
ENNENAIKAISESTI SYNTYNEEN LAPSEN
RAVITSEMUKSEN OHJAUS VANHEMPIEN KOKEMANA



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2014

Julia Karjunen



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijä	Julia Karjunen	Vuosi 2014
Työn nimi	Ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemuksen ohjaus vanhempien kokemana	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ennenaikaisesti syntyneen lapsen vanhempien kokemuksia lapsen ravitsemuksen ohjauksesta. Tavoitteena oli kehittää ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemuksen ohjausta. Aiheen valintaan vaikuttivat opinnäytetyöntekijän kiinnostus sekä ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemusta, että hoidonohjausta kohtaan. Opinnäytetyöllä ei ole toimeksiantajaa.

Opinnäytetyön aihetta lähestyttiin kvalitatiivisesta eli laadullisesta näkökulmasta. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella Kevyt Keskosvanhempien yhdistyksen internet-keskustelupalstalta. Saadut vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä aineistolähtöisesti.

Opinnäytetyön tulosten perusteella perheet saivat ohjausta lapsen ravitsemuksesta melko monipuolisesti. Tästä huolimatta perheillä oli runsaasti lisätiedon ja tuen tarvetta. Lisätietoa haluttiin muun muassa lapsen ravitsemukseen liittyvistä ongelmatilanteista. Perheille ohjattiin osin samoja asioita lapsen sairautensa ollessa kuin kotiutuessa. Ohjaus toteutettiin pääasiassa suullisesti.

Tulosten mukaan perheet pitivät ohjauksessa tärkeänä lapsen yksilöllisyyden huomiointia. Perheet kokivat myös tärkeäksi asiaksi kuulluksi tulemisen. Hoitotyössä hyvän ohjaussuhteen käsitetään rakentuvan kaksisuuntaiselle vuorovaikutukselle, jossa osapuolet antavat arvoa toistensa näkemyksille. Hoitajan tulisi siis ohjaussuhteessa osata kuunnella lapsen vanhempia.

Hoitohenkilökunta voi hyödyntää opinnäytetyön tuloksia ohjatessaan ennenaikaisesti syntyneen lapsen vanhempia lapsen ravitsemuksen toteuttamisessa. Tulosten avulla voidaan kehittää niin ohjauksen sisältöä kuin menetelmiäkin.

Avainsanat ennenaikaisesti syntynyt lapsi, ravitsemus, ohjaus, hoitotyö

Sivut 51 s.+ liitteet 2 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Author	Julia Karjunen	Year 2014
Subject of Bachelor's thesis	Parents` experiences of the nutrition guidance of a prematurely born child	

ABSTRACT

The purpose of the thesis was to describe parents` experiences of the nutrition guidance of a prematurely born child. The aim of the thesis was to develop the nutrition guidance of a prematurely born child. The selection of the subject was influenced by the personal interest of the thesis writer towards both the nutrition of a prematurely born child and guidance. The thesis has no employer.

The thesis was studied with a qualitative research method. The material was collected from an internet forum meant for the parents of prematurely born children using a questionnaire. The replies were analyzed with an inductive content analysis.


According to the results of the thesis the families got quite versatile guidance of the nutrition. Nevertheless, they had a lot of need for additional information and support. Additional information was for example hoped for the problematic situations concerning nutrition. The families received partly similar guidance when the child was at the hospital and at the time of discharge. Guidance was given primarily orally.

Based on the results, the families appreciated when the individuality of the child was taken into consideration in guidance. Also, it was important to the families that they were heard. Guidance in nursing is based on a two-way communication where the opinions of the both sides are valued. Consequently, it is important to listen to the parents in guidance.

Nursing staff may benefit from the results when guiding the parents of a prematurely born child concerning nutrition. Both the content and the methods of the guidance may be developed.

Keywords prematurely born child, nutrition, guidance, nursing

Pages 51 p. + appendices 2 p.



SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ENNENAIKAISESTI SYNTYNYT LAPSI.....	2
2.1	Ennenaikaisuuden syyt.....	2
2.2	Ennenaikaisesti syntyneen lapsen ominaispiirteet	2
2.3	Ennenaikaisuuteen liittyviä ongelmia	3
2.4	Ennenaikaisesti syntyneen lapsen hoitotyö	6
3	ENNENAIKAISESTI SYNTYNEEN LAPSEN RAVITSEMUS	9
3.1	Ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemuksen anatomiaa ja fysiologiaa	9
3.2	Ravinnontarve ja parenteraalinen ravitsemus	10
3.3	Äidinmaito.....	13
3.4	Ennenaikaisena syntyneen lapsen imetys.....	14
3.5	Enteraalinen ravitsemus	16
3.6	Äidinmaidon ravintolisät ja keskoskorvikkeet.....	17
3.7	Vitamiinit, keskostipat ja rauta.....	18
3.8	Syömään oppiminen ja lisäruoat	19
3.9	Yleisimpiä syömiseen liittyviä ongelmia	21
3.9.1	Ruokahaluttomuus.....	22
3.9.2	Pulauttelu.....	23
3.9.3	Ummetus.....	24
4	OHJAUS HOITOTYÖSSÄ.....	24
4.1	Ohjaamiseen vaikuttavat taustatekijät.....	24
4.2	Ohjausympäristö.....	25
4.3	Vuorovaikutteisuus ja tavoitteellisuus	26
4.4	Ohjausmenetelmiä.....	26
4.5	Ohjauksen etiikka.....	27
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	28
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	29
6.1	Kyselylomakkeen laadinta	29
6.2	Aineiston kerääminen.....	30
6.3	Aineiston analysointi.....	31
6.4	Eettisyys	32
6.5	Luotettavuus	34

7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	35
7.1	Ravitsemusohjaus lapsen ollessa sairaalassa.....	35
7.2	Ravitsemusohjaus lapsen kotiutuessa.....	36
7.3	Ohjauksen toteutus	37
7.4	Ohjaus kokemuksena.....	37
7.5	Lisätiedon tarve.....	38
8	TULOSTEN TARKASTELUA	40
8.1	Ravitsemusohjaus lapsen ollessa sairaalassa.....	40
8.2	Ravitsemusohjaus lapsen kotiutuessa.....	41
8.3	Ohjauksen toteutus	42
8.4	Ohjaus kokemuksena.....	42
8.5	Lisätiedon tarve.....	43
8.6	Opinnäytetyöprosessin pohdintaa	44
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	46
	LÄHTEET	47

Liite 1 Kainaloasento
Liite 2 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Ennenaikaisesti syntyneellä lapsella tarkoitetaan ennen 37. raskausviikkoa syntynyttä lasta. Lapsi voidaan määritellä pienipainoiseksi, kun lapsen syntymäpaino on alle 2 500 g. Hyvin pienipainoisen lapsen syntymäpaino on alle 1 500 g. Syntymäpainoltaan alle 1 000 g painavat lapset määritellään erittäin pienipainoisiksi. Tässä työssä ennenaikaisuus käsitetään sekä lapsen raskausviikkojen että syntymäpainon perusteella. (Heikka 2007, 298.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ennenaikaisesti syntyneen lapsen vanhempien kokemuksia lapsen ravitsemuksen ohjaamisesta. Tavoitteena on kehittää ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemuksen ohjausta. Ohjaaminen kuuluu hoitotyöhön, ja sitä ohjaavat tietyt eettiset periaatteet. Ohjauksen tulee perustua asiakkaan tarpeisiin, ja sillä tulisi olla myös tavoitteita. Tavoitteet tulee asettaa asiakkaan näkökulmasta. (Koistinen 2007, 432–433.)

Ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemuksen tavoitteena on lapsen kasvun turvaaminen samoin, kuin se tapahtuisi sikiöaikana. Hyvä ravitsemus auttaa lisäksi suojaamaan lasta infektioilta ja toipumaan mahdollisista sairauksista. (Hasunen, Kalavainen, Keinonen, Lagström, Lyytikäinen, Nurttila, Peltola & Talvia 2004, 132; Korhonen 1996, 141; Niinikoski & Simell 2012, 268; Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuori & Uotila 2012, 269.)

Perheiden tukeminen on tärkeä osa ennenaikaisesti syntyneen lapsen hoitotyötä. Perhekeskeisessä hoitotyössä huomioidaan jokaisen perheen erilaisuus ja pyritään tunnistamaan jokaisen perheen vahvuudet. Vanhempia tulee tukea vanhemmuuteen, sillä kasvu siihen on usein lapsen ennenaikaisuuden vuoksi vielä kesken. Vanhempia ohjataan hoitamaan lastaan lapsen sairaalassa ollessa vähitellen yhä itsenäisemmin. Kun vanhemmat oppivat tapoja hoitaa lastaan, voivat he kokea voimaantuvansa. (Arasola, Reen, Vepsäläinen & Yli-Huumo 2004, 404; James & Ashwill 2007, 51–52; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 272.)

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, sillä tarkoitus oli kuvata vanhempien kokemuksia. Aineisto kerättiin kyselyn avulla Kevyt Keskosvanhempien yhdistyksen internet-keskustelupalstalta. Saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä aineistolähtöisesti.

Saatujen tulosten perusteella vanhemmat saivat ohjausta ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemuksesta melko monipuolisesti. Tästä huolimatta vanhemmilla oli paljon tarvetta lisätiedolle- ja ohjaukselle. Tulosten perusteella ennenaikaisesti syntyneen lapsen vanhempien ohjauksen lapsen ravitsemuksen toteuttamisessa tulisi olla jatkuvana kehittämisen kohteena.

2 ENNENAIKAISESTI SYNTYNYT LAPSI

Ennenaikaisesti syntyneeksi lapseksi kutsutaan lasta, joka syntyy alle 37. raskausviikon ikäisenä. Syntymäpainoltaan alle 2 500 g painava lapsi määritellään pienipainoiseksi. Kun lapsi painaa syntyessään alle 1 500 g, käsitetään hänet hyvin pienipainoiseksi. Alle 1 000 g syntyessään painava lapsi määritellään erittäin pienipainoiseksi. (Heikka 2007, 298.)

Ennenaikaisesti syntyneiden lasten osuus kaikista vastasyntyneistä kasvoi 1990-luvun loppupuolella, mutta on hieman laskenut viime vuosien aikana. Vuonna 2012 lapsia syntyi ennenaikaisesti 5,7 %, josta pienipainoisina syntyneiden osuus oli 4,2 %. Syntymäpainoltaan alle 1 500 g painavia lapsia syntyy vuosittain hieman alle prosentin verran. (Vuori & Gissler 2013, 7–8.)

2.1 Ennenaikaisuuden syyt

Ennenaikaisen synnytyksen syy jää usein tuntemattomaksi. Riskitekijöitä on kuitenkin tunnistettu, ja ne voivat liittyä odottavaan äitiin, hänen nykyraskautensa sekä raskaushistoriaansa. (Jakobsson & Paavonen 2009.)

Äidin aiempi ennenaikainen synnytys altistaa ennenaikaisuudelle 15–50 %. Riski on sitä suurempi, mitä useampi ja ennenaikaisempi synnytys äidillä on ollut. Tästä huolimatta 60 % kaikista ennenaikaisesti syntyneistä lapsista syntyy ensisynnyttäjille. Odottavaan äitiin liittyviä riskitekijöitä ovat muun muassa äidin nuori tai korkea ikä. Nuorella iällä tarkoitetaan alle 18 vuoden ikää, ja korkealla puolestaan yli 35 vuoden ikää. Riskitekijöitä ovat myös naimattomuus, tiettyyn etniseen ryhmään kuuluminen sekä huono sosiaalinen asema. Äidin päihteiden, kuten alkoholin, tupakan ja huumeiden, sekä erilaisten lääkeaineiden käyttö vaikuttavat myös ennenaikaisuuteen. Myös raskas fyysinen työ ja stressi, sekä neuvolaseurannan laiminlyöminen lisäävät ennenaikaisen synnytyksen riskiä. (Arasola ym. 2004, 405; Jakobsson & Paavonen 2009.)

Monisikiöraskaus on merkittävä syy ennenaikaisuudelle. Jopa 60 % kaksosista syntyy ennenaikaisesti. Myös raskauden aikaiset komplikaatiot, kuten äidin toksemia eli raskausmyrkytys sekä kohonnut verenpaine aiheuttavat ennenaikaisia synnytyksiä. Lisäksi systeemiset infektiot, kuten keuhkokuume ja virtsateiden oireeton bakteerikasvu, ovat huomattavia riskitekijöitä. (Arasola ym. 2004, 405; Jakobsson & Paavonen 2009.)

2.2 Ennenaikaisesti syntyneen lapsen ominaispiirteet

Ennenaikaisesti syntyneen lapsen ominaispiirteet johtuvat ennenaikaisesta syntymästä, lapsen alhaisesta syntymäpainosta ja elimistön toiminnallisesta epäkypsyydestä. Ulkoiselle olemukselle on tyypillistä pään suuri suhteessa vartaloon. Iho on ohut ja läpikuultava, ja sen pinta-ala on suuri lapsen painoon nähden. Ihonalaista rasvakudosta ja lihasmassaa on vähän. Lihasten jäntevyys on myös heikko. Raajoissa, olkapäissä ja selässä kasvaa kautta-

taan lanyngoa eli nukkavillaa. Vastasyntyneelle tyypilliset refleksit eli kehitysheijasteet voivat olla heikkoja tai puuttua kokonaan. (Korhonen 1996, 24; Marks 1998, 127; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 253.)

Kaikki ennen 34. raskausviikkoa syntyneet lapset tarvitsevat aluksi sairaala-hoitoa. Ennen 30. raskausviikkoa syntyneet lapset tarvitsevat tehostettua hoitoa tai valvontaa hengitys- ja verenkiertoelimistöön liittyvien ongelmien sekä ravitsemuksen vuoksi. Osa 34–36. raskausviikoilla syntyneistä lapsista voi olla vierihoidossa, mutta heidän hoidossaan on kiinnitettävä erityishuomiota lämmön ylläpitämiseen, ravinnonsaantiin sekä normaaliin verensokeritasoon. (Fellman & Järvenpää n.d.)

2.3 Ennenaikaisuuteen liittyviä ongelmia

Elimistön epäkypsyys aiheuttaa lapselle toiminnallisia ongelmia ja sairauksia, joiden ilmeneminen on hyvin yksilöllistä. Seuraavassa kerrotaan niistä ongelmista, joilla on merkitystä ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemuksen toteuttamisessa. Ennenaikaisesti syntynyt lapsi reagoi ongelmiin kokonaisvaltaisesti, mikä on tärkeää huomioida voinnin seurannassa. Elintoimintojen kypsymättömyyden vuoksi lasta uhkaavat monet lisäongelmat, kuten infektiot, aivonverenvuodot ja erilaiset pitkäaikaisongelmat, joita voidaan kokonaisvaltaisen seurannan avulla ennakoida ja mahdollisesti ehkäistä. (Korhonen 1996, 22.)

Vastasyntyneen sokeriaineenvaihdunnassa tapahtuu syntymän jälkeen muutoksia. Ennenaikaisesti syntynyt lapsi on erityisen altis sokeritasapainon häiriöille, joten lapsen syntymän jälkeen verensokeria seurataan toistuvasti. Aivot tarvitsevat riittävästi glukoosia toimiakseen, ja pitkään jatkunut hypoglykemia eli alhainen verensokeri voi saada aikaan niiden pysyvän vaurioitumisen. Vastasyntyneen normaali verensokeriarvo on vähintään 2,6 mmol/l. Mikäli verensokeri on matalampi, kehittyy lapselle vaihtelevia oireita. Lapsella saattaa olla vapinaa ja hengityskatkoksia. Hän voi olla myös ärtyisä. Tila saattaa korjaantua tihentämällä syöttökertoja ja varmistamalla riittävä maitomäärä, jos lapsi on hyväkuntoinen. Monesti lapsi tarvitsee kuitenkin lisäksi glukoosia suonensisäisesti annettuna. (Arasola ym. 2004, 410; Fellman & Luukkainen 2010, 128–129.)

Ennenaikaisuus lisää lapsen riskiä sairastua hyperbilirubinemiaan eli vastasyntyneen keltaisuuteen. Suuri bilirubiinin määrä veressä saattaa johtaa vaikeaan aivovaurioon, joten pitoisuutta on seurattava tarkasti verikokein. Hoitona käytetään sinivaloa, joka saa aikaan bilirubiinin muuttumisen vesiliukoiseksi ja erittymisen virtsaan. Sinivalohoidossa valo kohdistetaan lapsen paljaalle iholle valohoitolampulla. Lapsen silmille asetetaan silmäsuoja. Sinivalohoito aloitetaan sitä pienemmällä bilirubiiniarvolla, mitä ennenaikaisemmasta lapsesta on kyse. Mikäli bilirubiinin määrä ylittää sovitun verenvaihtorajan, tehdään lapselle verenvaihto. (Arasola ym. 2004, 411; Fellman & Luukkainen 2010, 120–121.)

Vastasyntyneen hengitysvaikeusoireyhtymä eli RDS-tauti on ennenaikaisesti syntyneen lapsen hengitysongelman tavallisin syy. Sen ilmaantuvuus on kääntäen verrannollinen sikiöikään ja syntymäpainoon. RDS johtuu keuhkojen pinta-aktiivisen aineen, surfaktantin, puutteesta ja kaikkein ennenaikaisimpien lasten tapauksessa myös keuhkorakenteiden kehittymättömyydestä. Surfactantin toiminta saattaa lisäksi olla häiriintynyt esimerkiksi infektion vuoksi. Surfactantin puutteen vuoksi osa keuhkorakkuloista painuu kasaan ja keuhkot ilmastoituvat epätasaisesti, jolloin kaasujen vaihto häiriintyy. (Fellman & Luukkainen 2010, 116–117; Koivisto, Saarela, Kaukola, Pokela, Valkama & Hallman 2005; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 256.)

Taudin oireita ovat äänekäs ja valitteleva uloshengitys, lisääntynyt hengitystaajuus, sekä kylkiluuvälien sisäänvetäytymät rintakehällä. Lapsi on myös syanoottinen eli sinertävä tai harmaa ilman lisähappea. Diagnoosi tehdään kliinisten oireiden ja keuhkoröntgenkuvan perusteella. Surfactantia annetaan ehkäisevästi kaikille ennen 28. raskausviikkoa syntyneille lapsille heti syntymän jälkeen, jos heidät on intuboitu hengityskonehoitoa varten. Äidille annettu kortikosteroidihoito uhkaavassa ennenaikaisessa synnytyksessä on vähentänyt hengitysvaikeusoireyhtymän esiintyvyyttä myöhemmillä raskausviikoilla syntyneillä ennenaikaisilla lapsilla. (Fellman & Luukkainen 2010, 116–117; Koivisto ym. 2005; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 256.)

Lievän taudin hoidoksi riittää lisähapen anto. Lasta voidaan myös makuuttaa mahallaan ja pyrkiä minimoimaan ja keskittämään muu käsittely. Lapsi saattaa myös tarvita suonensisäistä nestehoitoa. Mikäli tilanne vaikeutuu, tai kyseessä on ennen 32. raskausviikkoa syntynyt lapsi, tarvitaan nenä- eli nasaliylipainehoitoa. Nenälylipaineessa jatkuva positiivinen ilmavirta pitää ilmatiet auki, jolloin hengitystyö helpottuu. Samalla voidaan antaa myös lisähappea. Jos hapentarve on suuri, voidaan antaa keuhkojen pintajännitystä alentavaa surfaktantia intubaatioputken avulla hengitysteihin. (Arasola ym. 2004, 407; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 257.)

Bronkopulmonaalinen dysplasia on krooninen keuhkosairaus, joka kehittyy noin kolmasosalle hyvin pienipainoisista lapsista, jotka ovat saaneet hengityskonehoitoa. Taudin syntymiseen vaikuttaa useita tekijöitä, joista merkittävimpinä pidetään keuhkojen epäkypsyyttä, inflammaatiota, sekä hengityskonehoidon ja lisähapen vaurioittavia vaikutuksia. Oireita ovat pitkittynyt hapentarve, hengitysvaikeudet ja limaisuus. Hengitys voi myös olla rohisevaa. Diagnoosi tehdään oireiden ja taudille tyypillisen röntgenkuvalöydöksen perusteella, useimmiten 36. raskausviikkoa vastaavassa iässä. Taudilla on kolme vaikeusastetta sen mukaan, miten suuri hapentarve lapsella on. Krooniseen keuhkosairauteen liittyy merkittävä sairastavuus ensimmäisen elinvuoden aikana. Hengitystoiminta saattaa lisäksi olla poikkeavaa vielä lapsen ollessa kouluiässä, vaikka oireet lievenevätkin iän myötä. (Fellman & Luukkainen 2010, 118; Kinnula, Puolanne, Juvonen-Posti & Kajosaari 2008; Metsäranta & Järvenpää 2009.)

Patent ductus arteriosus eli avoin valtimotiehyt on sikiöaikainen verisuoni aortan ja keuhkovaltimon välillä. Rakenne sulkeutuu tavallisesti ensimmäisten elinvuorokausien aikana, mutta saattaa etenkin ennen 32. raskausviikkoa syntyneellä lapsella jäädä auki. Tällöin lapselle aiheutuu verenkierto-ongelmia. Lisääntynyt verimäärä keuhkoissa saa aikaan hengitysongelmia, verenpaine-
tasen vaihteluja, sekä mahdollisesti keuhkoverenvuodon. Avoin valtimotiehyt todetaan lapsen epävakaa voinnin, keuhkoröntgenkuvan, sekä mahdollisen sydämen sivuäänien perusteella. Sydämen kaikututkimuksessa voidaan lisäksi nähdä oikovirtausta avoimen valtimotiehyen kautta. Hoito voi olla lääkkeellinen, jolloin käytetään indometasiinia. Ennen 28. raskausviikkoa syntyneillä lapsilla avoin valtimotiehyt suljetaan yleensä kirurgisesti. Toimenpiteellä pyritään ehkäisemään mahdollisia lisäongelmia esimerkiksi sydämen ja keuhkojen toiminnassa. (Arasola ym. 2004, 408; Arola 2010.)

Nekroottinen enterokoliitti eli NEC on vastasyntyneillä esiintyvä, henkeä uhkaava suolistosairaus, jota tavataan etenkin alle 1 500 g painavilla lapsilla. NEC on harvinaisempi täysiaikaisilla lapsilla, joilla on tällöin myös yleensä jokin vaikea perussairaus, kuten synnynnäinen sydänvika. Vaikka taudin syntymekanismi ei ole täysin tiedossa, edeltää suoliston hapenpuute varsinaisen taudin puhkeamista. Hapenpuutteen johdosta suoleen syntyy limakalvovaurio, jolloin bakteerit kulkeutuvat suolen seinämään, aiheuttaen näin elimistöön yleistyneen infektion. (Luukkainen & Rintala 2006, 183–184.)

Useimmiten NEC ilmaantuu 3-7 vuorokauden iässä. Lapsen yleistila on huono, ja vatsa voi pömpöttää. Vatsanpeitteet saattavat olla tummuneet, ja ulosteissa voi olla verta. Vatsassa voi lisäksi olla vetovaikeuksia. Taudin diagnostiikassa käytetään apuna laboratoriotutkimuksia, joissa voidaan todeta elimistön happamuutta, matalaa trombosyytti- eli verihiutaletasoa sekä alhaista veren natriumpitoisuutta. Vatsan natiiviröntgenkuvassa suolenmutkat voivat olla usein laajentuneita, ja taudin edetessä suolen seinämään muodostuu mahdollisesti pneumatoosia eli kaasukuplia. (Luukkainen & Rintala 2006, 183–184.)

Ravitsemus suun kautta tulee lopettaa, mikäli taudista on epäily. Lapselle on myös aloitettava laajakirjainen mikrobilääkitys bakteeri-infektion vuoksi. Suonensisäistä nesteytystä ja ravitsemusta on lisäksi tehostettava, sekä huolehdittava verenkierron riittävydestä. Joskus lapsi saattaa tarvita myös hengityskonehoitoa. Taudin kulkua seurataan toistuvasti kliinisillä tutkimuksilla ja vatsan röntgenkuvauksella. Mikäli suoli puhkeaa, vaurioitunut osa on poistettava leikkauksessa. NEC saattaa pahimmassa tapauksessa saada aikaan vastasyntyneen menehtymisen. (Luukkainen & Rintala 2006, 184–185; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 259–260.)

Ennenaikaisesti syntyneellä lapsella on lisääntynyt riski sairastua tehohoitoperäisiin infektioihin, mikäli tehohoito on kestänyt pitkään. Tavallisimmat aiheuttajat ovat eri stafylokokkilajit. Oireet voivat olla pelkästään epämääräisiä, kuten syketajuuden vaihteluja, suolen vetovaikeuksia tai hengityskatkoksia, joten lapsen vointia tulee seurata tarkkaan ja pyrkiä ehkäisemään sokin kehit-

tyminen. Infektioiden hoitona käytetään antibioottia. (Arasola ym. 2004, 406; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 260.)

2.4 Ennenaikaisesti syntyneen lapsen hoitotyö

Ennenaikaisesti syntyneen lapsen hoitoympäristö pyritään rauhoittamaan niiltä osin, kuin se on mahdollista. Hoitohenkilökunnan on hyvä kiinnittää äänen voimakkuuteen huomiota, sillä kovat äänet aiheuttavat lapselle syke- ja verenpaineen nousua. Syke- ja verenpaineen nousun vuoksi lapsen hapentarve voi kasvaa ja hänelle saattaa kehittyä apneonia eli hengityskatkoksia. Tästä syystä myös lapsen hoidossa tärkeiden valvontalaitteiden äänen kovuuteen tulee kiinnittää huomiota. Kirkas valo häiritsee ennenaikaisesti syntyneen lapsen nukkumista, joten turhaa valaistusta on myös hyvä vähentää. Kirkas valo saattaa myös häiritä lapsen uni-valverytmin kehittymistä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 265.)

Ennenaikaisesti syntynyt lapsi jäähtyy hyvin herkästi, minkä vuoksi lämpötasapainosta tulee huolehtia. Lapsella on hyvin vähän ihonalaista, lämpöä tuottavaa rasvakudosta. Lämmönsäätelykyky ei ole myöskään täysin kehittynyt hermoston epäkypsyyden vuoksi. Myös ihon suuri pinta-ala altistaa lasta jäähtymiselle, minkä seurauksena elintoiminnot ovat vaarassa häiriintyä. Ennenaikaisesti syntynyt lapsi tarvitseekin yleensä aluksi hoitoa inkubaattorissa eli keskoskaapissa, tai tehohoitopöydällä vakaan lämmön säilyttämiseksi. Lämmönhukkaa voidaan ehkäistä myös suojaamalla lasta peitteillä. Lämmön on hyvä pysyä vakaana, 36.8–37.2 asteessa, jotta hapenkulutus on mahdollisimman pientä ja tasapainossa perusaineenvaihdunnan kanssa. Lämpö mitataan yleensä kainalosta, sillä ennenaikaisesti syntyneen lapsen peräsuolen limakalvot ovat ohuet. Ne voivat siis mennä helposti rikki, mistä saattaa seurata infektio. Lämpöä voidaan seurata myös ihoon kiinnitetyn elektrodin avulla. (Arasola ym. 2004, 402; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 265–267.)

Ennenaikaisesti syntyneellä lapsella saattaa esiintyä hengityskatkoksia, sillä keuhkojen toiminta on vielä kypsymätöntä. Hengityskatkokset saavat aikaan yleensä myös sykkeen laskua. Nopeat, itsestään korjautuvat hengityskatkokset eivät tavallisesti vaadi hoitoa. Happisaturaation, sykkeen ja hengityksen monitoriseuranta on kuitenkin tärkeää, sillä yli 20 sekuntia kestävät sykkeenlaskut ovat uhka lapsen terveydelle. Seurannan tulee olla non-invasiivista eli eikajoavaa ylimääräisen rasituksen välttämiseksi. Kaikkein ennenaikaisimmat lapset saavat yleensä sairaalahoidon alkuvaiheessa nenäylipainehoitoa, joka tukee lapsen omaa hengitystä. (Arasola ym. 2004, 402; Metsäranta 2006, 87; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 268.)

Vastasyntyneen verenkiertoelimistössä tapahtuu suuria muutoksia syntymähetkellä. Lapsi vetää ensimmäisen kerran ilmaa keuhkoihinsa, ja samalla keuhkoverenkierron vastus vähenee. Sydämen vasemman eteisen ja kammion paineet suurenevät, minkä vaikutuksesta sikiökautiset oikovirtausreitit sulkeutuvat. Peruselintoimintojen, kuten verenpaineen, seuranta on syntymänjälkeis-

ten muutosten vuoksi tärkeää lapsen koko sairaalahoidon ajan. Verenpaineen mittausta varten voidaan lapselle laittaa teho-osastolla arteria- eli valtimokateetri ranne- tai nilkkavaltimoon, jolloin verenpainetta on mahdollista seurata tarkasti. Verenpainetta voidaan seurata myös olkavarteen laitettavalla verenpainemittarilla. Happikyllästeisyyden seuranta varten lapsella on happisaturaatiomittari. Veren astrup-analyysien avulla seurataan valtimoveren happipitoisuutta ja muita voinnin kannalta merkittäviä arvoja, kuten happamuutta ja hiilidioksidin määrää. (Raivio 2011; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 267; Arasola ym. 2004, 402.)

Ennenaikaisesti syntyneen lapsen ohut iho on altis ympäristön ärsykkeille, joten seurantalaitteiden paikkaa iholla tulee vaihtaa sovittujen käytänteiden mukaisesti. Ihon kuntoa tulee seurata, ja mahdolliset ihovauriot on hoidettava huolellisesti keittosuolalla tai steriilillä vedellä. Tervettä ihoa voidaan rasvata öljyllä tai perusvoiteella. Myös ihon värin tarkkailu ja arviointi ovat osa lapsen hoitotyötä, sillä ennenaikaisesti syntyneen lapsen ihon väri saattaa muuttua nopeasti lapsen voinnin vaihdellessa. (Arasola ym. 2004, 402; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 270–271.)

Lapsen iho on hyvä pestä vedellä päivittäin aamuhoitojen yhteydessä. Samalla tulee kiinnittää erityishuomiota mahdollisiin ihon hiertymiin ja hautumiin. Etenkin lapsen taipeet saattavat hautua herkästi, joten ne on hyvä pestä ja kuivata huolellisesti hoitojen yhteydessä. Ihon kuivaamiseen voi käyttää esimerkiksi sideharsotaitoksia. Lapsen silmät pestään aloittamalla pesu silmän ulkonurkasta, ja siirtymällä sitten sisänurkkaa kohti. Lapsen napa hoidetaan päivittäin yksikön ohjeiden mukaisesti. Ennen ensimmäistä kylpyä tulee lapsen olla voinniltaan ja elintoiminnoiltaan tarpeeksi vakaa. Lasta on tämän jälkeen hyvä kylvetä 4–7 päivän välein. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 270–271.)

Ennenaikaisesti syntyneen lapsen hoitotyössä tulee huomioida hyvä käsihygienia, sillä vastasyntyneen puolustuskyky bakteeri- ja sieni-infektioita vastaan on vielä kypsytön. Hoitohenkilökunnan on myös tarpeellista käyttää suojakäsineitä vaipanvaihdossa ja lapsen alapesuissa infektioiden ehkäisemiseksi. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 260–271.)

Ennenaikaisesti syntyneen lapsen hoitotyön tulee olla lasta säästävää, mikä merkitsee hoitotoimenpiteiden ja tutkimusten keskittämistä. Tällöin turha käsittely vähenee ja lapsi voi nukkua rauhallisempia ja pidempiä jaksoja. Lasta käsiteltäessä tulee otteiden olla varmoja, laajoja ja kokonaisvaltaisia lapsen motorisen kehityksen vahvistamiseksi ja turvallisuuden tunteen luomiseksi. Hyvä asento vähentää ennenaikaisesti syntyneen lapsen kokemaa kipua, ja siinä lapsi voi rentoutua. Hengittämisen kannalta lasta on hyvä pitää esimerkiksi kyljellään. Lapsi voidaan tukea myös sikiöasentoon. Sopivan asennon luomiseksi voidaan apuna käyttää erimuotoisia tyynyjä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 271–272.)

Lapsen ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen näkökulmasta tärkeä hoitomuoto on kenguruhoito, joka on kehitetty Kolumbiassa 1970-luvulla. Suo-

meen kenguruhoito tuli osaksi ennenaikaisesti syntyneiden lasten hoitotyötä yli 20 vuotta sitten. Kenguruhoito tukee myös ennenaikaisena syntyneen lapsen imetystä, ja se voidaan aloittaa lapsen voinnin ollessa tarpeeksi vakaa. Myös ylipainehengityshoidossa oleva lapsi voi olla kenguruhoitossa. (Luukkainen & Laanterä 2010, 310; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 273.)

Kenguruhoitossa lapsi autetaan ihokontaktiin äidin paljaalle rintakehälle rintojen väliin pystyasentoon. Lapsella on yllään vain vaippa. Lapsen pää käännetään sivulle, jolloin poski voi nojata äidin rintakehää vasten. Kenguruhoito edistää imetystä, sillä ihokontaktilla on imetyksen yleisyyttä ja kestoja lisäävä vaikutus. Lapsen hengitys myös tasoittuu ja lapsi rauhoittuu, jolloin hänen on helpompi keskittyä imemisen opetteluun. Kenguruhoitossa myös maidon herumista edistävän äidin oksitosiini-hormonin tuotanto kasvaa. (Luukkainen & Laanterä 2010, 310-311; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 273; THL 2009, 69.)

Perheen tukeminen on tärkeä osa ennenaikaisesti syntyneen lapsen hoitotyötä. Perhekeskeisessä hoitotyössä hoitaja arvostaa perheiden erilaisuutta ja pyrkii tuomaan esiin vahvuuksia jokaisen perheen kohdalla. Lapsen ennenaikainen syntymä on vanhemmille useimmiten yllätys, joten kasvu vanhemmuuteen voi olla vielä kesken. Vanhemmat saavat mahdollisuuksien mukaan olla lapsen vierellä heti syntymän jälkeen, ja heitä ohjataan myöhemmin hoitamaan lasta itsenäisesti. Lapsen vointiin liittyvistä asioista on kerrottava vanhemmille ymmärrettävällä tavalla ja rohkaistava heitä myös esittämään kysymyksiä. Kun vanhemmat oppivat tapoja osallistua lapsensa hoitamiseen, voivat he kokea voimaantuvansa. (Arasola ym. 2004, 404; James & Ashwill 2007, 51–52; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 272.)

Perhehoitotyö on moniammatillista, jolloin eri alojen asiantuntijat toimivat perheen tukena. NIDCAP® eli Newborn Individualized Developmental and Care Assessment Program on vastasyntyneiden yksilöllisen kehityksen ja hoidon arvioimiseksi kehitetty yhdysvaltalainen hoito-ohjelma, joka otettiin Suomessa ensimmäisen kerran käyttöön syksyllä 2003. Ohjelman tavoitteena on tukea lasta ja perhettä parhaaseen mahdolliseen kehitykseen esimerkiksi lapsen hoitoympäristöä muokkaamalla. (Arasola ym. 2004, 404; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 272.)

Erittäin ennenaikaisesti syntyneiden lasten kohdalla tarvitaan usein suonensisäistä ravitsemusta suoliston kypsyttömyyden vuoksi, toisinaan kuukausienkin ajan. Äidinmaitoravitseminen pyritään kuitenkin aloittamaan mahdollisimman varhain, sillä se auttaa lapsen suolen limakalvoa ottamaan vastaan ja käsittelemään äidinmaitoa. Maidon antamista varten lapselle laitetaan nenämahaletku. Äidinmaitoa on annettava pieninä mutta tiheinä annoksina, ja lapsen vointia tulee seurata tarkasti. (Niinikoski & Simell 2012, 274; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 269.)

3 ENNENAIKAISESTI SYNTYNEEN LAPSEN RAVITSEMUS

Tavoitteena ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemuksessa on turvata lapsen kasvu sikiöajan kasvua vastaavalla tavalla. Hyvän ravitsemuksen tarkoituksena on lisäksi suojata lasta infektioilta, ja auttaa tätä osaltaan toipumaan mahdollisista sairauksista. Kohdussa ollessaan sikiö saa tarvitsemansa ravintoaineet äidiltä istukan kautta. Syntymähetkellä ravinnonsaanti istukan kautta päättyy, ja lapsen on sopeuduttava enteraaliseen eli maha-suolikanavan kautta annettavaan ravitsemukseen. Muutoksen edellytyksenä on, että ruoansulatuskanava on kypsä käsittelemään ravintoa ja suolistohormoneja alkaa erittyä riittävästi. (Hasunen ym. 2004, 132; Korhonen 1996, 141; Niinikoski & Simell 2012, 268; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 269.)

Ennenaikaisesti syntynyt lapsi ei tavallisesti siedä maitoa heti syntymänsä jälkeen. Lapsen ravitsemus toteutuukin aluksi joko osittain tai täysin suonensisaisesti. Maidon määrää voidaan lisätä vähän kerrallaan suoliston kypsymisen mukaan. Siirtyminen maidosta koostuvaan ravitsemukseen kestää sitä pidemmän ajan, mitä epäkypsempänä lapsi on syntynyt. (Luukkainen 2013, 275; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 269.)

3.1 Ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemuksen anatomiaa ja fysiologiaa

Ravinto muokkautuu imeytyvään ja sulavaan muotoon maha-suolikanavassa, joka osallistuu myös neste- ja elektrolyyttitasapainon säätelyyn. Maha-suolikanavan tehtäviin kuuluu lisäksi suojata elimistöä taudinaiheuttajilta. Ennenaikaisesti syntyneen lapsen maha-suolikanavan toiminta on epätäydellistä, sillä kanavan anatomiset rakenteet kehittyvät noin 36.–38. raskausviikoilla. Näin ollen gastroesofaaginen sfinkteri, eli ruokatorven alaosan sulkijalihas, sekä yskimis- ja oksennusrefleksit toimivat puutteellisesti. Ohutsuolen peristaltiikka eli liikehdintä sekä vatsan tyhjentyminen ovat myös hitaita. Lisäksi peräsuolen sulkijalihaksen toiminta on epätäydellistä. (Korhonen 1996, 142; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 269.)

Suoliston katsotaan olevan rakenteellisesti ja toiminnallisesti kypsä sulattamaan enteraalista ravintoa noin raskausviikoilta 33.–34. lähtien. Tätä aikaisemmilla raskausviikoilla suoliston entsyymien toiminta on rajoittunutta, koska osa toimintaan tarvittavista hormoneista puuttuu. (Korhonen 1996, 142; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 269.)

Erittäin ennenaikaisesti syntynyt lapsi ei osaa imeä, sillä imemisen koordinaatio kehittyy noin 32. raskausviikon iässä. Tässä vaiheessa koordinoituvat myös hengittäminen ja nieleminen. Nieleminen on haastavaa, sillä nielun paine on matala. Nielemisen ja ruokatorven sulkijalihaksen yhteistoiminta on lisäksi epätäydellistä. (Haapanen & Markkanen-Leppänen 2013; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 269.)

3.2 Ravinnontarve ja parenteraalinen ravitsemus

Sikiö kasvaa tavallisesti voimakkaasti, ja sen elimistöön kertyy samalla runsaasti ravinteita kudosten rakennusaineiksi. Mikäli lapsi syntyy ennenaikaisesti, ei ravinteita ole ehtinyt kertyä vielä riittävästi. Ennenaikaisesti syntyneen lapsen tulee siis saada niitä ravinnostaan suhteessa enemmän, kuin täysiaikaisena syntyneen lapsen. Vastasyntyneen perusenergiantarve on vähintään 60–70 kcal/kg/vrk. Tätä vähäisempi energiansaanti saa aina aikaan elimistön omien kudosten käyttöä energianlähteenä. Ravinteiden ja energian tarvetta lisäävät saavutuskasvu ja mahdolliset sairaudet, kuten keskosen krooninen keuhkosairaus. Saavutuskasvun tavoitteena on, että lapsi saavuttaa perimän mukaisen pituutensa kahteen ikävuoteen mennessä. (Hasunen ym. 2004, 132; Luukkainen 2013a; Keskosvanhempien yhdistys Kevyt 2007; Metsäranta & Järvenpää 2009; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 269.)

Parenteraalinen eli suonensisäinen ravitsemus aloitetaan aina, kun kyseessä on syntymäpainoltaan alle 1 500–2000 g painava lapsi. Tämän lisäksi lapsi voi saada ruokaa enteraalisesti. Myös tätä painavammalle, sairaalle vastasyntyneelle on tarpeen aloittaa ainakin osittainen suonensisäinen ravitsemus, jos normaali iänmukainen maitoravitsemus ei onnistu. Energian ja ravintoaineiden saantitavoitteet määräytyvät lapsen syntymäpainon mukaan. Ravinnon antoa varten lapselle laitetaan keskuslaskimokatetri, mikäli syntymäpaino on ollut alle 1 000 g. Keskuslaskimokatetri voidaan asettaa myös isommalle lapselle, jos tämän voidaan katsoa tarvitsevan suonensisäistä ravitsemusta yli viikon ajan. Suonensisäinen ravitsemus toteutetaan jatkuvana, koko vuorokauden ajan kestäväenä infuusiona, ja lopetetaan vähitellen, kun lapsen enteraalinen ravitsemus lisääntyy. Kun maitomäärä on yli 100–120 ml/kg/vrk, ei suonensisäistä ravitsemusta ole yleensä enää tarpeen jatkaa. (Luukkainen 2013b; Luukkainen 2013, 275–276; Niinikoski & Simell 2012, 274.)

Pienten ennenaikaisesti syntyneiden lasten alkuvaiheen hoidossa voidaan käyttää Numeta G13E-ravintoliuosta. Liuosta voidaan antaa keskuslaskimokatetrin kautta, ja laimennettuna myös ääreislaskimoon. Lapselle on tarpeen aloittaa yksilöllinen suonensisäinen ravitsemusliuos, jos hänellä on erittäin vaikea nestetasapainon häiriö. Jos lapsen syntymäpaino on yli 1 500 g ja hän on hyvävointinen, riittää pelkkä glukoosiliuos yleensä heti syntymän jälkeen. Suonensisäinen ravitsemus aloitetaan vasta, kun ensimmäinen täysi nestevuorokausi on alkanut. (Luukkainen 2013, 276.)

Glukoosi on vastasyntyneen elimistön tärkein energianlähde, myös suonensisäisessä ravitsemuksessa. Glukoosi-infuusion antaminen aloitetaan lapselle annoksella 4–6 mg/kg/min. Glukoosin määrää lisätään päivittäin 1–2 mg/kg/min. Lapsen verensokeriarvoja on seurattava annosta lisättäessä, sillä lapsen glukoosin sieto on rajallinen. Suureen määrään glukoosia saattaa liittyä hiilidioksidin muodostumista. (Luukkainen 2013, 281–282.)

Vastasyntyneellä yli 7 mmol/l korkeammat verensokeriarvot ovat hyperglykeemisiä. Verensokerin nousu saa aikaan glukoosin erittymistä virtsaan. En-

nenaikaisesti syntyneen lapsen kohdalla näin saattaa aiheutua jo 6:n mmol/l verensokeriarvoilla, sillä glukoosierityksen munuaiskynnyks on alentunut. Glukoosierityksen munuaiskynnyksellä tarkoitetaan veren sokeripitoisuuden raja-arvoa, jonka ylityessä glukoosia alkaa erittyä virtsaan. Korkean verensokerin syynä on tavallisesti liiallinen sokerin antaminen glukoosin sietoon suhteutettuna. Ennenaikaisesti syntyneen lapsen insuliinierityksen toiminta on lisäksi rajallista. Korkea verensokeri on erityisesti erittäin pienipainoisen lapsen ongelmana. Mikäli glukoosin sieto on alle (4–)6 mg/kg/min, on insuliini-infuusion aloittamista lapselle harkittava. Insuliinin antamisen kohdalla on huomioitava, että se voi aiheuttaa lapselle matalan verensokerin lisäksi elimistön happamuutta. (Fellman & Otonkoski 2013, 257; Luukkainen 2013, 282; Virkamäki 2011.)

Raskausaikana sikiö saa aminohappoja äidiltä istukan kuljettamana. Aminohapoista jopa puolet käytetään energianlähteeksi ja glukoosin tuottoon. Lapsi tarvitsee syntymänsä jälkeen riittävästi aminohappoja proteiinisynteesiä varten. Proteiinin saannin ollessa alle 1,5 g/kg/vrk, aiheutuu elimistössä omien kudosten käyttöä energianlähteenä. Aminohappoinfuusio aloitetaan lapsen ensimmäisen elinvuorokauden aikana. Syntymäpainoltaan alle 1 500 g painavalle lapselle aminohappoinfuusio tulee aloittaa mahdollisimman nopeasti syntymän jälkeen. Vaikean maksan tai munuaisten vajaatoiminnan tapauksessa tulee aminohappoinfuusion määrää vähentää tai lopettaa se kokonaan, ja antaa lapselle ainoastaan välttämättömiä aminohappoja. Samoin on toimittava, mikäli lapsella epäillä synnynnäistä aminohappoaineenvaihdunnan sairautta. (Luukkainen 2013, 282–283.)

Rasvahapot ovat merkittävä energianlähde, ja toimivat myös solukalvojen rakennesosina. Rasvoja tarvitaan lisäksi solunulkoisten- ja sisäisten viestien välittämiseen. Elimistölle välttämättömiä rasvahappoja ovat linoli- ja alfa-linoleenihappo. Erittäin ennenaikaiselle lapselle on tarpeen aloittaa suonensisäinen rasvavalmiste välttämättömien rasvahappojen puutostilan ehkäisemiseksi lapsen ensimmäisenä elinvuorokautena. Aloitusannos on 1g/kg/vrk, ja annosta nostetaan päivittäin 0,5–1 g/kg tavoitetasolle 2–3g/kg/vrk asti. Infuusio tulee antaa riittävän hitaalla nopeudella 24 tunnin ajan, jotta voidaan välttää sivuvaikutuksia. Infuusionopeutta voidaan nostaa päivittäin hiljalleen nopeuteen 0,15 g/kg/h asti. Suonensisäisten rasvavalmisteiden antamisen kohdalla on huomioitava, että rasva saattaa teoriassa nostaa vapaan bilirubiinin määrää syrjäyttämällä sitä albumiinista. Tämän vuoksi voimakkaasti kellastuneelle lapselle ei tulisi antaa rasvainfuusiota yli 2g/kg vuorokaudessa. (Luukkainen 2013c; Luukkainen 2013, 283; Mutanen & Voutilainen 2012, 61.)

Luuston kalsiumista ja fosfaatista suurin osa kertyy viimeisen raskauskolmanneksen kuluessa. Tuona ajanjaksona kalsiumin päivittäinen lisäys on noin 130 mg/kg ja fosfaatin 75 mg/kg. Kalsiumia ja fosfaattia voidaan lisätä heti suonensisäiseen ravitsemukseen. Samalla voidaan aloittaa magnesiumilisä. Kalsiumille, fosfaatille ja magnesiumille on määritelty saantitavoitteet (Taulukko 1). (Luukkainen 2013d; Luukkainen 2013, 284.)

Taulukko 1. Kalsiumin, fosfaatin ja magnesiumin saantitavoitteet parenteraalisessa ravitsemuksessa (Vastasyntyneiden tehohoito 2013).

Yksikköä/kg/vrk	Syntymäpaino alle 2 500g	Täysiaikainen
Kalsium (mg)	60–90	50–60
Fosfaatti (mg)	45–70	40–50
Magnesium (mmol)	0,2–0,37	0,3

Viimeisen raskauskolmanneksen aikana sikiöön kertyy myös hivenaineita. Hivenaineiden saantisuosituksot perustuvat rintamaidon pitoisuuksiin, ja niiden todellista tarvetta on vaikea arvioida suonensisäisen ravitsemushoidon aikana. Hivenainelisiä aloitetaan samalla, kuin suonensisäinen ravitsemus. Aluksi lapsi voi tarvita punasolusiirtoja, joten rautalisiä aloitetaan vasta yli kuukauden iässä. (Luukkainen 2013, 284–285.)

Vitamiinien todellisesta tarpeesta on vähäisesti tietoa, ja saantisuosituksot (Taulukko 2) perustuvat rintaruokinnassa olevien lasten vitamiinien saantiin. Vitamiinien lisääminen suonensisäiseen ravitsemukseen on haasteellista, sillä ne säilyvät huonosti infuusionesteissä, ja voivat imeytyä infuusioletkuihin. Kudosten vitamiinipitoisuudet saattavat lisäksi pienentyä huonon proteiini-synteesin tuloksena. (Luukkainen 2013, 285.)

Taulukko 2. Vitamiinien saantitavoitteet parenteraalisessa ravitsemuksessa (Vastasyntyneiden tehohoito 2013).

Vitamiini	Yksikkö	Ennenaikainen lapsi määrä/kg/vrk	Täysiaikainen lapsi määrä/vrk
A	KY/mikrog	700–1500/150–300	700/150
D	KY/mikrog	160/4	400/10
E	mg	2,8–3,5	7
K	mikrog	70–130	200
B1	mikrog	350–500	1 200
B2	mikrog	150–200	1 400
B6	mikrog	150–200	1 000
B12	mikrog	0,3	1,0
C	mg	15–25	80
Foolihappo	mikrog	56	140
Niasiini	mg	4,0–6,8	17
Biotiini	mikrog	5,0–8,0	20

Suonensisäisen ravitsemuksen alkuvaiheessa lapsen nestetasapainoa seurataan päivittäin laboratoriotekoin. Tilanteen vakiinnuttua seuranta tiheys on 1–2 kertaa viikossa. Lapsen painoa on tarpeen seurata aluksi päivittäin. Maksan

toimintakokeet on myös hyvä kontrolloida suonensisäisen ravitsemushoidon alussa viikoittain. Vitamiini- ja hivenainepitoisuuksia tulee seurata muutaman kuukauden välein, mikäli hoito jatkuu kuukausien ajan. (Luukkainen 2013, 277.)

3.3 Äidinmaito

Ennenaikaisesti syntyneelle lapselle parasta ravintoa on oman äidin rintamaito, jossa ravintoaineet ovat tehokkaasti imeytyvässä muodossa. Ensिमaito eli kolostrum sisältää proteiinia jopa 12 g/100 ml. Proteiinimäärä laskee muutaman viikon kuluessa, kun ensimmäinen muuttuu kypsäksi maidoksi. Äidinmaidossa on lisäksi kivennäisaineita sitovia ja niiden imeytymistä edistäviä sitojapeptidejä ja proteiineja. Rasvapitoisuus äidinmaidossa on 3,5–4 %, mikä vastaa täysmaidon pitoisuutta. Äidinmaito sisältää kuitenkin vähemmän tyydyttyneitä rasvahappoja, sekä enemmän tyydyttymätöntä linolihappoa lehmänmaitoon verrattuna. Laktoosipitoisuus on noin 7,4 %. Äidinmaidon vitamiinit riittävät kattamaan täysaikaisena syntyneen lapsen tarpeen, D-vitamiinia lukuun ottamatta. (Hasunen ym. 2004, 111–112; Järvenpää 2009; Niinikoski & Simell 2012, 269–271; Tuokkola & Strengell 2010, 113.)

Äidinmaito sisältää vain vähän rautaa ja sinkkiä, mutta ne imeytyvät siitä kuitenkin tehokkaammin kuin äidinmaidonkorvikkeesta. Kalsiumia ja fosforia äidinmaidossa on lehmänmaitoon verraten huomattavasti vähemmän, mutta silti lapselle riittävä määrä. Hyvin pienipainoinen lapsi ei kuitenkaan kykene syömään kuin pieniä maitomääriä, joten kalsiumia ja fosforia ei kerry riittävästi nopeaan luustonmuodostukseen. Seurauksena voi kehittyä keskosen riisitauti, jota voidaan osittain ehkäistä lisäämällä kalsiumia ja fosfaattia annettavaan äidinmaitoon. Äidinmaidossa on lisäksi runsaasti magnesiumia, natriumia, kaliumia sekä kloridia. Maito sisältää myös rautaa, joka imeytyy siitä hyvin. Ennenaikaisesti syntynyt lapsi tarvitsee kuitenkin rautalisää vähäisten rautavarastojensa vuoksi. Äidinmaidon sisältämä rauta ei myöskään riitä nopean kasvun vaiheessa. (Hasunen ym. 2004, 111–112; Järvenpää 2009; Niinikoski & Simell 2012, 269–271; Tuokkola & Strengell 2010, 113.)

Äidinmaito sisältää lisäksi paljon kasvutekijöitä sekä lukuisia aineita, jotka suojaavat lasta infektioilta. Suoja esimerkiksi keuhkokuumetta, korvatulehduksia ja ripulitauteja vastaan on sitä parempi, mitä kauemmin lapsi saa äidinmaitoa. Äidinmaito edistää myös ennenaikaisesti syntyneen lapsen ruoansulatuskanavan kehittymistä, ja sen sisältämiä pitkäketjuisia rasvahappoja pidetään hyödyllisinä lapsen hermoston ja näkökyvyn kehittymiselle. Näitä rasvahappoja lapsi voi äidinmaidon lisäksi saada vain rikastetuista korvikemaidoista. (Hasunen ym. 2004, 111–112; Järvenpää 2009; Niinikoski & Simell 2012, 269–271; Tuokkola & Strengell 2010, 113.)

3.4 Ennenaikaisena syntyneen lapsen imetys

Imetyksen onnistuminen edellyttää, että lapsi hallitsee imemisen, nielemisen ja hengittämisen suhteessa toisiinsa. Lapsi kykenee imemään pidempään ja nielemään 31. raskausviikolla. Hengityksen säätely imemisen yhteydessä voi kuitenkin olla vielä vajavaista. Lapsi voi aloittaa harjoittelemaan rinnasta imemistä 32. raskausviikolta lähtien, mikäli vointi on tarpeeksi vakaa. Ennenaikaisesti syntynyt lapsi saattaa kuitenkin opetella imemistä jopa viikkoja. On tärkeää muistaa, ettei imeminen nopeudu lapsen harjoittellessa, vaan lapsi oppii imemään rinnalta kehitysprosessin ollessa valmis. Aluksi lapsi tutustuu rintaan hamuillen, mutta oppii ajan kuluessa imemään tehokkaammalla tavalla. Vanhempien on hyvä tiedostaa, että oppimisen suhteen tarvitaan kärsivällisyyttä. (Luukkainen & Laanterä 2010, 308–309; THL 2009, 69.)

Aluksi ennenaikaisesti syntynyt lapsi opettelee imemään rinnalta niin sanotun non-nutrive suckling -periaatteen mukaisesti, jolloin ravinnonsaantia ei pidetä päätavoitteena. Lapsi voi olla äidin rinnalla ja tehdä imemisharjoituksia, vaikka varsinaista imetystä ei oltaisi vielä aloitettu. Alkuvaiheessa lapsen on hyvä harjoitella imemistä äidin rinnan ollessa pehmeä ja tyhjentyneenä, eli esimerkiksi äidinmaidon lypsämisen jälkeen. Näin lapselle on myös helpompaa yhdistää toisiinsa nieleminen ja hengittäminen. (Luukkainen & Laanterä 2010, 309.)

Säännöllinen lypsäminen 8–12 kertaa vuorokaudessa auttaa ylläpitämään maidontuloa, ja olisi hyvä aloittaa kuuden tunnin kuluessa synnytyksestä. Lypsää tulisi lisäksi ainakin yhden kerran yöllä. Ensimmäisten päivien ajan lypsämistä suositellaan käsin, mutta maidon määrän lisääntyessä äidillä olisi hyvä olla käytössään sähkökäyttöinen pumppu. Ennenaikaisesti syntyneen lapsen äidille on tärkeää kertoa, että oman maidon lypsäminen ja antaminen lapselle voivat edesauttaa varhaisen vuorovaikutuksen syntymistä äidin ja lapsen välille. Kyseessä on myös jotain konkreettista, mitä äiti voi tehdä lastaan varten. (THL 2009, 69–70.)

Aluksi lapsi saattaa harjoitella imemistä ainoastaan kerran päivässä. Lapsen on hyvä antaa imeä toisesta rinnasta niin pitkään, kuin hän jaksaa. Tämän jälkeen äiti voi lypsää toisen rinnan maidonerityksen vilkastuttamiseksi. Lapsen imemisotteeseen tulee kiinnittää huomiota, sillä lapsen pieni koko altistaa lasta huonon imemisotteen oppimiselle. Hyvä imemisote stimuloi lapsen imemisrefleksiä ja auttaa lisäämään äidin maidoneritystä. Oikeasta imemisotteesta on lisäksi apua rintojen haavaumien ja maitotiehyttukosten ehkäisemisessä. Oikean imemisotteen oppimisessa voi pienestä ja ohuesta rintakumusta olla apua. Myös kenguruhoito edistää imemisotteen opettelua, sillä äidin kanssa ihokontaktissa oleminen rauhoittaa lasta. Kenguruhoito myös edesauttaa maidon herumista edistävän äidin oksitosiini-hormonin tuotantoa. (Deufel & Montonen 2010, 124–125; Ikonen, Ruohotie, Ezeonodo, Mikkola & Koskinen 2013b; Luukkainen & Laanterä 2010, 309–311; THL 2009, 69.)

Lapsen imemisote tulee tarkistaa ennen sairaalasta kotiutumista. Äiti saattaa tarvita imetysohjausta hoitohenkilökunnalta, jonka on tärkeää ottaa huomioon ohjaustilanteissa äidin tuntemukset ja kokemukset imetyksestä. Ohjauksella pyritään varmistamaan imetyksen jatkuminen kotona. Hoitohenkilökunnan suhtautuminen ennenaikaisesti syntyneen lapsen imetykseen ja lapsen äitiin vaikuttaa merkittävästi imetyksen onnistumiseen. Imetysohjauksessa on hyvä huomioida lapsen äidin lisäksi myös puoliso ja muut läheiset ihmiset, jotka voivat olla mukana imetyksen tukemisessa. (Deufel & Montonen 2010, 126–127; THL 2009, 70.)

Ennenaikaisesti syntyneen lapsen imetykseen sopii hyvin kainaloasento (Liite 1), jossa lapsi makaa äidin kainalossa imettävän rinnan puolella. Käsivarrelaan äiti tukee lapsen vartaloa ja kämmenellään lapsen päätä. Toisella kädellään äiti voi aluksi tukea rintaa, ja auttaa lasta tarttumaan siihen. Lapsen kädet ovat vapaina rinnan molemmilla puolilla. Hyvää asentoa varten tarvitsee äiti käsivartensa alle tyynyjä, joilla voidaan myös säädellä lapsen korkeutta. Imetystyynystä voi olla myös apua sopivan asennon löytämisessä. (Deufel & Montonen 2010, 110–111; Luukkainen & Laanterä 2010, 309.)

Ennenaikaisesti syntynyt lapsi tarvitsee tavallisesti suurimman osan ravinnostaan suonensisäisesti tai lisämaitona harjoitellessaan rinnasta imemistä. Lapsen rinnasta saamaa maitomäärää voidaan arvioida syöttöpunnituksilla. Puutuva maitomäärä voidaan antaa lisämaitona esimerkiksi nenä-mahaletkun kautta. Nenä-mahaletkun käyttämistä voidaan jatkaa, kunnes lapsi jaksaa syödä rinnasta koko maitomääränsä. Lisämaidon eri antotapojen vaikutuksesta imetykseen on tehty tutkimusta, joskaan tutkimustietoa ei ole saatu vielä riittävästi. Lisämaidon antamisen nenä-mahaletkun avulla tuttipullon sijasta katsotaan kuitenkin edistävän imetystä. Lisämaidon antamista tuttipullolla suositellaan ennenaikaisesti syntyneelle lapselle vasta sitten, kun rinnasta imeminen sujuu. Kupin käyttö lisämaidon antamisessa on myös hyvä vaihtoehto, erityisesti lapsen saadessa ravintonsa pääasiassa rinnasta imemällä. (Ikonen, Ruohotie, Ezeonodo, Mikkola & Koskinen 2013a; Luukkainen & Laanterä 2010, 309–310.)

Ennenaikaisen lapsen imetysohjauksessa pyritään vauvantahtiseen täys- tai osittaisimetykseen perheen yksilöllisyyden huomioiden. Täysimetyksessä on mahdollista noin 35. raskausviikolla. Raskausviikkoihin nähden pienikokoisten lasten ja syntymäpainoltaan alle 1 500 g painoisten lasten äitejä tulee tukea osittaisimetykseen. Täysimetyksellä tarkoitetaan lapsen ravitsemuksen koostuvan ainoastaan äidin rintamaidosta, lapsen tarvitsemat ravintoainelisät ja lääkkeet, sekä D-vitamiini mukaan luettuina. (Ikonen ym. 2013b; THL 2009, 18–69.)

Vauvantahtista imetystä edeltää varmistettu vauvantahtinen imetys lapsen nälkäviesteihin perustuen. Lapsen nälkäviestejä ovat esimerkiksi hamuaminen, sormien suuhun vieminen sekä liikehdintä äidin rintaa kohti lapsen ollessa kenguruhoivossa. Varmistetussa vauvantahtisessa imetyksessä lapsen rinnalta syömiä maitomääriä kontrolloidaan lisäksi syöttöpunnituksin ja annetaan tarvittaessa lisämaitoa. (Ikonen ym. 2013b.)

Vauvantahtinen imetys on mahdollista, kun lapsi kykenee koordinoimaan riittävän hyvin nälkää ja kylläisyyttä, sekä uni-valvetilaan liittyviä toimintoja. Käytännössä tämä merkitsee, että lapsi syö tarpeeksi usein hänelle määritellyn maitomääränsä vuorokautta kohden. Lisäksi lapsen painon tulee nousta riittävästi ja johdonmukaisesti. Tällöin myös lisämaito on mahdollista jättää pois. Lapsen imemistiheyteen ja imemisen tehokkuuteen on kuitenkin syytä kiinnittää huomiota, kunnes lapsi on gestatioiältään eli raskausviikkojen osalta täysiaikainen. (Ikonen ym. 2013b.)

1980- ja 1990-luvuilla tehtyjen suomalaisten tutkimusten perusteella ennenaikaisesti syntyneitä lapsia imetettiin harvemmin ja lyhyemmän aikaa täysiaikaisena syntyneisiin lapsiin verrattuna. Sittenkin käytäntö on osoittanut, että ennenaikaisesti syntyneiden lasten äidit imettävät lapsiaan kotiutumisasiässä useammin kuin vuosikymmeniä aikaisemmin. Muutoksen taustalla on mahdollisesti imetysohjauksen sekä Vauvamyönteisyysohjelman yleistyminen. (THL 2009, 68.)

Harvemmalle ja lyhyemmälle imetykselle on kuitenkin olemassa omat syyt. Ennenaikaisesti syntynyt lapsi tarvitsee syntymänsä jälkeen tehohoitoa ja joutuu näin eroon äidistään, mikä voi vaikeuttaa imetyksen käynnistymistä. Äidinkin vointi saattaa olla huono. Lapsella voi olla myös imemisvaikeuksia. Lisäksi äidin kokemalla psykologisella stressillä saattaa olla vaikutusta maidon herumiseen. Äiti saattaa myös kokea lapsen tehohoidon suhteen luottamuksen ja yksityisyyden puutetta. Äidit ovat kokeneet myös rintapumppuja olevan heikosti saatavilla, jolloin maidoneritystä on hankala pitää yllä. (Luukkainen & Laanterä 2010, 310; Hasunen ym. 2004, 132; THL 2009, 68; Tuokkola & Strengell 2010, 113.)

Kun lapsi pääsee sairaalasta kotiin, tarvitsevat vanhemmat etenkin ensimmäisen kuukauden ajan imetysohjausta ja asiantuntevaa apua. Äidin tulisi saada imetysohjausta siihen asti, kunnes hän kokee imetykseen liittyneiden tavoitteidensa täytyneen, sekä pärjäävänsä lapsen kanssa. Koulutetusta vertaistuesta katsotaan olevan hyötyä imetyksen edistämiseksi, mikä hoitohenkilökunnan on hyvä huomioida ohjauksessa. Äitiä voidaan ohjata hakeutumaan esimerkiksi valtakunnallisen Imetyksen tuki ry:n pariin, joka pyrkii tarjoamaan vertaistukea imettäville äideille muun muassa imetystukiryhmien avulla. (Ikonen ym. 2013b; Imetyksen tuki n.d.)

3.5 Enteraalinen ravitsemus

Enteraalinen ravitsemus voidaan aloittaa, kun lapsen suoli toimii, ja sydän- ja verenkiertoelimistön tila on vakaa. Pienen, noin 1 ml:n maitomäärän antaminen eli mini feeding edistää lapsen suolen toimintaa. Maidon antaminen on aloitettava sitä varovaisemmin, mitä ennenaikaisemmasta lapsesta on kyse. Ensimmäisten seitsemän vuorokauden aikana ravitsemuksen tavoitteena on ehkäistä kataboliaa eli hajottavaa aineenvaihduntaa. Tämän jälkeen pyritään intrauteriiniseen eli kohdunsisäiseen kasvuun. Ravitsemuksen tavoitteena on

mahdollistaa lapsen saavutuskasvu vuoden ikään mennessä, jos lapsella on kasvuhäiriö. (Luukkainen 2013, 287–288.)

Ennenaikaisena syntynyt lapsi jaksaa syödä kerrallaan vain pieniä määriä, ja maitoaterioita tulee aluksi antaa 2–3 tunnin välein lapsen suuren ravinnontarpeen vuoksi. Tiheä ateriarhythmi on tärkeää myös normaalin verensokeritason ylläpitämiseksi, jonka vaihteluja ennenaikaisesti syntynyt lapsi sietää huomomin täysiaikaiseen lapseen nähden. Lasta syötetään aluksi valuttamalla maito määntämisen ruiskun avulla nenä-mahaletkuun. Samalla lapsen huulia ja suuta voidaan sivellä oman äidin rintamaidolla, jolloin lapsen on mahdollista yhdistää oman äidin maidon maku osaksi vatsan täyttymistä ja ruokailua. Maidon valuttamisen tulisi tapahtua samaan tahtiin kuin jos lapsi itse imisi. Näin lapsen mahalaukku ei täyty liian nopeasti. (Luukkainen 2013; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 270; Tuokkola & Strengell 2010, 114.)

Syntymäpainoltaan yli 1 800 g painava ennenaikaisesti syntynyt lapsi saa täysiaikaisen lapsen tavoin aluksi äidinmaitoa. Jos oman äidin rintamaito ei riitä, voidaan muutaman vuorokauden ikäiselle lapselle antaa tarvittaessa äidinmaidon korviketta. 1 800 g tai vähemmän syntyessään painava lapsi saa aluksi ainoastaan äidinmaitoa, kunnes maitomäärä on 80–100ml/kg/vrk. Tämän jälkeen voidaan tuoretta äidinmaitoa vahvistaa proteiini- ja mineraalilisällä tai keskoskorvikkeella. (Luukkainen 2013e.)

3.6 Äidinmaidon ravintolisät ja keskoskorvikkeet

Ennenaikaisesti syntynyt lapsi tarvitsee ensimmäisten elinkuukausien ajan äidinmaidon lisäksi äidinmaidon ravintolisää tai keskoskorviketta, kunnes painaa 4–5 kg. Lääkäri ja ravitsemusterapeutti suunnittelevat ravintolisien antamisen lapsen kasvun ja yksilöllisen ravinnontarpeen mukaisesti. (Järvenpää, Luukkainen, Tammela, Peltola, Paganus & Aldén 2008, 3; Tuokkola & Strengell 2010, 113.)

Lapsen syntymäpainon ollessa vähemmän kuin 1 500 g, lisätään äidinmaitoon proteiinimineraalijauhetta, tai lapsi voi saada osaksi keskoskorviketta. Äidinmaitoa tulee vahvistaa ainakin kalsium- ja fosfaattilisäyksin, kun kyseessä on syntymäpainoltaan 1 500–1 800 g painava lapsi. Proteiinin lisääminen on myös usein aiheellista. (Luukkainen 2013, 290.)

Mikäli äidinmaitoa ei erity tarpeeksi, voidaan lapselle antaa sairaalassa keskoskorviketta. Se sisältää tavallisiin korvikkeisiin nähden enemmän ravintoaineita. Syntymäpainoltaan alle 1 000 g painavalle lapselle annetaan tällöin Nenatalia®, ja 1 000–1 800 g syntymäpainoltaan olevalle lapselle Premilon®-korviketta. Premilon® jatkuu osana lapsen ravitsemusta myös kotona, kunnes tavoitepaino on saavutettu. (Luukkainen 2013, 290; Järvenpää ym. 2008, 5.)

Jotta lapsen energiansaanti olisi riittävää, on sairaalassa äidinmaitoon lisättävä vielä erilaisia energialisiä lapsen yksilöllisen tarpeen mukaan. Maitoon voi-

daan lisätä esimerkiksi öljyjä. Eri jauhevalmisteista lapsi saa energiaa esimerkiksi hiilihydraateista tai rasvan ja hiilihydraatin yhdistelmästä. Energialisina käytetään lisäksi rasva-vesiemulsioita. (Luukkainen 2013, 290–291; Järvenpää ym. 2008, 5; Tuokkola & Strengell 2010, 113.)

Osa kotona käytettävistä äidinmaidon ravintolisistä, keskoskorvikkeista sekä energialisistä on Kelan korvattavia. Korvausta varten lapsen vanhemmat tarvitsevat reseptin ja lääkärin kirjoittaman B-lausunnon. (Järvenpää ym. 2008, 5.)

3.7 Vitamiinit, keskostipat ja rauta

Ennenaikaisesti syntyneen lapsen vitamiinivarastot ovat vähäiset. Lapsen kasvu ensimmäisinä viikkoina on myös nopeaa, joten vitamiinien tarve tänä aikana on tavallista suurempi D-vitamiinia lukuun ottamatta. D-vitamiinilisän suositus on sama riippumatta siitä, saako lapsi äidinmaitoa tai äidinmaidonkorviketta, ja vitamiinin anto aloitetaan lapsen ollessa kahden viikon ikäinen. D-vitamiinilisää suositellaan jatkettavaksi koko kasvukauden ajan. D-vitamiinia tarvitaan elimistön kalsium- ja fosfaattitasapainon ylläpitämiseen ja vastustuskyvyn säätelyyn. (Freese & Voutilainen 2012, 98–100; Metsäranta & Järvenpää 2009; Niinikoski & Simell 2012, 271.)

Keskostipat sisältävät A-, E- ja B12-vitamiineja sekä foolihappoa. Lapsi saa niitä yksilöllisen ohjeen mukaan, kunnes painaa 3–4 kg. Tippojen vitamiinien tarkoituksena on hyvän hematopoiesin eli verisolujen muodostuksen turvaaminen. Monivitamiinilisä riippuu siitä, millaista maitoa lapsi saa. Lapsen saadessa äidinmaitoa saa hän lisäksi Keskostippoja 5 tippaa/vrk, kunnes painaa 2 500 g. Tämän jälkeen lapsen tulee saada 3 tippaa/vrk, kunnes painoa on kertynyt noin 3 500 g. Keskostippojen lisäksi D-vitamiinivalmistetta tulee antaa 5 tippaa/vrk. Mikäli lapsi saa äidinmaidon sijasta kotimaista äidinmaidonkorviketta, annetaan Keskostippoja 3 tippaa/vrk, kunnes lapsi saavuttaa 3–3 500 g painon. Lisäksi lapsi saa D-vitamiinia saman määrän, kuin äidinmaitoa saava lapsi. Lääkäri tai ravitsemusterapeutti antaa yksilölliset ohjeet mahdollisista muista vitamiini- ja kivennäisainevalmisteista. (Järvenpää ym. 2008, 5; Metsäranta & Järvenpää 2009.)

Raudan keskeiset tehtävät elimistössä liittyvät hapen kuljetukseen ja varastointiin. Raudan puute saa aikaan elimistön rautavarastojen vaiheittaisen ehtymisen, ja johtaa lopulta raudanpuutosanemiaan. Lievässä anemiassa verenkierto elintärkeisiin kudoksiin lisääntyy, mutta muihin kudoksiin vähenee. Vakavassa raudanpuutosanemiassa elimistö ei kykene enää mukautumaan vähäiseen raudan saantiin ja kehittyä asidoottinen eli elimistön liialliseen happamoitumiseen liittyvä tila. (Freese & Voutilainen 2012, 147–148.)

Ennenaikaisena syntyneen lapsen raudantarve on täysiaikaisena syntyneeseen lapseen verrattuna suurempi, sillä ennenaikaisen lapsen verivolyyymi on pieni. Lisäksi huomattava osa raudasta siirtyy äidistä istukan kautta lapseen vasta

viimeisten raskausviikkojen kuluessa. Näin ollen myös lapsen rautavarastot ovat vähäiset. Raudantarvetta osaltaan lisää myös imeväisiän nopea kasvuvauhti. (Metsäranta & Järvenpää 2009.)

Lisärautaa suositellaan kaikille syntymäpainoltaan alle 2 500 g painaville lapsille yhden kuukauden iästä alkaen, ensimmäisen elinvuoden ajan. Suomalais-suositusten mukaan alle 1 000 g painoisena syntyneelle lapselle annetaan rautaa ennen kotiutumista 3–4 mg/kg/vrk ja 1 000–1 500 g painoisena syntyneelle lapselle 2–3 mg/kg/vrk. Tätä painavampi lapsi saa rautalisää 2 mg/kg/vrk. Valmisteenä voi olla esimerkiksi Fer-In-Sol® eli ferrosulfaatti. Lapsen kotiututtua voidaan hänelle antaa lisärautaa ensimmäisen elinvuoden ajan 2 mg/kg/vrk, mutta määrän ei tule kuitenkaan nousta yli 15 mg/vrk. Rautalääkitystä määrättäessä on huomioitava maitojen rautapitoisuudet, jotka vaihtelevat. Kotona tapahtuvaa lisäraudan antamista varten saavat vanhemmat kirjallisen ohjeen lasta hoitavalta osastolta. (Luukkainen 2013, 291; Metsäranta & Järvenpää 2009.)

3.8 Syömään oppiminen ja lisäruoat

Syöminen koostuu imemisen, ruoan käsittelyn sekä nielemisen toiminnoista, joiden tulee liittyä sujuvasti toisiinsa. Näiden toimintojen kehitys alkaa jo sikiökaudella, ja jatkuu lapsuuden ajan. Toimintojen tulee lisäksi koordinoitua hengittämisen kanssa. Imemisen kehitys alkaa raskausviikoilla 15–18, ja kestää 32. raskausviikolle asti. Terveiden vastasyntyneiden kohdalla imemistä esiintyy kahdessa eri muodossa. Syömiseen liittyvälle eli nutritiiviselle imemiselle on luonteenomaista 6–12 imusyklin sarja, joka on säännöllinen. Yksi sykli on sekunnin mittainen. Syömiseen liittymättömässä eli nonnutritiivisessä imemisessä taas yhden sekunnin aikana ilmenee kaksi imusykliä. (Haapanen & Markkanen-Leppänen 2013.)

Hamuamisrefleksi edeltää imemistä ja syntyy automaattisesti suun ja kasvojen alueen tuntoärsykkeistä. Näiden tuntoärsykkeiden vaikutuksesta lapsen pää kääntyy ärsykkeen suuntaan ja suu aukeaa. Imemisrefleksin käynnistyminen vaatii kuitenkin toimiakseen vielä sen, että lapsen suulaki koskettaa nänniä. Jotta nännin maitotiehyeissä ei tapahtuisi takaisinvirtausta, on lapsella oltava imemiseen riittävästi omaa lihasvoimaa. Imemisen onnistumisen kannalta olennaista on myös oksitosiinihormoni, jota erittyy äidin aivolisäkkeen takaosasta. Oksitosiinin vaikutuksesta maitotiehyet- ja ontelot supistuvat, ja maito kulkeutuu kohti lapsen suuta. Nielemisen edellytyksenä on, että samalla kun kielen liikkeet kuljettavat maidon suuontelon takaosaan, ympäröivät lapsen huulet rintaa ilmatiivillä tavalla. Nielemisrefleksi käynnistyy maitoannoksen saadessa aikaan riittävästi painetta tai venytystä sitä ympäröivässä pehmeässä kudoksessa. (Haapanen & Markkanen-Leppänen 2013.)

Ruoan käsittelyn ja nielemisen tulee koordinoitua tarkasti hengittämisen kanssa, jotta voitaisiin välttää ruoan joutuminen henkitorveen. Lapsella voi esiintyä imeväisikäisen nielemisapneaa, jossa nielemisen ja hengittämisen toimin-

not liittyvät toisiinsa siten, että nielaisu saa hengityksen keskeytymään. Imeväisikäisen nielemisapnea on seurausta sekä ilmatien sulkeutumisesta että aivorunkoon liittyvästä hengityksen vaimenemisesta. Täysiaikaisena syntynyt, terve lapsi nielee ravintoa tavallisesti sisäänhengityksen vaihtuessa uloshengitykseksi, myöhemmin uloshengityksen puolella välissä. Tähän nähden erilainen nielemis- ja hengitysvaiheiden järjestys katsotaan poikkeavaksi. Kun lapsi on alle 34. raskausviikon ikäinen, ei syömisen fysiologia ole vielä tarpeeksi kehittynyt, eikä myöskään riittävä turvallisen nielemisen kannalta. (Haapanen & Markkanen-Leppänen 2013.)

Suun ja kasvojen lihastoimintaan liittyvät liikemallit kehittyvät reflekseistä yksittäisten, tahdonalaisten lihastoimintojen suuntaan. Lapsen imemisrefleksi on voimakas ensimmäisten elinkuukausien ajan, mutta heikkenee asteittain. Kun lapselle aloitetaan kiinteiden ruokien antaminen, saa hän uusia aistimuksia. Samalla syntyy suun ja kasvojen lihasten toimintoihin liittyviä, uusia keskushermostollisia yhteyksiä. Primitiivisessä imemistoiminnossa alkaa tapahtua muutoksia, kun lapsi on noin neljän kuukauden ikäinen. Tässä vaiheessa lapsi saa kiinteämpää ruokaa, ja kykenee hallitsemaan pään, niskan ja kaulan liikkeitä. Lisäksi kielen eri osien lihasten liikkeet alkavat olla itsenäisempiä. (Haapanen & Markkanen-Leppänen 2013; Järvenpää ym. 2008, 3.)

Kiinteiden ruokien antaminen voidaan ennenaikaisesti syntyneelle lapselle aloittaa täysiaikaisena syntyneeseen lapseen verraten aikaisemmin, noin 4-6 kuukauden kalenteri-iässä. Tämä on tarpeen, jotta voidaan turvata lapsen riittävä ravinnonsaanti. Alle 1 000 kg painavina syntyneille lapsille voidaan lisäksi antaa soseita, sekä riisi- ja maissivellejä noin 4 kuukauden iässä, jotta ruokiin voitaisiin lisätä lihaa 5 kuukauden kalenteri-iässä. Lapselle on hyvä antaa aluksi kasvis-, hedelmä- ja marjasoseita, mutta siirtyä kokeilemaan melko nopeasti myös kasvislihasoseita niiden runsaamman energia- ja proteiinipitoisuuden vuoksi. Lisäruokien aloituksen jälkeen voidaan pian aloittaa myös lihan antaminen osana ruokavaliota. Jotta lapsi saisi energiaa riittävästi, voidaan ruokiin lisätä erikseen rasvaa. (Hasunen ym. 2004, 132–133; Järvenpää ym. 2008, 3; Luukkainen 2013, 291; Tuokkola & Strengell 2010, 114.)

Velleissä on korvikkeisiin nähden hieman enemmän energiaa ja proteiinia, joten ne soveltuvat hyvin osaksi ennenaikaisesti syntyneen lapsen ruokavaliota. 6 kuukauden iästä lähtien lapsi voi syödä viljoja, kuten kauraa, ruista, vehnää tai ohraa sisältäviä vellejä tai puuroja. Mikäli lapsi pulauttelee tai oksentelee herkästi, on velli usein maitoa parempi vaihtoehto sakeamman koostumuksensa vuoksi. (Tuokkola & Strengell 2010, 114.)

Lapsen on hyvä totutella uusiin ruokiin siten, että uutta ruoka-ainetta annetaan noin viikon välein. Totuttelussa voi mennä aikaa, sillä lapsi saattaa vierastaa uusia makuja. Tärkeää on antaa lapsen maistella uutta ruoka-ainetta tarpeeksi monta kertaa, jolloin totuttelu voi helpottua. Lisäksi on hyvä muistaa, että uuden ruoan vierastaminen on lapselle normaalia. (Järvenpää ym. 2008, 3.)

Ruoan karkeuttaminen voidaan aloittaa, kun lapsi on noin 6 kuukauden ikäinen. 10 kuukauden ikäisen lapsen ruokavalioon voidaan liittää tavalliset maitotuotteet. Mikäli lapsi kasvaa hyvin, voidaan vuoden iästä lähtien noudattaa samoja ravitsemussuosituksia kuin normaalipainoisena syntyneellä lapsella. Tällöin voidaan ruokajuomaksi vaihtaa esimerkiksi rasvaton maito. Sitä käytettäessä tulee puuroihin ja ruokiin lisätä päivittäin noin 2 teelusikallisen verran kasviöljyä, tai 3–4 teelusikallista rasiamargariinia. Vaihtoehtoisesti lapselle voidaan antaa leikki-ikäisten maitojuomaa, jolloin erilliselle rasvalisälle ei ole tarvetta. Jos lapsen kasvu niin vaatii, jatketaan äidinmaidonkorvikkeen ja vellien käyttöä myös ensimmäisen ikävuoden jälkeen. (Järvenpää ym. 2008, 3–4; Tuokkola & Strengell 2010, 114.)

Kun lapsi on noin vuoden ikäinen, saattaa hän pitää myös voimakkaista mausta. Ruokaa voidaan maustaa esimerkiksi valkosipulilla, maustekastikkeilla, ketsupilla tai sinapilla. Ylimääräistä suolaa ei ruokiin tule kuitenkaan lisätä. (Järvenpää ym. 2008, 7.)

Ennenaikaisesti syntynyt lapsi saattaa tarvita nenä-mahaletkua syöttämistä varten vielä kotiutumisen jälkeen. Kotona lapselle voidaan antaa nenä-mahaletkun kautta imeväisikäisten letkuravintovalmisteita, joita ovat esimerkiksi Infatrini® ja MiniMax Lasten letkuravinto®. Lapsi saattaa tarvita ravintovalmisteita joko sellaisenaan tai muun ravitsemuksen tukena. Mikäli lapsi tarvitsee pidempiaikaisempaa letkuravitsemusta, voidaan lapselle tehdä gastrostooma eli ravitsemusavanne kirurgisesti vatsanpeitteiden läpi ja luopua nenä-mahaletkusta. Kun letkuravitsemuksessa käytetään pumppua, on ruoan annostelu tasaista, jolloin lapsi myös sietää sitä paremmin. Lisäksi ruokailu muuttuu sujuvammaksi käytännön kannalta. (Järvenpää ym. 2008, 6.)

Lapselle on letkuravitsemuksesta huolimatta hyvä antaa maisteltavaa suun kautta päivittäin. Tärkeää on myös huolehtia säännöllisen ateriarytmin säilymisestä, jotta syömisen taito suun kautta pysyy yllä. Muutoin taito saattaa unohtua, ja sen opettelu uudestaan voi olla haastavaa. (Järvenpää ym. 2008, 6.)

3.9 Yleisimpiä syömiseen liittyviä ongelmia

Ennenaikaisesti syntyneellä lapsella on monesti huono ruokahalu, ja syömiseen liittyy usein erilaisia lieviä ongelmia. Vaikeampia ongelmia esiintyy BPD-taudin, neurologisten oireiden sekä vammojen yhteydessä. Vanhemmat kokevat usein huolta lapsen kasvusta ja kehityksestä. He ovat myös monesti huolissaan syömiseen liittyvistä asioista. Huolet itsessäänkin saattavat luoda syömistilanteihin paineita, ja johtaa syömisongelmiin. Leikki-ikäisellä ennenaikaisesti syntyneellä lapsella syömiseen liittyvät ongelmat, kuten vaikeudet syömään oppimisessa tai syömisen hitaus, voivat olla yhteydessä kehityksellisiin häiriöihin. Tällöin lapsi saattaa tarvita puheterapeutin apua harjoittellessaan suun seudun motoriikkaa. (Hasunen ym. 2004, 133; Tuokkola & Strengell 2010, 114–115.)

Jos lapsella ilmenee syömisiongelmiä tai kasvu on hidasta, on syy selvitettävä ja etsittävä ongelmiin yksilöllisiä ratkaisuvaihtoehtoja yhteistyössä lääkärin tai ravitsemusterapeutin kanssa. Syömisiongelmat voivat ratkaisemattomina johtaa pidemmällä aikavälillä syömishäiriöihin. Lapsen kasvu ja kehitystä seurataan neuvolassa. Neuvolassa hoitohenkilökunnan tulisi huomioida myös lapsen vanhemmat ja heidän tuntemuksensa. Vanhemmilla voi esiintyä joskus syyllisyyden tunteita, joita saattaa olla vaikea ilmaista oma-aloitteisesti. Tunteet eivät myöskään välttämättä tule puheeksi lapsen ollessa sairaalassa. Luottamuksellisen suhteen ja keskusteluyhteyden rakentuminen olisikin tärkeää saavuttaa neuvolassa. (STM 2004, 189–213; Tuokkola & Strengell 2010, 114.)

3.9.1 Ruokahaluttomuus

Ruokahaluttomuus on yleinen vaiva ennenaikaisena syntyneellä lapsella. Imetystekniikkaa harjoittelemalla ja kiinnittämällä huomiota syöttöasentoon voidaan syömistä helpottaa. Jos lapsi kieltäytyy pullosta, saattaa sopivamman tutin vaihtamisesta olla apua. Kun vanhemmat viettävät aikaa lapsensa kanssa, oppivat he tunnistamaan myös lapsen ilmaisemia nälän ja janon tunteita. Tästä voi olla apua syömisiongelmiä ratkaisemisessa. Vieras ympäristö saattaa myös joskus häiritä lapsen ruokailua, jolloin tilanne voi rauhoittua sylittelemällä lasta hetken aikaa. Lapsi aistii herkästi vanhempien tunnetilat, joten he voivat osaltaan vaikuttaa syömistilanteisiin. Tärkeää olisi koettaa pysyä rauhallisena, sillä vanhempien levottomuus voi heijastua lapsen käytökseen. Vanhemmille on tärkeää myös kertoa siitä, että syömisiongelmat ratkeavat monesti ajan kanssa. (Järvenpää ym. 2008, 7; Tuokkola & Strengell 2010, 115–116.)

Myöhemmin lapsen mieliruokien tarjoaminen säännöllisten aterioiden yhteydessä voi auttaa ruokahaluttomuuteen. Ruokavaliosta voidaan myös jättää pois energialisät vähäksi aikaa, ja kokeilla jos ruokahalu näin paranisi. Yleensä ottaen on tärkeää, että lapsi saa syötyä jonkin verran. Lapsen syömiin ruokamääriin ei siis tule kiinnittää liikaa huomiota eikä tarjota ruokaa väkisin. Jos lapsi ei pidä maidosta, on huomioitava ruokavaliioon kuuluvat muut, maitoa sisältävät ruoat, esimerkiksi puurot ja vellit. Mikäli lapsi kuitenkin saa päivittäin jatkuvasti alle puoli litraa maitovalmisteita, tulee ruokavaliota täydentää lääkärin tai ravitsemusterapeutin ohjeen mukaisesti. (Järvenpää ym. 2008, 7.)

Jos lapsi juo niukasti, voidaan juomista yrittää tarjota eri tavoin, esimerkiksi pillillä tai lusikalla, tai käyttää nokkamukia. Juotavaa on myös hyvä antaa aterioiden välillä. Tällöin lapsi voi tunnistaa janon tunteen paremmin, kuin aterian aikana. Kun lapsi on virkeän ja hyvinvoivan oloinen, ei ajoittaisesta juomattomuudesta tarvitse olla huolissaan. Jos taas lapsi on väsynyt, ja hänellä on kuivuman merkkejä, on sairaalahoito usein aiheellista. (Strengell & Tuokkola 2010, 116–117.)

Syömisen ongelmat voivat toisinaan johtua myös lapsen sairaudesta. Esimerkiksi neurologisten sairauksien yhteydessä ilmenee usein nielemisvaikeuksia. Ongelmia saattaa aiheutua lisäksi muista kroonisista sairauksista sekä pitkään nenä-mahaletkun kautta jatkuneesta ravitsemuksesta, jonka tuloksena lapsen syöminen saattaa muuttua valikoivaksi. Valikoivaa syömistä voi ilmetä myös, jos lapsella on erityisen herkkä makuaiisti tai suun tuntoaisti. Tällöin lapsen on hankala syödä karvaita ja kitkeriä makuja, joita on esimerkiksi parsakaalissa, greipissä ja voimakkaissa mausteissa. Näiden ruoka-aineiden ja makujen liittäminen osaksi lapsen ruokavaliota on mahdollista, kun lapsi saa tutustua niihin rauhassa eri aistiensa kautta. (Strengell & Tuokkola 2010, 118.)

3.9.2 Pulauttelu

Syömisen yhteydessä tapahtuva pulauttelu on tavallista vastasyntyneille ja pienille imeväisikäisille lapsille, ja on seurausta ruokatorven ja vatsalaukun yhteistoiminnan epäkypsyydestä. Pulauttelu ei yleensä vaadi hoitoa. Vaiva häviää itsestään kuukausien kuluessa, kun ruoansulatuskanavan sulkijalihakset kehittyvät ja mahan tilavuus lisääntyy. Pulauttelua ilmenee yksilöllisesti sekä imetetyillä, että tuttipullosta syöville lapsilla. Lapsi saattaa pulauttaa syödessään liian ahneesti tai nielemällä samalla runsaasti ilmaa. Myös rintamaidon runsas erittyminen, sekä liian äidin täydet rinnat imetettäessä saattavat aiheuttaa lapselle pulauttelua. Lisäksi lapsen käsittely ja vaipan vaihtaminen syöttämisen jälkeen voivat saada aikaan pulauttelua. (Hasunen ym. 2004, 130; Jalanko 2003, 22.)

Hyvä imetystekniikka ja syvä imemisote voivat vähentää imetyksen yhteydessä tapahtuvaa pulauttelua. Vaivaan voi myös auttaa syöttöjen tihentäminen, jolloin lapsi saa kerralla vähemmän maitoa. Jos lasta syötetään tuttipullosta, voi puolipystystä syöttöasennosta olla apua. Lasta voidaan koettaa myös röyhäyttää aterian aikana. Lisäksi on hyvä nukuttaa lasta kyljellään, sängyn pääty hieman kohotettuna. Äidinmaidonkorvikkeen tilalle voidaan myös vaihtaa velli tai käyttää tavallista sakeampaa korviketta. Apteekista voi lisäksi ostaa erillisiä sakeuttamisaineita korviketta varten. Toisinaan kiinteistä soseista ja kiisseleistä on myös apua. (Hasunen ym. 2004, 130; Järvenpää ym. 2008, 7.)

Mikäli lapsella on oksenteluherkkyyttä, kannattaa rasvalisiä välttää. Niiden sijaan voidaan energialisinä kokeilla glukoosipolymeerituotteita, joita ovat muun muassa Fantomalt® ja Resource Energiajauhe®. Jos pulauttelu muuttuu ensimmäisten viikkojen kuluessa voimakkaaksi, kaarimaiseksi oksennukseksi, tulee lapsi viedä lääkäriin. Näin tulee toimia myös, jos lapsen paino nousee huonosti. Kaarimaisen oksentelun taustalla voi olla mahaportin ahtauma, jonka johdosta ruoka ei pääse tarpeeksi nopeasti vatsalaukusta ohutsuoleen. Jatkuvan pulauttelun syynä voi lisäksi olla ruokatorven pysyvä rakenteellinen tai toiminnallinen häiriö, jolloin takaisinvirtaus vatsalaukusta ärsyttää ruokatorvea ja aiheuttaa lapsessa levottomuutta varsinkin yöaikaan. Lapsella on lisäksi toistuvia hengitystieinfektioita, eikä paino nouse riittävästi. Hoito on tavalli-

sesti lääkkeellinen, mutta joskus tarvitaan myös leikkausta. (Jalanko 2003, 22; Järvenpää ym. 2008, 7.)

3.9.3 Ummetus

Lapsen ulostamistiheys on yksilöllistä. Osalla lapsista suoli toimii aina ruokailun yhteydessä, 3–5 kertaa vuorokauden aikana. Ulostusväli voi imeväisikäisellä lapsella olla joskus kuitenkin useita päiviä, sillä ulostemassaa ei maidon vuoksi kerry nopeasti. Täysimetetyllä lapsella ilmenee harvoin ummetusta. Lapsi voi ulostaa vain kerran viikossa, mutta jos ulosteet ovat pehmeitä, ei kyseessä ole ummetus. Vaiva on yleisempi silloin, kun lapsi saa äidinmaidonkorviketta, jolloin normaalit ulosteet ovat kiinteämpiä kuin äidinmaidon kohdalla. (Hasunen ym. 2004, 130; Jalanko 2003, 23.)

Vanhemmat saattavat huolestua lapsen vatsan toiminnasta ja ulosteiden muutoksista etenkin silloin, kun lapsi alkaa saada äidinmaidonkorviketta äidinmaidon sijaan. Mikäli lapsi kasvaa hyvin, ei ulostamistiheydestä tai ulosteiden väristä tarvitse kuitenkaan yleensä olla huolissaan. Jos lapsi sen sijaan ulostaa syntymästään lähtien harvakseltaan, kerran tai kaksi viikossa, on asiassa syytä kääntyä lääkärin puoleen. (Hasunen ym. 2004, 130; Jalanko 2003, 23.)

Luumusoseen- tai mehun, ruusunmarjasoseen sekä täysjyvävelliin- ja puurojen käyttäminen osana lapsen ruokavaliota voi helpottaa ummetusta. Lapsen on hyvä myös saada riittävästi nesteitä. Tarpeen mukaan voidaan käyttää ummetuksen lääkehoitoa. (Järvenpää ym. 2008, 7.)

4 OHJAUS HOITOTYÖSSÄ

Ohjaus voidaan käsittää asiakkaan ja hoitajan väliseksi tavoitteelliseksi ja aktiiviseksi toiminnaksi, johon osapuolten taustatekijät vaikuttavat. Ohjauksen voidaan myös katsoa kuuluvan osaksi hoitotyön ammatillista toimintaa. Ohjaus on luonteeltaan vuorovaikutteista, mikä tekee ohjaussuhteesta- ja tilanteesta ainutlaatuisen. (Koistinen 2007, 432; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25–48.)

4.1 Ohjaamiseen vaikuttavat taustatekijät

Ohjaus perustuu asiakkaan ja hoitajan taustatekijöihin. Taustatekijöitä voidaan jaotella esimerkiksi fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Fyysisiä tekijöitä ovat esimerkiksi ikä ja sairauden tyyppi. Ohjaukseen vaikuttavina psyykkisinä tekijöinä voidaan pitää kokemuksia, tarpeita sekä oppimisvalmiuksia- ja tapoja. Sosiaalisia tekijöitä ovat muun muassa osapuolten arvomaailman ja kulttuuriperustaan liittyvät asiat. (Kyngäs ym. 2007, 26–35.)

Asiakkaalla saattaa olla hoitoon liittyviä aiempia kokemuksia, joilla voi olla vaikutusta hänen suhtautumiseensa ohjaukseen. Näin voi tapahtua, sillä jo

olemassa oleva tieto ja kokemukset muokkaavat uutta tietoa. Myös ohjaustarpeet vaikuttavat ohjauksen kulkuun. Asiakas ja hoitaja voivat olla eri mieltä asiakkaan ohjaustarpeista, joten niistä olisi tärkeää keskustella. Hoitajan tulisi auttaa asiakasta tunnistamaan ohjaustarpeitaan, mikäli tämä ei pysty tuomaan niitä esiin oma-aloitteisesti. Yleensä ne asiakkaat, jotka ovat aktiivisia tiedon hankinnassa ja joille ohjattava asia on tuttu pidemmältä ajalta, kykenevät tunnistamaan ohjaustarpeensa hyvin. Joka tapauksessa on tärkeää, että hoitajalla on herkkyyttä tunnistaa asiakkaan tarve ohjaukselle. (Koistinen 2007, 432–434; Kyngäs ym. 2007, 33.)

Hoitaja tarvitsee sopivan ohjausmenetelmän valitsemiseksi tietoa asiakkaan oppimisvalmiuksista. Tätä varten hoitajan tulee perehtyä asiakkaan taustatietoihin ja keskustella ohjausmenetelmistä asiakkaan kanssa. Näiden lisäksi tulisi hoitajan arvioida itse omia ohjausvalmiuksiaan. Tärkeinä ohjausvalmiuksina voidaan pitää tietoa oppimisprosessista, erilaisista ohjausmenetelmistä sekä ohjattavista asioista. Hoitaja tarvitsee lisäksi vuorovaikutus- ja johtamistaitoja, sillä hänellä on päävastuu ohjauksen etenemisestä. (Koistinen 2007, 431–433; Kyngäs ym. 2007, 33–34.)

Osapuolten arvot vaikuttavat merkittävästi siihen, miten he suhtautuvat ohjauksessa käsiteltäviin asioihin. Hoitajan on myös tärkeää pohtia sitä, miksi ja miten hän toimii ohjaajana. Samoin hänen tulee myös tiedostaa ammatillinen vastuunsa asiakkaan valintojen edistämisestä. Asiakkaalla saattaa lisäksi olla kulttuuriperustaansa liittyviä uskomuksia tai perinteitä, jotka hoitajan tulee huomioida ohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, 35–36.)

4.2 Ohjausympäristö

Ohjauksella on fyysinen ja psyykkinen ympäristönsä. Fyysisellä ympäristöllä voidaan tarkoittaa esimerkiksi ohjaukseen tarkoitettua tilaa. Fyysisen ympäristön ei tulisi herättää asiakkaassa ohjaustilanteeseen vaikuttavia pelkoja tai kielteisiä tunteita. Fyysinen ympäristö tulisi myös pyrkiä tekemään mahdollisimman rauhalliseksi, jotta ohjaus voisi edetä keskeytyksettä. (Kyngäs ym. 2007, 37.)

Ohjauksen psyykkinen ympäristö muodostuu useista tekijöistä. Ohjaustilanteessa vaikuttavan ilmapiirin tulisi olla kiireetön ja rauhallinen, jotta ohjaus voisi onnistua. Kiireen on todettu heikentävän asiakkaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta, sillä asiakas ei välttämättä kysy kaikkea haluamaansa kokiessaan hoitajan olevan kiireinen. Hoitajan on hyvä istua samalla tasolla, kuin asiakas ja sopivan etäisyyden päässä. Sopivana etäisyytenä voidaan pitää esimerkiksi puolta metriä. Jos asiakkaalla on ohjaustilanteessa lapsia mukana, olisi heille mahdollisuuksien mukaan hyvä järjestää jotain virikettä. Näin asiakkaan voi olla helpompi keskittyä ohjaukseen. Rauhallinen tilanne voi lisäksi rohkaista asiakasta kysymään mieltään askarruttavia asioita. (Koistinen 2007, 433–434; Kyngäs ym. 2007, 37–38.)

4.3 Vuorovaikutteisuus ja tavoitteellisuus

Ohjauksessa tärkeää on ohjaajan ja ohjattavan välille syntyvä kaksisuuntainen vuorovaikutus, joka tähtää osapuolten jaettuun asiantuntijuuteen. Siinä kunnioitetaan osapuolten erilaisia näkökulmia ja kokemuksia ohjattavasta asiasta. Hoitajalla on tutkimukseen perustuvaa tietoa ohjattavasta asiasta, ja asiakkaalla puolestaan kokemusperäistä tietoa. Kaksisuuntainen vuorovaikutus on tavoitteellista mutta joustavaa toimintaa. Hoitajalla on vastuu vuorovaikutuksesta, mutta hänen tulisi neuvotella ohjauksen tavoitteista yhdessä asiakkaan kanssa. (Koistinen 2007, 431–433; Kyngäs ym. 2007, 39–40.)

Nykykäsityksen mukaisesti yli puolet vuorovaikutuksen sisältämistä viesteistä on sanattomia, mikä ohjaussuhteen osapuolten tulisi tiedostaa. Sanatonta viestintää ovat esimerkiksi kehon kieli, ilmeet ja eleet. Sanattomien viestien säätely ei ole yksinkertaista, sillä niitä lähetetään usein tiedostamattomasti. Sanallisessa viestinnässä osapuolten tulisi kiinnittää huomiota viestien selkeyden lisäksi niiden merkityksiin, jotka saattavat vaihdella esimerkiksi kielestä ja kulttuuritaustasta riippuen. Tärkeää on myös, että ohjauksessa sanotut asiat ja sanojan eleet eivät ole keskenään ristiriitaisia. (Koistinen 2007, 432–434; Kyngäs ym. 2007, 38–39.)

Ohjaus vaatii onnistuakseen molempien osapuolten tavoitteellisuutta ja aktiivisuutta. Hoitaja on ammatillisesti vastuussa asiakkaan valintojen edistämisen suhteen, ja hänen tulee rohkaista asiakasta uskomaan omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa. Hoitajan vastuusta huolimatta asiakkaalla tulee kuitenkin olla mahdollisuus tehdä valintoja, jotka eroavat hoitajan mielipiteistä. Aktiivisuus ja tavoitteellisuus merkitsevät myös sopivien tavoitteiden asettamista. Tavoitteet tulee asettaa aina asiakkaan näkökulmasta. (Koistinen 2007, 432; Kyngäs ym. 2007, 41–42.)

4.4 Ohjausmenetelmiä

Yksilöohjaus tapahtuu pääasiassa suullisesti, sillä se perustuu vuorovaikutukselle. Yksilöohjausta pidetään oppimisen kannalta monesti kaikkein tehokkaimpana menetelmänä. Siinä ohjaus perustuu asiakkaan tarpeisiin. Yksilöohjauksen etuna on myös vapaamuotoinen ilmapiiri. Lisäksi jatkuva palautteenanto on mahdollista. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Asiakkaan voimavaroja tukeva ohjaus edellyttää, että hoitajalla on kykyä ottaa kuulemansa huomioon ja tehdä sen perusteella tarkoituksenmukaisia tulintoja. Asiakkaan osallistumista hoitaja voi tukea erilaisilla kysymyksillä. Ohjauksen alussa hoitaja voi esittää asiakkaalle tuntemuskysymyksiä, jotka liittyvät esimerkiksi tilanteen tarkistamiseen. Tämän jälkeen hoitaja voi jatkaa nykytilanteeseen liittyvillä tuntemuskysymyksillä. Ohjauskeskustelussa pyritään tämän jälkeen vuoropuheluun, jossa esitetään epäsuoria kysymyksiä. Näillä pyritään saamaan esiin asiakkaan asiantuntemusta. (Kyngäs ym. 2007, 79–88.)

Ryhmäohjaus on yksilöohjauksen lisäksi yksi käytetyimmistä terveydenhuollon ohjausmenetelmistä. Ohjausta toteutetaan eri tarkoitusta varten laadituissa ja erikokoisissa ryhmissä. Ohjauksen tavoitteet vaihtelevat ryhmän jäsenten henkilökohtaisten tavoitteiden mukaan. Hyvin toimivassa ryhmässä jäsenten välinen vuorovaikutus on luonteeltaan monipuolista ja avointa. Ryhmän jäsenten on myös mahdollista oppia vuorovaikutuksesta muilta saadun palautteen avulla. Ryhmää ohjaavalla hoitajalla tulisi olla ryhmäohjaustaitoja, sekä herkkyyttä ryhmän tarpeiden havaitsemiseen. (Kyngäs ym. 2007, 104–108.)

Kirjallisia ohjeita tarvitaan osana ohjausta etenkin silloin, kun suullista ohjausta on vähemmän. Kirjallisia ohjeita ovat esimerkiksi erilaiset kirjalliset ohjelehtiset ja oppaat. Kirjalliset ohjeet soveltuvat hyvin kotiuttamiseen, mihin ohjausmenetelmää käytetään usein. Kotiutusohjeiden antoa kirjallisena tukee lisäksi se, että asiakkaiden mielestä erilaisia hoitoon liittyviä ohjeita on hyvä saada suullisen ohjauksen lisäksi kirjallisessa muodossa. Kirjallisten ohjeiden avulla asiakas voi tarkastaa niistä asioita myös itsekseen. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Kirjallinen ohje tulisi antaa asiakkaalle sopivassa paikassa ja sopivana ajankohtana. Ohjeen tulisi täyttää tietyt perusvaatimukset niin sisältönsä, kieliasunsa, rakenteensa sekä ulkoasunsa puolesta. Sisällön on tarjottava asiakkaalle ajantasaista ja tarkkaa tietoa. Sisältöä selventämään apuna voidaan käyttää konkreettisia esimerkkejä. Kieliasun on oltava selkeää ja termien asiakkaalle tuttuja ja yksiselitteisiä. Ohjeesta tulisi myös selvittää sen tarkoitus sekä se, kenelle se on tarkoitettu. Tekstin ymmärrettävyyttä parantamaan on ohjeeseen mahdollista liittää kuvia, taulukoita tai kaavioita. (Kyngäs ym. 2007, 126–127.)

Ohjauksen apuna voidaan käyttää myös demonstraatiota. Tähän käsitteeseen liittyvät myös havainnollistaminen ja konkretisoiminen. Ohjauksen voidaan sanoa olevan havainnollista, kun oppimisessa hyödynnetään eri aisteja. Konkreettisuudessa ohjauksessa opittujen asioiden ymmärtämisessä hyödynnetään kokemuksia. (Kyngäs ym. 2007, 128.)

Käsite demonstrointi merkitsee näyttämällä opettamista, ja se voidaan jaotella havainnolliseen esittämiseen ja harjoitteluun. Havainnollisella esittämällä annetaan asiakkaalle kuva siitä, millä tavalla jokin asia on tarkoitus tehdä. Harjoittelemineen taas on tärkeää asiakkaan motoriikan kehittämisen kannalta. Nämä kaksi toimintoa ovat parhaat vaihtoehdot, kun asiakkaalle halutaan opettaa erilaisia motorisia taitoja. (Kyngäs ym. 2007, 129.)

4.5 Ohjauksen etiikka

Ohjaustilanteen eettinen pohdinta koskee useimmiten asiakkaan oikeuksia, kuten yksilöllisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja vapautta. Tässä kohden on tärkeää huomioida, että hoitajalla on ohjaussuhteessa aina ammatillinen vastuu omasta toiminnastaan. Hänen toimintansa tulee siis olla eettisesti kestävä.

Eettinen työskentely tarkoittaa myös eettistä tietoisuutta, joka merkitsee esimerkiksi omien arvojen selkiyttämistä ja ihmisen itsemäärämisoikeuden arvostamista. Eettinen tietoisuus tarkoittaa myös, että hoitaja tiedostaa häirinnän ja harmin tuottamisen välttämisen periaatteen ohjaussuhteessa. Hoitajan tarjoaman tiedon tulee lisäksi olla ajantasaista ja luotettavaa. Tärkeää on myös, että hoitaja pyrkii jatkuvasti tiedostamaan ja käsittelemään omia arvojaan ja käsityksiään. (Kyngäs ym. 2007, 154–155.)

Asiakkaalla ei ole hoitajan tavoin omia eettisiä toimintaohjeita. Häntä velvoittavat kuitenkin yleiset eettiset periaatteet. Asiakas on vastuussa hoitajan lisäksi siitä, että ohjaukselle yhteisesti asetetut tavoitteet pyritään toteuttamaan. Myös toisen ihmisen kunnioittaminen velvoittaa asiakasta siinä missä hoitajaakin. Tämä ilmenee esimerkiksi ohjaukseen sitoutumisena. Toisen ihmisen kunnioittaminen merkitsee myös sitä, että asiakas kertoo rehellisesti ohjaukseen liittyvistä tuntemuksistaan. Tämä tarkoittaa esimerkiksi ohjauksen riittämättömyyden esille tuomista. Näin asiakas voi omalta osaltaan edistää ohjauksen muuttumista tarkoituksenmukaisempaan suuntaan. (Kyngäs ym. 2007, 156.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ennenaikaisesti syntyneen lapsen vanhempien kokemuksia lapsen ravitsemuksen ohjaamisesta. Tavoitteena on kehittää ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemuksen ohjausta.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

1. Mitä asioita ravitsemuksen ohjaukseen sisältyi?
2. Miten ravitsemuksen ohjaus toteutettiin?

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää ennenaikaisesti syntyneen lapsen hoitotyön ohjaamisen kehittämisessä. Tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemusta käsittelevän ohjausmateriaalin laatimisessa.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Laadullisen tutkimusmenetelmän tavoitteena on tuoda esille ihmisten kokemuksia todellisuudesta sellaisena, kuin he sen kokevat. Todellisuus käsitetään kuitenkin myös moniulotteisena kokonaisuutena, josta on mahdollista paljastaa erilaisia merkitysrakenteita ihmisten välillä. Ihmisten kokemusten toivotaan tuovan esiin asioita, joita he pitävät elämässään tärkeinä. (Hirsjärvi 2003a, 152; Vilkkä 2005, 97.)

Laadullisen tutkimusmenetelmän tavoitteena on lisäksi tuoda julki ihmisen toiminnasta jotain, mitä välittömät havainnot eivät voi tavoittaa. Tähän pyritään tutkimuksen aikana muodostettujen tulkintojen avulla. Tulkintojen tekemisen avulla on mahdollista luoda kuvauksia ja malleja tutkittavasta asiasta. Tutkittavaa asiaa pyritään kuitenkin käsittelemään mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi 2003a, 152; Vilkkä 2005, 98.)

On huomattava, että laadullisessa tutkimusmenetelmässä tutkijaa sitovat hänen omat arvonsa. Arvot vaikuttavat aina siihen, miten tutkittavia asioita tulkitaan. Tulkinnat taas ovat sidoksissa tiettyyn aikaan ja paikkaan. Voidaankin todeta, että laadullisella tutkimusmenetelmällä ei pyritä todentamaan jo aiempia totuusväittämiä. (Hirsjärvi 2003a, 152.)

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus, koska opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ennenaikaisesti syntyneen lapsen vanhempien kokemuksia.

6.1 Kyselylomakkeen laadinta

Kyselylomakkeen ja kysymysten huolellisella suunnittelulla voidaan parantaa tutkimuksen onnistumismahdollisuuksia. Kysymykset muotoillaan usein avoimiksi kysymyksiksi tai monivalintakysymyksiksi. Yksi kysymysten muoto pohjautuu asteikkoihin eli skaaloihin. (Hirsjärvi 2003c, 185–187.)

Kyselylomakkeen avulla voidaan saada tietoa tosiasioista, asenteista, käyttäytymisestä ja mielipiteistä. Mikäli vastaajilta on tarkoitus kysyä täsmällisistä tosiasioista, tulisi niitä kysyä suoraan yksinkertaisilla kysymyksillä. Tällaisia kysymyksiä ovat joko avoimet kysymykset tai monivalintakysymykset. (Hirsjärvi 2003c, 184.)

Avoimet kysymykset sisältävät vain itse kysymyksen sekä tyhjän tilan vastaamista varten. Avoimet kysymykset mahdollistavat vastaajien ilmaisuvapauden. Valmiiden vastausvaihtoehtojen puuttuessa vastaajien tiedot tutkittavasta asiasta pääsevät myös esiin. Avoimilla kysymyksillä on myös mahdollista tuoda esiin vastaajien voimakkaitakin tunteita. (Hirsjärvi 2003c, 185–188.)

Kysymysten on hyvä olla selkeitä, ja niissä kannattaa välttää usealla tavalla tulkittavia sanoja. Tulkinnan mahdollisuuksien vähentämiseksi kysymykset on myös hyvä rajata, eikä jättää niitä yleiselle tasolle. Kysymykset eivät saisi myöskään johdatella vastaajaa. On myös tärkeää, että kysymykset eivät sisällä alan ammattisanastoa, jota vastaajien saattaa olla vaikeaa ymmärtää. (Hirsjärvi 2003c, 189–190.)

Kyselylomakkeen liitteenä on hyvä olla saatekirje. Saatekirjeen tärkeimpänä tehtävänä on saada vastaajat vakuuttumaan tutkimuksesta, ja sen myötä kyselyyn vastaamisesta. Hyvän saatekirjeen ja kyselylomakkeen luomisessa on tärkeää huomioida niiden sisältö, kieliasu sekä visuaalinen ilme. Kyselylomakkeen laajuuteen kannattaa myös kiinnittää huomiota. (Vilkkä 2005, 153–154.)

Hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseksi tulee tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä olla siitä tarpeeksi tietoa, jotta hän voi päättää, osallistuuko siihen vai ei. Saatekirjeen sisällöstä tulee ilmetä ainakin tutkimuksen aihe, tavoite ja tarkoitus. Samoin saatekirjeessä on kerrottava aineiston hävittämiseen liittyvistä seikoista, sekä vastaajan tietosuojasta. (Vilkkä 2005, 153–154.)

Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen (Liite 2) kysymysten perustana on opinnäytetyön teoreettinen viitekehys. Kyselylomakkeen ensimmäisellä kysymyksellä haluttiin selvittää vastaajien taustatietoja. Toinen ja kolmas kysymys koskivat ravitsemusohjauksen sisältöä lapsen sairaalassaoloaikana ja kotiutuessa. Näillä kysymyksillä haettiin vastausta ensimmäiseen tutkimustehtävään. Neljäs kysymys koski saadun ravitsemusohjauksen toteutustapaa. Viidennen kysymyksen avulla haluttiin selvittää, oliko ravitsemusohjaus ollut riittävää. Kuudennen kysymyksen tarkoituksena oli saada selville vanhempien mielipiteitä ravitsemusohjauksen toteuttamiseen liittyen. Neljännellä, viidennellä ja kuudennella kysymyksellä haettiin vastausta toiseen tutkimustehtävään.

Kyselyn liitteeksi laadittiin saatekirje, jossa kerrottiin opinnäytetyön aiheesta, tavoitteesta ja tarkoituksesta. Saatekirjeessä kerrottiin myös aineiston hävittämiseen ja vastaajien tietosuojaan liittyvistä asioista. Saatekirjeessä mainittiin lisäksi vastausten merkityksestä opinnäytetyölle.

6.2 Aineiston kerääminen

Kysely on yksi menetelmä aineiston keräämiseen. Kysely aineiston keruumenetelmänä voi olla tarkoituksenmukainen silloin, kun tutkija pyrkii saamaan kattavan tutkimusaineiston. Kyselyn avulla voidaan kysyä useita asioita useilta henkilöiltä. (Hirsjärvi 2003c, 180–182.)

Toisaalta, kyselyn avulla kerättyä aineistoa voidaan pitää pinnallisena. Vastaajien mahdollisia väärinymmärryksiä voi olla lisäksi vaikeaa tulkita. Yksi

kyselyyn liittyvä haitta on myös kato eli vastaamattomuus. (Hirsjärvi 2003c, 182.)

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetun tutkimuksen kohdalla on syytä kuitenkin todeta, ettei tutkimusaineiston koolla ole sinänsä merkitystä. Tärkeämpänä voidaan pitää tutkimusaineiston laatua. Tavoitteena on, että tutkimusaineisto osaltaan lisää ymmärrystä jostain asiasta, tai auttaa tarkoituksenmukaisen tulkinnan tekemisessä. (Vilka 2005, 126.)

Laadullisessa tutkimuksessa kerätyssä aineistossa aineiston koon ohella tulee kiinnittää huomiota siihen, miten onnistuneita aineiston analyysi ja tulkinta ovat. Myös tutkimustekstin osuutta pidetään merkityksellisenä aineiston kattavuuden kannalta. Tärkeää on myös huomioida, että laadullisessa tutkimuksessa yksittäisen ihmisen kokemusta pidetään aina ainutlaatuisena. (Vilka 2005, 128.)

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi kuusi avointa kysymystä. Kyselylomake sisälsi saatekirjeen. Kyselylomake lähetettiin Kevyt Keskosvanhempien yhdistyksen internet-keskustelupalstalle, sillä tarkoitus oli saada vastauksia ennenaikaisesti syntyneiden lasten vanhemmilta. Ennen kyselylomakkeen lähettämistä kysyttiin lupa sivuston ylläpitäjältä.

Tarkoituksena oli alun perin kerätä aineistoa kahden viikon ajan, jotta opinnäytetyö pääsisi etenemään. Vastausten vähyyden vuoksi niitä odotettiin kuitenkin tammi-helmikuu 2014. Tämän jälkeen saadut vastaukset analysoitiin.

Kuten aiemmin todettiin, saattaa kyselyyn aineiston keräämisen menetelmänä liittyä vastaamattomuutta. Näin tapahtui myös opinnäytetyön kyselylomakkeen kohdalla, sillä siihen vastasi lopulta kolme perhettä.

6.3 Aineiston analysointi

Sisällön analyysi on menetelmä, jonka avulla aineistoa voidaan analysoida objektiivisesti ja järjestelmällisesti. Lisäksi sisällön analyysiä voidaan pitää laadullisen tutkimusmenetelmän metodina, jossa tutkija etsii merkityssuhteita ja kokonaisuuksia. Näitä rakenteita koskeva tieto voidaan esittää sanallisina tulkintoina. Aineistoa analysoimalla pyritään saamaan tiivistetty ja yleinen kuvaus tutkittavasta asiasta. Analyysin lopuksi pyritään luomaan kategorioita, käsitteitä tai teoreettinen malli, joiden tarkoitus on kuvata tutkittavaa asiaa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–5; Vilka 2005, 140.)

Sisällön analyysi voidaan tehdä joko aineistosta käsin, eli induktiivisesti, tai jonkin aiemman käsitejärjestelmän pohjalta, eli deduktiivisesti. Kummankin tavan kohdalla tutkimuksen tekijän on valittava, ovatko analyysin kohteena ainoastaan aineistossa selvästi ilmaistut asiat, vai myös sen piilossa olevat viestit. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Ensimmäiseksi sisällön analyysia tehdessä tulee määrittää analyysiyksikkö. Tähän vaikuttavat tutkimusaineiston laatu sekä tutkimustehtävä. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi yksi sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Tämän jälkeen aineisto tulee lukea aktiivisella tavalla läpi monta kertaa. Aktiivinen lukeminen merkitsee aineistoa avaavien kysymysten tekemistä aineistolle. Lukemisen jälkeen sisällön analyysin etenemistä ohjaa se, tehdäänkö analyysi aineistosta vai käsitejärjestelmän pohjalta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Aineistosta lähtevä sisällön analyysi muodostuu aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä ja abstrahoinnista. Aineiston pelkistäminen merkitsee tutkimustehtävään liittyvien ilmauksien etsimistä. Tämä merkitsee myös tutkimustehtävän kannalta epäolennaisen tiedon karsimista, hävittämättä kuitenkaan tärkeäksi katsottavaa tietoa. Pelkistetyt ilmaisut on hyvä kirjoittaa tutkimusraporttiin mahdollisimman samalla tavalla kuin ne olivat aineistossa. (Kyngäs & Vanhanen, 5; Vilka 2005, 140.)

Pelkistämisen jälkeen aineistoa voidaan ryhmitellä. Tämä merkitsee pelkistettyjen ilmaisujen yhdistämistä sen perusteella, mitkä niistä vaikuttaisivat yhteensopivilta. Yhteensopivat ilmaisut muodostavat kategorian, joka tulee nimeä sisältöä hyvin kuvaavalla tavalla. On analyysin tekijän tulkinnan varassa, mitä ilmaisuja voidaan yhdistellä ja mitä ei. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6.)

Analyysin teko etenee yläkategorioiden muodostuksella. Niiden nimeämisen tulee perustua niihin alakategorioihin, joiden perusteella ne on muodostettu. Tätä abstrahointia eli käsitteellistämistä jatketaan, kunnes se ei ole enää sisällön näkökulmasta tarkoituksenmukaista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7.)

Opinnäytetyön aineiston analysointiin käytettiin induktiivista sisällön analyysiä, sillä analyysi oli tarkoitus tehdä aineistosta käsin. Aluksi aineisto luettiin läpi useita kertoja, opinnäytetyön tutkimustehtävien ohjaamana. Tämän jälkeen aineisto pelkistettiin mahdollisimman sanatarkasti ja tutkimustehtävien perusteella.

Pelkistetyt ilmaisut pyrittiin ryhmittelemään alakategorioihin mahdollisimman tarkoituksenmukaisella tavalla. Tämän jälkeen alakategorioille tehtiin vielä sopivat yläkategoriat. Yläkategorioiden nimeäminen perustui alakategorioiden sisältämiin pelkistettyihin ilmauksiin. Abstrahoinnin lopuksi laadittiin vielä yläkategorioita varten sopivat yhdistävät kategoriat. Analyysin jälkeen aineisto hävitettiin asianmukaisesti.

6.4 Eettisyys

Opinnäytetyöprosessin joka vaiheessa on huomioitava tutkimusetiikan eli hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen, josta tutkimuksen tekijä on itse ensisijaisesti vastuussa. Hyvä tieteellinen käytäntö merkitsee ensinnäkin eettisesti kestävien tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmien käyttöä tutkimusta

tehtäessä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että nämä menetelmät ovat tiedeyhteisön yleisesti hyväksymiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013; Vilkka 2005, 29–30.)

Tiedonhankinnan näkökulmasta hyvä tieteellinen käytäntö merkitsee tiedon hankkimista tutkijan oman alan tieteellisestä kirjallisuudesta tai muista asianmukaisista lähteistä. Tutkimuksen tulosten on lisäksi vastattava tieteelliselle tutkimukselle asetettuihin vaatimuksiin. Opinnäytetyön on täten tarkoitus tuottaa uutta tietoa tai tuoda esiin, miten jo olemassa olevaa tietoa voidaan hyödyntää. (Vilkka 2005, 30.)

Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa myös, että tutkijan toiminta on vilpittömä ja rehellistä muita tutkijoita kohtaan. Vilpittömä ja rehellinen toiminta merkitsee toisten tutkijoiden työn kunnioittamista, esimerkiksi merkitsemällä toisten tutkijoiden tulokset omassa tekstissä asianmukaisin lähdeviittein. Tutkimusetiikassa vilpillä tarkoitetaan toisten tulosten plagiointia tai vääristämistä. Vilpin lisäksi tutkimusetiikan kannalta epärehellistä toimintaa on piittaamattomuus, joka voi ilmetä esimerkiksi puutteellisina lähdeviitteinä. Vilppi käsitetään tieteen tahalliseksi väärinkäytöksi. Piittaamattomuus taas voi olla seurausta tutkimuksen tekijän riittämättömistä tiedoista ja taidoista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013; Vilkka 2005, 30–31.)

Tutkijan tulee toimia tutkimusprosessin eri vaiheissa tarkasti ja rehellisesti, jotta tutkimus voidaan käsittää tehdyksi teoreettisen toistettavuuden periaatteen mukaisesti. Tämä periaate merkitsee, että tutkimuksen lukijan on kyettävä tutkimusta lukiessaan ymmärtämään sen sisältö. Tutkimuksen ymmärrettävyys taas edellyttää tutkijan huolellista ja tarkkaa työtä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013; Vilkka 2005, 33.)

Hyvä tieteellinen käytäntö merkitsee myös tutkimuksen avoimuuden ja kontrolloitavuuden periaatetta. Periaatteen mukaisesti tulee valmiissa tutkimustekstissä ilmoittaa muun muassa tutkimuksen sisältöön liittyvistä vaihteluvollisuudesta ja salassapitovelvollisuudesta. (Vilkka 2005, 33.)

Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään lähdeaineistona laaja-alaisesti alan opikirjoja, verkkojulkaisuja sekä artikkeleja. Lähdeviitteet pyrittiin merkitsemään asianmukaisesti ja mahdollisimman tarkasti. Näillä tavoin haluttiin varmistaa hyvän tieteellisen käytännön toteutuminen opinnäytetyöprosessin aikana.

Opinnäytetyön kyselylomakkeessa kerrottiin vastausten luottamuksellisuudesta ja aineiston hävittämisestä. Ennen kyselylomakkeen lähettämistä Kevyt-yhdistyksen internet-keskustelupalstalle kysyttiin siihen lupa keskustelupalstan ylläpitäjältä. Opinnäytetyön valmistuttua saatu aineisto hävitettiin.

6.5 Luotettavuus

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetun tutkimuksen luotettavuuden arviointi ei ole aina yksinkertaista. Ihmisten kokemukset voidaan käsittää ainutkertaisina. Tähän sisältyy ajatus, ettei ole olemassa kahta samanlaista kokemusta. Näin ollen laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida luotettavuuden perinteisillä arviointimenetelmillä, kuten määrälliseen tutkimukseen käytetyillä tilastollisilla mittareilla. (Hirsjärvi 2003b, 213–214.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta pitää kuitenkin kyetä arvioimaan jollain tavalla. Luotettavuutta arvioitaessa voidaan tarkastella ensinnäkin sitä, ovatko tutkijan tekemät tulkinnat ja tutkittavien käsitykset keskenään yhteesopivia. Sisällön analyysin näkökulmasta luotettavuus merkitsee, että tutkimuksen tulosten ja aineiston välillä on todettavissa yhteys. Muodostettujen kategorioiden tulee myös olla yhteydessä aineistoon, ja liittyä tarkoituksenmukaisella tavalla käsitejärjestelmään. (Hirsjärvi 2003b, 214; Kyngäs & Vanhanen 1999; 10; Vilka 2005, 158.)

Sisällönanalyysin luotettavuutta lähemmin tarkasteltaessa voidaan todeta, että tutkija ei voi toimia analyysiprosessissa objektiivisesti. Tätä on pidetty luotettavuuden kannalta ongelmallisena, sillä analyysin tulos perustuu siis tutkijan henkilökohtaiseen näkemykseen tutkittavasta asiasta. Sisällönanalyysin luotettavuutta voidaan kuitenkin parantaa, jos aineistosta analysoidaan vain siinä selvästi ilmaistut viestit. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkimuksen raportointi mahdollisimman tarkasti. Tämä merkitsee tarkkuutta tutkimusprosessin joka vaiheessa. Aineiston kerääminen tulee kertoa selkeällä tavalla. Samoin tutkijan on selvennettävä, mihin aineiston luokittelu perustuu. (Hirsjärvi 2003b, 214–215.)

Aiemmin esiteltyä tutkimuksen teoreettisen toistettavuuden periaatetta voidaan käyttää myös tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Periaatteen mukaan tutkimuksen lukijan tulisi päätyä tekstiä lukiessaan samoihin johtopäätöksiin, kuin tutkija. Tähän voidaan pyrkiä havainnollistamalla tutkimustekstiä suorilla aineistokatkelmilla. (Vilka 2005, 160.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on suuri merkitys myös tutkijan itsearvioinnilla, sillä luotettavuuden arviointi kohdistuu hänen tekemiinsä ratkaisuihin ja valintoihin tutkimusprosessissa. Näin ollen tulee tutkijan arvioida toimintansa luotettavuutta tutkimuksen joka vaiheessa. (Vilka 2005, 158–159.)

Opinnäytetyön luotettavuutta pyrittiin lisäämään kertomalla opinnäytetyön eri työvaiheista mahdollisimman tarkasti. Saadut vastaukset luettiin läpi useita kertoja ennen aineiston analysointia, jotta aineiston pelkistäminen ja kategorioiden muodostaminen onnistuisivat mahdollisimman hyvin. Aineistosta analysoitiin vain siinä selkeästi ilmaistut viestit, ei piiloviestejä. Tutkimuksen

teoreettisen toistettavuuden periaatteen mukaisesti opinnäytetyön tulosten yhteyteen lisättiin useita suoria lainauksia aineistosta.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset analysoitiin opinnäytetyön kyselylomakkeen kysymysten ohjaamina. Tulokset käsiteltiin yksitellen kysymyksiin perustuen.

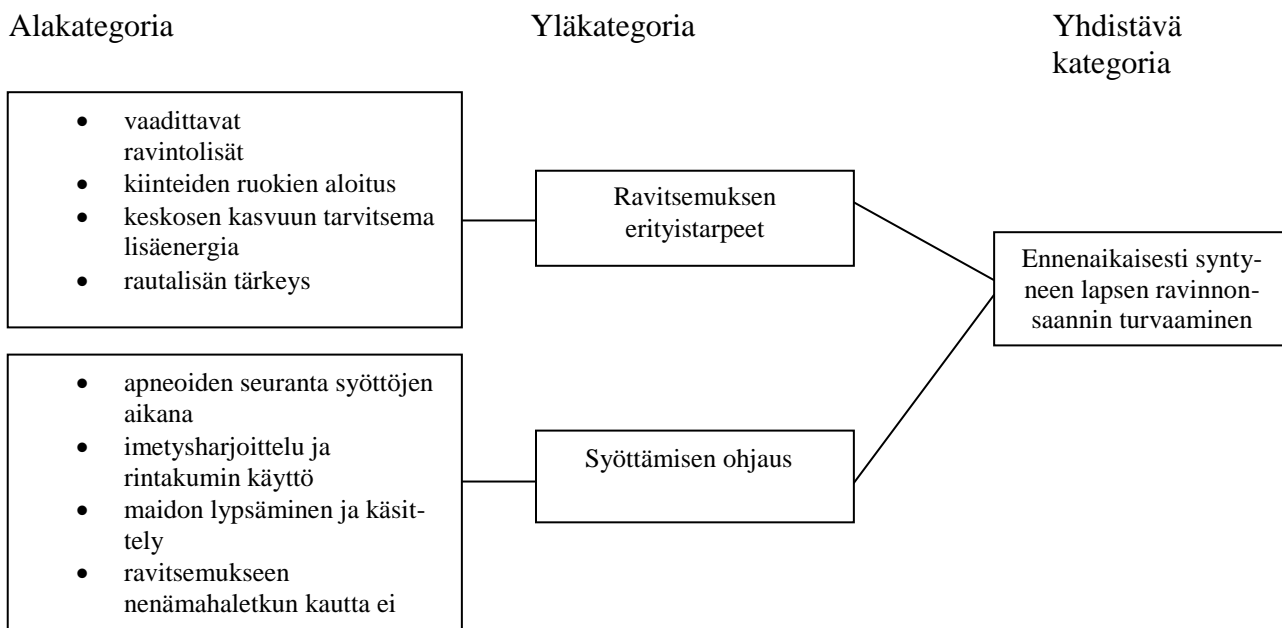
7.1 Ravitsemusohjaus lapsen ollessa sairaalassa

Perheet saivat lapsen sairaalassaoloaikana ohjausta lapsen kasvuun tarvitsemasta lisäenergiasta, sekä vaadittavista ravintolisistä. Perheet saivat ohjausta myös kiinteiden ruokien aloituksesta ja rautalisästä. Ohjausta saatiin lisäksi lapsen apneoiden seurantaan syöttämisen aikana. Vain yksi perheistä sai vastausten perusteella imetysohjausta sekä ohjausta maidon lypsämiseen ja käsittelyyn. Nenä-mahaletkun kautta tapahtuvaan ravitsemukseen liittyen yksi perhe kirjoitti, etteivät he tarvinneet siihen liittyvää ohjausta (Kuvio 1).

Kerrottiin vaadittavista ravintolisistä. Kuinka ja milloin kiinteät ajastaan aloitetaan.

Kuinka keskonen tarvitsee kasvuun erilailla kuin täysiaikainen. Rautalisä ja sen tärkeys!

Nenämahaletkuruokinta oli meille tuttua esikoisesta, joten emme siihen tarvinneet ohjausta.



Kuvio 1. Ravitsemusohjaus lapsen ollessa sairaalassa.

7.2 Ravitsemusohjaus lapsen kotiutuessa

Perheille ohjattiin osittain samoja asioita lapsen siirtyessä sairaalasta kotiin kuin lapsen sairaalassaoloaikana. Perheet saivat ohjausta ravintolisistä, kiinteiden ruokien aloittamisesta sekä rautalisästä siis myös lapsen kotiutuessa. Näiden asioiden lisäksi perheet saivat ohjausta D-vitamiinin aloituksesta. Perheet saivat myös yksilöllisiä ohjeita lapsen ravitsemuksen toteuttamiseen. Nämä ohjeet koskivat ravintolisien antamista ja syöttövälejä tiettyyn painorajaan asti. Yksi perheistä sai lisäksi luettelon lapsen käytössä olevista lääkkeistä (Kuvio 2).

Lisäravinteiden käyttö eli äidinmaitoon tuli "vahvenne" BMF.

Kiinteät 4 kk.

Korvikkeen sekoitus/valmistusohje ja suuntaa antava päivittäinen määrä ---.

Kotiin jäi täysimetyksen lisäksi öljyisiä neljään kiloon asti sekä lisärauta ensimmäiseen ikävuoteen asti.

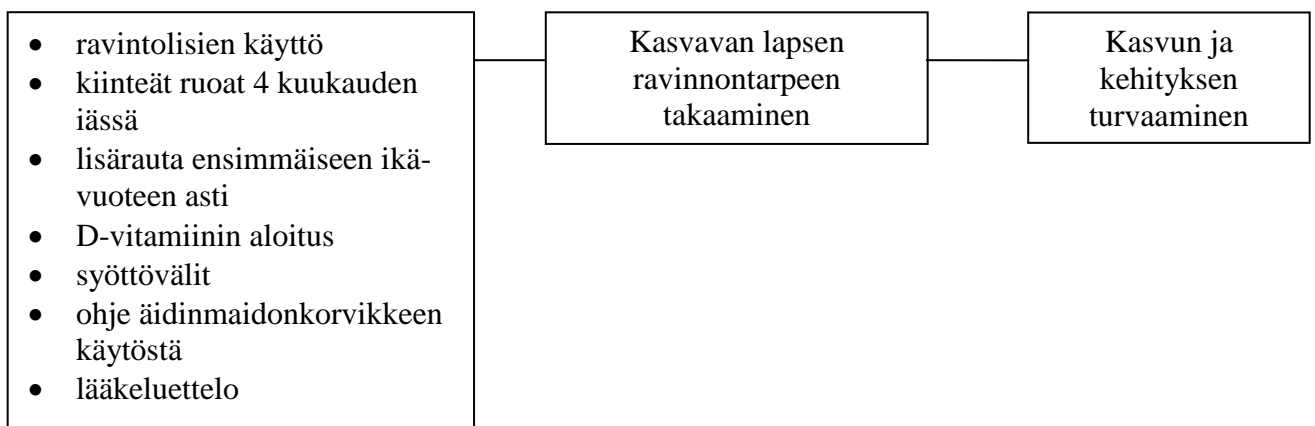
Syöttöväleihin, eli 3h välein pyrittiin syöttämään poikaa 3,5kg:n saakka. Sen jälkeen sai alkaa syöttämään lapsentahtisesti.

Lapsentahtinen syöttö, mutta yöllä väh. 3 tunnin välein neljään kiloon asti.

Alakategoria

Yläkategoria

Yhdistävä
kategoria



Kuvio 2. Ravitsemusohjaus lapsen kotiutuessa.

7.3 Ohjauksen toteutus

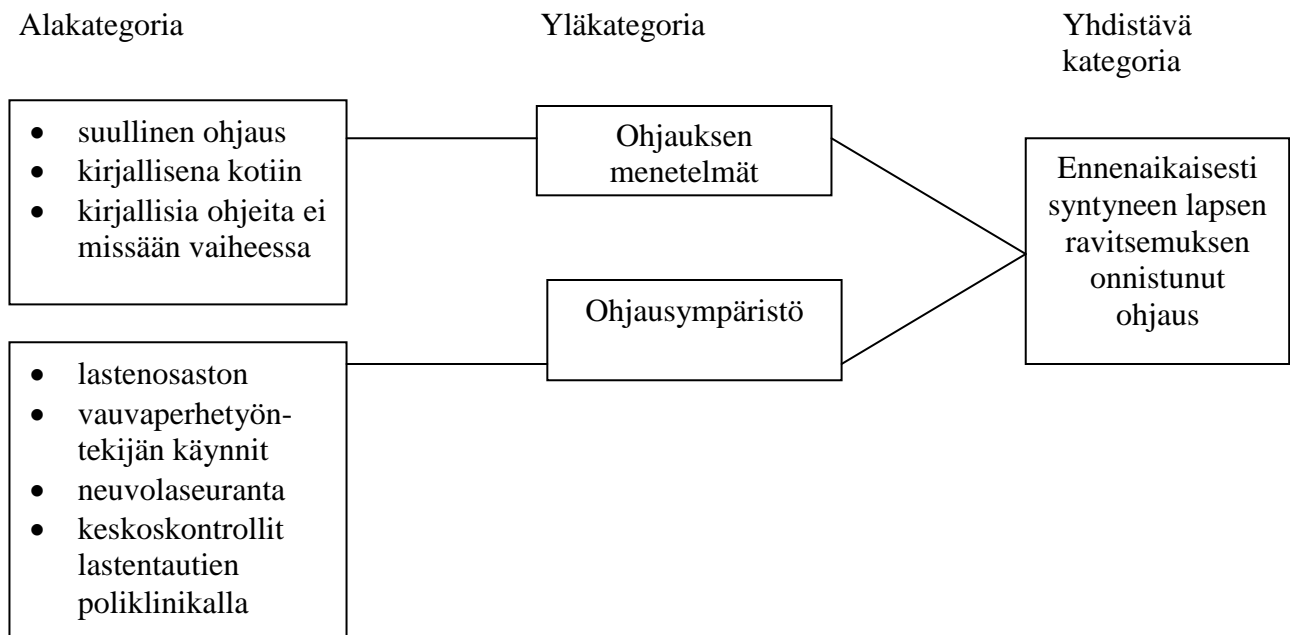
Perheiden saama ohjaus toteutui suullisesti, yhtä perhettä lukuun ottamatta. Tämä perhe sai ohjausta sekä suullisesti että kirjallisesti. Yksi perheistä kirjoitti, etteivät he nähneet kirjallisia ohjeita missään vaiheessa. Yksi perheistä mainitsi ohjauksen toteutumisessa myös sairaalan ulkopuolisia tahoja (Kuvio 3.)

Kirjallisena kotiin, keskustelimme ennen kotiin pääsyä.

Suullinen. --- Lastenosaston vauvaperhetyöntekijä ensimmäisen vuoden ajan. Neuvolaseuranta. Keskoskontrollit lastenpoli.

Kirjallisia ohjeita emme missään vaiheessa nähneet.

Tiivis seuranta neuvolaan ja perhetyöntekijään ja hänen kauttaan lastenlääkäriin.



Kuvio 3. Ohjauksen toteutus.

7.4 Ohjaus kokemuksena

Perheet kokivat saamansa ohjauksen vastausten perusteella hyvin eri tavoin. Yksi perheistä koki saaneensa riittävästi tietoa ja ohjausta. Yhdellä perheistä oli ohjauksesta aivan päinvastainen kokemus. Perheet toivat vastauksissaan esiin myös vanhempien kuuntelemisen tärkeyden sekä lapsen yksilöllisyyden huomioinnin ravitsemuksen toteuttamisessa. Yksi perheistä jätti vastaamatta ohjauksen riittävyttä käsittelevään kysymykseen (Kuvio 4.)

Kyllä saatiin riittävästi tietoa ja erittäin hyvin ohjausta.

Tukea sain hyvin.

En missään nimessä ole saanut tarpeeksi tietoa.

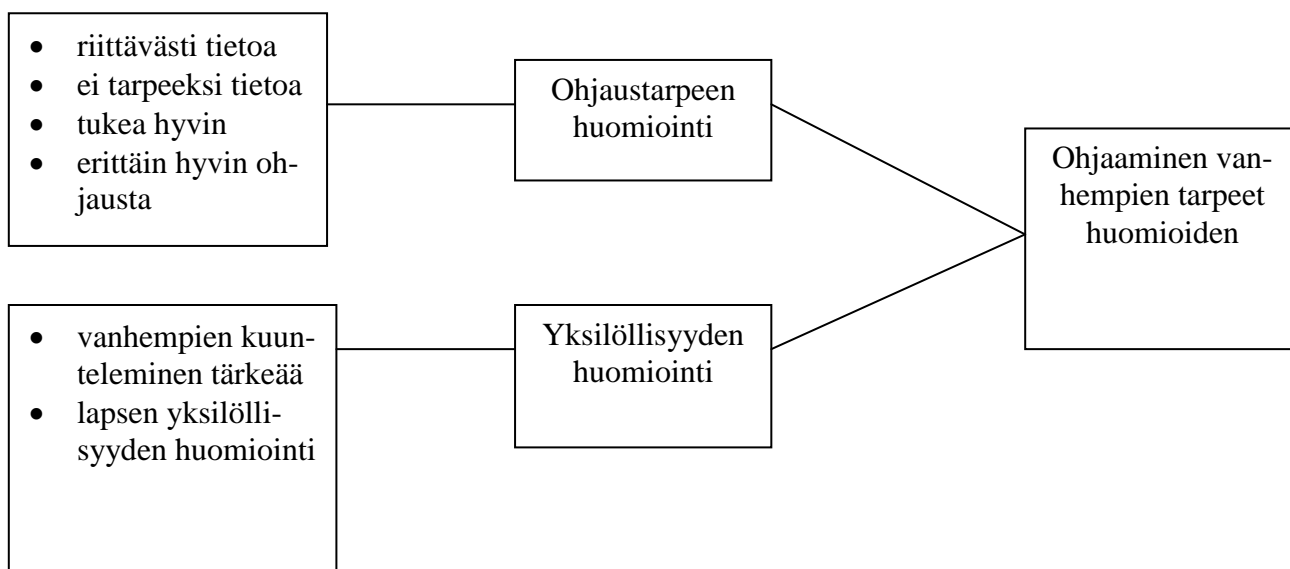
Pitäisi muistaa että kaikki keskusetkaan eivät ole samanlaisia ravitsemuksen suhteen. --- Hekin ovat yksilöitä vaikka ovatkin kaikki keskusia.

Suosittelen uskomaan vanhempia ravitsemuksen suhteen ja vanhempien syyllistäminen pois.

Alakategoria

Yläkategoria

Yhdistävä
kategoria



Kuvio 4. Ohjaus kokemuksena.

7.5 Lisätiedon tarve

Kaksi perheistä olisi toivonut kuulevansa lisää tietoa ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemuksesta. Lisää tietoa olisi haluttu saada muun muassa lapsen maitomäärään, kiinteisiin ruokiin sekä syömättömyyteen liittyen. Lisää ohjausta olisi toivottu myös imetysasioissa. Lisätietoa kaivattiin myös ravitsemukseen liittyvistä sairauksista sekä mahdollisuudesta kokeilla lapselle eri maitoja (Kuvio 5.)

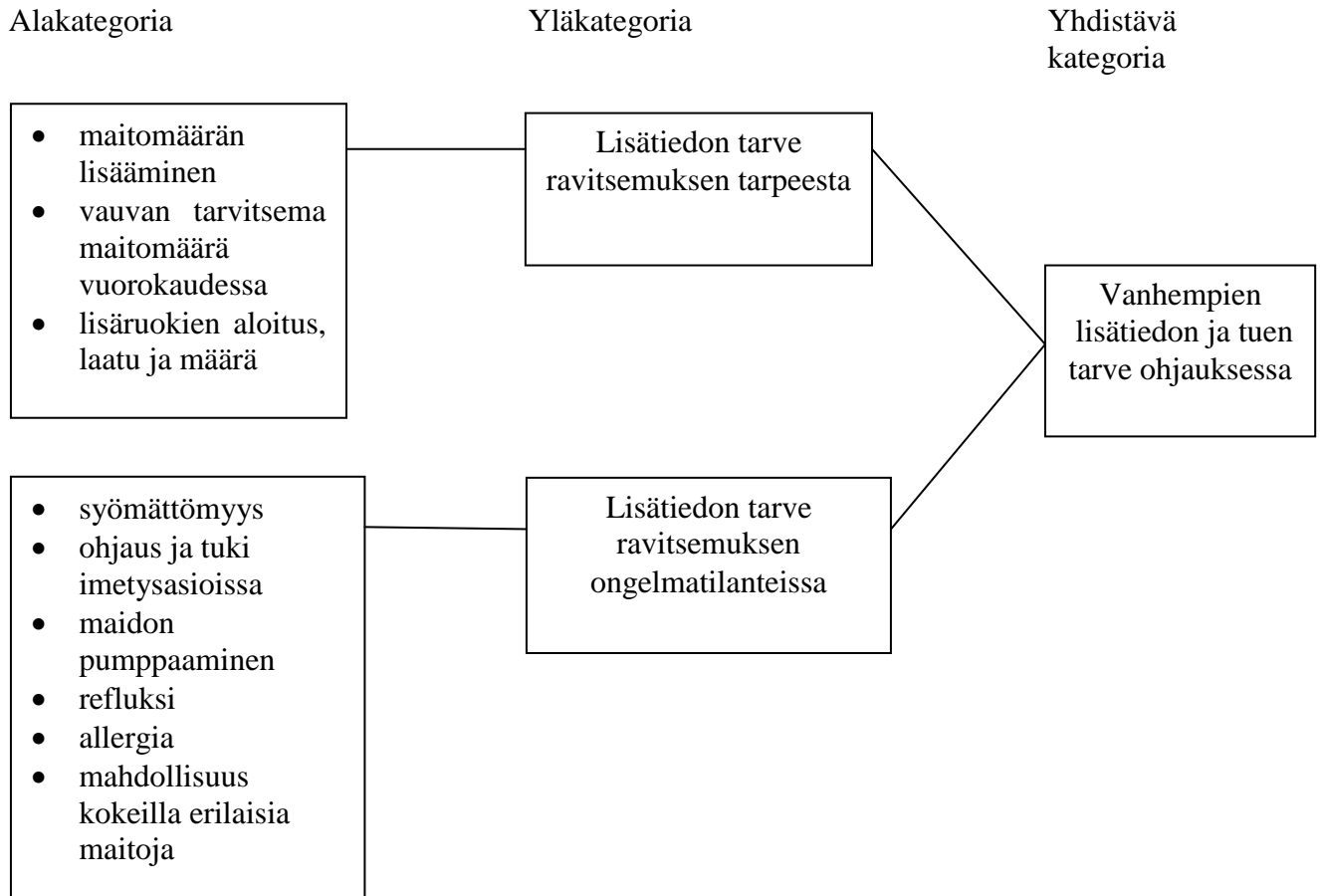
Kotiin olisimme tarvinneet parempia ohjeita: kuinka paljon ja missä vaiheessa maitomäärää lisätään.

Korvaako kiinteä ruoka maitomääriä vai pitääkö silti maitoa mennä sama määrä?

Mitä jos lapsi ei syö?

Enemmän ohjausta imetyksen kanssa, pumppaamisesta ---.

Allergian mahdollisuuksista ---.



Kuvio 5. Lisätiedon tarve.

8 TULOSTEN TARKASTELUA

Kyselyyn vastanneita perheitä oli kolme. Kyselyn ensimmäisen kysymyksen tarkoituksena oli kerätä vastaajien taustatietoja. Vastausten perusteella kahdessa perheessä lapsi oli ensimmäinen. Yhdellä perheistä lapsi oli toinen. Yhden perheen lapsi oli syntynyt raskausviikolla 31+6. Muut perheet eivät olleet maininneet vastauksissaan lapsen syntymäviikkoja.

8.1 Ravitsemusohjaus lapsen ollessa sairaalassa

Perheet olivat saaneet ohjausta lapsen sairaalassa ollessa lapsen kasvuun tarvitsemasta lisäenergiasta. Ennenaikaisesti syntyneen lapsen on tärkeää saada ravinnostaan ravinteita suhteessa enemmän kuin täysiaikaisena syntyneen lapsen. Ravinteiden ja energian tarvetta lisäävät vielä lapsen saavutuskasvu, sekä mahdolliset sairaudet. (Hasunen ym. 2004, 132; Luukkainen 2013a; Keskosvanhempien yhdistys Kevyt 2007; Metsäranta & Järvenpää 2009; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 269.)

Perheitä oli ohjattu lapsen tarvitsemista ravintolisistä sekä lapsen sairaalassa ollessa että kotiutuessa. Ennenaikaisesti syntynyt lapsi tarvitsee aina ensimmäisten elinkuukausien ajan äidinmaidon lisäksi äidinmaidon ravintolisää tai keskoskorviketta, kunnes painaa 4–5 kg. Lääkäri ja ravitsemusterapeutti suunnittelevat ravintolisien antamisen lapselle yksilöllisesti lapsen kasvun ja ravinnontarpeen mukaisesti. (Järvenpää ym. 2008, 3; Tuokkola & Strengell 2010, 113.)

Perheet olivat saaneet ohjausta lapsen sairaalassaoloaikana myös lapsen apneoiden eli hengityskatkosten seurantaan syöttämisen aikana. Ennenaikaisella lapsella saattaa esiintyä hengityskatkoksia keuhkojen toiminnan epäkypsyyden vuoksi. Hengityskatkokset saattavat saada aikaan myös sykkeen laskua. Lapsen on tämän vuoksi tärkeää olla happisaturaation, sykkeen ja hengityksen monitoriseurannassa, sillä yli 20 sekunnin sykkeenlaskut ovat uhka lapsen terveydelle. (Arasola ym. 2004, 402; Metsäranta 2006, 87; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 268.)

Vain yksi perheistä oli saanut imetysohjausta lapsen sairaalassaoloaikana. Ohjaus oli sisältänyt myös rintakumin käytön sekä äidinmaidon lypsämisen ja käsittelyn harjoittelua. Perheiden vastauksissa ei mainittu ohjeita lapsen syöttämisestä tuttipullolla. Mielestäni oli yllättävää, että ainoastaan yksi perheistä oli saanut vastausten perusteella imetysohjausta, sillä kyselyyn vastanneista perheistä kahdella lapsi oli ensimmäinen. Perheillä ei siis välttämättä ollut aiempaa tietoa imetyksestä. Imetysohjausta puoltaa lisäksi se, että ennenaikaisesti syntyneellä lapsella on monesti edellytyksiä imemiseen.

Ennenaikaisesti syntyneellä lapsella on edellytykset harjoitella rinnasta imemistä 32. raskausviikolta lähtien, mikäli lapsen vointi on tarpeeksi vakaa. Imetysohjauksessa tulisi pyrkiä vauvantahtiseen täys- tai osittaisimetykseen

perheen yksilöllisyys ja toiveet huomioon ottaen. Raskausviikkoihin nähden pienikokoisten lasten ja syntymäpainoltaan alle 1 500 g painoisten lasten äitejä tulisi tukea osittaisimetykseen. (Ikonen ym. 2013b; Luukkainen & Laante-rä 2010, 308–309; THL 2009, 18–69.)

Perheistä yksi oli vastannut, ettei ollut tarvinnut nenä-mahaletkuun liittyvää ravitsemusohjausta, koska asia oli heille tuttua jo ensimmäisen lapsen kohdalta. Muiden perheiden vastauksissa ei ollut tullut esille nenä-mahaletkuun liittyvää ravitsemusohjausta. Tämä oli myös mielestäni hieman yllättävä tulos, sillä nenä-mahaletkun kautta tapahtuva ravitsemus on hyvin yleistä ennenaikaisesti syntyneiden lasten kohdalla. Äidinmaitoravitsemus pyritään aloittamaan ennenaikaisesti syntyneelle lapselle mahdollisimman varhain, vaikka lapsi saattaakin tarvita suonensisäistä ravitsemusta ensimmäisten elinkuukausiansa ajan. Pieni määrä äidinmaitoa nenä-mahaletkun kautta annettuna auttaa lapsen suolen limakalvoa ottamaan vastaan äidinmaitoa. Maitoa annetaan pieninä mutta tiheinä annoksina. (Niinikoski & Simell 2012, 274; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 269.)

Perheille oli ohjattu kiinteiden ruokien aloittamiseen liittyviä asioita sekä lapsen ollessa sairaalassa että lapsen kotiutuessa. Kiinteitä ruokia oli ohjattu aloittamaan 4 kuukauden iässä. Ennenaikaisesti syntyneelle lapselle voidaan aloittaa kiinteiden ruokien antaminen täysiaikaisena syntyneeseen lapseen nähden tällä tavoin aikaisemmin, jotta voidaan turvata lapsen riittävä ravinnonsaanti. (Hasunen ym. 2004, 132–133.)

Lisäraudasta oli saatu ohjausta sekä lapsen sairaalassaoloaikana että kotiutuessa. Perheille oli kerrottu lisäraudan merkityksestä ja neuvottu antamaan sitä lapselle vuoden ikään asti. Lisärautaa suositellaan ensimmäisen elinvuoden ajan kaikille syntymäpainoltaan alle 2 500 g painaville lapsille, sillä heidän raudantarpeensa on ennenaikaisen syntymän johdosta tavallista suurempi. (Luukkainen 2013, 291; Metsäranta & Järvenpää 2009.)

8.2 Ravitsemusohjaus lapsen kotiutuessa

Vain yksi perheistä oli saanut vastausten perusteella ohjausta D-vitamiinin aloituksessa, kun lapsi kotiutui. D-vitamiinilisän suositus on sama riippumatta siitä, saako lapsi äidinmaitoa tai sen korviketta. Vitamiinilisä aloitetaan lapsen ollessa kahden viikon ikäinen, ja sitä suositellaan jatkettavaksi lapsen koko kasvukauden ajan. D-vitamiinin annostus on 5 tippaa vuorokaudessa. (Freese & Voutilainen 2012, 98–100; Metsäranta & Järvenpää 2009; Niinikoski & Simell 2012, 271.)

Kaikki perheet olivat saaneet lapsen kotiutuessa yksilöllisiä ravitsemusohjeita, jotka sisälsivät ohjeita ravintolisien antamisesta sekä syöttöväleistä. Lapsille oli asetettu tietty painoraja, johon asti tuli pyrkiä noudattamaan tiettyä syöttöväliä. Tiheä ateriarytmi on aluksi ennenaikaisesti syntyneelle lapselle tärkeää, kun lapsi jaksaa syödä kerrallaan vain pieniä määriä. Tiheä ateriarytmi vastaa

myös lapsen suureen ravinnontarpeeseen, ja on tärkeää normaalin verensokeritason ylläpitämiseksi. (Luukkainen 2013; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 270; Tuokkola & Strengell 2010, 114.)

8.3 Ohjauksen toteutus

Perheiden saama ohjaus oli toteutunut suullisesti, lukuun ottamatta yhtä perhettä. Tämä perhe oli saanut ohjausta sekä suullisesti, että kirjallisesti. Yksi perheistä mainitsi, etteivät he olleet nähneet kirjallisia ohjeita missään vaiheessa. Vastauksesta ei käynyt esille, oliko perhe pyytänyt kirjallisia ohjeita. Hoitotyön ohjaamisen näkökulmasta ajatellen kirjalliset ohjeet soveltuvat hyvin kotiuttamistilanteisiin. Asiakkaat pitävät myös tutkitusti tärkeänä erilaisen hoito-ohjeiden saamista sekä suullisesti että kirjallisesti. (Kynäs ym. 2007, 124.)

Vastausten perusteella perheille ohjattiin useita asioita lapsen ravitsemuksen toteuttamisesta, mikä tukee mielestäni osaltaan kirjallisten ohjeiden käyttöä ohjauksessa. Jos jokin asia jää suullisessa ohjauksessa mietityttämään, voi perhe tarkastaa kirjallisista ohjeista myöhemmin, miten asiassa tulee menetellä. (Kynäs ym. 2007, 124.)

Yksi perheistä oli kertonut vastauksessaan ohjauksen moniammatillisuudesta, mainitessaan vauvaperhetyöntekijän, neuvolan sekä lastentautien poliklinikan ohjaustahoina.

8.4 Ohjaus kokemuksena

Vastausten perusteella kaksi perheistä olivat kokeneet saamansa ohjauksen hyvin eri tavoin. Yksi perheistä ei ollut vastannut lainkaan ohjauskokemusta käsittelevään kysymykseen. Toinen vastanneista perheistä oli kokenut saaneensa riittävästi tietoa ja ohjausta. Toinen perheistä ei vastausten perusteella ollut ollut tyytyväinen saamaansa ohjaukseen.

Ohjauksen onnistuminen edellyttää, että molemmilla ohjaussuhteen osapuolilla on tavoitteellinen ja aktiivinen asenne ohjausta kohtaan. Myös osapuolten fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät vaikuttavat ohjauksen kulkuun, samoin asiakkaan ohjaustarpeet. Hoitaja ja asiakas saattavat olla niistä eri mieltä, joten niistä olisi tärkeää keskustella. Asiakkaan voi myös olla vaikeaa tunnistaa ohjaustarpeitaan, joten hoitajalla tulisi olla herkkyyttä niiden tunnistamiseen. (Koistinen 2007, 432–434; Kynäs ym. 2007, 26–42.)

Hoitajalta edellytetään asiakkaan taustatekijöiden tuntemusta, jotta hän osaisi valita sopivan ohjausmenetelmän. Taustatekijöiden tunteminen käsittää asiakkaan taustatietoihin ja oppimisvalmiuksiin perehtymisen. Lisäksi osapuolten tulee yhdessä keskustella, mikä voisi olla tilanteeseen soveltuvin ohjausmenetelmä. Näiden toimien lisäksi tulisi hoitajan arvioida itse omia ohjausvalmiuksiaan. (Koistinen 2007, 431–433; Kynäs ym. 2007, 33–34.)

Kahdesta vastanneesta perheestä toisella oli ollut kielteinen kokemus saamaan ohjauksesta. Perheen vastausten perusteella voidaan siis päätellä, että ohjaussuhde ei ollut ollut onnistunut yllä olevan esimerkin tavoin.

Perheet olivat pitäneet vastauksiensa perusteella tärkeänä ohjaukseen vaikuttavana tekijänä vanhempien kuuntelemista. Hoitajan on ohjaussuhteessa tärkeää kuunnella vanhempia, sillä ohjaussuhde rakentuu vuorovaikutukselle. Vuorovaikutuksen tulee olla kaksisuuntaista, millä pyritään ohjaussuhteen osapuolten jaettuun asiantuntijuuteen. Jaetussa asiantuntijuudessa osapuolet kunnioittavat toistensa tietoa ja kokemusta ohjattavasta asiasta. Hoitajalla on ohjattavaan asiaan liittyvää tutkimusperäistä tietoa, ja vanhemmilla voi puolestaan olla paljon kokemusperäistä tietoa. (Koistinen 2007, 431–433; Kyngäs ym. 2007, 39–40.)

Perheet olivat pitäneet tärkeänä myös lapsen yksilöllisyyden huomiointia ravitsemusohjauksen toteuttamisessa. Yksilöllisyyden periaatteen käsitetään kuuluvan asiakkaan oikeuksiin, kun on kyse ohjaustilanteen eettisestä pohdinnasta. Ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemusohjauksen kohdalla periaatteen voidaan ajatella koskevan sekä lasta itseään, että hänen vanhempiaan. Ohjausta antavan hoitajan tulee aina huomioida tämän, sekä muidenkin eettisten periaatteiden toteutuminen ohjauksessa. Hoitajalla on ohjaussuhteessa aina ammatillinen vastuu omasta toiminnastaan. Tämä tarkoittaa, että hänen toimintansa tulee olla eettisesti kestävä. (Kyngäs ym. 2007, 154–155.)

8.5 Lisätiedon tarve

Kahdessa perheessä olisi haluttu saada lisää tietoa ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemuksesta. Lisää tietoa olisi toivottu muun muassa lapsen maitomäärästä, lisäruoista sekä syömättömyydestä. Lisätietoa olisi haluttu saada myös ravitsemukseen liittyvistä sairauksista, kuten allergioista ja refluksista, sekä mahdollisuudesta kokeilla lapselle eri maitoja.

Yksi perheistä olisi toivonut lisää ohjausta imetykseen liittyen. Ennenaikaisesti syntyneen lapsen äidin tulisi aina saada imetysohjausta, kunnes hän kokee imetykseen liittyneiden tavoitteidensa täyttyneen, sekä pärjäävänsä lapsen kanssa. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä huomioida imetysohjauksessa myös koulutettu vertaistuki ja neuvoa äitiä hakeutumaan esimerkiksi valtakunnallisen Imetyksen tuki ry:n pariin. Yhdistys tarjoaa vertaistukea imettäville äideille järjestämällä esimerkiksi imetystukiryhmiä. (Ikonen ym. 2013b; Imetyksen tuki n.d.)

Perheiden kaipaaman lisätiedon tarve oli mielestäni jokseenkin yllättävää, sillä vastausten perusteella ravitsemusohjaus oli sisältänyt useita asioita. Toisaalta, ravitsemusohjaus ei ollut vastausten perusteella sisältänyt esimerkiksi tietoa erilaisista sairauksista. Tätä ajatellen oli luonnollista, että perheet olivat halunneet saada lisää tietoa.

Lisätiedon tarvitsemisen voisin ajatella liittyvän esimerkiksi ohjaustilanteen psyykkiseen ympäristöön. Psyykkinen ympäristö muodostuu useista eri tekijöistä. Yhtenä tärkeänä tekijänä pidetään ohjaustilanteen ilmapiiriä, jonka tulisi olla rauhallinen ja kiireetön ohjauksen onnistumiseksi. Kiireen on todettu heikentävän osapuolten vuorovaikutusta. Kiireisen oloisessa tilanteessa asiakas ei välttämättä kysy kaikkea haluamaansa, kun kokee hoitajan olevan kiireinen. (Kyngäs ym. 2007, 37–38.)

Toisaalta, lisätiedon tarve voi liittyä muihin tekijöihin ohjauksessa. Kyse voi olla ohjaustarpeiden tunnistamatta jättämisestä, tai ohjauksen fyysisestä ympäristöstä. Sen tulisi olla mahdollisimman rauhallinen, jotta ohjaus voisi edetä ilman keskeytyksiä. Tärkeä merkitys ohjauksen sujumisessa on myös sanattomalla viestinnällä, sillä nykykäsityksen mukaan se muodostaa yli puolet vuorovaikutuksen sisältämistä viesteistä. (Kyngäs 2007, 37–39.)

Ohjauksen onnistumista pohdittaessa on mielestäni tärkeää huomioida hoitajan ammatillinen vastuu ohjaussuhteessa. Hoitajalla on päävastuu ohjausmenetelmän valinnasta, ohjauksen etenemisestä sekä ohjauksen tavoitteellisuudesta. Täten voidaan mielestäni olettaa, että hoitaja on ylimmässä vastuussa myös siitä, että asiakas saa tarvitsemansa tiedon. (Kyngäs ym. 2007, 33–155.)

Asiakasta eivät velvoita hoitajan tavoin omat eettiset toimintaohjeet. Asiakasta sitovat kuitenkin yleiset eettiset periaatteet, kuten toisen ihmisen kunnioittaminen. Eettisyys asiakkaan kohdalla merkitsee myös ohjauksessa yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin sitoutumista. Tämä ilmenee esimerkiksi rehellisyytenä. Asiakkaan tulee siis kertoa hoitajalle, mikäli saatu ohjaus ei vastaa hänen tarpeitaan. Tällä tavoin toimimalla asiakas kykenee itse vaikuttamaan ohjaukseen ja muuttamaan sitä tarkoituksenmukaisemmaksi. Mielestäni tämä eettinen näkökulma tulee ottaa perheiden lisätiedon tarpeen kohdalla myös huomioon, vaikka vastauksista se ei tullutkaan suoraan esiin. (Kyngäs ym. 2007, 156.)

8.6 Opinnäytetyöprosessin pohdintaa

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2012 opinnäytetyöaiheen valinnalla. Tarkoituksena oli tehdä ennenaikaisesti syntyneen lapsen infektioihin liittyvä toiminnallinen opinnäytetyö vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolle. Heillä oli tarvetta opinnäytetyölle, ja aihe saatiin heiltä. Marraskuussa 2012 pidetyssä opinnäytetyön ideaseminaarissa päädyttiin kuitenkin ohjaavan opettajan kanssa siihen tulokseen, että aiheesta ei välttämättä olisi saatavilla tarpeeksi tutkimustietoa opinnäytetyötä varten. Aiheeksi päädyttiinkin valitsemaan ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemus. Aihe oli sekä toimeksiantajan että ohjaavan opettajan mielestä tarpeellinen.

Aiheen rajaamiseksi tarkoitus oli tehdä ennenaikaisesti syntyneen lapsen vanhemmille opas lapsen ravitsemuksesta. Oppaan tueksi pyrittiin keräämään opinnäytetyöhön laaja teoreettinen viitekehys, jonka pohjalta opas koottaisiin.

Teoreettisen viitekehyksen kokoamiseen käytettiin lähdeaineistona eri hoitoalan oppikirjoja. Tietoa haettiin osaksi myös lääketieteen kirjallisuuden ja internet-lähteiden parista. Opinnäytetyön kirjoittamisen ohella osallistuttiin opinnäytetyön seminaarityöskentelyyn. Väliseminaari pidettiin toukokuussa 2013, kun opinnäytetyön teoreettinen viitekehys oli lähes valmis. Väliseminaarissa saatiin positiivista palautetta laajasta teoreettisesta viitekehuksesta. Rakentavaa palautetta saatiin osasta vähän vanhempia lähteitä, sekä tekstin luettavuuden suhteen.

Syksyllä 2013 jatkettiin teoreettisen viitekehyksen viimeistelyä. Marraskuussa opinnäytetyön teoreettinen viitekehys oli siinä vaiheessa, että opasta voitiin alkaa suunnitella. Tarkoituksena oli saada koko opinnäytetyö valmiiksi vuoden 2013 loppuun mennessä. Tässä vaiheessa yhteistyö toimeksiantajan kanssa ei kuitenkaan enää toiminut tarkoituksenmukaisella tavalla, joten opinnäytetyön toteuttamistapaa jouduttiin muuttamaan työn valmistumiseksi.

Ohjaavan opettajan ehdotuksesta opinnäytetyötä päätettiin muuttaa siten, että tehtäisiin ennenaikaisesti syntyneiden lasten vanhemmille kysely lapsen ravitsemusohjaukseen liittyen. Tarkoituksena oli kuvata ennenaikaisesti syntyneen lapsen vanhempien kokemuksia lapsen ravitsemusohjauksesta.

Tätä varten kerättiin aineisto Kevyt Keskosvanhempien yhdistyksen internet-keskustelupalstalta. Aineiston keruuta varten kysyttiin siihen lupa keskustelupalstan ylläpitäjältä. Tammikuussa 2014 keskustelupalstalle lähetettiin kyselylomake saatekirjeineen. Alun perin tarkoituksena oli kerätä vastauksia vain kahden viikon ajan opinnäytetyön etenemisen kannalta. Vastauksia saatiin kuitenkin niukasti, joten niitä kerättiin lopulta tammi-helmikuun ajan.

Saatuja vastauksia oli lopulta kolme. Vastaukset analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä helmikuussa. Maaliskuussa täydennettiin vielä opinnäytetyöni teoreettista viitekehystä ja kirjoitettiin opinnäytetyön tuloksia. Tällöin kirjoitettiin myös opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta koskevat osiot. Maaliskuun aikana opinnäytetyön on tarkoitus valmistua. Huhtikuussa 2014 opinnäytetyö esitetään loppuseminaarissa.

Opinnäytetyöprosessi on kestänyt paljon suunniteltua pidempään, mikä on osittain seurausta yksin työskentelystä, mutta toisaalta opinnäytetyön suunnan muutoksesta. Yksin työskentelyn etuina ovat olleet työskentelyn vapaus sekä joustavuus työn toteuttamisaikataulussa. Toisaalta, yksin työskentely on myös mahdollistanut opinnäytetyöprosessiin jaksoja, jolloin kirjoitustyö on ollut vähäistä. Näin opinnäytetyö on edistynyt oletettua hitaammin.

Opinnäytetyöprosessi muuttui myös olennaisesti työelämäyhteistyön toimimattomuuden vuoksi. Opinnäytetyön toteuttamisaikataulu venyi entisestään, ja työn rakennetta jouduttiin muuttamaan perustavanlaatuisella tavalla. Prosessi koettiin melko haastavana, mutta toisaalta opettavaisena. Muutosten myötä oli mahdollista oppia uusia asioita tieteellisestä kirjoittamisesta ja aineiston analysoinnista.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ennenaikaisesti syntyneen lapsen vanhempien kokemuksia lapsen ravitsemuksen ohjaamisesta. Tavoitteena oli kehittää ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemuksen ohjausta. Perheiden vastausten mukaan he olivat saaneet ohjausta lapsen ravitsemuksesta melko monipuolisesti. Ohjaus oli tapahtunut sekä lapsen sairaalassa ollessa että kotiutuesssa. Kummassakin tilanteessa oli ohjattu lisäksi osittain samoja asioita. Perheet olivat saaneet ohjausta pääosin suullisesti. Ohjaukseen oltiin oltu yhtä perhettä lukuun ottamatta tyytyväisiä. Perheillä oli ollut runsaasti lisätiedon tarvetta.

Jotta perheet saisivat mahdollisimman monipuolista ohjausta sekä lapsen sairaalassa ollessa että kotiutumisvaiheessa, olisi ennenaikaisesti syntyneitä lapsia hoitavissa yksiköissä hyvä olla käytössä ohjaamisen tarkistuslista. Siinä voisivat olla lueteltuina kirjallisina ne asiat, jotka hoitajan tulee lapsen vanhemmille ohjata. Listasta olisi myös helppo tarkistaa, mitkä asiat on jo ohjattu, jotta vältettäisiin päällekkäisyyttä esimerkiksi eri hoitajan ohjauksessa perhettä.

Ohjaamisen tarkistuslistoja käytetään osana hoitotyötä, mutta vaihtelevasti. Ennenaikaisesti syntyneitä lapsia hoitavissa yksiköissä hoitotyöhön sisältyy paljon lapsen vanhempien ohjaamista. Kuitenkaan kaikissa yksiköissä ei ole johdonmukaista ohjetta vanhemmille ohjattavista asioista. Ohjauksen voidaan siis olettaa perustuvan pitkälti hoitajien kokemukseen ohjauksesta, sekä vanhempien ohjaustarpeisiin.

Tämä käytäntö saattaa toimia useimpien perheiden kohdalla, sillä työssään kokenut hoitaja osaa tunnistaa perheiden ohjaustarpeita. Perheet voivat myös ilmaista niitä itse. Perheet ovat kuitenkin erilaisia, eivätkä kaikki välttämättä huomaa kysyä jokaista asiaa. Hoitaja saattaa lisäksi olettaa perheen suoriutuvan jostain ohjattavasta asiasta paremmin, kuin asia todellisuudessa on.

Yhteenvedona ennenaikaisesti syntyneen lapsen vanhempien voidaan todeta tarvitsevan paljon tukea, myös lapsen ravitsemuksen toteuttamisen suhteen. Hoitohenkilökunnan tulisi osaltaan kyetä vastaamaan tähän tuen tarpeeseen. Tarkistuslista voisi mahdollisesti toimia apuna tässä kohden.

LÄHTEET

- Arasola, A., Reen, E., Vepsäläinen, S-L. & Yli-Huumo H. 2004. Vastasyntyneiden tehohoito. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 405–411.
- Arola, A. 2010. *Pediatrics*. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 12.2.2013.
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo98994&p_haku=keskosen avoin valtimotiehyt](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo98994&p_haku=keskosen+avoin+valtimotiehyt)
- Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Imetyksen ohjaaminen. Teoksessa Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) *Onnistunut imetys*. Tampere: Duodecim, 110–111.
- Fellman, V. & Järvenpää, A-L. n.d. Vastasyntynyt. *Therapia Fennica*. Viitattu 11.2.2013.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vastasyntynyt#Keskosen_ominaispiirteit.C3.A4
- Fellman, V. & Luukkainen, P. 2010. Vastasyntyneen sairaudet. Teoksessa Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. (toim.) *Lastentaudit*. Helsinki: Duodecim, 116–129.
- Fellman, V. & Otonkoski, T. 2013. Endokrinologia ja metabolia. Teoksessa Fellman, V., Luukkainen, P. & Asikainen, T. (toim.) *Vastasyntyneiden tehohoito*. Helsinki: Duodecim, 257.
- Freese, R. & Voutilainen, E. 2012. Vitamiinit ja kivennäisaineet sekä muut ravinnon yhdisteet. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) *Ravitsemustiede*. Helsinki: Duodecim, 98–148.
- Haapanen, M-L. & Markkanen-Leppänen, M. 2013. Lapsen syömisen kehitys ja imemisen tarve. *Duodecim*. 129 (5), 473–479.
- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T. & Talvia, S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka – Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Viitattu 5.3.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3555.pdf&title=Lapsi__perhe_ja_ruoka_fi.pdf
- Heikka, M. 2007. Keskonen neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) *Neuvolatyön käsikirja*. Hämeenlinna: Tammi, 298.
- Hirsjärvi, S. 2003a. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi, 152.

Hirsjärvi, S. 2003b. Tutkimuksen reliabelius ja validius. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi, 213–215.

Hirsjärvi, S. 2003c. Tutkimustyyppit ja aineistonkeruun perusmenetelmät. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi, 180–190.

Ikonen, R., Ruohotie, P., Ezeonodo, A., Mikkola, K. & Koskinen, K. 2013a. Imetyksen aloittaminen. Lastenneuvolakäsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.10.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/tietopaketit/imetys/keskoset/aloittaminen

Ikonen, R., Ruohotie, P., Ezeonodo, A., Mikkola, K. & Koskinen, K. 2013b. Kasvavan keskosien imetys. Lastenneuvolakäsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.10.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/tietopaketit/imetys/keskoset/jatkaminen

Imetyksen tuki ry. n.d. Imetystukiryhmät Suomessa. Imetyksen tuki ry. Viitattu 29.10.2013.

<http://www.imetys.fi/index.php/tukea-tietoa/tukea-imetykseen/imetystukiryhmat>

Jakobsson, M. & Paavonen, J. 2009. Ennenaikaisen synnytyksen epidemiologiaa ja etiologiaa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 4.2.2013

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98129&p_haku=enne-naikaisen%20synnytyksen%20epidemiologiaa%20ja%20etiologiaa

Jalanko, H. 2003. 100 kysymystä lastenlääkärille. Helsinki: Duodecim, 22–23.

James, S.R. & Ashwill, J.W. 2007. Nursing Care of Children: Principles & Practice. Third Edition. Canada: Saunders, 51–52.

Järvenpää, A-L. 2009. Imetyksen vaikutukset lapsen terveyteen. Suomen Lääkärilehti. Viitattu 5.3.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=sll32256&p_haku=imetyksen%20vaikutukset%20lapsen%20terveyteen

Järvenpää, A-L., Luukkainen, P., Tammela, O., Peltola, T., Paganus, A. & Aldén, H. 2008. Keskoslapsen ruokaopas. Hengityслиitto Heli ry. Viitattu 6.3.2013.

http://www.hengityслиitto.fi/sites/default/files/oppaat/keskoslapsen_ruokaopas.pdf

Keskosvanhempien yhdistys Kevyt. 2007. Kehitys seurannat tasoittavat keskosien tietä. Viitattu 12.9.2013.

<http://www.kevyt.net/yhdistys/ladattavat-materiaalit/tietolehtiset/kehitys seurannat-tasoittavat-keskosien-tieta>

Kinnula, V., Puolanne, M., Juvonen-Posti, P. & Kajosaari, M. 2008. Bronkopulmonaalinen dysplasia. Kuntoutus. Duodecim. Viitattu 12.2.2013

http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00419&p_haku=BPD

Koivisto, M., Saarela, T., Kaukola, T., Pokela, M-L., Valkama, M. & Hallman, M. 2005. Vastasyntyneen hengitysvaikeusoireyhtymän ilmaantuvuus ja tautikohtainen kuolleisuus. Suomen Lääkärilehti. Viitattu 11.2.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=sll24530&p_haku=rds

Koistinen, P. 2007. Asiakkaan ja ryhmän ohjaaminen neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi, 431–434.

Korhonen, A. 1996. Keskosien hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä, 22–141.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 25–156.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 4–10.

Luukkainen, P. 2013a. Parenteraalisen ravitsemuksen tarpeen arvio ja toteutus vastasyntyneillä. Vastasyntyneiden tehohoito. Viitattu 3.5.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=vat00136

Luukkainen, P. 2013b. Veden, energian ja elektrolyyttien tarve vastasyntyneen parenteraalisessa ravitsemuksessa. Vastasyntyneiden tehohoito. Viitattu 3.5.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=vat00137

Luukkainen, P. 2013c. Rasvat vastasyntyneen parenteraalisessa ravitsemuksessa. Vastasyntyneiden tehohoito. Viitattu 3.5.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=vat00140

Luukkainen, P. 2013d. Kalsium, fosfaatti ja magnesium vastasyntyneen parenteraalisessa ravitsemuksessa. Vastasyntyneiden tehohoito. Viitattu 3.5.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=vat00141

Luukkainen, P. 2013e. Ennenaikaisen lapsen maidon vahvistus ja lisäruokien aloitus. Vastasyntyneiden tehohoito. Viitattu 3.5.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=vat00145

Luukkainen, P. 2013. Nestehoito ja ravitseminen. Teoksessa Fellman, V., Luukkainen, P. & Asikainen, T. (toim.) Vastasyntyneiden tehoahoito. Helsinki: Duodecim, 275-291.

Luukkainen, P. & Laanterä, S. 2010. Ennenaikaisesti syntynyt vauva. Teoksessa Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) Onnistunut imetys. Tampere: Duodecim, 308–309.

Luukkainen, P. & Rintala, R. 2006. Gastroenterologia. Teoksessa Fellman, V. & Luukkainen, P. (toim.) Vastasyntyneiden tehoahoito. Helsinki: Duodecim, 183–185.

Marks, M.G. 1998. Broadribb's Introductory Pediatric Nursing. Fifth Edition. USA: Lippincott-Raven, 127.

Metsäranta, M. 2006. Hengitys. Teoksessa Fellman, V. & Luukkainen, P. (toim.) Vastasyntyneiden tehoahoito. Helsinki: Duodecim, 87.

Metsäranta, M. & Järvenpää, A-L. 2009. Keskoslapsi avohoidossa. Lääkärin käsikirja. Viitattu 30.4.2013
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00672&p_haku=kesko

Mutanen, M. & Voutilainen, E. 2012. Energiaravintoaineet, ravintokuitu ja alkoholi. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) 2012. Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim, 61.

Niinikoski, H. & Simell, O. 2012. Lapsuuden ja kasvuiän vaikutukset ravitsemukseen. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim, 268–274.

Raivio, K. 2011. Mikä syntymässä on niin ihmeellistä? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 21.2.2013.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99925&p_haku=mik%C3%A4%20syntym%C3%A4ss%C3%A4%20on%20niin%20ihmeellist%C3%A4

Sosiaali – ja Terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena – Opas työntekijöille. Helsinki: Edita, 189–213.

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuo, T. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro, 253–274.

Terveuden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009-2012. Viitattu 14.9.2013.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98969f64-05de-41d9-9aa6-7e34d8d6d6ba>

Tuokkola, J. & Strengell, K. 2010. Syömiseen liittyvät sairaudet ja muut erityistilanteet. Teoksessa Arffman, S. & Hujala, N. (toim.) Ravitsemus neuvolatyössä. Helsinki: Edita, 113–118.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen. Viitattu 15.3.2014.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/TENK_2013.ppt.pptx

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy, 29–160.

Virkamäki, A. 2011. Verensokerin munuaiskynnys ja sokerin erityis virtsaan. Terveyskirjasto. Viitattu 13.9.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01207

Vuori, E. & Gissler, M. 2013. Perinataalitalasto – Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 31.10.2013.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110498/Tr24_13.pdf?sequence=1



Hyvät vanhemmat

Opiskelen sairaanhoitajaksi Hämeen ammattikorkeakoulussa. Opintoihini kuuluu opinnäytetyö. Opinnäytetyöni aihe on ennenaikaisesti syntyneen lapsen ravitsemus ja sen ohjaus. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata lapsen vanhempien kokemuksia lapsen ravitsemuksen ohjauksesta. Tavoitteena on kehittää ennenaikaisesti syntyneiden lasten ravitsemuksen ohjausta. Opinnäytetyötä varten kerään aineiston, ja tätä varten olen tehnyt alla olevat kuusi kysymystä, joihin toivon Teidän vastaavan. Vastauksenne ovat työni edistymisen kannalta arvokkaita.

Kysymyksiin voitte vastata nimettömästi. Saamani vastaukset käsittelen luotettavasti niin, ettei Teitä vastaajia valmiista opinnäytetyöraportista voida tunnistaa. Saamani vastaukset ovat vain minun käytössäni ja käytän niitä ainoastaan opinnäytetyöhöni. Opinnäytetyöni valmistumisen jälkeen hävitän vastaukset.

Toivon, että lähetätte vastauksenne suoraan alla olevaan sähköpostiosoitteeseeni:
julia.karjunen@student.hamk.fi

Suuri kiitos jo etukäteen!

sairaanhoitajaopiskelija Julia Karjunen
Hämeen ammattikorkeakoulu

1. Monesko lapsi perheessänne on?
2. Mihin asioihin lapsenne ravitsemuksen ohjauksessa saitte ohjausta lapsen sairaalasaoloaikana?
3. Mitä lapsenne ravitsemukseen liittyviä asioita teille ohjattiin lapsen siirtyessä sairaalasta kotiin?
4. Miten lapsenne ravitsemuksen ohjaus toteutettiin? (Suullinen ja/tai kirjallinen?)
5. Koetteko saaneenne riittävästi tietoa lapsenne ravitsemuksesta? Jos ette, mistä asioista olisitte halunneet saada lisää tietoa?
6. Mitä muuta haluaisitte sanoa lapsenne ravitsemuksen ohjauksen toteuttamiseen liittyen?