



Keskosen vanhempien tukeminen



Keränen, Johanna

Larkko, Anne

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Keskosen vanhempien tukeminen

Johanna Keränen
Anne Larkko
Hoitotyön koulutusohjelma
Projektiraportti
Tammikuu 2011

Keränen, Johanna
Larkko, Anne

Supporting of parents of the premature infant

Year 2011

Pages

35+1

This project is a result of co-operation between Laurea University of Applied Sciences and Women's Hospital of Helsinki University Central Hospital. The object of the project was to collect information about supporting the parents of premature infant. As a result of this project is Supporting of parents of the premature infant. Project report was made for the use of Women's Hospital nursing staff of department 51 and 52.

Data retrieval was done by using the databases of Laurea University of Applied Sciences. Laurus, Medic, Linda and Aleksis -databases were used for collecting material in Finnish. Other than Finnish research was searched using EBSCO (CINAL and Academic Elite) and PubMed -databases. Search words were translated using FinMesh. The searches were done by basic search, combining words and cutting words. Total number of 34 articles was used in this project report. From those 34 articles six were foreign research articles, four dissertations and five master's theses.

An Infant which is born before 37th pregnancy week, and usually weights less than 2 500 g, is called premature infant. Immaturity due to premature birth exposes the infant to diseases and developmental disorders, such as cerebral hemorrhage, infections, chronic pulmonary diseases and learning difficulties. Parents and their resources are tested because of these consequences.

Premature birth is always shock to the parents. Some mothers might be aware of that they are carrying what is called a risk-pregnancy. The parents whom the premature birth comes as a surprise are more likely to run into much larger crisis. Especially mothers blame themselves for the premature birth. The parents of premature infant need support and knowledge about the health condition of the infant and the special maneuvers related to it.

The parents need support, as well as convincing that the premature birth cannot be occurred from themselves. Parents may run into difficulties in the parenthood because the premature infant cannot be nursed as a health infant born after pregnancy of full time. When leaving the hospital, parents need support in nursing the premature infant.

Key words: Premature infant, supporting and parenthood

SISÄLLYS

| | | |
|---|---|----|
| 1 | PROJEKTIN TAUSTA | 6 |
| 2 | PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN | 7 |
| | 2.1 Tarkoitus ja tavoitteet | 7 |
| | 2.2 Projektin aikataulu..... | 8 |
| | 2.3 Projektiryhmän kuvaus..... | 9 |
| | 2.4 Projektiympäristön kuvaus | 9 |
| 3 | TIEDONHAKUPROSESSI | 10 |
| 4 | TIEDONHAKU AIHEESTA: KESKOSEN VANHEMPIEN TUKEMINEN | 12 |
| | 4.1 Keskonen..... | 12 |
| | 4.1.1 Keskonen elimistön kypsymättömyyden seurauksia..... | 13 |
| | 4.1.2 Keskonen fysiologiset riskitekijät | 13 |
| | 4.1.3 Keskonen hengitysvaikeudet | 14 |
| | 4.1.4 Muita keskonen yleisimpiä ongelmia..... | 15 |
| | 4.1.5 Keskosuuden vaikutukset lapsen kokonaiskehitykseen..... | 16 |
| | 4.1.6 Keskonen hoito | 17 |
| | 4.2 Vanhemmuus..... | 18 |
| | 4.2.1 Vanhemmuuteen kasvu | 18 |
| | 4.2.2 Ennenaikainen vanhemmuus..... | 19 |
| | 4.2.3 Vanhempien tunnereaktioita | 20 |
| | 4.3 Vanhempien tukeminen | 21 |
| | 4.4 Sosiaalinen tuki..... | 22 |
| | 4.4.1 Emotionaalinen tuki..... | 23 |
| | 4.4.2 Tiedollinen tuki | 24 |
| | 4.4.3 Käytännöllinen tuki..... | 25 |
| | 4.4.4 Arvioiva tuki | 26 |
| | 4.5 Vanhempien tuen tarve keskoslapsen syntymän jälkeen..... | 26 |
| | 4.5.1 Alkujärkytys..... | 26 |
| | 4.5.2 Sairaalassaoloaika | 27 |
| | 4.5.3 Keskosvauvan ja äidin kotiutuminen synnytysairaalaan..... | 28 |
| 5 | PROJEKTIN ARVIOINTI | 29 |
| | 5.1 Projektin toteutuminen yleisesti | 29 |
| | 5.2 Projektiraportin arviointi | 30 |
| | 5.3 Projektityöskentelyn arviointi | 32 |
| | 5.4 Ammatillinen kehittyminen | 34 |
| | LIITTEET | 39 |
| | Liite 1 | 39 |

1 PROJEKTIN TAUSTA

Projektiraportti tehdään Laurean ja HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön laadunkehittämishankkeessa 2007-2012. Hankkeessa hyödynnetään Laurean kehittämää Learning by Developing -mallia (LbD), jonka tarkoituksena on sovittaa yhteen työelämälähtöinen kehittämistoiminta ja oppimisprosessi. Hankkeen lähtökohdat ovat HUS:n Naistensairaalan Naistenklinikalla havaittujen laadunkehittämistarpeiden (Hus Strategia 2006-2016) kartoittaminen. (Liljeblad 2007.)

Hankkeen kohderyhmänä ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS - sairaanhoitoalueen Naisten- ja lastentautien tulosyksikön, Naistentautien ja synnytysten vastuualueen henkilökunta ja Laurean opiskelijat ja henkilökunta. (Aholaakko, Haggren, Heino, Kangas, Kohonen, Kumpula, Mäenpää, Tanskanen & Vanttinen 2009.) Hanke toteutetaan opiskelijoiden tekeminä projektiraportteina. Tässä projektiraportissa etsittiin tutkittua tietoa aiheesta Keskosien vanhempien tukeminen. Projektiraportin tiedonhaun tulosten on tarkoitus olla hyödynnettävissä Naistenklinikan lapsivuodeosastoilla 51 ja 52. Projektiraportissa kartoitetaan vanhempien tarvitsemaa tukea keskoslapsiperheissä. Projektiraportti keskittyy keskoslapsen vanhempien tukemiseen. Projektiraportti on suunnattu kätilöille, terveydenhoitajille ja sairaanhoitajille tueksi keskoslapsiperheiden hoidossa.

Lapsen syntyessä elämä muuttuu. Muutos kuormittaa vanhempien voimavaroja. Lapsen syntymän jälkeen vanhemmat kaipaavat erityisesti emotionaalista tukea. (Löftman-Kilpeläinen 2001: 9, 13-14, 52-53, 56.) Emotionaalinen tuki on tärkeää keskosien vanhemmille. He tarvitsevat usein tukea ja vahvistusta siitä, että heidän tuntemansa tunteet ovat sallittuja ja normaaleja ja että vanhemmuus ei synny hetkessä. (Willamo 2002: 37.) Keskosilla on ennenaikaisuudesta johtuvia erityistarpeita (Huuskola 2005: 2). Tästä syystä vanhemmat tarvitsevat enemmän tukea (Hastrup, Toikka & Solantaus 2005: 11).

2 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

2.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Hankkeen tarkoituksena on oppia näyttöön perustuvassa kehittämishankkeessa kehittämään hoitotyön laatua, ammatillisia kvalifikaatioita ja kehittämishankkeessa oppimista. Hanketta arvioidaan joka toinen vuosi tarkastelemalla hankkeen tavoitteiden toteutumista. (Aholaakko ym. 2009.)

Tavoitteena on luoda hoitotyön kehittämiseksi verkostoitunut toimintatapa. Se mahdollistaa kehittämishankkeissa oppimisen Laurean ja HYKS-sairaanhoidon alueen NALA-tulosityksikön Nais-
tentautien ja synnytysten vastuualueen kanssa yhteistyössä. Tavoitteena on myös potilaiden hoidon laadun parantaminen. Tähän pyritään luomalla, dokumentoimalla, jakamalla ja kehittämällä näyttöön perustuvia käytänteitä. (Aholaakko ym. 2009.) Pää tavoitteena on vastata tutkimuskysymyksiin näyttöön perustuvan tutkitun tiedon avulla, jotka ovat tutkimuksia ja luotettavia kirjoja sekä tutkimuspohjaisia artikkeleita. Projektiraportin tekijöiden tavoitteena on myös saada tietoa aiheesta ja hyödyntää opittua tietoa terveydenhoitajan työssä. Opiskelijoiden tavoitteina ovat myös verkostoituminen ja asiantuntijuuden kehittyminen.

Tässä projektiraportissa aiheena on Keskosen vanhempien tukeminen. Projektiraportin tiedonhaun tulosten tarkoituksena on antaa tietoa Naistenklinikan lapsivuodeosaston henkilökunnalle siitä, kuinka tukea keskosvauvan saaneita vanhempia. Tällä tavalla pyritään parantamaan potilaiden hoidon laatua sekä tukemaan heitä uudessa ja yllättävässä elämäntilanteessa.

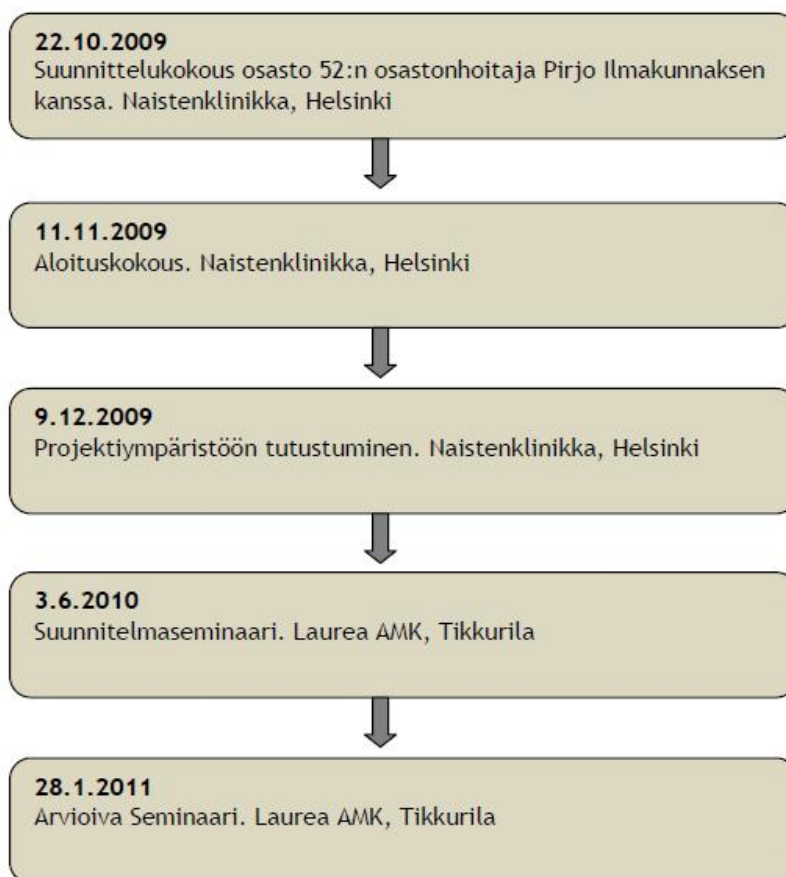
Projektiraportin tiedonhaun tuloksilla pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten voidaan tukea ennen aikaisesti syntyneen lapsen vanhempia vanhemmuuteen kasvussa?
2. Millaisilla tuen muodoilla voidaan auttaa vanhempia selviytymään alkujärkytyksestä?
3. Minkälaiset keskoslapsen sairaudet kuormittavat vanhempien voimavaroja?

2.2 Projektin aikataulu

Projektia suunniteltiin 22.10.2009 projektien aloituskokouksessa Naistenlinikalla osastolla 52. Projektin käynnistettiin 11.11.2009 Naistenlinikalla yhdessä lapsivuodeosaston henkilökunnan kanssa pidetyssä projektin aloituskokouksessa. Aihe on Keskosien vanhempien tukeminen. Opinnäytetyön suunnitelma esiteltiin seminaarissa 3.6.2010. Arvioiva seminaari pidettiin 28.1.2011. Projektiraportti valmistui helmikuussa 4.2.2011.

Projektitympäristöön tutustuttiin 9.12.2009 osaston 52 osastonhoitaja Pirjo Ilmakunnaksen johdolla. Tiedonhaku aloitettiin syksyllä 2009. Suunnitelmaseminaarissa esiteltiin tiedonhaun alustavia tuloksia, projektin tausta, tarkoitus ja tavoitteet. Tiedonhaku tapahtui pääasiassa Laurea-ammattikorkeakoulun käytössä olevista tietokannoista. Tiedonhaku kuvataan tarkemmin kappaleessa kolme. Aikataulu on esitetty kuvassa yksi.



KUVA 1. Projektin eteneminen. Tapaamisten välinen aika käytettiin projektiraporttiin liittyvään tiedonhakuun ja kirjoittamiseen.

Lehtori Marja Tanskanen ohjasi projektiraporttimme valmistumista. Ohjaustilanteita ohjaavan lehtorin kanssa on ollut 8.1.2010, 19.3.2010, 6.5.2010 ja 10.9.2010. Projektisuunnitelmaa ja -raporttia on käyty läpi yhdessä lehtori Marja Tanskanen kanssa. Lehtori Tanskanen on tehnyt muutos- ja parannusehdotuksia projektiraporttiin, jotka on huomioitu. Tapaamisessamme 8.1.2010 projektiraportin aihe tarkentui. Tiedonhaku lähti etenemään tämän tapaamisen jälkeen. 19.3.2010 pyrittiin rajamaan kirjallisuuskatsauksen sisältöä. Tapaamisessa pohdittiin tukemisen eri muotoja, kuten psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen tukeminen. Ohjaava lehtori suositteli tutkimuskysymysten uudelleen muotoilua ja projektin arviointia käytiin läpi. Tapaaminen 6.5.2010 sisälsi keskustelua suunnitelmaseminaarivaiheesta. Taustan ja tarkoituksen päivitys oli ajankohtaista. Suunnitteilla oli määrittää alustavia tiedonhaun tuloksia: keskosuuden määritelmä, keskosien vanhemmuus sekä tukeminen ja ohjaus. Suunnitelmavaiheessa oli tarkoitus ottaa mukaan ohjauksellinen näkökulma, joka jätettiin lopullisesta projektiraportista pois. Viimeisessä tapaamisessa 10.9.2010 täsmennettiin projektiraportin tavoitteita. Suositeltiin tekemään aikataulukkaavio ja tutkijantaulukko. Keskusteltiin tutkimuskysymysten sopivuudesta projektiraportin sisältöön nähden. Arvioiva seminaari oli 28.1.2011, jolloin saatiin kirjallinen ohjaus korjausehdotuksineen.

2.3 Projektiryhmän kuvaus

Laurean ja HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön laadunkehittämissankkeessa 2007-2012 on yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijat ja henkilökunta ja HYKS- sairaanhoitoalueen Naistentautien ja synnytysten toimialan potilaat ja henkilökunta (Aholakko ym. 2009). Projektiryhmäämme kuuluvat Laurea-ammattikorkeakoulusta hankkekoordinaattori ja yliopettaja Teija-Kaisa Aholakko, projektiraportin ohjaaja lehtori Marja Tanskanen ja projektiraportin tekijät, terveydenhoitajaopiskelijat Johanna Keränen ja Anne Larkko. Naistenklinikalta projektiryhmään kuuluvat ylihoitaja Karoliina Haggren, osasto 52:n osastonhoitaja Pirjo Ilmakunnas ja osasto 51:n ja 52:n henkilökuntaa.

2.4 Projektiympäristön kuvaus

Naistenklinikka kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin naistentautien ja synnytysten toimialaan. Vuonna 2009 Naistenklinikalla oli 126 naistentautien ja synnytysten potilaspaiikkaa ja hoitohenkilökuntaa yli 400. Talossa on monia osastoja, poliklinikoita ja tutkimusyksiköitä, kuten Antenataali- ja päivystysosasto 42, Lapsivuodeosastot 51, 52 ja 61, Vastasyntyneiden valvontaosasto, Leikkaus- ja anestesiaosasto, Äitiyspoliklinikka ja Synnytysosasto sekä muita naistentautien osastoja ja poliklinikoita. (HYKS 2009.)

Naistenklinikalla syntyy vuosittain noin 5000 vauvaa. Naistenklinikalla hoidetaan terveitä synnyttäjiä, keskitetysti vaikeimpia riskiraskauksia ja hyvin ennenaikaisesti syntyvät keskossynnytykset. 15 % hoidettavista raskauksista on riskiraskauksia, joiden hoito alkaa usein äitiyspoliklinikalla. Siellä tehdään tutkimuksia ja seurataan raskautta. Naistenklinikalla on 13 synnytysalia, kolme lapsivuodeosastoa ja antenataali- ja päivystysosasto. Näillä osastoilla on yhteensä 78 paikkaa. (HYKS 2009.)

Noin 24 % synnytyksistä on keisarileikkauksia, joiden keskimääräinen hoitoaika on lapsivuodeosastolla 4,5 vuorokautta. Normaalit alatiesynnyttäjät ovat lapsivuodeosastolla noin 3 vuorokautta. Lapsivuodeosastoilla tarjotaan turvallista hoitoa perheen tarpeiden mukaisesti. Vanhempia tuetaan imetyksessä, vieri- ja vauvanhoidossa ja vanhemmuuteen kasvussa. Lapsivuodeosastoilla 51 ja 52 on riskisynnyttäjiä, joiden hoidossa korostuu äidin ja vastasyntyneen seuranta, hoitaminen ja jatkohoidon turvaaminen. Naistenklinikan hoitohenkilökunta on sitoutunut noudattamaan kansainvälistä Vauvamyönteisyys-ohjelmaa, joka sisältää "10 Askelta onnistuneeseen imetykseen". (HYKS 2009.)

Synnytykset sujuvat yleensä ongelmitta. Kuitenkin vuosittain syntyy noin 1500 lasta, jotka tarvitsevat erikoishoitoa esimerkiksi vastasyntyneiden valvontaosastolla. Osaava henkilökunta kykenee vastaamaan sairaan vastasyntyneen ja keskosien alkuhoidosta. Myös elvytys ja adaptaatiovaiheen seuranta tapahtuu vastasyntyneiden valvontaosastolla. (HYKS 2009.)

3 TIEDONHAKUPROSESSI

Tieteelliselle tiedolle on tyypillistä, että tiedon hankintamenetelmät ovat yleisesti tunnettuja. Yleensä subjektiivisia kannanottoja pyritään välttämään. Tieto hankitaan objektiivisesti ja puolueettomasti. Ominaista tieteelliselle tiedolle on, että tulos on toistettavissa. Oikea tieto saa vahvistusta uusista tutkimustuloksista. Väärä tieto puolestaan kumoutuu. Keskeistä on, että uusi tieto rakentuu vanhalle perustalle. (Metsämuuronen 2003: 3.) Tänä päivänä tiedon määrä on niin suuri (Heikkinen, Isohanni & Miettunen 2007: 2169-2170; Metsämuuronen 2003: 12.), että tiedonhaun tulee olla suunnitelmallista ja kriittistä. Tiedonhakijan täytyy tarkentaa, millaista tietoa hakee ja mistä lähteistä. Luotettavan tiedon löytämistä voidaan pitää nyky-yhteiskunnassa jokaisen ihmisen perustaitona. (Heikkinen, Isohanni & Miettunen 2007: 2169-2170.)

Tiedonhaku voidaan jakaa tiedontarpeen luonteen mukaan kahteen eri ryhmään: perus- ja systemaattiseen tiedonhakuun. Perustiedonhakuun katsotaan kuuluvaksi yleistieto, jolloin

saadaan esimerkiksi tietoa tiettyyn aiheeseen liittyvästä uudesta tiedosta. Perustiedonhaku tehdään usein käyttäen elektronisia tietolähteitä muun muassa kirjastojen tietokantoja ja eri portaaleja. Perustiedonhaun avulla saadaan yleiskuva aiheesta ja terminologiasta. Systemaattinen tiedonhaku syntyy monesta eri vaiheesta. Kaikessa tiedonhaussa täytyy täsmentää tiedontarve. Tähän vaiheeseen kuuluu myös kysymysten muotoilu. Tiedonhaussa on valittava sopivat tietokannat, muodostettava hakustrategia, suoritettava haku, arvioitava tulokset ja mahdollisesti parannettava haku. (Heikkinen, Isohanni & Miettunen 2007: 2166.)

Aihepiiriä on hyvä tarkentaa kysymysten asettamisella. Hyvän tutkimuskysymyksen tulee olla sellainen, että se selittää, kuvaa, täsmentää, korvaa aiempaa tietoa ja luokittelee. Se on selkeästi muotoiltu ja informaatiota tuottava. Hyvässä tutkimuksessa tulisi vastata yksilöityyn kysymykseen. Tutkittava kysymys voi muun muassa ratkaista ongelman, lisätä teorian tietoa ja tuottaa uutta tutkimusta. (Metsämuuronen 2003: 8-9.)

Tiedonhakuprosessi on alkanut syksyllä 2009. Tietoa haettiin systemaattisesti Laurea-ammattikorkeakoulun käytössä olevista tietokannoista. Suomenkielistä aineistoa etsittiin Lauruksen, Medicin, Lindan ja Aleksin kautta. Ulkomaisia tutkimuksia etsittiin EBSCO (CINAHL ja Academic Search Elite) ja PubMed -tietokannoista. Tietoa on etsitty myös manuaalisesti. Projektiraportissa ei käytetty maksullisia artikkeleita ja tutkimuksia.

Hakusanoina Medicissä on käytetty keskonen, äiti, vanhemmuus, äiti AND tuki, äiti AND tukeminen, äiti AND keskonen, vanhemmuus AND tuki ja vanhemmuus AND keskonen. Asiasanat ovat määritetty opinnäytetyön aiheen mukaisesti. Niille on haettu englanninkielisiä vastineita FinMesh asiasanaluokituksen kautta. Hakuja on tehty katkaisuhaualla, yhdistelmähaualla ja perushaualla.

Tiedonhaun jälkeen valittiin aineistosta projektiraporttiin sopivia tutkimuksia. Mukaan valitut tutkimukset on valittu luotettavista lähteistä ja projektiraportin aihetta mukaillen. Projektiraporttiin on käytetty tutkimuksia, jotka on julkaistu 2000-2010 välisenä aikana. Tieto muuttuu nopeasti, jolloin on haastavaa saada uusinta tietoa (Heikkinen, Isohanni & Miettunen 2007: 2165). Epäluotettavista lähteistä löydetyt tutkimukset on jätetty pois. Tiedonhaun tuloksena on löytynyt suomalaisia pro graduja, väitöskirjoja ja artikkeleita ja muutamia ulkomaisia artikkeleita. Joitakin tutkimuspohjaisia kirjoja on valittu lähteiksi.

4 TIEDONHAKU AIHEESTA: KESKOSEN VANHEMPIEN TUKEMINEN

4.1 Keskonen

WHO:n mukaan lapsi syntyy ennenaikaisesti, jos hän syntyy ennen raskausviikkoa 37 tai ennen 259 päivän sikiöikää (Jakobsson & Paavonen 2009). Keskosuus määritellään sekä kestäneiden raskausviikkojen, että syntymäpainon mukaan. Arkkiatri Arvo Ylppö määritteli keskoslapsen alle 2 500 g:n painoiseksi (Hermansson 2008; Metsäranta & Järvenpää 2009; Nivala & Remes 2000: 7; Willamo 2002: 25; Lassila 2006: 2; Fellman & Järvenpää 2007;). Keskosiksi määritellään ennen 37 raskausviikkoa syntyneet lapset (Lassila 2006: 2; Fellman & Järvenpää 2007; Korhonen 2003: 22).

Lapset, jotka syntyvät ennen raskausviikkoa 32 ovat pieniä keskusia (Korhonen 2003: 22; Korhonen 2010: 4091). Keskosuuden määrittelyssä syntymäpainon mukaan ollaan luopumassa, koska raskausviikoilla on enemmän merkitystä vauvan kehitykselle kuin painolla (Lassila 2006: 2; Willamo 2002: 24). Kuitenkin toisinaan on syytä määritellä keskusia myös painon mukaan. Hoitoajoissa, -ongelmissa ja pitkäaikaissairauksissa, syntymäpainolla on merkitystä. Pikkukeskosiksi luokitellaan vauvat, jotka painavat alle 1 500 g. (Hermansson 2008; Lassila 2006: 2.)

Ennen 28 raskausviikkoa syntyvät lapset ovat erittäin pieniä keskusia (Korhonen 2003: 22; Korhonen 2010: 4091). Pienen pieniä keskusia ovat syntymäpainoltaan alle 1 000 g painavat vauvat (Hermansson 2008; Lassila 2006: 2). Heidän selviytymisensä on huomattavasti kyseenalaisempaa, kuin 1 000 g - 1 500 g painavat vastasyntyneet. Pienen pienten keskosten hoito-ongelmat ovat paljon vaikeampia kuin pikkukeskosten. (Lassila 2006: 2; Mikkola, Tommiska, Hovi & Kajantie 2009.)

Keskosten osuus Suomessa vuosittain kaikista vastasyntyneistä on noin 6 % (Lassila 2006: 2; Mikkola, Tommiska, Hovi & Kajantie 2009). Pikkukeskosia syntyy Suomessa noin 500 eli noin yksi prosentti kaikista vastasyntyneistä (Korhonen 2010: 4091). Se, kuinka kauan vauva joutuu olemaan sairaalahoitossa syntymän jälkeen, riippuu syntymän ennenaikaisuudesta. Useimpien vauvat kotiutetaan lasketun syntymäajan lähetyvillä. (Lassila 2006: 2.) Aikaisintaan vauva voidaan yleensä kotiuttaa 35 raskausviikon tietämillä (Korhonen 2010: 4091).

4.1.1 Keskosen elimistön kypsyttömyyden seurauksia

Keskosvauvalla on ennenaikaisuudesta johtuvia ominaisuuksia ja tarpeita. Nämä seikat huomioiden, valitaan hoitotyön menetelmiä, jotka tukevat keskosvauvan kehitystä. Keskosen iho on ohut ja sen pinta-ala on suuri suhteessa lapsen painoon. Vauvan pää on suuri ja lihasmassaa on vähän. Ennenaikaisesti syntynyt vauva makaa poikkeuksellisesti raajat ojennettuina, juuri heikon lihasjänteveyden vuoksi. Keskosvauva on erityisen infektiokerkkä ja kykenemätön ylläpitämään elimistön lämpötasapainoa. Ihonalainen rasvakudos ei ole heillä vielä läheskään täysin kehittynyt. Myös hermoston kypsyttömyys vaikeuttaa lämmönsäätelyä. (Lassila 2006: 3.)

Elimistön kypsyttömyys tuo mukanaan paljon lisäongelmia. Yleisimpiä keskosuuteen liittyviä sairauksia ovat esimerkiksi aivoverenvuodot, infektiot, krooniset keuhkosairaudet, neurologiset ongelmat ja oppimisvaikeudet. (Korja 2009: 9; Lassila 2006: 2, 3; Mikkola, Tommiska, Hovi & Kajantie 2009; Turunen 2009: 8.) Verenkierron ongelmat ja verensokerin heittelyt ovat tyypillisiä keskosvauvoille, johtuen elimistön epäkypsydestä. Verenkiertoelimistön tilaa seurataan, jolloin saadaan tietoa yleisvoinnista ja hoitojen vaikuttavuudesta. (Lassila 2006: 4.) Sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä on keskosilla enemmän kuin täysiaikaisena syntyneillä (Lassila 2006: 2-3; Mikkola, Tommiska, Hovi & Kajantie 2009). Aivoverenvuodot ovat yleensä sitä pahempia, mitä aikaisemmin lapsi on syntynyt (Fellman & Lönnqvist 2006: 170).

Keskosen hoito on kehittynyt 1980-luvulta nopeasti ja tänä päivänä hoidon tarkoituksena on elämän säilyttämisen lisäksi saada lapsen aivot suojattua. Näin voidaan välttyä neurologisilta ongelmilta. Keskosen sairaalahoidon aikaiset riskitekijät aivojen vaurioitumiselle ovat hapenpuute tai ylihapetus sekä liian pieni tai suuri hiilidioksidipitoisuus. Myös pitkä hengityskonehoitoaika, liian matala tai vaihteleva verenpaine sekä puutteellinen ravitsemus ja kasvu vaikeuttavat keskosen elämää. Matala veren glukoosipitoisuus, tulehdukset ja kiputunteukset syntymän jälkeen sekä aivotoksiset lääkehoidot altistavat aivojen vaurioitumiselle. Unenpuute, stressi ja ero vanhemmista lisäävät pienen vauvan vaikeuksia elämän alkutaipaleella. (Lehtonen 2009: 1333-1335.)

4.1.2 Keskosen fysiologiset riskitekijät

Keskosen fysiologisiin ongelmiin kuuluvat erilaiset sairaudet, vammaisuus ja perinataali-kuoleman riski. Keskosen sairaudet ovat seurausta elimistön kypsyttömyydestä ja ovat siis kehityksellisiä sairauksia. Näitä sairauksia ovat muun muassa RDS-tauti (respiratory distress syndrome) eli hengitysvaikeusoireyhtymä, BPD-tauti (bronkopulmonaarinen dysplasia), eli

krooninen keuhkosairaus, asfyksia eli hapenpuute, avoimet valtimotiehyet, infektiot (Willamo 2002: 26), aivoverenvuoto, nekrotisoiva enterokoliitti eli kuolioon johtava suolitulehdus (Lassila 2006: 2; Mikkola, Tommiska, Hovi & Kajantie 2009), retinopatia eli silmän verkkokalvosairaus sekä periventrikulaarinen leukomalasia eli valtimoverenkierron iskeeminen häiriö (Olsen 2000) ja sepsis. Myös eriaisteiset CP-vammat koettelevat keskoslapsen elämää. Nämä sairaudet vaikuttavat keskosien pitkäaikaisennusteeseen. (Lassila 2006: 2; Mikkola, Tommiska, Hovi & Kajantie 2009.)

4.1.3 Keskosien hengitysvaikeudet

Yksi yleisimmistä keskosien hengitysvaikeuksia aiheuttava sairaus on RDS eli hengitysvaikeusoireyhtymä. Ennen aikaisesti syntyneellä vauvalla on yleensä hengitysvaikeuksia. Hengittäminen on epäsäännöllistä ja hengityskeskusten epäkypsyys aiheuttaa hengitystaukoja, jotka voivat kestää jopa 20 sekuntia. Luonnollisesti hengityskatkoksen aikana syke ja hapetus laskevat. (Lassila 2006: 4.) RDS-tautia hoidetaan hengityskoneen ja lisähapen avulla (Nivala & Remes 2000: 7; Willamo 2002: 26). Hoidossa on tärkeää, että lapsi hapettuu, verenpaine ja lämpötila ovat hyviä (Willamo 2002: 26). Happirikastetta saatetaan joutua käyttämään ainakin neljän ensimmäisen viikon tai jopa kuukausien ajan (Nivala & Remes 2000: 7). Silloin, kun keskosien pystyy hengittämään itsenäisesti ilman hengityskatkoja, lisähapetta ja hengitystoimintaa tukevia lääkkeitä, katsotaan hengitystoiminnan olevan riittävän kypsä (Lassila 2006: 4).

Surfaktantti on elimistön tuottama, keuhkojen pintajännitystä vähentävä aine ja näin ollen se estää keuhkorakkuloita painumasta kasaan. Surfaktantin tuotanto käynnistyy kuudennen raskauskuukauden aikana. Vasta kahdeksannella kuukaudella surfaktanttia erittyy riittävästi, jotta normaali hengittäminen mahdollistuu. Ennen aikaisen syntymän vuoksi surfaktantin tuotanto voi olla liian vähäistä, jolloin keuhkorakkulat painuvat helposti kasaan uloshengityksen aikana. Keskosvauva joutuu tekemään valtavasti töitä saadakseen keuhkorakkulat auki. Tämän seurauksena hengitysilhakset väsyvät eivätkä kaikki keuhkorakkulat enää avaudu sisäänhengityksen aikana. Kaasujenvaihto heikkenee ja lapselle kehittyy hengitysvajaus. Tätä tilaa kutsutaan vastasyntyneen hengitysvaikeusoireyhtymäksi, RDS-taudiksi. (Bjälle, Haug, Sand & Sjaastad 2000: 306-312.) RDS-tauti on paikallinen tulehdus keuhkoissa. Hengityskonehoidon aloittaminen aiheuttaa RDS-tautia sairastavalle keskoselle usein yleisen tulehduksen. (Turunen 2009: 8.) RDS-tautia hoidetaan surfaktantti- ja respiraattorihoidolla, niukalla nestehoidolla, riittävällä muttei liiallisella hapetuksella ja valtimotiehyiden varhaisella sululla. Hengityskonehoito saattaa aiheuttaa keskoselle kudonvaurioita ja tätä kautta BPD-taudin. (Willamo 2002: 31.)

Toinen pitkäaikaissairaus on BPD eli krooninen keuhkosairaus (Lassila 2006: 4). BPD:llä tarkoitetaan tilaa, jossa lisähapen tarve ja hengitysvaikeudet jatkuvat kuukausien ajan, vähintään 28 vuorokauden ajan. BPD:n oireita ovat muun muassa limaisuus, astman kaltaiset oireet ja herkästi uusiutuvat hengitystieinfektiot. (Tammela; Fellman & Kari 2006: 88-89; Korhonen 2010: 4093.) BPD aiheutuu useimmiten RDS-taudin seurauksena (Korhonen 2004; Willamo 2002: 26), koska tällöin joudutaan turvautumaan hengityskoneeseen ja lisähapteen (Korhonen 2004; Fellman & Kari 2006: 88). Suuressa riskiryhmässä ovat ennen 28. raskausviikkoa syntyneet ja alle 1 000 g painavat keskoset (Fellman & Kari 2006: 88). Hoitona on infektioiden hoito, hapetus, keuhkoputkia laajentava lääkitys, tulehduksia ehkäisevä lääkitys ja riittävä ravitsemus (Willamo 2002: 31).

4.1.4 Muita keskosien yleisimpiä ongelmia

Infektiot ovat yleisiä pienillä keskosilla (Nivala & Remes 2000: 8; Willamo 2002: 26). Viimeisen raskauskolmanneksen aikana sikiön elimistöön siirtyy vasta-aineita äidiltä. Ennenaikaisesti syntyneiltä lapsilta nämä vasta-aineet saattavat puuttuvat ja lapsen oma vasta-aine tuotanto ei ole vielä kehittynyt. Tämän vuoksi on tärkeää olla huolellinen hygienian kanssa. (Nivala & Remes 2000: 8.)

Sepsis eli verenmyrkytys on bakteerien aiheuttama yleisinfektio. Tällöin bakteerit leviävät verenkierron välityksellä ympäri kehoa. (Huovinen 2009.) Sepsis ja akuutti keuhkovamma yhdessä ovat suuri syy kuolemantapauksiin maailmanlaajuisesti, kehittyneistä hoidoista huolimatta (Cribbs, Matthay & Martin 2010). Sepsiksen riski on suurempi ennenaikaisesti syntyneillä. Keskosilla sepsiksen aiheuttama kuolleisuus on moninkertainen verrattuna täysiaikaisena syntyneisiin. Sepsis voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin, jotka ovat vastasyntyneen varhainen sepsis, vastasyntyneen myöhäinen sepsis ja tehohoitoperäinen sepsis. (Saxen & Nieminen 2006: 62-64.) Vastasyntyneen varhainen sepsis alkaa ensimmäisen elinviikon aikana ja useimmiten jo ensimmäisen elinvuorokauden aikana. Keskosuus on yksi varhaisen sepsiksen suurimmista riskitekijöistä. Vastasyntyneen myöhäinen sepsis alkaa yleensä 1-4 viikon iässä. Toisinaan vauva on saattanut jo kotiutua tässä vaiheessa. Tehohoitoperäinen sepsis on Suomessa tavallisin. Keskoset kuuluvat myös tässä ryhmässä suuren riskin potilaisiin, juuri tehohoidon vuoksi. Se alkaa usein joidenkin vuorokausien tai viikkojen iässä. On kyseessä mikä sepsistyyppi tahansa, vauvan yleisvointia on seurattava tarkasti sokkioireiden varhaisen tunnistamisen vuoksi. (Saxen & Nieminen 2006: 62-64.)

Keskosen retinopatia eli ROP (retinopathy of prematurity) on keskosilla esiintyvä verkkokalvosairaus, jossa verisuonten kehitys on häiriintynyt (Lappi & Metsäranta 2006: 311-312; Nivala & Remes 2000: 7; Willamo 2002: 26) ja verisuonten eteneminen verkkokalvon reunaosiin on tilapäisesti pysähtynyt. Tästä on seurauksena muun muassa hapenpuute, joka voi johtaa sokeuteen. Syntymän ennenaikaisuudesta ja syntymäpainosta riippuen, jonkinasteinen verkkokalvosairaus kehittyy suurelle osalle keskoslapsista. ROP voi hoidettunakin johtaa näkövammaisuuteen, mutta tärkeintä on löytää ne pienet potilaat, joille voi kehittyä hoitoa vaativa retinopatia. Kuitenkin suuri osa keskosen retinopatia tapauksista paranee itsestään ilman toimenpiteitä. (Lappi & Metsäranta 2006: 311-312; Nivala & Remes 2000: 7.)

4.1.5 Keskosuuden vaikutukset lapsen kokonaiskehitykseen

Yhä useampi pienipainoinen keskonen jää henkiin parantuneen hoidon myötä. Tästä syystä neurologisesti oireilevia lapsia ja vammautuneita lapsia on yhä enemmän. (Olsen 2000; Willamo 2002: 28-30.) Kohdussa raskausviikoilla 28-40 tapahtuu aivojen nopea kasvu ja kehitys. Tämä jää kuitenkin keskosilla kesken ihanteellisimmissa olosuhteissa. (Lassila 2006: 3; Willamo 2002: 28-30.) Tästä syystä keskosen hoidossa otetaan huomioon hermoston kehitys ja järjestäytyminen (Willamo 2002: 28-30).

Mahdolliset hypoksiat eli keskushermoston hapenpuute, iskemiat eli kudoksen hapenpuute ja erilaiset infektiot vaurioittavat lapsen kehittyviä aivoja. Näiden seurauksena on usein neurologisia sairauksia, CP-vammoja ja kehitysongelmia. Keskosella liikuntavammat ovat yleensä alaraajapainotteisia. (Korhonen 2010: 4092; Lano, Luukkainen & Pohjavuori 2006: 309.) Lievempiä neurologisia ja kehityksellisiä ongelmia ovat esimerkiksi karsastus, motoriset vaikeudet ja kielen kehityksen vaikeudet (Lano, Luukkainen & Pohjavuori 2006: 309).

Keskosen myöhemmässä kehityksessä saattaa olla ongelmia. Alle 1 000 g painavilla keskosilla on havaittu olevan viivästystä varhaiskehityksessä. (Nivala & Remes 2000: 8.) Pienillä keskosilla on vähemmän ennenaikaisesti syntyneisiin ja täysiaikaisesti syntyneisiin lapsiin verrattuna enemmän kielellisiä, emotionaalisia ja visuumotorisia eli näköhavainnon ja liikkeen yhdistämisen ongelmia (Nivala & Remes 2000: 9; Willamo 2002: 28-29). Motorinen kehitys voi olla hie-man viivästynyttä. Keskoslapsi voi oppia myöhemmin kävelemään kuin täysiaikaisena syntynyt lapsi. Kehityksen seurannassa korjataan keskosen ikä ja seurataan keskosen lasketun ajan mukaista iän kehitystä. Vuoden ja puolentoista vuoden iässä keskoslapsi alkaa saada muut kehityksessä kiinni, jolloin keskoslapsen ikää ei tarvitse enää korjata.

Poikkeavuudet näkyvät yleensä viimeistään ensimmäisen elinvuoden lopulla. Myös puheenkehitys voi usein viivästyä. Noin kahden vuoden iästä lähtien keskoslapsen puheenkehitystä voidaan verrata samanikäisten täysiaikaisena syntyneiden kehitykseen. Tätä aiemmin on hyvä muistaa korjata ikä keskosien lasketusta ajasta. 6-12 kuukauden iästä alkaen voidaan keskosilla huomata sosioemotionaalisia ongelmia, jotka johtuvat hermojärjestelmän vajavuudesta. Nämä näkyvät lapsen yliherkkyytenä, kärsimättömyytenä, tarkkaavaisuuden häiriönä, masennuksena tai liikehermojärjestelmän ongelmina. (Willamo 2002: 28-29.)

Oppimisvaikeudet ovat yleisiä ennenaikaisesti syntyneellä lapsella. Oppimisvaikeudet vaikuttavat kokonaiskehitykseen. Oppimisvaikeuksia ovat vaikeudet hankkia ja käyttää muun muassa kuuntelu-, puhe-, luku-, kirjoitus-, päättely- ja matematiikkataitoja. (Nivala & Remes 2000: 9; Willamo 2002: 28-29.) 4-6 vuoden ikäiseltä keskoslapselta voidaan tutkia neuropsykologisissa testeissä onko hänellä hahmotus-, oppimis- ja käytöshäiriöitä. Useimmiten yhdellä lapsella voi olla monia vaikeuksia. Esimerkiksi motoriset vaikeudet esiintyvät usein yhdessä oppimisvaikeuksien ja tarkkaavaisuushäiriön kanssa. Kuitenkin suurin osa keskosista pystyy käymään normaalia koulua ja suorittamaan koulun loppuun. (Willamo 2002: 28-29.)

4.1.6 Keskosien hoito

Etelä-Suomessa hoidetaan keskosia Lastenkliniikalla, Naistenkliniikalla, Kätilöopistolla ja Jorvissa. Lastenkliniikalla vastasyntyneiden teho-osastolla, K7, hoidetaan pienimmät keskoset, hengitysvaikeuksista kärsivät vastasyntyneet, infektoituneet vauvat, synnytyskomplikaatioista kärsivät vauvat ja äidin sairaudesta johtuvat vastasyntyneen ongelmat. Lastenkliniikalla hoidetaan vuosittain noin 150 alle 1 500 g painavaa keskosia. 50 näistä keskosista on syntyessään alle 1000 grammaa. Lastenkliniikalla hoitoajat vaihtelevat. Keskimääräinen hoitoaika on osastolla noin kuusi vuorokautta. Pienimmät keskoset joutuvat olemaan hoidettavana jopa puoli vuotta. Lähisairaaloitten osastoille keskoset lähtevät jatkohoitoon. Kätilöopiston sairaalassa keskimääräinen hoitoaika on noin 10 vuorokautta. (HUS 2010.)

Keskosien hoidossa tulisi olla rauhallisuutta ja turvallisuutta. Sitä luodaan jokapäiväisillä hoitorutiineilla, jotka ovat muuttumattomia. Lapsen turvallisuuden tunnetta voi kasvattaa vanhempien rohkaisulla siihen, että vanhemmat koskettavat mahdollisimman paljon lasta ja tuovat kotoa vaatteita ja esineitä vauvalle. Vanhempia tulee kannustaa ottamaan vauva ihokontaktiin eli niin sanottuun kenguruhoitoon. (Nivala & Remes 2000: 15-16.) Keskosien ympäristöstä tulisi minimoida kaikki ärsykkeet kuten kirkkaat valot ja äänet. Keskosien kehitykselle ja kasvulle keskeistä on uni. (Willamo 2002: 31.)

Keskoselle pyritään tehohoidossa tarjoamaan kohdun kaltaiset olosuhteet. Keskosista käsitellään lempein, mutta varmoin ottein. Näin vauvan olo pyritään luomaan turvalliseksi. Vauvaa tuetaan sikiöasentoon ja pyritään tällä tavoin ehkäisemään haitallisten asentojen syntymistä ja haitallisten heijasteiden kehittymistä. (Lassila 2006: 6.) Keskoset tarvitsevat useimmiten elämänsä alkutaipaleella tehohoitoa, joka voi kestää jopa kuukausia. Voinnin kohentuessa, keskoset siirtyvät tarkkailuosastolle. Sen jälkeen vauva siirtyy pikkuhiljaa keskoskehdestä sänkyyn. Kun peruselintoiminnot ovat vakaat ja syöttäminen tuttipullosta tai rinnasta onnistuu, voi kotiinlähdön suunnittelu alkaa. (Lassila 2006: 6.)

4.2 Vanhemmuus

4.2.1 Vanhemmuuteen kasvu

Vanhemmuus on kykyä huolehtia lapsen tarpeista ja kykyä kasvattaa lasta (Valkonen 2010). Vanhemmuuteen kuuluu lapsen hoitaminen ja kiintyminen puolin ja toisin. Keskosien syntymän jälkeen vanhempien täytyy järjestää arvonsa uudelleen, vauva-elämään sopiviksi. (Lassila 2006: 6.) Vanhemmat muodostavat lapseensa suhteen, lapsesta otetaan vastuu ja lapsen kanssa eletään arjessa. Naisella vanhemmuuteen kasvuun kuuluvat fyysiset muutokset raskauden aikana, mutta myös emotionaalinen kasvu ja prosessi. Miehellä vanhemmuuteen kuuluvat emotionaalinen ja sosiaalinen prosessi. Yhteinen päätös lapsen saamisesta edesauttaa molempien vanhemman sitoutumista lapsen kasvatukseen.

Raskaus ja synnytyskokemus vaikuttavat vanhemmuuteen. Kokemus synnytyksestä tulee käydä läpi ammattilaisen kanssa, sillä negatiivisella synnytyskokemuksella voi olla kauaskantoisia seurauksia. Vanhemmuuteen kasvu alkaa, kun perhe saa tietää odottavansa lasta. (Lassila 2006: 6.) Vauvan syntyminen keskosena on vanhemmille häkellyttävä kokemus (Nivala & Remes 2000: 2), koska valmistautuminen vanhemmuuteen on jäänyt kesken. Koko raskausaika ja varsinkin viimeinen kolmannes on aikaa, jolloin sopeutuminen synnytykseen, äitiyteen ja isyyteen tapahtuu. (Huuskola 2005: 14-15.)

Äidiksi tuleminen on usein positiivinen asia. Jos äiti on nuori, se vaatii kuitenkin enemmän. Äidin roolin ottaminen vaatii vastuullisuutta, joka voi olla hankalaa ja ristiriitaista. Sikiöön luodaan koko raskauden ajan sidettä ja äidin rooliin siirrytään hiljalleen. Äitiys ja raskaus aiheuttavat nuoren mielessä myllerrystä. Synnytys saattaa yllättää äidiksi tulleet kivuliaisuudellaan. Cronin (2002) tutkimuksessa kävi ilmi, että kättilöt antoivat emotionaalista ja psykistä tukea ja myös käytännöllistä tukea lastenhoidossa neuvonnan muodossa. (Cronin 2002: 260-261.)

4.2.2 Ennenaikainen vanhemmuus

Keskoslapsen vanhempien vanhemmuus on vielä lapsen syntyessä kypsymätöntä (Huuskola 2005: 20). Lapsen syntyessä ennenaikaisesti vanhemmat eivät ole valmiita henkisesti lapsen syntymään ja vanhemmuus alkaa ennenaikaisesti (Korja 2009: 9; Lassila 2006: 6; Huuskola 2005: 14-15; Mattila 2004: 6-9; Nivala & Remes 2000: 55). Lapsen syntyessä äiti on voinut tuntea vasta vähän aikaa lapsen liikkeitä (Lassila 2006: 7). Lyhyen raskauden päättyessä vauva syntyy vieraana, joka voi vaikeuttaa vanhemmuuteen asennoitumista (Mattila 2004: 6-9). Lassilan (2006: 7) mukaan, keskoslapsen syntymä voi myös olla äidille pettymys.

Isän vierailut sairaalassa vastasyntyneen luona ovat erittäin merkityksellisiä. Samoin kuin myös ensimmäiset syntymän jälkeiset päivät ovat isä-lapsisuhteen synnylle hyvin olennaisessa osassa. Keskosvauvan luona tiheästi käyvien isien lapset kasvavat ja kehittyvät nopeammin. Kotiutuminen tapahtuu näin ollen myös nopeammin kuin vauvojen, joiden isät eivät vieraile lastensa luona. (Huuskola 2005: 16.) Isän merkitys on suuri koko lapsuuden ajan. Tutkimustulokset osoittavat, että niissä perheissä, joissa isä on mukana lapsen kasvatuksessa, tytöillä on vähemmän psyykkisiä ongelmia ja pojilla vähemmän käyttäytymishäiriöitä. (Ahlsröm, Karvonen & Lammi-Taskula 2009: 154.)

Keskosvauvan äitiys on erilaista kuin täysiaikaisen vauvan kanssa. Erilaista äitiyttä määrittävät keskosvauvan hoidon asettamat vaatimukset. Näitä vaatimuksia ovat yleiset vauvanhoidossa tarvittavat taidot, vauvan vaatimat erityishoidot ja tavallisuudesta poikkeava arki. (Huuskola 2005: 16-17.) Keskosvauvojen äitien emootiot ilmenevät pelkoina, syyllisyyden tunteina ja huolina (Nivala & Remes 2000: 10, 56), mutta myös myönteisinä kokemuksina. Sairaalahoidon aikana saadut myönteiset kokemukset lisäävät äidin kiintymystä vauvaansa. Kielteiset, kuormittavat tunteet liittyvät esimerkiksi lapsen tulevaisuuteen. (Huuskola 2005: 16-17.) Lapsen pitkä sairaalassaoloaika vaikeuttaa vanhemmuuteen kasvamista, sillä vanhemmat eivät voi hoitaa keskoslasta samalla tavalla kuin tervettä täysiaikaisesti syntynyttä lasta (Mattila 2004: 6-9). Keskosten vanhemmat kokevat vanhemmuuden erilaisena ja tukea vaativana (Huuskola 2005: 2).

Keskoslapsen vanhemmuus on usein kompensoivaa vanhemmuutta, mikä näkyy siinä, että myöhemmässä vaiheessa lapsen kehitystä äitien on huomattu suojelevan keskoslasta. Kotiin-tulovaiheessa lasta suojellaan erityisesti infektioilta ja taaperoiässä keskosten vanhemmat eivät halua jättää lastansa hoitoon vieraalle ihmiselle. (Nivala & Remes 2000: 13.) Keskoslapsen vanhemmilla, erityisesti äideillä, on epärealistia pelkoja (Korja 2009: 57). Keskoslapsi

tarvitsee virikkeitä, joita äidit yrittävät tarjota lapselleen. Virikkeiden tarjoaminen ja stimulointi saattavat olla ylimitoitettuja. (Nivala & Remes 2000: 13.) Rajojen asettaminen voi olla vaikeaa vanhemmille (Korja 2009: 57; Nivala & Remes 2000: 13). Ajatellaan usein, että lapsi on kokenut kovia ollessaan vielä vauva eikä halua asettaa tiukkoja rajoja ja sääntöjä. Myöhemmin tämä näkyy lapsen kehityksessä. (Nivala & Remes 2000: 13.)

4.2.3 Vanhempien tunnereaktioita

Pitkäaikaista sairaalahoitoa vaativien lasten vanhemmilla esiintyy erilaisia tunnereaktioita. Tunteet, joita tällaisessa tilanteessa esiintyy, ovat muun muassa pelko, huoli, ahdistus, depressio, syyllisyys ja vaikeus hyväksyä lapsen sairaus. (Huuskola 2005: 14-15; Latva 2009: 13.) Myös monenlaiset pelon tunteet heräävät vanhemmissa, kuten pelko lapsen menetyksestä, tulevaisuudesta ja tehtävistä hoitotoimenpiteistä (Huuskola 2005: 14-15). Syyllisyyttä vanhemmat kokevat omasta toiminnastaan mahdollisena sairauden aiheuttajana, mutta myös sairauden mahdollisesta geneettisyydestä (Huuskola 2005: 14-15; Nivala & Remes 2000: 2, 56). Vanhemmat kokevat usein myös riittämättömyyttä, kun heidän tulisi olla keskosen luona ja huolehtia kotona olevista lapsista. Tukea he saavat toisiltaan, sukulaisilta ja ystäviltä. (Wilamo 2002: 39.)

Ennenaikaisesti synnyttäneillä äideillä on enemmän masentuneisuutta ja ahdistusta kuin täysiaikaisesti synnyttäneillä äideillä (Carvalho, Correia, & Linhares ym. 2008; Latva 2009: 17-18). Äidin raskauden aikainen masennus voi olla yhteydessä lapsen sairauteen tai hyvin aikaiseen keskosuuteen. Myös sosiaalisen tuen puute synnytyksen jälkeen lisää masennuksen riskiä. Masennuksen syyt voivat kuitenkin johtua myös aikaisemmista kokemuksista ja äidin aikaisemmin sairastetusta masennuksesta. (Latva 2009: 17-18.)

Vanhemmuuteen valmistautuminen alkaa jo raskausaikana. Vanhempien minäkuvan ja parisuhteen muuttuminen altistaa synnytyksen jälkeen mielenterveyshäiriöille ja parisuhdeongelmille. Näiden muutosten vuoksi psykososiaalisella tuella on tulevaisuuden kannalta merkittäviä vaikutuksia. Esimerkiksi keskosvauvojen osalta varhaislapsuuteen sijoittuvien ennaltaehkäisevien interventioiden tehokkuudesta on saatu paljon tutkimuksellista näyttöä. Tärkeänä tekijänä interventioiden onnistumiselle on vanhemman ja työntekijän hyvä vuorovaikutus. (Puura, Tamminen, Mäntymaa, Virta, Turunen & Koivisto 2001.)

Kahdessa ulkomaisessa tutkimuksessa on tutkittu psykologisen tuen vaikutusta keskosen sairaalahoitoajan aikana. Molemmassa tutkimuksessa ennenaikaisesti synnyttäneet äidit oli jaettu kahteen ryhmään, joissa toiset saivat psykologista tukea lapsen sairaalahoitoajan ajan. Jotzo &

Poets sekä Carvalho ym. kirjoittavat artikkeleissaan, että tukea saaneilla ryhmillä oli vähemmän masennuksen oireita lapsen syntymän jälkeen. (Carvalho ym. 2008; Jotzo & Poets. 2005.)

4.3 Vanhempien tukeminen

Lapsen syntymä kuormittaa vanhempien voimavaroja. Suurin osa lapsiperheistä tarvitsee jonkinlaista tukea. Tuen tarve riippuu perheen omista voimavaroista, sisäisistä ja ulkoisista stressitekijöistä ja perheen selviytymiskeinoista. (Löftman-Kilpeläinen 2001: 9, 13-14.) Parhaat tukijat ovat oma puoliso ja hoitohenkilökunta (Nivala & Remes 2000: 55). Perheen voimavarot ovat esimerkiksi vanhempien hyvä parisuhde, hyvä itseluottamus kasvattajana ja luottamukselliset ihmissuhteet (Löftman-Kilpeläinen 2001).

Keskoslapsi kehittyy perheessä perhe-elämän keskellä, mikä vaikuttaa keskoslapsen kehitykseen. Vanhempien runsaat voimavarat auttavat keskoslasta kehittymään mahdollisimman hyvin. Vanhempien voimavaroja voi tarkastella esimerkiksi vanhemmuuden, perherakenteen, asuinolosuhteiden, taloudellisen hyvinvoinnin, lapsi-vanhempi -suhteen, parisuhteen ja perheen sosiaalisen tuen näkökulmista. Lapsen kehityksen kannalta suojaavia tekijöitä ovat vastuunottavat vanhemmat, vastavuoroinen lapsi-vanhempi suhde, vanhempien läsnäolo ja vanhempien hyvä tukiverkosto. (Willamo 2002: 24.) Lapsen ja koko perheen kannalta riskitekijöitä ovat huono parisuhde, vanhemmuuteen liittyvät epävarmuuden tunteet, taloudelliset vaikeudet ja heikko terveydentila (Löftman-Kilpeläinen 2001: 9, 46). Lapsen syntymän jälkeiseen aikaan on kiinnitettävä huomiota muun muassa vanhempien tukemisen avulla. Tällä keinolla voidaan ehkäistä myös lapsen tulevia psyykkisiä häiriöitä. (Hastrup, Toikka & Solantaus 2005: 11.)

Tuen tarve on sitä suurempi mitä enemmän kuormittavia tekijöitä vanhemmilla on. Lisäämällä perheen sisäisiä voimavaroja ja sosiaalisen tuen saantia voidaan vähentää kuormittavia tekijöitä. (Löftman-Kilpeläinen 2001: 9, 50-53, 68; Huuskola 2005: 20.) Ennenaikaisesti synnyttänyt äiti tuntee usein tarvetta jakaa tunteitaan ja haluaa keskustella äiti-lapsi-suhteestaan jonkun kanssa (Korhonen 2003: 29).

Tuen antaminen onnistuu parhaiten yhteistyökykyisille vanhemmille. Näillä vanhemmilla on usein suhteellisen hyvä parisuhde ja yhteenkuuluvuuden tunne. Tuen tarpeen arvioinnissa ja antamisessa täytyisi erityisesti huomioida vanhemmat, joilla on terveydentilassa, ajankäytössä ja parisuhteessa ongelmia ja jotka eivät välttämättä osaa ottaa tukea hyvin vastaan. Lasten syntymä voi heikentää perheiden taloudellista tilannetta, terveydentilaa ja yhteenkuuluvuutta. (Löftman-Kilpeläinen 2001: 50-53, 68.) Jokaisella perheellä on omat voimavarat ja

erilainen tuen tarve muihin perheisiin verrattuna. Ammattilaisten on osattava antaa jokaiselle perheelle yksilöllistä tukea. (Häggman & Pietilä 2007: 52, 55; Willamo 2002: 31.) Perhekoh- taista tukea hakevia perheitä on jaoteltu eri ryhmiin: lisävoimavaroja etsiviä, muutosta hake- via, arkeaan uudelleen jäsentäviä ja tukiverkon avulla eteneviä perheitä. Perheen luottamus ammattilaiseen heikkenee, jos perhe ei saa tukea. (Häggman & Pietilä 2007: 52, 55.) Jokai- nen perhe sopeutuu keskosien syntymään omalla tavallaan, jolloin on tärkeää kartoittaa per- heiden omat yksilölliset voimavarat oikeanlaisen tuen antamiseksi (Willamo 2002: 31).

Perhekeskeinen tuen antaminen on tavoitteena tukemisessa. Perheen yksilölliset, arkipäivään liittyvät asiat, tarpeet ja toiveet ohjaavat arviointia ja tuen antamista. On tärkeää ymmärtää kuinka tukea ja vahvistaa perheen toimintaa. Lapsen hyvinvoinnin lisäksi huomioon otetaan koko perheen voimavarat ja vahvuudet. Perhekeskeisyydessä on tärkeää ymmärtää, että lapsi kuuluu perheeseen. Lapsen panostaminen auttaa koko perhettä ja toisin päin. Perheen ja ammattilaisten välistä yhteistyötä tulisikin tukea ja helpottaa. Perhe tulisi ottaa hoitoon mu- kaan ja jakaa tietoa perheen kanssa. (Nivala & Remes 2000: 16; Willamo 2002: 36.) Perheen on saatava päättää milloin osallistuu hoidon suunnitteluun, päätöksentekoon ja toteutukseen (Willamo 2002: 36). Perhekeskeiseen hoitoon kuuluu se, että vanhempia tuetaan ja rohkais- taan olemaan läsnä ja osallistumaan keskosien hoitoon. Esimerkiksi kenguruhoito on tänä päi- vänä osana keskosien hoitoa. Kenguruhoitossa lapsi on vanhemman paidan sisällä, ihokontak- tissa. (Korja 2009: 10.)

Perhettä tulisi tukea emotionaalisesti. Tukemisen onnistumisena täytyy ymmärtää perheen voimavarat, yksilölliset erot ja selviytymistavat. Perheen etnistä, rodullista, kulttuurista ja sosioekonomista taustaa tulee kunnioittaa terveydenhuollossa. Lapsella on kehityksellisiä tarpeita, jotka tulisi ottaa huomioon. Perhekeskeisyyttä on myös se, että terveydenhuollossa vastataan perheen tarpeisiin ja palvelujen saaminen on helposti saatavaa ja joustavaa. Van- hempia tulee rohkaista tukemaan toisiaan ja hakemaan vertaistukea toisilta perheiltä. (Nivala & Remes 2000: 17.) Ammattilaisten on tuettava vanhemmuutta ja pyrittävä suojelemaan ras- kausaikana syntynyttä sidettä vanhempien ja lapsen välillä. Keskoslapsen hoidossa tulisi olla vanhempien ja ammattilaisten muodostama tiimi, joka hoitaa yhdessä pientä potilasta. (Niva- la & Remes 2000: 15-16.)

4.4 Sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki on tärkeä tekijä perheille voimavaraistumisessa. Se on vuorovaikutusta ihmis- ten välillä. Se on myös terveyden mahdollistaja ja auttaa hallitsemaan stressiä. (Korhonen 2003: 39; Löftman-Kilpeläinen 2001: 25.) Sosiaalisen tuen puute synnytyksen jälkeen lisää

masennuksen riskiä (Latva 2009: 17-18). Vanhempien saama sosiaalinen tuki on tärkeä tekijä keskoslapsen tehohoidon aikana vanhemmuuteen kasvussa (Willamo 2002: 30). Sosiaalinen tuki voidaan jakaa neljään ominaisuuteen: emotionaalinen, käytännöllinen, tiedollinen ja arvioiva tuki (Löftman-Kilpeläinen 2001: 25).

Eri lähteissä tuen muotoja on jaoteltu hieman eri tavoin. Oomenin (2009) ja Ahon (2010) tutkimuksessa sosiaalinen tuki on jaettu kolmeen osaan: päätöksenteon tuki, konkreettinen tuki ja emotionaalinen tuki (Oommen 2009: 15). Löftman-Kilpeläisen (2001) tutkimuksen mukaan emotionaalinen tuki, hyvä yhteistyösuhde ja arvioiva tuki ovat lapsiperheille erittäin tärkeitä. Myös omahoitaja on tärkeä asia. Vanhemmat haluavat luoda yhteen ihmiseen hyvän yhteistyösuhteen. (Löftman-Kilpeläinen 2001: 71, 88.)

Sosiaalisen tuenannon vaikutukset ovat yleensä positiivisia. Sosiaalisen tuen saanti ehkäisee synnytyksen jälkeistä masennusta, antaa äideille terveen kyvyn selviytyä asioista, tuo positii-visuutta ja tyytyväisyyttä elämään. Se lisää stressinsietokykyä, antaa tunteen tasapainoisuudesta ja luottamuksesta, luo itsearvostusta ja turvallisuuden tunnetta. Sosiaalisen tuen saanti voi lisätä tyytyväisyyttä parisuhteessa, parantaa äiti-lapsi -suhdetta ja siihen liittyvää vuorovaikutusta. Se saattaa vähentää myös päihteiden käyttöä ja tapaturmia sekä lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa. Perheet, jotka eivät saa tarpeeksi sosiaalista tukea toimivat huonommin kuin riittävästi tukea saaneet perheet. Lapsen hoito voi aiheuttaa vanhemmille erimielisyyksiä, jotka vaikuttavat vanhempien hyvinvointiin ja tätä kautta lapsen hyvinvointiin. (Oommen 2009: 16-17.)

Hoitotyöntekijöiden tulisi tiedostaa, että tuen tulee olla sellaista, että äidillä on tunne tueksi tulemisesta. Synnytyksen jälkeen äidit tuntevat itsensä usein epävarmoiksi. Henkilökunta tarvitsee oikeanlaista asennetta, positiivista, rohkaisevaa, ohjaavaa työtapaa ja terapeutista kommunikaatiota, jossa kokemus hoivatuksi tulemisesta korostuu. Hoivaaminen rohkaisee tuen saajaa kysymään. (Oommen 2009: 21-22.)

4.4.1 Emotionaalinen tuki

Emotionaalinen tuki sisältää kuuntelemista, empatiaa, pitämistä, rakastamista ja luottamuksen osoittamista toista ihmistä kohtaan. Emotionaalista tukea on keskustelu, kuuntelu, perheen tukeminen ja tunteiden tukeminen. (Löftman-Kilpeläinen 2001: 25.) Luottamus on tärkeä osa hoitajan ja perheen välillä. Luottamuksellinen suhde hoitajaan antaa vanhemmille mahdollisuuden puhua huolistaan. Tämä luo vanhempien ja hoitohenkilökunnan välille hyvän yhteistyösuhteen. (Häggman & Pietilä 2007: 54; Löftman-Kilpeläinen 2001: 52-53, 56.)

Kiireettömyys mahdollistaa syvälliset keskustelut, ongelmien selvittämiset ja antaa eväät myös selvittää asioita kotona. Vuorovaikutukselta hoitajan kanssa, odotetaan tasavertaisuutta. (Löftman-Kilpeläinen 2001: 52-53, 56.) Vanhemmat arvostavat hoitajan aloitteellisuutta ottaa esille myös vaikeita asioita (Häggman & Pietilä 2007: 54; Löftman-Kilpeläinen 2001: 52-53, 56). Lapsen syntymän jälkeen vanhemmat kaipaavat erityisesti emotionaalista tukea. Kysymykset vanhempien voinnista, tunteista ja ajatuksista sekä perheiden huolien ja murheiden kuuntelu ja keskustelu vaikeista asioista ovat emotionaalista tukea. (Löftman-Kilpeläinen 2001: 52-53, 56.)

Emotionaalinen tuki on tärkeää keskosien vanhemmille. He tarvitsevat usein tukea ja vahvistusta siitä, että heidän tuntemansa tunteet ovat sallittuja ja normaaleja sekä, että vanhemmuus ei synny hetkessä. (Willamo 2002: 37.) Oommen (2009) kuvaa tutkimuksessaan emotionaalisen tuen olevan lapsivuodeosastolla tapahtuvaa keskustelua parisuhteesta, perheen huomioimista, turvallisuuden tunteen luomista, mutta myös oikeutta tuntea epävarmuutta. Yksilöllinen hoito, myönteinen palaute, kiinnostus perhettä kohtaan ja kiinnostus kotona selviytymisestä ovat emotionaalista tukea. (Oommen 2009: 36.)

On tärkeää, että hoitaja pysähtyy kuuntelemaan (Hastrup ym. 2005: 16; Löftman-Kilpeläinen 2001: 55). Keskustelun ja vuorovaikutuksen avulla pyritään auttamaan potilasta löytämään hänen omat tarpeensa ja voimavaransa. Tällöin potilas voi tuntea, että hän hallitsee elämänsä. Tukemisen keinoina ovat kuuntelu, potilaan olemassa olevien voimavarojen tukeminen ja potilaan auttaminen ongelmien ratkomisessa. (Huuskola 2005: 18-19; Lassila 2006:9; Löftman-Kilpeläinen 2001: 22, 55.)

Tärkein sosiaalisen tuen antaja äidille on oma puoliso. Vain kolmannes äideistä kokee hoitohenkilökunnan sosiaalisen tuen antajana. Vanhemmat hakevat apua varhaisiin vanhemmuuden ongelmiinsa esimerkiksi neuvolasta, mikäli sitä on tarjolla. (Huuskola 2005: 17.) Vauvaperheyöntekijä voi myös olla tukena ensimmäisinä kuukausina kotihoitoa harjoiteltaessa (Korhonen 2010: 4091).

4.4.2 Tiedollinen tuki

Tiedollinen tuki sisältää tietojen, ohjeiden ja neuvojen antamista sekä keskustelua henkilökohtaisista ongelmista (Löftman-Kilpeläinen 2001: 25). Oommen (2009) ja Aho (2010) määrittelevät tutkimuksissaan päätöksenteon tuen eli informatiivisen tuen olevan tiedon, palautteen ja suositusten antamista ja ohjaamista (Oommen 2009: 16). Aho (2010) lisää määritel-

mään vielä vahvistamisen ja vaikuttamisen yksilön tapaan tehdä ratkaisuja (Aho 2010: 26). Tiedollisen tuen antaminen on vanhemmille tärkeää (Muurinen & Surakka 2001: 224, 236; Löftman-Kilpeläinen 2001: 52-53) samoin kuin heidän mukaan ottaminen vauvan hoitoon (Huuskola 2005: 18-19, 28).

Tiedon jakaminen vanhemmille lisää luottamusta ja turvallisuutta hoitosuhteessa. Perheet toivovat riittävästi keskustelumahdollisuuksia hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitohenkilökuntaan luottaminen, vanhempien kohtaaminen ja vuorovaikutus ovat tärkeitä vanhemmuuden tukemisessa sairaalahoidon aikana. Tiedollisella tuen saannilla vanhemmat tarkoittavat vauvan vointiin ja voinnin muutoksiin liittyviä asioita. (Huuskola 2005: 18-19, 28.)

Sekä hoitajien, että lääkäreiden antama tiedollinen tuki on tärkeää. Vanhemmat toivovat saavansa tiedon selkeästi ja luotettavasti. He toivovat saavansa neuvoja vauvan hoitoon liittyvissä asioissa. (Huuskola 2005: 28.) Kirjallinen materiaali koetaan myös merkitykselliseksi. (Huuskola 2005: 28; Löftman-Kilpeläinen 2001: 52-53). Oommen (2009) määrittelee tutkimuksessaan, että informatiivinen tuki sisältää muun muassa lapsivuodeosastolla vauvan hoito-ohjeiden antamista, vauvan kehityksen edistämisen miettimistä ja luottamuksen vahvistamista omiin kykyihin (Oommen 2009: 34).

4.4.3 Käytännöllinen tuki

Käytännöllinen tuki sisältää auttamista (Löftman-Kilpeläinen 2001: 25, 58-60). Vanhemmat arvostavat, että heidän kanssaan keskustellessa käytetään ja varataan aikaa (Häggman & Pietilä 2007: 54; Löftman-Kilpeläinen 2001: 25, 58-60; Oommen 2009: 21). Terveystuon hoitohenkilökunta voi antaa käytännöllistä tukea käytännönläheisinä neuvoina lastenhoidossa, imetyksessä ja kasvatuksessa, kodinhoitoavun järjestämisenä ja vertaistuen järjestämisenä ja sinne ohjaamisena. Vanhemmat haluavat tietoa myös sosiaalisista etuuksista. Huonossa taloudellisessa tilanteessa olevat vanhemmat tarvitsevat eniten käytännöllistä tukea. (Löftman-Kilpeläinen 2001: 25, 58-60.) Lapsivuodeosastolla konkreettista eli käytännöllistä tukea ovat Oommenin (2009) mukaan ohjaus vauvan syötössä, ohjaus turvallisista otteista, keinojen antaminen itkevän lapsen rauhoittamiseksi, ohjaus vauvan viestien tulkitsemiseen, opetus vauvan hoidossa ja ohjaus siihen, kuinka hakea konkreettista tukea (Oommen 2009: 35).

Vertaistuki on tärkeä tuen muoto perheille, joka kuuluu käytännölliseen tukemiseen (Huuskola 2005: 17; Löftman-Kilpeläinen 2001: 28-29; Nivala & Remes 2000:16). Perhekeskeisen tuen antamiseen kuuluu vertaistuen mahdollistaminen (Nivala & Remes 2000:16). Vertaisryhmiä pidetään hyvinä sosiaalisen tuenantajina. Vanhemmat kokevat, että kukaan muu kuin samas-

sa elämäntilanteessa oleva, ei voi ymmärtää heitä. (Huuskola 2005: 17.) Vertaistukiryhmät vahvistavat sosiaalisia verkostoja, lisäävät voimavaroja arjesta selviytymiseen ja vahvistavat vanhemmuuteen kasvua (Löftman-Kilpeläinen 2001: 28-29 Willamo 2002: 39). Vertaistukea saaneet vanhemmat osaavat myös tulkita vauvansa viestejä paremmin (Willamo 2002: 39).

4.4.4. Arvioiva tuki

Arvioiva tuki sisältää vahvistavaa tukea ja palautetta itsearviointia varten (Löftman-Kilpeläinen 2001: 25). Arvioivan tuen tulisi olla vanhemmuutta vahvistavaa eli myönteistä palautetta vanhemmuudesta. Esimerkiksi lasten hoidosta, äidin pätevyysarvostamisesta, tunteiden ja mielipiteiden vahvistamisesta sekä uskon luomisesta siihen, että äiti ja isä selviytyvät lapsensa hoidosta. Vanhemmat odottavat myös kannustusta oman ajan järjestämiseen perhe-elämän keskellä. Löftman-Kilpeläisen tutkimuksen mukaan neljäsosa perheistä ei ollut tyytyväisiä arvioivaan tukeen ja viidesosa ei ollut saanut lainkaan arvioivaa tukea. (Löftman-Kilpeläinen 2001:54, 56.)

4.5 Vanhempien tuen tarve keskoslapsen syntymän jälkeen

4.5.1 Alkujärkytys

Kun perheeseen syntyy keskoslapsi, vanhemmat kokevat kriisin (Carvalho 2008; Jotzo & Poets 2005; Mattila 2004: 6-9). Lapsen syntymä on kehityksellinen kriisi, mutta silloin kun lapsi syntyy ennenaikaisesti, se voidaan katsoa myös äkilliseksi kriisiksi (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-pirilä 2009: 9-11). Perheen ja yksilön terveydelliset seikat vaikuttavat toisiinsa. Jos yksi perheestä sairastuu, se heijastuu koko perheeseen (Häggman & Pietilä 2007: 48). Äiti on usein kipeä sektion jäljiltä, eikä ole saanut vauvaa varhaiseen sylikontaktiin eikä äiti ole välttämättä edes nähnyt vauvaa synnytyssalissa. Isä on ollut ehkä enemmän mukana vauvan ensihetkissä. (Huuskola 2005: 52-57.)

Keskosvauvan syntyminen on erityisen raskasta aikaa vanhemmille. Pelko vauvan menettämisestä ja syyllisyydentunteet keskosuudesta varjostavat elämää. Varhaista vuorovaikutusta ja kiintymyksen syntymistä vaikeuttavat fyysinen ero vauvasta ja kykenemättömyys huolehtia itse vauvan hoidosta. Kuitenkin vanhempien mahdollisuus osallistua lapsensa hoitoon lisäisi merkittävästi kiintymyksen syntyä ja vähentäisi stressiä. (Huuskola 2005: 14-15.)

Vanhemmat voivat kokea keskosien syntymästä syyllisyyttä ja hämmennystä (Huuskola 2005: 52-57; Korja 2009: 5; Nivala & Remes 2000: 10, 56). Äiti ja vauva ovat erossa toisistaan vau-

van syntymän jälkeen (Korja 2009: 9). Vauvan ensinäkeminen voi järkyttää vanhempia. Hoitotyöntekijän tulisi huomioida tämä. (Huuskola 2005: 52-57; Nivala & Remes 2000: 10, 56.) Syyllisyyden tunteen yli voi päästä keskustelemalla siitä ja sillä, että hoitohenkilökunta vakuuttaa ennenaikaisuuden olevan vanhemmista johtumatonta. Äidit käyvät usein läpi keskosuutta ja pohtivat ovatko he omalla toiminnallaan aiheuttaneet ennenaikaisen syntymän. Syyllisyyden tunteita voi kokea vielä sairaalasta pääsyn jälkeenkin. (Nivala & Remes 2000: 10, 56.)

Vanhemmat voivat myös pelätä vauvan lähestymistä (Huuskola 2005: 52-57; Korja 2009: 9; Willamo 2002: 31). Pelkoon voi olla syynä vauvan menettämisen pelko, jonka vuoksi ei uskalleta kiintyä vauvaan. Kuoleman pelko voi olla jopa vierailujen esteenä. Vanhemmat eivät usein alussa uskalla koskea vauvaan eivätkä uskalla hoitaa keskostaan. Äitiä tulisi kannustaa ja ymmärtää. Vauvan luona oleminen on tärkeää vuorovaikutukselle ja äitiyden tunteen synnymiselle. Äidin ja lapsen erottamista tulisi välttää. (Huuskola 2005: 52-57.)

Nivalan & Remeksen (2000) tutkimuksessa kävi ilmi, että keskoslapsen syntymän järkyttävyyteen vaikutti äidillä se, saiko hän tiedon mahdollisesta ennenaikaisesta synnytyksestä viime hetkellä vai jo aikaisemmin. Ne äidit, jotka olivat saaneet tiedon keskosien syntymisestä ajoissa, ottivat tiedon neutraalisti eivätkä järkyttyneet ja ahdistuneet niin paljoa kuin ne äidit, joille lapsen ennenaikainen syntymä tuli yllätyksenä. Äidit, jotka tiesivät raskauden olevan riskiraskaus ja ennenaikaisen synnytyksen olevan mahdollinen, eivät nauttineet raskausajasta. Joissakin tapauksissa äidit joutuivat olemaan liikkumatta päiviä tai jopa viikkoja sairaalassa. Äideille oli suuri järkytys saada tietää, että kaikki ei ole kunnossa ja, että he joutuvat synnyttämään kuukausia tai viikkoja ennen laskettua aikaa. Lapsen synnyttyä ensihetket ja ensipäivät ovat epätietoisia. Kukaan ei välttämättä osaa sanoa keskosien ennustetta heti. (Nivala & Remes 2000: 55-56.)

Ennenaikainen syntymä katkaisee sikiön ja äidin välisen siteen ja valmistautumisen lapsen syntymään. (Korja 2009: 9.) Vanhemmuus ei pääse kehittymään luontaisessa vuorovaikutuksessa vastasyntyneen kanssa. Voimavarat vahvistuvat perheen omalla toiminnalla, mutta hyvin merkityksellistä on niiden vahvistaminen perheen ulkopuolelta, hoitotyön keinoin. Vanhemmuuden tukeminen, keskosvauvan sairaalahoidon aikana, hoitotyön keinoin, on jäänyt varsin vähälle tutkimukselle. (Huuskola 2005: 20.)

4.5.2 Sairaalassaoloaika

Joskus useiden kuukausien sairaalahoidon pitää vauvan ja vanhemmat erossa toisistaan. Tämä vaatii perheeltä paljon voimavaroja. Vuorovaikutuksen ja kiintymyksen häiriöt vaikuttavat

kauas tulevaisuuteen. Vanhempien mahdollisuudet osallistua vauvan hoitoon jo tehohoitovaiheessa on turvattava. (Korhonen 2010: 4093.)

Nivalan ja Remeksen (2000) tutkimuksessa tulee ilmi, että äidit stressaavat sairaalaloloaikana eniten omaa vanhemmuuteen kasvua ja suhdetta vauvaan. Alussa hoitotoimenpiteet ja laitteet järkyttävät vanhempia, mutta niihin totutaan nopeasti, sillä hoito on keskoslapsen parhaaksi. Terveystilan muutokset järkyttävät eniten lapsen vanhempia. Esimerkiksi kun vauva joutuu uudelleen hengityskoneeseen, se on raskasta vanhemmille. Infektiot myös pelottavat vanhempia. (Nivala & Remes 2000: 10, 56.) Vanhemmille on vaikeaa olla erossa lapsesta, ja vaikeaa on lapsen kivun, heikkouden ja surullisuuden näkeminen. Lapsen hoitamisessa vanhemmat kokevat auttamattomuuden tunteita, jotka ovat vaikeita. (Nivala & Remes 2000: 10; Willamo 2002: 32.) Hengityskone, neulat ja letkut aiheuttavat lisää stressiä vanhemmille. Toisinaan henkilökunta tiedottaa asioista liian nopeasti, joka saattaa myös stressata vanhempia. (Nivala & Remes 2000: 10.)

4.5.3 Keskosvauvan ja äidin kotiutuminen synnytyssairaalasta

Kun ennenaikaisesti synnyttänyt äiti kotiutuu lapsivuodeosastolta, on se osalle perheistä rankkaa. Äiti joutuu olemaan enemmän erossa lapsestaan. Osa äideistä ei kuitenkaan osaa kaivata vauvaa kotiin tultua. Toisinaan vanhemmat eivät aina koe, että lapsi kuuluu heidän perheeseensä. (Nivala & Remes 2000: 55.)

Vanhemmat eivät välttämättä koe olevansa valmiita vauvan kotiutuessa sairaalasta. He saattavat jäädä epävarmaan tilanteeseen sekalaisten tunteiden kanssa. Äidit saattavat tuntea enemmän vastuuta vauvan hoidosta, sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Hoitajien on tärkeää tukea vanhempia ja antaa heille riittävästi tietoa, jotta vanhemmat tuntevat olonsa varmaksi kotiutuessaan. (Jackson, Ternstedt & Schollin 2003: 127.)

Korhosen (2003) tutkimuksen mukaan keskoslapsien äitien tuen tarve kasvaa kotiutumisvaiheessa. Keskosvauvan hoitoon kuuluu tavallisen vauvan hoidon lisäksi erilaisia toimenpiteitä ja teknisten apuvälineiden käyttöä. Vanhempien tuen tarvetta lisää keskosien kehityksen tarkkailu. (Korhonen 2003: 29.) Itkuisuus, syömisongelmat ja vuorokausirytmien löytämisen vaikeudet saattavat uuvuttaa vanhemmat (Korhonen 2003: 32). Toisinaan vanhemmat voivat uupua vasta kotiutumisen jälkeen. Lapsen menettämisen pelko saattaa nousta uudestaan pintaan. Vanhempien masennuksen ja ahdistuksen tunnistaminen on erittäin tärkeää. (Korhonen 2010: 4093.)

Lapsen ollessa jo kotona vanhemmat toivovat neuvolahenkilökunnalta käytännön neuvoja arkipäivän tilanteisiin ja niistä selviämiseen ja taloudellisen avun saantiin ja lasten hoidon järjestämiseen. Hoitohenkilökunnan antama tuki on merkityksellistä pienten lasten ja sairaiden lasten äideille. (Löftman-Kilpeläinen 2001: 25, 28-29.) Pikkukeskosen hoitoa suunnitellaan hyvin pitkälle sairaalassa. Vanhemmat ottavat kuitenkin yleensä yhteyttä neuvolaan vaikeassa tilanteessa. Tästä syystä olisi erityisen tärkeää, että sairaalan ja neuvolan välinen yhteistyö toimisi hyvin. (Korhonen 2010: 4091.)

Keskoslapsen kotiutuessa perheellä kuluu aikaa käytännön asioiden järjestelyyn enemmän aikaa kuin täysiaikaisesti syntyneen lapsen vanhemmilla. Keskoslapsen hoitaminen on myös raskaampaa kuin terveen vastasyntyneen lapsen hoito. Keskosia suojellaan enemmän taudeilta. Keskoslapsen vanhemmat eivät siis liiku lapsen kanssa niin paljoa kodin ulkopuolella kuin täysiaikaisen lapsen saaneet vanhemmat. (Willamo 2002: 2)

Nivalan ja Remeksen (2000) tutkimuksessa tulee ilmi, että vauvan kotiutuessa molemmat vanhemmat stressasivat tekemättömistä töistä. Äidit tunsivat itsensä hermostuneiksi. Isät puolestaan tunsivat epävarmuutta omien ongelmien ratkaisemisessa. Kotiutumisen jälkeen vanhemmilla oli vaikeuksia järjestää aikaa omille harrastuksille. Ystäviin ja tuttaviiin vanhemmat pitivät vain vähän yhteyttä keskoslapsen kotiutumisen jälkeen. Yhden kuukauden jälkeen kotiutumisesta isät kokivat, että arki sujui huonommin kuin äitien mielestä. (Nivala & Remes 2000: 50.) Lasten hoidon vaativuus saattaa aiheuttaa äideille itseluottamuksen laskua äitiyden kokemisessa. Itseluottamusta voi myös laskea lapsen hoidon vaikeus ja erityispiirteet, kuten lääkinnälliset laitteet. Kun äiti luottaa omiin taitoihinsa, hän pystyy paremmin tulkitsemaan vauvan viestejä. Nämä asiat voivat vaikuttaa äidin ja vauvan väliseen vuorovaikutukseen ja sitä kautta kiintymyssuhteen laatuun. (Korhonen 2003: 29.)

5 PROJEKTIN ARVIOINTI

5.1 Projektin toteutuminen yleisesti

Tavoite on luoda hoitotyön kehittämiseksi verkostoitunut toimintatapa. Se mahdollistaa kehittämishankkeissa oppimisen Laurean ja HYKS-sairaanhoidon alueen NALA-tulosyksikön Naistentautien ja synnytysten vastuualueen kanssa yhteistyössä. Arviointi: Asetetut tavoitteet ovat toteutuneet suunnitelman mukaisesti. Hankkeessa on toteutunut projektiraportteja ja teema 5:n Ohjaus- ja konsultaatio-osaamisen opintoja. (Aholakko ym. 2009.) Hankkeessa toteutettuja projektiraportteja ja teema 5:n opintoja on valmistunut. Projektiraportti Keskosen van-

hempien tukeminen valmistui 4.2.2011. Projektin aikataulussa on joustettu. Projektiraportin alkuperäinen, suunnitelmaan perustuva valmistumisaikataulu oli joulukuu 2010.

Tavoite on potilaiden hoidon laadun parantaminen. Tähän pyritään luomalla, dokumentoimalla, jakamalla ja kehittämällä evidenssiperustaisia käytänteitä. Arviointi: Tavoitteet on saavutettu ja ratkaisut on koettu onnistuneiksi. Näihin tavoitteisiin on päästy muun muassa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja näyttöön perustuvien hoitotyön suositusten avulla. (Aho-laakko ym. 2009.) Projektiraportti on tehty kirjallisuuskatsausta mukailleen. Raportin tekemiseen on käytetty näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa. Tätä tietoa on tarkoitus jakaa Naistenklinikan henkilökunnan kanssa.

Päätavoitteena on vastata tutkimuskysymyksiin näyttöön perustuvan tutkitun tiedon avulla, jotka ovat tutkimuksia ja luotettavia kirjoja sekä tutkimuspohjaisia artikkeleita. Projektiraportin tekijöiden tavoitteena on myös saada tietoa aiheesta ja hyödyntää opittua tietoa terveydenhoitajan työssä. Opiskelijoiden tavoitteina ovat myös verkostoituminen ja asiantuntijuuden kehittyminen.

Projektiraportin aihe oli aluksi työelämälähtöinen. Naistenlinikalla nousi tarve tietää lisää ennenaikaisesti synnyttäneen äidin masennuksesta. Aihe kuitenkin vaihtui Keskosen vanhempien tukemiseksi. Sosiaalisen tuen anto vähentää riskiä sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen (Latva 2009: 17-18; Oommen 2009: 16-17). Tämä koettiin yhdeksi hyväksi perusteluksi muuttaa aihetta. Tarkoitus oli tehdä yhteistyötä myös Naistenklinikan lapsivuodeosaston henkilökunnan kanssa. Yhteydenpito oli kuitenkin haastavaa ja aihe muuttui osittain tästä syystä hieman erilaiseksi kuin työelämän tarpeet olivat.

Työn tarkoituksena oli antaa tietoa Naistenklinikan lapsivuodeosaston henkilökunnalle siitä, kuinka tukea keskosvauvan saaneita vanhempia. Tällä tavalla pyrittiin parantamaan potilaiden hoidon laatua sekä tukemaan heitä uudessa ja yllättävässä elämäntilanteessa. Tavoitteena oli vastata tutkimuskysymyksiin tutkimusten ja luotettavien kirjojen sekä artikkelien pohjalta. Projektiraportin tekijöiden tavoitteena on saada tietoa aiheesta ja hyödyntää opittua tietoa terveydenhoitajan työssä.

5.2 Projektiraportin arviointi

Projektiraportin työstäminen aloitettiin syksyllä 2009. Aloituskokouksessa aiheeksi ehdotettiin Ennenaikaisesti synnyttäneen äidin kriisiä. Projektiraportin aihe on vaihtunut keskoslapsen

vanhempien tukemiseksi. Työssä tulee esille keskoslapsen syntymästä aiheutuva muutos vanhempien elämään ja siitä aiheutuva tuen tarve.

Perehtyminen keskosuuteen on avannut tarkemman käsityksen keskosuudesta. Työtä tehdessä on tullut perehdyttyä tarkasti keskosuuteen ja erityisesti niihin sairauksiin, jotka keskoslasta koettelevat. Keskosuus ei ole ongelmaton asia. Sillä on seurauksia, jotka vaikuttavat lapsen kokonaiskehitykseen ja tulevaisuuteen. Keskosuus on riski vuorovaikutukselle ja turvalliselle kiintymyssuhteelle. Keskosuus tuo mukanaan usein fyysisiä ja neurologisia ongelmia. Näiden ongelmien vaikeusaste riippuu yleensä syntymän ennenaikaisuudesta. Esimerkiksi keuhkosairaudet ja infektiot vaikeuttavat keskoslapsen elämää alusta alkaen. Neurologiset ongelmat kuten viivästynyt puheenkehitys, motoriset vaikeudet ja oppimisvaikeudet näkyvät vasta myöhemmällä iällä. Huoli lapsesta kuormittaa vanhempien voimavaroja. He ovat peloissaan, koska eivät välttämättä tiedä näistä sairauksista mitään. Tässä kohtaa hoitajilla on tärkeä tehtävä eli tiedon ja tuen antaminen.

Terveydenhoitajan työssä osaamme tämän projektiraportin kirjoittamisen jälkeen kertoa asiakkaalle keskosuudesta. Minkälaisia riskejä siihen liittyy ja mitä niistä voi seurata. Lapsen kehityksen tuntemisen näkökulma on oleellinen asia terveydenhoitajan työssä. Keskoslapsen kehitys voi olla viivästynyttä. Terveydenhoitoalan tulevana ammattilaisena tämä on otettava huomioon.

Vanhemmat tarvitsevat paljon tietoa lastaan vaivaavista ongelmista, jolloin he voivat suhtautua asioihin myös tiedollisella tasolla. Monet ahdistavat ajatukset painavat vanhempien mieltä ja kuluttavat näin ollen voimavaroja. Vanhempien huolenaiheet ja epä tietoisuuden sietäminen on tullut tämän projektin aikana lähemmäksi. Tunteet, joita vanhemmat käyvät läpi yllättävässä elämäntilanteessa ovat hyvin monenkirjavia.

Ymmärrys vanhempien mukaan ottamisen tärkeydestä oman lapsen hoitoon on lisääntynyt merkittävästi. Se, että vanhemmat kokevat onnistuvansa ja osaavansa, vaikuttaa sekä vanhempien itsetuntoon kasvattajina ja tätä kautta myös lapsen tulevaisuuteen. Lapsen on helppompaa ponnistaa maailmalle, kun hän on saanut vahvan itseluottamuksen omaavilta vanhemmilta, ponnahduslavan elämälleen. He luovat lapselleen turvallisen polun kulkea elämää eteenpäin.

Omaan vanhemmuuteen luottavat vanhemmat, antavat lapselleen hyvän esimerkin äitinä ja isänä olemisesta. Useimmiten ne kokemukset joita on itse saanut, jatkuvat myös eteenpäin. Onnistuneen tukemisen avulla hoitajat voivat auttaa vanhempia saavuttamaan riittävän hyvän

vanhemmuuden. Riittävän tiedon avulla hoitohenkilökunta kykenee antamaan tarvittavan tuen. Keskoslapsen vanhemmat tarvitsevat erityisesti sosiaalista tukea. Kirjoitettaessa ja perehdyttäessä aiheeseen, tiedon määrä tukemisesta ja sen merkityksestä on lisääntynyt valtavasti. Tukeminen tuntuu nyt merkityksellisemmältä kuin aiemmin.

Tuen tarve on suuri keskosien syntyessä. Tukeminen muodostuu pienistä arkisista asioista. Se on avun antamista, neuvomista, ohjausta, kuuntelemista, keskustelua ja tiedon jakamista. Tutkimuksissa korostui sosiaalisen tuen tärkeys. Projektiraportissa sosiaalista tukea on määritetty kahdella eri tavalla. Löftman-Kilpeläinen (2001) jakaa sosiaalisen tuen neljään eri ominaisuuteen: emotionaalinen, käytännöllinen, tiedollinen ja arvioiva tuki. Oommen (2009) ja Aho (2010) jakavat sosiaalisen tuen kolmeen osaan: emotionaalinen tuki, päätöksenteon tuki eli tiedollinen tuki ja konkreettinen eli käytännöllinen tuki. Tutkijat siis kirjoittavat samoista asioista eri nimillä.

Luottamus tuen antajaan on avainasemassa pyrittäessä onnistuneeseen tukemiseen. Terveystenhoitajan on pyrittävä olemaan luottamusta herättävä ja luotettava keskustelukumppani sekä tuen antaja. Teoreettinen tietopohja antaa perustyökaluja voimavaraistavaan tukemiseen. Terveystenhoitaja luo hoitosuhteen asiakkaaseen. Hoitosuhde alkaa ensi tapaamisesta ja syvenee tapaamisten myötä. Tieto asiakkaan voimavaroista lisääntyy, jolloin koko hoitosuhteen aikana kertynyttä tietoa voidaan hyödyntää tukemisessa. Näin ollen tukeminen saa kokonaisvaltaisemman muodon.

5.3 Projektityöskentelyn arviointi

Projektiraportin tekijöiden yhteistyö on sujunut hyvin. Aiheen täsmennyttyä työ eteni tarkemmalla tiedonhaulla ja projektisuunnitelman kirjoittamisella. Projektiraportin tekoon on käytetty välillä intensiivisesti aikaa, mutta projektiraportin työstämisessä on ollut myös taukoja. Työn eteneminen keskeytyi tekijöiden työharjoittelun ajaksi, viikoilla 10-16 vuonna 2010. Harjoittelun jälkeen projektisuunnitelma kirjoitettiin toukokuun 2010 aikana puhtaaksi.

Haasteena oli aluksi aiheen epätasällisuus ja tiedonhaun vaikeus. Tiedonhaakuun saatiin apua Th-lehtori Monika Csehiltä. Ohjaavan lehtorin, Marja Tanskasen, avulla työ on ohjautunut lopulliseen suuntaansa. Tammikuussa 2010 pidetyn ohjauksen jälkeen projektiraportti lähti etenemään hyvin. Sen jälkeen tiedonhaku ja projektisuunnitelman kirjoittaminen ovat edenneet suunnitelmien mukaan.

Lehtori Marja Tanskanen on ohjannut projektiraportin työstämistä. Projektiraportti on edennyt ohjauksien jälkeen hyvin ja oikeaan suuntaan. Lehtori Tanskanen on ohjannut projektiraportin tekijöitä henkilökohtaisesti 8.1.2010, 19.3.2010, 6.5.2010 ja 10.9.2010. Yleisiä luentoja ja yhteisiä ohjaustilanteita on ollut muutamia syksyllä 2009. Hankekoordinaattori Teija-Kaisa Liljeblad on ohjannut opinnäytetyöpajoja, jotka kuuluvat projektiraportin etenemiseen.

Projekti tapahtuu yleensä määriteltynä ajanjaksona. Projektilla on alku, suunnitelma, toteuttajat ja se päättyy ennalta sovittuna ajankohtana ja sovittulla tavalla. Hanke ei aina etene lineaarisesti vaiheesta toiseen vaan vaiheet ovat päällekkäin ja johonkin voidaan palata myöhemmin. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008: 25-26.)

Projektiraportin työstämiseen on käytetty aikaa yli vuosi. Tarkoituksena oli tehdä systemoitu kirjallisuuskatsaus. Projektiraportti on kuitenkin tehty kirjallisuuskatsausta mukaillen. Se on muokkaantunut ennen projektiraportin suunnitelmavaihetta lopulliseen suuntaansa. Tiedonhaku on tehty koko prosessin ajan. Projektiraporttia ei ole työstetty aktiivisesti koko aikaa. Omat voimavarat ovat vaikuttaneet työn etenemiseen. Prosessin aikana on molemmilla opiskelijoilla ollut kuormittavia tekijöitä, joiden aikana projektiraportti on ollut tauolla. Taukojen jälkeen on saatu uusia näkökulmia aiheeseen. Projekti saatettiin loppuun helmikuun 2010 aikana.

Kokonaisuudessaan projektin työstäminen on tuntunut haasteelliselta. Jatkuva tiedon haku ja sen luotettavuuden arviointi on työlästä. Tietyn tiedon valikointi monista eri lähteistä ja näiden tietojen yhdistäminen vaatii pitkäjänteisyyttä. Uutta tietoa löytyy omien tiedonhankintamenetelmien kehittyessä. Näiden sijoittelu jo kirjoitettuun tekstiin tuntuu toisinaan vaikealta. Tekstin muokkaaminen helposti luettavaan muotoon, järkeväksi kokonaisuudeksi on haastavaa. Samaa asiaa ei tulisi toistaa moneen kertaan, koska lukija saattaa tällöin väsyä tekstiin. Tekstin on oltava mielenkiintoisesti kirjoitettua. Projektiraportin työstämisen aikana opiskelijat ovat kehittyneet tiedonhaussa erittäin paljon. Projektiraportin alkuvaiheessa tekijät etsivät liian spesifistä tietoa. Projektin loppuvaiheessa tietoa löytyi todella hyvin. Tutkimuksen lukutaito on myös kehittynyt. Opiskelijat ovat oppineet kriittisyyttä ja tarpeellisen tiedon hakemista.

Omalle tekstille sokeutuu hyvin helposti. Kritiikkiä ja korjausehdotuksia täytyy osata vastaanottaa. Omasta tekstistä ei aina ole helppo luopua. Tuntuu niin turhalta, jos on etsinyt tietoa ja kirjoittanut paljon ja sen jälkeen teksti pitäisikin pyyhkiä pois. Se on kuitenkin asia, joka täytyy hyväksyä kirjoittamistyössä. Ulkopuoliset lukijat näkevät tekstin toisesta kulmasta kuin kirjoittaja. Otsikoinnissa on oltava tarkkana, jotta teksti ja otsikko vastaavat toisiaan.

Kirjoittamisprosessissa on oltava tarkkana, ettei plagioi eli lainaa luvatta toisen tekstiä. Plagioimista on toisen tekstin omana tekstinään esittämistä. Tuloksia ei voida yleistää ilman kritiikkiä. Tuloksien sepittäminen ja kaunistelu on vilpillistä. Sepittäminen on omien väärin havaintojen esittämistä. Havainnot tulee tehdä tutkimusraportissa olevalla tavalla. Harhaanjohtava ja puutteellinen raportointi on myös kiellettyä. Tulokset eivät saa vääristyä, vaan tulokset ja menetelmät on selitettävä huolellisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007: 26.)

Projektiraportin kirjoittamisesta ovat vastanneet kaksi opiskelijaa. Opiskelijat ovat lukeneet eri tutkimuksia ja kirjoittaneet niistä tarvittavaa tietoa. Alkuperäisen tutkimuksen tekstiä on muokattu, mutta pidetty sanoma samana. Tutkimuksista on katsottu tutkimuksen luotettavuus kuten haastateltujen määrä, tutkimuksen julkaisuvuosi ja lähteet. Tutkijantaulukkoon on kirjattu osa tutkimuksista. Näitä tutkimuksia on käytetty paljon ja tutkimusten luotettavuus on hyvä.

5.4 Ammatillinen kehittyminen

Ammatillinen kasvu on myönteistä suhtautumista oman ammattitaidon kasvuun, aktiivista itsensä kehittämistä, pitkäaikainen prosessi, ammatillisen osaamisen ja voimavarojen kasvua työssä, avun ja tuen vastaanottamista ja antamista. Ammatilliseen kasvuun vaikuttavat omat henkilökohtaiset voimavarat kuten elämäkokemus, työkokemus, halu ja kyky kehittyä. Työhön liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat ammatilliseen kasvuun, ovat esimerkiksi työn haastavuus, kehittyminen, työilmapiiri ja työolot. Yhteiskunnallisesti vaikuttava asia on työn arvostettavuus. Nämä kaikki vaikuttavat ammatilliseen kasvuun. Ammatillinen kasvu jatkuu koko elämän ajan. (Niemi 2004: 1)

Niemi (2004) kuvaa tutkimuksessaan, että ammatillinen kasvu tapahtuu monen vaiheen kautta. Ammatilliseen kasvuun vaikuttavat jo kotikasvatus ja ammatinvalinta. Opiskeluajan kokemukset vaikuttavat ammatilliseen kasvuun ja kasvu jatkuu työelämässä. (Niemi 2004: 4.)

Opiskeluaikana opiskelija Johanna Keränen on kypsynyt paljon. Projektiraportin kirjoittaminen on ollut pitkä prosessi, jonka aikana tiedon määrä projektiraportin aiheesta on kasvanut. Ammatillisuus on kasvanut projektin työstämisen ja siitä aiheutuvan tiedon kasvun myötä. Tulevassa ammatissani terveydenhoitajana koen tärkeäksi tietää keskosuudesta ja sosiaalisesta tukemisesta. Vahva teorian tunteminen auttaa varmasti keskosien vanhempien kohtaamisessa ja heidän tukemisessaan neuvolatyössä. Sosiaalinen tuki on voimavaraistavaa (Korhonen 2003: 39; Löftman-Kilpeläinen 2001: 25) ja sosiaalista tukea voi antaa kaikille sitä tarvitsevil-

le. Ammatillinen kasvuni jatkuu kokemuksen ja oman ammattitaidon kehittämisen kautta myös työelämässä koko työuran ajan.

Opiskelija Anne Larkko on kasvanut ammatillisesti koko koulutuksen aikana. Kasvua on tapahtunut merkittävästi tämän projektin työstämisen aikana. Prosessi on kestänyt pitkään, se on vaatinut keskittymistä, turhautumisen sietoa ja valtavan määrän ajattelutyötä. Tiedon hakeminen, läpi käyminen, valikoiminen, kirjoittaminen, järjestäminen ja kaiken tuotetun tekstin pois pyyhkiminen koettelee. Tunteiden kirjo innostuksesta tuskastumiseen on käyty läpi. Tukea voi myös toki ilman valtavaa tietomäärää. Silloin tukeminen painottuu enemmän kuuntelemaan ja läsnäolon puolelle. Työtä tehdessä on päässyt (teoriassa) lähemmäksi ihmistä, joka on kokenut jotain yllättävää. Jotain, mikä yhdellä rysäyksellä muuttaa omaa elämää. Ne ovat hetkiä, jolloin ymmärtää sen, ettei kaikkea voi etukäteen suunnitella. Elämää ei voi hallita.

Terveystieteiden työssä voin ehdottomasti hyödyntää tämän projektityöskentelyn aikana kertynyttä tietoutta. Esimerkiksi tukemisen avulla voi vanhempia auttaa vanhemmuuteen kasvussa. Tämä luo lapselle paremmat kasvuolosuhteet ja ehyemmän perustan hyvälle elämälle. Eli ymmärrys tukemisen tärkeydestä, missä asiassa hyvänsä, on lisääntynyt. Jokainen ihminen tarvitsee elämänsä aikana tukijoita rinnalleen. Työelämässä, työnteon keskellä, voi aina vain kehittyä lisää.

Lähteet:

- Ahlström, S., Karvonen, S. & Lammi-Taskula, J. 2009. Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos.
- Aho, A L. 2010. Isän suru lapsen kuoleman jälkeen. Tuki-interventio ja sen arviointi. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Bjälle, J., Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, O. 2000. Ihminen, fysiologia ja anatomia. 1.-3. painos. Wsoy. Helsinki.
- Carvalho, A., Correia, L. & Linhares, M. 2008. Verbal contents expressed by mothers of pre-term infants with clinical emotional symptoms. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 janeiro-fevereiro; 16(1):64-70
- Cribbs, S., Matthay, M. & Martin, G. 2010. Stem cells in sepsis and acute lung injury. *Critical Care Medicine* 38(12): 2379-85.
- Cronin, C. 2003. First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing* 12 (2), 260-267.
- Erilainen matka. Kun perheeseen syntyy keskoslapsi. 2008. HYKS Lastenkliniikka ja TaiK Medialaboratorio Helsinki.
- Fellman, V. & Järvenpää, A-L. 2007. Vastasyntynyt. *Therapia Fennica*- teoksessa Mäyränpää, M. (toim.) Kandidaattikustannus Oy.
- Fellman, V. & Kari, A. 2006. Keskosen krooninen keuhkosairaus. Vastasyntyneiden tehohoito-teoksessa Fellman, V & Luukkainen, P. (toim.) 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. 88-89.
- Fellman, V. & Lönnqvist, T. 2006. Aivoverenvuodot. Teoksessa Vastasyntyneiden tehohoito Fellman, V & Luukkainen, P. (toim.) 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. 170.
- Hastrup, A., Toikka, S. & Solantausta, T. 2005. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö perustason työssä. Vavu-hankkeen loppuraportti.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. 1. painos. WSOY. Porvoo.
- Heikkinen, J., Isohanni, M. & Miettunen, J. 2007. Lääketieteen kirjallisuustietokannat ja tiedonhaku. *Suomen Lääkärilehti* 22/2007 vsk 62.
- Hermansson, E. 2008. Terve lapsi eri ikäkausina. Artikkelissa: Ennenaikainen synnytys. Lapsiperheen oma käsikirja. Kustannus Oy duodecim. 2009.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.
- Huovinen, P. 2009. Sepsis (verenmyrkytys). Lääkärikirja duodecim. Terveyskirjasto.
- Huuskola, K. 2005. Keskosvauvan vanhemmuus ja hoitohenkilökunnalta saatu tuki sairaalahoiton aikana. Pro Gradu. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hyks. 2009. Naistenklinikan 75-vuotta -esite.

Hyks. 2010. K7 Vastasyntyneiden teho-osasto.

Häggman-Laitila, A. 2003. Early support needs of Finnish families with small children. *Journal of Advanced Nursing* 41 (6), 595-606

Häggman-Laitila, A. & Pietilä, A. 2007. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat: katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkotutkimusaiheisiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44 (1), 47-62

Jackson, K. & Ternstedt, B-M. 2003. From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing* 43(2), 120-129.

Jakobsson, M. & Paavonen, J. 2009. Ennenaikaisen synnytyksen epidemiologiaa ja etiologiaa. *Duodecim*. 2009; 125(12):1317-23

Jotzo, M. & Poets, C. 2005. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of traumapreventive psychological intervention. *Pediatrics*, 2005 Apr; 115 (4 Part 1): 915-9.

Korhonen, A. 2003. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena. Oulun yliopisto: Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Korhonen, P. 2004. Bronchopulmonary dysplasia in very low birth weight infants. University of Tampere.

Korhonen, P. 2010. Pikkukeskosen neuvolassa. *Suomen lääkirilehti* 49/2010. Vsk 65 4091-4093

Korja, R. 2009. Early relationship between very preterm infant and mother: The role of infant, maternal and dyadic factors. Väitöskirja. University of Turku. Department of Child Psychiatry.

Kukkurainen, M-L. & Kyngäs, H. 2007. Hoidonohjaus. *Terveyskirjasto*. Kustannus oy Duodecim.

Lano, A., Luukkainen, P. & Pohjavuori, M. 2006. Kasvu- ja kehitysseuranta. Teoksessa Vastasyntyneiden tehohoito. Fellman, V & Luukkainen, P. (toim.) 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. 309.

Lappi, M. & Metsäranta, M. 2006. Keskosien silmäseuranta. Teoksessa Vastasyntyneiden tehohoito. Fellman, V & Luukkainen, P. (toim.) 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. 311-312.

Lassila, R. 2006. Keskosien vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoidon aikana. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Latva, R. 2009. Preterm birth and hospitalisation: experiences of mother and child. University of Tampere.

Lehtonen, L. 2009. Keskosien muuttuva hoito. *Duodecim*. 125 (1333-1339)

Liljeblad, T-K. 2007. Laurean ja HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön kehittämishanke 2007-2012. Hankesuunnitelma.

- Mattila, T. 2004. Erityisvauvaperheen tuki lapsen syntymän jälkeen. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Mikkola, K., Tommiska, V., Hovi, P. & Kajantie, E. 2009. Keskosesta aikuiseksi. Duodecim 125 (12).
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummeruksen Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Metsäranta, M. & Järvenpää, A-L. 2009. Keskoslapsi avohoidossa. Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. 2010.
- Muurinen, E., & Surakka, T. 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Niemi, L. 2004. Ammatillinen kasvu ja sitä edistävät kasvutekijät hoitotyössä. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Nivala, P. & Remes, S. 2000. Ensiaskeleita: arjen käynnistyminen keskoslasten perheissä. Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan laitos.
- Olsen, P. 2000. Keskosien neurologinen ennuste. Duodecim 116 (18): 2032-2037.
- Onnismaa, J., Pasanen, H., Spangar, T. (toim.) 2000. Ohjaus ammattina ja tieteenalana. 1, Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. Jyväskylä. PS-kustannus.
- Oommen, H. 2009. Vanhempien saama tuki sosiaaliselta verkostolta odotusaikana sekä hoito-henkilökunnalta lapsivuodeosastolla. Artikkeligradun yhteenveto-osio. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Puura, K., Tamminen, T., Mäntymaa, M., Virta, E., Turunen, M-M. & Koivisto, A-M. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. Suomen Lääkärilehti 47/2001 (56).
- Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-pirilä, P. (toim.) 2009. Hädän hetkellä -psykkisen ensiavun opas. 1. PAINOS. Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Punainen Risti. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Saxen, H. & Nieminen, T. 2006. Sepsis. Teoksessa Vastasyntyneiden tehohoito. Fellman, V & Luukkainen, P. (toim.) Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. 62.
- Tammela, O. Tampereen yliopistollinen sairaala. Hengitysliitto Heli ry:n opas. Bronkopulmonaalinen dysplasia.
- Turunen, R. 2009. Systemic inflammation in preterm infants. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Department for Bacteriology and Immunology.
- Valkonen, M. 2010. Vanhemmuus hukassa - terveyserot näkyvät yhä nuoremmilla. Suomen lääkäri-lehti. 6/2010 (513) Vsk 65.
- Willamo, M-R. 2002. Vauvaperheiden arjen rakentuminen: ennen- ja täysiaikaisena syntyneiden lasten perheiden arjen akkommodaatiot ja perheteemat ekokulttuurisesta näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan laitos.

LIITTEET

Liite 1

| Artikkeli, kirjoittajat, vuosi | Kehittämiskohde /ongelma | Kehittämis- / tutkimusmenetelmä | Keskeiset tulokset | Luotettavuus ja eettiset kysymykset |
|--|--|---|--|---|
| Keskosvauvan vanhemmuus ja hoitohenkilökunnalta saatu tuki sairaalahoidon aikana. Huuskola, K. 2005. | Vanhemmuuden tukeminen keskosen sairaalahoidon aikana | Vanhempien kirjoittamat esseet (f=13) ja samoista perheistä tehdyt puhelinhaastattelut (f=4) | Keskosvauvan vanhemmat kokevat vanhemmuuden erilaisena ja tukea vaativana. Hoitohenkilökunta voi tukea vanhempia tiedollisella tuella, vanhempien mukaan otto hoitoon ja luottamus henkilökuntaan, keskosvauvan vanhempien kohtaaminen ja vuorovaikutus sekä vertaistuki ja keskinäinen vuorovaikutus. | - Tutkimusluvut kunnossa - Vanhemmat saivat tutkimukseen osallistumispyynnön henkilökohtaisesti tai postitse. - Vanhemmille selvitettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja anonymiteetti |
| Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena. Korhonen, A. 2003. | Millaisena tukena vauvaperhetyö ilmeni keskosten äideille? Millaiset olivat vauvaperhetyön kustannukset sairaalalle ja miten siihen osallistuminen vaikutti keskosten ensimmäisen elinvuoden hoitokustannuksiin? | -teemahaastattelu keskosten äideille, sairaalan tiedostot, potilasasiakirjat ja perhetyöntekijöiden tiedostot | - Keskosen äitiys on erilaista äitiyttä. Tarvitaan tiedollista tukea ja perhetyöntekijän tukea ja saavutettavuutta. Kustannukset sairaalalle olivat 970euroa lasta kohden. | - Saatu tutkimuslupa sekä Oulun yliopiston lääketieteelliseltä tiedekunnalta että keskosta hoitaneiden sairaaloiden eettisiltä toimikunnilta tai johtavilta lääkäreiltä. - Lupa saatu keskosen vanhemmilta - Lupa saatu Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiöltä - Tutkimusluvan saamiseksi on esitetty ymmärrettävää tietoa tutkimuksesta |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <p>Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Kääriäinen, M. 2007.</p> | <p>-Määritellä ohjauksen laatua potilaiden ja henkilökunnan arvioimana - Käsitteen ohjaus määrittely</p> | <p>- Postihaastattelut potilaille ja henkilökunnalle - Ohjaus-käsitteen määrittely käsiteanalyysillä</p> | <p>- Ohjauksen laadun hypoteettinen malli - Potilaat kokivat ohjauksen olevan vain suullista, eivätkä saaneet riittävästi kirjallista tietoa - Sairaalaolon aikana potilaat kokivat ohjauksen hyväksi - Henkilökunta koki onnistuneensa ohjauksessa</p> | <p>- Vastaajat pysyivät tuntemattomina - Aineisto saatiin suuresta vastaajaryhmästä - Käsitteen analysointiin on käytetty yli 30 tutkimusta</p> |
| <p>Keskosen vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoidon aikana. Lassila, R. 2006.</p> | <p>- Minkälaista ohjausta keskosen vanhemmat ovat saaneet sairaalahoidon aikana</p> | <p>- Teemahaastattelut ja esseet kerättiin vanhemmilta sairaalahoidon loppu puolella</p> | <p>- ohjausta tulee kehittää yksilölliseen ja perhekeskeisempään suuntaan</p> | <p>- n 11 - tutkimusluvut vanhemmilta, sairaalan johtoryhmältä ja eettiseltä toimikunnalta - aineisto käsiteltiin test-retest menetelmällä 2002 ja 2006</p> |
| <p>Preterm birth and hospitalisation: experiences of mother and child. Latva, R. 2009.</p> | <p>- Tutkia keskosyönnystä ja sairaalassa oloaika ja niiden pitkäaikaisvaikutuksia - Äidin kokemukset ja varhaisen sylikontaktin puuttuminen - 5-6-vuotiaiden keskoslasten kyky reagoida erotilanteisiin</p> | <p>-kyselylomakkeet ja haastattelut äideille - kyselylomakkeet ja leikkitarinat 5-6-vuotiaille keskoslapsille</p> | <p>- äidin päivittäiset sairaalakäynnit ovat yhteydessä lapsen myöhempään tunne-elämään myönteisesti - On tärkeää hoitaa ja auttaa negatiivisen synnytyksen kokeneita äitejä, sillä "vauva-ei-kuulu-minulle" - tunne on yhteydessä myöhemmin lapsen vanhempiin liittyvien hoivamielikuvien kehittymiseen</p> | <p>- Ensimmäiset tutkittavat keskoset ovat syntyneet vuonna 1989, n=47 - Toinen tutkittava ryhmä keskosia on syntynyt 97-98, n=210 - 1998 yksi otos keskoslapsia ja verrokkina täysiaikaisia vastasyntyneitä, n=68</p> |
| <p>Erytisvauvaperheen tuki lapsen syntymän jälkeen. Mattila, T. 2004.</p> | <p>Teemahaastatteluiden avulla tutkia erityisvauvaperheen elämäntilannetta</p> | <p>Teemahaastattelut tehtiin seitsemälle erityisvauvaperheelle.</p> | <p>Perheet saivat tukea erikoissairaanhoidolta ja</p> | <p>Tutkimusluvut kunnossa. Tutkimukseen osallistujat saivat</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | ja tukea lapsen syntymän jälkeen. | | terveydenhoitajilta . Tutkimuotoja oli keskusteleminen ja lapsen fyysinen hoitaminen. Vertaistukea kaivattiin. Perhetyöntekijän antamaan tukeen oltiin tyytyväisiä. | tutustua rauhassa tutkimuksen periaatteisiin ja osallistuminen oli vapaaehtoista. |
| Lapsiperheen voimavarat ja voimavarojen vahvistaminen neuvolassa. Löthman-Kilpeläinen, L. 2001 | Kuvata lapsiperheiden voimavaroja sekä terveydenhoitajan voimavaralähtöisen toiminnan tarpeellisuutta ja toteutumista äitiys- ja lastenneuvolassa. | -Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella 970 perheeltä, joista 467 perhettä osallistui tutkimukseen. -Strukturoituja ja avoimia kysymyksiä perheen taustatekijöistä, perheen toiminnasta, kuormittavista tekijöistä, terveydenhoitajan voimavaralähtöisen toiminnan tarpeellisuudesta ja sen toteutumisesta sekä hyödyllisyydestä. | Suurin osa perheistä on hyvin toimivia. 10% perheistä arvioi lapsen syntymän lisänneen rooliristiriitoja ja eristäytyneisyyden tuntemuksia. Yleisesti perheillä oli liian vähän aikaa parisuhteelle, perhe-elämälle ja omaan aikaan. Perheiden voimavaroja kuormittivat tekijät kasautuivat samoille perheille, joita kuormittivat ajankäyttöön, parisuhteeseen taloudelliseen tilanteeseen, sosiaaliin suhteisiin ja terveydentilaan liittyvät tekijät. Neuvolassa toteutui parhaiten sosiaalisen tuen antaminen emotionaalisenä tukena. Parisuhdetta osattiin tukea huonoiten. | -Tutkimukseen osallistui 48% perheistä, joille tutkimusta esiteltiin. Tämä saattaa hieman heikentää luotettavuutta. -Tutkimuksessa käytettiin aikaisemmin testattuja mittareita, jotka olivat todettu hyviksi. |
| Vanhempien saama tuki sosiaaliselta verkostolta odotusaikana sekä hoitohenkilökunnalta lapsivuode- | Arvioida odotusajan tuen määrää sosiaaliselta verkostolta ja lapsivuodeosastolla sosiaalisen tuen | Tutkimuksessa käytettiin kyselylomakkeita, jossa oli kaksi avointa kysymystä. Tulokset arvioitiin FAF- | Tulokset osoittavat, että puoliso oli tärkein tukija odotusaikana. Lapsivuodeosastolla sosiaalisen tuen | Pro gradu on osa Tampereen yliopiston Urbaani vanhemmuus -hanketta. Vanhem- |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| osastolla. Oommen, H. 2009. | määrää. | HES -mittarin avulla, jolla arvioidaan sosiaalista tukea. | määrä oli vähäinen. Äidit saivat isiä enemmän sosiaalista tukea. Perhehuoneessa yöpyvät isät saivat muita isiä enemmän tukea. | pien tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kyselylomakkeita jaettiin kahdessa sairaalassa. Äideistä 60% (n=863) ja 40% isistä (n=525) palautti lomakkeen. |
| Ensiaskeleita: arjen käynnistyminen keskoslasten perheissä. Nivala, P. & Remes, S. 2000. | Tarkoituksena oli selvittää arjen käynnistymistä ja kokemuksia ennenaikaisen lapsen synnyttyä. | Kvantitatiivisen kyselylomakkeen avulla kartoitettiin stressiä tehososastolla ja kuusi kuukautta kotiin pääsemisen jälkeen. | Tutkimuksessa tullaan siihen johtopäätökseen, että vanhemmat tarvitsevat tukea perhe-elämän alkutaipaleella, vanhemmuuden tunteen syntymisessä ja varhaisessa vuorovaikutuksessa. | Pro gradu oli osa Jyväskylän yliopiston erityispedagogiikan laitoksen Keskosesta perheenjäseneksi -projektia. Tutkimuksessa hyödynnettiin ekokulttuurista teoriaa, jossa perheen arjessa tapahtuvat asiat ja vuorovaikutus ohjaavat lapsen kehitystä |
| Vauvaperheiden arjen rakentuminen: ennen- ja täysiaikaisena syntyneiden lasten perheiden arjen akkommodaatiot ja perheteemat ekokulttuurisesta näkökulmasta. Willamo, M-R. 2002. | Tarkoituksena oli selvittää keskosena ja täysiaikaisena syntyneiden perheiden arjen akkommodaatioita ja rutiineihin vaikuttavia perheteemoja. | Tutkimuksessa tehtiin seitsemälle perheelle puhelinhaastattelu taustatiedoista ja perheissä perhehaastattelu. | Keskoslasten perheissä käytettiin enemmän aikaa arjen järjestelyihin. Verrokkiperheillä oli enemmän yhteistä aikaa ja verrokkiperheet kävivät kodin ulkopuolella enemmän. | Tulokset analysoitiin kvantitatiivisella ja kvalitatiivisella menetelmällä. Tutkimukseen osallistuneet perheet olivat ydinperheitä, joille oli syntynyt esikoislapsi. |
| Early relationship between very pre-term infant and mother: The role of infant, maternal and dyadic factors. Korja, R. 2009. | Väitöskirjan tarkoituksena oli tutkia äidin ja keskosvauvan välistä varhaisesta suhdetta. Tutkimuksessa selvitettiin äidin masentuneisuuden, vauvan itkuisuuden ja sylissä olon merkitystä varhaiseen suhteeseen. | Tutkimuksessa tutkittiin äidin ja lapsen välistä vuorovaikutusta 6 ja 12 kuukauden korjatussa iässä PCERAMenetelmällä. WMCI-haastattelulla kartoitettiin äidin mielikuvia lapsesta lapsen ollessa 12 kuukautta. Baby Day Diary - | Tutkimuksessa todettiin, että keskoslapsien ja täysiaikaisena syntyneiden lasten ja äitien vuorovaikutuksessa ei ole juuri eroja. Keskoslapset ovat kuitenkin vetäytyväisempiä ja heillä on heikommat leikin taidot kuin täysiaikaisena syntyneet | Tutkimusryhmät muodostuivat keskosperheistä kahdessa eri tutkimusryhmässä 1. (n= 32) ja 2. (n=38) ja täysiaikaisena syntyneiden lasten perheistä (n=46). Korja on tutkinut monella eri tavalla äitien ja lasten välistä vuorovaikutusta ja siihen liit- |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | menetelmää käytettiin vauvan itkuisuudesta ja sylissä olon merkityksestä vauvan ollessa 5 kuukautta vanha. EDPS-lomakkeella arvioitiin äidin masentuneisuutta, kun lapsi oli 6 kuukautta vanha. | lapset. Äidin masentuneisuus ja keskosen itkuisuus on yhteydessä negatiivisesti äiti-lapsi -suhteeseen. Keskoslapsen itkuisuus ja siitä johtuvan syliin otton ja varhaisen suhteen välillä oli positiivinen yhteys. Tätä ei havaittu täysiaikaisilla verrokeilla. | tyviä tekijöitä. |
| Isän suru lapsen kuoleman jälkeen. Tuki-interventio ja sen arviointi. Aho, A L. 2010 | Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata isien surua ja surussa tarvitsemaa tukea lapsen kuoleman jälkeen. Tutkimuksessa arvioitiin myös tuki-interventioita ja niiden vaikutusta isien suruun | Tutkimus oli toimintatutkimus. Suunnitelmavaiheessa tutkija oli kerännyt systemaattisella tiedonhauulla teoriatietaoa aiheesta ja sitten haastatellut erissä lapsensa menettäneitä isiä. Tutkija kehitti tutkimukseensa sosiaalista tukea ja interventioita mittaavat mittarit. Arviointivaiheessa tutkija keräsi aineistoa kyselylomakkeen, joka sisälsi Hoganin surureaktiomittarin, avulla. | Isien suru oli yksilöllistä ja dynaamista. Isät tarvitsivat sosiaalista tukea hoitohenkilökunnalta sekä vastuoroista tukea muilta saman kokeneilta vanhemmilta. Tuki-interventiot vaikuttivat positiivisesti suruun. Tukea saaneilla isillä esiintyi vähemmän itse syytelyä ja epätoivoisuutta kuin verrokkiryhmän isillä. | Tutkimusaineisto oli kerätty kaikilta lapsen menettäneiltä isiltä tutkimusaikana. Tuen saaneille isille lähetettiin kyselylomake ja 68% isistä vastasi tähän, verrokkiryhmälle eli tukea saamattomille isille lähetettiin myös kyselylomake, ja 46% isistä palautti lomakkeen. |