

Keskosvauvan sairaalassaolon vaikutukset perheeseen

Kirjallisuuskatsaus

Suvi Apo

Opinnäytetyö
Toukokuu 2015

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) APO, Suvi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 29.05.2015
	Sivumäärä 39	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Keskosvauvan sairaalassaolon vaikutukset perheeseen Kirjallisuuskatsaus		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) SINIVUO, Riikka		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä Tämä on kirjallisuuskatsaus, jossa selvitettiin keskosvauvan sairaalassaolon vaikutuksia perheeseen. Kun perheeseen syntyy alkutaipaleellaan erityistarpeita vaativa vauva, tässä tapauksessa keskonen, on perheellä edessään mahdollisesti pitkä ja raskas sairaalahoitajakso. Jakson aikana perhe tarvitsee erityistä tukea vanhemmuutensa vahvistamiseen. Tuen antamiseksi tulisi vanhempiin ja sisaruksiin kohdistuvat vaikutukset tunnistaa ajoissa. Keskosvauvan sairaalassaolon vaikutukset perheeseen toimi opinnäytetyön tutkimuskysymyksenä. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui sisäänottokriteerien asettamisen jälkeen 5 artikkelia, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Tutkimuksissa keskosvauvan sairaalassaolon vaikutukset perheeseen jakautuivat sosiaalisiin, psyykkisiin ja fyysisiin vaikutuksiin. Psyykkisiä vaikutuksia oli paljon ja ne olivat yhteneväisiä eri tutkimusten välillä. Vanhemmat kokivat mm. masennusta, ahdistusta ja pelkoa vauvan tilanteen vuoksi. Kyseiset vaikutukset, sekä vanhempien ja vauvan erillään olo olivat riskitekijöitä varhaisen kiintymyssuhteen muodostumiselle. Sosiaaliset vaikutukset koskivat pääsääntöisesti vanhempien suhdetta, sekä muuttuvia vanhemmuuden rooleja. Vauvan tehohoitojaksolla on tutkittu olevan kohonnut riski vanhempien suhteen hajoamiselle. Fyysiset vaikutukset olivat havaittavissa sairaalajakson kuormituksen tuomina elintapojen muutoksina. Vauvan syntyminen keskosena on koko perhettä ja sen toimintaa kuormittava tekijä, josta selviämiseen perhe tarvitsee ulkopuolista apua. Tarpeellisia jatkotutkimusaiheita olisi <ul style="list-style-type: none">- Keskosvauvan sairaalassaolon vaikutukset sisaruksiin ja heille kohdistuvat tukitoimet- Hoitajien toteuttama perhehoitotyö vastasyntyneiden teho-osastolla- Perhehoitotyön toteutuminen vanhempien näkökulmasta vastasyntyneiden teho-osastolla		
Avainsanat Keskonen, kirjallisuuskatsaus, perhehoitotyö		
Muut tiedot		



Author(s) APO, Suvi	Type of publication Bachelor's/Master's thesis	Date 29.05.2015
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 39	Permission for web publication: x
Title of publication The effect of the hospital period of a premature infant on the family Literature review		
Degree programme Degree programme in Nursing		
Tutor(s) SINIVUO, Riikka		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>In this literature review the effect of the intensive care period of a premature infant on the family is looked into. When a child is born with difficulties at the early stages, in this case a child born premature, the family will most likely face a long and straining hospital care period. During this period the parents need extra support to strengthen the parental relationship to the child. The need of providing the necessary support to the parents and the siblings, should be recognized early on.</p> <p>The effect of the hospital care period of a child born premature on the family is the question answered in this final work. After the literature review, five articles were chosen, which answered the question. The effects based on research were social, psychological and physical.</p> <p>The psychological effects on the parents were coherent in many of the articles used. These were depression, anxiety and fear of the child's well being. These effects and the parents being separated from the child are a risk factor to the bond forming between the parents and the child.</p> <p>The social effects were mainly the relationship of the parents' and the changing roles in parenthood. The research shows that the intensive care period of a premature infant elevates the parents risk for separation. The physical effects were the changes in the parents' mode of life during the intensive care period of the infant. The birth of a premature child puts a strain on the whole family and affects the everyday life, and to this the family will need external support.</p> <p>Necessary further research topics are</p> <ul style="list-style-type: none">- The effects of a hospital period on the siblings of a premature infant and the support available to them- The family support work provided by the nurses in the neonatal intensive care unit- The implementation of the family support work from the parents point of view in the neonatal intensive care unit		
Keywords/ tags Premature, literature review, family support work		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	2
2	Perhe ja perhehoitotyö keskosien hoidossa	3
2.1	Perhekeskeisyys ja perhehoitotyö.....	3
2.2	Vanhemmuus ja vuorovaikutus.....	6
2.3	Keskосуus	8
2.3.1	Keskосien terveysongelmat	9
2.3.2	Keskосien hoito ja vanhempien osallistuminen keskosien hoitoon sairaalassa	12
3	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	16
4	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	16
4.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	16
4.2	Aineiston haku ja sisäänotto kriteerit	17
4.3	Aineiston analysointi	22
5	Tulokset	23
5.1	Psyykkiset vaikutukset.....	23
5.2	Sosiaaliset vaikutukset.....	25
5.3	Fyysiset vaikutukset.....	26
6	Pohdinta	27
6.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	27
6.2	Tutkimustulosten pohdinta	29
6.3	Jatkotutkimusaiheet	33
	Lähteet	34

Kuviot

	Kuvio 1. Tutkimusten valikoituminen.....	19
--	--	----

Taulukot

	Taulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit	20
--	--	----

1 Johdanto

Lasten- ja nuorten hoitotyössä perheen tukeminen on tärkeää ja on hyvä ymmärtää, minkälaisia vaikutuksia vauvan mahdollisesti pitkäkestoisellakin hoidolla perheeseen on, jotta perheelle löydettäisiin oikeanlaiset tukikeinot ja, että perhettä voitaisiin tukea kohti parempaa ja varmempaa vanhemmuutta.

Lapsen syntymä on merkittävä vaihe vanhempien ja koko perheen elämässä. Se muuttaa perheenjäsenten roolia ja tuo lisänään vastuuta uudesta, pienestä ihmisestä. (Etzell, Korpivaara, Lukkarinen, Nikula, Pekkarinen, Peni & Värmälä 1998, 170.) Kun perheeseen syntyy alkutaipaleellaan erikoistarpeita vaativa lapsi, on vanhempien kyky vastata oman lapsensa hoidosta rajallinen. Tehoympäristön vaateet, äänet ja valot kuormittavat vanhempien jaksamista ja omaan vauvaan tutustuminen voi viivästyä. (Korhonen 2006, 26.) Vauvan sairaalassa olon aikana vanhemmat tarvitsevat erityisesti tukea oman vanhemmuutensa vahvistamiseen. (Kyllönen 1993, 74.) Hoitosuhteen aikana pyritään etsimään perheiden tarpeita vastaavia keinoja auttaa ja tukea vanhemmuuden kehittymistä. (Korhonen, 1996, 26- 27.)

Sairaalassa keskoslapsen vanhempien tärkein tehtävä on olla läsnä ja opetella hoitamaan vauvaansa. Yhteisellä taipaleella vauvan kanssa saattaa tulla vastaan pelottavia asioita, huolia ja pettymyksiä, jotka voivat vaikuttaa äidin omaan kokemukseen itsestään hyvänä vanhempana. Ero vauvasta on myös kuormittava tekijä vanhemman ja vauvan välisen suhteen kehitykselle. (Kalland 2006, 38- 39.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata keskosvauvan sairaalahoidon vaikutuksia perheeseen. Tavoitteena on, että yhteen koottua tutkimustietoa voidaan hyödyntää perheiden tukemisessa kohti parempaa ja varmempaa vanhemmuutta. Tämä opinnäytetyö käsittelee keskosvauvan sairaalassa olon vaikutuksia perheeseen kirjallisuuskatsauksen avulla.

2 Perhe ja perhehoitotyö keskosien hoidossa

2.1 Perhekeskeisyys ja perhehoitotyö

Perheenjäsenten vointi vaikuttaa olennaisesti perheen hyvinvointiin ja terveyteen. Terveys ja hyvinvointi ovat muuttuvia tekijöitä, joihin monet tekijät ja muutosvaiheet elämässä vaikuttavat. (Lehto 2004, 11.) Lapsen syntymä on merkittävä vaihe vanhempien ja koko perheen elämässä. Se muuttaa perheenjäsenten roolia ja tuo lisääntään vastuuta uudesta, pienestä ihmisestä. (Etzell ym. 1998, 170.)

Åsted-Kurjen ja Paavilaisen (1998, 321- 323) mukaan perheenjäsenen sairaalassa olo on aina muutosvaihe perheen elämässä, joka aiheuttaa perheessä monenlaisia tunteita. Useimmiten myös perheen hyvinvointi ja selviytyminen joutuvat koetukselle ja arkielämän sujuvuus voi häiriintyä. Tieto, kuinka toimia sairaalassa olevan perheenjäsenen hyväksi, auttaa perhettä selviytymään.

Perhettä on pidetty yksilön terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavana tekijänä ammatillisen hoitotyön alkuvuosista lähtien. Suomessa lastenneuvolatyössä perhekeskeisyyttä on alettu kehittämään toisen maailmansodan jälkeen. Sen jälkeen perhehoitotyön toteumista pidettiin itsestään selvyytenä 1980-luvun loppupuolelle saakka. (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 25.) Perhehoitotyön toteutumiseen on vaikuttanut hoitotyön teorian kehittyminen, jonka myötä perhettä on otettu yhä enenevässä määrin mukaan yksilön hoitoon, eikä perhe ole enää niinkään vain taustalla oleva joukko. (Järvinen, Lankinen, Taajamo, Veistilä, Virolainen 2012, 16.) Keskeinen oletamus on, että perheet otetaan huomioon yksilöllisesti, eli huomioiden jokaisen perheen erilaisuus tarpeineen, toimintatapoineen ja kulttuureineen. (Kaisvuo, Storvik- Sydänmaa, Talvensaari & Uotila 2012, 272.) Edellä mainitut asiat toimivat perhehoitotyön kehittämisen perustana. (Järvinen ym. 2012, 16.)

Perheestä alkaa terveystyö ja se osallistuu jäsentensä terveyden- ja sairaanhoitoa koskeviin päätösten tekoihin ja hoitoon. (Etzell ym. 1998, 13.) Terveystyössä perhe liittyy tavanomaisesti lapsen tai nuoren potilaan hoitoon. Perheiden merkitys ja kokoonpano on kuitenkin eri perheiden kohdalla erilainen. (Paavilainen & Åsted-Kurki 1999, 320.) Perinteisen määritelmän mukaan isä, äiti ja lapset muodostavat perheen, jolloin puhutaan ns. ydinperheestä, jossa perheenjäsenet ovat sidoksissa toisiinsa biologisin perustein. Perhe voi muodostua myös juridisin tai emotionaalisin kriteerein. (Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen, Potinkara & Åsted-Kurkinen 2008, 11- 13.) Perheiksi voidaan siis luokitella avio-/avoparit lapsineen tai ilman lapsia, sekä yksinhuoltajat, kuten myös yksineläjät ja homo- ja lesbo-perheet. (Marin 1999, 54.) Perheen rakenne muodostuu sekä sen sisäisistä, että ulkoisista suhteista. Perhehoitotyössä pidetäänkin tärkeänä, että asianomaiset itse määrittelevät perheensä ja sen jäsenet. (Jussila ym. 2008, 13.) Sosiaali- ja terveystyössä kuitenkin käytetään usein nk. jääkaappimallin perhekäsitystä mm. päivähoitomaksuja ja toimeentulotukea laskettaessa. (Etzell ym. 1998, 79, 82.) Myös väestötietokeskuksen väestötietojärjestelmän mukaan perhe muodostuu samassa taloudessa asuvista henkilöistä. Lapsiperheitä ovat ne perheet, joissa on alle 18-vuotias lapsi. (Haapio ym. 2009, 31.)

Perhehoitotyössä perhe voidaan nähdä systeeminä eli järjestelmänä. Systeemissä muutos yhdessä perheenjäsenessä vaikuttaa kaikkiin, eli muuttaa koko perhesysteemiä. Lapsen syntymän katsotaan olevan perhesysteemiä muuttava tapahtuma, jonka vuoksi perheen on haettava perheessä vallinnut tasapaino uudestaan. Kommunikatio ja hyvän vuorovaikutuksen onnistuminen on perheen uudelleen jäsentäytymisessä olennaista. (Haapio ym. 2009, 30.) Tavoitteena perhehoitotyössä on tukea perheen omia voimavaroja, sekä itsehoitoperiaatetta. Kyseinen lähestymistapa auttaa vastaamaan muutoksiin ja vahvistamaan perheen sidoksia. (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 27.)

Perheen merkityksen muutos on tapahtunut yhteiskunnan muutosten myötä. Teollistuminen ja kaupungistuminen ovat vähentäneet perheille kuuluneita tehtäviä, kuten lasten päivähoitoa ja koulutusta. Perheen on katsottu merkitsevän läheisyyttä ja vastuuta muista ihmisistä, henkistä tukea ja yhdessä olemista. Perheessä henkisen kasvun tukeminen ja tunnetarpeisiin vastaaminen ovat tärkeitä. (Haapio ym. 2009, 35.)

Perhehoitotyössä käsite ”perheen terveys” tarkoittaa fyysisen terveyden lisäksi tasa-painoa eri elämänalueiden välillä. Hyväksi terveys määritellään silloin, kun perhe on toimiva, monipuolisesti kommunikoiva, suhteet ympäristöön ovat kunnossa ja toimivat ja arki on sujuvaa. (Haapio ym. 2009, 30.) Etzellin ym. (1998, 156) mukaan perheen terveys on myös kykyä toimia uudessa elämäntilanteessa. Terveyttä pidetään monimuotoisena käsitteenä ja sitä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. (Tuomi 1999, 14.)

On pohdittu, onko terveys pelkästään sairauden puuttumista, vai voisiko se olla paljon laajempikin kokonaisuus. (Reivinen 2012, 9.) WHO:n positiivisen terveyden määritelmän mukaan terveys on sairauden puuttumista, sekä täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. (Kauhanen, Myllykangas, Nissinen, & Salonen 1998, 87.) Elämäntilanteen näkökulman mukaan terveys on mm. aikaisempien tekijöiden seurausta, jotka voivat vaikuttaa myöhempään elämäntilanteeseen. Siihen liittyy yksilön ominaisuuksien lisäksi tavoitteiden asettelua, päämääriä ja ulkoisia tekijöitä, kuten ympäristövaikutuksia. (Tuomi 1999, 14- 15.) Ympäristövaikutusten on arvioitu olevan tulevaisuudessa suurin terveysuhkamme. (Reivinen & Vähäkylä 1999, 52- 53.)

Perhekeskeinen hoito on hyvää hoitamista ja perheen mukaan ottamista hoitotyöhön aktiivisena osallistujana, kun yksi perheenjäsenistä on sosiaali- tai terveystalouden asiakkaana. (Järvinen ym. 2012, 16- 17.) Perhekeskeisyydessä korostuu hyvä vuorovaikutussuhde, tasa-arvoinen kohtaaminen ja suhteen jatkuvuus. Tärkeää on perheen elämäntilanteen huomioiminen, elinolojen ja aikaisempien vaiheiden tuntemus.

(Viljanen 1999, 293- 295.) Perhekeskeisyyttä pidetään tavanomaisena varsinkin lastensairaanhoidossa, sekä äitiys- ja lastenneuvolatyössä. (Etzell ym. 1998, 85.)
Hoitotyössä vanhempien kohtaaminen ja heidän kanssaan työskentely ovat keskeisessä roolissa. Hoitajat ohjaavat vanhempia hoitamaan lasta itse vauvan voinnin taasaannuttua ja vastaavat vanhempia mietityttäviin kysymyksiin. Omahoitajuus on merkittävässä roolissa vanhempien tukemista ajatellen. (Kaisvuo ym. 2012, 272-273.) Omahoitajat ovat vauvan ja perheen asiantuntijana osastolla ja auttavat heitä selviytymään erilaisista tilanteista eteenpäin. Omahoitajuus mahdollistaa tiiviin hoidossa mukana olon ja asiantuntijuuden perhettä ja lasta koskevien asioiden kohdalla. Parhaimmillaan hoitosuhde etenee syvemmäksi perheen tarpeiden ja resurssien mukaan. (Korhonen 1996, 27.)

2.2 Vanhemmuus ja vuorovaikutus

Suomessa perheen perustaminen on siirtynyt myöhempään elämänvaiheeseen kuin aiemmin. Muutoksen takana on mm. naisten yhteiskunnallisen aseman muuttuminen ja koulutusaikojen pidentyminen. (Etzell, ym. 1998, 145.) Nykyään ensisynnyttäjien keski-ikä suomessa on noussut 28,6 vuoteen. (Tilastokeskus 2014.) Vanhemmuuteen kasvu on osa inhimillistä kasvua ja kehitystä, joka alettuaan on koko elämänmittainen prosessi. Ensimmäisen lapsen odottaminen luo vanhemmille uudet roolit, joihin lapsen odotusaikana mukaudutaan. Kasvu edellyttää mukautumista moniin jokapäiväisiin asioihin, kuten työhön, harrastuksiin ja parisuhteeseen. (Eskola & Hytönen 1996, 119.) Vanhemmuuteen kasvuun vaikuttavat omat lapsuuskokemukset ja mielikuvat pian syntyvästä lapsesta, mutta myös yhteiskunnalla ja medialla on siihen vaikutuksensa. (Haapio ym. 2009, 83.)

Vauvan ennenaikainen syntyminen voi katkaista vanhemmuuteen kasvun prosessin ja synnyttäneen äidin keho voi elää vielä raskauden muistoissa, vaikka vauva olisikin jo kohdusta poissa. Tämä voi olla iso haaste vauvan ja vanhempien vuorovaikutus-

suhteen kehittymiselle, muttei kuitenkaan ole esteenä sille. (Vainikainen 2006, 11.) Sairaalassa ensimmäisiä tavoitteita vanhempien ohjaamiselle on se, että vanhemmat uskaltaisivat lähestyä lastaan. Vauvan lähelle pääsy rakentaa kiintymystä vauvaan ja kehittää vauvan ja vanhempien välistä suhdetta. Henkilökunnan tehtävänä on tukea vanhempia alun kiintymyssuhteen luomisessa. (Korhonen 2006, 27.) Ollessaan vuorovaikutuksessa vanhempiensa kanssa vauva oppii itsestään ja muista, sekä vaikutuksesta vanhempiinsa. Lämmin vuorovaikutussuhde edistää perusturvallisuuden muodostumista ja vauva uskaltaa tuoda tunteitaan esille. Varhainen vuorovaikutus vauvan ja vanhempien välillä ohjaa lapsen aivojen toiminnallista kehitystä ja luo pohjaa myöhemmälle vuorovaikutukselle. (Haapio ym. 2009, 150.) Vauvan ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen tulisi sisältää vanhemman tulkintoja vauvan ääntelyä, ilmeistä ja eleistä ja toimimista niiden mukaan (pseudodialogit). Erityisvauvoilla ja heidän vanhemmillaan pseudodialogien käynnistyminen voi olla hitaampaa. (Korhonen 1999, 141- 142.)

Erityisvauvan vanhempien on lupa odottaa hoitohenkilökunnalta tavallista enemmän tukea kiintymyssuhteen muodostamiseen. Tukea voi olla onnistuneeseen imetykseen ja vauvan hoitamiseen ohjaaminen, tieto vauvan kehityksestä ja tarpeista eri ikäkausina, päiväruutiinien yhdessä löytäminen tai vaikkapa vauvan kanssa leikkiin ohjaaminen. Vanhempien käsitys omasta kyvykkyydestään vahvistuu vauvalta saatujen myönteisten reaktioiden pohjalta. (Haapio ym. 2009, 151.)

Raskauden aikana tulevat vanhemmat tekevät erilaisia odotuksia ja toiveita syntyvää lasta kohtaan, myös erilaisia pelkoja saattaa esiintyä. Odottavan äidin ja perheen tukeminen alkaa jo muutosvaiheessa kohti vanhemmuutta, jossa terveydenhuoltohenkilöstö tukee vanhempia mm. antamalla tietoa ja tukea, sekä hoitamalla erilaisia oireita. (Vehviläinen-Julkunen 1999, 157.) Vauvan syntyminen keskosena pistää vanhemmat tilanteeseen, jossa he joutuvat kohtaamaan erilaisen vauvan kuin olivat raskausaikana kuvitelleet. (Korhonen 2006, 27.) Tilanne voi tuntua vanhemmista pelottavalta ja mieli on kysymyksiä täynnä. Vauvan sairaalassa olon aikana vanhemmat

tarvitsevat erityistä tukea oman vanhemmuutensa vahvistamiseen. (Kyllönen 1993, 74.)

2.3 Keskosuus

Normaaliksi raskauden kestoksi on määritelty 40 viikkoa, eli 280 vrk, laskettuna viimeisten kuukautisten ensimmäisestä päivästä. (Kirkinen 1997, 22.) Lapsi on ennenaikaisesti syntynyt, jos hän on syntynyt ennen 37. raskausviikkoa. Näitä lapsia kutsutaan keskosiksi. Suomessa keskosien syntyvyys on laskenut hieman viime vuosien aikana, vuonna 2005 heitä syntyi 5,7 %, kun vuonna 2000 vastaava luku oli 6,3 %. (Jumpponen 2006, 8-9.)

Keskosina syntyneitä voidaan jaotella painon mukaan, kun puhutaan hoitoajoista, - ongelmista ja ennusteista. Erittäin pienillä keskosilla syntymäpaino on alle 1000g, pienillä keskosilla 1000-1500g ja ”isoilla” yli 1500g. Raskausviikkojen lisääntyessä mahdolliset riskit ja ongelmat useimmiten vähenevät, sillä elimistön kypsyminen ja valmistautuminen kohdun ulkopuoliseen elämään tapahtuu tietyn ajanjakson aikana. (Korhonen 1999, 14.)

Keskosen ominaispiirteitä ovat ohut, ”silkkipaperimainen” iho, vähäinen lihasmassa ja ihonalainen rasva, sekä suuri pään koko suhteessa vartaloon. Keskonen makaa raajat ojennettuina heikon lihasjäntevyytensä vuoksi. (Korhonen 1996, 24.) Ihoa peittää ohut lanugo karvoitus ja sisäelimet ovat vielä kypsymättömiä. (Jumpponen 2006, 8.) Pienen keskosien lämpötasapainon ylläpito on vielä vajavaista, joten hän on täysin ulkopuolisen avun varassa. Hoidoissa keskosien infektioherkkyyteen tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Korhonen 1996, 24.)

Lapsen ennenaikainen syntymä on vanhemmille aina stressaava ja henkisesti rankka tilanne. Keskosuuden syistä n. 40 % jää selvittämättä. Muita syitä keskosuuteen voi olla istukan, sikiön tai odottavan äidin sairaus. Tärkein sikiöstä johtuva syy ennenaik-

kaisuuteen on kaksosraskaus, joita on n. 15 % kaikista ennenaikaisista synnytyksistä. Äidin sairauksista yleisin, joka johtaa ennen aikaiseen synnytykseen, on pre eklampsia eli raskausmyrkytys(verenpaineen nousu ja valkuaisvirtsaus), jonka vuoksi synnytys voidaan joutua käynnistämään ennen laskettua aikaa tai äidille voidaan tehdä sektio, jos äidin tilan vuoksi sikiö tai äiti itse on terveydellisesti heikossa tilassa. Keskoslasten selviämisenuste on Suomessa parantunut huomattavasti viime vuosien aikana. Nykyään 28.raskausviikolla syntyneistä lapsista selviytyy n. 80 %. (Jumpponen 2006, 8- 11.)

Keskosena syntyminen voi olla riskitekijä erilaisille ongelmille ja sairauksille, jonka takia lapsen kehityksen seuranta on tärkeää. (Kiviniitty 2006, 106.) Keskosuudesta johtuva elimistön epäkypsyys voi aiheuttaa mm. keuhkojen hengitysvaikeus- oireyhtymää(RDS), aivoverenvuotoja, infektioita ja erilaisia keskosen pitkäaikaisongelmia. (Korhonen 1996, 22.) Keskosilla saattaa myös esiintyä verkkokalvosairautta, verenkierron toiminnan häiriöitä, sekä verensokerin liiallista laskua. Osa ennenaikaisesti syntyneistä vauvoista vammautuu pysyvästi. Keskosen hyvällä alkuhoidolla voidaan ehkäistä pysyvän vammautumisen riskiä, sekä muita keskosuudesta johtuvia ongelmia. (Kaisvuo ym. 2012, 252, 264, 266- 267.) Koska keskosena syntyneiden lasten hoitajaksot sairaalassa ovat pitkiä, jopa kuukausien mittaisia, on perhehoitotyöllä ja sen hyvällä toteutumisella suuri merkitys. Intensiiviseen hoitoon sisältyy perhettä tukeva ja vanhempi- lapsisuhdetta rakentava yhteistyö kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. (Korhonen 1996, 18.)

2.3.1 Keskosen terveysongelmat

Keskosen elimistön epäkypsyiden vuoksi keskosilla yleisiä ovat erilaiset hengitysvaikeudet. Tavallisin on vastasyntyneen hengitysoireyhtymä eli RDS-tauti(respiratory distress syndrome). RDS-tauti aiheutuu keuhkojen pinta-aktiivisen aineen eli surfaktantin puutteesta tai sen toiminnan häiriöstä, sekä keuhkoverenkierron kehittymät-

tömyydestä. (Kaisvuo ym. 2012, 256; Kero 1997, 94.) Sen on katsottu kehittyvän lähes 50 % alle 1500g painavista keskosista, mutta sitä voi esiintyä isommillakin vastasyntyneillä. (Kero 1997, 94.)

Surfaktantin puutteen vuoksi osa keuhkorakkuloista painuu kasaan ja keuhkojen ilmastointi on epätasaista, mikä vaikuttaa kaasujen vaihtoon. Normaaliraskauksissa surfaktantin riittävä määrä saavutetaan vasta 36.raskausviikon jälkeen. Jos ennenaikaisen synnytyksen uhka on olemassa, on äidille mahdollista antaa steroidihoitoa, joka vähentää RDS-taudin esiintyvyyttä ja parantaa keskosien kokonaisvaltaista enustetta. (Kaisvuo ym. 2012, 256.)

RDS-tautiin kuuluu paheneva hengitysvajaus, ja oireet ilmaantuvat useimmiten viimeistään muutaman tunnin kuluttua syntymästä. RDS:ssa lapsen hengitys on työlästä ja uloshengitys on narisevaa, hän käyttää hengittäessään apuhengitysilihaksia ja ilman lisähapetta esiintyy syanoosia. Olemukseltaan hengitysvajauksesta kärsivä lapsi on vaisu, veltto ja selvästi sairaan oloinen. (Kaisvuo ym. 2012, 256- 257; Kero 1997, 95.) RDS-tautia on pyritty ehkäisemään antamalla kaikille alle 28.raskausviikolla syntyneille intuboiduille lapsille surfaktanttia heti syntymän jälkeen. (Kaisvuo ym. 2012, 257.) Hoitoon kuuluu hapensaannin turvaaminen, joko hengityskoneen tai lievemmissä tapauksissa nenäylipaineen(NCPAP) avulla. Hengityskonehoito kestää useimmiten kolmesta kymmeneen vuorokautta, jona aikana keuhkot kypsyvät ja toipuvat. (Kero 1997, 97.) RDS:n voi liittyä mm. lapsen kipuerkkyyttä, aivoverenvuotojen riskiä, sekä peruselintoimintojen epävakautta, ongelmia lämmönsäätelyssä ja suoliston toiminnassa, jonka vuoksi lapsen kokonaisvaltainen tarkkailu on tärkeää. (Korhonen 1996, 22.)

Pitkäaikainen respiraattorihoito voi vaurioittaa lapsen keuhkoja ja lisätä riskiä krooniseen keuhkosairauteen(BPD). (Kaisvuo ym. 2012, 257.) BPD:n tärkein tekijä on keskosien keuhkokudoksen epäkypsyys ja sisäänhengitysilman happipitoisuus. Muita BPD:n

syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat sydämen vajaatoiminta, kasvuhäiriöt, sekä erilaiset keuhkoinfektiot. (Korhonen 1996, 101.)

BPD eli bronkopulmonaalinen dysplasia voi johtaa viikkoja tai jopa kuukausia kestävään hengityskone-, nenäylipainehoitoon tai lisähapen tarpeeseen. Harvoin kotiutuksessaan lapset tarvitsevat enää lisähapetta (Kaisvuo ym. 2012, 257.) ja useimmat lapset toipuvatkin BPD: sta hyvin, mutta osalla on kroonisia hengitysvaikeuksia vielä vuosienkin kuluttua. (Kero 1997, 106.) Keskoshoidon kehittymisen vuoksi BPD on lisääntymässä oleva pitkäaikaissairaus, koska yhä pienemmät lapset jäävät henkiin. (Korhonen 1996, 101.)

Keuhkojen toiminnan epäkypsyydestä johtuen keskosella voi esiintyä hengityskatkoksia eli apneoita. Kun hengityskatkokset ovat 20 sekuntia tai sen yli, puhutaan apneosta. Apneoiden yhteydessä esiintyy usein myös sykkeen pienenemistä. Apneat ovat keskosien hyvinvointia horjuttavia tapahtumia. Erilaisten hengitysvaikeuksien vuoksi keskosien tulee pitää monitoriseurannassa, jotta ne saadaan rekisteröityä ja kirjattua. (Kaisvuo ym. 2012, 268.)

Keskosten hoidon kehittymisen myötä riski keskosuudesta aiheutuviin pitkäaikaisongelmiin lisääntyy. Edellä mainittujen hengitysvaikeuksien lisäksi voi esiintyä mm. kroonisia neurologisia ongelmia ja maha-suolikanavan toiminnan ongelmia. Esimerkiksi alle 2500g painavilla keskosilla riski CP-oireyhtymään on kolminkertainen verrattuna täysiaikaisiin lapsiin. (Korhonen, 1996, 23.) Psykoneurologisen kehityksen riskitekijöitä ovat mm. synnytyksen aikainen hapenpuute(asfyksia), aivoverenkierron häiriöt, kouristukset ja muut neurologiset oireet. Tekijöiden taustalla on yleisimmin matala verensokeri(hypoglykemia), muut aineenvaihdunnan häiriöt, hapenpuute, erilaiset traumat, sikiöaikaiset ja syntymänjälkeiset infektiot tai lääkkeiden vieroitusoireet. Myös perheen sosiaaliset tekijät (mm. vanhempien ikä, koulutustaso ja terveyskäyttäytyminen) vaikuttavat psykoneurologisen kehityksen riskitekijöihin. (Korhonen, 1999, 16.)

Keskosen retinopatia (retinopathy of prematurity, ROP) on verkkokalvon sairaus, jossa verisuoniston muodostuminen on häiriintynyt. Veren korkea happiosapaine aiheuttaa verkkokalvon kehittymättömän verisuoniston supistumista ja verisuonten sisäseinämien vaurioitumista. Aluksi muutos on palautuva, mutta happiosapaineen pysyessä korkeana pidempään vauriot jäävät pysyviksi. Noin 90% alkuvaiheen keskosen retinopatioista paranee. Hoitamattomana silmään alkaa muodostua kalvo, verkkokalvo voi kuroutua ja irrota. Lapsen lopullinen näkökyky selviää vasta lapsen kasvun myötä, joten lapsen kehityksen tukemiseen erilaisten aistikanavien myötä tulee kiinnittää huomiota. (Korhonen, 1999, 33- 35.)

2.3.2 Keskosen hoito ja vanhempien osallistuminen hoitoon sairaalassa

Kun perheeseen on syntynyt alkutaipaleellaan erityistarpeita vaativa vauva, on hoito ”tavallisen”, täysiaikaisena syntyneen vauvan hoidosta poikkeavaa. (Korhonen 1996, 26.) Hoidon päätavoitteena on turvata keskosen elintoiminnot, sekä antaa hyvä alku elämälle huolehtimalla vauvan perustarpeista. Hyvällä hoidolla pyritään ehkäisemään keskossuudesta mahdollisesti aiheutuvia seuraamuksia ja ongelmia. Lapsi- ja perhelähtöisyyteen tulee kiinnittää huomiota. Hoidon yhtenä tavoitteena on tukea perhehoitotyön menetelmin perhettä lapsen hoitoon. (Kaisvuo ym. 2012, 252- 253, 265.) Perheen mukaan ottaminen hoitoon perustuu ajatukselle vanhempien ja vauvan erottamattomuudesta. (Korhonen 2006, 27.) Psykologi Riikka Korjan mukaan vanhempien läsnäoloon vauvan luona tulisi antaa tukea ja kannustusta, jotta vauva tuntsi omalta, eikä sairaalan lapselta. (Vainikainen 2006, 13.) Vanhemmat pyritäänkin ottamaan tehohoitoa vaativan lapsen hoitoon mukaan heti alusta lähtien. Osallistuminen vauvan hoitoon on kuitenkin riippuvaista hänen sen hetkisestä tilanteesta, sekä hoitokäytänteistä. Vauvan hoitoon osallistuminen voi tarkoittaa esimerkiksi perus hoitotoimenpiteiden tekoa, kuten vaipanvaihtoa ja syöttämistä, tai vaikkapa pienestä vauvasta kiinni pitämistä. (Korhonen 1996, 26- 27.) Vanhempien ohjaamisen

toisena tavoitteena on, että vanhemmat olisivat tietoisia lapsen hoidosta, hoitoon liittyvistä asioista ja osallistumismahdollisuuksista vauvan hoitoon. Sairaalajakson aikana vanhempien tulisi myös oppia vastaamaan keskosen perushoidosta ja mahdollisesta erityishoidosta, jotta osaisivat hoitaa lastaan myös kotona. (Korhonen 2006, 27.)

Synnyttyään keskonen tarvitsee usein jonkin asteista hengitysavustusta ja hoidon alkumetreillä vauva on useimmiten hengityskonehoidossa. Vanhemmille oman lapsen näkeminen letkujen keskellä saattaa aiheuttaa suurta pelkoa ja ahdistusta. Riittävän tiedon antaminen vauvan tilanteesta vähentää vanhempien kokemaa epävarmuutta ja stressiä. (Korhonen 1996, 118.) Keskosen hoidossa peruselintoimintojen seuranta monitorien avuin on keskeistä niin kauan, kun keskonen tarvitsee sairaalahoitoa. Monitoriseurannalla voidaan tarkastella lapsen verenpainetta, EKG:tä, syketä, sekä happikylläisyyttä. Myös erilaiset verikokeet kertovat keskosen tilasta paljon. (Kaisvuo ym. 2012, 267.)

Ennenaikaisuudesta johtuen keskosen lämmönsäätely on vielä vajavaista. Lämmönsäätelyyn vaikuttavat ihon ohuus, vähäinen ihonalaisrasva, sekä ihon suuri pinta-ala suhteessa painoon. (Korhonen 1996, 23.) Keskosen lämpöä seurataan mittaamalla kainalosta. Lämpö tulee pitää vakaana, jotta hapenkulutus olisi mahdollisimman pientä ja se olisi tasapainossa perusaineenvaihdunnan kanssa. Lämpötasapainon säilyttämiseksi keskosta hoidetaan keskoskaapissa tai hoitotasolla ja usein keskosen alla on myös lämmittävä geelipatja. Hoitotasolla hoidettaessa tason yllä on lämpösäteilijä. (Kaisvuo ym. 2012, 266.) Kehon matala lämpötila vaikuttaa mm. sokeritasapainoon ja elimistön pH-arvoon laskevasti, hengitykseen ja sitä myötä hapentarpeeseen. (Korhonen 1996, 23.) Myöskään liian korkea lämpötila ei ole vauvan elintoiminnoille hyväksi. Sen seurauksena voi olla mm. verenpaineen ja sykkeen nousua, hengitystaukoja (apneoita), hapen tarpeen lisääntymistä, sekä vähentyneitä lihasjänteveyttä. On kuitenkin huomioitava, että vauvan kehon lämmön nousun syynä voi olla myös jokin infektio tai lapsen elimistön kuivumistila. (Kaisvuo ym. 2012, 267.)

Keskosen ihon kuntoon on kiinnitettävä huomiota, sillä ihon tehtävänä on suojata elimistöä ulkoisilta tekijöiltä, iho toimii myös lämmönsäätelijänä ja erityselimenä, sekä verivarastona. Ihon kunto tulee tarkistaa hoitojen yhteydessä ja mahdollisien elektrodien paikkaa vaihdella, jotta välttyttäisiin painaumilta, ihorikoilta ja hiertymiltä. Vaatteita keskonen ei alkuun tarvitse, koska keskoskaapin kosteus on yleensä suuri ja se lisää hautumien riskiä. Keskosen ihon värin muutokset voivat tapahtua nopeasti voinnin mukaan, jonka vuoksi sen tarkkailu ja arviointi kuuluvat hoitotyöhön. (Kaisvuo ym. 2012, 270- 271.) Vanhemmat voivat osallistua alusta asti vauvan ihon hoitoon ja vaipanvaihtoon. Vaipanvaihdon aikana voidaan tukea vanhempia luonnolliseen läsnäoloon ja vuorovaikutukseen lapsen lähellä. (Korhonen 2006, 34.)

Asentohoito kuuluu oleellisena osana vauvan tehohoitoon. Asentohoidon lähtökohdista on hakea sikiöiän mukaista asentoa, eli kippura-asentoa, jossa kädet ovat lähellä kasvoja. Asentohoidolla pyritään tukemaan lapsen elintoimintojen vakautta ja lisäämään lapsen turvallisuuden tunnetta. Keskosen heikon lihasvoiman vuoksi hänen asentoaan tulee tukea erilaisin ”pötkylöin”. Keskoskaappiin voi rakentaa kohtua muistuttavan pesän, joka lisää keskosen turvallisuuden tunnetta. Pesän reunat muodostavat rajan keskoselle ja ulkopuoliselle ympäristölle. Hyvällä asentohoidolla on positiivinen vaikutus mm. hengitykseen. (Korhonen 2006, 35.) Keskosen hoidossa tärkeää on säästävä hoito, jolloin keskonen saa nukkua hoitojen välit ja hoitojen yhteyteen pyritään ajoittamaan mahdollisuuksien mukaan tarpeelliset tutkimukset ja toimenpiteet. (Kaisvuo ym. 2012, 271.)

Kun keskosen elintoiminnot ovat tarpeeksi vakaat, on mahdollista saada lasta syliin ja kenguruhoitoon. Sylittely ei saa johtaa elintoimintojen järkkymiseen, jonka vuoksi hoitajan on lapsen voinnin mukaan arvioitava lapsen jaksamista. Säästävien sylittelyn muoto on kenguruhoito, jossa keskonen makaa vaippasiltan äidin tai isän paljasta rintaa vasten. (Korhonen 2006, 30.) Kenguruhoito on kehitetty Kolumbiassa 1970-luvulla ja on tullut suomessa osaksi keskosen hoitoa yli 20 vuotta sitten. Kenguruhoi-

to auttaa vanhempi-lapsisuhteen kehityksessä ja edistää varhaista vuorovaikutusta, sekä lisää äidin maidoneritystä. Hoidon aikana lapsen on katsottu saavan monipuolisia fyysisiä, psyykkisiä ja emotionaalisia kokemuksia. (Kaisvuo ym. 2012, 273- 274.)

Lapsen ollessa kenguruhoitossa, hoitajan tulee varmistaa vanhemman ja vauvan hyvä olo, sekä antaa heille mahdollisuus rauhalliseen yhdessä oloon. Myös kenguruhoitdon aikana vauva tulee pitää kiinni seurantalaitteissa. (Korhonen 1999, 167.)

Keskosen yksi selviämisen edellytys on oikean ravitsemuksen ymmärtäminen ja sen toteuttaminen. Oikeanlaisella ravitsemushoidolla on merkitystä lapsen kasvuun ja kehittymiseen. Vajaaravitsemuksen seurauksena voi kehittyä pysyviä keskushermoston solupuutoksia. Keskosen hoidossa ravitsemuksen tavoitteena on taata raskausaikaa vastaava kasvu ja kehitys. (Korhonen 1996, 140.)

Sikiöaikana lapsi saa ravinnon äidin istukan kautta ja ruoansulatuskanava vähitellen kypsyy ottamaan ravintoa myös suun kautta. Pikkukeskosena syntyneillä lapsilla ei ole edellytyksiä tai voimia imemiseen. Imeminen, hengittäminen ja nieleminen kordinoituvat vasta noin 32 viikon iässä. Vasta 33. -34.raskausviikolla suolisto on rakenteellisesti ja toiminnallisesti kypsä sulattamaan ravintoa. (Kaisvuo ym. 2012, 269.)

Alkuun pieni keskonen voi saada ravitsemuksensa suonensisäisesti, koska hän ei vielä siedä enteraalista(maha-suolikanavan) ravitsemusta. Kun rintamaidon antaminen on mahdollista aloittaa, ovat annokset alkuun pieniä. Jos vauvan vatsa kestää maitoa, annoksia suurennetaan ja ruokailukertoja lisätään. Merkkinä maidon aiheuttamista ongelmista ovat pömpöttävä vatsa ja ilman kertyminen suolistoon, sekä syöttökate-rista nouseva sulamaton maito.

Vanhemmat voivat osallistua vauvan syöttämiseen letkuttamalla maitoa katetriin. Letkuttamisen aikana vauvalle pyritään antamaan samanlaisia kokemuksia kuin rinnalla ollessa tulisi. Imemisvalmiuksien kehittyessä siirrytään imemisharjoituksiin rinnasta tai pienireikäisestä tutista. Jos äiti on päättänyt imettää vauvaansa, on rintamaidon tuotantoa pidettävä yllä kunnes vauva on valmis imemään itse. (Korhonen

2006, 32- 33.) Vauvan syömistäpahtuma ei ole vain ravinnontarpeen tyydyttämistä, vaan se on myös biopsykososiaalinen kokonaisvaltainen prosessi, johon kuuluu sensorimotorisia toimintoja, neurologista kypsymistä, tajunta, emootiot ja vuorovaikutuksen kokeminen mielekkääksi tapahtumaksi. Äiti-lapsisuhteen kehittyminen jatkuu myös imemistäpahtuman aikana. (Korhonen 1999, 75- 76.)

3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata keskosvauvan sairaalahoidon vaikutuksia perheeseen. Tavoitteena on, että yhteen koottua tutkimustietoa voidaan hyödyntää perheiden tukemisessa kohti parempaa ja varmempaa vanhemmuutta. Tutkimuskysymyksenä on:

Miten keskosvauvan sairaalassa olo vaikuttaa perheeseen?

4 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on koonta jo olemassa olevasta tutkimustiedosta. Systemaattisen katsauksen jokainen vaihe on määriteltävissä ja kirjattava ylös katsauksen toistettavuuden mahdollistamiseksi. Katsaus etenee vaiheittain ja sisältää suunnittelun, kirjallisuuskatsauksen tekemisen hakuineen ja aineiston analysointeineen, sekä tulosten raportoinnin. Ensimmäiseen vaiheeseen, eli tutkimussuunnitelmaan tulee sisältyä selkeät tutkimuskysymykset, joita voi olla yhdestä kolmeen. (Johansson 2007, 3-6.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymyksiä on yksi, jonka perusteella tietoa on lähdetty keräämään. Täsmällisellä tutkimuskysymyksellä on voitu rajata aihetta

riittävän kapealle alueelle, jotta aiheen kannalta keskeinen aineisto tulee huomioitua mahdollisimman kattavasti. (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 47.) Tutkimuskysymyksen asettamisen jälkeen valittiin ja arvioitiin aineiston hakua varten sopivat hakutermit, tietokannat, joista hakua lähdettiin tekemään, sekä laadittiin aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka tutkimuksessa kohdistuivat mm. haettavan aineiston julkaisuajankohtaan. (Johansson 2007, 6.)

Kirjallisuuskatsauksen toinen vaihe käsitti katsaukseen mukaan otettavien tutkimusten hankinnan ja valikoinnin. Hakusanojen asettamisen jälkeen kaikki haun antamat otsikot käytiin läpi, joista valittiin parhaiten kriteereihin vastaavat viitteet. Viitteiden abstraktit, eli tiivistelmät, luettiin läpi ja niistä sisäänottokriteerit huomioiden, valittiin tutkimukset, joista luettiin kokotekstit. Kokotekstien lukemisen jälkeen katsaukseen valikoiduista tutkimuksista pystyttiin löytämään se tieto, joka vastasi asetettuun tutkimuskysymykseen. (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 51- 52; Johansson 2007, 6.) Aineiston läpikäynnin jälkeen tulokset raportoitiin ja tehtiin johtopäätökset. (Johansson 2007, 7.)

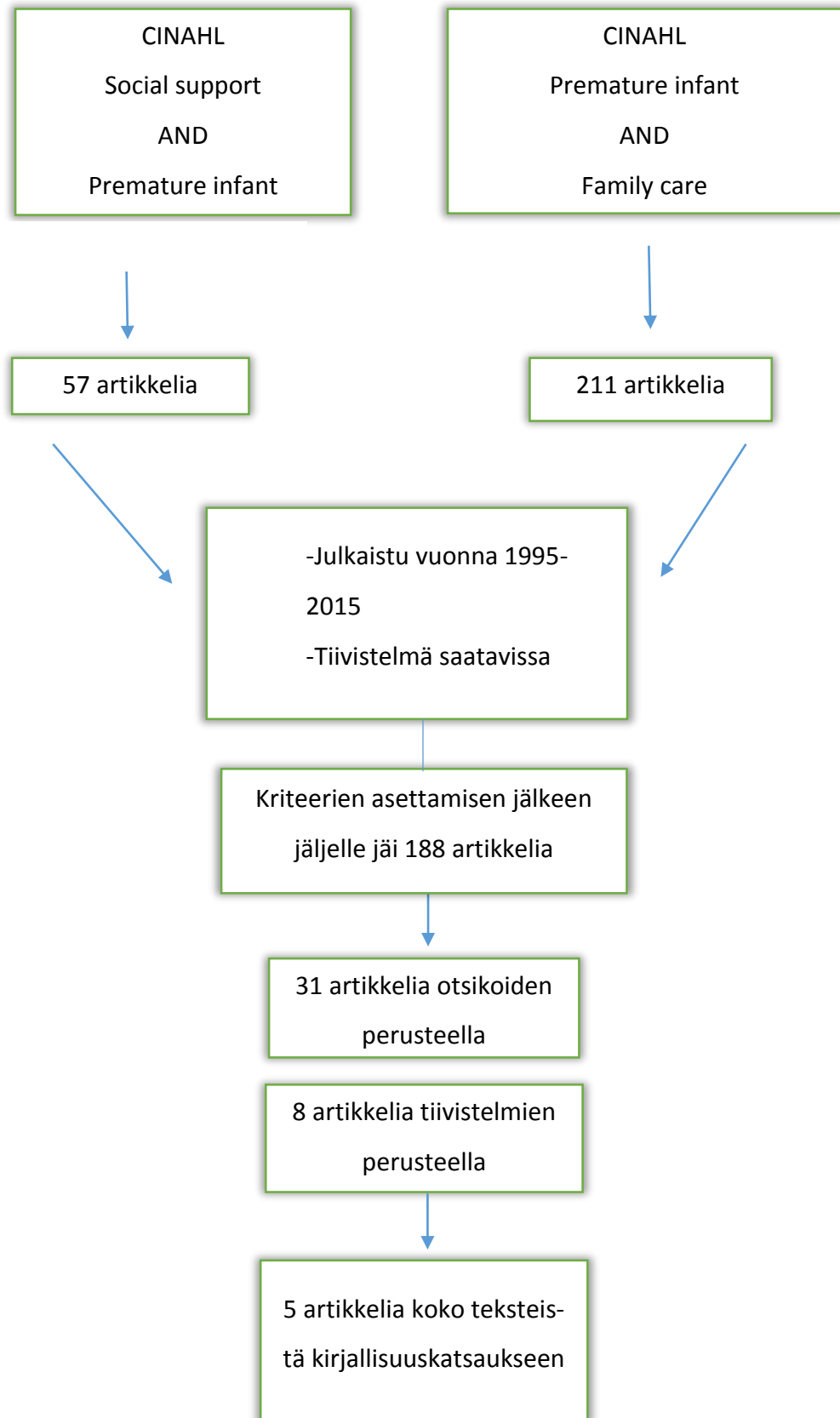
4.2 Aineiston haku ja sisäänotto kriteerit

Aineiston hakuprosessissa tutkimuksia saatiin aluksi 268 kappaletta. Hakusanoiksi valikoitui huolellisen tarkastelun jälkeen seuraavat yhdistelmät; Social support AND premature infant, sekä toiseen hakuun Premature infant AND family care. Haku suoritettiin Cinahl-tietokannan kautta huhtikuussa 2015. Hakua rajattiin julkaisuvuoden ja tiivistelmän saatavuuden perusteella. Ensimmäisen haun jälkeen asetettiin tarkat tutkimusten sisäänottokriteerit. Tutkimusten sisäänotto kriteerit olivat seuraavat:

- Julkaistu 1995- 2015

- Otsikossa tai tiivistelmässä mainitaan keskosuus, perheen sosiaalinen tuki tai perhehoitotyö.
- Tiivistelmä saatavissa.

Sisäänotto kriteerien jälkeen tutkimuksia jäi jäljelle 188 kappaletta, joista lopullinen valinta tehtiin.



Kuvio 1. Tutkimusten valikoituminen

Tehdyn aineistohaun jälkeen 5 tutkimusta valikoitui mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Tutkimukset käsitelivät keskosvauvan ja sairaan vastasyntyneen tehohoidossa oloa ja perheen kohdistuneita vaikutuksia sairaalajaksoon liittyen.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit

	Tutkimuksen tekijä, tutkimusvuosi ja tutkimuspaikka	Otsikko	Tutkimuksen tarkoitus/ tavoitte	Aineisto/ Keuruumenetelmä	Keskeiset tulokset
1	Manning, A. 2012. Yhdysvallat.	The NICU Experience: How does it affect the parents' relationship?	Kirjallisuuskatsaus siitä, kuinka vanhempien suhteeseen vaikuttaa vauvan vastasyntyneiden tehohoidoyksikössä olominen.	Artikkelien määrää ei ole kuvattu.	Vastasyntyneiden tehohoidoyksikössä oloisen voidaan olettaa vaikuttavan parisuhdetta kuormittavasti-> suhteen hajoaminen, stressi, roolien epäselvyys.
2	Salhi, C., Shen, L., Smith, V. & SteelFisher, G. 2012. Yh-	Coping with the neonatal intensive care unit	Tutkia vanhempien käytännön selvitysmiskeinoja vastasyntyneiden teho-	N=29 Puoli-strukturoitu haastattelu.	Tutkimuksessa korostuu 5 käytännön selviytymiskeinoa, joita vanhem-

	dysvallat.	experience: Parents' strategies and views of staff support	hoidossa, sekä keinoja joilla hoitajat niitä tukevat.		mat käyttivät selviytyäkseen vauvansa tehohoidon aikana. Hoitajilla on keskeinen rooli perheen tukemisessa.
3	Heermann, J., Wilhelm, P. & Wilson, M. 2005. Yhdysvallat.	Mothers in the NICU: Outsider to partner	Tutkia ja kuvata äitien kokemuksia äidiksi tuloista, kun vauva oli saamassa hoitoa vastasyntyneiden tehohoidossa.	N= 15 Haastattelu avoimin kysymyksin.	Äidit kehittyivät ennalta-arvattavissa olevan kaavan mukaan "ulko-puolisista" yhteistyökykyisiksi vanhemmiksi.
4	Bond, E., Callister, L. & Obeidat, H. 2009. Yhdysvallat.	The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit	Kirjallisuuskat-saus, joka tutkii ja kuvaa vanhempien kokemuksia vauvan ollessa vastasyntyneiden tehohoidossa.	Tutkimuksessa mukana 14 artikkelia.	Vanhemmat kokivat paljon stressaavia tunteita. Perhekeskeiseen ja kehityksellisesti tukevaan hoitoon on syytä panostaa.
5	Bachman, D. & Lind, R. 1997. Iso-Britannia.	Perinatal social work and the family of	Kirjallisuuskat-saus, joka kuvaa yleisimpiä syitä vastasyntyneen	hakua ja määrää ei ole kuvattu.	Keskosen syntymä on haaste koko perheelle ja luo syyllisyyt-

		the new-born intensive care infant	tehohoitoon joutumiselle, sekä sen aiheuttamia reaktioita perheissä. Lisäksi ilmentää perheisiin kohdistuvaa sosiaalityötä.		tä, pelkoa, ahdistusta, avuttomuutta ja surua. Perhe tarvitsee tukea selviytyäkseen koettelemuksista.
--	--	------------------------------------	---	--	---

4.3 Aineiston analysointi

Jotta tutkimuksen tulokset saadaan näkyviin ja paremmin ymmärrettävään muotoon, on aineisto keräämisen ja kirjoittamisen jälkeen analysoitava. Analyysin tavoitteena on tuottaa tietoa tutkittavana olevasta asiasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 112.) Analyysitavat voidaan jaotella suurpiirteisesti kahteen osioon, joista toinen on selittämiseen pyrkivä tapa (tilastolliset analyysit ja päätelmien teko) ja toinen ymmärtämiseen pyrkivä tapa (laadullinen analyysi ja päätelmät). Analyysia tehdessä valitaan se tapa, joka tuo vastauksen tutkimuskysymykseen tai ongelmaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 224.)

Sisällönanalyysi on laadullisen aineiston analyseissa käytetty apuväline. Sen avulla voidaan järjestellä ja kuvata tutkimusaineistoa. Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi purkaa olemassa olevan aineiston osiin, jonka jälkeen samaa asiaa tavoittelevat asiat yhdistetään. Yhdistämisen jälkeen aineisto tiivistetään vastaamaan tutkimuskysymykseen. Induktiivisessa sisällönanalyysissä muodostuvien luokkien annetaan ohjautua aineistosta käsin. (Kylmä & Juvakka 2007, 112- 113.)

Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineiston analyysissa on käytetty induktiivista sisälönanalyysia. Aineistoa käsiteltäessä teksti luettiin moneen otteeseen ja tekstiin merkattiin värillisellä korostuksella kohdat, joista ilmeni vauvan sairaalassa olon vaikutukset perheeseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 117.) Viivauksien jälkeen teksteistä oli nähtävillä luokat, joihin erilaiset vaikutukset ryhmittivät. Luokat jakautuivat kolmeen: fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin vaikutuksiin. Viivatut vaikutukset ryhmiteltiin luokkien alle ja niistä tehtiin miellekartta, josta tulosten kirjoittaminen oli helpompaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.)

5 Tulokset

5.1 Psyykkiset vaikutukset

Kirjaukatsauksen analyysin perusteella keskosvauvan sairaalassaolon vaikutukset perheisiin luokiteltiin sosiaalisiin, psyykkisiin ja fyysisiin vaikutuksiin.

Psyykkiset vaikutukset ilmenevät jo synnytyksen alettua shokin omaisin tuntein ja heti synnytyksen jälkeen huolena vauvan voinnista. (Bachman & Lind 1997, 22.) Isät kokivat samanlaisia psyykkisiä tuntemuksia, kun äidit, mutta he olivat enemmän huolissaan äidin kuin vauvan voinnista. (Manning 2012, 355.) Vanhempien raskausaikana kuvitteleva mielikuva täydellisestä vauvasta huuhtoutuu pois, kun he kohtaavat todellisen vauvansa. Vanhemmat saattavat kokea ns. ennakoivaa surua, vaikka vauva selviäisikin. (Bachman & Lind 1997, 28.) Monet vanhemmat kokevat syyllisyyttä ja vastuuta vauvan ongelmista. (Bachman & Lind 1997, 26; Bond, Callister & Obeidat 2009, 24.)

Vastasyntyneen tehohoitoon joutuminen oli musertava kokemus, johon liittyi alussa paljon negatiivisia tuntemuksia mm. ahdistusta, emotionaalista tuskaa ja vanhem-

pien roolien rasiutusta. Kun vanhemmat tulivat ympäristön kanssa tutummiksi ja pääsivät osallisiksi vauvan hoitoon, selkeytti se heidän ajatuksiaan, vähensi stressiä ja teki vanhemmista tyytyväisempiä ja varmempia vanhemman rooleihin. (Bond, Callister & Obeidat 2009, 26.)

Bachman ja Lind(1997, 22, 27) selvittivät, että epävarmuus vauvan selviytymisestä tai pitkäaikaisesta terveydentilasta ja kehityksestä aiheutti vanhemmissa yleisimmin ahdistusta. Myös vauvasta erossa ololla oli vaikutuksia ahdistuksen syntyyn. Vanhemmat kokivat surua ja ahdistusta lähtiessään tehohoito yksiköstä, oli kyse sitten vain lyhyestä poissaolosta. (Salhi, Shen, Smith & SteelFisher 2012, 347.)

Äidit luovat liitoksia vauvaansa jo odotusaikana, jotka jatkuvat ja kehittyvät vauvan synnyttyä. Vauvan erottaminen vanhemmista aikaisin kuormittaa vauva-vanhempisuhdetta, koska vanhempien tulisi saada tuntee, koskea ja nähdä vauvansa. Ahdistuksen tai masennuksen tunteet, tehohoitoyksikön haastava ympäristö ja vauvan ja äidin erillään olo voivat viivästyttää äidillistä kiintymyssuhteen kehittymistä äidin ja vauvan välillä. (Bond, Callister & Obeidat 2009, 23, 26.) Suhteen kehitykseen vaikutti osaltaan myös yksityisyyden puute ja ympäristön äänet. Jotkut vanhemmat kokivat olevansa kyvyttömiä vanhemman rooliin, eikä vauva tuntunut omalta, vaan sairaalan lapselta. (Heerman, Wilhelm & Wilson 2005, 176-178; Manning 2012, 353.) Kyvyttömyys toteuttaa normaalia vanhemman roolia aiheutti vanhemmissa hätää ja stressiä. (Bond, Callister & Obeidat 2009, 24.)

Salhin ym. (2012, 347) tutkimuksessa hetkellisen eron vauvasta saattoi nähdä myös selviytymiskeinona, joka antoi vanhemmille aikaa olla yhdessä toistensa, sekä vanhempien lastensa kanssa.

Tehohoitajakson aikana vanhemmat kehittivät erilaisia selviytymiskeinoja selviytyäkseen sairaala-ajan tuomista tuntemuksista ja haasteista. Hoitoon osallistuminen oli keinoista yleisin. Se auttoi perhettä tuntemaan lastaan ja kehittämään vanhemman roolia. (Smith ym. 2012, 346.) Toisaalta, vanhemmat saattoivat epäröidä kykyään hoitaa lasta ja pelkäsivät vahingoittavansa tätä. (Bachman & Lind 1997, 27; Heerman,

Wilhelm & Wilson 2005, 179.) Tehohoito ympäristö ja vauvan tilanne koettiin vieraannuttavana tekijänä hoidon antamisessa. Vanhemmat kokivat avuttomuutta, kun eivät pystyneet hoitamaan ja suojelemaan vauvaansa rajatta. (Bachman & Lind 1997, 27.) Vauvan sylittely ja vaikuttaminen vauvan hoitoon sai vanhemmat ajattelemaan, että vauva on heidän, eikä sairaalan. (Heerman, Wilhelm & Wilson 2005, 178.)

Pelon tunteet yhdistyivät useimmiten huoleen vauvan selviytymisestä, mutta pelkoa esiintyi myös omiin taitoihin hoitaa lasta kotona, sekä taloudelliseen tilanteeseen liittyen. Monet perheenjäsenet pelkäsivät, etteivät olisi tarpeeksi vahvoja menemään tehohoitoyksikköön ja pitämään vauvaa. Vauvan pitkittynyt sairaalassa olo ja kyvyttömyys nähdä tai koskea vauvaan aiheutti pelkoa kotona olevissa sisaruksissa. Sisarukset kokivat sekavan tilanteen vuoksi myös ahdistusta, pettymystä ja syyllisyyttä. (Bachman & Lind 1997, 26, 29.)

Tiedon hankkiminen vauvan tilasta vaikutti vanhempien kykyyn osallistua lapsensa hoitoon ja päätöksentekoon, tämä nähtiin selviytymiskeinona tehohoidosta. Hoitotiimin jäsenien yhteneväinen tiedonanto vauvasta rauhoitti vanhempien mieltä. Tieto ja vertaistuki samaa kokeneilta muilta tehoympäristössä olleilta vanhemmilta olivat hoitojakson aikana erityisen tärkeitä. Toisaalta tutustuminen samankaltaisessa tilanteessa oleviin vanhempiin oli myös rasite, sillä muutokset toisten vanhempien vauvoissa sai vanhemmat ahdistumaan oman lapsensa voinnista. (Salhi ym. 2012, 348.)

5.2 Sosiaaliset vaikutukset

Manningin(2012, 353- 355) tutkimuksessa tulee ilmi, että keskosuuden vaikutuksia vanhempien parisuhteeseen on tutkittu vähän, mutta psyykkiset vaikutukset; ahdistus, stressi, masennus ja roolien rasitus ovat verrattavissa lapsen krooniseen sairautteen tai syöpään. Niiden on katsottu rajoittavan vanhempien kommunikointia keskenään, yhdessä vietettyä aikaa, sekä aviollisia velvoitteita.

Jotkut vanhemmista kokivat pettymystä kumppaniaan kohtaan, koska parisuhde ei ollutkaan niin tukea antava, kuin he olivat kuvitelleet. Kumppanin emotionaalinen varauksellisuus ja vähäinen vierailu vauvan luona aiheuttivat myös pettymyksiä. (Salhi ym. 2012, 349.) Manningin(2012, 356) tutkimuksen mukaan emotionaalinen stressi ja isän osallistumisen puute olivat suoraan yhteydessä vanhempien suhteen kuormittumiseen.

Vauvan tehohoidossa oleminen toi muutoksia vanhempien rooleihin. Naisen rooli vaimona muuttui hoidon antajan rooliin ja isästä tuli suojelija, työnjohtaja, tukija ja perheen ainoa tulonlähde. Isän työstressi ja vanhempien roolien rasitus tuli johtavaksi tekijäksi vanhempien väliseen suhteeseen. Vanhempien suhteen rasitus, vähentynyt kommunikointi ja yhdessä vietetty aika vaikuttivat perheen toimintaan ja päivittäiseen elämään. Ne lisäsivät riskiä vanhempien suhteen hajoamiseen. (Manning 2012, 355.) Bachmanin ja Lindin(2008, 29) mukaan päivärutiinien voimakkaat muutokset ja huomion vieminen perhe-elämältä sairaalan vierailuihin oli myös eroa ja perheen hajaannusta lisäävä tekijä, kuten myös kotona vallinnut kireä ilmapiiri tai vauvan kuolema.

Sairaalalla vietetty aika vähensi vanhempien aikaa kotona olevien lasten kanssa. Perhe ja ystävät tarjosivat emotionaalista tukea, sekä käytännön apuja, kuten ruoan valmistusta. Kuitenkin suhteet muuhun perheeseen ja ystäviin olivat toisinaan kuormittavia heidän vauvasta vaatimansa tiedon takia. (Salhi ym. 2012, 347.)

5.3 Fyysiset vaikutukset

Vauvan hoitoon osallistuminen oli vanhemmille selviytymiskeino ja väline oppia tuntemaan vieraalta tuntuva vauva. Hoitoon osallistuminen oli kuitenkin myös kuluttavaa. Autossa tai vastasyntyneiden tehohoitoyksikössä vietetty aika vei aikaa perheen muilta lapsilta ja tarkoitti usein epäterveellisiä ruokailutapoja, sekä rajoittunutta

kunnosta huolehtimista. Myös kotitöiden mahduttaminen aikatauluihin loi stressiä omasta jaksamisesta. (Salhi ym. 2012, 346- 347.)

Tehohoito ympäristö ja teknologia vaikuttivat vanhempien vauvaan keskittymiseen varsinkin hoidon alkutaipaleella. Ympäristön vaikutusten hälvennyttyä vanhemmat huomioivat vauvaa persoonallisemmin ja huomio kiinnittyi vauvaan. (Heerman, Wilhelm & Wilson 2005, 178.)

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tutkittavana olevasta ilmiöstä luotettavaa tietoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Virheiden syntymistä pyritään välttämään, jonka vuoksi tehdyn tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida erilaisia mitta- ja tutkimustapoja käyttäen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 231.)

Tutkimuksen reliabelius, eli luotettavuus tarkoittaa tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta, eli kykyä saada tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Tutkimuksen validiudella, eli pätevyydellä tarkoitetaan kykyä mitata juuri sitä, mitä oltiin mittaamassa. Tutkijan tulee kertoa lukijalle tarkasti, mitä tutkimuksessa on tehty ja miten tulokseen on päästy. Tarkka kirjanpito ja selostus tutkimuksen vaiheista parantavat laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Myös aineiston analyysissä ilmentynyt luokittelun syntyminen on kerrottava lukijalle. Tutkimuksen pätevyyttä lisää useamman tutkijan osallistuminen aineistonkeräämiseen, tulosten analyysiin ja tulkitsemiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 231- 233.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa tutkijoita oli vain yksi, joten se saattaa osaltaan vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

Kirjallisuushaun onnistumisen arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota siihen, kuinka kattavasti aihetta koskevaa tietoa on kartoitettu. (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 53.) Tutkimuksessa kirjallisuuskatsauksen aihepiiri oli suhteellisen kapea, koska valituilla asiasanoilla tutkittua tietoa, joka olisi täyttänyt sisäänotto kriteerit, löytyi varsin vähän. Hakua tehdessä käsitteiden valinta samaa tarkoittavasta asiasta hankaloitti hakua. Esimerkiksi sana keskonen voidaan ilmaista englanniksi neljällä eri tavalla; prematurely born child, premie, premature baby ja premature infant. (Stolt & Routasalo 2007, 66.) Tutkija käytti hakua tehdessään Cinahl-tietokantaa, joka on luotettava hoitotyön ja hoitotieteen tietokanta. Tutkimusten sisäänottokriteerit rajasivat epäsovikuvan tutkimusaineiston pois käytöstä. Kirjallisuuskatsaukseen valikoidut artikkelit luettiin läpi useaan kertaan ja artikkeleista etsittiin vastauksia vain tutkimuskysymykseen. Kyseisellä tavalla varmistettiin oleellisten asioiden esille tulo. (Stolt & Routasalo 2007, 66.) Tutkimuskysymys pysyi samankaltaisena koko prosessin ajan, mutta tarkentui hieman aineiston keruun vaiheessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 131.)

Tärkeää tulosten analysoinnissa on se, että tutkija pysyy vain artikkelien tuottamassa tiedossa, eikä lähde tuottamaan omia perustelemattomia johtopäätöksiä. (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 54.) Tutkimuksessa aineiston, tuloksien ja päätelmien on oltava selkeästi suhteessa toisiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 133.) Kirjallisuuskatsauksessa tutkija tarkasteli vauvan sairaalassa olon vaikutuksia perheeseen psyykkisten, sosiaalisten ja fyysisten vaikutuksien kautta, joihin artikkeleista ilmi tuleva tieto asettui.

Tutkimusta tehdessä eettiset seikat ovat merkittäviä ja niiden arviointi alkaa jo tutkimuksen aiheen valinnasta. Tutkimusta ei aloiteta tekemään pelkästä mielenkiinnosta, vaan sen on rakennettava myös terveystieteiden tietopohjaa. Tutkimusta tehdessä tulee arvioida tutkimuksella tuotettavan tiedon merkitystä ja tarpeellisuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.) Tutkimuksen vaiheiden raportoinnissa rehellisyys, avoimuus ja tarkkuus ovat tärkeitä. (Kylmä & Juvakka 2007, 154.) Koska keskosvauvan saaminen ja sen jälkeinen vauvan sairaalahoito ovat perheille herkkiä aiheita, on tutkimuksen tekijällä oltava riittävästi tiedollisia ja taidollisia valmiuksia tehdä

tutkimus eettisesti oikein. Tutkimuksen herkkyys, eli sensitiivisyys on huomioitava jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 145.) Kirjallisuuskatsaukseen valikoiduista tutkimuksista eettisyyttä lähdettiin arvioimaan kirjoitetun perusteella. Esimerkiksi Heermanin ym.(2005) tutkimuksessa tulee ilmi, että osallistujilta oli kysytty suostumus haastatteluun ja haastattelu tehtiin suljetussa huoneessa. Tutkimuksessa oli lainattu paljon vanhempien kertomia asioita, mutta kertomat olivat niin, että vanhempia ei pystynyt tekstin perusteella nimeämään. Myöskin muissa tutkimuksissa, joissa vanhempia oli haastateltu, oli toimittu vastaavalla tavalla.

6.2 Tutkimustulosten pohdinta

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tutkia miten keskosvauvan sairaalassaolo vaikutti perheeseen. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimuksien sisältö käsittelee keskosvauvan ja sairaanvastasyntyneen hoitoa tehohoitoyksiköissä, sekä vauvan sairaalassaolon tuomia vaikutuksia perheeseen. Artikkeleissa käsiteltiin myös perheeseen kohdistuvia tukitoimia. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen artikkelien perusteella keskosvauvan sairaalassa olo aiheutti perheessä psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia vaikutuksia. Vaikutukset olivat yksilöllisiä, eivätkä kaikki vanhemmat kärsineet kaikista niistä, mutta tuloksiin on kerätty useimmin mainitut ja tulosten kannalta merkittävimmät vaikutukset.

Psyykkiset vaikutukset ilmenivät heti vauvan synnyttyä ja jatkuivat koko tehohoitojakson ajan huolenaiheiden vaihdellessa. Vanhemmat kokivat mm. tuskaa, surua ja ahdistusta vauvan tilasta, sekä pelkäsivät, selviytyykö hän. Vanhemmista molemmat kokivat samankaltaisia psyykkisiä tuntemuksia, mutta tutkijasta yllättävää oli se, että isät eivät niinkään tuoneet niitä esille, vaan keskittivät huomionsa työhön tai muuhun tehon ulkopuoliseen asiaan. Vauvan ennenaikainen syntymä ja ongelmat saivat useimmat vanhemmat tuntemaan, että he ovat syyllisiä tapahtumaan ja vastuussa siitä, vaikka harva vanhempi omilla teoillaan tai toiminnoillaan siihen vaikutti. Negatiivisten kokemusten purkuun ja vanhemmuuden vahvistamiseen tulisi hoitotyössä kiinnittää erityistä huomiota perhehoitotyön menetelmien keinoin, koska ne voivat

vaikuttaa myöhempään vanhempi-lapsisuhteen kehitykseen. Perhehoitotyön avulla voidaan vahvistaa perheen voimavaroja ja vastata tarvittaviin perhettä kohdanneisiin muutoksiin. (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 27.)

Ympäristö vaikutti paljon vanhempien kykyyn keskittyä vauvaan ja vei huomiota vauvalta. Kyvyttömyys normaaliin vanhemman roolin toteuttamiseen stressasi vanhempia. Stressin takaa voi löytyä myös muita tekijöitä, kuten ahdistava kokemus synnytyksestä ja pelosta vauvan selviytymisestä. Lehtosen ja Korjan(2006, 13) mukaan keskosien syntymä on vanhemmuutta haavoittava tekijä, jonka vuoksi on luvallista turvautua ammattiauttajiin ja läheisiin. Kaikki ylimääräinen huoli voi tuntua rasittavalta, jonka vuoksi esiin nousseista tunteista olisi hyvä puhua ääneen ennen kuin mietteet käyvät liian raskaiksi.

Tutkijalla nousi esiin mietteitä tehohoidon sääntöjen läpikäymisen tarpeesta, sekä tilojen esittelemisestä vanhemmille osastolle saapumisen jälkeen. Vanhempien alun stressin ja pelon vuoksi osa annetuista tiedoista on voinut jäädä sisäistämättä. Tiedämättömyys vauvojen tehohoitoyksikön säännöistä ja käytänteistä, sekä siitä, miten omaa vauvaa saa käsitellä, voisi mahdollisesti luoda vaikutuksia vanhemman rooliin heittäytymiseen. Avoimen ilmapiirin ja perhekeskeisen työskentelyn ylläpito on avainasiassa vanhempien uskallukseen kysyä ja tiedustella asioita.

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten mukaan erilaisten selviytymiskeinojen luominen psyykkisten vaikutusten minimoimiseksi vahvisti vanhempia kohtaamaan vauvaa ja voimaan paremmin haastavassa ympäristössä. Muun muassa vauvan koskettelu ja sylittely oli vanhemmille erittäin tärkeä selviytymiskeino. Korhosen(2006, 29- 30) mukaan vauvan lähellä olo ja kontaktin otto oli vanhempien alkuvaiheen tutustumista vauvaan. Vauvan tilanteen vuoksi hoitajien tuli kuitenkin arvioida vauvan jaksamista kosketukseen ja hoitoon.

Tutkijan omasta kokemuksesta keskosvauvan vanhempana kumpuaa muisto epävarmuudesta siitä, mikä oli tehohoitoympäristössä sallittua ja saiko omaan vauvaan

koskea. Tutkijalla nousi esiin mietteitä tehohoidon sääntöjen läpikäymisen tarpeesta, sekä tilojen esittelemisestä vanhemmille osastolle saapumisen jälkeen. Vanhempien alun stressin ja pelon vuoksi osa annetuista tiedoista on voinut jäädä sisäistämättä. Tietämättömyys vauvojen tehohoitoyksikön säännöistä ja käytänteistä, sekä siitä, miten omaa vauvaa saa käsitellä, voisi mahdollisesti luoda vaikutuksia vanhemman rooliin heittäytymiseen vanhempana. Avoimen ilmapiirin ja perhekeskeisen työskentelyn ylläpito on avainasiassa vanhempien uskallukseen kysyä ja tiedustella asioita. Tutkimusten mukaan pelon tunteet olivat vanhempien mukaan yleisiä. Pelkoa aiheutti mm. vauvan tilanne ja kohtaaminen, sekä vauvan hoitaminen kotona. Tutkimusten mukaan myös sisarukset kokivat pelkoa tilanteesta.

Tutkijan oman ajatuksen mukaan pelkoon saattoi liittyä myös tietämättömyys vauvan tilanteesta, sekä yleinen tiedon puute tehohoitovaiheesta. Vanhempien käyttäytyminen ja epävarmuus oli oletettavissa yhteydessä sisarusten kokemaan pelkoon. Salhin ym.(2012, 348) mukaan tiedon hankkiminen oli yksi selviytymiskeino vanhemmille, joka parhaassa tapauksessa rauhoitti vanhempien mieltä ja lisäsi hoitoon osallisuutta.

Kirjallisuuskatsauksessa vauvan sairaalassaolon sosiaaliset vaikutukset liittyivät yleisesti ihmissuhteisiin, eritoten vanhempien eroa lisääviin tekijöihin. Vauvan sairaalassaolon aikana vanhempien kommunikointi, yhdessä vietetty aika ja aviolliset velvollisuudet vähenivät. Tutkijan pohdinnan perusteella tämä on varmasti selitettävissä sillä, että isä kävi töissä tai vietti enemmän aikaa toisten lasten kanssa kotona ja äiti oli vauvan vierellä sairaalassa. Nämä toisiaan tukevat selitykset rajoittavat vanhempien näkemistä ja yhdessä oloa, sekä sen seurauksena kommunikointia. Sairaalavaiheen raskaus ja väsyttävyyys taas oli varmasti tekijänä aviollisten velvollisuuksien vähenemiselle. Tämän myötä vanhempien roolien muutoskin oli selitettävissä, vaimosta tuli hoivaaja ja isästä perheen elättäjä. Tämä tekijä saattoi kuormittaa vanhempien suhdetta. Suhteen kuormituksen on katsottu lisäävän riskitekijöitä vanhempien eroon. (Bachman & Lind 2008, 29.)

Parisuhteen sidos perustuu yksilöllisiin tarpeisiin ja odotuksiin. Odotukset vaihtelevat parisuhteesta riippuen ja niitä voi olla mm. tuen tarve, sekä oman tilan olemassaolon- oikeuden tarve. Tuen tarve on lähtöisin yksilön tarpeista ja käsityksestä omaan selviytymiseensä. Hyvin toimivassa parisuhteessa kumpikin osapuoli tukee perheessä haettuja rooleja ilman perhettä hajottavia ristiriitoja. (Paunonen 1999, 63, 65.) Jotkut vanhemmista kokivat puolisonsa liian vähän tukevana ja emotionaalisesti varautuneena. Puolisossa ilmentyneet negatiiviset löydökset olivat tekijä parisuhteen raskautukseen.

Vanhempien suhteen lisäksi sisarusten hyvinvointiin on syytä kiinnittää huomiota ja heidän tunteitaan tulee tunnistaa, jotta heitä voidaan auttaa. Hoitotyön yhtenä tavoitteena on ymmärtää perheenjäsenien yhteisymmärrystä ja keskinäistä tukea. (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 29.) Vanhemman tehtävänä on huolehtia lapsen psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista, joka sisältää lasta rakastavan ja läheisyyttä tarjoavan vuorovaikutussuhteen. (Paunonen 1999, 66.) Bachmanin ja Lindin(2008, 29) tutkimuksen mukaan päivärutiineihin tulleet voimakkaat muutokset ja huomion vieminen kotoa sairaalaan vaikutti kotona vallinneeseen ilmapiiriin. Tämä vaikutti varmasti siihen, että sisarukset kokivat tilanteesta sekaannusta, ahdistusta ja pettymystä, sekä syyllisyyden tunteita.

Suoria fyysisiä vaikutuksia kirjallisuuskatsaukseen haetusta aineistosta löytyi varsin vähän, sillä ilmaantuneet fyysiset vaikutukset olivat enemmänkin sosiaalisten tai psyykkisten vaikutusten seuraamusta.

Valikoituneiden tutkimusten perusteella vanhempien hoitoon osallistuminen oli heille selviytymiskeino, mutta myös kuormittava tekijä. Vanhemmat joutuivat tasapainottelemaan kodin ja sairaalan välillä ja jakamaan aikaansa mahdollisten kotona olevien lasten kesken. Pitkät matkat, sekä autoissa ja sairaalassa vietetty aika altistivat epäterveellisille ruokailutavoille ja kunnon ylläpidon vähenemiselle.

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tutkittiin, miten keskosvauvan sairaalassaolo vaikuttaa perheeseen. Katsauksen teossa huomioitiin perheen kaikki jäsenet, mutta useimmissa katsauksessa valikoituneista tutkimuksista oli keskitytty vain vanhempien kokemuksiin vaikutuksiin. Tutkijan mielestä perheisiin kohdistuneiden tukitoimien kartoittaminen olisi tärkeää, jotta osattaisiin löytää oikeanlainen tuki perheenjäsenille.

Hoitajien näkökulmasta ajatellen pitäisi tutkia heidän antamaansa perhehoitotyötä ja sen muutoksia, sekä vanhempien näkökulmasta perhehoitotyön toteutumista vastasyntyneiden tehohoidossa. Tuoretta tutkimustietoa tarvittaisiin

- Hoitajien toteuttama perhehoitotyö vastasyntyneiden teho-osastolla
- Perhehoitotyön toteutuminen vanhempien näkökulmasta vastasyntyneiden teho-osastolla.
- Keskosvauvan sairaalassaolon vaikutukset sisaruksiin ja heille kohdistuvat tukitoimet

Lähteet

- Axelin, A. & Pudas-Tähkä, S-M. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M. & Ääri, R-M. Turku: Digipaino, 47, 51- 52, 53- 54.
- Bachman, D. & Lind, R. 2008. Perinatal social work and the family of the newborn intensive care infant. *Socialwork in health care* 24: 3-4, 21-37.
- Bond, E., Callister, L. & Obeidat, H. 2009. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of perinatal education* 18(3), 23- 29.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 1996. Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo: WSOY, 119.
- Etzell, S., Korpivaara, L., Lukkarinen, T., Nikula, A., Pekkarinen, I., Peni, R. & Värmälä, H-M. 1998. Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä, 13, 79,82, 85, 145, 156, 170.
- Haapio, S., Koski, K., Koski, P. & Paavilainen, R. 2009. Perhevalmennus. Porvoo: EDI-TA, 30-31, 35, 83, 150, 151.
- Hakulinen, T., Koponen, P. & Paunonen, M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Perhe hoitotyössä. Toim. Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. Porvoo: WSOY, 25, 27, 29.
- Heerman, J., Wilhelm, P & Wilson, M. 2005. Mothers in the NICU: Outsider to partner. *Pediatric nursing* 31(3), 176-200.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja Kirjoita. 15. -16.p. Helsinki: Tammi, 224, 231-233.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset- Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M. & Ääri, R-L. Turku: Digipaino, 3-6, 7.
- Jumpponen, S. 2006. Keskosuuden määritelmät ja taustat. Teoksessa Kevyt pienokainen. Toim. Tarpila, J. Etelä-Savon Kirjapaino, 8- 11.
- Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Paavilainen, R., Potinkara, H. & Åsted-Kurkinen, P. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Porvoo: WSOY, 11- 13.

Järvinen, R., Lankinen, A., Taajamo, T., Veistilä, M., & Virolainen, A. 2012. Perheen parhaaksi. EDITA, 16- 17.

Juvakka, T. & Kylmä J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.p. Helsinki: Edita Prima, 112- 113, 117, 127, 131, 133, 144- 145, 154.

Kaisvuo, T., Storvik- Sydänmaa, S., Talvensaari, H. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja Nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro, 252- 253, 256- 257, 264- 274.

Kalland, M. 2006. Keskosvauvan varhainen vuorovaikutus ja kiintyminen. Teoksessa Kevyt pienokainen. Toim. Tarpila, J. Etelä-Savon Kirjapaino, 38- 39.

Kauhanen, J., Myllykangas, M., Nissinen, A. & Salonen, J. T. 1998. Kansanterveystiede. Porvoo: WSOY, 87.

Kero, P. 1997. Vastasyntyneen hengityselimistön taudit. Teoksessa Neonatologia. Toim. Kero, P., Käätä, P. & Välimäki, I. Medvisor, 94- 95, 97, 106.

Kirkinen, P. 1997. Raskaus ja synnytys. Teoksessa Neonatologia. Toim. Kero, P., Käätä, P. & Välimäki, I. Medvisor, 22.

Kiviniitty, S. 2006. Miksi kehitystä seurataan? Teoksessa Kevyt pienokainen. Toim. Tarpila, J. Etelä- Savon Kirjapaino, 106.

Korhonen, A. 1996. Keskosien hoitotyö. Tampere: Tammerpaino, 18, 22- 24, 26- 27, 101- 102, 118, 140.

Korhonen, A. 1999. Elämän ensitaidot. Erityisvauvan kehityksen tukeminen. Tampere: Tammerpaino, 14, 16, 33- 35, 75- 76, 141- 142, 167.

Korhonen, A. 2006. Keskosvauva tehohoidossa. Teoksessa Kevyt pienokainen. Toim. Tarpila, J. Etelä-Savon Kirjapaino, 26- 30, 32, 33- 35.

Korja, R. & Lehtonen, L. 2006. Tutkimus kertoo keskoslasten selviytyvän hyvin. Teoksessa Kevyt pienokainen. Toim. Tarpila, J. Etelä-Savon Kirjapaino, 11, 13.

Kyllönen, T. 1993. Vain kämmenen kokoinen. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 74.

Lehto, P. 2004. Jaettu mukana olo. Tampere: Tampere University, 11.

Manning, A. 2012. The Nicu experience: How does it affect the parents' relationship? The Journal of perinatal & neonatal nursing 26(4), 353- 357.

Marin, M. 1999. Perhe ja sen muutos suomalaisessa kulttuurissa. Teoksessa Perhe hoitotyössä. Toim. Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen. Porvoo: WSOY, 54.

Paavilainen, E. & Åsted- Kurki, P. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa Perhe hoitotyössä. Toim. Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. WSOY, 320-323.

Paunonen, M. 1999. Perheen sisäisen rakenteen osaryhmittymät. Teoksessa Perhe hoitotyössä. Toim. Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. Porvoo: WSOY, 63, 65-66.

Reivinen, J. & Vähäkylä, L. 2012. Kansan terveys, yksilön hyvinvointi. Gaudeamus, 9, 52- 53.

Routasalo, P. & Stolt, M. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M. & Ääri, R-M. Turku: Digipaino, 66.

Äidit tilastoissa. Viitattu 29.5.2015.

http://www.stat.fi/tup/tilastokirjasto/aitienpaivatilastoja_2014.html

Tuomi, J. ja elämäntutkimusryhmä 1999. Elämäntutkimus ja terveys. Sosiaali- ja terveysministeriö, 14- 15.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perheen tukeminen raskauden aikana. Teoksessa Perhe hoitotyössä. Porvoo: WSOY, 157. Toim. Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. Porvoo: WSOY, 157.

Viljanen, K. 1999. Perhekeskeinen lastenneuvolatyö. Teoksessa perhe hoitotyössä. Toim. Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. Porvoo: WSOY, 293- 295.

Salhi, C., Shen, L., Smith, V. & SteelFisher, G. 2012. Coping with the neonatalintensive care unit experience: Parents' strategies and views of staff support. The journal of perinatal & neonatal nursing. 26(4), 343- 352.