

VASTASYNTYNEEN HAPENPUUTTEESTA
JOHTUVIEN KOMPLIKAATIOIDEN EHKÄISY
VIILENNYSHOITO-OPAS VANHEMMILLE

Taru Loikas c14956
Opinnäytetyö, syksy 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja-diakonissa (AMK)

TIIVISTELMÄ

Loikas, Taru. Vastasyntyneiden hapenpuutteesta johtuvien komplikaatioiden ehkäisy – Viilennyshoito-opas vanhemmille. Diak Etelä, Helsinki, syksy 2012, 42s., 1 liite. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja-diakonissa, Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto (AMK).

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli laatia selkeä ja käytännöllinen opas asfyktisen vastasyntyneen vanhemmalle. Asfyksia on hapenpuutteen aiheuttama tila, joka voi aiheuttaa vakavia vaurioita sikiölle tai vastasyntyneelle. Asfyksiaa hoidetaan viilennyshoidolla. Viilennyshoidon tarkoitus on estää hapenpuutteesta johtuvien vaurioiden paheneminen. Oppaan tavoitteena on tiedottaa vanhempia viilennyshoidon periaatteista, tukea vanhempia konkreettisin keinoin luomaan varhaista vuorovaikutussuhdetta lapseensa, sekä kertoa kriisin aiheuttamista tuntemuksista. Opas on selkeä ja lyhyt, vanhempien tarpeeseen suunnattu.

Opinnäytetyö on toteutettu työelämälähtöisenä produktiona yhteistyössä Lastenklinikan vastasyntyneiden teho-osasto K7 kanssa. Asfyktisen vastasyntyneen viilennyshoidosta kertovaa opasta ei ole aikaisemmin tehty, sille on koettu olevan tarvetta.

Teoriaosuudessa on määritelty vastasyntynyt, asfyksia ja sen vaikutukset, viilennyshoito ja sen toteutus, varhainen vuorovaikutus ja kriisi, sekä vanhempien ohjaus. Aineistoa on kerätty kirjallisuudesta ja tutkimuksista. Opasta ovat arvioineet työlle nimetyt vastuuhenkilöt sekä osaston sairaanhoitajat ja lääkäri. Opasta on muokattu palautteen perusteella osaston tarpeita vastaavaksi.

Asiasanat: vastasyntynyt, asfyksia, viilennyshoito, varhainen vuorovaikutus, kriisi, potilasohje.

ABSTRACT

Loikas, Taru

A guide for the parents of asphyctic infant.

42p. 1 appendix. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Diaconial Nursing. Degree: Nurse.

Infants suffering from the symptoms of asphyxia need to be treated with a cooling method. The purpose of this thesis was to produce a practical and clear guidebook for parents and nurses to increase knowledge on cooling method. The project was commissioned and carried out in partnership with the infant intensive care unit at Children's Hospital in Helsinki.

The theory includes information on asphyxia, the cooling method, early interaction, crisis and guiding. The material of the thesis was collected utilizing various studies, 5 weeks practical training in the infant intensive care unit and the material provided by Children's Hospital. The guidebook contains information on the treatment, early interaction and the common symptoms of the crisis. This research was carried out in spring 2012.

The guidebook was assessed by the employees of the intensive care unit and the representatives of the partner organization. The guidebook was modified to its final form according to the feedback. The guidebook was considered clear and informative. The guidebook will be used at the infant intensive care unit in Helsinki Children's Hospital and the nurses will also distribute the guidebook to parents.

Keywords: Asphyxia, infant, cooling method, early interaction, crisis, guidebook

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 VASTASYNTYNEIDEN TEHO-OSASTO.....	6
3 TERVEEN SIKIÖN SYNTYMÄ.....	7
4 ASFYKSIA	9
4.1 Asfyksian eteneminen sikiön kehossa	9
4.2 Asfyksian toteaminen ja ensihoito	10
4.3 Hypoksis-iskeeminen enkefalopatia	11
4.4 Asfyktisen lapsen viilennyshoito	13
5 PELKO LAPSEN SELVIITYMISESTÄ	15
5.1 Kriisin aiheuttamat tuntemukset	15
5.2 Hengellisyys toivona kriisitilanteessa.....	16
6 VANHEMMAN JA LAPSEN VARHAINEN VUOROVAIKUTUS VIILENNYSHOIDON AIKANA.....	18
7 VANHEMPIEN OHJAUS.....	20
7.1 Vanhempien ohjaaminen hoitotyössä.....	20
7.2 Opas ohjausvälineenä	21
8 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAUS.....	22
8.1 Tarkoitus ja tavoitteet	22
8.2 Suunnitelma	23
8.3 Toteutus	24
8.4 Arviointi.....	26
9 POHDINTA	29
9.1 Eettisyys ja luotettavuus	29
9.2 Ammatillinen kasvu	30
LÄHTEET	32
LIITE: Viilennyshoito-opas	1

1 JOHDANTO

Perinataalinen asfyksia aiheuttaa vuosittain noin neljänneksen maailman neljästä miljoonasta neonataalikuolemasta. Kehittyneissä maissa sitä esiintyy noin 3–5 vastasyntyneellä tuhannesta, joista 2–3 tarvitsee viilennyshoitoa. Suomessa noin 200 vastasyntynyttä saa vuosittain asfyksiasta johtuvan aivovaurion. Asfyksia tulee yleensä äkillisesti joko kohdussa, jolloin synnytys on käynnistettävä heti, tai synnytyksen aikana. Vanhemmat joutuvat ennalta-arvaamattomaan tilanteeseen, jossa lapsi on hengenvaarassa. Epävarmuus vastasyntyneen selviytymisestä aiheuttaa vanhemmalle pelonsekaisia tunteita. (Tammela 2008; Leipälä ym. 2008.)

Asfyksiaa hoidetaan viilennyshoidolla. Lapsen kehon lämpötilaa lasketaan normaalista 37 asteesta 33.5 asteeseen viilennyslaitteen avulla. Viilennyshoito tulee aloittaa kuuden tunnin sisällä synnytyksestä. (Fellman & Luukkanen 2010.) Lapsi viedään synnytyssalista suoraan teho-osastolle saamaan viilennyshoitoa. Tilanne voi olla kriittinen ja hoitohenkilökunta on keskittynyt lapsen tehohoidon antamiseen, joten vanhempien informointi saattaa jäädä puutteelliseksi. Vanhemmille tilanne voi olla kaoottinen ja tiedon puute lisää stressiä.

Opinnäytetyöni on produktio, jonka myötä tuotan viilennyshoito-oppaan Lastenklinikan vastasyntyneiden teho-osastolle. Oppaan tavoitteena on tiedottaa vanhempia viilennyshoidosta ja sen toteutuksesta. Tarkoituksena on helpottaa vanhempien stressiä, joka johtuu tiedonpuutteesta ja tilanteen epävarmuudesta. Opas valmistelee vanhempia siihen, miltä lapsi näyttää ja tuntuu hoidon aikana sekä miten he voivat itse osallistua lapsensa hoitoon.

2 VASTASYNTYNEIDEN TEHO-OSASTO

Lasten- ja nuorten sairaala kuuluu Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. Vastasyntyneiden teho-osasto K7 on yksi sen kahdestatoista osastosta ja kuuluu pediatrian vastuualueeseen. Osastolla hoidetaan keskosta sekä muita teho-hoitoa tai tehovalvontaa tarvitsevia vastasyntyneitä. Osasto K7 on vastuussa Helsingin ja Uudenmaan alueelta sekä osittain myös muualta Suomesta tulevista teho-hoitoa tarvitsevista vastasyntyneistä.

Osastolla on 14 tehohoitopaikkaa. Keskimääräinen hoitoaika on 5 vuorokautta, mutta pienempien keskosten hoito voi kestää useamman kuukauden. Osaston hoitajakson jälkeen potilaat siirtyvät aina jatkohoitoon omaan lähisairaalaan. Potilaat tulevat osastolle yleensä päivystysluontoisesti suoraan synnytysosastoilta. Yleisin syy tehohoidolle on ennenaikaisuus. Teho-hoitoa tai valvontaa voivat tarvita myös hengitysvaikeuksista, infektiosta, sekä synnytyksen aikaisista komplikaatioista kärsivät vastasyntyneet. Osasto on ympärivuorokautisessa valmiudessa vastaanottamaan potilaita. (K7 perehtymiskansio 2009)

Vastasyntyneiden teho-osastolla toimii moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat lääkärit, sairaanhoitajat, farmaseutti, sosiaalityöntekijä ja sairaalapastori sekä psykiatrinen sairaanhoitaja. Vastasyntyneiden tehohoito vaatii paljon laitteistoa, kuten hengityskoneita, keskoskehtoja, monivalvontalaitteita ja infuusioauto-maatteja. Röntgen- ja ultraäänitutkimukset tehdään osastolla, samoin kuin osa kirurgisista toimenpiteistä ja leikkauksista. Vastasyntyneiden tehohoidossa vanhemmuuden ja varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen on tärkeä hoitoon kuuluva asia. Osastolla toimii vanhempainryhmä, jossa vanhemmat voivat tavata toisiaan ja saada vertaistukea. (K7 Vastasyntyneiden teho-osasto, 2012)

3 TERVEEN SIKIÖN SYNTYMÄ

Normaalisti raskaus kestää 40 viikkoa. Valtaosa lapsista syntyy raskausviikoilla 37–42. Kansainvälisen määritelmän mukaan kyseessä on synnytys, kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa ja sikiö painaa noin 500 grammaa. Normaali synnytys sujuu itsestään, eikä sen kulkuun tarvitse varsinaisesti puuttua. Synnytyksen aikana seurataan tarkasti sekä äidin että sikiön vointia, jotta mahdolliset häiriöt voitaisiin ajoissa todeta. Suomessa synnytykset hoidetaan pääosin sairaaloissa, koska normaalikin synnytys voi nopeasti muuttua riskialttiiksi. (Tiitinen 2011.)

Sikiöaikana istukka huolehtii kaasujen vaihdosta ja kuona-aineiden puhdistuksesta. Syntymähetkellä vastasyntyneen keuhkot ovat nesteen täyttämät ja lapsen on mukauduttava oman hengityksensä avulla tapahtuvaan kaasujen vaihtoon. Täysiaikainen vastasyntynyt aloittaa yleensä hengittämisen n.10–40 sekunnin kuluessa. Vastasyntyneen elimistön sopeutumista syntymän jälkeiseen elämään kutsutaan adaptaatioksi. Lapsen merkittävät elinjärjestelmät ovat anatomisesti jo kypsiä, mutta toiminnallisesti vielä keskeneräisiä. Kypsymistä tapahtuu eri aikoihin ensimmäisten minuuttien ja päivien aikana. Ensimmäiseksi adaptoituvat heti syntymän jälkeen hengityselimet ja keuhkot. Suoliston ja munuaisten toiminta käynnistyy päivien, joiltain osin vasta viikkojen kuluessa. Adaptaatiovaihe on hyvin herkkä häiriöille. (Luukkanen & Fellman 2010.)

Syntymän jälkeen lapsesta arvioidaan kunto eli apgarin pisteet. Ne arvioidaan minuutin ja viiden minuutin ikäisenä. Apgarin pisteet muodostuvat sydämen sykkeestä, hengityksestä, jäntevyydestä, ärtyvyydestä ja vartalon väristä. Kustakin osa-alueesta voi saada 2 pistettä, eli yhteensä 10 pistettä. Normaali vastasyntynyt saa yleensä noin 7–10 pistettä. Usein napavaltimeosta otetaan verinäyte verikaasuanalyysiä varten, joka on arvokas lisä arvioimaan lapsen vointia.

Normaalisti lapsi reagoi kohdun ulkoiseen ympäristöön raajojen liikkeillä, syvällä sisäänhengityksellä ja itkulla. Jos näin ei tapahdu, pitäisi lasta stimuloida ulkoisella hellävaraisella ärsytyksellä. Vastasyntyneistä noin 10 prosenttia tarvitsee

hengitystä ja verenkiertoa stimuloivia toimenpiteitä, noin 1 prosentti tarvitsee mekaanista ventilaatiota ja 1/1000 tarvitsee paineluelvytystä tai adrenaliinia. (Käypähoito 2008; Ylikorkala & Kauppila 2004; Fellman & Luukkainen 2006, 12.)

4 ASFYKSIA

Asfyksialla tarkoitetaan tilannetta, jossa elimistö kärsii vaihe vaiheelta etenevästä hapenpuutteesta. Hapenpuutos voi tulla sikiölle raskausaikana tai synnytyksessä. Raskauden aikana asfyksialle yleisimmin altistavia tekijöitä ovat istukan vajaatoiminta tai ennenaikainen irtoaminen, napanuoran puristuminen tai ulostulo, kohdun repeäminen tai mekoniumia sisältävä lapsivesi. Myös äidin tai sikiön perussairaus tai sikiön sairaus, kuten infektio voivat altistaa sikiöaikaiselle asfyksialle. (Fellman & Luukkanen, 2010.)

4.1 Asfyksian eteneminen sikiön kehossa

Kun sikiö alkaa kärsiä hapenpuutteesta, syntyy hypokseminen tila, jossa valtimoveren happipitoisuus vähenee. Happisaturaation lasku ei vielä vaikuta elintoimintoihin. Samankaltainen tila voi tulla aikuisille, jotka altistuvat suurille korkeuseroille. Happivajeesta kärsivä sikiö yrittää selviytyä tilanteesta tehostamalla hapenottoa, lisäämällä keuhkoveren ja punasolujen määrää, sekä vähentämällä liikehdintää kohdussa, jolloin energian kulutus ja sitä myötä hapen tarve vähenee. Hypoksemiasta kärsivä sikiö voi löytää hetkellisen tasapainotilan, jossa se selviytyy lievästä happivajeesta päivien ja viikkojen ajan, mutta rasituksesta johtuen sen elinjärjestelmien kehityksessä ja kasvussa saattaa ilmetä ongelmia. Sikiö kestää huonommin mahdollisia tulevia komplikaatioita, esimerkiksi synnytyksen aikaisia komplikaatioita. (Fellman & Luukkainen 2002, 109; Sundström, Rosen & Rosen 2006, 9.)

Happisaturaation laskiessa hypoksemian puolustusmekanismit ovat riittämättömät. Happivaje alkaa vaikuttaa perifeerisissä kudoksissa ja sikiölle syntyy hypoksia. Keho alkaa tuottaa stressihormoneja. Adrenaliinia ja noradrenaliinia vapautuu lisämunuaisista ja sympaattisesta hermojärjestelmästä. Verenkierto jakaantuu uudelleen eli tapahtuu redistribuutio. Verta kulkeutuu runsaammin selviytymisen kannalta tärkeisiin elimiin kuten aivoihin, sydämeen ja lisämunuaisiin, jotka tarvitsevat kaiken jäljellä olevan hapen energian tuotantoonsa ja ta-

sapainotilan saavuttamiseen. (Fellman & Luukkainen 2002, 109; Sundström, Rosen & Rosen 2006, 9.)

Samalla verta kulkee vähemmän tärkeisiin elimiin kuten raajoihin, maksaan, munuaisiin, suolistoon ja keuhkoihin. Veren virtaus lisääntyy jopa 2–5-kertaiseksi, jotta riittävä hapensaanti ja aktiviteetin ylläpito säilyisi. Kudoksissa, joissa happea on vähän tai ei lainkaan, solut alkavat käyttää anaerobista metaboliaa. Sen myötä hiilidioksidia kertyy elimistöön. Happo-emästasapaino häiriintyy, jolloin elimistö happamoituu ja syntyy metabolinen asidoosi. Sikiö pystyy hallitsemaan hypoksista tilaa tuntien ajan. (Fellman & Luukkainen 2002, 109; Sundström, Rosen & Rosen 2006, 9.)

Asfyksiasta puhutaan silloin, kun sikiön sympaattinen hermosto aktivoituu maksimaalisesti ja anaerobinen metabolia alkaa myös keskeisissä tärkeissä elimissä. Sikiö alkaa hyödyntää maksassa ja sydänlihaksessa olevia glykokeenivarojaan. Veren virtaaminen ja uudelleen jakautuminen on yhä tehokkaampaa. Sikiö pyrkii säilyttämään verenkiertojärjestelmänsä niin kauan kuin on mahdollista. Tilanteen pitkittyessä sikiö käyttää puolustusmekanisminsa loppuun, jolloin koko järjestelmä hajoaa nopeasti. Aivot ja sydän lakkaavat toimimasta. (Sundström, Rosen & Rosen 2006, 10; Timonen & Erkkola 2004; Fellman & Järvenpää 2007.)

Synnytyksestä selviytyäkseen terveellä sikiöllä on olemassa puolustusmekanismeja, joiden avulla se pystyy selviytymään jopa huomattavasta happivajeesta ja kehittymään sen jälkeen normaalisti. Heikommin selviytyvät ne sikiöt, jotka ovat kärsineet happivajeesta jo raskausaikana. Synnytyksessä asfyksialle yleisimmin altistavia tekijöitä ovat napanuorakomplikaatiot, kohdun repeäminen, imukuppisynnytys, sekä hätäsektio. (Sundström, Rosen & Rosen 2006, 9.)

4.2 Asfyksian toteaminen ja ensihoito

Asfyksiaa tulisi aina ennaltaehkäistä, koska spesifistä parantavaa hoitoa ei ole. Hoito perustuu sekundaaristen vaurioiden ehkäisemiseen. Tärkeää on huomata sikiön hapenpuutteesta johtuvat oireet ja ryhtyä ajoissa toimenpiteisiin. Sikiön

vähentyneet liikkeet, sykekäyrän ja verenvirtauksen muutokset, sekä mekoniumia sisältävä lapsivesi ovat asfyksian merkkejä, jolloin lapsi on synnyttävä mahdollisimman nopeasti. (Fellman & Luukkainen 2010.)

Asfyksian hoidossa ensisijaista on tehokas alkuelvytys. Kalpea ja veltto vauva, joka ei reagoi stimulointiin ja jonka syke on alhainen, elvytetään maskiventiloimalla. Ventilointi aloitetaan ilmalla, jotta lapsen oman hengityksen alkaminen ei viivästyisi. Jos syke laskee alle 60 kertaa minuutissa, ventiloidaan 100 prosenttisella hapella. Ventilaation jatkuessa tuloksettomana 2 minuutin ajan, harkitaan lapsen intuboimista. Jos vastetta ei ole, aloitetaan paineluelvytys, jonka suhde keuhkotuuletukseen eli ventilaatioon on 3:1, 90 painallusta ja 30 puhallusta minuutissa. Lapsi intuboidaan ja jatketaan ventiloimista intubaatioputken kautta. Liikahapen antoa tulee varoa, sillä se voi vähentää aivoverenkiertoa. Lapsen happisaturaatiota ja pulssia seurataan saturaatiomittarista oikeasta kädestä. (Käypähoito 2008.)

Asfyksian hoidon tarkoituksena on ehkäistä komplikaatioita ja vähentää hapenpuutteesta johtuvia sekundaarisia vaurioita, joita ovat sydänlihaskvauriot, keuhko- ja suolisto-ongelmat sekä munuais- ja maksavauriot. Hoidon tavoitteena on normalisoida yleisvointia tukitoimenpitein. Hapetuksella, nesteytyksellä, täsmällisellä lääkehoidolla sekä punasoluilla tuetaan sydämen toimintaa, ylläpidetään verenpainetta ja hapettumista. Asfyksiaa hoidetaan viilennyshoidolla, jonka tarkoituksena on estää hapenpuutteesta syntyneiden vaurioiden paheneminen. (Fellman & Luukkainen 2006, 164; Käypähoito 2008; Fellman & Luukkainen 2010.)

4.3 Hypoksis-iskeeminen enkefalopatia

Suomessa syntyy vuosittain noin 200 lasta, jotka kärsivät hapenpuutteen aiheuttamasta aivotoiminnan häiriöstä eli hypoksis-iskeemisestä enkefalopatiasta, HIE:sta. Vastasyntyneen HIE voidaan jakaa kolmeen vaikeusasteeseen taudin kuvan ja aivosähkökäyrän eli EEG-muutosten perusteella. HIE oireita ovat tajunnantason muutokset, jäntelevyyden, varhaisvasteen sekä asennon poik-

keavuudet ja kouristukset. (Tommiska & Metsäranta 2012; Fellman & Luukkainen 2006, 169.) Ennenaikaisilla vastasyntyneillä asfyksian jälkeiset oireet ovat vaihtelevia, joten HIE-diagnoosia käytetään yleensä vain täysiaikaisilla lapsilla. (Fellman & Luukkainen 2006, 169.)

Lievässä HIE:ssa ennuste on hyvä. Oireina voi olla yliärtyneisyyttä. EEG on normaali, eikä kouristuksia esiinny. (Fellman & Luukkainen 2006, 169) Keski-vaikeassa HIE:ssa aivovaurion mahdollisuus on 40 %. Vauva on velto ja vaisu, EEG on poikkeava ja kouristukset ovat mahdollisia. (Tommiska & Metsäranta 2012.) Tajunnan tason häiriöt ja neurologiset oireet ovat mahdollisia. Kriittisin vaihe on 42–78 tunnin sisällä lapsen syntymästä. Lapsi saattaa aluksi olla vähäoireinen jopa useiden tuntien ajan. (Fellman & Luukkainen 2006, 169.)

Vaikeassa HIE:ssa ennuste on huono: 80–100% saa aivovaurion tai kuolee. Lapsi on yleensä tajuton ja saa vaikeita kouristuskohtauksia, jotka alkavat yleensä ensimmäisen vuorokauden lopulla ja ovat intensiivisiä ja vaikeasti hallittavia. EEG on vahvasti poikkeava. Hengitys on epäsäännöllistä, voi lamautua, ja verenkierto voi olla riittämätöntä. Aivorunko-oireet ja monielinvauriot ovat mahdollisia. (Tommiska & Metsäranta 2012; Fellman & Luukkainen 2006, 169.)

Hoito perustuu sydämen toiminnan tukemiseen ja verenpaineen ylläpitoon. Kouristuksia hoidetaan lääkehoidolla ja kohonnutta aivopainetta ehkäistään nesterajoituksella. Hypotermia eli viilennyshoito voi parantaa niiden lasten ennustetta, jotka kärsivät HIE:n toisesta tai kolmannesta asteesta. (Fellman & Luukkainen 2006, 169.) Seurauksia on vaikea ennustaa alkuvaiheessa, joten asfyktiset ja HIE:sta kärsivät lapset ovat kehitysseurannassa kahden vuoden ikään asti ja joissain tapauksissa kouluikään asti. (Leipälä ym. 2008). Lyhytaikaisesta hapenpuutteesta ja onnistuneen viilennyshoidon avulla vastasyntynyt voi selviytyä ilman vakavia vaurioita. (Sundström, Rosen & Rosen 2006, 9.)

4.4 Asfyktisen lapsen viilennyshoito

Viilennyshoidon vaikuttavuudesta on saatu viime vuosina paljon näyttöä. Vuonna 2012 tehdyn takautuvan tutkimuksen mukaan alle kuuden tunnin iässä aloitettu viilennyshoito vähentää asfyktisen vastasyntyneen kuolleisuutta, vaikeaa kehitysviivettä, CP-vammaa ja sokeutumisen riskiä merkittävästi. Viilennyshoidossa olleiden lasten todennäköisyys jäädä terveinä eloon lisääntyi. (Tommiska & Metsäranta 2012.) Lastenklinikan vastasyntyneiden teho-osastolla annetaan viilennyshoitoa vuosittain 15–20 vastasyntyneelle. Hoitoa on käytetty vuodesta 2006 asti. Viilennyshoidon edellytyksenä on pidetty kohtalaista tai vaikeaa HIE:tä tai kouristuksia. (Tommiska & Metsäranta 2012.)

Viilennyshoidon periaate on, että kehon lämpötila lasketaan normaalista 37 asteesta 33,5 asteeseen. Kehon lämmön laskiessa verenkierto ja aineenvaihdunta hidastuvat, jolloin aivot tarvitsevat vähemmän happea ja energiaa. Tämän seurauksena happivajeen eteneminen elimistössä estyy. Viilennykseen käytetään lapsen ympärille asetettavia lätkiä tai pukua laitteesta riippuen. Viilennyskappaleissa kiertää neste, jonka lämpötila säätyy automaattisesti lapsen ydinlämmön mukaan. (Tommiska & Metsäranta 2012.)

Koko kehon viilennyksen lisäksi on mahdollista viilentää vain pää, jolloin viilennysmyssynlämpötilaksi säädetään 8–12 astetta (Leipälä ym. 2008). Tarkoituksena on pitää kehon lämpötila hieman lämpimämpänä kuin aivojen, noin 34–35 asteessa, jolloin hypotermian aiheuttamat mahdolliset haittavaikutukset vähenevät. Muutamista tutkimuksista on selvinnyt, että koko kehon viilennys olisi tehokkaampaa kuin pelkän pään viilennys (Rantala & Ruuth 2010.)

Viilennyshoito on aloitettava 6 tunnin kuluttua syntymästä. Tätä myöhemmin aloitetun hoidon on todettu vähentävän hypotermian suojaa. Hoito on sitä tehokkaampaa ja antaa sitä paremman neurologisen suojan, mitä nopeammin se päästään aloittamaan. Viilennyshoito kestää n. 72 tuntia, ja sisältää aloitus-, ylläpito- ja lämmitysvaiheen. (Leipälä ym. 2008.) Aloitusvaiheessa kehon lämpötila lasketaan nopeasti 33,5 asteeseen. Ylläpito vaihe kestää 72 tuntia, jonka jälkeen vastasyntyneen kehoa lämmitetään normaalilämpöiseksi hitaasti 6–12

tunnin ajan. Pyrkimyksenä on pitää lämpötila tasaisena, koska pienetkin vaihtelut voivat vaikuttaa neurologiseen lopputulokseen. Vastasyntyneen kehon lämpötilaa seurataan viilennyslaitteen anturin avulla peräsuolesta, iholta ja kainalosta, jotta lämpötila pysyy tasaisena. (Rantala & Ruuth 2010.)

Lapsen lämpötilaa tarkkaillaan vielä 4 tuntia viilennyshoidon loputtua, jotta lämpö ei nouse liian korkeaksi. Liian nopea lämmitys voi altistaa komplikaatioille. Viilennyshoidon sivuvaikutuksina saattaa tulla bradykardiaa eli sydämen harvallyöntisyyttä ja trombosytopeniaa, eli verihiutaleiden vähenemistä veressä. Normaalisti pulssitaso laskee. Jos syke säilyy normaalina, tämä voi olla oire stressistä tai riittämättömästä kipulääkkeestä. Lapsen neurologisia muutoksia seurataan aivosähkökäyrästä, jota voi tulkita aEEG- monitoroinnilla päähän asetettujen pienten neulojen avulla. (Rantala & Ruuth 2010; Leipälä ym. 2008; Tommiska & Metsäranta 2012.)

5 PELKO LAPSEN SELVIYTYMISESTÄ

Asfyksia on vakava, joskus kuolemaan johtava tila. Asfyksiaa on vaikea ennakoita ja se voi tulla yllättäen. Vanhemmat joutuvat ennalta arvaamattomaan tilanteeseen, jossa lapsi on hengenvaarassa. Tapahtuma voi olla ihmismielelle psyykkisesti traumaattinen. Traumaattiseen elämäkokemukseen liittyy usein vakava uhka elämän jatkuvuudelle. (Lönnqvist, 2005.) Tieto traumaattisesta tapahtumasta voi johtaa tilaan, jossa normaali elämänkulku pysähtyy. Tulevaisuuden mielikuvat saattavat muuttua hetkessä. Ihmisen psyykkinen tasapaino voi murtua hetkellisesti. (Lönnqvist, Henriksson & Marttunen 2011.) Tilanne herättää turvattomuutta ja elämänhallinnan menetyksen tunteita (Pesonen 2011). Psyykkinen kriisi kehittyy silloin, kun omat sopeutumiskeinot eivät enää riitä palauttamaan tasapainoa. Mielenterveyden voimavarojen ”säiliö” vuotaa yli, kun ärsykkeiden määrä ylittää käsittelykyvyn rajat. (Lönnqvist, Henriksson & Marttunen 2011.)

5.1 Kriisin aiheuttamat tuntemukset

Shokkivaihe on välitön reaktio traumaattiseen tilanteeseen. Tapahtunutta on vaikea käsitellä, joten se saatetaan kieltää kokonaan. Turtuminen tai yliaktiivinen toiminta ovat suojautumiskeinoja tilanteessa, jota ei pysty käsittämään. (Väisänen & Karttunen) Tunteet voivat olla ikään kuin pinnan alla, eikä tuskaa pystytä vielä kohtaamaan. Käyttäytyminen voi olla hyvin järjestäytynyttä. Shokkivaiheeseen liittyy myös fyysisiä tuntemuksia kuten pahoinvointia, huimausta, vatsakipuja ja sydämen tykytystä. (Kiiltomäki 2007, 15.)

Shokkivaiheessa oleva vanhempi tarvitsee hoitajan ohjausta ja tukea. Sairaanhoidajan on huomioitava mahdolliset äkilliset reagoititavan muutokset. Kriisin kokeneen vointi voi muuttua, jolloin tilanne on arvioitava uudelleen. Selkeiden ohjeiden antaminen rauhoittavalla äänenpainolla tuo turvaa sekavaan tilanteeseen. (Kiiltomäki 2007, 16.) Tilanteen käsittäminen vie hetkestä muutamaa päivää. Vanhemman alkaessa kohdata todellisuutta ahdistuneisuus voi lisään-

tyä. Psyykkiset ja fyysiset oireet voivat voimistua ja vaihdella hetkestä toiseen. Tunteet voivat tulla esiin hyvinkin voimakkaina. (Väisänen & Karttunen.) Hoitaja voi toimia aktiivisena kuuntelijana ja rohkaista vanhempaa puhumaan ja käymään läpi tapahtunutta. Vanhempi tarvitsee paljon lepoa, mutta myös toimintaa unohtaakseen hetkeksi tapahtuman. (Kiiltomäki 2007, 16.)

Traumaattisen tilanteen työstäminen johtaa hitaasti kohti tapahtuman hyväksymistä. Se voi kestää muutamista kuukausista vuoteen. Aihetta ei tarvitse enää vältellä, tapahtuneesta on suhteellisen selkeä kuva mielessä. Traumaan liittyvät pakonomaiset muistot tulevat siedettäviksi, tuskaisuus vähenee ja toimintakyky paranee. Vähitellen ahdistus ja masennus helpottuvat. (Lönngqvist, Henriksson & Marttunen 2011.) Kun ihminen kokee järkyttävän tapahtuman, hän kaipaa läheleen ihmisiä, jotka välittävät. Kukaan ei voi ottaa pois tapahtuneen aiheuttamaa taakkaa, mutta voi hetken kantaa hämmennystä ja hätää toisen kanssa. Kriisin jakaminen ei ota pois kipua, mutta voi lieventää sitä. Nähdyn ja kuullun tuleminen on tärkeää. (Aalto & Gothóni 2009, 25.)

5.2 Hengellisyys toivona kriisitilanteessa

Hengellisyys määritellään hoitotieteessä haluna ymmärtää itseä suuremman olemassaolo. Kiinnostus pohtia elämän merkitystä ja tarkoitusta, sekä suhdetta muihin ihmisiin, Jumalaan ja maailmankaikkeuteen. Hengellisyys on toivoa ja mahdollisuuksien tunnistamista omassa elämässään. Luottamusta tulevaisuuteen. Uskonto voi tarjota tarkoituksen ja päämäärän olemassaololle. Usein ihminen herää pohtimaan elämän peruskysymyksiä kohdatessaan vakavaa sairautta, kärsimystä tai kuolemaa. Kysymykset voivat koskea ihmisen koko olemassaoloa. Kaikkiin kysymyksiin ei ole vastausta, silti on tärkeää, että niitä saa miettiä toisen ihmisen kanssa. Se voi olla hoitaja, lääkäri, ystävä, omainen, diakoniatyöntekijä tai pappi. (Aalto & Gothóni 2009, 12–13.)

Hoitajilta toivotaan aikaa kuuntelulle ja keskustelulle. Hoitaja voi välittää asiakkaalle toivoa ja turvallisuutta tilanteessa. Nykyaikana hoitotyössä käytetään yhä monimutkaisempia välineitä ja koneita, mutta henkinen ja hengellinen tukemi-

nen on edelleen toisen ihmisen läsnäoloa. Hoitaja voi tarjota tukeaan kuuntelemalla ja keskustelemalla vanhempien kanssa. Pienikin läsnäolon hetki osoittaa välittämistä ja voi tuoda vanhemmille turvaa ja lohtua. (Aalto & Gothóni 2009, 5.)

Hengellisistä kysymyksistä keskusteleminen voi tuntua vieraalta, jos kyseessä ei ole itselle mieluisa tai tuttu aihe. Usein keskusteltaessa hengellisistä asioista tärkeintä on kuuntelu ja läsnäolo. Kertojalle tärkeintä on, että häntä kuullaan ja hänen viestinsä otetaan vastaan kunnioittavasti. Persoonallisuuteen, ja elämänsä katsomukseen liittyvät tekijät, kuten herkkyyys ja kypsyys, vaikuttavat hoitajan kykyyn ja haluun tukea potilasta hengellisesti. Työyhteisössä voi olla hoitajia, jotka kokevat luonnolliseksi ja mielluisaksi kohdata potilaan hengelliset tarpeet. He voivat toimia työryhmän tukena ja ohjaajana. (Aalto & Gothóni 2009, 22.)

6 VANHEMMAN JA LAPSEN VARHAINEN VUOROVAIKUTUS VIILENNYSHOIDON AIKANA

Varhainen vuorovaikutus tarkoittaa lapsen ja vanhemman välistä kommunikointia. Se on perusta kiintymyssuhteen syntymiselle. Varhainen vuorovaikutus on katseita, eleitä, ilmeitä sekä ääntelyjä lapsen ja vanhemman välillä. Varhaisella vuorovaikutuksella on erityinen merkitys lapsen ja koko perheen selviytymisessä. Suhteen kautta lapselle muodostuu perusturvallisuuden tunne, jolle minäkuva ja myöhemmät ihmissuhteet perustuvat. Vanhempien kiintymys luo siteen, joka suojaaa lasta myöhemmissä elämän vaiheissa. (Korhonen 1999, 145.) Varhaislapsuuden turvaton ja puutteellinen kiintymyssuhde voi vaikuttaa lapsen myöhempään sopeutumisprosesseihin.

Lapsen odottamaton sairaus voi aiheuttaa vanhemmissa monenlaisia tunteita (Niemelä, Siltala & Tamminen 2003, 192–195). Vanhempi voi kokea pelkoa, epävarmuutta tai kiinnostuksen puutetta. Vastasyntynyt ei välttämättä tunnu tai näytä siltä, kun vanhemmat ovat etukäteen ajatelleet ja heidän voi olla vaikea tunnistaa lasta omakseen. (Kalland 2003, 193; Ivanoff ym. 2006, 37.) Tieto lapsen hoidosta teho-osastolla tulee yllättäen ja odottamatta. Alussa teho-osaston äänet ja valot, sekä henkilökunnan paljous voivat kuormittaa vanhempia ja oman lapsen löytäminen letkujen ja hoitolaitteiden keskeltä voi olla vaikeaa.

Vanhemmat tarvitsevat apua kohdatessaan vauvansa uusista lähtökohdista. (Schulman 2003, 152.) Vanhempien mahdollisuus vastata vauvansa hoidosta on tehohoidosta johtuen rajallista. Vanhemmat voivat kokea olevansa muiden ihmisten ammattitaidon varassa ja tuntea avuttomuutta vanhempina. (Korhonen 2003, 26.) Vanhemmuutta tuetaan ja kunnioitetaan kertomalla kaikesta meneillään olevasta. Vanhempien on saatava osallistua päätöksentekoon aina kun se on mahdollista. (Schulman 2003, 152; Korhonen 2006, 26.)

Vanhemmat tarvitsevat tukea ja kannustusta hoitajilta. Hoitajat ohjaavat vanhempia vuorovaikutukseen vauvan kanssa, sekä vastavuoroisuuteen ja sitoutumiseen. Äitejä ohjataan usein tunteiden esiintuomiseen ja isiä konkreettiseen

toimintaan. Hoitaja luo tilanteita, joissa vanhemman on mahdollisuus viettää aikaa lapsensa kanssa. Vanhempia autetaan tunnistamaan vauvan viestejä ja ohjataan lapsen hoidossa ja käsittelyssä. (Inberg 2006, 192–202.) Vanhemman herkkyydellä aistia vauvan sosiaalisia ja emotionaalisia tarpeita on vaikutusta lapsen kiintymyssuhteen ja tunne-elämän kehitykseen (Pesonen 2010, 515; Ivanoff ym. 2006, 37). Kun vanhempi oppii tulkitsemaan vauvan viestejä, vuorovaikutussuhteesta tulee vastavuoroinen, jota säätelevät vauva ja vanhempi yhdessä (Pesonen 2010, 515). Varhaisen vuorovaikutuksen myötä vanhemman ja lapsen suhde syvenee ja muuttuu tunnesiteeksi (Ivanoff ym. 2006, 37).

Vastasyntynyt totuttelee kohdun ulkopuolisen elämään ensimmäisten päivien ja viikkojen aikana. Vanhemmat tukevat lasta sopeutumaan uuteen ympäristöön. Läheisyys ja kosketus rauhoittavat, tuottavat iloa, sekä toimivat kehityksellisenä ympäristönä vastasyntyneelle. (Niemelä, Siltala & Tamminen 2003, 115.) Hoidon alussa vanhemmat saattavat ajatella, että kiintymyssuhteen syntyminen on heidän varassaan. Viilennyshoidossa oleva vastasyntynyt ei kuitenkaan ole passiivinen kiintymyksen vastaanottaja, vaan hän reagoi vanhempiansa ääniin, omien resurssiensa mukaisesti. Lapsi kuulee kohdusta asti tuttuja ääniä ja oppii nopeasti tuntemaan vanhempiansa kädet ja niiden kautta välittyvän huolenpidon ja rakkauden. (Korhonen 1999, 145.; Korhonen 1996, 27.)

7 VANHEMPIEN OHJAUS

7.1 Vanhempien ohjaaminen hoitotyössä

Vanhempien ja omaisten ohjaaminen on keskeinen osa sairaanhoitajan työtä. Ohjaus on suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa osana muuta hoitoa. Ohjaustilanteita syntyy erilaisissa tilanteissa, usein suunnittelematta vanhemman aloitteesta. Ohjauksella tuetaan vanhempia löytämään omia voimavaroja ja kannustetaan heitä osallistumaan lapsen hoitoon, siltä osin, kun se on mahdollista. Sairaanhoitajan kiireinen työtahti tuo omat haasteensa ohjaamiselle, jolloin sen tehokkuus korostuu. (Kyngäs ym. 2007, 5.)

Ohjaamisen tulisi olla vuorovaikutteista ja tasa-arvoista keskustelua, jossa vanhempi on aktiivinen osapuoli. Ohjaussuhteessa vanhempi on oman elämänsä ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Vanhempien erilaisuus ja erilaiset tiedot, sekä tukeen liittyvät tarpeet asettavat hoitajille suuria haasteita. Ohjaamisen tulisi perustua yksilöllisyyteen, siksi taustatilanne tulisi ottaa huomioon ohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, 26.) Hoitajan ohjaustaidoissa tärkeintä ovat tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä. Lisäksi hoitajalla tulee olla vuorovaikutus ja johtamistaitoja, sillä hän toimii ohjauksen ja vuorovaikutuksen käynnistämisen ja etenemisen asiantuntijana. (Kyngäs ym. 2007, 34.)

”Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä painottaa ammattieettisissä velvollisuuksissa asiakkaan etua. Asiakkaalle koituvaa hyötyä lisäävät hänen osallistumisensa ohjaukseen, oikein ajoitettu ja annettu ohjaus, sekä sen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi”. (Kyngäs ym. 2007, 17.)

7.2 Opas ohjausvälineenä

Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on erityisen tarpeellista silloin, kun suullisen ohjauksen toteuttamiselle on liian vähän tai ei ollenkaan aikaa. Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan erilaisia kirjallisia ohjeita ja oppaita. Niiden avulla vanhemmille voidaan jo ennalta välittää tietoa tulevista hoitoon liittyvistä asioista. Kirjallisten ohjeiden tulisi olla vanhemmalle sopiva ja hänen tietojensa ja tarpeidensa mukainen. (Kääriäinen 2007,124) Hyvä potilasopas etenee loogisesti ja siinä on juoni, jossa asiat ovat kerrottu tärkeysjärjestyksessä ja vanhempien näkökulmasta (Hyvärinen 2005).

Selkeässä ja ymmärrettävässä ohjeessa kerrotaan, kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. Kieliasu ja sisältö ovat ymmärrettävää. Jos ohje on kirjoitettu vaikeaselkoisesti, saatetaan se ymmärtää väärin ja se voi lisätä pelkoa ja huolestuneisuutta. Aiheesta tulisi kertoa vain pääkohdat ja tärkeimmät asiat, jotta tietoa ei olisi liikaa. Sisällön tulee kuitenkin olla tarkka ja ajantasainen ja sen tulee vastata kysymyksiin, mitä, miksi, miten, milloin ja missä. Kirjallisessa ohjeessa vanhemmat tulee huomioida kokonaisuutena, johon kuuluvat psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset ominaisuudet. Lisäksi opas tulisi tarjota vanhemmille sopivaan aikaan ja sopivassa paikassa. (Kääriäinen 2007, 125.)

Hyvä ohje puhuttelee vanhempaa. Ohjeen lukijan pitää ymmärtää ensi vilkaisulla, että teksti on tarkoitettu hänelle. Epämääräinen passiivimuoto tekee ohjelehtisestä kaukaisen, eikä kosketa henkilökohtaisella tasolla. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 37.) Tärkeä asia ymmärrettävyyden kannalta on asioiden esittämisjärjestys. Kirjallisessa ohjeessa tulisi olla juoni, jota lukija pystyy seuraamaan. Asiat voi esittää tärkeysjärjestyksessä, aikajärjestyksessä ja aihepiireittäin. Järjestystä valitessa on hyvä pohtia, mitä tekstillä halutaan saada aikaan ja missä tilanteessa sitä luetaan. (Hyvärinen 2005.) Tekstin tulee olla havainnollistavaa yleiskieltä, jossa on looginen esitysjärjestys ja selkeä kappalejako. Tekstikappaleissa esitetään yksi asia kappaletta kohden ja pääasia sijoitetaan ensimmäiseen virkkeeseen (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34–36; Kääriäinen 2007, 127.)

8 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAUS

Opinnäytetyö on pitkä ja opettavainen prosessi, jonka tavoitteena on kehittää ammatillista osaamista ja tehdä sitä näkyväksi. Opinnäytetyöprosessin konkreettisena tavoitteena on tuottaa tutkimuksellista tietoa, uusia käytäntöjä, toimintamalleja ja tuotteita. Tarkoituksena on, että opinnäytetyöprosessin myötä ammatti-identiteetti kehittyy ja valmius siirtyä työelämään kasvaa. Yhteistyö työelämän kanssa mahdollistaa oman itsensä kehittämisen ja mahdollisen työllistymisen. Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden tarkoituksena on tutkia ja kehittää koulun arvopohjasta nousevia alueita yhdessä työelämän kanssa. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 23.)

8.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyö ei ole pelkästään kirjallinen raportti. Se on pitkä prosessi, joka mahdollistaa henkisen ja ammatillisen kasvun. Tarkoituksena on lisätä valmiuksia, joita työelämässä tarvitaan. Opinnäytetyön tekeminen vaatii sitoutumista ja kykyä itsensä johtamiseen. Tavoitteenani on kehittää tiedonhankintaa, sekä kriittistä ajattelua ja menetelmien arviointia hoitotyössä. Prosessin aikana on tarkoitus harjoitella johdonmukaista ja suunnitelmallista tavoitteiden saavuttamista opinnäytetyössä. Opinnäytetyöni tavoitteena on lisätä tietoa asfyksiasta, sen vaikutuksista ja hoidosta. Työn on tarkoitus olla vastasyntyneiden teho-osaston hoitajien saatavilla. Tavoitteena on kerätä sellaista materiaalia, josta hoitajat voivat hyötyä. Yhteistyötahon kanssa toimimisen tavoitteena on kehittää tiimitaitoja ja oppia sitoutumaan yhteistyösuhteeseen noudattamalla yhteisiä aikatauluja ja suunnitelmia.

Oppaan tavoite on kuvata selkeästi ja yksinkertaisesti viilennyshoidon periaatteita. Opas on suunnattu vanhemmille, joiden lasta hoidetaan viilennyshoidolla teho-osastolla. Tarkoituksena on helpottaa vanhempien stressiä, joka johtuu tiedonpuutteesta ja tilanteen epävarmuudesta. Viilennyshoidossa oleva kylmä ja sinertävä lapsi voi herättää vanhemmassa monenlaisia tunteita. Opas valmiste-

lee heitä siihen, miltä lapsi näyttää ja tuntuu hoidon aikana ja miten vanhemmat voivat itse osallistua lapsensa hoitoon. Opas korostaa varhaisen vuorovaikutuksen merkitystä ja tukee vanhempia siihen konkreettisin keinoin. Teksti ja ulkoasu ovat tehty mahdollisimman selkeäksi ja oppaaseen on valittu vain tärkeimmät hoitoon liittyvät asiat. Oppaan tarkoituksena on tukea hoitajien työtä teho-osastolla ja vanhempien lisäksi tiedottaa uusia hoitajia viilennyshoidon periaatteista.

8.2 Suunnitelma

Suunnitellessani opinnäytetyötä halusin valita kiinnostavan aiheen, jonka kautta pääsen syventämään ammatillista osaamista. Toiveena oli tehdä jotain konkreettista ja käytännönläheistä, josta olisi hyötyä työelämässä. Hyvä opinnäytetyöaihe nousee koulutusohjelman opinnoista ja liittyy työelämään siten, että sen avulla pystyy luomaan yhteyksiä ja syventämään tietoja ja taitoja itseä alalla kiinnostavasta aiheesta. (Airaksinen & Vilkkä 2004) Koulutuksen ja työkokemuksen myötä kiinnostuin lastenhoitotyöstä, joten valitsin aiheen siltä alueelta.

Päädyin tekemään opinnäytetyön yksin kehittääkseni itsenäistä työskentelyä. Halusin tehdä työelämälle tarpeellista materiaalia, oppia projektiluonteisesta työskentelystä sekä yhteistyösuhteesta. Työelämästä saatu opinnäytetyöaihe tukee ammatillista kasvua ja voi edistää urasuunnittelua ja työllistymistä. (Airaksinen & Vilkkä 2004,17) Yhteistyösuhteessa toimiminen lisää vastuuntuntoa ja sitoutumista projektiin. Toimeksiannetussa aiheessa korostuvat tietyt toimintat ehdot, aikataulutettu toiminta sekä tiimityö. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 17.)

Lastenhoitotyön alueelta minua kiinnostivat erityisesti vastasyntyneet ja tehohoitto. Otin yhteyttä lastenkliniikkaan. Lasten ja nuorten sairaalassa opinnäytetyöaiheiden välityksestä vastaa Kliinisen hoitotyön asiantuntija. Hän tarjosi minulle aiheita, jotka tehtäisiin yhteistyössä vastasyntyneiden teho-osaston kanssa. Osasto K7 tarvitsi vanhemmille tarkoitettua opasta, joka käsitteli viilennyshoitoa. Tarkoituksena oli tuottaa viilennyshoito-opas opinnäytetyön myötä. Produktiivisessa opinnäytetyössä tuotetaan jokin konkreettinen tuotos, joka tulee jollekin

tai johonkin käyttöön. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 38–40.) Prosessi lähti nopeasti liikkeelle. Toiveeni päästä osastolle työharjoitteluun otettiin huomioon. Työharjoittelujakson kautta tutustuin tehohoitoon, sen ympäristöön ja perheiden tilanteisiin. Aloin suunnitella opasta ja sen sisältöä. Oppaassa tuli kertoa selkeästi hapenpuutoksen syyt, seuraukset ja hoito. Oppaan sisällön kannalta tärkeää oli vanhempien näkökulma ja heidän tarpeistaan nousevat aiheet.

8.3 Toteutus

Lokakuussa 2011 sovimme yhteistyöstä klinisen hoitotyön asiantuntijan kanssa. Tapasimme ja kävimme oppaan tarkoituksenmukaisia sisältöjä läpi. Oppaassa tuli olla tietoa viilennyshoidon periaatteista ja varhaisesta vuorovaikutuksesta. Sain kuulla mitä yhteistyötaho odotti oppaalta ja mikä olisi sen käyttötarkoitus osastolla. Oppaan sisällöstä vastaa työlle nimetty vastuusairaanhoitaja. Opasta arvioi hänen lisäkseen klininen hoitotyön asiantuntija. Sovimme aikataulusta ja yhteisistä tavoitteista. Alustavasti opinnäytetyön oli tarkoitus olla valmis keväällä 2012, mutta projektin edetessä ajankohtaa siirrettiin syksylle 2012.

Opinnäytetyöt, joissa hyödynnetään HUS:n potilaita, henkilökuntaa, tiloja, laitteita, asiakirjoja, tietojärjestelmiä, rekistereitä tai muuta HUS:lle kuuluvaa resursia, edellyttävät sairaanhoitopiirin myöntämää lupaa. Tutkimussuunnitelmassa perustellaan työn tarpeellisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Suunnitelmassa esitellään työn viitekehys ja keskeinen teoriaosuus. Tutustuin teoriaan kirjallisuuden ja tutkimusten pohjalta. Tein aineistohakuja Medic tietokannasta, hakusanoilla ”hapenpuute” ja ”vastasyntynyt”. Löytämäni lähdemateriaali oli usein suunnattu asiaa tunteville. Haastavaa oli löytää perusasioita ja saada kokonaiskuvaa aiheesta. Asfyksiasta kertova teoriaosuus muodostui kirjallisuuden, tutkimusten ja oppimateriaalien pohjalta.

Viilennyshoito ja sen toimintaperiaatteet teoria osuus, perustuvat suhteellisen tuoreisiin tutkimuksiin, sillä viilennyshoito on uusi hoitokäytäntö. Tutkimusten perusteella kokonaiskuvan saaminen laitteen toiminnasta käytännössä oli han-

kalaa. Pyysin yhteistyötaholta päästä katsomaan viilennyshoidon toteutusta teho-osastolle.

Kävin osastolla tutustumassa viilennyslaitteeseen ja hoidon käytäntöihin, jolloin käytännön toteutus- ja toiminnan periaatteet selkiytyivät. Lähdemateriaalin ja osastovierailujen perusteella valitsin vanhempien kriisin osaksi opinnäytetyön teoriaa. Kirjallisuuden pohjalta kirjoitin kriisistä ja sen kulusta. Tehohoidon aikana vanhemman ja lapsen välinen varhainen vuorovaikutus on tärkeää, joten se muodostui olennaiseksi osaksi teoriaa. Kirjallisuus painottui keskosien hoitotyön aikaiseen varhaiseen vuorovaikutukseen, joten sovelsin sitä.

Lähetin tutkimussuunnitelman jo alkuvaiheessa yhteistyötahon arvioitavaksi. Sain useita hyviä korjausehdotuksia. Tutkimussuunnitelmassa tuli selkeyttää tarkoitusta ja tavoitteita, muokata kirjoitusasua ja tekstiä, sekä käyttää tuoreempia lähteitä. Sain kannustusta perusteellisen tutkimussuunnitelman tekemiseen, joka toimisi teoreettisena viitekehyksenä opinnäytetyössäni. Korjasin tutkimussuunnitelman saamani palautteen perusteella ja lähetin sen uudelleen arvioitavaksi.

Toisessa palautteessa kehoitettiin vielä selventämään ja muokkaamaan tekstiä ja rakennetta. Palautteessa ehdotettiin lisäämään faktatietoa esimerkiksi Suomessa syntyneiden asfyktisten vastasyntyneiden lukumäärästä. Tein korjaukset ja työ alkoi löytää oikeaa muotoaan. Lähetin tutkimussuunnitelman kertaalleen arvioitavaksi. Sain positiivista palautetta tutkimussuunnitelman selkeydestä ja johdonmukaisuudesta. Suunnitelma hyväksyttiin ja lähetettiin käsiteltäväksi lautakunnalle toukokuussa 2012. Lupa myönnettiin kesäkuun alussa.

Suoritin 5-viikon työharjoittelun vastasyntyneiden teho-osastolla. Harjoittelu oli antoisa kokemus, jonka kautta pääsin tutustumaan teho-osaston maailmaan. Työharjoittelun kautta sain uutta näkökulmaa ja motivaatiota opinnäytetyön tekemiseen. Toivoin, että olisin voinut pyytää vanhemmilta ehdotuksia ja arviota oppaasta ja sen sisällöstä. Ehdotin, että oppaan takasivulle liitettäisiin kyselylomake, jonka vanhemmat voisivat täyttää. Eettisistä syistä kyselyä ei voitu toteuttaa.

Hyvin tehdyn tutkimussuunnitelman ansiosta oppaan sisältö muodostui nopeasti. Oppaan ensimmäisessä versiossa kerroin asfyksiasta, viilennyshoidosta, varhaisesta vuorovaikutuksesta ja kriisistä, sekä osaston toiminnasta. Lähetin oppaan arvioitavaksi yhteistyökumppaneille. Saamassani palautteessa kehoitettiin poistamaan teoriaosuus asfyksiasta. Perustieto hapenpuutteesta ja sen seurauksista oli mielestäni tärkeää kertoa vanhemmilla.

Oppaasta tuli kuitenkin poistaa asfyksia osuus, koska vanhempia ei tulisi pelästyttää puhumalla ”vakavasta aivovauriosta” ja ”kuolemasta”. Heille ei voitu luvata, että ”lyhytaikaisesta hapenpuutteesta ja onnistuneesta viilennyshoidosta, vastasyntynyt voi selviytyä ilman vakavia vaurioita”. Oppaasta tulisi ottaa pois kaikki sellainen tieto, joka aiheuttaa vanhemmille turhaa huolta ja murhetta. Perustelluista syistä jätin asfyksia kappaleen pois oppaasta.

Syyskuussa opas oli arvioitavana osastolla ja lääkäriellä. Lääkäri huomautti, että kirjoittamani ”estää happivajeen eteneminen” on harhaan johtava termi, koska happivaje oli syntymähetkellä, eikä enää sen jälkeen. Oli parempi puhua ”hapenpuutteesta syntyneiden vaurioiden pahenemisesta”. Osaston palautteet koskivat lähinnä kuvia, jotka olin saanut yhteistyötaholta. Palautteessa kysyttiin voisiko kuvissa käyttää ”oikean” lapsen sijasta nukkea. Palautteen perusteella muokkasin oppaan lokakuussa nykyiseen versioon. Tapasimme vastuusairaanhoidajan kanssa viimeisen kerran lokakuussa, jolloin viimeistelimme oppaan ja lisäsimme kuvat. Tulimme siihen tulokseen, että käytämme kuvia, jossa on ”oikea” lapsi, koska vanhemmat saavat todenmukaisemman kuvan viilennyslaitteesta.

8.4 Arviointi

Opasta on arvioitu koko prosessin ajan. Opas oli yhteistyökumppaneiden lisäksi osaston hoitajien ja lääkärin arvioitavana. Yhteistyötaho antoi lopuksi kirjallisen arvioinnin oppaan onnistumisesta. Heidän mielestään opas on tehty hyvin ja se vastaa sille asetettuja vaatimuksia. Oppaassa on sopivasti tietoa. Se on selkeää ja helposti ymmärrettävää. Oppaasta hyötyvät viilennyshoidossa olevien lasten

vanhemmat sekä uudet hoitajat, joille laite on tuntematon. Oppaan saa mukaan kotiin, jolloin asioita voi kerrata aina halutessaan. Oppaassa on myös kuvia, joista näkee konkreettisesti mitä viilennyshoito tarkoittaa. Kuvia voi näyttää esim. sisaruksille ennen ensimmäistä käyntiä, jolloin heille ei tule yllätyksenä laitteiden määrä ja sisaruksen ulkonäkö.

Onnistuin mielestäni luomaan informatiivisen ja selkeän oppaan. Tuotin jotain konkreettista ja hyödyllistä. Prosessin eteneminen oli alussa hitaampaa, mutta loppua kohden päämäärätietoisempaa ja johdonmukaista. Yhteistyösuhteessa toimiminen on ollut opettavaista. Prosessin kautta olen kehittänyt tiimityöskentelytaitoja, kuten joustamista, kompromissien tekoa ja omien näkökulmien esiin tuomista. Tutkimuksellinen ajattelu on lisääntynyt ja tiedonhankintataidot parantuneet. Opinnäytetyön tekemiseen kuuluvan prosessin tavoitteena on tukea ja vahvistaa ammatillista kasvua, tutkimus- ja kehittämistaitoja, sekä tuottaa uusia käytäntöjä, toimintamalleja ja tuotteita. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 23)

Prosessin aikana olen tunnistanut oppimistapojani ja kehittänyt niitä. Olen tiedostanut, että opin parhaiten käytännön ja teorian yhdistyessä. Harjoittelu ja osastokäynnit ovat auttaneet teorian sisäistämisessä. Oman tekemisen suunnittelu ja organisointi ovat parantuneet. Prosessin aikana vastaan on tullut eettisiä kysymyksiä, kuten vanhempien arviointi oppaasta, sekä ”liiallinen” tiedottaminen. Eettisten ongelmien pohtiminen on lisännyt ammattieettisten asioiden ymmärtämistä. Projekti on mahdollistanut oma-aloitteisen ja kehittävän työotteen sisäistämisen. Opinnäytetyön myötä olen saanut kokemusta hoitotyön menetelmien kehittämisestä. Prosessin myötä myös päätöksenteko ja ongelman ratkaisu kyky ovat parantuneet ja olen nauttinut työn tekemisestä ja uuden oppimisesta.

Produktin tuottaminen K7:lle on mahdollistanut tutustumisen vastasyntyneiden tehohoitoon. Teho-osastolla vanhemmat ja hoitajatkin kokevat erilaisia tunnetiloja. Epävarmuus lapsen selviytymisestä voi aiheuttaa pelkoa mutta pienistäkin edistysaskeleista riemuitaan ja pidetään toivoa yllä. Mielestäni tehohoitotyön tulisi perustua teoreettisen osaamisen lisäksi kristilliseen ihmiskäsitykseen ja aitoon välittämiseen.

Opinnäytetyöprosessi on lisännyt henkisiä valmiuksiani, joita sairaanhoitajan vaativa työ edellyttää.

9 POHDINTA

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä tehdessä kohtasin useita eettisiä ongelmia. Asfyksia on vakava, joskus kuolemaan johtava tila. Vanhemmat joutuvat yllättäen tilanteeseen, jossa lapsi on hengenvaarassa. Vanhempien kunnioittaminen ja tilanteen herkkyyden huomioon ottaminen oli tärkeää. Kehittämisprosessissa eettisyys merkitsee tapaa, jolla työntekijä suhtautuu työhönsä, ongelmiin ja niihin henkilöihin, joiden kanssa ja joiden elämäntilanteesta kehittämistä tehdään. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11.)

HUS- organisaatio myöntää tutkimusluvan opinnäytetyön ollessa tarkoituksenmukainen ja hoitokäytäntöjä edistävä. Eettisen lautakunnan myöntämää lupaa ei tarvinnut hakea, koska vanhempia tai hoitajia ei haastateltu. Oppaan tekeminen osaston tarpeita vastaavaksi edellytti tiivistä yhteistyötä ja vuorovaikutusta yhteistyötahon kanssa. Suhde oli molemmin puolin kunnioittavaa. Pyrimme yhdessä pohtimaan eettisesti kestäviä ratkaisuja. ”Kehittämistoiminnan eettisten ratkaisujen tavoitteena on ihmisten kunnioittaminen, tasa-arvoinen vuorovaikutus ja oikeudenmukaisuuden korostaminen” (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11).

Pyrin valitsemaan opinnäytetyöhön tarkoituksenmukaista, tuoretta ja luotettavaa lähdemateriaalia. Käytin uusimpia löytämiäni tutkimuksia. ”Toiminnallisten opinnäytetöiden arvo ei ratkea lähteiden lukumäärän perusteella, vaan olennaisempaa on lähteiden laatu ja soveltuvuus” (Airaksinen & Vilkkä 2004, 76). Olen pyrkinyt olemaan tarkka lähteiden merkitsemisessä, jotta lukija voi helposti palata alkuperäislähteille. Tekstiä on muokattu plagioinnin ehkäisemiseksi. Yleiset rehellisyyden periaatteet soveltuvat aineiston kokoamiseen ja työstämiseen sekä menetelmiin ja lähteiden käyttöön. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11.)

9.2 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen oli raskas, mutta antoisa prosessi. Se vaati kurinalaisuutta, intensiivistä keskittymistä ja paineensietokykyä. Työhön sitoutuminen on lisännyt henkisiä ja ammatillisia valmiuksia. Haastavaa on ollut tieteellisen tekstin tuottaminen ja tiivistäminen. Mielekästä on ollut mielenkiintoisten aiheiden käsitteleminen. Olen tyytyväinen oma-aloitteelliseen ja määrätietoiseen toimintaani. Lisäksi olen kehittynyt täsmällisyydessä ja aikataulujen noudattamisessa. Stressinsietokykyni on lisääntynyt. Terveystieteidenhuollossa edellytetään työntekijältä yhteistyökykyä, vastuuntuntoa, sekä kykyä selviytyä itsenäisesti ja halua itsensä jatkuvaan kehittämiseen. (Miettinen, Miettinen, Nousiainen & Kuokkanen 2000,14–16).

Yhteistyösuhde työelämän kanssa oli tiivistä. Yhteistyötaholla oli tarkka mielikuva oppaasta, joten pääsin käyttämään omaa luovuuttani vähemmän. Yhteistyösuhde oli kuitenkin antoisa. Se kasvatti henkisesti ja lisäsi tiimityöskentelytaitoja. Palaute oli aina rakentavaa ja kannustavaa. Työharjoitteluun pääseminen mahdollisti aiheen sisäistämisen. Käytännön harjoittelun kautta ymmärsin varhaisen vuorovaikutuksen merkitystä ja vanhempien kriisitilannetta paremmin kuin mitä pelkän teorian pohjalta olisi ollut mahdollista. Teoria ja käytäntö ovat kietoutuneet keskinäiseksi, toisiaan tukeviksi omaehtoisiksi prosesseiksi, jotka tukevat toisiaan sairaanhoitajan kehittämisprosessissa. (Benner, Tanner & Chesla 1999, 49.)

Sairaanhoitaja-diakonissana pyrin tunnistamaan ihmisten erilaisia hengellisiä ja maallisia tarpeita ja vastaamaan niihin. Työskennellessäni hoitajana pyrin kohtaamaan ihmisiä aidosti välittäen ja kristilliseen ihmiskäsitykseen perustuen. Ihmisarvon kunnioittaminen ja lähimmäisenrakkaus ohjaavat työskentelyäni hoitajana. Pyrin olemaan avoin omalle hengelliselle kasvulle ja hyödyntämään sitä työssäni.

Olen saanut koulutuksen kautta hyvän peruspohjan hoitotyöstä. Itsensä kehittäminen jatkuu työelämässä valitsemallani erikoisalalla. ”Ammatillinen kehittyminen on elinikäistä. Se alkaa tiettyjen ammatillisten valmiuksien oppimisesta,

niin että ammattityöskentely on mahdollista. Koulutuksen jälkeen kehittyminen muuttuu jatkuvaksi osaamisen uudistamiseksi” (Miettinen, Miettinen, Nousiainen & Kuokkanen 2000,14–16).

LÄHTEET

- Aalto, Kirsti & Gothóni, Raili 2009. Ihmisen lähellä - Hengellisyys hoitotyössä. Helsinki; Kirjapaja
- Airaksinen, Tiina & Vilkka, Hanna 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Benner, Patricia 1993. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Helsinki: WSOY
- Benner, Patricia; Tanner, Christine A & Chesla, Catherine A 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Fellman, Vineta & Järvenpää, Anna-Liisa 2007. Vastasyntynyt. Terapia Fennica.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vastasyntynyt#Vastasyntyneen_asfyksia
- Fellman, Vineta & Luukkainen, Päivi 2002. Neonatologinen tehohoito. Helsinki: Duodecim.
- Fellman, Vineta & Luukkanen, Päivi 2010. Lastenhoitotyö. Helsinki: Duodecim.
- Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim 1769–1772. Viitattu 18.1.2011 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>.
- Inberg, E., Axelin, A. & Salanterä, S. 2007. Keskosvauvan ja vanhempien varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen hoitotyön menetelmin. Hoitotiede 20 (4/2008), 192–202.
- Ivanoff, Päivi; Risku, Aija; Kitinoja, Helli; Vuori, Anne & Palo, Raija 2006, Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY
- Kalland, Mirjam 2001. Vauvan sairaus tai vamma varhaisessa vuorovaikutuksessa. Teoksessa: äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY
- Kiiltomäki, Aliisa; Muma Päivi 2007. Tässä ja nyt: Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.
- Korhonen, Anne 2006. Keskosvauva tehohoidossa. Teoksessa: Kevyt pienokainen. Etelä-Savo: Kirjapaino Oy.
- Korhonen, Anne 1999. Elämän ensitaidot. Erityisvauvan kehityksen tukeminen. Helsinki: Kirjayhtymä

- Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Kymäläinen, Anu & Terviö, Maria 2009. Vastasyntyneiden teho-osaston perehtymiskansio. Helsinki.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Käypähoito –suositus 2008. Vastasyntyneen elvytys. Helsinki; Duodecim. Viitattu 15.5.2012
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50065>
- Lastenkliniikka 2012. K7 Vastasyntyneiden teho-osasto. Viitattu 15.10.2012
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,962,1973,1974,4571> Viitattu 15.9.2012
- Leipälä, Jaana; Metsäranta, Marjo; Marttila, Riitta; Grahn, Riitta; Sund, Reijo & Malmivaara, Antti 2008. Viilennyksen vaikuttavuus ja turvallisuus vastasyntyneen hypoksis-iskeemisen enkefalopatian hoidossa. Suomen lääkirilehti 49/2008 vsk 63. Viitattu 20.5.2012
http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL_2008_HALO_vastasyntVIILENNYS_081205.pdf
- Lönnqvist, Jouko; Henriksson, Markus; Marttunen, Mauri & Partonen, Timo 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Miettinen, Seija; Miettinen, Merja; Nousiainen, Inkeri & Kuokkanen, Liisa 2000. Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Niemelä, Pirkko; Siltala, Pirkko & Tamminen, Tuula 2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY.
- Pesonen, A-K. 2010. Varhainen vuorovaikutus on suotuisan psyykkisen kehityksen edellytys. Duodecim 126 (5/2010), 515–520.
- Pesonen, Tuula 2011. Kriisihoitot sairauden yhteydessä. Suomen Lääkirilehti 22/2011 vsk 66.
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto22_1.pdf. Viitattu 20.10.2012.
- Rantala, Heidi & Ruuth, Niina 2010. Asfyktisen potilaan hoitotyö. Neonatologian hoitotyön syventävät opinnot. Helsinki.

Robertson, Nicola; Kendall, Giles & Thayyil, Sudhin 2010. Techniques for therapeutic hypothermia during transport and in hospital for perinatal asphyxia encephalopathy. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744165X1000020X>. Viitattu 20.5.2012

Schulman, Marja 2003. Keskosvauvan ja vanhempien vuorovaikutuksen hoito. Teoksessa: äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY.

Sundström, Anna-Karin; Rosen, David & Rosen, K.G 2006. Sikiön tarkkailu. STAN Oppimateriaali, Viitattu 22.2.2012.

http://www.neovanta.com/INT/Documents/CLD300201_358_R1D.pdf

Tammela, Outi 2008. Vastasyntyneen uusi viilennyshoito hallitusti käyttöön. *Suomen Lääkäri lehti* 49/2008. Viitattu 15.5.2012

Tiitinen, Aila 2011. Normaali synnytys. Lääkärikirja Duodecim.

Timonen, Susanna & Erkkola, Risto 2004. Sikiön asfyksia synnytyksen aikana. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, Katsaus; 120:2415–22.

Torkkola, Sinikka; Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.

Väisänen, Leena & Karttunen, Marja-Liisa. Traumaattiset kriisit ja niiden hoito. *TherapiaFennica*.

Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti 2004. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim.

LIITE: Viilennyshoito-opas

HUS

VIILENNYSHOITO-OPAS

Vastasyntyneiden teho-osasto K7

SISÄLLYS

1 VANHEMMILLE	1
2 VIILENNYSHOITO	2
3 MITEN VOIT AUTTAA LASTASI?	4
4 PELKO LAPSEN SELVIITYMISESTÄ	6

1 VANHEMMILLE

Vauvanne on hoidossa vastasyntyneiden teho-osastolla hapenpuutteesta johtuvien ongelmien vuoksi. Hapenpuutetta hoidetaan viilennyshoidolla.

Viilennyshoidon tavoite on estää hapenpuutteesta johtuvien vaurioiden paheneminen.

Tämän oppaan tarkoituksena on antaa teille tietoa viilennyshoidosta ja sen toteutuksesta osastolla.

2 VIILENNYSHOITO

Vastasyntyneiden teho-osastolla annetaan viilennyshoitoa 15–20 vastasyntyneelle vuodessa. Hoitoa on käytetty vuodesta 2006 asti. Viilennyshoidon periaate on, että kehonlämpötila lasketaan normaalista 37 asteesta 33,5 asteeseen. Kehonlämmön laskiessa verenkierto ja aineenvaihdunta hidastuvat, jolloin aivot tarvitsevat vähemmän happea ja energiaa.

Viilennykseen käytetään lapsen ympärille asetettavia lätkiä tai pukua, joissa kiertää neste. Ne asetetaan lapsen ympärille, sekä raajoihin riippuen laitteesta. Vastasyntyneen kehon lämpötilaa seurataan viilennyslaitteen anturin avulla peräsuolesta, iholta ja kainalosta, jotta lämpötila pysyy tasaisena. Viilennyshoito on aloitettava 6 tunnin kuluttua syntymästä. Hoito kestää 72 tuntia.

Viilennyshoidossa on aloitus-, ylläpito ja lämmitysvaihe. Aloitusvaiheessa kehonlämpötila lasketaan nopeasti 33,5 asteeseen. Ylläpitovaihe kestää 72 tuntia, jonka jälkeen vastasyntyneen kehoa lämmitetään normaalilämpöiseksi hitaasti 6 – 12 tunnin ajan. Lapsen lämpötilaa tarkkaillaan vielä 4 tuntia viilennyshoidon loputtua, jotta lämpö ei nouse liian korkeaksi.



Viilennyksestä johtuen pulssitaso on normaalia alhaisempi. Kehonlämpötilan laskettua vauva tuntuu viileältä ja iho sekä huulet saattavat muuttua sinertäviksi. Tämä johtuu siitä, että kaikki energia on kohdistunut selviämisen kannalta tärkeisiin elimiin. Viilennys voi aiheuttaa myös lihasvapinaa, joka on täysin normaalia. Lapsi saattaa näyttää tai tuntua vieraalta muuttuneen ulkonäkönsä takia.

Lapsen neurologisia muutoksia seurataan aivosähkökäyrästä. Päähän ihon alle asetetaan pieniä neuloja, joista voi tulkita aivotoimintaa.

3 MITEN VOIT AUTTAA LASTASI?

Läsnäolo ja kosketus ovat vauvalle ensiarvoisen tärkeitä. Tutut äänet ja hajut rauhoittavat häntä ja vähentävät teho-osaston aiheuttamaa stressiä. Hän aistii herkästi ympärillä tapahtuvia asioita ja oppii tuntemaan kätenne ja niiden kautta välittyvän huolenpidon ja rakkauden. Kovaääniset hoitolaitteet ja mittarit lapsen ympärillä saattavat aluksi tuntua vierailta mutta ne eivät ole esteenä kanssakäymiseen vauvan kanssa, häneen voi koskea.



Vanhemmat saattavat tuntea riittämättömyyden tunnetta kun eivät voi auttaa lastaan. Vauva kuitenkin nauttii kaikesta pienimmästäkin ajasta ja huolenpidosta, jonka viettää kanssanne. Esimerkiksi

- läsnäolo (vierellä oleminen)
- juttelu/laulu/lukeminen
- katsekontakti (jos lapsi on hereillä)
- käsien pito lapsen päällä (vahva, rauhallinen, paikallaan pysyvä ote)
- vaipanvaihto
- maidon anto
- sylissä pitäminen (jos vointi on vakaa)

ovat vauvalle merkittäviä kohtaamisia. Vauvan sylissä pitäminen ja päivittäiseen perushoitoon osallistuminen, riippuvat vauvan voinnista. Hoitajan kanssa voi keskustella näistä asioista ja kaikista mieltä askarruttavista kysymyksistä.

4 PELKO LAPSEN SELVIYTYMISESTÄ

Tiedon saaminen lapsen sairastumisesta voi aiheuttaa kaoottisen tilan, jossa tuntuu, että kaikki pysähtyy ja tunnetila vaihtelee turtuneen ja yliaktiivisen välillä. Itku suuttumus, levottomuus, apaattisuus ovat kaikki normaaleita reaktioita shokki uutiseen, jota ei voi uskoa todeksi. Asian torjunta ja kieltäminen ovat myös normaaleja ja tarpeellisia reaktioita, joilla mieli pyrkii sopeutumaan sietämättömältä tuntuvaan tilanteeseen.

Vanhemmat alkavat yleensä käsittää paremmin tapahtunutta vasta muutaman päivän jälkeen. Tästä seuraa monesti surun ja syyllisyyden tunteita, sekä fyysisiä oireita kuten sydämen tykytystä, pahoinvointia, vatsakipua, väsymystä ja huimausta. Tapahtunut voi kertaantua mielessä tai unissa ja mieliala voi vaihdella. Kaikki reaktiot ovat normaaleja ja tarpeellisia mielen suojautumis- ja sopeutumiskeinoja. Vanhemmat saattavat käyttäytyä ja kokea kriittisen tilanteen keskenään eritavoin, koska jokainen reagoi niihin omalla tavallaan.

Toipumista ja sopeutumista tilanteeseen edistää asiasta (mahdollisimman paljon) puhuminen ja sen uudelleen (ja uudelleen) läpikäyminen. Omien tunteiden ja reaktioiden salliminen, sekä itsesyytöksistä (mitä olisin voinut tehdä toisin?) luopuminen, edistävät toipumisprosessia.

Raskaan tilanteen kanssa ei kannata jäädä yksin. Muiden samassa tilanteessa olevien vanhempien kanssa keskustelu voi tehdä hyvää. Osastolla on mahdollisuus osallistua vanhempien ryhmään, josta voi saada vertaistukea raskaaseen tilanteeseen. Vanhempien on mahdollisuus tavata sosiaalityöntekijää, psykiatrista sairaanhoitajaa tai sairaalapastoria, jotka kuuluvat osaston moniammatilliseen tiimiin. Hoitajat ja lääkärit keskustelevat myös mielellään kanssanne.