

STADIA

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

KENGURUHOIDON TOTEUTTAMINEN VASTASYNTYNEIDEN TEHO-OSASTOLLA

- LÄHTÖTILANTEEN KARTOITUS JA INTERVENTION TOIMEENPANO

Sosiaali- ja terveysalan ylempi
ammattikorkeakoulututkinto,
Terveysalan kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Opinnäytetyö
Syksy 2007

Aino Ezeonodo



Koulutusohjelma Terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma		Tutkintonimike Ylempi ammattikorkeakoulututkinto Sairaanhoitaja ylempi AMK	
Tekijä/Tekijät Aino Ezeonodo			
Työn nimi Kenguruhoidon toteuttaminen vastasyntyneiden teho-osastolla -lähtötilanteen kartoitus ja intervention toimeenpano			
Opinnäytetyö	Aika Syksy 2007	Sivumäärä 47 + liitteet 5	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Tutkimushanke liittyi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Lasten ja nuorten sairaalan vastasyntyneiden teho-osastolla tehtävään kenguruhoidon kehittämisprojektiin. Interventiotutkimuksen keinoin selvitettiin kenguruhoidon toteutusohjeiden toimeenpanon ja siihen liittyvän systemaattisen koulutuksen vaikutuksia vastasyntyneiden teho-osastolla annettavaan kenguruhoidon toteutumiseen. Interventiona tutkimuksessa olivat toteutusohjeet ja koulutus. Tavoitteena oli vahvistaa moniammatillisen työryhmän tietoisuutta kenguruhoidosta ja varhaisesta vuorovaikutuksesta sekä antaa valmiuksia niiden toteuttamiseen ja tukemiseen.</p> <p>Tarkastelemalla kenguruhoitoa koskevaa kirjaamista potilaspapereista, annettua koulutusta ja kenguruhoidon toteutumisesta kerättyä kuukausitilastoa voitiin selvittää intervention vaikutuksia. Tutkimuskysymykset olivat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Miten kenguruhoito toteutui ennen interventiota? 2.Miten interventioon liittyvä koulutus toteutui? 3.Miten kenguruhoito toteutui toteutusohjeiden antamisen jälkeen ja koulutuksen aikana? <p>Osaston sähköiseen potilastietojärjestelmään luotiin ennen tutkimuksen alkamista kenguruhoidon seurantasivu, josta suurin osa tutkimukseen käytetyistä tiedoista oli saatavissa. Tulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin ja sisällön analyysillä.</p> <p>Tarve kenguruhoidon toteuttamista edistävän toiminnan kehittämiseksi oli merkittävä ja osaston toiminnan, henkilökunnan ammattitaidon sekä potilaiden ja heidän perheidensä kannalta keskeinen. Julkaistut kenguruhoidon toteutusohjeet ja annettu koulutus lisäsivät kenguruhoidon toteutumista osastolla aikaisempaa useamman potilasryhmän osalta. Tutkimuksessa tuli esille osaston tiloista ja niiden vanhanaikaisuudesta nousevia kenguruhoidon toteuttamisen esteitä. Tutkimuksessa osaston kuormitusprosentti vaikutti kenguruhoidon toteutumiseen siten, että kuormituksen olessa vähäisempää kenguruhoitoa toteutettiin enemmän.</p>			
Avainsanat kenguruhoito, koulutus, interventio, vastasyntyneiden teho-osasto			



Degree Programme in Health Care Development and Management		Degree Master of Health Care	
Author/Authors Aino Ezeonodo			
Title Practice of Kangaroo Care in Neonatal Intensive Care Unit -pre intervention measurment and implementation of intervention			
Master Thesis		Date Autumn 2007	Pages 47 + Appendix 5
<p>ABSTRACT</p> <p>There is a need for developing means to promote actions that facilitate the provision of Kangaroo Care (KC) in the Neonatal Intensive care unit (NICU) of the Hospital for Children and Adolescents. The aim of this study was to reinforce the multiprofessional team's knowledge of KC and of early parent-child attachment process and to give tools for promoting them. This research was part of Promoting Kangaroo Care in the NICU project. Intervention Research approach was used to clarify the effect of establishing Kangaroo Care Guidelines and education given to promote the use of the guidelines on the amount of recieved Kangaroo Care in the NICU.</p> <p>Assessing the written reports of Kangaroo Care in patient charts, establishing KC Guidelines and conducting systematic education program for staff members enabled the researcher to evaluate the effect of the intervention in accomplishment of KC in the NICU. Research questions were:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. How was Kangaroo Care accomplished in the NICU before the intervention? 2. How was the education related to the intervention accomplished? 3. How was Kangaroo Care accomplished in the NICU after the display of the Kangaroo Care Guidelines and during the intervention? <p>The results were analysed by using statistical methods and content analysis.</p> <p>Developing ways for KC promotion is essential for the functions of NICU, for the professionalism of the staff and for the health promotion of the patients and their families. The Kangaroo Care Guidelines established in the project and the education given to facilitate learning them increases the amount of KC practiced in the NICU. Obstacles to implement KC relate to lack of appropriate space in the NICU and high patient occupancy.</p>			
Keywords Kangaroo Care, Education, Intervention, Neonatal Intensive Care Unit			

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1. TAUSTA JA TARKOITUS	1
2. TUTKIMUKSEN JA KENGURUHOIDON KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT VASTASYNTYNEIDEN TEHO-OSASTOLLA	3
2.1 Lasten ja nuorten sairaalan vastasyntyneiden teho-osasto intervention toteutusympäristönä	3
2.2 Vastasyntyneiden tehohoidon kehittyminen	4
2.3 Vastasyntyneen kehitystä tukeva hoitotyö osana tehohoitoa	5
2.4 Kenguruhoito osana vastasyntyneiden tehohoitoa	6
2.5 Kenguruhoidon toteuttamisen haasteita vastasyntyneiden teho-osastolla	8
2.6 Aikaisemmat tutkimukset kenguruhoidon kehittämishankkeista vastasyntyneiden teho-osastoilla	9
2.7 Yhteenveto tutkimuksista	15
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	16
3.1 Tutkimuskysymykset	17
3.2 Tutkimusasetelma	17
3.3 Tutkimusotos, aineiston keruu ja analyysi	18
4. LÄHTÖTILANTEEN KARTOITUS JA SEN TULOKSET	20
4.1 Tehtävät ennen lähtötilanteen kartoitusta	20
4.2 Kenguruhoidon toteutuminen lähtötilanteen kartoituksen aikana	21
4.3 Kenguruhoidettavat lapset	23
4.4 Kenguruhoidettavan lapsen vanhemmat	26
5. INTERVENTION TOTEUTUS JA SEN TULOKSET	27
5.1 Kenguruhoidon toteutusohjeet	27
5.2 Henkilökunnan koulutus	27
5.3 Kenguruhoidon toteutuminen ohjeidenannon jälkeen ja koulutuksen aikana	29
5.4 Yhteenveto tuloksista	33
6. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	34
7. TUTKIMUKSEN EETTISYYS	36
8. POHDINTA	38
8.1 Intervention toteuttamisen ja saatujen tutkimustulosten tarkastelua	38
8.2 Miten tämä tutkimus jatkuu?	42
8.3 Kehittämisehdotuksia	43
8.4 Jatkotutkimusehdotuksia	43
LÄHTEET	44

LIITTEET

LIITE 1. Kenguruhoitosivu

LIITE 2. Koulutus toteutuma

LIITE 3. Tutkittavan suostumusasiakirja

LIITE 4. Tutkittavan tiedote

1. TAUSTA JA TARKOITUS

Vastasyntyneiden tehohoito on kehittynyt huomattavasti viimeisen vuosikymmenen aikana. Yhä pienempiä ja sairaampia vastasyntyneitä pystytään hoitamaan kehittyneen teknologian, farmakologian sekä hoito- ja lääketieteen myötä. Nimenomaan vastasyntyneille suunnattuja hoitolaitteita on tullut saataville runsaasti. Kehittyneen teknologian rinnalle on noussut yhä kasvava tarve vastasyntyneen ja hänen perheensä inhimillisten ja vuorovaikutuksellisten perustarpeiden tukemiseen. Tästä lähestymistavasta on nousut kehitystä tukevan hoitotyön merkitys vastasyntyneen ja hänen perheensä terveyttä edistävänä ja tukevana tekijänä.

Lapsen syntyminen ennen aikaisesti tai sairaana on kriisi vanhemmille. He kokevat monenlaisia tunteita mm. pelkoa lapsen selviytymisestä hengissä tai lapsen mahdollisesta vammautumisesta pysyvästi. Vanhemmat joutuvat myös käymään läpi pettymyksen tunteita siitä, että eivät saaneet tervettä täysiaikaista lasta. Myös erossa olo lapsesta sairaalahoidon aikana on hyvin ahdistavaa ja heikentää vanhempien kykyä varhaisen vuorovaikutussuhteen luomiseen. (mm. Feldman ym. 2002: 16-17; Feldman ym. 2003b:103; Charpak ym. 2005: 516-517; Roller 2005: 213; Lassila, 2006: 11-12, 47-48.)

Kenguruhoito on vastasyntyneen kehitystä tukeva hoitomuoto, jossa vastasyntynyt asetetaan vanhemman rintaa vasten vaippasillaan iho ihoa vasten (WHO 2003: 2). Tehoosastolla vastasyntynyt on kenguruhoidon aikana kaikissa samoissa tarkkailu- ja tutkimuslaitteissa kuin muulloinkin, ja hänen tehohoitoaan jatketaan samalla tavoin kuin hänen ollessaan konventionaaliosastossa. Vain vastasyntyneen sijainti keskoskaupissa tai avopöydällä vaihtuu vanhemman rinnalla olemiseen.

Kenguruhoiton avulla voidaan voimauttaa vanhempia, erityisesti äitiä oman lapsensa hoivaajana ja saada vanhemmat osallistumaan lapsensa hoitoon. Kenguruhoito antaa myös isälle paremman mahdollisuuden osallistua lapsensa hoitamiseen, mikä tukee hänen sitoutumistaan perheeseensä ja vahvistaa perhesiteitä. Kenguruhoito on tapa inhimillistää vastasyntyneiden tehohoitoa lisäämällä isä-äiti-lapsi-vuorovaikutusta ja rinta-ruokintaa, jotka molemmat ovat keskeisiä sairaan vastasyntyneen selviytymiselle ja op-

timaaliselle kehitymiselle. (Charpak ym. 2005: 514.) Kenguruhoiidolla on todettu olevan lukuisia vastasyntyneen kehitystä tukevia vaikutuksia.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Lasten ja nuorten sairaalan vastasyntyneiden teho-osastolla oli herännyt tarve kenguruhoidon toteuttamista edistävän toiminnan kehittämiseksi. Osastolla käynnistettiin projekti tämän edistämiseksi. Tutkimushankeen toteuttaminen liittyy osana Kenguruhoidon kehittämissuunnitelmaan. Kenguruhoidon toteuttamista vastasyntyneiden teho-osastolla pidettiin käydyn avoimen keskustelun pohjalta haastavana ja vaativana. Osastolla koettiin tärkeänä keskosien kehitystä tukeva hoitotyö sekä varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Tarve toiminnan kehittämiseen oli merkittävä ja osaston toiminnan, henkilökunnan ammattitaidon sekä potilaiden ja heidän perheidensä kannalta keskeinen. Intervention tavoitteena on vahvistaa moniammatillisen työryhmän tietoutta kenguruhoidosta sekä varhaisesta vuorovaikutuksesta ja antaa valmiuksia niiden toteuttamiselle sekä tukemiselle.

Kehittämishankeen teoreettisena pohjana toimivat kansainväliset kenguruhoidosta julkaistut tutkimustulokset ja hoitosuosituksot. Projektityöryhmän kanssa yhteistyössä luoduilla näyttöön perustuvilla kenguruhoidon toteutusohjeilla ja annettavalla systemaattisella koulutuksella, sekä tutkimusaineiston keräämisellä vastaan syntyneeseen kehittämistarpeeseen. Opinnäytetyönä tekemäni tutkimus on osa tätä kehittämistyötä.

Tässä opinnäytetyössä selvitetään (HUS) Lasten ja nuorten sairaalan vastasyntyneiden teho-osastolla annettavan kenguruhoidon toteuttamiseen tähtäävän intervention etenemistä ja esitellään alustavia tuloksia intervention toteuttamisesta. Intervention käynnistäminen sekä intervention aikana tapahtuvien toimintojen ja muutosprosessien sarjojen tutkiminen ja julkaisu ovat keskeisiä tekijöitä arvioitaessa intervention vaikutuksia. Muutosprosessien tutkiminen auttaa havaitsemaan tapahtuvaa hidasta muutosta ja mahdollistaa nopean puuttumisen mahdollisiin intervention tavoitteita uhkaaviin tekijöihin, joiden arvioiminen ennen intervention käynnistymistä ja aikana olisi muuten vaikeaa. Lisäksi tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää vastasyntyneiden hoitotyön kehittämisessä ja tulevien kehittämishankkeiden suunnittelussa sekä hoitotyön koulutuksessa. Tämä on merkittävää, koska kenguruhoidon positiivisilla vaikutuksilla voidaan edistää vastasyntyneen ja hänen perheensä terveyttä pitkälle tulevaisuuteen. Hoitomuodon avulla voidaan parantaa vastasyntyneen ennustetta ja lieventää teho- hoidosta ja enneaikaisesta syntymästä johtuvia haittoja. Lisäksi hoitomuodon avulla

voidaan vapauttaa terveydenhuollon ammattilaisten voimavaroja ylläpitämiseen ja suorittamiseen vanhempien voimaantuessa vastasyntyneensä ensisijaisina hoivaajina. Tässä raportissa kuvataan tutkimuksen eteneminen valmisteluvaiheesta ja lähtötilanteen mittauksesta intervention toteuttamiseen.

2. TUTKIMUKSEN JA KENGURUHOIDON KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT VASTASYNTYNEIDEN TEHO-OSASTOLLA

2.1 Lasten ja nuorten sairaalan vastasyntyneiden teho-osasto intervention toteutusympäristönä

Vastasyntyneiden teho-hoito on keskitetty Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä Lasten ja nuorten sairaalaan Vastasyntyneiden teho-osastolle K7. Kaikista suomalaisista lapsista 5-6 prosenttia syntyy ennenaikaisesti. Prosentti vuosittain syntyvistä vauvoista on pikkukeskosia eli alle 1,5-kiloisia tai ennen 32 raskausviikon ikää syntyneitä. Osastolla K7 hoidettiin vuonna 2006 hieman yli 500 potilasta. Vuosittain osastolla hoidetaan noin 150 alle 1,5kg painavaa keskosta, joista noin 50 on syntyessään alle kilon painoisia. (Vastasyntyneiden teho-osasto K7 2007.)

Osastolla hoidetaan tehohoitoa vaativia keskosta ja tehohoitoa vaativia täysiaikaisena syntyneitä vastasyntyneitä. Osaston paikkalukua on hoitajapulasta johtuen laskettu 18 tehohoitopaikasta 11 tehohoitopaikkaan. Yleisimmät syyt hoitoon ovat keskisuus, hengitysvaikeudet, infektiot, synnytyskomplikaatiot ja äidin sairaudesta johtuvat vastasyntyneen ongelmat. Osastolla on lisäksi valtakunnallinen hoitovastuu joidenkin harvinaisten sairauksien hoidossa. (Vastasyntyneiden teho-osasto K7 2007.)

Osastolla työskentelee noin 60 sairaanhoitajaa edustaen eri erikoistumisaloja. Työvuorot ovat pääosin 12,5 tunnin mittaisia. Kussakin vuorossa on osaston hoitajatilanteesta riippuen 8-10 sairaanhoitajaa. Päivisin osastolla työskentelee vähintään neljä lääkäriä ja päivystysaikana osastolla on paikalla yksi lääkäri ja yksi päivystää kotona. Osastolla toteutetaan yksilövastuista hoitotyötä vastuuhoidaja ja -lääkärijärjestelmällä. Sairaanhoitaja on työvuorossaan vastuussa 1-4 vastasyntyneen hoidosta. Kansainväliset suositukset tehohoidosta korostavat hoidon ennusteiden kannalta keskeisenä tekijänä sopivaa kuormitusprosenttia, mitä pidetään noin 85 %. Tällöin voidaan varmistaa sopiva hoitaja-

potilassuhde ja mahdollisia komplikaatioita tai voinnissa tapahtuvia muutoksia voidaan ennakoida paremmin. Tehohoidossa suositeltavaa olisi yksi potilas hoitajaa kohden. (Ezeonodo - Hakola – Jokela-Ulenius 2007: 9).

Perhekeskeisyys on osaston hoitotyön keskeisiä periaatteita. Vanhempien mukanaolo ja heidän osallistumisensa lapsen hoitamiseen on merkityksellistä lapsen turvallisuuden tunteen kannalta. Perhekeskeisyyttä pidetään hyvän hoidon ominaisuutena ja ihanteena. Osastolla perhekeskeisyyteen liittyy olennaisesti koko perhe ja erityisesti merkittävänä läheisinä lapsen omat vanhemmat. Hoitotyön näkökulmasta vanhempien mukanaolon myötä on mahdollista tukea ja edistää koko perheen hyvinvointia. (Lehto 2004: 11.)

Osaston fyysisistä tiloista nousevien tekijöiden ja totuttujen toimintatapojen johdosta osastolla on käytössä vierailuajat. Osasto koostuu kolmesta isosta hoituhuoneesta, joissa voidaan kerrallaan hoitaa enimmillään 8 potilasta / huone. Käytävissä on lisäksi tarvittaessa kaksi pientä kahden hengen eristyshuonetta. Vanhemmat voivat osallistua lapsensa hoitoon klo 12.00-14.30 ja klo 15.30-19.30 sekä klo 20.00-23.00. Lisäksi vanhemmat saattavat joutua poistumaan huoneista vierailuaikoina esimerkiksi mikäli huoneeseen tulee uusi potilas tai huoneessa tehdään toimenpiteitä. Vierailuajat asettavat rajoituksia kenguruhoiton toteutumiselle.

Osastolla on herännyt tutkimuksen aikana kasvavassa määrin keskustelua osaston toimintatapojen muuttamisen tarpeellisuudesta. Tavoitteena on löytää osaston kokonaisuutensa kannalta mielekkäitä keinoja toteuttaa toimintaa siten, että vanhempien osallistumista lapsensa hoitoon rajoitetaan mahdollisimman vähän.

2.2 Vastasyntyneiden tehohoidon kehittyminen

Vastasyntyneiden tehohoito on kehittynyt valtavasti viimeisen vuosikymmenen aikana. Yhä sairaammat ja pienemmät vastasyntyneet selviävät elämälle pitkälle kehittyneiden tehohoitomenetelmien ansiosta. Tehohoidon kehitys on luonut uudenlaisia paineita hoidon päämäärien määrittelyyn. Vastasyntyneiden tehohoidon tavoitteena ei voida nähdä ”kaikkien vauvojen pelastamista” tai ”perinataalikuolleisuuden laskemista”. Tavoitteeksi on noussut myös mahdollisimman hyvän elämän turvaaminen. (mm. Feldman ym. 2002: 24; Westrup ym. 2002: 448; Feldman ym. 2003a: 275; Sizun ym. 2004: F384, F386; Charpak ym. 2005: 514,520; Dodd 2005: 228; Carter 2006:xiv.)

Vastasyntyneiden tehohoidon kehittämisessä voidaan havaita kaksi keskeistä suuntausta, jotka ovat osittain päällekkäisiä. Muutoksia on tapahtunut lapsen hoitoympäristössä ja hoitolaitteissa. Nimenomaan vastasyntyneelle suunnattuja hoitolaitteita ja lääkkeitä on yhä enemmän. Hengityskoneiden ja ylipainehengityslaitteiden kehittyminen, samoin kuin keskoskehtojen kehittyminen, mahdollistaa yhä tehokkaamman vastasyntyneiden hoidon. Toisaalta samaan aikaan vastasyntyneen kehitystä ja vanhempien osallistumista tukevat hoitomuodot ovat vahvistuneet. Vastasyntyneen asentoa keskoskehdoissa tuetaan ja vauvaa suojellaan ylimääräisiltä ärsykkeiltä sekä kivuliailta toimenpiteiltä. Vanhempien osallistumista ja hoitotyön auttamismenetelmiä / vaikutuskeinoja pidetään yhä merkittävämpinä vastasyntyneen hyvinvoinnin edistämiseksi. (Field ym. 2005: 26.)

Vastasyntyneiden tehohoidon tavoitteeksi onkin yhä selkeämmin noussut vauva- ja perhekeskeisyys. Hoidamme vauvaa, mutta hän on osa perhettään. Perhe ja vauva ovat ne, jotka joutuvat elämään jokapäiväistä elämäänsä niiden päätösten pohjalta, mitä vauvan tehohoidossa on tehty. (Carter 2006: xiii.)

Vastasyntyneelle annettavan hoidon tulisi perustua oletukseen tilanteen paranemisesta. Hoidon tulisi olla mahdollisimman kivutonta eikä se saisi aiheuttaa ylimääräistä kärsimystä vastasyntyneelle. Hoidon tulisi olla sellaista, että se tukisi vastasyntyneen kehitystä ja mahdollistaisi hänelle elämästä nauttimisen osallistuvana yksilönä koko elämänkaaren ajan. (mm. Als ym. 2000: 2; Westrup ym. 2002: 455; Holsti ym. 2004: 65; Carter 2006: xiv.)

2.3 Vastasyntyneen kehitystä tukeva hoitotyö osana tehohoitoa

Lasten ja nuorten sairaalan vastasyntyneiden teho-osastolla vastasyntyneen kehitystä tukevaa hoitotyötä pidetään keskeisenä vastasyntyneen ja tämän perheen hyvinvoinnin ja terveyden edistävänä tekijänä. (Reen - Vepsäläinen 2000). Kehitystä tukevalla hoitotyöllä tarkoitetaan neonataalihoitajan suorittamia käytäntöjä, joilla pyritään vähentämään vastasyntyneelle stressiä aiheuttavaa ulkoista stimulaatiota (mm. ääni, valo, asento, pesä). Kehitystä tukevan hoitotyön teorian pohjana pidetään ajatusta siitä, että siinä pyritään optimoimaan kaikki lapsen kehittymismahdollisuudet ja minimoimaan ennenaikaisesta syntymästä johtuvat haitat. (mm. Als ym. 2004: 847; Kleberg ym. 2000: 125; Sizon ym. 2004: F384; Dodd 2005: 219; Rick 2006: 57-58.)

Kehitystä tukevan hoitotyön ideologian mukaan perheen integroimista osaksi hoitoa pidetään keskeisenä. Useat tutkimukset osoittavat, että kehitystä tukeva hoitotyö tukee vanhempia ja parantaa vanhempien luottamusta ja hyväksyntää keskoslastaan kohtaan. Lisäksi vanhemmat ovat vähemmän stressaantuneita ja arvostavat enemmän lastaan. (mm. Kleberg ym. 2000: 131; Feldman ym. 2002: 24; Feldman ym. 2003a:279; Feldman ym. 2003b:105; Sizun ym. 2004: F385; Sontheimer ym. 2004: 921-922; Carpak ym. 2005: 516-517; Dodd 2005: 227; Roller 2005: 216; Rick 2006: 58.) Esimerkiksi Kleberg työryhmineen (2000) havaitsi tutkimuksessaan, joka tehtiin lasten ollessa kolmivuotiaita, että vanhempi-lapsi vuorovaikutus oli eheämpää perheillä, jotka olivat saaneet kehitystä tukevaa hoitoa kuin niillä perheillä, jotka eivät olleet hoitoa saaneet.

2.4 Kenguruhoito osana vastasyntyneiden tehohoitoa

Yhtenä kehitystä tukevan hoitotyön osa-alueena pidetään kenguruhoitoa. Maailman terveysjärjestö (WHO) antoi oman suosituksensa kenguruhoidosta sairaan vastasyntyneen ja keskosen hoitomuotona vuonna 2003. Kenguruhoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa vastasyntynyt asetetaan vanhemman rintaa vasten vaippasillaan iho ihoa vasten. Kenguruhoidolla on tutkimusten mukaan havaittu olevan useita vastasyntyneen kehitystä tukevia vaikutuksia. Kenguruhoitoa saavan lapsen elintoimintoihin käyttämä energian tarve laskee ja energiaa säästyy kasvamiselle. Kenguruhoidon on todettu vaikuttavan positiivisesti lapsen kognitiiviseen, neurologiseen ja motoriseen kehitykseen ja vahvistavan varhaisen vuorovaikutussuhteen positiivista muodostumista. (WHO 2003)

Kotimaista hoitotieteellistä tai lääketieteellistä tutkimusta kenguruhoidosta ei ole toistaiseksi julkaistu. Kansainvälisesti kenguruhoidosta on paljon tutkimusnäyttöä. Myös tutkimusnäyttöä erilaisista kenguruhoidon toteuttamisen edistämiseen tähtäävistä hankkeista ja niiden käyttöönotosta on saatavilla jonkin verran. Tosin suuri osa tutkimuksista suuntautuu kehittyvissä maissa tapahtuneisiin kehittämishankkeisiin, mutta myös pohjoismaisista kehittämishankkeista on tutkimustietoa käytettävissä.

Tutkimukset ovat osoittaneet, että kenguruhoitoa voidaan toteuttaa turvallisesti myös vastasyntyneillä, jotka painavat alle 600g ja ovat syntyneet alle 26 raskausviikolla. Kenguruhoitoa voidaan toteuttaa turvallisesti hengityskonehoitoa vaativilla lapsilla silloin, kun heidän hengitystuen tarpeensa on kohtuullinen ja lisähapen tarve on < 50% ,

peruselintoiminnot ovat vakaat eikä sydämen tukilääkkeitä ole käytössä. (Lundington-Hoe ym. 2003:581). Tutkimusten mukaan kenguruhoitoa voidaan toteuttaa turvallisesti vastasyntyneillä, joilla on syvävena-, arteria-, (napakatetri) tai muu suonikanyyli, joka on hyvin kiinnitetty. Riski, että lapsi ekstuboituu kenguruhoidon aikana on pieni. (Lundington-Hoe ym. 2003:581, 585.)

Vauvan valmiutta kenguruhoitoon voidaan testata mm. hänen suhtautumisellaan hoitoihin. Mikäli vastasyntyneen elintoiminnot (hengitysfrekvenssi, pulssi, verenpaine, happisaturaatio) ovat vakautuneet 15 minuutin sisällä hoidosta lähtötasolle, voidaan hänen olettaa hyötyvän kenguruhoidosta. Mikäli vastasyntyneen elintoiminnot eivät vakaudu 15 minuutin kuluessa hoidosta (mm vaipanvaihto, imut) voidaan vauvan vointia pitää vielä liian epävakaana kenguruhoitoon. Kenguruhoito voidaan aloittaa heti kun vauvan peruselintoiminnot on saatu vakiinnutettua. Vauvan ikä, gestaatioikä, paino tai hengityskonehoito eivät ole esteitä kenguruhoidon toteuttamiselle. Vauvan hoidosta vastaava lääkäri antaa luvan kenguruhoidon aloittamiseen (Lundington-Hoe ym. 2003: 581; Ezeonodo – Tarvonen 2007:1.)

Kaikille vastasyntyneille ja perheille kenguruhoidosta olevia hyötyjä ovat:

1. Vastasyntyneen ruumin lämpö pysyy tasaisena, eikä hypotermiaan vaara ole. (mm. Carpak ym. 2005; Dodd 2005.)
2. Vastasyntynyt nukkuu yhtä hyvin tai jopa paremmin kenguruhoidossa kuin keskoskehdoissa. (mm. Feldman ym. 2003; Charpak ym. 2005; Dodd 2005.)
3. Vastasyntynyt sietää paremmin enteraalista, suunkautta tapahtuvaa ruokintaa (mm. Carpak ym. 2005; Dodd 2005.)
4. Vastasyntyneen hengitystoiminta paranee. (mm. Feldman ym. 2003; Carpak ym. 2005; Dodd 2005.)
5. Vanhempia tuetaan heidän luonnollisessa roolissaan vanhempina ja vastasyntyneen ensisijaisina hoitajina. (mm. Kleberg ym. 2000; Westrup ym. 2002; Feldman ym. 2003; Sizun ym. 2004; Sontheimer ym. 2004; Carpak ym. 2005; Dodd 2005; Roller 2005; Rick 2006.)
6. Äitiä tuetaan rintamaidon tuotannon aloittamisessa ja sen ylläpitämisessä sekä varhaisessa rintaruokinnan aloittamisessa. (Hedberg Nyqvist 2004; Carpak ym. 2005; Roller 2005.)

2.5 Kenguruhoiton toteuttamisen haasteita vastasyntyneiden teho-osastolla

Lasten ja nuorten sairaalan vastasyntyneiden teho-osastolla kenguruhoitoa on toteutettu jossain määrin 1980-luvun puolivälistä lähtien. Hoitomuodon toteuttamista pidettiin haastavana ja se koettiin usein vastasyntyntä tai henkilökuntaa rasittavana. Rajoituksia kenguruhoiton toteuttamiselle asettavat hoitohenkilökunnan mielestä mm. osaston tilojen ahtaous, hoidon toteuttamiseen sopivien tuolien puuttuminen, henkilökunnan niukkuus, potilaiden vaativa tehohoitoisuus ja osaston totut toimintatavat. Lisäksi osastolta puuttuivat täysin hoidon toteuttamisohjeet ja riittävä näyttöön perustuva koulutus hoitomuodosta. Tarve kenguruhoiton toteuttamista edistävän toiminnan kehittämiseksi osastolla oli suuri.

Tutkittaessa näyttöön perustuvan hoitotyön ankkuroimista käytäntöön tutkimukset osoittavat useita hidastavia tai vaikeuttavia tekijöitä. Tutkitun tiedon käyttöönotto vaatii sen soveltamista osaston omiin käytäntöihin. Tämä vaatii puolestaan innostusta ja kykyä käydä läpi, lyhennellä ja asettaa osaston omaan kontekstiin tutkimuksista saatua tietoa. Jotta näyttöön perustuva toiminta voisi käynnistyä, tulee henkilökunnan sisäistää saatu tieto ja taito. Tässä prosessissa riskinä on tiedon muuntuminen pois alkuperäisestä tiedosta ja tutkimuksien tuloksista. (Wallin ym. 2005: 62.)

Eriyisen haastavaa on olemassa olevien hoitokäytäntöjen muokkaaminen niin, että ne vastaavat nykyaikaista näyttöön perustuvaa tietoa. Yleisesti katsotaan olevan yksinkertaisempaa tuoda aivan uusia hoitomuotoja käytäntöön kuin parantaa jo olemassa olevia. Tilanteissa, missä nykyisiin käytäntöihin ollaan tyytymättömiä, muutosvastarinta on pienempää. Lisäksi muutosvastarintaa helpottavia tekijöitä ovat tutkitun tiedon helppo saatavuus ja tiedon lisääntyminen. (Wallin ym. 2005: 70.)

Haasteita näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotolle on lisäksi sairaanhoitajien riittämätön koulutus tutkitun tiedon käytöstä. Kova työpaine ja vaikeus löytää työn kehittämiseksi pyhitettyä aikaa on ehdottomasti yksi suurimmista tutkimuksissa esiintuodusta tutkitun tiedon käyttöönoton ja hoitotyön laadun kehittämisen esteistä. (Wallin ym. 2005: 70-71; Rick 2006: 58; Chia ym. 2006:25.)

Useissa tutkimuksissa korostetaan opettamisen ja ohjaamisen merkitystä näyttöön perustuvan toiminnan integroimiseksi osaksi hoitotyötä. Hoitotyön johtajilla on merkittävä

rooli näyttöön perustuvan toiminnan edistämisessä. (Millette ym. 2005: 104; Walliin ym. 2005: 72; Perälä - Pelkonen 2006:12-15; Rick 2006: 59; Chia ym. 2006: 25.)

Hoitotyön johtamisella nähtiin suuri merkitys kenguruhoidon toteutumisen edistämiseksi tutkimuksissa. Suurimpana esteenä kenguruhoidon toteuttamiselle vastasyntyneiden teho-osastolla pidetään tutkimuksissa henkilökunnan huolta kenguruhoidon turvallisuudesta vastasyntyneelle. Riittävä henkilöstömitoitus, hoitotyön johdon ja lääkäreiden tuki sekä näyttöön perustuvat henkilökunnan koulutusohjelmat nähtiin välttämättömänä, jotta kenguruhoidon edistämistä tukevan hoitoympäristön saavutettaisiin. (Johnson 2007: 28; Mallet ym. 2007:884.)

Pohjois-Amerikassa tehtyjen tutkimusten mukaan kehitystä tukeva hoitotyö vähentää hoidon kustannuksia 4000 - 120 000 US\$ lasta kohden tehohoitojakson aikana lapsen syntymäpainosta ja gestatioiästä riippuen. (Westrup ym. 2002: 454.) Vastasyntyneiden teho-osastolla tehtävän kenguruhoidon kehittämistyön voidaan olettaa olevan kustannushyödyllinen aikaisemman aiheesta tehdyn tutkimustiedon perusteella. Näyttöön perustuvan terveydenhuollon (Evidence-based Health Care) tavoitteena on luoda ja tuoda käytäntöön toimintamalleja, jotka tarjoavat terveydenhuollon asiakkaille optimaalista hoitoa ja parantaa täten hoitotuloksia. Lisäksi EBHC perustavoitteena on auttaa karsimaan vanhentuneita ja hyödyttömiä käytäntöjä ja saattaa käytäntöön toimivia työmalleja. (Wallin ym. 2005: 61; Glickin ym. 2006: 6.)

2.6 Aikaisemmat tutkimukset kenguruhoidon kehittämishankkeista vastasyntyneiden teho-osastoilla

Bergh ja Pattison (2003: 709-710) kuvaavat artikkelissaan kenguruhoidon käyttöönottoa edistävän käsitelmän luomista. Alun perin tutkimuksen tavoitteena oli määritellä hallinnollisia tekijöitä kenguruhoidon käyttöönottoon liittyvässä päätöksen teossa. Tutkimuksen edetessä ja tiedon lisääntyessä tämä muuntui käsitteelliseksi malliksi, jonka tavoitteena on tukea johtoa ja henkilökuntaa tutkittuun tietoon perustuvassa kenguruhoidon käyttöönotossa ja toteuttamisessa. Artikkelissa tuodaan julki keskeisiä hallinnollisia tekijöitä, jotka vaikuttavat kenguruhoidon täytäntöönpanoon institutionaalisella tasolla.

Ennen kuin kenguruhoitoa päästään toteuttamaan on täytynyt tehdä lukuisia hallinnollisia ratkaisuja. Analyysi terveydenhuollon yksikön luonteesta, muutostarpeista ja kehittämishankkeiden ylläpidosta tulee käydä läpi ennen kuin voidaan keskittyä kenguruhoitoa tai vastasyntyneiden hoitoa koskeviin tekijöihin. Tällä tarkoitetaan paneutumista instituution sisäiseen politiikkaan eli tekijöihin, jotka voidaan ryhmitellä ”organisaatiomuodon”, ”hallinnollisten tekijöiden”, ”infrastruktuurin” ja ”henkilöstörakenteen” osakkeiden alle. Näiden sisäiset, joko näkyvät tai näkymättömät dynamiikat voivat vaikuttaa ratkaisevasti kenguruhoitoon toteutumiseen. Tällaisia tekijöitä ovat mm. budjettiin varattavat määrärahat, potilaspaikat ja henkilöstömäärä. Näiden oikeanlainen mitoitus vaikuttaa ratkaisevasti hoidon laatuun ja epäsuorasti mm. organisaation ilmapiiriin. Ilmapiiriä koskevista tekijöistä korostuvat erityisesti ihmissuhteet, hoitokulttuuri ja sitoutuminen sekä ihmisarvon ja oikeuksien kunnioittaminen. Näiden lisäksi myös oikeudenmukainen resurssien käyttö korostuu. (Bergh – Pattison 2003: 712-713.)

Uuden hoitomuodon kuten kenguruhoitoon käyttöönotto saattaa vaatia paradigman uudelleen määrittelyä pääosallisilta toimijoilta sekä johdolta. Hoitotyöntekijät eivät ole enää ”pääosassa” vastasyntyneen ensisijaisina hoitajina vaan ”valta” vastasyntyneen ensisijaisena hoitajana on palautettu äidille, jota terveydenhuollon ammattilaiset toiminnallaan tukevat. Vastasyntyntä ei enää nähdä ”sairaalan lapsena”, vaan vanhempiensa lapsena. Yksi suurimmista johtamisen haasteista liittyykin tapaan löytää sopivia strategioita auttaa terveydenhuollon ammattilaisia tässä paradigman muutoksessa ja löytää keinoja muutosvastarinnan voittamiseksi. (Bergh – Pattison, 2003: 713.)

Wallin, Rudberg ja Gunningberg (2005: 62-64) tuovat esiin artikkelissaan työntekijöiden kokemuksia Ruotsissa tehdystä kenguruhoitoon toteutusohjeiden käyttöönottoa koskevasta toiminnasta. Tutkimuksessa käyttöönotettiin näyttöön perustuva toimintaohje (clinical practice guideline) neljässä vastasyntyneiden hoitoyksikössä. Kahdessa yksikössä annettiin ulkopuolisen asiantuntijan apua (facilitation) jo ennen ohjeiden käyttöönottoa ja kahdessa vasta käyttöön oton jälkeen. Kaikissa yksiköissä oli sovittu, että hoitotyön johtajat käynnistävät ja tukevat ohjeiden käyttöönottoa. Tutkimuksessa keskityttiin hoitohenkilökunnan kokemuksiin muutosprosessista. Oletuksena oli, että toteutusohjeet eivät vaikuta potilaan saamaan hoitoon, ellei henkilökunnassa tapahdu toiminnan muutosta.

Kaikissa tutkimukseen osallistuvissa yksiköissä oli korkea potilaskuormitus koko tutkimuksen ajan (93–122%). Osastonhoitajat valitsivat kehittämissryhmät osastoiltaan toimimaan muutoksen käytäntöön panijoina. Ulkopuolinen asiantuntija käytti ryhmien tukemisen menetelmänä ryhmäkeskeistä, demokraattista ja voimauttavaa lähestymistapaa käytännön hoitotyön muutoksen tukemiseksi. Kriittisen ajattelun, ideoiden jakamisen ja muutosprosessin tukeminen olivat keskeisiä elementtejä toiminnassa. (Wallin ym. 2005: 63.)

Tutkimuksen tulokset korostavat henkilökunnan kokevan hoitotyön johdon sitoutumisen ja tuen tärkeäksi kehittämistyön onnistumiselle. Organisaation arvot heijastuvat siinä, miten ryhmille annettiin työn tekemiseen pyhitettyä aikaa. Tämä taas korostaa johtamisen merkitystä. Muutostiimit kuvasivat haastatteluissa hyvin erilaista johdon lähestymistapaa mm. seuraavasti:

- ✓ ”Meillä on niin hyvä osastonhoitaja... hän luottaa meihin ja tukee meitä kaikessa mitä teemme. On tärkeää että on joku, johon voi luottaa ja jonka kanssa voi käydä asioita läpi...”
- ✓ ”Meillä oli konflikteja kollegoiden kanssa, (ne sano), `onko teidän pakko todellakin mennä, onko se todellakin tarpeellista?` Meille sanottiin, että työ jota me tehtiin, oli tarpeetonta...”

Ulkopuolisen asiantuntijan antama tuki koettiin tärkeäksi ja sen nähtiin tukevan muutosprosessin läpikäymistä. Ryhmien jäsenet kuvasivat, että tuki vahvisti tietoisuutta omasta sisäisestä muutosvastarinnasta ja auttoi täten kohtaamaan kollegoilta saatua vastustusta (Wallin ym. 2005: 68-69.)

Bergh työryhmineen (2005) kuvaa artikkelissaan luomaansa kenguruhoidon käyttöönoton prosessin mittaamiseen soveltuvaa käytännön mallia ja sen käytäntöönottoa sekä saatuja tuloksia.

Uuden hoitomuodon käyttöönotto vie aina aikaa ja sisältää asteittain etenevän prosessin, jossa vahvistetaan ja parannetaan käytäntöä. Tutkimusryhmä kiinnostui selvittämään olisiko mahdollista luoda malli, jonka avulla voidaan mitata kenguruhoidon käyttöönottoprosessin etenemistä. Tavoitteena oli varmistaa prosessin eteneminen ja pysyvyys terveydenhuollon yksiköissä. Tutkimusryhmän saamat aikaisemmat tutkimustulokset, kenguruhoidon käyttöönoton käsitteellinen malli ja ohjekirja toimivat pohjana, josta tutkimusryhmä lähti kokoamaan prosessin etenemisen mallia. (Bergh ym. 2005: 1103.)

Prosessin etenemistä kuvaava malli on rakentunut kolmen vaiheen (pre-interventio vaihe, käyttöönotto ja vakiinnuttaminen) ja kuuden osa-alueen ympärille, jotka kuvaavat prosessin etenemistä (tietoisuus, käsitteen haltuunotto, resurssien käyttöönotto, toiminnan käynnistymisen näyttö, toiminnan vakiintuminen ja pysyvä toiminta). Kuuteen osa-alueeseen sisältyy useita kvantitatiivisia indikaattoreita eli prosessia kuvaavia markkereita, joilla mitataan prosessin etenemistä. Osasto tai sairaala voi saada maksimissaan yhteensä kolmekymmentä pistettä näistä markkereista. (Bergh ym. 2005: 1104.)

Tätä tiedonkeruuvälinettä käytetään noin 30-60 minuuttia kestävän sairaalan (tai osaston) ”läpikulku” vierailun aikana. Instrumentti on testattu 65 sairaalassa Etelä-Afrikassa. Instrumentin luotettavuus on havaittu tieteellisesti vahvaksi. Tämän mallin avulla voidaan numeerisesti ja visuaalisesti havainnollistaa käyttöönottoprosessin etenemistä ja eri vaiheita yksittäisten sairaaloiden / osastojen osalta. Näin saadaan helposti palautetta prosessin etenemisestä ja pystytään puuttumaan mahdollisiin ongelmakohtiin. Koska mallin avulla mitataan kenguruhoidon käyttöönottoa ja sen tuloksia, voidaan saatuja tuloksia pitkällä tähtäimellä käyttää apuna ja täydentää hoitotuloksia ja hoidon kustannuksia koskevilla analyyseilla. (Bergh ym. 2005: 1104-1107.)

Tämä sama tutkimusryhmä testasi Pattisonin (2005: 924-927) johdolla kahta eri kenguruhoidon käyttöönoton strategiaa 34 sairaalassa Etelä-Afrikassa. Tässä tutkimuksessa tutkimusryhmä havainnoi Wallinin tutkimusryhmän tavoin, että ulkopuolinen asiantuntija-apu helpotti kenguruhoidon käyttöönottoa kohdesairaaloissa. Ryhmä havainnoi myös, että sairaalan johdolla on merkittävä rooli etenkin muutosprosessin alkuvaiheessa. Joskus muutoksen mahdollistamiseksi yksikössä tulee tapahtua ensin fundamentaalisia muutoksia mm. johtamisjärjestelmässä ja lähestymistavoissa. Tutkimusryhmän mukaan hoitokäytäntöjen muuttaminen oli mahdollista ja onnistuu parhaiten hyväksikäyttäen ulkopuolista asiantuntija-apua.

Carpak ja Ruiz-Peláez (2005: 529-530) tutkivat kehittyvissä maissa kenguruhoidon käyttöönottoon liittyvää vastustusta ja antavat artikkelissaan ehdotuksia tämän vähentämiseen. Tietoja kerättiin sähköpostitse lähetetyllä avoimella kyselylomakkeella 17 sairaalasta 15 eri maasta, joissa kenguruhoidon käyttöönotto oli onnistunut hyvin. Tutkijat vierailivat vuosien 1994 - 2004 välisenä aikana 15 sairaalassa, joissa ilmeni ongelmia hoitomuodon käyttöönotossa. Näissä suoritettiin avainhenkilöiden haastattelut.

Tutkimuksen tarkoitus oli identifioida ja ymmärtää tilanteita sekä syitä kenguruhoidon käyttöönoton esteistä. Tulokset jaoteltiin ”suoriin argumentteihin” ja ”epäsuoriin argumentteihin” riippuen kenguruhoitoon liittyvän esteen syyn taustasta. Tutkijat erottivat kaksi eri lähestymistapaa ongelmiin. Lähestymistapa koskien suoria tai epäsuoria argumentteja on erilainen. Epäsuorat argumentit ovat usein kulttuurista tai kenguruhoitoa koskevasta epätäydellisestä tietotaidosta nousevia ongelmia.

Kenguruhoitoa pidettiin vähäpätöisenä hoitomuotona koska se nähtiin ”köyhän miehen vaihtoehtona” kehittyville maille. Tämä argumentti on epäsuora koska se ei perustu näyttöön. Todellisuudessa kenguruhoito perustuu tiukkaan tieteelliseen näyttöön ja sitä toteutetaan myös kehittyneissä maissa. (Charpak – Ruiz-Peláez 2005: 530.)

Kenguruhoitoa pidetään ylimääräisenä taakkana henkilökunnalle. Tämä vastustus syntyy lähes jokaisessa yksikössä, niin kehittyvissä kuin kehittyneissä maissa. Se on rationaalinen suora argumentti, joka perustuu faktoihin ja siihen on vastattava näytöllä. Tutkimusten mukaan kenguruhoidon antamiseen hyvin koulutettu äiti todellisuudessa vähentää työntekijöiden työtaakkaa. (Charpak – Ruiz-Peláez 2005: 530-531.)

Äideille ei ole yksityisyyden suoja. Jotkut äidit ja osa terveydenhuollon henkilökunnasta kokevat epämukavaksi sen, että äiti joutuu opettelemaan kenguruhoitoasennon ja rintaruokinnan toteuttamisen vieraiden ihmisten läsnäollessa. Yksityisyyden puute on suora argumentti. Järjestelyillä voidaan vaikuttaa siihen, että äidin yksityisyyttä kunnioitetaan mahdollisimman paljon. Esimerkiksi sairaalatakkien avulla voidaan välttää koko yläruumiin paljastamista, lisäksi erilaisilla sermeillä tai yksityishuoneen käytöllä voidaan suojata äidin ja lapsen yksityisyyttä. (Charpak – Ruiz-Peláez 2005: 531.)

Terveydenhuollon henkilökunta ei mahdollista jatkuvaa 24/7 kenguruhoitoa. Terveydenhuollon henkilökunta pitää usein tarpeettomana jatkuvan kenguruhoidon (24 tuntia vuorokaudessa viikon jokaisena päivänä = 24/7) mahdollistamista. Intermittoivaa kenguruhoitoa pidetään yhtä hyvänä ja tehokkaana hoitomuotona. Korkean teknologian osastoilla tehdyt tutkimukset ovat johtaneet väärään käsitykseen intermittoivan kenguruhoidon tehokkuudesta kaikissa olosuhteissa. Tämä vääristynyt käsitys on epäsuora argumentti, joka perustuu puutteelliseen tietoon ja puutteellisesti tulkittuihin tutkimustuloksiin. (Charpak – Ruiz-Peláez 2005: 531-532.)

Äidit kieltäytyvät tarjoamasta jatkuvaa 24/7 kenguruhoitoa. Jotkut äidit saattavat tuntea jatkuvan kenguruhoidon tarjoamisen ylivoimaisena ja suostuvat vain intermittoivaan kenguruhoitoon. Tämä johtuu vastasyntyneiden hoitoyksiköiden varustetason sopimattomuudesta ajatellen äidin tarpeita. (Tämä on suora argumentti, joka perustuu tosiasioihin.) Terveystieteiden henkilöstön ja etenkin johdon tulisi ensisijaisesti nähdä tarpeellisenä asiallisten olosuhteiden luomisen kenguruhoidon toteuttamiseen. (Charpak – Ruiz-Peláez 2005: 532.)

Isän osallistumista rajoitetaan. Monet isät ajattelevat, että vain äidin tulee olla vastuussa lapsen hoitamisesta. Tämä on epäsuora argumentti, joka pohjautuu kulttuurallisiin arvoihin. Isiä tulisi valistaa kenguruhoidon hyödyistä ja tuoda esiin että kaikki ihmiset voivat ylläpitää vastasyntyneen lämpöä kenguruhoidon avulla. Isän osallistuminen hoitoon parantaa perheen yhtenäisyyttä. (Charpak – Ruiz-Peláez 2005: 532.)

Henkilökunta kokee rintaruokinnan ylimääräisenä työtaakkana. Äidin ohjaaminen ja tukeminen keskosien rintaruokintaan on vaativaa. Sen toteuttaminen vaatii henkilökunnalta taitoa, aikaa ja sitoutumista. Tämä on ehkä suurin henkilökunnan taholta nouseva este. (Tämä on suora argumentti.) Tähän voidaan vastata riittäväällä koulutuksella. (Charpak – Ruiz-Peláez 2005: 532.)

Henkilökunta on huolestunut vastasyntyneen turvallisuudesta aikaisemman kotiutuksen jälkeen, vaikka turvallisen kotiutuksen edellytykset täyttyvät. Terveystieteiden henkilökunta ja hallinto ovat yleensä vastahakoisia kohtaamaan asioita, jotka he kokevat riskinä potilailleen ja kokevat helpompana siirtää kotiutusta / jatkohoitoon siirtämistä. Tämä käytäntö kuitenkin aiheuttaa osastojen ylikuormittumista ja altistaa vastasyntyneen sairaalainfektioille sekä vähentää kenguruhoidon hyötyä perheen voimauttajana. (Charpak – Ruiz-Peláez 2005: 533.)

Tutkimuksessa kenguruhoidon osa-alueista eniten vastustusta aiheutti aikaisempi vastasyntyneen kotiutus. Toinen tärkeä tulos oli, että henkilökunnan ja vanhempien muita tekijöitä kohtaan kokema vastustus johtui useimmiten kulttuurallisista tekijöistä. Tämä korostaakin esteiden syiden aktiivista etsimistä, tunnistamista ja ymmärtämistä. Usein ongelman ratkaisemiseksi riittää ongelman huomioiminen, jolloin todelliseen ongelmaan on mahdollista puuttua. (Charpak – Ruiz-Peláez 2005: 533.)

2.7 Yhteenveto tutkimuksista

Tutkimuksissa on tunnistettu useita kenguruhoidon toteuttamiseen vaikuttavia estäviä tekijöitä huolimatta siitä, että kenguruhoidolla on hyvin vahva tieteellinen näyttö myönteisestä vaikutuksesta vastasyntyneeseen ja tämän perheeseen. (mm. Kleberg ym. 2000; Feldman ym. 2002; Feldman ym. 2003; Dodd 2005; Roller 2005; Gonde-Agudelo ym. 2006; Rick 2006.) Vastustusta kenguruhoidon toteuttamiselle tutkimusten mukaan luovat mm. teho-osastoiden tilojen ahtaus, potilaiden vaativa tehohoitoisuus, henkilökunnan niukkuus ja henkilökunnan osittain puutteellinen (näyttöön perustuva) tietotaso kenguruhoidosta sekä organisaatioiden totutut toimintatavat. (mm. Bergh – Pattison 2003, Charpak – Ruiz-Peláez 2005; Millette ym. 2005; Pattisonin ym. 2005; Walliin ym. 2005; Chia ym. 2006; Perälä - Pelkonen 2006; Johnson 2007; Mallet ym. 2007.)

Kenguruhoidon toteutumisen edellytyksenä yksittäisen vastasyntyneen – vanhempi parin osalta on hoitoympäristön muokkaaminen sellaiseksi, että kenguruhoitoa on mahdollista toteuttaa. Keskeisessä asemassa tässä on henkilökunnan positiivinen asenne kenguruhoitoa kohtaan. Henkilökunnalla on teho-osastolla valta yli vanhempien päätettäessä kenguruhoidon toteuttamisesta. Myös tilojen on oltava sellaiset, että ne mahdollistavat kenguruhoidon toteuttamisen. Minimivaatimuksena on tuoli vanhemmalle. (mm. Feldman ym. 2002; Feldman ym. 2003; Lundington-Hoe ym. 2003; Hedberg Nygvist 2004; Charpak – Ruiz-Peláez 2005; Pattison ym. 2005; Chia ym. 2006; Johnson 2007.)

Tutkimuksissa korostuu perhekeskeisyyden merkitys vastasyntyneen ja hänen perheensä hyvinvoinnin edistämiseksi. Kenguruhoito menetelmänä on perhettä voimauttava, lisäksi kenguruhoidolla on lukuisia vastasyntyneen terveyttä edistäviä vaikutuksia. (mm. Kleberg ym. 2000; Feldman ym. 2002; Westrup ym. 2002; Feldman ym. 2003; Sizun ym. 2004; Sontheimer ym. 2004; Charpak ym. 2005; Dodd 2005; Roller 2005; Gonde-Agudelo ym. 2006; Rick 2006.)

Kenguruhoidon toteuttamisen tukemiselle organisaation johdon tuki nähtiin ensiarvoisen tärkeänä. Hoitotyön johdon tuki oli keskeinen tekijä hoidon toteutumiselle, sillä riittävä henkilöstöresursointi, koulutus ja näyttöön perustuvan toiminnan vahvistuminen ovat ensisijaisia tärkeitä. (mm. Westrup ym. 2002; Bergh – Pattison 2003, Charpak – Ruiz-Peláez 2005; Millette ym. 2005; Pattison ym. 2005; Walliin ym. 2005; Johnson 2007; Mallet ym. 2007.)

Kenguruhoitoa edistävän toiminnan vahvistuminen ja vahvistaminen vaatii organisaatiotasolla tapahtuvaa sitoutumista ja toiminnan tasolle etenevä muutosprosessi on pitkä. Muutosvastarinnan kohtaamiseen ongelmien avoin käsittely ja näyttöön perustuva koulutusohjelma ovat tehokkaita. Ulkopuolisen asiantuntijan tuki on koettu tehokkaana apuna prosessin läpiviemiselle. (mm. Feldman ym. 2003, Charpak – Ruiz-Peláez 2005; Pattison ym. 2005; Walliin ym. 2005; Johnson 2007; Mallet ym. 2007.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa on selvitetty tarkkaan kenguruhoidon vaikutuksia vastasyntyneen fyysiseen (mm Dodd 2005), psyykkiseen (mm. Feldman ym. 2003) ja sosiaaliseen hyvinvointiin (Feldman ym. 2003) sekä hänen perheensä hyvinvointiin (mm. Roller 2005). Lisäksi on tutkittu kenguruhoidon toteuttamiseen vaikuttavia hallinnollisia tekijöitä (mm Bergh – Pattison 2003) sekä hoitotyön ammattilaisten kokemuksia näistä muutosprosesseista (mm. Walliin ym. 2005). Tutkimuksia kenguruhoidon toteuttamista koskevan kehittämistyön vaikutuksista kenguruhoidon toteutumiseen potilasvalintojen näkökulmasta tietyssä instituutiossa tai osastolla ei ole toistaiseksi julkaistu. Kenguruhoidon toteutumista edistävän tiedon lisäämiseksi ilmiön tutkiminen myös tästä näkökulmasta on ensiarvoisen tärkeää.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää vastasyntyneiden teho-osastolla henkilökunnalle annettavan systemaattisen kenguruhoito-ohjauksen, koulutuksen ja luotujen toteutusohjeiden (= intervention) käyttöönoton vaikutusta osastolla annettavaan kenguruhoidon toteutumiseen ennen interventiota ja intervention aikana. Tavoitteena on vähitellen vakiinnuttaa kenguruhoito osaksi osastolla annettavaa perushoitotyötä. Luoduilla toimintaohjeilla, annetulla systemaattisella koulutuksella ja tutkimusaineiston keräämisellä pyritään vastaamaan syntyneeseen kehittämistarpeeseen. Oletuksena on, että projektissa julkaistu osaston kenguruhoidon toteutusohjeet ja annettu koulutus sekä tietoisuuden lisääminen lisäävät kenguruhoidon toteutumista osastolla. Tässä työssä raportoidaan interventiotutkimuksen eteneminen toiseen vaiheeseen asti.

3.1 Tutkimuskysymykset

Interventiota koskevat tutkimuskysymykset olivat:

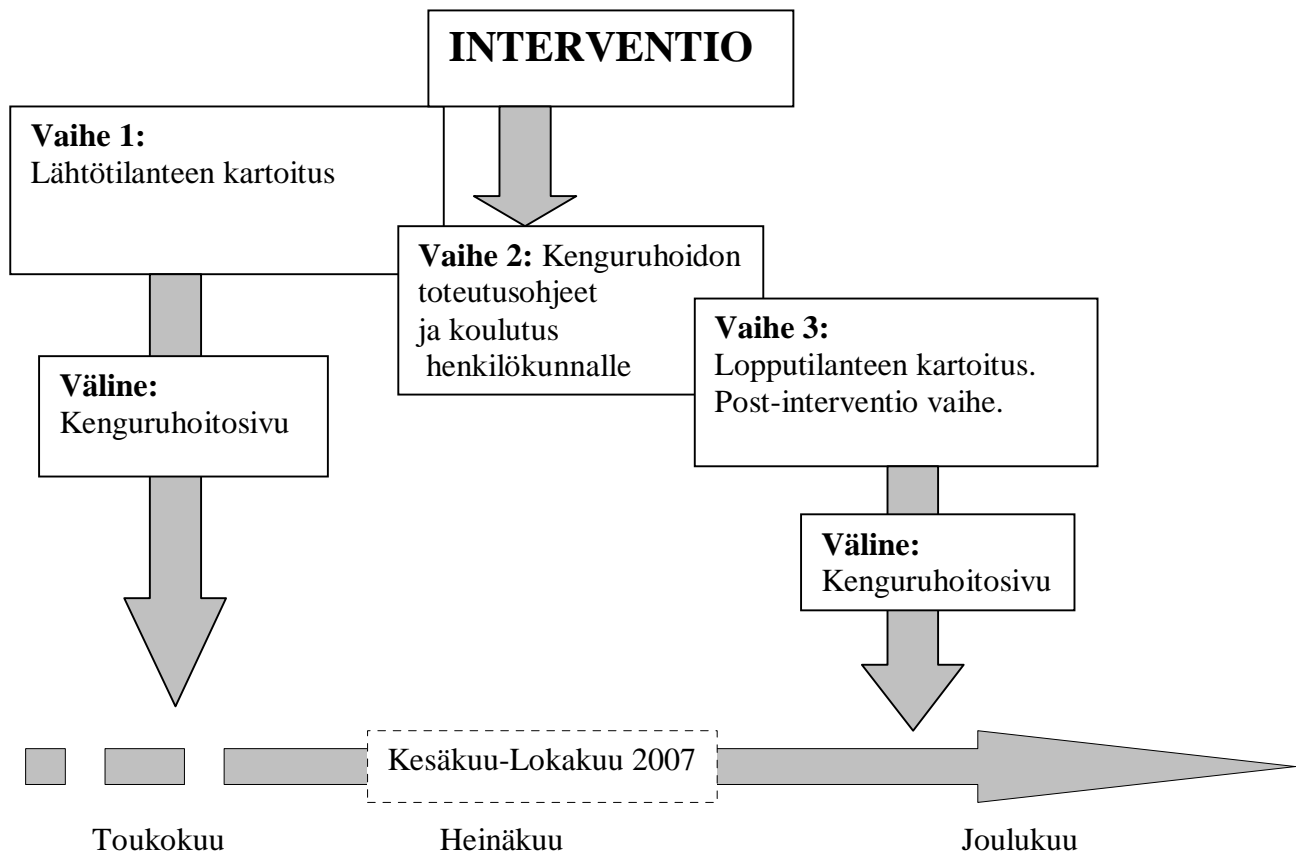
1. Miten kenguruhoito toteutui ennen interventiota?
2. Miten interventioon liittyvä koulutus toteutui?
3. Miten kenguruhoito toteutui toteutusohjeiden antamisen jälkeen ja koulutuksen aikana?

Kenguruhoidon toteutumisen tutkimiseksi ennen interventiota tutkimuskysymykseen yksi (1) haettiin vastausta seuraavilla potilasasiakirjoille annetuilla tukikysymyksillä:

- § Kenguruhoitettavan lapsen ikä, gestaatioikä, hengitysmuoto, iv-reitti ja iv-lääkitys / nesteytys?
- § Kuinka usein lapsi pääsee kenguruhoitoon?
- § Kenguruhoitokerran kesto?
- § Miksi kenguruhoito lopetettiin?
- § Jos lapsi ei ole päässyt kenguruhoitoon, miksi ei?
- § Lapsen yleisvointi kenguruhoidon aikana?
- § Miten vanhempien ohjaus ja tukeminen on toteutunut?
- § Vanhempien kokemus kenguruhoidosta hoitokerran aikana?
- § Mitä kenguruhoidon toteuttamiseen vaikuttavia tekijöitä kirjattiin?

3.2 Tutkimusasetelma

Tutkimusasetelma kuvataan kuviossa 1. ja se on kolmiosainen: (1) ensimmäinen vaihe on lähtötilanteen kartoitus, joka tapahtuu interventiota edeltävästi (2) toinen vaihe on intervention toimeenpano ja (3) kolmas vaihe on lopputilanteen kartoitus eli intervention jälkeinen vaihe. Kenguruhoidon toteutusohjeet ja niiden käyttöönottoon liittyvä koulutus tapahtuu (2) toisessa vaiheessa.



KUVIO 1. Tutkimusasetelma

Interventiota edeltävässä vaiheessa tehtävä mittaus on välttämätön toiminnan lähtötason määrittelemiseksi potilasasiakirjoista, tästä johtuen interventio aloitetaan tutkimuksen toisessa vaiheessa. Lopputilanteen kartoitus vaihe on mukana, jotta voidaan arvioida intervention vaikutusta. Interventiossa osastolle käyttöön otetuilla kenguruhoidon toteutusohjeilla ei ole vaikutusta potilaisiin, jollei henkilökunnassa tapahdu asenteen- ja toimintatavan muutosta. Burns ja Grove (2005, s323) esittävät, että intervention oletetut tulokset ovat seurausta muutosprosessista. Tämä muutosprosessi aiheutuu intervention käynnistymisen jälkeisistä muutoksien sarjoista osallistujissa ja välittäjämuuttujissa. Tässä tutkimuksessa keskitytään näiden muutossarjojen kuvaamiseen.

3.3 Tutkimusotos, aineiston keruu ja analyysi

Tutkimuksessa käytettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista lähestymistapaa tutkimusaineiston keräämiseen. Aineistojen analyysi tapahtui tilastollisia menetelmiä ja sisällön analyysiä hyväksikäyttäen.

Tutkimusaineistona on lasten ja nuorten sairaalan vastasyntyneiden teho-osastolla hoidossa olleiden tutkimusluvan antaneiden vanhempien ennenaikaisesti syntyneiden vastasyntyneiden potilasasiakirjat kenguruhoitosivun osalta ajalta 15.05.2007 – 15.06.2007. Potilasasiakirjoista tarkastellaan kenguruhoidon toteuttamiseen liittyviä potilastietoja. Osastolla käytössä olevaan sähköiseen potilastietojärjestelmään on luotu ennen tutkimuksen alkamista kenguruhoidon seurantasivu, jonka pohjalta osastolla on kerätty kenguruhoidon toteutumatilastoa lähtötason kartoituksen jälkeen. Tässä tutkimuksessa hyödynnetään kerättyä tilastoa. Tilastosta ei tule julki yksittäisen potilaan tietoja, vaan se sisältää vain numeraalista tietoa toteutumista koskevista tiedoista tai kerroista.

Lisäksi tutkimusaineistona on lasten ja nuorten sairaalan vastasyntyneiden teho-osastolla pidettyjen koulutusten toteutuma ja tutkijan koulutustilaisuuksista tekemät merkinnät. Tutkimusaineistona toimii myös ennen lähtötason tilanteen mittaamista suoritettu henkilökunnan kenguruhoitoa kohtaan tuntemien asenteiden ja toimintatapojen suullisesti tehty kartoitus.

Lähtötason potilastiedot kerättiin potilailta (n=14), joiden vanhemmat olivat antaneet tutkimusluvan. Tutkimuspotilaiden valintakriteerinä oli syntymägestaatioikä alle 32 raskausviikkoa. Kerätyistä lähtötason potilasaineistosta käytettävissä tähän tutkimukseen oli tietoteknisistä syistä johtuen kuudet (n=6) potilastiedot eli yhteensä 177 hoitovuorokauden tiedot. Aineiston keräämisen jälkeen osaston kuormitustilanteesta johtuen osaston potilastietojärjestelmästä jouduttiin väliaikaisesti poistamaan arkistointiasemalle osaston tutkimuspotilaat. Tutkimuspotilaiden tietojen palauttamisesta arkistointiasemalta käyttöasemalle on ilmennyt ongelmia, joita tietotekniikasta vastaava henkilökunta ei ole toistaiseksi saanut korjattua. Tästä johtuen myöskään tämän tutkimuksen tekijällä ei ole ollut käytettävissään kaikkien tutkimuspotilaidensa sähköistä potilaskertomusta, joissa tutkimuksen tekemiselle välttämättömät tiedot ovat. Tähän työhön käytettävissä olleista potilasasiakirjoista tiedot on analysoitu käyttäen apuna luokittelurunkoa (katso liite 1. Kenguruhoitosivu). Analysoitava aineisto käsiteltiin SPSS ohjelmaa hyväksikäyttäen, hoitajien kirjoittamat tekstit kenguruhoitosivun vapaasta tietokentästä analysoitiin sisällön analyysillä deduktiivisesti, siten että tutkimuskysymykset olivat luokittelurunkona.

Kerättyjen kuukausitilastoiden tiedot analysoitiin neljän kuukauden ajalta eli heinäkuusta lokakuuhun 2007. Aineiston analysointiin käytettiin SPSS ohjelmaa sekä Excel-ohjelmistoa.

Koulutustilaisuuksia oli 35 ja niistä kertyneet tutkijan muistinpanot analysoitiin ja niistä muodostettiin toteuma taulukko (liite 2.). Saatu aineisto eli tutkijan tekemät merkinnät ja havainnot (vapaasti kirjoitettu teksti) käsiteltiin sisällön analyysillä induktiivisesti.

Ennen lähtötilanteen kartoitusta toteutetusta suullisesta henkilökunnan asenteita ja toimintatapoja koskevasta kartoituksesta tehtiin yhteenveto.

4. LÄHTÖTILANTEEN KARTOITUS JA SEN TULOKSET

4.1 Tehtävät ennen lähtötilanteen kartoitusta

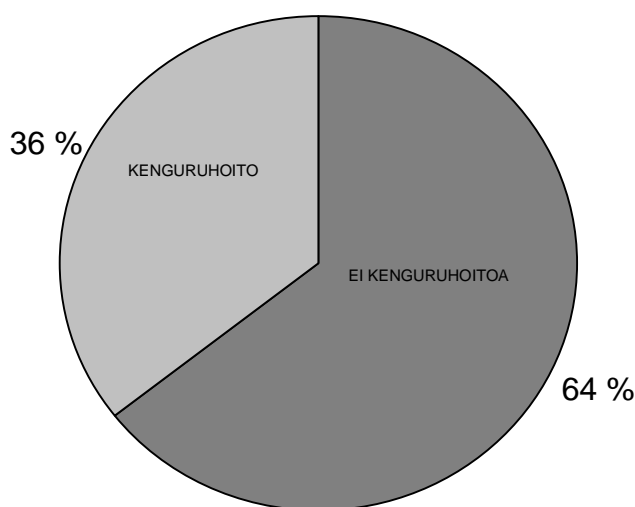
Intervention toimeenpanoa varten tehtävänä oli luoda osastolla käytettävään sähköiseen potilastietojärjestelmään kenguruhoitosivu, johon kirjataan kenguruhoidon toteutumista ja siihen liittyviä tekijöitä. Kenguruhoitosivu luotiin siten, että tutkija yhteistyössä kenguruhoidon kehittämisestä vastaavan projektityöryhmän kanssa mietti kenguruhoidon toteutumisen ja toteuttamisen kannalta keskeisiä tekijöitä hoitotyön näkökulmasta. Sivua luotiin siten, että sen avulla voidaan saada vastaus tutkimuskysymykseen yksi ja sille annetuille tukikysymyksille. Sivusta pyrittiin luomaan mahdollisimman selkeä ja helpokäyttöinen. Tästä syystä valittiin tietojärjestelmässä jo käytössä oleva rakenne, jossa valitaan monivalintaikkunasta kussakin kohdassa eniten tilannetta tai toimintoa vastaava arvio. Esimerkiksi kenguruhoidon kestoä kuvaavassa kohdassa valitaan lähin sopiva kestoä kuvaava aikamääre listasta (liite 1).

Lisäksi luotiin osastolle näyttöön perustuvat kenguruhoidon toteutusohjeet sekä valmisteltiin interventiossa käytettävä koulutusohjelma. Lähtötason mittaamiseen käytettävät kyselylomakkeet ja tutkimussuostumusasiakirjat luotiin.

4.2 Kenguruhoidon toteutuminen lähtötilanteen kartoituksen aikana

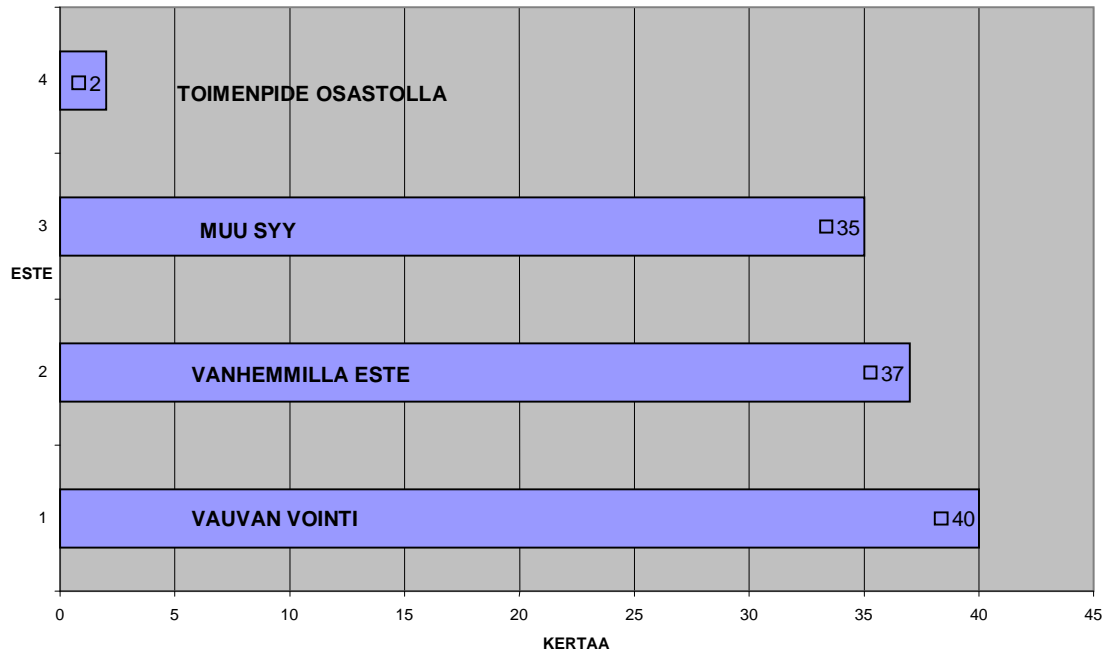
Tarkastelemalla potilasasiakirjoista kenguruhoidon toteutumista koskevaa kirjaamista selvitettiin lähtötason tilanne ennen intervention vaikutusta kenguruhoidon toteutumiseen osastolla. Lähtötason tilannetta mitattaessa kerättiin kuukauden ajan (15.05.2007 - 15.06.2007) tietoa rekrytoiduilta tutkimuspotilailta kenguruhoidon toteutumisesta, käyttäen hyväksi luotua kenguruhoitosivua.

Rekrytoitujen tutkimusluvan antaneiden vanhempien lasten (6 potilasta) potilasasiakirjoista käytiin läpi kenguruhoidon toteutuminen kenguruhoitosivuun merkittyjen kirjausten osalta. Hoitotietoja oli yhteensä 177 hoitopäivältä. Kenguruhoito ei toteutunut 114 hoitopäivänä (64%). Kenguruhoitoa annettiin yhteensä 63 kertaa (36%) tutkimusjakson aikana tutkimusotokseen kuuluville potilaille. Tutkimusjakso oli 32 vuorokautta. Tämä tarkoittaa keksimäärin kahta kenguruhoitoa osastolla hoitovuorokaudessa. Kenguruhoidon toteutuminen prosentteina on esitettyinä kuviossa 2.



KUVIO 2. Kenguruhoidon toteutuminen

Kerätystä tutkimusaineistosta (n=177) selvitettiin ennen intervention käynnistymistä kenguruhoidon toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä, sekä syitä miksi vauva ei ole saanut kenguruhoitoa. Syyksi kirjattiin vauvan vointi 40 kertaa, vanhemmillä este 37 kertaa, muu syy 35 kertaa ja toimenpide osastolla 2 kertaa. Osaston hoitajatilannetta ei kirjattu toteuttamisen esteeksi lähtötilanteen mittauksessa yhdenkään potilaan kohdalla. Osaston kuormitus tilanne oli lähtötason kartoituksen ajankohtana koko tutkimusjakson matalin, kuukauden keskiarvo osaston kokonaiskuormitukselle oli 103 %. Kenguruhoidon esteet on esitetty kuviossa 3.



KUVIO 3. Kenguruhoidon esteet.

Kerätyn tutkimusaineiston perusteella osastolla kenguruhoito toteutui yleensä iltapäivästä päiväystysajan alettua klo 15.30 jälkeen, 45 kertaa 63:sta. Kenguruhoitokerran kesto vaihteli alle tunnista kolmeen tuntiin. Useimmiten (47 kertaa) kenguruhoito kesti 1-2 tuntia. Yli kahden tunnin mittainen kenguruhoitojakso oli 11 kertaa. Alle yhden tunnin kenguruhoito kesti 5 kertaa. Kenguruhoito loppui suunnitellusti 46 kertaa, mikä on suurimmassa osassa kenguruhoitokertoja. Osaston toiminnasta johtuen kenguruhoito keskeytyi 12 kertaa. Vauvan voinnista johtuen kenguruhoito jouduttiin keskeyttämään 5 kertaa, näistä 3 tapahtui kenguruhoidon kestänyt alle tunnin. Katso taulukko 1. kenguruhoidon kestosta ja lopetussyystä.

TAULUKKO 1. Kenguruhoidon kesto ja kenguruhoidon lopetus

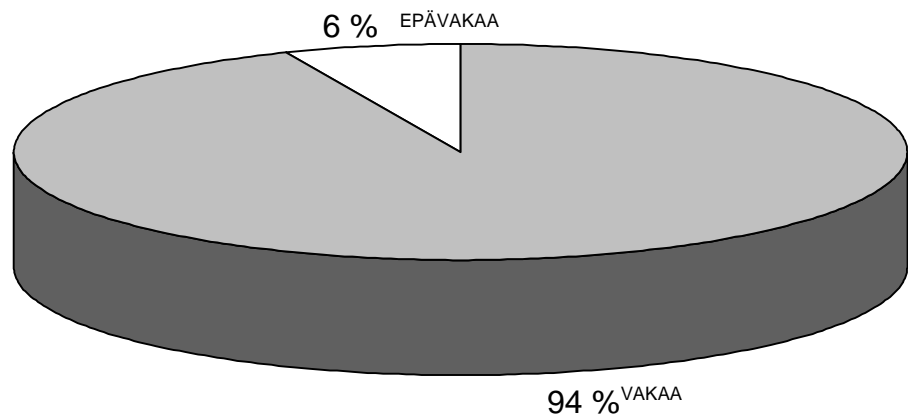
Kenguruhoidon kesto	Kenguruhoidon lopetus			
	suunnitellusti	osaston toiminta	vauvan vointi	Yht.
alle tunti	2	0	3	5
1-2 tuntia	36	9	2	47
2-3 tuntia	8	3	0	11
<i>Yhteensä</i>	<i>46</i>	<i>12</i>	<i>5</i>	<i>63</i>

Osastolla on käytettävissä kenguruhoidon toteuttamiseen kaksi keinutuolia ja yksi hyvin suoraselkäinen tuoli. Tuolit ovat epäkäytännölliset ja kenguruhoitoon huonosti soveltuvat. Tuoleissa on vaikea istua ja vanhemman on fyysisesti lähes mahdotonta pystyä istumaan tuoleissa yli kahta tuntia. Keinutuolissa hengityskoneessa tai nasaalisessa ylipaineessa olevan lapsen hengityskoneen letkut ovat vaikeasti aseteltavissa turvallisesti. Keinutuolissa keinuminen aiheuttaa keskoselle huonovointisuutta, koska keinuva liikerata on vastasyntyneeseen nähden suuri (vertaa kumivene valtamerellä). Suoraselkäisen tuolin selkänoja on liian pysty, joten vanhemman täytyy ”valua” tuolissa vähemmän pystyyn asentoon vauvalle hyvän asennon saavuttamiseksi. Kenguruhoidossa optimaalinen asento on, kun tuolin selkänoja on noin 40 asteen kulmassa. Tuolien vähyydestä johtuen ajoittain kenguruhoitoa ei voitu toteuttaa kaikkien niiden potilaiden kohdalla, jotka vointinsa puolesta hyötyisivät hoidosta.

4.3 Kenguruhoitettavat lapset

Lähtötason tilanteen kartoittamiseksi rekrytoidut tutkimuspotilaat (n=6), joiden tiedot olivat käytettävissä tähän tutkimukseen, olivat kaikki pikkukeskosia. He olivat gestatioiältään 25+5 raskausviikon ja 28+5 raskausviikon välillä syntyessään. Tutkimuspotilaat painoivat 930g ja 1090g välillä syntyessään. Kolmen tutkimuspotilaan kohdalla ensimmäisen kenguruhoitokerran ajankohtaa ei voitu määrittellä, sillä he olivat olleet kenguruhoidossa jo ennen tutkimuksen alkamista. Niiden kolmen tutkimuspotilaan osalta, joiden ensimmäinen kenguruhoito ajoittui tutkimusajankohtaan, ensimmäinen kenguruhoito tapahtui 14-18 vuorokauden iässä. Kenguruhoitokertoja tutkimusjakson aikana potilailla oli 0-21. Yksi tutkimuspotilaista ei saanut jakson aikana lainkaan kenguruhoitoa. Kahdella potilaalla kenguruhoitokertoja oli 20 tai yli. Lopuilla tutkimuspotilailla kenguruhoitokertoja tutkimusjakson aikana oli 4, 9 ja 14.

Vauvan vointi kenguruhoidon aikana oli suurimmassa osassa kenguruhoitokertoja kenguruhoidon aikana vakaa eli yhteensä 59 hoitokertana. Epävakaaksi vauvan vointi arvioitiin neljän (4) hoitokerran aikana. Tutkimusjakson aikana kenguruhoito keskeytettiin viisi (5) kertaa vauvan voinnista johtuen. Vauvan vointi kenguruhoidon aikana on esitettyä prosenttilukuina kuviossa 4.



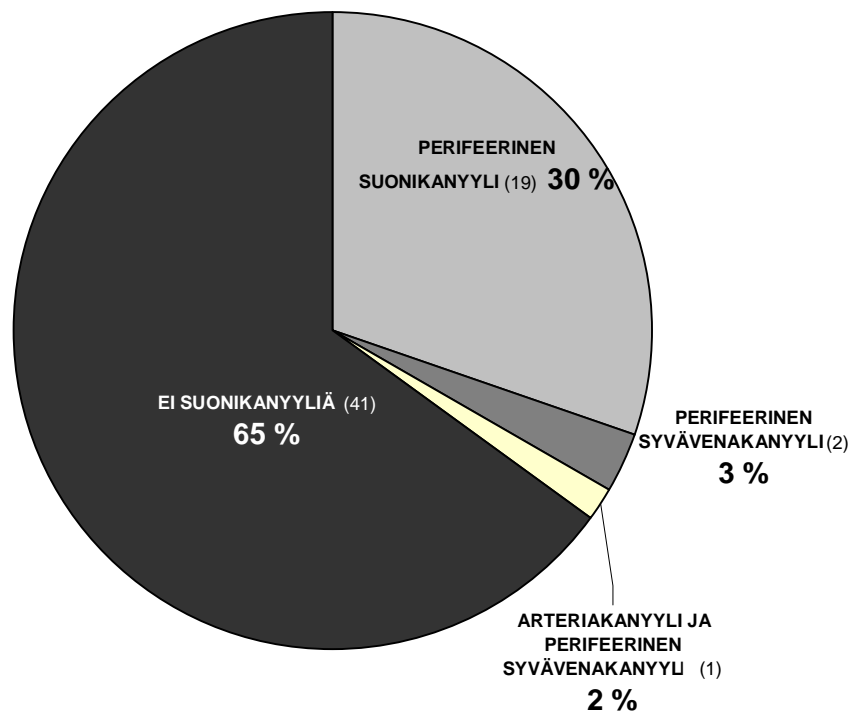
KUVIO 4. Vauvan vointi kenguruhoiton aikana

Hengitystuen osalta lähtötilanteen kartoituksesta käy ilmi, että useimmiten osastolla kenguruhoitoa toteutettiin omalla hengityksellä, mutta happiviiksiä ja lisähappea tarvitsevan vauvan kohdalla. kenguruhoitokerroista tällaisia oli 36. Toiseksi yleisin hengityksen tukimuoto tutkimusaineistossa kenguruhoiton aikana oli nasaaliventilaattori (NasVent), 16 hoitokertaa. Kolmanneksi yleisin hengitysmuoto kenguruhoiton aikana oli nasaaliylipaine (Ncpap), 8 hoitokertaa. hengityskonehoidossa oleva lapsi pääsi kenguruhoitoon 2 kertaa. Happisuppilotuella oleva lapsi kerran. Yleisin vastasyntyneen voinnista johtuva syy, miksi kenguruhoitoa ei toteutettu, oli lähtötasoa kartoitettaessa hengityskonehoito. Katso taulukko 2. hengitystuki ja kenguruhoiton toteutuminen.

TAULUKKO 2. Hengitystuki ja kenguruhoiton toteutuminen

		Hengitystuki					
		suppilo	viikset	Ncpap	NasVent	hengityskone	yht.
	kenguruhoito	1	36	8	16	2	63
Ei kenguruhoitoa	toimenpide osastolla.	0	0	1	1	0	2
	vanhemmillä este	0	3	24	5	5	37
	vauvan vointi	0	0	5	12	23	40
	muu syy	0	3	16	3	13	35
	<i>Yhteensä</i>	<i>1</i>	<i>42</i>	<i>54</i>	<i>37</i>	<i>43</i>	<i>177</i>

Kokonaisuudessaan kenguruhoitoa saavat lapset olivat lähtötilannetta kartoitettaessa voinniltaan melko vakaita. Iältään he olivat 2 viikosta 4 kuukauteen. Keksimäärin lapset olivat noin kuukauden ikäisiä tutkimusjakson aikana. Kenguruhoidon aikana potilailla ei ollut yhtään suonikanyyliä 41 hoitokerralla. Perifeerinen suonikanyyli oli lapsella 19 hoitokerralla. Perifeerinen syväveenakanyyli oli lapsella kahden (2) hoitokerran aikana. Artriakanyyli ja perifeerinen syväveenakanyyli oli lapsella yhdellä (1) kenguruhoitokerralla tutkimusjakson aikana (Kuvio 5.).



KUVIO 5. Suonikanyyli kenguruhoidon aikana

Kenguruhoidon aikana lapsella ei mennyt suonensisäistä nesteytystä 51 hoitokerralla. Lapsi sai suonensisäistä nesteytystä 12 hoitokerralla. Lapsella ei ollut suonensisäistä lääkitystä kenguruhoidon aikana 62 hoitokerralla. Yhden kenguruhoitokerran aikana lapsella oli suonensisäinen lääkitys.

4.4 Kenguruhoitettavan lapsen vanhemmat

Vanhempien osallistuminen on välttämätöntä kenguruhoidon toteutumiseksi. Kenguruhoitoa ei voida toteuttaa ilman vanhemman suostumusta. Vanhemman on oltava fyysisesti läsnä osastolla hoitoa toteuttamassa tai hänen on nimettävä henkilö (esim. isovanhempi) toteuttamaan kenguruhoitoa puolestaan.

Vanhemman esteen vuoksi kenguruhoitoa ei toteutettu 37 hoitopäivänä lähtötason kartoitusta tehtäessä. Vanhempi saattaa olla estynyt osallistumaan lapsensa hoitoon monesta eri syystä. Perhe saattaa asua kaukana hoitoyksiköstä, jolloin päivittäinen osallistuminen lapsen hoitoon voi olla mahdotonta ilman, että vanhemmalla on mahdollisuus yöpyä lastenklinikan lähistöllä (mm. McDonald talo). Perheessä saattaa olla isompia sisaruksia joiden hoidon järjestäminen voi olla vaikeaa niin, että vanhempi voisi olla osastolla lapsen hoitoaikoina tai osaston vierailuaikoina. Vanhemman oma terveydentila voi olla sellainen, että kenguruhoidon antaminen ei ole mahdollista. Nämä edellä mainitut syyt ovat yleisimpiä osastolla esiintyvistä syistä vanhempien osallistumattomuuteen lapsensa hoitoon. Joskus voi olla myös niin, että vanhempi ei uskalla lähestyä tai kiintyä lapseensa, eikä tästä syystä halua tarjota lapselleen kenguruhoitoa. Tällöin kuten aina muulloinkin henkilökunnan tulisi toimia varhaisen vuorovaikutussuhteen turvaamisen edistämiseksi.

Vanhemmat toteuttivat kenguruhoitoa lähtötilannetta kartoitettaessa yhteensä 63 kertaa. Vanhemmille annettiin perusohjausta 62 kertaa. Perusohjaus tarkoittaa, että vanhempaa autetaan vauvan käsittelyssä ja häntä tuetaan kenguruhoitoa toteutettaessa, mutta ohjaus ei ole ajallisesti pitkäkestoista tai hoitajaa kuormittavaa, eikä se sisällä erityistietämystä tai ohjausta kenguruhoidosta tai muusta vauvan vointiin liittyvästä ohjauksesta. Erityisohjausta annettiin kerran tutkimusjakson aikana. Erityisohjauksella tarkoitetaan ohjausta, joka sitoo hoitajan voimavaroja pitkäkestoisesti ja joka on sisällöltään laajaa. Erityisohjauksessa vanhempaa tai vanhempia ohjataan ja tuetaan vastasyntyneen tilanteesta laajasti tai heille kerrotaan kenguruhoidosta laajasti.

Tutkimuspotilaiden vanhemmat kokivat kenguruhoidon antamisen vastasyntyneelleen positiiviseksi lähes jokaisen 62/63 kenguruhoitokerran aikana. Yhden hoitokerran aikana vanhempi tunsi kokemuksen olevan epävarma. Vanhemmat osallistuivat aktiivisesti lapsensa hoitoon ja halusivat pitää lastaan kenguruhoidossa mahdollisimman usein.

5. INTERVENTION TOTEUTUS JA SEN TULOKSET

Intervention toteutusvaiheessa annettiin henkilökunnalle systemaattista koulutusta kenguruhoiton toteuttamisen tukemiseksi ja luodut kenguruhoiton toteutusohjeet oli käytönotettu intervention alkaessa. Kenguruhoitosivun kirjaamista seurattiin ja kirjausten perusteella ylläpidettiin osastolla kuukausitilastoa toteutuneesta hoidosta. Kuukausitilastoon kerättiin tiedot toteutuneista kenguruhoitokerroista osastotasolla ja kirjatusta syistä miksi kenguruhoito ei toteutunut. Potilastietoa ei kerätty.

5.1 Kenguruhoiton toteutusohjeet

Osastolle luodut näyttöön perustuvat kenguruhoiton toteutusohjeet käyttönotettiin 16.06.2007 intervention alkaessa. Kenguruhoiton toteutusohjeet ovat projektityöryhmän moniammatillisen tutkijaryhmän luomat ja perustuvat WHO:n 2003 antamaan suositukseen sekä kenguruhoitosta tehtyihin tutkimuksiin. Kenguruhoiton toteutusohjeiden tunteminen kuuluu osaston jokaisen terveydenhuoltoalan työntekijän velvollisuuksiin. Toteutusohjeet ovat kaikkien työntekijöiden saatavilla, niin että tutustuminen ja niihin palaaminen on mahdollista aina kun se on tarpeellista tai ajankohtaista.

5.2 Henkilökunnan koulutus

Henkilökunnan systemaattinen koulutus kenguruhoiton toteuttamisen tukemiseksi käynnistettiin 27.06.2007. Intervention aikana koulutusta annettiin vakituiseen henkilökuntaan kuuluvien sairaanhoitajien ja lääkäreiden lisäksi myös osaston kesäsijaisille, osastolla harjoittelussa oleville opiskelijoille ja muilta vastasyntyneiden osastoilta tehovalvontapotiilaan hoitokoulutuksessa oleville sairaanhoitajille Osaston henkilökunta osallistui koulutuksiin 27.06.2007 ja 1.11.2007 välisenä aikana.

Koulutus oli suunniteltu toteutettavaksi kolmessa noin kahden tunnin mittaisessa koulutustilaisuudessa. Osaston henkilökuntatilanteesta ja työn organisointikysymyksistä johdun koulutus toteutettiin noin tunnin mittaisina koulutus/ohjaus tilanteina osaston normaalin toiminnan ohessa. Koulutus oli pääosin ohjausta joka oli henkilökohtaista opastusta, neuvomista ja keskustelua. Koulutusta silloin kun koolla oli ryhmä koulutustilaisissa. Pääsisällöltään kaikki ohjaus ja koulutus tilaisuudet olivat samoja. Koulutustilai-

suuksien pituus vaihteli, 45 minuutin ja 75 minuutin välillä. Koulutustilaisuuksia pidettiin yhteensä 35 kertaa 5 kuukauden aikana. Kaikissa koulutustilaisuuksissa yhteensä oli 119 osallistujaa. Kerrallaan koulutukseen osallistui keskimäärin 1-2 sairaanhoitajaa, lääkäriä tai sairaanhoidon opiskelijaa. Osallistujamäärä vaihteli 1-35 osallistujan välillä. Katso taulukko 3. ja liite 2. koulutuksen toteutumisesta.

Koulutukset toteutettiin pääsääntöisesti sisältörungon mukaisesti, poikkeuksena kolme koulutustilaisuutta, joihin sisältöä muokattiin tilaisuuden vaatimusten mukaiseksi. Koulutuksen toteutuminen vaati koko hoitoryhmältä joustoa ja sitoutumista, sillä koulutuksen järjestäminen normaalin toiminnan ohessa teho-osastolla on hyvin haastavaa. Suurin osa koulutuksista pidettiin hoituhuoneissa, koska irrottautuminen hoitotyöstä kokonaan koulutuksen ajaksi olisi ollut osaston resurssitilanteessa mahdotonta potilasturvallisuutta vaarantamatta. Tästä johtuen koulutuksen aikana jouduttiin keskittymään myös potilaiden tarkkailuun ja keskittyminen vain opetettavaan asiaan oli käytännössä mahdotonta. Osaston resurssitilanteesta johtuen myös koulutuksen mahdollistavien tilanteiden löytäminen oli haastavaa. Osaston kuormitustilanne koulutuksen toteuttamisen aikana oli keskimäärin 116 % ja henkilökuntavajetta oli keskimäärin kaksi hoitajaa työvuorossa. Koulutusten edetessä osastolla vallitseva yleinen tietoisuus ja suhtautuminen koulutukseen ja kenguruhoitoon muuttui jatkuvasti positiivisemmaksi.

TAULUKKO 3. Koulutus toteutuma

Aika	Osall. määrä	Koul. til. lkm.	Kesto
Kesäkuu	5 henkilöä	2	55-60 min
Heinäkuu	28 henkilöä	16	52-70 min
Elokuu	11 henkilöä	6	55-75 min
Syyskuu	40 henkilöä	10	10-75 min
Lokakuu	(4 henkilöä)	(3)	(5-10 min) tekn.koul.
Marraskuu	35	1	45min
Yhteensä	119 + (4)	35 + (3)	1989min = 33h 15min

Koulutuksen sisältö perustui luotuun PowerPoint esitykseen, jonka pohjalta koulutusta pidettiin. Rakenteeltaan koulutus oli kolmiosainen. Ensimmäinen osio tähtäsi näyttöön perustuvan toiminnan ymmärtämiselle ja tukemiselle, sekä kehittämistyötä kohtaavien haasteiden tunnistamiseen. Toinen osio keskittyi näyttöön perustuvaan ja tutkimuksista

nousevaan kenguruhoiton positiivisten vaikutusten kuvaamiseen vastasyntyneelle, perheelle ja hoitotyön yksikölle. Tässä osiossa painopiste oli lääketieteellisellä tiedolla vastasyntyneen elintoimintojen vakautumisesta ja sen vaikutuksen merkityksestä vastasyntyneen ennusteelle. Lisäksi huomiota kiinnitettiin erityisesti psykososiaalisten tekijöiden kuvaamiseen ja niiden vaikutukseen vastasyntyneen ennusteelle. Kolmannessa osiossa käsiteltiin kenguruhoiton toteuttamista osastolla käytännössä, ohjattiin vastasyntyneen käsittelyssä, vanhempien ohjaamisessa oikeaan nostotekniikkaan ja vastasyntyneen tarkkailun erityispiirteisiin kenguruhoiton aikana. Huomiota kiinnitettiin erityisesti kenguruhoiton toteuttamiseen turvallisesti.

Koulutustilaisuuksissa yleisimmät keskustelunaiheet ja kysymykset koskivat tilakysymystä. Etenkin tilojen ahtaus ja vanhanaikaisuus puhuttivat. Lähes kaikissa koulutustilanteissa keskusteltiin kenguruhoitoon soveltuvien tuolien puutteesta. Soveltuvien tuolien saamista osastolle pidettiin ensisijaisen tärkeänä. Etenkin ensimmäisissä koulutustilanteissa vauvan valmiutta kenguruhoitoon arvioitiin runsaasti. Yleisen tietoisuuden lisääntymisen myötä ja saatujen positiivisten kenguruhoitokokemusten lisääntyessä vauvan valmiutta koskeva huolestuneisuuden julkituominen koulutustilanteissa väheni. Vauvan valmiuden arvioinnista käytiin keskustelua kaikissa koulutustilaisuuksista, tämän ollessa yksi sisältöalue koulutusrungossa. Lisäksi sopivan tukisidoksen valinta ja sen käytön opettaminen vanhemmille herätti keskustelua. Osaston päivärytmi ja tarve sen muokkaamiseen nykyistä tarvetta vastaavaksi oli keskustelun aiheena lähes joka koulutuksessa. Yleisesti koulutuksen osallistujat kokivat tarpeelliseksi keskustelun aloittamisen osaston vierailuaikojen ajoituksen tai tarpeellisuuden suhteen, tärkeäksi koettiin totuttujen toimintatapojen uudelleen tarkastelu.

5.3 Kenguruhoiton toteutuminen ohjeidenannon jälkeen ja koulutuksen aikana

Kenguruhoiton toteutuminen lasten ja nuorten sairaalan vastasyntyneiden teho-osastolla rajoittavina tekijöinä on osaston tilojen ahtaus, hoidon toteuttamiseen tarvittavien tuolien puutteellisuus, henkilökunnan niukkuus sekä uuden henkilökunnan suhteellisesti suuri osuus verrattuna kokeneeseen, potilaiden vaativa tehohoitoisuus ja osaston totut toimintatavat.

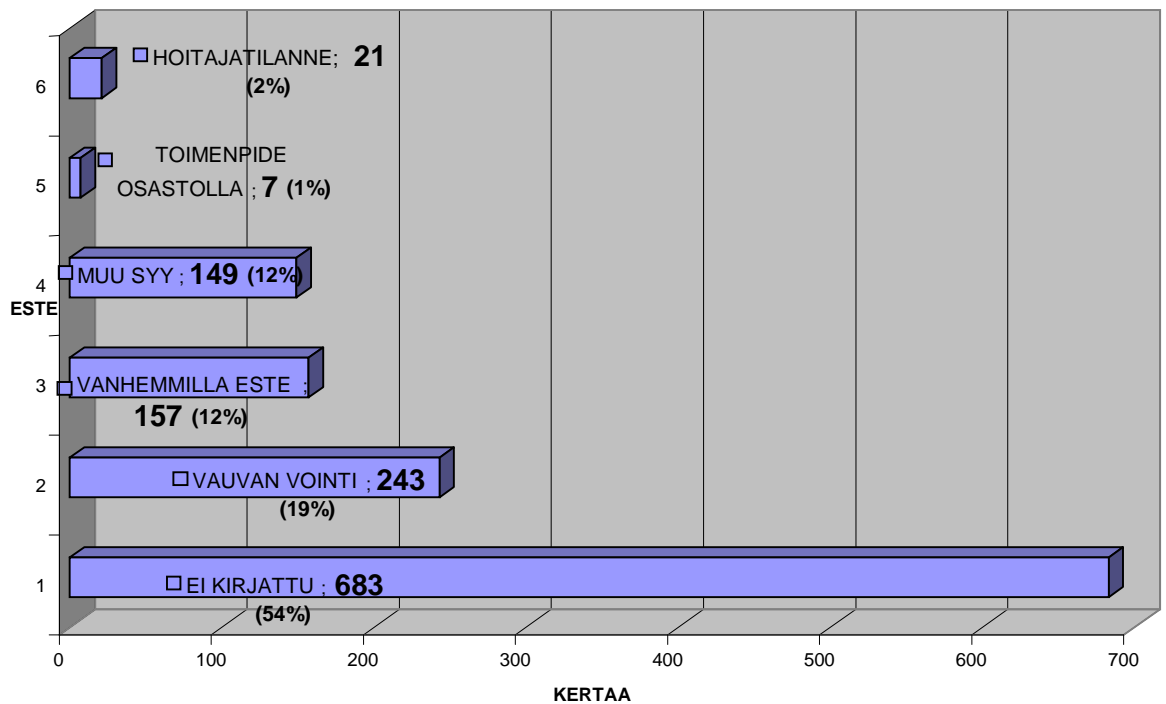
Verrattaessa lähtötason mittausta ja osastolla kerättyä kuukausitilastoa voidaan havaita, että kenguruhoitosivun kirjaaminen jäi toteuttamatta lähes poikkeuksetta silloin kun lapsi ei ole saanut kenguruhoitoa. Syynä tähän saattaa olla osaston kova työpaine ja se, että sivun täyttämistä pidetään ylimääräisenä työnä vaikka se ajallisesti vie noin yhden minuutin hoitajan päivittäisestä työajasta. Tähän on pyritty vaikuttamaan siten, että muistutus kenguruhoitosivun täyttämisestä on potilastietojärjestelmässä jokaisen potilaan tehtävälisillä. Muistutus on otettu käyttöön lokakuussa 2007. Kenguruhoiton toteutumista tutkimusjakson aikana kuvataan taulukossa 4. ja kuviossa 6.

TAULUKKO 4. Kenguruhoiton esteet kenguruhoitosivun kirjausten perusteella

Syy miksi kenguruhoitoa ei ole annettu potilaalle	Lähtötaso	heinäkuu	elokuu	syyskuu	lokakuu	yhteensä kertaa
kenguruhoitosivua ei ole kirjattu = hoitoa ei ole annettu, syy ei ole tiedossa	0	102	210	192	179	683
vauvan vointi	40	15	64	63	61	243
vanhemmillä este	37	12	7	49	52	157
muu syy = esim. sylihoito	35	22	24	24	44	149
toimenpideosastolla	2	0	0	3	2	7
hoitajatilanne	0	0	3	4	14	21

Verrattaessa kerättyä kuukausitilastoa ja lähtötason mittausta voidaan havaita selkeästi kenguruhoiton toteuttamiseen vaikuttavia tekijöitä. Syyksi kenguruhoitosivuun sille, miksi vauva ei ole ollut kenguruhoitossa useimmin kirjattiin vauvan vointi. Tämä kuvastaa hyvin vastasyntyneiden teho-osaston todellisuutta. Kaikki osastolla hoidossa olevat potilaat ovat teho-hoitoisia, kenguruhoiton edellytyksenä on, että lapsen vointi on vakiintunut niin, että hän on ylläpitotehohoidossa. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että potilaat jotka tarvitsevat verenkiertoa ylläpitävää lääkitystä eivät ole vointinsa puolesta riittävän vakaita kenguruhoitoon. Myös silloin, jos lapsi tarvitsee typpihoitoa tai tiheätaajuusventilaatioita tai hänen hapentarpeensa on yli 50% hänen vointinsa on vielä liian epävakaa kenguruhoitoon. Lapsen koko, ikä tai hengitysmuoto eivät ole esteitä kenguruhoiton toteuttamiselle.

Sekä kerätyistä kuukausitilastoista, että lähtötason tilanteen kartoituksessa kenguruhoi-
don toteuttamisen esteistä nousee esiin syynä ”vanhemmilla este”. Kenguruhoitoa ei
voida toteuttaa, mikäli vanhemmat tai heidän nimeämä henkilö eivät ole fyysisesti osas-
tolla läsnä kenguruhoi-
don toteutukseen sopivana ajankohtana. Aikaisemmin osastolla
on vallinnut kokeneiden hoitajien keskuudessa käsitys, jonka mukaan vastasyntynyt
rasittuu kenguruhoi-
dosta ja lasta tulisi suojella vanhemmiltaan takaamalla tälle lepopäi-
viä kenguruhoi-
dosta. Tästä johtuen vanhempien osallistumista lapsensa hoitoon on
ajoittain rajoitettu tarpeettomasti. Tämän käsityksen murtamiseen on pyritty koulutuk-
sella ja osastolla käytännössä tehdyillä havainnoilla vastasyntyneen voinnista kenguru-
hoi-
dossa.



KUVIO 6. Kenguruhoi-
don esteet tutkimusjakson aikana

Vanhemman osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä käytiin tarkemmin läpi luvussa 4.4.
Tarkistellussa tutkimusaineistossa kolmanneksi yleisin kenguruhoi-
don este on muu syy.
Vapaaseen tekstikenttään kirjatuissa selityksissä tämä tarkoittaa lähes poikkeuksetta
(34/35 lähtötason mittauksessa), sitä että lapsi on ollut tällöin sylihoi-
dossa.

Kerätyistä kuukausitilastoista kenguruhoi-
don toteuttamisen esteistä vähiten kirjattiin
syyksi osastolla tapahtuvia toimenpiteitä tai osaston hoitajatilannetta. Toimenpiteet py-

ritään suorittamaan osastolla ennen vierailuajan alkamista, mutta päivystyksellisiä toimenpiteitä saatetaan joutua tekemään myös vierailuaikoina, jolloin suunniteltu kenguruhoito saattaa jäädä toteutumatta. Osaston henkilökuntatilanne on ollut huono jo pitkään, jolloin tämä koetaan enemmänkin normaalitilanteeksi kuin poikkeukseksi. Myös osaston kuormitus on jatkuvasti korkea. Tämä saattaa vaikuttaa siihen, että kenguruhoitoa ei edes suunnitella annettavaksi tai sivun täyttäminen jää suorittamatta, tällöin on luonnollista että hoitajatilanne ei tule ilmi kenguruhoitoa estävänä tekijänä kerätyssä aineistossa.

Intervention toteuttamisen aikana kerätyissä kuukausitilastoissa kenguruhoito toteutui osastolla 20 - 78 kertaa kuukaudessa eli osastolla toteutui noin yhdestä kolmeen kenguruhoitoa hoitovuorokauden aikana. Osaston kuormitustilanne vaikuttaa toteutuneeseen kenguruhoitoon. Kuormitustilanne oli koko tutkimusjakson ajan korkea keskimäärin 116 %. Korkeimmillaan kuormitus oli useana päivänä lokakuussa ollen yli 130 % ja muutamana päivänä jopa yli 140 %. Lokakuun aikaan sairaanhoitajavaje oli keskimäärin 3 hoitajaa työvuorossa, kun aikaisempina kuina se on ollut noin kahden hoitajan vaje työvuoroa kohden. Lokakuun aikana kenguruhoitoa toteutettiin vain 20 kertaa ja hoitajatilanne oli merkitty syyksi 14 kertaa, vauvan vointi 61 kertaa.

TAULUKKO 5. Toteutunut kenguruhoito osastolla

	lähtö taso 15.5-15.6.07	heinäkuu	elokuu	syyskuu	lokakuu	yht
Kenguruhoito toteutunut kertaa	63	78	53	57	20	271

Intervention aikana verrattuna lähtötason kartoitukseen kenguruhoito aloitetaan aikaisempaa varhaisemmassa vaiheessa lokakuussa aikaisimmillaan 2vrk iässä kun lähtötason tilanteessa kenguruhoito aloitus tapahtui aikaisimmillaan 14vrk iässä. Tämän lisäksi yhä useammat lapset saavat osastolla oloaikanaan kenguruhoitoa. Hengityskonehoitoa vaativien potilaiden kenguruhoito on tullut osaksi normaalia hoitokäytäntöä, esimerkiksi syyskuun aikana 20 kertaa kun lähtötason mittauksessa 2 kertaa. Ennen interventiota hengityskonehoitoa vaativan potilaan kenguruhoitoa pidettiin riskialttiina ja vauvalle vaarallisena. Toteutusohjeiden antamat selkeät kriteerit ja suuntaviivat kenguruhoitoon toteuttamiseksi helpottavat yksittäisen työntekijän päätöksentekoprosessia arvioitaessa kenguruhoitoon sopivuutta potilaalle. Osastolla työntekijöille annettu koulutus on vahvistanut ja tukenut näyttöön perustuvan toiminnan vahvistumista kenguruhoi-

don toteuttamisessa sekä vanhemmille annettavassa ohjauksessa. Lisäksi saatujen positiivisten kokemusten myötä työntekijöiden kokema epävarmuus hengityskoneessa olevan lapsen kenguruhoidon toteuttamista kohtaan on vähentynyt.

Vanhemmat kokevat kenguruhoidon positiivisena ja heidän osallistumisensa lapsensa hoitoon on lisääntynyt. Lisäksi he viettävät entistä enemmän aikaa vastasyntyneensä vierellä sekä hoitavat lastaan aikaisempaa aktiivisemmin ja itsenäisemmin. Vanhemmat ovat aikaisempia voimaantuneempia vanhempina.

5.4 Yhteenveto tuloksista

Intervention ja tutkimuksen tuloksina osastolle on luotu näyttöön perustuvat kenguruhoidon toteutusohjeet, jotka mahdollistavat kenguruhoidon toteuttamisen kansainvälisten tutkimusten ja suositusten sekä osastolle sopivien käytäntöjen mukaisesti. Henkilökunta on saanut koulutusta, jonka myötä osaston työntekijöiden tieto- ja taitotaso kenguruhoidon sekä näyttöön perustuvan toiminnan osaamisen alueilla on yhtenäistynyt ja kasvanut. Osastolla vanhemmille annettava kenguruhoito-ohjaus on yhtenäistä ja hoitotiimi toimii annettujen toteutusohjeiden mukaisesti potilasvalinnoissa. Kokonaisuudessa suhtautuminen kenguruhoitoon on muuttunut myönteisemmäksi. Kenguruhoitoa ei enää koeta ylimääräisenä taakkana vaan enemmin osana joka päivästä hoitotyötä.

Tutkimuksessa esille nousi koulutustilaisuuksissa käydyistä keskusteluista ja vanhemmilta saadusta suullisesta palautteesta osaston tilojen vanhanaikaisuus ja sopimattomuus kenguruhoidon toteuttamiseen. Tilat ovat ahtaat ja hoituhuoneet ovat suuria ja levottomia. Tämän lisäksi riittämätön määrä kenguruhoitoon sopivia tuoleja asettaa perheet ajoittain epätasa-arvoiseen asemaan kenguruhoidon toteutumisessa. Tästä johtuen on välillä syntynyt kilpailua kenguruhoitoa saavien potilaiden välillä.

Tutkimuksessa yleisin syy sille, että kenguruhoitoa ei pystytty toteuttamaan oli vauvan vointi. Toiseksi yleisin syy oli vanhemmilla este osallistua lapsensa hoitoon tai tarjota tälle kenguruhoitoa. Tässä tutkimuksessa kenguruhoitosivun kirjausten perusteella osastolla tehtävät toimenpiteet tai osaston hoitaja tilanne eivät nousseet hoidon toteutumisen esteiksi. Osaston kuormitusprosentti vaikutti kenguruhoidon toteutumiseen siten, että kuormituksen ollessa vähäisempää kenguruhoitoa toteutettiin enemmän.

Tarkastellun aineiston pohjalta kenguruhoito toteutui varhaisemmassa vaiheessa toteutusohjeiden käyttöönoton ja systemaattisen koulutuksen aikana kuin aiemmin. Potilaiden kenguruhoitoon pääsyn kriteerit noudattivat annettua ohjeistusta ja kansainvälisiä suosituksia, tämän seurauksena aikaisempaa useampien potilaiden katsottiin hyötyvän kenguruhoidosta.

6. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä on useita, tässä niitä lähestytään Burns ja Grove (2005) sekä Polit ja Beck(2004) teoksissaan esittämien lähtökohtien pohjalta. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös sen eettisyys, tämä käsitellään luvussa 7.

Ennen lähtötilanteen kartoittamista intervention teoriapohja oli luotu mahdollisimman tarkkaan. Tämän avulla haluttiin kuvata miten kenguruhoidon toteutumisesta interventiolle lähestytään, sekä mitä keinoja ja toimia interventiossa käytetään halutun tuloksen saavuttamiseksi. Lisäksi pyrittiin selvittämään mitkä muuttajat saattavat vaikuttaa tulokseen tai interventioon. Mahdollisimman laajan teoriapohjan luomisen avulla pyrittiin hahmottamaan ja kuvaamaan oletettava intervention tulos. Muuttujia on pyritty havaitsemaan, sillä ne muuttavat kausaalisia tekijöitä intervention ja tuloksen välillä. Tässä tutkimuksessa muuttujana saattaa toimia mm. osaston kuormitustilanne. Koska tämä sama muuttuja voi toimia tietyissä tilanteissa joko edistävänä tai ehkäisevänä tekijänä on tärkeää ymmärtää sen merkitys intervention toteuttamiselle sekä kenguruhoidon toteutumiselle. Koska interventio tapahtuu sosiokulttuurallisessa, taloudellisessa, poliittisessa ja organisatorisessa ympäristössä on ymmärrettävä, että kaikilla näillä tekijöillä on vaikutus prosessiin ja lopputulokseen (Burns ja Grove 2005: 324). Lisäksi intervention toteuttamiseen käytettävät resurssit vaikuttavat osaltaan tutkimuksen luotettavuuteen.

Kenguruhoidon toteutusohjeet on luotu niin, että ne perustuvat kansainvälisiin tutkimustuloksiin ja suosituksiin sekä sopivat osaston käytäntöihin. Kenguruhoidon toteutusohjeet ovat saatavissa jokaisessa hoituhuoneessa, osaston kahviohuoneessa ja lääkäreiden kansliassa. Lisäksi ohjeet ovat kenguruhoitokansiossa, jossa on esillä tutkimuksia kenguruhoidosta. Kenguruhoidon toteutusohjeet ovat myös avattavissa kaikilla potilas-

työasemilla ”linkit” kansion kautta sähköisessä muodossa. Tällä on pyritty varmistamaan se, että kaikilla osaston työntekijöillä on yhdenmukainen esteetön mahdollisuus tutustua annettuun ohjeistukseen ja tarkistaa kenguruhoidon toteutusta koskevia tietoja vaivattomasti aina kun se on ajankohtaista.

Lähtötason kartoittamiseksi luodun kenguruhoitosivun luotettavuutta ei ole testattu aikaisemmissa tutkimuksissa, koska se on luotu tätä tutkimusta ja tutkimuksen kohteena olevaa osastoa varten. Kenguruhoitosivun sisältämä tieto on luotu mahdollisimman informatiiviseksi niin, että sivua tarkastelemalla voidaan saada tietoa kenguruhoidon vaikutuksista lapsen fysiologisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. Lisäksi sivusta on saatavissa tietoa joka kuvaa kenguruhoidon toteuttamiseen vaikuttavia tekijöitä. Sivun avulla voidaan myös seurata yksittäisen potilaan saamaa kenguruhoidon määrää. Kenguruhoitosivu sisältää myös vanhempien tukemiseen ja ohjaamiseen liittyvää tietoa, jonka kerääminen ja tiedostaminen on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. Kenguruhoitosivun antaman tiedon luotettavuuteen vaikuttaa oleellisesti sivun oikeanlainen täyttäminen ja se, onko sivun sisältämät käsitteet selvät sitä käyttävälle henkilökunnalle. Mikäli tutkija ja henkilökunta tulkitsevat kenguruhoitosivun käsitteet eri tavoin, ei saatava tulos ole luotettava. Luotettavuutta on lisätty siten, että tutkija on informoinut kengurusivun käyttöönoton koulutuksen yhteydessä henkilökuntaa siitä, mitä eri käsitteillä tarkoitetaan. Tämä ohjeistus on annettu sekä suullisesti että sähköpostitse.

Lähtötason tilanteen kartoitus toteutettiin keräämällä kenguruhoidon toteutumista koskevaa tietoa potilastietojärjestelmästä kuukauden ajan rekrytoituilta tutkimuspotilailta. Vanhemmat olivat innostuneita tutkimuksesta ja halusivat lapsensa osallistuvan siihen. Tutkimukseen osallistuvat vanhemmat saivat tutkittavan tiedotteessa tietoa kenguruhoidosta, mikä osaltaan lisäsi heidän aktiivisuuttaan pyytää ja pitää lastaan kenguruhoidossa. Tämä on saattanut vaikuttaa saatuihin tutkimustuloksiin.

Osa kerätystä lähtötason potilastiedosta ei ollut tutkijasta riippumattomista tietoteknisistä ongelmista johtuen käytettävissä. Kerätystä 14 tutkimuspotilaan tiedoista käytettävissä oli vain 6 potilaan tiedot. Tämä pienensi ja kavensi oleellisesti otosta ja vaikuttaa saatujen tulosten luotettavuuteen.

Henkilökunnalle on annettu intervention toisessa vaiheessa yhtenäistetyt kenguruhoidon toteutusohjeet ja koulutusta. Tällä pyrittiin siihen, että jokainen hoitohenkilökunnan

jäsen toteuttaa kenguruhoitoa yhtenäisen linjan mukaan standardisoidusti. Lapsen ja hänen perheensä yksilölliset tarpeet huomioidaan luonnollisesti kussakin tilanteessa, kuitenkin niin, että annettuja toteutusohjeita noudatetaan.

Koulutustilanteet tapahtuivat pääosin hoituhuoneissa samaan aikaan potilaiden tarkkailun kanssa. Tämä vaikuttaa merkittävästi osallistujien kykyyn sisäistää saatua tietoa. Koulutustilanteiden aikana tapahtui useita keskeytyksiä ja muita häiritseviä tekijöitä. Toisaalta oli mahdollista saamaan aikaan konkreettisesti havainnoida potilaiden voimissa tapahtuvia muutoksia, sekä havainnoida keskosen viestintää ja sen erityispiirteitä. Koska tutkija työskentelee myös itse tutkimuksen kohteena olevalla osastolla, hän omaa ensikäden tietoutta osaston toimintatavoista ja vastasyntyneiden tehohoidon erityispiirteistä. Toisaalta tutkija on koulutettavien työtoveri, mikä saattaa vaikuttaa joko edistävasti tai ehkäisevästi haluun tai kykyyn omaksua opetettavaa asiaa.

7. TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimuksen eettisenä pohjana ja ohjenuorana toimivat HUS alueen yhteiset arvot: *ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus*. Lisäksi tutkimuksen eettistä pohjaa ovat sairaanhoidon eettiset ohjeet sekä ETENEN antamat ohjeet tutkimuksen eettisistä lähtökohdista, tutkimuksen toiminnot perustuvat näille. Vastasyntyneiden tehohoidossa ollaan jatkuvasti tekemisissä eettisen päätöksenteon kanssa. Toiminta tulee sisältää edellä mainittujen arvojen lisäksi yhteistyöhön pyrkimisen. Eettinen toiminta ja päätöksenteko eivät tapahdu tyhjiössä. Ympäristön ja tapahtuvan toiminnan tulee olla sellaista, joka tukee ja vahvistaa eettistä toimintaa ja päätöksentekoa, institutionaalisella ja asenteellisella tasolla. Asenteellisella tasolla tarkoitetaan sitä, että kaikki osapuolet ovat voimaantuneet ilmaisemaan mielipiteensä ja voivat osallistua päätöksenteko prosessiin. Tällaisessa instituutiossa jokaisen mielipidettä arvostetaan, kaikkia jäseniä kunnioitetaan yksilöinä ja tietoa jaetaan totuuden mukaisesti ja avoimesti. (Swaney, ym. 2006: 972-982.)

Eettisen toimikunnan lupa ja tutkimuslupa tutkimuksen toteuttamiseen haettiin ennen intervention käynnistämistä. Tutkimusaineiston keruu tapahtui tutkimusluvan saannin jälkeen lasten ja nuorten sairaalan vastasyntyneiden teho-osastolla.

Tutkimuksen raportoinnissa ei tule ilmi yksittäisen potilaan potilastietoja, mutta potilasasiakirjoja käytiin läpi tarkasteltaessa kenguruhoidon kirjaamista. Tutkimuksessa ei myöskään arvioida yksittäisten hoitajien tekemiä kirjaamismerkintöjä potilasasiakirjoihin vaan kiinnostuksen kohteena on laajasti kirjaamisen ilmentyminen. Potilasasiakirjoista tarkasteltiin vain kenguruhoitoa ja tutkimuskysymyksiä koskevaa kirjaamista.

Tutkimuksessa käsitellyt luottamukselliset tiedot (potilastiedot ja organisatoriset tiedot) käsiteltiin ehdottomalla luottamuksella ja vaitiolovelvollisuutta noudattaen. Potilasasiakirjoja ja niiden sisältämää (tunnistettavaa) tietoa ei siirretty pois lasten ja nuorten sairaalan osastolta lk7. Tiedot koodattiin ja syötettiin SPSS järjestelmään lasten ja nuorten sairaalan osasto lk7:n toimitiloissa. Osaston sähköisestä tietojärjestelmästä tulostettiin mahdollisimman vähän tietoja paperiversioksi. Tietojen purkukoodia säilytettiin lukollisessa kaapissa lasten ja nuorten sairaalan osastolla lk7. Tutkimuksen analysointivaiheessa yksittäisen potilaan tunnustiedot eivät tule enää esille. Tutkimusraportissa julkaistavat tiedot eivät sisällä yksityiskohtaista (tunniste) tietoa yksittäisistä potilaista tai henkilökunnasta. Muita kuin tutkimusraportin sisältämiä tietoja ei luovuteta. Tutkimustiedot säilyvät osana sairauskertomusta.

Vanhemmilta pyydettiin suostumusta lapsen osallistumiseen tutkimukseen kirjallisella suostumuksella (liite 3.) ja heille selvitettiin tutkimuksen tarkoitus suullisesti sekä heille annettiin tutkittavan tiedote (liite 4.). Kaikki vanhemmat, joilta lupaa pyydettiin, antoivat sen. Vanhemmille suunnattua tietoa kenguruhoidosta oli lisäksi kaikille vanhemmille jaettavassa osastoesitteessä ja kenguruhoidon kehittämisprojektiin liittyvässä vanhemmille suunnatussa materiaalissa. Kenguruhoito on osa osastolla annettavaa normaalia hoitotyötä. Kenguruhoito tapahtuu aina yhteistyössä ja vanhemman suostumuksella. Lasta ei voida asettaa kenguruhoitoon iho vanhemman ihoa vasten ilman vanhemman suostumusta. Tutkimus selvitti intervention vaikutusta osaston normaaliin hoitotoimintaan eikä lasta asetettu ylimääräiseen vaaraan tai rasitukseen.

Tutkimus ei altistanut vastasyntyneitä tai heidän perheitään eriarvoiseen asemaan tai vaarantanut heidän terveyttään. Tutkimusaineisto kerättiin osaston normaalista hoitotoiminnasta. Tutkimuksen tuottama materiaali on oikeudenmukaista ja perustuu tutkituun tietoon sekä asiantuntijuuteen. Tutkimuksen tuottama tieto on mahdollisimman oikeudenmukaista eikä aseta vastasyntyneitä, perheitä tai hoitohenkilökuntaa eriarvoiseen asemaan. Tutkija ja osastolla toimiva henkilökunta vastaavat yhdessä siitä, että

osastolla toteutettava hoitotyö on mahdollisimman hyvää ja laadukasta ja että sitä parannetaan jatkuvasti.

Tutkija kunnioittaa oman ja muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta ja pyrkii hyvään yhteistyöhön kaikkien vastasyntyneiden ja heidän perheidensä hoitoon osallistuvien työntekijöiden kanssa.

Tutkija vastaa tutkimuksen tulosten tiedottamisesta ja asiantuntijuuden syventämisestä sekä jakaa saamaansa tietoa eteenpäin.

8. POHDINTA

8.1 Intervention toteuttamisen ja saatujen tutkimustulosten tarkastelua

Hoitotyöhön kuuluu oleellisesti sen kehittäminen ja jatkuva elinikäinen oppiminen. Tässä työssä esitetty tutkimus ja kehittämishanke oli ja on koko työyhteisön yhteinen ponnistus näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi ja hoidon laadun parantamiseksi entisestään. Intervention toteuttamisessa voimavarana toimi työyhteisön sitoutuneisuus kehittämishankkeeseen. Tämä oli mahdollista, koska kenguruhoidon toteuttamista edistävän toiminnan kehittäminen koettiin tärkeäksi ja mielekkääksi. Avainasemassa tässä oli eri työntekijäryhmien asiantuntijuuden tunnistaminen ja yhteistyö. Tutkija koordinoi intervention etenemistä ja toimi kouluttajana.

Tutkimuksen tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä tai toistettavissa. Tutkimus tapahtui tietyssä sosiokulttuurallisessa ympäristössä tietyssä aikana. Intervention eteneminen ja toimijoissa tapahtuneet muutokset eivät ole toistettavissa. Tutkimuksen, intervention ja koulutuksen rakennetta voidaan käyttää hyväksi tulevien tutkimusten, interventioiden ja / tai koulutuksien suunnittelussa ja toteutuksessa. Tämä työ on esimerkki vastasyntyneiden teho-osastolla tapahtuneesta systemaattisesta kehittämistyöstä. Tuloksien arvioinnin kohteena voidaan pitää koko tutkimus-, interventio- ja koulutusprosessia.

Tehdyssä tutkimuksessa nousi esille osaston tilojen vanhanaikaisuus ja sopimattomuus nykyaikaisen vastasyntyneiden teho-hoidon tarpeisiin nähden. Esille nousi myös koulu-

tuksen ja toteutusohjeiden merkitys näyttöön perustuvan toiminnan tukemiseksi ja vahvistamiseksi. Myös hoitotyön johdon ja organisaation tuki on välttämätöntä kenguruhoitoa edistävän toimintaympäristön saavuttamiseksi. Ensisijaisen tärkeää on riittävä henkilöstömitoitus ja koulutukselle annettava aikaresursointi. Myös johdon positiivinen suhtautuminen kenguruhoitoon on välttämätöntä toiminnan vahvistamiseksi. Kenguruhoiton toteuttamista ehkäisevät ja edistävät tekijät ovat samansuuntaisia kuin mitä aiemmin tehdyissä tutkimuksissa ja kirjallisuudessa on osoitettu. (Katso mm. Laine, 1987; Tuomikoski-Koiranen, 2000; Hedberg Nyqvist, 2004; Millette ym, 2005; Wallin ym, 2005; Chia ym, 2006; Rick, 2006; Johnson, 2007; Mallet ym. 2007.)

Intervention toteuttaminen oli haastavaa ja erittäin antoisaa sekä mielenkiintoista. Interventiota ei pystytty toteuttamaan alkuperäisten suunnitelmien mukaisesti osaston resurssitilanteen takia ja tämän vuoksi koulutustilaisuuksia järjestettiin viiden kuukauden aikana useassa eri otteessa. Tämä mahdollisti sen, että keskustelua kenguruhoitosta käytiin henkilökunnan keskuudessa runsaasti myös koulutustilanteiden ulkopuolella. Pitkäkestoinen koulutustilaisuuksien jakautuminen lievitti myös muutosvastarintaa, koska aikaa sopeutumiselle oli runsaasti. Toisaalta myös toisto ja kertaus toivat lisää vakuuttavuutta, etenkin kun samalla voitiin havainnoida käytännön potilastyössä esiin tulevia positiivisia kokemuksia kenguruhoitosta. Nämä tekijät yhdessä vahvistivat koulutuksessa saatua näyttöön perustuvaa tietoa ja edistivät kenguruhoiton toteutumista osastolla.

Huomioitava on myös se, että jatkuva toisto ja aiheen ylläpitäminen keskustelussa ärsytti osaa henkilökunnasta ja välillä negatiiviset tunteet tai muutosvastarinnan aiheuttama pelko purkautuivat ja kohdistuivat tutkijaan. Lisäksi tutkijan työskentely myös sairaanhoitajana osastolla aiheutti ajoittain ristiriitaisia tilanteita. Toisaalta tämä myös mahdollisti sen, että kenguruhoitoa koskeviin kysymyksiin oli mahdollista saada helposti tukea sekä arviointi ja mietintäapua. Intervention loppupuolella useat sairaanhoitajat toivat esille syntyneitä ajatuksiaan interventioprosessista. Yksi keskeinen havainto oli, että sairaanhoitajat olivat alkaneet kriittisesti havainnoimaan kirjaamistaan kenguruhoitosivuun ja huomanneet kirjaavansa usein esimerkiksi vauvan voinnin kenguruhoiton esteeksi, silloin kun heillä itsellään on usea potilas hoidossaan eivätkä he tästä johtuen pystyisi riittävästi valvomaan esimerkiksi hengityskonehoidossa olevan vakaavointisen lapsen kenguruhoiton toteutumista. Sairanhoitajat havainnoivat, että tällaisessa tapa-

uksessa todellisuudessa este ei ole vauvan voinnissa vaan hoitajan käytössä olevissa resursseissa.

Koska koulutus oli alkujaan suunniteltu pidettäväksi koulutusiltapäivänä, se oli rakenteeltaan laaja ja kestoltaan noin tunnin pituinen. Tämä on hieman liian laaja ja pitkä kokonaisuus työn ohessa tapahtuvaksi koulutukseksi. Mikäli olisi ollut tiedossa, että koulutusta ei voida järjestää koulutuspäivissä, olisi luotu kevyempi koulutusrakenne. Käytännössä koulutusrunko osoittautui hyvin käytännölliseksi ja tavoitetaan tukevaksi. Koulutusmallissa lähdettiin rakentamaan kuvaa toiminnan kehittämisen tarpeellisuudesta osaston haasteiden pohjalta. Tämä loi hyväksyntää sille, että tutkija/ kouluttaja on tietoinen osastolla vallitsevista kehittämistyötä rajoittavista tekijöistä. Koulutusta tul- laan jatkamaan niin, että osaston uudet työntekijät koulutetaan. Lisäksi tutkija käy kou- luttamassa henkilökuntaa HUS alueella vastasyntyneiden teho-osaston jatkohoito- osastoilla, jotta tieto siirtyisi mahdollisimman laajasti vastasyntyneitä hoitaviin yksiköi- hin ja jotta hoitokäytännöt olisivat mahdollisimman yhtenäiset.

Tutkimuksen aikana osastolla aloitettiin kenguruhoidon toteutumista koskevan tilaston kerääminen. Tilastotiedon kerääminen kenguruhoidosta mahdollistaa hoidon saatavuuden arvioinnin ja siinä tapahtuvien muutosten seuraamisen. Lisäksi se antaa arvokasta tietoa kenguruhoidon toteutumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Kenguruhoitoa ehkäisevien tekijöiden huomioiminen ja niihin puuttuminen on helpompaa tilastosta saatavien tietojen avulla. Tilaston avulla voidaan myös seurata pidemmän aikavälin tilannetta.

Erityisen arvokasta on todentaa miten kehittämistyö konkreettisesti vaikuttaa kenguru- hoidon toteutumiseen yksittäisen potilaan kohdalla mm. hoidon saatavuuden kannalta. Keskeistä kysymyksen asettelussa on vaikuttaako kehittämistyö potilaiden valikoitumi- seen ja hoitomuodon käyttöönoton ajoittumiseen. Tämän selvittäminen on merkittävää, koska kenguruhoidon positiiviset vaikutukset näkyvät ja vaikuttavat vastasyntyneen ja hänen perheensä elämässä läpi koko elämänkaaren. Pitkäkestoista seuranta tutkimusta kenguruhoitoa saaneista lapsista ja heidän perheistään on tähän mennessä maailmalla valmistunut vain muutamia. Näissä tutkimuksissa kenguruhoitoa saaneet lapset ja hei- dän perheensä ovat hyötäneet saamastaan hoidosta vielä vastasyntyneisyyskauden jäl- keenkin.

Vanhemmilta saatu palaute kenguruhoitosta on ollut positiivista. Vanhempien osallistuminen lapsensa hoitoon on lisääntynyt intervention aikana. Vanhemmat ovat aikaisempaa aktiivisemmin osallistuneet lapsensa perushoitoon ja viettäneet lapsensa luona aikaisempaa pitempiä aikoja. Perheet ovat myös antaneet aikaisempaa enemmän palautetta saamastaan hoidosta sekä suullisesti että osaston palautelaatikkoon. Vanhemmat ovat toivoneet osastolle saatavan parempia kenguruhoitoon ja imetykseen soveltuvia tuoleja, jotta heidän olisi mahdollista viettää pidempiä aikoja hoitaen lastaan kenguruhoitossa.

Vastasyntyneiden teho-osastolla sairaanhoitajilla ja lääkäreillä on erittäin suuri valta vaikuttaa vanhempien osallistumiseen lapsensa hoitoon. Sairanhoitaja (ja lääkäri) määrittelevät milloin vauvaa hoidetaan, voiko vauvaan koskea ja miten tämä tapahtuu. Kenguruhoito teho-osastolla voi tapahtua ainoastaan lääkärin ja / tai sairaanhoitajan antaessa vanhemmille luvan sen toteuttamiseen. Sairanhoitajalla tulee olla mahdollisuus vastasyntyneen tarkkailuun ja vanhempien tukemiseen kenguruhoitoin aikana. Tämä on mahdollista vain silloin kun työtaakka on kohtuullinen.

Todennäköistä on, että kenguruhoitosivun käyttöönotto lisäsi kenguruhoitoin toteutumista jo ennen lähtötason mittausta, koska sivuun täytyy perustella kenguruhoitoin toteutuminen tai toteutumatta jättäminen. Lisäksi annetut toteutusohjeet ja annettu systemaattinen koulutus ja ohjaus ovat lisänneet henkilökunnan tietoa kenguruhoitoin. Myös kokeneiden työntekijöiden omaavaa hiljaista tietoa on pystytty hyödyntämään esimerkiksi arvioitaessa lapsen valmiutta kenguruhoitoon. Näin tieto jakaantuu useammalle ja tietoa siirtyy eteenpäin. Käydyt keskustelut ovat tuoneet julki paljon sellaista hiljaista tietoa joka ei muuten ehkä olisi noussut esille.

Intervention myötä kasvanut tietotaito kenguruhoitoin oikeanlaiseen toteuttamiseen mahdollistaa useamman potilaan pääsyn hoitomuodon piiriin. Tämän voidaan olettaa vaikuttavan hoitojaksojen pituuteen lyhentävästi. Kenguruhoitoin tehtyjen tutkimusten mukaan vastasyntyneet tarvitsevat keskimäärin lyhemmän aikaa hengitystukea, he kasvavat paremmin ja heillä on vähemmän infektioita sekä heidän vanhempansa osallistuvat aktiivisemmin hoitoon. Nämä tekijät yhdessä kenguruhoitoin muiden positiivisten vaikutusten kanssa voivat lyhentää tehohoitojaksoa ja saattavat mahdollistaa varhaisemman kotiutuksen. Lyhyemmät hoitojaksot, varhaisempi kotiutus ja infektioiden vä-

heneminen sekä lasten parempi neurologinen, motorinen ja kognitiivinen kehitys laskevat hoidon kustannuksia tehohoitojakson aikana ja sen jälkeen.

Vastasyntyneiden tehohoito on muuttunut viimeisen kymmenen vuoden aikana nopeasti ja muuttuu jatkuvasti edelleen kiihtyvällä nopeudella. Tämä luo haasteita yksittäiselle työntekijälle. Ammattitaitoa on ylläpidettävä ja uutta tietoa ja taitoa on opittava jatkuvasti. Uuden oppimista ja koko elämän kestävästä oppimisprosessista ei tule nähdä vain haasteena, ennen kaikkea se voi toimia voimavarana ja motivaatiota sekä työn mielekkyyttä lisäävänä tekijänä.

8.2 Miten tämä tutkimus jatkuu?

Kenguruhoidon toteuttamisen edistämiseksi luotu ja toteutettu interventio ja sen tutkiminen on osaltaan tukenut ja vahvistanut työyhteisön muutosprosessien läpiviemisen kykyä. Interventio ja tutkimus jatkuvat osastolla edelleen. Intervention toteutus on saatu lähes kokonaan suoritettua. Intervention loppuvaiheessa vanhemmille on luotu esite kenguruhoidon toteuttamisesta vastasyntyneelle teho-osastolla ja esite tullaan ottamaan käyttöön.

Lopputilanteen kartoitus vaiheessa (tutkimusasetelman vaihe kolme) seurataan kenguruhoidon toteuttamisohjeiden käyttöönoton ja koulutuksen vaikutusta intervention toteutumisen jälkeen. Tutkimuspotilaat tullaan rekrytoimaan kuten lähtötasoa kartoitettaessa ja saatuja tuloksia tullaan vertaamaan lähtötason mittauksen tuloksiin. Tämän avulla havainnoidaan onko toiminnassa tapahtunut pysyvää muutosta verrattuna lähtötilanteeseen.

Lisäksi tutkimushanke jatkuu niin, että lähtötason kartoituksen yhteydessä kerätty muu tutkimusaineisto tullaan analysoimaan ja tulokset julkaistaan. Tutkimuspotilaiden vanhemmille jaettiin (15.05.2007 – 15.07.2007) lapsen siirtyessä jatkohoitoon kyselylomake kenguruhoidosta vanhempien kokemuksen kartoittamiseksi. Lisäksi osaston henkilökunnalta kerättiin kyselylomake kenguruhoitoa koskevan tietotason ja asenteiden kartoittamiseksi (10.05.2007-10.06.2007) tilanteesta ennen interventiota. Nämä lähtötilanteessa suoritettavat tutkimusaineistojen keruut toistetaan myös lopputilanteen kartoituksen yhteydessä.

8.3 Kehittämisehdotuksia

Intervention toteuttaminen tässä työssä esitetyllä tavalla oli varsin toimiva ratkaisu. Jatkossa vastaavanlaista interventiota suunniteltaessa huomiota tulisi kiinnittää erityisesti intervention teoriapohjan luomiseen, toteutustiimin valitsemiseen ja koulutusrunon luomiseen. Myös intervention etenemisaikataulu tulisi suunnitella mahdollisimman tarkoin ja johdon tulisi olla sitoutunut toiminnan toteuttamiseen mahdollistamalla riittävä resursointi mm. työajan ja tilojen puitteissa. Koulutukselle ja ohjaukselle tulisi antaa riittävästi aikaresursseja. Pienien opetusryhmien käyttö ja koulutuksen jakautuminen pidemmälle aikavälille on eduksi muutosvastarinnan vähentämisessä ja ryhmän sitouttamisessa tavoitteeseen.

8.4 Jatkotutkimusehdotuksia

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia kehittämistyön vaikutuksia hoidon kustannusten näkökulmasta. Onko kehittämistyöllä ollut vaikutusta hoitajaksojen pituuteen, jatkohoittoon siirtymisen ajankohtaan ja hoidon kokonaiskustannuksiin tehohoitojakson aikana. Tutkimusta voisi myös laajentaa pitkäkestoisen seurantatutkimuksen muodossa kenguruhoitoa saaneiden lasten kokonaiskehityksestä, terveyden tilasta ja psykososiaalisesta kehityksestä

Kenguruhoidon käytännön toteutusta koskevaa jatkotutkimusta olisi mielenkiintoista kehittää, esimerkiksi koskien kenguruhoidon aikana lapselle tehtäviä mahdollisia toimenpiteitä. Näistä mainittakoon esimerkkinä verinäytteiden otto kantapääpistona kenguruhoidon aikana. Yhteistyön kehittäminen laboratorion kanssa ja näytteidenoton ajoitus voisivat olla hyvä kehittämiskohde. Toinen mielenkiintoinen tutkimuksen kohde voisi olla hengityskonehoidossa olevan lapsen extubation suunnitelmallinen toteutus kenguruhoidon aikana, vaikuttaako kenguruhoito vastasyntyneen elintoimintoihin vakauttavasti ja onnistuuko lapsen hengityskoneesta vieroittuminen paremmin.

LÄHTEET:

- Als, Heidelise - McAnulty, Gloria 2000: Developmental Care Guidelines for Use in the Newborn Intensive Care Unit (NICU). National NIDCAP Training Center Harvard Medical School Children's Hospital Boston, Children's Medical Center Corporation.
- Als, Heidelise - Duffy, Frank H - McAnulty, Gloria - Rivkin, Michael J - Vajapeyam, Sridhar - Mulkern, Robert V - Warfield, Simon K - Huppi, Petra S - Butler, Samantha C - Conneman, Nikk - Fischer, Christine - Eichenwald, Eric C 2004: Early Experience Alters Brain Function and Structure. *Pediatrics* Vol. 113, No4 April 2004; 846-857
- Bergh, Anne-Marie - Pattison, Robert C 2003: Development of a conceptual tool for the implementation of kangaroo mother care. *Acta Paediatrica* Vol: 92, 2003; 709-714.
- Bergh, Anne-Marie - Arsalo, Irmeli - Malan, Atties F - Patrick, Mark - Pattinson, Robert C - Phillips, Noel 2005: Measuring implementation progress in kangaroo mother care. *Acta Paediatrica* Vol: 94, 2005; 1102-1108.
- Blauw-Hospers, Cornill H - Hadders-Algra, Mijna 2005: A Systematic Review of Effects of Early Interventions on Motor Development. *Developmental Medicine & Child Neurology* Vol: 47, 2005; 421-432.
- Brown, Linda D - Hermann, Judith A 1997: The effect of Developmental Care on Pre-term Infant outcome. *Applied Nursing Research* Vol: 10, 1997; 190-197.
- Burns, Nancy - Grove, Susan 2005: *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization*, 5th Edition. Elsevier Saunders. St. Louis, Missouri.
- Carter, Brian S 2006: *Handbook of Neonatal Intensive Care* Sixth Edition. Ed: Merenstein, Gerald B - Gardner, Sandra L. Mosby. Inc. 2006; xii-xiv.
- Catelin, Céline - Torjman, Sylvie - Morin, Vincent - Oger, Emmanuel - Sizun, Jacques 2005: Clinical, Physiologic, and Biologic Impact of Environment and Behavioral Interventions in Neonates During a Routine Nursing Procedure. *The Journal of Pain*, Vol 6, No 12 (December), 2005; 791-797.
- Cattaneo, A - Davanzo, R - Uxa, F - Tamburlini, G for the International Network of Kangaroo Mother Care 1998: Recommendations for the implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants. *Acta Paediatrica*, Vol: 87, 1998; 440-445.
- Chapak, Nathalie - Ruiz-Peláez, Juan G 2006: Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. *Acta Paediatrica*, Vol: 95, 2006; 529-534.
- Chapak, Nathalie - Ruiz, Juan G - Zupan, Jelka - Cattaneo, Adriano - Figueroa, Zita - Tessier, Rejean - Cristo, Martha - Anderson, Gene - Ludington, Susan - Mendoza, Socorro - Mokhachane, Mantoa - Worku, Bogale 2005: Kangaroo Mother Care: 25 Years after. *Acta Paediatrica*, Vol: 94, 2005; 514-522.

- Chia, Pauline – Sellick, Ken – Gan, Sharon 2006: The Attitudes and Practices of Neonatal Nurses in the Use of Kangaroo Care. *Australian Journal of Advanced Nursing* Vol. 23, No 4 (Jun-Aug), 2006; 20-27.
- Conde-Agudelo, A – Diaz-Rozello, JL – Belizan, JM 2006: Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review). *The Cochrane collaboration. The Cochrane Library* 2006; Issue 4.
- Dodd, Virginia L 2005: Implications of Kangaroo Care for Growth and Development in Preterm Infants. *JOGNN*, Vol. 34 No 2 (March/April), 2005; 218-232.
- Ezeonodo, Aino – Hakola, Aija - Jokela-Ulenius, Katja 2007: Johtaminen ja esimiestyö. Johtamisosaamisen syventäminen. *Stadia*. Helsinki. Oppimistehtävä.
- Ezeonodo, Aino – Tarvonen, Anita 2007: Kenguruhoidon toteutus vastasyntyneiden teho-osastolla K7. HUS, osasto lk7 ohjeet.
- ETENE 2001: Muistilista eettisten toimikuntien jäsenille ja tutkijoille. ETENE / lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto. STM
- Feldman, Ruth – Eidelman, Arthur I 2003 a: Skin- to-Skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioural maturation in preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, Vol.45, 2003; 274-281.
- Feldman, Ruth – Sirota, Lea – Eidelman, Arthur I 2003 b: Testing a Family Intervention Hypothesis: The Contribution of Mother-Infant Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care) to Family Interaction, Proximity, and Touch. *Journal of Family Psychology* Vol. 17, No 1, 2003: 94-107.
- Feldman, Ruth - Eidelman, Arthur I - Sirota, Lea - Weller, Aron 2002: Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics* Vol. 110, No 1 July 2002; 16-26.
- Field, Tiffany – Hernandez-Reif, Maria – Feijo, Larissa – Freedman, Julia 2006: Prenatal, perinatal and neonatal stimulation: A survey of neonatal nurseries. *Infant Behavior and Development* Vol.29, No 1; 24-31.
- Franck, L.S – Bernal, H. – Gale, G 2002: Infant holding policies and practices in neonatal units. *Neonatal Network*, Vol. 21, No 2; 13-20.
- Glicken, Anita – Tappero, Ellen – Merenstein, Gerald B 2006: *Handbook of Neonatal Intensive Care* Sixth Edition. Ed: Merenstein, Gerald B – Gardner, Sandra L. Mosby. Inc.2006; 1-11.
- Hedberg Nyqvist, Kerstin 2004: How Can Kangaroo Mother Care and High Technology Care Be Compatible? *Journal of Human Lactation*, Vol. 20, No 1, 2004; 72-74.
- Heikkilä, Barbro- Mustalahti, Tuija – Larrad-Rahkonen, Victoria 2002: Keskosvauvan ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen hoito vastasyntyneiden teho-osastolla. *Psykoterapia* Vol. 21, No 3, 2002; 171-184.

- Holsti, Liisa- Grunau, Ruth E – Oberlander, tim F – Whitfield, Micheal F 2004: Specific Newborn Individualized Developmental Care and Assesment Program Movements Are Associated With Acute Pain in Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*, Vol. 114, No1, 2004: 65-72.
- Johnson, Amy Nagorski 2007: Factors Influencing Implementation of Kangaroo Holding in a Special Care Nursery. *MCN Am J Maternal Child Nursing*, Vol. 32, No 1, 2007; 25-29.
- Kleberg, Agneta – Westrup, Björn – Stjernqvist, Karin 2000: Developmental outcome, child behaviour and mother-child interaction at 3 years of age following Newborn Individualized Developmental Care and Intervention Program (NIDCAP) intervention. *Early Human Development*, Vol. 60, 2000; 123-135.
- Laine, Anna-Maria 1987: Kenguruhoito TYKS:n lastenlinikalla. *Kättilölehti*, Vol. 92, No 5, 1987; 171-176.
- Lassila, Regina 2006: Keskosen vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoiton aikana. Tampereen Ylipoisto, pro gradu tutkielma, URL: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00914.pdf>
- Launonen, Kaisa 2006: Varhainen vuorovaikutus kielen kehityksen perustana. *Suomen Lääkärilehti* Vol. 61, No 37, 2006; 3719-3724.
- Lehto, Paula 2004: Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Tampere University Press. *Acta Electronica Universitatis Tampensis*. 332.
- Ludington-Hoe, Susan M – Ferreira, Carla – Swinth, Joan – Ceccardi, Jennifer J 2003: Safe Criteria and Procedure for Kangaroo Care With Intubated Preterm Infants. *JOGNN*, Vol. 32, 2003; 579-588.
- Mallet, I – Bomy, H – Govaert, N – Goudal, I – Brasme, C - Dubois, A – Bourdringhien, S – Pierrat, V 2007: Le peau à peau en médecine néonatale: connaissance et attentes des professionnels de santé dans deux unités de néonatalogie de niveau III (Skin to skin contact in neonatal care: knowledge and expectations of health professionals in 2 neonatal intensive care units. *Archives de Pédiatrie*, Vol 14, No 7, 2007; 881-886.
- Millette, Isabelle H –Richard, Lucie – Martel, Marie-Josée 2005: Evaluation of Developmental Care Training Programme for Neonatal Nurses. *Journal of Child Health Care*, Vol. 9, No 2, 2005; 94-109.
- National Association of Neonatal Nurses 1995: Infant and Family-Centered Developmental Care Guidelines.
- Neu, M 1999: Parent's perceptions of skin-to-skin care with their preterm infants requiring assisted ventilation. *JOGNN*, Vol. 28, 1999; 157-164.
- Pattinson, Robert C - Arsalo, Irmeli –Bergh, Anne-Marie –Malan, Atties F – Patrick, Mark — Phillips, Noel 2005: Implementation of kangaroo mother care: A randomized trial of two outreach strategies. *Acta Paediatrica* Vol : 94, 2005; 924 -927.

- Perälä, Marja-Leena ja Pelkonen, Maejaana 2006: Hoitotyön suositukset osana näyttöön perustuvaa toimintaa. *Sairaanhoitaja*, Vol. 79, No 12, 2006; 12-15.
- Petryshen, P – Stevens, B- Hawkins J – Stewart, M 1997: Comparing nursing costs for preterm infants receiving conventional vs. developmental care. *Nursing Economics*, Vol. 15, 1997; 138-145,150.
- Polit, Denise F. – Beck, Cheryl Tatano 2004: *Nursing Research Principles and Methods*. Seventh Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Reen, Eija – Vepsäläinen, Sirkka-Liisa 2000: Pienen keskosen polku. Alle 1000g painavan keskoslapsen hoitoprosessin kuvaus. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Lasten ja nuortensairaala, lastenkliniikka. Helsinki.
- Rick, Sonya L 2006: Developmental care on newborn intensive care units: Nurses' experiences and neurodevelopmental, behavioural and parenting outcomes. A critical review of the literature. *Journal of Neonatal Nursing* Vol. 12, 2006; 56-61.
- Roller, Cyndi G 2005: Getting to Know You: Mothers' Experiences of Kangaroo Care. *JOGNN*, Vol. 34, No 2 (March-April) 2005; 210-217.
- Sizun, Jacque – Westrup, Björn and the ESF Network Cordination Committee 2004: Early Developmental care for Neonates: a Call for More Research. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, Vol. 89, 2004; 384-389.
- Sontheimer, Dieter – Fisher, Christine B – Buch, Kerstin E 2004: Kangaroo Transport Instead of Incubator Transport. *Pediatrics* Vol.113, No 4, 2004; 920-923
- Swaney; Julie – English; Nancy - Carter, Brian S 2006: *Handbook of Neonatal Intensive Care* Sixth Edition. Ed: Merenstein, Gerald B – Gardner, Sandra L. Mosby. Inc.2006; xii-xiv.
- Tuomikoski-Koiranen, Päivi 2000: Kenguruhoitosta keskosten hoidossa. *Kättilölehti*, Vol. 105, No 2, 2000; 53-54.
- Vastasyntyneiden teho-osasto K7 2007: Osastoesittely. <<http://intra.hus.fi>>. Luettu 30.9.2007.
- Wallin, Lars – Rudberg, Agneta - Gunningberg, Lena 2005: Staff experiences in implementing guidelines for Kangaroo Mother Care – a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 42, 2005: 61-73.
- Westrup, Björn - Stjernqvist, Karin - Kleberg, Agneta - Hellström-Westas, Lena – Lagercrantz, Hugo 2002: Neonatal individualized care in practice a Swedish experience. *Semin Neonatol*, Vol. 7, 2002; 447-457.
- World Health Organization 2003: *Kangaroo Mother Care. A Practical Guide*. Department of Reproductive Health and Research, Geneva, Switzerland, World Health Organization; 2003.

Poliklinikat | Hoto | Käytössä olevat hoitot | Näytä | Ngestaho | Lääkkeet | Tutkimukset | Muuta | Oike

Kirjas: KENGURUHOITO

Alka: 09.11.2007 14:28

Ei kenguru: Iv-rettit:

Kenguruiera: Iv-nesteeet:

Kenguruieisto: Iv-lääkitys:

Kenguruoppu:

vauvanvointi: Varn ohjaus:

Hengytystuki: Varn kokemus:

Yhteenveto... OK Peruuta Lähtä Ilmoa Oike

Poliklinikat | Hoto | Käytössä olevat hoitot | Näytä | Ngestaho | Lääkkeet | Tutkimukset | Muuta | Oike

Kirjas: KENGURUHOITO

Alka: 09.11.2007 14:28

Ei kenguru: Iv-rettit:

Kenguruiera: Iv-nesteeet:

Kenguruieisto: Iv-lääkitys:

Kenguruoppu:

vauvanvointi: Varn ohjaus:

Hengytystuki: Varn kokemus:

Yhteenveto... OK Peruuta Lähtä Ilmoa Oike

Poliklinikat | Hoto | Käytössä olevat hoitot | Näytä | Ngestaho | Lääkkeet | Tutkimukset | Muuta | Oike

Kirjas: KENGURUHOITO

Alka: 09.11.2007 14:28

Ei kenguru: Iv-rettit:

Kenguruiera: Iv-nesteeet:

Kenguruieisto: Iv-lääkitys:

Kenguruoppu:

vauvanvointi: Varn ohjaus:

Hengytystuki: Varn kokemus:

Yhteenveto... OK Peruuta Lähtä Ilmoa Oike

Poliklinikat | Hoto | Käytössä olevat hoitot | Näytä | Ngestaho | Lääkkeet | Tutkimukset | Muuta | Oike

Kirjas: KENGURUHOITO

Alka: 09.11.2007 14:28

Ei kenguru: Iv-rettit:

Kenguruiera: Iv-nesteeet:

Kenguruieisto: Iv-lääkitys:

Kenguruoppu:

vauvanvointi: Varn ohjaus:

Hengytystuki: Varn kokemus:

Yhteenveto... OK Peruuta Lähtä Ilmoa Oike

Poliklinikat | Hoto | Käytössä olevat hoitot | Näytä | Ngestaho | Lääkkeet | Tutkimukset | Muuta | Oike

Kirjas: KENGURUHOITO

Alka: 09.11.2007 14:28

Ei kenguru: Iv-rettit:

Kenguruiera: Iv-nesteeet:

Kenguruieisto: Iv-lääkitys:

Kenguruoppu:

vauvanvointi: Varn ohjaus:

Hengytystuki: Varn kokemus:

Yhteenveto... OK Peruuta Lähtä Ilmoa Oike

Poliklinikat | Hoto | Käytössä olevat hoitot | Näytä | Ngestaho | Lääkkeet | Tutkimukset | Muuta | Oike

Kirjas: KENGURUHOITO

Alka: 09.11.2007 14:28

Ei kenguru: Iv-rettit:

Kenguruiera: Iv-nesteeet:

Kenguruieisto: Iv-lääkitys:

Kenguruoppu:

vauvanvointi: Varn ohjaus:

Hengytystuki: Varn kokemus:

Yhteenveto... OK Peruuta Lähtä Ilmoa Oike

The image displays four sequential screenshots of a web application interface for kangaroo care (Kenguruhoito). The interface is titled "Kirjaus: KENGURUHOITO" and includes a navigation menu with options like "Potilas tiedot", "Hoito", "Käytössä olevat hoidot", "Näytä", "Ngstehoito", "Lääkkeet", "Tutkimukset", "Ikkuna", and "Ohje".

The top-left screenshot shows the initial form with fields for "Aika" (09.11.2007 14:28), "El kenguru", "Kengurukerta" (0-100), "Kengurukesto", "Kenguruloppu", "vauvanvointi", and "Hengitystuki". A dropdown menu for "Iv-lääkitys" is open, showing options: "Ei iv-nestettä", "Täyttö", and "Nutrito+lääkitys".

The top-right screenshot shows the same form, but the "Iv-lääkitys" dropdown menu is now closed.

The bottom-left screenshot shows the "Iv-lääkitys" dropdown menu open again, with options: "Ei infuusiota", "Kipulääkitys", "Systeemien tukilääkitys", and "Muuta lääkitys".

The bottom-right screenshot shows the "Iv-lääkitys" dropdown menu open, with options: "Perusohjaus", "Perusohj. +määrittäminen", and "Eriohjaus".

At the bottom of the page, a taskbar shows the system clock as "09.11.2007 14:32 LNS K7 (-) testi tyttö 11 vrk. 29.10.2007" and the user name "Kirjailija: MSUN".

KOULUTUS TOTEUTUMA

Pvm / Osallistujia määrä	Kesto	Koulutuksesta tehtyjä huomioita ja saatua palautetta
27.6. / 3	60min	Ensimmäinen koulutus. Vauvan valmius kenguruhoitoon herätti kysymyksiä.
28.6. / 2	55min	Keskusteltu tukiliinoista.
1.7. / 2	60min	Vauvan valmiudet keskustelun kohteena.
2.7. / 1	54min	Tuolit ja tilat mietinnän kohteena
5.7. / 2	60min	Positiivista palautetta. Koulutus lisännyt uutta tietoa osallistujille. Lisäksi keskusteltu vauvan valmiudesta ja tilakysymyksistä
6.7. / 1	55min.	Keskusteltu lisäksi tiloista. Positiivista palautetta.
6.7. / 4	65min	yövuoron alussa. Kokeneita hoitajia osallistujina. Positiivista palautetta. keskustelua vauvan valmiudesta ja tilakysymyksistä sekä tukisidoksen käytöstä.
9.7. / 1	52min	Keskusteltu tilakysymyksestä.
10.7. / 1	55min	Keskusteltu vierailuajoista ja tilakysymyksestä.
14.7. / 2	60min	Kysymyksiä vauvan valmiudesta kenguruhoitoon.
15.7. / 3	70min	Kokeneita sairaanhoitajia osallistujina. Huolestuneisuutta vauvan valmiudesta kenguruhoitoon. Positiivista ja negatiivista palautetta. Muutosvastarintaa mielestäni havaittavissa.
18.7. / 1	53min	Keskusteltu tukiliinoista ja imettamisestä
19.7. / 1	55min	Keskustelua vauvan valmiudesta
22.7. / 2	60min	Keskustelua tilakysymyksistä ja vauvan valmiudesta. Positiivista palautetta koulutuksen tarpeellisuudesta
26.7./ 2	70min	Lisäksi keskusteltu osaston kehittämisestä, tiloista ja potilasaineksen muutoksesta. Osallistujina kokeneita hoitajia.
27.7. / 1	55min	Keskusteltu tilakysymyksestä.
30.7. / 2	60min	Keskusteltu osaston tilanteesta, tiloista ja kehittämishaasteista kenguruhoitoon toteutumiseen liittyen.
31.7. / 2	55min	Keskusteltu tukiliinoista.
1.8. / 1	58min	Keskusteltu tilakysymyksestä ja vauvan valmiudesta
4.8. / 1	55min	Keskusteltu tilakysymyksestä.
5.8. / 2	60min	Keskusteltu vauvan valmiudesta, imettamisestä ja tilakysymyksistä
9.8. / 2	60min	Keskusteltu kenguruhoitoon toteutumisen lisääntymisestä osastolla ja eri työntekijöiden erilaisesta valmiudesta sen toteuttamiseen. Koulutus annetun palautteen mukaan lisännyt aiheen käsittely osastolla käydyissä keskusteluissa.
28.8. / 3	65min	Osallistujista yksi oli opiskelija. Kysymyksiä vauvan tarkkailusta ja valmiudesta kenguruhoitoon. Keskusteltu myös tilakysymyksestä.
29.8. / 2	60min	Keskusteltu imettamisestä, tukiliinoista ja vauvan valmiudesta. Lisäksi mietitty tilakysymyksiä.
1.9. / 1	54min	Keskusteltu tukiliinoista ja tilakysymyksestä.
8.9./ 2	55min	Yövuoron alussa. Keskusteltu vauvan valmiudesta ja osaston toimintatavoista sekä tilakysymyksistä
9.9./ 1	55min	Keskusteltu tilakysymyksestä ja tukiliinoista
13.9. / 16	10min	<i>microblokki</i> , koulutus, osastolla käynnissä olevien tutkimusten esittelytilaisuus
13.9./ 5	70min	osallistujista 3 uutta työntekijää ja 2 opiskelijaa. Vilkasta keskustelua. Paljon kysymyksiä. Avoin ja ennakkoluuloton suhtautuminen koulutukseen. Painotettu paljon lapsen elintoimintojen perustarkkailun sekä fysiologian ja sen yhteyttä kenguruhoitoon.
14.9. / 1	55min	Keskusteltu vierailuajoista ja tilakysymyksestä.
17.9. / 1	53min	Keskustelua hoidon mahdollistamisesta
18.9. / 7	45 min	<i>tiistain tietoisuus</i> , Mukautettu koulutus, suurin osa jo käynyt koulutuksen, kaksi ensimmäistä kertaa. Käyty läpi osaston tämän hetkistä tilannetta kenguruhoitossa ja keskusteltu mm. tiloista ja tuoleista. Koulutukset saadun palautteen mukaan koettu positiivisiksi ja tietoa lisääviksi. Osallistujien mielestä kenguruhoito osastolla lisääntynyt.
20.9. / 1	60min	Keskustelua tilakysymyksestä.
23.9. / 5	75 min	2 osallistujaa ensimmäistä kertaa. Koulutuksen perussisältö sama kuin muulloinkin. Lisäksi vilkasta keskustelua aiheesta ja hyviä kysymyksiä ja ehdotuksia hoidon toteuttamisen lisäämiseksi. Viestitty, että enää ei voi olla perustelematta itselleen miksi ei anna lasta kenguruun. Yleisvire positiivinen.
01.11. / 35	45min	<i>microblokki</i> , osaston sisäinen koulutus. Keskusteltu haasteista ja jatkohoito paikoista.
YHT 119	1989 min	Yleisimmät keskustelun aiheet ja kysymykset koulutuksessa koskivat tilakysymystä (tuolit ja tilojen ahtaus) ja vauvan valmiutta kenguruhoitoon. Lisäksi sopivan tukisidoksen valinta ja osaston päivärytmi herättivät keskustelua lähes joka koulutuksessa.

**KENGURUHOIDON TOTEUTUMINEN VASTASYNTYNEIDEN
TEHO-OSASTOLLA**

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN

Suostun, että lapseni _____
stt _____

osallistuu tutkimukseen ” Kenguruhoidon toteutuminen vastasyntyneiden teho-osastolla”.
Tutkimukseen liittyen lapselleni ei aiheudu ylimääräistä vaaraa tai räsitusta. Lapseni
potilasasiakirjoista kerätään tietoa kenguruhoidon toteutumisesta tämän hoitojakson ajalta.

Helsingissä _____ / _____ 200 _____

Huoltajan / huoltajien allekirjoitukset

Tutkimuksen yhteyshenkilöt:

Päivi Luukkainen
LT, lastenlääkäri, neonatologi
HUS Lasten ja nuorten sairaala
vastasyntyneiden teho-osasto lk7
puh. 050 4272488

Aino Ezeonodo
sairaanhoitaja AMK
HUS Lasten ja nuorten sairaala
vastasyntyneiden teho-osasto lk7
aino.ezeonodo@hus.fi

Tämä lomake laaditaan kahtena kappaleena, yksi tutkimusryhmälle ja yksi vanhemmille.

KENGURUHOIDON TOTEUTUMINEN VASTASYNTYNEIDEN TEHO-OSASTOLLA

Hyvät vanhemmat,

Vastasyntyneiden tehohoito on kehittynyt valtavasti viimeisen vuosikymmenen aikana. Yhä sairaammat ja pienemmät vastasyntyneet selviytyvät pitkälle kehittyneiden tehohoitomenetelmien ansiosta. Tehohoidon tavoitteeksi on noussut myös mahdollisimman hyvän elämän turvaaminen. Hoidon tulisi olla sellaista, että se tukisi vastasyntyneen kehitystä ja antaisi hänelle mahdollisuuden nauttia elämästään osallistuvana yksilönä koko elämänkaarensa ajan.

Lasten ja nuorten sairaalan vastasyntyneiden teho-osastolla vastasyntyneen kehitystä tukevaa hoitotyötä pidetään keskeisenä vastasyntyneen ja hänen perheensä hyvinvointia ja terveyttä edistävänä tekijänä. Tällä tarkoitetaan, että optimoidaan kaikki lapsen kehittymismahdollisuudet ja minimoidaan ennenaikaisesta syntymästä johtuvat haitat. Perheen mukaan ottaminen osaksi vastasyntyneen hoitoa on keskeistä. Yksi kehitystä tukevan hoitotyön osa-alueista on kenguruhoito, jossa vastasyntynyt asetetaan vanhemman rintaa vasten vaippasillaan iho ihoa vasten. Kenguruhoito on turvallista myös erittäin pienipainoisille (alle 1000g) ja erittäin ennenaikaisille (alle 28 rv) vastasyntyneille. Tutkimusten mukaan kenguruhoitolla on useita vastasyntyneen kehitystä tukevia vaikutuksia. Kenguruhoitoa saavan lapsen elintoimintoihin käyttämä energian tarve laskee ja energiaa säästyy kasvamiselle. Kenguruhoiton on todettu vaikuttavan positiivisesti lapsen kehitykseen ja vahvistavan vanhempien ja lapsen välisen varhaisen vuorovaikutussuhteen muodostumista.

HUS Lasten ja nuorten sairaalassa on käynnistynyt tutkimus, jossa selvitetään kenguruhoiton toteutumista vastasyntyneiden teho-osastolla, tarkastelemalla kenguruhoitoon liittyviä kirjaamismerkintöjä vastasyntyneiden potilaspapereista. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää osaston toimintaa ja vahvistaa kehitystä tukevan hoitotyön toteutumista vastasyntyneiden hoidossa. **Pyydämmekin suostumustanne, että lapsenne voisi osallistua tähän tutkimukseen.** Tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa, että lapsenne hoitokertomuksesta kerätään siihen kirjattua tietoa kenguruhoiton toteutumisesta. Kerättyjä tietoja käytetään vain tässä tutkimuksessa. Tutkimuksessa ei altisteta lastanne ylimääräiselle vaaralle tai rasitukselle.

Nyt saatavia tutkimustuloksia voidaan jatkossa hyödyntää suunniteltaessa vastasyntyneen kokonaisvaltaista kehitystä tukevaa hoitoa. Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista eikä siitä kieltäytyminen vaikuta millään tavoin lapsenne nyt tai vastaisuudessa saamaan hoitoon sairaalassamme. Voitte milloin tahansa peruuttaa suostumuksenne osallistua tutkimukseen myös sen jo käynnistyttyä. Annamme halutessanne mielellämme lisätietoa tutkimuksesta.

Yhteistyöstä kiittäen,
Päivi Luukkainen
LT, erikoislääkäri
LNS os LK7
puh. 050 4272488

Aino Ezeonodo
sairaanhoitaja AMK
LNS os LK7
aino.ezeonodo@hus.fi