

Maria Nurmi-Anttonen

Sanna Pulkkinen

IMETYSMITTARI

Käytettävyyden arviointi

Opinnäytetyö
Hoitotyönkoulutusohjelma


Toukokuu 2012




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkelin University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä	
Tekijä(t) Maria Nurmi-Anttonen, Sanna Pulkkinen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto	
Nimeke Imetyksmittari Käytettävyyden arviointi		
Tiivistelmä <p>Imetys on luonnollinen tapa ruokkia vastasyntyntä. Imetys on eduksi vastasyntyneen sekä äidin terveydelle. Maailman terveysjärjestö WHO on laatinut imetyksen suojelemiseksi, edistämiseksi ja tukemiseksi kymmenen askeleen ohjelman: kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen. Myös WHO ja UNICEF ovat laatineet kansainvälisen vauvamyönteisyys -ohjelman Baby Friendly Hospital Initiativen. Tämän pohjalta sairaaloilla on mahdollisuus saada vauvamyönteisyysertifikaatti vauvamyönteisistä toimintatavoistaan.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida imetyksmittarin käytettävyyttä. Alkuperäinen imetyksmittari on käytössä Sveitsissä ja muutamassa muussa Euroopan maassa. Tehtävänä oli testata mittaria Suomessa ja arvioida sen käytettävyyttä. Samalla arvioimme voidaanko mittarilla mitata vauvamyönteisyyden toteutumista.</p> <p>Testasimme imetyksmittaria Mikkelin keskussairaalan synnytysosasto työryhmällä. Laadimme alkuperäisestä mittarista Webropol-käyttöliittymällä version, jota täytettiin synnytysosalissa ja synnytysvuodeosastolla 22. Laadimme myös erillisen kyselyn henkilökunnalle mittarin käytettävyydestä. Tutkimusmenetelmämme oli kvantitatiivinen ja aineiston analysoimme SPSS-tilastointiohjelmalla.</p> <p>Imetyksmittari oli testattavana noin kuusi kuukautta ja täytettyjä mittareita palautui 330 kappaletta. Käytettävyysselvitykseen vastasi viisi hoitajaa, joten aineisto jäi suppeaksi. Näiden vastausten perusteella kuitenkin arvioimme, että mittari on käyttökelpoinen sairaaloihin mittaamaan osastojen vauvamyönteisyyttä. Mittarin käytön tulisi olla helppoa, mittari tulisi olla helposti saataville ja mittarin osiot tulisi olla selkeästi jäsenneiltyjä. Analysoimme myös mittarista saamiamme vastauksia ja totesimme, että mittarin avulla saadaan tilastotietoa sairaaloiden vauvamyönteisyyskriteereiden täyttymisestä sekä muista halutuista mitattavista asioista.</p> <p>Opinnäytetyötä tehdessä nousi esiin jatkotutkimusaiheita. Jatkotutkimuksena voitaisiin tehdä kysely äideille vauvamyönteisyysasioista ja vertailla näitä imetyksmittarin tuloksiin. Vauvamyönteisyyden jatkumista neuvoloissa voitaisiin myös tutkia, neuvoloihin laadittujen seitsemän vauvamyönteisyys askelien pohjalta.</p>		
Asiasanat (avainsanat) Imetys, vauvamyönteisyys, käytettävyys		
Sivumäärä 35s.+ liitteet (18s.)	Kieli Suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Elisabet Montonen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin keskussairaala, synnytysosasto työryhmä	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis	
Author(s) Maria Nurmi- Anttonen, Sanna Pulkkinen		Degree programme and option Degree programme in nursing Public health nursing option	
Name of the bachelor's thesis Usability testing of the lactation indicator			
Abstract			
<p>Breastfeeding is a natural way to feed a newborn. Breast-feeding is beneficial for the newborn and maternal health. The World Health Organization (WHO) has drawn up a ten step program to protect, promote and support breastfeeding, ten steps to successful breastfeeding. WHO and UNICEF have also produced the international Baby Friendly program, Baby Friendly Hospital initiative. Based on this, hospitals will have access to the Baby Friendly certificate for the positive mode of operation.</p> <p>The purpose of this study was to evaluate the usability of the lactation indicator. The initial lactation indicator is used in Switzerland and some other European countries. Our purpose was to test the indicator in Finland and to assess its usability. At the same time we estimate whether the indicator can measure the realization of baby friendly.</p> <p>We tested the indicator in Mikkeli Central Hospital maternity ward team. We made Webropol indicator of the original version, which was filled out by the workers of the labor room and maternity ward, 22. We also made a separate query for the staff about the usability of the indicator. Our research method was quantitative and the material was analyzed using the SPSS statistical software.</p> <p>Usability questionnaire was answered by a total of five nurses, so the material was limited. Based on these responses, however, we estimate that the meter is useful in hospitals to measure the positive attitude of baby friendliness. The meter should be easy to use, the meter should be readily available and the sections should be clearly articulated.</p> <p>We analyzed the answers received from the indicator and found that the indicator can be used to obtain statistical information about the Baby Friendly Hospital criteria and other desired measurable things.</p> <p>Further research could be done to mothers concerning baby friendly attitudes and to compare these results of lactation indicators statistics. Continuation of baby friendly could also be examined; child health centre established seven baby steps on the basis of a positive attitude.</p>			
Subject headings, (keywords)			
Lactation, baby friendly, usability			
Pages	Language	URN	
35 p.+ annex(18p.)	Finnish		
Remarks, notes on appendices			
Tutor Elisabet Montonen		Bachelor's thesis assigned by Mikkeli central hospital, maternity ward team	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TAUSTATIETOA MITTARISTA	2
3	KÄSITTEET	3
3.1	Kansainvälinen vauvamyönteisyys-ohjelma	3
3.2	Vauvamyönteisyys -ohjelma Suomessa	9
3.3	EU-ravitsemussuositukset imeväisille	10
3.4	Imetyksen edistäminen Suomessa toimintaohjelma 2009–2012	10
4	LAATU	11
4.1	Imetyksen laadunvarmistus	12
4.2	Auditointi	14
4.3	Tutkimuksia imetyksestä	15
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	16
6	EETTISYYS	16
7	KÄYTETTÄVYYDEN TESTAUS	17
8	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
8.1	Mittarin käyttö	19
8.2	Käytettävyysskysely	20
8.3	Aineiston analyysi	21
9	TUTKIMUS TULOKSET	22
9.1	Käytettävyysskyselyn vastaukset	22
9.2	Imetysmittarin tulokset	26
10	POHDINTA	30
	LÄHTEET	35
	LIITTEET	
	1 Alkuperäinen mittari	
	2 Tutkimuslupa	
	3 Webropol-mittari	
	4 Saatekirje	
	5 Mittarin täyttöohje synnytyssali	
	6 Mittarin täyttöohje osasto 22	
	7 Käytettävyysskysely	

1 JOHDANTO

Imetys on luonnollisin tapa ruokkia vastasyntyntä. Imetys on eduksi sekä vastasyntyneen että äidin terveydelle. Äidinmaito antaa suojaa vastasyntyneelle ensimmäisten elinkuukausiensa aikana taudinaiheuttajia vastaan. Vastasyntynyt saa äidinmaidosta kaiken tarvitsemansa ravinnon ensimmäisen kuuden kuukauden aikana lukuunottamatta D-vitamiinia. Imetyksellä on todettu olevan kroonisia sairauksia ehkäisevä tai niiden puhkeamista viivästyttävä vaikutus. Tältä osin tutkimukset ovat kuitenkin ristiriitaisia.

Imetyksellä on osoitettu olevan myös suotuisia pitkäaikaisvaikutuksia lapsen kehitykseen. Vastasyntyneen ollessa rinnalla äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus alkaa kehittyä. Tämä turvaa äidin ja vauvan kiintymyssuhteen syntymiseen, vaikuttaen suotuisasti vauvan aivojen kehittymiseen. Imetys nopeuttaa äidin palautumista synnytyksestä. Imetyksen aikana erittyvä oksitosiini-hormoni supistaa kohtua, pienentää kohdun tulehdusriskiä ja vähentää synnytyksen jälkeistä verenvuotoa. Imetys nopeuttaa äidin raskaudenaikana kertyneen ylimääräisen painon alenemista. Tutkimuksissa on osoitettu, että pitkäaikaisella imetyksellä voidaan vähentää riskiä sairastua esimerkiksi rintasyöpään. (Koskinen 2008, 34, 39–41; Deufel & Montonen 2010, 24, 37–40.)

Imetykselle on annettu kansainvälisiä ja kansallisia suosituksia. WHO ja UNICEF aloittivat vuonna 1989 Baby Friendly Hospital Initiative-ohjelman. Ohjelman tavoitteena on imetyksen suojeleminen, edistäminen ja tukeminen. Ohjelma valmistui vuonna 1991, jolloin ”Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen” -ohjelma julkaistiin. Vuonna 1993 laadittiin Suomen oloihin soveltuva vauvamyönteisyys -ohjelma. Toimintamalli on myöhemmin päivitetty ”Imetyksen edistäminen Suomessa” -toimintaohjelmaksi 2009–2012. (Koskinen 2008, 14–15; Deufel & Montonen 2010, 12.) Imetyksen toteutumisen seuranta Suomessa on ollut riittämätöntä. Seurannasta tulisi tehdä jatkuvaa. Tilastojen antamat tiedot antavat terveydenhuollon henkilöstölle ja päättäjille tarpeellista tietoa imetyksestä, jonka avulla voidaan seurata imetysohjauksen laatua ja toteutumista. Tilastojen avulla voidaan arvioida imetystyötä sekä sen kehittämistä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 107.)

Opinnäytetyömme aiheena on imetysmittarin toimivuuden testaus (LIITE 1). Saimme toimeksiannon Mikkelin keskussairaalan synnytysosastoryhmältä. Mittarin testauksen toteutimme kevään 2010 aikana Mikkelin keskussairaalan synnytyssalissa ja synnytysvuodeosastolla 22. Sairaalassa nähtiin tarpeelliseksi kehittää työkalu mittaamaan vauvamyönteisyyttä ja imetyksen edistämistä. Tehtävänäimme oli testata mittarin sopeutuvuus suomalaiseen terveydenhuoltoon. Tutkimus on tärkeä, jotta kuuden kuukauden täysimetys sekä yhteen ikävuoteen asti kestävä osittaisimetys suositus toteutuisivat Suomessa. Mittarin avulla hoitohenkilökunta saa tietoa omien työyksiköidensä henkilökunnan toiminnasta suhteessa vauvamyönteisyyden kriteereihin. Mittari mahdollistaa imetyskäytäntöjen kansainvälisen ja kansallisen vertailun. Imetysohjauskäytännöt vaihtelevat sairaaloittain ja jopa osastojen sisällä. On tärkeää, että ohjausta yhtenäistetään ja sairaalat noudattaisivat samoja imetyssuosituksia.

Tarkoituksena on arvioida mittarin käytettävyyttä. Lomake täytetään koskemaan jokaista äiti-vauva-paria erikseen, esimerkiksi kaksosille molemmille vauvoille täytetään oma lomake. Tehohoitoa tarvitsevat vauvat rajattiin testauksen ulkopuolelle. Kyselimme myös nettikyselynä henkilökunnan mielipidettä mittarista ja sen käytettävyydestä. Liitämme opinnäytetyöhön myös teoritietoa imetyksestä, mutta ohjaajamme toiveesta emme keskity imetykseen sinänsä kovin paljon. Tästä aiheesta on tehty opinnäytetöitä jo aikaisemmin, esimerkiksi Pimenoff ja Pöllänen 2011, Imetysohjauksen toteutuminen Savonlinnan keskussairaalan osasto 2b:llä synnyttäneiden äitien arvioimana.

2 TAUSTATIETOA MITTARISTA

Testattava mittari on alun perin kehitetty Sveitsissä. Sveitsissä mittari on käytössä 63:ssa synnytyksiä hoitavassa yksikössä ja sitä on sovellettu myös muutamiin muihin Euroopan maihin. Mittaria on käytetty vuodesta 1999. Kaikki organisaatiot, jotka käyttävät mittaria ovat saaneet vauvamyönteisyssertifikaatin. UNICEF on ollut mukana kehittämässä mittaria. Sveitsissä mittariin merkitään kaikki vastasyntyneet ja tietojen keräys aloitetaan jo synnytyssalissa.

Tutkimuksessamme käytimme alkuperäistä mittaria (LIITE 1), jonka ovat kääntäneet ja Suomen kulttuuriin soveltaneet terveystieteiden tohtori Sari Laanterä ja kättilö Maila

Deufel. Suomessa ei ole käytössä yhtenäistä mittaria, jolla voitaisiin mitata sairaaloiden vauvamyönteisyyttä eikä mittaria, joka helpottaisi kansainvälistä vertailua. Mittarin puuttumisen takia aiheeseen liittyviä jatkuvia mittauksia ei ole voitu tehdä. Mittarin testauksen tavoitteena oli selvittää mittarin toimivuus Suomen terveydenhuollossa. Lisäksi teoreettinen viitekehys koostui Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen -ohjelman kuvauksesta, hoitotyön laadun arvioinnista, ”Baby Friendly Hospital Initiative” -vauvamyönteinen sairaala sertifikaatin myöntämisperusteista ja auditoinnista, jonka avulla kuvataan laadukas imetysohjaus ja imetystä tukevat muut hoitokäytännöt.

3 KÄSITTEET

3.1 Kansainvälinen vauvamyönteisyys-ohjelma

BFHI eli Baby Friendly Hospital Initiative on kansainvälinen vauvamyönteisyys-ohjelma. WHO eli World Health Organization ja UNICEF eli The United Nations Children's Fund aloittivat yhteistyönä vuonna 1989 maailman laajuisen vauvamyönteisyys-ohjelman. Ohjelman tarkoituksena on edistää, tukea ja suojella imetystä kaikissa niissä yksiköissä, joissa hoidetaan raskaana olevia, synnyttäviä ja synnyttäneitä naisia. Vuonna 1991 ohjenuoraksi ja arvioinnin pohjaksi kehitettiin kymmenen askelleen ohjelma, Ten Steps for Successful Breastfeeding eli kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen. Näitä kymmentä askelta (KUVIO 1) pidetään käytännön läheisenä ohjeena imetysohjaukseen.

Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen

(Unicef 1992, Stakes 1994)

1. Imetyksen edistämisestä on työyhteisössä valmistettu kirjallinen toimintasuunnitelma, jonka koko henkilökunta tuntee.
2. Henkilökunnalle järjestetään toimintasuunnitelman edellyttämää koulutusta.
3. Kaikki odottavat äidit saavat tietoa imetyksen eduista sekä siitä, miten imetys onnistuu.
4. Äitejä autetaan varhaisimetykseen 30-60 minuutin kuluessa synnytyksestä lapsen imemisvalmiuden mukaan.
5. Äitejä opastetaan imetykseen ja maidon erityksen ylläpitämiseen siinäkin

tapauksessa, että he joutuvat olemaan erossa lapsestaan.

6. Vastasyntyneelle annetaan ainoastaan rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellytä.
7. Äidit ja lapset saavat olla vierihoidossa 24 tuntia vuorokaudessa.
8. Äitejä kannustetaan lapsentahtiseen (lapsen viestien mukaiseen) imetykseen.
9. Imetetyille vauvoille ei anneta huvitutteja eikä heitä syötetä tuttipullosta.
10. Imetystukiryhmien perustamista tuetaan, ja odottavia ja imettäviä äitejä opastetaan niihin.

KUVIO 1. Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen

(Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 32–33.)

Askel 1

Imetyksen edistämisestä on valmistettu kirjallinen toimintasuunnitelma, jonka koko henkilökunta tuntee. Toimintaohje tulisi olla saatavilla siellä missä hoidetaan äiti-lapsi pareja, koska se vaatii hoitajia toimimaan sen mukaisesti ja tarjoaa tarvittaessa opastusta henkilökunnalle. Toimintaohjelman mukaisesti toimiessaan henkilökunta takaa äideille ja lapsille yhdenmukaisen hoidon. Toimintaohjelma tarjoa standardit, joiden avulla hoitotyötä ja sen onnistumista voidaan arvioida. Toimintaohjelman tulisi sisältää vähintään tieto kymmenestä askeleesta onnistuneeseen imetykseen, kieltö äidinmaidon korvikkeiden, tuttien ja tuttipullojen levittämisestä äideille sekä ohje kuinka ohjata HIV-positiivisia äitejä ruokkimaan vauvaansa ja kuinka heitä tulee siinä tukea. Toimintaohjelman tulisi olla potilaiden luettavissa. (Unicef & WHO 2009, diat 71, 73–74.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan synnytys sairaaloiden tulisi laatia yhtenäiset, näyttöön perustuvat ohjeet perheille annettavasta imetysohjauksesta, jotka perustuvat WHO:n kymmeneen askeleeseen onnistuneesta imetyksestä (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 5).

Askel 2

Kaikilla äitiyshuollossa työskentelevillä terveydenhuollonammattilaisilla tulisi olla vähintään imetysohjaajan koulutus. Koulutus koostuu 15,5 tunnin teoriaopetuksesta ja

neljän ja puolentunnin käytännön harjoittelusta (UNICEF & WHO 2009, 2). Kaikissa äitiyshuollon toimintayksiköissä tulisi olla myös vähintään yksi, jolla on imetysohjaajakouluttajan pätevyys. Imetysohjaajakouluttajat huolehtivat muun muassa toimintayksiköiden henkilökunnan imetystietouden ajan tasalla pitämisestä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 73.) Imetysohjaajakouluttajan koulutus koostuu 40 tunnin koulutuksesta johon sisältyy sekä teoria- että käytännön opetusta (WHO & UNICEF, Breastfeeding counseling a training course). Korkein imetyksen asiantuntijan koulutus on International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC), joka on imetyksen asiantuntijan ammattitutkinto (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 48; International Board of Lactation Consultant Examiners 2011).

Askel 3

Kaikki odottavat äidit saavat tietoa imetyksestä jo raskausaikana, sen eduista sekä siitä miten imetys onnistuu. Äitiysneuvoissa motivoidaan imettämään, lisätään äitien tietoa imetyksen eduista sekä lisätään itseluottamusta vauvan hoitoon. Synnytyssairaalassa tarjotaan äidille riittävästi tukea ja ohjausta imetyksen aloitukseen ja jatkamiseen. Kotiutumisvaiheessa on huolehdittava imetysohjauksen ja tuen jatkumisesta lastenneuvolassa. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 37–38.)

Askel 4

Imetysohjaus alkaa synnytyssalissa, jossa perheelle annetaan häiriintymätön ihokontakti ensi-imetykseen saakka (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 45). Ensi-imetyksellä on monia etuja äidin ja vastasyntyneen kannalta kts. TAULUKKO 1. Vastasyntyneellä on luontainen imemisrefleksi, johon kannustetaan asettamalla vastasyntynyt äidin kanssa ihokontaktiin syntymän jälkeisen ensimmäisen tunnin ajaksi. Vastasyntynyt on yleensä valmis hamuamaan ja imemään rintaa puolen tunnin, tunnin kuluessa synnytyksestä. Vastasyntyntä ei kuitenkaan tule pakottaa rinnalle, vaan luontaisen hamuamisrefleksin on annettava syntyä. (Aittakoski ym. 2009, 92.) Ihokontaktilla tarkoitamme tässä sitä, että vastasyntynyt nostetaan äidin rinnan päälle heti synnytyksen jälkeen.

TAULUKKO 1. Ensi-imetyksen merkitys. (Deufel & Montonen 2010, 409)

Vastasyntyneen imemisrefleksi on voimakkaimmillaan pian syntymän jälkeen.
Äiti ja vauva ovat herkimmillään heti syntymän jälkeen.
Rintaan tarttumisen ja varhaisen vuorovaikutuksen kannalta ajankohta on otollinen.
Kolostrumin saanti vahvistaa vastasyntyneen immuniteettia.
Ensi-imetys ehkäisee vauvan kellastumista, koska suoliston peristaltiikka lisääntyy ja hemoglobiinin hajoamisen sivutuotteet (bilirubiini) poistuvat paremmin.
Varhainen ja vauvantahtinen imetys vähentää syntymän jälkeistä liiallista painon laskua, koska maidon heruminen alkaa aikaisemmin ja maitoa erittyy enemmän.
Rinta tyhjenee säännöllisesti.
Mahdollistaa sekä äidin että vauvan imetykseen tarvittavien taitojen oppimisen jo ennen fysiologista pakkautumista. Rintojen pakkautuminen vähenee, kun imettäminen aloitetaan varhain ja se jatkuu vauvantahtisesti.
Imeminen saa aikaan kohdun supistumista, auttaa istukan irtoamisessa ja ehkäisee verenhukkaa.
Varhaisimetys on koko perheelle merkittävä kokemus.
Imetyksen kokonaiskesto on pidempi.

Askel 5

Äidillä tulisi olla oikeus antaa omaa rintamaitoa keskosena syntyneelle vauvalle. Tämä vaatii sekä vanhemmilta, että hoitohenkilökunnalta enemmän tietotaitoa ja kärsivällisyyttä. Tutkimuksissa on todettu, että rintamaito on keskosille erinomaisesti soveltuva ravinto, joka muun muassa tukee kehittymätöntä ruoansulatusta ja suolistoa. Mikäli vastasyntynyt ei vielä pysty imemään itse, on äitiä ohjattava aloittamaan rintojen lypsäminen. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 51–54.) Lypsäminen tulisi aloittaa viimeistään kuuden tunnin kuluttua synnytyksestä. Varhaisessa vaiheessa aloitettu rintojen lypsäminen, vähintään viidesti vuorokaudessa on tutkimuksen mukaan ollut yhteydessä imetyksen jatkumiseen pidempään. Keskosella tarkoitetaan ennen raskausviikkoa 36 syntyneitä vauvoja. (Deufel & Montonen 2010, 306, 308.)

Sektion jälkeen äidillä tulisi olla mahdollisuus saada vauva vierelle heti leikkauksen jälkeen. Myös ensi-imetyksen tulisi toteutua mahdollisimman pian mikäli äidin ja vauvan vointi sen sallivat. (Deufel & Montonen 2010,413.)

Äidin tai lapsen joutuessa sairaalahoitoon on huolehdittava siitä, että imetys voi jatkua. Lapsen ja äidin välinen läheisyys on turvattava. Äidin on saatava viettää riittävästi aikaa lapsensa kanssa ja voitava pitää häntä myös ihokontaktissa. Tämä on tärkeää maidon erityksen jatkuvuuden kannalta. Äidille ohjataan rintojen lypsäminen käsin ja tai koneella. Oman äidinmaito on paras ravinto lapselle eikä tätä tulisi riistää häneltä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 51–54.)

Askel 6

Rintamaidossa on lukuisia ainesosia, jotka suojaavat lasta infektioilta sekä tukevat vastasyntyneen puolustusmekanismeja. Rintamaito ehkäisee muun muassa korvatulehduksia, ripulitauteja sekä hengitystietulehduksia. Tutkimuksissa on todettu, että imeväisikäisen joutuminen sairaalahoitoon ensimmäisen ikävuotensa aikana vaikean hengitystieinfektion takia vähenevät 72 prosenttia, mikäli lasta on imetetty vähintään neljä kuukautta. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 14–15.) Lääketieteelliset syyt, jotka antavat edellytykset lisämaidolle ovat hyvin rajatut. Ne tulee perustella vastasyntyneen vanhemmille. Lisämaidon antamisen lääketieteelliset syyt ovat äidin vakava sairaus, äidin lääkitys ja vauvan riski hypoglykemiaan eli alhaiseen verensokeriin (Deufel & Montonen 2010, 196). Lisämaidon anto ei kuitenkaan saa häiritä itse imetystä tai olla esteenä imetykselle. Vanhempia tulee edelleen kannustaa imetyksen jatkuvuuteen. Lisämaidon anto tulisi myös purkaa sairaalassa ennen kotiutusta tai ohjata sen toteutus vanhemmille, ellei tälle ole lääketieteellisiä perusteita esteenä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 91.) Sektiolla syntyneille vauvoille annetaan enemmän lisämaidtoa, mutta tähän ei kuitenkaan synnytystavan takia ole lääketieteellistä syytä (Deufel & Montonen 2010, 415).

Askel 7

Vierihoidosta puhutaan silloin, kun vauva on äidin vieressä koko sairaalassa olon ajan. Vierihoidon aikana vauva voi olla pois äidin viereltä yhden tunnin vuorokaudessa,

mutta ei syöttöajan yli. (Deufel & Montonen 2010, 428.) Vierihoidossa äiti hoitaa vauvaansa ja vastaa hänen tarpeisiinsa. Vierihoido on suositeltavaa, koska se vähentää hoidon kustannuksia. Sen on todettu vähentävän muun muassa infektioita, hoitolaitteiden ja henkilökunnan tarvetta sekä helpottavan imetystä. Vierihoidossa äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus sekä äidin taito tunnistaa vauvan tarpeita alkavat kehittyä nopeammin. Vauvan ollessa äidin lähellä maidon erityis lisääntyy ja imettäminen alkaa sujua paremmin. (Unicef & WHO 2009, diat 125, 128.) Erityisesti sektioilla synnyttäneiden äitien mahdollisuuteen pitää vauvaa vierihoidossa on kiinnitettävä huomiota (Deufel & Montonen 2010, 415).

Askel 8

Vauvantahtinen imetys tarkoittaa vauvan imettämistä silloin, kun vauva sitä haluaa ja viestii haluaan imemiseen. Imetykselle ei aseteta myöskään rajoituksia sen tiheydessä eikä kestossa. Vauvantahtisen imetyksen etuja ovat mekoniumin eli ensimmäisen ulosteen poistuminen nopeammin vauvan suolistosta. Vauvan paino ei laske, maito heruu paremmin äidin rinnoista, vauva saa suuremman määrän maitoa kolmantena päivänä syntymästä ja vauvoilla ilmenee vähemmän keltaisuutta. (Unicef & WHO 2009, diat 132–133.) Vauvantahtisen imetyksen etuja ovat myös äidin rintojen arkuuden väheneminen, rintojen pakkaantumisen ennaltaehkäiseminen sekä imetyksen vakiintuminen nopeammin (Deufel & Montonen 2010, 430).

Askel 9

Liian varhain vauvalle annettu huvitutti tai syöttäminen tuttipullostta opettavat vauvalle väärän imemisotteen, siksi näitä tulisi välttää. Huvituttia ja tuttipulloa käytettäessä vauvan imemisote on kapeampi kuin rintaa imettäessä. Vauvan tulisi siis omata hyvä imemisote, ennen kun näitä kannattaa käyttää. Tutin ja tuttipullon liian varhainen käyttö voi vähentää myös rinnan saamaa imemisärsykettä ja äidinmaidon eritystä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 60.) Mikäli vauva tarvitsee lisämaitoa, tai muuten ei voi imeä rintaa, on suositeltavia syötön apuvälineitä kuppi, imetysapulaite, lusikka, pipetti ja ruisku (Unicef & WHO 2009, dia 141).

Askel 10

Imetystukiryhmien perustamista tuetaan ja odottavia sekä imettäviä äitejä ohjataan niihin. Imetykseen tukea voi saada neuvolasta, imetysklinikoilta, imetystukiryhmistä ja Internetistä. Tärkeää on myös muun perheen tuki ja kannustus (WHO & Unicef 2009, dia 147). Tärkeää on, että äiti saa tukea raskaus-, synnytys- ja vauvan imeväis-aikana. Pelkkä toisten äitien vertaistuki ei riitä. Tarvitaan myös imetystä tukevia hoitokäytäntöjä terveydenhuollossa (Jukarainen 2010). Terveydenhuollossa tulisi huomioida tukihenkilön/puolison merkitys imetyksen onnistumisessa.

3.2 Vauvamyönteisyys -ohjelma Suomessa

Vauvamyönteisyys -ohjelma käynnistyi Suomessa vuonna 1993. Suomen oloihin on laadittu soveltuva toimintamalli alkuperäisen ohjelman pohjalta, joka julkaistiin vuonna 1994 ja samalla laadittiin kymmenen askeleen ohjelma suomeksi. Toimintamalli antaa työkaluja imetysohjauksen laadun mittaamiseen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Vauvamyönteisyys -ohjelma on työväline imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen ja ohjelman tavoitteena on terveydenhuoltohenkilöstön tietotaidon parantaminen ja ylläpitäminen.

Vauvamyönteisyys -ohjelma sisältää terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitetun kansainvälisesti yhtenäisen koulutuksen, joka järjestetään ammattikorkeakoulujen ja terveydenhuollon organisaatioiden yhteistyönä. Vauvamyönteisyys -ohjelman mukaisia kehittämishankkeita on käynnissä eri puolilla Suomea. Koulutukseen kuuluu kolme tasoa, jotka ovat perustason imetysohjaajakoulutus, toisen tason imetysohjaajakouluttajakoulutus ja korkein kansainvälinen imetyksen erityisasiantuntijan ammattitutkinto.

Vauvamyönteisyys -ohjelman yksi tekijä on sairaaloille myönnettävä kansainvälinen vauvamyönteisyys -sertifikaatti. Tämä myönnetään sellaisille sairaaloille, joiden hoitotyössä toteutuvat kaikki vauvamyönteisyys-ohjelman kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen. Vauvamyönteisyys -sertifikaatin arvioinnit toteutetaan Suomessa vapaaehtoisvoimin alan koti- ja ulkomaalaisten asiantuntijoiden toimesta. Suomessa vauvamyönteisiä sairaaloita ovat Keski-Suomen keskussairaala (1997), Vammalan

aluesairaala (1999), Salon seudun sairaala (2002) ja Kätilöopiston sairaala (2010). Ensimmäinen vauvamyönteinen sairaala Suomessa oli Länsi-uudenmaan sairaala, jonka synnytysosasto lakkautettiin 2010. Vauvamyönteisiä sairaaloita on paljon muun muassa Ruotsissa (100 % sairaaloista) ja Norjassa (77 % sairaaloista) (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 48–50; Deufel & Montonen 2010, 518.) Kansallisia Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) – koordinaattoreita oli vuonna 2003 20: ssä Euroopan maassa (EU Conference on Promotion of Breastfeeding in Europe (Dublin: June 18th 2004)).

3.3 EU-ravitsemussuositukset imeväisille

Euroopan Unioni on laatinut ravitsemusta koskevia asiakirjoja, joissa viitataan rintaruokinnan osalta WHO:n päätöslauselmiin sekä YK:n lastenoikeuksien julistukseen. Eurodiet – asiakirjaan on kirjattu kuuden kuukauden yksinomainen rintaruokintasuositus eli täysimetys sekä mieluiten yli vuoden ikään asti jatkuva osittaisimetys. Asiakirjassa todetaan myös, että maissa, joissa on korkea infektiosairastavuus, on rintaruokinnasta hyöty myös lapsen toisen elinvuoden aikana tai jopa tätäkin pidempään.

Lisäruokien aloitusta suositellaan kuuden kuukauden iässä. Osa vauvoista saattaa tarvita lisäruokaa jo aikaisemmin, mutta ei kuitenkaan ennen neljän kuukauden ikää. Rintamaidon tulisi kuitenkin olla lisäruokien ohella vauvan pääasiallisena ravintona. (EU Conference on Promotion of Breastfeeding in Europe.) Euroopan Unionin imetyksen edistämiseen tähtäävässä projektissa arvioitiin rintaruokinnan suojelemisen, edistämisen ja tukemisen tilannetta Unionin jäsenmaissa sekä reuna-alueilla. Projektin tuotoksena syntyi toimintasuunnitelma (Blueprint for Action, 2003), jossa esitetään näyttöön perustuva malli hyvistä käytänteistä rintaruokinnan edistämiseksi kaikilla toiminnan tasoilla.

3.4 Imetyksen edistäminen Suomessa toimintaohjelma 2009–2012

Imetyksäsite jaetaan täysimetykseen sekä osittaisimetykseen. Täysimetys tarkoittaa sitä, että lapselle annetaan ainoastaan rintamaitoa joko imettämällä tai lypsettynä sekä D-vitamiinilisä. Osittaisimetys tarkoittaa sitä, että lapsi saa rintamaidon ohella myös

soseroikia, äidinmaidonkorviketta tai muuta erityisravintoa. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 14–19.)

Kansanterveyslaitos (KTL) ja Stakes muodostivat 1.1.2009 alkaen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) (National Institute for Health and Welfare). Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta kirjoitetaan, että: ” – (THL) on sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla toimiva tutkimus- ja kehittämislaitos, jonka tehtävänä on väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen sekä sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen. THL toimii alansa tilastoviranomaisena sekä huolehtii tehtäväalueensa tietoperustasta ja sen hyödyntämisestä.”

”Imetyksen edistäminen Suomessa” -toimintaohjelman 2009–2012 on laatinut kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. Ohjelman tavoitteena on lisätä terveydenhuollon henkilökunnan tietoa ja vahvistaa heidän osaamistaan sekä yhtenäistää näyttöön perustuvien imetysohjauskäytäntöjen edistämistä lapsia ja perheitä hoitavissa terveydenhuollon työyksiköissä. Näillä edellä mainituilla toiminnoilla halutaan pidentää sekä täys- että osittaisimetyksen kestoa muiden pohjoismaiden tasolle. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 12–13.)

”Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen” -ohjelman pohjalta on laadittu laatuvaatimus. Se on julkaistu WHO:n ja UNICEF:n (1989) yhteisessä julkilausumassa ”Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services” (Suositus imetyksen suojelemisesta, edistämisestä ja tukemisesta). Se on myös haaste vauvamyönteisyyden kehittämiseksi työyhteisöissä, joissa hoidetaan odottavia ja synnyttäneitä äitejä sekä vastasyntyneitä ja imeväisikäisiä lapsia (STAKES 1994).

4 LAATU

Laatu on yleisesti tunnettu arvo. Laatu on pääasiallisesti toiminnan ja sen tulosten ominaisuus. Yleisen laadun määritelmän mukaan laatu on niiden ominaisuuksien kokonaisuus, joihin perustuu kyky täyttää tarkoitteelle asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuvat odotukset. (Tervonen 2001, 12–13) Laadunvarmistamisessa tavoitteena on saavuttaa paras mahdollinen laatutaso, poistamalla alhaisen laadun aiheuttavat teki-

jät. Laadun tasosta ovat vastuussa kaikki organisaation jäsenet. Lisäksi laadunvarmistamiseen tarvitaan laadunvarmistusjärjestelmä. Laadunvarmistuksessa on tärkeää asettaa laaduntaso ja seurata tason saavuttamista erilaisten mittareiden avulla. (Kekäle & Lehikoinen 2000, 47.)

4.1 Imetyksen laadunvarmistus

Kansainvälisissä ja kotimaisissa suosituksissa ja säädöksissä korostetaan imetyksen tukemisen tärkeyttä. Suomea koskeva ja Suomen hyväksymä kansainvälinen säädös on Yhdistyneiden Kansakuntien Lapsen oikeuksien sopimus, joka on sovittu vuonna 1989. Sopimuksen 24. artiklan mukaan valtioiden on varmistettava, että koko väestö, erityisesti vanhemmat ja lapset saavat tietoa ja opetusta terveydestä ja ravinnosta. Tähän sisältyy imetyksen eduista tiedottaminen ja opastus käytännön tasolla. Kansainvälisesti WHO on laatinut globaalin strategian imeväisten ja pikkulasten ravitsemuksesta, Innocenti julistuksen vuonna 2005 sekä Euroopan toisen ravitsemustoimintasuunnitelman vuosille 2007–2012. Vuosille 2007–2008 laadittiin toimintasuunnitelma Euroopassa imetyksen edistämiseksi. Tämä suunnitelma sisältää ehdotuksia imetyksen edistämisestä kaikille imetyksen kanssa toimijoille. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 22–23.)

Suomessa imetyksen tukeminen on osa terveyden edistämistä, josta säädetään lailla. Imetystä tuetaan myös säädöksillä, suosituksilla ja ohjeilla. Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava riittävät terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. Tähän liittyy myös perheiden ja lasten tukeminen sekä lasten hyvinvoinnin ja yksilöllisen kasvun turvaaminen. Terveyden turvaamisesta on myös kuntalaissa sekä kansanterveyslaissa. Kansanterveyslaissa on maininta, että kunnan on huolehdittava muun muassa asukkaidensa terveysneuvonnasta sekä terveystarkastuksista mukaan lukien neuvolapalveluista. Sairaanhoidopiirin velvollisuus terveydenedistämiseen on kirjattu terveydenhuoltolakiin. Uusi neuvolatoimintaa ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa koskeva valtioneuvoston asetus tukee imetystä. Siinä säädetään, että terveysneuvonnan on raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen tuettava vanhempien ja lapsen välistä varhaista vuorovaikutusta sekä äidin voimavaroja imettää. Esikoistaan odottaville perheille on järjestettävä perhevalmennusta ja muuta vanhempainryhmä-

toimintaa, mikä mahdollistaa imetyksen ottamisen mukaan valmennusohjelmaan. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 23.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista säätelee myös imetyksen edistämistä terveydenhuollon eri toimintayksiköissä. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut erilaisia tukimateriaaleja sekä oppaita imeväisikäisten ruokavaliosta esimerkiksi ”Lapsi, perhe ja ruoka -oppaan”. Näissä oppaissa käsitellään imetystä ja sen tukemista.

Samat ohjeet ja suositukset työntekijöille löytyvät ministeriön oppaasta lastenneuvolan työntekijöille. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa Sosiaali- ja terveysministeriö kannustaa imetyksen tukemiseen ja ohjaukseen raskauden aikana, synnytyksen yhteydessä sekä sen jälkeen. Työsopimuslain mukaan äideillä on oikeus saada työstä vapaaksi sairausvakuutuslain mukaiset äitiys-, erityisäitiys- ja vanhempainrahakaudet. Nämä vapaat edesauttavat imetyksen toteutumista, koska äiti voi olla kotona pidempään. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 24–25.)

Suomessa uusimmat lapsiperheen ravitsemuksen suositukset perustuvat valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositukseen vuodelta 2005, WHO:n suositukseen sekä uusimpiin tutkimuksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksia ollaan päivittämässä ja ne julkaistaan vuoden 2012 aikana. Näiden suositusten tavoitteena on imeväisikäisen lapsen täysimetys kuudenkuukauden ikään, lisäruokien aloittaminen yksilöllisesti viimeistään kuuden kuukauden iässä sekä osittaisimetys vuodenikään. (Deufel & Montonen 2010, 11; Valtion ravitsemusneuvottelukunta.)

Imetystä pyritään suojelemaan rajoittamalla ja säätelemällä äidinmaidonkorvikkeiden markkinointia. Vuonna 1981 WHO:n yleiskokous hyväksyi äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälisen markkinointikoodin. Koodi koskee kaikkia, jotka ovat tekemisissä äidinmaidonkorvikkeiden kanssa muun muassa terveydenhuollonhenkilökunta, korvikkeiden valmistajat, korvikeruokinnassa tarvittavien välineiden valmistajat sekä niiden käytössä neuvoa antavat. Koodin mukaan imetystä tulee tukea ja perheille tulee antaa asiallista tietoa lasten ruokinnasta. Terveydenhuollon henkilöstöltä edellytetään eettistä vastuuta. Markkinointikoodissa suositellaan, ettei korvikkeita mainostettaisi suurille

yleisöille ja koodiin on laadittu tiettyjä vaatimuksia ja rajoitteita pakettien merkinnöille, myyntipaikoille ja tavoille.

Ainoastaan terveydenhuollonhenkilö voi esitellä korvikeruokintaa sitä tarvitseville äideille ja perheenjäsenille. Suomessa äidinmaidonkorvikkeiden markkinointia koskevat toimintaperiaatteet on saatettu voimaan kauppa- ja teollisuusministeriön asetuksella vuonna 2007. Asetuksessa muun muassa säädetään tuotteiden pakollisista pakkausmerkinnöistä sekä kielletään maininnat siitä että tuote olisi äidinmaidon kaltainen. Koodin mukaan kaupantekiäislahjojen jakelu ja tuotteiden myyminen alennettuun hintaan on kiellettyä. Tuotteiden mainontaa on rajoitettu ammattihenkilöstölle suunnatuissa julkaisuissa. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 25.)

4.2 Auditointi

Yksi laadunarviointi-mittari on vauvamyönteisyys -ohjelma. (kts. 3.1 sekä 3.4). Tämän ohjelman avulla tarkkaillaan laatua ja voidaan varmistaa riittävän laadukas ja yhdenmukainen imetyksen ohjaus. Tähän ohjelmaan kuuluu auditointi eli arviointi onko kohteelle asetetut vaatimukset täytetty. Vauvamyönteisyys -ohjelmaan perustuvalla auditoinnilla annetaan tunnustusta imetystä tukevasta toiminnasta. Sen avulla voidaan kehittää käytänteitä sellaisissa toimintayksiköissä, joissa ei vielä tarjota riittävää tukea imetyksen onnistumiselle. Auditointiin kuuluvat sisäinen ja ulkoinen auditointi.

Laadun arviointi aloitetaan työyksikön nykyisen toiminnan arvioinnilla ja etsitään ne kohdat, jotka joko edistävät tai estävät imetyksen toteutumista. Tämän jälkeen toimintayksikölle laaditaan toimintasuunnitelma imetyksen tukemiseksi. Toimintasuunnitelmaan yhdistetään henkilökunnan koulutussuunnitelma. Toimintasuunnitelman käyttöönoton jälkeen 6–12 kuukauden kuluttua tehdään uusi arvio imetyksen toteutumisesta. Kun organisaatiossa koetaan, että arviointikriteerit täyttyvät, työyksikössä toteutetaan ulkopuolinen arviointi. Arvioinnin suorittaa imetyksen moniammatillinen asiantuntijaryhmä. Mikäli kriteerit toteutuvat, saa sairaala vauvamyönteisyys sertifikaatin. Arvioitavia asioita sertifikaatin saamiselle on listattu taulukossa alla (TAULUKKO 2).

TAULUKKO 2. Arvioitavat asiakirjat. (Deufel & Montonen 2010, 517)

Kirjallinen imetyksen ohjauksen toimintasuunnitelma
Henkilökunnan koulutuksen opetussuunnitelma
Imetysohjaajakoulutuksen käyneiden määrä henkilökunnasta
Ilman lääketieteellistä syytä annetun lisämaidon määrän seurantalomakkeet
Äideille ja henkilökunnalle tarjolla oleva kirjallinen materiaali
Imetysohjauskansio osana uuden työntekijän perehdyttämistä

4.3 Tutkimuksia imetyksestä

Tutkimuksia lukiessamme huomasimme, että imetystä on tutkittu monelta osa-alueelta. Esimerkiksi imetyksen kestoa ovat tutkineet Hasunen & Ryyänen tutkimuksessaan ”Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005”. Tutkimuksessa selvitettiin alle vuoden ikäisten lasten ruokintaa. Tutkimus on jatkoa vuonna 1995 ja 2000 tehtyihin tutkimuksiin. Tutkimuksessa saatiin selville täysimetettyjen lasten, lisäravintoa saaneiden lasten, pulloruokittujen lasten ja kiinteiden ruokien aloituksen prosenttiosuudet imeväisikäisistä lapsista Suomessa. (Hasunen & Ryyänen 2005.) Tšekeissä on vertailtu imetystilastoja vauvamyönteisten ja ei- vauvamyönteisten terveydenhuollon organisaatioiden välillä vuosina 2000–2006 (Mydlilova ym 2009).

Lasta odottavien vanhempien asenteita ja tietoa imetyksestä on myös tutkittu. Väitöskirjassaan ”Breastfeeding Counseling in Maternity Health Care” Laanterä on selvittänyt suomalaisten lasta odottavien vanhempien tietoja ja asenteita imetyksestä (Laanterä, 2011).

Vauvamyönteisyys -ohjelman vaikuttavuutta imetyksen keston on selvitetty. Tarrant ym. ovat tutkineet Hong Kongissa Baby Friendly Hospital Initiative ohjelman vaikutusta imetyksen keston. Ohjelmalla huomattiin olevan positiivinen vaikutus imetyksen jatkumiseen. (Tarrant ym. 2011.)

Erkkolan ym:n tekemän tutkimuksen mukaan synnytysvuodeosastojen antamalla aktiivisella imetystuella voi olla merkittävä vaikutus suomalaiseen imetykseen (Erkkola ym 2009).

Imetysohjauksella on suuri vaikutus äitien imetysohjeiden noudattamiseen. Äidit tarvitsevat imetysohjausta raskausaikana, synnytyksen jälkeen ja kotiuduttuaan vauvan kanssa sairaalasta. Äidit tarvitsevat vertaistukea, mutta myös ammatillinen tuki on tarpeen. (Hannula 2003.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyötä aloittaessamme saimme valmiin mittarin, josta on tarkemmin kerrottu edellä luvussa 2 Taustatietoa mittarista. Tehtävänäme oli toteuttaa saadusta mittarista, Internet-käyttöön soveltuva versio Webropol-käyttöliittymällä. Tämä mahdollisti tulosten helpomman tulkinnan sekä tilastoinnin. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli arvioida mittarin käytettävyyttä. Tavoitteenamme oli saada terveydenhuollon käyttöön toimiva mittari, jonka avulla voidaan kehittää sairaaloiden vauvamyönteisyyttä sekä auttaa henkilökuntaa mittarin kautta sitoutumaan vauvamyönteisyys -ohjelmaan.

Tarkoituksena oli kerätä tietoa 150 syntyneestä vauvasta. Tietoa kerättiin noin kolmen kuukauden ajan. Koska tiedonkeruu toteutettiin Webropol-käyttöliittymällä, saimme päivittäin Internetin kautta ajantasaista tietoa siitä, kuinka monta valmista testimittaria oli Webropoliin kirjattu. Näin pystyimme tietoisina siitä milloin 150 vauvan tiedot olivat valmiit. Aloitimme opinnäytetyön kokoamisen mittarin ollessa vielä testattavana. Laadimme myös henkilökunnalle Webropol kyselyn mittarin käytettävyydestä ja toimivuudesta. Kyselyn tulosten pohjalta arvioimme imetysmittarin käytettävyyttä ja käyttökokemuksia.

6 EETTISYYS

Tutkimusetiikkaan kuuluu, että tutkittavilla on mahdollisuus pitää henkilöllisyytensä salassa. Tämä voidaan mahdollistaa esimerkiksi viittaamalla tutkittavaan numero- tai kirjainyhdistelmin. Yhdistelmän tulee olla kuitenkin sellainen, että sitä ei voida yhdistää tutkittavaan. (Mäkinen 2006, 114–115.)

Toteutimme mittarin käytettävyyden testauksen synnytyssalissa ja synnytysvuodeosastolla 22 Mikkelin Keskussairaalassa kevään 2010 aikana. Mittari testattiin noin 150 äiti-vauva-paria kohden, testauksen ulkopuolelle jäivät kuitenkin tehohoitoa tarvitsevat vauvat. Mittarilla emme tutkineet yksittäin kenenkään henkilökohtaisia tieto-

ja, vaan käyttimme mittarin antamia tuloksia mittarin antamien tulosten todentamiseen. Samalla kysyimme hoitajilta, jotka olivat mittaria käyttäneet sen käytettävyydestä ja mukavuudesta.

Mittari täytettiin koskemaan jokaista äiti–vauva-paria ja jotta pystyimme tarvittaessa yhdistämään tiedot synnytyssalin ja synnytysvuodeosaston kanssa tuli mittariin koodi, jolla löysimme täytetyt mittarit ja pystyimme tutkimaan mittarin antamaa informaatiota tilastollisesti kaikista mittarin osista. Koodi oli kuitenkin sellainen, ettei äitejä tai vauvoja voida jälkeenpäin tunnistaa tai jäljittää. Mittarin testaamiseen emme käyttäneet yksittäisiä tuloksia vaan tilastotietoa, jota täytetyt mittarit antoivat. Mittarin täyttivät hoitajat, äidin ja vauvan osastohoitojakson aikana, emme siis tavanneet heitä itse. Äitien ja vauvojen henkilöllisyys ei paljastunut missään tutkimuksen vaiheessa edes tutkijoille. Myös hoitajille tekemämme kysely oli nimetön, se täytettiin ja palautettiin sähköpostin kautta, niin ettei vastausta ja henkilöä voitu yhdistää. Sekä mittari, että palautekysely toteutettiin Webropol-käyttöliittymällä, jolla teimme kyseiset kyselyt.

7 KÄYTETTÄVYYDEN TESTAUS

Tutkimus on luotettava, mikäli mittari on luotettava. Tätä voidaan kuvata kahdella termillä, jotka ovat reliabiliteetti ja validiteetti. Mikäli mittari on reliaabeli, on testi toistettavissa useita kertoja ja siitä saadut tulokset ovat melko samanlaisia keskenään. (Metsämuuronen 2000, 21.) Mittarin validiteetilla tarkoitetaan sitä, miten paljon on onnistuttu mittaamaan sitä mitä pitikin mitata. (Hirsjärvi ym. 1997 216.) Heikkilän (1998, 178) mukaan: ”Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan sitä, vastaavatko mittaukset tutkimuksen teoriassa esitettyjä käsitteitä. Ulkoisesti validissa tutkimuksessa myös muut tutkijat tulkitsevat kyseiset tutkimustulokset samalla tavoin.” Mikäli testamamme mittari on käyttökelpoinen, voidaan mittaria käyttää kaikissa Suomen sairaaloissa todentamaan vauvamyönteisyyden toteutumista ja parantamaan synnytystyöryhmien vauvamyönteisyyttä. Mittarin avulla voidaan saada tilastotietoa sairaaloiden käyttöön heidän omista työ tavoistaan. Mittari on käytössä muualla maailmassa, joten sen antamat tulokset ovat luotettavia. Mittarin käyttö muissa maissa varmistaa myös sen validiutta.

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Toteutimme tutkimuksemme kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Määrällisessä tutkimuksessa tutkitaan tutkimuksen aineistoa, joka on saatu mittaamalla. Aineistoa käsitellään tilastollisin menetelmin. Kvantitatiivinen tutkimus pohjautuu mittaukseen ja sen tavoitteena on tuottaa luotettavaa, perusteltua ja yleistettävää tietoa. (Kananen 2008, 10.)

Mikkelin ammattikorkeakoulun lehtori Elisabet Montonen vastasi työmme ohjauksesta. Yksi osaston kättilöistä vastasi työelämäohjauksesta sekä toimi yhteyshenkilönämme osastojen välillä. Kesästä 2010 meillä ei ole ollut varsinaista työelämäohjaajaa. Koulumme ATK-suunnittelija ohjasi ja opasti meitä Webropolin käytössä. Toteutimme imetyksmittarin Webropol-käyttöliittymällä, koska mittari oli saatava muistuttamaan mahdollisimman paljon alkuperäistä mittaria. Meidän oli myös saatava Internet-linkki käytettäväksi osastojen tietokoneille.

Siirsimme alkuperäisen imetyksmittarin kysymykset Webropoliin luomalla uuden kyselyn käyttöliittymään. Laadimme jokaisen kysymyksen muistuttamaan mahdollisimman tarkasti alkuperäistä kysymystä, Webropolin tarjoamien kysymys ja vastausvaihtoehtojen sallimissa rajoissa. Webropol mahdollisti monipuolisen kysymysten laadinnan, jolloin alkuperäistä mittaria jouduttiin muuttamaan mahdollisimman vähän. Jouduimme kuitenkin vaihtamaan mittarin osioiden paikka, koska Webropol ei sallinut mittarin tallentamista ennen palautusta. Vaihdoimme alkuperäisen mittarin kohdan ”vastasyntynyt” kysymykset: ”kotiutumispäivä” ja ”paino kotiin lähtiessä” Webropol mittarin loppuun, koska vastaukset täyttävät synnytysvuodeosasto 22. Lisäsimme myös vastaajan työpisteen, jotta pystyimme selvittämään, kummasta työyksiköstä vastaus oli tullut

Lisäsimme mittariimme myös lapsen koodin, jotta tietäisimme, että vastauksia samasta lapsesta ei tulisi useita. Lisäsimme kysymysten viereen esimerkkejä siitä, mihin muotoon vastaukset tulee kirjata, jotta tulosten tulkinta olisi helpompaa. Esimerkkinä syntymäpaino tuli laittaa neljännumeroisena, ilman mittayksikköä. Imetyksmittarikyselyä laatiessamme, pyrimme jo aiemmin mainittujen lisäksi tekemään mittarista yksinkertaisen ja helpon täyttää, jolloin turhilta virhemerkinnöiltä vältyttäisiin täyttö-

vaiheessa. Yhteistyötä teimme myös Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ATK-tuen kanssa, joka asensi Webropol Internet-linkkimme synnytyssalin sekä synnytysvuodeosasto 22 tietokoneille. Linkki asennettiin yhdelle koneelle synnytyssalin kansliaan sekä yhdelle koneelle synnytysvuodeosasto 22. Linkkiä ei ollut mahdollista laittaa kaikille käytössä oleville koneille resurssien vuoksi.

Syksyn 2009 aikana suunnittelimme yhteistyötahojemme kanssa, kuinka tutkimus toteutetaan Mikkelin keskussairaalan synnytyssalissa ja synnytysvuodeosastolla 22. Maaliskuussa 2010 esitimme tutkimussuunnitelmamme suunnitelmaseminaarissa. Saimme tutkimusluvan mittarin testaukselle maaliskuussa 2010 Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintoylihoitajalta. (LIITE 2)

8.1 Mittarin käyttö

Webropol-käyttöliittymällä laadittu mittari edellytti osastoja täyttämään kaksi mittaria samasta äiti-vauva-parista. Mittari oli täytettävä yhdellä kerralla, koska vastausten välitallentaminen ei ollut mahdollista. Synnytyssalissa täytettiin kohdat 1–14 mittarista sekä tarvittaessa kohta 34, joka oli avoin kysymys. Synnytysvuodeosastolla 22 täytettiin kohdat 1–2,(14)15–34. Mittari täytettiin synnytyssalissa kun äiti ja vauva siirtyivät osastolle 22. Kotiutusvaiheessa osasto 22 täytti oman osuutensa mittarista. (LIITE 3)

Ennen mittarin testauksen aloittamista perehdytimme henkilökunnan mittarin käyttöön ja lähetimme heille saatekirjeen. (LIITE 4) Sovimme yhteyshenkilöksi osastoille kätilön, joka työskenteli molemmilla osastoilla. Kävimme hänen kanssaan synnytysosastolla läpi Webropolin käytön, sekä tiedustelimme häneltä mahdollisia parannuksia tai selkeytyksiä Webropol- kyselyn täyttöohjeisiin. Tämän jälkeen perehdytimme osastojen henkilökunnalle mittarin täytön, sekä ohjasimme kuinka Webropol käyttöliittymällä tehtyä mittaria täytetään tietokoneelta. Jätimme molemmille osastoille kirjalliset ohjeet mittarin täytöstä. (LIITE 5 ja 6) Jätimme myös omat yhteystietomme ja kehoitimme heitä ottamaan tarvittaessa yhteyttä. Tämän jälkeen mittarin testaus aloitettiin osastoilla. Huomasimme kuitenkin Webropol vastauksia seurattessamme, että niissä ilmeni joitakin puutteita. Kävimme vielä kevään 2010 aikana toistamiseen osastoilla ohjaamassa ja motivoimassa henkilökuntaa mittarin täyttämässä.

Kesän 2010 aikana olimme yhteydessä osastojen osastonhoitajaan ja pyysimme mittarin täytön vielä jatkuvan, koska kolmenkuukauden testauksen aikana emme olleet saaneet riittävästi vastauksia. Mittarin täyttäminen jatkui vielä syksyyn 2010. Keväästä syksyyn 2010 seurasimme Webropol vastauksia Internetin välityksellä.

8.2 Käytettävyyskysely

Maaliskuussa 2011 lähetimme osastojen henkilökunnalle osastonhoitajan välityksellä Webropol-linkin käytettävyyskyselystä. (LIITE 7) Täytettyjä kyselyitä palautui vain neljä kappaletta. Pyysimme osastonhoitajaa muistuttamaan henkilökuntaa kyselyn täytöstä. Kyselyitä palautui vielä yksi kevään aikana.

Käytettävyyskysely sisälsi kaksitoista kysymystä sekä alakysymyksiä. Kyselyssä halusimme tietää vastaajan työpisteen, oliko hänellä imetysohjaajan koulutusta, imeytysohjaajan kouluttajan pätevyyttä ja kuinka monta mittaria hän oli täyttänyt (kysymys 4) sekä mittarin täyttööön kulutettu aika (kysymys 5). Edellä mainittaviin kysymyksiin olimme laatineet valmiit vastaisvaihtoehdot alavalikkoihin. Vastausvaihtoehtoina käytimme Likert-asteikkoa kahdentoista alakysymyksen kohdalla. Nämä kysymykset olivat jaettu otsikoiden imetysmittarin helppokäyttöisyys, imetysmittarinkysymysten selkeys sekä vauvamyönteisyyden mittaaminen alle. Käytettävyyskysely sisälsi myös neljä avointa kysymystä, joilla halusimme mahdollistaa vastaajille vapauden kertoa mielipiteistään. Likert-asteikko on kyselyissä käytettävä vastausasteikko. Asteikko jaetaan useimmiten viiteen vastausvaihtoehtoon, jotka ovat ”täysin samaa mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä”, ei samaa eikä eri mieltä”, jokseenkin eri mieltä” sekä ”täysin eri mieltä”. Vastausvaihtoehtoja voidaan myös täydentää vielä kahdella vaihtoehdolla, jotka ovat ”ehdottomasti samaa mieltä” sekä ehdottomasti eri mieltä” (Vehkalahti 2009).

Imetysmittarin helppokäyttöisyys oli käytettävyyskyselyssä ensimmäisenä pääotsikona (kysymys 6). Tämän otsikon alle oli lueteltu kolme muuta alakysymystä, joihin vastaaminen tapahtui aiemmin mainitun Likert-asteikon avulla. Tässä osiossa kysyimme mittarin saatavuutta, käyttöohjeiden ymmärrettävyyttä ja mittariin vastattavuuden helppoutta. Näillä saimme tietää miten vastaajat olivat kokeneet mittarin käytön. Avoimella kysymyksellä kysyimme mittarin hyödyllisyyttä työyksikössä (kysy-

mys 7). Toisena pääotsikkona käytettävyysselvityksessä oli imetyksmittarin kysymysten selkeys (kysymys 8). Alakysymyksiä oli neljä kappaletta, joihin myös vastattiin Likert-asteikon avulla. Tämän osion avulla saimme selville mittarin kysymysten selkeyttä, puutteita kysymyksissä, vastausvaihtoehtoja ja mittarin mahdollisia tarpeettomia osioita. Seuraavana avoimena kysymyksenä oli jäikö mittarista puuttumaan kysymys (kysymys 9). Tämän kysymyksen avulla saimme tietoa mittarista mahdollisesti puuttuvista kysymyksistä.

Seuraavana kysyimme mittasiko mittari vauvamyönteisyyttä ja kuinka se oli vaikuttanut hoitajien vauvamyönteisyyteen (kysymys 10). Kysyimme onko mittarista hyötyä vauvamyönteisyyden tutkimisessa, edistäisikö mittari osaston vauvamyönteisyyttä, mittarin vaikuttavuutta työtapoihin, vauvamyönteisyyden tärkeyttä ja vauvamyönteisyys -sertifikaatin tärkeyttä.

Lopuksi kyselyssä oli avoimina kysymyksinä Millä tavoin imetyksmittarin käyttö on vaikuttanut työtapoihisi? (kysymys 11) ja miten kehittäisit tai muuttaisit sitä? (kysymys 12).

8.3 Aineiston analyysi

Täytettyjä imetyksmittareita palautui kevään ja syksyn 2010 aikana 330 kappaletta. Synnytyssalissa täytettyjä mittareita palautui 203, joista käyttökelpoisia oli 198 (n=198). Synnytysvuodeosastolta 22 mittareita palautui 125, joista käyttökelpoisia oli 122 (n=122). Lisäksi saimme kaksi vastausta, joista ei selvinnyt vastaavaa osastoa, nämä poistimme aineistosta. Kokonaisia äiti-vauva-pari mittareita saimme yhteensä 65. Kokonaisilla äiti-vauva mittareilla tarkoitamme niitä kappaleita, joissa pystyimme yhdistämään saman äiti-vauva parin tiedot koodilla molempien osastojen väliltä. Olemme kuitenkin käyttäneet synnytyssalin ja synnytysvuodeosaston 22 vastausta erillään, joten kokonaisten mittarien käyttäminen ei ole tarpeen. Käytettäviä vastauksia synnytyssalista meillä oli 198 (n=198) ja synnytysvuodeosastolta 122 (n=122). Tämä ei vaikuttanut tutkimustuloksiin, koska mittarin kohtia ei vertailtu keskenään vaan mittarista otettiin osia kerrallaan tarkasteluun.

Imetyksmittarin vastauksia tarkastelimme työssämme lyhyesti koska työmme tarkoituksena oli keskittyä käytettävyysselvitykseen eikä niinkään imetyksmittarin vastauksiin.

Koimme kuitenkin tärkeäksi mainita muutamia kohtia imetysmittarin vastauksista, joilla pystyimme tuomaan esille kysymyksen ”voiko mittarilla mitata toteutuvatko, kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen”. Tämän vuoksi mittarista on otettu vain osia tarkasteluun.

Synnytyssalin vastauksista analysoimme seuraavia kohtia: keskeytymätön ihokontakti ensi-imetykseen saakka (kysymys 12), sekä ensi-imetyksen ajoittuminen (kysymys 14). Synnytysvuodeosaston 22 vastauksista analysoimme kohtia: lisämaidon antaminen (kysymys 18 ja 19), syötön apuvälineet (kysymys 21) sekä vierihoito (kysymys 15). Talven ja kevään 2011 aikana aloitimme imetysmittarin vastausten analysoinnin. Siirsimme vastaukset SPSS–statistics-ohjelmaan. Ohjelmalla tilastoimme tulokset mitattavaan muotoon ja teimme niistä diagrammit, jotka liitimme opinnäytetyöhömmme. Käytettävyyskyselyn vähäisten vastausten vuoksi, analysoimme vastaukset ilman tilastointiohjelmaa. Käytettävyyskyselyn taulukot otimme Webropol-käyttöliittymän perusraportista.

9 TUTKIMUS TULOKSET

9.1 Käytettävyyskyselyn vastaukset

Käytettävyyskyselyyn saimme viisi vastausta. Kolme vastausta saimme synnytyssalista ja kaksi vastausta synnytysvuodeosastolta 22. Neljällä vastanneista oli imetysohjaajakoulutus sekä yhdellä heistä myös imetysohjaajakouluttajan pätevyys. Vastanneista kolme oli täyttänyt 15- 20 imetysmittaria. Imetysmittarin täyttöön käytetty aika oli 3-5 minuuttia kolmella vastaajalla. 10- 15 minuuttia oli pisin aika, joka mittarin täyttöön oli käytetty.

Ensimmäisenä pääkysymyksenä oli imetysmittarin helppokäyttöisyys (TAULUKKO 3). Ensimmäisenä alakysymyksenä kysyttiin mittarin helposta saatavuudesta. Vastanneista kolme koki olevansa ”jokseenkin samaa mieltä” siitä, että mittari oli helposti saatavilla. Toisena alakysymyksenä oli mittarin kirjallisten täyttöohjeiden ymmärrettävyys. Kolme viidestä vastaajasta koki kirjallisten täyttöohjeiden olevan ymmärrettävät. Kolmantena alakysymyksenä kysyimme mittariin vastaamisen helppoutta. Kolme viidestä kysymykseen vastanneesta oli ”jokseenkin samaa mieltä” siitä, että mittariin

vastaaminen oli helppoa. Avoimeen kysymykseen, Mitä hyötyä imetyksmittarin käytöstä on työyksikössäsi? – kukaan ei vastannut.

TAULUKKO 3. Imetyksmittarin helppokäyttöisyys

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Mittari oli helpposti saatavilla	2	3	0	0	0
Mittarin kirjalliset täyttöohjeet olivat ymmärrettävät	3	1	0	1	0
Mittariin vastaaminen oli helppoa	2	3	0	0	0

Toisena pääkysymyksenä oli imetyksmittarin kysymysten selkeys (TAULUKKO 4).

Ensimmäinen alakysymys käsitteli mittarin kysymysten selkeyttä. Kaksi viidestä vastaajasta oli sitä mieltä, että mittarin kysymykset olivat selkeitä. Toisena alakysymyksenä olivat puuttuvat kysymykset. Neljä viidestä vastaajasta oli ”jokseenkin samaa mieltä” siitä, että mittarista ei puuttunut oleellisia kysymyksiä. Kolmantena alakysymyksenä kysyttiin oliko mittarissa tarpeeksi sopivia vastausvaihtoehtoja. Tämän kysymyksen vastauksissa oli hajontaa. Kaksi vastaajista oli ”jokseenkin samaa mieltä” siitä, että mittarissa oli tarpeeksi sopivia vastausvaihtoehtoja. Kukaan vastaajista ei kuitenkaan ollut ”täysin eri mieltä”. Neljäntenä alakysymyksenä kysyttiin oliko mittarissa tarpeettomia osioita. Tähän kysymykseen ei tullut juuri hajontaa. Neljä viidestä oli ”jokseenkin samaa mieltä” siitä, että mittarissa ei ollut tarpeettomia osioita. Avoimeen kysymykseen, Mikä kysymys jäi mielestäsi puuttumaan imetyksmittarista? – kukaan ei vastannut.

TAULUKKO 4. Imetysmittarin kysymysten selkeys

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Mittarin kysymykset olivat selkeitä	2	2	0	1	0
Mittarista ei puuttunut oleellisia kysymyksiä	1	4	0	0	0
Mittarissa oli tarpeeksi sopivia vastaus vaihtoehtoja	1	2	1	1	0
Mittarissa ei ollut tarpeettomia osioita	1	4	0	0	0

Kolmantena pääkysymyksenä käytettävyysselvityksessä oli vauvamyönteisyyden mittaaminen (TAULUKKO 5). Ensimmäisenä alakysymyksenä kysyttiin mittarin hyötyä vauvamyönteisyyttä mitattaessa. Kaikki viisi vastaajat olivat ”jokseenkin samaa mieltä” siitä, että mittarista oli hyötyä vauvamyönteisyyttä tutkittaessa. Toisena alakysymyksenä kysyttiin voidaanko mittarin avulla edistää osaston vauvamyönteisyyttä. Kaksi viidestä vastaajasta oli ”jokseenkin samaa mieltä” siitä, että mittarin avulla voitiin edistää osaston vauvamyönteisyyttä. Kolmantena alakysymyksenä kysyttiin, oliko mittarin täyttö vaikuttanut työtapoihin vauvamyönteisyyttä edistäen. Tähän kysymykseen neljä viidestä vastaajasta, vastasi ”ei samaa eikä eri mieltä”. Neljäntenä alakysymyksenä kysyttiin vauvamyönteisyyskriteerien täyttymisen tärkeyttä. Neljä viidestä oli ”jokseenkin samaa mieltä” siitä, että vauvamyönteisyyskriteerien täytyminen on tärkeää. Viimeisenä alakysymyksenä kysyttiin vauvamyönteisyys-sertifikaatista. Kaksi vastaajaa oli ”jokseenkin samaa mieltä” siitä, että vauvamyönteisyys -sertifikaatin saaminen olisi tavoiteltavaa. Yksikään vastaaja ei ollut ”täysin samaa mieltä” siitä, että vauvamyönteisyys -sertifikaatin saaminen olisi tavoiteltavaa.

TAULUKKO 5. Vauvamyönteisyyden mittaaminen

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Mittarista on hyötyä vauvamyönteisyyttä tutkittaessa	0	5	0	0	0
Mittarin avulla voidaan edistää osaston vauvamyönteisyyttä	0	2	3	0	0
Mittarin täyttö on vaikuttanut työtäpoihini vauvamyönteisyyttä edistäen	0	1	4	0	0
Vauvamyönteisyyskriteerien täytyminen on tärkeää	1	4	0	0	0
Vauvamyönteisyyssertifikaatin saaminen olisi tavoiteltavaa	0	2	3	0	0

Käytettävyykselyn avoimeen kysymykseen imetyksmittarin vaikuttavuudesta työskentelytapoihin saimme yhden vastauksen.

– ” On tullut tarkemmin laskettua lisämaitomääriä.”

Viimeiseen avoimeen kysymykseen imetyksmittarin kehittämisestä ja muuttamisesta saimme myös yhden vastauksen.

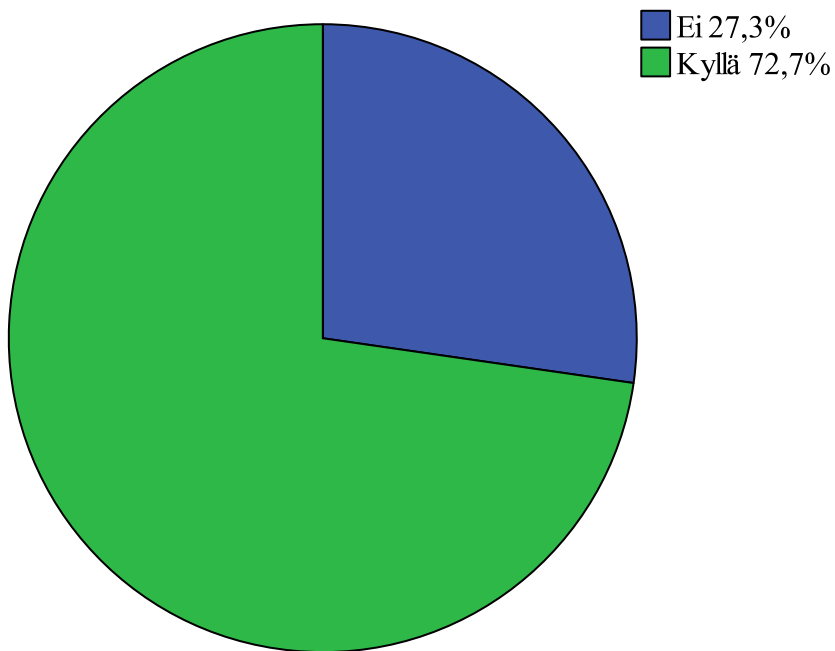
–”Lisämaitomääriä laskettaessa vauvan saamat maitomäärät sekoittuvat niillä vauvoilla, jotka kotiutuvat korkeintaan 3 vrk:n ikäisinä.

Viimeisessä kohdassahan kysyttiin määrää ennen kotiutumista tai jotenkin sillä tavalla. Jos vauva kuitenkin kotiutuu alle 3 vrk iässä niin silloinhan määrä merkitään sekä 72 h kohtaan että myös ennen kotiutumista.

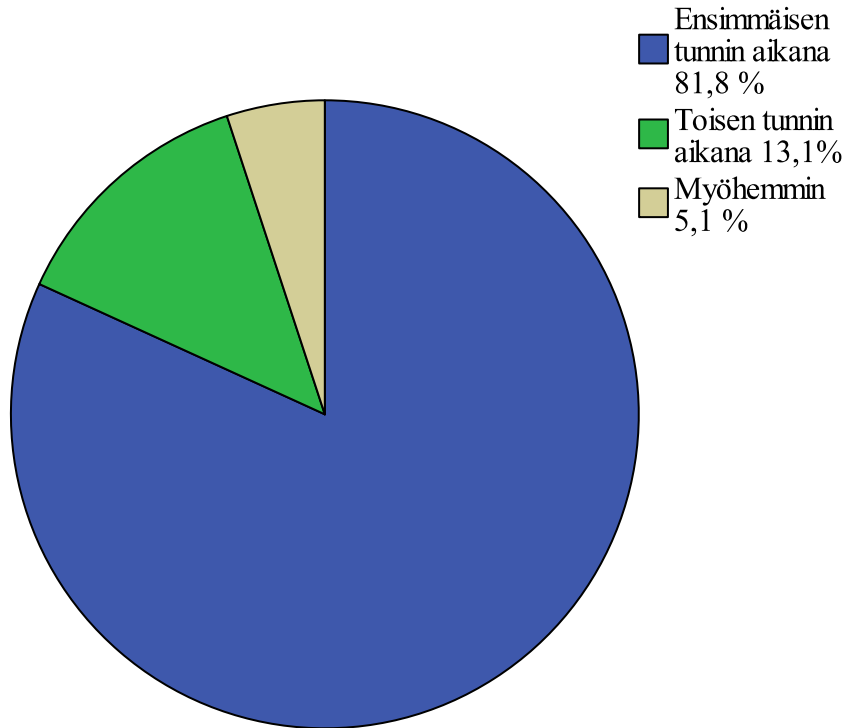
ta kohtaan. Maitomäärät menee silloin päällekkäin osittain. Pitäisi huomioida tämä jotenkin. Kysyttäessä apuvälineiden käyttöä ei tuntunut loogiselta vastata kyllä jos niitä ei ole käytetty.”

9.2 Imetysmittarin tulokset

Keskeytymätön ihokontakti ensi-imetykseen saakka toteutui äiti-vauva pareilla (n = 198) 73 %:sti. (KUVIO 1) 82 %:lla (n= 198) ensi-imetys toteutui ensimmäisen tunnin aikana. Toisen tunnin aikana 13 %:lla sekä viidellä prosentilla myöhemmin. Syitä ensi-imetyksen myöhempään ajankohtaan olivat muun muassa kaksosista toinen ensin rinnalla sekä istukan käsinirriutus yleisanestesiassa. (KUVIO 2)

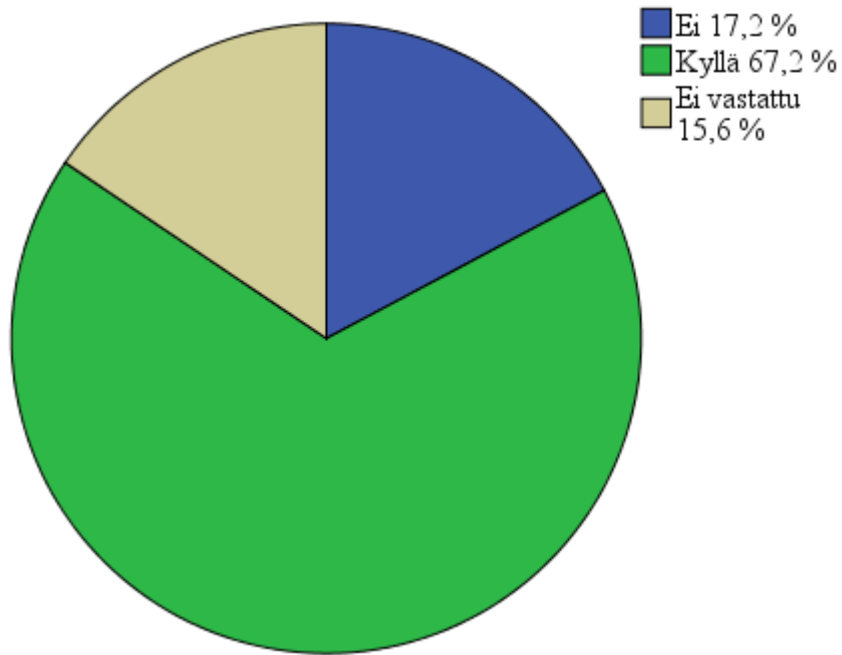


KUVIO 1. Keskeytymätön ihokontakti ensi-imetykseen asti (n=198)

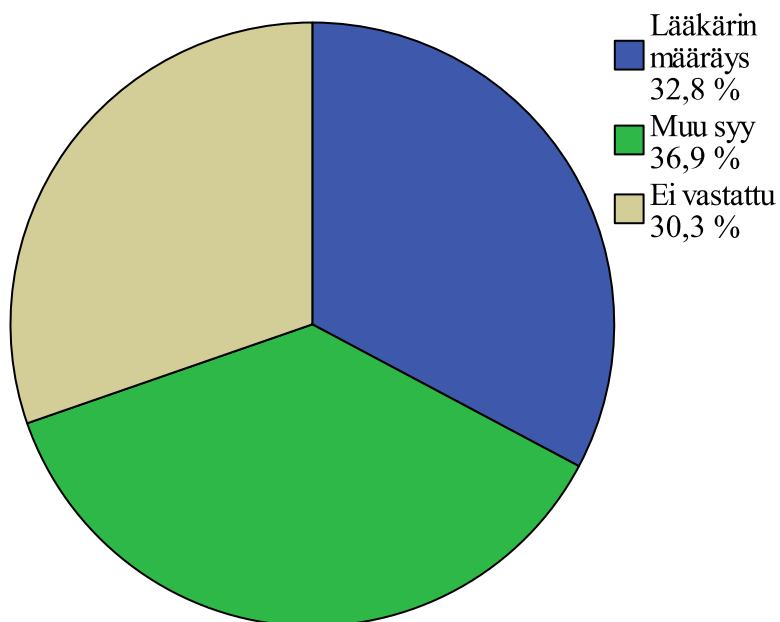


KUVIO 2. Ensi-imetys (n= 198)

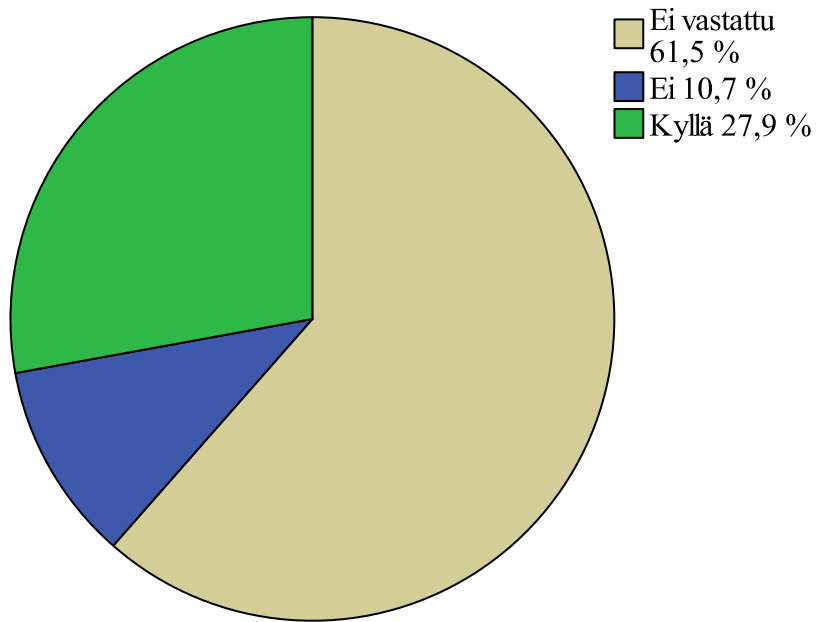
Mittarista saatujen vastausten perusteella vauvoista (n = 122) 67 % sai hoitojakson aikana lisämaitoa. Vastaamatta jääneitä oli 16 %. (KUVIO 3.) Vauvoista (n=122) lääkärin määräämänä lisämaitoa oli saanut 33 %. Muun syyn vuoksi lisämaitoa oli saanut 37 %. Syitä tähän olivat muun muassa, että äiti oli pyytännyt vauvalle lisää maitoa sekä nälkäinen vauva. 30 % oletettavasti ei ollut saanut lisämaitoa tai kysymykseen oli jäänyt muuten vastaamatta. (KUVIO 4.) Vauvoista (n=122) 28 % oli käyttänyt huvituttia (KUVIO 5) ja 60 % oli saanut lisämaitoa tuttipullosta.(KUVIO 6.) Vierihoidossa koko hoitojakson ajan oli ollut 67 % vauvoista. (KUVIO 7.)



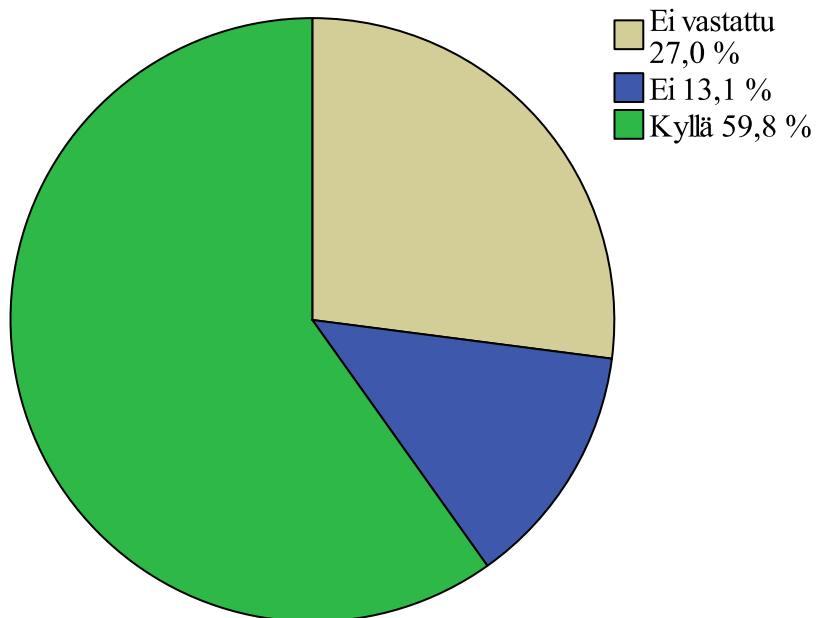
KUVIO 3. Lisämaidon saaminen (n=122)



KUVIO 4. Lisämaidon anto peruste (n=122)



KUVIO 5. Huvitutin käyttö (n=122)



KUVIO 6. Tuttipullon käyttö (n=122)

10 POHDINTA

Tarkoituksenamme oli testata imetysmittarin luotettavuutta sekä käytettävyyttä. Mittarin sisältö mahdollistaa vain askeleiden neljä, kuusi, seitsemän ja yhdeksän mittaamisen. Tämän vuoksi olemme keskittyneet näiden askeleiden toteutumisen analysointiin. Muiden askeleiden toteutumista tulee mitata muulla tavalla, jotta vauvamyönteisyyden toteutumista voidaan arvioida.

Laadimme mittarin Webropol-käyttöliittymällä vastaamaan mahdollisimman hyvin alkuperäistä mittaria. Tämä tuotti hankaluuksia, koska Webropol-käyttöliittymään tehtyä kyselyä ei voida tallentaa välillä, vaan vastaus tulee palauttaa heti täyttämisen jälkeen. Tämän vuoksi työyksiköt joutuivat täyttämään oman osuutensa mittarista ja palauttamaan sen. Tämä lisäsi omaa työtämme tulosten analysointivaiheessa, koska jouduimme erottelemaan osastojen vastaukset toisistaan. Oletamme, että mittarin täyttäminen olisi ollut sujuvampaa, jos sen täyttö olisi ollut mahdollista vaiheittain työn ohessa. Tämä vaikutti varmasti myös mittarin täyttömotivaatioon.

Mielestämme mittarin tulisi olla erillinen ohjelma, joka olisi sisällytetty kirjaamisohjelmaan. Mittarin täyttämisen pitäisi aiheuttaa mahdollisimman vähän lisätyötä. Ihanteellisinta olisi, jos kysytyt tiedot siirtyisivät suoraan hoitosuunnitelmasta mittariin. Työntekijöiden kiire sekä mittarin saatavuus vaikuttivat vastuksiin. Mittari oli osastoilla vain tietyillä koneilla, jolloin koneille pääsy ja mittarin täyttäminen sopivalla hetkellä eivät onnistuneet. Tämän vuoksi vastaaminen pitkittyi. Ajatteleme tämän olleen syynä alhaiseen vastaamisprosenttiin.

Vastauksissa oli epäluotettavuutta, koska lisämaidonmäärä (kysymys 20) vastausten perusteella kuitenkin 79 % vauvoista oli saanut lisämaitoa. Tuloksia analysoidessamme huomasimme, että vastauksissa oli useita ristiriitaisuuksia ja virhemerkintöjä. Esimerkiksi lisämaidomääriä oli merkitty, mutta kohtaan onko lapsi saanut lisämaitoa, ei ollut vastattu. Yritimme pitää virhemerkinnät ja virheelliset vastukset minimoitua perehdyttämällä työyksiköiden henkilökuntaa mahdollisimman hyvin. Laadimme selkeät ohjeet mittareiden täyttämiseen ja sijoitimme ohjeet saataville. Lisäksi jätimme yhteystietomme yksiköiden käyttöön, jotta mahdollisissa ongelmatilanteissa meihin olisi voitu ottaa yhteyttä.

Huomasimme heti testauksen alussa, että mittaria täytettiin väärin ja kävimme uudelleen perehdyttämässä henkilökuntaa. Tästä päättelimme, että henkilökunnan motivaatio testausta kohtaan oli huono. Tämä vaikuttaa testauksen luotettavuuteen (Taanila 2011, 27). Vastauksia tarkastellessamme huomasimme myös, että vastauksissa oli selvää huolimattomuutta. Esimerkiksi samalla koodilla merkitty lapsi oli eri sukupuolta eri osastolla ja samalla koodilla saattoi olla useampi vastaus, joiden tiedot kuitenkin poikkesivat toisistaan. Selkeästi virheellisesti täytetyt mittarit poistimme aineistosta.

Mittarin luotettavuuteen vaikuttaa kysymysten asettelu ja niiden tulkinta (Kananen 2008, 12). Myös Taanila (2011, 27) on sitä mieltä, että luotettavuuteen vaikuttaa se, että kysymykset on tulkittu oikein. Esitestauksen aikana saimme huomata, että mittarin kohdissa oli tulkinnan varaa. Esimerkiksi esitestaaja halusi selvennyksen ihokontakti käsitteeseen. Lisäsimme kirjallisiin ohjeisiin näihin kohtiin lisäselvityksen. Mielestämme käsitteet kymmenestä askeleesta tulisi olla hallinnassa työskenneltäessä raskeana olevien ja synnyttäneiden äitien kanssa. Jotta kaikilla työntekijöillä olisi sama teoriapohja, tulisi heidän käydä toimintasuunnitelman edellyttämä koulutus tai imetysohjaajakoulutus. Laanterän (2011, 73) väitöskirjan mukaan työntekijöiden heikot imetysohjaustaidot voivat johtua myös tiedonpuutteesta tai resurssivajeesta. Huomasimme tehneemme puutteellisen ohjeistuksen mittarin kohtaan ”onko lapsi saanut lisämaitoa hoitajakson aikana”. Kohdasta olisi pitänyt erottaa vastaukset luovutettua rintamaitoa ja äidinmaidonkorviketta erillisiksi vastauksiksi, mikäli edelliseen kohtaan oli vastannut kyllä. (LIITE 3) Saimme muutamia vastauksia, joihin oli vastattu vain mitä lisämaitoa lapsi oli saanut, mutta ei ollut valittu myös vaihtoehtoa kyllä.

Mittarin sisältö ohjeistaa testauksessa mukana olevien työyksiköiden henkilöstöä vauvamyönteisiin hoitokäytäntöihin ja auttaa osaltaan arvioimaan ja kehittämään omia imetysohjauskäytäntöjä. Mikäli mittari osoittautuu toimivaksi, voidaan sitä suositella käyttöön maanlaajuisesti, sekä saada sen avulla luotettavaa tietoa siitä toteutuvatko WHO:n 10 askelta onnistuneeseen imetykseen Suomen terveydenhuollossa.

WHO ja UNICEF ovat määritelleet jokaiselle kymmenelle askeleelle onnistuneeseen imetykseen kansainväliset kriteerit, joiden tulee toteutua, jotta sairaala voi saada vauvamyönteisyys- sertifikaatin. Sairaalan omaa auditointia helpottamaan on laadittu kriteerit, joihin omia tuloksia voidaan vertailla. Kriteerit ovat seuraavat: keskeytymätön

ihokontakti tulee toteutua viidessä minuutissa synnytyksen jälkeen ja kestää vähintään 60 minuuttia 75 %:ssa tapauksia. 75 %:lle vuoden aikana syntyneistä vauvoista on annettu vain rintamaitoa hoitojakson aikana syntymästä kotiutukseen. Mikäli lisämaitoa on annettu, tulee lääketieteelliset syyt olla selvillä. 80 %:lle on annettu synnytysvuodeosastolla vain rintamaitoa ja lisämaidon antamiseen tulee olla hyväksyttävät lääketieteelliset syyt. Vierihoidossa 24 tuntia vuorokaudessa tulee vauvoista olla 80 prosenttia. Osastolla hoidettavista vauvoista 80 prosentille tulee olla sellaisia joita ei ole syötetty tuttipullosta tai heille ei ole annettu huvituttia. (WHO & UNICEF 2009, 11–16.)

Hasunen ja Ryyränen (2005, 22) toteavat tekemässään tutkimuksessa, että: ”Rintamaitoa saaneiden vauvojen osuus on kasvanut lähes kaikissa ikäryhmissä. Myös vastasyntyneiden vauvojen eli alle kuukauden ikäisten vauvojen imetys on yleistynyt.” Edellä mainitun tutkimuksen mukaan vastasyntyneistä lähes kaikki saavat rintamaitoa. Kuukauden ikäisistä 60 % oli täysimetettyjä.

Käytimme testattavan mittarin arviointiin henkilökunnalta saamiamme vastauksia sen toimivuudesta. Emme kuitenkaan saaneet kuin ne viisi vastausta mittarin käytettävyyksykyselystä. Tämä oli 19 % (N=26) henkilökunnasta, joten tulosta ei mielestämme voi pitää luotettavana. Henkilökunnan mielipide mittarista olisi ollut hyvä saada esiin, koska he ovat asiantuntijoita työyksikössä. Näiden vastauksien perusteella päätelimme, että mittarin olisi pitänyt olla kaikilla osaston koneista, jotta sitä olisi voinut käyttää helpommin. Vastausten perusteella myös laatimamme mittarin täyttöohjeet olivat ymmärrettävät. Mittari koettiin melko helpoksi vastata.

Pääsääntöisesti mittarin kysymyksiä pidettiin selkeinä. Oleellisten kysymysten puuttumista kysyttäessä, neljä viidestä oli jokseenkin samaa mieltä, ettei kysymyksiä puuttunut ja yksi oli täysin samaa mieltä. Kuitenkin avoimeen kysymykseen ”Mikä kysymys jäi mielestäsi puuttumaan imetyksmittarista?” kukaan ei vastannut. Olisimme toivoneet tähän vastauksia, jotta puuttuvia kysymyksiä voitaisiin pohtia mittaria parannaessa. Vastausvaihtoehtojen sopivuudesta vastaajien vastaukset hajosivat, joten tästä oli vaikea tehdä mitään päätelmiä. Kukaan ei kuitenkaan ollut ”täysin erimieltä” vastaajista. Vastaajien mielestä mittarissa ei ollut tarpeettomia kysymyksiä. Vastaajien mielestä mittarista oli jokseenkin hyötyä vauvamyönteisyyttä tutkittaessa. Ajattelim-

me siis, että mittaria voitaisiin käyttää sairaaloiden vauvamyönteisyyttä tarkasteltaessa.

Osaston vauvamyönteisyyden edistämistä kysyttäessä vastaajista enemmistö ei ollut mitään mieltä asiasta, sekä yksi vastaaja vain jokseenkin samaa mieltä. Ajattelimme, että osastolla vauvamyönteisyyttä ei ajatella laadunvarmistuksen työvälineenä. Kyseeseen vastanneet kuitenkin pitävät vauvamyönteisyys kriteerien täyttymistä jokseenkin tärkeänä. Suurimmalla osalla vastaajista ei ollut mielipiteitä siitä, oliko mittari vaikuttanut heidän työtapoihin vauvamyönteisyyttä edistäen. Vain yksi vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä asiasta. Vauvamyönteisyys- sertifikaatin saamisesta ei vastaajilla ollut mielipidettä, vain kaksi oli vastannut olevansa jokseenkin samaa mieltä.

Harmiksemme emme saaneet avoimiin kysymyksiin vastauksia, kuin yhdeltä vastaajalta. Vastauksista olisimme voineet saada lisätietoa laajemmin mittarin käytettävyydestä. Avoimeen kysymykseen mittarin vaikutuksista työtapoihin vastaajan vastauksesta huomasimme, että mittari oli jollain lailla vaikuttanut ainakin tämän yhden vastaajan työhön. Kysymykseen mittarin kehittämisestä ja muuttamisesta vastaaja oli maininnut lisämaitomäärien sekoittumisen, mikäli vauva kotiutuu alle kolmessa vuorokaudessa. Tähän kohtaan tulisi siis mielestämme tehdä selkeytystä. Lisäksi vastaaja oli kokenut vastaamisen epäloogiseksi, kohdassa syötonapuvälineet ei apuvälineitä. Olimme laatineet tämän kysymyskohdan huonosti Webropol-käyttöliittymään. Kohtaan piti vastata kyllä, kun apuvälineitä ei ollut käytetty. Apuvälineiden käyttö kohtaan olisi tullut laittaa kaikki vaihtoehdot selkeämmin niin, että siitä olisi voinut valita käytetyt tai kohdan ei apuvälineitä. Vaihtoehdoissa ei olisi siis pitänyt olla, kyllä-ei-riviä, vaan yksi rivi josta käytetyt apuvälineet voi valita.

Mittaria voitaisiin mielestämme käyttää Suomen terveydenhuollossa, mutta siihen tulisi tehdä muutamia muutoksia. Mittarista saamiemme tulosten perusteella sairaalan vauvamyönteisyyttä voidaan mitata tutkimiltamme osilta. Mittaria tulisi yksinkertaistaa ja poistaa Suomen oloihin turhat kohdat. Suomessa ei anneta vauvoille vesipohjaisia juomia synnytyssairaloissa, joten tämä kohta voitaisiin poistaa. Kohta onko lapsi saanut lisämaitoa hoitojakson aikana, tulisi selkeyttää niin, että valittavaksi tulisi myös kohta lääkärin määräämästä lisämaidosta. Lisämaitomäärien laskemisen ajankohtiin tulisi tehdä selkeytystä vauvoja varten, jotka kotiutuvat alle kolmen vuorokauden ikä-

sinä. Keskeytymättömän ihokontaktin alkamisen ajankohta tulisi tarkentaa niin, että vaihtoehto ”heti”, tarkoittaa viiden minuutin kuluttua synnytyksestä. Syötönapuvälineisiin tulisi lisätä vaihtoehto ruisku, koska lisämaitoa voidaan antaa myös ruiskulla. Vaihtoehto tulisi olla valmiina, että vastaaminen olisi nopeampaa sekä turhalta kirjoittamiselta välttyttäisiin.

Jatkotutkimuksena voitaisiin tehdä kysely vastavuoroisesti äideille WHO:n kymmenestä askeleista. Tällä tutkimuksella voitaisiin saada esille esimerkiksi tietävätkö äidit syyt lisämaidon saamiseen. Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää, kuinka vauvamyönteisyyden tukeminen jatkuu neuvolassa. Tämän pohjalta saataisiin selville ne kohdat, jotka vaikuttavat perheiden imetyksmyönteisyyteen sekä kuuden kuukauden täysi- imetyksen toteutumiseen. Neuvoloihin on laadittu oma seitsemän askeleen-ohjelma ja tämän toteutumista voitaisiin tutkia. (Kansallinen imetyksen asiantuntijaryhmä 2009, 51–52.) Imetyksen toteutumisesta Suomessa tarvittaisiin ajantasaista tutkimustietoa, koska viimeisin löytämämme tutkittu tieto on vuodelta 2005. Olisi mielenkiintoista saada selville kuinka imetysluvut ovat muuttuneet kuluneessa ajassa.

LÄHTEET

Aittakoski, Metsämarja, Huitti-Malka, Riika ja Salokoski, Märta 2009. Imetyksen aika. Uusi suomalainen imetysskirja. Avain.

Deufel, Maila & Montonen, Elisabet 2010. Onnistunut imetys. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

EU Conference on Promotion of Breastfeeding in Europe (Dublin : June 18th 2004). Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : a blueprint for action.

Hannula, Leena 2003. Imetysnäkökymykset ja imetyksen toteutuminen - suomalaisten synnyttäjien seuranta tutkimus. Hoitotieteen väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja C 195. yliopistopaino.

Hasunen, Kaija & Ryyänen, Sanna 2005. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.

Heikkilä, Tarja 1998. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Oy Edita Ab.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy.

Jukarainen, Ritta-Liisa 2010. Imetystukitoiminta ja vertaistuki. Luennot Mikkelissä 5/2010. Powerpoint esitys.

Kananen, Jorma 2008. Kvantti- kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, Imetyksen edistäminen Suomessa, toimintaohjelma 2009–2012. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki.

Kekäle, Jouni & Lehikoinen, Markku 2000. Laatu ja laadun arviointi eri tieteenaloilla. Joensuu: Joensuun yliopistopaino.

Koskinen, Katja 2008. Imetysohjaus. Helsinki: Edita.

Laanterä, Sari 2011. Breastfeeding Counseling in Maternity Health Care. Kuopio: Kopijyvä oy.

Metsämuuronen, Jari 2000. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. Metodologia- sarja. Viro: Jaabes OÜ.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

STAKES 1994. Vauvamyönteisyys-ohjelma. WHO&UNICEF: Baby Friendly Hospital Initiative.

Tervonen, Antero 2001. Laadun kehittäminen suomalaisissa yrityksissä. Lappeenrannan teknillinen korkeakoulu, *Lappeenranta University of Technology*. Digipaino.

Erkkola, Maijaliisa, Salmenhaara, Maija, Kronberg-Kippila, Carina, Ahonen, Suvi, Arkkola, Tuula, Uusitalo, Liisa, Pietinen, Pirjo, Veijola, Riitta, Knip, Mikael & Virtanen, Suvi M 2009. Determinants of breast-feeding in a Finnish birth cohort. WWW-dokumentti. <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7359588>. Luettu 28.2.2012. Ei päivitystietoja.

International Board of Lactation Consultant Examiners 2011. What is IBLCE? WWW-dokumentti. <http://europe.iblce.org/home>. Luettu 8.9.2011. Ei päivitystietoja.

Mydlilova, A, Sipek, A & Vignerova, J 2009. Breastfeeding rates in baby-friendly and non-baby-friendly hospitals in the Czech Republic from 2000 to 2006. WWW-dokumentti. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19020285>. Luettu 28.2.2012. Ei päivitystietoja.

Taanila, Aki 2011. Määrällisen aineiston kerääminen.

<http://myy.helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>. Luettu 13.12.2011. Päivitetty 2.9.2011.

Tarrant, Marie, Wu, Kendra M., Fong, Daniel Y. T, Lee, Irene L. Y, Wong, Emmy M. Y, Sham, Alice, Lam, Christine, Dodgson & Joan, E 2011. Impact of baby-friendly hospital practices on breastfeeding in Hong Kong. WWW-dokumentti.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21884232>. Luettu 28.2.2012. Ei päivitystietoja.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Ravitsemus.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/etusivu. Luettu 3.2.2010. Ei päivitystietoja.

UNICEF & World Health Organization 2009. BFHI Section 2: Strengthening and sustaining the Baby-friendly Hospital Initiative. Slides. WWW-dokumentti.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594974_eng_slides.pdf. Luettu 5.10.2010. Ei päivitystietoja

UNICEF & World Health Organization 2009. Baby-friendly hospital initiative. Section 3: Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital a 20-hour course for maternity staff. WWW-dokumentti.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594981_eng.pdf. Luettu 8.9.2011. Ei päivitystietoja.

UNICEF & World Health Organization 2009. Baby-friendly hospital initiative. Section 4: Revised Updated and Expanded for Integrated Care the hospital self-appraisal tool. WWW-dokumentti.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594998_eng.pdf. Luettu 12.12.2011. Ei päivitystietoja.

UNICEF & World Health Organization. Breastfeeding counseling a training course. WWW-dokumentti.

http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/bc_directors_guide.pdf. Luettu 8.9.2011. Ei päivitystietoja.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemussuositukset: Ravitsemussuositukset kuvaavat väestöjen ja ihmisryhmien energian ja ravintoaineiden tarvetta tai suositeltavaa saantia. WWW-dokumentti.

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/> Luettu 28.2.2012. Ei päivitystietoja.

Vehkalahti, Kimmo 2009. Asteikoista ja segmentoinnista. (dia-sivu 23) WWW-dokumentti.

http://www.tutkimusseura.org/tiedostot/Kimmo_Vehkalahti_20090925.pdf. Luettu 1.8.2011. Ei päivitystietoja.

Tietoa testattavasta mittarista + mittari

Hoitoaikojen lyhentyessä tarve imetyksen onnistumisen ja keston mittaamiseen on ilmeinen.

Paitsi, että imetystä kartoittava mittari arvioi rintaruokintaa, se toimii myös tutkimuksen, kirjaamisen, terveydenhuollon henkilöstön viestinnän ja vanhempien ohjaamisen apuvälineenä.

Kansanterveislain muutos (L928/2005) edellyttää terveyttä edistävän toiminnan toteutumisen ja väestön terveyden seurantaa. Tähän tarvitaan seurantaindikaattoreiden eli – osoittimien kehittämistä. Myös Euroopan unioni pyrkii kehittämään kansanterveystyön seurantajärjestelmän (ECHI eli European Community Health Indicators).

Mittarin tulee olla lyhyt ja helppokäyttöinen sopiakseen erilaisiin kiireisiin äitiyshuollon yksiköihin. Sopivan mittarin kehittämistyö maailmanlaajuisestikin on vasta alussa. Tilastollisesti kansainvälisten mittareiden tulisi olla vertailukelpoisia. Jo olemassa olevia mittareita tulee testata ja uusia mittareita kehittää tiedon lisääntyessä.

Oheinen mittari on peräisin Sveitsistä. Sveitsissä mittari on käytössä 63 synnytyksiä hoitavassa organisaatiossa. Se on sovellettuna käytössä muutamassa Euroopan maassa. Sitä on käytetty vuodesta 1999 lähtien. Sitä käyttävät organisaatiot ovat kaikki saaneet vauvamyönteisyystunnuksen, joka arvioidaan uudelleen 4-6 – vuoden välein. UNICEF on ollut mukana mittarin kehitystyössä.

Sveitsissä mittari täytetään kaikista vastasyntyneistä ja tiedon keruu aloitetaan jo synnytyssalissa.

Itsearviointia varten organisaatiot ottavat imetyraportit kuukausittain.

Valtakunnalliset seurantaraportit otetaan joka neljäs vuosi.

Alkuperäisen mittarin analyysiin voi tutustua osoitteessa:

http://www.allaiter.ch/downloads/de/monitoring_2005.pdf

Mittari on tuotteistettu tietokoneohjelma, jonka eri osiot avautuvat systemaattisessa järjestyksessä

Imetysmittari

synnytys sairaalan koodi _____

vuosi _____

Valitse vain yksi vastausvaihtoehto, ellei toisin mainita.

_____ = kirjoita vastaus
varattuun tilaan

1. Vastasyntynyt

syntymäpäivä _____
päivä | kuukausi | vuosi

sukupuoli tyttö Apgar ____/____
 poika

syntymäpaine _____ g

raskausviikot _____ + _____

monikkosyntyys ei
 kyllä _____
kaksonen, kolmonen, jne. A, B, C -lapsi

kotiutumispäivä _____
päivä | kuukausi | vuosi

paino kotiin lähtiessä _____ g

siirto ei
 kyllä, saman sairaalan sisällä
 toiseen sairaalaan
 polikliininen syntyys

2. Syntytapa (rastita ja tarv. ympyröi)

- alatiesyntyys (normaali-, pihti-, imukuppsyntyys)
 sektio istukan käsinirrotus / runsas verenvuoto **ruksi**

3. Imetyksen käynnistyminen (Askel 4)

- a) keskeytymätön ihokontakti syntymän jälkeen
ensi imetykseen asti
 kyllä
 ei
- Ensimmäisen ihokontaktin kesto _____
tuntia | minuuttia
- b) ensi-imetykset
 ensimmäisen tunnin sisällä
 toisen tunnin aikana
 myöhemmin, syy: _____

4. Vierihoidon aikana (vauva äidin luona vähintään 23h/vrk) Askel 7

- ympäri vrk. vhh:ssa koko hoitajakson ajan kyllä ei
 ei Onko vauva a) ainakin kerran vhh:ssa h:n aikana
 päivisin äidin luona c) äidin luona vain ruokailun ajan
 koko ajan lastenhoituhuoneessa perustelu: **ruksit**

5. Ravitsemus (Askel 6)

a) Imettääkö äiti?

- kyllä kotiutuessa
 ei,
 imetystä ei ole aloitettu, syy: _____
 vieroitettu ennen kotiutumista, syy: _____

b) Onko vauva saanut lisämaidon hoitajakson aikana?

- ei
 kyllä, luovutettua rintamaitoa
 äidinmaidonkorviketta

c) Onko vauva saanut vesipohjaisia juomia?

- ei
 kyllä, vettä sokerivettä
 muuta, mitä: _____

Syy lisämaidon tai vesipohjaisen juoman antamiseen: lääkärin määräys
 muu syy: _____

Lisämaidon tai vesipohjaisen juoman ajanjakso ja määrä

ensimmäiset 24 h	_____ ml
25 h - 48 h	_____ ml
49 h - 72 h	_____ ml
kotiutusta edeltävinä 24 h	_____ ml/vrk

7. Äiti

syntymävuosi _____

monesko raskaus /synnytys _____

siviilisääty avioliitto
 avioliitto _____
 naimaton
 leski

kansalaisuus suomalainen muu, mikä: **ruksi**

6. Syötön apuvälineet (Askel 9) (useampi merkintä)

mahdollista, paitsi ei apuvälineitä -kohta)

- ei apuvälineitä
 lusikka tai kuppi tuttipullo
 rintakumi imetysapulaite
 muu: _____ tutti kyllä / ei

Äidin tupakointi _____ kyllä /ei **ruksi**

Onko äidille nimetty omahoitaja kyllä / ei

Jos äiti on uudellensyntynyt, millaisena hän on kokenut aiemman imetyksen? myönt./kielt. miksi **ruksi** _____

Kuinka pitkään äiti on imettänyt aikaisempia lapsiaan? _____

Huomautuksia (oma laatikko) _____

Mikkeli 8.2.10

Hei,

Olemme kaksi Mikkelin ammattikorkeakoulussa opiskelevaa terveydenhoitaja opiskelijaa ja olemme saaneet pyynnön tehdä opinnäytetyömme Mikkelin keskussairaalaan. Opinnäytetyömme koskee imetys mittaria jonka käytettävyyttä ja luotettavuutta sekä soveltuvuutta Suomalaiseen terveydenhuoltoon testaamme synnytys- ja äitivuodeosasto osastontyöryhmässä. Mittari on käytössä jo Sveitsissä ja muualla Euroopassa ja tarkoituksena olisikin saada mittari käyttöön myös Suomen terveydenhuoltoon. Mittarilla emme tutki yksittäin kenenkään henkilökohtaisia tietoja vaan käytämme mittarin antamia tuloksia mittarin luotettavuuden todentamiseen. Samalla kyselemme hoitajilta, jotka ovat mittaria käyttäneet mittarin käytettävyydestä ja mukavuudesta. Mittari täytetään koskemaan jokaista äiti lapsi paria ja jotta voimme yhdistää tiedot synnytysalin ja äitivuodeosaston kanssa tulee mittariin koodi jolla löydämme täytetyt mittarit ja voimme tehdä tilastointia kaikista mittarin osista. Koodi on kuitenkin sellainen, ettei äitejä tai lapsia voida jälkeinpäin tunnistaa tai jäljittää. Koodiin tulee [REDACTED]. Osastoilla meidän työelämäohjaaja on Maila Deufel ja olemme keskustelleet myös osastonhoitaja Päivi Yrjösen kanssa opinnäytetyöstämme. Pyydämmekin nyt ystävällisimmin lupaa opinnäytetyön toteuttamiseen Mikkelin keskussairaalan osastoilla 22 ja synnytysali. Liitteenä tutkimussuunnitelmamme, jossa on lisätietoa opinnäytetyöstämme.

Ystävällisin terveisin

Sanna Pulkkinen



Maria Nurmi

Liitteet

Tutkimussuunnitelma

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky. Yhtymähallinto Hallintoylihoitaja	Viranhaltijapäätös 18.03.2010	Pykälä Mu 6	Sivu 1
--	----------------------------------	-------------------	-----------

1. Asia **Tutkimusluvan myöntäminen**
2. Asiaselostus **Imetysmittari
Käytettävyyden ja luotettavuuden testaus**
Tutkijat: terveydenhoitajaopiskelijat Sanna Pulkkinen ja Maria Nurmi, Mikkelin ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma

Tutkimuksen tarkoitus on tutkia imetysmittarin luotettavuutta ja käytettävyyttä. Tavoitteena on saada luotettava mittari terveydenhuollon käyttöön, jolla voidaan kehittää sairaaloiden vauvamyönteisyyttä. Mittarin testaukseen osallistuvat äiti-vauva parit, jotka ovat hoidettavina Mikkelin keskussairaalan synnytysosastoryhmässä kevään 2010 aikana.
3. Päätös Myönnän luvan tutkimuksen suorittamiseen Mikkelin keskussairaalan synnytysosastoryhmässä. Ei tarvitse käsittelyä eettisessä toimikunnassa.
4. Päätös asetettu yleisesti nähtäväksi, paikka ja aika Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kirjaamo
22.3.2010 klo 9.00-15.00.
5. Allekirjoitus, paikka ja pvm Mikkeliissä 18.03.2010

Mirja Rasimus
Hallintoylihoitaja
6. Lisätiedot Lisätietoja päätöksestä antaa hallintoylihoitaja Mirja Rasimus, puh. 015 351 2650.
7. JAKELU terveydenhoitajaopiskelija Sanna Pulkkinen
terveydenhoitajaopiskelija Maria Nurmi
ylihoitaja Anneli Luoma-Kuikka
osastonhoitaja Päivi Yrjönen
8. Muutoksenhaku Muutosta tähän päätökseen saa hakea Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitukselta kirjallisella oikaisuvaatimuksella 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Tarkemmat kirjalliset oikaisuvaatimusohjeet saa päätöksentekijältä tai kirjaamosta, puh. (015) 351 2502.
9. Tiedoksiantajan allekirjoitus Pvm 18.3.2010 Tiedoksiantaja 

IMETYSMITTARI

1. työpisteesi

- synnytyssali (täytä kohdat 1-14, tarvittaessa 34)
 os 22 (täytä kohdat 1-2, 15-34)

2. Lapsen koodi

VASTASYNTYNYT

3. syntymäpäivä

MM/DD/YYYY

4. Sukupuoli

- Tyttö Poika

5. Syntymäpaino

esim 4000 (g ei merkata)

6. Raskausviikot

merkitse näin _ _ + _

7. Apgar

esim: 9/10

8. Monikkosynnytys

- ei
- kyllä kaksomen, kolmosen, jne A,B,C -lapsei

9. siirto

	ei	kyllä
saman sairaalan sisällä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toiseen sairaalaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
polikliininen synnytys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SYNNYTYSTAPA

10. alatiesynnytys

- normaali
- pihti
- imukuppisynnytys

11. muut

- sektio
- istukan käsiniirrotus
- runsas verenvuoto

IMETYKSEN KÄYNNISTYMINEN

12. keskeytymätön ihokontakti syntymän jälkeen ensi imetykseen asti

- ei kyllä

13. Ensimmäisen ihokontaktin kesto

hh:mm

14. ensi-imetys

ensimmäisen tunnin sisällä

toisen tunnin aikana

myöhemmin, syy

VIERIHOITO (vauva äidin luona vähintään 23h/vrk)

15. onko vierihoidossa

ympärivuorokauden koko hoitjakson ajan

ainakin kerran hoitjakson aikana

vauva päivisin äidin luona

vauva äidin luona vain ruokailujen ajan

EI. koko ajan lasten huoneessa, miksi

RAVITSEMUS

16. Imettääkö äiti kotiutuessa?

ei

kyllä

imetystä ei ole aloitettu, syy:

vieroitettu ennen kotiutusta, syy:

17. onko vauva saanut vesipohjaisia juomia?

ei

kyllä

vettä

sokerivettä

muuta, mitä:

18. syy lisämaidon tai vesipohjaisen juoman antamiseen

lääkärin määräys

muu syy:

19. onko vauva saanut lisämaitoa hoitojakson aikana?

ei

kyllä

luovutettua rintamaitoa

äidinmaidonkorviketta

20. lisämaidon tai vesipohjaisen juoman ajanjakso ja määrä (merkitse millilitroina esim:250(ei määrettä))

ensimmäisen 24h

24h-48h

49h-72h

kotiutusta edeltävinä 24h (ml/vrk)

SYÖTÖN APUVÄLINEET

21. useampi merkintä mahdollista, paitsi "ei apuvälineitä kohta"

	ei	kyllä
ei apuvälineitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lusikka tai kuppi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tuttipullo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rintakumi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
imetysapulaite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
huvitutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Muu apuväline

mikä?

ÄITI

23. syntymävuosi

Valitse alla olevista ▾

24. monesko raskaus?

1 ▾

25. monesko synnytys?

1 ▾

26. Siviilisäätö

- avioliitto
- avoliitto
- naimaton
- leski

27. kansalaisuus

- suomi
- muu, mikä:

28. tupakoiko äiti

- ei
- kyllä

29. onko äidille nimetty omahoitaja

- ei
- kyllä

30. jos äiti uudelleen synnyttäjä. Millaisena hän on kokenut aiemman imetyksen

- ei uudelleen synnyttäjä

myönteisenä

kielteisenä, miksi:

31. kuinka pitkään imettänyt aiempia lapsiaan?

32. kotiutumispäivä

MM/DD/YYYY

33. paino kotiin lähtiessä

esim 4000(g ei merkata)

34. Huomautuksia

Alkuperäinen sveitsiläinen mittari on muokattu Suomen oloihin soveltuvaksi. Maila Deufel ja Sari Laanterä ©.

Maria Nurmi ja Sanna Pulkkinen ovat laatineet kyselyn Webropol muotoon sopivaksi.

Vahvista vastausten lähetys



Mikkeli 8.4.2010

Hei

Olemme kaksi Mikkelin ammattikorkeakoulussa opiskelevaa terveydenhoitaja opiskelijaa ja olemme saaneet pyynnön tehdä opinnäytetyömme Mikkelin keskussairaalaan. Opinnäytetyömme koskee imetysmittaria jonka käytettävyyttä ja luotettavuutta sekä soveltuvuutta Suomalaiseen terveydenhuoltoon testaamme synnytysosasto osastontyöryhmässä. Mittari on käytössä jo Sveitsissä ja muualla Euroopassa ja tarkoituksena olisikin saada mittari käyttöön myös Suomen terveydenhuoltoon. Mittari täytetään koskemaan jokaista äiti lapsi paria kohden. Jotta voimme yhdistää tiedot synnytysosaston ja äitivuodeosaston kanssa tulee mittariin koodi jolla löydämme täytetyt mittarit ja voimme tehdä tilastointia kaikista mittarin osista. Osastoilla meidän työelämäohjaaja on Kätilö Maila Deufel ja olemme keskustelleet myös osastonhoitaja Päivi Yrjösen kanssa opinnäytetyöstämme. Osastoilla yhteysenkilönämme toimii Mirva Sievänen jolta tarvittaessa saa mittarista lisätietoa. Mittari löytyy yhden koneen työpöydältä webropol kuvakkeena sekä synnytysosastosta että osasto 22 kansliasta. Tarkemmat ohjeet mittarin täyttöön löytyvät koneiden läheisyydestä

Mittarin testaus aloitetaan perjantaina 16.4.2010 ja se on käytössä noin kolme kuukautta. Toivomme teiltä aktiivisuutta mittarin täytössä.

Ystävällisin terveisin

Sanna Pulkkinen

Maria Nurmi

sannaM.pulkkinen@mail.mamk.fi maria.nurmi@mail.mamk.fi



Imetysmittarin täyttöohjeet synnytyssali

Mittari löytyy tietokoneen työpöydältä Webropol kuvakkeena.

Mittarin voi täyttää ja lähettää vain yhden kerran. Täytä siis koko mittari omalta osaltasi yhdellä kerralla.

Huomio että synnytyssali täyttää **ainoastaan** kohdat 1-14 tarvittaessa 34 ja osasto 22 täyttää **ainoastaan** kohdat 1-2,(14)15–34.

Kohta 1. Valitse työpisteesi

Kohta 2. Täytä vauvan koodi. 


Kohta 3. Valitse kalenterista vauvan syntymäpäivä.

Kohta 4. Valitse sukupuoli.

Kohta 5. Merkitse syntymäpaino grammoina ilman mittayksikköä.

Kohta 6. Merkitse raskausviikot jolloin vauva on syntynyt. HUOM: laita plus (+) väliin. Esim: 40+2.

Kohta 7. Merkitse apgar-pisteet yhden minuutin ja viiden minuutin iässä X/X.

Kohta 8. Monikkosynnytyksen ollessa kyseessä on muistettava täyttää jokaisesta vauvasta oma mittari. Merkitse kyllä kohtaan onko vauva A, B tai C –lapsi.

Kohta 9. Merkitse jos vauva siirtyy tai ei muuhun yksikköön hoitoon tai synnytys on polikliininen.

Kohta 10 ja 11. Merkitse synnytystapa. Kohdasta 10 voit valita vain yhden vaihtoehdon. Kohdasta 11 voit valita useamman.

Kohta 12. Merkitse toteutuiko keskeytymätön ihokontakti syntymän jälkeen ensi imetykseen asti. heti syntymän jälkeen suoraan äidin paljaalle iholle. Section jälkeen vauva riisutaan ja nostetaan ihokontaktiin äidin paljaalle iholle.

Kohta 13. Merkitse ensimmäisen ihokontaktin kesto tunteita ja minuutteina esim: 00:42 eli 42 minuuttia tai esim: 01:10 eli 1 tunti ja 10 minuuttia.

Käännä →

Mittarin täyttöohjeet Synnytys sali

Kohta 14. Merkitse ensi-imetyksen ajankohta mikäli tapahtuu synnytys salin puolella.

Kohta 34. Mikäli on huomautettavaa tai lisättävää johonkin mittarin kohtaan sen voi kirjoittaa tähän.

Lopuksi laita hiirellä ruksi ”haluan lähettää vastaukset” ja paina lähetä painiketta. Mikäli haluat keskeyttää mittarin täyttämisen paina ”palauta alkuperäiset”. Jolloin vastaukset häviävät, sulje mittari yläkulman ruksista.

KIITOS!

Tarvittaessa voitte ottaa meihin yhteyttä sähköpostilla

maria.nurmi@mail.mamk.fi SannaM.pulkkinen@mail.mamk.fi


Imetysmittarin täyttöohjeet osasto 22

Mittari löytyy tietokoneen työpöydältä Webropol kuvakkeena.

Mittarin voi täyttää ja lähettää vain yhden kerran. Täytä siis koko mittari omalta osaltasi yhdellä kerralla.

Huomio että synnytyssali täyttää **ainoastaan** kohdat 1-14 tarvittaessa 34 ja osasto 22 täyttää **ainoastaan** kohdat 1-2,(14)15–34.

Kohta 1. Valitse työpisteesi

Kohta 2. Täytä vauvan koodi. 

Kohta 14. Merkitse ensi-imetyksen ajankohta mikäli tapahtuu osaston puolella.

Kohta 15. Merkitse milloin vauva vierihoidossa.

Kohta 16. Merkitse imettääkö äiti kotiutuessa. Laita syyt mikäli imetystä ei ole aloitettu tai vieroitettu ennen kotiutumista.

Kohta 17. Merkitse onko vauva saanut vesipohjaisia juomia. Jos kyllä niin mitä?

Kohta 18. Kirjoita lisämaidon tai vesipohjaisen juoman antamisen syy.

Kohta 19. Merkitse onko vauva saanut lisämaitoa hoitajakson aikana. Mikäli on niin mitä.

Kohta 20. Merkitse millilitroina määrä jonka vauva on lisämaitoa saanut. Ajanjaksoihin jolloin vauva on saanut lisämaitoa. Esim: jos vauva on saanut lisämaitoa ensimmäisen 24 elin tunnin aikana, merkitään maitomäärä siihen kohtaan. Huomio vuorokausi lasketaan vauvan syntymä kellon ajasta. Mittayksikköä ei merkitä.

Kohta 21. Merkitse syötonapuvälineet mikäli niitä on tai ei ole käytetty. Apuvälineitä voidaan merkitä useampi. Huomioi huvitutin käyttö. Jos apuvälineitä ei ole käytetty, merkitse KYLLÄ!

Kohta 22. Kirjoita apuväline jos yllä olevassa kohdassa ei ole mainittu käytössä ollutta syötonapuvälinettä.

Kohta 23. Valitse pudotusvalikosta äidin syntymävuosi.

Käännä →

Kohta 24. Valitse pudotusvalikosta monesko raskaus.

Kohta 25. Valitse pudotusvalikosta monesko synnytys.

Kohta 26. Merkitse äidin sivilisääty.

Kohta 27. Merkitse äidin kansalaisuus.

Kohta 28. Merkitse äidin tupakointi.

Kohta 29. Merkitse onko äidille nimetty omahoitaja.

Kohta 30. Merkitse onko äiti uudelleen synnyttäjä. Mikäli on, niin millaisena kokenut aikaisemmat synnytykset.

Kohta 31. Kirjoita kuinka pitkään imettänyt aikaisempia lapsiaan.

Kohta 32. Valitse kalenterista kotiutumispäivä.

Kohta 33. Merkitse paino kotiutuessa. Mittayksikköä ei merkitä.

Kohta 34. Mikäli on huomautettavaa tai lisättävää johonkin mittarin kohtaan sen voi kirjoittaa tähän.

Lopuksi laita hiirellä ruksi ”haluan lähettää vastaukset” ja paina lähetä painiketta. Mikäli haluat keskeyttää mittarin täyttämisen paina ”palauta alkuperäiset”. Jolloin vastaukset häviävät, sulje mittari yläkulman ruksista.

KIITOS!

Tarvittaessa voitte ottaa meihin yhteyttä sähköpostilla

maria.nurmi@mail.mamk.fi SannaM.pulkkinen@mail.mamk.fi

IMETYSMITTARIN KÄYTETTÄVYYS HOITOTYÖSSÄ

1. Työpisteesi

- synnytyssali
 osasto 22

2. Minulla on imetysohjaajan koulutus

- kyllä
 ei

3. Minulla on imetysohjaajakouluttajan pätevyys

- kyllä
 ei

4. Kuinka monta imetysmittaria olet täyttänyt?

valitse ▼

5. Imetysmittarin täyttöön käytetty aika minuutteina

valitse ▼

6. Imetysmittarin helppokäyttöisyys

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Mittari oli helposti saatavilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittarin kirjalliset täyttöohjeet olivat ymmärrettävät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mittariin vastaaminen oli helppoa

7. Mitä hyötyä imetysomittarin käytöstä on työyksikössäsi?

8. Imetysomittarin kysymysten selkeys

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Mittarin kysymykset olivat selkeitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittarista ei puuttunut oleellisia kysymyksiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittarissa oli tarpeeksi sopivia vastausvaihtoehtoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittarissa ei ollut tarpeettomia osioita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Mikä kysymys jäi mielestäsi puuttumaan imetysomittarista?

10. Vauvamyönteisyyden mittaaminen

täysin

ei samaa

täysin

	samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	eri mieltä
Mittarista on hyötyä vauvamyönteisyyttä tutkittaessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittarin avulla voidaan edistää osaston vauvamyönteisyyttä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittarin täyttö on vaikuttanut työtapoihini vauvamyönteisyyttä edistäen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vauvamyönteisyyskriteerien täytyminen on tärkeää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vauvamyönteisyys-sertifikaatin saaminen olisi tavoiteltavaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Millä tavoin imetysomittarin käyttö on vaikuttanut työskentely tapoihisi?					
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>					
12. Miten kehittäisit imetysomittaria tai muuttaisit sitä?					
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>					
<input type="checkbox"/> Vahvista vastausten lähetyk					
<input type="button" value="Lähetä"/>					
