

Hoitajien suhtautuminen potilaan perheeseen sairaalassa ja suhtautumista arvioivan FINC-NA-mittarin luotettavuuden arviointi

MAARET VUORENMAA

TtT, yliopisto-opettaja
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede

MIRA PALONEN

TtM, TtT-opiskelija, yliopisto-opettaja
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede

MARJA KAUNONEN

TtT, professori
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Yleishallinto

PÄIVI ÅSTEDT-KURKI

THT, professori
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Yleishallinto

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli validoida Ruotsissa kehitetyn Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes -mittarin (FINC-NA) suomenkielinen versio. Toisena tarkoituksena oli kuvata hoitajien suhtautumista potilaan perheeseen ja suhtautumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Aineisto (N = 645) kerättiin yhden sairaanhoitopiirin hoitajilta sähköpostitse lähetetyllä Webropol-kyselyllä ja analysoitiin tilastollisin menetelmin.

FINC-NA-mittari osoittautui validiksi ja reliabeliksi mittariksi, joka soveltuu käytettäväksi niin aikuis- ja lapsipotilaita kuin somaattisesti ja psykiatrisesti sairaita potilaita hoitavissa työyksiköissä. Hoitajien suhtautuminen perheisiin sairaalassa oli pääsääntöisesti myönteistä. Perheet koettiin resurssina ja keskustelukumppanina. Pienelle osalle hoitajista perheen läsnäolo aiheutti stressiä. Myönteisimmin perheisiin suhtauduttiin lapsipotilaita ja psykiatrisia potilaita hoitavissa yksiköissä.

FINC-NA-mittaria voidaan käyttää työvälineenä kehitettäessä perhehoitotyötä ja sen koulutusta. Perheeseen suhtautumiseen yhteydessä

ABSTRACT

Nurses' attitudes towards patient's family in hospital settings and the validity of the FINC-NA instrument measuring nurses' attitudes

*Maaret Vuorenmaa PhD, University instructor
Mira Palonen MNSc, PhD-student, University instructor*

*Marja Kaunonen PhD, Professor
Päivi Åstedt-Kurki PhD, Professor*

The aim of this study was to validate the Finnish version of the Swedish instrument 'Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes (FINC-NA)'. Second aim was to describe nurses' attitudes towards and factors associated with patient's family in hospital settings. The data (N = 645) were collected from nursing personnel in one hospital district via emailed Webropol-questionnaire and analyzed with statistical methods.

The Finnish FINC-NA was proven valid and reliable with both adult and child care, as well as somatic and psychiatric settings. The nurses had mainly positive attitudes towards families in hospital settings. Families were seen as a resource and a conversational partner. For a minority of nurses family presence caused stress. The most positive attitudes towards families

olevia tekijöitä voidaan hyödyntää koulutuksen ja johtamisen resurssien kohdentamisessa.

Avainsanat: Perhehoitotyö, mittarin arviointi, hoitajat

were in units with children and psychiatric patients.

FINC-NA instrument can be used as a development tool of family nursing and it's education. The factors related to attitudes towards families can be utilized to allocate the educational and management resources.

Keywords: family nursing, instrument evaluation, nursing personnel

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen.
- Vuorovaikutuksella on tärkeä merkitys potilaan ja hänen perheensä kohtaamisessa terveydenhuollossa.
- Hoitajien aktiivinen yhteistyö perheiden kanssa parantaa hoidon laatua lisäämällä hoitajan tietoisuutta potilaan elämäntilanteesta.

Mitä uutta käsikirjoitus tuo?

- Hoitajien suhtautumista potilaan perheeseen arvioiva FINC-NA-mittari osoittautui validiksi ja reliaabeliksi mittariksi, joka soveltuu käytettäväksi niin aikuis- ja lapsipotilaita kuin somaattisesti ja psykiatrisesti sairaita potilaita hoitavissa työyksiköissä.
- Hoitajien suhtautuminen perheisiin sairaalassa oli pääsääntöisesti myönteistä.
- Myönteisimmin perheisiin suhtauduttiin lapsipotilaita ja psykiatrisia potilaita hoitavissa yksiköissä.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja/tai johtamiselle?

- FINC-NA-mittaria voidaan käyttää työvälineenä perhehoitotyötä kehitettäessä.
- Mittari tuottaa konkreettisia sisältöjä perhehoitotyön kehittämiseksi käytännön hoitotyössä ja hoitotyön koulutuksessa.
- Koulutuksen ja johtamisen resursseja voidaan kohdentaa aiempaa paremmin tunnistamalla perhehoitotyön myönteiseen suhtautumiseen yhteydessä olevia tekijöitä.

Tutkimuksen lähtökohdat

Hyvään hoitamiseen kuuluu se, että potilas ymmärretään perheensä jäseneksi myös silloin, kun tämä asioi tai on hoidettavana terveydenhuollossa. Kukin ihminen määrittelee perheensä tai lähiyhteisönsä yksilöllisesti. Tässä tutkimuksessa perhe ja perheenjäsen ymmärretään potilaan itsensä määrittämällä tavalla rajoittumatta ainoastaan lakiin tai biologisiin suhteisiin pohjautuviin määritelmiin. Perheenjäsenet voivat olla siten muitakin läheisiä ihmisiä kuin esimerkiksi perinteisen ydinperheen jäse-

niä, kuten puoliso ja lapset. Perusteena voidaan pitää potilaan kokemusta läheisyydestä ja yhteenkuuluvuudesta. (Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Perhehoitotieteellisen näkemyksen mukaan yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa lähiyhteisöön. Se voi aiheuttaa heissä erilaisia tuntemuksia, kuten huolta ja pelkoa. Toisaalta sairastuneen hoitoon pääsy voidaan kokea huojentavana. Useimmiten perheenjäsenet haluavat käydä potilaan luona sairaalassa, koska he haluavat tavata potilaana olevaa läheistään tai joskus myös osallistua tämän hoitoon. (Åstedt-Kurki &

Kaunonen 2011.) Perheenjäsenen läsnäolo sairaalassa voi lisätä potilaan osallistumista omaan hoitoonsa (Paaivilainen ym. 2009) ja saada heidät suhtautumaan hoitoon aiempaa positiivisemmin (Coughlin 2013). Toisaalta perheenjäsenistä eroon joutuminen voi aiheuttaa potilaalle ahdistusta, tai tuntuu uhkaavalta (Fredriksen & Ringsberg 2007). Kansainvälisesti tutkimusta perheenjäsenen läsnäolosta ja roolista terveydenhuollossa on tehty lähinnä psykiatrisen hoitotyön (esim. Sjöblom ym. 2005) ja lasten hoitotyön (ks. esim. Hughes 2007) konteksteissa, mutta vähemmän aikuisten somaattisen hoidon alueella.

Suomalaisessa terveydenhuollossa perheen mukana oloa hoidossa ajatellaan usein kapeasta näkökulmasta vain lapsipotilaiden hoitoon liittyvänä. Laissa perheenjäsenet mainitaan ainoastaan potilaan heikentyneen päätöksentekokyvyn yhteydessä, mutta esimerkiksi päivittäisiin hoitotilanteisiin liittyen aikuispotilaiden perheenjäseniä ei huomioida (ks. Finlex 1992). Muista pohjoismaista Ruotsissa ja Norjassa perheenjäsenen asema terveydenhuollossa on huomioitu potilaslaissa (SOSFS 1982, Norwegian Government 1999).

Potilaan ja perheenjäsenen tukeminen on osa hoitamista ja tapahtuu onnistuneessa vuorovaikutussuhteessa. Vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys potilaan ja perheenjäsenen hoitoa koskevissa kokemuksissa. Esimerkiksi iäkkäiden potilaiden laitoshoitoa tutkittaessa havaittiin perheenjäsenen ja henkilökunnan välisen vuorovaikutuksen olevan yhteydessä perheenjäsenen masennukseen. Hyvin toimiva vuorovaikutus saattoi lievittää perheenjäsenen kokemaa stressiä esimerkiksi muuttuneista rooleista, syllisyydestä sekä epävarmasta tulevaisuudesta. Toisaalta huonot kokemukset vuorovaikutuksesta saattoivat lisätä riskiä perheenjäsenen turhautumiseen, uupumiseen tai masennukseen. (Chen ym. 2007.)

Suomessa on tutkittu potilaan perheenjäsenen tuensaantia terveydenhuollossa erilaisista sairauksista kärsivien aikuispotilaiden ja näiden perheiden näkökulmasta (Aura ym. 2010, Rantanen ym. 2010, Harju

ym. 2011, Liimatainen ym. 2011, Mattila ym. 2014). Tuen saannin edellytyksenä on hoitajien myönteinen suhtautuminen potilaaseen ja tämän perheeseen. Hoitajien suhtautuminen perheenjäseniin on aiempien tutkimusten valossa monisäikeistä (Benzein ym. 2008b, Saveman 2010). Hoitohenkilökunta kertoo suhtautuvansa perheenjäseniin hoitotyössä usein positiivisesti ja tukevaan (Benzein ym. 2008b), mutta esimerkiksi lastensairaanhoidajiin kohdistuvassa tutkimuksessa asenteelliset muutokset ja perhekeskeisen ajattelun säilyttäminen käytännön työssä osoittautuivat vaativiksi (Frost ym. 2010). Asenteet ovat usein tiedostamattomia ja ilmenevät hoitotyön jokapäiväisissä toiminnoissa (ks. Benzein ym. 2008a & 2008b). Perheenjäsenet saatetaan nähdä vierailijoina ja jättää ulkopuolelle potilaan hoitotilanteissa (Sjöblom ym. 2005). Tämä saattaa johtua hoitajien tarpeesta suojella perheenjäseniä (Benzein ym. 2008b). Se voi johtua myös tunteesta, että perheenjäsenet ovat hoitotyön ammattilaisten tiellä akuuteissa tilanteissa, kuten elvytyksessä ja tehohoitojaksolla, tai siitä, että potilaan hoito tulisi jättää ammattilaisten vastuulle (Benzein ym. 2008b). Jotta perheenjäseniä pidettäisiin todellisena hoitotyön resurssina, hoitajien tulisi arvostaa perheenjäsenen läsnäoloa; ottaa perheenjäsenet mukaan potilaan hoitamiseen heidän niin halutessaan, luoda hyvät suhteet perheenjäseniin sekä nähdä heidät yhteistyökumppaneina (Benzein ym. 2008b, Benzein ym. 2012, Åstedt-Kurki & Kaunonen 2011). Hoitajien myönteinen suhtautuminen perheenjäseniin lisää heidän aktiivisuuttaan yhteistyöhön perheiden kanssa (Sveinbjarnadottir ym. 2011) ja perheenjäsenen tullessa tutuksi hoidon laatu paranee, sillä se parantaa hoitajan tuntemusta potilaasta ja hänen elämäntilanteestaan (Coughlin 2013). Potilaiden ja perheiden huomiointi lisää myös hoitajien kokemaa ammattitilaa tekemästään työstä (Frost ym. 2010).

Potilaan perheenjäsenen kokemuksista ja mukana olosta terveydenhuollossa on jonkin verran suomalaista ja kansainvälistä tutkimusta, mutta hoitajien suhtautumista aikuispotilaiden perheenjäseniin on tutkittu

niukasti Suomessa. Hoitajien perheeseen suhtautumisen tutkimiseen tarvittavia mitareita ei ole ollut maassamme käytössä.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli validoida Ruotsissa kehitetyn Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes -mittarin (FINC-NA) suomenkielinen versio. Toisena tarkoituksena oli kuvata hoitajien suhtautumista potilaan perheeseen ja suhtautumiseen yhteydessä olevia tekijöitä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen on suomenkielelle käännetyn hoitajien potilaiden perheeseen suhtautumista mittaavan mittarin rakennevaliditeetti ja reliabiliteetti?
2. Millaista on hoitajien suhtautuminen potilaan perheeseen hoitotyössä?
3. Miten hoitajien taustatekijät ovat yhteydessä heidän suhtautumiseensa potilaan perheeseen?

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Aineistonkeruu

Tutkimusaineisto tähän poikkileikkaus-tutkimukseen kerättiin yhden sairaanhoitopiirin alueella. Aineisto kerättiin webropol-kyselyllä kaikilta sairaanhoitopiirin alueella työskenteleviltä perus-, lähi- ja sairaanhoitajilta sekä kättilöiltä (N=2865). Sähköpostiviesti, joka sisälsi tutkimustiedotteen sekä linkin kyselyyn, lähetettiin keskitetysti kaikille sairaanhoitopiirin ylihoitajille, jotka välittivät linkin edelleen osastonhoitajien kautta hoitohenkilöstölle. Kyselystä lähetettiin muistutusviesti kaksi viikkoa kyselyn lähettämisen jälkeen edellä mainittua kanavaa hyödyntäen. Kyselylomake esitettiin lähettämällä se yhden toimialueen hoitajille keväällä 2013. Muutoksia lomakkeeseen ei tehty. Muiden toimialueiden hoitajille lähetettiin sama kyselylomake syksyllä 2013. Esitestaukseen osallistuneiden hoitajien (n=53) vastaukset liitettiin tutkimusaineis-

toon. Yhteensä kyselyyn vastasi 645 hoitajaa (vastausprosentti 23 %). Puuttuvia arvoja oli väittämittäin 0–1,6 %. Puuttuva tieto oli jakautunut täysin satunnaisesti (Little's MCAR testi $p=0,593$).

Mittarit

Hoitajien suhtautumista potilaan perheeseen hoitotyössä mitattiin Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes-mittarin (FINC-NA) avulla. FINC-NA on Savemanin ja Benzeinin kumppaneineen vuonna 2004 Ruotsissa kehittämä mittari, joka arvioi hoitajien suhtautumista potilaan perheenjäseniin yleisesti hoitotyössä (Benzein ym. 2008a). FINC-NA:n väittämät pohjautuvat aikaisempaan kirjallisuuteen ja niitä kehitettiin monivaiheisesti asiantuntijapaneeleissa. Ensimmäinen julkaistu versio FINC-NA:sta sisälsi 26 väittämää, 4 osaluetta (perhe resurssina hoitotyössä, oma resurssinaan, keskustelukumppanina ja taakkana) ja 4-portaisen Likert-asteikon. (Benzein ym. 2008a.) Tätä versiota FINC-NA:sta on käytetty Ruotsissa (Benzein ym. 2008a & 2008b), Islannissa (Sveinbjarnardottir ym. 2011, Blondal ym. 2014), Portugalissa (Oliveira ym. 2011) ja Brasiliassa (Angelo ym. 2014). Tutkimukset ovat kohdistuneet sairaanhoitajiin, jotka työskentelevät perusterveydenhuollossa (Oliveira ym. 2011) tai erikoissairaanhoidon työyksiköissä, joissa hoidetaan psykiatrisia (Sveinbjarnardottir ym. 2011), kirurgisia (Blondal ym. 2014) ja lapsipotilaita (Angelo ym. 2014). Mittarin psykometrisia ominaisuuksia arvioitaessa on havaittu, että mittari jakautuu neljän osa-alueen (Benzein ym. 2008a, Oliveira ym. 2011) lisäksi myös kolmeen osaluueeseen (Angelo ym. 2014). Lisäksi on havaittu, että 4-portaista asteikkoa käytettäessä vastausten hajonta jää heikoksi, mikä puolestaan heikentää mittarin erottelukykä ja reliabiliteettia. FINC-NA:n asteikko on sittemmin mittarin kehittäjien toimesta muutettu 5-portaiseksi Likert-asteikoksi (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä). (Saveman ym. 2011.) Tämän muutoksen jälkeen FINC-NA:n validiteetti ja reliabiliteetti ovat osoittautuneet vakaammiksi (Sa-

veman ym. 2011, Linnarsson ym. 2015). Tässä tutkimuksessa FINC-NA:sta käytettiin versiota, jossa on 5-portainen asteikko.

FINC-NA suomennettiin ruotsinkielisestä mittarista asiantuntijaryhmässä tätä tutkimusta varten. Suomenkielille käännetyn mittarin käsitteiden ja väittämien yhdenmukaisuutta verrattiin sekä ruotsin- että englanninkielisiin mittareihin.

Taustatietoina kysyttiin vastaajan ikää, sukupuolta, työskentelyaikaa hoitajana, ammatitutkintoa, korkeinta koulutustasoa ja työyksikköä.

Aineiston analyysi

Vastaajien ikä ja työskentelyaika hoitajana luokiteltiin neljäloukkaisiksi muuttujiksi. Vastaajien työyksikkö muodostettiin yhdistämällä aluesairaalat ja luokittelemalla yliopistosairaalan toimialueet työyksiköiksi, joissa hoidetaan pääsääntöisesti somaattisia aikuispotilaita, lapsipotilaita tai psykiatrisia potilaita. Perheeseen suhtautumista kuvaavat väittämät luokiteltiin kolmeloukkaisiksi (1–2 = eri mieltä, 3 = ei samaa, ei eri mieltä, 4–5 = samaa mieltä).

Taustatekijöitä ja hoitajien suhtautumista perheeseen kuvailtiin frekvenssi- ja prosenttijakaumien sekä keskilukujen avulla. Perheeseen suhtautumisen osa-alueita kuvaavat summamuuttujat muodostettiin eksploraatiivisen faktorianalyysin tulosten perusteella. Summamuuttujien normaalijakautuneisuutta arvioitiin keski- ja vinouslukujen sekä histogrammien avulla. Hoitajien taustatekijöiden yhteyttä perheeseen suhtautumiseen tarkasteltiin t-testillä ja yhdensuuntaisella varianssianalyysillä (normaalisti jakautuneet muuttujat) tai Mann-Whitney U- ja Kruskal-Wallis H-testeillä (vinosti jakautuneet muuttujat).

FINC-NA:n rakennevaliditeettia arvioitiin eksploraatiivisen faktorianalyysin (EFA) avulla Maximum Likelihood-estimointimenetelmää ja Direct Oblimin-rotatiota käyttäen. EFA valittiin menetelmäksi, koska suomenkielisen FINC-NA:n validiteettia ei ole aiemmin arvioitu. Aineiston soveltuvuutta faktorianalyysiin tarkasteltiin Kaiser-Meyer-Olkin testin (KMO, hyväksyttävä arvo > 0,60),

Bartlettin testin (hyväksyttävä arvo $p < 0,005$), väittämien kommunaliteettien (tavoiteltavat arvot > 0,30) sekä väittämien ja faktoreiden välisten latauksien (tavoiteltavat arvot > 0,30) avulla. Mittarin reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alphan avulla (hyväksyttävät arvot > 0,70). (Bollen 1989.)

Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics for Windows (versio 22.0, Armonk, NY, IBM Corp.) ohjelmistolla. Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona pidettiin $p < 0,05$.

Tulokset

Tutkimukseen osallistuneet

Enemmistö vastaajista oli naisia (n = 596). Vastaajien ikä vaihteli 17 ja 68 vuoden välillä ja työskentelyaika hoitajana alle vuodesta 42 vuoteen. Enemmistö vastaajista oli koulutukseltaan sairaanhoitajia (n = 478) ja koulutustasoltaan joko ammatillisen (n = 253) tai AMK-tutkinnon (n = 309) suorittaneita. Vastaajista kymmenesosa (n = 56) työskenteli aluesairaaloissa ja loput yliopistosairaalassa. Joka toinen vastaajista (n = 294) työskenteli somaattisia potilaita hoitavissa yliopistosairaalan työyksiköissä. (Taulukko 1.)

FINC-NA:n rakennevaliditeetti ja reliabiliteetti

FINC-NA koostui kolmesta faktorista, jotka ovat perheen merkitys resurssina (15 väittämää), keskustelukumppanina (7 väittämää) ja taakkana (4 väittämää). Alkuperäisessä mittarissa (Benzein ym. 2008a, Saveman ym. 2011) perheen merkitystä oma resurssinaan ja resurssina hoitotyössä kuvanneet väittämät latautuivat yhtä väittämää lukuun ottamatta samalle faktorille muodostaen yhdistetyn perheen merkitystä resurssina kuvaavan faktorin. Alun perin perheen merkitystä oma resurssinaan kuvannut väittämä ”Kysyn perheenjäseniltä, kuinka voin tukea heitä” latautui perheen merkitystä keskustelukumppanina kuvaavalle faktorille. Lisäksi alkuperäisessä mittarissa perheen merkitystä keskustelukump-

Taulukko 1. Taustamuuttujat (n = 645)

Taustamuuttuja	N	%
Sukupuoli		
Nainen	596	92
Mies	46	8
Ikä		
Keskiarvo, keskihajonta	41,1	11,9
≤ 30 v.	170	26
31–40 v.	153	24
41–50 v.	148	23
> 50 v.	174	27
Työskentelyaika hoitajana		
Keskiarvo, keskihajonta	15,4	11,1
≤ 5 v.	164	25
6–15 v.	206	32
16–25 v.	137	21
> 25 v.	138	21
Ammatillinen tutkinto		
Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja	478	74
Kätilö	50	8
Perus/lähihoitaja	59	9
Muu	56	9
Korkein koulutus		
Ammatillinen koulutus	253	40
AMK-koulutus	309	48
Alempi korkeakoulututkinto	46	7
Ylempi korkeakoulututkinto	31	5
Työpaikka		
Yliopistosairaala, somatiikka	294	49
Yliopistosairaala, lapset	175	29
Yliopistosairaala, psykiatria	73	12
Aluesairaala	56	9

panina kuvanneet väittämät ”On tärkeää selvittää, ketkä ovat potilaan perheenjäseniä” ja ”Keskustelut perheenjäsenten kanssa ensimmäisen hoitokontaktin aikana säästävät aikaani työssäni jatkossa” latautuivat perheen merkitystä resurssina kuvaavalle faktorille. Muut perheen merkitystä keskustelukumppanina kuvaavat väittämät latautuivat alkuperäisen mittarin tavoin. Perheen merkitystä taakkana kuvaavat väittämät latautuivat samoin kuin alkuperäisessä mitta-

rissa. Tämä faktorimalli selitti 46 % kaikkien väittämien vaihtelusta. Väittämien ja faktoroiden väliset lataukset vaihtelivat välillä 0,23–0,85 ollen pääosin > 0,30. KMO oli 0,93, Bartlettin testin $p < 0,001$ ja väittämien kommunaliteetit kolmea väittämää lukuun ottamatta > 0,30. (Taulukko 2.)

FINC-NA:n sisäinen johdonmukaisuus osoittautui hyväksyttäväksi taustamuuttujista riippumatta ($\alpha = 0,70–0,90$). (Taulukko 3.)

Hoitajien suhtautuminen potilaan perheeseen hoitotyössä

Hoitajat kuvasivat suhtautumistaan *perheeseen resurssina* myönteiseksi ($K_a = 3,7$; $kh = 0,5$). Valtaosa hoitajista piti tärkeänä selvittää, ketkä ovat potilaan perheenjäseniä (87 %) ja koki heidän läsnäolonsa tärkeäksi sekä perheenjäsenille (97 %) että itselleen sairaanhoitajana (58 %). Puolet hoitajista piti ajan viettämistä perheenjäsenten kanssa tärkeänä (57 %) ja valtaosa hoitajista koki hyvän suhteen lisäävän työtyytyväisyyttä (87 %) ja omaa hyödyllisyyden tunnetta (63 %). Yli puolet hoitajista piti itseään perheen resurssina (60 %) ja rohkaisi perheitä käyttämään omia resurssejaan (66 %), jotta he voivat selviytyä tilanteesta mahdollisimman hyvin. Enemmistö hoitajista piti perheitä yhteistyökumppaneina (71 %) ja koki saavansa perheenjäseniltä tarpeellista tietoa (82 %) ja keskustelemisen heidän kanssaan säästävän aikaa jatkossa (68 %). Yli puolet hoitajista piti tärkeänä perheenjäsenten kutsumista potilaan hoitoon (65 %) ja sen suunnitteluun (62 %) osallistumiseen. Alle puolet hoitajista koki perheenjäsenten helpottavan heidän työtaakkaansa (42 %) tai kohentavan turvallisuudentunnetta (31 %). (Taulukko 2, sarake 5.)

Hoitajien suhtautuminen *perheeseen keskustelukumppanina* oli melko myönteistä ($K_a = 3,4$; $kh = 0,7$). Puolet hoitajista selvitti aina, keitä perheenjäseniä potilaalla on (58 %) ja kysyi, kuinka voisi tukea heitä (49 %). Puolet hoitajista kutsui perheenjäsenet osallistumaan ensi tapaamisesta lähtien keskusteluihin (48 %), potilaan hoitoon (43 %) ja sen suunnitteluun (42 %) sekä

puhumaan muutoksista potilaan tilassa (60 %). Kolmannes hoitajista (31 %) kutsui perheenjäsenet keskustelemaan hoitojakson lopussa. (Taulukko 2, sarake 5.)

Hoitajien suhtautuminen *perheeseen taakkana* oli melko vähäistä (Ka = 2,3; kh = 0,7). Viidennes vastaajista koki, ettei heillä ole aikaa perheestä huolehtimiseen (20 %) ja joka kymmenes koki perheenjäsenien läsnäolon aiheuttavan stressiä (19 %) tai tunnetta vahdituksi tulemisesta (11 %). Hoitajista 6 % koki perheenjäsenien häihtaavat yön tekoa. (Taulukko 2, sarake 5.)

Hoitajien taustatekijöiden yhteys perheeseen suhtautumiseen

Myönteisempi suhtautuminen perheeseen resurssina oli yhteydessä naissukupuoleen ($p < 0,001$), ylempään korkeakoulututkintoon ($p = 0,005$) ja työskentelyyn työyksikössä, jossa hoidetaan lapsia ($p < 0,001$). Myönteisempi suhtautuminen perheeseen keskustelukumppanina oli yhteydessä naissukupuoleen ($p = 0,037$), yli 40 vuoden ikään ($p = 0,001$), yli 15 vuoden työskentelyaikaan hoitajana ($p = 0,001$), perus- ja lähihoitajan ammattitutkintoon ($p = 0,011$), ylempään korkeakoulututkintoon ($p = 0,049$) sekä työskentelyyn työyksikössä, jossa hoidetaan lapsia tai psykiatrisia potilaita ($p < 0,001$). Enemmän perheeseen taakkana suhtautumiseen oli yhteydessä miessukupuoli ($p = 0,003$), korkeintaan 30 vuoden ikä ($p < 0,001$) ja korkeintaan 5 vuoden työskentelyaika hoitajana ($p < 0,001$). Vähemmän perheeseen taakkana suhtautumiseen oli yhteydessä ylempi korkeakoulututkinto ($p < 0,001$) ja työskentely lapsia hoitavassa työyksikössä ($p < 0,001$). (Taulukko 3.)

Pohdinta

Tulosten tarkastelu

Hoitajien suhtautumista potilaan perheeseen mittaava FINC-NA osoittautui validiksi ja reliaabeliksi mittariksi, joka soveltuu käy-

tettäväksi erikoissairaanhoidossa niin aikuis- ja lapsipotilaita kuin somaattisesti ja psykiatrisesti sairaita potilaita hoitavissa työyksiköissä. Suomenkielinen FINC-NA koostui kolmesta faktorista ruotsinkielisen mittarin sisältäessä neljä faktoria (Benzein ym. 2008a, Saveman ym. 2011). Merkittävin ero faktorirakenteissa oli alkuperäisen mittarin faktoreiden ”perhe omana resurssina” ja ”perhe resurssina hoitotyössä” yhdistyminen yhdelle ”perhe resurssina” faktorille. Kolmen faktorin mallin käsitteellistä yhdenmukaisuutta alkuperäisen mittarin kanssa voidaan pitää riittävänä ja mallin tilastollinen sopivuus osoittautui varsin hyväksi (Bollen 1989). Ero faktorirakenteissa saattaa selittyä sillä, että tässä tutkimuksessa aineisto kattoi ensimmäisen kerran laajasti eri erikoisalojen, työyksiköiden ja eritasoisen koulutuksen saaneita hoitajia, kun aiemmissa tutkimuksissa aineisto on koostunut ainoastaan sairaanhoitajista (Benzein ym. 2008a & 2008b, Sveinbjarnardottir ym. 2011). Reliabiliteetti tarkasteluissa FINC-NA osoittautui sisäisesti johdonmukaiseksi riippumatta hoitajien taustatekijöistä, mikä tulee myös kolmen faktorin rakennetta. FINC-NA:n luotettavuuden arviointia tulee kuitenkin jatkaa testaamalla sitä erilaisissa tutkimusasetelmissä, kohderyhmissä ja konteksteissa. Tässä ja aiemmissa tutkimuksissa (esim. Benzein ym. 2008b, Angelo ym. 2014) todetut vaihtelut FINC-NA:n rakenteessa viittaavat siihen, että rakenne saattaa olla riippuvainen tutkimuksen kohderyhmästä ja kontekstista.

Tutkimustulosten mukaan hoitajat suhtautuivat myönteisesti potilaiden perheisiin hoitotyössä. Hoitajille oli tärkeää tietää ketkä ovat potilaiden perheenjäseniä, ja heidän läsnäoloaan sairaalassa pidettiin tärkeänä sekä perheille että hoitajille itselleen. Perheenjäsenet koettiin yhteistyökumppaneiksi ja keskustelut heidän kanssaan antoivat arvokasta tietoa potilaan hoitoon liittyen sekä säästivät hoitajien aikaa myöhemmissä hoidon vaiheissa. Tämä tulos eroaa aiemmasta Duhamel ym. (2009) tutkimuksesta, jossa vastavalmistuneiden hoitajien ja polikliinisessä hoidossa olevien potilaiden perheenjäsenien näkemykset perheenjäsen-

Taulukko 3. Hoitajien (n = 645) subtautuminen perbeeseen resurssina, keskustelukumppanina ja taakkana sekä eri osa-alueiden sisäinen jobdonmukaisuus Cronbach'n alphan mukaan

	Resurssina			Perheeseen suhtautuminen			Taakkana		
	Ka (Kk)	p	Alpha	Ka (kh)	p	Alpha	Ka (Kk)	p	Alpha
Kaikki vastaajat	3,7 (0,5)		0,87	3,4 (0,7)		0,85	2,3 (0,7)		0,81
Sukupuoli		<0,001			0,037			0,003*	
Nainen	3,8 (0,5)		0,87	3,4 (0,7)		0,85	2,3 (0,7)		0,79
Mies	3,5 (0,6)		0,88	3,1 (0,8)		0,87	2,7 (0,7)		0,77
Ikä		0,069			0,001			<0,001	
≤ 30 v.	3,7 (0,5)		0,85	3,2 (0,7)		0,82	2,7 (0,7)		0,75
31–40 v.	3,7 (0,5)		0,85	3,3 (0,7)		0,82	2,5 (0,7)		0,76
41–50 v.	3,8 (0,5)		0,88	3,5 (0,7)		0,87	2,2 (0,7)		0,80
> 50 v.	3,8 (0,5)		0,90	3,5 (0,7)		0,88	2,1 (0,6)		0,80
Työskentelyaika hoitajana		0,119			0,001			<0,001*	
≤ 5 v.	3,7 (0,4)		0,83	3,2 (0,6)		0,79	2,7 (0,7)		0,77
6–15 v.	3,7 (0,5)		0,88	3,3 (0,7)		0,85	2,4 (0,7)		0,78
16–25 v.	3,8 (0,5)		0,88	3,5 (0,7)		0,86	2,1 (0,7)		0,78
> 25 v.	3,8 (0,5)		0,89	3,5 (0,7)		0,89	2,1 (0,6)		0,78
Ammatillinen tutkinto		0,725			0,011			0,285*	
Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja	3,7 (0,5)		0,88	3,3 (0,7)		0,87	2,4 (0,7)		0,78
Kättilö	3,7 (0,3)		0,70	3,2 (0,5)		0,74	2,2 (0,6)		0,77
Perus/lähihoitaja	3,7 (0,5)		0,86	3,6 (0,5)		0,76	2,5 (0,8)		0,85
Muu	3,7 (0,5)		0,87	3,4 (0,7)		0,83	2,2 (0,8)		0,87
Korkein koulutus		0,005			0,049			<0,001	
Ammatillinen koulutus	3,7 (0,5)		0,87	3,4 (0,7)		0,86	2,3 (0,7)		0,82
AMK-koulutus	3,7 (0,5)		0,87	3,3 (0,7)		0,84	2,4 (0,7)		0,78
Alempi korkeakoulututkinto	3,7 (0,5)		0,87	3,3 (0,7)		0,83	2,6 (0,7)		0,70
Ylempi korkeakoulututkinto	4,0 (0,5)		0,87	3,7 (0,7)		0,87	1,9 (0,6)		0,81
Työpaikka		<0,001			<0,001*			<0,001*	
Yliopistosairaala, somatiikka	3,6 (0,5)		0,85	3,1 (0,6)		0,78	2,5 (0,7)		0,78
Yliopistosairaala, lapset	4,0 (0,5)		0,87	3,7 (0,8)		0,88	2,1 (0,6)		0,73
Yliopistosairaala, psykiatria	3,8 (0,5)		0,89	3,7 (0,5)		0,78	2,3 (0,8)		0,87
Aluesairaala	3,7 (0,5)		0,88	3,3 (0,7)		0,86	2,3 (0,8)		0,85

* tilastollisena testinä Kruskal-Wallis H tai Mann-Whitney U, muuten testinä t-testi tai yhdensuuntainen varianssianalyysi
 Perheeseen suhtautuminen: Asteikko 1–5, 1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

ten roolista hoitotyössä erosivat toisistaan. Perheenjäsenet kuvasivat ahdistusta sairauden tuomasta tilanteesta, heillä heräsi halu suojella perhettä ja he toivoivat voivansa palata perheen normaaliin elämään mahdollisimman pian. Hoitajat sen sijaan kokivat perheen ongelmana ja perheenjäsenen jopa vaikuttavan negatiivisesti potilaan terveydentilaan. Hoitajat kuvasivat perheenjäseniä vihaisiksi ja uskoivat heidän kieltävän totuuden potilaan terveydentilasta. Tutkijat päättelivät, että hoitajat tulksitsivat perheenjäsenen ahdistusta vihamielisyydeksi ja heidän selviytymismekanismejaan totuuden kieltämiseksi. Eroja näiden tutkimusten välillä saattaa selittää perheenjäsenen erilainen tilanne ja mahdollisesti suurempi vastuu potilaiden hoidosta kotona, sekä hoitajien työkokemus. Toisaalta Duhamel ym. (2009) käyttivät yhden kysymyksen tekniikkaa, joka sallii vastaajille vapaamman assosiaation kuin strukturoitu kyselylomake. Lisäksi tässä tutkimuksessa ei tutkittu potilaiden tai perheenjäsenen näkemyksiä, eikä näin ollen voida sanoa eroaisivatko näkemykset hoitajien esittämistä näkemyksistä.

Tässä tutkimuksessa enemmistö hoitajista ei kokenut perheenjäsenen lisäävän heidän omaa turvallisuudentunnettaan tai helpottavan työtaakkaa. Tulos eroaa aiemmas- ta tutkimuksesta (Gallagher ym. 2014), jossa päivystyspoliklinikan hoitajat kuvasivat perheenjäsenen varmistavan potilaan turvallisuutta erityisesti kiireisimpinä hetkinä, jolloin hoitajilla ei ole resursseja olla potilaan vierellä. Eroavaisuus tuloksissa saattaa johtua siitä, että valtaosa tähän tutkimukseen vastanneista hoitajista työskenteli vuodeosastoilla, joissa potilaiden tilanne ei yleensä ole yhtä akuutti kuin päivystyksessä. Tulos viittaa myös siihen, ettei hoitajien myönteinen suhtautuminen perheenjäseniin ole yhteydessä siihen, että he toivoisivat tai odottaisivat perheenjäsenen hoitavan joitakin työtehtäviä heidän puolestaan. Potilaiden turvallisuudentunteelle perheenjäsenen läsnäolon on todettu olevan tärkeää (Wassenaar ym. 2014).

Perheen merkitys keskustelukumppanina koettiin melko myönteisenä. Puolet hoita-

jista kutsui perheenjäseniä keskustelemaan potilaan hoitoon ja sen suunnitteluun liittyvistä asioista. Näihin keskusteluihin olisi hoitohenkilökuntaa hyvä kannustaa entistä enemmän, sillä islantilaisessa tutkimuksessa osoitettiin hoitajien voivan tukea perheitä ja vahvistaa perhedynamiikkaa jo lyhyellä, viidentoista minuutin mittaisella hoitokeskustelulla potilaan hoitajakson aikana (Svavarsdottir ym. 2012). Tämän tutkimuksen perusteella hoitajat tukevat perheiden resursseja kahdella tavalla. He voivat toimia sekä konkreettisenä voimavarana perheille että vahvistaa perheen sisäistä toimintaa esimerkiksi tukemalla perheitä löytämään uusia toimintamalleja ja keinoja, joiden avulla perhe selviytyy muuttuneessa tilanteesta paremmin (Svavarsdottir ym. 2014).

Tämän tutkimuksen mukaan hyvä suhde perheisiin lisäsi hoitajien työtyytyväisyyttä sekä hyödyllisyyden tunnetta. Tulos vahvistaa aiempaa näyttöä siitä, että konfliktit perheenjäsenen kanssa vähentävät hoitajien tyytyväisyyttä ja voivat johtaa loppuun palamiseen työssä (Abrahamson ym. 2009). Vain pieni osa hoitajista koki, ettei heillä ollut aikaa perheenjäsenistä huolehtimiseen, tai piti perheenjäseniä taakkana, jolloin perheenjäsenen koettiin haittaavan työntekoa, aiheuttavan stressiä tai tunnetta vahdituksi tulemisesta. Aiemman tiedon perusteella negatiiviset asenteet perheenjäsenen hoitoon osallistumiseen ja sen rajoittamiseen esimerkiksi vierailuaikoja asettamalla, eivät perustu näyttöön, vaan usein piintyneisiin tapoihin tai uskomuksiin (Davidson ym. 2014).

Tässä tutkimuksessa myönteisempi suhtautuminen perheisiin oli yhteydessä hoitajien naissukupuoleen, korkeampaan ikään, perus- tai lähahoitajatutkintoon, ylempään korkeakoulututkintoon, pidempään työkokemukseen sekä työskentelyyn lasten- tai psykiatrian yksikössä. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös muissa hoitotyön konteksteissa, joissa hoitajien positiivinen suhtautuminen oli pääsääntöisesti yhteydessä korkeampaan ikään (esim. van der Kluit & Goossens 2011, Park & Yeom 2014) tai koulutukseen ja pitkään työkokemukseen (esim. Altuntas & Baykal 2010, Park &

Yeom 2014, Linnarsson ym. 2015). Tulokset viittaavat siihen, että kokemattomuus ja mahdollinen epävarmuus omasta ammatillisesta osaamisesta saattavat olla yhteydessä kielteisempään suhtautumiseen perheisiin (Duhamel ym. 2009). Kokemattoman hoitajan voimavarat saattavat kulua mekaanisista hoitotoimenpiteistä selviytymiseen, jolloin perheenjäsenien huomiointi tuntuu ylimääräiseltä taakalta. Lisäksi perheenjäsenien läsnäolo saattaa lisätä kokemattoman hoitajan suorituspainetta tehtävässä toimenpiteitä. Toisaalta tulos kätilöiden sekä psykiatristen ja lapsipotilaiden kanssa työskentelevien hoitajien myönteisimmästä suhtautumisesta perheisiin viittaa siihen, ettei perheiden läsnäoloa koeta stressaavaksi silloin, kun sitä pidetään luontevana osana hoitotyötä. Perinteisesti näissä yksiköissä perheiden kanssa on tehty tiiviimmin yhteistyötä kuin somaattisia aikuispotilaita hoitavissa yksiköissä. Tulos siitä, että myönteisimmin perheisiin suhtautuivat ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet viittaa puolestaan siihen, että tietoa ja koulutusta lisäämällä on mahdollista edistää myönteistä suhtautumista perheisiin. Tutkimuksessa kuvattujen taustatekijöiden tunnistaminen voi auttaa perheiden merkitystä korostavan ammatillisen koulutuksen kohdentamisessa oikeisiin hoitajaryhmiin. Tässä tutkimuksessa ei selvitetty hoitajien subjektiivisia taustatekijöitä, mutta muissa tutkimuksissa positiivisen asenteen on todettu olevan yhteydessä muun muassa hyvään itseluottamukseen (esim. Mattar ym. 2014), kompetenssiin (esim. Josse-Eklund ym. 2014) sekä holistiseen näkemykseen hoitotyöstä (esim. van der Kluit & Goossens 2011).

Eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä toimintatapaa (TENK 2012). Eettisen toimikunnan lausuntoa ei ollut tarpeellista pyytää, sillä tutkimus ei kohdistunut potilasiin, eikä kyseessä ollut lääketieteellinen tutkimus. Tutkimusluvan myönsi yliopistosairaalan hallintoylihoitaja. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat saivat tietoa tutkimuksesta sähköpostitse, jolloin heille kerrottiin

tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta keskeyttää osallistuminen syytä ilmoittamatta. He saivat tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, aineiston käsittelystä ja säilyttämisestä. Suostumuslomaketta ei pyydetty vaan kyselyyn vastaamista pidettiin suostumuksena osallistua tutkimukseen. Yksittäisiä osallistujia ei voida tunnistaa tutkimusraportista, koska tutkimukseen vastattiin nimettömänä, aineisto on analysoitu määrällisesti ja tulokset ovat numeerisessa muodossa. (Burns & Grove 2007.)

Tämän tutkimuksen heikkoutena on kohtuullisen pieni vastausprosentti (23 %). Tutkimustiedote ja linkki kyselyyn välitettiin osastonhoitajien kautta. Tutkijat eivät pysty varmuudella sanomaan, onko kysely tavoittanut kaikki sairaanhoitopiiriin hoitajat, joten vastausprosentti voi olla raportoitua suurempi. On mahdollista, että osalla hoitajista vastaamatta jättäminen johtui siitä, etteivät he koe perheen merkitystä tärkeäksi tai he suhtautuvat perheisiin kielteisemmin. Tulosten yleistettävyydessä on näin ollen huomioitava, että tulokset saattavat edustaa keskimääräistä myönteisemmin perheisiin suhtautuvien hoitajien näkemyksiä. Tutkimuksen vahvuutena voidaan todeta, että aineisto edustaa sairaanhoitopiiriin populaatiota edustavasti, sillä vastauksia saatiin sekä somatiikan että psykiatrian alueilta, aikuisten ja lasten hoitotyötä tekeville hoitajilta. Aineisto koostui myös eriklaisista ja erilaisen työkokemuksen omaavista hoitajista. Vastanneiden ja sairaanhoitopiirissä työskentelevien ammattiryhmien suhteellinen osuus oli myös yhdenmukainen.

Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

- Ruotsissa kehitetty hoitajien suhtautumisesta potilaan perheeseen arvioiva Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes -mittari (FINC-NA) osoittautui validiksi ja reliabeliksi mittariksi suomalaisessa erikoissairaanhoidossa.

- Hoitajien suhtautuminen perheisiin oli pääsääntöisesti myönteistä.
- Hyvä suhde perheisiin lisäsi hoitajien työtyytyväisyyttä ja hyödyllisyyden tunnetta.
- Perinteisesti perheiden kanssa yhteistyötä tekevissä yksiköissä, lasten ja psykiatrisessa hoitotyössä, suhtautuminen perheisiin oli muita myönteisempää.

Jatkossa on tarpeen tutkia myös muiden ammattiryhmien, kuten sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden suhtautumista potilaan perheenjäseniin. Kiinnostavaa olisi myös tutkia samanaikaisesti koko työyhteisön suhtautumista potilaan perheeseen ja per-

heiden omaa kokemusta työyhteisön suhtautumisesta heihin. Saatavan tiedon avulla työyhteisön perhelähtöisyyttä voidaan edelleen kehittää esimerkiksi tukemalla perhe-myönteisen työkuulttuurin kehittymistä ja kohdentamalla erityisesti kokemattomammille hoitajille tukea ja koulutusta perheiden huomioon ottamisessa.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: MV, MP, MK, PÄK, aineistonkeruu: MP, MK, PÄK, aineiston analysointi: MV, käsikirjoituksen kirjoittaminen: MV, MP, MK, PÄK, käsikirjoituksen kommentointi: MV, MP, MK, PÄK

LÄHTEET

- Abrahamson K., Suito J. & Pillemer K. (2009) Conflict between nursing home staff and residents' families. *Journal of Ageing and Health* **21**(6), 895–912.
- Altunas S. & Baykal U. (2010) Factors influencing Turkish hospital nurses' attitudes towards their profession: a descriptive survey. *Contemporary Nurse* **35**(1), 114–127.
- Angelo M., Cruz A., Mekitarian F., dos Santos C., Martinho M. & da Silva Martins M. (2014) Nurses' attitudes regarding the importance of families in pediatric nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* **48**, 74–79.
- Aura M., Paavilainen E., Asikainen P., Heikkilä A., Lipponen V. & Åstedt-Kurki P. (2010) Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva Hoitotyö* **8**(2), 14–21.
- Benzein E., Johansson P., Årestedt K.F., Berg A. & Saveman B-I. (2008a) Families' importance in nursing care. Nurses attitudes – an instrument development. *Journal of Family Nursing* **14**(1), 97–118.
- Benzein E., Johansson P., Årestedt K.F. & Saveman B-I. (2008b). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care. *Journal of Family Nursing* **14**(2), 162–180.
- Benzein E., Hagberg M. & Saveman B-I. (2012) Relationen mellan familj och sjuksköterska – ett systemiskt förhållningssätt. Teoksessa: Benzein E, Hagberg M & Saveman B-I. (toim.) *Att möta familjer inom vård och omsorg*. Studentlitteratur, Spain, 47–58.
- Blondal K., Zoega S., Hafsteinsdottir J.E., Olafsdottir O.A., Thorvardardottir A.B., Hafsteinsdottir S.A. & Sveinsdottir H. (2014) Attitudes of registered and licensed practical nurses about the importance of families in surgical hospital units: findings from the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing* **20**(3), 355–375.
- Bollen K. (1989) *Structural Equations with Latent Variables*. Wiley, New York.
- Burns N. & Grove S. (2007) *Understanding nursing research*. Saunders, Missouri.
- Chen C.K., Sabir M., Zimmerman S., Suito J. & Pillemer K. (2007) The importance of family relationships with nursing facility staff for family caregiver burden and depression. *Journal of Gerontology* **62B**(5), 253–260.
- Coughlin C. (2013) An ethnographic study on main events during hospitalization: perceptions of nurses and patients. *Journal of Clinical Nursing* **22**(15–16), 2327–2337.
- Davidson J.E., Savidan K.A., Barker N., Warmuth D. & Degen-De A. (2014) Using evidence to overcome obstacles to family presence. *Critical Care Nursing Quarterly* **37**(4), 407–421.
- Duhamel F., Dupuis F. & Wright L. (2009) Families' and nurses' responses to the "one question question": reflections for clinical practice, education and research in family nursing. *Journal of Family Nursing* **15**(4), 461–485.
- Finlex. 1992. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista*. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785/> (30.9.2014)
- Fredriksen S.V. & Ringsberg K.C. (2007) Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing* **23**(3), 124–131.
- Frost M., Green A., Gance-Cleveland B., Kersten R. & Irby C. (2010) Improving family-centered care

- through research. *Journal of Pediatric Nursing* **25**(2), 144–147.
- Gallagher R., Fry M., Chenoweth L., Gallagher P. & Stein-Parbury J. (2014) Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people. *Nursing & Health Sciences* **16**(4), 449–53.
- Harju E., Rantanen A., Tarkka M.-T. & Åstedt-Kurki P. (2011) Eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän läheistensä sairaalassa saama sosiaalinen tuki. *Hoitotiede* **23**(3), 218–229.
- Hughes M. (2007) Patients' and nurses' attitudes to family-centered care: an Irish perspective. *Journal of Clinical Nursing* **16**(12), 2341–2348.
- Josse-Eklund A., Wilde-Larsson B., Petzall K. & Sandin-Bojo A.-K. (2014) Individual and organizational factors influencing registered nurses' attitudes towards patient advocacy in Swedish community health care of elders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **28**(3), 486–495.
- van der Kluit M.J. & Goossens P.J.J. (2011) Factors influencing attitudes of nurses in general health care toward patients with comorbid mental illness: an integrative literature review. *Issues in Mental Health Nursing* **32**(8), 519–527.
- Liimatainen T., Mattila E., Koivula M. & Åstedt-Kurki P. (2011) Avanneleikattujen potilaiden läheisten tuensaanti hoitajakson aikana. *Hoitotiede* **23**(3), 175–184.
- Linnarsson J.R., Benzein E. & Årestedt K. (2015) Nurses' views of forensic care in emergency departments and their attitudes, and involvement of family members. *Journal of Clinical Nursing* **24**, 266–274.
- Mattar I., Liaw S.Y. & Chan M.C. (2014) Nurses' self-confidence and attitudes in using the Glasgow Coma Scale: a primary study. *Nursing in Critical Care* **20**(2), 98–107.
- Mattila E., Kaunonen M., Aalto P. & Åstedt-Kurki P. (2014) The method of nursing support in hospital and patients' and family members' experiences of the effectiveness of the support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **28**(2), 305–314.
- Norwegian Government. 1999. *The patients' rights act*. http://home.broadpark.no/~wkeim/patients_rights_act.htm#3/ (30.8.2015)
- Oliveira P.C.M., Fernandes H.I., Vilar A.I.S., Figueiredo M.H.J., Ferreira M.M.S., Martinho M.J.C., Figueiredo M.C.A., Andrade L.M.C., Carvalho J.C.M. & Martins M.M.F. (2011) Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care – Nurses attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* **45**(6), 1329–1335.
- Paavilainen E., Salminen-Tuomaala M., Kurikka S. & Paussu P. (2009) Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period importance of family participation. *Journal of Clinical Nursing* **18**(15), 2217–2224.
- Park K.S. & Yeom H.A. (2014) Factors influencing Korean nurses' attitudes towards hospice care. *International Nursing Review* **61**(4), 563–569.
- Rantanen A., Heikkilä A., Asikainen P., Paavilainen E. & Åstedt-Kurki P. (2010). Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa -pilotitutkimus. *Hoitotiede* **22**(2), 141–152.
- Saveman B.-I. (2010) Family nursing research for practice: the Swedish perspective. *Journal of Family Nursing* **16**(26), 26–44.
- Saveman B.-I., Benzein E., Engström Å. & Årestedt K. (2011) Refinement and psychometric reevaluation of the instrument: Families' importance in nursing care – nurses' attitudes. *Journal of Family Nursing* **17**(3), 312–329.
- Sjöblom L.-M., Pejler A. & Asplund K. (2005) Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing* **14**(5), 562–569.
- SOSFS. (1982) *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*. https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ (30.8.2015)
- Svavarsdóttir E.K., Tryggvadóttir G.T. & Sigurdardóttir A.O. (2012) Knowledge translation in family nursing: does a short-term therapeutic conversation intervention benefit families of children and adolescents in a hospital setting? Findings from the Landsþítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing* **18**(3), 303–327.
- Svavarsdóttir E.K., Sigurdardóttir A.O., Konradsdóttir E., Stefansdóttir A., Sveinbjarnardóttir E.K., Ketilsdóttir A., Blöndal K., Jónsdóttir A. & Bergs D. (2014) The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship* **47**(1), 5–15.
- Sveinbjarnardóttir E.K., Svavarsdóttir E.K. & Saveman B.-I. (2011) Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following and educational and training intervention program. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **18**(10), 895–903.
- TENK (Tutkimuseettinen neuvottelukunta). 2012. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. http://www.tenk.fi/sites/tenk/files/HTL_ohje_2012.pdf/ (15.6.2015)
- Wassenaar A., Schouten J. & Schoonhoven L. (2014) Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies* **51**(2), 261–273.
- Åstedt-Kurki P. & Kaunonen M. (2011) Family nursing interventions in Finland: benefits for families. Teoksessa: Svavarsdóttir EK & Jonsdotir H. (toim.) *Family nursing in action*. University of Iceland Press, Iceland, 115–129.
- Åstedt-Kurki P., Jussila A.-L., Koponen L., Lehto P., Majjala H., Paavilainen R. & Potinkara H. (2008). *Kobti perbeen hyvää hoitamista*. WSOY, Helsinki.

Maaret Vuorenmaa, TtT, yliopisto-opettaja, Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede, 33014 Tampereen yliopisto, maaret.vuorenmaa@uta.fi

Mira Palonen, TtM, TtT-opiskelija, yliopisto-opettaja, Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede, 33014 Tampereen yliopisto, mira.palonen@uta.fi

Marja Kaunonen, TtT, professori, Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede, 33014 Tampereen yliopisto, Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri, Yleishallinto, marja.kaunonen@uta.fi

Päivi Åstedt-Kurki, THT, professori, Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede, 33014 Tampereen yliopisto, Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri, Yleishallinto, paivi.astedt-kurki@uta.fi