



Erika Grönberg, Alma Hemminki

Perheen tukeminen lapsen tehohoitojakson aikana

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveystieteiden AMK

Terveystieteiden tutkimusohjelma

Opinnäytetyö

25.3.2022

Tekijä	Erika Grönberg, Alma Hemminki
Otsikko	Perheen tukeminen lapsen tehohoitojakson aikana
Sivumäärä	28 sivua + 3 liitettä
Aika	25.03.2022
Tutkinto	Terveydenhoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Terveydenhoitotyön tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Lehtori Johanna Nieminen Lehtori Nea Lehtimäki
<p>Sairaanhoitajien ja perheen välinen kommunikaatio on ensisijaista perheen tukemisessä. Nykyiseen näyttöön perustuen perheen hyvinvointia ja hoitotyytyväisyyttä parantavaa hoitoa voidaan toteuttaa teho-osastoilla ottamalla perhe mukaan hoitoon. Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä perehdyttiin 0–16–vuotiaiden lasten kehitysvaiheisiin, lapsen tehohoitoon ja perheeseen hoitotyössä.</p> <p>Tämä opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Työn tarkoituksena oli kuvata, kuinka perhettä voidaan tukea lapsen tehohoitojakson aikana. Opinnäytetyön tavoitteena on tiedon lisääminen perheen tukemisesta lapsen tehohoitojakson aikana. Työ on suunnattu terveydenhuoltoalan ammattilaisille ja alan opiskelijoille. Opinnäytetyön aihe rajattiin 0–16-vuotiaisiin lapsiin. Vastasyntyneet lapset jäivät työn ulkopuolelle. Opinnäytetyön etenemistä ohjasi tutkimuskysymys: miten perhettä voidaan tukea lapsen tehohoitojakson aikana?</p> <p>Opinnäytetyön aineisto kerättiin CINAHL Complete -tietokannasta. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kymmenen kansainvälistä vertaisarvioitua tutkimusartikkelia. Aineisto analysoitiin laadullista sisällönanalyysimenetelmää hyödyntäen.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tuloksina tunnistettiin ympäristötekijät teho-osastolla, kokemukset tehohoidosta ja perhekeskeinen hoitotyö. Teho-osastojen viihtyisyys ja muunneltavuus paransi vanhempien hoitotyytyväisyyttä. Hoitolaitteiden melu ja ulkoiset häiriötekijät lisäsivät vanhempien kokemaa stressiä. Perheen kokemuksiin tehohoidosta vaikutti moni eri tekijä. Vanhempien suhde sairaanhoitajiin oli erityisen tärkeä. Perheet odottivat hyvää yhteistyötä perheen ja hoitotiimin välillä. Perhekeskeinen hoitotyö oli avainasemassa perheen tukemisessä. Perheen läsnäolo tehohoitojakson aikana rauhoitti lasta ja lisäsi vanhempien tyytyväisyyttä hoitoon. Vanhemmille oli tärkeää päästä osaksi lapsen hoitotyötä, sekä pysyä ajan tasalla lapsen hoitoon liittyvistä asioista.</p> <p>Johtopäätöksenä oli, että sairaanhoitajalla on erilaisia keinoja ja mahdollisuuksia tukea perhettä lapsen tehohoitojakson aikana. Avainasemassa ovat perheen ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus, sekä luottamuksellisen hoitosuhteen luominen.</p> <p>Jatkotutkimusehdotuksiksi muodostui suomalainen tutkimustieto perheen tukemisesta lapsen tehohoitojakson aikana, sekä sairaanhoitajien valmiudet ja saama koulutus perheen tukemiseksi.</p>	
Avainsanat	lapsen tehohoito, tehohoito, perheen tukeminen, perhekeskeinen hoito, hoitohenkilökunnan merkitys

Author	Erika Grönberg, Alma Hemminki
Title	Supporting Family During the Child's Pediatric Intensive Care Unit Period
Number of Pages	28 pages + 3 appendices
Date	25.03.2022
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Public Health Nursing
Instructors	Senior Lecturer Johanna Nieminen Senior Lecturer Nea Lehtimäki
<p>Based in the theoretical framework of the thesis, the developmental stages of children aged 0-16, children's intensive care, and families in nursing were introduced. Based on current discovery, care to improve family well-being and care satisfaction can be implemented in intensive care units by involving the family in care.</p> <p>This thesis has been implemented as a descriptive literature review. The purpose was to describe how families can be supported during a child's intensive care period. The aim was to increase knowledge about supporting families during a child's intensive care period. The scope was limited to children aged 0-16. The research question was how family can be supported during child's intensive care period.</p> <p>Literature for the thesis was collected from CINAHL database. Ten international peer-reviewed research articles were selected. The literature was analyzed by using the qualitative analysis method.</p> <p>Results showed that environmental factors and experiences in intensive care, as well as family-centered nursing were identified. Stress was added by noise of care equipment, and external distractions. Relationship between parents and nurses was particularly important. Families expected good co-operation with nurses. Family-centered care played a key role in supporting families. Children were more relaxed having their family close during the intensive care period, which added up to parents' satisfaction.</p> <p>The results lead to the conclusion that nurses have different means and opportunities to support families during their child's intensive care period. The key is interaction and confidential care relationship between the family and the nursing staff.</p>	
Keywords	pediatric intensive care, intensive care, family support, family-centred care, importance of personnel

1	Johdanto	5
2	Lapsi tehohoitopotilaana	6
2.1	Lapsen kehitysvaiheet	6
2.1.1	Imeväisikäinen lapsi	7
2.1.2	Leikki-ikä	7
2.1.3	Kouluikäinen ja nuori	8
2.2	Lapsen tehohoitotyö	9
2.2.1	Lapsen lääkehoito	10
2.2.2	Lapsen perushoito	11
2.3	Perhe	12
2.4	Perhe hoitotyössä	12
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	14
4	Kirjallisuuskatsaus ja prosessin kuvaus	14
4.1	Aineiston haku ja valinta	15
4.2	Aineiston analysointi	18
5	Tulokset	19
6	Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus	22
7	Pohdinta	24
7.1	Jatkotutkimusehdotukset	28
7.2	Ammatillinen kasvu	28
	Lähteet	29
	Liitteet	
	Liite 1. Hakutulosten taulukointi	
	Liite 2. Artikkelitaulukko	
	Liite 3. Alaluokkien muodostuminen	

1 Johdanto

Lapsen tehohoitoon joutuminen on raskasta lapselle itselleen, mutta myös lapsen perheelle. Tehohoitoon joutuu Suomessa keskimäärin 2500 lasta vuodessa (Kyösti 2019). Suomen tehohoitoyhdistyksen mukaan tehohoidon tarkoituksena on välttää hengenvaara, sekä hoitaa pettäviä elintoimintoja ja niiden taustasyitä (Kari ym. 2019: 3). Teknologisen kehityksen myötä, tehohoidossa on saavutettu entistä parempia tuloksia elintoimintojen toipumisen osalta. Teknologinen kehitys ei kuitenkaan takaa elämänlaadun paranemista tehohoitajakson jälkeen. (Kyösti & Liisanantti & Peltoniemi 2016.)

Lapsen pitkäaikaiseen elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa tehohoitodiagnoosi, lapseen kajoavien hoitojen tarve, sekä tehohoitajakson pituus. Lapsen elämänlaatuun voidaan kuitenkin osittain vaikuttaa tehohoitajakson aikana. On havaittu, että lapsen vanhempien psyykinen vointi hoitajakson aikana on yhteydessä koko perheen hyvinvointiin tehohoitajakson päätyttyä. Tästä johtuen teho-osastoilla tulisi kiinnittää erityistä huomiota perheen tukemiseen ja läsnäoloon. (Kyösti ym. 2016: 274.)

Perheenjäsenet reagoivat yksilöllisesti perheenjäsenen sairastumiseen. Osa perheestä voi tarvita tukea sairauden rinnalle enemmän kuin toiset. (Riusala 2012.) Tehohoidossa olevan lapsen vanhemmille tulisikin tarjota tukea koko tehohoitajakson ajalle ja mahdollisesti myös hoitajakson jälkeen. Tukemalla vanhempien psyykkistä vointia tehohoitajakson aikana, voidaan vahvistaa lapsen henkisiä voimavaroja. (Kyösti ym. 2016: 274.)

Opinnäytetyön aiheeksi muodostui perheen tukeminen lapsen tehohoitajakson aikana. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja sen tavoitteena on tiedon lisääminen perheen tukemisesta lapsen tehohoitajakson aikana. Työssä keskitytään 0–16-vuotiaisiin lapsiin. Vastasyntyneet lapset rajattiin työn ulkopuolelle. Työn aihe on tärkeä, koska tiedonhaun yhteydessä ei kyseisestä ikäryhmästä löytynyt suomalaisia tutkimustietoa koskien perheen tukemista lapsen tehohoitajakson aikana.

2 Lapsi tehohoitopotilaana

Vuonna 2020 Suomessa syntyi 46 463 lasta (Tilastokeskus 2021). Kokonaisuudessaan tehohoitoon joutuu keskimäärin 2500 lasta vuodessa (Kyösti 2019). Opinnäytetyössä tehohoitoon joutuneella lapsella tarkoitetaan 0–16-vuotiasta lasta, jota hoidetaan lasten ja nuorten tehohoidon osastolla. 16 vuotta täyttäneet nuoret hoidetaan samalla tehohoidon osastolla kuin aikuiset potilaat (Storvik-Sydänmaa & Talvensaari & Kaisvuori & Uotila 2012: 331).

Tehohoidon tarkoituksena on pyrkiä turvaamaan ihmisen peruselintoiminnot ja välttää välitön hengenvaara. Hoidossa keskitytään tarkkaan ympärivuorokautiseen elintoimintojen valvontaan ja niitä tukevaan hoitoon. Tehohoidon päämääränä on saavuttaa vakaa tila ja käynnistää vakavasta vammasta tai sairaudesta toipuminen. Tehohoitoon joutuvalla ihmisellä arvioidaan vakavasta tilasta huolimatta olevan mahdollisuus hyvään toipumiseen. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 2019.) Kuolleisuus Suomen tehohoidossa on matalaa. Vuosina 2009–2010 lasten kuolleisuus tehohoidon aikana oli 1,1 % hoidetuista lapsista. (Kyösti ym. 2016: 271.)

2.1 Lapsen kehitysvaiheet

Lapsen kehitystä voidaan ryhmitellä eri kehitysvaiheisiin, kuten vastasyntynyt, imeväisikäinen, varhaisleikki-ikäinen, myöhäisleikki-ikäinen, kouluikäinen ja nuori. Lapsen kehitystä ohjaavia tekijöitä ovat perimä, yksilön suuntautuneisuus ja ympäristötekijät. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 10–11.) Synnynnäisiä kehitykseen vaikuttavia tekijöitä ovat puolestaan geenit, temperamentti, fyysiset ominaisuudet, sekä älykkyys. Perimä ohjaa lapsen kehitystä, jolloin saman ikäisten lasten kehityksessä voi olla paljon eroja. Ymmärtämällä kehitysvaiheita voidaan lapsen ikävaiheiden tyypillisimpiä muutoksia hahmottaa helpommin. Lapsen perhesuhteet, elinympäristö ja sosiaalinen verkosto ovat erityisen tärkeitä kasvu ympäristön tekijöitä. Lapselle läheiset aikuiset ja sosiaalinen verkosto ovat tärkeässä asemassa tunnistaessa lapsen tuen tarpeita. Tuen tarpeet vaihtelevat eri kehitysvaiheissa ja yksilöllisen tilanteen mukaan. Lapsen kehityksen osa-alueita ovat fyysinen ja motorinen kehitys, sekä sosioemotionaalinen ja kognitiivinen kehitys. Kehityksen eri osa-alueet toimivat vuorovaikutuksessa keskenään. (Mielenterveystalo.)

2.1.1 Imeväisikäinen lapsi

Imeväisikäinen lapsi on 0–1-vuotias. Imeväisiän erityispiirteenä lapsi kehittyy fyysisesti selvästi muita ikävaiheita nopeammin. Imeväisikäisen kasvussa voi olla ikätovereihin verraten suuria eroja, joten kasvukäyrältä seurataan lapsen päänympäryksen, painon ja pituuden tasaista kehittymistä. Lapsen karkea- ja hienomotoriikka kehittyy, kun lapsen tahdonalainen liikkeiden säätely alkaa ja samalla imeväisikäiselle tyypilliset liikkumista ohjaavat refleksit väistyvät. 12 kuukauden ikäinen lapsi osaa jo istua ilman selän tukemista, ryömiä, sekä nousta tukea vasten tai ilman tukea seisomaan. Hienomotorisesti saman ikäinen lapsi käyttää pinsettiotetta ja harjoittelee itsenäistä syömistä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 24–35.)

Ensimmäisten ikävuosien aikana lapsi oppii varhaisia vuorovaikutustaitoja, minkä nähdään olevan ensiarvoisen tärkeää. Varhaisen vuorovaikutuksen kehittymiseksi lapsi tarvitsee riittävän hyvän vuorovaikutuksen vanhemman kanssa. Vuorovaikutusta voi olla esimerkiksi lapselle puhuminen, lapsen perustarpeisiin vastaaminen ja leikki. Vanhemmat voivat vaikuttaa myös reagoimalla lapsen tunnetiloihin ja tarpeisiin johdonmukaisesti, mutta lempeästi äänenpainon, kosketuksen ja välittävän katseen avulla. Pysyvän ja läheisen vuorovaikutuksen myötä lapsen ja vanhemman välille muodostuu tunteiden ja kiintymys. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2021a.)

Perusturvallisuus kehittyy, kun lapsi muodostaa luotettavan ja pitkäkestoisen suhteen aikuiseen. Varhainen vuorovaikutus on erityisen tärkeää lapsen myöhemmälle kehitykselle, sillä se luo pohjaa lapsen itsetunnolle ja minäkuvalle. Varhainen vuorovaikutus heijastuu nykytiedon valossa myös myöhemmin solmituille ihmissuhteille, sekä empatiakyvyn kehittymiselle. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2021b.)

2.1.2 Leikki-ikä

Leikki-ikä voidaan jaotella varhaisleikki-ikään ja myöhäisleikki-ikään. Varhaisleikki-ikäisellä lapsella tarkoitetaan 1–3-vuotiasta lasta. Tässä ikävaiheessa lapsen minäkuva muodostuu. Lapsi oppii puhumaan ja alkaa ymmärtämään alkeellisia syysuhteita. Vuoden ikäinen lapsi sanoo ensimmäiset merkitykselliset sanansa ja 2–3 vuoden ikäinen tietää jo yli 250 sanaa. Lapsi jäljittelee mielellään aikuista ja aikuisen on hyvä kannustaa lasta oppimaan uutta. Kävelemään opitaan keskimäärin 1,5 ikävuoteen mennessä

ja 3-vuotiaana lapsi liikkuu jo itsenäisesti. Lapsen sosiaalisesta kanssakäymisestä tulee monipuolisempaa, kun lapsi harjoittelee toimimaan yhdessä muiden lasten kanssa. Lapsi mallioppii herkästi ympäristön toimintamalleja. Omatoimisuuden ja tahdon kasvassa lapsi tarvitsee aikuisen asettamia rajoja ja sääntöjä, mutta vielä paljon hellyyttä. Varhaisleikki-ikä on lapsen itsenäisen kehittymisen aikaa ja lapsi harjoittelee olemaan vanhemmistaan erossa 2–3 vuoden ikäisenä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 39–47.)

Myöhäisleikki-ikä on ikävuosina 3–6, jolloin lapsi on hyvin kiinnostunut ympäristöstään. Kehitysvaiheessa lapsen fyysinen kehitys on nopeaa, jolloin lapsen ulkoinen olemus muuttuu. Lapsen ajattelu kehittyy muun muassa työmuistin osalta, mutta ajattelu on vielä itsekeskeistä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 47–62.) 3–4 vuoden iässä lapsella alkaa uhmaikä. Sen kesto on yksilöllistä, mutta uhmaikä laantuu viimeistään lapsen täytettyä viisi vuotta. Uhmaiällä tarkoitetaan uhma- ja tahtokautta, jolloin lapsi opettelee säätelemään ja ymmärtämään tunteitaan. Uhmaikä on yhteydessä lapsen itsenäisen persoonan kehitykseen. Vaiheen kautta lapselle muodostuu totuudenmukaisempi kuva omista taidoistaan ja siitä, mikä on hyväksytty tapa toimia. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2019.)

Myöhäisleikki-ikänsä loppupuolella lapsen sosiaaliset suhteet ovat kehittyneet aiempaa taitavimmiksi. Lapsi osaa jo tulkita muiden ihmisten tunteita ja ymmärtää eron oikean ja väärän välillä. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2018.) Lapsi oppii leikin ja ystävyys-suhteiden varjolla neuvottelemaan, sekä huomioimaan toista. Mielikuvitukselliset rooli-leikit rohkaisevat lasta käyttämään kehittyneempää kieltä kommunikoidessaan leikkikaverien kanssa. (Yogman & Garner & Hutchinson & Hirsh-Pasek & Michnick Golinkoff 2018.)

2.1.3 Kouluikäinen ja nuori

Lapsi on kouluikäinen ollessaan 7–12-vuotias. Älyllinen kasvu on kehitysvaiheessa suurta ja lapsi on kiinnostunut oppimaan uutta. Kouluikäisen ajattelu on aikaisempiin ikävaiheisiin verraten johdonmukaisempaa, sekä loogista. Kehitysvaiheessa lapsi saavuttaa älyllisen valmiuden kouluun. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 62–68.) Tosiasiat saattavat kuitenkin vielä kehitysvaiheen alkuvuosina sekoittaa mielikuvitukseen. Lapsi voi tarvita konkreettisempia esimerkkejä ymmärtääkseen abstrakteja tai ironisia merkityksiä. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2017.) Kehitysvaiheessa lapsen elinpiiri muut-

tuu muun muassa koulun ja harrastusten aloittamisen myötä. Lapsi kehittyy sosiaalisesti ja lapselle on tärkeää kokea kuuluvan joukkoon. Kouluikäinen oppii ikätovereiltään käyttäytymismalleja ja harjoittelee luottamuksellisen ystävyysuhteen solmimista. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 62–68.)

Nuorella tarkoitetaan 12–18-vuotiasta. Nuoren kehitysvaiheelle tyypillistä on oman identiteetin kehittyminen, tulevaisuuteen suuntaaminen ja itsenäistyminen. Nuoren ajattelu on aikaisempia ikävaiheita abstraktimpaa. Nuori kokee näinä ikävuosina murrosiän, eli puberteetin. Puberteetin aikana keho muuttuu lapsesta aikuiseksi. Murrosikä alkaa usein kasvupyrähdyksellä. Kasvupyrähdyksen ajoittuminen on yksilöllistä ja sitä seuraa sukupuolikypsyyden saavuttaminen. Sukupuolihormonit käynnistävät tytöillä kuukautiset ja pojilla sperman erityksen. Muita kehollisia muutoksia ovat muun muassa sukupuolielimien kasvu, tytöillä rintarauhasen kehittyminen, karvoituksen lisääntyminen ja häpykarvoitus, sekä pojilla äänenmurros. Nuori on kiinnostunut muuttuvasta ulkomuodostaan ja hakee hyväksyntää muuttuneelle ulkonäölleen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 69–72.) Murrosikä on haavoittuvaa aikaa nuorelle ja itsetunto on koetuksella kehon kehittyessä aikuiseksi (Rahmandar & Biro 2017).

Fyysisten muutosten lisäksi nuori käy ikävuosina läpi eräänlaista roolimutosta elämässään. Nuori tasapainottelee usein perheen ja ystäväpiirin välillä ja halu irtaantua kodista kasvaa. Ikävaiheessa tyypillistä on oman sukupuoli-identiteetin löytäminen, arvo maailman kehittyminen, minäkuvan rakentuminen ja tunne-elämän hallinnan opettelu. Sosiaalisilla suhteilla, kokemuksilla ja itsenäisesti tehdyillä päätöksillä on jatkuvasti merkitystä nuoren minäkuvan rakentumiseen. Nuori kaipaa rohkaisua olla oma itsensä ja haluaa tuntea itsensä arvokkaaksi. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 69–72.)

2.2 Lapsen tehohoitotyö

Tehohoito tarjoaa hoitoa kriittisesti sairaille potilaille (Marshall ym. 2017). Tehohoito on vaativaa potilaan jatkuvaa intensiivistä seuraamista, sekä hoitamista tehohoito yksikössä. Tehohoidon tavoitteena on ylläpitää potilaan peruselintoimintoja. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 331.) Tehohoidon yksikkö on suunniteltu tarjoamaan erikoistunutta lääketieteellistä hoitoa, tehostettua elintoimintojen seuranta, sekä elinten tukimuotoja elämän ylläpitämiseksi (Marshall ym. 2017).

Tehohoidon yksiköt toimivat yhteistyössä päivystyksen, sairaalaosaston ja seurantaosaston kanssa (Marshall ym. 2017). Suomessa vastasyntyneet hoidetaan omilla teho-osastoilla, joissa on erikoisosaamista juuri vastasyntyneen kriittisestä hoidosta. 0–16-vuotiaat lapsipotilaat hoidetaan lasten teho-osastoilla keskussairaaloissa tai yliopistollisissa keskussairaaloissa. Huoneet teho-osastoilla voivat olla yhden hengen perhehuoneita, tai huone voi sisältää useamman potilaspaikan. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 331.)

Yleisimmät syyt lasten tehohoitoon joutumiselle ovat leikkauspotilaat, traumat, myrkytykset, palovammat, erilaiset neurologiset sairaudet, sepsis tai hukuksiin joutunut lapsi. Tehohoidossa potilasta tarkkaillaan intensiivisesti ja huoneessa on monta elintoimintoja seuraavaa monitoria. Tehohoidossa lapselta seurataan muun muassa verenpainetta, sykettä, hengitystä, happisaturaatiota, elimistön lämpötilaa, tajunnantasoja, kipua, lihaskänteyttä, nestetasapainoa, ravitsemusta, ihon väriä, virkeyttä, mielialaa ja mahdollista liikehdintää. Potilaat ovat tehohoidossa usein erittäin huonokuntoisia ja tarvitsevat kokonaisvaltaista hoitoa perushoidosta alkaen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 331–332.)

Teho-osasto on hoitoympäristönä potilaalle kuormittava muun muassa hoitolaitteiden tuovan meluisuuden vuoksi. Potilaat ovat kriittisessä tilassa erityisen alttiita erinäisille ärsykkeille ja niistä aiheutuville häiriöille. Hyvällä hoidon suunnittelulla voidaan parantaa kustannustehokkuutta kuten myös hoidon tuloksia, lyhentää potilaiden hoitoaika sekä vähentää ympäristöstä johtuvia vaikutuksia potilaaseen. (Meriläinen & Hakio & Tiiainen 2017.)

2.2.1 Lapsen lääkehoito

Lääkehoidolla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan kaikkea lapsen tehohoidon aikana tapahtuvaa lääkehoitoa, sekä kivunlievityksen lääkkeettömiä keinoja. Lapsilla tehohoidon aikana yleisimmin käytettävät lääkkeet ovat esimerkiksi kipulääkkeet, sedaatio lääkitys sekä pahoinvointilääkkeet (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 331–334).

Lasten lääkehoito poikkeaa aikuisten lääkehoidosta ja siihen liittyy monia huomioitavia erityispiirteitä, sekä riskejä. Erityispiirteinä lasten lääkehoidossa voidaan pitää laajaa potilaiden välistä vaihtelua niin iän, kuin koon perusteella. Lasten lääkehoidossa annostelu toteutuu usein painon, iän tai kehon pinta-alan mukaan. Mittayksiköt ovat usein pieniä ja annostelu vaatii laskennallisesti erityistä tarkkaavaisuutta. Lasten kohdalla

lääkkeen hyöty- ja haittavaikutusten havaitseminen saattaa olla haastavaa vuorovaikutustaidoista johtuen. Lapsen lääkehoidossa tulee myös huomioida, että osa lääkkeissä käytetyistä apuaineista voivat olla lapselle haitallisia. Tämän vuoksi lääkettä voidaan joutua käyttämään lääkeyhteenvedosta poiketen tai myyntiluvallista lapsille sopivaa valmistetta ei ole. (Kuitunen & Luukkainen 2021.)

Lasten lääkehoidossa kivun arviointi on tärkeässä asemassa. Lapsipotilas ei välttämättä osaa tuoda kiputilaansa sanallisesti ilmi. Kiputiloja voidaan arvioida sanallisesti, erilaisin mittarein, lapsen olemusta, ilmeitä ja eleitä seuraten. Kivunhoidon tärkeä pohja on varhainen kivun arviointi ja ennaltaehkäisy. Hoitohenkilöstön tehtävä on arvioida lapsen kipua aktiivisesti eri menetelmiä hyödyntäen. Kipua voidaan hoitaa lääkkeettömmin sekä lääkinnällisin menetelmin, tai näitä yhdessä käyttäen. Lasten kivunhoidossa käytetään samoja lääkevalmisteita, kuin aikuisilla. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 322–325.) Lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä ovat esimerkiksi musiikin kuuntelu ja emotionaalinen tuki, tai muu lasta rauhoittava toiminto (Baulch 2013).

2.2.2 Lapsen perushoito

Tehohoidossa perushoito on olennaisessa osassa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa (Kaarlola ym. 2010: 436). Perushoito pitää sisällään potilaan hygieniasta ja puhtaudesta huolehtimisen, ihon kunnon seurannan sekä potilaan kuntoutumisessa tukemisen (Kangas 2017).

Tehohoidossa lapset ja nuoret ovat usein vuodepotilaita, jonka vuoksi heidän hygieniasta ja puhtaudesta huolehtiminen toteutetaan vuoteessa. Samalla pystytään tarkastelemaan ihon kuntoa ja huolehditaan potilaan asentohoidosta. Asentohoidosta huolehtimalla pystytään välttämään painehaavat ja niistä mahdollisesti alkavat infektiot. Kriittisesti sairaalle lapselle pienikin infektio voi olla kohtalokas. Hoitohenkilökunnan on tärkeää huolehtia hoidon aikana, ettei vältettävissä olevia infektioita syntyisi. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 333–334.) Painehaavoja voidaan välttää vuoteisiin saatavilla painepatjoilla, sekä huolellisella asentohoidolla hoidon aikana. Painepatjat tasaavat kehon painoa niin, ettei paine kohdistu vain tiettyihin kehonosiin. Hoitajien tietoisuus painehaavojen ehkäisyssä ja sen keinoissa ovat tuoneet suurta edistystä siihen, että painehaavoilta vältytään hoidon aikana. (Murdoch 2013.)

Lapsen ravitsemuksesta ja nesteytyksestä huolehditaan tarkkaan hoitajaksolla. Lapsen vointi määrittää sen, kuinka ravitsemuksen turvaaminen toteutetaan. Ravintoa voidaan antaa lapselle normaalisti suun kautta, usein kuitenkin ravinto joudutaan antamaan suonensisäisesti. Suonensisäinen ravitsemus turvaa, että lapsi saa kaikki tarvittavat ravintoaineet hoidon aikana. Toisinaan voidaan harkita nenämahaletkun tai gastros-toomanapin asentamista, mutta näitä harkitaan aina tapauskohtaisesti ja tarkasti. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 333–334.)

2.3 Perhe

Opinnäytetyössä perheellä tarkoitetaan jokaisen perheen itse määrittelemää suhdetta. Perheeseen voi kuulua vain kaksi peräkkäistä sukupolvea. Käsitteenä perheen muodostavat lapsia omaavat tai lapsettomat parisuhteen rekisteröineet henkilöt, avo- tai avioliitossa olevat henkilöt tai vanhempi ja lapsi. (Tilastokeskus.) Suomessa ydinperheeksi luokitellaan useimmiten vanhemmat ja lapset. Uusperheessä lapset voivat olla pariskunnan toisen osapuolen aikaisemmasta liitosta. Uusperheessä voi olla myös yhteisiä lapsia. (InfoFinland 2021.) Perheeseen saattaa vanhempien lisäksi kuulua myös muita sisarusia, joita tulee lapsen tehohoitojakson aikana huomioida ja informoida ikätason mukaisesti (Terveyskylä 2018).

Suomalainen yhteiskunta on muuttunut monikulttuurisemmaksi. Suomalaisen perhekulttuurin lisäksi on olemassa monia muita perhekulttuureita, joiden perhemäärittelyissä voi olla eroja. Terveystieteiden ammattilaisen on hyvä kiinnittää huomiota perheiden kulttuurieroihin ja sen myötä perheen arvoihin, uskomuksiin, ajattelutapaan, moraalillisiin käsityksiin ja tunteisiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999: 96–97.) Jokaisessa perheessä on kulttuuritaustasta huolimatta yksilöllisiä eroja. On muistettava, että yksilöt näkevät perheensä eri tavoin ja käsitys hyvästä kodista on aina yksilöllinen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 81.)

2.4 Perhe hoitotyössä

Perheen merkitys hoitotyössä on kasvanut osaksi terveydenhuoltoa, vaikka perhe on ollut aina hoitotyön asiakas. Sen lisäksi, että perheen osallistaminen hoitotyöhön tuo taloudellista hyötyä, on se yhteydessä potilaan ja koko perheen hyvinvointiin ja hoitotyötyytyväisyyteen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999: 14.) Vanhemmat tuntevat

lapsensa parhaiten ja tietävät kuinka lapsen ja perheen tarpeet voidaan täyttää. Hyvällä vastavuoroisella kommunikaatiolla voidaan tukea perhettä ja luoda luottamuksellinen hoitosuhde perheen ja hoitohenkilöstön välille. (Evans 2017: 56.)

Perhekeskeisessä työskentelyssä ajatellaan, että perheen jäsenet vaikuttavat toinen toisiinsa (Riusala 2012: 2056–2057). Perhekeskeisellä hoidolla voidaan vaikuttaa perheen ja henkilökunnan väliseen yhteistyöhön, sekä vanhempien ja perheen hyvinvointiin tukemiseen hoitajakson aikana. Nykyiseen näyttöön perustuen perhekeskeistä hoitotyytyväisyyttä ja perheen hyvinvointia parantavaa hoitoa voidaan toteuttaa teho-osastoilla ottamalla perhe mukaan hoitoon, sekä lääkärin kierroille. Perheen kohtaamisissa on tärkeää muistaa kunnioittaa perheen ja potilaan yksityisyyttä. Ihanteellista on, jos perhe pääsee tapaamaan tehohoidossa olevaa lasta mahdollisimman rajattomasti. Henkilökunnan ja perheen välinen kommunikaatio ovat avainasemassa perheen tukemisessa. Psykologista ja sosiaalista tukea tulee tarjota aktiivisesti hoitajakson aikana. Osa perheistä voi hyötyä myös vertaistuesta, jota hoitohenkilökunta voi suositella perheelle. (Niela-Vilén & Toivonen & Axelin & Heikkilä 2019.)

Perhekeskeisellä hoitotyöllä voidaan saavuttaa myös taloudellista hyötyä. Perhe voi esimerkiksi tukea sairaudesta toipuvaa lasta kotona elämäntapamuutokseen tai hyödyntää omia taitoja potilaan hoidossa. Näin potilaan hoitoa voidaan toteuttaa kotoa käsin. Perheeltä saatu tuki voi olla suuri voimavaranlähde, jonka ansiosta sairauden hoito onnistuu kotona ja näin ollen hoitopäivämaksuilta vältytään. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999: 14.) Vanhempien hyvä hoitotyytyväisyys ja tukeminen on myös yhteydessä siihen, kuinka vanhemmat panostavat lapsen hoitoon (Evans 2017: 61).

Perheenjäsenet reagoivat yksilöllisesti perheenjäsenen sairastumiseen. Osa perheistä voi tarvita tukea sairauden rinnalle enemmän kuin toiset. Perheen sisällä voidaan tukea toista perheenjäsentä sairauden kanssa, kun joissakin perheissä hankalalta tuntuvat asiat käydään itsenäisesti läpi. (Riusala 2012.) Perheenjäseniä tuetaan tunnistamaan terveyteen vaikuttavia asioita, jolloin perhe voi itse löytää omia voimavarojaan ja uhkia (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 83). Perhettä tukee lääkäreiden ja hoitajien lisäksi moniammatillinen tiimi, kuten sosiaalityöntekijät, fysioterapeutti, psykologi, toimintaterapeutti, kuntoutusohjaajat ja sairaalapastorit (Terveyskylä 2017).

Lapsen tehohoitoon joutuminen vaikuttaa vanhempiin ja heidän väliseen suhteeseen, mutta myös mahdollisiin sisaruksiin. Sisarukset voivat olla kateellisia tehohoidossa olevalle lapselle ja kokea, että hän saa kaiken vanhempien huomion. Samalla kun toinen vanhemmista viettää sairaalassa olevan lapsen kanssa aikaa, joutuvat muut lapset olla erossa vanhemmista. Sisarusten kokema ahdistus tilanteesta voi tuoda myös käyttöhäiriöitä, joita olisi myös tärkeää tarkastella. (Rennick ym. 2021.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten perhettä voidaan tukea lapsen tehohoitajakson aikana. Opinnäytetyön tavoitteena on tiedon lisääminen perheen tukemisesta lapsen tehohoitajakson aikana.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys oli:

Miten perhettä voidaan tukea lapsen tehohoitajakson aikana?

4 Kirjallisuuskatsaus ja prosessin kuvaus

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Salminen (2011) mukaan kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella voidaan katsoa olevan viisi päämäärää. Ensimmäinen tavoite on vahvistaa olemassa olevaa teoriaa ja tuottaa uutta tietoa. Toisena tavoitteena on olemassa olevan tiedon arviointi. Kolmantena päämääränä on rakentaa tiedon pohjalta yhtenäinen kokonaisuus. Neljäntenä kootusta asiakokonaisuudesta tavoitellaan löytämään ongelmia ja viidentenä pyritään kuvaamaan aiheen kehitystä. (Salminen 2011: 3.) Kirjallisuuskatsauksessa perehdytään huolellisesti ja luotettavasti tutkimustietoon. Kirjallisuuskatsauksessa esitettyjen tutkimusten tulee kuvata lukijalle oleellisemmat tiedot asiakokonaisuuteen liittyen, kuitenkin säilyttäen tieto muuttumattomana. Kirjoittajan tulee jatkuvasti rakentaa kirjallisuuskatsausta oman tutkimuskysymyksen ympärille. Käytettyjen tutkimusten valintaa perustellaan kirjallisuuskatsauksessa. Tutkimuksiin tehdään asianmukaiset lähdeviitteet, jolloin lukijalla on mahdollisuus tutustua alkuperäiseen tutkimustietoon. Opiskelijan näkökulmasta kuvaileva kirjallisuuskatsaus opettaa hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2007: 252–254.)

4.1 Aineiston haku ja valinta

Alustava tiedonhaku on tärkeää, jotta kirjoittajalle muodostuu mahdollisimman laaja käsitys tutkittavasta aiheesta. Alustavan haun yhteydessä selviää, onko aiheen rajaus tarpeeksi laaja tai mahdollisesti liian suppea. Tietoon perehtymällä tiedetään, miten ja mistä näkökulmista aiheet on tutkittu aiemmin. Tutkimuskysymys tarkentuu aineistoon perehtymisen yhteydessä. (Hirsjärvi ym. 2007: 105–107.) Opinnäytetyön alustavaa aineistohakua tehtiin alkusyksystä vuonna 2021 ja varsinainen aineistohaku suoritettiin helmikuussa vuonna 2022.

Alustavan aineistohaun yhteydessä kävi ilmi, että vastasyntyneiden lasten vanhempien kokemuksia tehohoidosta on tutkittu huomattavasti enemmän, kuin sitä vanhempien lasten. Tästä syystä opinnäytetyöstä päädyttiin rajaamaan vastasyntyneet lapset työn ulkopuolelle. Työn luotettavuuden takaamiseksi opinnäytetyöhön valittiin enintään kymmenen vuotta vanhaa tutkimustietoa. Aiheesta ei löytynyt suomalaista tutkimustietoa, mutta aineiston valintaa tehdessä pyrittiin tarkastelemaan tiedon sovellettavuutta Suomen terveydenhuollossa. Työstä rajattiin muut kuin suomen- tai englanninkieliset tutkimukset pois. Aineiston haun sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat esitettyinä kuviossa 1.

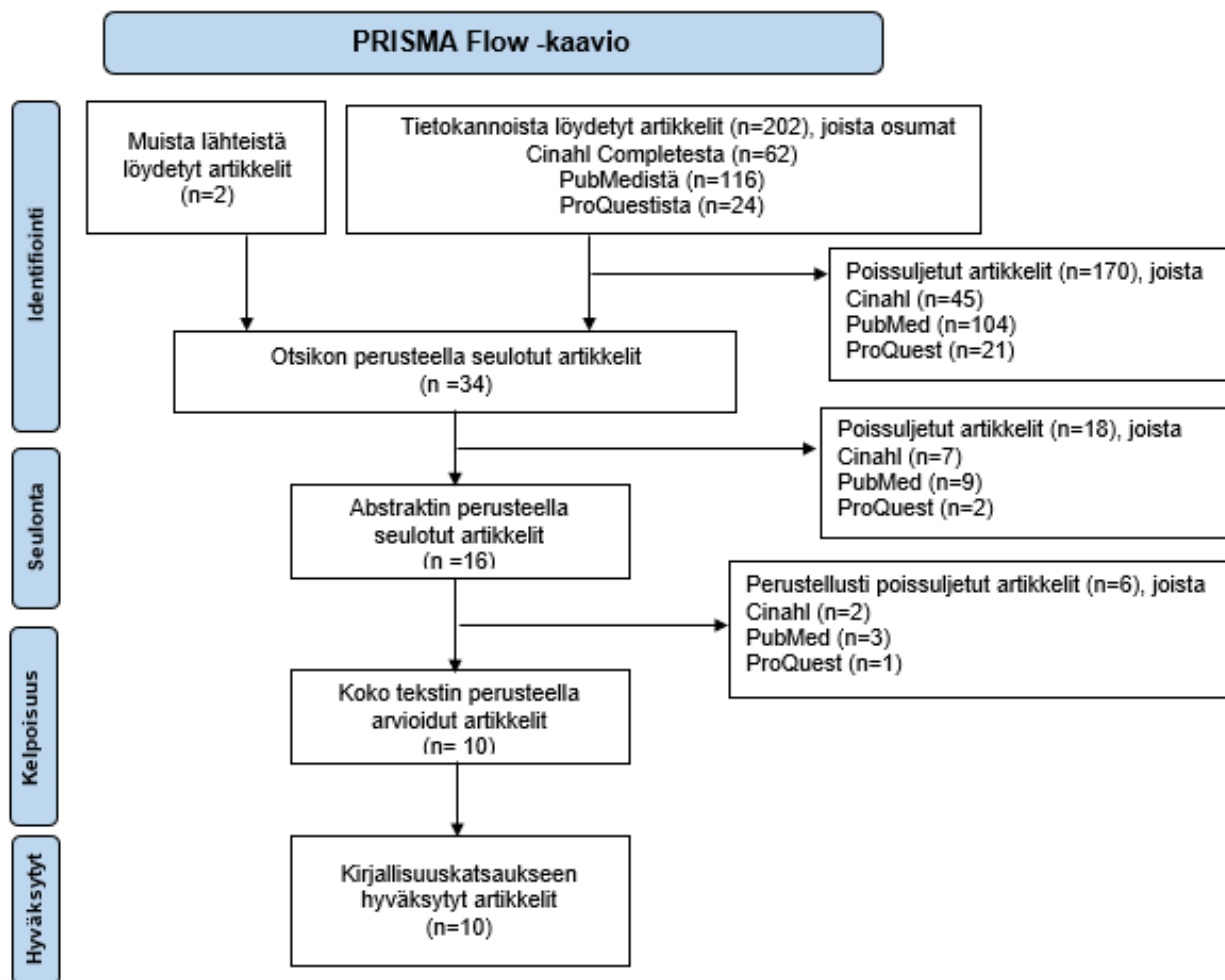


Kuvio 1. Sisäänto- ja poissulkukriteerit

Opinnäytetyön aineiston keruuseen käytettiin useita eri tietokantoja. Suomalaisia tutkimusartikkeleja etsittiin MEDIC tietokannasta. Muita hyödynnettyjä tietokantoja olivat CINAHL Complete, PubMed, ProQuest Central, sekä MEDLINE hakujärjestelmät. Manuaalista aineistohakua toteutettiin tietokannoissa ja käymällä Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston materiaaleja läpi. Tutkimusartikkeleita etsittiin Hoitotiede- ja Tutkiva Hoitotyö -lehtien sisällysluetteloita läpi käymällä. Tutkimuksia etsittiin useilla eri hakusanoilla ja niiden yhdistelmillä. Tulosten monipuolistamiseksi hyödynsimme oppilaitoksen kirjaston informaation tiedonhaun ohjeita. Hakusanojen katkaisua hyödynnettiin hakutulosten täsmentämiseksi. Opinnäytetyön hakusanoja ja osumia on kuvattu liitteessä 1. Eniten käytettyjä hakusanoja olivat; picu OR pediatric intensive care unit AND famil* AND coping AND nurs*. Aineistoa rajattiin alkuun sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Ensimmäisessä vaiheessa hakutuloksia rajattiin pois otsikon aiheen sopivuuden perusteella. Seuraavaksi tutkimusten aiheeseen sopivuutta tarkasteltiin tiivistelmän ja keskeisimpien tutkimustulosten pohjalta. Lopullisten tutkimusten valikoituminen tapahtui perehtymällä huolellisesti koko tutkimukseen ja sen tuloksiin. Tutkimus-

tuloksien tuli vastata asetettuun tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui mukaan kymmenen kansainvälistä tutkimusta CINAHL Completesta. Kirjallisuuskatsaukseen valitut kymmenen tutkimusta on esitetty liitteessä 2.

Opinnäytetyössä PRISMA Flow –kaaviolla on kuvattu aineiston hakuprosessia aineiston identifioinnista työhön hyväksytyihin tutkimusartikkeleihin. PRISMA lyhenne tulee englannin kielen sanoista Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. PRISMA:n tarkoituksena on kehittää systemaattisten arvostelujen ja meta-analysien raportointia. (PRISMA.) Alkuperäinen kaavio on käännetty kuviossa 2. vapaasti suomen kielelle kuvaamaan työn aineiston valikoitumista.



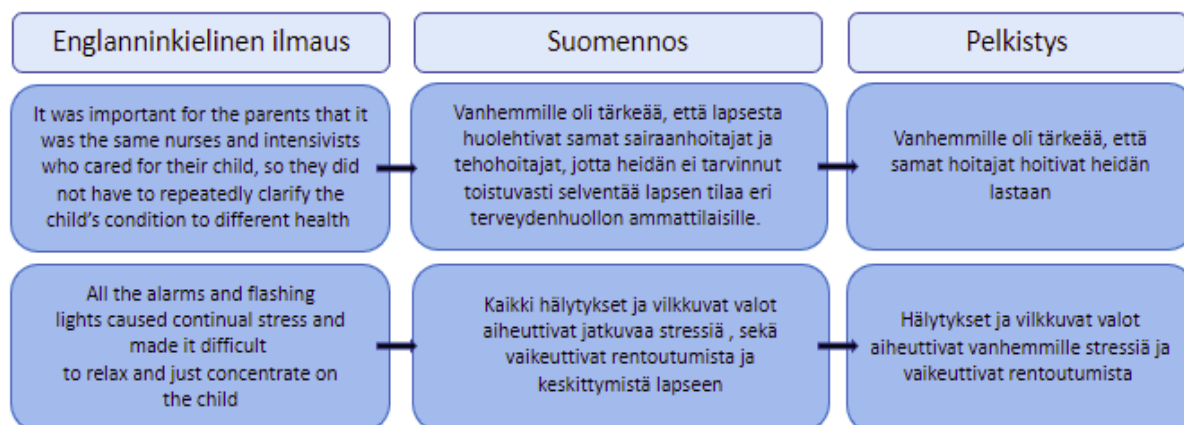
Kuvio 2. PRISMA Flow -kaavio

4.2 Aineiston analysointi

Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset analysoitiin laadullisella sisällönanalyysi menetelmällä. Sisällönanalyysin kautta tutkimuksista luotiin yhtenäinen asiakokonaisuus. Vuoren mukaan sisällönanalyysin tarkoituksena on koota informatiivinen ja tiivis muotoinen teksti, joka pitää sisällään tutkimusten keskeisimmät asiat. Laadullinen sisällönanalyysi pohjautuu tutkimusten sisällön luokittelulle. Luokittelussa kiinnitetään huomioita tutkimusten sisällön yhtäläisyyksiin ja eroihin. (Vuori.)

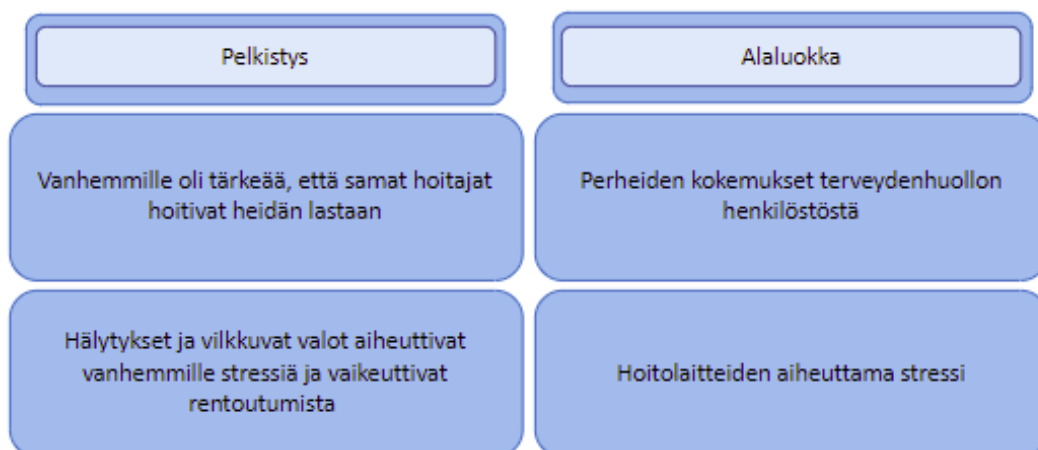
Sisällönanalyysissä edetään konkreettisista asioista vapaamuotoisempiin käsitteisiin. Laadullisessa sisällönanalyysissä luodaan tutkimusmateriaalista teoreettinen kokonaiskuva. Tutkimukset käyvät analyysissä läpi kolme eri vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään eli redusoidaan. Redusoinnissa tutkimuksesta valikoidaan työn kannalta olennaiset asiat, jotka pelkistetään tiiviimpään muotoon. Redusointia seuraa ryhmittely eli klusterointi. Klusteroinnissa aiemmin pelkistetyt ilmaisut käydään huolellisesti läpi ja etsitään niistä yhteneväisyyksiä. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään omiin alaluokkiin ja alaluokka nimetään kuvaamaan sen sisältöä. Luokittelussa edetään luomalla alaluokista laajempia kategorioita, eli yläluokkia. Luokittelu jatkuu vielä luomalla yläluokista pääluokkia, jolloin syntyy tutkimustehtävään vastaava pääkategoria. Viimeisenä vaiheena analyysissä on abstrahointi eli käsitteellistäminen. Klusteroinnin nähdään olevan myös osa abstrahointia. Abstrahoinnissa tutkimusmateriaali siirtyy ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin sekä johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2017: 212, 229–235.)

Tässä opinnäytetyössä sisällönanalysointi aloitettiin käymällä valittujen tutkimuksien tuloksia ja johtopäätöksiä läpi. Tuloksista ja johtopäätöksistä etsittiin vastauksia asetettuun tutkimuskysymykseen. Tutkimusten ollessa englanninkielisiä, valitut ilmaisut käännettiin ensin tarkasti suomenkielisiksi. Suomenkieliset ilmaukset pelkistettiin, eli muutettiin yksinkertaisempaan muotoon. Pelkistyksessä huolehdittiin, ettei alkuperäisen ilmauksen sanoma muutu. Esimerkki pelkistämisvaiheesta on esitelty kuviossa 3.



Kuvio 3. Aineiston pelkistys

Pelkistettyjä ilmauksia syntyi yhteensä 38 ja niistä muodostui 11 alaluokkaa. Alaluokkien väliltä etsittiin yhteisiä teemoja, joista syntyi kolme yläluokkaa. Yläluokat muodostivat yhden pääluokan. Esimerkki alaluokkien muodostumisesta kuvataan kuviossa 3 ja tarkempi kuvaus alaluokkien muodostumisesta on liitteessä 3. Valmis opinnäytetyö julkaistiin Theseus sivustolla keväällä 2022.

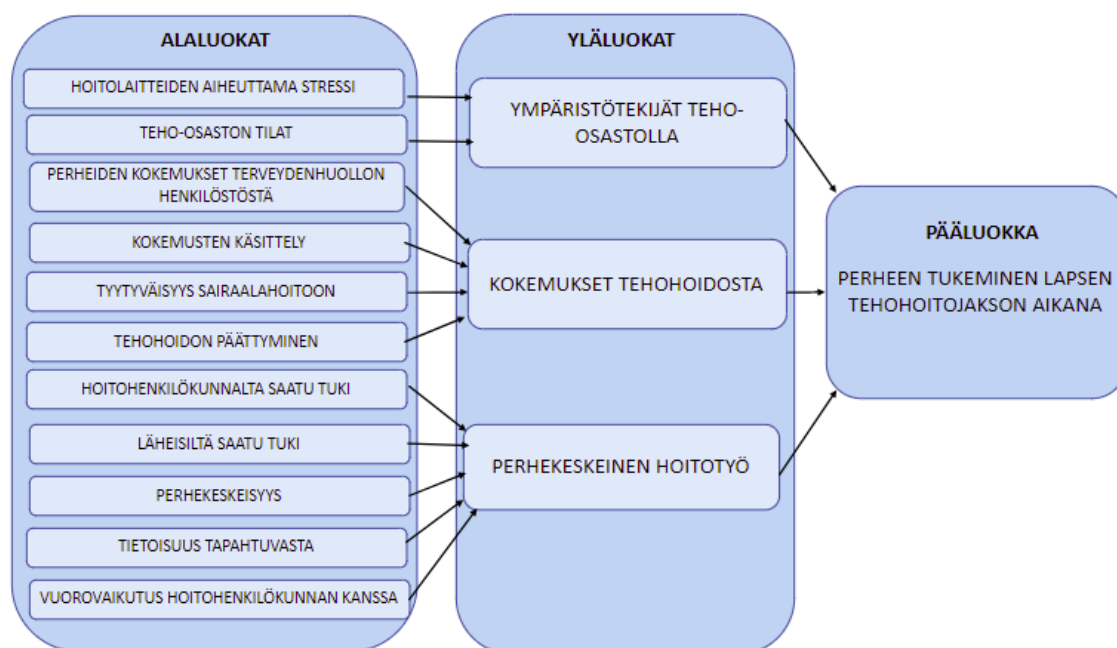


Kuvio 4. Alaluokkien muodostuminen

5 Tulokset

Opinnäytetyön tuloksien lähtökohtana oli tutkimuskysymys, miten perhettä voidaan tukea lapsen tehohoitojakson aikana. Tuloksien nähtiin vastaavan tutkimuskysymykseen.

Tulosten mukaan tunnistettiin kolme yläluokkaa: ympäristötekijät teho-osastolla, kokemukset tehohoidosta ja perhekeskeinen hoitotyö. Tutkimuksista valikoidut tulokset tukivat opinnäytetyön aihetta ja tutkimuskysymystä, mitkä ovat kuvattuna kuviossa 4. Tulokset ovat peräisin kymmenestä eri tutkimuksesta. Tulokset ovat julkaistu vuosina 2011–2021. Tuloksia opinnäytetyöhön saatiin Tanskasta (n=2), Ruotsista (n=1), Intiasta (n=2), Kanadasta (n=1) ja Yhdysvalloista (n=4). Kaikista valituista tutkimuksista kävi ilmi, että lapsen joutuminen tehohoitoon on vanhemmille erityisen ahdistava ja pelettava kokemus.



Kuvio 5. Aineiston tulokset

Vanhemmat olivat huolissaan pääsääntöisesti lapsensa terveydentilasta tehohoidon aikana, eikä niinkään ympäristötekijöistä. **Ympäristötekijät teho-osastolla** lisäsivät kuitenkin stressitekijöitä vanhemmille. Tutkimuksesta kävi ilmi, että äidit kokivat stressiä enemmän kuin isät muun muassa monitoreista ja sen hälytysäänistä, sekä lapseen liitettyistä hoitolaitteista. (Gladston & Lee & Ravindran & Ebenezer 2012.) Ulkoiset häiriötekijät, kuten hälytykset vaikeuttivat vanhempien kykyä keskittyä lapseen (Dahav & Sjöström & Strand 2018). Jaetuissa potilashuoneissa vanhemmat altistuivat muiden tehohoidossa olevien lasten kriittisille tilanteille. Vanhemmat kokivat suurta stressiä ja huolta nähdessään toisen lapsen tilan heikkenemisen ja esimerkiksi elvytystilanteen. Kriittisten tapahtumien myötä vanhemmat alkoivat pohtimaan oman lapsen terveydentilaa, elämän haurautta sekä hoidon laatua. Vaikeat tilanteet herättivät vanhemmissa

myötätuntoa kärsivää perhettä kohtaan. (Gaudreault & Carnevale, 2012.) Vanhemmat toivoivat, että teho-osastojen tilat olisivat mukautettavissa perheen tarpeiden mukaan. Vanhempien yksi tärkeimmistä toiveista oli päästä viettämään aikaa lapsen rinnalla mahdollisimman paljon. (Evans & Thomas 2011.) Vanhemmat tarvitsivat kuitenkin hoitajilta tukea pysyä sairaan lapsen vierellä (Sabeti & Mohammadpour & Pouraboli & Tahmasebi & Hasanpour 2021). Yksilöhuoneiden kautta perheet pystyvät säilyttämään paremmin yksityisyyden ja saavat rauhan keskittyä oman lapsen tilanteeseen. Perheen läsnäolo lapsen vierellä helpotti vanhempien oloa ja toi mahdollisuuden luoda luottamuksellisen hoitosuhteen vanhempien ja hoitohenkilöstön välille. (Coats ym. 2018.)

Moni tekijä vaikutti **perheen kokemuksiin tehohoidosta**. Vanhempien suhde sairaanhoitajiin oli erityisen tärkeä, sillä sairaanhoitajat pitivät lapsesta huolta vuorokauden ympäri. Vanhemmille oli tärkeää, että lapsen hoitotiimi osastolla pysyi heille tuttuna. Tuttu hoitotiimi takasi sen, ettei vanhempien tarvinnut toistuvasti selventää lapsen terveydentilaa uusille hoitajille. (Jakobsen & Kristensen & Laerkner 2021.) Perheet odottivat hyvää yhteistyötä ja vuorovaikutusta perheen ja hoitotiimin välillä (Levin ym. 2015). Toimiva tiedonsiirto toi vanhemmille turvallisuuden tunnetta ja loi luottamusta. Tiedon avulla vanhemmat pystyivät valmistautumaan henkisesti siihen, mitä oli tapahtumassa. Tieto ja luottamus hoitotiimiin toi uskallusta poistua sairaalasta ja auttoi heitä lepäämään. Vanhempien tuli luottaa, että tieto lapsen muuttuvasta terveydentilasta tavoittaa heidät, vaikka he poistuisivat lapsen viereltä. (Dahav ym. 2018.)

Päivän tapahtumien ja hoitotoimenpiteiden ennakoitavuus lievitti vanhempien ahdistusta. Päiväkohtaisen suunnitelman tekeminen auttoi perhettä valmistautumaan päivän tapahtumiin. Hoitorutiinien tunteminen oli tärkeää ja se auttoi vanhempia osallistumaan lapsen hoitoprosessiin. Vanhemmat näkivät heidän osallistumisensa hoitotoimiin välttämättömäksi itselleen, kuin myös lapselle. Vanhempien jättäminen hoitotoimenpiteiden ulkopuolelle lisäsi heidän pelkoaan. (Dahav ym. 2018.) Hoitajien saadessa luottamusta vanhempia kohtaan, pystyivät he antamaan vanhempien osallistua pieniin hoidollisiin toimenpiteisiin. **Perhekeskeisellä hoidolla** nähtiin olevan positiivisia vaikutuksia niin hoitohenkilöstön, kuin vanhempien näkökulmasta. (Coats ym. 2018.) Perhekeskeinen hoito ja vanhempien läsnäolo oli myös tärkeä keino lasta rauhoittaessa tehohoidossa (Sabeti ym. 2021). Perheet toivoivat hoitotiimin olevan huomaavaisia heitä kohtaan, esittelevän itsensä ja käyttämään katsekontaktia kommunikaatiossa. Perhe halusi tulla hyväksytyksi ja huomatuksi. (Levin ym. 2015.) Lapsen tehohoitojakso on perheelle ahdistavaa ja luo stressiä. Sairaanhoitajan tulisi arvioida teho-osastolla olevien lasten

vanhempien stressitasoa ja jaksamista. Sairaanhoidtajien tuen ja neuvonnan avulla vanhemmat selviytyivät stressitilanteista paremmin. Usein kuitenkin lasten vanhemmat kokivat tulleen laiminlyödyiksi. (Gladston ym. 2012.) Vanhempien tyytyväisyys sairaalahoitoon on yhteydessä mahdolliseen tehohoitojakson jälkeisen traumaperäisen stressihäiriön ilmenemiseen (Mortensen ym. 2015).

Yhdysvalloissa toteutetussa tutkimuksessa käytettiin perhekeskeistä hoitokiertoa osana perhekeskeisen hoitotyön mallia. Tutkimuksessa hoitohenkilökunta näki perheen läsnäolon kierroilla tärkeänä ja se paransi työpäivän tehokkuutta. Tehokkuuden paranemisesta huolimatta, olivat perhekeskeiset hoitokierrot aiempaa pidempiä ajallisesti. Perheet kokivat kiertoihin osallistumisen hyödyllisenä, koska pysyivät lapsen hoidosta ajan tasalla. Häiriötekijöinä kierroilla perheet raportoivat hälytykset, puheluihin vastaaminen kesken keskustelun, suuren hoitotiimin ja kohteliaisuuden puutteen. (Levin ym. 2015.) Ei-farmakologisilla menetelmillä kuten esimerkiksi leikki, taideterapia ja hieronta, pystytään lievittämään lapsen kipua ja ahdistusta. Nämä keinot loivat lapsille luottamusta hoitohenkilöstöä kohtaan ja saivat heidät toimimaan paremmin yhteistyössä. Lasten luottamus hoitajia kohtaan lisäsi hoidon tehokkuutta. (Sabeti ym. 2021.)

Tehohoidossa olevien lasten vanhemmat kertoivat lääkäreiden, sairaanhoidtajien, ystävien ja sukulaisten olevan heille tärkeimpiä tuen sekä ohjauksen lähteitä. Potilaat kokivat halua puhua lääkäreille henkisistä ongelmista ja toivoivat heidän ottavan asian puheeksi tapaamisissa. (Madrigal ym. 2015.) Perheet saivat tukea myös hoitohenkilöstön ulkopuolelta käytännön asioiden järjestelemiseen. Vanhemmat käyttivät sosiaalista mediaa yhteydenpitoon sekä myös vertaistuen saamiseen. Vanhemmat etsivät sosiaalisesta mediasta tietoa lapsen diagnooseista. Päiväkirjan kirjoittaminen hoitojakson aikana oli ollut vanhemmille tärkeä väline kokemusten käsittelyssä. Lapsen tehohoitojakson päättyessä vanhemmat olivat emotionaalisia. Positiivisena pidettiin lapsen parantumista ja tehohoidon päättymistä. Pelkoa ja turvattomuuden tunnetta aiheutti kuitenkin vähemmän valvotulle osastolle siirtyminen. (Jakobsen ym. 2021.)

6 Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus

Oppinäytetyö on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen. Hyvän tieteellisen käytännön toimintatapoja ovat muun muassa rehellisyys, huolellisuus, tarkkaavaisuus tutkimustuloksia arvioitaessa ja esittäessä (TENK). Eettisyys on lähtökohtana tieteelliselle tutkimukselle. Tutkimusetiikka haarautuu tieteen

sisäiseen ja ulkopuoliseen etiikkaan. Sisäinen etiikka tarkoittaa luotettavuuden arviointia sekä tieteenalan todellisuutta. Kategorioita heijastetaan koko tutkimusprosessiin ja sen vaiheisiin. Tieteen sisäiseen tutkimusetiikkaan kuuluu tiedeyhteisön sääntöjen noudattaminen. Ulkopuolisella tutkimusetiikalla tarkoitetaan ulkoisia seikkoja, jotka vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan sekä tutkintatapaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017: 211–212.) Tutkimustulokset tulee esittää huolellisesti niin kuin tutkija on ne tutkimuksessaan esittänyt. Raportoinnissa tulokset eivät saa olla esitettynä harhaanjohtavasti tai puutteellisesti. Tulosten perusteetonta yleistämistä ja tiedeyhteisön harhaanjohtamista kutsutaan vilpiksi. (Hirsjärvi ym. 2007: 26.)

Vilppi on hyvätieteellisen käytännön vastaista toimintaa ja sitä voidaan jakaa neljään alakategoriaan. Alakategorioita ovat sepittäminen, havaintojen vääristäminen, anastaminen ja plagiointi. Sepittämisellä tarkoitetaan tekaistujen tulosten esittämistä. Havaintojen vääristelyssä alkuperäiset tulokset muuttuvat. Vääristelyä on myös johtopäätösten oleellisten tietojen kertomatta jättäminen. Anastamisella tarkoitetaan muun muassa tutkimuksen tulosten, idean tai aineiston oikeudetonta esittämistä omalla nimellä. Plagiointina puolestaan pidetään tekstin luvaton lainaamista ja sen esittämistä omanaan. (Vastuullinen tiede 2018.)

Opinnäytetyössä on huomioitu lähteinä käytettyjen aineistojen tutkijat ja heihin on viitattu Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjallisten ohjeiden mukaisesti. Viittaus- ja tutkimuskäytäntöjen osaamista vahvistettiin osallistumalla Metropolia Ammattikorkeakoulun viiteen opinnäytetyön työpajaan. Tutkimusten tulokset on esitetty niin, että lukijalle selviää mistä ja kenen tutkimuksesta tieto on peräisin. Tutkimusten tulokset on esitetty opinnäytetyössä muuttumattomana, eikä alkuperäisistä tuloksista ole tehty omia johtopäätöksiä. Valmis opinnäytetyö käytettiin plagioinnintunnistusjärjestelmä Turnitinissa.

Luotettavuuden ja tutkimustulosten pätevyden arviointi on osa opinnäytetyön prosessin kulkua. Luotettavuutta tulee arvioida tutkimuksen jokaisessa työvaiheessa, miten, mitä ja miksi. Luotettavuutta arvioidessa tulee pohtia ja arvioida käytettyä kirjallisuutta ja sen asianmukaisuutta. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi nähdään olevan erityisen tärkeää. (Sarajärvi & Tuomi 2017: 342.) Laadullisen tutkimuksen tutkimustulosten pätevyttä ja luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten johdonmukaisuutta, jolloin tutkimuksen tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Validiteetilla taas tarkoitetaan, että tutkimuksessa tutkitaan sitä mitä niiden on tarkoituksena tutkia. (Jyväskylän yliopisto 2021.)

Aineiston hakuvaiheessa tutkimusartikkeleiden laatuluokitus tarkistettiin Julkaisuforummin avulla. Kaikki opinnäytetyössä hyödynnetyt tutkimusartikkelit sijoituivat julkaisuforummin luokkien 1–2 välille. Luokka 1 tarkoittaa perustasoa, luokka 2 johtavaa tasoa ja luokka 3 on tasoista korkein. Aineistonhaussa hyödynnettiin Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston informaation neuvoja. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi se, että kaikki valitut tutkimukset olivat vertaisarvioituja. Valitut tutkimukset käytiin molempien tekijöiden toimesta huolellisesti läpi, jolloin tutkimusten asianmukaisuus varmistui. Tehdessä työtä parina, voitiin virhepäätelmiltä välttyä yksilötyöskentelyä paremmin. Näin myös ehkäistiin sokaistumista tutkimuksille. Työn luotettavuutta saattaa kuitenkin heikentää tutkimusten englanninkielisyys ja kansainvälisyys. Englanninkielisten ilmauksen kääntämiseen käytettiin runsaasti aikaa ja ilmaukset pyrittiin kääntämään suomen kielelle niin, että asiayhteys säilyi muuttumattomana. Tutkimusten tuloksissa oli nähtävillä yhtenäisiä teemoja ja tulokset olivat johdonmukaisia. Tutkimusaineistoa valitessa pyrittiin huomioimaan, että tulokset ovat hyödynnettävissä Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä. Tulosten vahvistettavuutta lisää työhön liitetyt taulukot. Koko opinnäytetyön prosessia kuvattiin mahdollisimman läpinäkyvästi, jotta lukijalle kävisi ilmi mitä, miten ja miksi työ toteutettiin. Näin opinnäytetyön lukija voi arvioida myös itse työn luotettavuutta.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten perhettä voidaan tukea lapsen tehohoitojakson aikana. Tavoitteena opinnäytetyössä on tiedon lisääminen perheen tukemisesta lapsen tehohoitojakson aikana. Tutkimusten tuloksista tunnistettiin kolme yläluokkaa: ympäristötekijät teho-osastolla, kokemukset tehohoidosta ja perhekeskeinen hoitotyö. Yläluokat olivat vahvasti yhteydessä vanhempien kokemuksiin tehohoitojakson aikana. Tunnistamalla positiivisia ja negatiivisia kokemuksia, voidaan havaita perheen tuentarpeita.

Tuloksissa selvisi, että vanhemmat selviytyivät stressitilanteista paremmin sairaanhoidajien tuen avulla (Gladston ym. 2012). Tämän perusteella voidaan todeta, että tuen tarjoaminen hoitojakson aikana on tärkeää. Hoitojakson alussa perheen voi olla vaikea sisäistää tapahtunutta ja siihen liittyvää informaation tulvaa. Perhe voi etenkin hoitojakson alussa hyötyä selkeästä ja ytimekkästä tiedosta. Tietoa lapsen terveydentilasta voitaisiin antaa suullisen tiedon lisäksi myös kirjallisena, jolloin tieto on luettavissa uudelleen. Tuen tarpeen tunnistaminen itse saattaa olla hankalaa kuormittavan tilanteen

keskellä. Vanhemmat eivät ole välttämättä tietoisia kaikista tuen muodoista, eikä heillä ole voimavaroja selvittää niitä. Tämän vuoksi tuen tarjoamisen tulisi lähteä hoitotyön ammattilaisen puolelta. Hoitotyön ammattilaisen tulee tietää, minkälaista tukea perheelle voidaan tarjota. Perheen näkökulmasta hyödyllistä olisi, jos sairaanhoitaja osaisi myös ohjata ahdistuksen hallinnan itsehoitomenetelmiä. Jotta tukea voidaan tarjota, sairaanhoitajien tulee osata arvioida perheen jaksamista. Jatkossa voisi tarkastella sitä, kuinka sairaanhoitajia koulutetaan tunnistamaan eri stressitilanteita ja tukemaan perhettä kriisin keskellä.

Vanhemmat kokivat yhden hengen perhehuoneiden tuovan heille yksityisyyttä ja mahdollisuuden keskittyä vain oman lapsen tilanteeseen. Jaetut potilashuoneet aiheuttivat ylimääräisiä häiriötekijöitä perheelle. Jaetuissa huoneissa perheet joutuivat todistamaan toisten lasten tilan heikkenemistä, ja tämä lisäsi huolta oman lapsen tilanteesta. (Gaudreault & Carnevale 2012.) Turvaamalla perheiden yksityisyys, voitaisiin välttää ylimääräisten stressitekijöiden syntyminen. Yhden hengen perhehuoneissa vanhemmat pystyvät keskittymään vain oman lapsen terveydentilaan. Lapsen henkeä uhkaava tila on vanhemmille jo itsessään suuri kriisi, eikä vanhempien tulisi rasittaa itseään murehtimalla muiden perheiden tilanteesta.

Muiden potilaiden selviytyminen voi kuitenkin luoda toivoa oman lapsen tilanteeseen, mutta tilan romahtaminen tai kuoleman todistaminen saattaa traumatisoida. Jaetuista potilashuoneista olisi kuitenkin etua sairaanhoitajien näkökulmasta. Gaudreault ja Carnevale (2012) toteavat jaettujen potilashuoneiden hyötyinä olevan sairaanhoitajien mahdollisuus tarkkailla useampaa potilasta samaan aikaan, sekä nopea avun saaminen kollegalta. Lisäksi tämä luo turvaa uusille hoitajille, joilla ei ole pitkää työkokemusta lasten teho-osastoilta. (Gaudreault & Carnevale 2012.) Perhehuoneessa sairaanhoitajat pystyvät kuitenkin keskustelemaan perheen kanssa avoimemmin, verrattuna monen hengen potilashuoneisiin. Perhehuoneessa sairaanhoitaja voi tarkastella ja keskittyä yhden potilaan tilanteeseen kerrallaan.

Vanhemmat halusivat olla mahdollisimman paljon lapsen luona, joten vanhemmat toivoivat tilojen olevan mukautettavissa heidän tarpeisiinsa. Vanhemmat toivoivat, että myös heidän perustarpeensa huomioitaisiin hoidon aikana. Toiveina olivat muun muassa yöpymis- ja ruokailumahdollisuus, sekä tilat peseytymiseen. (Evans & Thomas 2011.) Teho-osaston tiloilla voidaan vaikuttaa perheen kokonaisvaltaiseen kokemukseen. Lasten teho-osastoja suunniteltaessa tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota

perhekeskeiseen hoitotyöhön. Teho-osastojen viihtyvyyteen panostamalla voidaan saada pitkäaikaisia vaikutuksia ja näin palvella useiden perheiden tarpeita. Viihtyisät tilat ovat yksinkertainen tapa palvella teho-osaston asiakkaita usean vuoden ajan.

Gladston ym. (2012) tutkimuksessaan toi ilmi monitorien ja hälytysäänien lisäävän vanhempien stressiä. Laitteet ja monitorit ovat hoidon kannalta usein välttämättömiä, joten vanhemmille tulisi selventää niiden käyttötarkoitusta. Kaikki hoitolaitteiden äänet eivät ole merkki hengenhädästä, mistä olisi hyvä kertoa myös vanhemmille. Kertomalla hoitolaitteista ja niiden toiminnasta, voidaan vähentää vanhempien kokemaa stressiä. Vanhempien ja sairaanhoitajien välinen kommunikointi onkin avainasemassa perheen tukemisessa.

Vanhemmat pitivät suhdettaan sairaanhoitajiin erityisen tärkeänä ja toivoivat, että hoitotiimi pysyisi muuttumattomana. Tuttu hoitotiimi on ajan tasalla tehohoidossa olevan lapsen tilanteesta. (Jakobsen ym. 2021.) Hoitotyön jatkuvuudesta on etuja niin perheen, kuin hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Vanhemmat pystyvät rakentamaan luottamussuhdetta hoitohenkilökuntaan. Puolestaan hoitohenkilökunta oppii tuntemaan perheen, heidän toimintatapansa ja tarpeet. Näin myös hoitohenkilökunnalla on paremmat valmiudet tukea perhettä. Lisäksi perhettä voidaan ottaa mukaan lapsen hoitoon, kun molempipuolinen luottamus saavutetaan.

Dahav ym. (2018) tutkimuksessa vanhempien ja sairaanhoitajien välisen luottamuksen myötä vanhemmat pystyivät rentoutumaan ja saivat levähtyä. Tästä voidaan päätellä, että konkreettisen hoitotyön ohella tulee sairaanhoitajien huomioida lapsen lisäksi myös koko perhe. Lepääminen saattaa unohtua tai olla haastavaa kuormittavan tilanteen keskellä. Sairanhoitajien olisi hyvä muistuttaa vanhempia lepäämisen tärkeydestä ja tuoda vanhemmille ilmi, että heitä informoidaan lapsen tilanteesta.

Perheet toivoivat, että heille kerrotaan tulevista toimenpiteistä ja suunnitelmista. Vanhemmat pystyvät varautumaan tuleviin toimenpiteisiin esimerkiksi päiväkohtaisen suunnitelman avulla. (Dahav ym. 2018.) Konkreettisen tiedon saaminen päivän tapahtumista voi lievittää epätietoisuuden aiheuttamaa turvattomuutta. Perhe voi keskustella ja pohtia tulevaa yhdessä myös lapsen kanssa. Lapsi aistii herkästi vanhempien huolen, joten vanhempien pitäminen rauhallisena edesauttaa lapsen rauhoittumista.

Sairaanhoitajat ovat jatkuvasti yhteistyössä lapsen ja perheen kanssa, joten heillä on mahdollisuus vaikuttaa perheen kokemukseen. Levin ym. (2015) mukaan perhekeskeinen hoitokierto on yksi vaihtoehto perheen tukemisen avuksi. Perhekeskeisessä hoitokierrossa perhe tapaa hoitotiimin, pääsee ajan tasalle lapsen terveydentilasta ja suunnitelmista, sekä pystyy keskustelemaan hoitotiimin kanssa. Perheen ottaminen hoitokierrolle mukaan helpottaa perheen ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta ja tiedon siirtymistä. (Levin ym. 2015.) Perhekeskeisillä hoitokierroilla perhe oppii tuntemaan laajemmin hoitavaa henkilökuntaa ja näin heidän välinen luottamus vahvistuu.

Perhekeskeisissä kierroissa voidaan nähdä olevan vielä kehitettävää. Vaikka perhekeskeinen hoitokierto on hyödyllinen perheen näkökulmasta, voi se vaikeuttaa hoitohenkilökunnan työskentelyä. Perheen läsnäolo saattaa hidastaa hoitokiertoa, jos perheellä on paljon kysymyksiä tai jos perhe on kovin ahdistunut. Myös tiedonsiirto ja avoimempi keskustelu hoitotiimin kesken vaikeutuu. Perheen jatkuva läsnäolo teho-osastolla, sekä hoitokierroilla vaatii sairaanhoitajilta aikaa koko perheelle. Sairaanhoitajalle rutiininomaiset toimenpiteet ovat perheelle vieraita, joten hoitotoimet voivat herättää perheessä kysymyksiä ja ihmetystä. Näin toimenpiteisiin käytettävä aika pidentyy, kun perhettä informoidaan hoitotoimien aikana. Kiireenkin keskellä perhe vaatii sairaanhoitajilta huomiota. Perhekeskeisellä hoidolla nähdään olevan myös lasta rauhoittavia vaikutuksia (Sabeti ym. 2021). Perhekeskeisessä hoidossa sairaanhoitajalla nähdään olevan merkittävä rooli perheen tukijana.

Perheet toivoivat hoitohenkilökunnalta huomaavaisuutta, hyväksyntää ja kohteliasta käytöstä (Levin ym. 2015). Kohteliaalla käytöksellä ja huomaavaisuudella voidaan tarkoittaa sanatonta ja sanallista viestintää, kuten katsekontaktin ottamista ja itsensä esittelyä. Hyväksyntä voidaan nähdä perheen kunnioittamisena. Perheet tulisi kohdata tasavertaisesti, mutta yksilöllisesti. Onnistuneilla kohtaamisilla voidaan perheelle jättää myönteinen kuva hoitavasta henkilökunnasta ja näin kasvattaa perheen luottamusta, sekä parantaa yhteistyötä. Perheen voi olla myös helpompi näyttää tunteitaan ja jakaa mieltä painavia asioita hoitohenkilökunnan kanssa. Empaattisella lähestymistavalla voidaan välittää perheelle, että heitä kuunnellaan ja arvostetaan. Perheiden toiveet hoidon suhteen on tärkeä huomioida. Perheillä itsellään on paras kuva siitä, miten heitä voidaan tukea ja minkälaista tukea he tarvitsevat hoitajakson ajalle. Tutkimalla perheen tulentarpeita, voidaan kehittää keinoja tukea perhettä lapsen tehohoitajakson aikana.

7.1 Jatkotutkimusehdotukset

Perheiden kokemuksia lasten tehohoidosta on tutkittu etenkin vastasyntyneiden lasten osalta, kun taas vanhempien lasten perheiden kokemuksia on tutkittu verraten vähän. Jatkotutkimusehdotuksena esitetään suomalaista tutkimustietoa perheiden tukemisesta lasten tehohoitojakson ajalta, sekä minkälaista koulutusta sairaanhoitajat saavat perheen tukemiseen. Jatkotutkimuksissa tutkimuskohteena voisi olla perheen lisäksi myös hoitohenkilökunta. Opinnäytetyön tulokset todistavat perheen tukemisen olevan merkittävä osa lasten tehohoitotyötä. Perhettä tukemalla voidaan vaikuttaa koko perheen elämänlaatuun tehohoitojakson jälkeen. Näin ollen hoitohenkilökunnan valmiuksien tarkastelemisen kautta voitaisiin kehittää perheen tukemisen menetelmiä, sekä tunnistaa sen kehityskohteita.

7.2 Ammatillinen kasvu

Tämä opinnäytetyö kasvatti tekijöidensä tietämystä lapsen tehohoitotyöstä, sekä perheen tukemisen tärkeydestä ja keinoista. Vaikka opinnäytetyö keskitettiin tehohoidon ympärille, voidaan sen tuloksia soveltaa myös muihin hoitotyön ympäristöihin, joissa työskennellään yhteistyössä perheen kanssa. Opinnäytetyön tekeminen on kasvattanut valmiuksia toimia terveydenhoitajana. Työn aiheen myötä työn tekijät tiedostavat perhekeskeisen hoidon merkityksen ja sen hyödyt hoitotyössä. Työn tekeminen syvensi hoitotieteellistä osaamista, sekä tutkimuksellisten periaatteiden ymmärtämistä.

Lähteet

Baulch, Ingrid 2013. Assessment and management of pain in the paediatric patient. Scholarly journal. <<https://www-proquest-com.ezproxy.metropolia.fi/central/docview/807479784/81052D3993404490PQ/9?accountid=11363>> Viitattu 25.8.2021.

Coats, Heather & Bourget, Erica & Starks, Helene & Lindhorst, Taryn & Saiki-Craighill, Shigeko & Curtis, J. Randall & Hays, Ross & Doorenbos, Ardith 2018. Nurses Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*. Viitattu 23.2.2022.

Dahav, Pia & Sjöström-Strand, Annica 2018. Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study—like being in another world. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Viitattu 22.2.2022.

Evans, Jennie & Thomas, James 2011. Understanding family requirements in the intensive care room. *Critical Care Nursing Quarterly*. Viitattu 23.2.2022.

Evans, Maureen 2017. Supporting parents with children hospitalized in the pediatric intensive care unit. Azusa Pacific University. Viitattu 22.3.2022.

Gaudreault, Josée & Carnevale, Franco A. 2012. Should I stay or should I go? Parental struggles when witnessing resuscitative measures on another child in the pediatric intensive care unit*. *Pediatric Critical Care Medicine*. Viitattu 23.2.2022.

Gladston, Shanthy & Lee, Premila & Ravindran, Vinitha & Ebenezer, Kala 2012. Comparison of Stress and Coping Mechanisms of Fathers and Mothers of Children Admitted in The Intensive Care Unit. *International Journal of Nursing Education*. Viitattu 23.2.2022.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13. Painos. Helsinki: Tammi. Viitattu 8.3.2022.

Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Verkkosivu. <<https://tenk.fi/fi/tiedetilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>>. Viitattu 24.8.2021.

Infofinland 2021. Mikä on perhe. Perhe. Elämä Suomessa. Verkkosivu. <<https://www.infofinland.fi/fi/elama-suomessa/perhe/mika-on-perhe>>. Viitattu 15.2.2022.

Jakobsen, Lise & Kristensen, Karina Keller & Laekner, Eva 2021. Parents' experiences during and after their child's stay in the paediatric intensive care unit – A qualitative interview study. *Intensive & Critical Care Nursing*. Viitattu 23.2.2022.

Jyväskylän yliopisto 2021. Tutkimuksen toteuttaminen. Avoimen yliopiston koppa. Päivitetty 27.9.2021. Verkkosivu. <<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen>>. Viitattu 3.3.2022.

Kaarlola, Anne & Larmila, Maarit & Lundgrén-Laine, Heljä & Pyykkö, Anita & Rantalainen, Terhi & Ritmala-Castrén, Marita 2010. Teho- ja valvontatyönopas. Helsinki: Duodecim. Viitattu 8.2.2022.

Kangas, Ros-Britt 2017. Perushoidon merkitys osana hoitoa. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Duodecim Terveysportti, Sairaanhoidajan tietokannat. <<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/tvh00192/search/perushoito?db=1366>>. Viitattu 8.2.2022.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–5. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Viitattu 8.3.2022.

Kari, Aarno & Reinikainen, Matti & Järveläinen, Matti & Karlsson, Sari & Kekomäki, Martti & Ritmala-Castrén, Marita & Valtonen, Mika 2019. Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. <https://sthy.fi/wp-content/uploads/2019/04/STHY_Eettiset_ohjeet_LOW4.pdf>. Viitattu 22.3.2022.

Kuitunen, Sini & Luukkainen, Päivi 2021. Turvallisen lääkehoidon erityispiirteitä lapsilla. lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. <<https://www-duodecimlehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/xmedia/duo/duo16107.pdf>>. Viitattu 26.8.2021.

Kyösti, Elina 2019. Long-term outcome, quality of life, and socio-economic consequences of surviving pediatric intensive care. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526223865.pdf>>. Viitattu 20.8.2021.

Kyösti, Elina & Liisanantti, Janne & Peltoniemi, Outi 2016. Miten lapsen käy teholla-enuste ja elämänlaatu hoitojakson jälkeen. Suomen anestesiologiyhdistys. 271. <http://www.finnanest.fi/files/kyosti_liisanantti_miten_lapsen_kay_teholla.pdf> Viitattu 20.8.2021.

Levin, Amanda B. & Fisher, Kiondra R. & Cato, Krista D. & Zurca, Adrian D. & October, Tessie W. 2015. An Evaluation of Family-Centered Rounds in the PICU: Room for Improvement Suggested by Families and Providers. *Pediatric Critical Care Medicine*. Viitattu 23.2.2022.

Madrigal, Vanessa & Carroll, Karen & Faerber, Jennifer & Walter, Jennifer & Morrison, Wynne & Feudtner, Chris 2015. Parental Sources of Support and Guidance When Making Difficult Decisions in the Pediatric Intensive Care Unit. *Journal of Pediatrics*. Viitattu 23.2.2022.

Mannerheimin lastensuojeluliitto 2021a. Lapsen ja vanhemman varhainen vuorovaikutus. Vanhempainnetti. Verkkosivu. <<https://www.mll.fi/vanhemmille/tietoa-lapsiperheen-elamasta/vanhemmuus-ja-kasvatus/lapsen-ja-vanhemman-varhainen-vuorovaikutus/>>. Viitattu 22.3.2022.

Mannerheimin lastensuojeluliitto 2021b. Vauva kehittyy vuorovaikutuksessa vanhempien kanssa. Verkkosivu. <<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/0-1-v/vauva-kehitty-vuorovaikutuksessa-vanhempien-kanssa/>>. Viitattu 9.2.2022.

Mannerheimin lastensuojeluliitto 2019. 3–4-vuotiaan persoonallisuuden kehitys. Lapsen kasvu ja kehitys. Verkkosivu. <<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/3-4-v/3-4-vuotiaan-persoonallisuuden-kehitys/>>. Viitattu 14.2.2022.

Mannerheimin lastensuojeluliitto 2018. 5–6-vuotiaan sosiaalinen kehitys. Lapsen kasvu ja kehitys. Verkkosivu. <<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/5-6-v/5-6-vuotiaan-sosiaalinen-kehitys/>>. Viitattu 22.3.2022.

Mannerheimin lastensuojeluliitto 2017. 7–9-vuotiaan älyllinen kehitys. Lapsen kasvu ja kehitys. Verkkosivu. <<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/7-9-v/7-9-vuotiaan-alyllinen-kehitys/>>. Viitattu 14.2.2022.

Marshall, John & Bosco, Laura & Adhikari, Neill & Connolly, Bronwen & Diaz, Janet & Dorman, Todd & Fowler, Robert & Meyfroid, Geert & Nakagawa, Satoshi & Pelosi, Paolo & Vincent, Jean-Louis & Vollman, Kathleen & Zimmerman, Janice 2017. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*. Viitattu 24.3.2022.

Meriläinen, Merja & Hakio, Noora & Tiainen, Mirja 2017. Teho-osasto hoitoympäristönä. *Duodecim terveystortti*. Teho- ja valvontahoitotyön opas. <<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/aho/article/tvh00201/search/tehoahoito?db=1366>> Viitattu 10.2.2022.

Mielenterveystalo. Lapsen kehitykseen vaikuttavat tekijät. Lasten mielenterveystalo. Verkkosivu. <https://www.mielenterveystalo.fi/lapset/vanhemmille/perhe_ja_vanhemmuus/vanhempien_merkitys/Pages/lapsen_kehitykseen_vaikuttavat_tekijat.aspx>. Viitattu 23.3.2022.

Mortensen, Jesper & Simonsen, Birgitte Olesen & Eriksen, Sara Bek & Skovby, Pernille & Dall, Rolf & Elklit, Ask 2015. Family-centred care and traumatic symptoms in parents of children admitted to PICU. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Viitattu 23.2.2022.

Murdoch, Vivienne 2013. Pressure care in the paediatric intensive care unit. *Nursing standard* 17. <<https://www-proquest-com.ezproxy.metropolia.fi/central/docview/219831995/D79C8A474D0D45A4PQ/5?accountid=11363>>. Viitattu 25.8.2021.

Niela-Vilén, Hannakaisa & Toivonen, Mirka & Axelin, Anna & Heikkilä, Kristiina 2019. Miten voidaan toteuttaa perhekeskeistä hoitoa ja tukea potilaan perhettä teho-osastolla? Näyttövinkki 7/2019. *Hoitotyön tutkimussäätiö*. <<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2021/03/nayttovinkki7-2019-1.pdf>>. Viitattu 15.2.2022.

Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1999. *Perhe hoitotyössä: teoria, tutkimus ja käytäntö*. 1. painos. Porvoo: WSOY. Viitattu 16.2.2022.

PRISMA. Transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses. Verkkosivu. <<http://www.prisma-statement.org/>>. Viitattu 8.3.2022.

Rahmandar, Maria & Biro, Frank 2017. Suicide, puberty, and a changing body. International Journal of Child Health & Human Development. Viitattu 24.3.2022.

Rennick, Janet E. & Knox, Alyssa M. & Treherne, Stephanie C. & Dryden-Palmer, Karen & Stremler, Robyn & Chambers, Christine T. & McRae, Lyndsey & Ho, Michelle & Stack, Dale M. & Dougherty, Geoffrey & Fudge, Hailey & Campbell-Yeo, Marsha 2021. Family Members' Perceptions of Their Psychological Responses One Year Following Pediatric Intensive Care Unit (PICU) Hospitalization: Qualitative Findings From the Caring Intensively Study. Frontiers in Pediatrics. Viitattu 23.3.2022

Riusala, Aila 2012. Perhekeskeinen työote hoitaa ja ehkäisee sairauksia. Lääkärilehti. 26-31. <<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/perhekeskeinen-tyoote-hoittaa-ja-ehkaisee-sairauksia/>>. Viitattu 14.1.2022.

Sabeti, Fahimeh & Mohammadpour, Masoud & Pouraboli, Batool & Tahmasebi, Mammak & Hasanpour, Marzieh 2021. Health Care Providers' Experiences of the Non-Pharmacological Pain and Anxiety Management and Its Barriers in the Pediatric Intensive Care Units. Journal of Pediatric Nursing. Viitattu 23.2.2022.

Salminen, Ari 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisu 62, julkisjohtaminen 4. Vaasan yliopiston julkaisu. <https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>. Viitattu 23.8.2021.

Storvik-Sydänmaa Stiina & Talvensaari, Helena & Kaisvuo, Terhi & Uotila, Niina 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Viitattu 10.2.2022.

Terveyskylä 2019. Valmistautuminen ennen sairaalaan menoa. Lastentalo. Verkkosivu. <<https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/perheille-ja-kasvattajille/miten-valmistaa-lastaja-nuorta-sairaalahoitoon/valmistautuminen-ennen-sairaalaan-menoa>>. Viitattu 7.2.2022.

Terveyskylä 2018. Lapsen sairastumisen vaikutus perheeseen ja parisuhteeseen. Lastentalo. Verkkosivu. <<https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/perheille-ja-kasvattajille/lapsen-sairastumisen-vaikutus-perheeseen-ja-parisuhteeseen>>. Viitattu 25.8.2021.

Terveyskylä 2017. Tietoa perheen tukimuodoista. Lastentalo. Verkkosivu.
<<https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/perheille-ja-kasvattajille/perheen-tukimuodot/tieto-perheen-tukimuodoista>>. Viitattu 25.8.2021.

Tilastokeskus 2020. Syntyneet. <https://www.stat.fi/til/synt/2020/synt_2020_2021-04-23_fi.pdf>. Viitattu 15.2.2022.

Tilastokeskus. Perhe. Käsitteet. Verkkosivu. <<https://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html>>. Viitattu 15.2.2022.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5.painos. Helsinki: Tammi. Viitattu 23.2.2022.

Vastuullinen tiede 2018. Tutkimusetiikka ja tiedeviestintä Suomessa. Verkkosivu.
<<https://vastuullinentiede.fi/fi/tutkimustyo/vilppi-ja-piittaamattomuus>>. Viitattu 3.3.2022.

Vuori, Jaana. Laadullinen sisällönanalyysi. Tietoarkisto. Verkkosivu.
<<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallonanalyysi/>>. Viitattu 23.2.2022.

Yogman, Michael & Garner, Andrew & Hutchinson, Jeffrey & Hirsh-Pasek, Kathy & Michnick Golinkoff, Roberta 2018. The Power of Play: A Pediatric Role in Enhancing Development in Young Children. American Academy of Pediatrics. Viitattu 24.3.2022.

Liite 1. Hakutulosten taulukointi

Tietokanta	Hakusanat ja aineistohaun päivämäärä	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
Cinahl	Children pediatric care unit AND parents experience 9.2.2022	2011–2021 Suomi ja Englanti, Kohderyhmä	4	3	2	2
	Picu AND experince 10.2.2022		6	1	1	0
	Picu OR pediatric intensive care unit AND famil* OR sibling* AND coping AND nurs* 17.2.2022		34	9	6	5
	PICU OR Pediatric intensive care unit OR pediatric critical care AND Support groups OR Self help groups OR Group therapy AND Children AND Family 18.2.2022		18	4	1	1
PubMed	Parent's supporting, picu 9.2.2022	2011–2021 Suomi ja Englanti, Kohderyhmä	93	7	2	0
	Family centered care in picu 9.2.2022		23	5	1	0
ProQuest	Parent's experience, picu 9.2.2022	2011–2021 Suomi ja Englanti, Kohderyhmä	24	3	1	0

Manuaalinen haku						2
------------------	--	--	--	--	--	---

Liite 2. Artikkelitaulukko

Numero	Tekijä, vuosi, maa	Lehti	Menetelmä, aineisto	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeisimmät tulokset
1	Coats, Heather & Bourget, Erica & Starks, Helene & Lindhorst, Taryn & Saiki-Craighill, Shigeko & Curtis, J. Randall & Hays, Ross & Doorenbos, Ardiith. 2018 USA	American Journal of Critical Care Julkaisukanavan taso: 1 Vertaisarvioitu	Puolistrukturoitu haastattelututkimus Otoksena 10 sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät sydän, sekä lasten ja vastasyntyneiden tehohoidonyksikössä.	Tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien käsityksiä perhekeskeisen hoidon hyödyistä sekä haitoista lasten teho-osastoilla.	Perhekeskeiseen hoitoon siirtyessä perheen ja sairaanhoitajien välinen vuorovaikutus parani ja sairaanhoitajat oppivat tuntemaan perhettä paremmin. Hoitajien luottamus vanhempia kohtaan kasvoi ja he pystyivät antamaan perheelle pieniä hoitotoimia tehohoidon aikana, kuten vaipan vaihtoa. Hoitajat kokivat kuitenkin perheen kokoaikaisen läsnäolon osastolla myös uuvuttavana, sillä huomio täytyy jakaa lapsen lisäksi myös vanhemmille. Sairaanhoitajat kokivat painetta vanhempien läsnäolosta. Yksilöhuoneet teho-osastolla toivat mielekkyyttä perheelle ja lapselle, mutta hoitajat kokivat näiden tuovan ongelmia potilasturvallisuuteen.
2	Dahav, Pia & Sjöström-Strand, Annica. 2018 Ruotsi	Scandinavian Journal of Caring Sciences Julkaisukanavan taso: 1	Laadullisen sisällönanalyysin menetelmin analysoitu haastattelututkimus Otoksena 12 perhettä eli seitsemän äitiä, kaksi isää ja	Tarkoituksena oli kuvailla vanhempien kokemuksia lapsen tehohoitojakson ajalta, jotta tehohoidon hoitohenkilökunta pystyisi ottamaan perheen paremmin hoidossa huomioon, sekä vanhempi pystyisi	Vanhemmat pitivät lapsen tehohoitojaksoa äärimmäisen stressaavana tilanteena. Vanhempien ja hoitohenkilökunnan välinen hyvä kommunikaatio nousi erityisesti esille stressiä ja ahdistusta lievittäväksi asiana. Vanhemmat toivoivat hoitajilta empaattista, välittävää, rehellistä ja asiantuntevaa otetta työhön ja perheen kohtaamiseen. Vanhemmat halusivat pysyä ajan ta-

Liite 2

2 (5)

		Vertaisarvioitu	kolme pariskuntaa (äiti ja isä).	itse käsittelemään paremmin voimakasta stressiä ja ahdistusta aiheuttavan tilanteen.	salla lapsen tilanteesta ja toivoivat henkilökunnan kantustavan vanhempia mukaan hoitotoimiin mahdollisuuksien mukaan. Sairaalaympäristö, vieraat laitteet ja äänet aiheuttivat myös vanhemmissa ahdistusta.
3	Evans, Jennie & Thomas, James. 2011 USA	Critical Care Nursing Quarterly Julkaisukanavan taso: 1 Vertaisarvioitu	Haastattelututkimus Otoksena 4 lapsiperhettä, joiden lapsi on tehohoidossa	Tarkoituksena oli selvittää kuinka tehohoito huone voi edistää tai estää perheen vuorovaikutusta.	Potilaat tottuivat tehohoito huoneeseen ulkoiseen olemukseen ajan myötä, eikä se aiheuttanut potilaissa myöhemmin enää hämmennystä. Vanhemmille oli tärkeää, että he pystyivät kommunikoimaan hoidossa olevan lapsensa kanssa huoneessa. Nukkumiseen suunnitellut huoneet, sekä huoneen tilavuus ja muunneltavuus toivat vanhemmille mielekkyyttä.
4	Gaudreault, Josée & Carnevale, Franco A. 2012 Kanada	Pediatric Critical Care Medicine Julkaisukanavan taso: 1 Vertaisarvioitu	Kvalitatiivinen tutkimus, joka toteutettiin huolistrukturoidun haastattelun avulla Otoksena 10 kriittisesti sairaa lapsen vanhempaa, jotka ovat todistaneet toisen lapsen elvytystilanteen	Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella vanhempien kokemuksia lasten teho-osastolla, jossa vanhemmat kohtaavat muiden lasten tilan heikentymistä ja elvytys hoitoa.	Vanhemmat pohtivat toisen lapsen elvytystilanteissa pitäisikö heidän jäädä vai lähteä tilasta muualle. Päätökseen vaikutti uteliaisuus, huoli omasta lapsesta sekä luottamus tai epäluottamus lääkintä tiimiä kohtaan. Vanhemmat hyötyivät tilanteissa selviytymisstrategioiden käytöstä. Strategioita oli neljä: Muiden kanssa keskustelu, rukoilu, lapsen tilan vertaaminen muihin ja tilanteen ulkoistaminen. Vanhemmat kokivat voimakasta ahdistusta lähes jokaisen tapauksen kohdalla.

Liite 2

3 (5)

5	<p>Gladston, Shanthi & Lee, Premila & Ravindran, Vinitha & Ebenezer, Kala.</p> <p>2012</p> <p>Intia</p>	<p>International Journal of Nursing Education</p> <p>Julkaisukanavan taso: 1</p> <p>Vertaisarvioitu</p>	<p>Kuvaava vertaileva tutkimus</p> <p>Otoksena 50 isää ja 50 äitiä</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvailla vanhempien kokemaa stressiä ja selviytymistä lapsen tehohoitojakson aikana.</p>	<p>Vanhemmat altistuivat monille stressitekijöille lapsen tehohoito jakson aikana. Hoidon aikana 56 % isistä ja 52 % äideistä kokivat kohtalaista stressiä. Vanhemmat kokivat jääneen terveydenhuollossa huomioidematta.</p>
6	<p>Jakobsen, Lise & Kristensen, Karina Keller & Laerkner, Eva.</p> <p>2021</p> <p>Tanska</p>	<p>Intensive & Critical Care Nursing</p> <p>Julkaisukanavan taso: 1</p> <p>Vertaisarvioitu</p>	<p>Laadullinen tutkimus, jonka aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä</p> <p>Otoksena 4 pariskuntaa ja kolme äitiä, joiden lapset olivat kotiutuneet tehohoidosta 6–14 viikkoa aikaisemmin</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää vanhempien kokemuksia lapsen tehohoidon ajalta ja onko vanhemmilla tarvetta tehohoidon jälkeiselle seurannalle.</p>	<p>Vanhempien oli vaikeaa löytää oma rooli sairaalassa, koska he olivat voimattomia ja tunsivat olonsa riittämättömäksi. Vanhemmille oli tärkeää hyvä vuoroikutussuhde hoitohenkilökunnan kanssa. Erytynen suhde muodostui sairaanhoitajiin, jotka olivat hoidossa jatkuvasti mukana. Tukiverkko sairaalan ulkopuolella auttoi järjestelemään käytännön asioita. Vanhemmat saivat tukea myös sosiaalisen median kautta, kuten Facebook ryhmistä. Päiväkirjan kirjoittamisesta oli hyötyä sairaalajakson aikana. Vanhemmat eivät osanneet ilmaista tarvetta seurannalle tehohoitojakson jälkeen, vaan kokivat että suurimman tuen saivat sairaalajakson aikana. Tehohoidon lopettaminen aiheutti vanhemmissa ristiriitaisia tunteita.</p>

Liite 2

4 (5)

7	Levin, Amanda B. & Fisher, Kiondra R. & Cato, Krista D. & Zurca, Adrian D. & October, Tessie W. 2015 USA	Pediatric Critical Care Medicine Julkaisukanavan taso: 1 Vertaisarvioitu	Prospektiivinen poikkileikkauksellinen sekamenetelmä tutkimus Otoksena 10 viikon aikavälillä käydyt hoitokierrot, yhteensä 232 hoitokierrosta.	Tarkoituksena oli tunnistaa kehityskohteita perhekeskeisissä hoitokierroissa hoitajien ja perheiden näkökulmista.	50 % perheistä toivoi terveydenhuollon ammattilaisten olevan huomaavaisempia perhettä kohtaan. Perheet kokivat häiritseväksi puheluista ja hätätilanteista johtuvat keskeytykset hoitokierrojen aikana, sekä myös suuret hoitotiimit hoitokierroissa. Kaikkiaan perheet olivat tyytyväisiä päästessään osallistumaan perhekeskeisiin hoitokiertoihin. Sairaanhoitajat totesivat perheiden läsnäolon kierrolla rajoittavan potilaiden kanssa keskustelemista.
8	Madrigal, Vanessa & Carroll, Karen & Faerber, Jennifer & Walter, Jennifer & Morrison, Wynne & Feudtner, Chris. 2015 USA	The Journal of Pediatrics Julkaisukanavan taso: 2 Vertaisarvioitu	Prospektiivinen kohorttitutkimus Otoksena 86 englantia puhuvaa vanhempaa ja 75 lasta, jotka olivat tehohoidossa Philadelphian sairaalassa.	Tarkoituksena oli tunnistaa keneen vanhemmat turvautuivat tehdessään vaikeita päätöksiä lapsen tehohoitoa koskien.	Keskeisimpiä tuen lähteitä vanhemmille olivat lääkärit, sairaanhoitajat, ystävät sekä sukulaiset. Vanhemmat pohjasivat päätöksen tekoa teho-osastolla siihen, mitä lapsi halusi.
9	Mortensen, Jesper & Simonsen, Birgitte Olesen & Eriksen, Sara Bek & Skovby,	Wiley-Blackwell / Scandinavian Journal of Caring Sciences	Poikkileikkaustutkimus, jonka aineisto kerättiin itsetäytettävän kyselylomakkeen avulla	Tarkoituksena oli selvittää vanhempien kokemuksia lapsen tehohoidosta ja sen yhteydestä traumaatti-	Perhekeskeisellä hoidolla oli positiivisia vaikutuksia vanhempien kokemaan akuuttiin stressiin, mutta lisätutkimuksia perhekeskeisestä hoidosta tarvitaan. Sukupuolten välisiä eroja

Liite 2

5 (5)

	<p>Pernille & Dall, Rolf & Elklit, Ask</p> <p>2015</p> <p>Tanska</p>	<p>Julkaisukanavan taso: 2/1</p> <p>Vertaisarvioitu</p>	<p>Otoksena 90 vanhempaa, joiden lapset otettiin Århusin yliopistolliseen sairaalaan tehohoitoon elokuun 2011- elokuun 2012 välissä.</p>	<p>seen stressiin. Tutkimuksessa kartoitetaan sukupuolten välisten erojen ja lapsen tilanteen vaikeusasteen vaikutusta traumaattiseen stressiin.</p>	<p>löytyi vain, kun tutkimustuloksia analysoitiin kategoriittain. Naisvastaajista 17 % ja miehistä 7 % saivat akuutin stressihäiriön lapsen jouduttua tehohoitoon.</p>
10	<p>Sabeti, Fahimeh & Mohammadpour, Masoud & Pouraboli, Batool & Tahmasebi, Mamak & Hasanpour, Marzieh.</p> <p>2021</p> <p>Intia</p>	<p>Journal of pediatric nursing</p> <p>Julkaisukanavan taso: 1</p> <p>Vertaisarvioitu</p>	<p>Kvalitatiivis-kuvaava tutkimus, jonka syvä- ja puolistrukturoidut haastattelut analysoitiin tavanomaisella sisältöanalyysillä</p> <p>Otoksena 13 sairaanhoitajaa sekä 5 lääkäriä, jotka työskentelivät lasten teho-osastolla.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata ei lääkkeellisten kivun- ja ahdistuneisuushoidon menetelmiä lasten tehohoidossa hoitajien ja lääkäreiden näkökulmasta.</p>	<p>Keskeisin kivun ja ahdistuksen lievittävä lääkkeetön keino oli äidin läsnäolo lapselle. Hoitohenkilökunnan mukaan lapsen ahdistusta voitiin lievittää taideterapian avulla (musiikki, maalaus, tarinankerronta). Lapsen luottamus hoitohenkilöstöä kohtaan kasvoi, kun lapselle käytettiin ei lääketieteellisiä keinoja (verbaalinen ja sanaton viestintä, lelut ja leikit, kapalointi, hieronta). Ei lääketieteellisten keinojen käytön esteinä olivat sairaanhoitajien resurssit ja heidän suuri työ määrä, lisääntynyt ahdistus sekä väsymys, riittämätön osaaminen sekä ohjeiden puute keinoista.</p>

Liite 3. Alaluokkien muodostuminen

Pelkistys	Alaluokat
<ul style="list-style-type: none"> - Äidit kokivat stressiä monitorien hälytysäänistä, letkustoista sekä lapsen sykkeen seuraamisesta. 5 - Hälytykset ja vilkkuvat valot aiheuttivat vanhemmille stressiä ja vaikeuttivat rentoutumista. 2 	Hoitolaitteiden aiheuttama stressi
<ul style="list-style-type: none"> - Toiveet potilashuoneista tehohoidossa olivat joustavuus, mahdollisuus kommunikoida ja olla lapsen kanssa. 3 - Teho-osastojen tilat tulisi mukauttaa lapsen perheen tarpeiden mukaisesti. 3 - Vanhempien stressiä lisäsi toisen perheen lapsen elvytystilanteen näkeminen. 4 - Kriittisen tapahtuman näkeminen herätti vanhemmissa ajatuksia oman lapsen tilasta, elämän hauraudesta ja hoidon laadusta. 4 - Yksilöhuoneiden hyötyjä ovat tartuntatautien leviämättömyys, stressaavien ärsykkeiden minimointi, sekä perheen yksityisyyden ja tilan saanti. 1 	Teho-osaston tilat
<ul style="list-style-type: none"> - Isät ja äidit laiminlyödään terveydenhuollossa. 5 - Vanhempien suhde sairaanhoitajiin oli erityisen tärkeä. 6 - Vanhemmille oli tärkeää, että samat hoitajat hoitavat heidän lastaan. 6 - Perheet toivoivat terveydenhuoltotiimiltä huomaavaisuutta, hyväksyntää, itsensä esittelyä ja katsekontaktia. 7 	Perheiden kokemukset terveydenhuollon henkilöstöstä
<ul style="list-style-type: none"> - Vanhemmat käyttivät sosiaalimediaa yhteydenpitoon, tuen saamiseen, tiedon etsimiseen lapsen diagnoosiin liittyen, sekä vertaistuen saantiin. 6 - Vanhemmat kokivat päiväkirjan kirjoittamisen suureksi avuksi tehohoito-kokemusten käsittelyssä. 6 	Kokemusten käsittely
<ul style="list-style-type: none"> - Tyytyväisyys sairaalahoitoon on yhteydessä traumaperäisen stressihäiriön ilmenemiseen tehohoitoon otettujen lasten vanhemmilla. 9 	Tyytyväisyys sairaalahoitoon
<ul style="list-style-type: none"> - Vanhempien mielestä positiivista oli lapsen parantuminen ja tehohoidon päättymisen siirtyessä teho-osastolta pois. 6 - Vanhemmat kokivat turvattomuuden tunnetta lapsen siirtyessä vähemmän valvotulle osastolle. 6 	Tehohoidon päättymisen

<ul style="list-style-type: none"> - Sairaanhoidajien tuen ja neuvonnan avulla vanhemmat selvisivät stressitilanteista paremmin. 5 - Vanhemmat tarvitsivat hoitajilta psykologista tukea ja harjoitusta, jotta he voivat pysyä lapsen vierellä. 10 - Potilaat halusivat puhua lääkärille henkisistä ongelmista. 8 - Tuen ja ohjauksen lähteitä vanhemmille oli lääkärit, sairaanhoitajat, ystävät sekä sukulaiset. 8 - Ei-farmakologiset menetelmät lääkehoidossa saivat lapset luottamaan hoitohenkilökuntaan ja toimimaan yhteistyössä. 10 	<p>Hoitohenkilökunnalta saatu tuki</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Perhe, ystävät, naapurit ja työkaverit tukivat vanhempia lapsen tehohoitojakson aikana. 6 - Verkosto tarjosi henkistä tukea ja auttoi vanhempia järjestämään käytännönasioita. 6 - Tuen ja ohjauksen lähteitä vanhemmille oli lääkärit, sairaanhoitajat, ystävät sekä sukulaiset. 8 	<p>Läheisiltä saatu tuki</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Perhekeskeinen hoito sekä vanhempien läsnäolo olivat tärkeitä keinoja lasta rauhoittaessa. 10 - Perhekeskeisten kierrosten häiriötekijöitä olivat kohteliaisuuden puute, puheluihin vastaaminen kesken keskustelun, toistuvat hälytykset ja suuri hoitotiimi. 7 - Perhekeskeiset kierrot paransi työpäivän tehokkuutta, vaikka kiertojen pituus kasvoi. 7 - Sairaanhoidajat pitivät siirtymistä perhekeskeiseen hoitoon hyödyllisenä perheille. 9 - Muutokset ovat luoneet uusia haasteita hoitotyöhön tehohoidon osastolla. 1 - Vanhempien jättäminen hoitotoimenpiteiden ulkopuolelle lisäsi vanhempien stressiä ja pelkoa. 2 - Vanhemmille oli tärkeää päästä osallistumaan lapsen hoitoon. 2 - Perheen jatkuva läsnäolo auttoi ihmissuhteiden ja luottamuksen rakentamisessa. 1 - Läsnäolo mahdollisti perheen osallistamisen hoitoon. 1 	<p>Perhekeskeisyys</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Suunnitelma päivälle auttoi vanhempia valmistautumaan päivän tapahtumiin. 2 - Henkinen valmistautuminen ja tietoisuus siitä, mitä oli tapahtumassa vähensi vanhempien stressiä. 2 - Hoitorutiinien tunteminen lisäsi vanhempien turvallisuuden tunnetta ja kykyä osallistua hoitoprosessiin. 2 	<p>Tietoisuus tapahtuvasta</p>

<ul style="list-style-type: none">- Tieto ja viestintä lisäsivät vanhempien turvallisuuden ja mukavuuden tunnetta. 2- Tieto ja luottamus henkilökuntaan lisäsi luottamusta poistua yksiköstä ja levätä. 2	Vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa
--	---