

**NAISTEN KOKEMUKSIA ANTENATAALISESTA
SAIRAALAHOIDOSTA**

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu – tutkielma
Heli Kondelin
Syyskuu 2003
Ohjaaja Ritva Raatikainen

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos

HELI KONDELIN Naisten kokemuksia antenataalisesta sairaalahoidosta

Pro gradu – tutkielma, 66 sivua, 5 liitettä

Ohjaaja VTT, THT Ritva Raatikainen

Hoitotiede

Syyskuu 2003

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata antenataalisessa sairaalahoidossa olleiden naisten kokemuksia omasta tilastaan, hoitotoiminnasta ja hoitoympäristöstä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa antenataalisen hoidon kehittämiseksi sairaalassa.

Tutkimukseen osallistui 193 naista, jotka olivat antenataalisessa sairaalahoidossa yliopistollisessa keskussairaalassa. Aineisto kerättiin syksyllä 2001 itse kehitetyllä Likert-tyyppisellä kyselylomakkeella, joka rakentui taustatiedoista sekä potilaan omaa tilaa, hoitotoimintaa sekä hoitoympäristöä koskevista kysymyssarjoista. Pääasiassa strukturoitu lomake sisälsi myös avokysymyksiä. Vastausprosentti oli 76,8. Aineistoa kuvailtiin tilastollisesti frekvenssi- ja prosenttijakaumin sekä keskiluvuin. Tilastomenetelminä käytettiin lisäksi ristiintaulukointia, khiin neliö – testiä sekä varianssianalyysia.

Antenataalisessa sairaalahoidossa olevat naiset kokivat useimmin liikkumisen rajoittumista ja nukkumisvaikeuksia, koti-ikävää, pitkästymistä ja surullisuutta. Eniten oltiin huolestuneita odotetun lapsen terveydestä. Vaikeinta oli epätietoisuus tulevasta. Pitempään sairaalahoidossa olleiden joukossa koettiin muita useammin fyysisistä epämukavuutta, huolta synnytyksestä sekä negatiivisia tunteita. Valtaosa naisista piti hoitoa ammattitaitoisena ja kommunikaatiota tasavertaisena. Nuoret äidit kokivat vanhempia useammin puutteita kommunikaatiossa. Useimmin puutteena oli potilaiden mielestä riittämätön tiedonsaanti sekä hoitolinjojen ja saatujen tietojen ristiriitaisuus hoitavien henkilöiden, etenkin lääkärien vaihtuessa. Tietoa haluttiin lisää etenkin tulevasta tapahtumista ja omasta tilasta. Keskeinen tekijä antenataalisessa hoidossa oli hoitohenkilökunnan ja potilastovereiden muodostama ympäristö. Hoitoympäristön psykososiaaliset tekijät koettiin fyysisiä keskeisempinä tekijöinä; parannusta haluttiin fyysisen ympäristön psykososiaalisiin tekijöihin, kuten yksityisyyteen ja virikkeisiin. Häiriötä aiheutti useimmin huoneilman tunkkaisuus ja melu.

Tutkimustulosten pohjalta voidaan todeta, että antenataalisessa sairaalahoidossa saatu hoito ja kommunikaatio koettiin pääosin positiiviseksi. Entistä enemmän huomiota tulisi kuitenkin kiinnittää riskiraskauspotilaiden tiedon saantiin ja yhdenmukaisiin hoitolinjauksiin, potilasta hoitavien henkilöiden kesken.

Avainsanat: raskauskomplikaatio, riskiraskaus, sairaalahoido

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
Department of Nursing Science

HELI KONDELIN Women's experiences about antenatal hospitalization.

Masters Thesis, 66 pages, 5 appendices
Supervisor Ritva Raatikainen D.Soc.Sci., Ph.D

Nursing Science
September 2003

The purpose of this study was to describe experiences of those women who had been hospitalized because of risk pregnancy. It describes how they experience their own status, nursing and environment in the hospital. The object was to produce information for developing the antenatal care in hospital setting.

The study was participated by 193 women, who had been hospitalized for antenatal care in university hospital. Research data was gathered in autumn 2001 by using a self-constructed Likert-type questionnaire, which consisted patient's background information and questions about their experiences of their own status, nursing and environment in the hospital. In this mainly structured questionnaire there were also open ended questions. The response rate was 76.8 %. The data was described by using frequency and percent distribution and mean. Cross tables, inferential statistics: chi-square test and analysis of variance were used as statistical methods.

Women in antenatal hospitalization experienced most frequently restrictions in exercise and sleeping difficulties, home-sickness, boredom and sadness. Health of the expected baby was worried most commonly. Most difficult was uncertainty about future. Physical discomfort, worry about the baby and negative feelings were more common among those who had been hospitalized over a week than other women. The majority of women felt that hospital care was skilled and communication equal. Young mothers experienced more frequently defects in communication than older mothers. Insufficient information and discrepancy of treatment and information among health personnel, especially doctors, were most frequently experienced defect. More information was expected especially about future events and own health status. An essential factor in antenatal care was the psychosocial environment composed of nursing staff and other patient. Psychosocial factors in environment were experienced more essential than physical; improvement was wished in the aspect of physical environment that were connected with psychosocial factors like privacy and activities. Disturbance was most frequently caused by bad quality of air in patient room and noise.

It can be said according to the study results, that patients' experience in antenatal hospitalization is mainly positive in part of care received and communication. More attention ought to be given to information received by patients with risk pregnancy and uniformity of patient care among health personnel.

Keywords: pregnancy complications, high risk pregnancy, hospitalization

SISÄLLYS

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	2
2. TUTKIMUSTEHTÄVÄT	4
3. KIRJALLISUUSKATSAUS	4
3.1 Sairaalahoidossa olleiden potilaiden kokemuksia omasta tilastaan, hoitotoiminnasta ja hoitoympäristöstä	4
3.2 Potilaiden kokemuksia antenataalisesta sairaalahoidosta	13
3.3 Yhteenveto kirjallisuudesta	21
4. TUTKIMUKSESSA KÄYTETTÄVÄT KÄSITTEET	24
5. TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	25
5.1 Tutkimushenkilöt ja aineiston keruu	25
5.2 Mittari	27
5.3 Aineiston käsittely ja analyysi	28
5.4 Tutkimuksen luotettavuus	30
5.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset	31
6. TULOKSET	31
6.1 Antenataalisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden tausta	31
6.2 Kokemus omasta tilasta sairaalahoitajakson aikana	34
6.3 Kokemus hoitotoiminnasta sairaalahoitajakson aikana	40
6.4 Kokemus hoitoympäristöstä sairaalahoitajakson aikana	48
7. POHDINTA	51
7.1 Tutkimusmenetelmien tarkastelua	51
7.2 Tutkimustulosten tarkastelua	52
8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN MERKITYS	57
LÄHTEET	60
LIITTEET	
LIITE 1. Kyselylomake	
LIITE 2. Kyselylomakkeen saatekirje	
LIITE 3. Tutkimuslupa-anomus	
LIITE 4. Tutkimuslupa	
LIITE 5. Avoimiin kysymyksiin liittyvät taulukot	

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Lapsen saamiseen sisältyy fyysisiä ja psykososiaalisia muutoksia, jotka edellyttävät naiselta ja perheeltä kypsymistä ja mukautumista uudenaikaiseen tilanteeseen. Neuhausin ym. (1994) ja Stathammin ym. (1997) tutkimuksessa tuli esille, että loppuraskaudessa odotukset kohdistuivat synnytyksen mahdollisimman luonnonmukaiseen ja häiriöttömään kulkuun sekä syntyvän lapsen turvallisuuteen. Eniten raskaana olevat pelkäsivät lapsen vointia uhkaavia tekijöitä.

Riskisyntyneiden osuus on vuodesta 1991 vuoteen 2001 lisääntynyt 21 %:sta 30 %:iin. Vuonna 2002 Suomessa oli 54698 synnytystä, lapsia syntyi 55546, näistä 55333 elävänä. Syntyneistä lapsista ennenaikaisia oli 5,9 % (alle 37 raskausviikkoa) ja 4,5 % alle 2500 grammaa painavia. Vain osa riskiraskauksista edellyttää sairaalaseurantaa ja -hoitoa. Suuntaus on vähentää antenataalisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden määrää hoitamalla yhä useampia potilaita mahdollisimman pitkälle polikliinisesti. Osittain lisääntynyttä sairaalahoitoa selittää synnyttäjien taustan muuttuminen, esimerkiksi yli 35-vuotiaiden synnyttäjien osuus on jatkuvasti kasvussa (19,2 % vuonna 2002, 15,1 % vuonna 1995). Yli 35-vuotiailla oli 29 % enemmän poliklinikkakäyntejä ja 32 % enemmän raskauden aikaista sairaalahoitoa kuin muilla synnyttäjillä. (Gissler, Vuori 2003, Stakes 2002, 2003)

Sairaalahoidossa olevilla odottavilla äideillä näkökulma raskauteen ja synnytykseen muuttuu, kun äidin tai lapsen vointia uhkaava tekijä on jo olemassa (Heaman 1998, Gupton ym. 2001). Biolääketieteellisten tekijöiden ohella myös tällaisen lisääntyneen henkisen rasituksen arvioidaan olevan yhteydessä synnytystulokseen, kuten gestaatioikään ja syntymäpainoon (Crandon 1979, Hedegaard ym. 1993, Wadhwa ym. 1993). Monille naisille tämä on myös ensimmäinen kokemus sairaalahoidosta. Laadullisesti korkeatasoiseen hoitoon kuuluu lääketieteellisen hoidon suunnittelun ja toteutuksen lisäksi potilaan tunne-elämän huomioiminen, huolien ja pelkojen kuunteleminen, huomaavainen kohtelu, tiedon antaminen sekä potilaan yksityisyyden ja yksilöllisyyden huomioon ottaminen (Kukkola 1997, Hiidenhovi 2001, Töyry 2001). Antenataalinen, raskauden synnytystä edeltävä hoito, sisältääkin vaativia sekä psyykkisiä että somaattisia haasteita obstetriselle moniammatilliselle hoitotiimille.

Sairaalahoitoon ja hoitoympäristöön sisältyvien tekijöiden kokemiseen stressitekijöinä ovat yhteydessä synnynnäiset tekijät, aikaisemmat kokemukset ja käsitys itsestä (Scott 1981, Frain 1981). Hyvä hoito sisältää potilaan tukemisen hänen sopeutuessaan lisääntyneeseen stressiin ja valmistautuessaan lapsen syntymään tilanteessa, jossa äidin tai lapsen terveyttä uhkaava riskitekijä on tunnistettu. Mukautumisessa stressaavaan tilanteeseen sekä stressin helpottamiseksi sairaalahoidon aikana pidetään tärkeänä yksilön ympäristöltään, mm. hoitohenkilökunnalta, saamaa tukea (Albrecht ym. 1989). Tällä ymmärretään kaikkea sitä toimintaa, jolla pyritään tietoisesti tai tiedostamatta lievittämään tai poistamaan stressitekijöiden haitallisia vaikutuksia. Tuen katsotaan sisältävän henkisen ja aineellisen tuen sekä tiedonsaannin. (Norbeck 1981, Kumpusalo 1991).

Myös keskusteluissani antenataalisessa hoidossa olevien potilaiden ja heitä hoitavien henkilöiden kanssa tuli esille potilaiden ambivalentit tunteet hoitoaan kohtaan. Yhtäältä hoidon tarve myönnetään ja ymmärretään, mutta toisaalta joidenkin potilaiden on vaikea motivoitua hoitoonsa sairaalassa, koska he kokevat itsensä fyysisesti terveiksi ilman kliinisiä oireita. Varsinkin pitkästymisen virikkeiden puutteen ja lepo­hoidon vuoksi on tullut esille monissa keskusteluissa.

Raskaana olevien kokemuksia on tutkittu laajalti. Tutkimukset keskittyvät varsinkin kotimaassa pääosin normaaliin raskauteen, raskauden seurantaan avohoidossa sekä synnytykseen. Hoitotieteellisiä tutkimuksia sairaalahoidossa olevien riskiraskauspotilaiden kokemuksista on vähemmän ja monissa tutkimuksissa varsin pienillä otoksilla. Tämä tutkitun tiedon vähäisyys vaikeuttaa hoidon suunnittelua ja toteutusta tilanteessa, jossa minimaalisilla henkilöstöresursseilla hoidetaan suhteellisen suurta määrää potilaita ja henkilökunnan aika kutakin potilasta kohden on varsin rajallinen. Tiedon puuttuessa ongelmallista on tunnistaa ne tekijät, jotka kullakin antenataalisessa sairaalahoidossa olevalla potilaalla ovat keskeisiä, miten hoitoympäristö koetaan, miten potilaiden taustatekijät liittyvät näihin kokemuksiin ja ovatko olemassa olevat ongelmat sellaisissa tekijöissä, joita on mahdollista muuttaa. Samalla vaikeutuu informaation ja tuen kohdentaminen lyhyissä henkilökohtaisissa kontakteissa sairaalahoidon aikana siten, että se osaltaan lisäisi potilaan hoitomotivaatiota ja turvallisuuden tunnetta.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena onkin tuottaa lisätietoa juuri Suomessa sairaalaseurannassa olevien antenataalipotilaiden kokemuksista. Raskauden lääketieteellisten ongelmien ja niiden

hoidon lisäksi tarvitaan tietoa siitä, miten sairaalahoidossa olevat äidit kokevat hoidon, hoitoympäristön ja oman tilansa hoitojakson aikana. Saadun tutkimustiedon avulla on mahdollisuus tulevaisuudessa entistä paremmin kiinnittää huomiota hoidon laatuun antenataalisessa sairaalahoidossa siten, että äitien positiiviset kokemukset hoidossa ollessaan vahvistaisivat heidän hoitomotivaatiotaan sekä sitoutumista hoitoonsa riskiraskauden aikana sairaalassa.

2. TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tässä tutkimuksessa kuvataan antenataalisessa sairaalahoidossa olevien naisten kokemuksia sairaalajakson ajalta sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä.

Tehtävinä on tutkia antenataalisen sairaanhoitojakson aikana potilaiden kokemuksia

1. omasta tilastaan
2. hoitotoiminnasta: hoitomenetelmistä, hoitosuhteesta ja tiedonsaannista sekä
3. fyysisestä ja psykososiaalisesta hoitoympäristöstä.

3. KIRJALLISUUSKATSAUS

Osa kirjallisuuskatsaukseen otetuista tutkimuksista ei sisälly antenataaliseen sairaalahoitoon, mutta niissä tulevat esille oma tila, hoitotoiminta ja hoitoympäristö potilaan kokemana. Vanhimmat katsaukseen valitut tutkimukset ovat merkityksellisiä tämän tutkimuksen mittaria kehitettäessä.

3.1. Sairalahoidossa olleiden potilaiden kokemuksia omasta tilastaan, hoitotoiminnasta ja hoitoympäristöstä

Wilson-Barnettin (1976) tavoitteena oli selvittää potilaiden emotionaalisia reaktioita sairaalahoidossa. Aineisto kerättiin haastattelemalla 200 sairaalahoidossa olevaa

sisätautipotilasta. Taustatietoja koskevien kysymysten lisäksi potilaat vastasivat 60 avoimeen kysymykseen, jotka käsittelivät sairaalahoitoa ja potilaana olemista. Vastaukset luokiteltiin positiivisiin, neutraaleihin ja negatiivisiin. Aineiston analyysissä käytettiin ristiintaulukointia; erojen merkitsevyyttä testattiin khiin neliötestillä. Tilastollisesti merkitsevästi enemmän negatiivisia kuin positiivisia vastauksia tuotti kuusi tekijää (positiiviset/negatiiviset vastaukset): alusastian käyttö (3/130), kivuliaiden toimenpiteiden odotus (0/109), muiden sairaiden potilaiden näkeminen (2/109), työstä poissaolo sairaalahoidon vuoksi (8/91), ero perheestä (10/85), oma terveydentila (0/77). Merkitsevästi enemmän positiivisia kuin negatiivisia vastauksia tuottivat mm. seuraavat tekijät: keskustelut henkilökunnan (148/6), lääkärin (121/23), opiskelijoiden (140/2), muiden potilaiden (102/32) ja vierailevien omaisten (111/19) kanssa, hoitajan kierto (129/7), yöhoitajan toimet (95/13), vierailuajat (112/31), mahdollisuus torkahteluun (135/15), kaikki eri ruokailuaikoja koskevat kysymykset, osastolle tulo (96/38) sekä kotiinpääsy (146/23). Naiset antoivat miehiä merkitsevästi enemmän negatiivisia vastauksia, samoin alle 40-vuotiaat vähintään 40-vuotiaita enemmän. Tutkijat toteavat useimpien sairaalahoitoon liittyvien tekijöiden aiheuttavan enemmän positiivisia kuin negatiivisia reaktioita ja arvelevat sen kuvaavan potilaiden suhtautumista hoitoon yleensä sekä sairaan roolin omaksumista.

Ahmadi (1985) käsittelee tutkimuksessaan sairaalahoidossa olevien potilaiden stressin, sosiaalisen tuen ja tyytyväisyyden välisiä suhteita. Tutkimushypoteesina oli, että sosiaalinen tuki puskuroi potilaan kokemaa stressiä mahdollistamalla potilaan tyytyväisyyden. Näin ollen sosiaalinen tuki on yhteydessä sekä potilaan kokemaan stressiin että tyytyväisyyteen. Harkinnanvaraisesti yhden läntisen USA:n suuresta opetussairaalaasta valittu 100 potilaan otos jaettiin yhdestä yksiköstä koottuun tutkimusryhmään (N 52) ja vastaavanlaisen yksikön vertailuryhmään (N 48). Potilaat olivat olleet hoidossa keskimäärin 7,6 päivää pääosin kasvainten, hengitys- tai verenkiertoelinten sairauksien vuoksi. Aineisto kerättiin potilashaastattelulla, jonka suoritti aikaisemmista tutkimustuloksista ja tutkimushypoteeseista tietämätön henkilö. Sairaalahoitoa koskevat taustatiedot saatiin potilasasiakirjoista. Haastattelussa käytettiin apuna Volicerin sairaalastressi-asteikkoa, joka koostui 49 tilanteesta, jotka potilas asetti järjestykseen koetun stressin voimakkuuden mukaan. Sosiaalista tukea ja tyytyväisyyttä mitattiin ennalta laadittujen kysymysten avulla. Tilastollisina menetelminä käytettiin frekvenssejä, t-testiä, P2-testiä ja Spearmanin korrelaatiota. Stressipistein mitattuna molemmissa ryhmissä potilaiden kokema stressi oli voimakas verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin. Perheeltä tai ystäviltä sosiaalista tukea saavat saivat tukea myös

potilastovereilta ja olivat muita tyytyväisempiä. Potilastovereilta sosiaalista tukea saaneiden potilaiden stressitaso oli alhaisempi. Tulokset olivat tutkimushypoteesien mukaiset.

Moores ja Thompson (1986) selvittivät tutkimuksessaan potilaiden mielipiteitä sairaalahoidostaan brittiläisissä akuuteissa sairaaloissa. Kyselyyn vastasi 1357 potilasta (39 %) seitsemästä sairaalasta. Alhainen vastausprosentti selittyy osittain sillä, että potilaat valittiin satunnaisesti potilasasiakirjoista, jolloin osa potilaista ei kyennyt osallistumaan huonon kuntonsa vuoksi. Aineisto kyselylomakkeista koodattiin ja käsiteltiin faktorianalyysia käyttäen. Potilaat olivat tyytyväisiä hoitajilta saamaansa apuun ja sen saatavuuteen, sillä vain 7 % vastaajista ilmaisi, ettei se ollut riittävää ja riittävän nopeaa. Kolmannes oli sitä mieltä, että hoitajan apu oli riippuvaista potilaan omasta pyynnöstä. Potilaista 55 % koki, että heitä hoidettiin sairaalarutiinien mukaan. Potilaiden ja hoitajien vuorovaikutussuhdetta pidettiin vähemmän muodolliseksi, jos hoitoa ei pidetty tehtäväkeskeisenä eikä hoitajia ylityöllistettyinä. Potilaista 7 % oli sitä mieltä, etteivät hoitajat kyenneet ymmärtämään, miltä tuntui olla heidän asemassaan. Kymmenesosa potilaista koki hoitajilla olevan suosikkipotilaita. Potilaista 4 % oli sitä mieltä, että hoitajien toiminnassa oli parantamisen varaa, 5 % koki hoidon odotettua huonommaksi. Potilaat saivat mielestään informaatiota tarpeidensa mukaan. Yhteys saadun informaation ja informaation tarpeen välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä, samoin yhteys kotiutusta koskevan hoidon ja potilaan sitä koskevien odotusten välillä. Potilaista 72 % koki saaneensa yksilöllistä hoitoa poikkeuksetta koko hoitajakson ajan, 13 % olevansa vain yksi potilastapaus muiden joukossa.

Meterko (1990) kehitti tutkijaryhmänsä kanssa PJHQ-kyselylomakkeen (The patient judgement of hospital quality), jolla voidaan mitata sairaalahoidon laatua potilaiden näkökulmasta ja testasivat sitä pilottitutkimuksessaan kymmenessä sairaalassa USA:ssa. Kyselylomakkeella koottiin tietoa 106 aiheesta, joista 46 oli avainaiheita hoidon laadusta ja loput taustatietoa potilaasta ja sairaalahoidosta. Kyselyyn vastasi 2113 sairaalasta kotiutettua potilasta (vastausprosentti 65 %). Hoidon laadussa mitattiin kahdeksaa eri hoidon osatekijää: sairaalaantulo, päivittäinen hoito, hoitohenkilökunnalta saatu hoito, lääketieteellinen hoito, muu henkilökunta, elämäntilanteen järjestelyt ja hoitoympäristö sairaalassa, kotiutus ja laskutus. Aineisto analysoitiin Pearsonin korrelaatiota ja faktorianalyysia käyttäen. Kokemuksessa sairaalapotilaana olossa tuli esiin kuusi osatekijää: ”hoitajilta saatu päivittäinen sairaanhoito”, ”sairaalaympäristö ja avustava henkilökunta”, ”lääketieteellinen hoito”, ”sairaalaan tulo”, ”kotiutus ja laskutus” sekä ”informaatio”. Tutkijat toteavat

tutkimustuloksen antavan tukea sille, että potilaat kykenevät arvioimaan eritellysti potilaan hoidon eri aspekteja. Kehitetyn mittarin todetaan osoittaneen pilottitutkimuksessa rakenteensa toimivuuden potilaiden kokeman sairaalahoidon laatua mitattaessa ja tukevan tutkijoiden oletusta hoidon jakautumisesta henkilökunta- ja palvelukategorioihin.

Charles ym. (1994) selvittivät Kanadassa kirurgisten ja sisätauteja sairastavien aikuispotilaiden kokemuksia sairaaloissa. Tiedot kerättiin puhelimitse standardoidulle lomakkeelle. Tutkimukseen osallistuvat valittiin stratifioituna satunnaisotoksena yleisistä akuuteista sairaaloista, 4599 potilasta (vastausprosentti 69 %) 72 sairaalasta (79 %) suostui mukaan tutkimukseen. Tutkimuksessa mitattiin tyytyväisyyttä seuraavilla hoidon osatekijöillä: kommunikaatio potilaan ja hoidon antajan välillä, potilaan mieltymysten kunnioittaminen, potilaan fyysisten hoidon tarpeiden huomioiminen, potilaan ohjaus lääkityksestä ja tutkimuksista, potilaan ja hoitavan lääkärin välisen suhteen laatu, kommunikaatio omaisten kanssa potilaan hoidosta, kivun hoito sekä kotiuttamisen suunnittelu. Ongelmapisteytysmenetelmän rakennevaliditeettia testattiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Aineiston tilastollisessa analyysissä käytettiin yksi- ja kaksisuuntaista varianssianalyysia. Potilaat ilmoittivat keskimäärin 5.5 ongelmaa vaihtelun ollessa 0-29. Potilaista kaksi viidesosaa ilmaisi, etteivät he saaneet tietoa sairaalan päivärutiineista, runsas kolmasosa ei saanut etukäteen tietoa tutkimusten aiheuttamasta kivusta, viidesosa ei saanut tietoa heille tehtyjen tutkimusten tuloksista ja vajaa viidesosa ei saanut tietoa lääkityksensä mahdollisista sivuvaikutuksista. Kotiutuksen suunnittelussa potilaat valittivat, etteivät saaneet tietoa vaarallisista oireista, joita kotona tulisi tarkkailla (39 %), koska he voivat palata normaaleihin rutiineihinsa (32 %) ja mitä toimia he voisivat ja eivät voisi kotona tehdä (29 %). Yli 90 % ilmoitti suhteensa hoitavaan lääkäriin luottavaksi ja mahdollisuutensa osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon riittäväksi. Potilaista neljäsosa ilmaisi, ettei omaisille annettu riittävästi tietoa siitä, miten tukea heidän selviytymistään kotona. Hoitajien ajoittaista kiirettä ja työn paljoutta piti ongelmana 29 % potilaista. Tutkittaessa ongelmien ja potilaan ominaisuuksien välistä suhdetta merkitsevimmäksi muodostui terveydentilan ja ongelmien määrän välinen suhde. Terveydentilansa hyväksi kokevat ilmaisivat keskimäärin 4,6 ja terveytensä huonoksi kokevat 7,5 ongelmaa. Muita useampia ongelmia ilmaisivat nuoret, naiset, korkeasti koulutetut, naimattomat ja vähävaraiset. Päivystyksenä sairaalaan tulleet potilaat ilmoittivat enemmän ongelmia kuin ajanvarauspotilaat ja sisätautipotilaat enemmän kuin kirurgiset potilaat. Pohdinnassaan tutkijat katsovat tulosten perusteella voitavan identifioida spesifejä sairaalahoidon prosessitekijöitä, joita voidaan parantaa.

Erityisesti he mainitsevat tietojen annon kotihoidon suunnittelusta, sairaalarutiineista, lääkehoidon sivuvaikutuksista, potilaan tutkimustuloksista sekä joihinkin kivun hoidon näkökohdista.

Cortis ym. (1996) tutkivat informaation annon laatua ja määrää akuutissa sairaalahoidossa. Aineisto kerättiin sairaalasta pääsyn jälkeen kotiin lähetetyllä kyselylomakkeella, johon vastasi 1554 potilasta vastausprosentin ollessa 81. Lomake sisälsi suljettujen kysymysten lisäksi kaksi avokysymystä informaation laadusta. Tulokset esiteltiin prosenttiluvuin ja frekvenssein. Aiheet, joissa oli puutteita informaation annossa, olivat henkilökunnan tehtävät, vuodelephoidon yksityiskohdat, lääkityksen sivuvaikutukset ja kotihoito. Koetut puutteen informaatioissa olivat epäselvyys informaation antoajoista, tiedon heikko ymmärrettävyys, eri henkilöiltä saadun tiedon ristiriitaisuus, kotiinlähtöohjauksen puute, sympatian puute, yksityiskohtaisen tiedon puute testeistä ja toimenpiteistä, henkilökunnan kiire ja tiedon riittämättömyys. Tyytyväisimpiä oltiin informaatioon, jota saatiin hoitajilta (90 %), lähes samaan ylsivät lääkärit (87 %), vähemmän tyytyväisiä oltiin fysioterapeuteilta (77 %) ja ammattiterapeuteilta (55 %) saatuun tietoon. Pohdinnassaan tutkijat toteavat potilaiden saaman informaation hyväksi. Kuitenkin sekä informaation laatu että määrä on alhaisempi niissä tekijöissä, jotka liittyvät potilaan hoidon vähemmän teknisiin puoliin. Tutkijat toteavat lisäksi, että varsinkin tilanteissa, joissa hoidossa jokin menee vikaan, juuri informaation puute aiheuttaa eniten turhautumista.

Bruster ym. (1994) tutkivat potilaiden kokemuksia sairaalahoidosta tavoitteenaan tuottaa tietoa, joka auttaa johtoa ja lääkäreitä tunnistamaan ja ratkaisemaan ongelmia. Tutkimukseen osallistui 5150 potilasta (86 %), jotka valittiin satunnaisesti ensin stratifioidulla satunnaisotoksella valituista Englannin julkisesta 36 sairaalasta. Potilaat haastateltiin kotona tai jatkohoitoyksikössä kahden - neljän viikon kuluessa kotiuttamisesta. Haastattelussa käytettiin apuna sairaalahoitoa koskevaa strukturoitua lomaketta, joka käsitti kysymyksiä seuraavista aiheista: sairaalaan tulovaihe, kommunikaatio henkilökunnan kanssa, fyysinen hoito, tutkimukset ja toimenpiteet, henkilökunnalta saatu apu, kivun hoito, kotiutuksen suunnittelu, sosiodemografiset tekijät ja muut potilaskirjanpidon tiedot. Tulosten esittämisessä käytettiin suoria jakaumia ja prosenttiosuuksia. Ryhmien välisten erojen tutkimiseksi käytettiin varianssianalyysia. Potilaat ilmoittivat ongelmia etenkin kommunikoinnissa henkilökunnan kanssa, kivun hoidossa ja kotiutuksen suunnittelussa. Potilaista 56 % ei ollut saanut kirjallista tai painettua informaatiota eikä 46 % ollut saanut tietoa päivittäisistä sairaal-

larutiineista. Kipua kokevista 33 % kärsi siitä lähes koko ajan. Potilaista 70 % ei saanut tietoa varoittavista oireista ja 62 % siitä, milloin voi aloittaa normaalit toimet. Potilaiden ilmoittamien ongelmien osuus avainkysymyksistä laskettiin ja kaikissa sairaaloissa oli keskimäärin 15,9 % vastauksista ongelmia (sd 1,5 %). Verrattaessa sairaalatyyppejä keskenään ei ongelmien määrässä ollut merkittävää eroa. Päivystyspotilaat, naiset, nuoret, leikkauspotilaat ja värilliset olivat kokeneet ongelmia useammin kuin muut. Sosiaaliluokka, sosioekonominen ryhmä ja perheen tulot eivät olleet yhteydessä ongelmien määrään. Kun kysyttiin potilaiden tyytyväisyyttä yleisesti, pääosa (>89 %) heistä oli tyytyväisiä. Potilashoidon spesifejä näkökohtia kysyttäessä ongelmia tuli selkeästi esille. Tutkijat painottavat useiden ilmoitettujen ongelmien liittyvän joko suoraan tai epäsuorasti vuorovaikutukseen. Tuloksia heidän mukaansa voidaan käyttää informoimaan, motivoimaan ja auttamaan henkilökuntaa saamaan aikaan korjaava muutos.

Goupy ym. (1991) vertailivat sekä sairaalahoidossa että polikliinisessä hoidossa olevien potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa kahdeksassa Pariisin alueen sairaalassa. Tiedot kerättiin kyselylomakkeella, jotka potilaat täyttivät joko lähtöä edeltäneenä päivänä tai viikon polikliinisen seurannan jälkeen. Sairalahoidossa olevista kyselyyn vastasi 7066 potilasta (85 %). Aineiston kuvailussa käytettiin prosenttijakaumia, minimi- ja maksimiarvoja sekä vaihteluvälejä. Vastanneista erittäin tyytyväisiä varsinaiseen sairauden hoitoonsa oli 81 %, henkilökunnan suhtautumiseen 74 %, puhtauteen 64 %, mukavuuteen 61 %, rauhallisuuteen 48 %, ateria-aikoihin 52 % ja ruokaan 40 %. Sanallista kritiikkiä kohdistui eniten mukavuuteen ja ruokaan. Tutkijat toteavat, että vaikka potilaat ovat pääasiassa tyytyväisiä henkilökuntaan ja saamaansa lääketieteelliseen hoitoon, sairaalahoidossa olevat ympäristötekijät eivät saa kovin hyviä arviointeja potilailta.

Pontin ym. (1995,1996) selvittivät kvalitatiivisessa tutkimuksessaan teemoja, joita potilaat kuvasivat arvioidessaan sairaalahoittoaan. Tutkimus oli osa toimintatutkimusta, jossa arvioitiin potilaskeskeisen hoitotyön kehittämistä neljällä vuodeosastolla. Haastatteluihin osallistui 40 sairaalapotilasta. Sisällön analyysillä aineistosta nousi esiin kolme pääteemaa: hoitaminen, sairaalaympäristö ja potilaan huolenaiheet. Potilaat käsittivät hoitamisen koostuvan sairaanhoidosta, potilaan tuntemisesta ja hoidon organisoinnista. Sairaalaympäristön käsitettiin koostuvan sisustuksesta ja kalusteista, potilaiden sukupuolijakaumasta, huonejärjestelyistä ja ruokailusta. Potilaan huolenaiheet, joissa potilaat kokivat puutteita joko sairaalaympäristössä tai hoitamisessa, luokiteltiin teemoihin: tilojen

itsenäisyyttä vähentävä vaikutus, kuumuus, saniteettitilojen likaisuus, rutiininomaisuus, suunnittelun puute, aikataulujen pitämättömyys, tuhlaus, sekä ruuassa. Tutkijat toteavat, että potilaiden käsityksessä sairaalahoidosta tuli esiin psykososiaalisten tekijöiden arvostaminen hoidon teknisen toteutuksen ohella. Yksityisyyttä uhkaavat tekijät saivat aikaan kritiikkiä, muuten fyysisestä hoitoympäristöstä valitettiin vain, jos se arvioitiin alle tyydyttävään tason.

Kralikin ym. (1997) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkä potilaat kokivat tärkeäksi hoidossaan sairaalajakson aikana. Aineiston analyysissa käytettiin fenomenologista reduktiota ja Colaizzin seitsemänportaista viitekehystä. Tutkimusta varten haastateltiin yhdeksää potilasta. Haastattelut tehtiin ennen ja jälkeen toimenpiteen sekä potilaan kotiuduttua. Haastatteluja jatkettiin, kunnes uutta tietoa ei enää tullut. Aineiston analyysissa nousi esiin kaksi pääteemaa, sitoutuminen ja sitoutumattomuus. Positiivisena koettua hoidon antajan sitoutunutta käyttäytymistä kuvasivat seuraavat teemat: mistään ei ollut liikaa vaivaa, kysyi ja konsultoi potilasta, iloinen, huumorintajuinen, myötätuntoinen, tietää kysymättä mitä haluaa, aina käytettävissä, ystävällinen ja lämmin sekä hellä kosketus. Sitoutumaton hoito oli depersonalisoivaa, kiireistä, sai potilaan tuntemaan itsensä laiskaksi työn kohteeksi, käskyjä tottelevaa, jossa potilas kulki mukana ilman informaatiota mitä tahansa tapahtui. Tutkijat toteavat, että potilaan näkökulmasta hoidon antajien sitoutumista ilmentävä käyttäytyminen on merkittävä saadun sairaanhoidon laadun osatekijä, joka ei välttämättä ole yhteydessä hoidon lääketieteelliseen tulokseen eikä ole taloudellisesti mitattavissa.

Staniszewskan ym. (1999) tavoitteena oli tutkimuksensa avulla arvioida, onnistuvatko käsitteet odotukset ja tyytyväisyys kuvaamaan potilaiden tapaa arvioida hoitoaan. Tutkimuksessa 33 sairaalahoidossa olevaa potilasta haastateltiin syvähaastattelulla juuri ennen hoidon alkua odotusten kartoittamiseksi sekä kotiin lähtiessä, jolloin palattiin tulovaiheessa esille nousseisiin teemoihin. Syvähaastattelusta saadun aineiston avulla aloitettiin uudet haastattelut semistrukturoitua haastattelulomaketta käyttäen ennen hoitojakson alkua ja sen päättyessä. Aineisto käsiteltiin sisällön analyysilla. Potilaiden odotuksista identifioitiin 34 teemaa neljässä eri pääluokassa: odotukset, jotka kohdistuvat hoitajiin, lääkäriin, potilaan osallistumiseen ja hoitotulokseen. Kotiin lähtiessä potilaat eivät niinkään kuvailleet tyytyväisyyttään hoitojaksolla vaan kokemuksiaan suhteessa odotuksiinsa. Osa odotuksista säilyi muuttumattomina, mutta osa niistä hylättiin hoitojaksolla saatujen tietojen ja kokemusten perusteella. Odotuksiaan hoitotulosta kohtaan potilaat pitivät tärkeämpänä kuin muita pääluokkia. Johtopäätöksensä tutkijat toteavat, että potilaan kokeman hoidon laadun

arvioimiseen potilaiden odotusten ja kokemusten mittaaminen sopii tyytyväisyyden mittaamista paremmin.

Steine ym. (2001) kehittivät ja testasivat kolmevaiheisessa tutkimuksessa kyselylomaketta, jolla kerätään tietoa potilaiden kokemuksista vuorovaikutuksesta, tunteista ja vastaanoton tuloksesta perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kuusi potilasryhmää nimesi tärkeitä potilaan kokemuksiin liittyviä tekijöitä. Toisessa vaiheessa 660 potilasta täytti kyselylomakkeen, johon oli koottu 110 aihetta. Karsinnan jälkeen aiheiden määräksi jäi 25. Viimeisessä vaiheessa 1092 potilasta 34 satunnaisesti valitun lääkärin vastaanotolta täytti 25 aihetta käsittävän kyselylomakkeen. Noin puolet potilaista koki vuorovaikutuksen optimaalisena, joitakin kommunikaation esteitä koettiin alle kolmanneksessa käynneistä. Ilman mitään positiivisia tunteita koki lähteneensä vastaanotolta neljäsosa potilaista, vajaa puolet ei ollut tyytyväisiä vastaanoton lopputulokseen. Tutkimuksen tuloksena kehitettiin kyselylomake, joka sisälsi 18 aihetta seuraavista: kommunikaatio, tunteet, lyhyen aikavälin tulos, kommunikaation esteet ja suhteet avustavaan henkilökuntaan. Tutkijoiden mukaan kyselylomakkeessa keskeisenä ovat kommunikaatio, tunteet ja käynnin tulos, joita potilaat pitävät tärkeänä vastaanotossa.

Taulukko 1. Sairaalahoidossa olleiden potilaiden kokemuksia omasta tilastaan, hoitotoiminnasta ja hoitoympäristöstä.

Tutkija, vuosi, maa Tutkimustehtävät	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Wilson-Barnett 1976, Iso Britannia Potilaiden emotionaaliset reaktiot sairaalahoidossa	200 potilasta Strukturoitu haastattelu Ristiintaulukointi, khiin neliötesti	Negatiivisina koettiin kivuliaiden prosessien ennakointi, muiden sairaiden potilaiden näkeminen, työstä poissaolo, ero perheestä ja oma terveydentila. Positiivisina koettiin keskustelut henkilökunnan, lääkärin, muiden potilaiden ja omaisten kanssa, mahdollisuus torkahteluun, kotiinpääsy sekä ruokailuun liittyvät asiat.
Ahmadi 1985, USA Sairaalahoidossa olevien potilaiden stressin, sosiaalisen tuen ja tyytyväisyyden väliset suhteet.	100 potilasta Haastattelu, potilasasiakirjat Volicerin sairaalastressiasteikko Frekvenssit, t-testi, khiin neliötesti, Spearmanin korrelaatio	Perheeltä tai ystäviltä sosiaalista tukea saavat saivat tukea myös potilastovereilta ja olivat tyyty- väisempiä tukea ilman olevia. Potilastovereilta sosiaalista tukea saavien stressitaso oli alhaisempi kuin niiden, jotka eivät tukea saaneet.

Moores ym. 1986, Iso Britannia Potilaiden mielipiteet sairaalahoidosta brittiläisissä akuutteisairaaloissa	1357 potilasta Kyselylomake Faktorianalyysi	Potilaat olivat tyytyväisiä hoitajilta saamaansa apuun ja sen saatavuuteen sekä saivat tarpeitansa vastaavaa informaatiota.
Meterko ym. 1990, USA Potilaiden arviot sairaalahoidon laadusta – raportti pilottitutkimuksesta	2113 potilasta kyselylomake faktorianalyysi	Sairalahoidon laadun mittauksessa kehitetty PJHQ-mittari oli toimiva. Laatu luokiteltiin seuraavasti: Hoitajien antama, päivittäinen hoito, avustava henkilökunta ja hoito-ympäristö, lääketieteellinen hoito informaatio, sairaalaan tulo sekä kotiutus ja laskutus.
Charles ym. 1994, Kanada Kirurgisten ja sisätauteja sairastavien aikuispotilaiden kokemuksia sairaalassa.	4599 stratifioidulla satunnais-otannalla valittua potilasta Puhelinhaastattelu, standardoitu haastattelulomake Frekvenssit ja prosenttijakaumat, keskiluvut, varianssianalyysi	Vuorovaikutuksen laatu koettiin hyväksi. Eniten puutteita oli informaatioissa, joka koski kotihoidon suunnittelua, sairaalarutiineja, lääkehoitoa, tutkimustuloksia sekä kivun hoitoon liittyviä näkökohtia.
Cortis ym. 1996, Iso Britannia Informaationannon määrän ja laadun mittaaminen sairaala-potilailta	1554 potilasta kyselylomake frekvenssit, prosenttiluvut	Potilaat olivat tyytyväisiä henkilökuntaan ja saamaansa hoitoon. Tyytymättömyyttä aiheuttivat sairaalahoidossa olevat ympäristötekijät.
Bruster ym. 1994, Iso Britannia Potilaiden kokemuksia sairaalahoidosta	5150 satunnaisesti valittua potilasta Haastattelu, strukturoitu haastattelulomake Prosenttijakaumat, varianssianalyysi	Ongelmia esiintyi henkilökunnalta saadussa informaatioissa, kivun hoidossa ja kotiutuksen suunnittelussa.
Goupy ym. 1991, Ranska Sairaala- ja poliklinikkahoidossa olevien potilaiden tyytyväisyys hoitoonsa	7066 potilasta Kyselylomake prosenttijakaumat, minimi-, maksimi-arvot, vaihteluväli	Potilaat olivat tyytyväisiä saatuun informaatioon. Puutteita eniten tekijöissä, jotka eivät olleet luonteeltaan teknisiä
Pontin ym. 1994, 1995, Iso Britannia Potilaiden tyytyväisyyden arvioiminen	40 potilasta avoin haastattelu sisällön analyysi	Potilaiden hoitoaan koskevat arviot kohdistuivat hoitamiseen, sairaala-ympäristöön ja potilaan huolen-aiheisiin. Hoidossa arvostettiin psykososiaalisia tekijöitä. Hoito-ympäristöstä valittiin vain, jos se alitti tyydyttävän tason.
Kralik ym. 1997, Australia Sitoutuminen ja sitoutumattomuus Potilaiden sairaanhoitoaan koskevien kokemusten ymmärtäminen	9 potilasta fenomenologinen reduktio Colaizzin 7-portainen analyysimenetelmä	Potilaan positiivisen hoidon kuvauksessa ilmenee sitoutuneen hoidon tunnuspiirteet, negatiiviset kokemukset sisälsivät tunnuspiirteitä sitoutumattomuudesta.
Staniszewska ym. 1999, Iso Britannia Potilaan odotukset ja kokemukset hoidon laadun	33 sydänpotiasta avoin syvähaastattelu semistrukturoitu haastattelu sisällön analyysi	Potilaat nimesivät hoitajiin, lääkäreihin, hoidon tulokseen ja omaan osallistumiseensa kohdistuvia odotuksia. Potilaan odotukset ja

kuvaajina potilaan arvioimana		kokemukset ovat tyytyväisyyttä parempia käsitteitä laadun arvioinnin mittaamisessa.
Steine ym. 2001, Norja Uusi kyselylomake (PEQ) perusterveydenhuollossa potilaiden kokemusten mittaamiseen	1092 potilasta perusterveydenhuollon potilasta kyselylomake faktorianalyysi, prosenttijakaumat Cronbachin alfa, Spearmanin korrelaatio, Z-testi, Mann-Whitney-testi	PEQ-kyselylomake: 18 aihetta viidestä tekijästä: kommunikaatio, tunteet, hoidon tulos, kommunikaation esteet ja suhteet avustavaan henkilökuntaan

3.2. Potilaiden kokemuksia antenataalisesta sairaalahoidosta

Whiten ym. (1984) tutkimuksen perustana ovat psykologiset käsitykset stressistä ja kriisistä. Heidän tavoitteenaan oli tutkia antenataalisen sairaalahoidon stressitekijöitä potilaiden näkökulmasta. Tutkimuksessa käytettiin Whiten kehittämää Likert-asteikollista AHSI-mittaria (antepartum hospital stressors inventory), joka koostui 47 stressitekijästä luokiteltuna seitsemään pääluokkaan: erossaolo, ympäristö, terveydentila, kommunikaatio hoitohenkilökunnan kanssa, minäkuva, tunteet ja perhetilanne. *Erossaololla* tarkoitetaan muutosta sosiaalisissa suhteissa ja toiminnoissa sairaalahoidon aikana, poissaoloa kotoa ja työstä sekä eroa puolisoista, perheestä ja ystäväistä. *Ympäristöluokka* kuvaa kokemuksia sairaalaympäristössä olosta, pitkästymistä tekemisen puutteessa, sairaalaruokailua, yksityisyyden puutetta, sairaalan ääniympäristöä, sairaalasängyssä nukkumista ja huoneen jakamista toisten potilaiden kanssa. *Terveydentila* kuvaa raskaudenaikaisen sairaalahoidon mukanaan tuomaa epätietoisutta sairaalahoidon kestosta, muiden terveydentilan pohdintaa, huolta omasta terveydestä, huolta lapsen terveydestä, lääkehoitoa, tutkimusten tekoa, huolta tutkimustuloksista, sydänäänikuuntelua ja erityisruokavaliota. *Kommunikaatiolla henkilökunnan kanssa* tarkoitetaan niitä kokemuksia, jotka liittyvät henkilökunnan osallistumiseen raskaana olevan hoitoon sairaalassa - henkilökunnan kiireisyys, lääketieteellisten termien ymmärtäminen, tutkimustulosten ymmärtäminen, kertominen itsestä vieraalle ihmiselle, tilaa koskeva liika informaatio ja tilaa koskeva liian vähäinen informaatio. *Minäkuva* koskee sairaalahoidon aikaista muuttunutta käsitystä ja arviota itsestä - riippuvuus muista, äitinä oleminen, sairaalavaatetus, muiden potilaiden ja vieraiden itseä koskevat kyselyt, halu olla kotona valmistelema vauvan syntymää, synnytystä koskevat ajatukset sekä synnytysvalmennuksesta poisjäänti. *Tunneluokka* kuvaa häiritseviä tuntemuksia, joita raskaana oleva kokee sairaalassa - yksinäisyys, masentuneisuus, huolet, pelokkuus ja viha.

Viimeinen luokka, *perhetilanne*, kuvaa tilannetta kotona, joka on seurausta naisen poissaolosta sairaalahoidon vuoksi - lisäävun tarve, huoli, miten puoliso selviytyy itselle normaalisti kuuluvista tehtävistä ja huoli lastenhoidosta. Tutkimusotokseen kuului 61 naista, jotka olivat hoidettavina tutkimusperiodin aikana 29-paikkaisella antenataaliosastolla. Potilaiden ikä vaihteli 17:stä 37 vuoteen, raskausviikot 20:stä 38:aan. Uusintakyselyyn vastasi 12 henkilöä, joiden sairaalahoido kesti yli kaksi viikkoa. Aineisto analysoitiin varianssianalyysillä. Tulokseksi saatiin merkitsevä ($p < .001$) ero AHSI-pisteissä eri stressiluokkien välillä. Seitsemän pääluokkaa luokiteltiin uudelleen kolmeen merkitsevästi ($p < .05$) erilaiseen luokkaan. Eron perheestä sekä häiritseviin tunteisiin koettiin sisältyvän eniten stressiä, seuraavaksi eniten muuttuneeseen perhetilanteeseen, terveydentilaan ja minäkuvaan. Vähiten stressiä koettiin kommunikaatiossa henkilökunnan kanssa ja sairaalaympäristössä. Niillä, jotka osallistuivat uusintakyselyyn, stressi voimistui merkitsevästi ($p < 0.01$). Tutkijat toteavat antenataalisessa hoidossa olevien naisten kuvaavan erilaisia pääasiallisia stressitekijöitä muihin potilaihin verrattuna. Tämän eron he arvelevat johtuvaksi raskauteen liittyvän kypsymiskriisin ja sairaalahoitoon sisältyvän tilannekriisin samanaikaisuudesta. Antenataalisessa hoidossa olevilla naisilla päästressorit heijastavat joitakin raskaudelle tyypillisiä passiivisia ja introspektiivisiä taipumuksia. Tutkijat pohtivat lääkärin ja hoitajien keskittyvän potilaan hoidossa fyysisiin aspekteihin. Tämä voisi osaltaan selittää sitä, että terveydentilaa koskevat tekijät koettiin vähemmän stressaavina kuin ero perheestä ja kodista sekä häiritsevät tunteet. Johtopäätöksenä tutkijat esittävät, että sairaalahoitoon joutuminen voi häiritä antenataalisessa hoidossa olevien naisten mahdollisuutta sopeutua raskauteen liittyvään normaaliin stressiin. Johtopäätöksensä he perustelevat sillä, että naiset ilmaisivat kokevansa eniten stressiä tekijöissä, jotka koskivat eroa perheestä ja kodista, häiritseviä tunteita, muutoksia perhetilanteessa, terveyttä koskevia huolia ja minäkuvan muutosta.

Waldronin ym. (1985) tutkimuksen tavoitteena oli arvioida antenataalisessa tehohoitoyksikössä olevien potilaiden stressitekijöitä ja selviytymiskeinoja sekä tutkia niitä sairaalahoidon pituuden ja yksikön tilojen mukaan. Ennen aikaisen synnytyksen vuoksi hoidossa olevaa 18 naista haastateltiin semistrukturoidun haastattelulomakkeen avulla kolmantena ja seitsemäntenä hoitopäivänä ja sen jälkeen joka seitsemäs päivä. Aineistoa kuvailtiin prosenttiluvuin. Voimakkaimpina stressitekijöinä potilaat kokivat eron perheestä, fyysisen epä mukavuuden, kuten unettomuuden, lääkityksen sivuvaikutuksen, avuttomuuden tai kontrollin menetyksen tunteet sekä epävarmuuden sairaalahoidon kestosta. Useimmin

selviytymistä tukevinä tekijöinä mainittiin hoitava lääkäri, hoitohenkilökunta, perhe ja ystävät sekä omatoimisuutta kuvastavat tekijät, kuten mahdollisuus päästä liikkeelle. Muita, kuitenkin harvoin mainittuja stressitekijöitä olivat mm. huoli lapsen terveydestä, yksityisyyden puute, pitkästymisen ja taloudelliset vaikeudet. Sairaalahoidon kestäessä yli kahdeksan päivää fyysisen epämukavuuden rasittava vaikutus lisääntyi, ero perheestä mainittiin jonkin verran harvemmin stressaavana samoin kuin avuttomuuden ja kontrollin menetyksen tunne. Tutkijat pitivät tuloksia odotusten mukaisina huomioiden kirjallisuudessa esitetyt viimeiseen raskauskolmannekseen kuuluvat huolet ja odotukset. Aikaisemmin terveen naisen siirtymiseen normaalista odotuksesta riskiraskauden hoitoon sairaalassa esiintyy odotetusti runsaasti stressitekijöitä ja vaatii myös kognitiivista sopeutumista tilanteeseen. Yllättävänä tutkijat pitivät sitä, että vain harvat mainitsivat keskeisenä stressitekijänä huolen lapsensa terveydestä ja pohtivat sen mahdollisesti johtuvan kieltämisestä ja torjunnasta minän puolustuskeinona kriittisessä tilanteessa.

Loos ym. (1989) tutkivat asiakkaiden ajatuksia ja tunteita raskauden aikaisesta sairaalahoidosta. Fenomenologisessa tutkimuksessaan heidän tarkoituksensa oli selvittää sairaalassaolon kokemuksen merkitystä kullekin tutkimushenkilölle ja löytää yhteinen tarpeiden joukko, jolle voitaisiin kehittää hoidollisia interventioita. Tutkimukseen osallistui yksitoista vapaaehtoista, joiden antenataalinen sairaalahoido oli kestänyt yli viisi vuorokautta. Raskauden kesto vaihteli 26–38 viikkoon. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella ja haastattelemalla. Kyselylomakkeella kerättiin taustatietoa raskauteen liittyvistä biologisista tekijöistä, asuinympäristöstä, elämäntavasta ja terveystalouksista. Haastattelussa käytettiin kahta avointa kysymystä: ”Voitteko kertoa ajatuksistanne, kun lääkäri pyysi teitä jäämään sairaalahoittoon?” ja ”Voitteko kertoa tunteistanne sairaalassa ollessanne?”. Tutkimushenkilöiden vastaukset luokiteltiin teemoihin yksinäisyys, pitkästymisen ja voimattomuus. Ensimmäiseen kysymykseen vastatessaan potilaat kertoivat ikävöineensä lapsiaan, puolisoitaan, ystäviään, liikuntaa, naurua, ulkoilua, lemmikkieläimiä ja työtä. Vastauksena toiseen kysymykseen ilmaistiin tunteita ja huolia, jotka liittyivät sikiöön, kodin- ja taloudenhoitoon, yksityisyyden menettämiseen ja vastasyntyneiden itkun kuulemiseen. Yksinäisyyden tunteita oli kymmenellä potilaalla, pitkästymistä ja voimattomuuden tunteita kokivat kaikki potilaat. Voimattomuudella tutkijat kuvaavat tilaa, jossa yksilö kokee henkilökohtaisen kontrollin puutetta tietyssä tilanteessa.

Malonin ym. (1993) tutkimuksessa kuvattiin antenataalisen sairaalahoidon fyysisiä ja psykososiaalisia vaikutuksia sekä verrattiin sairaalahoidossa olevien naisten oireita niiden naisten oireisiin, joiden raskaus oli normaali. Tutkimukseen otettiin 17 vähintään 10 vuorokautta sairaalahoidossa ollutta naista kahteen tutkimusryhmään: täydellisessä (10) ja osittaisessa (7) vuodelevossa olevat naiset. Vertailuryhmän muodostivat 18 naista, joilla raskaus oli normaali eikä edellyttänyt sairaalaseurantaa. Tunnevaihteluja mitattiin multiple affect adjective checklist-r:llä (MAACL-R), joka koostuu viidestä mielentilaluokasta: ahdistuneisuus, masennus, vihamielisyys, mielihyvä, ja huomiohakuisuus. Antenataalisen sairaalahoidon stressitekijöitä arvioitiin Antepartum hospital stressor inventoryn (AHSI) avulla, joka mittaa seitsemää odottaville sairaalahoidossa oleville äideille tyypillistä stressiluokkaa: erossaolo, ympäristö, terveydentila, kommunikaatio hoitohenkilökunnan kanssa, minäkuva, tunteet ja perhetilanne. Fyysisiä ja psykososiaalisia oireita mitattiin 35 aiheita sisältävän antepartum/postpartum symptoms checklist'n (APSC) avulla ja fyysisiä ominaisuuksia mittaamalla lihastoimintaa, lihasmassan menetystä, lihasten notkeutta, puristusvoimaa, painoa sekä synnytyksen jälkeistä mobiliteettia. Lisäksi mitattiin synnytyksen jälkeen päivittäisiä toimintoja (Activities of daily living, ADLs). Aineisto kerättiin sairaalassa olevilta potilailta viikoittain synnytykseen saakka, heti synnytyksen jälkeen sekä kotona 2, 4 ja 6 viikkoa synnytyksen jälkeen. Kontrolliryhmässä aineisto kerättiin kahdesti seurantakäyntien yhteydessä, heti synnytyksen jälkeen sairaalassa sekä kotona 2 viikkoa synnytyksen jälkeen. Sairalahoidon stressitekijöistä aineisto kerättiin vain tutkimusryhmien potilailta. Aineistoa kuvattiin frekvenssien, keskilukujen ja vaihteluvälien avulla. Ryhmien välisiä eroja tutkittiin varianssianalyysillä, merkitsevyyttä arvioitiin t-testin ja khiin neliötestin avulla. Negatiivisten tunteiden (dysphoria: ahdistuneisuus, masennus, vihamielisyys) voimakkuus oli suurempi naisilla, jotka olivat täydellisessä vuodelevossa sairaalassa verrattuna naisiin, joiden raskaus oli normaali. Molemmissa tutkimusryhmissä antenataalisen sairaalahoidon stressitekijöistä ero perheestä koettiin stressaavimpana, vähiten stressaavana koettiin kommunikointi hoitohenkilökunnan kanssa. Fyysiset ja psykososiaaliset raskauden aikaiset oireet olivat muita voimakkaampia ja pidempään jatkuvia sairaalahoidossa olevilla. Täydellisessä vuodelevossa olevilla potilailla lihastoiminta heikkeni merkitsevästi ja painonnousu oli merkitsevästi pienempi sairaalahoidossa olevilla kuin normaaliraskauksissa. Tutkijat toteavat vuodelevon vaikutukset samankaltaisiksi raskaana olevilla kuin muilla sairaalahoidossa olevilla potilailla. He pohtivat antenataalisessa sairaalahoidossa olevien alhaisen painonnousun yhteyttä ennenaikaiseen synnytykseen ja näin ollen vuodelevon kyseenalaistamista ennenaikaisen synnytyksen estohoitona. Negatiivisten tunteiden

voimakkuuden tutkijat arvioivat johtuvan omaan ja lapsen terveyteen kohdistuvasta huolesta, ei niinkään vuodelevosta.

McCain ym. (1994) pyrkivät tutkimuksessaan kuvailemaan äitien ja isien kokemuksia riskiraskaudesta. Tutkimukseen osallistui 21 vanhempaa (12 äitiä ja 9 isää), joilla oma tai puolison riskiraskaus vaati antenataalista sairaalahoitoa (7-24 vrk, keskimäärin 9,4 vrk). Heillä raskaus oli päättynyt ennenaikaisen lapsen syntymään, ja lapsi oli hoidettavana vastasyntyneiden hoitoyksikössä. Tutkimuksessa käytettiin grounded teoria -menetelmää, joka on induktiivinen, paljastava ja teoriaa rakentava menetelmä. Aineisto kerättiin retrospektiivisesti 1-1½ tunnin haastatteluissa 10–66 vuorokauden kuluessa ennenaikaisesta synnytyksestä. Haastattelussa käytettiin apuna strukturoimatonta, avoimia kysymyksiä sisältävää haastattelulomaketta. Aineisto analysoitiin käyttäen Glaserin ja Straussin vertailevaa menetelmää. Puhtaaksikirjoitetut haastattelut, jotka kaksi kirjoittajaa koodasi, käsiteltiin kvalitatiivista etnografista tietokoneohjelmaa käyttäen. Perustava sosiaalispsykologinen ongelma, jonka vanhemmat identifioivat, oli emotionaalinen reaktio riskiraskauden tapahtumiin. Tunnereaktiot vaihtelivat lapsen hoitoa koskevista huolista henkeä uhkaavia komplikaatioita koskeviin huoliin. Emotionaalinen reaktio liittyi tapahtumien etenemiseen raskauden aikana, ja sitä käsiteltiin erilaisilla strategioilla, jotka olivat luokiteltavissa kolmeen siirtymävaiheeseen: a) haavoittuvuuteen, kun tilanteen raskauden lisääntynyt riski ymmärrettiin; b) lisääntyneeseen ahdistuneisuuteen /levottomuuteen, kun lääketieteelliset oireet edellyttivät normaalin toiminnan rajoittamista ja c) väistämättömyyteen, kun ennenaikainen synnytys oli ilmeinen. Haavoittuvuusvaiheen strategioita olivat hoitoon hakeutuminen sekä syiden selvittely. Seuraavan vaiheen, johon sisältyi vuodelepoa, sairaalahoidon alkaminen, raskauskomplikaatioon, kuten pre-eklampsiaan liittyviä oireita ja lääkehoitoa, strategioita olivat hoitomyöntyvyyden kehittyminen sekä sosiaalisen ja emotionaalisen tuen hyväksyminen. Väistämättömyysvaiheessa strategioina oli tietojen vastaanottaminen ja ennenaikaisen lapsen vastaanottamisen toiminnat, johon sisältyivät myös lapsen eloonjäämisriskien tiedostaminen. Tutkijat painottavat tämän tutkimuksen järjestävän riskiraskauskokemukseen liittyviä ongelmia sekä prosesseja ja näin tarjoavan kontekstin aikaisemmissa tutkimuksissa tunnistetuille stressitekijöille ja huolenaiheille.

Schroeder (1996) selvitti kvalitatiivisessa tutkimuksessaan naisten kokemuksia vuodelevosta riskiraskaudessa. Tutkimuksessa haastateltiin 12 naista, joille oli määrätty vuodelepoa

riskiraskauden hoidoksi vähintään 20 tuntia päivittäin kolmen viikon ajan. Raskauden kesto naisilla oli 24–34 raskausviikkoa. Haastattelussa naiset saivat vapaasti kertoa kokemuksistaan raskaudenaikaisesta vuodelevosta. Tarvittaessa käytettiin apuna suunnatumpia avoimia kysymyksiä, jotka koskivat mm. vuodelepoa, perhesuhteita, kokemuksia terveydenhuollosta, ajankulusta sekä positiivisia ja negatiivisia vuodelepoon liittyviä tekijöitä. Puhtaaksikirjoitetut haastattelut koodattiin ja käsiteltiin tietokoneohjelman avulla. Tarkistettavuutta ja luotettavuutta lisättiin pitämällä kirjaa päätöksistä aineiston kehittämisen aikana ja jatkuvasti tarkastamalla tyypilliset ja ei-tyypilliset elementit sekä aineiston edustavuus kokonaisuudessaan. Kolme pääteemaa, jotka analyysissä tulivat esille, olivat “riskiraskauskokemus”, “vuodelepokokemus” ja “kokemus riskiraskauden ajankulusta”. Riskiraskauskokemukseen potilailla kuului tunne omaa kehoa ja raskautta koskevan kontrollin puuttumisesta. Kontrollin koettiin siirtyneen asiantuntijalääkärille, joka hoiti raskauden. Vaikka potilaat saivat tietoa hoitomenetelmien hyöty- ja haittatekijöistä, he kokivat saavansa vaihtoehtoja erittäin vähän. Pelko ja huoli olivat luonteenomaisimpia piirteitä. Pelko lapsen henkiinjäämisestä oli todellinen, koska useimmilla oli kokemus menetyksestä aikaisemmassa raskaudessa. Selviytymiskeinona tähän pelkoon potilaat pyrkivät välttämään tunnepitoisen suhteen muodostumista lapseensa. Vuodelepokokemus sisälsi kaikilla potilailla unihäiriöitä. Kaikki uskoivat liikunnan lisäävän kohdun ärsytystä, mikä helpotti sopeutumista vuodelepoon. Kaikki pelkäsivät vuodelevon alentavan normaalia synnytyksen jälkeistä suorituskykyä. Liikkumisen rajoittaminen häiritsi normaaleja perhesuhteita ja -elämää, mistä koettiin syyllisyyttä. Suhteessa aikaan riskiraskauspotilaille oli luonteenomaista tulevaisuuteen suuntautuminen. Nykyhetkestä keskusteltiin vain suhteessa tuleviin päämääriin. Aika nähtiin kuitenkin ratkaisevana muutosta aikaansaavana tekijänä mahdollisuuteen saada terve lapsi, koska vuodelevon keskeinen peruste oli uhkaavan ennenaikaisen synnytyksen estäminen. Huoli väheni sitä enemmän, mitä pidemmälle aika kului.

Guptonin ym. (1997) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla pitkäkestoisen vuodelevon kokemusta naisilla riskiraskauden aikana. Tässä etnografisessa tutkimuksessa, jossa käytettiin aineistolähteenä haastatteluja, osallistujapäiväkirjoja sekä kenttämuistiinpanoja. Tutkimukseen osallistui 24 raskaana olevaa naista, joiden vuodelepohoito oli kestänyt vähintään seitsemän vuorokautta (7-50 vrk). Raskauden kesto vaihteli viikoilla 26–39. Useimmat olivat osittaisessa vuodelevossa, vain neljä täydellisessä vuodelevossa. Aineiston analyysistä tuli esiin vuodelevossa olevien raskaana olevien naisten stressiprosessimalli.

Stressitekijät luokiteltiin tilannekohtaiseen (sairaaseen rooli, epävarmuus, huoli sikiöstä, väsyminen odottamiseen), ympäristötekijöihin (vankeuden tunne, pitkästymisen, ulkopuolisuuden tunne) ja perhetekijöihin (rooliristiriidat, huoli vanhemmista lapsista). Kaksi päätekijää stressin helpottajina olivat sosiaalinen tuki ja erilaiset selviytymisstrategiat. Stressi ilmeni erilaisina fyysisinä oireina, tunnereaktioina ja muutoksina sosiaalisissa suhteissa. Johtopäätöksinä tutkijat painottavat vuodelevon rasittavuutta riskiraskauspotilaille. Vuodelepoon määrättyjen raskaana olevien stressiprosessin ymmärtäminen auttaisi tutkijoiden mukaan hoitajia kehittämään interventioita, joilla vähennettäisiin stressitekijöitä ja helpotettaisiin stressistä selviytymistä.

Heaman ym. (1998) vertasivat kohdistetussa etnografisessa tutkimuksessaan koti- ja sairaalahoidossa olevien riskiraskauspotilaiden käsityksiä lepoahoidosta. Aineisto oli sama kuin Guptonin ym. (1997) tutkimuksessa. Haastattelujen tarkoitus oli määrittää raskaana olevien persoonallinen merkitys ja kokemus vuodelepoahoidosta, päiväkirjoihin naiset tallensivat päivittäisiä tapahtumia ja tunteita sekä reaktioita hoidon jatkuessa. Aineisto käsiteltiin sisällön analyysillä teemojen tunnistamiseksi. Tuloksissa vuodelepo koettiin merkittäväksi emotionaaliseksi stressiksi molemmissa ryhmissä. Kuitenkin sairaalahoidon sisältyi enemmän stressin lähteitä kuin kotihoidossa. Sairaalahoitossa ongelmalliseksi koettiin ero perheestä, yksityisyyden puute, sairaalaympäristön epämuikavuus ja yhteensopimattomat huonetoverit. Kotihoidon ongelmoina olivat roolivaihtelut sekä kiusaus toimia aktiivisemmin kuin oli hoitosuositusten mukaista. Ei ainutlaatuisia, mutta kotihoitoa pahempia ongelmia olivat sairaalassa huoli lapsista, ulkopuolisuuden tunne, vankina olemisen kokemus, pitkästymisen, masennus, yksinäisyys sekä negatiivinen vaikutus parisuhteeseen. Tutkijoiden mukaan tutkimustulos nostaa esille kysymyksen rutiininomaisen vuodelevon määräämisen sopivuudesta; kotihoito-ohjelmia tulisi esittää ja kehittää vaihtoehtona antenataaliselle vuodelepoahoidolle sairaalassa.

Malonin ym. (2002) pitkittäistutkimuksen tavoitteena oli kuvata negatiivisten tunteiden oireyhtymää, dysforiaa (=”mielialan alavireisyys”), synnytystä edeltävänä ja sitä seuraavana aikana sekä tunnistaa yhteyksiä dysforian ja sairaanhoitoa edeltävän vuodelevon, sairaalavuodelevon sekä maternaalisten ja fetaalisten/neonataalisten riskien välillä. Tutkimusryhmä koostui 63 riskiraskauspotilaasta, joita hoidettiin synnytystä edeltävällä vuodelevolla yliopistollisessa keskussairaalassa. Tutkimukseen ei otettu naisia, joilla oli psykiatrisia häiriöitä. Dysforian arvioinnissa käytettiin MAACL-R – tarkistuslistaa (The

Multiple Affect Adjective Checklist – Revised). Obstetrista riskiä arvioitiin Hobelin ja Creasyn riskinarviointimittareilla. Mittaus suoritettiin toistuvasti. Dysforia oli korkeimmillaan sairaalaantulon aikaan ja väheni merkitsevästi ($F(5)=23,58, p<.001$) ajan kuluessa. Samalla positiivisten tunneastimusten hakuisuus lisääntyi ($F(5)=53,16, p<.001$). Dysforiataso oli myös korkeampi niillä, joilla Hobelin mittarilla arvioitu obstetrinen riskitaso oli korkeampi ($F(1, 60)=4,53, p=.037$). Raskauden kestolla sairaalaan tullessa, vuodelevon pituudella eikä Creasyn mukaisella obstetrisella riskitasolla ei ollut yhteyttä dysforiaan. Tutkijat päättelivätkin, että synnytystä edeltävän dysforian synnyssä ärsykkeinä toimivat tekijät ovat edelleen epäselvät. Synnytyksen jälkeinen dysforia näyttäisi olevan yhteydessä vastasyntyneen syntymänaikaiseen terveydentilaan.

Taulukko 2. Potilaiden kokemuksia antenataalisesta sairaalahoidosta.

Tutkija, vuosi, maa Tutkimustehtävät	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
White ym. 1984, Kanada Antenataalisen sairaalahoidon stressitekijät näkökulmasta potilaan	61 antenataalisessa sairaalahoidossa olevaa naista Kyselylomake, Varianssianalyysi	Tekijät, jotka liittyivät eroon kotoa ja perheestä eniten stressaavia, vähiten stressiä koettiin kommunikaatiossa henkilökunnan kanssa ja sairaalaympäristössä.
Waldron ym. 1985, USA Potilaiden emotionaaliset tarpeet; stressitekijät ja selviytymiskeinot, tehohoitoyksikössä	18 uhkaavan ennenaikaisen synnytyksen vuoksi hoidossa olevaa naista Haastattelu 3. ja 7. hoitopäivänä ja sen jälkeen 7. päivän välein, semistrukturoitu haastattelulomake Prosenttiluvut	Ero perheestä, fyysinen epämukavuus, avuttomuus tai kontrollin menetyksen tunne ja epä-tietoisuus sairaalahoidon kestosta olivat voimakkaimmat stressaavat tekijät. Hoidon kestänyt yli viikon fyysisen epämukavuuden rasittavuus lisääntyi ja eron perheestä väheni.
Loos ym. 1989, Kanada Asiakkaiden ajatukset ja tunteet raskauden aikaisesta sairaalahoidosta	11 yli viisi vuorokautta sairaalahoidossa ollutta naista Kyselylomake, haastattelu Aineiston sisällön analyysi, luokittelu, frekvenssit	Useimmin koetut tunteet olivat yksinäisyys, pitkästymisen ja voimattomuuden tunne.
Maloni ym. 1993, USA Antenataalisen sairaalahoidon fyysiset ja psykososiaaliset vaikutukset raskaana oleviin	17 antenataalisessa hoidossa ja 18 normaalin raskauden seurannassa olevaa naista Kyselylomake. Fyysisen kunnan mittausmenetelmät. Frekvenssit, keskiluvut, vaihteluvälit, varianssianalyysi t-testi, khiin neliötesti	Täydellisessä vuodelevossa olevat kokivat muita enemmän negatiivisia tunteita, Ero perheestä oli voimakkaimmin stressaava tekijä, vähiten stressasi kommunikointi henkilökunnan kanssa. Painonnousu oli vähäisempää sairaalahoidossa olevilla kuin kotona olevilla naisilla.
McCain ym. 1994, USA Äitien ja isien kokemukset riskiraskaudesta	12 äitiä ja 9 isää Avoin haastattelu Glaserin ja Straussin vertaileva menetelmä, kvalitatiivinen etnografinen tietokoneohjelma	Perustava vanhempien identifioima sosiaalipsykologinen ongelma oli emotionaalinen reaktio riskiraskauden tapahtumiin. Reaktio liittyi tapahtumien etenemiseen ja sitä käsiteltiin erilaisilla strategioilla

		kolmessa siirtymävaiheessa: haavoittuvuus, lisääntynyt ahdistuneisuus/ levottomuus ja väistämättömyys.
Schroeder 1996, USA Naisten kokemuksia vuodelevosta riskiraskaudessa	20 riskiraskauden vuoksi vuodelepo hoidossa olevaa naista. Haastattelu sisällön analyysi	Riskiraskauskokemukseen kuului tunne oman kontrollin puuttumisesta, pelko ja huoli olivat luonteenomaisia. Vuodelepo kokemukseen liittyi unhäiriöitä. Luonteenomaista oli tulevaisuuteen suuntautuminen; huoli väheni, kun aikaa kului.
Gupton 1997, Kanada Pitkäkestoisen vuodelepon kokemus riskiraskauden aikana	24 vuodelevossa riskiraskauden vuoksi olevaa naista. Haastattelu, osallistujapäiväkirjat, kenttämuistiinpanot. Aineiston laadullinen analyysi	Aineistosta kehitettiin vuodelevossa olevien naisten stressiprosessimalli, jossa stressitekijät luokiteltiin tilannekohtaiseen, ympäristötekijöihin liittyviin ja perhetekijöihin liittyviin stressiin. Päätekijät stressin helpottajina olivat selviytymisstrategiat ja sosiaalinen tuki.
Heaman ym. 1998, Kanada Koti- ja sairaalahoidossa olevien potilaiden riskiraskauspotilaiden käsitykset lepo hoidosta	24 vuodelevossa riskiraskauden vuoksi olevaa naista. Haastattelu, osallistujapäiväkirjat, kenttämuistiinpanot. (sama aineisto kuin Guptonilla 1997) Aineiston laadullinen analyysi	Vuodelepo on merkittävä emotionaalinen stressi sekä koti- että sairaalahoidossa. Sairaalahoitoon sisältyi enemmän stressin aiheuttajia kuin kotona.
Maloni ym. 2002, USA Dysforia riskiraskauden vuoksi sairaalahoidossa olevilla naisilla.	63 antenataalisessa sairaalahoidossa olevaa naista Pitkittäistutkimus MAACL-R-mittari, Hobelin sekä Creasyn mittarit Varianssianalyysi, Pearsonin korrelaatio	Dysforia oli korkeimmillaan sairaalaan tulon aikaan ja väheni ajan kuluessa samalla, kun positiivisten tunneistimusten hakuisuus lisääntyi. Dysforiataso oli myös korkeampi niillä, joilla Hobelin mittarilla arvioitu obstetrinen riskitaso oli korkeampi. Raskauden kestolla sairaalaan tullessa ja vuodelepon pituudella ei ollut yhteyttä dysforiaan

3.3. Yhteenveto kirjallisuudesta

Kirjallisuuskatsauksessa käsitellystä 21 tutkimuksesta kvalitatiivisia on kahdeksan (Pontin ym. 1994,1995, Kralik ym. 1997, Staniszewska ym. 1999, White ym. 1984, Waldron ym. 1985, Loos ym. 1989, McCain ym. 1994, Schroeder 1996, Gupton 1997, Heaman 1998) ja loput kvantitatiivisia. Potilaiden kokemuksia muusta kuin antenataalisesta sairaalahoidosta kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista kaikki ennen 1990-lukua tehdyt ovat kvantitatiivisia suurilla otoksilla tehtyjä tutkimuksia, jossa aineistoa on kuvattu tilastollisin menetelmin. Vain kolme tutkimusta on kvalitatiivisia. Antenataalisessa sairaalahoidossa

olevien potilaiden kokemuksista on tehty enemmän kvalitatiivisia kuin kvantitatiivisia tutkimuksia. Tutkimusryhmät niissä ovat pieniä, kvantitatiivisissakin aineistoissa enimmillään 63 potilasta (Maloni ym.). Lisätutkimuksen tarve isommalla tutkimusryhmällä nähtiin tarpeelliseksi muun muassa Malonin ym. (1993) ja McCainin ym. (1994) tutkimuksessa.

Suurimmassa osassa kvantitatiivisista tutkimuksista muuttajat ovat olleet kategorisia ja analyysimenetelmät on valittu sen mukaan. Aineisto kerättiin useimmin kyselylomakkeella. Tilastollisista analyysimenetelmistä eniten oli käytetty varianssianalyysia (5 tutkimusta). Ristiintaulukointia oli aineiston analysoinnissa käyttänyt Wilson-Barnett (1976). Goupyn ym. (1991) tutkimuksessa aineistoa oli vain kuvailtu frekvenssi- ja prosenttijakaumin, eikä tilastollisia testaus- ja analyysimenetelmiä ollut käytetty, mikä vähentää tutkimustulosten tulkinnan luotettavuutta. Kvalitatiivisten tutkimusten aineisto kerättiin useimmiten haastatteluilta.

Suurin osa valituista tutkimuksista käsitteli potilaiden kokemusta omista sairaalahoidon aikaisista emotionaalisista reaktioista, vuorovaikutuksesta hoitavan henkilökunnan kanssa sekä hoitoympäristöstä. Potilaiden kokemuksia tutkittaessa hoidon aikainen stressi ja emotionaaliset reaktiot olivat näkökulmana viidessä tutkimuksessa (Wilson-Barnett 1976, Ahmadi 1985, White ym. 1984, Waldron ym. 1985, Loos 1989). Tutkijat katsoivat tutkimustensa hyödyttävän riskiraskauksien hoitoon osallistuvia hoitajia auttamalla heitä tunnistamaan ja tiedostamaan riskiraskauteen liittyviä emotionaalisia reaktioita ja auttamaan potilaita, joilla tällainen tilanne on. Suurella osalla tutkijoista potilaiden kokemusten kartoittamisen tarkoituksena oli arvioida koettua hoidon laatua mielipiteiden ja potilastyytyväisyyden avulla. Kahdessa tutkimuksessa tutkimustuloksina olivat aineiston pohjalta kehitetyt mallit: Schroederin (1996) malli vuodelevosta riskiraskaudessa ja Guptonin (1997) vuodelevossa olevien naisten stressiprosessimalli. Meterkon ym. (1990) ja Steinen ym. (2001) tutkimuksissa tavoitteena oli myös mittarin kehittäminen ja testaus.

Tutkimustuloksissa useimmin positiivisia kokemuksia ja vähiten puutteita tuli esille vuorovaikutuksessa henkilökunnan kanssa sekä antenataalisessa että muussa sairaalahoidossa (Wilson-Barnett 1976, Moores ym. 1986, Goupy ym. 1991, Charles ym. 1994, White ym. 1984, Maloni ym. 1993). Vuorovaikutuksessa kuitenkin saatu informaatio koettiin puutteelliseksi Charlesin ym. (1994) ja Brusterin ym. (1994) tutkimuksissa, toisin kuin

Mooresin ym. (1986) ja Cortisin ym. (1996) tutkimuksissa. Nuoret olivat vanhempia tyytymättömämpiä Wilson-Barnettin ym. (1976), Charlesin ym. (1994) ja Brusterin (1994) tutkimuksissa. Sairaalahoidossa koettuja tunteita tutkittiin enemmän antenataaliseen sairaalahoitoon keskittyneissä tutkimuksissa. Ero perheestä oli eniten stressaava tekijä Whiten ym. (1984), Waldronin ym. (1985) ja Malonin ym. (1993) tutkimuksissa, joissa todetaan tämän tukevan myös aikaisempien antenataalisesta hoidosta tehtyjen tutkimusten tuloksia. Muilla kuin antenataalisessa hoidossa olevilla potilailla tämä tuli esille Wilson-Barnettin (1976) tutkimuksessa, ei kuitenkaan voimakkaimpana negatiivisina koetuista tekijöistä. Vaikka tutkimukset antenataalisesta sairaanhoidosta vaihtelevat laadultaan, menetelmiltään ja tutkimusjoukon kooltaan, muutamia stressitekijöitä tulee selkeästi esille. Negatiivisia tunteita, joita antenataalisessa sairaalahoidossa koettiin, olivat avuttomuus, voimattomuuden ja kontrollin menetyksen tunne (Waldron ym. 1985, Loos 1989, Schroeder 1996, Gupton ym. 1997), pitkästymisen ja yksinäisyys (White 1964, Loos 1989, Gupton ym. 1997, Heaman ym. 1998), masennus ja viha (Maloni ym. 1993, Heaman ym. 1998). Antenataalisen sairaanhoidon kestäessä kauemmin fyysinen epämukavuus lisääntyi Waldronin ym. (1985) tutkimuksessa, kun potilaiden huoli Shroederin (1996) ja dysforia Malonin ym. (2002) tutkimuksessa vähenivät. Kokemukset sairaalaympäristöstä vaihtelivat eri yksiköissä tehdyissä tutkimuksissa. Tulevaisuuteen suuntautuminen ja siihen liittyvä epä tietoisuus tulivat esille mm. Waldronin ym (1985) ja Shroederin (1996) tutkimuksissa.

Käsiteltyjä tutkimuksia voidaan tässä tutkimuksessa hyödyntää muuttujien osalta kyselylomaketta laadittaessa sekä tämän tutkimuksen ongelmien täsmentämisessä. Hoitoympäristö on paljolti riippuvainen yksiköstä, jossa potilas on hoidettavana. Tämän vuoksi potilaiden fyysistä ympäristöä koskevien kokemusten vertailu ei ole yksityiskohtaisesti mahdollista. Lähtökohta monissa antenataalista sairaanhoitoa koskevissa tutkimuksissa sivuaa nyt tehtävää tutkimusta ja antaa hyvän vertailupohjan tuloksia pohdittaessa. Tutkimukset on tehty maissa, joissa kulttuuri poikkeaa jonkin verran suomalaisesta, mikä myös osaltaan tekee tutkimuksesta mielenkiintoisen. Tehdyissä antenataalista sairaalahoitoa käsittelevissä tutkimuksissa tulosten yleistettävyyys kaikkiin antenataalipotilaisiin ei ole mahdollista, joten tämä tutkimus tuokin omalta osaltaan lisätietoa näiden potilaiden kokemuksista.

4. TUTKIMUKSESSA KÄYTETTÄVÄT KÄSITTEET

Antenataalisella sairaalahoidolla tarkoitetaan raskaudenaikaista sairaalahoitoa ennen synnytystä, kun raskaus on kestänyt vähintään 22 raskausviikkoa (Saarikoski, 1992). Potilas on otettu sairaalaan riskiraskauden seurannan ja hoidon vuoksi.

Riskiraskaudella tarkoitetaan sellaista tilannetta, jossa naisella sairauden tai muun syyn vuoksi on keskimääräistä huonommat mahdollisuudet selviytyä raskaudesta terveyden vaarantumatta tai saada täysiaikainen, elinkykyinen ja terve lapsi. Saarikosken (1992, 37–40) mukaan riskiraskaudella tarkoitetaan entistä enemmän sellaista raskauteen liittyvää komplikaatiota, joka aiheuttaa normaalia korkeamman perinataalisen mortaliteetin eli kuolleisuuden syntyvälle lapselle. Perinataalisella mortaliteetilla (PNM) tarkoitetaan kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden lasten määrää suhteessa kaikkiin syntyneisiin lapsiin. Tavallisimmin riskin raskaudessa aiheuttavat uhkaava ennenaikainen synnytys, pre-eklampsia sekä diabetes. (Saarikoski 1992, Enkin 1994, Heaman 1998)

Potilaan tilalla tarkoitetaan potilaan vointia; fyysistä oloa sekä psykososiaalisia tuntemuksia, kuten tyytyväisyyttä, erilaisia huolia ja pitkästymistä. Rauhalan (1983) ihmiskäsityksessä tätä tilaa kuvaavat tekijät, joiden varassa ihminen todentuu: tajunnallisuutta, kehollisuutta sekä situaatiota eli olemassaolo suhteessa ympäröivään todellisuuteen. Tässä tutkimuksessa käytetty oma tila on osa sitä kokonaisuutta, jota Raatikaisen (1995) hoitotyön kehitysvaiheiden luokituksessa kuvataan persoonallisen hoitotyön mallin tuloksena.

Hoitotoimintaa ovat tässä tutkimuksessa hoitomenetelmät, hoitosuhde ja potilaan tiedonsaanti. Morse (1992) sekä Begat ja Severinsson (2001) kuvaavat näitä erottamalla tehtävä- ja teknispainotteiset sekä vuorovaikutuspainotteiset toiminnot, Bradley ja Edinberg (1990) hoitajan selvästi näkyvät ja vaikeammin suoraan havaittavat toiminnot. Tehtävä- ja teknispainotteista hoitoa tässä tutkimuksessa ovat hoitomenetelmät ja vuorovaikutuspainotteista hoitoa hoitosuhde ja potilaan tiedonsaanti. Hoitotoimintaa lähestytään tässä potilaan näkökulmasta. Lääketieteellistä hoitoa ei tässä tutkimuksessa käsitellä.

Hoitoympäristö koostuu fyysisestä ja psykososiaalisesta ympäristöstä. Tässä tutkimuksessa ympäristön muodostavat ne tekijät, joita potilaat kohtaavat antenataalisessa sairaalahoidossa ollessaan. Psykososiaalista ympäristöä ovat tässä tutkimuksessa osaston ilmapiiri ja sairaalan tarjoamat palvelut sekä muut ihmiset. Fyysinen ympäristö sisältää aistein havaittavat rakenteet ja tekijät, kuten kalusteet, valvontalaitteet ja melun. Allasin (1993) mukaan fyysinen ympäristö muodostuu kolmiulotteisesta tilasta. Se on jonkinlainen neutraali lähtökohta, jota ihmiset havainnoivat kukin omalla tavallaan. Rajaus ei kuitenkaan voi olla tarkka, sillä fyysisen ympäristön ominaisuudet kytkeytyvät tiiviisti psykologisiin ja sosiaalisiin tekijöihin, joiden kautta fyysinen ympäristö havaitaan (Latikka 1997).

Tutkimuksen tavoitteet on jäsennetty Donabedianin (1966) terveydenhuollon arviointimallin mukaan. Donabedianin mallissa hoito koostuu rakenteesta, prosessista ja tuloksesta. Tässä tutkimuksessa Donabedianin mallin mukaista tulosta vastaa potilaan tila, prosessia hoitotoiminta ja rakennetta hoitoympäristö. Samat osatekijät nousivat esiin myös Pontinin ym. (1996) tutkimuksessa, kun tutkittiin potilaiden sairaalahoitoon kohdistuvaa arviointia.

5. TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

5.1. Tutkimushenkilöt ja aineiston keruu

Tutkimus kohdistui antenataalisessa sairaalahoidossa oleviin potilaisiin. Tutkimusympäristönä oli yliopistollisen keskussairaalan antenataaliosasto. Sairaalan erikoisalat ovat synnytysoppi, naistentaudit sekä perinnöllisyyslääketiede. Sairaalassa hoidetaan vuosittain noin 4500 synnytystä, joista noin 77 % on alatiesynnytyksiä ja 23 % keisarileikkauksia. Vuonna 2002 sairaalassa hoidettiin 4545 synnytystä, mikä on 8,3 % koko maan synnytyksistä. Lapsia syntyi 4717. Näistä 13,8 % (649) oli ennenaikaisia, ennen 37. raskausviikkoa syntyneitä, ja 10,5 % (494) alle 2500 grammaa painavia. (Stakes 2003)

Synnytysten lisäksi sairaalassa hoidetaan keskitetysti alueen ja osin koko maan vaikeimmat raskaushäiriöt. Vuosittain hoidetaan ja seurataan n. 1500 riskisynnyttäjän raskautta. Sairaalahoitoa vaativien potilaiden hoidosta huolehtii pääasiallisesti antenataaliosasto. Poikkeuksen muodostavat osa alkuraskauden ongelmista, joissa hoitoyksikkönä on naistentautien osasto. Vuoden 2002 aikana antenataaliosastolla kirjattiin 3209 hoitajaksoa ja

9148 hoitopäivää; suuri osa potilaista oli osastohoidossa useammin kuin kerran. Keskimääräinen hoitoaika oli 3,2 vuorokautta. Koko maassa sairaalahoidossa raskauden aikana oli vuonna 2002 synnyttäjistä 21,7 %. Yleisimmät sairaalahoidon perusteet olivat vuonna 2001 kohonnut verenpaine (3-4 % synnyttäjistä), uhkaava ennenaikaisuus (3-4 %) ja verenvuoto (1 %). Suurin osa synnyttäjistä päätyi luokkaan ”muut syyt”. Raskaana ollessaan sairaalahoitoa saaneista naisista 79 %:lla oli enemmän kuin yksi hoitajakso synnytyksen sisältävän hoitajakson lisäksi. Keskimääräinen hoitoaika oli 4,5 vuorokautta. (Stakes 2002, 2003; Gissler ym. 2003)

Hallinnollisesti äitiyspoliklinikka ja antenataaliosasto on ollut vuodesta 1993 lähtien oma yksikkönsä. Tutkimusajankohtana potilaspaiikkoja antenataaliosastolla on 32. Osastolla työskentelee 17 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa, kaksi apulaislääkärinä ja yksi osastosihteeri. Antenataaliosasto toimii kahdessa työryhmässä. Kummassakin on aamuvuoroisin kaksi kättilöä ja iltavuorossa yksi sekä molemmissa vuoroissa ryhmille yhteinen perushoitaja. Yövuorossa työskentelee koko osastolla yksi kättilö ja perushoitaja. Lisäksi osastolla työskentelee aamuisin kaksi ja iltaisin yksi laitoshuoltaja. Kummankin ryhmän vastuualueeseen kuuluu kaksi yhden, yksi kahden ja kolme neljän hengen potilashuonetta. Lisäksi osaston on tilapäisesti mahdollista käyttää viereisen poliklinikan yhteydessä olevaa yhtä viiden hengen potilashuonetta. Kummassakin ryhmässä on potilaille yhteiset kylpy- ja wc-tilat. Yhden hengen huoneissa, jotka toimivat tarvittaessa myös eristys huoneina, on oma kylpyhuone. Kanslia, tutkimushuoneet, potilaiden käytössä oleva ruokailu/oleskelutila, huoltotilat sekä uloskäynti sijaitsevat osaston kahden ryhmän välisessä yhteisessä osassa.

Osaston päiväohjelma on seuraava: 6.00 - 7.30 potilaiden herätys ja aamupala, alkaen 8.00 potilaiden hoidot (peseytyminen, sikiön sydäänäikuuntelut yms.), 9.00 - 11.00 lääkärin kierto, 11.15 lounas, lounaan jälkeen potilaille suoritettavat tutkimukset ja toimenpiteet, 16.15 päivällinen, 19.00 iltapala ja 19.30 iltahoidot. Vierailuaika osastolla on 14.00 - 19.00 ja hiljaisuus 22.00. Näiden lisäksi potilaille suoritetaan osaston ulkopuolisia tutkimuksia ja toimenpiteitä henkilökohtaisten hoitosuunnitelmien mukaan, esimerkiksi lapsivesipunktiot aamupäivisin sekä päivystysluontoiset tutkimukset ja toimenpiteet.

Tutkimusryhmän muodostivat vuonna 2001 heinä-syyskuussa yliopistollisen keskussairaalan antenataali-osastolla hoidossa olleet potilaat. Ennen tiedonkeruun aloittamista tutkimuksen tekijä kävi informoimassa osaston henkilökuntaa tutkimuksesta sekä henkilökunnan osuudesta

siinä. Ohjauksen saatuaan henkilökunta jakoi 250 potilaalle kirjekuoren, joka sisälsi kyselylomakkeen. Kuoret jaettiin niille potilaille, jotka jäivät osastolle vähintään vuorokaudeksi. Potilaat täyttivät lomakkeen hoidon päättyessä tai sen kestänyt vähintään kolme vuorokautta. Täyttämänsä lomakkeen he palauttivat suljetussa kirjekuoressa osaston ruokailu- ja oleskelutilassa sijaitsevaan, tutkimuksen tekijän nimellä varustettuun vastauslaatikkoon, josta tutkimuksen tekijä ne haki. Kyselylomakkeen palautti 195 potilasta (78 %). Näistä hylättiin kolme lomaketta, joissa oli täytetty ainoastaan taustatiedot. Lopulliseksi vastausprosentiksi tuli näin 76,8 %.

5.2. Mittari

Aineisto kerättiin tutkimuksen tekijän tätä tutkimusta varten laatimalla kyselylomakkeella. Lomake kehitettiin kirjallisuuden ja tutkimuksen tekijän kliinisen asiantuntemuksen perusteella. Ennen varsinaista aineiston keruuta, tutkimusluvan saamisen jälkeen, lomaketta testattiin jakamalla se 20 antenataaliosaston potilaalle. Tämän jälkeen ne kysymykset, jotka esikyselyssä oli ymmärretty väärin, muotoiltiin uudelleen varsinaiseen kyselylomakkeeseen. Kyselylomake on esitelty liitteessä 1.

Kyselylomakkeella koottiin kertaluonteista tietoa potilaan hoidon aikaisista kokemuksista. Kyselylomake sisälsi kysymyksiä potilaan tilasta, hoitotoiminnasta ja hoitoympäristöstä potilaan kokemana. *Kokemukset omasta tilasta sairaalahoitajakson aikana* (kysymykset 11–43), perustuivat Whiten ym. (1984), Waldronin ym. (1985), Loosin ym. (1989), Malonin (1993,2002), Guptonin (1997), Schroederin ym. (1996) ja Heamanin ym. (1998) tutkimuksiin. Siinä kerättiin tietoa potilaan oireista, tuntemuksista, tunteista ja huolista. *Kokemukset hoitotoiminnasta* (kysymykset 43–77) keräsi tietoa hoitomenetelmistä ja periaatteista, vuorovaikutuksesta ja potilaan tiedonsaannista. Sen perusteena olivat Wilson-Barnettin (1976), Ahmadin (1985), Mooresin ym. (1986), Meterkon ym. (1990), Brusterin ym. (1994), Cortisin ym. (1996), Whiten ym. (1984) ja Malonin (1993) tutkimukset. Meterkon ym. (1990), Goupyn ym. (1991) Pontinin ym. (1994, 1995) ja Waldronin ym. (1985) tutkimuksiin perustuvalla kysymyssarjalla *Kokemuksia hoitoympäristöstä* (kysymykset 82–99) kerättiin tietoa hoitoyksikön fyysisistä ja psykososiaalisista rakennetekijöistä. Tämän lisäksi kyselylomakkeen alussa kerättiin potilaan taustatietoa (kysymykset 1-10).

Pääosa kyselylomakkeen kysymyksistä on suljettuja kysymyksiä, joissa on annettu valmiit vastausvaihtoehdot. Arviointiasteikkona on osassa kysymyksiä käytetty joko viisiportaista Likert-asteikkoa (Eskola, 1975, 201) tai kouluarvosana-asteikkoa sen tuttuuden vuoksi. Avokysymyksillä haettiin tarkkoja numeerisia tietoja tai tietoa, jota ei haluttu rajata suljetuilla kysymyksillä. Avokysymyksillä kerätyn aineiston oli myös tarkoitus rikastaa ja täydentää strukturoiduilla kysymyksillä saatua tietoa (Leino-Kilpi 1998, 226-227).

5.3. Aineiston käsittely ja analyysi

Tutkimusaineisto tallennettiin ensin Microsoft Excel-tilukkolaskentaohjelmaan, jolla tarkasteltiin kaikkien muuttujien frekvenssijakaumia sekä minimi- ja maksimiarvoja. Jakaumia tarkasteltiin myös histogrammien avulla. Samalla korjattiin aineiston syötössä tulleet virheet. Jatkoanalyseissa käytettiin Statistical Analysis System-ohjelmaa (SAS).

Muuttujien luokkia yhdistettiin, jotta analyysissa välttyttiin liian pieniltä luokilta. Muuttujat, joista kerättiin tietoa viisiportaisella Likert-asteikolla, luokiteltiin uudelleen joko kaksi- tai kolmiportaisiksi samoin kuin ne taustamuuttujat, joissa oli enemmän kuin kolme luokkaa. Luokittelussa huomioitiin luokkien sisällöllinen erilaisuus. Ikäluokat muodostettiin siten, että ensin jaettiin koko aineisto ikäryhmiin viiden vuoden välein, sen jälkeen oman ryhmän muodostivat vähintään 35-vuotiaat, joiden osuutta seurataan valtakunnallisesti (Stakes 2002). Seuraavan luokan muodostivat 25–34 -vuotiaat Suomen synnyttäjien keski-ikä (29.9 vuotta,) ympärille ja alimman luokan alle 25-vuotiaat synnyttäjät. Siviilisäätö muodostui kolmiluokkaiseksi, koska luokkiin ”eronnut” ja ”leski” ei tullut yhtään havaintoa. Ammattikoulutus luokiteltiin siten, että oman luokkansa muodostivat ne, joilla oli korkeintaan koulutasoinen tutkinta, opistotasoinen tai ammattikorkeakoulun tutkinnon suorittaneet sekä tiedekorkeakoulututkinnon suorittaneet. Lasten lukumäärän mukaiset luokat muodostettiin seuraavasti: ne, joilla ei ollut lapsia, oli yksi lapsi, 2 lasta ja useampi kuin kaksi lasta. Raskauden keston luokkien (alle 30, 30–33, 34–37, yli 37 raskausviikkoa) muodostamiseen vaikutti sekä sikiön ennuste, mikäli synnytys tapahtuisi näillä raskausviikoilla, sekä muodostettavien luokkien koko. Kysymyksissä, joissa kysyttiin vastaajan kokemuksen määrää sairaalajakson aikana, luokat ”ei lainkaan” ja ”vähän” yhdistettiin omaksi luokaksi, samoin ”paljon” ja ”erittäin paljon” luokaksi ”paljon”, kolmantena luokkana säilyi ”jonkin verran”. Kysyttäessä vastaajan mielipidettä väittämistä muuttujat luokiteltiin uudelleen. Luokat ”täysin eri mieltä”, ”eri mieltä” ja ”ei samaa eikä eri mieltä” yhdistettiin luokiksi ”ei

samaa mieltä” ja muut luokkaan ”samaa mieltä”. Kouluarvosanoin luokitellut muuttajat luokiteltiin uudelleen kolmiluokkaisiksi. Arvosanoista yhdistettiin luokat 4-6, 7-8 sekä 9-10. Tämän lisäksi arvosanoista laskettiin keskiarvot.

Avointen kysymysten (36, 37, 79, 80, 81, 97 ja 98) analyysissä käytettiin sisällön analyysia (Kynge & Vanhanen 1999). Sanalliset vastaukset luetteloidtiin ja aineisto pelkistettiin. Pelkistetyistä ilmaisuista pyrittiin löytämään erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat asiat ryhmiteltiin kategorioiksi, jolle annettiin sisältöä kuvaava nimi. Koska kaikki mielialaa koskevat muuttajat (38–43) olivat asteikon ääripäiltään negatiivinen mieliala – positiivinen mieliala, niistä muodostettiin uusi summamuuttuja ”mieliala” laskemalla muuttajien 38–43 keskiarvo (Laippala ym. (1997). Näin uuden muuttujan minimiarvo oli 1 ja maksimi 5. Summamuuttujan sisäinen reliabiliteetti varmistettiin laskemalla Cronbachin alfa, joka sai arvon 0,81 (Alkula ym. 1995, 99; Vehviläinen- Julkunen ym. 1998, 210; Heikkilä 1999, 179).

Uudelleenluokitellut muuttajat ristiintaulukoitiin taustamuuttujien sekä sairaanhoidon keston mukaan. Sairaalahoidon kesto valittiin luokitteluperusteeksi, koska haluttiin selvittää eroavatko lyhyen ja pidemmän aikaa sairaalassa olleiden potilaiden kokemukset toisistaan. Puuttuvia muuttajien arvoja ei korvattu, mistä johtuen n-arvot vaihtelevat jonkin verran. Ryhmien välisten erojen merkitsevyyttä tutkittiin khiin neliö-testin avulla. P-arvot, jotka olivat korkeintaan 0.05, tulkittiin merkitseviksi. Varianssianalyysin avulla tutkittiin mielialaa mittaavista muuttajista muodostetun summamuuttujan avulla sairaanhoidon keston mukaisissa ryhmissä. Vertailtaessa tietojen antamista ymmärrettävästi ammattiryhmittäin (77 ja 78) käytettiin vertailussa muuttajien välisten erojen keskiarvoja ja eron merkitsevyyttä testattiin Studentin t-testillä.

Tulosluvussa taustatekijät esitetään taulukoissa ristiintaulukoituna naisten iän mukaan, koska ikä on keskeinen riskiraskauksien esiintymiseen yhteydessä oleva tekijä (Gissler 2003). Muut taulukoissa esiintyvät muuttajat on ristiintaulukoitu sairaanhoidon keston mukaan. Tulosten tilastollinen merkitsevyys on merkitty taulukoihin. Taulukoissa esiintyvät tilastollisesti merkitsevät erot sekä ne tulokset, joita ei ole taulukoissa, on esitetty tekstissä. Avokysymyksiin saadut vastaukset on esitetty käyttäen vastaajien suoria lainauksia sekä kuvioina, jotka on laadittu mainintojen prosenttiosuuksien mukaan.

5.4 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tutkimuksen sisäisen ja ulkoisen validiteetin mukaan. Sisäisesti validille tutkimukselle on ominaista, että siinä on onnistuttu mittaamaan juuri sitä mitä oli tarkoituskin; tulokset ovat tutkimuksen asetelmasta peräisin eikä sekoittavilla tekijöillä ole ollut niihin vaikutusta. Tällaisia sekoittavia tekijöitä ovat esimerkiksi henkilöiden valikoituminen tutkimukseen, kato ja testausvaikutus. Tässäkin tutkimuksessa vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen. Mahdollista on, että vastaamattomien joukossa on enemmän huono-osaisempia ja vähemmän kriittisiä äitejä kuin vastanneiden. Tämä saattaisi näkyä myös tutkimustuloksissa siten, että mm. tiedolliset tarpeet nousevat voimakkaasti esille. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tulosten yleistettävyyttä. Ulkoisesti validissa tutkimuksessa tutkimushenkilöt ovat edustava otos perusjoukosta, jota se tutkimuksessa edustaa. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 210).

Mittarin, tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen, validiteettia tarkasteltaessa on keskeistä, mittaako mittari todella sitä, mitä sen tulisi mitata. Sisältövaliditeetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa käytetyt käsitteet on kyetty muuttamaan mitattavaan muotoon. Tutkimuksen tekijä pyrki legitimoimaan tekemänsä operationalisoinnin aiheen tuntemuksellaan, joka pohjautui hänen työkokemuksensa odottavien ja synnyttävien naisten hoitotyössä. Mittarin validiteetin parantamiseksi ennen varsinaista tutkimusta suoritettiin esikysely, jonka avulla lomakkeen loogisuutta, ymmärrettävyyttä ja toimivuutta testattiin ja parannettiin. Esitutkimukseen osallistui 20 antenataalisessa sairaalahoidossa olevaa naista (Alkula ym. 1995, 128; Vehviläinen-Julkunen, Paunonen 1998, 207). Tutkimustulosten luotettavuutta lisää myös se, että tiedot potilaiden kokemuksista kerättiin ennen synnytystä, joten synnytystulos ei vaikuttanut potilaiden kokemukseen, kuten myöhemmin kokemusta koskevaan kyselyyn vastattaessa olisi voinut käydä.

Tämän tutkimuksen ulkoista validiteettia heikentää se, että tutkimuksen kohdejoukko oli harkinnanvarainen, kun kysely kohdistui vain yhden sairaalan potilaisiin. Vastausprosentti kuitenkin oli kyselytutkimukseen kohtuullisen hyvä 76,8. Jotta tutkimustulos olisi voitu luotettavasti yleistää kaikkiin antenataalisessa sairaalahoidossa oleviin naisiin Suomessa, tutkimushenkilöt olisi pitänyt valita satunnaisesti kaikista antenataalista sairaanhoitoa antavista yksiköistä, jolloin jokaisella perusjoukkoon kuuluvalla olisi ollut yhtä suuri mahdollisuus päästä otokseen. (Alkula ym. 1995, 109, Heikkilä 1999, 38–40)

5.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Kysymykset tutkimuksen eettisyydestä voidaan luokitella tiedon keruuta ja tutkittavien suojaan liittyviin normeihin sekä tutkimustulosten soveltamiseen liittyviin, tutkijan vastuuta käsitteleviin normeihin. (Holm & Llewellyn 1986, 230–231, Vehviläinen–Julkunen 1997, 26–27).

Tutkimusluvan saamiseksi sellaista hoitotieteellistä tutkimusta varten, jossa aineisto kerätään kyselylomakkeella, ei kyseisessä yliopistollisessa keskussairaalassa edellytetä lupaa eettiseltä toimikunnalta, vaan luvan myöntää toimialajohtaja. Tutkimusluvan myöntämistä varten Naistentautien ja synnytysten toimialajohtajalle oli lupa-anomuksen (liite 3) liitteeksi lähetetty tutkimuksen tekijän laatima kyselylomake, siihen sisältyvä vastaajalle osoitettu saatekirje sekä tutkimussuunnitelma. Lupa (liite 4) tutkimuksen tekoon lähetettiin tutkimuksen tekijälle kirjallisena.

Tutkittaville kerrottiin kyselylomakkeen (liite 1) saatekirjeessä (liite 2) tutkimuksen tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä luottamuksellisuuden turvaamisesta. Kyselylomakkeella kerättiin vain sellaista tietoa, joka oli tarpeellista tutkimuksen kannalta. Lomakkeeseen vastattiin anonyymisti, joten vastaajien nimet eivät tulleet edes tutkimuksen tekijän tietoon. Kyselylomakkeet palautettiin suljetussa kirjekuoressa niille varattuun vastauslaatikkoon, josta tutkimuksen tekijä haki ne itse. Saatekirjeessä oli tutkimuksen tekijän yhteystiedot.

Tutkimusprosessi sekä tutkimustulokset raportoitiin avoimesti ja rehellisesti pyrkimyksenä saavuttaa mahdollisimman suuri objektiivisuus.

6. TULOKSET

6.1 Antenataalisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden tausta

Tutkimukseen osallistui 192 naista, jotka olivat antenataalisessa eli synnytystä edeltävässä sairaalahoidossa riskiraskauden vuoksi. Naisten keskimääräinen ikä oli 30.7 vuotta (18–47).

Heistä valtaosa oli joko naimisissa tai avoliitossa. Vastanneista kaksi kolmasosaa oli suorittanut ylioppilastutkinnon. Opistotasoisien tai ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita oli yli kolmasosa ja korkeakoulututkinnon noin neljäsosa. Alle 25-vuotiaiden ryhmä oli vähiten koulutettu, heistä ylioppilastutkinnon oli suorittanut alle kolmasosa ja korkeakoulututkinnon 3 %. Ensisynnyttäjiä oli kaikista vastaajista hiukan yli puolet. Iän myötä uudelleensynnyttäjien osuus kasvoi; alle 25-vuotiaiden ryhmässä heitä oli neljännes. Hieman yli neljänneksellä oli taustassaan aikaisempi epäonnistunut yritys saada lapsi, esimerkiksi keskenmeno tai sikiön menetys ennen synnytystä. Lapsia äideillä oli nollasta yhdeksään, alle kymmenesosalla oli enemmän kuin yksi lapsi. Lapset olivat iältään 1 – 17-vuotiaita. Sairaalahoidossa aikaisemmin tämän raskauden aikana oli ollut noin neljäsosa, aikaisemman raskauden aikana vastaajista runsas neljäsosa. Nykyiseen sairaalahoitoon oli kolme neljäsosaa naisista tullut päivystyksenä, heistä kolme neljäsosaa kiireellisesti ilman lähetettä. Raskauden kesto vastausajankohtana oli keskimäärin 33,5 raskausviikkoa (7-42 rvi). Sairaalahoido oli kestänyt keskimäärin 5,6 vuorokautta (1-28). (Taulukko 3)

Taulukko 3. Odottavien äitien tausta iän mukaan

Taustatekijä	alle 25 vuotta n=27-28 %	25-34 vuotta n=116-117 %	yli 34 vuotta n=46-47 %	Yhteensä N=190-192 % n		χ^2 p df
Siviilisääty						
Naimaton	7	4	2	4	8	9.38
Naimisissa	37	66	70	63	119	0.052 nv
Avoliitossa	56	30	27	33	63	df=4
Peruskoulutus						
Peruskoulu	71	29	33	36	69	17.67
Ylioppilastutkinto	29	71	67	64	121	<0.001*** df=2
Ammattikoulutus						
Koulutasoinen tutkinto	68	27	32	34	65	19.25
Opisto/amk-tutkinto	29	42	38	39	75	<0.001**
Korkeakoulututkinto	3	31	30	27	52	df=4
Synnyttäneisyys						
Ensisynnyttäjä	75	50	49	54	103	6.04
Uudelleensynnyttäjä	25	50	51	46	89	0.049* df=2
Aikaisempi epäonnistunut raskaus taustalla						0.91
Ei	69	69	77	71	134	0.635
Kyllä	31	31	23	29	56	df=2
Lasten lukumäärä						
0	75	51	49	54	104	8.22
1	21	27	26	26	49	0.223 nv
2	4	17	17	1	29	df=6
>2	-	5	8	5	10	
Aikaisempi sairaalahoito nykyraskaudessa						1.46
Ei	82	72	70	73	140	0.483
Kyllä	18	28	30	27	52	df=2

Tulotapa sairaalaan						
Ajanvarauksella	36	22	23	25	47	4.16
Päivystysläheteellä	18	33	26	29	56	0.384
Päivystyksenä ilman lähetettä	46	45	51	46	89	df=4

Sairaalahoidon perusteita 16 % odottavista äideistä ilmoitti useamman kuin yhden. Useimmin ilmoitetut, hieman yli neljäsosalla, sairaalahoidon perusteet olivat ennenaikaiset supistukset/ uhkaava ennenaikainen synnytys ja raskausmyrkytys/ kohonnut verenpaine. Diabeteksen osuus oli useimmin ilmoitettu sairaanhoidon peruste alle neljä vuorokautta hoidossa olleilla. Diabeteksen/ sokeritasapainon häiriön osuus vastaajista vaihteli sairaanhoidon keston mukaan, harvimminkin diabeteksen sairaanhoidon perusteeksi ilmoittivat ne, joiden sairaanhoito oli kestänyt 4-7 vuorokautta ja useimmin ne, joilla se oli kestänyt alle neljä vuorokautta. Yli kolme vuorokautta hoidossa olleilla useimmin ilmoitettu sairaanhoidon peruste oli uhkaava ennenaikainen synnytys/ ennenaikaiset supistukset. (Taulukko 4)

Pre-eklampsialla ja verenpaineella oli yhteyttä raskauden keston. Se oli useammin sairaalahoidon perusteena, kun raskausviikkoja oli alle 37 ($\chi^2=12.36$, $p=0.006$). Supistukset olivat sairaanhoidon perusteena muita useammin niillä, joilla raskaus oli kestänyt alle 34 raskausviikkoa ($\chi^2=39.34$, $p<0.001$), samoin kuin korkeakoulututkinnon suorittaneilla ($\chi^2=9.65$, $p=0.008$). Raskauden keston ollessa vähintään 34 viikkoa ilmoitettiin useammin sairaalahoidon perusteeksi muu kuin taulukossa 2 mainittu peruste. Näitä olivat muut sikiön tai äidin voimien seuranta vaativat tilanteet, kuten poikkeavuudet sikiön sydänäänikäyrässä tai kasvussa ja äitiin kohdistunut trauma, tavallisimmin kaatuminen.

TAULUKKO 4. Sairaalahoidon peruste sairaanhoidon keston mukaan ("kyllä"-vastaukset)

Sairaalahoidon peruste	1-3 vrk n=75 %	4-7 vrk n=81 %	yli 7 vrk n=35 %	Yhteensä N=191 % n	χ^2 p
Diabetes/ sokeritasapainon häiriö	31	5	20	18 57	17.76 <0.001***
Kohonnut verenpaine/ pre-eklampsia	23	27	29	26 49	0.60 0.740
Uhkaava ennenaikainen synnytys/ ennenaikaiset supistukset	17	33	31	27 51	5.58 0.061
Hepatogestoosi	5	7	9	7 13	0.47 0.789

Yliaikainen raskaus	3	4	-	3	5	1.32 0.518 nv
Verenvuoto	12	10	14	12	22	0.49 0.781
Monisikiöinen raskaus	7	9	14	9	17	1.72 0.423

df=2

6.2 Kokemus omasta tilasta sairaalahoitajakson aikana

Useimmin raskaudenaikaisessa sairaalahoidossa olevat naiset, hieman yli kaksi viidennestä, kokivat, että heidän hoitonsa rajoitti liikkumista. Nukkumisvaikeuksia oli noin kolmasosalla paljon. Väsymystä oli kokenut paljon noin neljäsosa ja raskasta oloa viidesosa. Supistuksia ja kipuja ilmoitti kokeneensa paljon runsas kymmenesosa. Harvimmin koettiin lapsiveden tuloa ja verenvuotoa. Nukkumisvaikeuksia oli vähiten alle neljä päivää sairaalassa olleilla. Supistuksia paljon kokeneiden osuus oli suurin, viidesosa, kun hoito oli kestänyt 4-7 vuorokautta. Myös rajoitukset liikkumisessa olivat tavallisempia sairaanhoidon keston pidentyessä; yli viikon hoidossa olleista rajoituksia koki lähes kaksi kolmasosaa. Ajan kulumisen koki hitaaksi kolme viidesosaa vastaajista. (Taulukko 5)

Kipuja kokivat korkeammin koulutetut useammin kuin vähemmän koulutusta saaneet ($\chi^2=10.33$, $p=0.035$). Kutinaa kokivat vain ne, joilla raskaus oli kestänyt alle 34 raskausviikkoa.

TAULUKKO 5. Tuntemukset ja oireet sairaanhoidon keston mukaan

Tuntemukset ja oireet	1-3 päivää n=75 %	4-7 päivää n=81-82 %	yli 7 päivää n=34-35 %	Yhteensä N=190-192 % n		χ^2 p
Supistukset						
Vähän/ei lainkaan	68	54	60	60	116	8.97
Jonkin verran	24	26	34	27	51	0.062
Paljon	8	20	6	13	25	
Verenvuoto						
Vähän/ei lainkaan	94	91	94	93	176	1.39
Jonkin verran	5	8	3	6	11	0.847 nv
Paljon	1	1	3	1	3	
Kivut						
Vähän/ei lainkaan	72	74	63	71	136	1.65
Jonkin verran	17	15	23	17	33	0.800
Paljon	11	11	14	12	22	
Väsymys						
Vähän/ei lainkaan	47	38	34	41	78	1.95
Jonkin verran	33	37	40	36	69	0.744
Paljon	20	25	26	23	44	

Raskas olo						
Vähän/ei lainkaan	62	55	37	55	104	6.50
Jonkin verran	23	26	34	26	509	0.165
Paljon	15	19	29	19	36	
Lapsiveden tulo						
Vähän/ei lainkaan	97	91	97	95	180	5.04
Jonkin verran	3	4	-	3	59	0.283 nv
Paljon	-	5	3	2	5	
Nukkumisvaikeudet						
Vähän/ei lainkaan	53	29	37	40	76	10.46
Jonkin verran	24	33	31	29	56	0.033*
Paljon	23	38	32	31	59	
Kutina						
Vähän/ei lainkaan	93	84	79	87	165	6.70
Jonkin verran	4	7	15	7	14	0.153 nv
Paljon	3	9	6	6	11	
Rajoituksen liikkumisessa						
Vähän/ ei lainkaan	56	24	14	35	67	28.49
Jonkin verran	21	24	23	23	44	<.001***
Paljon	23	52	63	42	81	
Ajan kuluminen						
Hitaasti	57	62	66	61	117	1.32
Ei hitaasti, ei nopeasti	26	20	17	21	41	0.858
Nopeasti	17	18	17	18	34	

df=4

Tunteita, joita antenataalisessa sairaalahoidossa olevat naiset ilmoittivat useimmin kokeneensa paljon, olivat koti-ikävä ja pitkästyminen, molempia noin kaksi viidesosaa. Kolmasosa oli mielestään surullinen. Paljon helpotusta kokemusten jakamisesta muiden potilaiden kanssa ilmoitti kokeneensa viidesosa. Noin kymmenesosa koki paljon avuttomuutta ja yksityisyyden menettämistä. Kaikkein harvimminkin tunnettiin turvattomuutta ja levottomuutta muiden potilaiden kokemusten vuoksi. Avuttomuutta tunteneiden osuus, sekä niiden, jotka tunsivat levottomuutta muiden potilaiden kokemusten vuoksi, oli pienin sairaalahoidon ollessa lyhyt. (Taulukko 6)

Nuoremmat kokivat vanhempia useammin koti-ikävää ($\chi^2=18.01$, $p=0.001$); alle 25-vuotiaista sitä koki vajaa kaksi kolmasosaa, vanhemmista runsas kolmasosa.

TAULUKKO 6. Tunteet sairaalahoidon keston mukaan

Tunteet	1-3 päivää	4-7 päivää	yli 7 päivää	Yhteensä		χ^2 p
	n=75 %	n=82 %	n=35 %	%	n	
Pitkästyminen						
Ei/vähän	33	23	23	26	52	3.28
Jonkin verran	35	35	43	37	70	0.512
Paljon	32	42	34	37	70	

Yksityisyyden menetyks						
Ei/vähän	71	61	60	64	124	8.16
Jonkin verran	13	22	34	21	40	0.086
Paljon	16	17	6	15	28	
Avuttomuus						
Ei/vähän	83	65	57	70	135	12.25
Jonkin verran	13	19	31	19	37	0.016*
Paljon	4	16	12	11	20	
Turvattomuus						
Ei/vähän	88	82	71	82	158	5.02
Jonkin verran	9	14	20	14	26	0.285
Paljon	3	4	9	4	8	
Koti-ikävä						
Ei/vähän	33	18	17	24	46	9.13
Jonkin verran	32	40	26	34	66	0.058
Paljon	35	42	57	42	80	
Levottomuus muiden potilaiden kokemusten vuoksi						
Ei/vähän	92	80	63	81	157	17.64
Jonkin verran	7	14	34	15	28	0.002**
Paljon	1	6	3	4	7	
Helpotusta kokemusten jakamisesta muiden potilaiden kanssa						
Ei/vähän	53	41	49	47	91	3.47
Jonkin verran	31	37	26	32	62	0.482
Paljon	16	22	25	20	39	

df=4

Noin puolet vastaajista tunsivat olonsa luottavaiseksi. Kaksi viidesosaa vastaajista koki mielialaansa toiveikkaana ja aktiivisena. Neljäsosalla koki masentuneisuutta, pelokkuutta, iloa ja innostuneisuutta. Surullisuutta oli useammin niillä äideillä, joilla sairaalahoito oli kestänyt kauemmin. (taulukko7)

Mieliala, joka muodostui summana useasta eri mielialamuuttujasta, oli negatiivisempi niillä, joilla sairaalahoito oli kestänyt yli viikon (ka=3.02) verrattuna niihin, joilla se oli kestänyt alle neljä päivää (ka=3.33) (Student-Newman-Keuls Test, F=4.02, p=0.020).

TAULUKKO 7. Mieliala sairaalahoidon keston mukaan

Mieliala	1-3 päivää n=75 %	4-7 päivää n=82 %	yli 7 päivää n=35 %	Yhteensä N=192 % n	χ^2 p
Surullisuus/iloisuus					
Surullinen	20	39	46	33 63	10.90
Neutraali	52	33	37	42 80	0.028*
Iloinen	28	27	17	25 49	

Masentunut/toiveikas						
Masentunut	23	27	37	27	52	4.36
Neutraali	26	32	31	30	57	0.358
Toiveikas	51	41	32	43	83	
Välinpitämätön/innostunut						
Välinpitämätön	12	11	12	11	22	2.84
Neutraali	57	66	71	64	122	0.585
Innostunut	31	23	17	25	48	
Apaattinen/aktiivinen						
Apaattinen	13	20	23	18	34	2.51
Neutraali	43	45	43	44	84	0.644
Aktiivinen	44	35	34	38	74	
Pelokas/rohkea						
Pelokas	21	34	20	27	51	7.29
Neutraali	39	34	54	39	76	0.121
Rohkea	40	32	26	34	65	
Epäilevä/luottavainen						
Epäilevä	18	26	23	22	42	2.31
Neutraali	29	27	34	29	56	0.680
Luottavainen	53	47	43	49	94	

df=4

Useimmin ilmoitettu huolenaihe antenataalisessa sairaalahoidossa olevilla naisilla oli odotetun lapsen terveys, sillä kahta kolmannelta se huolestutti paljon. Vajaata kolmasosaa huolestutti paljon tuleva synnytys. Kotiväen selviytymisestä oli huolestunut paljon neljäsosa. Oma terveys ja oma selviytyminen erossa perheestä aiheuttivat paljon huolta noin seitsemäsosalle naisista. Tuleva synnytys huolestutti useammin niitä, joiden sairaalahoito oli kestänyt kauimmin. (Taulukko 8)

Korkeasti koulutetut olivat vähemmän koulutusta saaneita useammin huolestuneita odotetun lapsen terveydestä ($\chi^2=11.94$, $p=0.019$) ja harvemmin omasta selviytymisestä erossa perheestä ($\chi^2=13.43$, $p=0.009$). Uudelleensynnyttäjät olivat ensisynnyttäjiä useammin paljon huolissaan odotetun lapsen terveydestä ($\chi^2=6.37$, $p=0.041$), omasta selviytymisestä erossa perheestä ($\chi^2=16.24$, $p<0.001$) sekä kotiväen selviytymisestä vastaajan sairaalassaoloaikana; ensisynnyttäjistä 7 % ilmoitti huolestuneisuutta paljon, uudelleensynnyttäjistä 42 % ($\chi^2=55.62$, $p<0.001$). Huolestuneisuus tulevasta synnytyksestä mainittiin useimmin niiden ryhmässä, joilla raskaus oli kestänyt yli 37 raskausviikkoa (39 %), huolestuneita oli hieman alle kolmasosa, kun raskaus oli kestänyt alle 30 tai 34–37 raskausviikkoa, vähiten huolta oli, kun raskauden kesto oli 30–33 viikkoa ($\chi^2=18.76$, $p=0.005$).

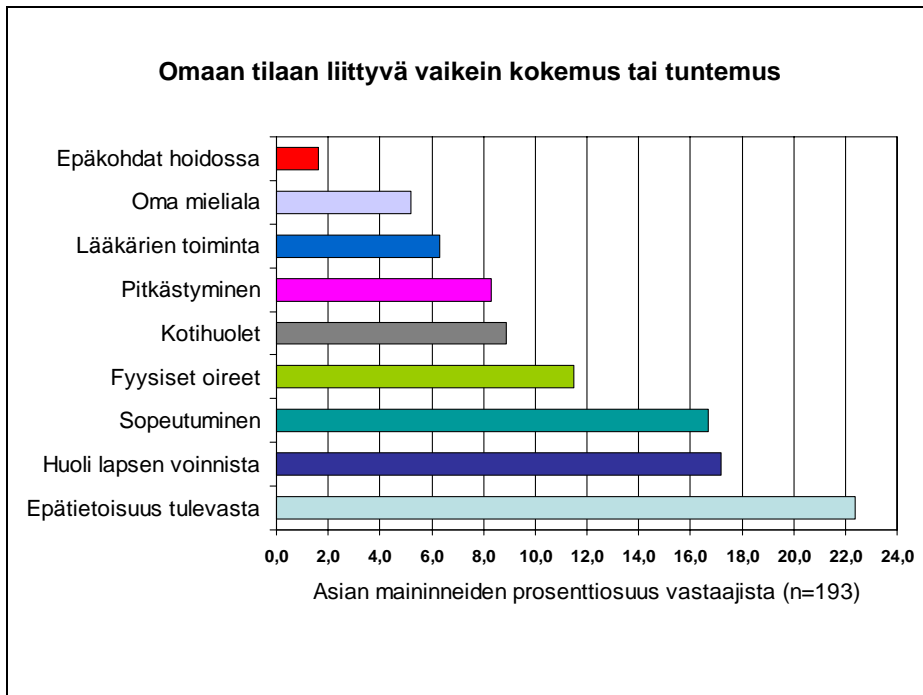
TAULUKKO 8. Huolenaiheet sairaalahoidon keston mukaan

Huolenaihe	1-3päivää n=75 %	4-7 päivää n=82 %	yli 7 päivää n=35 %	Yhteensä N=192 %	χ^2 p n	
Oma terveys						
Ei/vähän	60	59	51	58	111	2.10
Jonkin verran	28	23	32	26	51	0.718
Paljon	12	18	17	16	30	
Odotetun lapsen terveys						
Ei/vähän	17	10	11	13	25	2.25
Jonkin verran	23	22	23	22	43	0.690
Paljon	60	68	66	65	12	
Oma selviytyminen erossa perheestä						
Ei/vähän	74	67	51	67	129	7.30
Jonkin verran	13	23	29	20	39	0.121
Paljon	12	10	20	13	24	
Kotiväen selviytyminen						
Ei/vähän	91	57	57	59	113	1.71
Jonkin verran	20	16	20	18	3	0.789
Paljon	19	27	23	23	44	
Tuleva synnytys						
Ei/vähän	54	26	14	34	66	22.09
Jonkin verran	29	40	43	37	70	<0.001***
Paljon	17	34	43	29	56	

df=4

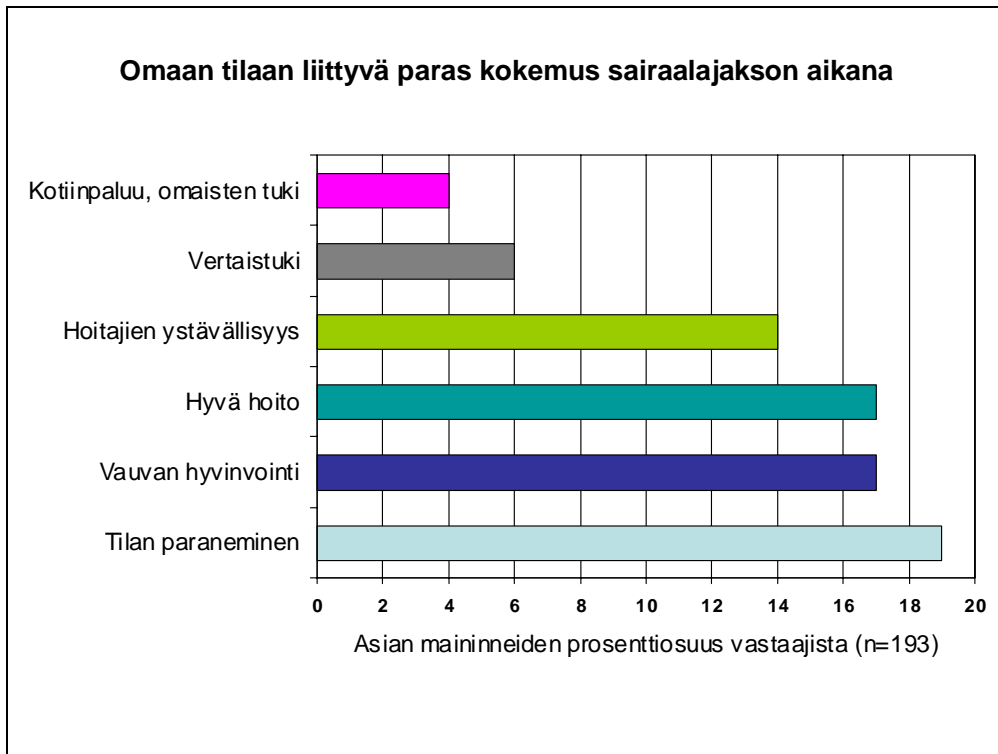
Omaan tilaan liittyvää vaikeinta kokemusta kysyttäessä saatiin vastaukseksi 188 mainintaa. Omaan tilaan liittyvä vaikein kokemus oli viidesosan mainitsema epätietoisuus tulevasta: ”vaikeinta oli, kun ei tiedä mitä tapahtuu”, ”epävarmuus, milloin lapsi syntyy”. Epätietoisuus tulevasta mainittiin vaikeimmaksi useammin, jos sairaalahoito oli kestänyt yli kolme vuorokautta. Huoli lapsen voinnista: ”huoli siitä, mikä vauvan kasvun hidastumisen on aiheuttanut ja onko se aiheuttanut vauvalle haittaa”, ”jatkuva pelko ja jännitys vauvan hyvinvoinnista” ”pelko lapsen selviytymisestä, jos syntyy näillä viikoilla”, ja tilanteeseen sopeutuminen: ”oli vaikea jäädä sisälle tarkkailtavaksi”, ”tilan ymmärtäminen ja hyväksyminen”, tuli esille seuraavaksi usein, siihen liittyviä asioita mainitsi vajaa viidesosa. Fyysiset oireet: ”kipu oli ajoittain kova”, ”ennenaikaisia supistuksia tuli paljon lyhyellä välillä”, ja huolen kotiasioista: ”aluksi oli koti-ikävä, kotona oli vielä tehtävää”, ”kaikilla ei ole onnellinen, vakaa, terve perhe kotona...” koki vaikeimmiksi omaan tilaan liittyväksi kokemukseksi hieman kymmenesosa. Muut tekijät; pitkästyminen ja odottelu: ”hermopeli ajan kanssa”, ”tekemisen puute”, ”loputon toimetttömyys tylsistyttää”, lääkärien toimintaan liittyvät tuntemukset ”lääkärien jatkuva vaihtuminen luo epävarmuutta ja huolta”, ”lääkäreiden erilaiset mielipiteet”, oma mieliala ”ahdistuneisuus”,

”mielialan vaihtelut” sekä epäkohdat hoidossa ”antibiootti meni kudokseen eikä suoneen” , mainitsi alle kymmenesosa vastaajista. (Kuvio 1, liite 5: liitetaulukko 1)



Kuvio 1. Antenataalisessa hoidossa olevien potilaiden vaikeimmaksi mainitsemat omaan tilaan liittyvät kokemukset ja tuntemukset sairaalahoitajakson aikana.

Kysyttäessä parasta kokemusta omasta tilasta, vastauksia tuli 146. Useimmin parhaaksi koettiin fyysisen tilan paranemista, ”kipujen ja supistusten loppuminen”, ”päänsäryn hellittäminen”, niitä mainitsi lähes viidesosa naisista. Lähes saman verran oli vauvan hyvinvointiin liittyviä mainintoja: ”vauva kunnossa toistuvan verenvuodon jälkeen”, ”tieto, ettei vauvalla ole hätää”, ja mainintoja luottamuksesta hyvään hoitoon: ”luottamus sairaalan korkeatasoiseen hoitoon ja kokemukseen ennenaikaisuudesta”, ”tilastani huolehdittiin”. Parhaaksi kokemukseksi luottamuksen tunteen mainitsivat useammin yli kolmesta seitsemään vuorokautta hoidossa olleet naiset. Hoitajien piirteitä ”hoitohenkilökunnan empaattinen ammattitaito”, ”hoitajien ystävällisyys”, parhaana kokemuksena omasta tilasta mainitsi seitsemäsosa, keskustelut muiden äitien kanssa ”kun saa keskustella muiden kanssa, joilla on sama ongelma”, ”uudet ystävät, jotka ymmärtää”, sekä kotiinpaluun ja omaisilta saadun tuen ”mies hoitanut monta asiaa minun puolestani”, alle kymmenesosa. (Kuvio 2, liite 5: liitetaulukko 2)



Kuvio 2. Antenataalisessa hoidossa olevien potilaiden parhaimmaksi mainitsemat omaan tilaan liittyvät kokemukset ja tuntemukset sairaalahoitojakson aikana.

6.3 Kokemus hoitotoiminnasta sairaalahoitojakson aikana

Hoitomenetelmiä ja –periaatteita koskevista väittämistä yli neljä viidesosaa oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunta oli hallinnut hyvin vastaajan raskauteen liittyvien ongelmien hoidon ja tarkkailun ja että heitä oli kohdeltu tasavertaisina muiden potilaiden kanssa. Vajaa kolme neljäsosaa vastanneista oli sitä mieltä, että lääkärit olivat hyvin perehtyneitä vastaajan raskautta koskeviin ongelmiin, ja piti hoitoaan yhdenmukaisena hoitajien vaihtumisesta huolimatta. Kaksi kolmasosaa vastaajista koki saaneensa yksilöllistä hoitoa sekä fyysiset tarpeensa otetuksi hyvin huomioon. Vastaajista lähes puolet koki henkiset tarpeensa otetuksi huomioon hyvin sekä saaneensa yhdenmukaista tietoa heitä hoitaneilta eri henkilöiltä. Harvimminkin, kolmasosa, oli sitä mieltä, että vastaajalla oli ollut mahdollisuus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Niiden osuus, jotka olivat saaneet yhdenmukaista tietoa heitä hoitavilta eri henkilöiltä, oli muita pienempi niiden vastaajien, joilla sairaalahoito oli kestänyt kauimmin. Lääkärien vaihtuessa hoidon yhdenmukaisuudesta oli samaa mieltä hieman yli puolet vastaajista. Hoidon yhdenmukaisuudesta lääkärien vaihtuessa samaa

mieltä olevien osuus pieneni sairaalassaolon pidentyessä, mielipiteessä hoidon yhdenmukaisuudesta hoitajien vaihtuessa ei ollut eroja. (Taulukko 9)

Vanhemmat vastaajat olivat nuorempia useammin samaa mieltä siitä, että heitä oli kohdeltu tasavertaisina muiden potilaiden kanssa; alle 25-vuotiaista samaa mieltä oli 74 %, 25–34-vuotiaista 86 % ja yli 34-vuotiaista 98 % ($\chi^2=9.18$, $p=0.010$). Myös ne, joilla oli taustallaan aikaisemmin epäonnistunut raskaus, kokivat muita useammin tasavertaista kohtelua ($\chi^2=5.75$, $p=0.017$). Ne, joiden raskaus oli kestänyt kauemmin, olivat varhaisemmassa raskauden vaiheessa olevia useammin sitä mieltä, että lääkärit olivat hyvin perehtyneitä heidän raskauttaan koskeviin ongelmiin ($\chi^2=10.42$, $p=0.015$), mutta harvemmin sitä mieltä, että hoito oli ollut yhdenmukaista lääkärin vaihtumisesta huolimatta ($\chi^2=8.50$, $p=0.037$).

TAULUKKO 9. Kokemukset hoitomenetelmistä ja -periaatteista sairaalahoidon keston mukaan

Hoitomenetelmät ja -periaatteet	1-3 päivää n=75 %	4-7 päivää n=82 %	yli 7 päivää n=35 %	7	Yhteensä N=192 % n	χ^2 p
Hoitohenkilökunta on hallinnut hyvin raskauteeni liittyvien ongelmien hoidon ja tarkkailun.						
Ei samaa mieltä	9	15	9	11	22	1.46
Samaa mieltä	91	85	91	89	170	0.488
Lääkärit ovat hyvin perehtyneitä raskauttani koskeviin ongelmiin.						
Ei samaa mieltä	25	23	40	27	52	3.60
Samaa mieltä	75	77	60	73	139	0.165
Minulla on ollut mahdollisuus osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon.						
Ei samaa mieltä	66	65	74	67	128	1.07
Samaa mieltä	34	35	26	33	63	0.586
Olen saanut yksilöllistä hoitoa.						
Ei samaa mieltä	36	31	40	35	66	1.06
Samaa mieltä	64	69	60	65	124	0.587
Fyysiset tarpeeni on otettu hyvin huomioon.						
Ei samaa mieltä	29	35	37	33	64	0.92
Samaa mieltä	71	65	63	67	128	0.631
Henkiset tarpeeni on otettu hyvin huomioon.						
Ei samaa mieltä	47	60	65	56	106	3.78
Samaa mieltä	53	40	35	44	84	0.151
Minua on kohdeltu tasavertaisena muiden potilaiden kanssa.						
Ei samaa mieltä	9	12	20	13	24	2.48
Samaa mieltä	91	88	80	87	167	0.290
Olen saanut yhdenmukaista tietoa minua hoitavilta eri henkilöiltä.						
Ei samaa mieltä	38	61	71	54	103	13.66
Samaa mieltä	62	39	29	46	88	0.001**

Hoitoni on ollut yhdenmukaista lääkäreiden vaihtumisesta huolimatta.

Ei samaa mieltä	33	50	63	46	88	9.38
Samaa mieltä	67	50	37	54	104	0.009**

Hoitoni on ollut yhdenmukaista hoitajien vaihtumisesta huolimatta.

Ei samaa mieltä	27	30	23	28	53	0.77
Samaa mieltä	73	70	77	72	139	0.681

Df=2

Kysyttäessä naisten kokemuksia vuorovaikutuksesta noin neljä viidesosaa oli sitä mieltä, että vastaajan oli ollut helppo lähestyä hoitohenkilökuntaa apua tarvitessaan ja että henkilökunnalta saatu kohtelu oli ollut ystävällistä. Noin kaksi kolmasosaa vastaajista oli samaa mieltä siitä, että henkilökunnalla oli ollut aikaa keskustella vastaajan kanssa raskaudesta ja siihen liittyvistä ongelmista, että vastaajan oli ollut helppo saada vastauksia omaa ja odottamansa lapsen tilannetta koskeviin kysymyksiin sekä siitä, ja että vastaajan oli ollut helppo kertoa ongelmistaan lääkäreille. Saamansa kohtelun oli noin neljäsosa kokenut kiireisenä. (Taulukko 10).

Mielipiteessä koko henkilökunnalta saadusta kohtelusta oli eroja eri ikäryhmien välillä, vanhemmat kokivat saaneensa nuoria useammin ystävällistä kohtelua ($\chi^2=10.39$, $p=0.006$). Eroa eri ikäryhmien välillä oli myös helppoudessa saada vastauksia omaa ja odotetun lapsen tilannetta koskeviin kysymyksiin. Alle 25-vuotiaista samaa mieltä olevien osuus oli pienin (46 %), suurin 25–34-vuotiaista (73 %) ja seuraavaksi suurin yli 34-vuotiaista (66 %, $\chi^2=7.09$, $p=0.029$). Koulutus oli yhteydessä helppouteen lähestyä hoitohenkilökuntaa, korkeakoulututkinnon suorittaneista 90 % koki sen helpoksi, opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneista 73 % ja vähemmän koulutusta saaneista 88 % ($\chi^2=7.92$, $p=0.019$).

TAULUKKO 10. Kokemukset vuorovaikutuksesta sairaalahoidon keston mukaan

Vuorovaikutusväittämä	1-3 päivää n=75 %	4-7 päivää n=82 %	yli 7 päivää n=35 %	Yhteensä N=192 % n	χ^2 p
Henkilökunnalla on ollut aikaa keskustella kanssani raskaudesta ja siihen liittyvistä ongelmista.					
Ei samaa mieltä	29	40	43	36 70	2.77
Samaa mieltä	71	60	57	64 122	0.250

Minun on ollut helppo saada vastauksia omaa ja odottamani lapsen tilannetta koskeviin kysymyksiini.						
Ei samaa mieltä	28	38	31	33	63	1.75
Samaa mieltä	72	62	69	67	129	0.418
Olen saanut ystävällistä kohtelua koko henkilökunnalta.						
Ei samaa mieltä	16	18	34	20	39	5.29
Samaa mieltä	84	82	66	80	153	0.071
Minun on ollut helppo lähestyä hoito-henkilökuntaa apua tarvitessani.						
Ei samaa mieltä	15	21	14	17	33	1.27
Samaa mieltä	85	79	86	83	159	0.531
Minun on ollut helppo kertoa lääkäreille ongelmistani.						
Ei samaa mieltä	25	37	29	31	59	2.43
Samaa mieltä	75	63	71	69	133	0.298
Saamani kohtelu on ollut kiireistä.						
Ei samaa mieltä	76.	71	71	73	140	0.60
Samaa mieltä	24.	29	29	27	52	0.741

df=2

Potilaat kokivat, että hoitajat olivat antaneet tietoa lääkäreitä ymmärrettävämmin (Studentin t-testi, $p < 0.001$). Hyvin tai erittäin hyvin ymmärsi neljä viidesosaa vastaajista hoitajien antamia tietoja, lääkärien antamia vajaa kaksi kolmannesta (Taulukko 11).

TAULUKKO 11. Tietojen antaminen ymmärrettävästi ammattiryhmän mukaan

Tietojen antaminen ymmärrettävästi	Hoitajien antama tieto n=190 %	Lääkärien antama tieto n=189 %
Erittäin huonosti tai huonosti	2	7
Kohtalaisesti	17	31
Hyvin tai erittäin hyvin	81	62

Eniten tietoa riskiraskauden vuoksi hoidossa olevat naiset saivat sairaalahoitojaksolla sikiön voinnista ja sydänäänikäyristä; vajaa neljä viidesosaa tietoa sai paljon. Noin kaksi kolmasosaa sai paljon tietoa sairaalahoitonsa perusteesta ja ultraäänitutkimuksista, noin kolme viidesosaa gynekologisista sisätutkimuksista, raskauden kulusta ja liikkumisen rajoituksista. Paljon tietoa oireiden tarkkailusta, kokonaistilanteesta ja lääkehoidosta sai noin puolet naisista, laboratoriovastauksista runsas kaksi viidesosaa, hoidon ennusteesta noin kolmasosa ja lapsivesitutkimuksista melkein neljäsosa. Synnytykseen liittyvistä tekijöistä sai paljon

tietoa vajaa viidesosa. Vähiten saatiin tietoa äidin sekä lapsen hoidosta synnytyksen jälkeen. Raskauden kulusta saadun tiedon määrä oli yhteydessä sairaanhoidon keston; eniten tietoa saivat alle 4 päivää ja yli viikon sairaalahoidossa olleet ja vähiten 4-7 päivää sairaalahoidossa olleet. (Taulukko 12)

Nuoremmat naiset saivat vanhempia vähemmän tietoa sisätutkimuksista ($\chi^2= 6.13$, $p=0.049$) ja oireiden tarkkailusta ($\chi^2= 7.08$, $p=0.030$). Liikkumista koskevista rajoituksista olivat enemmän koulutetut saaneet vähemmän tietoa kuin vähemmän koulutetut ($\chi^2= 8.51$, $p=0.014$).

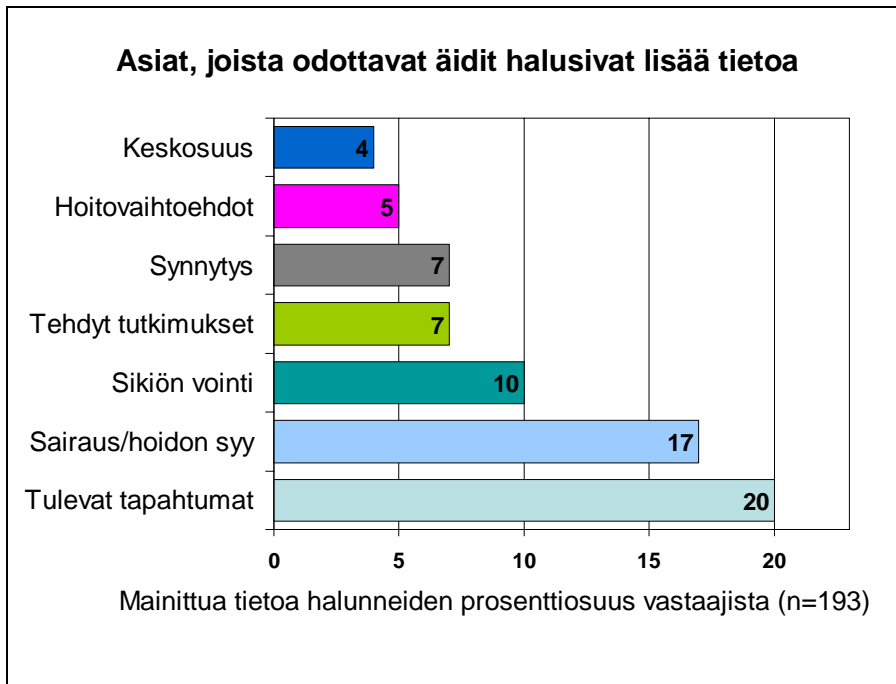
TAULUKKO 12. Saatujen tietojen määrä sisällöittäin sairaalahoidon keston mukaan

Tiedon sisältö	1-3 päivää	4-7 päivää	yli 7 päivää	Yhteensä		χ^2 p
	n=47-72 %	n=46-81 %	n=26-35 %	%	n	
Sairaalahoito						
Ei paljon	31	35	34	33	62	0.31
Paljon	69	65	66	67	126	0.856
Kokonaistilanne						
Ei paljon	44	49	54	48	90	1.15
Paljon	56	51	46	52	97	0.563
Raskauden kulku						
Ei paljon	32	52	37	41	78	6.56
Paljon	68	48	63	59	110	0.037*
Sikiön vointi						
Ei paljon	25	26	21	25	46	0.319
Paljon	75	74	79	75	139	0.853
Sikiön sydänäänikäyrä						
Ei paljon	24	21	17	22	40	0.71
Paljon	76	79	83	78	145	0.700
Ultraäänitutkimukset						
Ei paljon	31	40	26	34	62	2.51
Paljon	69	60	74	66	122	0.285
Kohdunsuun tilanne (sisätutkimus)						
Ei paljon	34	39	50	39	69	2.34
Paljon	66	61	50	61	107	0.310
Laboratoriotutkimukset						
Ei paljon	52	56	66	56	104	1.76
Paljon	48	44	34	44	81	0.416
Lapsivesitutkimukset						
Ei paljon	79	80	69	77	92	0.28
Paljon	21	20	31	23	27	0.528
Rajoitukset liikkumisessa						
Ei paljon	42	36	55	42	70	0.06
Paljon	58	64	45	58	97	0.217
Lääkehoito						
Ei paljon	51	42	58	48	80	0.51
Paljon	49	58	42	52	86	0.286
Oireiden tarkkailu						
Ei paljon	39	47	54	45	83	2.27
Paljon	61	53	46	55	100	0.321

Hoidon ennuste						
Ei paljon	61	68	82	68	122	4.66
Paljon	39	32	18	32	57	0.098
Synnytyksen ajankohta						
Ei paljon	81	88	91	86	157	2.39
Paljon	19	12	9	14	25	0.303
Synnytystapahtuma						
Ei paljon	83	89	86	86	158	0.01
Paljon	17	11	14	14	26	0.603
Hoito synnytyksen jälkeen						
Ei paljon	99	95	94	96	175	1.68
Paljon	1	5	6	4	7	0.431 nv
Lapsen hoito synnytyksen jälkeen						
Ei paljon	96	95	97	96	172	0.23
Paljon	4	5	3	4	8	0.892 nv

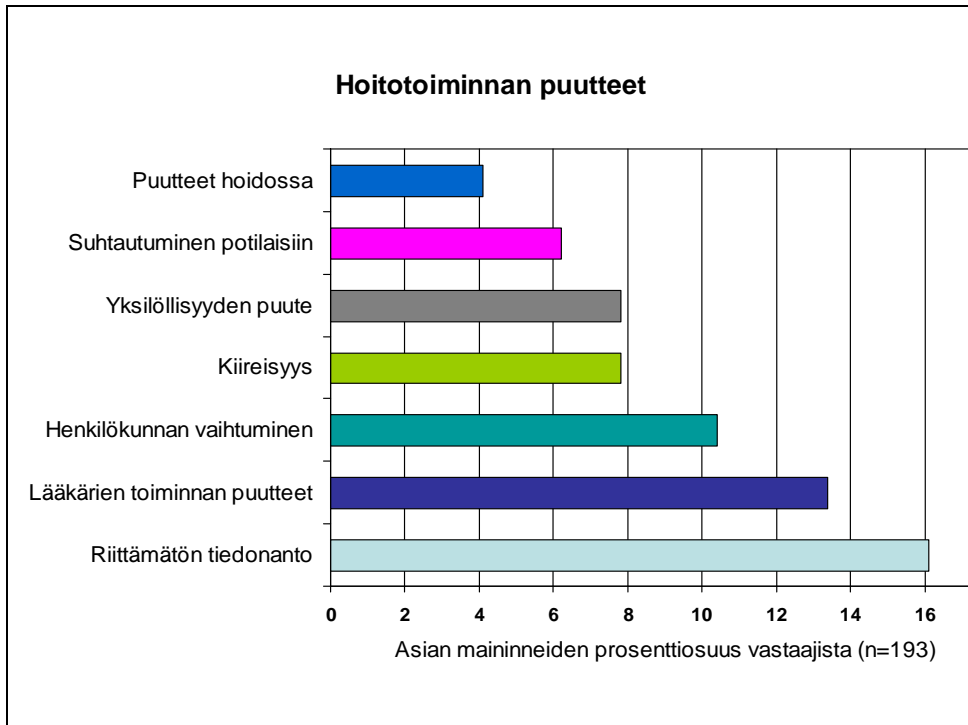
Ddf=2

Antenataalisessa sairaalahoidossa olevat mainitsivat useimmin, viidennes vastaajista, tarvitsevansa lisätietoa tulevista tapahtumista: ”mitä seuraavaksi tapahtuu, mitä tehdään”, ”jonkinlainen ennuste hoitojakson pituudesta, eikä niin, että tarkkaillaan, tarkkaillaan...”, ”hoidon ennuste, katsotaan ja odotellaan ovat pahimmat kuulemani sanat”. Lähes yhtä moni halusi lisätietoa sairaanhoitonsa perusteesta, ”oman tilanteeni tarkempi kuvaus”, ”se, mitä raskausmyrkytys kaiken kaikkiaan tarkoittaa”, ”mikä mahdollisesti voisi aiheuttaa ennenaikaiset supistelut ja kohdunkaulan raottumisen viikolla 24, kun edellinen raskaus sujui aivan huolitista”. Sikiön voinnista lisätiedon tarpeen mainitsi kymmenesosa vastaajista: ”miten lääkkeet vaikuttavat vauvan hyvinvointiin”, ”sydänpöyrystä ja vauvan voinnista”, ”. Muut tekijät, joista haluttiin saada lisää tietoa, olivat tehdyt tutkimukset, synnytys, hoitovaihtoehdot: ”eri vaihtoehdoista ja perusteluista; miksi kannattaa tehdä näin ja mitkä riskit on jos tehdään näin” sekä keskosuus, ”millaiset mahdollisuudet vauvalla on selviytyä, jos hän syntyy nyt viikolla 31”, ”tieto lapseni mahd. ennenaikaisesta syntymästä tuli suht’ yllättäen - ennenaikaisuutta ja keskosta koskeva tieto auttaisi sopeutumaan ajatukseen”. Jokaisesta näistä mainitsi lisätietoa haluavansa alle kymmenesosa naisista. (Kuvio 3)



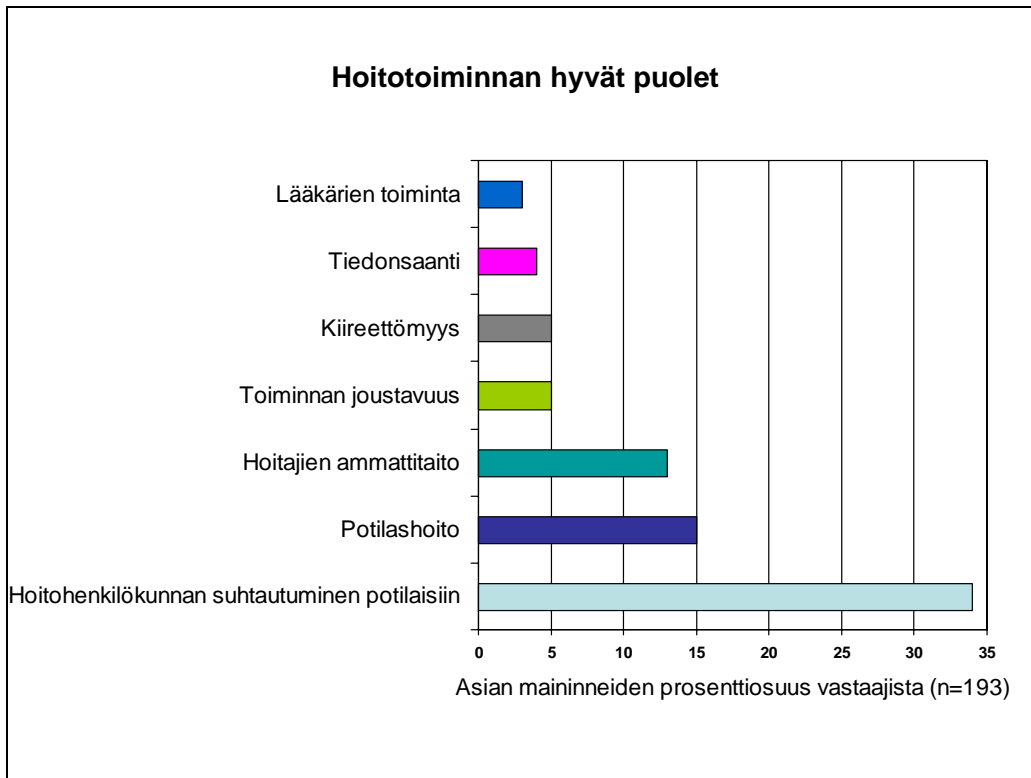
Kuvio 3. Asiat, joista antenataalisessa sairaalahoidossa olevat naiset olisivat halunneet enemmän tietoa sairaalajaksonsa aikana.

Vastaukseksi kysymykseen parannusta vaativista tekijöistä hoitotoiminnassa saatiin yhteensä 138 mainintaa. Eniten parannettavaa koettiin tiedon antamisessa, jonka mainitsi vajaa viidesosa: ”enemmän tietoa”, ”ilman omaa aktiivisuutta ei olisi tietoinen tulevista tapahtumista”, Runsas kymmenesosa mainitsi puutteet lääkäreiden toiminnassa; ”lääkärit keskustelevat keskenään 80 % sängyn päässä”, ”että lääkärit olisivat etukäteen tietoisia potilaan tilasta, ettei tarvitsisi joka kerta uudelleen kertoa samoja asioita”, ”lääkäreiltä inhimillisyyttä - muutamien osalta kateissa” ja henkilökunnan, sekä lääkäreiden että hoitajien, vaihtuvuuden ja siihen liittyvät ristiriitaiset hoitolinjat joka kymmenes: ”Lääkärien suositukset eivät saisi olla ristiriitaisia keskenään”, ”Lääkärien vaihtuminen turhauttaa, hoito muuttuu lääkärien muuttuessa”, ”Kaikkien lääkärien, jotka hoitavat potilasta, olisi keskusteltava keskenään ja tehtävä yhdenmukainen hoitosuunnitelma”. Muut parannusta kaipaavat asiat; yksilöllisyys ja yksityisyys, ”potilaiden yksityisyyttä olisi kunnioitettava enemmän, on kiusallista, kun potilastoverit kuulevat saman kuin minä”, ”intimiteettisuoja – sisätutkimukset neljän hengen huoneissa”, kiireisyys; ”Lääkäreillä tulisi olla enemmän aikaa kuin 2 min per potilas”, ”kiire pois”, suhtautuminen potilaisiin, ”kokonaisvaltaisempi käsittely”, ”hoitajien tulisi olla kiinnostuneempia potilaasta”, sekä puutteet hoidossa; ”lääkkeen virheannostelu”, ”hoitoa vähän laajemmin kuin yhden vaivan vuoksi”, mainitsi vajaa kymmenesosa vastaajista. (Kuvio 4, liite 5: liitetaulukko 3)



Kuvio 4. Hoitotoimintaan liittyvät tekijät, joissa antenataalisessa hoidossa olevien potilaiden mielestä oli parannettavaa.

Kysyttäessä, mikä hoitotoiminnassa koettiin erityisen hyväksi, saatiin vastaukseksi 150 mainintaa. Eniten mainintoja sai hoitohenkilökunnan suhtautumiseen potilaisiin. Sen mainitsi kolmasosa naisista: ”hoitohenkilökunnan aidosti empaattinen asenne”, ”kättilöiden toiminta ja keskustelu samalla tasolla potilaan kanssa”. Potilashoito; ”ktg:n saa heti, jos on jotain epäiltävää”, ”kokonaisuutena hoito korkeatasoista ja asiantuntevaa”, ”olen kokenut olevani todella hoidossa, jos jotain valitan olossani, siihen on pyritty etsimään helpotusta ja hoitorutiinit turvaa sen, ettei sikiön tilassa pääse tapahtumaan mitään vakavaa” ja hoitajien ammattitaidon; ”osaavat ammattitaitoiset kättilöt”, ”asiantuntijuus ja varmuus hoitohenkilökunnan ammattitaidosta, tarkkuus hoitotoiminnassa”, erityisen hyväksi kokemukseksi mainitsi runsas kymmenesosa. Muut mainitut tekijät olivat kiireettömyys; ”hoitajilla on ollut aikaa ja halua keskustella tarvittaessa – kiire ei paista läpi”, tiedon saaminen; ”minut on pidetty ajan tasalla sokeriarvojen suhteen”, ”asiat on selitetty, esim. lapsen sydänäänikäyrä, millainen sen kuuluu olla” toiminnan joustavuus sekä lääkärien toimintaan liittyvät tekijät: ”päivystyslääkärin toiminta ja valmius selittää tilannettani”, ”lääkärien ja...asiantuntemus”. (Kuvio 5, liite 5: liitetaulukko 4)



Kuvio 5. Hoitotoimintaan liittyvät tekijät, jotka antenataalisessa hoidossa olevat potilaat kokivat erityisen hyviksi.

6.4 Kokemus hoitoympäristöstä sairaalahoitojakson aikana

Kaikki annetut arvosanat huomioon ottaen hoitoympäristö arvioitiin tyydyttäväksi (keskiarvo 7,30). Parhaimman arvion sai osaston ilmapiiri keskiarvolla 8,15. Odottavista äideistä kolmasosa antoi sille arvosanan 9 tai 10. Tyydyttäväksi arvioitiin ruokailuajat, kanttiinin palvelut, ruoka, potilashuone sekä ruokailu- ja oleskelutila. Hoitoympäristöön liittyvistä tekijöistä eniten arvosanoja 9 ja 10 sai ruokailuajat, lähes kahdelta viidesosalta antenataalisessa sairaalahoidossa olevista naisista. Ruokailuaikoihin olivat muita useammin tyytyväisiä vähemmän koulutusta saaneet ($\chi^2=14.58$, $p=0.006$) sekä vähän aikaa sairaalassa olleet ($\chi^2=21.36$, $p<0.001$). Sairaalaruuan parhaimmilla arvosanoilla arvioi vajaa kolmasosa, kanttiinin palvelut neljäsosa naisista. Välttävän arvion saivat kylpytilat, potilasvuode ja potilasvaatetus, jotka kaikki saivat alle tyydyttävän tason arvion noin kahdelta viidesosalta naisista. (Taulukko 13, liite 5: liitetaulukko 7)

TAULUKKO 13. Hoitoympäristön arviointi kouluarvosanoin

Hoitoympäristö	Keskiarvo	Vaihteluväli	Keskihajonta	Moodi	N
Osaston ilmapiiri	8,15	5-10	1,02	8	191
Ruokailuajat	7,98	4-10	1,16	8	191
Kanttiin palvelut	7,59	4-10	1,24	8	191
Sairaalaruoka	7,53	4-10	1,39	8	184
Potilashuone	7,35	4-10	1,09	7	188
Ruokailu- ja oleskelutilat	7,07	4-10	1,13	7	191
Kylpytilat	6,76	4-10	1,26	7	189
Potilasvaatetus	6,69	4-9	1,38	8	190
Potilasvuode	6,63	4-10	1,30	7	181

Huoneilman tunkkaisuus, joka oli useimmin mainittu hoitoympäristössä häiritsevä tekijä, oli häirinyt lähes kahta kolmasosaa odottavista äideistä. Hiukan yli puolet vastaajista oli kokenut melun ja samassa huoneessa olevat potilaat häiritsevinä. Kolmannes vastaajista piti häiritsevinä vetoisuutta. Tarkkailulaitteet olivat olleet häiritseviä noin neljäsosan mielestä. Melun kokivat häiritsevimpänä ne naiset, joiden sairaalahoito oli kestänyt yli viikon. (Taulukko 14)

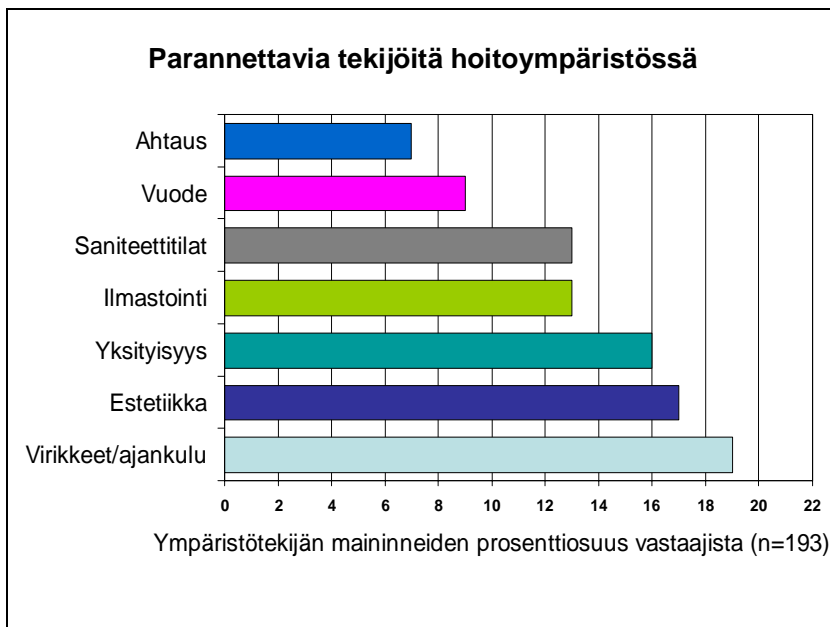
Vanhemmat vastaajat kokivat nuoria useammin melun häiritseväksi; yli 34-vuotiaista häiriötä koki 71 %, 25–34-vuotiaista 55 % ja alle 25-vuotiaista 36 % ($\chi^2=8.59$, $p=0.014$).

TAULUKKO 14. Hoitoympäristön häiritsevyys sairaalahoidon keston mukaan

Hoitoympäristön häiritsevyys	1-3 päivää n=75 %	4-7 päivää n=82 %	yli 7 päivää n=35 %	Yhteensä N=192 % n	χ^2 p
Tarkkailulaitteet					
Ei häiritse	85	74	66	77 148	5.79
Häiritsee	15	26	34	23 44	0.055
Melu					
Ei häiritse	49	48	26	44 85	6.02
Häiritsee	51	52	74	56 107	0.049*
Vetoisuus					
Ei häiritse	69	62	71	67 128	1.33
Häiritsee	31	38	29	33 64	0.513
Huoneilman tunkkaisuus					
Ei häiritse	39	41	34	39 75	0.54
Häiritsee	61	59	66	61 117	0.764
Samassa huoneessa olevat potilaat					
Ei häiritse	55	43	34	46 88	4.56
Häiritsee	45	57	66	54 104	0.102

df=2

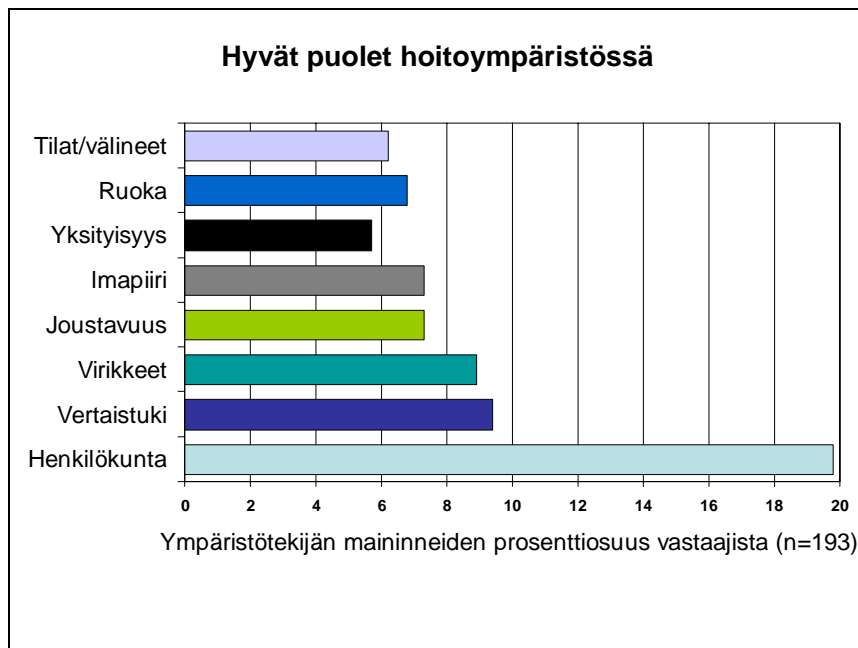
Kun antenataalisessa hoidossa olevat naiset saivat vapaasti kertoa, mitä hoitoympäristössä olisi parannettavaa, useimmin mainittuja, noin viidesosalla, olivat virikkeisiin ja ajankuluun liittyvät tekijät: ”omat puhelimet, paremmat tv-katselumahdollisuudet”, ”erilaista ajanvietettä, seurapelit, videot, tulisi olla enemmän”, ”että olisi jotain jolla saisi ajan kulumaan”. Vajaa viidesosa halusi parannusta estetiikkaan: ”huoneet voisi olla viihtyisämpiä ja kodinomaisemmin sisustettuja”, ”iloisemmat värit”. Yksityisyyteen liittyvät tekijät ”lisää verhoja vuoteiden väleihin yksityisyyden lisäämiseksi tutkimusten aikana”, ”muun kuin vierailuaikojen rauhoittaminen vieraista”, ”jokin hiljentymishuone, jossa saisi halutessaan olla rauhassa”, ilmastointi, saniteettitilat sekä ahtaus kaipasivat parannusta noin kymmenesosan mielestä. Tämän lisäksi muutama vastaaja halusi potilasvuoteen paremmaksi. (Kuvio 6, Liite 5: liitetaulukko 5)



Kuvio 6. Hoitoympäristöön liittyvät tekijät, joissa antenataalisessa hoidossa olevien potilaiden mielestä on parannettavaa.

Kysyttäessä erityisen hyväksi koettuja hoitoympäristötekijöitä mainintoja tuli 137. Henkilökuntaan liittyvät tekijät, jonka mainitsi viidesosa vastaajista, oli mainittu useimmin: ”henkilökunta on ammattitaitoisia ja ystävällisiä, se helpottaa oloa”, ”kättilöt tuovat itsensä persoonina esiin, ovat iloisia ja ammattitaitoisia”. Seuraavaksi useimmin mainittiin vertaistuki: ”mukava huonetoveri, jonka kanssa jaettu ilot ja surut”, ”kun toisiin potilaisiin on tutustunut on mukava ja rauhoittavaa jutella samantyyppisessä tilanteessa olevien kanssa”, ja virikkeisiin;

”tarjolla on paljon luettavaa, kirjastokärry on käynyt”, liittyvät tekijät, noin kymmenesosa vastaajista. Joustavuuden; ”asioiden ja henkilökunnan joustavuus”, ilmapiirin, yksityisyyden, ruuan sekä tilat ja välineet mainitsi alle kymmenesosa kokeneensa hoitoympäristössä erityisen hyväksi. (Kuvio 7, Liite 5: liitetaulukko 6)



Kuvio 7. Hoitoympäristötekijät, jotka antenataalisessa hoidossa olevat potilaat kokivat erityisen hyväksi.

7. POHDINTA

7.1 Tutkimusmenetelmien tarkastelua

Hoitotieteellisen tutkimuksen yhtenä tarkoituksena on tuottaa tietoa ihmisen yksilöllisestä kokemuksesta hoitotyön kehittämisen välineeksi (Turunen ym. 1994). Palautetta aiheen tutkimisen tärkeydestä tutkimuksen tekijä sai suullisesti antenataaliosaston hoitajilta sekä tutkimukseen osallistuneilta potilailta kirjallisena kyselylomakkeissa. Suurimmassa osassa aikaisemmista antenataalisessa sairaanhoidossa olevien potilaiden kokemuksia koskevista tutkimuksista on tehty pienellä tutkimushenkilömäärällä käyttäen kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Myös tehdyissä kvantitatiivisissa tutkimuksissa tutkimusjoukko on ollut melko pieni. Suomalaisia tutkimuksia ei aiheesta juuri ole. Tutkimusten tekijät (Waldron ym. 1995, Loos ym. 1989, Maloni ym. 1993, McCain ym. 1994) ovat ilmaisseet tarpeen tutkia

aihetta myös suuremmalla tutkimusjoukolla. Siihen tässä tutkimuksessa pyrittiin. Tutkimushenkilöiden määrän ollessa suuri aineiston analyysissä kvantitatiivisten tutkimusmenetelmien käyttö valittiin sopivimpana

Mittarina käytettiin tutkimuksen tekijän itsensä laatimaa kyselylomaketta, koska aikaisemmissa tutkimuksissa käytetyt mittarit eivät sellaisenaan olisi sopineet aineiston keruuseen. Esitutkimuksesta saadun palautteen perusteella kyselylomakkeen kysymykset saatiin muokattua sellaiseen muotoon, että varsinaisessa kyselyssä tulkintavaikeuksia ei vastausten perusteella ollut. Kyselylomakkeen paperin kaksipuolisuudesta ei myöskään aiheutunut vastaamattomuutta. Avokysymyksillä saatu tieto vastaajan omasta tilasta, hoitotoiminnasta ja hoitoympäristöstä olivat varsin samansisältöistä kuin strukturoitujen kysymysten asiasisältö. Tämä puoltaisi sitä, että keskeisimmät potilaan kokemukseen liittyvät teemat on kyselylomakkeeseen onnistuttu kokoamaan. Toisaalta strukturoitujen kysymysten sisältö on myös voinut ohjata avokysymysten vastausten sisältöä.

Tutkimuksessa, joka on luonteeltaan kuvaileva, ei ole käytetty vertailevan tutkimuksen tutkimusasetelmaa. Myöskään kausaalisuhteita ei tässä tutkimuksessa ole mahdollista osoittaa, ainoastaan muuttujien välisiä yhteyksiä. Tutkimusjoukon koko ja kyselylomakkeella kootun aineiston hajonta eri muuttujissa mahdollisti tilastollisten menetelmien käytön. Koska useimmat muuttujat olivat kategorisia, nominaali- tai ordinaaliasteikollisia, aineiston kuvailu frekvenssi- ja prosenttijakaumin sekä ristiintaulukoiden oli tarkoituksenmukainen tapa naisten kokemusten kuvaamiseksi antenataalisesta sairaanhoidosta, samoin kuin Khiin neliötesti merkitsevyyden mittaamisessa. (Nieswiadomy 1993; 277,291; Alkula ym. 1995, 216; Laippala ym. 1997, 76)

Tässä tutkimuksessa saatiin kvantitatiivisia menetelmiä käyttäen kokonaiskuvaus tutkittavista tekijöistä. Kausaalisuhteita voisi mahdollisesti tutkia kvantitatiivisessa tutkimuksessa monimuuttujamenetelmillä.

7.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Taustaltaan tutkimusjoukon synnyttäjät poikkesivat kaikista synnyttäjistä odotetulla tavalla. Korkea ikä on keskeinen tekijä riskiraskauksissa (Gissler 2003). Tässä tutkimuksessa keski-ikä oli korkeampi kuin kaikilla synnyttäjillä. Tämä selittää osittain myös korkeakoulutettujen

suuren osuuden, kun nuorten vielä tutkintoa suorittamattomien ryhmä oli pieni. Kuten valtakunnallisestikin, antenataalisen sairaanhoidon perusteet olivat useimmin pre-eklampsia, ennenaikaiset supistukset ja verenvuoto. Vertailua vaikeuttaa kuitenkin se, että valtakunnallisesti tilastoidaan sairaanhoidon ensisijainen peruste, kun tässä tutkimuksessa synnyttäjät ilmoittivat kaikki perusteet. Näin ollen mm. diabeteksen osuus tässä tutkimuksessa oli valtakunnallista suurempi, mikä johtunee siitä, että se usein on taustalla muiden raskauteen liittyvien ongelmien synnyssä eikä läheskään aina ensisijainen hoidon peruste (Saarikoski 1992, 97).

Tässä tutkimuksessa potilaiden omaa tilaa koskevista fyysisistä häiriötekijöistä naiset kokivat eniten liikkumisen rajoitusta, nukkumisvaikeuksia ja väsymystä. Myös Schroederin (1996) tutkimuksessa vuodeleppokokemukseen liittyi unihäiriöitä. Nukkumisvaikeuksia eivät kokonaan selitä raskauskomplikaatioiden fyysiset oireet, joten taustalla näyttäisi olevan osittain myös potilaan tilaan liittyvät psyykkiset tekijät sekä sairaalahoitoon joutumista seuraava psykososiaalisen sekä fyysisen ympäristön muutos. Kutinaa oireena oli vain naisilla, joilla raskausviikkoja oli yli 34. Tämä selittyy sillä, että kutina on oire juuri loppuraskaudessa esiintyvistä maksan toiminnan häiriöstä (Saarikoski (1992, 90-91).

Guptonin (1997) mallissa yksi kolmesta riskiraskauden hoitoon sisältyvän vuodelevon stressiluokasta on perhetekijöihin liittyvä stressi. Useissa tutkimuksissa (White ym. 1984; Waldron ym. 1985; Maloni ym. 1993; Heaman ym. 1998) ero perheestä koettiin voimakkaimmin stressaavana tekijänä antenataalisessa sairaalahoidossa. Tässä tutkimuksessa selkeästi enemmän koettiin huolta odotetun lapsen ja tulevan synnytyksen puolesta kuin perheestä. Tähän voisi mahdollisesti olla yhteydessä kulttuuriset tekijät. Suomessa naisen asema on itsenäisempi kuin monissa muissa kulttuureissa, koska isät myös osallistuvat kodin- ja lastenhoitoon eikä äidin sairaalassaolo aiheuta vakavaa uhkaa perheen selviytymiselle. Luonnollista oli, että huoli omasta ja perheen selviytymisestä eron aikana oli suurempi niillä äideillä, joilla oli kotona lapsia. Huoli lapsesta oli suurempi uudelleensynnyttäjillä ja korkeasti koulutetuilla. Uudelleensynnyttäjillä on jo kokemus tunnesiteestä lapseen, mikä voi tehdä myös suhteen syntyvään lapseen konkreettisemmaksi. Koulutetuilla taas on koulutustaustansa vuoksi mahdollisesti enemmän taipumusta punnita eri vaihtoehtoja ja toisaalta myös suhtautua kriittisemmin annettuun hoitoon ja sen vaikuttavuuteen. Hiukan yllättävä oli tulos, jonka mukaan raskauden kestolla eikä sairaanhoidon perusteella ollut yhteyttä huoleen tulevan lapsen terveydestä. Tämän taustalla lienee se, että vaikka lapsen

hoitoennuste useimmissa tapauksissa paranee raskauden edetessä, kun ennenaikaisuudesta johtuvat uhat väistyvät, on raskauden edetessä pitkälle äidille jo muodostunut voimakas tunneside pian syntyvään lapseen. Tuleva synnytys huoletti eniten niitä, joilla se oli lähimpänä, raskaudessaan pitkällä olevia ja yli viikon sairaalassa olleita. Myös positiivisimmat kokemukset omasta tilasta liittyivät oman fyysisen tilan kohenemisen ohella lapsen vointiin.

Useimmin vaikeimmaksi ilmoitettu kokemus antenataalisessa sairaalahoidossa oli epätietoisuus tulevasta, mikä tuli esille myös Waldronin ym. (1985) tutkimuksessa. Samansuuntainen oli Schroederin (1996) tutkimustulos, että raskaudenaikaisessa sairaalahoidossa oleville potilaille luonteenomaista oli tulevaisuuteen suuntautuminen. Suuntautuminen tulevaisuuteen tuli esille sekä potilaiden kokemuksessa omasta tilastaan että tiedontarpeessa; useimmin lisää tietoa haluttiin tulevista tapahtumista. Ongelmana riskiraskaudessa on kuitenkin usein se, ettei raskautta ja potilaan tilaa koskevaa ennustetta ole mahdollista kovin pitkälle tehdä, varsinkin kun hoitoa koskeviin päätöksiin liittyy usein kaksi vastakkaista perustetta. Raskauden päättäminen olisi edullista äidin terveydentilan vuoksi, mutta raskauden eteneminen mahdollisimman pitkälle olisi suotavaa vastasyntyneen ennenaikaisuudesta johtuvien ongelmien välttämiseksi. Epätietoisuus tulevasta mainittiin muita useammin silloin, kun hoito oli kestänyt yli kolme vuorokautta. Tätä voisi selittää osittain se, että pitempää hoitoa vaativat vakavammat raskauteen liittyvät ongelmat. Epätietoisuutta lisääviä tekijöitä voivat olla myös monissa vastauksissa esille tulleet hoitolinjojen vaihtuminen ja ristiriitaiset tiedot lääkärien vaihtuessa. Niitäkin kokivat useimmin pitkään sairaalassa olleet.

Guptonin (1997) mukaan selviytymisstrategioiden ohella riskiraskauden aikaisessa sairaalahoidossa stressin helpottaja on sosiaalinen tuki. Kommunikaatio henkilökunnan kanssa oli mm. Whiten ym. (1984) sekä Malonin ym. (1993) tutkimuksissa tekijä, joka koettiin vähiten stressaavana sairaalahoidon aikana. Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnan suhtautuminen potilaisiin koettiin erityisen hyväksi. Positiivisina koetut piirteet henkilökunnan suhtautumisessa potilaaseen ovat samoja, joita Kralik ym. (1997) kuvaa sitoutumisesta ilmentävänä käyttäytymisenä. Kokemus kuvastaa henkilökunnan tärkeyttä psykososiaalisen tuen antajina antenataalisen sairaalahoidon aikana. Psykososiaalisen tuen merkitys korostuu, kun luonteenomaista riskiraskauskokemukselle mm. Schroederin (1996) mukaan ovat tunne oman kontrollin puuttumisesta, pelko ja huoli, joihin biofyysisen

hoitotyön mallin (Raatikainen, 1995) mukaisilla hoitomenetelmillä ei ole mahdollista vaikuttaa. Tässäkin tutkimuksessa useimmin koettuja tunteita olivat koti-ikävä, pitkästymisen ja surullisuus sekä toisaalta helpotus kokemusten jakamisesta muiden samankaltaisessa tilanteessa olevien potilaiden kanssa. Sosiaalista tukea äidit saivat siis sekä henkilökunnalta että muilta äideiltä.

Hoitotoiminnassa oltiin useimmin samaa mieltä hoitajien ammattitaidosta sekä tasavertaisesta kohtelusta. Kuten aikaisemmissa (White 1984, Charles 1994) tutkimuksissa, fyysiset tarpeet koettiin otetuksi huomioon henkisiä tarpeita useammin. Tämä tuli esille mahdollisesti myös siinä, että mielipiteet lääkärin toiminnasta olivat ristiriitaisia. Lääkärin toimintaan liittyviä puutteita potilaat kokivat lähinnä ristiriitaisina hoitolinjoina ja informaation kulussa eri lääkäreiden välillä hoitavan lääkärin vaihtuessa. Mainintoja lääketieteellisen hoidon puutteista ei tutkimuksessa tullut esille. Hoidon yhdenmukaisuudesta lääkärin vaihtuessa oli samaa mieltä alle puolet, hoitajien vaihtuessa yli kolmasosa. Lääkärin toiminnan yhdenmukaisuudesta olivat muita harvemmin samaa mieltä pitempään sairaalahoidossa olleet. Hoitajien toiminnan yhdenmukaisuuteen ei hoitoajalla ollut yhteyttä. Nämä erot saattavat liittyä ammattiryhmien erilaisiin tehtäviin: lääkärit vastaavat lääketieteellistä hoitoa koskevista päätöksistä ja henkilöiden väliset erilaiset näkemykset tulevat selkeästi esille. Hoitajien vaihtuessa ei pidemmänkään sairaalahoitajakson aikana tällaisia selkeitä näkemyseroja esille tuovia päätöksiä tehdä. Hoitajien persoonalliset erot koettiin positiivisina. Lääkärin vaihtuvuuden taustalla on sairaalan toimiminen opetussairaalan, kun osaston hoitohenkilökunta on toiminut yhdessä pitkän aikaa, jolloin on jo muodostunut osaston yhteinen hoitofilosofia ja -kulttuuri. Annetun tiedon ristiriitaisuus tuli esille potilaan hoidossa ilmenevänä puutteena myös Cortisin ym. (1996) tutkimuksessa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa nuoret ja korkeasti koulutetut olivat kokeneet muita enemmän puutteita hoidossaan ja vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan kanssa (Wilson-Barnett 1976, Charles ym. 1994, Bruster 1994). Myös tässä tutkimuksessa nuoret kokivat vanhempia harvemmin tasavertaista ja ystävällistä kohtelua sekä helppoutta saada vastauksia kysymyksiinsä. Nuoret saivat mielestään myös vähemmän tietoa gynekologisista sisätutkimuksista sekä oireidensa tarkkailusta. Ilmeisesti lisääntynyt ikä tuo mukanaan rohkeutta kysyä ja ottaa asioista selvää, toisaalta vanhemmat ehkä kokevat vuorovaikutuksen tasavertaisempaan ja helpompaan, koska ovat iältään lähempänä hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä kuin nuoret. Liikkumista koskevista rajoituksista enemmän koulutusta saaneet

saivat vähemmän tietoa, mikä saattaa olla yhteydessä rajoitusten tarpeellisuuteen. Mahdollista on myös, että koulutetuilla oletetaan olevan enemmän tietoa ja tarpeen saada tietoa vähäisempää. Tupakointia ei tässä tutkimuksessa kysytty, mutta tupakointikielto sairaalan tiloissa edellyttää liikkumista tupakoinnin ylläpitämiseksi. Mikäli vähän koulutetuissa on enemmän tupakoivia, ohjauksen määrä saattaisi olla yhteydessä tupakointiin enemmän kuin koulutukseen.

Gupton (1997) pitää päätekijöinä antenataaliseen sairaalahoitoon liittyvän stressin helpottamiseksi sosiaalisen tuen ohella selviytymisstrategioita, joista yksi on tiedon hankkiminen. Todennäköisesti kaikkea tiedon tarvetta ei antenataalisessa sairaalahoidossa voida koskaan tyydyttää. Kysyttäessä parantamista tarvitsevia tekijöitä hoitotoiminnassa useimmin mainittiin riittämätön tiedonanto, johon liittyi ongelmia myös Brusterin ym. (1994) sekä Charlesin ym. (1994) tutkimuksissa. Kokemus riittämättömästä tiedonsaannista on mahdollisesti yhteydessä siihen, että tilanteita, joissa tietoja potilaalle voidaan antaa, ei käytetty potilaiden mielestä hyväksi. Esimerkiksi lääkärin kierroilla lääkärit eivät kohdistaneet puhettaan antenataalisessa hoidossa olevalle äidille vaan kierrolle osallistuville kollegoilleen. Tietoa odotettiin saatavan lääkäreiltä ja hoitohenkilökunnalta spontaanisti; monet äidit kokivat saavansa tietoa vain, jos sitä oma-aloitteisesti kysyivät. Hoitajat olivat äitien mielestä onnistuneet lääkäreitä paremmin myös antamaan tietonsa ymmärrettävästi. Tämä johtunee suureksi osaksi siitä, että valtaosa vaikeammin ymmärrettävästä, mm. lääketieteellisestä tiedosta, saadaan lääkäreiltä. Hoitajat käsittelevät ohjauksessaan käytännöllisempää ja enemmän toimintaan liittyvää tietoa, joka on ennustettavampaa ja yksiselitteisempää. Kokemuksen taustalla onkin mahdollisesti enemmän käsiteltävän asian vaikeus ja tilanteen ennustamattomuus kuin puutteet tiedon antamisessa. Potilaan ja hoitajan välinen kontakti on myös potilaan ja lääkärin välistä pitempiaikaisempi, jolloin kokonaisvaltainen arviointi on helpompaa, eivätkä yksittäiset negatiiviset kokemukset saa arviossa korostunutta merkitystä. Lääkäreihin kohdistuvaan kriittisyyteen vaikutti mahdollisesti kyselylomakkeen saatekirjeessä oleva tieto, että tutkimuksen tekijä on hoitaja eikä lääkäri. Samankaltainen ero tyytyväisyydessä eri ammattiryhmiltä saatuun informaatioon saatiin Cortisin ym. (1996) tutkimuksessa.

Hoitoympäristöä koskevat tulokset tukevat Pontinin ym. (1996) tutkimustuloksia ja siihen liittyvää pohdintaa. Hoitoympäristössä psykososiaaliset tekijät näyttävät olevan fyysisiä keskeisempiä antenataalisessa sairaalahoidossa. Suurin osa hoidossa olevista äideistä on

fyysisesti toimintakykyisiä eivätkä sen vuoksi tarvitse ympäristön erityisjärjestelyjä. Vaikka fyysisessä ympäristössä koettiin puutteita, parannusta niihin kaipasivat vain harvat. Nekin tekijät, joissa parannusta kaivattiin, liittyivät psykososiaaliseen ympäristöön; yksityisyyden ja intimitteettisuojan lisäämiseen sekä estetiikkaan ja viihtyisyyteen. Henkilökunnan merkitys myös sosiaalisen ympäristön muodostajana korostui. Lähes viidesosa äideistä mainitsi sen erityisen hyvänä hoitoympäristöön liittyvänä tekijänä. Hoitoon liittyvän vuorovaikutuksen lisäksi hoitohenkilökunta, kuten myös potilastoverit, korvaavatkin sairaalahoidon aikana monia normaaliin elämään kuuluvia kontakteja. Psykososiaalisen ympäristön merkityksen korostuminen on ymmärrettävää, sillä olennainen osa riskiraskauden hoitoa on ajan kulumisen ja tilanteen seuraaminen eikä parantavia hoitotoimenpiteitä useinkaan ole monia. Helpotusta äitien kokemaan koti-ikävään ja pitkästymiseen haetaan virikkeillä, kuten viestintävälineillä ja sosiaalisella kanssakäymisellä.

9. JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN MERKITYS

Tutkimuksen keskeiset tulokset olivat seuraavat:

1. Potilaat kokivat useimmin liikkumisen rajoituksia ja nukkumisvaikeuksia sekä tunteista koti-ikävä, pitkästymistä ja surullisuutta. Eniten naiset olivat huolestuneita odotetun lapsen terveydestä. Vaikeimpana koettiin tulevaisuuteen liittyvä epä tietoisuus. Positiivisena koettiin tilan paraneminen, lapsen hyvinvointi ja hyvä hoito.
2. Pitempään sairaalahoidossa olleiden joukossa koettiin muita useammin fyysistä epämukavuutta, huolta synnytyksestä sekä negatiivisia tunteita, kuten surullisuutta, avuttomuutta ja levottomuutta muiden potilaiden kokemusten vuoksi.
3. Hoitotoiminta antenataalisessa sairaanhoidossa koettiin ammattitaitoisena ja turvallisenä. Positiivisena kokemuksena tuli esille hoitohenkilökunnalta saatu sosiaalinen tuki ja empatia. Keskeiseksi epäkohdaksi koettiin ristiriitaiset hoitolinjat ja tiedot hoitavien henkilöiden, etenkin lääkärien vaihtuessa. Sairaalahoidon kestäessä pitempään lääketieteellisten hoitolinjausten ristiriidat tulivat esille useammin.

4. Vaikka vuorovaikutus koettiin hyvänä, tietoa etenkin tulevista tapahtumista ja omasta sairaanhoidon perusteena olevasta tilasta kaivattiin lisää. Nuoret äidit kokivat vanhempia useammin puutteita vuorovaikutuksessa.
5. Potilaat arvioivat hoitoympäristön tyydyttäväksi. Parhaimmaksi arvioitiin osaston ilmapiiri. Useimmin häiritsevänä koettiin huoneilman tunkkaisuus, melu sekä huonetoverit. Erityisen hyvänä koettiin hoitohenkilökunnan ja potilastovereiden muodostama psykososiaalinen ympäristö. Fyysisiä tiloja haluttiin parantaa siten, että ne lisäisivät potilaan yksityisyyttä ja intymiteettisuojaa. Parannusta haluttiin myös sairaalahoidossa viihtymiseen ja ajankuluun, kuten estetiikkaan ja virikkeisiin.

Johtopäätöksenä on siten todettavissa, että antenataalisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden kokemuksessa keskeisellä sijalla ovat psykososiaaliset tekijät ja tulevaisuuteen suuntautuminen. Tärkeiksi koettiin tekijät, jotka auttoivat tilanteeseen sopeutumiseen, kuten saatu psykososiaalinen tuki ja tieto. Taustatekijöistä kokemuksiin oli useimmin yhteyttä potilaan iän ja koulutuksen lisääntymisellä sekä sairaanhoidon pitkällä kestolla.

Tässä tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella antenataalisessa sairaanhoidossa olevilla naisilla on tunnistettavissa tekijöitä, jotka huomioon otettuna parantaa heidän saamansa hoidon laatua antenataalisessa sairaanhoidossa. Yhteisten ennalta sovittujen hoitolinjojen sopiminen ja noudattaminen sekä informaation kulku kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden sekä potilaan välillä on tarpeen. Näin potilaiden kokemuksia hoitolinjojen ja saatujen tietojen ristiriitaisuuksista hoitajien ja lääkärien vaihtuessa voitaisiin vähentää. Hoitoympäristössä on tärkeää ottaa huomioon potilaiden henkiset tarpeet, yksityisyys ja intymiteettisuoja. Vuorovaikutukseen erityisesti nuorten, alle 25-vuotiaiden äitien kanssa tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

Jatkotutkimuksissa pienempiin kokonaisuuksiin keskittyminen ja laadullinen tutkimus tuottaisivat kattavampaa ja syvällisempää tietoa antenataalisessa hoidossa olevien potilaiden kokemuksista. Myös pitkittäistutkimus antaisi arvokasta lisätietoa pitkään antenataalisessa sairaanhoidossa olevien naisten erityisongelmista. Tärkeää olisi tutkia, mihin kokemus hoitolinjojen ristiriitaisuuksista on yhteydessä: ovatko hoidon muuttumisen taustalla informaation kulun puutteet, yhteisten hoitolinjojen puuttuminen tai noudattamatta jättäminen näkemyserojen vuoksi vai potilaan tilanteessa tapahtuneet muutokset. Myös annetun ja

koetuksi saadun tiedon vastaavuutta antenataalipotilaiden osalta tulisi tutkia sekä tiedon tarvetta sairaanhoidon perusteen mukaan. Vertaistuen systemaattisempi hyödyntäminen esimerkiksi ryhmäkeskusteluina, joissa hoitohenkilökunnan edustaja olisi asiantuntijana mukana, tulisi ottaa huomioon mahdollisena sosiaalisen tuen muotona ja informaatiokanavana sairaalahoidon aikana.

Suuntauksena on hoitaa riskiraskauksia yhä enemmän polikliinisesti ja entistä lyhyemmällä sairaalahoitajaksoilla. Näin tieto potilaiden kokemuksista on entistäkin tarpeellisempaa hyvän hoidon turvaamiseksi yhä lyhenevissä potilaskontakteissa. Uutena haasteena tulee selvittääkin juuri niiden potilasryhmien kokemuksia, joiden antenataalinen hoito muuttuu eniten, ja verrata saatuja tuloksia aikaisemmissa hoitojärjestelyissä hoidettujen potilaiden kokemuksiin.

LÄHTEET

- Ahmadi K. (1985) The experience of being hospitalized: stress, social support and satisfaction. *International journal of nursing studies*, 22(2), 137–148.
- Albecht Albrecht S & Rankin M. (1989) Anxiety levels, health behaviors and support systems of pregnant women. *Maternal-Child nursing Journal*, 18(1), 49-60.
- Alkula T. (1993) Tilastollisen sosiaalitutkimuksen harjoituskurssi. Helsingin yliopiston sosiologian laitos, työselostuksia n:o 58.
- Alkula T, Pöntinen S & Ylöstalo P. (1995) Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY, Porvoo.
- Allas A. (1993) Ympäristömielikuvat ja kaupunkisuunnittelu. *Acta Universitatis Ouluensis, series C, Technica* 71.
- Begat I & Severinsson E. (2001) Nurses' reflections on episodes during their provision of care – an interview study. *International journal of nursing studies*, 38, 71-77.
- Bradley JC & Edinberg MA. (1990) *Communicating in the nursing context*. Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut.
- Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Weston D, Erens R & Delbanco T. (1994) National survey of hospital patients. *British medical journal*, December, 309, 1542-1549.
- Charles C, Gault M, Chambers L, O'Brien B, Haynes B & Labelle R. (1994) How was your hospital stay? Patients' reports about their care in Canadian hospitals. *Canadian medical association journal*, 150(11), 1813-1822.
- Cortis J, & Lacey A. (1996) Measuring the quality and quantity of information-giving to in-patients. *Journal of advanced nursing*, 24, 674-681.

Crandon A. (1979) Maternal anxiety and obstetric complications. *Journal of psychosomatic research*, 23, 109-111.

Crandon A. (1979) Maternal anxiety and neonatal wellbeing. *Journal of psychosomatic research*, 23, 113-115.

Donabedian A. (1966) Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), Part 2, 166-203.

Enkin M. (1994) Risk in pregnancy: The reality, the perception and the concept. *Birth*, 21:3, September, 131-134.

Eskola A. (1975) *Sosiologian tutkimusmenetelmät II*. WSOY, Porvoo.

Frain M & Valiga T. (1981) *The multiple dimensions of stress*. Kirjassa Sutterly D, Donnelly G (toim.). *Coping with stress, a nursing perspective*. London, An Aspen Publication, 66-67 .

Gissler M & Vuori E. (2003) Raskaudenaikainen hoito syntymärekisterin perusteella. *Kätilölehti* 1, 108, 4-6.

Goupy F, Ruhlman O, Paris O & Thélot B. (1991) Results of a comparative study of in-patient satisfaction in eight hospitals in the Paris region. *Quality assurance in health care*, 3(4), 309-315.

Gupton A, Heaman M & Ashcroft T. (1997) Bed rest from the perspective of the high-risk pregnant women. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 26, 423-430.

Gupton A, Heaman M & Cheung LW. (2001) Complicated and uncomplicated pregnancies: women's perception of risk. *Journal of obstetric, gynaecologic & neonatal nursing*, 30(2), march-April, 192-201.

Heaman M. (1998) Psychosocial impact of high-risk pregnancy: hospital and home care. *Clinical obstetrics and gynecology*, 41(3). September, 626-639.

Heaman M & Gupton A. (1998) Perceptions of bed rest by women with high-risk pregnancies: a comparison between home and hospital. *Birth* December, 25(4), 252-258.

Hedegaard M, Henriksen T, Sabroe S & Secher N. (1993) Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ*, June 24, 307, 234-239.

Heikkilä T. (1999) Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki.

Hiidenhovi H. (2001) Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalle. Akateeminen väitöskirja, *Acta Universitatis Tamperensis* 833, Tampereen yliopisto, Tampere.

Hirsijärvi S, Remes P & Sajavaara P. (1997) Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.

Holm K. & Llwellyn JG. (1986) Nursing research for nursing practice. WB Saunders. Philadelphia.

Horelli L. (1998) Ympäristöpsykologia. Weiling+Göös. Espoo ss. 35-36.

Hurtta H & Peltola T. (1996) Tutkielmantekijän opas. Tampereen yliopiston suomen kielen ja yleisen kielitieteen laitos. Tampereen yliopiston jäljennepalvelu, Tampere.

Kralik D, Koch T & Wotton K. (1997) Engagement and detachment: understanding patients' experiences with nursing. *Journal of advanced nursing*, 26(2), August, 399-407.

Kukkola S. (1997) Kommunikatiivinen potilas-hoitajasuhde. Tutkimus halutun ja saadun kommunikation vastaavuudesta perusterveydenhuollossa. Väitöskirjat 2, Helsingin yliopisto, Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, Helsinki.

Kumpusalo E. (1991) Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Helsinki. Valtion painatuskeskus. Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 8/1991.

Kyngäs H, Vanhanen L. (1999) Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 5-12.

Laippala P, Paavilainen E & Koponen H. (1997) Kuvailevaa tilastitiedettä, summamuuttujien rakentamisen tarkastelua. Teaosessa Paunonen M & Julkunen K (toim.). Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.

Latikka A-M (1997) Tilaa mielenterveydelle – mielenterveys ja fyysinen ympäristö. Stakes, aiheita 8.

Leino-Kilpi H. (1998) Kvalitatiivinen vai kvantitatiivinen tutkimusmetodiikka – yhdessä vai erikseen? Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Porvoo. 222-231.

Loos C & Julius L. (1989) The client's view of hospitalization during pregnancy. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 18, 52-56.

Maloni J, Chance B, Zhang C; Cohen A, Betts D & Gange S. (1993) Physical and psychosocial side effects of antepartum hospital bedrest. *Nursing research*, July/August, 42, 197-203.

Maloni J, Kane JH, Suen JL & Wang KK. (2002) Dysphoria among high risk pregnant hospitalized women on bed rest: a longitudinal study. *Nursing research*. 51(2), Mar-Apr ,92-99.

McCain G & Deatrck J. (1994) The experience of high-risk pregnancy. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 23(5), 421-427.

Mellin I. (1996) Johdatus tilastotieteeseen 1. kirja. Tilastotieteen johdantokurssi. Tampereen yliopisto. Tilastotieteen laitos.

Meterko M, Rubin H, Nelson E, Ware J, Batalden P & Hays R. (1990) Patient Judgements of hospital quality, Report of a pilot study. *Medical Care*, 28(9), Supplement, September, 1-56.

Moore B & Thompson A. (1986) What 1357 hospital inpatients think about aspects of their stay in British acute hospitals. *Journal of advanced nursing*, 11, 87-102.

- Morse JM. (1992) Comfort. The refocusing of nursing care. *Clinical nursing research*, 1, 91-106.
- Neuhaus W, Scharkus S, Hamm W & Bolte A. (1994) Prenatal expectations and fears in pregnant women. *Journal of perinatal medicine*, 22, 409-414.
- Nieswiadomy R.m. (1993) *Foundations of nursing research*. Appleton & Lange, New York.
- Norbeck J. (1981) Social support: A model for clinical research and application. *American journal of nursing*, 3, 43-53.
- Pelanteri S & Nenonen, M. (1996) Vuodeosastopalvelujen käyttö 1995. *Stakes, Tilastotiedote* 2/1996.
- Pontin D & Webb C. (1995) Assessing patient satisfaction. Part 1. Findings: nursing, the hospital and patients' concerns. *Journal of clinical nursing*, 4(6), November, 383-389.
- Pontin D & Webb C. (1994) Assessing patient satisfaction. Part 2. The research process. , 5(1), January, 33-40.
- Raatikainen R. (1995) Hoitotyön kehitysvaiheiden luokitus. *Sairaanhoitaja* 9, vol 68, 31-34.
- Rauhala L. (1983) *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Gaudeamus, Helsinki.
- Saarikoski S. (1992) *Synnytyksen perustiedot*. Legekustannus Oy.
- Schroeder C. (1996) Women's experience of bedrest in high-risk pregnancy. *Image, journal of nursing scholarship*, 28(3), 253-258.
- Scott D, Oberst M & Dropkin M. (1981) A stress-coping model. Kirjassa Sutterly D, Donnelly G (toim.), *Coping with stress, a nursing perspective*. London, An Aspen Publication, 3.
- Stakes. (2002) *Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2001*. Tiedonantajapalaute 15.

Stakes. (2003) Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet – vuoden 2002 ennakkotietoja. Tilastitiedote 13/2003.

Staniszewska S & Ahmed L. (1999) The concept of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of advanced nursing*, 29(2), February, 364-372.

Statham H, Green J & Kafetsiosis G. (1997) Who worries that something might be wrong with the baby? A prospective study of 1072 pregnant women. *Birth*, 24:4, December, 223-233.

Steine S, Finset A & Laerum E. (2001) A new brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Family practice*, 18:4, 410-418.

Turunen H, Perälä M-L & Meriläinen P. (1994) Collaizin fenomenologisen menetelmän sovellus; esimerkkinä hyvän hoidon kuvaaminen. *Hoitotiede* 1(6), 8-15.

Töyry E. (2001) Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Akateeminen väitöskirja, Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 86, Kuopion yliopisto, Kuopio.

Vehviläinen–Julkunen K. (1997) Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva 26-34.

Vehviläinen-Julkunen K, & Paunonen M. (1998) Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Porvoo. 206-214.

Volicer B. (1973) Perceived stress levels of events associated with experience of hospitalization: development and testing of measurement tool. *Nursing research*, November-December, 22(6), 491-497.

Volicer B. (1974) Patients' perceptions of stressful events associated with hospitalization. *Nursing research*, May-June, 23(3), 235-238.

Wadhwa P, Sandman C, Porto M, Dunkel-Schetter C & Garite T. (1993) The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American journal of obstetrics and gynecology*, October, 169(4), 858-865.

Waldron J & Asayama V. (1985) Stress, adaptation and coping in a maternal-fetal intensive care unit. *Social work in health care*, 10(3), 75-80 .

White M & Ritchie J. (1984) Psychological stressors in antepartum hospitalization: reports from pregnant women. *Maternal-Child nursing Journal*, 13, 47-56.

Wilson-Barnett J. (1976) Patients' emotional reactions to hospitalization: an exploratory study. *Journal of advanced nursing*, 1, 351-358.

KYSELYLOMAKE ODOTTAVILLE ÄIDEILLE

Pyydän Teitä ystävällisesti täyttämään kyselylomakkeen hoidon päättyessä tai kun sairaalahoitonne on kestänyt vähintään kolme vuorokautta. Vastatkaa kysymyksiin rengastamalla valitsemanne vaihtoehdon numero tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tilaan. Koska lomake on kopioitu kaksipuolisesti, huomatkaa, että kysymyksiä on sivun molemmilla puolilla.

1. **Ikä** _____ vuotta
2. **Siviilisäätty**
 - 1 Naimaton
 - 2 Naimisissa
 - 3 Avoliitossa
 - 4 Eronnut
 - 5 Leski
3. **Peruskoulutus** (Valitkaa vaihtoehdoista vain korkea-asteisin koulutuksenne)
 - 1 Peruskoulu (oppivelvollisuuden edellyttämä koulutus)
 - 2 Ylioppilastutkinto
4. **Ammattikoulutus** (Valitkaa vaihtoehdoista vain korkea-asteisin koulutuksenne)
 - 1 Ei ammattikoulutusta
 - 2 Ammatillisia kursseja
 - 3 Koulutasoinen ammattitutkinto
 - 4 Opistotasoinen ammattitutkinto
 - 5 Ammattikorkeakoulututkinto
 - 6 Korkeakoulututkinto
5. **Oletteko**
 - 1 Ensisynnyttäjä
 - 2 Uudelleensynnyttäjä
6. **Onko teillä aikaisempia epäonnistuneita yrityksiä saada lapsi ?**
(esim. keskenmeno, sikiön menetys)
 - 1 Ei
 - 2 Kyllä
7. **Lasten lukumäärä ennen tätä raskautta** _____
lasten iät _____
8. **Oletteko ollut sairaalahoidossa aikaisempien raskauksien aikana?**
 - 1 En
 - 2 Kyllä
9. **Oletteko ollut sairaalahoidossa aikaisemmin tämän raskauden aikana?**
 - 1 En
 - 2 Kyllä, _____ kertaa

10. Tulotapa sairaalaan

- 1 Ajanvarauksen kautta ennalta suunnitellusti
- 2 Päivystyksenä läheteellä
- 3 Päivystyksenä ilman lähetettä

11. Onko Teidän tämänhetkisen sairaalahoitonne peruste jokin/jotkin seuraavista? (Rengasta kyllä/ei –vaihtoehto jokaisesta perusteesta.)

	Ei	Kyllä
1 Diabetes / sokeritasapainon häiriö	1	2
2 Kohonnut verenpaine / raskausmyrkytys / toksemia	1	2
3 Ennenaikaiset supistukset / uhkaava ennenaikainen synnytys	1	2
4 Raskaudenaikainen maksan toiminnan häiriö / hepatogestoosi	1	2
5 Yliaikainen raskaus	1	2
6 Verenvuoto synnyttimistä	1	2
7 Monisikiöinen raskaus (kaksoset, kolmoset)	1	2
8 Muu peruste, mikä ? _____	1	2

12. Raskautenne kesto tänään on _____viikkoa.

KOKEMUKSET OMASTA TILASTA SAIRAALAHOITOJAKSON AIKANA

Kuinka paljon Teillä on ollut tämän sairaalajakson aikana seuraavia TUNTEMUKSIA ja OIREITA ?

	Ei lainkaan	Vähän	Jonkin verran	Paljon	Erittäin paljon
13 Supistuksia	1	2	3	4	5
14 Verenvuotoa	1	2	3	4	5
15 Kipuja	1	2	3	4	5
16 Väsymystä	1	2	3	4	5
17 Raskasta oloa	1	2	3	4	5
18 Lapsiveden tuloa	1	2	3	4	5
19 Nukkumisvaikeuksia	1	2	3	4	5
20 Kutinaa	1	2	3	4	5
21 Muuta, mitä _____	1	2	3	4	5

Kuinka paljon olette kokenut seuraavia TUNTEITA?

	Ei lainkaan	Vähän	Jonkin verran	Paljon	Erittäin paljon
22 Pitkästymistä	1	2	3	4	5
23 Yksityisyyden menetystä	1	2	3	4	5
24 Avuttomuutta	1	2	3	4	5
25 Turvattomuuden tunnetta	1	2	3	4	5
26 Koti-ikävä	1	2	3	4	5
27 Levottomuutta muiden potilaiden kokemusten vuoksi	1	2	3	4	5
28 Helpotusta kokemusten jakamisesta muiden potilaiden kanssa	1	2	3	4	5

Kuinka paljon seuraavat tekijät ovat HUOLESTUTTANEET Teitä?

	Ei lainkaan	Vähän	Jonkin verran	Paljon	Erittäin paljon
29 Oma terveys	1	2	3	4	5
30 Odotetun lapsen terveys	1	2	3	4	5
31 Oma selviytyminen erossa perheestä	1	2	3	4	5
32 Kotiväen selviytyminen sairaalahoitoajan aikana	1	2	3	4	5
33 Tuleva synnytys	1	2	3	4	5

34 Kuinka paljon hoitonne on rajoittanut liikkumistanne normaaliin liikkumiseen verrattuna?

- 1 Ei lainkaan
- 2 Vähän
- 3 Kohtalaisesti
- 4 Paljon
- 5 Kokonaan tai lähes kokonaan

35 Miten aikanne on kulunut sairaalahoitossa ollessanne?

- 1 Erittäin hitaasti
- 2 Melko hitaasti
- 3 Ei hitaasti eikä nopeasti
- 4 Melko nopeasti
- 5 Erittäin nopeasti

36 Kertokaa, millainen OMAAN TILAANNE liittyvä kokemus tai tuntemus oli *vaikeinta* tämän sairaalajakson aikana?

37 Kuvailkaa, millainen OMAAN TILAANNE liittyvä kokemus tai tuntemus oli *parhainta* tämän sairaalajakson aikana?

Millainen MIELIALANNE on ollut sairaalajakson aikana?

Arvioikaa mielialaanne sairaalahoitajakson aikana seuraavien tunneparien avulla. Ympyröikää kunkin rivin jatkumolta vaihtoehtoista se, joka parhaiten kuvaa mielialaanne.

		Erittäin	Melko	Melko	Erittäin	
38	Surullinen	1-----2-----3-----4-----5				Iloinen
39	Masentunut	1-----2-----3-----4-----5				Toiveikas
40	Välinpitämätön	1-----2-----3-----4-----5				Innostunut
41	Apaattinen	1-----2-----3-----4-----5				Aktiivinen
42	Pelokas	1-----2-----3-----4-----5				Rohkea
43	Epäilevä	1-----2-----3-----4-----5				Luottavainen

KOKEMUKSET HOITOTOIMINNASTA SAIRAALAHOITOJAKSON AIKANA

Seuraavassa on esitetty HOITOMENETELMIÄ ja -PERIAATTEITA koskevia väittämiä. Arvioikaa, kuinka hyvin ne vastaavat omaa kokemustanne.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
44 Hoitohenkilökunta on hallinnut hyvin raskautteeni liittyvien ongelmien hoidon ja tarkkailun.	1	2	3	4	5
45 Lääkärit ovat hyvin perehtyneitä raskauttani koskeviin ongelmiin.	1	2	3	4	5
46 Minulla on ollut mahdollisuus osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon.	1	2	3	4	5
47 Olen saanut yksilöllistä hoitoa.	1	2	3	4	5
48 Fyysiset tarpeeni on otettu hyvin huomioon.	1	2	3	4	5
49 Henkiset tarpeeni on otettu hyvin huomioon.	1	2	3	4	5
50 Minua on kohdeltu tasavertaisena muiden potilaiden kanssa	1	2	3	4	5
51 Olen saanut yhdenmukaista tietoa minua hoitavilta eri henkilöiltä.	1	2	3	4	5
52 Hoitoni on ollut yhdenmukaista lääkäreiden vaihtumisesta huolimatta.	1	2	3	4	5
53 Hoitoni on ollut yhdenmukaista hoitajien vaihtumisesta huolimatta.	1	2	3	4	5

Seuraavassa on esitetty VUOROVAIKUTUSTA koskevia väittämiä. Arvioikaa, kuinka hyvin ne vastaavat omaa kokemustanne.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
54 Henkilökunnalla on ollut aikaa keskustella kanssani raskaudestani ja siihen liittyvistä ongelmista.	1	2	3	4	5
55 Minun on ollut helppo saada vastauksia omaa ja odottamani lapsen tilannetta koskeviin kysymyksiini.	1	2	3	4	5
56 Olen saanut ystävällistä kohtelua koko henkilökunnalta.	1	2	3	4	5
57 Minun on ollut helppo lähestyä hoitohenkilökuntaa apua tarvitessani.	1	2	3	4	5
58 Minun on ollut helppo kertoa lääkäreille ongelmistani.	1	2	3	4	5
59 Saamani kohtelu on ollut kiireistä.	1	2	3	4	5

Minkä verran olette saanut TIETOA hoitoonne liittyvistä asioista sairaalajakson aikana?

	Ei lainkaan	Vähän	Kohtalai- sesti	Melko paljon	Paljon
60 Sairaalahoitonne perusteesta	1	2	3	4	5
61 Kokonaistilanteestanne	1	2	3	4	5
62 Raskautenne kulusta	1	2	3	4	5
63 Sikiön voinnista	1	2	3	4	5
64 Sikiön sydänäänikäyrästä (ktg)	1	2	3	4	5
65 Sikiön ja kohdun ultraäänitutkimuksista	1	2	3	4	5
66 Kohdunsuunne tutkimuksista (sisätutkimuksista)	1	2	3	4	5
67 Laboratoriotutkimuksistanne	1	2	3	4	5
68 Lapsivesitutkimuksista	1	2	3	4	5
69 Rajoituksista liikkumisessanne	1	2	3	4	5
70 Lääkehoidosta	1	2	3	4	5
71 Oireidenne tarkkailusta	1	2	3	4	5
72 Hoitonne ennusteesta	1	2	3	4	5
73 Synnytyksenne ajankohdasta	1	2	3	4	5
74 Synnytystapahtumasta	1	2	3	4	5
75 Hoidostanne synnytyksen jälkeen	1	2	3	4	5
76 Lapsen hoidosta synnytettyänne	1	2	3	4	5

Kuinka hyvin seuraavat henkilöt ovat antaneet tietoa niin, että olette sen myös YMMÄRTÄNYT?

	Erittäin huonosti	Huonosti	Kohta- laisesti	Hyvin	Erittäin hyvin
77 Hoitajat	1	2	3	4	5
78 Lääkärit	1	2	3	4	5

79 Kertokaa, missä HOITOTOIMINTAA koskevissa asioissa olisi mielestänne parannettavaa?

80 Kuvailkaa, minkä olette kokenut HOITOTOIMINNASSA erityisen hyväksi sairaalajaksonne aikana?

81 Mistä asiasta olisitte halunnut enemmän TIETOA sairaalahoitajakson aikana?

KOKEMUKSET HOITOYMPÄRISTÖSTÄ

Arvioikaa kouluarvosanoin seuraavat HOITOYMPÄRISTÖÖN liittyvät tekijät?

	Ala-arvoinen							Kiitettävä
82 Potilashuone	4	5	6	7	8	9	10	
83 Potilasvuode	4	5	6	7	8	9	10	
84 Kylpytilat	4	5	6	7	8	9	10	
85 Ruokailu- ja oleskelutila	4	5	6	7	8	9	10	
86 Osaston ilmapiiri	4	5	6	7	8	9	10	
87 Sairaalaruoka	4	5	6	7	8	9	10	
88 Ruokailuajat	4	5	6	7	8	9	10	
89 Potilasvaatetus	4	5	6	7	8	9	10	
90 Kanttiinin palvelut	4	5	6	7	8	9	10	

Minkä verran seuraavat tekijät ovat HÄIRINNEET teitä ?

	Ei lainkaan	Vähän	Jonkin verran	Paljon	Erittäin paljon
91 Tarkkailulaitteet (esim. ktg)	1	2	3	4	5
92 Melu	1	2	3	4	5
93 Vetoisuus	1	2	3	4	5
94 Huoneilman tunkkaisuus	1	2	3	4	5
95 Samassa huoneessa olevat potilaat	1	2	3	4	5

96 **Montako potilasta huoneessanne on ? _____**

97 **Kertokaa, mitä hoitoympäristössänne olisi mielestänne parannettavaa?**

98 **Kuvaile, minkä olette kokenut hoitoympäristössänne erityisen hyväksi sairaalajakson aikana?**

99 **Kuinka mones päivä tällä sairaalajaksolla on nyt, kun vastaatte näihin kysymyksiin?**

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Hyvä odottava äiti

Suoritan terveystieteiden maisterin tutkintoa Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Opintoihini kuuluu pro gradu -tutkielman tekeminen. Työni aiheeksi olen valinnut raskauden aikana sairaalahoidossa olevien naisten kokemukset. Kiinnostuksen heräämiseen tähän aiheeseen on vaikuttanut työni kättilönä naistenklinikan synnytyssalissa, jossa hoidetaan sekä synnyttäjiä että raskauskomplikaatioiden vuoksi tarkkailussa ja hoidossa olevia potilaita. Tutkimukseni tuloksia voidaan hyödyntää henkilökunnan koulutuksessa ja riskiraskauden vuoksi sairaalassa olevien potilaiden hoidon laadun parantamisessa. Ohjaajana tutkimustyössäni toimii dosentti Ritva Raatikainen.

Pyydän teitä ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen vastaamalla lomakkeessa oleviin kysymyksiin. Kyselylomakkeen voitte täyttää hoidon päättyessä tai sen kestänyt kolme päivää. Lomake on kopioitu kaksipuolisesti, minkä pyydän teitä ottamaan huomioon kysymyksiin vastatessanne.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tietojen käsittely luottamuksellista. Tutkimusraportista ei käy esille kenenkään tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyys. Osaston henkilökunta ei myöskään näe täyttämäinne lomakkeita eivätkä vastauksenne vaikuta osastolla saamaanne hoitoon.

Vastattuanne laittakaa lomake takaisin kirjekuoreensa, jonka suljette. Palauttakaa suljettu kirjekuori nimelläni varustettuun vastauslaatikkoon ("vaalilaatikko") osaston ruokailutilaan. Palauttakaa lomake siinäkin tapauksessa, että ette ole täyttänyt kaikkia kohtia.

Tutkimuksen valmistuttua raportti on luettavissa Terveystieteiden kirjastossa Helsingissä sekä Tampereen yliopiston lääketieteellisessä osastokirjastossa. Myös minuun voitte tarvittaessa ottaa yhteyttä.

Osallistumisesta etukäteen kiittäen

Heli Kondelin
terveystieteiden yo
Henkivartijantie 10C
00620 Helsinki
puh. (09) 757 14 76
e-mail helikondelin@hotmail.com

Heli Kondelin
Henkivartijantie 10 C
00620 Helsinki
puh. 09 - 757 1476

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS
Helsinki
9.3.2001

Toimialajohtaja Maija Haukkamaa
HUS, Naistenlinikka
PL 140
00029 HYKS

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS PRO GRADU –TUTKIMUKSEN AINEISTON KERÄÄMISEKSI

Opiskelen terveystieteen maisteriksi Tampereen yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa. Olen valinnut opinnäytetyöni aiheeksi antenataalisessa sairaanhoidossa olevien naisten kokemukset. Kiinnostuksen heräämiseen ko. aihetta kohtaan on vaikuttanut työni naistenklinikan synnytyssalissa synnyttäjiä sekä raskauskomplikaatioiden vuoksi tarkkailussa ja hoidossa olevia potilaita hoitavana kätilönä. Ohjaajana tutkimustyössäni toimii dosentti Ritva Raatikainen Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta.

Tarkoituksena on tutkia antenataalisessa sairaalaseurannassa olevien naisten kokemuksia sairaalahoidon ajalta sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Yksityiskohtaisina tavoitteina on kuvata potilaiden kokemuksia omasta tilastaan, hoitotoiminnasta (hoitomenetelmistä, vuorovaikutuksesta ja tiedonsaannista) sekä fyysisestä ja psykososiaalisesta hoitoympäristöstä sairaalahoitajakson aikana. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tietojen käsittely luottamuksellista. Tutkimusraportista ei käy esille kenenkään tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyys. Saatua tietoa voidaan jatkossa hyödyntää esimerkiksi potilaiden hoidon suunnittelussa ja henkilökunnan koulutuksessa.

Anon lupaa suorittaa tutkimukseni tiedonkeruun HYKS:n Naistenklinikan antenataaliosastolla. Tutkimukseen otetaan mukaan tutkimusajankohtana osastolla hoidossa olevat potilaat. Kyselylomake on tarkoitus jakaa 200 potilaalle. Tiedonkeruu kestäisi noin 2-3 kuukautta potilasvaihdosta riippuen. Tutkimuksen valmistuttua toimitan tutkimusraportin sairaalan käyttöön ja tulen haluttaessa esittelemään tutkimustulokset henkilökohtaisesti.

Liitteet Tutkimussuunnitelma
Kyselylomake

Heli Kondelin
kätilö, terveystieteen ylioppilas

(HYKS 10-1030 muokattu)

Toimiala / klinikka

Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet KONDELIN HELI		Henkilötunnus
	Nykyinen työnantaja HUS, Naistensairaala		Nykyinen virka / toimi kätö
	Kotiosoite		Postinumero ja osoitetoimipaikka 00620 Helsinki
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin	
	Suoritettut tutkinnot sairaanhoitaja	Suoritusvuosi	Suorituspaikka Lappeenrannan sh-oppil.
	kätö		kätöopiston th-oppil.
	ylioppilas		vuoksemistua luki
Tutkimusprojektia koskevat tiedot	Tutkimusprojektin nimi pro-gradu - tutkielma Naisten kokemuksia anekantaalisessa sairaalahoitossa		
	Väitöskirjatyö <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> tutkimusta avustava henkilö	Anoja osallistuu välitt. potilastyöhön <input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
	Rahoittaja Heli Kondelin		
	Vastuhenkilö Heli Kondelin		
	Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaisista kustannuksista (erittely liitteeksi)		
	20	01	— mk
	20		— mk
20		— mk	
Tutkimusluvan anoja	Päivämäärä 20.3.2001	Anojan allekirjoitus ja nimen selvennys Heli Kondelin HELI KONDELIN	
	Tutkimusluvan puoltaja	Päivämäärä 24.3.	Vastaavan ylilääkärin allekirjoitus ja nimen selvennys Leena Paavola - Kuokkanen puolesta

PÄÄTÖS

Päätös	Tässä anomuksessa mainittu henkilö on oikeutettu suorittamaan tutkimukseen kuuluvaa työtä		
	Toimiala / klinikka NAISTENSIRAALA		Tutkimusaika
	Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> ylilääkäri <input checked="" type="checkbox"/> tulosyksikön johtaja <input type="checkbox"/> tutk- ja op.ryhmän ylilääkäri <input type="checkbox"/> hallitus	Päätöspvm. 26.3.01	Päätösnumero 37
	Päivämäärä 26.3.2001	Allekirjoitus Leena Paavola - Kuokkanen	
	1. Päätäjä 2. Anoja 3. Talouspäällikkö 4. Revisio-osasto		

LIITETAULUKOT

LIITE 5

LIITETAULUKKO 1. Omaan tilaan liittyvä vaikein kokemus tai tuntemus sairaalajakson aikana sairaanhoidon keston mukaan. (n=193)

Vaikea kokemus	1-3 vrk	4-7 vrk	yli 7 vrk	Yhteensä	
	n	n	n	n	%-osuus tutkimushenkilöistä
Epätietoisuus tulevasta	8	20	15	43	22
Huoli lapsen voinnista	11	17	5	33	17
Sopeutuminen tilanteeseen	13	14	5	32	17
Fyysiset oireet	13	6	3	22	11
Kotihuolet	6	5	6	17	9
Pitkästyminen, odottelu	4	7	5	16	8
Lääkärin toiminta	5	5	2	12	6
Oma mieliala	2	6	2	10	5
Epäkohdat hoidossa	0	2	1	3	2

df=2

LIITETAULUKKO 2. Omaan tilaan liittyvä paras kokemus tai tuntemus sairaalajakson aikana sairaanhoidon keston mukaan. (n=193)

Hyvä kokemus	1-3 vrk	4-7 vrk	yli 7 vrk	Yhteensä	
	n	n	n	n	%-osuus tutkimushenkilöistä
Fyysisen tilan paraneminen	16	14	6	36	19
Vauvan hyvinvointi	15	13	5	33	17
Luottamus hyvään hoitoon	6	19	7	32	17
Hoitajien ystävällisyys ja keskustelut	11	13	2	26	14
Keskustelut muiden äitien kanssa	5	6	1	12	6
Kotiinpaluu ja omaisten tuki	3	3	1	7	4

df=2

LIITETAULUKKO 3. Parannettavia tekijöitä hoitotoiminnassa sairaanhoidon keston mukaan. (n=193)

Parannettavaa hoitotoiminnassa	1-3 vrk	4-7 vrk	yli 7 vrk	Yhteensä	
	n	n	n	n	%-osuus tutkimushenkilöistä
Tiedon antaminen	9	17	5	31	16
Lääkärin toiminta	8	10	8	26	14
Henkilökunnan vaihtuvuus -ristiriitaiset hoitolinjat	5	9	6	20	10
Yksilöllisyys, yksityisyys	9	2	4	15	8
Kiireisyys	4	7	4	15	8
Suhtautuminen potilaisiin	4	3	5	12	6
Puutteet hoidossa	3	3	2	8	4

df=2

LIITETAULUKKO 4. Erityisen hyväksi hoitotoiminnassa koettua sairaanhoidon keston mukaan. (n=193)

Erityisen hyvää hoitotoiminnassa	1-3 vrk	4-7 vrk	yli 7 vrk	Yhteensä	
	n	n	n	n	%-osuus tutkimushenkilöistä
Hoitohenkilökunnan suhtautuminen potilaisiin	25	31	9	65	34
Hoito	10	13	5	28	15
Hoitajien ammattitaito	6	13	6	25	13
Toiminnan joustavuus	3	4	3	10	5
Kiireettömyys	6	2	1	9	5
Tiedon saaminen	6	2	0	8	4
Lääkärien toiminta	1	3	1	5	3

df=2

LIITETAULUKKO 5. Parannusta tarvitsevat tekijät hoitoympäristössä sairaanhoidon keston mukaan. Taulukossa on asiaa koskevien mainintojen lukumäärä. (n=193)

Parannettavaa hoitoympäristössä	1-3 vrk	4-7 vrk	yli 7 vrk	Yhteensä	
	n	n	n	n	%-osuus tutkimushenkilöistä
Virikkeet, ajankulu	10	16	9	37	19
Estetiikka	12	17	3	32	17
Yksityisyys, oma rauha	10	11	7	28	15
Ilmastointi	9	7	8	24	13
Saniteettitilat	13	7	4	24	13
Ahtaus	7	3	5	15	8
Vuode	1	1	1	3	2

df=2

LIITETAULUKKO 6. Hoitoympäristössä koetut hyvät tekijät sairaanhoidon keston mukaan. Taulukossa on asiaa koskevien mainintojen lukumäärä. (n=193)

Hyväksi koetut asiat hoitoympäristössä	1-3 vrk	4-7 vrk	yli 7 vrk	Yhteensä	
	n	n	n	n	%-osuus tutkimushenkilöistä
Henkilökunta	18	13	7	38	20
Vertaistuki	8	6	4	18	9
Virikkeet, ajankulu	5	8	4	17	9
Joustavuus	5	7	2	14	7
Ilmapiiri	6	6	2	14	7
Ruoka	2	8	3	13	7
Yksityisyys, oma rauha	2	7	2	11	6
Tilat, välineet	8	3	1	12	6

df=2

LIITETAULUKKO 7. Hoitoympäristön arviointi kouluarvosanoin sairaalahoidon keston mukaan

Ympäristötekijä	1-3 päivää n=68-74 %	4-7 päivää n=77-81 %	yli 7 päivää n=34-35 %	Yhteensä N=180-190 % n		χ^2 p
Potilashuone						
4-6	22	25	11	21	40	7.44
7-8	70	55	72	64	122	0.114
9-10	8	20	17	15	28	
Potilasvuode						
4-6	44	43	40	43	82	2.79
7-8	53	48	51	51	96	0.594
9-10	3	9	9	6	12	
Kylpytilat						
4-6	41	33	37	37	70	1.82
7-8	54	57	57	56	106	0.769
9-10	5	10	6	7	14	
Ruokailu- ja oleskelutila						
4-6	31	120	32	26	48	8.23
7-8	55	70	68	64	117	0.083
9-10	14	10	-	10	18	
Osaston ilmapiiri						
4-6	7	5	-	5	9	11.13
7-8	54	53	83	59	110	0.025 nv
9-10	39	42	17	36	68	
Sairaalaruoka						
4-6	23	17	29	22	41	5.70
7-8	46	48	57	49	93	0.223
9-10	31	35	14	29	56	
Ruokailuajat						
4-6	15	4	20	11	21	21.36
7-8	41	51	71	51	96	<0.001 ***
9-10	44	45	9	38	71	
Potilasvaatetus						
4-6	51	40	34	43	81	5.17
7-8	42	48	60	48	91	0.270
9-10	7	12	6	9	17	
Kanttiin palvelut						
4-6	19	18	9	17	30	7.88
7-8	52	55	79	58	105	0.096
9-10	29	27	12	25	45	

df=4