

SYNNYTTÄNEIDEN ÄITIEN OHJAUS SYNNYTYSVUODEOSASTOLLA

Äitien näkökulma saamastaan ohjauksesta

Maija Kärki
Mariana Pirhonen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2010

Hoitotyö
Sosiaali- ja terveysala





Tekijä(t) KÄRKI, Maija PIRHONEN, Mariana	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 12.04.2010
	Sivumäärä 49	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi SYNNYTTÄNEIDEN ÄITIEN OHJAUS SYNNYTYSVUODEOSASTOLLA		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) TIAINEN, Elina, TUOMI, Sirpa		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaala, Synnytysvuodeosasto 5		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää äitien saaman ohjauksen sisältöjä ja voimavaralähtöisyyttä synnytysvuodeosastolla. Kohderyhmänä oli alateitse synnyttäneet äidit, joiden vauvat olivat vierihoidossa. Ohjauksen sisällöstä selvitettiin, minkälaista ohjausta äidit saivat vanhemmuudesta ja varhaisesta vuorovaikutuksesta, imetyksestä, äidin psyykkisestä ja fyysisestä toipumisesta synnytyksestä sekä parisuhteesta ja seksuaalisuudesta. Voimavaralähtöisen ohjauksen toteutumista selvitettiin voimavaralähtöisyyden elementtien kautta.</p> <p>Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka sisälsi myös yhden avoimen kysymyksen. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin, ja avoimen kysymyksen vastaukset sisällön erittelyllä.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan imetysohjaus toteutui parhaiten. Heikoimmin ohjaus toteutui parisuhteen ja seksuaalisuuden osa-alueella. Tulosten mukaan ohjausta tulisi kehittää varhaisen vuorovaikutuksen tukemisessa, äitiyteen liittyvien tunteiden ja synnytyksen jälkeisin masennuksen käsittelyssä sekä synnytyksen jälkeisessä ehkäisyneuvonnassa. Tulosten mukaan voimavaralähtöisyys toteutui hyvin.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Synnytysvuodeosasto, voimavaralähtöinen ohjaus, vanhemmuus, varhainen vuorovaikutus, imetys, synnytyksestä toipuminen, parisuhde, seksuaalisuus		
Muut tiedot		



Author(s) KÄRKI, Maija PIRHONEN, Mariana	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 12.04.2010
	Pages 49	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Postnatal Counseling of Mothers at a Postnatal Ward		
Degree Programme Degree programme in nursing		
Tutor(s) TIAINEN, Elina & TUOMI, Sirpa		
Assigned by Central Finland Central Hospital, Postnatal Ward 5		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the present thesis was to study the contents of counseling received by mothers at a postnatal ward as well as to investigate how empowerment-based this counseling was. Mothers who had given vaginal birth and were self-nursing their babies on the ward formed the target group of this study. In regard to the contents of counseling, the following components were looked at: what kind of counseling the mothers received on parenthood and early interaction, breastfeeding, the mother's mental and physical recovery from delivery and the relationship with their partner and sexuality. The extent to which the counseling was empowerment-based was studied through various elements related to empowerment.</p> <p>A structured questionnaire, which included one open question, was deployed as the data collection method. The data were analyzed with statistical methods and the open question by using content analysis.</p> <p>Based on the findings of the present study, the counseling actualized best in regard to breastfeeding. The weakest elements in the counseling were related to the relationship with the partner and sexuality. According to the findings, further development is also needed in the following areas of counseling: supporting early interaction, dealing with emotions related to motherhood and postnatal depression, as well as guidance on postnatal contraception. In regard to finding out how empowerment-based the counseling practices were, the results show that the counseling was good.</p>		
Keywords Postnatal ward, empowerment-based counseling, parenthood, early interaction, breastfeeding, recovery from delivery, relationship with one's partner, sexuality.		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 OHJAUKSEN SISÄLLÖT SYNNYTYSVUODEOSASTOLLA	4
2.1 Vanhemmuus ja varhainen vuorovaikutus	4
2.2 Imetysohjaus.....	7
2.3 Äidin psyykkinen ja fyysinen synnytyksestä toipuminen	10
2.4 Parisuhde ja seksuaalisuus	12
3 VOIMAVARALÄHTÖINEN OHJAUS SYNNYTYSVUODEOSASTOLLA	15
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	19
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	19
5.1 Tutkimusmenetelmät.....	19
5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu	20
5.3 Opinnäytetyön aineiston analyysi	21
6 TULOKSET	22
6.1 Vastaajien taustatiedot.....	22
6.2 Äitien kokemukset ohjauksesta.....	23
6.3 Voimavaralähtöisen ohjauksen toteutuminen	28
6.4 Äitien mielipiteitä saamastaan ohjauksesta synnytysvuodeosastolla	30
7 POHDINTA.....	31
7.1 Opinnäytetyön eettisyys.....	31
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus	33
7.3 Tulosten tarkastelua.....	34
7.4 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	38
LÄHTEET	39
LIITTEET	44
Liite 1: Saatekirje	44
Liite 2 : Kyselylomake	45

KUVIOT

KUVIO 1. Vanhemmuuteen ja varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvä ohjaus äitien kokemana	24
KUVIO 2. Imetysohjaus äitien kokemana	25

KUVIO 3. Itsehoitoon ja hyvinvointiin liittyvä ohjaus äitien kokemana.....	26
KUVIO 4. Parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvä ohjaus äitien kokemana	27
KUVIO 5. Voimavaralähtöisen ohjauksen toteutuminen äitien kokemana...	29

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Äideille tarjottu perhevalmennus neuvolassa ja siihen osallistuminen	23
TAULUKKO 2. Perhevalmennuksessa käsitellyt aiheita	23

1 JOHDANTO

Hoitoaikojen lyhentyminen edellyttää entistä tiiviimpää ohjausta synnytysvuodeosastolla. Äidit ovat keskimäärin 3,2 päivää alatiesynnytyksen ja 4,5 päivää keisarileikkauksen jälkeen synnytysvuodeosastolla. Äitien tulee saada vierihoidtaa lastaan heti syntymän jälkeen sekä saada tukea varhaiseen vuorovaikutukseen ja vauvan hoitoon. Samoin äitejä pitää ohjata imetyksessä, heidän tulee saada mahdollisuus synnytyskeskusteluun ja tukea synnytyksen jälkeisessä herkistymisessä sekä mahdollisessa synnytyksen jälkeisessä masennuksessa. Ohjauksessa tulee huomioida myös parisuhteen ja seksuaalisuuden tukeminen (STM 2007, 82, 86-94.)

Asianmukaiseen ja hyvään hoitoon kuuluu laadukas ohjaus. Ohjauksen tarkoitus on edistää asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Hoitajan tehtävä on tukea asiakasta päätöksenteossa asiakkaan kuitenkin ollessa aktiivinen pulman ratkaisija. Ohjaus sisältää tarvittaessa myös tiedon antamista. Ohjaus tapahtuu tasa-arvoisessa ja vuorovaikutteisessa suhteessa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 20, 25.)

Väestön koulutustason nousu, informaatiotekniikan lisääntyminen ja monet muut seikat vaikuttavat siihen, että asiakkaat osaavat vaatia yhä laadukkaampaa hoitoa, ja he osaavat etsiä tietoa ja käyttää sitä hyödykseen. Tämä taas vahvistaa heidän asemaansa oman hoitonsa toimijana ja vastuunkantajana. (Kyngäs ym. 2007, 12.)

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää äitien saaman ohjauksen sisältöjä ja voimavaralähtöisyyttä synnytysvuodeosastolla. Opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää synnytysvuodeosastolla annattavan ohjauksen kehittämisessä. Valitsimme kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska sen avulla voi saada yleisen käsityksen synnytysvuodeosaston ohjauksesta (ks. Vilka 2007, 13) ja kartoittaa olemassa olevaa tilannetta (ks. Heikkilä 2008,16).

2 OHJAUKSEN SISÄLLÖT SYNNYTYSVUODEOSASTOLLA

Äidit toivovat hoitajalta aikaa keskustella, ohjata ja vastata heidän kysymyksiin (Ryttyläinen ym. 2007, 24-25). Äidit odottavat yksilöllistä ohjausta, jota myös tarjotaan, jos äidit eivät huomaa tai uskalla sitä pyytää. Sekä ensi- että toissynnyttäjät pitivät tärkeinä kannustusta ja rohkaisua henkilökunnalta. Toissynnyttäjä-äidit korostivat myös omakätilö-järjestelmän merkitystä. (Kojonen 2005, 60.) Äidit haluavat olla myös mahdollisimman hyviä potilaita, eivätkä he sen vuoksi halua häiritä kiireistä henkilökuntaa. Tämä voi johtaa siihen, että kynnys neuvojen kysymiseen on korkea. Monet äidit toivoivat enemmän apua kuin mitä olivat saaneet. Neuvonta oli kuitenkin koettu yksilöllisenä ja asiakkaan tilanteen huomioivana. (Ylilehto 2005, 139-140.)

2.1 Vanhemmuus ja varhainen vuorovaikutus

Vanhemmuuden keskeinen tehtävä on lapsen hoidosta ja hyvinvoinnista huolehtiminen, johon vanhempien tulee kasvaa (Sevón & Huttunen 2002, 72). Vanhemmuus on kokonaisvaltaista ja siihen kuuluu velvollisuuksia. Vanhemmuudessa ei voi vuorotella, eikä muita asioita voi asettaa sen edelle. Vanhemmuuden tulee siis olla ensimmäisellä sijalla. (Schmitt 2003, 316.)

Vanhemmiksi synnyttään lapsen syntyessä, eikä vanhemmuuden rooleja voi harjoitella etukäteen. Kasvu vanhemmaksi tapahtuu yhdessä lapsen kanssa. Vanhemmuuden roolikartan mukaan vanhemmuudessa on viisi keskeistä osaa: rakkauden antaja, elämän opettaja, ihmissuhdeosaaja, rajojen asettaja sekä huoltaja. Rakkauden antajan, huoltajan ja ihmissuhdeosaajan roolit korostuvat vauvaiän vanhemmuudessa. Hoitotyöntekijä voi käyttää roolikarttaa apunaan kohdatessaan vanhempia. (Helminen & Iso-Hieniemi 1999, 11,16, 32.)

Vauva tarvitsee vanhemman kokonaisvaltaista hoitoa ja huolenpitoa. Vauva ei selviä hengissä ilman huolenpitoa eli huoltajan roolin toetutumista. Vanhempi-

en rakkauden antajan ja ihmissuhdeosaajan roolit ilmenevät vuorovaikutuksessa lapseen ja toiseen vanhempaan. Vanhempien välinen suhde vaikuttaa lapseen ja antaa malleja ihmisten välisistä suhteista sekä kokemuksia erilaisista tunneilmastoista. Vauvan turvallisuuden tunnetta lisäävät hänen sylissä pitäminen, lohduttaminen ja hellyyden osoittaminen. (Helminen & Iso-Hieniemi 1999, 22.)

Vauvan saaminen on iso ja elämää muuttava tapahtuma, mutta lapsivuodeajan hoidolla on taipumus keskittyä fyysisen voinnin tarkasteluun. Hoitotyöntekijän tulee mahdollistaa äidin ja isän kehittyminen vanhemmuudessa. Lapsivuodeajan terveyden edistämiseksi täytyy kiinnittää huomiota yksilöllisiin tarpeisiin ja tunnistaa mahdolliset ongelmat vanhemmuuteen kasvussa. (Fraser & Cullen 2009, 7,11.)

Opetuksen ja ohjauksen tarkoitus on edistää vanhempien tunnetta siitä, että he ovat päteviä hoitamaan vauvaa (Wong, Perry, Hockenberry, Lowdermilk & Wilson 2006, 626). Pelkkä ajan antaminen äidille ja hänen kuunteleminen voi vähentää hänen murheita ja huoltaan vanhemmuudesta (Fraser & Cullen 2009, 7,11). Australialaisen tutkimuksen mukaan äidit kokivat, että äitiys ja sen opettelu olivat tärkeimmät asiat, joita he tahtoivat oppia (Emmanuel, Creedy & Fraser 2001, 18).

Erityisesti ensisynnyttäjät haluavat tietoa ja ohjausta vauvan hoidosta (Kojonen 2005, 60). Vanhempien mielestä vanhemmuuteen kasvua ja ihmissuhteita tukeva toiminta on jäänyt vaille riittävää huomiota ja valmennusta (Kalam-Salminen 2005, 170,173; Kalam-Salminen, Leino-Kilpi & Puukka 2008, 238). Äidit toivovat erityisesti, että isää ja koko perhettä huomioitaisiin enemmän (Ryttyläinen ym. 2007, 24-25). Äidit myös odottavat isien mukaan ottamista hoitotoimintoihin (Kalam-Salminen 2005, 169). Saman suuntaisia ajatuksia on myös isillä, sillä hekin toivovat ohjausta, tietoa ja tukea (Mesiäislehto-Soukka 2005, 148).

Kehityshaasteita on esimerkiksi siinä, että osastolla varmistettaisiin molempien vanhempien saama riittävä ohjaus ja tuki vauvan hoitoon ja vanhemmuuteen liittyvissä kysymyksissä (Kalam-Salminen 2005, 170;173). Samoin yhteistyötä tulee kehittää avoterveyden huollon kanssa, kuten neuvolan, jotta perheillä on tukea myös heidän kotiuduttuaan (Kalam-Salminen 2005, 170,173; Ryttyläinen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2007, 27; Hakulinen-Viitanen, Koponen, Julin, Perälä, Paunonen-Ilmonen & Luoto 2007, 335).

Synnytysvuodeosastolla annettavalla ohjauksella tuetaan vanhemmuuden lisäksi myös varhaista vuorovaikutusta vauvan ja vanhempien välillä (STM 2007, 82-83). Vanhemmuus onkin ennen kaikkea vuorovaikutusta lapsen kanssa (Schmitt 2003, 314). Vauva on valmis vuorovaikutukseen jo syntymästään alkaen (Tamminen 2004, 46). Vauvan syntymisen jälkeen alkaa tutustumisen ja yhteenliittymisen aika vanhempien kanssa (Salo 2003, 51). Tunnekokemukset syntymästä alkaen ovat oleellisen tärkeitä kehitykselle uusimpien tutkimusten mukaan. Varhainen vuorovaikutus säätelee lapsen tunnekokemuksia. (Mäntymaa, Luoma, Puura & Tamminen 2003.)

Vauvoilla on tarve kiinnittyä lähimpään saatavilla olevaan aikuiseen oman turvallisuudentarpeensa vuoksi (Sinkkonen 2003, 93). Vauva pyrkii vuorovaikutukseen heti ensi päivästä lähtien. Hän tarkkailee ympäristöään ja kiinnittää katseensa muihin ihmisiin. Vastasyntyneet ovat valmiita ottamaan vastaan myös puhetta, ja he reagoivatkin tutun puheeseen eri tavalla kuin tuntemattoman. (Salo 2003, 54-56.)

Synnytysvuodeosastolla vanhempia ohjataan huomaamaan vauvan viestejä ja vastaamaan niihin (STM 2007, 82-83). Inhimillisen vuorovaikutuksen perusominaisuus on vastavuoroisuus. Sekä vanhemman että vauvan on hyvä tehdä vuorovaikutusaloitteita ja kokea, että niihin vastataan, mutta myös että niihin jätetään vastaamatta. Vauva tekee vuorovaikutusaloitteita itkemällä, silmiä avaamalla, kasvojen ilmeillä ja liikehdinnällä. (Tamminen 2004, 47-48.) Vanhemman valppaat ja osallistuvat kasvot innostavat vauvaa erityisesti. Vauvat matkivat vanhempien kasvonilmeitä ja yleensä vanhempi vastaa siihen voi-

mistamalla ilmettään. Näin syntynyt ilmeiden vaihto vanhemman ja vauvan välillä onkin vauvan ensimmäinen keskustelu. (Salo 2003, 54-56.)

Vanhemman on tärkeä oppia ymmärtämään, mitä juuri hänen vauvansa ilmaisee, koska vauvat ovat erilaisia ei-kielellisessä viestinnässä. Näitä käyttäytymiseroja kutsutaan temperamenttieroiksi. Joku vauva vaatii pitkää rauhoittelua tyyntyäkseen, joku toinen vauva rauhoittuu jo pienestä sipaisusta tai kuiskauksesta. Vauva ei voi muuttaa itseään tahdonalaisesti itkuisesta ja ärtyisästä kiltiksi. (Salo 2003, 51-52.) Äidin voi olla vaikea ymmärtää vauvan tarpeita, mikäli vauva on temperamentiltaan vaativa. Silloin äiti ei välttämättä tiedä, mihin tarpeeseen vastata, kun vauva on kovin tarvitseva ja vaatii äidiltä paljon. (Kivijärvi 2003, 256.)

Näin ollen vaativan vauvan vanhemmat saattavatkin tarvita apua, miten toimia vauvan kanssa. Tässä vaiheessa pienikin apu voi helpottaa perheen tilannetta ja tukea hyvää vuorovaikutusta. (Salo 2003, 51-52.) Varhaisen vuorovaikutuksen ongelmien on todettu lisäävän lapsen riskiä käyttäytymisen ja tunne-elämän oireisiin (Mäntymaa 2006, 80).

2.2 Imetysohjaus

Suomen imetysluvut ovat pohjoismaiden alhaisimmat, vaikka suomalaiset äidit ovat yleensä halukkaita imettämään (Hannula 2007, 12-13). Suomessa täysimetettyjä on 4 kk iässä 34 % ja 6 kk iässä 1 %. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 38). Imettäjinä suomalaiset äidit eivät ole sen huonompia kuin muut pohjoismaiset äidit, mutta heidän saamassa imetysohjauksessa on suuria määrällisiä ja laadullisia eroja alueesta ja sairaalasta riippuen (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 3; Hannula 2007, 12-13). Maailman terveysjärjestö WHO:n strategian mukaan kaikkien äitien täytyy saada ammattitaitoista tukea imetyksen aloittamiseen ja täysimetetyksen ylläpitämiseen vauvan kuuden kuukauden ikään asti (WHO 2009).

Kansallisen imetyksen edistämisen toimintaohjelman mukaan imetysohjauksen tulee perustua Maailman terveysjärjestö WHO:n Vauvamyönteisyysohjelman kymmeneen askeleeseen (WHO 1989). Synnytysairaaloiden tulee laatia sen pohjalta yhtenäiset ja näyttöön perustuvat ohjeet perheille annettavasta imetysohjauksesta (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 5-6).

Imetystä ja sen ohjauksen tarvetta tulee arvioida yksilöllisesti jokaisen äitilapsiparin kohdalla (Hannula 2003, 109). Erityisesti ensisynnyttäjät haluavat tietoa ja ohjausta imetyksestä (Kojonen 2005, 60). Alkuvaiheessa suurin osa äideistä tarvitsee ammattilaisen tukea ja apua imetyksen sujumiseen (Hannula 2007, 13). Vauvalla pitää olla myös rajoittamaton pääsy äidin rinnalle ja mahdollisuus syödä oman tarpeen mukaan imetyksen onnistumisen ja sujuvuuden kannalta (Fraser & Cullen 2009, 8).

Ne äidit, jotka ovat saaneet vähän ohjausta imetyksestä synnytysvuodeosastolla, selvisivät huonommin imetyksessä, erityisesti maidonerityksen ylläpitämiseen liittyvässä kysymyksissä. (Hannula, Leino-Kilpi & Puukka, 2006, 183.) Henkilökunnan tiedot ja asenteet vaikuttavat selvästi äitien imetykseen. Äitien imetyksestä selviytyminen on huonompaa osastoilla, joissa toimitaan perinteisen tehtäväkeskeisen mallin mukaisesti (Hannula 2003, 109), kun taas vauvamyönteinen toimintatapa lisää imetystä selkeästi (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009,53).

Imetysohjausta saa eniten vauvamyönteisillä osastoilla ja niillä osastoilla, joissa äideillä on omahoitaja. Yhtenäiset ohjaustavat ja hoitajien imetysohjauskoulutus auttaa äitejä selviytymään imetyksestä parhaiten. (Hannula 2003, 109.) Taitava ja ammattitaitoinen tuki ja ohjaus myös lisäävät äitien luottamusta kotona selviämiseen (Hannula 2007, 13).

Hoitotyöntekijän tulee ohjata äitejä niin, että heidän luottamus omiin kykyihinsä täysimettää ja tyydyttää vauvan tarpeet vahvistuisi. Samalla äideille tulee antaa käytännön neuvoja imetyksen käynnistymiseen ja jatkumiseen. (Hannu-

la ym. 2006, 183; Hannula, Rytönen, Kumpula, Puukka, Helenius & Pakola 2008, 16-17.) Äitien tiedoilla ja annetulla imetysohjauksella on tärkeä merkitys imetyksen sujumiselle jatkossa. Siksi vanhempien täytyy sairaalassaoloaikana saada oikeaa tietoa ja ohjausta imetyksestä. (Koskinen 2008, 73,79; Hannula 2003, 109.) Tässä puolison ohjaus on myös erityisen tärkeää, koska puoliso on äidin paras tukija imetyksessä (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 53).

Imetysohjauksessa tulee opettaa vanhemmille imetyksen perustaidot eli vauvan nälkäviestin tunnistaminen, hyvän imetysasennon löytäminen, vauvan oikea imemisote ja miten sen tunnistaa, sekä merkit, joista tunnistaa, että vauva on saanut riittävästi maitoa. Myös vauvan normaali imemistiheys, unisen vauvan herättelykeinot ja käsinlypsy tulee ohjata vanhemmille. (Koskinen 2008, 73,79.) Vanhempia tulee myös ohjata arvioimaan vastasyntyneen hyvinvointia ja ravitsemustilaa (Hannula ym. 2006, 183; Hannula, Rytönen, Kumpula, Puukka, Helenius & Pakola 2008, 16-17).

Tavallisimmat imetysongelmat ovat maidon pakkautuminen rintoihin, haavaiset rinnanpäät, kivulias imetys ja rintatulehdus. Imetysongelmat voivat johtaa imetyksen ennenaikaiseen loppumiseen, siksi äidin tukeminen ja hänelle sopivan ratkaisun löytyminen on tärkeää. (Koskinen 2008, 122-127.) Imetysongelmat aiheuttavat paljon huolta äidille ja perheelle. Niiden hoito edellyttää hienotunteista ohjaamista ja ongelmien syiden varovaista selvittämistä. Suurin osa imetysongelmista ratkeaa imetystekniikan huomioinnilla sekä tukemalla ja kannustamalla äitejä. (Fraser & Cullen 2009, 9.) Yhteistyötä ja tiedonkulkua neuvolan kanssa tulee tiivistää, jos imetyksessä ilmenee ongelmia sairaalassa, jotta perheet saisivat riittävän avun ongelmatilanteissa (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 53).

WHO:n ja UNICEFin ” 10 askelta onnistuneeseen imetykseen” –suosituksen mukaan imetyksen suojelemiseksi vauvoja ei pidä syöttää tuttipullosta. Huvittuttia pitää myös välttää ennen kuin vauva on oppinut hyvän imemistekniikan ja äidinmaidon määrä on tasaantunut. (WHO 1989.) Tutin käyttö vähentää

vauva imemistä rinnalta ja siten heikentää hänen ravinnonsaantiaan. Jos vauva tarvitsee lisämaitoa, se tulee antaa ensisijaisesti muilla keinoilla kuin tuppulosta (Koskinen 2008, 78.) Vastasyntyneelle saa antaa pelkästään rintamaitoa, ellei lääketieteelliset syyt edellytä toisin (STM 2007, 87).

2.3 Äidin psyykkinen ja fyysinen synnytyksestä toipuminen

Synnytyksen jälkeinen herkistyminen, ”baby blues”, on tavallinen ilmiö, ja sitä voi esiintyä jopa 80 % synnyttäneistä naisista. Oireina ovat esimerkiksi itkuherkkyys, ärtyisyys, mielialan vaihtelut sekä joskus ruokahalun muutoksia ja univaikeuksia. (Perheentupa 2007.) Voimakkaimmillaan oireet ovat 3-5 päivää synnytyksen jälkeen, ja häviävät noin kahden viikon kuluessa. Tila korjaantuu yleensä itsestään perheen ja henkilökunnan tuella. (Perheentupa 2007; Huttunen 2008.)

Synnytyksen jälkeinen herkistyminen lisää synnytyksen jälkeisen masennuksen riskiä, jonka tunnistaminen on tärkeää (Perheentupa 2007; Huttunen 2008). Äidin täytyy ottaa yhteyttä neuvolaan tai lääkäriin, jos normaali herkistymisvaihe ja itkuherkkyys eivät mene ohi parissa viikossa tai jos oireet kehittyvät masennukseksi (Huttunen 2008).

Synnytyksen jälkeistä masennusta voidaan ehkäistä hyvillä sairaalan olosuhteilla, jolloin neuvonta imetyksessä, lapsen hoidossa ja äidin oman levon järjestämisessä tavoittaisi äidit. Lapsivuodeajan hyvinvoinnin kannalta sairaalasaolo on merkittävää aikaa. (Ylilehto 2005, 140.) Ennaltaehkäisevä valistus synnytyksen jälkeisen masennuksen oireista ja psykososiaalisesta stressistä voisi vähentää niiden vaikutuksia pikkulapsivaiheessa (Cacciatore 2008, 60-61).

Suomessa on tuotu esille toive siitä, että äidin jaksamista ja pystyvyyttä on tarpeen tukea nykyistä enemmän sekä havainnoida äidin mielialaa ja tunnistaa synnytyksen jälkeinen masennus (Ryttyläinen ym. 2007, 24-25). Samoin

australialaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että sekä äidit että kättilöt olivat sitä mieltä, että ohjauksessa oli puutteita äitiyteen liittyvistä tunteista (McKellar, Pincombe & Henderson 2002, 27).

Samalla kun äidit tahtoivat oppia äitiyttä, he tahtoivat myös aikaa reflektoida synnytyskokemustaan ja psyykkisesti valmistautua tulevaisuutta varten. Monet äidit kokivat, että väsymys ja levon puute vaikeuttivat ohjauksen vastaanottamista. He eivät jaksaneet keskittyä ohjaukseen, eivätkä he jaksaneet nähdä asioita laajalti. (Emmanuel, Creedy & Fraser 2001, 18.)

Äitiyteen liittyvät erilaiset pettymyksen tunteet ja vastasyntyntä kohtaan tunnetut kielteisetkin tunteet ovat luonnollisia ja väistämättömiä. On tärkeää, että sekä äiti että läheiset ymmärtävät näiden tunteiden luonnollisuuden. (Huttunen 2008.) Hoitotyöntekijän pitää keskustella myös raskauden ja synnytyksen ajan kielteisistä asioista äidin kanssa (Rytyläinen ym. 2007, 24-25). Jokaisella äidillä täytyy olla mahdollisuus synnytyskeskusteluun synnytystä hoitaneen kättilön kanssa (STM 2007, 94). Synnytyskokemuksesta keskusteleminen voi helpottaa varsinkin niitä äitejä, joilla on ollut traumaattinen synnytyskokemus (Fraser & Cullen 2009, 11).

Australialaisen tutkimuksen mukaan myös äitien itsehoidon ohjauksessa ilmeni puutteita. Suuri osa äideistä ei ollut tietoisia siitä, mitä heidän kehollaan tapahtuu synnytyksen jälkeen. Vaikka ensisynnyttäjien itsehoidon ohjaus koettiin tärkeäksi, erityisesti kättilöt olivat sitä mieltä, että äidit eivät saaneet riittävästi ohjausta itsehoidosta. Äidit kokivat kuitenkin että vauvanhoito oli tärkeämpää kuin itsehoito. (McKellar, Pincombe & Henderson 2002, 27.)

Kohtu pienenee nopeasti synnytyksen jälkeen. Kuuden viikon kuluttua synnytyksestä se on lähes saman kokoinen kuin ennen raskautta. (Oats & Abraham 2005, 89; Ylikorkala 2004, 495.) Synnytyksen jälkeinen jälkivuoto kestää yleensä 4-6 viikkoa. Pienet limakalvorepeämät ja episiotomia paranevat yleensä nopeasti. (Ylikorkala 2004, 497.)

Kättilön tulee ohjata äitiä synnytyksen jälkeisessä hygieniassa ja kertoa, että synnytyksen jälkeen hän on erityisen altis infektioille. Avoin kohdunsuu muodostaa infektioportin, joten alapesu ja siteen vaihto jokaisen WC-käynnin yhteydessä on tärkeää. Hormonitoiminnan muutokset vilkastuttavat aineenvaihduntaa ja äidit voivat hikoilla tavallista enemmän, joten suihkussa voi joutua käymään useitakin kertoja päivässä. (Väyrynen 2007, 273.)

Synnytys kuormittaa lantionpohjan lihaksia. Niiden ja vatsalihasten kuntouttaminen voi estää laskeumien ja virtsankarkailun kehittymistä (Oulasmaa 2006, 196). Glazener, Herbison, Wilson, MacARthur, Lang, Gee & Grantin (2001) tutkimuksessa todettiin että synnytyksen jälkeisellä konservatiivisella ohjauksella oli huomattava merkitys virtsan- ja ulosteen karkailun ehkäisyssä synnytyksen jälkeen. Tutkimuksessa todettiin myös että synnytyksen jälkeinen ohjaus tästä aiheesta ei ollut riittävää. (Glazener, Herbison, Wilson, MacARthur, Lang, Gee & Grantin 2001, 4-5.)

Airaksisen artikkelissa esitellyssä Chiarellin, Murphyn, Cockburnin (2003) tutkimuksessa selvitettiin äitien hoitomyöntyvyyttä synnytyksen jälkeiseen lantionpohjalihasten harjoitteluun. Tutkimuksessa todettiin hoitomyöntyvyyden olevan hyvä. Tutkimuksen mukaan äitien innostaminen lantionpohjan lihasten harjoitteluun on edullista synnytyksen jälkeisenä aikana. (Airaksinen 2006.)

2.4 Parisuhde ja seksuaalisuus

Perhebarometrin (2005) mukaan vanhemmat kuvasivat lähes aina lapsen syntymää parhaaksi asiaksi, mitä heille oli elämässä tapahtunut (Paajanen 2005, 78). Kuitenkin vauvan syntymä mullistaa parisuhteen (Oulasmaa 2006, 197). Vaikka ensimmäisen lapsen syntymä on positiivinen asia, se on myös kriisi parisuhteelle (Airikka 2003, 20). Suurten ilojen ohella voi syntyä ristiriitoja (Oulasmaa 2006, 191). Lapsen syntyessä kahden välisestä suhteesta tulee kolmen hengen perhe. Vanhemmiksi tultuaan puolisoiden täytyy toimia samanai-

kaisesti puolisoina ja vanhempina, eivätkä he ole enää vain parisuhteessa. (Airikka 2003, 20.)

Parisuhteessa tulee etsiä uusia toteuttamismuotoja vanhemmuuden kanssa vuorovaikutuksessa (Airikka 2003, 20). Perhebarometrin (2005) mukaan kolme viidesosaa vanhemmista olivat sitä mieltä, että parisuhde on parantunut ensimmäisen lapsen syntymän myötä, mutta on vaikea löytää aikaa parisuhteen hoitamiselle lapsen syntymän jälkeen (Paajanen 2005, 79). Arjen huomiointit ovat tärkeitä parisuhteen hoitamisessa. Arjen pienistä hetkistä ja teoista syntyy läheisyys. (Malinen & Sevón 2009, 176).

Pikkulapsiaika on yksi haasteellisimmista vaiheista parisuhteessa (Rönkä, Malinen, Sevón, Kinnunen, Poikonen & Lämsä 2009, 277). Samoin se on yksi haasteellisimpia jaksoja seksuaalielämässä yksilön elämän kaareissa. Jokainen vanhemmaksi tulo muuttaa omalla tavallaan naista ja hänen puolisoaan ja myös uuden elämän vastaanottaminen muuttaa parin välistä sidosta. (Oulasmaa 2006, 191.)

Suuri osa avioeroista tapahtuu pian lapsen syntymän jälkeen (Reinholm 1999, 29-31). Parisuhteen huomiointi äitiyshuollossa on siis tärkeää. Äidit toivovat, että parisuhdetta ja sen muutoksia lapsen syntymiseen liittyen huomioitaisiin enemmän. (Ryttyläinen ym. 2007, 24-25.) Vanhemmat ovat valmiimpia kohtaamaan arjen tilanteita, jos he saavat tietoa pikkulapsiaikaan liittyvistä muutoksista ja haasteista perhesuhteissa sekä ongelmien ratkaisumalleja (Rönkä ym. 2009, 291). Perheiden ohjauksen tuleekin sisältää parisuhteen ja seksuaalisuuden tukeminen (STM 2007, 94).

Läheisyyttä ja seksuaalisuutta on päivitettävä uudessa elämäntilanteessa, koska kahdenkeskistä aikaa ei ole enää niin paljon kuin ennen (Oulasmaa 2006, 197). Synnytyksen sekä lapsen tulon perheeseen koetaan usein heikentävän seksuaalista hyvinvointia (Ala-Luhtala 2008, 78,85). Synnytyksen jälkeen voi kulua useita viikkoja ennen kuin nainen haluaa aloittaa seksuaalielämän. (Oulasmaa 2006, 195). Lapsiperheiden kanssa työskentelevien täy-

tyy keskustella mahdollisista lapsen tulon aiheuttamista muutoksista naisen seksuaalisuuteen (Ala-Luhtala 2008, 78).

Hormonitoiminnan muutokset synnytyksen jälkeen ja imetys voivat pitää estrogeeni- ja testosteronipitoisuuksia matalina useita kuukausia. Hormoninpuute ohentaa limakalvoja, vaimentaa seksuaalireaktioita ja vähentää seksuaalista halukkuutta. (Oulasmaa 2006, 195-197.) Myös ajatteluun ja tunteisiin liittyvät muutokset synnytyksen jälkeen voivat vaikuttaa naisten seksuaaliseen halukkuuteen (Ala-Luhtala 2008, 78).

Välilihan leikkaushaava voi aristaa ja aiheuttaa kipua useita viikkoja synnytyksen jälkeen (Oulasmaa 2006,195-196). Reinholmin (1999) tutkimuksen mukaan synnytysten jälkeisten yhdyntöjen kivuliaisuus on vaiettu asia. Äidit olisivat kaivanneet tietoa myös emättimen limakalvojen kuivuudesta. (Reinholm 1999, 22-25.) Ala-Luhtalan (2008) tekemän tutkimuksen mukaan emättimen kostumiseen liittyvät ongelmat eivät ole kovin merkittävästi haitanneet parien sukupuoliyhdyntöjä, ongelmaa esiintyy noin 10 % neuvolan asiakkaista (Ala-Luhtala 2008,79).

Reinholmin Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan joka viides naisvastaajista ja lähes joka kolmas miesvastaajista oli sitä mieltä, että ehkäisyasiat synnytyksen jälkeen eivät ole kunnossa. Yhdyntöihin voi liittyä myös raskaaksi tulemisen pelkoa, jos ehkäisyasiat eivät ole kunnossa, mikä taas vaikuttaa yhdyntöjen nautittavuuteen. Miesvastaajista 3 % ja naisvastaajista yli 20 % kertoi kokeneensa raskauden pelkoa yhdynnän aikana. (Reinholm 1999, 29-31.)

Suomen sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman mukaan synnytyksen jälkeistä ehkäisyä on käsiteltävä synnytysvuodeosastoilla, sillä synnytyksen jälkeinen ehkäisy ei ole ollut riittävän tehokasta. Äideillä on kohonnut riski joutua raskauden keskeytykseen 6-8 kuukautta synnytyksen jälkeen (STM 2007,91.) Joka kymmenes raskauden keskeytys tehdään raskauksissa, joka on alkanut vuoden sisällä synnytyksestä.

Tästä voi tehdä päätelmän, että synnytyksen jälkeiseen ehkäisyyn pitää kiinnittää huomiota. (Oulasmaa 2006, 195.)

Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan suurin osa äideistä saa synnytyksen jälkeistä ehkäisyneuvontaa vasta lapsivuodeajan jälkitarkastuksessa. Synnytyksivuodeosastoilla käydyt keskustelut olivat tuntuneet äideistä lyhyiltä ja rajoitetuilta sekä rutiininomaiselta tarkastukselta. (Evans 2005, 23.) Ehkäisyneuvonta tulee aina toteuttaa asiakaslähtöisesti. Huomioon tulee ottaa myös se, että osa äideistä ei halua tai tarvitse raskauden ehkäisyä esimerkiksi uskonnollisen vakaumuksensa vuoksi. (STM 2007, 91.)

3 VOIMAVARALÄHTÖINEN OHJAUS SYNNYTYSVUODE- OSASTOLLA

Ohjauksen vaikutukset mahdollistuvat potilaslähtöisen ohjaustoiminnan, riittävän ohjauksen ja ohjauksen kokonaislaadun kautta. Laadukas ohjaus on asiakaslähtöistä ja vuorovaikutteista, ja toteutuakseen se vaatii riittäviä resursseja. Laadukas ohjaus on osa asianmukaista ja hyvää hoitoa. Hyvin onnistuessaan ohjaus on myös riittävää, eikä se saa olla pelkästään äitien aktiivisuuden varassa. (Kääriäinen 2007, 119-122.) Hyvinvoiva, ammattitaitoinen ja motivoitunut henkilökunta ovat laadukkaan hoidon edellytys (Kvist, Julkunen-Vehviläinen & Kinnunen 2006, 118). Kiire on merkittävä hoidon laatua huonontava tekijä (Kvist ym. 2006, 112).

Suomalaisilla synnytyksivuodeosastoilla fyysiset ratkaisut vaikuttavat ainakin osittain hoidon eettiseen laatuun. Esimerkiksi suurissa potilashuoneissa äitien tiedonsaanti on vähäisempää. Autonomian ja tietoisien suostumuksen toteutumisessa ei näytä olevan erityisen merkittäviä puutteita. Kuitenkin äitien ja hoitajien käsitysten eroavaisuudet osoittavat, että kehitystarpeita on edelleen synnyttäneiden äitien hoitotyössä. (Nyrhinen, Leino-Kilpi, Välimäki, Dassen, Gasull, Lemonidou, Scott & Arndt 2001, 326.)

Onnistunut ohjaus vaatii asiakaslähtöisyyden tiedostamista ja samalla huomiota tulee myös kiinnittää asiakkaiden kontekstiin, kuten tarpeisiin ja elämäntilanteeseen. Hoitohenkilökunnan tulee asennoitua ohjaukseen myönteisesti ja ohjaukseen pitää olla riittävästi aikaa. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 14.)

Voimavaralähtöisessä ohjauksessa hoitotyöntekijä huomioi äitien fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät. Fyysisissä taustatekijöissä vaikuttaa äidin ikä ja terveydentila. Psyykkisiin taustatekijöihin vaikuttaa mm. äidin motivaatio omaksua hoitoonsa liittyvät asiat ja se, kokeeko hän käsiteltävät asiat tärkeiksi. Psyykkisiin taustatekijöihin liittyy myös äidin tapa omaksua ja oppia asioita. Äideille voidaan myös ehdottaa erilaisia oppimistapoja ja -tyylejä. Sosiaalisiin taustatekijöihin liittyy syvästi äitien kulttuuri, uskonto, eettiset ja etniset tekijät. Äitien yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseksi hoitajan tulee ymmärtää nämä seikat. (Kyngäs ym. 2007, 29-36.)

Esimerkiksi synnytysvuodeosastolla hoitajan pitää hyväksyä asiakkaat erilaisina persoonina, joilla on erilaiset taustat ja tarpeet. Hoitajien tulee olla valmiita keskustelemaan äitien toiveista ja tarpeista, vaikka kaikkia toiveita ei osastolla voisikaan toteuttaa. Äitien tulee olla myös tasavertaisia keskustelijoita ja omaan hoitoonsa osallistujia, jolloin hoitotyö toteutuu äidin ja hoitajan yhteistyösuhteena. Asiakaslähtöisyyttä synnytysvuodeosastoilla häiritsevät esimerkiksi kiire, osastokohtaiset säännöt ja rajoitukset. (Rekilä 2004, 70-72.)

Tutkimustulosten mukaan hoitajan täytyy kehittää aktiivista vastavuoroisuutta ohjaussuhteissa kysymällä potilaan mielipiteitä ja näkemyksiä. Samalla hoitajan tulee ohjata potilaiden käsityksiä heidän terveydestään ja helpottaa heidän osallistumistaan päätöksentekoon sekä tuoda esille vaihtoehtoja heidän yksilölliseen hoitoon. (Kettunen, Liimatainen, Villberg & Perko 2006; Potilasohjausta kehittämässä 2005, 32.) Toisaalta potilaiden osallistumista kunnioitettiin ja häntä kannustettiin ilmaisemaan omia mielipiteitään. Hoitajien vahvuuksia oh-

jaamisessa oli empaattisuus, positiivinen ilmapiirin luominen ja tiedon tarjoaminen. (Kettunen, Liimatainen, Villberg & Perko 2006.)

Voimavaraisuus syntyy voimaa antavien ja kuormittavien tekijöiden välisestä suhteesta, niiden tiedostamisesta ja omasta aktiivisesta toiminnasta. Tietoisuutta ja toiminnallisia valmiuksia lisäävät menetelmät ovat voimavarojan vahvistamisen ominaispiirteitä. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 208-209.) Pelkosen & Hakulisen artikkelissa Pelkosen (1994) mukaan hoitotyöntekijän tulee vahvistaa vanhempien voimavaroja lisäämällä vanhempien tietoisuutta voimia antavista ja kuormittavista tekijöistä sekä lisätä valmiuksia toimia perheen voimavaroja vahvistavasti ja kuormittavia tekijöitä vähentävästi. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 208-209.)

Pelkosen ja Hakulisen artikkelissa Pelkosen (1994) mukaan voimavaraiset vanhemmat ovat tyytyväisiä vanhemmuuteensa, he luottavat itseensä vanhempina, heillä on riittävä oman elämän hallinnan tunne ja heidän parisuhteensa toimivuus paranee. He myös pystyvät ratkomaan arkipäivän ongelmia ja kantamaan vastuuta päätöksistään ja teoistaan. Voimavaraiset vanhemmat kykenevät tukemaan myös lapsensa voimavaroja. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 209.)

Voimavaralähtöisessä ohjauksessa hoitajan tulee siis toimia voimavaroja vahvistavana kumppanina ja siten edistää ohjattavan henkilökohtaisten ratkaisujen löytymistä (Kettunen, Poskiparta & Karhila 2002, 220). Ohjaus on vuorovaikutusprosessi, jossa yksilöllisin neuvoin, ohjein ja tukea antamalla potilasta ohjataan ymmärtämään ja tekemään omia terveyteen liittyviä päätöksiä (Arvela 2004, 77). Voimavaralähtöisessä neuvontatyössä neutraalisuus ja potilaan autonomian kunnioittaminen ovat tärkeitä. (Kettunen, Poskiparta & Karhila 2002, 220.)

Ohjauskeskustelu on myös jaettua asiantuntijuutta, jossa potilas on oman elämäntilanteensa asiantuntija ja hoitaja substanssin ja ohjausprosessin asiantuntija. Näin ollen ohjauskeskustelu mahdollistaa molempien jaetun asian-

tuntijuuden esille tuomisen. Potilas tuo ohjaustilanteeseen omasta elämänkontekstistaan ja – historiastaan käsin oman tapansa olla ja toimia käsiteltävän ilmiön suhteen. (Vänskä 2000, 98, 101, 103.)

Vanhempia ohjatessa huomioidaan siis se, mitä he osaavat jo ennestään, jolloin hoitotyöntekijä voi hyödyntää heidän aiempaa osaamista ohjauksessaan. Hoitajalta vaaditaan perehtymistä äidin taustatekijöihin tunnistaakseen hänen oppimistyyliänsä ja ymmärtääkseen hänen käyttäytymistään. (Kyngäs ym. 2007, 29-36.) Potilasta tulee tukea niin, että hän näkee itsensä itseohjautuvana, omaan elämäänsä vaikuttavana omien ratkaisujen tekijänä (Vänskä 2000, 100). Itsehoito edellyttää tietoa ja uskoa omiin kykyihin, jolloin potilaan vastuu omasta terveydestään korostuu. Informaatio, jota potilasohjauksessa jaetaan, muuttuu tiedoksi vasta sitten, kun potilas on prosessoinut sen osaksi omaa tietoperustaansa. Potilaan omiin kokemuksiin sitomalla tieto muuttuu ymmärtämykseksi. (Potilasohjausta kehittämässä 2005, 16.)

Potilaan elämäntilanteeseen ja siihen liittyvien kokemusten, kysymysten, ajatusten ja tunteiden kytkeytyminen potilaan merkitysmaailmaan tukee potilaan omien voimavarojen mobilisoitumista ja oman reflektiivisen ajattelun kehittymistä. Tällä tavalla potilaita tuetaan ymmärtämään elämäntilannettaan ja toimintaansa sekä löytämään itsen muuttumismahdollisuudet. (Vänskä 2000, 98-99, 113.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää äitien saaman ohjauksen sisältöjä ja voimavaroalähtöisyyttä synnytysvuodeosastolla. Opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää synnytysvuodeosastolla annettavan ohjauksen kehittämisessä.

Tutkimusongelmat

1. Minkälaista ohjausta äidit ovat saaneet

- Vanhemmuudesta ja varhaisesta vuorovaikutuksesta?
- Imetyksestä?
- Äidin psyykkisestä ja fyysisestä toipumisesta synnytyksestä?
- Parisuhteesta ja seksuaalisuudesta?

2. Miten voimavaroalähtöisyys on toteutunut äitien ohjauksessa?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan numeraalista aineistoa, jota voi kuvata taulukoin ja kuvioin. Tällä tutkimusmenetelmällä voidaan myös selvittää asioiden välisiä riippuvuuksia tai ilmiöissä tapahtuvia muutoksia. (Heikkilä 2008, 16).

Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoitus on yleistää ja selvittää määriä (Kananen 2008, 10,51) sekä antaa yleinen kuva mitattavien ominaisuuksien välisistä suhteista ja eroista. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa vastaajien määrä voi olla suuri, jolloin otos edustaa perusjoukossa keskimääräistä mielipidettä ja kokemusta paremmin. (Vilka 2007, 13,17.)

Tutkimuksen kysymykset muotoutuvat tutkimuksen tavoitteiden ja ongelmien pohjalta. Tutkimuksen aineiston keruussa käytetään strukturoitua kyselylomaketta. (Heikkilä 2008, 16.) Mittari rakennettiin tätä opinnäytetyötä varten aikaisempia tutkimuksia hyödyntäen. (Liite 2.) Mittari koostui seitsemästä osiosta: taustatiedot, vanhemmuus ja varhainen vuorovaikutus, imetys, äidin itsehoito ja hyvinvointi, parisuhde ja seksuaalisuus, ohjauksen toteutuminen sekä avoin kysymys.

Mittarissa käytettiin 5-portaista Likertin asteikkoa, joka helpottaa vastauksien käsittelyä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 200.) Likertin asteikossa toinen ääripää on *täysin eri mieltä* ja toinen *täysin samaa mieltä* Kyselyssä äidit valitsevat vaihtoehdon, joka kuvaa juuri hänen kokemuksiaan parhaiten.

Määrällisen tutkimuksen etuna on, että se voidaan jakaa monelle äidille ja kysymysten määrä voi olla suuri. Ongelmina määrällisessä tutkimuksessa ovat mm. se, etteivät äidit välttämättä suhtaudu vakavasti kyselyyn. Myös kato voi olla suuri kvantitatiivisessa tutkimuksessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Kyselyssä annettiin mahdollisuus vastata avoimeen kysymykseen, jotta äidit saivat mahdollisuuden ilmaista asioita, joita väittämien kautta ei tullut esille (ks. Heikkilä 2008, 49).

5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Kohderyhmäksi valittiin synnytysvuodeosastolla olevat alateitse synnyttäneet ensi- ja uudelleen synnyttäjät, joiden vauvat ovat vierihoidossa. Ne äidit, joiden vauvat olivat vastasyntyneiden teho-osastolla, rajattiin pois siitä syystä, että he saivat ohjausta myös muualta, joten olisi vaikea arvioida synnytysvuodeosaston antamaa ohjausta. Samoin sektioäidit rajattiin pois, koska he tarvitsevat hieman erilaista ohjausta synnytystavastaan johtuen. Aineistoa kerätessä meitä ohjasi tutkimuksen luotettavuutta koskevat normit ja ihmisarvon suojelua koskevat normit (ks. Kuula 2006, 59-60).

Ennen kyselyn toteutusta osastolla käytiin informoimassa henkilökuntaa kyselystä. Osastolla vallitsevan tilanteen vuoksi vain apulaisosastonhoitaja pystyi osallistumaan informaatiotilaisuuteen. Myös kirjalliset ohjeet kyselyn kohderyhmästä jätettiin osastolle, jossa kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tavoitteista.

Osastolla äideille jaettiin saatekirjeen (liite 1.) ja kyselykaavake (liite 2.) heidän tullessa synnytysvuodeosastolle. Kyselykaavakkeita jaettiin 50 äidille osastolla oloaikana, ja kyselyt palautettiin osastolla sijaitsevaan palautelaatikkoon. Palautelaatikko oli vain tätä kyselyä varten. Kyselyjä palautui 38, joista kaksi piti hylätä. Toinen oli palautettu miltei tyhjänä ja toisen vastaaja ei kuulunut kohderyhmään. Vastausprosentiksi tuli 72 %

Kyselyn mukana annetussa saatekirjeessä äideille esiteltiin opinnäytetyöntekijät, kerrottiin opinnäytetyön tavoite, kyselyssä saatujen tietojen käyttötapa ja miten kyselyyn käytännössä vastataan. Samalla kerrottiin vastaamisen vapaaehtoisuudesta sekä salassapitovelvollisuudesta. Saatekirjeellä motivoitiin äitejä vastaamaan kyselyyn ja samalla selvitettiin opinnäytetyön taustaa ja siihen vastaamista. Äidit ohjattiin vastaamaan kyselyyn ennen kotiutumistaan osastolta.

5.3 Opinnäytetyön aineiston analyysi

Strukturoidulla lomakkeella kerätty aineisto analysoitiin tiedonkeruun jälkeen (vrt. Hirsjärvi 2009, 221-223). Palautetut kyselylomakkeet tarkistettiin. Sen jälkeen kyselylomakkeet numeroitiin ja tiedot syötettiin Microsoft Excel – taulukkolaskenta-ohjelmaan. Aineisto analysoitiin tilastollisesti frekvensseinä ja prosentteina.

Tulokset esitettiin graafisina kuvioina ja taulukoina, joissa kuvattiin määriä ja prosentiosuuksia. Niiden tarkoitus on välittää nopeasti lukijalle oleellinen tieto helposti luettavassa muodossa. Hyvät kuviot herättävät myös lukijan mielen-

kiintoa ja antavat katsojalle monitasoisen oivalluksen. (vrt. Heikkilä 2008, 154-155.)

Avoimen kysymyksen vastauksia analysoitiin laadullisella menetelmällä. Analyysimenetelmänä käytimme sisällön erittelyä luokittelemalla pelkistetyt vastaukset positiiviseen ja negatiiviseen palautteeseen (Ks. Hirsjärvi ym. 2007, 219; Kylmä & Juvakka 2007, 119).

6 TULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Lähes puolet vastaajista, 47 % (n=17), oli 20-27 vuotiaita ja 42 % (n=15) oli 28-35 vuotiaita. Vastaajista 75 % (n=27) oli ensisynnyttäjiä ja 25 % (n=9) uudelleen synnyttäjiä. Korkeakoulututkinto oli 53 % (n= 19) vastaajista ja 42 % (n= 15) oli suorittanut toisen asteen tutkinnon.

Kaikki vastaajat (n=35) olivat olleet osastolla vähintään kaksi vuorokautta. Suurin osa vastaajista (37 %, n=13) oli ollut kolme vuorokautta osastolla.

Perhevalmennusta oli tarjottu 72 % (n=26) vastaajista. Vastaajista 42 % (n= 15) oli osallistunut perhevalmennukseen. (Taulukko 1.). Ensisynnyttäjistä suurimmalle osalle (89%, n=24) oli tarjottu mahdollisuutta osallistua perhevalmennukseen. Vaikka neuvolassa oli tarjottu perhevalmennusta, 38 % (n=9) ensisynnyttäjistä ei ollut osallistunut siihen.

TAULUKKO 1. Äideille tarjottu perhevalmennus neuvolassa ja siihen osallistuminen (n=36)

Perhevalmennus neuvolassa	Kyllä		Ei		Yht.	
	n	%	n	%	n	%
Perhevalmennusta tarjottu äideille	26	72	10	28	36	100
Perhevalmennukseen osallistuneet äidit	15	42	21	58	36	100

Perhevalmennuksessa käsitellyin aihe oli ollut vauvaperheen arki (87 %, n=13). Varhaista vuorovaikutusta (33 %, n=5) sekä seksuaalisuutta (33 %, n=5) käsiteltiin harvemmin. (Taulukko 2.).

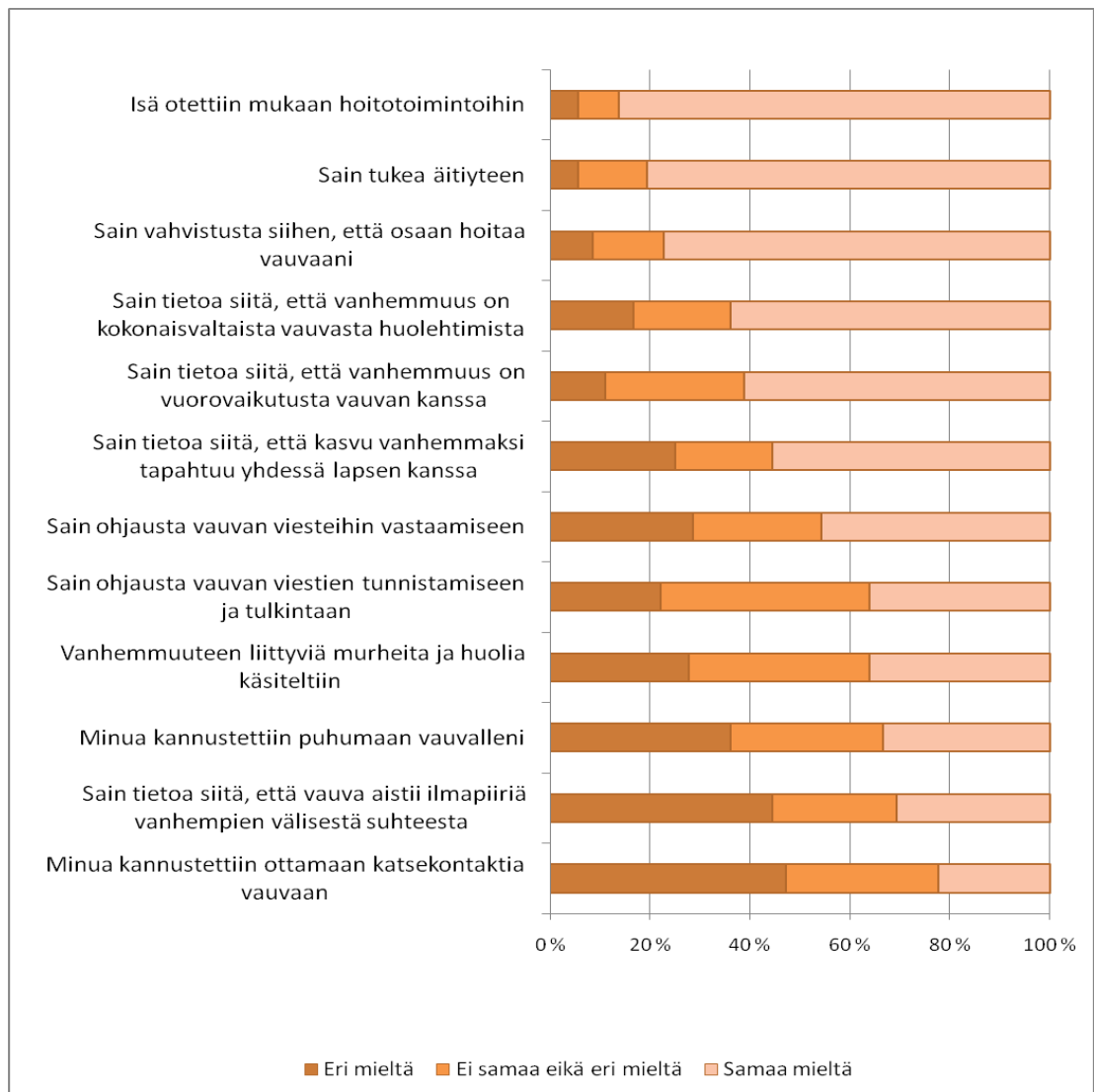
TAULUKKO 2. Perhevalmennuksessa käsiteltyjä aiheita (n=15)

Perhevalmennuksen aiheet	n	%
Vauvaperheen arki	13	87
Äitiys ja vanhemmuus	11	73
Muuttuva elämän tilanne	11	73
Parisuhde	11	73
Imetys	8	60
Varhainen vuorovaikutus	5	33
Seksuaalisuus	5	33

6.2 Äitien kokemukset ohjauksesta

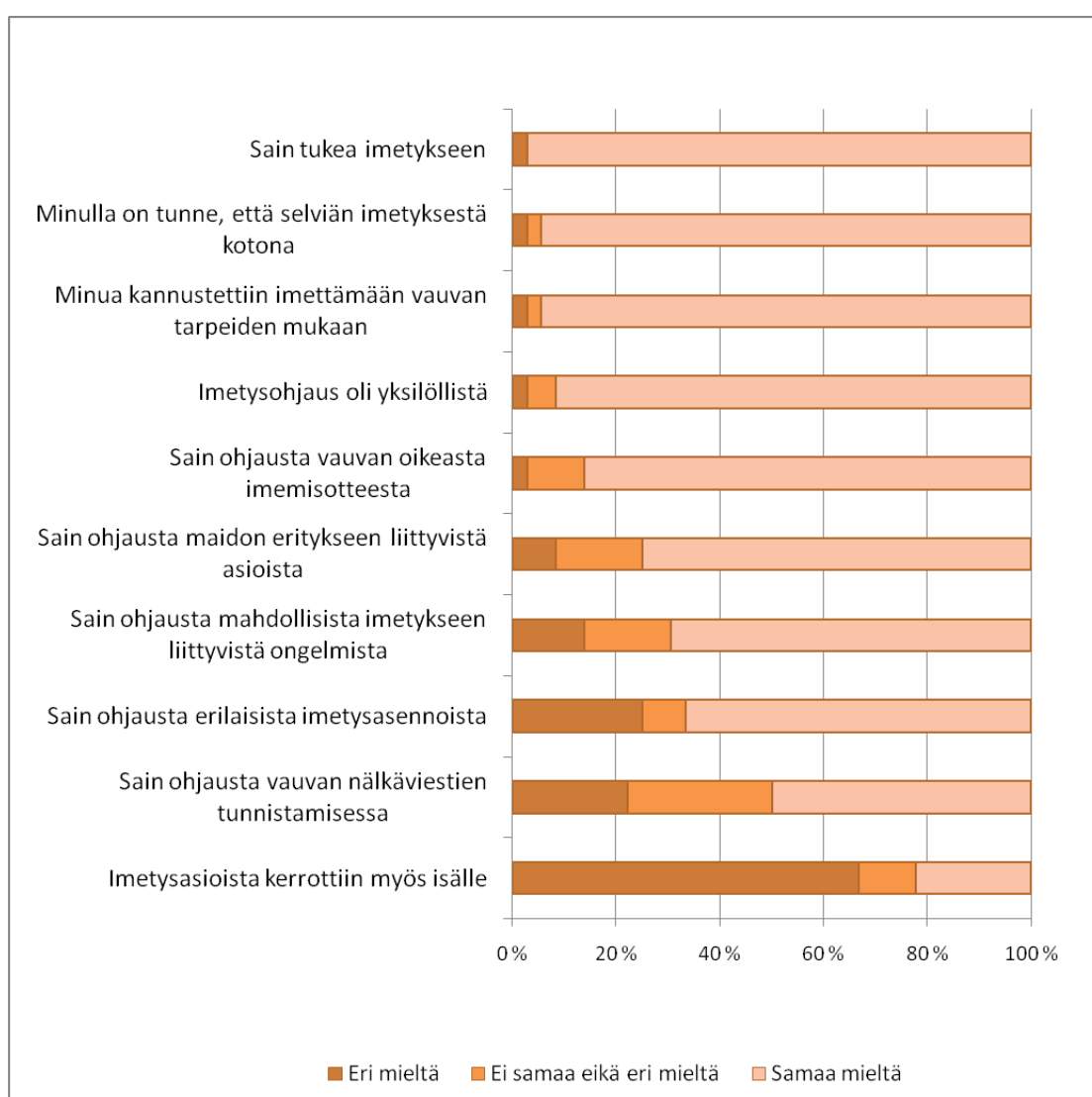
Vanhemmuuden ja varhaisen vuorovaikutuksen ohjauksessa parhaiten oli toteutunut isien mukaan ottaminen hoitotoimintoihin. Vastaajista 86 % (n=31) mukaan isät otettiin hoitotoimintoihin hyvin mukaan. Suurin osa äideistä oli kokenut saaneensa tukea äitiyteen (81 %, n=29), ja saaneensa myös vahvistusta sille, että osaavat hoitaa vauvaansa (77 %, n=27). (Kuvio 1.)

Tuloksista nousee esille, että varhaisen vuorovaikutuksen ohjaus oli ollut vähäisempää kuin vanhemmuuteen liittyvä ohjaus. Heikoimmin oli toteutunut kannustus luoda kontaktia vauvaan. Äideistä miltei puolet eivät olleet saaneet kannustusta katsekontaktin ottamiseen vauvaan (47 %, n=17) tai vauvalle puhumiseen (36 %, n=13). Vähäistä ohjaus oli myös siitä, että vanhempien keskinäinen suhde vaikuttaa vauvaan. Äideistä 44 % (n=16) kokivat, että eivät olleet saaneet tietoa siitä, että vauva aistii ilmapiiriä vanhempien välisestä suhteesta. (Kuvio 1.).



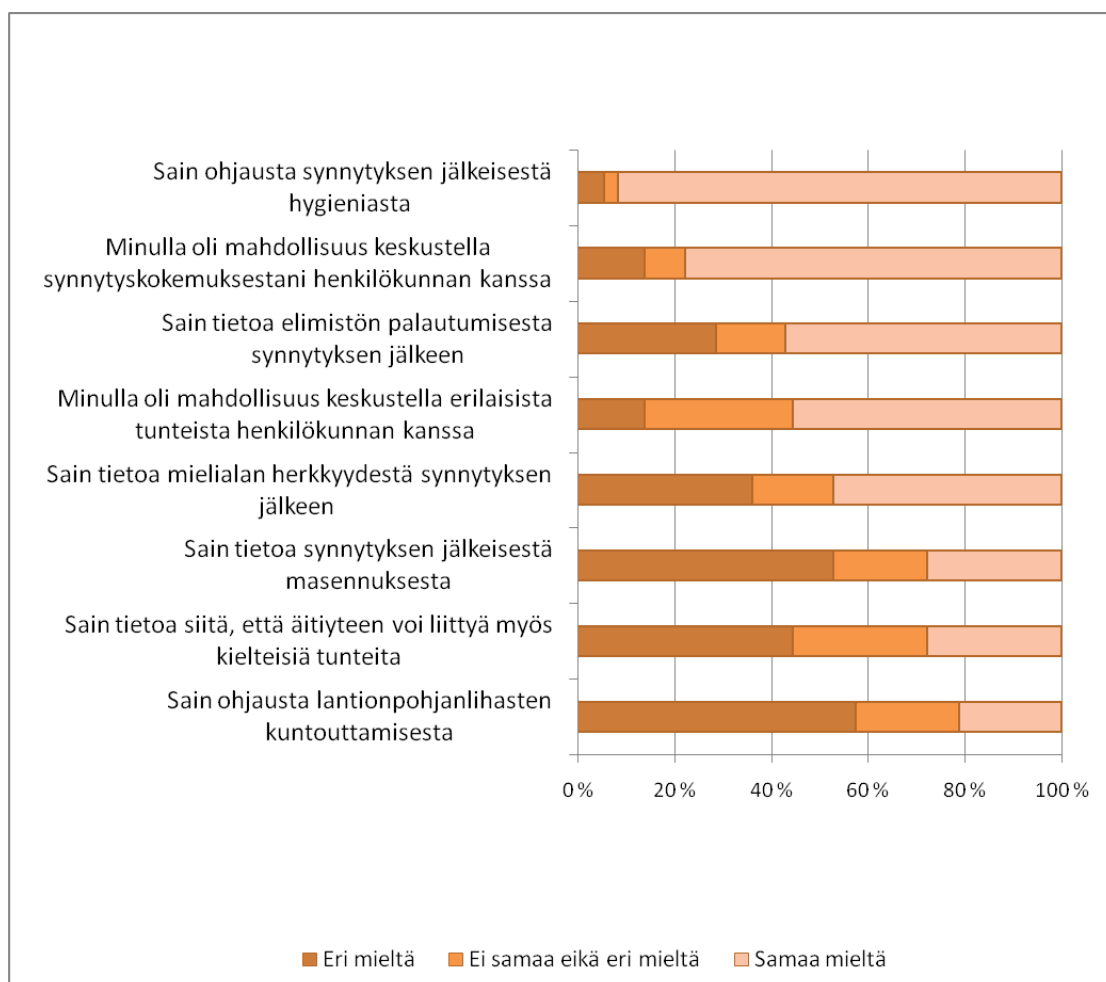
KUVIO 1. Vanhemmuus ja varhainen vuorovaikutukseen liittyvä ohjaus äitien (n=36) kokemana

Tulosten mukaan **imetysohjaus** on toteutunut paremmin kuin muut ohjauksen osa-alueet, erityisesti imetyksen tukeminen. Miltei kaikki äidit kokivat saaneensa tukea imetykseen (97 %, n=35) ja tunsivat selviävänsä imetyksestä kotona (94 %, n=34). Äideistä 94 % (n=34) oli sitä mieltä, että imetysohjaus oli vauvan tarpeiden mukaista ja 92 % (n=33) mukaan yksilöllistä. Selkeästi puutteellista oli ollut isien imetysohjaus, sillä 67 % (n=24) vastaajista oli sitä mieltä, että isät eivät olleet saaneet tietoa imetysasioista. (Kuvio 2.).



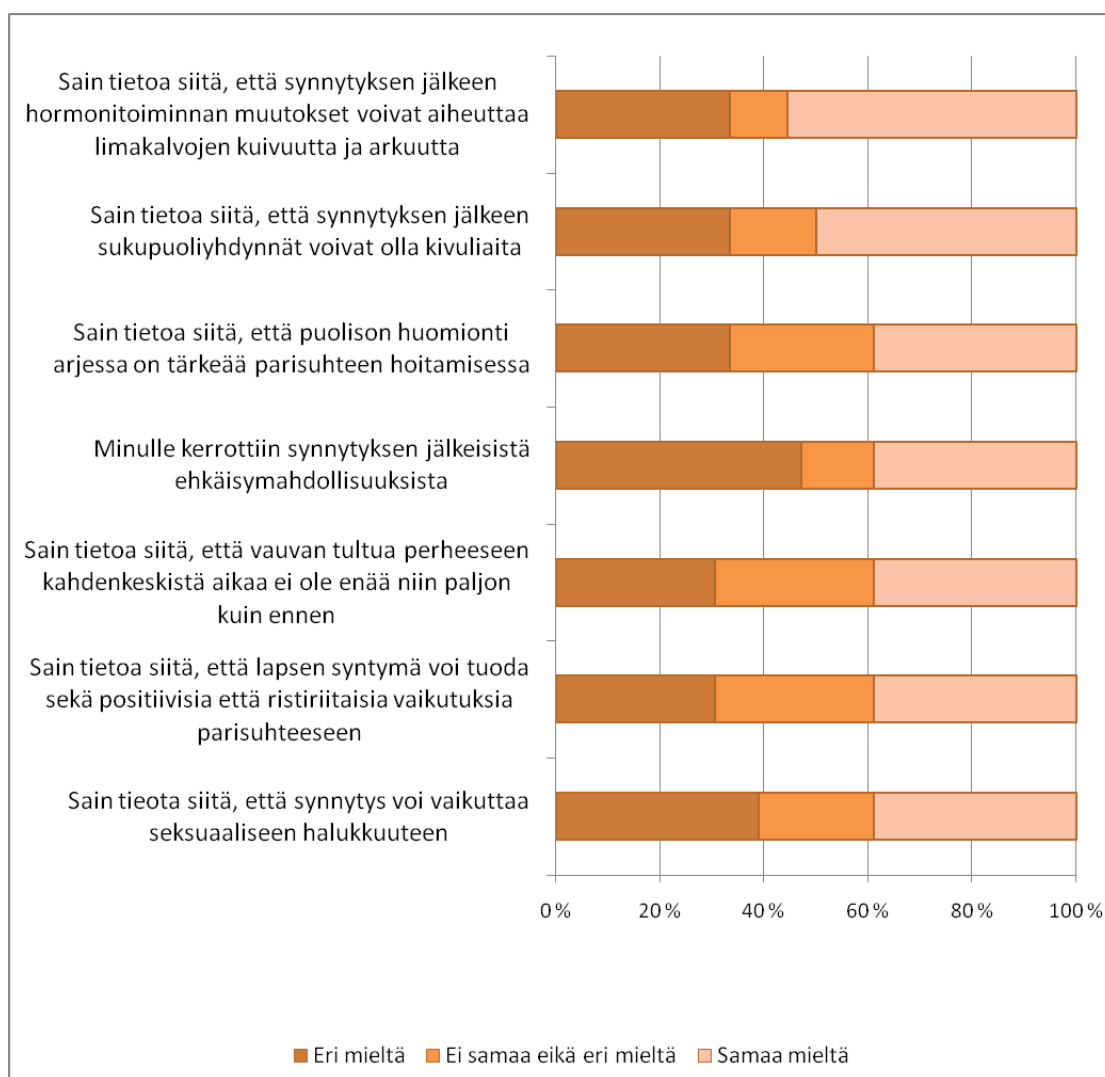
KUVIO 2. Imetysohjaus äitien(n=36) kokemana

Äidin itsehoidon ja hyvinvoinnin ohjauksessa positiivisimmin erottui synnytyksen jälkeisen hygienian ohjaus, josta 92 % (n= 33) vastaajista oli kokenut saaneensa ohjausta. Vastaajista 78 % (n=28) olivat myös saaneet mahdollisuuden keskustella synnytyskokemuksestaan henkilökunnan kanssa. Sen sijaan lantionpohjanlihasten kuntouttamisesta jopa 58 % (n=19) vastaajista ei ollut saanut ohjausta (tässä kysymyksessä n= 33). Samoin ohjaus oli ollut vähäistä synnytyksen jälkeisestä masennuksesta (53 % n=19) ja äitiyteen liittyvistä kielteisistä tunteista (44 %, n=16). Äidit siis saivat enemmän tietoa fyysisestä toipumisesta synnytyksestä, kuin mielialaan ja tunteisiin liittyvistä asioista synnytyksen jälkeen, lukuun ottamatta lantiopohjalihasten kuntouttamiseen liittyvää ohjausta. (Kuvio 3.).



KUVIO 3. Itsehoitoon ja hyvinvointiin liittyvä ohjaus äitien (n=36) kokemana

Parisuhde ja seksuaalisuus oli osa-alue, josta tulosten mukaan oli saatu vähiten ohjausta. Toisaalta positiiviset ja negatiiviset vastaukset jakautuivat tasan tasemmin kuin muissa osa-alueissa. Vastaajista 47 % (n=17) kokivat, että eivät olleet saaneet ohjausta synnytyksen jälkeisistä ehkäisymahdollisuuksista ja 39 % (n=14) vastaajista kokivat, että olivat saaneet ohjausta. Eniten tietoa vastaajat olivat saaneet synnytyksen jälkeisistä hormonitoiminnan aiheuttamista kuivista ja aroista limakalvoista (56 %, n=20) ja kivuliaista yhdynnöistä (50 %, n=18). (Kuvio 4.).

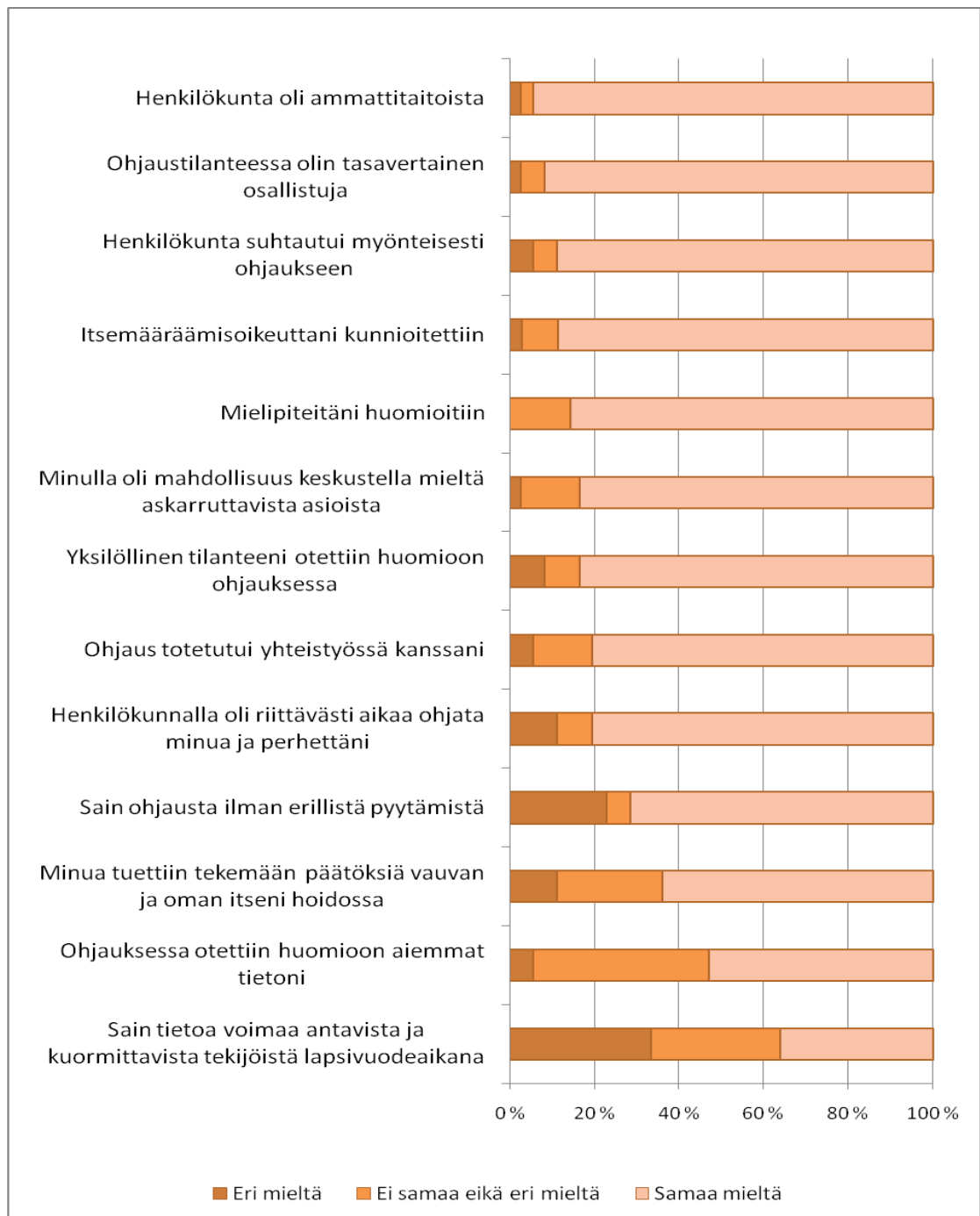


KUVIO 4. Parisuhteen ja seksuaalisuuden ohjaus äitien (n=36) kokemana

6.3 Voimavaralähtöisen ohjauksen toteutuminen

Voimavaralähtöinen ohjaus toteutui osastolla hyvin tulosten mukaan. Äitien vastaukset väittämiin olivat pääasiassa positiivisia. Henkilökuntaa piti ammattitaitoisena 94 % (n=34) vastaajista. Samoin erityisen hyvin oli toteutunut äitien tasavertaisuus keskusteluihin osallistujana (92 %, n=33), itsemääräämisoikeuden kunnioitus (89 %, n=31) sekä henkilökunnan myönteinen suhtautuminen ohjaukseen (89 %, n=32). (Kuvio 5.).

Äitien mielestä (33 %, n=12) he eivät olleet saaneet tietoa voimaa antavista ja kuormittavista tekijöistä lapsivuodeaikana. Ohjausta ilman erillistä pyytämistä olivat jääneet vaille lähes neljännes äideistä (23 %, n=8). (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Voimavaralähtöisen ohjauksen toteutuminen äitien (n=36) kokemana

6.4 Äitien mielipiteitä saamastaan ohjauksesta synnytysvuodeosastolla

Vastaajista 44 % (n= 16) oli vastannut avoimeen kysymykseen. Avoimissa kysymyksissä palaute oli enimmäkseen positiivista. Positiivista palautetta tuli esimerkiksi ammattitaitoisesta, ystävällisestä sekä mukavasta henkilökunnasta.

Vastaaja a: ”Henkilökunta oli todella positiivista ja mukavaa. Kaiken kaikkiaan osastolla vietetystä ajasta jäi positiivinen tunnelma.”

Vastaaja d: ” Sain tarvitsemani avun lapsen hoitoon ja kivunlievitykseen. Ammattitaitoinen henkilökunta teki ystävällisellä palvelullaan sairaalassaoloajan tuntumaan niin kotoisalta kuin mahdollista. Tämä antoi voimia jaksamiseen.”

Yksittäisiä kommentteja oli siitä, että henkilökunnalla oli aikaa vastata ja ohjata, ja äideillä oli mahdollisuus keskustella hoitajien kanssa niin halutessaan. Hoitajien esittäytyminen vuoron vaihteessa oli koettu hyväksi. Osa oli kokenut, että apua sai tarvittaessa ja sitä myös tarjottiin. Osa koki, että ohjauksen saamiseen vaikutti oma-aloitteisuus ja aktiivisuus.

Vastaaja f: ” Tuettu ja autettu hyvin tarpeen mukaan, näin toiskertalaisena synnyttäjänä olen itse saanut pyytää apua tarvittaessa, mikä onkin hyvä, sillä vauvan hoidosta on jo aiempaa kokemusta.”

Vastaaja b: ” Tuntui, että itsenäiset ja pärjäävän oloiset saattavat helposti jäädä aika yksin tunteineen ja ajatuksineen, vaikka ehkä tarvetta olisikin keskustella ja saada positiivista palautetta, etenkin ensisynnyttäjänä”

Negatiivista tai kriittistä palautetta tuli pääasiassa ohjauksen vähyydestä. Useampi äiti koki, että ohjaukselliset ja – halut vaihtelivat henkilökunnan kesken. Osa äideistä koki saaneensa vain vähän ohjausta.

Vastaaja c: ” Ohjauksen määrä ja laatu riippuu paljon hoitajasta”

Vastaaja e: ” Ohjaukselliset ja – taidot ja – asenne vaihtelivat melko tavalla henkilöstössä. ”

Kunnollista alkuopastusta oli myös toivonut kaksi ensisynnyttäjää äitiä, jotka kokivat jääneensä sitä vaille. Yksittäisiä mainintoja oli kiireen negatiivisista vaikutuksista ohjaukseen ja siitä, ettei ollut aikaa ja tilaa kipeistä asioista keskustelemiselle.

Vastaaja b: ”Joillekin on vaikea avautua kipeistä kokemuksista, jos aikaa ja tilaa ei ole riittävästi.”

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön eettisyys

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa eettiset lähtökohdat huomioitiin ennen kaikkea aineiston keruussa, sekä sen käsittelyn ja säilyttämisen luottamuksellisuudessa. (ks. Piispa 2006, 156). Ihmisarvon kunnioittaminen oli opinnäytetyön lähtökohdana (vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 24–25; Kuula 2006, 60–61.) Opinnäytetyötä tehdessä kunnioitettiin äitien itsemääräämisoikeutta mm. sillä, että saatekirjeessä painotettiin vapaaehtoista osallistumista kyselyyn. Äideille annettiin myös tietoa siitä, miksi ja kenen aloitteesta asiaa tutkitaan. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 24–25; Kuula 2006, 60–61; Mäkinen 2006, 87.)

Aineiston keruussa, eli mittarissa, huolehdittiin äitien yksityisyydestä ja tietosuojasta. Äitien tietosuoja ohjaa henkilötietolaki. (vrt. Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto 2001, 3). Saatekirjeessä kerrottiin, että kyselyyn vastataan nimettömästi ja opinnäytetyötä toteutetaan ehdottoman luottamuksellisesti, jolloin yksittäistä vastaajaa ei voida tuloksista tunnistaa. Tulosten julkaisussa lähtökohtana oli yksilöiden tietosuoja. (ks. Heikkilä 2008, 32.) Lupaus henkilöllisyyden salassapidosta saattoi rohkaista äitejä vastaamaan rehellisesti tutkimuksen kysymyksiin. Anonymiteetin säilyttämisen lupaus äideille lisää tutkijan luotettavuutta. (ks. Mäkinen 2006, 114, 116.)

Kyselyn tulosten analysointi vaiheessa ja tulosten julkaisussa oli myös tärkeää huolehtia äitien anonymiteetistä (vrt. Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto 2001, 4). Tällä tavoin pyrittiin turvaamaan se, ettei luottamuksellisia tietoja paljastu ja ettei heille aiheudu henkilökohtaisia vahinkoja (Piispa 2006, 151). Palautettuja mittareita on käsitelty huolellisesti. Tutkimusaineisto käytettiin ainoastaan tähän tutkimuskäyttöön. Kyselyjä ei luovutettu kenellekään ulkopuoliselle ja tutkimusaineisto hävitettiin tutkimuksen päätyttyä. (vrt. Kuula 2006, 209, 115.)

Opinnäytetyöntekijä on vastuussa julkaistusta tekstistään. Hän on vastuussa koko raportistaan, tutkimustulosten luotettavuudesta sekä tekstin oikeakielisyydestä että sen laadusta. Hän myös vastaa lähteiden viittauksista ja lähdemerkinnöistä. Lähdeviittaukset on tehty huolella. Kirjoittaessa tutkija käyttää neutraalia ilmaisuja ja käyttää yksiselitteistä ja selvää kieltä. (Mäkinen 2006, 123, 124.)

Puolueettomuus vaati meitä tulkitsemaan ja tarkastelemaan kriittisesti lähteitä ja tutkimusaineistoa. Joskus opinnäytetyöntekijän täytyy olla valmis käyttämään sellaista lähdetä, joka on ristiriidassa oman käsityksensä kanssa. (vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 310.)

Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään uusimpia primaarilähteitä, eli ensisijaisia lähteitä alkuperäisyyden ja aitouden vuoksi. Lähdekriittisyys vaati myös lähte-

den puolueettomuuden tarkkailemista ja tutkijan taustan selvittämistä sekä hänen ammatillisen pätevyyden punnitsemista. (ks. Mäkinen 2006, 128-129.) Tutkimuksessa ei valittu julkaistavaksi vain omien hypoteesien mukaisia tutkimustuloksia, vaikka tutkijalla onkin vapaus päättää, mitä tuloksia hän julkaisee (vrt. Clarkeburn & Mustajoki 2007, 71).

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Kyselytutkimuksen luotettavuuteen ja laatuun vaikuttavat sisällölliset, tilastolliset, kulttuuriset, kielelliset ja tekniset seikat. Mittauksen jälkeen huonosti mitattuja osioita ei voi parantaa, mutta mittarin laatuun voi vaikuttaa etukäteen. (Vehkalahti 2008, 40.) Mittaria tehdessä kiinnitettiin huomiota kysymysten muotoon ja tyyliin. Väittämät tehtiin mahdollisimman yksiselitteisiksi, ja samalla pyrittiin välttämään johdattelevia väittämiä. Kysely esitettiin kriittisillä ja skeptisillä vastaajilla, jotta virheitä vältyttäisiin. Esitettavia henkilöitä oli neljä ja he olivat synnyttäneet kuluneen vuoden aikana (vrt. Mäkinen 2006, 93.)

Esitetauksen tarkoituksena oli tarkistaa onko kyselykaavakkeessa epäkohtia tai tarvitseeko jotain kysymyskohtaa tarkentaa (ks. Heikkilä 2008, 61). Esitetauksessa saadun palautteen mukaan yksittäisiä sanoja väittämissä vaihdettiin selkeämmiksi ja paremmin ymmärrettäviksi, sekä korjattiin kirjoitusvirheitä. Muutoin kysely oli toimiva.

Mittauksen luotettavuutta kuvaavat validiteetti ja reliabiliteetti (Vehkalahti 2008,40). Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä, eli mittarin kykyä mitata sitä, mitä oli tarkoituskin mitata (Vilkka 2005, 161.) Tämä opinnäytetyö mittasi äitien saaman ohjauksen sisältöjä ja voimavaroalähtöisyyttä synnytysvuodeosastolla. Kysely vastasi hyvin tutkimusongelmiin. Validiteettia varmistettiin ainoastaan suunnittelemalla opinnäytetyö ja tiedonkeruu huolellisesti etukäteen. (vrt. Heikkilä 2008, 29-30.)

Reliabiliteetti kertoo kuinka tarkasti mitataan (Vehkalahti 2008, 41). Reliabiliteetti toteutuu silloin, kun tutkimuksen tulokset muistuttavat samankaltaisten tutkimusten tuloksia. Opinnäytetyön tulokset olivat samansuuntaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa.

Opinnäytetyö vaati tekijöiltään tarkkuutta ja kriittisiä ajattelua koko tutkimuksen ajan. Tämä edellytti huolellisuutta esim. tietoa kerätessä, syöttäessä, käsitellessä ja tuloksia tulkittaessa. Tiedot tarkastettiin sen jälkeen, kun ne oli syötetty havointomatriisiin virheiden minimoimiseksi. Ohjelma, jolla tietoja analysoitiin, oli helppokäyttöinen ja luotettava, joilla virheiden mahdollisuus on vähäisempi. (ks. Heikkilä 2008, 30.)

7.3 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyössä tarkasteltiin millaista ohjausta äidit ovat saaneet vanhemmuudesta ja varhaisesta vuorovaikutuksesta, imetyksestä, psyykkisestä ja fyysisestä toipumisesta synnytyksestä sekä parisuhteesta ja seksuaalisuudesta. Samoin tarkasteltiin sitä, miten voimavara- lähtöisyys oli toteutunut ohjauksessa.

Ohjauksen saaminen vaihteli hieman eri osa-alueiden suhteen. Tulosten mukaan ohjaus oli toteutunut hyvin vanhemmuuden osa-alueella, mutta ohjaus oli ollut vähäistä varhaisen vuorovaikutuksen elementtien osalta. Esimerkiksi kannustus ottaa kontaktia vauvaan sekä ohjaus vauvan viestien tulkitsemisessä ja niihin vastaamisessa oli vähäistä. Neuvolan perhevalmennuksessa varhainen vuorovaikutus oli myös vähiten käsitelty aihe.

Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen on tärkeää synnytysvuodeosastolla. On todettu, että varhaisen vuorovaikutuksen ongelmat lisäävät lapsen riskiä käyttäytymisen ja tunne-elämän oireisiin (Mäntymaa 2006, 80). Uusimpien tutkimusten mukaan tunnekokemukset syntymästä alkaen ovat oleellisen tärkeitä kehitykselle (Mäntymaa ym. 2003).

Keski-Suomen keskussairaala on vauvamyönteinen sairaala saamansa sertifi-
kaatin perusteella. Imetys oli tulosten mukaan parhaiten ohjattu osa-alue.
Tämä tulos on yhdenmukainen Hannulan (2003, 109) tutkimuksen kanssa,
jonka mukaan imetysohjausta saa eniten vauvamyönteisillä osastoilla.

Tulosten mukaan isiä tulee huomioida enemmän imetysohjauksessa. Tämä
on merkittävä tulos, sillä aikaisempien tutkimusten mukaan isät ovat paras ja
tärkein tuki imettävälle äidille (ks. Kansallinen imetyksen edistämisen asian-
tuntijaryhmä 2009, 53; Hannula 2003, 108-109). Kuitenkin vauvan hoidon oh-
jauksessa isät huomioitiin hyvin. Aikaisempien tutkimusten mukaan äidit ovat
toivoneet isien huomiointia ja heidän ottamistaan mukaan hoitotoimintoihin
(ks. Kalam-Salminen 2005, 169; Ryttyläinen ym. 2007, 24-25). Tämä siis to-
teutuu vauvan hoidon ohjauksessa, mutta ei imetysohjauksessa.

Lantionpohjan lihasten kuntouttamisen ohjaus oli ollut vähäistä tulosten mu-
kaan. Yli puolet vastaajista oli jäänyt vaille ohjausta. Vastaavan tuloksen lan-
tionpohjanlihasten ohjauksen riittämättömyydestä olivat saaneet Glazener,
Herbison, Wilson, MacARthur, Lang, Gee & Grantin (2001, 4-5)
tutkimuksessaan. Lantionpohjalihasten kuntoutuksen ohjaus olisi tärkeää,
koska siten voitaisiin ehkäistä virtsan- ja ulosteen karkailua synnytyksen
jälkeen (Glazener, Herbison, Wilson, MacARthur, Lang, Gee & Grantin 2001,
4-5; Oulasmaa 2006, 196; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suo-
men Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2006).

Tulosten mukaan äidit olivat saaneet vain vähän ohjausta tunteisiin ja
mielialaan liittyvistä asioista, sekä synnytyksen jälkeisestä masennuksesta.
Aikaisemmista tutkimuksista käy myös ilmi, että äitien jaksamista sekä heidän
mielialaa ja tunteita tulisi havainnoida ja tukea enemmän. (Ryttyläinen ym.
2007, 24-25). Samoin australialaisessa tutkimuksessa tuotiin esille puutteelli-
nen ohjaus äitiyteen liittyvistä tunteista (McKellar, Pincombe & Henderson
2002, 27). Cacciatore (2008, 60-61) toteaa tutkimuksessaan, että äitien
ennaltaehkäisevällä valistuksella synnytyksen jälkeisen masennuksen oireista

ja psykososiaalisesta stressistä, voitaisiin vähentää niiden vaikutusta pikkulapsivaiheessa.

Parisuhde ja seksuaalisuus osa-alueen ohjaus oli toteutunut heikommin kuin muiden osa-alueiden. Toisaalta tuloksista oli selkeästi nähtävissä, että osa äideistä oli saanut ohjausta ja osa ei. Seksuaalisuus oli myös vähiten käsitelty aihe neuvolan perhevalmennuksessa.

Samansuuntaisia tuloksia on myös aiemmissa tutkimuksissa, joiden mukaan äidit toivovat, että parisuhdetta ja lapsen syntymän tuomia muutoksia parisuhteeseen huomioitaisiin enemmän (Ryttyläinen ym. 24-25). Parisuhteen ja seksuaalisuuden tukeminen ja huomioiminen on tärkeää synnytysvuodeosastolla (STM 200794), sillä pikkulapsiaika on yksi haasteellisimmista vaiheista parisuhteessa (Rönkä ym. 2009, 277). Suuri osa avioeroista tapahtuu pian lapsen syntymän jälkeen (Reinholm 1999, 29-31).

Tulosten mukaan 47 % vastaajista ei ollut saanut tietoa ehkäisymahdollisuuksista synnytyksen jälkeen. Reinholmin tutkimuksen mukaan viidennes vastaajista koki, että ehkäisyasiat eivät olleet kunnossa synnytyksen jälkeen (Reinholm 1999, 29-31).

Samoin sosiaali- ja terveysministeriön mukaan synnytyksen jälkeinen ehkäisy ei ole riittävän tehokasta korkeiden raskaudenkeskeytys lukujen perusteella (STM 2007,91.) Joka kymmenes raskauden keskeytys tehdään raskauksissa, joka on alkanut vuoden sisällä synnytyksestä (Oulasmaa 2006, 195). Ehkäisyneuvonnan tulisi siis olla osa synnytysvuodeosastolla annettavaa ohjausta (STM 2007, 91).

Voimavaralähtöisyyden elementit toteutuivat pääasiassa hyvin. Äitien itsemääräämisoikeuden kunnioitus toteutui osastolla hyvin, ja samansuuntaiseen tulokseen ovat päätyneet Nyrhinen ym. (2001, 326). Osastolla näyttäisi tämän aineiston perusteella olevan hyvät edellytykset laadukkaaseen ohjaukseen, koska äidit olivat kokeneet, että henkilökunta on ammattitaitoista ja motivoitu-

nutta. Myös Kvistin ym. (2006, 118) mukaan nämä ovat laadukkaan ohjauksen edellytyksiä. Laadukkaaseen ohjaukseen kuuluu myös vuorovaikutteisuus ja potilaslähtöisyys, joka toteutui tulosten mukaan hyvin (ks. Kääriäinen 2007, 120).

Tulosten mukaan henkilökunta suhtautui myönteisesti ohjaukseen. Kuitenkin avoimen kysymyksen vastauksissa tuli ilmi, että ohjaus-asenteissa oli hoitaja-kohtaisia eroja. Osittain samansuuntainen tulos on Kääriäisen tutkimuksessa, jonka mukaan henkilökunnan asennoitumisessa ohjaukseen olisi toivomisen varaa, koska asenteet ohjaukseen olivat osittain kielteisiä (Kääriäinen 2007, 120,133). Tämän aineiston mukaan merkittävää toivomisen varaa ohjaus-asenteissa ei ole.

Heikoimmin voimavaralähtöisyyden elementeistä oli toteutunut tiedon saanti voimaa antavista ja kuormittavista tekijöistä lapsivuodeaikana ja ohjauksen saaminen ilman erillistä pyytämistä. Avoimen kysymyksen vastauksissa tuotiin myös esille, että ohjausta sai oma-aloitteisuudellaan. Aikaisempien tutkimusten mukaan äidit toivovat enemmän apua mitä olivat saaneet (Ylilehto 2005, 139-140).

Hyvin onnistuessaan ohjaus on riittävää, eikä se saa olla pelkästään äitien aktiivisuuden varassa. (Kääriäinen 2007, 119-122). Aikaisempien tutkimusten mukaan äidit odottavat, että ohjausta tarjotaan, jos he eivät itse uskalla sitä pyytää (Kojonen 2005, 60). Hoitajien kiire voi aiheuttaa sen, että äidit eivät halua häiritä kiireistä henkilökuntaa, jolloin kynnys kysyä neuvoja nousee korkeaksi (Ylilehto 2005, 139-140).

Avoimen kysymyksen vastauksissa oli yksittäisiä mainintoja kiireen ja tilojen puutteen negatiivisista vaikutuksista ohjaukseen. Laadukas ohjaus vaatii toteutuakseen asianmukaisia resursseja (Kääriäinen 2007, 133).

7.4 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Tulosten perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Äidit saivat hyvin tukea vanhemmuuteen. Varhaiseen vuorovaikutukseen vauvan kanssa ja sen tukemiseen tarvitaan lisää ohjausta.
2. Imetysohjaus toteutui hyvin osastolla. Imetysohjauksessa tulee ottaa isät huomioon ja antaa imetysohjausta myös heille. Tämä edistää imetystä, koska isät ovat äitien tärkeimpiä tukijoita imetyksessä.
3. Äidin itsehoidon ja hyvinvoinnin osa-alueella äitiyteen liittyviä tunteita ja synnytyksen jälkeistä masennusta tulee käsitellä enemmän ohjauksessa. Lantipohjalihasten kuntouttamisesta tulee ohjata äitejä enemmän.
4. Parisuhteesta ja seksuaalisuudesta synnytyksen jälkeen tulee ohjata äitejä nykyistä enemmän. Erityisesti ohjausta tarvitaan synnytyksen jälkeisistä ehkäisymahdollisuuksista.
5. Voimavaralähtöisen ohjauksen kehittämisessä äitejä tulee ohjata enemmän voimaa antavista ja kuormittavista tekijöistä lapsivuodeaikana. Samoin äitien tulee saada ohjausta ilman erillistä pyytämistä.

LÄHTEET

- Airaksinen, O. 2006. Lantionpohjan lihasharjoittelu synnytyksen jälkeen. Näytönastekatsaukset.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/ltk/ltk.koti?p_haku=lantionpohja
- Airikka, S. 2003. Parisuhteen roolikartta – käyttäjän opas. Helsinki: Suomen Kuntaliitto
- Ala-Luhtala, R. 2008. Kyselytutkimus neuvola-asiakkaiden seksuaalisesta hyvinvoinnista ja seksuaaliterveyteen liittyvästä neuvonnan ja tuen tarpeesta. Pro-gradu tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Arvela, O. 2004. Obeesin odottajan terveyskäyttäytyminen ja kokemuksia vastaanottotoiminnasta. Potilasohjauksen ulottuvuudet. Toim. M. Hupli. Turku: Turun yliopisto
- Cacciatore, R. 2008. Vaaran merkkejä. Äidin kielletyt tunteet. Toim. K. Janhunen & M. Oulasmaa. Väestöliitto.
- Clarkeburn, H. & Mustajoki A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino
- Emmanuel, E., Creedy, D & Fraser J. 2001. What mothers want: a postnatal survey. *The Australian Journal of Midwifery* 14, 4, 16-20
- Evans, A. 2005. Postpartum contraception. *Women's Health Medicine*. 2, 5, 23-26
- Fraser, D. M. & Cullen, L. 2009. Postnatal management and breastfeeding. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 19, 1, 7-12.
- Glazener, C., Herbison, P., Wilson, D., MacArthur, C., Lang, G., Gee, H. & Grant, A. 2001. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. *BMJ* 323, 1-5.
- Hakulinen-Viitanen, T., Koponen, P., Julin, A.-M., Perälä, M.-L., Paunonen-Ilmonen, M. & Luoto, R. 2007. Asiakasnäkökulmia äitiyshuollon palvelujen saatavuuteen ja jatkuvuuteen. *Hoitotiede* 19,6, 326-337
- Hannula, L. 2003. Imetysnäkökymykset ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisten synnyttäjien seurantalutkimus. Turun yliopiston julkaisuja C 195. Helsinki: Yliopistopaino
- Hannula, L., Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2006. Imetyksestä selviytyminen ja lisäruoan käyttö synnytyssairaalassa – äitien näkökulma. *Hoitotiede* 18, 4, 175-185.

Hannula, L. 2007. Imetyksen edistämällä parempaa kansanterveyttä. *Kansanterveys* 1, 12-13

Hannula, L., Rytönen, L., Kumpula, M., Puukka, p., Helenius, L. & Pakola, M. 2008. Lisämaidon anto vastasyntyneelle lapsivuodeosastolla. *Tutkiva hoitotyö* 6, 1, 12-18.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Helminen, M.-L. & Iso-Heiniemi, M. 1999. Vanhemmuuden roolikartta. Käyttäjän opas. Helsinki: Kuntaliitto

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2008. Tietoa potilaalla: Synnytyksen jälkeinen masennustila. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 21.5.2009.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/ltk/ltk.koti?p_haku=synnytyksen%20j%E4lkeinen%20herkistyminen

Kalam-Salminen, L. 2005. Hoidon laatu lapsivuodeosastoilla Suomessa ja Virossa. Turun yliopiston julkaisuja C 238. Helsinki: Yliopistopaino

Kalam-Salminen, L., Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2008. Vanhempien hoidon laatua koskevat odotukset lapsivuodeosastoilla ja hoitohenkilökunta niihin vastaajana. *Hoitotiede* 20, 5, 238-247.

Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009-2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 32/2009. Viitattu 22.1.2010
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98969f64-05de-41d9-9aa6-7e34d8d6d6ba>

Kettunen, T., Poskiparta, M. & Karhila, P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14, 5, 213-222

Kettunen, T., Liimatainen, L. Villberg, J. & Perko, U. 2006. Developing empowering health counseling measurement: Preliminary results. *Patient Education and Counseling*, 64, 1-3, 159-166

Kivijärvi, M. 2003. Äidin sensitiivisyys varhaisessa vuorovaikutuksessa. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Toim. P. Niemelä, P. Siitola & T. Tamminen. Juva: WSOY. 252-260.

Kojonen, R. 2005. Synnytyksen jälkeisen sairaalahoidon tärkeänä pidetyt osat alueet ja kotiutumisen jälkeisen tuen odotukset asiakkaiden kuvailemina. Progradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnonlaitos. Oulun yliopisto.

- Koskinen, K. 2008. Imetysohjaus. Helsinki: Edita Prima
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Tampere Vastapaino.
- Kvist, T., Julkunen-Vehviläinen, K. & Kinnunen, J. 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 18, 3, 107-119.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulu: Oulu University press
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3,1,10-15.
- Malinen, K. & Sevón, E. 2009. Parisuhteen hoitaminen: Suhteiden arkea vai irtiottoja arjesta? *Perhe-elämän paletti*. Toim. A. Rönkä, K. Malinen & T. Lämssä. Jyväskylä: PS-Kustannus. 149-176.
- McKellar, L. V., Pincombe, J. & Henderson, A. M. 2002. Congratulations you're mother: A strategy for enhancing postnatal education for first-time mothers investigated through an action research cycle. *The Australian Journal of Midwifery* 15, 3, 24-31
- Mesiäislehto-Soukka, H. 2005. Perheenlisäys isien kokemana – Fenomenologinen tutkimus. Väitöskirja. Oulu: Oulu University press
- Mäntymaa, M., Luoma, I., Puura, K. & Tamminen, T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. Aikakausikirja *Duodecim*. Terveysportti. Viitattu 2.3.2010.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=varhainen%20vuorovaikutus
- Mäntymaa, M. 2006. Early Mother-Infant Interaction. Academic dissertation. Tampere: Yliopistopaino
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi
- Nyrhinen, T., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P.A. & Arndt, M. 2001. Eettisiä kysymyksiä synnyttäneiden äitien hoitotyössä. *Hoitotiede*. 13, 6, 319-329.
- Oats, J. & Abraham, S. 2005. Llewellyn – Jones Fundamentals of Obstetrics and gynaecology. 8th ed. London: Elsevier Mosby

- Oulasmaa, M. 2006. Seksuaalisuus raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola. Helsinki: Duodecim. 191-197
- Paajanen, P. 2005. Perhebarometri 2005. Eri teitä vanhemmuuteen. Helsinki: Väestöliitto
- Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 14, 5, 202-212
- Perheentupa, A. 2007. Synnytyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 21.5.2009
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/ltk/ltk.koti?p_haku=synnytyksen%20j%20E4lkeinen%20herkistyminen
- Piispa, M. 2006. Kvantitatiivisen tutkimuksen eettiset lähtökohdat. Etiikkaa ihmistieteille. Toim. J. Hallamaa, V. Launis, S. Lötjönen & I. Sorvali. 141-160. Helsinki: SKS.
- Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatiota 2005. Toim. L. Liimatainen, P. Hautala & U. Perko. Jyväskylä: JAMK
- Reinholm, M. 1999. ”Kupeitten kuuma vai kadonnut kaipaus?” Pikkulasten vanhempien kokemuksia seksielämästä perheeseen kasvaessa. Helsinki: Väestöliitto, perheverkko
- Rekilä, M. 2004. Asiakaslähtöinen hoitotyö lapsivuodeosastolla. Pro-gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnonlaitos. Oulun yliopisto.
- Ryttyläinen, K., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A.-M. 2007. Äitiyshuolto tulevaisuudessa – naisten näkemykset. Tutkiva hoitotyö 5, 2, 22-28
- Rönkä, A., Malinen, K., Sevón, E., Kinnunen, U., Poikonen, P.-L. & Lämsä, T. 2009. Arki elämänalueiden leikkauspisteessä: Johtopäätökset ja ehdotuksia perheiden arjen tukemiseksi. Perhe-elämän paletti. Toim. A. Rönkä, K. Malinen & T. Lämsä. Jyväskylä: PS-Kustannus. 273-295.
- Salo, S. 2003. Kiintymyssuhteen merkitys elämänkaaren aikana. Pesästä lentoon. Toim. J. Sinkkonen. Helsinki: WSOY. 42-77
- Schmitt, F. 2003. Riittävän hyvä vanhemmuus. Pesästä lentoon. Toim. J. Sinkkonen. Helsinki: WSOY. 298-326
- Sevón & Huttunen 2002. Odottavan äidin vastuu. Perhe ja vanhemmuus. Toim. A. Rönkä & U. Kinnunen. Jyväskylä: PS-kustannus.72-98.
- Sinkkonen, J. 2003. Lapsen kiintymyssuhteen syntyminen ja sen häiriöt. Äidin ja vauvan varhainen vuoro vaikutus. Toim. P. Niemelä, P. Siltala & T. Tamminen. Juva: WSOY. 92-106

Sosiaali- ja terveysministeriö. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Julkaisuja 2007:11

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2006. Käypä hoito suositus. Naisten virtsankarkailun hoito. Viitattu 10.3.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50050>

Tamminen, T. 2004. Olipa kerran lapsuus. Juva: WSOY

Vänskä, K. 2000. Jaettu asiantuntijuus – Näkökulmia terveysneuvonnan ohjauskeskusteluun. Lisensiaatintutkimus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki : Tammi

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi

Ylikorkala, O. 2004. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Naistentaudit ja synnytykset. Toim. O. Ylikorkala & A. Kauppila. Helsinki: Duodecim

Ylilehto, H. 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus – salpautunut ilo. Väitöskirja. Oulu: Yliopistopaino

Väyrynen, P. 2007. Välitön syntymän jälkeinen kätilötyö. Kätilötyö. Toim. U. K. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A.-M. Äimälä. Helsinki: Edita. 269-278

WHO 2009. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Viitattu 30.6.2009. http://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/index.html

WHO 1989. Ten steps to successful breastfeeding. Viitattu 22.1.2010.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241561300.pdf>

Wong, D., Perry, S., Hockenberry, M., Lowermilk, D. & Wilson, D. 2006 Maternal child nursing care 3.p. USA: Mosby elsevier

LIITTEET

Liite 1: Saatekirje



JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU

SAATE

Hyvinvointiyksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Arvoisa Äiti!

Onnittelut vauvan syntymän johdosta!

Olemme kättilöopiskelija ja sairaanhoitajaopiskelija Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä **synnyttäneiden äitien ohjauksesta synnytysvuodeosastolla**. Työtämme ohjaavat hoitotyön lehtorit Elina Tiainen ja Sirpa Tuomi. Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää äitien saaman ohjauksen sisältöjä ja voimavaralähtöisyyttä. Opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää synnytysvuodeosaston ohjauksen kehittämisessä Keski-Suomen Keskussairaalassa.

Vastaamalla oheiseen kyselyyn ennen kotiutumistasi autat kehittämään synnytysvuodeosastolla annettavaa ohjausta. Kysely koskee vain tämän kertaista osastolla oloa ja vastaaminen tapahtuu ympyröimällä kyselylomakkeesta kokemustasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto. Pyydämme sinua vastaamaan kyselyyn niin lähellä kotiutumistasi kuin mahdollista.

Kyselyyn vastataan nimettömästi. Antamanne vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja ne tulevat ainoastaan meidän tietoomme. Tulokset julkaistaan ainoastaan kokonaistuloksina, joten kenenkään yksittäisen vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksista. Analysoinnin jälkeen kyselykaavakkeet hävitetään. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista.

Vastaukset voitte palauttaa osaston kanslian läheisyydessä olevaan palautuslaatikkoon.
Kiitos vastauksestasi etukäteen!

Maija Kärki
Kättilöopiskelija

Mariana Pirhonen
Sairanhoitaja-
opiskelija

Liite 2 : Kyselylomake**KYSELYLOMAKE SYNNYTTÄNEILLE ÄIDEILLE SYNNYTYSVUODEOSASTOLLA
SAAMASTAAN OHJAUKSESTA**

Ympyröi parhaiten sopiva vastausvaihtoehto ja/tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan

I TAUSTATIEDOT

1. Ikä
 - a. alle 20 v.
 - b. 20-27 v.
 - c. 28-35 v.
 - d. yli 35 v.

2. Koulutuksesi (jos koulutuksia on monta, korkein koulutus)
 - a. peruskoulu tai vastaava
 - b. ylioppilastutkinto
 - c. ammattitutkinto
 - d. ammattikorkeakoulu/ opistotason tutkinto
 - e. yliopistotutkinto
 - f. muu, mikä _____

3. Synnyttäneisyys
 - a. ensisynnyttäjä
 - b. uudelleen synnyttäjä

4. Onko neuvolassasi tarjottu perhevalmennusta tämän raskauden aikana?
 - a. kyllä
 - b. ei

5. Oletko osallistunut perhevalmennukseen tämän raskauden aikana?
 - a. kyllä
 - b. ei

6. Mistä aiheista sait ohjausta perhevalmennuksessa?
(vastaa vain, jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä)
 - a. Muuttuvasta elämäntilanteesta
 - b. Äitiydestä ja vanhemmuudesta
 - c. Vauvaperheen arjesta
 - d. Varhaisesta vuorovaikutuksesta
 - e. Imetyksestä
 - f. Parisuhteesta
 - g. Seksuaalisuudesta

7. Sairaalassaoloaika tämän synnytyksen jälkeen
 - a. 1 vrk
 - b. 2 vrk
 - c. 3 vrk
 - d. 4 vrk tai yli 4 vrk

8. Oliko sinulla omahoitaja/omahoitajia sairaalassaoloaikanas?
 - a. kyllä

b. ei

9. Kuinka monta hoitajaa sinua hoiti?

- a. 3-4
- b. 5-6
- c. enemmän kuin 6

Seuraavaksi esitämme SYNNYTYSVUODEOSASTOLLA SAAMAASI OHJAUSTA koskevia väitteitä. Vastatkaa ympäröimällä sopivin vaihtoehto: 1= täysin eri mieltä, 2= osittain eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= osittain samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä

II VANHEMMUUS JA VARHAINEN VUOROVAIKUTUS

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Sain tietoa siitä, että vanhemmuus on kokonaisvaltaista vauvasta huolehtimista	1	2	3	4	5
2. Sain tietoa siitä, että kasvu vanhemmaksi tapahtuu yhdessä lapsen kanssa	1	2	3	4	5
3. Sain tietoa siitä, että vauva aistii ilmapiiriä vanhempien välisestä suhteesta	1	2	3	4	5
4. Sain vahvistusta siihen, että osaan hoitaa vauvaani	1	2	3	4	5
5. Sain tukea äitiyteen	1	2	3	4	5
6. Vanhemmuuteen liittyviä murheita ja huolia käsiteltiin	1	2	3	4	5
7. Isä otettiin mukaan hoitotoimintoihin	1	2	3	4	5
8. Sain tietoa siitä, että vanhemmuus on vuorovaikutusta vauvan kanssa	1	2	3	4	5
9. Sain ohjausta vauvan viestien tunnistamiseen ja tulkintaan	1	2	3	4	5
10. Sain ohjausta vauvan viesteihin vastaamiseen	1	2	3	4	5
11. Minua kannustettiin ottamaan katsekontaktia vauvaan	1	2	3	4	5
12. Minua kannustettiin puhumaan vauvalleni	1	2	3	4	5

III IMETYS

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Sain tukea imetykseen	1	2	3	4	5
2. Imetysohjaus oli yksilöllistä	1	2	3	4	5

3. Minua kannustettiin imettämään vauvan tarpeiden mukaan	1	2	3	4	5
4. Sain ohjausta maidoneritykseen liittyvistä asioista	1	2	3	4	5
5. Sain ohjausta vauvan nälkäviestien tunnistamisessa	1	2	3	4	5
6. Sain ohjausta vauvan oikeasta imemisotteesta	1	2	3	4	5
7. Sain ohjausta erilaisista imetysasunnoista	1	2	3	4	5
8. Sain ohjausta mahdollisista imetykseen liittyvistä ongelmista	1	2	3	4	5
9. Imetysasioista kerrottiin myös isälle	1	2	3	4	5
10. Minulla on tunne, että selviän imetyksestä kotona	1	2	3	4	5

IV ÄIDIN ITSEHOITO JA HYVINVOINTI

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Sain tietoa mielialan herkkyydestä synnytyksen jälkeen	1	2	3	4	5
2. Sain tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta	1	2	3	4	5
3. Sain tietoa siitä, että äitiyteen voi liittyä myös kielteisiä tunteita	1	2	3	4	5
4. Minulla oli mahdollisuus keskustella erilaisista tunteistani henkilökunnan kanssa	1	2	3	4	5
5. Minulla oli mahdollisuus keskustella synnytyskokemuksestani henkilökunnan kanssa	1	2	3	4	5
6. Sain ohjausta synnytyksen jälkeisestä hygieniasta	1	2	3	4	5
7. Sain tietoa elimistön palautumisesta synnytyksen jälkeen	1	2	3	4	5
8. Sain ohjausta lantionpohjalihasten kuntoutuksesta	1	2	3	4	5

V PARISUHDE JA SEKSUAALISUUS

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Sain tietoa siitä, että lapsen syntymä voi					

tuoda sekä positiivisia että ristiriitaisia vaikutuksia parisuhteeseen	1	2	3	4	5
2. Sain tietoa siitä, että vauvan tultua perheeseen kahdenkeskistä aikaa ei ole enää niin paljon kuin ennen	1	2	3	4	5
3. Sain tietoa siitä, että puolison huomiointi arjessa on tärkeää parisuhteen hoitamisessa	1	2	3	4	5
4. Sain tietoa siitä, että synnytys voi vaikuttaa seksuaaliseen halukkuuteen	1	2	3	4	5
5. Sain tietoa siitä, että synnytyksen jälkeen hormonitoiminnanmuutokset voivat aiheuttaa limakalvojen kuivuutta ja arkuutta	1	2	3	4	5
6. Sain tietoa siitä, että synnytyksen jälkeen sukupuoliyhdyntät voivat olla kivuliaita	1	2	3	4	5
7. Minulle kerrottiin synnytyksen jälkeisistä ehkäisymahdollisuuksista	1	2	3	4	5

VI OHJAUKSEN TOTEUTUMINEN

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Sain ohjausta ilman erillistä pyytämistä	1	2	3	4	5
2. Henkilökunta suhtautui myönteisesti ohjaukseen	1	2	3	4	5
3. Henkilökunta oli ammattitaitoista	1	2	3	4	5
4. Yksilöllinen tilanteeni otettiin huomioon ohjauksessa	1	2	3	4	5
5. Henkilökunnalla oli riittävästi aikaa ohjata minua ja perhettäni	1	2	3	4	5
6. Ohjaus toteutui yhteistyössä kanssani	1	2	3	4	5
7. Itsemääräämisoikeuttani kunnioitettiin	1	2	3	4	5
8. Mielipiteitäni huomioitiin	1	2	3	4	5
9. Ohjaustilanteessa olin tasavertainen osallistuja	1	2	3	4	5
10. Minua tuettiin tekemään päätöksiä vauvan hoidossa ja oman itseni hoidossa	1	2	3	4	5
11. Sain tietoa voimaa antavista ja kuormittavista tekijöistä lapsivuodeaikana	1	2	3	4	5
12. Ohjauksessa otettiin huomioon aiemmat tietoni	1	2	3	4	5

13. Minulla oli mahdollisuus keskustella
henkilökunnan kanssa mieltä askarruttavista
asioista

1

2

3

4

5

Muita mielipiteitä ja ajatuksia ohjauksesta synnytysvuodeosastolla

KIITOS YHTEISTYÖSTÄ SYNNYTYSVUODEOSASTON OHJAUKSEN KEHITTÄMISEKSI!