

ÄITIEN KOKEMUKSIA LYHYTJÄLKIHOITOISESTA SYNNYTYKSESTÄ KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALASSA

Katja Kivistö
Heidi Miettinen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2009

Hyvinvointiyksikkö



Tekijä(t) KIVISTÖ, Katja MIETTINEN, Heidi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 13.11.2009
	Sivumäärä 65	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Äitien kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä Keski-Suomen keskussairaalassa		
Koulutusohjelma		
Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) KOSKI, Kirsti RYTTYLÄINEN, Katri		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaala, synnytysyksikkö		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli saada tietoa Keski-Suomen keskussairaalassa synnyttäneiden äitien kokemuksista lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä (kotiutumisen sairaalasta tapahtuu 6-48 tuntia synnytyksestä), joiden avulla voidaan kehittää Keski-Suomen keskussairaalan synnytysyksikön lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoitokäytäntöjä vastaamaan paremmin äitien tarpeita. Lisäksi synnytysyksikkö saa tärkeää palautetta uudesta hoitomallista.</p> <p>Aineisto kerättiin kyselyn avulla. Kyselylomakkeet jaettiin synnytysvuodeosastolta äideille, joiden kohdalla lyhytjälkihoitoinen synnytys toteutui. Kyselylomake sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Vastausprosentiksi tuli 41 %. Aineisto analysoitiin kvantitatiivisesti suljettujen kysymysten kohdalla. Avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella äidit olivat tyytyväisiä lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen. Selviä puutteita hoidossa äidit kokivat olevan ohjauksessa, jota he kaipasivat keskustelun ohella lisää. Äidit kokivat puolisonsa roolin merkittävänä ja toivoivat, että isät olisi otettu paremmin ohjaukseen mukaan synnytysvuodeosastolla. Kotiutumisen äidit kokivat pääsääntöisesti turvallisena. Suurimmalle osalle äideistä ei ilmennyt kotona odottamattomia ongelmia.</p> <p>Jatkossa lyhytjälkihoitoista synnytystä tulisi tutkia myös isien näkökulmasta. Lisäksi lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kustannuksista ja mahdollisista säästöistä ei ole kotimaassa tehty tutkimusta, jossa otettaisiin huomioon avoterveydenhuollon mahdollinen kuormitus. Lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä tulisi keskustella ja antaa tietoa nykyistä enemmän jo neuvolassa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) lyhytjälkihoitoinen synnytys, varhainen kotiutuminen, ohjaus, turvallisuus		
Muut tiedot		

Author(s) KIVISTÖ, Katja MIETTINEN, Heidi	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 13112009
	Pages 65	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Mothers' experiences of early postpartum discharge in the Central Finland Central Hospital		
Degree Programme Nursing Degree Programme		
Tutor(s) KOSKI, Kirsti RYTTYLÄINEN, Katri		
Assigned by Central Finland Central Hospital		
Abstract <p>The purpose of this thesis was to acquire information about the experiences of mothers with early postpartum discharge (EPD, discharge 6-48 hours after birth) in the Central Finland Central Hospital. With this information it is possible to improve the treatment methods associated with EPD in the Central Hospital maternity ward and to strengthen the aspects mothers feel positive towards. The maternity ward also gets valuable feedback about this new treatment model.</p> <p>The study was carried out in a form of a questionnaire handed out to mothers with EPD, consisting of both closed and open questions. The reply percentage was 41 %. The data obtained from the closed questions were analyzed quantitatively. Answers to the open questions were processed through content analysis.</p> <p>The study indicates that mothers were overall pleased with early postpartum discharge. The lack of guidance alongside with the need for more discussion were felt as the most significant shortcomings. The mothers felt the role of the partner as crucial and wished the fathers had been taken better into account at the maternity ward. A majority of the mothers experienced the discharge as safe and didn't encounter any unexpected difficulties at home.</p> <p>In future the early postpartum discharge could be studied from the father's point of view. There also hasn't been any studies about the costs or possible savings achievable with EPD in Finland. In the light of the results presented in this thesis, information about EPD should be given already at maternity clinics.</p>		
Keywords early postpartum discharge, guidance, feel of safety		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 LYHYTJÄLKIHOITOINEN SYNNYTYS	4
2.1 LYHYTJÄLKIHOITOINEN JA POLIKLIININEN SYNNYTYS.....	4
2.2 SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN HOITOTYÖ.....	6
2.2.1 Synnyttäneen fyysisen voinnin seuranta ja ohjaus.....	7
2.2.2 Synnyttäneen psyykkisen voinnin seuranta ja ohjaus.....	9
2.2.3 Imetyksen ohjaus.....	11
2.2.4 Vastasyntyneen seuranta ja vanhempien ohjaus.....	13
2.3 Aiempiä tutkimuksia perheiden odotuksista synnytyksen jälkeisestä hoidosta	14
2.4 LYHYTJÄLKIHOITOISEN SYNNYTYKSEN EDUT	18
2.5 LYHYTJÄLKIHOITOISEN SYNNYTYKSEN HAITAT	19
2.6 Aiemmat tutkimukset lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä	20
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	25
4 AINEISTO	25
5 MENETELMÄT	26
6 AINEISTON ANALYYSI	30
7 TUTKIMUSTULOKSET	31
7.1. KOHDERYHMÄN KUVAUS	31
7.2. ÄITIEN KOKEMUKSET SAADUSTA OHJAUksesta	32
7.3. ÄITIEN KOKEMUKSET LYHYTJÄLKIHOITOISEN SYNNYTYKSEN KOTIUTUMISESTA	37
7.3. AVOIMIEN KYSYMYSTEN TULOKSET.....	40
8 POHDINTA	45
8.1 TULOSTEN TARKASTELU.....	45
8.2 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	49
8.3 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	50
LÄHTEET	52
LIITTEET	55
LIITE 1. TUTKIMUSLUPA	55
LIITE 2. KYSELYLOMAKE	57
LIITE 3. SAATEKIRJE	62

KUVIOT

KUVIO 1. TIETOISUUS LYHYTJÄLKIHOITOISEN SYNNYTYKSEN EDELLYTYKSISTÄ	32
KUVIO 2. RIITTÄVÄ TIETOISUUS LYHYTJÄLKIHOITOISEN SYNNYTYKSEN RISKEISTÄ	32
KUVIO 3. TARPEEKSI OHJAUSTA MAIDONERITYKSESTÄ	33
KUVIO 4. TARPEEKSI OHJAUSTA IMETYSASENNOISTA.....	33
KUVIO 5. TARPEEKSI OHJAUSTA MAHDOLLISISTA IMETYSPULMISTA JA NIIDEN HOIDOSTA.....	34
KUVIO 6. KÄSINLYPSYN OPETTAMINEN	34
KUVIO 7. TARPEEKSI OHJAUSTA VAUVAN HOIDOSTA	35
KUVIO 8. TARPEEKSI OHJAUSTA VAUVAN TARKKAILUSTA	35
KUVIO 9. TARPEEKSI OHJAUSTA ITSENI HOITAMISEEN	36
KUVIO 10. MINULLE KERROTTIIN SYNNYTYSSAIRAALASSA SYNNYTYKSEN JÄLKEISESTÄ HERKISTYMISESTÄ JA MIELIALAN VAIHTELUISTA	36
KUVIO 11. MINULLE KERROTTIIN, MIHIN VOIN OTTAA YHTEYTTÄ, JOS ILMENEE KYSYTTÄVÄÄ TAI ONGELMIA KOTONA.....	37
KUVIO 12. PUOLISONI SAI TARPEEKSI OHJAUSTA KOTIUTUESSAMME LYHYTJÄLKIHOITOISETI.....	38
KUVIO 13. MINULLA OLI TURVALLINEN OLO KOTIUTUESSANI LYHYTJÄLKIHOITOISEN SYNNYTYKSEN JÄLKEEN.....	38
KUVIO 14. HYÖTY KÄTILÖN KOTISOITOSTA.....	39
KUVIO 15. JOS SYNNYTTÄISIN VIELÄ UUDESTAAN, HALUAN KOTIUTUA LYHYTJÄLKIHOITOISETI	40

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on lyhytjälkihoitoinen synnytys eli LYSY. Lyhytjälkihoitoinen synnytys toteutuu silloin, kun äiti ja vastasyntynyt kotiutuvat 6-48 tunnin kuluttua synnytyksestä (Viisainen 1999, 75). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Keski-Suomen keskussairaalassa synnyttäneiden äitien kokemuksista lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Keski-Suomen keskussairaalaan on luotu LYSY-toimintamalli keväällä 2007, jonka toimivuutta ei ole vielä tarkasteltu äitien näkökulmasta.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Keski-Suomen keskussairaalan synnytysvuodeosasto 5 kanssa, josta työn aihe saatiin. Työn tulosten avulla halutaan antaa ideoita sairaalan LYSY-hoitokäytäntöjä varten. Vastausten perusteella saadaan tietoa hoitomallin hyvistä puolista sekä kehityshaasteista äitien kokemana. Aihetta on tärkeää tutkia äitien näkökulmasta. Äidit osaavat parhaiten kertoa omista kokemuksistaan, toiveistaan ja tarpeistaan. Äitien kokemusten pohjalta on tarkoituksen mukaista kehittää LYSY-toimintamallia entistä paremmaksi ja toimivammaksi.

Tutkimus toteutettiin kyselynä, joka jaettiin Keski-Suomen keskussairaalassa synnyttäneille äideille, joiden kohdalla lyhytjälkihoitoinen synnytys toteutui. Kysely sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Tutkimusaineisto käsiteltiin kvantitatiivisesti ja kvalitatiivisesti. Suljettujen kysymysten kohdalla tulokset esitetään diagrammeihin.

Suomessa lyhytjälkihoitoista synnytystä on ensimmäisenä toteuttanut Tampereen yliopistollinen sairaala. Siellä LYSY-toimintamalli on ollut käytössä vuodesta 2003 lähtien. Kokemukset Tampereella lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä olivat pääsääntöisesti pelkästään positiivisia. (Kujanpää & Rajala 2004, 59.) Ulkomaisista tutkimuksista on noussut esille perheiden kokema turvallisuuden tunne kotiutuessa lyhytjälkihoitoisesti (Persson & Dykes 2002, 53 – 59). Äidit ovat kokeneet sekä puolison antaman tuen että luottamuksen jatko-hoitojärjestelmään oleellisina tekijöinä päätöksessä kotiutua varhain (Löf, Svalenius & Persson 2006, 323 – 328).

Aihe on ajankohtainen. LYSY-synnytykset yleistyvät koko ajan ja on hyvin tärkeää, että ongelmatilanteita, kuten esimerkiksi vastasyntyneen kellastuminen, äidin tai vastasyntyneen infektiot tai mahdolliset imetysongelmat, pystytään ennakoimaan niin äidin kuin vastasyntyneen kohdalta. Lyhyt osastolla oloaika luo vanhempien ohjaukselle suuria haasteita.

2 LYHYTJÄLKIHOITOINEN SYNNYTYS

2. 1 Lyhytjälkihoitoinen ja polikliininen synnytys

Lyhytjälkihoitoinen synnytys (LYSY) tarkoittaa äidin ja vastasyntyneen kotiutumista sairaalasta 6 – 48 tuntia synnytyksen jälkeen. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä on antanut vuonna 1999 ohjeet lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kotiuttamisedellytyksistä sekä muista seikoista, jotka tulisi ottaa huomioon toiminnassa. Lisäksi sairaalat voivat asettaa omia varhaisen kotiutumisen ohjeita ja edellytyksiä. (Viisainen 1999, 75.)

Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen edellytyksenä on terveen odottajan normaalisti sujunut ja täysiaikainen raskaus, perhe on motivoitunut tähän hoitomuotoon ja omaa hyvät sosiaaliset edellytykset toipumiseen kotona. Perheen tulee myös olla tietoinen ja sitoutua LYSY:n ehtoihin, esimerkiksi vauvan ruokinnan onnistuttava. Lisäksi lapsivuodeajan tulee sujua normaalisti ja vastasyntyneen vointi on oltava hyvä. (Viisainen 1999, 75 - 76.) Kotiutuminen alle kahden vuorokauden jälkeen synnytyksestä tulee toteuttaa yksilöllisesti ja riskitekijät huomioon ottaen (Järvenpää 2002, 757).

Polikliininen synnytys tarkoittaa kotiutumista 6-24 tuntia synnytyksen jälkeen. Polikliinisen synnytyksen mahdollistamiseksi, se tulee suunnitella aina etukäteen yhteistyössä neuvolan kanssa. Synnytyksen tulee tapahtua virka-aikaan klo 7-16. Lisäksi synnytyksen tulee olla normaali sekä äidin ja vastasyntyneen vointi on oltava hyvä. Keski-Suomen keskussairaalassa on päädytty vastasyntyneen turvallisen elämän alun takaamiseksi, ettei polikliinista synnytystä suositella tai aktiivisesti markkinoida. (Puranen-Altamirano 2008, 6.)

Keski-Suomen keskussairaala on asettanut kriteereitä, jotka sekä äidin että vastasyntyneen tulee täyttää, jotta lyhytjälkihoitoinen synnytys ja varhainen kotiutuminen ovat mahdollisia. Synnytyksen on oltava alatiesynnytys, perätila- tai imukuppisynnytys käy myös lyhytjälkihoitaiseksi synnytykseksi. Lapsen syntymää edeltäneestä lapsivedenmenosta saa olla aikaa kulunut enintään 24 tuntia. Synnytyksen kolmas vaihe tulee olla säännöllinen, eikä vuoto synnytyksessä saa ylittää 1000 ml. Äidille voi olla tehtynä normaali episiotomia, myös pieni repeämä sallitaan, mutta hematomia ulkosynnyttimissä ei saa olla. Varhaisen kotiutumisen edellytyksenä on lisäksi, että äidillä on normaali verenpaine (140/90) ja virtsaus on onnistunut. Kohdun on oltava supistunut ja jälkivuodon normaalia. Imetyksen tai vauvan ruokinta pullosta sekä vauvan hoidon on onnistuttava. Äidin psyykinen vointi on oltava hyvä, jotta hän voi kotiutua lapsen kanssa, lisäksi kotona tulee olla aikuinen paikalla. (Puranen-Altamirano 2008, 6, 43.)

Myös vastasyntyneelle Keski-Suomen keskussairaala on asettanut kriteerit, jotka tulee täyttää, jotta lyhytjälkihoitoinen synnytys toteutuisi. Raskauden on tullut kestää 38 - 41 raskausviikkoa. Lapsen syntymäpaino tulee olla -2SD - +2SD -käyrien välissä. Lapsen Apgar -pisteiden tulee olla yhden ja viiden minuutin iässä vähintään seitsemän. Lapsen tulee olla hyvävointinen ja oireeton, keltaisuutta ei saa olla. Jos äiti on Rh-negatiivinen, vastasyntyneeltä otetaan bilirubiinikontrolli. Lapsen tulee läpäistä happisaturaatioseula, lämmön on oltava normaali sekä vastasyntyneen tulee olla virtsannut ja ulostanut. Lastenlääkäri tarkastaa aina vauvan ennen kotiinlähtöä, tarkastuksessa vastasyntyneellä ei saa ilmetä mitään poikkeavaa. (Mts. 44.)

Edellä mainitut lyhytjälkihoitoisen kotiutumisen kriteerit ovat laadittu Keski-Suomen keskussairaalan projektityössä, jossa sairaalalle on laadittu oma LYSY-malli. Tämä projekti toteutui vuoden 2007 aikana. Mallissa otettiin huomioon jokainen synnytysyksikön toimipiste: äitiyspoliklinikka, synnytysvuodeosasto ja synnytyssali. LYSY-pilotoinneista saatujen tulosten perusteella LYSY-toimintaa jatkettiin sairaalassa joulukuusta 2007 lähtien osana synnytysvuodeosaston toimintaa. Projektin aikana muokkautuivat LYSY-mallin hoitokäytänteet: ensimmäisen vuorokauden aikana kotiutuneet tulevat uuteen lastenlääkärin tarkastukseen vauvan ollessa 3-5 vuorokauden ikäinen ja 24 - 48

tunnin sisällä synnytyksestä kotiutuneille tehdään kotisoitto perheen niin halutessa kotiutumisen jälkeisenä tai sitä seuraavana päivänä. Vanhemmat saavat yhteystiedot, minne soittaa, jos kotona ilmenee tarvetta yhteydenotolle. (Puranen-Altamirano 2008, 27 – 30.)

2.2 Synnytyksen jälkeinen hoitotyö

Synnytyksen jälkeistä aikaa kutsutaan lapsivuodeajaksi (puerperium), jonka aikana naisen elimistö palautuu raskautta edeltäneeseen tilaan. Palautumisen eli regression lisäksi lapsivuodeaikana tapahtuu myös progressiivisia eli edistäviä muutoksia, kuten maidon erityksen käynnistyminen. Lapsivuodeajan kesto on yksilöllistä, keskimäärin se vaihtelee 5-12 viikkoon. Palautumista tapahtuu kuitenkin vielä noin vuoden ajan. Lapsivuodeosastolla äidit tavallisesti viipyvät 3-5 vuorokautta oman voinnin ja toiveiden mukaan. Tämän jälkeen he siirtyvät takaisin äitiysneuvolan asiakkaiksi. Kun kyseessä on lyhytjälkihoitoinen synnytys, äiti ja lapsi kotiutuvat 6-48 tunnin sisällä synnytyksestä. Äitiyshuolto päättyy vasta lapsivuodeajan lopulla suoritettavaan terveystarkastukseen eli jälkitarkastukseen. (Eskola & Hytönen 2005, 259.)

Viime vuosikymmenten aikana synnytyksen jälkeiset hoitoajat sairaalassa ovat lyhentyneet. Vielä vuonna 1991 synnyttäneistä noin 45 % kotiutui neljänten päivään mennessä. Vuoteen 2005 vastaava luku kasvoi 80 %:iin ja näistä äideistä yli neljäsosa kotiutui kahden päivän sisällä synnytyksestä. Vuonna 1996 erikoissairaanhoidossa raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteuden keskimääräinen hoitoaika oli 3.9 vuorokautta. Vuoteen 2007 mennessä vastaava luku on tippunut 3.4 vuorokauteen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2008, 122; STAKES 2009.)

Hoitoaikojen lyhentyessä ohjaukselta vaaditaan enemmän. Ohjauksen on oltava tiivistä ja vastasyntyneen voinnin seuranta hyvin tehokasta ennen varhaista kotiutumista. (Puranen-Altamirano 2008, 10). Äitien kokemat hoidon ja ohjauksen tarpeet vaihtelevat suuresti. Osa äideistä haluaa opetella vauvan hoidon perusteellisesti, ennen kuin kokee olemaan valmis kotiin lähtöön. Osa äideistä kaipaa mieleenpalauttamista ja varmistusta omalle osaamiselleen.

(Rekilä 2004, 45.) Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola ja Torppa (2006) ovat sitä mieltä, että kokonaisuudessaan resurssit ohjaamiselle ovat hyvät. Terveystoimenhenkilökunnalla on hyvät tiedot ja taidot, sekä myönteinen asenne potilaiden ohjaamiseen. Yleensä ohjaus toteutuu potilaslähtöisesti ja potilaan omaa aktiivisuutta tukien, mutta edelleen on kuitenkin tarpeellista kiinnittää huomiota potilaslähtöisen ohjauksen suunnitteluun. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa, 2006, 12.)

2.2.1 Synnyttäneen fyysisen voinnin seuranta ja ohjaus

Lapsivuodeaikaan kuuluu synnyttäneen tarkkailua ja ohjausta. Kätilön tulee huolehtia lapsivuoteisen äidin perustarpeista, puhtaudesta, erittämisestä, levosta ja riittävästä nesteiden ja ravinnon saannista. Ensitunteina seurataan tiiviisti kohdun supistumista, sekä jälkivuodon määrää ja laatua. Kohdun supistumista tulee seurata niin usein ja niin kauan, että saadaan varmuus verenvuodon vähenemisestä ja kohdun napakoitumisesta. Synnytyksen jälkeinen runsas verenvuoto tapahtuu yleensä ensimmäisenä synnytyksen jälkeisenä vuorokautena. Kätilön tulee keskustella äidin kanssa siitä, mikä on normaali vuoto, jotta äiti pystyy itsekin tarkkailemaan vuotoaan. Kun istukka ja jälkeiset ovat olleet täydelliset, ei runsasta verenvuotoa pitäisi esiintyä. Äidille on hyvä kertoa, että imettäminen käynnistää oksitosiinihormonin erittymisen, mikä supistaa kohtulihasta ja lisää näin ollen tilapäisesti vuodon määrää. Jos äiti kokee jälkisuupistukset hyvin kivuliaina, voi niitä hoitaa kipulääkkeillä, kunhan ne eivät estä imettämistä. Äidille on hyvä kertoa, että myös imettäessä voi käyttää tiettyjä kipulääkkeitä. Myös fyysinen rasitus eli esimerkiksi nosteleminen, lisää vatsan sisäistä painetta ja tämä saa kohdussa olevan haavapinnan vuotamaan hetkellisesti enemmän. (Eskola & Hytönen 2005, 259 – 266; Väyrynen 2007, 269 – 277.)

Usein äidin on vaikea virtsata heti synnytyksen jälkeen, tähän vaikuttaa muun muassa epiduraalipuudutus, joka vaikuttaa vatsan alaosan tuntoherkkyyteen ja vaikeuttaa siten virtsaamisen tarpeen tunnistamista sekä rakon tyhjentämistä. Lisäksi alapään kipu, ulkosynnyttimen limakalvojen turvotus ja mahdolliset repeämät vaikeuttavat osaltaan virtsaamista, siksi kipulääkitys voi olla tarpeen ennen virtsaamista. Kätilön kannattaa ohjata äiti suihkuttelemaan

alapäättä virtsaamisen yhteydessä, tällöin virtsaaminen usein hieman helpottuu. Myös suolen toiminta voi olla hidastunutta synnytyksen jälkeen. Äitiä ohjataan nauttimaan aamuisin pari lasillista vettä ja syömään runsaasti vihanneksia ja muita kuitupitoisia ruoka-aineita. (Eskola & Hytönen 2005, 259 – 266; Väyrynen 2007, 269 – 277.)

Kätilö seuraa lapsivuoteisen äidin synnytyksessä tapahtuneiden vaurioiden paranemista, repeämien ja episiotomian aiheuttamien haavojen turvotusta ja tarkkailee haavavuotoja. Kätilön tulee seurata alapään kipuja ja tarkistaa, johtuvatko ne voimakkaasta turvotuksesta, kiristävästä ompeleista tai vuotamaan jääneestä suonen päästä. Äidillä voi olla peräsuolikipuja, jotka voivat johtua rektumperforaatiosta tai peräpukamista. Vaikka äidillä olisi monenlaisia vaivoja ja kipuja, joita voidaan hoitaa kipulääkkeillä, kunhan ne eivät estä imettämistä, tulee äiti ohjata mahdollisimman varhain liikkeelle. Näin pyritään estämään laskimotukkotulehdus eli tromboflebiitti. Liikuntaa myös edistää verenkiertoa ja lihasten joustavuuden palautumista. Sen avulla myös suolen ja rakkon toiminta tehostuvat ja kohtu tyhjenee paremmin sinne kertyneestä vuodosta. Synnytyksen jälkeiset kuusi kuukautta ovat ihanteellista aikaa lihasten kiinteytymiselle. Liikunnan ja vastaavasti toki myös levon merkityksestä tulee keskustella äidin kanssa. (Eskola & Hytönen 2005, 259 – 266; Väyrynen 2007, 269 – 273.)

Heti synnytyksen jälkeen on tärkeää ohjata äidille itsensä hoitamista. Hyvä hygienia on tärkeää. Äiti hikoilee tavallista voimakkaammin ja hiki on hormonaalisista muutoksista johtuen voimakkaan tuoksuista. Jälkivuoto on veristä ja runsasta, sekä lisäksi alapäässä voi olla limakalvovaurioita, repeämiä tai väli-lihan vaurioita. Alapää on turvoksissa ja mahdolliset peräpukamat kiusaavat. Rinnat alkavat erittämään maitoa ja ovat turvoksissa ja kipeät. Kätilö ohjaa äidille, että kädet tulee pestä aina ennen ja jälkeen imettämisen hygieniasyistä. Alapää kannattaa pestä aina wc-käynnin yhteydessä ja side vaihtaa uuteen ja puhtaaseen, koska synnyttänyt äiti on erityisen altis infektioille, sillä kohdunsuu on vielä auki ja muodostaa näin ollen avoimen infektioportin. Omasta puhtaudesta kannattaa huolehtia, sillä hormonaalisten muutosten takia aineenvaihdunta vilkastuu synnytyksen jälkeen ja lisää hikoilua. Kätilön kannattaa mainita äidille, että leveäolkaimiset rintaliivit tukevat turvoksissa

olevia rintoja ja liivit tulisi vaihtaa päivittäin puhtaisiin, sillä maidon erittyminen aiheuttaa rintojen vuotamista. Äidille voi kertoa rintasuojuksista, jotka keräävät erittyvät maitopisarot. Äidille kannattaa kertoa, että venyneiden vatsanpeitteiden kuntoutus ja lantionpohjan lihasten voimistelu on hyvä aloittaa muutaman päivän kuluttua synnytyksestä. Vahvat lantionpohjalihakset vähentävät ilman karkailua ja mahdollista virtsainkontinenssia. Synnyttäneille tulisi opettaa sairaalassa harjoitukset, joiden avulla he pystyvät jatkamaan harjoituksia kotona. Kotiin mukaan kannattaa antaa kirjalliset ohjeet (Eskola & Hytönen 2005, 266; Väyrynen 2007, 273.)

Kun kyseessä on lyhytjälkihoitoinen synnytys, on äidin fyysisen voinnin seuranta samankaltaista kuin normaalisti kotiutuvalla äidillä. Ennen kuin äiti pääsee kotiin, on voinnin oltava hyvä. Äidillä ei saa olla infektion merkkejä, kuten esimerkiksi kuumetta. Jälkivuodon tulee olla normaalia ja kohdun hyvin supistunut. Äiti ohjataan tarkkailemaan näitä asioita ja hänen tulee olla tietoinen, mihin hän voi ottaa yhteyttä, jos ongelmia ilmenee. Maidoneritys on usein vasta alkamassa, kun äiti kotiutuu lyhytjälkihoitoisesti, siksi rintojen hoito tulee käydä läpi äitien kanssa tarkasti. Rintatulehduksen oireet ja hoito keskustellaan äidin kanssa. Perheelle kerrotaan, että on hyvin tärkeää tarkkailla omaa jaksamistaan. (Puranen-Altamirano 2008, 14 – 15.)

2.2.2 Synnyttäneen psyykkisen voinnin seuranta ja ohjaus

Lähes jokainen äiti kokee herkistymistä synnytyksen jälkeen. Voimakkaimmillaan herkistyminen on kolme-viisi päivää synnytyksen jälkeen. Tämä ”baby bluesiksi” nimetty ilmiö kestää tavallisesti muutamia päiviä. Tyypillisiä oireita sille on itkuherkkyys, mielialan vaihtelut, ärtyneisyys ja joskus myös ruokahallittomuus ja unihäiriöt. Nämä oireet on katsottu normaaliksi osaksi uuteen elämäntilanteeseen sopeutumista. Tällöin äiti tarvitsee ymmärrystä ja tukea. Normaalisti oireet häviävät muutaman viikon sisällä. On kuitenkin todettu, että herkistyminen lisää masennukseen sairastumisen vaaraa: viidesosalle äideistä herkistymistä seuraa synnytyksen jälkeinen masennus. (Hermanson 2008.)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet ovat voimakkaampia verrattuna synnytyksen jälkeisen herkistymisen oireisiin. Masennus voi alkaa aivan yllättäen tai alakuloisuus voi hiljalleen syventyä masennukseksi. Masennusoireilu on voimakkaimmillaan kolmen viikon ja kahden - kolmen kuukauden välillä synnytyksestä. Oireita ovat muun muassa itkuherkkyys, ärtyneisyys, unihäiriöt, alakuloisuus, ruokahaluttomuus, riittämättömyyden, toivottomuuden ja avuttomuuden tunteet sekä sopeutumiskyvyn puute, joka ilmenee yleensä suhteessa lapseen. Myös liiallinen huolestuneisuus lapsesta, epätavalliset kuvitelmat ja pelko siitä, että vahingoittaa lasta, ovat merkkejä masennuksesta. (Laitila & Ruotsalainen 2001, 19 – 20.)

On pystytty löytämään useita tekijöitä, jotka altistavat synnytyksen jälkeiselle masennukselle. Tekijät voivat olla äitiin liittyviä, kuten masennushistoria, suunnittelematon raskaus tai vaikea baby blues. Synnytykseen liittyviä: puuttuva tuki synnytyksen aikana, synnytys ei vastaa äidin mielikuvia, synnytykseen liittyneet komplikaatiot, äidin ja lapsen erottaminen, varhainen kotiutuminen tai vastasyntyneen kotitutumista viivästyttävä sairaus. Lapseen liittyviä masennukselle altistavia tekijöitä ovat: kaksoset tai kolmoset, puutteellinen kiintymys, lapsen terveyteen liittyvät ongelmat, lapsi ei vastaa toivottua esimerkiksi sukupuoleltaan, lapsen haastava temperamentti. Sosiaaliseen tilanteeseen liittyviä tekijöitä ovat: huono suhde puolisoon tai puolisoa ei ole, muut suuret stressitekijät, perheen aiemmat lapset, perheellä ei ole ulkopuolista tukea, sekä isän tai äidin työttömyys. (Hermanson 2008.)

Vaikka synnytyksen jälkeinen masennuksesta puhutaan aina vain enemmän, jää masennus kuitenkin usein tunnistamatta. Koska masennus ja synnytyksen jälkeiset normaalit psyykkiset oireet ovat hyvin samankaltaisia, on masennus vaikea tunnistaa. Äidit peittelevät masennusoireitaan, eivätkä uskalla hakea apua. Kielteisten tunteiden pelätään olevan väärää, koska ajatellaan, että ”äidin pitää olla onnellinen”. Juuri tämän takia normaalista herkistymisestä ja masennuksesta tulisi keskustella äidin kanssa, jolloin heillä olisi enemmän tietoa ja näin ollen valmiutta avun hakemiseen. (Hertzberg 2000, 1492 – 1493.)

Koska synnytyksen jälkeinen masennus ilmenee useimmiten lapsen syntymän jälkeisinä ensimmäisinä kuukausina, on sen tunnistaminen ja hoito pääasiassa terveydenhoitajien ja muun äidin hoidosta vastaavan henkilöstön käsissä (Koski & Mattinen 1998, 14). Näin ollen lyhytjälkihoitoinen synnytys ei juuri luo uusia haasteita äidin psyykkisen voinnin ohjaukselle ja tunnistamiselle. Ennen kotiutumista ohjauksessa on hyvä kertoa normaalista ohimenevästä herkistymisestä, ettei se tule äidille ja isälle yllätyksenä. Koska kontakti erikoissairaanhoidon on lyhyt, jää masennuksen tunnistaminen avopuolelle.

2.2.3 Imetyksen ohjaus

Imetys on yksi merkittävimmistä ohjauksen osa-alueista lapsivuodeajalla. Lapsi tavallisesti osoittaa olevansa valmis imemään, tällöin kättilö tarvittaessa ohjaa ja auttaa imettämässä. Kättilön on WHO:n kymmenen askeleen periaatteiden mukaisesti annettava äidille riittävästi oikeanlaista tietoa imettämisestä ja rintojen rakenteesta. Rintamaidon tulisi olla vastasyntyneen ensisijaista ja ainutta ravintoa ja jokaisella vastasyntyneellä on oikeus rintamaitoon. Imetysohjauksessa tulisi käydä läpi erilaiset imetysasennot, ympärivuorokautinen ja lapsentahtinen imettäminen, sekä mahdolliset imetykseen liittyvät ongelmat ja niiden ratkaiseminen. Vanhemmille tulee selittää, että tiheät imetyskerrat ovat hyvin tärkeitä maidonerityksen kannalta. Mitä tiheämmin vauva imee rintaa, sitä enemmän hän saa maitoa. Jos vauva ei jostain syystä herää itse vaatimaan ruokiaan riittävän usein, häntä houkutellessaan imemään eri keinoin, muun muassa juttelemalla, vaihtamalla vaippaa, ottamalla ihokontaktiin tai hieromalla kevyesti. Äidille tulee synnytyssairaalassa opettaa käsinlypsy. Tämä taito on todella arvokas silloin, jos vauva ei saa otetta täydestä rinnasta maidon noustua tai jos äidille tulee tiehyttukos. Perheelle tulee kertoa, että suositus on täysimettää lasta kuuden kuukauden ikään saakka. Äidinmaito riittää yksinomaiseksi ravinnoksi lapselle puolen vuoden ajan ja suojaa lasta erityisesti vakavilta infektioilta. Riittävä imetysohjaus antaa hyvät lähtökohdat kotona pärjäämiselle ja imetyksen onnistumiselle. Tärkeää on äidin itseluottamuksen vahvistaminen. Vanhempia ohjataan tarkkailemaan lasta, jotta he tietäisivät, milloin lapsi saa riittävästi maitoa. (Hannula, Leino-Kilpi & Puukka 2006,11 – 12; Hannula 2003 302 – 308, Koskinen 2008,18, 78 – 80.)

Tukea imettämiseen äidit saavat sosiaaliselta tukiverkostoltaan: puolisoilta, läheisiltä ja vertaisilta. Tuen saaminen terveydenhuollonorganisaatioilta ja ammattilaisilta olisi kuitenkin merkittävää. Tämä tuki on hyvin merkittävää, mikäli se vastaa äidin tarpeisiin. Jokaisen äidin tulisi sairaalasta kotiutua ollen tietoinen siitä, mistä tietää, että vauva saa tarpeeksi maitoa ja mitkä ovat keinot maidonerityksen lisäämiseen. (Hannula, Leino-Kilpi & Puukka 2006,11, 16; Hasunen & Ryyänen 2006, 28.)

Koska synnytyssairaalassa annetulla ohjauksella on tärkeä merkitys imetyksen käynnistymiselle ja myöhemmälle sujumiselle, WHO ja Unicef julkaisivat vuonna 1991 vauvamyönteisyys-ohjelman (the Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI). Ohjelman puitteissa jokaisen äidin tulisi saada tietoa imetyksen eduista sekä siitä, miten imetys onnistuu. Äiti autetaan varhaisimetykseen 30–60 minuutin kuluttua synnytyksestä lapsen imemisvalmiuden mukaan, sekä äitiä opastetaan imetykseen ja maidon erityksen ylläpitämiseen siinäkin tapauksessa, että hän joutuu olemaan erossa lapsestaan. Lapselle annetaan vain rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt muuta velvoita. Äidillä ja lapsella pitää olla mahdollisuus vierihoidon 24 tuntia vuorokaudessa. Kätilö kannustaa äitiä lapsentahtiseen (seurataan lapsen viestejä) imetykseen. Imetyille vauvoille ei anneta huvitutteja eikä heitä syötetä tuttipullosta. (Koskinen 2008, 15, 74.)

Kun imetysohjausta annetaan, tulisi myös isä huomioida, sillä lapsen isä on äidille tärkein epävirallinen tuen antaja. Isien odotetaan tukevan puolisoitaan imetyksessä ja isällä on monta roolia imetykseen liittyen. Mukana olo ja tukeminen ovat isän tärkeimpiä rooleja. Tukeminen on sekä konkreettista: varmistaa, että äidillä on riittävästi juotavaa ja hyvä asento, vauvan vaipan vaihtaminen ennen syöttöä että henkistä: uskon luomista ja kannustamista imetyspulmissa. Lisäksi isät huolehtivat äidille rauhallisen imetystilanteen, muun muassa pitämällä perheen muut lapset poissa. (Kurki & Nissinen 1997, 35 – 36.)

On tärkeää, että synnytyssairaalassa imetysohjaus painottuu käytännön taitojen harjoitteluun ja lapsen viestien tunnistamisen ohjaukseen. Koska hoitoajat ovat lyhyitä, liiallista tietopohjaista ohjausta kannattaa jopa välttää, jotta

keskeisten asioiden oppimiseen jää tarpeeksi voimavaroja. Perusasiat täytyy kuitenkin käydä hyvin ja käytännönläheisesti läpi. Kotiin mukaan annettava kirjallinen materiaali helpottaa muistamista. Vanhemmille voi esimerkiksi kertoa vapaaehtoisten doulien eli imetystukiäitien toiminnasta ja antaa esitteen mukaan. Imetystuki-illat voi olla merkittävä vertaistuen lähde. (Jyväskylän imetystukiryhmä, n.d., Koskinen 2008, 78 – 79.)

2.2.4 Vastasyntyneen seuranta ja vanhempien ohjaus

Pyrkimyksenä on, että terve vastasyntynyt pystyy olemaan vierihoidossa koko ajan syntymänsä jälkeen. Tämä edistää imetyksen onnistumista, lapsenhoidon oppimista ja perhesiteiden muodostumista. Vastasyntyneen adaptaatio on vielä syntymän jälkeen keskeneräistä ja siksi on hyödyllistä seurata vauvan hengitystä, sykettä, ihon väriä, lämpöä ja yleisvointia. Lisäksi seurataan nappaa, ihoa, ravitsemusta, painoa, pulauttelua ja oksentelua sekä myös virtsaa ja ulosteita. (Väyrynen 2007, 279 – 283.)

Vanhempien tulee osata tarkkailla vauvaansa, jotta he tietävät, koska lapsi saa riittävästi maitoa. Lapsi saa riittäväsi maitoa, kun hän on tyytyväinen imetämisen jälkeen ja nukkuu rauhallisesti, vaippa kastuu säännöllisesti ja uloste on pehmeän lakritsin näköistä ja muuttuu vähitellen sinapinkeltaiseksi, fontanelli ei saa olla kuopalla ja iho on kimmoisa. (Väyrynen 2007, 277 – 278.)

Myös lapsen käsittelyä tulee ohjata vanhemmille. Vastasyntyntä käsitellään rauhallisin ja turvallisoin ottein. Vauvan perustarpeet käsitellään vanhempien kanssa: vaippojen vaihto, pyllyn pesu, kylvettäminen ja ihon- ja navan hoito. Pukeutumisesta ja ulkoilusta keskustellaan vanhempien kanssa. (Väyrynen 2007, 277 – 278.)

Kun lapsi kotiutuu lyhytjälkihoitoisesti, on merkittävää kertoa vanhemmille vauvan perustarkkailun lisäksi kellastumisesta, infektiosta, hypernatremisesta kuivumisesta ja rakenteellisista poikkeavuuksista (sydänvika, ruoansulatuskanavan tukos ym.), joita ei välttämättä huomata ennen kotiutumista. Yleisiä oireita, jotka kertovat vauvan sairaudesta ovat muun muassa poikkeaa jänte-

vyys, syömisongelmat, hengitysvaikeudet, erilaiset kohtaukset ja tajunnan taso. (Järvenpää 2002; Metsähonkala & Salo 2004, 303 - 304; Tammela 2008, 633.)

Vanhemmille ohjataan, mitä asioita heidän tulee osata seurata vauvastaan, kun he kotiutuvat lyhytjälkihoitoisesti. Näitä ovat infektion merkit: kuume, lapsen yleiskunto, korkea pulssitaso ja tihentynyt hengitys (yli 70 krt./min.), heikko imeminen ja imetysongelmat, silmänvalkuaisissa näkyvä keltaisuus, navan poikkeavan paha haju ja punoitus, sekä näpyt ja rakkulat iholla. Jos jotakin edellä kuvatuista oireista ilmenee, vanhempien tulee ottaa yhteyttä sairaalaan tai tultava käymään sairaalassa. Yleisimmät syyt sairaalaan paluuseen ovat vastasyntyneen keltaisuus, infektiot ja kuivuminen. (Tomashek, Shapiro-Mendoza, Weiss, Kotelchuck, Borfield, Evans, Naninni & Declercq 2006, 64; Viisainen 1999, 77.)

2.3 Aiempia tutkimuksia perheiden odotuksista synnytyksen jälkeisestä hoidosta

Rekilän (2004) mukaan äidit toivovat, että lapsivuodeosastolla heidät huomioitaisiin yksilöinä. Jokainen äiti ja vauva ovat omanlaisiaan. Erityisesti äidit pitävät tärkeänä, että heidät hyväksytään yksilöllisesti. Myös isä ja vastasyntyneen sisarukset hyväksytään sellaisenaan. Yksilöllisyys on äitien mielestä mukana hoidon jokaisessa vaiheessa. Kätilöiden tulisi perehtyä perheen elämäntilanteeseen ja suunnitella hoitoa äidin ja isän kanssa yhdessä. Ohjausta tulisi antaa äidin lähtökohdista käsin ja käsitellä erityisesti äidin tärkeänä pitämiä asioita. Näin ohjauksesta muodostuu yksilöllistä. Äidin toiveet ja odotukset tulisi huomioida hyvin, eikä tätä tue kaavamainen ja ulkokohtainen ohjaus. Vanhempien toiveet voivat kohdistua muun muassa lisämaidon antamiseen tai huvituttiin. (Rekilä 2004, 26 – 29.)

Kojosen (2005) tutkimuksen mukaan vanhemmat odottavat synnytyksen jälkeiseltä hoidolta fyysisen voinnin seurantaa, äidin mielialan huomiointia ja keskusteluja hoitohenkilökunnan kanssa. Tutkimukseen vastanneet äidit halusivat omaa rauhaa vauvaan tutustumiseen ja ottaa itse kokonaisvastuun vauvanhoidosta. Paljon tietoa kaivattiin imetyksestä ja vauvanhoidosta. Hyvin tär-

keäksi koettiin myös perheen yhdessäolo ja isän huomiointi. Ohjauksen toivotaan olevan joustavaa ja yksilöllistä. Vanhemmat pitävät tärkeänä, että he oppivat tunnistamaan vauvan voinnissa ilmenevät poikkeavuudet ja tietävät, mihin voivat ottaa yhteyttä, jos jotain poikkeavaa ilmenee. Kannustusta ja ohjausta vanhemmuuteen toivotaan runsaasti. Tärkeänä synnytyksen jälkeisessä hoitotyössä äidit pitävät myös oman itsensä hoitamista ja kuntouttamista. Tietoa halutaan sopivista liikuntamuodoista ja mukaan halutaan kirjallisia ohjeita fyysisen kunnon ylläpitämisestä. (Kojonen 2005, 33, 39.)

Perheiden tuen tarve vaihtelee perheen elämäntilanteen mukaan. Tukea tarvitaan muun muassa lapsen syntymän aiheuttamista muutoksista, erityisesti parisuhteen muuttumisesta. Uudelleensynnyttäjien elämäntilannetta ja isejä tulisi huomioida enemmän. Perhe tulisi osasta huomioida sekä yksilöinä, että kokonaisuutena. Tuki voi olla tiedon jakamista, keskustelua, kuuntelua, ohjausta, läsnä olemista ja auttamista. Tukea perheet odottavat läheisiltään ja hoitotyön ammattilaisilta. Tuen tarve korostuu, jos perheelle tulee ongelmia omaan parisuhteeseensa tai lapsen hoidossa. (Paavilainen, Korkiamäki, Portan & Ijäs 2006, 19 – 20.)

McKellar, Pincombe ja Henderson (2006) ovat selvittäneet asioita, jotka olisivat valmistaneet vanhempia paremmin synnytyksen jälkeiseen aikaan kotona. Äidit olisivat kaivanneet muun muassa henkilökohtaisempaa ja käytännöllisempää ohjausotetta kättilöltä, rauhallisempaa ympäristöä ja yksilöllisempää ohjaussuunnitelmaa. Isät toivoivat erityisesti isille suunnattua ohjausta, mahdollisuutta yöpyä sairaalassa kumppanin luona, mahdollisuutta olla ohjaustilanteissa mukana sekä yksilöllistä ohjausta. (McKellar, Pincombe & Henderson 2006, 362.)

Rekilän (2004) tutkimuksessa äidit nostivat esille myös aktiivisuuden. Äidit kokivat, että arka ja hiljainen äiti jäi helposti yksin ongelmiansa kanssa. Osa äideistä oletti myös, että hoitajat automaattisesti tietävät, mitä hän tai hänen vauvansa tarvitsevat ja odottivat näin ollen saavansa automaattisesti kaiken tarpeellisen ohjauksen. Myös tasavertaisuutta äidit pitivät hyvin tärkeänä. Isät tulisi ottaa huomioon tasavertaisina vauvan hoitoa opeteltaessa. Ylipäättänsä perheen huomioimista äidit pitävät erityisen tärkeänä lapsivuodeosastolla ol-

lessaan. Muu perhe on äidin tärkeä tuki ja kiinteä osa kokonaisuutta. Vierailuajoissa perheen kohdalla tulisi olla joustavuutta. Myös ydinperhettä laajemmalla sosiaalisella verkostolla on merkitystä. Äidit tahtovat lapsivuodeosastolla ollessaan pitää yhteyttä perheen muihin lapsiin, muun muassa viettämällä heidän kanssa aikaa kahviossa. Äitien kokemat hoidon ja ohjauksen tarpeet vaihtelevat suuresti. Osa äideistä haluaa opetella vauvan hoidon perusteellisesti, ennen kuin kokee olemaan valmis kotiin lähtöön. Osa äideistä kaipaa mieleenpalauttamista ja varmistusta omalle osaamiselleen. (Rekilä 2004, 30 – 31, 34 – 39, 45, 60.)

Äidit toivovat imetysohjaukselta yhtenäisyyttä. Imetysohjauksen toivotaan olevan yksilöllisempää, jossa huomioitaisiin äidin aiemmat imetykset ja se, että myös uudelleensynnyttäjä kaipaa imetysohjausta. Tunteet ja toiveet tulisi käsitellä paremmin imetysohjauksen yhteydessä, sekä äidin hyvinvointi ja fyysinen tilanne tulisi myös ottaa huomioon. Myös ohjauksen etiikkaan ja äidin itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Tietoa äidit tarvitsevat imetyksen perusasioista ja ongelmista. (Hannula 2003, 95.)

Kuusiston & Piispan (2005) tutkimuksessa ilmenee, että mikäli imetyksen ohjaus lapsivuodeosastolla on riittämätöntä, se heikentää imetyksestä selviytymistä myös kotona. Toisaalta äidit korostavat myös sitä, että imetysohjaus on teoreettista ja omat taidot ja tavat kehittyvät kokemuksen myötä. (Kuusisto & Piispa 2005, 35.)

Äidit toivovat, että heitä ohjattaisiin erilaisista asioista etukäteen, eikä vasta sitten, kun jotain tapahtuu, esimerkiksi imetykseen liittyvissä asioissa tai mielen herkistymiseen liittyvissä asioissa. Ohjausta äidit kaipaavat myös parisuhteeseen, vanhemmuuteen ja seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Myös itsehoitoa tulisi ohjata äidille, eikä vain pelkästään keskittyä vastasyntyneen hoidon ohjaukseen. Äiti ja äitiyteen tukeminen eivät saa unohtua synnytyksen jälkeen. Äidit kokevat ahdistavana, jos ohjaukseen ei oteta heitä osallistuvana osapuolena mukaan, vaan ohjausta annetaan rutiinin omaisesti. Tärkeänä pidettiin myös tässä tutkimuksessa sitä, että ohjauksessa otettaisiin huomioon äidin aiemmat kokemukset ja tausta. Myös ohjauksen ajoittuminen on tärkeää

sen onnistumisen kannalta. Molempien vanhempien huomioiminen tasavertaisina on tärkeää. (Kuusisto & Piispa 2005, 23, 26 – 31.)

Ryttyläisen, Vehviläinen-Julkusen & Pietiläisen (2007) tutkimuksessa ilmeni, että naiset odottavat äitiyshuollon kehittyvän heidän tarpeidensa ja odotustensa mukaisesti. Naiset halusivat, että palvelut olisivat yksilöllisempiä. Naiset saisivat tietoa vaihtoehtoista ja valintamahdollisuuksista ja pystyisivät näin ollen osallistumaan ja vaikuttamaan hoitoonsa entistä enemmän. Naisten kokemuksia ja näkemyksiä palveluista ja hoidosta tulisi hyödyntää enemmän äitiyshuollon laadun mittaamisessa ja arvioinnissa. Henkilöstöä tulisi olla riittävästi ja heillä tulisi olla aikaa ja oikeanlaista ammattitaitoa. Sairaalaympäristöstä naiset tahtoisivat kodinomaisemman. Naiset toivoisivat, että neuvoloissa huomioitaisiin enemmän isää, parisuhdetta ja perheen synnytyksen jälkeistä aikaa Sairaalan ja neuvolan välinen yhteistyö tulisi saada saumattomammaksi, kehittämällä hoitoketjuja, lähete-palautekäytäntöjä ja soveltuvaa teknologiaa. (Ryttyläinen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2007, 22, 27.)

Kojosen (2005) tutkimuksessa ilmeni, että sairaalasta tutun kättilön kotikäyntiä pidetään merkittävänä. Siltä odotetaan erityisesti äidin fyysisen voimien seurantaa, mutta myös äidin mielialaa ja henkistä hyvinvointia tulisi seurata. Kotikäynnillä äidit tahtoisivat keskustella omasta jaksamisestaan, tuntemuksista ja parisuhteesta. Toivottiin, että yhteydenpito neuvolaan olisi joustavaa. Äidit halusivat konkreettisia hoito-ohjeita ja tietoa mahdollisesta hoitoavusta ja muista etuuksista. Vertaistukiryhmille olisi tarvetta synnytyksen jälkeen. Äidit toivovat myös, että perhevalmennus jatkuisi synnytyksen yli. (Kojonen 2005, 50 – 54.)

Yhteenvetona aiemmista tutkimustuloksista voidaan todeta, että äidit toivovat, että perheen tausta ja aiemmat kokemukset otettaisiin huomioon ohjaustilanteissa. Isä ja vastasyntyneen sisarukset tulisi hyväksyä sellaisenaan ja isät saisivat olla mukana ohjaustilanteissa tai heille olisi omaa ohjausta. Molemmat vanhemmat tulisi huomioida tasavertaisina. Lisäksi äidit toivovat, että esimerkiksi imetyksestä ja mielenherkistymisestä ohjattaisiin etukäteen, eikä vasta sitten, kun jotakin tapahtuu. Myöskään äiti ja äitiyteen tukeminen eivät saa

unohtua synnytyksen jälkeen, mikä korostaa itsehoidon ohjaamisen merkitystä.

2. 4 Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen edut

Varhainen kotiutuminen synnytyksen jälkeen luo paremmat mahdollisuudet vanhempien ja lapsen rauhalliselle ja häiriöttömälle kiintymiselle. Se edesauttaa imetyksen onnistumista, koska lapsi pääsee paremmin imemään omaan tahtiinsa kotona kuin sairaalassa. Lisäksi lapsi altistuu vähemmän sairaalabakteereille. (Järvenpää 2002, 757; Tammela 2008, 633.)

Terveen äidin ja vastasyntyneen paras paikka on koti, joten varhaisen kotiutumisen kehitystä ei voi eikä myöskään kannata yrittää kääntää toiseen suuntaan. Varhaisen kotihoidon on kuitenkin oltava turvallista. Lyhytjälkihoitoinen synnytystoiminta ottaa huomioon yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden ja toisaalta takaa turvallisen kotiuttamisen sekä riittävän sairaalahoidon sitä eniten tarvitseville. (Tammela 2008, 633, 636.)

Synnytyksen jälkeiseen varhaiseen kotiutumiseen liittyvistä taloudellisista säästöistä ei ole aivan todellista tietoa (Kirkinen 2004, 3159). Säästöjä kuitenkin tulee yhteiskunnalle sairaalakuluissa. Silti tulee huomioida, että avoterveydenhuollon kustannukset saattavat kasvaa. (Järvenpää 2002, 757.) Sveitsissä tehdyn tutkimuksen mukaan varhainen kotiutus teki 1 209 Sveitsin frangin nettosäästön. Lisäksi varhain kotiutuneiden imetys onnistui paremmin. Äitien terveydentilassa ei ollut eroja, eikä myöskään vauvojen ensimmäisen elinkuukauden aikana. Tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että merkittävästi useampi varhain kotiutunut lapsi oli tarvinnut tarkastusta tai hoitoa sairaalassa kuuden kuukauden iässä. Perheet olivat kuitenkin tyytyväisiä toimintamallin hoitoon. (Kirkinen 2004, 3159.)

Vastasyntyneellä hengityksen ja verenkierron sopeutuminen elämään kohdun ulkopuolella tapahtuu muutamassa minuutissa. Siksi niihin liittyvät häiriöt havaitaan usein ensimmäisinä elintunteina. Huolellisesti tehtynä vastasyntyneen lääkärin tarkastuksessa pystytään havainnoimaan lähes kaikki merkittävät löydökset jo yhden vuorokauden iässä. (Järvenpää 2002, 757 - 758.)

2.5 Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen haitat

Varhaisen kotiutumisen riskinä on vastasyntyneelle mahdollisten sairauksien viivästynyt tunnistaminen ja siitä seuraava viivästynyt hoito. Tällöin lapsen ennuste voi huonontua ratkaisevasti. Neonataali- ja imeväiskuolleisuuden riskin on osoitettu lisääntyneen, jos täysiaikainen lapsi on kotiutettu korkeintaan 30 tunnin iässä. Tällöin lapsella on suurentunut riski etenkin infektioihin ja sydänongelmiin verraten myöhemmin kotiutettuihin. (Järvenpää 2002, 758.) Usein nämä ongelmat alkavat näkyä selvinä oireina vasta 1-2 vuorokauden iän jälkeen (Tammela 2008, 633).

Perheen kotiuduttua synnytyksen jälkeen, jää vastuu vastasyntyneen ruokinnasta ja voinnin seurannasta vanhemmille. Kotona ei ole joskus vastasyntyneen tarkkailuun vaadittavia tutkimuslaitteita, laboratoriodiagnostiikkaa eikä yleensä vauvan painon seurantaan sopivaa vaakaa. Lisäksi esikoisen saaneen vanhemmilla ei ole kokemusta terveestä vastasyntyneestä vanhempien lasten kautta. (Tammela 2008, 633.)

Kun varhainen kotiutuminen on yleistynyt, on myös alle kuukauden ikäisten lapsien tuominen sairaalahoitoon lisääntynyt. Sairaalaan tuloon syynä on useimmiten lapsen kellastuminen ja kuivuma, monesti liika kellastuminen johdettu kuivumasta. Kellastumisen tilanne tulisi ennakoida. Epäselvissä tilanteissa lapsen veren bilirubiinipitoisuuden mittaaminen on turvallisinta. (Järvenpää 2002, 758.) Vastasyntyneen oikeasta imemistekniikasta ja äidin maidonerityksen riittävydestä ei aina voida saada riittävästi tietoa kahden ensimmäisen synnytyksen jälkeisen vuorokauden aikana (Tammela 2008, 633). Nykyisen imetyksymyönteisen ilmapiirin aikana on tullut esille kuivumatapauksia, joissa vauvaa on liian pitkään yritetty ruokkia äidin omalla rintamaidolla (Järvenpää 2002, 758).

Jos varhain kotiutuneen vastasyntyneen seuranta siirretään terveyskeskukseen ensimmäisten elinpäivien aikana, on uhkana hoitojen viivästyminen, mikä puolestaan ei ole vauvan edun mukaista. Välitön hoito voi pelastaa lapsen vammautumiselta ja hänen henkensä. Varhain kotiutumisen kustannusvaiku-

tuksia mietittäessä on huomioitava vammautumisen aiheuttamat kustannukset, jos seurannan laadusta tingitään. (Lehtonen 2008, 732.)

Suomen maantieteelliset olot täytyy ottaa myös huomioon kotiutus päätöstä tehtäessä. Suomessa saattaa olla pitkät matkat synnytyssairaaloihin ja päivystyksiköihin. Välimatkoja tulee miettiä, sillä neuvolalla ei ole kapasiteettia riittävään seurantaan eikä sillä ole päivystysvalmiutta, jos jotain sattuu. (Järvenpää 2002, 759.)

Neonatologian dosentti Anna-Liisa Järvenpään (2002) kokemukset lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä ovat hyvät ja hän kokee toimintatavan turvalliseksi. Hän työskennellessään ylilääkärinä Kätilöopiston sairaalassa (HUS) törmää vuosittain noin yhteen lapseen kuukaudessa, joka olisi joutunut sinivalohoittoon alle viikon iässä. Infektion takia hoitoon on otettu muutama yksittäinen lapsi. Vuodessa noin 1-2 lasta on otettu hoitoon syömiseen liittyvien ongelmien takia. (Järvenpää 2002, 759.)

2.6 Aiemmat tutkimukset lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä

Sairaalahoidon pituus synnytyksen jälkeen on lyhentynyt viimeisten vuosikymmenten aikana (Löf ym. 2006, 323). 1950-luvun alussa varhainen kotiutuminen sai alkunsa länsimaiden kiireisissä sairaaloissa, kun petipaikat eivät enää riittäneet. 1970- ja 1980-lukujen aikana varhainen kotiutuminen yleistyi. Tuolloin muutos johtui enemmän sosiaalisista kuin taloudellisista syistä: kotona haluttiin viettää enemmän aikaa vastasyntyneen kanssa. 1990-luvulla varhainen kotiutuminen herätti ajatukset myös mahdollisista negatiivisista puolista, etenkin korkeamman sosiaalisemman riskin perheissä, joiden selviytymisestä vastasyntyneen kanssa ei voitu olla täysin varmoja. (Britton, Britton & Gronwaldt 1999, 1070.)

Lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä on paljon erilaisia käytäntöjä eri maiden ja sairaaloiden välillä. Perheen kotiuduttua jatkohoito vaihtelee, ei minkään ja suunnitellun kätilön tekemän kotikäynnin välillä. (Löf ym. 2006, 323.)

Lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä löytyy enemmän tutkimustietoa ulkomailta kuin Suomesta. Suomessa Tampereen yliopistollinen sairaala on ensimmäinen, jossa lyhytjälkihoitoista synnytystä on lähdetty toteuttamaan vuonna 2003. Kujanpään ja Rajalan (2004) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin perheen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Perheiden kokemukset LYSY:stä olivat positiivisia ja siitä toivottiin pysyvää käytäntöä. Perheet kokivat ohjausta lukuun ottamatta LYSY:n myönteisempänä kuin hoitohenkilökunta. Lähes puolet perheistä koki, ettei ohjaus osastolla ollut riittävää. (Kujanpää & Rajala 2004 59, 61.)

Puranen-Altamiranon (2008) Keski-Suomen keskussairaalassa vetämästä projektityöstä saadut tulokset ja kokemukset vanhemmilta ovat pelkästään positiivisia. Vanhemmat kokivat kotiutumisen turvallisemmaksi, kun he tiesivät, että kätilö soittaa heille seuraavana tai sitä seuraavana päivänä kotiutumisesta. Ne vanhemmat, joiden lapselleen tehtiin vielä toinen lastenlääkärin tarkastus, kokivat sen hyväksi. (Puranen-Altamirano 2008, 29.)

Keski-Suomen keskussairaalasta saadut kokemukset osoittivat, että LYSY-mallin tultua osaksi hoitoa, tiukkojen kotiutumiskriteerien takia hoitoajat pitenevät. LYSY-projektin aikana tarkan määritelmän takia varsinaiset lyhytjälkihoitoisesti kotiutuneet perheet vähenivät. Keski-Suomen keskussairaalan henkilökunta suhtautui toimintaan kaksijakoisesti: osa epäili mallin tarvetta ja toimivuutta, mutta osa piti projektia tärkeänä hoidon laadun parantajana. (Puranen-Altamirano 2008, 29, 32.)

Tampereella työskentelevä kätilö Merja Alarautalahti kertoo, että varhaisen kotiutumisen jälkeen eniten äitejä on mietityttänyt imetys, täydet rinnat ja vauvan mahdollinen keltaisuus. Nämä tilanteet ovat aina selvinneet puhelimitse, kotikäynnillä tai sitten vauva on tuotu osastolle tutkittavaksi. Alarautalahti toteaa, että varhain kotiutuneet äidit ovat nukkuneet hyvin ja vauvojen painot ovat nousseet hienosti kotona. (Rapo-Puustinen 2008, 602.)

Ulkomaisissa tutkimuksissa on todettu seuraavanlaisia tuloksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Perssonin ja Dykesin (2002) tutkimus käsittelee vanhempien kokemuksia varhaisesta kotiutumisesta synnytyksen jälkeen Ruot-

sisä. Tässä tutkimuksessa vanhemmat kokivat tärkeäksi kättilön persoonan ja hänen käytöksensä. Vanhempien mielestä merkittävintä käytöksessä oli voimavaralähtöisyys ja rohkaiseminen varhaiseen kotiutumiseen. Kätilön käytöksellä oli suuri merkitys koko kokemukseen. Lisäksi vanhemmat kokivat, että varhainen kotiutuminen lisäsi yhteenkuuluvuuden tunnetta ja etenkin isä koki, äidin ja vauvan ollessa pian kotona, pystyvänsä paremmin osallistumaan lapsen elämän ensi hetkiin. Kolmas asia, jonka vanhemmat nostivat esille, oli fyysinen hyvinvointi. Kun äiti ja vastasyntynyt voivat hyvin, imettäminen onnistuu ja lapsi on todettu terveeksi lastenlääkärin tarkastuksessa, pystyi perhe lähtemään turvallisesti kotiin jo varhain. Neljäs seikka oli itsemääräämisoikeus, joka nousi tutkimustuloksissa esille. Vanhemmat kokivat hyvin tärkeäksi, että saivat itse päättää miten tekevät kotiutumisen suhteen. Myös kotikäynti oli tärkeä ja päätös siitä kuinka monta kotikäyntiä perhe koki tarvitsevansa. Nämä neljä pääosatekijää, kättilön käytös; yhteenkuuluvuudentunne; fyysinen hyvinvointi ja itsemääräämisoikeus, muodostavat tutkimuksessa ydinasian, turvallisuuden tunteen, joka luo pohjan varhaiselle kotiutumiselle synnytyksen jälkeen. (Persson & Dykes 2002, 53 - 59.)

Toinen Ruotsissa tehty tutkimus selvitti, mitkä tekijät vaikuttivat ensisynnyttäjien äitien valintaan ja kokemukseen varhaisesta kotiutumisesta. Tutkimuksen äidit olivat kotiutuneet 9½ - 36 tuntia synnytyksestä. Kokemuksia seurattiin viikon ajan kotiutumisen jälkeen, tutkimukseen osallistuneille ei tehty kättilön suorittamia kotikäyntejä. Tutkimustuloksista nousi ehdottoman suurimmaksi tekijäksi, joka vaikutti äitien valintaan kotiutua varhain, turvallisuuden ja luottamuksen tunne. Tätä tunnetta vahvistivat kokemukset siitä, että kykenee kohtaamaan vauvan tarpeet, tunsivat olonsa taas ”normaaliksi” ja että sai tukea puolisoltaan. Tärkeää lisäksi oli, että äidit pystyivät luottamaan jatkohoitajärjestelmään. Kaikki tutkimuksen äidit kokivat varhaisen kotiutumisen positiivisena. Tutkimuksen johtopäätös on, että sovittu soitto kotiin ja seurantakäynti kättilön luo sairaalaan voivat olla riittävä jatkohoito, kun ensisynnyttäjä on kotiutunut varhain. (Löf ym. 2006, 323 – 328.)

Britton ym. (1999) ovat tutkineet imetyksen, lapsen kiintymyssuhteen sekä äidin ja lapsen välisen vuorovaikutuksen onnistumista verraten synnytyksen jälkeen varhain ja myöhempään kotiutuneita äitejä ja lapsia. Tutkimuksen tu-

lokset osoittavat, ettei löytynyt merkittäviä eroja näiden kahden ryhmän välillä edellä mainituissa asioissa. Imetys onnistui jopa paremmin varhain kotiutuneilla, kun lapsi oli kolmen kuukauden vanha. Lähes 70 % kaikista äideistä oli sitä mieltä, että sairaalassaoloaika oli ollut sopiva. (Britton ym. 1999, 1070 – 1073.)

Yhdysvaltojen Kaliforniassa tehdyssä tutkimuksessa verrataan kotikäyntejä ja klinikkakäyntejä keskenään, kun perhe on kotiutunut varhaisesti sairaalasta synnytyksen jälkeen. Tutkimuksessa varhaisen kotiutumisen raja oli 48 tuntia ja kotikäynti tai klinikkakäynti suoritettiin kolmantena tai neljäntenä päivänä synnytyksestä. Tutkimustulokset kertovat, että kotikäynnit antavat saman kliinisen lopputuloksen kuin klinikkakäynnitkin, mutta äidit olivat paljon tyytyväisempiä kotikäynteihin. 70 minuutin kotikäynti (sisältäen ajan, joka hoitajalta kuluu matkoihin) oli paljon kalliimpi kuin 20 minuutin klinikkakäynti, jossa vanhemmat itse tulevat sairaalaan. Kotikäynnin hinnaksi tuli 255\$ ja klinikkakäynnin 120\$. Samassa tutkimuksessa todettiin, että yleisin syy, miksi vastasyntyneen pitää palata sairaalaan, on keltaisuus. (Lieu, Braveman, Escobar, Fischer, Jensvold & Capra 2000, 1058, 1061.)

Meiklen, Lyonsin, Hulacin ja Orleansin (1998) tutkimus käsitteli sairaalasta kotiutumisen jälkeen tapahtuvia uudelleen sairaalaan tuloja ja avohuollon kontakteja, kun kyseessä on ollut alatiesynnytys. Tutkimustulokset osoittavat, että varhainen kotiutuminen (alle 48 tuntia synnytyksestä) ei ole yhteydessä uudelleen sairaalaan tuloon. Päinvastoin, pidempi sairaalassa oloaika liittyi sairaalaan uudelleen kirjautumiseen ja lisääntyneisiin avohoidon kontakteihin. Toisaalta perheet, joilla voisi tulla mahdollisia ongelmia, ei kotiuteta varhain. Raskausmyrkytys sekä ennenaikainen ja instrumentaalinen synnytys olivat tekijöitä, jotka liittyivät lisääntyneisiin avohoidon kontakteihin. Vastasyntyneiden kohdalla ei havaittu yhteyttä kotiutumisen ajankohdan ja uudelleen sairaalaan tulemisen välillä. Kotikäynnit vähensivät sairaalaan tuloa ja avohoidon käyntejä. (Meikle ym. 1998, 166 – 170.)

Gözüm ja Kilic (2005) ovat tutkineet turkkilaisten naisten terveysongelmien yhteyttä varhaiseen kotiutumiseen synnytyksen jälkeen. Turkissa suurimmaksi ongelmaksi on muodostunut tiedonkulun heikkous. Synnytyssairaala tai äiti

itse ei välitä tietoa ongelmista terveyskeskukseen kätilölle ensimmäisen synnytyksen jälkeisen viikon aikana. Tämän takia 51,8 % äideistä ei ollut käynyt kätilön luona synnytyksen jälkeen. Ongelman taustalla oli, ettei varhaiselle kotiutumiseen ollut laadittu mitään sääntöjä tai ohjeistuksia. Tutkimuksessa olleiden naisten keskiverto sairaalassaoloaika synnytyksen jälkeen oli seitsemän tuntia. Turkissa sairaalassaoloaika on vähentynyt viime vuosina. Tulokset ilmensivät myös tosiasian, etteivät äidit saaneet tarvittavaa tietoa lapsivuodeajan ongelmista. Sairastavuus lapsivuodeajalla oli korkea. Yleisimmät ongelmat olivat uupumus, unettomuus, rintaongelmat, ummetus, kuume ja episiotomiakivut. Vain uupumuksella havaittiin olevan yhteys varhaiseen kotiutumiseen. Sairaalassaoloajan pituudella ei ollut merkitystä imetykseen. Pidempään sairaalassa olleet äidit tiesivät enemmän hygienia-asioista. Tutkimuksessa olleista naisista 42 % käytti lääkärin palveluita lapsivuodeajan ongelmiin. (Gözûm & Kilic 2005, 371 – 372, 374 – 377.)

Aiempien tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että lyhytjälkihoitoinen synnytys on pääsääntöisesti koettu positiivisena sekä perheiden että hoitohenkilökunnan osalta. Suomessa ei ole vielä erikseen tutkittu vanhempien tyytyväisyyttä varhaiseen kotiutumiseen ja siihen liittyviin tekijöihin. Ulkomailta tulleet tulokset osoittavat, että äideille on ollut tärkeää turvallisuuden tunne ja puolisoilta saatu tuki. Lisäksi kotikäynti on koettu tärkeäksi osaksi lyhytjälkihoitoista synnytystä. Imetys on onnistunut jopa paremmin varhain kotiutuneilla äideillä. Hyvän hoitotuloksen saamiseksi riittävä ohjaus ja tiedonanto ovat tärkeitä, kun perhe kotiutuu lyhytjälkihoitoisesti.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa Keski-Suomen keskussairaala-
sa synnyttäneiden äitien kokemuksista lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä ja
tarkastella hoitomallin toimivuutta äitien näkökulmasta.

Opinnäytetyössä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Olivatko äidit tyytyväisiä lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen?
2. Mihin asioihin äidit olivat tyytyväisiä ja mihin eivät?
3. Miten äidit kokivat saamansa ohjauksen lyhytjälkihoitoisen synnytyksen
yhteydessä?
 - ohjauksen riittävyyden
 - ohjauksen sisällön
4. Miten äidit kokivat kotonaolon lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen?
 - kotonaolon turvallisuuden
 - mahdolliset ongelmat kotona
 - avun saannin tarvittaessa kotona

Tavoitteena on saada tietoa äitien kokemuksista lyhytjälkihoitoisesta synny-
tyksestä. Niiden avulla voidaan kehittää Keski-Suomen keskussairaalan syn-
nytyksikön LYSY-hoitokäytäntöjä sekä vahvistaa äitien hyväksi kokemiaan
asioita. Lisäksi synnytysyksikkö saa tärkeää palautetta uudesta hoitomallista.

4 AINEISTO

Tutkimuksen kohderyhmänä on Keski-Suomen keskussairaalassa synnyttä-
neet äidit, jotka ovat synnytyksen jälkeisessä hoidossa olleet osastolla 5 (syn-
nytysvuodeosasto) ja täyttävät lyhytjälkihoitoisen synnytyksen ehdot. Keski-
Suomen keskussairaalassa LYSY-toiminta on vielä melko uutta, eikä äitien
kokemuksia ja tyytyväisyyttä tästä hoitomuodosta ole vielä tutkittu.

Keski-Suomen keskussairaalassa on synnytyksiä kuukaudessa noin 250, ke-
sän ja alkusyksyn 2009 aikana enemmän. Lyhytjälkihoitoisesti kotiutuu noin

30 % synnyttäjistä. Näin ollen oletimme, että kyselylomakkeet tulisivat jaetuksi noin puolentoista kuukauden aikana.

Huhtikuussa 2009 saimme valmiiksi tutkimussuunnitelman, jolla haimme tutkimuslupaa. Tutkimussuunnitelma käsiteltiin Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien johtoryhmässä ja tutkimuslupa myönnettiin meille 11.5.2009 (liite 1). Kävimme osastolla 5 kertomassa osastonhoitajalle ja kätilöille tutkimuksestamme, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta. Pyrimme motivoimaan hoitohenkilökunnan mahdollisimman hyvin, jotta he muistaisivat jakaa kyselyt äideillä ja kannustaa äitejä osallistumaan tutkimukseen. Kyselylomakkeita jätettiin osastolle 5 toukokuussa 2009 jaettavaksi sata (100) kappaletta. Äideille annoimme ohjeeksi vastata kahden viikon kuluttua kotiutumisesta. Kyselyiden jako tapahtui odotettua hitaammin. Kävimme ajoittain muistuttamassa osastolla tutkimuksestamme. Lokakuun 2009 alussa kyselyjä oli jaettu 80 kappaletta, jolloin päätimme lopettaa kyselyiden jakamisen. Vastauksia saimme 34 kappaletta kesä- lokakuun aikana. Näistä yksi vastaus oli lähetetty tyhjänä, joten analysoitavia vastauksia oli 33 kappaletta. Tästä vastausprosentiksi tuli 41 %.

5 MENETELMÄT

Aineiston keruu toteutui kyselyn avulla, jossa on sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä (liite 2). Kyselylomakkeet jakoivat osastolla 5 työskentelevät kätilöt niille äideille, joiden kohdalla lyhytjälkihoitoinen synnytys toteutui. Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje (liite 3) sekä postimerkillä varustettu palautuskuori. Saatekirjeessämme kerrottiin opinnäytetyöstämme. Lisäksi se toivon mukaan motivoi äitejä vastaamaan.

Kyselylomakkeiden etuna pidetään sitä, että sen avulla aineiston kerääminen on melko helppoa ja tehokasta. Myös suuren aineiston kokoon saaminen on kyselyn avulla mahdollista, samalla pystytään kysymään monia asioita yhdellä kertaa. Kyselylomakkeen heikkouksina pidetään sen pinnallisuutta ja sitä, että tutkijan on vaikea tietää, kuinka huolellisesti ja rehellisesti kyselyyn on vastattu. On myös mahdollista, että tutkimukseen osallistuja ymmärtää kysymyksen väärin. Kyselytutkimuksessa ei tiedetä, miten vastaajat ovat perehtyneet asi-

aan, josta kysymyksiä esitetään. Kyselytutkimuksen riskinä on kato eli vastaamattomuus, joka saattaa nousta suureksi. Myös tulosten tulkinta voi osoittautua ongelmalliseksi. Kyselylomake on tavallisesti kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen menetelmä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195.) Valitsimme kyselyn tutkimusmenetelmäksi, koska haluamme saada tietoa melkoisolta joukolta lyhytjälkihoitoisesti synnyttäneitä äitejä sekä saada yleiskuvan lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä äitien kokemana.

Kysely tunnetaan yhtenä survey-tutkimuksen menetelmänä. Aineistoa kerätään standardoidusti ja kohdehenkilöt muodostavat otoksen. Standardoitu kysely tarkoittaa, että kysymykset kysytään kaikilta vastaajilta täysin samalla tavalla. (Mts. 193.) Olemme johtaneet kysymykset aiemmista tutkimustuloksista ja kirjallisuudesta.

Kyselylomakkeen kysymykset 1. – 6. käsittelevät vastaajan ja hänen raskautensa taustatietoja. Näin saamme oleellista tietoa siitä, minkälainen äiti kotiutuu lyhytjälkihoitoisesti. Kysymyksellä 7. kartoitetaan äitien tyytyväisyyttä heidän kotiutumiseen lyhytjälkihoitoisesti.

Kysymykset 8. – 17. käsittelevät äitien saamaa ohjausta synnytysvuodeosastolla. Pyrimme löytämään kysymyksiin oleellisimpia asioita kotona selviytymisen sekä varhaisen kotiutumisen kannalta. Kysymykset kahdeksan ja yhdeksän perustuivat varhaisen kotiutumisen riskeihin ja perheille tulevaan suurempaan vastuuseen. Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä vastuu vauvan tarkkailusta ja hoidosta sekä ruokintaan liittyvistä asioista siirtyy varhemmin vanhemmille (Tammela 2008, 633).

Imetykseen liittyviä tärkeimpiä ohjattavia asioita käsittelevät kysymykset 10. – 13. Jokaisen äidin tulisi sairaalasta kotiutuessaan olla tietoinen siitä, mistä tietää, että vauva saa tarpeeksi maitoa ja mitkä ovat keinot maidonerityksen lisäämiseen. (Hannula, Leino-Kilpi & Puukka 2006, 11, 16; Hasunen & Ryyänen 2006, 28.)

Äitien saamaa ohjausta vauvan hoidosta ja tarkkailusta selvittivät kysymykset 14. ja 15. Vanhemmille ohjataan, mitä asioita heidän tulee osata seurata vau-

vastään, kun he kotiutuvat lyhytjälkihoitoisesti. Näitä ovat infektion merkit: kuume, lapsen yleiskunto, korkea pulssitaso ja tihentynyt hengitys (yli 70 krt./min.), heikko imeminen ja imetysongelmat, silmänvalkuaisissa näkyvä keltaisuus, navan poikkeavan paha haju ja punoitus, sekä näpyt ja rakkulat iholla. Jos jotakin edellä kuvatuista oireista ilmenee, vanhempien tulee ottaa yhteyttä sairaalaan tai tultava käymään sairaalassa. Yleisimmät syyt sairaalaan paluuseen ovat vastasyntyneen keltaisuus, infektiot ja kuivuminen. (Tomashek, Shapiro-Mendoza, Weiss, Kotelchuck, Borfield, Evans, Naninni & Declercq 2006, 64; Viisainen 1999, 77.)

Kysymys 16. kartoitti äidin saamaa ohjausta itsensä hoitamiseen. Kun kyseessä on lyhytjälkihoitoinen synnytys, on äidin fyysisen voinnin seuranta samankaltaista kuin normaalisti kotiutuvalla äidillä. Ennen kuin äiti pääsee kotiin, on voinnin oltava hyvä. Äidillä ei saa olla infektion merkkejä, kuten esimerkiksi kuumetta. Jälkivuodon tulee olla normaalia ja kohdun hyvin supistunut. Äiti ohjataan tarkkailemaan näitä asioita ja hänen tulee olla tietoinen, mihin hän voi ottaa yhteyttä, jos ongelmia ilmenee. Maidoneritys on usein vasta alkamassa, kun äiti kotiutuu lyhytjälkihoitoisesti, siksi rintojen hoito tulee käydä läpi äitien kanssa tarkasti. Rintatulehduksen oireet ja hoito keskustellaan äidin kanssa. Perheelle kerrotaan, että on hyvin tärkeää tarkkailla omaa jaksamistaan. (Puranen- Altamirano 2008, 14 – 15.)

Kysymys 17. selvitti äidin saamaa ohjausta psyykkiseen terveyteen liittyen. Lähes jokainen äiti kokee herkistymistä synnytyksen jälkeen. Voimakkaimmillaan herkistyminen on kolme- viisi päivää synnytyksen jälkeen. Tämä ”baby bluesiksi” nimetty ilmiö kestää tavallisesti muutamia päiviä. Tyypillisiä oireita sille on itkuherkkyys, mielialan vaihtelut, ärtyneisyys ja joskus myös ruokahaluttomuus ja unihäiriöt. Nämä oireet on katsottu normaaliksi osaksi uuteen elämäntilanteeseen sopeutumista. Tällöin äiti tarvitsee ymmärrystä ja tukea. Normaalisti oireet häviävät muutaman viikon sisällä. On kuitenkin todettu, että herkistyminen lisää masennukseen sairastumisen vaaraa: viidesosalle äideistä herkistymistä seuraa synnytyksen jälkeinen masennus. (Hermanson 2008.)

Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kotiutusvaihetta ja ensihetkiä kotona käsittelivät kysymykset 18. – 21. Koska varhainen kotiutuminen siirtää vastuuta enemmän vanhemmille, halusimme tietää, tunsivatko vanhemmat olonsa turvalliseksi kotiutuessaan sekä oliko heille selvillä mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Näistä asioista muodostuivat kysymykset 18. ja 20. Ohjauksessa isät tulisi ottaa huomioon tasavertaisina vauvan hoitoa opeteltaessa (Rekilä 2004, 34 - 39). Puolisoiden saamaa ohjausta kotiutuessa selvitti kysymys 19. Keski-Suomen keskussairaalan synnytysvuodeosaston lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoitomalliin kuuluu, että äideille tarjotaan mahdollisuutta kätilön tekemään kotisoittoon, jos he eivät tule toiselle lääkärintarkastuskäynnille. Kysymyksellä 21. halusimme saada tietoa siitä, millaisen hyödyn äidit olivat saaneet kotisoitosta.

Kysymys 22. selvitti äitien halukkuutta kotiutua lyhytjälkihoitoisesti uudestaan jos synnyttäisivät vielä tulevaisuudessa. Tällä kysymyksellä mielestämme saamme tietoa äitien tyytyväisyydestä lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen, joka on yksi tutkimuskysymyksemme.

Kysymykset 24. ja 25. kartoittivat kotona ollutta tukiverkostoa sekä puolison merkitystä synnytyksen jälkeen. Äidin muu perhe, etenkin puoliso ja sosiaalinen verkosto ovat äidille tärkeä tuki ja osa kokonaisuutta (Rekilä 2004, 34 - 39). Näin ollen halusimme selvittää, minkälainen tukiverkosto löytyy äideiltä, jotka haluavat kotiutua lyhytjälkihoitoisesti.

Avokysymyksellä 26. tiedustelimme, oliko äideillä ilmennyt kotona jotain ongelmatilanteita tai asioita, joihin ei ollut osannut varautua? Kysymys pohjautuu imetyksen, itsensä hoidon ja vauvan hoidon ja tarkkailun teoriaan.

Halusimme, että äidit saavat vapaasti kertoa kokemuksistaan lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä, tätä varten oli kysymys 23. Kysymyksen 27. tarkoituksena oli antaa meille lisää tietoa tutkimuskysymyksiimme sekä äitien toiveista synnytysvuodeosastojakson ajalle.

6 AINEISTON ANALYYSI

Aineisto analysoidaan kvalitatiivisesti ja kvantitatiivisesti. Kyselyssä on sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa äitien kokemuksista. Niiden avulla voidaan kehittää sairaalan LYSY-hoitokäytäntöjä.

Avoimet kysymykset analysoimme sisällön analyysin avulla. Pyrimme saamaan sanallisen ja selkeän kuvauksen äitien vastauksista. Aineisto on tarkoitus saada tiiviiseen ja selkeään muotoon. Analyysin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen eli aineistosta pyritään luomaan mielekäs, selkeä ja yhtenäinen informaatiokokonaisuus. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 112 – 113; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110 – 115.)

Aineiston on tärkeä tutkimuksen vaihe, vaikka usein se mielletään mekaanisena tapahtumana. Aineiston keruun jälkeen se täytyy analysoida, jotta tutkimuksen tulokset saadaan näkyviin. Tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat sisällönanalyysia. Analyysissa ei tarvitse analysoida kaikkea tietoa, vaan siinä haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Aineistosta saadut merkitykselliset ilmaisut ovat pohjana pelkistämislle. Tulosten raportoinnin yhteydessä voidaan esittää lainauksia tutkimusaineistosta, joilla oikeutetaan tehdyt päätelmät. (Kylmä & Juvakka 2007, 110, 112–113, 117.)

Suljetut kysymykset analysoimme kvantitatiivisesti. Niistä esitämme prosenttiosuudet ja frekvenssit. On kuitenkin tärkeää muistaa, että pelkkä analysointi ei riitä, vaan tarvitaan myös johtopäätöksiä. Tuloksia täytyy tulkita ja selittää. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 140, 224 – 225.)

Suljettujen kysymysten tulokset laskimme manuaalisesti yhteen eri vastausvaihtoehtojen välillä. Siirsimme tulokset excel- taulukkolaskentaohjelmaan jonka avulla esitämme tulokset diagrammeihin. Jokaisen diagrammin yhteydessä selvensimme sitä kirjallisesti analysoiden.

Avoimet kysymykset luimme ensin useaan kertaan läpi. Pohdimme keskustelemalla, mitä vastauksia avoimet kysymykset antoivat tutkimuskysymyksiimme. Lähdimme kirjoittamaan vastauksia paperille jokaista kysymystä erikseen käsitellen. Äitien vastauksista poimitut asiat erittelimme paperille, joista nousi esiin samankaltaisuuksia ja näistä muodostui analysoinnissa alaluokkia. Alaluokista saimme muodostettua pääluokat. Tässä raportissa olemme vahvistaneet tekstistä sisällön analyysin avulla saamamme pääluokat luettavuuden helpottamiseksi. Jotta tutkimus ei jää vajaaksi lähdimme työstämään tuloksista johtopäätöksiä, joita olimme jo pohtineet koko analysointiprosessin ajan.

7 TUTKIMUSTULOKSET

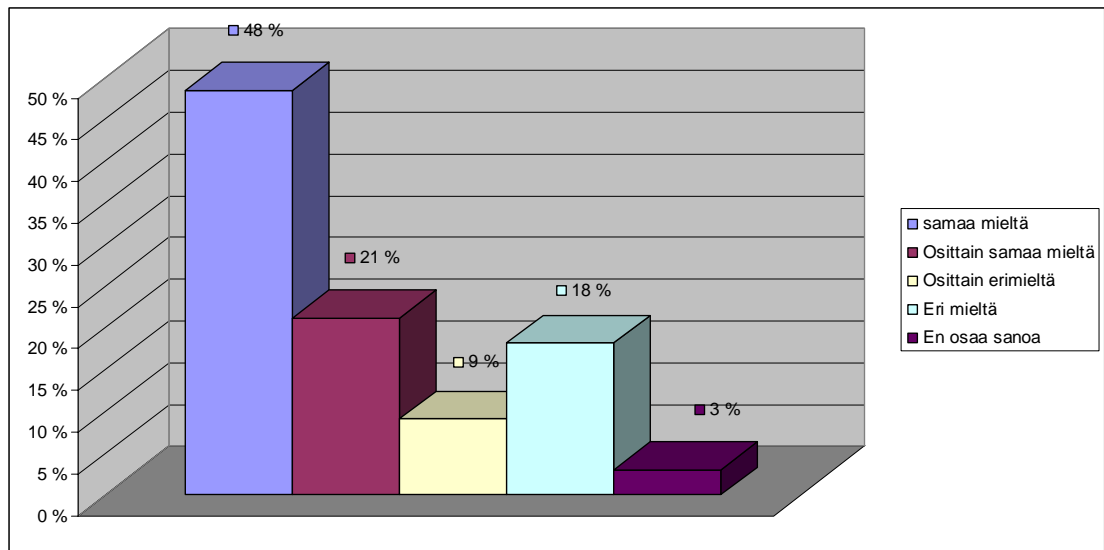
7.1. Kohderyhmän kuvaus

Tutkimukseen vastanneita äitejä oli 33. Äidit olivat iältään 21–36 vuotiaita ja heidän keski-ikänsä oli 29,2 vuotta. Lyhimmillään raskaus oli kestänyt 38+1 viikkoa ja pisimmillään tasan 42 viikkoa. Vastanneista 27 oli uudelleen synnyttäjiä ja heistä viidellätoista oli entuudestaan yksi lapsi, kuudella oli kaksi lasta ja neljällä oli kolme lasta. Yhdellä uudelleensynnyttäjällä oli viisi lasta ja yhdellä ei ollut yhtään lasta. Vastaaajista ensisynnyttäjiä oli kuusi. Aiempaa kokemusta lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä oli neljällä äidillä ja heillä aikaa siitä oli 1-4 vuotta. Muilla vastaaajilla ei ollut aiempaa kokemusta lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä.

Äideistä 28 oli avioliitossa ja viisi avoliitossa. Korkeakoulututkinnon oli suorittanut 20 äitiä. Ammatillisen tutkinnon suorittaneita oli 10. Yksi vastaaja oli lukion käynyt. Lisäksi kaksi äitiä oli rastittanut vaihtoehdot ammatillinen koulutus ja lukio.

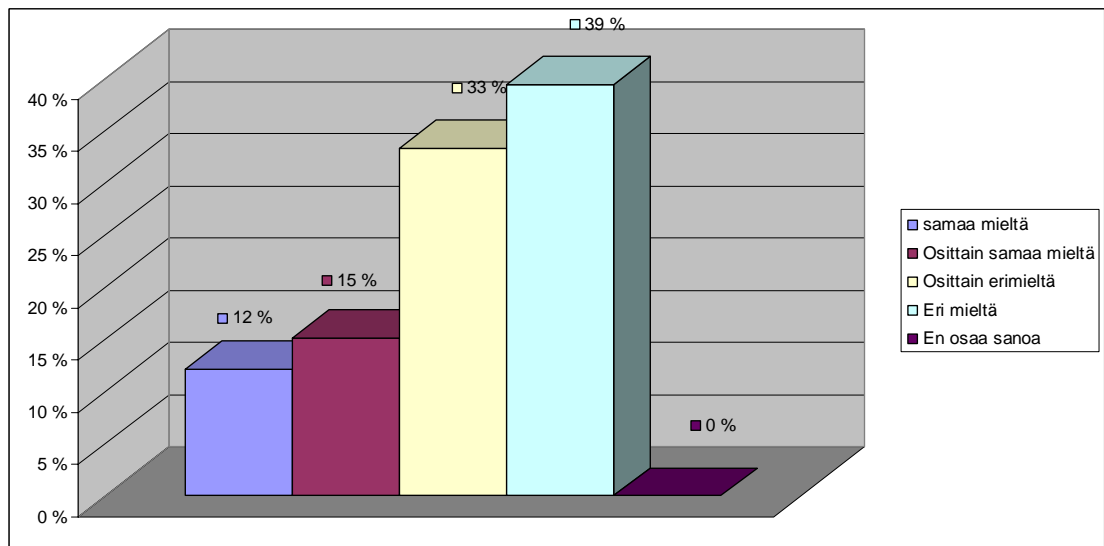
Kysymyksellä seitsemän (7.) kysyimme olivatko äidit olleet tyytyväisiä lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen. Yhtä lukuun ottamatta, kaikki äidit olivat tyytyväisiä lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen. Tyytymätön vastaaja oli ymmärtänyt kysymyksen väärin ja kuvaillut itse synnytystapahtumaa ikäväksi.

7.2. Äitien kokemukset saadusta ohjauksesta



KUVIO 1. Tietoisuus lyhytjälkihoitoisen synnytyksen edellytyksistä (n=33)

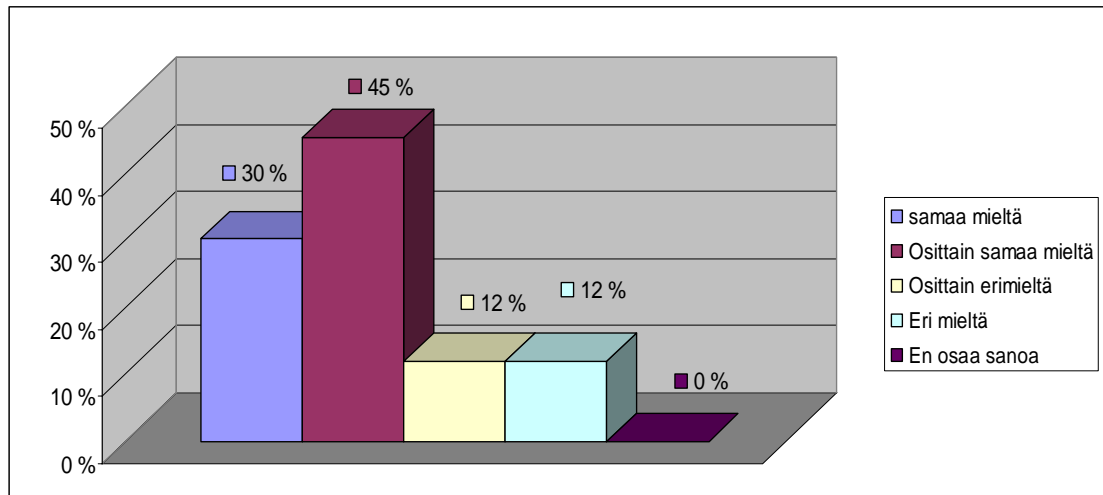
Äideistä 48 % oli tietoisia siitä, mitä lyhytjälkihoitoisen synnytys edellyttää heiltä (KUVIO 1). Jokseenkin tietoisia lyhytjälkihoitoisen synnytyksen edellytyksistä oli 30 %. 18 % vastaajista koki, etteivät he tieneet varhaiseen kotiutumiseen liittyvää vastuuta.



KUVIO 2. Riittävä tietoisuus lyhytjälkihoitoisen synnytyksen riskeistä (n=33)

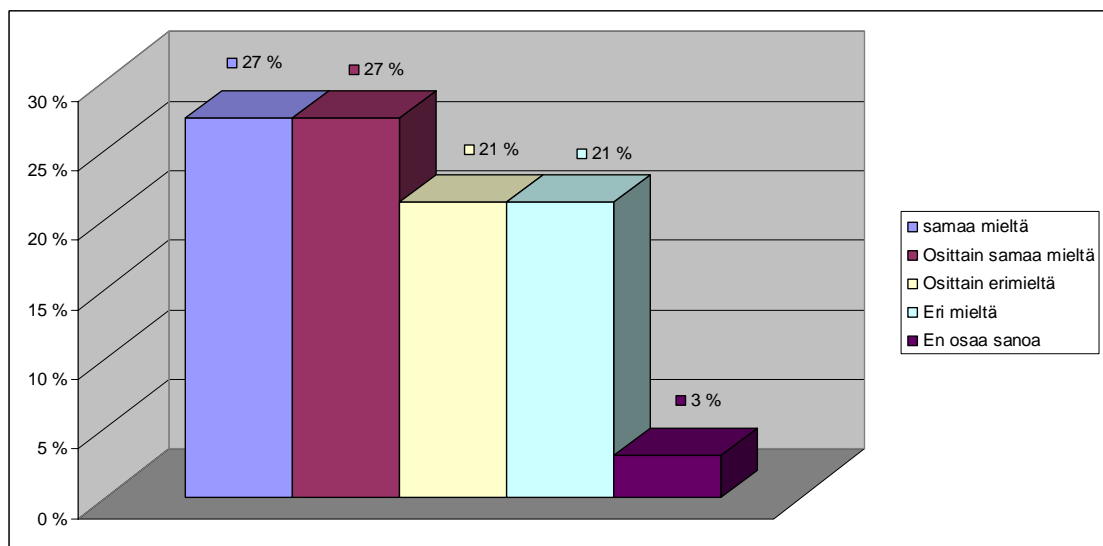
Suurin osa äideistä ei ollut tietoinen lyhytjälkihoitoisen synnytyksen riskeistä. Väittämään vastasi osittain eri mieltä 39 % ja eri mieltä 33 % äideistä (KUVIO

2). Joitakin puutteita tiedoissaan koki 15 % äideistä. Vain 12 % vastaajista koki olleensa tietoinen lyhytjälkihoitoisen synnytyksen riskeistä.



KUVIO 3. Tarpeeksi ohjausta maidonerityksestä (n=33)

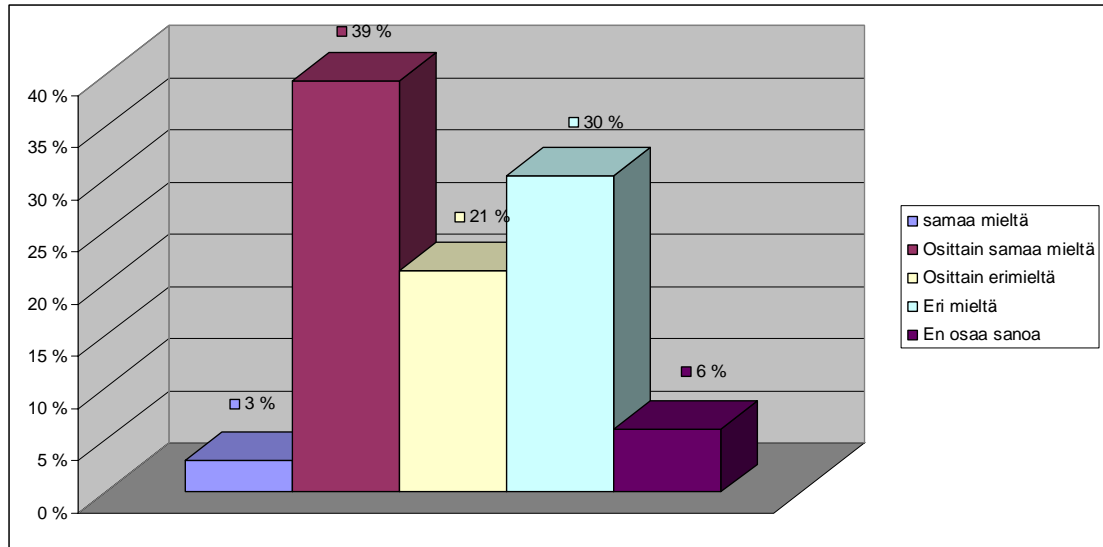
75 % vastaajista koki saaneensa riittävää (30 %) tai lähes riittävää (45 %) ohjausta maidonerityksestä (KUVIO 3). Vain 12 % vastaajista koki ohjauksen maidonerityksestä täysin riittämättömäksi.



KUVIO 4. Tarpeeksi ohjausta imetysasennoista (n=33)

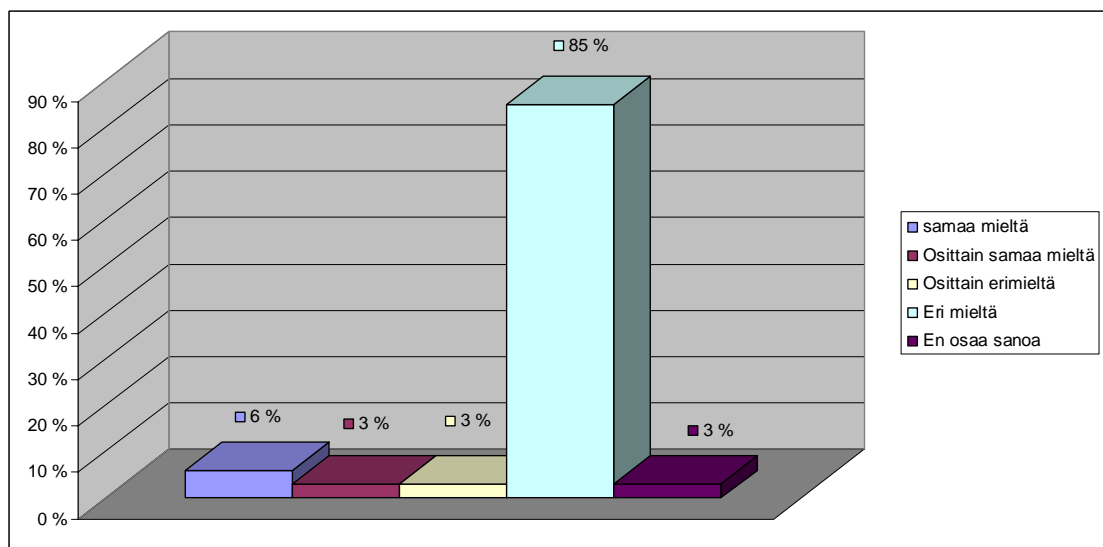
Vastaukset hajaantuivat tasaisesti eri vastausvaihtoehtojen välille (KUVIO 4). Samaa mieltä (27 %) tai osittain samaa mieltä (27 %) väittämän kanssa oli yhteensä 54 % vastaajista. Väittämän kanssa osittain eri mieltä (21 %) tai eri

mieltä (21 %) oli 42 % vastaajista. 3 % vastaajista ei osannut ilmaista kantansa väittämään.



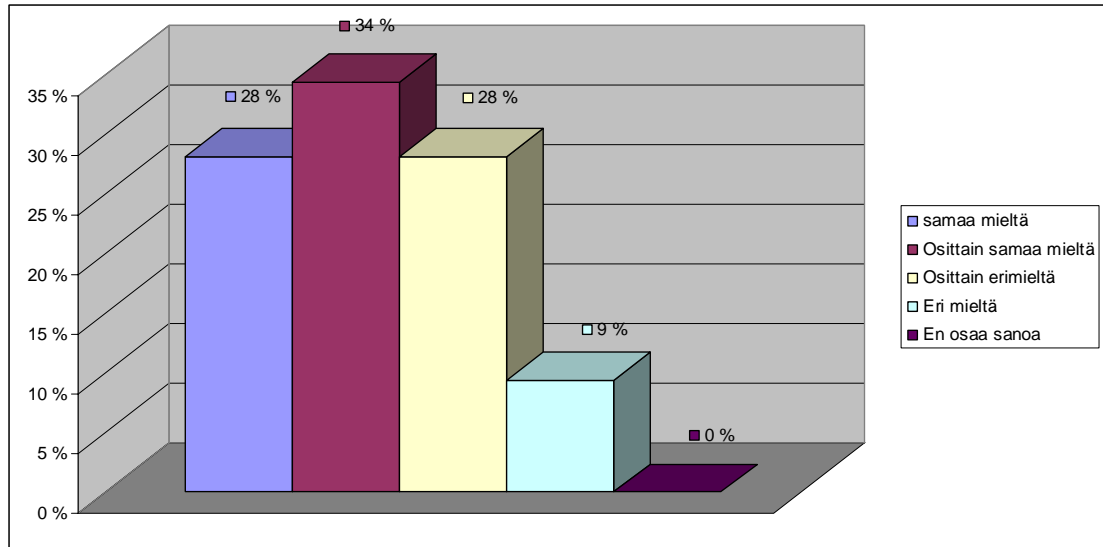
KUVIO 5. Tarpeeksi ohjausta mahdollisista imetyspulmista ja niiden hoidosta (n=33)

Vain 3 % vastaajista koki saamaansa ohjauksen riittäväksi imetyspulmista ja niiden hoidosta (KUVIO 5). Äideistä 39 % oli osittain samaa mieltä väittämän kanssa. 21 % äideistä vastasi väittämään osittain eri mieltä ja 30 % vastaajista oli väittämän kanssa eri mieltä.



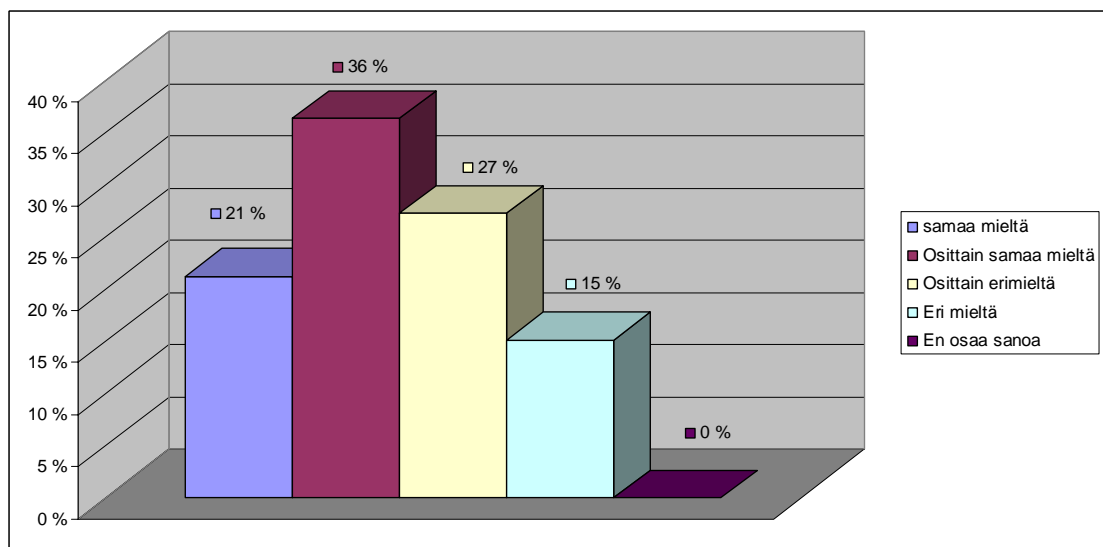
KUVIO 6. Käsinlypsyn opettaminen (n=33)

6 % äideistä oli sairaalassa opetettu käsinlypsy (KUVIO 6). 85 % vastaajista ei ollut saanut ohjausta käsinlypsystä.



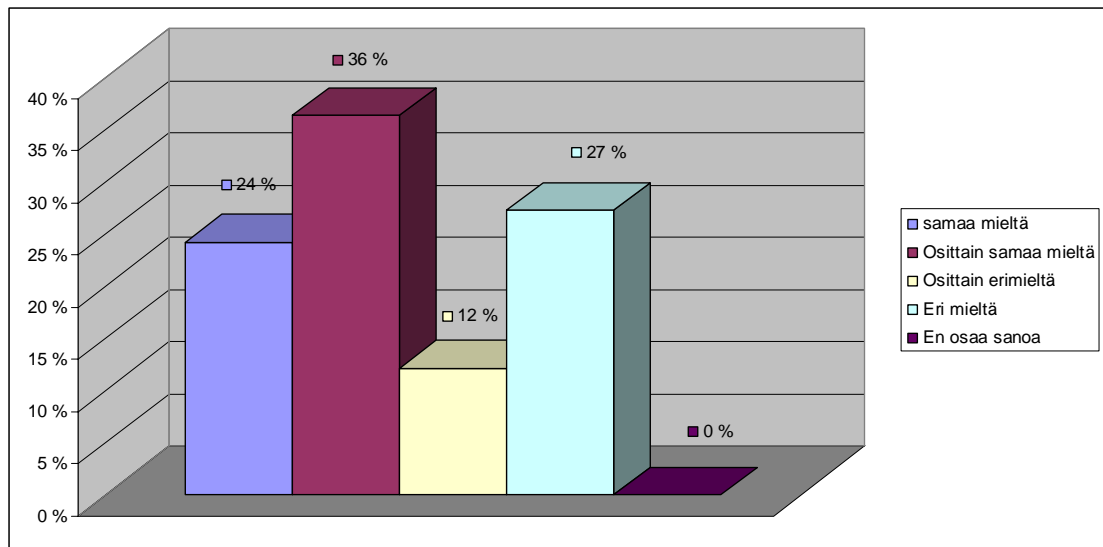
KUVIO 7. Tarpeeksi ohjausta vauvan hoidosta (n=32)

Ohjauksen riittävytyteen vauvan hoidosta äidit olivat melko tyytyväisiä (KUVIO 7). 62 % vastaajista oli väittämän kanssa samaa (28 %) tai osittain samaa (34 %) mieltä. Osittain eri mieltä oli 28 % vastaajista. 9 % äideistä koki, ettei saanut tarpeeksi ohjausta vauvan hoidosta. Yksi äideistä ei ollut vastannut tähän väittämään. Hän mainitsi, että kysymykseen oli vaikea vastata, koska koki, ettei ohjaukselle ollut tarvetta aiemman kokemuksen takia.



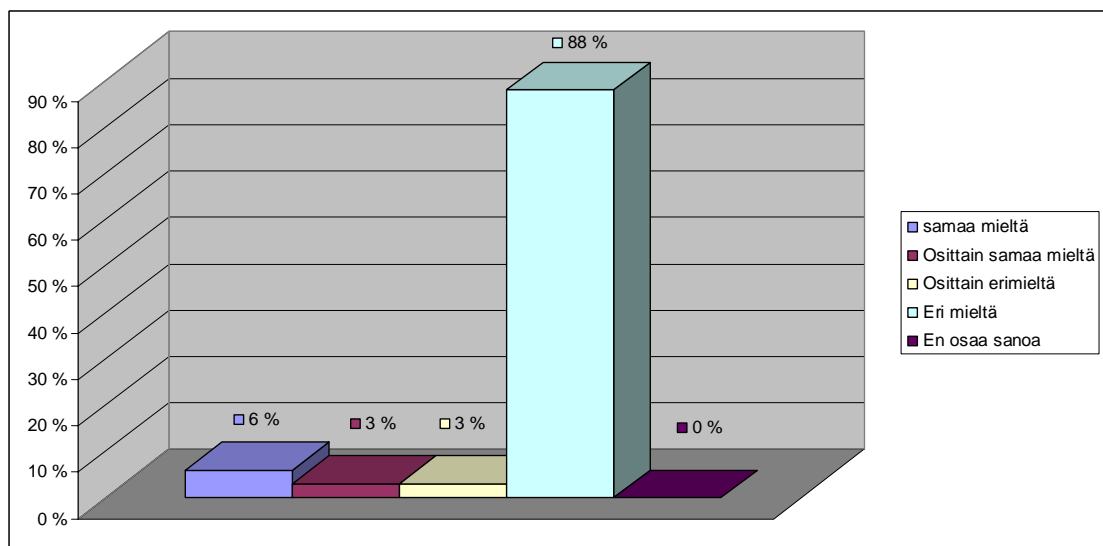
KUVIO 8. Tarpeeksi ohjausta vauvan tarkkailusta (n=33)

57 % äideistä koki ohjauksen vauvan tarkkailusta olleen riittävää tai lähes riittävää (KUVIO 8). Äideistä 42 % koki ohjauksen olleen puutteellista.



KUVIO 9. Tarpeeksi ohjausta itseni hoitamiseen (n=33)

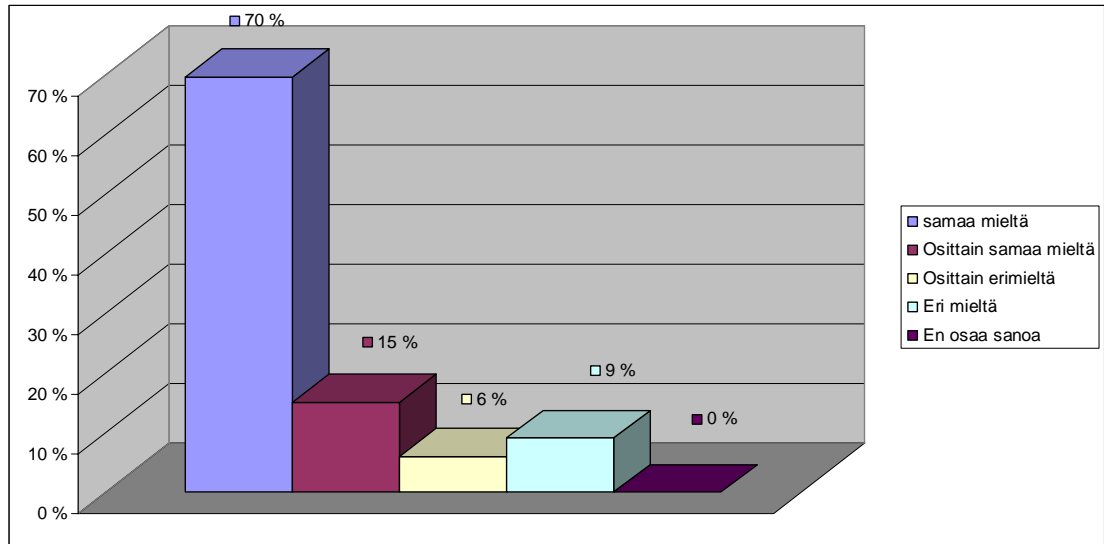
60 % vastaajista koki saaneensa tarpeeksi (24 %) tai lähes tarpeeksi (36 %) ohjausta itsensä hoitamiseen liittyen (KUVIO 9). 27 % ei saanut riittävää ohjausta. 12 % äideistä koki ohjauksen lähes riittämättömäksi.



KUVIO 10. Minulle kerrottiin synnytys sairaalassa synnytyksen jälkeisestä herkistymisestä ja mielialan vaihteluista (n=33)

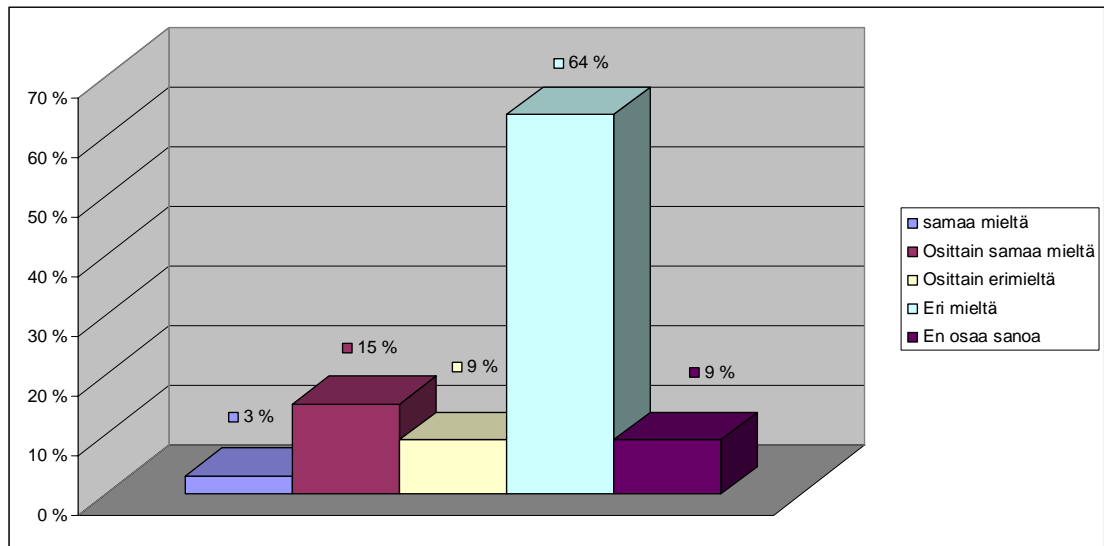
Synnytyksen jälkeistä herkistymistä ja mielialan vaihtelua ei ollut huomioitu ohjauksessa (KUVIO 10). 88 % ilmaisi, ettei ollut saanut ohjausta. Vain 6 % vastaajista koki saaneensa hyvää ohjausta.

7.3. Äitien kokemukset lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kotiutumisesta



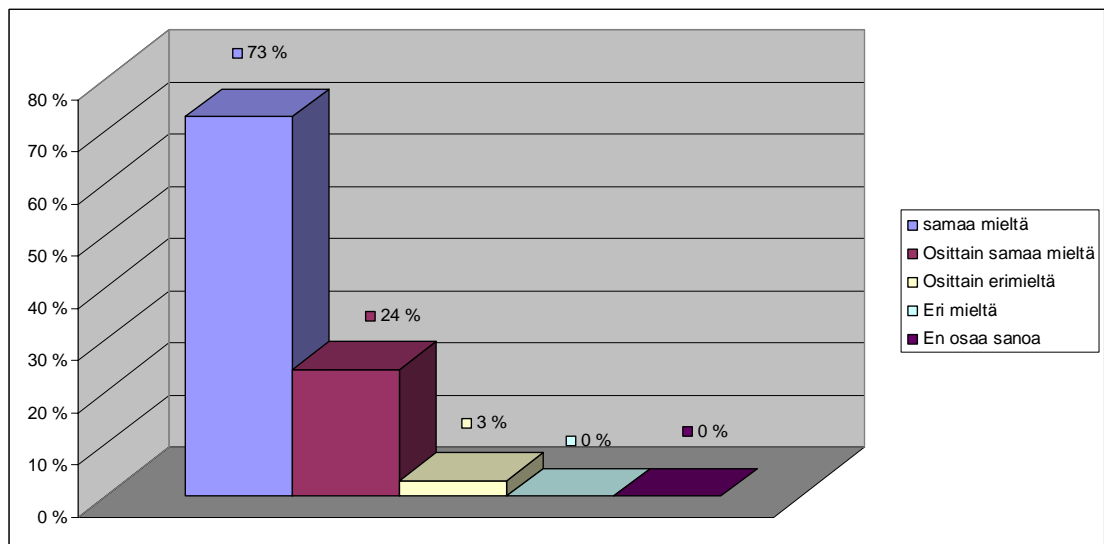
KUVIO 11. Minulle kerrottiin, mihin voin ottaa yhteyttä, jos ilmenee kysyttävää tai ongelmia kotona (n=33)

70 % äideistä oli varmoja mihin voivat tarvittaessa yhteyttä kotiutumisen jälkeen. Lopuille äideistä asia oli ainakin jossain määrin jäänyt epäselväksi, 9 % vastaajista ei ollut kerrottu synnytysvuodeosaston puhelinnumeroa ja mahdollisuutta soittaa tarvittaessa.



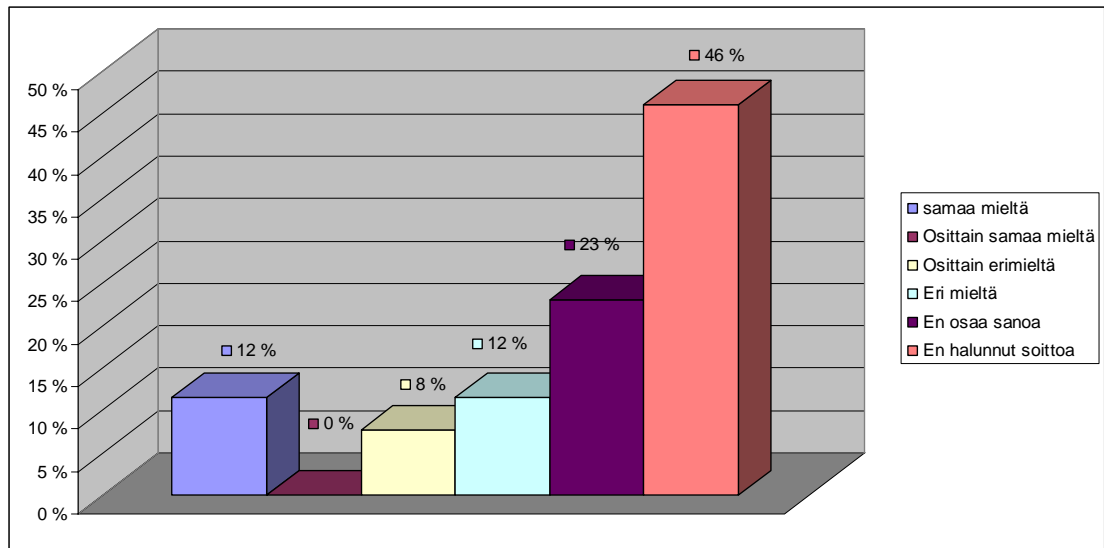
KUVIO 12. Puolisoni sai tarpeeksi ohjausta kotiutuessamme lyhytjälkihoitosesti (n=33)

Suurin osa 64 % äideistä vastasi, ettei puolisoita ollut otettu mukaan ohjaustilanteisiin (KUVIO 12). Vain 3 % koki, että puoliso oli huomioitu riittävästi. Loput vastauksista jakaantuivat melko tasaisesti jäljelle jääneiden vastausvaihtoehtojen kesken.



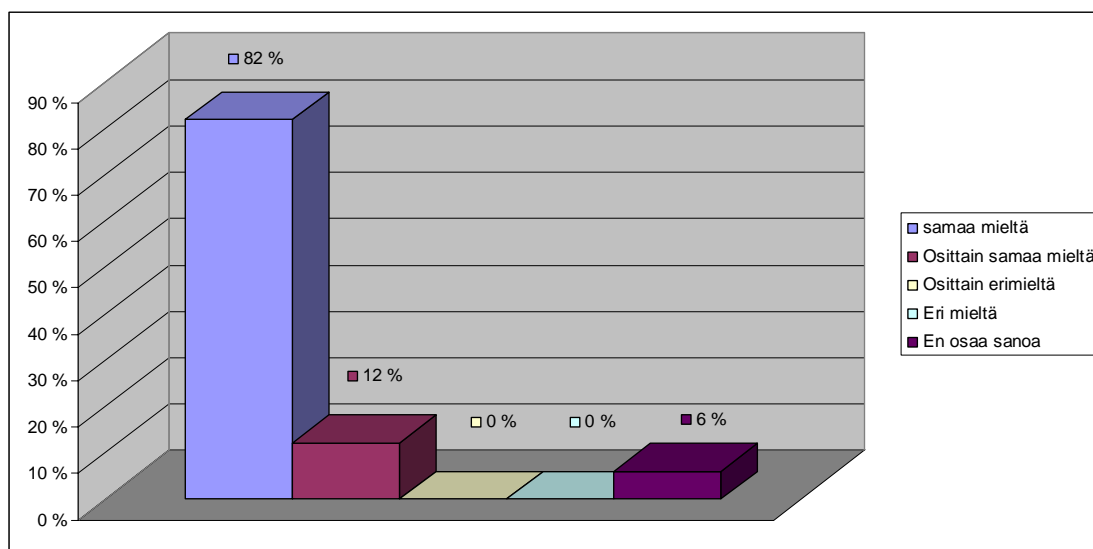
KUVIO 13. Minulla oli turvallinen olo kotiutuessani lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen (n=33)

73 % vastaajista koki olonsa turvalliseksi kotiutuessaan sairaalasta (KUVIO 13). Puolestaan 24 % äideistä kotiutui melko turvallisesti mielin. 3 % vastaajista koki olonsa kotiutuessaan jokseenkin turvattomaksi.



KUVIO 14. Hyöty kättilön kotisoitosta (n=26)

Osa äideistä oli jättänyt vastaamatta tähän väittämään, koska kotisoittoa ei ollut ehdotettu. Kolme vastaajaa oli kirjoittanut, ettei heille ollut soitettu kotiin. Lähes puolet 46 % vastanneista eivät halunneet soittoa (KUVIO 14). 23 % äideistä valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”, joista yksi oli täydentänyt vastustaan kirjoittamalla, ettei hänelle ollut ehdotettu kotisoittoa. Lisäksi yhdelle tämän kohdan valinneista äideistä ei oltu soitettu. ”Eri mieltä” – vastausvaihtoehdon valitsi 12 % äideistä, joista kahdelle ei oltu soitettu. 8 % äideistä oli sitä mieltä, että kotisoitto oli lähes hyödytön. 12 % koki saaneensa hyödyn kättilön kotisoitosta.



KUVIO 15. Jos synnyttäisin vielä uudestaan, haluan kotiutua lyhytjälkihoitoisesti (n=33)

Lähes kaikki, 82 % vastanneista, olisi valmiita kotiutumaan uudestaan lyhytjälkihoitoisesti. 12 % äideistä ei ollut täysin varmoja haluavatko kotiutua lyhytjälkihoitoisesti uudestaan. 6 % vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään.

7.3. Avoimien kysymysten tulokset

Kysymyksessä 23. pyysimme äitejä kuvailemaan, miten he kokivat lyhytjälkihoitoisen synnytyksen. Kolmessa vastauksessa kysymykseen ei ollut vastattu ja kahdessa vastauksessa äiti kuvasi itse synnytystä kokemuksena. Näitä vastauksia emme analysoineet.

Vastauksissa äidit mainitsivat lyhytjälkihoitoisen synnytyksen olleen **positiivinen kokemus**. Lyhytjälkihoitoista synnytystä kuvailtiin hyväksi ja luonnolliseksi vaihtoehdoksi. Äidit kokivat, että voisivat jatkossa toimia samoin ja hyvä henkilökunta oli lähtökohtana varhaiseen kotiutumiseen. Äitien mielestä oli hyvä asia, että kotiin pääsi aiemmin lepäämään, joka oli heille luonnollisempi ympäristö palautua synnytyksestä. Luottamus omasta sekä vauvan voinnista oli tärkeä tekijä päätöksessä kotiutua lyhytjälkihoitoisesti.

”...hyvänä ja luonnollisena vaihtoehtona.”

”Tiesin, että pari viikkoa menee ”usvassa”, oli missä vain”.

Osastolla äidit kokivat olleensa oman onnensa nojassa ja kiireen näkyneen ohjauksen puutteena. He kokivat, että vastuu jäi pitkälti äidille, eikä kukaan tullut kyselemään vauvan kanssa selviämisestä. Äidit eivät juuri saaneet ohjausta tai kertausta asioihin. Osastolla oli myös annettu ristiriitaisia ohjeita. Sairaalassa olo koettiin turhauttavana ja pitkästyttävänä. Tietämättömyys lyhytjälkihoitoisen synnytyksen riskeistä aiheutti epävarmuutta. Äideillä ei ollut tietoa varhaisesta kotiutumisen etukäteen. Edellä mainitut tekijät johtivat **negatiiviseen kokemukseen** lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä.

”Olisi edes joku kysynyt pärjäämisestä.”

Kysymys 24. oli avokysymys, jolla kartoitimme äitien tukiverkostoa kotona. Äidit kertoivat tärkeäksi osaksi tukiverkostoaan oman **puolionsa**. Vastajien tukiverkostoista löytyi myös **sukulaiset**, joista mainittiin isovanhemmat ja vanhempien sisarukset. Äidit kokivat saaneensa tukea lisäksi samassa elämäntilanteessa olevilta **ystäviltään**. Vastauksista kävi ilmi, että äidit olivat saaneet tukea **ammattihenkilöstöltä** kotona ollessaan, neuvolan täti ja vakituinen lastenhoitaja mainittiin vastauksissa. Tukiverkostoa kuvailtiin hyväksi.

”Oma puoliso.”

”Oma äitini asuu naapurissa...”

Kysymyksellä 25. kysyimme puolison merkitystä synnytyksen jälkeen. Puolison merkitystä kuvattiin **suureksi**. Puolison merkityksen kerrottiin olevan tärkeä, valtava, iso ja korvaamaton.

”Suurempi kuin puoliso itse tajuaa.”

”En välttämättä olisi pärjännyt ilman puolisoani.”

Vastauksissa puolison merkitys korostui **arjen pyörittämisessä**. Puoliso oli apuna vanhempien lasten sekä kodin hoidossa ja hoiti suhteita ”ulkomaailmaan”. Apua puoliso antoi myös vastasyntyneen hoitamiseen. Apu kotona mahdollisti äidin keskittymisen vauvaan ja imetykseen. Äidit saivat myös näin aikaa levätä riittävästi synnytyksen jälkeen.

”Ilman puolison apua en olisi ehkä halunnut kotiutua niin nopeasti”

”Apu korostui, kun ei itse voinut tehdä mitään päänsäryn takia”.

Puoliso oli äideille tärkeä **tukija**. Äidit kertoivat puolison merkityksen näkyvän siinä, että kaiken voi jakaa keskustelemalla. Puoliso tuki äitejä uudessa tilanteessa sekä äidit kokivat puolisoltaan saaman tuen kannustavana. Puoliso oli tärkeä tekijä äidin henkisessä hyvinvoinnissa.

”Pyrkii ymmärtämään äidin ajatuksia.”

”Samanlaista tukea ei muilta saa.”

Kysymys 26. selvitti oliko perheille tullut odottamattomia ongelmatilanteita kotona, miten tilanteista selvitettiin ja mistä perheet saivat niihin apua. Viiteen lomakkeeseen ei ollut vastattu mitään. **Suurelle osalle äideistä ei ollut ilmennyt kotona odottamattomia ongelmia.**

Yhtenä ongelmana mainittiin **spinaalipäänsärky**, josta äideillä ei ollut tietoa etukäteen. Apua äidit olivat saaneet oman terveyskeskuksensa lääkäriltä, joka oli ohjannut sairaalaan hoitoon. He olivat saaneet sairaalassa veripaikan ja tilanne oli helpottanut. Myös makuuasennosta oli ollut hyötyä päänsäryn helpottamiseksi.

”Kotona iski järkyttävä päänsärky...”

Äidit olivat kohdanneet rintoihin liittyviä ongelmia. Apua vastaajat olivat saaneet omasta neuvolasta tai soittamalla synnytysvuodeosastolle. Lisäksi **imetysongelmia** oli ilmennyt kotona. Ongelmat olivat ratkenneet synnytyssairaala-

lasta saadusta sekä kirjallisesta että suullisesta imetysohjauksesta. Vastauksissa ei ollut eritelty tarkemmin ongelmien laatua.

”Rintani olivat kipeät ja täydet...”

Perheissä oli esiintynyt **sisarkateutta**, joka oli noussut ongelmaksi asti. Mustasukkaisuutta oli perheessä yritetty lievittää huomion antamisella vanhemmille sisaruksille sekä arjen rutiineilla. Perheiden omat toimintamallit olivat helpottaneet tilannetta.

”Esikoiseen iski hirvittävä sisarkateus.”

Odottamattomana ongelmana oli tullut **baby blues**. Vastaaajia oli yllättänyt mielen herkistymisen voimakkuus. Arki vauvan kanssa negatiivisena kokemuksena oli tullut yllätyksenä. Kyselyymme vastatessa toipuminen baby bluesista oli vasta alkamassa. Tukea elämäntilanteeseen vastaajat olivat saaneet molempien omilta äideiltä, neuvolasta, naapurissa asuvalta kättilöltä sekä netin keskustelupalstalta. Myös vanhemmat toisilleen olivat olleet tukijoita arjessa.

”Uusi elämäntilanne on ollut shokki...”

”Baby bluesin voimakkuutta en osannut odottaa.”

Äideille ongelmia olivat aiheuttaneet monet **”käytännön asiat”** vauvan hoitoon ja arkeen liittyen. Ongelmatilanteita ei ollut yksityiskohtaisemmin purettu vastauksissa. Apua näihin tilanteisiin äidit olivat saaneet neuvolasta sekä omasta tukiverkostosta. Myös maalaisjärjen käyttö oli ratkaissut ongelmia.

”Vauvan hoidosta tuli vähän päänvaivaa...”

Vastauksista ei tullut esiin mitään ylivoimaista ongelmatilannetta. Yhteenvetona ongelmista voi sanoa, että ne olivat pääasiassa imetykseen liittyviä pulmia, spinaalipäänsärky sekä kotiarkeen ja vauvan hoitoon liittyviä asioita. **Apua** tilanteisiin äidit olivat saaneet **neuvolasta, synnytyssairaalasta**, omasta **tukiverkostosta** tai ongelmat olivat ratkenneet itse **vanhempien toimesta**.

Huomioitavaa on myös se, ettei suurimmalle osalle perheistä ollut ilmennyt odottamattomia ongelmia kotona.

Kehitysajatuksia vastaajilta haimme kysymyksellä 27. Vastaajista seitsemän oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Lyhytjälkihoitoinen synnytys koettiin positiivisena, jossa asiat ovat hyvin järjestetty. Vastauksissa keuhuttiin synnytysvuodeosaston ilmapiiriä ystävälliseksi ja auttavaiseksi. Positiivisena esille nostettiin toinen lastenlääkäriin tarkastus.

Suurimmaksi kehitysajatuksiksi nousi selkeästi **ohjauksen ja keskustelun lisääminen**. Vastauksissa nousi esille, että ohjaukseen ja keskusteluun äidin kanssa tulisi satsata enemmän. Äidit toivoivat, että synnytysvuodeosastolla kerrottaisiin ja neuvottaisiin enemmän imetyksestä ja vauvan hoidosta. Vastaajat olisivat kaivanneet, että selviytymisestä vauvan kanssa olisi ainakin kysytty. Äidit kokivat tärkeäksi, että kättilö pysähtyisi kuuntelemaan. Vastaajille oli jäänyt tunne, että aloite ohjaukseen oli heidän vastuulla. Lisäksi ohjausta olisi kaivattu koko osastolla oloajan, eikä vasta kotiin lähtiessä.

”Tietojen kysyminen on synnyttäjän vastuulla.”

*”...asioita hyvä käydä koko osastolla oloajan, ei vain juuri kotiin lähtiessä.
...imuote tarkistettiin vasta lähtiessä.”*

Äidit kehittäisivät hoitoa ottamalla **puolison mukaan ohjaukseen**. He kokivat puolisonsa tärkeänä osana kokonaisuutta, jolla myös on vastuu perheestä. Puolison huomiointia pidettiin tärkeänä ja hänelle tulisi antaa ohjausta vauvaa ja äitiä koskevista asioista.

”Tietoa baby bluesista ja imetyksestä myös miehelle.”

”Kotiutuessa mies oli käytävällä odottamassa...”

Konkreettisina kehitysideoina tuli esille tiedonmäärän lisääminen esitteissä ja netissä, muistilista, jolla varmistettaisiin asioiden hallinta sekä esite lyhytjäl-

kihoitoisesta synnytyksestä jo neuvolassa. Äidit kaipasivat synnytysvuodeosastolla annettavaa kyselyä ohjauksen tarpeista.

”Asialliset synnytysosaston nettisivustot kysymys/vastaus – periaatteella auttaisivat jo kotiin päässeitä.”

Äidit olisivat halunneet **tietoa lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä ja sen riskeistä**. Tietoa varhaisesta kotiutumista kaivattiin mahdollisimman pian, jotta perhe tietää suuremman vastuunsa kotiutuessaan lyhytjälkihoitoisesti. Osa äideistä sai ensimmäisen tietonsa lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä vasta kotiutushetkellä tai vastatessaan tähän kyselyyn.

”...riskeistä olisi hyvä kertoa vanhemmille.”

”En tiennyt tästä ennen kuin sain kyselyn...”

Selkeää ohjeistusta kaivattiin siitä, mihin voi ottaa yhteyttä jos kotona ilmenee ongelmia tai kysyttävää. Kaikki äidit eivät olleet saaneet tietoa mahdollisuudesta soittaa synnytysvuodeosastolle ja osalle selvä osaston puhelinnumero oli jäänyt epäselväksi.

”Tieto, että saa soittaa.”

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksista ilmenee selvästi äitien tyytyväisyys lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen. Yhtä lukuun ottamatta kaikki olivat tyytyväisiä, kun kysimme suoralla kysymyksellä, olivatko äidit olleet tyytyväisiä lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen. Tyytymätön vastaaja oli ymmärtänyt kysymyksen väärin, hän ajatteli sen koskevan itse synnytystapahtumaa.

Vaikka lähes kaikki äidit olivat tyytyväisiä lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen, ilmeni tuloksista kuitenkin isoja puutteita ja kohtia, joihin äidit kaipaivat parannusta. Ohjausta ja keskustelua kättilön kanssa toivottiin selvästi enemmän. Erityisesti ohjauksesta nousivat puutteellisena esille isien huomiointi, synnytyksen jälkeinen herkistyminen ja tulosten perusteella tuli ajatus siitä, ettei imetykseen liittyviä asioita voi koskaan ohjata liikaa. Äideille oli lisäksi epäselvää mitä riskejä varhaiseen kotiutumiseen liittyy.

Tulosten mukaan äidit olivat tyytyväisimpiä ohjaukseen maidon erityyksestä, vauvan hoidosta ja tarkkailusta sekä ohjauksesta itsensä hoitamiseen liittyen. Näissä vastauksissa yli puolet äideistä oli tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä ohjaukseen. Mikään ohjauksen osa-alue ei noussut esille erityisen hyvänä.

Tulosten pohjalta voi tehdä johtopäätöksen, että äidit ovat olleet tyytyväisiä lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen ja ovat jatkossakin halukkaita kotiutumaan varhain. Kukaan vastaajista ei tyrmännyt ajatusta varhaisesta kotiutumisesta uudelleen. Jatkossa lyhytjälkihoitoiset synnytykset eivät tule ainakaan vähenemään. Kujanpään ja Rajalan (2004) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin perheen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Perheiden kokemukset LYSY:stä olivat positiivisia ja siitä toivottiin pysyvää käytäntöä. (Kujanpää & Rajala 2004, 59, 61.)

Yksi tutkimuksemme tavoitteista oli selvittää miten äidit kokivat synnytysvuodeosastolta saamansa ohjauksen sisällön ja määrän. Imetyksen liittyvistä asioista äidit olivat saaneet ohjausta hyvin vaihtelevasti. Ohjaukseen maidonerityksestä äidit olivat tyytyväisimpiä. Imetyspulumista ja niiden hoidosta olisi selkeästi kaivattu enemmän ohjausta. Rintojen käsinlypsy oli vastausten perusteella jäänyt lähes kaikille ohjaamatta. On tärkeää, että synnytyssairaalassa imetysohjaus painottuu käytännön taitojen harjoitteluun ja lapsen viestien tunnistamisen ohjaukseen. Koska hoitoajajat ovat lyhyitä, liiallista tietopohjaista ohjausta kannattaa jopa välttää, jotta keskeisten asioiden oppimiseen jää tarpeeksi voimavaroja. Perusasiat täytyy kuitenkin käydä hyvin ja käytännönläheisesti läpi. Kotiin mukaan annettava kirjallinen materiaali helpottaa muistamista. (Koskinen 2008, 78 – 79.)

Ohjaukseen vauvan hoidosta äidit olivat pääasiassa melko tyytyväisiä. Se oli yksi parhaiten ohjatuimmista osa-alueista. Ohjaus vauvan tarkkailusta sen sijaan jakoi enemmän mielipiteitä. Enemmistö vastaajista oli kuitenkin siihen enemmän tyytyväisiä kuin tyytymättömiä. Kun lapsi kotiutuu lyhytjälkihoitoisesti, on merkittävää kertoa vanhemmille vauvan perustarkkailun lisäksi kellastumisesta, infektiosta, hypernatremisesta kuivumisesta ja rakenteellisista poikkeavuuksista (sydänvika, ruoansulatuskanavan tukos ym.), joita ei välttämättä huomata ennen kotiutumista. Yleisiä oireita, jotka kertovat vauvan sairaudesta ovat muun muassa poikkeava jänteisyys, syömisongelmat, hengitysvaikeudet, erilaiset kohtaukset ja tajunnan taso. (Järvenpää 2002; Metsähonkala & Salo 2004, 303 - 304; Tammela 2008, 633.)

Äidin oma fyysinen hoito sekä henkinen hyvinvointi oli huomioitu ristiriitaisesti. Itsensä hoitamisesta yli puolet vastaajista oli saanut ainakin melko riittävästi ohjausta, silti lähes puolet oli jäänyt vaille riittävästi ohjausta. Huolestuttavaa on se, ettei juuri kenellekään oltu kerrottu synnytyksen jälkeisestä herkistymisestä ja mielialan vaihteluista. Synnytyksen jälkeinen herkistyminen on voimakkaimmillaan kolme – viisi päivää synnytyksestä (Hermanson 2008). Tämän vuoksi olisi tärkeää, että jo synnytyssairaalassa valmistettaisiin perheitä mahdolliseen herkistymiseen, jottei se kotona yllätä täysin.

Tulosten mukaan naisten puolisoita ei ollut otettu tarpeeksi mukaan ohjaustilanteisiin. Puolison merkitys kotona selviytymisessä sekä äidin tukijana on tärkeä. Toisaalta ohjausta synnytysvuodeosastolla tulee vähitellen ja tilannekohtaisesti, eivätkä isät pysty olemaan koko sitä aikaa osastolla. Vastauksista tuli kuitenkin esille, ettei puolisoa oltu pyydetty mukaan ohjaukseen hänen ollessaan osastolla. Rekilän (2004) tutkimuksessa tuli esille, että äidit haluavat synnytyksen jälkeisessä hoidossa myös isän huomioitavan ohjauksessa (Rekilä 2004, 34 – 39). Samanlaisia tuloksia ovat saaneet myös Kuusisto & Piispa (2005) opinnäytetyössään, jossa äidit toivoivat synnytysvuodeosaston henkilökunnalta tasavertaista kohtelua molemmille vanhemmille (Kuusisto & Piispa 2005, 31).

Äidit kaipasivat ohjausta ja keskustelua paljon enemmän. Lyhytjälkihoitoista synnytystä tulisi tulosten mukaan kehittää lisäämällä ohjausta sekä kättilön

antamaa tukea esimerkiksi keskustelemalla selviytymisestä. Äidit kokivat vastuun ohjauksen aloitteesta jäävän heille itselleen. Aiemmistakin tutkimuksista on tullut esille äitien toiveet ohjauksen parantamisesta. Ohjaukseen on toivottu yksilöllisempää ja henkilökohtaisempaa otetta (McKellar ym. 2006, 362; Rekilä 2004, 26 – 29). Kojosen (2005) tutkimuksessa äidit toivoivat paljon tietoa imeytyksestä sekä vauvan hoidosta (Kojonen 2005, 33). Tampereella lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kokeneista äideistä puolet koki, ettei ohjaus synnytysvuodeosastolla ollut riittävää (Kujanpää & Rajala 2004, 61).

Äidit kotiutuivat pääsääntöisesti turvallisista mielin. Myös Puranen-Altamiranon projektityössä tuli esille, että vanhemmat kokivat kotiutumisen jopa aiempaa turvallisemmaksi, kun kätilön soitto kotiin tai toinen lastenlääkäriin tarkastus oli tulossa (Puranen-Altamirano 2008, 29). Luottamus jatkohoitojärjestelmään on lisännyt äitien turvallisuuden tunnetta varhain kotiutuessaan (Löf ym. 2006, 323 – 328).

Suurimmalle osalle äideistä ei ollut ilmennyt odottamattomia ongelmia. Ongelmat koskivat imetystä, spinaalipäänsärkyä sekä arjesta selviytymistä ja vauvan hoitoa. Vastauksista ei tullut ilmi ongelmia, jotka olisivat liittyneet vauvan vointiin ja liittyneenä varhaiseen kotiutumiseen. Kätilö Merja Alarautalahden mukaan Tampereella lyhytjälkihoitoisesti kotiutuneita äitejä on eniten mietittänyt imetys, täydet rinnat sekä vauvan mahdollinen keltaisuus ja ongelmat ovat selvinneet puhelimitse tai tarkistuskäynnillä sairaalassa. Mutta kaiken kaikkiaan kokemukset Alarautalahden mukaan ovat positiivisia ja perheet ovat pärjänneet hyvin. (Rapo-Puustinen 2008, 602.)

Valtaosalle äideistä oli täysin selvää, että synnytyssairaalan synnytysvuodeosastolle voi tarpeen tullen soittaa ja heillä oli sen puhelinnumero tiedossa. Lopuille äideistä asia oli ainakin jossain määrin epäselvä. Ongelmiin äidit olivat saaneet apua neuvolasta, synnytyssairaalasta, omasta lähipiiristä tai vanhemmat itse olivat selvittäneet tilanteen. Sairaalaan oli jouduttu palaamaan vain spinaalipäänsärlyn takia. Myös aiemmin on tutkittu, ettei varhainen kotiutuminen ole yhteydessä uudelleen sairaalaan tuloon (Meikle ym. 1998, 166 – 170).

Lähes puolet äideistä ei ollut halunnut, että heille soitetaan kotiin. Käytäntöjen yhdenmukaisuudesta oli ristiriitaisia käsityksiä: osalle kotisoittoa ei ollut ehdotettu ja osalle ei oltu soitettu. Tulosten mukaan hyöty kättilön kotisoitosta oli melko pieni.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen tavoite on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta asiasta. Luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja hyödyntämisen kannalta luotettavuuden arviointi on välttämätöntä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127).

Saimme tutkimukseemme käsittelykelpoisia vastauksia 33 ja vastausprosentiksi tuli 41 %. Vastauksia tuli mielestämme tarpeeksi, jotta saimme riittävän luotettavan kuvan äitien kokemuksista, sillä suurimmaksi osaksi vastaukset antoivat hyvin samankaltaisia tuloksia.

Tutkimuksemme äideille jaettu kysely oli kattava ja monipuolinen. Sen kysymykset olivat johdettu teoriasta ja antoivat vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Kysymykset teimme mahdollisimman selkeiksi, jotta väärinymmärryksiltä vältyttäisiin. Vain yksi vastaaja oli ymmärtänyt käsitteen lyhytjälkihoitoinen synnytys koskevan pelkästään itse synnytystapahtumaa. Muuten vastauksista sai käsityksen, että kysymykset oli pääsääntöisesti ymmärretty oikein. Kysymys kättilön kotisoiton hyödyllisyydestä oli meidän osaltamme huonosti työstetty, koska perheille, jotka tulevat vielä toiseen lastenlääkäriin tarkastukseen, ei kotisoittoa tarjota. Kysymys olisi pitänyt asetella toisella tavalla. Edellä mainittu kuvaa tutkimuksen validiutta, pätevyyttä eli tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 231).

Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (mts. 231). Edellä mainitsimmekin, että kyselymme oli ymmärrettävä ja antoi tutkimuskysymyksiimme vastauksia. Lisäksi vastausten määrä oli tarpeeksi suuri. Tämä oli meille ensimmäinen tutkimustyö, joten sisällön analyysin tekeminen oli haasteellista.

Haasteita lisäsi myös kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusmenetelmien käyttö samassa tutkimuksessa. Pyrimme tuomaan esille oleellimmat asiat vastauksista sekä johtopäätösten syntymisen alkujuuret. Olemme kirjoittaneet tutkimuksen toteuttamisen vaiheista, mikä lisää myös tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 232).

Tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 39). Kyselymme ohessa annettiin äideille saatekirje, jossa korostetaan tutkimuksen vapaaehtoisuutta sekä nimettömänä vastaamista. Saatekirjeestä käy lisäksi ilmi tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot ja vastaajia rohkaistiin ottamaan yhteyttä, jos kysyttävää ilmenee. Lisäksi kirjeestä käy ilmi mihin vastaajat ovat osallistumassa ja mikä on tutkimuksen tarkoitus.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset.

1. Äidit olivat tyytyväisiä lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen. Suurin osa äideistä olisi tulevaisuudessa valmis kotiutumaan lyhytjälkihoitoisesti.
2. Äidit kokivat synnytysvuodeosastolla annetun ohjauksen riittämättömäksi. Erityisesti puutteita koettiin ohjauksessa käsinlypsystä sekä synnytyksen jälkeisestä herkistymisestä ja mielialan vaihtelusta. Suurimmalle osalle äideistä ei ollut kerrottu lyhytjälkihoitoisen synnytyksen riskeistä.
3. Synnytysvuodeosastolla ei huomioitu puolisoita tarpeeksi perheen kotiutuessa lyhytjälkihoitoisesti. Puolisot eivät saaneet synnytysvuodeosastolla riittävästi ohjausta. Äidit toivoivat, että puolisot otetaan ohjaukseen mukaan tasavertaisena.
4. Suurimmalle osalle äideistä ei ollut ilmennyt ongelmia varhaisen kotiutumisen jälkeen. Mahdollisiin ongelmiin oli löytynyt apua. Ilmenneet on-

gelmat eivät liittyneet vauvan vointiin. Tutkimuksessa esiin tulleet ongelmat eivät olleet suoraan yhteydessä lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen.

Nyt tutkimme ainoastaan äitien tyytyväisyyttä lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen. Mielestämme jatkossa voisi olla mielekäästä tutkia isien näkökulmaa. Onko isän rooli perheessä muuttunut äidin ja vauvan varhaisen kotiutumisen myötä. Miten isät kokevat, että heitä on ohjattu ja valmistettu varhaiseen kotiutumiseen. Myös kustannusten osalta lyhytjälkihoitoista synnytystä olisi hyvä tutkia; onko varhaisen kotiutumisen myötä saatu säästöjä vai onko käynyt päinvastoin. Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä hoitoaika synnytysyksikössä on lyhyt, siksi olisi hyvä tutkia, kuormittaako varhainen kotiutuminen muita erikoissairaanhoidon yksiköitä tai avoterveydenhuoltoa. Ajan kuluessa myös tämän kaltainen tutkimus tulee varmasti olemaan ajankohtainen uudelleen: miten käytänteet ovat eläneet ja ovatko hoitoajat muuttuneet.

LÄHTEET

- Britton, J. R., Britton, H. L. & Gronwaldt, V. 1999. Early Perinatal Hospital Discharge and Parenting During Infancy. *Pediatrics* 104, 5, 1070 – 1076.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1-2.p. Porvoo: WSOY
- Gözûm, S. & Kilic, D. 2005. Health problems related to early discharge of Turkish women. *Midwifery* 21, 4, 371 – 378.
- Hannula, L., Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2006. Imetyksen ja imetysohjauksen toteutuminen sairaalassa. *Tutkiva Hoitotyö* 4(4)2006, 11-17.
- Hannula, L. 2003. Imetysnäkömökset ja imetyksen toteutuminen - suomalais-ten synnyttäjien seurantatutkimus. Turun yliopiston julkaisu C 195. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hasunen, K. & Ryyriänen, S. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:19. Helsinki.
- Hermanson, E. 2008. Synnyttäneen äidin herkistyminen ja masennus. Viitattu 28.1.2008. Duodecim terveystutkimus-sivusto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00028
- Hertzberg, T. 2000. Synnytyksen jälkeinen masennus. *Duodecim* 14, 1491 - 1496.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud.p. Keuruu: Otava.
- Jyväskylän imetystukiryhmä, n.d. Viitattu 27.8.2009. Jyväskylän imetystukiryhmän-sivusto. <http://www.jkl-imetystukiryhma.net/>.
- Järvenpää, A-L. 2002. Onko vastasyntyneen varhainen kotiuttaminen vaarantonta? *Suomen Lääkärilehti* 57, 7, 757 – 759.
- Kojonen, R. 2005. Synnytyksen jälkeisen sairaalahoidon tärkeänä pidetyt osa-alueet ja kotiutumisen jälkeisen tuen odotukset asiakkaiden kuvailemina. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Koskinen, K. 2008. Imetysohjaus. 1.p. Helsinki:Edita prima.
- Kujanpää, K. & Rajala, K. 2004. Perheen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitamisesta synnytyksestä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Kurki, J. & Nissinen, P. 1995. Isien kokemuksia imetyksestä sekä perhekeskeisen neuvolatyön imetysohjauksesta. Päättötyö. Vantaan ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden koulutusohjelma.

- Kuusisto, A. & Piispa, H. 2005. ”Ihan hyvin me ollaan pärjätty” Äitien kokemuksia synnytysvuodeosastolta ja muualta saadusta ohjauksesta ja tuesta kotona selviytymisen kannalta. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. p. Helsinki: Edita.
- Kääriäinen, M., Ukkola, L., Kyngäs, H. & Torppa, K. 2006. Terveystuon henkilökunnan käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18, 1, 4 - 12.
- Laitila, H. Ruotsalainen, T. 2001. Perhevalmennuksen kehittäminen Äidin raskausajan ja synnytyksen jälkeistä masennuksesta kertominen sekä sosiaalisen tuen merkitys perheille. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Toim. S. Janhonen & M. Nikkonen. 2. p. Juva: WS Bookwell, 21 – 43.
- Lehtonen, L. 2008. Varhain kotiutuvan vastasyntyneen seuranta vaatii ammattitaitoa ja kokemusta. *Suomen Lääkärilehti* 63, 8, 732.
- Lieu, T. A., Braveman, P. A., Escobar, G. J., Fischer, A. F., Jensvold, N. G. & Capra, A. M. 2000. A Randomized Comparison of Home and Clinic Follow-Up Visits After Early Postpartum Hospital Discharge. *Pediatrics* 105, 5, 1058 – 1065.
- Löf, M., Svalenius, E. & Persson, E. K. 2006. Factors that influence first-time mothers' choice and experience of early discharge. *Scandinavian Journal Caring Science* 20, 323 – 330.
- McKellar, L., Pincombe, J. & Henderson, A. 2006. Insights from Australian parents into educational experiences in the early postnatal period. *Midwifery* 22, 4, 356 - 364.
- Meikle, S. F., Lyons, E., Hulac, P. & Orleans, M. 1998. Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 179, 1, 166 – 171.
- Metsähonkala, L. & Salo, M. 2004. Etenevien sairauksien oireet. Teoksessa *Lastenneurologia*. Toim. M. Sillanpää, E. Herrgård, M. Iivanainen, M. Koivikko & H. Rantala. 2.uud.p. Helsinki: Duodecim, 301-308.
- Paavilainen, E., Korkiamäki, K., Porthan, L. & Ijäs, M-L. 2006. Äitien ja isien tarvitseman tuen kehittäminen. *Sairaanhoitaja* vol 79 (4), 18 - 21.
- Persson, E. K. & Dykes, A-K. 2002. Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. *Midwifery* 18, 1, 53 – 60.

- Puranen-Altamirano, T. 2008. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kehittäminen Keski-Suomen keskussairaalassa. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto, terveyden edistämisen koulutusohjelma.
- Rapo-Puustinen, N. 2008. Lysy-malli kotiuttaa synnyttäjät nopeasti. Suomen Lääkärilehti 63, 7, 602.
- Rekilä, M. 2004. Asiakaslähtöinen hoitotyö lapsivuodeosastolla. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Ryttyläinen, K., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2007. Äitiyshuolto tulevaisuudessa - naisten näkemyksiä. Tutkiva hoitotyö 2(5)2007, 22 – 28.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2008. STAKES. Helsinki: Yliopistopaino.
- STAKES 2009. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2006. [Http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/Tt21_07.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/Tt21_07.pdf). Viitattu 15.9.2009
- Tammela, O. 2008. Varhain kotiutuvan vastasyntyneen seuranta. Suomen Lääkärilehti 63, 7, 633 – 636.
- Tomashek, K., Shapiro-Mendoza, C., Weiss, J., Kotelchuck, M., Barfield, W., Evans, S., Naninni, A. & Declercq, E. 2006. Early discharge among late pre-term and term newborns and risk of neonatal morbidity. Seminars of Perinatology 30(2), 61 – 68.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.
- Viisainen, K. 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. STAKES. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Väyrynen, P. 2007. Välitön syntymän jälkeinen kätilötyö. Teoksessa Kätilötyö. Toim. U-K. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A-M. Äimälä. 1-2p. Helsinki: Edita, 269 - 277.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa



1/2

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Äitien kokemuksia lyhytjätkihoitoisesta synnytyksestä.

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Kuvata synnyttäneiden äitien kokemuksia LYSY:stä ja hoitomallin toimivuutta äitien näkökulmasta. Tavoitteena saada tietoa äitien kokemuksista → kehittää LYSY-

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Syksy 2009

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Tutkimustulokset ovat yhteistyötahon käytettävissä. Tarvittaessa sitoudumme muuhunkin sopimuksen mukaan, kuten työn esitys.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

Maaliskuu 2008.

Ohjaava opettaja

yliopettaja Katri Ryttyläinen
hoitotyön lehtori Kirsti Koski

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Käsitteily naiskentätautiin johtoryhmässä
22/4-09

- Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme tehtävän laajuus-
(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluissa) *sen jälkeen*
- Opinnäytetyön esittämisen osastokokouksessa
 2 kpl opinnäytetöitä: 1 kpl ylihoitajalle ja 1 kpl osastolle 5
- Opinnäytetyön tekijät veloitetaan (esim. raportoimaan yhteistyötaholle)

- En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia ei kyllä, mitä

JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU
koulutus- ja terveysala
opinnäytetyöryhmä

2/2

Paikka ja aika 11.5.2009

Erja Ruuska
Yhteistyötaho, yhteistyö

Antti Koski
Ohjaava opettaja

Paikka ja aika 15.4.2009 Jyväskylä

Heidi Miettinen
Opinnäytetyön tekijä

Yhteystiedot
D0641@jamk.fi
044-2767635

Kaapo Koski
Opinnäytetyön tekijä

Yhteystiedot
C5594@jamk.fi
0400-945801

Liite 2. Kyselylomake

KYSELYLOMAKE ÄIDEILLE, JOTKA OVAT SYNNYTTÄNEET LYHYTJÄLKIHOITOISESTI.

Vastaa kysymyksiin laittamalla rasti kohtaan, joka on Sinulle sopivin tai kirjoita vastaus sille annettuun tilaan.

I Taustatiedot

1. Ikä _____ vuotta
2. Raskauden kesto ____ viikkoa + ____ päivää
3. Olen _____ uudelleen synnyttäjä. Minulla on ennestään ____ lasta.
_____ ensisynnyttäjä.
4. Onko sinulla aiempaa kokemusta lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä?
_____ Kyllä. Kuinka kauan siitä on? _____ vuotta
_____ Ei.
5. Siviilisääty _____ avioliitossa
_____ avoliitossa
_____ yksin
_____ jokin muu, mikä? _____
6. Koulutus _____ korkeakoulututkinto
_____ ammatillinen koulutus
_____ lukio
_____ peruskoulu
7. Olitko tyytyväinen LYSY- synnytykseen?
_____Kyllä
_____Ei

II Ohjaus lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyen

Vastaa kysymyksiin/väittämiin laittamalla rasti kohtaan, joka on Sinulle sopivin tai kirjoita vastaus sille annettuun tilaan.

8. Olin etukäteen tietoinen siitä, mitä lyhytjälkihoitoinen synnytys edellyttää minulta? (Esim. tiesin, että minulla on enemmän vastuuta vauvani tarkkailusta, kun kotiuduin aikaisemmin.)

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

9. Minulle kerrottiin etukäteen riittävästi lyhytjälkihoitoisen synnytyksen riskeistä.

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

10. Sain synnytyssairaalasta tarpeeksi ohjausta maidonerityksestä

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

11. Sain synnytyssairaalasta tarpeeksi ohjausta imetysasennoista

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

12. Sain synnytyssairaalasta tarpeeksi ohjausta mahdollisista imetyspulmista ja niiden hoidosta

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

13. Minulle opetettiin synnytyssairaalassa käsinlypsy

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

14. Sain synnytyssairaalasta tarpeeksi ohjausta vauvan hoidosta.

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

15. Sain synnytyssairaalasta tarpeeksi ohjausta vauvan tarkkailusta.

- samaa mieltä
- osittain samaan mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

16. Sain synnytyssairaalasta tarpeeksi ohjausta itseni hoitamiseen.

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

17. Minulle kerrottiin synnytyssairaalassa synnytyksen jälkeisestä herkistymisestä ja mielialan vaihteluista.

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

III Kotiutus

18. Minulle kerrottiin, mihin voin ottaa yhteyttä, jos ilmenee kysyttävää tai ongelmia kotona.

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

19. Puolisoni sai tarpeeksi ohjausta, kun kotiuduimme lyhytjälkihoitoisesti.

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

20. Minulla oli turvallinen olo kotiutuessani lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen.

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

21. Minulle oli hyötyä kätilön kotisoitosta.

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa
- en halunnut, että minulle soitetaan kotiin

22. Jos synnyttäisin vielä uudestaan, haluan kotiutua lyhytjälkihoitoisesti.

- samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

Avokysymyksiin voit kirjoittaa vapaasti kokemuksistasi. Voit jatkaa tarvittaessa lomakkeen kääntöpuolelle.

23. Kuvaile, miten koit lyhytjälkihoitoisen synnytyksen?

24. Minkälainen tukiverkosto sinulla oli kotona?

25. Mikä oli puolison merkitys synnytyksen jälkeen?

26. Kerro, ilmenikö kotona jotain ongelmatilanteita tai asioita, joihin et ollut osannut varautua? Mitä ne tilanteet olivat? Miten selvisit niistä? Mistä sait apua?

27. Kerro vielä, miten kehittäisit lyhytjälkihoitoista synnytystä.

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Liite 3. Saatekirje

Onnea uuden perheenjäsenen syntymästä!

Olemme sairaanhoitaja- ja kättilöopiskelijat Jyväskylän ammattikorkeakoulusta, sosi-
aali- ja terveysalalta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”**Äitien kokemuksia lyhytjäl-
kihoitoisesta synnytyksestä**”. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää Keski-
Suomen keskussairaalan synnytysyksikön lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoitokäy-
täntöjä perheiden tarpeita vastaamaan. Opinnäytetyötämme ohjaavat yliopettaja Katri
Ryttyläinen ja hoitotyön lehtori Kirsti Koski.

Olet synnyttänyt ja nyt kotiutumassa synnytysvuodeosastolta. Kotiutumisesi tapahtuu
6 – 48 tuntia synnytyksestä ja **lyhytjälkihoitoinen synnytys toteutuu kohdallasi**.
Kuulut opinnäytetyömme kohderyhmään. Osallistuminen tapahtuu vastaamalla ohessa
olevaan kyselylomakkeeseen ja lähettämällä sen mukana seuraavassa vastauskuoressa
noin kahden viikon kuluessa, kun olet kotiutunut sairaalasta. Vastaaminen on täysin
vapaaehtoista, luottamuksellista ja tapahtuu **nimettömänä**. Vastaajan henkilötiedot
eivät tule missään tutkimuksen vaiheessa esille.

Toivottavasti Sinulta löytyy hetki aikaa kyselyyn vastaamiseen, vastauksesi on meille
tärkeä!

Jos Sinulle herää jotakin kysyttävää, voit rohkeasti ottaa yhteyttä.

Terveisin,

Katja Kivistö ja Heidi Miettinen

Yhteystiedot:

Heidi Miettinen

Aarnipolku 2 B

40600 Jyväskylä

heidi.miettinen.sho@jamk.fi

Katja Kivistö

Rasikatu 2C20

40320 Jyväskylä

katja.kivisto.sho@jamk.fi