

Sanna-Riikka Kekäläinen & Maija Räihä

**MONIKULTTUURINEN PERHEVALMENNUS MAAHANMUUTTAJILLE**

## **MONIKULTTUURINEN PERHEVALMENNUS MAAHANMUUTTAJILLE**

Sanna-Riikka Kekäläinen  
Maija Räihä  
Opinnäytetyö  
Kevät 2018  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma  
Terveystyöntekijä  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, terveydenhoitaja

---

Tekijät: Sanna-Riikka Kekäläinen & Maija Räihä  
Opinnäytetyön nimi: Monikulttuurinen perhevalmennus maahanmuuttajille  
Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT Hilikka Honkanen & lehtori, TtM Minna Perälä  
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2018 Sivumäärä: 70 + 12

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli valmentaa Oulun alueella asuvia maahanmuuttajaperheitä synnytykseen ja vanhemmuuteen. Tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa monikulttuurinen perhevalmennus yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden sekä kaupungin neuvolan kanssa. Perhevalmennuksessa hyödynnettiin tulkkipalveluja.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallinen osuus oli monikulttuurisen perhevalmennuksen suunnittelu ja ohjauksen pitäminen. Perhevalmennus toteutettiin keväällä 2018 ja se koostui neljästä perhevalmennuskerrasta, joiden teemoina olivat tutustuminen ja synnytykseen valmistautuminen, synnytys ja kivunlievitys, ensipäivät vauvan kanssa ja imetys sekä vauvanhoito ja vanhempien jaksaminen.

Valmennukseen osallistui äitejä Somaliasta, Pakistanista ja Syyriasta, jotka olivat asuneet Suomessa puolesta vuodesta muutamaan vuoteen. Äidit olivat eri vaiheissa raskautta. Suurin osa heistä oli monisyntyttäjiä, mutta mukana oli myös yksi ensisyntyttäjä. Kaikille äideille yhteistä oli tuleva synnytys uudessa maassa ja kulttuurissa. Valmennuskertojen aiheiden ja kohderyhmän tarkennettua aloimme koota tietoperustaa, ja päädyimme keräämään tietoa monikulttuurisesta perhevalmennuksesta, synnytyksestä, vauvan hoidosta sekä muslimikulttuurista.

Äidit osallistuivat lähes joka valmennuskerralle, ja tulkitsimmekin heidän sitoutumisensa valmennukseen positiivisena palautteena. Lisäksi saamamme suullisen ja kirjallisen palautteen mukaan osallistujat kokivat saaneensa hyödyllistä tietoa suomalaisesta synnytyksen hoidosta sekä uutta tietoa imetyksestä ja suomalaisesta vauvanhoitokulttuurista. Äitien kokemuksia voisi kerätä haastattelujen avulla, jotta perhevalmennusta voisi kehittää entistä asiakaslähtöisemmäksi.

---

Asiasanat: maahanmuuttaja, monikulttuurinen perhevalmennus, synnytys, vauvanhoito, muslimi

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Public Health Nurse

---

Author(s): Sanna-Riikka Kekäläinen & Maija Räihä

Title of thesis: Multicultural parent training for immigrants

Supervisor(s): Supervisor(s): Principal Lecturer, PhD Hilikka Honkanen & Senior Lecturer, M.Sc. Minna Perälä

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2018    Number of pages: 70 + 12

---

The purpose of this project was to train immigrant parents for childbirth and parenthood. The parents participating in a training live in Oulu and will give birth in Finland for the first time. Thus, the aim was to design and accomplish a multicultural training for the parents during the spring of 2018.

The multicultural parent training was composed of four meetings. Topics of the meetings were related to preparation for childbirth, pain management during childbirth, breastfeeding, the first days with a newborn, newborn care and parent support.

The training was participated by pregnant women from Somalia, Pakistan and Syria. They had lived in Finland with their families for varying time and were in different pregnancy weeks. One of the participants was expecting the first child and the rest of them had given birth in their home countries. Based on the cultural backgrounds of the participants, our report contains information about islamic culture in addition to the topics presented above.

A positive feedback for us was that the pregnant women were committed to the training. Additionally, based on the oral and written feedback they had received useful information about delivery care in a Finnish hospital, breastfeeding and child care in Finnish culture. The participants could be interviewed in order to develop the training even more customer oriented in the future.

---

Keywords: immigrant, multicultural parent training, childbirth, newborn care, muslim



# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	8
2	PROJEKTIN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	10
3	MONIKULTTUURINEN PERHEVALMENNUS.....	13
3.1	Maahanmuuttajat Suomessa .....	13
3.2	Suomalainen perhevalmennus .....	15
3.3	Monikulttuurinen perhevalmennus ja ohjauksessa huomioitavat erityispiirteet .....	17
4	SYNNYTYS JA KIVUNLIEVITYS.....	20
4.1	Synnytykseen valmistautuminen.....	20
4.2	Synnytyksen vaiheet.....	22
4.3	Suomessa käytettävät kivunlievitysmenetelmät.....	25
5	VAUVAN HOITO.....	29
5.1	Ensipäivät vauvan kanssa .....	29
5.2	Varhainen vuorovaikutus .....	30
5.3	Vauvan ravitseminen .....	31
5.3.1	Imetys.....	32
5.3.2	Kiinteät ruuat .....	36
5.3.3	Äidinmaitokorvike .....	37
5.4	Vauvan perushoito.....	37
5.4.1	Päivittäisen pesut ja kylvetys.....	37
5.4.2	Vaipan vaihto .....	38
5.4.3	Vastasyntyneen napa, kynnet ja silmät .....	38
5.4.4	Lapsen käsittely.....	39
5.4.5	Vauvan pukeminen ja ulkoilu.....	40
6	MUSLIMIT MONIKULTTUURISEN PERHEVALMENNUKSEN ASIAKKAINA.....	43
6.1	Islamilainen kulttuuri .....	43
6.2	Synnytykseen valmistautuminen, synnytys ja lapsivuodeaika .....	44
6.3	Synnytysskipu ja synnytykseen liittyviä pelkoja .....	45
6.4	Tyttöjen ympärileikkaus .....	46
6.5	Vauvanhoito ja imetys.....	48
7	PROJEKTIN TOTEUTUS.....	51
7.1	Projektiorganisaatio .....	51

7.2	Projektin kohderyhmä ja hyödynsaajat .....	52
7.3	Projektin kustannusarvio.....	52
7.4	Projektin työvaiheet ja toteutus .....	54
7.5	Perhevalmennuksen toteuttaminen .....	54
8	ARVIOINTI.....	60
8.1	Tulosten arviointi.....	60
8.2	Prosessin arviointi.....	61
8.3	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkokehittäminen.....	63
	LÄHTEET.....	64
	LIITTEET.....	71

# 1 JOHDANTO

Suomalaista perhevalmennusta ja sen kehittämistarpeita on tutkittu jo yli 20 vuotta. Viime vuosikymmenien aikana lisääntyneen maahanmuuton myötä suomalaisesta yhteiskunnasta on tullut entistä monikulttuurisempi, ja 2000-luvun tutkimuksissa alettiin nostaa esille myös monikulttuuristen perheiden tarpeita. (Koski 2014, 83-85.) Suomessa erityisesti afrikkalaistaustaisilla maahanmuuttajaisilla on todettu olevan enemmän raskauden aikaisia terveysongelmia ja synnytyskomplikaatioita valtaväestöön verrattuna. Lisäksi lapsikuolleisuus on heillä valtaväestöä todennäköisempää ja alhainen syntymäpaino sekä keisarileikkaukset valtaväestöä yleisempiä. Tästä huolimatta perhevalmennus tavoittaa vain pienen osan Suomessa asuvista maahanmuuttajaperheistä. (Koski 2007, 13; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Perhevalmennusmallit ovat vakiintuneet meille suomalaisille sopiviksi, mutta eivät kuitenkaan kaikilta osin ole siirrettävissä maahanmuuttajien tilanteisiin (Koski 2007, 10). Maahanmuuttajien kanssa työskentely vaatii ohjaajalta kulttuurisensitiivistä työtettä, kykyä tunnistaa maahanmuuttajien tarpeita sekä tietoa asiakkaiden kulttuuritaustoista (Koski 2014, 50). Haasteita tuovat myös yhteisen kielen puute sekä tulkkausikäytäntöihin liittyvät ongelmat (Koski 2007, 13). Suomessa on laadittu useita lakeja, asetuksia ja suosituksia, jotka ohjaavat neuvolapalveluita ja perhevalmennusta sen osana ja velvoittavat huomioimaan myös maahanmuuttaja-asiakkaat (Koski 2014, 18). Maahanmuuttajille suunnattuja perhevalmennusmalleja on suunniteltu ja kehitetty erityisesti somaliperheille, joita voi soveltaa myös muille vähemmistöryhmille (Koski 2007, 16).

Toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoituksena on valmentaa Oulun alueella asuvia ja lasta odottavia maahanmuuttajaperheitä synnytykseen ja vanhemmuuteen monikulttuurisen perhevalmennuksen keinoin yhdessä eri toimijoiden kanssa. Oulussa neuvolapalveluja käyttäviä maahanmuuttajia asuu runsaasti. Tästä syystä on lähtenyt tarve maahanmuuttajille suunnatulle perhevalmennukselle, jonka suunnitteluun ja kehittämiseen on perustettu maahanmuuttaja- eli MAAMU -työryhmä Oulun kaupungin toimesta. Perhevalmennuksia on toteutettu useamman vuoden ajan ja mukaan on rekrytoitu sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita. Keväällä 2018 pidetty monikulttuurinen perhevalmennus koostui neljästä valmennuskerrasta, joiden sisällön olemme suunnitelleet ja toteuttaneet omalta osaltamme. Valmennuskertojen aihealueina ovat olleet synnytykseen valmistautuminen, synnytys ja kivunlievitys, ensipäivät vauvan kanssa ja imetys sekä vauvanhoito ja vanhempien jaksaminen. Luotettavaa, ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa antamalla olemme pyrkineet mahdollistamaan maahanmuuttajaperheille positiivisen synnytyskokemuksen sekä antamaan tukea ja itsevarmuutta vanhemmuuteen perheverkoston mahdollisesti ollessa suppeampi uudessa maassa.



Tässä opinnäytetyössä olemme rajanneet tietoperustan aihealueisiin, joiden ohjauksesta vastasimme monikulttuurista perhevalmennusta toteuttaessamme. Aihealueet ovat synnytykseen valmistautuminen, synnytys, ensipäivät vauvan kanssa, imetys sekä vauvanhoito, joita olemme avanneet tarkemmin luvuissa 4 ja 5. Kohde-ryhmämme koostui pääosin muslimeista, jonka vuoksi päädyimme tarkastelemaan tässä opinnäytetyössä kulttuurisia eroja muslimiasiakkaan näkökulmasta luvussa 6. Opinnäytetyössämme keskeisiksi käsitteiksi nousivat lisäksi *maahanmuuttaja*, *perhevalmennus*, *monikulttuurisuus*, *kulttuurisensitiivisyys*, *selkokieliisyys*, *dialoginen vuorovaikutus ja tulkkaus*.

## 2 PROJEKTIN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET

Maahanmuuttajien määrä Suomessa on lisääntynyt tasaisesti viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana, ja määrän odotetaan jatkavan kasvuaan. Yhteiskuntamme monikulttuuristuminen heijastuu kaikkialle terveydenhuoltoon, mukaan lukien äitiyshuollossa käytettävään perhevalmennukseen. (Koski 2014, 17.) Sosiaali- ja terveyspalveluissa toimintamallit ovat vakiintuneet suomalaisessa, väestöltään homogeenisessä yhteiskunnassa. Näin ollen kantaväestölle suunnattu perhevalmennus ei kaikilta osin ole siirrettävissä maahanmuuttajien ohjaukseen. Haasteita tuovat erityisesti huono kommunikaatio, yhteisen kielen puute ja tulkkaukseen liittyvät ongelmat. Nämä vaikuttavat siihen, että perusterveydenhuollossa toteutettava perhevalmennus tavoittaa vain pienen osan Suomessa asuvista maahanmuuttajista. (Koski 2007, 10-13.)

Kulttuurista riippumatta kaikilla lasta odottavilla sekä pienten lasten vanhemmilla on melko samanlaisia toiveita ja huolenaiheita raskauteen, synnytykseen sekä lastenhoitoon ja vanhemmuuteen liittyen (Koski 2007, 13). Usein maahanmuuttajien tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ovat puutteellisia tai virheellisiä. Laki yhdenvertaisuudesta (Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21), kansanterveydestä (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66) sekä potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785) velvoittavat sosiaali- ja terveyspalveluja huomioimaan myös maahanmuuttaja-asiakkaat. Lisäksi Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laki (1326/2010) ja sen 37. § velvoittavat neuvolatoiminnan ja sen myötä perhevalmennuksen kehittämiseen, jossa perheiden erilaiset lähtökohdat tulee ottaa huomioon. (Koski 2014, 18.)

Oulun kaupungilla ei ole resursseja järjestää maahanmuuttajille suunnattua perhevalmennusta. Neuvolapalveluja käyttäviä maahanmuuttajaperheitä on kuitenkin Oulussa runsaasti, joten maahanmuuttajille suunnatulle perhevalmennukselle on ollut tarvetta. Tähän tarpeeseen on perustettu maahanmuuttaja- eli MAAMU -työryhmä joka koostuu kolmannen sektorin ja kaupungin eri toimijoista. Työryhmä on esitelty tarkemmin sivulla 50. Koskelan hyvinvointineuvolan terveydenhoitaja toimii ryhmän koollekutsujana ja tiedottajana. MAAMU -työryhmän toimesta on järjestetty syksystä 2015 lähtien kaksi kertaa vuodessa perhevalmennusta maahanmuuttajille, joita kantaväestölle suunnattu perhevalmennus ei saavuta. Työryhmän resurssit eivät yksinään ole riittäneet perhevalmennuksen toteuttamiseen, joten sen pitämiseen on rekrytoitu mukaan sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita. Keväällä 2018 valmennukseen rekrytoitiin opiskelijoita sähköpostin ja opettajan välityksellä Oulun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksiköstä. Kuultuamme aiheesta innostuimme heti ja aloimme miettiä, voisimmeko tehdä aiheeseen liittyen opinnäytetyön. Olemme molemmat loppuvaiheen terveydenhoitajaopiskelijoita, mutta opinnäytetyön aihe vielä puuttui. Toisella meistä oli tavoitteena valmistua viimeistään kesäkuussa 2018, joten projektin ajankohta ja aikataulu olivat meille juuri oikeat. Lisäksi tulevina

terveydenhoitajina koemme neuvolassa työskentelyn kiinnostavana, jossa perhevalmennuksen vetäminen on olennainen osa terveydenhoitajan työtä. Projektin maahanmuuttajanäkökulma herätti kiinnostustamme entisestään, sillä halusimme lisätä tietouttamme erilaisista kulttuureista ja kehittyä kulttuurisesti sensitiivisessä ohjauksessa. Esitimme kiinnostuksemme osallistua valmennukseen opettajiltamme Hilikka Honkaselta ja Minna Perälältä, jotka hyväksyivät, että suunnittelemme ja toteutamme perhevalmennuksen maahanmuuttajille toiminnallisena opinnäytetyönä. Seuraavaksi otimme yhteyttä MAAMU -työryhmän yhteyshenkilöön ja ilmoit-tauduimme vetäjiksi.

Projektin tarkoituksena oli antaa luotettavaa, ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa lasta odottaville maa-hanmuuttajaperheille synnytyksestä, siihen valmistautumisesta, kivunlievitysmenetelmistä, imetyksestä, vau-vanhoidosta sekä tukea vanhempien jaksamiseen vauvaperheen arjessa. Tarkoituksena oli antaa maahan-muuttajaperheille tietoa siitä, kuinka tällä hetkellä Suomessa nähdään hyväksi hoitaa vauvaa. Lisäksi tarkoi-tuksemme oli kertoa Oulun Yliopistollisen Sairaalan hoitokäytännöistä synnytyksen aikana ja sen jälkeen sekä millaista päivätoimintaa perheille on tarjolla Oulun seudulla. Tietoa lisäämällä oli tarkoitus mahdollistaa synnyt-täjälle myönteinen synnytyskokemus ja lisätä itseluottamusta vanhemmuuteen.

Projektin tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa monikulttuurinen perhevalmennus Oulun alueella asuville maahanmuuttajille. Perhevalmennus piti sisällään neljä valmennuskertaa, joiden teemoina olivat tutustuminen ja synnytykseen valmistautuminen, synnytys ja kivunlievitys, imetys ja ensipäivät vauvan kanssa sekä vau-vanhoito ja vanhempien oma jaksaminen. Valmennuskertojen aiheet ja aikataulu oli sovittu jo MAAMU-työryhmän kesken, kun tulimme projektiin mukaan. Nämä aiheet koettiin tarpeellisiksi ja hyödyllisiksi aikaisem-pien maahanmuuttajien perhevalmennusten perusteella.

Projektimme laatuksiterit olivat perhevalmennuksen sisältö, ohjaus ja ilmapiiri. Sisällön laatuksitavoite oli kertoa tutkimuksiin ja suosituksiin perustuvaa tietoa valmennusten aiheista sekä antaa paikallista infoa Oulun alueen käytännöistä. Lisäksi sisällön tuli olla sellaista, jonka asiakkaat kokivat tarpeelliseksi. Ohjauksen laadun edelly-tykset olivat, että osaamme kertoa asioista selkeästi sekä esiintyä luontevasti, asiakkaat yksilöllisesti huomi-oon ottaen. Ohjauksen laatuun liittyi myös ajan käyttö; osaamme painottaa ajan käyttöä oikeisiin asioihin ja pysymme aikataulussa. Ilmapiirin laatuksitavoitteena oli pyrkiä luomaan kannustava, luotettava ja vuorovaikuttei-nen ilmapiiri, joka tukisi maahanmuuttajaperheiden sitoutumista valmennukseen.

Perhevalmennus suunniteltiin ja toteutettiin siten, että perheiden erilaisuutta kunnioitettiin ja kulttuuriset erityis-piirteet otettiin huomioon ohjauksessa. Jokaiselle kielelle varattiin oma tulkki, joka tuli mukaan valmennusker-

roille ja käänsi ohjauksen sisällön kullekin asiakkaalle heidän omalla kielellään. Paikalle pyrittiin saamaan nais-  
tulkit, sillä naiset saattaisivat kokea osan valmennuskerroilla läpikäytävistä asioista arkaluontoisiksi.

Monikulttuuristuvan yhteiskuntamme myötä terveydenhoitajat kohtaavat työssään yhä enemmän eri kulttuuri-  
taustan omaavia asiakkaita. Oppimistavoitteinamme olikin lisätä tietouttamme erilaisista kulttuurisista tavoista  
ja arvoista, jotta tulevina terveydenhoitajina osaamme ottaa huomioon kulttuuriset erityispiirteet hoidossa ja  
ohjauksessa. Lisäksi tavoitteenamme oli saada kokemusta monikulttuurisen perhevalmennuksen suunnittelus-  
ta ja toteutuksesta käytännössä ja siten saada kokemusta myös projektiluontoisesta työskentelystä. Toivoim-  
me myös kehittyvämmä tiedon haussa, tiedon kokoamisessa ja raportoinnissa opinnäytetyön prosessin aika-  
na.

### 3 MONIKULTTUURINEN PERHEVALMENNUS

#### 3.1 Maahanmuuttajat Suomessa

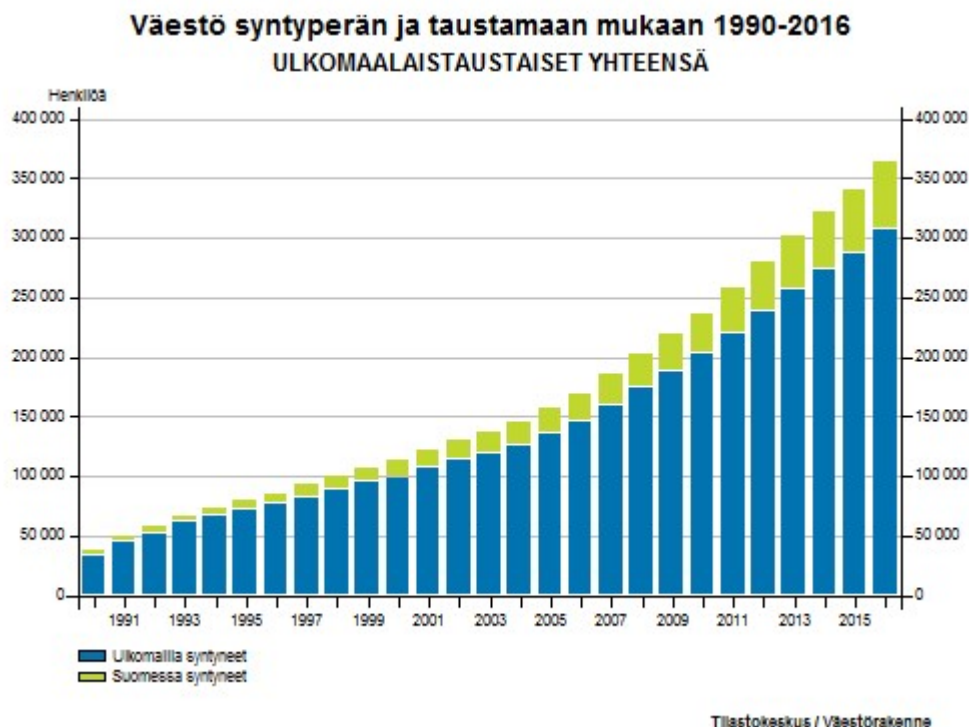
Maahanmuuttajalla tarkoitetaan ulkomaan kansalaista, joka oleskelee maassa muuta kuin matkailua tai siihen verrattavaa lyhytaikaista oleskelua varten. Hänen muuttonsa taustalla voi olla työperäinen muutto, avio- tai avoliitto maan kansalaisen kanssa, muutto opiskelujen vuoksi tai muutto maassa asuvan sukulaisen luokse. (Vuoti 2017, 190-191.) Ylivoimaisesti yleisin syy tulla Suomeen liittyy perheeseen ja ihmissuhteisiin; yli puolet Suomessa asuvista ulkomaalaistaustaisista ovat muuttaneet maahan perhesyistä (Sutela & Larja 2014, viitattu 8.4.2018). Maahanmuuttajalla voidaan viitata ensimmäisen tai toisen sukupolven maahanmuuttajaan, jolloin toisen sukupolven maahanmuuttajalla tarkoitetaan Suomessa syntynyttä henkilöä tai jonka ainakin toinen vanhemmista on maahanmuuttaja. Tutkimuksissa maahanmuuttaja voidaan määritellä esimerkiksi syntyperän, kielen tai kansalaisuuden mukaan. (Koski 2014, 28.)

Maailmanlaajuinen muuttoliike, globalisaatio ja Euroopan laajentuminen ovat muuttaneet Suomea yhä monikulttuurisemmaksi. Suomen maahanmuuttajaväestö on alkanut kasvaa merkittävästi vuonna 1990, jolloin inkeriläisille myönnettiin maahanmuuttajan asema. Samaan aikaan Suomeen saapui turvapaikanhakijoita Somaliasta maan epävakaan tilanteen vuoksi. Somalit ovatkin suurin yksittäinen muslimi- ja afrikkalaistaustainen Suomessa asuva maahanmuuttajaryhmä. (Koski 2014, 23.) Todellinen maahanmuuton lisäys on tapahtunut EU:n laajentumisen myötä viime vuosikymmenen loppupuolella, jolloin ihmisten liikkuvuutta on helpotettu ja muuttajia on tullut Suomeen uusista jäsenmaista, etenkin Virosta. Myös Aasiasta on tullut yhä enemmän maahanmuuttajia. (Rapo 2011, viitattu 6.4.2018.)

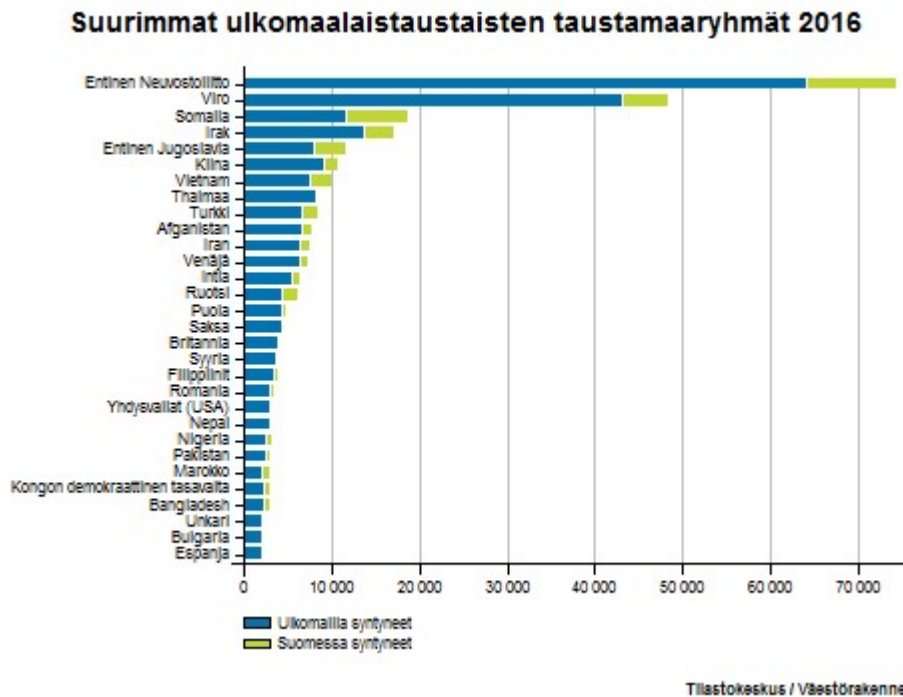
Vuonna 2016 Suomeen muutti 34 905 henkilöä, joista 78 % oli ulkomaan kansalaisia. Suurin osa tuli EU:n ulkopuolelta. Maahanmuutto oli suurinta Irakista, 3069 muuttajaa, toiseksi suurinta Venäjältä, 2087 muuttajaa, ja kolmanneksi suurinta Afganistanista, 1097 muuttajaa. (Suomen virallinen tilasto 2016, viitattu 6.4.2018.) Tilastokeskuksen syntyperä-luokituksen mukaan vuonna 2016 Suomessa asuvien ulkomaalaistaustaisten määrä oli yhteensä 365 000, joista 84 % oli ensimmäisen sukupolven ja 16 % toisen sukupolven maahanmuuttajia (KUVIO 1) (Tilastokeskus 2016, viitattu 6.4.2018). Määrä on kasvanut tasaisesti vuodesta 1990, jolloin Suomessa asui vakituisesti kaikkiaan 38 000 ulkomaalaistaustaista (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016a, viitattu 6.4.2018). Ylivoimaisesti suurin ryhmä on entinen Neuvostoliitto, toiseksi suurimman ryhmän muodos-

tavat virolaiset ja kolmanneksi suurimman ryhmän somalialaiset (KUVIO 2). Näiden jälkeen tulevat seuraavassa järjestyksessä Irak, entinen Jugoslavia, Kiina, Vietnam ja Thaimaa. (Tilastokeskus 2016, viitattu 6.4.2018.)

Vuonna 2014 toteutetun Ulkomaista syntyperää olevien yö ja hyvinvointi -tutkimushankkeen (UTH) tulosten mukaan ulkomaalaistaustaisten naisten joukossa synnyttäneiden osuus oli suurempi (70 %) kuin Suomen koko väestöstä (62 %). Synnyttäneiden osuus oli suurin Afrikasta (muu kuin Pohjois-Afrikka) kotoisin olevilla naisilla. Erityisesti afrikkalaistaustaisilla naisilla on todettu olevan enemmän synnytykseen liittyviä ongelmia sekä lapsikuolleisuutta, lapsen pienipainoisuutta ja ennenaikaisia synnytyksiä kuin valtaväestöllä. Myös keskenmenojen osuus on suurempi afrikkalaistaustaisilla naisilla. (Koponen, Jokela, Skogberg, Castaneda, Suvisaari, Laatikainen & Koskinen, 2014, viitattu 7.4.2018.) Huomioimalla neuvolassa maahanmuuttajien moninaisuus ja joidenkin erityisryhmien muita suuremmat terveystriskit sekä toimimalla asiakaslähtöisesti voidaan merkittävästi parantaa maahanmuuttajataustaisten, erityisesti afrikkalaistaustaisten, naisten ja syntyvien lasten terveyttä. Maahanmuutto on iso elämänmuutos ja siihen liittyy aina sopeutumisstressiä. Yksi merkittävä muutos on se, että sukulaisten muodostama turvaverkosto rikkoutuu eikä sosiaalisia suhteita ympäröivään yhteiskuntaan ehkä ole. Lisäksi monilla voi olla taloudellisia huolia tai työllistymisvaikeuksia. Jotkin maahanmuuttajaryhmät, esimerkiksi venäläistaustaiset naiset ja kurdit, kärsivät valtaväestöä huomattavasti yleisemmin vakavista masennus- ja ahdistuneisuusoireista, mikä tulee huomioida äitiysneuvolatyössä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 206-208.)



KUVIO 1. Suomessa asuvien ulkomaalaistaustaisten lukumäärä vuosina 1990-2016 (Tilastokeskus 2016, viitattu 6.4.2018)



KUVIO 2. Suurimmat kansalaisuusryhmät Suomessa vuonna 2016 (Tilastokeskus 2016, viitattu 6.4.2018)

### 3.2 Suomalainen perhevalmennus

Lapsen saaminen on iso elämänmuutos, johon vanhemmat tarvitsevat paljon konkreettista, tiedollista ja emotionaalista tukea. Tuen ja neuvonnan tarve on erityisen suuri ensimmäisen lapsen kohdalla. Perhevalmennus on kokonaisvaltaista valmennusta vanhemmuuteen, joka on tarkoitettu lasta odottavalle äidille ja hänen puolisolleen. Valmennuksissa annetaan tietoa ja tukea raskauteen, synnytykseen ja perhe-elämään liittyen. Vanhempia opastetaan kohtaamaan synnytys ja hoitamaan vastasyntynyt. (Haapio & Pietiläinen 2015, 208.) Ker-toja on keskimäärin 4-6 kertaa ennen synnytystä ja osa terveyskeskuksista tarjoaa perhevalmennusta myös synnytyksen jälkeen (Haapio ym. 2009, 9). Äitiysneuvolaoppaan (2013) mukaa ihanteellisena valmennusryh-män kokona pidetään 6–8:aa pariskuntaa, sillä tämänkokoisessa ryhmässä voi vielä keskustella toisten osal-listujien kanssa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 79).

Perhevalmennuksen sisällön ohjeina toimivat Stakesin perhe- ja synnytysvalmennuksen suositukset, jonka mukaan sisältöalueina olisi hyvä olla raskauden, synnytyksen sekä lapsivuodeajan vaiheet sekä psykososiaaliset elementit perheen muutosvaiheissa. Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelma (2007) seksuaali- ja lisääntymisterveydestä sisältää suosituksia, joiden mukaan raskaudesta tulisi käsitellä fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset sekä vanhemmuus, vauvanhoito ja sosiaalietuudet. Lisäksi synnytykseen liittyen tulisi olla synnytyksen kulku, mahdollisuus hallinnantunteeseen, tukijoiden roolit ja vastasyntyneen hoito. (Haapio ym. 2009, 12-13). Eri paikkakuntien perhevalmennusohjelmien sisällöt ovat melko yhteneviä. Keskeisiä aiheita ovat raskauden etenemiseen liittyvät kysymykset, parisuhteen muutokset vauvaperheessä, synnytyksen valmistautuminen ja erilaiset kivunlievityskäsitteet ja vastasyntyneen hoitoon liittyvät kysymykset. (Haapio & Pietiläinen 2015, 208.) Asiakkaiden tarpeet tulisi kuitenkin olla perhevalmennuksen suunnittelun lähtökohta, sillä he tuntevat parhaiten oman perheensä arjen, tarpeet ja tunteet. Valmennus on asiakkaiden ja vetäjän välinen vuorovaikutustilanne. Asiantuntijalla on hallussa suunnittelu, toteutus ja arviointi, ja asiakkaat toimivat oman elämänsä asiantuntijoina. (Koski 2007, 24.) Annetun tiedon tulisi olla luotettavaa ja käyttökelpoista, joka perustuu tutkimustietoon (Haapio ym. 2009, 18). Onnistunut perhevalmennus rakentuu tulevien vanhempien ja asiantuntijan välisestä dialogista, jossa he jakavat sekä tunteita että tietoja keskenään (Koski 2007, 24).

Päävastuu perhevalmennuksien toteutuksesta on neuvoloiden henkilöstöllä. Valmentajina toimivat useimmiten terveydenhoitaja tai kättilö. Muita valmennukseen osallistuvia voivat olla aiheesta riippuen esimerkiksi psykologi, fysioterapeutti, Kelan edustaja, perhetyöntekijä, hammashoitaja, seurakunnan työntekijä tai seksuaali- ja perheterapeutti. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan synnytysvalmennusosioista vastaisi kättilö tai synnytyssairaala järjestäisi sen. (Haapio ym. 2009, 9.)

Nykyäänä valmennuksen tulee vastata moninaisten perheiden haasteisiin, sillä perherakenteet ovat muuttuneet ja monikulttuurisuus lisääntynyt. Perhevalmennuksiin osallistuu eri taustoista ja ikäryhmistä ihmisiä, mikä tuo haasteita valmennuksiin. (Haapio ym. 2009, 12.) Lisäksi internetistä löytyy nykyään paljon tietoa valmennukseen liittyvistä aiheista. Perhevalmennusta on kritisoitu, että sieltä saatu tieto on jo entuudestaan tuttua. Valmennuksiin osallistuneet ovat kokeneet, että perhevalmennukset ovat liian luentomaisia ja ohjaajakeskisiä. Lisäksi liian iso ryhmien koko estää avoimen keskustelun. Näihin haasteisiin vastaaminen vaatii valmennuksen vetäjiltä entistä tehokkaampaa opetusmenetelmien hallintaa ja soveltamista käytäntöön. Perheiden muotoja on laaja kirjo ja tiedontarpeet vaihtelevat. Valmennuksen vetäjän tulee valmistautua kohtaamaan erilaiset perheet erilaisilla menetelmillä. (Haapio & Pietiläinen 2015, 210, 212.)



### 3.3 Monikulttuurinen perhevalmennus ja ohjauksessa huomioitavat erityispiirteet

Sana **monikulttuurisuus** kokoaa yhteen eri kulttuureita ja viittaa yhteiskuntaan, jossa kansa ja kulttuuri ovat monimuotoisia. Monikulttuurisuudessa tavoitellaan tilannetta, jossa valtaväestö ja kulttuuriset ryhmät nauttivat yhdenvertaisuutta ja molemmin puoleista kunnioitusta. Yksinkertaistettuna monikulttuurisuudella tarkoitetaan sitä, että samassa ajassa ja tilassa elää erilaisia ihmisiä ja ihmisryhmiä, esimerkiksi Suomessa asuu valtaväestön lisäksi muita etnisiä ryhmiä kuten venäläisiä, virolaisia ja somaleja. (Koski 2014, 25-26.)

Yhteiskuntamme monikulttuuristuminen näkyy kaikkialla terveydenhuollossa, myös perhevalmennuksessa. Monikulttuurisen terveydenhuollon eettisten ohjeiden mukaan Suomessa elävät toisen kulttuurin ja vieraan kielen edustajat ovat oikeutettuja tarpeensa mukaisiin palveluihin sekä terveydenhuollossa yhdenvertaiseen kohteluun. (Koski 2014, 17-18.) Perhevalmennusta suositellaan äitiysoppaan (2013) mukaan järjestämään kantaväestön lisäksi myös maahanmuuttajille, jotka odottavat ensimmäistä Suomessa syntyvää lasta. Mahdollisuuksien ja tarpeiden mukaan perhevalmennusta suositellaan toteutettavaksi myös muulla kuin suomen kielellä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 81.)

Suomessa toteutuneet monikulttuuriset perhevalmennusmallit ovat keskittyneet maahanmuuttajaperheiden ja kahden kulttuurin perheiden vanhemmuuden tukemiseen. Maahanmuuttajille suunnatussa mallissa on yritetty ottaa huomioon maahanmuuttokokemusten vaikutukset vanhemmuuteen, valmennusaiheiden sukupuolisidonnaisuus ja arkaluontoisuus. Suomessa monikulttuurisen perhevalmennuksen kehittäminen ja yhtenäistäminen ovat vielä vähäistä. Kehittämishankkeiden pohjana ovat olleet käytännön tarpeet ja niitä on toteutettu yhteistyössä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja maahanmuuttotyötä tekevien järjestöjen kanssa. Näissä on ollut keskiössä vertaistuki, perhekeskeisyys ja vanhempien voimavarojen vahvistaminen. Valmennuksen toteutuksessa on otettava huomioon myös tulkin ja lastenhoidon tarve. (Koski 2014, 88-89.)

Onnistuneen monikulttuurisen perhevalmennuksen toteuttaminen edellyttää asiantuntijalta kulttuurisensitiivistä työtettä. Kirjallisuudessa **kulttuurinen sensitiivisyys eli herkkyys** määritellään osaksi kulttuurista kompetenssia, joka voidaan käsittää elinikäisenä ja asteittaisena oppimisprosessina, joka vaikuttaa ihmisen arvo maailmaan, asenteisiin, ymmärrykseen ja toimintaan. Prosessi edellyttää terveydenhuollon ammattilaiselta motivaatiota kasvaa ihmisenä, kykyä tunnistaa omia arvoja ja asenteita ja käsitellä niitä sekä halua etsiä tietoa erilaisista kulttuureista ja niiden erityispiirteistä. Toisin sanoen kulttuurisella kompetenssilla tarkoitetaan kulttuurista pätevyyttä. Kulttuurinen sensitiivisyys sisältää kulttuurisen ymmärryksen tiedollisella tasolla, mutta edellyttää myös empatiakykyä, vuorovaikutustaitoja, oivaltamista ja soveltamiskykyä. (Vuoti 2017, 201.) Reflektiotaito on tärkeä osa kulttuurista sensitiivisyyttä, jolla viitataan tietoisuuteen omasta kulttuurista ja sen vai-

kutuksesta omaan ajatteluun ja toimintaan (Koski 2014, 29). Mikäli emme ole tietoisia omista kulttuurisista arvoistamme on olemassa riski, että maahanmuuttajien kanssa työskentelevä henkilö sijoittaa omat arvonsa ja käyttäytymismallinsa toisen kulttuuritaustan omaavalle henkilölle (Koski 2007, 18). Periaatteena on, että kulttuurisensitiivisessä perhevalmennuksessa tarjotaan asiakkaille tarpeellista tietoa sopivassa mittakaavassa. Vetäjä on luottamusta herättävä, joka kuuntelee asiakasta. Perhevalmennuksessa tuetaan asiakkaan päätöksentekoa ja omia ratkaisuja samalla varmistamalla, että asiakas ymmärtää tietynlaiseen käyttäytymiseen ja terveyteen liittyvät riskit. (Koski 2007, 25.)

Vuorovaikutustilanteen tulee perinteisen opetuksen sijaan perustua **dialogiin**, jossa asiakkaan ja ohjaajan välisissä vuorovaikutustilanteissa opitaan asiakkailta ja heitä rohkaistaan keskustelemaan ja kyselemään. Ohjaajan ja asiakkaan välinen dialogi on aitoa, kun kohderyhmään eläydytään tutustumalla uuteen kulttuuriin sekä vapautumalla omasta kulttuurisidonnaisuudesta. Asiakkaat ovat oman elämänsä ja kulttuurinsa asiantuntijoita, kun taas ohjaaja tarjoaa selkeää ja tarkkaa tietoa asiakkaan tarpeiden mukaisesti. (Koski 2007, 21-25.) Onnistuneessa dialogissa ohjaaja selittää ja perustelee asiaa ilman, että yrittää vakuuttaa toisille omaa näkökulmaa ja taistella sen puolesta. Kaikilta osallistujilta vaaditaan avoimuutta, ennakkoluulottomuutta ja kykyä kuunnella. (Koski 2014, 71.) Monikulttuurisen ohjauksen perustana on kohdata asiakas sekä yksilönä että osana omaa yhteisöään ja ympäröivää yhteiskuntaa. Perheen ja lähiyhteisön huomioon ottaminen maahanmuuttajien ohjauksessa on hyvin tärkeää, sillä ne ohjaavat kohderyhmän valintoja usein enemmän kuin yksilön omat toiveet ja tarpeet. Yhteisöllisessä kulttuurissa perhe on laaja käsite, sillä se käsittää ydinperheen lisäksi sukulaisia useammasta sukupolvesta. (Puukari & Korhonen 2013, 21-22.)

Työskennellessä maahanmuuttajien parissa kaikessa vuorovaikutuksessa ja informaation antamisessa tulee pyrkiä asioiden selkeyttämiseen ja **selkokieliseen** ilmaisuun. Ohjaus tulee suunnitella siten, että se on asiakkaalle ymmärrettävää käyttäen selkokielisiä ilmaisutapoja ja hyödyntäen erilaisia luovia toimintatapoja. Selkokielisyydellä tarkoitetaan yleiskieltä selkeämpää ilmaisua, jossa käytetään lyhyitä, yksinkertaisia lauseita ja mahdollisimman tavallisia sanoja. Selkokielisessä ohjauksessa tulee välttää pitkiä yhdyssanoja, pitkiä lauserakenteita sekä liiallisia adjektiveja tai muita lisämääreitä. Lisäksi ohjauksessa tulee välttää ammattislangin tai liian abstraktien käsitteiden sekä murre sanojen tai vertauskuvien käyttöä. Selkokielinen ilmaisu pätee sekä kirjallisen materiaalin tuottamiseen että puheeseen. Ohjauksessa selkiyttämässä voi käyttää apuna konkreettisia menetelmiä kuten kuvia, piirtämistä ja näyttämistä. Selkokielisyydellä pyritään ennen kaikkea yhteisen ymmärryksen rakentamiseen, mutta myös tukemaan asiakkaan oman kielitaidon kehittymistä. (Vuoti 2017, 199-200.)

Maahanmuuttajien neuvonnassa ja ohjauksessa **tulkkipalvelujen käyttö** voi olla perustelua. Ammattitulkki on puolueeton toimija, jonka tehtävänä on osallistua keskusteluun ainoastaan tulkkamalla. Tulkkauksessa tulisi pyrkiä välttämään sellaisen tulkin käyttöä, joka on jossakin suhteessa asiakkaaseen kuten esimerkiksi perheenjäsentä, sukulaista tai ystävää. Tulkkia sitoo terveydenalan ammattilaisen lailla vaitiolovelvollisuus. Mahdollisuuksien mukaan tulkille tulisi antaa ennakkoon tiedot ohjauksessa läpikäytävistä asioista, jotta hän voi valmistautua etukäteen esimerkiksi itselleen vieraaseen aihepiiriin tai erityissanastoon. Ohjaustilanteessa on hyvä jaksottaa asioita ja puhetta, jotta tulkki saa tarpeeksi aikaa tulkata asiat ja tarvittaessa esittää tarkentavia kysymyksiä. Erityisesti pitkiä ohjaustilanteita on tärkeää tauottaa. Tilanne saattaa herpaantua, jos se kestää liian kauan. Ohjaustilanteessa on tärkeää huomioida, että ohjauksen kohteena on asiakas eikä tulkki. (Vuoti 2017, 200.)

## 4 SYNNYTYKS JA KIVUNLIEVITYS

Synnyttäminen Suomessa on turvallista (Koski 2014, 48). Lähes kaikki suomalaiset naiset synnyttävät sairaalassa. Suomessa sitä suositellaan ensisijaisesti synnytyspaikaksi turvallisuuden vuoksi, sillä normaalikin synnytys voi joskus muuttua riskitilanteeksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 242.) Suunniteltuja kotisyntytyksiä on Suomessa tilastoitu 45 vuonna 2017 (Tilastokeskus 2017, viitattu 15.4.2018). Suunnitellulla kotisyntytyksellä tarkoitetaan sitä, että äiti synnyttää suunnitellusti esimerkiksi omassa kodissaan tukenaan kättilö ja/tai lääkäri. Kotisyntytyksen on kuitenkin todettu muun muassa nostavan lapsikuolleisuuden riskiä, vaikka synnyttäjä onkin ns. matalan riskin synnyttäjä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 256.) Synnyttäjä voi valita synnyttämispaikakseen minkä tahansa Suomen synnytyssairaalaan asuinkunnasta riippumatta. Suomessa synnytyssairaaloita on kuitenkin suljettu viime vuosikymmenten aikana, jolloin kodin ja sairaalan välisen etäisyyksien pidentyessä matkasynnytysten määrä voi kasvaa. Siinä tapauksessa, jos synnytys tapahtuu enneaikaisesti tai syntymäpainoksi arvioidaan alle 1500 grammaa, ohjataan äiti synnyttämään yliopistosairaalaan. Jos sikiöllä on todettu tai epäillään synnytyksistä sydänvikaa, joka vaatii leikkaushoitoa välittömästi synnytyksen jälkeen, on synnytyspaikkana Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) sairaala. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 242.)

Suomessa tavallisen alatiesynnytyksen hoitaa kättilö ja lääkäri on mukana ainoastaan, jos synnytyksen yhteydessä tarvitaan toimenpiteitä, kuten kaksossynnytys ja perätilan ulosautto (Tiitinen 2017a, viitattu 9.4.2018). Suomessa synnytyksen jälkeinen hoitoaika sairaalassa on lyhentynyt viime vuosina. Tänä päivänä hoitoaika on keskimäärin 2,8 vuorokautta, kun se vielä 1980-luvun lopulla oli 6,5 vuorokautta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 253; Tilastokeskus 2017, viitattu 15.4.2018.) Yhä nopeammin kotituvien synnyttäjien tarpeisiin on vastattu uudellaisilla hoitomuodoilla kuten lyhytjälkihoitoisella synnytyksellä eli LYSYllä, jossa synnyttänyt äiti ja lapsi kotiutuvat alle 48 tunnin kuluttua synnytyksestä. Tähän edellytyksenä ovat säännöllinen raskaus ja synnytys eikä vastasyntyneen voinnissa ilmene riskitekijöitä kuten infektiotai kellastumisriskiä. Polikliinisestä synnytyksestä puhutaan silloin, kun perhe kotiutuu kuuden tunnin kuluttua synnytyksestä. (Raussi-Lehto & Jouhki 2015a, 283.)

### 4.1 Synnytykseen valmistautuminen

Synnytykseen valmistautumisen perustan synnyttäjälle luovat neuvolakäynnit, perhevalmennuksessa saatu informaatio, asenteet ja aiemmat kokemukset. Synnytyksen kulkua ei voi etukäteen täysin tietää, mutta syn-

nyttäjän on hyvä pohtia etukäteen yhdessä puolison tai tukihenkilön kanssa, miten toivoo synnytyksen menevän. Hoitava kätilö voi siten synnytyksen aikana huomioida perheen toiveet unohtamatta kuitenkaan lääketieteellistä turvallisuutta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 36.) Synnyttäjä voi esittää toiveitaan ja ajatuksiinsa tulevasta synnytyksestä synnytyssuunnitelmassa, joka on synnyttäjän yhdessä kätilön tai terveydenhoitajan kanssa laatima kirjallinen suunnitelma. Synnytyssuunnitelmassa synnyttäjä voi tuoda konkreettisesti esille toiveita esimerkiksi kivunlievityksestä, ponnistusasennoista ja ensihetkistä vastasyntyneen kanssa. (Raussi-Lehto 2015b, 222.) Lisäksi synnyttäjän on hyvä pohtia omia keinoja helpottamaan synnytyskipua ja millaiset asiat auttavat rentoutumaan. Synnytyssalissa löytyy erilaisia apuvälineitä rentoutumiseen. Joihinkin synnytys-sairaaloihin on mahdollista päästä tutustumiskäynnille (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 36.) Suunnitellulla ja yhteisellä päätöksenteolla on todettu olevan positiivinen vaikutus synnyttäjän psyykkiselle hyvinvoinnille ja synnytyskokemukselle. Suunnitelmaa laatiessa on kuitenkin hyvä tuoda esille, että suunnitelmaa voi olla tarpeen tarkistaa ja muuttaa synnytyksen edetessä esimerkiksi kiireellisyyttä arvioitaessa. (Raussi-Lehto 2015b, 222.)

Suomessa on tavallista, että isä on mukana synnytyksessä. Kaikki isät eivät kuitenkaan halua tai voi osallistua, jolloin äiti voi pyytää synnytykseen mukaan muun tukihenkilön kuten esimerkiksi oman äitinsä, siskonsa tai läheisen ystävänsä. Koska synnytys kestää tavallisesti useita tunteja, isän tai tukihenkilön tehtävänä on toimia äidin tukena ja kannustajana synnytyksen aikana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 37.) Synnytykseen mukaan tulevalle puolisolalle tai tukihenkilölle on hyvä antaa konkreettista tietoa siitä, miten hän voi parhaalla mahdollisella tavalla olla tukena synnytyksessä (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 206). Vanhemmat voivat myös pyytää synnytykseen mukaan *doulan*, joka on koulutettu ja kokenut synnytystukihenkilö. Doula tulee kreikan kielen sanasta palvelijatar. Doulan tehtävänä on tarjota vanhemmille henkistä, fyysistä ja tiedollista tukea raskauden aikana, synnytyksessä ja sen jälkeen. Doula tutustuu synnyttäjän toiveisiin etukäteen, jotta hän synnytyksen aikana voi tukea äitiä ja huolehtia hänen tarpeistaan parhaalla mahdollisella tavalla. Suomessa synnytys­sairaalassa yhdellä kätilöllä saattaa olla hoidettavana useampi synnyttäjä, jolloin jatkuvan tuen antaminen synnyttäjälle on usein lähes mahdotonta. Lisäksi synnytyksen aikana kätilöiden työvuorot saattavat vaihtua. Tutuksi tullut doula pysyy kuitenkin äidin tukena, kunnes vauva on syntynyt. Doula toimii synnytyksessä yhtä lailla myös kumppanin tukihenkilönä esimerkiksi kertomalla, miten synnyttäjän oloa voi helpottaa. Doulasta on erityisesti hyöty silloin, kun äidillä ei ole muuta tukihenkilöä tai hänellä on aiempia negatiivisia synnytyskokemuksia. (Suomen doulat ry, viitattu 9.4.2018.)

Normaali raskaus kestää keskimäärin 40 viikkoa. Synnytys katsotaan täysiaikaiseksi, kun raskaus on kestänyt 37 viikkoa, ja yliaikaiseksi, kun sen kesto on ylittänyt lasketun ajan kymmenellä päivällä. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 204.) Kansainvälisen määritelmän mukaan kyseessä on synnytys, kun raskausviikkoja on vähintään

22 tai kun sikiön paino on yli 500 grammaa. Raskauden kesto ja synnytyksen laskettu aika määritetään viimeisten kuukautisten alkamispäivästä, kun kuukautiskierron oletetaan olevan säännöllinen. Kierron ollessa kovin epäsäännöllinen ei laskettua aikaa voi määrittää kuukautisista, jolloin raskauden kesto voidaan määrittää alkuraskaudessa kaikukuvauksessa. Kaikututkimuksessakin voi olla mittausvirheitä. On siis syytä muistaa, että laskettu aika ei koskaan ole tarkka. Suurimmassa osassa raskauksista synnytys tapahtuu korkeintaan kaksi viikkoa ennen tai jälkeen lasketun ajan. (Tiitinen 2017b, viitattu 10.4.2018.)

Synnyttäjän tulee tunnistaa synnytyksen käynnistymisen merkit, joita ovat supistukset, lapsivedenmeno ja verislimainen vuoto (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 243). Synnytys on käynnissä, kun supistuksia tulee alle 10 minuutin välein, yksi supistus kestää 45-60 sekuntia ja ne ovat selvästi kivuliaita. Monilla naisilla supisteluun ja synnytyksen käynnistymiseen liittyy kohdunsuulta tuleva verislimainen vuoto. Vuoto on vaarallista, jos verisyys on niukkaa eikä siihen liity jatkuvaa voimakasta kipua. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017, 37-38.) Vaihtoehtoisesti synnytys voi käynnistyä lapsiveden menolla, kun sikiökalvot puhkeavat ilman edeltävää supistelua. Useimmiten synnytyssupistukset alkavat vuorokauden sisällä lapsiveden menosta. Mikäli näin ei tapahdu supistukset käynnistetään lääkkeellisesti, sillä erityisesti kohdunsisäisen tulehduksen riski kasvaa. (Sariola & Tikkanen 2011a, viitattu 15.4.2018.) Synnytyksen käynnistymistä edeltää usein latenttivaihe, jonka aikana supistukset voivat olla säännöllisiä, mutta ne eivät johda vielä synnytyksen käynnistymiseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 243). Kyse on niin sanotuista ennakoituista supistuksista (Raussi-Lehto 2015b, 222). Tämän vuoksi etenkin ensisynnyttäjille synnytyksen käynnistymisen arvioiminen voi olla hankalaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 243). Lisäksi lapsivesi voi lorahtamisen sijaan mennä tihkumalla, jolloin synnyttäjällä voi olla hankalaa arvioida, onko kyseessä lapsivedenmeno vai emättimen vuoto. Epäselvissä tapauksissa synnyttäjä voi olla yhteydessä synnytyssairaalaan lisäohjeiden saamiseksi. Yleensä sairaalaan on syytä lähteä, kun säännöllisiä supistuksia on tullut vähintään kahden tunnin ajan alle 10 minuutin välein, niiden kesto on kerrallaan vähintään 45 sekuntia ja ne ovat niin kivuliaita, ettei synnyttäjä enää pärjää kotona. Uudelleensynnyttäjän kannattaa lähteä sairaalaan heti, kun supistukset ovat säännöllisiä ja kivuliaita. Matkaan menevä aika synnytyssairaalalle on syytä ottaa huomioon, kun päätetään lähdöstä. Sairaalaan tulee hakeutua välittömästi, jos synnyttäjällä on veristä vuotoa, jatkuvaa voimakasta kipua tai lapsivesi on väriltään vihreää. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 38.)

## 4.2 Synnytyksen vaiheet

Synnytykseen kuuluu kolme vaihetta: avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisten poistuminen. Normaali synnytys sujuu itsestään eikä sen kulkuun tarvitse varsinaisesti puuttua. (Tiitinen 2017a, viitattu 14.4.2018.)

**Avautumisvaihe eli I vaihe** on alkanut, kun supistukset ovat säännöllisiä ja kestää siihen asti, kunnes kohdunsuu on täysin eli kymmenen senttimetriä auki. Tämä vaihe kestää ensisynnyttäjällä 12-18 tuntia, kun taas uudelleensynnyttäjällä 8-12 tuntia (Raussi-Lehto 2015b, 225). Kohdunsuu avautuu keskimäärin yhden senttimetrin tunnissa. Avautumisvaiheessa kätilö hoitaa ja tarkkailee synnyttäjää sekä seuraa synnytyksen edistymistä ja sikiön vointia. Synnytyksen aikana mitataan synnyttäjän verenpainetta, sykettä ja lämpöä. Verenpaineen kohoaminen edellyttää siirtymistä tehostettuun synnytyksen seurantaan. Lämmön nousu puolestaan on ensioire infektiosta tai merkki kuivumisesta. Myös virtsarakon säännöllisestä tyhjentämisestä tulee huolehtia, sillä se voi vaikuttaa synnytyksen edistymiseen. Lisäksi kätilö huolehtii synnyttäjän ravinnon- ja nesteiden saannista synnytyksen aikana, joilla pyritään ehkäisemään synnyttäjän kuivumista ja ketoosia. Synnyttäjä saa syödä ja juoda vapaasti, mikäli synnytyksessä ei ole riskitekijöitä, jotka saattavat johtaa yleisanestesiaan. Kätilö tukee ja ohjaa synnyttäjää erilaisiin asentoihin, joista synnyttäjä valitsee mieleisensä tarpeidensa mukaisesti. Avautumisvaiheen aikana pystyasennolla on todettu olevan kiistattomia etuja. (Raussi-Lehto 2015c, 248-249.)

Synnytyksen edistymistä seurataan supistuksia, kohdunsuun avautumista ja sikiön laskeutumista seuraamalla. Supistusten voimakkuuden, keston, tiheyden ja kivuliaisuuden seuraaminen on tärkeä osa avautumisvaiheen aikaista tarkkailua. Kohdunsuun avautumista seurataan tarvittaessa sisätutkimuksella. Synnyttäjän lisäksi tavoitteena on varmistaa, että myös sikiö voi hyvin synnytyksen aikana. Sikiön voinnista kertoo ensisijaisesti sydämen syke, liikkeet ja lapsiveden väri. Sikiön normaali syketiheys on 110-160 lyöntiä minuutissa. (Raussi-Lehto 2015c, 248-252.) Lähes kaikissa synnytyksissä on käytössä sydämen sykekäyrä (kardiotokografia, KTG) ajoittain tai jatkuvana, jolla seurataan sikiön sydämen sykettä ja sykevaihteluita suhteessa äidin supistuksiin. Ensisijaisesti sydämen syke rekisteröidään äidin vatsanpeitteiden päältä doppleranturia käyttäen. Ulkoinen rekisteröinti on kuitenkin alttiimpi muun muassa signaalinmenetykselle, jolloin sikiön tarjoutuvan osan ihoon voidaan kiinnittää scalp-elektrodi, jolloin rekisteröinti on tarkempi. Scalp-elektrodia voidaan käyttää, kun lapsivesi on mennyt tai kalvot on puhkaistu. Yhtä tärkeää on rekisteröidä kohdun supistuksia, jotta havaitaan liian tiheään tai harvoin tulevat supistukset, sillä supistus vähentää istukan verenvirtausta ja siten ohimenevästi myös sikiön hapensaantia. Supistukset mitataan vatsanpeitteiden päältä toko-anturilla. (Sarvilinna, Isaksson, Kokljuschkin, Timonen & Halmesmäki 2016, viitattu 14.4.2018.) Lapsiveden laatua seurataan tarkasti synnytyksen aikana, sillä sen väri voi muuttua sekä avautumis- että ponnistusvaiheen aikana. Normaali lapsivesi on väriltään kirkasta. Vihreä lapsivesi kertoo siitä, että sikiö on ulostanut lapsiveteen, mikä voi olla merkinä sikiön hapenpuutteesta. Punainen lapsivesi kertoo verenvuodosta, jonka aiheuttajana voi olla esimerkiksi istukan irtoaminen. (Raussi-Lehto 2015c, 252.)

**Ponnistusvaihe eli synnytyksen II vaihe** alkaa, kun kohdunsuu on kymmenen senttimetriä auki ja päättyy lapsen syntymään (Raussi-Lehto 2015c, 265). Ensisynnyttäjällä ponnistusvaihe kestää kaikkiaan puolesta tunnista kahteen tuntiin, uudelleensynnyttäjällä useimmiten 15-30 minuuttia (Raussi-Lehto 2015b, 225). Ponnistusvaihetta edeltää siirtymävaihe, jolloin kohdunsuu on täysin auki, mutta sikiön tarjoutuva osa ei ole vielä laskeutunut. Siirtymävaiheessa synnyttäjän ei vielä tule ponnistaa aktiivisesti, jotta hän ei väsy ennenaikaisesti. Liian aikainen ponnistaminen voi lisäksi aiheuttaa kohdunsuun reunan turpoamisen ja kiillautumisen sikiön pään ja lantion luuston väliin ja siten hidastaa synnytystä. Ponnistusvaiheen alkaessa synnyttäjä ponnistaa alkuun sen verran, mikä tuntuu hyvältä ja helpottaa oloa. Aktiivisen ponnistamisen voi aloittaa, kun sikiön pää selvästi painaa välilihaa. Suomalaiseen synnytystraditioon kuuluu aktiivinen välilihan tukeminen, jolla pyritään ehkäisemään välilihan ja erityisesti peräaukon sulkijalihaksen repeytyminen. Suomessa peräaukon sulkijalihaksen repeämien määrät ovatkin matalat. Kylkiasennolla on välilihan repeämistä suojaava vaikutus. Muita ponnistusvaiheessa suositeltavia asentoja ovat istuma-asento synnytystuolissa tai -jakkaralla, seisoma-asento, konttausasento, kyykkyasento tai puoli-istuva asento sängyllä. Mikäli ponnistusvaihe pitkittyy ensisynnyttäjällä yli kahteen tuntiin ja uudelleensynnyttäjällä yli tuntiin, voidaan joutua turvautumaan imukupin tai pih-tien käyttöön synnytyksen jouduttamiseksi. Mikäli väliliha muodostaa selvän synnytyksesteen tai uhkaamassa on peräaukon sulkijalihaksen repeäminen, tehdään episiotomia eli välilihan leikkaus. Hyväkuntoinen vastasyntynyt nostetaan suoraan äidin rinnalle ihokontaktiin. (Raussi-Lehto 2015c, 265-271.)

**Jälkeisvaihe eli III vaihe** alkaa lapsen syntymästä ja päättyy istukan ja kalvojen syntymiseen. Lapsen syntymän jälkeen kohtu jatkaa supistelua ja tarvittaessa äidille annetaan kohtua supistavaa lääkettä. Istukka irtoaa supistuksen myötä, jonka jälkeen äiti ponnistaa jälkeiset itse ulos supistuksen aikana ja kättilö voi ohjata kevyesti napanuorasta tai painaa vatsanpeitteiden päältä kohdun pohjasta. Istukan irtoaminen tapahtuu useimmiten 5-10 minuutin kuluttua lapsen syntymästä. Jos äiti ei vuoda, jälkeisten syntymistä voi odottaa rauhassa. Keskimääräinen vuotomäärä alatiesynnytyksessä on noin 500 grammaa. Jälkeisten synnyttyä ne tarkastetaan huolella. Erityisesti varmistutaan siitä, että ne ovat täydelliset. Lisäksi ommellaan mahdollinen repeämä tai episiotomia. (Raussi-Lehto 2015c, 275-277.)

Synnytyksen jälkeen synnyttäjä ja vastasyntynyt ovat vielä tehokkaan tarkkailun kohteena noin kaksi tuntia, useimmiten synnytyshuoneessa. Äidin palautumista synnytyksestä seurataan kohdun supistumisen, vuodon ja yleisvoinnin perusteella. Myös verenpaine, pulssi ja lämpö kontrolloidaan. Vastasyntyneelle tehdään ensitarkastus, jossa tarkistetaan lapsen yleisvointi, hengitys, pulssi ja ääntely sekä mitataan lämpö. Tarkkailuvaiheen päättyessä perhe siirretään lapsivuodeosastolle. (Raussi-Lehto 2015c, 281.)



Suomessa keisarileikkauksien osuus on vuonna 2017 ollut 15,9 prosenttia (Tilastokeskus 2017, viitattu 20.4.2018). Suomessa keisarileikkauksia tehdään melko vähän useimpiin maihin verrattuna. Noin puolet keisarileikkauksista on ennalta suunniteltuja. Lopuissa leikkauspäätös tehdään päivystyksellisesti useimmiten siinä vaiheessa, kun synnytys on käynnissä. Aiheita suunnitellulle keisarileikkaukselle voivat olla esimerkiksi selkeä epäsuhta sikiön ja lantion välillä, sikiön poikkeava tarjonta, kuten perä- tai poikkitila, aikaisempi kohtuun kohdistunut leikkaus, raskauskomplikaation, kuten raskausmyrkytyksen, vaikeutuminen tai äidin pelko alatiesynnytystä kohtaan. Keisarileikkauspäätökseen vaikuttavat kuitenkin monet tekijät yhä aikaa. Päivystykselliseen keisarileikkaukseen päädytään sikiön tai äidin tai molempien tilaan liittyvistä syistä, kuten äidin äkillinen raskauskomplikaation tai sikiön ahdinko. Keisarileikkaus on nykyään varsin turvallinen toimenpide. Siitä huolimatta siitä toipuminen on alatiesynnytykseen verrattuna työläämpää. Keisarileikkaukseen liittyy myös moninkertainen riski vakaviin verenvuotoihin ja infektioihin. (Uotila 2015, 574-577.)

### **4.3 Suomessa käytettävät kivunlievitysmenetelmät**

Suurin osa, 95 prosenttia, synnyttäjistä kokee synnytyksen kivuliaana. Noin 20% kokee kivun sietämättömänä ja puolet erittäin kovana. (Sariola & Tikkanen 2011c, viitattu 15.4.2018.) Synnytyskipua ei voida aina täydellisesti poistaa, mutta sitä voidaan lievittää erilaisilla keinoilla. Synnyttäjän tarpeet ja toiveet ovat perustana kaikelle kivunlievitykselle ja synnyttäjälle tulee tarjota monipuolisesti erilaisia kivunlievityskeinoja. Synnytysvalmennuksen yhtenä olennaisena tavoitteena on antaa äidille tietoa käytössä olevista vaihtoehdoista, niiden seurauksista ja riskeistä, jotta hän pystyy osallistumaan päätöksentekoon ja tekemään tietoisien valinnan. (Raussi-Lehto 2015c, 256.) Joskus sikiön hyvinvointi tai synnytyksen vaihe voi kuitenkin vaikuttaa siihen, ettei suunniteltua kivunlievitystä voida antaa (Sarvela & Volmanen 2014, viitattu 15.4.2018). Riittämättömän kivunlievityksen on todettu lisäävän tyytymättömyyttä synnytyskokemukseen (Koski 2007, 55).

Synnytyskipun voimakkuus koetaan hyvin yksilöllisesti, ja siihen vaikuttavat äidin yleisvointi, sikiön koko ja asento, supistusten voimakkuus, synnyttäjän kipukynnys sekä aiemmat synnytys- ja kipukokemukset (Sarvela & Volmanen 2014, viitattu 15.4.2018). Kipuaistimus on lievimmillään avautumisvaiheen alussa. Synnytyksen edetessä supistukset muuttuvat tiheämmiksi ja kivuliaammiksi, ja voimakkaammillaan synnytyskipu on avautumisvaiheen lopussa. (Raussi-Lehto 2015c, 256.) Tällöin kipua aiheuttaa sikiön tarjoutuvan osan puristuminen kohdun suun reunoja ja kohdun alaosan seinämää vasten. Voimakkaat työntävät supistukset vaikuttavat myös muihin lantion kudoksiin. Joillakin synnytyskipu voi tuntua eniten ristiselässä. Ponnistusvaiheessa kipu kohdistuu eniten välilihaan, mutta äidin aktiivinen ponnistaminen vähentää kivun tunnetta (Sariola & Tikkanen 2011c, viitattu 15.4.2018; Raussi-Lehto 2015c, 257.)

**Ei-lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä** asentohoidolla ja liikkumisella on suuri merkitys koko synnytyksen ajan. Etenkin synnytyksen alkuvaiheessa, kun supistukset ovat vähemmän kivuliaita asentohoito voi auttaa. Liikkuminen kiihdyttää verenkiertoa ja hengitystä. Monet synnyttäjät kokevat tässä vaiheessa pystyasennon hyvänä, jolloin sikiön tarjoutuva osa painaa voimakkaasti kohdun kaulaa avaten kohdunsuuta tehokkaasti ja nopeammin. Myös kipuaistimukset on todettu olevan vähäisempiä pystyasennossa, sillä lantion kudoksiin kohdistuva paine on vähäisempää kuin makuulla. Keinutuolissa istuminen voi olla hyvänä apuna lepoon ja rentoutumiseen. Synnyttäjä voi kokeilla myös konttausasentoa, sillä se rentouttaa ristiselän alueen lihaksistoa ja ehkäisee ennenaikaisen ponnistamisen tarvetta. Kylkiasento puolestaan sopii väsyneelle synnyttäjälle. (Raussi-Lehto 2015c, 258-259.)

Kivulias ja pelokas synnyttäjä saattaa hengittää kiivaasti ja katkonaisesti sekä jännittää lihaksiaan, mikä voi johtaa huonontuneeseen istukan verenkiertoon ja sikiön vointiin. Rauhallinen hengittäminen auttaa rentoutumisessa ja voi vähentää synnytyskipua. Tukihenkilö tai kätilö voi auttaa synnyttäjää rentoutumaan ja poistamaan lihasjännitystä hieromalla. Erityisesti hartioiden, raajojen ja ristiselän hieronnalla voi laukaista lihasjännitystä. Synnyttäjä voi käyttää suihkua tai ammetta avautumisvaiheen aikana, sillä myös lämmin vesi rentouttaa jännittyneitä kehoa ja jännittyneitä lihaksia supistusten aikana. Rentoutuminen puolestaan edistää kohdunsuun avautumista. (Raussi-Lehto 2015c, 259-260.) Eräs ei-lääkkeellinen kivunlievityskeino on ns. vesipapulat, joita kätilö ruiskuttaa ihon sisään tai ihon alle pahimpiin kipupisteisiin joko selän tai vatsan puolelle. (Raussi-Lehto 2015c, 260). Vesipapuloiden synnytyskipua vähentävä vaikutus perustuu todennäköisesti siihen, että vesipapuloiden aiheuttama kipu ikään kuin siirtää supistuskivun ruiskutettavalle alueelle (Tiitinen 2017a, viitattu 15.4.2018). Vesipapuloiden kipua lievittävä vaikutus kestää 1-1,5 tunnin ajan ja ne voidaan laittaa missä tahansa synnytyksen vaiheessa. Muita ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä ovat muun muassa akupunktio ja vyöhyketerapia. (Raussi-Lehto 2015c, 260.)

**Lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä** Suomessa käytetään eniten hengitysteitse annettavaa ilokaasua sen turvallisuuden, yksinkertaisen annostelutapansa ja halpuutensa vuoksi (Sarvela & Volmanen 2014, viitattu 15.4.2018). Ilokaasu on typpioksidin ja hapen seos, joka sisältää yleensä puolet happea. Se vaikuttaa keskushermostoon saaden synnyttäjän olon tuntumaan usein kevyeltä. Koska ilokaasua käytetään hapen lisänä, se ei ole vaaraksi sikiölle. Ilokaasu poistuu elimistöstä uloshengityksen kautta sellaisenaan. Ilokaasu annostellaan synnyttäjälle maskin kautta, johon hengitetään rauhallisesti koko supistuksen ajan. Ilokaasun vaikutus alkaa 20-40 sekunnin kuluttua annostelusta, joten synnyttäjän on opeteltava ennakoimaan supistus. Ilokaasun käytöstä on syytä ohjata hyvissä ajoin ja selkeästi, jotta synnyttäjä voi supistuksen tullessa keskittyä vain ilokaasun hengittämiseen. Ilokaasu vaikuttaa parhaiten aivan synnytyksen alkuvaiheessa. (Raussi-Lehto 2015c,

261.) Joskus on mahdollista, että synnytys on edennyt niin nopeasti, ettei puudutusta ehditä laittaa. Tällöin ilokaasu voi olla ainoa käytettävissä oleva kivunlievitysmenetelmä. (Sarvela & Volmanen 2014, viitattu 15.4.2018.)

Vahvoja morfiinin kaltaisia kipulääkkeitä, opioideja, käytetään synnytyskivun lievittämiseen. Opioideista käytetyimpiä ovat muun muassa petidiini ja oksikodoni, jotka voidaan antaa lihakseen ruiskeina, peräpuikkoina tai suun kautta. Petidiini rentouttaa synnyttäjää ja kohdunsuuta, mutta sivuvaikutuksena voi ilmetä pahoinvointia. (Sarvela & Volmanen 2014, viitattu 15.4.2018.) Petidiini voi vaikuttaa vastasyntyneeseen muun muassa laamamalla hengitystä ja hidastamalla imetyksen käynnistymistä. Näiden seikkojen vuoksi sen käyttö sopii parhaiten avautumisvaiheen alkuvaiheeseen. Oksikodoni näyttäisi olevan syrjäyttämässä petidiinin käytön. Lyhytvaikutteisempia opioideja, kuten fentanylia, voidaan käyttää voimakkaaseen synnytyskipuun myös synnytysen edistyessä suonensisäisesti silloin, jos puudutuksen käyttö ei ole mahdollista. (Raussi-Lehto 2015c, 261-262.)

Tehokkaita synnytyskivun lievitysmenetelmiä ovat puudutukset; selkäpuudutukset (epiduraali- ja spinaalipuudutukset), paraservikaalipuudutus eli kohdunkaulan puudutus sekä pudendaalipuudutus eli häpyhermon puudutus. Selkäpuudutuksia käytetään muiden kivunhoitojen täydentäjinä. Niiden laittamisesta vastaa anestesia- ja kivunlääkäri. (Sarvela & Volmanen 2014, viitattu 15.4.2018.) Epiduraalipuudute on hyvä erityisesti ensisynnyttäjille, joilla synnytys on pitkäkestoisin ja kivulias (Sariola & Tikkanen 2011b, viitattu 15.4.2018). Epiduraalipuudutus voidaan antaa, kun synnytys on varmasti käynnistynyt. Anestesia- ja kivunlääkäri asettaa epiduraalipuudutuksen avulla katetrin lannenikamien välistä epiduraalitilaan, jonka kautta puuduteaine annostellaan. Epiduraalitila on selkäydintilaa välittömästi ympäröivä tila selkäydinkanavan sisäpuolella. Puuduteaine imeytyy epiduraalitilasta selkäydintilalle hitaasti, missä se vaikuttaa kohdennetusti kohtua hermottaviin hermojuuriin. (Sarvela & Volmanen 2014, viitattu 15.4.2018.) Epiduraalipuudutuksen maksimiteho saavutetaan noin 20-25 minuutissa, ja kerta-annoksen vaikutus kestää 1,5-2 tuntia (Raussi-Lehto 2015c, 262). Kerta-annos voidaan tarvittaessa uusida. Puudute voidaan annostella myös jatkuvana annosteluna. (Sarvela & Volmanen 2014, viitattu 15.4.2018) Suomessa epiduraalipuudutus pyritään ajoittamaan avautumisvaiheeseen, jotta ponnistusvaiheen alkaessa liiallinen puudutusvaikutus vähenee (Sariola & Tikkanen 2011b, viitattu 15.4.2018). Epiduraalipuudutus saattaa vähentää tarvetta ponnistaa ja siten pidentää ponnistusvaiheen kestoa. Lisäksi sivuvaikutuksena voi olla äidin verenpaineen aleneminen, jonka varalta äidille asetetaan käteen suonensisäinen nesteyhteys. Puudute voi myös vaikuttaa alaraajojen lihasvoimaan, jolloin on tärkeää, ettei äiti liiku yksin. Synnytyksen jälkeen saattaa esiintyä myös selkäsärkyä ja päänsärkyä. (Sarvela & Volmanen 2014, viitattu 15.4.2018.)

Spinaalipuudutuksessa puudutteen laitto ja vaikutus ovat muutoin samat kuin epiduraalipuudutuksessa, mutta puudute annostellaan suoraan selkäydinnesteeseen. Tällöin puutuminen tapahtuu nopeasti, kun puuduteaine on välittömässä yhteydessä paljaisiin hermojuuriin. (Raussi-Lehto 2015c, 264.) Vaikutus on kuitenkin epiduraalipuudutusta lyhyempi, mutta se vaikuttaa nopeammin, jolloin se tehoaa myös ponnistusvaiheen kipuun. Spinaalipuudutus soveltuu hyvin uudelleensynnyttäjille. (Sarvela & Volmanen 2014, viitattu 15.4.2018.)

Paraservikaalipuudutetta voidaan käyttää kivunlievityksenä avautumisvaiheen loppuvaiheessa. Synnytyslääkäri puuduttaa kohdunkaulan hermonpunoksen molemmin puolin. (Sarvela & Volmanen 2014, viitattu 15.4.2018.) Puudutteen laittaminen on nopeaa ja sen vaikutus alkaa parissa minuutissa. Puudutus toimii siten parhaiten ensisynnyttäjille. Vaikutusaika on 1,5-2 tuntia. Paraservikaalipuudute saattaa aiheuttaa sikiön sydämen harvavyöntisyyttä. Ponnistusvaiheen kipuun voidaan käyttää pudendaalipuudutusta eli häpyhermon johtopuudutusta, joka pehmentää välilihaa. Kaikkien puudutteiden laitto edellyttää synnyttäjän ja sikiön voinnin tarkkaa seurantaa. (Raussi-Lehto 2015c, 264-265.)

## 5 VAUVAN HOITO

Vauvan perushoito koostuu runsaasta läheisyydestä, riittävästä ravitsemuksesta ja puhtaudesta. Vastasyntynyt vauva tarvitsee tunteen, että hänestä välitetään ja pidetään huolta. Pitämällä vauvaa paljon lähellä ja hoitamalla häntä oppii nopeasti tuntemaan lapsensa ja löytämään juuri hänelle toimivat hoitotavat. Vastasyntynyt on erityisen virittynyt tutustumaan vanhempiinsa. Vauva saa alussa eniten tietoa tuntoaistien kautta ja hän nauttii rauhallisesta käsittelystä ja läheisyydestä. (Kolanen, Koskinen, Kauppinen & Kujala 2018, viitattu 20.4.2018.)

### 5.1 Ensipäivät vauvan kanssa

Äidin ja vauvan ollessa hyvävointisia heidät siirretään noin kahden tunnin kuluttua synnytyksestä lapsivuodeosastolle (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 291). Tervettä vauvaa pyritään pitämään jatkuvassa vierihoidossa syntymän jälkeen. Vierihoidolla tarkoitetaan hoitokäytäntöä synnytysosastolla, jossa lapsi on äidin huoneessa ja vanhemmat itse hoitavat vauvaa. Tämä mahdollistaa lapsentahtisen imetyksen, lapsenhoidon opettelun ja perhesiteiden muodostumisen. (Järvenpää & Tommiska 2015, 304.) Isä voi myös yöpyä äidin ja vauvan kanssa, jos sairaalasta on mahdollista saada perhehuone. Perhe saa sairaalan henkilökunnalta ohjausta vauvan hoitoon ja imetykseen ja kotihoito-ohjeet synnytyksen toipumiseen. Äidin vointiin vaikuttavat paljon synnytystapa ja synnytyksen kulku. Tarvittaessa äiti saa kipulääkettä jälkisupistuksiin ja välilihan kipuihin. Keisarileikkauksen jälkeen äidille annetaan vahvoja kipulääkkeitä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2017, 44.)

Vastasyntynyt on yleensä tyytyväinen ja rauhallinen ensimmäisen vuorokauden aikana. Silloin vauva nukkuu paljon, toipuu synnytysrasituksesta ja sopeutuu maailmaan. Ensimmäisinä päivinä vauvalle on hyväksi viettää mahdollisimman paljon aikaa paljasta ihoa vasten. Ihokontaktissa vauva asetetaan äidin paljasta rintakehää vasten niin, että vauvalla on päällään pelkkä vaippa. Tässä vauva yleensä rauhoittuu, se on hänelle turvallinen ja luonnollinen paikka. Läheisyys, ihon kosketus ja sydämenlyönnit muistuttavat häntä kohtuajasta. Vauvan lämpö, pulssi ja verensokeri pysyvät tasaisena iholla ollessa. Ihokontakti rentouttaa ja rauhoittaa myös äitiä. Se saa maidon herumaan ja supistaa kohtua, mikä auttaa äitiä toipumaan synnytyksestä. Vauvan ollessa ihoa vasten, herää hänen kiinnostuksensa imemistä kohtaan. Ihokontaktin avulla vauva hakeutuu itse kohti rintaa ja osaa yleensä tarttua rintaan ja alkaa imeä. Toisen vuorokauden aikana vauva aloittaa yleensä tiheän imemisen. Vauva imee rypäsmäisesti monta kertaa peräkkäin muutaman tunnin ajan ja vasta tämän jälkeen rauhoit-

tuu nukkumaan. Tiheä imeminen auttaa maidon nousemisessa ja tällä tavoin vauva varmistuu, että hänestä huolehditaan. (Kolanen ym. 2018, viitattu 20.4.2018.)

Äiti ja vauva kotiutuvat sairaalasta yleensä 2.-4. päivänä synnytyksen jälkeen. Ennen kotiutumista kätilö tai gynekologi tekee äidille ja lääkäri vauvalle kotiinlähtötarkistuksen. Tämä on hyvä tapa varmistaa lapsen hyvinvointi. (Ihme & Rainto 2014, 311.) Ensipäivät kotona vauvan kanssa ovat uuden opettelua, jolloin aika menee vauvan tutustumiseen ja imetyksen opetteluun. Tuolle ajalle ei kannata etukäteen suunnitella menoja eikä kutsua vieraita. Vastasyntyneestä huolehtiminen on ympärivuorokautista. Vanhempien kannattaa levätä silloin, kun vauva antaa siihen mahdollisuuden. Tarvittaessa kannattaa pyytää apua kotitöihin ja mahdollisten sisarus-ten hoitoon. Jos apua ei ole saatavilla, tehdään vain kaikki pakolliset kotityöt. Kun vauvan kanssa eläminen alkaa sujua, riittää aikaa taas vieraille ja muihin asioihin. (Kolanen ym. 2018, viitattu 20.4.2018.) Vieraita käytessä täytyy muistaa, että sairast tai nuhaiset vieraat eivät saa tulla vauvan lähelle (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 56).

Syntymän jälkeistä 8 viikon ajanjaksoa kutsutaan lapsivuodeajaksi, tällöin äidin keho palautuu raskaudesta ja synnytyksestä. Lapsivuodeaikana useimmat raskaudenaikaiset anatomiset ja fysiologiset muutokset palautuvat ja äiti alkaa sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen. Lapsivuodeaikana äidin on hyvä keskittyä vauvansa tutustumiseen, ottaa rauhallisesti ja levätä. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 290.) Läheisten huomionosoitukset ja apu nopeuttavat toipumista. Äidin jälkivuoto kestää 4-6 viikkoa. Alussa vuoto on runsasta ja veristä, muuttaman päivän päästä vuoto niukkenee ja vajaassa kahdessa viikossa se muuttuu vaaleaksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 46.) Jos vuoto lisääntyy tai se alkaa haista pahalta, äidillä on alavatsakipuja tai lämpö nousee yli 38 asteeseen, tulisi äidin ottaa yhteyttä terveydenhoitajaan tai terveyskeskukseen (Ihme & Rainto 2014, 311).

## **5.2 Varhainen vuorovaikutus**

Vauva on avuton synnyttyään eikä hän selviäisi ilman hoitajaansa. Vauvalle tärkein asia onkin häntä hoitava aikuinen. Vastasyntynyt on kykenevä vuorovaikutukseen syntymästä lähtien, joka muodostuu vanhempien katseista, kosketuksista ja puheesta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 52.) Äidin ja sikiön vuorovaikutus luo pohjan syntymän jälkeiselle vuorovaikutukselle. Varhainen vuorovaikutus on luonnollista ja vastavuoroista yhdessä olemista, joka kuuluu jokapäiväiseen vauvaperheen arkeen. (Korhonen 2015, 324.)

Eriyisen tärkeää on miten lasta hoidetaan. Vauva tuntee olevansa rakastettu ja toivottu, kun hänelle hymyillään ja jutellaan arkisten puuhien keskellä esimerkiksi vaippaa vaihdettaessa, kylvyssä ja syötettäessä. Vauva viihtyy hyvin sylissä ja tykkää hellästä koskettelusta. Näiden kautta hän oppii tuntemaan oman kehonsa ja hallitsemaan sitä. Lapsi on seurallinen heti ensi viikoista lähtien, hän viihtyy siellä missä muukin perhe on. Tutut äänet tuovat vauvalle turvallisuutta ja säännöllisyyttä. Vauvalle onkin tärkeää jutella heti syntymästä lähtien, vaikka hän ei vielä ymmärräkään sanoja moneen kuukauteen. Vastasyntynyt ymmärtää äänen sävyt ja rauhallinen ääni luo turvaa. Puheen kuuleminen edistää myös puhumaan oppimista. Hyvän varhaisen vuorovaikutuksen edellytyksiä ovat toistot, odotettavuus ja jatkuvuus. Lapsi kehittyy parhaiten, kun hän kokee olevansa tärkeä ja rakastettu. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 52.)

Vuorovaikutus on toimiva ja molemmin puolin antava, kun vanhempi pystyy nauttimaan suhteestaan lapseen ja lapsi kokee, että vanhempi ymmärtää ja hyväksyy hänen tarpeensa ja tunteensa. Vanhempi tunnistaa lapsen viestin ja vastaa siihen, ja vauva puolestaan vastaa vanhemman hoivakäyttäytymiseen (Korhonen 2015, 324). On tärkeää tunnistaa, jakaa ja nimetä vauvan ilot, surut, pelot ja hämmennykset. Vauva tarvitsee voimakkaiden tunnetilojen tyynnyttelyyn aikuisen apua. Lapsi uskaltaa tulevaisuudessa tuoda tunteensa esille, kun vanhempi reagoi vauvan tunteisiin kuten esimerkiksi itkun. Vauva tarvitsee vierelleen aikuisen, joka sietää myös kielteisiä tunteita. Jos tarpeisiin ei vastata, vauva saattaa alkaa vetäytymään vuorovaikutuksesta. Vanhempi voi kokea turhautumista tällaisissa hoitotilanteissa, pettyä vauvaan ja vetäytyä vuorovaikutuksesta. Tästä voi muodostua negatiivinen kehä, joka pahimmillaan johtaa lapsen laiminlyömiseen. (Haapio ym. 2009, 150-151.)

Vastasyntyneen aivot ovat synnyttyään vielä keskeneräiset ja kypsymättömät. Niiden kehitykseen ja kypsymiseen vaikuttaa vanhemman ja vauvan välinen varhainen vuorovaikutus. Vauvan kokemukset saadusta hoidosta ja vuorovaikutus vanhemman kanssa ovat aivojen ja psyykeen kehityksessä keskeistä. (Puura & Mäntymaa 2010, 24-25.) Vauva muodostaa työskentelymalleja kokemuksiansa perusteella, ja nämä ohjaavat tulevaa toimintaa ja käyttäytymistä. Näiden perusteella hän ennakoii, tulkitsee ja havainnoi tulevia vuorovaikutustilanteita ja ottaa osaa niihin. (Haapio ym. 2009, 150.) Lisäksi varhaisella vuorovaikutuksella on iso merkitys vauvan tunne-elämän ja käyttäytymisen säätelyyn, sosiaalisten vuorovaikutustaitojen sekä stressinsäätelykyvyn kehittymiselle ja kiintymyssuhteen muodostumiselle (Puura & Mäntymaa 2010, 24-25).

### **5.3 Vauvan ravitsemus**

Vauvan imemis- ja nielemisrefleksit toimivat synnytyksen jälkeen täydellisesti 24-48 tunnin kuluttua. Imeväisikäisen energian tarve on suuri, noin neljä kertaa enemmän painokiloa kohti kuin aikuisella. (Korhonen

2015, 344.) Maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organisation) suosituksen mukaan täysimetys riittää ainoaksi ravinnoksi puolen vuoden ikään asti ja sen jälkeen imetystä suositellaan osana ravitsemusta 1-2 vuoden ikään saakka. (Mikkola 2017, 34.) Suomessa voimassa olevien suositusten mukaan täysimetystä suositellaan 4-6 kuukauden ikään asti. Valtion lapsiperheiden ruokasuositusten (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2016) mukaan rintamaito on lapsen pääasiallinen ruoka kuuden kuukauden ikään saakka ja osittaista imetystä kiinteiden ruokien ohella vähintään vuoden ikään asti. (Lyytikäinen & Virtanen 2017, 18-19.)

Maidon lisäksi vastasyntynyt tarvitsee K- ja D- vitamiinilisät. Syntymän jälkeen vauvalle annetaan K-vitamiinipistos, joka suojaa imeväistä veren vuodoilta. Rintamaito sisältää D-vitamiinia vähäisen määrän, mutta imetettävän vauvan tulee saada D-vitamiinia riisitaudin ehkäisemiseksi sekä normaalin kasvun ja luuston kehityksen turvaamiseksi. Suomen tämän hetkisen suosituksen mukaan D<sub>3</sub>-vitamiinivalmistetta annetaan kahden viikon iästä kahteen vuoteen 10 µg/vrk. (Mikkola 2017, 36.) Myös tummaihoisten lasten D-vitamiinin saanti tulee turvata ympäri vuoden. Eri kulttuureista saapuvia vanhempia on motivoitava antamaan lapselle D-vitamiinia, sillä he eivät aina ymmärrä miksi terveelle lapselle pitää antaa lääkettä. (Korhonen 2015, 344.)

### 5.3.1 Imetys

Ensimmäinen imetys tapahtuu yleensä synnytyssalissa heti synnytyksen jälkeen. Lapsi kuivataan ja nostetaan syntymän jälkeen ihokontaktiin äidin rinnalle. Levättyään hetken vauva alkaa ilmaista imemisvalmiuttaan liikuttamalla käsiään ja jalkojaan ja tekemällä suullaan nuolemis- ja hamuamisliikettä. Imemisrefleksi on yleensä hyvin voimakas heti syntymän jälkeen. Vastasyntyneen annetaan omaan tahtiin tutustua rintaan, hän pääsee heti halutessaan harjoittelemaan imemistä. (Hannula 2015, 333.) Äidin iholla vauva saa samalla rauhoittua ja toipua syntymän aiheutumasta rasituksesta (Deufel & Montonen 2016, 292-293). Imetystä tuetaan sairaalassa ihokontaktin ja ensi-imetyksen lisäksi ympärivuorokautisella vierihoidolla ja lapsentahtisella imetyksellä. Lisäksi tutin ja tuttipullon käyttöä vältetään ja lisämaitoa annetaan vain lääketieteellisistä syistä. (Ihme & Rainto 2015, 309.)

Rintamaito on täydellistä ravintoa pienelle vauvalle, sillä siinä on sopivassa suhteessa hajotettuja proteiineja, rasvaa, hiilihydraatteja, vitamiineja ja mineraaleja. Se myös imeytyy helposti ja on aina sopivan lämpöistä vauvalle. (Deufel & Montonen 2010, 5.) Välttämättömien ravintoaineiden lisäksi se sisältää myös muun muassa vasta-aineita, kasvutekijöitä ja entsyymejä. Nämä tukevat vauvan elimistön kehitystä ja kypsymistä ja auttavat ravinnon imeytymisessä sekä täydentävät vastasyntyneen epäkypsää vastustuskykyä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 58.) Etenkin ensimmäinen eli kolostrumi, jota erittyy 1-5 vuorokauden ajan synnytyksen jäl-



keen, sisältää runsaasti suoja-aineita ja vitamiineja. Maito muuttuu niin sanotuksi kypsäksi maidoksi kahdessa viikossa. Maidon määrä kasvaa lapsen tarpeen mukaan. Imetyskerran alkupuolella erittyvä niin sanottu etumaito on vähemmän rasvaista kuin lopussa erittyvä takamaito. (Hannula 2015, 333.) Lisäksi äidinmaito on aina taloudellista ja ekologista ja hyvin sujuessaan nopea, käytännöllinen ja miellyttävä tapa ruokkia vauvaa (Deufel & Montonen 2010, 5; Mikkola 2017, 34).

Imetyksen avulla voidaan erittäin tehokasti edistää lapsen ja imettävän äidin terveyttä. Mitä pidempään lasta täysi-imetetään, sitä paremmin imetyksen hyödyt tulevat esiin. Tieto imetyksen terveysvaikutuksista perustuu pääosin laajoihin useista tutkimuksista tehtyihin yhteisanalyysihin. (Deufel & Montonen 2010, 5.) Rintamaito sisältää vastustuskykyä muodostavia aktiivisia ainesosia, jotka estävät taudinaiheuttajia kiinnittymästä limakalvoille tai estävät taudinaiheuttajien lisääntymistä. Tästä johtuen rintamaito edistää lapsen puolustusjärjestelmän kehittymistä ja suoliston kypsymistä. (Luukkainen 2010, 37.) Useissa eri tutkimuksissa on osoitettu, että äidinmaito antaa merkittävän infekti suojan keuhkokuumetta, korvatulehduksia, ripulitauteja ja virtsainfektioita vastaan lapsen ensimmäisen vuoden aikana (Mikkola 2017, 35-36). Se pienentää myös sydän- ja verisuonitauteihin sairastumisen riskiä ja sillä on ehkäisevää vaikutusta diabetekseen, keliakiaan, allergiaan, Crohnin tautiin ja astmaan. Rinnan imeminen kehittää vauvan suu- ja kasvolihaksia ja se auttaa ehkäisemään hampaiden parentavirheitä. Imetys on myös yhdistetty kätkytkuolemariskin alenemiseen. (Luukkainen 2010, 37-47.)

Imetyksellä on monia etuja myös äidille. Se supistaa kohtua synnytyksen jälkeen ja edistää näin synnytyksestä toipumista ja helpottaa äitiä saavuttamaan normaalipainon synnytyksen jälkeen. (Deufel & Montonen 2010, 5.) Imetys suojaa äitiä uudelta raskaudelta estämällä hormonaalisesti normaalin kuukautiskierron. Pitkä imetys vaikuttaa myönteisesti äidin myöhempään terveyteen, se vähentää riskiä sairastua rinta- ja munasarjasyöpään sekä tyypin 2 diabetekseen. (Mikkola 2017, 40; Syödään yhdessä –ruokasuosituksia lapsiperheelle 2016, 65.) Lisäksi imetyksen vaikutuksesta endometrioosi voi parantua ja myoomat eli kohdun hyvänlaatuiset lihaskyhyt pienevät (Deufel & Montonen 2010, 5). Imetys edistää myös vauvan ja äidin välistä varhaista vuorovaikutusta, sillä se herkistää äitiä lapsen viesteille ja samalla tukee kiintymyssuhteen muodostumista (Syödään yhdessä –ruokasuosituksia lapsiperheelle 2016, 65).

Lapsentahtisessa imetyksessä vauva määrää **imetystiheyden** ja imemiskertojen keston. Vauvalle tarjotaan rintaa aina, kun lapsi osoittaa haluaan imeä. Merkkejä ovat vireystilan muutos, hamuilu, pään kääntely sivuun, maiskuttaminen ja käsien vieminen suuhun. Jos näihin merkkeihin ei reagoida, alkaa vauva äänellä ja itkeä. (Koskinen 2008, 33.) Ensimmäisinä viikkoina vauva haluaa olla pitkiä aikoja äidin rinnalla. Syömisrytmi muuttuu selkeämmäksi noin kolmen viikon kohdalla, jolloin vauva syö yleensä 8–12 kertaa vuorokaudessa. Vaihtelu on suurta lapsien välillä, toiset syövät huomattavasti tiheämmin, kun taas toiset harvemmin ja pidempään ker-

ralla. Imettämistiheys vaihtelee lapsentahtisessa imetyksessä yhdestä neljään tuntiin, toisinaan saattaa olla vielä pidempiä tai lyhyempiä välejä. Vauva ilmaisee olevansa kylläinen päästämällä rinnasta irti tai nukahtamalla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 59.) Tyypillisesti vauvat imevät tiheämmin illansuussa ja aamuyöstä (Hannula 2015, 331). Maidon noustua suurin osa vauvoista saa yhdellä syöttökerralla tarvitsemansa maidon vain toista rintaa imemällä. Imettäminen aloitetaan vuorotellen eri rinnasta. Jos vauva vaikuttaa nälkäiseltä ensimmäisen rinnan jälkeen, jatketaan imetystä toisesta rinnasta. Ensimmäisinä päivinä rintaa kannattaa vaihtaa, jos vauva imee yhtä rintaa yli puoli tuntia ja hän haluaa vielä jatkaa imemistä. Jos vauva imee maitoa yli tunti kerrallaan vielä maidon noustuakin, saattaa lapsen imuote olla kapea tai imu olla tehoton. Tuttia tai tuppulaa ei tulisi antaa vauvalle ennen kuin imetys alkaa sujua ja vauvan paino on lähtenyt nousuun, sillä lapsi imee tuttia eri tekniikalla kuin rintaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 59-60, 64.)

Hyvä **imuote** ehkäisee maitotiehyentukoksia ja rintojen haavaumia. Lisäksi se stimuloi vauvan imemisrefleksiä ja lisää maidontuotantoa. (Deufel & Montonen 2010b, 124.) Vauvan imuote rinnasta on riittävän laaja silloin, kun imeminen ei käy kipeää äidille ja rinta tyhjenee kunnolla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 60). Hyvä imetysasento edesauttaa oikeanlaista imuotetta. Vauvan tulee olla yleensä kiinni äidissä sellaisella korkeudella, missä imetystä aloittaessa rinnanpää on hieman vauvan suun yläpuolella. Tällöin vauvan avatessa suunsa rinnanpää ohjautuu syväälle suuhun. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017.) Vauvan hyvän imuotteen merkkejä ovat: vauvan leuka on äidin rinnassa kiinni, nännipiha on lähes kokonaan lapsen suussa, vauvan alahuuli kaksin kerroin rullalla ja vauvan poskiin ei ilmesty kuoppia vaan vauva imee syviä ja hitaita vetoja. (Hannula 2015, 332.)

Jokainen äiti etsii itselleen sopivan ja luontaisen **imetysasennon**. Hyvä imetysasento on sellainen, jossa äiti voi pitää erityisesti niska-hartaseudun rentona. Äidin vartalon pitäisi olla sellaisessa asennossa, missä vauvan vartalo on mahdollisimman lähellä äitiä ja vauvan on helppoa tarttua rintaan. Imetyksen aloittaminen vaatii äidiltä keskittymistä, kärsivällisyyttä ja harjoittelua. Sen jälkeen, kun imetys alkaa sujua äiti voi imettää sellaisessa asennossa, mikä tuntuu hyvältä, missä vain ja milloin vain. Usein imetyspulmat kestävät noin viikosta kahteen viikkoon ja sen jälkeen äiti ja vauva voivat nauttia seuraavat kuukaudet. (Deufel & Montonen 2010b, 108-109.) Imettäessä istualtaan äidin tulee istua selkä suorana, tarvittaessa selän takaa ja kyynärvarren alta voi tukea tyynyillä. Vauva tulee äidin syyliin siten, että vartalo on kiinni äidin vartalossa ja vauva on täysin kääntyneenä äitiin päin. Äidin imettäessä kylkimakuulla vauva laitetaan äidin viereen kyljelleen niin, että pää ja vartalo ovat kohtisuoraan äitiä vasten. Vauvan selkää voi tukea esimerkiksi tyynyllä, jotta hän ei pääse kääntymään selälleen. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017, 60.)

Maito nousee äidin rintoihin yleensä noin 2.-3. päivänä vauvan syntymästä. Maidonerityksen käynnistymisessä sekä riittävän maitomäärän erittymisessä on yksilöllisiä eroja. Yleensä ongelmatilanteissa vauvan imeminen ei ole säännöllistä tai tehokasta. Tutkimusten mukaan vain 2 %:lla äideistä on selkeä maidon erittymiseen liittyvä häiriö. (Deufel & Montonen 2010a, 193.) Monet äidit pohtivat **riittääkö rintamaito** vauvalle. Yleensä se riittää, jos lapsi osaa imeä rintaa tehokkaasti ja lasta imetetään tiheästi ja maidoneritys on käynnistynyt. Ajoittain maidoneritys voi vähentyä esimerkiksi äidin hormonitoiminnan vaikutuksesta tai voimakkaasta stressistä. Tällöin vauva reagoi halusta imeä tiheämmin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 61.) Äidinmaidon riittävyttä arvioidessa voi tarkkailla lapsen yleisvointia ja eritystoimintaa. Kylläinen vauva on tyytyväinen ja nukahtaa tai seurustelee hyväntuulisenä. Riittävästä nesteestä saannista on merkinä 5-7 läpimärkää vaippaa päivässä sen jälkeen, kun maidoneritys on käynnistynyt. Suolen pitäisi toimia 1-4 viikon ikäisellä vähintään kerran vuorokaudessa. Runsas ja säännöllinen ulostaminen osoittavat yleensä riittävästä ravinnonsaannista. (Deufel & Montonen 2010a, 200.) Vauvan riittävää maidonsaantia seurataan myös säännöllisellä punnitsemisellä neuvolassa. Vauvan paino laskee ensimmäisinä päivinä, mutta sen pitäisi lähteä nousuun 4-5 vuorokauden iässä. Syntymäpaino saavutetaan uudelleen noin kymmenen päivän sisällä. Vauvan paino nousee alussa jopa kilon kuukaudessa, mutta neljän kuukauden kohdalla painonnousu alkaa hidastua. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 61.)

Imetyksen alkupäivinä on luonnollista, että rinnoissa on pientä arkuutta. Yleensä kipu helpottaa ensimmäisen viikon jälkeen. (Hannula 2015, 336.) Aristavia **rinnanpäitä** voi **hoitaa** siihen tarkoitettulla lanoliinivoiteella (Lansinoh), joka on tutkitusti vähentää jonkin verran kipuja. Kipeille rinnoille voi myös imetyksen välissä antaa niin sanottuja ilmakyppyjä tai rinnanpäähän voi puristaa muutaman maitopisaran suojaksi imetyksen päätteeksi. (Deufel & Montonen 2010a, 244.) Haavaiset rinnanpäät ovat merkki huonosta imuotteesta, ja tämä ongelma helpottaa tarkastamalla vauvan imuote ja tarvittaessa vaihtamalla imetysasentoa (Hannula 2015, 336). Rinnanpäiden ollessa rikki on hyvä käsihygienian erityisen tärkeää. Rintoja ei tarvitse pestä ennen ja jälkeen imetyksen, sillä pesu poistaa ihon luonnollista rasvaa, vaan päivittäinen suihkussa käynti riittää. (Deufel & Montonen 2010a, 244-245.) Vauvan oppiessa parempaan ja laajempaan imuotteeseen alkavat haavat parantua ilman, että imettämistä täytyisi keskeyttää. Kivun lievittämiseen äiti voi käyttää tulehduskipulääkkeenä ibuprofeenia noudattaen pakkauksen ohjeita. Jos imetys tuntuu sietämättömän kipeältä, sen voi korvata lypsämällä muutaman syötön ajan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 61.)

**Imettävän äidin ravitsemussuositukset** pohjautuvat Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suomalaisiin ravitsemussuosituksiin ja uusimpiin tutkimuksiin. Suosituksen mukaan terveiden ja tasapainoista ruokavaliota noudattavien ei tarvitse tehdä suurempia muutoksia ruokavaliolionsa imetyksen aikana. (Aittasalo, Deufel, Erkkola, Lyytikäinen & Montonen 2010, 88.) Äidin terveellinen ruokavalio edistää imetyksen sujumista ja synnytyksestä

toipumista. Ruokavalion merkitys korostuu etenkin pitkän imettämisen aikana. Äidin syödessä monipuolisesti ja riittävästi imetys ei kuluta äidin omia ravintoainevaroja. Rintamaidossa on runsaasti välttämättömiä rasvahappoja, joiden saanti on vauvalle tärkeää ensikuukausina muun muassa lapsen hermoston ja näkökyvyn kehitykselle. Jotta vauva saisi rintamaidosta riittävästi välttämättömiä rasvahappoja, äidin tulisi käyttää päivittäin margariinia levikkeenä leivälle, rypsiöljyä tai juoksevaa kasviöljyvalmistetta/rasvaseosta ruoanlaitossa ja syödä kalaa vähintään 2–3 kertaa viikossa. Lisäksi kasvikset ja täysjyvävalmisteet äidin ruokavaliossa lisäävät vesiliukoisten vitamiinien, etenkin B- ja C-vitamiinien määrää rintamaidossa. (Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille 2016, 58.) Nesteen saannin tarve kasvaa imetysaikana eritetyn maitomäärän mukaan noin 600-700 ml (Aittasalo ym. 2010, 88).

Imettävän äidin lisäenergian tarve on noin 480 kcal vuorokaudessa. Siihen vaikuttavat rintamaidon määrä ja kertynyt varastorasva. Äiti tarvitsee ylimääräistä energiaa ruuasta sitä vähemmän, mitä enemmän hänellä on varastorasvaa. Optimaalisessa tilanteessa raskauden aikana kertynyt varastorasva kulutetaan imetettäessä. (Aittasalo ym. 2010, 92-93.) Lisäenergian määrä imetystä varten saadaan syömällä terveellisesti ja riittävästi (Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille 2016, 59).

### **5.3.2 Kiinteät ruuat**

Kiinteät ruuat suositellaan aloitettavaksi maisteluannoksilla 4-6 kuukauden iässä lapsen valmiuksien mukaan. Lapsi on valmis motoriselta kehitykseltään maistelemaan ruokaa, kun hän pystyy kannattelemaan päätään ja koordinoimaan silmiä ja käsiä. Rintamaito on maisteltaessa edelleen vauvan pääasiallinen ravinto. Viimeistään kuuden kuukauden iässä tarvitaan rintamaidon ohella kiinteitä ruokia turvaamaan kasvua ja kehitystä. Maisteluannosten aloittaminen 4-6 kuukauden iässä perustuu viimeaikaisiin tutkimusnäyttöihin, joiden mukaan monipuolinen kiinteiden ruokien aloittaminen ehkäisee allergioita ja atooppisia sairauksia sekä tukevat lapsen suoliston kypsymistä ja sietokyvyn kehittymistä. (Lyytikäinen & Virtanen 2017, 18-19.)

Maisteluannokset ovat hyvin pieniä määriä, muutamia teelusikallisia. Uusiin ruoka-aineisiin totutellaan varovasti muutama päivä, jotta mahdolliset oireet pystytään yhdistämään oikeaan ruoka-aineeseen. Uuteen makuun tarvitaan noin 10-15 maistelukertaa. Ensimmäisenä kannattaa kokeilla porkkanaa, perunaa ja maissia. Muita lisäruokia ovat kasvis-, marja-, ja hedelmäsoseet. Viiden kuukauden iässä aloitetaan antamaan lihasoseita. Lapselle on hyvä tarjota monenlaisia makuelämyksiä eikä mahdollisten allergioiden pelossa kannata karsia ruokia. (Storvik-Sydänmaa & Minkkinen 2015, 344.)

### 5.3.3 Äidinmaitokorvike

Imettäminen ei ole aina mahdollista lääketieteellisistä syistä. Joskus vauva ei myöskään saa imettämällä riittävästi rintamaitoa sen tehostamisesta huolimatta tai rintamaito loppuu ennen vuoden ikää. Lisäksi kaikki äidit eivät halua imettää. (Mikkola 2017, 53.) Tällöin vastasyntynyttä ruokitaan äidinmaidonkorvikkeella 6 kk:n ikään saakka ja sen jälkeen 6-12 kk vieroitusvalmisteella. Pulloruokittava vauva tulisi syöttää aina sylissä, sillä vauvan syöttäminen on ravinnon saannin lisäksi läheisyyden ja hoivan hetki. Vauvaa syötetään lapsentahtisesti eli maitoa tarjotaan aina silloin, kun hän osoittaa nälän merkkejä (availee suutaan, vie kättä suuhun, imee sormiaan). Kun vauva osoittaa olevansa kylläinen, syöttäminen lopetetaan. Maitoa ei tule tuputtaa väkisin. Hyvästä hygieniasta on tärkeä huolehtia ja tuttipullot tulee pitää puhtaina. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 63.)

Pulloruokinnan ohjauksessa äidille tulee antaa tilaa ja ohjausta painostuksen sijaan. Terveydenhuoltohenkilökunnan asenne pulloruokintaan siirtymiseen pitäisi olla salliva, silloin kun se on lapsen tai äidin etu tai päätös. Äidit voivat kokea syyllisyyttä, häpeää ja epäonnistumista, jos haluavat tai joutuvat siirtymään pulloruokintaan. Ohjauksessa äidit tarvitsevat lohdutusta ja heille tulee korostaa, että pulloruokinta ei vaaranna hyvää äitiyttä, kiintymyssuhdetta tai lapsen terveyttä. (Mikkola 2017, 53.)

## 5.4 Vauvan perushoito

### 5.4.1 Päivittäisen pesut ja kylvetys

Vauvan kasvot ja korvantaukset sekä kaulapoimu ja kainalot puhdistetaan joka päivä. Tähän voi käyttää apuna vedellä kostutettuja harsotaitoksia tai vanulappuja. Lisäksi päivittäin on hyvä pestä vauvan kädet sekä harjata hiukset. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 69.) Harjaaminen vilkastuttaa pään verenkiertoa. Vauvan hiukset pestään kylvyn yhteydessä, sillä päänahkaan kertyy helposti karstaa. Karstan irtoamisen helpottamiseksi päänahkaan voi levittää pehmentävää öljyä ennen kylpyä ja karsta harjataan pois ennen vauvan kylvettämistä. Jos karsta ei irtoa, voidaan vauvan pää öljytä ja peittää puuvillamyssyllä yön yli. Aamulla toistetaan pään pesu. (Deufel & Montonen 2016, 196.)

Vauvaa voi kylvettää 1-2 kertaa viikossa. Kylvettäminen liian usein saattaa kuivattaa lapsen ihoa liikaa. Kuivaihaisen vauvan kylpyveteen voi lisätä muutaman tipan kylpyöljyä. (Deufel & Montonen 2016, 2013.) Vauva ei tarvitse peseytymiseen saippuaa, sillä se poistaa ihon omia rasvoja. Sairasta tai kuumeista lasta ei tulisi kylvettää. Kylvetykseen hankitaan vauvalle oma muovinen amme, jota ei käytetä mihinkään muuhun. Kylpyve-

den tulee olla 37 asteista, sopivan lämpötilan voi tarkistaa vesilämpömittarilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 69.) Pesu aloitetaan vauvan päästä ja edetään alaspäin. Virtsateiden, pakaroiden ja peräaukon alueet pestään viimeisenä. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuori & Uotila 2012, 32.) Vauvan taive- ja poimukohdat sekä kämmenet avataan ja puhdistetaan erityisen huolella (Deufel & Montonen 2016, 196). Vauvan pään tulee olla koko ajan vedenpinnan yläpuolella, jottei hengitysteihin pääsisi vettä. Päälakea pestäessä pitää varoa veden joutumista silmiin. Kylvettäjän otteiden tulee olla rauhallisia ja varmoja. Vauvalle jutellaan rohkeasti, jotta hän tuntee olonsa turvalliseksi. Koko kylvettämisen ajan kylvettäjällä on oltava tukeva ote lapsen hartioiden ja kainalon alta, jottei vauva pääse luiskahtamaan. Kylvyn jälkeen iho taputellaan kuivaksi pehmeällä pyyhkeellä, erityisen huolella kuivataan taieet, ihon poimut ja korvantaustat. Tarvittaessa kuivalle tai punaiselle iholle ja halkeamiin levitetään ohuella hajustamattomalla lasten hoitovoide. Alle puolivuotiaasta vauvaa ei pidä viedä saunaan, sillä pienen lapsen lämmönsäätelyjärjestelmä on vielä kehittymätön. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 69-70.)

#### **5.4.2 Vaipan vaihto**

Vauvan vaippa vaihdetaan tarpeen mukaan silloin, kun siihen on tullut ulostetta tai se tuntuu märältä. Vastasyntyneen vaippa vaihdetaan aluksi lähes jokaisen syötön yhteydessä, sillä ulostetta tulee vaippaan tiheästi. Vaipanvaihtotiheys riippuu vauvan ihon kunnosta. Jos vauvan iho reagoi ärtymällä, vaippa vaihdetaan tavallista tiheämmin. Vauvan takapuoli pestään lämpimällä vedellä jokaisen kakkavaipan jälkeen, mutta pelkkä pissa-vaipan vaihto ei vaadi pesua. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 68-69.) Tyttövauvan sukupuolielinten alue puhdistetaan aina pyyhkimällä kohti peräaukkoa eli alaspäin, etteivät peräaukon bakteerit pääse emättimeen. Poikavauvan alapäättä pestäessä esinahkaa ei vedetä taakse ja kivesten ympäristö puhdistetaan hyvin. (Deans 2005, 313.) Puhdistuksen jälkeen takapuoli kuivataan huolellisesti ja tarvittaessa ärtynyt iho rasvataan ohuesti tai siihen laitetaan talkkia. Lisäksi B-vitamiinipitoinen voide hoitaa ja suojaa vaippaihhoa. Vaikea ihottuma pitää hoitaa kortisonivoiteella. Ihottumaa voi hoitaa myös antamalla niin sanottua ilmakylyä vaipan vaihdon yhteydessä, jolloin vauvan annetaan olla hetki ilman vaippaa. (Deufel & Montonen 2016, 196.)

#### **5.4.3 Vastasyntyneen napa, kynnet ja silmät**

Vastasyntyneen napatynkä irtoaa 1-2 viikon kuluttua syntymästä. Oleellisinta navanpohjan tervehtymisen ja infektioiden välttämisen kannalta on pitää napa puhtaana ja kuivana. Napaa puhdistettaessa navantynngästä on tartuttava rohkeasti kiinni ja kohotettava sitä hieman, jotta jokainen kohta saadaan puhdistettua. Navanpohja puhdistetaan joko kuivalla tai vedellä kostutetulla pumpulipuikolla. Jos käyttää märkää pumpulipuikkoa, tulee

pohja kuivata kostuttamattomalla pumpulipuikolla. (Mäkinen 2009, 227.) Jos napa erittää keltaista märkää, haisee pahalle tai punoittaa, puhdistamisessa käytetään antiseptisellä puhdistusaineella kostutettuja pumpulipuikkoja (Deufel & Montonen 2016, 196).

Vastasyntyneen kynnet ovat usein pitkät ja terävät. Kynsiä ei suositella leikattavan ensimmäisen viikon aikana kynsivallin tulehdusriskin vuoksi. Jos vastasyntynyt raapii kasvojaan, voi vauvan kädet suojata alkuun pienillä puuvillalapasilla. Vauvan kynnet leikataan suoraan muotoilematta ja ne on helpointa leikata vauvan nukkuessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 69.)

Vauvan silmät rähmivät alkuvaiheessa ahtaiden kyynelkanavien vuoksi. Rähmivät silmät puhdistetaan vedellä kostutetulla taitoksella tai vanulapulla silmän ulkosyrjästä sisäkulmaan päin ja kumpikin silmä pyyhitään eri lapulla. Jos rähmä on keltaista ja silmät punoittavat, voi kyseessä olla usein antibioottia vaativa silmätulehdus. (Mäkinen 2009, 227.)

#### **5.4.4 Lapsen käsittely**

Vastasyntyneelle vanhemman syli on turvallisin ja virikkeellisin paikka. Sylissä hengitysvaihteet ja sydämensyke ovat tuttuja kohtuajalta, mikä lohduttaa ja tynnyttää lasta. Sylissä aikuinen alkaa yleensä luontevasti silittää ja hieromaan lasta. Lasta voi pitää sylissä monissa eri asennoissa ja apuna voi välillä käyttää myös kantoliinaa tai rintareppua, jotka vapauttavat hoitajan kädet pitkäkestoiselta jännitykseltä. Vauvaa ei voi koskaan pitää liikaa sylissä. Läheisyyden kautta hän oppii, että hän on tärkeä ja erityinen jollekin ihmiselle. Vauvan lihasten hallinta aktivoituu luontaisella tavalla sylissä ollessa. Aluksi pään kannatukseen tarvitsee tukea, mutta vauva innostuu nopeasti pitämään päätä itse pystyssä. Vanhemmat oppivat myös nopeasti myötäilemään lapsensa lihasten hallintaa. Vauvan laittaminen lattialle viltin tai jonkin muun alustan päälle on vauvalle paras paikka heti sylin jälkeen, sillä lihasten hallinta pääsee kehittymään tasapuolisesti kovalla alustalla. Selinmakuulla lapsi tutustuu parhaiten omaan kehoonsa. (Mäkinen 2009, 223, 225.)

Vastasyntynyt lasketaan sylistä alustalle sekä sieltä syliin aina kyljen kautta. Kylkinostossa vauvan niska- ja hartialihakset vahvistuvat ja se estää turhaa jännittämistä sekä moro-refleksiä. Lisäksi tässä asennossa niskaa ei tarvitse erityisesti tukea ja se antaa vauvalle viitteitä kyljelleen kääntymisestä. Erilaiset asennot sylissä tukevat vauvan tasapuolista motorista kehittymistä ja kantaja välttyy lihasjännitykseltä. Vauvaa olisi hyvä kantaa niin vasemmalla kuin oikealla puolella vaihtelevasti sekä selinmakuulla, kyljellään ja vatsalleen. Vauva asetetaan olkapäälle siten, että molemmat kädet roikkuvat olkapään yli. Tässä asennossa vauva näkee kätensä ja

samalla pään kannattelu aktivoituu. Kun vauvaa kannetaan sylissä selkä aikuisen vatsaa vasten, ohjataan aikuisen käsi vauvan kainalon alta kannattelemaan vauvan ylempää reittä niin, että hänen molemmat kädet ovat kantajan käden yläpuolella. Tässä asennossa vauva voi harjoitella käsien tuomista vartalon keskiviivaan, mikä on tärkeää tarttumisen opettelussa ja lisäksi se vahvistaa vauvan pään ja ylävartalon lihaksia. (Mäkinen 2009, 224-225.)

Vauvaa ei saa koskaan käsitellä kovakouraisesti tai ravistella. Ravistelu on hengenvaarallista pienelle vauvalle, jonka pää on muuhun vartaloon nähden iso ja painava ja niskalihakset ovat heikot. Ravisteltaessa pään pienet verisuonet saattavat repeillä ja lapsi voi saada aivoihin verenvuotoja. Heti ravistelun jälkeen vauva saattaa hengittää katkonaisesti, syödä huonosti, olla unelias, kouristella tai mennä tajuttomaksi. Seuraukset voivat olla pysyviä ja vakavia. Myöhemmällä iällä saattaa esiintyä esimerkiksi näkövammoja, oppimisvaikeuksia tai epileptisiä kohtauksia. Vanhempien täytyy huolehtia omasta jaksamisesta, epätoivo ja väsymys eivät saa mennä liian pitkälle. Jos voimat ovat loppumassa, täytyy osata hakea apua ajoissa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 56.)

#### **5.4.5 Vauvan pukeminen ja ulkoilu**

Vauvan vaatteiden on hyvä olla oikean kokoisia, helposti riisuttavia ja puettavia sekä pesua kestäviä ja turvallisia. Pitkiä naruja ja liukkaita kankaita on syytä vältellä tapaturmavaaran vuoksi. Vaatteet eivät saa myöskään aiheuttaa ihoärsytystä tai estää vauvan liikkumista. (Storvik-Sydänmaa & Minkinen 2015, 339.) Vauvan uudet vaatteet pestään ennen ensimmäistä käyttökertaa. Pesuaineeksi sopii parhaiten hajustamattomat tai miedosti hajustetut tuotteet. (Hakulinen 2017, 70.) Jos vauvan iho on herkkä, pesulämpötilan pitäisi olla vähintään 60 astetta. (Deufel & Montonen 2016, 196). Ulkoillessa vauvan kanssa täytyy huomioida lämpötila ja suojata vauva hyvin kylmältä, kuumalta ja auringolta. Talvella vauva tulee pukea riittävän lämpimästi ja kesällä suojata hyönteisiltä ja auringolta. Lapsen tarkoituksenmukainen vaatetus lisää tyytyväisyyttä ja hyvinvoinnin tunnetta sekä vähentää sairastamisalttiutta. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 34.)

Vauvat nukkuvat usein parhaiten ulkona. Raitis ulkoilma edistää syvää ja pitkäkestoista unta. Vaunut tulee sijoittaa niin, etteivät ne pääse kaatumaan tai lähde vierimään. Hyönteisten torjumiseksi vaunujen päälle kannattaa laittaa hyttysverkko. Sateella ja kovalla tuulella vaunut on sijoitettava suojaiseen paikkaan ja lisäksi vaunuissa tulee olla hyvät sade- ja tuulisuojat. Vaunuja ei saa myöskään jättää suoraan auringonpaisteeseen, sillä vaunut kuumenevat auringossa ja vauva voi läkähdyä lämpöön. Kesällä vastasyntyneen kanssa voi ulkoilla ja häntä voi nukuttaa ulkona heti kotiutumisen jälkeen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 72, 2017.) Talvella



vauvan kanssa voi ulkoilla lapsen ollessa kahden viikon ikäinen. Ulkoilu aloitetaan pikkuhiljaa, ensimmäisellä kerralla 15 minuuttia ja seuraavina päivinä noin vartin kauemmin. Vähitellen vauva voi ulkoilla tai nukkua 1-1.5 tuntia kerrallaan. Vauvan ollessa 3-4 kuukauden ikäinen hän voi nukkua leudossa talvisäässä kolmekin tuntia. Pikkupakkasella vauvalle puetaan ulkoillessa sisävaatteiden päälle villatakki- ja housut tai villahaalari, kypärämyssy, talvilakki, tumput ja toppatöppöset. Päällimmäiseksi vauvalle laitetaan tuulenpitävä haalari. Kovemmilla pakkasilla laitetaan villasukat ja – lapaset töppösten ja tumpujen alle sekä paksumpi toppahaalari. Vauvan lämpötilan voi tarkistaa tunnustelemalla vauvan niskaa, rintaa tai päätä, kun vauva on ollut hetken ulkona. Vaatteita on liikaa, jos iho on nihkeä ja kuuma. Jos iho puolestaan on viileä, vauvalla saattaa olla kylmä. (Katajamäki & Gylden 2014, 179, 181-183.)

#### **5.4.6 Vauvan päivärytmi**

Vauvan päivärytmiä ohjaa suurimmaksi osaksi ateriat ja uni. Sitä on vaikea ennakoida, sillä pienen vauvan unentarve ja unirytmii vaihtelevat yksilöllisesti. Kaikilla vauvoilla ei ole välttämättä selkeää uni-valverytmiä. Ensimmäisten elinviikkojen aikana vauva nukkuu paljon ja heräilee syömään 1–4 tunnin väliin. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2017, 70.) Vauvojen unentarve on 12–20 tuntia vuorokaudessa, keskimäärin noin 16 tuntia vuorokaudesta. Uni-valverytmi on epäsäännöllinen ensimmäisten kuukausien aikana, ja unijaksot vaihtelevat 20 minuutista kuuteen tuntiin. Kolmen kuukauden iässä vauva oppii ajoittamaan unensa suurimmaksi osaksi yöhön. Tällöin vauva on vuorokaudesta hereillä 6–8 tuntia. (Mäkinen 2009, 232.)

Säännöllinen päivärytmi on pienelle vauvalle tärkeää. Lapsi oppii muodostamaan tapahtumista peräkkäisiä ketjuja, kun asiat tapahtuvat päivittäin samassa järjestyksessä ja suurin piirtein samoihin aikoihin. Erityisesti iltarutiineilla on suuri merkitys vauvan rauhoittumiseen unille. Ketjujen toistuvuus mahdollistaa sen, että lapsi osaa ennakoida mitä seuraavaksi tapahtuu. Ennakoitavuus tuo lapselle turvallisuuden tunnetta, jonka kokeminen on tärkeä osa lapsen kehitystä. (Kuosmanen 2009, 469.)

Vauva kannattaa totuttaa pienestä pitäen sellaisiin uniaikoihin ja unitapoihin, jotka sopivat mahdollisimman hyvin muun perheen elämän rytmiin ja uneen. Vauvaa nukuttaessa tai öisien heräilyjen yhteydessä on varottava, ettei vauva virkisty tai innostu liikaa. Kovaääninen puhe, vauvan naurattaminen, kirkas valo tai leikittäminen saattavat herättää puoliunessa olevan vauvan. Yöllä vauvan vaippa vaihdetaan vain tarvittaessa vähäeleisesti ennen syöttöä. Vastasyntyneet nukahtavat yleensä syömisen jälkeen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2017, 70.) Yöllä vauvan jokaiseen pieneen ääntelyyn ei tarvitse reagoida. Itkevää vauvaa ei saa kuitenkaan jättää pitkäksi aikaa yksin. (Storvik & Sydänmaa 2012, 32-33.) Vauvan paras paikka nukkua on oma sänky samassa huoneessa vanhempien kanssa. Vanhempi voi auttaa vauvan nukahtamista pitämällä sylissä,

heijaamalla tai hiljaa hyräilemällä. Vauvan uni ei tule pakottamalla, nukkuminen edellyttää vauvan väsymystä. Virkeää, seuranhaluista vauvaa on turha laittaa sänkyyn. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 70-71.)

## 6 MUSLIMIT MONIKULTTUURISEN PERHEVALMENNUKSEN ASIAKKAINA

Suomen muslimiväestön muodostivat 1960-luvulla lähes yksinomaan Venäjältä tulleet tataarit, mutta viime vuosikymmeninä pakolaisuus ja maahanmuutto on lisännyt muslimien määrää nopeasti (Sakaranaho 2004, 226). Suomeen on saapunut muslimitaustaisia maahanmuuttajia pääosin Somaliasta, Irakista, entisestä Jugoslaviasta, Turkista, Afganistanista ja Iranista. Näistä ryhmistä Suomessa asuu nykyisin myös toisen sukupolven edustajia. (Tilastokeskus 2016; Akar & Tiilikainen 2009, 13.) Somalit ovat maamme suurin yksittäinen muslimiryhmä (Koski 2014, 21). Tilastokeskuksen mukaan Suomessa asui vuoden 2017 lopussa 20 007 somalin kielen edustajaa (Tilastokeskus 2018, viitattu 26.4.2018). Monikulttuurisessa perhevalmennuksessa voi olla edustajia kaikista edellä mainituista ryhmistä, mutta maahanmuuttajille suunnattujen perhevalmennusmallien suunnittelussa ja kehittämisessä on tarkasteltu erityisesti somaliperheisiin liittyviä erityiskysymyksiä. Somaliperheiden avulla on kuitenkin mahdollista kuvata minkä tahansa vähemmistöryhmään kuuluvan perheen tarpeita, joita täytyy ottaa huomioon valmennuksessa. (Koski 2007, 15-16.) Koski (2014) on kartoittanut väitöskirjassaan somaliperheiden perhevalmennustarpeita ja niiden pohjalta kehittänyt kulttuurisesti sensitiivistä perhevalmennusohjelmaa toimintatutkimuksen keinoin Suomessa. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat ja kättilöt olivat sitä mieltä, että somaliperheille suunnatussa perhevalmennuksessa tärkeitä käsiteltäviä aiheita ovat erityisesti raskauden normaali kulku, ympärileikkaus, kivun lievitys synnytyksessä, synnytys ja sen kulku, tieto tapahtumista synnytyssairaalassa sekä myös sosiaalipalvelut ja etuudet. (Koski 2014, 227.)

### 6.1 Islamilainen kulttuuri

Islamin laki asettaa muslimille uskonnonharjoittamisessa viisi velvollisuutta, joita ovat uskontunnustuksen lausuminen, rituaalinen rukoileminen, almuveron maksaminen, paastoaminen ja pyhiinvaelluksen suorittaminen Mekkaan. Uskontunnustus tulee lausua ainakin kerran elämässä, kuten myös pyhiinvaellus. Päivittäistä elämää koskevat pääasiassa rukoileminen, joka tulee suorittaa vähintään viisi kertaa päivässä, ja paastoaminen, joka tapahtuu joka vuosi islamilaisen ramadan-kuukauden aikana kolmenkymmenen päivän ajan auringon noususta auringonlaskuun. Kuten kaikkialla muuallakin, myös Suomessa asuvat muslimiryhmät ovat hyvin monimuotoisia. Muslimien suhtautumistavat islamin uskonnollisiin velvollisuuksiin vaihtelevat. Osa heistä pyrkii noudattamaan arkielämässään hyvin tarkasti kaikkia islamin määräyksiä, kun taas osa tasapainoilee islamin, yhteiskunnan sääntöjen ja paikallisen kulttuurin välillä. Osa harjoittaa uskontoa lähinnä merkittävinä uskonnollisina päivinä. On myös muslimeja, jotka eivät harjoita uskontoa millään tavalla. Muslimin identiteetti ei kuiten-

kaan rakennu yksin islamin varaan, vaan suuri osa pitää identiteetin kannalta tärkeämpänä esimerkiksi omaa kieltä, kansallisuutta tai kulttuuria. Vaikka islam on merkityksellinen osa monien muslimien elämää, monet kulttuuriset käytännöt muuttuvat maahanmuuton myötä uudessa yhteiskunnassa. Lähes kaikki somalit ovat sunnimuslimeja ja moniin muihin muslimiryhmiin verrattuna varsin uskonnollisia. (Muhammed 2011, 47-75.)

## 6.2 Synnytykseen valmistautuminen, synnytys ja lapsivuodeaika

Äitiyttä arvostetaan muslimien keskuudessa ja esimerkiksi somalinaiset suhtautuvat lapsiin ”Jumalan lahjoina” (Koski 2014, 31). Äitiyden arvostaminen näkyy jo raskausaikana muilta yhteisön jäseniltä saamassa huolenpidossa, jolloin suvun naiset auttavat raskaana olevaa muun muassa kotitöissä. Raskaana oleva ei myöskään kannata raskaita taakkoja keskenmenon välttämiseksi. Raskauteen, synnytykseen valmistautumiseen ja synnytyksen jälkeiseen aikaan voi liittyä erilaisia kulttuurisia perinteitä, esimerkiksi tiettyjen ruokien nauttimista tai naisten kesken pidettäviä juhlia. (Akar & Tiilikainen 2009, 28.) Kotiympäristön puhdistaminen ja järjestäminen, kynsien leikkaus, hennaus, hiusten laittaminen, ihokarvojen poistaminen ja sormusten laittaminen sormiin ovat osa perinteistä somalinaisten synnytykseen valmistautumista, jota osa toteuttaa myös täällä Suomessa (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 166).

Muslimimaissa, etenkin maaseudulla, naiset ovat perinteisesti synnyttäneet kotona. Synnytyksessä on ollut avustamassa muita naisia, yleensä kylän vanhimpia, jotka ovat itsekin synnyttäneet. (Muhammed 2011, 191.) Somaliassa yleisenä käytäntönä on ollut se, että nainen menee synnyttämään kaksi ensimmäistä lastaan äitinsä luo. Myöhemmissä synnytyksissä äiti puolestaan tulee tyttären luo auttamaan synnytyksessä ja lapsivuodeaikana. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 166.) Suomessa musliminaiset synnyttävät sairaalassa, aivan kuten Suomessa on tapana. (Muhammed 2011, 191.) Osa muslimeista toivoo, että samassa huoneessa oleva hoitohenkilökunta edustaisi samaa sukupuolta synnyttäjän kanssa. Islamissa säädetyin lain mukaan miesten ja naisten on rajoitettava yhteyksiä vastakkaiseen sukupuoleen, lukuun ottamatta lähimpiä sukulaisia ja aviopuolisoa. Myös tulkin tulisi olla nainen. (Serkkola & Allahwerdi 1998, 85.) Kuitenkaan läheskään kaikki musliminaiset eivät aseta vaatimuksia hoitohenkilökunnan sukupuolen suhteen, ja esimerkiksi somalinaisten ymmärtävät, ettei Suomessa tätä ole terveydenhuollossa aina mahdollista toteuttaa. (Muhammed 2011, 191; Koski 2014, 32).

Perinteisesti muslimimies ei osallistu synnytykseen, vaan esimerkiksi Somaliassa sairaalasyunnytyksessä on mukana naisen äiti ja sisar (Koski 2014, 32). Isän läsnäoloon ei kuitenkaan ole mitään uskonnollista estettä (Muhammed 2011, 191). Suomessa isän osallistuminen synnytykseen on kuitenkin usein toivottavaa ja joiden-

kin mielestä esimerkiksi somalimiesten osallistuminen on tärkeää erityisesti siitä syystä, ettei vaimolla ole Suomessa muuta apua, jolloin he voivat tarjota vaimolleen tukea ja turvaa (Koski 2014, 32). Osalla maahanmuuttajataustaisista musliminaisista on myös huonompi suomen kielen taito kuin miehillään (Muhammed 2011, 192). Isien osallistuminen synnytykseen onkin yksi merkittävimmistä muutoksista kotimaan aikaisiin synnytyskäytäntöihin, ja osa Suomessa synnyttäneistä somalinalaisista on kokenut sen merkinä suomalaiseen kulttuuriin sopeutumisesta. Osalle isien synnytykseen osallistuminen on myönteinen asia, sillä isä antaa tukea ja kannustaa äitiä synnytyksen aikana. Lisäksi isän läsnäolon on koettu lisäävän läheisyyttä lapseen ja äitiin, etenkin kun isä näkee äidin vaikeassa tilanteessa. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 171.)

Kun muslimi suorittaa uskonnollisia velvoitteitaan, hänen tulee olla rituaalisesti puhtaassa tilassa, *taharassa* (Akar & Tiilikainen 2009, 39). Somalikulttuurissa *afartan bax* tarkoittaa synnytyksen jälkeistä neljänkymmenen päivän jaksoa, jolloin naisen katsotaan olevan rituaalisesti epäpuhdas. Kun nainen on epäpuhdas, hänet vapautetaan uskonnollisista velvollisuuksista, jolloin hän ei voi rukoilla, paastota tai lukea Koraania, islamin pyhää kirjaa. Hän ei myöskään ole sukupuoliyhteydessä miehensä kanssa tänä aikana. Islamin uskonnon mukaan synnytyksen jälkeinen vuoto kestää maksimissaan 40 päivää, jonka jälkeen nainen peseytyy ja aloittaa normaalielämän. 40 päivän jakson aikana äiti ei juurikaan poistu ulkomaailmaan, vaan viettää sen vastasyntyneen kanssa omassa huoneessa. Suvun naiset huolehtivat äidistä ja vastasyntyneestä, ja äidin annetaan levätä. Miehelle ei usein ole sijaa huoneeseen. Suomessa somalinainen koetaan edelleen epäpuhtaaksi *afartan bax*-jakson ajan. Äidin ja vastasyntyneen ”ylimääräistä” hoitoa ja huolenpitoa ei kuitenkaan Suomessa ole enää mahdollista samalla tavalla toteuttaa suvun naisten avun ja tuen puuttuessa. Tällöin miesten rooli korostuu lasten- ja kodinhoidossa. Perheiden synnytyksen jälkeiset käytännöt vaihtelevat perheen ja tilanteen mukaan. Mahdollisuuksien mukaan äidille ja vauvalle pyritään järjestämään kotona oma huone. Joissakin perheissä vanhemmat nukkuvat yhdessä, kun taas joissakin tilanteissa isä nukkuu vauvan kanssa eri huoneessa äidin väsymyksen vuoksi. Osalla perheistä on useita lapsia ja äidillä ollut tiheitä synnytyksiä, joiden vuoksi heillä on havaittu väsymystä ja masennusta. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 174.)

### **6.3 Synnytyskipu ja synnytykseen liittyviä pelkoja**

Somalikulttuurissa nainen on opetettu kestäämään ja jaksamaan synnytyskipua, jonka vuoksi synnytyksessä ei ole soveliasta huutaa, itkeä tai muutoin näyttää kuuluvasti tunteitaan. Nainen voi esimerkiksi pitää suussaan kangaspalaa, jota purren hän yrittää pysyä hiljaa. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 170.) Aikaisempien tutkimusten mukaan somalinalaiset kuvaavatkin synnytyskipua fyysisenä tuntemuksena, johon tunteet eivät liity millään lailla (Koski 2014, 228). Suomessa synnytystilanteet ovat kuitenkin erilaisia, jolloin tunteita on lupa näyttää. (Hassi-

nen-Ali-Azzani 2002, 170.) Toisaalta taas somalalaiset ovat kokeneet, etteivät he saa riittävästi tietoa kivunlievitysvaihtoehdoista, jolloin he eivät voi tehdä tietoisia valintoja kivunhoidostaan (Koski 2014, 34).

Synnytyskokemukseen vaikuttavat monet tekijät. Synnytys fysiologisena tapahtumana on samanlainen kaikissa kulttuureissa. Aivan kuten suomalaisiakin, myös ensimmäistä lastaan odottavia maahanmuuttajakin kiinnostaa synnytys ja kokemukset synnytyksestä. Synnytysasennot voivat vaihdella eri kulttuureissa ja vaikuttaa osaltaan synnytyskokemukseen. Lisäksi synnytyskokemukseen on todettu vaikuttavan synnytykseen liittyvät asenteet, omat keinot hallita synnytyskipua, kivun lievitys, synnytyspaikka, puolison ja kättilön tuki ja synnytykseen kohdistuneet odotukset. (Koski 2014, 228.) Tutkimusten mukaan somalalaisten positiiviseen hoitokokemukseen synnytysosastolla Suomessa vaikuttavat itsensä kokeminen arvostetuksi ja kunnioitetuksi sekä positiivinen nonverbaalinen ja verbaalinen kommunikointi hoitohenkilökunnan kanssa. Somalalaisilla on kuitenkin kokemuksia liian vähäisestä emotionaalisesta tuesta synnytyssairaalassa. (Koski 2014, 33-34.)

Kun suomalaiset naiset pelkäävät synnytystä, he toivovat usein keisarileikkausta. Somalalaisten on kuitenkin havaittu pelkäävän keisarileikkausta ja haluavan alatiesynnytyksen synnytyspelosta huolimatta. Keisarileikkausta pelätään, koska se muistuttaa leikkaukseen kuolleista äideistä kotimaassa. Lisäksi keisarileikkausta pelätään, koska se on leikkaus ja siihen vaaditaan anestesia. Keisarileikkauksen koetaan myös aiheuttavan synnytyksen jälkeistä kärsimystä ja rajoittavan kotitöiden tekemistä synnytyksen jälkeen. Sen uskotaan myös vaikuttavan lastensaantiin ja uuden raskauden ajoitukseen. Lisäksi somalalaisten synnytyspelot liittyvät synnytyksen riskeihin, synnytyksen sujumiseen ja kuolemiseen. (Koski 2014, 33-34.)

#### **6.4 Tyttöjen ympärileikkaus**

Muuttoliikkeen myötä Suomeen on tullut maahanmuuttajia eri puolilta Afrikkaa, Lähi-itää ja Aasiaa, missä harjoitetaan tyttöjen ja naisten ympärileikkausperinnettä. Ympärileikkausten on todettu olevan yleistä erityisesti somalialais- ja kurditaustaisten naisten keskuudessa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2018b, viitattu 21.3.2018.) Maahanmuuttajatutkimuksen (Maamu) mukaan Suomessa asuvista somalialaistaustaisista naisista 70 prosenttia ja kurditaustaista naisista 32 prosenttia oli ympärileikattuja (Tilastokeskus 2015, viitattu 21.3.2018).

Tyttöjen ympärileikkauksella (FGM, female genital mutilation) tarkoitetaan tytön tai naisen sukuelimien leikkelyä, viiltelyä tai vahingoittamista ilman lääketieteellistä syytä. Siitä ei ole tytölle tai naiselle mitään terveydellistä hyötyä, vaan päinvastoin vaikuttaa fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen negatiivisesti. Erityisesti sillä on haital-

lisiä vaikutuksia seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018a, viitattu 21.3.2018.) Suomen rikoslaissa se täyttää törkeän pahoinpitelyrikoksen tunnusmerkit kaikissa muodoissaan ja on rangaistava teko, heikentää naisten tasa-arvoa sekä rikkoo itsemääräämisoikeuksia. Myös tyttöjen viemisestä ulkomaille ympärileikattavaksi rangaistaan. Teon törkeysasteesta riippuen tytön ympärileikkaamisesta tai siinä mukana olemisesta voi saada Suomessa jopa kymmenen vuoden vankeusrangaistuksen. Siitä huolimatta Suomessa asuvat maahanmuuttajat saattavat viedä tyttöjä ympärileikattaviksi kotimaahansa. Perheille, jotka tulevat alueilta, joissa tyttöjä perinteisesti ympärileikataan, tulee antaa tiedoksi, että ympärileikkaus on Suomessa kielletty ja millaisia haittavaikutuksia sillä voi olla. Heille on myös syytä kertoa, että tyttöjen ympärileikkausta koskevissa tilanteissa voi lastensuojelulaissa säädetyn lastensuojeluilmoituksen teko tulla kyseeseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, viitattu 29.4.2018.)

Ympärileikkausta harjoitetaan uskonnon nimissä, vaikka mikään uskonto ei sitä vaadi. Näitä uskonnollisia ryhmiä ovat esimerkiksi muslimit, juutalaiset, kristityt ja animistit. Uskonnollisten syiden lisäksi tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen taustalla on useita vaikuttavia tekijöitä. Muun muassa ikivanhan perinteen avulla pyritään ylläpitämään kulttuurista identiteettiä, halutaan varmistaa tytön neitsyys ja siten säilyttää hänet kunniallisena ja naimakelpoisena, tukea sosiaalisen yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä sen uskotaan lisäävän hygieniaisyyttä. Ympärileikkauksikä vaihtelee riippuen maasta, alueesta ja etnisestä ryhmästä. Useimmat tytöt ympärileikataan 4-10 vuotiaina. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b, viitattu 21.3.2018.)

Maailman Terveysjärjestö WHO tuomitsee tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen kaikissa muodoissa, kaikissa olosuhteissa ja kenen tahansa suorittamana. WHO luokittelee ympärileikkaukset neljään pääryhmään, joista myös erilaiset sekamuodot ovat tavallisia ja sen vuoksi ympärileikkaustyypejä voi olla vaikea erottaa. Tyypissä I klitoris ja/ tai klitoriksen huppu on poistettu osittain tai täydellisesti. Tyypin II ympärileikkauksessa klitoris ja pienet häpyhuulet poistetaan osittain tai kokonaan. Lisäksi tässä tyypissä isot häpyhuulet saatetaan samalla tyypistää. Tyypin III ympärileikkausta kutsutaan infibulaatioksi tai faraoniseksi ympärileikkaukseksi. Siinä pienet ja/tai suuret häpyhuulet tyypistetään ja tyypistetyt häpyhuulet liitetään yhteen niin, että jätetään vain pieni aukko virtsan ja kuukautisveren poistumiseksi. Klitoris saatetaan poistaa kokonaan tai jättää emätinaukkoa kaventavan ja ahtauttavan ”kannen” alle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a, viitattu 21.3.2018.) Tyypin III ympärileikkauksia tehdään erityisesti Somaliassa, mutta myös muun muassa Djiboutissa, Malissa, Pohjois-Sudanissa ja eteläisessä Egyptissä (Akar & Tiilikainen 2009, 33). Tyypin IV ympärileikkaus käsittää kaikki muut naisen sukupuolielimiä vahingoittavat toimenpiteet, joita tehdään ei-hoidollisista syistä, kuten pistäminen, viiltäminen, lävistäminen tai kuumalla raudalla polttaminen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a, viitattu 21.3.2018).

Ympärileikkaus on arka asia niin ympärileikatuille naisille kuin hoitohenkilökunnallekin. Hoitohenkilökunnan tulisi tietää perusasiat ympärileikkauksesta. (Koski 2014, 33-34.) Ympärileikatun naisen raskaaksi tulemisen ja synnytyksen mahdollistamiseksi sekä naisen terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseksi naiselle on tehtävä defibulaatio eli ympärileikkauksen avausleikkaus. Avausleikkausta suositellaan etenkin naisille, joille on tehty III-tyyppin leikkaus. Mikäli raskauden ja synnytyksen kulun seuraaminen sisätutkimuksin ei onnistu ympärileikkauksesta johtuen, tehdään avausleikkaus jo raskauden aikana. Avausleikkaus pyritään ajoittamaan raskauden toiselle kolmannekselle sen vuoksi, että mikäli avaaminen tehdään alkuraskaudessa ja raskaus päättyykin keskenmenoon, nämä kaksi asiaa saatetaan virheellisesti yhdistää toisiinsa. Avausleikkaus on perusteltua myös silloin, jos naisella on toistuvia virtsatietulehduksia, jäännösvirtsaa, vakavia genitaalialueen tulehduksia sekä alavatsa- ja kuukautiskipuja. Jos avausleikkausta ei ole tehty raskauden aikana, kättilö tekee sen synnytyksen yhteydessä. Avauksesta keskustellaan naisen ja mielellään myös puolison kanssa. Keskustelussa tulee huomioida naisen perhesuhteet, sosiaalisen ympäristön merkitys ja hyväksyntä sekä käsitellä naisen ajatuksia ja tunteita genitaalialueensa ulkonäön muuttumisesta. Erilleen leikattuja häpyhuulten reunoja ei Suomessa ommella uudelleen yhteen, mikä on myös tärkeää painottaa ohjauksessa. Nainen ei välttämättä tiedä, kuinka laaja ympärileikkaus heille on tehty. Vaikka hänellä olisi ollut aiempia synnytyksiä, hänet on voitu ommella uudelleen yhteen. (Pietiläinen, Tiilikainen & Johansson 2015, 518-519.)

## **6.5 Vauvanhoito ja imetys**

Maahanmuuttajat tarvitsevat paljon ohjausta uudessa kotimaassa äitiyteen, lastenhoitoon ja ravitsemukseen liittyen. Maahanmuuttajaperheiden perinnetietäjä on katkennut muuton yhteydessä, ja siksi he tarvitsevat usein paljon ohjausta. Useissa maissa äidit ovat tottuneet saamaan ohjeet suvun vanhemmilta naisilta. (Storvi-Sydänmaa & Minkkinen 2015, 345.) Esimerkiksi somalikulttuuriin kuuluu vahvasti suullinen perinne (Koskinen 2014, 24). Eri kulttuureissa synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyy yhtäläisyyksiä ja eroja seuraavissa asioissa; synnytyksen jälkeinen tuki, lepoaikaan liittyvät rajoitukset, hygieniäkäytännöt, ruokavalio, lapsen hoito, imetys sekä synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvät seremoniat (Koskinen 2014, 35-36).

Ruokatottumukset muuttuvat yleensä uuteen maahan muutettaessa. Tavoitteena olisi, että Suomessa asuvat maahanmuuttajat noudattaisivat suomalaisten ravitsemussuosittelujen periaatteita. Kieliongelmat ja pakkausmerkintöjen ymmärtämisen vaikeus aiheuttavat aluksi hankaluuksia ruokien hankinnasta ja valmistuksessa. (Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille 2016, 14.) Toisinaan maahanmuuttajat eivät tunne suomalaisia ruoka-aineita, eivätkä sen takia osaa laittaa lapsille ruokaa kotona. Lisäksi he saattavat antaa vauvalle sopimatonta ruokaa. (Storvi-Sydänmaa & Minkkinen 2015, 345.) Tiedon puutteen vuoksi maahanmuuttajien



ruokavalio saattaakin kaventua entuudestaan tuttuihin ruokiin, esimerkiksi rasvaisiin pikaruokiin, kekseihin, virvoitusjuomiin ja hedelmämehuihin (Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille 2016, 14). Ravitsemusneuvontaa antaessa tulee huomioida kulttuuriset erot. Somaliassa ei esimerkiksi tunneta virallisia ravitsemussuosituksia, sillä ravinto nähdään vain selviytymisen elinehtona. Neuvoloista saatava ravitsemusneuvonta onkin usein vierasta somaleille. (Mölsä & Tiilikainen 2007, 453.) Uskonto voi myös asettaa rajoituksia ruokailuun. Esimerkiksi islamin uskonnollisten sääntöjen mukaan muslimit eivät syö sianlihaa tai verta eivätkä käytä alkoholia. (Koskinen 2014, 62.) Lisäksi muslimeilla on vuosittainen noin 30 päivää kestävä ramadan-paasto, jonka aikana ei saa syödä tai juoda auringonnousun ja -laskun välisenä aikana. Raskaana olevien ja imettävi- en äitien, lapsien, vanhusten tai sairaiden ei tarvitse paastota, mutta monet yrittävät paastota siitä huolimatta. (Akar & Tiilikainen 2009, 36; Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille 2016, 14.)

Maahanmuuttajaäitien imetyspäätökseen vaikuttaa vahvasti kulttuuri. Jos äitiään itseään on imetetty ja lähtö- maan kulttuurissa perinteisesti imetetään, vaikuttavat ne positiivisesti äidin tehdessä päätöstä imettää uudessa maassa. Lisäksi uuden maan imetyssuosituksien ymmärtäminen voi vaikuttaa imetyspäätökseen. Tärkeisiin rooleihin nousevat myös ravitsemus ja mahdollisuus lepoon lapsivuodeaikana maahanmuuttajien imetyksistä tehdyissä tutkimuksissa. Vasta synnyttänyt äiti saattaa valita korvikeruokinnan imetyksen sijaan, jos hän ei saa riittävästi lepoa. (Kolanen 2017, 66-67.) Tutkimusten mukaan toisille maahanmuuttajille imetys on itsestään- selvyys ja toisille taas korvike voi olla hienempi rahalla ostettava statussymboli (Koskinen 2008, 20).

Maahanmuuttajaäitien saama tuki imetykseen raskausaikana ja synnytyksen jälkeen vaikuttaa sekä äidin pää- tökseen imettää että imetyksen keston. Maahanmuuttajanaisilta saattaa puuttua tukiverkosto, ja imetys voikin loppua tuen puutteeseen. Tärkeimmät imetystuen antajat ovat erityisesti puoliso ja muut perheenjäsenet ja läheiset. Tutkimusten mukaan maahanmuuttajaäiti aloittaa imetyksen herkemmin, jos hänen puolisonsa suosii vastasyntyneen imetystä. Imetystä tukee myös, jos äiti saa apua puolisolta tai perheeltä ruoanlaitossa ja koti- töissä. Arkea voi myös hankaloittaa, jos julkisella paikalla imettäminen ei ole soveliaista äidin omassa kulttuu- rissa. Maahanmuuttajia pidetään imetysohjauksen erityisryhmänä, joihin terveydenhuollon ammattilaisten tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Imetyksen edistämiseen tarvitaan yhteiskunnan imetysohjeita, terveyden- huoltohenkilökunnan tietoa ja osaamista sekä oikeinlaista imetysohjausta ja tukea. Tärkeää olisi huomioida maahanmuuttajien erilaiset kulttuurit ja kielelliset taustat, sekä heidän tavat, perinteet ja arvot. (Kolanen 2017, 66-68.)

Muslimiäidit imettävät lapsiaan usein pitkään, sillä Koraanissa kehoitetaan imettämään kaksi vuotta. Lapselle hankitaan imettäjä, jos imettäminen ei onnistu. Äidinmaidonkorvikkeet ovat myös sallittuja. Islamin kulttuurissa saman naisen imettäville lapsille muodostuu niin sanottu maitosisaruus, ja he eivät voi mennä keskenään

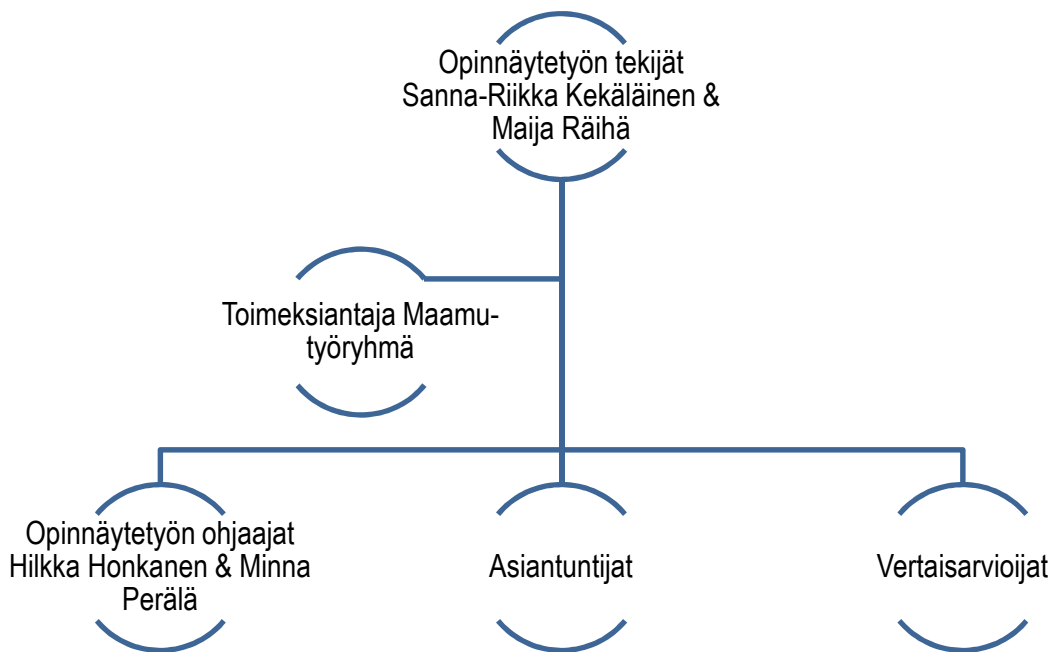
naimisiin. Monilla muslimiäideillä on vaikea hyväksyä lypsetyn äidinmaidon antamista vauvoille synnytyssairaloissa, koska he eivät tiedä kuka maidon on luovuttanut. (Akar & Tiilikainen 2009, 28.)

## 7 PROJEKTIN TOTEUTUS

### 7.1 Projektioorganisaatio

Projektilla täytyy olla selkeästi eroteltava organisaatio, jossa eri osapuolten roolit ja vastuut ovat mahdollisimman tarkkaan määritelty. Pienetkin ristiriitaisuudet ja epäselvyydet voivat vaikeuttaa projektin tehokasta johtamista ja päätöksentekoa. Projektioorganisaatio koostuu yleensä ohjausryhmästä, varsinaisesta projektioorganisaatiosta ja yhteistyökumppaneista. Ohjausryhmä on yksi projektin tai hankkeen tärkeimmistä rahoittaja- ja sidosryhmistä. Toteuttajataho muodostaa projektioorganisaation, jonka johtamisesta vastaa projektipäällikkö. Yhteistyötahot eivät toimi projektijohdon alaisuudessa, vaan osallistuvat projektiin omalla panoksellaan. (Silfverberg 2018, 48-51, viitattu 28.4.2018.)

Opinnäytetyömme oli projektiluontoinen, jota varten perustimme projektioorganisaation (KUVIO 3). Se muodostui projektiryhmästä, ohjausryhmästä ja asiantuntijaryhmästä. Projektin toimeksiantaja oli Oulussa toimiva MAAMU -työryhmä, joka rekrytoi meidät vetäjiksi. Projektiryhmän muodostimme me, opinnäytetyön tekijät, sillä suunnitelimme ja toteutimme projektin tehtävät. Toimimme itse projektipäällikköinä vastaamalla perhevalmennuskertojen suunnittelusta, suunnitelmien hyväksyttämisestä toimeksiantajallamme, käytännön toteuttamisesta sekä loppuraportin kirjoittamisesta. Opinnäytetyömme ohjauksesta vastasivat Oulun ammattikorkeakoulun lehtori Minna Perälä ja yliopettaja Hilikka Honkanen, jotka arvioivat opinnäytetyötämme sekä hyväksyivät projektisuunnitelman ja loppuraportin. Näin ollen ohjaajat muodostivat ohjausryhmän. Saimme heiltä tarvittaessa ohjausta ja neuvoja opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Koulumme äidinkielen opettaja tarkisti loppuraportin oikeakielisyyden. Asiantuntijaryhmä muodostui MAAMU -työryhmästä, johon kuului eri terveyden- ja hyvinvointialan ammattilaisia; terveydenhoitaja Koskelan hyvinvointineuvolasta, kättilö/terveydenhoitaja Oulun ensi- ja turvakodin Vauvatalolta, kaksi perhetyöntekijää Mannerheimin Lastensuojeluliitolta ja sairaanhoitaja-diakonissa seurakunnasta. Toimeksiantaja laati aikataulun ja valmennuskertojen aihealueet, jotka ovat nähtävänä kutsukirjeessä (LIITE 1). Projektin aikana saimme työryhmän jäseniltä ideoita ja toiveita valmennuksen sisältöön liittyen. Lisäksi saimme heiltä palautetta jokaisen valmennuskerran jälkeen sekä projektin loppupalaverissa. Myös vertaisarvioijat vaikuttivat opinnäytetyöhömmme arvioimalla ja antamalla palautetta työstämme.



KUVIO 3. Opinnäytetyön projektiorganisaatio

## 7.2 Projektin kohderyhmä ja hyödynsaajat

Kohderyhmä muodostui Oulun alueen neuvoloiden asiakkaana olevista maahanmuuttajaperheistä, jotka odottivat ensimmäistä lastaan syntyväksi Suomessa. Perhevalmennukseen osallistui seitsemän äitiä, jotka olivat kotoisin Somaliasta, Pakistanista ja Syyriasta. Mukana oli yksi ensisynnyttäjä ja loput olivat synnyttäneet aiemmin kotimaassaan. Osalla perheeseen kuului useita lapsia. Äitien laskettu aika sijoittui touko- ja syyskuun välille.

Hyödynsaajina projektissamme oli kohderyhmän lisäksi MAAMU -työryhmä, jonka käyttöön jäi valmennuskerroille valmistamamme materiaali. Lisäksi MAAMU -työryhmä voi kehittää perhevalmennusta meidän ja asiakkaiden kokemusten perusteella.

## 7.3 Projektin kustannusarvio

Kustannusarvio lasketaan hinnoittelemalla projektin toteuttamiseen tarvittavat panokset, joilla tarkoitetaan henkilötyötä ja muita voimavaroja. Muita voimavaroja ovat esimerkiksi materiaalit ja tarvikkeet, matkakustannukset tai ulkopuoliset palvelut. (Silfverberg 2018, 45-46, viitattu 28.4.2018.) Tässä projektissa tarvittavat panokset henkilötyön osalta muodostuivat mukana olevien opiskelijoiden, ohjaavien opettajien sekä yhteistyötoimien työpanoksista. Opinnäytetyön laajuus on 15 opintopistettä, mikä vastaa työtunteina keskimäärin 400

tuntia. Meidän opiskelijoiden tuntipalkka on 14 euroa. Ohjaavat opettajat ovat velvollisia antamaan ohjausta kuusi tuntia opinnäytetyötä kohden. MAAMU -työryhmä, mukaan lukien opiskelijat, kokoontui kaksi kertaa projektin aikana, kerran ennen valmistuksen alkamista ja toisen kerran valmistuksen päättymisen jälkeen. Yksi työryhmän kokous kesti 1,5 tuntia ja molemmilla kerroilla oli mukana viisi asiantuntijaa. Tämän lisäksi jokaiselle valmistuskerralle osallistui yksi asiantuntija sekä kolme tulkkia. Yhden valmistuskerran kesto oli keskimäärin kaksi tuntia. Ohjaavan opettajan tuntipalkkio on 40 euroa, yhteistyökumppanin 30 euroa ja tulkin 58 euroa. Tulkista maksettava tuntipalkkio on Suomen tulkkauksen hinnaston mukainen (Suomen tulkkauksen palvelut 2018, viitattu 5.5.2018).

Valmennuksessa käytettävä materiaali oli sähköisessä muodossa lukuun ottamatta muutamaa jaettavaa tulostetta. Ohjaustilanteessa demonstrointiin käytettävät tarvikkeet toimme kotoa. Näin ollen materiaalikustannuksia ei tullut tai ne olivat hyvin vähäiset. Viestintä työryhmän jäsenien välillä tapahtui sähköpostitse. Valmennukset sekä työryhmän kokoukset järjestettiin yhteistyökumppaneidemme tiloissa, jolloin ylimääräisiä kustannuksia tilojen vuokrauksesta ei tullut. Asiakkaille järjestettiin kahvi-/teetarjoilu jokaisen valmistuksen kerran yhteydessä, joista kustannuksia tuli noin 30 euroa.

Toinen meistä opinnäytetyön tekijöistä asuu Kemissä, jolloin kustannuksia tuli joko bensakuluista tai julkisilla liikennevälineillä matkustamisesta Kemistä Ouluun ja takaisin. Projektin aikana käyntejä Ouluun tuli kahdeksan, yhden juna- tai bussilipun hinta opiskelijalle oli 10 euroa/suunta. Myös Oulussa matkakustannuksia tuli autolla ajamisesta valmistuksiin, koululle ja kokouksiin. Projektin arvioitu kokonaisbudjetti on määritelty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Projektin toteuttamiseen tarvittavat panokset ja kustannukset

<b>Panos</b>	<b>Määrä</b>	<b>Vastuu</b>	<b>Hinta</b>
<i>Opinnäytetyön tekijät</i>	<i>800 tuntia</i>	<i>Oppilaitos</i>	$800 \times 14 \text{e} = 11200 \text{e}$
<i>Ohjaavat opettajat</i>	<i>10 tuntia</i>	<i>Oppilaitos</i>	$10 \times 40 \text{e} = 400 \text{e}$
<i>Yhteistyökumppanit</i>	<i>23 tuntia</i>	<i>Kunta/MLL</i>	$23 \times 30 \text{e} = 690 \text{e}$
<i>Kolme tulkkia</i>	<i>24 tuntia</i>	<i>Kunta</i>	$24 \times 58 \text{e} = 1392 \text{e}$
<i>Matkat</i>	<i>1600 km + Oulun sisäiset matkat</i>	<i>Projektiryhmä</i>	<i>200e</i>
<i>Muut panokset</i>		<i>Yhteistyö- kumppani</i>	<i>30e</i>
▪ <i>kahvi-/teetarjoilu</i>			
			<i>Yht. 13 912 euroa</i>

## 7.4 Projektin työvaiheet ja toteutus

Opinnäytetyön tekeminen käynnistyi maaliskuussa 2018 (KUVIO 4), jolloin MAAMU -työryhmä etsi koulumme kautta opiskelijoita vetäjiksi maahanmuuttajille suunnattuun perhevalmennukseen. Osallistuimme valmennuksen suunnittelupalaveriin, joka pidettiin 22.3.2018 Koskelan hyvinvointineuvolan tiloissa. Palaverissa olivat läsnä meidän lisäksi työryhmän jäsenet sekä projektiin osallistuva sosionomiopiskelija. Kokouksessa opiskelijoille esiteltiin valmennuskertojen teemat, keskusteltiin valmennuskertojen toteutuksesta käytännössä sekä kerrottiin perhevalmennuksen aikataulu. Lisäksi saimme toiveita sisällöstä, jotka työryhmän jäsenet ovat kokeneet edellisten valmennuskertojen sekä ammattinsa kautta tarpeellisiksi. Valmennuksen sisällön tarkennuttua aloimme heti työstää projektisuunnitelmaa, josta jatkoimme opinnäytetyön tietoperustan kirjoittamiseen sekä valmennuskertojen suunnitteluun. Tietoperustan sisältö kehittyi valmennuskertojen aiheista. Keräsimme tutkimuksiin perustuvaa tietoa synnytyksestä, valmistautumisesta, synnytyksestä, imetyksestä, vauvahoidosta sekä monikulttuurisesta asiakasohjaamisesta.



KUVIO 4. Projektin aikataulu

## 7.5 Perhevalmennuksen toteuttaminen

MAAMU -perhevalmennus koostui neljästä valmennuskerrasta, joiden vetämisestä ja suunnittelusta olimme sosionomiopiskelijan kanssa vastuussa. Sosionomiopiskelija suunnitteli ja piti ensimmäisen valmennuskerran tutustumisen ja viimeisen kerran aiheen, joka oli vanhempien oma jaksaminen. Valmennuksen suunnitelmarunko löytyy liitteestä (LIITE 1). Lisäksi jokaiselle valmennuskerralle tuli mukaan vastuuhenkilö MAAMU -työryhmästä, joka toimi aiheen asiantuntijana ja opiskelijoiden tukena sekä tarvittaessa ohjaajana.

Aiempien vuosien perusteella maahanmuuttajille suunnattuun perhevalmennukseen osallistuneiden perheiden on todettu hyötyvän konkreetisista menetelmistä sekä selkokielisestä ohjauksesta, jossa ammattisanaston käyttämistä on pyritty välttämään. Toteutimme valmennuskerrat siten, että vuorovaikutus ja informaation antaminen pyrittiin ilmaisemaan selkeällä suomen kielellä ja ymmärrettävästi. Elävöitimme valmennuksia kuvilla ja videoilla sekä konkreettisilla esimerkeillä, kuten vauvanvaatteilla tai vauvanhoitotarvikkeilla. Valmistelimme jokaiselle valmennuskerralle PowerPoint-esityksen, joka sisälsi aiheeseen sopivia kuvia ja videoita. Valmennusten tietoperustana käytimme tässä opinnäytetyössä käyttämää kirjallisuutta ja aineistoa. Pyrimme esittämään asiat dioissa mahdollisimman lyhyesti, ytimekkäästi ja selkokielellä. Lähetimme suunnitelmamme noin viikkoa ennen jokaista valmennuskertaa hyväksyttäväksi toimeksiantajalle.

Valmennukset pidettiin suomen kielellä, joka tulkattiin urdun, somalian ja arabian kielelle. Tulkkauspalvelun käyttö oli perusteltua, koska asiakkaila oli puutteellinen tai vajavainen suomen kielen taito. Tulkeille oli tiedotettu ennakkoon valmennuskertojen aihepiirit, jotta he pystyivät valmistautumaan sanastoon. Valmennuksien vetämisessä otimme huomioon, että tulkeilla oli riittävästi aikaa tulkata ohjatut asiat sekä mahdollisuus asioiden tarkentamiseen ja keskustelun syntyyn. Tulkkauksen onnistumisen kannalta oli tärkeää jaksottaa puhetta. Pyrkimyksemme oli saada naistulkkia, mutta urdun kielellä oli saatavilla Oulun seudulla ainoastaan miestulkki. Koimme, että se ei häirinnyt äitejä, sillä he puhuivat avoimesti kokemuksistaan eikä heistä ollut aistittavissa häveliäisyyttä.

**Ensimmäisen valmennuskerran** teemana oli tutustuminen ja synnytykseen valmistautuminen. Meidän lisäksi ohjaajan roolissa oli sosionomiopiskelija, ja vastuuvetäjänä toimi sairaanhoitaja-diakonissa Tuiran seurakunnasta. Ensimmäisen kerran tavoitteena oli tutustuminen, perhevalmennuksen sisällön esittely sekä antaa tietoa synnytykseen valmistautumisesta; milloin sairaalaan pitää lähteä, mitä sairaalaan otetaan mukaan, mitä vauvalle olisi hyvä hankkia ennen syntymää, missä Oulun Yliopistollisen sairaalan synnyttäjien vastaanotto sijaitsee ja millainen tukihenkilökäytäntö siellä on. Lisäksi tavoitteenamme oli luoda hyvä ja kannustava ilmapiiri, jotta saisimme keskustelua aikaiseksi ja osallistujat rohkenisivat kyselemään ja kertomaan meille, mitä toiveita heillä on perhevalmennuksen suhteen.

Valmennukseen osallistui kolme somalialaista ja yksi pakistanilainen äiti sekä somalin ja urdun kielen tulkit. Äidit tulivat paikalle ilman puolisoa, mikä voi liittyä siihen, että musliminaiset usein vaikenevat vaikeista ja arkaluontoisista asioista miestensä seurassa. Toisaalta isät saattoivat jäädä kotiin hoitamaan perheen muita lapsia. Valmennus päästiin aloittamaan vähän aikataulusta myöhässä, sillä äidit tulivat paikalle pikkuhiljaa. Alussa tarjoihtiin pientä naposteltavaa, hedelmiä ja keksiä sekä teetä ja kahvia. Tutustuminen aloitettiin syömisen yhteydessä, joka loi mukavan ja rennon tunnelman. Esittäytyminen tapahtui luontevasti, kaikki kertoivat itsestään

vuoron perään ja myös me ohjaajat esittelimme itsemme. Jokainen äiti kertoi itsestään nimen, kotimaan, perheestään, lasketunajan ja milloin on tullut Suomeen. Äidit olivat olleet Suomessa puolesta vuodesta kolmeen vuoteen ja lasketut ajat sijoittuivat touko-syyskuun välille. Kaikilla osallistuneilla äideillä oli entuudestaan lapsia, osalla oli useampia. Suurimmalla osalla lapset olivat vielä kotimaassaan. Seuraavaksi kävimme läpi, millaisia aiheita valmennuksessa käsitellään. Äideiltä kysyttiin omia toiveita perhevalmennuksen suhteen. Osallistujilla ei ollut lisättävää tai toiveita valmennuskertojen sisältöihin.

Synnytykseen valmistautuminen -teema eteni PowerPoint -esityksen mukaisesti (LIITE 4). Toimme tunnille valmiiksi pakatun sairaalakassin, jonka avulla konkreettisesti näytimme, mitä sairaalaan on hyvä pakata mukaan. Lisäksi jaoimme tulostetun lapun, missä oli Oulun Yliopistollisen Sairaalan osoite ja kartta synnyttäjien vastaanoton sijainnista. Lappuun oli laitettu myös Oulun taksin puhelinnumero. Eniten keskustelua ja kysymyksiä herättivät laskettu aika, lapsen turvaistuin ja mistä erilaisia lastentarvikkeita voi ostaa sekä aihe, milloin pitää mennä sairaalaan. Osasimme mielestämme hyvin vastata äitien kysymyksiin sekä selventää asioita, mitkä jäivät epäselviksi. Osa äideistä oli käsittänyt lasketun ajan väärin. He luulivat, että laskettu aika on päivämäärä, milloin he synnyttävät. He kysyivät, mitä tapahtuu, jos lapsi ei synnykään määrättyinä päivinä. Äidit toivoivat listaa Oulun kirpputoreista sekä paikoista, mistä lastenhoitotarvikkeita voi ostaa. Lupasimme tuoda tällaisen listan seuraavalle kerralle. Ensimmäinen perhevalmennus pysyi hyvin aikataulussa ja ehdimme käydä kaikki suunnittelemamme asiat läpi.

**Toisen perhevalmennuskerran** aiheena oli synnytys ja kivunlievitys. Tavoitteena oli, että vanhemmat saavat tietoa sairaalaan tulosta, synnytyksen vaiheista, kivunlievityksestä sekä tukihenkilön, kättilön ja lääkärin rooleista synnytyksen aikana. Halusimme saada äideille tunteen, että Suomessa on turvallista synnyttää ja kipua voidaan hallita yhdistämällä eri kivunhoitomenetelmiä. Vastuuhenkilönä ja tukenamme toimi terveydenhoitaja/kättilö Oulun ensi- ja turvakodin Vauvatalolta. Valmennukseen osallistuivat neljä samaa äitiä, jotka olivat ensimmäisellä valmennuskerralla, ja heidän lisäksi yksi somalialainen ja yksi syrialainen äiti. Paikalla oli myös somalin, urdun ja arabian kielen tulkit. Tälläkään kertaa mukana ei ollut yhtään isää.

Aloitimme valmennuksen kahvitelulla, jonka jälkeen pidettiin pieni esittely, sillä paikalla oli uusia äitejä. Muistutimme myös, että kaikilla valmennuksiin osallistujilla on vaitiolovelvollisuus muiden äitien kerrotuista asioista. Valmennus eteni PowerPoint -esityksen mukaisesti (LIITE 5). Alussa kertosimme vielä, milloin sairaalaan pitää lähteä, josta jatkoimme katsomalla videota avautumisvaiheesta ja kivunlievityksistä. Emme katsoneet PowerPoint – esityksessä olevaa videota loppuun, sillä sen katsominen oli todella aikaa vievää tulkkauksen kanssa. Katsoimme videota lyhyissä osissa, tauon aikana pidimme tulkkaustauon. Taukojen aikana äideillä tuli paljon kysymyksiä lääkkeettömästä kivunlievityksestä. Äitejä kiinnosti kovasti erilaiset lääkkeettömät kivunlievi-



tykset. Videon jälkeen jatkoimme PowerPointin avulla avautumisvaiheen eri asentoihin ja lääkkeelliseen kivunlievitykseen. Aikaisemmin synnyttäneet äidit eivät olleet saaneet koskaan lääkkeellistä kivunlievitystä, joten äidit saivat paljon uutta tietoa. Puudutusten käyttäminen synnytyksessä huolestuttivat äitejä. Etenkin puudutuksen laittaminen ja niiden haittavaikutukset herättivät kysymyksiä. Videon katsominen ja kivunlievitysten läpi käyminen veivät niin paljon aikaa, että emme ehtineet käydä PowerPoint -esitystä loppuun. Jälkeisvaihe ja synnytyksen jälkeinen tarkkailu jäivät seuraavaan kertaan. Tästä kerrasta opimme, että liian pitkät videot tulkauksen kanssa eivät ole toimivia menetelmiä tulevilla valmennuskerroilla.

**Kolmannella valmennuskerralla** aiheena olivat ensipäivät vauvan kanssa ja imetys. Tämän kerran vastuuhenkilönä toimi Oulun Ammattikorkeakoulun kätilö- ja terveydenhoitotyön opettaja. Perhevalmennuksen osallistujamäärä lisääntyi edellisistä kerroista. Osallistujia oli seitsemän; viisi somalia, yksi pakistanilainen ja yksi syyrialainen. Tavoitteena oli antaa heille riittävät perustiedot imetyksestä sekä kertoa, millaista sairaalassa on synnytyksen jälkeen ja mitä kannattaa ottaa huomioon vastasyntyneen kanssa. Tavoitteena oli korostaa imetyksen tärkeyttä ja hyötyjä sekä antaa ohjausta ja tukea suomalaisten suositusten mukaiseen imetykseen.

Kahvittelun jälkeen aloitimme edellisen kerran aiheella, joka jäi hieman kesken. Kävimme läpi, mitä synnytyksen jälkeen tapahtuu synnytyssalissa. Ihmetystä herätti K-vitamiinin pistäminen vauvalle. Kerroimme äideille K-vitamiinin tärkeydestä vastasyntyneelle. Tästä jatkoimmekin luontevasti illan aiheeseen, ensipäivät vauvan kanssa, joka käytiin läpi PowerPoint -esityksen mukaisesti (LIITE 6). Kysymyksiä tuli sairaalakäytännöistä, esimerkiksi perhehuoneesta sekä poikavauvan ympärileikkauksesta. Vastuuvetäjänä toimiva opettajamme kertoi äideille, että poikien ympärileikkausta ilman lääketieteellistä syytä ei tehdä Suomessa julkisessa terveydenhuollossa. Kyselimme myös äideiltä, onko heillä kotimaassaan tiettyjä tapoja vauvan synnyttyä. Osa äideistä kertoi, että vauvan hiukset ajetaan pois ja joidenkin kotimaassa napatynkä otettiin talteen sen irrottua ja haudattiin maahan.

Imetys-aiheen aloitimme keskustelemalla, millainen imetyskulttuuri äitien kotimaassa on. Kaikkien äitien kotimaissa imetystä arvostettiin ja lapsia imetettiin yleensä pitkään. Äideillä oli positiivinen asenne imetystä kohtaan ja kaikilla oli sujunut aikaisempien lasten kanssa imetys ongelmitta. Alkukeskustelun jälkeen annoimme tietoa imetykseen liittyvistä suosituksista ja hyödyistä sekä kävimme läpi imetysasentoja, vauvan imuotetta, imetyksen apuvälineitä ja rintojen hoitoa. Kuvien avulla näytettiin, millaisissa asennoissa vauvaa voi imettää ja minkä kokoinen vastasyntyneen mahalaukku on. Keskustelua syntyi imetyksen hyödyistä, suurin osa tiedosta tuli äideille uutena. Lisäksi keskustelimme rintojen hoidosta. Näytimme myös konkreettisesti imetysapuvälineitä.

Vauvanhoito ja vanhempien oma jaksaminen olivat **neljännen valmennuskerran** teemoja. Vastuuhenkilönä toimi perhetyöntekijä Mannerheimin Lastensuojeluliitosta. Sosionomiopiskelija ohjasi aiheen vanhempien oma jaksaminen. Vauvanhoitotunnin tavoite oli, että vanhemmat saavat tietoa vauvan varhaisesta vuorovaikutuksesta, ravitsemussuosituksista, puhtaana pitämisestä, vaatetuksesta, ulkoilusta sekä vauvan päivärytmistä. Tavoitteena oli myös, että äidit saavat tietoa vauvan pukemisesta Suomen sääolosuhteissa. Viimeiselle kerralle osallistui kolme somaliäitiä ja yksi syyrialainen äiti sekä heidän tulkit. Osa aiemmille kerroille osallistuneista äideistä ei päässyt paikalle.

Kävimme läpi vauvan perushoitoa PowerPoint –esityksen mukaisesti (LIITE 7). Kerroimme lyhyesti tietoa vauvan ravitsemuksesta, kylvettämisestä ja päivittäisistä pesuista, navan hoidosta, silmien puhdistuksesta ja kynsien leikkauksesta. Katsoimme lyhyet videot kylvettämisestä, navan hoidosta ja vaipan vaihdosta sekä näytimme nukan avulla silmien puhdistuksen ja hyviä otteita vauvan käsittelyssä kylvetyksen ja vaipanvaihdon yhteydessä. Lisäksi olimme tuoneet vauvanhoitotarvikkeita mukamme, joita näytimme äideille esityksen yhteydessä; D-vitamiinitippoja, kynsisakset, vanupuikkoja ja -lappuja sekä vauvan erilaisia rasvoja ja öljyä. Äidit kyselivät saippuan ja shampoon käytöstä vauvalle. Heillä oli hankaluuksia ymmärtää, että pelkkä vesi riittää puhdistukseen. Keskustelimme myös vauvan ravitsemuksesta äitien kotimaassa. Kiinteiden ruokien aloitusajankohta ja maut kuulostivat samantyyppiseltä kuin Suomessakin. Lisäksi äidit esittivät kysymyksiä, mistä vauvatarvikkeita voi ostaa.

Lopputunnista ehdimme puhua lyhyesti vauvan käsittelystä sekä sopivasta vaatetuksesta ja ulkoilusta Suomen sääolosuhteissa. Näytimme nukan ja kuvien avulla erilaisia otteita vauvan kantamiseen ja sylissä pitämiseen. Lisäksi näytimme kuvien ja tuomimme vaatteiden avulla, miten vauva puetaan ulkoillessa eri lämpötiloissa. Kävimme myös läpi, milloin vauvan kanssa voi aloittaa ulkoilun. Vauvan pukeutuminen ja ulkoilu talvella herättivät kysymyksiä ja ihmettelyä. Korostimme, että jokainen vauva on yksilö ja oikeanlaisen pukeutumisen oppii parhaiten kokeilemalla ja tunnustelemalla lämpötilan vauvan niskasta.

Emme ehtineet käydä suunnitelman mukaisesti kaikkia aiheita, sillä aika loppui kesken. Vauvan pukeutumista olisi voinut käydä enemmän läpi, ja vauvan päivärytmistä emme ehtineet puhua ollenkaan. Vauvanhoitotunnin pitäminen kohdeyleisöllemme oli haastavaa, sillä joukossa oli nuori ensimmäistä lastaan odottava ja loput olivat useamman lapsen äitejä. Huomasimme tunnin aikana tylsistyneitä katseita äideiltä, joille lapsen perushoito oli entuudestaan tuttua. Toisaalta heillekin oli hyvä kertoa suomalaisista tavoista. Sosionomiopiskelija puhui äideille ohjauksen lopussa noin puoli tuntia vanhempien jaksamisesta. Tähän aiheeseen olisi voinut jättää enemmän aikaa, sillä äidit olivat erityisen kiinnostuneita perheille järjestettävästä ryhmätoiminnasta ja eri järjestöjen toiminnoista.



## 8 ARVIOINTI

### 8.1 Tulosten arviointi

Tämän opinnäytetyön päätavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa monikulttuurinen perhevalmennus Oulussa asuville lasta odottaville maahanmuuttajaperheille. Olimme asettaneet projektille perhevalmennuksen sisältöä, ohjausta ja ilmapiiriä koskevat laatutavoitteet. Sisällön tuli perustua luotettavaan, tutkimuksiin ja suosituksiin perustuvaan tietoon ja sen tuli vastata asiakkaiden tarpeita. Ohjauksen tuli olla selkokielistä ja ymmärrettävää sekä asiakkaat yksilöllisesti huomioon ottavaa. Pyrimme pysymään aikataulussa ja kertomaan olennaisen tiedon käytettävissä olevan ajan puitteissa. Pyrimme luomaan kannustavan, luotettavan ja vuorovaikutuksellisen ilmapiirin, joka motivoi osallistujien sitoutuminen valmennukseen. Yksittäisillä valmennuskerroilla laatutavoitteet pilkkoutuivat pienemmiksi.

Toteutimme valmennuksen suunnitellun aikataulun mukaisesti, ja se meni mielestämme kokonaisuutena hyvin. Prosessimme arvioinnissa olivat mukana valmennukseen osallistuneet äidit ja vastuuvetäjät. Pyysimme palautetta asiakkailta ja vastuuvetäjältä jokaisen valmennuskerran jälkeen (LIITE 2 ja LIITE 3). Vastuuhenkilöt arvioivat jokaisen yksittäisen valmennuskerran laatua, jonka kriteereinä olivat ajan käyttö ja esiintyminen, valmennuskerran sisältö ja sen selkeys, herättikö ohjaus keskustelua ja millainen ilmapiiri vallitsi. Laatukriteerien arviointiin käytettiin hymynaamoja, jotka kuvastivat, oliko esimerkiksi sisältö laadultaan erinomainen, hyvä, kohtalainen tai huono. Lisäksi arviointilomakkeeseen pystyi esittämään kehitysideoita seuraaville valmennuskerroille sekä antamaan muuta palautetta. Äideille suunnattu arviointilomake sisälsi samanlaisen arviointias- teikon, mutta arvioitavat osa-alueet olivat tunnin sisältö, hyödyllisyys, selkeys ja ilmapiiri sekä uuden oppi- menen. Lisäksi äidit pystyivät esittämään toiveita seuraavalle valmennuskerralle ja kysymyksiä, mikäli jokin asia jäi vielä mietityttämään. Ajatuksemme oli, että palautteen pohjalta voisimme suunnitella seuraavan valmen- nuskerran vastaamaan vielä enemmän asiakkaiden tarpeita, mikäli tarvetta olisi.

Keräsimme äideiltä kolmella ensimmäisellä valmennuskerralla kirjallista palautetta ja viimeiseltä kerralta suul- lista palautetta ajan puutteen vuoksi. Saamamme kirjallinen palaute oli hyvin yksipuolista, sillä jokaisessa pa- lautelomakkeessa kaikki kohdat olivat parhaassa hymynaamassa ja vapaat palautekohdat olivat tyhjiä. Palaut- teen antaminen ja lomakkeiden täyttäminen olivat selvästi äideille vierasta. Äidit eivät ole luultavasti tottuneet kertomaan omaa mielipidettään, varsikaan negatiivista. Luulemme, että palautteen antaminen olisi ollut heille helpompaa ja luontevampaa omalla äidinkielellä ilman tulkkia. Äidit halusivat olla kohteliaita antamalla positii-

vista palautetta. Viimeisellä kerralla saimme äideiltä suullisena palautteena, että valmennus oli ollut hyödyllinen ja he olivat oppineet uusia asioita. Paras palaute mielestämme oli se, että äidit tulivat aina uudelleen paikalle. Tästä voimme vetää johtopäätöksen, että äidit kokivat valmennuksen hyödylliseksi ja olimme onnistuneemme tavoitteessamme motivoida osallistujia sitoutumaan valmennukseen.

Meillä oli mahdollisuus saada arviointilomakkeen avulla tärkeitä kehittämis- tai korjausehdotuksia myös vastuhenkilöltä tuleville valmennuskerroille. Saimme paljon hyvää palautetta, mutta myös kehitettävää. Vastuuhenkilöiden mukaan pelasimme hyvin yhteen, ja esiintyminen oli luontevaa ja selkeää. Palautteen mukaan olimme luoneet välittömän ja rennon ilmapiirin sekä hyvän ryhmähengen. Annoimme tilaa kysymyksille sekä aktivoimme äitejä sopivasti omilla kysymyksillämme. Äidit esittivät rohkeasti ja avoimesti heitä askarruttavia kysymyksiä. Sisällöstä saimme myös pääasiassa hyvää palautetta. Kehitettävänä oli, että kertoisimme aiheesta olennaiset asiat ja jättäisimme enemmän tilaa keskustelulle. Äitien kysymysten perusteella kertoisimme tarkempaa tietoa aiheesta. Erään palautteen mukaan äitejä voisi kuunnella yksilöllisemmin, jos on aikaa. Synnytysvalmennuskerrasta saimme palautetta, että annoimme liikaa tietoa. Lisäksi ajan käytössä olisi ollut parannettavaa toisella ja viimeisellä valmennus kerralla.

Mielestämme pääsimme myös hyvin asettamiimme oppimistavoitteisiin. Projekti oli kokonaisuudessaan erittäin opettavainen, se antoi meille paljon tulevaa työuraa ajatellen. Perhevalmennuksen suunnittelun ja toteuttamisen kautta omaksuimme paljon uutta tietoa sekä sisäistimme osittain entuudestaan tuttua tietoa uudella tavalla. Islamilaiseen kulttuuriin perehdyimme hyvin, sillä perhevalmennuksen osallistujat olivat kotoisin muslimimaista. Lisäksi tutustuimme muslimimaiden erilaisiin kulttuurisiin perinteisiin ja tapoihin ja saimme kuulla mielenkiintoisia tarinoita äideiltä. Saimme myös hyvää harjoitusta maahanmuuttajien ohjaamisesta sekä työskentelystä tulkin kanssa, jotka ovat nykypäivänä tarpeellisia taitoja terveydenhuollossa. Kehityksemme tulkin kanssa ohjaamisessa näkyi ajan käytössä ja tulkin huomioimisessa ensimmäisen ja viimeisten valmennus kertojen välillä. Opinnäytetyön kautta saimme myös kokemusta projektityöskentelystä ja kehityimme tiedonhaussa ja -kokoamisessa, mikä oli yksi oppimistavoitteistamme.

## **8.2 Prosessin arviointi**

Analysoimme riskejä ja kustannuksia projektisuunnitelmassamme. Projektimme riskit pysyivät hallinnassa, sillä etenimme suunnitelmamme mukaisesti ja eteemme ei tullut yllätyksiä. Yksi suurimmista riskeistä oli projektin liian tiukka aikataulu. Nopeasta aikataulusta huolimatta projekti eteni suunnitelman mukaisesti ja projektin eri vaiheet etenivät sujuvasti. Pysyimme aikataulussa huolellisen suunnittelun, välitavoitteiden ja hyvän työnjaon

ansiosta. Toinen iso riski oli, etteivät perhevalmennukseen ilmoittautuneet asiakkaat saavu paikalle. Tämän riski ei toteutunut, sillä valmennuksissa oli joka kerta mukava määrä osallistujia. Ainoastaan yksi ilmoittautuneista äideistä jäi kokonaan tulematta, ja selvityksemme mukaan hän aikoi osallistua oman neuvolansa perhevalmennukseen. Projektin kustannukset pysyivät myös hallinnassa, laskemamme budjetti ei ylittynyt. Kustannukset koostuivat mukana olevien opiskelijoiden, ohjaavien opettajien, yhteistyötahojen ja tulkkien palkoista. Lisäksi kustannuksia kertyi tarjottavista sekä matkoista.

Haastetta projektiimme toivat monimuotoinen kohderyhmä ja ajankäytön arviointi työskennellessä tulkin kanssa. Pyrkimyksemme oli vasta asiakkaiden tarpeisiin, mutta vaikeaksi sen tekivät äitien erilaiset taustat ja lähtökohdat. Enemmistö heistä oli monisyntyttäjiä, mutta mukana oli myös yksi ensisyntyttäjä. Näin ollen suurella osalla oli paljon tietoa raskaudesta, synnytyksestä ja vanhempana olemisesta, kun taas ensisyntyttäjälle ne ovat hyppy tuntemattomaan. Tämän vuoksi oli haastavaa rajata kunkin valmennuskerran aihetta sellaiseksi, että ne vastaisivat sekä monisyntyttäjien että ensisyntyttäjien tarpeita. Monisyntyttäjälle vauvanhoito on esimerkiksi tuttua, mutta ensisyntyttäjä saattaa tarvita siitä enemmän tietoa. Pyrimme kuitenkin tarjoamaan tietoa siitä näkökulmasta, miten Suomessa ohjataan vanhempia ja hoidetaan synnytystä. Kulttuurierot antavat siten äideille uudenlaista näkökulmaa tuttuihinkin aiheisiin. Äidit joutuvat pohtimaan synnytyksen jälkeistä aikaa ja vauvanhoitoa myös siitä näkökulmasta, että perheen tuen tarve saattaa olla suurempi, kun isovanhemmat, sisarukset, sukulaiset ja osalla myös vanhemmat lapset ovat jääneet kotimaahan. Myös isän rooli muuttuu uudessa maassa, sillä isä osallistuu enemmän lasten- ja kodinhoitoon, minkä aiemmin ovat hoitaneet suvun naiset.

Kohderyhmän monimuotoisuutta lisäsi se, että äitien kotoutuminen oli eri vaiheissa ja osallistujia oli useasta eri kulttuurista. Osa äideistä oli ollut Suomessa useamman vuoden, jolloin suomalainen kulttuuri oli tullut jo melko tutuksi, kun taas osalla oli oleskelua takana vain muutama kuukausi, jolloin elämäntilanteeseen liittyi paljon muutakin kuin lapsen syntymä. Kaikille yhteistä oli kuitenkin tuleva synnytys uudessa maassa ja kulttuurissa. Vaikka kaikki asiakkaat olivat islamilaisen kulttuurin edustajia, uskonnon lisäksi perheiden toimintatapoihin vaikuttivat lähtömaan kulttuuri ja yhteiskunnalliset olot. Perhekohtaiset tarpeet vaihtelivat sen mukaan, mitä oman kulttuurin piirissä oli opittu.

Meillä kummallakaan ei ollut juuri aiempia kokemuksia ohjauksesta, jossa läsnä on tulkki. Näin ollen ajankäytön suunnittelu etukäteen oli hankalaa, sillä tulkkaukseen kuluva aika täytyi ottaa huomioon. Onneksi tulkit olivat ammattitaitoisia ja yhteistyö heidän kanssaan pelasi moitteettomasti.

### 8.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkokehittäminen

Projektimme alkoi MAAMU -työryhmän kokoontumisella, jolloin meille esiteltiin monikulttuurisen perhevalmennuksen aikataulu ja kunkin valmennuskerran aiheet. Aiheet oli ennalta sovittu. Olisimme kuitenkin kaivanneet enemmän ohjausta sisältöjen suunnitteluun. Toivoimme saavamme ideoita esimerkiksi ohjausmenetelmistä, joista maahanmuuttajaperheet ovat aiemmissa valmennuksissa hyötyneet ja jotka ovat toimineet ohjauksessa tulkin läsnä ollessa. Lisäksi olisi hyvä tuoda tarkemmin esille, millaista tietoa kustakin aiheesta kannattaa tarjota tai kuinka paljon asiakokonaisuuksia kannattaa rajata. Mielestämme opiskelijoita kannattaisikin ottaa mukaan jo ensimmäiseen työryhmän kokoukseen. Ehdotimmekin MAAMU -työryhmälle, että voisimme mennä kertomaan syksyllä seuraavista valmennuksista vastuussa oleville opiskelijoille kokemuksistamme, millaiset ohjausmenetelmät mielestämme toimi ja mitä aiheista olisi mielestämme hyvä kertoa. Meidän kokemuksemme tämän kevään perhevalmennuksesta oli, että äidit olivat erityisen kiinnostuneita synnytyksen hoidosta suomalaisessa sairaalassa, kivunlievitysmenetelmistä, erilaisista Suomessa käytettävistä vauvanhoitotarvikkeista, imetyksestä ja etenkin sen hyödyistä sekä perheille järjestettävästä ryhmätoiminnasta.

Kaikilla valmennuskerroilla aika ei riittänyt vapaalle keskustelulle eikä kaikkia suunniteltuja asiakokonaisuuksia ehditty käymään läpi. Tärkeitä asioita jäi vajaaksi tai puuttumaan ohjauksesta, kuten tyttöjen ympärileikkaus, vauvan päivärytmi ja vanhempien selviytyminen ja jaksaminen arjessa. Jokaisella kerralla ehdittiin pitää lyhyt noin viiden minuutin mittainen tauko. Tulevaisuudessa valmennukselle olisi hyvä varata enemmän valmennuskertoja. Näin keskustelulle ja kysymyksille jäisi enemmän aikaa, kun laajoja aihealueita voisi pilkkoa pienempiin osiin. Äitejä olisi myös mahdollista ottaa huomioon yksilöllisemmin. Jatkotutkimuksena tähän aiheeseen voisi olla äitien kokemusten kerääminen haastattelujen avulla, sillä palautteen saaminen palautelomakkeiden avulla oli haastavaa. Haastattelujen avulla voisi kehittää perhevalmennuksen sisältöä asiakaslähtöisemmäksi.

## LÄHTEET

Aittasalo, M., Deufel, M., Erkkola, M. Lyytikäinen, A. & Montonen, E. 2010. Rintojen anatomia ja maidonerityksen fysiologia. Teoksessa M. Deufel & E. Montonen (toim.) Onnistunut imetys. Tampere: Tammerprint Oy, 49-106.

Akar, S. & Tiilikainen, M. 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan – Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Loimaa: Newprint Oy.

Benza, S. & Liamputtong, P. 2014. Pregnancy, childbirth and motherhood: A meta-synthesis of the lived experiences of immigrant women. *Midwifery* 30, 575-584. Viitattu 20.3.2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.005>.

Deans, A. 2005. Suuri äitiyskirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Perhemediat Oy.

Haapio, S., Koski, K., Koski, P & Paavilainen, R. 2009. Perhevalmennus. Porvoo: Ws Bookwell Oy.

Deufel, M. & Montonen, E. 2010a. Imetyspulmat. Teoksessa Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) Onnistunut imetys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 191-300.

Deufel, M. & Montonen, E. 2010b. Imetyksen ohjaaminen. Teoksessa Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) Onnistunut imetys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 107-147.

Deufel, M. & Montonen, E. 2016. Lapsivuodeaika. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Haapio, S., Koski, K., Koski, P., & Paavilainen, R. 2009. Perhevalmennus. Helsinki: EDITA.

Haapio, S. & Pietiläinen S. 2015. Perhe- ja synnytysvalmennus. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Keuruu: Otava Oy, 208-213.

Hannula, L. 2015. Kätilötyö ja imetys. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Keuruu: Otava Oy, 331-338.



Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä Suomalaiseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2007. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Järvenpää, A-L & Tommiska, V. 2015. Vastasyntyneen hoito ja tarkkailu synnytyksen jälkeen. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Keuruu: Otava Oy, 304-323.

Katajamäki, M. & Gylden, O. 2014. Suomalainen vauvakirja. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kolanen, H. 2017. Monikulttuurinen perhe ja imetys. T. Hakulinen, K. Otronen & M. Kuronen (toim.) Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma 2018-2022. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 66-71.

Kolanen, H., Koskinen, K., Kauppinen, N. & Kujala, M. 2018. Vauvamatkalla, opas synnyttäneelle. Helsingin ja Uudenmaan sairaalahoitopiiri. Helsinki: Kopio Niini. Viitattu 20.4.2018. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/synnytykset/vauvamatkalla/Vauvamatkallanettioppaan%20liitteet/Vauvamatkalla%20internet%20HUS%20suomi.pdf>.

Koponen, P., Jokela, S., Skogberg, N., Castaneda, A., Suvisaari, J., Laatikainen, T. & Koskinen, S. 2014. Terveys. Teoksessa T. Nieminen, H. Sutela & U. Hannula (toim.) Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa, 151-162. Viitattu 8.4.2018, [http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti\\_uso\\_201500\\_2015\\_16163\\_net.pdf](http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_uso_201500_2015_16163_net.pdf).

Korhonen, A. 2015. Varhainen vuorovaikutus. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Keuruu: Otava Oy, 324-330.

Koski, P. 2007. Monikulttuurinen perhevalmennus. Helsinki: Edita.

Koski, P. 2014. Somaliperheiden perhevalmennuksen kehittäminen toimintatutkimuksen keinoin Suomessa. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Kuosmanen, M. 2009. Teoksessa A. Armanto & P. Koistinen (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 465-471.

Luukkainen, P. 2010. Rintamaidon koostumus. Teoksessa M. Deufel & E. Montonen (toim.) Onnistunut imetyks. Tampere: Tammerprint Oy, 33-37.

Lyytikäinen, A. & Virtanen, S. 2017. Kansalliset imetyssuositukset. Teoksessa T. Hakulinen, K. Otronen & M. Kuronen (toim.) Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma 2018-2022. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 18-19.

Mikkola, K. 2017. Rintaruokinta. Teoksessa T. Hakulinen, K. Otronen & M. Kuronen (toim.) Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma 2018-2022. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 34-44.

Muhammed, H. 2011. Yhtä erilaiset – Islam ja suomalainen kulttuuri. Latvia: InPrint.

Mäkinen, A. 2009. Lapsen perushoito. Teoksessa A. Armanto & P. Koistinen (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 223-227.

Mölsä, M. & Tiilikainen, M. 2007. Potilaana somali- Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 4/2007, Kulttuurien kohtaaminen - teemanumero. Viitattu 24.4.2018. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96299.pdf>.

Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. 2015. Synnytyksen käynnistyminen. Teoksessa U. Paananen, S. Pietikäinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Keuruu: Edita, 203-207.

Pietiläinen, S., Tiilikainen, M. & Johansson, J. 2015. Ympäri-ikäisen naisen raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Teoksessa U. Paananen, S. Pietikäinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Edita: Keuruu, 511-524.

Puukari, S., Korhonen, V. 2013. Monikulttuurisen ohjauksen lähtökohdat. Teoksessa V. Korhonen & S. Puukari (toim.) Monikulttuurinen ohjaus- neuvontatyö. Juva: Bookwell Oy, 16, 24-26.

Rapo, M. 2011. Kuka on maahanmuuttaja? Viitattu 4.4.2018, [https://www.stat.fi/artikkelit/2011/art\\_2011-02-15\\_003.html?s=0](https://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-02-15_003.html?s=0).

Raussi-Lehto, E. & Jouhki, M-R. 2015a. Lyhytjälkihoitoinen synnytys. Teoksessa U. Paananen, S. Pietikäinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Keuruu: Edita, 283-285.

Raussi-Lehto, E. 2015b. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa U. Paananen, S. Pietikäinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Keuruu: Edita, 221-243.

Raussi-Lehto, E. 2015c. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa U. Paananen, S. Pietikäinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Keuruu: Edita, 248-281.

Sakaranaho, T. 2004. Muslimit Euroopassa. Teoksessa K. Hyry & J. Pentikäinen (toim.) Uskonnot maailmassa. Porvoo: WS Bookwell Oy, 215-232.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011a. Lapsivedenmeno. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naisten taudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen). Viitattu 15.4.2018, <http://www.oppiportti.fi/op/njs02902/do>.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011b. Puudutukset. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naisten taudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen). Viitattu 15.4.2018, <http://www.oppiportti.fi/op/njs02910/do>.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011c. Synnytyskipu. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naisten taudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen). Viitattu 15.4.2018, <http://www.oppiportti.fi/op/njs02907/do>.

Sarvela, J. & Volmanen, P. 2014. Synnytyskipu – anestesia­lääkärin opas potilaalle. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 15.4.2018, [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00904](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00904).

Sarvilinna, N., Isaksson, C., Kokljuschkin, H., Timonen, S. & Halmesmäki, E. 2016. Sikiön voinnin seuranta synnytyksen aikana. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 14.4.2018, <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/15/duo13235>.

Serkkola, A. & Allahwerdi, H. 1998. Islamin jälkiä terveydenhoidossa. Teoksessa R. Tuominen (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva: WSOY, 76-91.

Silfverberg, P. 2018. Ideasta projektiksi – Projektinvetäjän käsikirja, 3-53. Viitattu 4.4.2018, [http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta\\_projektiksi.pdf](http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf).

Suomen doulat ry. 2018. Mikä on doula? Viitattu 9.4.2018, <http://www.suomendoulat.fi/>.

Suomen virallinen tilasto. 2016. Muuttoliike (verkkopublication). Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu, 6.4.2018, [https://www.stat.fi/til/muutl/2016/muutl\\_2016\\_2017-05-17\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/muutl/2016/muutl_2016_2017-05-17_tie_001_fi.html).

Sutela, H. & Larja, L. 2014. Maahanmuuton syyt. Teoksessa T. Nieminen, H. Sutela & U. Hannula (toim.) Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa, 15-28. Viitattu 8.4.2018, [http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti\\_uso\\_201500\\_2015\\_16163\\_net.pdf](http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_uso_201500_2015_16163_net.pdf).

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuo, T. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Storvik-Sydänmaa, S. & Minkinen, L. 2015. Imeväisikäisen kasvu ja kehitys. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Keuruu: Otava Oy, 339-346.

Suomen tulkkauspalvelut. 2018. Viitattu 5.5.2018, <https://suomentulkkauspalvelut.fi/hinnasto>.

Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille. 2016. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. R. Klemetti & T. Hakulinen-Viitanen (toim.) Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Neuvolatoiminnan haasteena on kulttuurien välinen kanssakäyminen. Viitattu 6.4.2018, <https://thl.fi/fi/-/sahkoiset-palvelut-toimivat-aitiys-ja-lastenneuvolapalvelujen-uudistamisen-tukena>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Tyttöjen ympärileikkaus. Viitattu 29.4.2019, <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/pahoinpitely-ja-seksuaalinen-hyvaisikaytto/tyttojen-ymparileikkaus>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Meille tulee vauva, opas vauvan odotukseen ja hoitoon. T. Hakulinen, M. Kuronen, M. Pelkonen & J. Salo (toim.) Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018b. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus. Viitattu 21.3.2018, <https://thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointi/maahanmuuttajien-seksuaali-ja-lisaantymisterveys/tyttojen-ja-naisten-ymparileikkausten-fgm-ehkaisy/tyttojen-ja-naisten-ymparileikkaus>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018a. Eri tyytit ja niistä aiheutuvat terveyshaitat. Viitattu 21.3.2018, <https://thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointi/maahanmuuttajien-seksuaali-ja-lisaantymisterveys/tyttojen-ja-naisten-ymparileikkausten-fgm-ehkaisy/eri-tyypit-ja-niista-aiheutuvat-terveyshaitat>.

Tiitinen, A. 2017a. Normaali synnytys. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 9.4.2018, [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00160](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160).

Tiitinen, A. 2017b. Raskaus (normaali kulku). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.4.2018, [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00159](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00159).

Tilastokeskus. 2016. Ulkomaalaistaustaiset. Viitattu 6.4.2018, <https://www.tilastokeskus.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa/ulkomaalaistaustaiset.html>.

Tilastokeskus 2018. Väestö. Viitattu 26.4.2018, [https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html](https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html).

Tilastokeskus. 2017. Äidit tilastoissa 2017. Viitattu 15.4.2018, <http://www.stat.fi/tup/tilastokirjasto/aidit-tilastoissa-2017.html>.

Uotila, J. 2015. Keisarileikkaus. Teoksessa U. Paananen, S. Pietikäinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Edita: Keuruu, 574-578.

Vuoti, M. 2017. Asiakkaana maahanmuuttaja. Teoksessa J. Helminen (toim.) Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Keuruu: Edita, 190-208.



## MAAMU-PERHEVALMENNUS

HUHTIKUUSSA 2018 KELLO: 17.00-19.00

MLL-PerhePesä, Makasiininkatu 6, Myllytulli

29.3 klo 10.00 Ennakko tutustuminen paikkaan, jos haluaa

11.4 Tutustuminen ja synnytykseen valmistautuminen

18.4 Synnytys ja kivunlievitys

25.4 Imetys ja ensipäivät vauvan kanssa

2.5 Vauvanhoito ja vanhempien oma jaksaminen

Jokaisella kerralla kokoontumispaikka K-Market Myllytulli (puusepänkatu 4)

Ilmoittautuminen omalle terveydenhoitajalle neuvolaan!



TERVETULOA!

## Palautetta vastuuvetäjältä

Päivämäärä \_\_\_\_\_

Ajan käyttö				
Esiintyminen				
Sisältö				
Selkeys				
Keskustelu				
Ilmapiiri				

Kehitettävää ensi kertaa varten?

---

---

---

---

---

Muuta palautetta?

---

---

---

---

---

---



**PALAUTETTA ÄIDEILTÄ**

PÄIVÄMÄÄRÄ \_\_\_\_\_

TUNNIN SISÄLTÖ



HYÖTY



SELKEYS



TUNNELMA



OPITKO UUTTA?



JÄIKÖ KYSYTTÄVÄÄ

---

---

---

---

TOIVEITA ENSIKERTAAN

---

---

---

---

---

## Synnytykseen valmistautuminen 11.4.2018

Sanna-Riikka Kekäläinen  
Maija Riihinen

## Maamu-Perhevalmennuksen aikataulu ja aiheet

- 11.4. Tutustuminen ja synnytykseen valmistautuminen klo 17-19
- 18.4. Synnytys ja kivunlievitys klo 17-19
- 25.4. Imetys ja ensipäivät vauvan kanssa klo 17-19
- 2.5. Vauvanhoito ja vanhempien oma jaksaminen klo 17-19






---

### Millä mielin synnyttämään?



Onko odotuksia synnytykseen?

Miten raskaus on mennyt?

Millä mielin synnyttämään?

Jännittääkö?

Onko kokemusta suomalaisesta sairaalasta?

Eikö malttaisi enää odottaa?

### Synnytykseen valmistautuminen

- Neuvola ja perhevalmennus
- Kysy rohkeasti
- Hyvä hankia tietoa synnytyksestä
- Pohdi omia keinoja helpottaa synnytyskipua





---

### Synnytyksen suunnittelu

- On hyvä pohtia etukäteen,
  - Miten toivoo synnytyksen menevän?
  - Mitkä asiat synnytyksessä ovat sinulle tärkeitä?
  - Millaiset asiat auttavat rentoutumaan?
- Omat toiveet synnytykseen liittyen
  - Voi kirjoittaa muistiin
  - Kirjoittaa sairaalan esitietolomakkeeseen
  - Kertoa tukihenkilölle
  - Kertoa hoitavalle kättilölle

### Tukihenkilö synnytykseen

- Tukihenkilönä voi toimia esim. vauvan isä, oma äiti, sisko, läheinen ystävä tai koulutettu synnytystukihenkilö eli doula
- Tukee ja kannustaa
- Antaa turvaa
- Synnytykseen voi tulla mukaan enintään kaksi tukihenkilöä
- Synnytyshuoneessa tukihenkilö on omilla vaatteissaan









## Mitä ostaa kotiin vauvalle ennen syntymää?

- Vauvat
- Sänky
- Hoitoalusta
- Kylpyamme
- Turvakaukalo
- Äitiyspakkaus
- Vauvalle vaatteita
- Hoitotarvikkeita
- Vaippoja
- Tuttipulloja



## Äitiyspakkaus

- Tulee hakea viimeistään 2 kuukautta ennen laskettua aikaa
- Noin 50 tuotetta vauvan vaatteita ja hoitotarvikkeita
- Rahana äitiysavustus 140€ tai 160€ (LA 1.6 tai sen jälkeen)
- <http://www.kela.fi/aitiyspakkaus>



## Sairaalaan mukaan

### ITSELLE:

- Neuvolakortti
- Henkilökohtaiset hygienia- ja hoitovälineet
- Käyttämäsi lääkkeet
- Sisäjalkineet
- Imetyksintaliivit
- Puhtaat vaatteet kotiin lähtöä varten
- Kännykänlaturi

### TUKIHENKILÖLLE:

- Mukavat sisävaatteet
- Sisäjalkineet
- Eväät



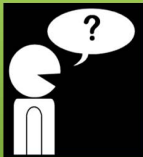
## Vauvalle sairaalaan keväällä/kesällä

- Bodi ja sukkahousut
- Potkukausut tai potkupuku
- myssy ja hanskat
- auton turvaistuimien tai vauvan kantokoppa



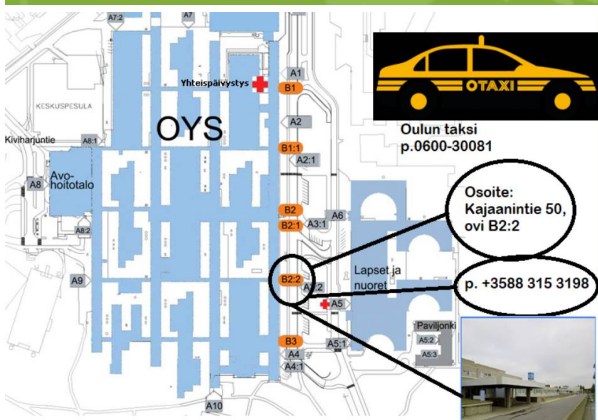
## Toiveita valmistukseen

- Mitä toivoisit oppivasi?
- Mistä haluaisit lisätietoa?



## Milloin sairaalaan?

- Supistukset; kipeitä ja säännöllisiä alle 10 min välein
- Lapsivetesä mennyt
- Liikehäilytys
- Runsas verinen vuoto



## Lähteet

- Haapio, S., Koski, K., Koski, P & Paavilainen, R. 2009. Perhevalmennus. Porvoo: Ws Bookwell Oy.
- Hakulinen, T., Kuronen, M., Pelkonen & M., Salo, J. 2017. Meille tulee vauva, opas vauvan odotukseen ja hoitoon. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- <http://www.kela.fi/aitiyspakkaus>
- <http://papunet.net/materiaalia/kuvapankki/>
- <https://www.ppsph.fi/Toimipaikat/Raskaus-ja-synnytys/Synnytysosasto-ja-synnyttäjien-vastaanotto/Pages/Milloin-sairaalaan.aspx>
- <https://www.ppsph.fi/Toimipaikat/Raskaus-ja-synnytys/Synnytysosasto-ja-synnyttäjien-vastaanotto/Pages/Saapuminen-sairaalaan.aspx>
- <https://www.ppsph.fi/Toimipaikat/Sijaintitiedot/Pages/default.aspx>

Synnytyksen käynnistyminen ja sairaalaan lähtö

Synnytys & kivunlievitys  
18.4.2018

Sanna-Riikka Kekäläinen  
Maija Rähä

JÄIKÖ KYSYTTÄVÄÄ?



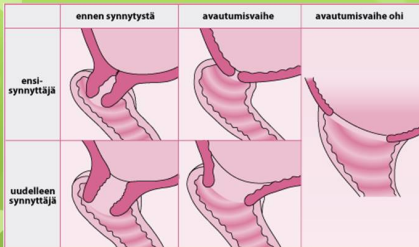
Saapuminen sairaalaan B2:2



Saapuminen sairaalaan

- Ulkotutkimus
- Sisätutkimus
- Tarkistetaan vauvan sydänaänet ja supistustiheys (KTG-tulokäyrä)
- Mitataan äidin verenpaine, syke ja lämpö
- Synnytyshuoneeseen ohjaus
- Synnytystä voi hoitaa: Kätilö  
Synnytyslääkäri  
Anestesia lääkäri  
Lastenlääkäri

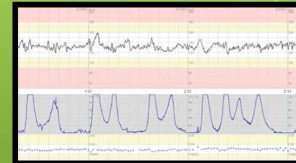
Avautumisvaihe



Kuva: Sariola & Tikkanen 2011b, viitattu 15.4.2018

Avautumisvaiheen hoitoa

- Synnyttäjän seuranta
  - Verenpaine, syke, lämpö
  - Virtsarakon säännöllinen tyhjentäminen (tarvittaessa katetrointi)
  - Äidin yleistila, ravitsemus, nesteytys, lepo, tuki
- Synnytyksen edistymisen seuranta
  - Supistukset
  - Kohdunsuun avautuminen
  - Sikiön laskeutuminen
- Sikiön voinnin seuranta
  - Sydämen syke (KTG-käyrä)
  - Liikkeet
  - Lapsiveden väri



Kuva: Sarvima ym. 2016, viitattu 15.4.2018

Avautumisvaiheen lääkkeetön kivunhoito

- Isän/tukihenkilön läsnäolo
- Asentohoito
- Keinutuolissa/fysiopallon päällä istuminen
- Liikkuminen
- Hieronta ja rentoutuminen
- Lämmin suihku
- Amme
- Lämpöhaude
- Aquarakkulat
- Vyöhyketerapia



KUUNTELE OMAA KEHOASI!

SYNNYTYSKIPU ON POSITIIVISTA KIPUA

Avautumisvaiheen asentoja

- Synnyttäjä itse tietää parhaiten mukavimman asennon
- Pystyasennolla on todettu olevan etuja
- Erilaisia asentoja  
[http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=200](http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli_id=200)

## Lääkkeellinen kivunlievitys

- Kun synnyttävä ei enää hyödy lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä eikä koe pärjäävänsä omin voimavaroin

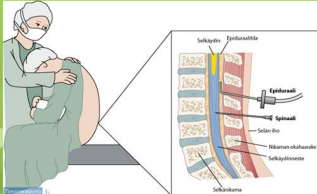


## Ilokaasu

- Typpioksidin ja hapen seos
- Turvallinen äidille ja sikiölle
- Voi käyttää koko synnytyksen ajan, vaikuttaa parhaiten alkuvaiheessa

## Epiduraali- ja spinaalipuudutus

- Tehokkaimpia kivunlievitysmenetelmiä
- Muiden kivunlievitysmenetelmien täydentäjiä
- Laittamiseen tarvitaan anestesia lääkäri



Kuva: Sarvela & Volmanen 2014, viitattu 15.4.2018

## Epiduraali- ja spinaalipuudutus

### Epiduraali

- Puudute epiduraalitalaan
- Sopii hyvin ensisynnyttäjille
- Voidaan antaa, kun synnytys varmasti käynnistynyt
- Maksimiteho saavutetaan 20 minuutissa
- Vaikutus kestää noin 2 tuntia
- Kerta-annos voidaan antaa 2 tunnin välein
- Kerta-annos tai jatkuva annostelu

### Spinaali

- Puudute selkäydinnesteeseen
- Sopii uudelleensynnyttäjille
- Vaikuttaa nopeasti
- Kesto lyhyempi
- Tehoa myös ponnistuvaiheessa

## Selkäpuudutukset

### Edut

- Ei väsyttä
- Tehokas kivunlievitys
- Voi parantaa ponnistustyötä
- Vähentää stressihormonien eritystä



### Haittavaikutukset/riskit

- Vaikutus lihasvoimaan
- Tärinä ja kutina
- Virtsaamisvaikeus
- Vaikutus synnytyksen kulkuun
- Riittämätön kivunlievitys
- Synnyttäjän verenpaine ja sikiön syketaajuus
- Selkäsärky
- Päänsärky
- Lämmön nousu
- Vaikutus sikiöön
- Hermojuuri- ja selkäydinvauriot
- Lääkkeen yliannostus

## Kipulääkkeet

- Opioidit petidiini ja oksikodoni
- Pistoksena lihakseen, suun kautta, peräpuikkoina
- Avautumisvaiheen alkuvaiheessa (voi vaikuttaa sikiöön)
- Rentouttaa synnyttäjää ja kohdunsuuta

## Kohdunkaulanpuudutus

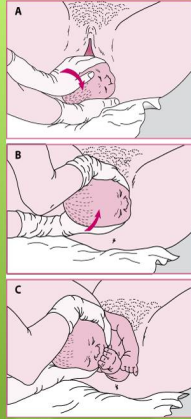
- Lievittää avautumisvaiheen kipuja
- Voidaan laittaa, kun kohdunsuu auki 4 cm tai enemmän
- Sopii hyvin uudelleensynnyttäjille
- Nopea laittaa, vaikutus parissa minuutissa
- Vaikutus kestää 1-1,5 tuntia
- Laittamiseen tarvitaan synnytyslääkäri

## Häpyhermonpuudutus

- Ponnistusvaiheen kivunlievitys
- Pehmentää välilihaa
- Vaikuttaa 1-2 tuntia
- Synnytyslääkäri tai kättilö laittaa

## Ponnistusvaihe

- Alkaa, kun kohdunsuu on avautunut 10 cm ja sikiön tarjoutuva osa riittävän alhaalla synnytyskanavassa
- Äidille tulee ponnistustarve
- Lapsi syntyy äidin ponnistaessa supistusten aikana
- Kestää muutamasta minuutista kahteen tuntiin
- Päättyy lapsen syntymään



Kuva: Sariola & Tikkanen 2011a, viitattu 15.4.2018

## Ponnistusvaiheen hoitoa

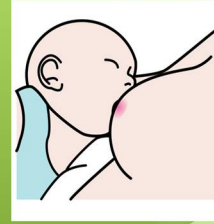
- Puolison/tukihenkilön tuki
- Hoitava kättilö tukee ja ohjaa
- Erlaisia ponnistusasettoja [http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=245](http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli_id=245)
- Välilihan tukeminen; ehkäistään repeämät, erityisesti peräaukon sulkijalihhasrepeämä
- Välilihan leikkaus eli episiotomia
- Imukuppsyntytyt
- Perätilasyntytyt

## Jälkeisvaihe

- Alkaa lapsen syntymästä ja päättyy istukan ja kalvojen syntymiseen
- Kohtu jatkaa supistelua, äidille saatetaan antaa kohtua supistavaa lääkettä
- Istukka irtoaa yleensä 5-10 min kuluessa
- Äiti ponnistaa jälkeiset ulos, kättilö ohjaa kevyesti napanuorasta
- Jälkeisten tarkastaminen
- Episiotomian ja repeämien ompelu

## Vauvan synnyttyä

- Tehostettu tarkkailu synnytyssalissa, noin kaksi tuntia
- Vastasyntyneen ensitarkastus
- Vauva äidin kanssa ihokontaktiin
- Ensi-imetyt
- Äidin elimistön palautuminen
- Äidille ruokaa ja nestettä
- Äiti pääsee suihkuun
- Perhe siirretään lapsivuodeosastolle



## Epäsäännöllinen synnytys

- Suunniteltu sektio
- Kiireellinen sektio
- Hätäsektio

## Lähteet

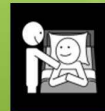
- HUS. 2018. Vauvamatkalla – opas odottajalle
- Paananen, U., Pietäinen, S., Raussi-Lehto, E. & Aimala, A-M. 2015. Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Keuruu: Otava Oy
- PPSHP. 2018. Raskaus ja synnytys
- Tiinen, A. 2017. Normaali synnytys. Lääkärinkirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim
- Sarvela, J. & Volmanen, P. 2014. Synnytyskipu – anestesia- ja lääketieteellinen opas potilaalle. Duodecim. Kustannus Oy Duodecim
- Kuvat:
  - Papunetin kuvapankki, papunet.net, Annakaisa Ojanen (Kylpyamme)
  - Papunetin kuvapankki, papunet.net, Sclera (Kysyä)
  - Papunetin kuvapankki, papunet.net, Sclera (Kipu)
  - Papunetin kuvapankki, papunet.net, Sclera (Tasapaino)
  - Papunetin kuvapankki, papunet.net, Sergio Palao/CATEDU (Innetää vauvaa)
- Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011a. Toinen vaihe. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naisten laudit ja synnytys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla internetissä (vaati käyttäjätunnuksen). Viitattu 15.4.2018. <http://www.opipolito.fi/op/930290/00>
- Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011b. Supistukset. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naisten laudit ja synnytys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla internetissä (vaati käyttäjätunnuksen). Viitattu 15.4.2018. <http://www.opipolito.fi/op/930290/00>
- Sarvilinna, N., Isaksson, C., Kokkuschien, H., Timonen, S. & Halmesmaki, E. 2016. Sikiön voimien seuranta synnytyksen aikana. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 15.4.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/15/duo13235>
- Sarvela, J. & Volmanen, P. 2014. Synnytyskipu – anestesia- ja lääketieteellinen opas potilaalle. Duodecim. Kustannus Oy Duodecim

## Ensipäivät vauvan kanssa & Imetys 25.4.2018

Sanna-Riikka Kekäläinen  
Maija Rähjä

### Sairaalassa

- Äiti ja vauva samassa huoneessa ympäri vuorokauden
- Äiti hoitaa ja ruokkii itse vauvaa
- 1-3 äitiä samassa huoneessa
- Ohjausta ja tukea henkilökunnalta
- Halutessa perhehuone jos vapaana
- Puoliso tai tukihenkilö ja sisarukset voivat vierailla klo 10 - 21
- Vieraillemaan ei saa tulla sairaana
- Äiti saa tarvittaessa kipulääkettä
- Hoitoaika sairaalassa yksilöllinen, noin 1-3 vrk



### Vastasyntyneen kanssa kotona

- Ensimmäiset päivät rauhallisesti
- Vauvaan tutustuminen ja imetyksen opettelu
- Vauva viihtyy siellä missä muukin perhe on
- Vauva tykkää katseista, kosketuksista, puheesta ja sylistä
- Lapsi kehittyy parhaiten, jos hän kokee olevansa tärkeä ja rakastettu
- Läheisten apu nopeuttaa toipumista
- Jälkivuoto kestää 4-6 viikkoa



### Imetys



### Imetyksen hyödyt

#### VAUVA:

- Antaa tartuntatauteihin suojan
- Suojaa lasta vaikeilta hengitystietulehduksilta, ripulitaukeilta ja korvatulehduksilta
- Ruoka on aina valmiina ja mukana ja sopivan lämpöistä
- Lämpöä ja lohtua äidin läheisyydestä

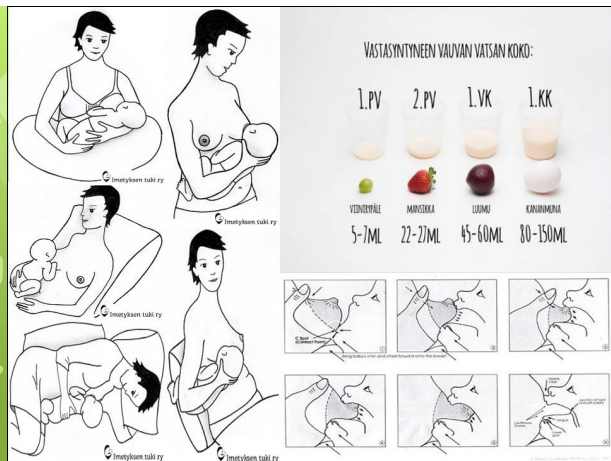
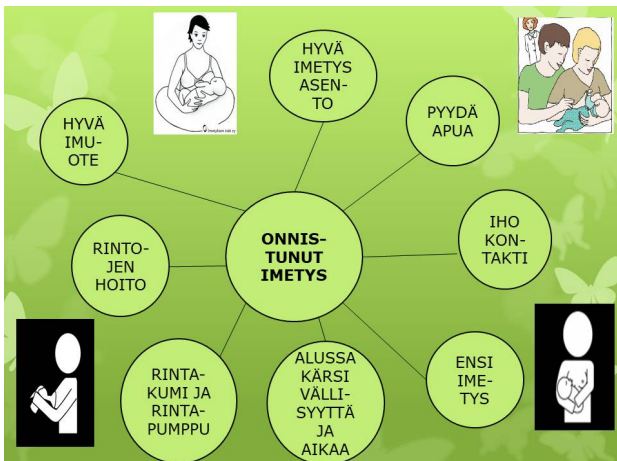
#### ÄITI:

- Edistää toipumista synnytyksestä
- Auttaa normaalin painon saavuttamisessa
- Vähentää riskiä sairastua rinta-, munasarja-, tai kohdunkaulasyöpään, osteoporoosiin sekä tyyppiin 2 diabetekseen.
- Ei maksa mitään

### Imetys

- Rintamaito on täydellistä ravintoa pienelle vauvalle
- WHO suosittelee: täysimetystä kuusi kuukautta, muun ravinnon ohessa 1-2 vuoden ikään saakka
- Maidon lisäksi vastasyntynyt tarvitsee K- ja D- vitamiinilisät
- Tuttia tai tuttipulloa ei tulisi antaa vauvalle ennen kun imetys alkaa sujua





## Lähteet

- Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) Onnistunut imetys. Tampere: Tammerprint Oy,
- Haapio, S., Koski, K., Koski, P & Paavilainen, R. 2009. Perhevalmennus. Porvoo: Ws Bookwell Oy.
- Hakulinen, T., Otronen, K. & Kuronen, M. (toim.) Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma 2018-2022. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Koski, P. 2007. Monikulttuurinen perhevalmennus. Helsinki: Edita.
- Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. 2015. Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Keuruu: Otava Oy
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) 2017. Meille tulee vauva, opas vauvan odotukseen ja hoitoon. T. Hakulinen, M. Kuronen, M. Pelkonen & J. Salo (toim.) Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- <http://www.investingbb.com/breastfeeding-techniques-step-by-step.html>
- <https://imetys.fi/odottajan-opas/ensimmäiset-paivat/millainen-hyvä-imetysasento/>
- <http://papunet.net/materiaalia/kuvapankki/>



## VAUVAN HOITO 2.5.2018

Sanna-Riikka Kekäläinen  
Maija Rähä

### Vauvan perushoito

- Runsaasti läheisyyttä
- Riittävästi ravintoa
- Puhtaus
- Sopiva vaatetus



### Vauvan ravitseminen

- Täysimetys riittää ainoaksi ravinnoksi puolen vuoden ikään asti
- Imetystä suositellaan osana ravitsemusta 1-2 vuoden ikään asti
- D3-vitamiinivalmistetta annetaan kahden viikon iästä kahteen vuoteen 10 µg/vrk
- Kiinteät ruuat aloitetaan maisteluannoksilla 4-6 kuukauden iässä
- Jos vauva ei saa riittävästi äidinmaitoa imettämällä tehostamisesta huolimatta tai se loppuu ennen vuoden ikää annetaan äidinmaidonkorviketta



### Vauvan puhtaus ja iho

- Kylvytys 1-3 kertaa viikossa
  - Tarvikkeet valmiiksi
  - Vauvan omassa ammeessa, 37 asteinen vesi
  - Puhtaasta likaiseen
  - Tukeva ote lapsesta
- Vauvan kasvat, korvantaukset, kaulapoiimu, kainalot ja kädet puhdistetaan joka päivä
- Ei käytetä saippuaa, poistaa ihon omia rasvoja ja kuivattaa ihoa
- Kuivalle ja punoittavalle iholle tarvittaessa rasvaa ja kylpyveteen öljyä
- Kylvytys video <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytytys/vastasyntynyt/vauvan-perushoito>



### Navan hoito

- Napatynkä irtoaa 1-2 viikon kuluttua synnytyksestä
- Tarkkaile ja hoida navatynkää päivittäin
- Pidetään puhtaana ja kuivana
- Puhdistetaan kostealla tai kuivalla pumpulipuikolla
- Tarvittaessa desinfiioiva puhdistusainetta
- Navan hoito video 00:08-00:25 <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytytys/vastasyntynyt/vauvan-perushoito>



### Silmät ja kynnet

- Vauvan silmät rähhivät ahtaiden kyynelkanavien vuoksi
  - Puhdistetaan vedellä päivittäin
  - Ulkosyrjästä sisäkulmaan päin
  - Silmien puhdistus video 00:11-00:25 <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytytys/vastasyntynyt/vauvan-perushoito>
- Alle pariviikkoisen vauvan kynsiä ei saa tulehdusriskin vuoksi leikata
  - Leikataan suoraan, ei muotoilla
  - Helppo leikata silloin, kun vauva nukkuu
  - Typpäkärkiset sakset



### Vaipanvaihto

- Vaihdetaan tarpeen mukaan
- Vaihtoehtoina kesto- ja kertakäyttövaippa
- Takapuoli pestään lämpimällä vedellä jokaisen kakkavaipan jälkeen
- Kuivataan huolellisesti
- Tarvittaessa ärtynyt iho rasvataan tai laitetaan talkkia
- Ilmakyly
- Pyylynpesu video 0:22-0:48 <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytytys/vastasyntynyt/vauvan-perushoito>



### Vauvan käsittely

- Syli on turvallisin ja virikkeellisin paikka, lihasten-hallinta aktivoituu
- Erilaiset sylissä kantamisen asennot tukevat vauvan tasapuolista motorista kehittymistä sekä kantaja välttyy lihasjännitykseltä
- Vastasyntynyt vauva lasketaan sylistä alustalle sekä sieltä syliin aina kyjen kautta
- Älä koskaan käsittele kovakouraisesti tai ravistele lasta
- <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2012/10/02/valta-omat-niska-ja-hartiakivut-seka-vauvan-masuvaivat-vinkkeja-vastasyntyneen>



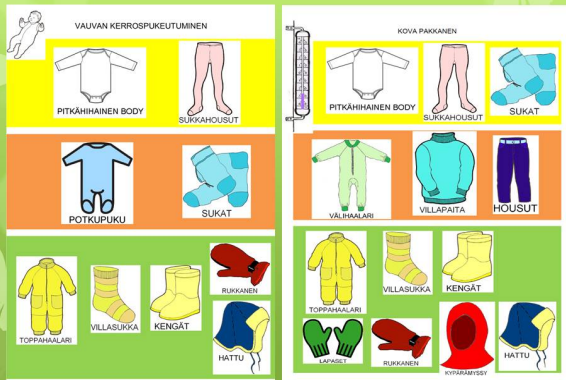
## Vauvan vaatteet

- Oikean kokoisia, helposti riisuttavia ja puettavia sekä pesua kestäviä ja turvallisia
- Vaatteet eivät saa aiheuttaa ihoärsytystä tai estää vauvan liikkumista
- Pestään ennen ensimmäistä käyttökertaa
- Äitiyspakkauksesta vauva saa hyvät perusvaatteet



## Ulkoilu vauvan kanssa

- Huomioidaan lämpötila, suojataan vauva hyvin kylmältä, kuumalta ja auringolta
- Vauvan lämpötila kannattaa tarkistaa niskasta
- Kesällä vastasyntyneen kanssa voi ulkoilla heti kotiutumisen jälkeen
- Talvella vauvan kanssa voi ulkoilla kahden viikon ikäisenä, aloitetaan pikku hiljaa
- Sateella sekä kovalla tuulella ja auringonpaisteella vauvat on sijoitettava suojaiseen paikkaan
- Vauvat useasti nukkuvat parhaiten ulkona



## Vauvan päivärytmi

- Vauvan päivärytmiä ohjaa suurimmaksi osaksi ateriät ja uni
- Unentarve ja unirytmivät vaihtelevat yksilöllisesti
- Säännöllinen päivärytmi tärkeää
- Iltarutiineilla on suuri merkitys vauvan rauhoittumiseen unille
- Yöllä hoidetaan vähäeleisesti ja varoen ettei vauva virkisty
- Vauva kannattaa totuttaa sellaisiin uniaikoihin ja unitapoihin, jotka sopivat hyvin muun perheen elämän rytmiin ja uneen



## Lähteet

- Haapio, S., Koski, K., Koski, P. & Paavilainen, R. 2009. Perhevalmennus. Porvoo: Ws Bookwell Oy.
- Hakulinen, T., Otronen, K. & Kuronen, M. (toim.) Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma 2018-2022. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Koski, P. 2007. Monikulttuurinen perhevalmennus. Helsinki: Edita.
- Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. 2015. Kätilötyö, Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Keuruu: Otava Oy
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) 2017. Meille tulee vauva, opas vauvan odotukseen ja hoitoon. T. Hakulinen, M. Kuronen, M. Pelkonen & J. Salo (toim.) Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- <http://www.kela.fi/aitiyspakkaus> (kuva)
- <http://papunet.net/materiaalia/kuvapankki/> (kuvia)
- [http://papunet.net/fileadmin/kuvat/materiaalit/toimintaohjeet/PUKEUTUMISOPAS\\_SUOMEN\\_TALVEEN\\_paivitetty.pdf](http://papunet.net/fileadmin/kuvat/materiaalit/toimintaohjeet/PUKEUTUMISOPAS_SUOMEN_TALVEEN_paivitetty.pdf) (kuvia)
- <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/vastasyntynyt/vauvan-perushoito>
- <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2012/10/02/valta-omat-niska-jahartiakivut-seka-vauvan-masuvaivat-vinkkejä-vastasyntyneen>