

KESKOSLASTEN IMETYS

Perhevalmennusmateriaalia monikkoperheille

Reeta Karppinen

Riina Kuusela

Kehittämistehtävä, syksy 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveystyöntekijä (AMK)

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	3
2 TERVEYS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	5
2.1 Käsitteiden määrittelyä	5
2.2 Monikkoperheiden terveyden edistäminen	6
2.3 Terveysviestintä.....	7
2.3.1 Perhevalmennus	8
3 KESKOSLASTEN IMETYS.....	9
3.1 Keskosuus	9
3.2 Imetys	10
3.2.1 Imetyksen terveysvaikutukset keskoslapsille.....	12
3.2.2 Imetyksen haasteet	13
3.2.3 Keskoslasten äitien imetyksen tukeminen	13
4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ.....	17
4.1 Suomen Monikkoperheet Ry	17
4.2 Tarkoitus ja tavoitteet.....	17
4.3 Toteutus.....	18
4.4 Arviointi.....	19
4.4.1 Itsearviointi	19
5 POHDINTA	21
5.1 Eettisyys ja luotettavuus	21
5.2 Hyödynnettävyys	21
5.3 Ammatillinen kasvu.....	22
LÄHTEET	23
LIITE 1: 10 askelta onnistuneeseen imetykseen.....	26
LIITE 2: Keskoslasten imetys.....	27
LIITE 3: Arviointilomake	31

1 JOHDANTO

Monikkolasten saaminen on yksi elämän suurista yllätyksistä. Vanhemmille se tuo mukanaan monenlaisia haasteita, mutta on samalla myös ainutlaatuista. Lapset tuovat paljon iloa ja parhaimmillaan monikkous on koko perhettä lähentävä voimavara. Suomessa syntyy vuosittain noin 850 kaksoset ja noin 10 kolmoset (Suomen Monikkoperheet 2012a). Vuonna 2010 syntyneistä kaksosista 47,2 prosenttia ja kolmosista 100 prosenttia syntyi ennenaikaisesti (Vuori & Gissler 2011).

Kehittämistehtävämme aihe tuli esille opintojen aikana käydyissä keskusteluissa. Suomen Monikkoperhe ry:llä oli menossa hanke, johon he etsivät yhteistyökumppaneita. HYVÄ ALKU 2 – Ohjausvälineitä monikkovauvoja odottaville (2012–2013) – hankkeen tarkoituksena on päivittää monikkoperhevalmennuksen ohjausmateriaaliaineisto. Kiinnostuimme aiheesta ja saimme mahdollisuuden toteuttaa kehittämistehtävämme osana hanketta.

Rintamaito on parasta ravintoa ennenaikaisesti syntyneelle. Imettämisestä on terveyshyötyjä niin lapselle kuin äidillekin. Imettäminen suojaa lasta infektioilta ja lähentää äidin ja lapsen suhdetta toisiinsa. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos i.a.a.) Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2004 imeväis- ja leikki-ikäisten ravitsemussuositukset. Keskosten kohdalla imetystä suositellaan samoin periaattein kuin täysiaikaisena syntyneillä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 35 & 68.) Käsittelemme tehtävässä keskosena syntyneiden monikkolasten imetystä.

Työssämme olemme määritelleet seuraavia käsitteitä: terveys, monikkoperheiden terveyden edistäminen, terveysviestintä sekä keskosuus. Tutkimustietoa monikkokeskosten imetyksestä on vähän saatavilla. Tutkittua tietoa löytyy lähinnä yksöskeskosen imetyksestä. Hankkimaamme tietoa voidaan kuitenkin soveltaa monikkolasten imetykseen.

Kehittämistyömme menetelmänä on käytetty terveystiedotusta. Perhevalmennus on terveystiedotuksen menetelmä ja kehittämämme PowerPoint-esitys (LIITE 2) keskoslasten imetyksestä on osa tulevaa monikkoperheiden perhevalmennusmateriaalia.

2 TERVEYS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

2.1 Käsitteiden määrittelyä

Terveys-käsitettä Maailman Terveysjärjestö (WHO) on määritellyt seuraavasti: ”Terveys ei ole ainoastaan sairauden puuttumista, vaan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila.” WHO:n määrittelemästä terveys-käsitteestä huolimatta, terveys on aikaisemmin kytkeytynyt vahvasti sairauskäsitteeseen, terveysriskeihin ja patologiaan. Vasta 1970-luvun loppupuolella löydetty Salutogeeninen lähestymistapa antoi uuden suunnan terveys ajatteluun. Salutogeneesin eli terveyslähtöisyyden lähtökohtana on löytää voimavaroja, joilla edistetään terveysprosessia kohti hyvinvointia ja elämänlaatua yksilö-, ryhmä- ja yhteiskuntatasoilla. Keskeistä salutogeenisessä teoriassa on ihmisen kokema koherenssin tunne, eli kyky pystyä hyödyntämään omia ja ympäristön yleisiä voimavaroja hyväkseen. (Lindström & Eriksson 2010, 32–35.)

Terveyden edistämisen määrittely on haastavaa, sillä se käsittää erittäin laajan toimintakentän. Kansainvälisessä Ottawan asiakirjassa terveyden edistämisen on määritelty olevan esimerkiksi terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittämistä, yksilöiden ja yhteisöjen taitojen kehittämistä, terveellisen ympäristön luomista sekä terveyspalvelujen uudistamista. Tarkoituksena on siis kehittää ihmisten mahdollisuuksia omasta ja ympäristön hyvinvoinnista huolehtimiseen. (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2010, 15–16.)

Terveyden edistämisen pohjan muodostaa etiikka. Terveyden edistäminen on arvotyöskentelyä, jossa eettistä perustaa tulee tarkastella yksilö, yhteisö ja yhteiskuntatasolla. Tärkeitä terveyden edistämisen eettisiä periaatteita ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, sekä voimavarojen vahvistaminen, vastuullisuus ja osallisuus. (Pietilä ym. 2010, 15, 18–19.)

2.2 Monikkoperheiden terveyden edistäminen

Suomen monikkoperheet ry:n määritelmän mukaan monikkoperhe on perhe johon samalla kertaa syntyy useampi lapsi. Perheessä voi olla jo aiemmin syntynyt lapsi/lapsia. Suomessa syntyy vuosittain kaksoset noin 850 perheeseen, kolmoset noin 10 perheeseen. Suomessa nelosvauvat ovat syntyneet viimeksi vuonna 1994 ja viitoset vuonna 1977. (Suomen monikkoperheet 2012a.)

Monikkoperheellisyttä ei voi itse valita eikä tarkasti suunnitella. Se on elämän eteen tuoma tilanne, johon perhe ei voi itse etukäteen vaikuttaa. Monen vauvan odottaminen ja hoitaminen tuo mukanaan moninkertaiset haasteet raskausajan riskit, mahdollinen ennenaikainen synnytys, lasten hoito sekä taloudelliset kysymykset. Monikkovauva on siis lapsi joka on toinen kaksosista, yksi kolmosista tai nelosista. Monikkovauvat voivat syntyä perheen esikoisiksi tai perheeseen jossa on jo useampi lapsi. (Suomen monikkoperheet 2012a.)

Monikkolapsia odottavat kohtaavat monenlaisia haasteita, joita ovat esimerkiksi riskiraskauteen liittyvät pelot, huoli perheen taloudellisesta selviytymisestä, sekä omien voimavarojen riittämisestä. Karhumäen (2009, 134.) mukaan erilaisiin haasteisiin valmistautuessaan tulevien vanhempien tulisi saada asianmukaista tietoa niiltä tahoilta, joiden tehtäviin kuuluu perheiden tukeminen. Monikkolapsia odottavat tarvitsevat tietoa raskauden etenemisestä sekä tulevasta monikkoarjesta.

Monikkoperheille suunnattujen palvelujen yhteydessä tulisi käsitellä vanhempien uupumuksen ja väsymyksen kokemuksia. Voimavarojen hiipumista ennalta ehkäisevien toimien, kuten kotipalvelun, avulla voidaan vaikuttaa positiivisesti koko perheen jaksamiseen ja hyvinvointiin. (Karhumäki 2009, 135.) Monikkoperheille tehdyistä kyselyistä selviää, että kaksosten perheistä yli 50 prosenttia kokee tarvitsevansa ulkopuolista kotiapua, mutta vain 10 prosenttia on saanut sitä riittävästi (Kumpula 2007, 78). Taloudellisen tuen ja kotiin tarvittaessa saatavan ammattiavun on todettu edistävän merkittävästi monikkoperheiden hyvinvointia (Karhumäki 2009, 135). Lähivuosina kunnallisten palveluiden karsinnan kohteena ovat kuitenkin olleet lapsiperheiden kotipalvelut, kouluterveydenhoito,

neuvolapalvelut, sekä perhevalmennustoiminta. Juuri kyseiset palvelut ovat erityisen tärkeitä monikkoperheille. (Kumpula 2007, 74–75.)

Monikkoperheiden hyvinvoinnin tukemisessa on tärkeää tunnistaa heidän erilaiset tarpeet ja vaiheet, joissa perheet elävät. Tuen tarve on yleensä suurin lasten ensimmäisten elinkuukausien aikana. Vertaistuki on monikkoperheille tärkeää. (Karhumäki 2009, 135.) Vertaistukea monikkoperheet voivat saada esimerkiksi internetistä tai monikkoperheyhdistyksen kautta (Kumpula 2007, 74). Suomalaisen Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) 2006 -tutkimuksen mukaan monikkoäidit kokivat, että monikkoarkea ymmärtävät parhaiten toiset monikkojen vanhemmat. Monelle äidille internet oli toiminut yhtenä tärkeimpänä tiedon hankinnan ja vertaistuen lähteenä. (Karhumäki 2009, 131–132.) Terveysalan asiantuntijoiden yksi tärkeä tehtävä onkin ohjata monikkolasten perheet vertaistuen piiriin.

2.3 Terveysviestintä

Terveysviestinnästä ei ole olemassa yksiselitteistä selkeää määritelmää. Kaikki terveysviestinnän tutkijat määrittelevät sen eri tavoin. Useimmiten terveysalan tutkijoille, terveysviestintä on ohjaavaa, positiiviseen terveyteen vaikuttamista. Toisille tutkijoille se taas on kaikki viestintä, mikä jollakin tavalla liittyy terveyteen. WHO määrittelee terveystieteen tarkoittavan positiivista terveyteen vaikuttamista. (Torkkola 2002, 5.)

Terveydenhuollon asiakkaalla on oikeus saada ymmärrettävää tietoa koskien hänen omaa terveyttään. Tiedon antaminen yhteydessä on myös varmistuttava, että sen vastaanottaja ymmärtää tiedon sisällön. Erityisesti tämä korostuu annettaessa terveystietoon liittyvää tietoa. Terveystietokasvatuksellinen viesti tavoittaa ensisijaisesti ne, jotka ovat jo muutenkin kiinnostuneita aiheesta. Haasteena on saada varsinaiseen kohderyhmään kuuluvat kiinnostumaan aiheesta. (Sukula 2002, 20.)

2.3.1 Perhevalmennus

Perhevalmennus on yksi terveyden edistämisen menetelmä, joka on suunnattu lasta odottaville vanhemmille. Perhevalmennus toteutetaan ryhmätoimintana raskausaikana. Sen tarkoituksena on valmentaa tulevia vanhempia ottamaan vastaan niitä muutoksia perheessä, joita uusi perheenjäsen tuo tullessaan. Perhevalmennus toteutetaan neuvolassa ja järjestämisen päävastuussa ovat yleensä neuvolan terveydenhoitajat. (Haapio, Koski, Koski & Paavilainen 2009, 9 – 13.)

Kaikilla lasta odottavilla vanhemmilla on mahdollisuus osallistua perhevalmennukseen riippumatta heidän taustastaan. Lasta/lapsia odotettaessa jokainen perhe kokee oman tilanteensa erityiseksi. Valtakunnallisesti on suuria eroja kuinka monikkoperheiden perhevalmennusta on mahdollisuus toteuttaa. Monikkolapsia ei välttämättä synny samanaikaisesti riittävän moneen perheeseen, jotta heille voitaisiin järjestää kohdennettua perhevalmennusta. (Haapio ym. 2002, 9–12.)

Monikkolapsia odottavat toivovat saavansa omaan tilanteeseensa sopivaa perhevalmennusta. Näin monikkoperheille tärkeä vertaistuki ja asianmukaisen tiedon saaminen mahdollistuu. (Kumpula 2007, 78.) Ammattilaisille tietoa monikkosynnytyksistä välittyy hitaasti, koska monikkosynnytyksiä on paljon harvemmin kuin yksisikiöisiä synnytyksiä. Monikkoperheiden ohjausta varten tällöin on hyvä kääntyä paikallisten monikkoperheyhdistysten puoleen ja käyttää niiden asiantuntemusta hyväkseen monikkoperhevalmennukseen liittyvissä asioissa. (Haapio ym. 2009, 158.) Monikkoperheiden perhevalmennusmateriaalia on saatavana Suomen monikkoperhe ry:ltä (Suomen Monikkoperheet 2012a).

3 KESKOSLASTEN IMETYS

3.1 Keskosuus

Lapsen keskosuutta voidaan määrittää sekä raskauden keston että syntymäpainon mukaan. Raskausviikkojen mukaan määriteltynä lapsi on keskonen, jos hän syntyy ennen 37. raskausviikkoa. Lapsi on pieni keskonen, jos hän syntyy ennen 32. raskausviikkoa. Määriteltäessä keskosuutta lapsen syntymäpainon mukaan, voidaan sanoa että alle 2500 gramman painoisena syntynyt lapsi on keskonen. Alle 1500 gramman painoisena syntyneestä lapsesta käytetään käsitettä pienipainoinen keskonen. Erittäin pienipainoisesta keskosesta puhuttaessa viitataan alle 1000 gramman painoisena syntyneeseen lapseen. (Korhonen 2003, 25.)

Monikkoraskauksien merkittävimmistä erityispiirteistä on ennenaikainen synnytys (Ahlgrén 2007, 20). Lähes puolet kaksosista ja kaikki kolmoset syntyvät ennenaikaisesti. Kaksoset syntyvät keskimäärin raskausviikolla 36 ja kolmoset raskausviikolla 31. Noin 13,4 prosenttia syntyneistä monikkolapsista on raskausviikkoihin nähden pienipainoisina, kun vastaava luku yksi kerrallaan syntyneillä lapsilla on 2 prosenttia. Monikkolapsista lähes puolet viettävät ensimmäiset elinpäivänsä tai viikkonsa tehohoidossa. (Karhumäki 2009, 129.)

Osa monikkoperheistä kotiutuu yhden tai useamman lapsen jäädessä sairaalaan. Kotona käytännön järjestelyt vaativat organisoimista varsinkin, jos perheessä on vanhempia lapsia, joiden hoidosta on myös huolehdittava. Syntyminen ennenaikaisesti voi aiheuttaa lapsille ongelmia ja siitä johtuen lapset voivat vaatia erityistä hoitoa ja huolenpitoa verrattuna täysiaikaisina syntyneisiin lapsiin. (Ahlgrén 2007, 20.)

Keskosena syntyneiden lasten alkuvaiheen hoidot ovat yleensä haasteellisempia ja selviytyminen yleensä on riskialttiimpaa kuin normaalipainoisina syntyneiden lasten. Teknologian ja lääketieteenkehityksen myötä yhä pienempänä syntyneiden lasten on mahdollisuus jäädä eloon. Jopa raskausviikolla 24 syntyneen

lapsen on mahdollisuus selviytyä hengissä, kasvaa ja kehittyä hyvin. Useasti keskoset joutuvat heti syntymän jälkeen teho-hoitoon. Sairaalassaolo aika voi pitkittyä kuukausien mittaiseksi. Tehohoito ja pitkään sairaalassa oleminen vaativat lapselta ja vanhemmilta paljon voimavaroja. (Heikka 2007, 298.)

Keskosena syntyneen vauvan kehitys on jäänyt kesken, tästä johtuen keskosuuteen liittyy riskitekijöitä. Keskosena syntyneillä yleisimmät riskitekijät ovat hengitys- ja verenkiertoperäiset syyt sekä hermostoperäiset syyt. Hengitysvaikeusoireyhtymä RDS -tauti on keuhkosairaus, joka johtuu epäkypsyydestä. Keskosen krooninen keuhkosairaus BPD, voi olla seurauksena hengityskonehoitoa vaatineen RDS -taudin hoidosta. Aivoverenvuodot voivat myöhemmin aiheuttaa neurologisia ongelmia. Nekroottinen enterokoliitti (NEC) on henkeä uhkaava suolistosairaus. Verkkokalvosairaus (ROP), jossa verkkokalvon verisuonitus häiriintyy ja voi muuttua poikkeavaksi. Tavalliset virusinfektiot voivat olla hengen vaarallisia ennen aikaisesti syntyneelle lapselle, koska vastustuskyky on vielä kehittymätön. (Heikka 2007, 298 – 299; Mikkola, Tommiska, Hovi & Kajantie 2009; Arasola ym. 2005, 406 – 411.)

Keskoslapsella on hyvin herkkä ja läpikuultava iho, joka on otettava hoidossa huomioon. On tärkeää pitää lapsen iho ehjänä ja puhtaana. Hermoston epäkypsyydestä johtuen lämmönsäätely on vielä puutteellista ja keskosilta puuttuu lähes kokonaan ihonalainen rasvakudos. Tästä johtuen keskosten lämpötasapainosta huolehtiminen on tärkeää. Keskoskaapissa lämmön ja kosteuden suhde on suotuisa keskoslapselle. (Arasola, Reen, Vepsäläinen & Yli-Huumo 2005, 402 – 404.)

3.2 Imetys

Sosiaali- ja terveysministeriö, STM on julkaissut vuonna 2004 imeväis- ja leikkiikäisten lasten ravitsemussuositukset, jotka pohjautuvat uusimpiin tutkimuksiin sekä Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksiin. Imeväisikäisen suosituksissa on myös otettu huomioon Maailman terveysjärjestön, WHO:n imetystä

koskevat suositukset, jotka koskevat terveitä, normaalipainoisina syntyneitä lapsia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a.b.)

Imetykseen liittyvän hoitotyön suosituksen tavoitteena on raskaana olevan sekä imeväisikäisen lapsen äidin ja perheen saaman imetystuen laadun parantaminen sekä imetykseen liittyvien ohjauskäytäntöjen yhtenäistäminen. Suosituksen avulla imetysohjaus on yksilöllistä ja perustuu ajantasaiseen tutkimustietoon. Imetysohjausta toteutetaan yksilöllisesti äidin ja perheen tarpeen mukaan käyttämällä useita eri tapoja ja menetelmiä. Pelkkä kirjallinen ohjaus ei riitä tukemaan imetystä. Imetysohjauksessa myös vertaistukea tulee tarjota monipuolisesti. Vertaistukijoiden yhteistyö yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa tukee imetyksen onnistumista. (Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus: Hoitotyön suositus, 2010.)

STM:n suosittaa kuuden kuukauden täysimetystä, jonka jälkeen imetystä jatketaan kiinteiden lisäruokien ohella lapsen kahteentoista ikäkuukauteen saakka (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a.b). Täysimetyksellä tarkoitetaan sitä, että lapsi saa ravinnokseen ainoastaan äidin rintamaitoa. Rintamaito voidaan antaa joko imettämällä tai lypsettynä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 18.) Kiinteiden ruokien anto tulee aloittaa viimeistään kuuden kuukauden iässä, mutta ei ennen neljän kuukauden ikää. Kiinteiden lisäruokien antamisessa tulee huomioida lapsen yksilölliset tarpeet, kasvu ja valmiudet. Jos lasta ei imetetä tai imetys ei yksinään riitä turvaamaan lapsen riittävää ravitsemusta, niin tuolloin käytetään teollista äidinmaidonkorviketta. Rintamaidon lisänä lapselle tulee antaa d-vitamiinia valmisteena kymmenen mikrogrammaa vuorokaudessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a.b.)

Imetystä suositellaan keskoslapsille samoin periaattein kuin täysiaikaisille (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 68). Keskoslasten kohdalla onnistunutta imetystä tukee hallittu, systemaattinen ja jatkuva ohjausprosessi. Imetysohjauksen tulee olla näyttöön perustuvaa, asiantuntevaa, yksilöllistä sekä äitilähtöistä. Äidin kohtaaminen yksilönä on tärkeää, jotta negatiiviset mielikuvat ja kokemukset imetyksestä voidaan minimoida. Keskosten hoidon tulee olla perhekeskeistä. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että vanhemmat

tunnistetaan lasten tärkeimmiksi henkilöiksi ja ensisijaisiksi hoivaajiksi. Äidin päätöstä olla imettämättä tulee myös kunnioittaa, eikä se saa vaikuttaa rajoittavasti muuhun perhekeskeiseen hoitoon, kuten kenguruhoitoon. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos i.a.c.)

3.2.1 Imetyksen terveysvaikutukset keskoslapsille

Äidinmaito on lapselle luonnollinen ja turvallinen ravinnonlähde. Äidinmaito sisältää useita infekti suojaavia lisäviä, tulehdusreaktioita hillitseviä ja muita aktiivisia ainesosia, jotka tukevat vastasyntyneen puolustusmekanismeja. Lisäksi ainesosat vaikuttavat imeväisen suolen kasvuun ja kehitykseen. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 28.)

Vuonna 2007 julkaistun kehittyneitä maita koskevan imetyksen terveysvaikutusanalyysin mukaan imetys suojaa imeväisiä vaikeilta hengitystieinfektioilta, ripulitaudeilta sekä korvatulehduksilta. Imetetyillä lapsilla näyttäisi analyysin mukaan esiintyvän vähemmän useita vakavia lapsuusiän sairauksia, kuten leukemiaa, myöhempää lihavuutta tai diabetesta. Myös kätkytkuolemat ovat analyysin mukaan lähes puolta harvinaisempia imetetyillä kuin korvikemaitoa saaneilla lapsilla. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 28–29.)

Äidinmaidon yksi tärkeimmistä terveysvaikutuksista keskosten kohdalla on vakavien infektioiden väheneminen. Esimerkiksi erittäin pienillä keskosilla äidinmaidon on todettu ehkäisevän vaikealta suolistotulehdukselta. Äidinmaito soveltuu keskosille erinomaisesti, sillä se tukee kehittymätöntä ruoansulatusta sekä edistää suoliston, aivojen, silmien ja vastustuskyvyn kehittymistä. Lisäksi äidinmaidon on todettu tukevan keskosten motorista ja kognitiivista kehitystä (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 28, 68; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos i.a.c.)

3.2.2 Imetyksen haasteet

Keskoslasten äidit imettävät harvemmin ja lyhyempään kuin täysaikaisten lasten äidit. Syitä tähän on useita, osa äitiin liittyviä ja osa lapseen. Lapseen liittyviä syitä ovat esimerkiksi elimistön kehittymiseen liittyvät syyt. Esimerkiksi imemis- ja nielemisrefleksi kehittyi raskausviikolla 29. Raskausviikolta 31 lähtien lapsi osaa jo imeä kauemmin ja niellä maitoa toistuvasti. Hengityksen säätely imemisen aikana ei kuitenkaan ole aina kehittynyt tässä vaiheessa. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 69.)

Äidin maidoneritys on enneaikaisen synnytyksen jälkeen usein hidasta, sillä lapsi ei pysty imemään tehokkaasti rintaa ja edistää näin maidon herumista. Lisäksi äidin huoli enneaikaisena syntyneen lapsen tilasta voi vaikuttaa maidoneritykseen. Tällaisissa tilanteissa äitejä on tärkeää tukea osittaisimetykseen. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 69.)

Monikkolasten kohdalla imetykseen tulee lisäksi se haaste, että syötettäviä on useampi kuin yksi. Tästä johtuen äiti joutuu päättämään imettääkö lapsia yhtäaikaisesti vai erikseen. Yhtäaikaisesti imetettäessä kumpikaan lapsista ei joudu odottamaan ja imetystuokioihin kuluu vähemmän aikaa. Tällöin lapset saattavat kuitenkin häiritä toisiaan ja lasten imutehokkuuden tarkkailu voi olla hankalaa. Jos äiti taas imettää lapsiaan eriaikaisesti, hän kykenee tutustumaan paremmin lapsiinsa yksilöinä ja imuotekin on helpompi tarkastaa. Eriaikainen imetys vie äidiltä kuitenkin kaksinkertaisen ajan ja vaikeuttaa molempien lasten tyytyväisenä pitämistä. Äiti saattaa väsyä ja kokea riittämättömydentunnetta. (Suomen monikkoperheet 2012b.)

3.2.3 Keskoslasten äitien imetyksen tukeminen

1980- ja 90-luvuilla tehtyjen suomalaisten tutkimusten mukaan keskoslapsia imetettiin vähemmän ja lyhyempään kuin täysaikaisia. Uudempia suomalaisia tutkimuksia ei ole tehty. Kuitenkin imetysopastuksen ja Vauvamyönteisysohjelman myötä tuntuma on se, että myös keskosten äidit imettävät lastaan kotiu-

tumisvaiheessa useammin kuin 10–20 vuotta sitten. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 68.)

Vauvamyönteisyysohjelmaa voidaan käyttää apuna ennen aikaisten lasten imetyksessä. Vauvamyönteisyysohjelma on WHO:n ja Unicefin vuonna 1989 yhteistyössä kehittämä ohjelma, jonka tarkoitus on suojella, edistää ja tukea imetystä kaikissa sellaisissa yksiköissä, joissa hoidetaan raskaana olevia, synnyttäviä ja synnyttäneitä äitejä. Vauvamyönteisyysohjelman osana on julkaistu kymmenen askeleen ohjelma onnistuneeseen imetykseen (LIITE 1), joka on käytännönläheinen ohje imetyksen edistämiseen ja tukemiseen synnytysyksikössä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 48.)

Varhaisella ihokontaktilla voidaan edistää ennen aikaisen synnytyksen jälkeistä imetystä. Varhaista ihokontaktia voidaan jatkaa kenguruhoitona sairaalassa ja vielä kotona. Kenguruhoito mahdollistaa vanhempien ja lapsen läheisyyttä. Sen on todettu edistävän lapsen kasvua ja kehitystä. Kenguruhoitossa lapsi laiteetaan vanhemman paljasta rintaa vasten vaippasiltaan. Näin hän saa tuntokosketuksen, tuntee sydänäänet ja oppii tunnistamaan vanhempien tuoksun. Vanhemmalle kenguruhoito lisää luottamusta siihen, että hän kykenee tuottamaan turvallista oloa lapselle. Kenguruhoitossa, lähellä rintaa lapsi voi myös itse ryömiä rinnalle ja alkaa hamuta nänniä suuhunsa. Kenguruhoito vakiinnuttaa lapsen hengitystä sekä rauhoittaa lasta. Näin myös keskittyminen itse imetystapahtumaan paranee. Tehohoidossa olevalle lapselle voidaan myös antaa kenguruhoitoa, voinnin ollessa vakaa. (Heikka 2007, 302; Arasola ym. 2005, 421; Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 69.)

Tilanteissa joissa lapsi ei kykene vielä itse imemään, on äitiä ohjattava lypsämissen aloittamiseen varhain, noin kuuden tunnin kuluttua synnytyksestä. Äidin tulee lypsää 8-10 kertaa vuorokaudessa, ainakin yhden kerran yössä. Ensimmäisinä päivinä äidin on hyvä lypsää käsin. Sähkökäyttöistä rintapumppua voidaan käyttää, kun maidon määrä alkaa lisääntyä. Rintapumpun olisi hyvä olla sellainen, jolla äidin on mahdollista lypsää molemmat rinnat yhtä aikaa. Näin maidon muodostuminen tehostuu. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 69.)

Täysiaikaiseen lapseen verrattuna keskosen imettäminen vaatii äidiltä huomattavaa sitoutumista ja aikaa. Hoitohenkilökunnan antama tuki keskosen äidille on tärkeää imetyksen onnistumisen kannalta. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 70.) Lassila on pro gradu – työssään tutkinut keskosen vanhempien hoitohenkilökunnalta saamaa ohjausta sairaalahoidon aikana. Tutkimus on tehty yhden keskoslapsen vanhempien näkökulmasta. Lassilan (2006, 44) tutkimuksen mukaan keskosen vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus tukee vanhemmuuden kehittymistä. Ohjauksen saaneet vanhemmat osallistuvat keskosen hoitoon enemmän ja heidän oma jaksaminen paranee. Lisäksi ohjauksen myötä vanhemmat tulevat myös tietoisiksi lapsensa tilasta, joka erityisesti lisää vanhemmuuden vahvistumista.

Hoitohenkilökunnan antama yksilöllinen, vanhempien tarpeista lähtevä ohjaus edistää vanhempien osallistumista keskosen hoitoon. Keskoslaster vanhemmat kokevat omahoitajuuden edistävän tiedon kulkua, sillä omahoitaja on lapsen asioissa ajan tasalla ja varmistaa näin hoidon jatkuvuuden. Ohjaukseen tulee varata riittävästi aikaa, sekä tila, jossa yksityisyys on suojattuna ja häiriötekijöitä esiintyy mahdollisimman vähän. Ohjauksen alkuaikoina on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että vanhemmat pystyvät ottamaan aluksi vain vähän tietoa vastaan. Jatkossa tarpeen mukaan hoitohenkilökunnan on hyvä palata vanhempien kanssa alkuajan asioihin. Uusia asioita läpikäydessä on suotavaa, että lapsen molemmat vanhemmat ovat tällöin paikalla. (Lassila 2006, 46, 50.)

Imetysohjauksessa tulee huomioida äidin lisäksi puoliso ja muut läheiset, jotka voivat tukea imetystä (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 70). Lassilan tutkimuksen mukaan keskoslaster isien ohjaus jää vähäiseksi ja on näin yksi hoitotyön kehittämiskohta (Lassila 2006, 50). Vanhempia on hyvä informoida imetyksen vertaistukiryhmistä sekä muista tukea antavista tahoista. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 71). Lassilan mukaan keskoslapsen vanhemmat kokevat tärkeänä vertaistuen, sekä toivovat että sitä hyödynnettäisiin hoidossa enemmän. Samassa tilanteessa olevien vanhempien ymmärrys tilanteesta antaa tukea ja auttaa jakamaan kokemuksia. (Lassila 2006, 49.)

Lapselle tulee tehdä selkeä seurantasuunnitelma, josta tulee ilmi imetystavoitteet ja – ongelmat, ravintolisät sekä kiinteän ruoan aloittamissuunnitelma (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 70). Keskosena syntynyt tarvitsee usein äidinmaitoon lisättävää ravintolisää. Syy ravintolisiin tulee selvittää vanhemmille sekä korostaa, että rintamaito on tärkeintä ravintoa lapselle ja ravintolisät ovat vain väliaikaisia. (Terveystieteiden tutkimuskeskus i.a.d.) Keskoslapsen hoitoa suunniteltaessa hoitohenkilökunnan tulee kuunnella vanhempia ja ottaa heidät mukaan lapsen hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Lassila 2006, 50). Riittävä tiedonkulku synnytyssairaalaan lasta jatkossa hoitaviin tahoihin kuten neuvolaan on myös tärkeää. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 70–71.)

Monikkoperheissä puolison tärkeys korostuu, sillä suurimmalle osalle monikkovanhemmista puoliso on tärkein jaksamisen lähde (Kumpula 2007, 78). Monikkoperheissä äidin tuen saaminen puolisoilta on onnistuneen imetyksen ohella merkittävä vaikutin siihen, että monikkolasten äiti kokee työntäyteisen arjen antoisana ja pääasiassa helppona, sekä kokee onnistuneensa vanhemmuudessa (Karhumäki 2009, 133–134).

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

4.1 Suomen Monikkoperheet Ry

Yhteistyökumppanina kehittämistehtävässä on ollut Suomen monikkoperheet ry. Se on järjestö, jonka jäseninä ovat alueelliset paikallisyhdistykset. Järjestön tarkoituksena on tuottaa ja jakaa tietoa ja kokemuksia kaksosten, kolmosten ja nelosten perheille. Toiminnan päärahoittajana on Raha-automaattiyhdistys.

Kehittämistehtävä on yksi osa monikkoperhevalmennuksen ohjausmateriaalia ja kuuluu HYVÄ ALKU 2 -hankkeeseen. Suomen monikkoperhe ry:n HYVÄ ALKU 2 – Ohjausvälineitä monikkovauvoja odottaville hanke (2012–2013), on hanke jonka tarkoituksena on päivittää monikkoperhevalmennuksen ohjausmateriaalia. Yhteistyöhenkilönä meille on ollut hankkeen projektipäällikkö.

4.2 Tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämistehtävän tarkoituksena on tuottaa perhevalmennusmateriaalia keskoslasten imetyksestä. Tarve materiaalin tuottamiselle on tullut Suomen monikkoperheet ry:ltä. Kehittämistehtävämme tulee olemaan osa monikkoperhevalmennuksen ohjausmateriaalia.

Kehittämistehtävän kirjallisen materiaalin lähdeaineisto pohjautuu tukittuun tietoon. Tarkoituksena on perehtyä aiheeseen liittyviin tutkimuksiin ja teoksiin. Perhevalmennukseen kehitetty ohjausmateriaali on tarkoitus toteuttaa kirjallisen materiaalin pohjalta. Monikkoperhevalmennusta toteuttavat terveydenhoitajien lisäksi myös esimerkiksi monikkolasten vanhemmat. Tavoitteenamme on huomioida myös tämä materiaalia tehdessämme.

Ohjausmateriaalin tulee olla selkeä ja yhteistyökumppanimme tavoitteet huomioiva. Yhteistyökumppanimme tavoitteena on ajanmukaistaan työllämme mo-

nikkoperheiden perhevalmennusmateriaalikansiota. Ohjausmateriaali tulee olla saatavilla myös sähköisessä muodossa.

Kehittämistehtävän tarkoitus on syventää ammatillista osaamistamme. Tehtävän kautta opimme lisää keskoslasten hoitotyöstä, sekä monikkoperheistä. Osallisuutemme projektissa tukee myös ammatillista kasvuamme. Kehittämistehtävän tekeminen yhdistyksen kanssa mahdollistaa moniammatillisessa yhteistyössä toimimisen.

4.3 Toteutus

Kehittämistehtävän toteutus alkoi Suomen monikkoperheet ry:n projektipäällikön tavattuamme. Tapaamisessa saimme lisätietoa aiheestamme ja yhteistyökumppanimme toiveista. Tapaamisen jälkeen aloimme suunnitella tarkempaa aikataulusta työllemme, sekä jaoinme kirjallisenmateriaalin osuuksia keskenämme.

Aloimme työstää kirjallista materiaalia perehtymällä aiheeseen liittyviin tutkimuksiin ja artikkeleihin. Prosessin alkuvaiheilla tapasimme ohjaavan opettajamme, joka antoi lisäohjeita kehittämistehtäväämme. Lisäksi tapasimme yhteistyökumppanimme muutamia kertoja prosessin työstämisen ohessa. Häneltä saimme myös ohjeita ja lisämateriaalia kehittämistyötä varten. Tapaamisten lisäksi olimme lähes viikoittain sähköpostitse yhteydessä yhteistyökumppaniimme sekä ohjaavaan opettajaan.

Kirjallisenmateriaalin ollessa loppuvaiheilla aloimme työstää monikko-perheiden perhevalmennukseen suunnattua ohjausmateriaalia lähdeaineiston pohjalta. Ohjausmateriaali toteutettiin yhteistyökumppanimme tavoitteiden mukaisesti PowerPointin muodossa. PowerPointia tehdessämme kiinnitimme huomiota erityisesti siihen, että diat olivat mahdollisimman selkeitä ja ne sisälsivät kohde-ryhmän kannalta oleellisen tiedon keskoslapsen imetyksestä.

4.4 Arviointi

Kehittämistehtävän kokonaisuuden arviointi on osa oppimisprosessia joka voidaan toteuttaa kriittisesti tutkivalla asenteella. Tavoitteiden toteutuminen on yksi osa arviointia. On hyvä myös arvioida mitkä asiat jäivät toteutumatta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154 – 155.) Suomessa Terveyden edistämisen keskus on laatinut yleiset arviointikriteerit terveysaineistoille. Arvioitaessa terveysaineistoa tulee erityisesti huomioida esimerkiksi seuraavat asiat: materiaalilla on selkeä terveystavoite, kuvat tukevat tekstiä, sekä tieto on virheetöntä ja sitä on sopiva määrä. (Jyväskylän yliopisto i.a.)

Pyysimme monikkoperhevalmennuksen pitäjiltä arviota perhevalmennukseen toteuttamastamme materiaalista. Lähetimme heille sähköpostitse saatekirjeellä varustetun arviointilomakkeen (LIITE 3) sekä PowerPoint – esityksen. Saa-mamme palautteen mukaan esityksen ulkoasu on selkeä ja diat sisältävät riittävästi tietoa monikkokeskusten imettamisestä. Esitystä voi käyttää monikkoperhevalmennuksen tukena.

Palautteesta käy ilmi, että perhevalmennusta on hyvä toteuttaa erilaisia menetelmiä hyväksikäyttäen. PowerPointin käyttö ainoana perhevalmennuksen toteuttamisen menetelmänä voi osallistujista tuntua pitkästyttävältä. Haapio ym. (2009, 159) mukaan perhevalmennuksen imetysosiota voidaan toteuttaa esimerkiksi demonstroimalla imetysasentoja nukkejen avulla, pitämällä tietotesti imetyksestä tai järjestämällä keskustelua imetysvideoiden pohjalta.

4.4.1 Itsearviointi

Perhevalmennusmateriaali on toteutettu kehittämistehtävämme teoriaosuutta hyödyntäen. Teoriaosuus täydentää hyvin perhevalmennusmateriaalia, joka puolestaan on selkeä ja sisältää ydinasiat keskoslasten imetyksestä. Perhevalmennusmateriaalin kuvat selkiyttävät PowerPoint – esitystä ja lisäävät sen mielenkiintoisuutta. Kuvia esityksessä olisi voinut olla enemmänkin, mutta meillä ei ollut käytettävissä enempää aiheeseen liittyvää kuvamateriaalia.

Lähdeaineistona olemme käyttäneet uusimpia tutkimuksia ja asiantuntijoiden teoksia. Kehittämistehtävää tehdessämme havaitsimme, että aihetta on tutkittu vähän. Tiedonhakua vaikeutti olennaisesti se, että aiheemme käsittelee marginaalista kohderyhmää. Imetyksen ja keskosuuden kohdalla olemme osittain voineet soveltaa tutkimuksia ja teoksia, joissa kohderyhmänä on ollut yksöskeskokset.

Kehittämistehtävän toteuttamisen suhteen olemme pysyneet aikataulussa. Aikataulussa pysymisen on mahdollistanut joustava ja aktiivinen yhteistyökumppani. Lisäksi meidän keskeinen työnjakomme on ollut ongelmaton ja yhteistyö on sujunut hyvin.

5 POHDINTA

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Terveyttä edistävän toiminnan edellytyksenä ovat arvot, käsitys ihmisestä ja terveydestä, sekä ammattietiikka. Terveyttä edistävässä työssä hoitoalan ammattilainen on velvollinen antamaan asiakkaalle riittävästi ymmärrettävää ja perusteltua tietoa kunnioittaen samalla asiakkaan itsemääräämisoikeutta. (Kylmä, Lindström & Vehviläinen-Julkunen 2002, 62 & 67.)

Monikkoperheiden perhevalmennukseen suunnatun ohjausmateriaalin on tarkoitus antaa perusteltua tietoa imetyksestä keskoslasten vanhemmille. Ohjausmateriaalin kautta tuomme vanhemmille rehellistä ja luotettavaa tietoa keskoslapsen imetykseen liittyvistä haasteista, merkityksestä sekä erilaisista imetystä tukevista keinoista.

Terveyden edistämisen tulee pohjautua tutkimuksilla tuotettuun tietoon (Kylmä ym. 2002, 63). Olemme toteuttaneet kehittämistehtävän aiheeseen liittyvien tutkimusten ja artikkeleiden pohjalta. Kehittämistyömme luotettavuutta parantaa lähdeaineiston lisäksi se, että olemme työskentelyn ohessa saaneet ohjeitusta asiantuntevalta yhteistyötaholta.

5.2 Hyödynnettävyys

Kehittämistehtävämme tulee olemaan osa Suomen Monikkoperheet ry:n HYVÄ ALKU 2 – hanketta ja sitä on jatkossa tarkoitus hyödyntää Suomen Monikkoperheet ry:n järjestämissä perhevalmennuksissa. Kehittämistehtävämme julkaistaan Suomen Monikkoperheet ry:n verkkosivuilla, jonka kautta perhevalmennusta pitävät voivat hakea lisätietoa aiheestamme.

Monikkoperheiden perhevalmennusten lisäksi olemme ajatelleet, että työtä voidaan hyödyntää myös muissa hoitotyötilanteissa, kuten esimerkiksi synnytys-

sairaaloissa keskoslasten imetyksen tukemisessa. Terveydenhoitajat voivat käyttää työtämme neuvolatyössä keskoslasten imetyskysymysten noustessa esiin. Lisäksi voimme tarjota hoitotyöntekijöille mahdollisuuden kehittää osaamistaan keskoslasten imetyksestä.

5.3 Ammatillinen kasvu

Kehittämistehtävämme aihe tuntui aluksi hieman vieraalta, sillä kumpikaan meistä ei ollut erityisemmin perehtynyt keskoslasten hoitotyöhön. Aihe oli kuitenkin mielenkiintoinen ja olimme molemmat alusta lähtien innokkaita perehtymään aiheeseen. Kehittämistehtävän aikana tieto keskoslasten imettämisestä ja monikkolapsista on lisääntynyt. Tulevana terveydenhoitajana on hyötyä siitä, että teoriassa on tietoa keskosuudesta ja keskoslapsen hoitamisesta.

Lyhyen aikataulun puitteissa olemme harjaantuneet tiedon hankkimisessa ja sen kriittisessä tarkastelussa. Päätökset on täytynyt tehdä nopeasti ja saattaa työ valmiiksi. PowerPointin tekeminen oli jo entuudestaan tuttua, mikä osaltaan nopeutti työn valmistumista. Tarkasti rajattu aihe on auttanut pysymään asiassa ja näin myös nopeuttanut työn tekemistä. Yhteistyö on vaatinut joustavuutta kaikilta osapuolilta, on täytynyt aikatauluttaa tapaamiset ajoissa yhteisen ajan löytämiseksi ja jotta työ valmistuu määräaikaan mennessä.

Kehittämistyön tekeminen asiantuntevan tahon kanssa on ollut mielenkiintoista ja antoisaa. Osallisuus laaja-alaisessa hankkeessa on myös antanut valmiuksia projekteissa toimimiseen. Yhteistyö on vaatinut joustavuutta kaikilta osapuolilta, on täytynyt aikatauluttaa tapaamiset joustavasti yhteisen ajan löytämiseksi määräaikaan mennessä. Parityönä toteutettavassa tehtävässä on omat hyvät puolensa. Olemme voineet jakaa työn eri osa-alueet ja tehdä niitä itsenäisesti. Yhdessä tekemisen etuja ovat myös keskustelun ja ääneen asioiden pohtimisen mahdollisuus. Vertaistuki, kannustaminen ja toisen auttaminen ovat auttaneen jaksamaan ja saamaan työn valmiiksi.

LÄHTEET

- Alhgrén, Kati 2007. Arki monikkoperheessä. Teoksessa Paula Alkio (toim.) Syylintäydeltä elämää – arki kaksosten ja kolmosten kanssa. Helsinki: Väestöliitto, 20.
- Arasola, Anneli; Reen, Eija; Vepsäläinen, Sirkka-Liisa & Yli-Huumo, Heli 2005. Vastasyntyneiden tehohoito. Teoksessa Paula Koistinen, Susanna Ruuskanen & Tuula Surakka (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyönkä-sikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 402 – 404, 406 – 411 & 421.
- Haapio, Sari; Koski, Kirsti; Koski, Pirjo & Paavilainen, Riitta 2009. Perheval-mennus. Helsinki: Edita.
- Heikka, Marjatta 2007. Keskonen neuvolassa. Teoksessa Annukka Armanto & Paula Koistinen (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä, 2009. Imetyksen edistä-minen Suomessa Toimintaohjelma 2009-2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Karhumäki, Aune 2009. Monikkoperheiden hyvinvoinnin tukeminen. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula, Sakari Karvonen & Salme Ahlström (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 129 & 131–135.
- Korhonen, Anne 2003. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena. Tuen sisällölliset piirteet, kustannukset ja vaikutukset keskosten ensimmäisen elinvuoden hoitokustannuksiin. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.
- Kumpula, Ulla 2007. Monikkoperheiden asema Suomessa. Teoksessa Paula Alkio (toim.) Syylintäydeltä elämää – arki kaksosten ja kolmosten kanssa. Helsinki: Väestöliitto, 74–75 & 78.
- Kylmä, Jari; Pietilä, Anna-Maija & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2002. Terveysten edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Anna-Maija Pietilä, Tuovi Hakulinen, Eila Hirvonen, Päivikki Koponen, Eeva-Maija Salminen & Kirsi Sirola (toim.) Terveysten edistäminen Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 62-63 & 67.
- Jyväskylän yliopisto i.a. Materiaalin arvioinnin kriteerejä. Viitattu 6.11.2012. <https://www.avoin.jyu.fi/optimakurssit/terveystieto/terv102/osa-3->

materiaalin-kaytto-arviointi-ja-kriittinen-valinta/materiaalin-
arvioinnin-kriteereja

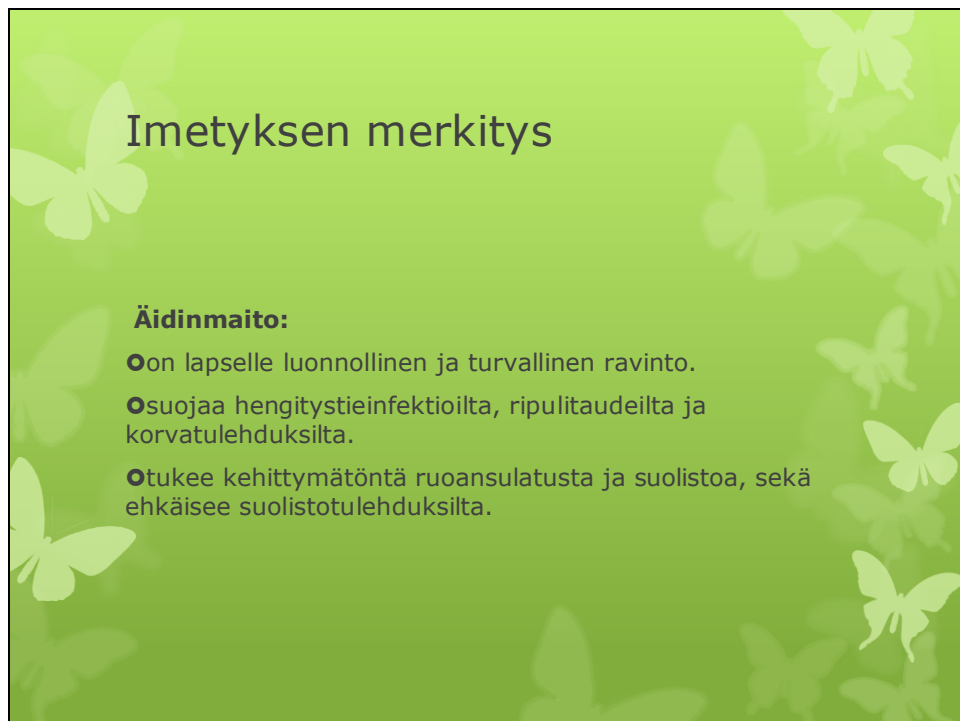
- Lassila, Regina 2006. Keskosien vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Leino-Kilpi, Helena 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Helena Leino-Kilpi & Maritta Välimäki.(toim.) Etiikka hoitotyössä. WSOY, 364, 366.
- Leino-Kilpi, Helena 2009. Terveysten edistämisen etiikka. Teoksessa Helena Leino-Kilpi & Maritta Välimäki (toim.) Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 188 – 187.
- Limdström, Bengt & Eriksson Monica 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyden teoria terveyden resursseista. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveysten edistäminen Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy, 32–35.
- Mikkola, Kaija; Tommiska, Viena; Hovi, Petteri & Kajantie, Eero 2009. Keskosista aikuiseksi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2009;125(12):1341-7. Viitattu 16.10.2012
http://anna.diak.fi:2078/dtk/ltk/koti?p_haku=keskonen
- Pietilä, Anna-Maija; Länsimies-Antikainen, Helena; Vähäkangas, Kirsi & Pirttilä, Tuula 2010. Terveysten edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveysten edistäminen Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy, 15-16 & 18-19.
- Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus. Hoitotyön suositus. Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2010. Viitattu 6.11.2012. www.hotus.fi
- Sukula, Seija 2002. Osallistuva asiakas. Teoksessa Risto Kunelius, Margit Mustonen, Pirjo Nikander, Tarja Nordman, Marita Poskiparta, Mika Renvall, Johanna Ruusuvoori, Seija Sukula & Sinikka Torkkola (toim.) Terveysten viestintä. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 20.
- Suomen monikkoperheet 2012a. Viitattu 29.8.2012.
http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/tietoa_paa.php

- Suomen monikkoperheet 2012b. Imetyksen merkitys monikkolasten ja äidin väliseen vuorovaikutukseen. Julkaisematon lähde.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a. 10 askelta onnistuneeseen imetykseen. Viitattu 29.10.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/96a1d70a-b4cb-43a2-a8e4-d330a622f6f9>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, i.a.a. Ennenaikaisesti syntyneet. Viitattu 4.11.2012 http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/ohjeet/terveysneuvonta/imetysohjaus/ennenaikaiset
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, i.a.b. Imetyssuositukset. Viitattu 1.10.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/tietopaketit/imetys/suosituksset
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a.c. Keskokset. Viitattu 5.11.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/tietopaketit/imetys/keskoset
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a.d. Kasvava keskonen. Viitattu 5.11.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/tietopaketit/imetys/keskoset/jatkaminen
- Torkkola, Sinikka 2002. Näkökulmia terveystiedettä. Teoksessa Risto Kumpulainen, Margit Mustonen, Pirjo Nikander, Tarja Nordman, Marita Poskiparta, Mika Renvall, Johanna Ruusuvaara, Seija Sukula & Sinikka Torkkola (toim.) Terveystiedettä. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 5.
- Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 154 – 155.
- Vuori, Eija & Gissler, Mika 2011. Vastasyntyneet 2010. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tilastoraportti 42/2011.

LIITE 1: 10 askelta onnistuneeseen imetykseen

1. Imetyksen edistämiseksi työyhteisössä on valmistettu kirjallinen toimintasuunnitelma, jonka koko henkilökunta tuntee.
2. Henkilökunnalle järjestetään toimintasuunnitelman edellyttämää koulutusta.
3. Kaikki raskaana olevat saavat tietoa imetyksen eduista sekä siitä, miten imetys onnistuu.
4. Äitejä autetaan varhaisimetykseen 30–60 min kuluttua synnytyksestä lapsen imemisvalmiuden mukaan.
5. Kaikki äidit saavat ohjausta imetyksessä ja maidonerityksen ylläpitämisessä. Tämä koskee myös äitejä, jotka joutuvat olemaan erossa vauvastaan.
6. Vastasyntyneelle annetaan ainoastaan rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellytä.
7. Äidit ja lapset saavat olla ympärivuorokautisessa vierihoidossa.
8. Äitejä kannustetaan lapsentahtiseen (lapsen viestien mukaiseen) imetykseen.
9. Imetetyille lapsille ei anneta huvitutteja, eikä heitä syötetä tuttipullosta.
10. Imetystukiryhmien perustamista tuetaan, ja odottavia ja imettäviä äitejä ohjataan niihin.

LIITE 2: Keskoslusten imetys



Erilaisia imetysasentoja



Imetyksen haasteet

Keskoslasten
kohdalla

Kehittymätön elimistö:

- Hengityksen säätely imetyksen aikana hankalaa
- Väsyminen kesken imetyksen
- Imutehokkuuden heikkous

Äidin kohdalla

Hidas maidoneritys:

- Ennenaikainen synnytys
- Huoli lasten voinnista
- Imetyksen aloittamisen pitkittyminen

Imetyksen tukeminen

Läheisten tuki, erityisesti puolison tuki

Vertaistuki

Rintamaidon pumppaaminen:

- Jos lapsi/lapset ei pysty imemään rintaa, niin pumppaamisella voidaan edistää maidon erittymistä.
- Käsikäyttöisen rintapumpun käytön aloitus mahdollisimman pian synnytyksen jälkeen.
- Sähkökäyttöiseen rintapumppuun voidaan siirtyä maidon erityksen lisääntyessä.

Imetyksen tukeminen

Kenguruhoito:

- Mahdollistaa vanhemman ja lapsen läheisyyttä.
- Edistää lapsen hengityksen vakiintumista ja lapsen rauhoittumista.
- Edistää lapsen kasvua ja kehitystä.
- Ihokontakti äidin ja lapsen välillä edistää maidon muodostumista.



Lähteet

- Arasola, Anneli; Reen, Eija; Vepsäläinen, Sirkka-Liisa & Yli-Huumo, Heli 2005. Vastasyntyneiden tehohoito. Teoksessa Paula Koistinen, Susanna Ruuskanen & Tuula Surakka (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 402 – 404, 406 – 411 & 421.
- Heikka, Marjatta 2007. Keskosen neuvolassa. Teoksessa Armanto, Annukka & Koistinen, Paula (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä, 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa –Toimintaohjelma 2009-2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lassila, Regina 2006. Keskosen vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Kuva1:<http://www.electricbreastpumpreview.com/my-experience-with-breastfeeding-twins/>
- Kuva2:http://www.brighamandwomens.org/Departments_and_Services/newbornmedicine/patient/kangaroo.aspx

LIITE 3: Arviointilomake

Hei,

Olemme terveydenhoitajaopiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opintoihin liittyvää kehittämistehtävää yhteistyössä Suomen Monikkoperheet ry:n kanssa. Kehittämistehtävämme tulee olemaan osa monikkoperhevalmennus materiaalia.

Viestin ohessa olevan kyselyn avulla pyydämme sinua arvioimaan PowerPoint esitystämme ja antamaan mahdolliset kehittämisideat. **Vastaathan ystävällisesti kyselyyn 31.10.2012 mennessä. Kiitos vastauksistasi!**

Vastaa kysymyksiin kyllä/ ei vastauksin. Mikäli vastaat ei, niin perusteletko ystävällisesti mielipiteesi.

1. Onko PowerPoint diojen ulkoasu selkeä?
2. Voisitko käyttää näitä dioja pitäessäsi perhevalmennusta?
3. Onko dioissa riittävästi tietoa keskoslasten imetyksestä?
4. Tukeeko PowerPoint esitys perhevalmennuksen pitämistä?
5. Halutessasi voit antaa kehitysideoita ja muuta palautetta.

Ystävällisin terveisin

Reeta Karppinen ja Riina Kuusela