



**TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
ÅBO YRKESHÖGSKOLA**

Opinnäytetyö

**ENSISYNNYTTÄJILLE
ANNETTAVAN OHJAUKSEN LAATU
LAPSIVUODEOSASTOLLA**

**Sanni Isometsä
Linda Nuotio**

Hoitotyön koulutusohjelma

2009

Turun ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyön tiivistelmä
Terveysala, hoitotyön koulutusohjelma / kättilötyön suuntautumisvaihtoehto
Tekijät: Sanni Isometsä ja Linda Nuotio
Opinnäytetyön nimi: Ensisynnyttäjille annettavan ohjauksen laatu lapsivuodeosastolla
Sivumäärä: 57 + 12
Marraskuu 2009

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ensisynnyttäjille annettavan ohjauksen laatua lapsivuodeosastolla. Tarkoituksena oli myös selvittää millä keinoilla kättilöt/lastenhoitajat ohjatessaan tukevat varhaista vuorovaikutusta ja perhekeskeisyyttä. Lisäksi haluttiin kartoittaa isien huomioon ottamista ohjaustilanteissa. Työ toteutettiin havainnoimalla imetyksen ja lapsen hoidon ohjaustilanteita.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin lapsivuodeosastoilta syys- lokakuun 2008 aikana. Havainnointitilanteita oli yhteensä kolmetoista, joista kuusi imetyksen ohjausta ja seitsemän lapsenhoidon ohjausta. Neljässä ohjaustilanteessa isä oli mukana. Aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen menetelmin käyttäen sisällönanalyysejä.

Tulosten valossa ohjauksen laatu lapsivuodeosastoilla on kovin vaihtelevaa. Puutteita on erityisesti yksilöllisyyden ja oppimisen varmistamisen osa-alueilla. Ohjauksen kattavuus oli kohtalaista. Eri menetelmien käyttö hallittiin hyvin, mutta kirjallisen ohjausmateriaalin hyödyntäminen oli lähes olematonta. Hoitajat kiinnittivät selvästi huomiota vuorovaikutuksen toimivuuteen ohjaustilanteissa. Erilaisia keinoja perhekeskeisyyden tukemiseen käytettiin paljon, silloin kun isä oli mukana ohjauksessa. Perhekeskeisyys kuitenkin unohtui isän ollessa poissa osastolta. Yleisesti isät otettiin erittäin hyvin huomioon ohjauksessa. Varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen oli lapsivuodeosastoilla käytössä monenlaisia keinoja, mutta niitä hyödynnettiin vain harvoin.

Jatkossa tulisi kartoittaa ohjauksen kirjallisen oheismateriaalin laatua ja selvittää, miten niiden käyttöä voitaisiin lisätä. Lisäksi pitäisi tehdä kansainvälinen vertailututkimus toimintaympäristön vaikutuksista perhekeskeisyyden ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen. Olisi hyvä myös kartoittaa hoitajien tietotaitoa ja asenteita varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen toteuttamisesta.

Kättilötyön kehittämistehtävänä syksyllä 2009 kirjoitettiin artikkeli. Artikkelia tarjottiin julkaistavaksi Turun ammattikorkeakoulun Puheenvuoroja -sarjan julkaisuun Terveysalan kehittäminen haasteena – Opinnäytteitä terveysalalta 2009. Kyseinen teos on verkkopublication.

Asiasanat: Hoidon laatu, ohjaus, yksilöllisyys, perhekeskeisyys, varhainen vuorovaikutus

Projektin nimi: Opinnäytetyö

Säilytyspaikka: Turun ammattikorkeakoulun kirjasto, Ruiskatu

Turku University of Applied Sciences: Bachelor's Thesis, Abstract of Thesis
Health Care, Degree Programme in Nursing / Midwifery
Authors: Sanni Isometsä and Linda Nuotio
Title: Quality of patient education giving for primigravidas in maternity inpatient ward
Number of pages: 57 + 12
November 2009

Purpose of this thesis was to analyse the quality of patient education in maternity inpatient ward. The aim was also to clarify how midwives/nurses are supporting early mother-infant interaction and family-centered care when providing the patient education. In addition, information was gathered how fathers are taken into consideration in guiding situations. Thesis was executed by observing the patient education situations in lactation and child care.

Material for the thesis was gathered during September and October 2008 in maternity inpatient wards. As a whole, there were 13 observation situations, which six of them was lactation guiding and seven was instructing child care. In four of these situations, father was present. Material was analysed by using a qualified content analysis method.

The results displayed deficiencies in several areas. Primarily there was a deficiency in providing education individually to each patient. Thus it became difficult to ensure that the information had been correctly understood by each patient. The scope of patient education giving was moderate. Uses of different patient education techniques were well controlled, but there are clearly problems to use written patient education material. Nurses displayed a high level of attention to make the interaction work naturally. Fathers were clearly taken into consideration during their presence in guiding situations. However, family-centered care was not given any attention when father was somewhere else. Different methods to support of family-centered care and early mother-infant interaction was in place, but those weren't used often enough.

In the future more research should be done on the quality of written patient education material, which is used in maternity inpatient wards. Also there is a need to determine how these materials can be used more efficiently. There should be done an international research to compare society impact to family-centered care and early mother-infant interaction support. Also it would be important to survey nurses' knowledge and attitudes for being an important supporter in early mother-infant interaction.

The bachelor's thesis was used as a basis for a development task to write an article in autumn 2009. The article was offered to be published in Turku University of Applied Sciences' publication *Terveysalan kehittäminen haasteena – Opinnäytteitä terveysalalta 2009*. The publication is a part of the series *Puheenvuoroja* and is also published in the internet.

Keywords: Quality of Patient Care, Patient Education, Individuality, Family-Centered Care, Early Mother-Infant Interaction

Name of the project: Bachelor's Thesis

Place of storage: The Library of Turku University of Applied Sciences, Ruiskatu

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	6
2	OHJAUKSEN LAATU LAPSIVUODEOSASTOLLA	8
2.1	Ohjaus käsitteenä	8
2.2	Laatua määrittelevät osa-alueet	10
2.2.1	Yksilöllisyys	10
2.2.2	Vuorovaikutus	11
2.2.3	Ohjauksen kattavuus	12
2.2.4	Oppimisen varmistaminen	14
2.2.5	Perhekeskeisyys	15
2.2.6	Isän rooli ohjaustilanteessa	15
2.2.7	Varhainen vuorovaikutus	17
2.3	Ohjauksen laatu Suomessa ja maailmalla	18
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	21
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
4.1	Tutkimuksen näyte ja kohdejoukko	21
4.2	Aineiston kerääminen ja keruuväline	22
4.3	Aineiston analysointi	23
5	TUTKIMUSTULOKSET	25
5.1	Yksilöllisyys	25
5.2	Vuorovaikutus	26
5.3	Ohjauksen kattavuus	28
5.4	Oppimisen varmistaminen	29
5.5	Perhekeskeisyys	30
5.6	Isän rooli ohjaustilanteessa	31
5.7	Varhainen vuorovaikutus	32

5.8	Yhteenveto tutkimustuloksista	33
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	33
6.1	Tulosten tarkastelua	33
6.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	38
6.3	Jatkotutkimusehdotukset	41
7	ARTIKKELIN KIRJOITTAMINEN	42
7.1	Tieteellinen kirjoittaminen	42
7.2	Tieteellisen artikkelin rakenne	43
7.2.1	Otsikko	44
7.2.2	Tiivistelmä	44
7.2.3	Johdanto	45
7.2.4	Tutkimusmenetelmät	45
7.2.5	Tulokset	46
7.2.6	Pohdinta	47
7.2.7	Lähdetiedot ja muut rakenteelliset osat	48
7.3	Selkeys ja kieliasu	48
7.4	Kirjoittamisprosessi	49
7.5	Yhdessä kirjoittaminen	50
	LÄHTEET	52

LIITTEET

LIITE 1: WHO:N VAUVAMYÖNTEISYYSOHJELMA

LIITE 2: HAVAINNOINTIKAAVAKE

LIITE 3: SISÄLLÖNANALYYSIKAAVIO

LIITE 4: TIEDOTE TUTKIMUKSESTA HENKILÖKUNNALLE

LIITE 5: TIEDOTE TUTKIMUKSESTA VANHEMMILLE

LIITE 6: KEHITTÄMISTEHTÄVÄ: ARTIKKELI

1 JOHDANTO

Imetyksen onnistumisen kannalta tärkeitä asioita ovat äidin positiivinen asenne imetykseen, hyvät tiedot imetyksestä, ensi-imetyksen onnistuminen ja positiivinen kokemus ensi-imetyksestä. Neuvonnalla etukäteen on todettu olevan suuri rooli imetyksen onnistumiseen, koska äidin raskausaikana neuvolasta saama riittävä ohjaus ja sairaalan imetysohjauksen hyvä toimintasuunnitelma edistävät imetyksessä onnistumista. Yleisesti hyvin imetyksestä selviytyneet ovat saaneet riittävästi ohjausta ja huonosti selviytyneet kertovat saaneensa hyvin vähän ohjausta. Suurin vastuu imetysohjauksesta on avoterveydenhuollolla, mutta myös synnytyssairaaloilla on osa vastuusta. Synnytyssairaalan henkilökunnalla tulee olla yhtenäiset ohjausperiaatteet, jotka vahvistavat äidin luottamusta omaan kykyynsä imettää ja tyydyttää vauvan tarpeet. (Hannula, Leino-Kilpi & Puukka 2006a.)

Kirjallisuudessa lapsenhoitoa ovat lapsen käsittely, puhtaus, ihon ja kynsien hoito, kylvyt, napatyngän hoito, vaatetus ja ravinnonsaanti. (Nylander 2002, 153-164; Järvenpää 2007, 279-283). Toverin (1994, 31) mukaan lapsivuodeosastolla olevat äidit odottivat saavansa ohjausta lapsen käsittelyssä, ihonhoidossa, tarkkailussa, kylvetyksessä, vaipanvaihdoissa ja pukemisessa. Vähiten äidit kaipasivat opastusta lapsen sylissä pitämisessä ja hellimisessä. Kuitenkin suurin osa äideistä ilmoitti odottavansa ohjausta myös näissä asioissa. (Toveri 1994, 31.)

Suomessa ja kansainvälisesti on tutkittu paljon yleisesti ohjauksen laatua ja sen osalualueita. Tärkeimmiksi ohjauksen laatua määritteleviksi osa-alueiksi tutkimuksista nousivat yksilöllisyys, vuorovaikutus, ohjauksen kattavuus ja oppimisen varmistaminen. Lisäksi Suomessa on otettu erityiseksi tutkimusalueeksi juuri lapsivuodeosastoilla tapahtuvan hoidon ja ohjauksen laatu. Lapsivuodeosastojen toimintoihin suuntautuvat tutkimukset on tehty pääosin Turun ja Kuopion yliopistoissa, hoitotieteen laitoksilla. (Hannula 2003; Kalam-Salminen 2005; Ruotsalainen 2006; Alaloukusa-Lahtinen 2008.) Muutamia kansainvälisiäkin tutkimuksia löytyy lapsivuodeajan ohjauksesta (Emmanuel, Creedy & Fraser 2001; Rea, Gomes dos Santos & Sanchez-Moreno 2007). Tässä opinäytetyössä haluttiin keskittyä tutkimaan toteutuuko nämä useassa tutkimuksessa mää-

ritellyt ohjauksen laatukriteerit käytännössä. Haluttiin myös selvittää varhaisen vuoro-vaikutuksen ja perhekeskeisyyden, erityisesti isän roolin tukemisen toteutumista. Aihe koettiin tärkeäksi, jotta saataisiin selville, hyödynnetäänkö käytännön työssä tutkimustuloksia. Lisäksi tutkimuksen avulla saataisiin selville osa-alueita, joissa henkilökunnalla on koulutuksen tarvetta.

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) naistenklinikan kanssa ja aihe valittiin heidän antaman lähtökohdan perusteella. Tutkimusaiheen määrittelyyn saatiin apua myös kliinisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajalta. Tutkimus on osa TYKS:n naistenklinikan tutkimusta synnyttäjien tyytyväisyydestä saamaansa hoitoon.

Kätilötyön suuntautumisopinnoissa tehtiin syksyllä 2009 tämän opinnäytetyön pohjalta kehittämistehtävä. Kehittämistehtävänä oli artikkelin kirjoittaminen, jota tarjottiin julkaistavaksi Turun ammattikorkeakoulun Puheenvuoroja -sarjan julkaisuun Terveysalan kehittäminen haasteena – Opinnäytteitä terveysalalta 2009. Kyseinen teos on verkkojulkaisu. Artikkelissa käsiteltiin tiivistetysti tutkimuksen sisältöä, keskittyen erityisesti tuloksiin ja niistä tehtyihin johtopäätöksiin (LIITE 6).

2 OHJAUKSEN LAATU LAPSIVUODEOSASTOLLA

2.1 Ohjaus käsitteenä

Ohjaus on tavoitteellista ongelmanratkaisua, asiakkaan omien kokemusten erittelyä ja niistä oppimista. Ohjaus nähdään ammatillisena prosessina, jossa ohjaaja ja ohjattava ovat tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa. (Soohbany 1999.) Tällöin esimerkiksi hoitaja ja asiakas selkiyttävät yhdessä asiakkaan tilannetta, jotta hän voi muodostaa oman menettelytapansa ongelmien ratkaisemiseen. Ammatillisen toiminnan näkökulmasta ohjausta tapahtuu tilanteissa, joissa keskustellaan tavoitteellisesti potilaan hoitoon liittyvistä asioista. (Vehviläinen 2001; Kääriäinen & Kyngäs 2005; Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006.)

Ohjaus-käsitettä käytetään usein rinnakkain neuvonnan kanssa. Joissakin ohjausnäkemyksissä neuvonta on kuitenkin pyritty selvästi erottamaan ohjauksesta. Ohjausta korostaa kontekstuaalisuus sekä osapuolien vastavuoroisuus ja aktiivisuus. Ohjauksessa pidättäydytään suorien neuvojen antamisesta, kun taas neuvontaan voidaan liittää ohjeiden antamista ja sopivien toimintamallien ehdottamista. Neuvonnassa yksilöllisyyden huomioiminen on haastavampaa ja ohjaaja toimii usein asiantuntijan roolissa. Hoitaja voi ylläpitää vuorovaikutusta neuvontatilanteissa kysymys-vastaus-asettelulla, jolloin potilaan näkemyksen huomioiminen toteutuu ja asiantuntijatieto voidaan esittää soveltaen. (Hill 1997; Vehviläinen 2001; Kääriäinen ym. 2006.)

Laadukkaan ohjauksen toteutuminen vaatii tuekseen selkeitä toimintaedellytyksiä ja siihen kohdistettuja resursseja, kuten esimerkiksi riittävän hoitohenkilökunnan määrän ja sopivat ohjaustilat (Kyngäs 2003; Tarrant, Windridge, Boulton, Baker & Freeman 2003). Luonnollisesti myös ohjausvalmiuden (tiedot, taidot ja asenteet) varmistaminen ja ohjaajien asianmukainen kouluttaminen ovat edellytys ohjauksen toteutumiselle (Kvist 2004). Ohjausta tulisi myös organisoida toimintaa selkeyttämällä. Yksi tärkeimmistä laadukkaan ohjauksen onnistumiskriteereistä on ajantasaisen tiedon hankkiminen. Hoitajien tulisi hakea jatkuvasti uusinta tutkimustietoa ja hyödyntää sitä toiminnassaan ja ohjauksessaan. Tutkimustietoa hakiessaan hoitajan tulee kuitenkin olla kriittinen ja

kyetä soveltamaan uutta tietoa sopivassa suhteessa aikaisempiin tietoihinsa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005; Kääriäinen ym. 2006; Kyngäs ym. 2007, 55-70.)

Laadukkaalla ohjauksella on todettu olevan paljon hyviä vaikutuksia asiakkaan näkökulmasta. Sen on todettu edistävän asiakkaan toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa ja kotona selviytymistä. Laadukas ohjaus voi myös vähentää masentuneisuutta, ahdistusta sekä yksinäisyyden tuntemuksia. Potilaiden kannalta ohjauksen kattavuus ja laatu ovat tärkeitä myös päätöksiä tehdessä. Laadukkaan ohjauksen antamisella voidaan varmistaa, että potilas pystyy tekemään itsenäisesti parhaan mahdollisen hoitopäätöksen. (Hundley ym. 2000; Kyngäs ym. 2007, 145-150.) Potilaalla on myös Suomen lain mukaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 5§ Potilaan tiedonsaantioikeus) oikeus tiedon saantiin hoidostaan ja riittävän ohjauksen saamisesta päätösten tekemiseen. Tämä ei ole mahdollista ilman laadukkaan ohjauksen järjestämistä. (Mattila 1998; Finlex 2008.) Laadukkaasta ohjauksesta on hyötyä myös yhteiskunnalle. Ohjauksella voidaan säästää kustannuksissa, kun esimerkiksi leikkauksia ei tarvitse peruuttaa suunniteltuna leikkauspäivänä. (Kyngäs ym. 2007, 145-150.)

Hoitotyössä yleisin ohjausmenetelmä on suullinen yksilöohjaus. Muita ohjausmuotoja ovat ryhmäohjaus, kirjallinen ohjaus, demonstraatio ja audiovisuaalinen ohjaus, kuten videot. Sopivimman ohjausmenetelmän valinta vaatii tietämystä potilaasta ja ohjauksen päämäärästä. Yksilöohjaus perustuu vuorovaikutukseen ja sitä voidaan tukea käyttämällä esimerkiksi kirjallista materiaalia. (Hill 1997; Hundley ym. 2000; Kyngäs ym. 2007, 71-114.) Kirjalliset ohjeet eivät kuitenkaan voi korvata suullista ohjausta (Hundley ym. 2000; Semple & McGowan 2002). Yksilöohjauksessa luodaan tavoitteet, joihin yritetään ohjauksen aikana päästä. Suullista ohjausta voidaan antaa myös ryhmälle, mutta se ei ole yhtä laadukasta, koska vuorovaikutus hoitajan ja potilaiden välillä ei ole yhtä tehokasta. Lisäksi ryhmän jäsenet voivat kaivata keskittymistä eri asioihin. (Hill 1997; Hundley ym. 2000; Kyngäs ym. 2007, 71-114.)

Kirjallista materiaalia kannattaa hyödyntää kaikessa ohjauksessa, mutta erityisesti silloin, kun ohjaukseen käytettävä aika on rajoitettua (Kyngäs 2003). Kirjalliset ohjeet voivat olla lyhyitä lehtisiä tai useampisivuisia oppaita. Ohjauksessa hoitaja voi viitata

valmiisiin teoksiin tai antaa toimipaikan omia ohjeita. Tärkeintä on, etteivät kirjalliset ohjeet ole liian vaikeaselkoisia, vaan selkeitä ja ytimekkäitä. Kirjallisten ohjeiden on todettu lisäävän omatoimisuutta ja valmiutta toimia ongelmatilanteissa. (Driscoll 2000; Kyngäs 2003; Johansson, Salanterä, Katajisto & Leino-Kilpi 2004; Kyngäs ym. 2007, 116-131.) Hoitaja voi kirjallisten ohjeiden lisäksi käyttää myös valmiita opetusvideoita, joita voi kehottaa katsomaan esimerkiksi osastolla ollessa. Toinen tärkeä suullisen ohjauksen täydentämiskeino on demonstraatio. Se tarkoittaa havainnollistamista eli näyttämällä opettamista. (Kyngäs 2003; Johansson ym. 2004; Kyngäs ym. 2007, 116-131.) Potilaat kokevat esimerkiksi kuvat paljon enemmän asiaa selventäviksi kuin puheen (Astin, Closs, McLenachan, Hunter & Priestley 2008). On kuitenkin muistettava, ettei hoitaja passivoi ohjattavaa liikaa, vaan antaa myös potilaalle mahdollisuuden kokeilla (Kyngäs 2003; Johansson ym. 2004; Kyngäs ym. 2007, 116-131).

2.2 Laatu määrittelevät osa-alueet

2.2.1 Yksilöllisyys

Jokaisen potilaan tulisi saada yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa, joka lähtee hänen omista tarpeistaan (West 2002). Kaikkien potilaiden kohdalla ja jokaisen ohjauksen alkamiseksi tulisi kartoittaa ohjaustarvetta yksilöllisesti ja ohjauksen tulisi olla suunnitelmallista ja tehokasta. Ohjauksentarve on helpoin arvioida määrittelemällä potilaan tietojen ja taitojen sekä kokemuksen taso. Näiden pohjalta hoitaja valitsee ja rajaa sopivat vaihtoehdot ohjauksen toteuttamiseen. (Jasu-Kuusisto 1994, 46; Toveri 1994, 59; Suhonen 1997, 43; Vehviläinen 2001, 83; Hannula 2003, 93; Kyngäs 2003; Tarrant ym. 2003; Ruotsalainen 2006, 163; Iivarinen 2007, 69.) Koska ohjauksen lähtökohtana ovat yksilölliset tarpeet, tulee hoitajien olla joustavia ja kyetä poikkeamaan totutuista tavoista (Hill 1997). Onnistunut ohjaus perustuukin toimivaan vuorovaikutukseen ja yksilöllisten ratkaisujen löytämiseen. Ohjauksen saaminen ei myöskään saa olla riippuvaista potilaan aloitekyvystä tai rohkeudesta ilmaista tiedon ja tuen tarvettaan. Ongelmaksi muodostuu usein äitien arkuus kysyä ja tietämättömyys aiheeseen liittyvistä tärkeistä asioista. Hoitajan tulee tarjoutua ohjaamaan aihetta ja kysellä kaikki tarpeellinen kattavasti, sekä ottaa potilaan mielipiteet huomioon. (Jasu-Kuusisto 1994, 55; Toveri 1994, 59;

Kalam-Salminen 1996, 62; Suhonen 1997, 43; Vehviläinen 2001, 83; Hannula 2003, 109; Kyngäs 2003; Tarrant ym. 2003.) Ruotsalainen (2006, 162) kuvaa myös potilaiden jättäneen asioita kertomatta hoitajille, koska he eivät tienneet niiden olevan tärkeitä.

Tutkimuksissa ilmenee äitien kokevan lähes poikkeuksetta tärkeäksi, että heidät nähdään omana itsenään ja yksilöinä. Osa äideistä kuvailee tunteneensa olevansa yhtenäistä massaa muiden potilaiden kanssa. (Häggmann-Laitila 1990.) Äidit toivovat, että heidän aikaisempaa osaamistaan kartoitettaisiin nykyistä enemmän ja heidän mielialansa sekä elämäntilanteensa otettaisiin paremmin huomioon (Mattila 1998). Potilaat toivovat myös, että osaamisen kartoitus ja hoidon suunnittelu toteutettaisiin yhdessä heidän kanssaan, eikä hoitaja tekisi päätöksiä ohjauksen osa-alueista yksinään. Vaikka suunnitelma tehtäisiinkin yhdessä, ei kartoitusta tule unohtaa myöhemminkään. Potilaat toivovat, että ohjaustilanteet etenisivät osittain kysymysten ja lisäkartoituksen pohjalta. (Kyngäs 2003.) Ohjaukseen toivotaan lisää asiakaslähtöisyyttä, jolloin potilaan näkemykset ja toimintatavat asetettaisiin etusijalle. Käytännössä tämä tarkoittaa hoitajan tietojen soveltamista olemassa oleviin raameihin, eikä vain automaattisesti täysin uuden vaihtoehdon tarjoamista. (Jasu-Kuusisto 1994, 55; Hannula 1996, 42; Vehviläinen 2001, 179; Alaloukusa-Lahtinen 2008, 52.)

2.2.2 Vuorovaikutus

Ohjaussuhdetta rakennetaan vuorovaikutuksen pohjalta. Toimiva vuorovaikutus on edellytys myös ohjauksen yksilöllisyyden ja kattavuuden saavuttamiselle. Vuorovaikutusta sairaalaympäristössä häiritsee eniten ilmapiirin rauhattomuus ja potilaiden kokema hoitajien kiire. Hoitajan tulisikin luoda ohjaustilanteeseen mahdollisimman avoin ja kiireetön ilmapiiri, sekä rauhoittaa tilanne vain ohjaamalleen potilaalle. Huomioitava asia on myös ohjauspaikan valinta. (Häggmann-Laitila 1990; Kalam-Salminen 1996, 70; Emmanuel ym. 2001; Kyngäs 2003; Iivarinen 2007, 31-39; Kyngäs ym. 2007, 39.) Äidit kokevat esimerkiksi tutun paikan kiireettömämmäksi kuin vieraan, jolloin vierihoitotilanne ohjattavan omassa potilashuoneessa voi olla lastenhoitohuonetta parempi vaihtoehto (Kalam-Salminen 2005, 137; Iivarinen 2007, 31-39; Astin ym. 2008). Kiireinen ilmapiiri nähdään yleisestikin hoidon laatua huonontavana tekijänä, sillä tutkimusten

mukaan äidit eivät välttämättä kehtaa vaivata kiireisinä pitamiään hoitajia (Mattila 1998). Äidit eivät myöskään kykene keskittymään ohjaukseen kunnolla, jos hoitaja toiminnallaan viestii ajan puutetta (Hägmann-Laitila 1990; Kalam-Salminen 1996, 70; Emmanuel ym. 2001; Kyngäs 2003; Kalam-Salminen 2005, 137; Iivarinen 2007, 31-39; Kyngäs ym. 2007, 39).

Kaiken ohjauksen tulisi olla kaksisuuntaista ja tasapuolista. Tämä vaatii aktiivisuutta sekä potilaalta että hoitajalta ohjauksen aikana. Hoitaja on potilaaseen nähden asiantuntija, joten hänellä on ammatillinen vastuu kannustaa ja edistää potilaan vuorovaikutusta. (Jasu-Kuusisto 1994, 39; Toveri 1994, 44; Hannula 1996, 42; Hundley ym. 2000; Hannula 2003, 93; Kyngäs 2003; Kyngäs ym. 2007, 40-41; Rea ym. 2007.) Hoitaja usein asettuu kyselijän ja kertojan rooliin, mutta hänen tulee myös osata olla tasapuolisesti kuuntelijana (Soohbany 1999). Hoitajan on tärkeä muistaa kunnioittaa potilaan mielipiteitä ja valintoja, jotta vuorovaikutus säilyy tasavertaisena ja toimivana. Vuorovaikutuksessa se näkyy hoitajan kannustuksena äidin omatoimisuuteen, jonka saavuttamiseen tarvitaan erityisesti henkistä tukea. Äidit kaipaavat tukea uuteen rooliin kasvussa ja rohkaisua omiin kykyihinsä luottamiseen. (Jasu-Kuusisto 1994, 39; Toveri 1994, 44; Hannula 1996, 42; Hundley ym. 2000; Hannula 2003, 93; Kyngäs 2003; Kyngäs ym. 2007, 40-41; Rea ym. 2007.) Hoitajan tulee muistaa säilyttää myös ystävällisyys potilasta kohtaan ja välttää tuomitsemista, tulee keskustelun aiheeksi mitä tahansa (Rea ym. 2007). Käytännössä onnistuminen äitiydessä tarkoittaa onnistumista konkreettisissa asioissa (Jasu-Kuusisto 1994, 55; Ingram, Johnson & Greenwood 2002). Lapsivuodeosastolla ohjattavia voi olla useita samaan aikaan paikalla, kun myös tuore isä harjoittelee lapsenhoitoa. Tällöin vuorovaikutus tulisi olla tasavertaista kaikkien osapuolien kesken. Tutkimusten mukaan äidit toivoivatkin isien osallistuvan ja saavan ohjausta enemmän. (Toveri 1994, 44; Hundley ym. 2000; Hannula 2003, 93; Kyngäs 2003; Kyngäs ym. 2007, 40-41.)

2.2.3 Ohjauksen kattavuus

Ohjaus on kattavaa silloin, kun sitä on määrällisesti ja ajallisesti riittävästi, sekä se kattaa koko aihealueen. Ohjauksen toivotaan myös käsittelevän eri näkökulmia ja rohkai-

sevan kokeilemaan eri tapoja. (Jasu-Kuusisto 1994, 51; Toveri 1994, 36; Kalam-Salmi-
nen 1996, 62; Hill 1997; Hundley ym. 2000; Vehviläinen 2001, 39; Ruotsalainen 2006,
162.) Potilaat kaipaavat runsaasti eri vaihtoehtoja, joista he voivat valita itselleen sopi-
vimman (Häggmann-Laitila 1990). Useimmiten hoitajat ovat kuitenkin esittäneet vain
yhden vaihtoehdon. Potilaat eivät kaipaakaan montaa täydellisesti selitettyä vaihtoehtoa,
mutta he haluavat esimerkkejä joiden pohjalta etsiä lisää tietoa. (Jasu-Kuusisto 1994,
51; Toveri 1994, 36; Kalam-Salmi-
nen 1996, 62; Hill 1997; Hundley ym. 2000; Vehvi-
läinen 2001, 39; Ruotsalainen 2006, 162.) Hoitaja on vastuussa, että potilas tunnistaa
oman asiantuntijuutensa ja saa riittävästi pohjatietoa omien päätösten ja valintojen te-
kemiseen (Mattila 1998; Finlex 2008).

Hoitajan täytyy myös perustella antamansa ohjeistukset, jotta voi varmistua potilaan
ymmärtäneen toimintatavat oikein ja pystyvän tekemään valintoja. Perusteluja on hel-
pompia antaa, kun aloittaa ohjauksen perustiedoista, eikä vain esimerkiksi ajankohtai-
sesta ongelmasta. Tutkimusten mukaan potilaat toivoisivat saavansa perusteluja myös
kirjallisessa muodossa. Lisäksi potilaat haluavat saada perusteluja positiivisten asioiden
lisäksi myös negatiivisista puolista. Hoitajan tulisikin antaa kaikin puolin totuudenmu-
kaista ohjausta. Parhaiten vanhemmat oppivat itse toimimalla ja he kaipaavatkin perus-
telujen lisäksi mallin näyttämistä ja kädestä pitäen ohjaamista. (Jasu-Kuusisto 1994, 28;
Hannula 1996, 34; Kaila-Behm 1997, 139; Hannula 2003, 93; Kalam-Salmi-
nen 2005,
137; Iivarinen 2007, 38-40; Alaloukusa-Lahtinen 2008, 55.) Perustelujen puuttumisen
potilaat tulkitsevat helposti hoitajan tietotaidon puutteeksi, jolloin he voivat ohittaa
saamansa ohjeistuksen (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 55).

Ohjaus ei ole kattavaa, jos siinä käydään läpi vain nykyhetkeä, vaan sen pitää suuntau-
tua myös tulevaisuuteen. Äidit toivovatkin sairaala-aikana enemmän ohjausta kotona
pärjäämiseen ja mahdollisiin ongelmatilanteisiin. (Häggmann-Laitila 1990; Jasu-Kuu-
sisto 1994, 39; Hannula 2003, 88; Johansson ym. 2003; Kyngäs 2003; Kallio-Kökkö
2004, 28-34; Ruotsalainen 2006, 161; Iivarinen 2007, 75-76.) Ohjaus tulee suunnata
kaikille, jotka toimivat lapsen kanssa, jotta ongelmia pystyttäisiin ratkomaan myöhem-
min kotona (Kaila-Behm 1997). Mahdollisista ongelmatilanteista tulisi keskustella re-
hellisesti ja totuudenmukaisesti, jotta niihin pystyy mahdollisimman hyvin valmistau-

tumaan. Tutkimusten mukaan äidit kaipaavat myös käytännön esimerkkejä kotona toimimiseen, koska se sairaalassa ollessa tuntuu vielä kaukaiselta. Potilaat kokevat ohjauksen olevan kattavaa vain, koska he ovat kyselleet niin paljon asioista ja tehneet aloitteita ohjaustilanteen alkamiseksi. He toivoisivatkin olevansa enemmän ohjattavia kuin vastuullisia oman oppimisensa varmistajia. (Hägmann-Laitila 1990; Jasu-Kuusisto 1994, 39; Hannula 2003, 88; Johansson ym. 2003; Kyngäs 2003; Kallio-Kökkö 2004, 28-34; Ruotsalainen 2006, 161; Iivarinen 2007, 75-76.)

2.2.4 Oppimisen varmistaminen

Yksinkertaisinta varmistaa oppimista on käyttää riittävästi toistoa monilla eri keinoilla ja havainnollistaa ohjausta. Suullisen ohjauksen lisäksi voidaan käyttää kirjallisia ohjeita ja audiovisuaalisia menetelmiä, kuten videoiden näyttämistä. (Driscoll 2000; Hannula 2003, 88; Johansson ym. 2003; Kyngäs 2003; Johansson ym. 2004; Kalam-Salmiinen 2005, 114.) Tutkimusten mukaan potilaat eivät kaipaa esimerkiksi videoita ohjaustilanteisiin, mutta he haluaisivat katsella niitä esimerkiksi osastolla ollessaan rauhallisina hetkinä (Jasu-Kuusisto 1994, 44; Iivarinen 2007, 37). Potilaat toivoisivat hoitajilta informaatiota siitä, mitä esimerkiksi kirjalliset ohjeet sisältävät, jotta osaisivat tarvittaessa etsiä sieltä tietoa. Hoitajat voisivat kannustaa myös vertaistuen hakemiseen. Havainnollistamisen äidit kokevat tärkeänä, he kaipaavat asioita ”kädestä pitäen” näytettyinä ja selkeästi esitettyinä. (Driscoll 2000; Hannula 2003, 88; Johansson ym. 2003; Kyngäs 2003; Johansson ym. 2004; Kalam-Salmiinen 2005, 114.) Hoitajien tulee kuitenkin perehtyä ensin itse ohjausta täydentäviin materiaaleihin, jotta he pystyvät sellaisia apunaan käyttämään (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 54).

Oppimista tulee varmistaa myös konkreettisesti. Varmistaminen voi olla suullisesti kyselemistä, toiminnan havainnoimista tai todellista tarkistamista, esimerkiksi imuotteen tarkistus. Varmistamisen perusteella hoitaja tekee päätöksen asioiden kertaamisesta. Tärkeimmät asiat on kuitenkin syytä muutama kertaan kerrata onnistumisesta huolimatta. Osaamisen varmistaminen myös kannustaa äitiä omatoimisuuteen ja luottamaan itseensä vanhempana. (Jasu-Kuusisto 1994, 52; Hannula 2003, 86-87; Ruotsalainen 2006, 163; Iivarinen 2007, 29; Rea ym. 2007.)

2.2.5 Perhekeskeisyys

Lapsivuodeosastolla hoito keskittyy pääosin äidin ja vauvan hoitamiseen. Perhekeskeisyyttä parantaakseen tulee hoitajien ottaa isä enemmän huomioon. Tutkimusten mukaan äidit toivovat konkreettisia neuvoja isille, miten he pystyvät osallistumaan esimerkiksi imetykseen ja toimimaan äitiä tukien. Hoitajat kokevat, että he eivät ole rohkaisseet isiä riittävästi, vaikka itse ovatkin taitavia äidin tukihenkilöitä. Hoitajien tulee kuitenkin muistaa ottaa kaikki perheenjäsenet tasapuolisesti huomioon, vaikka keskittyisivätkin huomioimaan isää nykyistä enemmän. Vanhemmat toivovat tasavertaisuutta hoidossa ja neuvoja tasavertaisen parisuhteen luomiselle lapsen ollessa pieni. (Hannula 2003, 88; Kallio-Kökkö 2004, 33; Kalam-Salminen 2005, 46, 98.)

Perhekeskeisyyden toteutumista vähentää ohjaustilanteiden pitäminen silloin, kun isä ei ole paikalla. Tutkimusten mukaan äidit toivovatkin muutoksia osastojen päivärytmiin, vierailuaikoihin ja osaston tiloihin, jotta isä voisi osallistua mahdollisimman paljon. Hoitajien tulee kuitenkin huomioida isien yksilölliset tarpeet ja mielipiteet, jotta hoito olisi heidän osaltaan perhekeskeisyyden lisäksi myös yksilöllistä. Eniten isät jäävät huomioimatta, kun tuetaan äidin kasvua uuteen rooliinsa. Isät tarvitsevat myös tukea ja kannustusta, koska tilanne on heillekin uusi. Ongelmana on kuitenkin hoitajien oma tietämättömyys ja kokemattomuus asiassa. Tuki uuteen rooliin kasvussa ei ole vain henkistä tukemista, vaan syntyy konkreettisten onnistumisten kautta. (Jasu-Kuusisto 1994, 54-55; Kalam-Salminen 2005, 46, 98; Iivarinen 2007, 38-40.)

2.2.6 Isän rooli ohjaustilanteessa

Isät tuntevat jäävänsä lapsivuodeaikana ohjauksen ulkopuolelle ja olonsa vieraaksi osastolla ollessaan. Tutkimusten mukaan he toivoisivat saavansa olla enemmän osastolla ja pääsevänsä osallistumaan lapsen hoitoon nykyistä paremmin. (Jasu-Kuusisto 1994, 52; Iivarinen 2007, 75-76.) Isät aloittavat lapseensa tutustumisen vasta hänen synnyttyä, joten heistä tuntuu vaikealta olla sivuun sysättyinä ja erossa perheestä. Isien ollessa mukana ohjaustilanteessa, tulee ohjausta antaa tasapuolisesti molemmille, vaikka äiti olisi saanut enemmän ohjausta jo aiemmin. Isät toivovat myös omia hetkiä,

jolloin he saisivat yksin vauvan kanssa ohjausta, tukea ja rohkaisua ammattilaiselta. Tutkimusten mukaan myös äidit ovat isien omien ohjaushetkien kannalla. (Jasu-Kuusisto 1994, 52; Kaila-Behm 1997; Kalam-Salminen 2005, 98.)

Isälle tulee usein ulkopuolinen olo, kun äiti hoitaa suurimmaksi osaksi lasta, joten hoitajan tulee etsiä isälle omia tehtäviä. Hoitaja tällöin tukee isän kasvua omaan rooliinsa ja tasavertaiseksi puolisoiksi. Isälle tehtäviä etsittäessä tulee ottaa huomioon isän yksilölliset tarpeet ja luonne. (Hannula 2003, 91; Kallio-Kökkö 2004, 33; Kalam-Salminen 2005, 102; Iivarinen 2007, 38-40; Inberg, Axelin & Salanterä 2008.) Toiset isät haluavat mieluummin seurata sivusta, jolloin he tarvitsevat hyvin konkreettisia tehtäviä ja paljon kannustusta. Toisaalta isä voi olla vahva perheenpää, jolloin hän toimii aktiivisesti ja tarvitsee vapaamman ympäristön toimia. Hoitaja voisi tällöin toimia ainoastaan taustatukena ja vaihtoehtojen esittäjänä. (Kaila-Behm 1997, 92.) Rooli tai tehtävä voi olla lapsen hoitoon liittyvä tai esimerkiksi äidille seuraa pitäminen. Isiä on paljon erilaisia, joten hoitajan tulee arvioida joka tilanteessa uudelleen heidän omat yksilölliset tarpeensa. Tulee muistaa, että rooleja ja tehtäviä etsittäessä ei henkisen puolen tukemiseen saa unohtua. (Hannula 2003, 91; Kallio-Kökkö 2004, 33; Kalam-Salminen 2005, 102; Iivarinen 2007, 38-40; Inberg ym. 2008.)

Suurin osa tuoreista isistä tuntee epävarmuutta toiminnastaan. He kaipaavat paljon tukea, erityisesti palautteen muodossa. Hoitajan tulisi aina isän toimiessa itsenäisesti kehua toimintaa, mutta antaa myös rakentavaa palautetta ja perusteltua kritiikkiä. Isät kaipaavat totuudenmukaista informaatiota onnistumisestaan ja tulevaisuudessa odotettavista asioista. Isät ovat toivoneet tietoa myös muiden isien ajatuksista ja toimintatavoista. (Jasu-Kuusisto 1994, 52; Kaila-Behm 1997, 139-141; Hannula 2003, 91; Kalam-Salminen 2005, 99.) Palautteen antamisessa, ideaalitalanteiden kertomisessa ja motiivoinnissa tulee hoitajan olla kuitenkin varovainen. Isät kokevat helposti syyllisyyttä, jos eivät onnistu tehtävässään täydellisesti. (Kaila-Behm 1997, 139-141.)

2.2.7 Varhainen vuorovaikutus

Äidin ja lapsen välinen vuorovaikutus alkaa jo ennen lapsen syntymää, kun odottava äiti hiljalleen tutustuu kohdussa kasvavaan sikiöön. Synnytyksen jälkeen tuoreet vanhemmat saattavat kuitenkin tarvita tukea, jotta varhainen vuorovaikutus onnistuu halutulla tavalla. (Puura 2003, 475-477.) Pystyäkseen tukemaan äidin ja lapsen välistä varhaista vuorovaikutusta, tulee hoitajan tietää mitä se on ja miksi se on tärkeää lapselle. Hoitajan täytyy myös tuntea vuorovaikutukselle haitalliset tekijät, ja kyetä tunnistamaan ne ajoissa, jotta hän kykenee toimimaan ongelmatilanteissa. Tämän lisäksi hoitotyön ammattilaisella tulee olla keinot torjua näitä ristiriitatilanteita ja taitoa luoda asiakassuhde, jossa vanhemmat uskaltavat kertoa ongelmistaan. (Mäntymaa & Tamminen 1999; Siltala 2003,17; Mäntymaa 2006, 14; Inberg ym. 2008.) Tutkimusten mukaan tärkeä vauvan selviytymisen määrittäjä on äiti-vauva- parin yhteinen sopeutumiskyky eli kyky sopeutua ja saavuttaa tasapaino paitsi keskenään myös suhteessa laajempaan ihmissuhdeverkostoon (Mäntymaa 2006, 14).

Puutteet vuorovaikutuskäyttäytymisessä saattavat ennustaa lapsen alttiutta moniin kroonisiin sairauksiin, kuten astmaan. Vuorovaikutuksen puuttuminen vaikuttaa aivojen kehitykseen negatiivisesti, erityisesti tunteiden ja ajattelun kypsymiseen. (Purhonen 2004.) Näin ollen varhaisen vuorovaikutuksen tärkeyttä ei tule vähätellä. Viime vuosikymmeninä onkin panostettu paljon sen ymmärtämiseksi, miten juuri riittävän hyvän vuorovaikutuksen ominaisuudet ovat yhteydessä varhaiseen kehitykseen. (Ahlqvist & Kanninen 2003, 339; Siltala 2003, 17; Mäntymaa 2006, 36-37; Inberg ym. 2008.)Varhaista vuorovaikutusta tukee lapsivuodeosastojen hoitotyötä ohjaavien arvojen muuttuminen perhekeskeisempään suuntaan (Kalam-Salminen 2005, 26).

Tärkein osa-alue varhaisen vuorovaikutuksen edistämässä lapsivuodeosastolla on vierihoidon tukeminen (Erlandsson & Fagerberg 2005). Vierihoidossa vauvaa äidit tottuvat vauvan rytmiin, oppivat tunnistamaan vauvansa viestejä ja reagoimaan niihin sekä saavat varmuutta kotona pärjäämiseen. Äidit kaipaavat hoitajan apua ja neuvoja vauvan viestien tulkintaan ja vauvan hellimiseen sekä vauvalle lepertelyyn. Vierihoido on edellytys vauvantahtisesti toimimiselle ja ohjauksen saamiselle silloin, kun ”tilanne

on päällä”. Hoitajan tulee varhaista vuorovaikutusta tukiessaan ajatella vanhempia ja lasta yhtä tärkeinä. (Jasu-Kuusisto 1994, 38; Toveri 1994, 31; Emmanuel ym. 2001; Kalam-Salminen 2005, 87; Hannula ym. 2006a; Launonen 2006; Iivarinen 2007, 31-33.) Hoitajan tulee myös välttää turhaa vauvaan koskemista ja antaa äidin hoitaa itse vauvaansa (Ingram ym. 2002).

Hoitajien tulee arvioida jokaisen perheen kohdalla varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen tarvetta. Tehokasta menetelmää tuen tarpeen kartoittamiselle ei ole vielä kehitetty. Hoitajat voivat kuitenkin tarkkailla vanhempien toimintaa vauvan kanssa ja sitä kautta määrittellä varhaisen vuorovaikutuksen onnistumista. Ongelmista viestii mekaaninen käsittely ja vauvan etäällä pitäminen. Hyviä merkkejä taas ovat vauvalle lepertely ja katsekontakti. (Inberg ym. 2008.) Varhaisen vuorovaikutussuhteen luomista voi edistää antamalla palautetta vanhempien toiminnasta, kannustamalla ja motivoimalla heitä, sekä luomalla avointa ilmapiiriä tilanteeseen. Konkreettisia keinoja ovat vanhempien ohjaaminen vauvan viestien tulkitsemisessa ja fyysisen läheisyyden luominen vauvalle ja vanhemmalle, esimerkiksi kenguruhoitoon kannustamalla. Tärkeää on myös auttaa vanhempia muodostamaan positiivista kuvaa lapsesta. Lisäksi hoitaja voi tukea vanhempia vanhemmuuteen sitoutumisessa. (Launonen 2006; Mäntymaa 2006, 14; Inberg ym. 2008.)

2.3 Ohjauksen laatu Suomessa ja maailmalla

Imetyksen ja lapsenhoidon ohjausta on tutkittu paljon Suomessa, erityisesti Turun ja Kuopion yliopistoissa. Tutkimusten mukaan näistä toiminnoista selviytyminen ja kuuden kuukauden täysimetyksen onnistuminen ovat lähes suoraan verrannolliset ohjauksen laatuun. (Jasu-Kuusisto 1994; Hannula 2003; Johansson ym. 2003; Kalam-Salminen 2005; Hannula ym. 2006a; Hannula, Leino-Kilpi & Puukka 2006b; Iivarinen 2007.) Kansainvälisissä tutkimuksissa tulokset ovat hyvin samansuuntaisia (Hundley ym. 2000; Ingram ym. 2002; Wallace ym. 2006; Rea ym. 2007).

Tutkimusten mukaan potilaista yli puolet on tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen kokonaisuutena. Kuitenkin, kun ohjausta pilkotaan osioihin, tyytyväisyys laskee huomatta-

vasti. Tyytyväisyyteen vaikuttavat potilaan omat odotukset. Potilaat, joilla oli vähemmän toiveita ja ennakko-odotuksia, olivat tyytyväisempiä saamaansa ohjaukseen. Esimerkiksi nuoret äidit pitivät ohjausta vähemmän tärkeän kuin keski-ikäiset äidit, ja olivat siten myös tyytyväisempiä. Tutkimuksissa hoitajat arvioivat lähes poikkeuksetta ohjauksen laadun ja oman tietotaitonsa paremmaksi kuin potilaat. Kansainvälisissä tutkimuksissa potilaat arvioivat lähes aina hoitajien ohjaustaidot hyväksi, mutta hoitajien tiedoissa oli heidän mielestään parantamiseen varaa. Perustiedot käytiin sekä hoitajien että potilaiden mielestä hyvin läpi. Potilaat kaipasivat kuitenkin enemmän syventävää tietoa, ohjeita tulevaisuuteen ja ohjauksen havainnollistamista. (Jasu-Kuusisto 1994; Toveri 1994; Hannula 2003; Johansson ym. 2003; Kallio-Kökö 2004; Kvist 2004; Kalam-Salminen 2005; Ruotsalainen 2006; Iivarinen 2007; Rea ym. 2007; Alaloukusa-Lahtinen 2008.)

Erityisesti imetysohjauksen laatua parantaa, jos sairaala on mukana UNICEF:n ja WHO:n vauvamyönteisyys -ohjelmassa (Hannula 2003; Hannula ym. 2006a; 2006b; Forster & McLachlan 2007; Koskinen 2008, 14-15). Ohjelmasta on kehitetty kymmenen askeleen toimintasuunnitelma optimaalisen hyvään imetysohjaukseen (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 1994; Koskinen 2008, 14-15; The United Nations Children's Fund 2008). Toimintasuunnitelma löytyy työn lopusta liitteenä (Liite 1). Kaikki hoitajat tulisikin kouluttaa toimimaan imetysohjaajina ja toteuttamaan kymmenen askeleen toimintasuunnitelmaa (Hannula 2003, 110; Kyngäs 2003; Wallace ym. 2006).

Potilaat kokevat ohjauksen hyvin rutiininomaiseksi ja hoitajien toiminnan liikaa heidän omiin oletuksiinsa perustuvaksi (Kyngäs 2003; Kalam-Salminen 2005; Iivarinen 2007). Potilaat toivovat enemmän avointa keskustelua ohjauksen tarpeesta ja arvioinnista (West 2002). Heidän mukaansa yksilöllinen ohjaus jää liikaa perusasioiden kertauksen varjoon, jolloin aikaa ei tunnu riittävän kysymyksille ja toiveille. Hoitajat unohtavat usein ohjaustilanteessa kokonaisvaltaisen potilaan huomioon. Potilaat toivovat lisää mielialan ja fyysisen voimien huomioon. Äidit haluaisivat lapsivuodeajan ohjauksen olevan hienotunteisempaa ja helläkätisempää, koska he ovat niin herkkiä synnytyksen jälkeen. Potilaat haluaisivat myös tuntea olevansa edelleen myös ihmisiä, eivätkä vain

potilaita. He kaipaavat hoitajien kanssa keskustelua myös arkipäiväisistä asioista ohjauksen lomassa. Potilaat kokevat hoitajien kiireen vaikuttavat yksilölliseen ohjaukseen kielteisesti, koska he eivät aina viitsineet vaivata hoitajia kysymyksillään. (Hägmann-Laitila 1990; Hannula 1996; Emmanuel ym. 2001; Hannula 2003; Kyngäs 2003; Kallio-Kökkö 2004; Kalam-Salminen 2005; Ruotsalainen 2006; Iivarinen 2007; Alaloukusa-Lahtinen 2008.)

Tukea ja kannustusta potilaat kaipaavat enemmän, vaikkakin he arvioivat hoitajien sitä jo hyvin antavan. Kannustusta äidit haluavat konkreettisissa asioissa, sillä he tuntevat lapsivuodeajan olevan liian lyhyt sekä henkisen puolen tukemiseen että käytännön taitojen oppimiseen. Isien saama tuki ja kannustus arvioitiin molempien, isien ja äitien taholta, välttäväksi. Potilaat toivovat hoitajilta nykyistä enemmän joustavuutta. Äidit kuvailevat lapsivuodeosastojen hoitajien toimivan liian rutiininmukaisesti, jolloin uusille vaihtoehdoille ja perheen mielipiteille tai toiveille ei ole enää tilaa. Potilaat halusivat vaihtoehtoja myös automaattisesti, ettei niitä tarvitsisi pyytää tai etsiä itse. (Jasukuusisto 1994; Toveri 1994; Kalam-Salminen 1996; Hannula 2003; Kalam-Salminen 2005; Ruotsalainen 2006; Iivarinen 2007; Alaloukusa-Lahtinen 2008.)

Tutkimusten mukaan hoitajat tiedostavat ohjauksessa olevan puutteita, vaikka he arvioivat sen laadun lähes kiitettäväksi. Puutteet ovat kuitenkin useimmiten heistä riippumattomia. Puutteeksi he nimeävät osaston tilojen epäsopivuuden, omahoitajakäytännön vaikean toteuttamisen, hoitajien vähäisen määrän osastoilla ja toimintakäytännöissä olevat ongelmat. Hoitajat arvioivat ajoittain myös heidän oman tietotaitonsa olevan puutteellista. Ratkaisuksi he ehdottavat osaston järjestämiä lisäkoulutuksia ja ohjauskäytäntöjen muuttamista yhtenäisemmiksi osaston henkilökunnan kesken. (Toveri 1994; Hannula 1996; Kalam-Salminen 1996; Hannula 2003; Kalam-Salminen 2005; Iivarinen 2007.) Hoitajat ovat myös huomanneet, että WHO:n ja UNICEF:n vauvamyönteisyys-ohjelma parantaa ohjauksen laatua (Hannula ym. 2006a; Forster & McLachlan 2007).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää havainnoimalla, millaista ohjausta lapsivuodeosastoilla annetaan. Havainnoinnin kohteeksi valittiin lapsenhoidon ja imetyksen ohjaustilanteita. Laadukkaan ohjauksen kriteereiksi määriteltiin yksilöllisyys, vuorovaikutus, ohjauksen kattavuus ja oppimisen varmistaminen. Haluttiin myös selvittää millä keinoilla kätilöt/lastenhoitajat ohjatesaan tukevat varhaista vuorovaikutusta ja perhekeskeisyyttä. Lisäksi haluttiin kartoittaa isien huomioon ottamista ohjaustilanteissa.

Tutkimusongelmat ovat:

- 1) Millaista ohjausta ensisynnyttäjät saavat imetyksessä ja lapsenhoidossa lapsivuodeosastolla olonsa aikana?
- 2) Millä keinoilla kätilöt/lastenhoitajat tukevat perhekeskeisyyttä lapsenhoidon ja imetyksen ohjaustilanteissa?
- 3) Miten isät otetaan huomioon lapsenhoidon ja imetyksen ohjaustilanteissa?
- 4) Millä keinoilla kätilöt/lastenhoitajat tukevat varhaisen vuorovaikutuksen kehittymistä lapsenhoidon ja imetyksen ohjaustilanteissa?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen näyte ja kohdejoukko

Tutkimusajankohtana oli syys-lokakuu 2008 ja tutkimuspaikkana lapsivuodeosastot. Havainnoitavat rajattiin ensisynnyttäjiin, jotka olivat synnyttäneet yhden terveen lapsen alatiesynnytyksessä. Lisäksi äidin tuli puhua äidinkielenään suomea ja antaa suostumuksensa havainnointiin. Ohjaajan tuli olla vakituisesti osastolla työskentelevä kätilö tai lastenhoitaja. Havainnoitavaksi pyrittiin valitsemaan mahdollisimman paljon ohjaustilanteita, joissa myös isä oli mukana. Näytteissä siis suosittiin sellaisia tilanteita, joissa molemmat vanhemmat olivat läsnä. Muilta osin pyrimme välttämään havainnointitilanteiden suosimista, ja näytteiksi otettiin kaikki, jotka vastasivat kriteerejä ja alkoivat opiskelijoiden ollessa osastolla odottamassa.

Osaston henkilökunnan kanssa sovittiin etukäteen ajankohdat, jolloin opiskelijat olivat osastolla havainnoimassa. Lisäksi osastolle toimitettiin kirjallinen informaatiolomake ennen tutkimuksen aloittamista. Alustavasti päätettiin havainnoida kuusi imetyksen ja kuusi lapsenhoidon ohjaustilannetta. Aineiston lopullisen määrän kuitenkin määrittäyty vasta aineistonkeruun yhteydessä, koska laadullisessa tutkimuksessa aineisto on riittävä, vasta kun tulokset toistavat itseään (Nieminen 1998, 215).

Havainnoitavia tilanteita oli yhteensä kolmetoista, seitsemän lastenhoidon ohjausta ja kuusi imetysohjausta. Ohjauksen antajana oli yhdeksässä tilanteessa kättilö ja neljässä tilanteessa lastenhoitaja. Kaikki ohjaajat olivat vakituisesti osastolla työskenteleviä. Ohjaustilanteet kestivät kymmenestä minuutista puoleen tuntiin. Imetysohjaustilanteet olivat lyhyempiä kuin lapsen hoidon ohjaustilanteet. Suurin osa ohjaustilanteista havainnoitiin aamupäivällä. Ainoastaan kaksi ohjaustilannetta havainnoitiin muuna vuorokaudenaikana. Kaikki lastenhoidon ohjaukset tapahtuivat osaston lastenhoitohuoneessa. Imetysohjaukset toteutettiin pääosin äidin omassa potilashuoneessa, yksi ohjaustilanne oli osaston imetysnurkkauksessa. Lähes kaikki ohjaustilanteet alkoivat perheen tarpeista/ vauvan rytmisesti. Vain kaksi ohjaustilannetta alkoi ennalta sovittuna ajankohtana. Neljässä ohjaustilanteessa oli myös isä mukana, yleensä nämä isät yöpyivät osastolla perhehuoneessa. Kahdeksan ohjausta havainnoitiin äidin ensimmäisenä synnytyksen jälkeisenä päivänä ja viisi toisena postpartum -päivänä. Ohjattavat äidit olivat iältään 21-35-vuotiaita. Suurin osa äideistä oli 22-27-vuotiaita.

4.2 Aineiston kerääminen ja keruuväline

Aineisto kerättiin havainnoimalla. Havainnointitapana käytettiin tarkkailevaa havainnointia eli kohteen ulkopuolista havainnointia. Siinä tutkija ei osallistu tutkimuskohteen toimintaan, vaan toimii ulkopuolisena tarkkailijana. (Vilkkä 2006, 43.) Lisäksi käytettiin jäsennellyn havainnoinnin mallia ja havainnointia tehostettiin kohdistamalla. Kohdistaminen rajaa havainnoitavat asiat tiettyihin toimintoihin osastolla. Jäsennellyt havainnointi tarkoittaa, että on ennalta suunniteltu lomake, jonka pohjalta havainnointi toteutetaan. (Vilkkä 2006, 38-45.) Havainnoinneissa käytettiin kahta rinnakkaishavain-

noijaa, jolloin tuloksista saadaan riippumattomampia havainnoitsijan mielipiteistä ja tunnetiloista (Hirsjärvi 2007a, 208-209). Kylmän ja Juvakan (2007, 96) mukaan havainnointitilanteet usein videoidaan myöhempää tarkastelua varten. Tässä tutkimuksessa oli kuitenkin paikalla aina kaksi havainnoijaa, joten videointi koettiin tarpeettomaksi. Aineiston kerääminen aloitettiin vasta sen jälkeen, kun oli saatu tutkimuslupa tutkimustoimintaa valvovalta hoitotyön asiantuntijaryhmältä toukokuussa 2008.

Aineiston keruuväline rakennettiin tutkimusongelmien muodostamisen jälkeen. Havainnointikaavake perustuu täysin aikaisempien tutkimustulosten pohjalta määriteltyyn laadukkaaseen ohjaukseen. Kysymykset, jotka sisällytettiin kaavakkeeseen, toimivat opiskelijoiden muistin virkistämiseksi laadukkaan ohjauksen osa-alueiden sisällöstä. Näin ollen havainnointikaavakkeen avulla kerätyllä aineistolla pystyttiin suoraan vastaamaan tutkimusongelmiin ja jo havainnointitilanteessa keskittymään opinnäytteen kannalta olennaisiin seikkoihin. Havainnointikaavakkeen keskeiset osiot olivat: yksilöllisyys, vuorovaikutus, ohjauksen kattavuus, oppimisen varmistus, perhekeskeisyys ja isän huomioiminen ohjauksessa sekä varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Käytetty havainnointikaavake on työn lopussa liitteenä (Liite 2).

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston purettiin heti jokaisen havainnointikerran jälkeen. Tilanteen purkaminen aloitettiin pohtimalla ensin itsenäisesti havainnoinnista esiin nousseita ja ylöskirjattavia asioita. Tämän jälkeen opiskelijat keskustelivat tilanteesta teemoittain ja lopulta kirjasiivat yhdessä yhteen kaavakkeeseen havainnot. Asiat pyrittiin kirjaamaan selkeästi ja opiskelijoiden omia mielipiteitä heijastelematta. Käytettäessä valmiiksi suunniteltua havainnointikaavaketta, rajattiin aineisto jo ylöskirjausvaiheessa tutkimusongelmia vastaavaksi. Myöhemmässä vaiheessa, kun kaikki havainnoinnit oli tehty, aineisto kirjoitettiin puhtaaksi teemoittain. Tämän jälkeen aloitettiin aineiston käsittely.

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, koska tuloksista pystytään empiirisessä tutkimuksessa tekemään päätelmiä vasta aineiston alustavan läpikäymisen jälkeen. Aineiston läpikäyminen aloitetaan litteroimalla. Litterointi tarkoittaa aineiston puhtaaksikirjoitta-

mista sanasta sanaan. (Hirsjärvi 2007b, 216-217.) Tässä opinnäytetyössä täytettiin jokaisen havainnointitilanteen jälkeen ennakkoon suunniteltu kaavake. Kaikkien havainnointien jälkeen puhtaaksikirjoitettiin kaikki havainnot yksittäisinä lauseina ja kerättiin lauseet teemojen mukaisesti uusiksi kokonaisuuksiksi. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa on syytä myös rajata niin, että se vastaa parhaiten tutkimusongelmiin (Vilkkä 2006, 80; Hirsjärvi 2007b, 220). Opinnäytetyössä aineisto rajattiin jo ennen havaintojen paperille kirjoittamista, koska käytössä oli valmiiksi suunniteltu havainnointikaavake. Lisäksi aineiston analysointivaiheessa hylättiin lauseita, jotka eivät vastanneet tutkimusongelmia millään tavalla.

Havaintojen litteroinnin jälkeen seuraava vaihe on havaintojen pelkistäminen ja yhdistäminen. Pelkistäminen auttaa tutkijaa tarkastelemaan tutkittavaa asiaa yksittäistapauksia ylemmällä tasolla. Pelkistäminen tekee aineiston helpommin hallittavaksi. Pelkistämässä tutkija etsii havainnoista keskeiset asiat ja muokkaa ne raakaversioiksi. Aineiston käsittelyä ja tulkintaa edelleen helpottamiseksi aikaansaadut raakaversiot yhdistellään eli klusteroidaan sisällön mukaan, jolloin havaintojen määrä pienenee. (Alasuutari 2001, 40; Vilkkä 2006, 82; Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.) Tässä opinnäytetyössä opiskelijat pelkistivät lauseet yhdessä ja raakaversiot yhdisteltiin hoitajan antaman ohjauksen näkökulmasta. Raakaversioiden yhdistelystä syntyy luokkia, jotka tulisi nimetä. Luokan nimen tulisi kattaa kaikki sen alla olevat pelkistetyt ilmaukset. Nimi voi olla olemassa oleva teoreettinen käsite tai tutkijoiden itse luoma termi. Luokkien nimeämisen jälkeen ryhmittelyä voidaan vielä jatkaa ja muodostaa jo saaduille luokille yläluokkia. Yläluokat muodostuvat, kun vertaillaan eri alaluokkia keskenään ja löydetään yhtäläisyyksiä. Myös yläluokat tulee nimetä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 150; Kylmä & Juvakka 2007, 118-119.)

Kolmas vaihe sisällönanalyysissä on aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen. Käsitteellistäminen tapahtuu yhdistelemällä tehtyjä luokituksia ja tekemällä johtopäätöksiä. Yhdistelemistä jatketaan niin kauan kuin se aineiston sisällön mukaisesti on mahdollista. Lopputuloksena on teoreettisia käsitteitä (pääluokkia) ja aivan viimeiseksi saadaan kaikkia pääluokkia yhdistävä käsite. Yhdistävät käsitteet tulee olla sellaisia, jotka voidaan ymmärtää teoreettisesti ja empiirisinä ilmiöinä. Lopputuloksen tulisikin kuvata

mahdollisimman monipuolisesti tutkittua asiaa tai ilmiötä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 150; Tuomi & Sarajärvi 2004, 114-115.) Työn lopussa on liitteenä tämän opinnäytetyön yhden teeman sisällönanalyysikaavio (Liite 3).

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Yksilöllisyys

Hoitajat huomioivat äidin vireystilan hyvin. Jos äiti oli virkeä, sai hän toimia omatoimisesti ja tehdä asioita itse hoitajan ohjatessa vierellä. Äidin ollessa väsynyt, antoi hoitaja äidin seurata sivusta ja kuunnella ohjeita. Suurimmassa osassa tilanteita hoitajat mukautuivat tilanteen muuttuessa. Yksi hoitaja kuitenkin konkreettisesti sysäsi äidin sivuun hänen väsymykseensä vedoten, vaikka äiti yritti päästä toimimaan itse ja vauvaansa lähelle. Suurin osa hoitajista luotti omiin havaintoihinsa vireystilan ja mielialan arvioinnissa. Vain kaksi hoitajaa kysyi äidiltä tilanteen alussa, miltä hänen oma olotilansa tuntui. Vireystilan lisäksi hoitajat kiinnittivät huomiota äidin epävarmuuteen, hermostumiseen ja jaksamiseen. Yhdessä tilanteessa äiti oli hyvin hermostunut vauvan itkiessä rinnalla, jolloin hoitaja auttoi vauvan nopeasti imemään rinnalla ennen ohjauksen aloittamista. Epävarmuuteen reagoitiin kehumalla, kannustamalla ja toistamalla ohjausta. Kahdessa tilanteessa hoitaja jätti reagoimatta äidin epävarmuuteen, joka aiheutti äidin hermostumisen. Toisessa hoitaja antoi vauvan itkeä hoitopöydällä tekemättä mitään, jolloin äitikään ei uskaltanut rauhoitella vauvaa ja hermostui. Toisessa hoitaja ei huomioi äidin olotilaa lainkaan, vaan kertoo kaavamaisesti ohjattavan asian.

Hoitajat ottivat hyvin huomioon perheen toiveet ja mielipiteet. Hoitajat antoivat äidin päättää itse esimerkiksi imetysasennosta. Yhdessä tilanteessa hoitaja myös tarjosi äidille mahdollisuutta tehdä itse päätöksiä. Kaikki hoitajat vastasivat perheiden kysymyksiin ja toivottuja asioita käsiteltiin kattavasti. Lisäksi äitien esittämät toiveet huomioitiin ohjauksen toteuttamisessa. Yksi hoitaja kuitenkin esti äitiä toimimasta oman halunsa mukaisesti. Lähes kaikki hoitajat kysyivät äidin mielipidettä ennen kuin puuttuivat äidin toi-

mintaan. Vain yksi hoitaja puuttui imetystilanteeseen ja -asentoon äidiltä lupaa kysymättä.

Yksilöllisiä ratkaisuja hoitajat eivät etsineet lähes lainkaan. Hoitajat kuitenkin pohtivat yhdessä äidin kanssa vaihtoehtoisia ratkaisuja, jos sellaisia oli valmiiksi tarjolla, esimerkiksi annetaanko vauvalle lisämaitoa vai ei. Hoitajat myös informoivat perheille, että muitakin vaihtoehtoja on tarjolla, mutta niitä ei esitelty. Yksi hoitaja kehotti kokeilemaan erilaisia toimintatapoja ja kertoi niistä sanallisesti, mutta niitä ei kokeiltu tai näytetty. Kukaan hoitajista ei miettinyt perheelle yksilöllisesti sopivaa ratkaisua. Kaksi hoitajaa kumosi perheen esittämän toiveen. Toinen perhe olisi halunnut apua kylvetyksentoihin, joita he olisivat halunneet kokeilla, mutta hoitaja kieltäytyä pitäen sitä turhana. Toisessa tilanteessa otteita kerrattu perheen pyynnöstä huolimatta, koska hoitajan mielestä ne sujuivat hyvin. Yksi hoitaja haki yksilöllisiä ratkaisuja puutumalla imetystilanteeseen mahdollisimman vähän, jolloin ohjaus oli yksilöllisempää.

Hoitajat kartoittivat aiempaa osaamista ja kokemuksia eniten kyselemällä ohjaustilanteen alussa. Vain puolet hoitajista jatkoi kyselemistä ja kartoittamista tilanteen edetessä pidemmälle. Hoitajat kyselivät vanhempien aiempaa lastenhoitokokemusta ja toimintatapoja, joita he ovat käyttäneet aiemmin lapsia hoitaessaan. Osa hoitajista kartoitti myös aiemman osastolla saadun ohjauksen ja sen kertaustarvetta. Kolmanneksessa ohjaustilanteista hoitaja luotti ensisynnyttäjäien tarvitsevan perusteellista ohjausta perusasioissa, eikä tehnyt kartoitusta ollenkaan. Hoitajat käyttivät kyselyn lisäksi myös havainnointia ohjauksen tarvetta määritellesään. Perhe sai aloittaa omatoimisesti, jonka jälkeen hoitaja ohjasi tarvittavat muutokset.

5.2 Vuorovaikutus

Suurin osa hoitajista mietti ohjaustilanteelle sopivan paikan, jotta tilanne olisi mahdollisimman kiireetön. Hoitajat esimerkiksi valitsivat mieluummin lastenhoituhuoneen, jossa oli vain yksi hoitopöytä, jolloin huoneessa ei ollut muita samaan aikaan. Suurin osa imetysohjauksista tapahtui potilashuoneessa, jolloin huomioitiin paikalla olevien ihmisten määrää. Oma huone on myös tutumpi paikka äideille, jolloin he keskittyvät pa-

remmin. Suurin osa ohjauksista toteutettiin aamulla, jolloin hoitajien ruuhkautuva työmäärä näkyi tilanteissa. Työmäärä näkyi esimerkiksi aamupesujen ohjausta odottavien äitien jonona oven takana. Hoitajat pyrkivät luomaan ohjaustilanteesta rauhallisen myös omalla olemuksellaan. He tekivät olemuksestaan rauhoittavan muun muassa istumalla alas potilaan viereen, puhumalla rauhallisesti, kuuntelemalla keskeyttämättä potilasta, olemalla hermostumatta häiriötekijöistä ja ottamalla katsekontaktia. Yksi hoitaja sai kiireettömyyden aikaan jäämällä istumaan hetkeksi paikoilleen, vaikka ohjaustilanne olikin jo ohi. Toisaalta yhdessä tilanteessa hoitaja sai aikaan rauhattoman ilmapiirin, puhumalla nopeasti, toimimalla hosuen ja vastaamalla kännykkäänsä kesken ohjauksen. Kiireettömyyttä viestittää myös se, että vanhemmat saavat rauhassa toimia itse, vaikka tilanne sujuisikin hitaammin kuin hoitajan tekemänä. Yksi hoitaja kuitenkin toimi päinvastoin ja kiireeseen vedoten hoiti vauvan itse äidin katsellessa vierestä.

Hoitajat motivoivat potilaita kannustamalla heitä omatoimisuuteen. Käytännössä tämä näkyi esimerkiksi mahdollisuutena yrittää ensin itse, hoitajan neuvoessa vierellä. Hoitajat yleisemmin kehuivat itsenäisiä suorituksia ja antoivat vain rakentavaa palautetta. Hoitajat myös rohkaisivat pärjäämiseen kertomalla avun olevan lähellä ja tuomaan esille joidenkin asioiden olevan ammattilaisellekin aluksi vaikeita. Hyvä esimerkki kannustamisesta on, kun hoitaja kehotti jatkamaan positiivisella asenteella eteenpäin. Hoitajat käyttivät myös henkistä tukemista ja lohduttamista apunaan. Motivaatiota laski, jos hoitaja ei antanut perheen toimia omatoimisesti tai ei antanut palautetta toiminnasta.

Osa hoitajista kuunteli hyvin potilaita. Käytännössä tämä tarkoitti kuuntelemista keskeyttämättä ja käyttämällä perheen vaatiman ajan siihen. Kuunteleminen tarkoitti myös esille tuleviin ongelmiin puuttumista, jotta perhe kokee tulleen kuulluksi. Yksi hoitaja ei kuunnellut loppuun asti, vaan keskeytti potilaan ja jatkoi toisesta aiheesta keskustelua. Eräs toinen hoitaja ei huomionnut äidin kertomaa huolta kotona pärjäämisestä, vaan ohitti sen kertomalla myöhemmistä avunsaantimahdollisuuksista.

Hoitajat huomioivat kaikki perheenjäsenet ohjaustilanteessa, jos he olivat paikalla. Yksikään hoitajista ei maininnut sanallakaan isää, jos hän ei ollut mukana ohjauksessa. Isän ollessa paikalla lähes kaikki hoitajat ottivat katsekontaktia tasapuolisesti molem-

piin, jolloin myös puhe kohdistettiin molemmille vanhemmille. Erityisesti hoitajat ottivat isän mukaan kannustamalla häntä auttamaan äitiä ja puhumalla isän roolista. Tällöin myöskään äidin roolia ja kannustusta ei unohdettu. Hoitajat huomioivat isät myös ottamalla heidät mukaan toimintoihin, esimerkiksi yksi isä sai kokeilla vauvan asettamista äidin rinnalle ja vauvan imuotteen tarkistamista. Yhdessä tapauksessa hoitaja ei huominnut isää tasapuolisesti, hän ajoittain käänsi selkensä isälle ja kohdisti ohjauksen pääosin äidille.

5.3 Ohjauksen kattavuus

Vain harva hoitajista tarjosi perheille vaihtoehtoisia toimintatapoja automaattisesti. Kaikki hoitajat kuitenkin vastasivat perheiden kysymyksiin sekä antoivat vaihtoehtoja perheen esitettyä selkeästi mielenkiintoa niiden saamiseen. Useimmiten vaihtoehdot olivat hyvin konkreettisia, kuten eri imetysasentojen esittely tai käsien paikkojen vaihtoehtoista kertominen. Jos perhe pyysi vaihtoehtoja muista kuin perusasioista, loppuivat hoitajan tiedot useimmissa tilanteissa, jolloin vaihtoehtoja ei voitu antaa. Lähes kaikki hoitajat antoivat äitien soveltaa oppimaansa, jos äiti teki aloitteen siihen itse. Kukaan hoitajista ei kehottanut äitiä kokeilemaan toimintatapojen soveltamista. Hoitajat kuitenkin arvioivat rakentavasti äitien kehittämiä sovelluksia.

Kaikki hoitajat perustelivat antamia ohjeita edes jollain tavalla. Kaksi hoitajaa kuitenkin perusteli ohjaustaan vanhentuneilla käsityksillä, vastoin ajantasaista näyttöön perustuvaa tietoa. Esimerkiksi yksi hoitaja ohjeisti äitiä painamaan rintaa vauvan nenän kohdalta, ettei vauva tukehtuisi vaikka nykyisten imetysohjeiden mukaan äidin asennon tulee olla sellainen, että rinnan painaminen on tarpeetonta ja vauvan hengitystiet pysyvät helposti avoinna. Suurin osa hoitajista perusteli antamansa vaihtoehdon hyvin, mutta ei perustellut valitsemansa tavan eroavuutta muista tavoista. Eräs perustelukeino on havainnollistaa ohjattavaa asiaa. Hoitajat havainnollistivat muun muassa näyttämällä mallia, kertomalla toimintamallin vaikutuksista vauvan olotilaan vertaamalla äidin tuntemuksiin ja kertomalla konkreettisia esimerkkejä, kuten ”napatynkä on kuin kynsi, siinä ei ole kiputuntoa”. Hyvin moni hoitajista perusteli vain muiden vaihtoehtojen ne-

gatiiviset puolet, mutta jättivät valitun vaihtoehdon positiiviset puolet kertomatta. Vain kolme hoitajaa kertoi molemmat, sekä negatiiviset että positiiviset näkökulmat.

Yli puolet hoitajista viittasi ohjauksessaan kotiutumisen jälkeiseen aikaan ja/tai mahdollisiin ongelmiin tulevaisuudessa. Vain viisi hoitajaa jätti mainitsematta näistä asioista ja yhdessä tilanteessa äiti oli niin poissaoleva, ettei kotiohjeita kannattanut vielä antaa. Osa hoitajista kertoi kaikkien ohjaamiensa asioiden kohdalla kotona käytettävän tavan ja sen, miten se eroaa sairaalassa toimimisesta. Osa hoitajista vain viittasi ajoittain kotona pärjäämiseen, eikä eroavaisuuksia käyty kovinkaan tarkasti läpi. Neljännes hoitajista puhui myös mahdollisesti eteentulevista ongelmista imetyksessä ja lapsen hoidossa. He kertoivat asioista totuudenmukaisesti ja vähättelemättä, lisäksi etsittiin ratkaisuvaihtoehtoja niihin. Osa näistä hoitajista kertoi vanhemmille myös pieniä lisävinkkejä, joita voi käyttää hyväkseen ongelmien ehkäisemisessä.

5.4 Oppimisen varmistaminen

Kukaan hoitajista ei automaattisesti toistanut ohjaamaansa. Kertausta vanhemmat saivat aina pyytäessään sitä. Hoitajat toistivat ohjausta myös tilanteissa, joissa näkivät vanhempien toimivan virheellisesti. Esimerkiksi äidin imetysasennon ollessa vääränlainen, kerrattiin sen merkitystä. Lisäksi hoitajat toistivat ohjeensa, jos näytti selkeästi siltä, ettei äiti kyennyt ymmärtämään asiaa aiempien ohjeiden perusteella. Ainoastaan yksi hoitaja ei toistanut ohjaustaan, vaikka äiti kertausta olisi halunnut. Useampi hoitaja kertoi kertauksen mahdollisuudesta ja kehotti pyytämään sitä, jos siltä tuntuu.

Eri ohjausmenetelmiä hoitajat käyttivät paljon suullisen ohjauksen rinnalla. Yleisin oli konkreettinen ”kädestä pitäen” näyttäminen. Hoitaja esimerkiksi laittoi omat kätensä äitien käsien päälle auttaessaan oikeaa nostotekniikkaa. Yleistä on myös havainnollistaminen, jossa hoitaja näytti ensin esimerkkiä, jonka jälkeen äiti sai itse kokeilla. Esimerkin näyttämisen jälkeen hoitajat havainnoivat tarkkaan äidin toimintaa ja korjasivat sekä kertoivat mahdolliset ongelmakohdat. Hoitajat antoivat perheille hyvinkin konkreettisia ja selkeitä ohjeita. Yksi hoitaja esimerkiksi näytti vauvan imuotetta omaa suutaan apuna käyttäen ja kertoi vauvan hengitystekniikasta kehottaen äitiäkin kokeile-

maan, kuinka imuote irtoaa, jos nenä menee tukkoon. Kukaan hoitajista ei antanut kirjallisia ohjeita ohjauksensa tueksi. Vain yksi hoitaja mainitsi osastolla jaettavasta ohjelehtisestä, josta potilas voisi hakea lisätietoa. Kukaan hoitajista ei maininnut muista mahdollisista tietolähteistä, kuten internetistä, kirjallisuudesta tai vertaistukiryhmistä.

Hoitajat varmistivat perheiden osaamista havainnoimalla ja korjaamalla tarvittaessa. Lisäksi he tarkistivat jotain asioita konkreettisesti, esimerkiksi vauvan imuotteen katsominen ja kokeileminen. Osa hoitajista otti huomioon myös yksilöllisyyden, kysymällä äidin tuntemuksia ja mielipidettä. Esimerkiksi eräs hoitaja kysyi, miltä äidistä imuote tuntui ja samalla katsoi itse, miltä se näytti. Yksi hoitaja havainnoi imuotteen onnistumista yhdessä äidin kanssa, jolloin samalla opetti äidin tekemään tarkastuksen itse. Eräs toinen hoitaja opetti isälle imuotteen tarkastamisen, jotta sitä voitaisiin tehdä myös kotona. Löytyi kuitenkin hoitajia, jotka eivät varmistaneet oppimista millään keinolla.

5.5 Perhekeskeisyys

Isät otettiin pääosin hyvin huomioon heidän ollessaan mukana ohjaustilanteessa. Yhdessäkään tilanteessa, jossa isä ei ollut paikalla, häntä ei mainittu sanallakaan. Kukaan hoitajista ei myöskään kartoittanut ohjauksessa olleen äidin perhetilannetta. Isän ollessa mukana oli ohjaus tasavertaista. Ainoastaan yhdessä tilanteessa äitiä huomioitiin paljon isää enemmän. Tässä tilanteessa hoitaja otti katsekontaktia lähes pelkästään äitiin ja käänsi ajoittain selän isälle. Osassa ohjaustilanteita isän roolia korostettiin. Hoitaja pyrki ottamaan isän mukaan aktiiviseksi toimijaksi ja ohjasi tiettyjä asioita myös pelkästään isän kannalta.

Äitiä tuettiin uuteen rooliinsa lähes poikkeuksetta. Hoitajat kyselivät äidin tuntemuksia ja kertoivat niiden olevan normaaleja. Hoitajat kannustivat äitejä onnistumisten kautta. Esimerkiksi yksi hoitaja kehotti ohjauksen lopulla äitiä katsomaan vauvaansa ja sanoi, että ”vauva on nyt rauhallinen ja tyytyväinen sinun hoitoosi”. Hoitaja antoi myös konkreettisia esimerkkejä ja tehtäviä, jotta vanhemmat omaksuisivat uudet roolinsa paremmin. Isää hoitajat lähinnä kannustivat yrittämään ja toimimaan vauvan kanssa enemmän. Isän roolista ei kuitenkaan ollut puhetta, jos hän ei ollut läsnä ohjauksessa.

5.6 Isän rooli ohjaustilanteessa

Isän ollessa paikalla ohjauksessa, sai hän pääosin hyvinkin yksilöityä ohjausta. Isän tehdessä esimerkiksi navan puhdistusta, keskittyi hoitaja vain hänen tekemiseensä ja ohjaukseen. Ajoittain neuvot ja ohjeistukset kohdistettiin vain isälle, esimerkiksi kylvetykseen liittyen. Yksi hoitajista ohjasi vanhempia niin sanotusti paketina, jolloin ohjaus oli koko tilanteen ajan tasapuolisesti molemmille. Useimmiten isien itsevarmuus vauvan hoitamisessa tuli esiin, kun hoitaja antoi selkeästi isälle tilaisuuden yrittää, ilman hoitajan jatkuvaa vierellä arviointia.

Hoitajat kannustivat isää lähinnä kehumalla heidän toimintaansa. Hoitajat myös kannustivat isiä yrittämään uudelleen, jos he tunsivat epäonnistuneensa. Tarvittaessa hoitajat ohjasivat ”kädestä pitäen”, miten asia kuuluisi tehdä. Hoitajat valoivat isiin uskoa omasta kyvystään olla hyvä isä antamalla heille vastuutehtäviä hoitotilanteissa. Esimerkiksi yksi hoitaja valtuutti isän antamaan sokeriliuosta vauvalle verensokerin ottamisen ajaksi ja kertoi isän olevan paras tähän tehtävään.

Kaikki hoitajat etsivät isälle omia tehtäviä. Hoitaja lähinnä ehdotti isälle omia rooleja ja tehtäviä kotiin. Yksi hoitaja esimerkiksi ehdotti, että ”isä voisi leikata vauvan kynnet, kun vauva on äidin rinnalla rauhallisena”. Useimmiten isät innostuivat hoitajan ideoista ja jäivät luultavasti miettimään asiaa. Hoitajat kannustivat perhettä myös jakamaan itsenäisesti rooleja vanhempien kesken. Hoitajat myös hyväksyivät perheen tekemät tehtävänjaot lastenhoitotilanteissa.

Isien hoitajilta saama palaute oli todella rakentavaa. Kukaan hoitajista ei tyrmännyt isän toimintatapaa, vaan heille selvitettiin perustellusti, miten toimintaa kannatti muuttaa. Hoitajat aloittivat isälle suunnatun palautteen aina ensin kehumalla. Kehuminen ei ollut vain sanallista, vaan he näyttivät myös konkreettisia esimerkkejä, kuten hyvän imuotteen tunnusmerkit etsittiin yhdessä isän kanssa. Yksi isä ei saanut palautetta, koska hoitaja ei antanut hänen toimia itsenäisesti, vaan hoitaja hoiti vauvan itse.

5.7 Varhainen vuorovaikutus

Hoitajat eivät ohjanneet perheitä suoranaisesti vierihoidon toteuttamiseen, vaan he keskittyivät enemmän vauvantahtisuudesta kertomiseen, jonka edellytyksenä onnistunut vierihoito on. Vauvantahtisuuteen kannustettiin kertomalla, mitä se käytännössä tarkoittaa, mitä etuja siitä on vauvalle ja äidille sekä tukemalla äitiä henkisesti sen toteuttamisen aikana. Henkinen tukeminen oli esimerkiksi tiheän imemisen kausista kertomista ja kannustamista jaksamaan sen aikana. Yksi hoitaja kuitenkin vähätteli äidille vierihoidon merkitystä, kuvaamalla sitä ”ohimeneväksi jaksoksi, joka nyt vaan täytyy jaksaa”. Äitejä tuettiin vierihoidon toteuttamiseen myös omatoimisuutta lisäämällä. Heidän esimerkiksi annettiin aloittaa imetys itsenäisesti niin, että hoitaja tuli vasta hie-man jäljessä tarkistamaan onnistumisen ja antamaan tarvittavaa ohjausta.

Hoitajat kertoivat paljon vauvan tavasta viestiä tarpeitaan. Eniten vanhemmille kerrottiin vauvan nälkään viittaavista reaktioista. Hoitajat perustelivat vauvan reaktioita sillä hetkellä, kun niitä oli nähtävissä. Esimerkiksi vauvan itkiessä pesujen jälkeen hoitopöydällä, kertoi hoitaja sen johtuvan kylmästä. Äideille ei kerrottu tarkemmin, miten vauvan viesteihin tulisi reagoida. Heille kerrottiin ainoastaan, että vauvalla on esimerkiksi nälkä. Vanhempien reagoidessa automaattisesti itse vauvan viesteihin, hoitajat tukivat heitä ja kävivät heidän kanssaan läpi oikeanlaista toimintaa. Hoitajat antoivat vanhempien reagoida, jos he tekivät siihen itse aloitteen. Hoitajat eivät kuitenkaan kehottaneet vanhempia reagointiin. Osa hoitajista reagoi itse vauvan viesteihin, esimerkiksi itkuun rauhoittamalla vauvaa kosketuksen avulla. Tällaisissa tilanteissa he eivät useinkaan selittäneet tai perustelleet toimintaansa vanhemmille millään lailla. Yksi hoitaja jätti myös itse reagoimatta vauvan itkuun, eikä kannustanut myöskään vanhempia reagoimaan mitenkään.

Vauvan tarvitsemaan turvallisuuden tunteeseen hoitajat keskittyivät opettamalla vanhemmille otteita ja käsittelyä. Vanhemmille kerrottiin, mitä varmat otteet tarkoittavat käytännössä. Niitä kuvailtiin napakoiksi ja tukeviksi koko kämmenen otteiksi, ja kerrottiin vanhempien olotilan, esimerkiksi epävarmuuden, heijastuvan helposti otteeseen. Hoitajat näyttivät mallia ja ohjasivat vanhempia ”kädestä pitäen”. Suurin osa hoitajista

pyrki koskemaan itse vauvaan mahdollisimman vähän, jotta vanhempien side vauvaan vahvistuisi. Hoitajat kannustivat vanhempia myös lepertelemään, silittelemään ja pitämään vauvaa lähellä. Hoitajat pyrkivät asettamaan vauvan päärooliin ohjaustilanteissa, jolloin hänen tarpeensa korostuivat.

Hoitajat korostivat omassa toiminnassaan varhaisen vuorovaikutuksen tärkeyttä. Kuitenkin vain yksi hoitaja kertoi sanallisesti vanhemmille, miksi sen tukeminen on tärkeää. Muut hoitajat eivät perustelleet varhaisen vuorovaikutuksen tärkeyttä mitenkään, eivätkä tuoneet esille sen vaikutuksia. Hoitajat eivät kertoneet mitä varhainen vuorovaikutus käytännössä on, vaan lähinnä puhuivat sen toteuttamiskeinoista.

5.8 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tulosten valossa ohjauksen laatu lapsivuodeosastoilla on kovin vaihtelevaa. Puutteita on erityisesti yksilöllisyyden ja oppimisen varmistamisen osa-alueilla. Ohjauksen kattavuus oli kohtalaista. Eri menetelmien käyttö hallittiin hyvin, mutta kirjallisen ohjauksimateriaalin hyödyntäminen oli hyvin vähäistä. Hoitajat kiinnittivät selvästi huomiota vuorovaikutuksen toimivuuteen ohjaustilanteissa. Erilaisia keinoja perhekeskeisyyden tukemiseen käytettiin paljon, silloin kun isä oli mukana ohjauksessa. Perhekeskeisyys kuitenkin unohtui isän ollessa poissa osastolta. Yleisesti isät otettiin erittäin hyvin huomioon ohjauksessa. Varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen oli lapsivuodeosastoilla käytössä monenlaisia keinoja, mutta niitä hyödynnettiin vain harvoin.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Hoitajat kyselivät ohjaustilanteissa hyvin vähän potilaiden mielialaa ja tunteita. Kuitenkin äidit ovat aikaisempien tutkimusten perusteella juuri tätä toivoneet enemmän (Hannula 2003, 93; Iivarinen 2007, 38-40). Hoitajat tekivät yksilöllistä tilanteen kartoitusta hyvin tilanteen alussa, mutta vain puolet jatkoi sitä läpi ohjauksen. Aiempiin tutkimuk-

siin verraten tulokset ovat samansuuntaisia, vaikka kartoitus ohjauksen edetessä on todettu jo niissä riittämättömäksi (Hannula 2003, 93; Kalam-Salminen 2005, 114; Ruotsalainen 2006, 161). Yksilöllisiä ratkaisuja ei pohtinut kukaan hoitajista, vaikka vaihtoehtoja käytiin pintapuolisesti läpi, erityisesti vanhempien pyynnöstä. On hieman kyseenalaista jättää päätösvastuu perheille, jos hoitajankaan tietotaito ei riitä päätöksen tekemiseen. Erityisesti kansainvälisissä tutkimuksissa on aiemminkin tullut esiin, että potilaat arvioivat hoitajien tietotason riittämättömäksi ohjauksen toteuttamiselle (Hundley ym. 2000; Rea ym. 2007). Hoitajat huomioivat todella hyvin perheiden toiveet ja mielipiteet sekä vastasivat kattavasti kaikkiin heidän esittämiin kysymyksiin. Vastavaanlainen tulos on saatu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Jasu-Kuusisto 1994, 29; Alaloukusa-Lahtinen 2008, 52-53). Pitäisikö hoitajien kuitenkin aktiivisemmin kartoittaa ohjauksen tarvetta, jotta äitien ei tarvitsisi itse olla vastuussa laadukkaasta ohjauksesta?

Toimivan vuorovaikutussuhteen luomiseen hoitajat kiinnittivät selvästi huomiota. Hoitajat pyrkivät tekemään tilanteesta kiireettömän kaikin tavoin ja saivatkin aikaan avoimen ilmapiirin lähes kaikissa havainnointitilanteissa. Ainoa asia, jossa olisi parantamisen varaa, on ohjauksen sijoittuminen päivän aikana. Olisiko ohjaus vieläkin kiireettömämpää, jos oven takana ei olisi jonoa aamupesuille? Toisaalta aiempien tutkimusten mukaan ohjaus tulisi pääasiallisesti sijoittaa juuri aamupäivään (Jasu-Kuusisto 1994, 34). Hoitajat kuuntelivat perheitä hyvin, vain muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Hoitajat olivat lisäksi erittäin kannustavia omatoimisuuteen. Tulos oli jopa hieman yllättävä, koska hoitajat oli arvioitu aiempien tutkimustulosten mukaan joustamattomiksi ja heidän kannustuksensa omatoimisuuteen vain kohtalaisen hyväksi (Hannula 1996, 45-58; Kalam-Salminen 1996, 62; Ingram ym. 2002; Kyngäs 2003). Vanhempien huomioimiseen tasavertaisesti hoitajat kiinnittivät huomiota isän ollessa läsnä ohjauksessa, mutta jostain syystä isän olemassaoloa ei muistettu hänen ollessa poissa osastolta.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on tuotu esiin ongelma, että ohjauksen kattavuus jää potilaiden vastuulle ja tarvittava pohjatieto päätöksentekoon ei ole riittävää (Hundley ym. 2000; Ruotsalainen 2006, 162). Tämän työn tulosten perusteella voidaan todeta, ettei ohjaus tässä suhteessa ole parantunut. Perheet joutuivat vaatimaan vaihtoehtoja, ennen

kuin hoitaja niitä esitteli. Vaihtoehtoja kuitenkin annettiin aina niitä pyydettyäessä, vaikkakin perustelut ja vertailu jäivät usein puuttumaan. Pohjatietojen (perustelut) ollessa puutteellisia, jää pohdittavaksi perheiden tekemien päätösten edellytykset olla laadukkaita. Kirjallisen materiaalin laaja-alaisempi käyttö voisi olla ratkaisu itsenäisen päätöksenteon mahdollistumiseen. Havainnollistamista äidit kaipaivat lisää aiemmissä tutkimuksissa (Toveri 1994, 47; Iivarinen 2007, 38-40). Tässä tutkimuksessa hoitajat havainnollistivat ohjaustaan hyvin ja monilla eri keinoilla. Perheet ovat kaivanneet ohjauksesta myös totuudenmukaisempaa (Kaila-Behm 1997, 139; Alaloukusa-Lahtinen 2008, 55). Hoitajat kuitenkin usein unohtavat perustella sekä negatiiviset että positiiviset puolet asiasta. Hoitajat viittasivat ohjatessaan hyvin kotona pärjäämiseen ja mahdollisesti eteen tuleviin ongelmiin. Asioista kerrottiin totuudenmukaisesti ja vähättelemättä, aivan kuten potilaat ovat tutkimusten mukaan toivoneet.

Tässä tutkimuksessa ohjausta ei toistettu automaattisesti, mutta kuitenkin aina tarvittaessa. Kertauksen tarvetta määriteltiin havainnoimalla, kysymällä ja kehottamalla perheitä pyytämään sitä tarvittaessa. Erilaisia keinoja ohjauksen havainnollistamiseen oli käytössä useita, jolla taattiin oppimisen varmistaminen. Tutkimusten mukaan potilaat kaipaavat enemmän tietoa muista informaatiolähteistä, jolloin oppimista voidaan varmistaa myös omatoimisesti. Muiden informaatiolähteiden avulla äidit voivat myös karottaa oppimisen puutteita ja kysellä niitä hoitajilta. (Toveri 1994, 45; Hannula 1996, 34; Kyngäs 2003.) Hoitajat eivät kuitenkaan, lähes poikkeuksetta, edes maininneet muista tietolähteistä. Tämä voi osoittautua ongelmaksi, koska nykyään tietoa etsitään itse, jos sitä ei muuten ole saatavilla. Tällöin lähteet voivat olla kyseenalaisia, eikä tieto ole välttämättä ajan tasalla olevaa ja se voi olla jopa täysin virheellistä.

Ohjauksen kattavuus oli tulosten valossa vain kohtalaista, erityisesti perusteluissa oli puutteita. Tässä kohtaa täytyy ottaa huomioon, että tutkimusmateriaali koostuu vain pienestä osasta kunkin potilaan saamaa ohjausta osastolla olonsa aikana. Mahdollisesti perustelut eivät puuttuneet kokonaan, vaan ne on voitu kertoa aiemmin tai myöhemmin. Kannattaa kuitenkin miettiä, voiko ohjauksen määrällä korvata laatua. Esimerkiksi perhekeskeisyyttä ja varhaista vuorovaikutusta tulisi tukea yhtä vahvasti joka ohjaustilanteessa. Suullisen ohjauksen tueksi tarvittavia muita tietolähteitä käytettiin vähän, joista

tärkein on kirjallinen materiaali. Hoitajien voi olla vaikea muistaa antaa kirjallista materiaalia, joten materiaalin saatavuus internetistä voisi tehostaa ohjausta.

Perhekeskeisyyttä tuettiin hyvin, kun isä oli läsnä ohjaustilanteessa. Isän ollessa poissa osastolta, perhekeskeisyyttä ei huomioitu. Aikaisemmissakin tutkimuksissa perhekeskeisyyden huomiointia on kaivattu lisää, hoitajat kokevat sen kuitenkin vaikeaksi (Hannula 2003, 88; Kallio-Kökö 2004, 33; Kalam-Salminen 2005, 46, 98). Perhekeskeisyyttä tukevia keinoja, joita hoitajat käyttivät, ovat ohjauksen tasavertainen suuntaaminen molemmille vanhemmille sekä isän asettaminen äidin lisäksi aktiivisen toimijan rooliin ohjaustilanteissa. Tasavertaisuutta korostettiin erityisesti tasapuolisen katsekontaktin ottamisella. Hoitajat myös tukivat vanhempia uuteen rooliin kasvussa, antamalla positiivista palautetta ja konkreettisia esimerkkejä onnistumisista. Lisäksi hoitajat rohkaisivat, erityisesti isää, toimimaan vauvan kanssa sekä ehdottivat tehtäviä tai esimerkkejä tehtävienjaoista. Uuteen rooliin sopeutumisessa auttoi myös vanhempien tuntemusten kysely ja niistä keskustelu. Nämä kaikki keinot löytyvät myös aikaisemmista tutkimuksista (Jasu-Kuusisto 1994, 54-55; Kalam-Salminen 2005, 46, 98; Iivarinen 2007, 38-40).

Aikaisemmissa tutkimuksissa isät ovat kokeneet olonsa ulkopuoliseksi osastolla ollessaan ja toivoneet enemmän yksilöityä ohjausta (Jasu-Kuusisto 1994, 52; Kaila-Behm 1997). Tässä tutkimuksessa isät otettiin erityisen hyvin huomioon heidän ollessa paikalla. Ohjaus oli myös yksilöityä, isän tarpeista lähtevää. Ulkopuolisuuteen on ehdotettu ratkaisuksi isälle omien tehtävien etsimistä (Kaila-Behm 1997, 92; Iivarinen 2007, 38-40; Inberg ym. 2008). Tässä hoitajat onnistuivat erityisen hyvin. Kaikille isille ainakin ehdotettiin omia tehtäviä. Hoitajat myös kunnioittivat perheiden omia tehtävien jakoja. Isät on arvioitu aiemmin epävarmoiksi toiminnastaan ja helposti syyllisyyttä tunteviksi (Kaila-Behm 1997, 139-141). Hoitajat reagoivat tähän antamalla paljon positiivista ja rakentavaa palautetta. Tulos isien huomioimisesta oli hyvin positiivinen yllätys. Siihen on selvästi kiinnitetty viime vuosina entistä enemmän huomiota. Tästä eteenpäin hoitajat voisivat laajentaa isien huomioimista myös tilanteisiin, joissa he eivät ole osastolla läsnä.

Varhaista vuorovaikutusta tulisi tukea kannustamalla äitejä vierihoidon toteuttamiseen, joka mahdollistaa vauvantahtisesti toimimisen (Hannula ym. 2006a; Launonen 2006; Iivarinen 2007, 31-33). Aikaisempien tutkimusten mukaan äidit eivät ole olleet tyytyväisiä vierihoidon toteuttamisen tukemiseen (Erlandsson & Fagerberg 2005; Kalam-Salminen 2005, 87). Tässä tutkimuksessa hoitajat kertoivat perheille, mitä vauvantahtisuus on ja miten vauva viestii tarpeitaan. Hoitajat myös kannustivat vanhempia oma-toimisuuteen. Paljon kuitenkin jäi sanomatta, esimerkiksi perusteluja toiminnan taustalle ja vauvan viesteihin reagoimista ei käyty läpi juuri ollenkaan. Tulisikin pohtia, ovatko hoitajat riittävän koulutettuja ymmärtämään varhaisen vuorovaikutuksen tärkeyttä. Hoitajat selvästi osasivat itse toimia varhaista vuorovaikutusta tukien, mutta eivät osanneet pukea toimintaansa sanoiksi ja hyödyntää sitä ohjauksessa. Juuri tämä viestittää koulutuksen tarpeesta. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on jo todettu, että hoitajien täytyisi tietää tarkkaan, mitä varhainen vuorovaikutus on ja miksi se on tärkeää, jotta he voisivat tukea perheitä sen toteuttamisessa (Mäntymaa 2006, 14; Inberg ym. 2008). Muutamia keinoja varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen kuitenkin näkyi ohjauksissa, kuten vauvan turvallisuuden tunteen luomisen näyttäminen, kannustaminen vauvalle lepertelyyn ja silittelyyn sekä vauvan asettaminen ohjaustilanteessa päärooliin. Lisäksi osa hoitajista pyrki koskemaan itse mahdollisimman vähän vauvaan ja antoi tilaa vanhemmille. Vaikka hoitajien toiminnassa näkyi ajoittain erilaisten varhaista vuorovaikutusta tukevien keinojen käyttö, niitä hyödynnettiin hyvin harvoin.

Perhekeskeisyyttä huomioitiin hyvin isän ollessa paikalla, vaikka ympäristö ei ole vielä niin suotuisa sen laadukkaalle toteuttamiselle. Aikaisemmissa tutkimuksissa juuri resurssien puute sairaalassa on haitannut perhekeskeisyyden parempaa huomioimista (Jasu-Kuusisto 1994, 54-55; Kalam-Salminen 2005, 98; Iivarinen 2007, 38-40). Kalam-Salmisen (2005, 98) mukaan puutteita ovat esimerkiksi henkilökunnan määrä, perhehuoneiden vähyys ja osaston rajoitetut vierailuajat. Nämä samat asiat voisivat lisätä myös varhaisen vuorovaikutuksen tukemista. Kalam-Salmisen (2005, 26) mukaan lapsivuodeosaston arvojen muuttuminen perhekeskeisempään suuntaan tukee myös varhaista vuorovaikutusta. Ongelmallista on tällä hetkellä perhekeskeisyyden tuen puuttuminen isän ollessa poissa. Pohdittavaksi jää onko ongelma vain resursseissa, vai olisiko hoitajien asenteilla jotakin vaikutusta.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa laaja teoriapohja on välttämätön riittävän luotettavuuden saavuttamiseksi (Tuomi & Sarajärvi 2004, 17-18). Tässä työssä on tehty ennen havainnointilomakkeen rakentamista laaja kirjallisuuskatsaus sekä kotimaisiin että kansainvälisiin tietolähteisiin. Aikaisempaa tutkimustietoa on hyödynnetty havainnointikaavakkeen tekemiseen runsaasti. Ongelmana voi kuitenkin olla, että lähes kaikki lähteet on kirjoitettu samasta näkökulmasta. Erityisesti hoitajan kannalta tehtyjä tutkimuksia löytyi vähän.

Havainnointiin käytetty aika sekä tulosten kirjaamisen systemaattisuus ja tarkkuus parantavat luotettavuutta huomattavasti (Nieminen 1998, 217-218; Hirsjärvi 2007a, 208). Tulosten kirjaamista harjoiteltiin etukäteen, jolloin lomakkeen käyttö tuli sujuvammaksi. Lisäksi kaikissa havainnointitilanteissa oli kaksi havainnoijaa paikalla. Havainnointikertoihin käytettävää aikaa ei määritelty etukäteen, vaan paikalla pyrittiin olemaan koko ohjaustilanteen ajan. Luotettavuutta voi kuitenkin heikentää se, että tutkijat ovat paikalla, jolloin havainnoitavat saattavat muuttaa käytöstään tai toimintaansa (Vilka 2006, 57). Havainnoitsijat pyrkivät kuitenkin olemaan mahdollisimman taustalla tilanteessa, jotta heidän läsnäolonsa ei häiritsisi tai voitaisiin jopa ”unohtaa”.

Suurin luotettavuusongelma aineiston purkuvaiheessa on tutkijan tunteiden sulkeminen havaintojen ulkopuolelle. Tutkijan on usein vaikea pysyä puolueettomana, koska hän suodattaa kaiken vastaanottamansa informaation omien tunteidensa, mielipiteidensä ja asennoitumisensa läpi. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 133; Vilka 2006, 109.) Tässä opinäytetyössä luotettavuutta yritettiin parantaa käyttämällä kahta havainnoijaa joiden havainnot yhdistettiin purkuvaiheessa. Vilkan (2006, 110) mukaan tutkija kiinnittää havainnointitilanteissa helposti huomiota henkilökohtaisiin kiinnostuksen kohteisiin, jolloin tärkeitä havaintoja voi jäädä tekemättä. Tässä työssä pyrittiin rajaamaan havainnoitavat kohteet tarkasti (valmis havainnointikaavake), jotta havainnoitsijoiden huomio kiinnittyisi olennaisiin asioihin. Lisäksi havainnoitsijoita oli kaksi, jotta havainnoinnit olisivat kattavampia. Luotettavuuteen vaikuttaa myös purkuvaiheessa kirjaamisen tarkkuus (Tuomi & Sarajärvi 2004, 111-112). Tämän työn kirjaamisen tarkkuuttakin pa-

rantaa kahden havainnoijan käyttäminen. Lisäksi tilanteet kirjoitettiin puhtaaksi heti havainnoinnin jälkeen ja aikaa kirjaamiseen käytettiin riittävästi, jotta kaavake voitiin täyttää huolellisesti loppuun asti.

Tutkimuksen analysoinnin luotettavuuteen vaikuttaa tarkkuus aineiston pelkistämässä. Vaikka aineistoa yritetään selkeyttää, siitä ei saisi rajata liikaa materiaalia pois. Tutkija ei myöskään saisi tehdä päätelmiä liian varhaisessa vaiheessa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 189.) Tässä työssä luotettavuus voi hieman kärsiä, koska opiskelijat eivät ole kovin harjaantuneita sisällönanalyysin tekemisessä. Tämä taas voi vaikuttaa heidän omien mielipiteidensä heijastumiseen tuloksissa. Toisaalta kahden henkilön tekemä pelkistäminen lisää luotettavuutta jonkin verran. Kahden opiskelija yhdessä tekemä pelkistys ainakin lisää materiaalin kokonaisvaltaisen hyödyntämisen onnistumista.

Tulosten luotettavuutta voidaan määritellä muun muassa arvioimalla niiden reliabeliutta ja validiutta. Reliabelius on tulosten toistettavuutta, jolloin pyritään minimoimaan virheiden mahdollisuus. Tulos ei siis saa olla sattumanvarainen, vaan tarkan analysoinnin tuotos. Toistettavuus voidaan saavuttaa yhden tutkijan tekemällä tulosten analysoinnin toistolla eri menetelmiä käyttäen tai kahden rinnakkaisen tutkijan tekemällä analysoinnilla. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 186; Hirsjärvi 2007c, 226.) Tässä opinnäytetyössä on ollut kaksi opiskelijaa tekemässä analysointia. Lisäksi tarkistaakseen tulosten toistettavuuden, opiskelijat toistivat sisällönanalyysin yhden teeman osalta kahdella hieman toisistaan poikkeavalla menetelmällä. Useamman opiskelijan käyttö tutkimuksen tekemisessä parantaa myös tutkijaan liittyvää triangulaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2004, 141-142; Hirsjärvi 2007c, 228).

Tulosten validius voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäisesti validissa tutkimuksessa ulkopuoliset seikat eivät ole vaikuttaneet tulokseen, vaan tulokset perustuvat pysyvään tutkimusasetelmaan. Merkittävää on myös se, kuinka koehenkilöt valikoidaan tutkimukseen. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tuloksen yleistettävyyttä ja siirrettävyyttä, jolloin myös ympäristön vaikutus tulee huomioida. Voidaan pohtia onko otos edustava ja kuvaako se perusjoukkoa. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 210-212; Hirsjärvi & Hurme 2000, 188.) Laadullisessa tutkimuksessa ei luotettavuutta

voida arvioida kovin selkeästi. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston ei tarvitsekaan olla edustava otos perusjoukkoa ja tuloksissa heijastuu aina tutkijoiden persoonallinen käsitys tutkittavasta aiheesta, jolloin tulosten siirrettävyys voi olla mahdotonta. (Niemi-nen 1997, 215.) Laadullisen tutkimuksen tulosten luotettavuutta parantaa tarkka selostus tutkimuksen vaiheista (Hirsjärvi 2007c, 227). Aikaisemmin tässä työssä on kuvattu tarkkaan käytetyt tutkimusmenetelmät ja niiden soveltaminen. Tutkimuksen näyte on edustava, koska aineiston lopullinen koko määrittyi vasta, kun tulokset alkoivat toistaa itseään. Siirrettävyyttä tuloksilla ei suoranaisesti ole, vaan ne kertovat tietyn sairaalan osastojen toiminnan laadusta.

Havainnointitutkimuksessa on tärkeää miettiä myös sen eettisyyttä, koska mennään tutkittavien reviiirille. Vaikka tutkittaisiinkin jonkin laitoksen esimerkiksi sairaalan toi-mintaa, voidaan huomaamatta loukata ihmisten yksityisyyttä. Tärkeää onkin säilyttää tutkittavien anonymiteetti (tunnistamattomuus), antaa mahdollisuus osallistujille kiel-täytyä tutkimuksen osa-alueista ja varmistaa, että tutkittavat ovat tietoisesti suostuneet osallistumaan tutkimukseen. (Kuula 2006, 75-76.) Ennen tutkimuksen aloittamista opis-kelijat pyysivät tutkimusluvan tutkimustoimintaa valvovalta hoitotyön asiantuntijaryh-mältä. Henkilökunnan puolesta lupa havainnoimiseen saatiin hoitotyön asiantuntijaryh-mältä, johon kuuluu myös eettinen toimikunta. Lisäksi hoitajilta itseltään kysyttiin lupaa suullisesti ennen havainnoinnin aloittamista. Heille oli kerrottu tutkimuksesta aikai-semmin sähköpostitse ja ilmoitustauluilla olevilla informaatiolomakkeilla (Liite 4). Ennen havainnoinnin aloittamista havainnoitavia perheitä/ äitejä informoitiin tutkimuk-sesta ja heille annettiin kirjallinen tiedote tutkimuksesta (Liite 5). Heiltä pyydettiin myös allekirjoitus luvan saamisen varmentamiseksi. Lisäksi heille kerrottiin mahdolli-suudesta keskeyttää tutkimus missä vaiheessa havainnointia tahansa.

Tutkimusaineiston purkamisessa tulee ottaa huomioon ihmisten yksityisyyden säilyttä-minen ja tunnistamattomina pysyminen. Aineistosta tulee kaikki tunnistetiedot poistaa tai korvata valetiedoilla heti, kun se on mahdollista. (Kuula 2006, 207-219.) Aineistoa puhtaaksi kirjoitettaessa havainnointitilanteisiin osallistuneiden nimiä ei kirjattu minne-kään ylös. Lisäksi lupakaavakkeet säilytettiin erillisessä paikassa, eikä niitä voinut yh-distää yksittäisiin havainnointitilanteisiin. Havainnointitilanteita ei kirjattu ylös koko-

naisuuksina, jolloin niistä ei pysty tunnistamaan yksittäisiä henkilöitä. Lisäksi opiskelijoita sitoo ehdoton salassapitovelvollisuus asioista, joita he ovat kuulleet havainnointien aikana.

Myöskään aineiston analysointi ja raportointivaiheissa ei havainnoitavien anonymiteetti saa vaarantua (Kuula 2006, 200-219). Tämän työn tutkimusraportista ei pysty tunnistamaan yksittäisiä potilaita tai hoitajia, koska heidän henkilötietojaan ei kirjattu ylös missään vaiheessa, ja heidät valittiin tutkimukseen yleisten kriteerien mukaan (esimerkiksi ensisynnyttäjä, joka synnyttänyt yhden terveen lapsen ja hänen ohjaajansa). Lopullisessa julkaisussa ei myöskään eritellä havainnointitilanteita yksityiskohtaisesti, vaan tulokset raportoidaan asiakkoittain. Tietenkin opiskelijoita sitoo myös salassapitovelvollisuus koko työn ajan.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Suullisen yksilöohjauksen toteutuksen tukena ei käytetty kirjallista materiaalia tai informaatiota muista tietolähteistä. Jatkossa olisikin syytä miettiä syitä, miksi niitä ei hyödynnetty ja keinoja niiden käytön yleistymiseen. Voisi tutkia millaista materiaalia tällä hetkellä on lapsivuodeosastoilla käytettävissä ja millainen niiden laatu on. Lisäksi voisi kysyä perheiltä, millaista materiaalia he ovat kaivanneet ja kuinka paljon he etsivät tietoa lapsivuodeaikaan liittyvistä asioista esimerkiksi internetistä. Näiden tutkimusten jälkeen voidaan kehittää parempia materiaaleja, jotta niiden käyttöä voitaisiin tehostaa.

Varhaisen vuorovaikutuksen ja perhekeskeisyyden vähäistä tukemista selitetään usein resurssien puutteella. Olisikin tärkeää tutkia ja vertailla eri sairaaloiden välillä, miten toimintaympäristö vaikuttaa perhekeskeisyyden ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen toteutukseen. Tutkimus voitaisiin toteuttaa osittain kansainvälisesti, jotta saataisiin luotettavampaa tietoa. Tulosten avulla voitaisiin pohtia, löytyykö tuen puutteelle myös muita selityksiä. Lisäksi saataisiin konkreettisia toimintaympäristön parantamiskeinoja.

Varhaista vuorovaikutusta tuettiin hyvin harvoin, vaikka keinoja kuitenkin löytyi satunnaisesti hoitajien toiminnasta. Jatkossa tulisikin kartoittaa hoitajien tietotaitoa ja asen-

netta varhaiseen vuorovaikutukseen. Pitäisi selvittää ymmärtävätkö hoitajat sen tärkeyden, osaavatko he sen peruseriaatteet ja miten he arvioivat perheiden tapaa toteuttaa sitä lapsivuodeosastolla. Näiden tulosten avulla voitaisiin kartoittaa hoitajien koulutuksen tarvetta varhaisen vuorovaikutuksen ohjaajina ja tukijoina.

7 ARTIKKELIN KIRJOITTAMINEN

7.1 Tieteellinen kirjoittaminen

Tieteelliselle tekstille on tyypillistä sopimuksenvaraisuus, konventionaalisuus, jossa asiat esitetään tietyssä järjestyksessä. Tekstit noudattavat usein ennalta sovittua rakennetta. (Goldbort 2001; Luukka 2002, 15.) Tärkein tieteellisen tekstin tunnusmerkeistä on se, että teksti raportoi tieteellisen menetelmän avulla hankittua tietoa. Tyypillistä on selittää ilmiötä käsitteellistysten kautta. Käsitteet ja määrittelemine ovat tieteellisiä tekoja ja siksi ne ovat olennainen osa myös tieteellistä kirjoittamista. Käsitteiden täsmällisellä käytöllä kirjoittaja voi sijoittaa tekstinsä valitsemaansa teoriapohjaan ja tieteelliseen paradigmaan. (Luukka 2002, 18-19.) Korostettaessa käsitteiden systemaattista käyttöä tieteellisessä kirjoittamisessa, ei kuitenkaan ole tarkoitus väittää, että olisi yksi ainoa tapa käyttää termejä. Oleellista on, että käsittemäärittelyssä selventyy, miten käsite tulee kyseessä olevaa tekstiä lukiessa tulkita. (Jussila 1998, 45-47.)

Tieteelliseen tekstiin kuuluu kriittisyys ja järjestelmällinen epäily. Tämä tarkoittaa, että kirjoittajan on syytä perustella väitteensä huolellisesti, pelkkä asian seikkaperäinen esittely tai toteaminen ei riitä. Teksti tulee olla muotoiltu niin, että sisältö voidaan ymmärtää vain kirjoittajan toivomalla tavalla, ilman kaksoismerkityksiä tai harhaan johtavia ilmaisuja. Tieteellisiin ihanteisiin kuuluu myös vankka objektiivisuus ja asiakeskeisyys, jolloin kirjoittaja pidättäytyy subjektiivisista mielipiteistään ja keskittyy etäältä tarkastellen tutkimaan havaintojaan. (Goldbort 2001; Luukka 2002, 20; Mäkinen 2005, 113.) Tieteellisen kirjoittamisen eräs päämäärä on tiedonvälitys ja tieteellinen dialogi: tutkijat raportoivat toisille tutkijoille ja kollegoilleen havaintojaan ja niistä tekemiään johtopäätöksiä. Toinen tärkeä tavoite julkaistaessa tieteellisiä tekstejä on palautteen

saaminen. Esimerkiksi artikkelin arviointivaiheessa kirjoittaja saa usein opettavaista kritiikkiä asiantuntijoilta työstään ja ajattelunsa tieteellisestä tasosta. Tieteellisten kirjoitusten julkaiseminen saattaa auttaa myös tutkijayhteistyön muodostumista. Nämä seikat realisoivat omakuvaa tutkijana ja saattavat ohjata tulevaa tieteellisen työn suuntautumista. (Niemelä, Lagerspetz, Lagerspetz & Näätänen 1991, 92; Goldbort 2001; McCape 2004.)

Tavallisimmat tieteelliset artikkelit voidaan jakaa teoreettisiin artikkeleihin, katsausartikkeleihin ja alkuperäisestä tutkimuksesta raportoiiviin artikkeleihin (Viskari 2002, 26; Mäkinen 2005, 112; Sajavaara 2009a, 269). Teoria-artikkeleissa pyritään kehittämään jo olemassa olevaa teoriaa tai teorioita, ja esittämään lopulta oma paranneltu teoria. Katsausartikkeleissa pyritään puolestaan luomaan kriittinen katsaus johonkin erityiskäsitteeseen alkuperäisartikkeleiden pohjalta. Hyvässä katsausartikkelissa käydään jäsennellysti läpi tutkimustuloksia ja vertaillaan niiden keskinäisiä suhteita. Tämä vaatii laajaa perehtymistä alkuperäisartikkeleihin sekä kykyä lukea niitä kriittisesti. (Sajavaara 2009a, 269.) Hyvän artikkelin perusta on hyvin suunniteltu ja metodisesti oikein toteutettu tutkimus. Vakiintuneen tieteellisen kirjoittamiskäytännön ja kirjoitusohjeiden tunteminen helpottavat onnistuneen kirjoitelman laatimista. Kirjoittajan on tunnettava hyvin aihetta koskeva tieteellinen kirjallisuus ja aineiston on oltava kooltaan riittävä luotettavien tulosten saamiseksi. (McCape 2004; Goldbort 2001.)

7.2 Tieteellisen artikkelin rakenne

Artikkelin selkeä rakenne helpottaa tiedonvälitystä. Osin siksi rakenteella on vakiintunut tietty ulkoinen muoto. Sekä teoria-artikkelin että katsausartikkelin jäsenitys määräytyy käsiteltävien asiakokonaisuuksien mukaan (Goldbort 2001; Sajavaara 2009a, 269). Artikkelin muodollisen rakenteen voi esimerkiksi pelkistää yksinkertaisesti aloitukseen, käsittelyyn ja lopetukseen. Tällainen kolmijako vastaa ideaalikertomuksen mallia. (Kinnunen 2002, 137.) Empiirisiin tutkimuksiin pohjautuvat tieteelliset artikkelit voivat myös noudattaa luonnontieteissä vakiintunutta muotoa: IMRD-kaavaa (I= Introduction, M= Materials and Methods, R= Results ja D= Discussion). Tässä kaavassa artikkelin johdanto virittää aiheeseen esittämällä keskeisesti aiheeseen liittyvät tutkimuk-

set sekä työssä käytetyt teorialähteet ja käsitteet. Artikkelin ydinosat puolestaan koostuvat tutkimusmenetelmien kuvauksesta ja tulosten esittämisestä. (Eskola 1998, 40; Viskari 2002, 27; Mäkinen 2005, 114; Sajavaara 2009a, 270.) Mallia on myös kritisoitu liiasta kaavamaisuudesta ja yllätyksettömyydestä. Toisaalta kaavan käyttäminen on turvallista ja tuttua monelle lukijalle ja saattaa helpottaa aineistoon tutustumista. Laadullisen tutkimuksen esittämiseen IMRD-kaava soveltuu kuitenkin huonosti, koska kvalitatiivisen tutkimuksen esittäminen ei yleensä ole yhtä suoraviivaista kuin kvantitatiivisen kokeellisen tutkimuksen. (Viskari 2002, 28.)

Artikkelin pituus riippuu julkaisusta ja sen standardeista. Joskus julkaisut asettavat artikkeleille minimi- ja maksimipituusrajat hyvinkin tarkasti, joskus niitä ei määritellä ollenkaan. Julkaisukynnys on kuitenkin matalampi lyhyillä artikkeleilla verrattuna pitkiin laajempiin artikkeleihin. Lyhyt artikkeli saattaa olla noin 10-12 sivua pitkä (riviväli 1.5), pitkä artikkeli saattaa olla noin 20 sivua pitkä. (Mäkinen 2005, 113-114.)

7.2.1 Otsikko

Artikkeli alkaa otsikolla sekä artikkelin tekijöiden nimillä. Otsikon tulee ilmaista lyhyesti tutkimuksen pääidea ja teoreettinen tausta. Sen on tarkoitus herättää lukijan mielenkiinto ja samalla olla mahdollisimman informatiivinen. Otsikossa tulee käyttää tarkasti sisältöä kuvaavia termejä, jotka mahdollistavat hakuluokitukset. Tekijöiden ja laitosten nimien ja muotojen laadinnassa auttavat kirjoitusohjeet. (Niemelä ym. 1991, 58; Carraway 2009.)

7.2.2 Tiivistelmä

Artikkeli alkaa usein tiivistelmällä eli abstraktilla, joka kertoo lyhyesti artikkelin sisällön (Niemelä ym. 1991, 59; Kinnunen 2002, 137; Sajavaara 2009a, 269). Tiivistelmä on artikkelin yhteenveto, siinä kerrotaan lyhyesti kirjoitelman aihe, tarkoitus, johtajuus tai artikkelin rakenneperiaate, artikkelin ala, käytetyt lähteet sekä johtopäätökset. Lyhyen, tietyn muodon mukaisen, tiivistelmän kirjoittaminen voi olla vaikeaa, koska kaikki on sanottava hyvin tiiviisti. Tiivistelmä alkaa yleensä muutaman lauseen kuvauk-

sella siitä, mitä tehtiin ja miksi. Sen jälkeen kuvaillaan aineisto ja menetelmät. Tämän jälkeen tulee esitellä päätulokset edelleen lyhyillä lauseilla kirjoitettuna. Tulosten jälkeen seuraa korkeintaan muutaman lauseen sisältävä johtopäätösten osa, missä ei verata tuloksia muuhun kirjallisuuteen. (Sajavaara 2009a, 269.)

Artikkelin aloituksen tehtävänä on herättää lukijan mielenkiinto ja antaa lukijalle eväitä artikkelin luentaan. Se on yleensä ensimmäinen osa, johon lukija tutustuu ja määrittää samalla perehtyykö lukija artikkeliin tarkemmin vai jättääkö hän sen lukematta. (Niemelä ym. 1991, 59; Kinnunen 2002, 137.) Tiivistelmän tulee olla ymmärrettävä ja täydellinen kokonaisuus niin, että se voidaan julkaista myös erillisenä muusta raportista. Tiivistelmän kirjoittaminen kannattaakin jättää viimeiseksi, jolloin on helpompi hahmottaa artikkelin oleelliset asiat. (Niemelä ym. 1991, 60.)

7.2.3 Johdanto

Johdannossa lukijalle esitellään tutkimusongelma taustoineen ja ongelmaa kuvaavassa kirjallisuuskatsauksessa keskitytään asian kannalta merkityksellisiin tutkimuksiin. Johdannon katsausosan ei pidä pyrkiä esittelemään kaikkia mahdollisia raportteja; katsausartikkelit ovat oma artikkelilajinsa. Aihetta pohtinut laaja, mahdollisimman tuore yleiskatsaus on syytä mainita. Näkökulman tulee olla kriittinen ja kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on objektiivisesti osoittaa, miten kirjoittajan tutkimusongelma sijoittuu tutkimuskenttään. Kirjoitustyylin tulee olla selkeää ja aiemmat tutkimukset tulee esitellä lyhyesti, mutta ymmärrettävästi. Johdannon päätteeksi esitetään tutkimuksen erityisongelmat ja tavoitteet. Artikkelin johdanto-osassa ei tavallisesti ole erillistä otsikkoa. (Niemelä ym. 1991, 60-61; Sajavaara 2009a, 271.) Myös keskeiset käsitteet tulee määritellä jo johdannossa, jotta lukija ymmärtää käytettävät termit kuten kirjoittaja on tarkoittanut (Mäkinen 2005, 120).

7.2.4 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmä osassa kuvataan tutkimuksen suorittaminen lyhyesti ja selkeästi mutta niin, että lukija pystyy arvioimaan tutkimuksen teon asianmukaisuutta, reliabeli-

utta ja validiutta. Tutkimuksen luotettavuuden ja pätevyyden perustelemisella, todistetaan tutkimuksen muodollinen tieteellisyys. Menetelmä osan tulee olla niin tarkka, että tarvittaessa tutkimus voitaisiin suorittaa uudelleen sen perusteella. (Viskari 2002, 27; Mäkinen 2005, 120; Carraway 2009; Sajavaara 2009a, 271.) Hyvä asiantarkastaja luukeikin tutkimusmenetelmäosan huolellisesti ja jos hän epäilee, ettei tutkimusta voitaisi toteuttaa kuvaillulla tavalla, ei artikkelia ehdoteta julkaistavaksi (Niemelä ym. 1991, 63).

Menetelmäosio jaetaan tavallisesti väliotsikoin erillisiin alajaksoihin (Niemelä ym. 1991, 63; Mäkinen 2005, 120). Alajaksoja voivat olla esimerkiksi erilliset metodiosa ja aineisto-osa. Metodiosassa selvitetään siis tutkimuksen suunnittelu ja se, miten tutkimus sijoittuu tutkimuksen aiheeseen, välineisiin ja itse tutkimusprosessiin. Aineisto-osassa esitetään tarkasti tutkimusvälineet ja -materiaalit. Jos kyseessä on ihmisjoukko, tulee selvittää miten se on valittu ja mikä on sen koostumus. (Mäkinen 2005, 120-121.)

7.2.5 Tulokset

Tulososa on tieteellisen artikkelin lähtökohta ja samalla sen tärkein osio, artikkelin sydän. Tulososiossa kirjoittaja esittelee lyhyesti, mutta tarkasti tutkimuksen päätulokset ja selvittää niitä tarvittavilla yksityiskohdilla. Tulososan tulee olla tiivis ja looginen. Lisäksi kirjoittajan tulee valita artikkeliin vain yleistäen tyypillisimmät ja edustavimmat tulokset. (Niemelä ym. 1991, 65; McCape 2004; Mäkinen 2005, 123.) Jos esitettävänä on vain muutamia yksittäisiä tuloksia, voidaan ne raportoida kirjallisessa muodossa. Jos tulokset toistuvat tai niitä on paljon, voidaan ne esittää graafisessa muodossa. (Mäkinen 2005, 123.)

Tulosten havainnollistamisessa voidaan apuna käyttää taulukoita ja tilastoja, joiden esittämisestä on laadittu tarkat ohjeet (Viskari 2002, 27; Remes 2009, 322). Tieteellisessä viestinnässä kuva on tehokas ja taloudellinen tiedonvälittäjä. Tärkeät tulokset pitäisikin aina esittää niin, että taulukot ja kuviot tukevat tulosten sanallista esittämistä. Tieteellisissä artikkeleissa tilastografiikka on keskeisin kuvallisen ilmaisun väline. Tilastografiikan avulla voidaan suurikin numeerinen joukko esittää ymmärrettävästi.

(Salmelin 2003; Remes 2009, 322-323.) Taulukoiden ja tilastotieteen avulla päästään helposti yleistyksiin ja vältytään turhalta toistolta (Mäkinen 2005, 123). Kuvien on oltava totuudenmukaisia, selkeitä ja nopeasti keskeisen viestin esille tuovia. Näiden vaatimusten täyttämiseen vaikuttavat muun muassa esitettävän tiedon ominaisuudet ja ihmisen kognitiiviset kyvyt. Hyvän kuvan tekeminen vaatii aikaa ja työtä. (Salmelin 2003; Remes 2009, 322-323.)

7.2.6 Pohdinta

Tarkasteluosiossa, pohdinnassa, tutkimuksen tuloksia arvioidaan suhteessa johdannossa esitettyyn taustaan. Tämän osuuden aluksi mainitaan lyhyesti tutkimusongelma, päätelmät ja tulokset sekä se, miten tutkimus lopulta tuki hypoteeseja. Pohdinnassa on syytä arvioida mahdollisia virhelähteitä ja selvittää niitä. Pohdinnan tulee kertoa, mitä tutkimus on antanut, miten tutkimus auttoi alkuperäisen ongelman ratkaisemisessa ja millaisiin johtopäätöksiin tutkimus antaa aiheita. (Carraway 2009; Sajavaara 2009a, 271.) Johtopäätösten tulee olla perusteltuja ja selkeitä, eivätkä ne saa jäädä lukijan arvailuiksi. Pohdinnan kirjoittaminen vaatiikin retorista kypsyyttä ja aiheen syvällistä hallintaa. Pohdinta sallii kuitenkin kirjoittajan oman persoonan näkymisen enemmän kuin artikkelin muut osiot. (Viskari 2002, 29; Mäkinen 2005, 123.)

Tutkijan otteen tulee olla kriittinen ja tutkijan tulee pystyä arvioimaan tuloksiaan objektiivisesti. Pohdinta ja johdanto muodostavat loogisen kokonaisuuden niin, että pohdinnassa ei enää oteta esiin uusia näkökulmia tai tutkimuksia vaan käsitellään johdannossa esiintyviä teorioita. (Mäkinen 2005, 123-124.) Kirjoitusprosessissa johdantoa ja pohdintaa kirjoitetaan yleensä samanaikaisesti, jolloin niiden sisältö saadaan vastaamaan toisiaan. Käytännössä artikkelin johdanto viimeistellään vasta kun koko muu kirjoitelma on valmis. (Sajavaara 2009a, 271-272.) Artikkelin lopetus auttaa lukijaa tiivistämään, jäsentämään ja arvioimaan artikkelin sisällön ja tuloksia. Viimeistään lopetuksessa lukijan tulee saada vastaus alun virittämiin kysymyksiin. Hyvän lopetuksen tunnusmerkki on myös artikkelin päätelmien suhteuttaminen johonkin yleisempään keskusteluun ja tutkimuksellisten päätelmien tekeminen. Jos aloituksen tehtävänä on virittää lukijan mielenkiinto, on lopetuksen tehtävä säilyttää tuo mielenkiinto vielä artikkelin lukemisen

jälkeenkin. (Kinnunen 2002, 143-144.) Pohdinnan kirjoittamiseen tuleekin panostaa erityisesti ja hyvä loppupäätelmä saattaa pelastaa keskinkertaisenkin tutkimuksen (Mäkinen 2005, 123).

7.2.7 Lähdetiedot ja muut rakenteelliset osat

Viimeisenä artikkelissa mainitaan kiitokset tutkimuksessa merkittävästi auttaneille sekä lähdeluettelo lähdeviitteineen (Niemelä ym. 1991, 69; Sajavaara 2009a, 272). Kirjallisuusluettelo noudattaa yleensä kyseessä olevan julkaisun käytäntöä (Viskari 2002, 28). Lähdeluetteloon sisällytetään kaikki käytetty kirjallisuus. Ohjenuorana on, että lukijan on periaatteessa mahdollista tilata käyttöönsä kaikki lähdeluettelossa mainittava aineisto. Lähdeluettelossa ei voi olla julkaisemattomia lähteitä. Lähdeluettelo on se osa raporttia, johon mahtuu eniten virheitä. (Niemelä ym. 1991, 70-72.)

7.3 Selkeys ja kieliasu

Julkaistavan tekstin kielen tulee olla selkeää, havainnollista ja referoivaa asiatyylä (Husu, Tarkoma & Vuorijärvi 1997, 166; Goldbort 2001, McCape 2004; Mäkinen 2005, 179). Lisäksi tulee noudattaa suomen kielessä sovittuja sääntöjä, esimerkiksi kieliasussa ja välimerkeissä. Selkeys tarkoittaa helppolukuisia lause- ja virkerakenteita. Havainnollisuus on esitettävän ilmiön tuomista lukijalle läheiseksi ja tutuksi. Tämä onnistuu esimerkiksi osuvilla sanavalinnoilla, esimerkeillä, kielikuvilla ja vertauksilla, jotka ottavat lukijan lähtötason huomioon. Referoinnin onnistuessa asiateksti on mahdollisimman tiivistä ja yksitulkintaista. Referointi tarkoittaa tiedon selostamista lukijalle sellaisella tavalla, että tietoa annetaan riittävästä, mutta ei liikaa. Tiivistäminen ei myöskään tarkoita vajaita lauseita tai lyhenteiden käyttöä, vaan asiassa tiukasti pysymistä. Kirjoittajan tulee valita tarkasti sanottavansa ja välttää sivujuonteissa käymistä, sekä liian monisanaisuutta. (Husu ym. 1997, 166-167.)

Lukija pysyy parhaiten mukana tekstissä, kun se on kokonaisuus, joka etenee johdonmukaisesti. Johdonmukainen teksti on jaettu pääotsikoiden lukuihin, alalukuihin, kappaleisiin ja virkkeisiin. Lukijan saa helpommin innostumaan lukemaan tekstiä, kun se

on kirjoitettu johdonmukaisesti ja selkeästi. Tämän vuoksi julkaistavat tekstit kirjoitetaan yleensä standardien mukaisesti. Standardien idea onkin vakiinnuttaa tiettyjä kirjoittajien käytäntöjä ja samalla helpottaa lukijan työtä tekstin rakenteen tuttuudella. Kielen tulee olla mahdollisimman tarkkaa ja täsmällistä, erityisesti huomioiden pääkäsitteet ja avainsanat. Eri alojen ammattisanastoa voi käyttää, jos se on välttämätöntä ja tarkoituksenmukaista. Vieraat ja uudet termit sekä käsitteet tulee kuitenkin selittää tarkasti, kun niitä käytetään tekstissä ensimmäisen kerran. Oikeiden käsitteiden löytämiseksi ja selittämiseksi kannattaa käyttää apuna oman alan hakuteoksia. (Husu ym. 1997, 166-169; Goldbort 2001.)

7.4 Kirjoittamisprosessi

Kirjoittaminen on osa tutkimuksen prosessia, sen raportointia. Usein kirjoittamisvaiheessa tutkijan ajatukset syventyvät ja tutkimustulokset voidaan nähdä uudessa näkökulmassa. (Sajavaara 2009b, 32.) Kun kirjoittaja muotoilee uudelleen tutkimuksen tekoaiheesta syntyneet ajatukset, voi hän jopa joutua muokkaamaan tutkimuksen johtopäätökset uudelleen. Kirjoittamisprosessissa tärkeintä ei olekaan pelkän tutkimustuloksen tarkka raportointi, vaan tulosten selittäminen ja ymmärtäminen. Kirjoittaminen ei saisi olla pelkkä mekaaninen prosessi vaan samalla luova tapa tuoda esiin tutkittua asiaa. Oleellista on suhteuttaa omat löydöksensä, tutkimuskenttään ja aiempiin tuloksiin. (Niemelä ym. 1991, 78-79; Mäkinen 2005, 146.)

Kirjoitusprosessi voidaan jakaa vaiheisiin, jotta kirjoitustyö on helpompi hahmottaa. Vaiheet jaetaan valmistautumisvaiheeseen, luonnosteluvaiheeseen ja kirjoitelman työstämis- ja viimeistelyvaiheeseen. (Niemelä ym. 1991, 87; Sajavaara 2009b, 32.) Valmistautumisvaiheessa hahmotellaan kirjoitelman otsikko ja tiivistelmä. Tässä vaiheessa päätetään myös artikkelin rakenne ja kootaan artikkeliin tarvittava aineisto yhteen. Kerätään ja laaditaan myös kaikki artikkelin kannalta oleelliset taulukot ja tilastot. Samalla kirjoittajan tulee pohtia, mitkä tulokset esitetään kirjallisina ja mitkä graafisina esityksinä. (Niemelä ym. 1991, 87-91.)

Luonnosteluvaiheessa kirjoittaja kerää ja jalostaa informaatiota. Tässä vaiheessa ei tule olla liian tarkka, vaan pikemminkin käyttää vapaan kirjoittamisen tekniikkaa. (Mäkinen 2005, 147.) Kirjoittamisvaiheessa ensimmäinen osa kirjoitetaan nopeasti, jotta kirjoitelmasta tulisi mahdollisimman yhtenäinen. On tarkoitus kirjoittaa yksinkertaisesti, mieltimättä liikaa tyyliä ja kielioppia jotta hahmotetaan yleiskuva asiakokonaisuudesta. Tekstissä käytetään kuitenkin aiemmin suunniteltua rakennetta ja väliotsikoita. Viitteet kannattaa sijoittaa tekstiin jo kirjoittaessa ensimmäistä versiota, jotta virheiltä välttyään. (Niemelä ym. 1991, 90; Sajavaara 2009b, 46-47.)

Luonnosteluvaiheen jälkeen annetaan tekstin kyteä hetken aikaa ennen työstämistä. Lisäksi on tärkeää pyytää palautetta opponentilta, jotta esimerkiksi sisällön rajaaminen ja käsittelyn rakentuminen kokonaisuudeksi helpottuu. (Sajavaara 2009b, 49.) Kun aloitetaan tekstin purkaminen, aloitetaan rakenteesta ja vasta sen jälkeen syvennyttään kirjoitelman tyyliin ja kieleen. Tarkastetaan myös tekstin loogisuus ja selkeys. Lopuksi viimeistellään vielä taulukot ja kuviot. Kun rakenne ja kieliasu ovat järjestelmällisesti tarkastettu, annetaan teksti luettavaksi opponentille, jonka palautteen pohjalta voidaan ryhtyä viimeistelyvaiheeseen. Tässä kirjoitusprosessin viimeisessä vaiheessa kirjoitetaan artikkelin lopullinen otsikko, tiivistelmä ja avainsanat. (Niemelä ym. 1991, 91-92; Mäkinen 2005, 154-156.)

7.5 Yhdessä kirjoittaminen

Artikkelia, kuten muitakin julkaistavia tekstejä kirjoitetaan usein yhdessä parin kanssa tai ryhmässä. Yhdessä kirjoittaminen antaa paljon mahdollisuuksia, mutta siihen sisältyy myös riskejä. Mahdollisuuksia on kirjoittamisen hauskuus ja mielekkyys, vastuun ja ulkopuolisten paineiden jakaminen, jatkuva keskustelu- ja palauteyhteys, mielipiteiden, näkemysten ja tieteellisen ajattelun muokkaantuminen sekä uuden oppiminen. Yhdessä kirjoittaminen kehittää myös kirjoittamisen taitoa, tekstistä tulee perustellumpaa ja vakuuttavampaa, lisäksi kirjoittajan tutkijaidentiteetti vahvistuu. Useamman kirjoittajan kesken kirjoittaminen myös helpottuu, koska työtä voi jakaa. (Jokinen & Juhila 2002, 109-118.)

Riskejä on kirjoittajien turhautuminen ja riidat, vastuun kaatuminen yhden tekijän niskaan, epätasainen työnjako, kriittisen palautteen aiheuttamat riidat sekä kirjoittamisen aikana syntyvät mielipide- ja näkemyserot. Yhdessä kirjoittaminen voi myös viedä enemmän aikaa, tekstistä voi tulla sillisalaatti erilaisten kirjoitustyylien suhteen, teksti voi olla myös epälooginen argumentoinnin ja neuvottelusta syntyneiden umpikujien vuoksi. Lisäksi kirjoittajien tutkijaidentiteetti voi heikentyä ja usko omiin taitoihin voi horjua, kun joutuu alistumaan toisen tahtoon. (Jokinen & Juhila 2002, 109-118.)

LÄHTEET

Alaloukusa-Lahtinen, J. 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Ahlqvist, S. & Kanninen, K. 2003. Varhaisen vuorovaikutuksen arviointi. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Juva: WSOY, 339–363.

Astin, F., Closs, S.J., McLenachan, J., Hunter, S. & Priestley, C. 2008. The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack : An exploratory study. *Patient education and counseling* 73(2), 325-332.

Carraway, L. 2009. Content and Organization of a Scientific Paper. *The American Midland Naturalist* 161(2), 371-379.

Driscoll, A. 2000. Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 31(5), 1165-1173.

Emmanuel, E., Creedy, D. & Fraser, J. 2001. What mothers want: a postnatal survey. *Australian College of Midwives Incorporated Journal* 14(4), 16-20.

Erlandsson, K. & Fagerberg, I. 2005. Mothers` lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby. *Midwifery* 21(5), 131-138.

Eskola, J. 1998. Tutkija kirjoittaa. Teoksessa Eskola, J. (toim.) Kirjoituksia tieteellisestä kirjoittamisesta. Tampere: Tampereen yliopisto, 37-44.

Finlex 2008. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [viitattu 28.10.2008]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Forster, D. & McLachlan, H. 2007. Breastfeeding initiation and birth setting practices – A review of the literature. *Journal of midwifery & women's health* 52(3), 273-280.

Goldbort, R. 2001. Scientific writing as an art and as a science. *Journal of Environmental health* 63(7), 22-29.

Hannula, L. 1996. Hyvä hoito lapsivuodeosastolla: Synnyttäneiden äitien näkemys hoitotoimintojen toteutumisesta. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hannula, L. 2003. Imetysnäkömykset ja imetyksen toteutuminen – Suomalaisien synnyttäjien seurantatutkimus. Turun yliopiston julkaisuja C 195. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hannula, L., Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2006a. Imetyksestä selviytyminen ja lisäruoan käyttö synnytyssairaalassa – äitien näkökulma. *Hoitotiede* 18(4), 175-185.

Hannula, L. & Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2006b. Imetyksen ja imetysohjauksen toteutuminen sairaalassa. *Tutkiva hoitotyö* 4(4), 11-17.

Hill, J. 1997. A practical guide to patient education and information giving. *Baillière's Clinical Rheumatology* 11(1), 109-127.

Hirsjärvi, S. 2007a. Tutkimustyytit ja aineistonkeruun perusmenetelmät. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) *Tutki ja kirjoita*. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 186-215.

Hirsjärvi, S. 2007b. Aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) *Tutki ja kirjoita*. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 216-225.

Hirsjärvi, S. 2007c. Tutkimuksen reliabelius ja validius. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) *Tutki ja kirjoita*. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 226-228.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hundley, V., Rennie, A.-M., Fitzmaurice, A., Graham, W., van Teijlingen, E. & Penney, G. 2000. A national survey of women's views of their maternity care in Scotland. *Midwifery* 16(4), 303-313.

Husu, M., Tarkoma, E. & Vuorijärvi, A. 1997. *Ammatti-suomen käsikirja*. Helsinki: WSOY.

Hägmann-Laitila, A. 1990. Hyvän hoidon arviointiperusteet. *Hoitotiede* 2(4), 248-254.

Inberg, E., Axelin, A. & Salanterä, S. 2008. Keskosvauvan ja vanhempien varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen hoitotyön menetelmin. *Hoitotiede* 20(4), 192-202.

Ingram, J., Johnson, D. & Greenwood, R. 2002. Breastfeeding in Bristol – Teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 18(2), 87-101.

Iivarinen, T. 2007. Äitien ja heidän puolisoitensa arviointeja imetysohjauksesta sairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Jasu-Kuusisto, K. 1994. Äidin näkemys lapsenhoidon ohjauksen toteutumisesta synnytysvuodeosastolla ensimmäisen lapsen syntymän jälkeen. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L. & Salmela, M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling* 51(3), 239-245.
- Johansson, K., Salanterä, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2004. Written orthopedic patient education materials from the point of view of empowerment by education. *Patient Education and Counseling* 52(2), 175-181.
- Jokinen, A. & Juhila, K. 2002. Yhdessä kirjoittaminen. Teoksessa Kinnunen, M. & Löytty, O. (toim.) *Tieteellinen kirjoittaminen*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 109-118.
- Jussila, J. 1998. Tieteellisen terminologian käyttö ja tekstin ymmärrettävyys. Teoksessa Eskola, J. (toim.) *Kirjoituksia tieteellisestä kirjoittamisesta*. Tampere: Tampereen yliopisto, 45-60.
- Järvenpää, A.-L. 2007. Vastasyntyneen hoito lapsivuodeosastolla. Teoksessa Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kättilötyö*. Tampere: Edita, 279-293.
- Kaila-Behm, A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 49. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kalam-Salminen, L. 1996. Hyvä ja vähemmän hyvä hoitaja lapsivuodeosastolla – Äitien näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kalam-Salminen, L. 2005. Hoidon laatu lapsivuodeosastoilla Suomessa ja Virossa - Näkökulmia asiakaskeskeiseen laatuun ja sen kehittämiseen. Turun yliopiston julkaisuja C 238. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kallio-Kökkö, S. 2004. Äitien kokemuksia imetysohjauksen toteutumisesta äitiys- ja lastenneuvoloissa. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kinnunen, M. 2002. Artikkelin kirjoittaminen. Teoksessa Kinnunen, M. & Löytty, O. (toim.) *Tieteellinen kirjoittaminen*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 135-148.
- Koskinen, K. 2008. *Imetysohjaus*. Helsinki: Edita.
- Kuula, A. 2006. *Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 111. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H. 2003. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing* 12(5), 744-751.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17(5), 250-258.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden tutkimuksen käsitteelliset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18(1), 4-13.
- Launonen, K. 2006. Varhainen vuorovaikutus kielen kehityksen perustana. *Suomen lääkärilehti* 61(37), 3719-3724.
- Luukka, M-R. 2002. Mikä tekee tekstistä tieteellisen. Teoksessa Kinnunen, M. & Löytty, O. (toim.) *Tieteellinen kirjoittaminen*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 13-28.
- Mattila, E.A. 1998. Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana – potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. *Hoitotiede* 10(3), 144-152.
- McCape, B.F. 2004. How to write a scientific paper. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* 113(7), 531-532.
- Mäkinen, O. 2005. *Tieteellisen kirjoittamisen ABC*. Helsinki: Tammi
- Mäntymaa, M. 2006. *Early Mother-Infant Interaction. Determinants and Predictivity*. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Lasten psykiatrian laitos. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6604-7.pdf>
- Mäntymaa, M. & Tamminen, T. 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykkinen kehitys. *Duodecim* 115(22), 2447-2453.
- Niemelä, P., Lagerspetz Ki., Lagerspetz Ka. & Näätänen, R. 1991. *Miten kirjoitan tieteellisen artikkelin?* Helsinki: WSOY
- Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY, 215-221.
- Nylander, G. 2002. *Äidiksi ensi kertaa*. Helsinki: WSOY
- Purhonen, M. 2004. *Event-Related Potential (ERP) Studies of Mother-Infant Interaction*. Kuopion yliopiston julkaisuja D. *Lääketiede* 347. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Lääketieteen laitos. <http://www.uku.fi/vaitokset/2004/isbn951-781-487-9.pdf>

Puura K. 2003. Terveydenhoitaja varhaisen vuorovaikutuksen tukijana. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Juva: WSOY, 475–487.

Rea, M., Gomes dos Santos, R. & Sanchez-Moreno, C. 2007. Quality of infant feeding counselling for HIV+ mothers in Brazil: challenges and achievements. *Acta Paediatrica* 96(1), 94-99.

Remes, P. 2009. Taulukot ja kuviot. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 322-348.

Ruotsalainen, T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu. Potilas laadun arvioijana. Turun yliopiston julkaisuja C 246. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Sajavaara, P. 2009a. Tieteellisten kirjoitelmien rakenne. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 249-279.

Sajavaara, P. 2009b. Kirjoittaminen tutkimusprosessin osana. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 28-59.

Salmelin, R. 2003. Mistä on hyvät tilastokuvat tehty? *Duodecim* 119(18), 1761-1773.

Semple, C.J. & McGowan, B. 2002. Need for appropriate written information for patients, with particular reference to head and neck cancer. *Journal of Clinical Nursing* 11(5), 585-593.

Siltala, P. 2003. Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen valossa. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Juva: WSOY, 16–43.

Soohbany, M.S. 1999. Counselling as part of the nursing fabric: where is the evidence? A phenomenological study using ‘reflection on actions’ as a tool for framing the ‘live. *Nurse Education Today* 19(1), 35-40.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES) 1994. Vauvamyönteisyys -ohjelma – Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen. Helsinki: STAKES.

Suhonen, R. 1997. Yksilöllinen hoito potilaan kokemana. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Tarrant, C., Windridge, K., Boulton, M., Baker, R. & Freeman, G. 2003. Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. *BMJ: British Medical Journal* 326(14June).

The United Nations Children's Fund (UNICEF) 2008. The Baby-Friendly Hospital Initiative [viitattu 28.10.2008].
<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>

Toveri, E. 1994. Ensisynnyttäjien odotuksia ja kokemuksia vierihoidon ja omatoimisen terveydenhoidon ohjauksesta lapsivuodeosastolla. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki: Yliopistopaino.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 206-214.

Vilkkä, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Viskari, S. 2002. Tieteellisen kirjoittamisen perusteet – Opas kirjoittamiseen ja seminaari työskentelyyn. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Wallace, L.M., Dunn, O.M., Alder, E.M., Inch, S., Hills, R.K. & Law, S.M. 2006. A randomised-controlled trial in England of a postnatal midwifery intervention on breast-feeding duration. *Midwifery* 22(3), 262-273.

West, W. 2002. Some ethical dilemmas in counselling and counselling research. *British Journal of Guidance & Counselling* 30(3), 261-268.

KYMMENEN ASKELTA ONNISTUNEeseen IMETYKSEEN (TEN STEPS TO SUCCESSFUL BREASTFEEDING)

1. Imetyksen edistämistä on työyhteisössä valmistettu kirjallinen toimintasuunnitelma, jonka koko henkilökunta tuntee.

(Have a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health care staff.)

2. Henkilökunnalle järjestetään toimintasuunnitelman edellyttämää koulutusta.

(Train all health care staff in skills necessary to implement this policy.)

3. Kaikki odottavat äidit saavat tietoa imetyksen eduista sekä siitä miten imetys onnistuu.

(Inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding.)

4. Äitejä autetaan varhaisimetykseen 30-60 minuutin kuluessa synnytyksestä lapsen imemisvalmiuden mukaan.

(Help mothers initiate breastfeeding within one half-hour of birth.)

5. Äitejä opastetaan imetykseen ja maidon erityksen ylläpitämiseen siinäkin tapauksessa, että he joutuvat olemaan erossa lapsestaan.

(Show mothers how to breastfeed and maintain lactation, even if they should be separated from their infants.)

6. Lapselle annetaan ainoastaan rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellytä.

(Give newborn infants no food or drink other than breastmilk, unless medically indicated.)

7. Äidit ja lapset saavat olla vierihoidossa 24 tuntia vuorokaudessa.

(Practice rooming in - that is, allow mothers and infants to remain together 24 hours a day.)

8. Äitejä kannustetaan lapsentahtiseen (lapsen viestien mukaiseen) imetykseen.

(Encourage breastfeeding on demand.)

9. Imetetyille vauvoille ei anneta huvitutteja eikä heitä syötetä tuttipullosta.

(Give no artificial teats or pacifiers (also called dummies or soothers) to breastfeeding infants.)

10. Imetystukiryhmien perustamista tuetaan, ja odottavia ja imettäviä äitejä opastetaan niihin.

(Foster the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to them on discharge from the hospital or clinic.)

(Lähde: Koskinen 2008, 14-15; The United Nations Children's Fund 2008.)

Laadukkaan ohjauksen osa-alueiden havainnointikaavake

<p>Taustamuuttajat;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Äidin ikä -Postpartum päivä -Ohjauksen ajankohta (aamu/päivä/ilta) ja paikka -Ohjaustilanne alkoi a. ennalta- sovitusti, b. perheen tarpeista/vauvan rytmisesti, c. hoitajan rutiinien mukaan, d. muu syy? -Onko isä mukana ohjaustilanteessa? -Onko ohjaaja lastenhoitaja vai kättilö? -Kuinka kauan ohjaustilanne kestää?
<p>Yksilöllisyys;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Miten äidin mieliala huomioidaan? -Miten hoitaja kunnioittaa perheen toiveita ja mielipiteitä? -Miten hoitaja etsii yksilöllisiä ratkaisuja? -Miten hoitaja kartoittaa perheen aiempaa osaamista (tarkennuskysymykset)? 	
<p>Vuorovaikutus;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Miten hoitaja tekee tilanteesta kiireettömän ja rauhallisen? -Miten hoitaja on/ei ole kannustava/motivoiva? -Miten hoitaja kuuntelee perhettä? -Miten hoitaja ottaa huomioon kaikki perheenjäsenet? 	
<p>Ohjauksen kattavuus;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Miten hoitaja antaa vaihtoehtoja? -Miten hoitaja perustelee ohjeitaan? -Millaisia ohjeita perhe saa kotiutumisen jälkeiseen aikaan/ongelmatilanteisiin? 	

<p>Oppimisen varmistaminen; -Toistaako hoitaja riittävästi ohjaamaansa? -Miten ohjaaja käyttää eri menetelmiä? -Miten hoitaja informoi muista tietolähteistä? -Miten ohjausta havainnollistetaan? -Miten hoitaja varmistaa osaamisen (esim. imuotteen tarkastaminen)?</p>	
<p>Perhekeskeisyys; -Miten hoitaja suuntaa ohjauksen molemmille vanhemmille? -Miten hoitaja tukee perheen kasvua uusiin rooleihin?</p>	
<p>Isän rooli ohjaustilanteessa; -Miten isä saa ohjausta myös yksilönä? -Miten isä saa kannustusta ja rohkaisua? -Etsitäänkö isälle omia ”tehtäviä”? -Miten hoitaja antaa isälle palautetta hänen toiminnastaan?</p>	
<p>Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen; -Miten hoitaja kannustaa perhettä toteuttamaan vierihoitoa? -Miten äitiä opetetaan reagoimaan vauvan tarpeisiin? -Miten hoitaja auttaa äitiä vauvan käsittelyssä yms? -Miten hoitaja perustelee varhaisen vuorovaikutuksen tärkeyttä?</p>	

Esimerkki sisällönanalyysista,
aiheena **OPPIMISEN VARMISTAMINEN:**
Miten hoitaja varmistaa osaamisen?

Pelkistetyt ilmaukset

*Hoitaja havainnoi vanhempien tekemistä
*Äidin asentoa korjataan viimeisenä asiana

*Hoitaja tarkastaa imuotteen
*Imuotetta tarkistaessaan hoitaja ei kysy äidin mielipidettä
*Hoitaja tarkastaa imuotteen
*Hoitaja varmistaa äidin hartioiden rentouden kokeilemalla

*Hoitaja kertoi äidille vauvan nielevän ja kehotti kuuntelemaan

*Hoitaja kysyy äidiltä, miltä imuote tuntuu
*Hoitaja kyselee äidiltä paljon eri asioita

*Äiti ei saanut itse toimia, hoitaja ei myöskään kysellyt

*Hoitaja antaa isän tarkastaa imuotteen

Alaluokat

Hoitaja havainnoi tekemistä ja korjaa sitä

Hoitaja tarkastaa konkreettisesti

Hoitaja ohjaa äitiä havainnoimaan

Hoitaja kysyy äidin mielipidettä

Hoitaja ei varmista osaamista kysymällä

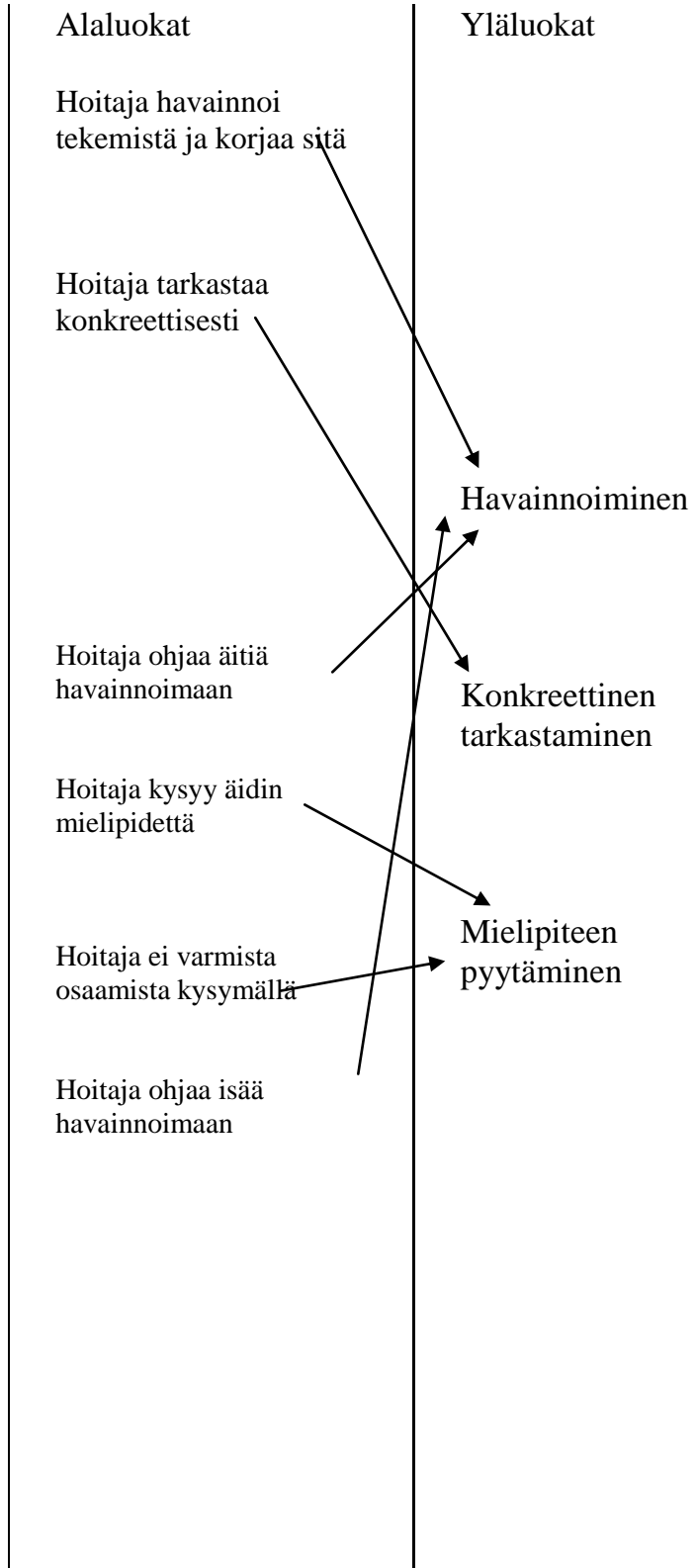
Hoitaja ohjaa isää havainnoimaan

Yläluokat

Havainnoiminen

Konkreettinen tarkastaminen

Mielipiteen pyytäminen



Hei!

Olemme opiskelijoina Turun ammattikorkeakoulussa, kätilötyön koulutusohjelmassa ja teemme opinnäytetyötä TYKS:n naistenklinikalle. Tutkimuksemme aiheena on lapsenhoidon ja imetysohjauksen laatu lapsivuodeosastoilla. Tutkimusmenetelmänä on havainnointi kyseisissä ohjaustilanteissa. Havainnoiminen tullaan toteuttamaan syksyn 2008 aikana.

Meitä sitoo ehdoton salassapitovelvollisuus ja käsittelemme kaikki tiedot luottamuksellisesti. Tutkimusraportissa ei tule näkymään yksittäisten työntekijöiden henkilötietoja, eikä havainnointitilanteita esitetä kokonaisuuksina. Tutkimukseen osallistuvilla on mahdollisuus keskeyttää havainnointitilanteet niin halutessaan syytä ilmoittamatta.

Lisätietoja ja tuloksia voi kysellä:

Linda Nuotio (050-4382480, linda.nuotio@students.turkuamk.fi)

ja Sanni Isometsä (044-2957652, sanni.isometsa@students.turkuamk.fi)

Kiitos!



Hei vastasyntyneen äiti/isä!

Olemme opiskelijoina Turun ammattikorkeakoulussa, kätilötyön koulutusohjelmassa ja teemme opinnäytetyötä yhteistyössä TYKS:n naistenklinikan kanssa. Tutkimuksemme aiheena on lapsenhoidon ja imetysohjauksen laatu lapsivuodeosastoilla. Tutkimusmenetelmänä on havainnointi kyseisissä ohjaustilanteissa.

Meitä sitoo ehdoton salassapitovelvollisuus ja käsittelemme kaikki tiedot luottamuksellisesti. Tutkimusraportissa ei tule näkymään yksittäisten potilaiden henkilötietoja, eikä havainnointitilanteita esitetä kokonaisuuksina. Tutkimukseen osallistuvilla on mahdollisuus keskeyttää havainnointitilanteet niin halutessaan syytä ilmoittamatta.

Lisätietoja ja tuloksia voi kysellä myöhemmin:

Linda Nuotio (050-4382480, linda.nuotio@students.turkuamk.fi)

ja Sanni Isometsä (044-2957652, sanni.isometsa@students.turkuamk.fi)

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Turun ammattikorkeakoulun lehtori Anneli Nirkkonen-Mannila

Kiitos!

Olen tietoinen tutkimuksen sisällöstä ja suostun osallistumaan havainnointitilanteeseen.

Paikka ja aika _____

Allekirjoitus ja nimen selvennys _____



OHJAUKSEN LAATU LAPSIVUODEOSASTOLLA

Turun ammattikorkeakoulussa tehty opinnäytetyö on havainnointitutkimus ensisynnyttäjille annettavan ohjauksen laadusta lapsivuodeosastoilla. Tutkimuksessa selvitettiin ohjauksen laatua, mutta myös keinoja, joilla kätilöt/ lastenhoitajat tukevat varhaista vuorovaikutusta ja perhekeskeisyyttä. Tutkimuksessa kartoitettiin lisäksi isien huomioon ottamista ohjaustilanteissa. Tutkimuksen tulosten mukaan ohjauksen laatu lapsivuodeosastoilla oli kovin vaihtelevaa. Puutteita oli erityisesti yksilöllisyyden ja oppimisen varmistamisen osa-alueilla. Ohjauksen kattavuus oli kohtalaista. Eri menetelmien käyttö hallittiin hyvin, mutta kirjallisen ohjausmateriaalin hyödyntäminen oli lähes olematonta. Vuorovaikutuksen toimivuuteen hoitajat kiinnittivät selkeästi huomiota ohjaustilanteissa. Erilaisia keinoja perhekeskeisyyden tukemiseen käytettiin paljon, silloin kun isä oli mukana ohjauksessa. Perhekeskeisyys kuitenkin unohtui isän ollessa poissa osastolta. Yleisesti isät otettiin erittäin hyvin huomioon ohjauksessa. Varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen oli lapsivuodeosastoilla käytössä monenlaisia keinoja, mutta niitä hyödynnettiin vain harvoin.

Suomessa ja kansainvälisesti on tehty paljon tutkimuksia yleisesti ohjauksen laadusta ja sen osa-alueista. Tärkeimmiksi ohjauksen laatua määritteleviksi osa-alueiksi tutkimuksista nousevat yksilöllisyys, vuorovaikutus, ohjauksen kattavuus ja oppimisen varmistaminen. Lisäksi Suomessa on otettu erityiseksi tutkimusalueeksi juuri lapsivuodeosastoilla tapahtuvan hoidon ja ohjauksen laatu. Lapsivuodeosastojen toimintoihin suuntautuvat tutkimukset on tehty pääosin Turun ja Kuopion yliopistoissa, hoitotieteen laitoksilla. (Hannula 2003; Kalam-Salminen 2005.) Muutamia kansainvälisiäkin tutkimuksia löytyy lapsivuodeajan ohjauksesta (Emmanuel, Creedy & Fraser 2001; Rea, Gomes dos Santos & Sanchez-Moreno 2007). Tässä artikkelissa esitellään Sanni Isometsän ja Linda Nuotion marraskuussa 2008 Turun ammattikorkeakoulussa tekemää opinnäytetyötä, jonka ohjaajana toimi Turun ammattikorkeakoulun lehtori Anneli Nirkkonen-Mannila. Työn nimi on **Ensisynnyttäjille annettavan ohjauksen laatu lapsivuodeosastolla** ja se on tehty yhteistyössä Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) naistenklinikan kanssa. Tutkimus on osa TYKS:n naistenklinikan tutkimusta synnyttäjien tyytyväisyydestä saamaansa hoitoon. Opinnäytetyössä keskitytään tutkimaan toteutuuko useassa eri tutkimuksessa määritellyt ohjauksen laatua määrittelevät kriteerit käytännössä. Lisäksi selvitetään varhaisen vuorovaikutuksen ja perhekeskeisyyden, erityisesti isän roolin tukemisen toteutumista. Aihe on tärkeä, jotta voitaisiin saada selville, hyödynnetäänkö käytännön työssä tutkimustuloksia. Lisäksi tutkimuksen avulla selviää osa-alueita, joissa henkilökunnalla on koulutuksen tarvetta.

TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimusajankohtana oli syys-lokakuu 2008 ja tutkimuspaikkana lapsivuodeosastot. Tutkimus oli havainnointitutkimus, johon valittiin sattumanvaraisesti lapsenhoidon ja imetyksen ohjaustilanteita. Havainnoitavaksi pyrittiin valitsemaan mahdollisimman paljon ohjaustilanteita, joissa myös isä oli mukana. Havainnoitavia tilanteita oli yhteensä kolmetoista, seitsemän lastenhoidon ohjausta ja kuusi imetysohjausta. Ohjauksen antajana oli yhdeksässä tilanteessa kätilö ja neljässä tilanteessa lastenhoitaja. Ohjaustilanteet kestivät kymmenestä minuutista puoleen tuntiin. Havainnointitapana käytettiin tarkkailevaa havainnointia eli kohteen ulkopuolista havainnointia. Siinä tutkija ei osallistu tutkimuskohteen toimintaan, vaan toimii ulkopuolisena tarkkailijana. (Vilkkä 2006, 43.) Havainnoinneissa käytettiin kahta

rinnakkaishavainnoijaa, jolloin tuloksista saadaan riippumattomampia havainnoitsijan mielipiteistä ja tunnetiloista. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, koska tuloksista pystytään empiirisessä tutkimuksessa tekemään päätelmiä vasta aineiston alustavan läpikäymisen jälkeen. (Hirsjärvi 2007, 208-209; 216-217.)

LAATUA MÄÄRITTELEVIEN OHJAUKSEN OSA-ALUEIDEN TOTEUTUMINEN

Hoitajat huomioivat äidin vireystilan hyvin. Suurimmassa osassa tilanteita hoitajat mukautuivat tilanteen muuttuessa ja luottivat omiin havaintoihinsa äidin vireystilan ja mielialan arvioinnissa. Hoitajat ottivat hyvin huomioon myös perheen toiveet ja mielipiteet. Hoitajat antoivat äidin esimerkiksi päättää itse imetysasennosta. Kaikki hoitajat vastasivat perheiden kysymyksiin ja toivottuja asioita käsiteltiin kattavasti. Yksilöllisiä ratkaisuja hoitajat eivät etsineet lähes lainkaan. Muita vaihtoehtoja saatettiin mainita olevan, mutta niitä ei esitelty. Aiempaa osaamista ja kokemuksia hoitajat kartoittivat eniten kyselemällä ohjaustilanteen alussa., vain puolet hoitajista jatkoi kyselemistä ja kartoittamista tilanteen edetessä pidemmälle.

Suurin osa hoitajista mietti ohjaustilanteelle sopivan paikan, jotta tilanne olisi mahdollisimman kiireetön. Suurin osa ohjauksista toteutettiin kuitenkin aamulla, jolloin hoitajien ruuhkautuva työmäärä näkyi tilanteissa. Hoitajat pyrkivät luomaan ohjaustilanteesta rauhallisen myös omalla olemuksellaan, muun muassa istumalla alas potilaan viereen, puhumalla rauhallisesti, kuuntelemalla keskeyttämättä potilasta, olemalla hermostumatta häiriötekijöistä ja ottamalla katsekontaktia. Toisaalta yhdessä tilanteessa hoitaja sai aikaan rauhattoman ilma-
piirin, puhumalla nopeasti, toimimalla hosuen ja vastaamalla kännykkäänsä kesken ohjauksen. Hoitajat motivoivat potilaita kannustamalla heitä omatoimisuuteen. Hoitajat käyttivät myös henkistä tukemista ja lohduttamista apunaan. Motivaatiota laski, jos hoitaja ei antanut perheen toimia omatoimisesti tai ei antanut palautetta toiminnasta.

Vain harva hoitajista tarjosi automaattisesti perheille vaihtoehtoisia toimintatapoja. Kaikki hoitajat kuitenkin vastasivat perheiden kysymyksiin sekä antoivat vaihtoehtoja perheen esitettyä selkeästi mielenkiintoa niiden saamiseen. Jos perhe pyysi vaihtoehtoja muista kuin perusasioista, loppuivat hoitajan tiedot useimmissa tilanteissa, jolloin vaihtoehtoja ei voitu antaa. Lähes kaikki hoitajat antoivat äitien soveltaa oppimaansa, jos äiti teki aloitteen siihen itse. Kukaan hoitajista ei kehottanut äitiä kokeilemaan toimintatapojen soveltamista. Hoitajat kuitenkin arvioivat rakentavasti äitien kehittämää sovelluksia ja kaikki hoitajat perustelivat antamia ohjeita edes jollain tavalla. Yli puolet hoitajista viittasi ohjauksessaan kotiutumisen jälkeiseen aikaan ja/tai mahdollisiin ongelmiin tulevaisuudessa.

Kukaan hoitajista ei automaattisesti toistanut ohjaamaansa. Kertausta vanhemmat saivat aina pyytäessään sitä. Hoitajat toistivat ohjausta myös tilanteissa, joissa näkivät vanhempien toimivan virheellisesti. Esimerkiksi äidin imetysasennon ollessa vääränlainen, kerrattiin sen merkitystä. Eri ohjausmenetelmiä hoitajat käyttivät paljon suullisen ohjauksen rinnalla. Yleisin oli konkreettinen ”kädestä pitäen” näyttäminen. Kukaan hoitajista ei antanut kirjallisia ohjeita ohjauksensa tueksi. Vain yksi hoitaja mainitsi osastolla jaettavasta ohjelehtisestä, josta potilas voisi hakea lisätietoa. Kukaan hoitajista ei maininnut muista mahdollisista tietolähteistä, kuten internetistä, kirjallisuudesta tai vertaistukiryhmistä. Osa hoitajista ei varmistanut oppimista millään keinolla.

Perhekeskeisyys otettiin pääosin hyvin huomioon isien ollessa mukana ohjaustilanteessa. Yhdessäkin tilanteessa, jossa isä ei ollut paikalla, häntä ei mainittu sanallakaan. Isän ollessa mukana oli ohjaus tasavertaista, katsekontakti huomioiden. Osassa ohjaustilanteita isän roolia korostettiin. Hoitaja pyrki ottamaan isän mukaan aktiiviseksi toimijaksi ja ohjasi tiettyjä asioita myös pelkästään isän kannalta. Äitiä tuettiin uuteen rooliinsa lähes poikkeuksetta. Hoitajat kyselivät äidin tuntemuksia ja kertoivat niiden olevan normaaleja. Hoitajat kannustivat äitejä onnistumisten kautta. Esimerkiksi yksi hoitaja kehotti ohjauksen lopulla äitiä katsomaan vauvaansa ja sanoi, että ”vauva on nyt rauhallinen ja tyytyväinen sinun hoitoosi”.

Isän ollessa paikalla ohjauksessa, sai hän pääosin hyvinkin yksilöityä ohjausta. Ajoittain neuvot ja ohjeistukset kohdistettiin vain isälle, esimerkiksi kylvetykseen liittyen. Hoitajat kannustivat isää lähinnä kehumalla heidän toimintaansa. Hoitajat myös kannustivat isiä yrittämään uudelleen, jos he tunsivat epäonnistuneensa. Kaikki hoitajat etsivät isälle omia tehtäviä. Useimmiten isät innostuivat hoitajan ideoista ja jäivät luultavasti miettimään asiaa. Hoitajat kannustivat perheitä jakamaan itsenäisesti tehtäviä vanhempien kesken ja hyväksyivät valmiit tehtäväjaot. Isien hoitajilta saama palaute oli todella rakentavaa. Kukaan hoitajista ei tyrmännyt isän toimintatapaa, vaan heille selvitettiin perustellusti, miten toimintaa kannatti muuttaa.

Hoitajat korostivat omassa toiminnassaan varhaisen vuorovaikutuksen tärkeyttä, kuitenkin vain yksi hoitaja kertoi sanallisesti vanhemmille, miksi sen tukeminen on tärkeää. Muut hoitajat eivät perustelleet varhaisen vuorovaikutuksen tärkeyttä mitenkään, eivätkä tuoneet esille sen vaikutuksia. Varhaiseen vuorovaikutukseen liittyy tiivistä vierihoito, josta perheille ei juurikaan puhuttu. Hoitajat keskittyivät enemmän vauvantahtisuudesta kertomiseen, jonka edellytyksenä onnistunut vierihoito on. Vauvantahtisuuteen kannustettiin kertomalla, mitä se käytännössä tarkoittaa, mitä etuja siitä on vauvalle ja äidille sekä tukemalla äitiä henkisesti sen toteuttamisen aikana. Äitejä tuettiin vierihoidon toteuttamiseen myös omatoimisuutta lisäämällä. Hoitajat kertoivat paljon vauvan tavasta viestiä tarpeitaan, mutta heille ei kerrottu tarkemmin, miten vauvan viesteihin tulisi reagoida. Vauvan tarvitsemaan turvallisuuden tunteeseen hoitajat keskittyivät opettamalla vanhemmille otteita ja käsittelyä. Hoitajat myös kannustivat vanhempia lepertelemään, silittelemään ja pitämään vauvaa lähellä.

JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Hoitajat kyselivät ohjaustilanteissa hyvin vähän potilaiden mielialaa ja tunteita. Kuitenkin äidit ovat aikaisempien tutkimusten perusteella juuri tätä toivoneet enemmän (Hannula 2003, 93; Iivarinen 2007, 38-40). Hoitajat tekivät yksilöllistä tilanteen kartoitusta hyvin tilanteen alussa, mutta vain puolet jatkoi sitä läpi ohjauksen. Aiempiin tutkimuksiin verraten tulokset ovat samansuuntaisia, vaikka kartoitus ohjauksen edetessä on todettu jo niissä riittämättömäksi (Hannula 2003, 93; Kalam-Salminen 2005, 114). Yksilöllisiä ratkaisuja ei pohtinut kukaan hoitajista, vaikka vaihtoehtoja käytiin pintapuolisesti läpi, erityisesti vanhempien pyynnöstä. Kansainvälisissä tutkimuksissa on aiemminkin tullut esiin, että potilaat arvioivat hoitajien tietotason riittämättömäksi ohjauksen toteuttamiselle (Hundley ym. 2000; Rea ym. 2007).

Toimivan vuorovaikutussuhteen luomiseen hoitajat kiinnittivät selvästi huomiota. Hoitajat pyrkivät tekemään tilanteesta kiireettömän ja saivat aikaan avoimen ilmapiirin lähes kaikissa havainnointitilanteissa. Pohdittavaa on, miten aamulla ruuhkautuvia ohjaustilanteita voitai-

siin välttää. Hoitajat olivat lisäksi erittäin kannustavia omatoimisuuteen. Tulos on jopa hie-
man yllättävä, koska hoitajat oli arvioitu aiempien tutkimustulosten mukaan joustamatto-
miksi ja heidän kannustuksensa omatoimisuuteen vain kohtalaisen hyväksi (Ingram, John-
son & Greenwood 2002; Kyngäs 2003).

Aikaisemmassa tutkimuksessa on tuotu esiin ongelma, että ohjauksen kattavuus jää potilai-
den vastuulle ja tarvittava pohjatieto päätöksentekoon ei ole riittävää (Hundley ym. 2000).
Tämän työn tulosten perusteella voidaan todeta, ettei ohjaus tässä suhteessa ole parantunut.
Perheet joutuivat vaatimaan vaihtoehtoja, ennen kuin hoitaja niitä esitteli. Vaihtoehtoja
kuitenkin annettiin aina niitä pyydettyä, vaikkakin perustelut ja vertailu jäivät usein
puuttumaan. Pohjatietojen (perustelut) ollessa puutteellisia, jää pohdittavaksi perheiden
tekemien päätösten edellytykset olla laadukkaita. Kirjallisen materiaalin laaja-alaisempi
käyttö voisi olla ratkaisu itsenäisen päätöksenteon mahdollistamiseen. Havainnollistamista
äidit kaipailivat lisää aiemmissä tutkimuksissa (Iivarinen 2007, 38-40). Tässä tutkimuksessa
hoitajat havainnollistivat ohjaustaan hyvin ja monilla eri keinoilla.

Tässä tutkimuksessa ohjausta ei toistettu automaattisesti, mutta kuitenkin aina tarvittaessa.
Kertauksen tarvetta määriteltiin havainnoimalla, kysymällä ja kehottamalla perheitä pyytä-
mään sitä tarvittaessa. Erilaisia keinoja ohjauksen havainnollistamiseen oli käytössä useita,
jolla taattiin oppimisen varmistaminen. Tutkimusten mukaan potilaat kaipaavat enemmän
tietoa muista informaatiolähteistä, jolloin oppimista voidaan varmistaa myös omatoimisesti.
Muiden informaatiolähteiden avulla äidit voivat myös kartoittaa oppimisen puutteita ja
kysellä niitä hoitajilta. (Kyngäs 2003.) Hoitajat eivät kuitenkaan, lähes poikkeuksetta, edes
maininneet muista tietolähteistä.

Ohjauksen kattavuus oli tulosten valossa vain kohtalaista, erityisesti perusteluissa oli puut-
teita. Tässä kohtaa täytyy ottaa huomioon, että tutkimusmateriaali koostuu vain pienestä
osasta kunkin potilaan saamaa ohjausta osastolla olonsa aikana. Mahdollisesti perustelut
eivät puuttuneet kokonaan, vaan ne on voitu kertoa aiemmin tai myöhemmin. Perhekeskei-
syyttä ja varhaista vuorovaikutusta tulisi kuitenkin tukea yhtä vahvasti joka ohjaustilan-
teessa. Suullisen ohjauksen tueksi tarvittavia muita tietolähteitä käytettiin vähän, joista tär-
kein on kirjallinen materiaali. Hoitajien voi olla vaikea muistaa antaa kirjallista materiaalia,
joten materiaalin saatavuus internetistä voisi tehostaa ohjausta.

Perhekeskeisyyttä tuettiin hyvin, kun isä oli läsnä ohjaustilanteessa. Aikaisemmissakin tut-
kimuksissa perhekeskeisyyden huomiointia on kaivattu lisää, hoitajat kokevat sen kuitenkin
vaikeaksi (Hannula 2003, 88; Kallio-Kökkö 2004, 33; Kalam-Salminen 2005, 46, 98.) Hoi-
tajat myös tukivat vanhempia uuteen rooliin kasvussa, antamalla positiivista palautetta ja
konkreettisia esimerkkejä onnistumisista. Lisäksi hoitajat rohkaisivat, erityisesti isää, toimi-
maan vauvan kanssa sekä ehdottivat tehtäviä tai esimerkkejä tehtävienjaosta. Uuteen rooliin
sopeutumisessa auttoi myös vanhempien tuntemusten kysely ja niistä keskustelu. Nämä
kaikki keinot löytyvät myös aikaisemmista tutkimuksista (Kalam-Salminen 2005, 46, 98;
Iivarinen 2007, 38-40).

Aikaisemmassakin tutkimuksessa isät ovat kokeneet olonsa ulkopuoliseksi osastolla olles-
saan ja toivoneet enemmän yksilöityä ohjausta (Kaila-Behm 1997). Tässä tutkimuksessa isät
otettiin erityisen hyvin huomioon heidän ollessa paikalla. Ohjaus oli myös yksilöityä, isän
tarpeista lähtevää. Ulkopuolisuuteen on ehdotettu ratkaisuksi isälle omien tehtävien etsi-
mistä (Kaila-Behm 1997, 92; Iivarinen 2007, 38-40; Inberg, Axelin & Salanterä 2008). Tässä

hoitajat onnistuivat erityisen hyvin. Kaikille isille ainakin ehdotettiin omia tehtäviä ja hoitajat kunnioittivat perheiden omia tehtävien jakoja. Isät on arvioitu aiemmin epävarmoiksi toiminnastaan ja helposti syyllisyyttä tunteviksi (Kaila-Behm 1997, 139-141). Hoitajat reagoivat tähän antamalla paljon positiivista ja rakentavaa palautetta. Tulos isien huomioimisesta on hyvin positiivinen yllätys. Siihen on selvästi kiinnitetty viime vuosina entistä enemmän huomiota. Tästä eteenpäin hoitajat voisivat laajentaa isien huomioimista myös tilanteisiin, joissa he eivät ole osastolla läsnä.

Varhaista vuorovaikutusta tulisi tukea kannustamalla äitejä vierihoidon toteuttamiseen, joka mahdollistaa vauvantahtisesti toimimisen (Hannula, Leino-Kilpi & Puukka 2006; Launonen 2006; Iivarinen 2007, 31-33). Aikaisempien tutkimusten mukaan äidit eivät ole olleet tyytyväisiä vierihoidon toteuttamisen tukemiseen (Erlandsson & Fagerberg 2005; Kalam-Salmi 2005, 87). Tässä tutkimuksessa hoitajat kertoivat perheille hieman vauvantahtisuudesta. Paljon kuitenkin jäi sanomatta, esimerkiksi perusteluja toiminnan taustalle ja vauvan viesteihin reagoimista ei käyty läpi juuri ollenkaan. Tulisikin pohtia, ovatko hoitajat riittävän koulutettuja ymmärtämään varhaisen vuorovaikutuksen tärkeyttä. Hoitajat selvästi osaavat itse toimia varhaista vuorovaikutusta tukien, mutta eivät osaa pukea toimintaansa sanoiksi ja hyödyntää sitä ohjauksessa. Juuri tämä viestittää koulutuksen tarpeesta. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on jo todettu, että hoitajien täytyisi tietää tarkkaan, mitä varhainen vuorovaikutus on ja miksi se on tärkeää, jotta he voisivat tukea perheitä sen toteuttamisessa (Mäntymaa 2006, 14; Inberg ym. 2008).

Suullisen yksilöohjauksen toteutuksen tukena ei käytetty kirjallista materiaalia tai informaatiota muista tietolähteistä. Jatkossa olisikin syytä miettiä syitä, miksi niitä ei hyödynnetty ja keinoja niiden käytön yleistymiseen. Voisi tutkia millaista materiaalia tällä hetkellä on lapsivuodeosastoilla käytettävissä ja millainen niiden laatu on. Lisäksi voisi kysyä perheiltä, millaista materiaalia he ovat kaivanneet ja kuinka paljon he etsivät tietoa lapsivuodeaikaan liittyvistä asioista esimerkiksi internetistä. Varhaisen vuorovaikutuksen ja perhekeskeisyyden vähäistä tukemista selitetään usein resurssien puutteella. Olisikin tärkeää tutkia ja vertailla eri sairaaloiden välillä, miten toimintaympäristö vaikuttaa perhekeskeisyyden ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen toteutukseen. Tutkimus voitaisiin toteuttaa osittain kansainvälisesti, jotta saataisiin luotettavampaa tietoa. Tulosten avulla voitaisiin pohtia, löytyykö tuen puutteelle myös muita selityksiä. Lisäksi saataisiin konkreettisia toimintaympäristön parantamiskeinoja.

LÄHTEET

Emmanuel, E., Creedy, D. & Fraser, J. 2001. What mothers want: a postnatal survey. Australian College of Midwives Incorporated Journal 14(4), 16-20.

Erlandsson, K. & Fagerberg, I. 2005. Mothers' lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby. Midwifery 21(5), 131-138.

Hannula, L. 2003. Imetysnäkemys ja imetyksen toteutuminen – Suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Turun yliopiston julkaisuja C 195. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hannula, L., Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2006. Imetyksestä selviytyminen ja lisäruoan käyttö synnytyssairaalassa – äitien näkökulma. Hoitotiede 18(4), 175-185.

Hirsjärvi, S. 2007. Tutkimustyypit ja aineistonkeruun perusmenetelmät & Aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 186-225.

Hundley, V., Rennie, A.-M., Fitzmaurice, A., Graham, W., van Teijlingen, E. & Penney, G. 2000. A national survey of women's views of their maternity care in Scotland. *Midwifery* 16(4), 303-313.

Inberg, E., Axelin, A. & Salanterä, S. 2008. Keskosvauvan ja vanhempien varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen hoitotyön menetelmin. *Hoitotiede* 20(4), 192-202.

Ingram, J., Johnson, D. & Greenwood, R. 2002. Breastfeeding in Bristol – Teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 18(2), 87-101.

Iivarinen, T. 2007. Äitien ja heidän puolisoitensa arviointeja imetysohjauksesta sairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kaila-Behm, A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 49. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kalam-Salminen, L. 2005. Hoidon laatu lapsivuodeosastoilla Suomessa ja Virossa - Näkökulmia asiakaskeskeiseen laatuun ja sen kehittämiseen. Turun yliopiston julkaisuja C 238. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kallio-Kökkö, S. 2004. Äitien kokemuksia imetysohjauksen toteutumisesta äitiys- ja lastenneuvoloissa. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kyngäs, H. 2003. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing* 12(5), 744-751.

Launonen, K. 2006. Varhainen vuorovaikutus kielen kehityksen perustana. *Suomen lääkärilehti* 61(37), 3719-3724.

Mäntymaa, M. 2006. Early Mother-Infant Interaction. Determinants and Predictivity. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Lasten psykiatrian laitos.
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6604-7.pdf>

Rea, M., Gomes dos Santos, R. & Sanchez-Moreno, C. 2007. Quality of infant feeding counselling for HIV+ mothers in Brazil: challenges and achievements. *Acta Paediatrica* 96(1), 94-99.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

KIRJOITTAJAT

Sanni Isometsä ja Linda Nuotio valmistuvat joulukuussa 2009 Turun ammattikorkeakoulusta kättilöiksi (AMK) ja sairaanhoitajiksi (AMK). Opinnäytetyön ohjaajana toimi Turun ammattikorkeakoulun lehtori Anneli Nirkkonen-Mannila KL, TtM, esh-klö.