

---

# KESKOSPERHEEN TUKEMINEN LASTENNEUVOLASSA

Ohjauskansio terveydenhoitajille

---

Henna Jolkin  
Jonna Kräkin

Opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkinto





Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Henna Jolkin, Jonna Kräkin	
Työn nimi Keskosperheen tukeminen lastenneuvolassa – Ohjauskansio terveydenhoitajille	
Päiväys 15.10.2010	Sivumäärä/Liitteet 48/1
Ohjaaja(t) Ingrid Antikainen, lehtori, THM	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Varkauden lastenneuvola	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, jonka tarkoituksena oli laatia ohjauskansio keskosperheen tukemisesta Varkauden kaupungin lastenneuvolan terveydenhoitajille. Kehittämistyön tavoitteena oli lisätä terveydenhoitajien tietoa keskosesta sekä auttaa terveydenhoitajia ohjaamaan ja tukemaan keskospereitä lastenneuvolassa keskoslapsen kasvua, kehitystä ja terveyttä edistävasti.</p> <p>Keskosella ja ennenaikaisena syntyneellä tarkoitetaan lasta, joka on syntynyt ennen 37. raskausviikon täyttymistä. Syntymärekisterin mukaan Suomessa syntyi 59 808 lasta vuonna 2008. Vuonna 2001 keskusia syntyi 6,0 % ja vuonna 2008 vastaava luku oli 5,7 %. Keskosien matka sairaalan teho-osastolta kotiin perheen luo on usein pitkä, jopa kuukausien mittainen. Tämä alkutaival vaatii sekä lapselta että hänen vanhemmiltaan paljon voimavaroja. Vanhemmuuden voimavarojen tukeminen on asetettu yhdeksi lastenneuvolatyön keskeiseksi tavoitteeksi. Lastenneuvolatyön tavoitteena on myös lapsen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden edistäminen sekä perheen hyvinvoinnin parantuminen, varsinkin erityistä tukea tarvitsevilla perheillä.</p> <p>Keskokset ovat Suomessa pieni asiakasryhmä, joten yksittäiselle lastenneuvolan terveydenhoitajalle ei välttämättä kerry paljonkaan käytännön kokemusta keskosien kasvuun ja kehitykseen liittyvistä erityispiirteistä ja perheen tukemisesta. Laaditusta ohjauskansiosta on hyötyä lastenneuvolan terveydenhoitajille keskospereiden tukemisen apuvälineenä.</p>	
Avainsanat keskosuus, tukeminen, lastenneuvola	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Henna Jolkin, Jonna Kräkin			
Title of Thesis Supporting families of premature baby in Child Welfare Clinic – Guidance Folder for Public Health Nurses			
Date	15.10.2010	Pages/Appendices	48/1
Supervisor(s) Senior lecturer Ingrid Antikainen			
Project/Partners Child welfare clinic in Varkaus			
<p><b>Abstract</b></p> <p>The aim of our study was to prepare a Guidance Folder for supporting premature baby families for Public Health Nurses in Varkaus. The purpose of the thesis was to increase knowledge of Public Health Nurses of a premature baby and to help them to guide and support families in Child Welfare Clinic the way that promotes growth, development and health of the premature baby.</p> <p>A premature baby, or a preemie, is born before the 37th week of pregnancy. By the Finnish Birth Register in 2008 59 808 babies were born from which premature babies were 5,7 %. In 2001 the percentage was 6,0 %. The way home of a premature baby takes sometimes months from a neonatal intensive care unit. This requires a lot of capabilities from the baby and the parents. Supporting capabilities of parenthood is the main objective in Child Welfare Clinics. Other objectives include progressing baby's physical, mental and social health and improving welfare in families, especially in the families that require more intense support.</p> <p>In Finland the premature babies are a small number of customers. A Public Health Nurse doesn't get much experience of growth and development of a premature baby or supporting families. The Guidance Folder helps the Public Health Nurses in guidance of premature baby families.</p>			
<p><b>Keywords</b></p> <p>Premature, supporting, Child Welfare Clinic</p>			

## SISÄLTÖ

1	OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS.....	6
2	KESKOSENA SYNTYNYT .....	8
2.1	Keskosuuteen vaikuttavia tekijöitä .....	8
2.2	Keskosen hoito sairaalassa .....	9
2.3	Keskosen pitkäaikaisongelmia .....	10
2.4	Keskosen kehityksen seuranta kehitysseurantapoliklinikalla .....	14
3	KESKOSPERHEEN TUKEMINEN LASTENNEUVOLASSA .....	15
3.1	Keskosperheen tuen tarve .....	15
3.2	Keskosen kasvun seuranta .....	16
3.3	Keskosen kehityksen seuranta .....	17
3.4	Keskoslapsen ravitsemuksen tukeminen .....	20
3.5	Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen keskoslapsen ja vanhempien välillä...23	
3.6	Perheen voimavarojen vahvistaminen ja vanhemmuuden tukeminen .....	27
3.7	Sosiaalinen tuki keskosperheen tukemisessa .....	30
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN KEHITTÄMISTYÖNÄ.....	34
4.1	Kehittämistyön aloitus .....	34
4.2	Tiedonkeruu ja analysointi .....	35
4.3	Ohjauskansion työstäminen .....	36
4.4	Ohjauskansion arviointi.....	37
5	POHDINTA.....	39
5.1	Opinnäytetyön prosessi .....	39
5.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	40
5.3	Ammatillinen kasvu.....	41
	LÄHTEET.....	43

## LIITTEET

Liite 1 Keskosperhe lastenneuvolassa

## 1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

Normaali täysiaikainen raskaus kestää 40 viikkoa (Tiitinen 2009). Keskosella ja ennenaikaisena syntyneellä tarkoitetaan lasta, joka on syntynyt ennen 37. raskausviikon täyttymistä (Metsäranta & Järvenpää 2009; Tiitinen 2009; Tucker & McGuire 2005, 1; Korhonen 2003). Keskosena syntyneet lapset ovat tavallisesti pienipainoisia painaen alle 2500 g (*low birth weight*, LBW). Pieni keskonen on syntynyt ennen 32. raskausviikon täyttymistä, ja erittäin pieni keskonen on syntynyt ennen 28. raskausviikon täyttymistä. Alle 1500 g painoisena syntyneistä keskosista käytetään myös nimitystä pienipainoinen keskonen (*very low birth weight*, VLBW) ja alle 1000 g painoisena syntyneistä taas erittäin pienipainoinen keskonen (*extremely low birth weight*, ELBW). (Heikka 2007, 298; Tucker & McGuire 2005, 1; Korhonen 2003; Korhonen 1999, 14–15.)

Syntymärekisterin mukaan Suomessa syntyi 59 808 lasta vuonna 2008. Keskosena syntyneiden lasten osuus kasvoi 1990-luvun lopulla, mutta se on viime vuosina laskeutunut hiukan. Vuonna 2001 keskosia syntyi 6,0 % ja vuonna 2008 vastaava luku oli 5,7 %. Pienipainoisten (alle 2500 g) lasten määrä on viime vuosina pysynyt suunnilleen samana. Vuonna 2008 pienipainoisia lapsia oli 4,3 prosenttia eli yhtä paljon kuin vuonna 2003. (THL – Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009, 1,4.)

Viime vuosikymmeninä alle 1500 g:n painoisina syntyneiden lasten kuolleisuus on rikkaissa maissa vähentynyt selvästi. Erityisen merkittävä on ollut kaikkein epäkypsimpien lasten, syntyneet alle 28 raskausviikon ikäisenä ja/tai syntymäpaino ollut alle 1000 g, runsaampi eloonjääminen. HYKS:ssä jäi 1970-luvun lopulla eloon noin 50 % alle 1000 g painaneista elävänä syntyneistä keskosista. Vuosina 2005 - 2006 osuus oli 67 %. Vuosina 2005 - 2006 elävänä syntyneistä hyvin pienipainoisista keskosista selviytyi vuoden ikään koko maassa 87 %. (Mikkola, Tommiska, Hovi ja Kajantie 2009, 1341.)

Keskosuus ei ole sairaus, mutta se on riski. Osa lapsista selviää alkuvaikeuksista ilman jälkiseuraamuksia, mutta osalle jää pysyviä vammoja. Toistaiseksi ei ole olemassa yksiselitteistä keinoa sanoa keskosesta, tuleeko hän kehittymään täysin normaalisti vai ei. Siksi kehitystä, etenkin motoriikkaa, näköä ja kuuloa seurataan tavallista tarkemmin. Pienimpien keskosten riskit ovat suurimmat, siksi heidän kehitystään seurataan pisimpään erikoissairaanhoidossa. (Hermanson 2008a.)

Keskosen matka sairaalan teho-osastolta kotiin perheen luo on usein pitkä, jopa kuukausien mittainen. Tämä alkutaival vaatii sekä lapselta että hänen vanhemmiltaan paljon voimavaroja. (Heikka 2007, 298.) Vanhemmuuden voimavarojen tukeminen on asetettu yhdeksi lastenneuvolatyön keskeiseksi tavoitteeksi. Lastenneuvolatyön tavoitteena on myös lapsen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden edistäminen sekä perheen hyvinvoinnin parantuminen, varsinkin erityistä tukea tarvitsevilla perheillä. (Lindholm 2007, 113.) Keskokset ovat Suomessa pieni asiakasryhmä, joten yksittäiselle lastenneuvolan terveydenhoitajalle ei välttämättä kerry paljonkaan käytännön kokemusta keskosen kasvuun ja kehitykseen liittyvistä erityispiirteistä ja perheen tukemisesta (Heikka 2007, 298).

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kehittämistyönä ja tarkoituksena on laatia ohjauskansio keskosperehen tukemisesta Varkauden kaupungin lastenneuvolan terveydenhoitajille. Kehittämistyön tavoitteena on lisätä terveydenhoitajien tietoa keskosesta sekä auttaa terveydenhoitajia ohjaamaan ja tukemaan keskospereheitä lastenneuvolassa keskoslapsen kasvua, kehitystä ja terveyttä edistävasti. Ohjauskansio on selkeä ja helppolukuinen, josta terveydenhoitajat löytävät perustietoa keskosista, keskosen yleisimmistä pitkäaikaissairauksista ja keskosen kehityksen seurannasta sekä keskeisiä keskosperehen tukemisen työmenetelmiä.

Kehittämistyön aihe on tärkeä, koska terveydenhoitajien työ on suurelta osin perheiden parissa työskentelyä. Perheen omien voimavarojen tukeminen ja vahvistaminen on keskeinen osa terveydenhoitajien työtä. Tulevaisuudessa varmasti kohdataan keskospereheitä, ja silloin näistä perheen tukemisen keinoista tulee olemaan hyötyä. Löthman-Kilpeläisen (2001) tutkimuksessa todettiin, että terveydenhoitajat tukevat parhaiten jo ennestään hyvin selviytyviä vanhempia eli niin sanottuja tavallisia perheitä.

Tekijöiden kiinnostus ja mielenkiinto keskoslapsiin sekä perheiden kanssa työskentelyyn on suuri, koska on erittäin tärkeää, että terveydenhoitajilla olisi taitoja ja keinoja tukea myös erityistukea tarvitsevia perheitä kuten keskospereheitä. Siksi ohjauskansion laatiminen terveydenhoitajille tuntuu entistä tärkeämmältä.

## 2 KESKOSENA SYNTYNYT

Keskosena syntyneellä on tiettyjä ominaispiirteitä, jotka johtuvat lapsen ennenaikaisesta syntymästä, alhaisesta syntymäpainosta ja elimistön toiminnallisesta epäkypsyydestä. Tyypillisiä ominaispiirteitä ovat pään suuri koko suhteessa vartaloon sekä ihon suuri pinta-ala suhteessa lapsen painoon. Iho on ensin punakka ja nukkaisten karvan peitossa, kunnes iho vähitellen alkaa vaaleta. Iho on ohutta, ihonalaisen rasva- ja lihaskudoksen määrä vähäistä ja ihon läpi kuultavat verisuonet. Kädet sekä jalat ovat laihat, keskonen makaa raajat ojentuneina lihasten heikon jäntevyyden vuoksi. (Muurinen & Surakka 2001, 26; Korhonen 1996, 24.)

### 2.1 Keskosuuteen vaikuttavia tekijöitä

Keskosuuteen vaikuttavia tekijöitä voivat olla äidin tilanteesta johtuvat syyt, raskauden aikana ilmenevät ongelmat sekä sosioekonomiset riskitekijät. Äidin tilanteesta johtuvia tekijöitä, jotka voivat ennakoida keskosena syntymistä, ovat aikaisempi ennenaikainen tai pienipainoinen lapsi, vähintään kaksi raskaudenkeskeytystä tai raskauden keskivaiheen keskenmeno ja äidin krooninen sairaus esimerkiksi munuaissairaus tai diabetes. Raskauden aikana keskosena syntymistä voivat ennakoida enneaikaiset supistukset, kalvojen puhkeaminen, istukan irtoaminen, monisikiöraskaus, verenvuoto tai etinen istukka. Lisäksi keskosena syntymiseen johtavia riskitekijöitä voivat olla äidin verenpaineen nousu tai pre-eklampsia eli raskausmyrkytys (verenpaineen nousu yli tason 140/90 mmHg ja/tai proteinuria yli 0,3 g/vrk), sikiön kasvuhäiriö tai epämuodostuma, raskaushepatoosi eli hepatogestoosi (raskaushäiriö, jossa iho alkaa kutista ja maksaentsyymien pitoisuus veressä alkaa suurentua) sekä äidin emättimen tai kohdunkaulan infektiot. Sosioekonomisia riskitekijöitä, jotka voivat vaikuttaa keskosena syntymiseen, ovat esimerkiksi äidin huonot sosiaaliset olosuhteet ja huono koulutustaso, äidin alkoholin ja huumeiden käyttö sekä tupakointi. Äidin erityisen vaikeat työolosuhteet ja naimattomuus voivat vaikuttaa myös keskosena syntymisen riskiin. Lisäksi keskosena syntymisen riskitekijöitä ovat synnyttäjän nuori ikä (alle 18 vuotta), tai synnyttäjän korkea ikä (yli 35 vuotta). Keskosena syntymisen riskitekijöihin voidaan lukea myös äidin ensisynnyttäjäisyys tai monisynnyttäjäisyys (enemmän kuin neljä synnytystä). (Halmesmäki 2009; Tiitinen 2009; Behrman & Butler 2007, 87–168; Saarikoski 2004, 417; Kekki & Paavonen 2003, 1138–1144; Mattison, Wilson, Coussens & Gilbert 2003, 42-52; Muurinen & Surakka 2001, 26.)

Tarkka keskosena syntymiseen johtava syy saadaan selville jälkikäteen vain noin puolessa tapauksissa. Ensimmäistä kertaa raskaana olevilta ei voida seuloa ennenaikai-



suuden riskiä alkuraskauden aikana. Uudelleen raskaana olevalla edellisen raskauden tai synnytyksen poikkeava kulku voivat antaa viitteitä mahdollisesta ennenaikaisesta synnytyksestä. (Tiitinen 2009; Halmesmäki 2009; Saarikoski 2004, 417; Kekki & Paavonen 2003, 1137–1138; Muurinen & Surakka 2001, 26.)

## 2.2 Keskosen hoito sairaalassa

Hyvin pieni keskonen on täysin riippuvainen toisen ihmisen avusta. Edes lapsen itku ei viestitä lapsen hätää tai toiveita, kuten täysiaikaisella vastasyntyneellä. Keskosvauvan pienistäkin viesteistä on yritettävä tulkita, onko vauvalla hyvä olla ja hoitaa häntä parhaalla mahdollisella ammattitaidolla ja lämmöllä. Keskosten hoidossa on muistettava, että mitä pienempi keskonen on, sitä enemmän hän tarvitsee unta ja sitä herkemmin keskonen yliaktivoituu, jos hoitotoimenpiteet ajoitetaan sopimattomasti. Yliaktivoituminen johtuu keskosen keskushermoston kypsymättömyydestä. (Arasola, Reen, Vepsäläinen & Yli-Huumo 2004, 402–403; Muurinen & Surakka 2001, 27–28; Minkkinen, Jokinen, Muurinen & Surakka 1997, 143–146.)

Keskosten hoidossa käytetään käsitettä *minimal handling*, joka tarkoittaa hellää ja säästävää hoitoa. Keskosta hoidetaan säästävästi, rasittamatta, koska kaikki keskosen voimavarat on käytettävä kasvamiseen ja kypsymiseen. Keskosta on hoidettava rauhallisesti, ystävällisesti ja varmoin ottein. Hoitojen yhteydessä on tärkeää jutella keskoselle ystävällisesti ja pehmeästi. Turvallisuudentunnetta lisäämään annetaan vanhempien hyvällä vauvaansa mahdollisimman paljon tilanteen mukaan. Keskosen kasvun turvaamiseksi yritetään mahdollisimman tarkasti simuloida kohdun kasvuoloja väreineen ja äänineen. Keskoskaappi voidaan esimerkiksi pimentää peitolla, jotta kirkkaat valot eivät häiritse. (Arasola ym. 2004, 402–403; Muurinen & Surakka 2001, 27–28; Minkkinen ym. 1997, 143–146.)

Keskosen infektioalttius on suurempi kuin täysiaikaisella vauvalla. Tämä johtuu siitä, että keskosen oma suoja-ainetuotanto ei ole vielä käynnistynyt eivätkä infektiolta suojaavat vasta-aineet ole vielä siirtyneet äidiltä lapselle. Infektoriskin takia vastasyntyneiden teho-osastolla vältetään turhia vierailuja. Usein vain keskosen oma perhe saa vierailaa osastolla. (Muurinen & Surakka 2001, 27; Minkkinen ym. 1997, 144–146.) Mitä ennenaikaisempi keskonen on, sitä todennäköisempiä ovat hengitysvaikeudet. Hengitysvaikeudet johtuvat yleensä keuhkojen kypsymättömyydestä tai hengityskeskuksen riittämättömästä stimuloitumisesta. Keskonen ei myöskään kykene ylläpitämään elimistönsä läm-

pötasapainoa, mikä johtuu keskosen glukogeeni- ja rasvavarastojen vähäisyydestä. Tällä on taas merkitystä elimistön normaalille toiminnalle siten, että matala lämpötila laskee elimistön pH:ta ja vaikuttaa muun muassa hengitykseen, hapentarpeeseen ja sokeritasapainoon. (Korhonen 1996, 24.)

Keskosen sairaalahoidossa painottuu perhekeskeisyys. Äidin ja perheen kanssa pyritään keskustelemaan mahdollisimman paljon, esimerkiksi lapsen voinnista, hoidosta ja hoitoympäristön yksityiskohdista ja kaikesta, mikä vanhemmille on siinä hetkessä merkityksellistä. Hoitajan on mentävä perheen luokse luonteivissa tilanteissa, esimerkiksi hoitojen yhteydessä, jolloin vanhemmille tulee tunne, että heille on aikaa ja heistä ja heidän lapsestaan välitetään. Hoidon jatkuvuutta voidaan parhaiten turvata yksilövastuisella hoidolla. Koska keskosen hoitoaika osastolla voi olla hyvinkin pitkä, on tärkeää, että perhe tutustuu hyvin niin sanottuun omaan hoitajaan ja päinvastoin. Myös kotihoidon ohjaus on tehokasta, kun perhe ja oma hoitaja tuntevat toisensa hyvin. Vastasyntyneiden teho-osastoilla on usein perhehuoneet, joissa vanhemmat voivat harjoitella keskösauvan hoitoa jo ennen vauvan kotiin pääsyä. (Muurinen & Surakka 2001, 30-31; Minkinen ym. 1997, 148-149.)

### 2.3 Keskosen pitkäaikaisongelmia

Keskosena syntyneen lapsen elimistö on raskausviikkojen määrästä riippuen epäkypsä, mikä altistaa lapsen monille fyysisille, psyykkisille ja sosioemotionaalisille seurauksille. Keskösauva syntyy ennen kuin hän on fysiologisesti ja psykologisesti valmis olemaan erillään äidistään. Sikiön elintoiminnot kehittyvät ja kypsyvät voimakkaasti raskauden viimeisen kolmanneksen aikana. Elimistön epäkypsyydestä aiheutuu sekä toiminnallisia ongelmia että keskosille tyypillisiä sairauksia. (Schulman 2003; 152–153; Reid & Freer 2000, 20; Korhonen 1999, 14–15; Korhonen 1996, 22.) Ennenaikaisesti syntyneillä ja pienipainoisilla lapsilla on huomattavasti enemmän ongelmia vastasyntyneisyyskaudella kuin täysiaikaisena syntyneillä, ja osalla keskosuus aiheuttaa ongelmia koko elämän ajan (Korhonen 1999, 15). Keskosen tulevaisuuden ennustetta arvioitaessa on otettava huomioon suuret yksilölliset erot sairastavuudessa ja erilaisten komplikaatioiden kehitymisessä. Tästä syystä hoidon alussa ei voida sanoa, kuka lapsista tulee selviytymään hyvin kuka huonommin. Tämä edellyttää, että kaikille lapsille annetaan yhtäläiset mahdollisuudet täysipainoiseen alkuhoitoon. (Kaukola 2006; Korhonen 1996, 24.)

Keskosuuteen liittyvien pitkäaikaisongelmien riski lisääntyy, kun yhä pienemmät vauvat jäävät eloon. Pitkäaikaisongelmia ovat krooninen keuhkosairaus bronkopulmonaalinen

dysplasia eli BPD, jota kutsutaan myös nimellä krooninen hengitysvaikeus eli CLD (chronic lung disease), keskosen retinopatia eli verkkokalvon sairaus ROP, nekrotisoiva enterokoliitti NEC sekä erilaiset neurologiset ongelmat kuten CP-oireyhtymä, epilepsia, aivo-selkäydinnesteen kertyminen aivokammioihin eli hydrokefalus sekä myöhemmin ilmenevät käyttäytymisongelmat ja oppimisvaikeudet. Lisäksi keskosilla havaitaan eriaistaisia aistivammoja, kielen ja kognitiivisen alueen ongelmia, havaintotoimintojen vajaavuutta sekä eriaistista epäkypsyyttä. (Heikka 2007, 298–299; Pohjavuori 2002, 117–118; Korhonen 1999, 16.) Keskosen pitkäaikaisongelmia, niiden oireita ja ongelmia sekä seuranta- ja hoitoa on kuvattu Taulukossa 1.

Taulukko 1. Keskosen pitkäaikaisongelmia

Pitkäaikais sairaus/ ongelma	Sairauden tausta	Oireet/ ongelmat	Hoito/ seuranta
<b>BPD eli bronkopulmonaalinen dysplasia</b> pitkäaikainen keuhkosairaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BPD voi kehittyä happi- ja hengityskonehoitoa vaatineen RDS- taudin eli vastasyntyneen hengitysvaikeusoireyhtymän seurauksena. (RDS johtuu keskosien keuhkojen epäkypsyydestä)</li> <li>- Tautiin sairastumisen riskiryhmään kuuluvat alle 1000g syntymäpainoiset ja ennen 28. raskausviikkoa syntyneet keskoset.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BPD:lle on ominaista hengitysvaikeuksien ja lisähapen tarpeen jatkuminen useiden kuukausien ajan.</li> <li>- Oireita ovat limaisuus ja rohina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BPD ilmenee yleensä ennen neljän viikon ikää ja diagnoosi asetetaan usein 36. raskausviikolla.</li> <li>- BPD pidentää keskosien sairaalahoitoa sekä lisää todennäköisyyttä keuhkoperäisiin sairauksiin ensimmäisten ikävuosien aikana.</li> <li>- Erilaiset infektiot, kuten RS-virus, influenssat ja keuhkokuume voivat olla vaarallisia BPD-lapsille, joten hengitystieinfektioita tulisi välttää.</li> </ul>
<b>ROP eli keskosien retinopatia</b> verkkokalvosairaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ROP on silmän verkkokalvon etenevä sairaus, joka voi hoitamattomana aiheuttaa verkkokalvon irtautumisen ja jopa sokeuden.</li> <li>- ROP todetaan lähes kaikilla ennen 25. raskausviikkoa syntyneillä.</li> </ul>	Taudin vaikeusaste vaihtelee, lievimmät muutokset korjaantuvat yleensä itsestään.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keskosien tullessa 31.–32. raskausviikon ikäiseksi aloitetaan silmänpohjatutkimukset, joilla seurataan verkkokalvon kehittymistä.</li> <li>- Retinopatian myöhäismuutoksia ovat muun muassa erilaiset silmän taittoviat ja karsastus.</li> <li>- Kaikki hoidetut ROP-potilaat tarvitsevat pitkäaikaisseurantaa.</li> </ul>
<b>NEC eli nekrotisoiva enterokoliitti</b> suolistosairaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NEC on keskoslasten henkeä uhkaava suolistosairaus.</li> <li>- Nekrotisoivaa enterokoliittia esiintyy 8-12 %:lla alle 1500g syntymäpainoisilla lapsilla.</li> <li>- Taudin synty on osin epäselvä, mutta ainakin jonkinasteinen suoliston seinämän hapenpuute ja heikentynyt verenkierto vaikuttavat taudin syntyyn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suolen seinämän huono hapetus voi aiheuttaa limakalvovaurion, jonka seurauksena suolistobakteerit pääsevät suolen seinämään aiheuttaen kuolion ja suolen puhkeamisen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jos suoli puhkeaa, tehdään keskoselle yleensä suoliavanne, joka suljetaan yleensä keskosien toivuttua sairaudesta.</li> <li>- Mikäli suolta joudutaan poistamaan laajalta alueelta, voi keskoselle kehittyä lyhytsuolioireyhtymä ja imeytymishäiriöitä ja tulla kasvun hidastumista.</li> </ul>

(Metsäranta & Järvenpää 2009; Kari & Fellman 2006, 88–89; Kaukola 2006; Luukkainen & Rintala 2006, 183–185; Hällström 2005, 10; Korhonen 2004, 11; Dunder 2002, 134; Pohjavuori 2002, 117; Boyd 2000, 366; Martinez, Dargaville & Tausch 1999, 21–23, 27–28; Mupanemunda & Watkinson 1998; 38–42, 195–196, 287.)

Pitkäaikais sairaus/ ongelma	Sairauden tausta	Oireet/ ongelmat	Hoito/ seuranta
<b>Neurologiset pitkäaikaisongelmat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suurin osa keskosista saa aloittaa elämänsä ilman vaikeita neurologisia ongelmia.</li> <li>- Keskosilla esiintyy kuitenkin kolminkertainen määrä neurologisia pitkäaikaisongelmia terveisiin täysiaikaisiin lapsiin verrattuna.</li> <li>- Hyvin pienipainoisina keskosina syntyneet kuuluvat kielen kehityksen häiriöiden riskiryhmään. Oleellista normaalin kielen ja puheen oppimisen kannalta ovat sekä kuulo- ja näkökyky että kuulo- ja näköhämmotus. Näissä olevat ongelmat saattavat vaikuttaa puheen ja kielen häiriöiden syntymiseen.</li> <li>Kuulokyky vaikuttaa niin puheen oppimiseen kuin myös kognitiiviseen kehitykseenkin.</li> <li>- Oppiminen perustuu pitkälti myös kuulon, kielen ja puheen kehitykseen.</li> <li>- Neurologiset vammat ovat selvästi harvinaisempia yli 1500 g:n painoisina tai yli 30. raskausviikon ikäisinä syntyneillä keskosilla.</li> <li>- Suomessa ennenaikaisesti syntyvillä CP-vamman esiintyvyyden on todettu vaihtelevan 10–19 % välillä.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keskosien neurologisia ongelmia ovat mm. CP-oireyhtymä, epilepsia, aivo-selkäydinnesteen kertyminen aivokammioihin eli hydrokefalus sekä myöhemmin ilmenevät käyttäytymisongelmat.</li> <li>- Lieviä neurologisia ongelmia keskosilla ovat myöhemmin esiintyvät eriasteiset oppimis- ja havaintotoimintojen vaikeudet, joita esiintyy huomattavalla osalla keskosia.</li> <li>- Kouluvaikeuksia on todettu jopa 60 %:lla hyvin ennenaikaisesti syntyneistä.</li> <li>- Suomessa keskosilla on havaittu kuulovammoja noin 12 %:lla ja erilaisia näköongelmia jopa 23 %:lla.</li> <li>- Keskosilla on tutkittu olevan ongelmia erityisesti visuaalisessa havaitsemisessa sekä silmien ja käsien yhteistyössä.</li> <li>Visuaalisen hahmottamisen vaikeudet heijastuvat myös kielen kehitykseen.</li> <li>- CP-tyyppiset vauriot, erityisesti diplegia (kahden raajan halvaus) ovat pienten keskosten tyypillisiä ongelmia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keskosien kuulon seuranta on erittäin tärkeää läpi koko lapsuuden iän, koska useat eri riskitekijät kuten asfyksia (hapenpuutetila), infektiot ja keltaisuus yhdessä voivat vaurioittaa kuuloradastoa.</li> <li>- Keskosien puheen ja kielen kehityksen viivästyminen tai poikkeavuus jää usein huomaamatta, varsinkin jos lapsella ei ole selvää vammaa tai sairautta, jota seurattaisiin moniammatillisessa työryhmässä.</li> <li>Keskosten puheen ja kielen kehityksen viivästyminen on havaittavissa jo kahden vuoden iässä.</li> <li>- Vaikeimpia keskosien neurologisia pitkäaikaisongelmia ovat CP-vamma ja vaikea kehitysvammaisuus, jotka voidaan havaita kahden ensimmäisen ikävuoden aikana.</li> </ul>

(Metsäranta & Järvenpää 2009; Jansson-Verkasalo & Valkama 2005, 5105–5109; Korhonen 2003; Herrgård & Renko 2000, 2040; Olsen & Vainionpää 2000, 2032–2036; Korhonen 1999, 16.)

## 2.4 Keskosen kehityksen seuranta kehitysseurantapoliklinikalla

Keskosen kotiuduttua sairaalasta keskosen kasvua ja kehitystä seurataan lastenneuvolassa sekä pienimpien keskosten kohdalla keskussairaalan kehitysseurantapoliklinikalla. Kehitysseurantapoliklinikoiden seurantaan kuuluvat kaikki alle 32. raskausviikon ikäisenä syntyneet tai alle 1000 g syntymäpainoiset keskoset, sillä mitä pienempi keskonen on ollut syntyessään, sitä suurempi on myöhempien kehitysongelmien riski. (Hermanson 2008a; Heikka 2007, 302.) Näiden pienten keskosten kehityksen seurannan päävastuu kuuluu keskussairaalan kehitysseurantapoliklinikalle. Kehitysseurantapoliklinikalla keskosen kehitysseuranta tapahtuu yleensä 3-4, 6-8 ja 12 kuukauden iässä. Mikäli lapsen kokonaistilanne vaatii, voidaan kehitysseurantakäyntejä tehdä myös 9:n ja 18 kuukauden kohdalla sekä tiheämmin. Jatkossa kehitystä arvioidaan kehitysseurantapoliklinikalla kahden ja viiden vuoden iässä. (Heikka 2007, 302–303; Riikola 2007, 3.)

Kehitysseurantapoliklinikalla lastenlääkäri tarkistaa lapsen toteutuneen ravitsemuksen, kasvun sekä kehityksen. Tarvittaessa konsultoidaan ravitsemusterapeuttia, joka suunnittelee ja saattaa ajan tasalle lapsen yksilöllisen ruokasuunnitelman. Fysioterapeutti arvioi lapsen kokonaiskehitystä ja liikunnallisten taitojen kehittymistä sekä ohjaa vanhempia niiden tukemiseen jokapäiväisessä hoidossa. Kehitysseurantakäyntien yhteydessä BPD:aa sairastavat lapset käyvät tarvittaessa keuhkolääkärin vastaanotolla. Kehitysseurantapoliklinikakäynnin yhteydessä perhe voi halutessaan tavata myös kuntoutusohjaajaa sekä sosiaalityöntekijää. (Heikka 2007, 302–303.)

Keskoslapsen liian vähäinen ravitseminen saattaa hidastaa kasvamista tai olla oire jostain häiriöstä. Siksi jokaisella kehitysseurantakäynnillä selvitetään, miten lapsi syö. (Riikola 2007, 4.) Mikäli keskosen syömiseen liittyvät asiat aiheuttava huolta, puheterapeutti voi arvioida lapsen syömisvalmiuksia ja ohjata vanhempia muun muassa lapsen hyvän syömisasennon löytämiseksi. Lapsesta otetaan tarvittaessa myös ravitsemusverinäytteitä, joista seurataan esimerkiksi elimistön rauta- ja mineraalivarastoja. Neurologi tapaa pikkukeskosena syntyneen lapsen yleensä ensimmäisen kerran puolen vuoden ikäisenä. Kehitysseurantakäyntien painopisteet vaihtelevat lapsen eri ikäkausina. Mahdollisten ongelmien laatu ja määrä saattavat selvitä vasta vuosien kuluttua seurannan aloittamisesta. (Heikka 2007, 303.) Pienimpien keskosten riskit ovat suurimmat, siksi heidän kehitystään seurataan pisimpään erikoissairaanhoidossa (Hermanson 2008a).

### 3 KESKOSPERHEEN TUKEMINEN LASTENNEUVOLASSA

Terveydenhoitaja on lastenneuvolan keskeisin voimavara ja terveyden edistämisen ja perhehoitotyön asiantuntija neuvolatyössä. Terveydenhoitaja tuntee oman alueensa, sen väestön ja siihen kuuluvat perheet. Hän vastaa lapsen kasvun ja kehityksen seurannasta sekä huolehtii seulontatutkimuksista ja rokotuksista. Terveydenhoitaja edistää koko perheen terveyttä perhekeskeisellä ja voimavaralähtöisellä työotteella. Terveydenhoitaja antaa asiantuntemuksensa perheen käyttöön ja työskentelee perheen kanssa kumppanuutta ja luottamusta vaalien. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 27; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 32.)

Lähes kaikki Suomen lapsiperheet ovat lastenneuvolan asiakkaita. Neuvolan ensisijainen tehtävä on lapsen terveyden ja hyvinvoinnin varmistaminen. Neuvolassa noudatetaan lapsilähtöistä työtettä, joka ei kuitenkaan rajaa ulos perhettä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 18–20.) Vanhempien hyvinvoinnista riippuu paljolti myös lapsen hyvinvointi (Hyvärinen 2007, 360).

#### 3.1 Keskosperheen tuen tarve

Tutkimusten mukaan 10–30 % neuvolaikäisten lasten perheistä on erityistuen tarpeessa. Lapsen kasvu ja kehitys vaarantuu erityisesti silloin, kun perheeseen kasaantuu useampia terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia haitallisia tekijöitä eikä perheellä ole riittävää tukea. (Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2005.) Lastenneuvolan tehtävänä on antaa vanhemmille riittävästi tukea vanhemmuuteen ja parisuhteeseen, tukea vanhempia turvalliseen lapsilähtöiseen kasvatustapaan ja antaa vanhemmille ajantasaista tietoa lapsen ja koko perheen terveyden edistämiseen liittyvissä asioissa. Lastenneuvolan yksi tehtävä on myös tunnistaa mahdollisimman ajoissa epätavallisen kehityksen merkit lapsessa ja perheessä sekä elinympäristössä sekä puuttua mahdollisimman varhain epäkohtiin, jotka vaarantavat lapsen tai perheen terveyttä. (Hermanson 2008b; Lindholm 2007, 113; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 21.)

Keskosperheen tuen tarpeeseen vaikuttaa se, miten hyvin vanhemmat ovat ehtineet valmistautua vauvan tuloon. Jos keskonen syntyy hyvin varhain, voi vanhempien kasvu vanhemmuuteen olla vielä kesken. Tuen tarpeeseen vaikuttaa myös keskonen yksilölliset ongelmat, jotka voivat aiheuttaa vanhemmille lisää huolta. Sen vuoksi perhe tarvit-

see paljon ulkopuolista tukea. Keskosia hoitavien sairaaloiden tulisi tiedottaa neuvolaan keskoslapsen syntymästä, jotta voidaan taata hoidon ja seurannan jatkuvuus lastenneuvolassa. Lastenneuvolan terveydenhoitajan olisi hyvä käydä sairaalassa tapaamassa keskoslasta, perhettä ja sairaalan hoitotiimiä etukäteen ennen lapsen kotiutumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 212.)

Jos keskonen tai alipainoisena syntynyt lapsi ei kuulu sairaalan kehitysseurannan piiriin, on tärkeää, että kehitysseurannan lisäksi kiinnitetään huomiota erityisen tarkasti vanhempien jaksamiseen ja henkisen tuen tarpeeseen. Keskoslasten perheiden neuvolaikäynnit tulisi suunnitella yksilöllisesti. Keskoslasten perheet hyötyvät erityisesti kotikäynneistä, joita tulisikin järjestää useammin. Vanhemmat, vanhempien parisuhde ja jaksaminen sekä perheen muut lapset tulisi myös muistaa huomioida keskoslapsen ohella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 212–213.)

Keskoslasten vanhempien tunteisiin kuuluu usein syyllisyys, vaikka siihen ei olisikaan mitään erityistä järjellistä syytä. Syyllisyydentunteista voi olla vaikeaa puhua omaloitteisesti. Tällöin luottamuksen ja keskusteluyhteyden syntyminen vanhempien ja neuvolan terveydenhoitajan välille on hyvin tärkeää. Tällaisissa tilanteissa myös vertaistuesta voi olla vanhemmille suurta hyötyä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 213.)

### 3.2 Keskosien kasvun seuranta

Keskosien kasvua tulee seurata neuvolassa korjatun iän mukaisesti. Korjattu ikä laskeetaan siten, että käytetään keskosien todellisen syntymäajan sijasta laskettua aikaa eli päivää jolloin raskaus olisi kestänyt 40 viikkoa. Korjattu ikä vastaa lapsen todellista ikää, joka alkaa hedelmöityksestä. Keskosien kehitystä tulee arvioida korjatun iän mukaan niin kauan kuin ero keskosien ja täysiaikaisena syntyneiden lapsen kehityksessä on käytännön kannalta merkittävä, yleensä kahden vuoden ikään saakka. (Metsäranta & Järvenpää 2009; Hermanson 2008a; Herrgård & Renko 2000, 2038.)

Keskosien kasvun seuraamiseen on käytettävissä omat kasvukäyrät, jotka alkavat noin kaksi kuukautta ennen laskettua aikaa ja jatkuvat yhden vuoden ikää asti. Tätä varhaisempi kasvun seuranta ennen laskettua aikaa perustuu intrauteriinisiin eli kohdunsisäisiin kasvukäyriin. Yli 1500 g:n painoisina syntyneiden keskosien kasvu jatkuu johdonmukaisena syntymäpainon saavuttamisen (10-14vrk) jälkeen. On hyvin yleistä, että keskosien kasvu häiriintyy epäihanteellisten syntymänjälkeisten olojen takia. Kun keskosien



ravitsemus saadaan tyydyttäväksi, saavutuskasvu käynnistyy. Saavutuskasvua, tavallista nopeampaa kasvua, tapahtuu keskosina syntyneille kahden ensimmäisen ikävuoden ajan. (Metsäranta & Järvenpää 2009; Hermanson 2008a.) Saavutuskasvun puuttuminen on merkki ravitsemuksen tai lapsen elintoimintojen ongelmien jatkumisesta tai jostakin perussairaudesta (Metsäranta & Järvenpää 2009).

Jokaisella neuvolan seurantakäynnillä varmistetaan keskosien kasvun ja painon kehittyminen lasketun ajan mukaan korjatulla kasvukäyrästä. Tätä keskosien omaa kasvukäyrää käytetään yleensä kehitysseurantapoliklinikoilla ja sitä tulisi käyttää myös lastenneuvolassa. Tavoitteena on, että lapsi saavuttaa kahden vuoden ikään mennessä perimänsä mukaisen suhteellisen pituutensa. Myös painon ja päänympäryksen kasvun tulisi olla tasaista suhteessa pituuskasvuun. Lähes kaikki keskoset saavuttavat kasvutavoitteen, kunhan saavat siihen tarvittaessa tukea. (Riikola 2007, 4.)

### 3.3 Keskosien kehityksen seuranta

Lastenneuvolassa keskosien kehitysseuranta tehdään samansisältöisenä kuin täysikäisille lapsille (Heikka 2007, 303). Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen (2004b) mukaan lastenneuvolakäyntejä tulisi olla 14–16 koko neuvolavaiheen aikana. Neuvolalääkäri tutkii lapsen viisi kertaa ennen kouluunmenoa; 6-8 viikon, 4:n, 8:n ja 18 kuukauden iässä ja näiden lisäksi vähintään kerran leikki-iässä. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 127–129.)

Keskoslapsen liikunnallisen kehityksen seurannassa on kiinnitettävä huomiota siihen, miten liikunnallinen kehitys etenee. Keskosien liikunnallista kehitystä tuetaan tietyn kehitysmallin mukaan, mikä tarkoittaa sitä, ettei kehitysvaiheita voi hypätä yli, vaan ensin on opittava esimerkiksi pään hallinta, ennen kuin voi oppia kääntymään. Tärkeintä keskosien liikunnallisessa kehityksessä ei ole niinkään tiettyjen kehityksellisten aikojen toteutuminen, vaan kehityksen jatkuva eteneminen. (Vamla 2006.)

Keskosien liikunnalliseen kehitykseen vaikuttavat ennenaikaisen lapsen tyypilliset ominaispiirteet kuten epäkypsät liikemallit sekä matala lihasjänteisyys, mitä korvataan lapsi käyttäen vartalon ylijointamista. Tämä lisää hartioiden taakse vetämistä ja heikentää keskilinjan hallintaa. (Vamla 2006; Reid & Freer 2000, 20; Korhonen 1999, 120–122.) Mitä pienempi ennenaikaisesti syntynyt lapsi on, sitä suurempi on liikunnallisten

ongelmien riski. Liikunnallinen kehitys on aina yksilöllistä ja sitä tuetaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Liikunnallisen kehityksen tavoitteena on, että lapsi kykenee itse säätämään toimintojaan ja vastaamaan tarkoituksenmukaisin liikkein ympäristön ärsykeisiin sekä oppii kehonsa symmetrisen hallinnan. (Korhonen 1999, 120–122.)

Keskosen liikunnallisen kehityksen tukemisella on suuri merkitys keskosen tulevaisuuden kannalta. Sen avulla tuetaan sekä lapsen fyysistä kehitystä että persoonallisuuden ja minäkuvan kehittymistä. Liikunnallinen kehitys ja aistitoimintojen jäsentyminen kulkevat käsi kädessä toisiaan tukien, sillä liikkumisen kautta lapsi saa tunnetta oman vartalon hallinnasta ja oppii käyttämään sitä monipuolisesti. Monipuolisilla liikekokemuksilla on taas puolestaan aistitoimintojen jäsentymistä vahvistava vaikutus. Aistitoimintojen jäsentymisellä tarkoitetaan lapsen kykyä ottaa vastaan, tulkita ja reagoida itsestään ja elinympäristöstään tuleviin aistiärsykeisiin asianmukaisella tavalla. (Korhonen 1999, 118.) Aistitoimintojen jäsentyminen ilmenee fysiologisissa toiminnoissa ja lapsen käyttäytymisessä. Keskosilla, joilla on aistitoimintojen jäsentymisessä ongelmia, on hätäänntyneet kehonliikkeet, hermostuneisuutta ja lihastonuksen muutoksia. Keskonen voi olla vaikeasti lohdutettavissa ja hänellä on kyvyttömyyttä sietää ärsykeitä. (Korhonen 1999, 51–53.)

Keskoslapsen optimaalisesta asennosta huolehtiminen, raajojen kokoaminen, lapsen nostamiseen ja kantamiseen liittyvät periaatteet sekä erilaisten stimulaatiotapojen käyttäminen ovat keskosen liikunnallisen kehityksen tukemisen keinoja. Liikunnallisen kehityksen tukeminen sisältyy keskosen päivittäiseen, normaaliin hoitoon. (Korhonen 1999, 127.) Asentohoidon kulmakivenä on luoda keskoselle kohtua muistuttava hoitoympäristö esimerkiksi rakentamalla ”pesä” tyynypötköistä lapsen ympärille. Hyvä asento keskoselle on kyljellään, mikä tukee asennon symmetrian kehittymistä, keskilinja-orientaatiota ja raajojen fleksiota eli koukistumista sekä silmien, käsien ja suun yhteistoimintaa. Hyvällä asennolla on myös merkitystä keskosen sosioemotionaalisen kehityksen kannalta. Hyvän asentohoidon tärkeä vaikutus on myös stressin väheneminen sekä keskosen rauhoittuminen, mikä vaikuttaa taas elintoimintoihin tehden niistä vakaammat. (Reid & Freer 2000, 28–33; Korhonen 1999, 127–129.)

Asentohoidossa raajojen kokoamisen tarkoitus on estää varhaisheijasteiden, etenkin Moro- eli säikähdysheijasteen, laukeamista. Keskosta hoidettaessa on tärkeää tehdä käännöt vaiheittain välttämättä nopeita liikkeitä sekä pään ja vartalon äärijoennuksia. Käännettäessä keskosta laitetaan lapsen kädet rinnan päälle, seuraavaksi käännetään

pää ja vartalo samanaikaisesti siten, että varhaisheijasteen laukeaminen estyy. Oikein tehty nostaminen ja asennon vaihtaminen edistävät keskosen jäsentymistä ja liikemallien oppimista sekä tukevat pään hallinnan kehittymistä. Keskosen voinnin tasaannuttua häntä voidaan käänellä kylkinostojen kautta, jolloin etuna on esimerkiksi se, että keskosen pään hallinta vahvistuu. (Reid & Freer 2000, 28–33; Korhonen 1999, 131–132.)

Keskosen liikunnallista kehitystä voidaan tukea päivittäisten hoitotoimenpiteiden aikana esimerkiksi hoitamalla lasta vanhemman polvien päällä. Pukeminen ja vaippojen vaihto polvien päällä harjaannuttaa keskosen vartalon hallintaa ja vähentää jännitystä sekä antaa lapselle erilaisia asento- ja liiketuntemuksia. (Vamlas 2006; Korhonen 1999, 132–134.)

Psykomotorista kehitystä, näköä ja kuuloa seurataan tavallista tarkemmin, koska toistaiseksi ei pystytä yksiselitteisesti sanomaan, tuleeko keskosen kehittymään täysin normaalisti vai ei. Keskosen kehityksen seurannassa varsinkin 4- ja 5-vuotistarkastukset ja niissä tehtävät oppimisen erityisvaikeuksien seulonnat ovat erityisen tärkeitä, koska jos oppimisen ongelmia todetaan, niihin voidaan puuttua hyvissä ajoin ennen koulun alkamista. (Hermanson 2008a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 212–213.)

Lastenneuvolan tehtävänä on hoitaa keskoslapsen kehitysseurannan ohella myös iänmukaiset rokotukset. Yleinen rokotusohjelma toteutetaan keskosen kohdalla, mikäli mahdollista, kalenteri-ikä mukaisesti. BCG-rokotus eli rokotus tuberkuloositartuntaa vastaan annetaan riskiryhmiin kuuluville keskosille yleensä 2500 g:n painon saavuttamisen jälkeen. BCG- ja muiden rokotusten välin tulisi olla vähintään neljä viikkoa. Influenssarokotusta suositellaan kaikille yli puolivuotiaille keskosille. (Metsäranta & Järvenpää 2009; Nohynek 2009; Leino 2007).

Perheelle, jonka keskoslasta seurataan tiiviisti kehitysseurantapoliklinikalla, voi tulla tunne, että lastenneuvolan tehtäväksi jää ainoastaan painon ja pituuden seuranta sekä rokotusten antaminen. Tämän käsityksen vuoksi luottamussuhteen muodostuminen neuvolan terveydenhoitajan ja perheen välillä on haasteellista ja hitaampaa. Kehitysseurantapoliklinikkäyntien harventuessa päävastuu keskosen kehityksen seurannasta siirtyy lastenneuvolalle ja kestää kouluikänsä saakka. Siksi neuvolan terveydenhoitajan olisi hyvä saada luotua luottamus keskosen perheeseen jo ensimmäisillä neuvolakäynneillä. (Heikka 2007, 303.)

### 3.4 Keskoslapsen ravitsemuksen tukeminen

Keskeinen osa keskosena syntyneen lapsen hoitoa on hyvä ravitseminen (Järvenpää ym. 2008, 2). Keskosien hyvä ravitseminen tarkoittaa energian, valkuaisaineiden, vitamiinien, kivennäis- ja hivenaineiden suurempaa tarvetta suhteessa painoon kuin täysiaikaisina syntyneillä (Kaukola 2006). Keskosien ravitseminen on aina yksilöllistä ja siihen vaikuttavat keskosien syntymäpaino, raskausviikot syntymähetkellä, kehitysvaihe ja kasvu sekä keskosien mahdolliset sairaudet. Keskosien kasvu on ensimmäisten elinviikkojen aikana nopeampaa kuin täysiaikaisena syntyneen vauvan. Tästä johtuen ravinnontarve on myös suurempaa keskosella kuin täysiaikaisella vauvalla. (Järvenpää ym. 2008, 2-3.) Hyvän ravitsemuksen tavoitteena on taata keskoselle tasainen kasvu ja kehitys. Hyvä ravitseminen auttaa osaltaan keskosista myös parantumaan mahdollisista sairauksista sekä suojautumaan infektioita vastaan. Koko keskosien kasvun ajan on tärkeää ylläpitää hyvää ravitsemusta. (Hasunen ym. 2004, 132–133.)

Keskosien lievät syömisongelmat ovat tavallisia, jotka johtuvat elimistön kehittymättömyydestä. Erityisvaatimuksia asettavat keskosien ruoansulatuksen, maksan ja munuaisten epäkypsyys. Keskosien vaikeammat syömisongelmat liittyvät BPD-tautiin, neurologisiin ongelmiin ja vammoihin. (Hasunen ym. 2004, 132–133.) Tavallisimpia keskosien syömisongelmia ovat huono ruokahalu sekä oksentelu- ja pulautteluherkkyys, josta voi seurata myöhemmin lapsen hidastunut kasvu. Keskoselle syömisestä herkästi koituvia vaivoja voivat olla ummetus sekä muut vatsavaivat. (Järvenpää ym. 2008, 7.)

Keskoselle parasta ravintoa on äidinmaito. Äidinmaito eli rintamaito sisältää pitkäketjuisia rasvahappoja, jotka ovat erittäin tärkeitä ja hyödyllisiä keskosien näkökyvyn ja hermoston kehittymiselle. (Hasunen ym. 2004, 132–133.) Jos lapsi ei jaksaa imeä rinnasta riittävästi, äiti voi lypsää maitoa ja antaa sitä pullosta (Fellman & Järvenpää 2007). Aluksi äiti voi parhaiten ylläpitää maidon erittymistä lypsämällä ainakin 6-8 kertaa vuorokaudessa, tiheämmin päivällä ja ainakin kerran myös yöllä. Imetyksen harjoittelu voidaan aloittaa yleensä keskosien ollessa 32–34 raskausviikon ikäinen. (Järvenpää ym. 2008, 3.)

Hyvin pienipainoisena syntyneelle keskoselle ei riitä pelkkä äidinmaito ensimmäisten elinkuukausien aikana, vaan ravinnonsaantia täydennetään keskosien kasvun ja ravinnontarpeen mukaan joko äidinmaidon ravintolisillä tai keskoskorvikkeella, kunnes keskosien saavuttaa 4000–5000 g:n painon. Ravintolisiä keskoselle annetaan lääkärin tai

ravitsemusterapeutin ohjeiden mukaan. Rintamaidon ravintolisä on tarkoitettu täydentämään äidinmaitoa keskosien ensimmäisten elinkuukausien aikana. Apteekista saatavia rintamaidon ravintolisiä ja tarvittaessa keskoskorvikkeita voidaan käyttää myös kotihoitossa pienipainoisena syntyneellä lapsella yksilöllisen tarpeen mukaan. Keskoskorvikkeessa on enemmän ravintoaineita kuin tavallisessa korvikkeessa. (Järvenpää ym. 2008, 3-5.)

Aluksi keskoselle tarjotaan maitoaterioita 2-3 tunnin välein, koska keskonen jaksaa syödä vain vähän kerrallaan. Aterioiden lukumäärää vähennetään iän karttuessa ja lapsen kasvaessa. (Järvenpää ym. 2008, 5.) Alussa maidon päivittäinen määrä keskosella on noin 1/5 painosta eli usein 180–200 ml/kg/vrk noin 3500 g:n painoon asti. Tämän jälkeen riittää vähemmän eli noin 1/6 painosta eli 160–170 ml/kg/vrk noin 3 kuukauden korjattuun ikään asti kuten täysiaikaisina syntyneillä lapsilla. Ateriatiheys ja maidon tarve ovat kuitenkin yksilöllisiä. (Fellman & Järvenpää 2007.) Keskosien kotiutuessa ruokaa tarjotaan tiheämmin päivällä, yöllä ateriavälit voivat olla pidemmät (Järvenpää ym. 2008, 5-6). Syötöt voivat olla kotona lapsentahtisia. Kotiutusvaiheessa keskoset syövät sairaalassa usein päivisin 3 tunnin ja öisin 4 tunnin välein eli 7 ateriaa vuorokaudessa. Jos lasta imetetään, ateriointi voi tapahtua tiheämminkin ensi viikkojen aikana samoin kuin täysiaikaisilla lapsilla. (Fellman & Järvenpää 2007.)

Keskosien D-vitamiinin tarve on sama kuin täysiaikaisina syntyneillä lapsilla eli 10 µg/vrk. D-vitamiinin anto voidaan aloittaa jo ensimmäisen viikon aikana sairaalahoidossa oleville keskosille. (Fellman & Järvenpää 2007.) D-vitamiinia keskonen tarvitsee ainakin kolmen vuoden ikään saakka ja rautalisää keskoselle annetaan koko ensimmäisen ikävuoden ajan. (Hasunen ym. 2004, 132–133.) Raudan tarve on suurempi alle 2500 g:n painoisina kuin täysiaikaisina syntyneillä lapsilla, koska heidän verivolyyminsä ja rautavarastonsa ovat pienet ja suhteellinen kasvu suurta imeväisiässä. Raudantarve määräytyy keskosien syntymäpainon ja ravinnon mukaan. Raudan kokonaissaannin tulisi olla ainakin 2 mg/kg/vrk ensimmäisen ikävuoden ajan, kansainvälisten suositusten mukaan ei kuitenkaan yli 15 mg/kg/vrk. (Metsäranta & Järvenpää 2009; Fellman & Järvenpää 2007.) Vanhemmat saavat raudan antamisesta kirjalliset ohjeet keskoslasta hoitavalta osastolta (Metsäranta & Järvenpää 2009). Muita vitamiini- ja kivennäisainevalmisteita annetaan keskoselle lääkärin tai ravitsemusterapeutin ohjeen mukaan (Järvenpää ym. 2008, 5). Monivitamiinitippoja suositellaan alle 2500 g:n painoisina syntyneille lapsille, jos he saavat ravinnokseen vahvistamatonta rintamaitoa tai tavallista äidinmaidon korviketta. Eri-tyislupavalmisteena saatavat Keskostipat® sisältävät A-, E- ja B12 -vitamiineja ja foolihappoa, joiden tarkoitus on taata edellytykset hyvälle hematopoesille eli verenmuodos-

tukselle. Annos on 5 tippaa/vrk 2500 g:n painoon asti ja 3 tippaa/vrk 3500 g:n painoon asti. (Fellman & Järvenpää 2007.)

Kiinteiden lisäruokien, kuten marja-, kasvis- ja hedelmäsosoiden anto keskoselle voidaan aloittaa yksilöllisesti noin neljän kuukauden kalenteri-ikässä riittävän ravinnonsaannin turvaamiseksi. Lihaa ja kanaa voidaan lisätä keskosien ruokavalioon melko pian lisäruokien aloituksen jälkeen. (Järvenpää ym. 2008, 3-4; Fellman & Järvenpää 2007; Hasunen ym. 2004, 132–133.) Ruokavalikoimaa laajennetaan tarjoamalla uutta ruokaainetta noin viikon välein samassa järjestyksessä kuin täysiaikaisille lapsille (Järvenpää ym. 2008, 4; Fellman & Järvenpää 2007). Noin puolen vuoden iästä alkaen voidaan antaa puuroja ja vellejä, jotka sisältävät kauraa, ohraa, ruista tai vehnää. Maissi- ja riisiveljejä voidaan antaa jo aikaisemmin, noin neljän kuukauden iästä lähtien. Velli sisältää hieman enemmän energiaa ja proteiinia kuin tavallinen korvikemaito. Lisäksi velli on sakeampaa, joten se voi sopia keskoselle paremmin, jos keskonen pulauttelee ja oksentelee herkästi. (Järvenpää ym. 2008, 3-4.) Keskosien riittävän energiansaanti voidaan varmistaa tarvittaessa ruokiin lisättävillä rasvalisillä, kuten rypsiöljyllä. (Järvenpää ym. 2008, 5; Hasunen ym. 2004, 132–133.)

Tavallisia maitovalmisteita lisätään keskosien ruokavalioon makuunnoksina 10 kuukauden iästä lähtien. Kun lapsi on yli vuoden ikäinen ja kasvaa hyvin, voidaan siirtyä rasvatomaan maitoon. Rasvatonta maitoa käytettäessä on hyvä lisätä lapsen puuroihin ja ruokiin 2 teelusikallista rypsiöljyä tai 3-4 teelusikallista 60–70% rasiamargariinia päivässä. Jos lapsi kasvaa huonosti, jatketaan äidinmaidonkorvikkeen ja lastenvellien käyttöä yli yhden vuoden. Mikäli maito ei maistu lapselle, tarkistetaan kuinka paljon hän käyttää muita maitoa sisältäviä ruokia, kuten lastenvelliä ja -puuroa. Jos maitovalmisteiden määrä jää jatkuvasti alle puoleen litraan päivässä, täydennetään lapsen ruokavaliota lääkärin tai ravitsemusterapeutin ohjeen mukaan. (Järvenpää ym. 2008, 4, 7.)

Keskonen on syntyessään heikko ja joutuu yleensä tehohoidon vuoksi eroon äidistään. Äiti on huolissaan lapsen selviämisestä. Nämä kaikki asiat vaikuttavat imetyksen aloitukseen ja voivat vaikeuttaa sitä. Keskosella on usein imemis- ja nielemisvaikeuksia, jotka vaikeuttavat myös imetyksenharjoittelua. Äiti tarvitsee paljon tukea ja opastusta keskosien imetyksessä. Ohjausta ja apua äiti tarvitsee myös rintojen lypsämisessä riittävän maidonerityksen ylläpitämiseksi. (Hasunen ym. 2004, 132.) Keskosien syömisiongelmat tuottavat usein huolta äidille. Äidin on vaikea hyväksyä sitä, että ei pystykään syöttämään lastaan. Tärkeää on tukea äitiä ja muistuttaa, että lapsen syömisiongelmat

johtuvat keskosuudesta, eivät suinkaan äidin kyvyttömyydestä syöttäjänä. Hyvä on myös muistaa, että syömistaitojen opettelu vaatii paljon kärsivällisyyttä niin vauvalta kuin vanhemmiltakin. (Törölä 2006.)

Kiinteiden lisäruokien antaminen keskoselle olisi hyvä aloittaa silloin, kun imeminen jo onnistuu hyvin. Kiinteiden ruokien nieleminen voi olla alussa keskoselle työlästä ja tuottaa vaikeuksia. Kiinteiden ruokien syöminen vaatii keskoselta kovasti keskittymistä. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää antaa vauvalle riittävästi aikaa syömisen opetteluun. Kiinteitä ruokia syötettäessä on hyvä asettaa vauva tukevaan asentoon. Syötettäessä keskosvauvaa on tärkeää osata oikea syöttötekniikka. Lusikka tulee asettaa vauva suuhun kunnolla kielen keskikohtaan, ei kielen eteen, koska se tekee ruoan nielemisestä vaikeaa. Ellei vauva osaa tyhjentää lusikkaa, painetaan sillä hellästi kieltä vaakatasossa. Keskoson oikea syöttäminen on erittäin tärkeää suualueen oikeiden toimintojen kehittymisen vuoksi. Oikea syömistekniikka edistää myös puheen ja äänteiden oppimista oikein. (Törölä 2006.) Etenkin alle 1500 g:n painoisina syntyneillä keskosilla voi soseruokien aloitus olla vaikeaa. Jos soseruokien syömiseen liittyy selviä ongelmia, olisi hyvä pyytää puheterapeutin arviota ja seurata lapsen psykomotorista kehitystä erityisen huolellisesti. (Fellman & Järvenpää 2007.)

### 3.5 Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen keskoslapsen ja vanhempien välillä

Varhainen vuorovaikutus luo pohjan lapsen ja vanhempien väliselle suhteelle ja sen kehittymiselle. Antaminen ja saaminen ovat varhaisen vuorovaikutuksen perusta. Varhaisessa vuorovaikutuksessa vauva vastaa vanhemman antamaan hoivaan, ravintoon ja suojaan. Varhainen vuorovaikutus on konkreettista yhdessäoloa lapsen kanssa kuten syöttämistä, kylpemistä, vaipanvaihtoa, nukuttamista ja läsnäoloa. Vastavuoroinen vuorovaikutus on yleensä mahdollista jo syntymähetkestä lähtien. Vuorovaikutuksen keinoja ovat katsekontaktit, ilmeet, eleet, liikkeet ja kieli. (Inberg ym. 2008, 193; Antikainen 2007, 376; Mäntymaa & Tamminen 1999, 2448; Korhonen 1999, 144.)

Vanhempien ja vauvan välisessä varhaisessa vuorovaikutuksessa on siis kyse vuorovaikutuksen vastavuoroisuudesta ja samantahtisuudesta. Vuorovaikutuksen samantahtisuus riippuu vanhemman taidoista ja halusta sovittaa oma toimintansa lapsen tarpeisiin, rytmiin ja vuorovaikutuksellisiin kykyihin. Kun vuorovaikutus toimii hyvin, vanhemmat pystyvät nauttimaan suhteestaan lapseen ja ovat emotionaalisesti saatavilla. Vanhemmat kykenevät vuorovaikutuksessa vastavuoroisuuteen sekä ennustettavuuteen,

jolloin lapsen luottamus ympäristöä kohtaan kasvaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 85–86.)

Kiintymyssuhdeteorian mukaan vanhemman ja vauvan välille muotoutuva suhde ensimmäisen elinvuoden aikana on ratkaisevan tärkeä lapsen myöhemmälle psyykkiselle kehitykselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b). Varhaisella vuorovaikutuksella on koko lapsen elämän kannalta merkittävä vaikutus, koska se vaikuttaa lapsen tunnekokemuksiin sekä aivojen ja mielen kehitykseen (Inberg, Axelin & Salanterä 2008, 193). Jatkuvan läheisyyden ja kosketuksen kaipuu on vauvaikäisen perustarve. Lapsen tunnistama ja ymmärtämä tunnepohjainen kieli luodaan kosketuksen kautta. Mitä enemmän rakkautta, hellyyttä ja kosketusta lapsi saa osakseen, sitä paremmat edellytykset hänellä on kasvaa ja kehittyä niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Runsaan ihokosketuksen ja liikeaistimusten on todettu vaikuttavan positiivisesti myös lapsen kokonaiskehitykseen. (Korhonen 2003; Korhonen 1999, 165–167.)

Vastasyntyneenä täysiaikainen lapsi kykenee etsimään aktiivisesti kontaktia ympäristöönsä ja säätelemään suhdettaan ympäristönsä kanssa. Hän on syntymästään asti suuntautunut vuorovaikutukseen ja suuntautuu vaistomaisesti enemmän kontaktiin ihmisten kuin esineiden kanssa. Keskonen ei tähän kykene. Keskonen ei aina pysty kiinnittämään katsettaan vanhempiansa eikä myöskään imemään äidin rintaa, mitkä ovat taas täysiaikaisen vastasyntyneen aktiivisia vuorovaikutuskeinoja. Täysiaikaisen lapsen käyttäytymisestä poiketen keskonen elintoiminnot saattavat olla niin epävakaita, että vähäisinkin kosketus tai muu ärsyke aiheuttaa lapsen elintoimintojen vaihtelua. Tämä voi pelottaa vanhempia niin, että he eivät uskalla lähestyä lastaan. (Levä 2004, 12–14; Korhonen 2003; Korhonen 1999, 142–143.)

Kaikkien keskoslasten kohdalla keskeinen huomioitava ja haastava asia on vanhempien ja lapsen välisen kiintymys- ja vuorovaikutussuhteen kehittyminen. Vanhemmat saattavat pelätä edelleen lapsen menettämistä, jolloin kiintyminen lapseen voi vaikeutua. (Levä 2004, 12–14; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 212.) Ennenaikaisesti syntyneet vauvat ovat syntymän jälkeen passiivisempia ja ärsykekyynnykseltään herkempiä kuin täysiaikaiset vastasyntyneet. Keskoset antavat vähemmän positiivista palautetta hoitajalleen kuin täysiaikaiset vauvat; he katsovat vähemmän äitiään kasvoihin ensimmäisten kuukausien aikana ja hymyilevät vähemmän. Keskokosten käyttäytymisessä ilmenevät vaikeudet vaikuttavat hoitotilanteisiin ja varhaisen vuorovaikutuksen kehittymiseen. Vanhempien tulee havaita herkästi keskonen viestejä, sillä keskosvauva ei pysty täysiai-



kaisena syntyneen vauvan kaltaiseen vuorovaikutukseen. (Korhonen 2003; Willamo 2002, 38.)

Erityisvauva kuten keskonen tarvitsee aikuisen apua kypsyäkseen tyydyttävään sosiaaliseen suhteeseen ympäristön kanssa. Tätä tavoitetta tuetaan auttamalla lasta perusturvallisuuden kokemiseen ja antamalla hänelle positiivista mielikuvaa ympäröivästä maailmasta. Myös positiivinen minäkuva itsestä, mielenkiinnon herättäminen ympäröivää maailmaa kohtaan ja elämän rytmittäminen tukevat lapsen sopeutumista vuorovaikutukseen itsensä ja ympäröivän maailman kanssa. (Korhonen 1999, 155.)

Syntymän yhteydessä äiti ja keskosvauva joutuvat usein eroon toisistaan. Eroon joutumisen on todettu olevan riskitekijä varhaisen vuorovaikutuksen kehittymisessä. Keskosvauva joutuu kamppailemaan vieraassa ympäristössä ilman jatkuvaa vuorovaikutusta vanhempien kanssa. Tällaisissa olosuhteissa varhainen hellä vuorovaikutuskontakti on kuitenkin erityisen tärkeää. Kuten kuka tahansa vauva myös keskosvauva tarvitsee vanhempiensa hellää kosketusta, tuttua ääntä ja katsekontaktia. (Inberg ym. 2008, 193; Schulman 2003, 154.)

Keskosen ollessa vielä sairaalahoidossa kenguruhoito on yksi tapa tukea varhaista vuorovaikutusta vanhempien ja keskosvauvan välillä. Kenguruhoito on keskosen ihokontaktia äitiin tai isään, hoidon aikana keskosvauva on äidin tai isän paljaalla rinnalla vaippasillaan. Kenguruhoidon avulla keskonen oppii tuntemaan vanhempansa tuoksun sekä tuntemaan kosketuksen ihollaan kuunnellen samalla tutun ihmisen sydämen ja puheen ääntä. Kenguruhoidon on todettu vähentävän äidin sekä keskosen stressiä, edistävän äidin maidontuotantoa sekä vaikuttavan keskosen rauhoittumiseen säästäten samalla energiankulutusta. Kenguruhoito on hyvä keino tukea vauvan ja vanhemman tutustumista toisiinsa ja siksi se aloitetaan yleensä jo sairaalassa vauvan ollessa teho-osastolla. (Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri 2006; WHO 2003, 1-3.)

Kenguruhoitoa suositellaan keskosen kohdalla jatkuvaksi myös kotona ainakin lasketuun aikaan asti tai kunnes lapsi saavuttaa 2500 g:n painon (WHO 2003, 25). Kenguruhoidon on tutkittu parantavan äidin ja vauvan vuorovaikutuksen laatua keskosen ensimmäisen ikävuoden lopulla. Tutkimukset osoittavat myös, että vanhempien läsnäolo ja kenguruhoidon varhainen aloittaminen sairaalassa tukevat keskosen myöhempää kehitystä. (Lehtonen 2009, 1337; Feldman, Eidelman, Sirota & Weller 2002, 16–17.)

Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisessa ja kiintymyssuhteen kehittämisessä vauvahieronta on myös yksi keino. Vauvahieronta vahvistaa positiivisella tavalla vanhempien ja keskosvauvan suhdetta. Vauvahieronta vahvistaa myös keskosien elintoimintoja, hengitystä, vatsantoimintaa sekä oman kehon hahmotusta. Vauvahieronnan avulla vanhemmat oppivat tuntemaan vauvan kehon ja huomaamaan, milloin vauva on rentoutunut tai jännittynyt. (Heath & Bainbridge 2007, 64–65; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004.) Kosketuksen avulla vanhemmat voivat ilmaista lapselleen rakkautta ja luoda hyvän suhteen vauvaansa jo heti alkuvaiheessa (Heath & Bainbridge 2007, 7-9). Vauvan ja vanhemman myönteinen fyysinen kontakti saa vauvan tuntemaan, että häntä rakastetaan ja arvostetaan (Heath & Bainbridge 2007, 12).

Dialoginen vauvatanssi eli vuorovaikutustanssi on myös yksi menetelmä, jolla pyritään luomaan optimaalisia vuorovaikutuskokemuksia vauvalle ja vanhemmille. Dialogisen vauvatanssin ajatuksena on luoda liikkeiden kautta toiminnallinen kommunikaatioyhteys vanhemman ja vauvan välille jo varhaisessa ikävaiheessa. Vauvatanssin voi aloittaa korjatun iän mukaan noin kahden kuukauden ikäisen vauvan kanssa. Dialogisessa vauvatanssissa vauvalle opetetaan tanssiliikkeet, jotka toistuvat samanlaisina ja samassa järjestyksessä joka kerta. (Määttänen 2005, 7-8.) Vauvatanssi on vauvalle kiinnostavaa, koska hän saa viestejä monella aistilla yhtä aikaa: hänelle puhutaan, häntä kosketetaan ja samalla pidetään katsekontakti. Liikkeet tehdään vauvan ehdoilla. Vanhemman on aistittava, onko vauva tanssittuulella vai ei. Dialoginen vauvatanssi on hyvä liittää luontevasti muuhun hellittely- ja leikkihetkeen. Neuvolan terveydenhoitajalla on erinomainen tilaisuus tukea ja kannustaa perheitä vauvan varhaisvaiheiden aikana ja saada heidät kiinnostumaan vauvatanssista. Ammattihenkilön innostuneisuus tanssista riittää usein vakuuttamaan vanhemmatkin sen ”järkevyydestä” ja toimivuudesta vuorovaikutuksen keinona. (Jouhki & Markkanen 2007, 33–36, 81–84.)

Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen tärkeä keino on myönteisen vuorovaikutuksen vahvistaminen kannustavan, rohkaisevan ja positiivisen palautteen avulla. Kannustavan ja rohkaisevan palautteen avulla voidaan vuorovaikutus- ja hoivatilanteista löytää, tunnistaa ja vahvistaa esimerkiksi vanhemman katsekontaktin ja hymyn hetkiä ja kertoa niiden positiivisesta vaikutuksesta vauvaan. Palautteen avulla voidaan lisätä vanhemman aloitteellisuutta vuorovaikutukseen vauvan kanssa, jos vanhempi ei itse siihen jostain syystä antaudu. Palaute vahvistaa myös vanhemman tunnetta siitä, että juuri hän on lapselle tärkeä ja merkityksellinen. Palautteen avulla voidaan esimerkiksi vahvistaa ja tukea vanhempien kykyä lohduttaa vauvaa. (Antikainen 2007, 382; Puura 2003, 481–482.)

Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen keinona voidaan käyttää myös vauvahavainnointia. Vauvahavainnointi keskittyy molempien vuorovaikutuksessa olevien, vauvan ja vanhemman, mielen sisäiseen maailmaan sekä siihen, miten se heijastuu heidän vuorovaikutussuhteeseensa. Vauvahavainnointi auttaa terveydenhoitajaa herkistymään sekä vanhempien että vauvan ilmaisuille. Terveydenhoitaja voi toimia tilanteessa lapsen puolesta puhujana ja vauvan äänenä avaten vanhemmille vauvan viestejä. Terveydenhoitaja auttaa vanhempaa huomaamaan lapsen tarpeet ja viestit sekä vastaamaan niihin oikea-aikaisesti ja turvallisesti. (Antikainen 2007, 382–383.)

Roolimallintaminen on merkittävä varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen menetelmä. Roolimallintamisen avulla siirretään perheen arvoja, asenteita, tapoja ja tottumuksia sukupolvelta toiselle. Terveydenhoitaja voi omalla sensitiivisellä käytöksellään ja puhumisellaan mallintaa asiakassuhteissaan laadukasta lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutussuhdetta, lapsen käsittelyä ja lapsen tarpeiden huomiointia ja niihin vastaamista. Roolimallintamisen avulla hyvän toimintamallin toivottaisiin siirtyvän vanhemman ja vauvan väliseen vuorovaikutukseen. (Antikainen 2007, 383.)

### 3.6 Perheen voimavarojen vahvistaminen ja vanhemmuuden tukeminen

Sekä yksilöllä että perheellä on voimia antavia tekijöitä eli voimavaroja sekä kuormittavia tekijöitä, jotka yhdessä säätelevät yksilön ja perheen selviytymistä. Voimavarat voidaan määritellä tekijöiksi, jotka auttavat yksilöä kehittymään vanhempana, puolisona ja yhteisön jäsenenä sekä auttavat välttämään haitallisia kuormitustekijöitä tai selviytymään niistä menestyksellisesti. Tällaiset tekijät tukevat parisuhteen ja koko perheen toimivuutta sekä antavat lapselle suotuisat kasvuedellytykset. Perheen omien voimavarojen pohjana ovat vanhempien persoonalliset sekä perheen sisäiset ja ulkoiset voimavarat. Vanhempien persoonallisia voimavaroja ovat esimerkiksi fyysinen kunto, koulutustaso, itsetunto ja itsetuntemus sekä kyky tunnistaa mahdollisuuksia ja käyttämättömiä voimavaroja. Perheen sisäisiä voimavaroja ovat muuan muassa vanhempien läheinen parisuhde sekä perheenjäsenten avoimet ja turvalliset suhteet. Perheen ulkopuoliset voimavarat koostuvat käytettävissä olevasta sosiaalisesta tuesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 80–81; Hakulinen & Pelkonen 2002, 15–16; Hakulinen & Tuovinen 2002, 204–209; Löthman-Kilpeläinen 2001, 13, 17.)

Voimavaraisuus muodostuu voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden välisestä suhteesta ja niiden tiedostamisesta. Keskeistä perheen voimavaraisuuden kannalta on, että vanhemmat tunnistavat omia vahvuuksiaan ja osaavat toimia aktiivisesti oman elämäntilan-

teensa hyväksi. Jos vanhemmilla on riittävästi persoonallisia ja perheellä sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja sekä vähän kuormittavia tekijöitä, on perhe voimavarainen. Vanhempi tai perhe voi vahvistaa omia voimavarojaan muun muassa vahvistamalla perheen kiinteyttä, käyttämällä huumoria, hakemalla tarvittaessa sosiaalista tukea ja hoitamalla parisuhdetta. (Hakulinen & Pelkonen 2002, 15–16; Hakulinen & Tuovinen 2002, 204–209; Löthman-Kilpeläinen 2001, 20–21.)

Perheen voimavaroja voidaan vahvistaa myös hoitotyön keinoin. Lastenneuvolan yksi terveyttä edistävästä tehtävästä on vahvistaa perheen omia voimavaroja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 103). Voimavaranäkökulma soveltuu perhehoitotyöhön, koska siinä korostetaan perheen itsemääräämistä, perheen omia vahvuuksia ja kykyä hyödyntää näitä vahvuuksia elämässään. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyössä koostuu perheen ja terveydenhoitajan välisestä luottamuksellisesta ja vastavuoroisesta yhteistyösuhteesta. (Hakulinen & Pelkonen 2002, 15–16; Hakulinen & Tuovinen 2002, 204–209; Löthman-Kilpeläinen 2001, 21–22.) Hyvään yhteistyösuhteeseen liittyviä tekijöitä ovat vuorovaikutussuhde, terveydenhoitajan asiantuntijuus, perheen yksilöllisten tarpeiden huomiointi, luottamuksellinen keskustelu ja kuuntelu sekä mahdollisuus ottaa tarvittaessa yhteyttä neuvolaan (Löthman-Kilpeläinen 2001, 24). Hyvässä suhteessa terveydenhoitaja aistii herkästi vanhempien tunteita, kuuntelee heitä aktiivisesti ja on aito ja rehellinen. Terveydenhoitaja on vanhempaa empaattisesti ymmärtävä, ei moititseva tai tuomitseva. (Hakulinen & Pelkonen 2002, 16.)

Terveydenhoitajien käyttämiä voimavaroja tunnistavia työmenetelmiä ovat muun muassa erilaiset voimavaroja tukevat haastattelutekniikat, kuten interventiivinen haastattelu ja motivoiva haastattelu. Interventiivisessä haastattelussa on keskeistä haastateltavan oma oivallus voimavaroistaan ja tilanteestaan. Arvioidessaan vahvoja puoliaan vanhemmat tulevat niistä myös tietoisiksi ja saavat näin käyttöönsä jo olemassa olevia voimavarojaan. (Hakulinen & Pelkonen 2002, 16–17; Hakulinen & Tuovinen 2002, 204–209.) Interventiivisen haastattelun tavoitteena on vanhempien itsetunnon lujittaminen ja perheen toimintatyylin vahvistaminen, ei sen muuttaminen. Motivoivan haastattelun avulla voimistetaan yksilön tai perheen sisäistä motivaatiota muutokseen. Yksilö tai perhe muodostaa itse itselleen tavoitteet, joihin pyrkivät terveydenhoitajan kannustaessa. Voimavaroja ei voi antaa toiselle, ellei ihminen itse ole valmis ja halukas voimistumaan. Motivoiva haastattelu pyrkii siihen, että perhe saa motivaatiota selvitä vaikeista tilanteista ja ottaa itse vastuun perheenjäsenten hyvinvoinnista. (Hakulinen & Pelkonen 2002, 16–17.)

Muita voimavarojen tunnistamista ja vahvistamista tukevia työmenetelmiä ovat muun muassa erilaiset tarpeenmäärittelyvälineet sekä roolikartat. Erilaisilla tarpeenmäärittelyvälineillä voidaan auttaa perhettä tiedostamaan omia voimavarojaan. Esimerkiksi hankkeella *Voimavarainen vanhemmuus – terveellinen lapsuus* on yhteistyössä hankkeeseen osallistuvien terveydenhoitajien ja kättilöiden kanssa laadittu voimavarojen tarkasteluun mittari, *Lomake vauvaperheen voimavarojen ja perhettä kuormittavien tekijöiden tunnistamiseen* (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 299), joka soveltuu lasta kasvattavien perheiden voimavarojen selvittämiseen ja keskustelun käynnistäjäksi. Voimavaramittarin avulla vanhemmat voivat arvioida omia voimavarojaan ja keskustella niistä keskenään sekä halutessaan myös neuvolassa. Mittarin avulla vanhemmat voivat myös ennakoida tulevia tapahtumia, varautua niihin ja pohtia omaa suhtautumistaan. Erilaisia roolikarttoja voidaan käyttää esimerkiksi vanhempien erilaisten roolien kuten rakkauden antajan ja huolenpitäjän tunnistamiseen ja sitä kautta voimavarojen löytämiseen. (Hakulinen & Pelkonen 2002, 17–18.)

Voimavarakeskeistä työtettä voidaan myös tukea kotikäyntien avulla, jotka edistävät perheen elämäntilanteen tuntemista korostaen perheen ainutlaatuisuutta (Hakulinen & Tuovinen 2002, 204–209). Lapsen syntymän jälkeisen kotikäynnin tarkoituksena on, että terveydenhoitaja tarkastaa äidin ja lapsen voinnin, keskustelee synnytyksen kulusta sekä ensimmäisten päivien tai viikkojen sujumisesta lapsen kanssa kotona. Terveydenhoitaja antaa myös vauvan hoidon ohjausta vanhemmille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 123; Rantala 2002, 55.)

Kotikäynti on luonnollinen tilanne terveydenhoitajalle havainnoida imetyksen sujumista ja antaa yksilöllistä ja konkreettista tukea ja ohjausta imetykseen. On tärkeää, että kotikäynnillä terveydenhoitaja havainnoi vanhempien mielialaa. Vanhemmat voivat kaivata kannustusta ja rohkaisua päästäkseen hyvään vuorovaikutukseen lapsen kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 124.) Kotikäynnit ovat useissa tutkimuksissa osoittautuneet neuvolan työntekijöiden mielestä tärkeiksi työmuodoiksi (Rantala 2002, 55).

Vuonna 1994 Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö käynnisti KiiKKU-projektin (KiiKKU nimitys tulee sanoista kiintymys ja kuntoutus). KiiKKU-projektissa kehitettiin KiiKKU-vauvaperhetyön® malli yhteistyössä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. KiiKKU-vauvaperhetyön® malli rekisteröitiin Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiölle 1999. Aluksi työmalli kehitettiin vammaisena tai keskosena syntyvien lasten ja heidän perheidensä tarpeisiin. (Korhonen & Koskinen 2007, 2-5.) KiiKKU-vauvaperhetyö® on ennal-

taehkäisevää, perheen kotona tehtävää hoitotyötä, jolla tuetaan kiintymyssuhteen kehittymistä, perheen voimavaroja ja vanhemmuuden taitoja. Vauvaperhetyötä toteutetaan lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana, jolloin perustetaan kiintymyssuhdetta vauvan ja vanhemman välille. Vauvaperhetyön tavoitteena on säännöllisten kotikäyntien aikana tukea vauvan ja vanhemman vuorovaikutusta, antaa vanhemmille tietoa ja tukea lapsen hoitoon, edistää lapsen kehityksen kannalta suotuisan hoivaympäristön luomista ja yhdistää perheen tarvitsemia palveluita. (Korhonen & Sukula 2004, 11–13.)

Vuosina 1999–2001 Mannerheimin Lastensuojeluliitto käynnisti Keskosprojektin, jonka tarkoituksena oli tukea keskosperheiden arkielämässä selviytymistä. Keskosprojektissa nousi esille, että keskosien kotiuduttua sairaalasta tarjolla olevia tukimuotoja ja palveluja oli liian vähän. Keskosprojektin keskeisiksi sisältöalueiksi nousivat keskosien kotiuduttua keskosien voinnin, hoidon, kasvun ja kehityksen tukeminen, vanhemmuuden ja perhe-elämän tukeminen sekä sosiaalisen verkoston säilyminen ja vahvistuminen. Keskoslapsen vanhemmat kaipasivat konkreettista ohjausta ja neuvontaa vauvan hoitoon. Erityisesti he tarvitsivat apua ja ohjausta keskosien ravitsemukseen, infektioiden ehkäisyyn, keuhkosairauden hoitoon, vuorokausirytmien muodostumiseen, liikunnalliseen kehitykseen sekä perusturvallisuuteen liittyvissä asioissa. Vanhemmat kokivat saavansa hyötyä erilaisista vertaisryhmistä, joissa he saivat keskustella vastaavassa elämäntilanteessa olevien perheiden kanssa. (Honkamaa 2002, 12–14.)

### 3.7 Sosiaalinen tuki keskosperheen tukemisessa

Viljamaa (2003, 24–25) käyttää tutkimuksessaan Thoitsin (1986) sekä Housen, Landisin ja Umbersonin (1988) näkökulmiin perustuvaa sosiaalisen tuen määritelmää. Sosiaaliseen tukeen sisältyvät emotionaalinen tuki (rakkaus, empatia, pitäminen), käytännön apu (palvelut, raha, tavara), tiedollinen apu (neuvot, tieto, apu ongelmien ratkaisemisessa) ja vertaistuki, joka on itsearviointiin ja arvostuksen kannalta tarpeellinen tietotuki. Saadakseen sosiaalista tukea henkilön on oltava jonkin sosiaalisen verkon jäsen, esimerkiksi perheen.

Viljamaan tutkimuksessa (2003, 25–26) sosiaalinen tuki vaikuttaa merkittävästi vanhemmuuden laatuun sekä äitinä että isänä. Sosiaalisella tuella on stressitilanteiden määrää perheessä vähentävä vaikutus, joka sitä kautta vaikuttaa myönteisesti yksilön sosiaaliseen, psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Tuki auttaa selviämään stressaavista tilanteista toimimalla puskurina. Sosiaalinen tuki auttaa vanhempia myös rakentamaan aktiivisempia selviytymiskeinoja. Emotionaalinen tuki on taas todettu tärkeäksi

hyvän vanhemmuuden ennustajaksi: kun vanhempi itse saa myötäilevää tukea, on helpompi antaa hoivaa ja tukea lapsellekin.

Neuvola voi toimia perheen sosiaalisena verkkona, josta vanhemmat saavat kaikkia sosiaalisen tuen muotoja eli tietotukea, tunnetukea, käytännön apua ja vertaistukea (Viljamaa 2003, 30). Lastenneuvolan tehtävänä on antaa perheille heidän tarpeidensa ja odotustensa mukaista ajantasaista tietoa. Neuvolan haasteena on antaa perheille yksilöllistä juuri heidän tarpeistaan lähtevää ohjausta ja neuvontaa. Perheen ohjaamisessa ja neuvonnassa tärkeää on kiinnittää huomioita tapaan, miten tietoja annetaan. Puutteellinen tai vääränlainen tieto voi lisätä pelkoja ja avuttomuutta. Tietojen ja neuvojen lisäksi perheet odottavan neuvolalta sosiaalista- ja sosioemotionaalista tukea. Terveystenhoitaja täytyy osata kuunnella, ymmärtää, välittää ja kunnioittaa perhettä. Perheille, jotka ovat vaikealta tuntuvassa elämäntilanteessa ja joilla on vähän muita tuen antajia neuvolan lisäksi, on kuulluksi tuleminen ja välittämisen kokemus erityisen tärkeää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 104–105, 113.)

Useiden tutkimusten mukaan lapsiperheiden neuvolalta saama tuki ei vastaa perheiden tarvitsemaa tukea. Terveystenhoitajien antama tuki lapsiperheille on usein väärin suunnattu terveystenhoitajien vahvistaessa jo ennestään hyvin selviytyvien perheiden voimavaroja. Perheet, joissa on huolta aiheuttavia oireita tai pitkäaikaissairauksia, ovat useiden tutkimusten mukaan tyytymättömiä neuvolasta saamaansa sosiaaliseen tukeen. Paljon sairastavien lasten perheet kokevat usein saavansa liian vähän sosiaalista tukea läheisiltään, mutta odottavat saavansa muita perheitä enemmän tukea neuvolan terveystenhoitajalta ja lääkäriltä omien voimavarojensa vahvistamiseen. (Löthman-Kilpeläinen 2001, 25–27.)

Neurolat voivat järjestää vanhemmille myös mahdollisuuden vertaistuen saantiin. Vertaistuellla tarkoitetaan toisen samanlaisessa elämäntilanteessa elävän vanhemman antamaa sosiaalista tukea. Vanhemmat arvostavat sitä, että terveystenhoitajat voivat järjestää heille uusia mahdollisuuksia vanhemmuuden tukemiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 104–105, 113.) Useiden tutkimusten mukaan perheet kokivat vertaisperheiltä saadun tuen voimavaroja vahvistavaksi. Erityisesti äidit kokivat vanhempainryhmissä saadun vertaistuen vahvistavan heidän sosiaalisia verkostojaan, lisäävän voimavaroja arjesta selviytymiseen ja vahvistavan vanhemmaksi kasvua. Sairaiden lasten vanhemmat kokivat antavansa toivoa samassa elämäntilanteessa oleville perheille jakaessaan selviytymiskokemuksiaan. (Löthman-Kilpeläinen 2001, 28–29.)

Löthman-Kilpeläisen (2001, 55–57) tutkimukseen vastanneiden mielestä terveydenhoitajan emotionaalisen tuen muodoista tärkein oli se, että terveydenhoitaja on hyvä kuuntelija. Lähes yhtä tärkeänä pidettiin myös muita emotionaalisen tuen muotoja kuten tuen ja avun lähteiden miettimistä, keskustelua epävarmuudesta ja stressin tuntemuksista sekä koko perheen selviytymisen ja yksilöllisyyden tukemista. Tutkimuksessa emotionaalisen tuen saanti arvioitiin huonommaksi silloin, kun perheellä oli kuormittavia tekijöitä parisuhteessa, ajankäytössä ja perheen terveydentilassa. Vastaajat toivoivat, että heidän ongelmansa otettaisiin vakavasti, pelkkä kannustus ei riitä. Vaikeissa elämäntilanteissa vanhempien voinnin ja jaksamisen kysyminen myös puhelimitse koettiin tärkeäksi.

Löthman-Kilpeläisen (2001, 56–57) tutkimukseen vastanneet pitivät tarpeellisena, että terveydenhoitaja antaa myönteistä palautetta lapsen hoitamisesta ja vanhemmuudesta. Arvioivan tuen tarpeelliseksi arvioineet pitivät myös hyvää yhteistyösuhdetta ja muita sosiaalisen tuen muotoja tärkeänä. Ne perheet, joilla oli kuormittavuutta terveyteen liittyvissä tekijöissä, ajankäytössä ja parisuhteessa, kokivat saaneensa terveydenhoitajalta liian vähän arvioivaa tukea. Terveydenhoitajan antama arvioiva tuki oli toteutunut myönteisenä palautteena lapsen hoidosta, äidin pätevyyden arvostamisena, vahvistuksen saamisena omille tunteilleen ja mielipiteilleen ja uskon luomisena siihen, että selviyty lapsen hoidosta. Osalla vastanneista oli kielteinen kokemus arvioivasta tuesta syyllistämisenä lastenkasvatukseen ja lapsen kehitykseen ja erilaisuuteen liittyvissä asioissa.

Terveydenhoitajan antaman tiedollisen tuen muotoja pitivät Löthman-Kilpeläisen (2001, 57–58) tutkimukseen vastanneet erittäin tarpeellisina. Vastaajat pitivät tarpeellisena tiedon saantia lapsen seuraavasta kasvu- ja kehitysvaiheesta. Lisäksi keskustelua lapsen kehityksen edistämisestä pidettiin tärkeänä. Monet katsoivat tärkeäksi sen, että terveydenhoitaja keskusteli myös vaikeista asioista ja tuki perhettä kuormittavien tekijöiden vähentämisessä. Myös tiedon antaminen toimeentulotuen hakemisessa koettiin tärkeäksi. Eniten odotuksia tiedollista tukea kohtaan oli niillä perheillä, joilla oli kuormittavia tekijöitä terveydentilassa, ajankäytössä ja taloudellisessa tilanteessa.

Käytännöllisen tuen eri muodot olivat myös Löthman-Kilpeläisen (2001, 59–60) tutkimukseen vastanneiden mielestä tarpeellisia. Tärkeänä pidettiin sitä, että terveydenhoitajalla on riittävästi aikaa asiakkailleen. Käytännöllisen tuen tarvetta oli eniten niillä perheillä, jotka arvioivat taloudellisen tilanteensa kuormittavaksi. Käytännön ohjausta ja neuvontaa perheet toivoivat imetykseen, monikkolasten hoitoon ja uhmaiästä selviämiseen. Käytännöllistä apua, lähinnä lastenhoitoapua, odotettiin erityisesti vauvan syntyessä,



äidin väsyessä, miehen ollessa paljon poissa ja lapsen tai vanhemman sairauden aikana. Tutkimukseen vastanneilla oli vähän kokemusta käytännöllisen tuen saannista. Käytännöllinen tuki oli ollut lähinnä ajan järjestämistä ongelmien selvittämistä varten ja käytännön ohjeiden antamista lapsen hoitoon.

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN KEHITTÄMISTYÖNÄ

Tämä opinnäytetyö on kehittämistyö eli toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön kuten kehittämistyönkin tavoitteena on yleensä tuottaa ohjeita tai materiaalia ammatilliseen käyttöön (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9). Tämä kehittämistyön tuotoksena valmistuu ohjauksen lastenneuvolan terveydenhoitajille keskosperheen tukemiseen. Tästä kehittämistyöstä voidaan käyttää myös nimitystä projekti, koska työ on selkeästi asetettuihin tavoitteisiin pyrkivä kertaluonteinen tehtäväkokonaisuus (Silfverberg 1997, 11). Kehittämistyö etenee projektin viiden vaiheen (Taulukko 2.) kautta ideasta toteutumiseen (Löow 2002, 16).

**Taulukko 2.** Projektin viisi päävaihetta

Projektin vaihe	Työstettävä osio
Vaihe 1: Projektin aloitus	Opinnäytetyön aiheen ja menetelmän valinta. Yhteistyösopimuksen luominen Varkauden lastenneuvolan kanssa.
Vaihe 2: Teoriatiedon kerääminen	Aiheen rajaaminen. Teoriatiedon kerääminen sähköisiä tietokantoja käyttäen.
Vaihe 3: Teoriatiedon analysointi	Teoriatiedon analysointi kirjallisuuskatsauksen avulla. Teoriaosuuden kirjoittaminen.
Vaihe 4: Tuotoksen työstäminen	Ohjelehtisen työstäminen teoriatiedon pohjalta.
Vaihe 5: Projektin lopetus	Opinnäytetyön tuotos, ohjelehtinen, valmis. Opinnäytetyön projektiraportin julkaiseminen.

### 4.1 Kehittämistyön aloitus

Hyvän opinnäytetyön aiheen idea nousee koulutuksen aikana opinnoista ja sen avulla pystyy syventämään tietoja ja taitoja jostakin itseä alalla kiinnostavasta aiheesta. Hyvä opinnäytetyö on käytännönläheinen ja yhteydessä työelämään, osoittaa asiantuntijuutta ja tekijänsä itsenäistä ajattelua. Työelämästä saatu opinnäytetyön aihe tukee ammatillista kasvua ja opinnäytetyöprosessi voi myös suunnata urasuunnittelua ja työllistymistä. Kehittämistyössä on suositeltavaa olla toimeksiantaja, toimeksiannon avulla pääsee

ratkaisemaan työelämälähtöistä ja käytännönläheistä ongelmaa. (Hakala 2004, 32–33; Vilka & Airaksinen 2004, 16–17.)

Opinnäytetyön lähtökohtana on tekijöiden mielenkiinto keskoslapsiin sekä perheiden kanssa työskentelyyn. Otettiin yhteys Varkauden lastenneuvolaan ja yliopettaja ehdotti lastenneuvolaan aihetta keskosperheen tukemisesta lastenneuvolassa. Varkauden lastenneuvola hyväksyi aiheen. Varkauden lastenneuvola antoi tekijöille vapaat kädet ohjausmateriaalin tuottamiseen. Opinnäytetyön edetessä päädyttiin tekemään ohjausmateriaali kansiomuotoon.

#### 4.2 Tiedonkeruu ja analysointi

Lähdemateriaalia työhön haettiin pääasiassa sähköisistä terveydenhuollon tietokannoista. Lähteinä käytettiin mahdollisimman uusia tutkimusartikkeleja, raportteja sekä muuta kirjallisuutta. Kirjallisuushakua tehtiin muun muassa Linda -yliopistokirjastojen yhteisluettelosta sekä Medic -tietokannasta hakusanoilla infant, premature, family, keskonen, perhe ja tukeminen. Hakua tehtiin myös Duodecim Terveyskirjaston hakukoneella hakusanoilla keskonen ja ennenaikaisuus, josta tulokseksi saatiin lääketieteellisiä artikkeleja. Hakua tehtiin myös Itä-Suomen yliopiston kirjaston kokoelmätietokanta Joskun elektronisten kirjojen kokoelmasta hakusanalla preterm. Lisäksi kirjallisuuskatsausta suoritettiin Pediatrics -lehden Internet-sivuilta hakusanoilla preterm ja premature. Kirjallista materiaalia löydettiin hyvin myös Savonia-ammattikorkeakoulun Sairaalakadun Kampuksen kirjastosta.

Saaduista tuloksista karsittiin ensin pois otsikon perusteella opinnäytetyöhön sopimattomat lähteet. Yhtenä lähteiden valintakriteerinä toimi myös julkaisuvuosi. Yli kymmenen vuoden takaiset julkaisut hyväksyttiin mukaan vain, jos uudempaa ja luotettavampaa tutkimustietoa ei ollut saatavilla. Vilkan ja Airaksisen (2004, 72–73) mukaan opinnäytetyöhön olisi hyvä valita tarjolla olevista lähteistä mahdollisimman tuoreet lähteet, koska monella alalla tutkimustieto muuttuu nopeasti ja uusimpiin tutkimuksiin sisältyy usein myös aiempien tutkimusten kestävä tieto. Lähteiden valitsemisen jälkeen lähteet luettiin useaan kertaan läpi. Lähteistä poimittiin opinnäytetyön kannalta keskoseseen ja perheeseen liittyvä oleellinen tieto, joka jäseneltiin kehittämistyön teoriakokonaisuudeksi. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 113) mukaan opinnäytetyön tekijän on käytettävä harkintaa eli lähdekritiikkiä kirjallisuutta valitessaan ja tulkitessaan.

### 4.3 Ohjauskansion työstäminen

Opinnäytetyön teoriaosuuden valmistumisen jälkeen alettiin työstää ohjauskansiota. Hyvälle ohjausmateriaalille on asetettu tiettyjä kriteereitä, joiden avulla voidaan arvioida ohjausmateriaalin sisältöä, ulkoasua, kieliasua ja kokonaisuutta. Hyvän ohjausmateriaalin tulee palvella kohderyhmän tarpeita. Tämän vuoksi on tärkeää, että kohderyhmä on selkeästi määritelty, jotta aineisto voitaisiin kohdentaa juuri tälle ryhmälle. Hyvän ohjausmateriaalin tulee sisältää sopivan määrän oikeaa ja virheetöntä tietoa. Ohjausmateriaalin tekstin täytyy olla helppolukuista selkokieltä, jotta kaikilla olisi samanlainen mahdollisuus ymmärtää luettu. (Terveyden edistämisen keskus 2006.) Tämän ohjausmateriaalin kohderyhmä on selkeästi määritelty. Ohjauskansio tulee lastenneuvolan terveydenhoitajien käyttöön, joka käy ilmi jo ohjauskansion otsikosta. Ohjauskansiossa on pyritty käyttämään mahdollisimman yksinkertaisia ja lyhyitä lauseita, jotta teksti olisi helppolukuista. Ohjauskansiossa on lisäksi taulukko keskosen pitkäaikaisongelmista, johon koottiin ne keskeiset asiat, joita lastenneuvolan terveydenhoitajan on hyvä tietää keskosen pitkäaikaisongelmista.

Ohjausmateriaalin suunnittelussa on tärkeää miettiä, miltä julkaisu näyttää ja millaisia asioita se viestii jo ensisilmäyksellä. Julkaisulla on aina jonkinlainen ulkoasu. Hyvin suunnitellun ulkoasun huomaa, mutta myös suunnittelemattomuus näkyy. Julkaisulle täytyy luoda peruspohja, joka toimii suunnittelun helpottajana. On myös päätettävä millaista linjaa kuvitus tulee noudattamaan ja millaista värimaailmaa tullaan käyttämään. Kuvalla on monia tehtäviä, se kiinnittää huomiota, houkuttelee, luo mielikuvia ja helpottaa viestin perillemenoä. Jotta julkaisun sisäinen tasapaino säilyisi ja sen ulkoasu olisi johdonmukainen alusta loppuun, on hyvä suunnitella asetelumalli. Hyvä on myös miettiä, mitä fonttia tai fontteja käytetään. Tärkeää on huomioida kirjainten käyttötarkoitus ja fontin luettavuus. (Pesonen & Tarvainen 2003, 2-9, 28–29, 46–47.)

Tähän ohjauskansioon on valittu muutamia aiheeseen sopivia kuvia. Haluttiin, että kuvat ovat aitoja valokuvia keskoslapsesta, jotka havainnollistavat aineistoa, kiinnittävät huomiota ja pitävät mielenkiintoa yllä. Lisäksi on jouduttu käyttämään ClipArt -kuvia, koska aitoja valokuvia keskoslapsesta oli vaikea löytää. Ohjauskansiossa olevat valokuvat ovat tekijöiden omia tai sukulaisten kuvia. Valokuvat on muokattu mustavalkoisiksi, jotta kokonaisuus olisi yhtenäinen.

Ohjauskansion ulkoasusta haluttiin selkeä. Tähän ohjauskansioon on käytetty mustaa tekstiä, fontin ollessa Calibri ja kirjaisinkoon 13. Riviväliksi valittiin 1. Ohjauskansion kansilehden otsikko, Keskosperhe lastenneuvolassa, on kirjaisinkooltaan 40. Ohjauskansioon valittiin vaalea tausta, jotta teksti ja kuvat tulevat hyvin esille. Kun teksti erottuu sopivasti taustastaan, lukeminen on silloin helppoa (Pesonen & Tarvainen 2003, 32). Ohjauskansioksi valittiin musta muovikansio, jossa on sisällä muovitaskut sekä etu- ja selkätaskut. Muovitaskuissa sivut pysyvät siisteinä eivätkä rypisty. Tekstin asettelussa pyrittiin siihen, että ulkoasu olisi selkeä ja tarvittaessa tekstistä voi etsiä nopeastikin tarvittavan tiedon. Tämän vuoksi tekstikorostuksissa on käytetty lihavoitua. Tekstin asettelussa on käytetty tasapalstoitusta eli kaikki rivit ovat yhtä pitkiä. Tasapalsta on ryhdikäs ja yleensä helppolukuinen (Pesonen & Tarvainen 2003, 34).

Kehittämistyön teoriaosuuteen kerättiin tietoa keskoslapsesta, keskosen pitkäaikaisongelmista, keskosen kasvusta ja kehityksestä, keskosen ravitsemuksesta ja syömisiongelmiä, varhaisesta vuorovaikutuksesta, vanhemmuuden tukemisesta ja perheen voimavarojen vahvistamisesta sekä sosiaalisesta tuesta. Ohjauskansion runko suunniteltiin muodostuvaksi samoista osa-alueista, joista kehittämistyön teoriaosuus koostui.

#### 4.4 Ohjauskansion arviointi

Kehittämistehtävää arvioitaessa on usein hyvä kerätä jonkinlaista palautetta tavoitteiden saavuttamisen arviointiin oman arvioinnin tueksi tuotoksen kohderyhmältä. Palautteessa on hyvä pyytää kommentteja esimerkiksi oppaan käytettävyydestä ja toimivuudesta, työn visuaalisesta ilmeestä sekä luettavuudesta. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 157.) Ohjauskansion valmistuttua kansio vietiin viikon ajaksi Varkauden lastenneuvolan terveydenhoitajille arvioitavaksi. Terveydenhoitajilta pyydettiin kirjallista palautetta kansion sisällöstä ja sen käytettävyydestä. Terveydenhoitajien antaman palautteen avulla olisi pystytty kansiota vielä muokkaamaan heidän tarpeitaan vastaaviksi, mutta kehitysideoita terveydenhoitajilta ei tullut. Palautetta antoi neljä lastenneuvolan terveydenhoitajaa. Varkauden lastenneuvolan terveydenhoitajat olivat tyytyväisiä ohjauskansioon. Heidän mielestään kansion sisältö on hyvä, selkeä ja helppolukuinen.

”Kivasti asiaa, hyvä käsikirja neuvolaan.”

”Hyvä tietopaketti pähkinän kuoressa.”

”Selkeä, helppolukuinen.”

”Hyvä. Asiasisältö kerrassaan hieno!”

Projektin valmis tuotos luovutettiin Varkauden lastenneuvolan terveydenhoitajien käyttöön. Projektin päättyessä tekijät arvioivat omaa työskentelyään kirjallisesti opinnäytetyön pohdinta-osuudessa sekä suullisesti opinnäytetyöseminaarissa. Opinnäytetyön loppuarvioinnissa opinnäytetyön ohjaava opettaja, Savonia-ammattikorkeakoulun yliopettaja ja opponentti-opiskelijat arvioivat projektin ja opinnäytetyön onnistumista Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön arviointikriteerejä apuna käyttäen.

## 5 POHDINTA

Kehittämistyömme tarkoituksena oli laatia ohjausmateriaalia keskosperheen tukemiseen Varkauden lastenneuvolan terveydenhoitajille. Työprosessimme aikana kehittämistyön tuotos muokkautui ohjauslehtisestä ohjauskansioksi. Ohjauskansioon päädyimme, koska huomasimme, että tietoa keskosesta ja keskosperheen tukemisesta oli paljon. Ohjauskansioon sivuja tuli lähes 30, joten ohjauslehtisen muotoon työ olisi ollut vaikeampi tehdä. Teoriaosuuteen keräsimme tietoa keskoslapsesta, keskosien pitkäaikaisongelmista, keskosien kasvusta ja kehityksestä, keskosien ravitsemuksesta ja syömisongelmista, varhaisesta vuorovaikutuksesta, vanhemmuuden tukemisesta ja perheen voimavarojen vahvistamisesta sekä sosiaalisesta tuesta. Näistä asioista muodostimme myös ohjauskansion rungon. Tarkoituksenamme oli tuoda ohjauskansiossa esille keskosien tukemiseen liittyvien asioiden keskeinen sisältö selkeästi ja kattavasti, jotta Varkauden lastenneuvolan terveydenhoitajille on hyötyä kansiossa ja he voivat käyttää sitä työnsä tukena, kun neuvolan asiakkaaksi tulee keskosperhe.

### 5.1 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä ja haastava prosessi. Haastavaa oli aiheen rajaaminen ja luotettavan ajankohtaisen tiedon etsiminen. Alkuvaiheessa täytyi miettiä tarkkaan, ettemme rajaa ulkopuolelle mitään oleellista tietoa opinnäytetyön kannalta. Haastetta työmme tekemiseen toi myös ohjaavan opettajan vaihtuminen kesken opinnäytetyöprosessin. Alussa koimme vaikeaksi sen, että emme saaneet toimeksiantajalta selkeää vastausta siitä, mitä he toivoivat opinnäytetyöltä. Emme myöskään tieneet, minkälaista tietoa Varkauden lastenneuvolan terveydenhoitajilla jo ennestään oli keskosista ja keskosperheiden tukemisesta. Aluksi tarkoituksenamme oli kerätä etukäteistietoa Varkauden lastenneuvolan terveydenhoitajilta, millaista tietoa heillä on keskosista ja mitä he toivoisivat tuotoksemme sisältävän. Etukäteistiedon kerääminen osoittautui kuitenkin hankalaksi, koska terveydenhoitajat olivat todella kiireisiä sikainfluenssarokotusten takia juuri silloin, kun olisimme etukäteistietoa alkaneet keräämään. Meidän oli kuitenkin päästävä työssämme eteenpäin ja päätimme jättää etukäteistiedon keräämättä. Mielestämme haastavaa oli pohtia, mitä tietoja terveydenhoitajat voisivat tarvita ja mistä asioista keskosperheen tukemisessa heille olisi eniten hyötyä työssään.

Opinnäytetyöprosessin aikana teimme yksilö- sekä parityötä, mutta suurimman osan työstä teimme yhdessä. Opinnäytetyöprosessin aikana opimme jakamaan työtä ja suun-

nittelemaan ajankäyttöämme. Opinnäytetyöprosessin aikana työskentelytapamme ovat kehittyneet työn edetessä. Opinnäytetyömme tekemiseen tuli neljän kuukauden luova tauko opiskelijavaihdon takia keväällä 2009. Oman haasteensa opinnäytetyön tekemiseen toi myös se, että asumme eri paikkakunnilla ja opiskelussa oli menossa pitkät terveydenhoitotyön harjoittelut. Pidempien taukojen jälkeen vaati opinnäytetyön tekeminen meiltä uuden orientoitumisen aiheeseen. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprojekti kesti lähes kaksi vuotta. Välillä opinnäytetyön tekeminen on tuntunut meistä todella raskaalta ja on tehnyt mieli luovuttaa. Alkuperäisestä aikataulusuunnitelmasta työmme valmistui noin puoli vuotta myöhässä.

## 5.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden kannalta tärkeää oli tarkka lähdekritiikki. Lähteiden arvioimisessa on hyvä pohtia kirjoittajan tunnettavuutta, lähteiden ikää, lähdetiedon alkuperää ja uskottavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 113–114.) Opinnäytetyössä pyrimme käyttämään tuoreimpia lähteitä. Opinnäytetyöhön valitsimme monipuolisesti sekä kirjallisuutta että tutkimuksia. Lisäksi pyrimme valitsemaan lähteitä, jotka ovat selkeitä, ajankohtaisia ja kattavia. Lähteiden luotettavuutta olemme arvioineet tähän asti opiskelussa saavutetun ammatillisen näkemyksemme perusteella. Perusteellinen lähdekritiikki lisää myös eettistä turvallisuutta (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 44).

Kehittämistyön kohdentamisen eettisyys on jo ennen kehittämistyön aloittamista mietittävä huolellisesti. Lisäksi on pohdittava aiheen valinta sekä mitä päämääriä ja asioita halutaan edistää. Kehittämistyöllä ei saa loukata ketään eikä väheksyä eri ihmisiä tai ihmisryhmiä. (Heikkilä ym. 2008, 44.) Jo opinnäytetyön aloitusvaiheessa meille oli selvää, että ohjauskansion kohderyhmä on terveydenhoitajat. Opinnäytetyömme päämääränä oli tuottaa ohjauskansio Varkauden lastenneuvolan terveydenhoitajille työnsä tueksi kohdatessaan keskosperheitä. Halusimme edistää terveydenhoitajien tietämystä keskosista sekä auttaa heitä ohjaamaan ja tukemaan keskosperheitä. Opinnäytetyössä emme loukkaa emmekä väheksy ketään.

Kehittämistyössä on kunnioitettava itsemääräämisoikeutta. Ihmisten on itse voitava päättää osallistumisestaan kehittämistyöhön. Heillä tulee olla myös oikeus kieltäytyä osallistumasta. (Heikkilä ym. 2008, 45.) Pyysimme terveydenhoitajilta palautetta ohjauskansiosta. Heillä oli mahdollisuus antaa palautetta vapaaehtoisesti nimettömänä. Kenenkään terveydenhoitajan ei ollut pakko osallistua palautteen antoon.



Kehittämistyössä oleellista on koko prosessin tarkastelu ja arviointi. Tutkimusaineistoista tehtävien johtopäätösten täytyy olla luotettavia ja rehellisiä. Kehittämistyössä eettisesti oleellista on, että tiedotetut tulokset ovat esitetty asiallisesti, perustellusti ja huolellisesti. Kehittämistyön eettisyyden arviointi ei ole kuitenkaan yhtä säädeltyä kuin tutkimuksen. (Heikkilä ym. 2008, 45–46.) Opinnäytetyöhön olemme rehellisesti ja asiallisesti avanneet terveydenhoitajilta saadun palautteen. Kehittämistyömme prosessia olemme tarkastelleet ja arvioineet erillisessä pohdintaosuudessa.

### 5.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön aihe oli meille mielenkiintoinen ja merkittävä tulevaan terveydenhoitajan ammattiin valmistautumisessa. Mielenkiintoista oli huomata, että opinnäytetyön edessä saimme sellaista tietoa keskoslapsista ja perheiden tukemisesta, jota terveydenhoitajaopintoihin ei ollut sisältynyt.

Tämän opinnäytetyöprosessin aikana tiedonhankintataitomme ovat kehittyneet paljon. Kriittisessä ajattelussa olemme harjaantuneet ja osaamme nyt paremmin arvioida lähteiden, erityisesti Internet -lähteiden, luotettavuutta. Näistä taidoista on hyötyä myös terveydenhoitajan työssä. Koska terveydenhoitotyö on jatkuvasti kehittyvä ala, terveydenhoitajalla on hyvä olla valmiudet osata hakea uutta tietoa ja pysyä ajan tasalla. Terveydenhoitaja on keskeisessä roolissa jakamaan uusinta tietoa perheille terveyden edistämiseen liittyvissä asioissa.

Terveydenhuollossa on tavoitteena parantaa toiminnan vaikuttavuutta, joka edellyttää, että käytettävät toimintatavat ja menetelmät perustuvat parhaaseen ajantasaiseen tietoon eli näyttöön. Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan ajantasaisimman tiedon tarkkaa, arvioitua ja punnittua käyttöä yksittäisen asiakkaan, asiakasryhmän tai väestön hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Näyttöön perustuva toiminta on tulevaisuuden suunta, koska vanhemmat osaavat entistä enemmän kysyä, mihin neuvolan ohjeet tai toimintatavat perustuvat. Oman työn kehittäminen on osa jokaisen terveydenhuollossa toimivan työtä, koska asiakkaiden tarpeet muuttuvat, ja uutta tietoa vaikuttavista toimintamenetelmistä ja -muodoista tulee jatkuvasti. Neuvolatyötä tekevän on otettava vastuuta oman työnsä laadusta ja neuvolatoiminnan kehittämisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 58–59.)

Terveydenhoitajan ammatillinen kasvu on edennyt opinnäytetyöprosessimme aikana. Olemme saaneet paljon eväitä tulevaan ammattiimme ja käytännön työhön. Opinnäytetyössä käsiteltävät asiat, kuten perheen voimavarojen vahvistaminen ja vanhemmuuden tukeminen, tulevat olemaan keskeinen osa tulevaa terveydenhoitajan työtämme.

Mielestämme olemme onnistuneet opinnäytetyöprosessissa ja saavuttaneet tälle opinnäytetyölle asetetut tavoitteet. Olemme tyytyväisiä kehittämistyömme tuotokseen. Terveydenhoitajien positiivinen palaute ohjauksiansiosta vahvisti luottamustamme siihen, että ansiosta on heille hyötyä työssään. Opinnäytetyöstämme voisi kehitellä jatkotutkimuksen, jossa tutkittaisiin, millaisia valmiuksia ja taitoja terveydenhoitajilla on tukea keskosperheitä lastenneuvolassa.

## LÄHTEET

- Antikainen, I.** 2007. Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Teoksessa A. Armanto & P. Koistinen (toim.) Neuvolatyön käsikirja. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi, 375–384.
- Arasola, A., Reen, E., Vepsäläinen, S.-L. & Yli-Huumo, H.** 2004. Vastasyntyneiden tehohoito. Teoksessa P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 401–428.
- Behrman, R.E. & Butler, A.S.** 2007. Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Boyd, S.** 2000. Surgical aspects of neonatal intensive care nursing. Teoksessa G. Boxwell (toim.) Neonatal Intensive Care Nursing. London: Routledge, 343-376.
- Dunder, T.** 2002. BPD. Teoksessa N.-P. Huttunen (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WSOY, 134.
- Feldman, R., Eidelman, A., Sirota, L. & Weller, A.** 2002. Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics* 110, 16–26.
- Fellman, V. & Järvenpää, A.-L.** 2007. Vastasyntynyt. *TherapiaFennica.fi*. Päivitetty 11.9.2007. Viitattu 20.8.2010.  
[http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vastasyntynyt#Vastasyntyneen\\_ravitso](http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vastasyntynyt#Vastasyntyneen_ravitso)
- Hakala, J.** 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Helsinki: Gaudeamus.
- Hakulinen, T. & Pelkonen, M.** 2002. Lapsiperheen arjen voimavarojen tunnistaminen. *Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan* 75 (5), 15–17.
- Hakulinen-Viitanen, T. & Pelkonen, M.** 2005. Lapsiperheiden voimavarojen tunnistaminen voimavaralomakkeiden avulla. *Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan* 78 (3), 16–19.
- Halmesmäki, E.** 2009. Ennenaikainen synnytys. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 19.1.2009. Viitattu 28.10.2009.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_teos=seh&p\\_artikkeli=seh00128](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=seh&p_artikkeli=seh00128)
- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T. & Talvia, S.** 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2004:11.
- Heath, A. & Bainbridge, N.** 2007. Vauvahieronta. Suom. S. Salonen. Helsinki: WSOY.
- Heikka, M.** 2007. Keskonen neuvolassa. Teoksessa A. Armanto & P. Koistinen (toim.) Neuvolatyön käsikirja. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi, 298–306.

**Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T.** 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. 1. painos. Helsinki: WSOY.

**Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.** 2004. Vauvan itku ja vauvahieronta. Viitattu 28.10.2009.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,1121,807,1135,1136,4458,4659>

**Hermanson, E.** 2008a. Sairaalan lapsen neuvolaseuranta. Terveyskirjasto. Duodecim. Päivitetty 7.1.2008. Viitattu 26.11.2009.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.kotip\\_artikkeli=lok00065&p\\_haku=keskone%20kehitys](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.kotip_artikkeli=lok00065&p_haku=keskone%20kehitys)

**Hermanson, E.** 2008b. Äitiys- ja lastenneuvola. Terveyskirjasto. Duodecim. Päivitetty 7.1.2008. Viitattu 26.3.2009.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lok00086](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00086)

**Herrgård, E. & Renko, R.** 2000. Lapsen neurologisen kehityksen seuranta- milloin on syytä huoleen? Duodecim 116 (18), 2038–2045.

**Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P.** 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

**Honkamaa, J.** 2002. Keskosprojekti - tukea keskoslasten perheiden arkeen. Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan 75 (10), 12–14.

**Hyvärinen, S.** 2007. Vanhemmuus ja parisuhde pikkulapsiperheessä. Teoksessa A. Armanto & P. Koistinen (toim.) Neuvolatyön käsikirja. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi, 354-361.

**Hällström, M.** 2005. Necrotising Enterocolitis in Preterm Infants. Frequency, Risk Factors, Laboratory Diagnosis and Microbiological Etiology. Tampereen Yliopisto, lääketieteen laitos. Väitöskirja.

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

**Jansson-Verkasalo, E. & Valkama, M.** 2005. Hyvin pienipainoisina syntyneiden keskosten kielen kehitys ja kuuloherätevasteet. Lääkärilehti 60 (49–50), 5105–5109.

**Jouhki, T. & Markkanen, R.** 2007. Perhosen siivin -opas vuorovaikutustanssiin. Helsinki: Edita.

**Järvenpää, A.-L., Luukkainen, P., Tammela, O., Peltola, T., Paganus, A. & Aldén, H.** 2008. Keskoslapsen ruokaopas. Hengitysliitto Heli.

[http://www.hengitysliitto.fi/content/Julkaisut\\_materiaalit/Oppaat\\_aineistot/Harvinaiset\\_hengityssairaudet/Keskoslapsen\\_ruokaopas.pdf?from=6088253908898334](http://www.hengitysliitto.fi/content/Julkaisut_materiaalit/Oppaat_aineistot/Harvinaiset_hengityssairaudet/Keskoslapsen_ruokaopas.pdf?from=6088253908898334)

**Kari, A. & Fellman, V.** 2006. Keskosien krooninen keuhkosairaus (BPD). Teoksessa V. Fellman & P. Luukkainen (toim.) Vastasyntyneiden tehohoito. Helsinki: Duodecim, 88–93.

- Kaukola, T.** 2006. Keskosuus. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. Päivitetty 31.10.2006. Viitattu 29.10.2009. <http://www.vamlas.fi/haku/index2.php?sivu=364>
- Kekki, M. & Paavonen, J.** 2003. Mistä enneaikainen synnytys johtuu? *Duodecim* 119 (12), 1137–1145.
- Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri.** 2006. Kenguruhoito. Päivitetty 6.7.2006. Viitattu 28.10.2009. <http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?contentid=2846&nodeid=24790>
- Korhonen, A.** 2003. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena: tuen sisällölliset piirteet, kustannukset ja vaikutukset keskosten ensimmäisen elinvuoden hoitokustannuksiin. Oulun yliopiston kirjasto. <http://herkules oulu.fi/isbn9514271912/html/index.html>
- Korhonen, A.** 1999. Elämän ensitaidot. Erityisvauvan kehityksen tukeminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Korhonen, A.** 1996. Keskosen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Korhonen, A. & Koskinen S.** 2007. Kiikku-vauvaperhetyön® koulutus. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. Koulutusmateriaali.
- Korhonen, A. & Sukula, S.** 2004. Vauva-perhetyö. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Korhonen, P.** 2004. Bronchopulmonary dysplasia in very low birth weight infants: frequency, risk factors and 7-year outcome. Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos. Väitöskirja. <http://acta.uta.fi/haekokoversio.php?id=9746>
- Korja, R.** 2009. Early relationship between very preterm infant and mother: the role of infant, maternal and dyadic factors. Turun yliopisto, lastenpsykiatrian yksikkö. Väitöskirja. <http://oa.doria.fi/handle/10024/47017>
- Lehtonen, L.** 2009. Keskosen muuttuva hoito. *Duodecim* 125 (12), 1333–1339.
- Leino, T.** 2007. Tietoa potilaalle: Erityisryhmien rokottaminen. Lääkärikirja *Duodecim* 19.12.2007. Viitattu 8.3.2010. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00790](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00790)
- Levä, U.** 2004. Keskosuuden ja pitkän sairaalassaolon vaikutuksia varhaisen vuorovaikutuksen kehittymiseen vanhempien kokemana. *Toimintaterapeutti* 23 (1), 12–15.
- Lindholm, M.** 2007. Lastenneuvolatyön järjestelmä. Teoksessa A. Armanto & P. Koistinen (toim.) *Neuvolatyön käsikirja*. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi, 113–117.
- Luukkainen, P. & Rintala, R.** 2006. Nekroottinen enterokoliitti (NEC). Teoksessa V. Fellman & P. Luukkainen (toim.) *Vastasyntyneiden tehohoito*. Helsinki: *Duodecim*, 183–186.
- Löthman-Kilpeläinen, L.** 2001. Lapsiperheen voimavarat ja voimavarojen vahvistaminen neuvolassa. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro-gradu tutkielma.
- Löow, M.** 2002. Onnistunut projekti. Projektijohtamisen ja -suunnittelun käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy.

- Martinez, A., Dargaville, P. & Taeusch, H.W.** 1999. Epidemiology of Bronchopulmonary Dysplasia: Clinical Risk Factors and Associated Clinical Conditions. Teoksessa R.D. Bland & J.J. Coalson (toim.) *Chronic Lung Disease in Early Infancy*. New York: Marcel Dekker Incorporated, 21-40.
- Mattison, D.R., Wilson, S., Coussens, C. & Gilbert, D.** 2003. Role of Environmental Hazards in Premature Birth : Workshop Summary. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Metsäranta, M. & Järvenpää, A.-L.** 2009. Keskoslapsi avohoidossa. Lääkäriin käsikirja 4.9.2009. Viitattu 21.8.2010.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=keskoslapsi%20avohoidossa](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=keskoslapsi%20avohoidossa)
- Mikkola, K., Tommiska, V., Hovi, P. & Kajantie E.** 2009. Keskosesta aikuiseksi. *Duodecim* 125 (12), 1341–1347.
- Minkkinen, L., Jokinen, S., Muurinen, E. & Surakka, T.** 1997. Lasten hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Mupanemunda, R.H. & Watkinson, M.** 1998. Key Topics in Neonatology. Washington, D.C.: BIOS Scientific Publishers Ltd.
- Muurinen, E. & Surakka, T.** 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Mäntymaa, M. & Tamminen, T.** 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. *Duodecim* 115 (22), 2447–2453.
- Määttänen, K.** 2005. Dialoginen vauvatanssi kehityksen edistäjänä. Aiheita 2/2005. Helsinki:Stakes.
- Nohynek, H.** 2009. Keskosten rokottaminen. THL - Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 12.8.2009. Viitattu 28.8.2010.  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/oppaat\\_ ja\\_kirjat/rokottajan\\_kasikirja/erityisryhmien\\_rokottaminen/keskosten\\_rokottaminen](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/oppaat_ ja_kirjat/rokottajan_kasikirja/erityisryhmien_rokottaminen/keskosten_rokottaminen)
- Olsen, P. & Vainionpää, L.** 2000. Keskosien neurologinen ennuste. *Duodecim* 116 (18), 2032–2037.
- Pelkonen, M. & Hakulinen, T.** 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14 (5), 204–209.
- Pesonen, S. & Tarvainen, J.** 2003. Julkaisun tekeminen. Porvoo: Docendo.
- Pohjavuori, M.** 2002. Keskoslapsen ongelmat. Teoksessa N.-P. Huttunen (toim.) *Lasten ja nuorten sairaudet*. Porvoo: WSOY, 116–118.
- Puura, K.** 2003. Terveystoimittaja varhaisen vuorovaikutuksen tukijana. Teoksessa P. Niemelä, P. Siltala & T. Tamminen (toim.) *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus*. Helsinki: WSOY, 475–487.
- Puura, K., Tamminen, T., Mäntymaa, M., Virta, E., Turunen, M.-M. & Koivisto, A.-M.** 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. *Suomen Lääkärilehti* 56 (47), 4855–4861.

- Rantala, A.** 2002. Perhekeskeisyys – puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Jyväskylän yliopisto.
- Reid, T. & Freer, Y.** 2000. Developmentally focused nursing care. Teoksessa G. Boxwell (toim.) Neonatal Intensive Care Nursing. London: Routledge, 14-42.
- Riikola, T.** 2007. Kehytysseurannat tasoittavat keskosien tietä. Tietolehtiset keskosvanhemmille -sarja, julkaistu 11/2007. Viitattu 26.2.2010.  
<http://www.kevyt.net/pankki/kehytysseurannat.pdf>
- Saarikoski, S.** 2004. Raskauden keston häiriöt. Teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppila (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 393–410.
- Schulman, M.** 2003. Keskosvauvan ja vanhempien vuorovaikutuksen hoito. Teoksessa P. Niemelä, P. Siltala & T. Tamminen (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 151–169.
- Silfverberg, P.** 1997. Ideasta projektiksi. Projektisuunnittelun käsikirja. 3. painos. Helsinki: Edita.
- Sosiaali- ja terveysministeriö.** 2004a. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suunta- viivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:13.
- Sosiaali- ja terveysministeriö.** 2004b. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14.
- Terveyden edistämisen keskus.** 2006. Terveysaineiston laatukriteerit. Viitattu 1.9.2010. [http://www.health.fi/index.php?page=arv\\_tyokaluja&i=100192](http://www.health.fi/index.php?page=arv_tyokaluja&i=100192)
- THL – Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.** 2009. Synnytykset ja vastasyntyneet 2008. Päivitetty 10.12.2009. Viitattu 19.8.2010.  
[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/tr22\\_09.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/tr22_09.pdf)
- Tiitinen, A.** 2009. Uhkaava ennenaikainen synnytys. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 18.10.2009. Viitattu 28.10.2009.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00177](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00177)
- Tucker, J. & McGuire, W.** 2005. Epidemiology of preterm birth. Teoksessa W. McGuire & P.W. Fowlie (toim.) ABC of preterm birth. Massachusetts, USA: Blackwell Publishing, 1-4.
- Törölä, H.** 2006. Keskosien syömisestä kehityksen erityiskysymyksiä. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. 31.10.2006. Viitattu 13.2.2010.  
<http://www.vamlas.fi/kiikku/index2.php?sivu=365>
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.** 380/2009. Finlex. Lainsäädäntö. Viitattu 1.9.2010. Saatavissa  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090380>

- Vamlas.** 2006. Keskosvauvan kehityksen tukeminen arkipäivän tilanteissa – fysioterapeutin ohjeita. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. Päivitetty 31.10.2006. Viitattu 20.2.2010. <http://www.vamlas.fi/kiikku/index2.php?sivu=367>
- Viljamaa, M.-L.** 2003. Neuvola tänään ja huomenna: Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylän yliopisto.
- Vilka, H. & Airaksinen, T.** 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- WHO.** 2003. Kangaroo Mother Care : A Practical Guide. Geneve: World Health Organization.
- Willamo, M.-R.** 2002. Vauvaperheiden arjen rakentuminen. Ennen- ja täysiaikaisena syntyneiden lasten perheiden arjen akkommodaatiot ja perheteemat ekokulttuurisesta näkökulmasta. Jyväskylän yliopisto, erityispedagogiikan laitos. Pro-gradu -tutkielma.





# KESKOSPERHE LASTENNEUVOLASSA



# Hyvä lastenneuvolan terveydenhoitaja!

Tämä ohjauskansio on tarkoitettu Sinulle työsi tueksi kohdatessasi keskosperheitä.

Tästä kansioista löydät:

- perustietoa keskosesta ja keskosen yleisimmistä pitkäaikaisongelmista
- keskosen kehityksestä ja sen seurannasta
- keskosperheen tukemisen keinoja

## **SISÄLTÖ**

1 KESKOSENA SYNTYNYT.....	4
2 KESKOSEN KASVUN JA KEHITYKSEN SEURANTA NEUVOLASSA.....	9
3 KESKOSEN RAVITSEMUKSEN TUKEMINEN.....	12
4 VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN TUKEMINEN KESKOSLAPSEN JA VANHEMPIEN VÄLILLÄ.....	16
5 PERHEEN VOIMAVAROJEN VAHVISTAMINEN JA VANHEMMUUDEN TUKEMINEN.....	19
6 SOSIAALINEN TUKI KESKOSPERHEEN TUKEMISESSA.....	23
KIRJALLISUUTTA.....	26

## 1 KESKOSENA SYNTYNYT

Keskosella ja enneaikaisena syntyneellä tarkoitetaan lasta, joka on syntynyt ennen 37. raskausviikon täyttymistä. Keskosena syntyneet lapset ovat tavallisesti pienipainoisia painaen alle 2500 g. Pieni keskonen on syntynyt ennen 32. raskausviikon täyttymistä, ja erittäin pieni keskonen on syntynyt ennen 28. raskausviikon täyttymistä. Alle 1500 g painoisena syntyneistä keskosista käytetään myös nimitystä pienipainoinen keskonen ja alle 1000 g painoisena syntyneistä taas erittäin pienipainoinen keskonen.

Syntymärekisterin mukaan Suomessa syntyi 59 808 lasta vuonna 2008. Keskosena syntyneiden lasten osuus kasvoi 1990-luvun lopulla, mutta se on viime vuosina laskenut hiukan. Vuonna 2001 keskosia syntyi 6,0 % ja vuonna 2008 vastaava luku oli 5,7 %. Pienipainoisten (alle 2500 g) lasten määrä on viime vuosina pysynyt suunnilleen samana. Vuonna 2008 pienipainoisia lapsia oli 4,3 prosenttia eli yhtä paljon kuin vuonna 2003.



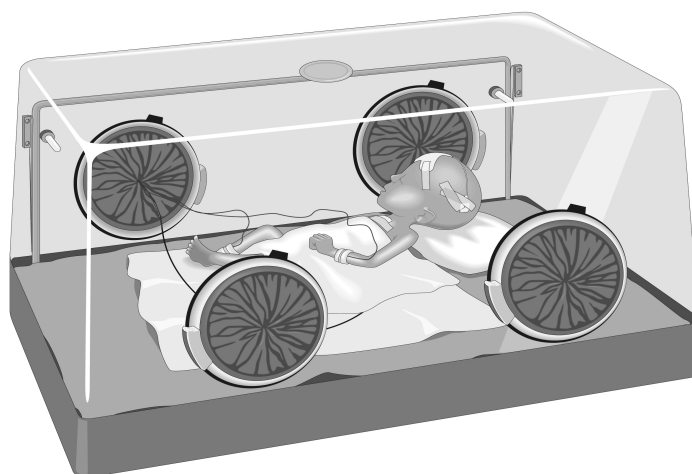
## Keskosuuteen vaikuttavia tekijöitä voivat olla:

- äidin tilanteesta johtuvat syyt:
  - aikaisempi ennenaikainen tai pienipainoinen lapsi,
  - vähintään kaksi raskaudenkeskeytystä tai raskauden keskivaiheen keskenmenoa sekä
  - äidin krooninen sairaus esimerkiksi munuaissairaus tai diabetes.
- raskauden aikana ilmenevät ongelmat:
  - enneaikaiset supistukset,
  - kalvojen puhkeaminen,
  - istukan irtoaminen,
  - monisikiöraskaus,
  - verenvuoto tai etinen istukka,
  - verenpaineen nousu, pre-eklampsia tai raskaushepatoosi,
  - sikiön kasvuhäiriö tai epämuodostuma sekä
  - äidin emättimen tai kohdunkaulan infektiot.
- sosioekonomiset riskitekijät:
  - äidin huonot sosiaaliset olosuhteet ja huono koulutustaso,
  - äidin alkoholin ja huumeiden käyttö sekä tupakointi,
  - äidin erityisen vaikeat työolosuhteet ja naimattomuus
- Lisäksi riskitekijöitä voivat olla:
  - synnyttäjän nuori ikä, alle 18 vuotta, tai
  - synnyttäjän korkea ikä, yli 35 vuotta sekä
  - äidin ensisynnyttäjäyys tai monisynnyttäjäyys (enemmän kuin neljä synnytystä).

## Keskosen pitkäaikaisongelmia

Keskosena syntyneen lapsen elimistö on raskausviikkojen määrästä riippuen epäkypsä, mikä altistaa lapsen monille fyysisille, psyykkisille ja sosioemotionaalisille seurauksille. Keskosvauva syntyy ennen kuin hän on fysiologisesti ja psykologisesti valmis olemaan erillään äidistään. Sikiön elintoiminnot kehittyvät ja kypsyvät voimakkaasti raskauden viimeisen kolmanneksen aikana. Elimistön epäkypsyydestä aiheutuu sekä toiminnallisia ongelmia että keskosille tyypillisiä sairauksia. Ennenaikaisesti syntyneillä ja pienipainoisilla lapsilla on huomattavasti enemmän ongelmia vastasyntyneisyyskaudella kuin täysiaikaisena syntyneillä, ja osalla keskosuus aiheuttaa ongelmia koko elämän ajan.

Keskosuuteen liittyvien pitkäaikaisongelmien riski lisääntyy, kun yhä pienemmät vauvat jäävät eloon. Pitkäaikaisongelmia ovat krooninen keuhkosairaus bronkopulmonaalinen dysplasia eli BPD, jota kutsutaan myös nimellä krooninen hengitysvaikeus eli CLD (chronic lung disease), keskosen retinopatia eli verkkokalvon sairaus ROP, nekrotisoiva enterokoliitti NEC sekä erilaiset neurologiset ongelmat, kuten CP-oireyhtymä, epilepsia, aivo-selkäydinnesteen kertyminen aivokammioihin eli hydrokefalus sekä myöhemmin ilmenevät käyttäytymisongelmat ja oppimisvaikeudet. Lisäksi keskosilla havaitaan eriaisteisia aistivammoja, kielen ja kognitiivisen alueen ongelmia, havaintotoimintojen vajavuutta sekä eriaisteista epäkypsyyttä. Keskosen pitkäaikaisongelmia, niiden oireita ja ongelmia sekä seurantaa ja hoitoa on kuvattu Taulukossa 1.



Taulukko 1. Keskosien pitkäaikaisongelmia

Pitkäaikais sairaus/ ongelma	Sairauden tausta	Oireet/ ongelmat	Hoito/ seuranta
<b>BPD eli bronkopulmonaalinen dysplasia</b> pitkäaikainen keuhkosairaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BPD voi kehittyä happi- ja hengityskonehoitoa vaatineen RDS- taudin eli vastasyntyneen hengitysvaikeusoireyhtymän seurauksena. (RDS johtuu keskosien keuhkojen epäkypsyydestä)</li> <li>- Tautiin sairastumisen riskiryhmään kuuluvat alle 1000g syntymäpainoiset ja ennen 28. raskausviikkoa syntyneet keskoset.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BPD:lle on ominaista hengitysvaikeuksien ja lisähapen tarpeen jatkuminen useiden kuukausien ajan.</li> <li>- Oireita ovat limaisuus ja rohina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BPD ilmenee yleensä ennen neljän viikon ikää ja diagnoosi asetetaan usein 36. raskausviikolla.</li> <li>- BPD pidentää keskosien sairaalahoitoa sekä lisää todennäköisyyttä keuhkoperäisiin sairauksiin ensimmäisten ikävuosien aikana.</li> <li>- Erilaiset infektiot, kuten RS-virus, influenssat ja keuhkokuume voivat olla vaarallisia BPD-lapsille, joten hengitystieinfektioita tulisi välttää.</li> </ul>
<b>ROP eli keskosien retinopatia</b> verkkokalvosairaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ROP on silmän verkkokalvon etenevä sairaus, joka voi hoitamattomana aiheuttaa verkkokalvon irtautumisen ja jopa sokeuden.</li> <li>- ROP todetaan lähes kaikilla ennen 25. raskausviikkoa syntyneillä.</li> </ul>	Taudin vaikeusaste vaihtelee, lievimmät muutokset korjaantuvat yleensä itsestään.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keskosien tullessa 31.–32. raskausviikon ikäiseksi aloitetaan silmätutkimukset, joilla seurataan verkkokalvon kehittymistä.</li> <li>- Retinopatian myöhäismuutoksia ovat muun muassa erilaiset silmän taittoviat ja karsastus.</li> <li>- Kaikki hoidetut ROP-potilaat tarvitsevat pitkäaikaisseurantaa.</li> </ul>
<b>NEC eli nekrotisoiva enterokoliitti</b> suolistosairaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NEC on keskoslasten henkeä uhkaava suolistosairaus.</li> <li>- Nekrotisoivaa enterokoliittia esiintyy 8-12 %:lla alle 1500g syntymäpainoisilla lapsilla.</li> <li>- Taudin synty on osin epäselvä, mutta ainakin jonkinasteinen suoliston seinämän hapenpuute ja heikentynyt verenkierto vaikuttavat taudin syntyyn.</li> </ul>	- Suolen seinämän huono hapetus voi aiheuttaa limakalvovaurion, jonka seurauksena suolistobakteerit pääsevät suolen seinämään aiheuttaen kuolon ja suolen puhkeamisen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jos suoli puhkeaa, tehdään keskoselle yleensä suoliavanne, joka suljetaan yleensä keskosien toivuttua sairaudesta.</li> <li>- Mikäli suolta joudutaan poistamaan laajalta alueelta, voi keskoselle kehittyä lyhytsuolioireyhtymä ja imeytymishäiriöitä ja tulla kasvun hidastumista.</li> </ul>

Pitkäaikais sairaus/ ongelma	Sairauden tausta	Oireet/ ongelmat	Hoito/ seuranta
<p><b>Neurologiset pitkäaikaisongelmat</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suurin osa keskosista saa aloittaa elämänsä ilman vaikeita neurologisia ongelmia.</li> <li>- Keskosilla esiintyy kuitenkin kolminkertainen määrä neurologisia pitkäaikaisongelmia terveisiin täysiaikaisiin lapsiin verrattuna.</li> <li>- Hyvin pienipainoisina keskosina syntyneet kuuluvat kielen kehityksen häiriöiden riskiryhmään. Oleellista normaalin kielen ja puheen oppimisen kannalta ovat sekä kuulo- ja näkökyky että kuulo- ja näköhahmotus. Näissä olevat ongelmat saattavat vaikuttaa puheen ja kielen häiriöiden syntymiseen.</li> <li>Kuulokyky vaikuttaa niin puheen oppimiseen kuin myös kognitiiviseen kehitykseenkin.</li> <li>- Oppiminen perustuu pitkälti myös kuulon, kielen ja puheen kehitykseen.</li> <li>- Neurologiset vammat ovat selvästi harvinaisempia yli 1500 g:n painoisina tai yli 30. raskausviikon ikäisinä syntyneillä keskosilla.</li> <li>- Suomessa ennen aikaisesti syntyvillä CP-vamman esiintyvyyden on todettu vaihtelevan 10–19 % välillä.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keskosien neurologisia ongelmia ovat mm. CP-oireyhtymä, epilepsia, aivo-selkäydinnesteen kertyminen aivokammioihin eli hydrokefalus sekä myöhemmin ilmenevät käyttäytymisongelmat.</li> <li>- Lieviä neurologisia ongelmia keskosilla ovat myöhemmin esiintyvät eriaistiset oppimis- ja havaintotoimintojen vaikeudet, joita esiintyy huomattavalla osalla keskosia.</li> <li>- Kouluvaikeuksia on todettu jopa 60 %:lla hyvin ennen aikaisesti syntyneistä.</li> <li>- Suomessa keskosilla on havaittu kuulovammoja noin 12 %:lla ja erilaisia näköongelmia jopa 23 %:lla.</li> <li>- Keskosilla on tutkittu olevan ongelmia erityisesti visuaalisessa havaitsemisessa sekä silmien ja käsien yhteistyössä.</li> <li>Visuaalisen hahmottamisen vaikeudet heijastuvat myös kielen kehitykseen.</li> <li>- CP-tyyppiset vauriot, erityisesti diplegia (kahden raajan halvaus) ovat pienten keskosien tyypillisiä ongelmia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keskosien kuulon seuranta on erittäin tärkeää läpi koko lapsuuden iän, koska useat eri riskitekijät kuten asfyksia (hapenpuutetus), infektiot ja keltaisuus yhdessä voivat vaurioittaa kuuloradastoa.</li> <li>- Keskosien puheen ja kielen kehityksen viivästyminen tai poikkeavuus jää usein huomaamatta, varsinkin jos lapsella ei ole selvää vammaa tai sairautta, jota seurattaisiin moniammatillisessa työryhmässä.</li> <li>Keskosien puheen ja kielen kehityksen viivästyminen on havaittavissa jo kahden vuoden iässä.</li> <li>- Vaikeimpia keskosien neurologisia pitkäaikaisongelmia ovat CP-vamma ja vaikea kehitysvammaisuus, jotka voidaan havaita kahden ensimmäisen ikävuoden aikana.</li> </ul>

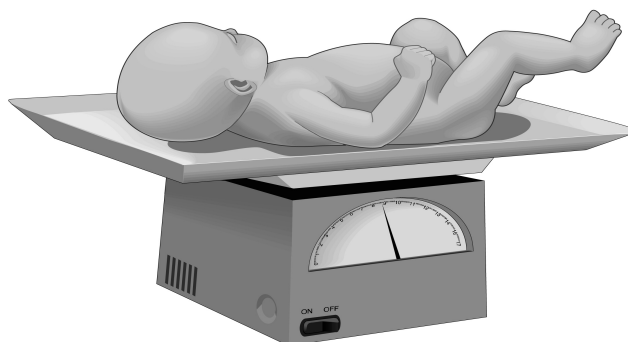


## 2 KESKOSEN KASVUN JA KEHITYKSEN SEURANTA NEUVOLASSA

**Kasvun seuranta.** Keskosen kasvua tulee seurata korjatun iän mukaisesti. Korjattu ikä lasketaan siten, että käytetään keskosen todellisen syntymäajan sijasta laskettua aikaa eli päivää jolloin raskautta olisi kestänyt 40 viikkoa. Korjattu ikä vastaa lapsen todellista ikää, joka alkaa hedelmöityksestä. Keskosen kehitystä tulee arvioida korjatun iän mukaan niin kauan kuin ero keskosen ja täysiaikaisena syntyneen lapsen kehityksessä on käytännön kannalta merkittävä, yleensä kahden vuoden ikään saakka.

Keskosten kasvun seuraamiseen on käytettävissä omat kasvukäyrät, jotka alkavat noin kaksi kuukautta ennen laskettua aikaa ja jatkuvat yhden vuoden ikää asti. Tätä varhaisempi kasvun seuranta ennen laskettua aikaa perustuu intrauteriinisiin eli kohdunsisäisiin kasvukäyriin. Yli 1500 g:n painoisina syntyneiden keskosten kasvu jatkuu johdonmukaisena syntymäpainon saavuttamisen (10-14vrk) jälkeen. On hyvin yleistä, että keskosen kasvu häiriintyy epäihanteellisten syntymänjälkeisten olojen takia. Kun keskosen ravitsemus saadaan tyydyttäväksi, saavutuskasvu käynnistyy. Saavutuskasvua, tavallista nopeampaa kasvua, tapahtuu keskosina syntyneille kahden ensimmäisen ikävuoden ajan. Saavutuskasvun puuttuminen on merkki ravitsemuksen tai lapsen elintoimintojen ongelmien jatkumisesta tai jostakin perussairaudesta.

Jokaisella neuvolan seurantakäynnillä varmistetaan keskosen kasvun ja painon kehittyminen kasvukäyrästä lasketun ajan mukaan. Tätä keskosten omaa kasvukäyrästä käytetään yleensä kehitysseurantapoliklinikoilla ja sitä tulisi käyttää myös lastenneuvolassa. Tavoitteena on, että lapsi saavuttaa kahden vuoden ikään mennessä perimänsä mukaisen suhteellisen pituutensa. Myös painon ja päänympäryksen kasvun tulisi olla tasaista suhteessa pituuskasvuun. Lähes kaikki keskoset saavuttavat kasvutavoitteen, kunhan saavat siihen tarvittaessa tukea.



**Kehityksen seuranta.** Lastenneuvolassa keskosien kehitysseuranta tehdään samansisältöisenä kuin täysiaikaisille lapsille. Keskoslapsen liikunnallisen kehityksen seurannassa on kiinnitettävä huomiota siihen, miten liikunnallinen kehitys etenee. Keskosien liikunnallista kehitystä tuetaan tietyn kehitysmallin mukaan, mikä tarkoittaa sitä, ettei kehitysvaiheita voi hypätä yli, vaan ensin on opittava esimerkiksi pään hallinta ennen kuin voi oppia kääntymään. Tärkeintä keskosien liikunnallisessa kehityksessä ei ole niinkään tiettyjen kehityksellisten aikojen toteutuminen, vaan kehityksen jatkuva eteneminen.

Keskosien liikunnalliseen kehitykseen vaikuttavat ennenaikaisen lapsen tyypilliset ominaispiirteet, kuten epäkypsät liikemallit sekä matala lihasjänteisyys, jota korvatakseni lapsi käyttää vartalon yliojentamista. Tämä lisää hartioiden taakse vetämistä ja heikentää keskilinjan hallintaa. Mitä pienempi ennenaikaisesti syntynyt lapsi on, sitä suurempi on liikunnallisten ongelmien riski. Liikunnallinen kehitys on aina yksilöllistä ja sitä tuetaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Liikunnallisen kehityksen tavoitteena on, että lapsi kykenee itse säätelemään toimintojaan ja vastaamaan tarkoituksenmukaisin liikkein ympäristön ärsykkeisiin sekä oppii kehonsa symmetrisen hallinnan.

Keskosien liikunnallisen kehityksen tukemisella on suuri merkitys keskosien tulevaisuuden kannalta. Sen avulla tuetaan sekä lapsen fyysistä että persoonallisuuden ja minäkuvan kehittymistä. Liikunnallinen kehitys ja aistitoimintojen jäsentyminen kulkevat käsi kädessä toisiaan tukien, sillä liikkumisen kautta lapsi saa tunnetta oman vartalon hallinnasta ja oppii käyttämään sitä monipuolisesti. Monipuolisilla liikekokemuksilla on taas puolestaan aistitoimintojen jäsentymistä vahvistava vaikutus. Aistitoimintojen jäsentymisellä tarkoitetaan lapsen kykyä ottaa vastaan, tulkita ja reagoida itsestään ja elinympäristöstään tuleviin aistiärsykkeisiin asianmukaisella tavalla. Aistitoimintojen jäsentyminen ilmenee fysiologisissa toiminnoissa ja lapsen käyttäytymisessä. Keskosilla, joilla on aistitoimintojen jäsentymisessä ongelmia, ovat hätäntyneet kehonliikkeet, hermostuneisuutta ja lihastonuksen muutoksia. Keskosien voi olla vaikeasti lohdutettavissa ja hänellä on kyvyttömyyttä sietää ärsykeitä.

Keskosien liikunnallista kehitystä voidaan tukea päivittäisten hoitotoimenpiteiden aikana, esimerkiksi hoitamalla lasta vanhemman polvien päällä. Pukeminen ja vaippojen vaihto polvien päällä harjaannuttaa keskosien vartalon hallintaa ja vähentää jännitystä sekä antaa lapselle erilaisia asento- ja liiketuntemuksia.

Psykomotorista kehitystä, näköä ja kuuloa seurataan tavallista tarkemmin, koska toistaiseksi ei pystytä yksiselitteisesti sanomaan, tuleeko keskonen kehittymään täysin normaalisti vai ei. Keskonen kehityksen seurannassa varsinkin 4- ja 5-vuotistarkastukset ja niissä tehtävät oppimisen erityisvaikeuksien seulonnat ovat erityisen tärkeitä, koska jos oppimisen ongelmia todetaan, niihin voidaan puuttua hyvissä ajoin ennen koulun alkamista.

**Keskonen rokottaminen.** Yleinen rokotusohjelma toteutetaan keskonen kohdalla, mikäli mahdollista, kalenteri-ään mukaisesti. BCG-rokotus, eli rokotus tuberkuloositartuntaa vastaan, annetaan riskiryhmiin kuuluville keskosille yleensä 2500 g:n painon saavuttamisen jälkeen. BCG- ja muiden rokotusten välin tulisi olla vähintään neljä viikkoa. Influenssarokotusta suositellaan kaikille yli puolivuotiaille keskosille.

Perheelle, jonka keskoslasta seurataan tiiviisti kehitysseurantapoliklinikalla, voi tulla tunne, että lastenneuvolan tehtäväksi jää ainoastaan painon ja pituuden seuranta sekä rokotusten antaminen. Tämän käsityksen vuoksi luottamussuhteen muodostuminen neuvolan terveydenhoitajan ja perheen välillä on haasteellista ja hitaampaa. Kehitysseurantapoliklinikakäyntien harventuessa päävastuu keskonen kehityksen seurannasta siirtyy lastenneuvolalle ja kestää kouluikänsä saakka. Siksi neuvolan terveydenhoitajan olisi hyvä saada luotua luottamus keskonen perheeseen jo ensimmäisillä neuvolakäynneillä.



### 3 KESKOSEN RAVITSEMUKSEN TUKEMINEN

Keskeinen osa keskosena syntyneen lapsen hoitoa on hyvä ravitsemus. Keskosien hyvä ravitsemus tarkoittaa energian, valkuaisaineiden, vitamiinien, kivennäis- ja hivenaineiden suurempaa tarvetta suhteessa painoon, kuin täysiaikaisina syntyneillä. Keskosien ravitsemus on aina yksilöllistä ja siihen vaikuttavat keskosien syntymäpaino, raskausviikot syntymähetkellä, kehitysvaihe ja kasvu sekä keskosien mahdolliset sairaudet. Keskosien kasvu on ensimmäisten elinviikkojen aikana nopeampaa kuin täysiaikaisena syntyneen vauvan. Tästä johtuen ravinnontarve on myös suurempaa keskosella kuin täysiaikaisella vauvalla. Hyvän ravitsemuksen tavoitteena on taata keskoselle tasainen kasvu ja kehitys. Hyvä ravitsemus auttaa osaltaan keskosta myös parantumaan mahdollisista sairauksista sekä suojautumaan infektioita vastaan. Koko keskosien kasvun ajan on tärkeää ylläpitää hyvää ravitsemusta.

Keskosien lievät syömisongelmat ovat tavallisia, jotka johtuvat elimistön kehittymättömyydestä. Erityisvaatimuksia asettavat keskosien ruoansulatuksen, maksan ja munuaisten epäkypsyys. Keskosien vaikeammat syömisongelmat liittyvät BPD-tautiin, neurologisiin ongelmiin ja vammoihin. Tavallisimpia keskosien syömisongelmia ovat huono ruokahalu sekä oksentelu- ja pulautteluherkkyys, josta voi seurata myöhemmin lapsen hidastunut kasvu. Keskoselle syömisestä herkästi koituvia vaivoja voivat olla ummetus sekä muut vatsavaivat.

**Äidinmaito.** Keskoselle parasta ravintoa on äidinmaito. Äidinmaito eli rintamaito sisältää pitkäketjuisia rasvahappoja, jotka ovat erittäin tärkeitä ja hyödyllisiä keskosien näkökyvyn ja hermoston kehittymiselle. Jos lapsi ei jaksaa imeä rinnasta riittävästi, äiti voi lypsää maitoa ja antaa sitä pullosta. Aluksi äiti voi parhaiten ylläpitää maidon erittymistä lypsämällä ainakin 6-8 kertaa vuorokaudessa, tiheämmin päivällä ja ainakin kerran myös yöllä. Imetyksen harjoittelu voidaan aloittaa yleensä keskosien ollessa 32-34 raskausviikon ikäisenä.



Keskonen on syntyessään heikko ja joutuu yleensä tehohoidon vuoksi eroon äidistään. Äiti on huolissaan lapsen selviämisestä. Nämä kaikki asiat vaikuttavat imetyksen aloitukseen ja voivat vaikeuttaa sitä. Keskosella on usein imemis- ja nielemisvaikeuksia, jotka vaikeuttavat myös imetyksenharjoittelua. Äiti tarvitsee paljon tukea ja opastusta keskosien imetyksessä. Ohjausta ja apua äiti tarvitsee myös rintojen lypsämisessä riittävän maidonerityksen ylläpitämiseksi. Keskosien syömisongelmat tuottavat usein huolta äidille. Äidin on vaikea hyväksyä sitä, että ei pystykään syöttämään lastaan. Tärkeää on tukea äitiä ja muistuttaa, että lapsen syömisongelmat johtuvat keskosuudesta, eivät suinkaan äidin kyvyttömyydestä syöttäjänä. Hyvä on myös muistaa, että syömistaitojen opettelu vaatii paljon kärsivällisyyttä niin vauvalta kuin vanhemmiltakin.

**Ravintolisät ja keskoskorvikkeet.** Hyvin pienipainoisena syntyneelle keskoselle ei riitä pelkkä äidinmaito ensimmäisten elinkuukausien aikana, vaan ravinnonsaantia täydennetään keskosien kasvun ja ravinnontarpeen mukaan joko äidinmaidon ravintolisällä tai keskoskorvikkeella, kunnes keskonen saavuttaa 4000–5000 g painon. Ravintolisiä keskoselle annetaan lääkärin tai ravitsemusterapeutin ohjeiden mukaan. Rintamaidon ravintolisä on tarkoitettu täydentämään äidinmaitoa keskosien ensimmäisten elinkuukausien aikana. Apteekista saatavia rintamaidon ravintolisiä ja tarvittaessa keskoskorvikkeita voidaan käyttää myös kotihoidossa pienipainoisena syntyneellä lapsella yksilöllisen tarpeen mukaan. Keskoskorvikkeessa on enemmän ravintoaineita kuin tavallisessa korvikkeessa.

**Ateriatiheys ja maidon tarve.** Aluksi keskoselle tarjotaan maitoaterioita 2-3 tunnin välein, koska lapsi jaksaa syödä vain vähän kerrallaan. Aterioiden lukumäärää vähennetään iän karttuessa ja lapsen kasvaessa. Alussa maidon päivittäinen määrä keskosella on noin 1/5 painosta eli usein 180-200 ml/kg/vrk noin 3500 g:n painoon asti. Tämän jälkeen riittää vähemmän eli noin 1/6 painosta eli 160-170 ml/kg/vrk noin 3 kuukauden korjattuun ikään asti kuten täysiaikaisina syntyneillä lapsilla. Ateriatiheys ja maidon tarve ovat kuitenkin yksilöllisiä. Keskosien kotiutuessa ruokaa tarjotaan tiheämmin päivällä, yöllä ateriavälit voivat olla pidemmät. Syötöt voivat olla kotona lapsentahtisia. Kotiutusvaiheessa keskoset syövät sairaalassa usein päivisin 3 tunnin ja öisin 4 tunnin välein eli 7 ateriaa vuorokaudessa. Jos lasta imetetään, ateriointi voi tapahtua tiheämminkin ensi viikkojen aikana samoin kuin täysiaikaisilla lapsilla.

**Vitamiinit ja rautalisä.** Keskosien D-vitamiinin tarve on sama kuin täysiaikaisina syntyneillä lapsilla eli 10 µg/vrk. D-vitamiinin anto voidaan aloittaa jo ensimmäisen viikon aikana sairaalahoidossa oleville keskosille. D-vitamiinia keskoset tarvitsee ainakin kolmen vuoden ikään saakka ja rautalisää keskoselle annetaan koko ensimmäisen ikävuoden ajan. Raudan tarve on suurempi alle 2500 g:n painoisina kuin täysiaikaisina syntyneillä lapsilla, koska heidän verivolyyminsä ja rautavarastonsa ovat pienet ja suhteellinen kasvu suurta imeväisiässä. Raudan kokonaissaannin tulisi olla ainakin 2 mg/kg/vrk ensimmäisen ikävuoden ajan, kansainvälisten suositusten mukaan ei kuitenkaan yli 15 mg/kg/vrk. Muita vitamiini- ja kivennäisainevalmisteita annetaan keskoselle lääkärin tai ravitsemusterapeutin ohjeen mukaan. Monivitamiinitippoja suositellaan alle 2500 g:n painoisina syntyneille lapsille, jos he saavat ravinnokseen vahvistamatonta rintamaitoa tai tavallista äidinmaidon korviketta. Erityislupavalmisteena saatavat Keskostipat® sisältävät A-, E- ja B12 -vitamiineja ja foolihappoa, joiden tarkoitus on taata edellytykset hyvälle hematopoesille eli verenmuodostukselle. Annos on 5 tippaa/vrk 2500 g:n painoon asti ja 3 tippaa/vrk 3500 g:n painoon asti.

**Kiinteät lisäruuat.** Kiinteiden lisäruokien, kuten marja-, kasvis- ja hedelmäsosoiden anto keskoselle voidaan aloittaa yksilöllisesti noin neljän kuukauden kalenteriiässä riittävän ravinnonsaannin turvaamiseksi. Lihaa ja kanaa voidaan lisätä keskosien ruokavalioon melko pian lisäruokien aloituksen jälkeen. Ruokavalikoimaa laajennetaan tarjoamalla uutta ruoka-ainetta noin viikon välein samassa järjestyksessä kuin täysiaikaisille lapsille. Noin puolen vuoden iästä alkaen voidaan antaa puuroja ja vellejä, jotka sisältävät kauraa, ohraa, ruista tai vehnää. Maissi- ja riisiveljetä voidaan antaa jo aikaisemmin, noin neljän kuukauden iästä lähtien. Velli sisältää hieman enemmän energiaa ja proteiinia kuin tavallinen korvikemaito. Lisäksi velli on sakeampaa, joten se voi sopia keskoselle paremmin, jos keskoset pulauttelevat ja oksentelevat herkästi. Keskosien riittävän energiansaanti voidaan varmistaa tarvittaessa ruokiin lisättävillä rasvalisillä, kuten rypsiöljyllä.

Kiinteiden lisäruokien antaminen keskoselle olisi hyvä aloittaa silloin, kun imeminen jo onnistuu hyvin. Kiinteiden ruokien nieleminen voi olla alussa keskoselle työlästä ja tuottaa vaikeuksia. Kiinteiden ruokien syöminen vaatii keskoselta kovasti keskittymistä. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää antaa vauvalle riittävästi aikaa syömisen opetteluun. Kiinteitä ruokia syötettäessä on hyvä asettaa vauva tukevaan asentoon. Syötettäessä keskosvauvaa on tärkeää osata oikea syöttötekniikka. Lusikka tulee asettaa vauva suuhun kunnolla kielen keskikohtaan, ei kielen eteen, koska se

tekee ruoan nielemisestä vaikeaa. Ellei vauva osaa tyhjentää lusikkaa, painetaan sillä hellästi kieltä vaakatasossa. Keskosen oikea syöttäminen on erittäin tärkeää suualueen oikeiden toimintojen kehittymisen vuoksi. Oikea syömistekniikka edistää myös puheen oppimista ja äänneiden oppimista oikein. Etenkin alle 1500 g:n painoisina syntyneillä keskosilla voi soseruokien aloitus olla vaikeaa. Jos soseruoan syömiseen liittyy selviä ongelmia, olisi hyvä pyytää puheterapeutin arviota ja seurata lapsen psykomotorista kehitystä erityisen huolellisesti.

**Maitovalmisteet.** Tavallisia maitovalmisteita lisätään keskosen ruokavalioon makuannoksina 10 kuukauden iästä lähtien. Kun lapsi on yli vuoden ikäinen ja kasvaa hyvin, voidaan siirtyä rasvattomaan maitoon. Rasvatonta maitoa käytettäessä on hyvä lisätä lapsen puuroihin ja ruokiin 2 teelusikallista rypsiöljyä tai 3-4 teelusikallista 60-70 % rasiamargariinia päivässä. Jos lapsi kasvaa huonosti, jatketaan äidinmaidonkorvikkeen ja lastenvellien käyttöä yli yhden vuoden. Mikäli maito ei maistu lapselle, tarkistetaan kuinka paljon hän käyttää muita maitoa sisältäviä ruokia, kuten lastenvelliä ja -puuroa. Jos maitovalmisteiden määrä jää jatkuvasti alle puoleen litraan päivässä, täydennetään lapsen ruokavaliota lääkärin tai ravitsemusterapeutin ohjeen mukaan.



## 4 VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN TUKEMINEN KESKOSLAPSEN JA VANHEMPIEN VÄLILLÄ



Varhainen vuorovaikutus:

- Luo pohjan lapsen ja vanhempien väliselle suhteelle ja sen kehittymiselle.
- On konkreettista yhdessäoloa lapsen kanssa kuten syöttämistä, kylpemistä, vaipanvaihtoa, nukuttamista ja läsnäoloa.
- Vanhemman ja vauvan välille muotoutuva suhde ensimmäisen elinvuoden aikana on ratkaisevan tärkeä lapsen myöhemmälle psyykkiselle kehitykselle.
- Varhaisella vuorovaikutuksella on koko lapsen elämän kannalta merkittävä vaikutus, koska se vaikuttaa lapsen tunnekokemuksiin sekä aivojen ja mielen kehitykseen.
- Jatkuvan läheisyyden ja kosketuksen kaipuu on vauvaikäisen perustarve.
- Lapsen tunnistama ja ymmärtämä tunnepohjainen kieli luodaan kosketuksen kautta. Mitä enemmän rakkautta, hellyyttä ja kosketusta lapsi saa osakseen, sitä paremmat edellytykset hänellä on kasvaa ja kehittyä niin fyysisesti kuin psyykkisestikin.

Varhainen vuorovaikutus keskoslapsen ja vanhempien välillä:

- Keskoslasten kohdalla keskeinen huomioitava ja haastava asia on vanhempien ja lapsen välisen kiintymys- ja vuorovaikutussuhteen kehittyminen.
- Vanhemmat saattavat pelätä edelleen lapsen menettämistä, jolloin kiintyminen lapseen voi vaikeutua.
- Vanhempien tulee havaita herkästi keskosvauvan viestejä, sillä keskosvauva ei pysty täysiaikaisena syntyneen vauvan kaltaiseen vuorovaikutukseen.
- Keskonen tarvitsee aikuisen apua kypsyäkseen tyydyttävään sosiaaliseen suhteeseen ympäristön kanssa. Tätä tuetaan auttamalla lasta perusturvallisuuden kokemiseen ja antamalla hänelle positiivista mielikuvaa ympäröivästä maailmasta.



Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen keinot ja menetelmät:

**Kenguruhoito.** Kenguruhoito on yksi tapa tukea varhaista vuorovaikutusta keskosen ollessa sairaalahoidossa, mutta suositellaan keskosen kohdalla myös jatkuvaksi kotona. Kenguruhoito on keskosen ihokontaktia äitiin tai isään, hoidon aikana keskosvauva on äidin tai isän paljaalla rinnalla vaippasillaan. Kenguruhoidon avulla keskonen oppii tuntemaan vanhempansa tuoksun sekä tuntemaan kosketuksen ihollaan kuunnellen samalla tutun ihmisen sydämen ja puheen ääntä. Kenguruhoidon on todettu vähentävän äidin sekä keskosen stressiä, edistävän äidin maidontuotantoa sekä vaikuttavan keskosen rauhoittumiseen säästäten samalla energiankulutusta. Kenguruhoidon on tutkittu parantavan äidin ja vauvan vuorovaikutuksen laatua keskosen ensimmäisen ikävuoden aikana.

**Vauvahieronta.** Vahvistaa positiivisella tavalla vanhempien ja keskosvauvan suhdetta. Vauvahieronta vahvistaa keskosen elintoimintoja, hengitystä, vatsantoimintaa sekä oman kehon hahmotusta. Vauvahieronnan avulla vanhemmat oppivat tuntemaan vauvan kehon ja huomaamaan milloin vauva on rentoutunut tai jännittynyt. Kosketuksen avulla vanhemmat voivat ilmaista lapselleen rakkautta ja luoda hyvän suhteen vauvaansa jo heti alkuvaiheessa.

**Dialoginen vauvatanssi.** On yksi menetelmä, jolla pyritään luomaan optimaallisia vuorovaikutuskokemuksia vauvalle ja vanhemmille. Vauvatanssin ajatuksena on luoda liikkeiden kautta toiminnallinen kommunikaatioyhteys vanhemman ja vauvan välille jo varhaisessa ikävaiheessa (voi aloittaa korjatun iän mukaan noin kahden kuukauden ikäisen vauvan kanssa). Vauvatanssissa vauvalle opetetaan tanssiliikkeet, jotka toistuvat samanlaisina ja samassa järjestyksessä joka kerta. Tanssi on vauvalle kiinnostavaa, koska hän saa viestejä monella aistilla yhtä aikaa: hänelle puhutaan, häntä kosketetaan ja samalla pidetään katsekontakti. Vauvatanssi on hyvä liittää luontevasti muuhun hellittely- ja leikkihetkeen.

**Myönteisen vuorovaikutuksen vahvistaminen.** Kannustavan ja rohkaisevan palautteen avulla voidaan vuorovaikutus- ja hoivatilanteista löytää, tunnistaa ja vahvistaa esimerkiksi vanhemman katsekontaktin ja hymyn hetkiä, ja kertoa niiden positiivisesta vaikutuksesta vauvaan. Palautteen avulla voidaan lisätä vanhemman aloitteellisuutta vuorovaikutukseen vauvan kanssa, jos vanhempi ei itse siihen jostain syystä antaudu. Palaute vahvistaa myös vanhemman tunnetta siitä, että juuri hän on lapselle tärkeä ja merkityksellinen.

**Vauvahavainnointi.** Keskittyy molempien vuorovaikutuksessa olevien, vauvan ja vanhemman, mielen sisäiseen maailmaan sekä siihen, miten se heijastuu heidän vuorovaikutussuhteeseensa. Vauvahavainnointi auttaa terveydenhoitajaa herkistymään sekä vanhempien että vauvan ilmaisuille. Terveydenhoitaja voi toimia tilanteessa lapsen puolestapuhujana ja vauvan äänenä avaten vanhemmille vauvan viestejä. Terveydenhoitaja auttaa vanhempaa huomaamaan lapsen tarpeet ja viestit sekä vastaamaan niihin oikea-aikaisesti ja turvallisesti

**Roolimallintaminen.** On merkittävä varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen menetelmä. Roolimallintamisen avulla siirretään perheen arvoja, asenteita, tapoja ja tottumuksia sukupolvelta toiselle. Terveydenhoitaja voi omalla sensitiivisellä käytöksellään ja puhumisellaan mallintaa asiakassuhteissaan laadukasta lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutussuhdetta, lapsen käsittelyä ja lapsen tarpeiden huomiointia ja niihin vastaamista. Roolimallintamisen avulla hyvän toimintamallin toivottaisiin siirtyvän vanhemman ja vauvan väliseen vuorovaikutukseen.



## 5 PERHEEN VOIMAVAROJEN VAHVISTAMINEN JA VANHEMMUUDEN TUKEMINEN

- Sekä yksilöllä että perheellä on voimia antavia tekijöitä eli voimavaroja sekä kuormittavia tekijöitä, jotka yhdessä säätelevät yksilön ja perheen selviytymistä.
- Voimavarat voidaan määritellä tekijöiksi, jotka auttavat yksilöä kehittymään vanhempana, puolisona ja yhteisön jäsenenä sekä auttavat välttämään haitallisia kuormitustekijöitä tai selviytymään niistä menestyksellisesti. Tällaiset tekijät tukevat parisuhteen ja koko perheen toimivuutta sekä antavat lapselle suotuisat kasvuedellytykset.
- Perheen omien voimavarojen pohjana ovat vanhempien persoonalliset sekä perheen sisäiset ja ulkoiset voimavarat.
  - Vanhempien persoonallisia voimavaroja ovat esimerkiksi fyysinen kunto, koulutustaso, itsetunto ja itsetuntemus sekä kyky tunnistaa mahdollisuuksia ja käyttämättömiä voimavaroja.
  - Perheen sisäisiä voimavaroja ovat muuan muassa vanhempien läheinen parisuhde sekä perheenjäsenten avoimet ja turvalliset suhteet.
  - Perheen ulkopuoliset voimavarat koostuvat käytettävissä olevasta sosiaalisesta tuesta.

**Voimavaraisuus.** Voimavaraisuus muodostuu voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden välisestä suhteesta ja niiden tiedostamisesta. Keskeistä perheen voimavaraisuuden kannalta on, että vanhemmat tunnistavat omia vahvuuksiaan ja osaavat toimia aktiivisesti oman elämäntilanteensa hyväksi. Jos vanhemmilla on riittävästi persoonallisia ja perheellä sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja sekä vähän kuormittavia tekijöitä, on perhe voimavarainen. Vanhempi tai perhe voi vahvistaa omia voimavarojaan muun muassa vahvistamalla perheen kiinteyttä, käyttämällä huumoria, hakemalla tarvittaessa sosiaalista tukea ja hoitamalla parisuhdetta.

**Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyössä.** Perheen voimavaroja voidaan vahvistaa myös hoitotyön keinoin. Lastenneuvolan yksi terveyttä edistävästä tehtävistä on vahvistaa perheen omia voimavaroja. Voimavaranäkökulma soveltuu perhehoitotyöhön, koska siinä korostetaan perheen itsemääräämistä, perheen omia vahvuuksia ja kykyä hyödyntää näitä vahvuuksia elämässään. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyössä koostuu perheen ja terveydenhoitajan välisestä luottamuksellisesta ja vastavuoroisesta yhteistyösuhteesta. Hyvään yhteistyösuhteeseen liittyviä tekijöitä ovat vuorovaikutussuhde, terveydenhoitajan asiantuntijuus, perheen yksilöllisten tarpeiden huomiointi, luottamuksellinen keskustelu ja kuuntelu sekä mahdollisuus ottaa tarvittaessa yhteyttä neuvolaan. Hyvässä suhteessa terveydenhoitaja aistii herkästi vanhempien tunteita, kuuntelee heitä aktiivisesti ja on aito ja rehellinen. Terveydenhoitaja on vanhempaa empaattisesti ymmärtävä, ei moitiskeleva tai tuomitseva.

**Voimavaroja tukevat haastattelutekniikat.** Terveydenhoitajien käyttämiä voimavaroja tunnistavia työmenetelmiä ovat muun muassa erilaiset voimavaroja tukevat haastattelutekniikat, kuten interventiivinen haastattelu ja motivoiva haastattelu. Interventiivisessä haastattelussa on keskeistä haastateltavan oma oivallus voimavaroistaan ja tilanteestaan. Arvioidessaan vahvoja puoliaan vanhemmat tulevat niistä myös tietoisiksi ja saavat näin käyttöönsä jo olemassa olevia voimavarojaan. Interventiivisen haastattelun tavoitteena on vanhempien itsetunnon lujittaminen ja perheen toimintatyylin vahvistaminen, ei sen muuttaminen. Motivoivan haastattelun avulla voimistetaan yksilön tai perheen sisäistä motivaatiota muutokseen. Yksilö tai perhe muodostaa itse itselleen tavoitteet, joihin pyrkivät terveydenhoitajan kannustaessa. Voimavaroja ei voi antaa toiselle, ellei ihminen itse ole valmis ja halukas voimistumaan. Motivoiva haastattelu pyrkii siihen, että perhe saa motivaatiota selvittää vaikeista tilanteista ja ottaa itse vastuun perheenjäsenten hyvinvoinnista.

**Tarpeenmäärittelyvälineet ja roolikartat.** Muita voimavarojen tunnistamista ja vahvistamista tukevia työmenetelmiä ovat muun muassa erilaiset tarpeenmäärittelyvälineet sekä roolikartat. Erilaisilla tarpeenmäärittelyvälineillä voidaan auttaa perhettä tiedostamaan omia voimavarojaan. Esimerkiksi hankkeella *Voimavarainen vanhemmuus – terveellinen lapsuus* on yhteistyössä hankkeeseen osallistuvien terveydenhoitajien ja kättilöiden kanssa laadittu voimavarojen tarkasteluun mittari, *Lomake vauvaperheen voimavarojen ja perhettä kuormittavien tekijöiden tunnistamiseen*, joka soveltuu lasta kasvattavien perheiden voimavarojen selvittämiseen ja keskustelun käynnistäjäksi. Voimavaramittarin avulla vanhemmat

voivat arvioida omia voimavarojaan ja keskustella niistä keskenään sekä halutessaan myös neuvolassa. Mittarin avulla vanhemmat voivat myös ennakoida tulevia tapahtumia, varautua niihin ja pohtia omaa suhtautumistaan. Erilaisia roolikarttoja voidaan käyttää esimerkiksi vanhempien erilaisten roolien, kuten rakkauden antajan ja huolenpitäjän, tunnistamiseen ja sitä kautta voimavarojen löytämiseen.

**Kotikäynti.** Voimavarakeskeistä työtettä voidaan tukea myös kotikäyntien avulla, jotka edistävät perheen elämäntilanteen tuntemista, korostaen perheen ainutlaatuisuutta. Lapsen syntymän jälkeisen kotikäynnin tarkoituksena on, että terveydenhoitaja tarkastaa äidin ja lapsen voinnin, keskustelelee synnytyksen kulusta sekä ensimmäisten päivien tai viikkojen sujumisesta lapsen kanssa kotona. Terveydenhoitaja antaa myös vauvan hoidon ohjausta vanhemmille. Kotikäynti on luonnollinen tilanne terveydenhoitajalle havainnoida imetyksen sujumista ja antaa yksilöllistä ja konkreettista tukea ja ohjausta imetykseen. On tärkeää, että kotikäynnillä terveydenhoitaja havainnoi vanhempien mielialaa. Vanhemmat voivat kaivata kannustusta ja rohkaisua päästäkseen hyvään vuorovaikutukseen lapsen kanssa. Kotikäynnit ovat useissa tutkimuksissa osoittautuneet neuvolan työntekijöiden mielestä tärkeiksi työmuodoiksi.



Projekteja vanhemmuuden tukemisesta:

**Kiikku-vauvaperhetyön® malli.** Vuonna 1994 Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö käynnisti Kiikku-projektin (Kiikku nimitys tulee sanoista kiintymys ja kuntoutus). Kiikku-projektissa kehitettiin Kiikku-vauvaperhetyön® malli yhteistyössä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Kiikku-vauvaperhetyön® malli rekisteröitiin Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiölle 1999. Aluksi työmalli kehitettiin vammaisena tai keskosena syntyvien lasten ja heidän perheidensä tarpeisiin. Kiikku-vauvaperhetyö® on ennaltaehkäisevää, perheen kotona tehtävää hoitotyötä, jolla tuetaan kiintymyssuhteen kehittymistä, perheen voimavaroja ja vanhemmuuden taitoja. Vauvaperhetyötä toteutetaan lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana, jolloin perustetaan kiintymyssuhdetta vauvan ja vanhemman välille. Vauvaperhetyön tavoitteena on säännöllisten kotikäyntien aikana tukea vauvan ja vanhemman vuorovaikutusta, antaa vanhemmille tietoa ja tukea lapsen hoitoon, edistää lapsen kehityksen kannalta suotuisan hoivaympäristön luomista ja yhdistää perheen tarvitsemia palveluita.

**Keskosprojekti.** Vuosina 1999–2001 Mannerheimin Lastensuojeluliitto käynnisti Keskosprojektin, jonka tarkoituksena oli tukea keskospereiden arkielämässä selviytymistä. Keskosprojektissa nousi esille, että keskosen kotiuduttua sairaalasta tarjolla olevia tukimuotoja ja palveluja oli liian vähän. Keskosprojektin keskeisiksi sisältöalueiksi nousivat keskosen kotiuduttua keskosen voinnin, hoidon, kasvun ja kehityksen tukeminen, vanhemmuuden ja perhe-elämän tukeminen sekä sosiaalisen verkoston säilyminen ja vahvistuminen. Keskoslapsen vanhemmat kaipasivat konkreettista ohjausta ja neuvontaa vauvan hoitoon. Erityisesti he tarvitsivat apua ja ohjausta keskosen ravitsemukseen, infektioiden ehkäisyyn, keuhkosairauden hoitoon, vuorokausirytmien muodostumiseen, liikunnalliseen kehitykseen sekä perusturvallisuuteen liittyvissä asioissa. Vanhemmat kokivat saavansa hyötyä erilaisista vertaisryhmistä, joissa he saivat keskustella vastaavassa elämäntilanteessa olevien perheiden kanssa.

## 6 SOSIAALINEN TUKEA KESKOSPERHEEN TUKEMISESSA

- Sosiaaliseen tukeen sisältyvät:
  - emotionaalinen tuki (rakkaus, empatia, pitäminen),
  - käytännön apu (palvelut, raha, tavara),
  - tiedollinen apu (neuvot, tieto, apu ongelmien ratkaisemisessa) ja
  - vertaistuki, joka on itsearviointiin ja arvostuksen kannalta tarpeellinen tietotuki.
- Saadakseen sosiaalista tukea henkilön on oltava jonkin sosiaalisen verkon jäsen, esimerkiksi perheen.
- Sosiaalinen tuki vaikuttaa merkittävästi vanhemmuuden laatuun, sekä äitinä että isänä.
- Sosiaalisella tuella on stressitilanteiden määrää perheessä vähentävä vaikutus, joka sitä kautta vaikuttaa myönteisesti yksilön sosiaaliseen, psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin.
- Sosiaalinen tuki auttaa selviämään stressaavista tilanteista toimimalla puskurina.
- Sosiaalinen tuki auttaa vanhempia myös rakentamaan aktiivisempia selviytymiskeinoja.

Terveydenhoitaja sosiaalisen tuen antajana:

Neuvola voi toimia perheen sosiaalisena verkkona, josta vanhemmat saavat kaikkia sosiaalisen tuen muotoja eli tietotukea, tunnetukea, käytännön apua ja vertaistukea. Lastenneuvolan tehtävänä ja haasteena on antaa perheille heidän tarpeidensa ja odotustensa mukaista ajantasaista tietoa sekä perheen tarpeista lähtevää ohjausta ja neuvontaa. Perheen ohjaamisessa ja neuvonnassa tärkeää on kiinnittää huomioita tapaan, miten tietoja annetaan. Puutteellinen tai vääränlainen tieto voi lisätä pelkoja ja avuttomuutta. Tietojen ja neuvojen lisäksi perheet odottavan neuvolalta sosiaalista- ja sosioemotionaalista tukea. Terveydenhoitaja täytyy osata kuunnella, ymmärtää, välittää ja kunnioittaa perhettä. Perheille, jotka ovat vaikealta tuntuvassa elämäntilanteessa ja joilla on vähän muita tuen antajia neuvolan lisäksi, on kuulluksi tuleminen ja välittämisen kokemus erityisen tärkeää.

Useiden tutkimusten mukaan lapsiperheiden neuvolalta saama tuki ei vastaa perheiden tarvitsemaa tukea. Terveystenhoitajien antama tuki lapsiperheille on usein väärin suunnattu terveydenhoitajien vahvistaessa jo ennestään hyvin selviytyvien perheiden voimavaroja. Perheet, joissa on huolta aiheuttavia oireita tai pitkäaikaissairauksia, ovat useiden tutkimusten mukaan tyytymättömiä neuvolasta saamaansa sosiaaliseen tukeen. Paljon sairastavien lasten perheet kokevat usein saavansa liian vähän sosiaalista tukea läheisiltään, mutta odottavat saavansa muita perheitä enemmän tukea neuvolan terveydenhoitajalta ja lääkäriltä omien voimavarojensa vahvistamiseen.

Sosiaalisen tuen keinot:

**Emotionaalinen tuki.** Terveystenhoitajan emotionaalisen tuen muodoista tärkein on se, että terveydenhoitaja on hyvä kuuntelija. Tutkimusten mukaan lähes yhtä tärkeänä pidetään myös muita emotionaalisen tuen muotoja kuten tuen ja avun lähteiden miettimistä, keskustelua epävarmuudesta ja stressin tuntemuksista sekä koko perheen selviytymisen ja yksilöllisyyden tukemista. Emotionaalisen tuen saanti on arvioitu huonommaksi silloin, kun perheellä oli kuormittavia tekijöitä parisuhteessa, ajankäytössä ja perheen terveydentilassa. Lapsiperheet toivovat, että heidän ongelmansa otettaisiin vakavasti neuvolassa, pelkkä kannustus ei riitä. Vaikeissa elämäntilanteissa vanhempien voimien ja jaksamisen kysyminen myös puhelimitse voi olla yksi emotionaalisen tuen keino. Emotionaalinen tuki on todettu tärkeäksi hyvän vanhemmuuden ennustajaksi: kun vanhempi itse saa myötäilevää tukea, on helpompi antaa hoivaa ja tukea lapsellekin.

**Arvioiva tuki.** On tärkeää, että terveydenhoitaja antaa vanhemmille myönteistä palautetta lapsen hoitamisesta ja vanhemmuudesta. Arvioivan tuen lisäksi tarpeellisena pidetään myös perheen ja terveydenhoitajan välistä hyvää yhteistyösuhdetta. Tutkimuksen mukaan ne perheet, joilla oli kuormittavuutta terveyteen liittyvissä tekijöissä, ajankäytössä ja parisuhteessa, kokivat saaneensa terveydenhoitajalta liian vähän arvioivaa tukea. Terveystenhoitajan antama arvioiva tuki oli toteutunut myönteisenä palautteena lapsen hoidosta, äidin pätevyyden arvostamisena, vahvistuksen saamisena omille tunteilleen ja mielipiteilleen ja uskon luomisena siihen, että selviytyy lapsen hoidosta. Osalla tutkimukseen vastanneista oli kielteinen kokemus arvioivasta tuesta syyllistämisenä lastenkasvatukseen ja lapsen kehitykseen ja erilaisuuteen liittyvissä asioissa.



**Käytännön tuki.** Käytännöllisen tuen eri muodot ovat myös usein tarpeellisia. Terveydenhoitajalla tulisi olla riittävästi aikaa asiakkailleen. Käytännöllisen tuen tarvetta on tutkimusten mukaan eniten niillä perheillä, jotka arvioivat taloudellisen tilanteensa kuormittavaksi. Käytännön ohjausta ja neuvontaa perheet toivovat imetykseen, monikkolasten hoitoon ja uhmaiästä selviämiseen. Käytännöllistä apua, lähinnä lastenhoitoapua, odotetaan erityisesti vauvan syntyessä, äidin väsyessä, miehen ollessa paljon poissa ja lapsen tai vanhemman sairauden aikana. Perheillä on usein vähän kokemusta käytännöllisen tuen saannista neuvolasta. Käytännöllinen tuki on ollut lähinnä ajan järjestämistä ongelmien selvittämistä varten ja käytännön ohjeiden antamista lapsen hoitoon.

**Tiedollinen tuki.** Terveydenhoitajan antaman tiedollisen tuen muotoja pidetään erittäin tarpeellisina. Perheet pitävät tarpeellisena ja tärkeänä tiedon saantia lapsen seuraavasta kasvu- ja kehitysvaiheesta sekä keskustelua lapsen kehityksen edistämisestä. On tärkeää, että terveydenhoitaja keskustelee myös vaikeista asioista ja tukee perhettä kuormittavien tekijöiden vähentämisessä. Tutkimuksen mukaan eniten odotuksia tiedollista tukea kohtaan oli niillä perheillä, joilla oli kuormittavia tekijöitä terveydentilassa, ajankäytössä ja taloudellisessa tilanteessa.

**Vertaistuki.** Neuvolat voivat järjestää vanhemmille mahdollisuuden vertaistuen saantiin. Vertaistuellla tarkoitetaan toisen samanlaisessa elämäntilanteessa elävän vanhemman antamaa sosiaalista tukea. Vanhemmat arvostavat sitä, että terveydenhoitajat voivat järjestää heille uusia mahdollisuuksia vanhemmuuden tukemiseen. Useiden tutkimusten mukaan perheet kokevat vertaisperheiltä saadun tuen voimavaroja vahvistavaksi. Erityisesti äidit kokivat vanhempainryhmissä saadun vertaistuen vahvistavan heidän sosiaalisia verkostojaan, lisäävän voimavaroja arjesta selviytymiseen ja vahvistavan vanhemmaksi kasvua. Sairaiden lasten vanhemmat kokivat antavansa toivoa samassa elämäntilanteessa oleville perheille jakaessaan selviytymiskokemuksiaan.

## KIRJALLISUUTTA

- Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.)** 2007. Neuvolatyön käsikirja. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.
- Hakulinen, T. & Pelkonen, M.** 2002. Lapsiperheen arjen voimavarojen tunnistaminen. Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan 75 (5), 15-17.
- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T. & Talvia, S.** 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11.
- Heath, A. & Bainbridge, N.** 2007. Vauvahieronta. Suom. S. Salonen. Helsinki: WSOY.
- Hermanson, E.** 2008a. Sairaalan lapsen neuvolaseuranta. Terveyskirjasto. Duodecim. Päivitetty 7.1.2008. Viitattu 26.11.2009. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti\\_p\\_artikkeli=lok00065&p\\_haku=keskonen%20kehitys](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti_p_artikkeli=lok00065&p_haku=keskonen%20kehitys)
- Hermanson, E.** 2008b. Äitiys- ja lastenneuvola. Terveyskirjasto. Duodecim. Päivitetty 7.1.2008. Viitattu 26.3.2009. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lok00086](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00086)
- Herrgård, E. & Renko, R.** 2000. Lapsen neurologisen kehityksen seuranta- milloin on syytä huoleen? Duodecim 116 (18), 2038-2045.
- Honkamaa, J.** 2002. Keskosprojekti - tukea keskoslasten perheiden arkeen. Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan 75 (10), 12-14.
- Inberg, E., Axelin, A. & Salanterä, S.** 2008. Keskosvauvan ja vanhempien varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen hoitotyön menetelmin. Hoitotiede 20 (4), 192-202.
- Jansson-Verkasalo, E. & Valkama, M.** 2005. Hyvin pienipainoisina syntyneiden keskosten kielen kehitys ja kuuloherätevästeet. Lääkärilehti 60 (49-50), 5105-5109.
- Jouhki, T. & Markkanen, R.** 2007. Perhosen siivin- opas vuorovaikutustanssiin. Helsinki: Edita.
- Järvenpää, A.-L., Luukkainen, P., Tammela, O., Peltola, T., Paganus, A. & Aldén, H.** 2008. Keskoslapsen ruokaopas. Hengityslitto Heli.
- Korhonen, P.** 2004. Bronchopulmonary dysplasia in very low birth weight infants: frequency, risk factors and 7-year outcome. Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos. Väitöskirja. <http://acta.uta.fi/haekokoversio.php?id=9746>
- Korja, R.** 2009. Early relationship between very preterm infant and mother: the role of infant, maternal and dyadic factors. Turun yliopisto, lastenpsykiatrian yksikkö. Väitöskirja. <http://oa.doria.fi/handle/10024/47017>
- Lehtonen, L.** 2009. Keskosien muuttuva hoito. Duodecim 125 (12), 1333-1339.
- Leino, T.** 2007. Tietoa potilaalle: Erityisryhmien rokottaminen. Lääkärikirja Duodecim 19.12.2007. Viitattu 8.3.2010. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00790](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00790)
- Levä, U.** 2004. Keskosuuden ja pitkän sairaalassaolon vaikutuksia varhaisen vuorovaikutuksen kehittymiseen vanhempien kokemana. Toimintaterapeutti 23 (1), 12–15.
- Löthman-Kilpeläinen, L.** 2001. Lapsiperheen voimavarat ja voimavarojen vahvistaminen neuvolassa. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro-gradu tutkielma.
- Metsäranta, M. & Järvenpää, A.-L.** 2009. Keskoslapsi avohoidossa. Lääkärin käsikirja 4.9.2009. Viitattu 21.8.2010. [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=keskoslapsi%20avohoidossa](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=keskoslapsi%20avohoidossa)

- Mikkola, K., Tommiska, V., Hovi, P. & Kajantie E.** 2009. Keskosesta aikuiseksi. *Duodecim* 125 (12), 1341-1347.
- Minkkinen, L., Jokinen, S., Muurinen, E. & Surakka, T.** 1997. Lasten hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Muurinen, E. & Surakka, T.** 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Mäntymaa, M. & Tamminen, T.** 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. *Duodecim* 115 (22), 2447-2453.
- Määttänen, K.** 2005. Dialoginen vauvatanssi kehityksen edistäjänä. *Aiheita* 2/2005. Helsinki:Stakes.
- Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.)** 2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY.
- Olsen, P. & Vainionpää, L.** 2000. Keskosien neurologinen ennuste. *Duodecim* 116 (18), 2032-2037.
- Pelkonen, M. & Hakulinen, T.** 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14 (5), 204-209.
- Puura, K., Tamminen, T., Mäntymaa, M., Virta, E., Turunen, M.-M. & Koivisto, A.-M.** 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaintajana. *Suomen Lääkärilehti* 56 (47), 4855-4861.
- Rantala, A.** 2002. Perhekeskeisyys – puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Jyväskylän yliopisto.
- Riikola, T.** 2007. Kehitys seurannat tasoittavat keskosien tietä. Tietolehtiset keskosvanhemmille -sarja, julkaistu 11/2007. Viitattu 26.2.2010. <http://www.kevyt.net/pankki/kehitys seurannat.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö.** 2004a. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:13.
- Sosiaali- ja terveysministeriö.** 2004b. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14.
- Törölä, H.** 2006. Keskosien syömisestä kehityksen erityiskysymyksiä. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. 31.10.2006. Viitattu 13.2.2010. <http://www.vamlas.fi/kiikku/index2.php?sivu=365>
- Vamlas.** 2006. Keskosvauvan kehityksen tukeminen arkipäivän tilanteissa – fysioterapeutin ohjeita. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. Päivitetty 31.10.2006. Viitattu 20.2.2010. <http://www.vamlas.fi/kiikku/index2.php?sivu=367>
- Viljamaa, M.-L.** 2003. Neuvola tänään ja huomenna: Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylän yliopisto.
- WHO.** 2003. Kangaroo Mother Care : A Practical Guide. Geneve: World Health Organization.
- Willamo, M.-R.** 2002. Vauvaperheiden arjen rakentuminen. Ennen- ja täysiaikaisena syntyneiden lasten perheiden arjen akkommodaatiot ja perheteemat ekokulttuurisesta näkökulmasta. Jyväskylän yliopisto, erityispedagogiikan laitos. Pro-gradu -tutkielma.

Tekijät:

Henna Jolkin ja Jonna Kräkin

Terveydenhoitajaopiskelijat

Savonia-ammattikorkeakoulu, Kuopio

Syksy 2010

Valokuvat:

Tekijöiden yksityisalbumit



**Savonia**  
ammattikorkeakoulu  
Terveysala Kuopio







[www.savonia.fi](http://www.savonia.fi)

---