeäksi vanhemmat kokevat sen, että pääsevät mukaan lapsen hoidon suunnitteluun	28
Taulukko 7. Saiko vanhemmat olla riittävästi mukana lapsensa hoidossa	30
Taulukko 8. Vanhempien kokemukset siitä, kuinka ovat saaneet ottaa vastuuta lapsensa hoidosta	32
Taulukko 9. Isän kannustaminen	34

14 Kuviot

Kuvio 1. Keskoslasten vanhempainryhmään osallistuminen	25
Kuvio 2. Lapsen terveydentilasta saatu tieto	26
Kuvio 3. Kuinka tärkeäksi koette omahoitajuuden	29
Kuvio 4. Saadun ohjauksen määrä	31
Kuvio 5. Osallistuivatko molemmat vanhemmat lapsen hoitoon	33

