

**TAMPEREEN YLIOPISTO**

**PERHEHOITOTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA SAIRAANHOITAJAN  
VASTAANOTOLLA**

Elina Kontiainen  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Hoitotiede  
Pro gradu -tutkielma  
Elokuu 2017

# TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Hoitotiede

ELINA KONTIAINEN: Perhehoitotyö perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanotolla

Pro gradu -tutkielma, 45 sivua, 2 liitettä

Ohjaajat: Professori, THT Päivi Åstedt-Kurki ja yliopisto-opettaja, TtT Mira Palonen

Elokuu 2017

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perhehoitotyötä perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanotolla. Aikaisempaa tutkimusta perhehoitotyöstä perusterveydenhuollon sairaanhoitajan vastaanotolta on niukasti. Tutkimuksen tavoitteena oli, että tuotettua tietoa voidaan hyödyntää perusterveydenhuollossa perhehoitotyön kehittämisessä, potilaan omahoidon tukemisessa sekä läheisten osallistumisen vahvistamisessa potilaan hoitoon. Tulevaisuudessa perhehoitotyö on tärkeä vakiinnuttaa systemaattisemmin käytännön toimintaan perusterveydenhuollossa, koska perheen osuus potilaan hoidossa tulee korostumaan yhä enemmän terveyskeskuksen vastaanotto toiminnassa.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla perusterveydenhuollossa terveysasemalla työskenteleviltä sairaanhoitajilta (N=14), jotka työssään pitivät itsenäistä sairaanhoitajan vastaanottoa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että perhelähtöinen työskentelykulttuuri mahdollisti perhehoitotyön toteutumisen sairaanhoitajan vastaanotolla. Se oli keskeinen osa sairaanhoitajien työtä ja hoitajat suhtautuivat myönteisesti perhehoitotyön toteuttamiseen sekä läheisten läsnäoloon vastaanotolla. Perhehoitotyö oli perheen kunnioittamista yksilöinä. Potilas oli hoidossa keskiössä, mutta myös läheisen huomioonottaminen oli tärkeää. Perhehoitotyö oli tuki potilaan läheiselle. Tutkimuksen tulosten mukaan läheiset osallistuivat potilaan hoitoon ja läheisen läsnäolo edisti potilaan hyvinvointia ja terveyttä. Läheisen läsnäolo saattoi olla myös hoidon toteuttamisen este ja se saattoi vaikeuttaa vastaanoton sujuvuutta. Potilaan oma näkemys saattoi jäädä vastaanotolla huomioimatta läheisen läsnä ollessa.

Perhehoitotyössä hoitaja tarvitsee ihmissuhdetaitoja. Lisäksi hoitajalta vaaditaan ammatillista asiantuntijuutta. Tutkimustuloksista ilmeni myös tarve perhehoitotyön moniammatilliseen edistämiseen ja toimintamallin kehittämiseen työyhteisössä. Koulutus nähtiin välttämättömänä perhehoitotyön edistämiseksi. Lisäksi perhehoitotyön toteuttaminen tarvitsee riittävät hoitajaresurssit sekä toimivat tilat.

Tutkimuksen perusteella voidaan päätellä, että perhehoitotyö on keskeisen osa sairaanhoitajien vastaanottotyötä. Potilaan sekä hänen läheisen kunnioittaminen yksilöinä on tärkeää. Perhehoitotyön toteuttaminen vaatii moniammatillista edistämistä ja toimintamallien kehittämistä sekä hoitajien lisäkoulutusta. Tulevaisuudessa perhehoitotyötä olisi mielenkiintoista tutkia perusterveydenhuollossa erityisesti potilaiden ja heidän läheistensä näkökulmasta.

Avainsanat: perhehoitotyö, perusterveydenhuolto, sairaanhoitajan vastaanotto

## **ABSTRACT**

UNIVERSITY OF  
TAMPERE

Faculty of Social Sciences  
Nursing Science

ELINA KONTIAINEN

Family nursing at Nurse´s Reception in The Primary Health Care

Master´s Thesis, 45 pages and 2 appendices

Supervisors: Päivi Åstedt-Kurki PhD, Professor and Mira Palonen PhD, University Lecturer

August 2017

---

The purpose of the study was to describe family nursing at nurse´s reception in primary health care. Previous national research on this topic barely exists. The objective of the study was to gather information so that it could be utilized in the following: developing family nursing in primary health care, supporting the self-care of the patient and promoting the participation of close relatives or loved ones in the treatment for the patient. In the future it will be important to establish a more systematic approach to the practical application of family nursing in primary health care, because the participation of the family in the care for the patient will be even more emphasized in the reception activity of health centers.

The study was carried out as a qualitative study. The research data was gathered by conducting thematic interviews with nurses who worked at a health center in primary health care (N=14) and who also had an independent nurse's reception. The research data was analyzed by the means of inductive content analysis.

The results of the study indicated that the family-oriented work culture made family nursing possible at a nurse´s reception. Family nursing was a central part of the nurse´s work and they reacted positively to carrying it out and the presence of close relatives or loved ones. Family nursing was respecting the members of the family and the patient as individuals. The patient was the center of attention during the treatment, but it was important to consider the relative or loved one as well. Family nursing worked as a way of supporting the relative or loved one. The nurses offered support by physical contact or by calming words and conversation. The results of the study showed that the presence of a relative or a loved one improved the well-being of the patient. The family also took part in the treatment of the patient. The presence of a relative or a loved one could also be a hindrance when it came to the treatment. At times it made the reception more difficult. For example, the patient's own view of things could be ignored. In carrying out family nursing the nurse will need social skills as well as professional expertise. The study results indicated that there is a need for multi-professional advancing. Family nursing requires sufficient resources as well as a good environment to be carried out. In addition to that, the development of the operations model was deemed important and education for family nursing was seen as a necessary thing to advance it.

In the future it could prove to be interesting to research family nursing in primary health care from the patients or their relatives or loved ones standpoint.

Keywords: family nursing, primary health care, nurse´s reception

# TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

### Sisällys

1. JOHDANTO .....	4
2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT .....	6
2.1. Perhehoitotyö.....	6
2.2. Perusterveydenhuolto .....	7
2.3. Sairaanhoidajan vastaanotto perusterveydenhuollossa .....	8
2.4. Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista .....	9
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS.....	10
4. EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	11
4.1. Tutkimukseen osallistujat.....	11
4.2. Aineiston keruu .....	12
4.3. Aineiston analyysi .....	13
5. TUTKIMUSTULOKSET .....	15
5.1. Perhelähtöinen työskentelykulttuuri perhehoitotyön mahdollistajana .....	16
5.2. Perheen kunnioittaminen yksilöinä .....	17
5.3. Läheisen monimuotoinen osallistuminen potilaan hoitoon.....	19
5.4. Moniammatillinen perhehoitotyön edistäminen sairaanhoidajan vastaanotolla .....	21
5.5. Hoitajan ammatilliset kompetenssit perhehoitotyön vahvistajana .....	22
6. POHDINTA .....	24
6.1. Tulosten tarkastelu .....	24
6.2. Tutkimuksen luotettavuus .....	31
6.3. Tutkimuksen eettisyys .....	34
6.4. Johtopäätökset .....	35
6.5. Kehittämisehdotukset perusterveydenhuollolle .....	36
6.6. Jatkotutkimusaiheet .....	36
LÄHTEET .....	37
LIITTEET .....	42

## 1. JOHDANTO

Sairastuessaan ihminen voi tarvita terveydenhuollon palveluita. Viimeisimpien vuosien aikana on perusterveydenhuollossa niin sairaanhoitajien kuin lääkäreiden vastaanottotyössä kehitetty muun muassa monisairaiden ja pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitoa. Terveyskeskuksen sairaanhoitajan vastaanotolla käyvillä potilailla on usein jokin pitkäaikainen sairaus, joka vaatii säännöllistä seuranta- sairaanhoitajan vastaanotolla. (Jackson ym. 2012.) Potilailla saattaa olla myös useita pitkäaikaisia sairauksia, jotka vaativat potilaalta itseltään, mutta myös hänen perheenjäseniltään ja läheisiltään osallistumista potilaan pitkäaikaissairauden hoitoon sekä tukea esimerkiksi omahoidon toteuttamiseen. Potilaan perheellä ja hänen läheisillään onkin tärkeä merkitys perheenjäsenen sairastuessa. Perheen merkitys omahoidon tukemisessa on tullut esille useissa tutkimuksissa (Rintala 2014). Yhteistyö potilaan, hänen perheensä ja hoitohenkilökunnan välillä on tärkeää sekä potilaan terveyden ja hyvinvoinnin tukemisessa että potilaan hoitamisessa. Potilaan perheenjäsen on parhaimmillaan hoitohenkilökunnan kumppani, joka osallistuu potilaan hoitoon ja tukee potilasta. (Åstedt-Kurki ym. 2008.) Potilaan ja läheisten tukeminen edistävät myös potilaan kotona selviytymistä, koska potilaiden terveydenhuoltokontaktit ovat usein lyhyitä (Åstedt-Kurki 2014). Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista antaa ohjeistuksen hoitohenkilökunnan yhteistyöstä perheen kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Tämän vuoksi perhehoitotyön toteuttamisen pitäisi olla keskeinen hoitotyön periaate perusterveydenhuollossa terveystakeskuksen sairaanhoitajan vastaanotolla.

Potilas on oman perheensä jäsen. Yksilön terveys ja hyvinvointi ovat yhteydessä hänen perheensä terveyteen ja hyvinvointiin. Perhekeskeisyyden periaatteen mukaan perheessä tapahtuvat muutokset vaikuttavat koko perheeseen. Tämän vuoksi myös perheenjäsenet tarvitsevat tietoa, tukea ja apua. Perhehoitotyö ei ole ainoastaan lapsiperheiden hoitotyötä, vaan sen toteuttaminen on tärkeää jokaisessa elämän vaiheessa potilaan iästä riippumatta. Perhehoitotyön tavoitteena on vahvistaa perheen voimavaroja sekä ratkaista heidän ongelmiaan erilaisissa tilanteissa. (Åstedt-Kurki 2010.)

Perhehoitotieteellisen tutkimuksen tavoitteena on edistää ja vahvistaa perheen terveyttä, elämän laatua sekä sisäisen ja ulkoisen tuen saamista. Tutkimustietoa hyödynnetään esimerkiksi käytännön hoitotyön kehittämisessä. Tämän vuoksi on tärkeää tutkia, mitä perhehoitotyö tarkoittaa ja miten se toteutuu hoitotyön eri konteksteissa. Uutta tutkimustietoa tarvitaan, jotta hoitohenkilökunnan ymmärrys perhehoitotyötä kohtaan vahvistuu, potilaille ja heidän perheilleen voidaan tarjota laadukasta hoitotyötä sekä korkeatasoisia terveydenhuollon palveluita. Suomalaisessa

hoitokulttuurissa on vielä paljon kehitettävää aikuisten potilaiden perhehoitotyön toteuttamisessa. Potilaat nähdään yleensä enemmän yksittäisinä ihmisinä kuin perheenjäseninä. (Åstedt-Kurki 2010, Svavarsdottir & Sigurdardottir 2011.)

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata perhehoitotyötä perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanotolla. Tavoitteena on hyödyntää tuotettua tietoa perusterveydenhuollossa perhehoitotyön kehittämisessä, potilaan omahoidon tukemisessa sekä perheenjäsenten osallistumisen vahvistamisessa potilaan hoitoon.

## 2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1. Perhehoitotyö

Perhehoitotyöllä (”family nursing”) tarkoitetaan perheenjäsenen tai läheisen mukanaoloa ja huomioimista potilaan hoidossa. Perhehoitotyön tavoitteena on vahvistaa perheen voimavaroja ja ratkaista heidän ongelmiaan erilaisissa tilanteissa. Perhehoitotyön toteuttamisella tuetaan ja autetaan potilaita sekä heidän perheenjäseniään edistämään potilaiden ja heidän perheidensä terveyttä sekä huolehtimaan itsestään erilaisissa elämäntilanteissa. Perhehoitotyöhön kuuluu perheen arvostaminen, kunnioittaminen ja empaattisuus. Täysivaltainen potilas määrittelee perheensä itsenäisesti ja yksilöllisesti. Käsitteen perhe määritelmiä on useita: ydinperhe, yksinhuoltajaperhe, uusperhe, samaa sukupuolta olevien parisuhde, kaksi aikuista ilman lapsia, sisarusperhe ja yksin elävä henkilö. Lähin ihminen voi olla muukin kuin juridinen tai biologinen perheenjäsen tai muu virallisiin asiakirjoihin merkitty omainen, esimerkiksi ystävä tai naapuri. (Åstedt-Kurki ym. 2008, Saveman 2010, Åstedt-Kurki 2010, Åstedt-Kurki & Kaunonen 2011.)

Perhehoitotyö on hyvää hoitamista. Se edellyttää koko perheen huomioimista, koska yksilön terveys ja hyvinvointi ovat yhteydessä hänen perheensä terveyteen sekä hyvinvointiin. Perheen hyvinvointi ja terveys taas vaikuttavat yksittäisen perheenjäsenen terveyteen sekä hyvinvointiin. Tämän vuoksi perhe tulee nähdä kokonaisuutena. Sairaus ja sairastuminen aiheuttavat huolta perheenjäsenissä. Lisäksi sairaus ja sairastuminen muuttavat perheen jokapäiväistä elämää sekä perheenjäsenten rooleja. Sairastuessaan potilaat ja heidän perheensä tarvitsevat usein erilaisia terveydenhuollon palveluita. Perhehoitotyötä voi toteuttaa kaikilla terveydenhuollon sektoreilla. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että potilaan perheenjäsen on mukana vastaanotolla tai saattajana potilaan asioidessa terveydenhuollon yksikössä. Perhekeskeisyys hoitotyössä ei kuitenkaan tarkoita aina sitä, että potilaan perheenjäsen on konkreettisesti läsnä vastaanotolla. Potilaalla pitää kuitenkin olla halutessaan mahdollisuus kutsua vastaanotolle mukaan perheenjäsenensä tai läheisensä. Potilas elää sairautensa kanssa aina omassa perhekontekstissaan, vaikka olisikin yksin vastaanotolla. Perheenjäsen voi olla yhteydessä terveydenhuollon yksikköön myös esimerkiksi puhelimitse potilaan asioissa. (Roudebush ym. 2006, Larivaara ym. 2009, Åstedt-Kurki ym. 2008, Svavarsdottir & Sigurdardottir 2011.) Perhehoitotyön filosofia on kumppanuutta, arvostusta ja kunnioitusta, tiedon jakamista, osallistumista ja yhteistyötä potilaan sekä hänen perheensä kanssa. Näiden arvojen avulla perhettä pidetään terveydenhuollon olennaisena osana. (Bell 2013.)

Perhehoitotyötä on tutkittu monesta eri näkökulmasta ja siihen on kehitetty useita eri käytännön teorioita. Käsitteenä perhehoitotyö kehittyy jatkuvasti. (Braun & Foster 2011.) Marilyn Friedmanin mukaan perhehoitotyö-käsite voidaan määritellä usealla eri tavalla riippuen siitä, miten perhe määritellään hoitotyössä. Perhehoitotyö muodostuu Friedmanin mukaan neljästä näkökulmasta. Perhe voidaan nähdä terveydenhuollon asiakkaan kontekstina, jäsentensä summana, vuorovaikutuksellisenä kokonaisuutena tai yhtenä yksikkönä osana suurempaa kokonaisuutta. (Friedman ym. 2003.)

Calgaryn malli (Calgary Family Assessment and Intervention Models) on kansainvälisesti tunnettu perhehoitotyön malli. Sen mukaan perhehoitotyö on työskentelyä yhdessä perheen kanssa. Se sisältää perheen arviointimallin ja perheen interventiomallin. Arviointimallin tarkoituksena on määritellä perheen terveydenhoidon tarve sekä luoda perusta perheen ja hoitajan väliselle yhteistyölle. Interventiomallin tavoitteena on helpottaa hoitajan puuttumista perheen terveysongelmaan yhteistyössä perheen kanssa tai perheen sopeutumista sairauteen. Päämääränä on lieventää sairauden aiheuttamaa kärsimystä. Calgaryn malli on yksi käytetyimmistä perhehoitotyön malleista maailmassa. (Svavarsdottir & Sigurdardottir 2011, Leahey & Wright 2016.)

Käsitettä perhehoitotyö käytetään usein perhekeskeisen hoitotyön synonyymina. Perhehoitotyö ja perhekeskeinen hoitotyö eivät ole suomenkielessä täysin vakiintuneita erillisinä käsitteinä. Käsitteiden sisällöt, keskinäiset erot ja yhtäläisyydet vaihtelevat tutkijoiden näkökulmista riippuen. Perhehoitotyö on ajallisesti uudempi ja laajempi käsite kuin perhekeskeinen hoitotyö. Sen lähtökohtana on perheiden terveys, hoitotyön keskittyminen perheeseen sekä potilaan että hänen perheensä hoitaminen. Perhehoitotyössä on tärkeää huomioida hoidossa tai vastaanotolla olevan potilaan läheiset osana hoitamista. Käsitteenä perhehoitotyö kehittyy koko ajan muun muassa tieteellisen tutkimuksen ansiosta. (Åstedt-Kurki ym. 2008, Åstedt-Kurki 2010.)

## 2.2. Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon ensimmäisiä kansainvälisiä määritelmiä on Maailman terveysjärjestön (WHO) ns. Alma Atan julistus vuodelta 1978. Tämän julistuksen mukaan perusterveydenhuollon tehtävänä on koko väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus. Se korostaa perusterveydenhuollon roolia keskeisenä koko terveydenhuoltojärjestelmässä. Alma Atan julistuksen mukaan perusterveydenhuollossa keskeisiä periaatteita ovat kansalaisten tasavertaisuus ja osallisuus, toimijoiden välinen sujuva yhteistyö ja asianmukainen teknologia. (Raivio 2016.)



Suomen terveydenhuollon toiminta perustuu lainsäädäntöön. Terveyspalvelut jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Terveydenhuoltolaki määrittää perusterveydenhuollon seuraavasti: ”Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidon, kotisairaanhoidon, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairanhoidossa. Perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö.” (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Perusterveydenhuolto on kunnan järjestämää toimintaa. Siihen sisältyy väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen ja erilaiset lakisääteiset palvelut. Perusterveydenhuollon perustana ovat ehkäisevä terveydenhuolto ja hyvin toimivat, koko väestön saatavilla olevat palvelut. Tavallisimmin palvelut tuotetaan kunnan terveyskeskuksessa. Se on kuntalaisten lähin ja tutuin hoitopaikka. Terveyskeskus voi muodostua useista terveysasemista. Terveyskeskusten toiminnasta säädetään terveydenhuoltolaissa. (STM 2016.) Perusterveydenhuollon tehtävänä on vastata kokonaisvaltaisesti yksittäisen potilaan ja perheiden hoidosta (Larivaara ym. 2009).

### 2.3. Sairaanhoidajan vastaanotto perusterveydenhuollossa

Sairaanhoidajan vastaanottotyö on lähtöisin Yhdysvalloista jo 1960-luvulta. Kansainvälisesti sairaanhoidajien vastaanotot ovat yleisiä. Sairaanhoidaja toimii tasavertaisena vastaanottotiimin jäsenenä ja pitää omaa vastaanottoaan sekä työskentelee yhteistyössä lääkärin kanssa. (Wilson & Shifaza 2008.) Suomessa sairaanhoidajan vastaanotto kuuluu terveyskeskuksen palveluihin. Terveyskeskuksen sairaanhoidajavastaanotolla hoidetaan pitkäaikaissairaita potilaita sekä akuutisti sairastuneita potilaita. Sairaanhoidajan vastaanottotyöhön sisältyy pitkäaikaisten sairauksien hoito ja seuranta, hoidon tarpeen arviointi, terveysneuvonta ja ennalta ehkäisevä hoito. Sairaanhoidajan vastaanottotyö sisältää myös puhelinneuvontaa sekä erilaisia hoitotoimenpiteitä ja tutkimuksia. (Peltonen 2009.) Potilaiden neuvonta, ohjaus, motivoiminen ja tukeminen korostuvat erityisesti pitkäaikaissairaiden potilaiden vastaanottotyössä. Myös keskusteleminen potilaan ja heidän läheistensä kanssa on tärkeää sairaanhoidajan vastaanotolla. Sairaanhoidaja vastaa itsenäisellä vastaanotollaan erityisesti pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidosta ja seurannasta. Sairaanhoidajan vastaanotot ovat yleistyneet terveyskeskuksissa viime vuosina ja sairaanhoidajien itsenäinen työskentely on lisääntynyt. Lisäksi sairaanhoidajien työtehtävät ovat laajentuneet ja lääkäreiltä on

siirretty tehtäviä sairaanhoitajille. Sairaanhoitajan rooli perusterveydenhuollossa itsenäisen vastaanoton pitäjänä on muuttunut vaativammaksi viimeisten vuosien aikana. (Laurant ym. 2005, Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, Salin ym. 2012.)

#### 2.4. Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Tässä pro gradu -tutkielmassa kuvataan perhehoitotyötä ja sen toteutumista perusterveydenhuollossa terveyskeskuksen sairaanhoitajan vastaanotolla. Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat perhehoitotyö, perusterveydenhuolto ja sairaanhoitajan vastaanotto.

Hoitohenkilökunta kohtaa potilaan perheenjäseniä terveydenhuollossa myös perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanotolla. Perhehoitotyöllä tarkoitetaan potilaan läheisten huomioimista ja mukanaoloa hoidossa. Perhehoitotyössä tuetaan sekä yksittäisen perheenjäsenen että koko perheen voimavaroja. Perheenjäsenet ovat myös terveydenhuollon voimavara. Perheenjäsenten osallistuminen hoitoon ja päätöksentekoon lisäävät potilaan ja heidän perheenjäsenten tyytyväisyyttä hoitoon sekä edistää perheen selviytymistä sairauden kanssa. Hyvässä, laadukkaassa ja kokonaisvaltaisessa perhehoitotyössä perhe huomioidaan yksilöllisesti perheen tarpeiden mukaisesti. Perhehoitotyötä tulee toteuttaa kaikilla terveydenhuollon sektoreilla.

Perhehoitotieteen tutkimuskohteita ovat perheen terveys, toiminta ja perhehoitotyö. Perhehoitotieteellinen tutkimus tuottaa tietoa mm. perheistä terveydenhuollon asiakkaina sekä asiakkaiden että hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Perhehoitotieteellistä tutkimusta on aikaisemmin tehty mm. syöpäpotilaiden ja heidän omaisten näkökulmasta, äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaana olevien perheiden ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta, psykiatrisessa hoitotyössä sekä erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikalla. Suomalaista tutkittua tietoa perhehoitotyöstä perusterveydenhuollossa terveyskeskuksen sairaanhoitajan vastaanotolla hoitajan näkökulmasta ei ole ja myös kansainvälistä tutkimusta on vähän. Perhehoitotyötä tulee kuitenkin kehittää myös perusterveydenhuollossa terveyskeskuksen sairaanhoitajan vastaanottotyössä, koska perheenjäsenen osallistuminen hoitoon vahvistaa potilaan omahoitoa. Potilaan perheenjäsenten on tärkeä olla aktiivisesti mukana potilaan hoidossa ja päätöksenteossa. Perhehoitotyö tulee vakiinnuttaa systemaattisemmin perusterveydenhuollon käytännön toimintaan, koska perheen osuus potilaan hoidossa tulee korostumaan tulevaisuudessa yhä enemmän myös perusterveydenhuollon terveyskeskusten vastaanottotoiminnassa.

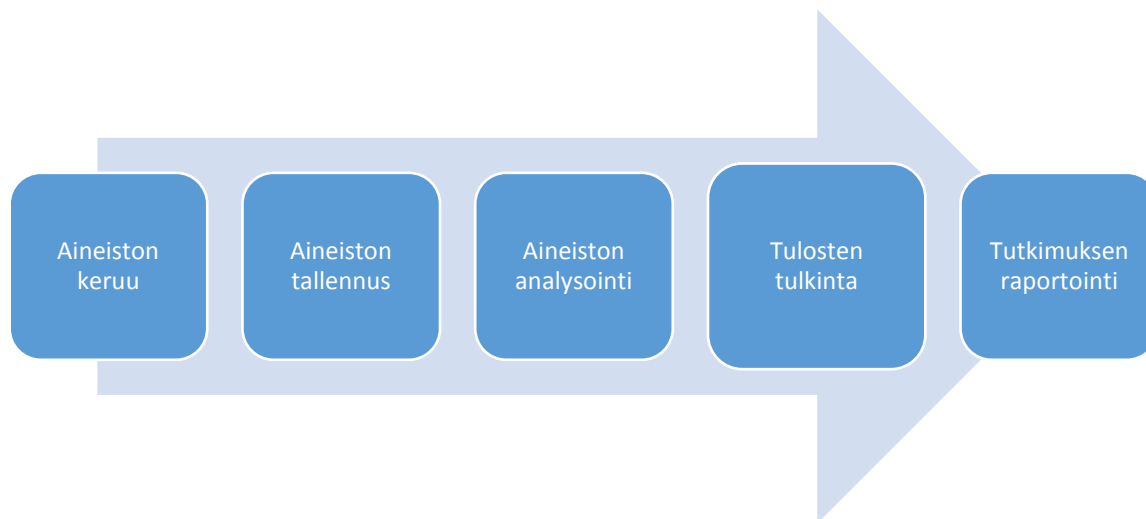
### 3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän pro gradu – tutkielman tarkoituksena on kuvata perhehoitotyötä perusterveydenhuollossa sairaanhoitajien vastaanotolla. Tavoitteena on hyödyntää tuotettua tietoa perusterveydenhuollossa perhehoitotyön kehittämisessä, potilaan omahoidon tukemisessa sekä perheenjäsenten osallistumisen vahvistamisessa potilaan hoitoon.

Tutkimuskysymyksenä on, millaista perhehoitotyö on perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanotolla.

## 4. EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen empiirinen vaihe sisältää aineiston keruun, aineiston tallennuksen, aineiston analysoinnin, tulosten tulkinnan ja tulosten raportoinnin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Tämän tutkimuksen empiirinen vaihe on kuvattu kuviossa 1.



KUVIO 1. Empiirisen tutkimuksen vaiheet

### 4.1. Tutkimukseen osallistujat

Tämä tutkimus toteutettiin Akaan ja Urjalan perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueella, johon kuuluu neljä terveysasemaa. Tutkimukseen osallistujat olivat kyseisen yhteistoiminta-alueen terveysasemilla työskenteleviä sairaanhoitajia, jotka pitivät itsenäistä sairaanhoitajan vastaanottoa, koska heillä oli kokemusta ja tietoa tutkittavasta aiheesta (Kemparaj & Chavan 2013). Tutkimukseen osallistui yhteensä 14 sairaanhoitajaa. Tutkimukseen osallistujat rekrytoitiin yhdessä Akaan ja Urjalan perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueen johtavan hoitajan ja terveysasemien osastonhoitajan kanssa. Hän kertoi toteutettavasta tutkimuksesta ja siihen liittyvistä haastatteluista terveysasemien hoitohenkilökunnan työpaikkakokouksessa. Tutkimuksen toteuttamiseen haettiin kirjallinen lupa organisaation perusturvajohtajalta 2.2.2017. Tutkimuslupa myönnettiin 9.2.2017. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen yhteistoiminta-alueen sairaanhoitajille lähetettiin sähköpostitse kirjallinen tiedote tutkimuksesta, jossa kerrottiin mahdollisuudesta osallistua tutkimushaastatteluun (Liite 1). Tiedote laadittiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaisesti. Tämän jälkeen halukkaat tutkimukseen osallistujat sopivat haastattelun ajankohdasta osastonhoitajan kanssa.

Osastonhoitaja huomioi haastattelujen toteuttamisen työvuorosuunnittelussa ja varasi haastattelulle riittävän ajan. Lisäksi haastattelun ajankohdat sovittiin yhteistyössä tutkijan kanssa. Terveysasemien sairaanhoitajilla oli mahdollisuus olla yhteydessä tutkijaan joko sähköpostitse tai puhelimitse, mikäli heillä oli kysyttävää tutkimuksesta ja sen toteuttamisesta. (Kylmä & Juvakka 2012, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

## 4.2. Aineiston keruu

Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin teemahaastattelulla tutkimuksen kohdeorganisaation terveysasemilla työskenteleviltä sairaanhoitajilta. Kaikki haastattelut toteutettiin kyseisen organisaation terveysasemilla helmi- ja maaliskuussa 2017. Ensimmäinen haastattelu toteutui 21.2.2017 ja viimeinen haastattelu tehtiin 8.3.2017. Haastattelujen alussa keskusteltiin haastattelun kulusta, aikataulusta ja nauhoittamisesta sekä haastattelun teemoista. Lisäksi kerrattiin vielä tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä luottamuksellisuus. Osallistujat allekirjoittivat ennen haastattelun aloittamista kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta kahtena kappaleena, joista toinen jäi haastateltavalle ja toinen tutkijalle. (Kylmä & Juvakka 2012, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Tutkimusmenetelmänä teemahaastattelu soveltui hyvin tähän laadulliseen tutkimukseen. Laadullisessa tutkimushaastattelussa korostuvat kokemukset tutkittavasta ilmiöstä. Tärkeää on myös halu ja kyky keskustella aiheesta. Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Tässä tutkimuksessa käytettiin haastattelutilanteessa kuitenkin apukysymyksiä, jotka rakentuivat tutkimuksen lähtökohdista. Apukysymykset myös jäsensivät haastattelutilannetta. Tutkimukseen osallistujille annettiin myös mahdollisuus kertoa kokemuksistaan ja ajatuksistaan vapaasti heidän omasta näkökulmastaan. Lisäksi osallistujille esitettiin heidän kertomuksiinsa liittyviä lisäkysymyksiä. Niiden avulla saatiin tutkimuksen kannalta täydentävää tietoa. Tavoitteena oli saada monipuolinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi 2009, Kylmä & Juvakka 2012, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Flick 2014.) Haastatteluihin varattiin aikaa yksi tunti. Haastattelut kestivät 14–55 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin, jotta aineisto voitiin analysoida tarkasti. Tutkimushaastattelussa käytetyt apukysymykset on kuvattu liitteessä 2.

### 4.3. Aineiston analyysi

Tässä tutkimuksessa tutkimusote oli laadullinen. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perhehoitotyötä sairaanhoitajien vastaanotolla ja sen mielenkiinnon kohteena oli todellisuus tutkimukseen osallistujien näkökulmasta. Laadullisessa tutkimuksessa on keskeistä ihmisten kokemukset ja tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaaminen. Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen yksi keskeisin tavoite on lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Tässä tutkimuksessa korostui myös tutkittavan ilmiön konteksti. (Kylmä & Juvakka 2012, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Kemparaj & Chavan 2013.)

Tutkimuksen aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Se on kvalitatiivisten aineistojen perusanalyysimenetelmä ja on yleisesti käytetty analyysimenetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. (Kyngäs ym. 2011, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Elo ym. 2014.) Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on systemaattinen menetelmä, jonka avulla järjestellään ja kuvataan tutkimusaineistoa sekä tuotetaan tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Kylmä & Juvakka 2012). Tässä tutkimuksessa aineiston analyysissä tarkasteltiin ainoastaan ilmi sisältöä ja aineiston piilosisältö (esim. nauru, äänensävyt, ilmeet ja eleet) jätettiin huomioimatta. Aineiston analysointi aloitettiin sen keräämisen yhteydessä. Ensimmäisessä analyysivaiheessa haastattelutallenteiden materiaali kirjoitettiin sanatarkasti tekstiksi. Tutkittavasta ilmiöstä haluttiin uutta tietoa, koska perhehoitotyötä perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanotolla on aikaisemmin tutkittu vähän. Tulokset pyrittiin tuottamaan suoraan aineistosta, johon aikaisemmat teoriat eivät vaikuttaneet. Induktiivista sisällönanalyysiä ohjasivat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä. (Elo & Kyngäs 2008, Kylmä ym. 2008, Kylmä & Juvakka 2012.)

Sisällönanalyysin tavoitteena on tutkittavan ilmiön tiivistäminen ja luokittelu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi eteni prosessina, jonka vaiheita olivat aineiston kokonaisuuden hahmottaminen sekä aineiston yksityiskohtainen analysointi. Se sisälsi aineiston pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin eli käsitteellistämisen. Analyysin alussa tutkittavaa ilmiötä kuvaavat tekstinosat, alkuperäisilmaisut pyrittiin tunnistamaan aineistosta mahdollisimman hyvin. Litteroidusta aineistosta etsittiin ja alleviivattiin ilmaisut, jotka vastasivat tutkimustehtävään, *millaista perhehoitotyö on perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanotolla*. Merkitykselliset ilmaisut pelkistettiin tiivistettyyn muotoon siten, että niiden olennainen sisältö säilyi. Merkityksellisten ilmaisujen pelkistyksiä muodostui yhteensä 473. Pelkistämisen jälkeen tiivistetyt ilmaukset ryhmiteltiin. Samankaltaiset asiat yhdistettiin samaan alaluokkaan eli alakategoriaan. Tämän jälkeen analyysia jatkettiin yhdistämällä saman sisältöiset

alaluokat. Niistä muodostettiin edelleen yläluokkia. Tätä kutsutaan abstrahoinniksi. Muodostuneita ala- ja yläluokkia vertailtiin useita kertoja keskenään sekä alkuperäisiin ilmaisuihin, jotta ne vastasivat keskenään toisiaan. Tarvittaessa aineistoa luokiteltiin uudelleen ja luokkien nimiä muutettiin vastaamaan paremmin kyseisen luokan sisältöä. Abstrahointia jatkettiin niin kauan, kunnes tutkittava ilmiö saatiin kuvatuksi mahdollisimman selkeästi ja luotettavasti. Aineiston ryhmittelyn ja abstrahoinnin tuloksena saatiin vastaus tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtävään. Induktiivisen sisällönanalyysin tuloksena tutkimusaineistosta muodostui yhteensä 14 alaluokkaa ja niistä muodostui edelleen viisi yläluokkaa. Alaluokat pyrittiin nimeämään siten, että ne kuvaavat luokkien sisältöä mahdollisimman hyvin. Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysissä apuna käytettiin Word-tekstinkäsittelyohjelmaa. (Kylmä ym. 2008.) Taulukossa 1 on esimerkki analyysin etenemisestä alkuperäisilmaisuista pelkistykseen ja niistä muodostuneeseen alaluokkaan ja edelleen yläluokkaan.

TAULUKKO 1. Esimerkki induktiivisen sisällönanalyysin etenemisestä

<b>Alkuperäinen ilmaisu</b>	<b>Pelkistys alkuperäisestä ilmaisusta</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
<i>”Moni tykkää kuitenkin ihan vaan siitä, että pääsee vähän avautumaan ja saa purkaa tuntojansa vähän.” H12</i>	Läheiselle on tärkeää kertoa tuntemuksistaan hoitajalle	Läheisen huomioon ottamista	Perheen kunnioittaminen yksilöinä
<i>”Kyllä me ihan otetaan sitten hoitajan vastaanotolle ihan omaisiakin, jotka haluaa keskustella jonkun ihmisen asioista taikka hän on kokenu jonkun kovan kriisin jonkun asian suhteen.” H5</i>	Läheisen mahdollisuus keskustella vastaanotolla ilman potilaan läsnäoloa		
<i>”Usein toki omaiset haluaa siinä itteensäkin hoitaa siinä samalla.” H6</i>	Läheisen hoitaminen		

## 5. TUTKIMUSTULOKSET

Perhehoitotyö sairaanhoitajan vastaanotolla jakaantui viiteen kokonaisuuteen: **Perhelähtöinen työskentelykulttuuri perhehoitotyön mahdollistajana, perheen kunnioittaminen yksilöinä, läheisen monimuotoinen osallistuminen potilaan hoitoon, moniammatillinen perhehoitotyön edistäminen sairaanhoitajan vastaanotolla ja hoitajan ammatilliset kompetenssit perhehoitotyön vahvistajana** (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Perhehoitotyö sairaanhoitajan vastaanotolla

Yläluokka	Alaluokka
<b>Perhelähtöinen työskentelykulttuuri perhehoitotyön mahdollistajana</b>	<i>Keskeinen osa työtä</i>
	<i>Läheisen mahdollisuutta osallistua vastaanotolle</i>
	<i>Yhdessä toimimista</i>
	<i>Vastavuoroista tiedottamista</i>
<b>Perheen kunnioittaminen yksilöinä</b>	<i>Potilas hoidon keskiössä</i>
	<i>Läheisen huomioon ottamista</i>
	<i>Tuki läheiselle</i>
<b>Läheisen monimuotoinen osallistuminen potilaan hoitoon</b>	<i>Läheinen potilaan hyvinvoinnin edistäjänä</i>
	<i>Läheinen potilaan hoitoon osallistujana</i>
	<i>Läheinen potilaan hoidon toteutumisen esteenä</i>
<b>Moniammatillinen perhehoitotyön edistäminen sairaanhoitajan vastaanotolla</b>	<i>Tarve hoitajaresurssien vahvistamiselle työyhteisössä</i>
	<i>Tarve toimintatapojen kehittämiseksi työyhteisössä</i>
<b>Hoitajan ammatilliset kompetenssit perhehoitotyön vahvistajana</b>	<i>Hoitajalta vaaditaan ammatillista asiantuntijuutta</i>
	<i>Hoitaja tarvitsee ihmissuhdetaitoja</i>



## 5.1. Perhelähtöinen työskentelykulttuuri perhehoitotyön mahdollistajana

Perhelähtöinen työskentelykulttuuri sairaanhoitajan vastaanotolla mahdollisti perhehoitotyön toteutumisen. Perhehoitotyö oli *keskeinen osa työtä* ja kuului hoitajien päivittäiseen työhön. Hoitajat suhtautuivat perhehoitotyön toteuttamiseen myönteisesti. Perhehoitotyö oli osa arkipäivää ja sen toteutuminen oli spontaania. Perheen roolia potilaan hoidossa pidettiin tärkeänä. Läheisen osallistuminen potilaan kanssa vastaanotolle oli luonnollista ja hoitajat suhtautuivat myönteisesti läheisen läsnäoloon vastaanotolla.

*”Mut mua se ei häiritse millään tavalla, että omainen siinä on, ei vaikka olis minkälainen päällepäsmäri.” (H9)*

*Läheisellä oli mahdollisuus osallistua vastaanotolle yhdessä potilaan kanssa. He osallistuivat eri-ikäisten potilaiden tai muistisairaana potilaan kanssa vastaanotolle. Läheiset tulivat vastaanotolle kutsumatta omasta halustaan tai hoitajat pyysivät potilasta saattamaan tullutta läheistä mukaan vastaanotolle. Vanhemmat osallistuivat lähes aina lapsensa kanssa vastaanotolle. Myös isovanhemmat tai sisarukset toivat lapsen vastaanotolle. Ikäihmisillä ja muistisairaille oli usein puoliso, lapsi tai muu läheinen mukana. Ikäihmisen läheinen saattoi olla potilaan ystävä. Hoitajat ottivat mukaan kaikki potilaan läheiset, jotka halusivat tulla vastaanotolle potilaan kanssa. Hoitajat myös pyysivät läheistä osallistumaan potilaan kanssa vastaanotolle. Läheinen kutsuttiin vastaanotolle yhdessä potilaan kanssa soittamalla tai potilaalle kerrottiin ajan varaamisen yhteydessä, että läheinen oli tervetullut mukaan vastaanotolle.*

*”Et kyl mä mieluusti, jos mä nään, että mä kutsun jonkun ja siellä on joku omainen, niin sanon, että voi tulla mukaan mieluusti.” (H3)*

*Yhdessä toimiminen oli sujuvaa yhteistyötä läheisten kanssa. He suhtautuivat potilaan hoitoon liittyviin asioihin myönteisesti ja heidän läsnäolonsa auttoi potilaan asian hoitumista. Vastaanotolla läheiset antoivat potilaan itse esittää asiansa. Yhteistyötä läheisten kanssa edisti, jos hoitajan vastaanotolla oleva potilas oli hoitajalle entuudestaan tuttu. Yhdessä toimiminen oli yhteydenpitoa läheiseen potilaan hoitoon liittyvissä asioissa. Yhteyden ottaminen perheeseen oli hoitajalle helppoa potilaan luvalla ja se tapahtui tavallisimmin puhelimitse. Hoitajat soittivat potilaan läheisille mm. jatkohoito-ohjeita tai laboratoriokokeiden tuloksia.*

*”Meillä on näitä vastuualueita täällä jaettu, että meillä on vähän tiettyjä potilasryhmiä jokaisella hoitajalla tässä, että mulla on ainakin semmosia asioita, että mä oon paljon vanhempien (lapsen) kanssa tekemisissä.” (H1)*

Perhehoitotyö oli *vastavuoroista tiedottamista*. Se tarkoitti esimerkiksi läheisen suurta tiedon tarvetta. Perheen informoiminen oli tärkeää. Läheiset halusivat kaiken mahdollisen tiedon potilaan asioista ja heille oli hyvä kertoa yksinkertaisimmatkin asiat. Tieto sairauden vakavuudesta oli läheisille tärkeää ja heillä piti olla mahdollisuus kysyä kaikki mahdolliset potilaan tilanteeseen liittyvät asiat. Hoitajat pitivät tärkeänä, että potilaan kotona tiedettiin potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Erityisesti muistisairaiden läheiset tarvitsivat paljon tietoa.

*”Et kyl se omainen haluaa sit kaiken mahdollisen tiedon, jos se tulee mukaan vastaanotolle, että kaiken saa kysyä.” (H6)*

Vastavuoroista tiedottamista oli lisäksi tiedon saaminen läheiseltä. Hänen roolinsa oli tärkeä potilaan tilanteen kartoittamisessa. Läheisen oli tärkeä olla potilaan kanssa vastaanotolla kertomassa potilaan tulostyystä, sairaudesta sekä sen oireista ja erityisesti potilaan muistiasioiden selvittämisessä heidän kokemuksensa olivat tärkeitä. Hoitajat selvittivät läheisen kanssa potilaan kokonaistilannetta ja arjessa selviytymistä. Hoitajat tukeutuivat vastaanotolla potilaan läheiseen, jos potilas ei kyennyt kertomaan asioistaan itsenäisesti, koska heiltä saatu tiedot helpottivat hoitajan tekemää hoidon tarpeen arviointia ja ne vaikuttivat hoitajan tekemiin hoitoratkaisuihin.

## 5.2. Perheen kunnioittaminen yksilöinä

Perheen kunnioittaminen yksilöinä tarkoitti, että *potilas* oli *hoidon keskiössä*. Potilas oli hoidossa pääasia ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen oli tärkeää. Potilaalla oli oikeus päättää itse läheisen osallistumisesta vastaanotolle tai siitä, mitä perheelle kerrottiin. Potilaan kuunteleminen ilman läheisen läsnäoloa oli tärkeää eikä heidän läsnäolonsa ollut kaikissa tilanteissa välttämätöntä. Hoitajat haastattelivat pariskunnat joskus erikseen tai hoitajat pyysivät läheistä aulaan odottamaan, että potilas sai esittää asiansa rauhassa vastaanotolla. Potilaan oli joskus helpompi kertoa asioistaan, jos vastaanotolla ei ollut muita mukana. Teini-ikäiset olisivat voineet tulla vastaanotolle yksin, koska

he eivät kertoneet kaikkea vanhempiensa läsnä ollessa ja hoitajat hyväksyivät nuoren kieltäytymisen yhteydenotosta vanhempiinsa.

*”Joskus täytyy pyytää, että jos omainen voi mennä vaikka aulaan odottamaan, että annetaan potilaalle tilaa puhua ja esittää asiansa.” (H14)*

*Läheisen huomioon ottaminen* oli heidän kuuntelemistaan. Kuulluksi tuleminen oli läheisille tärkeää ja heille oli tärkeää päästä puhumaan tuntemuksistaan hoitajalle. Läheisellä oli mahdollisuus keskustella sairaanhoitajan vastaanotolla yksin ilman potilaan läsnäoloa esimerkiksi perheen kriisitilanteessa. Hoitaja kutsui joskus lääkärin paikalle, jos esimerkiksi vanhemmat olivat huolestuneita lapsensa hoidon suhteen.

*”Mä pyrin vaikka kuinka ois kiire, kuuntelemaan kaikki ne asiat, mitä heillä (läheisillä) on sydämellään.” (H9)*

Läheisen huomioon ottaminen merkitsi heidän hoitamistaan. Sairaanhoitajan vastaanotolla oli huomioitava potilaan mukana olevat läheiset. He halusivat usein samalla hoitaa myös itseään. Perheen asioiden hoitaminen samalla vastaanotolla ei häirinnyt hoitajia, koska heidän mielestään perhe oli osa potilaan hoitoa.

Perhehoitotyö oli *tuki läheisille*. Heidän tukeminen vastaanotolla oli fyysistä koskettamista. Hoitajat tukivat potilaan läheistä esimerkiksi ottamalla kiinni olkapäästä. Tukeminen oli sanallista rauhoittelua ja keskustelua sekä kannustavaa tukemista jatkohoidon toteuttajana. Läheiset tarvitsivat neuvoja hoitajalta ja jatkohoito-ohjeiden saaminen oli heille tärkeää. Hoitajat kertoivat jatkohoito-ohjeet läheisille tarkasti sekä varmistivat, että he ymmärsivät ne.

*”No mä yleensä aika tarkkaan kerron, että miten tää tehdään ja yritän niin kun kertoo, että mikä on tärkeää siinä haavahoidossa.” (H10)*

Asioiden kertominen potilaan läheisille antoi varmuutta hoidon toteuttamiseen kotona, koska heillä oli epävarmuutta oikein tekemisestä potilaan jatkohoidon suhteen. Läheiset tarvitsivat kannustusta, että he olivat tehneet asiat oikein. Hoitajat antoivat myös kirjallisia hoito-ohjeita läheiselle jatkohoidon toteuttamisen tueksi.

### 5.3. Läheisen monimuotoinen osallistuminen potilaan hoitoon

Perhehoitotyö oli läheisen monimuotoista osallistumista potilaan hoitoon. *Läheinen toimi potilaan hyvinvoinnin edistäjänä* sairaanhoitajan vastaanotolla. Läheisen läsnäolo vastaanotolla oli potilaalle tärkeää ja se antoi potilaalle henkistä tukea. Läheisen osallistuminen vahvisti potilaan henkisiä voimavaroja sekä potilaan turvallisuudentunnetta ja saattoi rauhoittaa vastaanottotilannetta. Potilaalle oli tärkeää jakaa asiansa läheisen kanssa. Perheen sisäinen yhteistyö ja läheisen kannustava osallistuminen vahvisti potilaan terveyttä ja hyvinvointia. Läheisen läsnäolo edisti potilaan paranemista ja kuntoutumista sekä paransi potilaan hoitotuloksia, koska läheiset kannustivat potilasta vastaanotolla osallistumaan omahoitoonsa. Lisäksi läheiseltä saatu kannustus tuki potilaan omahoitoa ja vahvisti potilaan sitoutumista omahoitoon.

*”Koska on helpompi sitoutua sitten siihen hoitoon siinä potilaanakin, kun se omainen kannustaa ja tsemppaa ja lähinnä just siihen omahoitoon, että miten se siellä kotona sit toteutuu.” (H10)*

*Läheinen oli potilaan hoitoon osallistuja.* Läheisen osallistuminen auttoi jatkohoidon suunnittelemisessa ja tuki potilaan jatkohoitoa. Lisäksi se edisti hoidon toteuttamista kotona ja vaikutti potilaan arjessa selviytymiseen. Erityisesti muistisairaana potilaan läheiseltä saama tuki oli välttämätöntä jatkohoidon toteuttamisessa. Läheisen osallistuminen vähensi potilaan käyntejä terveyskeskuksessa, mutta edisti potilaan hoitoon pääsyä.

Läheisiä opetettiin hoitotoimenpiteiden tekemisessä. Vastaanotolla hoitajat opettivat läheisiä laittamaan tukisidokset potilaan jalkoihin, antoivat haavan kotihoito-ohjeita sekä pistosopetusta. Läheisiä ohjattiin potilaan lääkitykseen liittyvissä asioissa ja ohjattiin lääkehoidon toteuttamisessa. Potilaan lääkitystietojen saaminen oli läheisille tärkeää, koska he kokivat epävarmuutta lääkitysasioissa. Lisäksi läheinen auttoi potilasta fyysisesti vastaanotolla, tuki potilaan liikkumista ja auttoi potilasta kommunikoinnissa hoitajan kanssa.

*”Haavahoito on semmonen (...), että kun meillä on täällä haavahoidossa käyvä ja halus mennä viikonloppuna kotona suihkuun, niin tytär oli silloin sit kattomassa, että miten se haava niin kun hoidetaan.” (H11)*

*Läheinen* saattoi olla *potilaan hoidon toteutumisen este*. Läheisen läsnäolo vastaanotolla ei ollut aina hyvä asia, vaan siitä oli myös haittaa. Läsnäolo vaikeutti vastaanoton sujuvuutta, toi lisähälinää vastaanotolle ja sekoitti hoitajan työtä. Hoitajat olisivat voineet joissain tilanteissa tehdä hoitotoimenpiteet paremmin, jos esimerkiksi lapsen vanhemmat eivät olisi olleet vastaanotolla mukana. Hoitajien työn sujuvuutta vaikeutti se, että pariskunnat saattoivat riidellä vastaanotolla. Hoitajat arastelivat joskus läheisen läsnäoloa ja heidän läsnäolonsa tuntui joskus pelottavalta. Hoitajilla oli tunne, että potilaan läheiset tarkkailivat heidän työtään. Lisäksi heidän läsnä ollessa potilaan oma näkemys saattoi jäädä huomioimatta. Erityisesti lasten ja vanhusten mielipiteet jäivät helposti huomioimatta. Läheiset saattoivat estää potilaan puhumisen tai nuori ei saanut vanhemmiltaan puheenvuoroa, jos he puhuivat liikaa potilaan puolesta. Teini-ikäisten lasten vanhempien olisi pitänyt antaa enemmän tilaa nuorelle kertoa itse asioistaan.

*”Sit jos on hyvin suulas omainen taikka puoliso siinä, niin sit se saattaa tavallaan, et hän puhuu sen toisen puolesta siinä, että joskus olis hyvä ettei olis.” (H5)*

Läheisen läsnäolo saattoi olla potilaalle ahdistavaa. Läheisellä ja potilaalla oli joskus erilaiset näkemykset hoitoon liittyvistä asioista. Tällöin hoitajan oli vaikea tietää, ketä uskaa. Läheinen saattoi suhtautua kielteisesti tai väheksyvästi potilaan todelliseen tilanteeseen. Lisäksi läheiset liioittelivat toisinaan potilaan tilannetta ja vaativat hoitoa, vaikka potilaan tilanteessa ei ollut mitään hoidettavaa. Kommunikaatio oli läheisen kanssa joskus vaikeaa ja hoidon toteutumisen esteenä oli yhteisen ymmärryksen puute sekä erimielisyydet läheisten kanssa. He saattoivat myös suuttua vastaanotolla. Tällöin hoitopäätösten perusteleminen läheisille oli hoitajille vaativaa. Yhteisen ymmärryksen löytymistä vaikeutti se, että läheiset eivät ottaneet kantaa potilaan asioihin vaan jättäytyivät vastaanottotilanteessa taka-alalle. Potilaan ja läheisen erilaiset näkemykset hoidon toteuttamisesta vähensivät potilaan sitoutumista omahoitoon ja heikensivät potilaan hyvinvointia.

#### 5.4. Moniammatillinen perhehoitotyön edistäminen sairaanhoitajan vastaanotolla

Moniammatillinen perhehoitotyön edistäminen sairaanhoitajan vastaanotolla sisälsi *tarpeen hoitajaresurssien vahvistamiseen työyhteisössä*. Perhehoitotyön koettiin vaativan riittävän pitkät vastaanottoajat. Liian lyhyet vastaanottoajat vaikeuttivat perhehoitotyön toteuttamista. Kiire esti hoitajia kuuntelemasta perheen kaikkia asioita ja työn nopeatahtisuus esti koko perheen hoitamisen. Hoitajien aikataulutettu työ vaikeutti perhehoitotyön toteuttamista. Riittävän pitkä vastaanottoaika olisi edistänyt perhehoitotyön toteuttamista. Toimivien tilojen puute vaikeutti perhehoitotyön toteuttamista. Toimivat tilat olisivat edistäneet perhehoitotyön toteuttamista. Rajalliset hoitajaresurssit vaikeuttivat perhehoitotyön toteuttamista ja hoitohenkilökuntaa olisi tarvittu enemmän. Riittävä hoitajamäärä olisi edistänyt perhehoitotyön toteuttamista.

Moniammatillinen perhehoitotyön edistäminen sisälsi *tarpeen toimintamallien kehittämiseen työyhteisössä*. Uusien toimintamallien luomista pidettiin välttämättömänä. Perhehoitotyö olisi voinut toteutua nykyistä paremmin ja siihen olisi pitänyt kiinnittää enemmän huomiota. Hoitajien omalla vastuualueella olisi voinut toteuttaa perhehoitotyötä enemmän. Perhehoitotyön toteutuminen ei ollut suunnitelmallista, koska yhteinen perhehoitotyön malli työyhteisössä puuttui. Hoitajat eivät kohdanneet potilaan perhettä, koska potilaalla oli harvoin läheinen mukana tai läheiset eivät pystyneet osallistumaan vastaanotolle potilaan kanssa terveysaseman rajallisten aukioloaikojen vuoksi. Aikataulujen yhteensovittaminen läheisten kanssa olisi edistänyt heidän osallistumistaan vastaanotolle. Ajanvarausta tehtäessä perheen huomioiminen olisi ollut tärkeää. Työyhteisön yhteinen toimintamalli ja omahoitajajärjestelmä olisivat edistäneet perhehoitotyön toteutumista. Moniammatillisten perhevastaanottojen kehittämistä pidettiin tärkeänä.

*”No varmaan justinsa ehkä siinä ajanvarauksessa vois enemmän ottaa, sitten miettiä, että kuinka tärkeitä se olis, että siinä olis joku omainen mukana sitten ja tietysti muuten, jos nää tilat ja ajanvarukset olis siinä sitten mietitty tarpeeks pitkiks. Vaikka kaksoisajat, jos siinä on omaisia mukana, niin siinä sitten kerkee vähän enemmän.” (H3)*

Perhehoitotyön esiin nostaminen työyhteisössä nähtiin välttämättömänä. Osaamisen vahvistamista pidettiin tärkeänä, koska perhehoitotyön toteuttaminen koettiin vaativana. Hoitajien kokemuksen ja uskalluksen puute vaikeuttivat perhehoitotyön toteuttamista. Perhehoitotyön periaatteen tiedostamista pidettiin tärkeänä perhehoitotyön kehittämiseksi. Lisäkoulutusta pidettiin tärkeänä perhehoitotyötä edistävänä tekijänä. Moniammatillisen yhteistyön lisäämistä ja tiimityön

vahvistamista pidettiin tärkeinä perhehoitotyötä edistävinä tekijöinä, koska esimerkiksi vähäinen yhteistyö lääkäreiden kanssa vaikeutti perhehoitotyön toteuttamista.

### 5.5. Hoitajan ammatilliset kompetenssit perhehoitotyön vahvistajana

Hoitajan ammatilliset tiedot, taidot ja kyvyt vahvistivat perhehoitotyön toteutumista. Perhehoitotyön toteuttaminen *vaati hoitajalta ammatillista asiantuntijuutta*. Hoitajat tarvitsivat laaja-alaista hoidollista näkemystä ja laaja-alaisia tietoja. Hoitajan oli kyettävä selvittämään asioita läheiselle ymmärrettävästi. Hoitajalla piti olla kyky toimia vaihtelevissa tilanteissa ja osata hoitaa jokainen tilanne perheen kanssa. Vieraan perheen kohtaaminen äkillisessä tilanteessa ei ollut hoitajille helppoa. Hoitajat saattoivat kohdata tilanteen, jolloin heidän oli otettava yhteyttä lastensuojeluun tai hoitajat saattoivat kohdata vanhuksen kaltoinkohtelua. Hoitajat ottivat tarvittaessa yhteyttä toiselle sektorille esimerkiksi sosiaalitoimeen, koska he ymmärsivät, että perheen laaja-alaisemmat ongelmat tuli hoitaa muualla.

*”Mutta kyllähän tässä työssä pitää olla, pitää mennä avoimin mielin vastaan jokaista ja asettua jokaiseen tilanteeseen, et osais niin kun hoitaa sitä.” (H8)*

*Hoitajat tarvitsivat ihmissuhdetaitoja*. Yhteistyökyky oli tärkeää. Hoitajalla oli oltava ihmistuntemusta. Hoitajan oli pidettävä ihmisistä eikä hoitaja saanut pelätä ihmisiä. Ujoutta pidettiin hoitajan heikkoutena. Lisäksi hoitajalta vaadittiin kykyä tulla toimeen erilaisten ja eri-ikäisten ihmisten kanssa. Hoitajien piti käsitellä erilaisia ihmisiä eri tavoin ja vaativien vanhempien kohtaamisessa hoitajan peruspositiivisuus ei aina riittänyt. Asettautuminen toisen ihmisen asemaan oli toisen ihmisen hyväksymistä, potilaan tukena olemista ja empaattisuutta eikä se ollut aina helppoa. Aito läsnäolo oli avointa vuorovaikutusta perheen kanssa, jokaisen perheen kohtaamista avoimin mielin, uskallusta ottaa asioita puheeksi, läheisen kuuntelemista, kuulumisten vaihtamista läheisen kanssa, silmiin katsomista, hymyilemistä ja rauhallista käyttäytymistä.

*”No kyllä sulla pitää olla semmosta empaattisuutta ja semmosta ihmisenäkemystä, että sä osaat olla erilaisten ihmisten kanssa.” (H5)*

Kärsivällisyys ja sopeutumiskyky olivat välttämättömiä hoitajan taitoja. Toimiminen vaihtelevissa tilanteissa edellytti hoitajalta luovuutta, rohkeutta ja napakkuutta ja heidän oli hallittava omat

tunteensa vaihtelevissa tilanteissa. Hoitajan suhtautuminen asioihin vakavasti ja perheen tilanteen ymmärtäminen oli tärkeää läheiselle. Potilaan sairastuessa vakavasti, hoitajat ymmärsivät, että läheisellä oli suuri hätä ja he tarvitsivat tällöin paljon tukea. Lisäksi väsyneen läheisen kohtaaminen oli hoitajille vaativaa.



## 6. POHDINTA

### 6.1. Tulosten tarkastelu

#### **Perhelähtöinen työskentelykulttuuri perhehoitotyön mahdollistajana**

Tässä tutkimuksessa perhehoitotyö oli keskeistä hoitajien päivittäisessä vastaanottotyössä ja hoitajat suhtautuivat myönteisesti perhehoitotyön toteuttamiseen. Perheen roolia pidettiin tärkeänä ja läheiset olivat kiinteästi mukana potilaan hoidossa. Työskentelykulttuuri vastaanotolla oli perhelähtöistä ja se mahdollisti perhehoitotyön toteuttamisen. Myös Suomessa ja Japanissa tehtyjen aikaisempien tutkimusten tulosten perusteella hoitajat pitävät perhehoitotyötä tärkeänä hoitotyön toteuttamisen periaatteena. Hoitajat suhtautuvat myönteisesti potilaiden perheisiin ja perheen läsnäoloa pidetään tärkeänä potilaan hoidossa (Takemoto ym.2007, Vuorenmaa ym. 2016). Aikaisemman perhehoitotieteellisen tutkimuksen mukaan perhehoitotyötä pidetään keskeisenä ja hyvänä hoitotyön filosofiana (Hughes 2007). On myös tutkimuksia, joiden tulokset eroavat tämän tutkimuksen tuloksista. Erään tutkimuksen tulosten mukaan hoitohenkilökunnan asenteet haittasivat perhehoitotyön toteuttamista ja hoitohenkilökunnan työskentelemistä perheiden kanssa. Kyseisen tutkimuksen tulosten mukaan perhehoitotyö ei kuulunut hoitajien tehtäviin, vaan läheisten tuli huolehtia itse itsestään. (Reupert ym. 2015.) Strannin ym. (2013) tutkimuksessa aikuisten hoitotyötä pidettiin yksilökeskeisenä, jossa ei tarvinnut tai ei haluttu toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilaan perheellä ja läheisillä oli mahdollisuus osallistua vastaanotolle yhdessä potilaan kanssa. Läheisen mahdollisuus osallistua korostui erityisesti lasten, ikäihmisten ja muistisairaiden kohdalla. Myös aikaisemman perhehoitotieteellisen tutkimuksen tuloksissa on todettu, että perhekeskeinen hoitotyö kuuluu erottamattomasti lapsipotilaiden sekä vanhusten hoitotyöhön (Strann ym. 2013). Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Tässä tutkimuksessa hoitajat suhtautuivat myönteisesti läheisen osallistumiseen potilaan mukana vastaanotolle ja kutsuivat aktiivisesti potilaan läheistä osallistumaan vastaanotolle yhdessä potilaan kanssa. Myös Oliveiran ym. (2011) ja Vuorenmaan ym. (2016) tutkimusten mukaan läheisten kutsuminen osallistumaan potilaan hoitoon on tärkeää. Miston (2014) tekemässä tutkimuksessa todettiin, että hoitajat kutsuvat aktiivisesti läheisiä osallistumaan potilaan hoitoon, koska hoitajien mukaan läheinen tukee potilasta hoidossa.

Perhekeskeisen hoitotyön keskeisiä periaatteita ovat hoitajan yhteistyö potilaiden ja heidän läheistensä kanssa (McNeil 2013). Samankaltaiseen tulokseen päädyttiin myös tässä tutkimuksessa. Tulosten mukaan hoitajat toimivat sairaanhoitajan vastaanotolla yhdessä potilaan läheisten kanssa.

Yhteistyö oli sujuvaa ja läheisen osallistuminen vastaanotolle yhdessä potilaan kanssa auttoi potilaan asian hoitumista. Hoitajat pitivät myös yhteyttä potilaan läheisiin ja se tapahtui tavallisimmin puhelimitse. Aikaisemman perhehoitotieteellisen tutkimuksen tulosten mukaan hoitajan kanssa käydyt puhelinkeskustelut saattavat olla läheiselle luontevampi tapa ilmaista tunteita ja mielipiteitä (Lehto 2015). Lisäksi tehohoitoympäristössä tehdyn perhehoitotieteellisen tutkimuksen mukaan yhteistyö perheiden kanssa on hyvän hoidon perusta ja perhehoitotyön toteuttaminen edistää yhteistyötä perheiden kanssa (Gooding ym. 2012). Hoitajien ja perheiden välinen yhteistyö lisää myös tyytyväisyyttä hoidon lopputulokseen (Benzein ym. 2008).

Tässä tutkimuksessa läheisillä oli suuri tiedon tarve potilaan hoitoon liittyvistä asioista ja tieto potilaan sairauden vakavuudesta oli läheisille tärkeää. Myös useiden aikaisempien perhehoitotieteellisten tutkimusten tulosten mukaan läheiset haluavat tietoa sairaudesta. Tiedon antaminen potilaasta on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu olevan tärkein ja keskeisin asia läheisten sekä hoitohenkilökunnan välisessä yhteistyössä. Läheisen tiedon saanti sairaudesta ja sen hoidosta lisää heidän turvallisuuden tunnettaan. Sen sijaan aikaisemman tiedon perusteella tiedon puute lisäsi perheen epävarmuutta. Perheille on myös tärkeää käydä vuoropuhelua ammattilaisten kanssa potilaan sairauteen liittyen. (Duhamel ym. 2007, Lindhardt ym. 2008, Nikki & Paavilainen 2010, Årestedt ym. 2014.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat saivat tärkeää tietoa potilaan mukana vastaanotolle osallistuvilta läheiseltä. Hoitajat selvittivät läheisen kanssa potilaan kokonaistilannetta ja sairauteen liittyviä asioita. Tämä helpotti hoitajan tekemää hoidon tarpeen arviointia ja vaikutti hoitajan tekemiin hoitoratkaisuihin. Tämä tulos on yhteneväinen aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa, joiden mukaan perhehoitotyössä keskeistä on tiedon jakaminen ja läheisen osallistuminen potilaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon (Coyne ym. 2011). Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat aikaisemmin Suomessa tehdyn perhehoitotieteellisen kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Sen mukaan käytännön hoitotyössä tiivis yhteistyö läheisten kanssa on tärkeää kokonaiskuvan saamiseksi perheen tilanteesta sekä tiedon saamiseksi perheen terveyteen vaikuttavista tekijöistä (Mattila ym. 2009).

## **Perheen kunnioittaminen yksilöinä**

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilas oli hoidossa pääasia. Tulos on yhdenmukainen Martinin ym. (2013) ja McLeodin ym. (2010) tutkimusten kanssa. Martinin ym. (2013) tekemässä perhehoitotieteellisessä tutkimuksessa todettiin, että potilaan on oltava hoidon keskiössä. McLeodin ym. (2010) tekemässä tutkimuksessa läheiset ja hoitajat olivat samaa mieltä siitä, että potilas on hoidon keskipiste ja muu perhe toimii potilaan tukena. Tässä tutkimuksessa hoitajat kunnioittivat potilaan itsemääräämisoikeutta ja potilaalla oli oikeus päättää läheisen osallistumisesta vastaanotolle tai mitä asioita läheiselle kerrotaan.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella läheisen huomioon ottaminen vastaanotolla oli tärkeää. Tulos on samanlainen aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen verraten. Läheiset tarvitsevat myös itse rohkaisua selvitäkseen ja toimiakseen potilaan tukena sekä asianajajana. Läheiset hyötyvät kokemusten jakamisesta hoitajan kanssa sekä tuen saamisesta hoitajalta. Läheiset haluavat myös hoitohenkilökunnan huomioivan heidän tarpeitaan. Läheisen tuen tarpeita ovat rohkaisu, toivon antaminen, voimavarojen saaminen, tukeminen, huolenpito, luottamus ja kuulluksi tuleminen. (Nikki & Paavilainen 2010, Årestedt ym. 2014.) Tässä tutkimuksessa kuulluksi tuleminen oli läheisille tärkeää. Läheisillä oli myös mahdollisuus keskustella ilman potilaan läsnäoloa hoitajan kanssa esimerkiksi perheen kriisitilanteessa. Tämä on tärkeää, koska aikaisemman tiedon perusteella läheisen emotionaalinen tuki äkillisessä kriisitilanteessa on keskeinen perhehoitotyön menetelmä (Mattila ym. 2009).

Tässä tutkimuksessa läheisen huomioon ottaminen merkitsi myös läheisen hoitamista samalla, kun hän osallistui potilaan kanssa vastaanotolle. Läheisen asioiden hoitaminen samalla vastaanotolla ei häirinnyt hoitajia, koska heidän mielestään perhe oli osa potilaan hoitoa. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat aikaisempia perhehoitotieteellisiä tutkimuksia, joiden mukaan potilaan läheisen on huolehdittava myös omasta terveydestään. Useat hoitajat arvioivat hoitoa myös koko perheen kannalta ja hoitajat laajensivat omaa hoitajan roolia koskemaan myös läheisiä. (Coyne ym. 2011, Ziegert 2011.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan perhehoitotyö oli tuki läheiselle. Läheisen tukeminen oli esimerkiksi sanallista rauhoittelua ja keskustelua. Läheistä tuettiin jatkohoidon toteuttamisessa ja jatkohoito-ohjeiden saaminen oli läheisille tärkeää. McNeilin (2013) tutkimuksen tuloksissa todettiin, että psyykkisesti sairaan potilaan läheisten tuen saaminen on vaikeaa. Läheiset olivat tyytymättömiä potilaan hoitoon silloin, kun heillä ei ollut mahdollisuutta saada psykososiaalista tukea (Lindhardt ym. 2008). Toisaalta emotionaalisen tuen antaminen läheiselle on hoitajalle vaativaa tai läheisen

aggressiivisuus ja tyytymättömyys annettuun hoitoon saattaa vaikuttaa emotionaalisen tuen vaille jäämiseen (Lehto 2015). McLeodin ym. (2010) tutkimuksessa taas todettiin, että kaikki potilaan läheiset eivät odottaneet, että heidän omia tunteitaan olisi hoidettu. Läheiset yllättyivät heihin kohdistuvasta hoidosta, mutta pitivät sitä kuitenkin hyvänä asiana. Aikaisemman tiedon mukaan läheisen hoitajalta saama riittävä tuki vähentää potilaan omia pelkoja ja se saattaa edistää myös potilaan toipumista (Mitchell ym. 2009). Tässä tutkimuksessa ei saatu vastaavia tuloksia, koska perhehoitotyötä kuvattiin ainoastaan hoitajien näkökulmasta.

### **Läheisen monimuotoinen osallistuminen potilaan hoitoon**

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan läheisen kannustava osallistuminen vastaanotolle edisti potilaan terveyttä ja hyvinvointia. Läheisen läsnäolo edisti potilaan paranemista, kuntoutumista ja paransi potilaan hoitotuloksia. Aikaisemman tutkimustiedon perusteella läheisen osallistuminen hoitoon tukee potilasta sairauteen liittyvissä asioissa (Mattila ym. 2009). Läheisellä on tärkeä rooli esimerkiksi potilaan diabeteksen omahoidossa. Läheisen osallistuminen potilaan diabetekseen omahoitoon on yleistä ja se koetaan tärkeänä. (Gunn ym. 2012, Rintala 2014.) Läheisen oleminen osana potilaan hoitoa edistää myös potilaan paranemista (Nikki & Paavilainen 2010). Läheisen tukea antavalla tai asiallisella suhtautumisella on merkitsevä yhteys potilaan omahoitoon (Mayberry & Osborn 2014). Myös tässä tutkimuksessa päädyttiin samankaltaisiin tuloksiin. Lisäksi tämän tutkimuksen tuloksissa todettiin, että läheisen osallistuminen vähensi potilaan käyntejä terveyskeskuksessa. Myös Duhamelin ym. (2007) tutkimuksen tulosten mukaan perhehoitotyön toteuttaminen vähentää potilaan ja perheen tarvetta tavata lääkäri.

Aikaisemman tutkimuskirjallisuuden mukaan läheisen osallistumisella voi olla sekä kielteisiä että myönteisiä vaikutuksia potilaan hoidossa. Läheisen opettaminen ja osallistuminen esimerkiksi potilaan diabeteksen hoitoon voi vähentää potilaan omahoidon toteuttamista, jos läheistä ei tueta asialliseen suhtautumiseen potilaan omahoidon toteuttamisessa. (Mayberry & Osborn 2014) Samankaltaisia tuloksia saatiin myös tässä tutkimuksessa. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella läheinen saattoi olla myös hoidon toteutumisen este. Läheisellä ja potilaalla saattoi olla eri näkemykset hoitoon liittyvistä asioista. Läheinen saattoi suhtautua kielteisesti tai väheksyvästi potilaan todelliseen tilanteeseen. Perheen väliset näkemuserot heikensivät potilaan sitoutumista omahoitoon. Potilaan ja läheisen eri näkemykset hoidon toteuttamisesta vähensi potilaan sitoutumista omahoitoon ja heikensi potilaan hyvinvointia.

Tämän tutkimuksen tuloksissa todettiin, että läheisen läsnäolosta saattoi olla myös haittaa vastaanotolla. Läheisen läsnäolo vaikeutti vastaanoton sujuvuutta ja toi vastaanotolle lisähälinää.

Pariskunnat saattoivat riidellä vastaanotolla. Potilaan näkemys saattoi jäädä huomioimatta, koska läheinen saattoi puhua liikaa potilaan puolesta. Hoidon toteutumisen esteenä oli yhteisen ymmärryksen puute läheisen kanssa. Yhteisen ymmärryksen löytymistä vaikeutti se, että läheiset eivät välttämättä ottaneet kantaa potilaan asioihin vaan jättäytyivät vastaanottotilanteessa taka-alalle. Tulokset ovat yhteneväiset useiden aikaisempien perhehoitotieteellisten tutkimusten kanssa. Näiden tutkimusten mukaan yhteistyö perheiden kanssa koettiin aikaa vieväksi, joka keskeytti työn rutiinit. Yhteistyön tekeminen joidenkin perheiden kanssa oli vaikeaa. Hoitajan ja läheisen välillä tai potilaan ja läheisen välillä saattoi olla erimielisyyksiä. Puoliso saattoi käyttäytyä ylihuolehtivaisesti potilasta kohtaan. (Duhamel ym. 2007, Misto 2014.) Rintalan (2014) väitöskirjatutkimuksen mukaan läheiset jättäytyivät joskus myös hoidossa taustalle, koska he saattavat kokea olevansa hoidossa sivullisia. Samoin Palosen (2016) väitöskirjatutkimuksessa todetaan, että potilaasta saattaa tulla läheisten ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen seurauksena äänetön. Saman väitöskirjatutkimuksen tuloksissa todetaan, että potilaat ja heidän omaisensa jättäytyvät ammattilaisten varaan ohjaustilanteissa kotiutumiseen liittyvässä päätöksenteossa, koska he luottavat ammattilaisiin ja kokevat, että päätöksenteko ei ole heidän tehtävänsä maallikkona. Sen sijaan tämän tutkimuksen tuloksista ei ilmennyt, miksi läheiset jättäytyivät vastaanottotilanteessa taka-alalle, eivätkä ottaneet kantaa potilaan asioihin.

### **Moniammatillinen perhehoitotyön edistäminen sairaanhoitajan vastaanotolla**

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitajaresurssien vahvistaminen työyhteisössä oli tarpeellista perhehoitotyön edistämiseksi. Kiire esti hoitajia kuuntelemasta perheen kaikkia asioita ja työn nopeatahtisuus esti koko perheen hoitamisen. Samanlaisia tuloksia saatiin Strannin ym. (2013) tekemässä tutkimuksessa, jossa kuvattiin perhekeskeistä hoitotyötä erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikoilla. Tutkimuksen tulosten mukaan perhekeskeistä hoitotyötä on mahdoton toteuttaa mm. kiireen ja lyhyiden potilaskontaktien vuoksi. Tämän tutkimuksen tuloksista ilmeni, että rajalliset hoitajaresurssit vaikeuttivat perhehoitotyön toteuttamista. Riittävä hoitajamäärä olisi edistänyt perhehoitotyön toteuttamista. Samanlaisia tuloksia on saatu myös aikaisemmissa perhehoitotieteellisissä tutkimuksissa. Niiden mukaan henkilökunnan puute vaikeuttaa perheiden tukemista. Perhehoitotyön toteuttaminen edellyttää suurempaa hoitajamitoitusta, koska yhteistyö perheiden kanssa on hoitotyössä keskeistä. (Shields 2010, Coyne ym. 2011.) Myös aikaisemmissa tutkimuksissa perhekeskeisen hoitotyön puutetta perusteltiin hoitoympäristöllä ja tilojen puutteella (Coyne ym. 2011, Strann ym. 2013). Toimivia tiloja pidettiin tärkeinä myös tässä tutkimuksessa.

Tämän tutkimuksen tuloksista nousi tarve yhteisen toimintamallin kehittämiseen työyhteisössä. Myös Mattilan ym. (2009) tutkimuksen tulosten mukaan perhehoitotyön tulee perustua johonkin teoriaan. Uusia työskentelytapoja on kehitettävä palvelujen vaikuttavuuden parantamiseksi. Kehittäminen on tärkeää, koska perhehoitotyön menetelmät ja useat perhehoitotyön mallit terveyden edistämiseksi hyödyttävät yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä (Chesla 2010, Martin ym. 2013). Tässä tutkimuksessa perhehoitotyön toteutuminen ei ollut suunnitelmallista, koska yhteinen perhehoitotyön malli puuttui. Hoitajat eivät kohdanneet potilaan perhettä, koska potilaalla oli harvoin läheinen mukana tai läheiset eivät pystyneet osallistumaan potilaan kanssa vastaanotolle terveystaseman rajallisten aukioloaikojen vuoksi. Nämä tulokset ovat samansuuntaisia Miston (2014) tekemän tutkimuksen tulosten kanssa. Tutkimuksen tulosten mukaan perheen osallistuminen edistää perhehoitotyön toteuttamista, mutta esteenä sen toteuttamiselle on läheisen työssä käynti ja se, että hoitajat eivät kohtaa läheisiä potilaan sairaalahoidon aikana. Tässä tutkimuksessa yhteinen toimintamalli ja omahoitajajärjestelmä olisivat edistäneet perhehoitotyön toteutumista. Tämä tulos on yhteneväinen tutkimuksen kanssa, jonka tulosten mukaan perhehoitotyön malli vahvistaa hoitajien ymmärrystä siitä, että myös läheiset ovat hänen asiakkaitaan, ei ainoastaan yksittäinen potilas (Fawcett 2011). Aikaisemman tutkimuksen mukaan hoitajat suhtautuvat myönteisesti perhehoitotyön malleihin, koska mallit auttavat hoitajia vahvistamaan perheen olemassa olevia vahvuuksia ja asiantuntemusta (Fowler ym. 2012).

Tämän tutkimusten tulosten mukaan perhehoitotyön esiin nostaminen työyhteisössä nähtiin välttämättömänä. Osaamisen vahvistamista pidettiin tärkeänä, koska perhehoitotyön toteuttaminen koettiin vaativana. Moniammatillisen yhteistyön lisäämistä ja tiimityön vahvistamista pidettiin tärkeinä perhehoitotyötä edistävinä tekijöinä, koska esimerkiksi vähäinen yhteistyö lääkäreiden kanssa vaikeutti perhehoitotyön toteuttamista. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat aikaisempien perhehoitotieteellisten tutkimusten tuloksia. Korkealaatuisen perhehoitotyön toteutumisen edellytys on, että hoitajat keskustelevat perhehoitotyöstä sekä ymmärtävät perheen hoitamisen merkityksen. Työpaikkojen yleisellä näkemyksellä ja suhtautumisella perheisiin sekä hoitajien myönteisellä asennoitumisella perheeseen on yhteyttä toisiinsa. Lisäksi perhehoitotyötä on kehitettävä perheen osallistumisen vahvistamiseksi. (Benzein ym. 2008.) Perhehoitotyön toteuttamisessa moniammatillinen ja avoin vuorovaikutus on tärkeää eri ammattiryhmien välillä. Myös johdon ja organisaation tuki on tärkeää perhekeskeisen hoitotyön toteutumisessa, koska ilman johdon tukea perhehoitotyön toteuttaminen on vaikeaa ja mahdotonta. (Duhamel ym. 2010, Coyne ym. 2015.) Yksilöiden ja heidän perheidensä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen edellyttää, että perusterveydenhuollossa hoitotyö on toteuttamiskelpoista, kannattavaa ja vaikuttavaa (Daly & Bryant 2007). Myös aikaisempien tutkimusten mukaan perhehoitotyön toteuttamisessa on puutteita

(Eggenberger & Regan 2010). Laadukkaan perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisen edellytyksiä ovat riittävät hoitajaresurssit, tarkoituksenmukainen koulutus sekä johdolta ja muilta tieteenaloilta saatu tuki (Coyne ym. 2011).

Tässä tutkimuksessa koulutusta pidettiin tärkeänä perhehoitotyötä edistävänä tekijänä. Tulos on yhteneväinen aikaisemman tutkimuskirjallisuuden kanssa. Sen tulosten mukaan systemaattinen ja vuorovaikutuksellinen perhehoitotyön toteuttaminen edellyttää hoitohenkilökunnan koulutusta (Duhamel ym. 2007). Koulutuksella voidaan parantaa hoitajan perhehoitotyön toteuttamisen taitoja ja esimerkiksi hoitajan taitoja kohdata perhe. Perhehoitotyön koulutuksen tulisi painottua tietojen kehittämisen sijaan käytännön taitojen kehittämiseen, kommunikaatiotaitojen kehittämiseen, suhteiden luomiseen, taitoihin arvioida perheiden tarpeita sekä taitoja ratkaista ristiriitoja (Eggenberger & Regan 2010, Coyne ym. 2011). Aikaisemman tutkimuksen tulosten perusteella perhekeskeisen hoitotyön teorian näyttöön implementoiminen on kuitenkin vaikeaa, koska hoitohenkilökunta voi olla epäpätevää ja sitä ei ole riittävästi, johdolta saatu tuki on vähäistä, perheen vaikutusta hoitotyön voimavarana ei tunnusteta, fyysiset tilat ovat riittämättömät, kommunikaatio ja koulutus ovat riittämättömät (Coyne ym. 2011).

### **Hoitajan ammatilliset kompetenssit perhehoitotyön vahvistajana**

Tämän tutkimuksen tuloksissa todettiin, että perhehoitotyön toteuttaminen vaatii hoitajalta ammatillista asiantuntijuutta. Hoitajat tarvitsivat laaja-alaisia ammatillisia tietoja ja taitoja. Hoitajalla piti olla kyky toimia vaihtelevissa tilanteissa. Tämä edellytti hoitajalta luovuutta, rohkeutta ja napakkuutta. Hoitajien oli hallittava omat tunteensa vaihtelevissa tilanteissa. Perheen tilanteen ymmärtäminen oli tärkeää. Tulokset ovat yhteneväiset aikaisempaan perhehoitotieteellisen tutkimuksen tuloksiin verrattuna. Sen mukaan hoitajan asiallisen linjan säilyttäminen ja itsensä kokoaminen vaikeissa tilanteissa kuuluvat hoitavan huolenpidon tarjoamiseen (Lehto 2015).

Hoitajat tarvitsivat ihmissuhdetaitoja toteuttaessaan perhehoitotyötä. Hoitajan yhteiskyky oli tärkeää. Aito läsnäolo tarkoitti avointa vuorovaikutusta perheen kanssa, jokaisen perheen kohtaamista avoimin mielin, uskallusta ottaa asioita puheeksi, läheisen kuuntelemista, kuulumisten vaihtamista läheisen kanssa, silmiin katsomista, hymyilemistä ja rauhallista käyttäytymistä. Myös Lehdon (2015) väitöskirjatutkimuksen tulosten mukaan hoitajan silmiin katsominen on tärkeää, kun he keskustelevat läheisten kanssa. Tämä vahvistaa läheisen luottamusta hoitajaa kohtaan. Läheiset myös odottavat hoitajalta asiallista ja kohteliasta käyttäytymistä sekä empatiaa. Lisäksi läheiset kaipaavat hyvään käyttäytymiseen kuuluvaa tervehtimistä. (Aura ym. 2010.) Nämä tulokset ovat samansuuntaisia

tämän tutkimuksen kanssa. Aikaisemman tiedon perusteella kaikilla terveydenhuollon ammattilaisilla ei kuitenkaan ole perhehoitotyön toteuttamiseen vaadittavia vuorovaikutustaitoja (Fowler ym. 2012).

Perhekeskeinen hoitotyö perustuu kommunikaatio- ja neuvottelutaitoihin (Shields 2010). Hoitajan on tärkeää olla avoin ja hoitajan on osattava kuunnella ja ymmärtää läheisten näkökulmia sekä kunnioittaa perheiden toiveita. Hyvien suhteiden luominen ja luottamuksen rakentaminen perheiden kanssa on tärkeää (Coyne ym. 2011). Avoin vuorovaikutus korostuu erityisesti lapsen vanhempien kanssa. Hoitajilla tulee olla myös rohkeutta puuttua vaikeisiin asioihin. (Hopia ym. 2005.) Hoitajan ja läheisen läheinen vuorovaikutus on hyvä lähtökohta läheisen ja hoitajan väliselle kanssakäymiselle ja emotionaalisen tuen antamiselle (Lehto 2015). Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistujat kuvasivat aikaisempiin tutkimuksiin verraten samankaltaisia hoitajalta vaadittavia tietoja, taitoja ja kykyjä.

## 6.2. Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2012). Luotettava tieteellinen tutkimus edellyttää, että tutkimus toteutetaan hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tässä tutkimuksessa pyrittiin noudattamaan tiedeyhteisön edellyttämiä toimintatapoja. Näitä ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja tulosten esittämisessä sekä tutkimuksen ja niiden tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen tarkoitusta, tutkimusasetelmaa, osallistujien valintaa, aineiston analyysia, aineiston tulkintaa, refleksiivisyyttä eli tutkijan oman toiminnan kriittistä tarkastelua, eettisiä näkökulmia ja tutkimuksen relevanssia eli tutkimusaiheen merkitystä. (Hirsjärvi ym. 2009, Kylmä & Juvakka 2012, Polit & Beck 2012, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Luotettavuutta tarkasteltiin koko tutkimusprosessin ajan ja sitä arvioitiin laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä. Näitä kriteerejä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Lisäksi tutkimuksen luotettavuutta heikentäviä asioita on kuvattu avoimesti sekä arvioitu kriittisesti, miten tutkija on onnistunut tutkimusprosessissa. (Kylmä & Juvakka 2012, Cope 2014, Elo ym. 2014.)

Tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Myös osanottajien ja tutkimusaineiston analyysimenetelmän valinta vaikuttavat tulosten uskottavuuteen. Tutkimukseen osallistujat olivat



sairaanhoitajia, jotka työskentelivät perusterveydenhuollossa ja pitivät työssään itsenäistä sairaanhoitajan vastaanottoa. Tämä vahvisti tutkimustulosten uskottavuutta, koska tutkimukseen osallistujilla oli kokemusta ja tietoa tutkittavasta aiheesta. Toisaalta uskottavuutta vähensi se, että tutkimuksen aineisto oli pieni ja tutkimuksen tuottama tieto rajoittui vain yhteen toimintaympäristön kontekstiin. Myös tutkijan vähäinen haastattelukokemus saattoi vaikeuttaa tiedon esille saamista. Tutkimuksen uskottavuutta heikensi lisäksi se, että tutkimuksessa ei varmistettu tulosten paikkansa pitävyyttä tutkimukseen osallistuneilta eikä tutkimustuloksista keskusteltu tutkimukseen osallistuneiden kanssa. (Kylmä & Juvakka 2012, Cope 2014, Elo ym. 2014.)

Teemahaastattelu sopi tutkittavaan aiheeseen hyvin. Tämä vahvistaa tulosten uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2012, Cope 2014, Elo ym. 2014.) Tutkimuksen uskottavuuden ja myös luotettavuuden kannalta on tärkeää luottamus tutkijan ja tutkimukseen osallistujien välillä. Tässä tutkimuksessa haastattelut nauhoitettiin tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi. Lisäksi haastattelujen nauhoittaminen auttoi tutkijaa keskittymään haastatteluun ja osallistujaan, kun huomio ei mennyt muistiinpanojen kirjoittamiseen. Ennen jokaista tutkimushaastattelua varmistettiin, että haastattelun tallentuminen onnistuu. Uskottavuutta ja luotettavuutta vahvistivat rauhallinen ja häiriötön haastattelutila. Haastattelutilanteiden luottamuksellinen ja luonteva ilmapiiri vahvistivat tutkimuksen uskottavuutta. Tavoitteena oli mahdollisimman luonteva ja haastattelun tarkoitusta palveleva tutkimustilanne. Yksi haastattelu keskeytyi kaksi kertaa ja haastattelun tallentaminen jouduttiin keskeyttämään ulkopuolisen henkilön tullessa samaan tilaan. Tämä saattoi heikentää tutkimuksen luotettavuutta, koska sekä osallistujan että haastattelijan ajatus katkesi. Tästä syystä tärkeää tietoa saattoi jäädä huomioimatta. Haastattelukysymykset laadittiin siten, että ne olivat tutkimukseen osallistujien kannalta ymmärrettäviä ja käytännönläheisiä, jotta perhehoitotyön toteutumisesta sairaanhoitajan vastaanotolla saatiin mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tutkimuksen uskottavuutta vahvisti se, että kaikki tutkimusorganisaatiossa itsenäistä vastaanottoa pitävät sairaanhoitajat osallistuivat tutkimukseen. (Kylmä & Juvakka 2012, Polit & Beck 2012.)

Tutkimusaineisto oli ainoastaan tutkijan käytössä koko tutkimusprosessin ajan eikä tutkimukseen osallistujien henkilöllisyys ilmene tulosten raportoimisessa tai tulosten esittämisessä. Koko tutkimusprosessin ajan pidettiin myös tutkimuspäiväkirjaa. Tutkija kuvasi tutkimuspäiväkirjassa kokemuksiaan haastattelutilanteista, ajatuksiaan aineiston analyysistä ja yleensä tutkimusprosessin etenemistä. Päiväkirjamerkinnot tukivat aineiston analyysiä ja tutkimusraportin laatimista. (Kylmä & Juvakka 2012, Cope 2014, Elo ym. 2014.) Tutkimuksen uskottavuutta lisäsi se, että tutkija vietti paljon aikaa aineiston kanssa sekä litteroi nauhoitetut haastattelut itse tekstimuotoon. Näin tutkimuksen aineisto tuli tutkijalle tutuksi ja hän sai myös esiyymmärryksen kerätystä aineistosta.

Aineiston piilosisältö jätettiin kuitenkin litteroimatta ja analysoimatta. Piilosisältöjen huomioiminen aineiston analyysissä ei ollut tässä yhteydessä tarkoituksenmukaista mm. tutkimuskysymyksen ja tutkijan vähäisen kokemuksen vuoksi. (Kylmä & Juvakka 2012.)

Tutkimuksen vahvistettavuus toteutuu, kun aineiston analyysissä on palattu usein alkuperäisaineistoon ja varmistettu luokkien yhteys alkuperäiseen tutkimusaineistoon. Tutkijan on myös kuvattava riittävällä tarkkuudella, miten on päätyntä tuloksiinsa. Aineiston analyysiin käytettiin riittävästi aikaa ja siinä pyrittiin johdonmukaiseen analyysin etenemiseen. Tutkimusprosessi on pyritty kuvaamaan riittävän tarkasti, jotta lukija kykenee seuramaan analyysiprosessia ja tutkimuksen etenemistä pääpiirteittäin. Tulosten vahvistettavuutta lisäsi se, että raportissa käytettiin aineiston alkuperäisilmaisuja osoittamaan aineiston ja tulosten väliset yhteydet. (Kylmä & Juvakka 2012, Elo ym. 2014.)

Tutkimuksen refleksiivisyys edellyttää, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkijana ja miten hänen aikaisempi kokemus vaikuttaa tutkimusprosessin toteutumiseen (Kylmä & Juvakka 2012). Tutkimukseen osallistujat eivät olleet tutkijalle entuudestaan tuttuja eikä tutkija tuntenut tutkimusorganisaation hoitotyön käytäntöjä, joten haastattelut toteutuivat mahdollisimman objektiivisesti ilman ennakoasenteita. Sen sijaan laadullisen tutkimuksen tekemisestä ja teemahaastattelusta tutkijalla ei ollut juuri aikaisempaa kokemusta, joten tämä saattoi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen ja aineiston sisällön analysoimiseen. Tutkija oli haastattelutilanteissa tiiviissä vuorovaikutuksessa tutkimukseen osallistujien kanssa. Tutkija on itse työskennellyt perusterveydenhuollon vastaanottotyössä, mutta pyrki kuitenkin tietoisesti vähentämään omia ennako-oletuksiaan ja käsityksiään tutkittavasta aiheesta, jotka olisivat vaikuttaneet tutkimustuloksiin. Toisaalta tutkijan pitkä työkokemus perusterveydenhuollosta ja sairaanhoitajan vastaanottotyöstä vahvisti ymmärrystä tutkittavasta aiheesta, mutta se ei kuitenkaan vaikuttanut aineiston analyysiprosessiin.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä toiseen vastaavanlaiseen kontekstiin. Tutkimukseen osallistujat ja tutkimuksen konteksti pyrittiin kuvaamaan raportissa mahdollisimman tarkasti, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida tutkimustulosten siirrettävyyttä toiseen vastaavaan kontekstiin. Myös tulosten raportoinnissa käytettyjen suorien lainausten tarkoituksena on vahvistaa tutkimustulosten siirrettävyyttä. Tutkimuksen osallistujamäärä oli kuitenkin niin pieni (n=14), joten tutkimustuloksia ei voi suoraan yleistää muihin vastaaviin toimintaympäristöihin. (Kylmä & Juvakka 2012, Cope 2014, Elo ym. 2014.)

### 6.3. Tutkimuksen eettisyys

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimuksen eettisyyttä arvioitaessa tulee huomioida, että jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tämä pyrittiin huomioimaan erityisesti tutkimussuunnitelmaa laadittaessa. Tutkimuksen eettisenä periaatteena on tarve tutkimukselle. (Hirsjärvi ym. 2009.) Aiheen valinnassa on tärkeä miettiä tutkimusaiheen oikeutusta, koska tutkimuksen on aina rakennettava terveystieteellistä tietoperustaa (Kylmä & Juvakka 2012, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Perusterveydenhuollossa perhehoitotyötä ja sen toteutumisesta sairaanhoitajan vastaanotolla on tutkittu vähän. Perhehoitotyön kehittäminen on kuitenkin tärkeää perusterveydenhuollossa sairaanhoitajien vastaanotolla, koska perhehoitotyö edistää potilaiden sekä heidän perheidensä terveyttä ja hyvinvointia. Tutkimus tuotti tietoa, jota voidaan hyödyntää perhehoitotyön kehittämisessä perusterveydenhuollossa, potilaan omahoidon tukemisessa sekä perheenjäsenten osallistumisen vahvistamisessa potilaan hoitoon.

Eettisyyttä arvioitiin koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen toteuttamisen edellytys oli tutkimussuunnitelman hyväksyminen ja tutkimusluvan saaminen. Ennen tutkimuksen aloittamista sovittiin kaikkien osapuolten, erityisesti tutkimukseen osallistujien oikeudet sekä tutkijan vastuut ja velvollisuudet tutkimusprosessissa. Lisäksi ennen tutkimuksen toteuttamista tutkimuksen kohdeorganisaation sairaanhoitajia tiedotettiin sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimuksesta ja mahdollisuudesta osallistua siihen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Hyvään tutkimuseetiikkaan kuuluu tutkimukseen osallistuvien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja yksityisyyden suojaaminen. Tutkimukseen osallistuminen perustui autonomiaan ja tutkimuksen osallistujien vapaaehtoiseen suostumukseen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistujat antoivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta ja haastattelujen nauhoittamisesta allekirjoittamalla kirjallisen suostumuksen. Tutkimukseen osallistujilla oli myös mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan joko sähköpostitse tai puhelimitse. Tutkimukseen osallistuvien anonymitettiin varmistettiin siten, että tutkimusaineisto oli vain tutkijan omassa käytössä eikä luovutettu tutkimusprosessin ulkopuolisille henkilöille. Raportoinnissa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, ettei yksittäisiä osallistujia voida tunnistaa. Tutkija vastasi tutkimusaineiston asianmukaisesta säilyttämisestä ja hävittämisestä tutkimuksen valmistuttua. Lisäksi raporttia kirjoitettaessa arvioitiin, onko organisaation nimen käyttäminen raportissa tarkoituksenmukaista. Tutkimusorganisaation edustaja antoi luvan organisaation mainitsemiseen nimeltä. Raportissa on kiinnitetty huomiota myös asianmukaisten lähdeviittausten käyttämiseen ja toisten tekemän

tutkimuksen kunnioittamiseen. Lisäksi mahdollisista tieteellisistä puutteista on raportoitu avoimesti. Omalta tiedeyhteisöltä saatu ohjaus ja tuki sekä niiden hyödyntäminen on ollut keskeistä koko tutkimusprosessin ajan hyvän ja luotettavan tutkimuksen aikaansaamiseksi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

#### 6.4. Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset perhehoitotyön toteutumisesta perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanotolla:

1. Perhehoitotyö on keskeinen osa sairaanhoitajan vastaanottotyötä ja sairaanhoitajat suhtautuvat myönteisesti läheisen osallistumiseen potilaan hoitoon.
2. Perheen kunnioittaminen yksilönä on tärkeää. Läheiset tarvitsevat hoitajalta kannustavaa tukea osallistuessaan potilaan hoitoon. Potilaalla itsellään pitää olla halutessaan mahdollisuus hoitaa asioitaan ilman läheisen läsnäoloa.
3. Potilaan perhe on tärkeä osa potilaan hoitoa. Läheisen osallistuminen tukee potilaan jatkohoitoa ja edistää potilaan hyvinvointia.
4. Läheisen osallistuminen voi olla myös hoidon toteutumisen este ja läheisen osallistumisella on sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia potilaan hoidossa.
5. Perhehoitotyö ei toteudu sairaanhoitajan vastaanotolla systemaattisesti ja sen merkityksen ymmärtäminen vaatii hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistamista sekä moniammatillista yhteistyötä perhehoitotyön edistämiseksi.
6. Hoitaja tarvitsee laaja-alaisia ammatillisia tietoja, taitoja sekä valmiuksia perhehoitotyön toteuttamiseen.

## 6.5. Kehittämisehdotukset perusterveydenhuollolle

Perhehoitotyötä voidaan toteuttaa terveydenhuollon jokaisella osa-alueella. Perhehoitotyön toteuttaminen vaikuttaa kokonaisvaltaisesti potilaiden ja heidän perheidensä hyvinvointiin sekä terveyteen. Hoitohenkilökunta on keskeisessä roolissa perheiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Perheenjäsenen osallistuminen potilaan hoitoon edistää myös potilaan omahoidon toteutumista. Tästä syystä perhehoitotyön toteuttaminen ja perheenjäsenen mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon on tärkeää. Yhteistyö perheenjäsenen kanssa tulisi nähdä terveydenhuollon voimavarana. Tämä voi vaikuttaa potilaan terveystalvelujen käyttöön ja lisätä hoidon vaikuttavuutta. Perhehoitotyöllä voidaan mahdollisesti hillitä terveydenhuollon kasvavia kustannuksia. Tästä syystä perusterveydenhuollon organisaatioissa ja erityisesti hoitotyössä olisi tärkeää lisätä keskustelua perhehoitotyön yhteiskunnallisesta merkityksestä, kehittää käytäntöön sopivia perhehoitotyön malleja sekä lisätä perhehoitotyöhön liittyvää koulutusta. Tämä edellyttää perhehoitotyön tietoperustan vahvistamista organisaatioissa sekä hoitotyön johtajien koulutusta, koska heidän keskeisenä tehtävänä on hoitotyön kehittäminen.

## 6.6. Jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen avulla saatiin tärkeää tietoa, millaista on perhehoitotyö perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanotolla. Jatkossa tarvitaan nykyistä laajempaa ja monipuolisempaa tutkimusta perhehoitotyöstä perusterveydenhuollossa. Tutkimusaiheena voisi olla, miten perhehoitotyö toteutuu perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanotolla potilaan tai hänen läheisensä näkökulmasta. Lisäksi samaa aihetta on mahdollista tutkia hoitajien näkökulmasta, mutta toisenlaisessa terveydenhuollon kontekstissa, esimerkiksi terveyskeskuksen vastaanotolla, jossa työskennellään hoitaja-lääkäri työparimallin mukaisesti. Perhehoitotyön toteuttaminen perusterveydenhuollon vanhuspalveluissa on myös tärkeä jatkotutkimusaihe. Jatkotutkimukset voitaisiin toteuttaa myös määrällisen tutkimuksen avulla. Tärkeää kuitenkin on se, että perusterveydenhuollossa tehtävä perhehoitotyön tutkimus lisääntyisi tulevaisuudessa.

## LÄHTEET

- Aura M., Paavilainen E., Asikainen P., Heikkilä A., Lipponen V. & Åstedt-Kurki P. (2010) Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva Hoitotyö* 8(2), 14–21.
- Bell JM. (2013) Family nursing is more than family centered care. *Journal of Family Nursing* 19 (4), 411–417.
- Benzein E., Johansson P., Arestedt K.F. & Saveman B. (2008) Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing* 14(2), 162–180.
- Braun VF & Foster C. (2011) Family Nursing: Walking the Talk. *Nursing Forum* 46 (1), 11–21.
- Chesla C.A. (2010) Do family interventions improve health? *Journal of Family Nursing* 16(4), 355–377.
- Cope DG. (2014) Methods and meanings: credibility and trustworthiness of qualitative research. *Oncology Nursing Forum* 41 (1), 89–91.
- Coyne I. (2015) Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 18(5), 796–808.
- Coyne I., O'Neill C., Murphy M., Costello T. & O'Shea R. (2011) What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing* 67(12), 2561–2573.
- Daly J. & Bryant R. (2007) Professional organisations and regulatory bodies: forging and advancing the role of nurses in Australian primary care. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 26(1), 27–29.
- Duhamel F. (2010) Implementing Family Nursing: How Do We Translate Knowledge Into Clinical Practice? Part II: The Evolution of 20 Years of Teaching, Research, and Practice to a Center of Excellence in Family Nursing. *Journal of Family Nursing* 16(1), 8–25.
- Duhamel F., Dupuis F., Reidy M. & Nadon N. (2007) A qualitative evaluation of a family nursing intervention. *Clinical Nurse Specialist CNS* 21(1), 43–49.
- Eggenberger S.K. & Regan M. (2010) Expanding simulation to teach family nursing. *The Journal of Nursing Education* 49(10), 550–558.
- Elo S & Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107–115.
- Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K & Kyngäs H. (2014) Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open* 4. DOI 10.1177/2158244014522633, 1–10.

- Fawcett J. (2011) Family-centred care: what works and what does not work. *Journal of Advanced Nursing* 67(5), 925–925.
- Flick U. (2014) *An introduction to qualitative research*. 5th edition Edition. Sage. London.
- Fowler C., Rossiter C., Bigsby M., Hopwood N., Lee A. & Dunston R. (2012) Working in partnership with parents: the experience and challenge of practice innovation in child and family health nursing. *Journal of Clinical Nursing* 21(21), 3306–3314.
- Friedman MM, Bowden VR & Jones EG. (2003) *Family nursing: research, theory and practice*. 5. ed Edition. Prentice Hall. Upper Saddle River (N.J.).
- Gooding T., Pierce B. & Flaherty K. (2012) Partnering with family members to improve the intensive care unit experience. *Critical Care Nursing Quarterly* 35(3), 216–222.
- Gunn K.L., Seers K., Posner N. & Coates V. (2012) 'Somebody there to watch over you': the role of the family in everyday and emergency diabetes care. *Health & Social Care in the Community* 20(6), 591–598.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. (2009) *Tutki ja kirjoita*. 15. uud. p. Edition. Tammi. Helsinki.
- Hopia H., Tomlinson P.S., Paavilainen E. & Astedt-Kurki P. (2005) Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing* 14(2), 212–222.
- Hughes M. (2007) Parents' and nurses' attitudes to family-centred care: an Irish perspective. *Journal of Clinical Nursing* 16(12), 2341–2348.
- Hukkanen E & Vallimies-Patomäki M. (2005) Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa: selvitys Kansallisen terveystieteen työnjakopiloteista. *Sosiaali- ja Terveysministeriön Selvityksiä* (21).
- Jackson D, Andrew S & Cleary M. (2012) Family and community health nursing: Challenges and moving forward. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 41 (1), 141–144.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. (2013) *Tutkimus hoitotieteessä*. 3. uud. p. Edition. Sanoma Pro. Helsinki.
- Kemparaj U & Chavan S. (2013) Qualitative research: a brief description. *Indian Journal of Medical Sciences* 67 (3-4), 89–98.
- Kylmä J & Juvakka T. (2012) *Laadullinen terveystutkimus*. Edita. Helsinki.
- Kylmä J, Rissanen M, Laukkanen E, Nikkonen M, Juvakka T & Isola A. (2008) Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen: esimerkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. *Tutkiva Hoitotyö* 6 (2), 23–29.
- Kyngäs H, Elo S, Pölkki T, Kääriäinen M & Kanste O. (2011) Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138–148.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

- Larivaara P, Lindroos S, Heikkilä TI & Aaltonen J. (2009) *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. Duodecim. Helsinki.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R & Sibbald B. (2005) Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4, 1–34.
- Leahey M & Wright LM. (2016) Application of the Calgary Family Assessment and Intervention Models. *Journal of Family Nursing* 22 (4), 450–459.
- Lehto B. (2015) Huolehtiva kanssakäyminen: substantiivinen teoria työikäisen aivohalvauspotilaan perheenjäsenen emotionaalisesta tukemisesta sairastumisen akuutissa vaiheessa. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* (1603).
- Lindhardt T., Nyberg P. & Hallberg I.R. (2008) Collaboration between relatives of elderly patients and nurses and its relation to satisfaction with the hospital care trajectory. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22(4), 507–519.
- Martin P., Duffy T., Johnston B., Banks P., Harkess-Murphy E. & Martin C.R. (2013) Family Health Nursing: A Response to the Global Health Challenges. *Journal of Family Nursing* 19(1), 99–118.
- Mattila E., Leino K., Paavilainen E. & Åstedt-Kurki P. (2009) Nursing intervention studies on patients and family members: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23(3), 611–622.
- Mayberry L.S. & Osborn C.Y. (2014) Family involvement is helpful and harmful to patients' self-care and glycemic control. *Patient Education and Counseling* 97(3), 418–425.
- McLeod D.L., Tapp D.M., Moules N.J. & Campbell M.E. (2010) Knowing the family: interpretations of family nursing in oncology and palliative care. *European Journal of Oncology Nursing* 14(2), 93–100.
- McNeil S. (2013) Understanding Family-Centered Care in the Mental Health System: Perspectives From Family Members Caring for Relatives With Mental Health Issues. *Social Work in Mental Health* 11(1), 55–74.
- Misto K. (2014) The relationship between families' perceptions and nurses' perceptions of family nursing practice. *Relationship between Families' Perceptions & Nurses' Perceptions of Family Nursing Practice*. University of Rhode Island.
- Mitchell M., Chaboyer W., Burmeister E. & Foster M. (2009) Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care* 18(6), 543–552.
- Nikki L. & Paavilainen E. (2010) Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla: kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 22(4), 312–323.



- Oliveira P.d.C.M., Fernandes H.I.V., Vilar A.I.S.P., Figueiredo M.H.d.J.S., Ferreira M.M.S.R.S., Martinho M.J.C.M., Figueiredo M.d.C.A.B., Andrade L.M.d.C., de Carvalho J.C.,M. & Martins, Maria Manuela Ferreira P.da S. (2011) [Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care--Nurses Attitudes]. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P* 45(6), 1331–1337.
- Palonen M. (2016) Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja läheisten ohjaus: hypoteettisen mallin kehittäminen. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* (1731).
- Peltonen E. (2009) Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa: vertaileva tutkimus. (168). Kuopion yliopisto.
- Polit DF & Beck CT. (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. ed Edition. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Raivio R. (2016) Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa: tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalaan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveystieteiden keskuksissa. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* (1688).
- Reupert A., Maybery D. & Morgan B. (2015) The family-focused practice of primary care clinicians: a case of missed opportunities. *Journal of Mental Health* 24(6), 357–362.
- Rintala T. (2014) Diabeteksen näkyvä ja näkymätön läsnäoleminen: substantiivinen teoria aikuisen diabetesta sairastavan henkilön perheen arkielämästä. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* (1371).
- Roudebush JR, Kaufman J, Johnson BH, Abraham MR & Clayton SP. (2006) Patient- and family-centered perinatal care: partnerships with childbearing women and families. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 20 (3), 201–209.
- Salin S, Liimatainen T, Holmberg-Marttila D & Aalto P. (2012) Erikoissairaanhoidon hoitajavastaanottojen hyödyistä kansainvälistä näyttöä. *Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning* 67 (6), 423–426.
- Saveman B. (2010) Family nursing research for practice: the Swedish perspective. *Journal of Family Nursing* 16(1), 26–44.
- Shields L. (2010) Questioning family-centred care. *Journal of Clinical Nursing* 19(17–18), 2629–2638.
- STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukset. Luettu:25.11.2016. Luettavissa: [www.stm.fi/sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukset/](http://www.stm.fi/sosiaali-ja-terveystieteiden-tutkimuskeskukset/)
- Strann P., Rantanen A. & Suominen T. (2013) Perhekeskeinen hoitotyö päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuurissa. *Tutkiva Hoitotyö* 11(4), 4–12.
- Svavarsdottir E & Sigurdardottir A. (2011) Implementing Family Nursing in General Pediatric Nursing Practice. Teoksessa Svavarsdottir EK & Jonsdottir H. *Family nursing in action*, 161–184. University of Iceland Press. Reykjavik.

Takemoto H., Hagihara A., Kinoshita M., Matsuoka M., Baba M. & Nobutomo K. (2007) Predictors of recognition and practice of family nursing among healthcare professionals in Japan. *Journal of Clinical Nursing* 16(8), 1506–1515.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

TENK. (2013) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitleminen Suomessa = God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den i Finland = Good scientific practice and producers for handling misconduct and fraud in science in Finland*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki.

Vuorenmaa M., Palonen M., Kaunonen M. & Åstedt-Kurki P. (2016) Hoitajien suhtautuminen potilaan perheeseen sairaalassa ja suhtautumista arvioivan FINC-NA-mittarin luotettavuuden arviointi. *Hoitotiede* 28 (2), 83–96.

Wilson A & Shifaza F. (2008) An evaluation of the effectiveness and acceptability of nurse practitioners in an adult emergency department. *International Journal of Nursing Practice* 14 (2), 149–156.

Ziegert K. (2011) Maintaining families' well-being in everyday life. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 6(2), 1–5.

Årestedt L., Persson C. & Benzein E. (2014) Living as a family in the midst of chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28(1), 29–37.

Åstedt-Kurki P. (2010) Family Nursing Research for Practice: The Finnish Perspective. *Journal of Family Nursing* 16 (3), 256–268.

Åstedt-Kurki P. (2014) Perhe hoitotieteen mielenkiinnon kohteena tänään ja tulevaisuudessa. Konferenssiabstraktit. XIII Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. Perhe, yhteiskunta ja hoitotiede. 12.–13.6.2014 Tampere. Toim. Palonen M., Rantanen A., Joronen K. & Roos M. Tampereen yliopisto & Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS RY.

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

Åstedt-Kurki P & Kaunonen M. (2011) Family Nursing Interventions in Finland: Benefits for Families. Teoksessa Svavarsdottir EK & Jonsdottir H. *Family nursing in action*, 115–129. University of Iceland Press. Reykjavik.

## LIITTEET

Liite 1

### **TIEDOTE TUTKIMUKSESTA**

**7.2.2017**

Tutkimus: Perhehoitotyö perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanottotyössä

#### **Hyvä Akaan ja Urjalan perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueen sairaanhoitaja,**

Pyydän Sinua osallistumaan tutkimukseen, koska työskentelet Akaan ja Urjalan perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueella sairaanhoitajana ja pidät työssäsi itsenäistä sairaanhoitajan vastaanottoa. Perehdyttyäsi tähän tiedotteeseen Sinulla on mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Mikäli haluat osallistua tutkimukseen, Sinulta pyydetään kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistuminen tai osallistumisesta kieltäytyminen ei aiheuta Sinulle mitään haittaa.

#### **Tutkimuksen tarkoitus**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perhehoitotyötä perusterveydenhuollossa sairaanhoitajien vastaanottotyössä. Tavoitteena on hyödyntää tuotettua tietoa perhehoitotyön kehittämisessä perusterveydenhuollossa, potilaan omahoidon tukemisessa sekä perheenjäsenten osallistumisen vahvistamisessa potilaan hoitoon. Akaan ja Urjalan perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueen peruspalvelujohtaja on antanut myönteisen lausunnon tutkimuksen toteuttamiseksi.

#### **Tutkimuksen kulku**

Tutkimuksen aineiston keruu toteutetaan teemahaastatteluna omalla työpaikallasi tai valitsemassasi haastattelupaikassa. Osallistuminen kestää enintään yhden tunnin. Voit osallistua haastatteluun työajalla. Haastattelu nauhoitetaan tutkimuksen luotettavuuden vahvistamiseksi ja aineiston analyysin onnistumiseksi.

#### **Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit**

Tutkimus auttaa kehittämään perhehoitotyötä. Tutkimuksella tuotettua tietoa voidaan hyödyntää omassa työssäsi ja työyhteisössäsi. Tutkimus ei aiheuta Sinulle riskejä.

#### **Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen**

Sinusta kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Henkilötietojasi ei käytetä yksilöimään kerättyä aineistoa. Haastattelusi ainoastaan numeroidaan ja sitä käytetään aineiston analyysivaiheessa. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan siten, ettei yksittäisten tutkimukseen osallistujien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimusaineisto säilytetään suojatusti lukitussa kaapissa tutkimuksen ajan. Tietokoneelle tallennettu aineisto on ainoastaan tutkijan käytettävissä ja aineiston käyttö vaatii tutkijan henkilökohtaisen

käyttäjätunnuksen ja salasanan. Tutkimuksen jälkeen tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti.

### **Vapaaehtoisuus**

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista eikä tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen aiheuta Sinulle mitään haittaa. Voit myös keskeyttää osallistumisesi tutkimukseen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu Sinulle mitään haittaa. Sinulta pyydetään tutkittavan suostumus – lomakkeella lupa haastattelun tallentamiseen ennen haastattelua.

### **Tutkimustuloksista tiedottaminen**

Tutkimus on Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa tehtävä opinnäytetyö, pro gradu – tutkielma. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat professori, THT Päivi Åstedt-Kurki ja yliopisto-opettaja, TtT Mira Palonen Tampereen yliopistosta. Tutkimuksesta laaditaan kirjallinen raportti.

### **Lisätiedot**

Otan Sinuun yhteyttä lähipäivien aikana joko puhelimitse tai sähköpostitse työpaikallasi. Työpaikkasi yhteystiedot olen saanut esimiehiltäsi osastonhoitajalta tai hoitotyön johtajalta.

Mikäli haluat lisätietoja tutkimuksesta, vastaan mielelläni kysymyksiisi. Voit ottaa yhteyttä minuun joko puhelimitse tai sähköpostilla.

Ystävällisin terveisin

Elina Kontiainen  
Terveystieteiden maisteriopiskelija  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Hoitotiede  
Sähköposti:  
Puh.

Liite 2.

**HAASTATTELURUNKO: TEEMA-ALUEET JA APUKYSYMYKSET**

Teema	Apukysymykset
Perheen määrittely sairaanhoitajan kuvaamana	<p>Kerro omin sanoin, miten perhe näyttäytyy omassa työssäsi?</p> <p>Mitä ajattelet, ketkä sinun mielestäsi kuuluvat potilaan perheeseen?/ Ketkä sinun mielestäsi ovat potilaan perheenjäseniä?</p>
Perheenjäsenen osallistuminen vastaanotolle/ Perheenjäsen mukana vastaanotolla	<p>Kerro ajatuksiasi, missä asioissa teet yhteistyötä perheenjäsenten kanssa omassa työssäsi?</p> <p>Kerro, millaisissa tilanteissa potilaan läheiset osallistuvat vastaanotolle?</p> <p>Mitä ajattelet, miten suhtaudut siihen kun potilaan perheenjäsen on mukana vastaanotolla?</p> <p>Mitä mieltä olet, millä tavalla potilaan perheenjäsen voi osallistua potilaan hoitoon ollessaan mukana vastaanotolla?</p> <p>Kun potilaan läheinen on mukana vastaanotolla, mistä asioista keskustellette?</p> <p>Kerro seuraavaksi ajatuksiasi siitä, millaista tukea perheenjäsenet tarvitsevat osallistuessaan läheisensä hoitoon? / Mitkä asiat ovat tärkeitä potilaan läheisille? / Missä asioissa potilaan läheiset tarvitsevat apua ja tukea?</p> <p>Kerro, miten itse pidät yhteyttä potilaan perheenjäseniin ja millaisissa asioissa?</p>
Perheenjäsenen osallistumisen merkitys potilaalle	<p>Kerro, mitä ajattelet, minkälaista merkitystä perheenjäsenen osallistumisella vastaanotolle on potilaalle?</p> <p>Kerrotko seuraavaksi, mikä merkitys mielestäsi potilaan perheellä on potilaan terveyteen ja hyvinvointiin?</p> <p>Mitä mieltä olet, miten perheenjäsenen osallistuminen vastaanotolle vaikuttaa potilaan omahoitoon?</p>

	<p>Kerro, oletko huomannut työssäsi, mitä vaikutuksia perheen osallistumisella on potilaan muiden terveyspalveluiden käyttämiseen?</p>
<p>Perhehoitotyön toteutuminen sairaanhoitajan vastaanotolla</p>	<p>Kerro ajatuksiasi, miten perhehoitotyö toteutuu mielestäsi omassa vastaanottotyössäsi?</p> <p>Mitä ajattelet, millaisia taitoja tai ominaisuuksia tarvitset työskennellessäsi perheenjäsenten kanssa?</p> <p>Kerro seuraavaksi, mitä haasteita olet kohdannut, kun perheenjäsen on mukana vastaanotolla potilaan kanssa?</p> <p>Kerro kokemuksistasi, mitä esteitä työssäsi on perhehoitotyön toteuttamiselle?</p> <p>Kerro mielipiteesi, mitkä asiat voisivat edistää perhehoitotyön toteuttamista omassa työssäsi?</p> <p>Mitä ajatuksia sinulla on, miten kehittäisit perhehoitotyötä omassa työssäsi?</p> <p>Onko sinulla vielä mielessäsi jokin asia, jonka haluat vielä kertoa tai mistä emme ole keskustelleet?</p>