

Elina Pettinen

**MUUTOKSEN PYSYVYYS HOITOTYÖSSÄ
VANHEMMAT VAHVASTI MUKAAN® -
KOULUTUSINTERVENTION JÄLKEEN**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Hoitotiede
Pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2022

TIIVISTELMÄ

Elina Pettinen: Muutoksen pysyvyys hoitotyössä Vanhemmat Vahvasti Mukaan® -koulutusintervention jälkeen

Pro gradu -tutkielma

Ohjaajat: TtT, professori Marja Kaunonen, TtT, dosentti Anna Liisa Aho

Tampereen yliopisto

Terveystieteet, Hoitotiede

Huhtikuu 2022

Vanhemmat Vahvasti Mukaan® (VVM) on koulutusinterventio, jolla kehitetään lasten ja nuorten hoitotyötä perhekeskeisemmäksi. Suomessa ei ole aiemmin ollut VVM-tyyppistä hoitotyön koulutusinterventiota. Koko henkilöstön koulutus, pitkä koulutusaika ja mentorointiin perustuva ohjausmuoto kokonaisuutena vaativat henkilöstöltä ja yksikön johdolta sitoutumista, ja organisaatiolta taloudellista panostusta. VVM-interventiokoulutuksen on todettu parantavan perhekeskeisyyttä, mutta hoitokäytäntöjen säilymistä ei ole tarkasteltu pitkällä aikavälillä. Tutkimusten mukaan perhekeskeisyyden implementoinnissa lasten ja nuorten hoitotyöhön on ongelmia.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata VVM-intervention muutoksen pysyvyyttä hoitajien työskentelytavoissa, kun koulutuksen päättymisestä oli kulunut vähintään vuosi. Tutkimuksen tuoma tieto auttaa sekä hoitotyön perhekeskeisyyden implementoinnissa että hoitohenkilökunnan koulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Tutkimus toteutettiin kahdessa erikoissairaanhoidon yksikössä, joissa VVM-interventiokoulutuksen loppumisesta oli kulunut vähintään yksi vuosi. Tutkimus toteutettiin laadullisena, strukturoimattomilla ryhmähaastatteluilla, joissa tiedonantajina olivat koulutukseen osallistuneet hoitajat (N=8). Haastatteluaineistoista etsittiin induktiivisella sisällönanalyysillä hoitajien kokemuksia VVM-koulutuksessa opituista toimintatavoista, jotka olivat vielä käytössä heidän hoitotyössään.

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kuvasivat, että heidän hoitotyöhönsä oli jäänyt käyttöön VVM-koulutuksessa opittuja seuraavia työskentelytapoja: ihokontaktin mahdollistaminen vauvalle ja vanhemmille, vauvan oman vuorokausirytmien huomioiminen hoitotyössä, vauvan stressinmerkkien huomioiminen osana hoitoa, hoitajan roolin muuttuminen taka-alalla läsnä olevaksi tukijaksi, perheen kannustaminen lapsen hoitoon osallistumisessa, imetyksen tukeminen erilaisten hoitotyön keinoin vauvan lasketusta ajasta huolimatta, VVM-lomakkeiden käyttäminen apuna lapsen ja perheen kanssa toimiessa sekä opittujen työskentelytapojen soveltaminen muihin potilasryhmiin.

VVM-koulutukseen kuuluva mentorointiin perustuva ohjaus, pitkä koulutusaika sekä koko henkilökunnan kouluttaminen oli onnistunut näissä yksiköissä saamaan muutoksen hoitotyöhön. VVM-koulutusintervention vaikutukset vielä usean vuoden jälkeen olivat näkyvissä käytännön hoitotyössä tutkimuksen kohteena olevissa yksiköissä ja perhekeskeisyys oli lisääntynyt hoitotyössä.

Avainsanat: Vanhemmat Vahvasti Mukaan®, perhekeskeinen hoitotyö, muutoksen pysyvyys, koulutusinterventio, lasten hoitotyö

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

Elina Pettinen: Persistence of change in nursing methods after the training program intervention of the Close Collaboration with Parents™

Master's thesis

Supervisors: PhD, Professor Marja Kaunonen, PhD, Associate Professor Anna Liisa Aho

University of Tampere

Faculty of Social Sciences, Nursing Science

April 2022

Close Collaboration with Parents™ is an educational intervention that develops nursing work for children and young people to be more family-centered. There has been no nursing training intervention of this type before in Finland. The training program of the entire staff, the long training period and the mentoring-based form of guidance as a whole require commitment from the staff and the management of the unit, and financial investment from the organization. Close Collaboration with Parents™ intervention training program has been found to improve family-centeredness, but the persistence of care practices has not been surveyed in the long term. According to previous research, there are problems in implementing family-centered care in nursing of children and young people.

The purpose of the study was to describe the persistence of the change in nurses' working methods at least one year after the end of the training program. The information provided by the study helps both in the implementation of family-oriented nursing and in the planning and implementation of nursing staff training.

The study was conducted in two specialized health care units, where at least one year had elapsed since the end of Close Collaboration with Parents™ intervention training. The study was conducted as a qualitative, unstructured group interview with informant nurses (n = 8). Data of the interviews was analyzed using inductive content analysis to describe which nursing methods from the training program had been embraced by the nurses and were still in use.

The nurses who participated in the study described that the following work methods learned in Close Collaboration with Parents™ training program had been used in their nursing work: enabling skin contact for the baby and parents, taking into consideration the baby's own daily rhythm in nursing, taking note of the signs of the baby's stress as part of the care, changing the role of the nurse from carer into a supportive person in the background, encouraging the family to take part in the child's care, supporting breastfeeding through various nursing methods regardless of the baby's due time, using Close Collaboration with Parents™ forms to help work with the child and family, and using the nursing methods learned in Close Collaboration with Parents™ training in other patient groups.

The mentoring-based guidance, long training period and training of all staff in the Close Collaboration with Parents™ training program had been successful in these units bringing about a change in the way care was delivered. After several years, the effects of the Close Collaboration with Parents™ training intervention were still visible in the practice of nursing in the units studied and family-centeredness of nursing had increased.

Keywords: Close Collaboration with Parents™, family-centered care, persistence of change, educational intervention, pediatric nursing

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

Sisällysluettelo

1. JOHDANTO.....	5
2. TUTKIMUKSEN TAUSTA.....	7
2.1 Lasten ja nuorten hoitotyö.....	7
2.2 Perhekeskeisyyden kehittyminen lasten ja nuorten hoitotyössä	8
2.3 Perhekeskeisyys lasten ja nuorten hoitotyössä.....	9
2.4 Vanhemmat Vahvasti Mukaan® -interventio	10
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYS JA TAVOITE.....	13
4. TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	14
4.1 Tutkimukseen osallistujat	14
4.2 Aineiston keruu	15
4.3 Aineiston analyysi.....	15
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET	18
5.1. Ihokontaktin mahdollistaminen vauvalle ja vanhemmille	19
5.2. Vauvan oman vuorokausirytmien huomioiminen hoitotyössä	20
5.3. Vauvan stressinmerkkien huomioiminen osana hoitoa.....	21
5.4. Hoitajan roolin muuttuminen taka-alalla läsnä olevaksi tukijaksi	22
5.5. Perheen kannustaminen lapsen hoitoon osallistumisessa	23
5.6. Imetyksen tukeminen erilaisten hoitotyön keinoin vauvan lasketusta ajasta huolimatta.....	25
5.7. VVM-lomakkeiden käyttäminen apuna lapsen ja perheen kanssa toimiessa	26
5.8. Opittujen työskentelytapojen soveltaminen muihin potilasryhmiin	27
6. POHDINTA.....	29
6.1. Tulosten tarkastelua	29
6.2. Tulosten eettisyys.....	38
6.3. Tulosten luotettavuus	39
6.4. Johtopäätökset.....	41
6.5. Jatkotutkimusaiheita.....	42
LÄHTEET	43
LIITTEET	
Liite 1. Saatekirje	
Liite 2. Suostumuslomake	
Liite 3. Taustatietolomake	

1. JOHDANTO

Hoitotyössä perhekeskeisyys ja sen toteutuminen sekä kehittäminen ovat tärkeitä. Ne tulee säilyttää yleisessä keskustelussa niistä saadun hyödyn vuoksi. Perheen huomioiminen kokonaisuutena lasten ja nuorten hoitotyössä, vanhempien ja mahdollisesti lapsen tai nuoren kanssa yhteistyössä hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi ovat perhekeskeisyyden tärkeitä elementtejä (Dickey ym. 2011, Axelin ym. 2014, Blankenship ym. 2015, Coyne 2015, Silva ym. 2016, Coats ym. 2018, Matziou ym. 2018, Heo & Oh 2019). Perhekeskeisyyden kehittämiseksi hoitotyössä on innovoitu erilaisia interventioita ja niihin liittyviä vanhempien ja / tai hoitohenkilöstön koulutuksia eri puolilla maailmaa, esimerkiksi Family Intergrated Care -malli Kanadassa (O'Brien ym. 2013), KIDS CARE -malli USA:ssa (Merrigan ym. 2016) ja The Parent Participation Improvement Program Etelä-Koreassa (Heo & Oh 2019). Iso osa interventioista on kohdistunut teho-osaston olosuhteisiin, perhekeskeisyydessä niissä korostuu erityisesti vastasyntyneen ja vanhempien varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen (Bystrova ym. 2009, Ravn ym. 2012, Dumas ym. 2013, O'Brien ym. 2013, Axelin ym. 2014, Srivastava ym. 2014, Blankenship ym. 2015, Mörelius ym. 2015, Ahlqvist-Björkroth ym. 2017, Ahlqvist-Björkroth ym. 2018, Heo & Oh 2019, Milgrom ym. 2019, Toivonen ym. 2019, Toivonen ym. 2020).

Interventioiden vaikutuksesta lasten ja vanhempien väliseen suhteeseen sekä lapsen kehitykseen on pitkäaikaista seuranta, mutta hoitotyön muutoksen säilymisestä ei ole. Perhekeskeisen hoitotyön parantamiseen liittyvien interventioiden muutoksen pysyvyyttä on useimmiten tarkasteltu lyhyellä aikavälillä heti intervention jälkeen (Dickey ym. 2011, Almutairi & Ludington-Hoe 2016, Merrigan ym. 2016, Heo & Oh 2019), muutaman kuukauden päästä (O'Brien ym. 2013, Merrigan ym. 2016, Skene ym. 2019, Toivonen ym. 2020) tai harvassa tutkimuksessa vuosi sen jälkeen (Ravn ym. 2012, Blankenship ym. 2015). Osa näistä tutkimuksista lähestyi intervention vaikuttavuutta hoitajien toteuttamassa hoitotyössä haastattelulla tai kyselyllä vanhemmilta, esimerkiksi Ravn ym. (2012) kyselyihin vanhemmat vastasivat 1 kk, 6 kk ja 12 kk kotiutumisen jälkeen. Merrigan ym. (2016) toteuttivat kyselyn vanhemmille 6 kk hoitajien koulutuksen jälkeen. Hoitajien näkökulmasta intervention vaikuttavuutta olivat tutkineet esimerkiksi Almutairi & Ludington-Hoe (2016) heti koulutuksen jälkeen ja O'Brien ym. (2013) 6 kk intervention jälkeen.

Perhekeskeisyyden implementoinnissa lasten ja nuorten hoitotyöhön on havaittu ongelmia. Perhekeskeisyys mielletään hoitotyön tekijöiden keskuudessa tärkeäksi, mutta toteutus saattaa jäädä vajaaksi (Coyne 2013, Silva ym. 2016, Sood ym. 2016, Felipin ym. 2018, Matziou ym. 2018, Phiri

ym. 2019). Aiempien tutkimusten mukaan siihen ovat syinä mm. hoitajien kokema hoitokulttuurin muutos, jossa hoitotyön ainoa keskiö ei enää ole sairas lapsi, vaan koko perheen ja vanhempien läsnäolo sekä henkilökunnan sopeutuminen vanhempien jatkuvaan läsnäoloon (Kymre 2014, Coats ym. 2018). Lisäksi ongelmia aiheuttaa muun muassa koulutuksen, ohjeiden tai ohjeistettujen käytäntöjen puute (Coyne 2013, Almutairi m. 2016, Boztepe & Yildiz 2017, Vittner ym. 2017, Phiri ym. 2019, Skene ym. 2019), kommunikation puute hoitohenkilökunnan kesken tai hoitohenkilökunnan ja vanhempien välillä (Gooding ym. 2011, Coyne 2015, Silva ym. 2016, Boztepe & Yildiz 2017, Coats ym. 2018) sekä hoitoympäristön soveltumattomuus perhekeskeiseen hoitotyöhön (O'Brien ym. 2013, Coats ym. 2018, Felipin ym. 2018).

Vanhemmat Vahvasti Mukaan[®] (VVM) on interventio, jolla pyritään kehittämään lasten ja nuorten hoitotyötä entistä perhekeskeisemmäksi. VVM on lähtenyt Turun yliopistollisen sairaalan vastasyntyneiden teho-osaston henkilökunnan kokemasta tarpeesta perhelähtöisempään hoitotyöhön. (Ahlqvist-Björkroth ym. 2017.) Interventioon kuuluu yli vuoden kestävä ja moniammatillinen VVM-koulutusohjelma. VVM interventioita on tehty VVM-koulutusohjelman mukaisesti jo useammassa lasten hoitotyön yksikössä Suomessa. (Toivonen ym. 2019.) Tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä VVM-koulutus on kuulunut intervention jälkeen hoitajien työhön perehdytykseen.

VVM-koulutuksen on todettu parantavan perhekeskeisyyttä vanhempien hoitoon osallistumisen ja vanhempien saaman tuen lisääntymisellä, hoitohenkilökunnan ja vanhempien välisen kommunikation parantumisella, lapsen stressin ja kivunhoidon huomioimisen lisääntymisellä, perheen kasvaneella osallisuudella hoidon päätöksentekoon sekä läsnäoloon osastolla. Lisäksi positiivista vaikutusta on todettu hoitokäytänteiden sekä kirjallisen ohjausmateriaalin yhtenäistymisellä, yksilöllisyyden huomioimisella, henkilökunnan tietojen ja taitojen karttumisella koulutuksen myötä, ohjauksen varmentumisella sekä palautteen huomioon ottamisella hoitotyön toteutuksessa. (Toivonen ym. 2020.) Tässä tutkimuksessa tarkastellaan Vanhemmat Vahvasti Mukaan[®] (VVM) hoitotyön intervention muutoksen pysyvyyttä hoitohenkilökunnan työskentelytavoissa, kun VVM-interventiokoulutuksen päättymisestä on kulunut vähintään vuosi.

2. TUTKIMUKSEN TAUSTA

Aiemmasta kirjallisuudesta etsittiin hoitotyön interventioihin ja perhekeskeisyyteen liittyviä tutkimuksia, joissa näkökulmana on hoitotyön muutoksen pysyvyys. Tutkimukset ovat painottuneet aineiston keräämiseen välittömästi intervention jälkeen (Dickey ym. 2011, Almutairi & Ludington-Hoe 2016, Merrigan ym. 2016, Heo & Oh 2019), tai viimeistään vuoden sisään interventiosta (Ravn ym. 2012, OBrien ym. 2013, Blankenship ym. 2015, Merrigan ym. 2016, Skene ym. 2019, Toivonen ym. 2020).

Vanhemmat Vahvasti Mukaan[®] interventioista on tehty muutoksen tarkastelu noin puolen vuoden seurannan jälkeen (Toivonen 2021). Koulutusinterventioista on julkaistu useita raportteja. Ahlqvist-Björkroth ym. (2017) valottavat julkaisussaan koulutusintervention vaiheita ja tutkimusprotokollaa. VVM-tutkimuksissa on seurattu vanhempien ja hoitohenkilökunnan kokemuksia interventiosta (Axelin ym. 2014), VVM-koulutusintervention vaikutusta äitien synnytyksen jälkeiseen masennukseen (Ahlqvist-Björkroth ym. 2019), intervention implementointiin vaikuttavia seikkoja (Toivonen ym. 2019), intervention vaikutusta hoitotyön perhekeskeisyyteen (Toivonen ym. 2020, Toivonen 2021, Toivonen ym. 2021), intervention vaikutusta vanhempien ja vastasyntyneen läheisyyteen (HE ym. 2021). VVM-koulutusintervention tuoman muutoksen pysyvyyttä hoitohenkilökunnan työskentelytapojen pysyvyyteen, kun VVM-interventiokoulutuksen päättymisestä on vähintään vuosi, ei ole aiemmin tutkittu.

2.1 Lasten ja nuorten hoitotyö

Lasten ja nuorten hoitotyö eroaa aikuisten hoitotyöstä lasten voimakkaan kehityksen ja kasvun vuoksi. Lasten ja nuorten kanssa toimiessa mukana on aina vanhempi tai vanhemmat ja usein myös koko muu perhe huomioitavana. Lisäksi omat erityispiirteensä lasten hoitotyöhön tuo syntymään liittyvät voimakkaat tunteet ja elämänmuutokset sekä erilaiset hoitotyötä vaativat toimenpiteet ja mahdollinen varhaisen vuorovaikutuksen häiriintyminen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2019.)

Tuomi (2008) tutki väitöskirjassaan sairaanhoitajan ammatillista osaamista lasten hoitotyössä. Tutkimuksen ensimmäisessä osassa kuvattiin asiantuntijoiden näkemyksiä sairaanhoitajan ammatillisesta osaamisesta lasten hoitotyössä. Tutkimuksen toisessa osassa tulosten mukaan muodostui sairaanhoitajan ammatillista osaamista lasten hoitotyössä kuvaava malli, joka koostui kolmesta osaamisalueesta: työelämän yhteinen, hoitotyön yhteinen ja lasten hoitotyön ammatillinen

osaaminen. Sekä työelämän että hoitotyön yhteinen osaaminen ovat erikoisalasta riippumatonta sairaanhoitajan osaamista, joka luo perustaa lasten hoitotyön osaamiselle. Edellä mainittujen lisäksi lasten hoitotyön osaamisen osa-alueisiin sisältyvät lasten hoitotyön kliininen osaaminen sekä perhehoitotyön osaaminen. (Tuomi 2008.)

Tutkittaessa sairaanhoitajien osaamista lasten hoitotyössä Gibson ym. (2003) löysivät useita eri teemoja: päätöksenteon-, hoitokäytäntöjen kehittämisen- ja ihmissuhdetaito, kyky käyttää olemassa olevia resursseja, tieto olemassa olevista resursseista, kyky organisoida henkilöstöä ja resursseja, hoitotyön käytännön taidot, ammatillisen kasvun taito. Teemoja oli myös liittyen omaan selviytymiseen, tiimityöskentelyyn, johtajuuteen, hoitajan roolin, taitoon opettaa sekä arvoihin. Näiden edellä mainittujen teemojen sisältä löytyy esimerkiksi kyky auttaa perheitä voimaantumaa, tietoa lapsen kehityksestä, lapsen maailman ymmärtämistä, perheen tarpeiden arvioimista, perheen tukemista ja perheen tietämyksen arvostamista. (Gibson ym. 2003.)

2.2 Perhekeskeisyyden kehittyminen lasten ja nuorten hoitotyössä

Historiallisesti perhekeskeisyydestä on puhuttu esimerkiksi Englannissa sairaanhoidossa 1960-luvulla sen jälkeen kun vuonna 1959 Sir Harry Platt julkaisi työryhmän raportin lasten hoidosta sairaaloissa. Muutamia poikkeuksiakin oli jo aiemmin, mutta ne olivat yksittäisiä hoitoyksiköitä eivät yleistä hoitokäytäntöä. Sairaaloiden sääntönä yleisesti oli, että vanhempien piti jättää lapsensa sairaalaan ja vieraila lastaan katsomassa vierailuaikoina, joskus vain muutaman kerran viikossa. Yhdysvalloissa alettiin tutkia 1940–50 —luvulla sairaalahoidon vaikutuksia lasten vointiin ja New Yorkin kaupungin asettama komitea suositteli vanhempien rajatonta vierailuoikeutta lastenosastoilla. (Shields & Nixon 1998.) Perhekeskeisyys on levinnyt toisen maailmansodan jälkeen globaaliksi hoitoideologiaksi varsinkin lasten ja nuorten hoitotyössä (Jolley & Shields 2009, Gooding ym. 2011, O'Connor ym. 2019).

Perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaisiin (Coyne 2015), vanhempiin (O'Brien ym. 2013, Blankenship ym. 2015, Coyne 2015, Heo & Oh 2019, Ahlqvist-Björkroth ym. 2019, Skene ym. 2019) sekä hoitohenkilökuntaan (O'Brien 2013, Axelin ym. 2014, Coyne 2015, Lavoie-Tremblay ym. 2016, Coats ym 2018, Skene ym. 2019). Perhekeskeisen hoitotyön tiedetyistä hyödyistä huolimatta vielä 2010-luvulla on Suomessakin joissain sairaaloissa lasten ja nuorten osastoilla rajattu vanhempien mahdollisuutta olla lapsensa kanssa hänen koko sairaalajaksonsa ajan. Varsinkin teho-osastoilla hoitokulttuuri on ohjannut vanhempien läsnäoloa

vain rajatuiksi ajoiksi (O'Brien ym. 2013, Ahlqvist-Björkroth ym. 2017, Toivonen ym. 2019). tähän on vaikuttanut muun muassa lääketieteellisen ympäristön kehitys sekä huoli infektioiden tarttumisesta että hoitoympäristön puhtaudesta (Gooding ym. 2011).

2.3 Perhekeskeisyys lasten ja nuorten hoitotyössä

Perhekeskeisyys korostuu lasten ja nuorten hoitotyössä, sillä vanhempien tehtävä on olla lapsensa tuki ja turva sekä vastuunkantajia päätöksistä lapsen ollessa vielä kehitykseltään kykenemätön päättämään hoidostaan. Jos lapsi tai nuori kykenee itse päättämään hoidostaan, on se tehtävä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (STM 1992.)

Perhekeskeisyydestä ei löydy yhtä selkeää määritelmää kirjallisuudesta. Dickey ym. (2011) kuvaavat perhekeskeisyyttä kunnioitukseksi, tiedonjakamiseksi, osallistumiseksi sekä yhteistyöksi. Perhekeskeisyyden parantamisessa vastasyntyneiden teho-osastolla Skene ym. (2019) painottivat ihokontaktia sekä vanhempien läsnäolon ja osallistamisen lisäämistä, joiden osa-alueiden he kuvaavat nousevan perhekeskeisyyden ajatuksesta. Lasten ja nuorten hoitotyön kirjassa perhekeskeisyys on yksi lasten ja nuorten hoitotyön periaatteista ja siihen sisällytetään vanhempien osallistamista hoidon suunnitteluun ja toteutukseen yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa (Storvik-Sydänmaa ym. 2019). Ramezani ym. (2014) löysivät käsiteanalyysissään 59 hoito- ja lääketieteellisen artikkelin pohjalta perhekeskeisyyttä määrittäviksi asioiksi viisi kohtaa. Ensimmäisenä oli perheestä huolehtiminen ja perheen tarpeisiin vastaaminen, toisena perheen tasa-arvoinen osallistaminen hoidon suunnitteluun, päätöksentekoon sekä toteutukseen, kolmantena perheen ja hoitohenkilökunnan yhteistyö, neljäntenä perheen kunnioittaminen, arvostaminen ja yksilöllisenä näkeminen ja viidentenä tiedon jakaminen perheen ja hoitohenkilökunnan kesken (Ramezani ym. 2014). Mikkelsen & Frederiksen (2011) pohtivat perhekeskeisyyden määritelmää kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Katsaukseen valikoitui 25 tutkimusartikkelia vuosilta 1950–2009. Perhekeskeisyys kuvattiin hoitohenkilökunnan ja perheiden kumppanuutena yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Kumppanuus oli jaettua vastuullisuutta, vanhempien itsenäisyyttä ja kontrollia, neuvottelua ja perheen tukemista. Mikkelsen & Frederiksen (2011) esittävät, että perhekeskeisyyden määritelmä on vielä epätarkka ja vaihteleva, ja että perhekeskeisyys tarvitsisi teoriaa vahvistuakseen. O'Connor ym. (2019) tarkastelivat käsitettä perhekeskeisyys myös kirjallisuuskatsauksen kautta. Katsaukseen päätyi 30 vertaisarvioitua artikkelia. Käsiteanalyysin pohjalta artikkeleista kristallisoitui neljä päämääritettä: vanhempien osallistuminen hoitoon, kunnioittavan ja luottamuksellisen

kumppanuuden kehittyminen, tiedon jakaminen ja koko perheen huomioiminen osana hoitoa. (Connor ym. 2019.)

Perhekeskeisyys vastasyntyneiden hoidossa painottaa varhaisen vuorovaikutuksen merkitystä ja separaation välttämisen tärkeyttä. Syntymän jälkeen vastasyntyneen voinnin niin vaatiessa hänet voi olla tarpeen siirtää lapsivuodeosastolta äidin luota lasten ja nuorten vuodeosastolle tai tehostetun hoidon / valvonnan osastolle. Kun vastasyntynyt joutuu vointinsa vuoksi eroon vanhemmistaan, häiritsee ero varhaisen vuorovaikutuksen syntymistä (Dumas ym. 2013, Feldman ym. 2014, Flacking ym. 2016) ja lisää vanhempien (Bystrova ym. 2009, Järvinen ym. 2013, O'Brien ym. 2013, Császár-Nagy & Bókkon 2018, Renfors ym. 2019) sekä lapsen (Mörelus ym. 2015) stressiä. Tämän häiriötilan helpottamiseksi on lasten ja nuorten hoitotyössä panostettu enenevässä määrin perhekeskeisyyteen. Perheen huomioiminen kokonaisuutena ja perhekeskeisen ajattelutavan omaksuminen hoitotyössä on havaittu helpottavan vanhempien stressiä (O'Brien ym. 2013, Ahlqvist-Björkroth ym. 2019) ja lisäävän henkilökunnan työtyytyväisyyttä (O'Brien ym. 2013, Axelin ym. 2014, Coyne 2015, Lavoie-Tremblay ym. 2016, Coats ym. 2018) sekä varhaisen vuorovaikutuksen ja ihokontaktin vaikuttavan positiivisesti mm. imetyksen kestoon (Ravn ym. 2012, Bigelow ym. 2014, Srivastava ym. 2014). Coyne ym. (2015) tutkivat perhekeskeistä hoitotyötä myös 7—16-vuotiaiden lasten näkökulmasta. Lapset kokivat vanhempien läsnäolon tärkeäksi, lisäävän turvallisuudentunnetta ja vanhempien toimivan välittäjänä lasten ja hoitohenkilökunnan välillä (Coyne ym. 2015).

Perhekeskeisyydellä tässä tarkoitetaan vanhempien läsnäolon mahdollistavaa ja lapsen hoidon hoitoprosessiin osallistavaa hoitotyötä, jossa perhe koetaan kumppanina lapsen hoidossa. Perhekeskeisyyden näkökulmasta perhe kokonaisuudessaan kohdataan yksilöllisesti, kunnioittavasti ja vanhemmat sekä muu perhe nähdään voimavarana ja tukena lapselle.

2.4 Vanhemmat Vahvasti Mukaan[®] -interventio

Vanhemmat Vahvasti Mukaan[®] (VVM) eli the Close Collaboration with Parents[™] on interventio-ohjelma, jossa lasten hoitotyön yksikön henkilökunta koulutetaan entistä paremmin tuomaan perhekeskeisyys hoitotyöhön. VVM on kehitetty vastasyntyneiden teho-osaston henkilökunnan tarpeesta kehittää hoitotyötä entistä perhekeskeisemmäksi. VVM lähti liikkeelle Turun yliopistollisesta keskussairaalaan, jossa kehitettiin ja toteutettiin ensimmäinen interventio vuosina 2009—2012. Sen jälkeen VVM on levinnyt useampaan erikoissairaanhoidon lastenyksikköön

Suomessa sekä sitä ollaan myös viemässä ulkomaille. (Axelin ym. 2014, Ahlqvist-Björkroth ym. 2017.)

VVM interventio perustuu tutkimusnäyttöön, jossa on muun muassa tietoa vastasyntyneen kyvystä pyrkiä hermostolliseen tasapainoon vastavuoroisessa kontaktissa vanhempien / hoitajan kanssa, varhaisen vuorovaikutuksen vaikutuksista sekä reflektiivisestä ohjauksesta. Perusajatuksena interventiossa on: 1. ymmärrys ennenaikaisesti syntyneen vauvan yksilöllisestä käytöksestä, joka pyrkii tasapainoon ja tehokkaaseen toimimiseen. 2. tunnistaa vanhempien intuitiivinen kyky vanhemmuuteen. 3. vanhempien tarve muodostaa tunnesidos vastasyntyneeseen vauvaansa. (Ahlqvist-Björkroth ym. 2017.) VVM on osittain tuttua perhekeskeisyyden painotusta, mutta siinä pyritään saavuttamaan vanhempien ja hoitohenkilökunnan yhteinen kumppanuus lapsen hoidossa, molemmat omana osanaan hoitotiimiä. Vaikka VVM on kehitetty vastasyntyneiden hoitotyöhön, siitä saatua jokaisen perheen yksilöllistä kohtaamista ja kunnioitusta hoitotyössä voidaan hyödyntää myös muussa lasten ja nuorten hoitotyössä. (Toivonen 2021.)

VVM-interventiota kuvataan sellaisenaan kuin se kehitettiin vastasyntyneiden hoitotyöhön. VVM koulutus kohdistetaan yksikön hoitohenkilökuntaan, hoitajiin, lääkäreihin ja erityistyöntekijöihin esimerkiksi fysioterapeutteihin. Turussa ensimmäisen intervention ajallinen pituus oli kaksi vuotta osaston henkilökunnasta nimetyille tutoreille ja sen jälkeen puolitoista vuotta tutoreiden ohjaamana muulle henkilökunnalle (Axelin ym. 2014). Intervention aikana koko henkilökunta käy läpi koulutuksia vaihe vaiheelta räätälöitynä kullekin ammattiryhmälle. Ensin pienempi ryhmä yksiköstä käy läpi intensiivikoulutuksen, ja he toimivat omassa yksikössään tutoreina, jotka kouluttavat lopun henkilökunnan ja ovat tukena muutosvaiheessa. (Axelin ym. 2014, Ahlqvist-Björkroth ym. 2017.)

Koulutus etenee vaiheittain aina edelliseen vaiheeseen pohjaten. Ensimmäisessä vaiheessa keskitytään vauvan havainnointiin. Koulutettava työntekijä ja hänen mentorinsa (tutorikoulutuksen läpikäynyt henkilökunnan jäsen) havainnoivat vauvaa ja kuinka vauva on yksilönä ympäristönsä kanssa vuorovaikutuksessa. Näin pyritään kommunikoimaan sekä henkilökunnan kesken että vanhempien kanssa vauvan käyttäytymisestä. (Ahlqvist-Björkroth ym. 2017.)

Toisessa vaiheessa koulutettava työntekijä sekä mentorinsa tarkkailevat vauvaa yhdessä vanhempien kanssa. Tällöin annetaan vanhemmille ja vanhemmuudelle tilaa sekä tuetaan varhaisen vuorovaikutuksen syntymistä. (Axelin ym. 2014, Ahlqvist-Björkroth ym. 2017.) Varhaisen vuorovaikutuksen katkeaminen aiheuttaa vanhemmille stressiä ja siten heijastuu myös lapseen

(Lisanti ym. 2019). Lisäksi toisessa vaiheessa interventiota työntekijöinä harjoitellaan aktiivista kuuntelua ja ”hiljaisen tilan” luomista vuorovaikutukseen vanhempien kanssa. (Axelin ym. 2014, Ahlqvist-Björkroth ym. 2017.)

Kolmannessa vaiheessa pyritään ymmärrykseen vanhempien ja vauvan yksilöllisyydestä. Tavoitteena on lisätä henkilökunnan ymmärrystä ja empatiaa vanhempien kokemukseen ja heidän suhteestaan vauvaansa, juuri sen perheen näkökulmasta. (Axelin ym. 2014, Ahlqvist-Björkroth ym. 2017.) Yksilöllisyys hoitotyössä on hoitotyön laadun tärkeä tekijä (Rodriguez-Martin ym. 2015).

Vanhemmat Vahvasti Mukaan[®] -tyyppistä hoitotyön koulutusinterventiota ei Suomessa ole aiemmin ollut. Koko henkilöstön koulutus, pitkä koulutusaika ja mentorointiin perustuva ohjausmuoto muodostaa koulutuskokonaisuuden, joka vaatii sekä henkilöstöltä että yksikön johdolta sitoutumista, sekä sairaalan osalta myös taloudellista panostusta (Toivonen 2021). Uuden hoitotyön menetelmän pysyvyys käytännössä on siitä saavutetun hyödyn sekä siihen sijoitetun taloudellisen panostuksen vuoksi toivottavaa, esimerkiksi että osastomentoreille on varattu mahdollisuus keskittyä ohjaushetkiin ulkopuolella osaston miehitysresurssin. Toivonen (2021) kuvaa VVM-intervention implementoinnin edistävinä kontekstitekijöinä olleen mm. riittävä valmistautumisaika interventioon sekä osastomentoreille varattu riittävä aikaresurssi klinisen työn ulkopuolella.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYS JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Vanhemmat Vahvasti Mukaan® (VVM) -intervention muutoksen pysyvyyttä hoitohenkilökunnan työskentelytavoissa. Tutkimuksessa tarkastellaan asiaa hoitohenkilökunnan näkökulmasta, kun VVM-interventiokoulutuksen päättymisestä on kulunut vähintään vuosi. Tavoitteena on kuvata VVM-koulutuksen tuoman muutoksen pysyvyyttä hoitotyössä hoitajien kokemana. Tutkimuksen tuomaa tietoa voidaan jatkossa käyttää hoitohenkilökunnan koulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Tämän tutkimuksen tutkimuskysymys on:

1. Minkälaisia VVM-koulutuksessa opittuja työskentelytapoja hoitajat kokevat jääneen käyttöön omaan hoitotyöhönsä, kun VVM-interventiokoulutuksen päättymisestä on kulunut vähintään vuosi?

4. TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

VVM koulutusohjelma ja siihen liittyvä interventio on käyty läpi useammassa lasten hoitotyön yksikössä Suomessa (Toivonen 2021). Yksiköt ovat erikoissairaanhoidon osastoja. Koska tässä tutkimuksessa on tarkoitus kuvata Vanhemmat Vahvasti Mukaan® (VVM) -intervention muutoksen pysyvyyttä hoitohenkilökunnan työskentelytavoissa oli tarkoituksenmukaista tehdä tutkimusta yksiköissä, joissa VVM-koulutusohjelman mukainen hoitokäytännö oli ollut käytössä vähintään vuoden ajan intervention loppumisen jälkeen. VVM-tutorikoulutuksen läpikäyneet hoitajat saivat intensiivikoulutuksen, joka eroaa muun hoitohenkilökunnan saamasta koulutuksesta ja lisäksi he toimivat mentoreina muulle hoitohenkilökunnalle, joten heidät rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle.

4.1 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseen osallistujia rekrytoitiin kahdesta erikoissairaanhoidon yksiköstä, joissa VVM-intervention koulutuksen loppumisesta oli vähintään vuosi. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat yksiköissä vähintään vuotta aikaisemmin VVM-koulutuksen käyneet hoitajat, ja jotka eivät olleet toimineet mentoreina eli saaneet intervention tutorikoulutusta. Terveystieteiden koulutusta kysyttiin taustatietolomakkeessa, mutta hoitajan koulutus ei rajannut osallistumista tutkimukseen.

Etukäteen oltiin yhteydessä yksiköiden lähiesimiehiin tutkimusaiheen mielenkiinnon kartoittamiseksi. Molemmissa yksiköissä oli kiinnostusta tutkimusaihetta kohtaan. Tutkimusluvan saamisen jälkeen oltiin yhteydessä uudestaan yksiköihin ja sovittiin lähiesimiesten kanssa, että he sopivat yksikössä, ketkä osallistuvat haastatteluun. Lähiesimiesten kanssa käytiin läpi haastatteluun osallistujien kriteerit sekä lähetettiin yksiköihin tutustuttavaksi tutkimussuunnitelma. Haastatteluihin osallistui neljä hoitajaa (N=8) kummastakin yksiköstä.

Kaikilla tutkimukseen osallistujilla oli yli kymmenen vuoden hoitotyön kokemus lasten ja nuorten hoitotyöstä. Nykyisessä yksikössään hoitajista kaksi oli työskennellyt alle kymmenen vuotta, kuuden hoitajan työsuhde nykyisessä yksikössä oli kestänyt yli kymmenen vuotta. Suurin osa tutkimukseen osallistujista oli koulutukseltaan sairaanhoitajia. Puolella osallistujista VVM-interventiokoulutuksesta aikaa oli kulunut 3—4 vuotta ja puolella osallistujista aikaa koulutuksesta oli kulunut jo 8—9 vuotta.

4.2 Aineiston keruu

Koska VVM-koulutuksen pitkäaikaisia muutoksia hoitotyössä ei ole aiemmin tutkittu, toteutettiin tämä tutkimus laadullisena, strukturoimattomilla haastatteluilla. Tässä tutkimuksessa haettiin hoitajien kokemuksia hoitotyön muutoksen säilymisestä VVM-koulutusintervention jälkeen. Tutkimus toteutettiin kahdessa erikoissairaanhoidon yksikössä, joihin sille oli myönnetty tutkimuslupa.

Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina. Ryhmähaastatteluilla saadaan samanaikaisesti aineistoa useammalta haastateltavalta ja odotetaan ryhmän rohkaistuvan keskusteluun työyhteisön yhteisestä asiasta (Hirsjärvi ym. 2009). Ryhmässä oli osallistujia neljä hoitajaa/ryhmä. Osallistujat olivat olleet osallistujina interventiokoulutuksessa, mutta eivät olleet toimineet mentoreina. Ryhmähaastatteluun päädyttiin, koska ryhmähaastattelussa saadaan tietoa useammalta osallistujalta yhdellä kerralla, ja osallistujat saattavat lisätä haastattelun sisältöä tukiessaan toisiaan keskusteleavassa haastattelutilanteessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Haastatteluihin osallistuneiden henkilötietoja ei kirjattu kuin tunnisteilla, esimerkiksi A1.

Haastatteluissa hoitajia pyydettiin kuvailemaan, miten VVM-koulutuksen tuoma muutos näkyy haastatteluhetkellä heidän toteuttamassaan hoitotyössä. Keskusteluista haettiin kokemuksia, miten VVM on muuttanut hoitotyötä käytännön tilanteissa ja mitkä työskentelytavat ovat jääneet käyttöön. Haastattelut nauhoitettiin. Tiedot säilytettiin salasanalla varmistetussa tiedostossa tutkijan tietokoneella. Haastatteluista saatu tutkimusaineisto säilytettiin niin kauan kuin se oli välttämätöntä opinnäytetyön valmistumiseksi. Haastatteluäänitteet hävitettiin litteroinnin tarkastamisen jälkeen. (Yhteiskunnallinen tietoarkisto n.d, TietosuojaValtuutetun toimisto n.d.)

Tutkimukseen osallistujat valikoituivat yksiköistä vapaaehtoisina. Yksiköiden esimies oli keskustellut henkilökunnan kanssa etukäteen ja kertonut alustavasti tutkimusaiheen ja haastattelun olosuhteet. Jokainen haastateltava sai saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksesta, sekä suostumuslomakkeen allekirjoitettavaksi ennen haastattelun alkua. Tietoon perustuvan kirjallisen suostumuslomakkeen allekirjoittivat kaikki haastatteluun osallistujat.

4.3 Aineiston analyysi

Koska laadullisella tutkimusotteella voidaan tutkia ilmiötä, josta on hyvin vähän tai ei ollenkaan aikaisempaa tutkimustietoa, pyrkimällä kuvaamaan sitä ja tutkimukseen osallistujien kokemuksia

siitä, tutkimus toteutettiin laadullisella tutkimusotteella induktiivista sisällönanalyysimenetelmää käyttäen (Kylmä ym. 2003, Kylmä & Juvakka 2007, Elo & Kyngäs 2008, Holdford 2008, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Puusa & Juuti 2011, Vaismoradi 2013). Haastatteluissa saadusta aineistosta etsittiin induktiivisella sisällönanalyysillä hoitajien kokemuksia. Aineistoa läpikäydessä ilmauksia peilataan aineistoon ja samankaltaisia yhdistellään omiksi luokikseen, kunnes aineisto on tiivistynyt ja abstrahoitunut kuitenkin säilyttäen sisällön, joka vastaa tutkimuskysymykseen. (Elo & Kyngäs 2007, Kylmä & Juvakka 2007, Kyngäs ym. 2011.)

Tutkimukseen valmistauduttaessa tutustuttiin kirjallisuuteen Vanhemmat vahvasti mukaan interventioista sekä perhekeskeisyyteen ja siihen liittyviin interventioihin antamaan riittävää tietopohjaa sisällönanalyysia varten. Aineistoa analysoitaessa tutkijalla oli oman ammatillisen taustansa vuoksi käsitys siitä mitä haastattelujen sisältö oli ja ymmärrys aiheesta helpotti analysointivaihetta. Tutkija yritti välttää sisällön tulkintaa omista lähtökohdistaan, vaikka laadullisen tutkimuksen katsotaan sisältävän aina jonkin verran tulkintaa (Bengtsson 2016, Graneheim ym. 2017).

Haastatteluista saatu materiaali litteroitiin tekstiksi, jota luettiin useaan kertaan tutkimuskysymykseen vastausta etsien. Tekstistä erotettiin tutkimuskysymykseen vastaavat ajatuskokonaisuudet (n=106). Nämä alkuperäisilmaisut pelkistettiin ja sen jälkeen samankaltaiset pelkistykset (n=118) ryhmiteltiin keskenään. Ryhmittelystä muodostui ensin alaluokat (n=29) ja aineistoa työstäessä alaluokat ryhmittyivät yläluokkiin (n=8) sisällön abstrahoituessa. (Taulukko 1.) Koko sisällönanalyysin ajan palattiin litteroituun tekstiin tarkastamaan luokittelujen vastaavan sisältöä.

Taulukko 1. Esimerkki analyysin etenemisestä yläluokasta Ihokontaktin mahdollistaminen vauvalle ja vanhemmille

pelkistys	alaluokka	yläluokka
Koulutuksen jälkeen koettiin olevan vähemmän esteitä kenguruhoitolle		
Koulutuksen jälkeen koettiin olevan vain vähän esteitä asettaa vauva äidin tai isän iholle		
Hoitotoiminnan koettiin rajoittavan vähemmän ihokontaktiin pääsemistä	Ihokontakti mahdollistettiin aikaisempaa helpommin	
Enää lapsen asettaminen ihokontaktiin ei tuntunut työläältä		
Äidit olivat voineet olla osastolla pitkiä aikoja pitäen vauvaa iholla		
Ihokontaktin käyttö oli lisääntynyt		Ihokontaktin mahdollistaminen vauvalle ja vanhemmille
Vauva oli voinut olla kenguruhoitossa lääkärikierron ajan		
Lääkäri oli voinut tutkia vauvaa kenguruhoitona aikana	Ihokontaktin keskeytyksettömyys pyrittiin takaamaan lääkärikierron aikana	
Lääkärikierto ei keskeyttänyt kenguruhoitoa		
Cpap-hoidon aikana kenguruhoitoa toteutettiin sen vauvan vointiin antavan positiivisen vaikutuksen vuoksi		
Ihokontaktin pystyi toteuttamaan erilaisista hoitolaitteista huolimatta	Ihokontakti pyrittiin toteuttamaan erilaisten hoitolaitteidenkin kanssa	
Vauvan voinnin seurannassa ihokontaktin aikana hyödynnettiin seurantalaitteiden monitoreja		
Varhainen ihokontakti toteutui		
Lyhytkin ihokontakti mahdollistettiin, vaikka äiti oli synnytyksen jälkeen eri osastolla	Ihokontakti pyrittiin aloittamaan mahdollisimman varhain	

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan heidän hoitotyöhönsä oli jäänyt käyttöön VVM-koulutuksessa opittuina työskentelytapoina: ihokontaktin mahdollistaminen vauvalle ja vanhemmille, vauvan oman vuorokausirytmien huomioiminen hoitotyössä, vauvan stressinmerkkien huomioiminen osana hoitoa, hoitajan roolin muuttuminen taka-alalla läsnä olevaksi tukijaksi ja perheen kannustaminen lapsen hoitoon osallistumisessa. Lisäksi imetyksen tukeminen erilaisten hoitotyön keinoin vauvan lasketusta ajasta huolimatta, VVM-lomakkeiden käyttäminen apuna lapsen ja perheen kanssa toimiessa ja opittujen työskentelytapojen soveltaminen muihin potilasryhmiin olivat työskentelytapoina edelleen käytössä. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Hoitotyöhön käyttöön jääneet VVM-koulutuksessa opitut työskentelytavat

yläluokka	alaluokka
Ihokontaktin mahdollistaminen vauvalle ja vanhemmille	Ihokontakti mahdollistettiin aikaisempaa helpommin Ihokontaktin keskeytyksettömyys pyrittiin takamaan lääkärikierron aikana Ihokontakti pyrittiin toteuttamaan erilaisten hoitolaitteidenkin kanssa Ihokontakti pyrittiin aloittamaan mahdollisimman varhain
Vauvan oman vuorokausirytmien huomioiminen hoitotyössä	Hoitotyössä pyrittiin vauvantahtiseen hoitoon Yhteistyö hoitajien ja lääkäreiden välillä tuki vauvantahtista hoitoa Hoitotoimenpiteet ajoitettiin vauvan vuorokausirytmien vanhempien kanssa yhteistyössä
Vauvan stressinmerkkien huomioiminen osana hoitoa.	Stressitekijöiden tunnistaminen vauvojen käyttäytymisen avulla Vauvojen käytöksessä näkyvien stressinmerkkien selittäminen vanhemmille Tunnistettiin vanhempien kyky huomioida vauvan stressiä
Hoitajan roolin muuttuminen taka-alalla läsnä olevaksi tukijaksi	Tuettiin perheitä perheen omista tarpeista lähtien Oltiin perheen taustavoimana tukena saatavilla Tuettiin vanhempia hoitamaan lasta omatoimisesti
Perheen kannustaminen lapsen hoitoon osallistumisessa	Huomioitiin perhe kokonaisuutena osana lapsen hoitoa Vanhemmat olivat voineet olla läsnä osastolla mahdollisimman paljon Tuettiin vanhempia osallistumaan lapsen erilaisiin hoitotoimenpiteisiin heidän voimavarojensa mukaan Kunnioitettiin vanhempien mielipiteitä vauvan hoidon eri vaiheissa

	<p>Annettiin lääkärintuella vanhemmille tilaa olla lapsensa asiantuntija</p>
<p>Imetyksen tukeminen erilaisten hoitotyön keinoin vauvan lasketusta ajasta huolimatta.</p>	<p>Vauvojen pulloruokinnasta oli siirrytty enemmän imetykseen siihen tukea antavia hoitomenetelmiä käyttämällä</p> <p>Imetyksen tukeminen keskosuudesta huolimatta</p> <p>Annettiin vauvan aloittaa rinnalta syömisen hänen ollessaan siihen valmis</p>
<p>VVM-lomakkeiden käyttäminen apuna lapsen ja perheen kanssa toimiessa</p>	<p>VVM-lomakkeita hyödynnettiin vähemmän kuin heti koulutuksen jälkeen</p> <p>Sekä vanhemmat että hoitajat käyttivät lomakkeita apuna oppiakseen tuntemaan lasta paremmin</p> <p>Lomakkeita käytettiin työvälineenä pitkän hoitajakson potilailta</p> <p>Lomakkeet helpottivat perheen kanssa asioista keskustelua</p> <p>Kotiutumiseen valmistauduttiin lomakkeen avulla</p>
<p>Opittujen työskentelytapojen soveltaminen muihin potilasryhmiin</p>	<p>VVM hoitokäytänteitä oli laajennettu erilaisten potilasryhmien hoitotyöhön</p> <p>VVM-hoitokäytänteitä sovellettiin vähemmän isompien lapsipotilaiden hoitotyöhön</p>

5.1. Ihokontaktin mahdollistaminen vauvalle ja vanhemmille

VVM-koulutuksen jälkeen hoitajille oli jäänyt hoitotyössä käyttöön **ihokontaktin mahdollistaminen vauvalle ja vanhemmille**. Ihokontaktin mahdollistamisessa hoitajat kokivat, että *ihokontakti mahdollistettiin aikaisempaa helpommin, ihokontaktin keskeytyksättömyys pyrittiin takaamaan lääkärintuella aikana, ihokontakti pyrittiin toteuttamaan erilaisten hoitolaitteidenkin kanssa ja ihokontakti pyrittiin aloittamaan mahdollisimman varhain.*

Ihokontakti mahdollistettiin aikaisempaa helpommin, koska koulutuksen jälkeen koettiin olevan vähemmän esteitä kenguruhoitokäytännölle, ihokontaktille ja vauvan asettamiselle äidin tai isän iholle. VVM-koulutuksen jälkeen ihokontakti mahdollistettiin aikaisempaa helpommin, sillä hoitotoiminnan koettiin rajoittavan vähemmän ihokontaktiin pääsemistä ja enää lapsen asettaminen ihokontaktiin ei tuntunut työläältä. Ihokontaktin mahdollistamiseen aikaisempaa helpommin oli vaikuttanut myös se, että äidit olivat voineet olla osastolla pitkiä aikoja pitäen vauvaa iholla ja ihokontaktin käyttö oli lisääntynyt.

” Se mikä on muuttunut myöskin siihen kenguruun ottamisessa, että vanhemmat saavat vauvan kenguruun ja ihokontaktiin, niin ennen oli paljon enemmän esteitä miksi vauvaa ei voinut nostaa kenguruun kuin nykyään. ”

VVM-koulutuksen kohdentaminen koko henkilöstöön takasi sen, että kaikissa ammattiryhmissä ymmärrettiin ihokontaktin tärkeys ja toimittiin samojen hoitokäytäntöjen mukaisesti. *Ihokontaktin keskeytyksettömyys pyrittiin takaamaan lääkärintierron aikana* ja vauvan koettiin voivan olla kenguruhoiossa lääkärintierron aikana, lääkäri koettiin voivan tutkia vauvaa kenguruhoioson aikana ja siten lääkärintierto ei keskeyttänyt kenguruhoitoa.

Ihokontaktista saatavan hyödyn vuoksi *ihokontakti pyrittiin toteuttamaan erilaisten hoitolaitteidenkin kanssa* ja esimerkiksi cpap-hoidon aikana kenguruhoitoa toteutettiin sen vauvan vointiin antavan positiivisen vaikutuksen vuoksi. VVM-koulutuksen jälkeen hoitokäytäntöihin oli jäänyt ajattelu- ja toimintatapa, että ihokontaktin pystyi toteuttamaan erilaisista hoitolaitteista huolimatta. Ihokontakti pyrittiin toteuttamaan erilaisten hoitolaitteiden kanssa ja hoitolaitteistoa käytettiin myös hyödyksi ja vauvan voinnin seurannassa ihokontaktin aikana hyödynnettiin seurantalaitteiden monitoreja.

”Jos vauva näyttää siltä, että pärjäälee ihan kivasti niiden systeemien kanssa, niin äkkiä se sinne isän syliin laitetaan. He saavat olla sitten siinä ja me monitorin kautta.”

Ihokontakti pyrittiin aloittamaan mahdollisimman varhain ja toimintatapoihin oli jäänyt käyttöön, että varhainen ihokontakti toteutui ja lyhytkin ihokontakti mahdollistettiin, vaikka äiti oli synnytyksen jälkeen eri osastolla.

5.2. Vauvan oman vuorokausirytmän huomioiminen hoitotyössä

VVM-koulutusintervention jälkeen yhtenä työskentelytapana oli jäänyt käyttöön **vauvan oman vuorokausirytmän huomioiminen hoitotyössä**. Vauvan vuorokausirytmän huomiointi näkyi siten, että *hoitotyössä pyrittiin vauvantahtiseen hoitoon, yhteistyö hoitajien ja lääkärin välillä tuki vauvantahtista hoitoa ja hoitotoimenpiteet ajoitettiin vauvan vuorokausirytmään vanhempien kanssa yhteistyössä*.

Kun *hoitotyössä* pyrittiin *vauvantahtiseen hoitoon* tavoitehakuisesti, hoito muuttui vauvantahtiseksi ja silloin huomioitiin enemmän vauvan omantahtista rytmiä. Interventiokoulutuksen jälkeen vauvan syntymän jälkeen siirryttiin nopeasti vauvantahtiseen hoitoon ja vauvan voinnin mukaan annettiin hänen itsensä tahdittaa hoitoaikataulua turvarajojen puitteissa. Vauvantahtiseen hoitoon pyrittäessä vauvojen ruokailujen aikatauluttaminen oli vähentynyt.

”Kunhan vaan lääketiede myöten antaa niin sitten heti siirrytään siihen, että se vauva saa itse vähän määrittää. Annetaan ne turvarajat sieltä, mutta sitten hän saa itse määrittää, että mitä ne on.”

Koko työyhteisön kouluttaminen VVM-ideologian mukaisesti mahdollisti, että *yhteistyö hoitajien ja lääkärin välillä tuki vauvantahtista hoitoa*, jolloin kaikki yhdessä pyrkivät vauvantahtiseen hoitoon. Vauvantahtisessa hoidossa lääkärintarkastus sovitettiin vauvan hereillä oloaikaan ja lääkärinkierto rytmitettiin vauvan leporytmin mukaisesti hoitajien kanssa yhteistyössä.

”Sitten minun mielestäni lääkärinkierrokin voidaan käydä paperikiertona. Ja sitten kun lääkäri on ajatellut, että tänään hän tutkisi. Niin sitten me saatetaan soittaa tai sovitaan, että soitan sitten kun vauva herää ja on sitä mieltä, että nyt tarvitsisi saada hoitaja. Lääkäri tulee silloin kiertämään eikä herätetä sitten kesken niiden unien.”

Kun *hoitotoimenpiteet ajoitettiin vauvan vuorokausirytmiiin vanhempien kanssa yhteistyössä*, niin vauvojen pesut ja punnitukset aikataulutettiin vauvantahtisesti ja vauvojen punnitseminen ajoitettiin yhteistyössä vanhempien kanssa. Vauvojen vuorokausirytmien huomioinnin seurauksena monien toimenpiteiden tiukoista aikatauluista hoidoille oli luovuttu. Kun hoitotoimenpiteitä ajoitettiin vauvantahtisesti vanhempien kanssa yhteistyössä, siirrettiin tarvittaessa vauvan ruoka-aikoja äidin tulon mukaan ja samalla huomioitiin vauvan vuorokausirythmi äidin kanssa yhdessä.

5.3. Vauvan stressinmerkkien huomioiminen osana hoitoa

VVM-koulutusinterventiossa tutustutaan vauvassa näkyviin stressinmerkkeihin ja tämän tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat, että **vauvan stressinmerkkien huomioiminen osana hoitoa oli säilynyt**. *Hoitotyössä stressitekijöiden tunnistaminen vauvojen käyttäytymisen avulla ja vauvojen käytöksessä näkyvien stressinmerkkien selittäminen vanhemmille* oli osa yhteistyötä vanhempien kanssa vauvan

stressinmerkkien huomioinnissa. Hoitajat kokivat tärkeäksi, että hoitajina *tunnistettiin vanhempien kyky huomioida vauvan stressiä.*

Tutkimuksen mukaan *stressitekijöiden tunnistaminen vauvojen käyttäytymisen avulla* oli lähtenyt siitä, että koulutuksen avulla ajattelun muuttuminen vauvoille stressiä aiheuttavista tekijöistä ja stressinmerkeistä oli käynnistynyt ja oli opittu tulkitsemaan eri tavalla vauvoja. Stressinmerkkien tunnistamisen avulla ymmärrettiin miten olla tuottamatta stressiä vauvalle.

”Kun tämä on tehty aina näin, niin tehdään ja ne vauvat ovat tuollaisia. Ja tuossa, että ne palelee ja takertuu kiinni ja muuta ja itkee alasti. Ja sitten ymmärtää, että sitä voi tehdä toisella tavalla mikä ei tuota sitä stressiä vauvalle.”

VVM-ideologian mukaan vanhemmat olivat paljon vauvan luona ja siksi *vauvojen käytöksessä näkyvien stressinmerkkien selittäminen vanhemmille* koettiin tutkimuksen mukaan tärkeäksi ja koulutuksen avulla osattiin kertoa vauvan stressin aiheuttajista ja osattiin kertoa vanhemmille enemmän vauvan käyttäytymisestä. VVM-ohjeiden mukaisesti vauvan käytöstä tarkkaillaan yhdessä vanhempien kanssa ja hoitajat kokivat tärkeäksi, että osattiin selittää vanhemmille vauvan stressinmerkkejä ja keskusteltiin niistä.

Hoitajat kokivat omassa hoitotyössään toteutuvan VVM-koulutuksen mukaisen työskentelytavan, että *tunnistettiin vanhempien kyky huomioida vauvan stressiä*, jolloin huomattiin, kuinka vanhemmat osasivat lukea vauvan käytöstä ja pystyivät helpottamaan vauvan stressitilannetta.

”Ja aika kivasti huomaa, kuinka ne oppii lukemaan sitä lasta. Ennen tuntui, että me kerrottiin, että minkälainen sinun vauvasi on ja nyt vanhemmat kertoo, että mistä minun vauva tykkää.”

5.4. Hoitajan roolin muuttuminen taka-alalla läsnä olevaksi tukijaksi

VVM-koulutusintervention myötä **hoitajan roolin muuttuminen taka-alalla läsnä olevaksi tukijaksi** hoitosuhteessa perheen kanssa oli jäänyt pysyväksi työskentelytavaksi. Koulutusintervention mukanaan tuomana roolin muutoksena hoitajana *tuettiin perheitä perheen omista tarpeista lähtien, oltiin perheen taustavoimana tukena saatavilla ja tuettiin vanhempia hoitamaan lasta omatoimisesti.*

Perheiden tukeminen perheen omista tarpeista lähtien tarkoitti, että silloin ei annettu vanhemmille valmiita vastauksia, miten asiat olivat tai ei annettu vanhemmille valmiita vastauksia, miten toimitaan eikä sanottu tämän nyt olevan näin. Perheen omista tarpeista kuunneltiin vanhempia ja perheitä kokonaisuutena.

”Ettei aina ole itse sanomassa, että tämä on nyt näin.”

Kun oltiin perheen taustavoimana tukena saatavilla, annettiin vanhemmille enemmän tilaa ja oltiin enemmän taka-alalla tukemassa, hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan hoitajan rooli potilashuoneessa oli vähentynyt ja silloin oltiin hoitajina enemmän taka-alalla. Lisäksi oltiin tukena perheelle ja saatavilla koko ajan, vaikkapa oltiin taka-alalla kerraten päivän kuulumisia vanhempien kanssa.

Kun tuettiin vanhempia hoitamaan lasta omatoimisesti, annettiin vanhemmille enemmän tilaa hoitotoimissa ja annettiin vanhempien olla enemmän itsenäisiä vauvan hoidossa. Silloin vanhemmat hoitivat aiempaa enemmän lastaan ja esimerkiksi vanhemmat, hoitajien sijaan, punnitsivat vauvat omatoimisesti. Vanhempien tukeminen lapsen omatoimiseen hoitamiseen näkyi myös siten, että vanhemmat hoitivat vauvoja itsenäisesti hoitojakson lopulla ja kotiutumisen lähetessä vanhempien tukeminen tapahtui keskustelemalla.

”Et eihän me siellä enää pyöritä tekemässä ja, eihän me oteta sitä, — mennä ja oteta painoa. Kyllä monet vanhemmat, kun menet aamuhuoneeseen, ne on ottanut painot ja kaikki itsenäisesti jo.”

5.5. Perheen kannustaminen lapsen hoitoon osallistumisessa

VVM-koulutusintervention jälkeen hoitajien käyttöön jääneenä työskentelytapana oli **perheen kannustaminen lapsen hoitoon osallistumisessa** ja siihen kuului, että *huomioitiin perhe kokonaisuutena osana lapsen hoitoa, vanhemmat olivat voineet olla läsnä osastolla mahdollisimman paljon, tuettiin vanhempia osallistumaan lapsen erilaisiin hoitotoimenpiteisiin heidän voimavarojensa mukaan, kunnioitettiin vanhempien mielipiteitä vauvan hoidon eri vaiheissa ja annettiin lääkärinkierrolla vanhemmille tilaa olla lapsensa asiantuntija.*

Kun hoitotyössä *huomioitiin perhe kokonaisuutena osana lapsen hoitoa*, perheet saivat olla enemmän osastolla, sisarusten läsnäolosta osastolla pidettiin ja sisarukset saivat olla osastolla.

VVM-koulutusintervention jälkeen *vanhemmat olivat voineet olla läsnä osastolla mahdollisimman paljon*, silloin vanhemmilla oli mahdollisuus olla vauvan kanssa koko päivä, vanhemmat olivat pitkiä aikoja vauvan luona, vanhemmat otettiin huomioon, vanhemmat olivat voineet olla osastolla ja vanhemmat olivat voineet tehdä asioita vauvaystävällisesti. Varsinkin äidit olivat aiempaa enemmän osastolla vauvan luona, äidit olivat voineet yöpyä vauvan luona ja jos äiti joutui olemaan eri osastolla hoidossa kukaan ei ihmetellyt äidin tuloa osastolle yöllä ihastelemaan vauvaansa.

Kun kannustettiin perhettä osallistumaan lapsen hoitoon, niin tällöin *tuettiin vanhempia osallistumaan lapsen erilaisiin hoitotoimenpiteisiin heidän voimavarojensa mukaan* ja ohjattiin vanhempia olemaan läsnä erilaisissa hoitotoimenpiteissä, mutta samalla yksilöllisesti vanhempien resurssien mukaan vanhemmille annettiin mahdollisuus olla pois ikävältä tuntuvien hoitotoimenpiteiden aikana.

”Ja sitten jos tehtiin jotain toimenpidettä, niin vanhemmat pois. Jos pistettiin tippakanyyliä tai jotain tällöistä, niin vanhemmat siitä pois. Kun nykyään ohjataan käsikapalon pitämistä ja saattaa olla tipanlaitossakin jopa vanhemmat kiinni pitämässä. Ovat siinä lähellä.”

Kun kannustettiin vanhempia osallistumaan lapsensa hoitoon niin samalla *kunnioitettiin vanhempien mielipiteitä hoidon eri vaiheissa*. Vanhempien mielipiteiden kunnioittaminen näkyi hoitotyössä siten, että oltiin herkkiä vanhempien toiveille vauvan hoidon suhteen, vanhempia otettiin mukaan hoidon suunnitteluun enemmän, vauvan vointia seurattiin yhdessä vanhempien kanssa, kunnioitettiin vanhempien mielipidettä imetyksestä ja kuulosteltiin vanhempien päätöstä imetyksestä.

”Kaikki vähän yrittää niitä tuntosarvia aina nostaa ylös. Että vähän minkälainen ilmapiiri siellä on ja mitä he kaipaa ja haluaa.”

Kun *annettiin lääkärintuella vanhemmille tilaa olla lapsensa asiantuntija*, silloin lääkärintuella hoitaja oli vähemmän äänessä, annettiin vanhemmille tilaa puhua lääkärintuella, annettiin vanhempien kertoa lääkärille lapsen voinnista ja annettiin vanhempien vastailta kysymyksiin lääkärintuella.

5.6. Imetyksen tukeminen erilaisten hoitotyön keinoin vauvan lasketusta ajasta huolimatta

Hoitajat kokivat interventiokoulutuksen jälkeen hoitotyössään jääneen käyttöön **imetyksen tukemisen erilaisten hoitotyön keinoin vauvan lasketusta ajasta huolimatta**. Koulutuksen jälkeinen muutos näkyi siinä, että *vauvojen pulloruokinnasta oli siirrytty enemmän imetykseen siihen tukea antavia hoitomenetelmiä käyttämällä, imetyksen tukeminen keskosuudesta huolimatta oli nykyinen hoitokäytäntö ja lisäksi annettiin vauvan aloittaa rinnalta syöminen hänen ollessaan siihen valmis.*

VVM-interventiokoulutuksen jälkeen hoitajilla työskentelytavaksi on jäänyt, että *vauvojen pulloruokinnasta oli siirrytty enemmän imetykseen siihen tukea antavia hoitomenetelmiä käyttämällä, jolloin pulloruokintaa oli vähennetty ja imetystä korostettiin. Imetyksen alkuvaiheessa ei sotkettu vauvan imetystä tuttipullolla, vaan imetyksen alkuvaiheessa laitettiin rinnalta menemään maitoa imetysapulaitteen avulla. Jos vauvalla oli syömisongelmien vuoksi nenämahaletku käytössä, niin nyt ei pyritty nopeasti nenämahaletkusta eroon, vaan annettiin vauvalle aikaa imetyksen harjoitteluun. Imetystä ei ajateltu raskaammaksi vauvalle verrattuna pulloruokintaan.*

”Ja pyrittiin nenämahaletkusta enemmänkin äkkiä pois, annettiin pullosta. Ajateltiin, että se rinnalla olo on niin raskasta ja että pullo ja sitten joskus imetystä. Mutta eihän se onnistu niin päin.”

Koulutusintervention jälkeen hoitajien käytäntönä oli *imetyksen tukeminen keskosuudesta huolimatta*, jolloin tuettiin keskosten imetystä ja keskosuutta ei nähty esteenä täysimetykselle.

Vauvan ollessa äidillä ihokontaktissa *annettiin vauvan aloittaa rinnalta syöminen hänen ollessaan valmis siihen*. Koulutusintervention jälkeen vauvan ikäviikot eivät enää rajoittaneet imetyksen aloittamista, vaan huomioitiin vauvan käytöksestä valmiutta rinnalta syömiseen ja imetys aloitettiin, kun vauva oli valmis. Toimintatavaksi koulutusintervention jälkeen oli jäänyt myös, että vauvat pääsivät varhaisemmassa vaiheessa rinnalle syömään.

”Mutta jos vauva esittää siinä, että minä voisin sieltä rinnalta ottaa jotakin tai käydä siellä vähäsen, niin ei se ole mikään. Ennen se oli vähän, sitä katsottiin sitä viikkoa, että tämä on vielä sen viikkoinen, että ei vielä. Nykyään ei enää katsota.”

5.7. VVM-lomakkeiden käyttäminen apuna lapsen ja perheen kanssa toimiessa

Hoitajat kokivat, että interventiokoulutuksen jälkeen **VVM-lomakkeiden käyttäminen apuna lapsen ja perheen kanssa toimiessa** oli jäänyt käyttöön hoitotyöhön. Hoitajat toivat esiin, että VVM-lomakkeita *hyödynnettiin vähemmän kuin heti koulutuksen jälkeen*, mutta silti *sekä vanhemmat että hoitajat käyttivät lomakkeita apuna oppiakseen tuntemaan lasta paremmin*. Erityisesti *lomakkeita käytettiin työvälineenä pitkän hoitajakson lapsipotilailla, lomakkeet helpottivat perheen kanssa asioista keskustelua ja kotiutumiseen valmistauduttiin lomakkeen avulla*.

Hoitajat kertoivat lomakkeiden olevan käyttökelpoisia, mutta kokivat silti, että *VVM-lomakkeita hyödynnettiin vähemmän kuin heti koulutuksen jälkeen*. Hoitajat käyttivät haastatteluissa erilaisista VVM-lomakkeista yhteisnimitystä ”kirjallinen VVM”. Hoitajat kokivat, että vaikka VVM-lomakkeiden käyttö oli vähentynyt, niin VVM näkyi työssä enemmän, ja että kirjallista VVM tuli tehtyä vähän ja lyhytaikaisilla ei täytetty niin paljon VVM-lomakkeita kuin alussa. Toisaalta hoitajat toivat esiin, että lomakkeista saatu apu oli siirtynyt suoraan käytäntöön, sillä välillä tuntui, oliko lomake tarpeellinen, kun lasta tarkkailtiin vanhempien kanssa joka päivä.

Sekä vanhemmat että hoitajat käyttivät lomakkeita apuna oppiakseen tuntemaan lasta paremmin VVM-hoitokäytäntöjen mukaan ja hoitajat toivat ilmi, kuinka erilaiset lomakkeet olivat jääneet käyttöön. Hoitajat kokivat, että lomake Katso kuinka minä kehityn toimi apuna tutustuttaessa lapseen ja että Millainen minä olen -lomaketta käytettiin enemmän kuin CLIPiä ja että Millainen minä olen -lomakkeesta olivat pitäneet sekä hoitajat että vanhemmat, jotka pystyivät vertailemaan antamiaan vastauksia keskenään. Hoitajat kokivat myös, että lomakkeesta Katso kuinka minä kehityn juttelu alkoi vanhempien kanssa ja että vanhemmat olivat voineet kertoa lapsen voinnista Millainen minä olen lomakkeeseen kerätyn tiedon avulla. Hoitajat toivat esiin, että vieroitushoidossa olleiden vauvojen äideille lomakkeeseen kerätyt tiedot auttoivat äitiä kiinnittämään enemmän huomiota lapseen huolimatta äidin omista ongelmista.

”Ja yksi mikä minulle tuli mieleen, on ne nämä vieroitusoireiset lapset. Jotkut niistä äideistä erityisesti jotkut on ollut ihan ilahtuneita. Ne on tajunnut, että ai tällainen lapsi minulla onkin, kun niin paljon pyörii sen itsensä ympärillä. Sitten ne osaa kiinnittää siihen lapseen vähän enemmän huomiota.”

Haastatteluissa hoitajat kertoivat, että *lomakkeita käytettiin työvälineenä pitkän hoitajakson potilailla*. Lomakkeita oli opittu käyttämään hyödyksi ja VVM-lomakkeet olivat mukana työssä välineenä, varsinkin pitkäaikaisilla potilailla täytettiin VVM-lomakkeita ja lomakkeita käytettiin ennenaikaisilla vauvoilla.

Hoitajat kokivat, että *lomakkeet helpottivat perheen kanssa asioista keskustelua*. Koulutuksen ja lomakkeiden avulla oli voitu kysellä paremmin asioita ja osattiin kysellä asioita, joiden nähtiin mietityttävän perheitä, vaikka alussa vanhemmilta tiedustelu raskausajasta tuntui epämieluisalta. Hoitajat kertoivat, että rohkeus oli kasvanut kysellä perheiltä asioista ja koettiin, että hoitaja oli voinut kysellä asioita kierrellen ja vanhemmat avautuivat. Hoitajat kokivat myös, että vauvan hoitamisen lomassa pääsi lomakkeiden avulla syvemmälle keskusteluissa vauvan odotuksesta, synnytyksestä ja perheen tilanteesta.

Haastatteluissa hoitajat toivat esiin, että useimmiten *kotiutumiseen valmistauduttiin lomakkeen avulla*, koska koettiin, että kotiutus oli yhtä tärkeää kuin saapuminen ja tutustuminen. Kotiutumiseen valmistautumisessa käytettiin lomaketta, joka auttoi hahmottamaan lähestyvää kotiinlähtöä. Kotiinlähtölomake oli käytössä ja kotiinlähtölomaketta oli myös muokattu osastolle sopivaksi. Käytäntöön oli jäänyt, että kotiinlähtölomaketta käytettiin pidempiaikaisilla potilailla ja pääsääntöisesti kotiinlähtölomaketta käytettiin keskosilla.

”Meillä on olemassa se talo, missä me katsotaan näitä asioita, että missä vaiheessa se vauva on valmis sinne kotiin. Se on ollutkin aika hyvä siinä mielessä, että meidän vanhemmat hahmottaa, että se kotiinlähtö todella tulee.”

5.8. Opittujen työskentelytapojen soveltaminen muihin potilasryhmiin

VVM-koulutusinterventio on kehitetty vastasyntyneiden teho-osaston olosuhteisiin, mutta sitä on implementoitu myös osastoille, joissa hoidetaan vastasyntyneiden lisäksi eri-ikäisiä lapsipotilaita. VVM-koulutuksessa **opittujen työskentelytapojen soveltaminen muihin potilasryhmiin** oli koulutusintervention jälkeen ollut käytössä hoitotyössä.

VVM-hoitokäytänteitä oli laajennettu erilaisten potilasryhmien hoitotyöhön, mutta kuitenkin VVM-hoitokäytänteitä sovellettiin vähemmän isompien lapsipotilaiden hoitotyöhön. Kun VVM-

hoitokäytänteitä oli laajennettu erilaisten potilasryhmien hoitotyöhön, niin VVM-hoitokäytänteitä oli laajennettu isompien lasten hoitotyöhön ja VVM-hoitokäytänteitä hyödynnettiin potilasryhmiin, joissa lapsi oli ollut paljon osastolla yksin. Hoitajien kokemuksen mukaan koulutusintervention jälkeen varsinkin syömishäiriöisten potilaiden hoitokäytänteitä oli pystytty uudistamaan.

”Puhutaan vaikka syömishäiriöistä tai näistä, niin sitä on sinnekin sitten otettu mukaan ja pystytty avartaa sielläkin näitä hoitokäytänteitä tämän kautta.”

Hoitajat kokivat, että *VVM-hoitokäytänteitä sovellettiin vähemmän isompien lapsipotilaiden hoitotyöhön* ja VVM-hoitokäytänteet kohdistuivat enemmän vauvoihin. Esteeksi hoitajat kokivat isompien lasten kohdalla, että VVM-hoitokäytänteitä käytettiin vähemmän osaamisen puutteen vuoksi.

6. POHDINTA

Tässä tutkimuksessa hoitajat kuvailivat koulutusinterventiossa opittuja käyttöön jääneitä hoitotyön toimintatapoja, joihin sisältyi VVM-hoitoideologian mukaista toimintaa pyrkien perhekeskeisen hoitotyön toteuttamiseen. Haastattelujen yhteydessä haastatellut kuvasivat perhekeskeisyyden lisääntymisen koulutuksen jälkeen olleen, kuin olisivat saaneet luvan toteuttaa perhekeskeisempää hoitotyötä.

6.1. Tulosten tarkastelua

Ihokontaktin mahdollistaminen vauvalle ja vanhemmille

Tulokset osoittivat tutkimuksen kohteena olevissa yksiköissä, että hoitokäytäntönä oli ihokontaktin mahdollistaminen vauvalle ja vanhemmille. Haastatteluissa hoitajat käyttivät sekä kenguruhoidon että ihokontaktin käsitettä tarkoittaen sillä samaa. Myös lähdemateriaalissa käytettiin sekä käsitettä kenguruhoito (kangaroo care) että ihokontakti (skin-to-skin). (2019). Ihokontaktin on todettu tutkimusten mukaan mm. parantavan äiti—lapsi-vuorovaikutusta ja -suhdetta (Feldman ym. 2002, Bystrova ym. 2009, Feldman ym. 2014, Mörelius ym. 2015), vähentävän vauvan stressiin liittyvää kortisolin eritystä (Mörelius ym. 2015), vähentävän äidin masennusta (Feldman ym. 2002, Feldman ym. 2014) ja lisäävän imetystä (Srivastava ym. 2014, Mörelius ym. 2015, Bigelow & Power 2020). Ihokontaktin merkityksellisyys on tiedetty jo pitkään, ja Pohjoismaissa sen toteutumista vastasyntyneiden tehohoidossa ovat tutkineet mm. Olsson ym. (2012), joiden tutkimuksen mukaan Suomessa ja Islannissa vauvan pääseminen ihokontaktiin oli hitaampaa kuin muissa Pohjoismaissa. Ihokontaktin tärkeydestä yhtenä osana koulutusohjelmaa on esimerkiksi ohjelmissa Vanhemmat Vahvasti Mukaan[®] (Toivonen ym. 2019) ja Vauvamyönteisyys (Ikonen ym. 2019).

Tutkimuksen mukaan ihokontakti mahdollistettiin aikaisempaa helpommin ja ihokontaktin keskeytyksettömyys pyrittiin takaamaan lääkärintarkinnan aikana. Suomessa ihokontaktin toteutumista ovat tutkineet mm. Hakala ym. (2015) ja heidän tutkimuksensa mukaan kompastuskiviä ihokontaktin toteutumiseen olivat keisarinleikkaus ja vauvan vointiin liittyvät seikat, lisäksi isän ja vauvan välinen ihokontakti oli selkeästi vähäisempää kuin äidin ja vauvan välinen ihokontakti. Käytännössä esimerkiksi keisarinleikkauksen jälkeen synnyttäneen puoliso on usein ensimmäinen lähimmäinen, joka saa vauvan ihokontaktiin. Hakala ym. (2015) totesivat tutkimusaineistonsa perusteella keisarinleikkauksella syntyneiden vauvojen pääsevän isän kanssa ihokontaktiin 82 % tapauksissa, kun vastaava luku alatiesynnytysten osalta oli 37 %. Mörelius ym. (2015) tutkimuksen mukaan

ihokontaktilla oli positiivinen vaikutus isien kokemuksiin parisuhdeongelmiin vauvan ollessa neljän kuukauden ikäinen verrattuna kontrolliryhmään.

Tutkimuksen mukaan VVM-interventiokoulutuksen jälkeen ihokontakti pyrittiin toteuttamaan erilaisten hoitolaitteidenkin kanssa. Tutkimuksessa tuli esiin samansuuntainen havainto kuin Toivosen (2021) väitöskirjassa, jossa mainitaan VVM-intervention jälkeen hoitajien olleen rohkeampia antamaan ennen aikaisesti syntyneen vauvan vanhemmille ihonkontaktiin, vaikka vauva oli intuboituna. Kun vauva erikoissairaanhoidossa tarvitsee lastenyksikössä toteutettavaa hoitoa, siihen usein liittyy myös erilaisten valvonta- ja hoitolaitteiston käyttö, joiden aiemmin koettiin rajoittavan vauvan olemista sylissä tai ihokontaktissa. Olsson ym. (2012) olivat tutkineet ihokontaktin toteutumiseen vaikuttavista asenteista sekä käytänteistä Pohjoismaissa. Tässä tutkimuksessaan he toivat esiin, että tutkimuksen aikaan Suomessa teho-osastoyksiköissä esteenä ihokontaktille koettiin olevan esimerkiksi napa- tai arteriakatetri (Olsson ym. 2012). Feeley ym. (2016) tuovat tutkimusartikkelissaan esiin teho-osastolla hoitajan toiminnallaan voivan vaikuttaa positiivisesti vauva—vanhempi vuorovaikutukseen ja toisaalta negatiivisesti läheisyyden kokemiseen voivan vaikuttaa esimerkiksi hoitoympäristön hyvin teknologinen olemus.

Tutkimuksen mukaan ihokontakti pyrittiin aloittamaan mahdollisimman varhain tutkimusten kohteena olleissa lasten ja nuorten yksiköissä. WHO (2020) suosittelee syntymän jälkeen 90 minuutin keskeytyksetöntä ihokontaktia äidin ja vastasyntyneen välillä. Yleensä ihokontakti aloitetaan synnytyssalissa, mutta esimerkiksi keisarinleikkaus tai vauvan voimissa olevat ongelmat heti syntymän jälkeen voivat siirtää ensimmäisen ihokontaktin toteutumisen lasten ja nuorten yksiköihin (Olsson ym. 2012, Hakala ym. 2015). Aikaisempien tutkimusten mukaan ihokontaktin mahdollisimman varhaisella aloittamisella oli positiivisia vaikutuksia. Bystrova ym. (2009) tarkkailivat tutkimuksessaan kahden tunnin separaation merkitystä äidin ja vauvan välillä heti syntymän jälkeen ja totesivat, että jos separaatiota ei ole, se vaikutti positiivisesti vauvan ja äidin väliseen suhteeseen. Feldman ym. (2014) tutkimuksen mukaan 14 peräkkäisenä päivänä vastasyntyneen vauvan saama kenguruhoito mm. vähensi vauvan hengitysvaikeuksia, vaikutti positiivisesti äidilliseen kiintymyksen tunteeseen, vähensi äitien masennusta, ja lisäksi paransi lasten kognitiivista kehitystä sekä vaikutti positiivisesti toiminnanohjaustaitoihin aina kymmenen vuoden ikäseurantaan asti.

Vauvan oman vuorokausirytmien huomioiminen hoitotyössä

Tutkimuksen mukaan vauvan oma vuorokausirytmistö huomioitiin hoitotyössä ja silloin hoitotyössä pyrittiin vauvantahtiseen hoitoon. VVM-koulutuksen mukaisesti vanhempien kanssa yhdessä havainnoidaan vauvaa ja opitaan tuntemaan häntä, esimerkiksi miten vauva ilmaisee nälkänsä, kaipaa rauhoittumista ja millainen on vauvan vireystila (Ahlqvist-Björkroth ym. 2012). Vauvan vuorokausirytmien hahmottaminen on tutustumista yksilöllisesti perheeseen ja vauvaan ja VVM-koulutuksen mukaisesti perhekeskeiseen hoitoon pyrittäessä esimerkiksi seurataan vauvan käytöstä ja imetys ajoitetaan vauvan antamien merkkien mukaisesti (Ahlqvist-Björkroth ym. 2012, Toivonen ym. 2020).

Tulokset osoittivat yhteistyön hoitajien ja lääkäreiden välillä tukeneen vauvantahtista hoitoa. VVM-koulutusinterventio kohdistetaan sekä hoitajiin että lääkäreihin ja molemmat ammattiryhmät saavat tietoa vauvantahtisuuden huomioimisesta hoidossa (Axelin ym. 2014). Käytännössä se näkyy esimerkiksi lääkärintierroissa, jolloin lääkärintierito rytmitetään vauvan leporytmien mukaisesti vauvan hereillä oloaikaan. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa VVM-koulutusinterventio antaman tiedon ja toimintatapojen toteuttamisen hoitotyössä (Toivonen 2021).

Tulosten mukaan hoitotoimenpiteet ajoitettiin vauvan vuorokausirytmistö vanhempien kanssa yhteistyössä. Vanhempien kanssa yhdessä vauvan havainnointi, vanhempien kyky tulkita vauvan viestejä ja vanhempien läsnäolo osastolla ovat VVM-interventio mukanaan tuomia keinoja, joilla voidaan ottaa huomioon vauvan vuorokausirytmistö (Ahlqvist-Björkroth 2012). Toivosen (2021) tutkimuksen mukaan VVM-koulutusinterventio jälkeen vanhempien arvio oli positiivisempi vauvan viestien huomioinnissa hoidon suunnittelussa sekä omassa osallistumisessa päätöksentekoon.

Vauvan stressinmerkkien huomioiminen osana hoitoa

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitotyössä toimintatavaksi oli jäänyt vauvan stressinmerkkien huomioiminen osana vauvan hoitoa ja siihen kuului stressitekijöiden tunnistaminen vauvojen käyttäytymisen avulla. VVM-koulutusinterventio mukaan vauvassa havainnoidaan stressinmerkkejä, jotka on luokiteltu fysiologisiin, autonomisiin, keskushermostollisiin, ihon värimuutoksiin, visuaaliseen käytökseen, suolistoperäisiin sekä muihin esimerkiksi itkun laatuun ja ärtyneisyyteen (Ahlqvist-Björkroth ym. 2012). Liaw ym. (2009) totesivat tutkimuksessaan, että hoitajille suunnattu koulutus vauvan kehitystä tukevasta hoidosta muutti hoitajien työskentelytapoja ja siten vauvojen stressioireet kylvetysten yhteydessä vähenivät.

Tulosten mukaan vauvojen käytöksessä näkyvien stressinmerkkien selittäminen vanhemmille oli käytössä oleva toimintatapa. VVM-hoitoideologian mukaisesti vanhempien havaintoja vauvastaan kuunnellaan aktiivisesti ja hoitajat tarkkailevat vauvaa yhdessä vanhempien kanssa (Ahlqvist-Björkroth ym. 2012, Axelin ym. 2014, Ahlqvist-Björkroth ym. 2017, Toivonen ym. 2020). Aiemmin on huomattu VVM-koulutusintervention jälkeen hoitajien kokevan, että sekä hoitajien antama tuki ja ohjaus että vanhempien lisääntynyt osallistuminen vauvan hoitoon oli auttanut vanhempia tulemaan vauvansa hoidon asiantuntijoiksi (Axelin ym. 2014).

Tutkimustulosten mukaan VVM-koulutusintervention jälkeen hoitotyössä tunnistettiin vanhempien kyky huomioida vauvan stressiä. VVM-koulutuksen mukaan on tärkeää tunnistaa vanhempien intuitiivinen kyky vanhemmuuteen ja vanhempien tarve muodostaa tunnesidos vastasyntyneeseen vauvaansa. (Ahlqvist-Björkroth ym. 2017.) Lisäksi VVM-koulutuksen mukaan vanhempien havaintoja vauvan voinnista kuunnellaan aktiivisesti ja arvostetaan heidän antamaansa tietoa, joka taas vahvistaa heidän kykyään tulkita lapsensa käytöstä. (Axelin ym. 2014, Ahlqvist-Björkroth ym. 2017).

Hoitajan roolin muuttuminen taka-alalla läsnä olevaksi tukijaksi

Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat hoitajan roolinsa muuttuneen taka-alalla läsnä olevaksi tukijaksi. Perheiden yksilöllisyyden huomiointi koettiin parantuneen VVM-koulutuksen myötä ja perheitä tuettiin heidän omista tarpeistaan lähtien. VVM-hoitoideologian mukaan vanhemmat ovat aktiivisesti mukana lapsensa hoidossa ja hoitoon liittyvässä päätöksenteossa (Axelin ym. 2014, Ahlqvist-Björkroth ym. 2017, Toivonen ym. 2019, Toivonen ym. 2020, Toivonen 2021).

Tulosten mukaan hoitajan roolin muuttuminen aktiivisesta toimijasta enemmän tukijaksi ja ohjaajaksi VVM-koulutuksen myötä antoi hoitajille kokemuksen olemisesta perheen taustavoimana tukena saatavilla. Osassa aiemmista VVM liittyvistä tutkimuksista (Axelin ym. 2014, Ahlqvist-Björkroth ym. 2017, Toivonen ym. 2019, Toivonen 2021) oli tuotu esiin hoitajan roolin muutos VVM-koulutusintervention myötä. Niin VVM-ohjelmassa (Ahlqvist-Björkroth ym. 2012, Axelin ym. 2014, Ahlqvist-Björkroth ym. 2017, Toivonen ym. 2020) kuin useassa muussakin perhekeskeisyyttä (Merrigan ym. 2016, Coats y. 2018, Skene ym. 2019) lisäämään pyrkivässä koulutusohjelmassa kuvataan tärkeäksi tutustumista perheeseen ja vanhempien tukemista aktiivisina osallistujina oman lapsensa hoitoon.

Tutkimustulosten mukaan hoitajien kokemus oli, että heidän hoitoyksikössään tuettiin vanhempia hoitamaan lasta omatoimisesti. Toivonen (2021) väitöskirjassaan kertoo, kuinka VVM-intervention jälkeen hoitajat oppivat kuuntelemaan uudella tavalla vanhempien ajatuksia lapsestaan ja hoitajien luottamus vanhempien kykyyn hoitaa omaa lastansa kasvoi. Samansuuntaista kokemusta Skene ym. (2019) löysivät tutkimuksessaan siitä, kuinka perhekeskeisyyttä lisäävän koulutuksen jälkeen vanhempien osallistaminen lapsen hoitoon lisääntyi.

Perheen kannustaminen lapsen hoitoon osallistumisessa

Tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat, että perheen kannustaminen lapsen hoitoon osallistumisessa oli osa toteutuvaa hoitotyötä ja että VVM-koulutuksen jälkeen yksiköissä huomioitiin perhe kokonaisuutena osana lapsen hoitoa. Hoitajat totesivat keskusteluissa koronapandemian rajanneen sisarusten läsnäoloa osastoilla. Vanhemmat Vahvasti Mukaan® koulutuksessa huomioidaan vanhempien osuus lapsen hoidossa ja koulutuksen tarkoituksena on auttaa tukemaan vanhempia heidän vanhemmuudessaan sekä vanhempien ja lapsen välisen siteen kehittämisessä (Ahlqvist-Björkroth ym. 2017). Storvik-Sydänmaa ym. (2019) näkevät lapsen aina osana perhettä ja lapsen sairauden vaikuttavan paitsi vanhempiin, mutta myös muihin perheenjäseniin.

Tutkimuksen mukaan vanhemmat olivat voineet olla läsnä osastolla mahdollisimman paljon. VVM-koulutusintervention alussa yksiköissä oli poistettu vanhempien lapsen lähellä oloa rajoittavia käytäntöjä kuten vierailuajat vanhemmilta (Toivonen 2021). Axelin ym. (2014) toivat artikkelissaan esiin VVM-koulutuksen positiivisina piirteinä mm. vanhempien pääsyn osastolle ympäri vuorokauden sekä vanhempien mahdollisuuden yöpyä lapsensa luona. Vanhemmat olivat kokeneet VVM-intervention jälkeen tilojen palvelevan paremmin perhekeskeistä hoitoa (Toivonen ym. 2020), ja vanhempien läsnäolo lisääntyi intervention jälkeen 31 %:sta vuorokaudessa 43 %:iin (He ym. 2021). Osassa yksiköissä, missä oli läpikäyty VVM-koulutusinterventio, oli pystytty muokkaamaan myös hoitoympäristöä mahdollistamaan vanhempien läsnäolo paremmin ja Toivosen (2021) mukaan yksiköissä, joissa oli siirrytty perhehuoneiden käyttöön perinteisen avo-osaston sijaan, ja vuorovaikutuskertojen ollessa määrältään samoja, oli hoitajien vuorovaikutusaika vanhempien kanssa lisääntynyt 35 minuutista lähes kahteen tuntiin.

Tulosten mukaan yksiköissä tuettiin vanhempia osallistumaan lapsen erilaisiin hoitotoimenpiteisiin heidän voimavarojensa mukaan. Perhekeskeistä hoitoa kehitettäessä Skene ym. (2019) huomasivat, että vanhempien osallistuminen toimenpiteisiin vähensi vanhempien pelkoa vieraista tilanteista ja

vähensi vanhempien kokemaa avuttomuutta. Vanhemmat kokevat oman osallistumisensa lapsensa hoitoon tärkeäksi ja merkitykselliseksi (O'Brien ym. 2013, Baylis ym. 2014, Skene ym. 2019). VVM-koulutuksessa henkilöstö harjoittelee aktiivista kuuntelua sekä vanhempien kanssa vuorovaikutuksessa ollessa tilan antamista vanhempien aktiivisuudelle (Axelin ym. 2014, Ahlqvist-Björkroth ym. 2017).

Tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat, että yksiköissä VVM-koulutusintervention jälkeen kunnioitettiin vanhempien mielipiteitä vauvan hoidon eri vaiheissa. VVM-hoitoideologian mukaan hoitotyötä suunnitellaan ja toteutetaan vanhempien kanssa yhteistyössä ja yksilöllisesti vanhempia kuunnellen (Ahlqvist-Björkroth ym. 2012, Axelin ym. 2014, Ahlqvist-Björkroth ym. 2019). Koulutuksen myötä henkilökunta oppii ottamaan vanhemmat paremmin huomioon ja lapsen hoito ajatellaan yhteistyönä vanhempien kanssa (Toivonen ym. 2020).

Tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat, että yksiköissä annettiin lääkärintierrolla vanhemmille tilaa olla lapsensa asiantuntija. VVM-koulutuksen hyödyistä lääkärintierrolla Toivonen ym. (2019) toivat esiin lääkärin kokemuksen vanhempien antaman tiedon lapsen voinnista olevan relevanttia ja sen toimivan myös lääkärin päätöksenteon tukena. Vanhemmat kokivat osallistumisensa lääkärintierrolla keskusteluun parantuneen VVM-koulutusintervention jälkeen jonkin verran (Toivonen 2021). Aiempien tutkimusten mukaan vanhempien läsnäoloa lääkärintierrolla saadaan lisättyä muun muassa kutsumalla vanhemmat kierrolle mukaan (Blankenship ym. 2015, Aija ym. 2019). VVM-interventiokoulutus kohdennetaan hoitoyksiköissä myös lääkäreille (Axelin ym. 2014).

Imetyksen tukeminen erilaisten hoitotyön keinoin vauvan lasketusta ajasta huolimatta

Tutkimustulosten mukaan imetyksen tukeminen erilaisten hoitotyön keinoin vauvan lasketusta ajasta huolimatta oli käytössä tutkimuksen kohteena olevissa yksiköissä. Lisäksi tulosten mukaan vauvojen pulloruokinnasta oli siirrytty enemmän imetykseen siihen tukea antavia hoitomenetelmiä käyttämällä. VVM-koulutuksen jälkeen käyttöön jääneet toimintatavat tukivat kansallisia sekä kansainvälisiä suosituksia. Maailman terveysjärjestö suosittelee imetystä vauvalle sen hyvin sopivuuden ja siitä saatavien hyötyjen vuoksi (WHO 2021), ja siksi myös suomalaisessa terveydenhuollossa imetyksen alkamiseen panostetaan. WHO:n ja UNICEF:n julkaiseman vauvamyönteisyysohjelman (Baby-friendly Hospital Initiative) tavoitteena on turvata, edistää ja tukea imetystä. Suomessa sairaaloista suurin osa on auditoitunut vauvamyönteiseksi. (Ikonen ym. 2019.) Myös VVM-ohjelmassa painotetaan imetyksen tärkeyttä (Ahlqvist-Björkroth ym. 2012). Imetyksestä koituvia terveyshyötyjä lapsilla ovat riskien pieneminen mm. välikorvatulehduksiin, parentavikaan, ripuliin,

hengitystieinfektioihin, tyypin 2 diabetekseen sekä ylipainoon (Victora ym. 2016) ja äideillä rintasyöpään (Scoccianti ym. 2015).

Tutkimustulosten mukaan imetyksen tukeminen keskosuudesta huolimatta toteutui tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä. Ennenaikaisesti syntyneiden ja sairaiden vastasyntyneiden ravitsemuksen tueksi on kehitetty vauvamyönteisyysohjelmaa mukaillen ohjeistus neo-BFHI eli The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards (Ikonen ym. 2019). VVM-koulutusinterventio on kehitetty alun perin vastasyntyneiden teho-osaston olosuhteisiin, jossa keskoset ovat yksi potilasryhmä. Toivonen ym. (2020) tutkimuksen mukaan vanhemmat kokivat positiivisemmin VVM-koulutusintervention jälkeen vauvan viestien mukaisen imettämisen. Myllymaa ym. (2017) tutkimuksen mukaan äitien näkökulmasta keskosvauvan imettäminen koettiin merkityksellisenä, imetys oli vauvalähtöistä, mutta imetys oli myös ongelmallista. Kuppihörpytyksen ja imetyksen on todettu olevan näiden riskiryhmien vauvoille turvallisempaa verrattuna pulloruokintaan, jonka on huomattu lisäävän ruokailunaikaisia hapettumisongelmia sekä tihentyneitä desaturaatiotilanteita (Nyqvist ym. 2015). Imetyksen tukeminen, on sitten kyseessä keskosvauva tai täysiaikainen vauva, on sekä vauvan että äidin kannalta tärkeää, niin terveyshyötyjen kuin äiti-lapsi-suhteenkin näkökulmasta (Nyqvist ym. 2015, Myllymaa ym. 2017, Ikonen ym. 2019).

Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat hoitokäytännöksi jääneen VVM-interventiokoulutuksen jälkeen, että annettiin vauvan aloittaa rinnalta syömisen hänen ollessaan siihen valmis. Vauvojen viestien seuraaminen on apuna, kun pohditaan vauvan valmiutta imetykselle. Vauvan ilmaistessa esimerkiksi hamuilemalla halukkuuttaan ja valmiuttaan imetykselle, ja jos vauvan vointi sen sallii, voidaan imetystä aloittaa. (Nyqvist ym. 2015.) Äitien näkökulmasta Myllymaa ym. (2017) toivat esiin kokemusta, kuinka imetyksen koettiin onnistuneen, kun vauva oli ilmaissut halua ja kykyä rinnalta imemiseen.

VVM-lomakkeiden käyttäminen apuna lapsen ja perheen kanssa toimiessa

Tutkimustulosten mukaan hoitokäytäntöihin kuului VVM-lomakkeiden käyttäminen apuna lapsen ja perheen kanssa toimiessa, mutta tulosten mukaan hoitajat kokivat, että VVM-lomakkeita hyödynnettiin vähemmän kuin heti koulutuksen jälkeen. VVM-hoitokäytäntöihin koulutuksen mukaan kuuluu erilaisten ennalta suunniteltujen lomakkeiden käyttö auttamaan hoitohenkilökuntaa tunnistamaan perheiden yksilölliset tilanteet ja tarpeet sekä tukemaan perheen vauvaan tutustumista, osallistumista vauvan hoitoon, ja valmistautumista vauvan kotiutumiseen (Ahlqvist-Björkroth ym. 2012).

Tutkimustulosten mukaan hoitajien kokemana sekä vanhemmat että hoitajat käyttivät lomakkeita apuna oppiakseen tuntemaan lasta paremmin. Millainen minä olen -lomakkeen vanhemmat täyttävät yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Lomakkeessa kysytään esimerkiksi kysymyksiä kuten ”Kuinka minua voi lohduttaa? / Tavat, joilla sinä voit lohduttaa minua? / Tavat, joilla minä voin lohduttaa itseäni?” (Ahlqvist-Björkroth ym. 2012). Lomakkeen tarkoitus on auttaa vanhempia tutustumaan lapseensa ja hoitajien ollessa vanhempien tukena tässä prosessissa (Axelin ym. 2014). Esimerkiksi CLIP-lomakkeessa käydään vanhempien kanssa läpi vauvan tämänhetkistä vointia, raskauden ja synnytyksen aikaa sekä siirtoa synnytyksen jälkeen lastenyksikköön, vanhempien suhdetta vauvaansa sekä heidän tuntemuksiaan vanhemmuudesta, perheen kokonaisuuden hahmottamista ja onko perheellä sosiaalista tukiverkkoa sekä vanhempien ajatuksia ja toiveita liittyen vauvan hoitoon (Ahlqvist-Björkroth ym. 2012, Ahlqvist-Björkroth ym. 2014). Skene ym. (2019) kuvailivat interventionsa perhekeskeisen hoidon parantamiseksi tuloksissa vanhempien rohkaistuvan osallistumaan enemmän lapsensa hoitoon, kun he oppivat tuntemaan lapsensa paremmin.

Tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat, että lomakkeita käytettiin työvälineenä pitkän hoitojakson potilailla ja että lomakkeet helpottivat perheen kanssa asioista keskustelua. Aiemmin on VVM-interventiassa samankaltainen jakautuminen lyhyen ja pitkän hoitojakson potilailla ollut nähtävissä omahoitajuudessa ja vanhempien toive oli ollut saada omahoitaja myös lyhyemmilläkin hoitajaksoilla, koska he kokivat omahoitajan tuntevan perheen paremmin (Toivonen ym. 2020, Toivonen 2021). Lomakkeet auttavat myös hoitajia kommunikoidaan perheiden kanssa sekä tuntemaan perheet yksilöinä ja siten parantavat yhteistyötä perheiden kanssa (Axelin ym. 2014). Lomakkeiden käyttäminen olisi perheeseen ja lapseen tutustuttaessa myös lyhytaikaisilla potilailla perusteltua niiden toimiessa apuna kartoittaessa perheen olosuhteita ja voisi olla kehityskohta hoitotyössä.

Tutkimustulokset osoittivat, että haastatteluihin osallistuneissa yksiköissä kotiutumiseen valmistaututtiin lomakkeen avulla. VVM-hoitoideologian mukaan tärkeä osa vauvan olemista erikoissairaanhoidon yksikössä on valmistautuminen kotiutumiseen. Kotiutumista aletaan suunnitella heti, kun se on vauvan voinnin mukaan päämääränä. (Ahlqvist-Björkroth 2012.) Toivosen (2021) tutkimuksen mukaan VVM-interventiokoulutuksen läpikäyneissä yksiköissä vanhemmat kokivat olevan vielä parantamisen varaa kotiinlähdön suunnittelun aloittamisessa. Hoitajien kokemana VVM:n mukanaan tuoma vanhempien lisääntynyt osallistuminen lapsensa hoitoon mahdollisti varmemman kotiutumisen (Toivonen ym. 2019). Lomakkeiden hyödyntäminen myös lyhytaikaisilla hoitajaksoilla voisi auttaa vanhempien kokemuksen parantumiseen kotiutumisen suunnittelusta.

Opittujen työskentelytapojen soveltaminen muihin potilasryhmiin

Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat, että VVM-koulutuksessa opittuja työskentelytapoja oltiin sovellettu muihinkin potilasryhmiin kuin vastasyntyneisiin. Vaikka VVM-koulutusinterventio on kehitetty vastasyntyneiden teho-osastoilta lähteneisiin tarpeisiin ja ympäristöön, niin sitä on myös implementoitu lasten ja nuorten yksiköihin, joissa on muitakin potilaita kuin tehohoitoa vaativia ja potilaat ovat ikäjakaumaltaan 0–16-vuotiaita. (Toivonen ym. 2019.) VVM-koulutusinterventio on todettu lisäävän hoitotyön perhekeskeisyyttä ja intervention jälkeen hoitohenkilökunnan asenteen muuttuvan perhekeskeisemmäksi (Axelin ym. 2014). Perhekeskeisyyden ilmentymistä 7–16-vuotiaiden potilaiden hoitotyössä tarkastellut Coyne (2015) kuvaili kuinka vanhemmat ja lapset kokivat VVM-hoitoideologiassakin korostuvat elementit, kuten vanhempien jatkuvan läsnäolon ja osallistumisen hoitoon, tärkeäksi sekä turvallisuutta lisääväksi.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan VVM hoitokäytänteitä oli laajennettu erilaisten potilasryhmien hoitotyöhön. VVM-ideologiaan liittyvät hoitohenkilökunnan yksilöllinen perheiden kohtaaminen ja aktiivinen kuuntelu sekä vanhempien osallistuminen aktiivisena toimijana lapsen hoitoon näyttäisi olevan mahdollista toteuttaa erilaisissa potilasryhmissä. Erityisenä esimerkkinä hoitajat nostivat syömishäiriötä sairastavien nuorten hoitokäytänteiden muutoksen. Pediatrian teho-osastoilla hoitajat kokivat perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisesta sekä haasteita että hyötyjä, josta esimerkkinä vanhempien läsnäolon lisääntyessä on enemmän mahdollisuuksia rakentaa hyvää hoitosuhdetta ja luottamusta vanhempien kanssa (Coats ym. 2018).

Tulosten mukaan hoitajat kokivat, että VVM-hoitokäytänteitä sovellettiin vähemmän isompien lapsipotilaiden hoitotyöhön. Tässä olisi haaste Vanhemmat Vahvasti Mukaan® koulutusinterventio laajentamiselle eri-ikäisten lasten ja nuorten hoitotyöhön perhekeskeisyyden lisäämiselle perhehoitotyöhön. Perhekeskeisen hoitotyön toteuttamiselle saattaa olla useita esteitä, esimerkiksi aiempien tutkimusten mukaan VVM-interventioiden yhteydessä estäviä tekijöitä oli ollut vaadittu asennemuutos, arvojen muutokseen mukautuminen, fyysisen hoitoympäristön asettamat rajoitukset ja haasteet, henkilökunnan motivaation puute muutokseen, ammattikuntien erilainen sitoutuminen muutokseen ja hoitajien negatiiviset tuntemukset muutoksesta (Toivonen 2021). Irlannissa toteutetussa tutkimuksessa (Coyne 2015) esteitä perhekeskeisen hoitotyön toteuttamiselle koettiin olevan hoitajien ajan vähyys, kommunikaation puute sekä roolien epäselvyys hoitohenkilökunnan ja vanhempien välillä sekä välillisesti hoitajien ajan puutteen pakottamana vanhempien suuri osuus hoidossa, vaikka heillä ei olisi ollut siihen voimavaroja. Kun taas Yhdysvalloissa toteutetussa tutkimuksessa (Coats ym. 2015), jossa perhekeskeisen hoitotyön interventiossa käsiteltiin

vanhempien rajoittamatonta läsnäoloa sekä yhden hengen hoituhuoneita, hoitajien negatiiviset kokemukset, esimerkiksi vaikeus huomion jakamiseen sairaan lapsen ja vanhempien välillä, saattavat olla perhekeskeisyyttä estäviä tekijöitä. Lisäksi tutkimuksissa on raportoitu perhekeskeisen hoitotyön implementoinnin esteenä olleen puutteelliset tilat (Silva ym. 2016, Felipin ym. 2018, Phiri ym. 2019), henkilökunnan vähyys ja vanhempien poissaolo (Silva ym. 2016), vierailuaikojen asettamat rajoitukset sekä tietämättömyys perhekeskeisestä hoitotyöstä, että vanhanaikaiset hoitokäytännöt (Felipin ym. 2018) ja perhekeskeisen hoitokäytännön puuttuminen (Phiri ym. 2019).

6.2. Tulosten eettisyys

Tutkijaa ohjasi tutkimuksen teon kaikissa sen vaiheissa tutkijan etiikka. Tutkimuksen tekemisessä tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Leino-Kilpi & Välimäki 2009, TENK 2012, TENK 2019) ja siksi tässä tutkimuksessa työskentelyä ohjasi Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) antamat ohjeet eettisesti hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tutkimuksessa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta kaikissa sen vaiheissa. Tutkimuksen tekoon tutkimuslupaa tulee hakea asianmukaisesti ennen tutkimuksen aloitusta tutkimussuunnitelmalla (Hirsjärvi ym. 2009) ja tutkimusluvut haettiin organisaatioiden vaatimilla tavoilla. Tutkimuksessa tietoa kerättiin strukturoimattomilla haastatteluilla, tutkimukseen osallistuvia tiedotettiin tutkimuksesta ja kaikilta osallistujilta saatiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Haastattelujen aineisto litteroitiin sanatarkasti ja käytiin läpi induktiivisella sisällönanalyysillä. Raportissa on viittaukset lähteisiin tehty asianmukaisella huolellisuudella. Tutkimuksen tulokset esitellään tässä pro gradu -raportissa, lisäksi tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä käydään esittelemässä tulokset. Tutkimukseen ei liity taloudellisia sidonnaisuuksia ja kaikista kustannuksista vastasi tutkimuksen tekijä. Tutkimukseen ei missään vaiheessa liittynyt sidonnaisuuksia, jotka olisivat vaikuttaneet tutkimukseen. Ronkainen ym. (2011) nimeävät tieteellisen tiedon kriteereiksi perusteltavuuden, objektiivisuuden sekä kommunikoitavuuden, joita on pyritty noudattamaan tätä tutkimusta tehtäessä.

Tutkija piti lisäksi henkilökohtaisena ohjenuoranaan Pietarisen (2002) tutkimukselle laatimia eettisiä vaatimuksia koko prosessin ajan. Tutkija on ollut aidosti kiinnostunut tiedon lisäämisestä VVM-koulutuksen vaikutuksesta pitkällä aikavälillä hoitotyöhön. Tutkija paneutui aiheeseen tunnollisesti, jotta tutkimuksesta saatu tieto on luotettavaa. Tutkija noudatti rehellisyyttä tutkimuksessaan sekä pidättäytyi vahingon aiheuttamisesta. Tutkimuksessa pyrittiin säilyttämään haastatteluissa saatu tiedon sisältö aineiston abstrahoituessa sisällönanalyysin edetessä. Tutkija kunnioittaa sekä

tutkimukseen osallistujien että muuten tutkimukseen liittyvien henkilöiden ihmisarvoa ja suhtautui heihin kunnioittavasti. Tutkija huolehtii, että tieteellistä tietoa hyödynnetään asianmukaisesti ja siksi käy esittelemässä tutkimuksen tulokset tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä. Saatu tieto suhteutettiin yleistettävyyteen, ja sitä pohditaan tulosten luotettavuutta tarkasteltaessa tässä raportissa. Koska tekijä ei ole aiemmin tehnyt tämänkaltaista käytännön tutkimusta, tavoiteltiin tutkimustyön jättävän positiivista ja luotettavaa mielikuvaa tutkimukseen osallistuville. Omilla toimillaan tutkija pyrki vaikuttamaan tutkimuksen tekemiseen positiivisesti esimerkiksi huolellisella työskentelyllä, olemalla yhteydessä tutkimukseen osallistuneihin yksiköihin etukäteen sekä tiedottamalla tutkimuksen etenemisestä yksiköitä. Tutkija suhtautuu muihin tutkijoihin kunnioittavasti ja arvostavasti ja on huolehtinut viittaukset aiempiin tutkimuksiin huolellisesti.

Tutkimus toteutettiin suunnitelmallisesti ja saadut tietoaineistot säilytettiin siten, että osallistujat eivät ole tunnistettavissa ja aineisto säilytettiin lukitussa tilassa, johon pääsy oli ainoastaan tutkijalla. Haastateltavien henkilöllisyys pidettiin salassa. (Kylmä & Juvakka 2007, Hirsjärvi ym. 2009.) Tutkimusaineistoa käsiteltiin ja säilytettiin Tietoarkiston ohjeiden mukaisesti. Koska haastattelut kohdentuivat hoitohenkilökuntaan ei eettistä ennakoarviointia tarvittu.

6.3. Tulosten luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden vuoksi tutkijan tulee olla paneutunut aiheeseen sekä siitä kirjoitettuun tieteelliseen tietoon, tutkimusprosessi tulee olla suunnitelmallinen, tiedon raportoinnissa tutkimusprosessi kuvataan mahdollisimman tarkasti ja aineiston analyysi kuvataan siten että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä (Kylmä & Juvakka 2007, Hirsjärvi ym. 2009, Kyngäs ym. 2011, Elo ym. 2014). Tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi tutkija perehtyi aiempaan kirjallisuuteen perhekeskeisyydestä sekä siihen liittyvistä hoitohenkilökunnalle suunnatuista koulutusinterventioista, tutkimusprosessi oli suunniteltu etukäteen ja tulosten sekä prosessin luotettavuuden arvioimiseksi prosessi on kuvattu tutkimusraportissa.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin laadullisen tutkimuksen kriteereillä uskottavuus, vahvistettavuus, siirrettävyys (Parahoo 2006, Kylmä & Juvakka 2007, Elo ym. 2014) sekä refleksiivisyys (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa uskottavuuteen vaikutti tutkijan perehtyminen aiheeseen aiempien tutkimusten sekä oman työnsä kautta, huolellisuus kaikissa prosessin vaiheissa sekä tarkka raportointi. Uskottavuuden lisäämiseksi haastattelutilanteissa tutkija esitti tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä, että haastatteluun osallistujien näkökulmat tulivat oikein

tulkittua. Sekä uskottavuuteen että vahvistettavuuteen positiivisesti vaikutti tutkimuspäiväkirjan pitäminen, jota haastatteluista sekä tulosten tulkinnasta pidettiin. Vahvistettavuuden lisäämiseksi tutkimusraportissa kuvattiin tutkimusprosessi sekä miten tuloksiin päädyttiin, jotta lukija ymmärtää tutkijan tekemät johtopäätökset. Siirrettävyyden arvioimiseksi tutkimusympäristöjä sekä tutkimukseen osallistujia kuvailtiin tutkimusraportissa, kuitenkin siten että osallistujat tai ympäristö eivät ole tunnistettavissa. Refleksiivisyyteen pyrittiin vaikuttamaan myönteisesti pitämällä tutkimuspäiväkirjaa, sekä tutkimusprosessin aikana että raportissa pyrittiin mahdollisimman objektiivisesti tulkitsemaan haastatteluun osallistuneiden esiin tuomia seikkoja. Tässä tutkimuksessa nämä laadullisuuden kriteerit ohjasivat tutkijan työskentelyä koko prosessin ajan.

Haastatteluista saatu aineisto jäi kohtalaisen suppeaksi, joka heikentää tulosten siirrettävyyden luotettavuutta, mutta toisaalta aineistossa hoitajien samankaltaiset kuvailut toistuivat, joka taas lisää tulosten luotettavuutta. Yksiköt, joissa haastattelut tehtiin, eroavat jonkin verran luonteiltaan sekä fyysiseltä toimintaympäristöltään, mutta haastatteluissa iso osa saadusta tiedosta oli yhteneväistä. Ryhmähaastattelu toimi kuten oli tarkoituskin eli rohkaisi osallistujia keskustelemaan ja kuvailemaan kokemuksiaan hoitokäytäntöihin jääneistä toimintatavoista VVM-hoitoideologiasta. Strukturoimaton haastattelu toimi ja antoi hoitajien kuvauksille mahdollisuuden olla mahdollisimman aitoja ilman haastattelijan vaikutusta.

6.4. Johtopäätökset

Tutkimustulosten mukaan hoitajien hoitotyössä näkyi VVM-koulutusintervention käynnistämä muutos perhekeskeisiin toimintatapoihin:

1. Hoitotyössä toteutuva yksilöllisyys ja ymmärrys vanhempien kokemuksesta sekä vanhempien että lapsen tarpeista näkyi ihokontaktin mahdollistamisena vauvalle ja vanhemmille, vauvan oman vuorokausirytmien huomioimisena hoitotyössä, vauvan stressinmerkkien huomioimisena osana hoitoa ja imetyksen tukemisena erilaisten hoitotyön keinoin vauvan lasketusta ajasta huolimatta.
2. Perheiden mielipiteiden ja toiveiden kunnioitus, vanhemmuuden tukeminen, yhteistyökumppanuus lapsen hoidossa sekä ymmärrys vanhempien tarpeesta luoda yhteys lapseensa toteutui hoitajan roolin muutoksessa, perheen kannustamisessa lapsen hoitoon osallistumiseen ja VVM-lomakkeiden hyödyntämisenä.
3. Hoitotyön toimintatapoja oli kehitetty ja mukautettu kyseisen yksikön omista lähtökohdista soveltamalla opittuja työskentelytapoja muihin potilasryhmiin.

VVM-koulutusintervention menetot olivat onnistuneet ja intervention vaikutukset olivat vielä usean vuoden jälkeen näkyvissä käytännön hoitotyöhön käyttöön jääneinä toimintatapoina. Pandemia oli jonkin verran vaikuttanut toimintatapoihin esimerkiksi rajaamalla muiden perheenjäsenten kuin vanhempien läsnäoloa lapsipotilaan luona. Kaikki muutokset eivät kuitenkaan olleet säilyneet tai niitä ei ollut kunnolla omaksuttu kaikkien potilaiden hoitotyöhön, kuten VVM-kaavakkeiden käyttö alkuperäisessä mittakaavassa. Joitakin toimintatapoja oli mukautettu kyseiseen yksikköön yksikön omista tarpeista lähtien.

6.5. Jatkotutkimusaiheita

VVM oli kehitetty vastasyntyneiden teho-osaston olosuhteisiin, mutta sitä on sovellettu myös muiden potilasryhmien hoitotyössä. Perhekeskeisyyden ja perheiden kanssa toteutettavan yhteistyökumppanuuden parantamiseksi olisi hyödyllistä tutkia, miten VVM-hoitokäytäntöjä voisi toteuttaa ja soveltaa muissa potilasryhmissä ja hoitoympäristöissä.

Myös sekä tässä tutkimuksessa että Toivosen (2021) väitöskirjassa nousi esiin, että lyhytaikaisissa hoitajaksoissa eivät kaikki hoitokäytännöt toteudu samalla tavalla kuin pidemmissä. Tässä tutkimuksessa hoitajat kertoivat, että VVM-lomakkeita ei käytetä hyödyksi lyhytaikaisissa hoitajaksoissa ja Toivosen (2021) tutkimuksessa havaittiin, että todennäköisesti lyhyen aikaa osastolla hoidettavilla lapsilla ja perheillä ei toteutunut omahoitajuus. Lyhyen hoitajakson lapsipotilaiden hoidossa perhekeskeisten hoitokäytäntöjen toteutumisen estyminen olisi mielenkiintoinen tutkimuskohde.

LÄHTEET

Ahlqvist-Björkroth S, Axelin A, Korja R & Lehtonen L. 2019. An educational intervention for NICU staff decreased maternal postpartum depression. *Pediatric Research* 85, 982—986.

Ahlqvist-Björkroth S, Boukydis Z, Axelin A M & Lehtonen L. 2017. Close Collaboration with Parents™ intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. *Behavioural Brain Research* 325, 303—310.

Ahlqvist-Björkroth S, Boukydis Z & Lehtonen L. 2012. Vanhemmat vahvasti mukaan koulutuskäsikirja perhekeskeiseen toimintatapaan vastasyntyneiden tehohoidossa. Turun yliopistollinen keskussairaala. <https://docplayer.fi/3537011-Vanhemmat-vahvasti-mukaan.html>. Luettu 22.11.2019 ja 1.12.2021.

Almutairi W M & Ludington-Hoe S M. 2016. Kangaroo Care education effects on nurses' knowledge and skills confidence. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 47 (11), 518—524.

Axelin A, Ahlqvist-Björkroth S, Kauppila W, Boukydis Z & Lehtonen L. 2014. Nurses' perspectives on the Close Collaboration with Parents training program in the NICU. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing* 39 (4), 260—268.

Axelin A, Ahlqvist-Björkroth S, Kauppila W, Boukydis Z & Lehtonen L. 2014. Nurses perspectives on the Close Collaboratorion with Parents training program in the NICU. *American journal of maternal child nursing* 39, 260—268.

Baylis R, Ewald U, Gradin M, Hedberg Nyqvist K, Rubertsson C & Thernström Blomqvist Y. 2014. First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. *Acta Paediatrica* 103, 1045—1052.

Bengtsson M. 2016. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open* 2, 8—14. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2352900816000029?token=DA31842E577669F163DEE4F9D0CF8415F79AE85B18FAB7288EE714A3018CD3A38C5704BF4B848D66159CDD1C63F46194&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220227104109>. Luettu 8.10.2021

Bigelow A E, Power M, Gillis D E, Maclellan-Peters J, Alex M & McDonald C. 2014. Breastfeeding, skin-to-skin contact, and mother-infant interactions over infants' first three months. *Infant Mental Health Journal* 35 (1), 51—62.

Bigelow A E & Power M. 2020. Mother-infant skin-to -skin contact: Short- and long-term effects for mothers and their children born full-term. *Frontiers in Psychology* 11:1921.

Blankenship A, Harrison S, Brandt S, Joy B & Simsic J M. 2015. Increasing parental participation during rounds in a pediatric cardiac intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 24 (6), 532—538.

Boztepe H & Yildiz G K. 2017. Nurses perceptions of barriers to implementing family-centered care in a pediatric setting: A qualitative study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 22 (2), 12175.

Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen A-S, Ransjö-Arvidsson A-B, Mukhamedrakhimov R, Uvnäs-Moberg K & Widström A-M. 2009. Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. *Birth* 36 (2), 97—109.

- Coats H, Bourget E, Starks H, Lindhorst T, Saiki-Craighill S, Curtis J R, Hays R & Doorenbos A. 2018. Nurse's reflection on benefits and challenges of implementing family-centered care in pediatric intensive care units. *American Journal of Critical Care* 27 (1), 52—58.
- Coyne I. 2015. Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expectations* 18(5), 796—808.
- Császár-Nagy N & Bókkon I. 2018. Mother-newborn separation at birth in hospitals: A possible risk for neurodevelopmental disorders? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 84, 337—351.
- Dickey L, Truten J, Gross L M & Deitrick L M. 2011. Promotion of staff resiliency and interdisciplinary team cohesion through two small-group narrative exchange models designed to facilitate patient- and family-centered care. *Journal of Communication in Healthcare* 4 (2), 126—138.
- Dumas L, Lepage M, Bystrova K, Matthiesen A-S, Welles-Nyström B & Widström A-M. 2013. Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: A randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research* 22 (3), 310—336.
- 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 (1). https://andor.tuni.fi/permalink/358FIN_TAMPO/153crqv/sage_s10_1177_2158244014522633.
Luettu 1.3.2020.
- Feldman R, Rosenthal Z & Eidelman A I. 2014. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological Psychiatry* 75 (1), 56—64.
- Felipin L C S, Merino M F G L, Baena J A, Oliveira R B S R, Borghesan N B A & Higarashi I H. 2018. Family-centered care in neonatal and pediatric intensive care unit: nurse's vision. *Cienc Cuid Saude* 17 (2).
- Flacking R, Thomson G & Axelin A. 2016. Pathways to emotional closeness in neonatal units – a cross-national qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16, 170.
- Gibson F, Fletcher M & Casey A. 2003. Classifying general and specialist children's nursing competencies. *Journal of Advanced Nursing* 44 (6), 591—602.
- Gooding J S, Cooper L G, Blaine A I, Franck L S, Howse J L & Berns S D. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology* 35 (1), 20—28.
- Graneheim U H, Lindgren B-M & Lundman B. 2017. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today* 56, 29—34.
- Hakala M, Laukkala H, Kaakinen P & Elo S. 2015. Vauvamyönteisyyden nykytila Suomessa vastasyntyneen ihokontaktin toteutumisen osalta. *Tutkiva Hoitotyö* 13(4), 15—24.

- He F B, Axelin A, Ahlqvist-Björkroth S, Raiskila S, Löyttyniemi E & Lehtonen L. 2021. Effectiveness of the Close Collaboration with Parents intervention on parent—infant closeness in NICU. *BMC Pediatrics* 21(1), 28. <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12887-020-02474-2.pdf>. Luettu 1.2.2022.
- Heo Y J & Oh W-O. 2019. The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 95, 19—27.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna. Kirjayhtymä Oy.
- Holdford D. 2008. Content analysis methods for conducting research in social and administrative pharmacy. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 4, 173—181.
- Ikonen R, Parisod H, Tuomikoski A, Siltanen H, Hakulinen T & Holopainen A. 2019. Vauvamyönteisyysohjelma käyttöön. Hoitotyön tutkimussäätiö. Raportti 1/2019. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/10/netti-vauvamyönteisyys-kasikirja.pdf>. Luettu 21.10.2021
- Jolley J & Shields L. 2009. The evolution of Family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing* 24 (2), 164—170.
- Järvinen N, Niela-Vilén H & Axelin A. 2013. Vanhempien kokema stressi ja masennus vastasyntyneiden teho-osastolla. *Hoitotiede* 25 (3), 183—193.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. 1.painos. Helsinki. WSOY Pro Oy.
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. 1.painos. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Kylmä J, Vehviläinen-Julkunen K & Lähdevirta J. 2003. Laadullinen terveystutkimus; mitä, miten ja miksi? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 119 (7), 609—615.
- Kyngäs H, Elo S, Pölkki T, Kääriäinen M & Kanste O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138—148.
- Kymre I G. 2014. NICU nurses' ambivalent attitudes in skin-to-skin care practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 9, 23297.
- Lavoie-Tremblay M, Feeley N, Lavigne G L, Genest C, Robins S & Fréchette J. 2016. Neonatal intensive care unit nurses working in an open ward, stress and work satisfaction. *The Health Care Manager* 35 (3), 206—216.
- Leino-Kilpi H. 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi H & Välimäki M. *Etiikka hoitotyössä*. 5.uudistettu painos. Helsinki. WSOY.
- Liaw J-J, Yang L, Chang, L-H, Chou H-L & Chao S-C. 2009. Improving neonatal caregiving through a developmentally supportive care training program. *Applied Nursing Research* 22, 86—93.

- Lisanti A J, Vittner D, Medoff-Cooper B, Fogel J, Wernovsky G & Butler S. 2019. Individualized family-centered developmental care. An essential model to address the unique needs of infants with congenital heart disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 34 (1), 85—93.
- Matziou V, Manesi V, Vlachioti E, Perdikaris P, Matziou T, Chliara J I & Mpoutopoulou B. 2018. Evaluating how pediatric nurses perceive the family-centred model of care and its use in daily practice. *British Journal of Nursing* 27 (14), 810—816.
- Merrigan K, Steinmiller E A, Figueroa-Altmann A & Davis K F. KIDS CARE: A behavioral model to strengthen patient and family partnerships. *Pediatric Nursing* 42 (2), 89—94.
- Mikkelsen G & Frederiksen K. 2011. Family-centred care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 67 (5), 1152—1162.
- Milgrom J, Martin P R, Newnham C, Holt C J, Anderson P J, Hunt R W, Reece J, Ferretti C, Achenbach T & Gemmill A W. 2019. Behavioural and cognitive outcomes following an early reduction intervention for very preterm and extremely preterm infants. *Pediatric Research* 86, 92—99.
- Myllymaa K, Ikonen R, Aho A L & Kaunonen M. 2017. Äitien kokemuksia keskosvauvan imetyksestä sairaalassa ja kotiutumisen jälkeen. *Hoitotiede* 29 (3), 207—218.
- Mörelus E, Örténstrand A, Theodorsson E & Frostell A. 2015. A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression and breastfeeding. *Early Human Development* 91, 63—70.
- Nyqvist K H, Maastrup R, Hansen M N, Haggkvist A P, Hannula L, Ezeonodo A, Kylberg E, Frandsen A L, Haiek L N. 2015. Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. Educational materials for decisionmakers and staff. *Nordic and Quebec Working Group*. <http://www.ilca.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=4214>. Luettu 1.3.2022.
- O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L, Christie K, Galarza M, Dicky T, Levin A & Lee S K. 2013. A pilot cohort analytic study of family integrated care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy & Childbirth* 13 (1), 512.
- O'Connor S, Brenner M & Coyne I. 2019. Family-centred care of children and young people in the acute hospital setting: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing* 28, 3353—3367.
- Olsson E, Andersen R D, Axelin A, Jonsdottir R B, Maastrup R & Eriksson M. 2012. Skin-to skin care in neonatal intensive care units in the Nordic countries: a survey of attitudes and practices. *Acta Paediatrica* 101, 1140—1146.
- Parahoo K. 2006. Evaluating research studies. *Teoksessa Nursing Research. Principles, process and issues*. Toim. Toim. Kiina. Palgrave Macmillan.
- Phiri P G M C, Kafulafula U & Chorve-Sungani G. 2019. Exploring paediatric nurse's experiences on application of four core concepts of family centred nursing care in Malawi: Findings from a resource limited paediatric setting. *International Journal of Caring Sciences* 12 (1), 231—239.
- Pietarinen J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen S, Launis V, Pelkonen R & Pietarinen J (toim.) *Tutkijan eettiset valinnat*. Tampere. Gaudeamus. Tammer-Paino.

- Puusa A & Juuti P. 2011. Tieteenfilosofisista kysymyksistä laadullisen tutkimuksen näkökulmasta. Teoksessa Puusa A & Juuti P. (toim.) *Menetelmäviidakon raivaajat – perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. Johtamistaidon opisto. Vantaa. Hansaprint Oy.
- Ramezani T, Shirazi Z H, Sarvestani R S & Moattari M. 2014. Family-centered care in neonatal intensive care unit: A concept analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* 2(4), 268—278.
- Ravn I H, Smith L, Smeby N A, Kynoe N M, Sandvik L, Bunch E H & Lindemann R. Effects of early mother-infant intervention on outcomes in mothers and moderately and late preterm infants at age 1 year: A randomized controlled trial. 2012. *Infant Behavior and Development* 35, 36—47.
- Renfors R, Kaunonen M & Koivisto A-M. 2019. Isien stressi vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolla. *Hoitotiede* 31 (3), 216—226.
- Rodriguez-Martin B, Stolt M, Katajisto J & Suhonen R. 2016. Nurse's characteristics and organisational factors associated with their assessments of individualised care in care institutions for older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30 (2), 250—259.
- Ronkainen S, Pehkonen L, Lindblom-Ylänne S & Paavilainen E. 2011. *Tutkimuksen voimasanat*. 1.painos. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Scoccianti C, Key T J, Anderson A S, Armaroli p, Berrino F, Cecchini M, Boutron-Ruault M-C, Leitzmann M, Norat T, Powers H, Schüz J, Wiseman M & Romieu I. 2015. European Code against Cancer 4th Edition: Breastfeeding and cancer. *Cancer Epidemiology* 39S, 101—106.
- Shields L & Nixon J. 1998. ”I want my mummy”. *Collegian, Royal College of Nursing*, Australia.
- Silva T R G, Manzo B F, Fioreti F C C F & Silva P M. 2016. Family-centered care from the perspective of nurses in the neonatal intensive care unit. *Rev Rene* 17 (5), 643—650.
- Skene C, Gerrish K, Pricw F, Pilling E, Bayliss P & Gillespie S. 2019. Developing family-centred care in a neonatal care unit: An action research study. *Intensive & Critical Care Nursing* 50, 54—62.
- Sood ME, Berends L W, Butcher J J, Lisanti J A, Medoff-Cooper J B, Singer J J, Willen J E & Butler J S. 2016. Developmental care in North American pediatric cardiac intensive units: survey of current practices. *Advances in Neonatal Care* 16 (3), 211—219.
- STM. 1992. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista*. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1992/19920785>. Luettu 22.11.2019
- Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A & Dutta S. 2014. Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian Journal of Public Health* 58 (1), 22—26.
- Storvik-Sydänmaa S, Tervajärvi L & Hammar A-M. 2019. *Lapsen ja perheen hoitotyö*. 1.painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Tietosuoja-valtuutetun toimisto. n.d. *Aineiston hävittäminen, anonymisointi tai arkistointi tutkimuksen päättyessä*. <https://tietosuoja.fi/aineiston-havittaminen-anonymisointi-tai-arkistointi-tutkimuksen-paattyessa>. Luettu 3.3.2021.

Toivonen M. 2021. *Kohti perhekeskeistä hoitamista vastasyntyneiden teho-osastoilla. Hoitokulttuurin ja osastoarkkitehtuurin muutos*. Väitöskirja. Turun yliopisto. Painosalama Oy. Turku.

Toivonen M, Lehtonen L, Ahlqvist-Björkroth S & Axelin A. 2021. Effects of the Close Collaboration with Parents on the quality of family-centered care in NICUs. *Advances in Neonatal Care* 00, 1—9.

Toivonen M, Lehtonen L, Ahlqvist-Björkroth S & Axelin A. 2019. Key factors supporting implementation of a training program for neonatal family-centered care — a qualitative study. *BMC Health Services Research* (19), 394.

Toivonen M, Lehtonen L, Löyttyniemi E, Ahlqvist-Björkroth S & Axelin A. 2020. Close Collaboration with Parents intervention improves family-centered care in different neonatal unit contexts: a pre-post study. *Pediatric Research* 88, 421—428.

Tuomi S. 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Julkaisussa *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 20.4.2020.

TENK. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet. Julkaisussa *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3, 2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf. Luettu 20.4.2020.

Vaismoradi M, Turunen H & Bondas T. 2013. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences* 15, 398—405.

Victora C G, Bahl R, Barros A J D, Franca G V A, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar M J, Walker N & Rollins N. 2016. Breastfeeding in the 21st Century: mechanisms and lifelong impact. *Lancet Breastfeeding Series Paper 1. The Lancet (British edition)*, 387 (10017), 475—490.

Vittner D, Cong X, Ludington-Hoe S M & McGrath J. 2017. A survey of skin-to-skin contact with perinatal nurses. *Applied Nursing Research* 33, 19—23.

WHO. 2020. Skin-to-skin contact helps newborns breastfeed. <https://www.who.int/westernpacific/news-room/feature-stories/item/skin-to-skin-contact-helps-newborns-breastfeed>. Luettu 5.3.2022.

WHO. 2021. Breastfeeding. https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1. Luettu 1.11.2021.

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto n.d. *Aineistonhallinnan käsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistonhallinta/>. urn:nbn:fi:fsd:V-201504200001. Luettu 15.5.2020

Saatekirje Liite 1

Arvoisa hoitotyöntekijä

Työyksikössäsi olet kouluttautunut Vanhemmat Vahvasti Mukaan® (VVM) -koulutusintervention mukaisesti. VVM-interventiokoulutuksen on todettu parantavan perhekeskeisyyttä, mutta hoitokäytäntöjen säilymistä ei ole aiemmin tarkasteltu pitkällä aikavälillä. Tutkimusten mukaan aikaisemmin perhekeskeisyyden käyttöönotossa lasten ja nuorten hoitotyöhön on havaittu ongelmia.

Haastattelut toteutetaan ryhmähaastatteluina. Tutkimushaastattelujen avulla on tarkoitus kuvata VVM-intervention muutoksen pysyvyyttä hoitohenkilökunnan työskentelytavoissa sekä intervention vaikutusta hoitohenkilökunnan käsitykseen perhekeskeisyydestä. Haastattelut nauhoitetaan. Tässä haastattelussa pyydetään sinua kuvailemaan VVM-koulutuksen tuomaa muutosta toteuttamaasi hoitotyöhön ja VVM-ideologian näkymistä työskentelyssäsi tällä hetkellä, lisäksi koulutuksen vaikutuksesta käsitykseesi perhekeskeisyydestä.

Kokemuksiesi tuoma tieto on arvokasta arvioitaessa VVM-koulutuksen mukaisen perhekeskeisyyden toteutumista lasten ja nuorten hoitotyössä pitkällä aikavälillä sekä suunniteltaessa että toteutettaessa hoitohenkilökunnan koulutusta.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti kaikissa tutkimuksen vaiheissa, eikä yksittäistä haastateltavaa voi tunnistaa tuloksista. Tutkimuksen julkaisun jälkeen haastattelun alkuperäismateriaali hävitetään.

Tutkimukseni on osa Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikön terveystieteiden maisteriopintojani, pro gradu -tutkielma *Muutoksen pysyvyys hoitotyössä Vanhemmat Vahvasti Mukaan® -koulutusintervention jälkeen*. Ohjaajinani toimivat TtT, professori Marja Kaunonen ja TtT, dosentti Anna Liisa Aho Tampereen yliopistosta. Tutkimustulokset julkaistaan pro gradu -tutkielmana Tampereen yliopiston terveystieteen yksikössä. Tarvittaessa voin antaa lisätietoja tutkimuksesta, yhteystiedot alla.

Elina Pettinen
sh, TtM-opiskelija
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Terveystieteiden yksikkö
elina.pettinen@tuni.fi



SUOSTUMUSLOMAKE

Tutkimuksen nimi

Muutoksen pysyvyys hoitotyössä Vanhemmat Vahvasti Mukaan[®] -koulutusintervention jälkeen

Suostumus tutkimukseen osallistumiseksi

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut kirjallista tietoa tutkimuksesta, ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalla kysymyksiä. Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä peruuttaa suostumus ja keskeyttää tutkimus väliaikaisesti syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisina.

Annan suostumukseni tutkimukseen.

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Puhelinnumero

Sähköpostiosoite

Taustatietolomake Liite 3

TAUSTATIETOLOMAKE

Hyvä tutkimukseen osallistuja

Tämä taustatietolomake liittyy tutkimukseen *Muutoksen pysyvyys hoitotyössä Vanhemmat Vahvasti Mukaan® -koulutusintervention jälkeen*. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti kaikissa tutkimuksen vaiheissa, eikä yksittäistä haastateltavaa voi tunnistaa tuloksista. Tutkimuksen julkaisun jälkeen taustatietolomakkeet hävitetään.

Kirjoita vastauksesi viivalle kysymyksen perään tai ympyröi oikea vaihtoehto

1. Kuinka pitkä on hoitotyön kokemuksesi lasten ja nuorten hoitotyössä?

- a. 1–5 vuotta
- b. 6–10 vuotta
- c. yli 10 vuotta

2. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä työyksikössäsi?

- a. 1–5 vuotta
- b. 6–10 vuotta
- c. yli 10 vuotta

3. Kuinka monta vuotta on saamastasi VVM-koulutuksesta tässä työyksikössä?

Jos olet saanut VVM-koulutuksen muussa työyksikössä kuin nykyisessäsi, kuinka kauan siitä on aikaa vuosissa?

5. Millä ammattinimikkeellä työskentelet nykyisessä työyksikössäsi?

- a. lähihoitaja / perushoitaja / lastenhoitaja
- b. sairaanhoitaja
- c. kätilö
- d. terveydenhoitaja
- e. muu mikä? _____