



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Keskosperhe neuvolassa - keskoskansio terveydenhoitajille

Parviainen Paula ja Pyhähuhta Satu

2012 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Hyvinkää

Keskosperhe neuvolassa -
keskoskansio terveydenhoitajille

Parviainen Paula
Pyhähuhta Satu
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2012

Paula Parviainen
Satu Pyhähuhta

**Keskosperhe neuvolassa -
keskoscansio terveydenhoitajille**

Vuosi 2012

Sivumäärä 79

Tarve tälle opinnäytetyölle tuli työelämästä. Työn tilasi terveydenhoitaja Jaana Salminen Klaukkalan neuvolasta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda Nurmijärven kunnan neuvoloihin toimiva keskoscansio terveydenhoitajille työkaluksi keskosperheiden kohtaamiseen. Telemämme kansion tavoitteena on yhtenäistää keskosperheiden saamaa neuvolapalvelua Nurmijärvellä. Kansio sisältää keskeisimmät asiat, jotka terveydenhoitajan tulee huomioida silloin, kun asiakkaaksi tulee terveen keskoslapsen saanut perhe. Kansion tavoite on saattaa teoretietoa käytäntöön terveydenhoitajille. Kansio on koottu laajan kirjallisuuskatsaukseen perustuvan opinnäytetyömme pohjalta. Kansio antaa terveydenhoitajille valmiuksia kohdata keskosperhe paremmin, yksilöllisesti, selkeästi ja ymmärrettävästi. Keskoscansio perustuu uusimpaan käytössä olevaan tietoon. Opinnäytetyömme on toiminnallinen.

Keskoscansioita on tehty kahdeksan kappaletta, joista viisi on neuvoloihin, kaksi opinnäytetyön tekijöille ja yksi ohjaavalle opettajalle. Kansio on pehmeäkantinen, joka sisältää muovitaskuissa olevat tekstisivut. Kansiossa löytyy myös toiminnallisia ohjeita kuvineen liittyen keskoscansion hoitoon ja vuorovaikutuksen tukemiseen.

Kehitysideana ehdotamme, että esimerkiksi opinnäytetyönä voisi tehdä lehtisen keskoscansion vanhemmille, joka sisältää keskoscansioon liittyvät keskeiset asiat. Sitä voisi jakaa Nurmijärven neuvoloissa keskoscansioille.

Asiasanat: keskonen, perhe, vuorovaikutus, ravitsemus, kehitys, uni

Paula Parviainen
Satu Pyhähuhta

**A Guidance Folder for Public Health Nurses meeting
parents of premature babies in Children´s Welfare Clinics**

Year	2012	Pages	79
------	------	-------	----

The idea of the thesis came from the needs of work life. It was commissioned by Jaana Salminen from Children Welfare Clinic in Klaukkala. The purpose of this thesis is to create a functional Guidance Folder for Public Health Nurses as a tool for meeting premature baby families in Children Welfare Clinics in Nurmijärvi. The aim of our Guidance Folder was to standardize the public health care services that premature baby families receive in Nurmijärvi. The Guidance Folder contains the salient issues that Public Health Nurses need to take into account when the customer is a family with a healthy premature baby. The goal of the Guidance Folder is to bring theory into practice for the Public Health Nurses. The folder is compiled as the basis of the broad literary summary used in this thesis. The Guidance Folder provides the basis for meeting a premature baby family in a better way: more individually and paying more attention to the needs of the families. The Guidance Folder is based on the most recent material. Our Thesis is functional.

Eight copies of the folder were made: five for Children's Welfare Clinics, two for the authors and one for the supervising teacher. The Guidance Folder is paperback and it contains the text sides in plastic folders. It also includes functional instructions with pictures about caring premature baby and supporting interaction.

There is still room for another leaflet, i.e. a leaflet for families with a premature baby. It could be given to premature baby families in the Children Welfare Clinics in Nurmijärvi.

Keywords: premature infant, family, interaction, nutrition, development, sleep

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Keskonen	8
2.1	Keskosuuden määritelmä	8
2.2	Keskosen ennuste ja olemus	10
2.3	Iho ja kellastuminen	11
2.4	Sytä ennenaikaiseen syntymään	13
3	Ravitsemuksen erityispiirteitä	14
4	Kenguruhoito ja imetys	18
5	Keskonen on erityisvauva	21
5.1	Erityisvauva	22
5.2	Keskosen tavallisimmat sairaudet	23
5.3	Nivus- ja napatyrät keskosilla	25
5.4	Keskosen kotiutus ja ensimmäinen ikävuosi	26
6	Keskosen rokottaminen	27
7	Keskosen kehitys ja kehitys seuranta	29
7.1	Kasvu ja kehitys seuranta	30
7.2	Suunalueen kehityksen tukeminen ja syömis oppiminen	32
7.3	Liikunnallinen kehitys ja sen tukeminen	34
8	Unen ja rytmisyyden kehittyminen	38
9	Koliikki	41
10	Vauvahieronta	43
11	Vuorovaikutus ja sen kehittyminen	45
11.1	Kiintymyssuhde	46
11.2	Vuorovaikutuksen kehittyminen	48
11.3	Vuorovaikutus	51
11.4	Keskosvauvan äidiksi ja isäksi kasvaminen	53
12	Vuorovaikutustanssi	55
13	Vanhemmuus ja sisarukset	56
13.1	Vanhemmuus	57
13.2	Vanhemmuuden roolikartta	59
13.3	Parisuhteen roolikartta	62
13.4	Keskosen sisarukset	63
14	Isyys ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa	66
15	Kirjallinen ohjeistus	69
16	Keskoskansion luotettavuus ja käyttökelpoisuus	71
17	Opinnäytetyön eteneminen ja toteuttaminen	72
18	Pohdinta	73

Lähteet	75
---------------	----

1 Johdanto

Valitsimme tämän aiheen, koska se kiinnosti meitä molempia ja koska keskosuudesta on tullut tietoa melko vähän opintojen aikana. Lisäksi meistä on hyvä, että tekemämme opinnäytetyö hyödyttää terveydenhoitajia käytännön kenttätyössä. Työn tarkoituksena on kehittää keskoskansio Nurmijärven neuvoloihin terveydenhoitajien käyttöön helpottamaan työskentelyä keskosperheen kanssa. Toimeksiannon saimme terveydenhoitaja Jaana Salmiselta Klaukkalan neuvolasta syyskuussa 2010. Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen. Tilaa ei asetettu aikarajaa opinnäytetyölle, me asetimme itsellemme aikarajaksi kevään 2012. Kävimme haastattelemassa 14.3.2011 ja kuulemassa toiveita työmme suhteen terveydenhoitaja Jaana Salmiselta. Hän esitti meille toiveita, mitä keskoskansion tulisi sisältää. Haastattelun perusteella päädyimme tekemään toiminnallisen opinnäytetyön. Olemme rajanneet työmme koskemaan terveitä keskosia yhteen ikävuoteen asti. Olemme ottaneet muutamia yleisimpiä keskosten sairauksia mukaan työhömmme. Olemme rajanneet pois työstämme alkoholin ja huumeiden käytöstä aiheutuneet keskosuudet. Olemme ottaneet työhömmme keskoslapsen alkuvaiheita sairaalassaoloajasta, koska sairaalassa vietetty aika on merkityksellinen keskosien ensimmäisen elinvuoden näkökulmasta. Me opinnäytetyön tekijät valmistumme terveydenhoitajiksi ja sairaanhoitajiksi, sen vuoksi myös sairaalassa tapahtuva hoito kiinnostaa meitä. Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet joitakin yli 10 vuotta vanhoja lähteitä, koska ne ovat klassikoita. Varsinaisen fyysisen keskoskansion kokoamme kirjallisen opinnäytetyömme pohjalta. Tarkoituksemme on, että jatkossa fyysistä keskoskansiota on mahdollisuus päivittää tarpeen mukaan. Keskoskansioita tehdään Klaukkalan (2 kpl), Kirkonkylän (1 kpl) ja Rajamäen (1 kpl) neuvoloihin ja ohjaavalle opettajalle Aila Murrolle (1 kpl), terveydenhoitaja Jaana Salmiselle (1 kpl) sekä opinnäytetyön tekijöille (2 kpl).

2 Keskonen

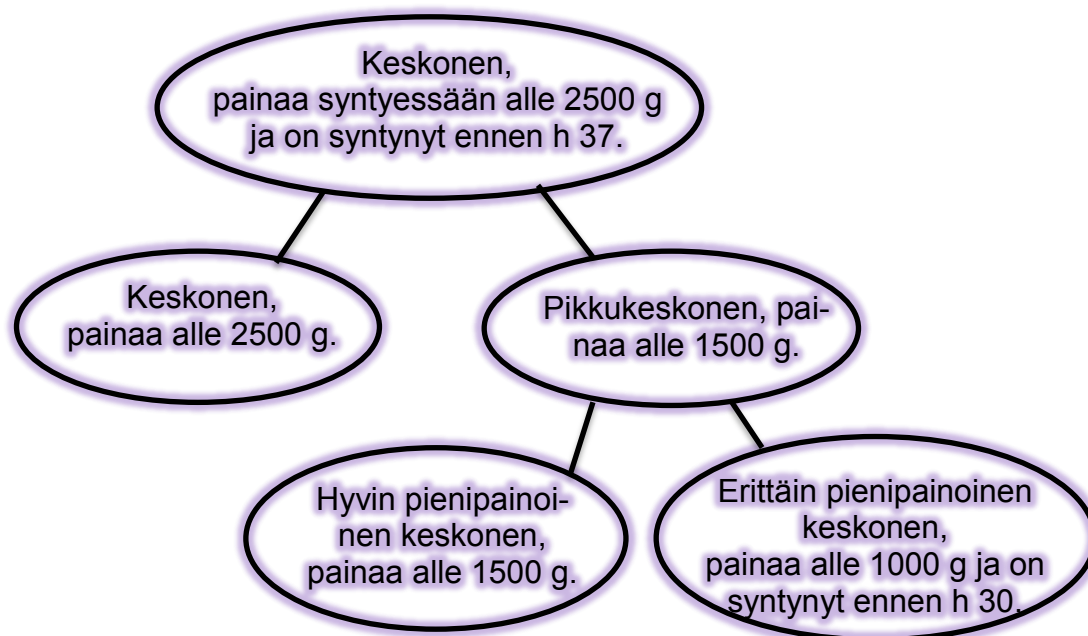
Vastasyntyneestä lapsesta joka on syntynyt ennen raskausviikkoa 37, käytetään nimitystä keskonen. Lisäksi vauvan syntymäkoolla on merkitystä määriteltäessä keskosuutta. Yhä pienempänä syntyneillä keskosilla on nykyään mahdollisuus selvitä lääketieteen ja teknologian kehittymisen ansiosta. Ennenaikaisesti syntyneillä vauvoilla on omia erityispiirteitään, jotka tulee huomioida lasta hoidettaessa. Kun puhutaan keskosuuteen liittyvistä ongelmista, tarkoitetaan useimmiten pienten, syntyessään alle 1500 grammaa painavien lasten sairauksia ja niiden jälkitiloja. Keskonen näyttää erilaiselta kuin täysiaikaisena syntynyt vauva. Se vaikuttaa nälkiintyneeltä, ihonalainen rasvakerros on lähes olematon, iho on aluksi punakka ja nukkaisen karvainen, mutta vähitellen se vaalenee ja kirjavoituu. Koska keskoslapsen iho on ohut ja runsasuoninen, se viestittää nopeasti lapsen voinnissa tapahtuvista muutoksista. Noin 40 prosentissa ennenaikaisista synnytyksistä jää syy epäselväksi. Muissa tapauksissa aiheuttaja on istukan, sikiön tai äidin sairaus. Yleisin on äidin raskausmyrkytys eli pre-eklampsia, johon liittyy verenpaineen nousu ja valkuaisvirtsaus. Ennenaikainen synnytys ei yleensä aiheuta äidille lääketieteellisiä ongelmia, mutta vastasyntyneen vauvan elimistö voi olla liian kehittymätön kohdun ulkopuolella elämiseen. Keskoset tarvitsevat erikoistarkkailua ja myös usein tehokasta hoitoa. Keskosina syntyneiden vauvojen keuhkot, keskushermosto, suolisto ja munuaiset ovat vielä epäkypsiä. (Keskosvanhempien yhdistys (Kevyt) 2006; Paananen ym. 2009, 316; Korhonen 1996, 21, 23,165; Minkkinen, Jokinen, Muurinen, & Surakka 1997, 143; Kantero, Levo & Österlund 2000, 241; Huttunen 2002, 116-117; Kevyt 2006, 8-9; Katajamäki & Gylden 2009, 136.)

2.1 Keskosuuden määritelmä

Arkkiatri Arvo Ylppö teki aikoinaan ehdotuksen keskosuuden määritelmäksi, jonka Maailman terveysjärjestö (WHO) on hyväksynyt. Määritelmän mukaan keskoseksi kutsutaan vauvaa, joka painaa syntyessään alle 2500 grammaa. Myöhemmin on tullut käyttöön määritelmä, jonka mukaan ennen 37. raskausviikkoa syntyneet ovat keskosia. Keskoset jaetaan kahteen ryhmään (kuvio 1) syntymäpainon mukaan. Alle 2500 grammaa painavia kutsutaan keskosiksi ja alle 1500 grammaa painavia kutsutaan pikkukeskosiksi. Pikkukeskoset jaetaan vielä hyvin pienipainoiseen keskosiin, joiden syntymäpaino on alle 1500 grammaa ja erittäin pienipainoisiksi, joiden syntymäpaino on alle 1000 grammaa ja joka on syntynyt ennen 30. raskausviikkoa. Suomessa syntyy vuosittain alle 1500 grammaa painavia vauvoja noin 500 ja alle 1000 grammaa painavia noin 200. Suomessa syntyneistä vauvoista noin kuusi prosenttia on ennenaikaisia eli ennen 37. raskausviikkoa syntyneitä. Vauvoja syntyy ennenaikaisesti Euroopassa joka vuosi 10 % ja Amerikassa 20 %. Keskosvauvat perheineen ovat pieni asiakasryhmä neuvolassa. Pienimmät eloon jääneet keskoset ovat painaneet syntyessään noin 500 grammaa. (Kevyt 2006, 8; Armanto & Koistinen 2007, 298; Huttunen 2002, 116; Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto,

Väyrynen, & Äimälä 2009, 316; Korhonen 1996, 17; Katajamäki & Gylden 2009, 136; Hellmann 2009; European foundation for the care of newborn infants (EFCNI) 2010a.)

Kuvio 1. Keskosuuden määritelmä. (Piirros Parviainen Paula, käyttäen alkuperäislähdettä Kevyt 2006).



Alkuvaiheen hoito-ongelmat ja yleinen selviytyminen elämään ovat pikkukeskosten kohdalla haastavampia verrattuna yli kilon syntymäpainon saavuttaneisiin keskosiin. Yhä pienempänä syntyneillä keskosilla on mahdollisuus selvitä lääketieteen ja teknologian kehittymisen ansiosta. Suomessa on nykyään jopa 24. raskausviikolla syntyneen vauvan mahdollista jäädä eloon ja kehittyä ja kasvaa melko hyvin. Suomessa aktiivisen hoidon rajana on juuri tuo 24 raskausviikkoa. Vastasyntyneen todennäköisyys jäädä henkiin alkaa parantua jo 25. raskausviikosta lähtien. Mutta selvin muutos selviämässä ja parantumisessa on 32. raskausviikon jälkeen. Mitä varhaisemmasta raskauden vaiheesta on kyse, sen suurempi merkitys vauvalle on, jos raskautta saadaan jatkettua muutaman päivän tai viikonkin. Noin 80 prosenttia 28. raskausviikolla syntyneistä keskosista selviytyy. Ennenaikaisesti syntyneet vauvat voivat olla täysin terveitä syntyessään ja kehittyä fyysisesti ja psyykkisesti täysin normaalisti. (Kevyt 2006, 9; Armanto & Koistinen 2007, 298; Katajamäki & Gylden 2009, 136; Hellmann 2009.)

Kun puhutaan keskosuuteen liittyvistä ongelmista, tarkoitetaan useimmiten pienten, syntyessään alle 1500 grammaa painavien lasten sairauksia ja niiden jälkitiloja. Suurempina syntyneet keskoset selviävät yleensä ongelmistaan nopeasti ja heidän kehityksensä on lähes aina normaalia. Keskoset, jotka ovat terveitä, kasvavat tavallisesti nopeasti ja saavuttavat yleensä ikäryhmänsä vuoden ikäisenä (Huttunen 2002, 116; Paananen ym. 2009, 316.)

2.2 Keskosen ennuste ja olemus

Keskosten ja vastasyntyneiden tehohoidossa on viimeisten 20 vuoden aikana tapahtunut merkittävää kehitystä sekä tiedon lisääntymisen että hoitoteknologian kehittymisen myötä. Tämä kehitys on vaikuttanut siihen, että yhä pienemmät lapset jäävät henkiin. Mitä ennenaikaisemmin keskonen syntyy, sitä suuremmat ovat lasta uhkaavat pysyvän vamman ja kuoleman vaarat. Suurimmassa riskiryhmässä ovat alle 1500 grammaa painavat ja ennen nykyistä tehohoitoa kuoli heistä lähes kaksi kolmesta keskosesta, nykyään neljännes. Ennen 26. raskausviikkoa syntynyt lapsi painaa noin 1000 grammaa tai vähemmän, tällöin lapsi on siinä määrin kehittymätön, että kuolleisuusriski on korkea. Menehtyneistä lapsista suurin osa kuuluu pienipainoisten ryhmään, sillä täysiaikaisten kuolleisuus on vain noin 0,1 %. Kuoleman riski pienenee syntymäpainon noustessa. Täysiaikaisiin vauvoihin verrattuna keskoset eroavat muutenkin kuin vain painonsa puolesta. Ennenaikaisuudesta johtuen on keskosilla kehitysasteesta riippuen tiettyjä ulkoisia ominaisuuksia. Keskosten ulkonäkö on erilainen, lapsi vaikuttaa nälkiintyneeltä, ihonalainen rasvakerros on lähes olematon, iho on aluksi punakka ja nukkaisen karvainen, mutta vähitellen se vaalenee ja kirjavoituu. Koska iho on ohut, verisuonet näkyvät ihon läpi. Heidän päänsä näyttävät suurilta, ja raajat ovat laihat. Sisäelimet ovat myös kypsymättömät. Pikkukeskosilla voi olla syntyessään silmäluomet kiinni, ne aukeavat ajan myötä. (Minkkinen, Jokinen, Muurinen, & Surakka 1997, 143; Kantero, Levo & Österlund 2000, 241; Korhonen 1996, 23; Kevyt 2006, 8; EFCNI 2010b.)

Raskauden viimeisinä kuukausina sikiön karvatupet aktivoituvat äkkiä. Tämä tapahtuu juuri ennen lapsenkinan muodostumista. Karvatupet alkavat tuottaa runsaasti rasvaa, jota tarvitaan lapsenkinan muodostamiseen. Samalla ne kasvattavat nopeasti kerroksen hienoa untuvarakkaa eli lanugoa. Tämä ohut karvakerros on jokaisella sikiöllä vähän aikaa ja se katoaa melkein kaikilta ennen syntymää. Jäljelle jää vain lapsenkina, mikä helpottaa synnytystä. Joillakin vauvoilla karvapeite häviää pian syntymän jälkeen. Keskosilla tämä on yleistä, sillä he voivat syntyä juuri siinä vaiheessa, kun karvapeite kasvaa. (Morris 2008, 18.)

Ennenaikainen syntymä lisää lapsen perinataalikuolleisuutta, jolla tarkoitetaan raskausaikaa, lapsen ensimmäistä elinvuotta, sairastuvuutta ja pysyvän vammautumisen riskiä. Keskoslapsen perheelle syntymä aiheuttaa ahdistusta, ja lisää perheen kokemaan stressiä. Asiaan vaikuttavat mm. epävarmuus lapsen selviämisestä, lapsen pitkä hoitoaika sairaalassa ja hoidon lopputuloksista. (Korhonen 1996, 17.)

Lapsen kannalta ennenaikaisena syntyminen on elämää uhkaava riskitekijä. Keskosuus altistaa lapsen monille psyykkisille, fyysisille ja sosioemotionaalisille seurauksille. Keskonen on täysin kykenemätön vaikuttamaan omaan tilaansa ja tilanteeseensa. Pienimmät keskoset eivät kykene itse edes säilyttämään lämpöään ilman ulkopuolista tukea. Alilämpö uhkaa keskosia her-

kästi, koska heille ei ole vielä kehittynyt ruskeita rasvakerroksia. Ne ovat tärkeitä kehon sisäisen lämmön ylläpitämisessä. Vauvan ruumiinlämpö voi laskea nopeasti, jos huone ei ole tarpeeksi lämmin. Siksi keskoskaappien lämpötila pidetään tavallisesti +32 asteessa. Termostaatin on kuitenkin oltava erittäin tarkka, sillä parinkin asteen nousu voi aiheuttaa vakavan ruumiinlämmön nousun. (Korhonen 1999, 14; Morris 2008, 20.)

Keskosen ennustetta arvioitaessa on otettava huomioon suuret yksilölliset erot sairastavuuden ja erilaisten komplikaatioiden kehittymisen suhteen. Tämän vuoksi ei hoidon alussa voida sanoa, kuka lapsista tulee selviytymään hyvin, kuka taas huonommin. Tämä suuri yksilöllisyyden ”salaisuus” edellyttää, että kaikille keskosille annetaan yhtäläiset mahdollisuudet täysipainoiseen alkuhoitoon. (Korhonen 1996, 23.)

2.3 Iho ja kellastuminen

Ihmisellä ihon tehtävänä on muodostaa suoja elimistön ja ulkomaailman välille. Iho osallistuu lämmönsäätelyyn, se toimii verivarastona, erityiselimenä sekä aistielimenä. Lisäksi iho muodostaa D-vitamiinia auringon valosta. Koska keskoslapsen iho on ohut ja runsassuoninen, se viestittää nopeasti lapsen voinnissa tapahtuvista muutoksista. Tämän vuoksi keskosen ihon väri on merkittävä lapsen vointia kuvaava osoitin. (Korhonen 1996, 165.)

Ikterus eli keltaisuus on tavallinen vastasyntyneisyyskauden ongelma. Veren bilirubiinin nousu eli kellastuminen on tavallista. Yli puolet vastasyntyneistä on jonkin verran keltaisia kahden - seitsemän päivän ikäisinä. Keskosilla sitä voi jatkua pidempään. Suomessa syntyneistä vauvoista kuusi prosenttia saa valohoitoa. Sitä annetaan erityisellä valohoitolampulla eli sinivalolla, joka muuttaa iholla bilirubiinin rakenteen vesiliukoiseksi, elimistölle vaarattomaksi johdannaiseksi ja helpommin virtsaan erittyväksi. Bilirubiinin erittäminen elimistöstä on välttämätöntä toksisten oireiden välttämiseksi. Lapsen paljaalle iholle kohdistetaan sinivalolla valo ja/tai vartalon alle sijoitettavalla patjalla. Vastasyntyneen maksa ei pysty heti syntymän jälkeen täysimääräiseen bilirubiinin käsittely- ja eritystyöhön, siksi bilirubiini eli hemoglobiinin hajoamistuote kertyy elimistöön ja vauva kellastuu. Vastasyntyneellä punasolujen määrä on suhteessa suuri ja elinikä on lyhyt, lyhyempi kuin aikuisilla. Punasolujen hajotessa syntyvän bilirubiinin määrä on korkeampi kuin muissa elämän vaiheissa. (Paananen ym. 2009, 288-289; Rajantie, Mertsola & Heikinheimo 2010, 42-43, 120-121; Kantero ym. 2000, 268; Korhonen 1996, 167-168.)

Sikiöaikana istukka huolehtii kuona-aineiden poistosta. Myös bilirubiini erittyy istukan kautta äidin verenkiertoon. Ihomittarilla voidaan arvioida bilirubiinipitoisuutta. Lukema on suuntaa antava ja luotettavin matalilla alueilla. Jos tulos ylittää lapsen kypsyysikää vastaavan raja-arvon tai lapsella on kellastumisesta muita oireita, tulee bilirubiinipitoisuus määrittää veri-

näytteestä. Myös poikkeavasti kellastuneiden, eli varhain, runsaasti tai pitkittyneesti kellastuneiden vauvojen bilirubiinipitoisuus määritetään verinäytteestä. Tuloksia verrataan eliniän ja raskauden keston mukaisiin normaaliarvoihin. Bilirubiiniarvon täsmällistä toksisuusrajaa ei ole. Sairaiden lasten ja keskosten kohdalla valohoito aloitetaan varhain, terveiden täysiaikaisien lasten turhaa hoitoa vältetään. (Paananen ym. 2009, 288-289; Rajantie ym. 2010, 42-43, 120.)

Fysiologinen kellastuminen on normaali ilmiö ja yleensä harmiton. Se alkaa näkyä toisena elinpäivänä ja on huipussaan kolmen - neljän vuorokauden iässä ja häviää kahden viikon ikään mennessä. Hyperbilirubinemian eli poikkeavan runsaan kellastumisen riski on suurentunut: veriryhmäimmunusaatiassa ja ABO-immunusaatiassa, ennenaikaisesti syntyneillä vauvoilla, kuivuneilla vauvoilla, infektiolapsilla, runsaasti mustelmia tai sisäisiä vuotoja olevilla lapsilla, jos lapsi ei ole ulostanut tai suoli toimii harvoin sekä lapsilla, joiden perheessä on sferosytoositauteja, jolloin punasolut ovat pallomaisia ja hajoavat herkästi. Jo ensimmäisenä elinpäivänään voivat kellastua lapset, jotka sairastavat immunisaatio-, infekti- tai sferosytoosia. Mikäli lapsi on selvästi keltainen, mitataan bilirubiinipitoisuus verestä ja tarkastetaan lapsen paino sekä vointi kuivumisen ja yleissairauden toteamiseksi. Keltaisuutta hoidetaan nesteyttämällä lapsi hyvin ja asettamalla hänet tarvittaessa valohoitoon sekä mahdollinen perustauti hoidetaan. Sinivalo hajottaa ihoon kertynyttä bilirubiinia. Myös bilirubiinin erityis lisääntyy, koska hajoamistuotteita erittyy virtsaan ulosteen lisäksi. Bilirubiinipitoisuuden madaltamiseksi joudutaan hyvin harvoin tekemään verenvaihtoa. (Paananen ym. 2009, 289-290; Rajantie ym. 2010, 42-43.)

Yli kaksi viikkoa kestäneen keltaisuuden eli pitkittyneen keltaisuuden yleisin syy on ns. rintamaitokeltaisuus. Sen syytä ei tunneta. On kuitenkin esitetty, että taustalla voisi olla rintamaidon sisältämät äidin hormonit tai rintamaidon vapaat rasvahapot. Usein nämä vauvat ovat lähes täysimetettyjä, vointi on hyvä, paino nousee suotuisasti ja ulosteet ovat keltaisia ja virtsa väritöntä. Pitkittänyt keltaisuus voi kestää yhden - kahden kuukauden ikään asti. Veren bilirubiinipitoisuus ei yleensä ole niin korkea, että valohoitoa tai imetystaukoa tarvittaisiin. Keltaisuus vähenee merkittävästi kolmen vuorokauden imetystauolla, mutta keltaisuus palaa usein tauon jälkeen. Rintamaitokeltaisuutta ei tarvitse hoitaa ja se on vaaratonta. Keskosella yli kaksi viikkoa kestävä keltaisuus on poikkeavaa. Kuitenkin on syytä poissulkea muita syitä, kuten liian vähäinen maitomäärä, virtsatieinfektio, infekti, verenvuodot, sappitieanomaliat, sappitieatresia, punasolusairaudet ja hypotyreoosi. Pitkittyneen keltaisuuden syynä synnynäiset aineenvaihduntasairaudet ovat erittäin harvinaisia. (Paananen ym. 2009, 289-290; Rajantie ym. 2010, 42-43, 120.)

2.4 Syitä ennenaikaiseen syntymään

Noin 40 prosentissa ennenaikaisista synnytyksistä syy jää epäselväksi. Muissa tapauksissa aiheuttaja on istukan, sikiön tai äidin sairaus. Yleisin on äidin raskausmyrkytys eli pre-eklampsia, johon liittyy verenpaineen nousu ja valkuaisvirtsaus. Ennenaikaisista synnytyksistä suurin osa johtuu jostakin raskauden ajan komplikaatiosta. Äidistä johtuvia syitä voivat olla diabetes, verenpainetauti, munuais- ja sydäntaudit, kohdunsisäinen tulehdus, kohdun epämuodostuminen, sikiökalvoihin päässyt infektio, tapaturma, perimä, rakenne, verenvuotoa aiheuttava etinen istukka, istukan ennenaikainen irtoaminen tai lapsiveden meno. Nämä raskauteen liittyvät tapahtumat tai sairaudet eivät yleensä käynnistä synnytystä. Jos raskauden jatkuminen vaarantaa sikiön tai äidin terveyden, joudutaan synnytys hoitamaan ennenaikaisesti käynnistettynä tai keisarileikkauksella. Osa syistä on kuitenkin sellaisia joihin ei voida vaikuttaa. Myös monisikiöraskaus on altistava tekijä ennenaikaiselle synnytykselle. Tärkein sikiöperäinen syy ennenaikaiselle synnytykselle on kaksosraskaus, joita on noin 15 prosenttia ennenaikaisista synnytyksistä. Ennenaikainen syntymä voi johtua sikiön infektiosta, sikiön epämuodostumasta, kromosomipoikkeavuuksista. Joihinkin riskitekijöihin voidaan ainakin teoriassa vaikuttaa. Niitä seikkoja ovat mm. vanhempien sosioekonominen tilanne, koulutustaso, sosiaaliluokka, perhesuhteet, äidin aikaisempi keskoslapsi, runsas alkoholin käyttö, huumeiden käyttö, monisikiöinen raskaus, aikaisempi sikiön tai vastasyntyneen kuolema, äidin ikä (alle 18 vuotta tai yli 35 vuotta) sekä äidin terveys. Myös äidin työn fyysinen raskaus lisää riskiä. Viime vuosina on yhä enenevässä määrin tunnistettu tupakoinnin yhteys ennenaikaiseen synnytykseen ja sitä kautta suurentuneeseen perinataaliseen kuoleman riskiin. Lisäksi äidin alkoholin käytöllä tiedetään olevan vaikutusta sikiön kehityshäiriöihin ja alipainoisuuteen, tästä esimerkkinä fataalialkoholioireyhtymä (FAS). (Minkkinen ym. 1997, 143; Korhonen 1996, 21; Huttunen 2002, 116-117; Kevyt 2006, 8-9; Hellmann 2009.)

Ennenaikainen synnytys ei yleensä aiheuta äidille lääketieteellisiä ongelmia, mutta vastasyntyneen vauvan elimistö voi olla liian kehittymätön kohdun ulkopuolella elämiseen. Keskokset tarvitsevat erikoistarkkailua ja myös usein tehokasta hoitoa. Keskosina syntyneiden vauvojen keuhkot, keskushermosto, suolisto ja munuaiset ovat vielä epäkypsiä. Vaikka keskokset tarvitsevat hoitoa se ei aina tarkoita, että vauvalla olisi jotain ”vialla”. Ongelmat voivat johtua siitä, että vauva ei ole enää kohdun suojassa. Keskokset ovat myös tavallista alttiimpia tartuntataudeille ja tulehduksille. Keskosuudesta johtuvien kroonisten neurologisten ongelmien ja sairauksien esiintyminen on kääntäen verrannollinen syntymäpainoon. Ennenaikaisena syntyneiden yleisimpiä pitkäaikaisongelmia ovat keskoslapsen krooninen keuhkosairaus (BPD) ja keskosen verkkokalvosairaus (retinopatia, ROP) sekä neurologiset häiriöt tai kehitysviiveet. (Katajamäki & Gylden 2009, 136; Kevyt 2006, 9; Hellmann 2009.)

3 Ravitsemuksen erityispiirteitä

Raskausviikoilla 23-37 syntynyt keskonen, joka on syntymäpainoltaan 1,7 - 2,5 kg, voi usein kotiutua äidin kanssa samaan aikaan lapsivuodeosastolta tai ainakin hyvin lyhyen lastenosastohoidon jälkeen. Tämän painoisina syntyneet keskoset kasvavat yleensä sopivasti samanlaisella ravitsemuksella kuin täysiaikaisenakin syntyneet lapset. Raskausaikana sikiön ruuansulatuskanava kypsyy vähitellen vastaanottamaan ravintoa. Keskoslapsen suolisto on toiminnallisesti sitä epäkypsempi, mitä ennenaikaisempana lapsi on syntynyt, siksi tavanomainen maitoruokinta ei aina ole heti mahdollista. Keskosien täysimittäminen on usein haastavaa. Imetyksen käynnistämistä haittaa äidin ja lapsen erottaminen toisistaan synnytyksen jälkeen keskosien tarvitseman hoidon vuoksi sekä lapsen imemisvalmiudet ja äidin kokeman stressin vaikutus maidon herumiseen. Tästä syystä imetys jää usein vähäiseksi tai lyhyeksi, ja keskosia syötetäänkin täysiaikaisia lapsia useammin tuttipullolla imetyksen ohella tai sijaan. Usein ravitsemus pienipainoisilla keskosilla täytyykin toteuttaa alussa ainakin osittain suonensisäisesti ja sen jälkeen tai sen ohella nenämahaletkun avulla. Silloin kun keskonen ei osaa vielä imeä, annetaan rintamaitoa ja mahdollisia ravintolisiä nenämahaletkun kautta, ja maitomääriä lisätään vähitellen lapsen voinnin sen salliessa. (Arffman & Hujala 2010, 113-114; Huttunen 2002, 118-119; Armanto & Koistinen 2007, 304.)

Keskonen jaksaa syödä kerralla vain vähän ja koska hänen ravinnon tarpeensa on suuri, tulee maitoaterioita antaa alussa tiheästi, 2-3 tunnin välein. Paaston sietokyky on keskosilla selvästi heikompi kuin täysiaikaisella lapsella ja vaara hypoglykemioille eli matalille verensokerille on suuri. Hypoglykemiat saattavat aiheuttaa keskosille keskushermostovaurioita, tämän vuoksi niiden ennaltaehkäisy tiheällä ateriarytmillä on tärkeää. Keskosena syntyneen lapsen ravitsemuksen hoidolla on merkitystä myös lapsen yleiseen kasvuun ja kehittymiseen sekä aivojen kehittymiseen, koska vajaaravitsemuksen seurauksena saattaa kehittyä pysyviä keskushermoston solupuutoksia. Keskoslapsen kasvaessa ja iän karttuessa ateriakertoja voidaan vähentää ja siirtyä lapsentahtiseen syömiseen. Ensiksi kannattaa pidentää yöllä annattavien aterioiden väliä ja tarjota maitoa edelleen päivällä tiheästi. (Arffman & Hujala 2010, 114; Korhonen 1996, 140.)

Keskoslasten ravitsemussuositukset ovat erilaiset kuin täysiaikaisena syntyneiden, siksi äidinmaitoa vahvistetaan erilaisilla ravintolisillä. Raskauden loppupuolella sikiö kasvaa kohdussa voimakkaasti ja samalla elimistöön kertyy suuret määrät kalkkia, rautaa ja fosforia. Lapsen syntyessä ennenaikaisesti ei näitä ravintoaineita ehdi kertyä hänen elimistöön, siksi keskosien ravitsemukselliset tarpeet poikkeavatkin täysiaikaisen lapsen tarpeista. Äidinmaito sisältää liian vähän energiaa ja edellä mainittuja kivennäisaineita kattaakseen keskosien kasvun tarpeet. Keskoslapsille annetaan äidinmaidon ohella joko erityistä proteiini- ja mineraalijauhetta tai rintamaidon sijasta käytetään erityisesti keskosille suunniteltua äidinmaidonkor-

viketta. Mikäli äiti halua imettää, kannattaa hänen keskustella lääkärin kanssa, miten lisäravinnemaidon määrän voisi pitää tilavuudeltaan mahdollisimman pienenä. Kaikki keskoset saavat rautalääkityksen ja sitä käytetään aina vuoden ikään saakka, monilla on myös muita lääkityksiä tarpeen mukaan. (Huttunen 2002,119; Katajamäki & Gylden 2009, 140.)

Keskoslasten ravitsemuksen suunnittelusta vastaa kotiutuksen jälkeen sairaalan poliklinikka. Äidinmaidon ravitsemukselliset hyödyt ovat kiistattomat, mutta keskosien kiihkeän saavutuskasvun takia ravinteiden ja energian tarve suhteessa painoon on täysiaikaisina syntyneitä lapsia suurempi. Tämän takia kokonaan rintamaidolla kotiutuvien pikkukeskosten ravitsemusta vahvistetaan proteiinilisällä yleensä siihen asti kunnes he saavuttavat 3,5 - 4 kg:n painon. Tämä estää osaltaan niin kutsutun täysimetyksen rintamaidon riittävydestä huolimatta, koska lisät annostellaan pieneen maitomäärään sekoittaen ja lapsi imee ne pullosta. Mikäli äidiltä tulee jonkin verran, mutta ei riittävästi rintamaitoa, hän voi halutessaan imettää. Tällöin pikkukeskosen saa lisäravintona keskoskorviketta yksilöllisesti hänelle suunniteltuun painorajaan asti. Kun sovittu paino on saavutettu, voidaan siirtyä tavalliseen korvikkeeseen. (Arman-to & Koistinen 2007, 303.)

Energialisien lisäksi ennenaikaisen lasten ravitsemusta täytyy usein täydentää myös vitamiini- ja kivennäisaineiden kohdalta. Keskostippoja, jotka sisältävät foolihappoa sekä A-, E- ja B12- vitamiinia, annetaan keskosille usein kunnes paino saavuttaa 3-4 kiloa. D-vitamiinia annetaan keskosille 10-20 mikrogrammaa/vrk alkukuukausina ja jatkossa 10 mikrogramma/vrk 2-vuotiaaksi asti ympäri vuoden, kuten täysiaikaisillekin lapsille. Keskosten raudantarve on suurempi kuin täysiaikaisena syntyneiden lasten. Rautaa annetaan ravintolisänä 6-12 kuukauden ajan lääkärin ohjeen mukaan, koska lapsen rautavarastot eivät ole ehtineet täyttyä täysiaikaisen lapsen tasolle. Lisärautaa voidaan antaa kotona 2mg/kg/vrk, kuitenkin korkeintaan 15mg/kg/vrk. Liuosmaisia rautavalmisteita on saatavana erityislupavalmisteina. Näitä liuoksia käytettäessä on erityisesti kiinnitettävä huomiota puhkeaviin hampaisiin. Keskoskorvikkeen ja ravintolisien tarvittavat määrät arvioi aina lääkäri tai ravitsemusterapeutti. (Arffman & Hujala 2010, 113; Matilainen 2011; Metsäranta & Järvenpää 2009.)

Imetys saattaa olla haasteellista myöhemmin kotona, jos lapsi nukahtaa toistuvasti heti rinnalle, hamuaa voimakkaasti, mutta heittäytyy rinnasta heti irti tai ei rupea ollenkaan imeämään. Neuvolassa terveydenhoitajan kannattaa ohjata äitiä esimerkiksi erilaisten imetysapuvälineiden käytössä. Imetyksen onnistuessa hyvin, sitä voidaan jatkaa niin kauan kuin se äidistä ja lapsesta tuntuu hyvältä. Pikkukeskosena syntyneen lapsen ravitsemuksen toteuttamisessa erityispiirteenä on lisäruokien aikainen aloitus. Keskoslapsille suositellaan kiinteiden ruokien aloittamista selvästi muita aiemmin. Tällä tarkoitetaan kasvis-, hedelmä- ja marjasoseiden sekä vellien lisäämistä ruokavalioon 3-4kk:n kalenteri-iässä, mikä tarkoittaa sitä, että keskonen saa ensimmäisiä makuunnoksia kiinteää ruokaa lasketun ajan tienoilla. Kannattaa kuitenkin

kin siirtyä melko nopeasti kasvislihasoseisiin, kun lapsi on oppinut nielemään kiinteää ruokaa. Kasvislihasoseita suositellaan annattavan keskoselle jo 4-5 kuukauden iästä alkaen, koska ne sisältävät kasvis-, hedelmä- ja marjaseita enemmän energiaa ja proteiinia. Puolivuotiaana voidaan aloittaa kotimaisten viljatuotteiden antaminen, jolloin ruokaa voidaan alkaa myös karkeuttamaan. Muistisääntönä voidaan pitää, että 5-6 kuukauden ikäisille lapsille tarkoitetut teolliset lastenseoseet (kasvisliha-, kasviskana- ja kasviskalaseita sekä jogurttihedelmä- ja jogurttimarjaseita) annetaan keskosille jo 4-5 kuukauden iässä. Ennenaikaisen lapsen kasvutavoitteessa pyritään samaan kuin mitä sikiö kasvaisi kohdussa ollessaan. BPD:aa sairastavilla keskosilla on suurimmat ravintoaineiden saantitavoitteet. Kiinteiden ruokien lisääminen ruokavalioon tapahtuu keskosilla samoin kuin täysiaikaisena syntyneilläkin. Hyvin kasvavan keskosien kohdalla vuoden iästä alkaen voidaan siirtyä noudattamaan normaalipainoisena syntyneen lapsen ravitsemusohjeita, mm. siirtyä käyttämään ruokajuomana rasvatonta maitoa. Heikosti kasvavalle keskoselle tulee jatkaa äidinmaidonkorvikkeen tai vellien antamista vielä yhden ikävuoden jälkeenkin. (Armanto & Koistinen 2007, 304; Katajamäki & Gylden 2009, 140; Arffman & Hujala 2010, 114.)

Vellit voidaan aloittaa keskoselle 4 kuukauden kalenteri-iän vaiheilla muutamalla aterialla päivässä ainakin siinä tapauksessa, jos lapsi on saanut äidinmaidonkorviketta. Vellejä suositellaan keskosille niiden äidinmaidonkorviketta hieman suuremman energia- ja proteiinipitoisuuden vuoksi. 4 kuukauden ikäiselle lapselle käytetään maissi- tai riisivellejä. Muita viljoja kuten vehnää, kauraa, ohraa tai ruista sisältäviä puuroja tai vellejä voidaan antaa 6 kuukauden iästä lähtien. Syömisen oppimista hidastavia tekijöitä ovat mm. BPD, keskosilla herkästi esiintyvä pulauttelu tai oksentelutaipumus ja ruoan takaisinvirtaus. Myös ummetus voi huonontaa lapsen ruokahalua. Jos vatsanvetovaikeudet hidastavat lapsen kasvua, käynnistetään lisätutkimukset sairaalassa. Paljon oksentelevalle tai pulauttelevalle lapselle vellit sopivat usein maitoa paremmin, koska ne ovat koostumukseltaan hieman maitoa sakeampia. (Arffman & Hujala 2010, 114; Armanto & Koistinen 2007, 304.)

Mikäli keskonen on alkanut saada kiinteitä ruokia jo sairaalassa, ohjataan vanhempia syöttämään siten, että syöttäminen tukisi lapsen suunalueen kehitystä. Syöttäessä vanhemman on tärkeää muistaa pitää hyvä katsekontakti lapseen. Lapsella tulisi olla rento syömisasento esimerkiksi vanhemman kohotettujen polvien päällä, lapsen jalat aikuisen vatsaa vasten. Lusikkaa ei saa työntää väkisin suuhun, sen asentoon tulee kiinnittää huomiota suuhun vietäessä. Lusikkaa ei tule ”pyyhkiä” lapsen yläikeneen tai ylähuuleen eikä sillä muutenkaan pyyhitä lapsen suun seutua, vaan suu pyyhitään taputtelemalla. (Korhonen 1996, 163.)

Keskosten huono ruokahalu, syömispulmat ja hidas kasvu aiheuttavat toisinaan huolta. Niiden syy on aina selvitettävä ja yksilöllisiä ratkaisuja on etsittävä yhteistyössä lääkärin tai ravitsemusterapeutin kanssa. Vaikeimmat syömisongelmat liittyvät pienillä keskosilla esiintyvään

krooniseen keuhkosairauteen, bronkopulmonaaliseen dysplasiaan (BPD), ja neurologisiin ongelmiin sekä vammoihin. (Arffman & Hujala 2010, 114.)

Lapsen syömistäidot ovat aluksi autonomisia imemisrefleksejä, jotka muuttuvat tahdonalaiseksi syömiseksi noin 3-4 kk:n iästä lähtien. Kun lisäruuat on aloitettu, voidaan soseita tarjota lapselle lusikalla. Lusikkaruokailun opetteluun herkkyyskausi alkaa noin 3 kk:n iässä lasketusta ajasta. Pienet makuannokset onnistuvat jo aikaisemmin, joskin lapsi pääsääntöisesti pyrkii imemään soseen lusikan kärjestä. Isojen ruoka-annosten syöttäminen lusikalla ei ole tässä vaiheessa toivottavaa. Äitien ja puheterapeuttien kokemusten mukaan lapsen kieltäytyessä kokonaan lusikasta voi olla tarpeen pitää muutaman päivän mittainen ”lusikkalakko”. Soseet voidaan lisätä maitoihin tai velleihin ja antaa lapsen imeä ne tuttipullosta. Tämä helpottaa lapsen syömistilannetta ja voi osaltaan vähentää syömisongelmien kehittymistä. (Armanto & Koistinen 2007, 304.)

Keskosen kasvaessa on tarkoituksena siirtyä enemmän lapsentahtiseen ruokarytmiin, jotta viimeistään lapsen kotiutuessa sairaalasta vanhemmat osaisivat huomioida hänen yksilölliset tarpeensa. Sairaalasta lähtiessä lastenlääkäri suunnittelee lapselle yksilöllisen ravitsemusohjeen vanhempien tueksi kotiin. (Armanto & Koistinen 2007, 301.)

Vanhemmat haluavat onnistua hyvin lapsensa hoidossa ja mittaavat sitä tämän hyvällä kasvulla. On olemassa riski, että syömisestä ja etenkin lusikkaruokailusta muodostuu lapselle ja äidille stressaava suoritus. Sekä lapsen että vanhemman kokema positiivinen syöttämistilanne on hyvin tärkeä, koska se tukee vanhemmuuteen kuuluvia syviä hoivaamisen ja rakkauden osoittamisen tarpeita. Syömistilanteen tulisi olla mukava tapahtuma molemmille, ilman suunnaluetta kohdistuvaa epämiellyttävää pakottamista. Vanhempia tulee aina tukea luottamaan itseensä lapsen etsiessä yksilöllistä ruokailurytmiään. Lapsen kasvaessa hänen nälän ja kylläisyyden säätelykykynsä kehittyy aikaisempaa selkeämmäksi. (Armanto & Koistinen 2007, 304.)

Kaksoset syntyvät usein hieman pienipainoisina, mikäli molemmat kaksosvauvat imevät huonosti, rintojen saama stimulaatio jää helposti liian vähäiseksi ja rintamaidon määrä pieneksi. Mikäli edes toinen vauvoista on vahvempi ja hanakampi imijä, kaksosten vuorottelu rinnalta toiselle pitää huolen ärsytyksestä toisenkin kaksosen puolesta. Äiti voi halutessaan lypsää muutaman kerran päivässä siihen saakka, kunnes vauvat imevät napakasti. On todettu, että imettävän äidin maito riittäisi normaalisti kolmellekin lapselle. Kaksosten imetys ei ole välttämättä ongelma maidon riittävyyden takia, vaan vastaan tulevat ennen kaikkea käytännön ongelmat, koska äidin kädet eivät tahdo riittää kahdelle lapselle. Apulaisia lastenhoitoon siis tarvitaan. (Katajamäki & Gylden 2009, 140.)

4 Kenguruhoito ja imetys

Mikäli lapsi kotiutuu sairaalasta täysimetyksellä, on erityisen tärkeää huolehtia siitä, että lapsen imetys varmasti onnistuu kotona. Lapsen uneliaisuus tai vaimeus voi olla merkki siitä, että hän väsy tiheästä imetyksestä huolimatta eikä jaksa imeä riittävästi. Lisämaidon antaminen tuttipullostta on tällöin perusteltua imetyksen lisäksi. Neuvolan tiheät painokontrollit ensimmäisinä viikkoina ovat tärkeitä, sekä imetyksen turvaamiseksi, että keskosen painonnousun seuraamiseksi. (Armanto & Koistinen 2007, 304.)

Äidin rintamaidon koostumus vaihtelee lypsämistiheyden, kellonajan, ravitsemuksen ja yksilöllisten erojen mukaan. Keskosäidin maidon koostumus on erilaista kuin täysiaikaisen lapsen synnyttäneen äidin maito. Keskosen äidinmaito sisältää enemmän proteiineja, natriumia ja kalsiumia verrattuna täysiaikaisen lapsen synnyttäneen äidinmaitoon. (Korhonen 1996, 154.)

Keskoslapsen syntymään, sairauksiin ja hoitoon liittyy normaalista äitiydestä poikkeavaa huolta ja stressiä, joilla on vaikutusta myös maidon erittymiseen. Vanhempien huoli lapsen terveydestä ja syyllisyys ennenaikaisesta synnytyksestä ovat tavallisia tunteita vanhemmille. He voivat tuntea olonsa ulkopuoliseksi lapsensa hoitamisessa: pieni lapsi tarvitsee erikoishoitoa, jota vain ammattilaiset voivat tarjota. Lypsäminen ja imetys auttavat äitiä tässä tilanteessa. Mikäli äidiltä loppuu maito tai sen erityis ei kunnolla käynnisty, voidaan vanhempien kanssa etsiä selityksiä ja merkityksiä tilanteelle. Yhteinen pohdinta auttaa molempia vanhempia ymmärtämään, että maidon erittyminen on kokonaisvaltainen vuorovaikutustilanne äidin ja lapsen välillä ja että se järkkyy herkästi. Vanhempien on myös hyvä ymmärtää, ettei maidon erittyminen ole jokaisella äidillä samanlaista, ei edes saman äidin eri lasten kohdalla. Äiti on aina äiti huolimatta maidon määrästä ja äitinä hän on aina lapselleen ainutkertainen. Imettävä äiti tarvitsee imetysystävällisen ympäristön. Ympäristön tulee olla rauhallinen. Isän rooli äidin kannustajana ja tukijana imetysasioissa on ensiarvoisen tärkeää. Isä valmistaa ruuan ja tuo juomaa äidin imettäessä. (Korhonen 1999, 112; Koskinen 2008, 136; Erlingson 2010.)

Vaikka tiedetään, että rintamaito on lapsen parasta ja luonnonmukaisinta ravintoa, niin henkilökunnan tulee kuitenkin varoa ”liioittelemasta” asiaa. Sillä äitien syyllisyyttä ja huonomuuden tunnetta lisätään helposti liiallisella rintaruokinnan korostamisella. Nämä tunteet kuluttavat turhaan äidin voimavaroja, joita tarvittaisiin äiti-lapsisuhteen luomiseen ja ylläpitämiseen. (Korhonen 1999, 113.)

Hyvälle imetysasennolle ominaista on se, että se sallii lapselle katsekontaktin hoitavaan aikuiseseen. Mikäli lapsella on vaikeuksia rinnan imemisessä tai hänen on vaikeaa saavuttaa tasapainoa syömisen aikana, voidaan tyynyä käyttää apuna syöttäjän polvilla. Lapsi asetetaan tyynylle siten, että hänen vartalonsa on lievässä kiertoasennossa (rotaatio) ja molemmat jalat ovat

aikuisen kainalossa. Vielä kun aikuinen pitää lapsen kädestä kiinni, tukee hän samalla lapsen vartalon hallintaa käsivarrellaan. Hyvässä asennossa lapsella on suora katseyhteys aikuiseen ja rento, pakottamaton asento, jossa käsien tuominen vartalon keskiviivaan onnistuu. Imettäminen kylkiasennossa tyynyllä mahdollistaa lapsen vartalon hallinnan yleisen kehittymisen. Jos lapsen vartalon hallinta on kehittymätön, vetäytyvät hänen olkapäänsä herkästi taaksepäin, josta seuraa, että kädet seuraavat sivuille. Tuen tarvetta voi olla myös pään ja vartalon asennon ylläpitämisessä sekä leuan liikkeissä. (Korhonen 1999, 102.)

Vaikka lapsi syntyisi reilusti ennenaikaisena eikä hän osaisi imeä, silti myöhemmin on mahdollista siirtyä rintaruokintaan. Pikkukeskosen imetyksen voi parhaassa tapauksessa onnistua. Lapsi ei aina saa tai jaksa imeä rinnasta, mutta äiti voi silloin lypsää talteen omaa maitoaan. Oman äidin maitoa annetaan vauvalle heti, kun vauvan vointi sen sallii, ensin nenämahaletkun avulla ja myöhemmin pullosta. Äidin kannattaa aloittaa lypsäminen mahdollisimman nopeasti synnytyksen jälkeen, mielellään 6-48 tunnin kuluttua. (Katajamäki & Gylden 2009, 138.)

Laadukas rintapumppu on keskosäidin ”hyvä ystävä”. Lypsäminen ottaa aikaa: äidin olisi hyvä pumpata rintoja yhtä tiheästi kuin vauva kävisi rinnalla eli jopa 8-12 kertaa vuorokaudessa. Jos käytössä on sairaalatasoinen pumppu, säästyy äidiltä aikaa, koska sillä voi pumpata molemmista rinnoista yhtä aikaa. Synnytyksen jälkeiset ensimmäiset viikot olisi äidin hyvä lypsää 15-20 minuuttia kerrallaan ja mielellään vähintään 6-8 kertaa vuorokaudessa. Toivottavaa olisi, että yksi lypsykerta olisi myös yöllä, jos se ei rasita äitiä liikaa. Jos yöllä lypsäminen haittaa yöunia, kannattaa äidin lypsää päivällä tiuhemmin ja öisin vain, jos sattuu muutenkin heräämään tai jos rinnat tuntuvat täysiltä. Äidinmaidon määrän kasvattaminen on helppointa ensimmäisten 2-3 viikon aikana. Tutkimusten mukaan äidin olisi hyvä tähdätä siihen, että lypsetyn maidon määrä olisi 5-9 dl/vrk kahden viikon kuluttua vauvan syntymästä. Kun maidon tulo on tasaista, voi osa äideistä harventaa lypsämistä ja lypsää tiheämmin vain silloin, kun maitoa tuntuu heruvan hetkellisesti niukemmin. Lypsämistä yleensä helpottaa, jos äiti rentoutuu hetkeksi, ajattelee jotain mukavaa asiaa, esimerkiksi vauvaa ja hieroo kevyesti rintojaan ennen lypsämisen aloittamista. (Katajamäki & Gylden 2009, 138.)

Keskosena syntyneen lapsen tutustuminen imetykseen alkaa kenguruhoitolla, jossa vanhempien ja lapsen on mahdollista kokea läheisyyttä. Kenguruhoito on sitä, että äiti tai isä hoitaa keskoslasta suorassa ihokosketuksessa paljasta rintaansa vasten, lapsella on pelkkä vaippa päällään. Lapsen raajat ovat koukussa ja pää käännettynä sivulle. Näin lapsi oppii tuntemaan vanhempiensa tuoksun ja saa tuntokosketuksen koko iholleen. Asennon tukemisessa voidaan käyttää tarkoitukseen suunniteltua toppia tai kantoliinaa. Tärkeää on, että lapsi peitellään lämpimästi. Lasta voidaan hoitaa kenguruhoitossa silloin, kun hän selviää ilman lisähappea. Tiedetään, että saadessaan lapsen fyysisesti lähelle itseään sekä äidit että isät oppivat tun-

temaan lapsensa herkimpiä viestejä ja myös ilmaisemaan omat pettymyksensä ja ilon tunteensa. Ihokontakti ja kenguruhoito vauvan kanssa lisäävät äidinmaidon herumista rinnoista. On myös todettu, että kenguruhoiton ansiosta imetys onnistui paremmin ja vauvat olivat rauhallisempia, lisäksi he itkivät vähemmän kuin perinteisesti happikaapissa hoidetut keskoset. Kenguruhoiton aikana lapsi voi siirtyä luonnollisesti rinnalle ja alkaa hamuilla ja imeä sitä. Kenguruhoito, äidinmaidon lypsäminen sekä imetys auttavat äitiä ottamaan oman paikkansa lapsensa elämässä. Kenguruhoiton on todettu edistävän lapsen kasvua ja kehitystä. (Minkkinen ym. 1997, 149; Katajamäki & Gylden 2009, 138; Koskinen 2008, 136-137; Armanto & Koistinen 2007, 302.)

Keskoslapsen imemistaidot kehittyvät yksilöllisesti pikkuhiljaa. Jo 17-viikoinen sikiö osaa imeä ja niellä kohdussa lapsivettä ja 28-viikkoisella sikiöllä hamuaminen sekä imemis- ja nielemisheijasteet ovat kehittyneet. Lapsi alkaa imeä rintaa keskimäärin 33-34 viikon iässä, joskin vaihteluväliä asiassa on 28-36 viikon välillä, mikäli hän saa olla rinnalla ja edetä omaan tahtiinsa. Lapsen imemiseen vaikuttavat raskauden keston lisäksi muu vointi sekä se, kuinka usein hän saa harjoitella rinnan imemistä. Taitojen karttuessa vauva alkaa imeä reippaammin ja vähitellen kokonaisia aterioita. Ensimmäiset imetys- tai pulloruokintakokemukset voivat olla myönteisiä niin äidille kuin lapselle. Jos keskonen on vielä epäkypsä ja unohtaa imiessään hengittää, voi äiti syöttämistilanteessa säikähtää. Hengitysvaikeudet voivat hidastaa lapsen syömistä, mutta myös lisähapen kanssa voi imettää. Kun vauva on oppinut jo imemään rintaa, mutta tarvitsee vielä toistaiseksi lisäruokaa, voi sitä antaa hänelle joko tuttipullolla tai erityisellä imetysapulaitteella. Laitteen kanssa lapsi itse imee rintaa, mutta saa rintaan kiinnitettyä ohutta letkua pitkin lisämaitoa laitteeseen kuuluvasta pullosta. Tämä on hyvä siksi, että lapsi saa riittävästi ravintoa ja rinta joka imaisulla ärsykkeeseen maidoneritykseen. Mitä varhemmin lapsi pääsee harjoittelemaan imemistä, sen aikaisemmin hän kykenee saamaan ravintonsa suoraan rinnasta. Lapsen ei myöskään tarvitse osata imeä maitoa tuttipullosta voidakseen aloittaa rinnan imemisen harjoittelun. Rinnan imeminen on lapselle luonnollista. Lapsen hapetus ja lämpötila säilyvät parempina rintaa imiessä kuin pullosta syötettäessä. Rinnan tehokkaan imemisen oppiminen on kuitenkin useimmille keskosille hidas prosessi, joten aluksi häntä täytyy ruokkia muilla keinoin ja äidin täytyy käynnistää maidoneritys lypsäen. Virkeä ja nälkäiseltä vaikuttava keskonen voi helposti nukahtaa rinnalle parin imaisun jälkeen. (Katajamäki & Gylden 2009, 138-140; Armanto & Koistinen 2007, 301; Koskinen 2008, 137.)

Keskosina syntyneet lapset hyötyvät äidinmaidosta ja imetyksestä täysiaikaisina syntyneitä lapsiakin enemmän. Monet maidon ominaisuudet tukevat lapsen keskeneräisen elimistön kypsymistä ja tehostavat ravinnon ottoa. Äidinmaitoa saaneilla keskosilla on mm. huomattavasti vähemmän nekrotisoivaa suolistotulehdusta ja heidän myöhempi kognitiivinen kehityksensä on parempaa kuin korvikeruokittujen. Esimerkiksi USA:ssa äidinmaitoa pidetään niin tärkeänä

keskosille, että joissain sairaaloissa suositellaan lypsämisen aloittamista myös niille äideille, jotka eivät suunnittele imetystä. (Koskinen 2008, 136.)

Ennenaikaisena syntyneen lapsen hyvä ravitseminen on tärkeä osa lapsen hoitoa, sillä alkuvaiheen ravitsemuksella on pitkäkestoisia vaikutuksia lapsen terveyteen. Lapsen ravitsemukseen vaikuttavat raskausviikot syntymähetkellä, kasvu, syntymäpaino, kehitysvaiheet ja mahdolliset sairaudet. Syntymäpainoltaan yli 1,5 kiloa painavan keskosien kohdalla voidaan ravitsemuksessa edetä normaalipainoisena syntyneen lapsen ohjein, mikäli lapsen kasvu ja kehitys etenevät hyvin. Pikkukeskosien eli syntymäpainoltaan alle 1,5 kiloa painavan lapsen ravitseminen on erilaista ensimmäisen ikävuoden ajan normaalipainoisena syntyneen lapsen ravitsemusohjeisiin verrattuna. (Arffman & Hujala 2010, 112-113.)

Keskosien ravinnon tarve on täysiaikaista lasta suurempi, sillä lapsen kasvuvauhti on ensimmäisinä elinviikkoina nopeampaa kuin täysiaikaisen lapsen. Keskosien ravitsemuksen tavoitteena on taata täysiaikaisena syntyneen lapsen sikiöaikaista kasvua vastaava kasvu ja kehitys. Keskosien parasta ravintoa on oman äidin rintamaito, joka on rakenteeltaan lapsen epäkypsän elimistön mukaista. Äidin rintamaidon ravintoaineet ovat hyvin imeytyvässä muodossa ja maito sisältää runsaasti kasvutekijöitä. Keskosilla ravintovarastot ovat pienemmät kuin täysiaikaisilla lapsilla, koska syntymäpaino on pieni, ja sikiön ravintovarastot täyttyvät juuri viimeisillä raskausviikoilla. Keskoslapset ovat normaalipainoisina syntyneitä herkempiä ravintoaineiden puutoksille. Keskosena syntynyt lapsi tarvitsee ensimmäisten elinkuukausien ajan äidinmaidon lisäksi äidinmaidon ravintolisää tai keskoskorviketta, kunnes saavuttaa 4-5 kilon painon. Äidinmaidon ravintolisän ja keskoskorvikkeen lisäksi lisäenergiaa antamaan voidaan käyttää jauhemaisia täydennysravintovalmisteita tai rasva-vesiemulsioita. Energialisänä voidaan myös käyttää ruokaöljyä. (Arffman & Hujala 2010, 113.)

5 Keskonen on erityisvauva

Koska keskoslapsi on syntynyt liian aikaisin, kutsutaan häntä erityisvauvaksi. Jokaista keskosta hoitavaa hoitajaa sitoo, samoin kuin kaikkia muitakin ammattihenkilöitä, jotka keskosien hoitoon osallistuvat, oman ammatillisen vastualueensa sisällä hoitotyön perustehtävissä määritellyt asiat. Niitä ovat terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy, sairauksien parantaminen ja kärsimysten lievittäminen. Pieni keskonen on täysin riippuvainen toisten ihmisten avusta. Sikiön elintoiminnot kypsyvät ja kehittyvät voimakkaasti raskauden viimeisen trimesterin eli kolmanneksen aikana. Keskosien elimistön epäkypsyydestä aiheutuu toiminnallisia ongelmia ja heille tyypillisiä sairauksia. Keskosien kotiin pääsyyn valmistaudutaan koko sairaalahoidon ajan, se on mahdollista yleensä lasketun ajan tienoolla. Mitä pienempänä keskonen on syntynyt sitä enemmän hän tarvitsee sairaalapalveluita ensimmäisen elinvuotensa aikana. Tavallisia sairaalahoidon syitä ovat hengitystieinfektiot ja nivustyräleikkaukset sekä kuntoutus. Kes-

kosen kivun hoitamisella on pitkälle johtavia vaikutuksia, koska lapsi muodostaa koko ajan kokemustensa kautta mielikuvaa ympäristöstään. (Korhonen 1996, 12, 20, 145; Minkkinen ym. 1997, 145; Armanto & Koistinen 2007, 302; Muurinen & Surakka 2001, 31; Metsäranta & Järvenpää 2009.)

5.1 Erityisvauva

Koska keskonen on syntynyt liian aikaisin, häntä kutsutaan erityisvauvaksi. Hänellä on ollut elämän alkuvaiheessa ongelmia ennenaikaisen syntymän, erilaisten sairauksien, kehityshäiriöiden tai sosiaalisten tekijöiden vuoksi. Siksi keskonen tarvitsee tukea saavuttaakseen elämän ensitaidot ja kehittyäkseen tasapainoisesti. Terveen täysiaikaisesti syntyneen vauvan ensitaitoja ovat syöminen sekä liikunnallinen ja sosioemotionaalinen kehittyminen, joita vastasyntynyt harjaannuttaa itse. Erilaiset riskitekijät erityisvauvan elämässä aiheuttavat näiden taitojen oppimisen viivästyistä ja saattavat häiritä normaalin kehityksen etenemistä. (Korhonen 1999, 11-12, 20.)

Pieni keskonen on täysin riippuvainen toisten ihmisten avusta. Edes itku ei viestitä lapsen hättää tai toiveita, niin kuin täysiaikaisella vastasyntyneellä. Lapsen olemuksessa tapahtuvista pienistäkin viesteistä on yritettävä tulkita, onko vauvalla hyvä olla ja hoitaa häntä parhaalla mahdollisella lämmöllä ja asiantuntemuksella. On hyvä muistaa, että mitä pienempi keskonen on kyseessä, sitä enemmän hän tarvitsee unta ja sitä herkemmin hän yliaktivoituu, jos hoitoimet ajoitetaan sopimattomasti. Tämä yliaktivoituminen johtuu keskonen keskushermoston kypsymättömyydestä. (Minkkinen ym. 1997, 145.)

Sikiön elintoiminnot kypsyvät ja kehittyvät voimakkaasti raskauden viimeisen trimesterin eli kolmanneksen aikana. Keskonen elimistön epäkypsyydestä aiheutuu toiminnallisia ongelmia ja heille tyypillisiä sairauksia. Sairauksien ilmenemisessä on suuria yksilöllisiä eroja. Keskonen monien elimien toiminnassa on erityispiirteitä, jotka saattavat aiheuttaa ongelmia perinataalikauden hoidossa. Keskonen elimistön epäkypsyydestä johtuvien ongelmien tarkastelussa on huomioitava, että lapsi reagoi kokonaisvaltaisesti kaikkeen, jolloin jonkin alueen ongelmat saattavat laajentua koskemaan melkein kaikkia elintoimintoja (Korhonen 1996, 22.)

Keskonen kanssa voi ulkoilla, kun hän on noin 2,5 kilon painoinen. Ulkoilu aloitetaan pikku hiljaa, aluksi 15-20 minuuttia kerrallaan. Mikäli ulkona on pakkasta enemmän kuin -10 astetta tai tuulee kovaa, ulkoilua ei suositella. (Katajamäki & Gylden 2009, 140.)

Varttunut ja voimistunutkin keskoslapsi on herkkä saamaan infektioita. Loppuraskauden aikana syntyvälapsi saa äidiltään vasta-aineita, jotka keskosena syntyneeltä jäävät saamatta. Mikäli äiti imettää tai lypsää, lapsi saa jonkin verran vastustuskykyä äidinmaidon välityksellä.

Infektioita kannattaa kuitenkin välttää ainakin ensimmäiset puoli vuotta terveen järjen keinoin: lasta ei kannata viedä flunssa-aikaan ostoskeskuksiin, eikä kotiin pidä päästää flunssaisia vieraita. Monet tartuntataudit, kuten rotavirus tai RS-virus, vievät ennenaikaisena syntyneen lapsen herkästi sairaalahoitoon. Joillakin keskosilla infektioherkkyys jatkuu vielä päiväkotikässä. (Katajamäki & Gylden 2009, 140.)

Keskosten hoidossa sairaaloissa on viime vuosina alettu pyrkiä hellävaraisempaan alkuihoon sekä turhien, vauvaa rasittavien toimenpiteiden välttämiseen. Hengityskonehoidon sijasta käytetään yhä useammin ylipainehoitoa, jossa vauva saa hengittää itse ylipaineen avustuksella. Hapen annostelu on entistä tarkempaa, sitä annostellaan kuin lääkettä, koska tiedetään että liiallisesta hapesta on vauvalle haittaa. Keskosten ravitsemuksen hoidossa on myös edistytty. Suonensisäinen ravitseminen aloitetaan nykyisin heti syntymän jälkeen, jotta keskoset saisivat alusta asti riittävästi energiaa ja proteiinia. (Katajamäki & Gylden 2009, 136.)

Keskosen kivun hoitamisella on pitkälle johtavia vaikutuksia, koska lapsi muodostaa koko ajan kokemustensa kautta mielikuvaa ympäristöstään. Jos mielikuvat hoitavista ihmisistä ja ympäristöstä värittyvät kivun ja epämukavan olon kautta, voi lapselle myöhemmin kehittyä emotionaalisia ja psyykkisiä ongelmia. On olemassa tutkimuksia, joissa on havaittu, että paljon kivuliaita toimenpiteitä kokeneilla pienillä lapsilla saattaa ilmetä myöhemmin kivun tarvetta. Sairaanhoidtaja Anna Axelin pyrki kehittämään uuden kivunlievitysmenetelmän keskoslasten kivunhoitoon vastasyntyneiden teho-osastolla. Tutkimuksessa kokeiltiin vanhempien käsikapalon tehokkuutta kivunlievityksenä. Käsikapalolla tarkoitetaan menetelmää, jossa vanhempi ohjaa lämpiminänsä lapsen rauhallisesti sikiöasentoon vieden kädet ja jalat lähelle lapsen keskivartaloa. Tutkimukset osoittivat, että käsikapalo on suositeltavampi kivunlievittäjä lyhyessä toimenpiteessä kuin suun kautta annettava glukosiliuos tai suoneen laitettava oksikodoni, kun tehokkuus, turvallisuus ja perhe otettiin huomioon. (Korhonen 1996, 180; Axelin 2010.)

5.2 Keskosen tavallisimmat sairaudet

Keskoslapsen tarvitsevat ensimmäisenä elinvuotenaan enemmän sairaanhoitopalveluja kuin täysiaikaiset, sitä enemmän mitä pienempinä he ovat syntyneet. Tavallisia sairaalahoidon syitä ovat hengitystieinfektiot ja nivustyräleikkaukset sekä kuntoutus. Mitä pienempi lapsi on syntyessään, sitä epäkypsempi hänen elimistönsä on ja sitä suurempi riski hänellä on altistua, sairastua keskosuudesta ja kypsymättömyydestä johtuviin fyysisiin, psyykkisiin ja sosioemotionaalisiin seuraamuksiin. Keskosen keuhkojen epäkypsyydestä johtuvat hengitysongelmat ovat ennaltaehkäisystä huolimatta vakava uhka pikkukeskosille. Hoitona käytetään lisähapen antamista yksilöllisesti tilanteeseen sopivalla tavalla. (Muurinen & Surakka 2001, 31; Metsäranta & Järvenpää 2009.)

Kroonista keuhkosairautta, neurologisia jälkitiloja sekä verkkokalvosairautta esiintyy pikkukeskosilla. Keskoslasten aivoverenvuodot ovat yleisempiä kuin täysiaikaisena syntyneiden lasten johtuen mm. maksan kehittämättömyydestä tuottaa hyytymistekijöitä ja verisuonten kypsymättömyydestä kestää paineenvaihteluita. Jos keskosella on aivokammioihin ulottuva verenvuoto, saattaa seurauksena olla aivonestekierron häiriö, joka voi johtaa hydrokefalukseen eli vesipäähän. Kouluiässä keskoslapsille saattaa tulla ongelmia, jotka näkyvät mm. hahmotushäiriöinä, keskittymiskyvyttömyytenä tai muina kognitiivisina ongelmina. Pitkän hengityskonehoidon jälkeen voi keskoselle kehittyä krooninen keuhkosairaus. Tilanne kuitenkin rauhoittuu yleensä kouluikään tultaessa. Ennenaikaisuudesta voi seurata liikunnallisia häiriöitä tai eriasteisia näkövammoja. Erityisesti verkkokalvosairaudessa verkkokalvon suonten normaali kehitys häiriintyy, mistä seurauksena ovat eriasteiset näkövauriot. Sairautta hoidetaan laserilla tai jäädytyshoidolla. (Muurinen & Surakka 2001, 31.)

Hengitysvaikeusoireyhtymä eli respiratory distress syndrome (RDS). Joskus harvoin täysiaikainen vastasyntynyt voi saada RDS:n, mutta lähinnä sitä esiintyy keskosilla. Hengitysvaikeusoireyhtymä johtuu siitä, että keuhkorakkuloiden seinämän solut erittävät liian vähän pintajännitystä alentavaa ainetta, surfaktanttia, joka koostuu fosforipitoisista rasvoista ja valkuaisaineista. Surfaktantin tuotanto käynnistyy vähitellen raskauden loppupuolella ja yleensä sen määrä on riittävä 36. raskausviikon jälkeen. Ulkoisilla tekijöillä on vaikutusta surfaktantin muodostumiseen, esimerkiksi äidin diabetes viivästyttää sitä, kun taas vastaavasti äidin raskauden aikana saama kortisonihoito aikaistaa sitä. Syntyvän lapsen keuhkojen kypsyttää ja hengitysvaikeusoireyhtymän kehittymisen riskiä pystytään arvioimaan mittaamalla lapsivedestä surfaktantin eri rakenneosien suhteellinen pitoisuus. (Huttunen 2002, 110.)

RDS:ssä surfaktantin puute johtaa keuhkojen huonoon ilmastoitumiseen sekä keuhkorakkuloiden painumiseen kasaan. Oireena lapsella on, että hänen hengitystrymnsä on tihentynyt ja se on työlään näköistä. Kylkiväleissä ja rintalastan alaosassa näkyy sisäänpäin vetäytymiä. Pitääkseen keuhkorakkulat avoimina, yrittää lapsi vaistomaisesti luoda painetta hengitysteihinsä, mikä aiheuttaa nenäsiipihengitystä ja narinaa hengityksen tahtiin. Hapenpuute aiheuttaa syanoosia eli sinisyyttä kehossa, ja lapsi on yleisolemukseltaan velto ja huonokuntoinen. Keuhkokuvassa näkyy huono ilmapitoisuus, ja ilmatäytteiset keuhkoputket näkyvät heikosti ilmastoitunutta keuhkokudosta vasten. (Huttunen 2002, 110-111.)

Bronkopulmonaalinen dysplasia eli BPD on pitkäaikainen keuhkosairaus, josta käytetään myös lyhennettä CLD (chronic lung disease). Se kehittyy osalle RDS:n sairastaneista keskosista hengityskonehoidon jälkeen. Sitä ilmenee noin 13 %:lla niistä keskosista, jotka ovat syntyneet ennen 33. raskausviikkoa. Oireena sairaudessa on ensimmäisten elinkuukausien ajan jatkuva lisähapen tarve. Hengitystyön lisääntymisen merkinä lapsella hengitystiheys voi olla nopeutunutta ja kylkivälihasten liike korostunutta. Keuhkojen röntgentutkimuksessa näkyy lapsen

keuhkokudoksen vaurioitumisesta johtuvia fibroottisia ja emfysemaattisia muutoksia. (Huttunen 2002, 134.)

Bronkopulmonaalista dysplasiaa sairastavan keskosen keuhkoputkissa on lisääntyntä supistelu- tai ipumusta, siksi tavallisiin hengitystieinfektioihin voi liittyä hengenahdistusta. Lisäksi keuhkokudoksen muutokset altistavat keskosen hapetushäiriöille. Sairaalaseuranta hapetuksen riittävyyden turvaamiseksi on hengitysinfektion yhteydessä usein lapselle tarpeen. Virusinfektioista haitallisin keskoselle on RS-virusinfektio, joka voi vielä BPD:n toipumisvaiheessakin uudelleen lisätä keuhkovauriota ja altistaa vakavalle hengitysvaikeudelle. Keskosen bronkopulmonaalisen dysplasian kotihoitona käytetään säännöllistä ja usein pitkäaikaista inhaloitavaa kortikosteroidilääkitystä, ja tarvittaessa keuhkoputkia avaavaa lääkitystä. Useimmat BPD:tä sairastavat keskokset toipuvat keuhkosairaudesta kokonaan, osalla keuhkoputkistoon jää kuitenkin hyperreaktiivisuutta ja astmankaltainen oireilu jatkuu vielä kouluiässä. (Huttunen 2002, 134.)

BPD on yleistymässä oleva keskosten pitkäaikaissairaus siitä syystä, että yhä pienemmät keskokset jäävät nykyään eloon. BPD:n syntyyn vaikuttavat monet tekijät, joista merkittävimpiä ovat lapsen keuhkokudoksen epäkypsyys ja sisäänhengitysilman happipitoisuus. Lisäksi sen syntyä edistäviä tekijöitä ovat hengityskonehoidon aiheuttamat painevauriot ja ilmapuodot. Erilaiset keuhkoinfektiot, sydämen vajaatoiminta ja kasvuhäiriöt muodostavat joukon tekijöitä, jotka edistävät myös BPD:n kehittymistä ja toisaalta joiden esiintymistä BPD lisää. (Korhonen 1996, 101.)

5.3 Nivus- ja napatyrät keskosilla

Sikiön vatsan alaosassa sijaitsevat nivuskanavat, jotka sulkeutuvat yleensä kehityksen myötä. Kaikilla lapsilla ei sulkeutumista tapahdu ja silloin vatsaontelosta voi työntyä suolta ja vatsalievettä ihon alle sekä pojilla kivespussiin. Nivustyrä tulee esille tyypillisesti lapsen itkiessä tai ponnistellessa, jolloin nivusalue pullistuu. Muulloin nivusalue näyttää normaalilta. Keskosilla nivustyrää esiintyy 10-30 prosentilla, muilla lapsilla 1-5 prosentilla. Keskimäärin 3,5 vuoden iässä tyrä todetaan, mutta usein jo alle 2-vuotiailla. Pojilla on kahdeksan kertaa yleisempää saada tyrä kuin tytöillä ja useimmin tyrä sijaitsee oikealla puolella. Nivustyrä ei yleensä aiheuta oireita. Helpoimmin tyrän havaitsee, kun lapsi itkee, nauraa tai venyttelee. Nivustyrää ei aina saada esille lapsen ollessa makuuasennossa. Tyrään voi myös äkillisesti kuroutua suoli, josta seurauksena on voimakas kipu. Se aiheuttaa vaaran kiveksen verenkierrolle ja suolen seinämälle. Noin joka kymmenennellä lapsella tyrä kuroutuu ja lähes aina se tapahtuu pojilla. Keskimäärin kuroutuminen tapahtuu 1,5 vuoden iässä, mutta kuroutumisvaara on suurin alle vuoden ikäisillä lapsilla. Tämän takia heidän tyrä korjataan usein varhain. Jos kuroutunutta tyrää ei saa painettua paikoilleen eli reponoitua lapsen ollessa makuuasennossa,

täytyy hänet viedä heti lääkäriin. Kipu- ja rauhoittavanlääkkeen annon jälkeen kuroutunut tyrä saadaan yleensä painettua takaisin. Kuroutuneen tyrän reponoimisen jälkeen se leikataan noin kahden vuorokauden kuluttua, jolloin turvotus on laskeutunut. Oireetonkin nivustyrä korjataan leikkauksella, koska se ei parane itsestään. Jos vanhemmat kertovat, että lapsen nivusalueella esiintyy ajoittain selvä pullistuma, riittää se leikkauspäätöksen tekoon. Nivustyräleikkaus on pieni toimenpide, joka voidaan tehdä hieman eri tekniikoilla. (Terveyskirjasto 2010; Rajantie ym. 2010, 530; Hurme & Reunanen 2008, 157.)

Sikiöaikana vatsan seinämässä on lihasaukko, jonka läpi kulkevat napanuoran verisuonet. Syntymän jälkeen tämä aukko ei aina sulkeudu, minkä takia vatsaontelon sisältöä ja suolenmutkia voi tunkeutua vatsaontelosta ihon alle. Napatyrä on aukko navan kohdalla, jonka pystyy tuntemaan sormenpäällä. Navan seutuun voi tulla huomattavakin pullistuma. Tämä tulee usein esille, kun lapsi itkee. Useimmiten vanhemmat voivat reponoida tyrän, koska napatyrä kuroutuu äärimmäisen harvoin. Siksi se on melko vaaraton. Pienet, läpimitaltaan alle 0,5 cm napatyrät parantuvat useimmiten itsestään ja niiden häviämistä odotellaan yleensä 3-4 vuoden ikään asti. Läpimitaltaan 0,5-1 cm tyrästä 90 prosenttia paranee itsestään. Napatyrä leikataan ennen kouluikää, jos se vielä siinä vaiheessa on jäljellä. Läpimitaltaan usean senttimetrin suuriset tyrät ja oireelliset tyrät voidaan joutua leikkauksella korjaamaan joskus jo varhaisessa vaiheessa. Napatyrän hoidossa navan teippauksesta ei ole hyötyä. Myöhemmin lapsuudessa voi napatyrä myös ilmaantua. Se on merkki paikallisesta vatsan seinämän heikkoudesta. Nämä tyrät eivät yleensä parane itsestään ja ne leikataan, mikäli niistä on haittaa. (Terveyskirjasto 2010; Rajantie ym. 2010, 531.)

5.4 Keskosen kotiutus ja ensimmäinen ikävuosi

Tehohoidon läpikäyneet keskoset ovat selviytyneet alun kriittisistä vaiheista hengityksen ja verenkierron suhteen. Näiden pikku potilaiden ongelman ydin on elimistön epäkypsyys, joka ilmenee keuhkojen, keskushermoston, verenkiertoelinten, munuaisten ja suoliston sairauksina. Kun suolisto-ongelmat ovat taakse jäänyttä, on normaali ravitseminen suun kautta keskoselle mahdollinen. Toipumis- ja kasvuvaiheessa lapsi saattaa kuitenkin tarvita edelleen lisähappoa oman hengityksensä tueksi, eikä hän vielä jaksa syödä riittävän suuria maitomääriä ilman syöttökateetria. Hänellä ei esiinny enää hengitystaukoja. (Armanto & Koistinen 2007, 302; Huttunen 2002, 116-117.)

Sairaalasta kotiinpääsyyn valmistaudutaan koko hoidon ajan, se on mahdollista yleensä laske-
tun ajan tienoolla. Sairaalan hoitohenkilökunta on tukenut ja opastanut vanhempia kaikissa lapsen hoitoon liittyvissä asioissa. Keskosen kasvaessa ja voimistuessa kotiinlähtö muuttuu ajankohtaiseksi asiaksi vanhemmille ja he alkavat olla valmiita ottamaan vastuun oman lapsensa hoidosta. Keskosen hoitoon mahdollisesti liittyvät tekniset laitteet eivät ole enää kotiin-

lähdön esteitä. Kotiin lähtiessä äiti ja isä saattaa jännittää ja tuntea pelkoa keskosen hengissä säilymisestä. Se on askelista ehkä jännittävin. Vanhemmat saattavat tarvita vielä tukea, jotta lapsen hoito ilman hoitohenkilöstön läsnäoloa ja valvontalaitteiden seurantaan tuntuu turvalliselta. Lyhyillä kotilomilla voidaan harjoitella keskosen kanssa kotona oloa, jolloin sairaalan henkilökunnan tuki ja ohjaus ovat puhelinsoiton päässä. Useissa sairaaloissa on sairaanhoitajia, jotka tekevät kotikäyntejä perheen luokse kotiutumisen jälkeen. Perheellä on myös lupa soittaa osastolle, jos heitä jokin asia huolestuttaa, tämä luo turvaa vanhemmille. (Armanto & Koistinen 2007, 302; Katajamäki & Gylden 2009, 140.)

Keskosen kotiutusta lisähapen kanssa suunniteltaessa täytyy huomioida kotiin tuleva happirikastin, jolla happea annostellaan viiksien avulla. Sairaalan kuntoutusohjaaja neuvoo ja ohjaa vanhemmille laitteen käytön. Kotiin tarvitaan myös vesijohtoimu, jonka avulla vanhemmat voivat tarpeen tullen imeä limaa lapsen hengitysteistä. Joskus keskosen voi kotiutua myös syöttökateetrin kanssa. Syöttökateetrin vaihto ohjelmoidaan yksilöllisesti sairaalasta käsin. Osa kotona käytettävistä apuvälineistä tulee kotiuttavasta sairaalasta. Keskosen hoitoon liittyviä tarvikkeita, esimerkiksi imukatteja, perhe voi hakea omasta terveystieteisestä erillisen sopimuksen mukaan. (Armanto & Koistinen 2007, 302.)

Keskoslapsen kotiutumisen ajankohta harkitaan lapsen terveydentilan mukaan. BPD:n hoitoon kuuluvien lääkkeiden määrää on vähennetty tai ne on kokonaan lopetettu. Painoa lapsella on yleensä noin kaksi kiloa, ja hän jaksaa syödä itse suurimman osan tarvitsemastaan ruoasta. Nykyisin valtaosa keskosvauvoista kotiutuvat jo kuukauden ennen laskettua aikaa. Kotona lapselle annetaan lisärautaa koko ensimmäisen elinvuoden ajan lääkärin ohjeen mukaan. D-vitamiinin annosteluun vaikuttaa lapselle käytettävä maitovalmiste. Perheelle annetaan kirjallinen ohje tästä. Lapsi voi kotiutuessaan olla niin hyväkuntoinen, että hänen hoitonsa ei eroa millään lailla täysiaikaisena syntyneen lapsen hoidosta. (Katajamäki & Gylden 2009, 140; Armanto & Koistinen 2007, 302.)

6 Keskosen rokottaminen

Kansainvälinen suositus on, että keskoslapset rokotetaan normaalisti kalenteri-ikänsä mukaisesti välittämättä keskosuudesta, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Vuonna 2005 on otettu käyttöön rokotusohjelman (taulukko 1) muutokset ja nykyisin pistoksia annetaan aikaisempaa vähemmän, koska samaan injektioon on yhdistetty rokote useampaa sairautta vastaan. Calmette-rokotus eli BCG tuberkuloosia vastaan ei kuulu enää rokotusohjelmaan kaikille lapsille. Calmette annetaan vain riskiryhmään kuuluville lapsille vastasyntyneenä eli niille, joiden vanhemmilla on ollut tuberkuloosi, tai vanhemmat ovat kotoisin sellaisesta maasta, jossa on paljon tuberkuloosia tai, jos perhe suunnittelee muuttoa tällaiseen maahan. Keskoselle BCG annetaan painon mukaan eli lapsen painaessa vähintään 2,5 kg. Mikäli perhe suun-

nittelee myöhemmin muuttoa tuberkuloosimaahan, voidaan lapselle antaa BCG-rokotus 7-vuotiaaksi asti. Myös A- ja B-hepatiittirokotukset annetaan riskiryhmään kuuluville vastasyntyneille lapsille vain silloin, kun äiti tai joku muu perheessä kantaa hepatiittia. Vastasyntyneen lapsen toinen hepatiitti B -rokoteannos voidaan antaa normaalin ohjelman mukaan kuukauden iässä, mutta eri raajaan kuin BCG-rokote. Yhdistelmärokotteeseen kuuluvat kurkkumätä, polio ja hemofilus -bakteerin aiheuttamat vakavat infektiot ovat lähestulkoon kadonneet Länsi-Euroopasta, mutta samaan rokotteeseen kuuluva hinkuyskä on yhä erittäin vaarallinen rokottamattomille lapsille. Yhdistelmärokote kannattaa antaa kolmen kuukauden kalenteri-iässä, eikä sitä tule viivästyttää. Mikäli lapsella on vastasyntyneenä ollut niin voimakkaita hengitysongelmia, että ne ovat johtaneet kroonisen keuhkosairauden kehittymiseen, on suositeltavaa antaa influenssarokote keskosien täytettyä kuusi kuukautta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) 2011; Riikola 2007a; Metsäranta & Järvenpää 2009.)

Keskosella on täysaikaista suurempi riski saada vaikeaoireinen rotavirusinfektio ensimmäisen elinvuotensa aikana. Sairaaloissa hoidetaan vuosittain noin 1500 lasta rotaviruksen aiheuttaman ripulin vuoksi. Tutkimustietoa keskosten rokottamisesta on rajoitetusti, etenkin pienten keskosten osalta, olemassa olevan tiedon perusteella RotaTeq-rokotteen teho ja turvallisuus vaikuttavat yhtä hyviltä niin ennenaikaisesti syntyneillä lapsilla kuin täysaikaisillakin. Rotarix-rokotevalmistajan mukaan vähäiset tiedot 140 keskosesta viittaavat siihen, että sitä voidaan antaa keskosille, mutta rokotteen teho tässä ryhmässä ei ole tiedossa. Terveille ja vakaavointisille keskosille voidaan suositella rokottamista kotiutuksen yhteydessä tai sen jälkeen. Keskoset rokotetaan kalenteri-ikänsä mukaan eli syntymästä lasketun ajan perusteella, ottamatta huomioon raskauden kestoa. Rokotteet tulee aina antaa valmistajien suositusten mukaisesti. (THL 2011; Riikola 2007a.)

MPR-rokote tuhkarokkoa, sikotautia ja vihurirokkoa vastaan suositellaan annettavaksi 14-18kk kalenteri-iässä. Mikäli perhe suunnittelee matkaa maahan, jossa on tuhkarokkoa, esimerkiksi Intiaan, kannattaa rokote antaa lapselle ennen matkalle lähtöä. MPR rokotteen voi tällaisissa tapauksissa antaa jo kuuden kuukauden iästä eteenpäin. Rokote uusitaan sitten normaalissa rokotusiässä. On tärkeää muistaa, että kaikki rokotukset eivät estä sairautta vaan lievittävät niiden oireita. (Riikola 2007a.)

Taulukko 1. Rokotusohjelma. (Lasten ja nuorten rokotukset, THL 2009)

Ikä	Tauti, jolta rokote suojaa	Rokote
2 kk	Rotavirusripuli	Rotavirus
3 kk	Aivokalvotulehdus, keuhkokuume, verenmyrkytys ja korvatulehdus	Pneumokokki

3 kk	Rotavirusripuli	Rotavirus
3 kk	Kurkkumätä, jäykkäkouristus, hinkuyskä, polio ja hib-taudit, kuten aivokalvontulehdus, kurkunkannentulehdus ja verenmyrkytys	DTaP-IPV-Hib
5 kk	Aivokalvotulehdus, keuhkokuume, verenmyrkytys ja korvatulehdus	Pneumokokki
5 kk	Rotavirusripuli	Rotavirus
5 kk	Kurkkumätä, jäykkäkouristus, hinkuyskä, polio ja hib-taudit, kuten aivokalvontulehdus, kurkunkannentulehdus ja verenmyrkytys	DTaP-IPV-Hib
12 kk	Aivokalvotulehdus, keuhkokuume, verenmyrkytys ja korvatulehdus	Pneumokokki
12 kk	Kurkkumätä, jäykkäkouristus, hinkuyskä, polio ja hib-taudit, kuten aivokalvontulehdus, kurkunkannentulehdus ja verenmyrkytys	DTaP-IPV-Hib
14-18 kk	Tuhkarokko, sikotauti, vihurirokko	MPR *
6-35 kk	Influenssa (vuosittain)	Influenssa
4 v	Kurkkumätä, jäykkäkouristus, hinkuyskä, polio	DTaP-IPV
6 v	Tuhkarokko, sikotauti, vihurirokko	MPR
14-15 v	Kurkkumätä, jäykkäkouristus, hinkuyskä	dtap

*THL:n suositusten mukaan ensimmäinen MPR-rokote annetaan lapselle 12 kuukauden iässä. Tämä ohje on voimassa kesäkuuhun 2012 saakka, jolloin tilanne arvioidaan uudelleen. (THL 2009).

7 Keskosen kehitys ja kehitysseuranta

Keskosen korjattu ikä lasketaan syntymäajan sijasta käytettävästä lasketusta ajasta. Lapsen korjattu ikä vastaa kronologista ikää paremmin lapsen todellista biologista ikää. Keskosen kaikkea kehitystä arvioidaan korjatun iän mukaan niin kauan kun ero on käytännön kannalta merkittävä. Keskosen kasvua ja kehitystä arvioidaan kahden vuoden ikään asti lasketun ajan mukaisesti noin kolmen kuukauden välein. Vaikka ammattilaiset vastaavatkin seurannasta, ovat vanhempien huomiot lapsen kehittymisestä kullannarvoisia. Ihmislapsen kehitys etenee tarkoituksenmukaisesti. Tämä asia on havaittavissa myös syömistoimintojen kehittymistä tarkasteltaessa. Liikkuminen auttaa lasta tiedostamaan ympäristöään ja itseään, se on myös kommunikaation väline. Liikunnan avulla lapsi oppii tarkoituksenmukaisesti säätämään toimintojaan ja suuntautuu itsestään ulospäin sekä saa kokemuksia itsensä ulkopuolisesta maailmasta. Lapsen liikunnallisen kehityksen tukemisella on pitkäaikaisia vaikutuksia. Sen avulla tuetaan lapsen persoonallisuuden, fyysisyyden ja minäkuvan kehittymistä. Keskosen ihanteellisenä asentona pidetään terveen, täysiaikaisen lapsen lepoasentoa. Rentona oleva lapsi pitää spontaanisti yllä koukistunutta asentoa. Keskosta käsiteltäessä suurin osa kommunikaatiosta välittyy tunneviestinä aikuisen ja lapsen välisen kosketuksen kautta. Lapsen tietoisuus omasta kehostaan kehittyi kosketusaistin kautta. Kokonaisvaltainen kosketuskokemus auttaa keskosta

kokemaan itsensä kokonaisena ja tiedostamaan kehon eri osien liittyvän vartalon välityksellä toisiinsa. (Metsäranta & Järvenpää 2009; Armanto & Koistinen 2007, 302; Riikola 2007b; Korhonen 1999, 75,118,122, 135.)

7.1 Kasvu ja kehitysseuranta

Keskosen korjattu ikä lasketaan syntymäajan sijasta käytettävästä lasketusta ajasta. Lapsen korjattu ikä vastaa kronologista ikää paremmin lapsen todellista biologista ikää. Keskosen kaikkea kehitystä arvioidaan korjatun iän mukaan niin kauan kun ero on käytännön kannalta merkittävä. Esimerkiksi alle 28 viikkoa kestäneen raskauden jälkeen syntyneellä vauvalla on 3 kuukauden ero, joka on merkittävä yhden vuoden iässä, ehkä merkittävä kahden vuoden iässä, mutta sillä ei ole merkitystä enää kolmivuotiaana. (Metsäranta & Järvenpää 2009.)

Keskosen kasvua ja kehitystä arvioidaan kahden vuoden ikään asti lasketun ajan mukaisesti noin kolmen kuukauden välein. Keskussairaaloiden kehitysseurantapoliklinikoiden seurantaan kuuluvat alle 32. raskausviikolla syntyneet tai alle kilon painoiset keskoset. Kehitysseuranta tapahtuu pääsääntöisesti 3-4kk:n, 6-8kk:n ja 12kk:n iässä sekä mahdollisesti myös 9kk:n ja 18kk:n kohdalla ja tiheämmin, mikäli keskosen kokonaistilanne sitä vaatii. Käytännöt vaihtelevat eri sairaaloissa. Alle 28 -viikkoisena syntyneitä keskosia, ja alle kilon painoisia keskosia seurataan viiteen ikävuoteen saakka. Yli puolentoista kilon painoisia keskosia seurataan neuvoloissa, mikäli kotiutusvaiheessa tai raskauden aikana ei ole ilmennyt ongelmia. Kehitysseurannat ohjelmoidaan sairaalasta käsin jo vauvan kotiutuessa. Lapsen kasvutiedot kirjataan erityiselle alle 2-vuotiaan kasvukäyrille, joissa keskosuus on otettu huomioon. Lapsen painon tulisi olla +/- 20 % pituuteen suhteutettuna. (Armanto & Koistinen 2007, 302; Riikola 2007b.)

Vaikka ammattilaiset vastaavatkin seurannasta, ovat vanhempien huomiot lapsen kehittymisestä kullannarvoisia. Hyvä vuorovaikutus lisää vanhempien herkkyyttä huomata lapsen tarpeet ja siinä esiintyvät mahdolliset ongelmat. Jokaisella seurantakäynnillä varmistetaan lapsen painon ja kasvun kehittyminen lasketun ajan mukaan korjatulla kasvukäyrästä. Tämä keskosten oma kasvukäyrä tulisi olla käytössä myös neuvolassa. Kasvun tavoitteena on, että lapsi saavuttaa kahden vuoden ikään mennessä perimänsä mukaisen suhteellisen pituutensa. Painon ja päänympäryksen kasvun tulisi myös olla tasaista suhteessa pituuskasvuun. Lähes kaikki ennen aikaisesti syntyneet saavuttavat kasvutavoitteen, kunhan saavat siihen tarvittaessa tukea. Keskoslapsen liian vähäinen ravitsemus saattaa hidastaa hänen kasvamista tai olla oire jostakin häiriöstä. Tämän vuoksi jokaisella kehitysseurantakäynnillä selvitetään, miten lapsi syö. Huonon ruokahalun syynä saattaa olla ruuan virtaaminen takaisin ruokatorveen, ja siihen liittyvä ruokatorvitulehdus, tavallista suurempi suun ja nielun alueen tuntoherkkyys, jokin häiriö nielun toiminnassa, täyttymisestä ylireagoiva mahalaukku tai syömistilanteessa ilmenevä vuorovaikutusongelma. (Riikola 2007b.)

Lastenlääkäri tarkistaa käynnillä keskosien ravitsemuksen, kasvun sekä kehityksen. Tarvittaessa lääkäri konsultoi ravitsemusterapeuttia, joka suunnittelee lapselle yksilölliset tarpeet huomioon ottavan ateriasuunnitelman. Fysioterapeutti arvioi lapsen kokonaiskehitystä ja liikunnallisten taitojen kehittymistä. Hän ohjaa vanhempia niiden tukemisessa jokapäiväisessä hoidossa. BPD:aa sairastavat lapset käyvät tarvittaessa keuhkolääkärin vastaanotolla kehitysseuranta käyntien yhteydessä. Kuntoutusohjaaja opastaa kuntoutukseen liittyvissä asioissa, mikäli tarvetta ilmenee. Sosiaalityöntekijä käy tarpeen mukaan vanhempien kanssa uudelleen läpi sosiaaliturvaan liittyviä asioita. (Armanto & Koistinen 2007, 303.)

Jos syömiseen liittyvät asiat aiheuttavat huolta perheessä, puheterapeutti voi arvioida lapsen syömisvalmiuksia ja ohjata vanhempia esimerkiksi lapsen hyvän syömisasennon löytämiseksi. Kolmen vuorokauden ravintopäiväkirja auttaa arvioimaan syödyn ruuan määrää ja laatua. Lapsesta tarkistetaan myös niin sanotut ravitsemusverinäytteet, joista seurataan esimerkiksi elimistön proteiini, rauta, kivennäis- ja hivenaineväaroja. Pikkukeskosena syntyneen lapsen neurologi tapaa yleensä ensimmäisen kerran kuuden kuukauden käynnillä. Kehitysseurannan painopisteet vaihtelevat keskosien eri ikäkausina. Lapsen mahdollisten ongelmien lopullinen määrä ja laatu saattavat selvitä vasta vuosien kuluttua seurannan aloittamisesta. (Armanto & Koistinen 2007, 303; Riikola 2007b.)

Neuvolassa lapsen kasvua ja kehitystä seurattaessa otetaan huomioon keskosuus. Ravitsemushoidon tavoitteena on turvata keskosien kasvu ja kehitys parhaalla mahdollisella tavalla, auttaa toipumaan mahdollisista sairauksista, ja suojata häntä infektioilta. Keskoslapsen tarvittavat ravitsemuslisät suunnittelee lääkäri tai ravitsemusterapeutti. Mikäli keskosien painon kehittämisessä, kasvussa tai muussa kehityksessä havainnoidaan poikkeamia, lähetetään lapsi lisätutkimuksiin lääkärille. Ennenaikaisesti syntyneen lapsen vanhemmillä on usein huoli lapsen selviämisestä ja kasvusta sekä kehityksestä. Vanhempien huolia on tärkeää kuunnella neuvolassa. (Arffman & Hujala 2010, 114.)

Neuvola- ja lääkärikäyntien määrä kotiutumisen jälkeen riippuu keskosien kasvusta ja kehityksestä. Rintamaitoa imeville keskosille suositellaan kasvukontrolleja aluksi 1-2 kertaa viikossa siihen asti, kunnes painonnousu on vakiintunut. Pikkukeskoset käyvät ainakin ensimmäisen elinvuotensa ajan kehitysseurannoissa synnytysairaalsaan. (Katajamäki & Gylden 2009, 140.)

Neuvola saa yhteenvedon keskosien tilanteesta seurantakäynnin jälkeen vanhempien kautta, vanhempien luvalla sähköisesti tai postitse. Terveystoimittaja voi myös itse suoraan olla yhteydessä kehitysseurantapoliklinikalle keskoslapsen asioissa. Tärkeää on, että neuvolaseuranta toteutetaan pääsääntöisesti samansisältöisenä kuin täysiaikaisena syntyneen lapsenkin. Vanhempien mielestä neuvolan osuudeksi voi helposti jäädä ainoastaan painon seuranta ja

rokotusten antaminen, keskosien tiiviin poliklinikkaseurannan vuoksi. Tämä hidastaa luottamuksellisen suhteen syntymistä tilanteessa, jossa keskosuus jää pikkuhiljaa taka-alalle, mutta neuvola seuraa perhettä lapsen kouluikään saakka. (Armanto & Koistinen 2007, 303.)

Vanhempien toive on, että neuvolassa terveydenhoitajan kanssa käytäisiin konkreettisemmin läpi kokemuksia, joita lapsen ennenaikainen syntymä aiheuttaa heissä. Käynneillä vanhemmat haluavat työstää syvemmin niitä raskauteen tai synnytykseen liittyviä ajatuksia, joille alkaa löytyä tilaa äidin tai isän mielessä siinä vaiheessa, kun lapsen vointi on jo olosuhteisiin nähden hyvä. Keskosperheiden äiti-vauvaparien vuorovaikutussuhteiden tukeminen, ja äidin psyykkisen hyvinvoinnin arvioiminen ovat neuvolatyön perustehtäviä. Normaaliin vauva-arkeen kuuluvien asioiden tuomista esiin pidetään myös tärkeänä. Vanhemmat kaipaavat vertaistukea ja he toivovat usein, että samalla alueella keskosvauvan saaneita perheitä tutustutettaisiin toisiinsa. (Armanto & Koistinen 2007, 303.)

Neurolan terveydenhoitajan antamaa henkistä tukea kaipaavat myös ne äidit, joiden keskonen syntyy isompana raskausviikoilla 33-36 ja painaa 1,5-2,5 kg. Nämä keskoset eivät välttämättä kuulu sairaaloiden poliklinikkaseurantaan, vaan heille riittävät tavalliset neuvolakontrollit. Tällöin vanhemmat saattavat kokea olevansa väliinputoajia, vaikka heillekin keskoslapsen syntymä on järjestyttävä kokemus. Heillä ei välttämättä ole mahdollisuutta käydä omaa kokemustaan läpi tai puhua riittävästi lapsen kehitykseen liittyvistä peloistaan. (Armanto & Koistinen 2007, 303.)

7.2 Suunalueen kehityksen tukeminen ja syömisen oppiminen

Ihmislapsen kehitys etenee tarkoituksenmukaisesti. Tämä asia on havaittavissa myös syömistoimintojen kehittymistä tarkasteltaessa. Kohdun ahtaus tukee sikiön sellaiseen asentoon, jossa hänen kätensä ovat kasvojen lähellä. Koska sormet ovat sopivasti saatavilla, joutuu lapsi harjoittelemaan imemistä. Syöminen ei ole vain ravinnontarpeen tyydyttämiseen liittyvää toimintaa, vaan sen mielekkyys on syvällä lapsen rakastettuna olemisessa. Koska lapsuusaikana syöminen tapahtuu aina vanhempi-lapsikontekstissa, liittyy siihen myös monia hoivaamiseen liittyviä psykofyysisiä ja emotionaalisia tehtäviä. (Korhonen 1999, 75.)

Imemällä sormiaan kohdussa sikiö harjoittelee syömistä. Lapsi käyttää noin 80 % valvellaoloajastaan imemisen harjoitteluun kolmen viimeisen raskauskuukauden aikana. Tämä valmistuminen jää ennenaikaisesti syntyneeltä lapselta joko kokonaan tai osittain kokematta. Saavuttaakseen hallitut ja kypsät syömistaidot, tarvitsee lapsi mahdollisuuksia ja aikaa harjoitella positiivisia ja lämpimiä syömiskokemuksia. (Korhonen 1999, 83-84.)

Tutkimuksissa on todettu lapsen imemisen vaikuttavan positiivisesti äidin käyttäytymiseen. Hyvin imevien lasten äidit koskettelivat, hymyilivät ja puhelivat heille imemisen aikana enemmän kuin äidit, joiden lapsella oli syömispulmia. Tutkijoiden mukaan syömisvaikeuksista kärsivät lapset ovat riskissä vanhempi-lapsihäiriöiden suhteen. Syömisvaikeudet aiheuttavat sekä vanhemmille että lapselle ongelmia. Niillä on yhteys lapsen fyysiseen ja psyykkiseen kasvuun ja kehitykseen, perheen ja lapsen hyvinvointiin ja yleiseen kehittymiseen sekä lapsen saaman hoidon laadun kautta lapsen koko elämän laatuun. (Korhonen 1999, 76.)

Syömisessä käytettävät lihakset osallistuvat myös puheen tuottamiseen. Normaalisti syöminen antaa lapselle toistuvia aisti- ja liiketoiminnan kontrollin ja niiden toimintojen erilaistumisen kokemuksia. Tämän vuoksi keskosilla, joilla on vaikeuksia suunalueen toimintojen kontrolloimisessa syödessä, on yleensä vaikeuksia myös äänen ja puheen tuottamisessa. Syöminen ei kuitenkaan ole ainoa edellytys lapsen puheen oppimiselle. Hän voi silti oppia puhumaan, vaikka ei koskaan osaisi syödä normaaliin tapaan. Tärkeää on, että lapselle annetaan mahdollisuuksia suunalueen sensomotorisen kontrollin ja toimintojen erilaistumisen kehittymiseen ja harjaantumiseen. (Korhonen 1999, 76.)

Onnistunut syöminen tyydyttää lapsen ravinnontarpeen luonnollisella tavalla, hän saa positiivisia maku- ja hajuaistimuksia sekä tyydytystä imemistoiminnasta. Lapsi kokee syödessään turvallisuuden ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Vanhempien näkökulmasta onnistunut syöttämistapahtuma palvelee vanhemmuuteen liittyviä syviä hoivaamisen ja rakkauden osoittamisen tarpeita. Syöttämistapahtuma onnistuessaan vahvistaa vanhempien suhdetta lapseensa ja luottamusta itseensä vanhempina. (Korhonen 1999, 92.)

Vastasyntyneen lapsen ensimmäiseen elinvuoteen sisältyy keskimäärin 2000 imemällä tapahtuvaa ateriointia. Siksi ei ole merkityksetöntä, millaisella tutilla lasta opetetaan pullosta syömään. Tutin muoto ja sen reiän suuruus ovat keskeisiä tekijöitä syömisessä onnistumisessa. Mikäli reikä on liian suuri se ”holvaa” maitoa lapsen nieluun, lapsi ei kykene itse säätelemään maidon tuloa, lapsi hermostuu ja aspiraatoriski lisääntyy. Yrittäessään hallita liiallisen maidon suuhun tulon aiheuttamia vaikeuksia lapsen suunalueen motoriikka ei saa oikeaa harjaantumista. Lapsen ei tarvitse imeä holvaamalla tulevaa maitoa. Tästä syystä lapsen kieli on imemisen kannalta passiivinen, vaikka toisaalta se pyrkii aktiivisesti työntämään tuttia pois suuta. Kaupoissa on myytävänä monia erilaisia tuttimalleja, hyvä tutti on lapselle sopivan kokoinen. Tutin reikä tai reiät ovat yksilöllisesti sopivat, jolloin maito ei holvaa, tutti on sopivan mallinen ja myötävä tai napakka lapsen imemismallin mukaan. Sellaiselle lapselle, jolla on heikko imuteho tai hän väsy helposti, sopii pehmeämpi tutti. Tärkeää kuitenkin on, ettei tutti saa kuitenkaan mennä kasaan imiessä. (Korhonen 1999, 94.)

Varhaislapsuudessa heijasteiden merkitys on olla lapsen elämää suojelevia. Vastasyntyneen lapsen suunalueen toiminnot ovat vahvat ja liittyvät ensimmäisiin tyydyttäviin kokemuksiin vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Heijasteita sopivasti käyttämällä voidaan tukea myös lapsen syömään oppimista. (Korhonen 1999, 104.)

Suulla hamuaminen on aktiivista tahdonalaista toimintaa, jonka avulla lapsi pyrkii vaistomaisesti ravinnonlähteen luo. Sitä voidaan vahvistaa antamalla lapselle aterian alussa maku- ja hajuaistimuksia tulevasta ruuasta, esimerkiksi kostuttamalla lapsen huulia rintamaidossa olevalla tutilla. Kun lapsi on alkamassa imeä rintaa, voidaan sormella tai rinnanpäällä sivellä lapsen suunseutua kevyesti, jolloin lapsi avaa suunsa ja kääntää päänsä ärsykettä kohden. Lapsen itsesääteilyä ja sen kehittymistä voidaan tukea silloin, kun lapsi hamuaa suulla ravinnonlähteen luo. (Korhonen 1999, 104-105.)

7.3 Liikunnallinen kehitys ja sen tukeminen

Liikkumisella on lapselle useita muitakin merkityksiä kuin vain siirtyminen paikasta toiseen. Liikkuminen auttaa lasta tiedostamaan ympäristöään ja itseään, se on myös kommunikation väline. Liikunnan avulla lapsi oppii tarkoituksenmukaisesti säätelemään toimintojaan ja suuntautuu itsestään ulospäin sekä saa kokemuksia itsensä ulkopuolisesta maailmasta. Liikunnallisen kehityksen tukemisella on pitkäaikaisia vaikutuksia. Sen avulla tuetaan lapsen persoonallisuuden, fyysisyyden ja minäkuvan kehittymistä. Lapsen liikunnallinen kehitys ja aistitoimintojen jäsentyminen kulkevat käsikkäin tukien toisiaan, sillä liikkumisen kautta hän saa tunnetta oman vartalon hallinnasta ja oppii käyttämään sitä monipuolisesti. Monipuolisilla liikkumiseen liittyvillä liikekokemuksilla on puolestaan aistitoimintojen jäsentymistä vahvistava vaikutus. (Korhonen 1999, 118.)

Lapsen liikunnallisen kehityksen tukeminen pitää sisällään aktiivisen, normaalia kehitystä tukevan ja ennaltaehkäisyyn pyrkivän hoitotyön. Liikunnallinen kehitys ja sen vaiheiden eteneminen tunnetaan yleisesti hyvin. Normaalisti kehittyvä lapsi saavuttaa tietyt valmiudet tietystä kronologisessa kehitysvaiheessa. Näitä yksilöllisiä valmiuksia käytetään lapsen motorisen ja henkisen kehityksen arvioinnissa sekä kehityksen jälkeensä jääneisyyden selvittämisessä että diagnosoimisessa. Vastasyntyneen lapsen liikkeisiin ja asentoihin vaikuttavat seuraavat toisiinsa tiiviisti liittyvät tekijät, niitä ovat: keskushermoston toiminta, luurankolihakset, aistitoiminnot ja niiden jäsentyminen sekä kokemuksellinen oppiminen. (Korhonen 1999, 118-119.)

Keskosen liikunnalliseen kehitykseen vaikuttavat tyypilliset ominaispiirteet, kuten hypotoonisuus, jota korvatakseen lapsi käyttää hypertonusta, vartalon ojentamista. Hypertonus lisää hartoiden taakse vetämistä ja heikentää lapsen keskilinjan hallintaa. Tämä epätasapaino lisää herkkyyttä ympäristön ärsykeille. Lapsi menettää ennen aikaisen syntymänsä vuoksi koh-

dun seinämien ihanteellisen rakenteen, joka tukee luonnollisesti hänen kehitystä. Stressi puolestaan edistää jäsentymätöntä käyttäytymistä, esimerkiksi epätasapainoa raajojen oikaisuun ja koukistamiseen osallistuvien lihasten välillä, jonka vuoksi lapsi ”morottaa” helposti. Mitä pienempi keskonen on, sitä suurempi on liikunnallisten ongelmien riski. (Korhonen 1999, 120-121.)

Keskosen ihanteellisena asentona pidetään terveen, täysiaikaisen lapsen lepoasentoa. Rentona oleva lapsi pitää spontaanisti yllä koukistunutta asentoa. Lapsen psykomotorinen kehitys etenee kehityssuuntien mukaan kefaokaudaalaisesti eli päästä jalkoihin päin, pään hallinta kehittyy ennen vartalon hallintaa. Toisena kehityssuuntana on proksimo-distaalinen suunta, mikä tarkoittaa lapsen kehityksen etenemistä vartalon keskiosista ääreisosiin päin. Jolla tarkoitetaan sitä, että lapsi liikuttaa kättään ennen kuin hienomotoriikka on kehittynyt. Yhtenä kehityssuuntana on myös kokonaisvaltaisista toiminnoista eriytyneisiin suuntaava kehityskulku. (Korhonen 1999, 122.)

Lapsen lihastonusta voidaan havainnoida levossa. Ennenaikaisesti syntyneellä lapsella on valalla ensin yleinen hypotonia eli matala lihasjänteisyys. Keskosen asento muuttuu hiljalleen kypsymisen myötä. Keskonen koukistaa ensin reitensä ja sitten lonkkansa, jolloin koko vartalo saavuttaa fysiologisen koukistusasennon. Myös lapsen kyky liikkua ja muuttaa asentoaan kehittyy asteittain. Pikkukeskosilla on vain satunnaisia tarkoituksellisia liikkeitä käsissä ja jaloissa. Yksittäiset nykinät ja nykäyksittäiset raajojen liikkeet ovat keskosille tyypillisiä ja sallittuja keskushermoston epäkypsyydestä aiheutuvia liikkeitä. Heidän on vaikeaa vastustaa maan vetovoimaa, mikä yhdessä vähäisten voimien ja vähentyneen lihasjänteisyyden kanssa vaikuttaa siihen, että silmin havaittavat liikkeet ovat erittäin heikkoja. (Korhonen 1999, 123.)

Vastasyntyneen lapsen liikkeet ovat automaattisia eli heijasteiden ohjaamia, siihen saakka kunnes aivokuoren (kortikaalinen) kontrolli on kehittynyt. Primaari- eli varhaisheijasteet tulevat esille kehon ääreisosien kokonaisvaltaisina liikkeinä. Sekundaariheijasteet eli suojeleheijasteet tulevat esiin lapsen kehittyessä. Niiden ilmaantuessa osa varhaisheijasteista sammuu, osa muotoutuu uudelleen ja osa niistä yhdistyy uusiin liikemalleihin, jolloin liikkeistä tulee monimutkaisempia ja varioivampia. Varhaisheijasteiden mukaan voidaan arvioida lapsen lihasjänteisyyttä ja neuromuskulaarista kehitystä sekä hänen yleistä kehitystä. Varhaisheijasteiden normaali sammumisikä tiedetään, esimerkiksi moron heijaste sammuu lapsen ollessa noin kolmen, niskaheijasteet viiden - kuuden ja varpaiden tarttumishelijaste noin kahdeksan kuukauden iässä. Varhaisheijasteiden täytyy sammua, jotta kehittyneemmät liikemallit olisivat mahdollisia. Esimerkiksi varpaiden tarttumis- ja askeltamisheijasteen säilyminen estää normaalin kävelemisen ja moron heijaste estää säilyessään pään hallinnan kehittymistä. Askeltamisheijasteen häviäminen on varaamisen ja tukemisen edellytys. (Korhonen 1999, 124.)

Lapsen liikunnallisen kehityksen tukeminen sisältää hänen optimaalisesta asennosta huolehtimisen, raajojen kokoamisen hoitotoimenpiteiden aikana, nostamiseen ja kantamiseen liittyvät periaatteet sekä erilaisten ärsykkeiden käyttämisen tarvittaessa. Vastasyntyneisyyskauden liikunnallisen kehityksen tukeminen on osa keskosen päivittäisiä, normaaleja hoitotoimenpiteitä. (Korhonen 1999, 127.)

Liikunnallisen kehityksen kannalta eri asiat korostuvat ollessa eri asennoissa. Lapsen ollessa vatsa-asennossa, voidaan tukea lonkkien koukistumista ja loitontumista eli abduktiota, tässä asennossa voidaan estää lonkkien liiallinen ulospäin kiertyminen sekä vahvistaa suukäsiyhteistyötä. Lapsen pitäminen vatsallaan tehostaa pallean liikkeitä ja tukee näin hengitystoimintaa, lisää keuhkojen tilavuutta sekä säästää energiaa, koska lapsi on usein vatsallaan rauhallinen. Edellä mainittujen lisäksi asento estää ravinnon takaisinvirtausta ruokatorveen ja vähentää täten aspiraatoriskiä. (Korhonen 1999, 128.)

Lapsen ollessa vatsallaan, huomioidaan pään neutraali asento ja estetään kaulan liiallinen kääntyminen sivulle. Tätä varten kasvojen puoleisen olkapään alle asetetaan ohut tuki, jolloin lapsen kasvot ovat kääntyneinä hieman alaspäin. Vatsallaan olevan lapsen lonkkien asennosta tulee huolehtia tukien avulla ja välttää niin kutsuttua ”sammakko-asentoa”, jossa lonkat ovat täysin kiertyneinä ulospäin. Hyvin tuettuna lapsi ei ole enää täydellisesti vatsallaan, vaan hänen asentonsa muistuttaa rentoa kylkimakuuasentoa. Kypsymisen seurauksena keskonen alkaa itse vetäytyä fleksioon myös ollessaan vatsallaan. (Korhonen 1999, 129.)

Keskosen kyljellään makuuttaminen tukee asennon symmetrian kehittymistä, keskilinjaorientaatiota ja fleksiota sekä silmä-käsi ja suu-käsiyhteistoimintaa. Kylkiasento on neutraali asento, jossa ojennus- ja koukistustonus eivät tule näkyviin samalla tavalla kuin lapsen ollessa esimerkiksi selällään. Voidakseen levätä sikiöikää vastaavassa asennossa, raajat keskilinjassa, keskonen tarvitsee tukea. Hyväksi havaittu keino on tehdä keskosen ympärille pesä, joko vaipparullilla tai erillisillä tätä tarkoitusta varten ommelluilla ”pötköillä”. Sillä pesä tukee lapsen jalkojen koukistumista ja estää lapsen vartalon ojentumista ja hartioiden vetäytymistä taakse. Kun pesä tehdään sopivan ahtaaksi, jalkojen ojentaminen aiheuttaa painon tunnetta keskosen pään takana pesän venyessä. Tämä tunne muistuttaa keskosta kohdun olosuhteista, antaa turvaa ja mahdollistaa rauhallisen unen. Lapsen selällään makuuttamista vältetään aina kun se vain on mahdollista. Jos lasta kuitenkin joudutaan makuuttamaan selällään, huolehditaan lapsen fleksioasennosta erilaisten tukien avulla samalla tavalla kuin kylkiasennossakin. (Korhonen 1999, 129-130.)

Lapsen raajojen kokoamisen tarkoituksena on estää varhaisheijasteiden, erityisesti moron heijasteen laukeaminen. Käytännön hoitotyössä on havaittu, että herkkyyys reagoida erilaisten

hoitotoimenpiteiden aikana morottamalla tai raajojen täristämisellä säilyy pikkukeskosilla kauan. (Korhonen 1999, 131.)

Oikein tuettu asennon vaihtaminen edistää keskosen kehon jäsentymistä ja eri liikemallien oppimista sekä tukee pään hallinnan kehittymistä. Esimerkiksi sairaalassa pikkukeskonen käännetään blokkina eli ensin ”sidotaan” keskosen kädet rinnan päälle hoitajan käsin ja sitten käännetään pää ja vartalo samanaikaisesti, tarkoituksena että morottaminen estyy. Keskosen voinnin tasaannuttua käännellään häntä kylkinostojen kautta. Kylkinostojen etuna on, että lapsi saa kokemusta itsestään laajemmassa tilassa sekä erilaista tunnetta itsestään ollessaan aikuisen käsissä irti patjasta. Samalla lapsen pään hallinta vahvistuu. Keskosen itku aiheuttaa helposti vanhemmalle pahaa oloa siitä syystä, että hän halutessaan lapsen syliinsä, olisi aiheuttanut itkun. (Korhonen 1999, 132.)

Keskosta on hyvä kantaa rentouttavassa kippura- tai kylkiasennossa siten, että hänen lantio on rentona. Lasta kannetaan vuorotellen molemmilla kyljillä, jotta hän saa harjoitusta pään ja ylävartalonsa hallintaan ja asennon säilyttämiseen. Kun lasta kannetaan eri asennoissa, antaa se hänelle mahdollisuuden seurata ympäristön tapahtumia. Samalla, kun keskosta kannetaan erilaisissa asennoissa, voidaan hänelle antaa monipuolisia aistimuksia keinuttamalla ja heijaamalla sylissä. (Korhonen 1999, 132.)

Aikuisen polvien päällä sylissä pukeminen antaa keskoselle erilaisia asento- ja liiketuntemuksia ja harjaannuttaa vartalon hallintaa sekä vähentää jännitystä. Lasta pidetään aikuisen polvilla vatsallaan kädet eteen ojennettuina. Alkuun häntä käännetään ilman vartalon kiertoliikettä. Vartalon kierto tulee mukaan vasta saavutettua kolmen kuukauden iän. Lapsen kättä laitettaessa paidan hihaan otetaan huomioon tarttumisheijasteen herkkä laukeaminen käsissä. Tämä estetään siten, että tartutaan lapsen ranteesta kiinni niin, että lapsen sormet ovat aikuisen sormien sisällä ”turvassa” ja käsi vedetään näin suojattuna hihan läpi, samalla venytetään keskosen kättä rauhallisesti eteen. Samalla tavalla voidaan toimia myös hoitopöydällä, ”rullaamalla” lasta puolelta toiselle pukemisen aikana. Rauhalliset laajat otteet antavat turvallisuuden tunnetta lapselle, ja hän oppii mieltämään itsensä erilaisissa asennoissa. (Korhonen 1999, 134.)

Keskosen käsittelyssä huomioidaan, että käsittelevä aikuinen on osa hänen ärsykeympäristöön ja että kaikki käsittelyt ovat vuorovaikutustilanteita keskosen ja häntä hoitavan aikuisen välillä. Keskosen luottamus toiseen ihmiseen syntyy ja on siitä riippuvainen, miten häntä käsitellään. Keskosta käsiteltäessä suurin osa kommunikaatiosta välittyy tunneviestinä aikuisen ja lapsen välisen kosketuksen kautta. Lapsen tietoisuus omasta kehostaan kehittyy kosketusaistin kautta. Kokonaisvaltainen kosketuskokemus auttaa keskosta kokemaan itsensä kokonaisena ja tiedostamaan kehon eri osien liittyvän vartalon välityksellä toisiinsa. (Korhonen 1999, 135.)

8 Unen ja rytmisyyden kehittyminen

Vauvojen uni poikkeaa aikuisten unesta monin tavoin. Vauvojen uni kehittyy ensimmäisten vuosien aikana rakenteeltaan ja laadultaan yhä enemmän aikuisten unta muistuttavaksi. Uni-valve-rytmi on yksi ihmisen biologisista rytmeistä, jonka muodostuminen ja vakiintuminen ovat sisäsyntyistä. Kaikkiin sisäsyntyisiin kehitystehtäviin, niin tähänkin, liittyy geneettinen temperamenttinen osuus. Rytmisyyttä pidetään yhtenä temperamentin perusosiona. Toisilla vauvoilla on jo sikiöajasta alkaen voimakas taipumus rytmisyyteen ja toisilla se on heikompi. Heikko rytmisyys merkitsee parempaa epäsäännöllisyyden sietokykyä ja voi olla voimavara monissa kehitystehtävissä ja tilanteissa myöhemmin. Tutkimuksesta on käynyt ilmi, että aiemmin kokonaan perinnöllisinä pidetyt keskushermoston kyvyt kehittyvätkin vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Aivot kehittyvät rakenteeltaan niiden käytön myötä eli oppivat sopeutumaan ympäristöönsä. Saadut kokemukset muovaavat aivosolujen ja aivoalueiden yhteyksiä ja siten biologista kykyä säädellä aivojen toimintoja. Tästä syystä lapsen uni-valve -rytmiä on mahdollista säädellä ulkoapäin jo varhaisista viikoista alkaen. Mitä vähemmän rytmisyyteen taipuva vauva on ja mitä enemmän vaikeutta hänellä on oman itsesäätelynsä kehityksessä, sitä enemmän hänen nukkumiskäyttäytymisensä tarvitsee säätelyn tukea ulkoapäin. (Mäkelä 2012.)

Noin 25. raskausviikolta alkaen sikiövauvan vuorokauteen sisältyy aktiivisuuden ja levon rytmistä vaihtelua. Kuitenkin vasta pari kolme viikkoa ennen täysiaikaisuutta, lepovaiheet alkavat aivosähkökäyrässä (EEG) muistuttaa eri vaiheisiin rytmittyvää unta. Täysiaikaisella sikiöllä voidaan havaita aktiivisen ja syvän unen eri vaiheet. Vauvan uni on ensimmäisen kolmen elin-kuukauden aikana vielä hyvin erilaista kuin myöhemmin ja EEG:ssä havaittavat aikuisen unelle tyypilliset tihtymäkohdat ilmaantuvat vasta kolmen kuukauden iässä. Vasta noin kuuden kuukauden iässä lapsen uni muistuttaa EEG-rekisteröinnissä aikuisen unta. Tällöin lapsen aktiivinen uni sisältää aikuisen vilkeunen piirteitä. Vilkeuni on unen tila, jossa EEG-rekisteröinti viittaa valvetilaan, mutta lihaksisto on hengitys- ja silmien liikelihaksia lukuun ottamatta lamaantunut. Vilkeunta kutsutaan tästä syystä myös REM-uneksi (Rapid Eye Movements eli vilkkaat silmänliikkeet). Vilkeunen aikana ihminen näkee aktiivisia unia, hän on helposti herätettävissä ja muistaa unet herättyään. Aktiiviseen uneen sisältyy usein koko elimistön motoriikkaa, joka vastaavasti vähenee kuuden kuukauden ikään mennessä. Liikkuminen, valittaminen, ääntely ja voimakaskin aktiivisuus voivat kuulua tässä vaiheessa vauvan nukkumisen normaaleihin vaiheisiin, eikä lasta tule silloin herättää. Vilkeuni on kehittyneille eläinlajeille tyypillistä unta. Sillä on ilmeisesti aivojen organisaatiota ja sopeutumista parantavia tehtäviä. Unet antavat mahdollisuuden jäsentää uudestaan intensiivisiä, erityisesti uhkaaviksi koettuja kokemuksia ja biologisesti sisäänrakennettuja uhkakuvia, jolloin niiden kohtaaminen valvetilassa on tarkoituksenmukaisempaa. Samalla arvellaan vilkeunen olevan se vaihe unesta, jolloin välittömät muistirakenteet siirtyvät pitkäaikaisempaan muistiin. Vilkeuni virittää aivot olemaan

toimintavalmiudessa heräämisen hetkellä, jolloin ihminen on mahdollisimman optimaalisella tavalla valmistautunut esim. havaitessaan jonkin vaaran. (Mäkelä 2012.)

Syvä eli rauhallinen uni, on unen toinen jakso. EEG-rakenteeltaan se on täysin toisenlaista, tasaisempaa ja rytmisempää. Rauhallisessa unessa on neljä, toinen toistaan seuraavaa syvyysvaihetta, joiden jälkeen uni jälleen kevenee. Pienten vauvojen uni alkaa aktiivisella unella ja sen jälkeen painuvat syvälle, palatakseen jälleen kevyempään uneen. Heidän unisyklinsä on pituudeltaan noin 50 minuuttia, kun se aikuisella on noin puolitoista tuntia. Vauvan herääminen ajoittuu useimmiten siis aikuisen syvimmän unen vaiheeseen, jossa aivot eivät ole viritäytyneet valvetilaan, vaan aikuinen herää hämmentyneenä, sekavana ja usein jopa vihaisena. Syvimässä unen vaiheessa herättäminen onkin pitkään tunnettu tehokkaana kidutuskeinona. Tästä syystä ei ole ihmeellistä, että vauva, jolla on suuria univaikeuksia, joutuu kaltoin kohdelluksi tai pahoinpidellyksi paljon todennäköisemmin kuin hyvin nukkuva lapsi. Lapsen pahoinpitely ja sitä lievemmat vanhempi-lapsi suhteen vaikeudet ovatkin suurin unihäiriöihin liittyvä terveysriski. (Mäkelä 2012.)

Ensimmäisen kolmen elinkuukauden aikana vauvan vuorokausi rytmittyy eri vireystilojen mukaan paljon ympäristöstä riippuvaisella tavalla. Täten vuorokauden jakautuminen päivään ja yöhön on vauvan omaksuttavissa ehdollistuvan oppimisen kautta silloin, kun hänen vanhempinsa toiminta heijastuu vauvaan ja hänen aktiviteettitasoonsa. Pohja vauvan hyvälle unelle luodaan houkuttamalla häntä päiväaikaan aktiivisesti vuorovaikutukseen ja pitämällä hänen stimulaatiotasonsa korkealla, jopa hänen kapasiteettinsa ylärajoilla sekä pitämällä yöaikainen stimulaatio hyvin vähäisenä. Koliikkivauvoilla on tässä asiassa erityinen vaikeus, kun he kokiikin vuoksi tarvitsevat paljon aktiivista hoivaa ja stimulaatiota iltayöstä ja joskus jopa aamu-yöhön asti. Tästä syystä koliikki voi altistaa unihäiriöille. Rytmisyys on ihmiselle luontaista ja varhainen vireystilojen vaihtelu vakiintuu vähitellen useimmille lapsille säännölliseksi univalverytmyydeksi. Kehityksen eri vaiheet, joissa keskushermostossa tapahtuu vilkasta uudelleen organisoitumista esimerkiksi, hampaiden puhkeaminen, sairauspäivät, kiihkeiden päivien jälkeiset ajat jne. asettavat haasteen lapsen omalle kyvyllä ylläpitää tasaisesti vireystilojensa vaihtelua. (Mäkelä 2012.)

Unilaboratorioissa on seurattu unihäiriöisten ja ei-unihäiriöisten vauvojen nukkumista. On todettu molempien heräävän säännöllisesti noin joka toisen tai joka kolmannen unikierroksen aikana. Herääminen on toisella ryhmällä täydellistä, toisella vain havahtumista valvetilaan, jonka jälkeen vauvoilla alkaa uusi vaipuminen kohti unen syviä kerroksia. Tämä merkittävä ero jakaa lapset hyviin ja huonoihin nukkujiin. Mikäli vauva herää ympäristössä, joka on selkeästi erilainen kuin se, missä hän nukahti, hän havahtuu kiinnittämään tähän asiaan kaiken huomionsa. Evoluutiivisesti on ymmärrettävää, että pienen lapsen on tärkeitä aika ajoitin tarkistaa ympäristö jossa hän on. Mikäli emo olisi siirtynyt leiriltä eteenpäin ja hänet olisi jostain

syystä unohdettu, hänellä olisi vielä mahdollisuus huutamalla tulla huomatuksi ja otetuksi mukaan. Terve vauva herää usein unisyklinä kevyimmissä kohdissa nukahtaakseen joko itse tai autettuna uuteen sykliin. Koska vauva herää oman unisyklinä mukaan, se saa tarvitsemansa unen ja on päivisin virkeä, toisin kuin häntä hoitaneet aikuiset. Unihäiriöiset vauvat eivät itse pysty auttamaan itseään uneen herättyään, kun taas hyvin nukkuvat pystyvät. Huonojen nukkujiin hoidon kulmakivi on tukea lapsen säätelyjärjestelmää, jonka varassa hän myös pystyy herättyään vaipumaan takaisin uneen. Tämä edellyttää vauvan aktivoimisen välttämistä ja rauhoittavien rutiinien toistuvaa harjoittamista. (Mäkelä 2012.)

Pimeä lisää vauvan hätää, joten huone on hyvä pitää hämäränä. Hämärä valaistus auttaa vanhempaa tarvittaessa hoitamaan lasta ilman lisävalaistusta, joka taas toimisi lasta havahduttavana aistiärsykkeenä. Yksinäisyys laukaisee vauvan hätäännystä, joten pienen vauvan luo on tärkeitä mennä heti ennen kuin hänen itkunsa voimistuu tapailevasta itkusta paniikkihuudoksi. Paniikkitilassa olevaa vauvaa on huomattavan vaikea rauhoittaa. Eri vauvat, ovat myötäsyntyisesti erilaisia herkkyydessään hätääntyä ja kyvyssään palautua siitä. Vanhempien voi olla vaikea hyväksyä tätä seikkaa, ja lapsi leimataan helposti ”kiltiksi” tai ”vaikeaksi” sen unikäyttäytymisen perusteella. Tapailevasti itkevän vauvan aktiivinen hoitaminen toimii tarkoitustaan vastaan. Se aktivoi lapsen kunnolla hereille, jolloin hän alkaa odottaa vuorovaikutusta. Vauvaa voi auttaa tyyntymään menemällä hänen luokseen ja tiedottamalla itsestä pehmeällä, tasaisella tai rytmisesti aaltoilevalla, hyräilevällä äänellä. Myös tasainen, vakaa kosketus ennen kaikkea pepulle ja selkään auttaa vauvaa rauhoittumaan ja painumaan takaisin uneen. Sen sijaan vauvan nostaminen sängystä ja katsekontaktin ottaminen havahduttaa häntä ja vaikeuttaa hänen palaamistaan uuden unisyklin alkuun. (Mäkelä 2012.)

Vauvan kehitys etenee nopeasti kuuden kuukauden iässä sekä motorisella että emotionaalisella alueella. Tässä vaiheessa, kuten myöhemmissäkin voimakkaan kehityksen vaiheissa, vauvan yöni häiriintyy helposti. Useimmiten apua vauvan unihäiriöihin haetaan juuri kuuden kuukauden ja yhdeksän kuukauden välissä, aikaisemmin kohtuullisen hyvin nukkunut vauva on tässä vaiheessa alkanut tarvita huomattavasti enemmän aikuisen apua nukahtamiseen ja unessa pysymiseen. Pystyyn nouseva vauva on huomattavasti vaikeampi saada rauhoittumaan uneen kuin makuullaan pysyvä. Samalla vauva on myös vakiinnuttamassa valikoivaa kiinnittymissuhdetta vanhempiinsa. Vauvan havahtuminen erillään olemiseen lisää hänen pelkoa nopeasti. Kiinnittymissysteemin vakiintuminen 6-10 kk:n iässä on vaihe, jossa olisi tärkeitä välttää lapsen turvallisuudentunnetta horjuttavia kiinnittymistraumoja. Useat vanhemmat oivaltavat tämän vaistomaisesti ja tuntevat epäluuloa yleisesti toistettua ohjetta kohtaan antaa lapsen huutaa huutonsa yksinäisyydessä. Huudattaminen johtaa usein siihen, että lapsi on oppinut nukkumaan yksin, koska ihminen on nopeasti ehdollistuva olento. Vauva on kuitenkin samalla oppinut karvaan läksyn siitä, ettei hänen kokemustaan hädästä aiotakaan kuulla. (Mäkelä 2012.)

Vauva ei pysty manipuloimaan toisia ihmisiä, vaan hän ilmaisee oman kokemuksensa tilanteesta ja odottaa siihen vastattavan. Vastauksen laatu vaikuttaa hänen sisäistyvänsä perusole-tusmalliinsa siitä, kuinka aikuiset ja nimenomaan hänelle tärkeimmät aikuiset suhtautuvat häneen. Vauvan hädän ilmausten sivuuttaminen vahvistaa välttelevää, avun tarpeet tukahdut-tavaa kiinnittymismallia, joka rajoittaa hänen tunne-elämän myöhempää kehitystä. Vauvat tarvitsevat paljon apua omien tunteidensa säätelyssä. He tarvitsevat läsnäoloa, mutta omien unensäätelymekanismien vahvistamiseksi yön ja päivän pitämistä erillään, selkeästi toisistaan erottuvina. Keskeistä on välttää stimulaatiota öisin. Puolen vuoden ikäinen vauva ei normaali-tilanteessa tarvitse lisäruokaa yöllä, mutta hän tarvitsee kiinnittymisen kohteittensa tuomaa turvallisuuden tunnetta. Siksi vauvan luo meneminen, rauhallinen puhe (”nyt on yö, nyt nuku-taan”) ja tasainen kosketus, pepun ja selän rauhallinen painaminen tyyntyyttää vauvaa. Kaikki itkut eivät tässä iässä ole hätää, vaan vauva voi tyyntyyttyään jäädä itkeskelemään surumieli-sesti, jolloin tämä surumielisyyys voidaan empaattisesti jakaa samalla kun vauva jää tavoitte-lemään unta. Tässä vaiheessa vauvalle on suurta apua siirtymäkohteesta, tutista, rievusta tai pehmoeläimestä, johon hän siirtää osan äidin turvaa tuottavasta olemuksesta. Kokemusten mukaan parhaiten tässä toimii äidin käytetty T-paita, jollei lapsi ole itse valinnut jotakin muuta. Oman äidin tuoksu vaikuttaa suoraan hyvin varhaiseen aivojen osaan, hajuaivoihin, jotka ovat suorassa yhteydessä tunnekeskukseen. Tutin käytön ongelmallisuus on sen taipu-muksessa hukkaa ja pudota sängyn pinnojen välistä. Tämän pulman voi ratkaista kiinnittämäl-lä tutti lyhyellä nauhalla vauvan paitaan, jolloin hän oppii pian hamuamaan sen takaisin suu-hunsa. Siirtymäkohde antaa vauvalle ärsykkeen, jonka avulla kääntyä takaisin nukahtamis-suuntaan ollessaan havahtumassa unesta kohti valvetilaa. (Mäkelä 2012.)

9 Koliikki

Kaikki vauvat itkevät, toiset enemmän ja toiset vähemmän. Keskimäärin vauvat itkevät noin 2-3 tuntia vuorokaudessa. Vauvojen itkujaksot voivat olla minuuteista kymmeneen minuutteihin eikä aina ole kyse koliikista. Itku on vauvan tapa ilmaista, ettei kaikki ole hyvin. Itkun syi-tä voi olla märkä vaippa, nälkä, huono asento, kuuma, kylmä, veto, hajut, vieraat äänet, va-lot tai sitten seuran puute. Koliikilla tarkoitetaan imeväisikäisen lapsen runsasta selittämä-töntä itkuisuutta. Koliikkivaivat ovat tavallinen ongelma vauvoilla. Vaiva alkaa useimmiten parin viikon iässä ja jatkuu 3-4 kk:n ikään. Hyväksytyssä lääketieteen tautimäärityksessä pu-hutaan kolmen kuukauden koliikista. Koliikkia on noin 10 %:lla vauvoista. Suomessa on noin 6000 koliikkivauvaperhettä joka vuosi. Itkuisuus on tavallisesti runsaimmillaan 6-8 viikon iässä ja alkaa tämän jälkeen laantua. Mikäli vauvan itkuisuus jatkuu tyypillisen koliikki-iän (3-6 kuukautta) jälkeen, kyse ei enää ole koliikista. Tällöin asiasta on hyvä puhua lääkärikäynnillä tai neuvolassa. Tyypillistä koliikille on vuorokausivaihtelu siten, että lapsen itkuisuus painot-tuu iltaan klo 18:n ja 24:n välille. Koliikin määritelmä täyttyy, jos vauva itkee yli kolme tuntia ainakin kolme kertaa viikossa ja jakso kestää vähintään kolme viikkoa. Koliikki-itku on läpi-

tunkevaa itkua, jossa vauva itkee kovasti ja vetää itseään kaarelle, mikä voi jatkua siis useita tunteja. Vauva myös nyrkistää kämmeniään ja huitoo käsillään. Hänen vatsansa pömpöttää ja tuntuu kovalta, ilmavaivat ovat runsaita ja suoliäänet ovat teräviä, vauva ei kuitenkaan oksentele. Tällaisessa tilanteessa tavanomaiset rauhoittelukeinot eivät tehoa. (Jalanko 2010; Rikala 2008, 17-18; Lind 2008, 18.)

Koliikin syytä ei tunneta, sen takana arvellaan olevan useampia aiheuttajia. Perinteisesti arvellaan, että koliikkivaivat ovat merkki vauvan suoliston toiminnan hitaasta kehittymisestä tai häiriöstä tai että ne liittyvät suoliston suojaavan bakteerikasvuston muutoksiin. Arvellaan myös, että koliikkivaivat eivät lainkaan johdu suolistosta, vaan ovat seurausta lapsen hermoston kehitysviiveestä. Koliikista kärsivien vauvojen unen ja itkuisuuden välillä ei ole selkeää yhteyttä, heidän uni-valverytminsä kehittyi itsenäisesti riippumatta itkuisuudesta. Vanhempien on tärkeätä oivaltaa, että iltaitkun syynä ei ole lapsen huono hoito, eikä koliikkivaivoista jää vauvalle pysyviä vaurioita. Epätavallisen paljon itkevä vauva on aina vietävä lastenlääkärin vastaanotolle taudinmäärittelyä varten. (Jalanko 2010; Rikala 2008, 18.)

Koliikkiin ei ole olemassa parantavaa lääkettä, vaan ongelma väistyy itsestään vauvan iän karttuessa. Vauvaa tulee imettää tai ruokkia pullosta rauhallisesti mahdollisimman pystyasennossa ja röyhtäyttää usein syötön välissä ja sen jälkeen kaasun muodostumisen ehkäisemiseksi. Apteekista voi hankkia ilman reseptiä Cuplaton[®]-nimistä lääkettä, joka pienentää suolistossa olevien ilmakehien kokoa. Tämä lääke on vaaraton, sen tehosta ei ole näyttöä koliikin hoidossa. (Jalanko 2010.)

Koliikkikohtauksen aikana vauvan rytmisen keinuttelu usein auttaa, toivottavasti vanhemmat jaksavat olla rauhallisia tuolloin. Vanhemmat voivat kertoa vauvalle mikä tätä vaivaa ja sen, että he haluavat auttaa. Vauvaa voi kanniskella, hieroa esimerkiksi selästä ja jalkapohjista, kylvettää lämpimässä vedessä, röyhtäyttää usein, istua keinutuolissa tai liikutella häntä edestakaisin rattaissa. Mikäli tynnyttely ei auta noin puoleen tuntiin, on hyvä kokeilla vauvan laittamista omaan rauhaansa vatsalleen sänkyyn. Jos itku yhä jatkuu yli 15 minuutin ajan, voi jälleen kokeilla erilaisia tynnyttelykeinoja. Tärkeää on pyrkiä siihen, että vauva viihdyttää itse itsensä uneen. Vauvan nukkumisrytmiä on hyvä painottaa yöhön ja välttää pitkiä päiväunia ennen iltaa. Vauva saattaa herätä kipunsa aivan kesken unensa. Vauvaa ei tule syöttää joka kerta kun hän itkee. Vatsan tyhjeneminen kestää noin pari tuntia, ja tiheät syötöt voivat vain pahentaa tilannetta. Koliikkikohtauksen aikana vauvaa on hyvä kantaa vatsa-asennossa siten, että hän on aikuisen vasemman käsivarren päällä, vauvan pää on lähellä aikuisen kyynärpäätä ja kädet roikkuvat alaspäin kyynärvarren molemmin puolin. Aikuisen kämmen on tuolloin tukemassa vauvan vaippa-aluetta, ja vauvan jalat roikkuvat vapaina. Vauvat eivät yleensä pidä kipukohtauksen aikana siitä, että heidän kipuherkkään vatsaansa kosketaan. Vauvan näin maataessa rauhallisesti, aikuinen voi vapaalla kädellä tehdä alaselän alueelle ke-

vyitä hierontaliikkeitä. Rentoutuminen on merkittävä osa koliikkivauvan hoivaa. Pitkään huutaneen vauvan lihakset, erityisesti pallealihas ja vatsan lihakset jännittyvät. Silloin, kun vauvan kehossa on paljon jännitystä, saattaa hänen unikin olla levotonta. Rentoutunut vauva nukkuu hyvin. Kylvetys kannattaa hoitaa sellaiseen aikaan päivästä, jolloin vauva on rentoutunut. Koliikkivaivat voivat olla perheessä iso asia. Mikäli perheen omat voimat hoitaa vauvaa alkavat loppua, on syytä kääntyä lääkärin tai neuvolan puoleen. (Jalanko 2010; Rikala 2008, 27; Lind 2008, 17-19.)

10 Vauvahieronta

Ranskalainen synnytyslääkäri Fredrick Leboyer ja amerikkalainen Vimala Schneider McClure ovat merkittävimpiä vauvahieronnan asiantuntijoita. Leboyer on tullut tunnetuksi 1970-luvulla luonnollisen synnytyksen puolestapuhujana. McClure on Kansainvälisen vauvahieronnan ohjaajien liiton perustaja. Molemmat heistä ovat oppineet vauvahieronnan Intiassa. Tohtori Ruth Rice on kehittänyt RISS-tekniikan (Rice Infant Sensimotor Stimulation Technique), joka on suunniteltu alun perin keskosien hoitoon, mutta on osoittautunut sittemmin myös muille lapsille hyödylliseksi. Tutkimuksissa on havaittu, että RISS-tekniikka tuottaa vauvoille mielihyvää ja se virkistää tai rauhoittaa. (Rikala 2008, 73-74.)

Ydinajatus vauvahieronnassa on, että se on rakkauden tunteen välittäminen. Vauvahieronta on ollut luonnollista vauvan päivittäisessä hoidossa jo vuosisatojen ajan. Vauvahieronta on lähtöisin Etelä-Intiasta, missä vauvahierontaa pidetään pyhänä taitona ja keinona pidentää äidin ja lapsen välitöntä suhdetta. Vauvahieronta on yksi tapa seurustella oman lapsen kanssa läheisellä ja hellivällä ihon kosketuksella. Vauvahieronnassa lapsen ja vanhemman välinen suhde korostuu ja sitä vahvistetaan katsekontaktin, äänen ja laajan kosketuksen avulla. Samalla se vilkastuttaa lihasten ja ihon toimintoja sekä vaikuttaa suotuisasti eri elinten toimintoihin vahvistamalla niitä. Lapsen kehityksen on myös todettu aktivoituvan vauvahieronnalla. Vauvahieronnasta on apua vauvan rentoutumisessa ja kehonkuvan muodostumisessa. Vauva kokee vanhemman rakkauden ja hellyyden ihokosketuksen avulla ja hänen yleinen hyvän olon tunne vahvistuu. Kosketus on vauvalle elintärkeää, varsinkin ensimmäisten kolmen kuukauden aikana. Vauvalle kehittyy ihon tuntoherkkyys varhaisessa vaiheessa ja vauva onkin aistinnut kosketuksen jo kohdussa. Vauvahieronnasta on hyötyä ja iloa vanhemmille ja vauvalle. Vanhemmille tulee tutuksi lapsen kehon ja he oppivat huomaamaan milloin vauva on rentoutunut tai jännittynyt. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), 2012; Jäderholm & Järvinen 2006; Rikala 2008, 38, 75.)

Vauvahieronnan avulla vauvan verenkierto vilkastuu, hengitys syvenee ja ruuansulatus vauhdittuu. Vaikka vauvahieronnalla pystytään vahvistamaan vauvan yleiskuntoa, se ei kuitenkaan ole hoitomuoto. Vauvan kehitys etenee hyvin, kun hän pysyy terveenä. Vauva saa hieronnasta

fyysistä ja psyykkistä voimaa. Synnytyksen jälkeen vauvoilla voi olla jännitystiloja kehossaan, jonka takia he eivät pysty nukkumaan tai nukahtamaan säännöllisesti. Lapsen on rentouduttava ensin, jotta pystyy nukahtamaan. Vauvahieronta opettaa rentoutumisen taidon, joka säilyy läpi elämän. Hieronta lisää itseluottamusta, luottamuksen tunnetta ja vakautta. Kun vauva uskaltaa nukahtaa turvallisesti rentoutumisen jälkeen, hän nukkuu tasaisesti. Vastasyntyneen raajat, jotka ovat koukussa ja jäykät, hierotaan vaatteiden läpi tai öljyllä hyvin hitaasti ja varovaisesti. Vauva alkaa pikkuhiljaa nauttia kosketuksesta ja hän rentoutuu, jonka myötä käsivarret ja jalat suoristuvat. (Rikala 2008, 75-76.)

Keskosille vauvahieronta on erityisen tärkeää varsinkin, jos vauva on joutunut olemaan syntymän jälkeen erossa vanhemmistaan. Vauvahieronta on loistava keino, jolla saa lapsen tuntemaan olevansa rakastettu, tervetullut ja hyväksytyt. Vauvahieronta on stimuloivaa sivelyä ja hellää kosketusta. Sen tulee olla hauskaa, ihanaa ja nautinnollista yhdessäoloa. Vauvahieronta voi helpottaa lapsen unihäiriöitä ja lievittää koliikkivaivoja. Vauvahieronnan voi aloittaa heti kun vauva on syntynyt. (HUS 2012; Jäderholm & Järvinen 2006; Rikala 2008, 75.)

Hierojan, vauvan ja ympäristön tulee olla rauhallinen, kun ryhdytään hieromaan. Taustalla voi soida esimerkiksi rauhallista klassista musiikkia tai kohdun ääniä sydämensykkeineen, muut häiriöt on suljettava pois. Hierontahetken tulisi mieluiten olla säännöllisesti toistuva ja sen tulisi sopia vauvan ikään ja päivärytmiin. Vauva tulee aina muistaa nostaa kylkiasennon kautta, tällöin vauvan suorat selkälihakset eivät rasitu. Hieronnan tulee tehdä sama henkilö alusta loppuun, hierojaa ei saa vaihtaa kesken hieronnan. Äidin lisäksi myös isät ovat loistavia hierojia. Isän kädet ovat isot ja pinta-ala on laaja, joka on hieronnassa eduksi. Isän ja vauvan välinen vuorovaikutus paranee helpolla tavalla säännöllisen hieronnan yhteydessä. Vauva viestii, onko hän valmis hierontaan. Aikuisen täytyy vain osata katsoa ja kuunnella näitä viestejä. Vauva mm. ottaa katsekontaktia, hymyilee tai nauraa, on se merkinä, että vauva on valmis hierontaan. Jos lapsi liikehtii jännittyneesti, on itkuinen, välttää katsekontaktia tai kääntyy pois, ei sillä hetkellä kannata hierontaa aloittaa. Myöskään hikottelevaa vauvaa ei tule hieroa. Vauvahieronta ei koskaan ulotu lapsen sukuelinten alueelle. Öljyä on hyvä käyttää hieronnassa, sillä se estää kitkan syntymistä iholla. Pään hieronnassa öljyä ei yleensä käytetä, muuten sitä tulee käyttää reilusti. Parhaimpia öljyjä ovat puhtaat kylmäpuristetut öljyt, joihin ei ole lisätty keinotekoisia tuoksuja. Kylmäpuristetut öljyt eivät tuki ihohuokosia ja ne imeytyvät hyvin iholle. Hieronta aloitetaan aina pään hieronnalla. Se toimii aloitusmerkinä, vahvistaa perusturvallisuutta ja säännönmukaisuus lisää turvallisuuden tunnetta. Hierontaliikkeet tehdään aina samassa järjestyksessä. Hieronnan aikana täytyy jatkuva ihokontakti säilyä, eli on pidettävä huoli, että toinen käsi on koko ajan vauvassa kiinni. Hieronta tulee tehdä rauhallisin liikkein. Liian hitaasti ei voi hieroa. (Rikala 2008, 33, 35-36, 38, 76, 80.)

Tanskalainen sairaanhoitaja Lissy Rasmussen ja vauvahierontaohjaaja Inger Hartelius ovat vuonna 1990 tehneet tutkimuksen vauvahieronnan vaikutuksista keskosvauvoihin. Tutkimuksen kohteena oli 11 lasta, joiden syntymäpainot olivat 883 ja 2435 gramman välillä. Tutkimuksesta ilmeni, että hierotun keskosen paino nousi hyvin. Hän oli virkeä ja ympäristöönsä tarkkaileva sekä hänen kehityksensä eteni nopeasti. Näillä vauvoilla esiintyi harvoin hengityskatkoksia ja lisäksi hieronnalla näytti olevan myönteinen vaikutus hermojärjestelmän kehittymiseen. Tutkimuksessa kaikki tulokset eivät olleet yksiselitteisen myönteisiä. Tutkimukseen osallistuneista keskosista pienimmät eivät halunneet hierontaa, se osoittautui heille jopa haitalliseksi, koska aikuisen kosketuksen aikana keskosen veren happipitoisuus laski jyrkästi. Muutamissa tapauksissa on mahdollista, että hieronta vaikeutti keskosen fysiologisia toimintoja. Tämän vuoksi keskosen sydämen rytmiä, kehon lämpötilaa ja hengitystä on seurattava tarkasti sekä hieronnan aikana, että sen jälkeen. (Rikala 2008, 123-124.)

Ristiriitaisten tulosten selvittämiseksi tutkijat päätyivät kuvaamaan videokameralla keskoskaappihoidossa olevia vauvoja. Vanhempia pyydettiin hieromaan ja koskettelemaan höyhenenkevyesti omaa vauvaansa eri tavoin ja lisäksi seuraamaan tämän antamia viestejä. Vanhemmilla oli lupa toimia oman tuntemuksensa mukaan. Tällä tavalla tutkijat saivat tietoa keskoslapsen kehonkielestä. Nauhoituksia analysoidessaan tutkijat huomasivat pienten keskosten sietokyvyn ylittyvän jopa kevyestä kosketuksesta. Keskosen ympärillä on jatkuvaa melua, valoja, laitteita ja ääniä. Näin sekavassa ympäristössä keskosen sietokyky on heikko. Kun vanhemmat ja henkilökunta oppivat ymmärtämään vauvan kehonkieltä, he pystyivät auttamaan lasta selviytymään päivittäisistä hoitotoimenpiteistä. Tällä tavoin pystyttiin vähentämään keskosen stressioireita. (Rikala 2008, 124.)

11 Vuorovaikutus ja sen kehittyminen

Kiintymyssuhdeteoria on teoria varhaisesta vuorovaikutuksesta ja sen vaikutuksesta lapsen myöhempään elämään. Kiintymyssuhdeteoriassa ei ole kyse vanhempien rakkaudesta lapseen. Kiintymyssuhteita katsotaan olevan ainakin kolmenlaisia: turvallista (luottavaista), turvatonta ja välttelevää sekä turvatonta ja ristiriitaista, mutta puhutaan myös integroitumattomasta tai jäsentymättömästä kiintymyssuhteesta. Aivojen rakenteellinen kehitys tapahtuu pääosin raskausaikana ja toiminnallinen kehitys syntymän jälkeen. Ensimmäiset toimivat aistit sikiöllä ovat kosketus- ja tuntoaisti. Tämän takia sikiölle tulevat varhain tutuksi äidin liikkeet. Kehon ja mielen kehitystä tukee monin tavoin keskosenä syntyneen vauvan kantaminen ihoa vasten. Ensimmäisessä raskaudessa nainen siirtyy äitiyteen neljän biologispsykososiaalisen vaiheen kautta: heilahdus- ja häiriövaihe, sovittautumisvaihe, keskittymisvaihe ja ennakointi- ja valmistautumisvaihe. Miehen odotuksen vaiheet menevät sen mukaan, miten puolison raskaus näkyy ja etenee. Ensimmäisenä tulee entisestä erottautumisen vaihe ja tiedotusvaihe, seuraavaksi pysähtymisvaihe ja lopuksi keskittymis- ja paneutumisvaihe. Vauvan hoitaminen,

ihailu, tutkiminen ja rakastaminen eli vauvan kanssa eläminen on jatkuvaa vuorovaikutusta. Samalla rakentuu hyvä suhde vanhemman ja vauvan välille. Vauva tarvitsee aikuisen rauhoittamaan ja innostamaan, koska ei osaa itse säädellä tunteitaan. Vauva tarvitsee myös aktiivisuutta. Yhdessä vanhemman kanssa syntyy innostuminen ja ilahtuminen sekä kiinnostus muihin ihmisiin ja ulkomaailmaan. Toimiva varhainen vuorovaikutus vanhemman ja vauvan välillä edellyttää vastavuoroisuutta. Keskosien äidiksi ja isäksi tullaan valmistautumatta. Nykytutkimuksen mukaan isällä ja äidillä syntyy tietoisuus lapsesta ja tulevasta vanhemmuudesta heti raskauden varmistumisen jälkeen. Molemmille vanhemmille tulevan roolin omaksuminen tapahtuu hitaasti. Tärkeänä osana sikiöaikaista kiintymyssuhdetta on lapsen tutustuminen. (Vilén, Vihunen, Vartiainen, Sivén, Neuvonen & Kurvinen 2006, 87-88 ja 92; Brodén 2006, 30-31 ja 34-35; Sinkkonen & Kalland 2011, 17-18 ja 97-102; Silvén 2010, 47-50; Salo & Tuomi 2008, 10-11 ja 14-15; Viljamaa 2003, 12; Armanto & Koistinen 2007, 299.)

11.1 Kiintymyssuhde

Kiintymyssuhdeteorian isähahmo on John Bowlby (1907-1990), joka kehitti teorian 1950-luvulla. Kiintymyssuhdeteoria on saanut paljon huomiota. Se on teoria varhaisesta vuorovaikutuksesta ja sen vaikutuksesta lapsen myöhempään elämään. Kiintymyssuhdeteoriassa korostetaan lapsen ja häntä hoitavien aikuisten välistä vuorovaikutusta sekä sen merkitystä lapsen myöhemmälle kehitykselle. Kirjallisuudessa käytetään sanoja kiintymys tai kiinnittyminen. Kiintymys muodostuu lasta toistuvasti hoitaviin aikuisiin ensimmäisten kuukausien aikana. Käsitettä objektisuhde on käytetty aiemmin kiintymyssuhdetta kuvaamaan. Bowlby ei käyttänyt sitä sanaa, koska hänen mielestä se ei kuvannut niin hyvin vuorovaikutuksen vastavuoroisuutta kuin kiintymys - sana (attachment). Tunnettu objektisuhdeteoreetikko Winnicot, painotti jo ennen Bowlbya, että lapsen ja aikuisen välisessä suhteessa tapahtuvat toistuvat tilanteet vaikuttavat siihen, miten lapsi alkaa hahmottaa itseään vuorovaikutuksessa. Bowlby sitä vastoin alkoi korostaa enemmän, että kiintymyssuhteita on erilaisia ja ne muodostavat aivoihin erilaisia muistijärjestelmiä. Vuorovaikutusympäristöstä saadut kokemukset muokkaavat vauvan aivoja ja aivojen kykyä käsitellä ympäristön virikkeitä. (Vilén ym. 2006, 87; Brodén 2006, 30.)

Lapsella on biologinen tarve muodostaa kiintymyssuhde, eikä lapsi voi olla kiinnittymättä ja kiintymättä. Tämä johtuu piirteestä, joka liittyy lajikehitykseen. Perusedellytys vauvan eloonjäämiseen on, että muodostuu läheinen suhde aikuiseen. Aikuinen auttaa selviytymään tunnetasolla, konkreettisen hoivan tasolla ja takaa turvallisuuden. Vauva tarvitsee aina turvallisen aikuisen, koska ei pysty hoitamaan itseään psyykkisesti tai fyysisesti. Kiintymyssuhdeteoriassa ei ole kyse vanhempien rakkaudesta lapseen. Vanhempi voi hyvin paljon rakastaa omaa lastaan, mutta hänellä saattaa silti olla vaikeuksia luoda lapselleen luotettavaa ja turvallista kokemusmaailmaa, jonka kautta lapsi hahmottaa maailmaansa ja itseään. Bowlby ajattelee, että lapsi alkaa muodostaa syy-seurausoletuksia siitä, miten hänen täytyisi toimia ja tuntea

eri tilanteissa vanhempien kanssa, kun hän saa toistuvia kokemuksia vanhemmistaan sekä itsestään suhteessa heihin. Kiintymyssuhdeteoriaa voisi kuvata teoriaksi uhasta tai turvallisuuden teoriaksi. Ihminen oppii toisen avulla säätelemään sisäisiä ja ulkoisia uhkia. Sisäisinä uhkina tarkoitetaan omia tunteita, pelkoja ja tarpeita sekä ulkoisina toisia ihmisiä ja vaaratilanteita. Lapsella voi olla myös kiintymyssuhde useisiin henkilöihin, jos he ovat lapsen elämässä jatkuvasti läsnä. On osoittautunut, että lapsen tulevalle sosiaaliselle, kognitiiviselle ja emotionaaliseksi kehitykselle on ratkaiseva merkitys varhaisen suhteen laadulla lapsen ja vanhemman välillä. (Vilén ym. 2006, 87-88; Brodén 2006, 30-31 ja 34-35.)

Kiintymyssuhteita katsotaan olevan ainakin kolmenlaisia: turvallista (luottavaista), turvatonta ja välttelevää sekä turvatonta ja ristiriitaista. Kun lapsi oppii luottamaan, että hänet huomioidaan ja hänen tarpeensa tunnustetaan ja niihin osataan vastata sopivalla tavalla, syntyy turvallinen kiintymyssuhde. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että äidin tunneperäinen läsnäolo on tärkein lapsen turvallisuuden ja varhaisen suhteen kehitystä edistävä tekijä. Kasvattaja osaa reagoida sensitiivisesti lapsen erilaisiin tarpeisiin, niin fyysisiin, psyykkisiin kuin sosiaalsiin. Lapsen kokiessa, että häneltä ei odoteta liikaa, mutta silti häntä tuetaan selviytymään itse, syntyy siitä turvallisuus. Lapsi voi tällöin kokea, että elämä on hallittavissa. Lapsi oppii viestittämään selvästi ja suorasti tunnetiloistaan olettaen, että kasvattaja reagoi jokaiseen hoivan tarpeeseen. Turvallisessa kiintymyssuhteessa lapsi uskaltaa näyttää avoimesti tarpeitaan sekä tunteitaan ja kokee, että hänen tunteillaan on merkitystä. Kun lapsi on kiinnittynyt turvallisesti, alkaa hän huolenpidon ja hoivan ansiosta pitää itseään rakastettavana sekä pitää myös toisia rakastettavina. (Vilén ym. 2006, 88; Brodén 2006, 31-32; Miles 2009.)

Välttelevässä kiintymyssuhteessa hoitava aikuinen ei pysty tarjoamaan sellaista ilmapiiriä lapselle, jossa lapsen erilaiset tunteet olisivat sallittuja. Kykenemättömyys voi johtua mm. väsymyksestä, kiireestä, masennuksesta tai uskomuksesta, että lapsi rauhoittuu parhaiten antamalla hänen vain olla. Välttelevässä kiintymyssuhteessa lapsi oppii erityisesti kielteisten tunteiden ilmaisua. Turvattomassa kiintymyssuhteessa lapsi oppii, ettei vanhempi ole saatavilla tai hän ei reagoi tai hän ei osaa reagoida lapsen sisäiseen hätään. Turvattomassa ja välttelevässä kiintymyssuhteessa elävä lapsi kokee paremmaksi välttää erilaisia tunteita. Lapsi yrittää löytää itsenäisiä keinoja säädellä tunnetilojaan, vaikka lapsi ei ole kykenevä siihen. Tarvitsemalla mahdollisimman vähän lapsi oppii, että saa parhaiten aikuisen hyväksynnän. Aikuisen edessä lapsi haluaa olla kiltti, koska haluaa tulla hyväksytyksi. Lapsi syyttää itseään helposti, jos ei pysty olemaan kiltti. Kaikki lapset eivät kuitenkaan pysty loputtomiin kieltämään tunteitaan. Lapsen mieleen alkaa kasaantua negatiivisia tunteita. Kun niitä on kasaantunut liikaa, voi lapsi alkaa oireilla hyvin yllätyksellisesti mm. itkemällä, raivoamalla ja uhmaamalla rajoja. Aikuiselle voi olla vaikeaa käsittää, ettei tällainen lapsi jaksa olla enää kiltti. Lapsen sisällä kasaantuvat negatiiviset tunteet vievät voimia ja lopulta hänen on päästettävä ne ulos. Lapsi joka elää turvattomassa ja välttelevässä kiintymyssuhteessa käyttäytyy

usein aikuisenakin vältellen omia negatiivisia tunteitaan. Tämä voi aiheuttaa pitkällä aikavälillä itsekriittisyyttä ja masentuneisuutta. (Vilén ym. 2006, 89-90.)

Turvattomassa ja ristiriitaisessa kiintymyssuhteessa kokee lapsi toistuvasti vanhemman toimivat epäjohtonmukaisesti reaktioissaan. Epäjohtonmukaisuus voi johtua esimerkiksi siitä, että vanhempi ei tiedä miten olla lapsen kanssa tai hänen oma elämäntilanne vaihtelee paljon. Kun esimerkiksi vanhempi kokee lapsen olevan uhmakas, saattaa hän toimia tilanteessa aina eri tavoin. Vanhempi ei välttämättä tiedä miten tulisi toimia, hän saattaa olla täysin välintämätön tai toisinaan erittäin ankara ja huutaa lapselle, välillä taas vanhempi voi yrittää anella ja vedota lapsen tunteisiin. Lapsi ei pysty ennustamaan sitä, miten aikuinen vastaa hänen tarpeisiin. Lapsen on vaikea tietää, millainen pitäisi olla suhteessa toiseen. Tunteet korostuvat ristiriitaisesti turvattomassa kiintymyssuhteessa. Lapsi hakee voimakkailla tunnereaktioilla vastaavuutta tarpeilleen toivoen, että vanhempi reagoisi oikealla tavalla. Jotta lapsi saa mitä haluaa, hän reagoi voimakkaasti, hänen oletusmallinsa mukaisesti. Ulospäin tämä näkyy heikkona itsesäätelyä ja tunteiden ailahteluna. (Vilén ym. 2006, 91.)

Integroitumattomasta tai jäsentymättömästä kiintymyssuhteesta puhutaan myös paljon. Kiintymyssuhde ei tällöin ole koskaan päässyt kunnolla syntymään. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, etteivät vanhemmat ole pystyneet vastaamaan lapsen perushoitoon liittyviin tarpeisiin. Silloin kun lapsi tarvitsisi ruokaa tai juomaa, hän ei sitä saa tai vaatetus voi olla puutteellinen. Esimerkiksi alkoholin tai psyykkisen sairastumisen takia hoitava vanhempi ei jaksa tai osaa huolehtia lapsesta niin kuin pitäisi. Pahimmillaan vauva on heitteillä. Tällöin oletusmallia ei vauvalle tule siitä miten muiden kanssa tulisi kommunikoida. Lapsi oppii, ettei aikuinen häntä kuule tekisi hän mitä tahansa. Lapsi joutuu kokemaan ja kärsimään niin fyysistä kuin psyykkistä kipua. Lapsen tulisi päästä tällöin pian turvalliseen hoitoon kodin ulkopuolelle. Jäsentymättömässä kiintymyssuhteessa tunnemaailma on kaoottinen ja siinä elävän ihmisen on vaikea muodostaa kuvaa itsestä tai itsestä toisen kanssa. Tämä kiintymyssuhdemalli on aina vaarallinen lapsen näkökulmasta. (Vilén ym. 2006, 92.)

11.2 Vuorovaikutuksen kehittyminen

Aivojen rakenteellinen kehitys tapahtuu pääosin raskausaikana ja toiminnallinen kehitys syntymän jälkeen. Kolmen viikon kuluttua hedelmöityksestä alkavat alkion aivot kehittyä. Se jatkuu nuoruusikään asti, jonka jälkeenkin tapahtuu aivojen toiminnallista muovautumista, koska ihminen pystyy oppimaan uusia asioita vanhuuteen saakka. Keskeisten rakenteiden kehitys aivoissa etenee suhteellisen nopeasti. Kehityskulku on geneettisesti ohjelmoitu. Aivojen toiminnallista kehittymistä ohjaavat lapsen kokemukset, jotka liittyvät vanhemman tai muun hoivanantajan kanssa varhaiseen emotionaaliseen vuorovaikutukseen. Hermosolujen verkostoituminen käynnistyy toisen trimesterin aikana, mikä johtaa eri aivoalueiden yhteistyöhön.

Sikiössä on havaittavissa monipuolista aistitoimintaa jo toisen trimesterin lopussa. Sen varassa liikkumisen, näkö- ja kuulohavaintojen sekä muiden mielen perustoimintojen kehitys jatkuu syntymän jälkeen. Ensimmäiset toimivat aistit sikiöllä ovat kosketus- ja tuntoaisti. Tämän takia sikiölle tulevat varhain tutuksi äidin liikkeet ja syntymän jälkeen äidin luonteenomainen tapa liikkua, tyynnyttää vauvaa. Ennenaikaisesti syntyneiden vauvojen elintoiminnot osataan turvata niin hyvin, että hermosolujen verkostoituminen voi jatkua kohdun ulkopuolellakin suotuisasti. Kehon ja mielen kehitystä tukee monin tavoin keskosena syntyneen vauvan kantaminen ihoa vasten. Hellä kosketus, silittely ja tasainen rytmikäs liike isän tai äidin rinnalla rauhoittavat levottoman vauvan mieltä ja edesauttavat läheisen suhteen syntyä. Moni terve keskosvauva kuroo tällaisessa hoidossa kiinni täysiaikaisena syntyneen vauvan etumatkaa. (Sinkkonen & Kalland 2011, 17-18; Silvén 2010, 47-50.)

Vanhempi-lapsi - suhteella on keskeinen merkitys lapsen myöhemmälle kehitykselle ja elämässä selviämislle. Se on kaiken perusta, jonka mukaan kehittyy lapsen minäkuva ja jolle hän rakentaa kaikki myöhemmät ihmissuhteensa. Raskausaikana rakentuu suhde vauvaan. Tulevat vanhemmat muodostavat mielikuvaa vauvastaan sekä miettivät minkälaisia vanhempia heistä tulee. Raskausaika onkin mahdollisuus muutokseen. Ensimmäisessä raskaudessa nainen siirtyy äitiyteen neljän biologispsykososiaalisen vaiheen kautta. Ensimmäiseen trimesteriin kuuluu heilahdus- ja häiriövaihe, jolloin nainen tulee tietoisiksi kehossa tapahtuvista tunteuksista. Varhaisraskaudessa äiti kokee vauvan osaksi itseään. Äidin halu suojella vauvaa kasvaa, mikä näkyy nautintoaineiden ja ruokavalion käytön muutoksina. Myös pelko vauvan menettämisestä voi voimistua. Omiin vanhempiin, lapsuuteensa ja aikaisempiin kiintymyssuhteisiin liittyvät muistot aktivoituvat ja vaikuttavat äitiyteen valmistumiseen kokonaisvaltaisesti. Valmistautuessa ottamaan uuden aseman perhejärjestelmässä, saattaa suhde omiin vanhempiin muuttua. Tällöin voi alkaa arvostamaan omia vanhempia uudella tavalla. (Salo & Tuomi 2008, 14-15; Sinkkonen & Kalland 2011, 96-97; Korhonen 1996, 29.)

Raskausviikoilla 12.-20. on sovittautumisvaihe, jolloin nainen pyrkii vähentämään stressiä ja ulkoisia vaatimuksia sekä miettimään asioiden tärkeysjärjestystä. Vauva alkaa elää äidin mielessä ja kuvitelmat siirtyä vauvaan. Kun vauvan liikkeet alkavat tuntua, ajatukset siirtyvät entistä enemmän vauvaan. Erilaiset aistimukset vauvan liikkeistä herättelevät miettimään tulevan vauvan persoonaa. Nainen jakaa kokemuksia muiden naisten kanssa sekä hankkii tietoa raskaudesta ja synnytyksestä, näin hän tutustuu ajatukseen äitiydestä. Tässä vaiheessa äidit tutustuvat tulevaan vauvaansa sikiön liikkeiden lisäksi kuuntelemalla sikiön sydänääniä ja ultraäänikuvien kautta. (Sinkkonen & Kalland 2011, 97; Salo & Tuomi 2008, 14-15.)

Keskittymisvaihe on raskausviikoilla 20.-32., jolloin äiti alkaa tuntea sikiön liikkeet ja kokee, että vauva on hänestä erillinen. Äiti alkaa puhua vauvalle ääneen tai mielessään ja näin luo suhdetta kohtuvauvaansa. Kun äiti oppii sikiön tavan liikkua ja reagoida sekä unen ja valveen

rytmin, kiintymyssuhde tulevaan vauvaan syvenee. Naiset kokevat voivansa psyykkisesti ja fyysisesti parhaiten juuri tässä vaiheessa. (Sinkkonen & Kalland 2011, 97.)

Ennakointi- ja valmistautumisvaihe on 32. raskausviikosta vauvan syntymään. Tällöin sikiö liikkuu alemmas kohti synnytyskanavaa ja naisen koko keho alkaa valmistautua synnytykseen. Kun äiti pystyy kuvittelemaan, että vauva selviytyy synnytyksestä, irrottautuu hän psyykkisesti vauvasta. Äidin mielikuvat kohtuvauvasta siirtyvät todelliseen lapseen. Nainen alkaa valmistautua uuteen rooliin äitinä kehittämällä selviytymisstrategioita. Tuleva synnytys herättää levottomuutta, mutta toisaalta äiti haluaa jo nähdä ja koskettaa vauvaansa sekä saada oman ruumiinsa takaisin. Pelot voivat voimistua, ne liittyvät usein synnytykseen, kipuihin, itsehallinnan menettämiseen ja avuttomuuden tunteeseen. Myös vauvan terveys tai tuleva hoivosuhde vauvaan voivat aiheuttaa huolta. (Sinkkonen & Kalland 2011, 98.)

Silloin, kun lapsi syntyy keskosena, äidin ja sikiön välinen vuorovaikutusprosessi ja psykofyysinen kehitysvaihe jäävät kesken. Tämän lisäksi ennenaikainen syntymä on myös äitiyteen kohdistuva trauma, josta toipuminen on yhteydessä äidin persoonallisuuteen ja kykyyn surra ihannetilän menetystä. Raskauden aikana molemmat vanhemmat muodostavat omaa mielikuvaa tulevasta lapsestaan ja hänen temperamentistaan. Heidän mieliinsä muodostuu visio, kuva tulevasta lapsesta, elämästä hänen kanssaan ja myös lapseen kohdistuvat monet toiveet. Keskoslapsen unelmavauvasta poikkeava olemus aiheuttaa vanhemmille surua ja pettymystä heidän joutuessaan luopumaan unelmalapsen mielikuvasta, jonka he ovat luoneet odotusaikana. (Korhonen 1996, 29, 32.)

Miehen odotuksen vaiheet menevät sen mukaan, miten puolison raskaus näkyy ja etenee. Ensimmäisenä tulee entisestä erottautumisen vaihe ja tiedotusvaihe, se vaihtelee muutamasta tunnista viikkoihin. Miehelle tieto raskaudesta merkitsee tunteiden kirjoa riemusta järkytykseen. Kiinnostus raskautta kohtaa ei lisäännä voimakkaiden tunteiden jälkeen, toisin kuin raskaana olevalla puolisoilla. (Sinkkonen & Kalland 2011, 98.)

Kun raskaus on fyysisesti näkyvää raskausviikoilla 12.-25., alkaa pysähtymisvaihe. Tällöin mies kokee elävänsä muutosten keskellä. Omasta lapsuudesta ja vanhemmista tulevat varhaiset mielikuvat aktivoituvat. Miehen on mahdollista eläytyä emotionaalisesti isyyteen, jos muistot ovat myönteisiä. Jos muistot ovat kielteisiä, voi se johtaa etäännyttämiseen perheestä. Uuden roolin myötä mies voi siirtyä täysipainoiseen isyyteen tai kärsiä vierauden tunteesta, siksi tämä vaihe on ratkaiseva. (Sinkkonen & Kalland 2011, 98.)

Noin raskausviikoista 25.-30. lapsen syntymään asti on keskittymis- ja paneutumisvaihe. Tällöin mies jakaa kokemuksia puolison kanssa ja osallistuu perhemuutoksen valmisteluihin. Kiintymyssuhde tulevaa vauvaa kohtaan tulee emotionaalisesti tärkeäksi ja kiinnostus isyyttä koh-

taan kasvaa. Isyyteen siirtyminen näkyy ajankäytön muutoksina. Tuleva isä alkaa valmistautua äidin tavoin vauvan hoitamiseen ja vanhemman rooliin. Hän pohtii millaiseksi isäksi haluaa tulla ja miettii omia lapsuudenkokemuksiaan. Isyyden työstäminen voi olla monimutkaisempi kuin äitiyden prosessi, koska isä samaistuu myös omaan äitiinsä hoivan lähteenä. Odotusaikana miehelle voi herätä kilpailua ja mustasukkaisuutta puolison huomiosta, mikä herättää sisäuskateuteen verrattavia tunteita. (Sinkkonen & Kalland 2011, 98-99.)

Nykytutkimuksen mukaan isällä ja äidillä syntyy tietoisuus lapsesta ja tulevasta vanhemmuudesta heti raskauden varmistumisen jälkeen. Molemmille vanhemmille tulevan roolin omaksuminen tapahtuu hitaasti. Psyykkisen muutoksen tärkein sisältö on tunnesuhteen luominen tulevaan lapseen. Tärkeimpinä asioina ovat totuttelu isänä ja äitinä olemiseen, vastuun kantamiseen sekä pesänrakentamiseen. Tärkeänä osana sikiöaikaista kiintymyssuhdetta on lapseen tutustuminen. Isät tutustuvat lapseen koskettelemalla vatsanpeitteiden läpi ja kuuntelemalla hänen liikkeitä. Äidit tuntevat sikiön liikkeet, joiden perusteella tunnistavat sikiön mielialoja ja hyvinvointia. Molemmat vanhemmat kommunikoivat tulevan vauvansa kanssa raskausaikana. Äidit ja isät myös kuvailevat tulevan lapsensa olemusta, piirteitä ja temperamenttia. Tunteiden ja mielikuvien kautta vanhemmat luovat kiintymyssuhteen tulevaan vauvaansa. Äidin kommunikaatio tulevan lapsensa kanssa vahvistuu mielikuvien myötä, jolloin hän kokee sikiön osallistuvan vuorovaikutukseen. Raskauden toisen kolmanneksen aikana mielikuvat kohtuvauvasta muuttuvat voimakkaasti. Ne lisääntyvät, tarkentuvat, rikastuvat, elävöityvät ja monipuolistuvat. Äidit kokevat intensiivisiä tunteita kohtuvauvaa kohtaan. Mielikuvien määrä vähenee raskauden viimeisellä kolmanneksella. Ne muuttuvat epätarkemmiksi ja elämysmaailmaltaan köyhemmiksi. Tällä tavoin äidit mahdollisesti suojelevat itseään pettymykseltä, jonka aiheuttaisi ristiriita liian ihannoitujen raskausajan odotusten ja syntyvän vauvan välille. Mielikuvien köyhtymisen myötä äiti antaa myös tilaa itselleen kohtaamiseen todellisen vauvan kanssa. Tulevan äiti-lapsisuhteen laatua ennustavat mielikuvien määrä, luonne, ajoitus ja sisällöt. Jos mielikuvat puuttuvat, merkitsee se vakavia vaikeuksia tunnesuhteen muodostamiseen lapseen myös käytännössä. (Sinkkonen & Kalland 2011, 99-102.)

11.3 Vuorovaikutus

Vauvan hoitaminen, ihailu, tutkiminen ja rakastaminen eli vauvan kanssa eläminen on jatkuvaa vuorovaikutusta. Samalla rakentuu hyvä suhde vanhemman ja vauvan välille. Hyvään yhdessäoloon kuuluu olla vauvalle läsnä, reagoimalla vauvan tunteisiin, loruttelua, laulua, leikkiä ja hellittelyä. Vauva tarvitsee näitä kokemuksia päivittäin. Parhaat hetket tulevat usein luonnostaan. Kun vauvalle tarjotaan hyvää oloa, vaikuttaa se ratkaisevalla tavalla hänen kehitykseensä. Hyvät vuorovaikutushetket ovat elintärkeitä vauvalle. Pienelle vauvalle on välttämätöntä oman tutun vanhemman päivittäinen läsnäolo. Vauvan ja vanhemman vuorovaikutussuhteen rakentuminen kestää koko vauvaiän. (Salo & Tuomi 2008, 10.)

Vauva tarvitsee aikuisen rauhoittamaan ja innostamaan, koska ei osaa itse säädellä tunteitaan. Kun vauva tarvitsee tarpeen rauhoittua, ilmaisee hän sen itkemällä ja olemalla levoton. Vanhemman tulee vastata tähän rauhoittamalla vauvaa koko kehoaan käyttäen. Vauva otetaan hellään syliin, puhutaan rauhoittavalla äänellä ja heijataan. Samalla vauva aistii vanhemman sydämen sykkeen, hengityksen rytmin ja kosketuksen sävyn. Tätä tulee tehdä niin paljon ja niin usein kuin vauva sitä tarvitsee. Vauvan rauhoittamiskeinoista tärkein on kosketus. (Salo & Tuomi 2008, 10-11.)

Vauva tarvitsee myös aktiivisuutta. Yhdessä vanhemman kanssa syntyy innostuminen ja ilahduttaminen sekä kiinnostus muihin ihmisiin ja ulkomaailmaan. Vauvaa voi innostaa hyppyyttämällä, nauramalla, keinuttamalla ja laulamalla. Osoittamalla esineitä ja asioita ympäristöstä ja antamalla vauvan tutkia tavaroita käsillään, voi hän jakaa näitä kiinnostuksen ja innostuksen kohteita yhdessä vanhemman kanssa. Ensisijaisesti vauva on kiinnostunut oppimaan vanhemmistaan. Kun vauva kiinnostuu toisesta ihmisestä, alkaa hän oppia myös itsestään ja ympäristöstään. Siksi vuorovaikutusleikeistä tehdään innostavia, joissa vauva ja vanhempi ovat aina rooleissa. Kontaktin ottamisessa vauva on itse myös aloitteellinen. Hän viestii haluaako hän katsella omassa rauhassa ympärilleen, jutella, tulla syliin tai tarttua leluun. Kun vauvaan tutustuu, oppii tunnistamaan mitä vauva viestii. (Salo & Tuomi 2008, 10-11.)

Vauva ei tiedä miltä erilaiset asiat tuntuvat tai miltä niiden tulisi tuntua, siksi on erityisen tärkeää vauvalle seurata vanhemman ilmeitä. Vauvan tulisi olla sellaisissa asennoissa, joista näkee helposti vanhemman kasvot ja ilmeet. Olemalla vauvan lähellä, juttelemalla ja viestimällä ilmeillä, oppii hän elämässä tarvittavia taitoja. (Salo & Tuomi 2008, 11.)

Toimiva varhainen vuorovaikutus vanhemman ja vauvan välillä edellyttää vastavuoroisuutta. Tärkeää on kaksisuuntainen kasvokkainen vuorovaikutus, jossa äiti ja vauva muokkaavat, sopeutuvat ja muuttavat toimintaansa toistensa käyttäytymisen perusteella. Varhaisen vuorovaikutuksen laatua on kuvattu erilaisilla käsitteillä. Daniel Stern puhuu tunnetilojen yhteensovittamisesta, soinnuttamisesta. Eri tutkijat ovat käyttäneet käsitteitä emotionaalinen saatavillaolo, vastavuoroisuus ja samantahtisuus kuvaamassa vuorovaikutuksen laatua. Barnard on nimittänyt äidin ja vauvan varhaista toimivaa vuorovaikutusta ”valssiksi”, sillä se edellyttää molempien osapuolten yhteen soveltuvia askelkuvioita. Valssin kulkemiseksi kevyesti eteenpäin, vauva tarvitsee sekä määreeltään että laadultaan sopivaa vuorovaikutusta. Bernard korostaa, ettei varhainen vuorovaikutus ole vain toisen tahtiin sopeutumista, vaan kummankin osapuolen tulee olla aktiivinen. Vauvan vastuulla on tuottaa riittävän selkeitä viestejä, vihjeitä ja vastata vanhemman aktiivisuuteen. Vanhemman velvollisuus on vastata vauvan pieniinkin vihjeisiin, lievittää hänen pahaa oloa ja luoda kasvua edistäviä tilanteita. Häiriöitä ja katkoja vuorovaikutukseen aiheuttavat esimerkiksi vanhemman tiedon puute lapsen kehityksen normaalista kulusta sekä vanhemman stressi tai sairaus, jolloin hän ei pysty reagoi-

maan normaalilla tavalla lapsen tarpeisiin. Lapsella puolestaan saattaa olla ongelmia antaa riittävän selkeitä vihjeitä omista tarpeistaan esimerkiksi keskosuuden tai fyysisten sairauksien vuoksi. (Viljamaa 2003, 12.)

11.4 Keskosvauvan äidiksi ja isäksi kasvaminen

Perheen merkitystä keskosien hoidossa korosti jo vuonna 1907 neonatologian isä Pierre Budin. Budin kehitti lasiseinäisen keskoskehdon, jotta äiti ja hoitohenkilökunta pystyivät tarkkailemaan lasta seinämän lävitse, samalla kun seinämät suojasivat lasta ympäristön taudinaiheuttajilta. Hän oli ensimmäisiä, jotka toivat esille lapsen ja äidin erottamiseen liittyviä ongelmia. Infektioiden pelosta vanhemmat kuitenkin suljettiin vastasyntyneiden teho-osastojen ulkopuolelle aina 1970-luvulle asti, jolloin alettiin kiinnittää huomiota varhaiseen vanhempi-lapsi suhteen kehittymiseen ja havaittiin sen merkitys koko perheen näkökulmasta. (Korhonen 1996, 26.)

Ennenaikaiseen synnytykseen voidaan ja kannattaa varautua, jos raskaudessa kaikki ei suju normaalisti. Äiti saattaa joutua vuodeosastolle, jolloin normaaliksi koettu raskaustila muuttuukin sairaudeksi. Synnytys voi käynnistyä myös hyvin nopeasti ilman ennakoivia merkkejä siitä, että kaikki ei ole kunnossa. Äiti voi joutua sairaalaan kesken työpäivän ja synnytys tapahtua niin nopeasti, että äiti ei ehdi käsittämään, mitä oikein on tapahtumassa. Mikäli synnytys tapahtuu sektiolla nukutuksessa, äidille ei jää mitään mielikuvaa tapahtuneesta. Keskosien äidiksi ja isäksi tullaan valmistautumatta. Keskosvauva syntyy liian aikaisin, ennen kuin hän on valmis olemaan äidistään erossa, niin fysiologisesti kuin psykologisesti. Myös äidille ja isälle hänen ennenaikainen syntymänsä on traumaattinen kokemus, joka käynnistää heissä kriisireaktion. Aluksi olo voi tuntua epätodelliselta ja voi kulua aikaa, kunnes ymmärtää keskoskaapissa olevan vauvan omaksi. Usein isät ottavat tukijan roolin sairaalassa. Isät kuuntelevat äitejä, mutta eivät kerro omista tunteistaan, joka pidentää kriisin kestoa. (Armanto & Koistinen 2007, 299; Erlingson 2008.)

Raskauden aikana äidille kehittyy mielikuva tulevasta lapsestaan, ja kuvitelmat masuvauvasta ovat laadullisesti ja määrällisesti suurimmat seitsemännellä raskauskuukaudella. Mikäli lapsi syntyy juuri tässä vaiheessa, voi ero mielikuvavauvan ja todellisen pienen, hauraan keskosien välillä olla suuri. Jos lapsen ennustetta on pidetty heikkona jo raskausaikana ja mikäli lapsi syntyy huonokuntoisena vaatiessa pitkää tehohoitoa, voi äiti omista mielikuvissaan menettää lapsen jo ennen tämän syntymää eikä uskalla kiintyä lapseen uudelleen menettämisen pelossa. Äidin pelko lapsen menettämisestä saattaa jatkua vielä kotonakin. Keskoslapsen syntymän jälkeen äidit ja isät voivat joutua luomaan suhdetta vaativassa tehohoitoympäristössä. Tässä tilanteessa sairaalan hoitohenkilökunnalta vaaditaan ammattitaitoa ja moniammatillisen työ-

ryhmän tukea vanhempien ja lapsen välisen yhteyden ja vuorovaikutussuhteen tukemiseksi menettämisen pelon ja surun keskellä. (Armanto & Koistinen 2007, 299.)

Keskonen on aina erityisvauva. Lapsen syntymän jälkeen vanhemmat joutuvat opettelemaan hänen hoitoa henkilökunnan ohjauksessa ja sopeutumaan sairaalan rutiineihin ja hoitokäytäntöihin. Tästä syystä vanhemmaksi kasvaminen voi viivästyä. Jotkut äidit ovat kertoneet myöhemmin kokemastaan vierauden tunteestaan lastaan kohtaan sairaalahoidon aikana. Äidit kuvaavat tullessaan hoitamaan sairaalaan vierasta lasta, vaikka pitävätkin tätä omanaan. Sairaalakäynnit uuvuttavat, mutta kotonaolokin tuntuu oudolta. Vierauden tunne johtuu usein siitä, että lapsi ei ollut vielä valmis syntymään eikä äiti ollut valmis synnyttämään. Monissa sairaaloissa toimii keskoslasten vanhempainryhmä, sen tarkoituksena on koota yhteen samassa tilanteessa olevat perheet vertaistuen saamiseksi. Vanhempainryhmän tavoitteena on jakaa tietoa keskosuudesta ja keskosien hoidosta sekä valmentaa vanhempia jatkohoitoon ja kotiutukseen. (Armanto & Koistinen 2007, 299.)

Vanhempien kanssa pidetään sairaalassaoloaikana hoitopalavereja, joissa keskosien kokonaistilannetta käydään läpi lääkärin ja hoitajan kanssa. Vanhempien, sairaalan hoitohenkilökunnan ja terveydenhoitajien kanssa käydyissä keskusteluissa on noussut esille, että terveydenhoitajan käynti sairaalassa keskosien luona olisi tärkeää. Keskosien kotiutusta suunniteltaessa terveydenhoitaja voisi olla mukana keskustelemassa lapsen tilanteesta. Osastolla keskosien ja vanhemmat hyvin tunteva hoitaja voi informoida neuvolaa lapsen vointiin ja poliklinikkaseuraintoihin liittyvistä asioista. (Armanto & Koistinen 2007, 299.)

Jos äitiä raskauden aikana hoitanut terveydenhoitaja jatkaa lastenneuvolassa, on yhteistyö vanhempien ja neuvolan välillä saattanut jatkua katkeamatta lapsen ennenaikaisesta syntymästä huolimatta. Mikäli äitiys- ja lastenneuvola ovat eriytyneitä, vanhempien yhteydenotto neuvolan terveydenhoitajaan saattaa tapahtua vasta kotiutusvaiheessa. Terveydenhoitajan käynti lapsen luona osastolla yhdessä vanhempien kanssa voi olla rakentava lähtökohta perheen ja neuvolan väliselle yhteistyölle. Tietosuojaan ja avoimuuden takia terveydenhoitajan käyntiä suunniteltaessa on toivottavaa, että perhe ottaa yhteyttä neuvolaan käynnin sopimiseksi. Terveydenhoitajan käynti lapsen luona osastolla mahdollistaa yhteisen kokemuksen jakamisen helpommin. (Armanto & Koistinen 2007, 299.)

Useille äideille on hyvä kokemus tavata synnytyssairaalasta kotiututtuaan terveydenhoitajansa sovittuna aikana ja käydä yhdessä hänen kanssaan läpi raskauden loppuvaihe. Äitiysneuvolan ajanvaraukset perutaan keskosien synnyttyä, mutta lapsi ei vielä siirry lastenneuvolan asiakkaaksi. Äiti tarvitsee huolenpitoa tilanteessa, jossa hän ehkä kokee epäonnistumisen tunnetta. Raskauden päätyttyä ennenaikaiseen synnytykseen imetyskään ei välttämättä toteudu äidin mielikuvan ja toiveiden mukaisesti. Huoli lapsen voinnista saattaa vähentää maidontu-

loa, eikä maito ehkä riitä lapselle. Äitiä kannustetaan maidon pumppaamisen jatkamiseen ja pyritään kaikin tavoin edistämään maidoneritystä, mutta siihen ei kuitenkaan painosteta. Jos maidontulo loppuu, kerrotaan äidille, että lapsi kasvaa ja voi hyvin myös äidinmaidon korvikkeella. (Armanto & Koistinen 2007, 299.)

12 Vuorovaikutustanssi

Saattaa olla, että millään lääketieteen alalla ei ole yhtä lyhyen ajan kuluessa menty eteenpäin sellaisin harppauksin kuin lastenpsykiatriassa kirjoittaa, lastenpsykiatri Jari Sinkkonen Perhosen siivin, opas vuorovaikutustanssiin kirjassa. Syitä tähän hänen mukaan on useita. Tiedon lisääntyminen vauvan varhaisten kiintymyssuhteiden merkityksestä on mullistanut käsitystä elämän ensikuukausien psykologisista tapahtumista. Keskushermoston kuvantamismenetelmät ja videointi ovat kehittyneet nopeasti, ja näiden avulla on voitu osoittaa, että vauvan aivojen kehitys on yhteydessä siihen, mitä hänen ja hoivaajan välisessä vuorovaikutuksessa tapahtuu. Vastasyntyneen vauvan aivot painavat alle puoli kiloa ja ne ovat rakenteeltaan hauraat. Vuoden ikäisen lapsen aivot puolestaan painavat kilon verran, mistä voi päätellä, miten huimaavaa kehitys on ollut. (Jouhki & Markkanen 2007, 7-8.)

Vauvan aivoissa on suuri määrä hermosoluyhteyksiä, synapseja, joista vain pieni osa otetaan käyttöön, suuri osa niistä häviää käytön puutteessa. Jotkin aivojen alueet ovat vastasyntyneellä hyvin alkeellisia, ja ne tarvitsevat hyvää vuorovaikutusta kehittyäkseen. Aivot eivät kehity kuten pitäisi, mikäli vauvan hoitoa lyödään vakavasti laimin. Näkyy se myöhemmin esimerkiksi vaikeutena hallita omia yllykkeitä sekä vihamielisiä tunteita. Sanotaan jopa, että vähäinen tai epätydyttävä vuorovaikutus vauvan ja hoivaajien välillä heijastuu ”elimelliselle tasolle”, aivo-orgaaniselle tasolle ja se on yhteydessä myöhempiin vaikeuksiin ihmissuhteissa. (Jouhki & Markkanen 2007, 7-8.)

Vuorovaikutustanssi sopii monille erilaisille perheille. Vuorovaikutustanssi on mukava lisä niille vanhemmille, jotka jo entuudestaan osaavat seurustella vauvansa kanssa ja kuunnella vauvan rytmiä ja viestejä. Se on kerrassaan oivallinen väline sellaisille vanhemmille, jotka ovat joskus neuvottomia eivätkä oikein tiedä, miten vauvan kanssa tulisi olla ja mistä hän mahtaisi pitää. Näiden lisäksi se sopii tueksi ja avuksi niille äideille ja isille, joiden oma kehitys ei ole sujunut kolhuitta ja jotka sen vuoksi ovat arkoja vanhemmuutensa kanssa. (Jouhki & Markkanen 2007, 9-10.)

Vuorovaikutustanssin tavoitteena on saada aikaan onnistumisen ja mielihyvän kokemuksia niin vauvassa kuin vanhemmassakin. Tanssissa saadut kokemukset lujittavat vauvan äärimäisen tärkeitä varhaisia ihmissuhteita ja ne lähentävät vauvaa ja vanhempia toisiinsa. Kun vauva

kokee olevansa tasa-arvoinen kumppani, rakastettu ja ihailtu, on tälle pohjalle hyvä rakentaa hänen tulevaisuutta. (Jouhki & Markkanen 2007, 10.)

Vuorovaikutustanssi on psykologi Kirsi Määttäsen kehittämä dialoginen vauvatanssi- menetelmä. Kirsi Määttäsen ja Päivi Kosonen ovat kirjoittaneet kirjan Tanssitan vauvaani. Kirsi Määttäsen kehittämä dialoginen vauvatanssi sisältää 17 erilaista liikettä, joista neuvolatyössä on käytetty neljää tai viittä. Vanhemmilta ja vauvoilta saadun positiivisen palautteen perusteella vauvatanssin lyhyempi versio on osoittautunut helpoksi ja hyväksi. (Jouhki & Markkanen 2007, 14.)

Punainen lanka terveydenhoitajan työssä on hyvä vuorovaikutus jokaisen asiakkaan kanssa. Onnistunut yhteistyö vauvan vanhempien kanssa edellyttää myös yhdenlaista vuorovaikutustanssia - kuuntelemista, empatiaa, kuulluksi tuleamista ja yhteisymmärrystä. (Jouhki & Markkanen 2007, 15.)

Vuorovaikutustanssi lähtee siitä ajatuksesta, että vauvan liikkeet ja ajatus ovat yhtä. Vauvan liikkeet ovat hapuilevia ja jäsentymättömiä, mutta toistuvalla liikesarjalla jäsennetään liikkeitä ja samalla vauvan ajattelua. Kun vauva oppii liikkeet, alkaa hän viedä aikuista tanssiin. Hyvä vuoropuhelu syntyy, kun aikuinen seuraa ja on vauvan vietävänä. Vuorovaikutustanssin liikkeet vaikeutuvat aina vauvan iän ja kehityksen myötä. Vuorovaikutustanssi on vauvalle kiinnostavaa, koska hän saa viestejä monella aistilla yhtä aikaa: häntä kosketetaan, hänelle puhutaan ja samalla pidetään katsekontakti. Erilaisia vauvatansseja on useita; on baby bailatinoa, tanssileikkejä ja äiti- vauvatanssia. Vauvat osaavat nauttia kaikenlaisesta tanssista ja jumpasta. Silloin kun tanssi toimii vuorovaikutuksen keinona, siinä ei yleensä käytetä musiikkia eikä lauleta. Koska laulu tai musiikki helposti rytmittää liikkeiden avulla tapahtuvaa vuoropuhelua enemmän kuin vauvan oma liike. Jotkut äidit hyräilevät tanssin aikana hiljaa, se ei yleensä ole haitannut tanssin kulkua. Vuorovaikutustanssissa ei mitenkään treenata vauvaa eikä tehdä vähäkään vaarallisia liikkeitä. Siinä liikkeet ovat tavallisia jumppaliikkeitä, joita vauvan kanssa muutenkin tehdään. Ero on siinä, että vauva saa päättää mitä tehdään. Moni lasten parissa töitä tekevä on kertonut, että oma mummi tai vaari on tehnyt vuorovaikutustanssin tapaisia liikkeitä jo vuosikymmeniä sitten - onhan vauvojen kanssa jumpattu, tanssittu ja keinuttu aikaisemminkin. (Jouhki & Markkanen 2007, 33-34.)

13 Vanhemmuus ja sisarukset

Vanhemmuus merkitsee mahdollisuutta jatkuvaan omaan henkiseen kasvuprosessiin, lisäksi se on elämän mittaista sitoutumista kasvavaan lapseen. Jokainen meistä ihmisistä saa alkunsa, elämänsä lähtövarusteet, sekä mieheltä että naiselta, ja lähes kaikilla ihmisillä on kokemusta millaista on äidillinen ja isällinen vanhemmuus, joko omien vanhempien tai muiden läheisten

antaman hoivan kautta. Vanhempana oleminen ei ole nykyajan tietoyhteiskunnassa helppoa. Yhteiskunnan nopean kehityksen vuoksi entiset kotoa opitut mallit eivät päde eikä niillä välttämättä ole käyttöarvoa. Onkin todettu, että tietoyhteiskunta-ajan vanhemmat ovat aiempaa epävarmempia ja hämmentyneempiä. Vanhemmat toivovat neuvolasta kaikkia sosiaalisen tuen muotoja jonkin verran. Neuvolatyössä on kiinnitetty huomiota vanhemmuuden tukemiseen jo pitkään, isien osuus on kuitenkin jäänyt vähemmälle tarkastelulle. Miehissä ja isissä on huomattavissa lisääntyvää kiinnostusta lapsuuteen ja lasten kanssa olemiseen sekä kasvattamiseen. Vanhemmuuteen liittyy paljon haastavia asioita, vanhemmuuden roolikartan avulla se pystytään näkemään tuttuina arkisina kokemuksina, jota jokaisen vanhemman on mahdollista ymmärtää. Parisuhteen roolikartan perusajatuksena on, että hyvä parisuhde luo vahvan perustan hyvälle vanhemmuudelle. Vanhempien parisuhde toimii lapsen henkisenä kotina. Vanhempi-lapsi - suhteella on keskeinen merkitys lapsen myöhemmälle kehitykselle ja elämässä selviämiseksi. Se on kaiken perusta, jonka mukaan kehittyy lapsen minäkuva ja jolle hän rakentaa kaikki myöhemmät ihmissuhteensa. Keskosvauvan terveisiin sisaruksiin saattaa kohdistua suuria vaatimuksia ja odotuksia sairaan lapsen aiheuttaman pettymyksen vuoksi. Terve sisarus jää helposti vähemmälle huomiolle, kun keskosien hoito vie vanhempien aikaa ja voimavaroja, sisarus voi kokea itsensä hylätyksi. Sisarukset tarvitsevat avointa ja rehellistä keskustelua keskosien tilanteesta ja sen herättämistä tunteista. (Torkkeli 2001, 4; Viljamaa 2003, 9, 110; Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2008, 3; Armanto & Koistinen 2007, 449, 453; Korhonen 1996, 32, 40.)

13.1 Vanhemmuus

Vanhemmuus merkitsee toisaalta mahdollisuutta jatkuvaan omaan henkiseen kasvuprosessiin, toisaalta elämän mittaista sitoutumista kasvavaan lapseen. Aikuisen, niin miehen kuin naisen, näkökulmasta katsottuna vanhemmuus on paras mahdollinen ”elämäntaitokurssi”, se kypsyttaa ihmistä niin ihmisenä olemisen kuin ihmissuhdetaitojen osalta. Vanhemmuus antaa tilaisuuden jatkaa ja moninkertaistaa kaikkea omassa lapsuudessa koettua hyvää ja toisaalta poistaa, korvata, hyvittää ja ymmärtää koettua pahaa. Useille aikuisille vanhemmuus onkin pysyvin elämänilon lähde sekä syvin tarkoitus omalle elämälle. (Torkkeli 2001, 4.)

Jokainen ihminen saa alkunsa, elämänsä lähtövarusteet sekä mieheltä että naiselta ja lähes kaikilla ihmisillä on kokemusta millaista on äidillinen ja isällinen vanhemmuus, joko omien vanhempien tai muiden läheisten antaman hoivan kautta. Siten aikuinen ihminen on kykenevä toimimaan sekä ”isänä” että ”äitinä”, joka näkyy hyvin erityisesti yksinhuoltajaperheiden arjessa. Vanhemmuudessa onkin paljon molemmille sukupuolille yhteisiä ominaisuuksia, tehtäviä ja rooleja. Vanhemmuus on nykyään pitkälti jaettua, yhteistä vanhemmuutta. Vaikka yhänkin vanhemmuuteen vaikuttaa kulttuurin kantamat sukupuolisesti määrittävät näkemykset, on nyky-yhteiskunnassa äidit ja isät paljon aiempaa tasavertaisempia ja toistensa kaltaisia. Joten

isätkin ovat yhtä tärkeitä kuin äidit rakkauden antajina, ei vain rajojen asettelijana, samoin hoivan ja turvan tarjoajina sekä lapsensa kanssa leikkivinä ja lastaan opettavina aikuisina. Vaikka miehet ja naiset edelleen osoittavat ja jakavat tunteitaan läheisissä ihmissuhteissa ainakin jonkin verran eri tavoin, käyttävät ja täyttävät kummatkin sukupuolet yhtäläillä tätä vanhemmuuden keskeistä ydinmahdollisuutta lastensa kanssa. (Torkkeli 2001, 4.)

Vanhempana oleminen ei ole nykyaikaisessa tietoyhteiskunnassa helppoa. Yhteiskunnan nopean kehityksen vuoksi entiset kotoa opitut mallit eivät päde eikä niillä välttämättä ole käyttöarvoa. Onkin todettu, että tietoyhteiskunta-ajan vanhemmat ovat aiempaa epävarmempia ja hämmentyneempiä. Toisinaan vanhemmat tuntevat joutuvansa vastakkainasetteluun asiantuntijatiedon kanssa. Nykyajan arkipäivän vanhemmuus on vaativaa. Työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen vie vanhempien energiaa eikä se aina edes onnistu. Työpaikkojen perhemyönteisyydessäkin on havaittu vaihtelevuutta. Eri perhemuotojen olemassaolo on kyllä jo tiedostettu, mutta ei välttämättä niiden erilaisia tuen tarpeita. Isyyttä ja äitiyttä voidaan pitää sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakentuvina, jolloin vanhemmuutta ikään kuin rakennetaan, luodaan ja opitaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa elinympäristön kanssa. Neuvola on merkittävä vanhemmuuden tukija. Neuvola tavoittaa käytännöllisesti katsoen kaikki perheet lapsen odotuksen aikana sekä lapset ikäkausittain. ”Suomalaisella äitiys- ja lastenneuvolalla on vuosikymmenien ajan ollut tunnustettu asema äitien ja lasten hyvinvoinnin rakentajana”. (Viljamaa 2003, 9.)

Vanhemmuuden tukemista neuvoloissa oli tässä tutkimuksessa tarkasteltu vanhemmuuden ja sosiaalisen tuen pohtimisen viitekehyksessä: millainen neuvolan antama sosiaalinen tuki ja vanhemmuuden pohtiminen edistäisivät vanhempien mielestä lapsen kehitystä, perheen hyvinvointia tai hyvää vanhemmuutta? Vanhemmat toivoivat neuvolasta kaikkia sosiaalisen tuen muotoja jonkin verran. Eniten vanhemmat kuitenkin toivoivat tietoa, seuraavina olivat tunnetuki ja käytännönapu sekä vertaistuki. Tärkein ja eniten toivottu vanhemmuuden pohtimisen osa-alue oli sekä äideillä että isillä suhde lapseen. Seuraavina tulivat halu pohtia omaa itseä, muuttuvaa elämäntilannetta, suhdetta puolisoon ja viimeiseksi muuttuvaa suhdetta omiin vanhempiin. Lapsikeskeisyys ja tietopainotteisuus korostuivat vanhemmuuden tukemisen toiveissa. (Viljamaa 2003, 110.)

Vanhemmuuden vaihe toi sosiaalisen tuen ja vanhemmuuden pohtimisen toiveisiin eroja. Esikoislastaan odottavat äidit halusivat pohtia suhdetta lapseen enemmän kuin toista tai useampaa odottavat äidit. Esikoistaan odottavat isät odottivat enemmän tietotukea kuin toista tai useampaa odottavat. Oman itsen pohtiminen näytti olevan isille tärkeintä toista tai useampaa lasta odottaessa. Tämä ero oli merkittävä muihin isiin verrattuna. Sosiaalisen tuen toiveiden osa-alueiden tarkempi analyysi toi esille seuraavaa, äitiysneuvolavaiheessa äidit kaipaivat enemmän tietoa kuin tunne- tai vertaistukea. Lastenneuvolavaiheessa äidit, joilla oli jo

useampia lapsia tai yksi yli yksivuotias sen sijaan muista ryhmistä poiketen odottivat enemmän tunnetukea kuin tietotukea. Isillä puolestaan vastaavassa vaiheessa korostui tiedon toive. Äitien tunnetuen odotus tuli ilmi myös tutkittaessa äitien ja isien neuvolan vanhempainryhmiin kohdistamia odotuksiaan. (Viljamaa 2003, 110-111.)

13.2 Vanhemmuuden roolikartta

Vanhemmuuden roolikartta (kuviokuva 2) on vanhemmuuden tarkastelun ja arvioinnin apuväline. Vanhemmuuden roolikartan tausta-ajatukseksi on kysymys siitä, miten vanhemmuutta voitaisiin arkielämässä hahmottaa luontevasti ja selkeästi. Vanhemmuuteen liittyy paljon haastavia asioita, roolikartan avulla se pystytään näkemään tuttuina arkisina kokemuksina, jota jokaisen vanhemman on mahdollista ymmärtää. Ajatellaan, että roolikartta voi olla apuväline, jonka avulla vanhemman on aikaisempaa helpompaa havaita omassa toiminnassaan niitä muutostarpeita, jotka lapsen kehityksen näkökulmasta nousevat esille. (Armanto & Koistinen 2007, 449.)

Vanhemmuuden roolikartan käyttö ei edellytä teoreettista taustatietoa. Työskentelyä sen avulla helpottaa, mikäli käyttäjällä on roolin käsitteestä perustietoa ja hän ymmärtää lapsen normaalin kehityksen. Roolikartta on käytännönläheinen työväline. Roolikarttaa voidaan käyttää luovasti ja monipuolisesti, sen lähtökohtana on voimavarakeskeisyys ja helpotajaisuus. Kartan tavoitteena on helpottaa vanhempaa havaitsemaan vanhemmuuden ongelmallisia alueita sekä auttaa vanhempaa tunnistamaan omat vahvuutensa ja luottamaan muutoksen mahdollisuuteen. (Armanto & Koistinen 2007, 449.)

Vanhemmuuden roolikartan käsitteistö on ammennettu Jacob Levy Morenon (1889-1974) rooliteorioista. Rooli on luonteeltaan sosiaalinen, sillä se liittyy ihmisen sosiaaliseen asemaan ja vuorovaikutukseen. Samalla rooli on yksilöllinen, koska se on aina myös osa yksilön persoonallisuuden kehitystä. Merkittävää on, että roolit kehittyvät aina suhteessa lapseen eli vanhemman ja lapsen vastavuoroisen toiminnan kautta. Merkittävimmät vanhemmuuden roolit kypsyvät vähitellen vanhemmuuden myötä. Vanhemmuuden roolien kypsymisen lisäksi vanhempi voi myös tietoisesti kehittää omia roolejaan. Se mitä lapsi myönteiseen kehitykseensä tai hyvinvointinsa tueksi tarvitsee, on vanhempana toimimisen lähtökohta. Lapsen tarpeet ovat yksilöllisiä ja vaihtelevat esimerkiksi iän, kehitystilanteen, sukupuolen ja temperamentin mukaan. (Armanto & Koistinen 2007, 449-450.)

Vanhemmuuden kaikki roolit ovat tärkeitä, mutta riippuen lapsen eri kehitysvaiheesta roolien merkitys painottuu jonkin verran eri tavoin. Pieni lapsi tarvitsee välitöntä ja erittäin konkreettista huolenpitoa, jolloin huoltaja ja rakkauden antajan roolien merkitys on erityisen suuri. Kasvaessaan ja kehittyessään lapsi alkaa käsitteellistää asioita, jolloin elämässä tärkeiden

asioiden järjestelmällinen oppiminen ja omaksuminen ovat vanhemmuuden toteuttamisessa keskeisiä tavoitteita. (Armanto & Koistinen 2007, 452.)

Vanhemmuuden roolikartta sopii suhteellisen hyvin apuvälineeksi kenelle tahansa vanhemmalle. Vanhempien kanssa työskentelevät työntekijät voivat vanhemmuutta pohdittaessa antaa vanhemmalle roolikartan kotiin niin, että vanhempi tai molemmat vanhemmat arvioivat omaa vanhemmuuttaan omatoimisesti. Olisi hyvä, että vanhempien kanssa ensin käytäisiin keskustelu roolikartan peruspilareista, jotta tehtävä olisi vanhemmalle mahdollisimman luonteva ja arviosta tulisi todellista tilannetta vastaava. Ajatuksena on, että vanhemmuus toteutuu rooli-teorian mukaisesti suhteessa ja vuorovaikutuksessa lapseen, eikä ole olemassa yhtä yleistä vanhemmuutta. Näin vanhemman toiminta on aina yksilöllistä, lapsen tarpeista lähtevää toimintaa ja samalla tavalla lapsen kokemus saamastaan vanhemmuudesta on aina yksilöllinen. Jos perheessä on useampia lapsia, tekee vanhempi roolikartan avulla arvion jokaisen lapsen kohdalla yksilöllisesti. (Armanto & Koistinen 2007, 453.)

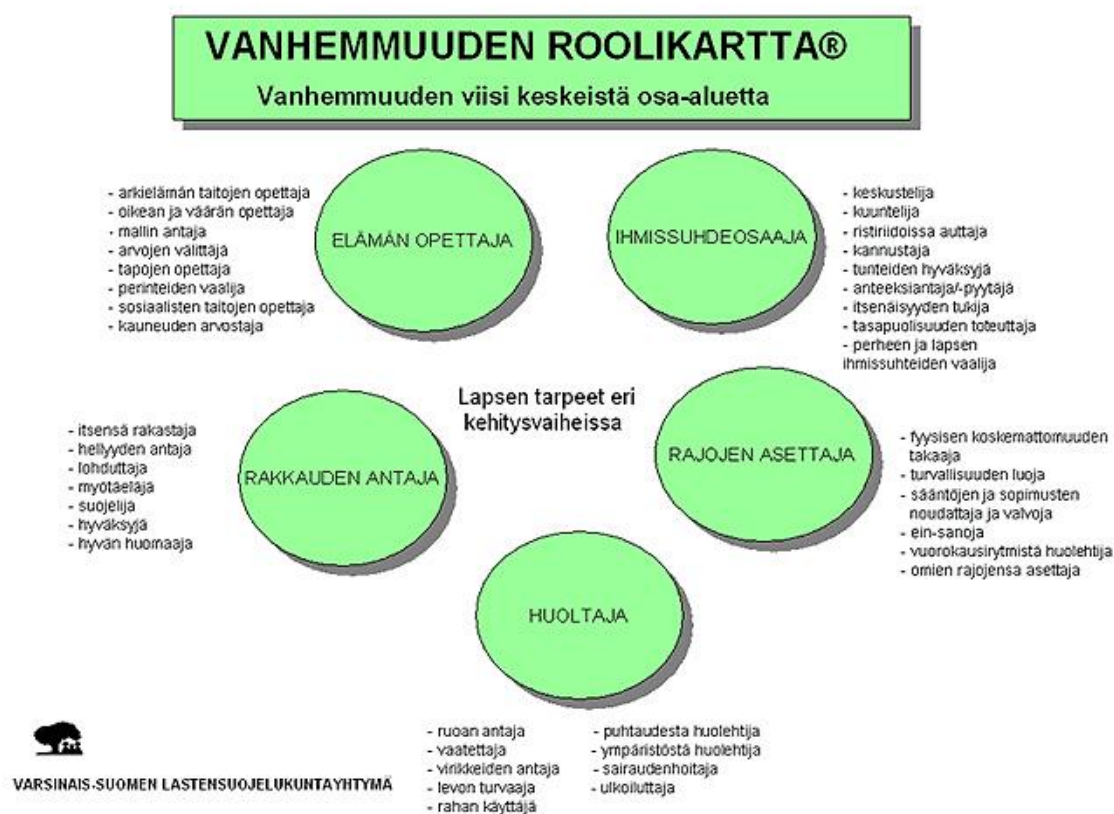
Terveystieteiden ammattihenkilöiden työssä on usein lähtökohtana se, että lapsen käyttäytymisessä tai kehityksessä on havaittu ongelmia. Ammattihenkilöllä voi olla etukäteen tietoa perheestä ja lapsesta. Työntekijän ensimmäisenä tehtävänä on tällöin, että hän määrittää mielessään lapsen ongelman ja suhteuttaa sen lapsesta ja vanhemmista saatavilla olevaan tietoon. Jo taustatietojen perusteella työntekijälle voi muodostua kuva lapsen saamasta vanhemmuudesta ja vanhemman toiminnasta. Työntekijän tärkeänä tehtävänä on luoda vanhempaan luottamuksellinen suhde. Lapsen tilanne nostetaan puheeksi niin, että alussa on toivottavaa ottaa esille lasta ja vanhempaa koskevia myönteisiä asioita. Vanhempien kanssa käydyissä keskusteluissa on tärkeää käyttää selkeää kieltä ja välttää ammattikäsitteiden käyttöä. Alkuun on hyvä pitäytyä kertomaan siitä, mitä on havaittu. Työntekijän tulee välttää tulkintoja. Tärkeää on myös tarkastaa, miten hyvin työntekijän havainnot vastaavat vanhemman tekemiä havaintoja. (Armanto & Koistinen 2007, 454.)

Työntekijä esittelee vanhemmalle Vanhemmuuden roolikartan perusteet ja käyttöidean. Ammattihenkilön on hyvä miettiä omaa rooliansa asiantuntijana, mutta samalla hänen on oltava yhteistyökumppani, joka arvostaa vanhemman asiantuntemusta lapsensa asioissa. Lapsen toimintaan liittyvät positiiviset asiat otetaan ensiksi esille ja etsitään yhtymäkohtia johonkin vanhemmuuden rooliin. Tässä on tarkoituksena osoittaa vanhemmalle, että hänen toimintansa tietyssä roolissa on myötävaikuttanut lapsen positiiviseen käyttäytymiseen. Vasta tämän jälkeen puheeksi otetaan lapsen ongelma, josta ollaan huolissaan ja yhdessä vanhemman kanssa etsitään yhtymäkohtia johonkin vanhemmuuden rooliin. Sitten uudelleen tarkistetaan vanhemman ja työntekijän havaintojen samanlaisuus. Tämän jälkeen voidaan vanhemmalle esitellä harjoitus, jossa vanhempi harjoittelee jossain tietyssä roolissa uutta toimintatapaa (esim. nukkumaan meno, ruokailu). (Armanto & Koistinen 2007, 454.)

Vanhemmuuden roolikarttaa käytettäessä eri kehitysasteet voidaan merkitä seuraavasti (Armento & Koistinen 2007, 451.):

- + sopivasti kehittynyt rooli
- ++ ylikehittynyt rooli
- alikehittynyt rooli
- puuttuva rooli
- o vihamieliseen toimintaan vääristynyt rooli

Kuvio 2. Vanhemmuuden roolikartta. (Varsinais-Suomen lastensuojelukuntayhtymä 1999)



Kun Vanhemmuuden roolikartan käsitteet ovat yleisellä tasolla tulleet tutuiksi vanhemmalle, työskentely etenee vanhemman suorittamaan itsearviointiin. Aluksi vanhemman itsearviointi saattaa olla vanhemmuuden pääroolien eli motivaatiroolien tarkastelua yleisellä tasolla. Myöhemmin työskentelyssä siirrytään myös alaroolien eli tavoiteroolien kehitysasteiden arviointiin. Tärkeää on, että työntekijä antaa harjoitusten aikana vanhemmalle myönteistä palautetta myös siinä tapauksessa että, vanhempi huomaa omassa toiminnassaan puutteita. Tällöin kysymys on siitä, että vanhempi pystyy arvioimaan itseään realistisesti. Työskentelyn kuussa työntekijä nostaa vähitellen esiin myös kyseenalaistavia ja kriittisiä näkökulmia ja kertoo käytännön esimerkein tilanteista, joissa vanhemman toiminta ja lapsen tarve eivät koh-

taa. Työntekijän tehtävänä on myös tehdä aloitteita sellaisista ratkaisuvaihtoehdoista, joita vanhempi voisi kokeilla tai ottaa omaksi kehitystehtäväkseen. Ammattihenkilö ja vanhempi keskustelevat vanhemman toiminnan muutoksista ja kehitystehtävässä edistymisestä. (Armanto & Koistinen 2007, 454-455.)

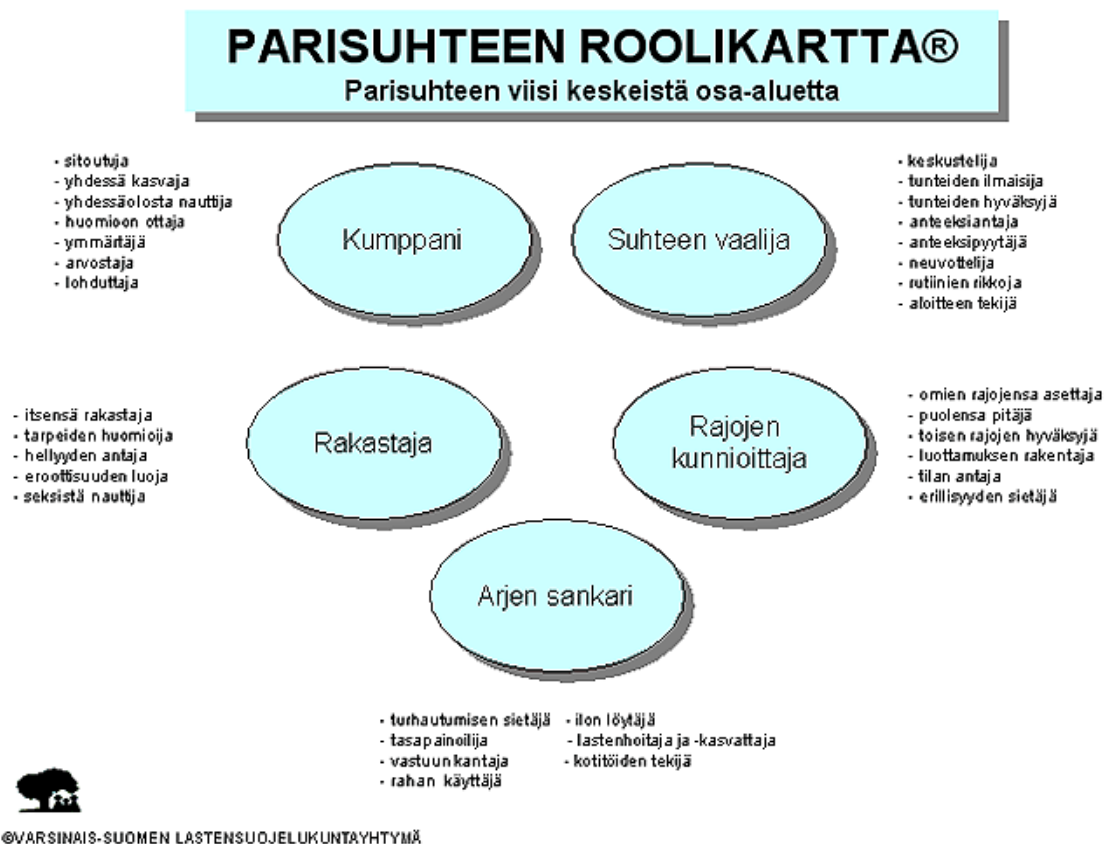
Muutoksen arviointi on jatkuva prosessi, joka on tärkeä osa vanhemman kanssa tapahtuvaa työskentelyä. Ammattihenkilön rooliin kuuluu työskentelyn aikana nousevien kysymysten esittäminen. Kysymysten esittämisessä on kuitenkin oltava joustava ja vanhemman ajatusten ja tunteiden huomioiminen on erittäin tärkeää. Vanhemman omille kokemuksille on annettava riittävästi tilaa. Persoonallinen ja luonteva asennoituminen edistää vanhemman kanssa käytävää vuorovaikutusta, johon kuuluvat myös työntekijän omat tunteet ja ajatukset. (Armanto & Koistinen 2007, 455.)

13.3 Parisuhteen roolikartta

Parisuhteen roolikartan (kuvio 3) perusajatuksena on, että hyvä parisuhde luo vahvan perustan hyvälle vanhemmuudelle. Parisuhteen eri roolit muodostuvat hierarkkisesti kolmeen tasoon, joita ovat motivaatio-, tavoite- ja tekoroolit. Päärooleja on kaiken kaikkiaan viisi ja ne kuvastavat niitä syitä, joiden vuoksi ihmiset haluavat olla parisuhteessa. Ihmisen toiminta omassa parisuhteessaan tavoittelee sen ylläpitämistä, vaalimista ja kehittämistä. Parisuhteen eri motivaatio-rooleja ovat arjen sankari, rakastaja, kumppani, rajojen kunnioittaja, kumppani ja suhteen vaalija. Motivaatio-roolit jakautuvat alarooleihin, niitä kutsutaan tavoiterooleiksi. Tavoiterooleilla kuvataan niitä tavoitteita, joihin parisuhteessa pyritään. Tavoitteiden saavuttaminen ja niihin pyrkiminen vaatii parisuhteessa tapahtuvia tekoja ja toimintaa. (Armanto & Koistinen 2007, 456-457.)

Parisuhteen roolikarttaa käytettäessä eri kehitysasteet voidaan merkitä kuten käytettäessä Vanhemmuuden roolikarttaa. Merkinnot toimivat roolikartan käyttäjän apuna ja ovat suuntaa antavia. Keskustelua voi ohjata merkintöjä seuraten siten, että keskustellaan mahdollisimman olennaisimmista asioista riippuen siitä, miten merkit on sijoitettu. Parisuhteen roolit kehittyvät koko ajan parisuhteen kestäessä. Pitkä parisuhde sisältää yleensä kumppanuuden kokemuksen, jota toteutetaan kumppanin roolissa. Pitkässä parisuhteessä on käytössä kaikki muutkin eri roolit. (Armanto & Koistinen 2007, 457.)

Kuvio 3. Parisuhteen roolikartta. (Varsinais-Suomen lastensuojelukuntayhtymä 2003)



Roolikarttaa käytettäessä kannattaa aluksi kumpaakin puolisoa pyytää arvioimaan sitä, mil-laista hänen toimintansa on parisuhteessa. Tällöin työntekijän rooli on suhteellisen passiivinen, taustakysymysten esittäjä. Tavoite on saada puoliset keskinäiseen keskusteluun omien itsearviointien pohjalta. Mikäli puoliset ovat kriisissä, edellytetään työntekijältä aktiivisempaa otetta. Ydinongelman määrittely voidaan tehdä roolikartan termein siten, että etsitään se motivaatiomalli, jonka alueelle ongelma näyttää sijoittuvan. Samassa yhteydessä voidaan tutkia, mikä yhteys kyseisellä roolilla on mahdollisesti muihin rooleihin. Puolisot saattavat olla eri mieltä, jolloin työntekijän näkemykset saattavat olla tarpeen. Kun ydinongelman kar-toitus on tehty, parisuhteen kysymyksiä tutkitaan yksityiskohtaisemmin. Tutkitaan tavoiteroo-leja ja niihin liittyviä tekoja eli toimintaa ja käyttäytymistä. (Armanto & Koistinen 2007, 457-458.)

13.4 Keskosien sisarukset

Kun perheeseen syntyy keskosvauva, isommat sisarukset eivät välttämättä ole vielä edes kuulleet, että heille on tulossa pikkusisarus. Keskosvauvan syntymä on hämmentävä kokemus sisaruksille. He kokevat monenlaisia ajatuksia ja tunteita. Vanhemmat miettivät, miten sisarukset

suhtautuvat pieneen vauvaan, joka makaa letkujen seassa ja asuu sairaalassa. Uuteen vauvaan sopeutuminen on vaikeaa niin vanhemmille kuin sisaruksillekin. Sisaruksille se voi olla jopa vaikeampaa, sillä he katselevat tilannetta peilaamalla vanhempiensa kasvoista. Perheessä eletään alkuaikoina keskosvauvan ehdoilla. Päivärytmi muuttuu, jotta sairaalassa käynnit mahdollistuvat. Vanhempien aika sisaruksien kanssa vähenee. Tämä voi aiheuttaa lapselle tunteen ulkopuolisuudesta eikä hän ymmärrä miksi vanhemmat tekevät hänelle näin. Sen takia on tärkeää antaa sisaruksille omaa aikaa yhdessä tai erikseen, niin kuin lapset sitä haluavat. On muistettava, että isompikin lapsi kaipaa syliä. Sisarusten on hyvä päästä tutustumaan uuteen perheenjäseneseen jo sairaalassa, jos he niin haluavat. Sisarukset kannattaa ottaa mukaan perheen tehtävään ja miettiä lapsen osuus tässä työssä. Keskosien terveisiin sisaruksiin saattaa kohdistua suuria vaatimuksia ja odotuksia sairaan lapsen aiheuttaman pettymyksen vuoksi. Terve sisarus jää helposti vähemmälle huomiolle, kun sairaan lapsen hoito vie vanhempien aikaa ja voimavaroja, hän voi kokea itsensä hylätyksi. Sisarukset voivat olla huolestuneita ja aggressiivisia jonkin aikaa. Häiriökäyttäytyminen sisaruksilla loppuu, kun perhe-elämä normalisoituu. Sisarukset tarvitsevat avointa ja rehellistä keskustelua keskosien tilanteesta ja sen herättämistä tunteista, jotta he kykenevät käsittelemään jotenkin vanhempien hätää ja hyväksyvät jatkuvat vierailut sairaalassa. Kun keskosien sisarukset tietävät syyn vanhempien kokemaan pahanolon tunteeseen, he eivät syyllistä itseään sen aiheuttajiksi. (Kevyt 2006, 98; Katajamäki & Gylden 2009, 138; Hengitysliitto (Heli); Korhonen 1996, 40-41; Erlingson 2008.)

Vanhempien kokemat tunteet heijastuvat sisaruksille. Tunnekirjossa on syyllisyyttä, häpeää, pelkoa, ylpeyttä, kiintymystä ja suojelua. Voimakkain tunne on pelko, johon sisältyy huoli vauvasta ja sen selviämisestä. Ei välttämättä uskalla kiintyä vauvaan, koska jos vauva kuolee, niin miltä sitten tuntuu. Sisarukset pelkäävät vauvan menettämisen lisäksi omien vanhempien menettämistä. Keskosisaruksen syntymä tuo usein ensimmäistä kertaa ajatuksen elämän rajallisuudesta. Vanhempien on hyvä puhua omista tunteistaan lapsen ymmärtämällä kielellä. Sisaruksille tulee myös selittää asiat niiden oikeilla nimillä sekä kertoa mitä vauvalle tehdään ja miksi se on kiinni hengityskoneessa ja letkuissa jne. Sisarukselle voi antaa vauvan syliin, jos se on mahdollista. Tämä lievittää pelkoa konkreettisesti, koska hän ymmärtää itse, että vauvalla on kaikki hyvin. Pelko voi ilmentyä lapsella myös niin, ettei halua mennä vanhempien mukana sairaalaan. Lapsi voi pelätä olla oma itsensä, koska on huolissaan vanhemmista ja vauvasta. Uhmaikäisellä sisaruksella uhmaikä saattaa siirtyä vuosiin, jolloin vanhemmilla on aikaa ”paneutua” paremmin asiaan. Lapsi osaa odottaa vuoroaan. Kun vanhemmilla on huolta, isommat sisarukset alkavat käyttäytyä kiltisti ja ovat avuliaita. Tilaisuuden tullessa, lapsi näyttää tunteensa jopa vuosien viiveellä. Lapset ovat sopeutuvaisia, myös vaikeisiin asioihin. Lasta tulee kuitenkin kannustaa olemaan oma itsensä. (Kevyt 2006, 98-100; Heli.)

Sisaruuuteen liittyy kateutta, voimakkaita ja ristiriitaisiakin tunteita. Keskosien syntymä monimutkaistaa näitä tunteita. Vanhempien huomiosta kilpaileminen saattaa saada ylisuuret mit-

tasuhteet, kun vauva on tullut kotiin. Sisarukset kaipaavat aikaa, jolloin vauvaa ei vielä ollut. Tällöin vanhempien on tärkeää varata aikaa vain sisarusten kanssa olemiseen, mielellään joka päivä. Ajan ei tarvitse olla pitkä. Esimerkiksi iltapalajahetki yhdessä voi helpottaa kateutta. Tällöin vanhempien tulee keskittyä täysin vain sisaruksiin. Lapsille tulee tunne, että vanhemmat ovat tasapuolisesti kaikkia heitä varten. Sisarukset saattavat tuntea myös katkeruutta vauvaa kohtaan. He joutuvat luopumaan vanhempien kanssa vietetystä ajasta ja mahdollisesti ystäväistään, koska vanhemmilla ei ole ollut aikaa sairaalakäyntien takia kuskata heitä. Lapsi, joka on ollut kotihoidossa, joutuu yllättäen sopeutumaan päivähoitoon äidin joutuessa sairaalaan. Lapsen on vaikeaa olla oma itsensä toiveineen, tarpeineen, pettymyksineen ja katkeruuden tunteen kanssa. Vanhempien on hyvä varautua ottamaan vastaan isompien sisarusten tunnekuohut ja osata kertoa asioista lasten ikätason mukaisesti. Mikäli lapsi käyttäytyy huonosti, häntä ei pidä arvioida ihmisenä pahaksi. Käyttäytymiseen ja tekoihin on kuitenkin puuttuttava, jotta perheen rajat ja säännöt pitävät. (Kevyt 2006, 99-100; Katajamäki & Gylden 2009, 138; Heli.)

Keskoslapsen syntymä voi vaikuttaa myös myönteisesti sisaruksiin. Vaikeuksien voittaminen vahvistaa sisarusten luottamusta selviytymiskykyynsä, he pärjäävät ja elämä jatkuu. Keskosvauvan hoitaminen vie vanhemmilta paljon huomiota ja aikaa, joten sisarukset oppivat selviytymään monista tilanteista yksin. Tällöin omatoimisuuden ja itsenäistymisen kehittyminen voi heillä nopeutua. Mikäli sisarukset saavat ottaa osaa vauvan hoitoon ja auttaa vanhempiaan askareissa, heidän oma-aloitteisuutensa ja vastuuntuntonsa kehittyvät. Tämä voi kohentaa itsetuntoa. Sisarukset kohtaavat ja käsittelevät erilaisia tunteita. Tämän vuoksi heidän empatiakyky kehittyy hyväksi. Sisarusten erilaisuuden ymmärtäminen ja hyväksyminen vahvistuvat. Perheen yhteenkuuluvuus sekä lasten ja vanhempien välinen tunneside vahvistuvat, koska ovat selvinneet vaikeista ajoista. Sisarusten oman tulevaisuuden kannalta tämä on tärkeää. Keskosen sisaruksia voidaan tukea osallistumaan hoitoon heidän ikäkaudelle tyypillisin keinoin, esimerkiksi leikki- ja kouluikäiset piirtävät innokkaasti kuvia keskoselle. Piirtäminen, leikki ja muu toiminta voi myös toimia sisarusten tunteita kanavoivana reittinä, joka antaa heille mahdollisuuden käsitellä keskosen syntymää ja siihen liittyviä ajatuksia. Keskustelut tuovat sisaruksille turvallisuutta ja yhteenkuuluvuutta. (Heli; Korhonen 1996, 40-41; Erlingson 2008.)

Keskoslapsen aloittaessa päivähoito, isommilla sisaruksilla voi tulla erittäin vahva suojele- ja puolustautumistunne häntä kohtaan. Vanhempien tulee tällöin kertoa sisaruksille, että vastuu pienimmästä sisaruksesta on päivähoiton henkilökunnalla ja he luottavat heidän ammattitaitoon. Kun huoli pikkusisaruksesta on yhteisellä sopimuksella laskettu päivähoitohenkilökunnan harteille, jää isommille sisaruksille aikaa olla omien kavereiden kanssa. (Kevyt 2006, 100.)

14 Isyys ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa

Isän kiintymysprosessin lapsen on oletettu etenevän samalla tavalla kuin äidinkin. Äidin kiintymysprosessi alkaa jo lapsen ollessa kohdussa. Isän kiintymysprosessin on todettu alkavan konkreettisesti vahvistua siinä vaiheessa, kun lapsi on syntynyt ja isä voi osallistua hänen hoitoonsa. Isän hoitoon osallistuminen tukee ja on tärkeä osa isä-lapsi-suhteen kehittymistä. (Korhonen 1996, 29.)

Miehissä ja isissä on huomattavissa lisääntyvää kiinnostusta lapsuuteen ja lasten kanssa olemiseen sekä kasvattamiseen. Vastuullinen isyys tarvitsee kaksi vahvaa tukipylvästä. Ensimmäinen niistä on lapsen näkökulman huomioon ottaminen perheen, päiväkodin ja koulun jokapäiväisen kiireen keskellä. Toinen niistä on aikuisen kahden tärkeän elämänalueen, työn ja perheen yhteispeli. Suomalaisen miehen, perheen isän tukiverkosto on yleensä pieni. Mannerheimin Lastensuojeluliiton (MLL) vapaaehtoistoiminnassa keskeisessä roolissa ovat innostuneet isät, jotka omilla elämänvalinnoillaan ja toiminnallaan, linkittävät isiä toisiinsa ja mahdollistavat tärkeän keskinäisen tuen. (Torkkeli 2001, 4.)

Sosiologit sanovat, että isyys on meillä rapautumassa ja monenlaistumassa. Enää ei ole itseltään selvää yhteistä ymmärrystä isyydestä, johon saattoi vedota vielä pari vuosikymmentä sitten. Mietittävää on, kohtaavatko yleensäkin tänä päivänä isyydestä eri tavalla ajattelevien puheet toisiaan? Useilla miehillä isyys kytkeytyy nykyään miehisyyteen - omaan identiteettiin miehenä - erilaisiin sidoksiin kuin aikaisemmin: nykyisin mies voi isänä tehdä ”niin hyvässä kuin pahassakin” asioita, jotka aikaisemmin olisivat uhanneet hänen miehisyyttään. Epäilemättä isillä on ollut ennenkin halua ja mahdollisesti myös salaista yritystä tehdä asioita toisin, mutta normin rikkomisen vaati aikaisemmin huomattavasti enemmän uskallusta, sillä kynnys oli nykyistä korkeampi. (Torkkeli 2001, 10-12.)

Hoivaavan ja hoitavan isän idea liittyy kiinteästi keskusteluun niin kutsutusta uudesta isyydestä, josta on puhuttu niin tutkijoiden kuin isäaktiivien keskuudessa jo yli kymmenen vuoden ajan. Koska ”uusi” isyys on ideana jo ”vanha” ja koska se on vieläkin enemmän teoriaa kuin käytäntöä, käytetään tässä työssä mieluummin termiä ”hoitava” isä tarkoittamaan miestä, joka toteuttaa isänä olemisessaan jaetun vanhemmuuden periaatteita. ”Hoitava” tai ”hoivaava” korostaa toisaalta sitä, että mies aloittaa isänä olemisensä jo lapsen syntymästä, toisaalta sitä, että niin varhaishoito kuin yleensä hoivan ja hellyyden antaminen kuuluvat isälle siinä missä fyysisemmätkin tai älyllisemmät vuorovaikutusmuodot. Tällä tarkoitetaan siis sitä, että hoitava isä romuttaa roolijakoon perustuvat äidin ja isän erot. Hoitavan isyyden keskeisenä lähtökohtana on se mullistava näkökulman siirto, jossa lapsenhoitoa ei nähdä biologiasta ohjautuvaksi naisille luontaiseksi toiminnaksi vaan hoitotyöksi, joka minkä tahansa työn tavoin opitaan vähitellen ja siinä harjaannutaan kokemuksen kautta. Asian näin ollessa, myös isä voi

oppia tyydyttämään täydellisesti lapsen tarpeet, eikä hoivan jakamiselle äidin kanssa ole todellisia esteitä. (Torkkeli 2001, 16.)

Isäksi tulevat miehet pitäisi ottaa erityisesti huomioon äitiysneuvoloiden perhe- ja isyysvalmennuksessa. Useissa neuvoloissa on jo niin tehty. Miehillä tulisi olla omaa ohjausta ja mahdollisuus keskustella miesten kesken isäksi tulon tunnoista. Vetäjänä voi olla naispuoleinen terveydenhoitaja tai kättilö, mutta keskustelujen teemat tulisi valita huolella miesten tarpeita palveleviksi. Erityisten isäryhmien perustaminen olisi kaikkein parasta vertaistukea varsinkin, jos ne voisivat jatkaa kasvuryhmien tapaan jopa vuoden tai pari lapsen syntymän jälkeen. Kokemuksen mukaan miesten puheenaiheet ja kysymykset laajenevat olennaisesti vasta lapsen syntymän jälkeen ja silloin kun kasvatukselliset asiat alkavat olla ajankohtaisia. (Torkkeli 2001, 20.)

Neurolatyössä on kiinnitetty huomiota vanhemmuuden tukemiseen jo pitkään, isien osuus on kuitenkin jäänyt vähemmälle tarkastelulle. Osa isistä on kokenut itsensä neuvolassa enemmän sivustaseuraajaksi kuin aktiiviseksi osallistujaksi. Myös osa neuvolassa työskentelevästä henkilökunnasta on pitänyt miesten kohtaamista neuvolassa haasteellisena. Koska valtakunnallista tietoa isyyden tukemisesta on vähän, teki sosiaali- ja terveysministeriö vuonna 2006 kyselyn, jonka tarkoituksena oli kuvata äitiys- ja lastenneuvoloissa isien tukemisessa käytettäviä toimintatapoja ja terveydenhoitajien valmiuksia sekä isätyön kehittämistarpeita. Aineisto kerättiin Internet-pohjaisella kyselylomakkeella Suomen kaikista äitiys- ja lastenneuvoloista vuonna 2006. Takaisin vastauksia saatiin 421 neuvolasta. (STM 2008, 3.)

Tulosten mukaan, isien tukemiseen neuvoloissa oli jo tuolloin kiinnitetty lisääntyvää huomiota. Isien käynnit äitiys- ja lastenneuvolassa olivat selvästi lisääntyneet viimeisten viiden vuoden aikana. Tutkimuksen mukaan valtaosa terveydenhoitajista tiedosti isien tukemisen merkityksen ja koki isien tukemisen luontevaksi osaksi omaa työtään sekä arvioi onnistuneensa isien tukemisessa tyydyttävästi. Terveydenhoitajan tavallisin tapa tavoittaa isät, oli antaa suullista tietoa äidin kautta. Noin kolmannes terveydenhoitajista järjesti isien mukaantulon kannalta tärkeitä iltavastaanottoja. Merkittävä osa terveydenhoitajista teki kotikäynnin vauvan syntymän jälkeen ja varmisti, että isä olisi tällöin kotona. Tutkimuksesta tuli ilmi, että yleisimmin isät osallistuivat perhevalmennukseen. Varsinaisten isäryhmien järjestäminen oli harvinaista. Isien tukemisen sisällöt olivat kuitenkin monipuolisia. Keskeisiä tukemisen aiheita olivat vanhemmuus, isän roolin tukeminen ja isän suhde lapseen. Terveyskeskusten johto ei kyselyn mukaan tukenut riittävästi isätoimintaa, vaikka tätä pidettiin edellytyksenä isien tukemisen kehittämiselle. Isien tukemiseksi oli tehty suunnitelma joka viidennessä terveyskeskuksessa. Kyselystä ilmeni, että suurin osa terveydenhoitajista koki valmiutensa isien tukemiseen täysin tai melko riittäviksi, mutta silti kaksi kolmesta terveydenhoitajasta toivoi lisää koulutusta ja aineistoja. Neurolatoiminta oli viiden vuoden aikana kehittynyt myönteiseen suuntaan myös

isien osalta. Huolestuttavaa oli, että eri neuvoloiden välillä näytti olevan huomattavia eroja isien tukemisessa. Tämä tulos merkitsee epätasa-arvoa erityisesti isien, mutta myös perheiden näkökulmasta. (STM 2008, 3.)

Isien käynnit yhdessä lapsen kanssa neuvolassa osoittavat miesten sitoutumista entistä enemmän lapseen ja vanhemmuuteen. Isien mukaantulo neuvoloihin tuo myös haasteita terveydenhoitajille kohdata isät miehinä ja erillisinä vanhempina. Isien aiempaa parempi mukaan saaminen edellyttää joustavien neuvolapalveluiden lisäksi työ- ja perhe-elämän kehittämistä lapsiperheen lähtökohdista. Perhekeskeisyys on määriteltävä uudelleen siten, että se pitää sisällään myös isät. Monet miehet, etenkin ensimmäistä vauvaa odottavissa perheissä, tarvitsevat lisärohkaisua, esimerkiksi oman erillisen kutsun tai muun yhteydenoton avulla. Isien tukeminen neuvoloissa edellyttää terveyskeskuksen johdon sitoutumista ja aktiivista toimintaa. Neuvolaan tarvitaan toimintatapaa, joka ottaa huomioon niin äidit ja isät kuin tytöt ja pojat. Tällainen toimintatapa edistää molempien sukupuolten tasa-arvoa ja jaetun vanhemmuuden toteutumista. Isien huomioon ottaminen miehinä ja isinä on yksi neuvolatyön lähivuosien haasteista. (STM 2008, 4.)

Tutkimuksessa: ”Terveydenhoitaja ensi kertaa isäksi tulevan miehen sosiaalisen tuen antajana” tarvittava tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelussa yhdeksältä terveydenhoitajalta. Haastattelujen teema-alueina olivat raskaudenaikainen ja synnytyksen jälkeisen isäksi kasvun sosiaalinen tukeminen. Tutkielman tarkoitus oli kuvata, millaista sosiaalista tukea äitiysneuvolan terveydenhoitajat kokivat antavansa esikoistaan odottavalle ja esikoisen saaneelle miehelle hänen isäksi kasvussaan. Tavoitteena oli saada tietoa, jota terveydenhoitajat voivat hyödyntää äitiysneuvolatoiminnassaan perhekeskeisyyden kehittämisessä ja erityisesti isyyden tukemisessa, siten koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. (Kastu 2002.)

Neuvolan terveydenhoitajat tutkimuksessa tukivat miehen isäksi kasvun prosessia emotionaalisen tuen avulla, joka koostui miehen kuuntelusta ja keskusteluista. Täten terveydenhoitajat mahdollistivat miehen tunteiden ja mielialojen ilmaisun. Terveydenhoitajat konkreettisesti tukivat miehen isäksi kasvua antamalla miehelle tietoa raskauden- ja lapsivuodeajan hoitoprosessiin liittyvistä asioista sekä miehen oikeuksista hakea perheelleen sosiaalisia etuuksia. Terveydenhoitajat informoivat miestä myös päihteisiin liittyvistä vaaroista. Terveydenhoitajien antama konkreettinen tuki miehen isäksi kasvussa ilmeni ajan ja tilanteen järjestämisenä. Neuvolan terveydenhoitajien miehelle antama aika mahdollisti miehen osallistumisen vastaanotolle ja tutustumisen omien aistiensa avulla kohdussa kasvavaan lapseen. Kotikäynnin tutkimukseen osallistuvat terveydenhoitajat toteuttivat miehelle sopivana ajankohtana. Terveydenhoitajien toiminnassa ilmeni miehen arvostus. Terveydenhoitajat auttoivat miestä löytämään vahvuuksiaan ja voimavarojaan isänä toimimiseen. Tuoreen isän itsetunnon vahvistaminen toteutui terveydenhoitajien toiminnassa miehen hoitotaitojen tukemisena, rohkaisuna

ja kiitoksen antamisena. Terveystenhoitajien miehelle antama positiivinen palaute tuki miehen psyykkisten voimien käyttöönottoa. (Kastu 2002.)

15 Kirjallinen ohjeistus

Kirjoittaminen on ajattelutyötä, joka on aikaa vievä prosessi. Kirjoittamistyö vaatii luonnostelua, suunnittelua ja muokkaamista. Silloin, kun eri toiminnot yhdistetään ketjuksi, syntyy prosessi. Kaikilla prosesseilla on alku ja päätös ja se toistetaan useita kertoja. Prosessi muodostuu pää- ja aliprosesseista, niiden seurauksena koko prosessin tuotos valmistuu. Viimeistelyvaiheessa hiotaan ilmaisua ja korjataan oikeinkirjoitusta. Prosessi on siis jatkumo, jonka tavoite on tietty tuotos. Kirjoittamisen tilanne ja tarkoitus ratkaisevat sen, kuinka paljon tekstiä hiotaan ja miten paljon koko työhön käytetään aikaa. (Leppänen 2006, 72; Kaloinen, Sunninen & Vallisaari 2008, 86-87.)

Kaikki kirjoitetut tekstit kertovat aina tekijästään. Ohjeet antavat paitsi neuvontaa ja ohjausta ne myös luovat kuvaa ohjetta jakavan organisaation johtamistavoista ja hoitoideologiasta. Sen vuoksi yksinkertaisia ”keittokirjareseptejä” ohjeiden tekoon ei voida antaa. Kaikkien ohjeita laativien instanssien on kehitettävä oma tapansa tehdä ohjeita. Hyvä ohje palvelee juuri kyseenomaisen laitoksen väkeä, niin henkilökuntaa kuin asiakkaitakin. Käytännön työn tarpeet ja pulmat ovat ohjeen kirjoittamisen lähtökohtana. Ohjeiden kirjoittamisen lähtökohtia on kaksi, on yksikön tarpeet ohjata asiakasta toimimaan ”oikein”, siis järjestelmän hyvinä ja tarkoituksenmukaisina pitämien mallien mukaisesti, lisäksi on asiakkaan tarve saada olennaista tietoa. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34-35.)

Toiminnallisesta opinnäytetyöstä selviää miksi, mitä ja miten se on tehty, millainen työprosessi on ollut sekä millaisia tuloksia ja johtopäätöksiä on saatu. Raportista tulee ilmi, miten prosessia, tuotosta ja oppimista arvioidaan. Opinnäytetyö on ammatillisen ja persoonallisen kasvun väline, joka kertoo tekijän ammatillisesta osaamisesta. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu kirjallinen tuotos eli produkti ja raportti. Raportissa selostetaan oppimista ja prosessia, tuotoksessa puhutellaan sen kohde- ja käyttäjäryhmää. Produktissa tulee ottaa huomioon kohderyhmän ikä, asema ja tietämys aiheesta sekä tuotoksen käyttötarkoitus ja erityisluonne. Produkti, joka sisältää tekstiä voi olla ohje- tai opaskirja, cd-romin käsikirjoitus ja kansitekstiosuus tai portfolion esittely- ja selostusteksti. (Vilka & Airaksinen 2003, 65,129.)

Tietoturvallisuuden tarkoitus on suojata tiedon eheys, käytettävyys ja luottamuksellisuus. Tiedon käytettävyydellä tarkoitetaan tiedon oikean käyttäjän mahdollisuutta käsitellä, synnyttää, muuttaa, hyödyntää, siirtää sekä tarvittaessa tuhota tieto. Tiedon käytettävyys on yhteydessä työn tehokkuuteen ja laatuun. Tietoturvallisuudella varmistetaan, että tiedon käyttäjä pystyy kaikissa työhönsä liittyvissä olosuhteissa hyödyntämään fyysisessä muodossa

sekä tietojärjestelmissä olevaa organisaation omistuksessa olevaa tietoa. Tiedon eheys koostuu aina käytön kohteena olevasta tietokokonaisuudesta. Tieto on ehjää silloin, kun se on kokonaisuudessaan käytettävissä. Tieto on muuntumatonta tiedon oikeellisuuteen nähden ja se on käytettävissä sellaisessa muodossa, joka mahdollistaa tietojenkäsittely prosessin kokonaisen toteuttamisen, eikä tietoa ole vääristelty tai muutoin muutettu. (Leppänen 2006, 260.)

Tietojen luottamuksellisuuden merkitys korostuu tiedon sisällön merkittävyyden kasvaessa. Luottamuksellisuuteen kuuluu tiedon käytön oikeutus. Tiedon merkittävyyden ja sen väärinkäytöstä mahdollisesti aiheutuvien vahinkojen perusteella voidaan määritellä tiedon luottamuksellisuus. (Leppänen 2006, 260- 261.)

Painoasun tuttuus tekstissä on merkittävä luotettavuustekijä, tämän vuoksi kirjasintyyppin valinta on ensimmäisiä askeleita ulkoasun suunnittelussa. Kirjasintyyppijä on tarjolla valtava määrä, mutta käytännössä vain pieni osa toimii kussakin käyttöyhteydessä. Kirjateksteissä on käytetty antiikvaa jo 1400-luvulta lähtien, groteskit yleistyivät vasta 1900-luvun alussa. Miellipiteet antiikvan paremmuudesta ovat edellä mainittuun ikäeroon pohjautuvia. Kirja ja lehdet suosivat antiikvaa sen virallisuuden ja uskottavuuden vuoksi. Päätteetön teksti voi olla kuitenkin raikkaampaa ja antaa avoimen ja puhtaan vaikutelman. Hyvä tekstin luettavuus voidaan saavuttaa kummallakin tyylillä, jos tekstin asetukset on säädetty oikein. (Bastman 2003, 14.)

Luetun tekstin ymmärtäminen tarkoittaa sitä, että lukija pystyy toistamaan ja selittämään olennaisen sisällön näkemästään tai kuulemastaan. Oikeakielisuus ja ymmärrettävyys kulkevat rinnakkain. Ymmärrettävä kieli on myös hyvää Suomen kieltä. Sanoman ymmärrettävyyteen vaikuttavat sekä kieliasu että sisältö. Mitä tutumpi ja havainnollisempi sanoman sisältö on, sitä helpommin se ymmärretään. Tekstin ulkoasulla on vaikutusta sen ymmärrettävyyteen havaintopsykologisten tekijöiden kautta. Kieleen vaikuttavat lauserakenteet ja sanavalinnat, oudot sanat ja monimutkaiset lauseet ylikuormittavat muistia. Tekstin luettavuudella tarkoitetaan selvää painojälkeä tai käsialaa, kieliasua, kirjoitustyylin helppoutta ja ymmärrettävyyttä sekä tekstin sisällön herättämää mielenkiintoa. (Bastman 2003, 13; Torkkola ym. 2002, 46.)

Vaikea teksti pitää sisällään paljon pitkiä, hankalia ja harvinaisia sanoja, monimutkaisia lauseita sekä runsaasti määreitä. Se miten paljon ammattisanastoa voi käyttää tekstissä, riippuu siitä kenelle teksti on kirjoitettu. Mikäli teksti on tuotettu toiselle asiantuntijalle, joka omaa saman sanavaraston ja erityistermistön, voi näitä sanoja käyttää huoletta. Sanojen ja kirjainten väliin jäävä tyhjä tila on luettavuuden näkökulmasta yhtä tärkeä kuin itse merkit. Liian kapeat tai leveät välit heikentävät sanakuvia ja siten vaikeuttavat lukemista. Tuotetun tekstin koko, rivin pituus ja riviväli määrittävät kirjain- ja sanapituuden. Hyvänä käyttötekstinä

on jo jonkin aikaa pidetty tehokasta ja selkeää tekstiä. Niiden korostaminen on syrjäyttänyt tekstin sellaisia piirteitä, jotka toisivat tekstiin selvemmin eri tasoja. Mahdotonta on määrittellä yksiselitteisesti hyvää tekstiä, siksi kannattaa tarkastella sitä, millaisia ominaisuuksia hyvällä tekstillä yleensä on. Hyvästä tekstistä tulee ilmi tekstin tavoite. Tekstin tavoite voi olla tiedon välittäminen, ohjaaminen, vaikuttaminen, pohtiminen tai itseilmaisuus. Hyvän tekstin eri osat kytkeytyvät toisiinsa. (Bastman 2003, 14; Lisa & Piehl 1997, 417- 420; Uimonen 2003, 81.)

Taitto määritellään graafisten elementtien sijoitteluna suunnitellulle taittopohjalle. Taiton pääsääntönä on rauhallisuus. Taitossa pyrkimys on selkeyteen, havainnollisuuteen, informatiivisuuteen ja luettavuuteen. Onnistunut taitto on näiden lisäksi esteettisesti miellyttävä ja visuaalisesti mielenkiintoinen. (Bastman 2003, 15.)

Kuvien sijoittelun ei tarvitse ehdottomasti noudattaa tekstiä. Tärkeämpiä seikkoja ovat sivun sommitelmallinen kokonaisuus ja kuvissa oleva liikesuunta. Kuvituksen sisällön tulee tukea tekstin sanomaa. Oikein valittu kuva antaa tekstille lisäarvoa ja havainnollistaa sitä. Kuva kertoo olennaisimman ja parhaassa tapauksessa se antaa lisäarvoa tekstille. Suuri kuva havaitaan parhaiten. Vaakakuva on pystykuvaa parempi, ja värien käyttö lisää kuvan huomioarvoa silloin kun vain osa kuvista on värillisiä. Paras paikka kuvatekstillemme on kuvan alla. Kuvien hajajointelu vaikeuttaa yhdistämistä ja voi ärsyttää lukijaa. (Bastman 2003, 15.)

16 Keskuskansion luotettavuus ja käyttökelpoisuus

Ohjauksesta käytetään monia käsitteitä samassa tarkoituksessa. Sen vuoksi ohjausta on vaikeaa hahmottaa teoreettisesti ja siitä on myös vaikea keskustella käytännön työssä. Ohjauksen käsitteitä ovat mm. neuvonta, tiedon antaminen ja opetus. Sopiva ympäristö ja ajankohta ovat tärkeitä ohjauksen onnistumiseksi. Ohjeiden antamiseen tulee valita mahdollisimman rauhallinen ja häiriötön tila, sellainen joka takaa asiakkaan yksilöllisyyden. Aika, joka ohjaukseen on käytettävissä, on usein lyhyt. Tämän vuoksi ohjauksen sisältö tulee suunnitella siten, että siihen varatussa ajassa ehditään käydä läpi kaikki asiakkaalle tärkeät asiat. Asiakkaan ikä, persoonallisuus, koulutus, näkö ja kuulo ovat ohjaustilanteeseen vaikuttavia seikkoja. Asiakasta on hyvä rohkaista kysymään asioista, jotka ovat jääneet hänelle epäselviksi. (Kyngäs & Hentinen 2009, 78; Torkkola ym. 2002, 30-31.)

Asiakas arvostaa ammattitaitoista hoitajaa, joka tuntee ohjattavan asian hyvin ja osa vastata esitettyihin kysymyksiin ymmärrettävästi. Ohjauksen onnistumisessa on terveydenhoitajan opetus- ja viestintätaidoilla suuri merkitys. Asiakkaat toivovat terveydenhoitajien olevan helposti lähestyttäviä, empaattisia, ystävällisiä, hienotunteisia sekä kiinnostuneita heidän pul-

mistaan. Suullisesti annettu ohjaus ei usein riitä, vaan se tarvitsee tuekseen kirjoitettuja ohjeita. (Torkkola ym. 2002, 25, 32.)

17 Opinnäytetyön eteneminen ja toteuttaminen

Saimme Klaukkalan neuvolan terveydenhoitaja Jaana Salmiselta toimeksiannon opinnäytetyölle syyskuussa 2010. Ryhdyimme heti keräämään lähdemateriaalia, jotta saimme palautettua aiheanalyysin marraskuussa 2010. Th Salmisen kanssa pidettiin palaveri keskoskansion sisällöstä 14.3.2011. Ensimmäinen tapaaminen ohjaavan opettajan Aila Murron kanssa oli 25.5.2011, jolloin saimme ohjausta opinnäytetyön prosessiin sekä teorian kirjoittamiseen. Kesästä 2010 kevääseen 2011 keräsimme aineistoa ja kirjoitimme teoriaa. 10.4.2012 oli koululla tutkimussuunnitelmaseminaari. 19.4.2012 teimme th Salmisen kanssa tilausta Nurmijärven kunnalle Klaukkalan neuvolassa kansion materiaaleista. Tapaamisessa tuli ilmi, että tilaaja on suunnitellut keskoskansiota jaettavaksi myös Nurmijärven kirkonkylän ja Rajamäen neuvoloihin. Me opinnäytetyöntekijät olimme ymmärtäneet, että keskoskansio tehdään vain Klaukkalan neuvolaan. Kansioita tehdään neuvoloihin yhteensä neljä kappaletta. 20.4.2012 oli opinnäytetyön ohjaus Aila Murron kanssa Hyvinkään Laureassa, jossa saimme positiivista palautetta tähän asti tekemästämme työstä sekä pieniä muutosideoita teorian sisällysluetteloon liittyen ja ohjausta kirjallisen työn loppuun saattamiseen. Ennen julkaisuseminaaria työstimme keskoskansioita ja korjattiin opinnäytetyötä lehtori Ilkka Mönkkösen ohjeiden mukaisesti. Laura Jatala piirsi kuvia, jotka laitoimme keskoskansioihin. 21.5.2012 menimme esittämään opinnäytetyömme Hyvinkään Laureaan julkaisuseminaariin. Kävimme esittelemässä ja luovuttamassa keskoskansiot Klaukkalan neuvolaan julkaisuseminaarin jälkeen. Lisäksi tämän parin vuoden ajan kestäneen opinnäytetyöprosessin aikana olemme käyneet keskusteluja ja saaneet ohjausta lehtori Murrolta, th Jaana Salmiselta ja toisiltamme useita kertoja myös sähköpostitse ja puhelimitse.

Opinnäytetyömme tavoitteena on luoda Nurmijärven kunnalle toimiva keskoskansio terveydenhoitajille neuvolaan työkaluksi kohdatessaan keskosperheitä. Tekemämme kansion tavoitteena on yhtenäistää keskosperheiden saamaa neuvolapalvelua Nurmijärvellä. Kansion tavoite on saattaa teorian tieto käytäntöön terveydenhoitajille. Kansio tulee sisältämään keskeisimmät asiat, jotka terveydenhoitajan tulee huomioida silloin, kun asiakkaaksi tulee terveen keskoslapsen saanut perhe. Kansio antaa terveydenhoitajille valmiuksia kohdata keskosperhe paremmin, yksilöllisesti, selkeästi ja ymmärrettävästi. Keskoskansio perustuu uusimpaan käytössä olevaan tietoon.

Keskoskansio annettiin Nurmijärven kunnan neuvoloihin: Klaukkalaan (2 kpl), Kirkonkylälle (1 kpl) ja Rajamäelle (1 kpl), terveydenhoitaja Jaana Salmiselle (1 kpl), lehtori Aila Murrolle (1 kpl) ja opinnäytetyön tekijöille (2 kpl). Keskoskansiot koottiin, kun opinnäytetyön kirjallinen

raportti oli valmis ja olimme olleet tutkimussuunnitelmaseminaarissa. Kansiot koottiin teoria-työn pohjalta. Lähteenä kansioille käytettiin laajaa kirjallisuuskatsaukseen perustuvaa tekemääme opinnäytetyötämme. Kansioista tuli fyysisiä kansioita, joita on mahdollisuus päivittää tarpeen mukaan, jotta niiden käyttöikä olisi mahdollisimman pitkä.

Keskuskansiota tehtiin yksi kappale, jota kopioitiin seitsemän kappaletta. Kansiot ovat pehmeäkantisia, joissa tieto on A4 - kokoisella valkoisella paperilla. Paperit ovat muovitaskuissa, siten että kaksi paperia on vastakkain, jotta tilaa säästyisi kansiossa. Fontiksi olemme valinneet Arialin kokoa 12. Keskuskansioissa oleva tieto on koottu laajaan kirjallisuuskatsaukseen perustuvasta opinnäytetyöstämme. Keskuskansiot sisältävät opinnäytetyön tekijöiden mielestä keskeisimmät asiat tästä työstä. Kansioissa on 62 sivua. Papereiden oikeassa yläkulmassa on juokseva sivunumerointi. Kansilehti on kansion päällä olevassa muovitaskussa. Kansioihin on tehty sisällysluettelot sivunumeroineen helpottamaan tiedon etsimistä. Keskuskansioon on tehty johdanto, missä tulee ilmi työn tekijät ja tekijänoikeudet. Pyrimme tekemään kansioista helposti luettavia tekemällä paljon kappalejakoja tekstiin. Laura Jatala on piirtänyt keskosuuteen liittyviä kuvia, joita olemme käyttäneet kansiossa elävöittämään työtä. Keskuskansioissa on työn lopussa vauvahierontaohjelma kuvineen, vuorovaikutustanssin ohjeet kuvineen sekä vanhemmuuden ja parisuhteen roolikartat ja Laura Jatalan käsin kirjoittamia loruja vuorovaikutuksen tueksi. Ne on laitettu vain keskuskansioihin, koska ne on yleisesti käytettyjä menetelmiä, joita terveydenhoitajat voivat halutessaan antaa keskoslasten vanhemmille. Emme kokeneet tarpeelliseksi lisätä niitä tähän jo muutenkin laajaan työhön. Keskuskansio ei ole liitteenä tässä työssä, koska tässä vaiheessa haluamme pitää tekijänoikeudet itsellämme.

18 Pohdinta

Tämä meidän opinnäytetyömme oli pitkä prosessi. Se vaati välillä työn sivuun laittamista, jolloin ajatuksille saatiin tilaa. Käytettyä aikaa tämän työn tekemiseen ei ole kirjattu ylös, olisi ollut hyvä laittaa. Tekstin ulkoasuun kiinnitimme erityistä huomiota sekä tiedon luotettavuuteen. Haasteena meillä oli koko ajan se, mistä saamme mahdollisimman tuoretta tietoa. Tieto on ollut pieninä palasina eri lähteissä. Keskosista ei ole uusia kirjoja tehty. Käytimme Anne Korhosen klassikoita uudemman tiedon puutteessa, koska niissä oleva tieto on luotettavaa. Ensitapaamisella terveydenhoitaja Jaana Salminen esitti toiveita, mitä keskuskansion olisi hyvä sisältää. Otimme työhön hänen toivomansa asiat. Opinnäytetyömme raportista tuli tämän vuoksi melko laaja, koska toiveita oli monia ja kaikesta mitä kansioon laitoimme, tuli raportissa olla tietoa. Toivomme tekemämme keskuskansion palvelevan terveydenhoitajia työssään keskosperheiden kanssa toimiessa.

Opinnäytetyömme aiheeksi toivoimme tarkasti rajattua aihetta, jonka kuvittelimme keskuskansion olevan. Työstämme tuli laaja, koska keskosuuteen liittyy hyvin paljon eri asioita. Nyt

pohdimme, että olisi ollut hyvä keskittyä vain yhteen aihealueeseen (esim. keskosien imetys), jotta opinnäytetyöstä ei olisi tullut niin laaja. Tällöin kansioista ei olisi tullut näin monipuolinen eikä tilaajan toive olisi toteutunut.

Teoriaa kirjoittaessa huomasimme, että keskosien hoidossa ja kehityksessä kaikki asiat limityvät olennaisesti toisiinsa. Tämän takia kirjallisessa työssämme toistuu samoja asioita eri aihealueiden alla. Koimme, että tiukka rajaus tekstissä olisi jättänyt pois tärkeitä asioita, jotka liittyvät toisiinsa.

Koimme keskoskansion teon nopeaksi ja helpoksi, koska teoriaa oli jo kirjoitettu laajasti. Ei tarvinnut hakea lisää tietoa kansiota tehdessä. Käytimme kansiossa mielestämme opinnäytetyöstämme keskeiset ja tärkeimmät keskosuuteen liittyvät asiat, joita neuvolassa tarvitaan. Onneksi teimme laajan kirjallisuuskatsauksen.

Meidän yhteistyö oli erittäin sujuvaa. Meidän näkemys opinnäytetyöstä oli samanlainen. Vaikka muutoksia oli, olimme niistä silti samaa mieltä. Koko opiskelun ajan olemme tehneet ryhmätyöt yhdessä, jonka ansiosta olemme oppineet tietämään kuinka toinen toimii. Sen takia opinnäytetyön teko yhdessä oli helppoa. Aikaa oli toisinaan kovin vähän muiden koulutöiden ja töiden takia. Olimme kuitenkin osanneet suunnitella ajankäytön niin, että työ valmistui aikataulussa.

Kehitysideana ehdotamme, että esimerkiksi opinnäytetyönä voisi tehdä lehtisen keskosvanhemmille, joka sisältää keskosuuteen liittyvät keskeiset asiat. Sitä voisi jakaa Nurmijärven neuvoloissa keskosperheille.

Lähteet

- Arffman, S. & Hujala, N. 2010. Ravitseminen neuvolatyössä. Helsinki: Edita.
- Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.
- Axelin, A. 2010. Parents as pain killers in the pain management of preterm infants. Turku: Turun yliopisto.
- Bastman, V. 2003. Räätelöityä viestintää, suomenkielinen työohjeisto maahanmuuttajanaisten ammatillisen kompetenssin vahvistajana. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelut.
- Brodén, M. 2006. Raskausajan mahdollisuudet. Helsinki: Gummerus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. 15., uudistettu painos. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.
- Huttunen, N-P. 2002. Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WSOY.
- Iisa, K. & Piehl, A. 1997. Tekstin tekijän käsikirja. Espoo: Wellprint.
- Jouhki, T. & Markkanen, R. 2007. Perhosen siivin, opas vuorovaikutustanssiin. Helsinki: Edita Prima.
- Kaloinen, M-L., Suntinen, R. & Vallisaari, M. 2008. Viesti ja vaikutus. 3., uudistettu painos. Porvoo: WSOY.
- Kantero, R-L., Levo, H. & Österlund, K., 2000. Lasten sairaanhoito. 2.-3.painos. Porvoo: WSOY.
- Kastu, A. 2002. Terveystietäjä ensi kertaa isäksi tulevan miehen sosiaalisen tuen antajana. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Katajamäki, M. & Gylden, O. 2009. Suomalainen vauvakirja. Helsinki: Otava.
- Keskosvanhempien yhdistys Kevyt. 2006. Kevyt pienokainen. Tietoa keskosesta vanhemmille. Etelä-Savon Kirjapaino.
- Korhonen, A. 1996. Keskosen hoitotyö. Helsinki: KY.
- Korhonen, A. 1999. Elämän ensitaidot, erityisvauvan kehityksen tukeminen. Helsinki: KY.
- Koskinen, K. 2008. Imetysohjaus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY
- Leppänen, J. 2006. Yritysturvallisuus käytännössä, turvallisuusjohtamisen portfolio. Jyväskylä: Gummerus.
- Lind, A. 2008. Vyöhyketerapia refleksologia koliikkivauvan hoidon tukena. Tampere: Medika nova.
- Minkkinen, L., Jokinen, S., Muurinen, E. & Surakka, T. 1997. Lasten hoitotyö. 4., uudistettu painos. Helsinki: KY.
- Morris, D. 2008. Vauva. Helsinki: Tammi.
- Muurinen, E. & Surakka, T. 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Helsinki: Tammi.

- Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2009. Kätilötyö. 1.-3. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. 2010. Lastentaudit. 4. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto.
- Rikala, K. 2008. Koliikkiopas, vauvan vatsa kuntoon hieronnalla ja ruokavaliolla. Helsinki: Tammi.
- Salo, S. & Tuomi, K. 2008. Hoivaa ja leiki. Vauvan ja vanhemman vuorovaikutus. Psykologien kustannus.
- Silvén, M. 2010. Varhaiset ihmissuhteet. Polku lapsen suotuisaan kehitykseen. Helsinki: Minerva.
- Sinkkonen, J. & Kalland, M. 2011. Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen. Helsinki: WSOYpro.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2008. Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoiloissa. Selvityksiä 2008:24. Helsinki: Yliopistopaino.
- Torkkeli, M. 2001. Löytöretki isyyteen. Kauhava: Kauhavan kirjapaino.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.
- Uimonen, T. 2003. Taitoa tekijälle, tehoa teksteihin. Tampere: Tammer-paino.
- Vilén, M., Vihunen, R., Vartiainen, J., Sivén, T., Neuvonen, S. & Kurvinen, A. 2006. Lapsuus erityinen elämänvaihe. Helsinki: WSOY.
- Viljamaa, M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 212. Jyväskylä: Jyväskylä University printing House and ER-Paino Ky, Lievestuore.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus.

Internetlähteet

European foundation for the care of newborn infants (EFCNI). 2010a. About prematurity. [WWW-dokumentti]. <<http://www.efcni.org/index.php?id=621>>. (Luettu 6.4.2012.)

European foundation for the care of newborn infants (EFCNI). 2010b. Your baby's appearance. [WWW-dokumentti]. <<http://www.efcni.org/index.php?id=631>>. (Luettu 6.4.2012.)

Erlingson, M. 2010. Amning. [WWW-dokumentti]. <<http://www.vardguiden.se/Tema/Gravid/Efter-forlossningen/Amning/>>. (Luettu 6.4.2012.)

Hellmann, J. 2009. About premature babies. [WWW-dokumentti]. <<http://www.aboutkidshealth.ca/En/ResourceCentres/PrematureBabies/AboutPrematureBabies/Pages/default.aspx>>. (Luettu 6.4.2012.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HUS. Vauvan itku ja vauvahieronta. [WWW-dokumentti]. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,1121,807,1135,1136,4458,4659>>. (Luettu 10.3.2012.)

Hengityslitto (Heli). Keskoslapsen sisarukset. Hengityslitto ry:n opas. [PDF-tiedosto]. <http://www.heli.fi/content/Julkaisut_materiaalit/Oppaat_hengityssairauksia_sairastavalle/Keskoslapsen_sisarukset.pdf>. (Luettu 28.4.2012.)

Hurme, T. & Reunanen, M. 2008. Lasten nivus- ja napatyrät sekä vesikivekset. [PDF-tiedosto]. <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97005.pdf>>. (Luettu 9.3.2012.)

Jalanko, H. 2010. Lääkärikirja Duodecim. Koliikki vauvalla. [WWW-dokumentti]. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00430>. (Päivitetty 29.9.2010). (Luettu 12.3.2012.)

Jäderholm, T. & Järvinen, A. 2006. Keskosvanhempien yhdistys, Kevyt. [WWW-dokumentti]. <<http://kevyt.net/tietoa/kasvu-ja-kehitys/keskosen-kasvun-ja-kehityksen-tukeminen-kotona-1>>. (Luettu 10.3.2012.)

Matilainen, M. 2011. Keskosien kanssa kotona, Ravitsemus vauvasta taaperoiikään. [WWW-dokumentti]. <http://www.google.fi/#hl=fi&cp=22&gs_id=3y&xhr=t&q=keskosen+kanssa+kotona&pf=p&scient=psy-ab&source=hp&pbx=1&oq=keskosen+kanssa+kotona&a>. (Päivitetty 14.12.2011). (Luettu 4.1.2012.)

Metsäranta, M. & Järvenpää, A-L. 2009. Keskoslapsi avohoidossa. [WWW-dokumentti]. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00672>. (Päivitetty 4.9.2009). (Luettu 26.3.2012.)

Miles, B.S. 2009. Attachment. [WWW-dokumentti]. <<http://www.aboutkidshealth.ca/En/ResourceCentres/PrematureBabies/AtHome/Attachment/Pages/default.aspx>>. (Luettu 6.4.2012.)

Mäkelä, J. 2012. Vauvojen inihäiriöt. HUS-tietopankki. [WWW-dokumentti]. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,824,2547,6444,6445,7649>>. (Luettu 6.2.2012.)

Riikola, T. 2007a. Luonto ja rokotteet vahvistavat keskosien vastustuskykyä. [WWW-dokumentti]. <<http://kevyt.net:8100/yhdistys/ladattavat-materiaalit/tietolehtiset/luonto-ja-rokotteet-vahvistavat-keskosen-vastustuskyky>>. (Luettu 6.2.2012.)

Riikola, T. 2007b. Kehitysseurannat tasoittavat keskosien tietä. [WWW-dokumentti]. <<http://kevyt.net:8100/yhdistys/ladattavat-materiaalit/tietolehtiset/kehitysseurannat-tasoittavat-keskosen-tiet>>. (Luettu 7.2.2012.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). Keskosen rokottaminen. 2011. [WWW-dokumentti]. <http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/oppaat_ja_kirjat/rokottajan_kasikirja/erityisryhmien_rokottaminen/keskosten_rokottaminen>. (Päivitetty 12.8.2009). (Luettu 14.11.2011).

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). Rotavirusrokotteet. 2011. [WWW-dokumentti]. <http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/oppaat_ja_kirjat/rokottajan_kasikirja/yleisen_rokotusohjelman_rokotteet/rotavirusrokotteet>. (Päivitetty 15.6.2011). (Luettu 14.11.2011).

Terveyskirjasto. 2010. Tyrät lapsella. [WWW-dokumentti]. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00532>. (Luettu 9.3.2012).

Kuva, taulukko- ja kaaviolähteet

Kuvio 2. Vanhemmuuden roolikartta. Varsinais-suomen lastensuojelukuntayhtymä. 1999. [WWW-dokumentti].

<http://www.vslk.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=12>. (Luettu 29.1.2012).

Kuvio 3. Parisuhteen roolikartta. Varsinais-suomen lastensuojelukuntayhtymä 2003. [WWW-dokumentti].

<http://www.vslk.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=13>. (Luettu 11.3.2012).

Taulukko 1. Lasten ja nuorten rokotukset. 2009. [WWW-dokumentti].

<http://www.ktl.fi/portal/suomi/terveyden_ammattilaisille/rokottaminen/rokotusohjelma/>. (Luettu 6.2.2012). (Päivitetty 19.1.2012).