

LAPSEN ERGONOMINEN KANTAMINEN

Koulutus neuvolahenkilökunnalle



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Hoitotyön koulutus, terveydenhoitaja

Kevät, 2020

Viivi Ypyä

Hoitotyön koulutus, terveydenhoitaja
Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

| | | |
|----------------------|--|-------------------|
| Tekijä | Viivi Ypyä | Vuosi 2020 |
| Työn nimi | Lapsen ergonominen kantaminen – koulutusmateriaali neuvoloihin | |
| Työn ohjaajat | Paula Hakala, Piiku Pakkanen | |

TIIVISTELMÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa koulutustilaisuus ja sen materiaali Hämeenlinnan neuvolahenkilökunnalle lapsen ergonomisesta kantamisesta. Tilaajana toimi Hämeenlinnan kaupunki. Koulutustilaisuuden taustoittamisen tueksi toteutettiin lisäksi lyhyt kysely, johon vastattiin yli 280 kertaa. Lapsen ergonomisesta kantamisesta onkin tullut yhä suositumpaa, ja lastaan kantavat perheet kuuluvat pääsääntöisesti neuvolan asiakaskuntaan. Neuvolat ovat merkittävässä asemassa perheiden tiedottamisessa ja auttavat perheitä tekemään itselle sopivia valintoja.

Koulutus rakennettiin kerätyn tietoperustan pohjalta. Siinä haluttiin korostaa kantamisen hyötyjä sekä lapselle, että koko perheelle. Kiintymyssuhde, vuorovaikutus, imetys ja kantamisen hyödyt lapsen motoriselle kehitykselle tuotiin koulutuksessa esille. Lisäksi kerrottiin lyhyesti lastaan kantaville perheille suunnatun kyselyn tulokset.

Opinnäytetyössä tehdyssä kyselyssä kartoitettiin neuvolasta saatua tukea ja tietoa lapsen ergonomisen kantamisen näkökulmasta. Valtaosa vastaajista ei kokemuksensa mukaan ollut saanut tietoa tai tukea neuvoloista lapsen kantamisesta. Tehdyn kyselyn perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että neuvoloihin kaivataan lisää tietoa lapsen ergonomisesta kantamisesta, sekä kannustavaa asennetta silloin, kun perhe haluaa käyttää kantovälineitä. Koulutus pidettiin Hämeenlinnan keskusneuvolassa tammi-kuussa 2020. Koulutuksesta saatu suullinen palaute oli pelkästään positiivista ja palautteen mukaan koulutuksen järjestäminen oli tarpeellista.

Avainsanat Ergonominen kantaminen, ihokontakti, vuorovaikutus, kantovälineet, koulutus

Sivut 45 sivua, joista liitteitä 2 sivua

Degree programme in nursing
Hämeenlinna university centre

| | | |
|--------------------|--|------------------|
| Author | Viivi Ypyä | Year 2020 |
| Subject | Ergonomic babywearing – educational material for maternity and child welfare clinics | |
| Supervisors | Paula Hakala, Piiku Pakkanen | |

ABSTRACT

The purpose of this practice-based Bachelor's thesis was to produce an educational material and session about ergonomic babywearing for the maternity and child welfare clinics in Hämeenlinna. The commissioner of this work was the city of Hämeenlinna. As a support for the educational material, a short quantitative query was also made. The query was answered more than 280 times in total. The use of babywraps and carriers has grown its popularity in great numbers lately. Families that have decided to carry their children usually belong to the customer basis of child welfare clinics. The maternity and child welfare clinics have an essential role in providing information and support for the families and also working as the health promoters specifically from the families' perspective.

The educational session was built on the theory of ergonomic babywearing and especially maternal bond, parent-child interaction and the benefits for breastfeeding and child's motoric development were brought up. The results of the query were also handled shortly.

The query made in this thesis charted the information and support given by the clinics especially from the aspect of babywearing. The respondents were also able to share their experiences on this matter. Majority of the respondents had not been given any information or support on babywearing from the maternity and child welfare clinics. Based on the results of the query, it can be said that the clinics need more education on this subject and should provide a positive attitude for those wanting to carry their children. The educational session for health care professionals working in the Hämeenlinna area clinics was held in January 2020. The feedback from the session was nothing but positive and based on the given feedback, it came obvious, that the educational session was useful.

Keywords Ergonomic babywearing, skin to skin- contact (ssc), interaction, babycarriers and babywraps, education

Pages 45 pages including appendices 2 pages

SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO | 1 |
| 2 | KANTAMISEN HISTORIAA | 3 |
| 3 | ERGONOMINEN KANTAMINEN | 4 |
| 3.1 | Lapsen fysiologia kantamisen näkökulmasta | 5 |
| 3.2 | Lapsen asento kantovälineessä..... | 7 |
| 3.3 | Erilaiset kantovälineet..... | 8 |
| 4 | KANTAMISEN HYÖDYT | 9 |
| 4.1 | Pystyasento ja hyödyt vanhemmille | 9 |
| 4.2 | Ihokontaktin hyödyt..... | 11 |
| 4.3 | Kantamisen hyödyt imetykselle | 13 |
| 4.4 | Vanhemman ja lapsen vuorovaikutus..... | 14 |
| 5 | NEUVOLATYÖ JA ASIAKASOHJAUS | 16 |
| 6 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET | 17 |
| 7 | OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS | 18 |
| 7.1 | Toiminnallinen opinnäytetyö | 18 |
| 7.2 | Opinnäytetyön suunnittelu..... | 19 |
| 7.3 | Tiedonhaku | 20 |
| 7.4 | Kyselyn tekeminen..... | 20 |
| 7.4.1 | Kvantitatiivinen tutkimus | 21 |
| 7.4.2 | Kyselylomake..... | 21 |
| 7.4.3 | Kyselyn tulokset..... | 23 |
| 7.4.4 | Tulosten johtopäätökset | 27 |
| 7.4.5 | Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus..... | 28 |
| 8 | KOULUTUS LAPSEN ERGONOMISESTA KANTAMISESTA..... | 29 |
| 8.1 | Hyvän koulutusmateriaalin periaatteet | 29 |
| 8.2 | Koulutustilaisuus ja palaute | 30 |
| 9 | POHDINTAA..... | 32 |
| | LÄHTEET | 34 |

Liitteet

| | |
|---------|--------------|
| Liite 1 | Saatekirje |
| Liite 2 | Kyselylomake |

1 JOHDANTO

Lapsen kantaminen ei ole ihmisen historiassa uusi asia, sillä lapsia on aina kannettu kantovälineillä, käsivarsilla ja lonkalla. Ihmisellä on luontainen taipumus kantaa lastaan ja ihmislapsi voidaan käyttäytymisbiologian ja evoluutiohistorian perusteella lukea aktiivisesti kannettaviin poikasiin (Kirkilionis 2003, 19—21). Kantamisesta on tutkimuksissa todettu olevan monia eri hyötyjä sekä lapselle, äidille, että koko perheelle. Ihokontaktin, varhaisen vuorovaikutuksen sekä imetyksen tärkeys on tunnustettu jo monin tutkimuksin. (Rautaparta 2009, 47.) Lapsen kantaminen voi tarjota perheelle parempaa vuorovaikutusta lapsen kanssa. Se myös tukee imetyksen onnistumista.

Yksi merkittävimmistä tavoista lähellä hoivaamiseen on lapsen kantaminen, ja kantovälineiden käyttö onkin kasvattanut suosiotaan. Kiintymysvanhemmuus tarkoittaa kasvatuksellista filosofiaa, jonka mukaan lapsi on luontaisesti sosiaalinen ja lähtökohtaisesti halukas yhteistyöhön. Lasten tarkoituserät ovat pohjimmiltaan hyviä ja täten lapsen tunteita ja ajatuksia tulisi kunnioittaa ja ymmärtää. Tähän ajatusmalliin kuuluvat myös lapsen kantaminen, rajoittamaton läheisyys, sekä lapsentahtisuus. Filosofian mukaan lapsi kiintyy turvallisesti vanhempaansa ollessaan tähän kontaktissa, minkä johdosta lapsesta tulee myöhemmin itsenäisempi. (Kiintymysvanhemmuusperheet ry 2019; Smith & Hardy 2017, 28.)

Sosiaalisen media-jätin Facebookin ”Kantoliinat ja kantoreput - kysy ja keskustele” -ryhmässä oli huhtikuussa 2019 jäseniä yli 17 000 ja kantovälineitä myyvien ja vaihtavien ”Kantovälinekirppis” -ryhmässä lähes 24 000 jäsentä (Facebook 2019a; Facebook 2019b). Tämä kertoo siitä, että lapsen kantamisesta on tullut erittäin suosittua ja se koskettaa perheitä laaja-alaisesti. Vertailun vuoksi mainittakoon, että samaisen sosiaalisen median ”Sormiruokailijat”-ryhmässä oli huhtikuussa 2019 n. 13 700 jäsentä (Facebook 2019c). Hoitotyössä kantaminen on vielä kuitenkin suhteellisen uusi asia, eikä siitä ole vielä tullut samanlaista normatiivia kuin esimerkiksi sormiruokailusta, joka voidaan myös katsoa osaksi lapsentahtista hoivaamista ja kasvatusta. Sormiruokailu onkin nykyään osana alle vuoden ikäisen lapsen ravintoa koskevia suosituksia. (THL 2019.) Lapsen kantamiseen liittyviä hoitosuosituksia ei ole vielä tehty, vaikka asiaa sivutaankin neuvolatyöhön liittyvissä oppaissa. Lapsen kantamiseen tulisi kuitenkin rohkaista neuvoloissa, sillä kantovälineen käyttö mahdollistaa vauvan silittelyn ja lähellä pitämisen ja tukee täten mm. vuorovaikutuksen muodostumista (Puura, Sannisto & Riihonen 2018, 1345).

Lapsen ergonomisesta kantamisesta on tehty opinnäytetyönä asiakasopas, jota voi tilata neuvoloihin Kantoliinayhdistyksen kautta. Ruokolainen ja Siljanpää toteavatkin työssään, että varsinainen työntekijöiden koulutusmateriaali kuitenkin jäi tästä työstä puuttumaan liian suuren työmäärän

vuoksi. (Ruokolainen & Sillanpää 2015.) Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tuoda tietoa kantamisesta Hämeenlinnan neuvoloihin koulutuksen muodossa. Kantoliinayhdistys on pyrkinyt vastaamaan lapsen ergonomisen kantamisen lisääntyvään suosioon kouluttamalla lisää kantovälinetukihenkilöitä, ja tukihenkilöitä löytyykin jo lähes kaikilta isoilta paikkakunnilta. Kuitenkin neuvoloiden osuus lapsiperheiden tiedottamisessa ja valintojen tekemisen ohjaamisessa on merkittävä. Perheillä ei välttämättä ole resursseja hakea itsenäisesti tietoa, ja toisaalta sitä ei ehkä osata etsiä oikeista paikoista. Neuvolasta saatu tieto on tämän takia korvaamaton resurssi lasten vanhemmille. Lisäkoulutuksella neuvolaan saadaan ajantasaista tietoa lapsen ergonomisesta kantamisesta, mikä on tämän toiminnallisen opinnäytetyön toivottava lopputulos.

2 KANTAMISEN HISTORIAA

Lapsen kantaminen on monien kädellisten tapaan ihmisellekin luontaista. Muiden kädellisten jälkeläiset pysyvät kiinni emossaan tarrautumalla tämän turkkiin, mutta karvapeitteen puuttuessa ihmislapsen kantamiseen on käytettävä erillistä välinettä. Vanhemmat kantavat lapsiaan joka tapauksessa käsivarsilla, sylissä tai lonkalla. Kantamisesta kuitenkin luovutaan pian lapsen kasvaessa, sillä se alkaa rasittaa hartioita, niskaa ja ran-teita. Ergonomisella kantovälineellä kantaminen kuitenkin vapauttaa hoi-vaajan kädet toisiin toimintoihin, sekä helpottaa niskajäykkyyttä. (Rauta-parta 2003, 117&121.)

Kantoliinoja voidaan pitää yhtenä ihmiskunnan historian ensimmäisistä teknologisista keksinnöistä. Monet historioitsijat ovat pitäneet kantoväli-neitä ensimmäisinä käsityön taidonnäytteinä. Erilaisia historiallisia kanto-välineitä löytyy ympäri maailmaa mm. Afrikasta, Japanista, Meksikosta, In-tiasta, Walesista ja Inuiittien parista. Kantovälineen tyyli on vaihdellut il-mastonalan ja elämäntyylin mukaan. Yksinkertaisimmillaan kantoväli-teenä on käytetty kankaanpalaa, kun taas joissain kulttuureissa kantopus-sien valmistukseen on nähty paljon vaivaa kirjailuineen ja koristeluineen. (Ward 2019; Rautaparta 2003, 117.) Esihistoriallisen lapsen selviytyminen on ollut riippuvaista kantamisesta, ja se on ollut myös ainoa tapa kuljettaa lasta (Niemelä 2007, 21).

Jatkuvasti liikkeellä oleville Nomad-heimolaisille kantoliina oli välttämättö-myys, sillä lapsen kantaminen käsivarsilla oli sekä energiaa kuluttavaa, että epäkäytännöllistä. Kuumemmissa ilmastoissa vauvojen on pitänyt käydä useammin rinnalla, joten äitiin helposti sidottavat kantoliinat ovat olleet suositumpia esimerkiksi Afrikassa. Kylmemmissä ilmanaloissa on ollut käy-tännöllisempää käyttää välinettä, jonka on saanut ripustaa puun oksaan roikkumaan, tai kiinnitettyä kelkkaan. Inuiiteilla on ollut käytössä kanto-takki, jossa lapsen on saanut pidettyä lämpimänä äidin ihoa vasten. (Ward 2019.)

Suomessa lapsia on kannettu pussissa, pötkykopassa ja yksinkertaisessa kulumistaan yhteen solmitussa kankaassa eli lakanakiikussa. Lapset olivat lähes jatkuvassa liikkeessä niin kirkkomatkoilla, peltotöissä kuin kotonakin. Kantopussi kiinnitettiin kattokoukkuun, jolloin se toimi sekä sänkynä että lapsen keinuttajana. Saamelaisäideillä on ollut käytössään puusta ja poron-nahasta valmistettu kotelo eli komsio. Kotelon pystyi jättämään jopa pys-tyyn lumihankeen, eikä lapsi päässyt kierähtämään vatsalleen komsion ol-lessa kapea ja ahdas. Lapsen kasvaessa siirryttiin isompaan kantovälinee-seen, jossa lapsi saattoi myös liikkua. Saamelaisäidit saattoivat kantaa lap-siaan aina nelivuotiaaksi asti. (Rautaparta 2003, 118.)

Lapsen kantaminen menetti suosiotaan etenkin Euroopassa vaurastumi-sen ja kaupungistumisen myötä. Kehto rantautui Suomeen 1500-luvulla,

jolloin oli tavallista jättää lapsi kehtoon koko työpäivän ajaksi. Myöhemmin myös kehdon keinumisen katsottiin olevan lapsen kehityksen pilaavaa hemmottelua, ja lisäksi sen keinuttaminen vei hoitajalta aikaa. Uuden ajattelutavan myötä siirryttiin laskemaan lapsi tasajalkaisiin sänkyihin. (Rautaparta 2003, 117—118.)

1950-luvun jälkeen huomattiin läheisyyden olevan tärkeää sekä lapsen että äidin kannalta, kun tutkimukset antoivat sille tieteellisiä perusteita. Ihokontaktia alettiin pitää tärkeänä lapsen seksuaalisen kehityksen kannalta ja perusturvallisuuden katsottiin kehittyvän parhaiten lämpimissä tunnesiteissä sekä ruumiillisessa läheisyydessä. Vauvoja alettiin hieroa, sylihoito tuli muotiin ja myös kantovälineet löydettiin uudelleen. Vaikka syyliä säännösteltiin, oli siitä kuitenkin tullut lapselle turvallinen paikka. (Rautaparta 2003, 99—100.) Silti vielä 1990-luvulla on suhtauduttu penseästi rajoittamattomaan läheisyyteen, lapsentahtiseen imetykseen ja liinassa kantamiseen. Vaikka äidin läheisyyden tärkeys tunnustettiin jo 1950-luvulla, ei 1990-luvulla silti ole ollut suotuisaa nauttia lapsen läheisyydestä eikä terveeksi hoitotavaksi katsottu perhepedissä nukkumista tai yli 12 kuukauden imetystä. Lapsentahtisen hoidon ja kasvatuksen katsottiin johtavan epäterveeseen riippuvuuteen äidistä ja jarruttavan itsenäistymistä. (Rautaparta 2009, 41—46.)

Kiintymysvanhemmuuden suosion lisääntyessä tasaisesti aina 80-luvulta lähtien, on yhä enemmän kiinnostuttu lapsen tarpeiden kunnioittamisesta, empaattisesta kasvatuksesta ja kiintymyssuhteen tukemisesta. Lapsen kasvun ja kehityksen tukemista kiintymysvanhemmuuden periaattein on tutkittu monialaisesti mm. lapsen kehityksen, psykologian ja neurotieteen näkökulmista. (Nicholson & Parker 2012.) Tultaessa 2000-luvulle on lapsentahtisuus tullut yhä hyväksytyimmäksi ja suosituimmaksi tavaksi hoivata lasta. On huomattu, että lähellä hoivaaminen itse asiassa helpottaa äidin työtä, kun tämä pystyy paremmin havainnoimaan lapsen tarpeita ja täyttää tämän tarpeet ajoissa. (Rautaparta 2009, 48.)

Ensimmäinen kantoliinoja valmistava yritys, Didymos, perustettiin 1970-luvulla. Yritys sai innoituksensa meksikolaisten käyttämästä rebozo-liinasta. 80-luvulta lähtien kantovälineiden tarjonta on kasvanut räjähdysmäisesti ja niitä valmistavien yritysten määrä on moninkertaistunut. Suomessa ainoat markkinoilla olevat kantovälineet olivat aluksi rintareppu ja kantorinkka. Sittemmin valikoima on laajentunut erilaisilla kantoliinoilla, sekä ergonomisilla repuilla. (Ward 2019; Rautaparta 2003, 121.)

3 ERGONOMINEN KANTAMINEN

Lapsen ergonominen kantaminen tarkoittaa vauvan tai lapsen kantamista kantovälineellä, joka on sekä kantajalle että kannettavalle ergonominen. Lapsia voi kantaa monella eri tavalla, mutta kaikki kantovälineet eivät ole

välttämättä ergonomisia. (Kantoliinayhdistys 2016b). Kantamiseen perheytymisen edellyttää lapsen fysiologian ymmärtämistä, oikean asennon huomioimista sekä erilaisiin kantovälineisiin tutustumista.

Lapsen fysiologiasta on tärkeää huomioida tämän lonkkien asento sekä selkärangan muoto ja ottaa huomioon näiden kehittyminen. Nämä poikkeavat vastasyntyneellä huomattavasti aikuisen fysiologiasta. Lonkkien oikea asento on merkittävää myös kantovälinettä käytettäessä. Ergonomisessa asennossa lapsi on syvässä kyykyssä eli sammakkoasennossa. Tämä on lapselle luontainen asento ja tukee lonkkien tervettä kehittymistä. (Kirkilionis 2003, 32.) Ergonomisen asennon tulisi toteutua aina valitusta kantovälineestä huolimatta.

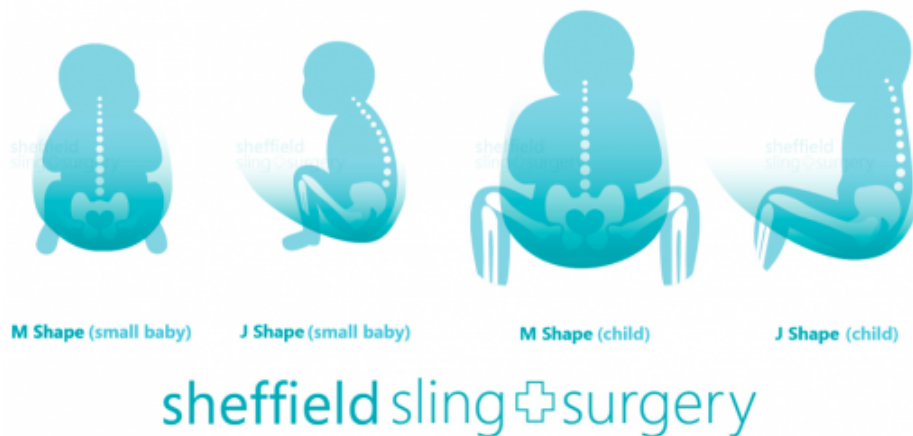
3.1 Lapsen fysiologia kantamisen näkökulmasta

Lonkkanivel on pallonivel, jossa reisiluuniveltyy lonkkamaljaan. Lonkkamaljan reunat ovat muodostuneet rustosta ja sidekudoksesta. (Pohjolainen 2018.) Vauva viettää pitkän ajan kohdussa sikiöasennossa, jossa lonkat ja polvet ovat sykkyrässä tai taivuksissa. Lapsen ensimmäisinä kuukausina reisiluun pää on usein löystynyt lonkkamaljassa, sillä lapset ovat luonnostaan taipuisia ja lonkkamaljan rusto-osat ovat vielä pehmeitä. Voi kestää useampikin kuukausi, ennen kuin nivelet venyvät ja asettuvat luonnolliseen asentoon. Jos lonkkia yritetään suoristaa liian aikaisessa vaiheessa, reisiluun pää voi hankautua nivelen reunoihin ja aiheuttaa pysyvän epämuodostuman lonkkamaljan muotoon. Tätä kutsutaan lonkan dysplasiaksi. Luv voi myös toistuvasti mennä sijoiltaan ja tulla ulos lonkkamaljasta, jolloin kyseessä on lonkan dislokaatio. Lonkan dysplasia tai dislokaatio ei aiheuta vauvalle kipua, joten molemmat lonkkavaivat voivat herkästi jäädä huomaamatta. Lonkat kehittyvät ja ligamentit vahvistuvat huomattavasti lapsen ensimmäisen kuuden kuukauden iän aikana, minkä jälkeen lonkan dysplasian syntyminen on epätodennäköistä. (International Hip Dysplasia Institute 2018.)

Lonkan luksaatiota hoidetaan valjas- tai lastahoidolla, jonka avulla tuetaan reisiluun päätä niin, että se pysyy lonkkamaljassa ja kasvaisi oikeaan suuntaan. Joskus valjashoito ei riitä, vaan hoitoa täytyy jatkaa kipsaushoidolla. Tällöin reisiluun pää vietään lonkkamaljaan lapsen ollessa nukutettuna. Kipsaus varmistaa asennon pysymisen. Kipsihoidon tavallinen kesto on kolme kuukautta. (TAYS 2015.)

Lonkan luonnollista kehitystä edistää lonkkien vapaa liike ja asento, jossa lonkat avautuvat luonnollisesti sivulle, reisi on tuettuna ja lonkat, sekä polvet ovat koukussa. Tästä asennosta käytetään nimityksiä sammakkoasento, syvä kyykyasento tai ihmisen asento. (Kuva 1.) Kaikkein huonoin asento lonkan kehitykselle on asento, jossa jalat ovat yhdessä ja lonkat sekä polvet suorana. Lonkan kehityspoikkeamien riski kasvaa sitä suuremmaksi, mitä pidempään lasta pidetään epäergonomisessa asennossa. (International Hip Dysplasia Institute 2018.)

Lapsi asettuu luonnostaan kannettaessa niin sanottuun lantioistuntaan, jossa reidet levittäytyvät noin 45 asteen kulmaan. Jalat ovat tässä asennossa koukkuasennossa asettuen korkeintaan suoraan kulmaan. Tämän kulman on todettu olevan lonkkanivelelle anatomisesti suotuisa asento ja edistävän terveen nivelen rustomaisen rakenteen kehittymistä. (Kirkilionis 2003, 32.)



Kuva 1. Lapsen sammakkoasento (Knowles 2020).

Ihmisen selkäranka on evoluution myötä muovautunut pystyasennossa kävelyä varten. Aikuisen selkäranka koostuu neljästä kaaresta, joiden tarkoitus on antaa selkärankaan joustoa sekä tukea. Tämä muoto auttaa raajoja osallistumaan moniin liikkeisiin ja vaimentaa selkään kohdistuvien puristusvoimien rasitusta ja iskuvoimaa. Toisin kuin ihmisapinoilla, ihminen kykenee askeltaessa ojentamaan alaraajansa suoriksi, mikä nopeuttaa ja helpottaa kävelyaskelien ottamista. (Viranta-Kovanen 2019.)

Vastasyntyneen lapsen selkäranka ei ole vielä kehittynyt aikuisen selkärankaan vastaavaksi, sillä lapsen selkärangasta puuttuu aikuiselle tyypillinen S-muoto. Aikuisen selkärangan notkon kulman ollessa 60 astetta, on vastasyntyneen vastaava aste vain 20 astetta. Lapsen selkä on syntyessään suora, mutta köyrymäinen. (Kirkilionis 2003, 29.) Syvässä kyykkyasennossa lapsen lantio kääntyy kevyesti eteen ja polvet nousevat pepun yläpuolelle. Tässä asennossa lapsen selän lihakset pääsevät rentoutumaan ja alaselkä pyöristyy luonnollisesti. (Grankvist, 2019.) Aikuiselle tyypilliset selkärangan notkot kehittyvät vasta lapsen selkärangaa tukevien lihasten ja ligamenttien vahvistuessa. Tämä tapahtuu lapsen oppiessa ryömimään ja seisomaan. Selkärangan muoto vaikuttaa oleellisesti lonkkien toimintaan. Aikuisen kykenee koukistamaan jalkojaan vartalon etupuolelle ja pitkälle pysty-akselin taakse. Taakse koukistus näkyy ottaessa esimerkiksi pitkää askelta. Pikkulapsella liikerata on rajoittunut vartalon etupuolelle, sillä tämän lonkat ovat suuntautuneet enemmän eteenpäin ja lapsen maataessa selällään hänen reitensä avautuvat luonnostaan hieman sivuille. Lapsen anatomiset

ominaisuudet eivät siis vielä ole sopeutuneet kävelemiseen, vaan hänen siirtymisensä paikasta toiseen on riippuvainen aikuisen kantamisesta. (Kirkilionis 2003, 29—30; Knowles 2019a.)

Lapsen selän köyrymäisyyttä on ennen yritetty korjata mm. tiukalla kapa-loinnilla. Tämä saattoi aiheuttaa lapselle lonkkanivelen kehityshäiriön eli lonkan dysplasian. Etukumara, köyrymäinen asento on kuitenkin tarkoituksenmukainen, sillä asento takaa paremman tuen lapselle tämän ollessa kannettavana. Lapsi voi tukeutua ja nojata kantajaansa vasten eikä keikahda taaksepäin. (Kirkilionis 2003, 29—30).

3.2 Lapsen asento kantovälineessä

Ergonomisen kantamisen ”neljä P:tä” ovat pyöreä selkä, polvitaipeesta polvitaipeeseen, peppu polvia alempana ja pussausetäisyys. Selän tulee olla c-kirjaimen mallinen silloin, kun lapsi ei vielä osaa seistä tai kävellä. Kun kantopaneeli tai liina asetetaan polvitaipeesta polvitaipeeseen, avautuvat lapsen jalat automaattisesti sammakkoasentoon, joka mahdollistaa myös selän pyöristymisen. Tällöin myös peppu painuu polvia alemmas. Edessä kantaessa lapsen korkeus on hyvä silloin, kun lasta yltää suukottaamaan. Selässä ihanteellinen korkeus on sellainen, jossa lapsi näkee kantajansa olan yli. (Kantoliinayhdistys 2016b.)

Lapsen lonkat avautuvat vasta noin kahdeksan viikon iässä, joten on tärkeä huolehtia, että vastasyntyneen lapsen asento kantovälineessä on luonnollinen eli samanlainen, mihin vauva asettuu syliin nostettaessa. Jalat ovat liinan ulkopuolella, mutta toisin kuin vanhemmilla vauvoilla, lapsen polvet ovat kohti kantajan vatsaa. Vastasyntyneen jalkoja ei tule koskaan asettaa väkisin muuhun kuin luonnolliseen asentoon. Vastasyntyneen kohdalla on myös tärkeää kiinnittää huomiota hyvää sivuttaistukeen. Pieni vauva ei kykene olemaan pelkästään haarojensa varassa, sillä tämän selkäranka ei kestä suoraa painetta. Liinan tulee olla levitettynä hyvin lapsen selän ja kylkien yli ja sidonnan tulee olla tarpeeksi napakka. Lisäksi päätä täytyy vastasyntyneellä tukea varmistamalla, että liinan reuna tai repun paneeli yltää lapsen niskan yli. Vahvistukseksi voi kääriä harsosta rullan, joka kääritään liinan reunan kanssa pötkyläksi lapsen niskan taakse. (Kantoliinayhdistys 2016a; Kantoliinayhdistys 2016b.)

Lasta kannattaa kantaa aina pystyasennossa. Pystyasennossa vauvan leuka ei painu helposti rintaan kiinni, jolloin tämän hengitystiet pysyvät auki. Lapsen hengitysteiden avonaisuuteen on hyvä kiinnittää erityistä huomiota etenkin alle 4 kuukauden ikäisen lapsen kanssa. Pään hallinnan ollessa vielä heikko voi lapsen leuka painua tämän rintaan. Hyvässä asennossa lapsen leuka lepää kantajan rintakehää vasten sivuttain. Syvässä kyykkyasennossa lapsen rintakehä pysyy suorana kantajan kehoa vasten, jolloin keuhkot saavat laajentua vapaasti. Pystyasento mahdollistaa lapsen symmetrisen asennon kantovälineessä, sekä lapsen jalat ovat vapaina liik-

kumaan polvinivelistä alaspäin. Pystyasento myös tukee lapsen lonkkanivelten kehitystä, sillä lonkat ovat tällöin vauvan pystysuuntaiseen keskilinjaan nähden syvässä kyykkyasennossa. Kun vauvan pää on tuettu hyvin, selkä on pyöreänä ja selkäranka on tuettu sivuttais- ja pitkittäissuunnassa, on pystyasento paras kantoasento vastasyntyneellekin. (Kantoliinayhdistys 2016a; Knowles 2019a.)

Lapsen oikea paikka kantovälineessä on ns. pussausetäisyydellä. Lapsen painopisteen tulee olla tarpeeksi ylhäällä, ettei kantajan kehoon kohdistu ylimääräistä rasitusta. Lapsi on nostettu liian ylös silloin, jos tämän pää osuu kantajan leukaan tai kantaja ei näe kunnolla lapsen takaa. On muistettava, että kantajan leuka saattaa osua lapsen päähän ja herkkään auki-leeseen. Myös lapsen etäisyys vaikuttaa kantamisen tuntuun. Mitä etäemmällä lapsi kantajastaan on, sitä raskaammalta kantaminen tuntuu. Yleisesti ottaen edessä kantaminen tuntuu raskaammalta kuin selässä. (Kirklionis 130—131.)

Lapsi on kantovälineessä kantajan ihoa ja kehoa vasten, joten on tärkeää kiinnittää huomiota lapsen oikeanlaiseen pukeutumiseen ylikuumenemisen välttämiseksi. On parempi pukea lapsi kerroksittain kuin käyttää esimerkiksi paksuja toppa-asuja. Lisäksi on hyvä tarkastaa, ettei lapsen kasvojen päälle tule kangasta ja että lapsi voi vapaasti liikuttaa päätään. Kuumalla ilmalla täytyy huolehtia suojaavasta vaatetuksesta, etteivät kantovälineen ulkopuolelle jäävät raajat pääse palamaan. Sukkahousuja tai kärjellisiä potkukousuja käytettäessä kannattaa valita isompi koko, etteivät lapsen varpaat joudu liian puristuksiin kankaan noustessa kohti polvia. (Knowles 2019a.)

3.3 Erilaiset kantovälineet

Kaikki markkinoilta löytyvät kantovälineet eivät ole ergonomisia, ja tällaisten ei-ergonomisten kantovälineiden käyttöön liittyy rajoitteita. Valittaessa kantovälinettä on siis hyvä tarkistaa, että kantajan ja lapsen ergonomia toteutuu. Suosituimmat kantovälineet ovat erilaiset reput, trikooliinat, sekä kudotut kantoliinat. Tämän lisäksi markkinoilta löytyy välineitä, jotka yhdistelevät kantoliinan ja repun parhaita puolia. Näitä ovat mm. neliöliina, onbuhimo ja mei tai. (Kantoliinayhdistys 2016b.)

Trikooliinat ovat joustavia ja pitkiä liinoja, jotka on tarkoitettu pienen vauvan kantamiseen etupuolella. Trikooliina käy yleensä liian joustavaksi lapsen painaessa noin 6—8 kiloa, joten se on lyhyen käyttöiän liina. (Kantoliinayhdistys 2016b&2016a.)

Kudottuja kantoliinoja löytyy eri pituisina ja eri materiaaleista tehtynä. Kudottua kantoliinaa voi käyttää monenlaisiin sidontoihin ja lasta voi kantaa edessä, lonkalla tai selässä. Kudotun liinan käyttöikä on vauvasta aina leikki-ikäiseen lapseen asti. Eri materiaalit vaikuttavat liinan tukevuuteen, ja joskus voi olla hyvä vaihtaa liinaa lapsen kasvaessa. Myös eri sidonnat

voivat toimia eri-ikäisillä lapsilla. (Kantoliinayhdistys 2016a; Kantoliinayhdistys 2016b.)

Kantoliinan oikean koon valinta voi tuottaa päänvaivaa uudelle kantajalle. Mitä pienempi on koon numero, sitä lyhyempi liina on. Koon 4 liina on yleensä 3,7 metriä pitkä ja koon 6 liina 4,7 metriä. Lyhyet liinat sopivat hyvin selkäsidentoihin ja lonkalla kantamiseen. Pitkällä liinalla voi tehdä sidontoja kaikkiin asentoihin. Yleisesti kantoliinan peruskokona voidaan pitää pienellä kantajalla kokoa 5 ja useimmilla liinan peruskoko on 6. (Kantoliinayhdistys 2016a.)

Kantoreppuja löytyy monenlaisia. Niissä on lapsen selkään tuleva kantopaneeli, olkahihnat ja vyötärökaistale. Reppuja säädetään solkien avulla. Monilla repuilla lasta voi kantaa edessä, lonkalla ja selässä. Repun ergonomisuuden kriteereihin kuuluu, että kantopaneeli ylettyy lapsella polvitaippeesta polvitaipeseen. Pieni vauva voi tarvita repussa erillisen vauvatuen. Isommille lapsille on olemassa jatkopaloja ja isompia reppuja. (Kantoliinayhdistys 2016b; Kantoliinayhdistys 2016a.)

Lapsen turvallisuuden kannalta on tärkeää tuntea käyttöön valittu kantoväline hyvin. Kantovälineen käyttöä voi harjoitella ensin esimerkiksi pehmolelun kanssa ja käyttää peiliä nähdäkseen paremmin. Kantoväline on hyvä käydä silmämääräisesti läpi, jotta varmistutaan sen olevan ehjä. Etenkin soljet ja saumat on hyvä tarkastaa ennen käyttöönottoa. On hyvä muistaa, ettei kantoväline koskaan korvaa auton turvaistuinta. (Knowles 2019a.)

4 KANTAMISEN HYÖDYT

Nisäkkäiden jälkeläiset varmistavat eloonjäämisensä ja normaalin psykososiaalisen kehityksensä vaatimalla jatkuvasti hoitoa vanhemmiltaan. Jälkeläisillä on luontainen taipumus hakeutua emon lähelle ja protestoida joko äännelemällä tai viestimällä kehonkielellä emosta eroon joutumista. Nämä mekanismit varmistavat myös kiinteän suhteen muodostumisen emon ja jälkeläisen välille. (Esposito ym. 2013, 739.) Pystyasennosta itsessään on paljon hyötyä lapselle ja kosketuksen vaikutukset ulottuvat sekä imetykseen että lapsen neurologiseen kehitykseen. Lisäksi vanhemmat voivat saada helpotusta arkeen kantamalla lasta tinkimättä läheisyydestä.

4.1 Pystyasento ja hyödyt vanhemmille

Japanissa vuonna 2013 tehdyn tutkimuksen mukaan äidin kävelyliike osoitautui kaikista tehokkaimmaksi rauhoittelun keinoksi. Verrokki-ryhmissä olivat kehdossa rauhoittelu ja mekaaninen sylissä keinuttaminen. Tutki-

muksessa todettiin, että lapsen kantaminen aktivoi parasympaattista hermostoa ja täten vähensi itkuisuutta merkittävästi. Jopa lyhytaikainen kantaminen vaikutti rauhoittavasti lapseen. Kantamisen ja kävelyn yhdistäminen voi auttaa myös koliikista kärsiviä lapsia rauhoittumaan. (Esposito ym. 2013, 744; Knowles 2019c.)

Pystyasennosta on lapselle monenlaista hyötyä. Sillä on suotuista vaikutus lapsen näköaistin ja kognitiivisten toimintojen kehitykseen. Lisäksi se aktivoi tuntoaistia. Lapsi näkee kantovälineestä paremmin ympärilleen, mikä auttaa häntä ymmärtämään paremmin ympäristöään. Ympäristön ollessa virikkeellinen lapsen näkö- ja kuuloaisti ovat valppaampia toimimaan. Pystyasento auttaa sisäkorvaa sopeutumaan nopeammin ympäristön muutoksiin ja kehittää näin lapsen tasapainoaistia. Lisäksi pystyasento vahvistaa lapsen lihaksia ja mahdollistaa tälle lihasten venyttelyn. Myös riski kalalon epämuodostumiin, kuten vinokalloisuuteen tai litteään takaraivoon vähenee, sillä lapsen päähän ei kohdistu yksipuolista painetta samoin kuin makuulla ollessaan. Läheisessä kontaktissa lapsi voi aistia vanhemman liikkeitä, hengityksen rytmin, mielentilan, lämpötilan ja tuoksun. Tämä auttaa lasta rauhoittumaan, ja lasten onkin todettu rauhoittuvan nopeammin pysty- kuin vaaka-asennossa. (Rautaparta 2003, 126—127; Smith & Hardy 2017, 28—29.)

Kantamisesta on paljon hyötyä myös vanhemmille. Tutkimukset kertovat, että äidit suosivat ihokontaktia ja kenguruhoitoa konventionaalisen hoidon sijaan. Äidit kokevat olevansa itsevarmempia, voimaantuneita, luottavaisia ja tuntevat olevansa vähemmän stressaantuneita saadessaan pitää vauvaa lähellään. Tämä heijastuu positiivisesti myös hoitotilanteisiin, äitien varmempaan vauvan käsittelyyn ja ruokintaan. Pakistanissa tehdyn tutkimuksen mukaan äidit olivat innoissaan voidessaan olla sekä verbaalisessa että taktiilissa eli kosketusaistiin liittyvässä kommunikaatiossa lapsensa kanssa ollessaan ihokontaktissa. Myös isien on raportoitu olevan rentoutuneempia ja tyytyväisempiä pitäessään lasta ihokontaktissa. (WHO 2003, 8; Mahmood, Jamal & Khan 2011, 604.)

Yksinoleminen on vauvalle epäluonnollista, ja tarve olla sylissä on suuri. Äidin arjen kannalta tämä voi tuntua haastavalta. Kantaminen vapauttaa äidin kädet muihin toimintoihin ja antaa äidille lepoa vauvasta. Lapsi kulkee monesti kyydissä huomaamatta. Vauvaa ei tarvitse kannettuna viihdyttää, eikä kantamisena olo tarkoita jatkuvaa huomion kiintopisteenä olemista. Lapsi saa kantovälineessä virikkeitä tarkkaillessaan ympäristöä ja liikkua äidin mukana. Vauva-arkeen sopeutuminen voi helpottua, kun lapsi kulkee mukana eikä rajaa äidin kulkemista vain paikkoihin, joihin pääsee vaunuilla. Vanhempi on näin vapaa liikkumaan. (Niemelä 2007, 23—25.)

Kantaminen lisää äidin tunnetta vauvan läheisyydestä ja kiinteää vuorovaikutusta. Kannetut lapset itkevät vähemmän ja ovat usein tyytyväisiä, mikä

vähentää myös äidin kokemaa stressiä vauvan hoidosta. Kantamisen rauhoittavan vaikutuksen taustalla olevien syiden ymmärtäminen voi auttaa vanhempia suhtautumaan lapsen itkuun neutraalimmin ja ehkäistä täten lapsen kohdistuvaa kaltoinkohtelua. (Niemelä 2007, 23&25; Esposito ym. 2013, 744.) Äidin ollessa vapaampi kulkemaan ja tekemään asioita käsillään, tämä voi myös paremmin huomioida mahdollisen vanhemman sisaruksen tarpeet, mikä voi helpottaa vauvaan kohdistuvaa mustasukkaisuutta (Niemelä 2007, 32).

4.2 Ihokontaktin hyödyt

Ihmisen evolutiiviseen historiaan on aina kuulunut vastasyntyneen lapsen pitäminen ihokontaktissa. Ihmisen selviytyminen syntymän jälkeen on riippunut läheisestä ja jatkuvasta kontaktista äitiin. Lapsen eriyttäminen äidistä heti syntymän jälkeen on tullut käytännöksi vasta 1900-luvulla teollistuneissa yhteiskunnissa. (Moore, Anderson & Bergman 2016, 2.) Vauvalle on luontaista ja tärkeää saada olla lähekkäin ja ihokontaktissa. Vauvan iho on erityisen herkkä kosketukselle, sillä iholla on runsaasti hermo-pääätteitä. Lähellä pitäminen ja sylittely edistää lapsen fyysistä ja psyykkistä kasvua, sekä oman ruumiinkuvan syntymistä. (MLL 2019.)

Lapsen aivot ovat jo heti syntymästä virittäytyneet kohdun ulkopuoliseen elämään. Vauvan kehoon erittyy noradrenaliinia, joka herättää aivot toimintaan, käynnistää hengitysrefleksin ja varmistaa varhaisen kiintymisen äitiin. Geenien ansioista äidin tuoksu, lämpö ja ihokontakti avaavat hermostollisen polun käpylisäkkeestä otsalohkoon. Tämä yhdistää vastasyntyneen aivojen emotionaaliset ja sosiaaliset osat toisiinsa. Vastasyntyneen katsekontakti, nännien stimuloiminen ja ääntely avaavat myös äidissä uusia neurologisia väyliä. (Bergman 2014, 1&4.) Kosketus ja ihokontakti voivat muuttaa äidin suhtautumista vauvaan positiivisemmaksi. Kosketuksen kehitystä tukeva merkitys on todettu mm. monissa kenguruhoitoa koskevissa tutkimuksissa. Kenguruhoitossa lapsi on tiiviissä ihokontaktissa äitiin tai isään keskoskaapin sijaan. Tiiviin ihokontaktin hyödyt voivat ulottua myös pitkälle lapsuuteen. Ruth Feldmanin työryhmän tekemässä pitkittäistutkimuksessa seurattiin kenguruhoitoa saaneen lapsen kehitystä aina 10 vuoden ikään asti. Tulokset osoittivat, että lapsivuodeaikana läheisessä ihokontaktissa pidetyillä lapsilla oli kehittyneempi uni—valve-rytmi, kypsemät autonomiset toiminnot ja he olivat vähemmän stressaantuneita. Lisäksi lapsilla oli kehittyneemmät kognitiiviset taidot ja suhde äitiin oli vastavuoroisempi kuin verrokkiryhmällä. Lapsia tutkittiin syntymästä 10 vuoden ikään asti. Lisäksi tutkimuksessa todettiin ihokontaktin vähentävän äidin ahdistusta. (Feldman, Rosenthal & Eidelman 2014, 1 & 60—62; WHO 2003, 8.)

Ihokontaktista on todettu olevan hyötyä myös lapsen lämmönsäätelylle. Tutkimukset ovat osoittaneet, että pidennetty ihokontakti syntymän jälkeen ehkäisee hypotermiaa. Oksitosiinin erityis aiheuttaa äidillä rintojen

lämpötilan nousun, joka pitää jälkeläisen lämpimänä. Lisäksi oksitosiini esittää äidissä taistele—pakene-refleksin, jonka ansiosta äiti on rauhallinen, sosiaalisesti hereillä ja vähemmän ahdistunut. (WHO 2003, 8; Moore ym. 2016, 2.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että kosketuksella on monia vaikutuksia sekä keskosiin että normaaliaikaisena syntyneihin lapsiin. Vaikutuksia ovat mm. kasvun ja kehityksen nopeutuminen, ahdistuksen ja ärtyneisyyden vähentyminen, sekä sosiaalisen suuntautumisen lisääntyminen. Äidistä erotetuilla vauvoilla on todettu olevan enemmän itkuisuutta kuin ihokontaktissa olevilla. Sydämen toiminnan, respiraation, hapettumisen, sekä verensokeriarvojen on todettu olevan yhtä hyviä tai parempia kuin niillä lapsilla, joita ei pidetä välittömässä ihokontaktissa syntymän jälkeen. Tutkimusten mukaan kosketuksen määrä vaikuttaa kehittyvän lapsen keskushermostoon ja täten myös koko lapsen fysiologiseen tasapainoon. (Mäkelä 2005, 1544—1546; WHO 2003, 8.)

Ihmisen stressinhallintakeskus sijaitsee keskiaivoissa limbisessä järjestelmässä. Tämä aivojen osa kypsyy lapsella noin 18 kuukauden ikään mennessä. Limbisen järjestelmän tehtävä on säädellä ja ohjata toimintaa emotionaalisten ärsykkeiden suuntaan vaikuttamalla parasympaattisen ja sympaattisen hermoston vireystasoihin. Sympaattisen hermoston ollessa aktiivisena lapsella on taipumus suuntautua ulospäin ja parasympaattisen hermoston aktivointi aiheuttaa vastakkaisen reaktion. (Mäkelä 2005, 1544—1546.)

Koetulla stressillä on laajoja vaikutuksia aivojen toimintaan ja sitä kautta lapsen käyttäytymiseen. Stressitason nousu lapsella haittaa hippokampuksen toimintaa ja heikentää muistin jäsentymistä pitkäaikaiseksi muistiksi. Lisäksi oppiminen suuntautuu niin, että lapsi välttää intensiivisiä tunnetasolla olevia tilanteita. Kortikosteroidit eli stressihormonit tuhoavat solujen välisiä yhteyksiä ja ovat toksisia soluille. Nämä hormonit hävittävät hippokampuksesta vanhaa muistia. Pitkäaikainen altistuminen stressihormoneilla voi aiheuttaa jopa hippokampuksen surkastumista. (Mäkelä 2005, 1547.)

Kosketus vähentää kortikosteroidien erittymistä, nostaa kipukynnystä ja parantaa elimistön kykyä suoriutua uhkaavista tilanteista ilman sympaattisen hermoston aikaansaamaa taistele—pakene-reaktiota. Toistuva kosketus saa aikaan pysyviä muutoksia autonomisen hermoston ja limbisen järjestelmän tasapainossa. Kosketus auttaa säätelemään stressiä hermostollisella tasolla. Lisäksi kosketus nostaa oksitosiini-tasoa elimistössä ja näiden vaikutus voi kestää pitkäänkin kosketusjakson päätyttyä. Tämä auttaa elimistöä myös korjaamaan aivojen kehityksellisiä puutteita. (Mäkelä 2005, 1547—1548.)

Kosketuksen pitkäaikaiset vaikutukset näkyvät mm. oppimisessa. Koska rauhoittavalla kosketuksella on vaikutusta aivojen toimintaan, sillä on

myös merkitystä aivojen kehitykselle. Suurin merkitys stressille altistumiselle näyttää olevan keskushermoston kiihkeän kehityksen vaiheessa olevalle pienelle lapselle. (Mäkelä 2005, 1546.)

4.3 Kantamisen hyödyt imetykselle

Kenguruhoivossa lasta pidetään ihokontaktissa äitiin välittömästi syntymän jälkeen ja se kestää ensi-imetykseen asti tai pidempään äidin niin halutessa. Ihokontakti mahdollistaa täysiaikaisena syntyneen lapsen omaaloitteisen ensi-imetyksen ja usein oikean imuotteen. (Mahmood ym. 2011, 601.) Useissa tutkimuksissa on todettu kenguruhoivon lisäävän sekä imetyksetoimia että yhden imetyksen kestoa ja täten lapsen saaman rintamaidon määrää. Mitä aikaisemmin lapsi pääsee ihokontaktiin äidin kanssa, sitä enemmän siitä on hyötyä imetyksen onnistumisen kannalta. (WHO 2003, 7.) Elisabeth Mooren työryhmän tekemän katsauksen mukaan Gomez huomasi vuonna 1998 tekemässään tutkimuksessa, että yli 50 minuutin ihokontakti nosti vastasyntyneen rinnalle hakeutumista kahdeksan kertaa todennäköisemmäksi. Ihokontaktin määrä voi täten olla kriittinen tekijä imetyksen onnistumisessa. Vastasyntyneet myös imevät rintaa tehokkaammin, jos he ovat saaneet ryömiä rinnalle itse ollessaan keskeytymättömässä ihokontaktissa. (Moore ym. 2016, 8.) Imetyksen kannalta oleellinen oksitosiinin ja prolaktiinin erityksen sykli käynnistyy ihokontaktissa, joka varmistaa maidon tuotannon alkamisen. Oksitosiinin erittymisen kannalta ihokontaktin hyödyn aikaikkuna on kaksi tuntia. Prolaktiinin eritykseen ihokontakti voi vaikuttaa vielä kahdenkin päivän päästä syntymästä. (Bergman 2014, 1&4.)

Kantoliinalla kantaessa lapsi on lähellä äitiä ja tämän on helppo huomata lapsen viestit ja täten hän huomaa myös ajoissa, milloin lapsi on nälkäinen. Kantoliinassa voi imettää lasta nostamatta häntä kantovälineestä ja imettäminen onnistuu myös liikkuesssa. Äidin liike voi auttaa lasta löytämään hyvän imemisen rytmin. (Rautaparta 2003, 122—123; Kantoliinayhdistys 2016a.) Joskus imetty vauva voi mennä syömislakkoon. Rinnasta kieltäytyminen voi johtua herumisen hitaudesta, äidin muuttuneesta tuoksusta, maidon suihkuavuudesta tai liian vähäisestä maidon tulosta. Syömislakko helpottuu yleensä muutaman päivän aikana. (Armanto & Koistinen 2009, 199.) Monesti kantovälineessä kannettu vauva rentoutuu niin, että aiemmin rintaa hylkivän lapsen imetys helpottuu ja tämän saa houkuteltua rinnalle. Kantoliina voi tarjota imettävälle äidille myös suojan julkisilla paikoilla. Lapsi saa syödä rauhassa ja äiti säästyy monilta uteliailta katseilta. (Niemelä 2007, 28—29.)

Lasta voi alkaa totuttamaan kantoliinassa imetykseen tämän ollessa noin yli 4 kk:n ikäinen. Isompi vauva osaa hallita kehoaan, jolloin myös tukehtumisriski on pienempi. Vastasyntyneen imetystä kantovälineessä ei suositella lainkaan kohonneen ilmäteiden tukkeutumisen riskin takia. On myös hyvä muistaa, että vastasyntyneen kohdalla huomion tulisi olla täysin vauvassa ja imetykseen täytyy keskittyä omana toimintonaan. (Grankvist

2019.) Imetys ja kantaminen on hyvä opetella ensin toisistaan riippumattomina taitoina. Kun nämä sujuvat erikseen, voi imetyksen yhdistää turvallisesti kantamiseen. Imettäessä on hyvä muistaa, että lapsi hengittää syödessään vain nenän kautta. Täten tulisi kiinnittää huomiota siihen, ettei sieraimia tuki kangas tai rinta itsessään. Lapsi tulee asettaa aina uudelleen optimaaliseen asentoon syömisen loputtua, eikä lasta saa jättää nukkumaan kantovälineeseen syömisasennossa. (Knowles 2019b.)

4.4 Vanhemman ja lapsen vuorovaikutus

Lapsella on jo syntyessään hyvät biologiset, kognitiiviset, sosiaaliset ja emotionaaliset valmiudet aktiiviseen vuorovaikutustilanteeseen toisen kanssa. Tunne itseydestä on ensisijainen psyyken kehitystä jäsentävä tekijä ja se kehittyy läheisissä vuorovaikutussuhteissa. Pieni vauva havainnoi ympäristöönsä hyvin aktiivisesti ja tarkasti ja pyrkii näin ymmärtämään itseään ja ulkopuolista maailmaa oman sisäisen maailmansa näkökulmasta käsin. Lapsen tunne itseydestä kehittyy yhtä aikaa kuin tunne hoitajastaan, joten lapsi kokee olevansa yhtä hoitajansa kanssa. (Armanto & Koistinen 2007, 375.)

Vuorovaikutus on syntyneelle vauvalle erityisen tärkeää normaalin kehityksen mahdollistamiseksi (Puura, Sannisto & Riihonen 2018, 1345). Lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana vuorovaikutuksessa muodostuva suhde vanhempaan luo pohjan lapsen normaalin psyyken kehitykselle (SOTE 2004, 85). Kaikista herkin vaihe vuorovaikutussuhteessa on syntymää välittömästi seuraava aika. Tänä aikana äiti luo myönteisen tunnesiiteen lapseensa, mikäli lapsi ja äiti pääsevät riittävään vuorovaikutustilanteeseen ja fyysiseen kontaktiin toistensa kanssa. Tämä ei kuitenkaan ole edellytys lapsi—vanhempi-suhteen muodostumiselle, sillä menetetty tilaisuus on mahdollista ottaa takaisin olemalla tiiviisti vuorovaikutuksessa lapseen myöhemmin. (Kirkilionis 2003, 65.) Vuorovaikutus vanhemman kanssa tarkoittaa kaikkea sitä, mitä vanhempi ja vauva tekevät yhdessä. Tähän kuuluvat imetys- ja muut syöttöhetket, hoitotilanteet ja seurustelu. (Puura ym. 2018, 1345.)

Keskushermostollisella tasolla varhaisen vuorovaikutuksen laadulla on merkitystä limbisen järjestelmän sekä prefrontaalialueen kehitykseen. (Launonen 2006.) Limbinen järjestelmä on sosiaalisen ja omien sisäisten tilojen havaitsemisen keskus ja se alkaa kehittyä noin kahden kuukauden iässä – samaan aikaan kun vauvan sosiaalisuus kasvaa. Limbisen järjestelmän kehittyessä myös manteliumakkeen ohjaus kasvaa. Manteliumake käsittelee pelkotiloja, ahdistusta ja kiihtymystä sekä ohjaa niihin liittyviä reaktioita. Limbisen järjestelmän kypsyttyä alkaa isoaiukuoren kehitys, joka ajoittuu vasta toiselle ikävuodelle. Isoaiukuoren oikea puolisko on merkittävässä asemassa tunteiden havaitsemisessa ja sillä on paljon yhteyksiä limbiseen järjestelmään. Se on erikoistunut havaitsemaan yhtäläisyyksiä ja kytkee niihin liittyvät tunteet toisiinsa. Oikea aivopuolisko on tä-

ten myös vastuussa kasvojen ja ilmeiden havaitsemisesta ja tunnistamisesta. Vasen aivopuolisko erittelee asioita, rakentaa syy—seuraus-suhteita ja siellä sijaitsee taitojen oppimisen ja omaksumisen keskus. Looginen ajattelu mahdollistuu vasemman aivopuoliskon kehittyessä. (Armanto & Koistinen 2007, 376—377.) Frontaalaisella aivokuorella on merkittävä rooli tunteiden säätelyssä (Mäntymaa ym. 2003). Vuorovaikutus aktivoi ja säätelee lapsen kokemia tunnetiloja ja siten vaikuttaa oleellisesti lapsen aivojen kypsymiseen ensimmäisinä elinvuosina. Ilman vuorovaikutusta aivojen säätelytoiminnot eivät kehity normaalisti. Vuorovaikutuksen lisäksi aivojen kehityksessä oleellista ovat myös kosketus ja katse. (Armanto & Koistinen 2007, 376—377.)

Tunteet, vuorovaikutus ja aivojen kehitys ovat osa samaa kokonaisuutta, jossa kaikki osatekijät toimivat yhdessä säädellen ja ohjaten toisiaan. Tunteet säätelevät myös varhaista vuorovaikutusta ja toisaalta vuorovaikutuksella on vaikutusta emootioihin. Näistä osatekijöistä kumpuaa lapsen psyykinen kehitys. Vuorovaikutuksessa vauva oppii säätelemään tarpeitaan ja tunteitaan. Myös vanhempi voi ymmärtää vauvan tarpeet paremmin jakamalla vauvan tunnetilan. Näin vauva kommunikoi tunteidensa kautta. (Mäntymaa ym. 2003.)

Vanhemman vastatessa lapsen tarpeisiin tämä ei joudu kokemaan liian pitkällistä fyysistä tai henkistä pahaa oloa (Puura ym. 2018). Vuorovaikutus rakentuu samantahtisuudesta, lapsen ja vanhemman yhteensopivuudesta sekä vastavuoroisuudesta. Samantahtisuus riippuu vanhemman taidoista ja halusta vastata lapsen tarpeisiin sekä vuorovaikutuksen kyvyistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 85). Mentalisaatiolla tarkoitetaan vanhemman kykyä ymmärtää lapsen tarpeita ja viestintää (Puura ym. 2018).

Äidit ovat aistitoiminnoiltaan erityisen herkistyneitä lapsen syntymän jälkeen. Kuulo-, maku- ja hajuaistit ovat tehostuneet ja äiti voi jopa syvästä unesta herätä pienimpiinkin lapsen liikkeisiin. Äidin sensitiivisyys on kuitenkin välttämätöntä lapsen hyvinvoinnin ja selviämisen kannalta. Sensitiivisyys on myös vanhemmuuden yksi tärkeimmistä suojaavista tekijöistä. Tällöin vanhempi sovittaa omat toimintonsa lapsen tarpeiden mukaan, mikä taas mahdollistaa lapsen turvallisen kiinnittymisen vanhempaan. Sensitiivisyydellä on tutkimuksin todettu olevan suoria vaikutuksia lapsen psykiatriseen oireiluun ja sensitiivisyys näyttää olevan vielä merkittävämmässä asemassa kuin vuoden iässä mitattu kiintymyssuhde. (Rautaparta 2003, 95; Pesonen 2010.)

Vuorovaikutuksen toimiessa hyvin vanhempi on henkisesti saatavilla lapselle ja kykenee täten ennustettavuuteen ja vastavuoroisuuteen. Näin lapsi kokee vanhemman ymmärtävän häntä ja lapsen luottamus ympäristöön kasvaa. Vauvat ovat erityisen herkistyneitä vanhemman viesteille, joita vanhempi välittää puheen, ilmeiden, eleiden, liikuttelun, kosketuksen ja fyysisen läheisyyden keinoin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 85.) Kun fyysinen kosketus on toistuvaa ja stimuloi suuria ihopintoja, se sekä

rauhottaa lasta että tukee keskushermoston toimintoja. Koskettaminen saa hermosolut haarautumaan enemmän, mikä taas vahvistaa lapsen kognitiivista kehitystä. (Armanto & Koistinen 2007, 377.) Läheisyys voi auttaa kehittämään myös äidin sensitiivisyyttä (Rautaparta 2003, 95).

5 NEUVOLATYÖ JA ASIAKASOHJAUS

Neuvolatyön keskiössä on perheiden asuin- ja elämysympäristössä tapahtuva terveydenedistämistyö. Terveyden edistäminen on yksilöiden ja perheiden sairauksien ehkäisyä, terveyden merkityksen painotusta, terveyden tukemista sekä terveystieteiden esiin nostamista niin yksilön, kuin yhteiskunnankin tasolla. Tärkein tavoite on parantaa ihmisen kykyä vaikuttaa omaan terveyteensä ja elinympäristöönsä. Terveyttä määrittävät tekijät voivat olla sosiaalisia, kulttuurisia, yksilöllisiä tai rakenteellisia. (Armanto & Koistinen 2007, 21.)

Neuvolatyötä ohjaavat perhekeskeiset ja asiakaslähtöiset arvot. Lapsen etu, perhekeskeisyys, yksilöllisyys ja perheiden kunnioittaminen ovat keskeisessä asemassa terveydenhoitajan työssä. Neuvolan perhekeskeinen työote mahdollistaa terveyden edistämisen toteutuvan perheen näkökulmasta. (Armanto & Koistinen 2007, 21.) Terveydenhoitajan työn toimintatavat perustuvat näyttöön perustuvaan tai parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Lastenneuvolan tehtävä onkin mm. ajantasaisen tiedon jakaminen vanhemmille näille soveltuvalla tavalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 20–25.) Neuvolan työntekijöillä on velvollisuus toimia terveyden puolestapuhujina kaikilla perheiden elämän osa-alueilla (Armanto & Koistinen 2007, 21).

Kansallisen suosituksen mukaan äitiyshuollon tavoitteena on edistää tulevien vanhempien myönteistä asennetta vanhemmuuteen ja perheeseen sekä tukea vanhempien terveyttä. Laajojen tavoitteiden saavuttamiseksi Neuvolan henkilökunnan ohjaustaidot ja asennoituminen ohjaukseen ovat keskeisessä asemassa laajojen tavoitteiden saavuttamiseksi. (Armanto & Koistinen 2007, 431.) Potilaan ja asiakkaan ohjaus on tavoitteellista toimintaa, jossa hoitohenkilökunta ja asiakas tai potilas ovat vuorovaikutustilanteessa (Kääriäinen 2007, 75). Ohjattavana oleva potilas tai asiakas on aina oman tilanteensa paras asiantuntija ja ohjaaja sitä vasten taas ohjausprosessin asiantuntija. Ohjaajalla on oltava riittävät ohjaustaidot sekä ammatillinen vastuu, jotta ohjaus on ylipäättään mahdollista toteuttaa (Jaakon-
saari 2009, 9.) Tavoitteellisessa ohjaustoiminnassa tärkeintä on tavoitteiden asettaminen sekä potilaan tai asiakkaan tukeminen omaan aktiivisuuteen. Ohjaustilanteet ovat aina sidoksissa potilaan ja hoitohenkilöstön omaan kontekstiin. (Kääriäinen 2007, 75.) Potilaalla on laillinen oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitolinjauksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Potilasohjaus on täten hoitohenkilökunnan lakisääteinen velvollisuus.

Neuvolassa annettavan neuvonnan tarkoitus on tukea perheen itseluottamusta ja ohjata perhettä terveyttä edistävien valintojen äärelle. Asiakasohjauksen tulisi olla yksilöllistä ja asiakaslähtöistä. Perheen kuuntelu on tärkeää, jotta he voisivat löytää heille sopivat ratkaisut itse. Terveystenhoitajan tulee antaa perheen päättää omista valinnoistaan, mutta antaa heille vaihtoehtoja, tutkimukseen perustuvaa tietoa, sekä keskustella valintojen seurauksista. (Sosiaali ja terveysministeriö 2004, 103—104.)

Lastenneuvolassa tapahtuvan ohjauksen tulee tapahtua riittävän ajoissa, sekä tarkkaan valitulla tavalla. Vääränlainen ohjaus ja perustelujen puuttuminen voi aiheuttaa perheessä epävarmuutta ja lisätä avuttomuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 104.) Terveysneuvontaa voi luokitella kolmella eri tavalla. Hallitseva terveysneuvonta on ohjattavan kannalta passiivista. Tällöin hoitaja antaa tietoa ja ohjattava vastaanottaa sen sekä vastaa kysymyksiin. Tapa ei anna ohjattavalle yksilöityä tietoa. Suorien neuvonantaminen ei yleensä ole paras ohjaustapa. Osallistuvassa neuvontatavassa asiakas on aktiivinen keskustelija. Hoitaja antaa tällöin tietoa, joka on asiakkaan tarpeisiin räätälöityä ja ottaa huomioon asiakkaan antamat vihjeet ja kysymykset. Konsultoiva tapa tarkoittaa sitä, että asiakas on oman tilanteensa paras tuntija ja pyrkii ratkaisemaan ongelmat itse. Hoitajan rooli on tällöin neutraali myötäilijä. (Armanto & Koistinen 2007, 431.) Hyväksyvä ilmapiiri ja kunnioitus sekä välittäminen kuuluvat neuvolassa tapahtuvaan ohjaukseen ja emotionaalisen tuen antamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 105). Parhaimmillaan ohjaus voimaannuttaa molempia osapuolia ja edistää ohjattavan terveyttä. (Armanto & Koistinen 2007, 431.)

Hämeenlinnan neuvolapalveluihin kuuluu 10 neuvolayksikköä, joissa on yhteensä 23 neuvolaa (Hämeenlinnan kaupunki 2019a). Näissä järjestetään äitiys- ja lastenneuvolapalvelut, sekä seksuaaliterveyteen liittyvät palvelut (Hämeenlinnan kaupunki 2019b).

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tekeminen on prosessi, joka sisältää itse opinnäytetyön, raportin, seminaarit, kypsyysnäytteen sekä ohjauksissa käymisen. Sen tarkoitus on kehittää opiskelijan analyysoivaa, tutkivaa ja kehittävää työtettä. Ammattikorkeakoulussa on mahdollista tehdä joko tutkimuksellinen tai toiminnallinen opinnäytetyö. Myös artikkeli- ja portfolio työt ovat toiminnallisia opinnäytetöitä. (HAMK 2018.)

Valitusta toteuttamistavasta riippumatta opinnäytetyön keskiössä on tutkimusongelma tai -kysymys, joka ratkaistaan käyttäen hyväksytyjä tutkimusmenetelmiä. Tutkimuspainotteisessa opinnäytetyössä tavoitteena on

kehittää työelämää tutkimuksen menetelmin ja toiminnallinen työ kehittää työelämää käytännöllisyyden näkökulmasta. (HAMK 2018.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa koulutustilaisuus ja siinä käytettävä materiaali neuvolassa työskenteleville ammattilaisille. Tavoitteena oli tuoda tutkittua ja hyväksi todettuihin käytäntöihin perustuvaa tietoa lapsen ergonomisesta kantamisesta Hämeenlinnan neuvoloihin. Tieto auttaa neuvolahenkilökuntaa asiakkaiden ohjauksessa ja antaa täten myös asiakkaille enemmän vaihtoehtoja lapsen hoivaamisessa. Koulutuksessa esille tuotu tieto auttaa myös lapsen kantamiseen liittyvien ennakkoilmoitusten ja vanhojen uskomusten hälventämisessä. Henkilökunnan ammattitaito kehittyy ja he saavat koulutuksessa päivitettyä tietoa. Opinnäytetyön kantamiseen liittyvän teoriaosuuden on tarkastanut sertioidu kantovälineohjaaja ja kantotukihenkilökouluttaja Hanna Grankvist.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön teko alkoi tiedon haulla ja teoreettisen viitekehyksen rakentamisella. Viitekehyksen valmistuttua suunniteltiin ja toteutettiin kysely, joka noudatti kvantitatiivisen tutkimuksen periaatteita. Sen tavoitteena oli tuottaa ajantasaista tietoa asiakkaiden kokemuksista neuvoloiden antamasta ohjauksesta ja tiedosta kantamiseen liittyvissä asioissa. Kyselystä saadulla tiedolla pystyttiin kartoittamaan koulutuksen tarpeellisuutta ja toisaalta viedä kyselyn tuloksia eteenpäin Kantoliinayhdistykselle. Tulosten analysoinnin jälkeen keskityttiin koulutustilaisuuden sisällön rakentamiseen, apuna käytettyyn materiaaliin ja lopulta itse koulutustilaisuuden pitämiseen. Viimeisenä vaiheena opinnäytetyössä oli koulutuksesta saadun palautteen reflektointi ja pohdinta.

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö käsittää tuotoksen eli produktin ja siihen liittyvän raportin. Raportin on tarkoitus selostaa mitä ja miksi on tehty, mihin tuloksiin on päädytty, opinnäytetyöhön liittyvää prosessia, sekä oman oppimisen arviointia. Raportin on noudatettava tutkimusviestinnän periaatteita. Tämä mahdollistaa tutkimuksellisen asenteen koko prosessin aikana. Tuotos taas on suunnattu kohderyhmälle, eikä sen tarvitse kielellisesti noudattaa samoja tutkimusviestinnän sääntöjä kuin raportin. Opinnäytetyön pohjana toimii aina teoreettinen viitekehys, joka voidaan rakentaa kirjallisuuden lisäksi myös sähköisistä lähteistä, muistioista ja suullisista lähteistä. Pohjaa rakennettaessa on hyvä muistaa lähdekritiikin tärkeys. Lähteen on hyvä olla mahdollisimman tuore sekä lähteiden valinnassa tulisi suosia alkuperäisiä lähteitä tiedon vääristymisen minimoimiseksi. (Vilka & Airaksinen 2003, 9—10, 65—73.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos voi olla ohjeistus, opastus, tapahtuma tai perehdyttämispöytäkirja koulutusalaan riippuen. Opinnäytetyön tarkoitus on varmistaa, että opiskelija osaa valmistuttuaan toimia asiantuntijatehtävissä sekä ymmärtää alansa tutkimisen ja kehittämisen perusteet. Näin ollen opinnäytetyön tulee olla käytännönläheinen ja sen tulee osoittaa tekijän tietojen ja taitojen hallinnan olevan riittävällä tasolla. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9—10.) Tämän toiminnallisen opinnäytetyön produkti oli koulutustilaisuus sekä koulutuksessa käytetty materiaali lapsen ergonomisesta kantamisesta Hämeenlinnan neuvolahenkilökunnalle.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tulisi olla tilaaja eli toimeksiantaja. Tämä mahdollistaa työelämätaitojen kehittämisen ja voi antaa uusia mahdollisuuksia työllistyä, sekä luoda suhteita työelämään. Opinnäytetyön aihe voi tulla suoraan toimeksiantajalta tai aihetta voi kehittää itse ideasta ja tarjota sitä potentiaaliselle tilaajalle. Aiheen tulee motivoida tekijäänsä. Tämä varmistaa myös työelämän kiinnostumisen aiheesta ja oman parhaan osaamisen esittelyn valitulla aihealueella. Aihetta valitessa on kannattavaa miettiä, mitä haluaa itsessään kehittää sekä mihin suuntaan haluaisi uraansa viedä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16, 24.)

Aiheen valinnan jälkeen tehdään yleensä toimintasuunnitelma. Suunnitelma kertoo mitä, miksi ja miten tehdään. Suunnitelma osoittaa, että tekijä kykenee johdonmukaisuuteen ja toisaalta myös jäsentää työn vaiheita ja tavoitteita tekijälle itselleen. Suunnitelmaa varten tulisi ensin kartoittaa mitä vastaavaa on tehty ja minkälaista lähdemateriaalia aiheesta löytyy. Samalla tulee miettiä, mikä on työn kohderyhmä ja miten työn tarpeellisuus on perusteltu. Myös metodeja eli toteuttamisen keinoja kannattaa miettiä jo tässä vaiheessa. Aikataulun tekeminen toimintasuunnitelmaan auttaa ymmärtämään eri vaiheisiin tarvittavaa aikaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26—27.)

7.2 Opinnäytetyön suunnittelu

Opinnäytetyön ensimmäiseen vaiheeseen kuului suunnitteluvaihe. Suunnitelma lähti liikkeelle neuvola-asiakkaiden tarpeesta saada enemmän tietoa kantamiseen liittyvissä asioissa myös terveydenhuollon ammattilaisilta. Koulutustilaisuus todettiin tehokkaimmaksi keinoksi päivittää neuvolahenkilökunnan tietoa.

Koulutusta tarjottiin Hämeenlinnan kaupungille ja tarjous otettiin vastaan. Koulutuksen pitämisestä tehtiin opinnäytetyösopimus ja sovittiin sen alustavasta aikataulusta. Lisäksi sovittiin kyselytutkimuksesta, jolla saataisiin ajantasaista tietoa neuvola-asiakkaiden kokemuksista.

Seuraavaksi alkoi teoreettisen viitekehyksen luominen. Tämä alkoi avainsanojen valinnalla ja aikaisempien töiden kartoittamisella. Aiheesta löytyi vain muutama aiemmin tehty työ, joista yksi oli asiakasopas neuvoloille. Työ jatkui tiedonhaulla.

7.3 Tiedonhaku

Teoreettisen viitekehyksen rakentaminen alkoi tiedonhaulla. Hakusanoina olivat mm. kantaminen, kantovälineet, ihokontakti, imetys, kenguruhoito, lapsen varhainen kehitys, ohjaus, koulutus, koulutusmateriaali, SSC (skin-to-skin-contact), carrying, carriers ja early attachment. Tietoa haettiin lääke- ja hoitotieteellisistä tietokannoista kuten Cinahl, Medic, Terveysportti ja Cochrane Library. Lisäksi tiedonlähteenä käytettiin painettuja kirjoja ja kantamiseen perehtyneiden yhdistysten sivuja.

Tietokantahaun tulospäämäärät olivat hyvin maltillisia, sillä suoraan kantamiseen liittyviä tutkimuksia on tehty toistaiseksi vähän. Muita kantamiseen läheisesti liittyviä tutkimuksia on kuitenkin tehty. Esimerkiksi ihokontaktia on tutkittu jo monin tutkimuksin ja siitä on tehty hoitosuosituksia. Tiedon yhdisteleminen nousi siis merkittävään asemaan teoreettisen viitekehyksen rakentamisessa. Joissain kohdin alkuperäisten lähteiden käyttäminen oli haasteellista, sillä monet kantamiseen liittyvät tutkimukset on julkaistu ainoastaan saksan kielellä. Kielitaidon puuttuessa tyydyttiin käyttämään toissijaisia lähteitä.

7.4 Kyselyn tekeminen

Materiaalin suunnittelun tueksi valittiin lyhyen kyselyn toteuttaminen kantovälineistä kiinnostuneiden Facebook-ryhmän kautta. Kyselyn tavoitteena oli tuottaa tietoa nykyisten ja tulevien vanhempien kokemuksista neuvolasta annettavasta tiedosta ja tuesta liittyen lapsen ergonomiseen kantamiseen. Kyseinen ryhmä valikoitui kohderyhmäksi aikaisemman kokemuksen takia. Näin aineistosta saatiin mahdollisimman yhdenmukainen. Kyselylomakkeen ansiosta vastaukset olivat helposti analysoitavissa. Lisäksi kysely toteutettiin internetin välityksellä niin, että vastaajien anonymiteetti säilyi. Tarkoitus ei ollut kartoittaa neuvolahenkilökunnan osaamista lapsen kantamiseen liittyvissä asioissa, vaan yksinomaan perheiden kokemuksta siitä, miten heitä on ohjattu vai onko ohjattu lainkaan. Facebook-ryhmälle kohdistettu kysely tuo tietoa valtakunnallisesti, sillä sen jäsenistöä elää ympäri Suomea.

Kyselyn tekeminen aloitettiin toukokuussa 2019 ja heti tavoitteen selvittyä luotiin kyselylomake, jota testattiin terveydenhoitajaopiskelijoiden kesken. Palaute kyselylomakkeesta oli positiivista eikä suuria muutoksia jouduttu palautteen takia tekemään. Lomake koettiin selkeäksi, helpoksi ymmärtää ja nopeaksi täyttää.

Kyselyn julkaisemiseen saatiin suullinen lupa sivuston ylläpitäjältä. Ylläpitäjälle lähetettiin kyselylomake ja saatekirje tavallisena word-tiedostona tarkastusta varten. Varsinaisen tutkimussuunnitelman lukemista ylläpitäjä ei katsonut tarpeellisena, joten myöskään tutkimuslupahakemuksen tekeminen ei ollut tarpeen.

Kyselylomake julkaistiin vastattavaksi kesäkuussa 2019. Sopivaksi vastausajaksi katsottiin kaksi viikkoa, sillä mahdollisia vastaajia oli yli 17 000. Kyselyn aukiolo oli kuitenkin joustavaa ja riippui vastaajien määrästä. Otoksen kasvaessa liian suureksi oli myös perusteltua jättää mahdollisuus kyselyn sulkemiseen jo aiemmin. Tulosten järjestelyyn ja analyysiin katsottiin menevän noin kaksi kuukautta. Tähän lukeutui myös tulosten raportointi.

7.4.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyön yksi keskeinen osa oli koulutusmateriaalin laatimisen tueksi tehty kysely, joka toteutettiin kvantitatiivisen tutkimuksen periaatteita noudattaen. Kyselyn tavoitteena oli kartoittaa, kuinka paljon lapsiaan kantavat vanhemmat olivat kokeneet saaneensa tietoa ja tukea asiasta neuvolasta. Kyselyn otos koostui henkilöistä, joiden tiedetään joko kantavan lapsiaan tai olevan aiheesta muuten kiinnostuneita. Kyselyn taustalla olivat käsitteet ohjaus ja lapsen ergonominen kantaminen.

Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii havainnoimaan asioita reaali maailman kautta. Tämän takia tutkimuksen tärkein yleispiirre on, että se on määrällistä tutkimusta ja sen havaintoaineisto soveltuu numeeriseen mittaamiseen. Yleensä tutkimus pohjaa edeltäviin teorioihin ja tutkimuksiin. Tämän takia kvantitatiivisessa tutkimuksessa asetetaan usein jokin aiempiin havaintoihin perustuva hypoteesi. Kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä on, että siihen määritellään perusjoukko, josta otetaan otos aineistonkeruuta varten. Tuloksia analysoidaan tilastollisilla menetelmillä, kuten esimerkiksi prosenttitaulukoilla. (Hirsjärvi ym. 2013, 139–140.)

Tutkimuksen tiedon tuottamiseen tarvitaan aineistonkeruuta. Tätä varten taas on valittava siihen käytettävät menetelmät. Lisäksi tulee valita tutkittava otos ja valita sopiva kanava tutkittavien tavoittamiseksi. Metodien eli menetelmien valintaa määrittelee yleensä valitut tutkittavat ja se, mistä tietoa etsitään. (Hirsjärvi ym. 2013, 179–180 & 184.)

7.4.2 Kyselylomake

Yksi kvantitatiivisessa tutkimuksessa usein käytetty metodi on kysely. Kyselyssä kysytään asioita jokaiselta otokseen kuuluvalla tutkittavalla samalla tavalla. Kyselyä käyttämällä voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja se säästää aikaa ja vaivaa tutkijalta. Kyselystä saadun tiedon analysointi on nopeaa, sillä siihen voidaan käyttää tilastollisia menetelmiä, eikä tutkijan tarvitse kehittää uudenlaisia tapoja analysoida aineistoa. Kyselytutkimuksen heikkoudet liittyvät yleensä itse vastaajiin. Ei voida olla varmoja vastausten todenmukaisuudesta, tai virhemerkintöjen määrästä. Lisäksi on epävarmaa, kuinka perehtyneitä vastaajat ovat aiheeseen ja kuinka hyvin he ymmärtävät oikein asetetut kysymykset. Kysely voi myös kärsiä vastauskadosta, jolloin ei saada riittävää aineistoa kasaan. (Hirsjärvi ym. 2013, 193–195.)

Kyselylomakkeen laatimiseen kannattaa käyttää aikaa, sillä hyvin suunniteltu lomake validoi itse itsensä, eli toimii hyvin tiedon tuottamiseen. Lomakkeen tulee aina olla kunnioittava vastaajaa kohtaan ja käyttää samaa kieltä kuin vastaajatkin. Tämä tarkoittaa sekä puhutun kielen valintaa, että kielen tyylin oikeaa valintaa. On hyvä muistaa myös kyselyn eettiset ulottuvuudet. Kysymysten täytyy olla perusteltuja tutkimuksen kannalta ja niiden täytyy tuottaa tieteellistä tietoa. (Stone 1993, 1264; Hirsjärvi ym. 2013, 204.)

Hyvä kyselylomake on selkeä, eikä kysymyksissä esiinny monimerkityksellisiä sanoja, kuten ”usein” tai ”yleensä”. Lyhyet ja spesifit kysymykset ovat parempia kuin pitkät ja kyselyssä tulisi kysyä aina vain yhtä asiaa kerrallaan. Kysymysten määrä ja järjestys on hyvä miettiä. Yleisesti voidaan ajatella, että hyvä järjestys on sellainen, missä edetään yleisestä spesifimpään. Kysymysten määrä tulee olla sellainen, ettei sen vastaamiseen mene tutkittavalta kohtuuttomasti aikaa. Hyvänä aikarajana pidetään noin 15 minuuttia. Kysymykset jaotellaan yleensä kolmeen eri ryhmään; avoimiin kysymyksiin, monivalintakysymyksiin ja skaaloihin perustuviin kysymyksiin. Avoimeen kysymykseen jätetään vastaus tila sen alle ja monivalintakysymyksessä vastaaja valitsee yhden tai useamman etukäteen päätetyistä vastausvaihtoehdoista. Skaalatuissa kysymyksissä vastaajalle esitetään jokin väite ja tämä valitsee, miten voimakkaasti hän on samaa, tai eri mieltä väitteen kanssa. (Hirsjärvi ym. 2013, 199–204.) Kysymykset eivät saa johdatella vastaajaa tiettyyn valintaan ja toisaalta vastaajan pitäisi pystyä vastaamaan kysymykseen kaikilla mahdollisilla tavoilla. Tämän takia on hyvä muistaa, että vastaajalla tulisi olla tarvittaessa mahdollisuus sanoittaa vastauksensa suoraan lomakkeelle tai valita vastausvaihtoehdoista kohta ”jokin muu”. (Stone 1993, 1264.)

Kysymysten valitsemisen jälkeen lomake kootaan, tarkistetaan sanavalinnat ja kieliäsu, sekä suunnitellaan ulkonäkö. Lomakkeen tulisi näyttää helposti täytettävältä ja selkeältä. Lomakkeen lähettämisen yhteyteen liitetään lähetekirjelmä, jossa kerrotaan tutkimuksen tarkoitus, siihen vastaamisen merkitys tutkittavalle, sekä mihin mennessä kyselyyn tulisi vastata ja mistä tulokset ovat luettavissa. On hyvä rohkaista vastaamaan ja lopussa on muistettava kiittää tutkimukseen osallistumisesta. (Hirsjärvi ym. 2013, 204; Stone 1993, 1265.)

Kyselylomake tehtiin internet selaimessa käytettävällä SurveyMonkey-ohjelmalla. Kyselylomake suunniteltiin lyhyeksi, sillä sen oli tarkoitus toimia koulutusmateriaalin suunnittelun tukena eikä olla niinkään itsenäinen tutkimus. Lomake koostui monivalintakysymyksistä, joissa muutamassa oli mahdollisuus vastata myös ”Muu”-vaihtoehto ja lisätä kommentti erilliseen kenttään. Kysymyksillä kartoitettiin, kuinka kokeneita kantajat olivat, olivatko he saaneet neuvoloista tukea kantamiseen liittyvissä asioissa ja toisaalta mistä he olivat saaneet vastauksia kantamiseen liittyvissä kysy-

myksissä. Lisäksi kartoitettiin vastanneiden kokemusta siitä, pitäisikö neuvolan tukea enemmän lapsen ergonomista kantamista ja olisivatko vastaajat olleet kiinnostuneita kuulemaan asiasta neuvolasta. Kyselylomake suunnattiin jo valmiiksi kantamisesta kiinnostuneille, sillä se julkaistiin Facebookin ”Kantoliinat ja kantoreput – Kysy ja keskustele” -ryhmässä. Tämän takia voitiin olettaa, että vastaajat olivat jo tutustuneet aiheeseen, eikä ollut tarpeellista kysyä tiedetäänkö lapsen ergonomisesta kantamisesta jo ennestään.

Ensin kysyttiin vastaajan kantamisesta ylipäätään. Tällä varmistettiin, että henkilö on tietoinen lapsen ergonomisesta kantamisesta. Lisäksi kartoitettiin vastaajien kokemuspohjaa kysymällä kuinka paljon lasta keskimäärin kantaa tai on kantanut. Seuraava kysymys koski suoraan neuvolasta saatua tukea ja tietoa. Lisäksi kysyttiin mistä vastaaja oli saanut tietoa. Tässä kohdalla oli valittavana 4 vaihtoehtoa ja myös ”muu” vaihtoehto. Kysyttiin myös, olisiko vastaaja halunnut saada enemmän tietoa neuvolasta ja lisäkysymyksenä kartoitettiin millaista tietoa sen olisi hyvä olla. Vaihtoehtoina lisäkysymykseen olivat ”Kasvokkain annettu suullinen tieto”, ”Kirjallinen tuotos (kuten esite)”, ”Ohjaus eteenpäin tiedon lähteille”, ”Ohjaus kanto-tukihenkilölle”. Myös tähän sai vastata vaihtoehdon muu ja kertoa vapaaseen kenttään oma vastaus. Viimeinen kysymys oli vapaaehtoinen ja siihen sai vapaasti kertoa mitä muuta vastaajalla tulee mieleen neuvolasta ja lapsen ergonomisesta kantamisesta.

Kyselylomakkeen julkaisun yhteyteen liitettiin saatekirje, jossa kerrottiin kyselyn tarkoitus ja kuvattiin lyhyesti kyselyn laajuus. Lisäksi kerrottiin, mistä ja milloin osallistujat voivat myöhemmin lukea tuloksista. Vastaaminen itsessään oli tietoinen suostumus osallistua kyselyyn.

7.4.3 Kyselyn tulokset

Tutkimuksen kyselyyn vastasi 284 osallistujaa kahden viikon sisällä. Viimeiseen kysymykseen tuli avoimia vastauksia 159 kappaletta. Kyselylomake oli vastattavissa 7.6.2019 alkaen ja oli tasan kaksi viikkoa auki. Kyselyn perusjoukko muodostui Facebookin kantoväline-ryhmän jäsenistä. Kyselyn monivalintakysymyksiä analysoitiin frekvenssein ja vapaita vastauksia käyttäen induktiivista menetelmää. Tutkimukseen käytetty Survey Monkey-sovellus piirsi vastauksista valmiit taulukot käyttäen yksikkönä prosenttiyksikköä. Vapaat vastaukset tuli tarkastella yksitellen. Vastauksia ryhmiteltiin niissä esiintyvien termien mukaan. Esimerkiksi kantamisen mainitseminen ja paikkansa pitävä tieto esiintyivät vastauksissa toistuvasti, joten nämä valittiin omiksi alaluokiksi ja laskettiin termien esiintyvyys vastauksissa.

Kyselyn ensimmäiset kysymykset kartoittivat vastaajien kantamisen taustaa ja aktiivisuutta. Vastaajista suurin osa kantoi lastaan vastaushetkellä. Lopuista murto-osa oli joskus kantanut, muttei kantanut enää ja muutama halusi kantaa lapsiaan tulevaisuudessa vaikkei tällä hetkellä käyttänyt kantovälineitä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Kyselyyn osallistujien vastaukset kantamisesta kysyttäessä.

Kysymys 1.

| Vastausvaihtoehdot | Vastaukset (%) | Vastaukset (n) |
|--|----------------|----------------|
| Kannan lasta/lapsiani | 84,2 % | 239 |
| En kannan tällä hetkellä, mutta haluaisin kantaa nyt tai tulevaisuudessa | 2,1 % | 6 |
| En kannan enää, mutta olen kantanut | 13,7 % | 39 |
| Yhteensä | 100,0 % | 284 |

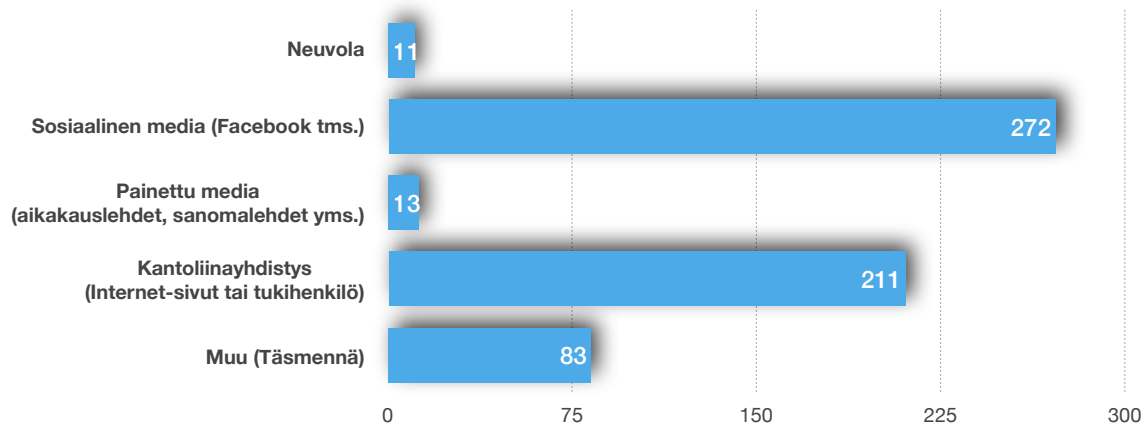
Toinen kysymys selvitti, kuinka usein vastaajat kantavat kantovälineellä. Yli puolet vastaajista olivat aktiivisia kantovälineen käyttäjiä ja kantoivat lapsiaan päivittäin. Yli kolmannes vastasi kantavansa viikoittain, viidennes vastaajista muutaman kerran kuukaudessa tai harvemmin ja yksi ei ollut vielä kantanut lastaan. Aktiivinen kantaminen oli odotettavissa valitun perusjoukon perusteella, mutta toisaalta se kertoo myös siitä, että kantovälineiden käyttö on osa päivittäistä elämää lastaan kantavien lapsiperheiden joukossa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Kantamisen aktiivisuus vastaajien kesken.

Kysymys 2.

| Vastausvaihtoehdot | Vastaukset (%) | Vastaukset (n) |
|---|----------------|----------------|
| Päivittäin | 55,6 % | 158 |
| Viikottain | 36,6 % | 104 |
| Muutaman kerran kuukaudessa tai harvemmin | 7,4 % | 21 |
| En ole vielä kantanut | 0,4 % | 1 |
| Yhteensä | 100,0 % | 284 |

Seuraavissa kysymyksissä käsiteltiin vastaajien saamaa tietoa ja tukea. Ensiksi kysyttiin, mistä oli ylipäättään saanut tietoa kantamiseen liittyvissä asioissa. Tässä oli mahdollista valita useampikin vaihtoehto, joten kysymystä ei ollut mielekäs analysoida frekvenssein. Valtaosa vastaajista valitsi sosiaalisen median (Facebook tms.) tiedon lähteeksi. Seuraavaksi eniten tietoa kantamisesta oli välittynyt Kantoliinayhdistyksen kautta ja ”muu”-vaihtoehdon valitsi vajaa kolmannes. ”muu”-vastausvaihtoehdossa yli puolessa vastauksissa tuli ilmi ystävältä tai kaverilta saatu tieto. Internet ja YouTube-videot ja muut kantajat/kantovälinetapaaset oli mainittu muutama kerran. Murto-osa vastaajista oli saanut tietoa sukulaiselta, kantovälineisiin perehtyneen kaupan henkilökunnalta, tai terveydenhuollon ammattilaiselta. (Kuvio 1.)



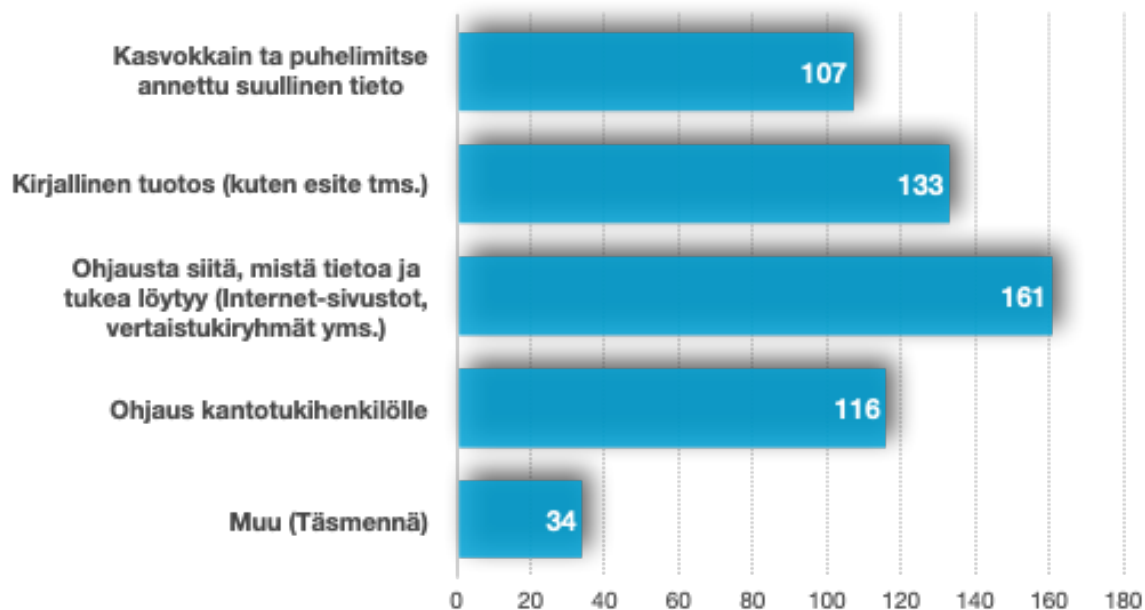
Kuvio 1. Vastaajien valinnat kysyttäessä mistä ovat saaneet tietoa kantamiseen liittyvissä asioissa (n).

Kyselyn keskeinen tavoite oli neuvolasta saadun tuen kartoittaminen, ja tätä kysyttiin kysymyksessä neljä. Vastaajista 95 prosenttia (n=284) ei ollut saanut tukea neuvolasta lapsen ergonomiseen kantamiseen. Vastaavasti 5 prosenttia (n=14) oli kokenut saaneensa tukea neuvolasta. Tämä kertoo siitä, että neuvoloihin kaivataan lisää tietoa ja perehdytystä asiaan liittyen.

Kysymyksessä viisi kysyttiin vastaajien halukkuutta saada tietoa kantamisesta. Kyselyn tulos tässä kohtaa ei ollut ennustettavissa edellisen kysymyksen perusteella. Valtaosa vastaajista oli jäänyt vaille neuvolan ohjausta, mutta vähän yli kolmannes vastanneista ei myöskään kaivannut tietoa eikä tukea.

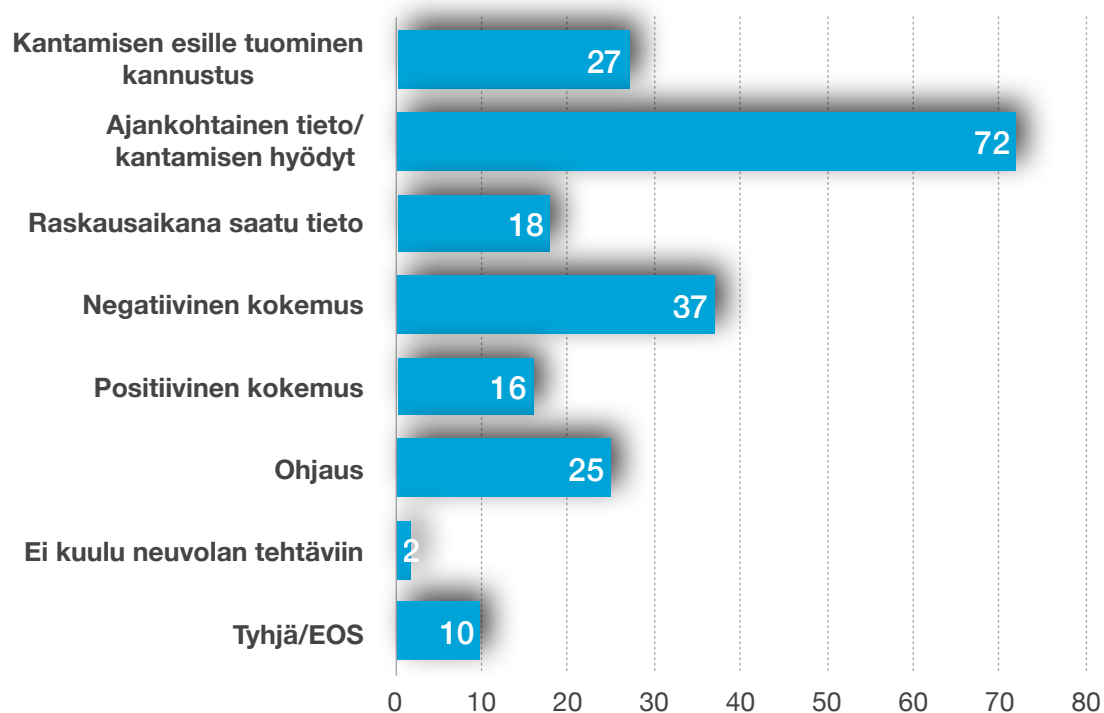
Kysymyksessä kuusi selvitettiin, millaista tuen muotoa vastaaja haluaisi. Kysymykseen tuli vastata, mikäli oli edellisessä kysymyksessä vastannut ”kyllä” ja olisi halunnut enemmän tietoa ja tukea neuvolasta. Kysymyksessä oli mahdollista valita useampi vaihtoehto, joten analysointi tapahtui sisällön määrittelemisellä eli induktiivisella menetelmällä. Kysymyksen vastanneista suurin osa olisi halunnut ohjausta tiedon lähteille. Kirjallinen tuotos oli seuraavaksi suosituin tiedon muoto. Suullinen tieto ja kantotukihenkilölle ohjaaminen olivat lähes yhtä suosittuja tiedon lähteitä. Jonkin muun tukimuodon valitsi alle viidennes vastaajista.

Muista tukimuodoista eniten kaivattiin ylipäätään kantamisen esille tuomista ja mainintaa siitä, että tällainen mahdollisuus on olemassa. Muutama vastaaja oli kokenut, että neuvolahenkilökunnan asenne kantamista kohtaan oli negatiivinen ja toivottiin enemmän kannustusta asiaan. Tietoa kantamisesta jo raskausaikana ja ryhmälle pidettävää kantoväline-esittelyä joko tukihenkilön tai kantovälineohjaajan pitämänä toivottiin muutamassa vastauksessa. Lisäksi kuvailtiin joko terveydenhoitajan antaneen väärää tietoa kantamisesta tai olleen tietämätön kantamisen hyödyistä. Myös fysioterapeutin tarkastus mainittiin ja osa vastauksista olivat tyhjiä tai tietoa neuvolasta ei haluttu. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Vastaajien valitseman tuen muodot (n).

Viimeiseen kysymykseen sai vastata vapaasti avoimeen tekstikenttään. Yli puolet kyselyyn vastanneista vastasi tähän kysymykseen. Analysoinnissa vastauksista etsittiin toistuvia termejä ja asiasältöjä. Lopuksi löytyneet toistuvuudet jaoteltiin kahdeksaan eri luokkaan. Yhdessä vastauksessa saattoi esiintyä kahta tai useampaakin luokkaa samaan aikaan. Luokat olivat 1) Kantamisen esille tuominen/kannustus, 2) Ajankohtainen tieto/kantamisen hyödyt, 3) Raskausaikana saatu tieto, 4) Negatiivinen kokemus, 5) Positiivinen kokemus, 6) Ohjaus, 7) Ei kuulu neuvolan tehtäviin ja 8) Tyhjä/EOS. Kuviossa 5. nähdään asiasältöjen toistuvuus vastauksissa.



Kuvio 5. Kyselyn vapaan kentän vastausten jaottelu (n).

Eniten vastauksista nousi esiin ajankohtaisen tiedon saaminen neuvoloista. Monessa tiedon saatavuuteen liittyvässä vastauksessa tuli ilmi huoli siitä, että tämänhetkinen ohjaus neuvolasta perustuu väärin faktoihin tai henkilökunnan omiin mielipiteisiin. Erityisesti mainittiin ergonomisen ja epäergonomisen kantamisen erottaminen toisistaan neuvoloissa. Monissa vastauksissa oli myös yksilöity, että haluttiin tietoa kantamisen hyödyistä lapselle ja kantajalle. Monet vastaajat olivat sitä mieltä, että edes pelkkä maininta kantamisen mahdollisuudesta neuvolahenkilökunnalta olisi hyvä asia.

Negatiivisia kokemuksia asiasta oli ollut yli viidenneksellä vastaajista. Eniten näistä nousi esiin se, ettei kantamisesta ollut saatu tietoa lainkaan, tai saatu tieto oli vanhentunutta, väärää tai perustui ”mutuun”. Väärästä tiedosta mainittiin esimerkkinä se, että kantaminen olisi hidastuttanut lapsen motorista kehitystä. Negatiivisia kokemuksia olivat myös äitiyden vähätely kantamisesta johtuen, kantamisen kieltäminen, kauhistelu ja huuhaana pitäminen.

Myös positiivisia kokemuksia mainittiin. Suhtautuminen kantamista kohtaan oli ollut myönteistä tai sitä oli ihasteltu. Muutamat vastaajat kertoivat saaneensa kädestä pitäen opastusta sitomiseen tai ohjausta lisätiedon äärelle.

Ohjausta toivottiin neuvoloihin lisää. Eniten vastauksia saivat esite, mistä voisi saada lisätietoa ja kantotukihenkilölle ohjaaminen. Muuten toivottiin yleisesti ohjausta tiedon äärelle ja vinkkejä aloittamiseen.

Kaksi vastaajista oli sitä mieltä, etteivät kantovälineisiin liittyvät asiat kuulu neuvoloihin lainkaan. Molemmissa perusteluna oli se, että olisi tärkeämpää päivittää terveydenhoitajien nykyisten vastualueiden tietoja enemmän kuin lisätä uusia vastuualueita.

7.4.4 Tulosten johtopäätökset

Kyselyn tulosten perusteella näyttää siltä, että neuvolan asiakkaat kokivat, etteivät ole saaneet tarpeeksi tietoa ja ohjausta kantovälineiden käyttöön. Eniten toivottiin avuksi esitettä ja ohjausta oikean tiedon äärelle. Neuvoloiden tulisi antaa ajanmukaista tietoa enemmän ja kannustaa perheitä lapsen ergonomiseen kantamiseen vanhempien sitä halutessa.

Neuvolahenkilökunnan olisi hyvä olla tietoisia oman paikkakuntansa kantotukihenkilöistä ja kantovälinetapaamisista, mikäli sellaisia järjestetään. Kantamisen vaihtoehdosta olisi hyvä mainita jo äitiysneuvolassa, jolloin perheelle jää aikaa miettiä valintojaan ja toisaalta valmistautua jo etukäteen kantamiseen esimerkiksi tutustumalla asiaan vertaistukiryhmissä tai ajankohtaista tietoa antavilla Internet-sivustoilla.

7.4.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin avulla. Sen avulla voidaan arvioida, miten tulokset pysyvät samanlaisina tutkimusta toistettaessa. Reliabiliteetti liittyy etenkin mittauksen ja tutkimuksen toteutuksen tarkkuuteen. Tarkasti toteutettu tutkimus on sellainen, johon ei sisälly satunnaisvirheitä. Reliabiliteettia arvioidessa tulee miettiä, miten hyvin otos vastaa perusjoukkoa, mikä oli vastausprosentti, miten paljon virheitä voi johtua itse mittarista ja kuinka huolellisesti tiedot on syötetty. (Vilka 2007, 149—150.)

Toinen luotettavuuden arvioinnissa käytetty arviointimenetelmä on validiteetti. Validius tarkoittaa sitä, miten hyvin tutkimuksella on onnistuttu mittaamaan sitä mitä oli tarkoitus mitata. Validiteettia arvioitaessa tulisi miettiä, miten hyvin tutkija on onnistunut siirtämään keskeiset käsitteet käytettyyn mittariin (käsitteiden operationalisointi), miten kysymysten ja vastausvaihtoehtojen muotoilu ja asettelu on onnistunut, miten asteikon valinta on onnistunut ja mitä epätarkkuuksia on itse mittarissa. (Vilka 2007, 150.)

Yhdessä sekä reliabiliteetti että validiteetti muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Yleisesti voidaan sanoa, että kokonaisluotettavuus on hyvä, jos otos on edustanut hyvin perusjoukkoa eikä tutkimuksessa ole tullut satunnaisvirheitä. (Vilka 2007, 152.)

Kyselytutkimuksen otos vastasi hyvin valittua perusjoukkoa. Perusjoukkoa oli lapsia kantavat perheet ja otoksesta valtaosa joko kantoi vastaushetkellä tai oli kantanut aiemmin lapsiaan. Vastauksia tuli 284, joten määrä oli riittävän kattava, jotta voidaan tehdä johtopäätelmiä. Mittaria testattiin ennen tutkimuksen julkaisua, ja siitä saadun palautteen mukaan mittarissa ei esiintynyt epäloogisuuksia tai epäselvyyksiä. Kysymykset olivat yksiselitteisiä ja toisaalta oli myös mahdollisuus kertoa asioita omin sanoin. Mittarin kysymyksillä saatiin tähän vastaus tutkimuskysymykseen hyvin yksiselitteisesti.

Tietosuoja tarkoittaa, että tutkijan tulee kunnioittaa ihmisten yksityisyyttä ja huolehtimaan siitä, ettei tutkittavien yksityisyyden suoja loukata ja mahdolliset henkilötiedot suojataan (Vilka 2007, 95). Kyselytutkimukseen vastattiin anonymisti, joten kyselytutkimuksessa ei ollut tarvetta henkilötietojen keräämiselle. Tämä on tutkimuseettisesti kestävä tapa toimia. Lisäksi kysyttiin lupa tutkimuksen julkaisuun sivustoa ylläpitävältä taholta.

Tutkimuksen luotettavuuteen saattaa vaikuttaa aiheen herkkyyys vastaajille. Omaan lapseen kohdistuvat asiat ovat sensitiivisiä ja voivat aiheuttaa suuriakin tunteita vastaajissa. Etenkin negatiivisten asioiden läpikäyminen vapaissa vastauksissa voi olla väritynyttä tai toisaalta täysin objektiivisia

kokemuksia neuvolakäynneistä. Kuitenkin voidaan ajatella, että itse kokemukset ovat objektiivisia huolimatta siitä, mikä todellisuus neuvolakäyntien aikana on ollut.

8 KOULUTUS LAPSEN ERGONOMISESTA KANTAMISESTA

Tämän työn pääasiallinen tarkoitus oli laatia koulutusmateriaali ja pitää koulutustilaisuus lapsen kantamisesta. Koulutuksen suunnitteluun ja toteutukseen liittyy monia huomioonotettavia seikkoja, kuten koulutuksen kohderyhmän huomioon ottaminen ja materiaalien valinta. Myös koulutuksen tavoitteet tuli miettiä tarkoin ja koota runko sen mukaisesti.

8.1 Hyvän koulutusmateriaalin periaatteet

Koulutusmateriaalin laatimista ohjaavat koulutuksen tarve, koulutuksen tilaaja, sekä koulutukseen osallistujat. Koulutukseen osallistujilla ja tilaajalla voi olla erilaiset tavoitteet ja toiveet, jonka ansiosta kouluttaja joutuu tasapainoilemaan näiden välillä. Työelämässä tilaaja on usein yritys tai organisaatio ja koulutukseen osallistujat ovat tämän työntekijöitä. Koulutuksen tavoitteet riippuvat organisaation tarpeista ja siitä työstä, mitä koulutettavat tekevät. Suunnitteluvaiheessa on tärkeää olla tiiviisti yhteydessä tilaavaan tahoon, jotta tavoitteet tulisivat täytetyksi myös resurssien ja kouluttajan osaamisen suhteen. Tavoitteet laaditaan yhdessä tilaajan kanssa ja niiden sovittaminen osallistujien toiveiden kanssa yhteen on erityisen tärkeää koulutuksen onnistumiseksi. (Kupias & Koski 2012.)

Ennen koulutusmateriaalin laatimista kouluttajan tulee tietää, millaisia muutoksia koulutuksen tulisi aiheuttaa osallistujissa. Kun tämä on tiedossa, voidaan miettiä, millainen on se oppimisprosessi, joka tulisi tuottaa ja miten se tuotetaan. Yleisesti ottaen voidaan katsoa, että tavoitteena on osallistujien osaamisen kehittyminen. Tilaajan näkökulmasta koulutuksen tarkoitus voi olla uusimman tiedon tuominen työntekijöilleen, tai toisaalta koulutuksen merkitys voi olla hyvinkin rajattu tietyn asian kehittämiseen. (Kupias & Koski 2012.)

Koulutusmateriaalin tärkein tavoite on tukea oppimista ja sillä on kriittinen merkitys koulutuksen onnistumisessa. Erilaisia materiaalityyppejä ovat diaesitykset, oppaat, monisteet ja havainnollistavat esineet ja kuvat. Havainnollistamismateriaalia ovat kaikki millä voidaan havainnollistaa koulutettavaa aihetta ja niiden tarkoitus on auttaa tiivistämään ja jäsentelemään puhetta. Esineet, kuvat, videot ja kirjallinen materiaali lasketaan kaikki tähän kategoriaan. Dia-esitys mahdollistaa erilaisten asioiden noston puheesta, mutta ne eivät toimi kovin hyvin itsenäisenä, yksityiskohtaisena lukumateriaalina. Hyvä esitys on selkeä, lyhyt, hyvin jäsenneilty ja johdonmukainen. Lisäksi se jättää tilaa kysymyksille ja vuorovaikutukselle. Esitys ei

saa viedä liikaa katsekontaktia kouluttajalta eikä se saa nousta koulutuksen pääosaan. Jokaisen dian tulee olla perusteltu, sekä riittävän yksinkertainen ja selkeä. (Kupias & Koski 2012.)

Yksityiskohtainen koulutusmateriaali tarkoittaa usein asiakirjoja, jotka toimivat osallistujien muistin tukena ja itseoppimismateriaalina koulutuksen jälkeenkin. Siihen on hyvä viitata koulutuksen yhteydessä samalla kun se jaetaan, mutta sitä ei tarvitse erikseen selittää, sillä se toimii myös yksistään ilman havainnollistamista. (Kupias & Koski 2012.)

Koulutusmateriaaliksi valittiin dia-esitys luennon tueksi. Esityksen tarkoitus oli kiinnittää kuulijoiden huomio esittäjään eikä niinkään olla ensisijainen tiedon lähde. Päätettäessä esityksen pituudesta ja muotoilusta päätettiin, että diat koostuivat pääsääntöisesti kuvista. Kun haluttiin alleviivata asioita, otettiin tekstiä mukaan kuvien lomaan. Koulutuksen rungoksi päätettiin seuraavaa:

1. Esittely ja koulutuksen tarkoitus
2. Kantamisen historiaa lyhyesti
3. Kantamisen hyödyt
4. Ergonominen kantaminen ja lapsen fysiologia
5. Kantamisen perussäännöt
6. Tutkimuksen keskeisten kysymysten nopea läpikäyminen
7. Kiitokset ja kysymykset
8. Kantovälineisiin tutustumista (jos jää aikaa)

Koulutuksen pääpaino oli perusasioiden esille tuominen, ei niinkään itse sidontojen tai erilaisten kantovälineiden ominaisuuksien opetus. Kantamisen hyödyistä tuotiin esille erikseen sekä lapseen kohdistuvat hyödyt, että kantajan näkökulmasta tavoitetut hyödyt. Lapsen fysiologiaa käsiteltiin perusteluna sille, mikä on nimenomaan ergonomista kantamista. Kantamisen perussäännöt käytiin läpi sekä suullisesti että kuvien avulla. Tässä kohtaa painotettiin lapsen ja kantajan ergonomian toteutumista, sekä hengitysteiden avoimuutta turvallisuusnäkökulmasta. Kyselystä valittiin kolme oleellista kysymystä vastauksineen ja dataa käytettiin perusteluna sille, miksi lapsen kantamiseen liittyvistä asioista olisi hyvä olla tietoinen neuvolatyössä. Valitut kysymykset olivat kysymys 4; ”Oletko saanut neuvolasta tietoa ja tukea kantamiseen liittyvissä asioissa?”, kysymys 5; ”Olisitko halunnut saada tietoa ja tukea neuvolasta?” ja kysymys 6; ”Millaista tukea olisit halunnut saada?”. Loppuun jätettiin kiitokset ja aikaa kysymyksille ja keskustelulle. Kantovälineisiin tutustumiselle jätettiin myös optio tilaisuuden päätteeksi.

8.2 Koulutustilaisuus ja palaute

Hyvän koulutuksen takaa se, että kouluttaja on miettinyt, miten hänen oma asiantuntemuksensa välittyy osallistujille ja tukee näiden oppimista ja

oivaltamista. Kouluttaja voi joutua tilanteeseen, jossa hän joutuu yhdistelemään osallistujien asiantuntemusta omaansa. Tällöin osallistujalta vaaditaan luovaa oppimista ja molemmilta osapuolilta kykyä omaksua uusia näkökulmia ja ratkaisuja. Silloin, kun osallistujilla on valmiiksi tietoa aiheesta, ei ole tarpeellista alleviivata kokonaiskuvaa koulutettavasta asiasta, vaan on hyvä ottaa esille sellaisia näkökulmia, jotka täydentävät aikaisempaa osaamista. On otettava myös huomioon, ettei koulutettavien ryhmä välttämättä ole osaamisensa suhteen heterogeeninen, jolloin on tärkeä ottaa huomioon erilaiset osallistajat. Myös oppimistyyleissä voi olla eroa. Tähän voi varautua tuomalla esiin konkreettisia esimerkkejä ja osallistamalla koulutettavat keskusteluun. (Kupias & Koski 2012.)

Hyvässä koulutuksessa on otettu huomioon osallistujien jaksaminen ja siinä on selkeä rytmi. Passiivisen oppimisen jaksaminen rajoittuu ihmisillä yleensä noin 45 minuuttiin, kun taas aktiivista työskentelyä jaksetaan keskimäärin 1,5 tuntia. Myös koulutuksen ajankohta tulee ottaa huomioon; työpäivän jälkeen järjestettävät koulutukset eivät voi vaatia kovin suurta tarkkaavaisuutta tai vaativaa tekemistä. Koulutuksen aloitus on sen tärkein hetki ja sen perusteella osallistajat muodostavat käsityksen koulutuksen sisällöstä, sekä kouluttajan osaamisesta ja asiantuntemuksesta. Tärkeää on muodostaa kuva, miksi koulutus on järjestetty, mitä hyötyä koulutuksesta on ja mitä asioita koulutuksessa käsitellään. Lopetuksen suhteen tulee miettiä, missä tunnetilassa osallistajat lähtevät pois ja mitä asioita käsitellään viimeiseksi. Yleensä viimeisenä käsitellyt asiat jäävät parhaiten mieleen. (Kupias & Koski 2012.)

Koulutustilaisuuden ajankohta oli tammikuussa 2020. Paikalla oli lasten kanssa työskenteleviä terveydenhuollon ammattilaisia, pääasiallisesti Hämeenlinnan neuvoloissa työskenteleviä terveydenhoitajia. Tilaisuuteen osallistui arviolta alle 20 henkilöä, joskin tilaisuuteen varattu tila oli ihan täynnä. Aiemmin mietitty runko koulutukselle toteutui ja PowerPoint-esityksessä käytettiin lähinnä kuvamateriaalia puheen tukena. Lisäksi apuna käytettiin muistilistaa, jotta kaikki valitut asiat tulivat puheeksi. Lopuksi esiteltiin pikaisesti tärkeimmät internet-sivustot, joihin asiakkaita voi ohjata ja joista voi myös tilata esitteitä neuvoloihin.

Koulutuksen kesto oli harjoiteltu 45 minuuttiin, ja tämä toteutui myös itse tilaisuudessa. Aikaa kantovälineiden esittelyyn ei jäänyt, mutta kysymyksiä ja kommentteja tuli kohtuullisen paljon ja näistä keskusteltiin yhdessä.

Koulutustilaisuudesta välittömästi saatu suullinen palaute oli kauttaaltaan positiivista. Koulutusta kuvailtiin sanoin: ”erittäin hyvä”, ”napakka ote”, ”kiinnostava”. Yksi osallistuja kertoi kokeneensa ammatillisen ”ahaa-elämyksen”. Lisäksi tuli ilmi, että ergonomiseen kantamiseen liittyvät asiat pitäisi saada näyttöön perustuvan tiedon piiriin, jotta alan ammattilaiset voisivat aidosti suositella kantamista asiakkailleen. Keskustelussa tuotiin esiin myös Kantoliinayhdistyksen rooli tiedon jakamisessa. Kirjallista palautetta koulutustilaisuudesta ei kerätty.

9 POHDINTA

Kyselyn tuoma tieto oli olennainen osa opinnäytetyötä, vaikei ollutkaan työn varsinainen päätavoite. Kyselyn tekemisessä noudatettiin kvantitatiivisen tutkimuksen periaatteita, joten lomaketta testattiin etukäteen, eikä siinä ollut epäloogisuutta tai epäselvyyksiä. Lisäksi saatu otanta oli hyvin kattava ja kertoi hyvin neuvoloiden valmiuksista antaa tietoa lapsen kantamisesta. Monivalintakysymysten lisäksi vastaajilla oli mahdollisuus kertoa omin sanoin, mikä toi esiin hyvin erilaisia näkökulmia opinnäytetyön tekijälle. Kysymysten ja vastausvaihtoehtojen muotoilu oli onnistunut, joten kyselyn validius eli sen kyky vastata asetettuihin tavoitteisiin oli hyvä (Vilka 2007, 150). Kynnys vastaamiseen oli melko matala, sillä vastaajien yksityisyyden suoja ja tietosuoja säilyi (Vilka 2007, 95). Tämä oli myös tutkimuseettiseltä kannalta hyvä tapa toimia. Kyselyn julkaisua varten kysyttiin myös lupa sivuston ylläpitäjältä. Tutkimuksen luotettavuuteen saattaa vaikuttaa aiheen herkkyys vastaajille.

Kyselystä saadun tiedon avulla pystyttiin toteamaan, että neuvoloiden tiedon päivittäminen lapsen ergonomisesta kantamisesta on tärkeää. Tämä validoi itse koulutustilaisuuden pitämistä. Tuloksien läpikäyminen kosketti myös koulutukseen osallistujia, sillä asia herätti paljon keskustelua. Jatkotutkimuksena voisi olla hyvä kartoittaa, kuinka suuri vaikuttavuus koulutuksella on ollut ja näkykö se terveydenhoitajien työskentelyssä.

Tutkimuksen aihetta löytyy myös lapsen kantamisesta itsessään. Espositon tutkimusryhmä tutki lapsen rauhoittumisen ja kantamisen yhteyttä Japanissa tehdyssä tutkimuksessa vuonna 2013. Tutkimuksen yhteydessä todettiin, että kantamisesta tehdystä tutkimuksesta voi olla hyötyä kartoittaessa neurologisiin häiriöihin liittyviä hermoston autonomisia toimintoja vastasyntyneillä. Esimerkiksi autismin kirjoa sairastavilla lapsilla on huomattu olevan ongelmia mukautua oikeaan asentoon kannettaessa. Tämä voi auttaa autismin varhaisessa diagnosoinnissa. Lisäksi kantamiseen liittyvät tutkimukset voivat avata lisätietoa nisäkkäiden neurobiologisista toimintoista, jotka liittyvät kiintymyssuhteisiin ja sosiaaliseen yhteenkuuluvuuteen. (Esposito ym. 2013, 745.)

Selvää on, että tarvitaan lisää näyttöön ja hyväksi todettuihin käytäntöihin perustuvaa tietoa lapsen ergonomisesta kantamisesta. Lähdekritiikin läpäisevän tiedon määrä oli kohtalaisen suppeaa ja toisaalta osittain myös vanhentunutta. Tutkimuksia ja hoitosuosituksia löytyy paljon koskien ihokontaktia, varhaista vuorovaikutusta sekä imetystä, mutta suoria kantamiseen liittyviä tutkimuksia ei juurikaan ole tehty. Tämä aiheuttaa ristiriidan terveydenhuollon ammattihenkilöille. Neuvolahenkilökunnan tulisi pohjata työskentelynsä näyttöön perustuvalla tiedolla ja toisaalta he eivät myöskään voi ohittaa lapsen kantamista ilmiönä, joka näkyy yhä enenevässä määrin asiakaskunnassa.

Opinnäytetyöprosessi oli opettavainen kokemus tekijälle. Se toi arvokasta lisätietoa lapsen ergonomiseen kantamiseen perehtyneille tahoille, kuten Kantoliinayhdistykselle. Työn laajuus oli osaltaan haaste ja toisaalta toi varmuutta asian merkittävydestä työn tekijälle.

Koulutustilaisuudesta saatu palaute oli rohkaisevaa ja positiivista. Tilaisuus sai jatkoa, sillä sama koulutus pidettiin myöhemmin myös neuvolaharjoitteluun meneville terveydenhoitajaopiskelijoille. Tästäkin tilaisuudesta saatu palaute oli positiivista ja keskustelua virisi myös opiskelijoiden keskuudessa. Lapsen kantaminen ilmiönä on huomattu, ja sitä pidetään yleisesti hyvänä asiana lapsen kehittymisen kannalta. Ajantasaisen tiedon vieminen terveydenhuollon ammattilaisille on tärkeää, sillä myös siten voidaan saada enemmän asiasta kiinnostuneita tahoja, jotka voisivat mahdollistaa asian perusteellisemmän tutkimisen. Tätä kautta asia voidaan tulevaisuudessa noteerata myös virallisissa suosituksissa.

LÄHTEET

Armanto, A. & Koistinen, P. (2007). *Neuvolatyön käsikirja*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Bergman, N.J. (2014). The Neuroscience of Birth – And the Case for Zero Separation. *Curationis* 37 (2). Haettu 23.2.2019 Cinahl-tietokannasta.

Esposito, G., Yoshida, S., Ohnishi, R., Tsuneoka, Y., Rostagno, M., Yokota, S., Okabe, S., Kamiya, K., Hoshino, M., Shimizu, M., Venuti, P., Kikusui, T., Kato, T. & Kuroda, K. (2013). Infant Calming Responses during Maternal Carrying in Humans and Mice. *Current Biology* 23, 739–745.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2013.03.041>

Facebook (2019a). Kantoliinat ja kantoreput – kysy ja keskustele. Haettu 15.4. 2019 osoitteesta <https://www.facebook.com/groups/kantoliinatja-kantoreput/>

Facebook (2019b). Kantovälinekirppis. Haettu 15.4.2019 osoitteesta <https://www.facebook.com/groups/kantovalinekirppis/>

Facebook (2019c). Sormiruokailijat. Haettu 15.4.2019 osoitteesta <https://www.facebook.com/groups/283260218407090/>

Feldman, R., Rosenthal, Z. & Eidelman, A. (2014). Maternal-Preterm Skin-to-Skin Contact Enhances Child Physiologic Organization and Cognitive Control Across the First 10 Years of Life. *Biol Psychiatry* 2014;75:56–64.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.08.012>

Grankvist, H. (2019). Päivitetty versio opparista. Sähköpostiviesti tekijälle 30.9.2019

HAMK. (2018). Opinnäytetyöopas. Hämeen ammattikorkeakoulu. Haettu 15.5.2019 osoitteesta <https://hameenamk.sharepoint.com/sairaanhoitaja-terveydenhoitaja-hlinna/SitePages/opinnaytetyo.aspx>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2013). *Tutki ja kirjoita*. 15-17. painos. Helsinki: Tammi.

Hämeenlinnan kaupunki. (2019a). Yhteystiedot. Haettu 6.5.2019 osoitteesta <https://www.hameenlinna.fi/sosiaali-ja-terveys/lasten-nuorten-ja-perheiden-palvelut/neuvola/yhteystiedot/>

Hämeenlinnan kaupunki. (2019b). Neuvola. Haettu 6.5.2019 osoitteesta <https://www.hameenlinna.fi/sosiaali-ja-terveys/lasten-nuorten-ja-perheiden-palvelut/neuvola/>

International Hip Dysplasia Institute. (2018). Baby Carriers & Other Equipment. Haettu 20.3.2019 osoitteesta <https://hipdysplasia.org/developmental-dysplasia-of-the-hip/prevention/baby-carriers-seats-and-other-equipment/>

Jaakonsaari, M. (2009). *Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa - Hoitotyön opettajien käsityksiä*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Haettu 11.10. 2017 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201101171071>

Kantoliinayhdistys. (2016a). Usein kysyttyä. Haettu 4.3.2019 osoitteesta <http://kantoliinayhdistys.fi/kantaminen/useinkysyttya>

Kantoliinayhdistys. (2016b). Tukea ja tietoa kantamiseen. Haettu 13.3.2019 osoitteesta <http://kantoliinayhdistys.fi/kantaminen>

Kiintymysvanhemmuusperheet ry. (2019). Tervetuloa. Haettu 26.3.2019 osoitteesta <http://kiintymysvanhemmuus.fi/>

Kirkilionis, E. (2003). *Lapsi kaipaa kantamista*. Helsinki: Pharmascrypt Oy Ab.

Knowles, R. (2019a). Sling Safety Matters – How to Use a Sling Safely. Carrying Matters. Haettu 18.5.2019 osoitteesta <https://www.carryingmatters.co.uk/sling-safety-how-to-use-a-sling-safely/>

Knowles (2019b). Breast and Bottle Feeding Safely in a Sling. Carrying Matters. Haettu 18.5.2019 osoitteesta <https://www.carryingmatters.co.uk/breast-and-bottle-feeding-safely-in-a-sling/>

Knowles (2019c). Positive Effects of Carrying for Baby. Carrying Matters. Haettu 2.6.2019 osoitteesta <https://www.carryingmatters.co.uk/positive-effects-of-carrying-for-baby/>

Knowles, R. (2020). Educational Resources. Haettu 3.2.2020 osoitteesta <https://www.carryingmatters.co.uk/educational-resources/>

Kupias, P. & Koski, M. (2012). *Hyvä kouluttaja*. 1. painos. E-kirja. Helsinki: Talentum. [e-kirja]. Alma Talent Pro Verkkokirjahylly.

Kääriäinen, M. (2007). *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Oulun Yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:9789514284984>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Haettu 11.10 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P5>

Launonen, K. (2006). Varhainen vuorovaikutus kielen kehityksen perustana. *Suomen lääkärilehti*. 61 (37), ss. 3719—3724. Haettu Terveystietokannasta.

Mahmood, I., Jamal, M. & Khan, N. (2011). Effect of Mother-Infant Early Skin-to-Skin Contact on Breastfeeding Status: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33 (7), ss. 695—696.
<https://doi.org/10.3109/01443615.2013.819843>

MLL. (2019). Vauvan fyysinen kehitys. Mannerheimin Lastensuojeluliitto. Haettu 7.3.2019 osoitteesta <https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/0-1-v/vauvan-fyysinen-kehitys/>

Moore, E.R., Anderson, G.C. & Bergman, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (review). Systemaattinen katsaus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

Mäkelä, J. (2005). Kosketuksen merkitys lapsen kehityksessä. *Suomen lääkärilehti*. 15/2005. Haettu 18.3.2019 osoitteesta https://asiakas.kotisivukone.com/files/pirpana2.tarjoaa.fi/tiedostot/kosketuksen_merkitys_artikkeli.pdf

Mäntymaa, M., Luoma, I., Puura, K. & Tamminen, T. (2003). Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 119 (6), ss. 459—465. Haettu 22.4.2019 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo93467>

Nicholson, B. & Parker, L. (2012). The origins of attachment parenting. *Pathway to Family Wellness*. Issue 35. Haettu 24.3.2020 osoitteesta <https://pathwaystofamilywellness.org/Parenting/the-origins-of-attachment-parenting.html>

Niemelä, M. (2007). *Kantoliina ja kestovaippa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Pesonen, A. (2010). Varhainen vuorovaikutus on suotuisan psyykkisen kehityksen edellytys. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 126 (5), ss. 515—20. Haettu 20.4.2019 Terveystietokannasta.

Puura, K., Sannisto, T. & Riihonen, R. (2018). Mitä vauva haluaa? Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen neuvolassa. *Lääkärilehti* 1/2018. Haettu 19.2.2019 Medic-tietokannasta.

Rautaparta, M. (2003). *Kantamisen kausi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Rautaparta, M. (2009). Imetyksen rytmit. Teoksessa M. Aittokoski, R. Huitti-Malka & M. Salokoski. (toim.) *Imetyksen aika*. Helsinki: Avain, ss. 41—127.
- Ruokolainen V. & Sillanpää, H. (2015). Lapsen ergonominen kantaminen. Asiakasopas äitiys- ja lastenneuvolaan. Opinnäytetyö. Savonia Ammattikokeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015060111754>
- Smith, E. & Hardy, M. (2017). From Evidence to Practice: An Affordable Way to Baby Wear. *International Journal of Childbirth Education*. 32 (3), ss. 28—32. Haettu 3.4.2019 Cinahl-tietokannasta.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2004). Lastenneuvola lapsiperheiden tukena – opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504227303>
- Stone, D.H. (1993). How To Do It. Design a questionnaire. *BMJ* 307,1264—6. <https://doi.org/10.1136/bmj.307.6914.1264>
- TAYS. (2015). Lonkkanivelen synnynnäinen sijoiltaanmeno. Haettu 20.3.2019 osoitteesta <https://www.tays.fi/fi-fi/palvelut/lastenkirurgia/Lonkkaluksaatio>
- THL. (2019). Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille. 2. uudistettu painos. KIDE 26. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-254-3>
- Vilka, H. (2007). *Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*. Copyright ©2007 Hanna Vilka. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0099-9>
- Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Haettu HAMKin Moodle-tietokannasta.
- Viranta-Kovanen, S. (2019). Selän evoluutiosta. *Aikakauskirja Duodecim*. 135(5), ss. 464—70. Haettu 2.4.2019 Terveystietokannasta.
- Ward, V. (2019). The History of Babywearing. Gentle Parenting UK. Haettu 23.2.2019 osoitteesta <http://www.gentleparenting.co.uk/kc/the-history-of-babywearing/>
- WHO. (2003). Kangaroo Mother Care – A Practical Guide. Department of Reproductive Health and Research. Haettu 25.2.2019 osoitteesta <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42587/9241590351.pdf;jsessionid=AE54F992971E3E53ACAF98F300A31F30?sequence=1>

Saatekirje:

Julkaistaan ylläpitäjän luvalla:

Hei! Opiskelen terveydenhoitajaksi Hämeen Ammattikorkeakoulussa ja teen opinnäytetyötäni lapsen ergonomiseen kantamiseen liittyen. Toiminnallisen opinnäytetyöni lopullinen tuotos on Hämeenlinnan neuvoloiden koulutustilaisuus ja -materiaali lapsen ergonomisesta kantamisesta. Opinnäytetyöni yksi osuus on pienimuotoinen kysely, jossa kartoitetaan lastaan kantavien perheiden kokemuksia neuvolasta saadusta tuesta.

Kyselyssä on seitsemän monivalintakysymystä ja tutkimukseen vastaaminen ei edellytä minkäänlaisten henkilötietojen antamista. Olen erittäin kiitollinen, jos voit käyttää muutaman minuutin kyselyyn vastaamiseen.

Lopullinen työni ja myös tutkimuksen tulokset tulevat nähtäväksi Theseuksessa näillä näkymin keväällä 2020. Jos asia kiinnostaa lisää, minulle voi lähettää messengerissä yksityisviestiä.

Kiitos vastaamisesta ja kaunista kesää toivottaen,

Viivi Ypyä, terveydenhoitajaopiskelija (HAMK)

Kyselykaavake

Lapsen ergonominen kantaminen ja neuvolasta saatu tuki – kysely neuvolan asiakkaille

1. Kannatko lastasi jollain kantovälineellä?

tai

Haluaisitko kantaa lastasi kantovälineellä?

tai

Oletko kantanut lastasi jollain kantovälineellä? Valitse yksi seuraavista:

Kannan lasta/lapsiani

En kannata tällä hetkellä, mutta haluaisin kantaa nyt tai tulevaisuudessa

En kannata enää, mutta olen kantanut

2. Kuinka usein keskimäärin kannat/kannoit lastasi kantovälineellä?

Valitse seuraavista:

Päivittäin

Viikoittain

Muutamana kerran kuukaudessa tai harvemmin

En ole vielä kantanut

3. Mistä olet saanut tietoa kantamiseen liittyvissä asioissa? Voit valita yhden tai useamman.

Neuvola

Sosiaalinen media (Facebook tms.)

Painettu media (Aikakauslehdet, sanomalehdet yms.)

Kantoliinayhdistys (Internet-sivut tai tukihenkilö)

Muu (Täsmennä): _____

4. Oletko saanut tukea neuvolasta kantamiseen liittyvissä kysymyksissä?

Kyllä

En

5. Olisitko halunnut saada enemmän tietoa ja tukea neuvolasta kantamiseen liittyvissä asioissa?

Kyllä

En

6. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, millaista tukea tai tietoa olisit kaivannut? Voit valita yhden tai useamman.

Kasvokkain tai puhelimitse annettu suullinen tieto

Kirjallinen tuotos (kuten esite tms.)

Ohjausta siitä, mistä tietoa ja tukea löytyy (Internet-sivustot, vertaistukiryhmät yms.)

Ohjaus kantotukihenkilölle

Muu (täsmennä): _____

7. Mitä muuta haluaisit tuoda esille lapsen ergonomiseen kantamiseen ja neuvolasta saatuun tukeen liittyen? Kerro vapaasti.