



KELLASTUNEEN VASTA- SYNTYNEEN HOITO

Posterit vanhemmille

Milja Hankala

Laura Marttila

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumis-
vaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HANKALA, MILJA & MARTTILA, LAURA
Kellastuneen vastasyntyneen hoito
Posterin vanhemmille

Opinnäytetyö 52 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Maaliskuu 2014

Tämän tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä vanhemmille suunnattu posterin kellastuneen vastasyntyneen hoidosta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erään osaston yleisiin tiloihin. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä informatiivisen posterin avulla vanhempien tietoisuutta vastasyntyneen kellastumiseen liittyvistä syistä ja kellastuneen vastasyntyneen hoidosta niin sairaalassa kuin kotonakin, sekä huomioida vanhemmat osana kellastuneen vastasyntyneen hoitoa.

Vastasyntyneen keltaisuus on yleinen ongelma vastasyntyneiden hoitoyksiköissä ja se on helposti hoidettavissa ja aiheuttaa harvoin pitkäkestoisia komplikaatioita. Vastasyntyneen kellastuminen johtuu bilirubiinin kertymisestä elimistöön, kun elimistö ei ole vielä kyllin kehittynyt poistamaan bilirubiinia tehokkaasti. Jokainen vastasyntynyt keltastuu hieman, mutta vain osa heistä saa sinivalohoitoa, joka määrätty valohoitorajan mukaisesti. Sinivalohoito muuttaa bilirubiinia tehokkaasti elimistöstä virtsan ja ulosteen kautta poistuvaan muotoon. Sinivalohoito toteutetaan sairaalassa äidin vierihoidossa, jolloin vauva saa olla vanhempiensa lähellä. Nykyään hyväkuntoiset, lastenlääkärin kriteerit täyttävät sinivalohoitoa tarvitsevat vastasyntyneet, voivat päästä kotivalohoittoon, jolloin vauvan sinivalohoito toteutuu kotiolosuhteissa. Vanhempien huomiointi vastasyntyneen sinivalohoidon aikana on tärkeää. Vauva ja vanhemmat aloittavat varhaisen vuorovaikutussuhteen luomisen heti vauvan synnyttyä ja valohoito voi tuntua estävältä tekijältä vuorovaikutussuhteen kehittymiselle. Hoitotyössä ohjaus ja vanhempien huomiointi on ensiarvoisen tärkeää vauvan tarvitessa keltaisuuden vuoksi valohoitoa.

Informatiivisessa posterissa käsitellään pääpiirteittäin vastasyntyneen keltaisuutta ja sen hoitomuotona sinivalohoitoa sairaalassa sekä kotona. Lisäksi posterissa kerrotaan miten vanhemmat voivat tukea vauvaansa sinivalohoidon aikana. Posterin on tarkoitus toimia ohjausmateriaalina osaston yleisissä tiloissa, se tukee hoitohenkilökunnalta saatua ohjausta ja antaa vanhemmille tietoa kellastuneen vastasyntyneen hoidosta tukien sanallista ohjausta.

Kehittämisehdotuksena opinnäytetyölle on huomioida isän roolin tukeminen kellastuneen vastasyntyneen hoidon aikana sairaalassa esimerkiksi perhehuoneiden avulla ja selvittää vanhempien kokemus saamastaan tuesta ja ohjauksesta vastasyntyneen valohoidon aikana.

Asiasanat: vastasyntynyt, vanhemmat, keltaisuus, sinivalohoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

HANKALA, MILJA & MARTTILA, LAURA:
Taking Care of a Newborn with Jaundice
Poster for parents

Bachelor's thesis 52 pages, appendices 2 pages
March 2014

The purpose of this thesis based on functional approach is to make a poster to parents about the care of a yellowed newborn to the Pirkanmaa Hospital District. The poster is to be placed in one of the public rooms of the hospitals wards. The purpose of this Bachelor's thesis is to increase parents' knowledge of the causes of a newborn's jaundice and of the care of a yellowed newborn in hospital and at home with an informative poster as well as to consider the parents' part in the care of a yellowed newborn.

Newborn jaundice is a universal problem at the nursing units of the newborns and it is easy to care and rarely causes long-term complications. Newborn jaundice comes from bilirubin accumulation in organs when organs are not developed enough to eliminate bilirubin effectively enough. Each newborn becomes a bit yellow but only part of them gets blue light therapy which is dictated according to blue light therapy limit. Blue light therapy effectively changes bilirubin into a form that is removed from the organs through urine and excrement. Blue light therapy is practiced rooming-in with mother when the newborn can be with her/his parents. Nowadays newborns in good condition can get home light care when blue light therapy is practiced at home and when the pediatric doctor's criteria are met. Considering parents during the newborn's blue light therapy is important. Newborn and parents begin creating early interaction immediately after the newborn's birth and blue light therapy can be seen as an inhibitory factor in the creation of early interaction. In nursing, instruction and observation of parents is first rate important when a yellowed newborn needs blue light therapy.

The informative poster deals with the main features of the newborn jaundice and its treatment with blue light therapy in hospital and at home. In addition, the poster describes how parents can support their newborn during blue light therapy. The purpose of the poster is to act as guidance material in the public space of the ward. It supports the guidance received from the nursing staff and gives parents information of the care of the yellowed newborn supporting the verbal guidance.

Development proposal for the bachelor's thesis is to consider the part of father's support during the care of a yellowed newborn, for example in hospital with the help of family rooms and also to find out parents' experiences of received support and received guidance during the newborn's blue light therapy.

Key words: newborn, parents, jaundice, blue light therapy

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	KELLASTUNEEN VASTASYNTYNEEN HOITOTYÖ.....	8
3.1	Vastasyntyneen keltaisuus	9
3.1.1	Vastasyntynyt.....	9
3.1.2	Keltaisuus.....	11
3.1.3	Rintamaito- ja rintaruokintakeltaisuus	12
3.1.4	Reesus- ja ABO- yhteensopimattomuus	13
3.2	Keltaisuuden hoito	14
3.2.1	Sinivalohoito	17
3.2.2	Kotivalohoito	21
3.2.3	Verenvaihto.....	23
3.2.4	Hoitamattoman keltaisuuden komplikaatiot	24
3.3	Hoitotyön keinot kellastuneen vastasyntyneen vanhempien huomioimiseen ja ohjaukseen.....	26
3.3.1	Vanhemmat	26
3.3.2	Vuorovaikutus	27
3.3.3	Kellastuneen vastasyntyneen vanhempien huomiointi	28
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	31
4.1	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö.....	31
4.2	Posterit tuotoksena	32
4.3	Opinnäytetyöprosessi.....	35
5	POHDINTA.....	38
5.1	Eettisyys.....	38
5.2	Luotettavuus.....	40
5.3	Johtopäätökset ja kehittämissuositukset.....	42
5.4	Pohdinta	44
	LÄHTEET.....	47
	LIITTEET	51
	Liite 1. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset	51

1 JOHDANTO

Suurin osa ihmisistä tietää, mitä on vastasyntyneen keltaisuus, mutta vähemmän tiedämme siitä, mistä se johtuu (Linden, Paroli & Doron 2000, 155). Keltaisuus on yksi yleisimmistä ongelmista vastasyntyneiden hoitoyksiköissä. On hyvin tavallista, että monelle vastasyntyneelle kehittyy jonkinasteista keltaisuutta. Keltaisuus on onneksi helposti hoidettavissa ja aiheuttaa harvoin pitkäkestoisia komplikaatioita. (Sears, Sears, Sears, Sears 2004, 193.)

Keltaisuus on kellertävä sävähdys vauvan iholla ja silmänvalkuaisissa kun bilirubiinitaso veressä nousee normaalin yläpuolelle (Madden 2000, 76). Bilirubiini on keltainen aine, jota kehomme tuottaa luontaisesti koko ajan ja sitä muodostuu punasolujen hajoatessa. Vastasyntyneen punasolujen elinikä on aikuisen punasolujen elinikää lyhyempi ja vastasyntyneen punasolujen nopea hajoaminen tuottaa suurimman osan bilirubiinista. (Dent 2002, 165.) Maksan tehtävä on muuttaa bilirubiini sellaiseen muotoon, että se pääsee poistumaan elimistöstä ja tämän prosessin alkaminen syntymän jälkeen voi kestää useamman päivän (Linden ym. 2000, 155). Kaikilla vastasyntyneillä esiintyy siis ainakin pientä bilirubiiniarvon nousemista heidän ensimmäisinä elinpäivinä (Madden 2000, 76).

Pienet nousut bilirubiiniarvossa eivät ole haitallisia. Bilirubiinitason noustessa käytetään hyvin tehokasta hoitomuotoa, valohoitoa, joka estää bilirubiinitason liiallista nousua. (Linden ym. 2000, 155.) Suomessa vastasyntyneistä kuusi prosenttia saa valohoitoa (Järvenpää 2007, 288). Valohoidossa herkästi valoalloille reagoiva bilirubiini hajoaa vastasyntyneen kehossa pienemmiksi tuotteiksi valoaltojen ansiosta. Näin ollen bilirubiini pääsee erittymään elimistöstä virtsan ja ulosteen mukana. (Madden 2000, 76.) Mikäli bilirubiinitaso nousee liian suureksi, äärimmäinen hoitokeino on verenvaihto. Tämä on kuitenkin erittäin harvinainen hoitotoimenpide tehokkaan valohoidon ansiosta. (Linden ym. 2000, 157.)

Työn aihe on rajattu koskemaan täysiaikaista, korkeintaan muutaman päivän ikäistä vastasyntyntä niiltä piirteiltä, jotka vaikuttavat vastasyntyneen kellastumiseen. Työssä tarkastellaan myös vanhempia ja työ on rajattu vanhempien osalta koskemaan ensimmäisten päivien vuorovaikutusta sinivalohoidossa olevan vastasyntyneen kanssa ja van-

hempien osuutta kellastuneen vastasyntyneen hoitotyössä. Työssä käsitellään vastasyntyneen keltaisuutta, jonka aiheuttaa bilirubiiniarvon kohoaminen ja työstä on rajattu pois muut sairaudet, jotka voivat aiheuttaa vauvan kellastumista, kuten maksasairaudet. Työssä käsitellään myös ohjauksen merkitystä hoitotyössä, jotta vanhempien osallistuminen vastasyntyneen hoitoon sinivalohoidon aikana toteutuu mahdollisimman hyvin.

Opinnäytetyömme aihe tuli ehdotuksena työelämäyhteydeltä. Työmme käsittelee vastasyntyneen keltaisuuteen johtavia syitä, keltaisuuden hoitomuotoja ja vanhempien roolia hoidossa. Työmme on tuotokseen painottuva ja tuotoksena toimii vanhemmille suunnattu posterit koskien vastasyntyneen keltaisuutta ja vauvan hoitoa keltaisuuden aikana. Posterit tulevat esille Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin erään osaston yleisiin tiloihin ja sen tarkoitus on tukea vanhempia tarjoamalla tietoa tästä yleisestä ongelmasta sanoin ja kuvin.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä vanhemmille suunnattu posterit kellastuneen vastasyntyneen hoidosta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erään osaston yleisiin tiloihin.

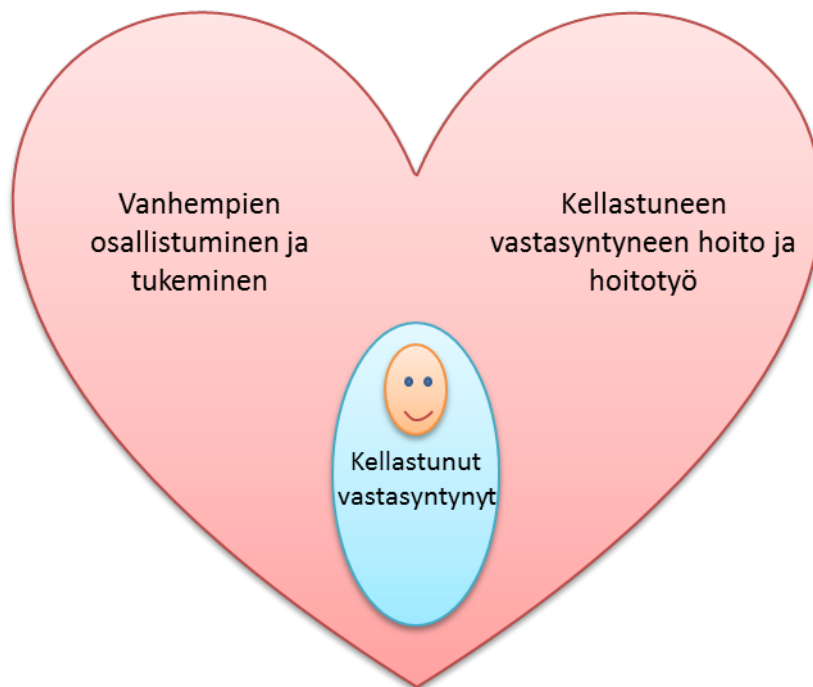
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Mitä on vastasyntyneen keltaisuus?
2. Miten kellastunutta vastasyntyntä hoidetaan?
3. Kuinka vanhempia ohjataan osallistumaan vauvan hoitoon ja ylläpitämään vuorovaikutussuhdetta kellastuneen vastasyntyneen hoidon aikana?

Opinnäytetyön tavoite on lisätä posterin avulla vanhempien tietoisuutta vastasyntyneen kellastumiseen liittyvistä syistä ja kellastuneen vastasyntyneen hoidosta niin sairaalassa kuin kotonakin. Tavoitteena on huomioida vanhemmat osana kellastuneen vastasyntyneen hoitoa. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena on kehittää tekijöiden ammatillista hoitotyön osaamista.

3 KELLASTUNEEN VASTASYNTYNEEN HOITOTYÖ

Opinnäytetyössä käsitellään kellastuneen vastasyntyneen hoitoa. Teoreettiset lähtökohdat nousivat esille tutkitusta tiedosta ja ne ovat esitetty alla olevassa kuviossa (kuvio 1). Työssä tarkastellaan vastasyntyneen keltaisuutta ja kellastumiseen johtavia tekijöitä. Keltaisuuden hoitoa käsitellään hoitotyön näkökulmasta ja tärkeimpänä hoitomuotona esitellään sinivalohoito niin sairaalassa kuin kotonakin. Esille tuodaan myös hoitamattoman keltaisuuden komplikaatiot. Vanhempien kannalta työ tuo esiin vanhempien osallistumisen kellastuneen vastasyntyneen hoitoon, kuinka he voivat luoda vastasyntyneelle turvallisen olon sinivalohoidon aikana ja miten hoitotyön keinoin vanhempia tuetaan.



KUVIO 1. Kellastuneen vastasyntyneen hoitotyö.

3.1 Vastasyntyneen keltaisuus

Keltaisuus ilmenee vastasyntyneen ihon sekä silmänvalkuaisten lisääntyvänä kellastumisena (Sears ym. 2004, 193). Keltaisuus ilmenee, kun veressä on paljon bilirubiinia (Meeks ym. 2010, 305). Vastasyntyneen ihon värin kellastuminen alkaa päästä ja etenee aina varpasiin saakka. Kypsymättömyys on usein syy monen vastasyntyneen keltaisuuden, sillä heidän elimistönsä ei ole vielä kyllin kehittynyt poistamaan ylimääräistä bilirubiinia, jolloin sen arvo elimistössä nousee. (Linden ym. 2000, 156.) Terveellä vastasyntyneellä keltaisuus kestää yleensä kahden viikon ajan. Tämä on normaalia vastasyntyneillä, eikä usein aiheuta suurempia haittoja. (Sears ym. 2004, 193.)

3.1.1 Vastasyntynyt

Neljän ensimmäisen elinviikon ikäistä lasta kutsutaan vastasyntyneeksi (Katajamäki 2004, 52). Syntyessään vastasyntynyt on noin 48–53 cm pitkä ja noin 2500–4500 grammaa painava. Päänympärysmitta vastasyntyneellä on noin 35 cm ja verraten rinnan ympärysmittaan, se on hieman suurempi. Hengitystaajuus on noin 30–40 kertaa minuutissa. Sydämensyke vaihtelee vireystilan mukaan ja se on yleensä 120–160 lyöntiä minuutissa. (Storvik-Sydänmaa, Kaisvuori, Talvensaari & Uotila 2012, 12–13.)

Normaalisti vastasyntyneen paino laskee kolmen ensimmäisen vuorokauden aikana päivittäin noin kaksi prosenttia. Kolmannen päivän kohdalla paino on matalimmillaan. Normaalisti paino alkaa sitten taas nousta ja vauva saavuttaa syntymäpainonsa 8–12 vuorokauden ikään mennessä. Vastasyntyntä pidetään kuivuneena, mikäli hänen painonsa on laskenut kolme prosenttia tai enemmän vuorokaudessa. (Järvenpää 2009, 282.) Lisäksi kuivuman merkkejä ovat ihon kimmottomuus, jota voi seurata nostamalla vauvan ihoa sormien väliin. Ihopoimun ollessa kimmoton ja sen siletessä hitaasti on kyse kuivumasta. (Järvenpää 2009, 280.) Kolmesta kymmeneen päivän ikäisellä vauvalla vuorokauden normaali virtsamäärä on 100–300 millilitraa (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 185). Vastasyntynyt virtsaa kohtalaisen paljon, huolimatta siitä, että hän saa aluksi niukasti maitoa. Heti seuraavina päivinä virtsaa pitäisi tulla enemmän ja niukka virtsamäärä on usein merkki kuivumisesta. (Järvenpää 2009, 282–283.) Kuivuminen aiheuttaa yhtenä tekijänä vauvan kellastumista (Ikäheimonen & Järvenpää 2014). Heti syntymähetkellä vastasyntyneen paksusuolen toiminta ja suoliston limakalvo ovat kehitty-

neet. 24–48 tuntia syntymän jälkeen lapsi ulostaa vihertävää lapsenpihkaa. Suoli tyhjenee automaattisesti ja ulostamiskertoja on vuorokaudessa noin kahdesta kahdeksaan. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 12.)

Aluksi vauvan ihonväri on punakka ja se saattaa olla kirjavoitunut (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 12). Punakan ihon syynä on vauvan ohut iho ja veren suuri hemoglobiinipitoisuus. Ihon väriä tulee seurata päivittäin, jotta havaitaan poikkeavat värinmuutokset, kuten keltaisuus. Vauvan kasvoilla voi olla mustelmia ja pieniä verenpurkauksia. Myös silmien sidekalvoilla näitä voi esiintyä. (Järvenpää 2009, 280.) Vaikeasta synnytyksestä johtuvat verenpurkaukset, kuten mustelmat, aiheuttavat myös keltaisuutta (Linden 2000, 155).

Vastasyntyneellä punasolumassa on suuri (Grönroos, Koskinen & Lehtonen 2007, 1837). Kohdussa sikiön hapensaanti on niukkaa ja tästä johtuen hemoglobiinipitoisuus on korkea, jotta hapensaanti tulee taattua. Sikiön hemoglobiini eroaa myös rakenteeltaan aikuisen hemoglobiinista ja nopean punasolutuotannon seurauksena vastasyntyneen veressä on paljon retikulosyyttejä eli punasolun epäkypsiä muotoja. (Järvenpää 2008, 23–24.) Vastasyntyneellä kiertää siis veressä paljon punasoluja ja syntymän jälkeen näiden liiallisten punasolujen hajoaminen vapauttaa runsaasti bilirubiinia verenkiertoon. (Sears ym. 2004, 193; Hermanson 2012). Vauvan synnyttyä punasolujen tuotanto alkaa pikkuhiljaa vähentyä ja tästä johtuen vanhemmat vauvat eivät enää kellastu (Linden ym. 2000, 155).

Syntymä mullistaa vauvan alkavan elämän. Hänellä on täysi työ sopeutua kohdunulko-
puoliseen maailmaan. Hän on kykenevä aistimaan ulkomaailmasta lämpöä, läheisyyttä ja turvaa. (Hermanson 2007, 13–14.) Vastasyntynyt on heti syntymästään alkaen valmis vuorovaikutukseen (Kansallisen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 32–33). Vauvalle turvallisuuden tunnetta luo sikiöajalta tutut äidin tuoksut ja äänet (Korhonen 2006, 311–312). Vauva mieltyy häntä säännöllisesti hoitaviin ihmisiin ja näin ollen myös vanhempi kiintyy vauvaan tätä hoitaessaan. Vauva reagoi inhimillisiin ominaisuuksiin ja hänelle on tärkeää tuntea vanhemman kosketus. (Hermanson 2007, 84–86.) Vastasyntyneen kommunikointi tapahtuu tunteiden kautta (Kansallisen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 32–33). Vauvan viestittäminen sujuu aluksi itkun ja kehonkielen avulla ja hän osoittaa jo alusta asti halua aikuisen läheisyydelle (Korhonen 2006, 311–312). Vauva kokee tarpeidensa välittyvän, kun vanhempi vastaa niihin oikealla tavalla. Varhai-

seen vuorovaikutukseen tarvitaan vanhemman ja vauvan reagoimista toistensa tunteisiin ja se on täten vastavuoroista. (Kansallisen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 32–33.)

3.1.2 Keltaisuus

Punasolut kuljettavat veressä happea (Bjålie, Haugh, Sand, Sjaastad & Toverud 2011, 321). Aikuisen punasolujen elinkaari on 120 päivää, kun taas vastasyntyneellä vastaava arvo on 40–70 päivää. Punasolut ovat tumattomia ja rakenteeltaan ne ovat pehmeitä, taipuisia ja kaksoiskoveria. (Dent 2002, 165.) Elinkaarensa loppupuolella punasolun solukalvo menettää kimmoisuutensa ja punasolu vaurioituu sekä hajoaa helposti. Punasolujen tuhouduttua makrofagit, eli syöjäsolut, ottavat ne sisäänsä pilkkoakseen punasolut pienemmiksi osiksi. (Bjålie ym. 2011, 321.) Punasolujen olennainen ainesosa on hemoglobiini ja makrofagit pilkkovat punasolusta globiiniosan, eli proteiiniosan, sekä raudan pois. Punasolun loppuosan makrofagi muuttaa bilirubiiniksi. (Dent 2002, 165; Bjålie ym. 2011, 321.)

Vastasyntyneellä bilirubiinin erityksestä vastaa maksa (Linden ym. 2000, 155). Rasvaliukoinen, eli konjugoitumaton, bilirubiini sitoutuu albumiiniin päästäkseen maksaan (Dent ym. 2002, 166). Albumiinin määrä on vastasyntyneillä aikuisiin verrattuna pienempi (Ylä-Outinen 2011, 4). Tämän vuoksi vastasyntyneellä on vähemmän albumiinin sitoutumispaikkoja bilirubiinille (Kenner & Lott 2014, 350). Vaikka bilirubiinarvo olisi kohonnut, se ei ole niin vaarallista bilirubiinin saadessa tarpeeksi sitoutumispaikkoja albumiinissa, jolloin vapaan bilirubiinin määrä on pienempi (Dent 2002, 172).

Maksa muuttaa bilirubiinin erittyvään muotoon, eli vesiliukoiseksi, konjugoituneeksi bilirubiiniksi (Dent ym. 2002, 166). Vastasyntyneellä maksa ei ole vielä täysin kehittynyt, jolloin tämän prosessin alkaminen voi kestää useamman päivän ajan ja siksi bilirubiinia kertyy elimistöön (Linden ym. 2000, 155). Maksassa maksasolut erittävät bilirubiinin sappinesteeseen. Sappinesteen kulkeutuessa suolistoon bilirubiini pilkkoutuu väriaineiksi bakteerien toimesta ja värjää ulosteen vauvalla keltaiseksi, myöhemmällä iällä ruskeaksi. (Bjålie ym. 2011, 321.) Kuitenkin vielä yhdestä kahteen vuorokauden ikäisellä vastasyntyneellä uloste on vihertävää (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 12). Bilirubiini erittyy suoliston kautta ulosteeseen (Dent ym. 2002, 166). Vastasyntyneen suoliliikkeet

ovat vielä vähäisiä, jolloin bilirubiinin eliminoituminen hidastuu (Linden ym. 2000, 155). Loppuosa bilirubiinin hajoamistuotteista jatkaa kulkuaan imeytyen suolistosta porttilaskimon, eli maksaan verta vievän verisuonen, kautta maksaan ja erittyen taas sappinesteeseen (Bjälle ym. 2011, 321, 406). Bilirubiini erittyy myös munuaisten kautta virtsaan (Linden ym. 2000, 155). Bilirubiinin hajoamistuotteista osa värjää virtsan keltaiseksi (Bjälle ym. 2011, 321, 406).

Keltaisuus voidaan jaotella sen alkamisajankohdan mukaan fysiologiseen ja patologisteen keltaisuuteen. Fysiologinen keltaisuus, eli hyperbilirubinemia, ilmenee usein toisen elinvuorokauden jälkeen ja se on tavallinen ongelma. (Fellman & Luukkainen 2010, 120.) Se saavuttaa huippunsa kolmesta seitsemään päivän kohdalla (Dent 2002, 167). Keltaisuus on patologista eli ”sairaalloista”, kun bilirubiinipitoisuus nousee hyvin äkillisesti yli 85 mikromoolia/litrassa/vuorokaudessa ja ilmenee ensimmäisen elinvuorokauden aikana (Fellman ym. 2010, 120). Vastasyntyneellä keltaisuus on yleensä näkyvää, kun bilirubiinin taso saavuttaa 80 mikromoolia litrassa (Dent 2002, 167).

Aiemmin mainittujen kellastumisen syiden lisäksi muita kellastumista aiheuttavia tekijöitä ovat vastasyntyneen lyhyet hoitajaksot sekä varhainen kotiutuminen, sillä keltaisuuden seuranta voi jäädä vähäiseksi. Keltaisuuden syyt voivat olla myös geneettisiä, eli perinnöllistä alttiutta aiheuttaa aasialainen rotu sekä aikaisempien sisarusten valohoitoa vaatinut keltaisuus. (Grönroos ym. 2007, 1837.) Vastasyntyneet, joilla on hengitysoireyhtymä, infektoita tai jotka kärsivät syntymäasfyksiasta eli hapenpuutteesta, ovat todennäköisemmässä riskissä kellastua (Linden ym. 2000, 155).

3.1.3 Rintamaito- ja rintaruokintakeltaisuus

Pitkittyneen keltaisuuden yleisin syy on rintaruokinta. Kaksi prosenttia rintamaitoa syövästä vastasyntyneistä kehittää tilan, joka tunnetaan rintamaitokeltaisuutena. Tässä tilassa rintamaito itsessään näyttää tuottavan korkean bilirubiinitason. (Madden 2000, 77; Järvenpää 2007, 23.) On myös esitetty, että vastasyntyneen maksan toimintaan vaikuttavat rintamaidossa oleva äidin progesteronihormonin aineenvaihdunnallinen tuote sekä mahdollisesti rintamaidon vapaat rasvahapot, jotka aiheuttavat bilirubiinitason nousun (Dent 2002, 170; Järvenpää 2007, 23). Jos vastasyntyneen bilirubiinitaso pysyy korkealla, voidaan suositella käytettävän äidinmaidonkorviketta muutaman päivän ajan. Biliru-

biinitasot yleensä laskevat nopeasti ja rintamaitoruokinnan saa aloittaa taas uudestaan. Rintamaitokeltaisuus ei tarkoita, että äidinmaito olisi vauvalle haitallista. Rintamaidon edut ylittävät tämän väliaikaisen rintamaidosta aiheutuvan ongelman, eikä rintamaitokeltaisuus ole syy lopettaa imettämistä kokonaan. (Madden 2000, 77.)

Toisena rintamaitoruokinnasta johtuvana kellastumisen syynä pidetään rintaruokintakeltaisuutta, jossa vastasyntyneen vähäinen nesteensaanti ternimaitokauden aikana ja nouseva kalorien tarve aiheuttavat kuivumista (Dent 2002, 170). Ternimaito on jo raskausaikana rintoihin noussutta maitoa ennen synnytyksen jälkeistä varsinaista maidonnousua (Kallio 2012). Tällöin vauvan saama maidon määrä ei ole riittävä ja kuivuminen johtaa bilirubiinin kertymiseen elimistössä, sillä se ei pääse poistumaan tarpeeksi nopeasti (Grönroos ym. 2007, 1837).

3.1.4 Reesus- ja ABO- yhteensopimattomuus

Keltaisuus voi johtua myös Reesus-veriryhmän yhteensopimattomuudesta (RhD), joka ilmenee ensimmäisen 24 tunnin aikana syntymästä (Dent 2002, 168). Rh-järjestelmään, eli reesusveriryhmäjärjestelmään, kuuluu monia punasoluantigenejä, joista suurin osa on niin heikkoja, ettei niillä ole kliinistä merkitystä. Kuitenkin niin kutsuttu D-antigeeni, jota kutsutaan myös Rh-tekijäksi, eli reesustekijäksi, on vahva. Henkilö, jonka punasolujen solukalvoilla on Rh-tekijä, on Rh-positiivinen. Jos taas tämä tekijä puuttuu, on hän Rh-negatiivinen ja hänellä ei ole vasta-aineita D-antigeeniä vastaan. Kun Rh-negatiivinen henkilö altistuu Rh-positiiviselle verelle, alkaa muodostua vasta-aineita D-antigeeniä vastaan. Kyseinen altistus voi tapahtua esimerkiksi raskauden aikana, mikäli sikiö on Rh-positiivinen ja äiti Rh-negatiivinen. Tässä tapauksessa sikiö on perinyt isältään D-antigeenin. D-antigeeni saattaa käynnistää äidin elimistössä vasta-aineiden tuotannon, mikäli sikiön punasoluja pääsee äidin verenkiertoon. Tällöin IgG-luokan vasta-aineet pystyvät läpäisemään istukan ja pääsevät sikiön verenkiertoon, jossa ne hyökkäävät sikiön punasolujen kimppuun tuhoten niitä siten, että seurauksena voi olla hengenvaarallinen hemolyyttinen anemia. Punasolujen tuhouduttua vapautuva hemoglobiini hajoaa bilirubiiniksi, aiheuttaen vastasyntyneelle anemian lisäksi keltaisuutta. (Bjälle ym. 2011, 352.)

RhD-immunisaation ennaltaehkäisyssä käytetään anti-D-immunoglobuliinia. Tämä suo-
jaa äitiä lapsen RhD-tekijästä johtuvasta vasta-aineiden muodostumisesta. Suojaus an-
netaan, kun RhD-negatiivinen äiti synnyttää RhD-positiivisen lapsen ja tarvittaessa
myös raskauden aikana, raskausviikoilla 28–32, jos verenvuodon vaara sikiöstä äidin
elimistöön on päässyt kasvamaan. Tämän vuoksi äiti suojataan esimerkiksi istukkabiop-
sian sekä lapsivesipunktion aikana. Lisäksi Rh-negatiiviset abortti- ja keskenmenopotia-
laat suojataan anti-D-immunoglobuliinilla. (Stefanovic 2006, 374–375; Meeks ym.
2010, 306.)

ABO-yhteensopimattomuudesta johtuva keltaisuus ilmenee reesus-veriryhmä yhteenso-
pimattomuuden tavoin ensimmäisen 24 tunnin aikana syntymästä (Dent 2002, 169).
Tämä on nykyään yleisin veriryhmäimmunisaatio (Stefanovic 2006, 369). Tämä johtuu
äidin O-veriryhmästä ja vauvan A- tai B- veriryhmästä. Tästä johtuen äidin anti-A- tai
anti-B- vasta-aineet tuhoavat vastasyntyneen punasoluja ja johtavat näin keltaisuuteen.
(Dent 2002, 169.)

3.2 Keltaisuuden hoito

Vauvan kellastumista tarkkaillaan kolmella eri tavalla: sitä voidaan havainnoida silmä-
määräisesti, BiliCheck®-ihomittaria käyttäen ja verinäytteillä (Ikäheimonen & Järven-
pää 2014). Mikäli vauva on silminnähtävällä kellertävä, hänestä otetaan Bilicheck®-näyte
ihon pinnalta, joka antaa suuntaavaa arvoa vauvan bilirubiinipitoisuudesta (kuva 1)
(Dent 2002, 170).



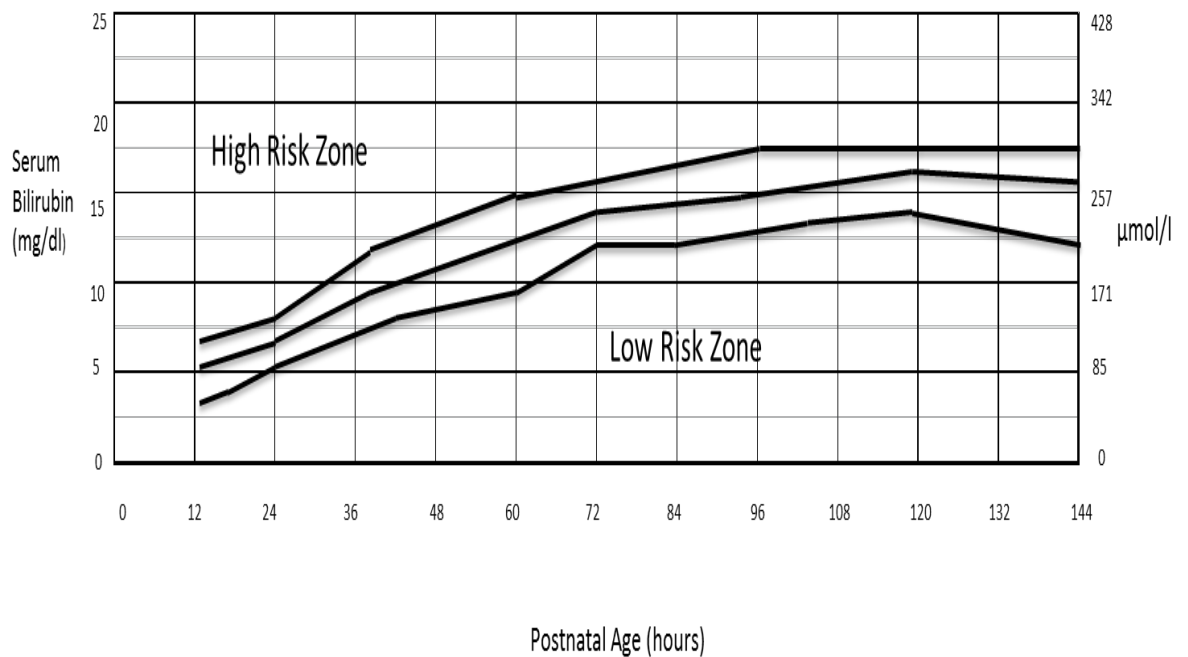
KUVA 1. Bilicheck®-mittari (Hankala & Marttila 2014)

Bilichék®-mittarin pieni muovinen pää asetetaan vauvan iholle ja painetaan hellästi ihoa vasten. Tämä on kivuton ja nopea toimenpide bilirubiiniarvon suuntaa antavaksi luvuksi. (Philips 2009.) Lisäksi BiliCheck®-mittaria käytetään useimmiten kotiinlähtöpäivänä vauvan bilirubiiniarvon selvittämiseksi. Monesti punakatkin vauvat saattavat kellastua, joten heistäkin otetaan herkästi Bilichék®-näyte. (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.) Bilichék®-mittarin käyttäminen ei kuitenkaan onnistu tummaihoisilla vauvoilla, eikä keltaisuus ole silminnähtävissä heidän eikä aasialaisten vauvojen iholta (Dent 2002, 170).

Bilichék®-mittarilla saadun arvon ollessa korkea vauvasta otetaan verinäyte tarkemman bilirubiiniarvon selvittämiseksi. Tämä näyte otetaan kapillaarinäytteenä. (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.) Kapillaarinäytteessä eli ihopistosnäytteessä iholle tehdään pieni pistohaava, josta saadaan näytteeseen tarvittava verimäärä. Ihopistokohta lämmitetään ennen verinäytteenottoa hyvän verenkierron turvaamiseksi. (Kauppinen, Vänskä, Mäkitalo & Tuomi 2007.) Vauvoilta kapillaarinäyte otetaan usein kantapäältä. Veripisara siirretään kapillaariputkeen koskettamalla kapillaarin suulla veripisaraa. (Nikiforow, 2012.) Kapillaarinäytteen mahdollisesti hyytyessä vauvan paksun veren johdosta otetaan putkiverinäyte (Ikäheimonen & Järvenpää 2014).

Vauvan riskiä kellastua tarkkaillaan riskikäyrästä avulla. Riskikäyrästä osoittaa onko vauvalla matala-, keski- tai korkeariski kellastua. Vauvan bilirubiiniarvo sijoitetaan käyrästä ja sen osoittaman riskin perusteella jatketaan keltaisuuden tarkkailua (taulukko 1). (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.)

TAULUKKO 1. Keltaisuuden riskikäyrästä. Mukailten Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. (American academy of pediatrics, 2013).



Bilirubiiniarvon noustessa keltaisuutta hoidetaan pääasiassa valohoidon avulla ja äärimmäisissä tapauksissa verenvaihdolla (Grönroos ym. 2007, 1837–1838). Hoito määräytyy vauvan bilirubiinitason mukaisesti ja hoitotasot riippuvat vauvan raskausviikkojen määrästä ja yleisestä kliinisestä tilasta (Dent 2002, 171). Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä valohoitorajana täysiviikkoisella, eli 40-viikkoisella tai vanhemmalla vauvalla, käytetään raja-arvoa 310. Esimerkiksi 39-viikkoisella vauvalla raja on 290 ja raja muuttuu aina raskausviikkojen mukaisesti. Verenvaihtorajat ovat sen sijaan valohoitorajoja korkeammat ja 40-viikkoisella vauvalla tämä arvo on 400. Valohoito- ja verenvaihtorajat vaihtelevat sairaaloittain. (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.) Esimerkiksi NICE Englanti 2010 suosituksen mukaisesti yli 38-raskausviikkoisella vauvalla valohoito- ja verenvaihtorajat määräytyvät tunneittain syntymän jälkeen (taulukko 2) (Asikainen & Rajantie 2013, 164)

TAULUKKO 2. Keltaisuuden valohoito- ja verenvaihtorajat raskausviikolla 38 tai myöhemmin syntyneillä. NICE Englanti 2010 suositus (Asikainen & Rajantie 2013, 164.)

IKÄ	VALOHOITORAJA mikromol/l	VERENVAIHTORAJA mikromol/l
12h	150	200
24h	200	300
48h	250	450
72h	300	450
96h	350	450

3.2.1 Sinivalohoito

Jo vuosia sitten hoitajat havaitsivat, että vauvat, jotka ovat olleet enemmän ikkunan ääressä, ovat vähemmän keltaisia kuin muut vauvat. Silloin valon huomattiin vaikuttavan lapsen kellastumisen vähenemiseen. (Linden ym. 2000, 157.) Toisena syynä valohoidon keksimiseen on pidetty lounastauon ajaksi laboratorioon jätettyjä näytteitä ja niissä havaittuja muutoksia valon vaikutuksen myötä. Kumpi tahansa näistä onkin oikea syy valohoidon keksimiseen, niin tämän tarkkailun myötä on kehittynyt tehokas, maailmanlaajuinen hoitomuoto. (Dent 2002, 173.)

Myöhemmin on havaittu tiettyjen valopituuksien muuttavan valolle erittäin herkkää bilirubiinia vesiliukoiseksi aineeksi (Meeks ym. 2010, 307). Tämän valon aallonpituus on 430–490 nanometriä (Järvenpää 2009, 290). Kyseisen aallonpituuden omaava sininen valo vaikuttaa ihon alla kahden millimetrin syvyydessä vapaaseen bilirubiiniin, joka kiertää veren mukana pintaverisuonissa sekä on kertynyt iholle (Hietanen, Nyberg & Visuri 2009, 267). Vesiliukoinen bilirubiini erittyy tehokkaasti elimistöstä virtsan ja ulosteiden mukana (Meeks ym. 2010, 307).

Valohoidon tarkoituksena on altistaa mahdollisimman suuri pinta-ala vastasyntyneen ihosta valolle, jolloin vauva makaa valoissa pelkässä vaipassa (Madden 2000, 76). Lisäksi valohoitoon vaikuttavat saapuvan valon kokonaisannos, valolähteiden määrä ja valon etäisyys lapsesta (Sears ym. 2004, 194). Valo kohdistetaan lapsen paljaalle iholle valohoitolampulla ja/tai vartalon alle sijoitettavalla patjalla (Grönroos yms. 2007, 1840). Valohoitolamppua, joka on vauvan yläpuolella, kutsutaan valokaareksi (kuva 2) (Ikäheimonen & Järvenpää 2014).



KUVA 2. Valokaari (Kuva: Hankala & Marttila 2014)

Valohoito voidaan toteuttaa myös valohoitopeitolla, jonka sisään valohoitovalot on upotettu ja peitto kiedotaan vauvan ympärille (Madden 2000, 77; Dent 2002, 175). Valohoidon tehoon voidaan vaikuttaa antamalla tuplavalohoitoa. Tällöin vauva saa sinivalohoitoa yhtäaikaaisesti ylä- ja alapuolelta eli lampun ja patjan avulla. (Grönroos ym. 2007, 1840.)

Sinivalohoidossa olevan vauvan bilirubiiniarvoa ei voida enää mitata BiliChek®-mittarilla, sillä sinivalo jää ihon pinnalle, eikä mittari näytä tämän vuoksi järkevää lukemaa. Arvoa tarkkaillaan näin ollen kantapäästä otettavin verinäyttein. (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.) Valohoidon aikana bilirubiiniarvoa tarkkaillaan yleensä kerran tai

kahdesti päivässä (Sears ym. 2004, 194). Bilirubiinitason laskiessa riittävästi valohoito voidaan lopettaa. Joskus bilirubiinitaso saattaa nousta uudelleen ja valohoidon uudelleen aloittaminen voi olla tarpeellista. Valohoidon aloittaminen toistamiseen merkitsee vauvan tarvitsevan vielä sinivalohoitoa bilirubiiniarvon laskemiseksi. (Linden ym. 2000, 157.)

Valohoitoa pidetään erittäin turvallisena hoitomuotona ja sillä ei juurikaan ole sivuvaikutuksia. Kuitenkin vauvan saadessa valohoitoa on huomioitava valohoidon vaikutus vauvan perushoitotoimenpiteisiin. (Dent 2002, 173.) Valohoito kestää vähintään vuorokauden ajan kerrallaan, mutta tässä voi olla sairaalakohtaisia eroja (Ikäheimonen & Järvenpää 2014). Valohoidon periaatteena on totuttaa vauva rytmiin, jossa hän syö kolmen tunnin välein. Valoista saa olla poissa 20–30 minuuttia kerrallaan, jolloin vauvan pitäisi ehtiä syödä ja vanhempien tehdä tarvittavat hoitotoimet. Säännöllisen syömisen tarkoituksena on ehkäistä, ettei vauvan paino pääse laskemaan ja hän saa tarpeeksi ravintoa ja nestettä, sillä valohoidossa olevan vauvan nesteentarve kasvaa. Riittävästä nesteetyksestä tulee huolehtia, sillä kuivuma pahentaa keltaisuutta. (Välimaa 2011, 27; Hermanson 2012; Ikäheimonen & Järvenpää 2014.) Monesti vauva ei ehdi tässä lyhyessä ajassa syödä tarpeeksi rintamaitoa imetysajan ollessa lyhyt ja hän saattaa olla myös unelias eikä tällöin jaksa imeä rinnalta maitoa riittävästi. Äidit voivat antaa lisäksi omaa lypsettyä maitoaan, äidinmaidonkorviketta tai luovutettua äidinmaitoa tuttipullolla vauvalle petiin. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 254; Ikäheimonen & Järvenpää 2014.) Lisäksi vauvan tulisi syödä tiheämmin, jos paino on laskenut (Välimaa 2011, 27).

Syöminen on tärkeää, jotta vauva virtsaa ja ulostaa tarpeeksi, sillä näin bilirubiini pääsee luontaisesti poistumaan vauvan elimistöstä (Ikäheimonen & Järvenpää 2014). Bilirubiinin erityksen seurauksena vastasyntynyt ulostaa tiheämmin, uloste on löysää ja tummanvihreää (Madden 2000, 77; Dent 2002, 174). Virtsaamista ja ulostamista seurataan vaipoista ja niiden määrä on riittävää kun niitä tulee useampi kerta päivässä, joka kertoo siitä, että bilirubiini alkaa poistua elimistöstä (Ikäheimonen & Järvenpää 2014). Vaipan sisältöä tulee tarkkailla säännöllisesti myös sen takia, ettei löysä uloste vaurioita vauvan pepun herkkää ihoa (Dent 2002, 173–174).

Mikäli vauva ei virtsaa ja ulosta tarpeeksi, annetaan hänelle lisämaitoa (Ikäheimonen & Järvenpää 2014). Jos vauvaa uhkaa kuivuminen, aloitetaan suonensisäinen nesteytys (Grönroos ym. 2007, 1840). Nestehukan ehkäisemiseksi lisänestettä annetaan

30ml/kg/vrk tai 25% päivän tarvittavista nesteistä tai 1ml/kg/h hoitoyksiköstä riippuen. Yhtämittaisesti nostettujen nesteiden anto on kiistanalaista, sillä nesteiden ylikuormittava vaara on hyvin tunnettua. Nestetasapainon tarkkailussa tärkeää on mitata ulos tulevan virtsan määrä, tarkkailla painonnousua sekä elektrolyyttitasapainoa. (Dent 2002, 174.)

Valohoidon aikana vauvalla on silmäsuojat suojelemassa silmien verkkokalvoja vaurioilta (Linden ym. 2000, 157). Silmäsuojat tulee poistaa säännöllisin väliajoin, etteivät ne hierrä tai aiheuta infektioita. Silmäsuojien tulee kuitenkin olla tarpeeksi tiukat, etteivät ne valu nenän tai suun päälle vaikeuttamaan hengitystä, mutta ne eivät kuitenkaan saa olla liian tiukalla aiheuttaen vauvalle epämiellyttävää oloa. On myös saatavilla eräänlaisia ”pleksisuoja”, jotka välttävät silmäsuojien mahdolliset haitat, sillä ne eivät kosketa vastasyntyneen kasvoja. (Dent 2002, 174.) Vanhemmat haluavat usein katsella vauvaansa silmiin kontaktin luomiseksi. Taukojen ajaksi silmäsuojat poistetaan varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseksi. (Sears ym. 2004, 194.) Vuorovaikutukselle tärkeää valohoidon aikana ovat syöttötautot, jolloin vanhemmat saavat lapsen lähelle (Ikäheimonen & Järvenpää 2014).

Rasvojen, voiteiden ja öljyjen käyttö ei ole suositeltua valohoidon aikana, koska valon vaikutus voi aiheuttaa ihon kuumotusta aina ihon vaurioihin asti. Ihon kuumenemista voi aiheuttaa lisäksi liian lähellä ihoa oleva valohoitolamppu. Vauvan ollessa valohoidossa melkein alastomana hänen ihonsa voi alkaa punoittaa, mutta punoitus häviää kun valohoito lopetetaan. (Madden 2000, 27.) Lisäksi valohoidon aikana tulisi tarkkailla vastasyntyneen lämpötasapainoa, sillä vauva on valojen alla pelkät vaipat yllään ja tämä voi aiheuttaa lämmönmenetystä (Dent 2002, 174).

Vauva saattaa joskus olla levoton valohoidon aikana ja hänen rauhoittamiseen voidaan käyttää eri keinoja. Hänet voidaan ympäröidä peittorullalla, jotta hänellä olisi turvallinen olo ja läheisyyden tunne. Joskus vauva voidaan nukuttaa äidin viereen ja äidin sänkyä nostamalla valokaari saadaan vauvan yläpuolelle oikean etäisyyden päähän. Sama voidaan tehdä, kun vauva on äidin rinnalla ja jos syöminen kestää kauan. Vauvan rauhoituttua hänet voidaan siirtää omaan petiin. Vauvan ollessa yksissä valoissa, jolloin valo asetetaan hänen ylleen, käytössä on myös vesipatja, jonka päällä maatesa vauvalla on lämmin ja pehmeä kehonmukainen alusta. Kaksoisvaloissa, valon tullessa ylhäältä ja alhaalta, käytetään paljon peittorullia mukauttamaan vauvan oloa. (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.) Vanhempia tulee myös kehoittaa, että he koskettavat hellästi

vauvaa hänen ollessaan valojen alla luodakseen turvallisemman ympäristön vauvalle (Sears ym. 2004, 194).

3.2.2 Kotivalohoito

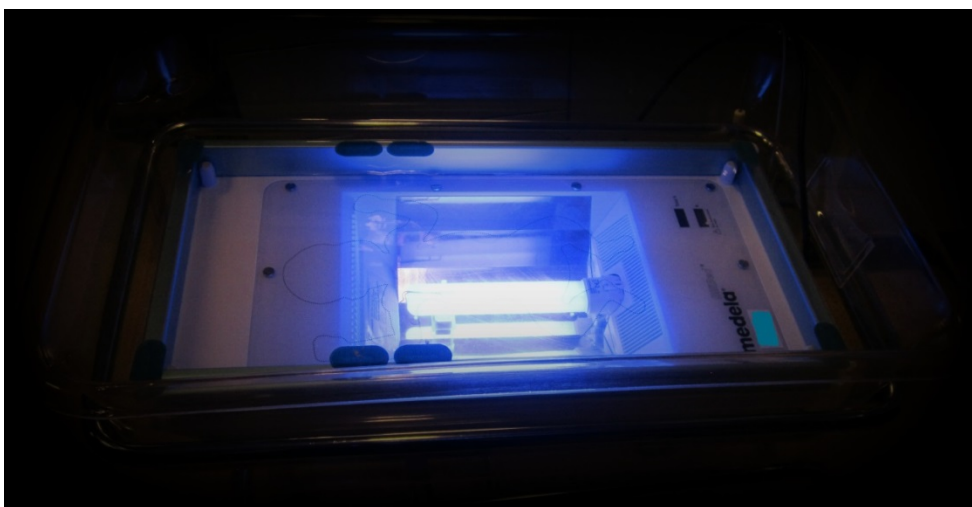
Kotivalohoitoon pääseminen on mahdollista, kun vauvan bilirubiiniarvo on maltillinen ja lastenlääkäri toteaa kotivalohoidon mahdolliseksi. Usein tämä onnistuu, kun bilirubiiniarvo on valohoitorajan tuntumassa tai hieman rajan yläpuolella ja kun vauvan yleisvointi on hyvä, vauva syö hyvin, äiti pärjää syöttöjen kanssa ja vauvan paino ei laske liikaa. Tärkeänä tekijänä on perheen pärjääminen kotona uuden tulokkaan ja valohoitolaitteen kanssa. Estäviä tekijöitä kotivalohoidolle ovat tarve tuplavaloilta, sillä kotona valohoito toteutuu vain yhdellä valolla, bilirubiiniarvon kontrolloinnin tarve on enemmän kuin kerran päivässä ja nuorella vauvalla hyvin korkea bilirubiiniarvo. (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.)

Kotivalohoito toteutetaan kotivalohoitolaitteen avulla, jota kutsutaan BiliBediksi®. BiliBed® on vauvan peti, jossa on haalaripuku. Vauva laitetaan haalaripuvun sisään vaip-
pasillaan siten, että hän makaa pedissä selällään. Haalari on selkäpuolelta ohutta harsoa ja muutoin se muistuttaa froteepukua (kuva 3).



KUVA 3. Nukke bilibedin haalaripuvussa (Hankala & Marttila 2014)

Sinivalo on pedin pohjassa ja puvun selkäpuolen ohuen harson kautta valo pääsee tulemaan vauvan iholle (kuva 4). (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.) BiliBedissä® haalaripuku suojaa vauvaa suoralta sinivalolta ja tämän vuoksi silmäsuojien käyttö ei ole tarpeellista (Medela 2014). Koska sinivalosta tulee kuitenkin lämpöä, BiliBedissä® on ilmarei'ät, jotta pedin ilmanvaihto toimii. BiliBediä® ei saa täyttää peitoilla tai pehmo-
leluilla, jotta pedissä kiertää ilma. BiliBed® on vauvalle mukava hoitovaihtoehto, koska vauva pysyy siellä lämpöisenä. (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.)



KUVA 4. Bilibedin sinivalo (Hankala & Marttila 2014)

Kotivalohoidossa olevan vauvan bilirubiinitasoa tarkkaillaan verinäyttein, jolloin perhe käy itse laboratoriossa otattamassa näytteen tai sairaalan puolesta tullaan tekemään kotikäynti. Kotikäynnillä otetaan verinäyte bilirubiiniarvon selvittämiseksi ja samalla punnitaan vauva. (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.)

Kotivalohoito toteutuu samoin periaattein kuin sairaalassakin toteutettava valohoito. Kotivalohoito kestää myös vähintään vuorokauden kerrallaan tai enemmän sen mukaan, kuinka pian bilirubiiniarvo lähtee laskemaan. Kun kotivalohoito lopetetaan, vauvan kanssa käydään vielä seuraavana päivänä bilirubiiniarvon kontrolloinnissa, jolloin varmistetaan, että arvo on pysynyt tarpeeksi matalana. Vanhemmille tulee ohjata hyvin, mitä asioita vauvasta tulee tarkkailla kotivalohoidon aikana. Kotivalohoidossa olevan vauvan vanhemmat ohjataan toteuttamaan syötöt kolmen tunnin välein, kuten sairaalassakin, huomioiden sen, että valoista saa olla poissa maksimissaan puoli tuntia kerrallaan. Perhe ohjataan ottamaan herkästi yhteyttä sairaalaan, mikäli vauva väsähtää, ei syö tai virtsaaminen ja ulostaminen vähenee. (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.)

Varimon (2012) tutkimuksen mukaan valohoito on yhtä tehokasta sairaalassa kuin kotonakin. Sairaalassa valohoidossa olevien vauvojen bilirubiinitason lasku ensimmäisenä valohoitovuorokautena on nopeampaa kuin kotivalohoidossa olevilla, kun taas kotivalohoidossa olevien vauvojen bilirubiinitason lasku oli toisena valohoitovuorokautena nopeampaa. Bilirubiinin lasku oli koko valohoidon aikana niin sairaalassa kuin kotonakin hoidetuilla vauvoilla yhtä nopeaa. (Varimo 2012, 10.)

3.2.3 Verenvaihto

Harvinaisissa tapauksissa vauvan bilirubiinitaso jatkaa nousemistaan valohoidosta huolimatta (Linden ym. 2000, 157). Jos bilirubiinitaso nousee liian korkeaksi, se aiheuttaa riskin aivovaurioille ja tällöin bilirubiinitaso on saatava laskemaan nopeasti (Sears ym. 2004, 194). Hoitomuotona käytetään verenvaihtoa (Linden ym. 2000, 157). Tehokkaan valohoidon ja reesus-yhteensopimattomuuden ehkäisyssä käytettävän anti-D-immunoglobuliinin käytön ansiosta verenvaihto on kuitenkin erittäin harvinainen hoitotoimenpide (Dent 2002, 175–177).

Ennen verenvaihtoa vauva pidetään lämpöisenä ja rauhallisena hellän käsittelyn turvin. Verenvaihtoa varten tarvitaan verenvaihtopakkaus, verenlämmitin ja monitori tarkkailemaan vauvan lämpöä, verenpainetta ja sydänpainetta, sillä näissä arvoissa saattaa esiintyä verenvaihdon aikana muutoksia liittyen vauvan vointiin. Vauvalla täytyy olla asetettuna napakatetri verenvaihtoa varten. Esivalmisteluissa vauvalle asetetaan nenämahaletku ja vatsan sisältö aspiroidaan eli tyhjennetään nenämahaletkun kautta ruiskulla. Verenvaihdossa otetaan vastasyntyneen iästä ja koosta riippuen kerralla 5–20 millilitran verimäärä ja tämä määrä korvataan samalla määrällä luovuttajan tarkoin käsiteltyä verta. Vauvan veri siis siirretään pienissä erissä napavaltimein kautta ja korvataan jatkuvalla infuusiolla napalaskimon kautta laskimoverenkiertoon. Vaihtoehtoisesti verenvaihdossa voidaan käyttää myös perifeerisiä suonia eli ääreisverenkierron verisuonia. Vauvan mukavuuden ja rauhallisuuden ylläpitämiseksi kipulääkitys ja sedaatio, eli rauhoittaminen, voivat olla tarpeen. (Dent 2002, 175–177.)

Verenvaihdossa lapsen koko verimäärä vaihdetaan kaksinkertaisesti pienissä erissä (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 254). Tämä tuplavolyymivaihto laskee bilirubiinitasoa noin 45% siitä, mitä se oli ennen vaihtoa ja korvaa vastasyntyneen punasoluista 87%. Tämän vuoksi moninkertaiset vaihdot voivat olla tarpeen. Verenvaihdon aikana vaihdetusta verestä otetaan näytteet havainnoimaan seerumin bilirubiinitasoa, verensokeria ja elektrolyyttejä, joiden tasapainon häiriöt voivat aiheuttaa rytmihäiriöitä. Lisäksi valohoito suositellaan aloitettavaksi heti verenvaihdon jälkeen. (Dent 2002, 175–176.)

3.2.4 Hoitamattoman keltaisuuden komplikaatiot

Tavoitteena keltaisuuden hoidossa on välttää bilirubiinitason nousu, ennen kuin korkean tason konjugoitumaton bilirubiini ylittää niin kutsutun veri-aivoesteen ja aiheuttaa kernikteruksen (Dent 2002, 177). Aivoissa hiussuonet muodostavat eri solujen kanssa veri-aivoesteen. Näiden suonten läpäisevyys on valikoidumpaa ja vähäisempää muuhun elimistöön verrattuna. Veri-aivoesteen tarkoituksena on suojata veren koostumuksen vaihteluiden haitoilta hermosoluja. (Bjälje 2011, 117, 311.) Veri-aivoeste siis varjelee haitallisilta aineilta keskushermostoa ja se on vastasyntyneillä riittämättömästi kehittynyt (Neuvonen 2007, 982). Bilirubiini kilpailee muiden aineiden, kuten rasvahappojen ja lääkeaineiden kanssa samoista albumiinin sitoutumispaikoista (Ylä-Outinen 2011, 4).

Joidenkin lääkkeiden käyttö voi lisätä kernikteruksen vaaraa tämän vuoksi, sillä ne syrjäyttävät bilirubiinin sitoutumista albumiinista (Neuvonen 2007, 982).

Kernikteruksessa bilirubiini pääsee hermosolujen sisään ja pikkuaivojen solukeskuksiin estäen aivojen normaalitoimintaa. Kernikterusta sairastava vastasyntynyt tulee uneliaaksi, veltoksi ja laiskaksi. Tästä seuraa kovaa itkua ja liikajännittyneisyyttä. Ilmeisiä merkkejä kernikteruksesta ovat myös kouristukset, respiraattoriset häiriöt, auringonlaskukatse sekä opistotonus, eli selkälihasten voimakas supistus, jonka jälkeen vartalo kaartuu voimakkaasti kaarelle vatsa eteenpäin. Tästä paranemista voi seurata kehityksellistä viivästymää, kuuroutta ja aivohalvausta. (Dent 2002, 177.) Äärimmäisissä tapauksissa kernikterus voi johtaa jopa kuolemaan. Keltaisuuden hoitomuodot ovat kuitenkin tehokkaita ja nykyään kernikteruksen esiintyminen on erittäin harvinaista. (Linden ym. 2000, 157.)

3.3 Hoitotyön keinot kellastuneen vastasyntyneen vanhempien huomioimiseen ja ohjaukseen

Vauvalla on kommunikaation mahdollistavia erilaisia taitoja, jotka auttavat vauvaa käyttäytymisensä säätelyssä vuorovaikutuksessa. Vauvan ja vanhemman välistä vuorovaikutusta suojaa se, että vanhemmat kykenevät olemaan tyydyttävässä vuorovaikutuksessa vauvansa kanssa. Hoitotyössä varhaista vuorovaikutusta tukee vanhemman ja vauvan välisen läheisyyden vaaliminen kaikessa toiminnassa. (Korhonen 2007, 311-313.) Päivittäisessä lapsen hoidossa ja sairaalaan sopeutumisessa vanhempia auttavat hoitajalta saatu kannustus ja tuki (Lehto 2004, 69). Vastasyntyneen keltaisuuden aikana oikeanlaisen tiedon antaminen keltaisuuden syistä ja valohoidon toiminnasta ovat hoitohenkilökunnan tärkeä tehtävä (Dent 2002, 175).

3.3.1 Vanhemmat

Vanhemmaksi tuleminen muuttaa arvomaailmaa, asioiden tärkeysjärjestystä ja vanhempien ajankäyttö uudistuu (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 82). Pariskunnan vuorovaikutussuhteen on kehityttävä vuorovaikutussuhteeksi, johon kuuluu myös vauva. Naiselle ja miehelle äitiys ja isyys merkitsevät erilaisia tuntemuksia ja psyykkisiä kokemuksia vanhemmuudesta. Heidän käsityksensä perustuvat kokemuksiin omista vanhemmistaan. Vanhemman tyytyväisyys omaan vanhemmuuteensa syntyy myönteisestä näkemyksestä itseensä, puolisoon, raskausaikaan ja syntyneeseen vauvaan sekä koko perheeseen. (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 32–33.) Vanhemmuus tuo lisää vastuuta ja haasteita arkeen, mutta myös voimavaroja (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 82). Keskeiset voimavarat liittyvät esimerkiksi terveyteen ja elämäntapoihin, parisuhteeseen, perheen tukiverkoston antamaan tukeen sekä vauvan hoitoon ja kasvatukseen (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 32–33).

Vanhempien haasteena on hyvä vanhemmuus ja vanhemmuudelle asetetut odotukset, mutta hyvän vanhemman ei tarvitse olla täydellinen. Vanhemmuuteen kuuluu läsnäolo ja turvan antaminen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 82.) Vanhemmuuteen liitetään leikkimielisyys, lämpö, puhe, sadunkerronta, aika ja omistautuneisuus vauvalle. Vanhemman ja vauvan välille syntyy kiintymys yhdessäolon seurauksena. (Lehtimaja 2007, 236.)

3.3.2 Vuorovaikutus

Äidin ja isän elämä mullistuu vauvan syntymän jälkeen. Heidän päätöksiinsä vaikuttaa jatkossa pieni, avuton, jatkuvaa huolenpitoa vaativa vauva. Aluksi tärkeintä on, että vauva kiintyy vanhempiinsa ja vanhempien tärkeimmät tehtävät ovat tunnistaa vauvan tarpeet ja vastata niihin. (Hermanson 2007, 13–14.) Äitiä vauvan viesteille herkistää hänen hormonaalinen toimintansa. Vanhemman käyttäytymisen muutos vauvan lähellä osoittaa hänen luontaista virittäytymistään vauvalle ja hänen tarpeilleen. (Korhonen 2006, 311–312.)

Vauvalle puhuessaan vanhemman äänenkorkeus nousee, puhe on yksinkertaista ja hän kääntää kasvonsa vauvan kasvojen suuntaisesti. Tämä helpottaa vauvaa havaitsemaan vanhemman. Vanhemmat myös liioittelevat kasvojensa ilmeitä ja säätelevät etäisyyttään vauvaan. Katse, leikki, sylissä pitäminen ja laulaminen ovat vanhemman tarjoamia vauvalle tärkeitä virikkeitä. (Korhonen 2006, 311–312.) Vanhemmalle on tärkeää pitää vauvaa lähellä, luoda katsekontakti vauvaan ja ymmärtää vauvan tarpeet (Hermanson 2007, 84–85). Hyvin keskeisenä vanhempien tehtävänä on luoda avoin, turvallinen ja vasta-vuoroinen suhde vauvaan (Kansallisen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 32–33). Vanhempien pitäessä vauvasta huolta, vauvalle syntyy tunne, että hän on arvokas ja tärkeä. Vanhempien tehtävänä on poistaa vauvan pahanolontunne, olla vauvan luotettava tukena ja lohtuna. (Hermanson 2007, 84–86.)

Toimiva vuorovaikutus ja yhdessäolo saavat aikaan tunteen, että vanhempi nauttii lapsestaan ja on vauvalle emotionaalisesti saatavilla. Ilman toimivaa kiintymyssuhdetta vauvan hoitaminen on rankkaa. Vauvan ja vanhemman välinen kiintymyssuhde voi vaurioitua, jos vauva ja vanhempi joutuvat olemaan kauan erossa toisistaan. Vauvan tarpeisiin tulisi vastata nopeasti, sillä vauvan perusturvallisuus kehittyy toistuvista miellyttävistä kokemuksista. (Hermanson 2007, 84–86.) Perusturvallisuuden ja luottamuksen synnyn, sekä itsetunnon, minäkuvan ja empatiakyvyn, sekä myöhemmin syntyvien vuorovaikutussuhteiden perustan lähtökohtana on vauvan ja vanhemman välinen vuorovaikutus (Kansallisen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 32–33).

3.3.3 Kellastuneen vastasyntyneen vanhempien huomiointi

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista pykälän 5§ mukaan (17.8.1992/785) ”Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan.” Ja pykälän 7§ mukaan ”Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Keskeinen osa hoitotyössä on ohjaaminen. Hoitoaikojen lyhentyessä ohjauksen merkitys korostuu. Tämä myös edellyttää ohjauksen tehostamista. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5.) Ohjauksella tarkoitetaan käytännöllistä opastusta (Kyngäs ym. 2007, 25). Ohjattavan pitäessä ohjausta merkityksellisenä asiana, ohjaus on tuloksellista hoitoon sitoutumisen kannalta (Kyngäs & Hentinen 2009, 81).

Vanhemmaksi kasvaminen, vanhempana toimiminen ja lapsen kasvattaminen vaativat vanhemman saamaa tukea (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 34). Vanhempien asettamat tavoitteet itselleen ja heidän motivaationsa ovat yhteydessä opittavien asioiden oppimiseen. Vanhemmat muistavat ja oppivat parhaiten asiat, jotka heitä itseään kiinnostavat. Ohjaustilanteissa on tämän vuoksi hyvä rajata ohjattavat asiat pääosin vanhempien toiveiden mukaan. (Haapio, Koski, Koski & Paavilainen 2009, 53.)

Läsnäolo, vuorovaikutus, yhdessä toimiminen sekä vastavuoroinen välittäminen liitetään vanhempien sairaalassa mukanaoloon lapsen ollessa hoidossa (Lehto 2004, 75). Hoitajan kyky, taito ja herkkyys tukea sairaalassa vanhempia vauvan hoitoon osallistumisessa rohkaisevat yhteistyöhön vanhempien kanssa. Vanhempien ja hoitajan välinen yhteistyösuhde mahdollistaa asiantuntijuutta vauvan hyväksi. Yhteistyön edistämiseksi ja yhteistyösuhteen syntymiseksi hyväksytään molemminpuolinen asiantuntijuus. (Lehto 2004, 69-70.)

Vanhempia auttavat mahdollisuus lapsen hoitoon osallistumisesta, osastolla toimimisen ja hoitoteknologian selkeä ohjeistus sekä erilaisten laitteiden ja hälytysäänten merkityksen selvittäminen. Vanhempien päätöksenteko koskien vauvan hoitoa, on riippuvainen

heidän saamastaan riittävästä tiedosta vauvan sairauteen liittyen. Vanhempilapsisuhteen tukemista edistetään vähentämällä hoitoympäristön aiheuttamaa stressiä. Vanhempien tulee tietää vauvan läheisyyden ja rakkauden tarpeesta sekä vanhempien roolista kyseisten tarpeiden täyttämässä. Tämä tieto tukee vanhempia ja rohkaisee heitä lapsen hoitoon osallistumisessa. Sairastunut vauva kaipaa runsaasti hellittelyä, hyväilyä sekä läheisyyttä. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2007, 100, 102.)

Vanhemmat yleensä pelästyvät vauvansa joutumista valohoitoon. Aikaisemmin valohoitoon joutuneet vauvat vietiin lastenosastolle, mutta nykyään valohoito onnistuu äidin vieressä vierihoidossa ja tästä moni vanhempi ilahtuu. Se on suuri edistysaskel valohoidon toteuttamisessa. Vauva saa olla äidin vierellä koko ajan ja häntä voi silitellä pedissä. Syöttöjen aikana vauvan saa rinnalle ihokontaktiin ja tämä edistää äidin ja vauvan välistä vuorovaikutusta. (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.) Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen on hoitohenkilökunnan tehtävä. Synnytysosastolla on huomioitava mahdolliset varhaisen vuorovaikutuksen estymiseen vaikuttavat riskitekijät. (Ivanoff ym. 2007, 36.)

Suurinta tukea vanhemmat kaipaavat valohoitorytmin aikaansaamiseksi ja onnistumisen kokemusten saavuttamiseksi. Usein vauvat joutuvat valohoitoon toisen tai kolmannen päivän aikana, jolloin moni vanhempi odottaa pääsevänsä kotiin pienokaisen kanssa. Tämä usein herkistää vanhemmat, sillä se merkitsee vauvan kanssa kotiutumisen viivästyistä. (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.)

Vastasyntyneen saadessa valohoitoa, vanhempia voi järkyttää nähdä heidän lapsensa melkein alasti kirkkaiden lamppujen alla silmät peitettyinä. Hoitajille valohoito on rutiiinomainen hoitotoimenpide, jolloin he eivät välttämättä näe vanhempien tuen tarvetta. Valohoitoa saavan lapsen vanhemmille saattaa muodostua kuva, että heidän lapsensa on vakavasti sairas ja kuva haavoittuvasta vauvasta saattaa pysyä pitkäänkin hoitotoimien lopettamisen jälkeen. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on antaa oikeanlaista tietoa keltaisuuteen johtavista syistä, valohoidon toiminnasta, hoidon tarpeesta ja toipumisesta. (Dent 2002, 175.) Oikean tiedon saaminen on tärkeää, sillä usein vanhempien hakiessa tietoa keltaisuudesta, he saavat käsityksen keltaisuuden vaikeimmista komplikaatioista (Ikäheimonen & Järvenpää 2014).

Sinivalo ei ole vaarallista vanhemmille. Jotkut saattavat herkistyä migreenikohtauksille sinisen valon loistaessa pimeässä huoneessa. Vauvan saadessa valohoitoa vierihoidon aikana, äidit voivat käyttää yöllä silmäsuojia, jottei valo häiritse heitä. Silmäsuojien käyttö ei kuitenkaan ole tarpeellista vanhemmille. (Ikäheimonen & Järvenpää 2014.)

Rintamaitokeltaisuuden aikana äiti voi tuntea olevansa syyllinen vauvan keltaisuuteen, jolloin hän kokee rintamaitonsa olevan vauvalle pahasta. Äitiä asialle herkistää hormonitasapainon heittäminen. Rintamaitoruokinnan ollessa tauolla kahdesta kolmeen päivään, tulee äitiä tänä aikana kannustaa rintamaidon pumppaamiseen ja rohkaista häntä imetyksen uudelleenaloittamiseen. (Dent 2002, 170.)

Verenvaihtoon valmistautuessa kysytään vanhempien suostumus hoitotoimenpiteeseen. Joillakin vanhemmilla voi olla uskonnollisia näkökulmia verenvaihtoa koskien ja heille tulisikin tarjota mahdollisuus keskustella sairaalan henkilökunnan kanssa verenvaihdosta. (Dent 2002, 176.)

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tämä opinnäytetyö on tuotokseen painottuva. Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erään osaston kanssa. Tuotoksena toimii vanhemmille suunnattu informatiivinen posterit, joka tulee esille osaston yleisiin tiloihin. Posterit käsittelee kellastuneen vastasyntyneen hoitoa ja sen tarkoituksena on antaa tietoa vauvan kellastumisesta vanhemmille ja tukea vanhempia kellastuneen vauvan hoidon aikana. Lisäksi posterit helpottaa hoitohenkilökuntaa vanhempien tiedonsaannissa.

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tuotoksellinen opinnäytetyö toimii vaihtoehtona tutkimukselliselle opinnäytetyölle ja se tavoittelee käytännötoiminnan opastamista, järjestämistä, järjeistämistä tai ohjeistamista. Tuotoksellinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi opastus, ohjeistus tai ohje. Vilkan ja Airaksisen mukaan opinnäytetyön tulee olla ”työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava”. (Vilka & Airaksinen 2004, 9.)

Opinnäytetyön tekijän vastuuntunto opinnäytetyötä kohtaan ja projektinhallinnan oppiminen lisääntyvät toimeksiannetusta opinnäytetyöaiheesta. Toimeksiannetun opinnäytetyöaiheen etuna on sen hetkisen työelämän ja heidän tarpeidensa näkeminen. Tämä tukee opinnäytetyön tekijöiden ammatillista kasvua. (Vilka & Airaksinen 2003, 17.) Tämän opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen. Aihe tuli ehdotuksena osastolta ja he toivoivat vanhemmille suunnattua posteria kellastuneen vastasyntyneen hoitoa koskien. Tuotos vastaa osaston tarpeita ja aihe koskettaa osaston jokapäiväistä hoitotyötä.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tehdään jollekin osoitettu ohjeistus. Tässä tärkeimpänä osa-alueena on kohderyhmän huomiointi. On myös tärkeää miettiä käsiteltävää aihetta ja ketä tämä koskettaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 38–39.) Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotoksena toimii posterit, joka sisällöltään on riittävän selkeä ja ymmärrettävä. Tuotoksen kohderyhmänä toimivat kellastuneen vastasyntyneen vanhemmat. Tuotoksesta on tehty vanhempia kellastuneen vastasyntyneen hoitoon motivoiva ja posterissa on esitetty, miten vanhemmat voivat tukea vauvaansa luoden turvallisempaa hoito-

ympäristöä sinivalohoidon aikana. Lisäksi posterit antaa vanhemmille riittävästi tietoa heidän vauvansa keltaisuudesta. Posterit tulee selittää vanhemmille ymmärrettävästi, mistä vauvan keltaisuus johtuu ja kuinka vauvaa hoidetaan keltaisuuden aikana. Posterit tulee osaston yleisiin tiloihin ja on näin ollen vanhemmille helposti luettavissa.

4.2 Posterit tuotoksena

Posterit on tutkimusjulistet, tietotaulu tai juliste. Sen avulla voidaan julkaista esimerkiksi tutkimustöitä. Posterit jaetaan tieteellisiin sekä ammatillisiin postereihin ja tämän opin- näytetyön posterit on ammatillinen posterit. Posterin toteutus on vapaamuotoista, sen tulee olla selkeä, informoiva ja tyylikäs. Se antaa samalla käyntikortin opin- näytetyön tekijöiden edustamasta tahosta. (Perttilä 2007.) Posterit on vähintään A3-kokoinen työ ja sitä luetaan noin 1,5 metrin päästä. Posterin koossa, tekstin ja kuvien asettelussa tulee huomioida posterin luvun etäisyysmatka. Posterin tutustuminen kestää vain muutaman minuutin ajan ja vain noin yhdeksätoista sekunnissa tehdään päätös ulkoasun perusteella luetaanko posterit ollenkaan. Visuaalinen ulkoasu on pääosassa päätöksen teossa. (Taitteen ja kulttuurin tutkimuksen laitos 2007.)

Tämän opin- näytetyön posterista tulee korkeudeltaan 60 senttimetriä ja leveydeltään 90 senttimetriä. Posterin tausta on hieman väriään muuttava sininen ja sininen väri on valit- tu sen vuoksi, koska valohoidossa käytettävä valo on sinistä ja kuvat sopivat hyvin yh- teen sinisen taustan kanssa. Sininen väri mielletään rauhalliseksi sekä luottamusta herät- täväksi ja sitä pidetään myös tyyneyttä herättävänä ja ymmärrystä luovana värinä (Mor- ton 2012). Posterin taustaksi luonnosteltiin myös keltaista väriä, mutta tähän ei päädyt- ty, koska valkoinen teksti ei erottunut keltaisesta taustasta ja liian voimakas keltainen taas näytti posterissa luotaantyöntävältä niin räikeän olemuksen vuoksi.

Posterin kirjaintyyppi on valkoinen ja selkeästi luettavissa tummahkoa taustaa vasten. Tekstityyppinä posterissa käytetään Arialia, sillä kyseistä kirjaintyyppiä käytetään usein sanomalehdissä, esityksissä ja mainoksissa (Microsoft 2014). Opin- näytetyön teki- jöiden mielestä Arial oli posterissa selkeä ja asiallinen kirjaintyyppi. Posterin ulkoasus- ta tuli näiden valintojen pohjalta visuaalisesti tekijöitä miellyttävä.

Posterin otsikko on ”Vastasyntyneen keltaisuus”. Opinnäytetyön tekijät valitsivat kyseisen otsikon ”Kellastunut vastasyntynyt”- otsikon sijasta, sillä vastasyntyneen keltaisuus on tekijöiden mielestä vanhemmille helpommin ymmärrettävä otsikko. Otsikko valittiin, sillä tekijät kokivat vanhempien ymmärtävän keltaisuuden ongelmana, joka hoidetaan pois, vaikkakin itse opinnäytetyössä lähtökohtana on kellastunut vastasyntynyt eikä vastasyntyneen keltaisuus. Lisäksi posterin sisältö muotoutui paremmin valitun otsikon alle loogisiksi kysymyksiksi ja vastauksiksi.

Posterin muodostuu ikään kuin kolmesta eri osasta. Vasemmalla puolella on kerrottu mitä keltaisuus on, mistä keltaisuus johtuu, miten keltaisuutta tarkkaillaan ja miten keltaisuutta hoidetaan. Posterin keskimmäinen osa kiinnittää lukijan huomion. Tämä osuus on suunnattu vanhemmille ja sen tarkoitus on tuoda vanhemmille tietoa siitä, kuinka he voivat itse vaikuttaa vauvan oloon sinivalohoidon aikana. Myös kuvat on valittu keski-osaan, sillä ne lukija havaitsee ensimmäisenä. Kuviksi on valittu kaksi kuvaa, joista ylhäällä on kuva vauvasta kotivalohoidosta ja alhaalla on kuva vauvasta sinivalohoidossa sairaalassa. Kotivalohoidosta oleva kuva esitetään posterissa ensimmäisenä työelämän toiveesta ja lisäksi opinnäytetyön tekijät huomasivat, että sinivalohoitokuva kiinnittää huomion liiaksi ylimmäisenä kuvana ollessaan ja voi näin säikäyttää vanhemmat. Kuvat tekevät posterista myös esteettisen. Posterissa käytetyt kuvat pyrkivät luomaan sinivalohoidosta neutraalin vaikutelman ja kuvissa esiintyvillä vauvoilla on rauhallinen ilme luoden vanhemmille turvallisen olon sinivalohoidosta. Vasemmalla puolella olevassa osuudessa käsitellään sinivalohoito ja kotivalohoito.

Posterin sisältönä kerrotaan mitä keltaisuus on, mistä keltaisuus johtuu, miten keltaisuutta tarkkaillaan, miten keltaisuutta hoidetaan, sinivalohoito, kotivalohoito ja miten voit tukea vauvaasi sinivalohoidon aikana. Jokaisen kappaleen otsikon alla on tietoa sisennettyjen pallojen avulla luoden posterin helposti luettavaksi ja samalla nämä pallot jäsentävät posterin sisältöä selkeäksi (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Vastasyntyneen keltaisuus. Posterin sisällön kuvaus.

VASTASYNTYNEEN KELTAISUUS	
Mitä keltaisuus on?	Tämän otsikon alla kerrotaan keltaisuudesta yleisesti neljän sisennetyn pallon avulla.
Mistä johtuu?	Tämän otsikon alla kerrotaan neljällä sisennetyllä pallolla siitä, mitä on bilirubiini ja kuinka se kulkeutuu elimistöstä pois. Samalla kerrotaan, että vastasyntyneen niukat ruokamäärät vaikuttavat bilirubiinin poistumiseen.
Miten tarkkaillaan?	Tässä kerrotaan bilirubiiniarvon tarkkailemiseen käytettävät kolme eri muotoa, joita ovat silmämääräinen tarkkailu, BiliChek®-mittaus ja verinäyte.
Miten hoidetaan?	Tässä kerrotaan kahden sisennetyn pallon avulla maltillisen keltaisuuden hoidosta ja siitä, että sinivalohoito määräytyy valohoitorajan mukaisesti.
Sinivalohoito:	Tämän otsikon alla kerrotaan sinivalohoidosta ja sen tehokkaasta vaikutuksesta bilirubiiniin viiden sisennetyn pallon avulla. Lisäksi tässä kohdassa kerrotaan valohoitorytmin merkityksestä vauvan ravinnonsaantiin ja nesteytykseen.
Kotivalohoito:	Tässä kappaleessa on viisi sisennettyä palloa ja muutama vielä näiden alle sisennetty pallo. Tämän otsikon alla kuvataan sitä, että kotivalohoito toteutuu samoin periaattein kuin sairaalassakin käytettävä sinivalohoito, kerrotaan kriteerit kotivalohoidolle ja BiliBedin® toiminnasta. Lisäksi vanhempia ohjeistetaan ottamaan yhteyttä sairaalaan, mikäli vauvan voinnissa ilmenee muutoksia.
Miten voitte tukea vauvaanne sinivalohoidon aikana?	Tämän otsikon alla kerrotaan vanhempien tärkeydestä osallistua luomaan vauvalle turvallinen ja hyvä ympäristö valohoidon aikana. Lisäksi tässä kerrotaan, että sinivalo ei ole vanhemmille haitallista. Tekstiä on neljä sisennettyä palloa ja tekstissä käytetään ”te”-muotoa.

Posterissa näkyy työelämäyhteisön toiveet ja opinnäytetyön tekijöiden kädenjälki. Tekijät ovat saaneet pääosin valita posterin visuaalisen ulkoasun ja rajata opinnäytetyön teoriasta nousseet vastasyntyneen keltaisuudesta käsiteltävät asiat posteriin. Työelämäyhteisön toiveita on noudatettu ja heidän antamiaan neuvoja käytetty tekemään posterista heitä parhaalla mahdollisella tavalla palveleva, unohtamatta kuitenkaan tekijöiden oman luovuuden käyttöä.

4.3 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi lähti käyntiin keväällä 2013. Opinnäytetyön aihe tuli ehdotuksena työelämäyhteydeltä ja oman kiinnostuksen pohjalta aihe osoittautui mielenkiintoiseksi haasteeksi. Lisäksi tuotokseen painottuva opinnäytetyö vaihtoehtona oli miellyttävä ja sen toteuttaminen tuntui mieluisalta vaihtoehdolta, sillä toiminnallisessa opinnäytetyössä vastataan työelämän tarpeisiin.

Helmikuussa 2013 pidetyssä työelämäpalaverissa tavattiin ensimmäisen kerran työelämäyhteyshenkilö ja osastonhoitaja. Lisäksi työelämäpalaverissa oli mukana lasten hoitotyön opettaja, opetushoitaja ja toista opinnäytetyötä osastolle tekevä sairaanhoitaja-opiskelija. Palaverissa käytiin läpi opinnäytetyön aiheeseen liittyviä asioita, työelämän toiveita ja opinnäytetyötä koskettavia käytännön järjestelyitä. Työelämäpalaverissa tuotiin myös ilmi tuotokseen tulevia kuvia koskevia kysymyksiä. Palaverissa kirjattiin ylös käsitellyt asiat, jotta opinnäytetyöhön palaaminen sujuisi myöhemmin mutkitta.

Työelämäpalaverin jälkeen tiedonhaku opinnäytetyötä varten ja teoriaosuuden kirjoittaminen lähtivät käyntiin. Suunnitelma opinnäytetyötä varten palautettiin kesäkuussa 2013 ja lupa opinnäytetyölle saatiin samassa kuussa. Kesällä etsittiin lähteitä teoriaosuutta varten. Syksyllä työstettiin teoreettinen viitekehys lähes valmiiksi ja alettiin suunnitella posteria.

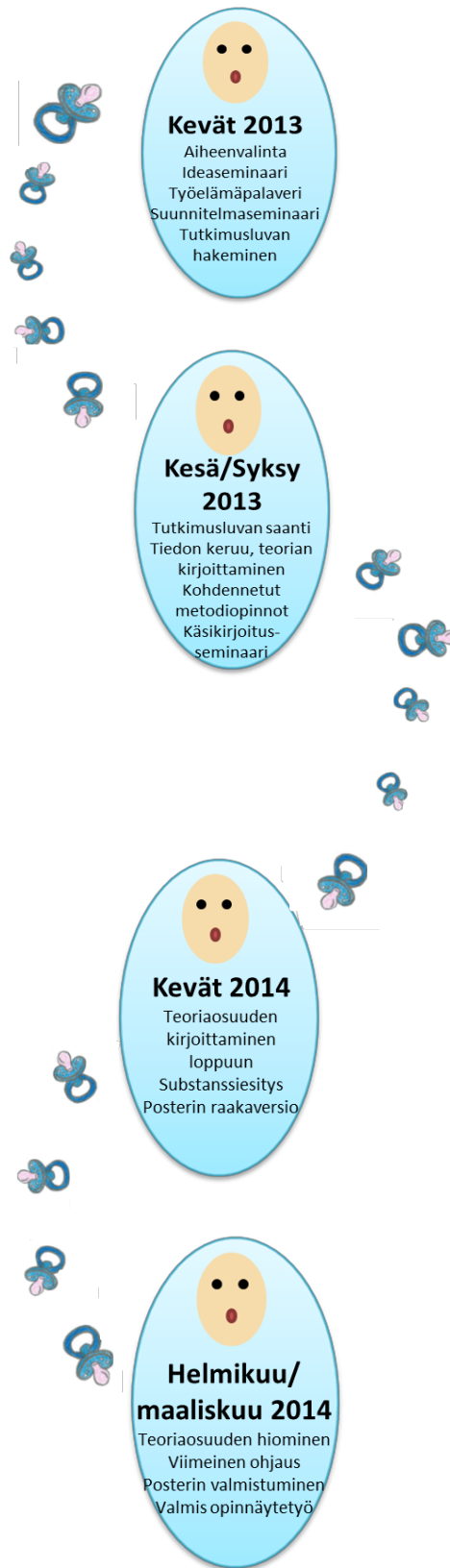
Keväällä 2014 tehtiin asiantuntijahaastattelut työelämäyhteyden osastolla. Opinnäytetyötä varten haastateltiin kahta kättilöä, joilta kysyttiin hoitotyön näkökulmaa kellastuneen vastasyntyneen hoitoon sekä vanhempien tukemiseen. Myöhemmin keväällä valmistui opinnäytetyön teoreettinen viitekehys. Tämän jälkeen alettiin työstää opinnäytetyön pohdintaosuutta ja posteria.

Koko opinnäytetyöprossin ajan on oltu yhteydessä työelämäyhteyshenkilöön sekä haastattelujen ja posterin tulevien kuvien osalta osastonhoitajaan. Työelämäyhteyttä on pidetty yllä sähköpostitse sekä henkilökohtaisilla käynneillä paikanpäällä. Työelämäyhteydeltä on saatu hyödyllisiä neuvoja sekä ajatuksia työn tuotosta koskien. Näitä neuvoja käytettiin posterin työstämisessä työelämälähtöiseksi ja heidän toiveitaan vastaavaksi sekä opinnäytetyön viitekehystä kuvaavaksi.

Posterin työstämävaiheessa kerättiin kehittämisehdotuksia työelämäyhteydeltä sekä tarkemmin työelämäyhteyshenkilöltä. Posterin raakaversio vietiin työelämäyhteysosastolle ja toiselle vastaavanlaiselle osastolle tulostettuna sekä lähetettiin työelämäyhteyshenkilölle sähköpostitse. Osastoilta ehdotuksia kerättiin viikon ajalta ja heidän toiveensa oli kuvien asettaminen siten, että kotivalohoitokuva tulee yläpuolelle ja että tekstiä hieman tiivistettäisiin. Työelämäyhteyshenkilö antoi kiitosta varsinkin vanhempien hoitoon osallistumista koskevasta kappaleesta ja lisäksi arvokkaita kehittämisehdotuksia kohta kohdalta tulevasta tuotoksesta ja näiden ehdotusten myötä posterista muokkaantui työelämän tarpeita vastaava.

Maaliskuun alussa lähetettiin haastateltaville heidän tekstiosuutensa hyväksyttäväksi ja heiltä saatiin vielä pari kehittämisehdotusta työtä koskien. Työelämäyhteisöön oltiin sähköpostitse yhteydessä opinnäytetyöstä ja posterista. Opinnäytetyön viimeinen ohjaus käytiin kaksi viikkoa ennen työn palautusta. Tämän jälkeen tehtiin vielä viimeiset muokkaukset opinnäytetyötä koskien ja käytiin ottamassa kotivalohoitokuva posteria varten. Valmis opinnäytetyö palautettiin maaliskuussa 2014.

Opinnäytetyöprosessi on esitetty alla olevassa kuviossa (kuvio 2). Opinnäytetyön tekijät ovat käyttäneet kuviossa itse piirrettyjä vauvoja, sillä työ koskettaa vastasyntyneen hoitoa. Tuttijonojen tehtävänä on toimia aikajanana läpi opinnäytetyöprosessin. Kaksi viimeistä vauvaa ovat hieman isompia, kuin kaksi aikaisempaa vauvaa ja tämä kuvaa opinnäytetyön tekijöiden ammatillista kasvua opinnäytetyöprosessin aikana.



KUVIO 2. Opinnäytetyöprosessi.

5 POHDINTA

Toimeksiannetuista opinnäytetöistä on saatu terveydenhuolto- ja sosiaalialalla erinomaisia kokemuksia. Ne voivat olla kehittämistöitä, kuten opasmateriaalia. Annetusta kehittämiskohteesta tulee tekijän syventää omia tietojaan ja muodostaa itselleen laaja yleiskuva aiheesta. (Hakala 2004, 38–39.) Hyvä opinnäytetyöaihe tarjoaa mahdollisuuden luoda yhteyksiä työelämään ja ylläpitämään suhteita mahdollisiin aikaisempiin harjoittelupaikkoihin. Lisäksi hyvä opinnäytetyöaihe syventää tekijöiden tietoutta ja taitoja omalla ammattialalla kiinnostavasta aiheesta. Työelämälähtöinen opinnäytetyö tukee tekijöiden ammatillista kasvua. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16–17.)

Opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä ja ammatillista osaamista kehittävä. Opinnäytetyöprosessi noudattaa ammattikorkeakoulun asettamia ohjeita työlle. Toimeksiannettu opinnäytetyö on ollut tekijöille mieluisa vaihtoehto, sillä se on motivoinut luomaan tarpeellisen tuotoksen ja työn tekeminen on koettu hyödylliseksi niin työelämäyhteisölle kuin itsellekin.

5.1 Eettisyys

Opinnäytetyön tekeminen perustuu onnistuneen tieteellisen käytännön noudattamiseen ja tämä käytäntö velvoittaa kaikkia opinnäytetyön tekijöitä. Yleisesti sovitut pelisäännöt ovat tutkimusetiikkaa, jota tarkastellaan suhteessa kollegoihin, joihin kuuluvat oman ammattialan edustajat. (Vilkkä 2007, 29–30.) Tässä opinnäytetyössä ammattialan edustaja on työelämäyhteisö. Opinnäytetyön tekijät noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä käyttäessään eettisiä tiedonhankintamenetelmiä (Vilkkä 2007, 30). Tämä tarkoittaa, että tiedonhankinta perustetaan oman alan kirjallisuuden asiantuntemukseen ja muihin asiankuuluviin tietolähteisiin. Eettisesti toimiessaan opinnäytetyön tekijöiden tulee kunnioittaa aikaisempia teoksia ja esittää näistä otetut lähdeviitteet tarkasti. Epäeettistä toimintaa ovat toisten teoksien vääristely, sepitys ja plagiointi. (Vilkkä 2007, 30–31.)

Opinnäytetyössä on noudatettu opinnäytetyölle määriteltyjä käytänteitä Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Työtä tehtäessä on oltu yhteydessä työelämäyhteisöön ja kerätty heidän arvokkaita kehittämis ehdotuksiaan opinnäytetyön toteut-

tamiseksi. Lähteinä opinnäytetyössä on käytetty oman alan kirjallisuutta sekä muita asianmukaisia julkaisuja. Käytettyjä teoksia on kunnioitettu lainaamalla lähdeviitteet tarkoituksenmukaisesti.

Opinnäytetyön hyvä toteuttaminen edellyttää, että työn suunnittelu, toteutus ja raportointi ovat laadukkaita. Opinnäytetyön suunnitelman tekeminen kuuluu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Opinnäytetyössä ei saa mainita toimeksiantajan nimeä ilman asianomaisen lupaa ja työssä on kunnioitettava toimeksiantajaa. Opinnäytetyötä ohjaa käytännön hyöty. (Vilka 2007, 32-34.)

Opinnäytetyötä tehtäessä on noudatettu suunniteltua opinnäytetyöprosessin aikataulua. Opinnäytetyösuunnitelma on hyväksytty opinnäytetyön ohjaajalla, työelämäyhteydellä ja lopuksi opetusylihoitajalla. Toimeksiantajasta mainitaan yleisesti tunnistettava identiteetti, mutta spesifi osasto jää nimeämättä. Opinnäytetyön tuotos palvelee työelämäyhteisöä ja näin opinnäytetyötä on ohjannut käytännön hyöty.

Opinnäytetyöhön osallistuvan suostumus voi olla suullinen tai kirjallinen. Fyysiseen koskemattomuuteen puuttuessa, suostumuksen tulee aina olla kirjallinen. Alaikäisen osallistumisesta päättävät hänen huoltajansa, sillä jos alaikäinen ei ole kykenevä ilmaisemaan tahtoaan, on hän huoltajansa vastuulla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Haastatteluja tehtäessä haastateltavalle olisi eettisesti suositeltavaa antaa kirjoitettu kokonaisuus tarkastettavaksi ja pyytää häntä tarvittaessa täydentämään tai tarkentamaan sitä. Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta edellä mainittu käytäntö on suositeltavaa, sillä silloin voidaan varmistaa haastateltavan antaman tiedon säilyminen mahdollisimman alkuperäisenä. (Vilka 2007, 36-37.)

Opinnäytetyön tuotoksen valohoitokuvissa esiintyviltä vauvojen äideiltä on pyydetty kirjallinen suostumus kuvaukseen ja heidän lapsiansa esiintymiseen tuotoksessa. Äideille on myös ennen kuvanottoa kerrottu opinnäytetyön tarkoituksesta ja kuvien käytöstä työn tuotoksessa. Sairaalan sinivalohoitokuvassa vauvalla on silmäsuojat. Kumpaakin kuvaa eettisesti tukee se, että molemmat kuvat ovat lavastettu sairaalaympäristöön, jossa sinivalohoito on yleistä ja jokaisen vauvan valohoito toteutetaan samannäköisessä ympäristössä. Kuvissa esiintyvillä vauvoilla on rauhallinen ilme ja kuvaustilanteesta on tehty heitä häiritsemätön.

Asiantuntijahaastattelun aluksi haastateltaville on tarjottu kirjallista ja suullista tietoa opinnäytetyöstä. Haastattelut on äänitetty kahdella äänityslaitteella, jotka on suojattu salasanalla. Haastatteluja purettaessa tekstiä ei ole kuulleet ulkopuoliset ja purettua materiaalia ei ole saatettu ulkopuolisten tietoon. Opinnäytetyön teoriaosuudesta haastattelijan osilta haastateltavia on pyydetty tarkistamaan ja hyväksymään kirjoitettu teoriaosuus heidän osiltaan.

Posterissa käytetty tieto ja kuvat ovat eettisesti hyväksyttäviä, sillä kellastuneesta vastasyntyneestä sekä sinivalohoidosta esille tuodut tiedot esitetään todenmukaisesti teorian pohjalta. Keskimmaisessä osiossa esitetty kappale siitä, miten vanhemmat voivat tukea vauvaansa sinivalohoidon aikana, on luotu vanhempia kannustavaksi ja tukevaksi. Lapsen hoitotyössä ollaan aina tiiviisti yhteydessä vanhempiin tai muihin aikuisiin, jotka ovat lapsesta vastuussa (Leino-Kilpi 2009, 218). Opinnäytetyön tekijät päätyivät yhteisymmärryksessä jättämään posterista pois kernikteruksen ja verenvaihdon, sillä posterin tulee olla motivoiva, mutta ei pelottava. Lisäksi vanhempia ajatellen tieto kernikteruksesta ja verenvaihdosta olisi voinut olla suurta huolta aiheuttava ja ahdistava. Verenvaihdon ollessa erittäin harvinainen hoitotoimenpide, sen mainitsematta jättäminen oli opinnäytetyön tekijöiden mielestä eettisesti hyväksyttävää. Lisäksi kernikterusta ei ole esiintynyt vastasyntyneiden hoitolaitoksissa pitkään aikoihin ja tästä syystä kernikteruksen mainitseminen ei ollut posterissa tarpeellinen tieto. Posterissa kuitenkin kerrotaan, että hoitamaton keltaisuus voi aiheuttaa komplikaatioita, mutta siinä painotetaan sitä, että keltaisuus on usein helposti hoidettavissa. Opinnäytetyö ja sen tuotos ovat eettisesti vanhempia ja lasta kunnioittavia ja tieto on tuotu esille arkikielisesti.

5.2 Luotettavuus

Opinnäytteen tulee osoittaa lähdekritiikkiä sekä tiedonhankintataitoja. Lähdekritiikillä tarkoitetaan opinnäytteen tekijän kykyä kertoa lähteidensä tekijä, kenelle se on osoitettu ja mihin se on tarkoitettu. (Hakala 2004, 35.) Lähdeaineistoa arvioidaan sen perusteella kuinka vanha lähde on ja mikä sen laatu on. Lisäksi arvioinnissa huomioidaan lähteen uskottavuuden aste ja tekijän tuttuus sekä asiantuntijuus. Ajantasaisten lähteiden käyttö osoittaa tietämyksen tilaa alasta opinnäytetyön tekohetkellä. Seuraamalla kirjallisuutta omasta alasta tulee käytettyä vääjäämättä ajantasaisia lähteitä. Lähdeluetteloita seuraamalla usein toistuvilla tiedonlähteillä on auktoriteettia ja tunnettavuutta alalla. Ensisi-

jaisten lähteiden eli alkuperäisten julkaisujen suosiminen mahdollisuuksien mukaan olisi suotavaa. Muun muassa oppikirjojen käyttöä lähteenä tulisi välttää, sillä niissä tieto on moneen kertaan seulottu. Omien lähteiden lähdeluettelosta voi saada hyviä lisälähte vihteitä. Lähteiden ilmaisun tyyllillä ja sävyllä voi myös perustella niiden käyttökelpoisuutta sekä luotettavuutta. (Vilka & Airaksinen 2003, 72.) Kuitenkaan toiminnallisten opinnäytetöiden, jotka ovat käytännönläheisiä, arvoa ei ratkaise lähteiden lukumäärä, vaan olennaista on niiden soveltuvuus sekä laatu (Vilka & Airaksinen 2003, 76).

Opinnäytetyössä lähteiden hankinta on ollut haastavaa. Tietoa aiheesta on, mutta monet lähteistä ovat yli kymmenen vuotta vanhoja, joita työssä ei suositella käytettäväksi. Perustellusti olemme kuitenkin käyttäneet vanhempiakin lähteitä, sillä ajankohtaisen tiedon löytyminen on ollut vaativaa. Aiheesta ei löydy laajasti tietoa suomenkielisistä lähteistä, sillä niissä suurimmilta osin käsitellään keltaisuudesta samoja piirteitä. Lisäksi hoitotyön näkökulma kirjallisuudessa on vähäistä, joten opinnäytetyössä on käytetty asiantuntijahaastatteluja täydentämään kirjallista tietoa ja lisäämään tekijöiden tietoutta keltaisuuden hoidosta työelämäyhteyden osaston näkökulmasta. Opinnäytetyössä on käytetty lähteitä, joissa samat tekijät ovat toistuneet ja tämä on lisännyt niiden luotettavuutta sekä osoittanut lähteentekijän auktoriteettia. Kansainvälisten lähteiden käyttö on erittäin suositeltavaa opinnäytetyössä ja tämä näkyy tämän työn lähdeaineistossa. Kansainvälisten lähteiden kautta opinnäytetyön teorian tietous laajenee Suomen rajojen ulkopuolelle ja on näin antanut tekijöille monipuolisen kuvan vastasyntyneen keltaisuudesta ja kellastuneen vastasyntyneen hoidosta. Opinnäytetyön tekijät ovat suomentaneet kansainväliset lähteet itse, joten tämä vaikuttaa hieman opinnäytetyön luotettavuuteen.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä lähteiden määrä on niukempi verrattuna tutkimuksiin perustuviin opinnäytetöihin, mutta tämän työn lähteet ovat laadukkaita, kattavia sekä toistaan tukevia. Vilkan ja Airaksisen (2003) mukaan työn lähteiden laatu on lähteiden määrää ratkaisevampi. Opinnäytetyön lähteet tuovat riittävästi työhön tarvittavaa tietoa aiheesta. Asiantuntijahaastattelut ovat olleet arvokas lähde työlle, sillä heille esitettyjä kysymyksiä on voitu räätälöidä juuri työtä palveleviksi.

Tätä opinnäytetyötä on tehnyt kaksi kirjoittajaa. Tämä on lisännyt työn luotettavuutta, sillä työssä on tullut esille aina kahden kirjoittajan näkökulma käsiteltäviin asioihin. Kansainvälisten lähteiden suomennoksien luotettavuutta lisää se, että kaksi kirjoittajaa ovat suomentaneet yhdessä tekstit ja ovat ymmärtäneet niissä ilmenevät asiat samalla

tavalla. Muistakin lähteistä poimitut tekstit ovat kummankin kirjoittajan valitsemia ja hyväksymiä luotettavina lähteinä opinnäytetyössä.

Posterissa käytettävä tieto on noussut esille tutkitusta tiedosta, jota on käytetty opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä. Edellä mainittujen lähteiden luotettavuutta koskevien perustelujen myötä myös posterissa käytettävä tieto on luotettavaa. Lisäksi posterissa on hyödynnetty asiantuntijahaastatteluja, jotka ovat toteutettu eettisesti oikein ja ovat näin luotettavia, sillä haastateltavat ovat hyväksyneet kirjoitetun tekstin.

Taustaltaan ja aiheeltaan riittävän perusteltu opinnäytetyö on laadukas. Työn aiheen tulee olla tärkeä ja ajankohtainen. Huomiota kannattaa kiinnittää niihin kohtiin, jotka kaipaavat kehittämistä. Hyvän lopputuloksen edellytyksenä on, että työssä on kiinnitetty huomiota lähtökohtiin: sen tulisi olla tarpeeksi arkikielinen niin toimeksiantajan kuin tekijänkin kannalta. (Hakala 2004, 29–30.) Opinnäytetyön tekijät ovat työssään tahtoneet avata käsitteitä, jotta työ olisi arkikielinen ja ymmärrettävä asiasta ensi kertaa lukevalle. Opinnäytetyön aihe on tärkeä ja ajankohtainen työelämäyhteisölle ja näin opinnäytetyön aihe on perusteltu. Opinnäytteen tekijöiden tulee olla tavoitteiden suhteen realistisia. Opinnäytteen rajauksen tulee olla suppea ja syvälinen. (Hakala 2004, 31.) Opinnäytetyön tekijät ovat rajanneet aiheensa, mutta käsitelleet sitä syvälinisesti ja avanneet vaikeat käsitteet.

5.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä vanhemmille suunnattu informatiivinen posterikellastuneen vastasyntyneen hoidosta Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin erään osaston yleisiin tiloihin. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mitä on vastasyntyneen keltaisuus, miten kellastunutta vastasyntyntä hoidetaan ja kuinka vanhempia ohjataan osallistumaan vauvan hoitoon ja ylläpitämään vuorovaikutussuhdetta kellastuneen vastasyntyneen hoidon aikana. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä vanhempien tietoutta vastasyntyneen keltaisuudesta ja kellastuneen vastasyntyneen hoidosta sairaalassa ja kotona. Tavoitteena on huomioida vanhemmat osana kellastuneen vastasyntyneen hoitoa. Työn viitekehyksessä on kuvattu keskeisimmät käsitteet, joita ovat kellastunut vastasyntynyt, kellastuneen vastasyntyneen hoito ja hoitotyö sekä vanhempien osallistuminen ja tukeminen.

Opinnäytetyössä on vastattu kolmeen opinnäytetyön tehtävään monipuolisesti ja kattavasti. Teoriaosuudessa kerrotaan aluksi hieman vastasyntyneen ominaisuuksista, keltaisuuteen vaikuttavista tekijöistä sekä vastasyntyneen kyvystä vuorovaikutukseen. Tämän jälkeen käsitellään laajasti keltaisuutta ja siihen johtavia syitä. Keltaisuuden hoitomuodoista painotetaan eniten sinivalohoitoa, joka on yleisin hoitomuoto. Sinivalohoidosta käsitellään sen toteutumista sekä sairaalassa että kotona. Tämän lisäksi tuodaan ilmi äärimmäinen hoitovaihtoehto, verenvaihto sekä hoitamattoman keltaisuuden komplikaatiot. Opinnäytetyön tuotos on suunnattu vanhemmille, joten työssä käsitellään myös vanhempia sekä heidän rooliaan vuorovaikutussuhteen kehittymisessä. Vuorovaikutussuhdetta käsitellään, koska vauvan ensimmäisinä elinpäivinä tuen ja turvan saaminen vanhemmilta on ensiarvoisen tärkeää. Lisäksi työssä tuodaan ilmi vanhempien huomiointi ja ohjaaminen vastasyntyneen keltaisuuden aikana.

Opinnäytetyön tuotoksena toimiva vastasyntyneen keltaisuudesta ja kellastuneen vastasyntyneen hoidosta kertova posterit on suunnattu vanhemmille. Tuotos on esillä osaston yleisissä tiloissa ja sitä voi lukea niin kellastuneen vastasyntyneen vanhemmat kuin muutkin asiasta kiinnostuneet. Posterit lisää osastolla olevien vanhempien ja vierailijoiden tietoutta kellastuneen vastasyntyneen hoidosta. Lisäksi posterit tukevat hoitohenkilökunnalta saatua ohjausta kellastuneen vastasyntyneen hoidosta ja posterissa tieto on helposti saatavilla ja siihen voi aina palata kertauksen merkeissä.

Kehittämisehdotuksina opinnäytetyölle nousi muutamia mielenkiintoisia asioita. Tärkeänä kehittämisehdotuksena olisi tutkia isän roolia kellastuneen vastasyntyneen hoitoon, varsinkin kun sinivalohoito toteutuu sairaalassa äidin vierellä isän ollessa vierailijan roolissa sairaalassa. Tämä olisi yksi hyvä perustelu perhehuoneiden järjestämiseen sairaalassa. Lisäksi isän asemaa sinivalohoidon aikana tukevat kotivalohoito, jolloin kummatkin vanhemmat voivat olla vauvan luona koko hoidon ajan.

Olisi mielenkiintoista tutkia myös sitä, miten vanhemmat kokevat saavansa tietoa ja tukea oman vauvansa keltaisuuden hoidon aikana ja millaisia tunteita nämä saavat vanhemmissa aikaa, sillä usein kellastuminen todetaan siinä vaiheessa, kuin vauvan pitäisi päästä vanhempien kanssa kotiin.

5.4 Pohdinta

Tätä opinnäytetyötä on tehnyt kaksi kirjoittajaa. Olemme kirjoittaneet työtä aina yhdessä, sillä olemme kokeneet sen luovan työstä eheämmän ja näin olemme molemmat tienneet missä vaiheessa työ etenee. Aikataulujen yhteensovittaminen on sujunut pääosin hyvin, mutta yhdessä kirjoittaminen on joskus venyttänyt toisen tai molempien päivän pitkäksi. Kuitenkin olemme pitäneet opinnäytetyön sisältöä tärkeänä ja yhdessä kirjoittaminen on ollut sisällölle tärkeä kriteeri. Olemme myös huomanneet työtä tehdessämme, että toisen tuki on ollut korvaamatonta opinnäytetyöprosessissamme ja lisäksi yhdessä kirjoittaminen on antanut meille aina kaksi näkökulmaa työn pulmatilanteiden ratkaisuisissa.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme käyneet opinnäytetyön ohjauksissa. Näistä ohjauksista olemme saaneet työtämme koskevia arvokkaita kehittämissuhteita ja hyviä neuvoja. Lisäksi työelämäyhteistyön kautta olemme saaneet tärkeitä postereita koskevia toiveita. Työtämme ovat lisäksi lukeneet opponoijat, jotka ovat antaneet meille sekä kehittämissuhteita että hyvää palautetta työtämme koskien. Ulkopuoliset lukijat ovat myös antaneet palautetta työstämme ja olemme kokeneet sen erityisen hyväksi, sillä ulkopuolisen silmin työ näyttää aina hieman erilaiselta kuin tekijöiden silmin.

Työn alkuvaiheessa ajankohtaisia ongelmia voivat olla aiheen rajaaminen (Hakala 2004, 47). Opinnäytetyötä tehdessä huomasimme, että aiheen rajaaminen oli työn etenemisen kannalta erittäin tärkeää. Työn rajaaminen osoittautui hieman hankalaksi, sillä halusimme selittää asiat, joista puhumme tarkasti ja laajasti, luoden näin selkeämpää kokonaiskuvaa työstämme. Ulkopuoliset lukijat ovat kokeneet tekstimme selkeäksi ja opinnäytetyössämme esiintyvien asioiden pienimuotoinen toisto on todettu tekevän työtä ymmärrettäväksi.

Koimme tärkeäksi käsitellä bilirubiinin erittymistä, sillä se aiheuttaa keltaisuutta. Halusimme tuoda työssä myös esiin vastasyntyneen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta, sillä mielsimme vuorovaikutuksen tärkeäksi osaksi vastasyntyneen hoitoa ja keltaisuuden vaikuttavan vuorovaikutussuhteen syntymiseen, sillä vanhemmat eivät voi luoda kontaktia vauvaan heidän odottamallaan tavalla sinivalohoidon aikana. Lisäksi hoitohenkilökunta on avainasemassa tukemassa vauvaa ja vanhempia kellastuneen vastasyntyneen kanssa.

tyneen hoidon aikana, joten kerroimme työssämme myös ohjauksesta ja vanhempien huomioinnista.

Opinnäytetyötä tehdessämme lähteiden etsiminen osoittautui haasteelliseksi. Suomenkielistä lähdemateriaalia löytyi rajallisesti ja ne olivat usein hyvin toistaan toistavia. Myös varsinainen hoitotyön näkökulma puuttui lähes kokonaan suomenkielisistä lähteistä. Käytimme kansainvälistä kirjallisuutta opinnäytetyötä tehdessämme ja saimme tässä apua opinnäytetyön ohjaajalta. Tiedonhakuprosessia suorittaessamme löysimme lähdeaineistoa kansainvälisesti enemmänkin ja käytimme monet illat lähteiden kääntämiseen suomenkieliseksi. Tämä vei meiltä aikaa paljon, mutta koimme suomentamisen erittäin palkitsevaksi prosessiksi, sillä kansainvälisistä lähteistä saimme erittäin arvokasta tietoa työtämme varten. Hoitotyön näkökulmaa työhömmme lisää merkittävästi arvokkaat asiantuntijahaastattelut, joiden kautta saimme työhömmme uutta näkökulmaa ja tarpeellisen tiedon kotivalohoidosta.

Olemme tehneet opinnäytetyömme teoriaosuutta ja tuotosta samanaikaisesti. Tämä oli mielestämme tärkeää ja hyväksi opinnäytetyöllemme. Työn teoriaosuuden edetessä saimme rungon tuotosta varten ja ymmärryksen siitä, mitkä ovat posterissa tärkeät esille tuotavat asiat. Valitsimme yhteisymmärryksessä posterin sisältöön sopivat asiat ja posterin mukailleen opinnäytetyömme teoreettista viitekehystä. Hoitajan antaman ohjauksen näkökulman jätimme lähes kokonaan posterista pois, sillä posterin tehtävänä on tukea hoitajan antamaa ohjausta kellastuneen vastasyntyneen hoidon aikana työelämäyhteisöosastolla.

Kävimme itse kuvaamassa kirjallisilla luvilla opinnäytetyön tuotosta koskevat kuvat vauvan valohoidosta työelämäyhteisöosastolla. Työelämäyhteisöosasto oli korvaamaton apu kuvien toteuttamisen järjestämisessä. Alkujaan työelämäyhteisön kanssa olimme olleet puheissa, että voisimme mahdollisesti käyttää posterissa heillä valmiina olevaa kuvaa kotivalohoidosta, mutta maaliskuun aikana selvisikin, että kyseistä kuvaa ei valittavasti voi työssämme käyttää, sillä kuvassa olevat luvat eivät sitä sallineet. Meillä löytyi valmiina jo kuva nukesta kotivalohoidossa, mutta halusimme käyttää vauvan kuvaa tuotoksessamme, sillä koimme sen palvelevan tuotostamme parhaiten. Työelämäyhteisön kanssa olimme yhteydessä uudesta kuvasta ja sovimme, että käymme vielä viimeisinä päivinä ottamassa kuvan vauvasta kotivalohoidossa ja asia järjestyi paremmin kuin hyvin. Uskomme, että kyseinen kuva palvelee tuotostamme hyvin, koska saman-

tyyliset kuvat ovat vanhemmille hyvin verrattavissa toisiinsa ja näyttävät posterissa todellisen kuvan vauvasta sinivalohoidossa.

Opinnäytetyöprosessi on opettanut meille asioiden priorisointia, ajankäytön hallintaa ja tiedon hankkimistaitoja. Olemme kehittyneet paljon opinnäytetyöprosessimme aikana ja oppineet etenemään työssämme tärkeysjärjestyksessä. Opinnäytetyöprosessiin ryhtyessämme meistä kummallakaan ei ollut aikaisempaa kokemusta näin laajan työn tekemisestä ja tämä oli yhtenä syynä siihen, että työn tekemiseen vaadittava ajan määrä yllätti meidät, sillä rajallinen aika tuntuikin lyhyeltä työmäärään nähden. Olemme järjestäneet ja käyttäneet opinnäytetyön tekemiseen runsaasti aikaa, jotta työstä tulisi meitä itseämme miellyttävä ja tuotoksesta työelämäyhteisöä palveleva. Mielenkiintoinen aihe motivoi meitä puurtamaan työn parissa ja olemmekin tyytyväisiä opinnäytetyöhöme ja sen tuotokseen.

Opinnäytetyöprosessin aikana oma ammatillinen kasvumme on ollut suurta. Olemme tutkineet paljon tietoa keltaisuuden syistä ja hoidosta, sekä koemme oppineemme kellastuneen vastasyntyneen hoitotyön teorian. Koemme opinnäytetyömme aiheen tulevaisuudessa ammattiamme koskeväksi ja hyödyttäväksi. Kellastuneen vastasyntyneen hoito voi olla tulevaisuudessa myös meitä itseämme vanhempina koskettava tekijä. Opinnäytetyön tuotoksesta on paljon hyötyä työelämäyhteisöosastolla, sillä se koskettaa osaston jokapäiväistä hoitotyötä.

LÄHTEET

American Academy of Pediatrics. 2013. Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. Luettu 20.1.2014. Päivitetty 2013. <http://pediatrics.aappublications.org/content/114/1/297/F2.full>.

Asikainen, T. & Rajantie, J. 2013. Hyperbilirubinemia. Teoksessa Asikainen, T., Fellman, V. & Luukkainen, P. (toim.) Vastasyntyneiden tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Bjälje, J G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ö V. & Toverud, K C. 2011. Ihminen – fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOYpro Oy.

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

Fellman, V. & Luukkainen, P. 2010. Vastasyntyneen sairaudet. Teoksessa Heikinheimo, M., Mertsola, J. & Rajantie, J. (toim.) Lastentaudit. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Grönroos, M., Koskinen, P. & Lehtonen, L. 2007. Vastasyntyneen hyperbilirubinemian hoitokaaviot. Suomen lääkärilehti, 18/2007, 1837-1841. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000028150>. Luettu 23.4.2013.

Haapio, S., Koski, K., Koski, P. & Paavilainen, R. 2009. Perhevalmennus. Porvoo: Ws Bookwell Oy.

Hakala, J. 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Helsinki: Gaudeamus Kirja Oy.

Hermanson, E. 2007. Lapsiperheen oma kirja – terveys syntymästä kouluikään. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hermanson, E. 2012. Vastasyntyneen keltaisuus. Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 13.5.2013. Päivitetty 2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00802

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

Ikäheimonen, E. & Järvenpää, M. 2014. Haastattelu. 14.1.2014. Haastattelijat Hankala, M. & Marttila, L. Tampere.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2007. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3.-4. painos. Helsinki: WSOY.

Järvenpää A-L. 2007. Vastasyntyneen hoito lapsivuodeosastolla. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. Kättilötyö. 1.-2.painos. Helsinki: Edita Prima.

- Järvenpää, A-L. 2008. Terve vastasyntynyt. Teoksessa Petäjä, J. & Siimes, M. (toim.) Lastentaudit. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Järvenpää, A-L. 2009. Vastasyntyneen hoito lapsivuodeosastolla. Teoksessa Paananen. U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 1-3.painos. Helsinki: Edita Prima.
- Kallio, M. 2012. Imetykseen valmistautuminen. Väestöliitto. Luettu 1.2.2014. Päivitetty 2014. <https://www.perheaikaa.fi/jutut/lapsi-tulossa/odotus/imetykseen-valmistautuminen/>
- Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. 2013. Vanhemmuuden voimavarat ja varhainen vuorovaikutus. Teoksessa Hakulinen-Viitanen, T. & Klemetti, R. (toim.) Äitiysneuvolaopas – suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: Juvenes Print- Suomen Yliopistopaino Oy.
- Katajamäki, E. 2004. Terveen lapsen ja nuoren kehitys, hoito ja ohjaus. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kauppinen, S., Vänskä, S., Mäkitalo, O. & Tuomi, S. 2007. Vieritestit sairaanhoitajan työssä. Luettu 18.2.2014. Päivitetty 2014. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/5_2007/muut_artikkelit/vieritestit_sairaanhoitajan_tyos/
- Kenner, C. & Lott, J. 2014. Comprehensive Neonatal Nursing Care. 5. painos. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Korhonen, A. 2006. Varhainen vuorovaikutus. Teoksessa Paananen. U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Korhonen, A. 2007. Varhainen vuorovaikutus. Teoksessa Paananen. U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 1.-2.painos. Helsinki: Edita Prima.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Finlex. Luettu 12.2.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#a785-1992>
- Lehtimaja, I. 2007. Lapsen kasvatus. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo – substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Acta Universitates Tamperensis 999. Akateeminen väitöskirja. Luettu 21.2.2014. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67368/951-44-5935-0.pdf?sequence=1>

- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Linden, D., Paroli, E. & Doron, M. 2000. Premies. The essential guide for parents of premature babies. Pocket books. USA.
- Madden, S. 2000. The premie parents' companion. Harward common press. USA.
- Medela. 2014. BiliBed. Luettu 21.2.2014.
<http://www.medela.com/TW/en/breastfeeding/products/phototherapy/bili-bed.html>
- Meeks, M., Hallsworth, M. & Yeo, H. 2010. Nursing the neonate. Wileyblackwell. UK.
- Microsoft Corporation. 2014. Microsoft typography- Arial. Luettu 13.3.2014. Päivitetty 2014. <https://www.microsoft.com/typography/fonts/family.aspx?FID=8>.
- Morton, J.L. 2012. Blue – The Meanings of Blue. Luettu 13.3.2014.
<http://www.colormatters.com/blue>.
- Neuvonen, J. 2007. Eräitä kliinisen farmakologian peruskysymyksiä. Teoksessa Koulu, M. & Tuomisto, J. (toim.) Farmakologia ja toksikologia. 7. painos. Kustannus Medicina Oy.
- Nikiforow, M. 2012. Ihopistonäytteenotto kantapäästä. Luettu 18.2.2014.
http://huslab.fi/preanalytiikan_kasikirja/verinaytteenotto/ihopistonaytteenotto_kantapaa_sta.pdf
- Perttilä, A. 2007. Ohjeita posterin tekoon. Viestintä. Laurea-Ammattikorkeakoulu. Lepävaara. Luettu 3.5.2013.
http://viestintapiste.laurea.fi/ind.pdf.doc.ppt/Posterin_suunnittelu.pdf.pdf
- Philips, 2009. Instant results with a simple touch – BiliChek noninvasive bilirubin assessment tool. Luettu 20.1.2014. Päivitetty 2009.
http://www.healthcare.philips.com/asset.aspx?alt=&p=http://www.healthcare.philips.com/pwc_hc/main/shared/Assets/Documents/perinatal_care/products/bilichек/BilichекBrochure.pdf
- Sears, W., Sears, R., Sears, J. & Sears, M. 2004. The premature baby book. Little, brown. USA.
- Stefanovic, V. 2006. Rh- ja ABO-immunisaatiot. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Uotila, N. & Kaisvuo, T. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Taiteen ja kulttuurin tutkimuksenlaitos. 2007. Tieteellisen posterin peruseräitteitä. Posterikurssi. Luettu 3.5.2013.
<http://www.arthis.jyu.fi/digicult/posteri/posteri/index.htm>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet – ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet. Luettu 28.2.2014. Päivitetty 2012. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/periaatteet>

Varimo, E. 2012. Vastasyntyneen hyperbilirubinemian valohoito kotona ja sairaalassa: hoitojen vaikutusten eroavuudet painoon, bilirubiiniarvoihin ja äidin mielialaan. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Luettu 21.2.2014.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76784/gradu06334.pdf?sequence=1>

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Välimaa, H. 2011. Vastasyntyneen tarkkailu syntymän jälkeen. Luettu 21.5.2013. Päivitetty 2013. http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Valimaa_Hilkka.pdf

Ylä-Outinen, S. 2011. Ksylimililaatujen käyttö täyteaineena ja niiden puristuminen tabletksi. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Pro-gradu. Luettu 21.2.2014.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/27798/GRADU_YI%C3%A4outinen_pdf.pdf?sequence=1

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

1 (2)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Varimo Eveliina (2012)</p> <p>Vastasyntyneen hyperbilirubinemian valohoito kotona ja sairaalassa: hoitojen vaikutusten eroa- vuudet painoon, bilirubiiniarvoihin ja äidin mielialaan.</p>	<p>Tarkoitus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kotivalohoito on yhtä turvallista kuin sairaalassa annettu valohoito. 2. Bilirubiiniarvo laskee kotivalohoidolla yhtä tehokkaasti kuin sairaalassa annetulla valohoidolla. 3. Kotivalohoidossa olevan lapsen painonkehitys on suotuisampaa kuin sairaalassa valohoidossa olevan lapsen. 4. Kotivalohoidossa olevan lapsen imetys onnistuu paremmin kuin sairaalassa hoidettavan. 5. Äidillä on vähemmän mielialaongelmia ja äidin kiintymyksen tunteet vauvaa kohtaan kehittyvät paremmin kotivalohoidossa kuin sairaalavalohoidossa. 6. Kotivalohoidossa olevien lasten äidit ovat hoitoon tyytyväisempiä kuin sairaalassa valohoidettujen lasten äidit. 	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>N= 74 (vauvat syntyneet vähintään raskausviikolla 36+0, tarvitsivat sairaalahoitoa vain hyperbilirubinemian vuoksi)</p> <p>Kyselylomakkeet</p> <p>Aineiston analyysi</p>	<p>-Bilirubiinitason lasku yhtä nopeaa kotona ja sairaalassa valohoidon aikana.</p> <p>-Painon keskiarvo oli noin 2,2% alle syntymäpainon ensimmäisen elinviikon lopussa molemmissa ryhmissä.</p> <p>-Imetyksen onnistumisen välillä ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa ryhmien välillä.</p> <p>-Äidin mielialaa kartoitettaessa ei ollut tilastollista merkitystä ryhmien välillä,. Tulos näyttäisi viittaavan siihen, että kotivalossa olevien vauvojen äideillä oli masennukseen viittaavia oireita vähemmän.</p> <p>-Kotona valohoitoa saaneiden vauvojen vanhemmat olivat hoitoon tyytyväisempiä.</p>

<p>Lehto Paula (2004)</p> <p>Jaettu mukanaolo – Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa aineistolähtöisesti substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen lapsen ollessa sairaalassa.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena on kuvata sitä, millaista vanhempien osallistuminen lapsensa hoitamiseen lapsen ollessa sairaalassa on, miten se ilmenee ja millainen käytännön teoria vanhempien osallistumisesta sairaalassa voidaan muodostaa.</p> <p>Tutkimuskysymykset: 1. Mitkä käsitteet kuvaavat vanhempien osallistumista lapsensa hoitamiseen sairaalassa? 2. Miten käsitteet ovat suhteessa toisiinsa? 3. Millainen substantiivinen teoria muodostuu vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa?</p>	<p>Empiirinen tutkimus</p> <p>N= 48 (lasten vanhemmat) N=53 (sairaanhoidajat)</p> <p>Kirjalliset esseeet ja haastattelut</p> <p>Aineiston analyysi</p>	<p>-Tutkimuksen tuloksena saatuja yläkategorioita ovat: saavutettu luottamus, yhdessäolo toimintana, mukanaolon merkitys, jaettu vastuu ja kohdatuksi tuleminen.</p> <p>-Ydinkategoriat muodostettiin käsitteiden välisistä suhteista, ydinkategoria on jaettu mukanaolo ja sen ulottuvuudet.</p> <p>-Mukanaolon ulottuvuuksien pohjalta rakentuu substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Jaettu mukanaolo ja sen ulottuvuudet ovat: kanssaolevan mukanaolo, luovuttava mukanaolo, osallistuva mukanaolo, yhteistoimintaan perustuva mukanaolo.</p> <p>-Tämän tutkimuksen avulla saatua tietoa voidaan hyödyntää perheen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä, kehittäessä systemaattisesti hoitotyön käytäntöä, lasten hoitotyötä, hoitotyön koulutusta perhehoitotyön näkökulmasta perhehoitotieteelliseen tietoon perustuen.</p>
---	---	---	---