



**PERHEEN JATKUVAN YHDESSÄOLON  
MAHDOLLISTAMINEN SAIRAIDEN  
VASTASYNTYNEIDEN HOIDOSSA**

**Systemaattinen kirjallisuuskatsaus**

Eveliina Karjalainen

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2012  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

KARJALAINEN, EVELIINA:

Perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistaminen sairaiden vastasyntyneiden hoidossa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

Opinnäytetyö 51 s., liitteet 10 s.

Lokakuu 2012

---

Sairaat vastasyntyneet on perinteisesti hoidettu omilla osastoillaan erossa perheestään. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla sairaan vastasyntyneen perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistavan hoitomallin käyttöä ja sen vaikutuksia vastasyntyneeseen, vanhempiin, henkilökuntaan sekä osaston fyysisiin tiloihin. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta sairaan vastasyntyneen perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollisuuksista ja haasteista, ja siten rohkaista heitä toteuttamaan perhekeskeisyyttä omassa työssään. Tietoa on haettu systemaattisesti ja sen jäsentelyssä on käytetty apuna teoriapohjaista sisällönanalyysiä.

Aineisto koostui 16 tutkimuksesta ja raportista. Kirjallisuuskatsauksen perusteella aiheesta tehdyt tutkimukset ja raportit antavat osittain ristiriitaisia tuloksia yhden perheen huoneiden käytön hyödyistä. Hyötyä jatkuvan yhdessäolon mahdollistamisesta ilmenee olevan sairaan vastasyntyneen hengityselimistön sairauksien, vastasyntyneen perheen yksityisyyden sekä perheen ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen kannalta. Vanhemmat pääsevät hoitamaan sairasta vastasyntyntä aiempaa enemmän yhden perheen huoneissa, mutta joutuvat samalla eroon vertaisistaan. Henkilökunta kokee työnsä laadun parantuneen, vaikka ovatkin yhden perheen huoneissa eristyksissä muusta osastosta. Henkilökunta kokee vastasyntyneen turvallisuuden olevan uhattuna jatkuvan yhdessäolon mahdollistamisen vuoksi, mutta he kokevat pystyvänsä keskittymään paremmin yhteen potilaaseen kerrallaan yhden perheen huoneissa. Henkilökunnan on omaksuttava uusia tapoja tehdä työtään. Yhden perheen huoneiden vaikutukset sairaiden vastasyntyneiden kuolleisuuteen ja infektioihin sairastumiseen ovat katsauksen perusteella epäselviä.

Sairas vastasyntynyt ja hänen perheensä ovat etusijalla ajatellen yhden perheen huoneen käytön hyötyjä ja haittoja. Kirjallisuuskatsauksen perusteella menetelmän vaikutuksia sairaaseen vastasyntyneeseen on tutkittu toistaiseksi vain vähän. Kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista ei löytynyt myöskään tietoa äitien hoitamisesta, vaikka jatkuvan yhdessäolon mukaisesti äitiä ja sairasta vastasyntyntä ei erotettaisi eri osastoille synnytyksen jälkeen. Tämän perusteella tarvitaan lisää tutkimustietoa erityisesti kättilöiden tai muiden synnyttäneitä äitiä hoitavien henkilöiden kokemuksista yhden perheen huoneissa. Yhden perheen huoneiden käyttö vaatii siis vielä lisää luotettavilla menetelmillä tehtyjä tutkimuksia, jotta voitaisiin tehdä luotettavia johtopäätöksiä niiden tulosten perusteella. Selvää kuitenkin on, että hoidosta yhden perheen huoneissa on hyötyä sekä sairaalle vastasyntyneelle että hänen perheelleen. Lisäksi henkilökunnan on omaksuttava uusia työskentelytapoja muutoksen mahdollistamiseksi.

---

Asiasanat: Perhekeskeisyys, vastasyntyneet, sairaus, kirjallisuuskatsaukset

## **ABSTRACT**

Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing  
Option of Nursing and Midwifery

**KARJALAINEN, EVELIINA:**

Enabling the Presence of Family in the Treatment of an Unhealthy Newborn. A Systematic Literature Review.

Bachelor's thesis 51 pages, appendices 10 pages  
October 2012

---

Unhealthy newborns and their mothers have traditionally been separated after birth to different units. The purpose of this bachelor's thesis was to research the use of single family rooms in neonatal intensive care units and its effects on the newborn, his or her parents, the nursing staff and the physical layout of the unit. Systematic literature review was used as the method of information retrieval. The data were analyzed using theory-based content analysis.

The study sample consisted of 16 reports and papers. The results suggest that care in the single family rooms is both advantageous and problematic for unhealthy newborns, their families and hospital staff. However, the advantages were in the majority.

According to the literature review there are only few reliable studies of the impact of care in single family rooms on unhealthy newborns. Also, no information about post-delivery care of mothers was found in the sources examined here. Thus, it is obvious that the implementation of single family rooms into neonatal intensive care needs to be researched more precisely. There is no question that care in single family rooms has positive effects on unhealthy newborns and their families.

---

Key words: family centeredness, newborn, illness, literature review

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 SAIRAAAN VASTASYNTYNEEN PERHEKESKEINEN HOITO .....	8
2.1 Sairas vastasyntynyt .....	9
2.1.1 Vastasyntyneen sairaalahoidon syyt .....	9
2.1.2 Vastasyntyneen sairaalahoidon vaikutus varhaiseen vuorovaikutukseen .....	10
2.2 Perhekeskeisyys lasten hoitotyössä.....	11
2.3 Perhekeskeisyys sairaan vastasyntyneen hoidossa.....	13
2.4 Perheen jatkuvaan yhdessäoloon liittyviä käsitteitä.....	14
3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	18
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	19
4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tiedonkeruun menetelmänä .....	19
4.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus teoreettiseen tietoon painottuvassa opinnäytetyössä .....	20
4.3 Teorialähtöinen sisällönanalyysi .....	24
5 AINEISTON ANALYYSIN JA SYNTEESIN TULOKSET .....	26
5.1 Jatkuvan yhdessäolon merkitys sairaalle vastasyntyneelle .....	26
5.1.1 Infektioiden ja kuolleisuuden väheneminen.....	26
5.1.2 Muut fysiologiset muutokset.....	27
5.1.3 Hoidon pituuden ja tarpeen väheneminen.....	28
5.2 Jatkuvan yhdessäolon merkitys sairaan vastasyntyneen perheelle .....	29
5.2.1 Lisääntynyt osallisuus vastasyntyneen hoitoon .....	29
5.2.2 Yksityisyyden lisääntyminen .....	30
5.2.3 Vuorovaikutus henkilökunnan kanssa .....	31
5.2.4 Tyytyväisyys hoitoympäristöön .....	31
5.3 Jatkuvan yhdessäolon merkitys hoitohenkilökunnalle.....	32
5.3.1 Vuorovaikutus vanhempien kanssa.....	32
5.3.2 Vastasyntyneen turvallisuus.....	33
5.3.3 Tunne eristyksissä olemisesta .....	34
5.3.4 Työntekijöiden riittävyys ja kollegiaalinen vuorovaikutus.....	34
5.3.5 Työympäristö .....	36
5.3.6 Kokemus muutoksesta .....	36
5.4 Jatkuvan yhdessäolon mahdollistamisen vaikutukset osaston fyysisille tiloille ...	37
5.5 Yhteenveto .....	39
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	42

6.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	42
6.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	44
LIITTEET .....	52
Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja raportit .....	52
Liite 2. Tiedonhaun eteneminen sähköisistä tietokannoista.....	61

## 1 JOHDANTO

Vuonna 2011 Suomessa syntyi elävänä hieman vajaa 60 000 lasta (Suomen virallinen tilasto 2012a). Keskimäärin kuusi prosenttia eli noin 3600 näistä vastasyntyneistä tarvitsee erinäisistä syistä tehostettua hoitoa tai valvontaa (Arasola, Reen, Vepsäläinen & Yli-Huumo 2005, 404 – 411). Kaikkiaan kolme prosenttia eli noin 1800 vastasyntyntä tarvitsee varsinaista tehohoitoa vuosittain (Fellman & Luukkainen 2006, 5).

Synnyttäneet äidit ja heidän sairaat vastasyntyneensä on hoidettu perinteisesti eri osastoilla: äidit synnyttäneiden vuodeosastoilla ja sairaat vastasyntyneet omilla osastoillaan. Käytäntö on sekä äitien että sairaiden vastasyntyneiden kannalta epäedullinen, sillä ero häiritsee varhaisen vuorovaikutuksen kehittymistä, äitiyden heräämistä ja lapsen perusturvallisuuden kehittymistä. Eri osastoilla hoitaminen on hankalaa myös henkilökunnan kannalta, sillä tiedonkulku osastojen välillä ei aina ole sujuvaa. Sairaana vastasyntyneen äiti saattaa viettää suurimman osan päivästä pienokaisensa vierellä eikä olekaan lapsivuodeosastolla sen henkilökunnan tarkkailun alaisena. Äitiä hoitava henkilökunta ei ole aina ajan tasalla vauvan tilassa tapahtuneista muutoksista, eivätkä he siten välttämättä osaa tukea äitiä tämän tarvitsemalla tavalla. (Kervinen & Talanova 2007, 1 – 2.)

Sairaiden vastasyntyneiden perhekeskeisen hoidon ja siten jatkuvan läsnäolon mahdollistamisen perusteena on Yhdistyneiden Kansakuntien lapsen oikeuksien sopimus. Sen yhdeksännen artiklan mukaan lasta ja vanhempia ei saa erottaa toisistaan heidän tahtonsa vastaisesti, jollei se ole lapsen etujen mukaista (United Nations 1989). Myös vastasyntyneiden oikeuksien julistuksessa ilmaistaan vastasyntyneen oikeus erottamattomuuteen äidistään sekä isänsä ja sisarustensa läsnäoloon (Vastasyntyneen oikeuksien julistus 1993, 21).

Esimerkiksi Tanskassa jo kuudella vastasyntyneiden teho-osastolla on yhdistetty sairaiden vastasyntyneiden ja synnyttäneiden äitien hoito, ja uusia yhteisiä sairaaloita on rakenteilla (Haslund 2012, 241). Myös Ruotsin Karoliinisessa instituutissa perheen yhdessäolon mahdollistavaa menetelmää on käytetty sairaiden vastasyntyneiden

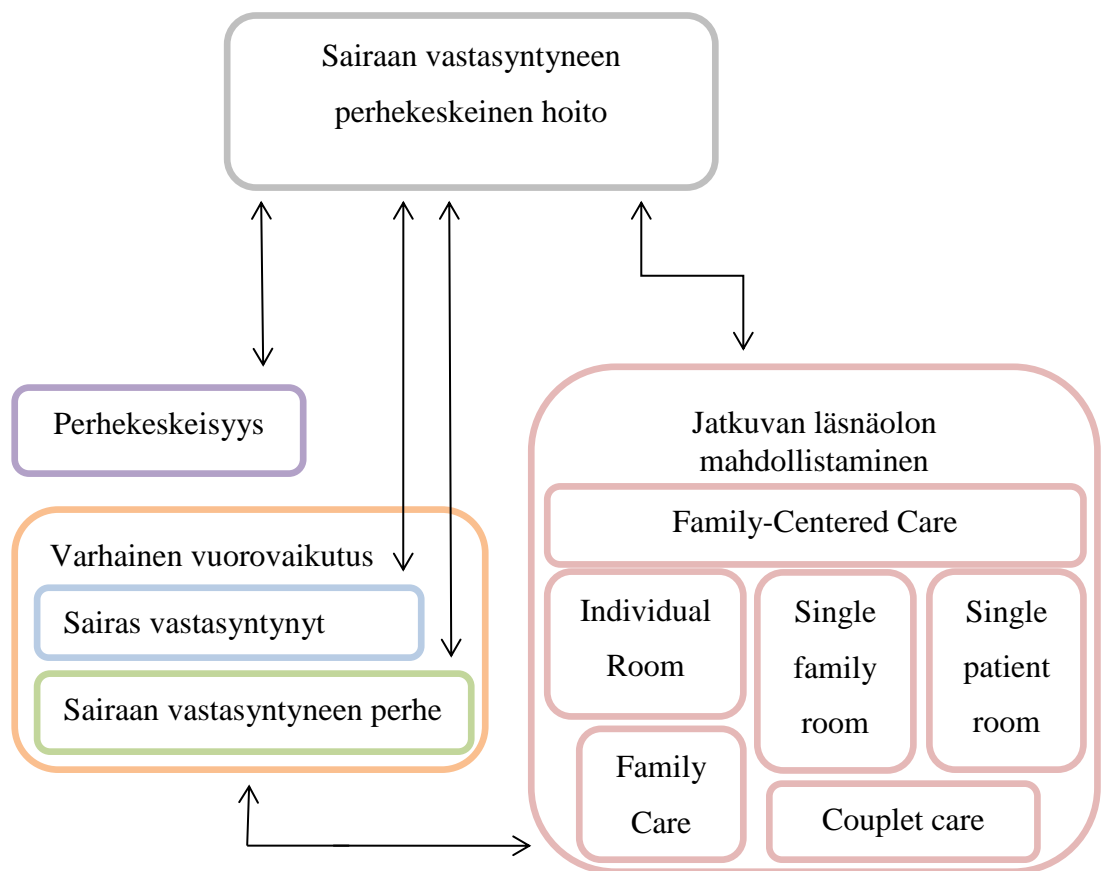
osastolla jo noin yhdeksän vuoden ajan, ja sen käytöstä on havaittu olevan hyötyä niin vanhemmille, sairaille vastasyntyneille kuin henkilökunnallekin (Karolinska Universitetssjukhuset 2011; Lilliesköld 2012).

Opinnäytetyö tehdään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin henkilökunnalle tukemaan perheen jatkuvan läsnäolon mahdollistamista sairaan vastasyntyneen hoidossa. Opinnäytetyölle on tarvetta, sillä vastasyntyneen perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistavien menetelmien käyttö sairaiden vastasyntyneiden hoidossa on niin uusi, ettei siitä juurikaan ole suomenkielistä materiaalia. Perhekeskeisen hoitotyön tutkimus on myös aiemmin keskittynyt pääasiassa terveiden ja täysiaikaisten vastasyntyneiden ja heidän perheidensä hoitamiseen (Hugill 2010, 53).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla sairaan vastasyntyneen perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistavan hoitomallin käyttöä ja sen vaikutuksia vastasyntyneeseen, vanhempiin ja henkilökuntaan sekä osaston fyysisiin tiloihin. Kirjallisuuskatsauksen aihe on rajattu niihin sairaiden vastasyntyneiden perhekeskeisen hoitotyön menetelmiin, joissa vanhemmilla on mahdollisuus olla läsnä vauvansa luona ympärivuorokautisesti yhden perheen huoneissa. Edellä mainitusta käytetään tässä opinnäytetyössä nimitystä ”jatkuvan yhdessäolon mahdollistaminen”, ja sen rinnakkaiskäsitteitä ovat muun muassa käsitteet ”Single Family Room”, ”Single Patient Room”, ”Individual Room”, ”Family Care” ja ”Couplet Care”.

## 2 SAIRAAN VASTASYNTYNEEN PERHEKESKEINEN HOITO

Sairaiden vastasyntyneiden hoidon pitäisi perustua nykyään perhekeskeisyyden periaatteeseen, joka on hoitotyön ja erityisesti lasten sairaanhoidon peruseriaatteita (Lehtonen 2009, 1337; Ruuskanen & Airola 2005, 120). Tässä opinnäytetyössä sairaalla vastasyntyneellä tarkoitetaan tehostettua valvontaa tai tehohoitoa vaativaa vastasyntyntä lasta. Vastasyntyneen sairaus hankaloittaa sairaan vastasyntyneen ja hoivaajan välistä varhaista vuorovaikutusta (Lilliesköld 2012). Perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistaminen tukee varhaisen vuorovaikutuksen onnistumista. Jatkuvan yhdessäolon mahdollistavilla osastoilla sairaan vastasyntyneen perhe saa olla sairaalahoitoa saavan vastasyntyneen luona samassa huoneessa 24 tuntia vuorokaudessa (Lilliesköld 2012; Örténstrand 2009, 278). Tämä opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on esitetty alla olevassa kuviossa (kuvio 1, s. 8). Englanninkielisiä aiheeseen liittyviä käsitteitä on esitelty myöhemmin tässä työssä (taulukko 1, s. 17).



KUVIO 1. Jatkuvan yhdessäolon mahdollistaminen sairaiden vastasyntyneiden hoidossa



## 2.1 Sairas vastasyntynyt

### 2.1.1 Vastasyntyneen sairaalahoiton syyt

Kun vastasyntynyt on terve, hän saa olla perheensä ympäröimänä lapsivuodeosastolla sen lyhyen ajan, jonka hän sairaalassa viettää. Pieni osa vastasyntyneistä kuitenkin tarvitsee tehostettua valvontaa tai tehohoitoa joko hänestä itsestään tai hänen äidistään johtuvien syiden vuoksi. Merkittävin vastasyntyneestä johtuvista syistä on ennenaikaisuus eli alle 2500 gramman syntymäpaino tai syntyminen ennen 37 raskausviikon täyttymistä (Terminologian tietokannat 2012). Esimerkiksi vuonna 2010 4,5 prosenttia vastasyntyneistä oli ennenaikaisesti syntyneitä (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2011, 1).

Yleisimpiä syitä täysiaikaisten vastasyntyneiden sairaalahoitoon ovat kellastuminen, anomaliat, hengitysvaikeudet ja infektiot (Järvenpää 2004, 341). Muita vastasyntyneen sairaalahoitoa vaativia tiloja ovat erilaiset verenkiertoelimistön toiminnan ongelmat, keskushermostohäiriöt ja synnynnäiset kehityshäiriöt. Sairailta vastasyntyneillä voi olla myös erilaisia aineenvaihdunnan häiriöitä, kuten hypoglykemiaa ja anemiaa. Äidistä johtuvia mahdollisesti vastasyntyneen sairaalahoitoon johtavia syitä ovat erilaiset infektiot, diabetes, kilpirauhassairaudet ja erilaisten päihteiden käyttö raskauden aikana. Myös istukan ennenaikainen irtoaminen ja raskausmyrkytys voivat johtaa vastasyntyneen sairaalahoitoon. (Arasola, ym. 2005, 404 – 411.)

Hoitoajat vaihtelevat vastasyntyneen alkuperäisestä sairaalahoiton syystä ja voinnin muutoksista riippuen. Keskimääräinen sairaiden vastasyntyneiden hoitoaika esimerkiksi Tampereen yliopistollisen sairaalan vastasyntyneiden tarkkailuosastolla LO5:llä oli vuoden 2011 tammi-marraskuussa hieman vajaa seitsemän päivää ja vastasyntyneiden teho-osastolla VTO:lla noin 12,5 päivää. Tavallisesti VTO:lla hoidetut sairaat vastasyntyneet siirtyvät LO5:n puolelle jatkohoitoon, eli kokonaishoitoaika on pidempi kuin mainittu 12,5 päivää. Tarkkailuosastolla hoitoajat olivat hieman lyhentyneet vuodesta 2010 ja teho-osastolla pidentyneet. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2011.) Pienimmät keskoset saattavat joutua olemaan teho-osastolla kuitenkin jopa puoli vuotta (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2011).

### **2.1.2 Vastasyntyneen sairaalahoidon vaikutus varhaiseen vuorovaikutukseen**

Tässä opinnäytetyössä käsiteltävän jatkuvan yhdessäolon mahdollistamisen tavoitteena on tukea vanhempien ja sairaan vastasyntyneen välistä varhaista vuorovaikutusta sekä vahvistaa heidän välistään kiintymyssuhdetta (Lilliesköld 2012). Turvallisen kiintymyssuhteen edellytyksenä on onnistunut varhainen vuorovaikutus, sillä ilman vauvan viestien tulkintaa on lähes mahdotonta vastata hänen tarpeisiinsa. Vanhemmilla ei ole kykyä ja valmiuksia luoda vastasyntyneelle kaikista turvallisinta ja luotettavinta ympäristöä sairaalassa, jolloin kiintymyssuhteen muodostaminen tuottaa ongelmia. (Karling ym. 2008, 157.)

Vastasyntyneen sairaus pakottaa vauvan pois hänelle luonnollisesta ja yleensä turvallisesta ympäristöstä sairaalaan erilaisten koneiden ja vieraiden ihmisten joukkoon. Tällaisessa ympäristössä onnistuneen varhaisen vuorovaikutuksen luominen on usein erittäin haastavaa (Lilliesköld 2012). Vauvan ja hänen hoivaajansa välille muodostuu kuitenkin yleensä olosuhteista riippumatta aina jonkinlainen kiintymyssuhde, ja kiintymyssuhteen puuttuminen kokonaan onkin erittäin harvinaista. Vauvan keskushermoston kehittymisen kannalta turvallisen kiintymyssuhteen muodostuminen olisi kuitenkin suotuisaa. Turvattomien kiintymyssuhteiden aiheuttamat korkeat stressihormoni kortisolin tasot voivat olla vahingollisia lapsen keskushermoston kehitykselle, ja niiden vaikeimmat muodot ovat yhteydessä psykopatologiaan. (Sinkkonen 2004, 1867.)

Varhainen vuorovaikutus on vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta lähdekirjallisuudesta riippuen joko syntymästä tai jo sikiön kohdussa viettämästä ajasta lähtien noin 1-2 vuoden ikään (Pesonen 2010, 515; Siltanen 2003, 19). Varhainen vuorovaikutus ilmenee vauvan ja vanhemman toistensa tarpeiden huomiointina ja sanattomiin viesteihin vastaamisena. Äiti esimerkiksi tunnistaa oman vauvansa erilaiset itkut, ja toimii niiden kautta välittyvien viestien mukaan. Jokaisella vauvalla ja vanhemmalla on oma tapansa viestiä, ja oikeanlaisia vuorovaikutustapoja on useita erilaisia. (Siltanen 2003, 16.) Toimivan varhaisen vuorovaikutuksen merkitys on useissa tieteellisissä tutkimuksissa liitetty lapsen normaaliin psyykkiseen kehitykseen (Pesonen 2010, 519).

John Bolwbyn 1960-luvun lopulla kehittämän ja Mary Ainsworthin tutkijaryhmänsä kanssa 1970-luvulla luokitteleman kiintymyssuhdeteorian mukaan ensimmäisen elinvuoden aikana vastaamalla vauvan tarpeisiin tämän lähettämien viestien perusteella vauvalle muodostuu turvallinen kiintymyssuhde häntä hoitavaan henkilöön (Pesonen 2010, 515; Sinkkonen 2004, 1866). Kiintymyssuhde voi turvallisen lisäksi olla myös turvaton kahdella eri tavalla Ainsworthin ym. (1978) muodostaman luokittelun perusteella. Välttelevän kiintymyssuhteen muodostanut lapsi ilmaisee niukasti tunteitaan kokiessaan jäävänsä yksin tuntemustensa kanssa. Ristiriitaisesti kiintynyt lapsi kokee sen sijaan olevansa maailmassa yksin ilman selviytymiskeinoja ja kokee saavansa huomiota vain voimakkailla tunteenpurkauksilla. Myöhemmin on löydetty vielä yksi kiintymyssuhdemuoto lisää. Disorganisoituneesti tai organisoitumatta kiintynyt lapsi ei ole voinut muodostaa hoivaajaansa mitään edellä mainituista kiintymyssuhteista. Tämän vuoksi hän reagoi stressitilanteissa erittäin poikkeavilla tavoilla, esimerkiksi jähmettymällä. (Sinkkonen 2004, 1866 – 1867.)

## **2.2 Perhekeskeisyys lasten hoitotyössä**

Perhekeskeisessä sairaiden vastasyntyneiden hoitotyössä (family-centered care'ssa) vastasyntyneen perheenjäsen käsitetään henkilöksi, jolla on joko laillinen, biologinen tai emotionaalinen suhde lapseen (Malusky 2005, 27). Suomessa perhe on perinteisesti käsitetty äidin, isän ja lapsen tai lapsien muodostamaksi ydinperheeksi (Yesilova 2009, 17; Åstedt-Kurki ym. 2008, 11 – 12). Biologisten perusteiden lisäksi perhe voidaan määritellä myös juridisin perustein. Tilastokeskus määrittelee perheen yhdessä asuvaksi yksiköksi, jossa vanhemmat elävät avio- tai avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa. Perheessä voi myös olla lapsia tai vain yksi huoltaja lapsien lisäksi. (Tilastokeskus.)

Åstedt-Kurjen ym. (2008, 12 – 13) mukaan perhe voidaan määritellä myös emotionaalisin perustein. Suomessa oli vuoden 2011 lopussa yli miljoona yhden hengen taloutta, minkä vuoksi perhettä ei voi määritellä vain vähintään kahden ihmisen muodostamaksi taloudeksi (Suomen virallinen tilasto 2012b). Myös perinteisiin perheisiin kuuluvilla voi olla eri talouteen kuuluvia henkilöitä perheenjäseninä,

esimerkiksi hyviä ystäviä ja isovanhempia. Avioeroperheissä lapsella voi olla useita eri rooleissa olevia vanhempia ja sisaruksia. Nämä kaikki henkilöt kuitenkin kuuluvat eri rooleistaan huolimatta lapsen perheeseen. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 40.)

Edellä mainittujen seikkojen vuoksi on erittäin tärkeää, että ihmiset saavat itse määrittellä perheensä sen jäsenen tai koko perheen saadessa hoitoa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 12 – 13.) Tässä opinnäytetyössä perhe tarkoittaaakin perheenjäsenten itsensä määrittelemää kokonaisuutta yhdessä asuvien tai toisiinsa juridisesti tai biologisesti sitoutuneiden ihmisten sijaan.

Perhekeskeisyys on yksi lasten hoitotyön peruseräpäätteistä. Se korostaa perhettä lapsen asiantuntijana. Lapsi vaikuttaa aina perheeseensä ja perhe vastavuoroisesti lapseen. (Lindholm 2005, 16 – 17.) Hoitotyö on perhekeskeistä, kun potilas ja hänen läheisensä ovat hoidon keskipisteenä ja heitä hoidetaan huomioiden heidän oma elämäntilanteensa (Arasola ym. 2005, 401; Lindholm 2005, 17; Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri 2007, 31). Perheen omat mielipiteet ja näkemykset hoidosta on otettava huomioon. Lastenhoitotyössä perhe tarkoittaa usein lapsen vanhempia ja sisaruksia. Käytännössä lapsia hoidettaessa perhekeskeisyys ilmenee vanhempien mahdollisuutena osallistua lapsensa hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (Lindén 2005, 33.) Kuitenkin potilaan etu menee aina perheen edelle, eikä perheen tahtoa läheisensä hoitoon liittyen voida aina noudattaa (Åstedt-Kurki ym. 2007, 31).

Lapsia hoidettaessa on erityisen tärkeää antaa perheen osallistua heitä koskeviin päätöksiin, sillä lapsen vanhemmat tai muut läheiset ovat usein parhaita asiantuntijoita lapsen tilannetta koskien. Vanhemmat ovat myös vastasyntyneen turva tämän sairaalassaoloaikana, joten yhteistyö lapsen perheen kanssa on välttämätöntä. (Lindén 2004, 32 - 33.) Lasta hoidettaessa on huomioitava myös hänen vaikutuksensa perheeseen sekä perheen vaikutus lapseen itseensä. Vaikka vastasyntynyt hakee turvaa pääasiassa ensisijaisesta hoitajastaan, hän vaikuttaa kuitenkin itse myös esimerkiksi toisen vanhemman, sisarusten ja isovanhempien elämään. (Lindholm 2004, 17.)

Perhekeskeisen lasten sairaanhoidon edelläkävijä sir Harry Platt työryhmineen (1959) on vaikuttanut merkittävästi lastenhoitotyön muuttumiseen entistä perhekeskeisemmäksi (Hugill 2010, 55). Työryhmä esitti jo 1950-luvulla vanhempien vierailuiden ja läsnäolon

sairaalassa olevan erittäin tärkeää etenkin alle 5-vuotiaiden lasten kannalta. Raportin mukaan vanhempia täytyy tukea päivittäisiin vierailuihin, ja yksinäisten lasten luo on järjestettävä vanhempia vastaavaa seuraa ja tukea. Sairaaloita kehoitettiin työryhmän lausumassa myös luopumaan kokonaan vierailuaikojen rajoittamisesta tai edes joustamaan vierailuajoissa. Vanhempien tuli raportin mukaan siirtyä vierailijoista kumppaneiksi heidän lapsensa hoidossa. (The British Paediatric Association 1959, 168.)

### **2.3 Perhekeskeisyys sairaan vastasyntyneen hoidossa**

Perhekeskeisessä sairaan vastasyntyneen hoidossa lapsen vanhemmat ovat hänen ensisijaisia hoitajiaan hoitohenkilökunnan sijaan. Osallistumalla ohjatusti sairaan vastasyntyneensä hoitoon vanhemmat oppivat toimimaan vauvan tarpeiden mukaan ja muodostavat nopeammin kiintymyssuhteen häneen (Schroeder & Pridham 2006). Hedberg Nyqvistin & Engvallin (2009, 162) tutkimuksen mukaan vanhemmat olisivat halukkaita ja kyvykkäämpiä sairaan vastasyntyneensä hoitoon kuin henkilökunta olettaa. Hugill'n (2010, 55) mukaan useat sairaita vastasyntyneitä hoitavat ammattihenkilöt kokevat perhekeskeisen hoitotyön edistämisen työssään perustavanlaatuisesti tehtäväksi, mutta Petersenin, Cohenin ja Parsonsien (2004, 421) tutkimuksen mukaan henkilökunta ei kuitenkaan pysty jatkuvasti työskentelemään perhekeskeisyyden periaatteen mukaisesti.

Perhekeskeisessä sairaiden vastasyntyneiden hoidossa tavoitteena on siirtyä tehtäväkeskeisestä työskentelystä (task-focused) ihmissuhteisiin perustuvaan hoitoon (relationship-based nursing). Hoitohenkilökunnan työ alkaa pohjautua pääosin suhteeseen perheen kanssa, kun perhe siirtyy vastasyntyneen ensisijaiseksi hoitajaksi. (Lilliesköld 2012; Hedges, Nichols & Filoteo 2012, 27.) Perheen ja hoitajan välisen suhteen lisäksi ihmissuhteisiin perustuvaan hoitotyöhön kuuluu tärkeinä osina myös suhde kollegoihin ja omaan itseensä (Hedges ym. 2012, 27).

Sairaana vastasyntyneen perhe odottaa pääsevänsä perhekeskeisessä hoidossa osalliseksi itse valitsemillaan tavoilla. Äideille on luonnollista osallistua sairaalahoitoa tarvitsevan vauvansa hoitoon imettämällä ja muilla tavoilla syöttämällä, mutta isille on osoitettava ja ohjattava hoitoon osallistumisen mahdollistavia tehtäviä. Hoitajan on osattava antaa

vanhemmille tilaa toimia ja ohjattava heitä itse tekemisen sijasta. (Hedberg Nyqvist & Engvall 2009, 160 – 161.) Perheet toivovat henkilökunnan myös kertovan hoidosta ymmärrettävästi ja ottavan huomioon perheen näkemykset koskien esimerkiksi hoitosuunnitelmaa ja –linjauksia (Siegel, Gardner & Dickey 2011, 857).

Vastasyntyneen joutuminen sairaalahoitoon on vanhemmille ja muulle perheelle aina yksi elämän mullistavimmista ja stressaavimmista tapahtumista. Vanhemmat kokevat tällöin muun muassa avuttomuutta, surua, syyllisyyttä ja epävarmuutta tilanteesta. (Hopia ym. 2005, 216; Hugill 2010, 53.) Perheen vierailuaikoja rajoittamalla ja sallimalla vain sairaan vastasyntyneen vanhempien vierailut osastoille eristetään vanhemmat useista muista mahdollisista tuen lähteistä, kuten läheisistä ystävistä ja muista sukulaisista (Siegel, Gardner & Dickey 2011, 883).

Perheet toivovat henkilökunnan joustavan etenkin vastasyntyneen sisarusten vierailuiden suhteen (Siegel, Gardner & Dickey 2011, 883). Sairaan vastasyntyneen sisarusten läsnäolosta voi olla hyötyä niin vanhemmille kuin vastasyntyneellekin. Sisarusten vierailuihin suhtaudutaan kuitenkin vaihtelevasti riippuen sairaalan käytännöistä. Pelko sisarusten osastolle mukanaan tuomista infektioista ja heihin kohdistuvista, ympäristön aiheuttamista haitoista sekä osaston rutiinien ja järjestyksen häiriintymisestä rajoittavat sisarusten pääsyä sairaan vastasyntyneen vierelle. Sisarusten olisi kuitenkin tärkeää nähdä uusi perheenjäsenensä ja päästä ikätasonsa mukaisesti osalliseksi tämän hoitoon. Siegel'n, Gardner'n ja Dickey'n mukaan (2011, 886) sisarusten vieraillessa sairaan vastasyntyneen luona vähintään yhden henkilökunnan jäsenen pitäisi olla jatkuvasti perheen vierellä. (Siegel, Gardner & Dickey 2011, 885 – 886.)

#### **2.4 Perheen jatkuvaan yhdessäoloon liittyviä käsitteitä**

Jatkuvan yhdessäolon mahdollistamisessa sairaiden vastasyntyneiden hoidossa on käytössä runsaasti erilaisia käsitteitä. Eri maissa käytetään erilaisia käsitteitä, ja osa käsitteistä tarkoittaa eri asioita riippuen mantereesta ja valtiosta. Suurimmalle osalle käsitteistä ei ole vakiintunutta suomenkielistä vastinetta (taulukko 1). Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin niitä sairaan vastasyntyneen

perhekeskeisen hoidon muotoja, joissa vastasyntyneen perheellä on mahdollisuus olla yhdessä jatkuvasti omassa, yksityisessä huoneessaan. Tässä opinnäytetyössä menetelmästä käytetään käsitettä jatkuvan yhdessäolon mahdollistaminen. Muualla maailmassa siitä käytetään käsitteitä ”couplet care”, ”single family room”, ”private room” ja ”individual room”, mutta jatkuvan yhdessäolon mahdollistaminen on myös osa laajempia käsitteitä, kuten ”family-centered care”:a.

“Family Centered Care” –käsitteellä (FCC) tarkoitetaan perhekeskeistä sairaiden vastasyntyneiden hoitotyön filosofiaa, jonka tarkoituksena on tukea perheen eheyttä sekä edistää yksilön ja perheen terveyttä yksilöllisellä hoidolla (Malusky 2005, 25). Avainasemassa FCC:ssa ovat avoin tiedonkulku henkilökunnan ja perheen välillä sekä perheen osallistuminen ja päätösvalta sairaan vastasyntyneen hoitoon. Maluskyn (2005, 27) mukaan viisi keskeisintä piirrettä ovat kunnioittava yhteistyö perheiden ja henkilökunnan välillä, rohkaisu avoimeen kommunikaatioon, perheenjäsenten rooli sairaan vastasyntyneen ensisijaisina hoitajina, perheiden yksilöllisyyden ja erilaisuuden hyväksyminen sekä perheen tunnustaminen oman lapsensa hoidon asiantuntijoiksi. Griffinin (2006, 98) mukaan nämä tärkeimmät käsitteet ovat arvostus ja kunnioitus, tiedon jakaminen, perheen osallistuminen hoitoon ja yhteistyö vanhempien kanssa.

“Family Care” eli FC tarkoittaa myös perhekeskeistä sairaiden vastasyntyneiden hoitoa, mutta on samalla käsitteen “Standard Care” vastakohta. Örtenstrandin ym. (2010, 278) mukaan toteutettaessa ”Family Care”:a sairaan vastasyntyneen vanhemmat voivat olla osastolla vauvansa luona ympärivuorokautisesti sisäänkirjoittautumisesta kotiutukseen asti. Vanhemmilla on osastolla oma, yksityinen huone sairaan vastasyntyneensä kanssa, jossa kaikille on omat vuoteet, kylpyhuone sekä langaton monitori vastasyntyneen tarkkailua varten ja tarvikkeet hapetukseen. ”Standard Care” sen sijaan käsittää perinteisen sairaiden vastasyntyneiden hoidon usean potilaan huoneissa ilman yhden perheen huoneita ja vanhempien yöpymismahdollisuutta. (Örtenstrand ym. 2010, 278 – 279.)

”Single family room” eli SFR, ”individual room”, ”single patient room” eli SPR ja ”private room” eli PR ovat käsitteitä, joita käytetään sairaiden vastasyntyneiden perhekeskeiseen hoitoon liittyvissä tutkimuksissa yhden perheen huoneista sairaiden vastasyntyneiden osastoilla. Niissä perheillä on mahdollisuus olla jatkuvasti läsnä

sairalahoittoa vaativan vastasyntyneen luona. Käsitteet ovat vastakohtia vanhanmallisille vastasyntyneiden osastoille, joista käytetään käsitteitä ”open-bay” eli OPBY, ”open ward” ja ”open-room” eli OPEN. Edellä mainitut käsitteet kuvaavat osastoa suurena ja avoimena, useita inkubaattoreita ja vuoteita sisältävänä tilana. (Carlson ym. 2006, 271; Carter, Carter & Bennett 2008, 827; Domanico, Davis, Coleman & Davis 2011, 281; Erdeve ym. 2009, 159; Walsh, McCullough & White 2006, 261.)

Ruotsissa Karoliinisen sairaalan vastasyntyneiden teho-osastolla on ollut jo yhdeksän vuoden ajan käytössä sairaan vastasyntyneen perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistava hoitomalli, ”Couplet Care”. Se pohjautuu vuonna 1986 lääketieteen tohtori Heidelise Alsin luomaan, sairaan vastasyntyneen yksilöllistä kehitystä tukevaan hoitoon, NIDCAP:in, joka on lyhennetty sanoista ”Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program”. Sen tarkoituksena on mahdollistaa vastasyntyntä hoitavien henkilöiden tukeminen mahdollisimman korkealaatuiseen yksilölliseen hoitoon, jossa he tulkitsevat vastasyntyneen lähettämiä viestejä ja toimivat niiden mukaan. (Solhaug, Torunn Bjørk & Pettersen Sandtrø 2010, 89.)

Couplet care’n tarkoituksena on minimoida sairaan vastasyntyneen ero perheestään, tukea vanhempien varmuutta vanhemmuudestaan sekä edesauttaa vastasyntyneen ja vanhempien välistä kiintymystä ja sitoutumista tunnetasolla. Käytännössä vanhemmat pääsevät mukaan kuljettamaan sairaan vastasyntyneen osastolle, ideaalitulanteessa sylissä kantaen. Mahdolliset seurantalaitteet kuljetetaan vanhempien tai vanhemman ja vastasyntyneen mukana. Äidin usein ollessa kykenemätön kuljettamaan pienokaisensa esimerkiksi keisarinleikkauksen vuoksi saa sairaan vastasyntyneen isä ainutlaatuisen mahdollisuuden tutustua tuoreeltaan omaan lapseensa. (Lilliesköld 2012; Westrup 2012.)

Mahdollisuus couplet care’in on Karoliinisen instituutin Danderydissa enintään kahdeksalla 27 raskausviikon jälkeen syntyneellä, sairaalla vastasyntyneellä ja hänen sairaanhoitoa itsekkin tarvitsevalla äidillään yhden perheen huoneissa. Usein myös isä saa oman sängyn äidin viereen, jolloin perhe voi asua huoneessa vastasyntyneen kotiutumiseen asti. Vastasyntyneen hoidosta vastaa sairaanhoitajat, kun synnyttänyttä äitiä hoitaa osastolla kättilö. (Lilliesköld 2012; Westrup 2012.)



TAULUKKO 1. Jatkuvan läsnäolon mahdollistamiseen liittyviä käsitteitä

KÄSITE	MERKITYS
FCC eli Family(-)Centered Care (Malusky 2005; Griffin 2006)	Jatkuvan läsnäolon mahdollistamisen perusta. Aatteen perustana vanhempien rajaton läsnäolo sairaan vastasyntyneen luona osastolla, vanhempien osallistuminen hoitoon, avoin viestintä henkilökunnan ja vastasyntyneen perheen välillä
FC eli Family Care (Örtenstrand ym. 2010)	Vanhemmilla mahdollisuus olla jatkuvasti läsnä sairaan vastasyntyneen luona
SFR eli Single Family Room (Domanico, Davis, Coleman & Davis 2011)  PR eli Private room (Carlson ym. 2006; Carter, Carter & Bennett 2008)  Individual room (Erdeve ym. 2009)  SPR eli Single Patient Room (Walsh, McCullough & White 2006)	Yhden perheen huone sairaiden vastasyntyneiden osastolla, jossa perhe voi olla yhdessä vastasyntyneen sairaalassaoloaikana, tilojen salliessa jatkuvasti
Couplet care eli Family centered developmentally supportive couplet care (Westrup 2012)	Sairaana vastasyntyneen perheellä mahdollisuus olla läsnä 24 tuntia vuorokaudessa sisäänkirjauksesta kotiutumiseen, äitiä hoidetaan samassa huoneessa kuin sairasta vastasyntynyttä

### 3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla sairaan vastasyntyneen perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistavan hoitomallin käyttöä ja sen vaikutuksia vastasyntyneeseen, vanhempiin ja henkilökuntaan sekä osaston fyysisiin tiloihin.

Tehtävät:

1. Mitä perheen jatkuva yhdessäolo sairaiden vastasyntyneiden hoidossa tarkoittaa?
2. Mikä on perheen jatkuvan yhdessäolon merkitys vastasyntyneelle, vanhemmille ja hoitohenkilökunnalle?
3. Miten perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistaminen vaikuttaa osaston fyysisiin tiloihin?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta sairaan vastasyntyneen perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollisuuksista ja haasteista, ja siten rohkaista heitä toteuttamaan perhekeskeisyyttä omassa työssään.

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tiedonkeruun menetelmänä

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on keino koota tieteellistä tietoa rajatulta alueelta (Leino-Kilpi 2007, 2). Kerätty tieto analysoidaan ja sen pohjalta tehdään mahdollisimman kattava synteesi. Mahdollisimman luotettavan tuloksen saamiseksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekijöitä pitää olla vähintään kaksi ja katsauksen teosta on tehtävä yksityiskohtainen raportti. Katsauksessa apuna olisi hyvä olla kirjastoalan ammattilainen, joka auttaisi tutkijoita tekemään relevantit haut ja tutkimusten valinnat. Katsauksen tekemistä ohjaa tutkimusprosessin aluksi laadittu tutkimussuunnitelma, jossa on määritelty täsmälliset tutkimuskysymykset. Valmis tutkimus pyrkii vastaamaan näihin kysymyksiin. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46 – 47, 49, 54.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on tarkasti määritellyt vaiheet, jotta se olisi toistettavissa mahdollisimman tarkasti (taulukko 2, s. 20). Lähteestä riippuen vaiheita on kolmesta yhdeksään (Johansson 2007, 5-7; University of York 2009, 6 - 14). Ensimmäisenä vaiheena on aiheeseen liittyvien jo aiemmin tehtyjen tutkimusten tarkastelu. Kun tarve tutkimukselle on määritetty, määritellään tutkimuskysymykset. Kysymykset voivat olla joko tarkkoja tai laajoja, joskin laajat kysymykset olisi hyvä pilkkoa pienempiin osiin tutkimusten analysoinnin helpottamiseksi. (University of York 2009, 6.)

Kysymysten päättämisen jälkeen valitaan tietokannat ja hakutermit tiedonhakuun. Ennen tiedonhaun aloittamista määritellään valinta- ja poissulkukriteerit kirjallisuuskatsaukseen valittaville tutkimuksille. Kriteerit voivat kohdistua tutkimuksen asetelmaan, kohdejoukkoon, interventioon tai tuloksiin. Jos kriteerit ovat liian tiukat, osa aiheeseen liittyvistä tärkeistäkin tutkimuksista saattaa jäädä huomiotta. Sen sijaan liian löysillä kriteereillä löydetty tieto on vaikeasti vertailtavissa ja analysoitavissa. (University of York, 2009, 10.) Valintakriteerien on oltava tarkoituksenmukaiset tutkittavan aiheen kannalta ja ne on esitettävä tarkasti katsauksen raportissa. Katsauksen luotettavuuden takia olisi tärkeää käyttää lähteinä kaikkia mahdollisia valintakriteerit

täyttäviä tutkimuksia, myös muita kuin englannin- ja suomenkielisiä tutkimuksia. Tämä ei kuitenkaan ole aina mahdollista puutteellisten resurssien vuoksi. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48 – 49, 53; University of York 2009, 12.)

Seuraavassa vaiheessa valitaan tiedonhaulla löydetystä tutkimuksista ja artikkeleista kriteereihin sopivat yksilöt. Tutkimuksia luettaessa karsitaan ylimääräiset tutkimukset ja artikkelit pois otsikoiden ja abstraktien perusteella. Myös jo valittujen tutkimusten lähdeluettelot käydään systemaattisesti läpi. Tämän jälkeen löydetty tieto analysoidaan tutkimuskysymysten mukaisesti ja arvioidaan löydetyn tiedon laatua. Lopuksi edellä mainitut tiedot syntetisoidaan, ja niistä tehdään johtopäätökset ja mahdolliset suositukset. Saadut tulokset julkaistaan tiedon levittämiseksi. (Johansson 2009, 6 – 7; University of York, 2009, 13 – 14.)

TAULUKKO 2. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet (Mukaiillen Johansson 2009, 5 – 7; University of York 2009, 6 – 14.)

Aiheeseen liittyvien aiempien tutkimusten tarkastelu ja sen perusteella tutkimuksen tarpeen määrittely
Tutkimuskysymysten määrittely
Hakutermien ja tietokantojen valinta
Valinta- ja poissulkukriteereiden määrittely
Tutkimusten valinta katsaukseen
Löydetyn tiedon analysointi suhteessa tutkimuskysymyksiin
Löydetyn tiedon laadun arviointi
Tiedon synteesi
Tiedon levittäminen

#### **4.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus teoreettiseen tietoon painottuvassa opinnäytetyössä**

Tämän opinnäytetyön tiedonkeruu toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaun eteneminen tuloksia tuottaneista tietokannoista on esitetty liitteessä 2 (s. 59). Sairaalan vastasyntyneen perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistaminen on Suomessa melko uutta, eikä sen käytöstä osastoilla ole olemassa suomenkielistä tutkimustietoa. Ruotsissa tästä menetelmästä käytetään termiä ”Couplet Care”. Myös muualla Euroopassa ja Yhdysvalloissa vastaavaa tutkimusta perhekeskeisestä sairaiden

vastasyntyneiden hoidosta on tehty, joten aiheesta on mahdollista tehdä systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattisesti tutkimuksia läpikäymällä on myös mahdollista saada koottua kaikista uusin ja luotettavin tieto aiheeseen liittyen.

Koska kyseessä on ammattikorkeakoulutasoinen opinnäytetyö, menetelmästä käytetään nimitystä teoreettiseen tietoon painottuva opinnäytetyö ja tutkimusongelmista termiä opinnäytetyön tehtävät. Opinnäytetyösuunnitelma vastaa tutkimussuunnitelmaa. (Heidi Kassara, henkilökohtainen tiedonanto 29.9.2011.) Tässä opinnäytetyössä systemaattista kirjallisuuskatsausta on käytetty ainoana tiedonhaun menetelmänä.

Alkuperäistutkimusten haku tähän opinnäytetyöhön tehtiin vuoden 2012 maaliskuusta toukokuuhun sähköisesti SCIRUS Elsevier'sta, Journals@Ovid'ista ja CINAHL with Full Text (EBSCOhost):sta hakulauseilla ”couplet care” ja “neonatal intensive care” AND (“family care” OR ”family centered care”). Pelkkä hakutermi ”couplet care” ei ole itsessään riittävä, sillä se ei ole terminä vakiintunut tarkoittamaan sairaan vastasyntyneen perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistamista, ja sillä voidaan tarkoittaa myös terveiden vastasyntyneiden hoitoa. Alkuperäistutkimusten lähdeluettelot käytiin myös systemaattisesti läpi, ja niistä esiin nousseiden tutkimusten ja artikkeleiden abstraktien perusteella valittiin systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen lisää tutkimuksia ja raportteja. Lähdeluetteloista nousi esiin useita hyviä lähteitä, mutta melko suuri osa niistä oli erilaisissa konferensseissa pidettyjä esityksiä, eikä niitä ollut mahdollista tilata mistään.

Tiedonhaku tehtiin myös suomalaisiin elektronisiin tietokantoihin LINDA:an ja Medic:in hakutermeillä ”vastasynt? perh?” ja ”vastasynt? perh? sair?”, mutta haku ei tuottanut ainuttakaan valintakriteereihin sopivaa tutkimusta tai artikkelia. Manuaalinen haku tehtiin Lääketieteen Aikakauskirja Duodecimin sisällysluetteloihin vuoden 2007 alusta vuoden 2012 toukokuuhun. Duodecimista löytyi vain yksi artikkeli, jossa mainittiin neonatologian olevan kehittymässä perhekeskeisemmäksi, ja yhden perheiden huoneiden olevan sairaiden vastasyntyneiden hoidon standardi (Lehtonen 2009, 1337). Artikkelissa ei kuitenkaan ollut esimerkkiä tilanteesta ja olosuhteista, joten sitä ei otettu katsaukseen mukaan. Suomalaista tutkimusta aiheesta ei ole vielä olemassa, sillä maastamme puuttuu toistaiseksi yhden perheen huoneita sisältävät sairaiden tai tarkkailua vaativien vastasyntyneiden osastot.

Hakutulokset rajattiin sairaisiin vastasyntyneisiin ja heidän perheisiinsä. Hakutuloksista rajattiin ennen vuotta 2002 julkaistut tutkimukset, sillä tässä työssä tarkoitettua sairaan vastasyntyneen perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistavaa perhehoitomenetelmää on toteutettu esimerkiksi Ruotsissa vasta noin yhdeksän vuoden ajan. Tutkimukset, joissa vastasyntyneen ja hänen perheensä yhteisen huoneen olemassaolo sekä jatkuvan yhdessäolon mahdollistumisen onnistuminen oli epäselvää, rajattiin pois. Myös terveinä ja keisarinleikkauksella syntyneitä vauvoja sekä vastasyntyneen saattohoitoa käsittelevät tutkimukset jätettiin huomioimatta.

Katsaukseen valittujen artikkeleiden valintakriteerit:

1. Käsitellään sairaita vastasyntyneitä ja heidän perheitään
2. Ilmestynyt vuonna 2002 tai myöhemmin
3. Sairaalla vastasyntyneellä ja hänen perheellään on mahdollisuus jatkuvaan yhdessäoloon osastolla
4. Sairaalla vastasyntyneellä henkilökohtainen huone osastolla, jossa perhe voi olla jatkuvasti yhdessä

Systemaattisessa tiedonhaussa löytyneistä tutkimuksissa muutamassa oli epäselvyyksiä sairaan vastasyntyneen perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollisuutta ja perheiden yksilöllisiä huoneita koskien. Tämän vuoksi katsaukseen valittiin vain ne tutkimukset, joissa selvästi ilmaistaan sairaalla vastasyntyneellä ja hänen perheellään olevan oma huone, ja sen mahdollistama rajaton vierailuoikeus ympärivuorokautisen yhdessäolon mahdollistamiseksi. (Liite 1, s. 50; liite 2, s. 59.)

Katsaukseen valittiin 16 tutkimusta tai raporttia (taulukko 3, s. 23). Katsaukseen sisällytettiin systemaattisen tiedonhaun mukaisesti neljä löydettyjen artikkeleiden lähdeluetteloista esiin noussutta sairaan vastasyntyneen ja hänen perheensä yhdessäolon mahdollistamiseen liittyvää tutkimusta. Yksi valittu artikkeli on itsessään katsaus ja yksi alan asiantuntijan henkilökohtainen kokemus. Kaksi artikkeleista ei ole varsinaisia tutkimuksia, vaan yksittäisten sairaaloiden kokemuksia siirtymisestä yhden perheen huoneita sisältävään osastoon. Edellä mainitut aineistot on kuitenkin sisällytetty katsaukseen, sillä aiheesta haluttiin mahdollisimman paljon tietoa. Kirjastoalan työntekijä auttoi tarvittavien artikkeleiden ja tutkimusten hankkimisessa.

TAULUKKO 3. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja raportit.

Beck, Weis, Greisen, Andersen & Zoffmann (2009)	Room for family-centered care - a qualitative evaluation of a Neonatal Intensive Care Unit remodeling project
Carlson, Walsh, Wergin, Schwarzkopf & Ecklund (2006)	Challenges in Design and Transition to a Private Room Model in the Neonatal Intensive Care Unit
Carter, Carter & Bennett (2008)	Families' views upon experiencing change in the neonatal intensive care unit environment: from the 'baby barn' to the private room
Domanico, Davis, Coleman & Davis (2011)	Documenting the NICU design dilemma: comparative patient progress in open-ward and single family room units
Erdeve, Arsan, Canpolat, Ertem, Karagol, Atasay, Yurdakok, Tekinalp & Turmen (2009)	Does individual room implemented family-centered care contribute to mother-infant interaction in preterm deliveries necessitating neonatal intensive care unit hospitalization?
Erdeve, Arsan, Yigit, Armangil, Atasay & Korkmaz (2008)	The impact of individual room on rehospitalization and health service utilization in preterms after discharge
Harris, Shepley, White, Kolberg & Harrel (2006)	The impact of single family room design on patients and caregivers: executive summary
Lester, Miller, Hawes, Salisbury, Bigsby, Sullivan & Padbury (2011)	Infant neurobehavioral development
Milford, Zapalo & Davis (2008)	Transition to an individual-room NICU design: process and outcome measures.
Mörelius, Berggren Broström, Westrup, Sarman & Örstenstrand (2011)	The Stockholm Neonatal Family-Centered Care study: Effects on salivary cortisol in infants and their mothers
Smith, Schoenbeck & Clayton (2009)	Staff perceptions of work quality of a neonatal intensive care unit before and after transition from an open bay to a private room design
Stevens, Helseth, Khan, Munson & Reid (2010)	Neonatal intensive care nursery staff perceive enhanced workplace quality with the single-family room design
Stevens, Helseth, Khan, Munson & Reid (2011)	A comparison of parent satisfaction in an open-bay and single-family room neonatal intensive care unit
Walsh, McCullough & White (2006)	Room for improvement: nurses' perceptions of providing care in a single room newborn intensive care setting.
White (2003)	Individual Rooms in the NICU — An Evolving Concept
Örstenstrand, Westrup, Berggren Broström, Sarman, Åkerström, Brune, Lindberg & Waldenström (2010)	The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: Effects on Length of Stay and Infant Morbidity

### 4.3 Teorialähtöinen sisällönanalyysi

Aineiston analysoinnissa tässä opinnäytetyössä on käytetty apuna teorialähtöistä sisällönanalyysiä, jossa tietty teema tai aiempi teoria ohjaa analyysiä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 98). Sisällönanalyysin avulla pystytään muodostamaan runko kirjallisuuskatsauksessa esitettävälle tiivistelmälle. Teorialähtöisen sisällönanalyysin vaiheet ovat esitetty taulukossa 4 (s. 24). Ne ovat käytännössä samat kuin laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysissä lukuun ottamatta aineiston litterointia eli puhtaaksi kirjoittamista, koska kirjallisuuskatsauksessa analysoitava materiaali on aina kirjallisessa muodossa toisin kuin laadullisen tutkimuksen haastatteluissa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 97 – 99.)

TAULUKKO 4. Teorialähtöisen sisällönanalyysin vaiheet (Mukaiillen Tuomi & Sarajärvi 2011, 98).

1 Kuvailtaan malli, johon analyysi perustuu
2 Kuvailtaan kategoriat, joihin aineisto suhteutetaan
3 Analysoidaan aineisto suhteessa päätettyihin kategorioihin

Tässä opinnäytetyössä analyysi perustuu Ruotsissa käytettävään sairaan vastasyntyneen perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistavaan hoitomalliin nimeltä ”Couplet Care”. Sen on havaittu käytännön työssä vaikuttavan niin sairaaseen vastasyntyneeseen, hänen perheeseensä kuin hoitohenkilökuntaankin. Malliin sisältyy lisäksi perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistamisen vaikutukset osaston fyysisille tiloille. (Lilliesköld 2012; Westrup 2012.) Tämän opinnäytetyön tehtävät on valittu Couplet Care’n perusteella. Muutenkin oli alusta asti selvää, että osaston muuttuminen yhden perheen huoneita sisältäväksi vaikuttaa aina jollain tavalla sekä sairaaseen vastasyntyneeseen, hänen perheeseensä, hoitohenkilökuntaan että osaston fyysisiin tiloihin.

Analyysivaiheessa valituista tutkimuksista ja raporteista etsittiin pelkistettyjä ilmauksia seuraaviin opinnäytetyön tehtävien mukaisiin kategorioihin: sairaas vastasyntynyt, sairaan vastasyntyneen perhe, hoitohenkilökunta ja osaston fyysiset tilat. Ennen



sisällönanalyysin aloittamista on valittava analyysiyksikkö, joka voi olla sana tai lause (Tuomi & Sarajärvi 2011, 95 – 96). Tässä opinnäytetyössä analyysiyksikkönä toimivat lauseet ja niiden osat, sillä ne vastasivat parhaiten opinnäytetyön tehtäviin ja niiden mukaisesti päätettyihin kategorioihin. Yksittäiset sanat eivät olisi riittäneet kuvaamaan alkuperäisilmaisuja tarpeeksi kattavasti.

Ensimmäiseksi kaikki 16 artikkelia luettiin, minkä jälkeen niistä alleviivattiin eri väreillä kategorian mukaan pelkistetyt ilmaukset. Nämä pelkistetyt ilmaukset listattiin sen mukaan, mihin kategoriaan ne sopivat parhaiten. Pelkistettyjen ilmausten kategorisoinnissa ei ollut lainkaan epäselvyyksiä, vaan kaikki pelkistetyt ilmaukset sopivat vain yhteen päätetyistä kategorioista. Artikkeleiden alkuperäiskieli oli englanti, mutta pelkistetyt ilmaukset listattiin suomenkielisinä.

Kategorioiden mukaan ryhmitellyistä pelkistetyistä ilmauksista etsittiin yhdistäviä tekijöitä eli pääluokkia kategorioiden sisällä. Perinteisessä laadullisessa sisällönanalyysissä aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Näistä pelkistetyistä ilmauksista muodostetaan alaluokkia, joita yhdistelemällä saadaan pääluokkia. Tätä ryhmittelyä kutsutaan aineiston klusteroinniksi. Lopuksi pääluokat abstrahoidaan, eli niistä muodostetaan kokoavia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 108 – 111.)

Tässä opinnäytetyössä tehtävien perusteella määräytyneet kategoriat vastaavat kokoavia käsitteitä. Toisiinsa liittyvistä pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin omia alaluokkia, jotka yhdistettiin niitä kuvaaviksi pääluokiksi. (Taulukko 5, s. 25.) Jotkin ryhmistä olivat niin suppeita, että ne yhdistettiin tulosten raportoinnissa toisiinsa. Tavoitteena kuitenkin oli yhdistää edes jollain tavalla toisiinsa liittyviä pienempiä ryhmiä suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Lopuksi pääluokille annettiin niiden sisältöä parhaiten kuvaavia nimiä. Esimerkiksi taulukko 5:ssä esiintyvälle esimerkkiryhmälle annettiin nimeksi ”infektioiden väheneminen”.

TAULUKKO 5. Esimerkki aineiston analyysistä

Kategoria	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
Sairas vastasyntynyt	vähemmän sairaalaperäisiä sepsisiä	Infektiot	Infektioiden väheneminen

## 5 AINEISTON ANALYYSIN JA SYNTEESIN TULOKSET

### 5.1 Jatkuvan yhdessäolon merkitys sairaalle vastasyntyneelle

#### 5.1.1 Infektioiden ja kuolleisuuden väheneminen

Domanicon ym. (2011, 284, 286) tutkimuksen mukaan sairailta vastasyntyneillä ilmeni yhden perheen huoneissa 5 prosenttia ja Rosenblumin (2005) tutkimuksessa 11,8 prosenttia vähemmän sairaala- ja sieniperäisiä infektioita verrattuna avomallisiin osastoihin (Lester ym. 2011, 10). Myös Walsh'n ym. (2006, 267) tutkimuksen mukaan kanyyleihin liittyvien verenkierron infektioiden ilmaantuvuus vähentyi 10,1 päivästä 3,1:n tuhatta hoitopäivää kohden. Oelrichin (2003) julkaisemattoman tutkimuksen mukaan sairaalaperäiset infektiot kuitenkin lisääntyvät siirryttäessä avomallisesta osastosta yhden perheen huoneisiin, mahdollisesti lisääntyneiden perheenjäsenten vierailuiden vuoksi (Lester ym. 2011, 10, 11).

Infektioiden vähenemistä saattaa edesauttaa yhden perheen huoneissa vähentynyt altistus patogeneille vähentyneen ihmismäärän ansiosta, käsi- ja kasinpesupisteet joka huoneessa inkubaattorin vieressä sekä yksityishuoneessa saatavan hoidon suomat mahdolliset immunologiset edut sairaalle vastasyntyneelle. Yhden perheen huoneet ovat myös hygieenisempiä ympäristöjä kanylointiin kuin useita potilaita sisältävät huoneet. (Lester ym. 2011, 10.)

Yhden perheen huoneita sisältävällä osastolla todettiin Domanicon ym. (2011, 284) tutkimuksessa vähemmän odottamattomia kuolemia kuin avomallisella osastolla. Örtenstrandin ym. (2010, 283) tutkimuksessa kuitenkin havaittiin, että yhden perheen huoneiden ja avomallisen osaston sairailta vastasyntyneillä ei ole tilastollisesti merkittävää eroa kuolleisuudessa lukuun ottamatta bronkopulmonaarisen dysplasian aiheuttamien kuolemien vähentymistä. Tutkijoiden mukaan aihe vaatii kuitenkin vielä lisätutkimuksia (Örtenstrand ym. 2010, 284).

### 5.1.2 Muut fysiologiset muutokset

Yhden perheen huoneissa ilmenee vähemmän hengitykseen liittyviä ongelmia. Domanicon ym. (2011, 283) tutkimuksessa yhden perheen huoneissa sairaiden vastasyntyneiden respiratorinen kehittyminen on parempaa, ja yli 36 viikon ikäisillä vastasyntyneillä on vähemmän apneoita kuin verrokeilla. Myös CPAP:n eli jatkuvan positiivisen ilmanpaineen ja mekaanisen hengityskoneen tarve ovat pienemmät yhden perheen huoneiden vastasyntyneillä verrokkeihinsa nähden. Hengityssairauksista kärsivien vastasyntyneiden kofeiinintarpeessa havaittiin pieni lasku yhden perheen huoneissa hoidettavien eduksi, mutta ero ei ole tilastollisesti merkittävä. (Domanico ym. 2011, 283.)

Yhden perheen huoneissa hoidettavilla sairailta vastasyntyneillä on runsaamman äidinmaidon saannin ansiosta parempi ravinnonsietokyky, ja siten paremmat mahdollisuudet normaaliin kasvuun ja kehitykseen verrokkeihinsa nähden (Lester ym. 2011, 10). Yhden perheen huoneissa sairaiden vastasyntyneiden ruuansulatuskanavan kypsyminen on parempaa kuin verrokeilla. Yhden perheen huoneiden vastasyntyneet siirtyvät aiemmin enteraaliseen ravitsemukseen ja 90 prosenttia heistä saa äidinmaitoa ravinnokseen verrattuna avomallisella osastolla hoidettujen 66 prosenttiin. Verrattuna avomallisella osastolla hoidettuihin, 20 prosenttia suurempi määrä yhden perheen huoneissa hoidetuista sairaista vastasyntyneistä kotiutuu rintaruokinnalla. (Domanico ym. 2011, 284.) Avomallisella osastolla hoidetut keskoset myös tavallisimmin palaavat takaisin sairaalahoitoon ravitsemusongelmien vuoksi, kun taas yhden perheen huoneissa hoidettujen keskosten syitä olivat esimerkiksi tyrät ja retinopatia (Erdeve ym. 2008, 1354).

Lisääntyneellä rintaruokinnalla ja kenguruhoidolla yhden perheen huoneissa on havaittu olevan suotuisa vaikutus sairaan vastasyntyneen behavioristiseen kehitykseen. Uudenlainen ympäristö on sairaalle vastasyntyneelle vähemmän stressaava, ja antaa hänelle myös suojan muiden potilaiden hoidosta aiheutuvilta häiriötekijöiltä. Rauhoittunut ympäristö mahdollistaa vastasyntyneelle säännöllisemmän unirytmien verrokkeihinsa nähden. (Lester ym. 2011, 10 – 11.)

Örtenstrandin ym. (2010, 282) tutkimuksessa ilmenee, että yhden perheen huoneissa hoitoa saaneista vastasyntyneistä 72 prosenttia saavutti syntymäpainonsa tai sitä korkeamman painon ennen kotiutumistaan, kun perinteistä hoitoa avomallisella osastolla vain 68 prosenttia saavutti sen. Toisaalta Domanicon ym. (2011, 283) mukaan avomallisen ja perhehuoneita sisältävän osaston vastasyntyneiden perinteisten kasvubarometrieni eli painon, pituuden ja päänympäryksen kehityksessä ei havaittu tilastollisesti merkittäviä eroja.

Smith'n, Bajon ja Hagerin (2004) tutkimuksen mukaan yhden perheen huoneissa hoidettavilla sairailta vastasyntyneillä on pienempi tarve rauhoittavalle lääkitykselle ja parempi lämmönsäätelykyky verrattuna avomallisella osastolla hoidettaviin vastasyntyneisiin (Lester ym. 2011, 11). Möreliuksen ym. (2011) tutkimuksen mukaan vaipanvaihto on yhden perheen huoneissa yhtä stressaavaa sairaalle vastasyntyneelle kuin avomallisella osastollakin. Stressihormoni kortisolin erityis oli tutkimuksen mukaan samantasoista molemmissa hoitoympäristöissä. Sen sijaan sairailta vastasyntyneillä ja heidän äideillään on mahdollisesti yhteneväiset kortisolitasot yhden perheen huoneissa hoitamisen ansiosta, eli äiti-lapsi parit reagoisivat yksityishuoneissa paremmin toistensa stressiin (Mörelius ym. 2011).

### **5.1.3 Hoidon pituuden ja tarpeen väheneminen**

Yhden perheen huoneet lyhentävät hoitoaikoja, mikä pienentää hoidon kokonaiskustannuksia (Lester ym. 2011, 11). Carlsonin ym. (2006, 278) raportin mukaan siirtyminen perinteisestä, avomallisesta vastasyntyneiden teho-osastosta yhden perheen huoneita sisältävään osastoon lyhensi keskimääräistä hoitoaikaa vaatimattomat 0,6 päivää. Myös Milfordin, Zapalon ja Davisin (2008, 303) mukaan hoitoaika lyheni vain 1,49 päivällä, mutta muutos tuotti vuositasolla yhden miljoonan dollarin eli 800 000 euron säästöt. Myös Erdeven ym. (2008) tutkimuksen mukaan yhden perheen huoneet tuovat säästöjä sairaalalle. Yhden perheen huoneessa hoidettujen jo kotiutuneiden keskosten akuuttihoitoon tarve, puhelinkonsultaatioiden määrä ja sairaalahoitoon takaisin joutumisen aste olivat merkittävästi alhaisempia kuin avomallisella osastolla hoidettujen keskosten. (Erdeve ym. 2008, 1354 – 1355.)

Sen sijaan Örtenstrandin ym. (2010, 281) tutkimuksessa sairaiden vastasyntyneiden hoitoaika lyhenyi 5,3 päivällä, kun verrattiin yhden perheen huoneita sisältävää osastolla avomalliseen. Suurin osa hoitoajan lyhentymisistä johtuu raskausviikoilla 35 ja 36 syntyneiden sairaalahoitoa vaativien vastasyntyneiden hyväksymisestä tutkimukseen. Tutkijoiden mukaan vaikutus hoitoajan lyhentymiseen on kuitenkin merkittävä varsinaisen tehohoidon aikana. Hoitoajan lyhentymisen on myös sitä merkittävämpi, mitä pienemmillä raskausviikoilla lapsi on syntynyt. (Örtenstrand 2010, 283.)

## **5.2 Jatkuvan yhdessäolon merkitys sairaan vastasyntyneen perheelle**

### **5.2.1 Lisääntynyt osallisuus vastasyntyneen hoitoon**

Vanhemmat pääsevät yhden perheen huoneissa hoitamaan enemmän sairaita vastasyntyneitä kuin avomallisella osastolla (Lester ym. 2011, 11). Vanhemmat kokevat tulkitsevansa paremmin sairaan vastasyntyneen lähettämiä viestejä ja tuntevansa lapsensa paremmin yhden perheen huoneissa verrattuna isompiin huoneisiin. Heillä on positiivisia kokemuksia jatkuvasta yhdessäolosta sairaan vastasyntyneen kanssa, ja he kokevat sitoutuvansa paremmin lapseen perheen ollessa jatkuvasti yhdessä. (Beck ym. 2009, 94; Carter, Carter & Bennett 2008, 828.) Vanhemmat myös viettävät enemmän aikaa sairaan vastasyntyneensä luona yhden perheen huoneissa verrattuna avomallisiin osastoihin (Harris ym. 2006, 43).

Vanhemmat ovat Beckin ym. (2009, 94) mukaan tyytyväisiä roolistaan sairaan vastasyntyneen ensisijaisina hoitajina yhden perheen huoneissa. He tuntevat olevansa vastuullisia vanhempia osallistuessaan hoitoon ja tyytyväisiä voidessaan osallistua useammin lääkärinkierroille. (Beck ym. 2009, 94; Lester ym. 2011, 11). Toisaalta vanhemmat voivat kokea paineitakin sairaan vastasyntyneen hoitoon osallistumisesta (Lester ym. 2011, 11).

### 5.2.2 Yksityisyyden lisääntyminen

Yhden perheen huoneiden vanhemmat kokevat yksityishuoneen olevan paras tilanne heille perheenä vastasyntyneen saadessa sairaalahoitoa. Vanhemmat tuntevat olevansa sairaan vastasyntyneen kanssa perhe pienessä huoneessa, kun taas suurempien huoneiden vanhemmat kokevat olevansa vierailijoita osastolla. (Beck ym. 2009, 91, 94.) Perhe voi tehdä yhden perheen huoneesta oman näköisensä, jolloin huone tuntuu enemmän kodilta kuin useita potilaita sisältävät huoneet (White 2003, 22).

Ensimmäisessä yhden perheen huoneiden eduista kertovassa Walsh'n, McCullough'h ja White'n (2006) tutkimuksessa vanhemmat kokevat yksityisyyden lisääntyneen huomattavasti avomalliseen osastoon verrattuna (Lester ym. 2011, 11). Tyytyväisyyden yksityisyyteen onkin useassa eri tutkimuksessa todettu lisääntyneen, kun osasto on muutettu yhden perheen huoneita sisältäväksi (Beck ym. 2009, 95; Carlson ym. 2006, 278; Carter ym. 2008, 828; Stevens ym. 2011, 115; Harris ym. 2006, 42; White 2003, 22). Perinteiseen osastoon verrattuna etenkin yhden perheen huoneissa mahdollistuvaan suojaan ääniltä ollaan tyytyväisiä (White 2003, 22).

Vanhemmat kokevat yhden perheen huoneet suojaisiksi muiden potilaiden hoidosta aiheutuvalta hälyltä. Yhden perheen huone suojaa sairaan vastasyntyneen perhettä myös muiden perheiden iloilta ja suruilta, ja heillä on tilaa ilmaista omia tunteitaan muiden perheiden tunteita väheksymättä tai kadehtimatta. (Beck ym. 2009, 95; Carter ym. 2008, 828; Lester ym. 2011, 11.) Yhden perheen huoneessa vanhemmilla on tilaa toipua synnytyksestä ja tilaa omille henkilökohtaisille tavaroille enemmän kuin useita potilaita sisältävissä huoneissa (Beck ym. 2009, 95; Stevens ym. 2011, 115). Huoneen suoman yksityisyyden myötä myös rintapumpun käyttö on miellyttävämpää uudessa perhehuoneessa (Lester ym. 2011, 11).

Vanhemmat kokevat yksityisen tilan antavan heille lisäenergiaa ja helpotusta emotionaaliseen taakkaan (Beck ym. 2009, 95). Turkissa tehdyn tutkimuksen mukaan enneaikaisesti syntyneen lapsen hoito yhden perheen huoneessa ei kuitenkaan ehkäise synnyttäneiden äitien stressiä, synnytyksen jälkeistä masennusta eikä haavoittuvaisuuden kokemista (Erdeve ym. 2009, 159). Perheet eivät ole yhden perheen huoneita sisältävillä osastoilla lähes lainkaan tekemisissä toistensa kanssa (Harris ym.

2006, 43). Perheen erottaminen muista samassa tilanteessa olevista perheistä yhden perheen huoneeseen estää vertaistuen antamisen ja saamisen, jollei osastolle ole suunniteltu perheille yhteistä oleskelutilaa (White 2003, 23).

### **5.2.3 Vuorovaikutus henkilökunnan kanssa**

Vanhemmat kokivat olonsa eristetyiksi, yksinäisiksi ja stressaantuneiksi yhden perheen huoneessa (Beck ym. 2009, 94; Lester ym. 2011, 11). Vanhempien mielestä henkilökunnalla kesti kauan vastata perhehuoneista tehtyihin kutsuihin, mutta toisaalta he kokivat henkilökunnalla olevan enemmän aikaa heille perheenä (Beck ym. 2009, 94, 95). Carterin ym. (2008, 828) tutkimuksen mukaan sekä hoitajat että lääkärit olivat paremmin tavoitettavissa yhden perheen huoneissa avomalliseen osastoon verrattuna.

Vanhempien luottamus henkilökuntaa kohtaan on suurempi yhden perheen huoneissa kuin avomallisella osastolla (Carlson ym. 2006, 278). He kokevat saavansa paremmin tietoa hoidosta ja enemmän tukea ammattilaisilta entiseen verrattuna (Carter ym. 2008, 828). Vanhemmat kokevat kommunikaation henkilökunnan kanssa helpommaksi kuin avomallisella osastolla, ja he kokevat henkilökunnan huomioivan heidän erityiset, esimerkiksi emotionaaliset, tarpeensa paremmin kuin aiemmin. Lääkärit kunnioittavat vanhempien roolia sairaan vastasyntyneen hoidossa enemmän yhden perheen huoneissa. Vanhempien mielestä henkilökunta myös aistii vanhempien stressin aiempaa herkemmin. (Stevens ym. 2011, 115.)

### **5.2.4 Tyytyväisyys hoitoympäristöön**

Vanhempien mielestä uudella, perhehuoneita sisältävällä osastolla vierailu on miellyttävämpää kuin vanhalla osastolla käyminen (Stevens ym. 2011, 115). Vanhemmat kokevat hahmottavansa osaston toiminnan paremmin yhden perheen huoneita sisältävällä osastolla (Beck ym. 2009, 95). He ovat tyytyväisiä perhehuoneita sisältävän osaston laskeneeseen melutasoon ja mahdollisuuteen välttää turhaa melua (Beck ym. 2009, 95; Carlson ym. 2006, 278; Carter ym. 2008, 828). Myös tyytyväisyys valaistukseen ja sen laatuun kasvoi (Carlson ym. 2006, 278; Carter ym. 2008, 828).

Vanhemmat ovat aiempaa tyytyväisempiä perhekeskeiseen hoitoon kokonaisuutena ja perheen majoittamiseen osastolla (Stevens ym. 2011, 115). Vanhempien mielestä yhden perheen huoneet ovat rauhallisempia ja parempia ympäristöjä sairaalle vastasyntyneelle kuin avomallinen osasto esimerkiksi vastasyntyneen neurologisen kehityksen kannalta. He kokevat myös, että yhden perheen huoneissa vastasyntyneen kivut havaitaan ja hoidetaan paremmin. (Stevens ym. 2011, 115.) Verrokkeihin nähden useampi äiti saavuttaa yli 14 vuorokauden yhtäjaksoisen imetyksen ja yhden perheen huoneissa on imetysmyönteisempi ilmapiiri (Domanico ym. 2011, 284; Lester ym. 2011, 10).

### **5.3 Jatkuvan yhdessäolon merkitys hoitohenkilökunnalle**

#### **5.3.1 Vuorovaikutus vanhempien kanssa**

Henkilökunta kokee kommunikaation olevan yhden perheen huoneissa ongelmallisempaa kuin suuremmissa huoneissa. Vanhemmilla ja henkilökunnalla saattaa olla erilaisia odotuksia hoidon suhteen, mikä paljastuu nopeasti yhden perheen huoneissa. Vanhemmilla ja henkilökunnalla täytyykin olla selkeät ”pelisäännöt” vastasyntyneen hoidosta, jotta väärinymmärryksiltä vältyttäisiin. Henkilökunnan on opeteltava uudenlaisia kommunikointi- ja vuorovaikutustaitoja, jotta he pystyvät toimimaan entistä läheisemmissä vuorovaikutustilanteissa sairaan vastasyntyneen perheen kanssa. (Beck ym. 2009, 95 – 96.)

Henkilökunnalla on huoli vanhempien läsnäolosta toimenpiteiden aikana yhden perheen huoneissa. Henkilökunta kokee ahdistavana vanhempien kohdistaman tarkkailun henkilökunnan harjoittelemiin ja suorittamiin toimenpiteisiin yhden perheen huoneissa. (Lester ym. 2011, 11.) Henkilökunta kokeekin olevansa vierailijana yhden perheen huoneissa, sillä perheellä on mahdollisuus luoda huoneeseen intiimi ilmapiiri. Jokainen perhehuoneen ovi muuttuu muuriksi sairaan vastasyntyneen ja hänen perheensä sekä henkilökunnan välillä perhehuoneisiin siirryttäessä. Henkilökunta kokeekin vanhempien ahdistuksen voimakkaampana ja vaikuttavampana yhden perheen huoneissa verrattuna avomalliseen osastoon. (Beck ym. 2009, 94, 96.)



Henkilökunnan mielestä vanhemmilla vaikuttaa olevan varmempi olo vastuustaan ja paremmat kyvyt hoitaa lastaan yhden perheen huoneissa kuin avomallisella osastolla (Beck ym. 2009, 94). Vanhemmat antavat henkilökunnalle positiivista palautetta uudesta, perhehuoneita sisältävästä osastosta, ja keskustelut vanhempien ja henkilökunnan välillä ovat lisääntyneet (Milford ym. 2008, 303). Henkilökunnan mukaan vanhempien läsnäolo ei kuitenkaan välttämättä lisääny yhden perheen huoneisiin siirryttäessä (Walsh 2006, 266).

### **5.3.2 Vastasyntyneen turvallisuus**

Yhden perheen huoneita sisältävällä osastolla henkilökunnalla on jatkuva huoli potilaiden turvallisuudesta (Carlson ym. 2006, 278; Lester ym. 2011, 11). Beck'n ym. (2006, 96) mukaan henkilökunta pelkää yhden perheen huoneiden estävän osaston säilymisen vastasyntyneen turvallisuudesta huolehtivana oppimisympäristönä (Beck ym. 2009, 96). Sairaalan vastasyntyneen turvallisuuden takaaminen vaatiikin jatkuvaa keskustelua kollegoiden ja muiden työtovereiden kanssa etenkin silloin, kun hoitaja on kokematon tai epävarma työskentelyssään (Beck ym. 2009, 92; Carlson ym. 2006, 278).

Pitkään työskennelleet hoitajat pelkäävät Carlsonin ym. (2006, 278) mukaan, etteivät noviisit välttämättä huomaa pienimpiä muutoksia sairaalan vastasyntyneen voinnissa. Kokeneita hoitajia häiritsee, etteivät he pysty tarkkailemaan yhden perheen huoneista koostuvalla osastolla osaston yleistilannetta kuten avomallisella osastolla (Carlson ym. 2006, 278). Etenkin sairaiden vastasyntyneiden jatkuvan tarkkailun mahdottomuus koetaan häiritseväksi (Walsh 2006, 266; White 2003, 23). Yhden perheen huoneessa ei ole useinkaan mahdollista oppia ja opettaa kollegoiden työskentelyä seuraamalla (Lester ym. 2011, 11).

Hoitajat voivat kuitenkin keskittyä yhden perheen huoneissa paremmin yhteen potilaaseen kerrallaan, mikä voi vähentää hoitovirheitä (Lester ym. 2011, 11). Kokemattomillakin hoitajilla on mahdollisuus harjoitella yhden perheen huoneessa kokeneemman hoitajan kanssa rauhassa, ilman muiden hoitoa vaativien vastasyntyneiden aiheuttamaa häiriötä (Carlson ym. 2006, 278). Stevensin ym. (2010, 354) tutkimuksen mukaan henkilökunta kokee työskentelyn yhden perheen huoneita

sisältävällä osastolla aiempaa turvallisemmaksi. Myös Walsh'n ym. (2006, 264) tutkimuksen mukaan hengityskoneessa olevien vastasyntyneiden turvallisuus pystytään takaamaan yhden perheen huoneissa. Monien henkilökunnan jäsenten mielestä hengityskoneessa olevien vastasyntyneiden olisi kuitenkin parempi olla hoidettavana avomallisella osastolla (Walsh ym. 2006, 264).

### **5.3.3 Tunne eristyksissä olemisesta**

Milfordin ym. (2008, 303) tutkimuksen mukaan henkilökunnan mielestä yksityisyys on lisääntynyt osastolla sen muututtua avomallisesta yhden perheen huoneita sisältäväksi. Henkilökunta kokee olevansa eristyksissä yhden perheen huoneissa: toisaalta yksin negatiivisessa mielessä mutta samalla suojassa muiden sairaiden vastasyntyneiden aiheuttamalta hälyltä (Beck ym. 2009, 96; Lester ym. 2011, 11; White 2003, 23). Mahdollisuuden työtovereiden väliseen yhteistyöhön on koettu vähentyneen. Kollegiaalisen toimenpiteissä avustamisen, tauoille päästämisen ja sosiaalisen kanssakäymisen mahdollistaminen on rajattua yhden perheen huoneita sisältävillä osastoilla. (White 2003, 23.)

Hoitajat kokevat olevansa yhden perheen huoneessa loukussa etenkin akuuteissa tilanteissa, vaikka he olisivat vastuussa muistakin potilaista osastolla. Hoitajien mukaan kaikki kollegat eivät käsitä, että joku hoitajista saattaa olla sidottuna yhdessä huoneessa ja tarvita siellä apua. Jotta edellä mainitut tilanteet voitaisiin ehkäistä, henkilökunnan mielestä kaikilla työvuoron hoitajilla olisi oltava osaston tilanteesta jatkuvasti yleiskäsitys. Huolellisella suunnittelulla ja myönnytyksillä hyvä hoito voi toteutua, ja kukaan ei tunne oloaan eristetyksi. (Beck ym. 2009, 96.)

### **5.3.4 Työntekijöiden riittävyys ja kollegiaalinen vuorovaikutus**

Hoitajien mielestä lisääntynyt monitorointi ja tarkkailu vaativat enemmän työvoimaa yhden perheen huoneita sisältävälle osastolle. Lisääntynyt työmäärä vaikuttaa lisätyövoiman tarpeen lisäksi myös ammattilaisten työtyytyväisyyteen. (Beck ym. 2009, 96; Lester ym. 2011, 11.) Yksityishuoneita sisältävällä osastolla ei ole mahdollista tehdä

yhtä useita tehtäviä samanaikaisesti kuin avoimella osastolla, ja henkilökunta kokee tehtävät laajemmiksi ja lukuisemmiksi uudessa, haastavammassa ympäristössä. Yhden perheen huoneissa työskentely on monin verroin raskaampaa kuin suuremmissa huoneissa. (Beck ym. 2009, 96 – 97.) Henkilökunnan mielestä yhden perheen huoneissa pitäisi olla noin kaksinkertainen määrä työntekijöitä verrattuna avomalliseen osastoon (Walsh 2006, 266).

Toisaalta Milfordin ym. (2008, 303) raportissa hoitajat eivät kokeneet tarvetta lisähenkilökunnalle yhden perheen huoneisiin siirtymisen jälkeen. Myös Carlsonin ym. (2006, 277) raportin mukaan huoli potilastehtävistä, läheisyydestä potilaiden kanssa ja suhteellisista potilasmääristä ovat muutoksen jälkeen pienempiä kuin etukäteen oletettiin. Muutokseen oli varauduttu ylimääräisellä henkilökunnalla, mutta jo toisena päivänä uusiin tiloihin muuton jälkeen hoitajat kokivat, ettei lisätyövoimalle ole enää tarvetta (Carlson ym. 2006, 277).

Kuusi kuukautta muutoksen jälkeen henkilökunta raportoi Carlsonin ym. (2006, 277) mukaan työtovereiden tuen ja yksilöllisten mielipiteiden vahvistuneen. Säännölliset tapaamiset oman, perhehuoneita sisältävän alueen hoitajien kanssa ja kommunikointi osastosihteerien kanssa ovat lisääntyneet verrattuna avomalliseen osastoon. Henkilökunnan välisen kommunikaation parantuminen ilmenee myös infotaulun tiheimmän päivityksen kautta, kun omahoitajat muistavat uusissa tiloissa kirjoittaa siihen useammin nimensä. (Milford ym. 2008, 303.)

Stevensin ym. (2010, 354) tutkimuksessa vertailtaessa henkilökunnan mielipidettä työtovereiden kanssa viestimisen laadussa ei havaittu tilastollisia eroja perhehuoneiden ja avomallisen osaston välillä. Smith'n, Schoenbeckin ja Claytonin (2009, 221) tutkimuksessa havaittiin hoitohenkilökunnan keskinäisen vuorovaikutuksen laadun muutoksen myötä laskeneen, ja Walsh'n ym. (2006, 266) tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat kommunikoinnin vähentyneen etenkin lääkäreiden kanssa.

### 5.3.5 Työympäristö

Henkilökunnan tyytyväisyys työympäristöön ja itse työhön kasvaa siirryttäessä yhden perheen huoneisiin (Harris ym. 2006, 44; Lester ym. 2011, 11; Smith ym. 2009, 221 – 222; Stevens ym. 2010, 354; Walsh ym. 2006, 264). Esimerkiksi tyytyväisyys hengityskoneessa olevien vastasyntyneiden mahdollisuuteen levätä enemmän yhden perheen huoneissa lisääntyy, ja henkilökunta pystyy kokemuksensa mukaan pesemään käsiään enemmän yhden perheen huoneissa (Walsh ym. 2006, 266).

Harrisin ym. (2006, 44) mukaan henkilökunta kokee yhden perheen huoneet vähemmän stressaavaksi ympäristöksi niin henkilökunnalle kuin vanhemmillekin. Uusi ympäristö voi kuitenkin aiheuttaa työntekijöille tyytyväisyyden lisäksi paljon stressiä (Lester ym. 2011, 11). Walsh'n ym. (2006, 266) mukaan henkilökunta kokee yhden perheen huoneita sisältävän osaston fyysisesti rankemmaksi työympäristöksi kuin avomallisen osaston. Henkilökunnan mielestä Milfordin ym. (2008, 303) raportin mukaan osaston siisteys on henkilökunnan mielestä kärsinyt muutoksesta yhden perheen huoneisiin. Osasto on kuitenkin henkilökunnan mielestä hiljentynyt entisestä (Milford ym. 2008, 303).

Henkilökunnan jäsenet ovat tyytyväisiä uuden osaston tuomiin teknisiin laitteisiin, sillä he kokevat ne luotettaviksi ja helppokäyttöisiksi (Milford ym. 2008, 302; Stevens ym. 2010, 354 – 355; Smith ym. 2009, 222). Myös tyytymättömyyttä uusiin laitteisiin on ilmennyt. Osaston muutoksen jälkeen Nebraskassa sairaiden vastasyntyneiden osastolla seuranta- ja tarkkailulaitteet oli säädetty mahdollisimman herkille hälytysrajoille varmuuden vuoksi. Nämä liian herkäät säädöt aiheuttivat henkilökunnalle tyytymättömyyttä teknologiaan, sillä ne aiheuttivat lukuisia, tärkeämpiä töitä häiritseviä hälytyksiä. (Carlson ym. 2006, 277.)

### 5.3.6 Kokemus muutoksesta

Beck'n ym. (2009, 95) tutkimuksen mukaan perheen siirtyminen sairaan vastasyntyneen ensisijaiseksi hoitajaksi on henkilökunnan mielestä positiivista ja oikeansuuntaista mutta silti haastavaa. Myös Carlsonin ym. (2006, 277) ja Milfordin ym. (2008, 302)

raporteissa henkilökunta ilmaisi tyytyväisyytensä yhden perheen huoneisiin ja muutokseen, ja Milfordin ym. (2008, 302) raportin mukaan muutos kasvatti heidän ammatillista iteluottamustaan. Henkilökunta haluaakin lisääntyneestä työmäärästä huolimatta luoda optimaalisen ilmapiirin sairaalle vastasyntyneelle ja hänen perheelleen (Beck ym. 2009, 97).

Stevensin ym. (2010, 354) tutkimuksen mukaan henkilökunta kokee yhden perheen huoneissa oman työnsä ja varsinaisen potilastyön laadut paremmiksi kuin vanhalla, avomallisella osastolla. Kuitenkaan tyytyväisyys työnantajaan, työn ulkopuoliseen elämään ja työterveyden laatuun eivät ole kasvaneet merkittävästi (Stevens ym. 2009, 354). Sen sijaan Smith'n ym. (2009, 222 – 223) tutkimuksessa sekä potilastyön että työn ulkopuolisen elämän laatu ovat parantuneet perhehuoneisiin siirtymisen jälkeen.

Muutos vaatii toteutuakseen uudentlaisia toimintamalleja verrattuna entiseen, avomalliseen osastoon. Myös jatkuva tietojen päivittäminen henkilökohtaisella tasolla on välttämätöntä huomattavan suuren tietomäärän sisäistämiseksi. (Beck ym. 2009, 96 – 97; Carlson ym. 2006, 277.) Smith'n ym. (2009, 224) tutkimuksessa henkilökunta kokikin negatiivisena osaston toiminnallisen johdon heikon valmistautumisen muutokseen. Henkilökunta oppii onneksi seurannan aikana uusia ongelmanratkaisukeinoja ja toimintamalleja. Henkilökunnan myönteinen asenne muutokseen on ensiarvoisen tärkeä sen onnistumisen kannalta. (Beck ym. 2009, 96 – 97.)

#### **5.4 Jatkuvan yhdessäolon mahdollistamisen vaikutukset osaston fyysisille tiloille**

Yhden perheen huoneiden rakentamiseksi joudutaan usein rakentamaan kokonainen uusi sairaala muutoksen mahdollistamiseksi (Carter ym. 2008, 827). Muutos voi onnistua myös pienemmällä panostuksella. Esimerkiksi Nebraskassa Yhdysvalloissa osaston vuodepaikkoja vähennettiin 32:sta 27:een (Carlson ym. 2006, 272). Tanskassa ja Yhdysvaltojen Pittsburgh'ssa vain osa osastosta muutettiin perheystävälliseksi (Beck ym. 2009, 89 – 90; Milford ym. 2008, 302). Milfordin ym. (2008, 303) raportin mukaan henkilökunta olisi halunnut vielä toteutettua suuremman osan osastosta muutettavan yhden perheen huoneita sisältäväksi.

Nebraskassa yhden perheen huoneesta tehtiin kodinomainen ja lastenhuonetta muistuttava. Huoneeseen tuotiin vanhempia varten nojatuoli ja siirrettävä matkasänky, ja maalien värit ja matot valittiin kodinomaista tunnelmaa korostaviksi. Huoneessa ei ole televisiota, mutta siellä on mahdollisuus käyttää Internetiä. (Carlson ym. 2006, 276.) Myös Etelä-Dakotassa jokaisessa huoneessa on vuode vanhemmalle, kaappi henkilökohtaisille tavaroille sekä jääkaappi pumpatulle rintamaidolle (Stevens ym. 2009, 353). Turkissakin, Ankaran yliopistollisessa sairaalassa, äidille on oma vuode vastasyntyneen vierellä ja vierailijoille kaksi nojatuolia (Erdeve ym. 2008, 160).

Yhden perheen huoneissa on suurempi tarve potilashuoneiden valmisteluiden, kuten tavaroiden varastoimisen, siivouksen ja huoltamisen suunnittelulle ja koordinoinnille yhden perheen ja vastasyntyneen asuessa huoneessa pitkiäkin aikoja (Lester ym. 2011, 11). Osaston muuttaminen yhden perheen huoneita sisältäväksi vaatiikin soveltavaa suunnittelua arkkitehdilta (Milford ym. 2008, 302).

Uudet tilat vaativat toimivien tilojen lisäksi uudenlaiset laitteet sairaan vastasyntyneen turvallisuuden takaamiseksi (Carlson ym. 2006, 276; Milford ym. 2006, 302). Carlsonin ym. (2006, 276) raportin mukaan myös osaston turvallisuussuunnitelma on uusittava. Yhden perheen huoneiden rakentaminen osastolle vaatii myös paljon rahallisia resursseja (Milford ym. 2008, 302). Yhden perheen huoneet vievät osastolta enemmän tilaa kuin useita potilaita sisältävät huoneet, mikä tekee niistä kustannuksiltaan kalliimpia kuin perinteiset avo-osastot (Harris ym. 2006, 44; White 2003, 23).

Yhden perheen huoneet ovat helpommin muokattavissa erilaisten potilaiden tarpeisiin (White 2003, 22). Niihin siirtyminen paransi osaston ilmanlaatua ja suhteellista ilmankosteutta. Melutaso oli yhden perheen huoneita sisältävällä osastolla jopa 20 desibeliä alhaisempi kuin avomallisella osastolla, ja se pysyi tasaisena tilanteista riippumatta (Domanico ym. 2011, 282 – 283; Walsh ym. 2006, 267). Yhden perheen huoneissa oli enemmän luonnonvaloa ja vähemmän keinotekoista valoa kuin verrokkiosastolla. (Domanico ym. 2011, 282 – 283).

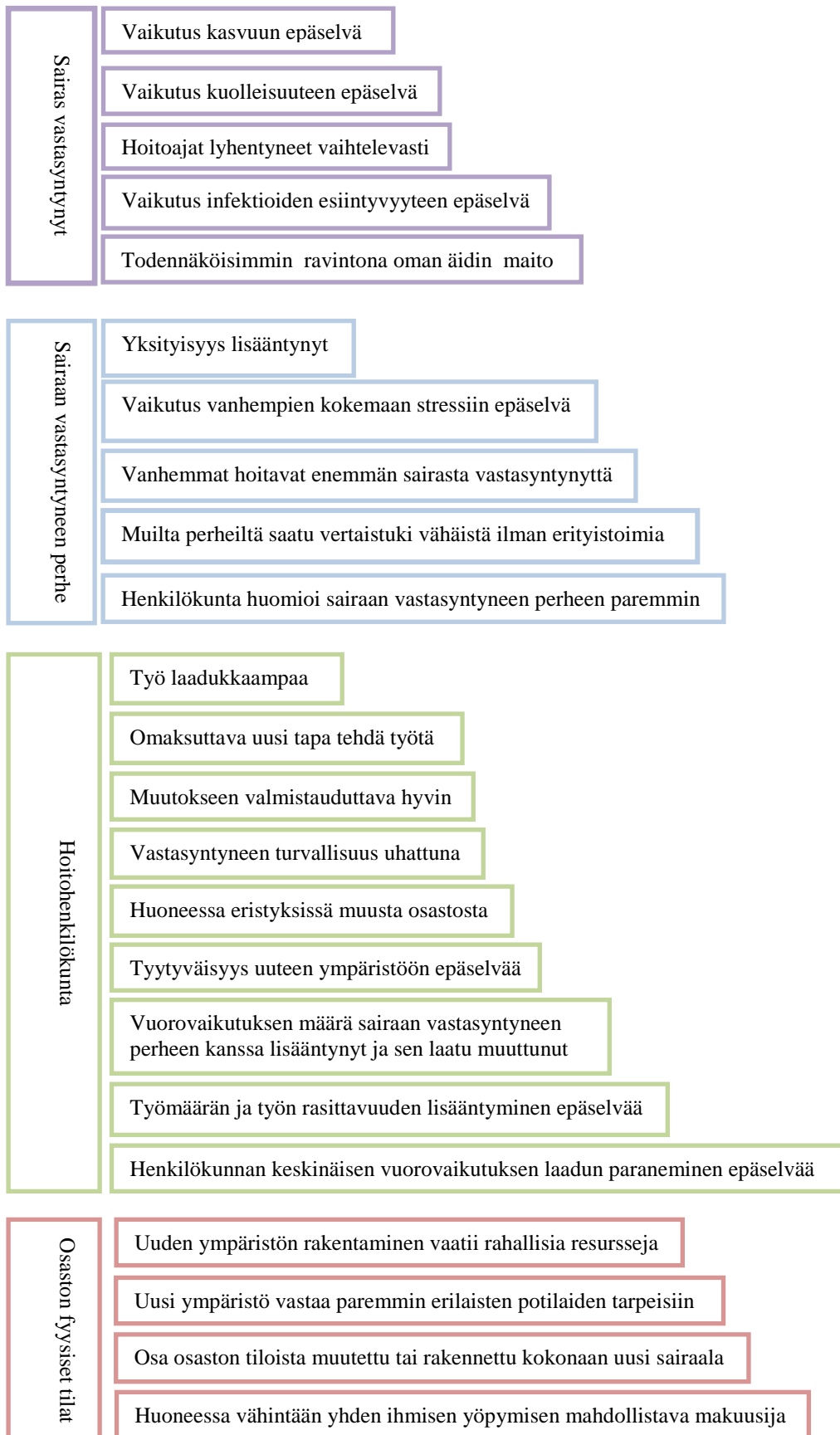
## 5.5 Yhteenveto

Oheisessa kuviossa on esitetty yhteenveto sairaan vastasyntyneen ja hänen perheensä jatkuvan yhdessäolon mahdollistamisen merkityksestä sairaalle vastasyntyneelle, hänen perheelleen, hoitohenkilökunnalle ja osaston fyysisille tiloille (kuvio 2, s. 38). Analyysin perusteella hoito yhden perheen huoneissa lyhentää sairaan vastasyntyneen hoitoaikaa aina jonkin verran, muttei välttämättä tilastollisesti merkittävästi. Hoitoaikojen lyhentyminen vaikuttaa kuitenkin aina hoitojakson kustannuksiin. Yhden perheen huoneissa sairaat vastasyntyneet saavat myös todennäköisemmin ravinnokseen oman äitinsä maidon kuin perinteisillä osastoilla hoidettavat. Yhden perheen huoneiden vaikutukset sairaan vastasyntyneen kuolleisuuteen ja infektioihin ovat vielä epäselviä.

Sairaana vastasyntyneen perheen yksityisyys lisääntyy yhden perheen huoneissa, ja vanhemmat pääsevät useammin osalliseksi sairaan vastasyntyneen hoitoon. Myös henkilökunnan koetaan huomioivan sairaan vastasyntyneen perhettä paremmin. Vaikutus perheen kokemaan, sairaan vastasyntyneen hoidosta aiheutuvaan stressiin on kuitenkin epäselvää.

Hoitohenkilökunta kokee työn laadun paremmaksi yhden perheen huoneissa kuin avomallisella osastolla, mutta he kokevat olevansa eristyksissä yhden perheen huoneessa. Tämä eristäytyneisyys uhkaa heidän mielestään sairaan vastasyntyneen turvallisuutta ja omaa oppimista, mutta toisaalta suojaa heitä muiden potilaiden aiheuttamilta häiriötekijöiltä. Vuorovaikutus sairaan vastasyntyneen perheen kanssa on lisääntynyt ja sen laatu on muuttunut. Henkilökunnan keskinäisen vuorovaikutuksen laadun paraneminen yhden perheen huoneiden myötä on edelleen epäselvää.

Henkilökunnan työtyytyväisyyden lisääntyminen yhden perheen huoneisiin siirryttäessä on katsauksen perusteella epäselvää. Myös työmäärän ja työn rasittavuuden lisääntyminen yhden perheen huoneissa vaatii lisätutkimuksia. Henkilökunta kokee työtapojen muuttamisen ja muutokseen huolellisesti valmistautumisen tarpeelliseksi yhden perheen huoneisiin siirryttäessä.



KUVIO 2. Jatkuvan yhdessäolon vaikutukset sairaalle vastasyntyneelle, hänen perheelleen, hoitohenkilökunnalle ja osaston fyysisille tiloille



Osastojen muuttaminen yhden perheen huoneissa toteutuvan sairaan vastasyntyneen hoidon mahdollistamiseksi vaatii usein joko uuden sairaalan rakentamisen tai entisen osaston muokkaamisen sopivaksi yhden perheen huoneille. Uusien tilojen rakentaminen vaatii rahaa ja enemmän tilaa kuin vanhat, avomalliset osastot. Lähes kaikissa tutkimuksissa kriittisimmin sairaita vastasyntyneitä hoitavilla osastoilla vain osassa osastoa oli yhden perheen huoneita, ja kaikista kriittisimmin sairaat vastasyntyneet hoidettiin perinteisissä, avomallisissa huoneissa. Hyväkuntoisempia, sairaalahoitoa vaativia vastasyntyneitä voidaan hoitaa myös kokonaan perhehuoneista muodostuvilla osastoilla.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Etiikka on aina jollain tavalla sidoksissa tutkimustyöhön (Tuomi & Sarajärvi 2011, 123). Tämä opinnäytetyö on toteutettu eettisiä periaatteita noudattaen. Aihe on valittu siten, ettei se aiheuta eettisiä ongelmia. Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teko ei suoraan vaikuta tutkittavien ihmisten elämään. Kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa ja raporteissa yksityisyydensuojasta on huolehdittu hyvin, joten opinnäytetyössä tutkittujen asioiden yksityisyydensuoja on sama kuin alkuperäistutkimusten tutkittavien eli hyvä. Opinnäytetyön tehtävinä oli löytää vaikutuksia ja merkityksiä yhden perheen huoneiden käytön seurauksena, joten ne eivät sisältäneet epäeettisiä, tulosten tulkintaa haittaavia ennako-oletuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 125 – 126.)

Hyvä tieteellinen käytäntö on kaikkien tutkimusten uskottavuuden ja eettisyyden perusta, myös systemaattisen kirjallisuuskatsauksen. Tämä opinnäytetyö on tehty rehellisyyttä ja huolellisuutta noudattaen. Opinnäytetyön materiaalien hankkimiseen ei ole liittynyt eettisiä ongelmia. Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mitään osioita ei ole plagioitu, eikä sen tekemisessä ole käytetty vilppiä. Lähdelainaukset on tehty huolellisesti alkuperäisiä tutkijoita ja kirjoittajia kunnioittaen. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 132 – 133; Tutkimuseettinen lautakunta 2002.)

Eettisesti toteutetussa tutkimuksessa on kerrottu tutkimuksen tekijöiden asema, sidonnaisuudet ja mahdolliset rahoittajat (Tutkimuseettinen lautakunta 2002). Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekijä oli opinnäytetyön tekemisen aloittaessaan sairaanhoitajaopiskelija, ja on työn valmistuessa kättilöopiskelija. Opinnäytetyön tekijällä ei ole sidonnaisuuksia Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin, jonka työntekijöitä varten systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tehty. Opinnäytetyön tekijä pääsi pientä työpanosta vastaan veloituksetta vastasyntyneiden tehohoitokonferenssiin helmikuussa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin puolesta, mutta muuta taloudellista tukea opinnäytetyön tekijä ei ole saanut yhteistyökumppaneiltaan.

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää tarkka, rehellinen ja avoin raportointi, joka on yksi hyvän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ominaisuus. Luotettavuutta laskee se, että systemaattisen kirjallisuushaun tekijöitä oli vain yksi, vaikka systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekijöitä pitäisi aina olla vähintään kaksi. Apua tiedonhakuun ei pyydetty kirjasto- tai informaatioalan ammattilaiselta, mikä laskee systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Myös kieliharha vähentää tämän opinnäytetyön luotettavuutta, sillä tiedonhaussa karsiutui kaksi abstraktin perusteella potentiaalista tutkimusta. Opinnäytetyön tekijällä ei kuitenkaan ollut resursseja hankkia kääntäjää näitä tutkimuksia varten. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46, 49.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää tiedonhaku tieteellisistä tietokannoista. Sekä elektroninen että manuaalinen tiedonhaku tehtiin tieteellisesti arvostetuista tietokannoista. Alkuperäistutkimusten lähdeluettelot käytiin myös systemaattisesti läpi, ja löydettyjä lähteitä tarkasteltiin niiden alkuperästä huolimatta kriittisesti. Myös tutkimusten valinta- ja sisäänottokriteerit on kuvattu tarkasti, mikä yhdistettynä tiedonhaun tarkkaan raportointiin mahdollistaa tiedonhaun toistettavuuden. Toistettavuus eli reliabiliteetti on luotettavan kirjallisuuskatsauksen ominaisuus. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48, 54.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa alkuperäistutkimusten laadun arviointi on tärkeää (Kontio & Johansson 2007, 101). Tässä opinnäytetyössä ei kuitenkaan asetettu laatuvaatimuksia alkuperäistutkimuksille opinnäytetyösuunnitelmassa, koska tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tutkitun tiedon lisäksi löytää tarkasti raportoituja kokemuksia jatkuvan yhdessäolon mahdollistamiseen sairaiden vastasyntyneiden osastolla. Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin myös sekaisin eri menetelmillä tehtyjä tutkimuksia. Osaa katsaukseen valituista tutkimuksista ei ollut tehty kaikista luotettavimmilla tutkimusmenetelmillä, eikä kaikissa artikkeleissa ollut esitetty tutkimuksen vaiheita tarpeeksi tarkasti. Kuitenkin esimerkiksi yhden sairaalan kokemus muutoksesta yhden perheen huoneisiin ja sen tarkka raportointi tuottaa jo itsessään arvokasta tietoa. Alkuperäistutkimusten laadun arvioinnin puuttuminen alentaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulosten luotettavuutta (Kontio & Johansson 2007, 107).

## 6.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Yhden perheen huoneita sairaiden vastasyntyneiden hoitoon on ehdotettu jo vuonna 1992 Pediatrics-lehden pääkirjoituksessa. Silloin kriitikot kuitenkin tyrmäsivät idean ja ajattelivat yhden perheen huoneiden käytössä olevan liikaa riskejä ja ongelmia. (White 2003, 22.) Ruotsissa yhden perheen huoneita on nyt kuitenkin ollut jo noin kymmenen vuoden ajan käytössä, ja kokemukset siitä ovat pääosin lupaavia (Westrup 2012). Silti yhden perheen huoneita ei ole käytössä vielä yhdessäkään suomalaisessa sairaalassa. Lähes jokaiseen yliopistosairaalaan ollaan kuitenkin rakentamassa uusia rakennuksia tai lisäsiipiä naisten ja lasten hoitoon, ja niihin on tulossa yhden perheen huoneita sairaiden vastasyntyneiden hoitoon.

Tämän opinnäytetyön tulokset vastasivat hyvin opinnäytetyön tehtäviin. Alkuperäistutkimusten teorialähtöisen sisällönanalyysin kautta opinnäytetyön jokaiseen tehtävään löytyi vastaus. Tuloksien perusteella jatkuvan yhdessäolon mahdollistaminen sairaiden vastasyntyneiden hoidossa vaikuttaa merkittävästi sairaaseen vastasyntyneeseen, hänen perheeseensä, osaston hoitohenkilökuntaan sekä osaston fyysisiin tiloihin. Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella yhden perheen huoneiden merkitystä erityisesti vastasyntyneille on tutkittava enemmän, jotta voitaisiin tehdä varsinaisia hoitosuosituksia ja varmoja johtopäätöksiä sen hyödyistä tai mahdollisista haitoista sairaan vastasyntyneen ja hänen perheensä hoidossa.

Perhekeskeisen hoitotyön laajasta käytöstä sairaiden vastasyntyneiden ja lasten hoidossa huolimatta sen hyödyistä ja menestyksellisestä käytöstä on olemassa melko vähän tutkittua tietoa (Hugill 2010, 55). Tämä ilmeni myös tässä opinnäytetyössä löydettyjen artikkeleiden ja niiden laadun perusteella. Yhden perheen huoneiden käytöstä sairaiden vastasyntyneiden hoidossa on tehty melko vähän erityisesti satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia, jotka ovat luotettavimpia tieteellisistä tutkimuksista (University of York 2009, 11). Ruotsin Karoliinisen instituutin couplet care'a työssään toteuttavan neonatologi Björn Westrupin (2012) mukaan jatkuvan yhdessäolon mahdollistamisesta on kuitenkin lähivuosina tulossa enemmän luotettavia tutkimuksia.

Kätilöiden kokemuksista äidin hoitajana osastolla ei löytynyt lainkaan tietoa, vaikka ainakin Ruotsissa synnyttänyttä äitiä hoidetaan samassa huoneessa kuin sairasta

vastasyntyntä: äitiä kättilöiden ja vastasyntyntä sairaanhoitajien toimesta (Lilliesköld 2012). Kättilöiden ja sairaanhoitajien yhteistyötä olisi hyvä kartoittaa, jotta työnkuvan rajaus ja erilaisissa tilanteissa toimiminen olisivat selkeitä. Tämän vuoksi kättilöiden kokemukset yhden perheen huoneista olisivat ensiarvoisen tärkeitä. Myöskään sairaiden vastasyntyneiden sisaruksista yhden perheen huoneissa ei ollut tutkimusaineistoa, vaikka vierailupolitiikka tulee vapautumaan ja sallimaan myös sairaan vastasyntyneiden sisarusten vierailut ja hoitoon osallistumisen heidän kehitystasonsa mukaisesti. (Siegel, Gardner & Dickey 2011, 885 – 886.)

Kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat pääasiassa samansuuntaisia kuin Ruotsissa toteutettavasta *couplet care*'sta saadut käytännön kokemukset. Sairaan vastasyntyneen perhe pääsee enemmän osalliseksi hoitoon, ja heille tulee varmempi olo vanhempina olemisesta. Haastavaksi on koettu henkilökunnan siirtyminen sairaan vastasyntyneen perheen ohjaajaksi ja neuvojaksi sekä työtapojen muutos. Myös jatkuvan yhdessäolon myönteiset vaikutukset imetykseen ja sairaan vastasyntyneen ravinnonsaantiin on havaittavissa sekä kirjallisuuskatsauksen että Ruotsin kokemuksen pohjalta. (Lilliesköld 2012.) Rintamaitoa saaneilla vastasyntyneillä onkin parempi vastustuskyky tarttuvia tauteja vastaan kuin korvikkeita tai parenteraalista ravintoa saavilla verrokeillaan, mikä saattaa osaltaan vaikuttaa infektioiden vähenemiseen yhden perheen huoneissa (Savilahti 2005, 2190).

Westrupin (2012) ja Lilliesköldin (2012) kokemusten mukaan *couplet care* lyhentää sairaiden vastasyntyneiden hoitoaikoja. Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni samankaltaisia tuloksia, mutta osassa tapauksista hoitoajan lyhentymisen oli vaatimatonta. Ruotsin kokemuksen ja kirjallisuuskatsauksen perusteella henkilökunnan mielestä työskentely yhden perheen huoneissa on aiempaa haastavampaa mutta mielekkäämpää (Lilliesköld 2012).

Tarve suunnittelulle ja muuttuvalle yhteistyölle nousi esiin sekä Ruotsin kokemuksissa että kirjallisuuskatsauksen tuloksissa. Katsauksen valituissa tutkimuksissa ei ollut mainintaa yhden perheen huoneiden vaikutuksesta henkilökunnan vaihtuvuuteen, vaikka Lilliesköldin (2012) mukaan *couplet care*'n on havaittu vähentävän henkilöstön vaihtuvuutta ja siten turvaavan hoidon jatkuvuutta. (Lilliesköld 2012.) Huoli teknisten laitteiden luotettavuudesta ilmeni niin kirjallisuuskatsauksessa kuin Ruotsin käytännön

kokemuksissakin. Myös kokemus eristäytyneisyydestä yhden perheen huoneessa ja perheen lisääntyneestä yksityisyydestä nousivat esiin hoitohenkilökuntaa koskevista tutkimuksista. (Lilliesköld 2012.)

Rajanveto vanhempien ja hoitohenkilökunnan tehtävänkuvien välillä tuottanee varmasti haasteita pitkänkin aikaa, ennen kuin sairaiden vastasyntyneiden hoito yhden perheen huoneissa muuttuu uutuudesta normiksi. Myös hoitohenkilökunnan koulutus ja sen aikaansaama asennemuutos tulee olemaan haastava ja aikaa vievä prosessi etenkin jo pitkään työtä tehneiden keskuudessa. Tarkoituksenmukainen toiminta uudessa hoitoympäristössä vaatii henkilökunnan pitkäjänteistä kouluttamista ennen muutosta ja sen jälkeen (Milford ym. 2008, 304). Vaikka kaikista sairaimpia vastasyntyneitä tuskin koskaan voidaan hoitaa yhden perheen huoneissa, pääsevät nämä kaikista sairaimmatkin vastasyntyneet vointinsa kohennuttua riittävästi mitä todennäköisimmin yhden perheen huoneisiin perheensä luokse.

Sairaiden vastasyntyneiden hoito yhden perheen huoneissa vaatii tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella lisää tutkimustyötä erityisesti luotettavilla menetelmillä, jotta hyödyt tai mahdolliset haitat etenkin sairaalle vastasyntyneelle pystyttäisiin vahvistamaan. Etenkin uusien lasten- ja naistensairaaloitten tai lisäsiipien valmistuessa ja valmistuttua suomalaisiin yliopistokaupunkeihin olisi tärkeää tutkia yhden perheen huoneiden vaikutuksia henkilökuntaan, sairaaseen vastasyntyneeseen sekä hänen perheeseensä.

## LÄHTEET

Arasola, A., Reen, E., Vepsäläinen S-L. & Yli-Huumo, H. 2005. Vastasyntyneiden tehohoito. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, L. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 401 – 428.

Beck S. A., Weis J., Greisen G., Andersen M. & Zoffmann V. 2009. Room for family-centered care - a qualitative evaluation of a Neonatal Intensive Care Unit remodeling project. *Journal of Neonatal Nursing* 15 (3), 88–99.

Carlson, B., Walsh, S., Wergin, T., Schwarzkopf, K. & Ecklund, S. 2006. Challenges in Desing and Transition to a Private Room Model in the Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care* 6 (5), 271–280.

Carter, B. S., Carter, A. & Bennett, S. 2008. Families' views upon experiencing change in the neonatal intensive care unit environment: from the 'baby barn' to the private room. *Journal of Perinatology* 28 (12), 827–829.

Domanico R., Davis D. K., Coleman F. & Davis B. O. 2011. Documenting the NICU design dilemma: comparative patient progress in open-ward and single family room units. *Journal of Perinatology* 31 (4), 281–288.

Erdeve O., Arsan S., Canpolat F. E., Ertem I. O., Karagol B. S., Atasay B., Yurdakok M., Tekinalp G. & Turmen T. 2009. Does individual room implemented family-centered care contribute to mother-infant interaction in preterm deliveries necessitating neonatal intensive care unit hospitalization? *American Journal of Perinatology* 26 (2), 159–164.

Erdeve, O., Arsan, S., Yigit, S., Armangil, D., Atasay, B. & Korkmaz, A. 2008. The impact of individual room on rehospitalization and health service utilization in preterms after discharge. *Acta Paediatrica* 97 (10), 1351 – 1357.

Fellman, V. & Luukkainen P. (toim.) 2006. Vastasyntyneiden tehohoito. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Griffin, T. 2006. Family-Centered Care in the NICU. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 20 (1), 98 – 102.

Harris, D.D, Shepley, M.M., White, R.D, Kolberg, K.J.S & Harrell, J.W. 2006. The impact of single family room design on patients and caregivers: executive summary. *Journal of Perinatology* 26, 38 – 48. Luettu 12.8.2012. <http://www.nature.com/jp/journal/v26/n3s/full/7211583a.html>

Haslund, H. 2012. Danish Work in the NICU According to the Principle of Non-Separation of the Mother-Infant Dyad. Abstract. *Journal of Human Lactation* 28 (2), 241.

Hedberg Nyqvist, K. & Engvall, G. 2009. Parents as Their Infant's Primary Caregivers in a Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing* 24 (2), 153 – 163.

Hedges, C. C., Nichols, A. & Filoteo, L. 2012. Relationship-Based Nursing Practice. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 26 (1), 27 – 36.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Vastasyntyneiden teho-osasto K7. HUS-tietopankki. Luettu 3.12.2011.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052,11786,14487,13344,13351,2074,2096,4571>

Hopia, H., Tomlinson, P. S., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2005. Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing* 14 (2), 212 – 222.

Hugill, K. 2010. The Neonatal Environment and Care of Families. Teoksessa Meeks, M., Hallsworth, M. & Yeo, H. (toim.) *Nursing the Neonate*. 2. painos. Malaysia: KHL Printing Co Sdn Bhd, 51 – 64.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset. Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Turku: Digipaino, 3 – 9.

Järvenpää, A-L. 2004. Vastasyntynyt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. 4. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 336 – 344.

Karling, M., Ojanen, T., Sivén, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2008. *Lapsen aika*. 11. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Karolinska Universitetssjukhuset. 2011. Neonatalsektionen Danderyd. Luettu 13.12.2011. <http://www.karolinska.se/AstridLindgrensBarnsjukhus/Kliniker--enheter/Neonatologi/Neonatalvard-Danderyd/>

Kassara, H. 2011. Henkilökohtainen tiedonanto. 29.9.2011.

Kervinen, M. & Talanova, N. 2007. Kätilö varhaisen vuorovaikutuksen tukijana erotilanteessa synnytyksen jälkeen. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Turku: Digipaino, 101 – 108.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2004. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede*. Vol. 18 (1), 37 – 45.

Lehtonen, L. 2009. Keskosien muuttuva hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 125 (12), 1333-1339.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus. Tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen*



tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Turku: Digipaino, 2.

Lester B.M., Miller R. J., Hawes K., Salisbury A., Bigsby R., Sullivan M. C. & Padbury J. F. 2011. Infant neurobehavioral development. *Seminars of Perinatology* 35 (1), 8–19.

Lilliesköld, S. Neonataalihoitaja. 2012. Family centered developmentally supportive couplet care at Karolinska. Vastasyntyneiden tehohoitokonferenssi 11.2.2012. Tampereen yliopistollinen sairaala. Tampere.

Lindén, L. 2005. Lasten sairaalahoito. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, L. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 30 - 34.

Lindholm, M. 2005. Lapsi, perhe ja yhteisö. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, L. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 14 - 29.

Malusky, S. K. 2005. A concept analysis of family-centered care in the NICU. *Neonatal Network* 24 (6), 25 - 32.

Milford C. A., Zapalo B .J. & Davis G. 2008. Transition to an individual-room NICU design: process and outcome measures. *Neonatal Network* 27 (5), 299–305.

Mörelius, E., Berggren Broström, E., Westrup, B., Sarman, I. & Örstenstrand A. 2011. The Stockholm Neonatal Family-Centered Care study: Effects on salivary cortisol in infants and their mothers. *Early Human Development*. 10.1016/j.earlhumdev.2011.12.033

Pesonen, A-K. 2010. Varhainen vuorovaikutus on suotuisan psyykkisen kehityksen edellytys. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. Vol 126 (5), 515 - 520.

Petersen, M. F., Cohen, J. & Parsons, V. 2004. Family-Centered Care: Do We Practice What We Preach? *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 33 (4), 421 - 427.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Turku: Digipaino, 46 - 57.

Ruuskanen, S. & Airola, K. 2005. Lasten, nuorten ja perheen hoitotyö. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, L. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 120 - 124.

Savilahti, E. 2005. Rintamaidon terveydellinen merkitys kehittyneissä maissa. *Katsaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 121 (20), 2189 - 2193.

Schroeder, M. & Pridham, K. 2006. Development of Relationship Competencies Through Guided Participation for Mothers of Preterm Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 35 (3), 358 – 368.

Siegel, R., Gardner, S. L. & Dickey, L. A. 2011. Families in Crisis: Theoretical and Practical Considerations. Teoksessa Gardner S. L., Carter, B. S, Enzman-Hines, M. & Hernandez, J. A. (toim.) Merenstein & Gardner's handbook of neonatal intensive care. 7. painos. United States of America: Mosby Elsevier, 849 – 897.

Siltala, P. 2003. Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen valossa. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.) 2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 15 - 43.

Sinkkonen, J. 2004. Kiintymyssuhdeteoria – tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. Vol, 120 (15), 1866 - 1873.

Smith, Schoenbeck & Clayton. 2009. Staff perceptions of work quality of a neonatal intensive care unit before and after transition from an open bay to a private room design. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* 33 (2), 211 – 217.

Solhaug, M., Torunn Bjørk, I. & Pettersen Sandtrø, H. 2010. Staff Perception One Year after Implementation of The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Newborn Journal of Pediatric Nursing* 25 (2), 89 – 97.

Stevens, D. C., Helseth, C. C., Khan, M. A., Munson, D. P. & Reid, E. J. 2010. Neonatal intensive care nursery staff perceive enhanced workplace quality with the single-family room design. *Journal of Perinatology* 30 (5), 352–358.

Stevens, D. C., Helseth, C. C., Khan, M. A., Munson, D. P. & Reid, E. J. 2011. A comparison of parent satisfaction in an open-bay and single-family room neonatal intensive care unit. *Health Environments Research & Design Journal* 4 (3), 110–123 .

Suomen virallinen tilasto. 2012a. Syntyneet. Tilastokeskus: Helsinki. Luettu 15.5.2012. [http://www.stat.fi/til/synt/2011/synt\\_2011\\_2012-04-13\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/synt/2011/synt_2011_2012-04-13_tie_001_fi.html)

Suomen virallinen tilasto. 2012b. Asunnot ja asuinolot. Tilastokeskus: Helsinki. Luettu 18.6.2012. <http://www.stat.fi/til/asas/index.html>

Tampereen yliopistollinen sairaala. 2011. Seurantatilasto. Osastot LO5 ja VTO.

Terminologian tietokannat. 2012. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 4.9.2012. [http://www.terveysportti.fi/terveysportti/rex\\_terminologia.koti](http://www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Vastasyntyneet 2010. Tilastoraportti. Luettu 16.5.2012.

The British Paediatric Association. 1959. The Welfare of Children in Hospital. The Platt Report. *British Medical Journal* 1 (5115), 166 – 169.

Tilastokeskus. Perhe. Käsitteet ja määritelmät. Luettu 15.5. 2012. <http://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu laitos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tutkimuseettinen lautakunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 3.10.2012. [http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanta/kaytanta.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/kaytanta.html)

United Nations. 1989. Convention on the Rights of the Child. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Luettu 12.3.2012. <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

University of York. Centre for Reviews and Dissemination. 2009. Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews at health care. Luettu 18.6.2012. [http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic\\_Reviews.pdf](http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf)

Vastasyntyneen oikeuksien julistus. 1993. Kätilölehti 6/93, 21.

Walsh, McCullough & White. 2006. Room for improvement: nurses' perceptions of providing care in a single room newborn intensive care setting. *Advances in Neonatal Care* 6 (5), 261 – 270.

Westrup, B. Neonatologi. 2012. Couplet care. Asiantuntijaluento. Vastasyntyneiden tehohoitokonferenssi 11.2.2012. Tampereen yliopistollinen sairaala. Tampere.

White, R.D. 2003. Individual Rooms in the NICU - An Evolving Concept. *Journal of Perinatology* 23, 22 – 24. Luettu 12.8.2012. <http://www.nature.com/jp/journal/v23/n1s/full/7210840a.html>

Yesilova, K. 2009. Ydinperheen politiikka. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Pukuri, T. 2007. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen. Kannanotto hyvään perhekeskeiseen hoitotyöhön. *Sairaanhoitaja* 80 (11), 31 - 33.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Majjala, H., Paavilainen, R. & Potinkara H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Örtenstrand, A., Westrup, B., Berggren Broström, E., Sarman, I., Åkerström, S., Brune, T., Lindberg, L. & Waldenström, U. 2010. The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: Effects on Length of Stay and Infant Morbidity. *Journal of American Academy of Pediatrics* 125 (2), 278–285.

## LIITTEET

1 (9)

## Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja raportit

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Beck, Weis, Greisen, Andersen & Zoffmann (2009)  Room for family- centered care - a qualitative evaluation of a Neonatal Intensive Care Unit remodeling project	<b>Tarkoitus:</b> Arvioida osaston tilansuunnittelun vaikutusta sairaan vastasyntyneen vanhempiin ja osaston henkilökuntaan interventiolla.	Aineisto kerätty tanskalaisella vastasyntyneide n teho-osastolla, jonne on luotu kolme erilaista sairaana vastasyntyneen hoitoympäristöä : avoin tila (4-7 vauvaa), muokattu tila (2- 3 vauvaa) ja pieni huone (1-2 vauvaa).  Aineistonkeruu menetelmä: Puolistrukturoi- tu ryhmähaastatte- lu  Analyysi menetelmä: Grounded theory - tyyppinen	- Pienemmät huoneet tehostavat perhekeskeistä hoitoa, jos henkilökunta on valmis haasteelliseen muutokseen - Vanhemmat pystyvät yksityisessä tilassaan kohtaamaan kriisitilanteen ja aloittamaan sitoutumisen vauvaansa rauhassa - Ammattilaisten mielestä muutos perhehuoneisiin haastava mutta oikea

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Carlson, Walsh, Wergin, Schwarzkopf & Ecklund (2006) Challenges in Desing and Transition to a Private Room Model in the Neonatal Intensive Care Unit	<b>Tarkoitus:</b> Kuvata yhden keskikokoisen yhdysvaltalaisen yksikön muuttaminen perinteisestä osastomallista yhden hengen huoneisiin	Projektin laatukomissio kerännyt aineiston 6 kuukautta ennen ja 6 kuukautta jälkeen muutoksen	-Muutos lisännyt tyytyväisyyttä työssä ja työryhmän tuessa -Muutokseen liittyvät huolet potilaita koskien pienempiä kuin etukäteen odotettu -Vanhemmat tyytyväisempiä osaston valaistus- ja melutasoon sekä luotettavuuteen -Sairaana vastasyntyneen hoitoaika lyheni vaatimattoman 0,6 vuorokautta

(jatkuu)

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Carter, Carter & Bennett (2008)  Families' views upon experiencing change in the neonatal intensive care unit environment: from the 'baby barn' to the private room	<b>Tarkoitus:</b> Määrittää vanhempien käsityksiä melusta, valaistuksesta, tiloista, yksityisyydestä ja henkilökunnan tavoitettavuudesta vastasyntyneiden teho-osastolla sekä vanhoissa, perinteisissä tiloissa että uusissa yksityishuoneissa.	Aineisto kerätty osastolla hoidettavien vastasyntyneiden vanhemmilta ensimmäisten yhdeksän kuukauden kuluessa osaston muutoksesta.  N=53  Aineistonkeruu menetelmä: 20 kysymystä sisältävä neliportainen Likert-asteikko -kysely	-Vanhemmat kokevat voivansa viettää enemmän aikaa vastasyntyneensä kanssa -Vanhemmilla enemmän yksityisyyttä ja tilaa henkilökohtaisille tavaroilleen -Vanhemmat kokivat melun ja valaistuksen vähemmän häiritseviksi -Vanhemmat kokivat sairaanhoitajan tavoittamisen hankalammaksi ja lääkärin tavoittamisen helpommaksi kuin vanhalla osastolla -Vanhemmat kokivat saavansa samalla tavalla tietoa kuin aiemmin mutta olevansa paremmin tuettuja koko hoitotiimin puolesta

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Domanico, Davis, Coleman & Davis (2011)  Documenting the NICU design dilemma: comparative patient progress in open-ward and single family room units	<b>Tarkoitus:</b> Tutkia yhden perheen huoneiden vaikutusta vastasyntyneiden teho-osastolla potilaiden lääkitykseen ja suhteelliseen potilasturvallisuuteen.	Aineisto kerätty kahdelta pohjaratkaisulta an vastakohtaiselta osastolta  N=162  Aineistonkeruu menetelmä: tarkkailu  Analyysi menetelmä: Mann-Whitney'n arvo-määrä, ei-parametrinen analyysi	Yhden perheen huoneissa: -vastasyntyneillä vähemmän apneonia, sairaalaperäisiä sepsiksiä ja kuolemia kuin perinteisellä osastolla -vastasyntyneet siirtyivät aiemmin enteraaliseen ravitsemukseen ja kotiutuivat enemmän rintaruokinnalla kuin perinteisellä osastolla -äideillä enemmän yli 14 vuorokautta kestävästä imetystä -sairaiden vastasyntyneiden perinteisissä kasvubarometreissa (pituus, paino, päänympäryys) ei tilastollisesti merkittävää eroa

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Erdeve, Arsan, Canpolat, Ertem, Karagol, Atasay, Yurdakok, Tekinalp & Turmen (2009)  Does individual room implemented family-centered care contribute to mother-infant interaction in preterm deliveries necessitating neonatal intensive care unit hospitalization?	<b>Tarkoitus:</b> Tutkia yksilöllisten perhehuoneiden vaikutusta vastasyntyneiden teho-osastolla keskosen ja hänen äitinsä väliseen varhaiseen vuorovaikutukseen liittyviin tekijöihin.	Prospektiivinen kohorttitutkimus  Aineisto kerätty havainnoimalla kahden eri ryhmän äitejä kolmantena kuukautena kotiutumisen jälkeen.  N=49  Aineistonkeruu menetelmä: Kliininen haastattelu ja kyselykaavakkeet (EPDS, PSI-SF, VCS)  Analyysi menetelmä: Mann-Whitney U-testi	-Masennus-, stressi- ja haavoittuvuustasot korkeammat 2. ryhmässä, erot eivät kuitenkaan tilastollisesti merkittäviä -Hoito yksilöllisessä perhehuoneessa vastasyntyneiden teho-osastolla ei ehkäise yksinään äidin stressiä, synnytyksen jälkeistä masennusta eikä kokemusta haavoittuvuudesta

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Erdeve, Arsan, Yigit, Armangil, Atasay & Korkmaz (2008)  The impact of individual room on rehospitalization and health service utilization in preterms after discharge	<b>Tarkoitus:</b> Vertailla yhden perheen huoneissa toteutettavaa sairaiden vastasyntyneiden perhekeskeistä hoitoa ja perinteistä hoitoa suhteessa sairaalahoitoon palaamiseen ja yhteyden ottamiseen sairaalaan kotiutumisen jälkeen keskosilla	Prospektiivinen kohorttitutkimus  Aineisto kerätty alle 34 raskausviikoilla syntyneiden ja vähintään viikon sairaiden vastasyntyneiden osastolla olleiden keskosten äideiltä  N=109  Aineistonkeruu menetelmä: 3 kuukauden pitkäaikaissuoritus puhelinhaastatte	Akuuttien hoitotilanteiden ja puhelinkonsultaatioiden määrä sekä sairaalahoitoon palaamisen aste alhaisemmat yhden perheen huoneissa hoidetuilla keskosilla verrattuna perinteisillä avo-osastoilla hoidettaviin verrokkeihin

		luilla, Forsyth'n haavoittuvaisen lapsen asteikko (VCS)	
		Analyysi menetelmä: Studentin t-testi, Khii-toiseen – yhteensopivuustesti, Mann-Whitney U-testi	

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Harris, Shepley, White, Kolberg & Harrel (2006)  The impact of single family room design on patients and caregivers: executive summary	<b>Tarkoitus:</b> Tutkia yhden perheen huoneiden käytön vaikutuksia sairaiden vastasyntyneiden hoidossa verrattuna avomallisiin osastoihin, yhdistelmäosastoihin ja kahden hengen huoneisiin keskittyen perheen kokemuksiin, vaikutuksiin vastasyntyneeseen, henkilökunnan näkemyksiin, kustannuksiin ja ympäristöön	Aineisto kerätty 11 eri yhdysvaltalaiselta sairaiden vastasyntyneiden osastolta  N=75 (henkilökunta)  Aineistonkeruu menetelmä: Useita erilaisia  Analyysi menetelmä: Useita erilaisia	Yhden perheen huoneet -lisäävät vanhempien yksityisyyttä ja läsnäoloa -tukevat ”Health Insurance Portability”:a ja ”Accountability Act Compliance”:a -minimoivat ei-toivottujen vuoteiden määrän -lisäävät henkilökunnan tyytyväisyyttä -vähentävät henkilökunnan stressiä

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Lester, Miller, Hawes, Salisbury, Bigsby, Sullivan & Padbury (2011)  Infant neurobehavioral development	<b>Tarkoitus:</b> Esitellä aiempia tutkimustuloksia yhden perheen huoneista ja tutkijoiden kehittämää teoreettista mallia, josta voi olla hyötyä tutkittaessa sairaan vastasyntyneen	Kirjallisuuskatsaus	Yhden perheen huoneiden käytön tutkimus sairaiden vastasyntyneiden hoidossa vielä tällä hetkellä hataraa

	hoidon vaikutuksia lääkitykseen ja neurobehavioristisiin ilmenemiin yhden perheen huoneissa		
--	---	--	--

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Milford, Zapalo & Davis (2008)  Transition to an individual-room NICU design: process and outcome measures.	<b>Tarkoitus:</b> Esitellä Pittsburghin yliopiston lääketieteen keskuksen naistensairaalan sairaiden vastasyntyneiden osaston muuttaminen yhden perheen huoneita sisältäväksi. Raportissa esitellään myös henkilökunnan kokemuksia muutoksesta.	Aineisto henkilökunnan mielipiteistä kerätty 6, 12 ja 24 kuukauden kuluttua muutoksesta  Ensimmäisessä kyselyssä vastausprosentti 49 %, toisessa 74 % ja kolmannessa 49 %  Aineistonkeruu menetelmä: ensimmäisessä tutkimuksessa 5 avointa kysymystä, kahdessa seuraavassa 30 kysymystä sisältävä 7-portainen Likert-asteikkoon perustuva kysely	Yhden perheen huoneissa: -Henkilökunnan tyytyväisyys kasvoi muutoksen myötä kaikkiin työn alueisiin melutasoa ja siisteyttä lukuun ottamatta  -Hoidon pituus lyhenyi 1,49 päivällä (14,32 -> 12,83), jolloin säästöä syntyi n. miljoona dollaria.  -Huolellinen suunnittelu muutoksen onnistumiseksi tärkeää

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Mörelius, Berggren Broström, Westrup, Sarman & Örstenstrand (2011)  The Stockholm Neonatal Family-Centered Care study: Effects on	<b>Tarkoitus:</b> Arvioida yhden perheen huoneiden hoidon vaikutusta äidin ja keskosien sylkien kortisolin reaktiivisuuteen verrattuna perinteistä hoitoa saaviin äiti-	Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus  Aineisto kerätty keskosilta ja heidän äideiltään kahdelta II tason vastasyntyneide	- ei merkittäviä eroja perinteistä hoitoa ja perhekeskeistä hoitoa saavien vastasyntyneiden ja äitien syljen kortisolitasojen välillä - perhekeskeistä hoitoa saavien äitien ja vastasyntyneiden syljen kortisolin perustaso ja muutos korreloivat toistensa kanssa, perinteistä hoitoa saavilla korrelaatiota ei havaittavissa



salivary cortisol in infants and their mothers	keskonen - dyadeihin. Tarkoituksena arvioida myös äidin ja ennenaikaisesti vastasyntyneen syljen kortisolitasojen korrelaatiota.	n teho-osastolta, joissa vanhemmilla mahdollisuus olla läsnä 24 tuntia vuorokaudessa.  N=289  Aineistonkeruu menetelmä: Sylkeä kerätty vaipanvaihtoa ennen ja 30 minuuttia sen jälkeen äitien toimesta tunnin kuluttua ruokailusta, päivää ennen kotiutumista tai varsinaisena kotiutuspäivänä	
--	--	---	--

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Smith, Schoenbeck & Clayton (2009)  Staff perceptions of work quality of a neonatal intensive care unit before and after transition from an open bay to a private room design	<b>Tarkoitus:</b> Selvittää, miten muutos avomallisesta osastosta yhden hengen huoneista koostuvaan osastoon vaikuttaa henkilökunnan mielipiteisiin ja toimintaan	Prospektiivinen tutkimus  Aineisto kerätty ennen muutosta sekä 6 ja 22 kuukautta muutoksen jälkeen  N=132  Aineistonkeruu menetelmä: kaksivaiheinen kvalitatiivinen kyselylomake, 21 hoitajalle lisähaastattelu, tarkkailu  Analyysimenetelmä: Bonferronin menetelmä	Tyytyväisyys teknologiaan, fyysiseen työympäristöön, potilastyöhön, työpaikkaan ja työn ulkopuoliseen elämään kasvoi.  Tyytyväisyys hoitotiimin keskinäiseen vuorovaikutukseen laski.  Toiminnallinen johto ei ollut valmistautunut tarpeeksi huolellisesti muutokseen.  Tulokset eivät eronneet 6 kuukauden ja 22 kuukauden päästä muutoksesta kerätyissä aineistoissa.

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Stevens, Helseth, Khan, Munson & Reid (2010)  Neonatal intensive care nursery staff perceive enhanced workplace quality with the single- family room design	<b>Tarkoitus:</b> Vertailla henkilökunnan mieltämää työpaikan laatua avomallisella sairaiden vastasyntyneiden osastolla ja yhden perheen huoneissa.	Ei-satunnaistettu eikä kontrolloitu kohortti- tutkimus  Aineisto kerätty 12 kuukauden aikana (2 kk ennen muutosta, 10 kk muutoksen jälkeen)  N=64  Aineistonkeruu menetelmä: Kvalitatiivinen kyselylomake Likert-asteikolla ja avokysymyk- sillä  Analyysimenete- lmä: SPSS	Henkilökunta kokee: - yhden perheen huoneet fyysiseltä ympäristöltä laadultaan paremmaksi - osaston potilaiden hoidon ja oman työnsä laadun paremmaksi - osaston turvallisuuden ja terveyden paremmaksi - kommunikaation muiden hoitotiimin jäsenten kanssa paremmaksi - työnantajansa alaisuudessa työskentelyn samanlaiseksi kuin avoimessa pohjaratkaisussa

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Stevens, Helseth, Khan, Munson & Reid (2011)  A comparison of parent satisfaction in an open-bay and single-family room neonatal intensive care unit	<b>Tarkoitus:</b> Testata hypoteesia, jonka mukaan vanhemmat ovat tyytyväisempiä sairaalan vastasyntyneensä saamaan hoitoon yhden perheen huoneissa kuin perinteisellä, avomallisella osastolla	Prospektiivinen kohorttitutkimus  Aineisto kerätty 58:ltä avomallisen osaston ja 89:ltä yhden perheen huoneen osaston vanhemmalta  N=147  Aineistonkeruu menetelmä: kyselylomake  Analyysi menetelmä: Mann-Whitney menetelmä	-yhden perheen huoneissa hoitoa saavien sairaiden vastasyntyneiden vanhemmat tyytyväisempiä ympäristöön ja hoitoon kuin verrokit avomallisella osastolla -ei merkittäviä eroja tyytyväisyydessä synnytykseen, lääkäreihin, kotiutussuunnitelmaan ja henkilökohtaisiin tilanteisiin -yhden perheen huoneissa huomattavasti perhekeskeisempää hoitoa vanhempien kokemusten mukaan

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Walsh, McCullough & White (2006)  Room for improvement: nurses' perceptions of providing care in a single room newborn intensive care setting	<b>Tarkoitus:</b> Selvittää neonaatalihoitajien näkemystä muutoksesta yhden potilaan huoneisiin sekä niiden melutasoa ja infektioiden esiintyvyyttä verrattuna entiseen, avomalliseen osastoon	Aineisto kerätty neonataalihoitaji lta yhden perheen huoneista koostuvalle osastolle muuttamisen jälkeen  N=127  Aineistonkeruu menetelmä: kyselylomak	-Yhden potilaan huoneet parempia potilashoidon ja potilaiden tyytyväisyyden kannalta -Yhden potilaan huoneiden hoidon menestys riippuu henkilökunnan riittävydestä johtuen vähentyneestä näkyvyydestä potilaisiin ja kasvaneista välimatkoista potilaiden välillä -Melutaso laski 63 desibelistä 56:n -Kanyyleihin liittyvien verenkierron infektioiden esiintyvyys vähentyi 10,1:stä 3,3:n tuhatta hoitopäivää kohden

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
White (2003)  Individual Rooms in the NICU - An Evolving Concept	<b>Tarkoitus:</b> Kuvaila yhden perheen huoneiden käytön etuja, haasteita ja muutoksen onnistumisen avaimia sairaiden vastasyntyneiden osastolla	Henkilökohtaine n kokemus	<b>Etuja:</b> -vastasyntyneellä kontrolloitu ympäristö -perheillä enemmän yksityisyyttä ja mahdollisuus tehdä tilasta persoonallinen  <b>Haittoja:</b> -henkilökunta eristyksissä muista työntekijöistä -henkilökunta ei pysty tarkkailemaan jatkuvasti tilannetta -perheet erotettuna muista perheistä, mahdollisista vertaistuen lähteistä -sairaaloiden oltava tilavampia ja tarpeeksi varakkaita uusimaan järjestelmän  Aineksia onnistumiseen: -yhden perheen huoneet ryhmitelty hoitajan työpisteen ympäri -jokaisessa ryhmittymässä vanhemmille olohuone -langattomat viestintävälineet henkilökunnalle -menettelytavat, joissa sairaita vastasyntyneitä ei tarvitse siirtää väliaikaisesti muualle muuton ajaksi

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Örtenstrand, Westrup, Berggren Broström, Sarman, Åkerström, Brune, Lindberg &amp; Waldenström (2010)</p> <p>The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: Effects on Length of Stay and Infant Morbidity</p>	<p><b>Tarkoitus:</b> Arvioida vanhempien jatkuvan läsnäolon mahdollistavan sairaiden vastasyntyneiden osaston vaikutusta sairaalan vastasyntyneen hoidon pituuteen ja kuolleisuuteen</p>	<p>Satunnaistettu ja kontrolloitu tutkimus</p> <p>Aineisto kerätty kahdella tason II vastasyntyneide n teho-osastolla</p> <p>N=366</p> <p>Aineistonkeruu menetelmä: Tiedot poimittu sairaalan asiakirjoista ja kansallisesta perinataalihoido n laadun rekisteristä syntymästä kotiutumiseen saakka. Erityisen pitkissä hoitajaksoissa takarajaksi asetettiin 180 päivää.</p> <p>Analyysi menetelmä: Mann-Whitney U-testi</p>	<p>-kokonaisuhoitoaika lyhenyi 5,3 päivällä (32,8 -&gt; 27,4) -pääasiassa varsinaisen teho- hoidon aika lyhenyi -ei tilastollisia eroja kuolleisuudessa, paitsi yhden perheen huoneissa alentunut riski lievästä vakavaan bronkopulmonaariseen dysplasiaan</p>

## Liite 2. Tiedonhaun eteneminen sähköisistä tietokannoista

Tietokanta	Hakulauseet	Otsikon perusteella hylätty	Abstraktin perusteella hylätty	Tekstin perusteella hylätty	Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytty
SCIRUS Elsevier	”couplet care”	8	3	0	0
	”neonatal intensive care” AND (”family care” OR ”family centered care”)	22	12	1	9
Cinahl with Full Text (EBSCOhost)	”couplet care”	2	0	0	0
	”neonatal intensive care” AND (”family care” OR ”family centered care”)	58	35	7	6
Journals@Ovid	”couplet care”	11	3	0	0
	”neonatal intensive care” AND (”family care” OR ”family centered care”)	205	58	10	4