

Marianne Hanhisuanto, Laura Kumpula & Reetta Kumpula

**VANHEMPIEN KOKEMUKSIA KOTONA ANNETTAVASTA SINIVALOHOIDOSTA
JA SEN OHJAUksesta**

Kysely Oulun yliopistollisen sairaalan vieripoliklinikan asiakkaille

VANHEMPIEN KOKEMUKSIA KOTONA ANNETTAVASTA SINIVALOHOIDOSTA JA SEN OHJAUKSESTA

Kysely Oulun yliopistollisen sairaalan vieripoliklinikan asiakkaille

Marianne Hanhisuanto
Laura Kumpula
Reetta Kumpula
Opinnäytetyö
Syksy 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden tutkimuskeskus
Kätilötyön sv
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön ja kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Marianne Hanhisuanto, Laura Kumpula & Reetta Kumpula

Opinnäytetyön nimi: Vanhempien kokemuksia kotona annettavasta sinivalohoidosta ja sen ohjauksesta

Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT Hilikka Honkanen & Lehtori, TtM Minna Perälä

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Kevät 2017

Sivumäärä: 52+2 liitettä

Hoitomuoto vastasyntyneen kotona annettava sinivalohoito otettiin käyttöön Oulun yliopistollisen sairaalan vierihoito-osastolla huhtikuussa 2015. Oulussa kotona annettava sinivalohoito toteutetaan kapalomallisen valohoitolaitteen avulla. Suomessa tätä hoitomuotoa on tutkittu vähän.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vanhempien kokemuksia vastasyntyneen kotona annettavan sinivalohoidon toteutumisesta ja hoidon ohjauksesta. Tarkoituksena oli kuvata myös hoidon toteutumisen ja ohjauksen mahdollisia ongelmakohtia.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa vastasyntyneen kotona annettavasta sinivalohoidosta ja ohjauksesta tietoa, jonka avulla vierihoito-osasto voi kehittää toimintaansa. Tällöin tutkimuksen ensisijaisina hyödynsaajina ovat vierihoito-osaston asiakkaat. Tavoitteena oli myös lisätä tietoa ja näkyvyyttä uudesta hoitomuodosta terveydenhuoltoalalla. Opinnäytetyöntekijöiden omana oppimistavoitteena oli ammatillinen kehittyminen ja tutkimustyössä harjaantuminen.

Tietoperustassa kuvataan vastasyntyneen keltaisuutta, sinivalohoitoa ja hoidon ohjausta. Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista ja kvalitatiivista menetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella Oulun yliopistollisen sairaalan vierihoito-osaston asiakkailta, joiden vastasyntynyt oli saanut sinivalohoitoa kotona. Tutkimuksessa oli 12 vastaajaa. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja sisällönanalyysillä.

Tutkimustulokset osoittivat, että vanhemmat olivat tyytyväisiä kotona annettavaan sinivalohoitoon ja sen ohjaukseen. He kokivat vieripoliklinikan toiminnan ammattitaitoiseksi ja ilmapiiriltään myönteiseksi ja olivat tyytyväisiä mahdollisuudesta toteuttaa sinivalohoito kotona. Tutkimustuloksista ilmenee, että vanhemmat olivat epätietoisia joistakin kirjallisissa ohjeissa mainituista asioista. Käytännön toteutuksen haasteita olivat ohjausvideon toimivuus, silmäsuojien käyttö ja valohoitopatjan pienehkö koko.

Vanhemmat antoivat yksittäisiä kehitysideoita, joiden avulla vierihoito-osasto voi kehittää toimintaansa. Lisäohjausta kaivattiin vauvan kapaloimisesta valohoitolaitteeseen. Lisäksi ohjauksessa voisi kiinnittää huomiota imetyksen ja vuorovaikutuksen tukemiseen vauvan ollessa kapaloituna sinivalolaitteeseen.

Asiasanat: vastasyntyneen hyperbilirubinemia, sinivalohoito, vierihoito, hoidonohjaus, hoitotyytyväisyys

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing and Health Care, Options of Preventive Health Care and Midwifery

Authors: Marianne Hanhisuanto, Laura Kumpula and Reetta Kumpula

Title of thesis: Parents' Experiences of Home Phototherapy and Its Guidance

Supervisors: Hilikka Honkanen and Minna Perälä

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2017 Number of pages: 52+2 appendices

Home phototherapy treatment of neonates has started in Oulu University Hospital in April 2015. In Oulu home phototherapy is delivered by portable phototherapy system which enables phototherapy in different environments including home. The treatment of home phototherapy has not been studied a lot in Finland.

The aim of this thesis was to describe parents' experiences about infant blue-light therapy at home and the guidance of midwives in the hospital before it. The purpose was also to describe potential problems of the guidance in hospital and treatment at home.

Quantitative and qualitative research approach was used in the research. The data were collected by using a questionnaire which was given to the parents whose neonates received home phototherapy. Statistical methods and content analysis were used to analyze the data.

Parents were satisfied with the home phototherapy and the guidance. They experienced that the operations in maternity ward were professional and the atmosphere was positive. They were pleased that it was possible to arrange phototherapy at home. Negative feedback was given for example about using guidance video, wearing the eye shields and the size of the phototherapy blanket.

Parents gave some development ideas which can help midwives to develop their work. More guidance is needed in swaddling the baby for phototherapy. In addition, more attention could be paid to breastfeeding and supporting parent-child interaction during phototherapy.

Keywords: home phototherapy, guidance, satisfaction, parent-child interaction

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	8
2	VASTASYNTYNEEN HYPERBILIRUBINEMIA.....	10
2.1	Vastasyntynyt ja bilirubiini	10
2.2	Vastasyntyneen hyperbilirubinemia.....	11
2.3	Hyperbilirubinemian riskitekijät	12
2.4	Kernikterus	13
3	HYPERBILIRUBINEMIAN ARVIOINTI JA HOITO	14
3.1	Hyperbilirubinemian arviointi	14
3.2	Hyperbilirubinemian hoito ja valohoitorajat	14
3.3	Sinivalo.....	15
3.4	Sinivalohoito	16
3.5	Kotona annettava sinivalohoito Oulun yliopistollisessa sairaalassa	17
3.6	Tutkimukset kotona annettavasta sinivalohoidosta	19
3.7	Kapalomallinen valohoitolaite vastasyntyneen vauvantahtisen imetyksen ja varhaisen kotiutumisen mahdollistajana	20
4	KOTONA ANNETTAVAAN SINIVALOHOITOON LIITTYVÄ OHJAUS	24
4.1	Vuorovaikutteinen asiakasohjaus	24
4.2	Tutkimuksia vanhempien ohjauskokemuksista.....	25
4.3	Kotona annettavan sinivalohoidon aloitusohjaus.....	26
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	28
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	29
6.1	Tutkimusmenetelmä	29
6.2	Tutkimusjoukon valinta	29
6.3	Kyselylomakkeen laadinta ja aineistonkeruu	30
6.4	Tutkimusaineiston analysointi ja tulosten esittäminen	32
7	TUTKIMUSTULOKSET	33
7.1	Kyselyyn vastanneiden perheiden kuvaus.....	33
7.2	Kokemukset sinivalohoidon ohjauksesta	33
7.3	Kokemukset sinivalohoidon toteutumisesta kotona	37
8	POHDINTA	41
8.1	Keskeiset tulokset	41

8.2	Tulosten tarkastelu	41
8.3	Luotettavuus ja eettisyys	44
8.4	Opinnäytetyön merkitys ja jatkotutkimusaiheet.....	46
8.5	Opinnäytetyöprosessi ja oppimiskokemukset.....	47
LÄHTEET	48

1 JOHDANTO

Vastasyntyneiden lievä kellastuminen on hyvin yleistä. Keltaisuuden aiheuttaa elimistöön kertyvä bilirubiini (Deufel & Montonen 2010a, 418.) Joskus kellastuminen on hoitoa vaativaa. Sinivalohoitoa käytetään ehkäisemään liian suurta bilirubiinipitoisuutta, joka voi aiheuttaa haittoja vastasyntyneen aivoille (Grönroos ym. 2007, 1837). Suomessa 7,1% vastasyntyneistä eli yli neljä tuhatta vastasyntyntä sai sinivalohoitoa vuonna 2014 (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015a, 53). Vanhemmat voivat kokea vastasyntyneen keltaisuuteen ja sinivalohoitoon liittyvää huolta ja ahdistusta. Vanhempien huomioiminen ja oikeanlainen ohjaus sinivalohoidon aloituksessa on tärkeää. Henkilökunnan on annettava täsmällistä tietoa vanhemmille keltaisuudesta, sen syistä ja hoidosta. (Dent 2002, 174-175.)

Hoitoajat sairaalassa synnytyksen jälkeen ovat lyhentyneet (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 253). Oulun yliopistollisen sairaalan vierihoito-osasto 13 on kehittänyt toimintaansa ja kehittämistyön tuloksena on syntynyt vieripoliklinikka varhain kotiutuvien tueksi. Vieripoliklinikka on mahdollistanut myös kotisinivalohoidon toteutumisen huhtikuusta 2015 alkaen lainaamalla kapalomallisia sinivalohoitolaitteita kotiin. (Posterisesitys, kättilöpäivät 2016.) Valohoidon voi saada kotiin aiemmin terveenä kotiutunut vastasyntynyt, jonka hoitoa vaativa keltaisuus todetaan vieripoliklinikan kontrollikäynnillä (Työohje kotisinivalohoidon edellytykset 2015).

Kapalomallinen sinivalolaite edistää varhaista vuorovaikutusta ja imetystä, sillä lasta voi pitää sylissä ja imettää hoidon aikana (Potilasohje sinivalohoito kotona 2015, 2). Varhainen vuorovaikutus on vanhemman ja vastasyntyneen välistä vastavuoroista toimintaa. Se luo perustan kiintymyssuhteelle, vanhemmuuden kehittymiselle ja lapsen itsetunnolle. (Korhonen 2015, 324.)

Suomessa on tutkittu kotona ja sairaalassa tapahtuvan sinivalohoidon yhtäläisyyksiä ja eroja. Tutkimustulosten mukaan kotiympäristö tukee varhaisen vuorovaikutussuhteen muodostumista ja vähentää äidin mielialaongelmia. (Varimo 2012, viitattu 17.11.2015.) Yhdysvalloissa on tehty aiheesta vertailevia tutkimuksia jo 1980-luvulla. Tutkimustulokset osoittivat, että kotona annettuna sinivalohoito on sairaalassa annettuun sinivalohoitoon verrattuna yhtä turvallista ja tehokasta ja edullisempi toteuttaa sekä parempi äiti-lapsi suhteelle. (Brewer & Slater 1984, 515-519; Eggert, Folland, Jung & Pollary 1985, 579-584.) Ruotsalainen tutkimus todisti, että äidin lähellä tapahtunut vastasyntyneen sinivalohoito edisti imetystä ja pidensi imetyksen kestoa verrattuna vastasyntyneisiin, joiden

valohoito toteutettiin äidistä erotettuna (Deufel & Montonen 2010a, 424). On mahdollista, että varhainen kotiutuminen itsessään edistää imetystä (Deufel & Montonen 2010b, 443).

Opinnäytetyön aihe syntyi vieripoliklinikan tarpeesta kerätä tietoa kotisinivalohoitomuodosta. Aiheesta ei ole aiemmin tehty tutkimuksia Oulussa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata vanhempien kokemuksia kotona annettavasta sinivalohoidosta ja ohjauksesta. Tarkoituksena on myös kuvata mahdollisia hoidon ja ohjauksen ongelmakohtia. Tutkimustulosten avulla vierihoito-osasto voi kehittää toimintaansa, jolloin osaston asiakkaat hyötyvät tutkimuksesta.

2 VASTASYNTYNEEN HYPERBILIRUBINEMIA

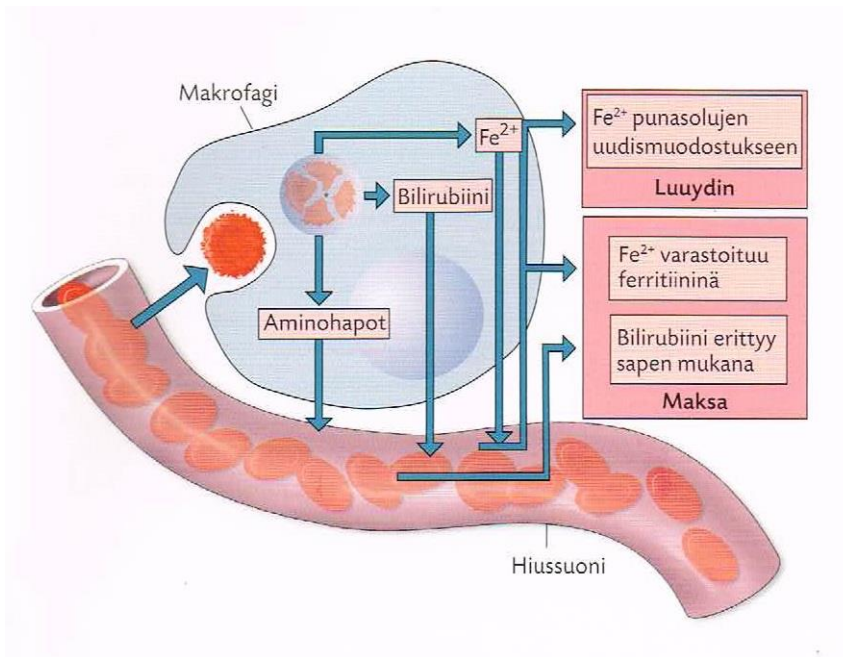
2.1 Vastasyntynyt ja bilirubiini

Bilirubiini on elimistön aineenvaihdunnassa syntyvä tuote (kuvio 1). Suurin osa bilirubiinista syntyy punasolujen hajoatessa. (Pelanti 2011, 50; Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2014, 321.) Punasolut hajoavat vanhetessaan, jolloin solukalvo menettää kimmoisuuttaan ja solu hajoaa puristuksessaan hiussuonien läpi. Maksan, pernan ja luuytimen makrofagit eli syöjäsolut pilkkovat vaurioituneet punasolut sisällään. Kun punasolun globiiniosa ja rauta on eroteltu pois, lopputuotteena syntyy bilirubiinia. (Bjälle ym. 2014, 321.)

Bilirubiini kulkeutuu maksaan albumiiniin sitoutuneena. Maksassa bilirubiini konjugoituu glukuronihapon kanssa muuttuen vesiliukoiseksi. (Pelanti 2011, 50.) Maksassa konjugoitunut bilirubiini erittyy sappinesteeseen ja sen mukana suolistoon. Bakteerit pilkkovat konjugoituneen bilirubiinin suolistossa väriaineiksi, jotka värjäävät ulosteen. Hajoamistuotteista osa imeytyy suolistosta takaisin elimistöön kulkeutuen jälleen maksaan, josta merkittävä osa erittyy jälleen sappinesteeseen. Pienempi osa erittyy virtsaan antaen sille keltaisen värin. (Bjälle ym. 2014, 321.) Näin maksa poistaa bilirubiinia virtsan ja ulosteen kautta elimistöstä (Pelanti 2011, 50).

Vastasyntyneellä bilirubiinin konjugointikyky ei ole vielä täydellistä, koska maksan eri metaboliareitit käynnistyvät kunnolla vasta syntymän jälkeen. Sikiön verenkierrossa suurin osa istukasta palaa-vasta verestä on ohittanut maksan laskimotiehyen kautta ja istukka on huolehtinut kuona-aineiden poistosta. Konjugoimattoman bilirubiinin nousu veressä aiheuttaa kellastumista. (Fellman & Luukkainen 2010a, 42.)

Vastasyntyneen seerumin bilirubiinipitoisuuden vaikuttaa kehittymättömän maksan lisäksi vastasyntyneen suuri punasolujen määrä (Fellman & Luukkainen 2010a, 42). Lisäksi sikiöaikaiset punasolut ovat lyhytikäisiä, joten vastasyntyneellä punasoluja hajoaa suhteellisen paljon (Pelanti 2011, 51). Jos vastasyntyneen suolen toiminta ei ole käynnistynyt, enterohepaattinen kiertokulku eli bilirubiinin takaisinimeytyminen suolesta seerumiin lisääntyy nostaen seerumin bilirubiinipitoisuutta (Grönroos, Koskinen & Lehtonen 2007, 1837).



KUVIO 1. Bilirubiinia syntyy punasolujen hajotessa.

2.2 Vastasyntyneen hyperbilirubinemia

Vastasyntyneiden lievä kellastuminen on hyvin yleistä. Fysiologinen hyperbilirubinemia on tavallista ja on korkeimmillaan 3-5 vuorokauden iässä. Fysiologisessa hyperbilirubinemiassa bilirubiinipitoisuus kasvaa, kun maksa ei kykene konjugoimaan riittävästi bilirubiinia. Elimistöön kertyvä bilirubiini aiheuttaa keltaisuutta. (Deufel & Montonen 2010a, 418.) Jos vastasyntyneen keltaisuus kehittyy ensimmäisen elinvuorokauden aikana, aiheutuu jostakin sairaudesta tai seerumin bilirubiinipitoisuus ylittää turvallisuusrajan tai suurenee yli $85\mu\text{mol/l/vrk}$, keltaisuus määritellään patologiseksi. (Deufel & Montonen 2010a, 420.)

Ensimmäisenä vuorokautena ilmaantuvan hyperbilirubinemian syynä on yleensä hemolyysi (Grönroos ym. 2007, 1837). Hemolyysi eli punasolujen hajoaminen on kiihtynyt, jolloin hajoamistuotteena syntyvän bilirubiinin tuotanto on nopeampaa kuin maksa kykenee poistamaan sitä elimistöstä (Bjälle ym. 2014, 322). Vastasyntyneen hemolyysin yleisin syy on ABO-immunisaatio, mutta aiheuttajana voi olla myös muu veriryhmäepäsopivuus (Grönroos ym. 2007, 1837). Vakavin hemolyysin aiheuttaja on Rhesus-immunisaatio. Se tarkoittaa, että äidin ja sikiön Rhesus-tekijät poikkeavat toisistaan, ja äidin elimistö alkaa muodostaa vasta-aineita Rhesus-positiivisen sikiön punasoluja vastaan. (Fellman & Luukkainen 2010b, 120-121.) Rhesus-immunisaation aiheuttajia on useita, joista yleisin on anti-D -vasta-aine. Tätä RhD-immunisaatiota voidaan ehkäistä antamalla

äidille Anti-D -immunoglobuliinipistos. (Punaisen Ristin Veripalvelu 2011, viitattu 28.10.2015.) Kehittyneen Rh-immunisaation ennaltaehkäisyn ansiosta verensiirtoa vaativat vaikeat hyperbilirubinemat ovat vähentyneet merkittävästi (Grönroos ym. 2007, 1837).

2.3 Hyperbilirubinemian riskitekijät

Riskitekijöitä hyperbilirubinemiaan ovat esimerkiksi veriryhmäepäsopivuus ja muu hemolyysi. Jos äidin veriryhmä on O tai Rh-negatiivinen, vastasyntyneellä on suurentunut hyperbilirubinemiariski. Muita hyperbilirubinemian riskitekijöitä ovat vastasyntyneen ennenaikaisuus, infektio, asfyksia, pahka, mustelmat, vuodot ja kuivuma sekä aiempien sisarusten valohoito tai aasialainen perimä. (Työohje valohoitorajat, 2.)

Ennenaikaisilla vastasyntyneillä on suurentunut hyperbilirubinemian riski, sillä ennenaikaisuuteen liittyy pienentynyt albumiinin määrä, joten bilirubiinin kuljetus maksaan on heikentynyt (Ahonen, K. & Hoppu, K. 2004, 1142). Alle 37. raskausviikolla syntyneet ovat hyperbilirubinemian riskiryhmässä. Täysiaikaisilla vastasyntyneillä hyperbilirubinemian riski suurenee, jos seuranta on puutteellista kotiuduttaessa varhain. (Deufel & Montonen 2010a, 418.) Sairailla vastasyntyneillä hyperbilirubinemian riski on suuri, sillä bilirubiinin eliminaatio on hidastunut (Grönroos ym. 2007, 1838). Riittämättömän ravinnonsaannin aiheuttama kuivuma nostaa bilirubiinipitoisuutta, sillä hidastuneen suolen toiminnan takia enterohepaattinen kierto lisääntyy (Smitherman ym. 2006, 215). Kuivumista tarkoittaa jo 7-8 prosentin painonlasku, jolloin tulisi kiinnittää riittävään ravinnonsaantiin erityistä huomiota (Grönroos ym. 2007, 1838).

Hyperbilirubinemian geneettisiä riskitekijöitä on perheen aikaisempien lasten sinivalohoitoa vaatinut hyperbilirubinemia sekä aasialainen perimä (Smitherman, Stark & Bhutani 2006, 215). Suuri syntymäpahka ja muut verenpurkaumat, joista vapautuu runsaasti bilirubiinia, lisäävät hyperbilirubinemian riskiä (Grönroos ym. 2007, 1837). Asfyksia eli riittämättömän hapensaannin aiheuttama hengityshäiriö sekä infektio lisäävät hyperbilirubinemian vaaraa siten, että ne lisäävät veriaivoesten läpäisevyyttä bilirubiinille (Grönroos ym. 2007, 1838).

2.4 Kernikterus

Hyperbilirubinemian hoidon tavoitteena on ehkäistä liian suuri seerumin bilirubiinipitoisuus ja kernikterus eli krooninen bilirubiinienkefalopatia. Veren bilirubiinipitoisuuden ollessa suuri, veriaivoesteeseen ylittävän bilirubiinin määrä kasvaa aiheuttaen aivovaurioita. Kernikteruksen aivovauriot aiheuttavat CP-vammaa ja kuuroutta. (Grönroos ym. 2007, 1837.) Seerumin bilirubiinipitoisuuden tulisi olla täysiaikaisella vastasyntyneellä alle $340\mu\text{mol/l}$. Bilirubiinipitoisuuden ylittäessä $340\mu\text{mol/mol}$, vastasyntyneellä on kernikteruksen kehittymisen riski. (Deufel & Montonen 2010a, 420-422.)

3 HYPERBILIRUBINEMIAN ARVIOINTI JA HOITO

3.1 Hyperbilirubinemian arviointi

Kahden ensimmäisen vuorokauden aikana vastasyntyneen kellastumista on tärkeää seurata tarkasti. Aluksi vastasyntynyt voi olla iholtaan punakka. Kellastuminen voi olla silmin havaittavissa, kun iho ja silmänvalkuaiset alkavat kellastua. Kellastuminen etenee kefalokaudaalisesti eli alkaen päästä vartalon kautta raajoihin. (Deufel & Montonen 2010a, 418-420.)

Kellastunut vastasyntynyt on usein unelias, eikä välttämättä jaksa imeä rintaa. (Deufel & Montonen 2010a, 418-420.) Sikiöaikana ruuansulatuskanavasta suoleen on muodostunut eritettä, jota kutsutaan mekoniumiksi (Ashorn 2010, 436). Mekonium-ulosteessa on runsaasti bilirubiinia. Jos vastasyntyneen suolen toiminta ei ole kunnolla käynnistynyt eikä mekonium-uloste poistu suolistosta, sen sisältämä bilirubiini saattaa imeytyä takaisin verenkiertoon. Kun vastasyntynyt alkaa ulostaa säännöllisesti keltaisia ulosteita, ravinnon saanti on riittävää ja bilirubiini poistuu elimistöstä. (Deufel & Montonen 2010a, 418-420.) Keltaisuuden ja uneliaisuuden lisäksi merkkejä korkeasta bilirubiinista voivat olla kimeä itku ja velttous. (Deufel & Montonen 2010a, 423.)

Transkutaanisilla mittareilla voidaan mitata keltaisuutta esimerkiksi otsalta tai rintakehältä ilman varsinaista verinäytteen ottoa. Mittareita voi käyttää seulontamenetelmänä, sillä niiden antamat tulokset eivät ole yhtä luotettavia kuin laboratoriossa analysoidun verinäytteen antama tulos. Bilirubiinipitoisuuden määrittäminen seerumista on siis välttämätöntä. (Deufel & Montonen 2010a, 421-422.) Hyperbilirubinemiaa epäillessä mitataan kellastuneelta vastasyntyneeltä seerumin bilirubiinipitoisuus, tarkastetaan vointi sekä punnitaan kuivumisen tai yleissairauden toteamiseksi (Järvenpää & Tommiska 2015, 314).

3.2 Hyperbilirubinemian hoito ja valohoitorajat

Hoitona hyperbilirubinemiaan käytetään sinivalohoitoa (Grönroos ym. 2007, 1837). Sinivalolla saadaan muutettua iholla oleva konjugoimaton bilirubiini vesiliukoiseksi ja siten helpommin virtsaan erittyväksi (Fellman & Luukkainen 2010b, 121). Hoitomuotona harvinainen verenvaihto suoritetaan vain, jos seerumin bilirubiinipitoisuus ylittää verenvaihtorajan. Verenvaihdon hoitorajaa on nostettu

uusissa suosituksissa sen riskien vuoksi. Valohoitorajoja on taas laskettu ja tavoitteena on kyetä hoitamaan hyperbilirubinemia sinivalolla. Immunisaation aiheuttaman hyperbilirubinemian hoidossa käytetään lisäksi turvallista ja tehokasta immunoglobuliinia. (Deufel & Montonen 2010a, 424.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa on käytössä yhteneväiset valohoitorajat Turun yliopistollisen sairaalan kanssa (Työohje valohoitorajat, 1; Grönroos ym. 2007, 1837-1840). Alkuperäisen valohoitorajojen työohjeen laatijat ovat Turun yliopistollisesta sairaalasta Marika Grönroos (LL) ja Liisa Lehtonen (Oyl). (Työohje valohoitorajat, 1.) Valohoitokäyrästöt perustuvat osittain AAP:n (American Academy of Pediatrics) suosituksiin, mutta valohoidon rajaa täysiaikaisten terveiden vastasyntyneiden kohdalla on laskettu alemmaksi (340 μ mol/l). AAP:n suositusten mukaan valohoitorajat on 340 μ mol/l vastasyntyneillä, joilla on riskitekijöitä kellastumiseen sekä terveillä täysiaikaisilla vastasyntyneillä 360 μ mol/l. Kernikteruksen riski kuitenkin kasvaa seerumin bilirubiinipitoisuuden ylittäessä 340 μ mol/l, joten matalammalla valohoitorajalla turvataan, että bilirubiinipitoisuus ei ehdi kasvaa vaarallisen suureksi ja valohoito aloitetaan riittävän aikaisin. (Grönroos ym. 2007, 1837-1840.)

Sinivalohoitorajoissa on huomioitu, että seerumin bilirubiinipitoisuus kasvaa aina 2-3 vuorokauden iässä. Valohoitokäyrästön valohoitorajakäyrä suurenee neljännen vuorokauden ikään asti, jonka jälkeen bilirubiinipitoisuuden tulee tasaantua. Jos mitattu seerumin bilirubiinipitoisuus ylittää raskausviikkojen mukaisen käyrän vastasyntyneen iän mukaisen raja-arvon, valohoito aloitetaan heti. Jos seerumin bilirubiinipitoisuus nousee todella nopeasti, hoito voidaan aloittaa ennen valohoitotajan ylitystä. (Grönroos ym. 2007, 1839-1840.) Noususuuntainen käyrä ennustaa bilirubiinipitoisuuden nopeaa suurenemista edelliseen arvoon verrattuna. Aiemmin valohoito voidaan aloittaa, jos vastasyntyneellä on hyperbilirubinemian riskitekijöitä. (Deufel & Montonen 2010a, 422.)

3.3 Sinivalo

Sininen valo (420-480 nm) vaikuttaa ihossa kahden millimetrin syvyydessä. Valo hajottaa iholle kertyneen ja myös ihon pintaverenkierrossa olevan bilirubiinin. Bilirubiini hajoaa parhaiten valon ollessa 450nm, mutta kun aallonpituutta suurennetaan hieman, tunkeutuu se syvemmälle ihossa, mikä parantaa hoidon tuloksellisuutta. Säteilyn voimakkuus, valon aallonpituus ja valolle kohdistettu ihon pinta-ala vaikuttavat sinivalohoidon tehokkuuteen. (Hietanen, Nyberg & Visuri 2009, 267-268.)

Kun sinivalo kohdistetaan ihoon, bilirubiini muuttuu vesiliukoiseksi lumirubiiniksi ja fotobilirubiiniksi. Fotobilirubiinia muodostuu enemmän kuin lumirubiinia. Fotobilirubiini poistuu elimistöstä hitaasti munuaisten erittämänä, ja osa siitä muuttuu takaisin bilirubiiniksi. Lumirubiinia muodostuu vähemmän. Lumirubiini ei muutu enää takaisin bilirubiiniksi, ja munuaiset erittävät sitä nopeasti. Näin lumirubiinimetabolialla on merkittävämpi vaikutus seerumin bilirubiinipitoisuuden laskuun valohoidon aikana. (Varimo 2012, viitattu 17.11.2015.) Näiden reaktioiden kautta bilirubiini muuttuu vesiliukoisemmaksi, eikä maksan tarvitse käsitellä enää sinivalon muuttamaa bilirubiinia. (Dent 2002, 173.)

3.4 Sinivalohoito

Sinivalohoitoa voidaan antaa joko sinivalolampulla tai vastasyntyneen alle tulevalla valopatjalla. Tarvittaessa hoitoa voidaan tehostaa tuplavalohoidolla, mikä tarkoittaa valohoidon antamista vastasyntyneelle sekä valohoitolampulla että valopatjalla samanaikaisesti. Tuplavalohoidolla valolle saadaan altistettua suurempi ihon pinta-ala, joten hoito on tehokkaampaa. Valohoitoa voidaan tehostaa myös asettamalla valohoitolaite lähemmäs vastasyntynyttä. (Grönroos ym. 2007, 1840.) Sinivalohoito kestää yleensä 12–24 tuntia. Tavallisesti seerumin bilirubiinipitoisuus mitataan seuraavana aamuna valohoidon aloittamisesta. Sinivalohoidon jälkeen seerumin bilirubiinipitoisuus nousee uudestaan, joten se kontrolloidaan aina 12–24 tunnin kuluttua valohoitajakson päättymisestä. (Työohje valohoitajat, 2.)

Sinivalohoidon aikana on huomioitava lapsen silmät, jotka peitetään silmän verkkokalvon vaurioiden estämiseksi. Suojan täytyy olla tarpeeksi tiukalla, jotta se pysyy paikoillaan. Se ei kuitenkaan saa olla liian tiukalla, ettei se purista. On myös huomioitava, ettei silmäsuojus estä ilman kulkeutumista nenän ja suun kautta. (Dent 2002, 174-175.) Valohoidon aikana on huomioitava myös sen läheisyydessä olevat muut vauvat, ettei heidän silmiin osu sinistä valoa (Hietanen ym. 2009, 268).

Valohoidon aikana ihovoiteiden ja öljyjen käyttöä ei suositella, koska se saattaa aiheuttaa palovammoja. Vaippa on hyvä olla ulosteen takia, ja samalla se suojaa genitaalialuetta valolta. Valohoidon aikana myös nestetasapainoa on tarkkailtava, sillä vauva menettää nestettä valohoidon aikana normaalia enemmän. Nestettä menetetään ihon kautta sekä bilirubiinin hajoamistuotteen aiheuttaman löysän ulosteen mukana. Dent (2002, 174) viittaa Merensteiniin ja Gardneriin kirjoit-

taessaan valohoidon aikana mahdollisesti esiintyvistä rusketuksesta, mikä johtuu melaniinin tuotannon lisääntymisestä, ja tapahtuu etenkin tummaihoisilla vastasyntyneillä. Dent (2002, 174) viittaa myös Modiin, jonka mukaan valoaltistus hoidon aikana voi vaikuttaa histamiinin vaupautumiseen paikallisesti aiheuttaen ihottumaa. Sinivalohoidon mahdollisia komplikaatioita ovat bronze baby -syndrooma, rakkulainen ihottuma, hypotermia, lämpörasitus ja ihon palaminen. (Mupamunda & Watkinson 2005, 174-175.)

Nesteensaannin riittävyttä voidaan arvioida tarkkailemalla virtsaamista. Vastasyntyneen tulisi virtsata ensimmäisenä elinvuorokautenaan vähintään kerran, toisena kaksi, kolmantena kolme ja neljäntenä neljä kertaa. Tämän jälkeen noin 5-7 märkää vaippaa ovat merkkejä riittävästä nesteen määrästä. Virtsan tulisi olla kirkasta. Ensimmäisinä päivinä virtsa voi olla myös sakkaista tai punertavaa. Ulostaminen puolestaan kertoo vauvan saamasta energiasta. Alkuun vastasyntyneen uloste on väriltään lähes mustaa, mutta yleensä muuttuu keltaiseksi ja ryynimäiseksi neljänteen vuorokauteen mennessä. Vastasyntyneen sinapinkeltainen ja imelähkön tuoksuinen uloste on yleensä merkki riittävästä maidonsaannista. (Deufel & Montonen 2010c, 199-201.) Mitä enemmän vastasyntynyt saa maitoa, sitä isompia ulostemäärät ovat (Järvenpää & Tommiska 2015, 308). Vastasyntyneen ruskea uloste voi tarkoittaa, että maidon saanti on riittämätöntä. (Deufel & Montonen 2010, 200.)

3.5 Kotona annettava sinivalohoito Oulun yliopistollisessa sairaalassa

Kotisinivalohoidon kriteereinä on, että lapsi on syntynyt raskausviikon 37 jälkeen, hänellä ei ole veriryhmäimmunisaatiota eikä hemolyysia ja hoidoksi riittää yksinkertainen valo. (Työohje kotisinivalohoidon edellytykset, 1.) Lisäksi vanhempien tulee olla motivoituneita kotona annettavaan sinivalohoitoon sekä vanhempien tulee puhua ja ymmärtää suomen kieltä (Työohje kotisinivalohoidon edellytykset, 1). Kotona annettava sinivalohoito on käytössä vastasyntyneillä, jotka ovat jo kotiutuneet vierihoido-osastolta ja tulevat vieripoliklinikalle kontrollikäynnille (Posterisitys, kätilöpäivät 2016).

Kotona annetun sinivalohoidon jälkeen ensimmäinen bilirubiinikontrolli on 24 tunnin kuluttua hoidon aloittamisesta vieripoliklinikalla. Jos kontrolloitu bilirubiinipitoisuus on laskenut niin, että valohoitoa ei tarvitse uusia, perheelle varataan vielä toinen bilirubiinikontrolli lähipäivälle. Toisen kontrollin ajankohta määräytyy saadun bilirubiinituloksen mukaan. (Työohje valohoitorajat 2012, 2.)

Hoito toteutetaan kannettavalla sinivalohoitolaitteella, joka mahdollistaa lapsen sylissä pitämisen valohoidon aikana. Kannettavan sinivalohoitolaitteen valohoitoteho on kansainvälisen AAP:n suositusten mukainen. Laitteessa on sinivalohoitoa antava valokuitutyyny, jonka päälle vastasyntynyt asetetaan vaippa yllään. Valokuitutyynyn suojana on potilaskohtainen tynnysuoja. Sen jälkeen vastasyntynyt kapaloidaan ohuella peitolla, jotta hänellä on lämmin ja turvallinen olo. Laite on helppo kuljettaa kotiin kantolaukussa. (Oulussa toteutetaan uusia menetelmiä vastasyntyneiden hoidossa 2015, 18-19.)

Kantolaukussa on silmäsuojat vastasyntyneelle (kuvio 2), valokuitutyyny tynnysuojineen sekä virtajohto ja valokotelo (Potilasohje sinivalohoito kotona, 1). Lisäksi kantolaukussa on muistitikulle ladattu ohjevideo sekä kirjalliset hoito-ohjeet. Hoito-ohjeet käydään myös kätilöiden toimesta läpi aina ennen kotiuttamista. (Oulussa toteutetaan uusia menetelmiä vastasyntyneiden hoidossa 2015, 18-19.) Kirjallisissa hoito-ohjeissa ohjataan laitteen käyttöön; valokotelon etuosaan tulee yhdistää valokuitutyynyn kaapeli sekä takaosaan tulee yhdistää seinään asetettava virtajohto. Näin valokoteloon saadaan virta päälle, jonka jälkeen odotetaan viisi minuuttia valokuitutyynyn aktivoitumista käyttöönotettavaksi. Valokuitutyynyn kuvioitu puoli tulee asettaa vauvaa vasten, jotta hän saa valohoitoa. (Potilasohje sinivalohoito kotona, 1.)



KUVIO 2. Vauva valohoitolaitteessa.

Hoito-ohjeessa neuvotaan yksityiskohtaisesti vauvan asettaminen silmäsuojuksineen vaippasillaan valokuitutyynyn suojapussiin. Hoito-ohjeessa on tärkeää tietoa vauvan hoidosta sinivalohoidon aikana. Vauvaa voi pitää kapalossa sylissä, vierellä ja imettää, kunhan valokoteloä käsittelee varovasti. Vauvan virtsan ja ulosteen määriä neuvotaan seuraamaan sekä kannustetaan tiheään ja

säännölliseen syöttöväliin, jotta bilirubiini pääsee poistumaan elimistöstä. Myös vauvan ihon lämpöä neuvotaan seuraamaan ja peittoa tarvittaessa vähentämään. Silmäsuojuksia neuvotaan pitämään aina valohoidon aikana, mutta vaipanvaihdon yhteydessä silmäsuojat voi ottaa pois valohoidon keskeytyessä hetkellisesti. (Potilasohje sinivalohoito kotona, 1-2.)

3.6 Tutkimukset kotona annettavasta sinivalohoidosta

Suomessa on aiemmin tehty yksi vertaileva tutkimus sinivalohoidosta kotona ja sairaalassa. Tutkimuksessa selvitettiin hoitojen eroavuudet lapsen painokehitykseen, bilirubiiniarvoihin ja äidin mielialaan. Tutkimuksessa oli mukana 74 lasta, joista 29:lle annettiin sinivalohoitoa sairaalassa ja 45:lle kotona. Tutkimustulosten mukaan kotisinivalohoito lyhensi sairaalassaoloaikaa sekä oli yhtä turvallista ja tehokasta kuin sairaalassa annettava sinivalohoito. Koko valohoitajakson keskimääräinen bilirubiinin määrä laski yhtä paljon sekä kotona että sairaalassa hoidetuilla. Imetyksessä ja lapsen painon kehityksessä ei ollut eroa. Valohoitolaitteen ja silmäsuojien käyttö sujui ongelmitta. Kotivalohoidossa olevien lasten äideillä oli vähemmän mielialaongelmia alussa, mutta kolmen kuukauden kuluttua eroja ei ollut enää ryhmien välillä. Kotivalohoitoa saaneiden lasten vanhemmat olivat tutkimuksen mukaan tyytyväisempiä kuin sairaalassa saaneiden. Tutkimus osoitti kotiympäristön tukevan varhaisen vuorovaikutussuhteen muodostumista ja vähentävän äidin mielialaongelmia. (Varimo 2012, viitattu 17.11.2015.)

Yhdysvalloissa kotisinivalohoidosta on tehty tutkimuksia vertaillen sitä sairaalavalohoittoon jo 1980-luvulla. Ensimmäisessä tutkimuksessa kotivaloa sai 25 fysiologista keltaisuutta sairastavaa täysi-aikaista vastasyntyntä. Verrokkiryhmään kuului 33 vastasyntyntä, jotka saivat sinivalohoidon sairaalassa. Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia kotisinivalohoidon tehokkuutta ja turvallisuutta sairaalavalohoittoon verrattuna. Tulokset osoittivat, että kotisinivalohoito on yhtä tehokas ja turvallinen hoitomuoto kuin sairaalassa annettava sinivalohoito. Lisäksi kotisinivalohoito oli halvempi hoitomuoto, ja se oli suotuisampi äiti-lapsi -suhteen muodostumiselle. Vanhempien tyytyväisyyttä tutkimuksessa ei mitattu, mutta vapaamuotoisten kommenttien mukaan vanhemmat olivat tyytyväisiä kotona annettuun sinivalohoittoon. (Brewer & Slater 1984, 515-519.) Toisessa tutkimuksessa sinivalohoitoa annettiin 62 vastasyntyneelle kotona ja vertailuryhmän 55 vastasyntyneelle sairaalassa. Pääasiassa hoitoa annettiin fysiologisesta keltaisuudesta kärsiville. Vaikka tässä tutkimuksessa kriteerit kotisinivalohoidolle eivät olleet yhtä tiukat kuin edellisessä, tutkimustulokset osoitti-

vat kotisinivalon olevan yhtä tehokas ja turvallinen hoitomuoto sairaalavaloon verrattuna. Vanhempien täytyi olla riittävän motivoituneita ja kykeneviä ottamaan vastuu hoidosta. (Eggert, Folland, Jung & Pollary 1985, 579-584.)

3.7 Kapalomallinen valohoitolaite vastasyntyneen vauvantahtisen imetyksen ja varhaisen kotiutumisen mahdollistajana

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa Edistä, ehkäise ja vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020 yhtenä painopisteenä on synnyttäjien voimavarojen tukeminen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015b, viitattu 7.11.2015). Toimintaohjelman tavoitteena on lyhytjälkihoitoisen synnytyksen palvelujen ja hoidon jatkuvuuden toteutuminen asiakaslähtöisesti ja alueelliset tarpeet huomioiden. Synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvä tavoite on, että perheellä on riittävät valmiudet selvitä kotona turvallisesti. Toimintaohjelma sisältää myös toimenpidesuosituksia tavoitteiden saavuttamiseksi. Varhain kotiutuville perheille järjestetään neuvolan kotikäynti tai mahdollisuus käydä synnytyssairaalan vastaanotolla. Yhtenä toimenpiteenä on, että terveydenhoitajat, kättilöt ja lääkärit ohjaavat perhettä tarkkailemaan ja tunnistamaan riskejä, jotka liittyvät vastasyntyneen vointiin ja synnytyksen jälkeiseen toipumiseen. Ohjeiden tulee olla yhdenmukaisia ja ammattilaisten yhteistyössä laatimia. (Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020, 112-113.)

Suomessa synnytyksen jälkeinen hoitoaika sairaalassa on lyhentynyt (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 253). Vuonna 1987 synnytyksen jälkeinen hoitoaika sairaalassa oli keskimäärin 6,6 vuorokautta ja vuonna 2014 vastaava luku oli 2,8 vuorokautta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015c, 14). Varhaisemmin kotiutuvien synnyttäjien tarpeita vastaamaan on kehitetty hoitomuoto Lyhytjälkihoitoinen synnytys eli LYSY (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 253).

Oulun yliopistollisen sairaalan vastasyntyneiden vierihoito-osasto on kehittänyt synnyttäneiden ja vastasyntyneiden potilaiden hoitoa. Kehittämisen taustalla ovat Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia Tavoitteena terveyttä 2010-2015 sekä Tulevaisuuden sairaala 2030 -ohjelma. Kehittämistyön tuloksena on syntynyt vieripoliklinikka varhain kotiutuvien tueksi. (Posteresitys hoitotiedepäivät 2015.) Vieripoliklinikkakäynnille tulevat varhain eli 24-48 tunnin iässä vierihoito-osastolta kotiutuneet ja polikliinisesti eli suoraan synnytysosastolta kuuden tunnin ikäisenä kotiutuneet

vastasyntyneet. Poliklinisesti syntyneiden kontrollikäynti on viimeistään vastasyntyneen ollessa 2-4 vuorokauden ikäinen. Oululaisille, kotiinlähtötarkastushetkellä yli 36 tunnin ikäisille vastasyntyneille on mahdollista poliklinikkakäynnin sijaan varata aika omaan neuvolaan 2-4 vuorokautta sairaalasta kotiutumisesta, mikäli verinäytekontrolleja ei tarvita. Vieripoliklinikan asiakkaita ovat myös kaikki alle 36 tunnin iässä kotiutuneiden vastasyntyneiden äidit sekä Oulun ulkopuolelta tulevat äidit, jotka ovat kotiutuneet 36-48 tunnin kuluessa synnytyksestä ja 36-48 tunnin kuluessa synnytyksestä kotiutuneet oululaiset äidit, joiden vastasyntynyt tulee poliklinikkakäynnille. (Työohje vieripoliklinikan toimintaan liittyen, 1-2.)

Vieripoliklinikalla kätilö tarkastaa 24-48 tunnin iässä kotiutuneen vastasyntyneen. Tarkastukseen kuuluu yleisvoimien arvioinnin lisäksi painon, hengitysfrekvenssin, pulssin ja happisaturaation mittaaminen. Samalla arvioidaan silmien, navan ja ihon kuntoa sekä keltaisuutta. Kätilön lisäksi lastenlääkäri tarkastaa vastasyntyneen vieripoliklinikalla, jos vastasyntyneen ikä on ollut alle 36 tuntia kotiinlähtötarkastuksessa tai jos vastasyntyneen voinnissa ilmenee huolenaihetta. Kätilö tarkistaa TSH-vastauksen ja tekee kuuloseulan, mikäli se on tekemättä. Käynnillä tarkastetaan vastasyntyneen imemistekniikka. Lisäksi keskustellaan äidin maidonnoususta, maidon riittävydestä, vastasyntyneen virtsaamisesta, suolen toiminnasta ja nukkumisesta. (Työohje vieripoliklinikan toimintaan liittyen, 3.)

Kätilö tarkastaa kaikki alle 36 tuntia synnytyksestä kotiutuneet äidit. Poliklinikkakäyntiin kuuluu verenpaineen mittaaminen, kohdun painaminen, jälkivuodosta ja suolen toiminnasta keskustelu. Lisäksi tarkistetaan rintojen kunto, keskustellaan imetyksestä ja tarvittaessa annetaan imetysohjausta. Käynnillä voidaan ottaa määrättyjä verikokeita ja tutkia virtsanäyte. Vieripoliklinikalle voidaan varata aika myös esimerkiksi kotiutumisvaiheessa, kun äidillä on epävarmuutta tai imetysohjelmaa. Vieripoliklinikalle tulon syitä voivat olla myös vastasyntyneen verinäytekontrollit tai syömisen ongelma. Vastasyntyneelle voidaan tarpeen mukaan varata uusintakäyntejä esimerkiksi painonkehityksen seurantaan tai bilirubiinikontrollia varten. (Työohje vieripoliklinikan toimintaan liittyen, 3.)

Keväällä 2014 Oulun yliopistollisen sairaalan vierihoito-osastolle hankittiin perinteisten sinivalohoitolaiteiden lisäksi kapalomallisia sinivalohoitolaitteita osana hoitokäytäntöjen muuttamista vauvamyönteisemmiksi (Nykyri, haastattelu 18.11.2015). Hoitomuoto kotona annettava sinivalohoito käynnistyi vieripoliklinikalla huhtikuussa 2015. Jos vieripoliklinikan kontrollikäynnillä todetaan hoitoa vaativa keltaisuus, hoito voidaan toteuttaa kotona, eikä sairaalahoito ole aina välttämätöntä. (Posteresitys hoitotiedepäivät 2015.)

Kapalomallinen sinivalolaite mahdollistaa sinivalohoidon toteuttamisen vierihoidossa, koska vastasyntynyttä voi pitää sylissä ja imettää vauvantahtisesti sinivalohoidon kanssa samaan aikaan (Potilasohje sinivalohoito kotona, 1-2). Ympäri vuorokautinen vierihoito tarkoittaa, että vastasyntynyt on äitinsä luona ympäri vuorokauden (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015, viitattu 3.12.2015). Perinteinen lapsen yläpuolelle asetettava sinivalo asettaa rajoitukset imetykselle, sillä valohoito joudutaan keskeyttämään imetyksen ajaksi. Perinteisessä sinivalohoidossa vastasyntynyttä pidetään sinivalohoidossa kolme tuntia kerrallaan, minkä jälkeen äiti voi imettää vastasyntynyttä puolen tunnin ajan. Tarvittaessa lisämaitoa annetaan valohoidon aikana tuttipullolla. (Nykyri, haastattelu 18.11.2015.)

Varhaisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan vauvan ja vanhemman välistä vastavuoroista toimintaa. Vanhempi tunnistaa ja vastaa lapsensa tarpeisiin, mihin vauva vastaa käyttäytymisellään. Varhaiseen vuorovaikutukseen kuuluu hoiva, kosketus, katse, ääni ja yhteenkuuluvuuden tunne. Vuorovaikutus on vanhemmuuden kehittymisen edellytys, sillä se vahvistaa vanhemmuutta ja pystyvyyden kokemusta vanhempana. (Korhonen 2015, 324-326.)

Vuorovaikutus on myös kiintymyssuhteen perusta. Kiintymyssuhde tarkoittaa vauvan ja vanhemman välistä tunnesidettä. Tyypillistä on sekä vauvan että vanhemman pyrkiminen läheisyyteen ja vastavuoroisuuteen. Täysiaikaisella terveellä vastasyntyneellä on taito vuorovaikutukseen jo heti syntymän jälkeen. Jo vastasyntynyt ilmaisee läheisyyden tarvettaan. Kiintymyssuhteen muodostumiseen vaikuttaa vanhemman herkkyyden tunnistaa vauvan viestejä ja kyky reagoida niihin. Tärkeää on vastata vauvan tarpeeseen oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Vanhemman käyttäytymisen ennustettavuus ja johdonmukaisuus ovat osa turvallisen kiintymyssuhteen muodostumista. Hyvässä vuorovaikutuksessa vauvan itsetunto ja itseluottamus vahvistuvat. Varhaiset vuorovaikutuskokemukset ovat lapsen myöhempien ihmissuhteiden perusta. (Korhonen 2015, 324-326.)

Imetyksen merkittäviä tarkoituksia on vauvan ruokkiminen sekä kiintymyssuhteen muodostuminen äidin ja vauvan välille. Imettäminen aiheuttaa oksitosiinin erittymistä lisäten äidin ja vauvan raukeuden, mielihyvän sekä kiintymyksen tunnetta. (Kaartinen & Puura 2010, 410.) Imetyksen tukeminen ensimmäisten viikkojen aikana on tärkeää, jotta kiintymyssuhteen muodostumista vahvistava oksitosiini-hormonin erittyminen alkaisi (Mäntymaa & Puura 2010, 32).

Varhain aloitetulla ja tiheällä imetyksellä voidaan vaikuttaa vastasyntyneen keltaisuuteen (Deufel & Montonen 2010a, 419). Terve rintamaidolla ruokittu vauva ulostaa yleensä tiheämmin kuin vauva,

jonka ravintona on korvikemaito (Fellman & Luukkainen 2010a, 40). Äidin ensimaidolla eli ko-lostrummaidolla on laksatiivisia vaikutuksia. Tiheä imetys nopeuttaa runsaasti bilirubiinia sisältävän mekoniumin poistumista. Vauvan huulten stimulaatio imetyksen aikana parantaa suoliston peristaltiikkaa. (Deufel & Montonen 2010a, 418-419.) Lisäksi useat rintamaidon ravintoaineet kuten proteiinit ja mineraalit imeytyvät paremmin kuin vastaavat korvikemaidon sisältämät aineet. Rintamaito sisältää monia tärkeitä ravintoaineita ja muita ainesosia, jotka vaikuttavat keskushermoston ja immuunipuolustusjärjestelmän kehitykseen sekä suoliston kypsymiseen. Kuitenkin suomalaiset korvikemaidot on pyritty valmistamaan niin, että ne muistuttaisivat mahdollisimman paljon rintamaitoa. (Luukkainen 2010, 34-37.)

Vauvantahtisen imetyksen mukaisesti suositellaan, että ensipäivinä vauvan tulisi imeä vähintään kahdeksan kertaa vuorokaudessa (Deufel & Montonen 2010d, 430). Synnytyksen jälkeen maidon muodostus äidin rintarauhasissa alkaa muutamassa päivässä, kun vastasyntynyt imee rinnasta oman tahtinsa mukaan (Fellman & Luukkainen 2010a, 40). Vauvantahtisessa imetyksessä vauva on syötön ajoittaja. Vauvalla on tyydytystä vaativa imemisen tarve, joten vauvan tulisi määrätä imetykserän kesto. Vauvantahtinen imetys nopeuttaa vauvan syntymäpainon saavuttamista ja auttaa imetyksen vakiintumisessa. (Deufel & Montonen 2010d, 429-430.)

Ruotsalaisessa tutkimuksessa tutkittiin sinivalohoitojen vaikutusta imetykseen. Sellaisilla vauvoilla, jotka olivat sinivalohoidossa äidin lähellä, imetyksen kesto oli pidempi kuin vauvoilla, joiden sinivalohoito toteutettiin äidistä erotettuna. (Deufel & Montonen 2010a, 424.) Varhainen kotiutuminen voi osaltaan edistää imetystä. Kotona tutussa ympäristössä äiti rentoutuu ja pystyy nopeammin havaitsemaan vauvan imemisen tarpeita. Äidit nukkuvat kotona paremmin kuin synnytyssairaalassa. Äidit herkästi rauhoittavat vauvaa imettämällä, jotta muut sisarukset eivät heräisi. Täysimetys vaikuttaa yleensä vauvan painonnousuun hyvin. (Deufel & Montonen 2010d, 443.)

4 KOTONA ANNETTAVAAN SINIVALOHOITOON LIITTYVÄ OHJAUS

4.1 Vuorovaikutteinen asiakasohjaus

Ohjaus on kontekstiin sidottua aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Ohjauksessa ohjaajan ja ohjattavan välillä on vuorovaikutteinen ohjaussuhde. (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 257; Kääriäinen 2007, 114.) Kontekstiin liittyvät ohjattavan ja ohjaajan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tausta sekä muut ympäristötekijät. Vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen kuuluvat kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö. Ohjauksen aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta muodostuvat tavoitteiden asettamisesta ja aktiivisuuden tukemisesta. (Kääriäinen 2007, 117.)

Laadukas asiakasohjaus sisältää tiedollisen, emotionaalisen ja konkreettisen tuen. Ohjauksessa lähtökohtina ovat asiakaslähtöisyys sekä ohjaajan ja ohjattavan jaettu asiantuntijuus ja vastuullisuus. Jaettu asiantuntijuus on sitä, että ohjaaja on asiantuntijana ammattinsa puolesta ohjattavasta asiasta, ohjauksen menetelmistä ja oppimisesta, kun taas asiakkaalla on asiantuntijuus omasta elämästään. Ohjauksessa korostuu asiakkaan oma vastuu oppimisesta ja valinnoista. Onnistuneessa ohjauksessa myös ohjaaja kantaa oman vastuunsa. Ohjaajan vastuulla ovat ohjauksen suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Hentinen & Kyngäs 2009, 76-78.)

Hyvän vuorovaikutuksen perustana ohjauksessa ovat fyysinen ympäristö, viestintä ja ohjaussuhde. Tilan tulisi olla rauhallinen ja tarkoituksenmukainen, missä mahdollistuu myönteisen ilmapiirin luominen. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006, 28.) Ohjaussuhteeseen sisältyy sekä sanaton että sanallinen viestintä. Ohjaaja arvioi asiakkaan taustoja ja omia ohjaukseen vaikuttavia taustatekijöitään. Sanattomaan viestintään on kiinnitettävä erityistä huomiota, sillä sanallinen viestintä on vain pieni osa vuorovaikutusta sanattoman rinnalla. Toimiva vuorovaikutteinen ohjaussuhde rakentuu molempien osapuolten aidosta läsnäolosta, odottamisesta, vastaamisesta, ilmaisun mukauttamisesta sekä tulkinnan tarkastamisesta. Aito läsnäolo välittyy kiireettömyytenä, kuuntelemisena ja kykyinä keskittyä pelkästään ohjaustilanteeseen. Vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa molemmat osapuolet saavat tilaa omille näkemyksille. Ymmärtämisen kannalta on tärkeää, että ohjaaja puhuu ohjattavalle ymmärrettävää kieltä välttäen ammattisanastoa. Ohjauksessa on pyrkimys yhteisymmärrykseen, jota edistää tarkentavien kysymysten tekeminen. Asiakkaan passiivisuus lisää väärin-

ymmärryksen riskiä, sillä silloin ohjaajan omien tulkintojen osuus lisääntyy. Vastuu ohjauksen onnistumisesta ja hoitoon sitoutumisen edistämisestä on ohjaajalla. Sen vuoksi ohjaajan on pyrittävä saamaan vuorovaikutuksesta aktiivista myös asiakkaan osalta. (Hentinen & Kyngäs 2009, 97-99.) Nykypäivän haasteita ovat lyhentyneet hoitoajat ja kiire. Tällöin ohjaajan vuorovaikutustaitojen merkitys lisääntyy entisestään, kun luottamuksellisen ohjaussuhteen rakentamiselle on vähemmän aikaa. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006, 30.)

4.2 Tutkimuksia vanhempien ohjauskokemuksista

Suomessa on tutkittu vanhempien kokemuksia vastasyntyneen hoitoon liittyvästä ohjauksesta ja tuesta. Huuskolan Pro gradu-tutkielmassa kuvataan keskosvauvan vanhempien kokemuksia henkilökunnalta saadusta tuesta sairaalahoidon aikana. Tutkimuksen mukaan vanhemmat kokivat tiedollisen tuen merkittävänä. Tärkeää oli, että tieto oli selkeää, luotettavaa ja lisäksi oli myös kirjallista materiaalia. (Huuskola 2005, 28.)

Oommenin tutkimuksessa selvitettiin, kuinka paljon vanhemmat kokivat saaneensa päätöksenteon, konkreettista ja emotionaalista tukea hoitohenkilökunnalta lapsivuodeosastolla. Tutkimukseen osallistui 863 äitiä ja 525 isää. Tulosten mukaan yli kolmasosa äideistä ja 29% isistä koki saaneensa päätöksenteon tukea kohtalaisesti. Tukea oli saatu eniten vauvanhoidon ohjeiden muodossa sekä hoitajien antamana aikana vanhempien tarpeille. (Oommen 2009, 33-34.) Huuskolan tutkimuksessa tuli esille vanhempien tarve kirjalliselle materiaalille, jota kaikki eivät olleet saaneet (Huuskola 2005, 45). Vanhemmat toivoivat lisää kirjallista materiaalia ja ohjeita tilanteista, jolloin tulee olla yhteydessä sairaalaan (Oommen 2009, 42-43).

Huuskolan tutkimuksessa tiedolliseen tukeen sisältyi mahdollisuus kysyä mieltä askarruttavista asioista ja saada niihin vastauksia sairaalahoidon aikana sekä kotiutumisen jälkeen. Vanhemmille oli tärkeää, että henkilökunnan kanssa keskusteluun ja vauvan hoidon opastamiseen oli riittävästi aikaa. (Huuskola 2005, 29-31.) Oommenin tutkimuksen mukaan vanhemmat kokivat keskusteluajan liian vähäisenä (Oommen 2009, 42-43). Vanhemmat toivoivat, että tiedonantopaikka olisi sellainen, jossa pidempi keskustelu olisi mahdollista (Huuskola 2005, 43).

Kolmasosa Oommenin tutkimukseen osallistuneista äideistä koki saaneensa kohtalaisesti konkreettista tukea. Saman verran äitejä oli kokenut saaneensa tukea vain vähän. Isistä neljäsosa oli

kokenut konkreettisen tuen määrän kohtalaiseksi ja alle kolmasosa vähäiseksi. Vanhemmat olivat kokeneet, että eniten ohjausta ja opetusta saatiin vauvan syöttämisessä ja vauvan hoidossa. Vähiten ohjausta oli saatu siihen, kuinka hakea konkreettista tukea. (Oommen 2009, 34.) Äidit toivoivat lisää tukea ja tietoa imetyksestä sekä maidon riittävydestä (Oommen 2009, 43-44).

Vanhempien kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyviä asioita olivat myönteisyys, ystävällisyys, rauhallisuus ja koko perheen huomioiminen. Vanhemmat pitivät tärkeänä, että heidän tarpeitaan kuunneltiin ja he saivat ilmaista avoimesti tunteitaan. (Huuskola 2005, 37-39.) Vanhemmat toivoivat henkilökunnalta läsnäoloa, kiireettömyyttä, kuuntelemista ja kiinnostusta osoittavaa perheen kohtaamista (Oommen 2009, 42-43). Osa vanhemmista oli kokenut jaksamisen huomioinnin ja tunteiden kuulemisen vähäisenä. Vanhemmat toivoivat tukea vanhemmuuden kehittymiseen. (Huuskola 2005, 47,54.) Oommeenin tutkimuksen mukaan äideistä yli neljäsosa ja isistä lähes kolmasosa koki saaneensa emotionaalista tukea paljon. Emotionaalisen tuen muodoista vanhemmat kokivat eniten saavansa tukea osa-alueilla turvallisuuden tunne osastolla, yksilöllinen hoito ja perheen huomiointi. (Oommen 2009, 35-36.) Äidit toivoivat lisätukea tunteiden käsittelyyn (Oommen 2009, 43).

Suomessa vanhempien vastasyntyneen hoitoon liittyviä ohjaukokemuksia on tutkittu laajasti, mutta vastasyntyneen sinivalohoidonohjausta ei juuri ole tutkittu.

4.3 Kotona annettavan sinivalohoidon aloitusohjaus

Vanhempien huomioiminen ja oikeanlainen ohjaus lapsen sinivalohoidon ohjauksessa on tärkeää. Hoitajille sinivalohoito on usein tapahtuva toimenpide, jolloin ei tule huomioitua välttämättä vanhempaa tarpeeksi. Vanhemmat voivat kokea ahdistusta siitä, että heidän lapsensa joutuu olemaan sinivalohoidossa silmät peitettynä. Vanhemmissa voi aiheuttaa huolta myös se, jos vastasyntyneen hyperbilirubinemia ei ilmenekään ensimmäisinä päivinä, vaan se huomataan vasta myöhemmin. Kun keltaisuus huomataan myöhemmin, tuntuu se takaiskulta ja lapsen voinnin huononemiselta. Dent viittaa Kemperiin, jonka mukaan vanhemmille voi jäädä sellainen käsitys, että oma lapsi on sairas tai heikompi, ja jopa kotiutumisen jälkeen vanhemmat voivat luulla, että lapsi ei ole normaali. Vastasyntyneen hoitajan on annettava täsmällistä tietoa vanhemmille keltaisuudesta, sen syistä ja hoidosta. (Dent 2002, 174-175.)

Perheen kotiuduttua vastasyntyneen ravitseminen ja voinnin seuranta ovat vanhempien vastuulla. Perheen kotiutuessa varhain äidin oman maidon riittävydestä ja vauvan imemistekniikasta ei voida olla täysin varmoja. Erityisen tärkeää on vanhempien ohjaus niissä asioissa, jotka ovat välttämättömiä kotona selviytymiselle. Henkilökunnan on varmistettava, että imetys onnistuu. Imetyksen aikana vauvan tulee imeä, niellä ja hengittää sujuvasti. (Deufel & Montonen 2010b, 442, 445.) Äidillä täytyy olla tieto, mihin ottaa yhteyttä, jos kotona imetyksessä ilmenee ongelmia (Deufel & Montonen 2010b, 446).

Vastasyntyneen keltaisuus ja sinivalohoito voivat olla imetyksen onnistumista heikentäviä tekijöitä (Deufel & Montonen 2010de, 197). Kellastunut vauva saattaa olla unelias (Deufel & Montonen 2010a, 418). Uneliaan vauvan ilmaisemat merkit imemisen tarpeesta voivat olla puutteellisia, mikä voi heikentää äidin itseluottamusta imettäjänä (Deufel & Montonen 2010e, 196-197). Ohjauksella pyritään ehkäisemään ongelmia ja antamaan emotionaalista tukea. Vanhemmat toivovat tietoa imetyksen ongelmista ja kuinka selvittää niistä. He toivovat myös tietoa, millä tavoin arvioida rintamaidon riittävyttä. (Deufel & Montonen 2010b, 445-446.)

Kotisinivalohoidon käyttöohjeistuksessa on tärkeää korostaa valopatjan oikeaa käyttöä, vikamerkkivaloihin reagoimista sekä varovaisuutta kaapelia käsitellessä. Laitteen käytön lisäksi ravitsemuksen ohjaus on tärkeää. Valohoitoa olisi hyvä antaa keskeytyksettä, mutta vauvan voi tarvittaessa ottaa pois valohoidosta. (Potilasohje sinivalohoito kotona, 1-2.) Myös silmäsuojien merkitys on hyvä kertoa vanhemmille (Dent 2002, 173-174). Kätilöt neuvovat vanhempia katsomaan ohjevideon jo ennen hoitolaitteen noutamista vieripoliklinikalta, jotta ohjaus olisi sujuvampaa. Vanhemmille kerrotaan myös, että vierihoidon osastolle voi tarvittaessa soittaa ympäri vuorokauden ja kysyä ohjausta. (Nykyri, haastattelu 18.11.2015.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata vanhempien kokemuksia kotona annettavasta sinivalohoidosta ja ohjauksesta. Tarkoituksena on myös kuvata mahdollisia ongelmakohtia hoidon ohjauksessa ja toteutumisessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia kokemuksia vanhemmilla on vastasyntyneen kotona toteutuneen sinivalohoidon ohjauksesta?
2. Millaisia kokemuksia vanhemmilla on vastasyntyneen kotona toteutuneesta sinivalohoidosta?

Opinnäytetyön tulosten avulla vierihoito-osasto voi kehittää kotona annettavaa sinivalohoitoa ja hoidon ohjausta, jolloin vierihoito-osaston asiakkaat hyötyvät tutkimuksesta. Hyvällä hoidolla ja ohjauksella voidaan tukea perheitä ja vahvistaa vanhemmuutta uudessa elämäntilanteessa. Tavoitteena on myös tiedon ja näkyvyyden lisääminen uudesta hoitomuodosta terveydenhuoltoalalla.

Opinnäytetyöntekijöiden omana oppimistavoitteena oli ammatillinen kehittyminen ja tutkimustyössä harjaantuminen. Tavoitteena oli saada vastasyntyneen sinivalohoidosta ja hoidon ohjauksesta tietoa, jota voisi hyödyntää tulevassa terveydenhoitajan ja kättilön työssä.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksessa käytettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kun eri tutkimusmenetelmiä käytetään samassa tutkimuksessa, on kyse metodologisesta triangulaatiosta (Hirsjärvi ym. 2013, 233). Laadullinen ja määrällinen tutkimusmenetelmä täydentävät toisiaan, kun niitä käytetään rinnakkain (Hirsjärvi ym. 2013, 136-137; Vilka 2015, 70).

Määrällisen tutkimuksen tarkoituksena voi olla ihmisiin liittyvien asioiden kuvaaminen, selittäminen, vertaileminen tai kartoittaminen. Kuvailevassa tutkimuksessa esitetään tarkasti ilmiön keskeiset tai kiinnostavimmat asiat. (Vilka 2007, 19-20.) Tämä opinnäytetyö on kuvaava tutkimus. Vastasyntyneen kotona annettava sinivalohoito on vähän tutkittu aihe. Tutkimuksella haluttiin saada tietoa vastasyntyneen kotona annettavan sinivalohoidon ohjauksesta ja hoidon toteutumisesta. Tavoitteena oli kerätä tietoa mahdollisimman suurelta joukolta, jotta tietoa voitaisiin hyödyntää vierihoidon toiminnan kehittämisessä.

Laadullisessa tutkimuksessa kohteen kokonaisvaltainen tutkiminen on tärkeää. Aineistoa käsitellään ainutlaatuisena ja tarkastellaan yksityiskohtaisesti. Tosiasian löytäminen on laadullisen tutkimuksen pyrkimys. (Hirsjärvi ym. 2013, 161, 164.) Määrällisen tutkimusmenetelmän rinnalla käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, koska tutkimuksen avulla haluttiin saada tietoa vanhempien kokemuksista sellaisenaan ja löytää mahdollisia kehitettäviä ongelmakohtia kotona annettavasta sinivalohoidosta ja sen ohjauksesta.

6.2 Tutkimusjoukon valinta

Tutkimusjoukko tulee valita tutkimusongelmien ja tavoitteiden perusteella. Ennen aineiston keräämistä muodostetaan valintakriteerit, jotka ohjaavat näytteen valitsemista. (Vilka 2015, 151.) Tutkimuksen näytteen muodostivat kaikki Oulun yliopistollisen vierihoidon osaston asiakkaat, joiden vastasyntynyt sai sinivalohoitoa kotona ja hoitajakso päättyi tutkimuksen aineiston keruun aikana.

6.3 Kyselylomakkeen laadinta ja aineistonkeruu

Tutkimusaineisto päätettiin kerätä kyselylomakkeen avulla, jotta tutkimukseen osallistuisi mahdollisimman moni sinivalohoitoa kotona saaneen vastasyntyneen vanhempi. Tutkimuksen toteuttaminen kyselylomakkeella oli myös tutkimuksen tilaajan toive.

Kyselytutkimuksella on mahdollista tavoittaa paljon tutkittavia henkilöitä ja kysyä useita asioita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 195). Kyselytutkimuksella saadaan kerättyä tehokkaasti laaja tutkimusaineisto. Hyvin suunnitellun kyselylomakkeen antamien vastausten tallentaminen ja analysointi on nopeaa tietokoneohjelmien avulla. Lisäksi aikataulu ja kustannukset ovat melko hyvin arvioitavissa. (Hirsjärvi ym. 2013, 195.)

Kyselytutkimuksen heikkous voi olla liian pinnallinen aineisto ja epävarmuus vastaajien vastausmotivaatiosta. Kato voi joissakin tutkimuksissa olla suuri. (Hirsjärvi ym. 2013, 195.) Vastauslomakkeiden hidas palautuminen voi olla yksi kyselyn haittapuoli (Vilka 2007, 28). Tämän vuoksi aineistonkeruu toteutettiin sähköisen ja postikyselyn sijaan paperisena kyselynä perheiden käynnin yhteydessä vieripoliklinikalla.

Kysymysmuotoja voivat olla avoimet kysymykset, monivalintakysymykset ja asteikkoihin eli skaaloihin perustuvat kysymykset. Avoimissa kysymyksissä jälkeen jätetään tyhjä tila vastaukselle. Monivalintakysymyksissä vastaaja valitsee valmiista numeroiduista vastausvaihtoehdoista mieleisen. Asteikkoihin perustuvissa kysymyksissä on väittämä ja vastausvaihtoehdot, johon vastaaja voi merkitä kuinka samaa mieltä hän on väittämästä. (Hirsjärvi ym. 2013, 198–200.) Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden vastata omin sanoin ja oman tietämyksen ohjaamana. Monivalintakysymykset puolestaan mahdollistavat vastausten mielekkään vertailun ja helpomman analysoinnin tietokoneella. (Hirsjärvi ym. 2013, 201.)

On tärkeää muotoilla kyselylomakkeen kysymykset mahdollisimman lyhyiksi, selkeiksi ja ymmärrettäviksi. Kaksoismerkitysten sijaan tulee kysyä vain yhtä asiaa kerrallaan, jotta vastaaminen on helpompaa. Rajatut ja spesifit kysymykset jättävät vastaajalle vähemmän tulkinnan varaa kuin yleiset kysymykset. Yleiset kysymykset on kuitenkin sijoitettava kyselyn alkuun ja spesifit loppuun, sillä yleiset kysymykset esimerkiksi perustiedoista ovat usein helposti vastattavia. (Hirsjärvi ym. 2013, 202.)

Kysymysten laadinnassa tulee pyrkiä käsitteisiin, jotka merkitsevät samaa kaikille. Ainakin monimerkityksiset sanat on hyvä korvata tarkemmilla sanoilla. Sanavalinnoissa ei kannata suosia ammattikieltä, jotta vastaaja ymmärtää kysymyksen oikein. Vastausvaihtoehdoksi vastaajalle on hyvä antaa vaihtoehto "ei mielipidettä", jotta vältettäisiin epätodennukaiset vastaukset. Vastausvaihtoehdoista monivalinnat ovat parempia kuin "samaa mieltä/eri mieltä" -väittämät, sillä jälkimmäiseen vastaajat vastaavat usein miellyttäen kyselyn tekijää. (Hirsjärvi ym. 2013, 202.)

Kyselylomake laadittiin joulukuun 2015 aikana. Kyselyn suunnittelussa huomioitiin, että kysely olisi mahdollisimman toimiva, tarpeeksi tietoa tuottava ja pituudeltaan kohtuullinen. Kyselyn aihesisällöt muotoutuivat hyvän ohjauksen kriteerien ja sinivalohoidon keskeisten asiasisältöjen näkökulmasta. Kysely koostui monivalintakysymyksistä, asteikkoihin perustuvista väittämistä sekä avoimista kysymyksistä. Kyselyn laadinnassa huomioitiin hyvän kyselyn kriteerit huolellisesti.

Ennen aineistonkeruuta kyselylomake on testattava (Hirsjärvi ym. 2013, 204; Vilka 2015, 108). Lomake voidaan sen perusteella tarkistaa ja tarvittaessa korjata (Hirsjärvi ym. 2013, 204). Kyselylomake esitestattiin ulkopuolisilla henkilöillä, joita olivat sairaalassa sinivalohoitoa saaneen vastasyntyneen vanhempi ja kättilöopiskelija. Esitestauksen avulla saatiin tietoa esimerkiksi kyselyn toimivuudesta, pituudesta ja sen täyttämiseen kuluva ajasta. Palautteen avulla kyselyn muutamaa kysymystä tiivistettiin ja kieliasua muokattiin selkeämpään muotoon.

Kun tieto tutkimusluvasta oli saatu, vierihoito-osaston henkilökuntaa tiedotettiin aineistonkeruuseen liittyvistä järjestelyistä. Vierihoito-osaston kättilöt jakoivat kyselylomakkeen saatekirjeineen kirjekuoreissa vanhemmille sillä käynnillä, jolla vanhemmat palauttivat valohoitolaitteen vieripoliklinikalle ensimmäisen kerran aineistonkeruun aikana. Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat vastasivat kyselyyn, sulkivat sen kirjekuoreen ja palauttivat kuoren suljettuun palautuslaatikkoon vieripoliklinikalle.

Tutkimusaineistoa kerättiin ensimmäisen kerran 14.4-31.5.2016, jolloin vastauksia kertyi seitsemän kappaletta. Riittävän tutkimusaineiston keräämiseksi aineistonkeruuta jatkettiin 17.6-7.8.2016. Tuolloin vastauksia saatiin viisi. Emme voi olla varmoja siitä, saivatko kaikki aineistonkeruuaikana sinivalolaitetta palauttamaan tulleet vanhemmat mahdollisuuden vastata kyselyyn.

6.4 Tutkimusaineiston analysointi ja tulosten esittäminen

Tutkimuksen merkittävin vaihe on aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Analyysivaihe antaa vastaukset tutkijoiden asettamiin kysymyksiin. Valitun analyysitavan tulee antaa mahdollisimman hyvin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa puolestaan käytetään laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. (Hirsjärvi ym. 2013, 223–224.)

Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin sekä tilastollista että laadullista analyysia. Tilastollisia analyysimenetelmiä käytettiin monivalintakysymysten ja asteikkoihin perustuvien väittämien analysointiin. Aluksi kaikki vastauslomakkeet tarkistettiin, minkä jälkeen määrällinen aineisto muutettiin Webropol-ohjelmalla sähköiseen muotoon. Ohjelman avulla laadittiin aineistoa kuvaavia kuvioita analysointia selkeyttämään. Prosenttien sijaan käytettiin lukuarvoja kuvaamaan vastausten jakaumia, ettei vastaustulos olisi vääristynyt pienessä näytteessä. Kyselyn antamia vastauksia tarkasteltiin tutkimuskysymysten näkökulmasta. Kyselyn kysymykset laadittiin tutkimuskysymysten pohjalta, joten saadut vastaukset analysoitiin kyselyn ohjaamassa järjestyksessä.

Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin laadullisella menetelmällä, koska mahdollisten ongelmakohtien esiin tuominen sellaisenaan oli tärkeää. Analysoinnissa käytettiin sisällön analyysia. Alkuperäinen aineisto pelkistettiin tutkijan kielelle, jonka jälkeen pelkistetyt aineistot klusteroitiin eli ryhmiteltiin saman sisältöisten asioiden perusteella. Ryhmitellyistä vastauksista muodostui alaluokkia ja alaluokista kokoavia yläluokkia. Analysointitaulukkoon suoritettiin kaksoistarkistus, millä varmistettiin, ettei aineiston pelkistämässä tapahtuisi asiavirheitä. Alla olevasta kuvioista ilmenee, miten sisällön analyysi rakentui (kuvio 3).

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
"Silmäsuojia vaikea saada pysymään paikoillaan"	Silmäsuojat pysyvät huonosti paikoillaan	Ongelmat silmäsuojien käytössä	Sinivalohoitolaitteen käytön ongelmat
"Silmäsuojat pysyvät huonosti paikoillaan kun lapsi liikuttaa päätään."	Silmäsuojat pysyvät huonosti paikoillaan	Ongelmat silmäsuojien käytössä	Sinivalohoitolaitteen käytön ongelmat
"Vauva koko ajan "silmät kiinni", niin hermostui siitä aluksi."	Vauva hermostui silmäsuojien käytöstä	Ongelmat silmäsuojien käytössä	Sinivalohoitolaitteen käytön ongelmat

KUVIO 3. Esimerkki sisällön analyysistä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Analysointivaiheen jälkeen tulokset täytyy selittää ja tulkita. Tutkijat pohtivat analyysin tuloksia ja tekevät omat johtopäätökset. He laativat synteeseit, jotka kokoavat pääasiat yhteen ja antavat vastaukset asetettuihin ongelmiin. Synteeseien perusteella voidaan kirjoittaa johtopäätökset, jossa tutkijat pohtivat tulosten merkitystä omalla tutkimusalueella sekä mahdollista laajempaa merkitystä. (Hirsjärvi ym. 2013, 223–224.)

7.1 Kyselyyn vastanneiden perheiden kuvaus

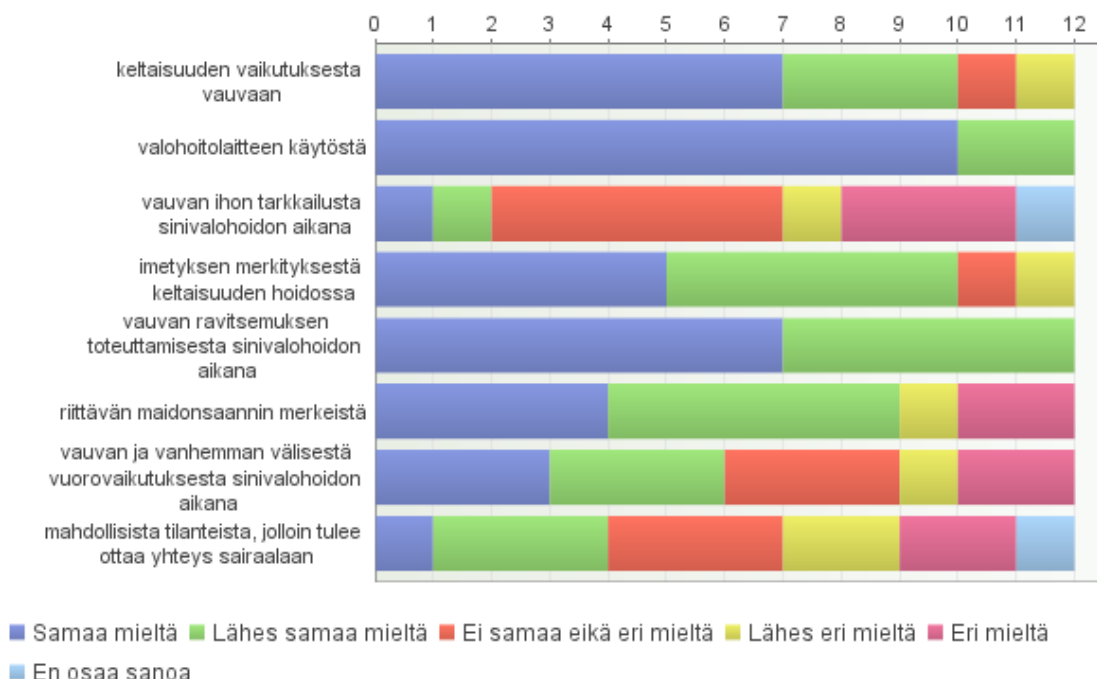
Vastauksia kertyi yhteensä 12. Aineistonkeruuaikana kyselyyn pyydettiin vastaamaan 19 perhettä. Kuuden kyselyn vastaajana oli äiti ja kuuden äiti ja isä yhdessä. Tässä raportissa vastanneella tarkoitetaan sekä yksin vastannutta äitiä että yhdessä vastanneita äitiä ja isää. Suurimmassa osassa vastanneista eli kymmenessä perheessä vastasyntyneen sinivalohoitojakso oli pituudeltaan yhden vuorokauden. Yhdessä perheessä sinivalohoitojakson pituus oli kahden ja yhdessä kuuden vuorokauden mittainen. Neljässä perheessä oli aiemmin ollut lapsi tai lapsia sinivalohoidossa sairaalassa. Yhdenkään vastanneen lasta ei ollut aiemmin hoidettu sinivalohoidossa kotona.

7.2 Kokemukset sinivalohoidon ohjauksesta

Vanhempia pyydettiin arvioimaan vieripoliklinikalla annettua sinivalohoidon aloitusvaiheen ohjausta. Kyselyn alussa oli väittämiä riittävästä tiedonsaannista ohjauksessa. Vastaajat kokivat saaneensa riittävästi tietoa valohoitolaitteen käytöstä ja vauvan ravitsemuksen toteuttamisesta sinivalohoidon aikana. Myös keltaisuuden vaikutuksesta vauvaan sekä imetyksen merkityksestä keltaisuuden hoidossa saatiin melko riittävästi tietoa. Näissä kahdessa kohdassa suurin osa (n=10) oli samaa mieltä tai lähes samaa mieltä. Riittävän maidonsaannin merkeistä 9 vastaajaa (vastanneista 4 oli samaa mieltä ja 5 lähes samaa mieltä) koki saaneensa tietoa riittävästi. Vastanneista kolme koki tiedon riittämättömäksi. (Kuvio 4)

Riittämättömimmiksi koettiin ohjaus ihon tarkkailusta, vanhemman ja vauvan välisestä vuorovaikutuksesta sekä tilanteista, jolloin tulee ottaa yhteys sairaalaan. Vastanneista neljä koki riittämättö-

mäksi tiedon vauvan ihon tarkkailusta sinivalohoidon aikana ja viisi oli valinnut vaihtoehdon ei samaa eikä eri mieltä. Vauvan ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta sinivalohoidon aikana vastanneista puolet koki saaneensa tietoa riittävästi, kolme riittämättömästi ja kolme oli valinnut vaihtoehdon ei samaa eikä eri mieltä. Kolmasosa vastanneista arvioi saaneensa riittävästi ja kolmasosa riittämättömästi tietoa tilanteista, jolloin tulee ottaa yhteys sairaalaan. Kolme vastaajaa oli valinnut vaihtoehdon ei samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 4)

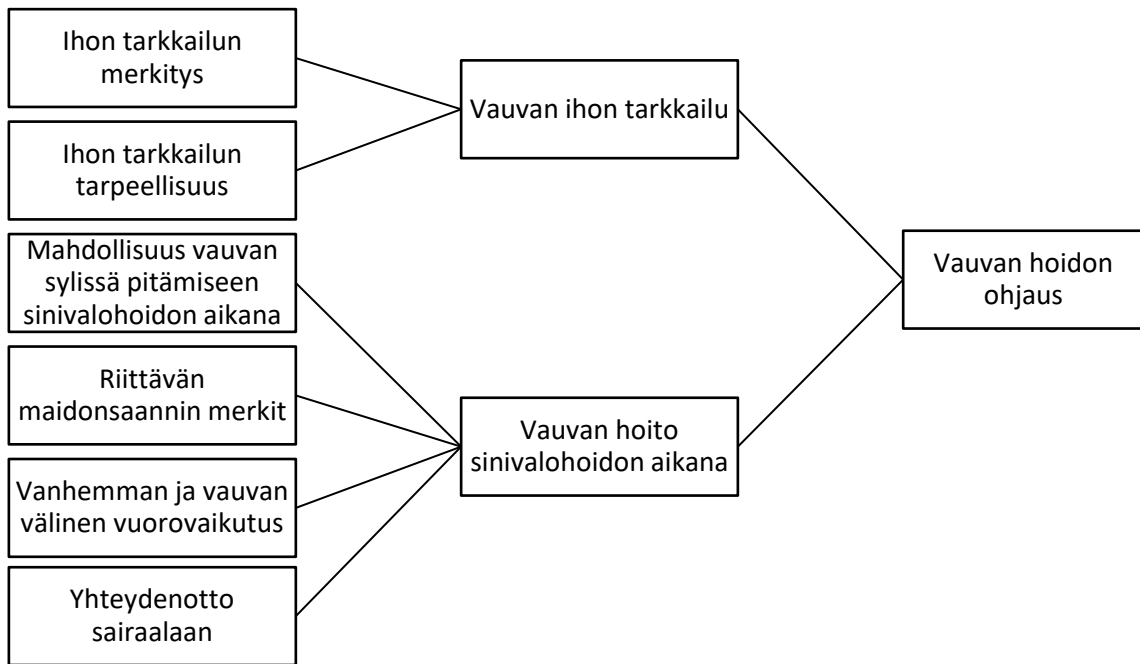


KUVIO 4. Vanhempien arviot tiedonsaannin riittävydestä ohjauksessa (n=12)

Laadullinen tutkimusaineisto antoi tietoa ohjaukokemuksista yksityiskohtaisemmin. Vanhemmilta kysyttiin mitä he olisivat toivoneet ohjaukselta ja miten ohjausta voisi kehittää. Kyselylomakkeen viimeisessä avoimessa kysymyksessä vastaajien oli mahdollista kertoa vapaasti kokemuksistaan kotona annettavasta sinivalohoidosta sekä siihen liittyvistä mahdollisista ongelmista. Osa vastauksista sopi paremmin käsiteltäväksi ohjaukseen liittyvän kysymyksen yhteydessä.

Ohjausosion yläluokaksi nousi vauvan hoidon ohjaus (kuvio 5), jonka alaluokiksi muodostui vauvan ihon tarkkailu ja vauvan hoito sinivalohoidon aikana. Vanhemmat toivoivat, että ohjauksessa kerrottaisiin vauvan ihon tarkkailun merkityksestä ja tarpeellisuudesta sinivalohoidon aikana. Vauvan hoidon ohjeistusta toivottiin riittävän maidonsaannin merkeistä, vanhemman ja vauvan välisestä

vuorovaikutuksesta sekä mahdollisista tilanteista, jolloin tulee ottaa yhteys sairaalaan. Yhden vastaajan mukaan ohjauksessa ei kerrottu, että vauvaa voi pitää sylissä sinivalohoidon aikana.

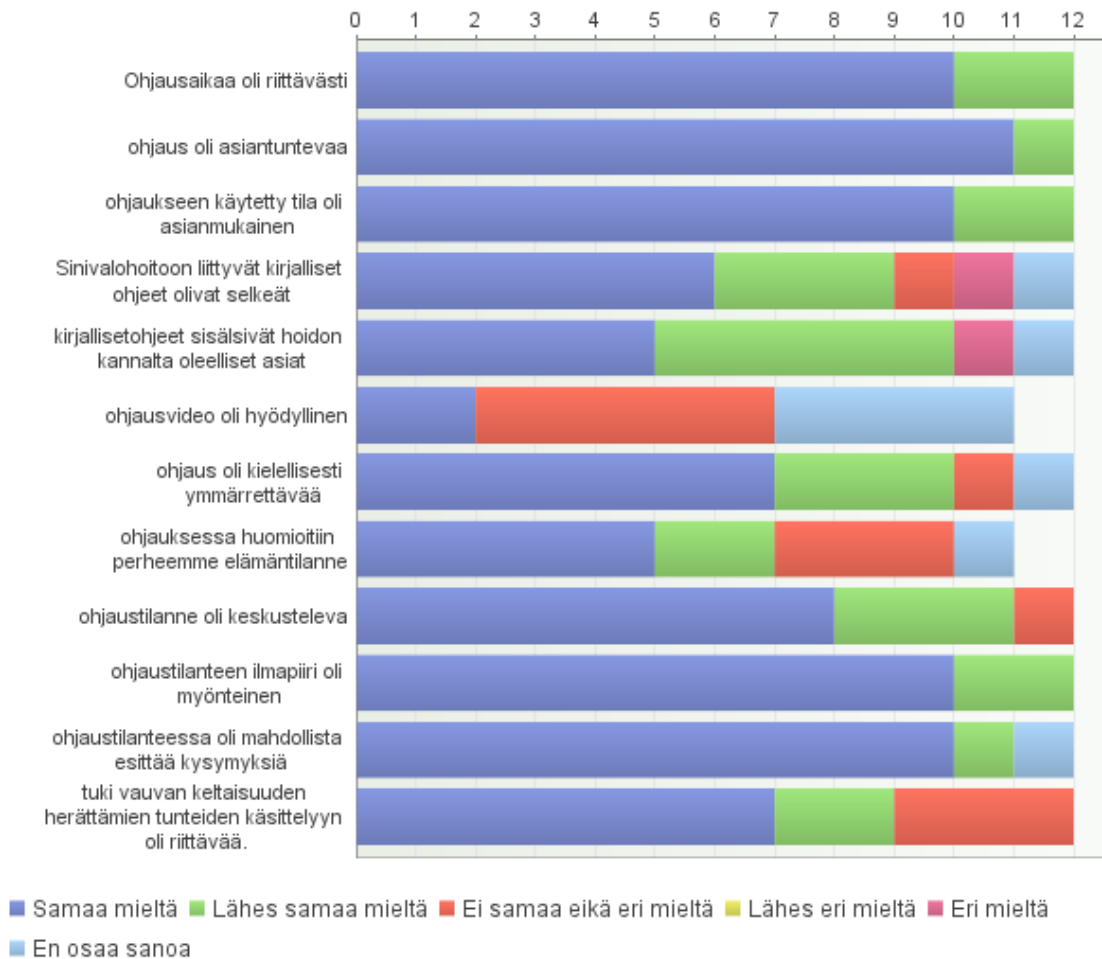


KUVIO 5. Ohjauksen kehittämistarpeet.

Seuraavaksi kyselyssä oli väittämiä, jotka liittyivät ohjaustilanteeseen ja saatuun ohjausmateriaaliin. Kaikkien vanhempien kokemukset olivat positiivisia ohjausajan riittävydestä, ohjauksen asiantuntevuudesta, ohjaukseen käytetyn tilan asianmukaisuudesta ja ohjaustilanteen ilmapiiriin myönteisyydestä. Lähes kaikkien vastanneiden (n=11) mielestä ohjaustilanne oli keskustelevalta ja ohjaustilanteessa oli mahdollista esittää kysymyksiä. Ohjauksen olivat kokeneet kielellisesti ymmärrettäväksi lähes kaikki (n=10) vastanneista. (Kuvio 6)

Sinivalohoitoon liittyvät kirjalliset ohjeet koettiin pääosin selkeiksi (5 samaa mieltä ja 5 lähes samaa mieltä). Yhden vastaajan mielestä kirjalliset ohjeet eivät olleet selkeät. Suurin osa (n=10) koki kirjallisten ohjeiden sisältäneen hoidon kannalta oleelliset asiat. Ohjausvideon koki hyödylliseksi kaksi vastanneista. Viisi vastausta oli ei samaa eikä eri mieltä, neljä ei osannut sanoa mielipidettä ja yhdeltä puuttui vastaus kokonaan. (Kuvio 6)

Hieman yli puolet vastanneista (n=7) koki, että ohjauksessa huomioitiin perheen elämäntilanne. Yhdeksän vastaajan mielestä tuki vauvan keltaisuuden herättämien tunteiden käsittelyyn oli riittävä, kolme vastausta oli ei samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 6)

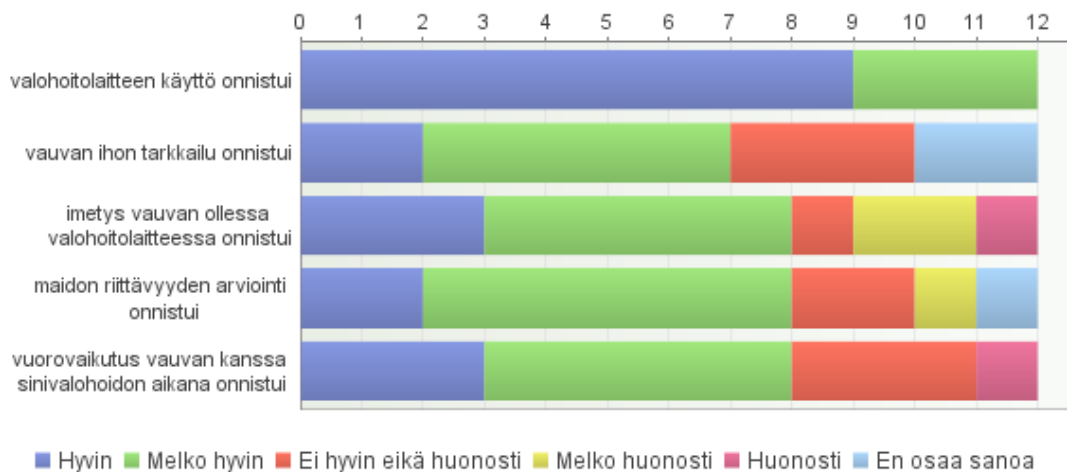


KUVIO 6. Vastasyntyneen kotona annettavaan sinivalohoitoon liittyvä ohjaus vanhempien arvioimana (n=12)

Kaksi seuraavaa laadullisen osion kysymyksistä käsittelivät ohjausmateriaalia. Kirjallisiin ohjeisiin toivottiin kuvaa, jossa vauva on silmäsuojat kasvoillaan. Potilasohjeessa vastaava kuva kuitenkin löytyy (Potilasohje sinivalohoito kotona, 2). Osa vanhemmista ei ollut nähnyt ohjausvideota ollenkaan. Vastauksista ilmeni, että ohjausvideon toimivuudessa mobiililaitteilla oli ollut ongelmia.

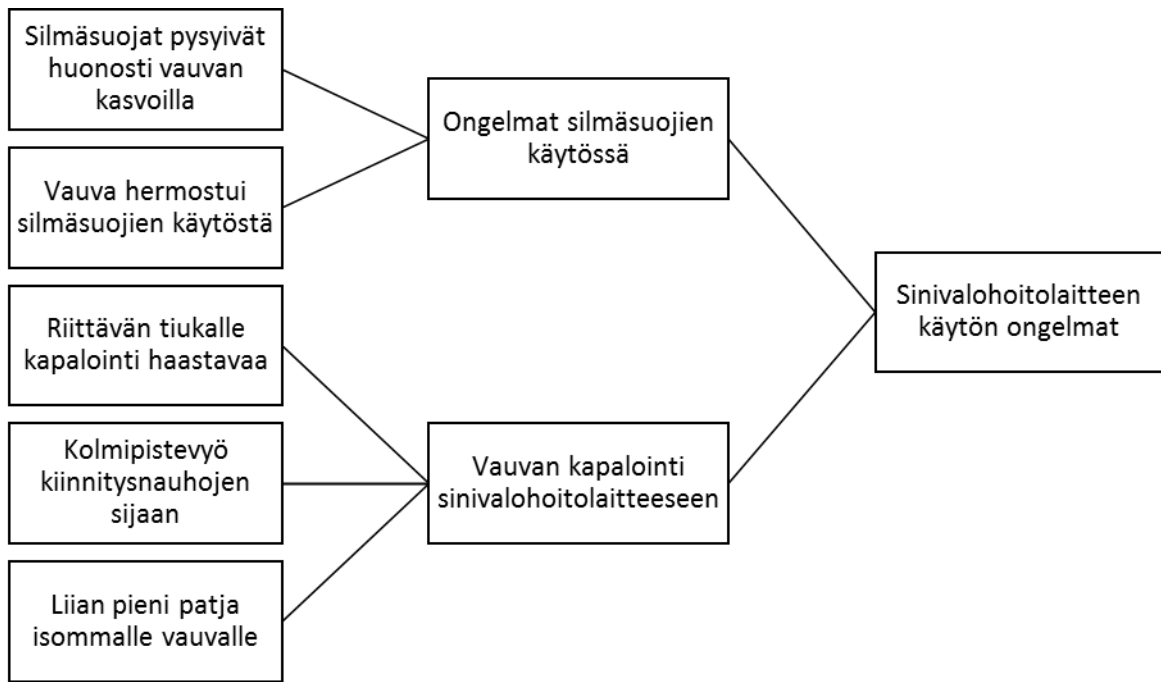
7.3 Kokemukset sinivalohoidon toteutumisesta kotona

Ohjaukseen liittyvien kysymysten jälkeen kyselylomakkeessa oli kysymyksiä sinivalohoidon sujumisesta kotona. Kaikki vanhemmat kokivat valohoitolaitteen käytön onnistuneen kotona hyvin (n=9) tai melko hyvin (n=3). Hieman yli puolet vastanneista (n=7) koki onnistuneensa vauvan ihon tarkkailussa. Maidon riittävyden arviointi onnistui vastanneista kahden mielestä hyvin ja kuuden mielestä melko hyvin. Suurin osa (n=8) vastanneista koki, että vuorovaikutus vauvan kanssa oli onnistunutta. Yksi koki sen onnistuneen huonosti. Imetys vauvan ollessa valohoitolaitteessa onnistui suurimmalla osalla hyvin (n=3) tai melko hyvin (n=5). Kaksi vastanneista koki imetyksen onnistuneen melko huonosti ja yksi huonosti. (Kuvio 7)



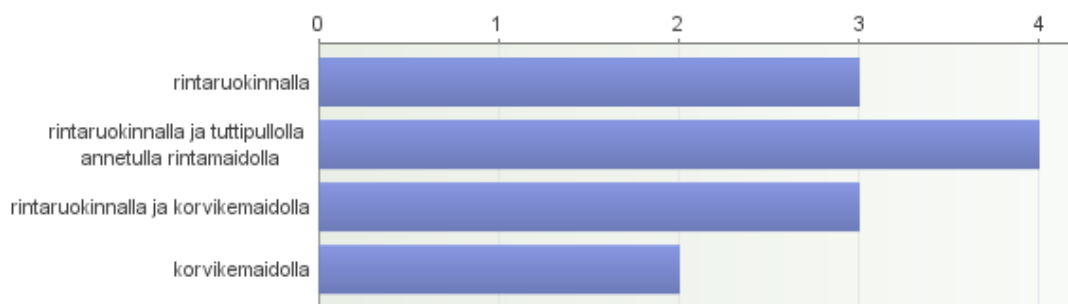
KUVIO 7. Sinivalohoidon toteutuminen kotona vanhempien arvioimana (n=12)

Laadullinen aineisto antoi yksityiskohtaisempaa tietoa vanhempien kokemuksista sinivalohoidon aikana kotona ilmenneistä ongelmista. Yläluokaksi muodostui sinivalohoitolaitteen käytön ongelmat, joka sisälsi alaluokat vauvan kapalointi valohoitolaitteeseen sekä ongelmat silmäsuojien käytössä (kuvio 8). Osa vanhemmista koki, että vauvan kapalointi valohoitolaitteeseen oli haastavaa etenkin vauvan ollessa hieman suurikokoisempi. Valopatjan toimivammaksi ja turvallisemmaksi kiinnitysmekanismit ehdotettiin kolmepisteisyyttä. Joidenkin vanhempien mukaan vauvan silmäsuojien käytössä oli ollut ongelmia, sillä silmäsuojat olivat pysyneet huonosti paikoillaan ja vauva saattoi hermostua silmäsuojien käytöstä.



KUVIO 8. Sinivalohoitolaitteen käytön ongelmat.

Vanhemmilta kysyttiin monivalintakysymyksillä vauvan ravitsemuksen toteutumisesta sinivalohoidon aikana. Vauvan valohoito keskeytyi ravitsemuksen vuoksi yhdellä vauvalla kerran vuorokaudessa ja seitsemällä vauvalla useita kertoja vuorokaudessa. Neljän vauvan valohoitoa ei tarvinnut keskeyttää ravitsemuksen vuoksi lainkaan. Kolmen vauvan ravitsemus valohoidon aikana tapahtui pelkästään rintaruokinnalla. Rintaruokintaa ja rintamaitoa tuttipullosta sai neljä vauvaa. Kolme vauvoista oli rinnalla ja sai lisäksi korvikemaitoa. Pelkällä korvikemaidolla valohoidon aikana ruokittiin kahta vauvoista. (Kuvio 9)

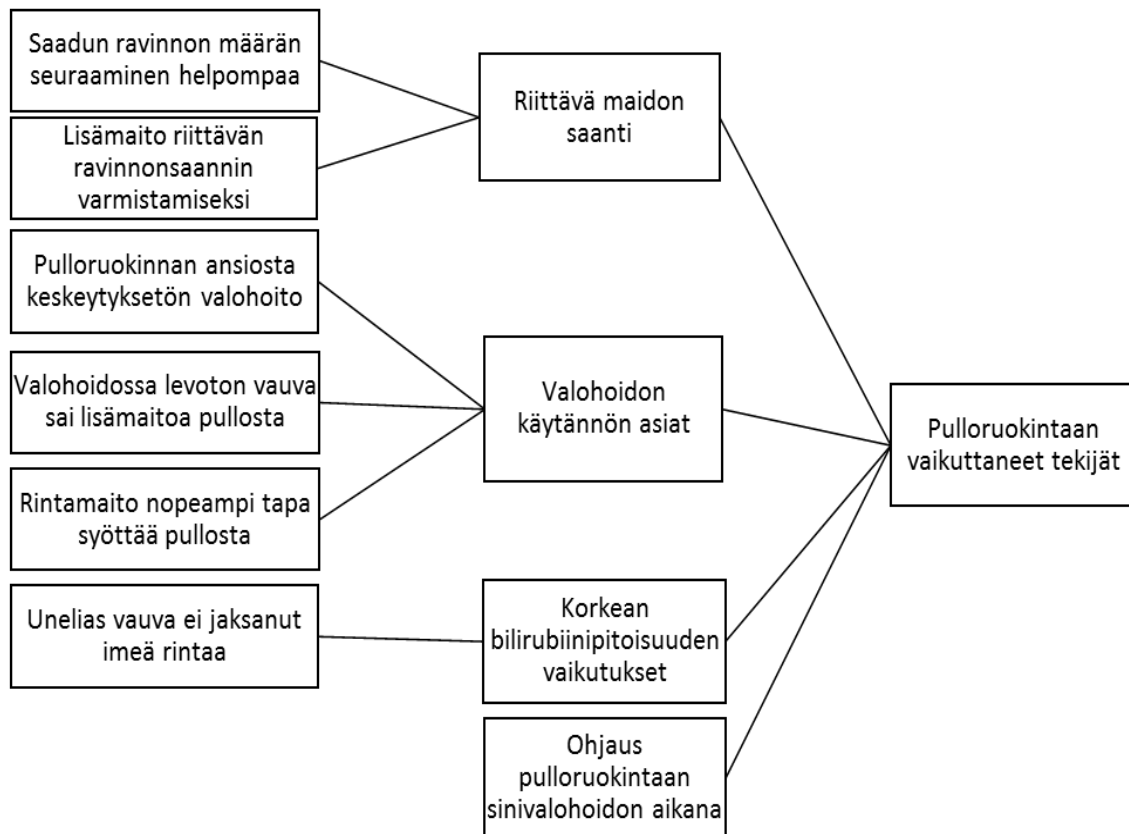


KUVIO 9. Vauvan ravitsemuksen toteutuminen sinivalohoidon aikana (n=12)

Jos vastaaja ilmoitti vauvan ravitsemuksen tapahtuneen rintaruokinnan lisäksi tai rintaruokinnan sijaan muulla tavalla, avoimessa vastauskohdassa oli mahdollisuus kertoa asiaan vaikuttaneista

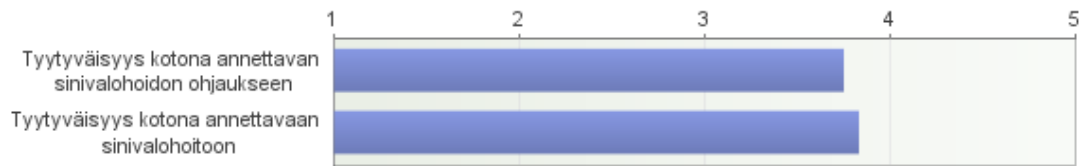
tekijöistä. Avoimeen kysymykseen vastasi kahdeksan vastaajaa. Vastausten alaluokiksi muodostui riittävä maidonsaanti, valohoidon käytännön asiat sekä korkean bilirubiinipitoisuuden vaikutukset (kuvio 10).

Vastauksista ilmeni, että vanhemmat antoivat vauvalle rinta- tai korvikemaitoa pullosta maidon- saannin varmistamiseksi. Ravitsemusta toteutettiin pulloruokinnalla, koska se koettiin nopeam- maksi tavaksi syöttää vauva ja valohoitoa pyrittiin toteuttamaan mahdollisimman keskeytyksettä. Veren korkea bilirubiinipitoisuus sai erään vastaajan vauvan niin uneliaaksi, ettei vauva jaksanut imeä rintaa, joten ravitsemus toteutui pulloruokinnalla. Yhden vastauksen mukaan vanhempia oh- jattiin toteuttamaan vauvan ravitsemus pulloruokinnalla sinivalohoidon aikana.



KUVIO 10. Pulloruokintaan vaikuttaneet tekijät.

Kyselyn lopussa kysyttiin vanhempien tyytyväisyyttä kotona annettavaan sinivalohoitoon ja sen ohjaukseen tyytyväisyysasteikoilla yhdestä viiteen viiden ollessa paras arvosana. Keskiarvoksi sinivalohoidon ohjaukseen muodostui 3,75. Kotona annettavan sinivalohoidon keskiarvo oli 3,83. (Kuvio 11)



KUVIO 11. Vanhempien tyytyväisyys asteikolla yhdestä viiteen.

Kyselylomakkeen viimeisessä avoimessa kysymyksessä vanhempien oli mahdollista kertoa kokemuksistaan kotona annettavasta sinivalohoidosta sekä siihen liittyvistä mahdollisista ongelmista. Kysymykseen saimme kahdeksan vastausta, joista kolme käsitelimme edellä ohjausosiossa. Vanhempien vastausten mukaan sinivalohoidon toteuttaminen kotona oli erittäin positiivinen kokemus. Erään vastaajan kokemus oli, että vauva oli helppo laittaa valohoitolaitteeseen ja hoito onnistui hyvin. Haasteitakin ilmeni, kuten erään vastaajan vauva ei rauhoittunut valohoitolaitteen kapaloon, mikä hankaloitti etenkin alkuvaihetta helpottuen valohoitajakson edetessä.

8 POHDINTA

8.1 Keskeiset tulokset

Tutkimustulokset antoivat tietoa vastasyntyneen kotona annettavan sinivalohoidon ohjauksesta ja toteutuksesta. Vanhempien kokemukset kätilöiden antamasta sinivalohoidon ohjauksesta olivat positiiviset. Vanhemmat kokivat kätilöiden ja vieripoliklinikan toiminnan ammattitaitoiseksi ja ilmapii- riltään myönteiseksi. Vanhemmat olivat tyytyväisiä mahdollisuudesta toteuttaa sinivalohoito ko- tona. Kotona annettavan sinivalohoidon ohjauksessa ja toteutuksessa esiintyi yksittäisiä kehitys- ideoita, joiden avulla vierihoito-osasto voi kehittää toimintaansa.

Vanhemmat toivoivat lisäohjausta vauvan kapaloimisesta valohoitolaitteeseen, vauvan ihon tark- kailuun, riittävän maidonsaannin merkkien tunnistamiseen sekä tukea imetykseen ja vuorovaiku- tukseen vauvan ollessa kapaloituna sinivalolaitteeseen. Tutkimustuloksista ilmenee, että vanhem- mat olivat epätietoisia joistakin kirjallisissa ohjeissa mainituista asioista. Käytännön toteutuksen haasteita olivat ohjausvideon toimivuus, silmäsuojien käyttö ja valohoitopatjan pienehkö koko.

8.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vanhempien kokemuksia vastasyntyneen kotona annetta- vasta sinivalohoidosta ja hoidon ohjauksesta. Tarkoituksena oli myös kuvata hoidon toteutumisen ja ohjauksen mahdollisia ongelmakohtia. Tavoitteena oli tuottaa uudesta hoitomuodosta tietoa, jonka perusteella vierihoito-osasto voi kehittää toimintaansa. Käytimme tutkimuksessamme sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, mikä osoittautui hyväksi ja tarkoituksenmu- kaiseksi valinnaksi.

Koettu tyytyväisyys saatuun ohjaukseen oli kokonaisuudessaan hyvä. Ohjaustilanteessa vastaajat kokivat saaneensa riittävästi tietoa erityisesti valohoitolaitteen käytöstä. Kuitenkin kapalolaitteen koon kerrottiin olevan liian pieni hieman isommalle vauvalle. Vieripoliklinikan kätilöillä on tiedossa, että valopatja on isolle ja liikkuvaiselle vauvalle pienehkö. Toisaalta napakalla kapaloinnilla vauva pysyy paremmin valopatjalla. Osa vastaajista kuitenkin kertoi avoimissa vastauskohdissa vauvan

kapaloinnin olleen vaikeaa valohoitolaitteeseen. Sinivalohoitolaitteen käyttöön liittyy myös silmäsuojat, joiden käytössä ilmeni usealla vauvalla vaikeuksia, sillä silmäsuojat eivät pysyneet vauvan kasvoilla paikoillaan.

Riittävästi tietoa vastaajat kokivat saaneensa myös vauvan ravitsemuksen toteuttamisessa sinivalohoidon aikana. Määrällisestä aineistosta ilmenee, että osalla imetys onnistui sinivalohoitolaitteessa hyvin ja osalla huonosti. Toisaalta huomattava määrä vastaajista kertoi avoimissa kysymyksissä sinivalohoidon vaikuttaneen vauvan ravitsemuksen toteuttamiseen. Kahdeksan vastaajaa kertoi erilaisista syistä, jotka vaikuttivat ravitsemuksen toteutumiseen muulla tavoin kuin ainoastaan rintaruokinnalla. Erityisesti vastauksissa korostuivat sinivalohoidon käytännön syyt. Pulloruokinta koettiin nopeammaksi, varmemmaksi ja käytännöllisemmäksi tavaksi ruokkia vauva sinivalohoidon aikana niin, ettei valohoitoa olisi täytynyt keskeyttää. Vauvan valohoito keskeytyi silti useita kertoja vuorokaudessa ravitsemuksen vuoksi useilla vauvoilla.

Vastaajat kokivat saaneensa melko riittävästi tietoa keltaisuuden vaikutuksesta vauvaan sekä imetyksen merkityksestä keltaisuuden hoidossa. Riittävän maidonsaannin merkkien ohjauksessa erot vastaajien kesken olivat suuremmat. Osa koki saadun ohjauksen riittävän maidonsaannin merkeistä riittäväksi ja osa koki saadun tiedon riittämättömäksi. Laadullisen aineiston mukaan usealle vauvalle annettiin maitoa pullolla maidonsaannin riittävyuden varmistamiseksi. Myös Oommenin tutkimuksessa tuli esille äitien toive imetykseen liittyvästä lisätiedosta ja -tuesta sekä tiedontarve maidon riittävyuden merkeistä oli erikseen mainittu (Oommen 2009, 43-44).

Ihon tarkkailun ohjauksen puute korostui vastauksissa voimakkaimmin. Osa vastaajista koki silti onnistuneensa vauvan ihon tarkkailussa, mutta osa koki epävarmuutta. On mahdollista, että vastaajat eivät kotona ollessaan ajatelleet tarvitsevänsä tietoa vauvan ihon tarkkailusta, vaan täytetty kysely nosti aiheen esiin.

Osaksi riittämättömänä koettiin ohjaus vanhemman ja vauvan väliseen vuorovaikutukseen sinivalohoidon aikana sekä tieto tilanteista, jolloin tulee ottaa yhteys sairaalaan. Myös Oommenin tutkimuksen mukaan vanhemmat toivoivat ohjeistusta yhteydenottoa vaativista tilanteista (Oommen 2009, 42-43). Suurin osa koki vuorovaikutuksen vauvan kanssa onnistuneen silti melko hyvin. Yhdysvalloissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että kotona annettuna sinivalohoito on sairaalassa annettuun sinivalohoitoon verrattuna yhtä turvallista ja tehokasta ja edullisempi toteuttaa sekä parempi äiti-lapsi suhteelle (Brewer & Slater 1984, 515-519; Eggert, Folland, Jung & Pollary 1985,

579-584). Tutkimuksemme ei ollut vertaileva tutkimus sinivalohoitomuotojen välillä, mutta yhte-neväistä tuloksissa on vanhempien positiiviset kokemukset kotona annettavasta sinivalohoidosta. Varhaisen vuorovaikutuksen toteutuminen onnistui vanhempien kokemuksen mukaan hyvin. Yhdysvaltalais tutkimuksissa valohoitolaite on ollut perinteinen lapsen ylle asetettava sinivalo, joten siinä suhteessa tutkimusten tarkempi vertailu keskenään on mahdotonta, kun ei tiedetä mitkä asiat ovat johtuneet laitteesta ja mitkä kotiympäristöstä.

Perheen elämäntilanteen huomiointi ja vauvan keltaisuuden herättämien tunteiden käsittely ohjauksessa koettiin kaikkiaan kohtuullisen hyvänä. Samankaltaisia tuloksia oli Huuskolan ja Oommenin tutkimuksissa. Vanhemmat olivat pitäneet tärkeänä, että heidän tarpeitaan oli kuunneltu ja he olivat saaneet ilmaista avoimesti tunteitaan (Huuskola 2005, 37-39). Oommenin tutkimuksen mukaan äideistä yli neljäsosa ja isistä lähes kolmasosa koki saaneensa emotionaalista tukea paljon (Oommen 2009, 35-36). Eroja aiempiin tutkimustuloksiin verrattuna oli, että osa vanhemmista oli kokenut jaksamisen huomiointiin ja tunteiden kuulemisen vähäisenä (Huuskola 2005, 47, 54) ja äidit toivoivat lisätukea tunteiden käsittelyyn (Oommen 2009, 43).

Erittäin hyvää palautetta vieripoliklinikka sai riittävästä ohjausajasta, ohjauksen asiantuntevuudesta, ymmärrettävästä kielestä, asianmukaisesta ohjaustilasta sekä myönteisestä ilmapiiristä ja kysymysten mahdollistamisesta. Oommenin tutkimuksessa vanhemmat puolestaan kokivat keskusteluaian liian vähäisenä (Oommen 2009, 42-43) ja Huuskolan mukaan vanhemmat toivoivat, että tiedonantopaikka mahdollistaisi pidemmän keskustelun (Huuskola 2005, 43).

Kirjalliset ohjeet koettiin pääosin selkeiksi, mutta ohjausvideota ei koettu kovin hyödylliseksi. Laadullinen osio antaa tietoa, että osa vastaajista ei ollut nähnyt videota lainkaan, mikä vaikuttanee videon koettuun hyödyllisyyteen. Video ei ollut toiminut puhelimella katsottuna. Toisaalta vastaajat kertovat ohjauksessa olleen puutteita asioissa, jotka ohjeistettiin kirjallisissa ohjeissa, mikä kertoo suullisen ohjauksen tärkeydestä.

Osa vastaajien esille tuomista puutteista saattoi johtua asetelluista kysymyksistä. Toisaalta ohjaus-sisältöjen monipuolinen ajoittainen tarkastelu on tärkeää. Tyytyväisyysprosenttien mukaan ohjaus ja hoidon toteutus olivat onnistuneet erittäin hyvin. Keskiarvot olivat lähellä neljää viiden ollessa paras arvosana. Lisäksi kolmessa kyselylomakkeessa on todennäköisesti tapahtunut virhe, jossa parasta arvosanaa on ajateltu kuvastavan numero yksi. Tätä on syytä epäillä, sillä kyseisten kyse-

lyiden muissa vastauskohdissa on kehuttu kotona annettavaa sinivalohoitoa ja siihen saatua ohjausta tyytyväisyyden ollessa huonoin mahdollinen. Todelliset keskiarvot olisivat mahdollisesti siis paremmat, arviolta hieman yli neljän ja puolen.

8.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella eri tavoin esimerkiksi arvioimalla tutkimuksen validiteettia eli pätevyyttä ja reliabiliteettia eli luotettavuutta. Pätevyys tarkoittaa sitä, että mittari tai tutkimusmenetelmä kykenee mittaamaan sitä, mitä sillä on tavoitteena mitata. Jos tutkittavat ymmärtävät mittarin kysymykset toisin kuin tutkija on ne tarkoittanut ja tutkija analysoi saatuja tuloksia oman ajattelumallin mukaisesti, tulokset eivät ole valideja eli päteviä. (Hirsjärvi ym. 2013, 231-232.) Tutkimuksen tietoperustan kokoamisessa pyrittiin käyttämään monipuolisesti mahdollisimman uusia, mutta alkuperäisiä lähteitä. Tietoperusta ohjasi tutkimuskysymysten määrittelyssä. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin tutkimuskysymysten pohjalta. Lomakkeen laadinnassa pyrittiin kysymyksiin, jotka tarkoittavat samaa kaikille vastaajille, jotka ovat ymmärrettäviä ja eivät ole monimerkityksisiä.

Tutkimuksen validiteettia voidaan parantaa käyttämällä tutkijatriangulaatiota, jolloin tutkimuksen aineistonkeruuseen, tulosten analysointiin ja tulkintaan osallistuu useampi tutkija (Hirsjärvi ym. 2013, 233). Tutkimuksen tekijät jakoivat tehtäviä keskenään, mutta kaikki osallistuivat tutkimusprosessin jokaiseen vaiheeseen. Tutkimusmenetelmien yhdistäminen eli metodologinen triangulaatio parantaa osaltaan tutkimuksen validiutta (Hirsjärvi ym. 2013, 233). Tutkimuksessa käytettiin sekä laadullista, että määrällistä menetelmää.

Määrällisen aineiston lisäksi tutkimuksessa kerättiin laadullinen aineisto. Molemmat aineistot analysoitiin erikseen. Analysoinnin jälkeen voimme todeta, että tutkimustulokset antoivat tutkimuskysymyksiin tarkoituksenmukaiset vastaukset, mikä lisää tutkimuksen validiutta. Tarkasteltaessa kuitenkin kyselylomakkeen viimeistä kysymystä ja siihen saatuja vastauksia, voimme todeta, että olisi kannattanut selvittää vanhempien kokemuksia kotona annettavan sinivalohoidon hyödyistä ja ongelmista erillisillä kysymyksillä. Tutkimustulokset osoittivat, että vanhemmat ovat tyytyväisiä uuteen hoitomuotoon. Tutkimustuloksista ei kuitenkaan ilmene, minkä vuoksi vanhemmat olivat tyytyväisiä ja miten he kokivat hyötävänsä mahdollisuudesta toteuttaa sinivalohoito kotona.

Kun tutkimuksen mittaustulokset ovat toistettavia eivätkä sattumanvaraisia, tutkimuksen reliabiliteetti eli luotettavuus on hyvä. Reliabiliteetti voidaan varmistaa siten, että kaksi tutkijaa saa samanlaisen tuloksen tai toistettaessa tutkimus samalle henkilölle tulos pysyy samana. (Hirsjärvi ym. 2013, 231.) Tutkimustulokset eivät ole riippuvaisia tutkijasta, sillä tutkittavat vastasivat kyselyyn itsenäisesti. Kyselylomaketta ei muutettu tutkimuksen aikana, joten mittaustulokset ovat toistettavia. Jos kysely toistettaisiin pitkän ajan kuluttua, tulokset saattaisivat hieman muuttua vastaajan muistikuvien mahdollisesti muuttuessa.

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkimuksen toteuttamisen yksityiskohtainen kuvaaminen. Luukijalle tulisi kertoa aineiston tuottamisen olosuhteista, aineiston analysoinnissa tehtyjen luokittelujen ja tulosten tulkintojen perusteista. (Hirsjärvi ym. 2013, 231-233.) Tutkimuksen toteuttaminen pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Tulosten yhteydessä on havainnollistavia kuvioita määrällisen aineiston vastausten jakautumisesta ja laadullisen aineiston luokittelusta.

Aineiston luotettavuutta heikentää epävarmuus kyselyyn vastaajien vastausmotivaatiosta. Kyselyn aiheen koskettaessa henkilökohtaisesti tutkimuksen kohdehenkilöitä odotimme heidän vastausmotivaation olevan kohtalaisen hyvä. Tutkimukseen pyydettiin 19 kotona sinivalohoitoa saaneen vastasyntyneen vanhempaa tai vanhempia yhdessä. Vastauksia saatiin 12. Vastaamisesta kieltäytymiseen saattoi vaikuttaa esimerkiksi se, että valohoitolaitteen palautustilanteessa vanhemmilla voi olla kiire tai haastava tilanne vauvan kanssa. Vanhemmat täyttivät ja palauttivat kyselyn poliklinikakäynnin yhteydessä, jolloin vastaamiseen keskittymistä on voinut häiritä esimerkiksi poliklinikan taustäännet. Kyselyyn vastaaminen esimerkiksi kotona vastaajien vapaammin valitsemana ajankohtana olisi saattanut parantaa vastausmotivaatiota ja tulosten luotettavuutta. Postikyselyyn liittyvä suurentunut kadon riski. Lisäksi vastausajankohta haluttiin määrittää siten, että sinivalohoidon aloitusohjauksesta ja hoidon päättymisestä kulunut aika olisi mahdollisimman lyhyt. Tällöin kokemukset saadusta ohjuksesta ja hoidon toteutumisesta olisivat mahdollisimman hyvin vanhempien muistissa.

Eettisesti hyvä tutkimus noudattaa tutkimuksenteossa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkijan on työskentelyssään huomioitava monia eettisiä kysymyksiä. Eettisen perustan tutkimukselle muodostaa ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisten tulee saada itse valita osallistuvatko he tutkimukseen eikä pakottaminen ole eettisesti oikein. Mahdollisten tutkimukseen osallistuvien on myös saatava todenmukaisesti ja kattavasti tietoa tutkimuksesta sekä sen vaikutuksesta tutkittaviin. (Hirsjärvi ym. 2013, 23-25; Kuula 2006, 60-62.) Tutkimukseen osallistuneille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta

ja vapaaehtoisuudesta kyselylomakkeen yhteydessä olleessa saatekirjeessä. Tutkimukseen osallistuville kerrottiin ennen tutkimusta myös aineiston salaisena säilyttämisestä, yksityisyydensuojasta ja anonyymiteetin turvaamisesta. Kyselylomakkeisiin ei merkitty vastaajien tunnistettavia henkilötietoja ja analysoinnin jälkeen lomakkeet hävitettiin. Rehellisesti toimiminen oli tutkimuksen tärkeä lähtökohta. Tärkeimpiä rehellisyyden periaatteita ovat plagioinnin välttäminen sekä tulosten ja raportoinnin esittäminen todenmukaisena (Hirsjärvi ym. 2013, 26).

8.4 Opinnäytetyön merkitys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen avulla saatiin tietoa vanhempien kokemuksista vastasyntyneen kotona annettavasta sinivalohoidosta ja ohjauksesta. Tutkimustuloksia voi hyödyntää tilaajana toiminut Oulun yliopistolaisen sairaalan vierihoito-osasto.

Tutkimustulosten mukaan vanhemmat toivoivat ohjausta vauvan kapaloimisesta valohoitolaitteeseen, vauvan ihon tarkkailuun ja riittävän maidonsaannin merkkien tunnistamiseen. He toivoivat tukea imetykseen sekä vanhemman ja vauvan väliseen vuorovaikutukseen sinivalohoidon aikana. Tutkimustulokset osoittivat, että vanhemmat olivat epä tietoisia joistakin kirjallisissa ohjeissa mainituista asioista. Nämä asiat voidaan huomioida vastasyntyneen kotona annettavan sinivalohoidon ohjauksen kehittämisessä. Osalla vanhemmista ohjausvideo oli jäänyt katsomatta sen vuoksi, että se ei ollut toiminut mobiililaitteella. Ohjausvideon toimivuutta eri laitteilla voisi kehittää. Kotona annettavan sinivalohoidon käytännön ongelmia olivat silmäsuojien käytön haasteet ja valopatjan pienekö koko. Laitteen valmistajalle voidaan välittää valohoitolaitetta koskeva palaute silmäsuojista ja kapalosta.

Oulun yliopistollisen sairaalan lisäksi muut sairaalat voivat hyödyntää tutkimuksen tuottamaa tietoa kotona annettavasta sinivalohoidosta ja hoidon ohjauksesta kehittäessään hoitokäytäntöjä vauvamyönteisemmiksi.

Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi vertaileva tutkimus vanhempien kokemuksista sinivalohoidosta kapalomallisella valohoitolaitteella sairaalassa ja kotona. Tutkimuksessa voitaisiin vertailla eri sinivalohoitomuotojen vaikutuksia imetykseen ja varhaiseen vuorovaikutukseen pidemmällä aikavälillä.

8.5 Opinnäytetyöprosessi ja oppimiskokemukset

Opinnäytetyön tutkimusprosessi oli mielenkiintoinen ja opettavainen oppimiskokemus. Aloitimme opinnäytetyön syyskuussa 2015 aikataulusuunnitelman laatimisella, aiheen rajauksella ja tiedonhauilla. Loka- ja marraskuussa 2015 kirjoitimme tietoperustan. Kehityimme lähdekriittisessä tiedonhaussa ja tieteellisen tekstin tuottamisessa. Marras- ja joulukuun aikana kirjoitimme myös opinnäytetyön suunnitelman. Joulukuussa esitimme suunnitelman ja laadimme kyselyn aineistonkeruuta varten. Viimeistelimme kyselyä esitestaajien kommenttien avulla alkuvuodesta 2016, jonka jälkeen haimme tutkimuslupaa helmikuussa 2016. Tutkimuksen aikataulusuunnitelma ei täysin toteutunut, sillä aineistonkeruun aloittaminen viivästyi tutkimuslupa-asioiden vuoksi. Aloitimme aineistonkeruun huhtikuussa 2016, tarkastimme saatujen vastausten määrän kesäkuun alussa ja haimme uutta tutkimuslupaa kesä-elokuun ajaksi. Uusi tutkimuslupa myönnettiin ja saimme kerättyä riittävän aineiston. Aineistonkeruun päätyttyä aloimme analysoida vastauksia sekä kirjoittaa tutkimustuloksia. Raportti viimeisteltiin keväällä 2017. Opinnäytetyön tulokset esitettiin vierihoido-osaston osastokokouksessa. Opimme tutkimuksen eri vaiheiden suorittamisesta käytännössä.

Opinnäytetyöprosessimme aikana perehdyimme perusteellisesti sinivalohoitoon ja sen syihin, vastasyntyneen vauvan hoitoon sekä varhaista vuorovaikutusta ja imetyksen onnistumista tukeviin tekijöihin. Lisäksi perehdyimme potilasohjaukseen ja vieripoliklinikan toimintaan nivelvaiheena vierihoido-osastolta neuvolan piiriin. Voimme hyödyntää opittua tietoa tulevana terveydenhoitajina ja kättilönä ohjatessamme niin odottavia kuin synnyttäneitäkin perheitä.

Opinnäytetyöprosessityöskentelyyn liittyvät taidot kuten työnjako, palautteenanto ja tiedottaminen kehittyivät. Tutkimuksen työstämisessä auttoi yhteistyö eri henkilöiden kanssa. Saimme opinnäytetyöprosessimme aikana ohjausta yliopettaja Hilikka Honkaselta ja lehtori Minna Perälältä sekä lehtori Kirsi Jokiselta. Työskentelyn eri vaiheissa teimme yhteistyötä myös Oulun yliopistollisen sairaalan opetuskoordinaattori Arja Laitisen sekä vieripoliklinikan kättilöistä erityisesti Anitta Nykyrin kanssa. Vieripoliklinikan kättilöt auttoivat aineistonkeruun toteuttamisessa, joka oli merkittävä tehtävä.

LÄHTEET

Ahonen, K. & Hoppu, K. 2004. Lasten lääkehoidon erityispiirteet. Suomen lääkärilehti 59 (11), 1141–1145.

Ashorn, M. 2010. Suoliston, maksan ja haiman sairaudet. Teoksessa J. Rajantie, J. Mertsola & M. Heikinheimo (toim.) Lastentaudit. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 436-450.

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø & Toverud, K. 2014. Ihminen - Fysiologia ja anatomia. 8.-11. painos. Suom. R. Hekkanen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Brewer, M. F. & Slater, L. 1984. Home Versus Hospital Phototherapy for Term Infants with Hyperbilirubinemia: A Comparative Study. Pediatrics 73 (4), 515-519.

Dent, J. 2002. Haematological problems. Teoksessa Boxwell, G. (toim.) Neonatal Intensive Care Nursing. London: Routledge. 173-175.

Deufel, M. & Montonen, E. 2010a. Kellastuminen. Teoksessa M. Deufel & E. Montonen (toim.) Onnistunut imetys. Helsinki: Duodecim, 418-424.

Deufel, M. & Montonen, E. 2010b. Kotiutuminen. Teoksessa M. Deufel & E. Montonen (toim.) Onnistunut imetys. Helsinki: Duodecim, 442-446.

Deufel, M. & Montonen, E. 2010c. Eritys maidon riittävyden mittarina. Teoksessa M. Deufel & E. Montonen (toim.) Onnistunut imetys. Helsinki: Duodecim, 199-202.

Deufel, M. & Montonen, E. 2010d. Vauvantahtinen imettäminen. Teoksessa M. Deufel & E. Montonen (toim.) Onnistunut imetys. Helsinki: Duodecim, 429-433.

Deufel, M & Montonen, E. 2010e. Lisäruokinnan vaikutus imetykseen. Teoksessa M. Deufel & E. Montonen (toim.) Onnistunut imetys. Helsinki: Duodecim, 193-198.

Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 33/2014.

Eggert L. D., Folland D. S., Jung, A. L. & Pollary, R. A. 1985. Home Phototherapy Treatment of Neonatal Jaundice. *Pediatrics* 76 (4), 579-584.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Vierihoito. Viitattu 3.12.2015, http://www.epshp.fi/1/yksikoiden_sivut/operatiivinen_toiminta/naistentautien_ja_synnytysten_toimintayksikko/virtuaalisynnytyssairaala/synnytyksen_jalkeen/vierihoito

Fellman, V. & Luukkainen, P. 2010a. Terve vastasyntynyt. Teoksessa J. Rajantie, J. Mertsola & M. Heikinheimo (toim.) *Lastentaudit*. Helsinki: Duodecim, 37-48.

Fellman, V. & Luukkainen, P. 2010b. Vastasyntyneen sairaudet. Teoksessa J. Rajantie, J. Mertsola & M. Heikinheimo (toim.) *Lastentaudit*. Helsinki: Duodecim, 112-130.

Grönroos, M., Koskinen, P. & Lehtonen, L. 2007. Vastasyntyneen hyperbilirubinemian hoitokaaviot. *Suomen Lääkärilehti* 62 (18), 1837-1840.

Hentinen, M. & Kyngäs, H. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos 2009. Porvoo: Wsoy oppimateriaalit Oy, 76-78, 97-99.

Hietanen, M., Nyberg, H. & Visuri, R. 2009. Muu optinen säteily. Teoksessa Pastila, R. (toim.). *Ultravioletti- ja lasersäteily. Säteily- ja ydinturvallisuus -sarja, osa 7*. Helsinki: Säteilyturvakeskus, 267-268.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15-17. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Huuskola, K. 2005. Keskosvauvan vanhemmuus ja hoitohenkilökunnalta saatu tuki sairaalahoidon aikana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Jarva, H. & Meri, S. 2011. Immuunipuolustus eri ikäkausina. Teoksessa K. Hedman, T. Heikkinen, P. Huovinen, A. Järvinen, S. Meri & M. Vaara (toim.) Immunologia - Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet. Helsinki: Duodecim, 187-195.

Järvenpää, A-L. & Tommiska, V. 2015. Vastasyntyneen hoito ja tarkkailu synnytyksen jälkeen. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö - raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita, 304-319.

Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013. Äitiysneuvolaopas - Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Opas 29/2013.

Kaartinen, M. & Puura, K. 2010. Imetys äidin ja vauvan välisen kiintymyssuhteen muodostamisen tukena. Teoksessa M. Deufel & E. Montonen (toim.) Onnistunut imetys. Helsinki: Duodecim, 410-411.

Korhonen, A. 2015. Varhainen vuorovaikutus. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita, 324-330.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2005. Käsitemuotojen ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17 (5), 257.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Lipponen, K. 2006. Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistopaino, 28, 30.

Luukkainen, P. 2010. Rintamaidon koostumus. Teoksessa M. Deufel & E. Montonen (toim.) Onnistunut imetys. Helsinki: Duodecim, 33-37.

Mupanemunda, R & Watkinson, M. 2005. Key topics in neonatology. 2. painos. London: Taylor & Francis Group.

Mäntymaa, M. & Puura, K. 2010. Vanhemman ja vauvan vuorovaikutuksen tukeminen. Teoksessa M. Deufel & E. Montonen (toim.) Onnistunut imetys. Helsinki: Duodecim, 31-33.

Nykyri, A. 2015. Kätilö, Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Oulun yliopistollinen sairaala, vieripoliklinikka. Haastattelu 18.11.2015. Tekijän hallussa.

Oommen, Hanna. 2009. Vanhempien saama tuki sosiaaliselta verkostolta odotusaikana sekä hoitohenkilökunnalta lapsivuodeaikana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Artikkeligradun yhteenveto-osio.

Oulussa toteutetaan uusia menetelmiä vastasyntyneiden hoidossa 2015. GE NEWS 2/2015, 18-19.

Pelanti, J. 2011. Katsaus bilirubiiniin. Moodi 35 (2), 50-51.

Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Hoitoaika synnytyksen jälkeen. Viitattu 10.11.2015, https://www.ppsHP.fi/synnytys_ja_naistentaudit/prime101.aspx.

Potilasohje sinivalohoito kotona 2015. Oulun yliopistollinen sairaala. Vierihoido-osasto, 1-2.

Posterisitys, hoitotiedepäivät 2016. Vieripoliklinikka -varhaisen kotiutumisen mahdollistaja Oulun yliopistollisessa sairaalassa (OYS). Laitinen, A., Kaukola, T., Kyyhkynen, E., Nykyri, A. & Tuomaala, T. 9/2016. PPSHP: naisten- ja lasten tulosalue.

Posterisitys, kätilöpäivät 2016. Kotisinivalohoito vieripoliklinikan työmuotona. Keränen, R., Laitinen, A., Kyyhkynen, E., Nykyri, A., Tuomaala, T. & Kaukola, T. PPSHP: naisten- ja lasten tulosalue.

Punainen Risti Veripalvelu 2011. Raskaudenaikaisten veriryhmävasta-aineiden seulontaohjelma Suomessa. Viitattu 28.10.2015, <http://www.veripalvelu.fi>.

Smitherman, H., Stark, A. R. & Bhutani, V. K. 2006. Early recognition of neonatal hyperbilirubinemia and its emergent management. *Seminars In Fetal & Neonatal Medicine* 11 (3), 214-224.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015a. Vastasyntyneet 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 24/2015.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015b. Seksuaali- ja lisääntymisterveydentoimintaohjelma 2014-2020. Viitattu 7.11.2015, <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/ajankoh-taista/seksuaali-ja-lisaantymisterveyden-toimintaohjelma-2014-2020>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015c. Perinataalitulasto - Synnyttäjät, synnytykset ja vastasynty-neet 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 19/2015.

Työohje kotisinivalohoidon edellytykset 2015. Oulun yliopistollinen sairaala. Vierihoido-osasto 13, 1.

Työohje valohoitorajat 2012. Oulun yliopistollinen sairaala. Lasten ja naisten tulosalue, 1-2.

Työohje vieripoliklinikan toimintaan liittyen 2014. Oulun yliopistollinen sairaala. Lasten ja naisten tulosalue, 1-5.

Varimo, E. 2012. Vastasyntyneen hyperbilirubinemian valohoito kotona ja sairaalassa: hoitojen vai-kutusten eroavuudet painoon, bilirubiiniarvoihin ja äidin mielialaan. Tampereen yliopisto. Lääketie-teen yksikkö. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Viitattu 17.11.2015, <http://tampub.uta.fi>.

Vilka H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Juva: PS-kustannus.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Hanna Vilka ja Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyvät vanhemmat!

Olemme kolme hoitotyön opiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan vierihoito-osaston kanssa. Tarkoituksena on selvittää vanhempien kokemuksia vastasyntyneen kotona annettavasta sinivalohoidosta ja heidän saamistaan ohjauksesta vieripoliklinikalla. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla vierihoito-osasto voi kehittää vastasyntyneiden ja heidän perheidensä hoitoa. Opinnäytetyömme ohjaajina opettajina toimivat Hilikka Honkanen ja Minna Perälä.

Tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeen avulla vanhemmilta, joiden lapsi on ollut sinivalohoidossa kotona. Toivomme teidän vastaavan kyselymme. Teidän kokemuksenne ja mielipiteenne ovat tärkeitä. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja se vie aikaa 5-10 minuuttia. Kyselyyn vastaaminen tai siitä kieltäytyminen eivät vaikuta saamaanne hoitoon. Antamanne vastaukset ovat ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä, ne käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla ja niitä ei käytetä muussa kuin opinnäytetyötarkoituksessa. Henkilöllisyytenne ei tule ilmi opinnäytetyön missään vaiheessa. Tulokset raportoidaan niin, ettei yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa. Antamanne vastaukset hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Saatte kyselylomakkeen henkilökunnalta tullessanne palauttamaan sinivalohoitolaitetta vieripoliklinikalle. Voitte täyttää lomakkeen ja palauttaa sen suljetussa kirjekuoressa suoraan vieripoliklinikalla olevaan kyselylomakkeille varattuun palautuslaatikkoon, jonka me opinnäytetyön tekijät tyhjennämme. Saatte tarvittaessa lisätietoja vierihoito-osaston henkilökunnalta.

Opinnäytetyön tuloksista ei tiedoteta kyselyyn vastanneita. Opinnäytetyön tulokset ovat luettavissa Theseus-tietokannassa osoitteessa www.theseus.fi opinnäytetyön valmistuttua syksyllä 2016. Jos teillä on kysyttävää opinnäytetyöstä, voitte ottaa meihin yhteyttä. Annamme lisätietoa mielellään.

Kiitos arvokkaista vastauksistanne ja aurinkoista kevään jatkoa!

Ystävällisin terveisin,

Marianne Hanhisuanto

Laura Kumpula

Reetta Kumpula

Oulun ammattikorkeakoulu

Kysely vastasyntyneen kotona annettavasta sinivalohoidosta

Pyydämme teitä vastaamaan ohjeiden mukaan kyselylomakkeen jokaiseen kysymykseen. Kyselylomakkeen kysymykset 1-3 käsittelevät taustatietoja, joiden jälkeen on vastasyntyneen kotona annettavan sinivalohoidon ohjaukseen ja toteutumiseen liittyviä monivalintakysymyksiä sekä muutama avoin kysymys. Avoimissa kysymyksissä voitte tarvittaessa jatkaa vastauksianne viimeiselle sivulle.

1. Kyselyyn vastaaja

1 = Äiti

2 = Isä

3 = Äiti ja isä yhdessä

4 = Muu, kuka? _____

2. Asuinpaikkanne etäisyys Oulun yliopistollisesta sairaalasta

1 = alle 10 km

2 = 10-20 km

3 = 20-50 km

4 = 50-100 km

5 = 100-200 km

6 = yli 200 km

3. Kirjoittakaa vastaus viivalle.

Sinivalohoitojakson pituus (aloituksesta päättämiseen) _____ vuorokautta

Vastasyntyneen sisarusten lukumäärä perheessä _____

Kuinka monta lasta Teillä on aiemmin ollut sinivalohoidossa sairaalassa _____

Kuinka monta lasta Teillä on aiemmin ollut sinivalohoidossa kotona _____

4. Arvioikaa saamaanne ohjausta. Ohjauksella tarkoitetaan tässä yhteydessä vastasyntyneen kotona annettavan sinivalohoidon aloitusvaiheen ohjausta vieripoliklinikalla. Valitkaa ympyröimällä vain yksi vastausvaihtoehto kultakin riviltä.

1 = samaa mieltä 2 = lähes samaa mieltä 3 = ei samaa eikä eri mieltä
4 = lähes eri mieltä 5 = eri mieltä 6 = en osaa sanoa

Ohjauksessa saimme riittävästi tietoa...

keltaisuuden vaikutuksesta vauvaan.	1	2	3	4	5	6
valohoitolaitteen käytöstä.	1	2	3	4	5	6
vauvan ihon tarkkailusta sinivalohoidon aikana.	1	2	3	4	5	6
imetyksen merkityksestä keltaisuuden hoidossa.	1	2	3	4	5	6
vauvan ravitsemuksen toteuttamisesta sinivalohoidon aikana.	1	2	3	4	5	6
riittävän maidonsaannin merkeistä.	1	2	3	4	5	6
vauvan ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta (esim. sylissä pitäminen, jutteleminen) sinivalohoidon aikana.	1	2	3	4	5	6
mahdollisista tilanteista, jolloin tulee ottaa yhteys sairaalaan.	1	2	3	4	5	6

5. Mitä mieltä olette seuraavista ohjaukseen liittyvistä väittämistä?

1 = samaa mieltä 2 = lähes samaa mieltä 3 = ei samaa eikä eri mieltä
4 = lähes eri mieltä 5 = eri mieltä 6 = en osaa sanoa

Ohjausaikaa oli riittävästi.	1	2	3	4	5	6
Ohjaus oli asiantuntevaa.	1	2	3	4	5	6
Ohjaukseen käytetty tila oli asianmukainen.	1	2	3	4	5	6
Sinivalohoitoon liittyvät kirjalliset ohjeet olivat selkeät.	1	2	3	4	5	6
Kirjalliset ohjeet sisälsivät hoidon kannalta oleelliset asiat.	1	2	3	4	5	6

Ohjausvideo oli hyödyllinen.	1	2	3	4	5	6
Ohjaus oli kielellisesti ymmärrettävää.	1	2	3	4	5	6
Ohjauksessa huomioitiin perheemme elämäntilanne.	1	2	3	4	5	6
Ohjaustilanne oli keskustelevalta.	1	2	3	4	5	6
Ohjaustilanteen ilmapiiri oli myönteinen.	1	2	3	4	5	6
Ohjaustilanteessa oli mahdollista esittää kysymyksiä.	1	2	3	4	5	6
Tuki vauvan keltaisuuden herättämien tunteiden käsittelyyn oli riittävää.	1	2	3	4	5	6

6. Miten toivoisitte kehitettävän ohjausta?

7. Miten kirjallisia ohjeita voisi kehittää?

8. Miten ohjausvideota voisi kehittää?

Vastasyntyneen sinivalohoidon toteutuminen kotona

9. Arvioikaa sinivalohoidon sujumista kotona.

1= hyvin 2= melko hyvin 3= ei hyvin eikä huonosti 4=melko huonosti 5= huonosti
6= en osaa sanoa

Koimme, että...

valohoitolaitteen käyttö onnistui	1	2	3	4	5	6
vauvan ihon tarkkailu onnistui	1	2	3	4	5	6
imetus vauvan ollessa valohoitolaitteessa onnistui	1	2	3	4	5	6
maidon riittävyyden arviointi onnistui	1	2	3	4	5	6
vuorovaikutus vauvan kanssa sinivalohoidon aikana onnistui	1	2	3	4	5	6

10. Vauvan sinivalohoito keskeytyi ravitsemuksen vuoksi

1 = ei koskaan.

2 = harvemmin kuin kerran vuorokaudessa.

3 = kerran vuorokaudessa.

4 = useita kertoja vuorokaudessa.

11. Vauvan ravitseminen sinivalohoidon aikana tapahtui

1 = rintaruokinnalla.

2 = rintaruokinnalla ja tuttipullolla annetulla rintamaidolla.

3 = rintaruokinnalla ja korvikemaidolla.

4 = korvikemaidolla.

12. Jos vauvan ravitseminen tapahtui ainoastaan rintaruokinnalla, siirrykää suoraan kohtaan 13.

Kertokaa asioista, jotka vaikuttivat siihen, että vauvan ravitseminen tapahtui rintaruokinnan lisäksi tai rintaruokinnan sijaan muulla tavalla?

13. Arvioikaa tyytyväisyyttänne asteikolla yhdestä viiteen (1=huonoin...5=paras).

Tyytyväisyys kotona annettavan sinivalohoidon ohjaukseen 1 2 3 4 5

Tyytyväisyys kotona annettavaan sinivalohoitoon 1 2 3 4 5

14. Tähän voitte kertoa kokemuksistanne kotona annettavasta sinivalohoidosta sekä siihen liittyvistä mahdollisista ongelmista.

Kiitos vastauksistanne!