

Sairaanhoitajan kokemuksia lapsipotilaan kuoleman jälkeen

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Maija Mäki

Emmi Nurmilaakso

OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2020

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

MÄKI, MAIJA & NURMILAAKSO, EMMI:
Sairaanhoitajan kokemuksia lapsipotilaan kuoleman jälkeen
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 55 sivua, joista liitteitä 9 sivua
Huhtikuu 2020

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus hoitajien kokemuksista lapsipotilaan kuoleman jälkeen. Tavoitteena oli tuottaa tietoa sosiaali- ja terveydenalan ammattilaisille sairaanhoitajien kokemuksista menehtyneen lapsipotilaan jälkeen ja tehdä kyselylomake aiheesta. Tutkimustehtäviä oli kaksi: Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on lapsipotilaan kuolemasta? Millainen on hyvä kyselylomake?

Opinnäytetyö toteutettiin käyttäen metodina kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Ensimmäisen tutkimustehtävän ratkaisemiseksi suoritettiin tiedonhaku neljästä eri tietokannasta: CINAHL, Nursing & Allied Health Database, Medic ja Andor. Hakuprosessi raportoitiin tarkasti taulukoiden avulla. Sisään- ja poisottokriteerien sekä tietokantarajausten jälkeen aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Analyysiin valikoitui yhteensä kymmenen vuosina 2012-2019 julkaistua tutkimusta. Tulokset raportoitiin tarkasti analyysin avulla saatujen ala- ja yläluokkien mukaan. Toisen tutkimustehtävän tiedonhaku tehtiin implisiittisesti, eli tiedonhaku ei raportoitu erikseen.

Tärkeimmiksi tuloksiksi muodostui neljä teemaa: 1) hoitajat kohtasivat lapsipotilaan kuoleman eri tavoin, 2) hoitajat kokivat lapsipotilaan kuoleman vaikuttavan omaan hyvinvointiin, 3) hoitajilla tarve luoda selviytymiskeinoja ja 4) hoitajat tarvitsivat tukea ja apua kokemiinsa menetyksiin.

Johtopäätöksenä voidaan pitää, että hoitajien työ kuolevien lasten parissa koetaan rankaksi, mutta myös palkitsevaksi. Hoitajille kehittyy muita osastoja läheisempi hoitosuhde lapsipotilaan ja hänen läheistensä kanssa, mikä myös lisää haasteita hoitotyöhön. Hoitajilla ei välttämättä ole tarpeeksi aikaa surra menehtynyttä lapsipotilasta, vaan heidän tulee jatkaa työtään heti menetyksen jälkeen. Kollegoilta saatu tuki on suuressa asemassa lapsipotilaan menehtymisen jälkeen, mutta tukea ja koulutusta kaivataan lisää työnantajan puolelta. Jatkossa olisi mahdollista opinnäytetyön avulla muodostettua kyselylomaketta käyttäen tutkia sairaanhoitajien kokemuksia lasten osastoilla.

Asiasanat: lapsi, kuolema, sairaanhoitaja, kokemus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

MÄKI, MAIJA & NURMILAAKSO, EMMI:
A Nurse's Experiences After a Child Patient's Death
A Narrative Literature Review

Bachelor's thesis 55 pages, appendices 9 pages
April 2020

The purpose was to conduct a narrative literature review of a nurse's experiences after a child patient's death. The aim was to gather information for social and health professionals and prepare a questionnaire about it.

A narrative literature review was conducted by using four different databases: CINAHL, Nursing & Allied Health Database, Medic and Andor. A total of 10 articles published between 2012-2019 were selected for the content analysis. The second research assignment were conducted by using implicit approach.

The result showed four different themes: 1) nurses faced the child patient's death in different ways, 2) nurses felt that the child patient's death affected their welfare, 3) nurses developed coping strategies and 4) nurses needed support and help for the losses they had experienced.

It was found that working with dying children is hard, but it is also rewarding. Nurses developed closer relations with the children and their parents than in other units which also made the work more challenging. Nurses did not necessarily have time for grief because they had to continue working in the unit. Support from the colleagues is very important after a child has died but nurses need more support and education from the employer. Further studies are also needed to explore more nurses' experiences. By using the questionnaire of this study, nurses' experiences in pediatric unit in Finland can be studied.

Key words: child, death, nurse, experience

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA	7
	2.1 Lapsikuolleisuus Suomessa ja maailmalla	7
	2.2 Sairaanhoidajan kokemukset potilaan kuoleman jälkeen.....	12
	2.3 Kyselylomake	14
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET.....	17
4	KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS	18
	4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä	18
	4.2 Hakuprosessi.....	19
	4.3 Aineiston valinta ja laadunarviointi	25
	4.4 Aineiston analysointi.....	25
5	TULOKSET	28
	5.1 Potilaan kuoleman kohtaaminen	28
	5.2 Vaikutukset hoitajaan	30
	5.3 Hoitajien selviytymiskeinot	33
	5.4 Tuen ja avun saaminen	34
6	POHDINTA.....	36
	6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	36
	6.2 Tulosten tarkastelua	38
	6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	42
	LÄHTEET	44
	LIITTEET	47
	Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset	47
	Liite 2. Laadunarviointi	49
	Liite 3. Kyselylomake	50

ERITYISSANASTO

Perinataalikuolleisuus	Kuolleena syntyneet, 24. raskausviikolta viikko syntymisen jälkeen menehtyneet
Neonataali kuolleisuus	Ennen 28. viikon ikää menehtyneet
Vastasyntyneidenkuolleisuus	Ennen vuoden ikää menehtyneet
Postneonataalikuolleisuus	Kuolemat 28-365 vuorokauden iässä
Lapsikuolleisuus	1kk- 16-vuotiaana menehtyneet
Neonatal	0-28 päivän ikäinen lapsi
Infant	Vastasyntynyt, 0-1-vuotias lapsi

1 JOHDANTO

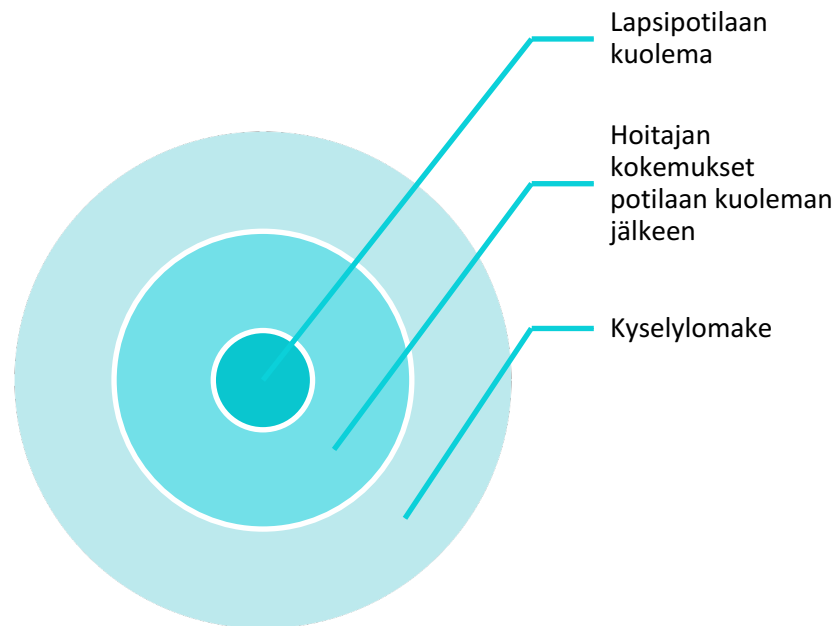
Lapsen kuolema on yksi vaikeimmista ihmiselämän kokemuksista, joka usein järkyttää ihmisen käsitystä maailmasta ja sen toimivuudesta. Lapsen odotetaan hautaavansa vanhempansa, eikä päinvastoin. (Itkonen, J. 2017.) Suomessa menehtyi vuonna 2018 yhteensä 99 alle 1-vuotiaita ja 68 1–14-vuotiasta lasta. Lapsien yleisimmät kuolinsyyt olivat syövät ja synnynnäiset epämuodostumat. (Suomen virallinen tilasto 2018.)

Surevan kohtaamista on tutkittu mielestämme paljon – esimerkiksi tällä hetkellä on käynnissä *Surevan kohtaaminen* –hanke (2018–2020), jonka tavoitteena on lisätä tietoa muun muassa sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevien ammattilaisten surevien kohtaamisesta (STT Info 2018). Lisäksi syksyllä 2018 Hotus julkaisi *Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen* –hoitosuosituksen, jonka tavoitteena on lisätä tietoa äkillisesti kuolleen henkilön läheisten selviytymistä edistävästä tuesta sekä yhtenäistää käytäntöjä läheisten tukemiseksi esim. sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suosituksen tarkoituksena on kuvata äkillisesti kuolleen henkilön läheisten selviytymisessä edistäviä ja hyväksi koettuja tukikeinoja. (Hotus 2018.)

Hoitosuosituksen ja hankkeen myötä meillä tulevilla sairaanhoitajilla on runsaasti tietoa siitä, miten vanhempi tai läheinen tulisi kohdata lapsen menehtymisen jälkeen, mutta sairaanhoitajien kokemuksia lapsipotilaan kuoleman vaikutuksista hoitajaan ja hoitotyöhön on tutkittu suhteessa vähän. Koemme tämän opinnäytetyön tärkeäksi, jotta voimme tutkia tarkemmin sairaanhoitajien kokemuksia lapsipotilaan kuoleman jälkeen ja sen mahdollisia vaikutuksia hoitotyöhön. Kirjallisuuskatsauksen avulla luomme kyselylomakkeen, jota esimerkiksi seuraavat opinnäytetyön tekijät voivat käyttää sairaanhoitajien haastattelussa lasten osastolla. Olemme rajanneet menehtyneen lapsen iän 0–17-vuotiaaseen, joten emme ota huomioon opinnäytetyössämme yli 18-vuotiaita, kohtukuolemia tai kuolleina syntyneitä.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA

Tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat lapsipotilaan kuolema, hoitajan kokemukset potilaan kuoleman jälkeen ja kyselylomake. Käsitteiden suhdetta toisiinsa havainnollistetaan tarkemmin kuviossa 1.



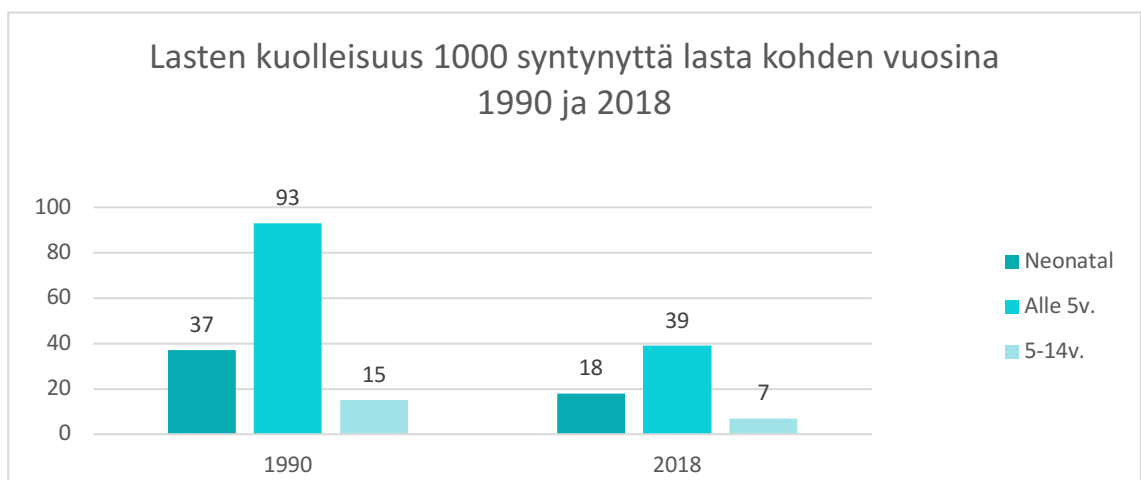
KUVIO 1. Keskeiset käsitteet

2.1 Lapsikuolleisuus Suomessa ja maailmalla

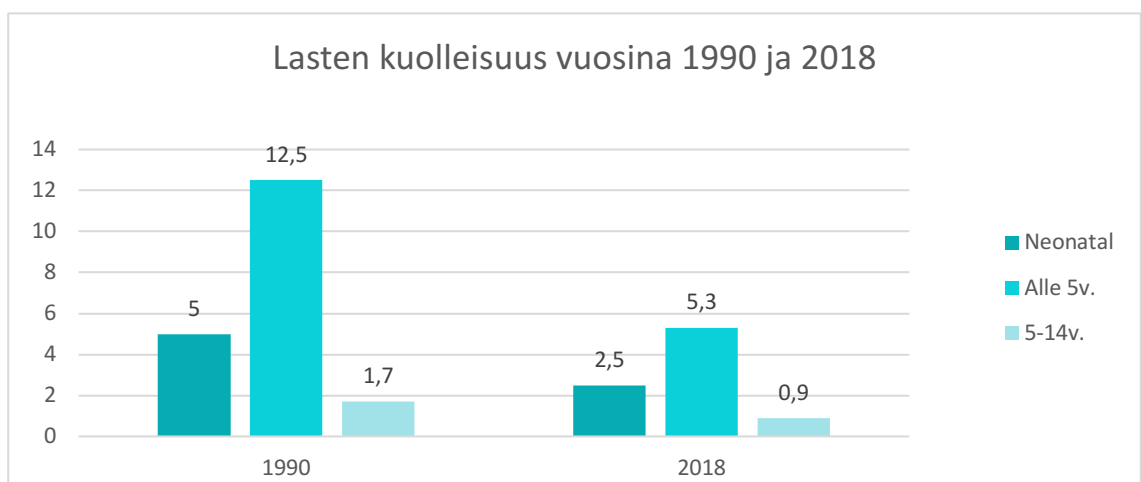
The United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation eli UN IGME laatii vuosittain arviot lasten ja nuorten kuolleisuudesta. UN IGME:n työryhmä koostuu muun muassa UNICEF:in ja WHO:n jäsenistä. Viimeisimmän raportin mukaan lapsikuolleisuus on vähentynyt viimeisen kahden vuosikymmenen aikana maailmanlaajuisesti: lasten ja alle 15 –vuotiaiden nuorten kuolemat vähentyivät 56% vuodesta 1990 vuoteen 2018. Vuonna 1990 kuoli 14,2 miljoonaa lasta, kun vuonna 2018 lapsia kuoli yli puolet vähemmän, 6,2 miljoonaa. Silti vielä vuonna 2018 joka viides sekunti kuolee yksi lapsi tai nuori. (UN IGME 2019.)

Maailmanlaajuisesti vuonna 2018 5,3 miljoonaa lasta kuoli ensimmäisten viiden vuoden aikana, joista 2,5 miljoonaa ensimmäisten kuukausien aikana, 1,5 miljoonaa

naa 1-11 kuukauden iässä ja 1,3 miljoonaa 1-4 –vuotiaana. Keskimäärin 0,9 miljoonaa lasta kuoli 5-14 –vuotiaana. Suurin riski kuolla oli ensimmäisen ikävuoden aikana, keskimäärin 18 kuolemaa 1000 syntynyttä kohden vuonna 2018. Lisäksi lasten selviytymismahdollisuudet erosivat alueittain: Saharan eteläpuoleisen Afrikan lapsikuolleisuus alle viisivuotiaissa on edelleen maailman suurin – peräti 78 lasta menehtyy 1000 syntynyttä kohden. Tämä tarkoittaa sitä, että yksi lapsi kolmestatoista menehtyy ennen 5 -vuotissyntymäpäiväänsä nostaten kuolleisuuden 16 kertaa korkeammaksi verrattuna korkeatuloisten maiden lapsikuolleisuuteen. (UN IGME 2019.) Lasten kuolleisuutta havainnollistetaan kuvioissa 2 ja 3.



KUVIO 2. Lasten kuolleisuus 1000 syntynyttä lasta kohden vuosina 1990 ja 2018 maailmanlaajuisesti



KUVIO 3. Lasten kuolleisuus vuosina 1990 ja 2018 miljoonissa maailmanlaajuisesti

Suomen lapsikuolleisuus on nykyään pienimpiä maailmassa (Korpi 2010; Lantto 2015). Lapsikuolleisuus on vähentynyt mm. rokotusten ja paremman vesi- ja sanitaatiohuollon ansiosta. Kun vuonna 1936 jopa 6579 lasta kuoli ennen viiden vuoden ikää kuolleisuuden ollessa 95 menehtynyttä tuhatta syntynyttä kohden, vuonna 2008 alle viisivuotiaana menehtyi 3,5 lasta tuhatta syntynyttä kohden tarkoittaen 201 lasta. 1936 lasten kuolemista lähes 1900 johtui syntymävammoista ja synnynnäisistä epämuodostumista. Muut yleiset kuolinsyyt olivat keuhkokuume, tuberkuloosi, gastroenteriitti, influenssa ja hinkuyskä. Vuoteen 2008 mennessä lähes kaikki yleiset kuolinsyyt olivat hävinneet lukuun ottamatta synnynnäisiä epämuodostumia. (Korpi 2010.)

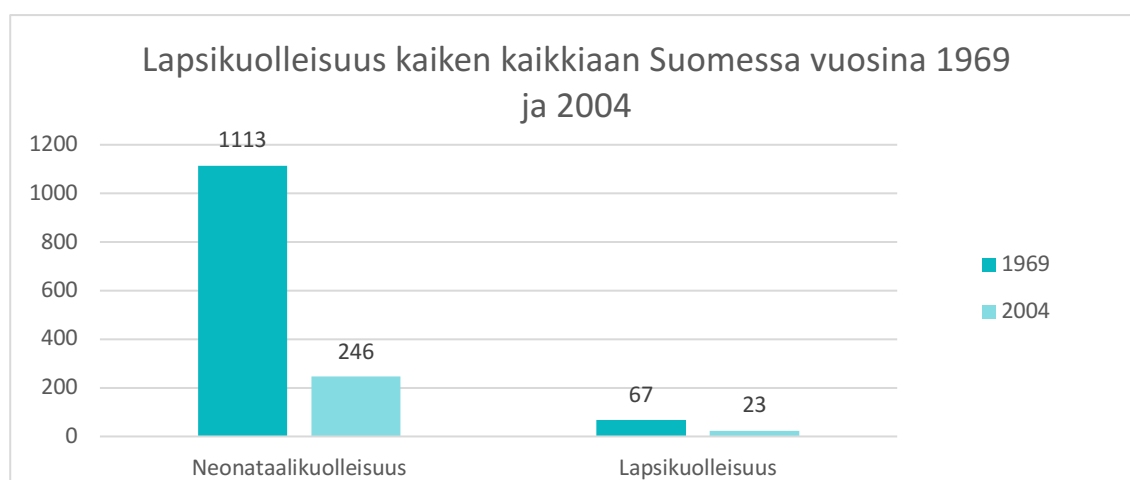
Marjo Lantto (2015) tutki väitöskirjassaan suomalaisten lasten kuolleisuutta vuosina 1969-2004. Vuosien 1969-2004 välillä neonataalikuolleisuus laski 78% – kun vuonna 1969 lapsia menehtyi 1113 sataatuhatta lasta kohden, 2004 lapsia menehtyi 246 sataatuhatta lasta kohden. Yleisimmät kuolinsyyt neonataali-ikässä olivat perinataaliset syyt ja synnynnäiset epämuodostumat. Synnynnäisten epämuodostumien osuus oli vuonna 1969 174 sataatuhatta lasta kohden, kun 2004 vastaava luku oli 59. Infektioiden osuus vuonna 1969 oli 50 sataatuhatta lasta kohden ja vuonna 2004 16 sataatuhatta lasta kohden. (Lantto 2015, 49.)

Lapsuusiän (1kk-16v.) yleisimmät kuolinsyyt olivat tapaturmat, synnynnäiset epämuodostumat, kasvaimet ja hematologiset sairaudet ja infektiot. Kaiken kaikkiaan lapsikuolleisuus oli laskenut vuosien välillä 65% tarkoittaen vuonna 1969 67 lasta sataatuhatta lasta kohden ja vuonna 2004 23 menehtynyttä lasta sataa tuhatta kohden. Tapaturmallisesti vuonna 1969 liikenneonnettomuuksien vuoksi menehtyi 189 lasta, kun vuonna 2004 lapsia menehtyi 16. Hukkumistapauksia vuonna 1969 oli 96 ja vuonna 2004 11. Prosentuaalisesti tapaturmallisesti menehtyneiden lapsien määrä laski 65% vuosien välillä. Synnynnäisistä epämuodostumista johtuneet kuolemat laskivat vuosien 1969-2004 välillä yhteensä 67%. Epämuodostumista sydänperäiset olivat yleisimpiä (45%). Kasvaimista ja hematologisista sairauksista leukemian osuus menehtyneistä lapsista oli 32% ja aivokasvaimien 24%. Vuosien 1969-2004 kasvaimiin ja hematologisiin sairauksiin menehtyneiden määrä laski 62%. Tartuntataudeista keuhkokuume, keuhkoputkentulehdus, bronkiitti, keskushermoston infektiot, sepsis, myokardiitti ja gastroenteriitti olivat

yleisemmät kuolinsyyt, joiden osuus laski 89%. Joulukuussa vuonna 2004 Kaakkois-Aasian tsunami surmasi 44 lasta, tarkoittaen 20% kaikista samana vuonna kuolleista lapsista. 2004 vuoden tilastoista peräti 45% tapaturman aiheuttamista kuolemista johtuu tsunamista. (Lantto 2015, 49-52.) Neonataalikuolleisuutta ja lapsikuolleisuutta havainnollistetaan kuvioissa 4.

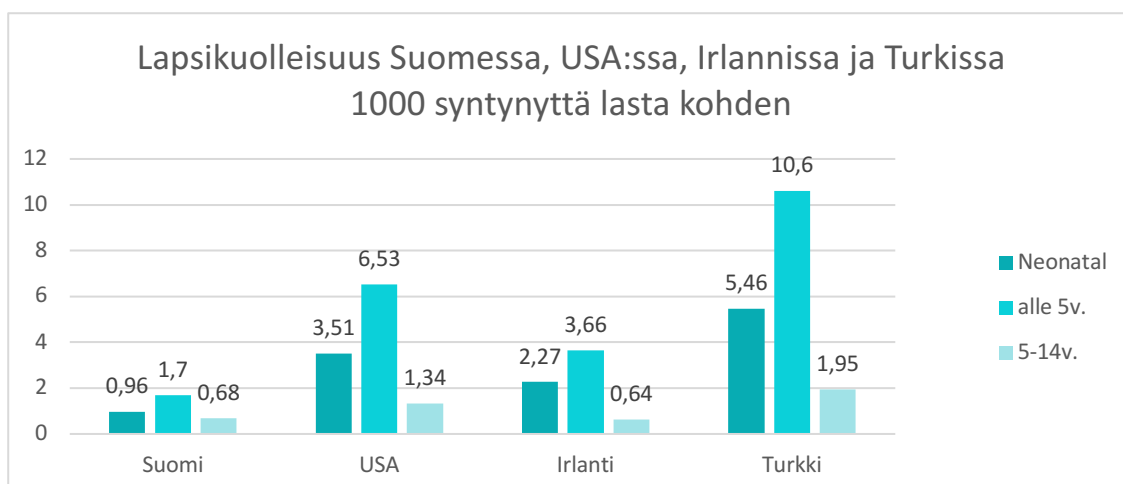
Lasten kuolleisuudessa on myös alueellisia eroja. Korkeimmat kuolleisuusluvut tapaturmallisesti menehtyneiden lapsien keskuudessa oli vuosina 1969-2013 Etelä-Pohjanmaalla, Pohjois-Pohjanmaalla ja Lapissa, alhaisimmat Keski-Pohjanmaalla, Helsingissä ja Uudellamaalla sekä Etelä-Savossa. Itsemurhaluvut vuosina 1969-2013 olivat korkeimmat Lapissa, Etelä-Karjalassa ja Pohjois-Pohjanmaalla, matalimmat Itä-Savossa, Vaasassa ja Keski-Pohjanmaalla. (Lantto 2015, 66, 69.)

Kätkytkuolema on odottamaton ja selittämätön kuolema alle 5-vuotiaiden lapsien keskuudessa. Suomessa kätkytkuolema löydettiin vuonna 1979. Vuonna 1979 kätkytkuolemia oli 32 sataatuhatta lasta kohden, kun seuraavana vuonna luku tuplaantui, 63 sataatuhatta lasta kohden. Määrä pysyi sen jälkeen korkealla, kunnes laski voimakkaasti 90-luvulla. 2004 kätkytkuolemien määrä oli 19 sataa tuhatta lasta kohden. (Lantto 2015, 52.) Vuonna 2018 kätkytkuolemia oli 6 (SVT 2018).

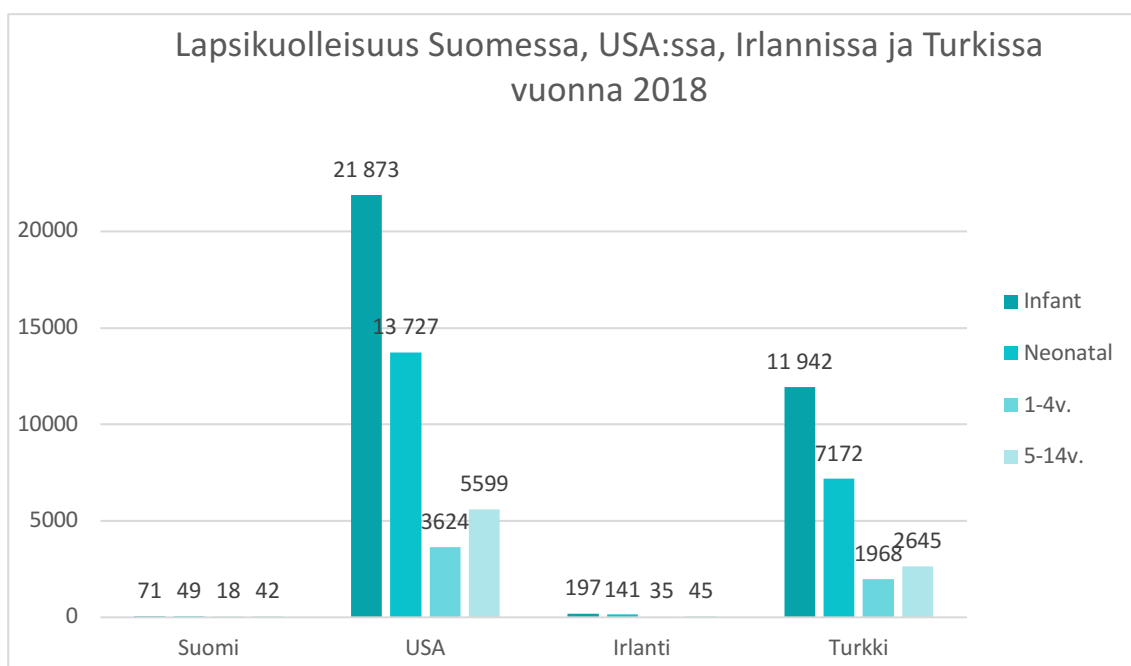


KUVIO 4. Lapsikuolleisuus Suomessa vuosina 1969 ja 2004 100 000 lasta kohden

Tutkimme lisäksi tarkemmin opinnäytetyöhömmme valittujen tutkimusten maiden lasten kuolleisuutta havainnollistaaksemme sairaanhoitajien kokemuksia. Vuonna 2018 Suomessa menehtyi 0,96 neonataali-iässä olevaa lasta 1000 syntynyttä kohden, kun USA:ssa vastaava luku oli 3,51, Irlannissa 2,27 ja Turkissa 5,46. Alle 5-vuotiaita Suomessa menehtyi 1,7 1000 lasta kohden, USA:ssa 6,53, Irlannissa 3,66 ja Turkissa eniten, 10,6. 5-14-vuotiaita lapsia Suomessa menehtyi 0,68 tuhatta lasta kohden, USA:ssa 1,34, Irlannissa 0,64 ja Turkissa 1,95. (UN IGME 2019.) Maiden lapsikuolleisuus on esitetty kuviossa 5 ja 6.



KUVIO 5. Lapsikuolleisuus Suomessa, USA:ssa, Irlannissa ja Turkissa 1000 syntynyttä lasta kohden



KUVIO 6. Lapsikuolleisuus Suomessa, USA:ssa, Irlannissa ja Turkissa vuonna 2018

2.2 Sairaanhoidajan kokemukset potilaan kuoleman jälkeen

Kuolema on läsnä kaikessa hoitotyössä ja se vaikuttaa voimakkaasti ympäristöönsä. Jokainen sairaanhoitaja kokee kuoleman eri lailla ja se koskettaa niin ammattiroolissa kuin yksityishenkilönäkin. (Snellman 2008, 97.) Kohtasipa hoitaja kuoleman päivittäin tai harvoin työelämässä, se voi olla henkisesti raskasta eikä se välttämättä helpota kokemuksenkaan karttuessa. Jokainen suree eri lailla, eikä mikään tietty tapa ole oikea tai väärä. Vaikka hoitaja kokisi useita potilaan kuolemia urallaan, yksikään ei ole samanlainen. Myöskään aikaisempi kokemus potilaan kuolemasta ei vie pois oikeutta surra. Suru tarvitsee kuitenkin käsitellä säilyttääkseen oman hyvän mielenterveyden ja kyvyn työskennellä hoitajana. (Dzubak 2018, 50.)

Kuolevan hoito on henkisesti raskasta, sillä sairaanhoitajat usein kehittävät hoitosuhteen potilaan kanssa ajan kuluessa (Wenzel, Shaha, Klimmek & Krumm 2011, E276; Chan, Lee & Chan 2013, 1554). Potilaan kuoleman todistaminen ei ole helppoa ja vääryyden, avuttomuuden ja turhautumisen tunteet ovat väistämättömiä. Omista tunteista huolimatta hoitajien tulee pysyä rauhallisina ja tukea perheenjäseniä (Chan ym. 2013, 1554), eikä heillä välttämättä ole tarpeeksi aikaa surra potilaan kuolemaa, vaan heidän tulee heti jatkaa työtään (Dougherty, Pierce, Ma, Panzarella, Rodin, Zimmermann, 2009, 106–107; Wenzel ym. 2011, E275–E276; Chan ym. 2013, 1554). Hoitajat voivat olla uupuneita voimattomuudesta, surusta, turhautumisesta ja tuen puuttumisesta, sekä tuntea olevansa valmistautumattomia tilanteeseen ja toivoa jatkokoulutusta. (Chan ym. 2013, 1554–1555.) Varsinkin potilaan äkillinen kuolema koetaan hankalaksi hyväksyä ja käsitellä (Wenzel ym. 2011, E275).

Potilaan parantuminen palkitsee hoitotyössä, mutta myös pettymyksiä koetaan liittyen potilaan tilanteeseen ja hoitamisen mahdollisuuksiin. Pettymys syntyy, kun hoitomahdollisuudet puuttuvat. Sairaanhoitajat saattavat huomaamattaan toimia rutiininomaisesti ja peittää turhautuneisuutensa, jolloin potilaiden ja omaisten tyytyväisyys hoitoon jää huomaamatta. Pettymys saattaa muuttua myös vihaksi, joka voi ilmetä hoitajan käytöksessä ja asenteissa sekä työhön liittyvissä

vaatimuksissa. Oman energian säilyttämiseksi henkilökohtaiseen elämään, hoitajat joutuvat säätelemään hoitosuhteensa läheisyyttä ja rajaamaan työn pois muusta elämästään. (Snellman 2008, 98–99.)

Potilaan kuollessa sairaanhoitajan täytyy kohdata myös läheiset. Erityisesti lapsipotilaiden kohdalla vaikutukset läheiseen voivat olla moninaisia, joten hoitajalta vaaditaan ammattitaitoa. Läheisen menettäneiden tukeminen on aina vaativa tehtävä, johon Hotus on luonut avuksi hoitosuosituksen. Vanhemmilla saattaa kestää pitkään toipua lapsen kuolemasta – jopa läpi elämän. Lapsen kuolemalla voi olla vaikutus läheisten terveyteen ja elämänlaatuun, toimintakykyyn, perhedynamiikkaan, taloudelliseen tilanteeseen ja koko elämään. Hoitajalla on tärkeä rooli läheisten selviytymisen tukemisessa, ja hoitajan tulee olla varautunut olemaan rauhallinen vastaanottaessaan voimakkaitakin tunteenpurkauksia. (Hotus 2018.) Kohtaaminen muodostuu monista eri osa-alueista ja vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja, sekä vastavuoroisuutta. Kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa tärkeää on tarkkaavainen läsnäolo, tuki ja kuunteleminen, sekä myötätunto ja huomioiminen. (Suomen Mielenterveys ry. 2018.) Hoitajat saattavat kokea myös ahdistusta, vaivaantuneisuutta, turhautumista, surua, stressiä, voimattomuutta ja epäonnistumisen tunteita työskennellessään kuolevan lapsen ja hänen läheisten kanssa. Kohtaamisen kannalta hoitajat kokevat tärkeäksi kiireettömyyden tunteen, selkeät toimintatavat ja toimivan keskustelun perheen kanssa. (Bloomer, O'Connor, Copnell & Endacott 2015, 89–91.)

Huonosti jaksavat hoitajat eivät välttämättä kykene vaativaan hoito- ja tukemistyöhön, jota ennen kuolemaa ja sen jälkeen tarvitaan. Hoitajat, jotka ovat tekemisissä potilaan kuoleman ja omaisten surun kanssa, eivät ole sivullisia tässä prosessissa, vaan kokevat myös väsymystä, avuttomuutta, haavoittuvuutta ja surua. Näitä edellä mainittuja tunteita koetaan erityisesti silloin, kun kuolevan tai kuolleen potilaan elämässä on asioita, jotka muistuttavat hoitajaa jostain oman elämän asiasta tai henkilöstä tai kun kyseessä on lapsi tai nuori. Tällöin myös hoitajille tulee tarjota tukea esimerkiksi asiantuntevan konsultaation, työnohjauksen ja riittävän levon muodossa. Jaksamisen tukeminen vaikuttaa suoraan hoidon laatuun. (Lindqvist 2004, 24.)

Työn laatuun vaikuttaa olennaisesti myös sairaanhoitajan työhyvinvointi ja jaksaminen työssä. Työhyvinvoinnissa on sekä fyysinen, että psyykinen puoli. Merkittävimpiä psykososiaalisia työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat kuormitus, palkitsevuus, työn hallinta, työyhteisön ja johdon tuki sekä toimivuus. (Hahtela & Mäkipää 2010, 16.) Työhyvinvointi perustuu työn, työympäristön ja vapaa-ajan sopivasta kokonaisuudesta ja työhyvinvointi vaikuttaa oleellisesti myös henkilökohtaiseen elämään (Kivistö ym. 2008, 21). Liiallinen kuormitus ja jatkuva riittämättömyyden tunne altistavat stressille ja uupumukselle (Suomen Mielenterveys ry. 2018). Työhyvinvointiin vaikuttaa työn laadun ja ympäristön lisäksi työntekijän yksilölliset piirteet. Ammattitaito ja työn hallinta edistävät työhyvinvointia huomattavasti – tunne, että pärjää työssä edistää työhyvinvointia. (Kivistö, Kallio & Turunen 2008, 21–22.) Heikko päätösvalta työssä, liiallinen rasitus ja psykologiset vaatimukset, vähäinen sosiaalinen tuki, sekä epätasapaino ponnisteluiden ja palkitsevuuden välillä vaikuttavat negatiivisesti myös mielenterveyteen (Stansfeld & Candy 2006, 448). Mielenterveys on iso osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia. Se on pohja toimintakyvylle ja mielekkäälle elämälle, vaikuttaen oleellisesti ihmisen elämään. (Suomen Mielenterveys ry. 2018.)

2.3 Kyselylomake

Kyselylomakkeiden käyttö tutkimuksissa alkoi 1920-luvulla, kun tulosten analysoinnissa tilastollisten menetelmien arvo nousi (Valli & Aaltonen 2018). Kyselylomakkeen avulla voidaan kerätä tietoa, kun sitä ei ole saatavilla tai sitä tarvitaan lisää (Polit, Beck & Hungler 2001, 267) ja se on olennainen osa kyselytutkimusta (Heikkilä 2008, 47). Lomakkeen ja erityisesti kysymysten suunnittelussa tulee olla huolellinen, koska huonot kysymykset aiheuttavat helposti virheitä. (Heikkilä 2008, 47.) Kyselylomake on pohjana tulevalle tutkimukselle, joten hyvän kyselylomakkeen luominen on avainasemassa tutkimuksen onnistumiselle (Pittman & Bakas 2010).

Kysely voi olla paperinen tai sähköinen, yksittäis- tai ryhmäkysely, sekä läsnäolo- tai postikysely (Valli & Aaltonen 2018). Kyselylomakkeen hyötyjä ovat sen selkeys ja analysoinnin helppous, esimerkiksi haastattelututkimukseen verrattuna. Haastatteluun kuluu enemmän aikaa ja sekä haastattelijan, että haastateltavan

tulee olla paikalla samanaikaisesti. Kyselylomakkeeseen vastaaminen on myös mahdollista tehdä anonyymisti ja sen avulla saadaan hankittua täsmällisesti juuri haluttua tietoa. (Polit ym. 2001, 267–269.) Lomaketta laatiessa täytyy kuitenkin pohtia kriittisesti kaksoismerkityksiä, johdattelevuutta, reliabeliuutta ja validiutta, jotta sen avulla tehdystä tutkimuksesta saadaan mahdollisimman luotettava. Validius eli pätevyys ilmaisee, kuinka hyvin lomake tutkii sitä mitä on tarkoituskin ja reliabiliteetti kuvaa kuinka luotettavasti. Kyselylomake tulee rakentaa niin, että se on mahdollisimman pätevä ja luotettava, sekä mahdollisimman vähän johdatteleva ja moniymmärrettävä. (Valli & Aaltonen 2018.) Strukturoiduissa kyselyissä vastaajille annetaan samat kysymykset samassa järjestyksessä samoilla vastausvaihtoehdoilla. Kysymykset voivat olla suljettuja tai sekakysymyksiä. Suljetuissa eli monivalintakysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot ja sekakysymyksissä eli avoinloppuisissa kysymyksissä on lisäksi tilaa vastaukselle omin sanoin. (Polit ym. 2001, 267.)

Ennen kyselylomakkeen laatimista tulee perehtyä kirjallisuuteen, pohtia ja muovata tutkimuskysymystä ja määritellä käsitteet. Lisäksi lomakkeen tekijän tulee pohtia, kuinka tarkkoja vastauksia halutaan ja kuinka tarkkoja vastauksia on ylipäättään mahdollista saada. (Heikkilä 2008, 47.) Kyselylomakkeen muoto valitaan ja sisältö rakennetaan tutkimuksen mukaan, kun tutkimusongelmat ovat muodostettu (Valli & Aaltonen 2018). Tutkimuksen tavoite tulee olla selkeä. Tutkijan on tiedettävä mihin kysymyksiin vastauksia halutaan sekä tutkittavaa aihetta on oltava mahdollista selvittää kyselylomakkeen avulla. (Heikkilä 2008, 47.)

Hyvä kyselylomake on houkuttelevan näköinen ja asettelultaan hyvä. Sekä ulkoasun, että kysymysten tulee olla selkeitä ja loogisia. Alussa on hyvä olla helppoja kysymyksiä eikä lomake saa olla liian pitkä. Vastaajan tulee kokea vastaaminen tärkeäksi. Hyvä lomake on myös esitestattu ja helposti tilastoitava. Kyselylomaketta luodessa on hyvä toimia seuraavassa järjestyksessä: Tutkittavien asioiden nimeäminen, rakenteen suunnittelu, kysymysten muotoilu, lomakkeen testaus ja rakenteen sekä kysymysten korjaaminen. (Heikkilä 2008. 48–49)

Loimme kirjallisuuskatsauksemme pohjalta strukturoidun kyselylomakkeen, joka sisältää sekä suljettuja, että sekakysymyksiä. Muodostimme kysymykset tarkas-

telemiemme tutkimusten avulla. Päätimme tehdä lomakkeesta rakenteeltaan selkeän ja yksinkertaisen, jotta siihen on helppo vastata. Sijoitimme alkuun helpompia kysymyksiä vastaajien mielenkiinnon herättämiseksi. Hyvä kyselylomake on siisti, houkutteleva, yksiselitteinen, looginen, tärkeän tuntuinen ja sopivan pituinen (Heikkilä. 2008. 48–49). Tutkiessa mielipiteitä ja arvoja kyselylomakkeella, on tärkeä korostaa vastaajia vastaamaan todellisten ajatustensa mukaan. Usein lomakkeeseen laitetaan peräkkäin samaa aihetta koskevia väitteitä, jolloin niiden välisistä korrelaatioista voi päätellä vastaajien johdonmukaisuutta. (Heikkilä 2008, 55–56.)

Tehdessämme sisällönanalyysiä valitsemistamme tutkimuksista, luokittelimme alkuperäisilmaukset ala- ja yläluokkiin. Kyselyn väliotsikot ovat yläluokkien mukaan ja kysymykset ovat luotu alaluokkien avulla. Käytimme osassa kysymyksissä Likertin asteikkoa, joka on 5-portainen järjestysasteikko. Asteikon toisessa päässä on vaihtoehto *täysin samaa mieltä* ja toisessa päässä *täysin eri mieltä*. Vastaaja valitsee asteikolta itselleen sopivimman vaihtoehdon. (Heikkilä 2008, 53.) Yhdessä kysymyksessä on mahdollisuus olla vastaamatta, jos aihe ei koske itseä. Lomakkeen alussa on muutama kysymys koskien vastaajan esitietoja ja lopussa mielipidettä lomakkeesta. Missään vaiheessa vastaajan ei tarvitse kertoa omaa nimeään tai muuta tietoa, josta hänet voisi tunnistaa. Esitietokysymyksiä on yhteensä 4 ja varsinaisia katsaukseemme perustuvia kysymyksiä 23. Näistä kysymyksistä 8 on suljettuja ja 15 sekakysymyksiä. Sekakysymyksissä on käytetty Likertin asteikkoa ja annettu mahdollisuus omille kommenteille ja tarkennuksille. Kysymyksiä muodostaessa pyrimme seuraaviin piirteisiin: tarpeellisuus, kohteliaisuus, sopiva pituus ja selkeys, ei sisällä slangia, johdattelevuutta tai liikaa asiaa kerrallaan (Heikkilä 2008, 57).

Kyselylomakkeen testaamiseksi lähetimme sen työelämäyhteydellemme ja ohjaajallemme, jotka ovat perehtyneet opinnäytetyöhömmme. Korjasimme kysymyksiä ja lomakkeen rakennetta kehitysehdotusten mukaan. Kyselylomake löytyy liitteestä 3 ja on saatavilla myös netissä: <https://lomake.tamk.fi/lomakkeet/30237/lomake.html>. Tampereen ammattikorkeakoululla on käyttö- ja muokkausoikeus kyselylomakkeeseen.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus hoitajien kokemuksista lapsipotilaan kuoleman jälkeen.

Opinnäytetyön tehtävinä on:

1. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on lapsipotilaan kuolemasta?
2. Millainen on hyvä kyselylomake?

Tavoitteena on tuottaa tietoa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille sairaanhoitajien kokemuksista menehtyneen lapsipotilaan jälkeen sekä tehdä kyselylomake aiheesta. Kyselylomakkeesta voivat hyötyä seuraavat opinnäytetyön tekijät, jotka voivat käyttää lomaketta haastattelussaan tai esimerkiksi lasten osastot sairaalassa, jossa halutaan kartoittaa osastolla työskentelevien hoitajien tuntemuksia ja kokemuksia lapsipotilaan menehtymisen jälkeen. Oma tavoitteemme on lisätä omaa tietoisuutta lapsen menehtymisen jälkeisistä tunteista ja miten ne saattavat vaikuttaa työhön ja omaan henkilökohtaiseen elämään.

4 KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS

Kirjallisuuskatsaukset voidaan luokitella kolmeen eri päätyyppiin: 1) kuvailevat eli narratiiviset katsaukset, 2) systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ja 3) määrällinen meta-analyysi ja laadullinen meta-analyysi (Suhonen, Axelin, Stolt 2016, 8). Päätyypistä riippumatta, kaikki kirjallisuuskatsaukset sisältävät tietyt vaiheet, jotka tekevät aikaisempaan tietoon perehtymisestä katsauksen: 1) katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, 2) kirjallisuushaku ja aineiston valinta, 3) tutkimusten arviointi, 4) aineiston analyysi ja synteesi ja 5) tulosten raportointi (Niela-Vilén & Hamari 2016, 23). Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen menetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, sillä halusimme tehdä katsauksen jo tehtyihin tutkimuksiin sairaanhoitajan kokemuksista.

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kuvailevan eli narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia, sen laajuutta, syvyyttä ja määrää (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 298; Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 9) ja muodostaa kokonaiskuva tietystä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta (Suhonen ym. 2016, 7). Tällaisia katsaustyyppisiä tunnustetaan useita, joista tässä työssä on käytetty perinteistä narratiivista katsausta. Katsauksessa tarkastellaan julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia, jotka ovat vertaisarvioituja. (Suhonen ym. 2016, 9.) Menetelmä voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen: 1) tutkimuskysymyksen muodostaminen, 2) aineiston valitseminen, 3) kuvailun rakentaminen ja 4) tuotetun tuloksen tarkasteleminen. (Kangasniemi ym. 2013, 294.)

Tutkimuskysymys ohjaa koko tutkimusprosessia – aineiston valintaa, kuvailun rakentamista ja tulosten tarkastelua. Kysymyksen tulisi olla rajattu, jotta tutkittavaa ilmiötä voi tarkastella syvällisesti, mutta myös riittävän väljä mahdollistaakseen ilmiön tarkastelun useasta näkökulmasta. Ennen tutkimuskysymyksen muodostamista voidaan tehdä alustava kirjallisuuskatsaus aiheesta, jonka avulla tutki-

muskysymyksen voi määritellä tarkemmin ja liittää tiettyyn laajempaan teoreettiseen kehykseen. Tutkimuskysymys liitetään myös osaksi teoreettista viitekehystä. (Kangasniemi ym. 2013, 294–295.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto muodostuu aikaisemmasta tutkimustiedosta, joka on haettu tyypillisimmin elektronisista tieteellisistä tietokannoista tai manuaalisilla hauilla tieteellisistä julkaisuista. Valinta voi olla joko eksplisiittistä tai implisiittistä, joissa molemmissa aineisto haetaan tieteellisistä lähteistä, mutta niiden systemaattisuus ja raportointitapa eroavat toisistaan. Implisiittisessä ei raportoida erikseen aineiston hankinnassa käytettyjä tietokantoja tai mahdollisesti käytettyjä sisäänottokriteerejä, kun taas eksplisiittinen haku tehdään manuaalisesti valituista lehdistä ja sähköisesti eri tietokannoissa hyödyntäen aika- ja kielirajauksia. Haku ei kuitenkaan perustu ainoastaan aika- ja kielirajauksiin, vaan keskeistä on mukaan otettavan aineiston sisältö ja sen suhde muihin valittuihin tutkimuksiin. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuus perustuu juurikin sisällölliseen valintaan ja jatkuvaan tutkimuskysymyksen reflektointiin. (Kangasniemi ym. 2013, 294–296.)

Aineisto analysoidaan vastaamalla tutkimuskysymykseen harkitusti valitun aineiston kuvailulla, jossa yhdistetään ja analysoidaan sisältöä kriittisesti sekä syntetisoidaan tietoa eri tutkimuksista luomalla jäsentynyt kokonaisuus ilman alkuperäisen tiedon muuttamista. Tarkoituksena on vertailla aineistoja, analysoida jo olemassa olevan tiedon vahvuuksia ja heikkouksia ja tehdä laajempia päätelmiä. Analysoinnin jälkeen kootaan keskeiset tulokset ja niitä tarkastellaan suhteessa laajempaan kontekstiin. Tulokset sisältävät sisällöllisen ja menetelmällisen pohdinnan sekä tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arvioinnin. Pohdinnassa voidaan kritisoida valittua tutkimuskysymystä, suunnitella jatkotutkimuksia sekä esittää johtopäätökset. (Kangasniemi ym. 2013, 296–297.)

4.2 Hakuprosessi

Systemaattinen tiedonhaku on järjestelmällinen prosessi, joka on tarkasti määritelty ja jonka voi tarvittaessa toistaa (Tähtinen 2007, 10). Ennen varsinaisia tie-

donhakuja, valitsimme hakusanat PICO-menetelmän avulla, jolloin saimme tutkimusongelmamme selkeämpään muotoon. PICO:ssa P = patient tarkoittaa potilasta tai muuta tutkittavaa ryhmää, I = intervention, menetelmää, C = comparison, vertailtavaa menetelmää ja O = outcome, tulosta. (Elomaa & Mikkola 2010, 12.) Hakusanojen valinnassa käytimme apuna myös MeSH / FinMeSH asiasanastoa, jonka avulla saimme vaihtoehtoisia sanoja esimerkiksi sairaanhoitajalle. Hakusanat ovat eritelty tietokantojen hakulaatikkoon. Havainnollistamme tarkemmin käyttämäämme PICO-menetelmää taulukossa 1.

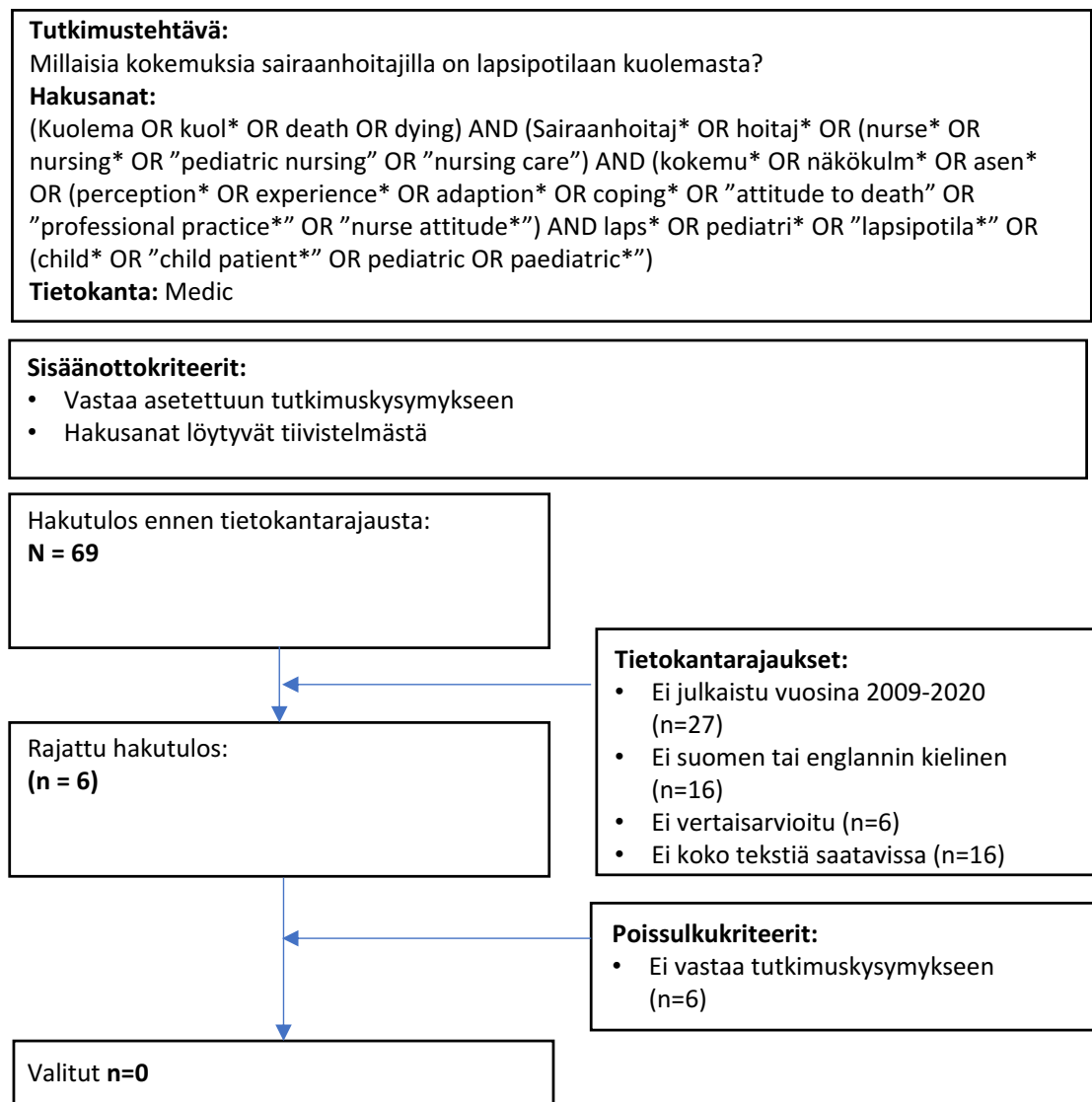
TAULUKKO 1. Opinnäytetyössä käytetty PICO

P = Patient = potilas/muu tutkittava ryhmä	Sairaanhoitaja
I = Intervention = menetelmä	Lapsipotilaan kuolema
C = Comparison = vertailtava menetelmä	-
O = Outcome = tulos	Kokemukset lapsipotilaan kuoleman jälkeen

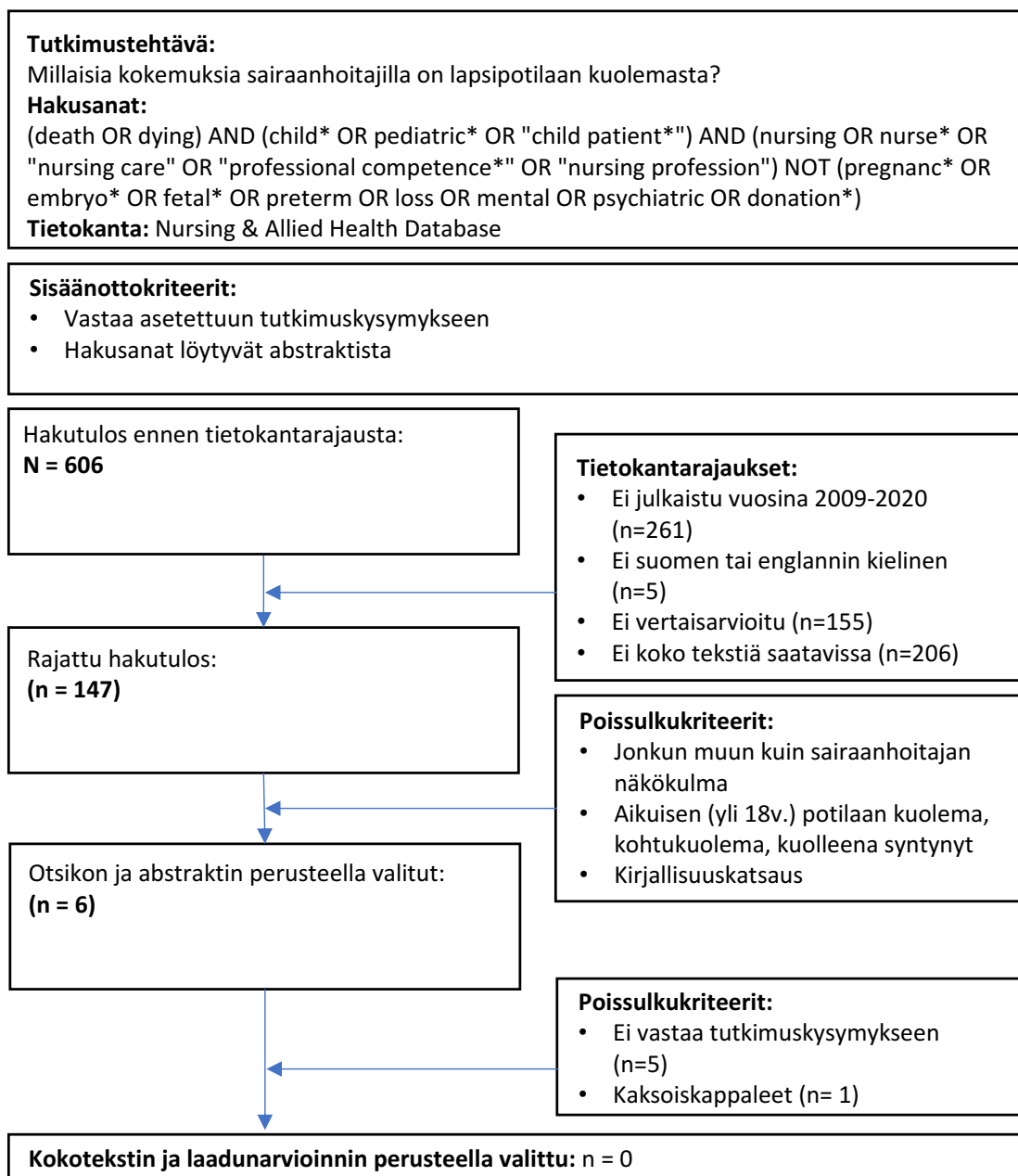
Tässä opinnäytetyössä käytettiin neljää eri tietokantaa tiedonhakuun: *CINAHL, Nursing & Allied Health Database, Medic ja Andor*. Lisäksi käytimme manuaalihakua. Haun tuloksista on poistettu lopuksi myös kaksoiskappaleet. Kaksoiskappaleita löytyi ensimmäisen Cinahl haun jälkeen Nursing & Allied Health Database:sta (n=1) ja Andorista (n=4). Käytimme Tampereen Ammattikorkeakoulun informaation tiedonhakupalvelua hyväksimme tehdessämme hakuja. Informaattikko suositteli eri hakusanoja eri tietokantoihin, sillä samat hakusanat eivät tuotaneet välttämättä hyvää tulosta. Lisäksi rajasimme hakusanat tiivistelmään, jolloin hakutulos oli paras mahdollinen.

Valitsimme tutkimustehtävään numero 1 aineiston eksplisiittisesti, eli raportoimme valintaprosessin vaiheet tarkasti. Tutkimustehtävään numero 2 valitsimme implisiittisesti, eli valintaa ei raportoitu erikseen. Aineiston valinnan luotettavuus tuodaan esille raportin tekstissä. (Kangasniemi ym. 2013, 294–295.) Kuvaamme kirjallisuuskatsauksemme tiedonhaun tietokannoittain kuvioissa 7, 8, 9

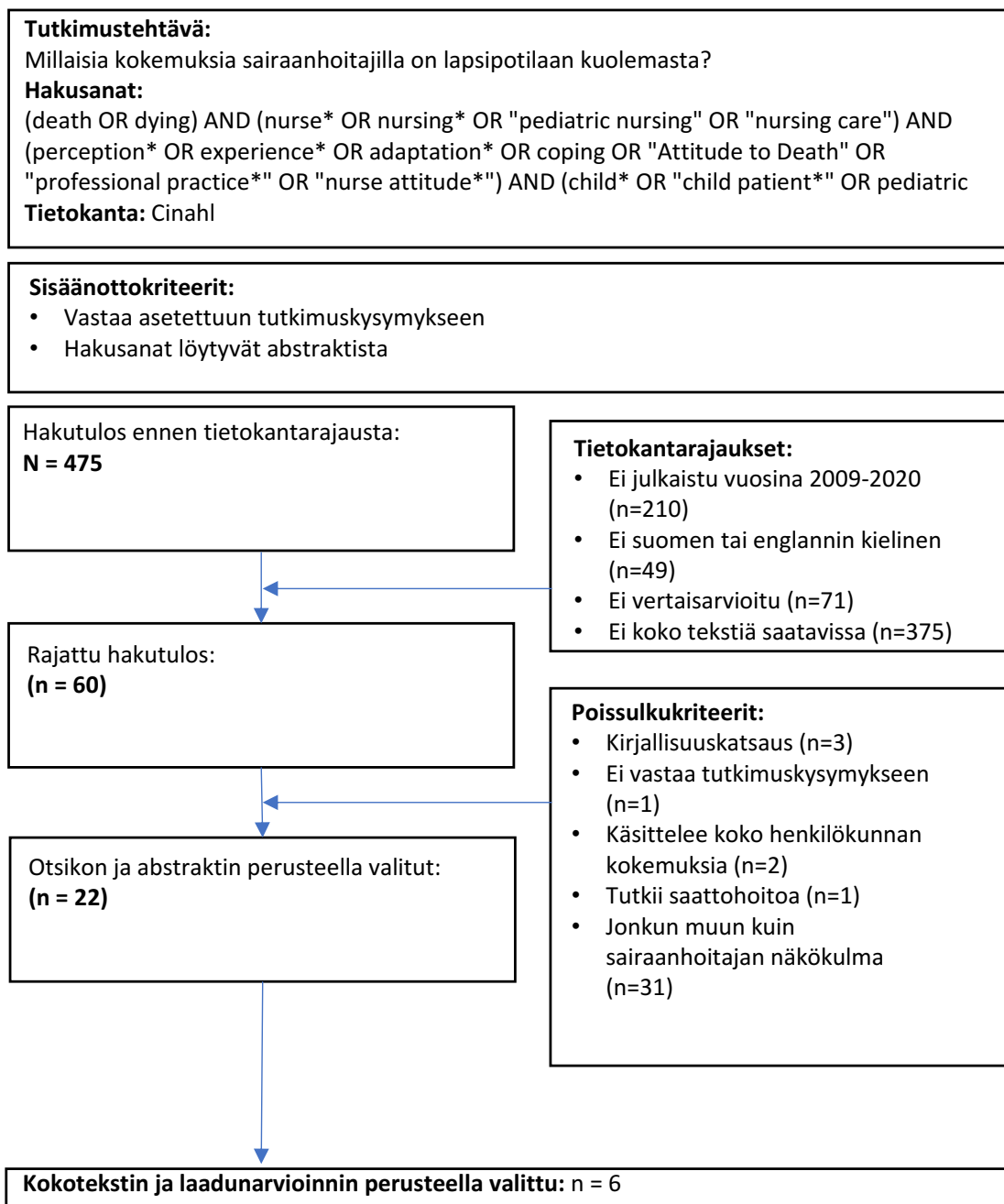
ja 10. Kuvioissa on esillä käytetyt hakusanat, mukaanottokriteerit, tietokantara-
jaukset ja poissulkukriteerit. Valinnat tietokannoittain on nähtävissä kootusti ku-
viossa 11.



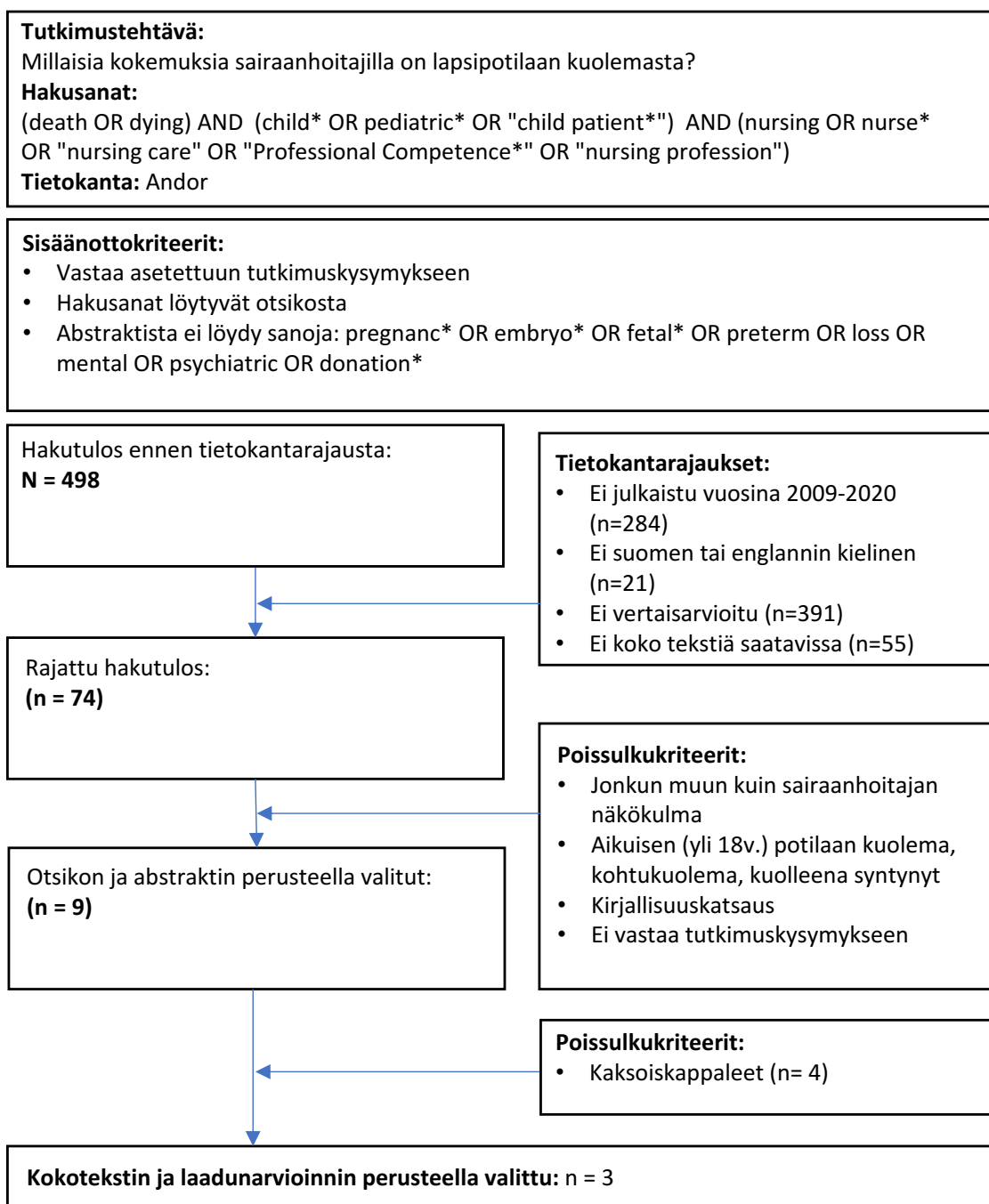
KUVIO 7. Medic tiedonhaku



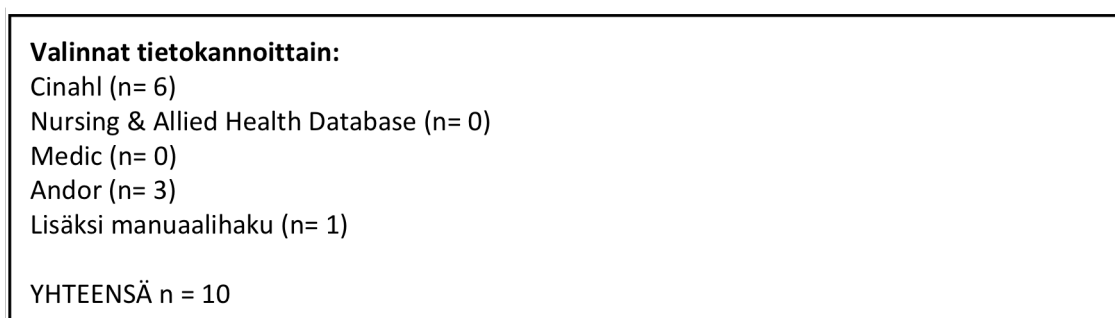
KUVIO 8. Nursing & Allied Health Database tiedonhaku



KUVIO 9. Cinahl tiedonhaku



KUVIO 10. Andor tiedonhaku



KUVIO 11. Valinnat tietokannoittain

4.3 Aineiston valinta ja laadunarviointi

Aineiston valinnassa tulee huomioida luotettavuus. Luotettavuus heikkenee, mikäli tutkija on tiedostaen tai tiedostamatta käyttänyt tarkoitushakuisuutta siitä raportoimatta. Käytetty aineistonvalintatapa vaikuttaa myös luotettavuuteen – implisiittisessä valinnassa luotettavuus ja sen tarkastelu sisältyy jo aineiston käsittelyyn ja kuvaamiseen, kun taas eksplisiittisessä aineiston valinnassa valinnan puutteellinen kuvaus jätetään kuvaamatta ja näin tehdyt johtopäätökset voidaan kyseenalaistaa. (Kangasniemi ym. 2013, 298.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty implisiittistä tapaa tutkimustehtävään numero 1 ja haut on tehty manuaalisesti valituista sähköisistä tietokannoista, hyödyntäen aineiston aika- ja kielirajauksia. Eksplisiittistä tapaa käytettiin tutkimustehtävään numero 2. Kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle tyypillisesti tutkimuskysymys ja siihen vastaava aineisto muovaantui ja tarkentui hakuprosessin aikana (Kangasniemi ym. 2013, 294).

Aineistoksi valikoitui kymmenen kansainvälistä tutkimusta, jotka valittiin niiden sisällön perusteella suhteessa tutkimustehtävään. Hakutuloksen rajaamisen jälkeen tutkimusten valinnassa huomioitiin niiden laatu ja luotettavuus. Laadunarvioinnissa tarkastelimme tutkimuksista seuraavia Kangasniemen, Pakkasen ja Korhosen katsauksen (2015) laadunarviointikriteerejä: tavoitteiden ja tarkoituksen selkeä kuvaus, asianmukaisesti kuvattu toteutustapa, tarkoituksenmukainen menetelmä, selkeä viitekehys, rajoitteiden esittely sekä tulosten esittelyn ja pohdinnan toteutus. Näitä kriteerejä arvioitiin asteikolla kyllä, huono tai ei ilmoitettu (Kangasniemi, Pakkanen & Korhonen 2015, 1744–1757). Laadunarviointimme perusteella puutteelliseksi katsomamme tutkimukset rajattiin pois kirjallisuuskatsauksesta. Luotettavuus haluttiin pitää mahdollisimman hyvänä, joten molemmat opinnäytetyön tekijät ovat käyneet tutkimukset läpi. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset löytyvät liitteestä 1 ja laadunarviointi on nähtävissä liitteessä 2.

4.4 Aineiston analysointi

Analyysin on tarkoitus tuottaa yhteneväinen kuva tuloksista ja kuvata sanallisesti ja selkeästi tutkittava ilmiö (Tuomi & Sarajärvi 2018). Valituista tutkimuksista et-

sitään tutkimuskysymykseen vastaavat kuvaukset, jotka kannattaa koota tauluk-
koon. Taulukko auttaa selventämään aihetta ja antaa aiheesta kokonaiskuvan.
(Niela-Vilen & Hamari 2016.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyyssissä aineisto vaikuttaa analysointiin koko pro-
sessin ajan. Aineistosta etsitään tutkimuskysymykseen vastaavia asioita ja tutki-
jan tulee olla avoin löydetyille tuloksille. (Leinonen 2018.) Analyysissä on kolme
vaihetta: 1) pelkistäminen eli redusointi, 2) ryhmittely eli klusterointi ja 3) käsittei-
den muodostus eli abstrahointi. Pelkistäessä aineistosta etsitään tutkimuskysy-
mykseen vastaavat kuvaukset, jotka tiivistetään luetteloon. Tiivistäessä kuvauk-
sista jätetään epäolennaiset asiat pois, kuitenkin säilyttäen pääsisältö. Ryhmitel-
lessä pelkistetyt lainaukset jaetaan niiden sisältöjen mukaan eri luokkiin. Jaotte-
lun perusteella syntyneet alaluokat nimetään ja siirrytään käsitteiden muodosta-
miseen. Tämä tarkoittaa alaluokkien yhdistelemistä yläluokiksi, jotka myöskin ni-
metään. Luokkien avulla pystytään tarkastelemaan tutkimuksista löytyvää tutki-
muskysymyksen kannalta olennaista tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

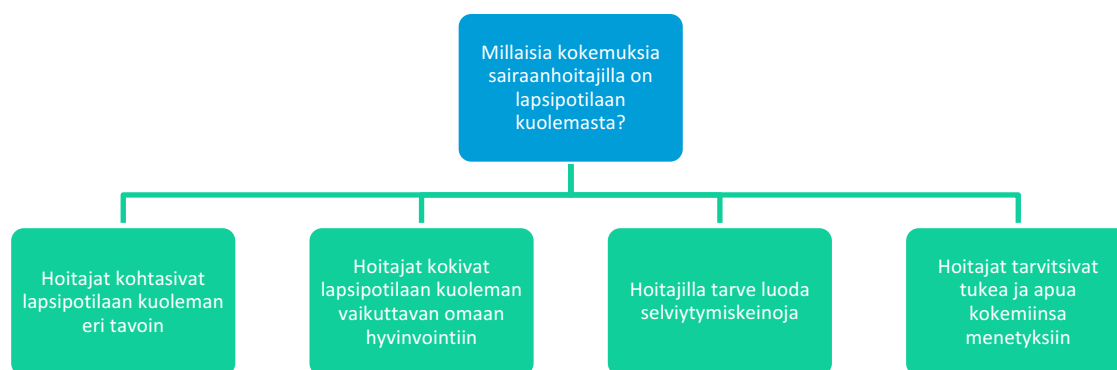
Sisällönanalyysi on tehty kaikille käytetyille tutkimuksille ja molemmat opinnäyte-
työn tekijät ovat perehtyneet tutkimuksiin. Valitsemistamme tutkimuksista etsittiin
tutkimuskysymykseen vastaavia ilmaisuja, jotka käännettiin suomeksi ja pelkis-
tettiin tiiviimpään muotoon. Alkuperäisilmauksia oli yhteensä 130, jotka jaoteltiin
alaluokkiin ja lopulta isommiksi yläluokiksi. Alaluokkia syntyi 22 ja yläluokkia 4.
Esimerkki sisällönanalyyssistä löytyy taulukosta 2.

TAULUKKO 2. Lyhennelmä sisällönanalyysistä

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
On the other hand, the nurses' personal experiences of motherhood/fatherhood were mentioned as potentiating their own suffering (Lima ym. 2017, 45).	Hoitajien äitiys tai isyys lisäsi kärsimyksen tunnetta.	Oma vanhemmuus vaikeuttaa lapsipotilaan kuoleman kohtaamista	Hoitajat kohtasivat lapsipotilaan kuoleman eri tavoin
Nurses' experiences of motherhood/fatherhood increased their feelings of closeness to the families, particularly to parents (Lima ym. 2017, 45).	Hoitajien kokemukset äitiydestä/isydestä lisäsi läheisyyden tunnetta perheitä kohtaan, varsinkin vanhempia.		
The theme of lack of preparedness was a strongly voiced issue related to patient death (Kellogg, Barker, McCune 2014, 300).	Valmistautumattomuus lapsen kuolemaan nähtiin ongelmana	Koulutus lapsen kuoleman kohtaamisesta koetaan riittämättömäksi	
All participants expressed that they had limited education that would have enabled them to process their feelings and function effectively (Kellogg ym. 2014, 300).	Koulutus olisi voinut valmentaa hoitajia paremmin käsittelemään tunteitaan.		
However, compared to other units, participants stated that they were in a closer relationship with the children and their parents (Konukbay ym. 2019, 961).	Hoitajat ovat läheisempiä lapsen ja perheen kanssa kuin muilla osastoilla	Hoitajan ja potilaan sekä perheen välille kehittyi kiintymyssuhde	
Nurses expressed that they were in a special relationship with the children and their parents due to the long and difficult treatment process. (Konukbay ym. 2019, 962).	Hoitajilla erityinen suhde lapsiin ja heidän vanhempiinsa pitkän ja vaikean hoitoprosessin vuoksi.		

5 TULOKSET

Tutkimuksissa ilmeni neljä eri teemaa: *Hoitajat kohtasivat lapsipotilaan kuoleman eri tavoin, hoitajat kokivat lapsipotilaan kuoleman vaikuttavan omaan hyvinvointiin, hoitajilla tarve luoda selviytymiskeinoja ja hoitajat tarvitsivat tukea ja apua kokemuksiinsa menetyksiin.* Kuviossa 12 on esitetty opinnäytetyön tutkimustehtävä ja sisällönanalyysin avulla saadut yläluokat. Alaluokat on esitelty neljän saadun yläluokan mukaan kuvioissa 13, 14, 15 ja 16.



KUVIO 12. Tutkimustehtävä ja yläluokat

5.1 Potilaan kuoleman kohtaaminen

Kuolevan lapsen hoitaminen koettiin haastavaksi, mutta osaksi työtä. Useiden hoitajien mielestä kuoleman näkeminen ei ikinä helpotu ja lapsen katsominen tämän vetäessä viimeisiä henkäyksiään on vaikeaa. (Strayer & Lockhart 2016, 352.) Hoitajat viittasivat toistuviiin menetyksiin puhuessaan kuolleista lapsista ja kokivat, etteivät tiedä miten odottaa väistämätöntä kuolemaa. Hoitajien kokemuksissa oli eroja riippuen lapsen kuolin tavasta – esimerkiksi kivuissaan kuollut lapsi aiheutti negatiivisia vaikutuksia hoitajaan. (MacDermott & Keenan 2014, 586, 588.) Hoitajat tunsivat empatiaa ajatellessaan kuollutta lasta ja kertoivat, etteivät ikinä unohda menehtyneitä potilaitaan. Lapsien ajateltiin olevan viattomia, eikä elämän tulisi päättyä lapsena. (Curcio 2017, 9, 11.) Lasten syöpäosastolla työskentely koettiin henkisesti ja fyysisesti uuvuttavaksi (Konukbay, Yildiz & Suluhan 2019, 961). Murrosikäisen kuolema koettiin hoitajien keskuudessa tuskallisem-

maksi kuin pienemmän lapsen, koska perhesiteet olivat ehtineet muodostua vahvoiksi (Lima, Gonçalves, Pinto 2017, 44). Kuolevalle lapselle tehdyt aggressiiviset hoidot aiheuttivat hoitajissa turhautumista, ahdistusta ja ristiriitaisia tunteita (Bloomer, O'Connor, Copnell, Endacott 2015, 90).

Hoitajat kokivat valmistautumisensa lapsen kuoleman kohtaamiseen puutteelliseksi ja että se oli unohdettu hoitajakoulutuksessa (Kellogg, Barker, McCune 2014, 299–300). Koulutusta kaivattiin enemmän (Kellogg ym. 2014, 299–300; Khraisat, Alakour & O'Neill 2017, 202; Lima ym. 2017, 45), sillä se olisi auttanut potilaan kuoleman käsittelyssä. Valmistautumattomuus koettiin myös instituution tuen puutteena. Tunteiden käsittelyä olisi pitänyt opetella sekä hoitajakoulutuksessa, että organisaation toimesta. Kokemukset lapsipotilaan kuolemasta auttoivat seuraavassa vastaavassa tilanteessa ja usein ainoa "koulutus" aiheesta oli oma kokemus. (Kellogg ym. 2014, 299–300.) Jotkut hoitajat kokivat, että lapsen kuoleman negatiiviset vaikutukset ja kuolemasta puhumisen vaikeus johtuivat juuri koulutuksen puutteesta (Lima ym. 2017, 45).

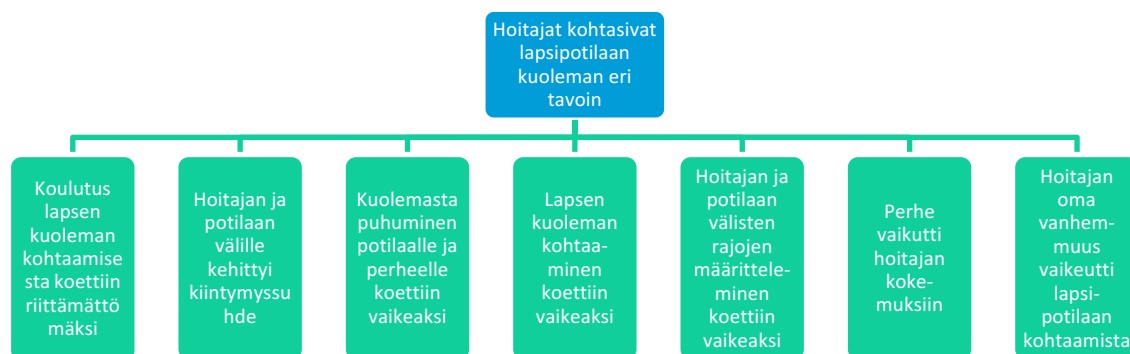
Hoitajat kiintyivät voimakkaasti lapsipotilaisiinsa (MacDermott & Keenan 2014, 58) ja olivat tavallista läheisempiä lapsen ja perheen kanssa. Hoitajat olivat tyytyväisiä pitkiin hoitosuhteisiin ja tunsivat suhteen olevan erityinen pitkän ja vaikean hoitoprosessin vuoksi. Hoitajat kokivat myös empatiaa ja sympatiaa potilaita ja vanhempia kohtaan. Tyytyväisyyden tunteita ilmeeni, kun hoitajat olivat pystyneet olemaan hyödyksi potilaalle. (Konukbay ym. 2019, 961–962.) Huonojen uutisten kertominen vanhemmille oli hoitajien mielestä yksi vaikeimmista ja stressaavimmista tehtävistä. Oikeiden sanojen löytäminen oli vaikeaa ja sanaa "kuolema" välteltiin. (Lima ym. 2017, 45.) Keskustelu elämän päättymisestä ei ollut avointa. (MacDermott & Keenan 2014, 588).

Henkilökohtaisten rajojen vetäminen oli toisille hoitajille vaikeampaa kuin toisille. Jotkut hoitajat sanoivat käyttävänsä metaforista rajaa ohjaamaan kuinka sitoutuneita he antavat itsensä olla potilaan hoitoon. Jotkut näkivät tällaisten rajojen olevan esteenä hoidolle ja empatialle. Eri potilaiden kanssa muovaantui erilaiset rajat, jolloin toisinaan hoitajien täytyi muuttaa kehonkieltään, äänensävyään ja ilmeitään nopeasti potilaiden välillä. (Cook. ym. 2012, e15–16.) Hoitajat kertoivat

usein ylittävänsä asettamansa rajat ystävästyessään lapsen ja perheen kanssa (Stayer & Lockhart 2016, 354).

Perheen hyväksyessä lapsen kuoleman tilanne on helpompi hoitajalle, kun taas vihaiset vanhemmat vaikeuttivat hoitajan työtä. Hoitajia myös helpotti, kun perhe sai aikaa olla lapsen kanssa tämän kuoleman jälkeen. (Khraisat ym. 2017, 202–203.) Läheiset suhteet potilaan ja perheen kanssa koettiin pääosin positiiviseksi asiaksi, mutta se myös lisäsi hoitajan ahdinkoa potilaan kuoltua (Conte 2014, 43). Hoitajat kertoivat lapsen perheen reaktioiden vaikuttavan suuresti, varsinkin vanhempien ollessa shokissa ja kärsiviä (Lima ym. 2017, 45). Hoitajat kertoivat, että tuntui ylivoimaiselta katsoa perheen näkevän lapsen kuolema (Stayer & Lockhart 2016, 352).

Hoitajien oma vanhemmuus lisäsi kärsimyksen tunnetta lapsipotilaan kuollessa. Hoitajat kokivat oman vanhemmuutensa vuoksi samaistuvansa potilaan vanhempien äitiyteen ja isyyteen, mikä lisäsi läheisyyttä perheen kanssa. Samaistuminen myös kasvatti lapsen kuoleman vaikutuksia hoitajiin, varsinkin jos potilaan ikä tai sukupuoli oli sama kuin hoitajan omalla lapsella tai jos tilanne muuten muistutti hoitajaa jostain omasta kokemuksestaan. (Lima ym. 2017, 45.)



KUVIO 13. Ensimmäinen yläluokka alaluokkineen

5.2 Vaikutukset hoitajaan

Työskentelyllä lasten syöpäosastolla koettiin emotionaalista taakasta huolimatta olevan myös positiivisia vaikutuksia hoitajan maailmankuvaan. Hoitajat ko-

kivat, etteivät he enää jääneet vellomaan merkityksettömiin tilanteisiin, jotka ennen olisivat stressanneet. (Conte 2014, 43–44.) Eräs hoitaja kuvasi olevansa tyytyväinen, kun sai olla hoitamassa kuolevaa lasta ja hänen perhettään. Joillain hoitajilla oli enemmän positiivisia kokemuksia kuin toisilla. (Stayer & Lockhart 2016, 352.)

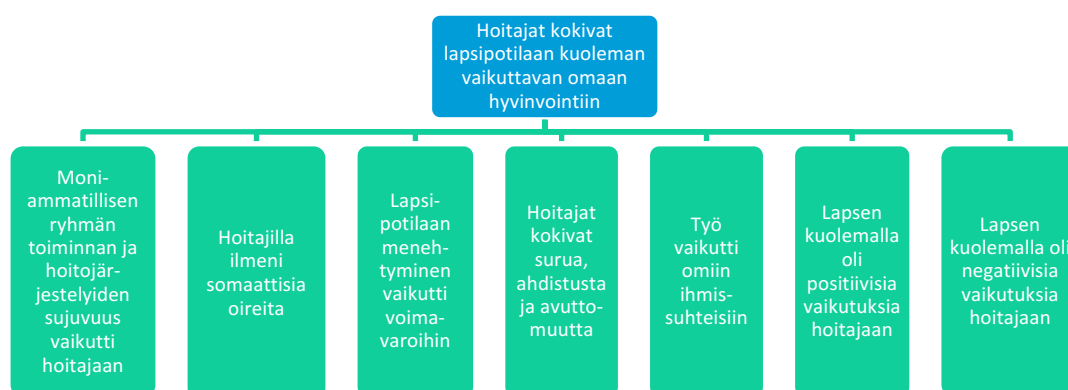
Mielipide-erot lääkäreiden kanssa vaikeutti hoitajien työtä, kun taas yksimielisyys ja selkeä hoitolinjaus helpotti hoitajia (Khraisat ym. 2017, 202–203). Hoitajien mielipiteiden laiminlyönti herätti voimattomuuden ja turhautumisen tunteita (Bloomer ym. 2015, 89) ja hoitosuhteen puuttuminen lisäsi syyllisyyden ja avuttomuuden tunteita (Conte 2014, 42). Hoitajien mielestä paremmat hoitojärjestelyt olisivat parantaneet potilaan kuoleman olosuhteita (MacDermott & Keenan 2014, 588).

Eräs hoitaja kertoi hoitajana olemisen olleen helpompaa trauman uhrille, koska kiintymyssuhdetta ei ehtinyt syntyään (Curcio 2017, 12). Hoitajat kokivat potilaan kuolemaan liittyvät monet velvollisuudet ylivoimaisena (Kellogg ym. 2014, 299), mutta hoitajien odotetaan kuitenkin jatkavan työtään vaikean menetyksen jälkeen (Conte 2014, 43). Hoitajat kokivat surua (Conte 2014, 42; Keenan 2014, 586; Kellogg ym. 2014, 299; MacDermot & Bloomer ym. 2015, 91; Stayer & Lockhart 2016, 352), avuttomuutta (Kellogg ym. 2014, 299; Stayer & Lockhart 2016, 352), turhautumista, vihaa (Stayer & Lockhart 2016, 352) ja tarvetta korjata asiat (Kellogg ym. 2014, 299). Avuttomuuden tunne ja suru koettiin emotionaaliseksi taakaksi (Kellogg ym. 2014, 299). Hoitajilla ilmeni tapauskohtaisia eroja ahdistuksen, surusävytteisen puheen, jossittelun ja positiivisten tunteiden määrissä. Ahdistus ja jossittelu yleensä liittyivät kommunikaatioon ja surusävytteinen puhe hoitajien tukemiseen. (Bloomer ym. 2015, 91.) Hallinnollisten tehtävien suorittaminen koettiin taakaksi surun keskellä (Kellogg ym. 2014, 299). Hoitajat kertoivat läheisten suhteiden potilaan kanssa vahvistaneen surua potilaan kuoltua, vaikka läheisyys edistikin yhteenkuuluvuutta. Jotkut hoitajat korostivat kuoleman äkillisyyden ja ennustamattomuuden lisäävän kärsimystä (Lima ym. 2017, 44–45). Lapsipotilaan kuollessa hoitajat kokivat huolta sekä itkuherkistä kollegoistaan, että niistä, jotka eivät itkeneet lainkaan. Hoitajat, jotka ajattelivat surun kuu-luvan vain perheelle, kokivat kohdistamatonta surua (MacDermot & Keenan

2014, 586). Lapsen kuoleman kuvattiin olevan kaikista musertavin tapahtuma ja vaikuttavan koko osastoon (Konukbay ym. 2019, 963).

Hoitajat olivat huolissaan siitä, että heidän työnsä vaikuttaisi negatiivisesti omaan perheeseen ja läheisiin. Hoitajat yrittivät suojella läheisiään töissä kokemiltaan menetyksiltä pitämällä heidät loitommalla, jolloin he eivät myöskään voineet toimia tukijoina. Hoitajia turhautti, sillä läheiset eivät ymmärtäneet heidän työtään ja heillä saattoi olla harhakuvitelmia, että työ on enimmäkseen surullista ja masentavaa. Hoitajat kuitenkin kokivat oppineensa kunnioittamaan elämäänsä ja aikaa läheisten kanssa. (Conte 2014, 42, 44.) Jotkut hoitajat löysivät lohdutusta ja tukea perheestään, lapsistaan ja miehistään (Kellogg ym. 2014, 300), toiset eivät halunneet puhua potilaiden kuoleman aiheuttamasta stressistä töiden ulkopuolella (Cook. ym. 2012, e17). Jotkut kertoivat välttelevänsä töiden tuomista kotiin, mutta niin kuitenkin useasti kävi (Stayer & Lockhart 2016, 354).

Lapsipotilaan tilanteen huononemisen koettiin vaikuttavan negatiivisesti kaikkiin potilaisiin ja hoitajiin (Konukbay ym. 201, 962). Lapsipotilaan kuollessa hoitajissa ilmeni erilaisia käyttäytymismuutoksia, kuten etäisyyden ottamista, apatiaa, tunteettomuutta ja välttelyä, joka ilmeni esimerkiksi aiheesta puhumisen välttelemisenä. Lapsen kuollessa hoitajat jäivät usein pyörittelemään asioita päässään ja murehtimaan. (Lima ym. 2017, 44.) Lisäksi lapsipotilaan kuoleman kokeminen aiheutti hoitajille myös somaattisia oireita, kuten keskittymis- ja nukkumisvaikeuksia. Näiden ja muiden keskittymiskyvyn ja nukkumisen muutoksien lisäksi hoitajilla ilmeni mielialojen vaihtelua, päänsärkyä ja migreeniä. Kuoleman kohtaamisen koettiin myös aiheuttaneen lisääntyntä, niin sanottua ”hypervalppautta”, mikä saattoi aiheuttaa jatkuessaan fyysisiä oireita. (Lima ym. 2017, 44–45.)



KUVIO 14. Toinen yläluokka alaluokkineen

5.3 Hoitajien selviytymiskeinot

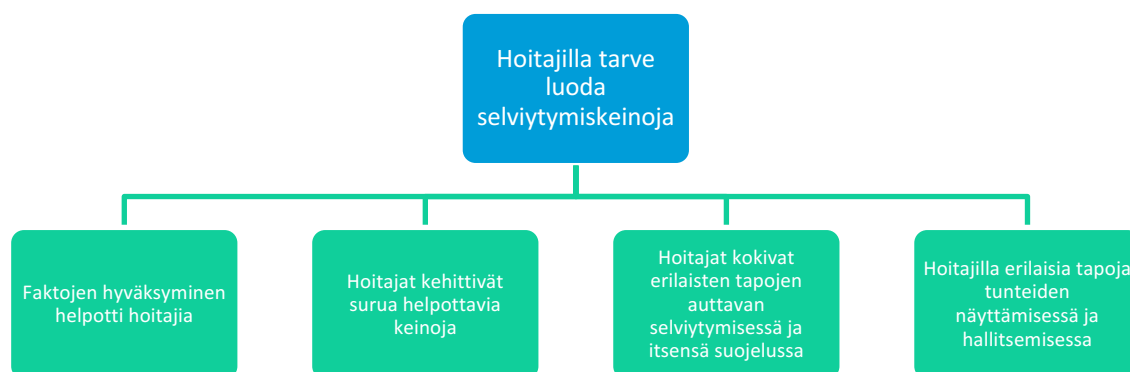
Surua helpottavina keinoina hoitajat kokivat itkemisen, meditaation ja liikunnan (Kellogg ym. 2014, 300). Myös positiiviset muistot auttoivat hoitajia selviytymään stressaavista tilanteista (Cook ym. 2012, e17). Hoitajilla oli tarve tehdä jotain hyvää perheelle hankalassa tilanteessa, kuten lohduttavien asioiden tarjoamista lapsille (Stayer & Lockhart 2016, 353).

Lapsipotilaan kuoleman jälkeen faktojen hyväksyminen helpotti hoitajia. Hoitajat olivat nähneet niin paljon, että he tietäisivät mitä tuleman pitää (Curcio 2017, 11). Kuolema nähtiin myös keinona välttää kipu, kun selviytymismahdollisuuksia ei ollut (Konukbay ym. 2019, 963). Lisäksi tieto, että teki kaikkensa, toimi itsesuojeleluna (Curcio 2017, 12) verrattuna tunteeseen, että olisi voinut tehdä vielä enemmän lapsen ja perheen hyväksi (Conte 2014, 42-43).

Hoitajilla oli erilaisia tapoja tunteiden näyttämisesssä ja hallitsemisessa. Tunteiden hallinta koettiin elintärkeäksi taidoksi lasten syöpäosastolla (Conte 2014, 43) ja ammatillisuus oli usein syynä, miksi hoitajia ei nähty surevan (MacDermott & Keenan 2014, 586). Jotkut hoitajat poissulkivat tunteitaan ja ilmaisivat niitä myöhemmin tilanteen ollessa sopivampi (Conte 2014, 43), kun taas jotkut kokivat, että asian käsittely sillä hetkellä oli parempi vaihtoehto, kuin eteenpäin siirtyminen heti (Cook ym 2012, e17). Tunteita näytettiin joko avoimesti tai niitä pidettiin sisällään (Cook ym 2012, e17). Etäisyyden ottamista käytettiin henkisesti ja fyysisesti vaikeissa tilanteissa sekä itsesuojeleluna, kun tilanteesta aiheutuvat tunteet olivat liian rankkoja. Hoitajilla ei myöskään ollut välttämättä aikaa pysähtyä ja miettiä koettua menetystä, vaan heidän tuli hallita tunteensa, jotta pystyivät jatkamaan työtään. (Conte 2014, 43.)

Erilaiset tavat auttoivat hoitajia selviytymään ja suojelemaan itseään. Hoitajat kehittivät erilaisia selviytymiskeinoja potilaan kuoltua (Kellogg ym. 2014, 299). Kokemus äkillisestä lapsen kuolemasta koettiin suojaavaksi tekijäksi, joka tarjosi tehokkaammat selviytymismekanismit (Lima ym. 2017, 45) joiden avulla hoitajat kehittivät yksilöllisiä, uniikkeja selviytymiskeinoja (Kellogg ym 2014, 299). Selviytymiskeinoihin kuului lokerointi ja irtautuminen (Kellogg ym 2014, 299), esimerkiksi lokerointi sairaudeksi paransi hoitajien selviytymistä ja itsesuojelelun lapsen

kuoleman kohtaamisessa (Curcio 2017, 12). Lisäksi kuoleman loitontaminen toimi suojaimekanismina, jota käytettiin itsensä ja läheisten suojelemiseksi johduen työstä, jota pidettiin masentavana ja surullisena (Conte 2014, 42). Hoitajat yrittivät sopeutua tilanteeseen, jotta pystyivät hoitamaan työnsä (Curcio 2017, 12) sekä keskittymään kuolleen lapsen sijasta eläviin lapsiin, mikä toimi työkaluna muokata ja säilyttää positiiviset muistot sairaista ja kuolevista lapsista (Cook ym. 2012, e17). Myös kyky kiintyä ja irrottautua antoi hoitajille mahdollisuuden jatkaa työtään (Curcio 2017, 12).



KUVIO 15. Kolmas yläluokka alaluokkineen

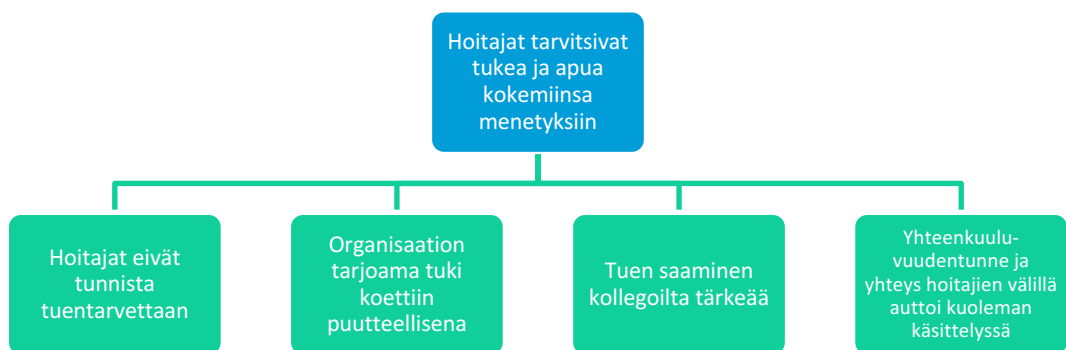
5.4 Tuen ja avun saaminen

Hoitajat eivät aina tunnistanee tuen tarvettaan kohdattuun lapsipotilaan kuoleman. Hoitajat eivät aktiivisesti etsineet tukea, mutta eivät myöskään kieltäytyneet siitä, jos sitä tarjottiin. (MacDermott & Keenan 2014, 588–589.) Johdon ja organisaation koettiin epäonnistuneen hoitajien tukemisessa (MacDermott & Keenan 2014, 589) ja hoitajat kokivat, että instituutio ei aina tarjoa neuvontaa tai debriefingiä, varsinkaan yövuoroissa. Täten parhaan tuen sai kollegoilta. (Kellogg ym. 2014, 299–300.) Isoimmaksi organisaatioon liittyväksi taakaksi koettiin tukihenkilöiden, kuten sosiaalityöntekijöiden tai pappien, puute (Khraisat ym. 2017, 202–203).

Puhuminen kollegoiden kanssa auttoi hoitajia rentoutumaan, ottamaan omaa aikaa, suojaamaan itseään ja saamaan tunteen tarkoituksellisuudesta, mikä auttoi

työskentelyn jatkamisessa. Henkilökohtainen tuki oli hoitajille tärkeää ja pelkäänsä tietoa siitä, että tukea oli saatavilla, auttoi jatkamaan töitä. (Stayer & Lockhart 2016, 354.) Kohdatessa lapsipotilaan kuoleman, hoitajat tukivat itse itseään, sekä käyttivät kollegoiden ja johdon tukea (MacDermott & Keenan 2014, 588). Helpotavaa oli, että potilaan kuolemasta sai puhua kollegoiden kanssa (Cook. ym. 2012, e17) ja kollegoita käytettiin ”terapeutteina” (Kellogg ym. 2014, 300).

Yhteenkuuluvuudentunne oli tärkeää ja hoitajat käyttivät keskinäistä yhteyttään mentorointi- ja tukivälineenä. Ryhmään kuuluvuudentunne kehittyi ajan myötä ja ryhmästä sai empatiaa ja tukea. Yhteys potilaisiin ja kollegoihin auttoi hoitajia löytämään tarkoituksen työlleen ja saamaan tukea. Lisäksi hoitajien välinen yhteys antoi psykologista tukea ja auttoi käsittelemään menetyksiä. (Conte 2014, 42–43.) Tieto siitä, että muut ovat kokeneet saman, auttoi hoitajia jatkamaan työtään (Stayer & Lockhart 2016, 354).



KUVIO 16. Neljäs yläluokka alaluokkineen

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tulee olla suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla ollakseen eettisesti luotettava. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan asettamien ohjeiden noudattaminen hyvästä tieteellisestä käytännöstä on tutkijoiden vastuulla. Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa ja esittämisessä, sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi toteutetaan myös asianmukaisesti tiedonhaun ja arvioinnin, sekä muiden tutkijoiden ja heidän saavutustensa huomioiminen tulee olla avointa, vastuullista ja kunnioittavaa. Tarvittavat tutkimusluvut tulee olla hankittuna ja tutkimushankkeen kaikkien osapuolten kanssa on sovittu kunkin vastuut ja oikeudet. (TENK 2012.)

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön ohjeita. Ollakseen eettisesti luotettava sekä käyttämiemme alkuperäistutkimuksien, että koko opinnäytetyömme tulee olla suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaan (TENK 2012). Työssämme kuvaamme avoimesti ja selkeästi tiedonhaun, laadunarvioinnin ja sisällönanalyysin. Tiedonhaun luotettavuutta lisää sen toistettavuus, sillä haku on mahdollista toistaa selkeän dokumentointimme ansiosta. Hyödynsimme myös Tampereen ammattikorkeakoulun informaation apua tiedonhaussa, jotta saimme mahdollisimman tarkasti valitut ja testatut hakusanat. Haut tehtiin systemaattisesti laadukkaista tietokannoissa molempien opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Laadunarvioinnissa ja sisällönanalyysissä noudatimme opinnäyteprosessiin kuuluvien metodiopintojemme ohjeita ja teimme ne yhteistyössä molempien opinnäytetyön tekijöiden voimin. Tehdyn laadunarvioinnin ja esimerkiksi sisällönanalyysistä liitimme näkyville työhön tarkasteltavaksi, mikä myöskin lisää luotettavuutta. Työssä on myös informatiivisia, luettavuutta ja luotettavuutta parantavia kuvioita ja diagrammeja.

Opinnäytetyön aihe on eettisesti puhutteleva ja mielestämme hyvin mielenkiintoinen, joten koimme tärkeäksi tehdä työn parhaamme mukaan. Nimenomaan sairaanhoitajan kokemukset aiheesta kiinnostivat ja toivomme, että luomallamme

kyselylomakkeella saadaan tulevaisuudessa tuotettua tarpeellista tietoa aiheesta. Kiinnostus aiheeseen heräsi ensimmäisen kerran luennollamme vierailleen lapsensa menettäneen kokemusasiantuntijan ansiosta. Alun perin halusimme tutkia sairaanhoitajan kokemuksia lapsensa menettäneiden vanhempien kohtaamisesta, koska kokemusasiantuntijan kokemukset kohtaamisesta olivat olleet huonoja. Aihe oli kuitenkin liian suppea, joten laajensimme aiheitamme kattamaan kaikki sairaanhoitajan kokemukset lapsipotilaan kuoleman jälkeen, sisältäen myös vanhempien kohtaamisen. Ennen varsinaisen opinnäytetyön aloittamista teimme tutkimussuunnitelman, jonka ohjaava opettajamme ja työelämäyhteisemme, Tampereen ammattikorkeakoulu, hyväksyi. Tämän jälkeen haimme tutkimusluvan Tampereen ammattikorkeakoululta.

Alkuperäistutkimuksiksi valitsimme vain tieteellisiä, vertaisarvioituja kansainvälisiä tutkimuksia, jotka ovat myös selkeästi taulukoitu. Kiinnitimme huomiota, että kaikki tutkimuksiin osallistuneet hoitajat olivat vapaaehtoisia, heillä oli lupa jättäytyä pois tutkimuksesta milloin vain ja he saivat esiintyä tutkimuksessa anonyymisti. Koko opinnäytetyöprosessin ajan olemme keskittyneet oikeaoppiseen lähteiden merkitsemiseen ja toimme tutkimustulokset esille mahdollisimman tarkasti ja kattavasti. Luotettavuutta lisää myös se, että kaikki Tampereen Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt menevät plagioinnin tunnistusjärjestelmän läpi. Eräänlaisina laadunvarmistajina ovat toimineet myös vertaisarvioijamme, työelämäyhteisemme ja ohjaava opettajamme.

Luotettavuutta heikentävänä tekijänä voidaan pitää sitä, että kaikki käyttämämme alkuperäistutkimukset ovat englanninkielisiä, joka ei ole kummankaan opinnäytetyön tekijän äidinkieli. Sairaanhoitajakoulutus ja hoitotyö ovat myös hieman erilaisia jokaisessa maassa, joten kaikki kokemukset eivät välttämättä täysin ole siirrettävissä suomalaisten hoitajien kokemuksiksi. Käytettyjen tietokantojen määrä oli myös rajallinen, joten aiheitamme käsitteleviä tutkimuksia on voinut jäädä pois käytöstämme. Aikaisempaa kokemusta opinnäytetyön tekemisestä kummallakaan työn tekijöistä ei ollut, sillä tämä opinnäytetyö on molempien ensimmäinen. Kaikki opinnäytetyöprosessin vaiheet on kuitenkin tehty molempien kirjoittajien toimesta ohjeita tarkasti noudattaen. Tutkimustehtäviä oli kaksi, jolloin

opinnäytetyön laajuuteen nähden raportoimme vain toisen kysymyksen haun tarkasti ja vastasimme siihen laajemmin. Aiheen rajaaminen onnistui mielestämme kuitenkin hyvin, sillä saimme juuri sopivasti hakutuloksia.

Opinnäytetyöntekijöiden kiinnostus aihetta kohtaan vaikuttaa oleellisesti työn eettisyyteen ja luotettavuuteen. Toinen opinnäytetyön tekijöistä erikoistuu lasten- ja nuorten sairaanhoitajaksi ja toinen perioperatiiviseksi sairaanhoitajaksi, joten aihe on tärkeä molempien uran kannalta. Tämä opinnäytetyö on ollut suuri oppimisprosessi ja olemme kehittyneet sen myötä paljon. Sairaanhoitajan työssä kuoleman kohtaaminen on väistämätöntä ja pienelläkin perehtymisellä aiheeseen voi olla suuret vaikutukset. Halusimmekin tuoda nimenomaan hoitajien kokemuksia ja niiden tärkeyttä esille, koska aiheesta puhutaan Suomessa aivan liian vähän. Kuolleen lapsipotilaan läheisille asia on tietysti kaikista raskain, mutta hoitajien kokemusten huomioiminen on avainasemassa, jotta hoitajat pystyvät auttamaan omaisia ja ylipäättään jatkamaan työtään. Uskomme, että tämä opinnäytetyö ja varsinkin luomamme kyselylomake luo ymmärrystä ja auttaa osaltaan kehitystä oikeaan suuntaan.

6.2 Tulosten tarkastelua

Vanhempien kokemuksia lapsensa kuolemasta on käsitelty Suomessa ja maailmalla melko paljon, mutta sairaanhoitajien kokemuksia löytyy kirjallisuudesta selvästi vähemmän. Suomenkielistä ajantasaista tutkittua tietoa ei löytynyt lainkaan, joten käytimme opinnäytetyössä vain kansainvälisiä alkuperäistutkimuksia.

Tutkimuksissa oltiin yhdenmielisiä siitä, että lapsen kuolema on vaikeimpia ihmiselämän kokemuksia eikä elämän tulisi päättyä nuorena, kuten Itkonenkin (2017) kuvaa. Jokainen sairaanhoitaja kokee potilaan kuoleman eri lailla (Snellman 2008, 97) ja esimerkiksi lapsen kuolintapa vaikuttaa hoitajan kokemuksiin (MacDermott & Keenan 2014, 586, 588). Kivuissaan kuollut potilas aiheutti negatiivisia vaikutuksia ja kuoleman olosuhteiden ollessa huonot, potilaan kuolema tuntui entistäkin pahemmalta (MacDermott & Keenan 2014, 586, 588). Eräs hoitaja koki lapsipotilaan kuoleman kohtaamisen olevan helpompaa potilaan menehtyessä äkillisesti esimerkiksi trauman seurauksena, sillä kiintymyssuhdetta ei ehtinyt

syntymään (Curcio 2017, 12), kun taas jotkut hoitajat korostivat kuoleman äkillisyyden ja ennustamattomuuden lisäävän kärsimystä ja post-traumaattisen stressireaktion oireita (Lima ym. 2017, 44–45).

Dzubakin (2018, 50) mukaan kuoleman kohtaaminen on hoitajille aina raskasta, eikä välttämättä helpota edes kokemuksen karttuessa. Kellogg ym. (2014, 299–300) taas kuvaavat, että yleensä kokemus lapsipotilaan kuolemasta auttoi seuraavassa vastaavassa tilanteessa. Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että usein ainoa ”koulutus” aiheesta oli oma kokemus, ja koulutus ja valmistautuminen olisi helpottanut potilaan kuoleman käsittelyssä. Useassa tutkimuksessa korostettiin, että koulutusta aiheeseen kaivattiin lisää (Kellogg ym. 2014, 299–300; Khraisat, Alakour & O’Neill 2017, 202; Lima ym. 2017, 45) ja jotkut hoitajat myös kokivat valtaosan potilaan kuoleman negatiivisista vaikutuksista johtuvan koulutuksen puutteesta (Lima ym. 2017, 45). On erikoista, etteivät hoitajat saa koulutusta asiaan, joka on joka tapauksessa hyvin vaikea ja arkaluontoinen. Oikeanlaisen kohtaamisen tärkeydestä vanhempien kannalta kuitenkin puhutaan paljon ja on mielestämme kohtuutonta odottaa hoitajilla olevan luonnostaan taitoja hyvään kohtamiseen. Jokainen kuoleman kohtaaminen on erilainen (Dzubak 2018, 50), mutta koulutuksella saavutettaisiin varmasti hyötyjä.

Sairaanhoitajien monenlaiset tunteet lapsipotilaan kuoleman kohtaamisesta tulivat esille useissa tutkimuksissa. Yleisiä tunteita olivat muun muassa suru (Conte 2014, 42; Keenan 2014, 586; Kellogg ym. 2014, 299; MacDermot & Bloomer ym. 2015, 91; Stayer & Lockhart 2016, 352), avuttomuus (Kellogg ym. 2014, 299; Stayer & Lockhart 2016, 352), turhautuneisuus ja viha (Stayer & Lockhart 2016, 352). Chan ym. (2013, 1554–1555) tutkimuksessaan kertovat joidenkin tunteiden, esimerkiksi surun ja voimattomuuden, altistavan uupumukselle. Hoitajat saattavat myös huomaamattaan haudata tunteitaan ja toimia rutiininomaisesti (Snellman 2008, 98–99), joka varmasti suurentaa riskiä uupumukselle entisestään. Jotkut hoitajat ajattelivat surun kuuluvan vain perheelle, jolloin he kokivat kohdistamatonta surua (MacDermot & Keenan 2014, 586). Uskoisimme tällaisen ajattelun lisäävän uupumusta ja ahdistusta entisestään. Dzubak (2018, 50) painottaa myös, ettei aiempi kokemus potilaan kuolemasta vie pois hoitajan oikeutta surra. Conten (2014, 44) tutkimuksessa joitain hoitajia turhautti, kun omat läheiset eivät aina ymmärtäneet heidän työtään ja saattoivat luulla hoitotyön olevan

pääosin surullista ja masentavaa, jollaiseksi hoitajat eivät sitä kuitenkaan kokee-

neet.

Hoitajilla ei ollut välttämättä aikaa surra potilaan kuolemaa, vaan heidän tuli jatkaa heti työtään (Dougherty ym. 2009, 106–107; Wenzel ym. 2011, E275–E276; Chan ym. 2013, 1554). Kelloggin ym. (2014, 299) mukaan hoitajat kokivat potilaan kuolemaan liittyvät monet velvollisuudet ylivoimaisena. Hoitajien odotetaan kuitenkin pysyvän rauhallisina ja tukevan perheenjäseniä (Chan ym. 2013, 1554), sekä jatkavan työtään vaikean menetyksen jälkeen (Conte 2014, 43).

Snellman ym. (2008, 98–99) kuvaavat hoitajilla ilmenevän pettymystä, kun potilaan tilanne on sellainen, että hoitomahdollisuuksia ei enää ole. Toisaalta kuolevalle lapselle tehdyt aggressiiviset hoidot aiheuttivat hoitajissa turhautumista, ahdistusta ja ristiriitaisia tunteita (Bloomer, O'Connor, Copnell, Endacott 2015, 90). On selvää, että hoidon lopettaminen on rankka, mutta hyvä päätös, jotta lapsen turha kärsimys minimoidaan. Ristiriitaiset tunteet tällaisissa tilanteissa ovat vähintäänkin luonnollisia, jotka tulisi käsitellä mahdollisimman nopeasti ja puhuminen niistä varmasti auttaisi. Tällaisessa tilanteessa faktojen hyväksymisestä olisi luultavasti apua, kuten Curcio (2017, 11) tutkimuksessaan vahvistaa. Myös tieto, että teki kaikkensa, auttoi ja toimi itsesuojeluna (Curcio 2017, 12).

Hoitajat joutuvat säätelemään hoitosuhteensa läheisyyttä ja rajaamaan työn pois muusta elämästään säilyttääkseen energiaansa henkilökohtaiseen elämään (Snellman 2008, 98–99). Tutkimuksissa ilmeni hoitajien asettavan itselleen erilaisia rajoja eri tilanteisiin – toiset kertoivat käyttävänsä metaforista rajaa sitoutuneisuuteensa potilaan hoitoa kohtaan, toiset kokivat tällaiset rajat esteeksi ja joillekin henkilökohtaisten rajojen asettaminen oli vaikeaa. (Cook. ym. 2012, e15–16). Ylipäätään tarve tällaisten omien rajojen asettamiseen kielii tilanteiden vaikeudesta. Stayerin ja Lockhartin (2016, 354) tutkimuksessa hoitajat kertovat usein ylittävänsä asettamansa rajat ystävystyessään lapsen ja perheen kanssa, joka mielestämme kertoo siitä, että hoitajat välittivät potilaista ja omaista niin paljon, että lähentyivät heidän kanssaan liikaakin.

Kohtaaminen vaatii hoitajilta hyviä vuorovaikutustaitoja (Suomen Mielenterveys ry. 2018), ammattitaitoa sekä valmiuden voimakkaisiin tunteenpurkauksiin

(Hotus 2018). Vihaiset vanhemmat vaikeuttivat hoitajien työtä (Khraisat ym. 2017, 202–203) ja perheen reaktiot vaikuttivat hoitajiin paljon, varsinkin perheen ollessa shokissa ja kärsiviä (Lima ym. 2017, 45). “*Tuntui ylivoimaiselta katsoa perheen näkevän lapsen kuolema*”, kuvaa eräs hoitaja Stayerin ja Lockhartin (2016, 352) tutkimuksessa. Vanhempien kohtaamista pidetään yleisesti hyvin tärkeänä osana kuolevan lapsen hoitotyötä. Kohtaamisella on varmasti paljon merkitystä vanhempien kokemuksiin, vaikka tilanne on joka tapauksessa järkyttävä. Selvästikin täytyisi ymmärtää hoitajan tuntemuksia ja pyrkiä tukemaan hoitajia, ennen kuin heitä voi kehottaa parempaan vanhempien kohtaamiseen. Koulutuksen lisäksi kiireettömyyden tunne, selkeät toimintatavat ja toimiva kanssakäyminen perheen kanssa helpottaa hoitajia (Bloomer, O’Connor, Copnell & Endacott 2015, 89–91).

Lindqvist (2004, 24) perustelee hoitajien tunteiden huomioimisen tärkeyttä muun muassa hoidon laadun kannalta. Hahtela ja Mäkipää (2010, 16) sekä Kivistö ym. (2008, 21) korostavat työhyvinvoinnin tärkeyttä osana laadukasta hoitotyötä. Tutkimuksissa hoitajat kuitenkin kokivat organisaation ja johdon epäonnistuneen hoitajien tukemisessa (MacDermott & Keenan 2014, 589) ja instituution tarjoavan aivan liian vähän neuvontaa ja debriefingiä (Kellogg ym. 2014, 299–300). Jos hoitajat halutaan pitää työkykyisinä ja työn laatu hyvänä, organisaatioiden tulisi mahdollisesti panostaa hoitajien tukemiseen enemmän. Myös Dzubak (2018, 50) muistuttaa hoitajan hyvinvoinnin ja mielenterveyden olevan tärkeitä työkyvyn ylläpitämiseksi.

Organisaation järjestämän debriefingin puuttuessa, hoitajat saivat parhaan tuen kollegoiltaan (Kellogg ym. 2014, 299–300). Puhuminen kollegoiden kanssa helpotti työkyvyn ylläpitämisessä, koska puhumisen avulla hoitajat osasivat ottaa omaa aikaa ja rentoutua sekä saivat tarkoituksellisuudentunteen (Stayer & Lockhart 2016, 354). Samaisessa Stayerin ja Lockhartin (2016, 354) tutkimuksessa painotetaan henkilökohtaisen tuen tärkeyttä ja MacDermott ja Keenan (2014, 588) kertovat hoitajien ikään kuin tukeneen itse itseään. Useassa tutkimuksessa kollegoiden tärkeys kuitenkin nousi esille ja tuli vaikutelma, ettei työtä pystyisi ilman kollegoiden tukea edes tekemään. Yhteenkuuluvuuden- ja ryhmään kuuluvuudentunne olivat tärkeitä tukivälineitä ja hoitajien välinen yhteys antoi psykologista

tukea ja auttoi menetyksien käsittelyssä (Conte 2014, 42–43). Tämä hoitajien yhteen hiileen puhaltaminen ja toisten auttaminen itsekkin surressa, kuulostaa hienolta kollegiaalisuudelta, mitä hoitotyö parhaimmillaan on.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Työ kuolevien lasten parissa koetaan rankaksi, mutta myös palkitsevaksi. Muita osastoja läheisempi hoitosuhde lapsipotilaan kanssa sekä tunne, että pystyi auttamaan haastavassa tilanteessa, auttaa myös hoitajia itseään jaksamaan työssään. Tämä erityinen hoitosuhde tuo kuitenkin myös haasteita hoitotyöhön, sillä läheiseksi muodostuneen lapsipotilaan menehtyminen vaikuttaa hoitajaan selkeämmin, kuin potilaan, jonka kanssa läheistä hoitosuhdetta ei ole kerennyt muodostumaan.

Hoitajilla ei välttämättä ole aikaa surra osastolla tapahtuneen menetyksen jälkeen, vaan heidän tulee jatkaa työtään kuin mitään ei olisi tapahtunut. Kun aikaa ei ole, menetys aiheuttaa surua ja ahdinkoa hoitajien keskuudessa ja hoitajat alkavat kehittää itselleen selviytymiskeinoja tukalaan tilanteeseen – ammatillisuuden tulisi säilyä, vaikka sisällä kuohuisikin.

Huomiota herättävä asia tässä katsauksessa oli, että myös hoitajat tarvitsevat apua ja tukea menehtyneen lapsipotilaan jälkeen. Tuki työtovereista on suuressa asemassa potilaan kuoleman käsittelyssä, organisaatiolta saatu tuki koetaan usein riittämättömäksi niin debriefingin kuin koulutuksen puuttuessa. Voisiko myös kuolemasta puhuminen ja vanhempien kohtaaminen sujua paremmin, jos myös hoitajille tarjottaisiin heidän tarvitsemansa tuki ja koulutus? Voidaanko antaa ohjeita ja suosituksia miten läheiset tulisi kohdata lapsipotilaan kuoltua, jos lähtökohtaisesti hoitaja on uupunut, eikä hänellä ole välttämättä kokemuksen tuomaa taitoa kohtaamiseen?

Jatkotutkimuksiksi ehdottaisimme lisää tutkimuksia aiheesta Suomessa, sillä aihetta on tutkittu hyvin vähän viimeisen kymmenen vuoden aikana – jos ollenkaan. Tarjoamme tämän opinnäytetyön avulla katsauksen tämänhetkiseen tilantee-

seen hoitajien kokemuksista maailmalla sekä kyselylomakkeen, jonka avulla esimerkiksi seuraavat opinnäytetyöntekijät voivat tutkia aihetta sairaaloiden lasten osastoilla.

LÄHTEET

- Bloomer, M., O'Connor, M., Copnell, B. & Endacott, R. 2015. Nursing care for the families of the dying child/infant in paediatric and neonatal ICU: Nurses' emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study. *Australian Critical Care* 28, 87–92.
- Chan, H. Y. L., Lee, L. H. & Chan, C. W. H. 2013. The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. *Support Care Cancer* 21, 1551–1556.
- Conte, T. M. 2014. The lived experience of work-related loss and grief among pediatric oncology nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 16 (1), 40-46.
- Cook, K. A., Mott, S., Lawrence, P., Jablonski, J., Grandy, M. R., Norton, D., Liner, K. P., Cioffi, J., Hickey, P., Reidy, S. & Connor, J. A. 2012. Coping While Caring for the Dying Child: Nurses' Experiences in an Acute Care Setting. *Journal of Pediatric Nursing* 27 (4), e11-e21.
- Curcio, D. L. 2017. The lived experiences of nurses caring for dying pediatric patients. *Pediatric Nursing* 43 (1), 8-14.
- Dougherty, E., Pierce, B., Ma, C., Panzarella, T., Rodin, G. & Zimmermann, C. 2009. Factors Associated with Work Stress and Professional Satisfaction in Oncology Staff. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 26 (2), 105–111.
- Dzubak, Jessica L. 2018. Nurses cry, too: What happens when we can't fix everyone. Strategies for processing a patient's death. *American Nurse Today* 13 (6), 50–51.
- Elomaa L. & Mikkola H. 2010. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustavassa hoitotyössä. Turun Ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja. 5. uudistettu painos. Luettu 23.1.2019 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161611.pdf>
- Hahtela, N. Mäkipää, S. 2010. Välineitä työssä jaksamisen tueksi. *Sairaanhoitaja-lehti*. 5/2010
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy. 7. uudistettu painos.
- Hotus - Hoitotyön tutkimussäätiö. 2018. Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen –hoitosuositus. Julkaistu 3.9.2018. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/akillisestikuollut-hs.pdf>
- Itkonen, J. 2017. Lapsen menettäminen ja suru. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 133 (22): 2110-5. <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2017/22/duo14018?keyword=lapsen%20menett%C3%A4minen>
- Kangasniemi, M., Pakkanen, P. & Korhonen, A. 2015. Professional ethics in nursing: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 71 (8), 1744–1757.

- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291–301.
- Kellogg, M. B., Barker, M. & McCune, N. 2014. The lived experience of pediatric burn nurses following patient death. *Pediatric nursing* 40 (6), 297-301.
- Khraisat, O. M., Alakour, N. A. & O'Neill, T. M. 2017. Pediatric End-of-life Care Barriers and Facilitators: Perception of Nursing Professionals in Jordan. *Indian Journal of Palliative Care* 23 (2), 199-206.
- Kivistö, S., Kallio E., Turunen G. 2008. Työ, henkinen hyvinvointi ja mielenterveys. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino Oy.
- Konukbay, D., Yildiz, D. & Suluhan, D. 2019. Effects of working at the pediatric oncology unit on personal and professional lives of nurses. *International Journal of Caring Sciences* 12 (2), 959-965.
- Korpi, H. 2010. Lapsikuolleisuuden väheneminen ilmentää yhteiskunnan muutosta ja kehitystasoa. Tilastokeskus. Päivitetty 27.9.2010. Luettu 24.10.2019. http://www.stat.fi/artikkelit/2010/art_2010-06-07_007.html?s=0
- Lantto, M. 2015. Childhood Mortality in Finland. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis 1329. Väitöskirja.
- Leinonen, R. 2018. Sisällönanalyysi. Spoken. 12.12.2018. Luettu 29.2.2020 <https://spoken.fi/sisallonanalyysi/>
- Lima, L., Gonçalves, S. & Pinto, C. 2017. Sudden death in paediatrics as a traumatic experience for critical care nurses. *British Association of Critical Care Nurses* 23 (1), 42-47.
- Lindqvist, M. 2004. Etiikan näkökulma kuoleman kohtaamiseen hoidossa. Teoksessa ETENE-julkaisuja 4 Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhoidossa. Korjattu 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- MacDermott, C. & Keenan, P. M. 2014. Grief experiences of nurses in Ireland who have cared for children with an intellectual disability who have died. *International Journal of Palliative Nursing* 20 (12), 584-590.
- Niela-Vilen, H. & Hamari, L. 2016. 2 Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, M. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos.
- Pittman, J. & Bakas, T. 2010. Measurement and Instrument Design. From the Center for Clinical Investigation. Luettu 24.1.2020 <https://ovidsp-dc1-ovid-com.libproxy.tuni.fi/sp-4.03.0b/ovidweb.cgi?WebLink-Frameset=1&S=GELPFPIAOBACFNKLPBKKGJCFLAAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.22.23%257c0%257c00152192-201011000-00008%26S%3dGELPFPI-AOBACFNKLPBKKGJCFLAAA00&fromjumpstart=0&direct-link=https%3a%2f%2fovidsp.dc1.ovid.com%2fovftpdfs%2fPACK-PGJKHKLOB00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv025%2f00152192%2f00152192->

[201011000-00008.pdf&filename=Measurement+and+Instrument+Design.&pdf_key=FPAKPGJKHKLOB00&pdf_in-dex=/fs046/ovft/live/gv025/00152192/00152192-201011000-00008](#)

Polit, D., Beck, C., Hungler, B. 2001. Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization. Fifth Edition.

Snellman, M. 2008. Tunteet ja kokemukset kuolevan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M. S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Stansfeld, S., Candy, B. 2006. Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health 32, 443–462.

Stayer, D. & Lockhart, J. S. 2016. Living with dying in the pediatric intensive care unit: a nursing perspective. American Journal of Critical Care 25 (4), 350-356.

STT Info. KAPY – Lapsikuolemaperheet ry. 2018. Surujärjestöjen hankkeessa lisätään ammattilaisten tietotaitoa. Päivitetty 7.5.2018. Luettu 20.10.2019. <https://www.sttinfo.fi/tiedote/surujarjestojen-hankkeessa-lisataan-ammattilaisten-tietotaitoa?publisherId=64089947&releaseId=67747281>

Suomen mielenterveys ry. 2018. Vuorovaikutustaitoja voi oppia. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/ihmissuhteet/vuorovaikutustaitoja-voi-oppia>

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2018. Kuolemansyyt. 7. Tapaturmaisesti kuolleiden lasten määrä pienentynyt. Helsinki: Tilastokeskus. Päivitetty 16.12.2019. Luettu 26.3.2020 http://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_kat_007_fi.html

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

UN IGME. 2019. Levels & Trends in Child Mortality. Report 2019.

Valli, R. & Aaltola, J. 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 – Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus, 5. uudistettu painos.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset

	Tutkija(t), vuosi, maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja sen keruu	Keskeiset tulokset
1.	Ciara MacDermott & Paul Michael Keenan. 2014. Ireland.	Grief experiences of nurses in Ireland who have cared for children with an intellectual disability who have died.	Tutkia hoitajien henkilökohtaisia surukokemuksia.	Kuvaileva laadullinen tutkimus: 8 hoitajaa, jotka olivat hoitaneet kehitysvammaisia lapsia, jotka olivat kuolleet. Puoli-strukturoitu haastattelu	Hoitajat ymmärtävät hyvin surua, mutta surun kokeminen ja hallitseminen vaihtelee. Kokemuksiin vaikuttaa hoitosuhde lapseen ja tuensaaminen.
2.	Debbie Stayer & Joan Such Lockhart. 2016. USA.	Living with dying in the pediatric intensive care unit: a nursing perspective	Ymmärtää lasten teho-osastolla työskentelevien hoitajien näkökulmia lasten palliatiiviseen hoitoon ja työkokemuksen merkitystä	Hermeneuttinen fenomenologinen tutkimus: 12 lasten päivystys osastolla työskentelevää hoitajaa, haastattelu	Hoitajilla erilaisia näkökulmia kuolevan lapsen hoitoon liittyen. Pohtivat matkaa kuolemaan ja loppuelämän taakkaa. Toisinaan koettiin vaikeuksia hoidon antamisessa, rajojen asettamisessa ja omana itsenään pysymisessä.
3.	Marni B. Kellogg, Marianne Barker & Nancy McCune. 2014. USA.	The lived experience of pediatric burn nurses following patient death.	Kuvailla lasten palovamma osaston hoitajien kokemuksia lapsipotilaan kuolemasta.	Laadullinen fenomenologinen tutkimus: 7 rekisteröityä hoitajaa, jotka työskentelivät lasten palovammaosastolla. Puoli-strukturoitu haastattelu	Hoitajat kokivat surua, avuttomuutta, erilaisia tunteita ja etteivät olleet valmistautuneita lapsen kuolemaan.
4.	Danna L. Curcio. 2017. USA.	The lived experiences of nurses caring for dying pediatric patients.	Tutkia hoitajien kokemuksia kuolevien lapsipotilaiden hoidosta.	Laadullinen fenomenologinen tutkimus: 9 naispuolista sairaanhoitajaa 1-4 vuotta työkokemusta haastatettiin.	Kuolevan lapsen hoidossa koettiin empatiaa, kaksijakoisia ja väistämättömyyden tunteita, inspiiraatiota, itse-suojelua ja surua.
5.	Dilek Konukbay, Dilek Yildiz & Derya Suluhan. 2019. Turkey.	Effects of working at the pediatric oncology unit on personal and professional lives of nurses.	Analysoida lasten syöpäosastolla työskentelyn vaikutuksia sairaanhoitajan henkilökohtaiseen ja ammatilliseen elämään.	Laadullinen tutkimus: 10 sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät lasten syöpäosastolla. puolistrukturoitu haastattelu.	Työskentely ajoittain henkisesti raskasta ja vaatii erikoisosaamista, hoitajat ovat silti tyytyväisiä työhönsä. Lapsipotilaan kuolema kyseenalaistaa hoitajien näkemyksiä elämää kohtaan, mikä ei ole kamalampaa. Omasta elämästä nauttiminen ja jokainen henkäys on tärkeää.

6.	Teresa M. Conte. 2014. USA.	The lived experience of work-related loss and grief among pediatric oncology nurses.	Kuvailla työhön liittyvää menetyksen ja surun kokemuksia lasten syöpäsairaanhoidajilla.	Laadullinen tutkimus: ennalta määritetty joukko valittiin: 11 lasten syöpäsairaanhoidajaa haastatettiin	Työhön liittyvien menetysten kokemuksiin vaikutti yhteen kuulumattomuuden tunne, vieraantumisen, kontrolli ja näkökulman vaihtuminen
7.	Omar Mohammed Khraisat, Nemeah Ahmad Alakour, Teresa M O'Neill 2017. USA	Pediatric End-of-life Care Barriers and Facilitators: Perception of Nursing Professionals in Jordan	Tunnistaa vaikeuttavat ja helpottavat tekijät kuolevien lasten hoidossa	Kuvaileva poikittaistutkimus:186 tehosairaanhoidajaa vastasi kyselyyn	Hoitajilla vaihtelevia kokemuksia lapsen kuollessa. Suhde perheen, muiden hoitoalan ammattilaisten ja organisaation vaikuttaa
8.	Lígia Lima, Sandra Gonçalves and Cândida Pinto 2017. Portugal	Sudden death in paediatrics as a traumatic experience for critical care nurses	Tutkia lapsen ja nuoren äkillisen kuoleman vaikutusta lasten teho-osaston hoitajiin.	Mixed Methods - tutkimus: Määrällisessä tutkimuksessa 62 kyselylomaketta vastaanotettu. Laadullisessa tutkimuksessa kuutta hoitajaa haastateltu	Lapsen ja nuoren äkillinen kuolema on tilanne, jonka kohdatessaan hoitajilla ilmaantuu post-traumaattisen stressireaktion oireita.
9.	Katherine A. Cook, Sandra Mott, Patricia Lawrence, Julie Jablonski, Mary Rose Grady, Denise Norton, Kimberly P. Liner, Jennifer Cioffi, Patricia Hickey, Suzanne Reidy and Jean Anne Connor 2012. USA	Coping While Caring for the Dying Child: Nurses' Experiences in an Acute Care Setting	Kuvailla ja ymmärtää lasten sairaanhoidajien käytöstä ja selviytymiskeinoja hoitaessa kuolevaa lasta akuutilla sydänosastolla.	Kuvaileva laadullinen tutkimus: 11 lasten sairaanhoidajaa haastateltu puolistrukturoidusti.	Lapsen kuolemaan liittyviin kokemuksiin vaikutti ja toisinaan niitä vaikeutti rajojen asettaminen ammatillisuudessa, miustot menehtyneestä, tunteiden hyväksyminen ja asioista puhuminen omille läheisille.
10.	Melissa J. Bloomer, Margaret O'Connor, Beverley Copnell and Ruth Endacott. 2015. Australia.	Nursing care for the families of the dying child/infant in paediatric and neonatal ICU: Nurses' emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study	Tutkia miten lasten tehosairaanhoidajat huolehtivat perheestä ennen ja jälkeen lapsen kuoleman ja miten hoitajat kokevat kykynsä siihen	Laadullinen tutkimus: 22 sairaanhoidajaa haastateltu puolistrukturoidusti, osa ryhmässä ja osa yksilöhaastatteluna.	Lapsipotilaan kuolemaan liittyviä tuntemuksiin vaikutti kuolemaan valmistaminen, kommunikointihaasteet, hoitaja-perhesuhde ja hoitajien juostavuus

Liite 2. Laadunarviointi

Arvioinnin osa-alue	Tavoitteet ja tarkoitus on selvästi kuvattu	Tutkimuksen toteutustapaa on kuvattu asianmukaisesti	Tutkimuksen menetelmät tarkoituksenmukaiset	Teoreettinen viitekehys/lähtökohta on selkeä	Tutkimuksen rajoitteet on esitetty	Tulokset esitetty ja tulosten pohdinta toteutettu
Tekijä(t)						
Ciara MacDermott ym. 2014	K	K	K	K	K	K
Debbie Stayer 2016	K	K	K	K	K	K
Marni B. Kellogg 2014	K	K	K	K	K	H
Danna L. Curcio 2017	K	K	K	K	H	K
Dilek Konukbey 2019	K	H	H	K	E	K
Teresa M. Conte 2014	K	K	K	K	K	K
Omar Mohammed Khraisatym. 2017	K	K	K	K	K	K
Ligia Lima 2017	K	K	K	K	K	K
Katherine A. Cook ym. 2012	K	K	K	K	K	K
Melissa J. Bloomer 2015	K	K	K	K	K	K

Liite 3. Kyselylomake

Sairaanhoitajan kokemuksia lapsipotilaan kuolemasta

Kysymyksiä on yhteensä 27, vastaamiseen menee aikaa noin 30 minuuttia. Valitse sopivin vastausvaihtoehto vaihtoehdoista. Osassa kysymyksistä on lisäksi tilaa tarkennuksille.

Vastausvaihtoehdot ovat seuraavat:

- 1 = täysin eri mieltä
- 2 = jokseenkin eri mieltä
- 3 = en osaa sanoa
- 4 = jokseenkin samaa mieltä
- 5 = täysin samaa mieltä

Esitiedot**1. Missä työyksikössä työskentelet?****2. Kuinka kauan olet työskennellyt kyseisellä osastolla? Valitse sopivin.**

Alle 6kk 6-12kk 1-2 vuotta 3-5 vuotta yli 6 vuotta

3. Milloin olet valmistunut sairaanhoitajaksi? Valitse yksi.

Alle vuosi sitten 1-5 vuotta sitten
5-10 vuotta sitten yli 10 vuotta sitten

4. Kuinka kauan olet tehnyt töitä hoitoalalla? Valitse sopivin.

Alle vuoden 1-5 vuotta 5-10 vuotta yli 10 vuotta

Lapsipotilaan kuoleman kohtaaminen

5. Saamani koulutus lapsipotilaan kuoleman kohtaamiseen liittyen on riittävä

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

6. Koen kuoleman kohtaamisen vaikeaksi

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

7. Kiintymyssuhde potilaaseen vaikuttaa kokemuksiini potilaan kuolemasta

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Miten?

8. Kuolemasta puhuminen potilaan ja hänen läheisten kanssa on vaikeaa

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

9. Henkilökohtaisten rajojen asettaminen on vaikeaa hoitaessa kuolevaa lasta

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

10. Perheen reaktiot vaikuttavat kokemuksiini lapsen kuolemasta

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Miten?

11. Hoitaessani kuolevaa lasta, olen kohdannut vihaisia vanhempia

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Viha saattaa olla osa vanhempien surutyötä. Miten olet kokenut vihaisten vanhempien kohtaamisen?

12. Oma vanhemmuuteni vaikuttaa lapsipotilaan kuoleman kohtaamiseen (jos et itse ole vanhempi, voit ohittaa kysymyksen)

- 1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Miten?

Vaikutukset hoitajan hyvinvointiin

13. Lapsen kuolemalla on ollut negatiivisia vaikutuksia minuun

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Jos on, millaisia?

14. Olen kokenut lapsen kuolemalla olevan myös positiivisia vaikutuksia

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Jos on, millaisia?

15. Lapsipotilaan kuolema vaikuttaa voimavaroihini töissä

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Miten?

16. Lapsipotilaan kuolema on aiheuttanut minulle somaattisia oireita (esim. päänsärkyä, muutoksia nukkumiseen, keskittymiseen tai ruokahuon)

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Millaisia?

17. Olen tuntenut surua ja ahdistusta lapsipotilaan kuollessa

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Muita tunteita, kuten vihaa tai avuttomuutta? Voit halutessasi kuvailla tunteitasi

18. Työ on vaikuttanut omiin ihmissuhteisiini

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Miten?

19. Moniammatillisen toiminnan ja hoitojärjestelyiden sujuvuus vaikuttaa kokemuksiini hoitaessa kuolevaa lapsipotilasta (esimerkiksi mielipide-erot hoidosta)

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Hoitajien selviytymiskeinot**20. Olen kehittänyt surua helpottavia keinoja kohdatessani lapsipotilaan kuoleman (esim. liikunta)**

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Millaisia?

21. Faktojen hyväksyminen helpotti minua (väistämätön kuolema, hoidon tehottomuus)

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

22. Työskentelemälläni osastolla hoitajilla on erilaisia tapoja tunteiden näyttämässä ja hallitsemisessa (esim. itkuherkkyys, sulkeutuneisuus)

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Millaisia?

23. Minulla on omia tapoja, joiden avulla pystyn suojelemaan itseäni ja selviytymään lapsen kuolemasta

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Millaisia?

Tuen ja avun saaminen

24. Kollegoilta saatu tuki lapsipotilaan kuoleman jälkeen on tärkeää

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

25. Yhteenkuuluvuudentunne ja yhteys kollegoiden välillä auttaa lapsipotilaan kuoleman käsittelyssä

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Miten?

26. Koen organisaation tarjoaman tuen puutteellisena

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Millä tavoin?

27. Olen huomannut, että kollegani ja minä itse en tunnista tuentarvetta

1 2 3 4 5

1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

Lisätiedot & Palaute

Tähän voit vielä halutessasi tarkentaa kokemuksiasi ja antaa palautetta lomakkeesta