

Helinä Ojanperä & Anniina Rajala

**Suunniteltu sektio ja
äitiysneuvolan antama tieto ja ohjaus**

Opinnäytetyö
Syksy 2013
Sosiaali- ja terveysalan yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto

Tekijä: Helinä Ojanperä & Anniina Rajala

Työn nimi: Suunniteltu sektio ja äitiysneuvolan antama tieto ja ohjaus

Ohjaaja: lehtori Else Vierre TtM & lehtori Tiina Mäki-Kojola TtM

Vuosi: 2013 Sivumäärä: 53 Liitteiden lukumäärä: 2

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää sektioon liittyvän ohjauksen sisällöllistä riittävyyttä äitiysneuvolassa. Tarkoituksena oli kuvailla suunnitellun sektion läpikäyneiden äitien kokemuksia äitiysneuvolasta saadusta tiedosta ja ohjauksesta sektion yhteydessä. Lisäksi työn tarkoituksena oli selvittää, millaista tai mitä sektioon liittyvää tietoa äidit olisivat kaivanneet lisää äitiysneuvolasta. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä. Tutkimusaineisto kerättiin lomakehaastatteluna ja analysoitiin sisällön analyysillä. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että äidit kokivat saaneensa riittävästi tietoa suunnitellun sektion jälkeisestä toipumisesta ja haavanhoidosta sekä kirjallisesti että suullisesti. Tutkimuksen mukaan äitiysneuvolan antamassa, suunniteltuun sektioon liittyvän ohjauksen sisällössä tulisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota äitien henkiseen tukemiseen, haavan paranemisprosessin läpikäymiseen ja liikunnan aloittamiseen suunnitellun sektion jälkeen. Tutkimukseen osallistuneet äidit kokivat saamansa ohjauksen olleen tarpeellista, asiallista, empaattista ja kannustavaa.

Äitiysneuvolan äideille antaman ohjauksen kehittämishaasteeksi nousee ohjauksen kehittäminen kattavammaksi suunnitellun sektion yhteydessä. Kattavuutta tulisi kehittää etenkin voimavarojen tukemisen ja fyysiseen toipumiseen liittyvän tiedon osalta. Opinnäytetyön jatkotutkimukseksi voidaan ehdottaa että saatuihin tutkimustuloksiin perustuen toteutetaan aiheesta laajempi tutkimus määrällisenä, jotta saadaan selville jonkin tietyn alueen äitiysneuvoloiden asiakkaiden tiedontarpeet aiheeseen liittyen. Toinen jatkotutkimusehdotus on, että aiheeseen liittyvä tutkimus toteutetaan äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien näkökulmasta.

Avainsanat: potilasneuvonta, keisarileikkaukset, kokemukset

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Specialisation: Public Health Nursing

Author/s: Helinä Ojanperä & Anniina Rajala

Title of thesis: An elective caesarean section and information and counselling provided by a maternity clinic

Supervisor(s): Lecturer Vierre Else MNSc & Lecturer Tiina Mäki-Kojola MNSc

Year: 2013 Number of pages: 53 Number of appendices: 2

The aim of this study was to clarify counselling related to an elective caesarean section, which was provided by a maternity clinic. The purpose of this study was to describe mothers' experiences about information and counselling received from the maternity clinic regarding caesarean section. Furthermore, we also try to clarify what kind of information mothers expected more from the maternity clinic.

The study was implemented with a qualitative method. The material of the study was collected through a questionnaire with open ended questions and analysed with qualitative content analysis. The results of this study indicated that mothers experienced that they had received enough information about elective caesarean section recovery and written as well as oral information about wound care. According to the study, women scheduled for elective caesarean section expressed that the counselling received from the maternity clinic should pay more attention to mothers' psychological support, wound healing process and exercising after caesarean section. The mothers in this study experienced that the counselling they had received was necessary, proper, empathetic and supportive.

The suggestion for counselling development is to make the elective caesarean section related counseling more encompassing for mothers. The encompassitivity should be developed especially when supporting resources and providing information about physical recovery. Based on the results of this study, extensive research carried out on a quantitative research method is suggested as a follow-up research of this thesis. This reveals customer information needs of the subject in maternity clinics of a certain area. Another suggestion for further research related to this topic is that it could be carried out from the point of view of the public health nurses.

Keywords: patient counselling, caesarean sections, experiences

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 SYNNYTYSMENETELMÄT.....	7
2.1 Luonnollinen alatiesynnytys.....	7
2.2 Sektio.....	8
2.2.1 Sektion vaikutukset vauvaan.....	9
2.2.2 Äidin toipuminen sektioista.....	11
3 ASIAKASOHJAUS ÄITIYSNEUVOLASSA.....	16
3.1 Asiakkaan vai potilaan ohjausta.....	16
3.2 Leikkaukseen liittyvän tiedon tarpeellisuus asiakkaan kannalta.....	16
3.3 Terveystenhoitajan antama ohjaus.....	17
4 TERVEYDENHOITAJATYÖ.....	21
4.1 Terveystenhoitajatyön sisältö.....	21
4.2 Äitiyshuolto.....	23
4.3 Äitiysneuvolatyö.....	24
4.3.1 Äitiysneuvolatyötä ohjaavat periaatteet.....	26
5 TYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	32
6 TUTKIMUSMENETELMÄT.....	33
6.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	33
6.2 Sisällönanalyysin teoriaa.....	34
6.3 Teoreettiset perustelut menetelmävalinnoille.....	35
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	37
7.1 Tiedonhankinta.....	37
7.2 Aineiston keruu.....	37
7.3 Aineiston läpikäynti sisällön analyysillä.....	38
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	40
8.1 Asiat, joista äidit kertoivat saaneensa tietoa.....	40

8.2	Asiat, joista äidit saivat mielestään riittävästi tietoa.....	40
8.3	Millaisena äidit kokivat saamansa tiedon ja ohjauksen?	41
8.4	Mistä asioista äidit olisivat halunneet saada lisää tietoa	41
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	42
10	TYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	45
10.1	Eettiset piirteet	45
10.2	Luotettavuuden ja eettisyyden pohdintaa.....	47
11	POHDINTA	48
	LÄHTEET	51
	LIITTEET	54

1 JOHDANTO

Kaikki raskaudet eivät pääty alatiesynnytykseen, vaan osa lapsista syntyy maailmaan sektion avulla. Sektiot voidaan jakaa päivystysleikkauksiin ja elektiivisiin leikkauksiin. Elektiiviseen eli suunniteltuun sektioon päädytään erinäisistä syistä, esimerkiksi vauvan virhetarjonnan vuoksi. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 472–473.) Sektioon ja äitiysneuvolasta saatuun ohjaukseen liittyviä tutkimuksia ei juuri ole, vaan tehdyt tutkimukset liittyvät lähinnä synnytyssairaalassa sektion yhteydessä saatuun ohjaukseen ja tukeen.

Äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien on tärkeää olla tietoisia siitä, mitä ja millaista tietoa äidit haluavat saada lisää ja millaisia puutteita he ovat kokeneet tiedonsaannissa ja ohjauksessa. Näin toimimalla terveydenhoitajat voivat kehittää palvelujaan ja ohjaustaan. Laadukkaan ohjauksen yhtenä edellytyksenä on, että asiakas saa ohjausta riittävästi. Tutkimuksissa on huomattu, että ennen hoitoon tuloa annettuun ohjaukseen olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Tällöin asiakas ehtisi harkita hoitovaihtoehtoja ja selvittää tilannettaan. Riittävä ohjaus on tärkeää myös siksi, että hoitajakson jälkeen hoidon jatkuminen jää asiakkaalle itselleen sekä hänen omaisilleen. (Kääriäinen 2008, 13.)

Opinnäytetyössä käsitellään suunnitellun sektion läpikäyneiden äitien kokemuksia siitä, millaisista sektioon liittyvistä asioista he saivat riittävästi tietoa äitiysneuvolasta ja millaista tietoa he olisivat kaivanneet lisää. Tutkimuksen kohderyhmä on rajattu äiteihin, jotka ovat läpikäyneet suunnitellun sektion viimeisen kahden vuoden aikana. Tutkimus toteutettiin lomakehaastatteluna.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla äitien kokemuksia äitiysneuvolasta saadusta tiedosta ja ohjauksesta sektion yhteydessä. Tarkoituksena on myös selvittää, millaista tai mitä tietoa äidit olisivat kaivanneet lisää äitiysneuvolasta. Työn tavoitteena on selvittää sektioon liittyvän ohjauksen sisällöllistä riittävyttä äitiysneuvolassa. Näin äidit joille suunnitellaan sektiota synnytystavaksi, saisivat mahdollisimman oikein annettua, kohdennettua ja viimeisintä tietoa suunnitellusta sektios- ta. Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset annetaan Kuntayhtymä Kaksineuvoisen äitiysneuvoloiden hyödynnettäväksi.

2 SYNNYTYSMENETELMÄT

2.1 Luonnollinen alatiesynnytys

Kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa tai kun sikiö painaa 500 grammaa tai enemmän, on kansainvälisen määritelmän mukaan kyseessä synnytys. Raskaus on täysiaikainen silloin, kun sen kesto on viimeisten kuukautisten alkamispäivästä laskettuna 40 viikkoa. Ennenaikaiseksi synnytys luetaan, jos se alkaa yli 3 viikkoa ennen laskettua aikaa, ja yliaikaiseksi mikäli synnytys käynnistyy yli 2 viikkoa lasketusta ajasta. Kun synnytys on oikea-aikaisesti käynnistynyt, on äiti psyykkisesti ja fyysisesti valmis synnytykseen. Tällöin myös äidin kohtu on kypsä synnytykseen ja vauva valmis elämään kohdun ulkopuolella. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 315, 396–397.)

Monet tekijät vaikuttavat synnytyksen käynnistymiseen, mutta sen perimmäinen syy on kuitenkin vielä epäselvä. Raskauden edetessä kohtu kasvaa. Eniten venyy kohdun istminen osa ja kohtulihaksen pehmeneminen supistusten johdosta. Kun estrogeenipitoisuus kasvaa ja progesteronipitoisuus vähenee, herkistyy kohtulihaksen supistelemaan. Oksitosiinireseptorien määrä kasvaa ja tämän lisäksi myös sikiön liikkeet herkistävät kohtua supistelemaan. (Heikkilä 1999, 23–24.) Prostaglandiini (PG) on oleellinen osa synnytyksen käynnistymistä, sillä se kykenee pehmentämään kohdunkaulan sidekudospohjaista sulkumekanismia ja samalla laittamaan liikkeelle kohtulihaksen supistelun (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 397–398).

Prostaglandiinihormonin muodostus kiihtyy, kun sikiön pää painuu kohti kohdunkaulaa. Lisäksi myös istukka ja sikiökalvot erittävät prostaglandiinia ja kyseisen hormonin johdosta kohdun supistelu kiihtyy. Kohdun supistelua lisäävät myös muutamat muut hormonaaliset tapahtumat, kuten lisääntynyt kortisolin erityminen lisämunuaisista, parathyreoideahormonin väheneminen ja ACTH erityksen lisääntyminen sekä sikiöstä lähtevä DHEAS. (Heikkilä 1999, 23–25.) Juuri edellä mainitut tapahtumat ovat normaalin synnytyksen käynnistymisen kannalta oleellisia muutoksia. Kun synnytys käynnistyy, kohtulihaksen supistelu lisääntyy ja synkronoituu (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 398).

Synnytys jakautuu kolmeen vaiheeseen joista ensimmäisen katsotaan olevan se aika, joka kuluu synnytyksen käynnistymisestä siihen hetkeen, kun kohdunsuu on täysin auki. Toinen vaihe on aika joka kuluu ensimmäisen vaiheen lopusta siihen hetkeen, kun lapsi syntyy. Kolmanneksi vaiheeksi luetaan hetket lapsen syntymästä istukan ja sikiökalvojen syntymään. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 315.)

2.2 Sektio

Suomessa syntyi vuonna 2012 yhteensä 59 856 lasta. Synnytyksiä oli 59 038 ja keisarileikkausten osuus niistä oli 16,3 %. Keisarileikkaus tehtiin ensisynnyttäjistä 20,8 % ja uudelleensynnyttäjistä 13,2 %. Suunniteltujen keisarileikkausten osuus kaikista keisarileikkauksista oli 6,2 %. (Vuori & Gissler 25.9.2013.)

Keisarileikkaus eli sektio voidaan jakaa päivystysleikkauksiin ja elektiivisiin leikkauksiin. Tyypillisiä syitä päivystyksellisiin keisarileikkauksiin ovat sikiön ahdinko, virhetarjonnat ja dystokia. Elektiivisten keisarileikkausten tavallisimpia syitä ovat virhetarjonnat, aiempi keisarileikkaus, sikiön ja lantion epäsuhta, varhainen preeklampsia tai muut äidin sairaudet ja äidin alatiesynnytystä kohtaan tuntema pelko. Keisarileikkaus tehdään yleisimmin spinaali- tai epiduraalipuudutuksessa ja yleisanestesiassa ainoastaan poikkeustapauksissa. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 472–473.)

Ennen leikkauksen aloittamista äidille annetaan antibioottia tulehdusten ehkäisemiseksi ja virtsarakkoon laitetaan virtsakatetri. Koko operaatio kestää yleensä noin 30–45 minuuttia. (How a caesarean section 17.4.2012.) Keisarileikkauksessa vatsanpeitteet avataan, rakko irrotetaan kohdusta ja painetaan alas. Istmiseen kohdunosaan tehdään poikkiviilto, jota käsin laajennetaan sivuille ja esiin tulevat sikiökalvot puhkaistaan. Tarjoutuva osa saadaan esille haavasta, kun sikiötä työnnetään kohdunpohjasta. Napanuora katkaistaan heti ja istukka painetaan ulos. Mahdolliset sikiökalvojen palat saadaan pois kaapimalla kohtuontelo kevyesti puhtaaksi. Haava suljetaan yhdessä tai kahdessa kerroksessa. Komplikaatioiden riski on kummankin tyypisissä keisarileikkauksissa suurempi kuin normaalissa alatiesynnytyksessä. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 472–473.)

2.2.1 Sektion vaikutukset vauvaan

Sektioiden määrä on maailmanlaajuisesti kasvussa ja sillä voi olla huomattavia vaikutuksia terveydenhuollon menoihin ja väestön terveyteen tämän sairausryhmän johdosta. Toisaalta suunniteltujen sektioiden johdosta esimerkiksi asfyksia- ja mekoniumaspiraatio- tapaukset ovat vastasyntyneillä vähentyneet, mutta riski muun muassa hengityssahdinkoon ja korkeaan keuhkoverenpaineeseen lisääntyy. Raskauden viimeisten viikkojen aikana tapahtuvat fysiologiset muutokset liittyvät synnytyksen itsenäiseen käynnistymiseen ja ovat seurausta sikiössä ja äidissä tapahtuvista hormonaalisista muutoksista, jotka valmistavat vastasyntyntä muutokseen. (Ramachandrappa & Lucky 1.6.2009.)

Kun vauva syntyy keisarileikkauksella, hänen sopeutumisensa kohdunulkoiseen elämään käynnistyy hitaammin verrattuna alateitse synnytettyyn vauvaan. Lisäksi leikatulla lapsella saattaa olla enemmän hengitysvaikeuksia sekä alttiutta allergiaan ja astmaan. (Tiitinen 14.10.2013.) Yksi vastasyntyneen merkittävimmistä haasteista on keuhkoissa lyhyessä ajassa tapahtuva muutos, kun nesteen täyttämistä keuhkoista tulee ilman täyttämät. Mikäli vastasyntyneen keuhkojen puhdistaminen nesteestä ei onnistu suunnitellulla tavalla, on seurauksena usein hengitykseen liittyvää sairastumista. Tilanne voi olla erityisen hankala joillekin suunnitellulla sektiolla syntyneille lapsille. (Ramachandrappa & Lucky 1.6.2009.)

Vastasyntyneiden hengitysvaikeudet ovat kaikkein yleisin keisarileikkauksen aiheuttama ongelma, vaikkakin tämä koskee lähinnä ennenaikaisesti syntyneitä. Vauvoilla jotka syntyvät viikolla 39 tai sen jälkeen, riski hengitysongelmiin on vähentynyt tasolle, joka vastaa alatiesyntyneiden vauvojen hengitysongelmien riskitasoa. Vauva voi hengittää epätavallisen nopeasti heti syntymän jälkeen ja voi kestää muutaman päivän ennen kuin hengitys normalisoituu. Tätä kutsutaan ohimeneväksi hengitysvajaukseksi ja useimmat vastasyntyneet toipuvat siitä täysin parissa kolmessa päivässä. (Risks of caesarean section 17.4.2012.)

Kun vauva on syntynyt, ovat ensimmäiset hetket hänelle stressintäyteisiä. Äidin sylissäolo ja ihokontakti tarjoavat vauvalle optimaalisen ympäristön synnytyksen aiheuttamasta stressistä toipumiseen. (Niela 2010, 6.) Pian syntymän jälkeen toteutuva ihonkontakti auttaa lasta sopeutumaan kohdunulkoiseen elämään muun

muassa siten, että vauva säilyttää paremmin sopivan kehonlämpötilan, rauhoittaa pulssia ja hengitystä ja parantaa lapsen hapettumista. Välitön syntymän jälkeinen ihokontakti käynnistää vauvan luontaisen rinnalle hakeutumiskäytöksen, joka nopeuttaa imetyksen käynnistymistä ja vahvistaa vauvan imemisotteen oppimista. (Koskinen 2007, 74, 82.)

Ensikontaktissa toteutuva fyysinen kosketus on tärkeää myös varhaisen kiintymyssuhteen kehittymiselle ja voi toimia kantavana pohjana myöhemmällekkin vuorovaikutussuhteelle. Tämän lisäksi ihokontaktilla tiedetään olevan myös kipua lievitävä vaikutus ja sitä voidaankin käyttää kivunlievittäjänä esimerkiksi synnytyssalissa, kun vauvalta otetaan verinäyte kantapäästä. (Niela 2010, 7.)

Ihokontaktin puuttuminen sekä vauvan ja äidin erottaminen yhdistetään vauvan liialliseen itkemiseen. Tämä voi olla haitallista, sillä jokainen itkusykli saa hapettumatonta verta kulkeutumaan foramen ovalen, eli sikiöaikaisen sydämen eteisten väliseinässä olevan aukon läpi suureen verenkiertoon sen sijaan, että se kulkeutuisi ensin keuhkoihin hapettumaan. Tämä aiheuttaa vauvalle hypoksemiaa ja voi viivästyttää sydämen eteisten väliseinän aukon sulkeutumista. Lisäksi itkeminen kuluttaa kaloreita turhaan, aiheuttaa lisääntyntä ja vaihtelevaa aivoverenkiertoa, aivoverenkierron nopeutumista ja kallonsisäistä painetta lisäten riskiä intraventrikulaariseen verenvuotoon keskosilla. (Moore, Anderson & Bergman 2007, 11.)

Kaikkien vauvojen kohdalla ihokontaktin toteuttaminen ei aina ole mahdollista. Mikäli ihokontakti äidin kanssa jää puuttumaan äidistä johtuvista syistä, esimerkiksi keisarileikkauksen vuoksi, voidaan ihokontakti toteuttaa isän kanssa. Isän tulisikin aina olla vauvalle ensisijainen hoitaja tällaisissa tilanteissa. (Niela 2010, 7.)

Vauvan imemisrefleksi on voimakkaimmillaan noin puolen tunnin kuluttua synnytyksestä ja sen vuoksi vauvan olisi hyvä päästä pikimmiten äidin rinnalle syntymän jälkeen. Vauva on pian syntymän jälkeen virkeä, hakee kontaktia, ja jaksaa opetella vähän imemistäkin. Parin tunnin kuluttua syntymästä vauvan vireystila laskee, sillä vauva väsähtää ja kaipaa lepoa. Tästä syystä vauvaa on siinä vaiheessa vaikeampi saada rinnalle. Ideaalitulanteessa vauva saa viettää rinnalla rauhassa aikaa, ja etsiä rintaa omaan tahtiinsa. Jos äidille on tehty keisarileikkaus, tulisi vau-

van päästä ihokontaktiin rinnalle viimeistään, kun äiti pääsee heräämöstä, mikäli imetys ei ole heti leikkauksen jälkeen mahdollista. (Niemelä 2006, 28–29.)

2.2.2 Äidin toipuminen sekstiosta

Keisarileikkaus voi olla äidille emotionaalisesti traumatisoiva kokemus, ja hän voi tuntea pettymyksen tunteita, koska ei ole kyennyt synnyttämään lasta normaalisti alateitse. Keisarileikatut äidit ovat kokeneet myös menettäneensä synnytyksen aikana tilanteen hallinnan ja henkilökunnan riittämätön tuki ja ohjaus ovat vahvistaneet tätä kokemusta. Keisarileikkauksen läpikäyneet äidit ovat kyseisen kokemuksen jälkeen toivoneet alateitse synnyttämistä, sillä se lisää äitien tunnetta tilanteen hallinnasta synnytyksen yhteydessä ja mahdollisuutta osallistua synnytyksen aikaiseen päätöksentekoon. (Tarkka, Rantanen, Haussler & Åstedt-Kurki 2005, 334.)

Naisilla, joille on tehty keisarileikkaus, on esiintynyt synnytyksen jälkeen fyysisiä oireita kuten haavakipua, ongelmia haavan paranemisessa ja väsymystä. Äideillä on esiintynyt keisarileikkauksen jälkeen myös psyykkisiä oireita, kuten ahdistuneisuutta ja tyytymättömyyttä erilaiseen kehonkuvaan ja parisuhteeseen. Keisarileikkauksen jälkeen myös fyysinen toipuminen on hitaampaa kuin alatesynnytyksen jälkeen. (Tarkka, Rantanen, Haussler & Åstedt-Kurki 2005, 334.)

Kun äidille on tehty keisarileikkaus, tulee haavan suihkuttelut aloittaa heti leikkauksen seuraavana päivänä. Haavaa suihkutellaan muutamia minutteja runsaalla vedellä pari kolme kertaa päivässä. Näin pystytään vähentämään haavan tulehtumisriskiä. Tärkeää on myös huolehtia siitä, että haava kuivataan huolellisesti puhtaalla pyyhkeellä hankausta välttäen. Ilmakylyt ovat suositeltavia ja niitä olisi hyvä antaa useita kertoja päivässä haava-alueelle. Rasvoja tai vastaavia hoitotoimenpiteitä ei tarvita paranemassa olevalle haavalle. Saunassa käyntiä suositellaan vasta 2-3 viikon kuluttua leikkauksesta. (Keisarileikkauksen jälkeen kotihoito-ohjeet, [Viitattu 28.10.2013].)

Leikkauksen jälkeen haavakipua esiintyy yleensä 1-2 viikon ajan. Ottamalla kipulääkettä säännöllisesti ensimmäisinä postoperatiivisinä päivinä, voidaan toipumista

ja haava-alueen paranemista nopeuttaa. Parasetamoli on suositeltavin kipulääke imetyksena, mutta myös muita tulehduskipulääkkeitä voi käyttää lyhytaikaisesti. Hakaset tai ompeleet joilla haava on suljettu, poistetaan yleensä 5-7 vuorokauden kuluttua leikkauksesta terveydenhoitajan tai oman kätilön toimesta. Haava-alueella voi esiintyä tunnottomuutta sekä mustelmia, mutta ne paranevat ajallaan. Ihon tunto voi kuitenkin jäädä hieman tavallista heikommaksi haavan ympäriltä. (Keisarileikkauksen jälkeen kotihoito-ohjeet, [Viitattu 28.10.2013].)

Kuten kaikissa leikkauksissa, myös keisarileikkauksen jälkeen tulehdusriski on suurentunut. Tulehduksen merkkejä ovat punoitus, turvotus, kuumotus, haavan kipu, kohdun aristus, kuume sekä haavasta erittyvä märkäinen tai vetinen vuoto. Mikäli tulehduksen merkkejä ilmenee, on otettava yhteys terveydenhuoltoon antibioottikuurin aloittamista varten. (Keisarileikkauksen jälkeen kotihoito-ohjeet, [Viitattu 28.10.2013].)

Tulehdukset ja verenvuoto ovat haittoina yleisiä keisarileikkauksen jälkeen. Alatiesynnytykseen verrattuna merkittävä verenhukan riski on jopa kolminkertainen ja verenhukasta johtuvan kohdunpoiston riski peräti kuusinkertainen. Keisarileikkauksessa on riski kuolla keuhkoveritulppaan ja riski siihen on 26-kertainen verrattuna alatiesynnytykseen. Myös kohtutulehduksen vaara on olemassa ja riski siihen on 15-kertainen profylaktisesta antibiootihoidosta huolimatta. Näistä huolimatta keisarileikkaus on kuitenkin keskimäärin varsin turvallinen toimenpide. (Tiitinen 14.10.2013.)

Tulehdusten ja muiden komplikaatioiden lisäksi keisarileikkaus vaikuttaa myös seuraaviin raskauksiin. Keisarileikkaus saattaa aiheuttaa ongelmia raskauden alkamisen suhteen ja voi lisätä myös keskenmenon riskiä. Myös istukan kiinnitysmishäiriöiden lisääntyminen on mahdollista seuraavissa raskauksissa. Tällaisia häiriöitä ovat etinen istukka sekä istukan ennenaikainen irtoaminen. (Tiitinen 14.10.2013.)

Keisarileikkauksesta toipuu noin kuukaudessa. Tuona aikana äidin tulee välttää raskaita kotitöitä, voimakkaita nostoja ja nopeita kiertoliikkeitä. Äidin on kuitenkin sallittua nostaa ja hoitaa vauvaansa. Toipumisen edetessä voi vähitellen lisätä liikkumista, mikä osaltaan nopeuttaa toipumisprosessia ja ehkäisee myös laskimo-

tukoksia. Kevyet jumppaliikkeet voi aloittaa 2-3 vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Hyviä liikkeitä ovat lantion nostaminen ja laskeminen makuuasennossa polvien ollessa koukussa ja polvien kiertäminen oikealle ja vasemmalle oltaessa selinmaakuulla. Liikkeitä on hyvä toistaa noin 10 kertaa kahdesti päivässä aina neljän ensimmäisen viikon ajan. Vuoteesta ylösnousu voi olla hankalaa ja onnistuukin parhaiten kyljen kautta. Nousussa voi auttaa käsillä työntämällä vartalon kiertoa välttäen. Kävellessä voi ryhti huonontua, joten hyvästä ryhdistä kannattaa pitää huolta. Ryhtiä voi parantaa pitämällä selän suorana ja hartiat rentoina. (Keisarileikkauksen jälkeen kotihoito-ohjeet, [Viitattu 28.10.2013].)

Yli puolella synnyttäneistä äideistä esiintyy masentuneisuutta, joka kestää muutamman päivän ja menee itsestään ohi. Myös mielialan vaihtelua, itkuisuutta, ruokahallittomuutta ja unettomuuttakin saattaa esiintyä. Oirekuvaltaan vakavampi ja pitkäkestoisempi masennustila kehittyy noin 10–15 %:lle synnyttäneistä. Tyypillisten masennusoireiden lisäksi äidillä voi olla voimakasta ahdistuneisuutta ja itkuisuutta, paniikkikohtauksia, nukahtamisvaikeuksia ja kiinnostuksenpuutetta vastasyntyntä kohtaan. Myös manian oireita, itsemurha-ajatuksia ja syyllisyyden tunteita voi ilmetä. Oireita saattaa esiintyä vielä vuodenkin kuluttua synnytyksestä, mutta usein ne lievittyvät itsestään 2–6 kuukauden kuluessa. (Huttunen 31.10.2012.)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen asianmukainen hoito ei aina tavoita kaikkia, sillä joillakin äideillä on vaikeuksia hakea apua. Tämä johtuu esimerkiksi siitä, että äidit kokevat häpeää synnytyksen jälkeisestä masennuksesta eivätkä halua puhua asiasta. Äidin olisi aina hyvä kertoa tuntemuksistaan lääkärille tai neuvolan henkilökunnalle mikäli hän kokee, ettei normaali herkistymisvaihe mene parissa viikossa ohi, tai oireet muuttuvat selvästi masennukseksi. Hoitona synnytyksen jälkeiseen masennukseen käytetään sekä lääkehoitoa että erilaisia psykoterapioita. Lääkehoidon aikana tapahtuvasta imetyksestä on neuvoteltava lääkärin kanssa etukäteen, koska masennuslääkkeet imeytyvät jossain määrin äidinmaitoon. Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoitoon on myös mahdollista käyttää äidin ja vauvan vuorovaikutussuhdetta tukevaa vuorovaikutushoitoa ja –psykoterapiaa. (Huttunen 31.10.2012.)

Toisin kuin ihmiset usein luulevat, ei sektio itsessään vaikuta imetykseen. Se ei tee imetyksen aloittamisesta hankalampaa tai viivästyä maidonerittymisen käyn-

nistymistä, vaan imetys käynnistyy sektion jälkeen ihan samoin kuin alatiesynnytyksen jälkeenkin. On kuitenkin tärkeää saada vauva rinnalle mahdollisimman pian keisarileikkauksen jälkeen. (Ruohotie 27.11.2006.)

Maidonerityksen käynnistyminen voi hidastua keisarileikkauksen johdosta. Hidastuminen voi johtua siitä, että ensi-imetys viivästyy tai siitä, että äidin on haavakivun vuoksi vaikea vastata lapsen tarpeisiin. Välittömästi ihokontaktista syntymän jälkeen on hyötyä sekä lapselle että äidille. Ihokontakti lisää oksitosiini-hormonin eritystä äidin elimistössä, ja sen johdosta äidin kohtu supistuu ja istukan syntyminen nopeutuu, jolloin myös verenvuodon riski vähenee. Oksitosiinin erittyminen saa myös maidon herumaan ja laskee äidin verenpainetta. Oksitosiini auttaa lisäksi äitiä kiintymään lapseensa ja herättää äidillisen käyttäytymisen. (Koskinen 2007, 74, 82.)

Ihokontakti lisää äidin kiintymystä vastasyntyneeseen, parantaa hallinnantunnetta ja lisää itsetuntoa. Nämä ovat tärkeitä reaktioita, sillä ne edesauttavat pidempään jatkuvaa imetystä. Ne naiset, joilla on huono luottamus imetykseen, on kolminkertainen riski lopettaa imetys aikaisemmin. Huono luottamus imetyksen onnistumiseen on yhdistetty myös riittämättömään maidontuotantoon. (Moore, Anderson & Bergman 2007, 3.)

Äidin olisi hyvä aloittaa rintojen lypsäminen, mikäli vauvan imetys viivästyy edelleen. Rintoja tulisi lypsää noin 6–8 kertaa vuorokauden aikana, jotta rintojen maidoneritys käynnistyy. (Niemelä 2006, 28–29.) Keisarileikkauksen jälkeen olisi hyvä, jos äiti, isä ja vauva saisivat kohdata hetkeksi heti, kun vauva on syntynyt. Joskus kätilö saattaa auttaa äitiä imettämään jo leikkaussalissa ensimmäisen kerran. Äiti voi myös lypsää etukäteen pienen määrän maitoa, jonka isä antaa vauvalle odotellessa. Osastolla vauva laitetaan äidin rinnalle paljasta ihoa vasten, ja vi-reystilan mukaan vauva voi hakeutua rinnalle imemään. Mitä nopeammin ensi-imetys tapahtuu, sitä paremmin maitokin nousee. Myös syöttötiheydellä on merkitystä; mitä useammin vauvaa imetetään, sitä enemmän maitoa alkaa kertyä. (Ruohotie 27.11.2006.)

Vauvat saattavat olla väsyneitä sektion jälkeen varsinkin silloin, kun äiti on ollut nukutettuna. Vauvaa tulisi tällöin kuitenkin pitää mahdollisimman paljon paljaalla

rinnalla. Maidon antamista tuttipullolla tulee välttää, vaikka vauva pystyykin yleensä oppimaan rinnan imemisen tuttipullon jälkeen. Rintaa voi kuitenkin olla vaikeaa imeä, jos vauva on ehtinyt tottua siihen, että maito tulee pullosta. Suositeltavaa olisikin pyrkiä siihen, että heti kun imettäminen on mahdollista vauva otetaan rinnalle. Isä tai joku henkilökunnasta voi avustaa imetyksessä ja hyvän asennon löytämisessä. Apuna voi käyttää tyynyjä ja vauva kannattaa tukea rinnalle niin, että leikkaushaavalle ei kohdistu painoa. (Ruohotie 27.11.2006.)

Imetyksen aloittaminen voi joskus siirtyä useilla tunteilla tai päivillä, koska äiti saattaa olla huonovointinen leikkauksen vuoksi. Heikko vointi voi myös lykätä maidon erittymisen alkamista tai vähentää erittyvän maidon määrää. Pienikin määrä äidinmaitoa on kuitenkin arvokasta vauvalle. Mikäli äiti joutuu aluksi lypsämään rintoja, hänen kannatta ajatella vauvaansa ja mahdollisesti katsoa kuvaa vauvastaan. Tämä helpottaa maidon herumista. (Ruohotie 27.11.2006.)

3 ASIAKASOHJAUS ÄITIYSNEUVOLASSA

3.1 Asiakkaan vai potilaan ohjausta

Potilaan asemasta ja oikeuksista kertovassa laissa sanotaan, että potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää sairaanhoitoa (L 17.8.1992/785). Laissa on määriteltä potilaan ja asiakkaan asema. Perusta asiakasohjaukselle löytyy sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöstä, ammattietiikasta ja erilaisista ohjaavista laatu- ja hoitosuosituksista. Asiakkaalle on annettava lain mukaan ymmärrettävällä tavalla riittävästi tietoa ja ohjauksen on toteuduttava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Ohjauksessa tulee kunnioittaa muun muassa asiakkaan itsemääräämisoikeutta, yksityisyyttä ja ihmisarvoa. (Eloranta & Virkki 2011, 11.)

Osana ohjauksen perustaa toimii myös etiikka, joka tutkii sitä, mikä on oikeaa ja hyväksyttävää ja mikä huonoa tai väärää. Eettiset periaatteet ohjaavat terveydenhuollon ammattilaisia ja niissä ohjauksen ajatellaan olevan olennainen osa hoitotyötä. Asiakkaan itsemääräämisoikeus toteutuu, jos asiakas saa riittävästi tietoa päätöksensä teon pohjaksi. Ohjaus tarjoaa asiakkaalle mahdollisuuden osallistua hoitoonsa ja häntä koskevaan päätöksentekoon. Asiakas kykenee päätöksentekoon, mikäli hän saa riittävästi sellaista tietoa, jonka hän ymmärtää ja jota hän itse kykenee hyödyntämään elämässään. Ohjaus voi vähentää muutoksiin liittyvää pelkoa ja parantaa asiakkaan valmiuksia hoitaa itseään ja siten tukea hänen kotona selviytymistään. (Eloranta & Virkki 2011, 11–12, 15.)

3.2 Leikkaukseen liittyvän tiedon tarpeellisuus asiakkaan kannalta

Viimeisen vuosikymmenen aikana kirurginen hoitotyö on muuttunut, sillä kirurgiset hoitotoimenpiteet ovat kehittyneet ja hoitoajat ovat lyhentyneet. Kirurgisen hoitotyön luonne on enenevässä määrin muuttumassa päiväkirurgiseen suuntaan, sillä jo yli kolmannes toimenpiteistä tehdään nykyään päiväkirurgisesti. Näiden muutosten johdosta on myös potilasohjauksen merkitys kasvanut edelleen. (Virtanen, Johansson, Heikkinen, Leino-Kilpi, Rankinen & Salanterä 2007, 34.)

Potilaiden on tarpeellista saada ohjausta ja tietoa. Näin he kykenevät valmistautumaan leikkaukseen, ja pystyvät selviytymään leikkauksen jälkeen normaaleista päivittäisistä toimista sekä itsensä hoitamisesta. Erityisesti on huolehdittava siitä, että ohjaus on suunniteltu yksilöllisesti kirurgisen potilaan oppimistarpeet huomioiden. Sairaanhoitajien ohjaustaidoista ja ohjauksen toteutumisesta tehdyn tutkimusten mukaan ohjauksen sisällössä on ollut paljon lääketieteellistä tietoa, mutta potilaan psyykkisiin tarpeisiin, kuten pelkoihin, tunteisiin ja huoliin liittyvä tieto on ollut riittämätöntä. Lisäksi kotiutuksen jälkeiseen hoitoon ja kotona selviytymiseen liittyvä ohjauksessa annettu tieto on ollut vähäistä. (Virtanen, Johansson, Heikkinen, Leino-Kilpi, Rankinen & Salanterä 2007, 34.)

3.3 Terveystenhoitajan antama ohjaus

Hoitoalan ammattihenkilöltä on oikeus saada hyvää ja asianmukaista ohjausta, olipa hänen kanssaan sitten hoito- tai asiakassuhteessa. Hoitoalan ammattihenkilöllä on velvollisuus antaa ohjausta suosituksiin, lakeihin, asetuksiin, ohjeisiin, ammattikäytänteisiin sekä terveyden edistämisen näkökulmiin perustuen. Asiakkaan riittävä ohjaaminen on tärkeää juuri siitä syystä, että nykyään hoitopäiviä on vähemmän ja asiakas joutuu olemaan itse yhä suuremmissa roolissa hoidon jatkuvuuden suhteen. (Kääriäinen 2008, 10).

Hyvän asiakasohjauksen keskeinen tekijä on hoitajan ammatillinen vastuu, joka vaatii, että hoitaja kykenee pohtimaan ohjauksen filosofisia ja eettisiä lähtökohtia, ja että hänellä on hyvät ohjausvalmiudet. Muita tekijöitä ovat hoitajan ja asiakkaan taustatekijät, vuorovaikutteinen ohjaussuhde, tavoitteellinen ja aktiivinen toiminta, ohjauksen riittävyys, resurssit sekä vaikutukset (Kääriäinen 2008, 10).

Filosofiset lähtökohdat. Filosofisiin lähtökohtiin kuuluu se, että asiakkaalle annetaan lähtökohtaisesti vastuu omista valinnoistaan sekä toiminnastaan. Tärkeää on kunnioittaa hänen päätöksentekoaan ja toimintaansa, sillä hänellä on kuitenkin oikeus päättää häntä koskevista asioista. Näitä asioita ovat muun muassa se, haluaako asiakas ottaa ohjausta vastaan, ja se miten hän toimii annetun ohjauksen pohjalta. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että asiakkaalle on annettu riittävät taustatiedot, jotta hän pystyisi tekemään päätöksiä itsenäisesti. (Kääriäinen 2008, 11.)

Eettiset lähtökohdat. Eettisiin lähtökohtiin kuuluvat hoitajan ammatillisten ja henkilökohtaisten kokemusten ja uskomusten sekä ennakkoluulojen tarkastelu ja pohdinta. Ne vaikuttavat siihen, miten hoitaja suhtautuu ohjauksen antamiseen. Myönteinen asennoituminen on tärkeää. Hoitajan tulee ymmärtää miten terveyden edistämiseen tähtäävät päämäärät suuntaavat ohjausta, jotta asiakas huomaa positiivisen asennoitumisen. Nämä ovat kuitenkin vain suuntaa antavia eikä yhtä oikeaa tapaa antaa ohjausta ole olemassa. Hoitajan tulee kuitenkin muistaa, että pelkkä omien eettisten käsitysten tarkastelu ei riitä toiminnan perusteluksi, vaan hänellä on vastuu toimia ammattieettisten ohjeiden mukaan asiakkaan parhaaksi. (Kääriäinen 2008, 11.)

Ohjausvalmiudet. Hyviä ohjausvalmiuksia pidetään yhtenä hoitajan osaamisvaatimusten ydinalueena. Hyvien ohjaustaitojen varmistamiseksi hoitajalla tulee olla tietoa ja taitoja asioihin, joihin hän asiakastaan ohjaa. Myös oppimisen periaatteet sekä ohjausmenetelmät tulee olla hallussa. Ohjausmenetelmien käyttöön tulisi kiinnittää enemmän huomiota, sillä asiakkaat oppivat ja muistavat asioita eri tavoin. Tästä syystä tapa, joka sopii yhdelle, ei välttämättä sovi toiselle. Myös vuorovaikutus- ja päätöksentekotaidot ovat tärkeässä roolissa, sillä hoitaja toimii vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntijana. (Kääriäinen 2008, 11.)

Suotuisan ilmapiirin luominen, ohjauksen oikea ajoitus sekä ohjausympäristön luominen ovat osa vuorovaikutustaitoja. Päätöksentekotaitoihin taas kuuluu turvallisen ohjausympäristön valitseminen, ohjausprosessin ylläpito, arviointi sekä kirjaaminen. Jotta hoitajalla olisi hyvät ohjausvalmiudet, hänen tulee päivittää tietoaan ja taitojaan muun muassa seuraamalla tutkimustietoa. Näin hoitaja pystyy tarjoamaan asiakkaalle oikeaa, pätevää, asianmukaista sekä tilanteeseensa sopivaa ohjausta. (Kääriäinen 2008, 11–12.)

Taustatekijät. Asiakkaan ja hoitajan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät ovat sidoksissa ohjaukseen ja vaikuttavat sen onnistumiseen. Fyysiset taustatekijät määrittävät sen, miten asiakas kykenee ottamaan vastaan ohjausta. Psykkisistä tekijöistä motivaatiolla on suuri merkitys ja se vaikuttaa siihen, onko asiakas halukas omaksuma hoitoonsa liittyviä asioita ohjauksessa ja ovatko ne hänelle tärkeitä. Sosiaaliset tekijät puolestaan käsittävät esimerkiksi asiakkaan omaiset. Omaisten mukaan ottaminen ohjaustilanteeseen on suotavaa siksi, että heidän

läsnäolonsa helpottaa kysymysten esittämistä sekä vähentää väärinkäsityksiä. Heidän avullaan asiakas pystyy tulkitsemaan ja käyttämään tietoa helpommin. Myös omaisten ahdistuneisuus vähenee. Asiakkaan taustatekijöiden selvittämisellä on siis suuri merkitys asiakaslähtöisessä ohjauksessa. (Kääriäinen 2008, 12.)

Hoitajan kohdalla fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten hoitaja asennoituu ohjaukseen ja mitä tietoja ja taitoja hän tarvitsee. Tällaisia fyysisiä taustatekijöitä ovat muun muassa hoitajan ikä, sukupuoli ja koulutus. Psykkisistä tekijöistä motivaatio vaikuttaa hoitajan osalta ohjauksen onnistumiseen. (Kääriäinen 2008, 12.)

Vuorovaikutteinen ohjaussuhde. Ohjaussuhteelta edellytetään myös vuorovaikutteisuutta ja kaksisuuntaisuutta, sillä juuri vuorovaikutteisudella rakennetaan ohjaussuhdetta. Luottamuksellisen ohjaussuhteen rakentuminen vaatii hoitajalta sitä, että hän rohkaisee asiakasta osallistumaan keskusteluun, tarjoaa mahdollisuuksia kysymysten esittämiseen ja antaa asiakkaalle palautetta. Molempien tulee myös kunnioittaa toistensa asiantuntijuutta; hoitaja on ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen ja asiakas oman elämänsä asiantuntija. (Kääriäinen 2008, 12.)

Tavoitteellinen ja aktiivinen toiminta. Ohjauksen onnistumiseen tarvitaan myös aktiivisuutta sekä asiakkaan että hoitajan taholta. Asiakkaan tulee ottaa vastuuta omasta toiminnastaan ja hoitajan on rohkaistava vastuullisuuteen. Hoitajalla on ohjauksessa ammatillinen vastuu. Kun molemminpuolinen aktiivisuus on saavutettu, voivat hoitaja ja asiakas suunnitella ja toteuttaa tavoitteellista ohjausprosessia. Tavoitteet tulee asettaa sen mukaan mitä asiakas tietää ennalta, mitä hänen tulee tietää ja mitä hän haluaa tietää. Myös ohjausmenetelmä suunnitellaan ja valitaan juuri kyseistä asiakasta varten. Tärkeää on saada sisällytettyä asiakkaan näkemykset tavoitteisiin. Ohjausta tulee arvioida koko prosessin ajan asetettujen tavoitteiden pohjalta. (Kääriäinen 2008, 12–13.)

Riittävyys, resurssit ja vaikutukset. Jotta ohjauksesta olisi todellista hyötyä, on tärkeää, että asiakas saa riittävästi ohjausta. Riittävällä ohjauksella ennen hoitoon tuloa varmistetaan se, että asiakkaalle jää riittävästi aikaa harkita eri vaihtoehtoja sekä selvittää omaa tilannettaan. Tämä lisää myös asiakkaiden tyytyväisyyttä ja kohentaa mielialaa. Tärkeää on antaa ohjausta myös sekä hoidossa oloaikana

että kotiutusvaiheessa. Ohjauksen onnistuminen on tärkeää siksi, että hoidon jatkuminen jää asiakkaan itsensä ja hänen omaistensa varaan. Se on myös kansantaloudellisesti hyödyllistä, sillä se vähentää muun muassa sairaala-ajan pituutta ja lääkkeiden käyttöä. (Kääriäinen 2008, 12–13.) Asiakaslähtöisyys ja riittävyys ovat kaksi keskeisintä tekijää ja tärkeintä kriteeriä, kun ajatellaan ohjauksen antamista ja suunnittelua sekä sen onnistumista.

4 TERVEYDENHOITAJATYÖ

4.1 Terveydenhoitajatyön sisältö

Terveydenhoitotyöstä on vain vähän tutkittua tietoa, vaikka se on käsitteenä ollut jo pitkään käytössä sekä suomalaisessa että kansainvälisessä kirjallisuudessa. Terveydenhoito jaetaan iän mukaan lasten, koululaisten, nuorten, työikäisten ja vanhusten terveydenhoitoon. Näiden lisäksi terveydenhoitoon kuuluu myös äitiyshuolto. Terveydenhuollon keskeinen työntekijä on terveydenhoitaja, ja hänen tärkein toiminta-alueensa on yksilölle ja pienryhmälle toteutettava terveydenhoitotyö. Toiset näkevät terveydenhoitotyön olevan terveydenhoitajan työtä. Toiset taas näkevät terveydenhoitotyön liittyvän terveydenhoitoon ja terveydenhoitajan työhön. (Pesso 2004, 13–14.)

Terveydenhoitotyö tarkoittaa muidenkin kuin terveydenhoitajan toteuttamaa työtä, mutta terveydenhoitajatyöllä tarkoitetaan nimenomaan ammatillisen pätevyyden omaavan terveydenhoitajan toteuttamaa työtä. Terveydenhoitaja toimii ihmisen eri elämänvaiheissa terveydenhoitajatyön, kansanterveystyön ja terveyden edistämisen asiantuntijana. Alue- ja väestövastuisessa terveydenhoitajan työssä keskeistä on väestön aktivoiminen ylläpitämään ja edistämään omaa terveyttään. Terveydenhoitajan on työssään huomioitava ne terveyteen vaikuttavat tekijät, jotka vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin, elinympäristöön ja elinolosuhteisiin. Terveydenhoitajan työ on terveyttä ylläpitävää ja edistävää, ja sairauksia ehkäisevää. Terveydenhoitajan työtä toteutetaan yksilöiden, perheiden, työ- ja muiden yhteisöjen ja väestön kanssa. Lisäksi työhön kuuluu ympäristön terveyden ylläpitäminen ja edistäminen. Työn pyrkimys on vahvistaa asiakkaiden itsehoitoa ja voimavaroja. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 22.)

Terveydenhoitajan työ sisältää kolme prevention tasoa; primaari-, sekundaari- ja tertiaariprevention. Näillä tarkoitetaan terveystieteiden ja sairauksien ehkäisemistä, varhaista toteamista ja sairastuneiden hoitamista sekä terveellisen ympäristön kehittämistä ja suunnittelua. Terveydenhoitajan työssä näkyy myös promotiivinen näkökulma, jolla tarkoitetaan laajemmin terveyden edellytyksiä luovaa ja tukevaa toimintaa. Terveydenhoitajan työn teoreettinen pohja löytyy hoitotieteestä ja sitä

tukevat terveyden edistämisen tietoperusta ja kansanterveystiede. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 22–23.)

Yksi keskeinen asia terveydenhoitajan työssä on vahvistaa asiakkaiden omia voimavaroja ja tukea heidän selviytymistään. Terveydenhoitajan työhön kuuluu oleellisesti näyttöön perustuva osaaminen, kyky eläytyä asiakkaan tilanteeseen ja rohkeus tarvittaessa puuttua asiakkaan elämään. Näyttöön perustuvalla terveydenhoitajatyöllä tarkoitetaan terveydenhoitajan toiminnan perustelemista tutkitulla tiedolla ja kokemukseen perustuvalla näytöllä. Terveydenhoitajatyön päätöksenteon pohjana tulee olla käytössä olevat tutkimustulokset, työkokemus ja asiakaskohtainen tieto. Terveydenhoitajalla on vastuu kehittää omaa ammatillista kasvuaan ja tutkimukseen perustuvaa työn toteuttamistaan. Terveydenhoitajan ajattelun ja arvo maailman keskeinen perusta on eettisessä osaamisessa. Terveydenhoitajan työn arvot ja eettiset periaatteet, lainsäädäntö ja terveystieteelliset linjaukset vaikuttavat hänen eettiseen osaamiseensa. Terveydenhoitaja voi ymmärtää asiakkaidensa arvoja ja kulttuureja, kun hän tiedostaa omat arvonsa, asenteensa ja ihmis- ja terveystieteellisyksensä. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 23–25.)

Terveydenhoitaja toimii sekä itsenäisesti että erilaisissa työryhmissä. Työtä ohjaavat yhteiskunnassa vallitseva tilanne ja asiakkaiden moninaiset tarpeet ja elämäntilanteet. Terveydenhoitajan työssä moniammatillinen yhteistyö on merkittävää, sillä sen avulla taataan asiakkaille paras mahdollinen tuki ja hoito. Terveydenhoitaja tekee työtä terveyden edistämiseksi perhettä suunnittelevien, raskaana olevien, synnyttäneiden, eri-ikäisten lasten ja nuorten kanssa sekä työikäisten ja ikääntyvien ihmisten kanssa. Terveydenhoitajan työpaikkoina toimivat eri-ikäisten neuvolat, avosairaanhoito, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, työterveyshuolto ja kotihoito. Terveydenhoitaja voi työskennellä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla tai erilaisten vapaaehtoisjärjestöjen palveluksessa. Terveydenhoitaja voi toimia myös itsenäisenä yrittäjänä tai erilaisissa työryhmissä suunnittelu-, kehittämis- ja asiantuntijatehtävissä. Terveydenhoitajan työmenetelmiä ovat vastaanottotoiminta, neuvonta, terveystarkastukset, seulontatutkimukset, kotikäynnit ja yksilö- ja ryhmäohjaus. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 25–26.)

4.2 Äitiyshuolto

Äitiyshuolto on Suomessa laadukasta ja sitä arvostetaan naisten ja äitien hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä (Ryttyläinen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2007, 22). Äitiyshuollon laatua voidaan arvioida myös tilastollisesta näkökulmasta ja esimerkiksi imeväiskuolleisuus on Suomessa vähäistä. Vuonna 2011 imeväiskuolleisuus oli 2,4/1000 elävänä syntynyttä kohden. (Imeväiskuolleisuus / 1000 elävänä syntynyttä, 2011).

Suomessa äitiyshuollon palveluiden piiriin kuuluvat kaikki lasta odottavat naiset. Palveluihin kohdistuviin odotuksiin vaikuttavat hyvin monenlaiset asiat, esimerkiksi tietotekniikan lisääntyminen, isien mukaantulo ja synnyttäjien ikä. Äitiyshuolto vaatii siinä edelleen kehittämistä, sillä asiakkaiden tarpeet ja odotukset palvelujärjestelmää kohtaan ovat jatkuvassa muutoksessa. Jotta äitiyshuoltoa pystytään kehittämään, on tunnettava palveluiden käyttäjien näkemyksiä. (Ryttyläinen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2007, 22.)

Ryttyläisen, Vehviläinen-Julkusen ja Pietilän (2007) tekemän tutkimuksen mukaan naiset ovat toivoneet äitiyshuoltoon lisää aikaa keskustelua, kysymyksiä ja ohjausta varten. He toivoivat myös mahdollisuutta vertaistuen järjestämiseen ja kotikäyntien lisäämiseen. Kokonaisvaltaisen huomioimisen tarvetta korostettiin, sillä vaikka tekninen puoli hoitoineen ja seurantoineen koettiin toimivaksi, ei vauvan syntymän aiheuttamaan muutokseen perheessä ja parisuhteessa keskitytty riittävästi. Tutkimuksessa kävi ilmi, että äitiysneuvolassa pitäisi käsitellä paljon rohkeammin kielteisiä, yllättäviä sekä poikkeavia asioita. Esimerkiksi hätäkeisarileikkauksen tai lapsen vammautumisen mahdollisuutta tulisi käsitellä neuvolakäynneillä. Myös realistisen kuvan antaminen raskaudesta, synnytyksestä ja lapsivuodeajasta on tärkeää. Tarpeellisena pidettiin myös imetykseen liittyvien mahdollisten ongelmien käsittelyä ennakoivasti. (Ryttyläinen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2007, 24–25.)

Äitiyshuollossa tulisi vahvistaa naisen omaa päätöksentekoa ja itseluottamusta, sillä naiset haluavat lisää mahdollisuuksia eri kivunlievitysmenetelmien valitsemiseen sekä perusteltua tietoa päätöstensä tueksi. Tärkeänä pidettiin sitä, että naisille tarjottaisiin eri synnytysvaihtoehtoja ja -tapoja sekä mahdollisuus valita niistä. Äitiyshuollossa olisi muistutettava, että synnytys ei välttämättä suju suunnitelmien

mukaan ja äidille on annettava mahdollisuus synnytyskokemuksen käsittelyyn kättilön tai lääkärin kanssa. Tutkimuksen mukaan naiset halusivat enemmän tietoa ja keskustelua keisarileikkauksesta. (Ryttyläinen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2007, 25.)

4.3 Äitiysneuvolatyö

Suomessa toteutettava äitiysneuvolatoiminta perustuu terveydenhuoltolakiin ja valtioneuvoston asetukseen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta ja ehkäisevästä lasten ja nuorten suun terveydenhuollosta. Lisäksi myös lastensuojelulaki säätelee äitiysneuvolan toimintaa. Kaikessa äitiysneuvolatoiminnassa noudatetaan työtä ohjaavia periaatteita. Nämä periaatteet perustuvat ihmisoikeuksiin, lainsäädäntöön ja kansallisiin sosiaali- ja terveystieteisiin linjauksiin. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 16.)

Terveydenhoitajan ammatillisen osaamisen vaatimuksissa painotetaan lasta odottavan perheen kokonaisvaltaista terveyden ja hyvinvoinnin yksilöllistä edistämistä. Tämän tarkoituksena on kiinnittää huomiota siihen, että myös äitiysneuvolassa täytyy ottaa huomioon perheen kokonaistilanne, elintavat ja elinolosuhteet. Äitiysneuvolassa toteutettava ohjaus terveyttä edistävästä elintavoista on tärkeää, sillä tulevan äidin on raskauden aikana helpompi muuttaa elintapojaan terveellisemmiksi. Myös isät ovat avoimempia muuttamaan elintapojaan terveellisemmiksi, mikäli he saavat tukea ja motivoivaa tietoa terveydenhoitajalta. (Haarala, Honkanen, Mellin & Teraskanto-Mäentausta 2008, 284–285.)

Äitiysneuvolan toiminnan tavoitteena on tukea raskaana olevan naisen ja sikiön hyvinvointia ja edistää koko perheen terveyttä ja hyvinvointia. Toiminnan tavoitteena on myös ehkäistä raskausajan ongelmia ja edistää kansanterveyttä. Äitiysneuvolassa raskausaikaiset häiriöt tunnistetaan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa ja tarjotaan nopeasti tarvittavaa hoitoa ja tukea. Varhain kohdennetun tuen avulla äitiysneuvolat osallistuvat syrjäytymisen ehkäisemiseen ja terveyserojen kaventamiseen. Kunnan on järjestettävä raskaana olevien naisten ja lasta odottavien perheiden palvelut terveydenhuoltolain ja valtioneuvoston neuvolatoiminnalle antaman asetuksen mukaisesti. Nämä palvelut pitävät sisällään perheen tarpeiden

mukaisen äitiysneuvolatoiminnan, jossa tieteellisesti tutkitun näytön perusteella seurataan raskaana olevan ja perheen terveyttä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 16–18.)

Vanhempien näkökulmasta äitiysneuvolan tavoitteena on muun muassa, että vanhemmat saavat tietoa raskauden, synnytyksen ja lapsen hoidon tuomista muutoksista heidän elämäänsä. Lisäksi tavoitteena on, että he ovat saaneet valmiuksia kohdata nämä muutokset. Muita tavoitteita vanhempien näkökulmasta ovat kokemus kuulluksi tulemisesta, mahdollisuus osallistua aktiivisesti raskausajan hoitoonsa ja saada apua ja tukea ajoissa. Vanhemmille tärkeää olisi myös mahdollisuus keskustella mieltä askarruttavista asioista, tulla tietoisemmiksi perheen voimavaroista ja voimavaroja heikentävistä riskitekijöistä. Vanhemmat haluaisivat saada valmiuksia terveystottumustensa ylläpitoon, sekä kokea saavansa vahvistusta vanhemmiksi kasvamiseen. Äitiysneuvolan tulee antaa tietoa siitä, mistä vanhemmat voivat tarvittaessa hakea ja saada tukea ja apua. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 16.)

Äitiysneuvolan tehtäviin kuuluu järjestää suositusten mukaiset terveystarkastukset sikiön, raskaana olevan naisen ja perheen hyvinvoinnin seuraamiseksi. Tarkastusten tavoitteena on myös tunnistaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa raskausajan häiriöt ja ohjata asiakas tarpeen mukaan hoitoon. Muita tehtäviä ovat esimerkiksi erityistä tukea tarvitsevien perheiden ja vanhempien tunnistaminen, kohdennetun tuen järjestäminen perheelle ja palveluja käyttämättömien tuen tarpeen selvittäminen. Lisäksi vanhempien vanhemmuuden ja keskinäisen kommunikaation sekä parisuhteen hoitamisen tukeminen ovat osa äitiysneuvolan tehtäviä. Näiden lisäksi äitiysneuvolassa tuetaan vanhempien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 17.)

Edellä mainittujen lisäksi äitiysneuvolan tehtäviin kuuluu järjestää moniammatillista perhevalmennusta. Kotikäynnin järjestäminen ensimmäistä lasta odottavalle ja kaikille lapsen saaneille perheille on osa äitiysneuvolatoimintaa. Äitiysneuvolan terveydenhoitajan työ pitää sisällään myös moniammatillisen yhteistyön perheiden terveyden edistämiseksi. Terveydenhoitajan tulee tuntea lasta odottavien perheiden palvelut kunnassa, jotta hän voi tarpeen mukaan ohjata perheitä näiden palvelujen pariin. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 17.)

4.3.1 Äitiysneuvolatyötä ohjaavat periaatteet

Lasten ja vanhempien oikeudet. Yhdistyneiden kansakuntien lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen mukaan tavoitteena on lapsen oikeuksien suojelu ja huolenpito ennen ja jälkeen lapsen syntymän. Sikiön ja lapsen terveyttä uhkaavia vaaratekijöitä on ehkäistävä läpi koko raskausajan ja synnytyksen. Terveystieteiden henkilöstön tulee arvioida yksilöllisesti sen perheen avun ja tuen tarve, johon lapsi syntyy. Vanhempia tuetaan huomioimaan syntyneen lapsen tarpeet, terveys ja hyvinvointi. Julkisen vallan on turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut jokaiselle ja tuettava kaikkien lapsen kasvusta ja huolenpidosta vastaavien henkilöiden mahdollisuuksia turvata lapsen yksilöllinen kasvu. Toistaiseksi sikiöllä itsellään ei kuitenkaan ole vielä juridisia oikeuksia. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät seksuaalioikeudet ovat keskeisiä vanhempien oikeuksia. Ne perustuvat YK:n ihmisoikeusjulistukseen ja muihin kansainvälisiin sopimuksiin, ja niiden katsotaan kuuluvan kaikille. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 18–19.)

Turvallisuus. Terveystieteiden toiminnan tulee lain mukaan olla laadukasta, turvallista ja toteutukseltaan asianmukaista. Ammattieettiset velvollisuudet edellyttävät, että terveystieteiden ammattihenkilö käyttää toiminnassaan soveltaen hyväksytyjä ja perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Potilaan oikeus hyvään hoitoon, itsemääräämisoikeuteen ja tiedonsaantiin koskee myös naista, joka on äitiysneuvolan asiakkaana. Kun raskaana olevalle naiselle turvataan riittävät sosiaali- ja terveystieteiden palvelut, toteutuu samalla myös sikiön oikeussuoja. Tälle on edellytyksenä, että nainen saa selvityksen terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista ja hoidon merkityksestä terveystieteiden ammattihenkilöltä. Vastasyntyntä lasta koskee samat oikeudet kuin muitakin ja päätökset vastasyntyneen hoidosta tehdään huoltajan tai muun laillisen edustajan kanssa yhteisymmärryksessä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 19.)

Äitiysneuvolan säännölliset terveystarkastukset luovat pohjan riskien ja tuen tarpeiden tunnistamiselle. Tarvittaessa raskaana olevalle naiselle ja hänen perheelleen tarjotaan lisäkäyntejä äitiysneuvolaan lääkärin ja terveydenhoitajan vastaanotolle tai ohjataan jatkohoitoon. Lasta odottavan perheen tulisi voida tuntea lapsensa saanti aina odotusajasta synnytykseen ja imeväisen hoitoon turvalliseksi ja elämää

rikastuttavaksi kokemukseksi. Mahdollisuus lapsen perusturvallisuuden tunteen syntymiselle edellyttää, että lapselle osoitetaan rakkautta ja huolenpitoa. Perusturvallisuutta lisää kasvatuksen johdonmukaisuus ja lapsilähtöisyys, sekä vanhempien välinen avoin vuorovaikutus. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 19.)

Terveyden edistäminen. Äitiysneuvolassa toteutettu terveyden edistäminen on lasta odottavaan perheeseen, heidän yhteisöön ja elinympäristöön kohdistettua toimintaa. Toiminnan tavoitteena on lasta odottavan perheen terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Terveyden edistäminen sisältää lasta odottavan perheen taustatekijöihin vaikuttamisen, terveysongelmien ja tapaturmien ehkäisyn, mielenterveyden vahvistamisen ja väestöryhmien terveyserojen kaventamisen. Yksilön näkökulmasta terveyden edistäminen on voimavaroja vahvistavaa toimintaa ja tarvittavassa muutoksessa tukemista. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 20.)

Terveyden edistämässä korostuu motivaatio, tiedostaminen, huolenpito, aktiivisuus, vastuunotto ja mahdollisuus muutokseen. Lasta odottavan perheen mahdollisuus edistää omaa terveyttään vahvistuu, jos mahdollisuuksia terveellisten valintojen tekemiseen tuetaan. Terveyttä edistävien olosuhteiden vahvistaminen, varhainen tuki ja ongelmien ehkäisy ovat kustannustehokkaita ja usein tuloksia tuovia keinoja vaikuttaa väestön terveyteen. Terveyden edistäminen vaatii äitiyshuollon toimijoilta yhtenäistä linjausta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ja eri hallinnonalat ylittävää toimintaa kunnassa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 20.)

Asiakas- ja perhekeskeisyys. Äitiysneuvolassa, jossa toiminta on asiakaskeistä, asiakkaat kohdataan tasavertaisesti, yksilöllisesti, arvostaen ja heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan. Asiakkaan kohtaamisessa pyritään edistämään asiakkaan tarpeiden ja toiveiden esilletuloa. Perhekeskeisessä toiminnassa kiinnostusta kohdistetaan naisen terveyden lisäksi myös koko perheen terveyteen ja hyvinvointiin. Syntyvän lapsen keskeinen kasvu- ja kehitysympäristö on perhe, ja sen voimavaroilla on kaikkien perheenjäsenten hyvinvoinnille merkitystä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 20–21.)

Asiakas- ja perhekeskeisesti toimittaessa asioissa edetään tavalla, joka sopii perheen tilanteeseen. Väestön tarpeista kertovat tiedot huomioidaan jo palveluja suunniteltaessa ja järjestettäessä. Tällöin terveydenhuollon ammattihenkilöllä on mahdollisuus tarkastella tilannetta vanhempien näkökulmasta ja vastata vanhempien tarpeisiin lapsen kasvun ja kehityksen suhteen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 21.)

Hyvä yhteistyösuhde vanhempiin. Kun vanhempiin muodostettu yhteistyösuhde on hyvä, se rohkaisee vanhempia nostamaan esiin omia näkemyksiään ja luo mahdollisuuden vanhempien osallistumiseen itseään ja perhettään koskevissa asioissa. Yhteistyösuhteen muodostuminen alkaa jo äitiysneuvolassa työskentelevän ammattihenkilön ja vanhempien ensimmäisestä kohtaamisesta, ja se jatkuu vahvistuen koko raskausajan. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 21.)

Aktiivisella kuuntelulla ja läsnäololla, kunnioituksella ja aidolla kiinnostuksella vanhempien vointia kohtaan, on keskeinen merkitys yhteistyösuhteen luomisessa. Luottamusta rakentaa vanhempien kokemus kuulluksi tulemisesta, jolloin myös vaikeiden asioiden esille ottaminen helpottuu. Äitiysneuvolan työntekijän on toimiltaan osoitettava olevansa perheen puolella. Yhteistyösuhteessa keskeistä on tieto raskaana olevan naisen ja syntyvän lapsen terveyttä ja hyvinvointia edistävästä ja uhkaavista tekijöistä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 21.)

Perheelle voidaan tarjota oikein suunnattua tukea peruspalvelujen ja tarvittaessa myös erityispalvelujen osalta, kun perheen tuentarve huomataan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tämän edellytyksenä on, että perheen ja raskaana olevan naisen tuen tarpeisiin perehdytään yksilöllisesti. Äitiysneuvolassa pyritään vähentämään raskaana olevaa naista ja hänen perhettään kuormittavia tekijöitä. Lisäksi tuetaan aktiivisesti perheen voimavaroja vahvistavia ja suojaavia tekijöitä. Terveelliset elämäntavat ja hyvä parisuhde ovat esimerkkejä voimavaroja vahvistavista asioista, joilla edistetään raskaana olevan naisen ja hänen puolisonsa terveyttä ja hyvinvointia. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 21.)

Edellä mainittuja asioita vahvistamalla voidaan edistää syntyvän lapsen kehitystä ja kasvua, ja suojata koko perhettä ei toivotuilta vaikutuksilta. Jos odottavalla äidillä on realistinen suhtautuminen omaan äitiyteensä, se antaa äidille voimia. Liian

vaativat odotukset äitiydestä saattavat puolestaan aiheuttaa äidille stressiä. Syntyvän lapsen näkökulmasta, vanhempien hyvinvointi, vanhempien huolenpito lapsesta ja aktiivinen vanhemmuus ovat voimavaroja vahvistavia tekijöitä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 21.)

Näyttöön perustuvat yhteiset käytännöt. Äitiysneuvolan toiminnan tulee perustua tutkittuun tietoon eli näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin, jotta toiminta on asianmukaisesti toteutettua, turvallista ja laadukasta. Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa parhaan mahdollisen ja ajantasaisimman tiedon käyttämistä väestön, asiakasryhmän tai yksittäisen asiakkaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja toiminnassa. Sitä tukevat erilaiset kansalliset ohjeistukset ja suositukset. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 21–22.)

Tavoite on toimiviksi todettuja hoitokäytäntöjä ja menetelmiä käyttämällä, vastata äitiysneuvolan asiakkaiden tarpeisiin. Äitiysneuvoloiden toimintatavat ja asiakkaiden saama palvelu yhtenäistyvät, kun toteutetaan näyttöön perustuvaa toimintaa. Näyttöön perustuva toiminta parantaa toiminnan vaikuttavuutta, tehokkuutta ja työntekijöiden osaamista sekä vähentää kuluja. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 22.)

Asiakkaan näkökulmasta keskeinen asia näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamisessa on hoidon tuloksellisuuden paraneminen. Lisäksi yhtenäiset käytännöt neuvolan ja sairaalan välillä lisäävät lasta odottavan perheen turvallisuuden tunnetta. Näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamisessa päätöksenteon tueksi käytetään eri lähteistä saatua eritasoista tietoa. Lisäksi äitiysneuvolan asiakkailta saatua tietoa heidän lähtökohdistaan, toiveistaan ja kokemuksistaan käytetään hyödyksi. Näiden lisäksi tarvitaan työntekijän ammattitaitoa, joka tulee kliinisen kokemuksen myötä. Kokemus näkyy työntekijän toiminnassa kykynä yhdistellä saatuja tietoja ja suunnitella toimintatavat yksilöllisesti asiakkaalle. Päätöksenteossa on jatkuvasti läsnä tieto palvelujärjestelmän mahdollisuuksista ja resursseista. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 21–22.)

Tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja jatkuvuus palveluiden järjestämisessä. Koko maassa on järjestettävä äitiysneuvolapalvelut suunnitelmallisesti, samantasoisesti sekä perheiden ja yksilöiden tarpeet huomioiden niin, että palveluja pys-

tytään tarjoamaan kaikille tasa-arvoisesti. Neuvolatoiminta on mukana työssä, jolla pienennetään terveys- ja hyvinvointieroja ja parannetaan yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta. Tasa-arvon periaatteen mukaan toimiessa äitiysneuvolan palveluja pyritään suuntaamaan perheiden tarpeiden pohjalta, ja tarvittaessa huolehditaan kohdennetun tuen järjestämisestä niiden raskauksien ja perhetilanteiden kohdalla, jotka vaativat lisäseurantaa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 22.)

Jatkuvuudella tarkoitetaan sitä, että äitiysneuvolan asiakkaan terveydenhoito jatkuu sujuvana, yhtenevänä ja suunnitelman mukaisena koko äitiysneuvolassa toteutetun terveydenhoidon ajan sekä asiakkaan siirtyessä toimipisteestä toiseen. Hoidon jatkuvuus voidaan taata tiedottamisen ja yhdessä sovittujen käytänteiden avulla alueen äitiyshuollossa toimivien tahojen ja lastenneuvolan välillä. Jatkuvuutta pyritään turvaamaan lisäksi sillä, että työntekijät eivät vaihdu tarpeettomasti, ja että jatkuvuus toteutuisi myös lääkäreiden toiminnassa. Hoidon jatkuvuuden puutteen asiakkaalle aiheuttama epätietoisuus kuluttaa asiakkaalta niitä voimavaroja, joita hänen pitäisi saada kohdistaa uuteen perhetilanteeseen ja syntyvään lapseen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 22.)

Moniammatillinen ja monialainen yhteistyö. Äitiysneuvolan terveydenhoitotyön suunnittelussa ja toteuttamisessa hyödynnetään sekä erikoissairaanhoidon asiantuntemusta, että alueen muiden lapsiperheiden kanssa työskentelevien tahojen osaamista. Moniammatillinen yhteistyö sovitetaan niin, että sen tarjoamista palveluista rakentuu perheiden tarpeisiin vastaava kokonaisuus. Äitiysneuvolan tärkeimpiä yhteistyötahoja ovat fysioterapeutti, psykologi, perhetyöntekijä, ravitsemusterapeutti ja suun terveydenhuollon ammattihenkilö. Lisäksi yhteistyötahoja löytyy myös toisilta hallinnonaloilta, joista mainittakoon esimerkiksi lastensuojelu, perheneuvolat ja sosiaalityö. Kolmannelta sektorilta tulevia yhteistyötahoja ovat muun muassa ensi- ja turvakodit ja A-klinikat. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 23.)

Äitiysneuvolan työntekijä kutsuu tarvittaessa moniammatillisen työryhmän koolle, jolloin raskaana olevan naisen ja hänen perheensä erityisen tuen tarvetta voidaan selvittää tarkemmin ja tukea voidaan järjestää perheelle. Jotta äitiysneuvolan ja synnytys sairaalan työntekijöille muodostuu mahdollisimman yhtenevä hoitolinjaus ja kokonaiskäsitelmä palveluista, on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon

välinen tiivis yhteistyö äitiyshuollossa välttämätön. Tiedonkulkuun sisältyy esimerkiksi konsultaatiomahdollisuus, yhtenevät lähetekäytännöt, tiedon yhdenmukaisuus ja tiedonvaihto, jonka on oltava virheetöntä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 23.)

Sairaanhoitopiirien kuntayhtymät huolehtivat siitä, että erikoissairaanhoidon palvelut yhteen sovitetaan perusterveydenhuollon ja väestön tarpeisiin vastaaviksi. Tavoitteena on, että nämä kaksi terveydenhuollon tahoa muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Yhteistyötä ja palvelujen yhteensovittamista edistävät äitiyshuollossa toimivien ammattiryhmien työn tunteminen, yhteiset koulutukset ja suunnitelmallinen johtaminen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 23.)

5 TYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Työn tavoitteena on selvittää sektioon liittyvän ohjauksen sisällöllistä riittävyttä äitiysneuvolassa.

Tarkoitus on kuvailla suunnitellun sektion läpikäyneiden äitien kokemuksia äitiysneuvolasta saadusta tiedosta ja ohjauksesta sektion yhteydessä. Lisäksi työn tarkoituksena on selvittää, millaista tai mitä sektioon liittyvää tietoa äidit olisivat kaivanneet lisää äitiysneuvolasta.

Työmme kohderyhmänä ovat viimeisen kahden vuoden sisällä suunnitellun sektion läpikäyneet äidit. Nämä äidit valikoituivat kohderyhmäksemme sen vuoksi, että sektiosta kulunut aika on melko lyhyt, joten äitien muistikuvat ja kokemukset tiedon riittävydestä ja sisällöstä ovat vielä tuoreessa muistissa. Tämän lisäksi äitiysneuvoloiden tavat ja tottumukset tiedon antamisessa ovat sidoksissa tämän hetkisiin käytäntöihin ja suosituksiin, jolloin tutkimuksesta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää nykyisiä toimintatapoja kehitettäessä sekä uusia toimintatapoja pohdittaessa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista ja mitä suunniteltuun sektioon liittyvää tietoa äidit saivat äitiysneuvolasta?
2. Mistä asioista äidit kokivat saaneensa tietoa riittävästi?
3. Millaisena äidit kokivat saamansa tiedon ja ohjauksen?
4. Millaista ja mitä tietoa äidit olisivat kaivanneet lisää äitiysneuvolasta?

6 TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Useimmissa laadullisiksi luokitelluissa tutkimuksissa lähtökohtana on ajatus merkitysten keskeisyydestä. Laadullisen tutkimuksen tutkimussuunnissa ihmisten toiminnan ajatellaan olevan merkitysvälitteistä sekä sosiaalisesti ja kulttuurisesti mielekästä. Merkitysvälitteisyydellä tarkoitetaan siis sitä, että todellisuus kohdataan osana merkityksellistä käytäntöä. Kieli, ympäröivä kulttuuri ja sen toimintatavat, sekä vakiintuneet tavat ymmärtää, puhua ja käydä keskusteluja kuuluvat osana ihmisen kokemukseen ja siitä kertomiseen. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011, 81.)

Laadullisessa tutkimuksessa mainitaan usein subjektiivisuus ja ihmisen kokemuksen huomiointi. Tämä kertoo siitä, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuu ihminen oman maailmansa kokijana, toimijana sekä havainnoijana ja kyseiset asiat muovautuvat verrattuna kulloinkin kyseessä olevaan aikaan ja paikkaan. Laadullisen tutkimuksen tyypillinen piirre on myös tutkijakeskeisyyden korostuminen. Tutkijan katsotaan usein olevan keskeinen toimija ja valintojen tekijä tutkimuksessa. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011, 81–82.)

Laadullisessa tutkimuksessa jäsenetään todellisuutta niiden ihmisten näkökulmasta, jotka osallistuvat tutkimukseen. Näiden näkökulmien elementtejä ja prosesseja luokitellaan ja tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä ja käsitteiden välisistä suhteista tietoa. Osallistujiksi valitaan sellaiset henkilöt, jotka tietävät eniten juuri siitä ilmiöstä, joka on tutkimuksen kohteena. Henkilömäärä on laadullisessa tutkimuksessa yleensä pieni, koska siinä painotetaan enemmän laatua kuin määrää. (Kylmä, Pehkonen & Hakulinen 2004, 252.)

Laadullisen tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää sekä ongelmalähtöisesti että käsitteellisesti. Kun tutkimustietoa hyödynnetään päätöksenteossa tai jonkin käytännön toiminnan muuttamisessa, on kyseessä ongelmalähtöinen hyödyntäminen. Kun taas tutkimustiedon avulla pyritään jäsentämään ja kehittämään

omaa ajattelua, on kyseessä käsitteellinen hyödyntäminen. (Kylmä, Pelkonen & Hakulinen 2004, 254.)

6.2 Sisällönanalyysin teoriaa

Sisällönanalyysi-menetelmän avulla voidaan kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota analysoida, tarkastella esiin tulleiden asioiden ja tapahtumien merkityksiä sekä seurauksia ja yhteyksiä (Janhonen & Nikkonen 2001, 21). Sisällönanalyysiä käyttämällä kerätty aineisto tiivistetään siten, että tutkittavia ilmiöitä kyetään kuvaamaan lyhyesti tai yleistävästi, tai että tutkittavien ilmiöiden suhteita saadaan selkeästi esille. Analysoitava aineisto voi olla kvalitatiivista tai kvantitatiivista. Laadullinen aineisto tarkoittaa sanallisessa tai kuvallisessa muodossa olevaa tietoa kuten esimerkiksi puheet, kirjeet, artikkelit, kuvanauhat, valokuvat ja niin edelleen. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

Sisällönanalyysissä on keskeistä yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien erottaminen tutkimusaineistosta. Aineistosta kertovien luokkien tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. Aineiston yksiköt (esimerkiksi sanat, fraasit) luokitellaan samaan luokkaan merkityksensä perusteella. Samaan luokkaan lajitellut yksiköt merkitsevät siis samaa asiaa. Sisällönanalyysi-prosessista löytyvät seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä analyysin luotettavuuden arviointi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23–24.)

Analyysiyksikkö voidaan määritellä eri tavoilla, ja sen määrittelyn ratkaisee tutkimustehtävä sekä aineiston laatu. Useimmin aineiston yksiköstä saatu sana, lause tai sanayhdistelmä toimii analyysiyksikkönä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi lähtee liikkeelle aineiston pelkistämisestä, joka tapahtuu kysymällä aineistolta tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineistosta saadut ilmaisujen pelkistykset kirjataan aineiston termein. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään eli erotellaan pelkistyksistä löydettyjä erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat pelkistykset yhdistetään luokaksi, jolle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin seuraava vaihe on aineiston abstrahointi, jolloin sa-

mansisältöiset luokat yhdistämällä saadaan aikaan yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2001, 26–29.)

6.3 Teoreettiset perustelut menetelmävalinnoille

Terveystieteidenhuollossa on tärkeää kehittää näyttöön perustuvaa toimintaa. Laadullinen tutkimusmenetelmä ja sen tuottama tieto ovat merkittäviä juuri näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen kannalta. Sen avulla pystytään tuottamaan subjektiivista, yksilöllistä ja kontekstisidonnaista tietoa hyödynnettäväksi. Oleellista on tietää miten jokin tietty interventio toimii tai miksi se ei toimi (Kylmä, Pelkonen & Hakulinen 2004, 250, 255).

Määrälliset ja laadulliset tutkimusmenetelmät ovat molemmat tärkeä osa näyttöön perustuvan terveydenhuollon kehittämistä, mutta laadullisilla menetelmillä voidaan tuottaa sellaista tietoa, mitä määrälliset tutkimukset eivät pysty tuottamaan. Tutkimusmenetelmää valittaessa on mietittävä millaiseen tutkimuskysymykseen haluaa saada vastauksen, sillä eri menetelmät vastaavat erilaisiin tutkimuskysymyksiin. (Kylmä, Pelkonen & Hakulinen 2004, 251.)

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaa paremmin laadullinen tutkimusmenetelmä, sillä laadulliset tutkimusmenetelmät sopivat juuri eri menetelmien toimivuuden ja päätöksentekoon vaikuttavien tekijöiden tunnistamiseen. Ne auttavat myös ymmärtämään hoitotyöntekijän ja asiakkaan erilaisia näkökulmia hoitotilanteesta ja niiden avulla pystytään tutkimaan asiakkaan ja hoitotyöntekijän välistä vuorovaikutusta ja mahdollisia ongelmia. (Kylmä, Pelkonen & Hakulinen 2004, 252.)

Laadullinen tutkimusmenetelmä sopii tähän työhön myös siksi, että sillä saadaan selvitettyä Suomen äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien antaman tiedon ja ohjauksen sisältöä ja sitä, miten annettu tieto on koettu ja onko se ollut riittävää. Laadullisena tutkimuksena toteutettaessa saadaan selvitettyä paljon pienelläkin tutkimukseen osallistuvalla äitimäärällä. Laadullisen tutkimusmenetelmän käyttäminen ilmenee tässä työssä esimerkiksi haastattelulomakkeeseen asetettujen kysymys-

ten muodossa. Äideille esitettiin ”millaista” ja ”miten” -kysymyksiä, joilla vastauksiksi pyrittiin saamaan mahdollisimman kuvailevaa tietoa äitien kokemuksista.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tiedonhankinta

Tietoa haettiin Seinäjoen korkeakoulukirjastosta käyttäen apuna plari-tietokantaa. Tutkimusartikkeleita löydettiin käymällä korkeakoulukirjaston tutkimusaineistoa läpi ja etsimällä aiheeseen soveltuvia otsikoita. Lakiin liittyvää tietoa haettiin FINLEX ajantasainen lainsäädäntö – sivustolta. Tietoa etsittiin pääosin keskeisten käsitteiden avulla, mutta myös muita hakusanoja ja hakusanojen yhdistelmiä käytettiin. Suomenkielisten lähteiden lisäksi tietoa löydettiin myös englanninkielisinä muun muassa Cochrane Librarystä. Näiden lisäksi hyödynnettiin Internetin vapaahakua. Tutkimuksen lähteiksi pyrittiin saamaan mahdollisimman uutta tutkimustietoa, mutta harkintaa käyttäen työssä hyödynnettiin myös hieman vanhempaa aineistoa soveltuvilta osin. Tärkeää oli huolehtia siitä, että käytettyjen lähteiden tiedot ovat ajan tasalla nykypäivään verraten.

7.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin kirjallisessa muodossa lähettämällä haastateltaville haastattelulomake (LIITE 2) postin tai sähköpostin välityksellä. Kysymykset olivat muodoltaan avoimia, jolloin niihin täytyi vastata pidemmältä kuin vain kyllä tai ei -vastauksin. Näin pystyttiin takaamaan se, että haastatteluista saatavat vastaukset ovat sopivia kvalitatiiviseen tutkimukseen. Haastattelulomakkeen lisäksi haastateltaville lähetettiin saatekirje (LIITE 1), jossa kerrottiin tutkimuksen tavoite ja tarkoitus sekä korostettiin tutkimuksen vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta.

Haastateltavia pyrittiin saamaan yhteensä neljä. Haastattelulomakkeita lähetettiin 17 kappaletta ja saimme takaisin yhdeksän vastausta. Saaduista vastauksista valitsimme leikkauksesta kuluneen ajan perusteella neljä tuoreinta suunniteltua sektiota mukaan tutkimukseen. Näin toimiessa mukaan saatiin äidit, joilla kokemukset äitiysneuvolan tarjoamasta tiedosta ja ohjauksesta ovat vielä tuoreessa muistissa. Haastatteluissa pyrittiin siihen, että vaikka haastateltavia on vain muutama, heiltä saatava tieto olisi relevanttia tutkimuksen kannalta. Aineiston sopivuuden kannalta

oli tärkeää suunnitella haastattelulomake, joka tuottaisi vastauksen tutkimuskysymyksiimme. Tämän vuoksi lomakkeelle suoritettiin esitestaus, josta tulokset olivat hyviä. Tästäkin huolimatta tutkimukseen osallistuneiden joukossa oli vastauksia, jotka eivät tuottaneet tietoa, joka vastaisi kysymykseen.

Haastateltavat saatiin sosiaalisen median kautta, jonka ansiosta haastateltavat oli mahdollista saada mahdollisimman laajasti Suomen alueelta. Haastateltavien löytämiseen käytettiin yhteyshenkilöä, joka mainosti sosiaalisessa mediassa suunnitellun sektion läpikäyneille äideille mahdollisuutta osallistua kyseiseen tutkimukseen. Yhteyshenkilö oli tutkimuksen ulkopuolinen, eikä hänen kanssaan keskusteltu aiheesta etukäteen. Myöskään palautetut kyselylomakkeet eivät kulkeneet hänen kauttaan, vaan ne saapuivat suoraan tutkijoille. Tämän henkilön kautta lähetettiin saatekirje ja haastattelulomake neljälletoista tutkimukseen ilmoittautuneelle äidille. Näiden lisäksi tutkijoiden kautta lähetettiin vielä kolme kyselyä.

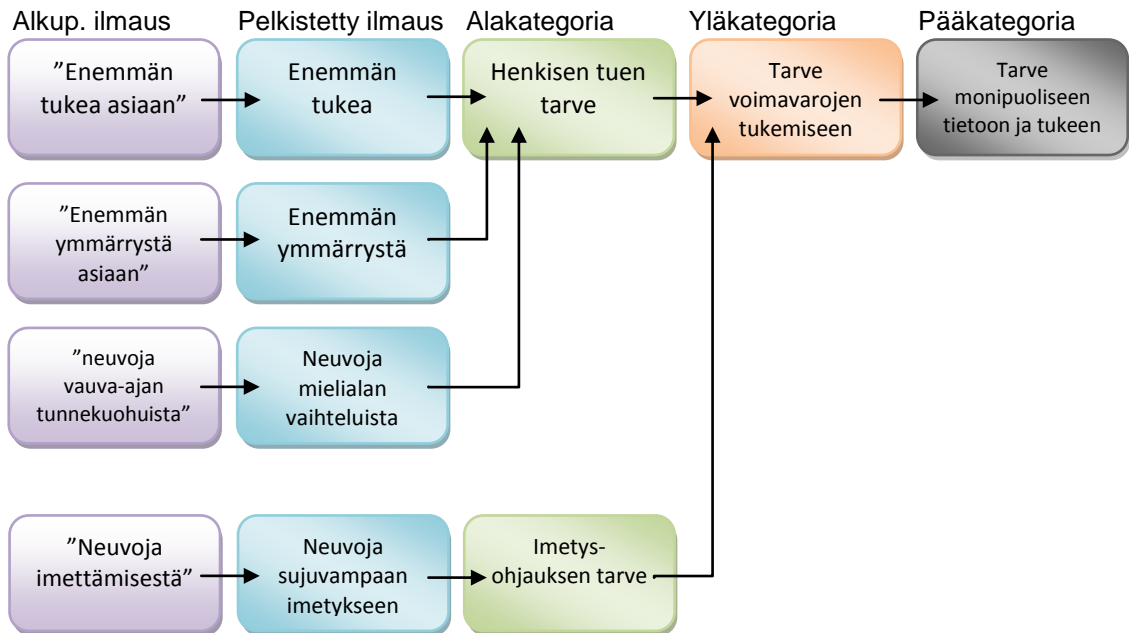
Yhdeksästä vastauksesta kahdeksan palautettiin sähköisessä muodossa ja yksi kirjallisena. Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat tutkijoille tuntemattomia henkilöitä ja tieto heidän sektioistaan saatiin ulkopuolisen tahon kautta. Tutkimukseen valitut vastaukset tulivat Oulusta, Helsingistä, Kangasalalta ja Seinäjoelta. Vastaa- jien keski-ikä oli 33 vuotta. Nuorin vastaajista oli 29 -vuotias ja vanhin 38 -vuotias.

7.3 Aineiston läpikäynti sisällön analyysillä

Haastattelulomakkeiden vastauksina saadun aineiston analysointi aloitettiin heti, kun aineisto oli saatu kokonaisuudessaan tutkijoille. Haastattelulomakkeessa käytettiin avoimia kysymyksiä, joilla pyrittiin saamaan mahdollisimman tarkasti tutkimuskysymyksiimme vastaavia vastauksia. Aloitimme analyysin poimimalla vastauksista ne analyysiyksiköt, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Nämä yksiköt kirjoitettiin puhtaaksi paperille, jonka jälkeen vastaukset käytiin huolellisesti läpi, jolloin oli mahdollista saada kokonaiskuva vastauksista. Tämän jälkeen alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin ja jaoteltiin alaryhmiin etsimällä niistä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia (Kuvio 1). Näin saaduille alaryhmille annettiin kutakin ryhmää kuvaava nimi. Näitä alaryhmiä yhdistämällä saatiin yläkäsitteet. Tämän jälkeen

kullekin tutkimuskysymykseen vastaavalle analyysille määriteltiin vielä pääkategoriat, joilla on mahdollisimman hyvin sisältöä kuvaava nimi.

Mistä asioista äidit olisivat halunneet saada lisää tietoa?



Kuvio 1. Aineiston läpikäyntiä sisällön analyysillä.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Asiat, joista äidit kertoivat saaneensa tietoa

Tutkimuksesta kävi ilmi, että äidit saivat äitiysneuvolasta tietoa ja tukea kokonaisvaltaisesti sektioon liittyvissä asioissa. Vastaajat kertoivat saaneensa suullisen ohjauksen lisäksi kirjallista tietoa sektioon liittyen. Asiasta myös keskusteltiin yleisellä tasolla. Suunnitellun sektorin lisäksi osa vastaajista oli saanut myös muihin synnytystapoihin liittyvää ohjausta, osa enemmän, osa vähemmän. Terveydenhoitajalta oli saatu myös harkintaa ehdottavaa tietoa alakautta synnyttämiseen.

Kaikki vastaajat olivat saaneet tietoa sektorin jälkeisestä toipumisesta ja siinä huomioitavista asioista yleisellä tasolla. Tulokset osoittavat terveydenhoitajien olleen kiinnostuneita asiakkaan henkisestä hyvinvoinnista, sillä tukea oli saatu myös henkisen hyvinvoinnin osalta. Terveydenhoitajat olivat keskustelleet äitien kanssa esimerkiksi sektorin sujumisesta, henkisestä jaksamisesta ja toimenpiteen läpikäymisen herättämistä ajatuksista.

Äidit kertoivat saaneensa ohjeistusta fyysiseen toipumiseen liittyvissä asioissa. Ohjauksessa oli huomioitu sekä haavan hoitamiseen että sektorin jälkeiseen liikkumiseen liittyvät asiat. Haavanhoitoa koskevat ohjeistukset käsittelivät itse haavan hoitoa, sen suihkuttelua ja seurantaa. Lisäksi terveydenhoitajat olivat neuvoneet varovaisuuteen haavan kanssa. Sektorin jälkeistä liikkumista koskevat ohjeistukset liittyivät leikkauksen jälkeisiin nostorajoituksiin, ylösnousemiseen ja vauvan kantamiseen. Näiden lisäksi oli kerrottu myös jälkivuodosta.

8.2 Asiat, joista äidit saivat mielestään riittävästi tietoa

Suurin osa vastaajista koki saamansa tiedon ja ohjauksen riittämättömäksi. Osa koki jääneensä täysin ilman tietoa ja ohjausta suunniteltuun sektioon liittyen ja osa koki tiedon ja ohjauksen saannin puutteelliseksi. Aiheet, joista oli koettu saatavan riittävästi tietoa ja ohjausta, koskivat toipumista ja haavanhoitoa. Tietoa oli saatu riittävästi lepäämisestä, jälkivuodosta, nostorajoituksista ja vauvanhoidon helpot-

tamisesta. Haavanhoidosta oli saatu tietoa yleisellä tasolla sekä ennen tikkien poistoa että sen jälkeen.

8.3 Millaisena äidit kokivat saamansa tiedon ja ohjauksen?

Isoksi kokonaisuudeksi vastauksista nousi terveydenhoitajan ammatillisen osaamisen vaikutukset äitien kokemukseen saamastaan tiedosta ja ohjauksesta. Äidit kokivat terveydenhoitajan ohjauksen olleen empaattista, kannustavaa ja asiallista. Tiedonanto ja ohjaus ovat olleet asiakkaan tarpeisiin vastaavia, sillä osa äideistä koki tiedon ja ohjauksen olleen tarpeellista ja riittävää.

8.4 Mistä asioista äidit olisivat halunneet saada lisää tietoa

Tutkimuksesta nousi äitien tarve monipuoliseen tietoon ja tukeen suunnitellun sektion yhteydessä. Keskeisiä asioita olivat fyysiseen toipumiseen ja voimavarojen tukemiseen liittyvät tarpeet. Osa äideistä kaipasi enemmän tukea ja ymmärrystä asiaan sekä tietoa ja neuvoja vauva-ajan tunnekuohuista. Lisäksi neuvot sujuvampaan imetykseen koettiin tarpeellisiksi.

Fyysiseen toipumiseen liittyvät tarpeet koskivat haavan paranemista ja liikunnan aloittamista. Äidit kaipasivat enemmän tietoa haavan paranemisprosessista, haava-alueen tuntopuutoksista ja jälkivihlomisista. Vastauksista nousi esiin myös toive sisätutkimuksesta, jotta haavan sisäpuolen paraneminen varmistuisi. Liikunnan aloittamiseen liittyvä tiedon tarve oli yhteistä kaikille vastanneille. Äitejä mietitytti vatsalihasten palautuminen ja se milloin niitä voi ryhtyä vahvistamaan liikunnalla. Tähän kaivattiin selkeitä ohjeita. Myös täysipainoisen liikunnan aloittamisajankohta nousi yhdeksi tiedontarpeeksi.

Eräs vastannut äiti koki tarvetta vertaistuelliselle tiedolle sektion yleisyydestä. Hän olisi halunnut tietää miten yleistä suunniteltuun sektioon päätyminen on ja olisi kaivannut enemmän tilastotietoa.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että äitiysneuvolan terveydenhoitajan antamassa, suunniteltuun sektioon liittyvässä ohjauksessa tulisi ottaa aiempaa enemmän huomioon äidin henkisen puolen tarpeet. Myös Virtanen ym. (2007) ovat todenneet, että kirurgisen potilaan ohjauksessa muun muassa pelkoihin, tunteisiin ja huoliin liittyvä ohjaus on ollut puutteellista. Henkisen puolen huomioinnin tarve näkyi tämän työn tuloksissa siten, että tutkimukseen osallistuneet äidit olisivat halunneet enemmän tukea ja ymmärrystä asiaan sekä neuvoja vauva-ajan tunnekuohuista. Myös Ryttyläisen ym. (2007) tekemästä tutkimuksesta käy ilmi, että vaikka tekninen puoli seurantoineen ja hoitoineen oli toimivaa, ei vauvan syntymän aiheuttamaan muutokseen perheessä ja parisuhteessa ollut keskitytty riittävästi.

Virtasen ym. (2007) tutkimustulokset osoittivat, että äitiysneuvolasta saatu tieto ja ohjaus oli monipuolista ja tarpeellista, varsinkin äitien leikkauksesta toipumisessa. He ovat myös todenneet, että on tarpeellista saada tietoa ja ohjausta, jotta kykenee selviytymään leikkauksen jälkeen kotona itsensä hoitamisesta. Myös tämän opinnäytetyön tutkimustulokset osoittivat äitien kaipaavan tietoa ja ohjausta haavanhoidosta ja muista fyysiseen toipumiseen liittyvistä asioista. Tutkimusten tulokset ovat siis yhdensuuntaisia.

Tutkimustuloksissa kävi kuitenkin myös ilmi, että osa äideistä koki äitiysneuvolan antamassa tiedossa ja ohjauksessa puutteita. Vastauksissa kerrottiin, ettei ohjausta tai tietoa suunniteltuun sektioon liittyen ollut tullut lainkaan riittävästi äitiysneuvolasta. Kääriäinen (2008) painottaa ohjauksen riittävyttä, jotta ohjauksesta olisi todellista hyötyä asiakkaalle. Riittävä ohjaaminen on tärkeää myös siitä syystä, että asiakas joutuu enenevässä määrin olemaan itse yhä suuremmassa roolissa hoidon jatkuvuuden suhteen. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan kertoa, että äidit olisivat halunneet enemmän tietoa haavan paranemiseen ja liikunnan aloittamiseen liittyvistä asioista. Tämän perusteella voidaan tehdä johtopäätös siitä, että ohjauksessa ja tiedonannossa koetut puutteet koskivat juuri asiakkaan omalle vastuulle jääviä asioita.

Tutkimuksessa nousi esiin äitien tarve saada neuvoja sujuvampaan imettämiseen. Myös Ryttyläinen ym. (2007) ovat tutkimuksessaan todenneet, että imetykseen liittyvien mahdollisten ongelmien käsittelyä ennakoivasti pidettiin tarpeellisena. Imetysohjauksen antaminen äitiysneuvolan toimesta olisi hyvä keino vastata tähän tarpeeseen. Äitien voimavarojen tukeminen imetyksen suhteen on tärkeää siksi, että Mooren ym. (2007) mukaan äidin huono luottamus imetyksen onnistumiseen on yhdistetty myös maidontuotannon riittämättömyyteen. Lisäksi riski imetyksen aikaiseen lopettamiseen on kolminkertainen. Asiakkaan omien voimavarojen vahvistaminen ja selviytymisen tukeminen onkin yksi keskeinen asia terveydenhoitajan työssä (Haarala, Honkanen, Mellin & Teraskanto-Mäentausta 2008).

Opinnäytetyön tutkimukseen vastanneet äidit kokivat äitiysneuvolan terveydenhoitajan antaman ohjauksen asiallisena, ystävällisenä, empaattisena ja kannustavana. Myös äitiysneuvolatyötä ohjaavien periaatteiden mukaan terveydenhoitajan toiminnan tulee olla asianmukaista ja laadukasta (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013). Tästä voidaan todeta, että äitiysneuvolan terveydenhoitajat ovat huomioineet työssään äitiysneuvolatyötä ohjaavia periaatteita.

Ryttyläisen ym. (2007) tekemään tutkimukseen verrattuna, voidaan huomata yksi hyvin merkittävä ero. Ryttyläisen ym. (2007) tekemässä tutkimuksessa naiset halusivat enemmän tietoa ja keskustelua keisarileikkauksesta, kun taas tämän opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella kyseistä tarvetta ei ollut. Kuitenkaan kukaan tutkimukseen osallistuneista ei kertonut saaneensa riittävästi tietoa itse sektioista äitiysneuvolasta. Vastauksista näkyy, että keisarileikkausta oli kuitenkin käsitelty jonkin verran yleisellä tasolla terveydenhoitajan kanssa. Koska kukaan ei kokenut tarvetta lisätiedolle itse sektioista, voidaan päätellä, että äidit olivat saaneet tietoa ja ohjausta keisarileikkauksesta myös muiden reittien ja tahojen kautta.

Tutkijoiden mielestä olisi hyvä, jos ohjauksen antamisesta olisi aina päävastuussa jokin tietty taho, tässä tapauksessa äitiysneuvola, josta asiakas saisi riittävästi ohjausta ja tietoa elektiivisestä sektioista jo paljon ennen itse leikkausta. Tutkijoiden mielestä on kuitenkin tärkeää antaa tietoa ja ohjausta myös muilta tahoilta.

Kokonaisuudessaan voidaan sanoa, että tutkimukseen osallistuneet äidit saivat ohjausta ja tietoa enimmäkseen hyvin äitiysneuvoistaan, mutta kuten edellä todettiin, kehittämistarpeitakin löytyi.

10 TYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

10.1 Eettiset piirteet

Vuonna 1995 American Nurses Association (ANA) on julkaissut hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet ohjaamaan hoitotieteellistä tutkimusta. Näihin eettisiin ohjeisiin kuuluu yhdeksän eettistä periaatetta.

5. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien tietoiseen suostumukseen perustuvaa osallistumista sekä määritellä tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat negatiiviset seuraamukset.
6. Mahdolliset haitat estetään tai minimoidaan ja edistetään tutkittavien, myös haavoittuvien ryhmien, hyvää.
7. Tutkijan tulee arvostaa tutkittavien erilaisuutta ja ymmärtää heidän perhettään ja läheisiään sekä persoonallisia erojaan.
8. Tutkittavien tulee olla samanarvoisia suhteessa hyötyihin ja haittoihin.
9. Tutkittavien yksityisyyttä suojellaan.
10. Tutkimuksen eettisyys varmistetaan tutkimuksen kaikissa vaiheissa.
11. Havaitut, mahdolliset ja oletetut tieteelliset virheet raportoidaan tutkimustoiminnan valvojalle.
12. Tutkijan tulee säilyttää kompetenssinsa suhteessa tutkimusmetodologiaan ja – aiheeseen sekä muihin ammattilaisiin ja yhteisöllisiin seikkoihin, jotka osaltaan vaikuttavat tutkimukseen ja yleiseen hyvään.
13. Mikäli tehdään eläintutkimuksia, eläimet tulee suojata haitoilta ja kärsimyksiltä.

Näiden eettisten ohjeiden lisäksi hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa myös Helsingin julistus, joka on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. Se on laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, mutta sopii myös hoitotieteellisten tutkimusten eettisiksi ohjeiksi. Sen uusi suomennos on hyväksytty Suomen Lääkäriliiton hallituksessa 10.5.2001. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212–213, 217–218.)

Helsingin julistuksen mukaan tutkittavan hyvinvointi on aina tärkeämpää kuin yhteiskunnan tai tieteen etu. Tutkijoiden tulee tuntea tutkimukseen liittyvät eettiset ja lainsäädännölliset vaatimukset sekä viranomaisvaatimukset. Julistuksessa otetaan

kantaa muun muassa haavoittuviin ryhmiin ja erityistä huomiota on kiinnitettävä niihin, jotka eivät syystä tai toisesta kykene itse päättämään suostumuksestaan tutkimukseen. Julistuksessa ohjeistetaan myös potilaiden turvallisuuden ja oikeuksien turvaamiseen tutkimustyössä. Näiden ohjeiden mukaan tutkittavan yksityisyys, luottamuksellisuus sekä psyykinen ja fyysinen koskemattomuus on turvattava. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 213–214.)

Kaikille tutkittaville on kerrottava riittävän tarkasti tutkimuksen tavoite, menetelmät ja eturistiriidat, jos sellaisia on. Lisäksi on tuotava esiin rahoituslähteet, tutkijalla olevat yhteydet eri laitoksiin, odotettavissa oleva hyöty sekä tutkittavalle mahdollisesti aiheutuvat riskit. Tutkittavalle on myös tuotava esille mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta tai perua suostumuksensa ihan milloin tahansa ilman, että siitä aiheutuu hänelle seuraamuksia. Kun tutkittava on ymmärtänyt hänelle annetut tiedot ja hän haluaa osallistua tutkimukseen, häneltä on saatava vapaasta tahdosta annettu, tietoon perustuva kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Mikäli kirjallinen suostumus ei ole mahdollinen, suostumus tulee dokumentoida muulla tavoin täsmällisesti ja kirjattava se todistettuna. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214.)

Edellä mainittujen ohjeistusten lisäksi hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa myös kansallinen lainsäädäntö sekä erilaiset ohjeet. Näitä ovat mm.

- laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999)
- asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999)
- laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
- laki (556/1989) ja asetus (774/1989) terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä
- henkilötietolaki (523/1999)
- potilasvahinkolaki (585/1992)
- asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta (494/1998)
- asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta annetun asetuksen muuttamisesta (309/2000)
- laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)

(Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214–215.)

Tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä käsittelee Suomessa Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), joka on perustettu vuonna 1991. Sen tehtävänä on tutkimuseettien edistämisen lisäksi muun muassa toimia asiantuntijaelimenä, kun selvitetään tutkimuseettisiä ongelmia. Korkeakoulujen käyttämät tieteellisen käytännön menettelyohjeet ovat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyväksymät. Terveystieteidenhuoltoon ja potilaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä käsittelee periaatteelliselta kannalta myös Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 216–217.)

10.2 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdintaa

Koemme, että opinnäytetyömme on luotettavuudeltaan ja eettisyydeltään vaatimusten mukainen, sillä tutkimuksen toteuttamisessa noudatettiin eettisiä käytänteitä. Haastattelulomakkeen yhteydessä lähetetyssä saatekirjeessä kerroimme tutkimuksen tarkoituksesta ja tulosten käyttötarkoituksesta. Saatekirjeessä vastaajalle kerrottiin lisäksi, että vastaaminen on vapaaehtoista ja tutkimuksesta voi halutesaan perääntyä milloin tahansa. Lisäksi kirjeestä kävi ilmi, että vastaamalla kyselyyn äiti antaa luvan vastausten käyttämiseen tutkimuksessa, ja että vastaukset tullaan hävittämään heti tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimukseen osallistuneet olivat tutkijoille ennalta tuntemattomia, heidän kanssaan ei keskusteltu tutkimuksesta etukäteen ja he vastasivat tutkimukseen nimettömästi. Luotettavuuden puolesta puhuu myös tutkimukseen osallistuneiden valinta tuoreimpien sektioiden perusteella. Myös teoriaosuudessa käytettiin mahdollisimman uutta kirjallista tietoa ja käytetty materiaali oli aiheeseemme soveltuvaa.

Äitien vastauksia ei vääristelty ja ilmaukset pyrittiin pitämään mahdollisimman alkuperäisiä vastaavina, jotta äitien todelliset kokemukset säilyisivät tutkimustuloksiin saakka. Tärkeää oli huolehtia siitä, ettei ilmauksia pelkistetty liian rajusti, koska silloin on vaarana, että tutkimuksen kannalta oleellista tietoa jää ilmauksesta pois.

11 POHDINTA

Tutkimuksen aiheenvalinta oli helppoa ja selkeää, sillä molemmilla tutkijoilla oli halu suunnata tutkimus äitiysneuvolaan. Lisäksi molempien tutkijoiden lähipiirissä on äitejä, jotka ovat läpikäyneet suunnitellun sektorin. Sen vuoksi tutkijoille nousi kiinnostus liittää työ juuri suunniteltuun sektioon. Myös aiheen rajaaminen oli helppoa. Tutkimusaihe vaati perehtymistä yleisesti sektioon liittyvään lähdemateriaaliin. Tiedonhankinnan aikana jaettiin aihealueita, joista tietoa etsittiin. Mahdollisia lähdemateriaaleja käytiin osin yhdessä läpi. Aikaisempia tutkimuksia juuri tästä aiheesta ei löytynyt yhtäkään, mutta sellaista materiaalia löytyi, joka liittyy kiitettävästi tämän opinnäytetyön aiheeseen. Teoriatietoa työstettiin sekä yhdessä että erikseen ja jatkuva palautteenanto työn etenemisestä ja mahdollisista muutosehdotuksista sujui tutkijoiden välillä asiallisesti.

Opinnäytetyön tutkimukseen osallistujat oli alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoitus hankkia Kuntayhtymä Kaksineuvoisen alueelta äitiysneuvoloiden avustuksella. Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista asiakkaan tietosuojan säilyttämisen vuoksi ja tästä syystä tutkimukseen osallistuvat äidit päädyttiin hankkimaan sosiaalisen median kautta. Työn lopputuloksen kannalta kyseinen ratkaisu oli toimiva, sillä näin vastaajat saatiin laajalta alueelta. Tämän ansiosta pystyttiin myös välttämään tutkimukseen osallistuneiden mahdollinen paljastuminen, jonka pienet paikkakunnat ja tutkimuksen pienimuotoisuus saattaisivat aiheuttaa.

Opinnäytetyön tutkimusosiota varten tehdylle haastattelulomakkeelle tehtiin esitetaus yhdellä haastateltavalla, ennen kuin haastattelulomakkeet lähetettiin varsinaisille tutkimukseen osallistujille. Esitetauksesta saadut vastaukset olivat haluttomia, joten suurempaa esitetausta ei lomakkeelle tehty.

Vaikka opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovatkin laadullisia, laitettiin haastattelulomakkeeseen kysymykset muotoon ”millaista/mitä” ja ”millaisena/miten”. Kysymykset olivat hieman laadullisista kysymyksistä poikkeavia siksi, että mikäli kysymykset olisivat laadulliselle tutkimukselle uskollisesti olleet vain muodossa ”millaista” ja ”millaisena”, jolloin vastaukset olisivat saattaneet olla esimerkiksi vain ”hyvää, riittävää, huonoa”, jolloin ne eivät olisi kertoneet sitä, mistä asioista äidit olivat saaneet tietoa.

Lomakkeisiin ei myöskään haluttu laittaa pelkästään ”mitä” kysymyksiä, sillä silloin tutkimus olisi ollut enemmänkin määrällinen kuin laadullinen. Tällöin tietoa olisi saatu vain ja ainoastaan siitä, mistä konkreettisista asioista äidit olivat tietoa saaneet.

Jos taas kysymykset olisi jaoteltu kahteen osaan ”millaista tietoa sait” ja ”mitä tietoa sait”, ei tuloksista olisi saanut selkoa siitä, mikä äitien saamasta tiedosta vastaa tiedon laatua määrittävää sanaa. Tästä syystä haastattelulomakkeen kysymykset olivat siinä muodossa kuin olivat. Muodossa, jolla koettiin saavan vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Valitettavasti tutkimukseen osallistuneiden äitien vastaukset eivät olleet täysin odotetunlaisia. Osassa vastauksista ongelmana oli juuri se, että äidit kertoivat luetelomaisesti ne asiat, joista olivat saaneet tietoa, kun tarkoituksena oli saada selville ”mitä” tietoa ja ”millaista” tietoa. Pohdiskelun alle jäikin ja –sanan merkitys. Kun haastattelulomakkeessa käytettiin vinoviivaa, haastateltaville saattoi tulla kuva siitä, että he saavat valita kumpaan kysymykseen, ”mitä” tai ”millaista”, he haluavat vastata. Olisivatko haastattelun vastaukset olleet enemmän halutunlaisia jos vinoviivan sijasta olisi käytetty sanaa ja, vai olisiko sillä ollut merkittävää vaikutusta työn tulosten kannalta? Valitettavasti vastaajien nimettömyydestä johtuen heitä ei voitu pyytää täydentämään vastauksiaan, mikä oli tutkimuksen kannalta ei-toivottua.

Haastattelukysymykset jättivät myös hieman tulkinnan varaa sanojen ”suunniteltuun sektioon liittyvä” osalta. Ei ole täysin varmaa, ymmärsivätkö kaikki tutkimukseen osallistuneet tämän samalla tavalla. Haastattelulomakkeeseen ei voitu määrittellä tai luetella niitä asioita, jotka liittyvät suunniteltuun sektioon, sillä se olisi saattanut vaikuttaa johdattelevasti äitien vastauksiin.

Tutkimuksen sisällönanalyysivaiheessa huomattiin, että haastattelulomakkeeseen olisi ollut hyvä lisätä kohta, jossa kysytään, onko äiti osallistunut neuvolan järjestämään synnytysvalmennukseen, jossa sektiota olisi mahdollisesti käyty läpi. Nyt saadut tulokset eivät kerro sitä ovatko ne äidit, jotka kokivat, etteivät saaneet riittävästi tai lainkaan tietoa suunnitellusta sektioista, käyneet noissa vapaaehtoisissa valmennuksissa.

Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset menevät Kuntayhtymä Kaksineuvoisen äitiysneuvoloiden hyödynnettäväksi. Jatkotutkimukseksi ehdotetaan, että esimerkiksi Kuntayhtymä Kaksineuvoinen toteuttaisi saatuihin tutkimustuloksiin perustuen määrällisen tutkimuksen alueellaan, saadakseen selville juuri oman alueensa äitiysneuvoloiden asiakkaiden tiedontarpeet aiheeseen liittyen. Toinen jatkotutkimusehdotus on, että aiheeseen liittyvä tutkimus toteutettaisiin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien näkökulmasta. Millaiseksi terveydenhoitajat kokevat mahdollisuutensa vastata suunniteltuun sektioon liittyviin tiedon ja ohjauksen tarpeisiin?

Opinnäytetyöprosessin aikana lähdekriittisyys ja kyky etsiä ja hyödyntää tutkittua tietoa kehittyi ja toi hyvää kokemusta työelämää varten. Prosessin aikana myös ajanhallinta ja tutkijan vastuu korostuivat. Opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa, mutta mielenkiinto työhön ja aiheeseen säilyi, kun pienistä kirjoitus- ja pohdiskelutauoista pidettiin kiinni. Tästä opinnäytetyöstä tulee olemaan hyötyä tekijöilleen, jotka kumpikin haaveilevat työstä äitiysneuvolan terveydenhoitajana.

LÄHTEET

- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2004. Terveydenhoitajan osaaminen. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, R. 1999. Synnytys ja sektio: opas synnyttäjälle matkalle äitiyteen. Kuopio: Kustannusosakeyhtiö Puijo.
- How a caesarean section is performed. 17.4.2012. [Verkkosivu]. NHS Choices. [Viitattu 8.11.2013]. Saatavana: <http://www.nhs.uk/Conditions/Caesarean-section/Pages/How-is-it-performed.aspx>
- Huttunen, M. 31.10.2012. Synnytyksen jälkeinen masennus. [Verkkosivu]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 6.11.2013]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00505&p_haku=synnytyksen_jälkeinen_masennus
- Imeväiskuolleisuus / 1000 elävänä syntynyttä. 2011. [Verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. [Viitattu 6.11.2013]. Saatavana: <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1¤tEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d8743d22b9b2104b02804381a762d55c70&indCount=1&yearCount=4>
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Keisarileikkauksen jälkeen kotihoito-ohjeet. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 28.10.2013]. Saatavana: http://www.epshp.fi/1/yksikoiden_sivut/operatiivinen_toiminta/naistentaudit_ja_synnytykset/virtuaalisynnytyssairaala/synnytyssosasto/keisarileikkaus_eli_sectio/keisarileikkauksen_jalkeen
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Helsinki: Opas 29.
- Koskinen, K. 2007. Imetysohjaus. 1. painos. Helsinki: Edita.

- Kylmä, K., Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* 16 (6), 250–257.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* (6), 10–14.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- Moore, E. R., Anderson, G. C. & Bergman, N. 2007. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. [Verkkojulkaisu]. The Cochrane Collaboration: The Cochrane Library. [Viitattu 7.11.2013]. Saatavana: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub2/pdf/standard>
- Niela, H. 2010. Äidin ja vauvan merkityksellinen ensikontakti. *Kätilölehti* 115 (1), 6–7.
- Niemelä, M. 2006. *Imetysopas: hyvinvointia vauvalle ja äidille*. Helsinki: Helmi.
- Pesso, K. 2004. *Terveystenhoitotyön viitekehys tutkimuskohteena*. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1005.
- Ramachandrapa, A. & Lucky, J. 1.6.2009. Elective Cesarean Section: It's Impact on Neonatal Respiratory Outcome. [Verkkosivu]. National institutes of health. [Viitattu 7.11.2013]. Saatavana: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2453515/>
- Risks of caesarean section. 17.4.2012. [Verkkosivu]. NHS Choices. [Viitattu 8.11.2013]. Saatavana: <http://www.nhs.uk/Conditions/Caesarean-section/Pages/Risks.aspx>
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2011. *Tutkimuksen voimasanat*. Helsinki: WSOYpro.
- Ruohotie, P. 27.11.2006. Imetys sektion jälkeen. [Verkkosivu]. Imetyksen tuki ry. [Viitattu 6.11.2013]. Saatavana: <http://www.imetys.fi/itu/sektio.php>
- Ryttyläinen, K., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2007. Äitiyshuolto tulevaisuudessa: naisten näkemykset. *Tutkiva hoitotyö* 5 (2), 22–28.
- Tarkka, M-T., Rantanen, A., Haussler, S. & Åstedt-Kurki, P. 2005. Äitien kokemuksia suunnitellusta ja äkillisestä keisarileikkaussynnytyksestä. *Hoitotiede* (17), 334.

- Tiitinen, A. 14.10.2013. Keisarileikkaus. [Verkkosivu]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 6.11.2013]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00873&p_haku=sektio
- Virtanen, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S. & Salanterä, S. 2007. Kirurgisen potilaan oppimistarpeet: Katsaus oppimistarpeita arvioiviin mittareihin. *Hoitotiede*. 19 (1), 33–48.
- Vuori, E. & Gissler, M. 25.9.2013. Perinataalitalasto: synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012. [WWW-dokumentti]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 6.11.2013]. Saatavana: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110498/Tr24_13.pdf?sequence=1
- Ylikorkala, O., Tapanainen, J. 2011. Naistentaudit ja synnytykset. 5. uud. p. Helsinki: Duodecim.

LIITTEET

LIITE 1 Saatekirje

Hyvä Vastaanottaja,

olemme terveydenhoitajaopiskelijoita Seinäjoen Ammattikorkeakoulusta, Sosiaali- ja terveysalan yksiköstä. Valmistumme joulukuussa 2014 ja teemme tällä hetkellä opinnäytetyöhömme kuuluvaa tutkimus-osiota. Opinnäytetyömme valmistuu marraskuussa 2013.

Opinnäytetyömme aiheena on ”Äitien kokemuksia suunniteltuun sektioon liittyvän tiedon ja ohjauksen riittävydestä äitiysneuvolassa.” Näin ollen haluaisimme kuulla kokemuksiasi siitä, millaista sektioon liittyvää tietoa ja ohjausta koit saavasi riittävästi äitiysneuvolasta ja mitä asioita jäit mahdollisesti kaipaamaan lisää.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista eikä se sido Sinua mihinkään. Mikäli päätät osallistua tutkimukseen, Sinulla on oikeus missä tahansa tutkimuksen vaiheessa jäädä pois tutkimuksesta. Vastausten tulokset tullaan käsittelemään nimettömästi ja täysin luottamuksellisesti. Vastauslomakkeet tullaan hävittämään heti tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää sektioon liittyvän ohjauksen sisällöllistä riittävyttä äitiysneuvolassa.

Tarkoituksena on kuvailla suunnitellun sektorin läpikäyneiden äitien kokemuksia äitiysneuvolasta saadusta tiedosta ja ohjauksesta sektorin yhteydessä. Lisäksi työn tarkoituksena on selvittää, millaista tai mitä sektioon liittyvää tietoa äidit olisivat kaivanneet lisää äitiysneuvolasta.

Liitteenä kyselylomake, johon toivomme Sinun vastaavan 23.10.2013 mennessä. Vastaukset voit palauttaa sähköpostilla tai vastauskuoressa.

Vastaamalla kyselylomakkeeseen, annat suostumuksesi siihen, että vastauksiasi saadaan käyttää tutkimuksessa. Tutkimuksen tuloksia tullaan hyödyntämään Kuntayhtymä Kaksi-neuvoisen alueella.

Lisätietoja tutkimuksesta voi tiedustella

puhelimitse: Helinä Ojanperä: 050 xxx xxxx

Anniina Rajala: 040 xxx xxxx

Sähköpostilla: helina.ojanpera@seamk.fi

anniina.e.rajala@seamk.fi

Ystävällisin terveisin

Helinä Ojanperä ja Anniina Rajala, SeAMK

LIITE 2 Haastattelulomake

Ikäsi _____

Milloin Sinulle on tehty suunniteltu sektio? _____ (esim. 01.01.2000)

Minkä alueen äitiysneuvolassa olet tuolloin ollut asiakkaana? _____

Millaista/mitä suunniteltuun sektioon liittyvää tietoa/ohjausta sait äitiysneuvolasta ennen sektiota?

Entä sektion jälkeen? (Äitiysneuvolan terveydenhoitajan kotikäynti/-käynnit)

Millaisena/miten koit aiheesta saamasi tiedon/ohjauksen?

Mistä suunniteltuun sektioon liittyvistä asioista sait mielestäsi riittävästi tietoa/ohjausta äitiysneuvolasta?

Entä sektion jälkeen?

Millaista/mitä suunniteltuun sektioon liittyvää tietoa/ohjausta olisit kaivannut lisää äitiysneuvolasta?

Saitko tietoa/ohjausta jostakin muualta, mistä?