

IMETYSOHJAUS SYNNYTYSVUO- DEOSASTOLLA ÄITIEN KOKEMA- NA

Katja Koivisto

Meri Ristiniemi

Opinnäytetyö
Joulukuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumis-
vaihto
Tampereen ammattikorkea-
koulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

KATJA KOIVISTO & MERI RISTINIEMI:
Imetysohjaus synnytysvuodeosastolla äitien kokemana

Opinnäytetyö 48 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Joulukuu 2014

Tutkimuksen aihe nousi työelämästä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaista imetysohjausta äidit olivat saaneet lapsivuodeosastoilla ja oliko ohjaus ollut riittävää. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa hoitohenkilökunnalle tietoa, jonka avulla voidaan edistää vauvamyönteisyyden toteutumista sekä parantaa imetysohjauksen laatua lapsivuodeosastoilla. Tutkimustehtävänä oli selvittää, miten imetysohjaus oli onnistunut lapsivuodeosastoilla äitien näkökulmasta sekä paransiko kätilöiden imetysasiantuntijakoulutus imetysohjausta. Tutkimus on toteutettu kvantitatiivisena. Vastaukset on kerätty työelämän toimesta erään yliopistollisen sairaalan lapsivuodeosastoilla synnyttäneiltä äideiltä 04/2011-09/2013 kyselylomakkeella, joka käsitteli vauvamyönteisyyden periaatteita. Tutkimuksessa verrattiin erityisesti 2012 vuoden vastauksia muihin vuosiin, sillä silloin osastoille tuli käytettäväksi imetysasiantuntijakoulutuksen saaneita kätilöitä. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla käyttämällä ristiintaulukointia ja Khiin testin p-arvoa.

Vastanneita oli yhteensä 1472, joista 50,4 % oli uudelleensynnyttäjiä ja 49,6 % ensisynnyttäjiä. Tulokset tietyillä osa-alueilla olivat huolestuttavia ja yllättäviä. Vastanneiden äitien vauvoista 80,2 % oli saanut lisäruokaa. Imetysasiantuntijoiden käytöllä ei havaittu olevan tilastollista merkitystä lisäruoan antamisessa. Käsinlypsy ohjattiin vain 24,5 prosentille synnyttäjistä. Vauvantahtisesta imetyksestä kerrottiin 43 %:lle äideistä. Ensisynnyttäjistä 45 % oli saanut tietoa vauvantahtisuudesta ja uudelleensynnyttäjistä 41,6 %. Myös vuonna 2012 vastanneet äidit kokivat tarvitsevansa enemmän ohjausta vauvantahtisuuteen. Hieman yli 50 % äideistä oli saanut ohjausta maitomäärän riittämisestä. Myöskään tähän ei tulosten mukaan ollut tilastollisesti merkittävää vaikutusta imetysasiantuntijoilla. Oikea imuote oli ohjattu hyvin joka vuosi synnyttäneisyydestä huolimatta. Sekä ensi- että uudelleensynnyttäjät kokivat, että heidän mielipiteitään ja toiveitaan kunnioitettiin. Uudelleensynnyttäjille oli kerrottu imetystukiryhmistä huomattavasti ensisynnyttäjiä useammin.

Vastauksista ilmeni, että imetysohjaus vaihtelee kätilökohtaisesti. Olisi tärkeää, että kaikki kätilöt saisivat imetysasiantuntijakoulutuksen, jotta perheet hyötyisivät tasapuolisesti. Kiire vaikuttaa ohjaukseen. Avoimista vastauksista löysimme useita mainintoja ohjauksen ristiriitaisuudesta. Lisämaitoa saaneiden suuri osuus voi osittain selittyä sillä, että kyseessä on yliopistosairaala, jossa hoidetaan mm. korkean riskin synnyttäjiä. Vauvamyönteisyyskyselyä voisi kehittää siten, että kysymyksistä tehtäisiin selkeämpiä, käytettävät termit selitettäisiin ja ohjeistus vastaajille olisi parempi. Jatkossa voisi selvittää neuvolan ja lapsivuodeosaston yhteistyön merkitystä imetyksen edistämisessä.

Asiasanat: vauvamyönteisyys, vierihoito, imetys, imetysohjaus

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Nursing degree program
Midwifery orientation

KATJA KOIVISTO & MERI RISTINIEMI:
Mothers' experiences of breastfeeding counseling in postnatal ward

Bachelor's thesis 48 pages, appendices 2 pages
December 2014

The purpose of this thesis was to research how mothers had experienced the breastfeeding counseling they had received in postnatal wards and if the counseling had been sufficient. The aim was to produce information for midwives to improve the quality of breastfeeding counseling in postnatal midwifery. The nature of this study is quantitative. The study material was collected by a Finnish university hospital during 2011-2013. They used an electronic question form based on Baby-Friendly Hospital Initiative criteria. The material was analyzed using SPSS-program.

There were 1472 participants. 49,6 % of them were primiparas. Some of the results caused concern. 80,2 percent of the babies had been fed something other than their own mother's breastmilk, usually banked human milk. Only 24,5 % of the mothers were shown how to hand express milk. Almost all mothers experienced that their opinions and hopes were respected.

Results show that breastfeeding counseling differentiates between midwives. Time is a resource that affects the quality of counseling. Several mothers told that they had had conflicting counseling from different midwives. The large quantity of babies receiving other than their mothers' breastmilk may partly be explained by the high risk mothers and deliveries treated in this university hospital.

The Baby-Friendly question form could state more clearly the used terms and have better instructions. In the future we could investigate more on the co-operation of maternal care during pregnancy and postnatal wards to improve breastfeeding counseling even more.

Key words: baby-friendly hospital initiative, breastfeeding, breastfeeding counseling

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	VAUVAMYÖNTEISYYS - OHJELMA.....	7
3	10 ASKELTA ONNISTUNEeseen IMETYKSEEN.....	8
3.1	Askeleet 1 & 2 – henkilökunnan toimintasuunnitelma ja koulutus.....	8
3.2	Askeleet 3 & 5 – imetysohjaus.....	9
3.2.1	Oikea imuote.....	10
3.2.2	Imetysasennon ohjaaminen.....	11
3.2.3	Maitomäärän lisääminen.....	12
3.2.4	Käsinlypsy.....	13
3.3	Askel 4 – ensi-imetys ja ihokontakti syntymän jälkeen.....	14
3.4	Askel 6 – ei lisäruokaa.....	16
3.5	Askel 7 – vierihoito.....	17
3.6	Askel 8 – varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen.....	17
3.6.1	Vauvan viestien tulkitseminen.....	22
3.6.2	Lapsentahtisuuteen ohjaaminen.....	23
3.7	Askel 9 – huvitutittomuus.....	24
3.8	Askel 10 – imetystukiryhmiin ohjaaminen.....	24
4	TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	26
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	27
5.1	Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus.....	27
5.2	Aineisto.....	27
5.3	Aineiston analyysi.....	27
5.4	Eettiset kysymykset.....	28
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	29
6.1	Imetysohjauksen vertailua vuodet 2011, 2012 ja 2013.....	33
7	POHDINTA.....	38
7.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	38
7.2	Tulosten tarkastelua.....	38
7.3	Kätilötyön kehittäminen imetysohjauksessa.....	41
	LÄHTEET.....	44
	LIITTEET.....	47
	Liite 1. Vauvamyönteisyyskysely.....	47

1 JOHDANTO

Imetys on luonnollisin tapa ruokkia vauva. Äidinmaito on aina pienokaiselle optimaalista ravintoa. Se sisältää kaikki lapsen tarvitsemat ravintoaineet D-vitamiinia lukuun ottamatta. Imetettäessä lapsi tankkaa paitsi ravintoa myös läheisyyttä. Imetyksen monet myönteiset terveysvaikutukset sekä lapsen että äidin terveyteen on osoitettu useissa tutkimuksissa. Imetyksen aikana erittyvä oksitosiini-hormoni edistää paitsi äidin palautumista synnytyksen jälkeen, myös tämän vauvaan kiintymistä (Koskinen 2008, 41).

Opinnäytetyömme aiheena on imetysohjaus. Aihe on noussut työelämän tarpeesta saada tietoa imetysohjauksen onnistumisesta erään yliopistollisen sairaalan lapsivuodeosastoilla. Laadun arvioimiseksi analysoimme tilastollisin menetelmin sairaalassa vuosina 2011-2013 kerätyn vauvamyönteisyyttä käsittelevän kyselyaineiston. Erityisesti arvioimme vuoden 2012 tuloksia verrattuna muihin vuosiin. Tällöin osastoilla oli mahdollisuus käyttää erityisiä imetysasiantuntijoita. Haluamme saada tietoa siitä, näkyikö imetysasiantuntijuus äitien näkökulmasta.

Vauvamyönteisyys –ohjelma on WHO:n ja Unicefin kehittämä toimintamalli, jonka tavoitteena on turvata, edistää ja tukea imetystä. Vauvamyönteisyys –ohjelman kriteerien noudattaminen lisää imetyksen kestoja sekä pidentää täysimetystä. Onnistunut imetysohjaus lisää imetystä erityisesti niiden äitien parissa, jotka muuten imettävät keskimääräistä vähemmän. (Hannula, Kaunonen, Koskinen & Tarkka 2010, 3.)

Vuonna 2010 alle kuukauden ikäisistä lapsista täysimetettyjä oli 47 prosenttia, osittain imetettyjä 45 prosenttia, ja kahdeksan prosenttia ei saanut äidinmaitoa lainkaan. 23 prosenttia neljä kuukautta täyttäneistä oli täysimetettyjä, alle puolet osittain imetettyjä ja loppuja lapsista ei imetetty ollenkaan. Kuuden kuukauden ikää lähestyvistä täysimetettyjä oli vain 9 %, 57 prosenttia osittain imetettyjä ja runsas kolmannes ei saanut äidinmaitoa. Korkeammin koulutetut vanhemmat imettävät yleisemmin. (Uusitalo ym. 2012, 20, 23.) WHO suosittelee täysimetystä kuuden kuukauden ikään asti. Sen toteutumiseen on Suomessa vielä matkaa.

Paitsi sosio-demografiset tekijät (vanhempien koulutus, ikä, tupakointi) imetyksen keston vaikuttaa voimakkaasti myös lisämaidon antaminen synnytyksivuodeosastolla. Li-

sämaitoa osastolla saaneiden osuus voi olla jopa 80 prosenttia vastasyntyneistä. (Erkkola ym. 2009, 509.) THL raportoi hieman alhaisemmasta määrästä, sillä sen mukaan 71 prosenttia vastasyntyneistä on saanut synnytyssairaalassa lisäruokaa (Uusitalo ym. 2012, 37). On vaikea uskoa, että noin suurella osuudella suomalaisista vastasyntyneistä olisi lääketieteellinen perusta lisämaidon saamiselle.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaista imetysohjausta äidit ovat saaneet lapsivuodeosastoilla ja onko ohjaus ollut riittävää. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa hoitohenkilökunnalle tietoa, jonka avulla voidaan edistää vauvamyönteisyyden toteutumista ja täten edistää imetystä.

2 VAUVAMYÖNTEISYYS - OHJELMA

Tutkimuksen taustalla on WHO:n ja Unicefin vuonna 1991 lanseeraama Vauvamyönteisyys –ohjelma (Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), 2009). Ohjelma koostuu kymmenestä askeleesta, joita avaamme tulevissa luvuissa. Ohjelman tavoitteena on edistää imetystä maailmanlaajuisesti.

Suomessa Baby Friendly –sertifikaatin saaneita sairaaloita on kuusi (Vaasan keskussairaala 2013, Kätilöopiston sairaala 2010, Salon aluesairaala 2003, Vammalan aluesairaala 1999, Keski-Suomen keskussairaala 1997 ja Tammisaaren aluesairaala 1996). Sertifikaatti on voimassa viisi vuotta kerrallaan. Yksikään näistä sairaaloista ei ole uusinnut sertifikaattiaan. Vammalan ja Tammisaaren aluesairaaloitten synnytysosastot on lakkautettu. Useat sairaalat ovat muuttamassa käytäntöjään ohjelman mukaisiksi.



KUVIO 1. Vauvamyönteisyys-ohjelman osa-alueet.

3 10 ASKELTA ONNISTUNEeseen IMETYKSEEN

Vauvamyönteisysohjelman pohjalta on kehitetty kriteerit, joiden mukaan toimimalla sairaalat edistävät imetystä.

1. Imetyksen edistämisestä työyhteisössä on valmistettu kirjallinen toimintasuunnitelma, jonka koko henkilökunta tuntee.
2. Henkilökunnalle järjestetään toimintasuunnitelman edellyttämää koulutusta.
3. Kaikki raskaana olevat saavat tietoa imetyksen eduista sekä siitä, miten imetys onnistuu.
4. Äitejä autetaan varhaisimetykseen 30–60 minuutin kuluttua synnytyksestä lapsen imemisvalmiuden mukaan.
5. Kaikki äidit saavat ohjausta imetyksessä ja maidonerityksen ylläpitämisessä. Tämä koskee myös äitejä, jotka joutuvat olemaan erossa vauvastaan.
6. Vastasyntyneelle annetaan ainoastaan rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellytä.
7. Äidit ja lapset saavat olla ympärivuorokautisessa vierihoidossa.
8. Äitejä kannustetaan lapsentahtiseen (lapsen viestien mukaiseen) imetykseen.
9. Imetetyille lapsille ei anneta huvitutteja, eikä heitä syötetä tuttipullosta.
10. Imetystukiryhmien perustamista tuetaan, ja odottavia ja imettäviä äitejä ohjataan niihin. (Vauvamyönteisyyden kriteerit 2013.)

3.1 Askeleet 1 & 2 – henkilökunnan toimintasuunnitelma ja koulutus

Toimintayksiköissä tulee olla kirjallinen imetyksen ohjauksen toimintasuunnitelma, jossa käydään läpi imetyksen edistämisen kymmenen askelta. Suunnitelmasta käy ilmi, mitä eri askeleiden toteutuminen edellyttää yksikön työntekijöiltä. Suunnitelma on koko henkilökunnan saatavilla tukemassa imetysohjausta.

Henkilökunnan koulutus on olennainen osa laadukasta imetysohjausta. Odottavia ja synnyttäneitä äitejä sekä vastasyntyneitä ja imeväisikäisiä hoitavissa yksiköissä tulee olla riittävä määrä koulutettua henkilökuntaa. WHO on antanut suosituksen imetysohjausta antavan henkilökunnan vähimmäisosaamisesta. Suosituksen mukaan henkilökunnalle on annettava 18 tunnin mittainen imetysohjaajakoulutus. Koulutus sisältää vähin-

tään kolme tuntia käytännön harjoittelua. Imetysohjausta antavista työntekijöistä vähintään 80:llä prosentilla tulee olla imetysohjaajan koulutus. Muu henkilökunta koulutetaan niin, että he kykenevät auttamaan imetysasioissa toimenkuvansa edellyttämällä tasolla. (Baby-friendly Hospital Initiative 2009, 32-33.)

3.2 Askeleet 3 & 5 – imetysohjaus

Imetysohjauksella tarkoitetaan hoitoalan ammattilaisen tarjoamaa imetystä koskevaa tukea, käytännönläheistä ohjausta sekä tiedon antamista (THL 2009, 18). Sen tavoitteena on turvata lapsen riittävä ravinnonsaanti, lisätä äidin hyvinvointia sekä saada imetys toimivaksi (Koskinen 2008, 51). Laadukkaan imetysohjauksen merkitys on suuri, sillä vastasyntyttäneet äidit perustavat päätöksensä lapsen imettämistä pitkälti saamaansa ohjaukseen (Rousku, Isolauri, Laksio & Laitinen 2010, 3423). Äidin imetystaitojen ja imetysluottamuksen vahvistaminen antaa hänelle voimavaroja selviytyä imetyksestä jatkossa omatoimisesti (Logren 2012, 5). Yhtä oikeaa tapaa imettää ei ole olemassa, sillä jokainen äiti ja vauva ovat erilaisia. On kuitenkin perusasioita, jotka äidin täytyy tietää, jotta imetys lähtisi hyvin käyntiin ja olisi äidille ja vauvalle molemmille tyydyttävä ja vuorovaikutuksellinen hetki. Synnytyksen jälkeen ensimmäisen kahden viikon aikana imetys on harjoittelua ja yhteisen sävelen hakemista äidin ja vauvan välillä. (Deufel & Montonen 2010, 109.)

Imetysohjaus on vaativaa, sillä liikutaan intiimillä ja henkilökohtaisella alueella. Äidit ovat synnytyksen jälkeen hormonaalisesti herkässä tilassa. Ohjaajalta vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja ja runsaasti tutkimukseen perustuvaa tietoa imetyksestä. Ohjauksen on oltava yksilöllistä ja perheen tarpeista lähtevää. Jos äiti ei koe ohjausta omassa tilanteessaan tarpeelliseksi ja soveltuvaksi, ohjaus menee hukkaan. Yksilöllisyyden lisäksi ohjauksessa on tärkeää perheen päätösten kunnioittaminen (Deufel & Montonen 2010, 186).

Tutkimuksessa tarkastellaan synnytyssairaalassa annettua imetysohjausta, vaikka imetysohjaus käsitteenä kattaa myös perheen ennen synnytystä esimerkiksi neuvolassa saaman ohjauksen. Synnytyssairaalan tulisi saada tietää, mikäli tiedossa on imetystä mahdollisesti vaikeuttavia tekijöitä, jotta niihin voidaan varautua (Rova & Koskinen).

Synnytyssairaalassa annetun imetysohjauksen rooli on merkittävä, sillä syntymän jälkeen luodaan perusta onnistuneelle imetykselle. Pyrkimyksenä on opettaa vanhemmille imetyksen perustaidot (vauvan viestien tulkinta, imetysasentojen löytäminen, oikea imuote sekä riittävän maidonsaannin turvaaminen), edistää maidontuotannon käynnistymistä sekä turvata vauvan ravitseminen. (Koskinen 2008, 73.)

Hyväksi ohjaustavaksi on osoittautunut niin sanottu hands off –menetelmä, jossa äitiä ohjataan aluksi sanallisesti ja tarpeen mukaan näytetään, miten tulisi toimia. Äiti oppii parhaiten, kun hän itse ottaa vauvan rinnalle ja etsii sopivan asennon sen sijaan, että hoitaja asettelisi vauvan. Joissain tilanteissa on tarpeen ohjata kädestä pitäen, esimerkiksi puristaa äidin rintaa vauvan imuotteen korjaamiseksi. Tällöin äidiltä tulee kysyä lupa rinnan koskemiseen. Myös sanallinen ohjaus on tarpeen, jotta äidille ei jää epäselväksi, mitä hoitaja tilanteessa teki. (Logren 2012, 5.) Ohjaus tulee toteuttaa äidin silmien tasolla, jotta äidille ei suotta aiheuteta opettelijan jännitystä (Hannula 2012, 306).

3.2.1 Oikea imuote

Vauvan oikeanlainen imuote on tärkeä osa imetystä ja sen onnistumista. Imuote vaikuttaa äidin rintamaidon erittymiseen, riittämiseen ja herumiseen, äidin rinnanpäiden eheyteen, rintojen pakkautumiseen sekä vauvan kasvuun, tyytyväisyyteen ja itkuisuuteen. (Deufel & Montonen 2010, 117.)

Oikea imuote rinnasta stimuloi vauvan imemisrefleksiä. Kun vauvalla on oikea imuote rinnasta, imetys ei tunnu äidistä kivuliaalta muuta kuin aivan aluksi, jolloin rinnanpäät ovat arat. Oikeaan imuotteeseen pystyy vaikuttamaan hyvällä imetysasennolla. Kun hyvä imetysasento on löytynyt sekä vauva ja äiti ovat rennosti tuettuina, on vauvan helpompi tarttua rintaan. Äiti voi tukea rintaa kädellään ja muotoilla sitä tarpeen mukaan siten, että vauvan on helpompi tarttua siihen. Jos äiti tukee rintaa saksi-otteella tai liian läheltä nännipihaa, nänni ei ehkä mene tarpeeksi syvälle vauvan suuhun tai maitotiehyet voivat puristua tukkoon. Oikeassa imuotteessa nänni liukuu vauvan suulakea vasten ja imemisrefleksi käynnistyy. Vauvan alahuuli rullautuu ulospäin kiinni alas nännipihaan ja ylähuuli ylös nännipihaan. Tällöin vauvan nenä ei kosketa rintaa ja asento on oikea. Jos nenä koskettaa rintaa ja äiti joutuu painamaan rintaa pois vauvan nenän tieltä, on imuote usein väärä. (Deufel & Montonen 2010, 120, 122-124.)

Kun äidille on ohjattu oikea imuote ja miten hän sen tunnistaa, imetys alkaa sujua hiljalleen vaivattomasti. Kun vauvan imuote rinnasta on oikea, hän aloittaa imemisen heti. Vauva pitää taukoja ja jatkaa ilman äidin houkuttelua. Kun vauva imee rintaa rauhassa kohtuullisen ajan eli noin 40 minuuttia, on imuote oikea. Jos vauva imee vain muutamia minuutteja, on imuotteesta todennäköisesti ongelmaa. Kun imuote on oikea, ei äidin rinnanpäässä tunnu jatkuvaa kipua imetyksen aikana. Oikeasta imuotteesta kertoo myös se, että vauvan posket ovat pyöreät eivätkä kuopalla ja se, että vauvan nielemisäänet kuuluvat. Oikeassa imuotteessa vauvan hengittäminen on vaivatonta ja hänen kehonsa on rentoutunut. Imetyksen loputtua äiti voi tarvittaessa tarkistaa oikean imuotteen rinnanpäästään. Jos nänнин muoto on imettämisen jälkeen ennallaan, on imuote ollut hyvä. Jos nänni taas on litistynyt tai väriltään vaalea, se ei ole ollut syvällä vauvan suussa, jolloin rinnan pää rikkoutuu helposti. (Deufel & Montonen 2010, 127.)

3.2.2 Imetysasennon ohjaaminen

Hyvässä imetysasennossa äiti ja vauva ovat rentoina ja vauvan vartalo on mahdollisimman lähellä äidin vartaloa niin, että äidin rinta on samalla vauvan ulottuvilla. Tässä toimii hyvänä neuvona ajatus siitä, että äidin ja vauvan navat ovat vastakkain ja katsekontakti äidin ja vauvan välillä on mahdollinen. Kuten aiemmin tuli esille, imetysasento vaikuttaa siihen, miten paljon vauva saa rintaa suuhunsa ja millaisen imuotteen hän pystyy ottamaan. Olisikin tärkeää, ettei vauvan tarvitsisi ponnistella ylettyäkseen rintaan. Hyvässä imetysasennossa vauvan pää on hieman takakenossa ja hänen hengitystiensä ovat vapaat. Asetettaessa vauvaa rinnalle on hyvä huomioida, ettei vauvan pää ole äidin kainalossa vaan, että vauvan nenä ja äidin nänni ovat samalla korkeudella ja, että vauvan pää pääsee esteettä kallistumaan takakenoon. (Deufel & Montonen 2010, 109-110, 119, 122.)

Jokaisessa imetysasennossa on omat hyvät puolensa. Imetysasunnoilla voi vaikuttaa hyvin paljon vauvan imuotteeseen ja asentoon etenkin jos vauvalle on synnytyksessä tullut solisluun murtuma tai päässä on aristava pahka. Tiedyt imetysasennot sopivat myös paremmin erityisesti keskosille, kaksosille tai huulihalkiovauvoille. Äidin rintojen koko vaikuttaa imetysasennon valintaan. Isorintaisen äidin on helpompi imettää puolistuvassa asennossa kuin pienirintaisen. Isorintaisen on myös helppo imettää sellaisessa

asennossa, jossa rinta saa ikään kuin laskeutua vauvan suuhun. Kun äiti imettää istualtaan, hänen on helppo tarkkailla vauvan imuotetta. (Deufel & Montonen 2010, 110-111, 117.)

Imetyksen apuna äiti voi käyttää tyynyjä tukemaan itseään ja vauvaa. On tärkeää, että äiti saa kätensä rennoksi tuen päälle, jotta imetysasento pysyy hyvänä koko imetyksen ajan. Mikäli äiti kannattelee vauvaa käsillään, hän pidemmän päälle väsy ja vauva vaaluu huonompaan asentoon, jolloin myös vauvan imuote voi muuttua huonoksi. Imetysasentoja on tärkeä ohjata äidille useita ja korostaa, että äidin oma mukava asento on yhtä tärkeä asia kuin vauvan asento. Imetysasentoja vaihtamalla vauva tyhjentää rintaa aina eri puolilta, sillä hänen leukansa on paras tyhjentäjä. Jos rinnat pakkautuvat herkästi, on etenkin silloin hyvä käyttää erilaisia imetysasentoja. (Deufel & Montonen 2010, 109-110.)

Istualtaan imetettäessä äidin selän tulisi olla ryhdikkäästi suorana ja hartioiden alueen rentona. Jos äiti nojaa taaksepäin tai on liian etukumarassa ei vauva saa hyvää otetta rinnasta, sillä nännit osoittavat tällöin väärään suuntaan ja äidin vatsa on vauvan tiellä. Nämä ongelmat tulevat usein esille etenkin silloin jos äiti yrittää imettää puoli-istuvassa asennossa. (Deufel & Montonen 2010, 109.)

Makuulla imetettäessä on alustan oltava tukeva. Makuulla kylkiasento on helppo, sillä samalta kyljeltä äiti voi imettää molemmista rinnoista eikä hänen tarvitse kovasti kannatella tai tukea vauvaa. Vauvan voi asetella kylkiasennossa rinnalle joko saman- tai erisuuntaisesti. Makuuasennot sopivat hyvin esimerkiksi sektiolla synnyttäneen äidin ja tämän vauvan ensi-imetykseen, sillä se ei rasita leikkaushaavaa liikaa. (Deufel & Montonen 2010, 110, 113, 115, 406.)

3.2.3 Maitomäärän lisääminen

Yksi suurimmista imetykseen liittyvistä huolista on maidon riittäminen. Kulttuurissamme elää edelleen vahvana aikataulutettujen imetysten aikana alkunsa saanut myytti siitä, että maitoa ei kaikilta välttämättä tule ja jos tuleekin, sen tulo voi tuosta vain loppua. Imetyksen fysiologian selventäminen ja käytännön neuvojen antaminen maitomäärän lisäämiseksi ovat tärkeä osa laadukasta imetysohjausta.

Maitomäärän lisäämiseksi voi kokeilla monia erilaisia keinoja. Alkuun on syytä varmistaa, että vauvan imuote on oikea, jotta rinta saa riittävästi stimulaatiota. Äitiä voi ohjata ”pesimään” vauvan kanssa sängyssä tai sohvalla. Vauva otetaan ihokontaktiin, imetykset ovat tiheitä ja pitkäkestoisia. Tilapäisesti voi vaihdella rintoja samalla imetyskerralla. Vauva vaihdetaan rinnalta toisella 2-3 kertaa yhden imetyksen aikana. Äidin on toisaalta turha laskea yksittäisiä imetyskertoja. Lasta on hyvä imettää aina tämän antaessa signaaleja imemisvalmiudestaan. Äidille kerrotaan yöimetysten merkityksestä maidontulon turvaamiseksi. Lisäksi täytyy muistaa äidin hyvinvoinnista huolehtiminen ja varmistaa, saako äiti riittävästi lepoa, ravintoa ja nestettä. (Deufel & Montonen 2010, 210-211.)

3.2.4 Käsinlypsy

Käsinlypsy on tehokkain tapa stimuloida maidon eritystä, mikäli lapsi ei jostain syystä ime rintaa ensipäivinänsä. Tämän vuoksi sen ohjaaminen äideille on tärkeää. Erityisen tärkeää käsinlypsetty maito on ennenaikaisesti syntyneille lapsille. Käsinlypsyllä saadaan alussa talteen jokainen arvokas äidinmaitotippa, jotka koneelle lypsettäessä hukkuisivat koneen letkuihin. Jo muutama pisara voi tehdä ihmeitä rankasta syntymästä väsyneelle vastasyntyneelle. Myöhemminkin käsin lypsämällä on helppo tyhjentää mahdollisesti pakkautuneita rintoja.

Ennen lypsyn aloitusta kädet tulee pestä. Astiaksi on hyvä varata puhdas, laakea kulho, koska maito erittyy rinnasta useasta reiästä, eri suuntiin. Aluksi maitoa herutellaan. Paras heruttelija on lapsi, jonka näkeminen saa oksitosiinin erittymään. Muita keinoja ovat lapsen ajattelu, rintojen lämmittäminen esimerkiksi kaurapussilla tai suihkulla sekä rintojen kevyt hierominen rintakehästä nänniin päin. Lypsettäessä peukalo ja etusormi asetetaan rinnan vastakkaisille puolille noin kolmen senttimetrin päähän nännistä. Sormia puristetaan toisiaan kohti ja vedetään hiukan nänniin päin. Sormet pysyvät kuitenkin paikoillaan iholla. Sormien paikkaa vaihtamalla rinta saadaan tyhjentymään joka puolelta. (Koskinen 2008, 64-65.)

3.3 Askel 4 – ensi-imetys ja ihokontakti syntymän jälkeen

Iho on ihmisen suurin tuntoelin ja se välittää hermostolle tietoa ympäröivästä maailmasta. Iho rekisteröi lämmön, kylmän, paineen, kosketuksen ja kivun, koska sen pinnan alla on paljon hermopäätteitä. Kosketuksen yhteydessä vapautuu oksitosiinia, joten kosketus tuottaa rauhoittumisreaktioita. (Uvnäs Moberg 2007, 113, 117; Sand, Sjaastad & Haug 2011, 151.)

Vastasyntyneen ollessa alasti äidin iholla se lisää molempien oksitosiinin eritystä. Oksitosiini vaikuttaa ihmisen elimistössä joko hermojen välittäjäaineena tai hormonina verenkierrassa. Äidillä oksitosiini supistaa kohtua ja parantaa maidon nousemista ja herumista rinnoista. Ihokontaktissa olo äidin ja vauvan välillä lisää äidin herkkyyttä hoivata lasta, vahvistaa hänen itseluottamustaan sekä herättää molemmissa kiintymyssuhteen muodostumisen. Vastasyntyneellä ihokontakti lisää oksitosiinin erittymistä verenkiertoon ja keskushermostoon. Oksitosiinin vaikutuksesta vastasyntyneen syke, verenpaine ja hengitystiheys pysyvät vakaina ja rauhallisina sekä verikaasujen vaihto on parempaa. Samalla oksitosiini laajentaa vauvan verisuonia, jolloin kehon lämpötila pysyy sopivana ja vakaana syntymän jälkeen, jolloin myös vauvan verensokeri pysyy hyvänä. Ihokontaktin ansiosta vastasyntynyt rauhoittuu ja itkee vähemmän, samalla äiti rauhoittuu. Äidin ja vastasyntyneen tulisi voida rauhassa tutustua toisiinsa ja nauttia toisistaan. Vastasyntynyttä ei saisi heti syntymän jälkeen pakottaa tai asetella rinnalle. Äitiä kuitenkin ohjataan ja rohkaistaan seuraamaan vastasyntyneen imemisvalmiutta. (Hannula 2012, 302; Newman 2009; Uvnäs Moberg 2007, 79, 86-88, 113, 118; Deufel & Montonen 2010, 406, 409.)

Ihokontaktissa ollessaan vastasyntyneen vaistonvarainen käytös voimistuu, jolloin hamuamis- ja imemisrefleksi heräävät. Vastasyntynyt ilmaisee imemisvalmiuttaan ensin valpastumalla unesta ja hakemalla katsekontaktia äidiltään. Vauva liikuttelee raajojaan sekä alkaa tehdä suullaan hamuamis- ja nuolemisliikkeitä sekä vie sormiaan suuhun. Vauva ryömii ja nyökkäilee päällään äidin rintaa kohden. Tämä tapahtuu yleensä viimeistään yhden tunnin kuluttua syntymän jälkeen. Vastasyntyneen imemisrefleksi on hyvin intensiivinen ja vauvan tulisikin antaa hakea rintaa ja kosketella sitä rauhassa. Tällöin hänen luontainen imemisrefleksinsä herää ja toimii parhaiten. Vastasyntyneen imemisrefleksi on korkeimmillaan 45 minuutin kuluttua syntymän jälkeen ja se alkaa

heiketä kahden tunnin iässä. On tärkeää hyödyntää tämä syntymän jälkeinen aktiivinen vaihe, sillä äiti ja vauva ovat silloin herkimmillään. Vauvan endorfiini- ja stressihormoni tasot ovat korkeat ja tällöin vauvan rintaan tarttuminen ja varhaisen vuorovaikutuksen alkaminen ovat parhaimmillaan. On todettu, että vastasyntyneet, joita on pidetty syntymän jälkeen ihokontaktissa vähintään tunnin ajan, tarttuvat rintaan todennäköisemmin ilman apua ja heti hyvällä otteella, etenkin silloin jos äiti ei ole käyttänyt lääkkeellistä kivunlievitystä synnytyksen aikana. (Hannula 2012, 302; Deufel & Montonen 2010, 407-409; Newman 2009; Vauvamyönteisyys-kriteerit.)

Vauvan hamutessa ja nuoleskellessa äidin rinnan ihoa, hän saa ensimmäisen kontaktin myös äidin ihon normaaliin bakteeriflooraan. Tämä auttaa vastasyntyneen oman bakteerisuojan kehittämisessä. Kosketuksen on todettu myös edesauttavan vauvan terveyttä ja kasvua heti syntymästä lähtien. Ihokontakti edistää vauvan aivojen hermoyhteyksien syntyä. (Hannula 2012, 302; Newman 2009; Uvnäs Moberg 2007, 79, 86-88, 113, 118; Deufel & Montonen 2010, 406, 409.)

Ihokontaktin tärkeys pätee myös ennenaikaisesti syntyneisiin ja sairaisiin vauvoihin. Etenkin ennenaikaisesti syntyneille vauvoille vanhempien iholla olo tarjoaa paljon. Sektiosynnytyksissä ihanteena olisi se, miten vauvamyönteisessä sairaalassa toteutuu ihokontakti sektion jälkeen. Silloin sektiolle ilman yleisanestesiaa synnyttäneistä äideistä vähintään 80 prosenttia saisi vastasyntyneensä ihokontaktiin heti tai viiden minuutin sisällä syntymästä. Vauvamyönteisyys-kriteerien mukaan olisi suositeltavaa, että äidin ja vastasyntyneen ihokontakti sektion jälkeen jatkuisi pidempään kuin tunnin, sillä joskus sektiolle synnyttäneillä äideillä imetyksen käynnistyminen kestää kauemmin. Pidentetty ihokontakti on tärkeä myös silloin, mikäli äiti on ollut synnytyksessä voimakkaiden lääkkeiden vaikutuksen alaisena. Äidille on tärkeä korostaa, ettei ensi-imetyksen viivästyminen huononna täysimetyksen mahdollisuutta. Suunniteltu sektio vaikuttaa äidin maidonerityksen viivästyymiseen enemmän kuin suunnittelematon sektio. (Deufel & Montonen 2010, 406, 415-416; Newman. 2009.)

Vaikka vastasyntynyt ei alkaisikaan imeä rintaa ensimmäisten tuntien aikana, on ihokontakti silti hyväksi ja tärkeä äidille ja vauvalle. Mikäli vastasyntynyt ei ole valmis ja kiinnostunut imemisestä, häntä usein autetaan ja työnnetään rinnalle joka johtaa siihen, että vauva vastustaa sinnikkäämmin ja kieltäytyy rinnasta. Tässäkin painottuu siis vau-

van omatahtisuus ja se, ettei vastasyntynyt tarvitse maitoa kuin muutaman pisaran ensimmäisenä elinpäivänään. (Newman 2009.)

Ensi-imetyksessä äidin rinnan on hyvä olla pesemätön, sillä silloin vauva tunnistaa rinnan sen tuoksun ja eritteiden perusteella. Syntymän jälkeen noradrenaliini on veressä koholla ja sen on todettu auttavan vauvaa hajujen oppimisessa, joten ensi-imetys on oppimisen kannaltakin merkityksellinen. Yhden vuorokauden ikäisenä vauva tunnistaa jo äidin maidon muista juomista kuten vedestä. Ihokontaktissa ollut vauva reagoi oman äidinmaidon tuoksuun suun liikkeillä ja ryömimisellä rintaa kohden muita vauvoja aktiivisemmin. (Deufel & Montonen 2010, 406.)

Kun vauva saa pian syntymän jälkeen äidiltä kolostrum-maidon tipat hänen vastustuskykynsä vahvistuu. Samalla kolostrum-maito vähentää vauvan kellastumista, koska vatsantoiminta tehostuu. Varhain alkanut vauvantahtinen imetys ehkäisee vauvan liiallista syntymän jälkeistä painonlaskua, koska äidinmaito alkaa herumaan aikaisemmin ja maitoa erittyy paremmin. Kun äiti ja vauva saavat kokeilla ja toteuttaa ensi-imetystä heti syntymän jälkeen pitenee imetyksen kokonaiskestokin. (Deufel & Montonen. 2010: 409.)

3.4 Askel 6 – ei lisäruokaa

Vastasyntyneen ensisijainen ravinto on oman äidin rintamaito. Vastasyntyneelle ei tulisi synnytyssairaalassa tarjota lisäruokaa kuin lääketieteellisistä syistä. Lisäruokana käytetään luovutettua, pastöroitua äidinmaitoa. Äidinmaidonkorviketta tulee käyttää vain poikkeustapauksissa, esim. kulttuurisista syistä. Mikäli lisäruokaa on välttämätöntä antaa, hyvä käytäntö on sekoittaa siihen oman äidin lypsämää maitoa edes pieniä määriä. Oman äidin maito on räätälöity juuri hänen vauvalleen ja sisältää arvokkaita aineita. Tuoreen äidinmaidon lipaasientsyymi edistää pastöroidun maidon rasvan imeytymistä (Luukkainen & Laanterä 2010, 308).

Lisämaidon käyttö synnytysvuodeosastolla heikentää äitien imetysluottamusta. Lisäruokaa saaneiden vastasyntyneiden äidit tarvitsevat yksilöllistä tukea ja ohjausta aiheeseen liittyen. (Koskinen, Aho, Hannula & Kaunonen 2013, 464-470.)

3.5 Askel 7 – vierihoito

Synnytyksen jälkeen äiti ja hyvävointinen vastasyntynyt siirretään yleensä synnytysvuodeosastolle, jossa vauva saa olla äitinsä luona samassa huoneessa. Ympärivuorokautinen vierihoito tarkoittaa, että vauva on äidin vierellä koko hoitoajan. Vauvamyönteisyys- kriteerien mukaan olisi tarkoituksellista, että äiti ja vastasyntynyt saisivat olla ympärivuorokautisessa vierihoidossa, sillä se mahdollistaa imetyksen onnistumisen, varhaisen ihokontaktin, lapsenhoidon oppimisen sekä perhesiteiden muodostumisen heti alusta lähtien (Järvenpää 2012, 279). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen lapsivuodeosastojen havainnoinneista käy ilmi, että vähintään 80 prosenttia äideistä ja vauvoista saa olla yhdessä. Mikäli näin ei ole, on siihen perusteltu syy, esimerkiksi vastasyntyneen joutuminen teho-osastolle. (Deufel & Montonen 2010, 428; Vauvamyönteisyyden kriteerit.)

Vierihoidolla on monia etuja vauvalle, äidille ja koko perheelle. Vauvan ollessa lähellä äitiä, tämän on helpompi opetella vastaamaan vauvan tarpeisiin ja samalla oppia nopeammin tulkitsemaan vauvan viestejä, jolloin myös äidin itseluottamus kasvaa. Vauva tuntee olonsa turvallisemmaksi ja itkee vähemmän, jolloin myös lisäruuantarpeen arvailua ei synny niin helposti. Vierihoito mahdollistaa vauvantahtisen imettämisen. Tiheän imettämisen ansiosta äidin rinnat eivät pääse pakkautumaan niin helposti ja rinnanpäät tottuvat nopeammin imetykseen. Kun vauva on äidin lähellä, äidin maidoneritys käynnistyy ja lisääntyy nopeammin. Nykyään vastasyntynyt on äidin vuoteen vierellä omassa kopassaan, eikä enää ole niin kutsuttuja vauvaloita, eli huoneita, joissa vauvoja aiemmin pidettiin. (Hyvärinen 2002, 117; Deufel & Montonen 2010, 428.)

3.6 Askel 8 – varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen

Varhaiseen vuorovaikutukseen kuuluvat kosketukset, äänet, katseet sekä emotionaaliset yhteenkuuluvuuden tunteet sekä kokemukset vanhemman ja vauvan välillä. Varhainen vuorovaikutus alkaa jo raskauden aikana, jolloin sikiö tuntee ja kuulee kohtuun äänet, tuntee kosketuksen vatsan päältä ja maistaa lapsiveden maun. Kohtuvauva oppii kohdussa myös äitinsä elämänrytmistä. Äiti ja isä muodostavat mielikuvia kohdussa kasvavasta vauvasta ja itsestään vanhempina (Siltala 2003, 19). Varhainen vuorovaikutus on kaiken kaikkiaan pohja lapsen ja vanhempien väliselle suhteelle sekä sen kehittymiselle

(Katajamäki 2004, 53). (Korhonen 2012, 309, 311; Mäntymaa & Tamminen 1999, 2447.)

Vastasyntynyt kykenee vuorovaikutukseen heti syntymästään lähtien, sillä hänellä on jo biologisia, kognitiivisia, emotionaalisia ja sosiaalisia taitoja. Aluksi vuorovaikutuksessa kuitenkin korostuu fysiologisten tarpeiden tyydyttäminen. Ensimmäisten päivien ja elinviikkojen aikana vauvalle kehittyy luottamus elinympäristöön kohtaan äidin välityksellä äidin tyydyttäessä tuolloin melkein kaikki vauvan perustarpeet (Katajamäki 2004, 53). (Korhonen 2012, 309, 311-312.)

Vastasyntyneiden välillä on eroja kuinka paljon heillä kenelläkin on omaa säätelykykyä löytää sisäinen tasapaino, rauhoittaa itseään ja sulkea pois häiritseviä ärsykeitä. Jos vastasyntyneeltä kuluu paljon energiaa oman sisäisen tasapainon ylläpitoon, vähenee samalla osallistuminen vuorovaikutukseen ympäristön kanssa. Vanhemman ja vauvan vuorovaikutus on kehityksellistä molemminpuolisuutta, jossa vaihtelevat ilon, onnen, hellyyden ja kärsivällisyyden, hämmennyksen, epätoivon sekä epäonnistumisen hetket. Jokainen vauva ja vanhempi löytävät omanlaisensa vuorovaikutuksen, joten yhtä oikeaa ei ole. Puolisot ovat toisiaan tukevia vuorovaikutuksen suhteen, sillä esimerkiksi äiti korjaa isän ja vauvan vuorovaikutusta ja toisinpäin. Vanhemmuus vahvistuu, kun suhde omaan lapseen tyydyttää vanhempia. (Korhonen 2012, 310; Siltala 2003, 16. Ahlqvist-Björkroth 2007, 128.)

Varhainen vuorovaikutus edistää vauvan aivojen ja psyykkeen kehittymistä sekä kypsymistä. Vauvan aivoihin kehittyy synapseja ja ne alkavat toimia, samalla ylimääräiset hermoyhteydet aivosolujen väliltä poistuvat. Varhainen vuorovaikutus tukee myös vauvan oletuksia ja käsityksiä itsestään sekä vuorovaikutuksesta muiden kanssa. Kun vanhempi reagoi vauvansa viesteihin, tulee vauvalle kokemuksia vanhempansa reagoinnista. Vauvalle jää myös vanhemman kanssa yhdessäolosta ja saamastaan hoivasta muistijälki, joka luo hänelle oletusmallia toiminnasta. Kun vauva on varhain saanut myönteisiä kokemuksia vanhempiensa kanssa vuorovaikuttamisesta, suojaavat nämä kokemukset hänen mielenterveyttään ja edistävät hänen kognitiivista kehittymistään. (Korhonen 2012, 309-310, 312; Puura & Mäntymaa 2010, 24-25.)

Varhaisen vuorovaikutuksen kautta vauva oppii käsittelemään tunne-elämänsä. Hän oppii tunnistamaan tunteitaan ja säätelämään niitä. Samalla vanhempi tunnistaa vauvan

tunnetilojen ja viestien yhteyksiä. Vuorovaikutuksen avulla vauva kehittyi sosiaalisissa taidoissaan ja kehittää varhaista moraaliaan. Vauva myös oppii säätelemään käyttäytymistään ja kehittyi stressin säätelyssä. Pitkäaikainen stressi ja altistuminen kehon omille stressihormoneille kuten esimerkiksi kortisolille, voi aiheuttaa vauvan hermosolujen tuhoutumista, hermoyhteyksien vähentymistä tai niiden syntymättä jäämistä. Vauvalle vaipan vaihto ja riisuminen ovat stressaavia tapahtumia ja nostavat veren kortisolipitoisuutta, tällöin vanhemman antama hyvä hoiva säätelee vauvan stressiä ja kortisolitasoa. Heikko stressinsäätely lisää vauvan herkkyyttä sairastua infektioihin. (Puura & Mäntymaa 2010, 25-26).

Varhainen vuorovaikutus on myös kiintymyssuhteen kehittymisen edellytys. Sille ominaista on vahva tunneside vauvan ja vanhempien välillä sekä molemminpuolinen pyrkimys vastavuoroisuuteen ja läheisyyteen. Bowlbyn ja Ainsworthin kiintymyssuhdeteoriansa ajatellaan, että vastasyntyneellä on biologinen tarve kiinnittyä hoitajaansa. Koska vastasyntyneen pitää selvitä elossa, hän haluaa ja tarvitsee läheisyyttä sekä turvallisuutta. Vauvan kiintymyssuhdekäyttäytymisen merkkeinä toimivat hänen itkunsa, tarttumisensa, imemisensa, sauraamisensa sekä myöhemmin hymy ja jokeltelu. Vauvan kiintymyskäyttäytymisen kanssa yhteen kietoutuu vanhempien antama hoiva häntä kohtaan. Vauva muodostaa mielessään mielikuvia vanhemman antamasta hoivasta, vanhemmas-taan ja itsestään hoivan saajana. Vauva kiinnittyy turvan tarpeen vuoksi lähimpään saatavilla olevaan aikuiseen. Kiintymyssuhde alkaa muodostua aluksi sensoristen aistien kautta. Vauva ja vanhemmat haistavat toisensa, tuntevat kosketuksen toisissaan ja kuulevat toistensa ääntelyt. Myöhemmin vauvan viestintätaitojen kuten hymyilyn ja ääntelyn kehittyessä kiintymyssuhteella on mahdollisuus syventyä. Varhainen kiintymyssuhde toimii vauvan kehityspolun alkuna, mutta ei aina suoraan yksinään ohjaa hänen myöhempää käytöstään ja toimintaansa (Sinkkonen 2003, 101). Vauvalla on samanaikaisesti erilaisia kiintymyssuhteita ja niiden malleja eri ihmisiin. (Korhonen 2012, 310; Sinkkonen 2003, 92-93; Ahlqvist-Björkroth 2007, 128.)

Äidin hormonaalinen toiminta herkistää häntä vauvan viesteille, jolloin hänen on helpompaa luontaisesti virittyä vauvalle ja vauvaa varten. Äidin käyttäytyminen muuttuu vauvan lähellä esimerkiksi siten, että puhe muuttuu yksinkertaisemmaksi ja ääni korkeammaksi, myös ilmehdintä muuttuu korostetummaksi. Vauvan tyytyväisyyden ja katsekontaktin avulla äidille syntyy kokemus kyllin hyvästä äitiydestä. Kun äiti saavuttaa katsekontaktin vauvansa kanssa, hän ryhtyy vaistomaisesti juttelemaan vauvansa kanssa

äidillisesti. Äiti asettuu keskustelun aikana myös vauvan asemaan ja katsoo asioita hänen silmin. Vastasyntynyt osallistuu keskusteluun kaikilla aisteillaan ja koko kehollaan, mutta sanattomasti. (Korhonen 2012, 311; Kalland 2003, 194-195.)

Varhaisen vuorovaikutuksen ja kiinnittymisen tutkimuksissa on keskitytty usein etupäässä äidin ja vauvan suhteeseen, mutta nyt myös isä on alettu tutkia. On selvää, että isät reagoivat vastasyntyneeseen siinä missä äiditkin. Isät osallistuvat syventyden vastasyntyneen elämään ja sulkevat muita asioita mielestään. Syntymän jälkeen ajan viettäminen vauvan kanssa auttaa isää tunnistamaan tunteitaan ja tuomaan niitä esille. Isälle, jolla on mahdollisuus huolehtia vastasyntyneestä vauvasta, puhua tälle ja olla katsekontaktissa häneen; voi kehittyä yhtä herkkä taito kuin äidillä on huomata ja tunnistaa vauvan kertomat ja elehtimät merkit. Isillä on oma tapansa suhtautua vauvaan ja tämän vauvat osaavat tunnistaa. Isiksi tulleet miehet voivat olla yhtä hoivaavia kuin naisetkin, etenkin jos heille on annettu tilaisuus nauttia vastasyntyneestään. (Korhonen 2012, 311; Sears & Sears 2008, 55.)

Turvallinen kiintymyssuhde perustuu vanhemman reagoitavuudelle, herkkyydelle vauvan viestejä kohtaan sekä kyvylle tulkita ja vastata oikealla ajoituksella lapsen tarpeisiin. Turvallisuuden tunnetta vanhemman ja vauvan väliselle suhteelle luovat myös vanhemman käyttäytymisen ennustettavuus sekä johdonmukaisuus. Kun vauvalla on turvallinen ja vuorovaikutuksellinen suhde vanhempiansa kykenee hän käyttämään omaa kehityspotentiaaliaan ja tuntemaan ja näkemään itsensä hyväksyttynä ja rakastettuna. (Korhonen 2012, 310.)

Vanhempien ja vastasyntyneen varhaista vuorovaikutusta pystytään myös tukemaan ja ohjaamaan. Keskustelusta vauvan syntymän yhteydessä on vanhemmille apua. On tärkeää muistaa kysyä vanhemmilta heränneistä mielikuvista koskien vauvaa ja yhteistä tulevaisuutta. Kätilö on tukijana konkretisoiva ja ääneen puhuva. Kätilö voi kysyä vanhemmilta esimerkiksi, että millä vauva rauhoittuu tai miten hän reagoi kosketukseen. Vanhempien kyky vastata ja tiedostaa vastaukset vahvistaa sitä, että he tuntevat tietoisesti tutustuvansa vauvaan, osaavat rauhoittaa häntä sekä antaa hyviä kokemuksia vauvalle. Kätilön ei ole hyvä tulkita vanhempien ja vauvan välistä vuorovaikutusta vanhemmille, vaan kuvaaminen ja puhuminen ovat parempia keinoja, sillä ne ovat palautetta, joka vahvistaa vanhempia. Kätilö voi siis kuvata vanhemmille, että ”äiti katsoo vauvaan ja juttelee hänelle lämpimästi” tai ”vauvasta tuntuu varmasti hyvältä olla sylissä”,

jolloin vanhemmille tulee tunne että nämä ovat hyviä ja suotavia asioita. Kun vanhemmat kokevat osaavansa vastata vauvan tarpeisiin, parantaa se samalla vuorovaikutusta. (Korhonen 2012, 311, 313; Puura & Hastrup.)

Vuorovaikutusta tuettaessa kättilö havainnoi, miten vanhemmat lähestyvät vauvaa, miten he puhuvat hänelle, katsovatko he vauvaa silmiin, sekä miten osaavat reagoida vauvan viesteihin. Kättilö seuraa myös miten vanhemmat pitävät vauvaa lähellä ja miten vanhemmat osaavat laittaa vauvan tarpeet omiensa edelle. Samoihin asioihin kättilön on hyvä kiinnittää huomiota, kun itse lähestyy vauvaa ja hoivaa häntä, sillä hän antaa usein etenkin esikoisen syntyessä vanhemmille mallia vauvan kanssa olemisesta. Vuorovaikutus sisältää aina myönteisiä ja negatiivisempia tunteita ja hetkellisesti vanhemmat voivat tuntea ärtymystä jos vauva ei tyydy heidän hoivaansa. Samalla tavalla vauva kokee ärtymystä, jollei vanhempi osaa tai kykene tarpeeksi nopeasti vastaamaan hänen tarpeisiinsa. Toisilla vanhemmilla kiintyminen vauvaan ei synny heti, jolloin vuorovaikutuksessa on puutteita. Toiset äidit hoivaavat vauvaa mekaanisesti kuin esinettä ja toiset ovat avuttomia eivätkä osaa hoivata vauvaa. Jos äiti on emotionaalisesti poissaoleva eikä vauvan tuoma mielihyvä näy hänestä, eikä häntä ohjata vauvan kanssa olemiseen, tai jos vauva ei saa hoivaa muilta tarpeeksi, reagoi vauva tilanteeseen. Vauva voi itkeä ja huutaa sekä potkia merkkinä, jotta äiti havahtuisi hänen tarpeisiinsa. Hiljalleen vauvan yritykset vuorovaikutuksessa vähenevät ja vauva passivoituu. Vauvan kannalta tarpeeksi hyvää vuorovaikutusta on, jos vanhemmat ymmärtävät riittävän hyvin hänen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeensa. Tällöin vanhemmat eivät pitkitä suotta vauvan tarpeisiin vastaamista tai kohtele vauvaa liian kovin ottein, jos ovat itse ärtynyt. (Korhonen 2012, 315; Siltala 2003, 33-34.)

On tärkeää, että kättilö tuntee varhaisen vuorovaikutuksen merkityksen ja siihen vaikuttavat tekijät. Tämä on tärkeää siksi, että sairaalassa ei synnytyksen jälkeen pääsääntöisesti pitkiä aikoja enää nykyään olla. Vauvan ja vanhemman välistä vuorovaikutusta suoja, jos vanhempi on kykeneväinen olemaan tyydyttävässä vuorovaikutuksessa vauvansa kanssa. Tähän vaikuttavat tietysti vanhemman omat suhteet omiin vanhempiinsa, sekä hänen omat hoivakokemuksensa. Jos vanhemmat ovat nuoria, väsyneitä, sairaita tai taloudellisesti on haastavaa, voivat ne myöskin häiritä varhaisen vuorovaikutuksen onnistumista. Koska nykyään kulttuurissa on piirteitä, joille on ominaista minäkeskeisyyden korostaminen, voi omia tarpeitaan korostavan vanhemman olla vaikea asettua vauvaa varten. Tällöin vauvan tarvitsevuus voi tuntua hänestä liialliselta, jolloin vauvan ja

vanhemman vuorovaikutuksestakin voi tulla haastavaa. Myös vastasyntyneellä on omat vaikutuksensa siihen, onko vuorovaikutus vanhemmille tyydyttävää. Jos vauva on keskonen, ärtyisä, sairas tai hänellä on heikko motoriikka tai hankala temperamentti, ovat ne vuorovaikutusta heikentäviä ja haavoittavia tekijöitä. (Korhonen 2012, 310, 313, 315; Siltala 2003, 18.)

3.6.1 Vauvan viestien tulkitseminen

Pieni lapsi on jo syntymästään asti suuntautunut sosiaaliseen kanssakäymiseen. Vastasyntyneet keskittyvät ja keskittävät huomionsa ihmiskasvoihin, he reagoivat ihmisääniin enemmän kuin muihin ympäristön ääniin ja tunnistavat pian syntymän jälkeen heille suunnatun puheen muusta puheesta äänen perusteella. Myös vanhempien toiminta on virittynyt, sillä he muuttavat käytöstään ollessaan vuorovaikutuksessa vauvan kanssa. Kuten aiemmin on käynyt ilmi, vanhemmat ovat ilmeikkäämpiä, puhe muuttuu ja katsekontakti syvenee. (Lyytinen, Eklund & Laakso 2001, 59-60.)

Vastasyntyneellä on noin 20 erilaista ilmettä. Aluksi ilmeet syntyvät sisäisistä impulsseista ja pohjautuvat reflekseihin. Esimerkiksi vauvan syödessä hän hymyilee, jolloin puhutaan refleksiivisestä hymystä. Myöhemmin vauvan kasvaessa alkavat ilmeet ja hymy saada enemmän tahdonalaista kontrollia. (Peltonen 2002, 106.)

Synnytyksen jälkeen, kun vauva ja äiti ovat toipuneet aikansa, vauva herää ja alkaa etsiä katsekontaktia. Äiti vastaa tähän usein hymyillen ja koskettaen vauvaansa. Kosketuksen myötä äidin turvallisuus ja hyvinvointi siirtyvät lapseen. Vauva hamuaa rintaa ja löytää sen. Samalla äiti on seurannut vauvaansa ja ymmärtää, mitä hän tahtoo ja auttaa vauvan näin rinnalle imemään. Äidillä tulisi olla aikaa havaita ja ottaa vastaan vauvan lähettämiä ilmaisuja ja merkkejä. Äidin tarvitsee sulatella vauvan ilmaisuja ja opetella ymmärtämään niitä. (Siltala 2003, 27, 29.)

Vanhempien herkkyydellä ja vastavuoroisuudella vauvan viesteihin vastaamisessa on hyvin tärkeä merkitys lapsen kognitiivisessa, kielellisessä ja sosiaalisessa kehityksessä (Mäntymaa & Tamminen 1999, 2450). Kätilön on hyvä kertoa vanhemmille, etteivät yksittäiset tahattomat väärinymmärrykset vauvan kehitystä haittaa, vaan ne kehittävät

vauvaa tavoissaan ja ilmaisuissaan, jotta tulisi paremmin ymmärretyksi. (Puura & Hast-rup.)

Vauva itkee jos hänellä on hätä, vaiva tai tarve. Itku nähdään käyttäytymisen muotona fysiologisena ja anatomisena ilmiönä. Itku on vauvan ensimmäinen signaali, jolla hän heti syntymästä lähtien hakee kontaktia ja läheisyyttä. Vauvan itku käynnistää vanhemmissa hälytysreaktion, jonka myötä he pyrkivät toimimaan niin, että itku loppuu. Vastasyntyneen itkut ovat aluksi samanlaisia, mutta myöhemmin ne erilaistuvat ja saavat omia merkityksiään. Myös kehonkieli viestii vastasyntyneen tarpeista ja voinnista heti syntymän jälkeen, kehittyen aina sen jälkeen. Kehon liikkeiden monipuolistuessa vauva pyrkii selkeämmin vanhemman lähelle. Vastasyntyneen kasvaessa hänen taitonsa jäsentyvät toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi, jotka tukevat hänen pyrkimystään säädellä käyttäytymistään. Vanhempien ja erityisesti äidin ja vauvan välinen vuorovaikutus luo pohjan vauvan syntymän jälkeiselle vuorovaikutukselle. Tämä perustuu vanhempien kanssa jaettuihin kokemuksiin. (Korhonen 2012, 309, 311-312; Räihä 2003, 184.)

3.6.2 Lapsentahtisuuteen ohjaaminen

Syntymän jälkeisen vuorokauden aikana vauvat ovat väsyneitä ja nukkuvat paljon. Ensimmäisen elinvuorokauden aikana vauva saattaa imeä rintaa vain muutaman kerran tai hyvinkin tiheästi. Jokainen vauva syö yksilöllisin väliajoin. Suositeltavaa olisi kuitenkin, että vauva söisi vähintään kahdeksan kertaa vuorokaudessa eli noin kolmen tunnin välein. Imetyksen kestoa ei tarvitse rajoittaa, koska myös vauvan imemistarve vaatii tyydytyksen. Toinen vuorokausi on jo tiheän imemisen aikaa, jolloin vauva saattaa imeä useita tunteja, levätä ja taas jatkaa. Toisen ja kolmannen elinpäivän aikana vauva voi imeä jopa tunninkin välein. Vauva varmistaa näin maidonerityksen käynnistymisen ja riittävän maidonsaannin. (Deufel & Montonen 2010, 429-430.)

Lapsentahtisella imettämällä on monia etuja. Vauva saavuttaa syntymäpainonsa nopeammin. Samalla kolostrummaito saa hänen vatsansa toimimaan, jolloin lapsenpihka poistuu ja kellastumisen riski pienenee. Koska vauva ilmoittaa itse nälästään ja säätelee siten maidonsaantiaan, pysyy hänen verensokeritasonsa sopivana. Kun vauvaa imetään lapsentahtisesti, imetys vakiintuu nopeammin. Myös äidille on hyötyä lapsentahtisuudesta. Äidin maidoneritys lisääntyy nopeammin ja rintojen arkuus vähenee. Vauvan

ollessa säätelijänä rinnat eivät pääse paakkuuntumaan, koska ne tyhjenevät säännöllisesti. Säännöllisen imetyksen ansiosta myös äidin ovulaatio estyy. Äidille on syytä kertoa perusasiat vauvan maidontarpeesta ja äidin maidonerityksestä, jotta äiti voi hahmottaa lapsentahtisen imettämisen paremmin. Äidille on hyvä mainita, että hänen kannattaa pitää vauva mahdollisimman lähellä itseään etenkin yöaikaan, jotta yöimetykset sujuisivat mahdollisimman vaivattomasti. Imetys auttaa äidin uneen takaisin tekemällä hänet raukeaksi. (Deufel & Montonen 2010, 430-431.)

3.7 Askel 9 – huvitutittomuus

Vastasyntyneen voimakas imemisen tarve tulisi tyydyttää äidin rinnan imemisellä. Huvitutin käyttö häiritsee vauvan imemistekniikan oppimista sekä luonnollista maitomäärän säätelyä. Imuote on tutin kanssa erilainen kuin rinnalla. Jos lapsi tottuu imemään pitäen suutaan vain vähän auki kuten tutin kanssa, voi tämän olla vaikea enää avata suutaan riittävän auki rintaa varten. Tällä tavalla imetty maitomäärä ei ole riittävä, rasvainen takamaito jää saamatta ja äidin rinnanpää saattavat kipeytyä huonon imuotteen seurauksena. Tutin käytön on todettu olevan yhteydessä lyhyempään imetyksen kestoon myös silloin, kun edellä mainittuja ongelmia ei esiinny tai niihin pystytään puuttumaan (Kronborg & Væth 2009, 38).

Pelkkä tutin kieltäminen tai negatiivisista vaikutuksista vanhemmille kertominen ei riitä. Heille tulee kertoa vauvan normaalista käyttäytymisestä sekä ohjata tapoja tyyntyttää vauva. Huvitutittomuus on WHO:n Vauvamyönteisyys-ohjelman vähiten huomioitu kohta. (Deufel & Montonen 2010, 137-142.) Huvitutin lisäksi vastasyntyneen kohdalla tulisi välttää myös tuttipulloa. Sen käyttöön liittyy vastaavanlaisia ongelmia.

3.8 Askel 10 – imetystukiryhmiin ohjaaminen

Perheen kotiutuessa sairaalasta heillä tulee olla tieto, minne voi ottaa yhteyttä, jos imetyksessä esiintyy ongelmia tai ilmenee muuta tuen tarvetta. Synnytyssairaalassa kerrotaan imetystukiryhmistä, joissa on tarjolla vertaistukea imetykseen liittyen. Äideillä on tarve jakaa omia kokemuksiaan ja liittää itsensä näin ryhmään. Ryhmissä on usein imetystukihenkilöitä (doulia), joiden toivotaan käyvän WHO:n imetysohjaajakoulutuksen.

He osaavat auttaa ja tukea tavanomaisissa imetysoongelmissa. Tarvittaessa doulat ohjaavat äidit terveydenhuollon piiriin.

Tällaisille ryhmille on tarvetta, sillä monilta äideiltä puuttuu oman suvun tarjoama tuki-verkko ja sukupolvelta toiselle siirtyvän imetystiedon ketju on katkennut. Monet tämän päivän isoäideistä on lisäksi saanut omat lapsensa aikana, jolloin äidinmaidonkorvikkeita on jopa suositeltu imetystä parempana vaihtoehtona. (Deufel & Montonen 2010, 164.) Oman äidin epäilykset äidinmaidon laadusta ja riittävydestä voivat nopeasti miinoittaa harjoitteluvaiheessa olevan imetyksen.

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaista imetysohjausta äidit ovat saaneet lapsivuodeosastoilla ja onko ohjaus ollut riittävää. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa hoitohenkilökunnalle tietoa, jonka avulla voidaan edistää vauvamyönteisyyden toteutumista sekä parantaa imetysohjauksen laatua lapsivuodeosastoilla. Tutkimuksena tavoitteena on myös kehittää kätilötyötä lapsivuodeosastolla.

Tutkimustehtävät:

1. Miten imetysohjaus on onnistunut lapsivuodeosastoilla äitien näkökulmasta?
2. Parantaako kätilöiden imetysasiantuntijakoulutus imetysohjausta lapsivuodeosastoilla?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus

Kvantitatiiviselle tutkimukselle on ominaista se, että ympäröivä todellisuus nähdään mitattavassa muodossa. Aineisto saatetaan tilastolliseen muotoon, ja päätelmät tehdään perustuen aineiston tilastolliseen analyysiin. Tulokset esitetään usein prosentteina ja kuvioina. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 129.) Kvantitatiivisen tutkimuksen kriittisin vaihe on mittarin laatiminen. Mittari eli mittausväline on esimerkiksi kyselylomake, jonka tulee olla sisällöltään täsmällinen ja tutkittavaa ilmiötä kattavasti mittaava. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 87.)

5.2 Aineisto

Tutkimusaineisto on kerätty sähköisellä kyselylomakkeella 04/2011-09/2013 erään yliopistollisen sairaalan lapsivuodeosastoilta. Osastoja on yhteensä kolme. Kyselylomake käsittelee vauvamyönteisyysohjelman periaatteita. Kyselyyn vastasivat synnyttäneet äidit. Kyselykutsu on jaettu lapsivuodeosastolle tullessa muun kirjallisen materiaalin mukana. Äidit vastasivat kyselyyn kotoa käsin kotiuduttuaan synnytyssairaalasta. Kyselylomake on laadittu Vauvamyönteisyys-ohjelman teemojen ympärille. Vastauksia on yhteensä 1472.

5.3 Aineiston analyysi

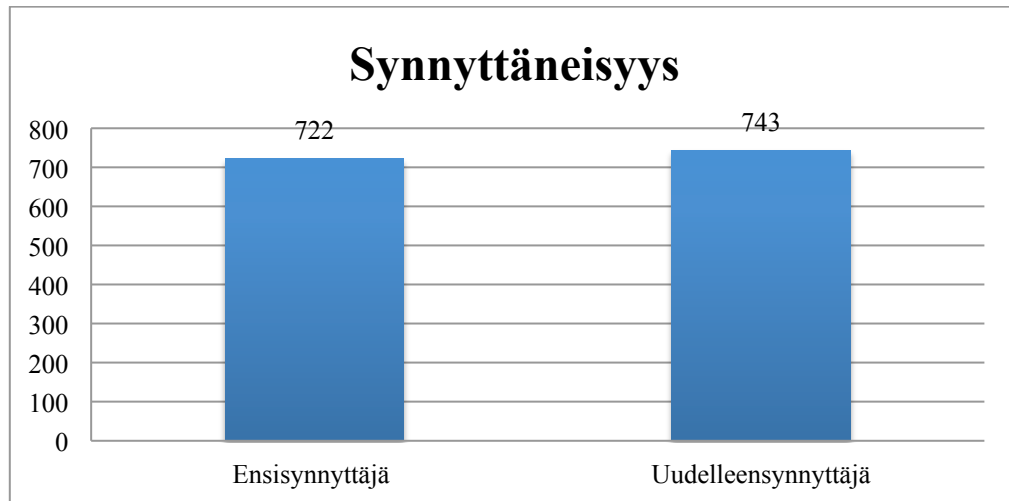
Aineisto on analysoitu SPSS-ohjelmaa käyttäen. Aineistoa kuvailtiin frekvenssi- ja prosenttijakaumina. Ryhmien erojen tarkastelussa käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin testiä. Tilastollisesti merkittäviksi tulkittiin tulokset, joiden Khiin testissä saatu p-arvo on alle 0,05. Aineiston suljettujen kysymysten tilastollisen analyysin lisäksi kävimme läpi yhden avoimen kysymyksen vastaukset. Etsimme vastauksista mainintoja siitä, oliko imetysohjauskokemus ollut myönteinen vai kielteinen. Lisäksi havainnoimme mahdollisia mainintoja imetysasiantuntijoista, imetyshoitajista tai imetyspoliklinikasta.

5.4 Eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettisyyttä ohjaavat eettiset ohjeet sekä lainsäädäntö. Tutkimus toteutetaan ihmisarvoa kunnioittaen. Tutkimukseen osallistuneita kohdellaan tasaveroisina ja heidän anonymiteettiaan suojataan. Tutkimuksen aineisto säilytetään asianmukaisesti. Tulokset ilmoitetaan neutraalia kieltä käyttäen ja niitä arvottamatta. Tutkimuksen eettisyyttä seurataan sen kaikissa vaiheissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172, 176, 179, 182, 183.)

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Vastaajia oli yhteensä 1472. Heistä 50,4 % oli uudelleensynnyttäjiä ja 49,6 % ensisynnyttäjiä (kuvio 1).



KUVIO 2. Vastaajien jakauma synnyttäneisyyden mukaan. (N=1465)

Uudelleensynnyttäjäistä 81,1 prosenttia kertoi edellisten imetyskokemusten olevan positiivisia. 18,9 prosenttia oli kokenut aiemman imetyskokemuksensa kielteisenä.

Ensisynnyttäjäistä (n=706) 64,9 prosenttia koki saaneensa neuvolasta riittävästi tietoa imetyksestä. Uudelleensynnyttäjäistä (n=725) 77 prosenttia kertoo tiedon olleen riittävää. Ero on tilastollisesti erittäin merkittävä (p-arvo= 0,000). Osaston ja neuvolan antama imetysohjaus oli ollut yhdenmukaista ensisynnyttäjäistä (n=702) 79,6 prosentille (n=559) ja uudelleensynnyttäjäistä (n=723) 88,5 prosentille (n=640). (p-arvo= 0,000)

Avoimissa vastauksissa löysimme 94 negatiivista mainintaa imetysohjauksesta. 68 äitiä kertoi saaneensa hyvin tukea ja tarpeidensa mukaista ohjausta. Kuudessa vastauksessa imetysohjauksen mainittiin olleen ristiriitaista.

”Imetysohjaus riippui todella paljon vuorossa olleesta kättilöstä.”

Imetyshoitaja tai imetyspoliklinikka mainittiin 20 avoimessa vastauksessa. Näistä 15 oli positiivisia ja 5 negatiivisia.

Synnyttäjistä (n=1463) 91,9 %:a oli saanut vastasyntyneen ihokontaktiin välittömästi syntymän jälkeen. Ensi-imetys synnytyssalissa toteutui 97,9 prosentilla synnyttäjistä (n=1459). Erot ensi- ja uudelleensynnyttäjien välillä olivat hyvin pieniä.

80,2 prosenttia kyselyyn vastanneista äideistä kertoi vauvansa saaneen synnytyssairaalassa lisämaitoa. Lisäruokaa saaneiden osuus on hyvin korkea. Taulukossa 2 on eriteltyä äitien kertomia syitä lisäruoalle. Uudelleensynnyttäjien vauvat (72,1 %) saivat lisäruokaa ensisynnyttäjiä vähemmän (88,5 %).

TAULUKKO 1.

Lisäruoan antaminen vauvalle		Kyllä	Ei	P-arvo
Ensisynnyttäjät	N=720	637 (88,5%)	83 (11,5%)	0,000
Uudelleensynnyttäjät	N=736	531 (72,1%)	205 (27,9%)	
N=1456 (%)		1168 (80,2%)	288 (19,8%)	

TAULUKKO 2. Äitien avoimissa vastauksissa kertomia syitä lisäruoan antamiselle.

LAPSEEN LIITTYVÄT SYYT:		ÄITIIN LIITTYVÄT SYYT:	
Rintamaito ei riittänyt yksinään	311	Maito ei noussut rintoihin nopeasti	247
Imetyksestä huolimatta nälkäinen	106	Äiti ei jaksanut aina imettää	30
Vauva ei vierihoidossa aluksi	447	Äidin toive	33
Vauvan hypoglykemia	147	Äiti nukkui	16
Isokokoinen vauva	52	Äidin kipeät rinnanpäät	18
Pienipainoisuus/ennenaikaisuus	40	Äidin gestaatiidiabetes/dm	46
Vauvan paino tippui	68	Äiti tehohoidossa/heräämössä	9
Kaksoset	9	Kätilö ehdotti	28
Imetysongelmat (imuote, laiska vauva, rintakumi, asennot)	107	Vaikea synnytys	2
Vauva itkuinen, levoton, nälkäinen	67	Äiti ei halunnut imettää	4
Vauvan alhainen lämpö	4	Verenpainelääkitys	2
Infektio/-epäily	11	Voimakkaat jälkisupistukset	2
Bilirubiini koholla, keltaisuus	29		
Vauva kuiva	1		
Vauva ei pissannut/kakannut	14		
Vauva oksensi lapsivettä	9		
Vauva rauhoitettu nukkuvaksi toimenpidettä varten	1		

Tutittomuus oli perusteltu 25,2 prosentille ensisynnyttäjistä ja 19,8 prosentille uudelleensynnyttäjistä. 29 prosenttia ensisynnyttäjistä oli ottanut huvitutin käyttöön vauvoilleen. Uudelleensynnyttäjillä osuus oli pienempi, 18 %. (Taulukko 3)

TAULUKKO 3. Tutin käyttö.

Tutittomuuden perustelu		Kyllä	Ei	P-arvo
Ensisynnyttäjät	N=705	178 (25,2%)	527 (74,8%)	0,014
Uudelleensynnyttäjät	N=726	144 (19,8%)	582 (80,2%)	
N=1431 (%)		322 (22,5%)	1109 (77,5%)	
Huvitutun käyttö		Kyllä	Ei	P-arvo
Ensisynnyttäjät	N=712	204 (29%)	508 (71%)	0,000
Uudelleensynnyttäjät	N=737	133 (18%)	604 (82%)	
N= 1449 (%)		337 (23,3%)	1112 (74,7%)	

Käsinlypsy ohjattiin 24,5 prosentille synnyttäjistä. Näistä 63 %:a oli ensisynnyttäjiä. Uudelleensynnyttäjistä vain 17,8 prosenttia sai ohjausta käsinlypsyyn. (Taulukko 4)

TAULUKKO 4. Käsinlypsy.

Käsinlypsyn ohjaus		Kyllä	Ei	P-arvo
Ensisynnyttäjät	N=718	225 (31,3%)	493 (68,7%)	0,000
Uudelleensynnyttäjät	N=738	132 (17,9%)	606 (82,1%)	
N =1456 (%)		357 (24,5%)	1099 (75,5%)	

Vauvantahtisesta imetyksestä kerrottiin vain 43 prosentille kyselyyn vastanneista. Ensisynnyttäjistä 45 prosenttia oli saanut tietoa aiheesta, uudelleensynnyttäjistä 41,6 %. (Taulukko 5)

TAULUKKO 5. Vauvantahtinen imetys.

Vauvantahtisuuden ohjaus		Kyllä	Ei	P-arvo
Ensisynnyttäjät	N=714	321 (45%)	393 (55%)	0,2
Uudelleensynnyttäjät	N=724	301 (41,6%)	423 (58,4%)	
N=1438 (%)		622 (43,3%)	816 (56,7%)	

Taulukosta 6 ilmenee, että vain hieman yli 50 prosenttia äideistä oli saanut ohjausta siihen, miten maitomäärä pysyy riittävänä. Ensisynnyttäjien keskuudessa luku oli jonkin verran korkeampi 55,4 %. Uudelleensynnyttäjistä 52,2 prosenttia oli jäänyt ilman ohjausta aiheesta. Ero on tilastollisesti merkitsevä (p-arvo=0,004).

TAULUKKO 6. Maidon riittävyys.

Maitomäärän riittämisen ohjaus		Kyllä	Ei	P-arvo
Ensisynnyttäjät	N=718	398 (55,4%)	320 (44,6%)	0,004
Uudelleensynnyttäjät	N=711	353 (47,8%)	358 (52,2%)	
N=1456 (%)		751 (51,6%)	705 (48,4%)	

Erilaisia imetysasentoja oli ohjattu 52,1 prosentille synnyttäjistä. Ohjausta saaneista 58,4 prosenttia oli ensisynnyttäjiä. 57,2 % uudelleensynnyttäjistä ei ollut saanut ohjausta imetysasentoihin. Oikea imuote oli ohjattu 87 prosentille ensisynnyttäjistä ja 70 prosentille uudelleensynnyttäjistä. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Imetysasento ja oikea imuote.

Imetysasentojen ohjaus		Kyllä	Ei	P-arvo
Ensisynnyttäjät	N=716	441 (61,6%)	275 (38,4%)	0,000
Uudelleensynnyttäjät	N=733	314 (42,8%)	419 (57,2%)	
N=1448 (%)		755 (52,1%)	694 (47,9%)	
Oikean imemisotteen ohjaaminen		Kyllä	Ei	P-arvo
Ensisynnyttäjät	N=717	624 (87%)	93 (13%)	0,000
Uudelleensynnyttäjät	N=731	510 (70%)	221 (30%)	
N=1449 (%)		1134 (78,3%)	314 (21,7%)	

Ensisynnyttäjistä 91,5 prosenttia ja uudelleensynnyttäjistä 94,8 prosenttia koki, että heidän mielipiteitään ja toiveitaan kunnioitettiin. Saamaansa ohjaukseen tyytyväisten osuus oli ensisynnyttäjissä (84,7%) hieman korkeampi kuin uudelleensynnyttäjissä (82,3%). Osastolla annettu ohjaus oli ollut yhdenmukaista 82,7 prosentilla ensisynnyttäjistä ja 82,6 prosentilla uudelleensynnyttäjistä. Näin ollen yli 17 % synnyttäjistä kertoo saaneensa ristiriitaista ohjausta liittyen vauvanhoitoon, imetykseen ja synnytyksestä toipumiseen. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Äitien kokemukset imetyksen ohjauksesta.

Mieliteiden ja toiveiden kunnioitus		Kyllä	Ei	P-arvo
Ensisynnyttäjät	N=714	653 (91,5%)	61 (8,5%)	0,01
Uudelleensynnyttäjät	N=736	698 (94,8%)	38 (5,2%)	
N=1450 (%)		1351 (93,2%)	99 (6,8%)	
Tyytyväisyys ohjaukseen		Kyllä	Ei	P-arvo
Ensisynnyttäjät	N=711	602 (84,7%)	109 (15,3%)	0,23
Uudelleensynnyttäjät	N=708	605 (82,3%)	103 (17,7%)	
N=1446 (%)		1207 (83,5%)	239 (16,5%)	
Ohjauksen yhdenmukaisuus osastolla		Kyllä	Ei	P-arvo
Ensisynnyttäjät	N=707	585 (82,7%)	122 (17,3%)	0,95
Uudelleensynnyttäjät	N=725	599 (82,6%)	126 (17,4%)	
N=1435 (%)		1184 (82,7%)	248 (17,3%)	

Uudelleensynnyttäjille (91,2%) oli kerrottu imetystukiryhmistä huomattavasti ensisynnyttäjiä useammin (74,8 %). Ero on tilastollisesti erittäin merkittävä. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Imetystukiryhmiin ohjaaminen.

Imetystukiryhmistä kertominen		Kyllä	Ei	P-arvo
Ensisynnyttäjät	N=717	536 (74,8%)	181 (25,2%)	0,000
Uudelleensynnyttäjät	N=737	672 (91,2%)	65 (8,8%)	
N=1454 (%)		1208 (83,1%)	246 (16,9%)	

6.1 Imetysohjauksen vertailua vuodet 2011, 2012 ja 2013

Vertasimme äitien vastauksia kolmen vuoden välillä, erityisesti vuoden 2012 vastauksia muiden vuosien vastauksiin. Vuonna 2012 osa osastojen kätilöistä kävi imetysasiantuntijakoulutuksen, ja osastoilla oli mahdollisuus käyttää heidän osaamistaan yksinomaan imetysohjauksessa. Tarkoituksenamme oli selvittää, onko tällä imetysasiantuntijakoulutuksella ollut merkitystä äitien kokemuksiin imetysohjauksesta ja ovatko ne parantuneet koulutuksen myötä. Vuonna 2011 kyselyyn vastasi 539 äitiä, vuonna 2012 681 äitiä ja vuonna 2013 252 äitiä. Koska vastaajien määrässä on vuosien välillä eroja, saattaa sillä olla vaikutusta tuloksiin.

Tulokset osoittavat, että imetysasiantuntijakoulutuksella ei ole ollut vauvanhoidon ohjauksen riittävyyteen tilastollista merkitystä (p-arvo=0,078). Vuonna 2012 äideistä 84,3 %

koki saaneensa riittävästi ohjausta ja 15,7 % koki, että ohjaus ei ollut riittävä. 2012 vuoden tulos on 2-6,4 prosenttia parempi kuin vertailuvuosien. (Taulukko 10.)

TAULUKKO 10. Kokemukset imetysohjauksesta eri vuosina

Vauvanhoidon ohjaus	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	510 (95,5%)	24 (4,5%)	0,06
2012	624 (96%)	54 (8%)	
2013	224 (89,6%)	26 (10,4%)	
Ohjauksen riittävyys	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	438 (82,3%)	94 (17,7%)	0,078
2012	568 (84,3%)	106 (15,7%)	
2013	194 (77,9%)	55 (22,1%)	

(N=1462)

Vauvantahtisen imetyksen ohjaaminen	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	235 (44,2%)	297 (55,8%)	0,78
2012	285 (42,9%)	379 (57,1%)	
2013	103 (41,5%)	145 (58,5%)	

(N=1444)

Imetysasentojen ohjaus	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	281 (52,7%)	252 (47,3%)	0,064
2012	364 (53,9%)	311 (46,1%)	
2013	112 (45,3%)	135 (54,7%)	
Oikean imemisotteen ohjaus	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	421 (79,6%)	108 (20,4%)	0,36
2012	531 (78,6%)	145 (21,4%)	
2013	187 (71,5%)	62 (24,9%)	

(N=1455, 1454)

Vauvantahtisesta imetyksestä äidit tulosten mukaan tarvitsisivat enemmän tietoa. Vuonna 2012 57,1 % äideistä (n=379) vastasi, ettei ollut saanut tietoa vauvan viestien mukaisesta imetyksestä. Vuosivertailun mukaan (p-arvo 0,78) tilastollisesti merkitsevää eroa ei ole, joten imetysasiantuntijakoulutuksella ei ole ollut vaikutusta. (Taulukko 10.)

Parhaiten imetysasentoja oli vastausten mukaan ohjattu vuonna 2012, sillä 53,9 prosenttia (n=364) vastasi saaneensa ohjausta, kun taas edeltävänä vuonna 52,7 prosenttia (n=281) oli saanut ohjausta. Puolestaan vuonna 2013 ohjausta oli saatu vähiten, sillä 54,7 prosenttia (n=135) äideistä vastasi ettei ollut saanut ohjausta. Erot eivät tilastollisesti merkittäviä, sillä p-arvo on 0,064. Myöskään imuotteen ohjauksessa ei ollut tilastollista merkitystä (p-arvo 0,36). Vastausten mukaan oikeaa imuotetta oli ohjattu eniten vuonna 2011, jolloin 79,6 prosenttia (n=421) oli vastannut saaneensa ohjausta. Vuonna

2012 oikeaa imuotetta oli ohjattu lähes yhtä suurelle osalle äideistä, koska silloin 78,6 prosenttia (n=531) äideistä oli saanut ohjausta. (Taulukko 10)

Äideistä vajaalle puolelle eli 49,3 prosentille oli vuonna 2012 kerrottu, miten maitomäärä pysyy riittävänä (n=333) ja 50,7 prosentille ei oltu tulosten mukaan ohjattu (n=343). Tilastollisesti ero ei ole merkittävä vertailuvuosiin verrattuna (p-arvo 0,13). Vertailuvuosina vastaajista maitomäärän riittävyyteen ohjausta oli saanut vuonna 2011 52,7 prosenttia (n=281) ja vuonna 2013 45,3 prosenttia (n=112).

Kyselyvuosina 75,1-80,3 prosenttia (n=1104) äitiä vastasi ettei ollut saanut ohjausta käsinlypsyyn. Erot eivät ole tilastollisesti merkittäviä (p-arvo 0,14). Vuonna 2012 ohjausta oli saatu eniten (n=176), sillä 25,9 prosenttia vastasi saaneensa ohjausta. Kyllä tähän kysymykseen oli vastannut vain 358 äitiä. Vertailu vuosina vain 19,7-24,9 prosenttia oli saanut ohjausta. (Taulukko 11.)

TAULUKKO 11. Maidon riittävyys ja käsinlypsy eri vuosina.

Maitomäärän riittämisen ohjaaminen	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	295 (54,9%)	242 (45,1%)	0,13
2012	333 (49,3%)	343 (50,7%)	
2013	124 (50%)	124 (50%)	
Käsinlypsyn ohjaus	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	133 (24,9%)	401 (75,1%)	0,14
2012	176 (25,9%)	503 (74,1%)	
2013	49 (19,7%)	200 (80,3%)	

(N=1461,1462)

Lisäruokaa vastanneiden äitien lapsista oli saanut 77,1-81,9 prosenttia. Eniten lisäruokaa oli annettu vuonna 2012, jolloin 82,1% (n=554) oli vastannut kysymykseen kyllä. Vähiten lisäruokaa oli annettu vuonna 2011 jolloin 77,1 % oli saanut lisäruokaa (n=415). Vertailun tuloksilla ei ole tilastollista merkitystä, sillä p-arvo on 0,076. (Taulukko 12.)

TAULUKKO 12. Lisäruoan antaminen eri vuosina.

Lisäruoan antaminen vauvalle	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	415 (77,1%)	123 (22,9%)	0,076
2012	554 (82,1%)	121 (17,9%)	
2013	204 (81,9%)	45 (18,1%)	

(N=1462)

Tutittomuus oli taulukossa 13 ilmi tulevien tulosten mukaan perusteltu joka vuosi yhtä huonosti. Vertailuvuosina 76,5-78,7 prosenttia vastasi, ettei tutittomuutta oltu perusteltu (p-arvo 0,66). Silti huvituttia käytettiin vähän, sillä vain 21,1-24,7 prosentilla oli ollut se käytössä. Vähiten huvituttia oli käytetty vuonna 2012 jolloin 75,3% (n=509) oli vastannut ettei se ollut käytössä (p-arvo 0,33).

TAULUKKO 13. Tutin käyttö eri vuosina.

Tutittomuuden perustelu	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	113 (21,3%)	417 (78,7%)	0,66
2012	159 (23,5%)	517 (76,5%)	
2013	52 (22,5%)	179 (77,5%)	
Huvitutin käyttö	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	112 (21,1%)	419 (78,9%)	0,33
2012	167 (24,7%)	509 (75,3%)	
2013	59 (23,8%)	189 (76,2%)	

(N=1437, 1455)

Taulukosta 14 selviää, että vierihoidon toteutuminen oli tulosten mukaan toteutunut kaikkina vuosina lähes yhtä kattavasti. (p-arvo 0,28).

TAULUKKO 14. Vierihoidon toteutuminen eri vuosina.

Vierihoidon toteutuminen	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	317 (59,4%)	217 (40,6%)	0,28
2012	429 (63,2%)	250 (36,8%)	
2013	146 (58,6%)	103 (41,4%)	

(N=1462)

Mielipiteiden kunnioituksen äidit kokivat pääosin toteutuneen hyvin. Parhaiten mielipiteitä oli kunnioitettu vuonna 2012, jolloin 94,1 prosenttia oli vastannut että äidin omia mielipiteitä oli kunnioitettu ja vain 5,9 prosenttia vastasi ei. (Taulukko 15.)

TAULUKKO 15.

Mielipiteiden kunnioitus	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	496 (93,4%)	35 (6,6%)	0,085
2012	636 (94,1%)	40 (5,9%)	
2013	224 (90%)	25 (10%)	

(N=1456)

Ohjauksen yhdenmukaisuus osastolla	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	446 (83,4%)	89 (16,6%)	0,76
2012	555 (82%)	122 (18%)	
2013	189 (83,6%)	37 (16,4%)	
Tyytyväisyys ohjaukseen	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	465 (88,2%)	62 (11,8%)	0,001
2012	549 (81,5%)	125 (18,5%)	
2013	197 (78,5%)	54 (21,5%)	
Imetystukiryhmästä kertominen	Kyllä	Ei	P-arvo
2011	448 (83,7%)	87 (16,3%)	0,74
2012	556 (82,1%)	121 (17,9%)	
2013	207 (83,5%)	41 (16,5%)	

(N=1438, 1452, 1460)

Ohjauksen yhdenmukaisuus osastolla oli pysynyt vertailuvuosien ajan tasaisena. Parannusta yhdenmukaisuuteen oli tullut vuoden 2012 jälkeen, sillä vuonna 2013 äidit olivat kokeneet ohjauksen olleen enemmän yhdenmukaista. Tilastollista merkittävyyttä ei ilmene. Sen sijaan äitien tyytyväisyydessä ohjaukseen löytyi tilastollinen merkittävyys (p-arvo 0,001). Kaikkein tyytyväisimpiä äidit olivat vuonna 2011 ja huonoimmaksi ohjaus oli koettu vuonna 2013. (Taulukko 15.)

Imetystukiryhmistä oli kerrottu vertailuvuosien aikana hyvin tasaisesti. 82,1-83,7 % vastanneista äideistä oli saanut tietoa imetystukiryhmistä. Tilastollista merkittävyyttä ei käy ilmi (p-arvo 0,74). (Taulukko 15.)

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Eettisyys on huomioitu tutkimusta tehtäessä. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja nimetöntä. Aineistoa on käsitelty ja säilytetty asianmukaisesti. Tutkimuksen luotettavuutta lisää suuri otos (n=1472) ja pitkä seuranta-aika. Luotettavuutta saattaa heikentää vastausprosentti. Sairaalassa on vuosittain hieman yli 5000 synnytystä. Kolmen vuoden aikana 15 000 synnyttäjää on saanut kutsun vastata verkkokyselyyn, mikäli kutsu on jaettu kaikille lapsivuodeosastolla olleille. Näin ollen joka kymmenes synnyttäjä on vastannut kyselyyn. Kyselykutsu jaetaan osastoilla muun kirjallisen materiaalin mukana, joten monilta asia saattaa unohtua kotiin pääsyn jälkeen arjen tohinassa.

Tutkimuksen luotettavuuteen saattaa vaikuttaa se, että emme tiedä, ovatko tutkimukseen vastanneet äidit jollain tavalla valikoituneet. Voidaan pohtia, vastaavatko nämä 1472 äitiä yleistä mielipidettä vai ovatko he olleet myötämielisempiä tai vastaavasti muita äitejä kriittisempiä. Osa äideistä oli vastannut kyselyyn kaikkien synnytystensä ja lapsivuodejaksojensa perusteella, eivätkä vain 2011-2013 välisen ajan mukaan. Myös tämä saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

Luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä koemme myös sen, että osa äideistä ei mahdollisesti ollut ymmärtänyt kaikkia kysymyksiä oikein. Kaikki eivät olleet vastanneet välttämättä kysymyksen tarkoitukseen tai olivat jättäneet vastaamatta. Kuitenkin suurin osa äideistä oli ymmärtänyt kysymykset oikein, joten suurta vaikutusta luotettavuuteen ei todennäköisesti ole.

7.2 Tulosten tarkastelua

Tulostemme mukaan lisämaitoa saaneiden vastasyntyneiden osuus oli varsin korkea. Kaikkien synnyttäjien vauvoista 80,2 prosenttia oli saanut lisämaitoa. Erkkola ym. (2006, 509) oli saanut vastaavia tuloksia. Ensisynnyttäjien joukossa osuus oli hälyttävä, 88 prosenttia. Uudelleensynnyttäjien vauvat saivat lisämaitoa vähemmän (72,1 %). Aiempi kokemus lisää imetystaitoja ja -luottamusta.

Deufel & Montonen (2010, 137-142) toteavat tutittomuuden perustelun olevan Vauvamyönteisyys-ohjelman huonoiten toteutuva kohta. Sama on todettavissa tämän tutkimuksen aineistossa. Tutittomuus oli perusteltu vain 22,5 prosentille äideistä. Ensisynnyttäjissä osuus oli hieman korkeampi 25,2 %, uudelleensynnyttäjillä vain 19,8 prosenttia. Huvitutti oli otettu käyttöön 29:llä prosentilla ensisynnyttäjien vauvoista ja 18 prosentilla uudelleensynnyttäjien lapsista. Tutin käyttöä kysyttäessä jäävät peittoon ne vauvat, joilla on käytössä tuttipullo. Tuttipullon käyttöön on havaittu liittyvän vastaavia imetysoongelmia kuin huvituttiinkin.

Mahdollisuus käyttää imetysasiantuntijoita ei ole tämän aineiston perusteella juurikaan vaikuttanut äitien kokemuksiin imetysohjauksesta. Vaikka imetysasiantuntijoiden osaaminen ei näissä äitien vastauksissa erityisesti näyttäyty, kyseisen resurssin merkitystä ei pidä vähätellä. Vuosi on lyhyt aika vakiinnuttaa toimintaa, ja sen todellinen arvo olisi todennäköisesti ollut äitien kokemana nähtävissä vasta pidemmän ajan kuluessa.

Vuosivertailussa ainoa tilastollinen merkittävyys näyttäytyi tyytyväisyydessä ohjaukseen. Vuonna 2011 88,2 prosenttia äideistä kertoi olleensa tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Vuonna 2012 tyytyväisten osuus oli laskenut 81,5 prosenttiin, ja aineiston viimeisenä vuonna lasku oli jatkunut päätyen 78,5 prosenttiin. Ero on tilastollisesti hyvin merkittävä (p-arvo 0,001). Muilta osa-alueilta ei löydy selittäviä tekijöitä. Tyytyväisyyden lasku saattaa kertoa hoitohenkilökunnan lisääntyneestä työmäärästä. Myös äitien kriittisyys on mahdollisesti kasvanut jatkuvasti karttuvan tietomäärän ja tietoisuuden myötä.

83,5 % äideistä oli ollut ohjaukseen tyytyväisiä. Jopa 93,2 prosenttia vastaajista koki, että heidän mielipiteitään ja toiveitaan oli kunnioitettu. Avoimissa vastauksissa 94 äitiä mainitsi imetysohjauksen negatiivisessa yhteydessä. 68 äitiä puolestaan kertoi saaneensa hyvää ja tarpeidensa mukaista ohjausta ja tukea. Negatiivisissa kommentteissa näyttäytyi hoitohenkilökunnan kiire ja perheen tarpeiden ohittaminen. 150 sanallista mainintaa on toki pieni osuus 1472:n vastauksen joukossa, mutta negatiivinen painotus puhuu omaa kieltään. 15 äitiä kertoi saaneensa imetysasiantuntijoilta apua, viidellä äidillä oli päinvastainen kokemus.

Avoimista vastauksista löysimme useita mainintoja ohjauksen ristiriitaisuudesta, toinen kättilö ohjaa täysin päinvastoin kuin edellinen. On mahdollista, että äidit ovat tässä viitanneet myös muuhun saamaansa ohjaukseen. 82,7 prosenttia vastanneista äideistä kertoo ohjauksen olleen osastolla yhdenmukaista. Näin ollen yli 17 prosenttia on kokenut ohjauksen ristiriitaiseksi. Ohjauksen tulee olla yhdenmukaista, jotta perheet kokevat saamansa tiedon luotettavaksi.

Imetystukiryhmistä oli kerrottu 83,1 prosentille äideistä. Hieman yllättäen uudelleensynnyttäjien keskuudessa tietoa saaneiden osuus (91,2%) oli huomattavasti ensisynnyttäjiä (74,8%) korkeampi. Ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä (p-arvo 0,000). Uudelleensynnyttäjät osaavat mahdollisesti kysyä asiasta ja tämän myötä saavat paremmin tietoa. Toisaalta juuri ensisynnyttäjille imetystukiryhmät olisivat erittäin tärkeitä mahdollisia imetyksen ongelmatilanteita ajatellen.

Vain 43 prosenttia äideistä kertoi saaneensa tietoa vauvantahtisesta imetyksestä. Kyseessä on keskeinen tekijä vauvamyönteisyydessä, joten ohjausta saaneiden osuus on huolestuttavan pieni. Toisaalta kättilön neuvo imettää aina vauvan elehtiessä tietyllä tavalla saattaa mennä äidiltä ohi, eikä tämä näin ollen koe saaneensa tietoa vauvantahtisuudesta.

Vauvantahtisuuden läheisesti liittyvä maitomäärän riittävänä pitämisen ohjaus oli myös huonolla tolalla. Uudelleensynnyttäjistä alle puolet (47,8 %) oli saanut ohjausta siihen, miten maitomäärä pysyy riittävänä. Ensisynnyttäjien keskuudessa osuus oli jonkin verran korkeampi (55,4%). Ero on tilastollisesti merkitsevä (p-arvo 0,004).

Erityisenä yllätyksenä ja pohdintaa herättävänä meille tuli se, miten huonosti käsinlypsy ohjataan äideille. Ainoastaan 24,5 prosenttia oli saanut ohjauksen käsinlypsyyn. Uudelleensynnyttäjissä osuus oli erittäin alhainen, 17,9%. On tilanteita, joissa käsinlypsy on tarvetta. Se on helppo ja ilmainen keino saada talteen pieniäkin maitomääriäkin. Käsinlypsyn ohjauksella pystyttäisiin vaikuttamaan myös maidon nousuun ja siten lisämaidon antamiseen.

Lisämaidon saaneiden suuri osuus saattaa osittain selittyä sillä, että kyseessä on yliopistosairaala, jossa hoidetaan korkean riskin synnyttäjiä. Äidin perussairaus voi lisätä vastasyntyneen tarvetta lisämaidolle joko välillisesti äidin imetysvaikeuksien vuoksi tai

välittömästi äidin sairauden vaikutuksesta. Myös sikiön sairaus saattaa määrätä synnytyspaikaksi yliopistosairaalan.

Lisämaitoa saaneiden lasten suuri määrä kertoo ohjauksen tarpeesta. ”Rintamaito ei riittänyt yksinään” ja ”maito ei noussut rintoihin tarpeeksi” oli kerrottu syyksi lisämaidolle yhteensä lähes kuudessasadassa vastauksessa. Vastauksissa ja työelämässä olemme törmänneet hyvin paljon siihen, että äideillä ei ole riittävästi tietoa maidontulon fysiologiasta ja he olettivat, että maitoa pitäisi tulla kunnolla heti vauvan synnyttyä. Lyhyt hoitoaika synnytyksen jälkeen johtaa siihen, että varsinainen maidonnousu tapahtuu yleensä vasta kotiutumisen jälkeen. Kätilön pitää pystyä erottamaan aito lisämaidon tarve ja tarvittaessa perustelevaan äidille, miksi tälle lapselle lisäruoka ei ole tarpeen.

Selkeä linjaus rajata lisämaidon antaminen lääketieteellisiin syihin antaisi raamit kätilöiden toiminnalle. Jos lisämaitoa annetaan lääketieteellisistä syistä, kätilön tulee kertoa perustelut äidille selkeästi ja ymmärrettävästi. Muuten äidille saattaa jäädä väärä mielikuva mahdollisesta maidon riittämättömyydestä.

7.3 Kätilötyön kehittäminen imetysohjauksessa

Käytännön kätilötyössä imetysohjauksen laatu ja sisältö vaihtelevat kätilökohtaisesti. Perheillä on oikeus saada ajantasaista, tutkittua tietoa ja laadukasta, yksilöllistä ohjausta osastojen tilanteesta huolimatta. Olisi ihanteellista, että kaikki kätilöt saisivat imetyssiantuntijakoulutuksen, niin että perheet hyötyisivät tasapuolisesti. Näin kätilöille tulisi itsevarmuutta ja ammattitaitoa ohjata imetyksessä vielä paremmin, koska imetykseen liittyy niin monia tärkeitä asioita.

Asiantuntijuus ei kuitenkaan korvaa läsnäoloa ja perheen kohtaamista. Pienillä teoilla voidaan vaikuttaa siihen, miten äiti näkee itsensä imettäjänä ja kokee saamansa ohjauksen. Kiire on huono tekosyy olla pysähtymättä perheen luo. Osastojen fyysiset tilat asettavat myös omat rajoituksensa. Ahtaissa tiloissa on hankala asettua äidin vuoteen vierelle istumaan ja näin toteuttaa ohjausta äidin silmien tasolla. Kätilön seistessä vuoteen päädyssä äidille jää herkästi vaikutelma, että kätilö on lähdössä jo seuraavaan paikkaan, ja hän saattaa myös kokea pidättelevänsä kätilöä muiden apua tarvitsevien luota. Ver-

baalinen viestintä usein häviää sanattomille viesteille tällaisissa tilanteissa. Nämä ovat asioita, jotka on syytä huomioida uusia tiloja suunniteltaessa.

Ohjauksen on oltava johdonmukaista. Osastojen käytänteiden tulee olla yhdenmukaiset. Annettu ohjaus perustuu tutkittuun tietoon, joten suuria poikkeamia ei pitäisi olla. Imetysohjausta voisi parantaa yhteisillä ohjeilla ja yhteisesti sovituille linjauksilla, joita hoitohenkilökunta sitoutuu noudattamaan.

Monille äideille imetyksen haasteet tulevat yllätyksenä. Synnytyksen jälkeisessä herkässä mielentilassa imetykseen kuuluva harjoittelu saattaa tuntua epätoivoiselta ja tuottaa epäonnistumisen tunteita. Asiasta tulisi keskustella jo hyvissä ajoin neuvolakäynneillä, jotta perheet ehtivät käsitellä asiaa riittävästi. Synnytyksen jälkeen imetystä aloitettaessa on suuri määrä opeteltavia asioita, eikä imetyksen toinen osapuoli välttämättä ole yhtä kärsivällinen kuin äitinsä. Hormonien vallassa pyristelevä äiti tarvitsee paljon henkistä ja käytännön tukea. Neuvolan ja lapsivuodeosaston yhteistyön tiivistäminen voisi omalta osaltaan edistää imetyksen onnistumista.

Käytännön harjoittelujaksoilla havaitsimme valitettavan usein, että ohjattiin niin sanotusti pakolliset ja vain ongelmien ilmetessä paneuduttiin ohjaukseen enemmän, mikäli aikaa oli. Erityisesti ensisynnyttäjät tarvitsevat, pyytävät ja haluavat runsaasti imetysohjausta. Jokaisella kättilöllä on hyvät perustiedot imetyksestä ja näin ollen valmius ohjata perheitä. On löydettävä sisäistä motivaatiota varmistaa, että äidiltä löytyy tarvittava tieto ja riittävät taidot jatkaa imetystä kotiutumisen jälkeen. Äidin on tärkeää tietää, mistä apua löytyy mahdollisissa ongelmatilanteissa. Tässä voisi olla apuna ajantasainen kirjallinen materiaali, josta löytyy yhteystiedot paikallisiin imetystukiryhmiin, tai edes säännöllisesti ylläpidetty verkkomateriaali aiheesta.

Ihanteellista olisi, jos imetyksiantuntijakoulutuksen saaneet kättilöt voisivat työskennellä lapsivuodeosastoilla niin, ettei heille jaettaisi omia potilaita. Näin he voisivat auttaa myös erityisesti niitä äitejä, joiden vauvat ovat esimerkiksi vastasyntyneiden tarkkailuosastolla, missä imetysohjausta on huonommin saatavissa. Tuolloin korostuvat erityisesti imetykseen liittyvät asiat, kuten maidon nousun turvaaminen ja ihokontaktin luominen vauvaan Kunkin äidin ja vauvan tarpeisiin pystyttäisiin vastaamaan paremmin, jos kättilöillä olisi ajantasainen tieto ja taito imetysohjauksesta.

Imetysohjaajien rooli on tärkeä myös henkilökunnan imetysohjaamisen ylläpitämisessä. Säännöllisillä sisäisillä koulutuksilla esimerkiksi osastotuntien puitteissa voitaisiin tuoda uutta tietoa ja imetysohjaamista jokapäiväiseen kätilötyöhön. Asiantuntijuutta on tärkeää jakaa osastoilla. On hyvin harmillista, jos arvokas tiedollinen resurssi on tarjolla vain osalle äideistä ja vauvoista.

Vauvamyönteisyyskyselyä voisi kehittää jatkossa siten, että kysymyksistä tehtäisiin selkeämpiä, käytettävät termit selitettäisiin ja ohjeistus olisi parempi. Kaikki äidit eivät olleet esimerkiksi ymmärtäneet, mitä vierihoito tarkoittaa. Etenkin avoimista vastauksista oli nähtävissä, että osa äideistä oli vastannut kysymyksiin kaikkien synnytystensä perusteella, eikä vain viimeisimmän.

Pohdimme myös, miten kattavasti vauvamyönteisyyskyselyn kutsua loppujen lopuksi on jaettu äideille ja miten moni äiti on jättänyt vastaamatta. Vastaajia oli nyt kolmen vuoden ajalta 1472, eli vain noin kolmannes siitä määrästä minkä verran lapsia syntyy kyseisessä yliopistosairaalassa vuoden aikana. Olisikin tärkeää, että vauvamyönteisyyskyselyä jaettaisiin innokkaammin äideille ja että useampi äiti saataisiin vastaamaan kyselyyn. Kysely antaa arvokasta tietoa imetysohjaamisen toteutumisesta ja äitien kokemuksista ja tyytyväisyydestä siihen.

On tärkeää toteuttaa jatkoseurantaa imetysohjaamisen onnistumisen suhteen. Jatkossa voisi selvittää myös esimerkiksi neuvolan ja lapsivuodeosastojen yhteistyön merkitystä ja onnistumista imetyksen edistämiseksi.

LÄHTEET

Ahlqvist-Björkroth, S. 2007. Psykkisen hyvinvoinnin perusta tunne-elämän ja ajattelun rakentumiselle 0-7-vuotiaana. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 128-131, 133.

Baby-friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. 2009. WHO & Unicef.

Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) 2010. Onnistunut imetys. Tampere: Duodecim.

Erkkola, M., Salmenhaara, M., Kronberg-Kippilä, C., Ahonen, S., Arkkola, T., Uusitalo, L., Pietinen, P., Veijola, R., Knip, M. & Virtanen, S.M. 2009. Determinants of breast-feeding in a Finnish birth cohort. *Public Health Nutrition* 13(4), 504-513.

Hannula, L., Kaunonen, M., Koskinen, K. & Tarkka, M-T. 2010. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus. Hoitotyön suositus. Luettu 20.4.2013. http://www.hotus.fi/system/files/Imetysohjaus_sum.pdf

Hannula, L. 2012. Kätilötyö ja imetys. Teoksessa Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 302-309.

Hauhia, H., Laine, M. & Rannikko, S. 2007. Vauvan ja vanhemman välinen varhainen vuorovaikutus - internetsivut vanhemmille terveystietiin. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyvärinen, H. 2002. Synnyttäneiden osastolla - lapsivuodeaika. Teoksessa Hyvärinen, H., Pyrrö, S., Särkkä, T., Riipinen, K., Riikonen, T., Hiilamo, H., Ehrnrooth, L. & Peltonen, L. (toim.). Suuri vauvakirja. Porvoo: WS Bookwell Oy, 117.

Järvenpää, A-L. 2012. Vastasyntyneen hoito lapsivuodeosastolla. Teoksessa Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 279.

Kalland, M. 2003. Vauvan sairaus tai vamma varhaisessa vuorovaikutuksessa. Teoksessa Niemelä, P., (toim.) Siltala, P. & Tamminen, T. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: Wsoy, 194-195.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Katajamäki, E. 2004. Terveen lapsen ja nuoren kehitys, hoito ja ohjaus. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyö. Helsinki: Tammi, 53.

Korhonen, A. 2012. Varhainen vuorovaikutus. Teoksessa Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 309-315.

Koskinen, K. 2008. Imetysohjaus. Helsinki: Edita.

Koskinen, K., Aho, A., Hannula, L. & Kaunonen, M. 2013 Maternity hospital practices and breastfeeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. *Midwifery* 30(4), 464-470.

Kronborg, H. & Væth, M. 2009. How Are Effective Breastfeeding Technique and Pacifier Use Related to Breastfeeding Problems and Breastfeeding Duration? *Birth: Issues in Perinatal Care* 36 (1), 34-44.

Luukkainen, P. & Laanterä, S. 2010. Erityistarkkailua vaativien vastasyntyneiden ruokinta. Teoksessa Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) 2010. Onnistunut imetys. Tampere: Duodecim, 302-308.

Lyytinen, H., Eklund, K. & Laakso, M-L. Varhainen kognitio, temperamentti ja vuorovaikutus. Teoksessa Lyytinen, P., Korkiakangas, M. & Lyytinen, H. (toim.) 2001. Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissään. Helsinki: Wsoy, 59-60

Mäntymaa, M. & Tamminen, T. Duodecim 115/1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. 2447-2450. Luettu 14.11.2013.
<http://www terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91150.pdf>

Newman, J. 2009. The importance of skin to skin contact. Luettu 1.10.2013
http://www.nbc.ca/index.php?option=com_content&id=82:the-importance-of-skin-to-skin-contact-&Itemid=17

Pelonen, L. 2002. Vastasyntynyt mutta kuuluu jo perheeseen. Teoksessa Hyvärinen, H., Pyrrö, S. Särkkä., T., Riipinen, K. Riikonen, T., Hiilamo, H., Ehrnrooth., L. & Peltonen, L. (toim.). Suuri vauvakirja. Porvoo: WS Bookwell Oy, 106.

Puura, K. & Hastrup, A. Varhainen vuorovaikutus. Luettu 14.11.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/ohjeet/menetelmat/psykososiaalinen/vavu

Puura., K. Mäntymaa., M. Vanhemman ja vauvan vuorovaikutus. Teoksessa Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) 2010. Onnistunut imetys Tampere: Duodecim, 24-26.

Rousku, H., Isolauri, E., Laksio, S. & Laitinen, K. 2010. Ensisynnyttäjien näkemykset imeväisen ruokinnasta ja sen yhteydestä terveyteen. *Suomen lääkärilehti* 42 (65), 3420-3427.

Rova, M. & Koskinen, K. Lastenneuvolakäsikirja: Imetysohjaus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 21.4.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/ohjeet/terveysneuvonta/imetysohjaus

Räihä., H. 2003. Itkuinen vauva. Teoksessa Niemelä, P. (toim.) Siltala, P. & Tamminen, T. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: Wsoy. 184.

Sand, O. Sjaastad, O., Haug, E. & Bjålie, J. 2011. Ihminen, fysiologia ja anatomia. Helsinki: Wsoy, 151.

- Sears, W. & Sears, M. 2008. Kiintymysvanhemmuuden kirja - Onnellisen vauvan hoito opas. Helsinki: Green spot, 55.
- Siltala, P. 2003. Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen valossa. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T (toim.). Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: Wsoy. 16-34.
- Sinkkonen, J. 2003. Lapsen kiintymyssuhteen syntyminen ja sen häiriöt. Teoksessa Niemelä, P., (toim.) Siltala, P. & Tamminen, T. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: Wsoy. 92-93.101
- Uusitalo, L., Nyberg, H., Pelkonen, M., Sarlio-Lähteenkorva, S., Hakulinen-Viitanen, T. & Virtanen, S. 2012. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Raportteja 8/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Uvnäs Moberg, K. 2007. Rauhoittava kosketus. Oksitosiinin parantava vaikutus kehoissa. Helsinki: Edita, 79, 86-88.
- Vauvamyönteisyyden kriteerit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 22.4.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/vauvamyönteisyys/kriteerit

LIITTEET

Liite 1. Vauvamyönteisyyskysely

1. Neuvolasi?

2. Millä osastolla olit hoidossa synnytyksen jälkeen?

Osasto 1 Osasto 2 Osasto 3

3. Oletko

Ensisynnyttävä Uudelleensynnyttävä

4. Mikäli olet uudelleensynnyttävä, olivatko imetyskokemukset edellisellä kerralla

Myönteiset Kielteiset

5. Neuvolan antama imetystieto oli riittävää

Kyllä Ei

6. Neuvolassa ja sairaalassa annettu ohjaus oli yhdenmukaista

Kyllä Ei

7. Ihokontakti syntymän jälkeen

Kyllä Ei

8. Sain imettää lastani heti kun se oli mahdollista

Kyllä Ei

9. Rohkaistiinko ja ohjattiinko sinua vauvan hoidossa

Kyllä Ei

10. Oliko saamasi ohjaus riittävää

Kyllä Ei

11. Kerrottiinko sinulle vauvan viestien mukaisesta imetyksestä

Kyllä Ei

12. Kerrottiinko sinulle, miten maitomäärä pysyy riittävänä

Kyllä Ei

13. Näytettiin sinulle hyvät imetysasennot

Kyllä Ei

14. Ohjattiinko sinulle oikea imemisote

Kyllä Ei

15. Neuvottiinko sinulle käsinlypsy

Kyllä Ei

16. Saiko lapsesi lisäruokaa

Kyllä Ei

17. Jos lapsesi sai lisäruokaa, miksi?

18. Perusteltiinko sinulle tutittomuus

Kyllä Ei

19. Onko huvitutti ollut käytössä

Kyllä Ei

20. Toteutuiko vierihoito

Kyllä Ei

21. Jos vauvasi ei ollut vierihoidossa, miksi?

22. Kunnioitettiin mielipiteitäsi ja toiveitasi

Kyllä Ei

23. Oliko ohjaus osastolla yhdenmukaista

Kyllä Ei

24. Kerrottiin sinulle kotiutuessa, mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä

Kyllä Ei

25. Kerrottiin sinulle imetystukiryhmästä

Kyllä Ei

26. Oletko tyytyväinen saamaasi ohjaukseen

Kyllä Ei

27. Mitkä ovat kolme tärkeintä asiaa, jotta voit kokea synnytyses onnistuneeksi?

28. Mitkä ovat mielestäsi kolme tärkeintä asiaa synnytyksen jälkeisessä hoidossa ja ohjauksessa?

29. Muuta palautetta: