

# SYNNYTTÄNEIDEN ÄITIEN OHJAUKSEN TARVE LAPIN KESKUSSAIRAALASSA

Krankkala Tiina  
Lohiniva Marika

Opinnäytetyö  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveystenhoitaja (AMK)

2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveydenhoitaja (AMK)

---

<b>Tekijät</b>	Tiina Krankkala Marika Lohiniva	Vuosi	2017
<b>Ohjaaja</b>	Sirpa Kaukiainen		
<b>Toimeksiantaja</b>	Lapin sairaanhoitopiiri		
<b>Työn nimi</b>	Synnyttäneiden äitien ohjauksen tarve Lapin keskus-sairaalassa		
<b>Sivu- ja liitesivumäärä</b>	65 + 12		

---

Potilasohjaus on tärkeä hoitotyön auttamismenetelmä. Hoitoaikojen lyhentyessä ohjauksen tarve lisääntyy ja potilasohjauksista on toteuttava myös lyhyemmässä ajassa kuin aiemmin. Lyhytjälkihoitoiseen synnytyskäytäntöön siirtyminen vaatii laadukasta potilasohjauksen onnistumista. Lyhytjälkihoitoisella synnytyksellä eli LYSYllä tarkoitetaan äidin ja vastasyntyneen kotiuttamista synnytyssairaalasta 6-48 tunnin kuluttua synnytyksestä.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilasohjauksen tarpeesta Lapin keskussairaalan synnytysvuodeosastolle sekä mahdollistaa helppo siirtyminen lyhytjälkihoitoiseen synnytyskäytäntöön. Opinnäytetyön tuloksilla on vaikutus synnytysvuodeosaston asiakastytyväisyyden kehittämiseen sekä potilasohjauksen laatuun. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa synnyttäneiden äitien mielipiteitä potilasohjauksen suhteen Lapin keskussairaalan synnytysvuodeosastolla. Teemme määrällisen eli kvantitatiivisen opinnäytetyön, koska sillä tavalla saamme mahdollisimman suuren otannan. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla, joihin vastasi 38 henkilöä. Synnyttäjiä aineistonkeruun aikana oli yhteensä 73, joten vastausprosentti oli 52 %. Käytimme opinnäytetyössämme ajankohtaista ja tutkittua tietoa, jota saimme kirjoista, lehdistä, tutkimuksista sekä internetistä.

Opinnäytetyön tutkimusongelmiksi rajattiin toivotun potilasohjausmenetelmän ja ajankohdan selvittäminen, potilasohjauksen aihe sekä tapoja, joilla Lapin sairaanhoitopiiri voisi kehittää potilasohjauksista synnyttäneiden äitien mielestä.

Yli puolet vastanneista eli 58 % oli uudelleensynnyttäjiä. Tulosten perusteella ensisynnyttäjät tarvitsevat enemmän yksilöllistä ohjausta kuin uudelleensynnyttäjät, mutta potilasohjauksen tarvetta ei tule pitää itsestäänselvyytenä uudelleensynnyttäjien keskuudessa. Yksilöohjausta pidettiin tärkeimpänä ohjausmenetelmänä, mutta sen rinnalle toivottiin kirjallista opasta. Video-ohjauksen merkitys nousi suureksi imetysohjauksen kohdalla. Potilasohjaus koettiin erityisen tärkeäksi synnytysvuodeosastolla sekä neuvolassa. Ennen synnytystä annettu ohjaus helpottaa perheitä kotiutumaan varhain osastolta.

Avainsanat Potilasohjaus, synnytys, ohjausprosessi, lyhytjälkihoito  
toinen synnytyskäytäntö

School of Social Services, Health,  
Care and Sports  
Degree programme in Nursing  
Public Health Nurse

---

<b>Author</b>	Tiina Krankkala Marika Lohiniva	Year	2017
<b>Supervisor</b>	Sirpa Kaukiainen		
<b>Commissioned by</b>	Lapland Hospital District		
<b>Subject of thesis</b>	Postpartum Mothers' Need for Guidance at Lapland Central Hospital		
<b>Number of pages</b>	65 + 12		

---

Patient guidance is an important helping method in care work. When treatment times are shortening, the need for patient guidance increases and it also must be done in a shorter time than before. Early postpartum discharge requires successful quality patient guidance. In early postpartum discharge the mother and the newborn are released from the hospital in 6 to 48 hours after the delivery.

The aim of this thesis is to provide information to Lapland Central Hospital about the necessity of patient guidance of postpartum mothers and to enable an easy transformation to the early postpartum system. The results of the thesis have an impact on developing customer satisfaction and the quality of patient guidance in a maternity ward. The purpose of this thesis is to survey the mothers' opinions about the need of patient guidance at the maternity ward in the Lapland Central Hospital. The thesis required a quantitative research method to get a wider sampling. The research material was collected by a questionnaire in February 2017. The maternity ward had 73 births in February and the questionnaire was answered by 38 mothers, the response rate being 52 %.

The research problems were limited to find out the most desirable patient guidance method and topics. Also, the aim was to find out when the needed guidance should be given. The mothers' opinions on how they think that the Lapland Hospital District could improve their patient guidance was also surveyed.

Over half (58%) of the informants had given birth also before. The results indicated that the first timers need much more individual guidance than the mothers who have given birth before. The need of patient guidance should not be taken for granted. Individual guidance was preferred as the most important guidance method, but the mothers wanted a written guide book alongside. The relevance of video guidance was significant when guiding breastfeeding. Patient guidance was particularly important at the maternity ward and in the child health centre. Prenatal guidance helps families to be discharged early from the ward.

**Key words** Patient guidance, birth, guidance process, early postpartum discharge

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA MERKITYS ALALLE .....	8
3	SYNNYTYS .....	9
3.1	Säännöllinen synnytys .....	9
3.1.1	Synnytyksen kulku.....	10
3.2	Synnytysoperaatiot .....	11
3.3	Kotiutuminen.....	12
4	LYHYTJÄLKIHOITOINEN SYNNYTYS .....	14
4.1	Lyhytjälkihoitoinen synnytyskäytäntö .....	14
4.2	Lyhytjälkihoitoisen synnytyskäytännön hyödyt ja riskit.....	16
5	POTILASOHJAUS .....	18
5.1	Potilasohjauksen ominaisuudet .....	18
5.2	Ohjausprosessi .....	19
5.3	Hoitohenkilökunnan edellytykset potilasohjaukseen .....	20
5.4	Ohjausmenetelmät.....	21
5.4.1	Suullinen ohjaus.....	21
5.4.2	Kirjallinen potilasohjaus.....	22
5.4.3	Audiovisuaalinen potilasohjaus .....	23
6	POTILASOHJAUS SYNNYTYSVUODEOSASTOLLA.....	24
6.1	Perhevalmennus.....	24
6.2	Imetysohjaus.....	25
6.3	Vauvan hoidon ohjaus .....	28
6.4	Äidin itsehoidon ohjaus .....	29
6.5	Äidin seksuaalisuus .....	32
6.6	Äidin liikunta ja lepo .....	33
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	35
7.1	Määrällinen tutkimusmenetelmä .....	35
7.2	Kyselylomake ja aineiston keruu.....	36
7.3	Vastaajien taustatiedot.....	38

7.4	Aineiston tulkinta.....	40
7.5	Työn eettisyys ja luotettavuus.....	41
8	TUTKIMUSTULOKSET .....	44
8.1	Ohjausmenetelmän arviointi .....	44
8.2	Potilasohjauksen aihealueet .....	46
8.3	Paras ajankohta potilasohjaukselle.....	47
8.4	Synnyttäneiden äitien mielipiteitä potilasohjauksen kehittämiseksi.....	49
9	POHDINTA.....	52
9.1	Pohdintaa tuloksista.....	52
9.2	Eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta .....	55
9.3	Opinnäytetyöprosessi .....	57
9.4	Toimenpide-ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet .....	58
	LÄHTEET.....	60
	LIITTEET .....	65

## 1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa synnyttäneiden äitien mielipiteitä potilasohjauksen suhteen Lapin keskussairaalan synnyttäneiden vuodeosastolla. Lapin keskussairaala on siirtymässä lähitulevaisuudessa lyhytjälkihoitoiseen synnytyskäytäntöön, joka edellyttää onnistunutta ja laadukasta potilasohjausta. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Lapin sairaanhoitopiiri ja sen myötä Lapin keskussairaalan synnytysvuodeosasto. Opinnäytetyö toteutetaan määrällisenä tutkimuksena opiskelijoiden toimesta.

Potilasohjaus on yksi tärkeimmistä päivittäin käytetyistä työmenetelmistä hoitotyössä. Sen tarkoituksena on lisätä ja vahvistaa asiakkaan toimintakykyä sekä oma-toimisuutta. Hoitohenkilökunnalta se edellyttää ammatillista osaamista sekä potilaslähtöistä toiminta ajattelua. (Lipponen 2014, 19.) Hoitohenkilökunnan tulee toimia tavoitteellisesti, aktiivisesti ja johdonmukaisesti potilaan ohjausprosessissa. Sillä tavalla tuetaan asiakkaan valintoja ja turvataan asiakkaalle riittävä ohjauksen saanti. Potilasohjausta tulee toteuttaa kunnioittaen lakia, ammattikäytäntöä sekä suositus- ja ohjelmaluonteisia asiapapereita. (Lipponen 2014, 19-20.)

Laadukkaan potilasohjauksen vaikutukset nähdään muun muassa sairaudesta aiheutuviin kustannuksiin, lääkkeiden vähäisempään käyttöön ja hoitokäynteihin liittyen sekä sairauten tai muun syyn vuoksi tarvitseviin hoitokäynteihin. Hyvällä potilasohjauksella voidaan edistää myös paranemista ja ehkäistä tulehduksia, jotka voivat hidastaa toipumista. (Kääriäinen 2007, 32-34.) Ohjaus on tärkeä osa hoitotyötä ja sillä on merkitystä potilastyytyväisyyteen, hoidon onnistumiseen, potilaan itsehoiton sitoutumiseen, toteutuneeseen itsemääräämisoikeuteen sekä sairastumisen aiheuttaman ahdistuksen minimoimiseen. Riittämättömällä ohjauksella voidaan vahingoittaa hyvinkin parantumisen tulokset. (Kemppainen, Haatainen, Taam-Ukkonen, Penttinen, Turunen & Miettinen 2010, 5-6.)

Potilasohjauksen laadun seuranta ja sen parantaminen ovat tärkeää, koska ohjauksen tarve lisääntyy koko ajan. Potilaat ovat enemmän ajan tasalla omista oikeuksistaan. Hoitoaikojen lyhentyminen aiheuttaa muutoksia potilasohjauksen antamiseen, sillä ohjausta tulee antaa ajallisesti tehokkaammin ja yhä enemmän. (Lipponen 2014, 19.) Valtakunnallisella tasolla synnytysten jälkeiset hoitoajat ovat myös lyhentyneet huomattavasti (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 253-255).

Varhainen kotiutuminen voidaan jakaa lyhytjälkihoitoiseen ja polikliiniseen synnytykseen (Sariola, Nuutila, Sainio, Saisto & Tiitinen 2014, 329). Lyhytjälkihoitoisella synnytyksellä eli LYSYllä tarkoitetaan äidin ja vastasyntyneen kotiuttamista synnytys-sairaalasta 6-48 tunnin kuluttua synnytyksestä. Varhaisen kotiutumisen hyödyt tulevat esille potilaiden tyytyväisyytenä ja kustannustehokkuuden lisääntymisellä. Vähentyneiden sairaalassaoloaikojen myötä hoito siirtyy enemmän avoterveydenhuollon palvelujen piiriin. Sen vuoksi myös erikoissairaanhoidon kulut vähenevät. Polikliinisestä synnytyksestä puhutaan silloin, kun kotiutuminen tapahtuu jo alle kuuden tunnin kuluttua synnytyksestä (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 253-255.)

Opinnäytetyömme nivoutuu Lapin ammattikorkeakoulun turvallisuusosaamisen sekä etäisyyksienhallinta strategiaan, koska nämä ovat molemmat hyvin keskeisiä opinnäytetyön aiheessamme (Lapin ammattikorkeakoulu 2015). Turvallisuusosaamisessa viittaamme potilasturvallisuuteen ja etäisyyksienhallinta on keskeistä alueella, jossa koko Lapin alueella on vain yksi synnytys-sairaala. On tärkeää miettiä, onko turvallista kotiuttaa äiti ja vauva niin pian alueella, jossa etäisyydet ovat pitkiä.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA MERKITYS ALALLE

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa synnytysvuodeosastolle synnyttäneiden äitien mielipiteistä potilasohjauksen suhteen sekä mahdollistaa helppo siirtyminen lyhytjälkihoitoiseen synnytyskäytäntöön. Opinnäytetyön tulokset vaikuttavat synnytysvuodeosaston potilasohjaukseen parantaen asiakastytyvääsyyttä, jonka tarkoituksena on asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen. Pyrimme työllämme myös lisäämään omaa tietämystämme potilasohjauksen suhteen sekä kehittämään tulevana terveydenhoitajina, jotta voisimme paremmin huomioida tärkeäksi nousseet asiat potilasohjauksen suhteen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa synnyttäneiden äitien mielipiteitä potilasohjauksen suhteen Lapin keskussairaalan synnyttäneiden vuodeosastolla. Teemme määrällisen opinnäytetyön, sillä sen avulla saamme mahdollisimman suuren otannan. Lapin keskussairaala on siirtymässä lähitulevaisuudessa lyhytjälkihoitoiseen synnytyskäytäntöön, joka on käytössä jo joissakin Suomen synnytysairaaloissa.

### Tutkimusongelmat

1. Mikä on äideistä paras ohjausmenetelmä?
2. Mistä aiheista synnyttäneet äidit haluavat ohjausta?
3. Mikä ajankohta on paras potilasohjaukselle?
4. Miten Lapin Sairaanhoidopiiri voisi kehittää potilasohjausta synnyttäneiden äitien mielestä?



### 3 SYNNYTYS

#### 3.1 Säännöllinen synnytys

Kansainvälisen määritelmän mukaan kyseessä on synnytys, kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa tai kun sikiö painaa vähintään 500 grammaa (Tiitinen 2015). Synnytys on täysiaikainen, kun raskaus on kestänyt 37 viikkoa ja yliaikainen kun sen kesto on yli 42 viikkoa (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014, 107).

Kohtu supistelee koko raskauden ajan, mutta se on niin heikkoa ja epäsäännöllistä, että äiti ei välttämättä tunne sitä. Kun synnytys käynnistyy, tulevat varsinaiset kivulihaamat synnytyssupistukset. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015, 37.) Synnytyssupistukset tulevat säännöllisesti ja aluksi noin kymmenen minuutin välein, jonka jälkeen väli tihenee siitä jopa muutama minuuttiin. Supistus kestää noin 45-60 sekuntia kerrallaan. Ensisynnyttäjällä supistuksia voi olla useiden tuntien ajan ennen kuin kohdunsuu alkaa avautua (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2014). Tämän vuoksi alkuvaihe suositellaan viettämään vielä kotona ja siirtymään sairaalaan vasta silloin, kun supistukset ovat niin voimakkaita, että kivun kanssa ei enää selviä kotona. Etäisyys sairaalaan tulee kuitenkin ottaa huomioon synnytyksen käynnistyessä. Mikäli etäisyydet synnytyssairaalaan ovat pitkiä, ohjataan synnyttäjää siirtymään lähemmäs sairaalaa. (Sariola & Tikkanen 2011, 315-317.)

Supistukset eivät ole ainoa merkki synnytyksen käynnistymisestä vaan synnytys voi myös käynnistyä lapsiveden menolla ilman, että äiti tuntee minkäänlaisia supistuksia (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015, 38). Jos lapsivesi on selkeästi kirkkaan värinen ja vauva liikkuu hyvin, lähtövalmistelut voi tehdä rauhassa ja sairaalaan ei ole kiirettä (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri). Usein supistukset alkavat noin muutaman tunnin kuluessa lapsiveden menosta. Mikäli supistukset eivät kuitenkaan ala muutaman tunnin kuluessa ja kyseessä on normaaliaikainen raskaus, on syytä käynnistää synnytys kalvojen puhkaisemisella. (Sariola & Tikkanen 2011, 317; Eskola & Hytönen 2008, 212, 218.)

### 3.1.1 Synnytyksen kulku

Synnytyksessä on kolme vaihetta; avautumis-, ponnistus- ja jälkeisvaihe. Ennen synnytyksen käynnistymistä kohdunkaula kypsyy vähitellen muutaman viikon ajan. Se lyhenee tai häviää kokonaan ennen synnytyksen käynnistymistä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015, 39.) Kun supistukset alkavat, kohdunsuu on yleensä jo ainakin yhden senttimetrin auki. Kohdunkaulan kypsymiseen voi liittyä limaista vuotoa, jolloin limatulppa irtoaa. Synnytyksen alkaessa vuoto voi myös muuttua veriseksi, mutta tämä on normaalia. Avautumisvaiheessa kohdunsuu avautuu 10 senttimetriin asti ja tämä vaihe kestää ensisynnyttäjällä yleensä hieman kauemmin kuin uudelleensynnyttäjällä. Kesto on yksilöllistä. (Sariola & Tikkanen 2011, 316–317; Eskola & Hytönen 2008, 211.)

Synnytyksen toisessa vaiheessa kohdunsuu on avautunut 10 senttimetriä ja sisätutkimuksessa ei tunnu enää kohdunsuun reunoja. Tämä vaihe jaetaan sikiön laskeutumisvaiheeseen, jolloin sikiön pää laskeutuu synnytyskanavassa alas ja ponnistusvaiheeseen. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015, 39.) Äitiä ohjataan tekemään ponnistus supistuksen aikana, jolloin ponnistus saa aikaan työntämisen tarpeen. Ponnistusvaiheessa äiti voidaan ohjata kokeilemaan erilaisia asentoja, kuten esimerkiksi kyljellään oloa tai puoli-istuvaa asentoa, minkä kokee mieleisimmäksi (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri). Ponnistusvaiheen kesto on yksilöllistä ja vaihtelee paljon. Tässä taas uudelleensynnyttäjät pääsevät tutkimusten mukaan helpomalla, koska heillä ponnistuksen kesto on todettu lyhyemmäksi kuin ensisynnyttäjillä. Ponnistusvaihe kestää muutamasta minuutista pariin tuntiin ja päättyy lapsen syntymään. (Sariola & Tikkanen 2011, 319-320; Eskola & Hytönen 2008, 211.)

Kolmannessa eli jälkeisvaiheessa lapsi on syntynyt. Lapsi kuivataan ja pyyhitään, jonka jälkeen hänet nostetaan äidin rinnalle lämpimään ja imemään. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015, 42.) Lapsen syntymän jälkeen kohtu supistuu, joka aiheuttaa istukan irtoamisen. Istukka poistetaan painamalla vatsan päältä ja kevyesti na-

panuorasta vetämällä. Istukan synnyttyä napanuora katkaistaan. (Sariola & Tikkanen 2011, 330; Eskola & Hytönen 2008, 211.) Kun äiti on imettänyt ensimmäisen kerran, lapsi mitataan, punnitaan ja tarvittaessa kylvetetään. Äidin vointi on aina yksilöllistä ja jaksamisensa mukaan, hän voi käydä suihkussa ja vaihtaa puhtaat vaatteet päälle. Äitiä ja lasta seurataan synnytyssalissa noin kaksi tuntia synnytyksen jälkeen mahdollisten komplikaatioiden varalta. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2014.)

Synnytyssalissa vauvan seuraaminen on jatkuvaa. Kätilö voi jättää vanhemmat keskenään vauvan kanssa, mutta hänen tulee varmistua, että vanhemmat osaavat ja erityisesti jaksavat seurata vauvan vointia. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2015, 42.) Vauvan hengityksen lisäksi tulee seurata myös sydämen ja verenkierron normaalia toimintaa (Sariola & Tikkanen 2011, 330-331).

### 3.2 Synnytysoperaatiot

Synnytysoperaatiot ovat toimenpiteitä, joilla pyritään viemään synnytys loppuun. Synnytysoperaatio määräytyy yksilöllisesti synnyttäjän sen hetkisen tilanteen mukaan. Tavallisia operaatioita ovat alatiesynnytys, imukuppisynnytys, perätarjonnan ulosautto sekä keisarileikkaus. Keisarinleikkaus on kuitenkin este sairaalasta varhain kotiutumiselle. (Uotila & Tuimala 2011, 468; THL 2015, 41-43.)

Alatiesynnytys on todettu turvallisimmaksi synnytystavaksi ja se on samalla kaikista yleisin. Keisarileikkauksen komplikaatoriski on paljon suurempi kuin alatiesynnytyksessä. Keisarinleikkaukseen, kuten muihinkin kirurgisiin toimenpiteisiin liittyvät tyyppilliset riskit, kuten verenvuoto, infektio, anestesiakomplikaatiot ja syvät laskimotukokset. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2015, 42-43.) Keisarileikkaus tehdään yleensä, jos alatiesynnytys todetaan mahdottomaksi, liian riskialttiiksi tai alatiesynnytyksen yritys on johtanut hätäsektioon/päivystyskeisarileikkaukseen. Keisarileikkauksella syntyy noin 16 % suomalaisista lapsista. (Potilaan lääkirilehti 2014.)

Imukuppisynnytyksessä vauva autetaan ulos imukupin avulla. Tämä tapahtuu alatiesynnytyksessä, jossa imukuppi kiinnitetään sikiön päähän alipaineella ja siitä vedetään voidaan auttaa sikiötä laskeutumaan synnytyskanavassa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015, 41.) Imukuppivetoa käytetään silloin, kun synnytys on hidastunut tai kokonaan pysähtynyt, jolloin vauva vedetään ulos imukupin avulla. Imukuppi asetetaan takaraivolle ja kun kuppi on kiinnitettynä, tehdään veto supistuksen aikana. Kuppi otetaan heti irti, kun vauva on syntynyt. (Uotila & Tuimala 2011, 471; Eskola & Hytönen 2008, 237.) Imukuppisynnytyksiä vuonna 2012 oli noin 9 % kaikista synnytyksistä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014, 104).

Perätarjonnassa syntyvän lapsen riskit ovat paljon suuremmat kuin normaalitarjonnaisessa synnytyksessä, joten perätarjontasynnytys on aina suunniteltava etukäteen. Sikiön tarjonta tutkitaan neuvolassa. Mikäli todetaan lapsen olevan perätilassa, pyritään sikiö kääntämään pää alaspäin asentoon ulkoisesti. Jos kääntäminen ei kuitenkaan onnistu, tulee arvioida alatiesynnytyksen mahdollisuus. Jos tutkimuksissa kuitenkin todetaan, että alatiesynnytys on mahdollinen, annetaan synnytyksen edetä mahdollisimman spontaanisti ponnistusvaiheeseen saakka. Äiti ohjataan ponnistamaan lapsi ulos lapaluihin asti, jonka jälkeen lääkäri auttaa hartiat ja pään ulos. Mikäli alatiesynnytys ei ole mahdollista, tehdään äidille suunniteltu keisarileikkaus. (Uotila & Tuimala 2011, 476; Eskola & Hytönen 2008, 238-239.)

### 3.3 Kotiutuminen

Synnytyksen jälkeinen sairaalahoito on lyhentynyt kaikkialla. Sopiva kotiutumisaika-kohta on silloin, kun varmistuttu lapsen hyvästä voinnista, imetyksestä ja suotuisasta painonkehityksestä. Lisäksi vanhempien tulee olla valmiita kotiutumiseen ja heillä tulee olla perustiedot vauvanhoidosta. (Deufel & Montonen 2016, 370.) Kotiinlähtö alle 48 tunnin iässä tarkoittaa varhaista kotiutumista. Jos vastasyntynyt on kotiutettu varhain, terveydenhoitajan, kättilön tai lääkärin on tutkittava lapsi uudelleen kahden - neljän vuorokauden kuluessa. Silloin tarkastetaan lapsen yleistila, ihon väri, paino,

syöminen ja eritteiden määrä ja laatu sekä arvioidaan imetystilanne ja perheen voimavarat. (Järvenpää 2012, 294-295.)

Täysiaikaisena syntyneen ja normaalisti kotiutuvan vauvan kotiinlähtö tarkastuksen tekee lääkäri kahden vuorokauden iässä, jossa hän tarkastaa mahdolliset sairaudet, epämuodostumat ja synnytysvammat. Tarkastuksessa tulee olla kaikki hyvin, jotta vauva pääsee lähtemään äidin mukana kotiin. Syntymän jälkeiset muutokset elinjärjestelmässä ovat yleensä kahden vuorokauden ikäisenä menneet jo ohi. Lääkäri havainnoi koko tutkimuksen ajan vauvan ulkoista olemusta, käyttäytymistä, reagointia, lihasvoimaa, valppautta sekä ihon väriä ja laatua. Hän tutkii myös heijasteet, hengityksen ja verenkiertoelimistön sekä pään ja kehon alueen. Lääkärin tutkimus sisältää myös happisaturaatio mittauksen sekä kuulotutkimuksen. (Järvenpää 2012, 294-295.) Happisaturaatio mitataan sekä ala- että yläraajoista ja sen tulee olla vähintään 95 % (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 262).

## 4 LYHYTJÄLKIHOITAINEN SYNNYTYYS

### 4.1 Lyhytjälkihoitoinen synnytyskäytäntö

Varhainen kotiutuminen voidaan jakaa lyhytjälkihoitoiseen ja polikliiniseen synnytykseen (Sariola, Nuutila, Sainio, Saisto & Tiitinen 2014, 329). Lyhytjälkihoitoisella synnytyksellä eli LYSYllä tarkoitetaan äidin ja vastasyntyneen kotiuttamista synnytys-sairaalasta 6-48 tunnin kuluessa synnytyksestä, kun taas polikliininen synnytys tarkoittaa kotiutumista alle 6 tunnin kuluessa synnytyksestä. LYSY on tarkoitettu äideille, joilla raskaus ja synnytys ovat olleet säännöllisiä sekä vauvoille, joilla ei ole esiintynyt mitään poikkeavaa osastolla ollessaan kotiinlähtötarkastuksessa. Mallissa on oleellista asiakaslähtöisyys sekä perheen toiveet kotiutua varhain synnytyksestä. Lyhytjälkihoitoisessa synnytystoiminnassa on erittäin tärkeää hoidon jatkuvuus sekä kotiutumisen jälkeinen seuranta. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 253.)

Hoitoaika sairaalassa synnytyksen jälkeen on lyhentynyt viime vuosina huomattavasti. Vuonna 2014 synnyttäjien keskimääräinen osastolla oloaika synnytyksen jälkeen oli 2.8 vuorokautta, kun se oli jopa yli 6 vuorokautta 1980-luvun loppupuolella (Vuori & Gissler 2016, 3-5). Vaikuttavat tekijät hoitoaikojen lyhentymiseen ovat muun muassa taloudelliset syyt sekä itsehoitovalmiuksien ja tiedonsaanti mahdollisuuksien lisääntyminen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 253.)

Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen lähtökohtana on yksilöllisesti ja perhekeskeisesti toteutettu hoito synnytys- ja lapsivuodeosastoilla. Perhekeskeisyydellä tarkoitetaan asiakkaana olevan äidin kohtaamista paitsi yksilönä myös perheenjäsenenä sekä perheen monipuolista huomiointia osana hoitoprosessia. Perhekeskeisesti toimiva kättilö ymmärtää perheen voimavarat, yksilölliset piirteet ja perheen merkityksen. Perhekeskeisyyteen kuuluu puolison ja muiden läheisten osallistuminen hoitoon, läheisten kohtaaminen sekä läheisille kohdistettu tuki ja ohjaus. (Paananen & Väyrynen 2015, 29.) Vanhemmat ovat aktiivisia osallistujia lapsensa hoidossa ja lapseen

liittyvässä päätöksenteossa. Hoitohenkilökunnan tulee kuitenkin hoitotyön asiantuntijoina arvioida lapsen tarpeita, jotka voivat välillä olla ristiriidassa perheen toiveiden kanssa. Keskeistä on hoitohenkilökunnan ja perheen vastavuoroinen kunnioitus ja yhteistyö. (Hallström & Lindberg 2012, 119.)

Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus eli Stakes on laatinut vuonna 1999 suositukset lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteereistä sekä jatkohoidosta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 86.). Kotiutumiskriteerit vaihtelevat kuitenkin sairaaloittain. Esimerkiksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän varhaisen kotiutumisen edellytykset ovat terve uudelleensynnyttäjä, täysiaikainen ja normaali raskaus, normaali alatiesynnytys, ei infektoriskiä vauvalla eikä äidillä, imeytys ja vauvan hoito onnistuvat, vauva vaikuttaa terveeltä ja hyväkuntoiselta, vauvalla ei ole sokeriseurantaa, kotona on apua saatavissa ja lastenlääkärin tarkastuksessa ei löydy estettä vauvan kotiutumiseksi. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016.)

On suositeltavaa, että neuvolassa ja perhevalmennuksessa aloitetaan varhaisen synnytyksestä kotiutumiseen valmistautuminen. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen onnistumisen taustalla tulee olla neuvola, jolla on resursseja hoitaa kyseisiä perheitä sekä toteuttaa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen vaatimia seuranta- ja tukitoimia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 75). Lisäksi synnytyssuunnitelman ja synnytyssairaaloiden polikliinisen työn merkitys korostuu (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014a, 105). LYSY:n kriteereihin, haasteisiin ja hyötyihin olisi hyvä tutustua jo ennen synnytystä. Varhaisessa kotiutumisessa on erittäin tärkeää potilasturvallisuuden ja jatkohoidon huomioiminen, koska käytäntö edellyttää seurantakäynnin joko sairaalassa tai kotona. Perheen turvana on myös puhelinneuvonta, joka takaa hoidon jatkuvuuden. Käytännön toteutus edellyttää myös henkilökunnan sujuvaa yhteistyötä sekä ammattitaitoa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 253-254.)

Synnytyssairaaloiden etäisyys ja sairaalassaolon lyhyt kesto luovat paineita raskaana olevan tilan seurantaan, korostavat synnytyssuunnitelman merkitystä ja synnytyssairaaloiden polikliinisen työn merkitystä. Synnytyksiä tehdään vain harvoissa sairaaloissa, joten seurattava synnyttäjän ja vastasyntyneen hyvinvointia uhkaavia tekijöitä, esimerkiksi matkasynnytysten ja mahdollisten toimenpidesynnytysten lukumäärien kehitystä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014, 105.)

#### 4.2 Lyhytjälkihoitoisen synnytyskäytännön hyödyt ja riskit

Varhaiseen synnytyksen jälkeiseen kotiutumiseen liittyy hyvä asiakastytyväisyys. Synnytyksen jälkeen äiti kaipaa usein lepoa, rauhaa ja turvallisuuden tunnetta. Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä äiti pääsee varhain kotiin tuttuun ympäristöön. (Raussi-Lehto & Jouhki 2015, 283; Sariola ym. 2014, 350.) Joillekin äideille sairaalassa saatavilla oleva apu luo turvallisuuden tunnetta. Toiset äidit taas kokevat sairaalassa turvattomuuden tunnetta. Monet äidit kokevat voimakasta väsymystä synnytyksen jälkeen ja imetys valvottaa äitejä myös öisin. Sairaalaolosuhteiden vieroksuminen sekä sairaalassa jaettu huone voivat edelleen hankaloittaa riittävää unen saantia. Lyhytjälkihoitoinen synnytys vastaa monien äitien yksilöllisiä toiveita kotiutumisen suhteen. Muun muassa kyseisistä syistä lyhytjälkihoitoisesti kotiutuneet perheet kokevat varhaisen kotiutumisen hyvänä, turvallisena ja luottavana valintana. (Kujanpää & Rajala 2004, 39; Sariola ym. 2014, 350.)

Varhaisen synnytyksen jälkeisen kotiutumisen suurimmat hyödyt ovat sairaalassa oloaikojen lyhentymisestä johtuvat säästöt valtiolle ja perheelle sekä hyvä asiakastytyväisyys. Esimerkiksi Lapin keskussairaalassa lyhytaikaisessa laitoshoidossa olevan hoitopäivämaksu on 42,30e asiakkaalle, mikäli maksukatto ei ole ylittynyt (Lapin sairaanhoitopiiri 2016). Käytäntöä toteuttaessa huomioidaan kuitenkin äitien yksilölliset tarpeet sekä toiveet kotiutumisen suhteen. Muita varhaisen kotiutumisen etuja ovat esimerkiksi sairaalabakteereilta suojautuminen kotona ollessa, varhaisen vuorovaikutuksen kehittyminen sekä koko perheen helpompi osallistuminen vauvan hoitoon. Kotona vauvaa hoidettaessa voidaan mennä täysin vauvan ehdoilla, joten



imetys tapahtuu paremmin vauvan tahtojen mukaisesti. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 254.)

Varhaisessa kotiutumisesä on myös riskinsä. Oleellisimmat riskit ovat äidin synnytyksestä palautumisen ongelmat sekä vauvan voinnissa tapahtuvat häiriöt, jotka täytyvät havaita ja diagnosoida aikaisin hoidon onnistumisen takaamiseksi. Useasti vauvan voinnissa tapahtuvat ongelmat havaitaan kuitenkin liian myöhään, joka vaikeuttaa hoidon aloittamista. Näitä ongelmia voidaan kuitenkin vähentää, mikäli jatkohoito ja seurantajärjestelmät ovat luotettavia ja toimivia. Yleisimpiä lapsen terveyttä uhkaavia tekijöitä ovat muun muassa infektiot, matala verensokeri, kuivuminen, kellastuminen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 254.) Esimerkiksi kellastuminen tapahtuu yleensä vasta 2-3 vuorokauden kuluttua syntymästä täysiaikaisesti syntyneellä lapsella, ennenaikaisesti syntyneellä vielä myöhemmin (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016).

Äidin kohdalla riskejä voi olla esimerkiksi vaikeus havaita synnytyksestä palautumista tai äidin psyykkisen tasapainon horjuminen (Järvenpää 2002). Ohjaus tilanteessa on erittäin tärkeää, sillä äidin tulee olla tietoinen esimerkiksi gynekologisen elimistön palautumisesta synnytyksestä. Näitä voivat olla esimerkiksi vuodon määrä ja laatu sekä mahdollisen repeämän palautuminen. Synnytyskokemuksella on myös suuri merkitys äidin mielentilaan. (Eskola & Hytönen 2002, 260-261.) Synnytyksen jälkeistä masennusta esiintyy jopa noin 50-80 prosentilla äideistä. Se voi kestää muutamasta päivästä jopa useampaan kuukauteen, mutta menee ohitse suurimmalla osalla itsestään. Masennuksen vaikeusaste voi vaihdella lievistä oireista psykoosiin. Äideillä voi olla myös pelkoja kotona vauvan kanssa selviytymisestä, mutta nämä pelot ovat kuitenkin yleisempiä ensisynnyttäjillä (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 274.)

## 5 POTILASOHJAUS

### 5.1 Potilasohjauksen ominaisuudet

Potilasohjaus on yksi tärkeimmistä hoitotyön työmenetelmistä. Potilasohjauksen laadun seuranta ja sen parantaminen on tärkeää, koska ohjauksen tarve lisääntyy koko ajan. Potilaat ovat enemmän ajan tasalla omista oikeuksistaan. Hoitoaikojen lyhentyminen aiheuttaa muutoksia potilasohjauksen antamiseen. Potilasohjausta tulee antaa ajallisesti tehokkaammin sekä yhä enemmän. (Lipponen 2014, 19.) Ohjauksen synonyymeina käytetään usein opetusta, tiedon antamista, informointia ja neuvontaa (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Terveystieteiden mukaan henkilökunnan tehtävänä on auttaa potilaita tekemään itse päätökset, mutta heidän ei tule antaa valmiita vastauksia. Tämä tekee potilaista aktiivisen toimijan hoidossaan. (Kääriäinen 2007, 26-28.) Ohjaaminen määritellään hoitohenkilökunnan ja potilaan taustatekijöihin sidoksissa olevaksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi ja vuorovaikutussuhteessa rakentuvaksi. Kaksisuuntainen vuorovaikutus on edellytys onnistuneelle ohjaukselle. (Kääriäinen 2007, 7.)

Hoitohenkilökunnan antama potilasohjaus tulee perustua lakeihin ja ammattikäytäntöihin sekä suositus- ja ohjelmaluonteisiin asiakirjoihin. Potilaan hoitoon liittyvä tieto on oltava lakisääteisen oikeuden mukaan potilaan saatavilla. Riittävällä tiedonsaannilla on vaikutusta itsemääräämisoikeuden käytölle sekä hoidon toteutukseen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:5 §.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä edellyttää, että hoitotyön ammattilaisen tehtävänä on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon laatua. Tässä kyseisessä laissa määritellään, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee olla suorittanut ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys sekä ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 1:2 §.)

## 5.2 Ohjausprosessi

Ohjaus hoitotyössä on keskeinen osa asiakkaan hoitoa. Yleensä ohjaus rakentuu niille asioille, joita potilas nostaa esiin ja jotka ovat tärkeitä hänen terveydelleen ja hyvinvoinnilleen tai sairaudelleen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hivonen & Renfors 2007, 26.) Hoitohenkilökunnan tulee huomioida potilasohjauksessa hoitohenkilökunnan ja potilaan taustatekijät. Taustatekijät jaetaan fyysisiin, sosiaalisiin ja psyykkisiin sekä muihin ympäristötekijöihin. Potilaslähtöisyys on onnistuneen ohjauksen perusta. Potilaan sitoutumista hoitoon tuetaan vuorovaikutussuhteessa, jossa on keskeistä tukea asiakkaan aktiivisuutta ja tavoitteellisuutta. (Kyngäs ym. 2007, 17-18.)

Ohjausprosessi voi näyttäytyä joko aktiivisena ja tavoitteellisen ongelman ratkaisuna tai kokemusten kautta oppimisena. Ohjausprosessissa käsitellään yhdessä potilaan tilannetta ja tuetaan häntä siinä. Eteneminen ohjausprosessissa tapahtuu joko muodollisesti tai rutiininomaisesti tavoitteista riippuen. (Kääriäinen 2007, 106.) Potilaan ohjausprosessiin sisältyy määritellä ohjauksen tarve, suunnitella ohjauksen kulku, toteuttaa ohjaus sekä pohtia ohjaamisen onnistumista ja vaikuttavuutta. Sama prosessi toistuu kaikissa potilaan hoidon vaiheissa. Lähtökohta ohjausprosessille on potilaan hoidon tarpeen arviointi huomioiden aikaisemmat potilastiedot. Potilasohjauksen jatkuvuuden varmistamiseksi kirjaaminen on tärkeää, jotta hoitosuunnitelma on ajan tasalla. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006, 10-11.)

Potilaslähtöisessä ohjausprosessissa esiintyy selvästi potilaan kyky tehdä yhteistyötä hoitajan kanssa, jolloin he suunnittelevat, toteuttavat ja arvioivat toimintaansa. Ohjausprosessin toiminnan ajatuksena on yhdessä suunnitella ja rakentaa ohjausprosessi sekä tukea ja auttaa potilaan omaa toimintaa. (Saarela 2013, 8-9.) Potilaslähtöinen ohjaus tulee perustua kokonaisvaltaisesti potilaaseen, huomioiden fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja muun ympäristötekijät. Yhdessä potilaan kanssa mää-

ritellyt tavoitteet saavutetaan parhaiten huomioimalla potilaan elämäntilanne. Ohjausprosessin lähtökohtana tulisi aina olla se mitä potilas jo tietää, mitä hänen täytyy tietää ja mitä hän haluaa tietää sekä mikä on hänelle parhain tapa saavuttaa tavoitteet. Potilaan hoidon sitoutumiseen vaikuttaa se, kuinka paljon potilaan oma näkemys hoidosta tulee esille. Potilaslähtöisen ohjauksen tavoitteiden tekemisessä tulisi huomioida, että tavoitteet ovat mahdollisia saavuttaa, konkreettisia sekä arvioinnin alla olevia. (Kääriäinen ym. 2005a, 27-28.)

### 5.3 Hoitohenkilökunnan edellytykset potilasohjaukseen

Potilasohjaus edellyttää hoitohenkilökunnalta aktiivista, tavoitteellista ja johdonmukaista toimintaa ohjaustilanteissa (Kääriäinen 2007, 42). Potilasohjauksen edellytyksiä ovat asianmukaiset ohjausresurssit. Resurssit vaikuttavat potilasohjauksen toimintaan, ja siitä edelleen sitten potilaslähtöisyyteen, vuorovaikutteisuuteen, aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen. (Kääriäinen 2008, 10.) Laadukas ohjaus perustuu potilaslainsäädännön tuntemukseen, henkilöstön ammatilliseen vastuuseen, riittävään tietoperustaan, hyviin ohjausvalmiuksiin sekä taitoon tunnistaa ohjattavan yksilölliset tarpeet (Kempainen ym. 2010, 5-6).

Potilasohjausta antavan hoitohenkilökunnan tulee olla tietoisia tunnistamaan ja tiedostamaan omat ohjausta koskevat lähtökohdat, kuten mitä, miten ja miksi ohjataan. Tällä tavalla pidetään huolta laadukkaasta ohjauksen toteuttamisesta. Heidän täytyy myös tiedostaa, millainen ammatillinen vastuu hoitohenkilökunnalla on edistää potilaan valintoja. Luottamus ja tutkittu tieto sekä pitkä ammatillinen kokemus ovat potilasohjauksen perusta. (Kääriäinen 2008, 13.) Asiakkaalla on oikeus päättää hoidostaan sekä siitä, että haluaako hän ohjausta ja miten hän saamansa ohjauksen pohjalta toimii (Kääriäinen 2007, 27).

Laadukkaalle ohjaukselle ominaista on potilaslähtöisyys, jolla tarkoitetaan potilaan taustatekijöiden, kuten tarpeiden ja läheisten huomioimista. Tavoitteena on turvata potilaalle riittävä ja vaikuttava ohjaus sekä antaa mahdollisuus osallistua ohjauksen

kehittämiseen. Se, että potilas saa ohjausta riittävästi jo ennen sairaalaan tuloa vaikuttaa potilaiden tyytyväisyyteen ja mielialaan. Lisäksi sairaalakäynnin aikana saadulla ohjauksella on vaikutuksia esimerkiksi potilaiden tiedon määrään, klinisiin tuloksiin, elämänlaatuun, sairaala-ajan pituuteen ja omahoitoon sekä hoitoon sitoutumiseen. Ohjaustarpeeseen vaikuttavat potilaan ikä, sukupuoli, koulutus, siviilisääty, elinolosuhteet sekä mahdollinen sairaus. (Kääriäinen 2007, 42.)

Hoitohenkilökunnan ammatillisen vastuun ja ohjausvalmiuksien lisäksi laadukkaan ohjauksen toteuttaminen vaatii vuorovaikutteisuutta. Ohjauksen tulisi olla kiireetöntä, asiantuntevaa ja luotettavaa. Vuorovaikutus edellyttää hoitohenkilökunnalta ystävällisyyttä, empaattisuutta, potilaan aktiivista kuuntelemista ja positiivisen palautteen antamista. Hoitohenkilökunnan täytyy myös havainnoida potilaan verbaaleja ja non-verbaaleja ilmaisuja. (Kääriäinen 2007, 30-41.) Jokainen ohjausprosessi on yksilöllinen, mikä tarkoittaa, että hoitajaltakin edellytetään oppimista. Hoitajan havainnointi ohjauksen eri vaiheissa on tärkeää, jolloin huomioidaan prosessin eri osien vaikutukset toisiinsa. Sillä tavalla ohjaus tukee myös voimaantumista ja itseohjautuvuuden kasvua. (Kääriäinen 2008, 13.)

#### 5.4 Ohjausmenetelmät

Tutkimukset osoittavat, että potilaat muistavat vain 10 % siitä, mitä he kuulevat, 75 % siitä, mitä he näkevät ja 90 % siitä, mitä heidän kanssaan käydään läpi sekä kuulo- että näköaistia käyttämällä. Arvioinnin perusteella voidaan tehdä johtopäätöksiä siitä, että ohjauksessa tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hivonen & Renfors 2007, 70.) Ohjausta voidaan antaa suullisesti sekä kirjallisen ohjausmateriaalin ja audiovisuaalisen ohjauksen avulla (Kääriäinen 2007, 36-37).

##### 5.4.1 Suullinen ohjaus

Ohjaus toteutetaan useimmiten suullisesti, sillä vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä. Kaksisuuntainen vuorovaikutus mahdollistaa potilaiden kysymysten

esittämisen, väärinkäsitysten oikaisemisen ja tuen saamisen hoitohenkilökunnalta. (Kääriäinen 2007, 36-37.)

Ohjausta voidaan antaa joko sanattomasti tai sanallisesti tai molempia hyödyntäen. Tavoitteena ohjauksen toteutukselle olisi, että ohjaus tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Onnistuneessa ohjauksessa hoitaja ja potilas ymmärtävät keskustelun etenemisen ja merkityksen samalla tavalla sekä puhuvat samaa kieltä. Merkitykset sanoille voi muuttua jopa saman kielen ja kulttuurin sisällä. Tavoitteisiin pääseminen ei kuitenkaan aina ole mahdollista. Vuorovaikutuksen vain yksi pieni osa on sanallista viestintää eli verbaalista, joten vuorovaikutuksessa on kiinnitettävä huomioita selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. Vuorovaikutuksessa tulee osata tulkita toisen sanaton viestintää, sillä jopa puolet vuorovaikutuksesta on sitä. Sanaton viesti tukee sanallista viestintää painottamalla, täydentämällä, tukemalla, kumoamalla tai jopa korvaamalla kokonaan sanallisen viestin merkityksen. Sanattomassa viestinnässä eli nonverbaalisessa viestit ilmenevät toiselle ihmiselle ilmein, kehonliikkein, elein ja teoin. Sanaton viestintä voi olla myös tiedostamatonta, joten sen kontrollointi on silloin vaikeaa. (Kyngäs ym. 2007, 38-39.)

Suullista ohjausta toteutetaan joko ryhmissä tai yksilöllisesti. Yksilöohjausta potilaat arvostavat, sillä silloin mahdollistetaan heidän omista tarpeista lähtevän ohjauksen, aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. Yksilöohjaus vaatii hoitohenkilökunnalta aikaa. Ryhmäohjaus toimii hyvin silloin, kun useilla potilailla on samaan aiheeseen liittyviä ohjaustarpeita. Ryhmäohjaus antaa mahdollisuuden vertaistukeen. (Kääriäinen 2007, 36-37.)

#### 5.4.2 Kirjallinen potilasohjaus

Kirjallista ohjausta yhdessä suullisen ohjauksen rinnalla pidetään hyödyllisenä, koska sillä parannetaan hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta. Kirjallinen ohjaus ei välttämättä perustu potilaiden näkökulmaan asiasta ja teksti on voitu kirjoittaa liian vaikeasti, jolloin osa potilaista ei ymmärrä sitä. Laadukas kirjallinen ohjausmateriaali on

selkeää ja vastaa sisällöltään potilaiden tarpeita. Muistamista ja ymmärtämistä voidaan helpottaa yksinkertaisilla kuvilla. (Kääriäinen 2007, 37.)

Jos suullisen ohjauksen antaminen potilaalle jää vähäiseksi, on kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö tarpeellinen. Lyhentyneiden sairaalassaoloaikojen myötä kirjallisen ohjauksen antaminen on tärkeää huomioida. Kirjallista ohjausmateriaalia voidaan hyödyntää jo ennen varsinaisen hoidon aloitusta, koska silloin potilas saa etukäteen tietoa tulevista hoitoon liittyvistä asioista, kuten vaikuttavista tekijöistä hoidon onnistumiselle. Kirjallisen ohjausmateriaalin yleisimpiä käyttöalueita on kotiutusohjeet. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

#### 5.4.3 Audiovisuaalinen potilasohjaus

Menetelmistä käytetään vähiten audiovisuaalista ohjausta. Tietoa ja tukea tarjotaan yleisesti tai vuorovaikutteisesti teknisten laitteiden, kuten videoiden, äänikasettien tietokoneohjelmien ja puhelimen välityksellä. Toisaalta esimerkiksi video voi aiheuttaa potilaalle väärinkäsityksiä tai herättää potilaassa vahvoja tunteita, jolloin hänellä tulisi olla mahdollisuus keskustella asioista hoitohenkilökunnan kanssa. Audiovisuaalisen ohjauksen avulla pystytään selvittämään väärinkäsityksiä, palauttamaan asioita muistiin sekä tarjoamaan ohjausta helpommin myös omaisille. (Kääriäinen 2007, 37.)

## 6 POTILASOHJAUS SYNNYTYSVUODEOSASTOLLA

### 6.1 Perhevalmennus

Ensimmäisen vauvan odottaminen on suurien muutoksien aikaa, jolloin vanhemmat tarvitsevat paljon tiedollista ja konkreettista tukea. Toisen lapsen kohdalla tuen tarve saattaa olla kuitenkin pienempi kuin ensimmäisen, jolloin neuvon ja tuen tarve on erityisen tärkeää. Tuleva äiti ja isä kasvavat vanhemmuuteen sekä käyvät läpi erilaisia parisuhteessa tapahtuvia muutoksia. (Haapio & Pietiläinen 2009, 201.) Esikoista odottava perhe tai toinen vanhempi sekä maahanmuuttajat ovat oikeutettuja perhevalmennukseen, johon sisältyy myös synnytysvalmennus sekä vanhempainryhmätoimintaa. Vanhempainryhmätoiminta jatkuu myös vauvan syntymän jälkeen, koska silloin on olennaista lapsen hoitoon ja vanhemmuuteen liittyvät asiat. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015.) Perhevalmennuksen tavoitteena on luoda hyvät edellytykset raskaus-, synnytys- ja lapsivuodeajalle sekä tukea perheen kokonaisvaltaista hyvinvointia (Eskola & Hytönen 2002, 124).

Suomalainen äitiyshuolto on hyvin järjestetty ja moniammatillinen kokonaisuus palveluita. Äitiyshuollon palvelut kuuluvat kaikille raskaana oleville. Ne muodostuvat perusterveydenhuollon maksuttomista äitiysneuvolakäynneistä sekä erikoissairaanhoidon synnytyssairaalaan. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on yksilön laadukas ja kokonaisvaltainen sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävä hoito. Äitiyshuollon palvelut tukevat vanhempien itsenäistä selviytymistä ja aktiivista osallistumista omaan hoitoonsa. (Haapio & Pietiläinen 2009, 201; Eskola & Hytönen 2002, 124.)

Perhevalmennusta antavat pääsääntöisesti äitiysneuvolan terveydenhoitajat sekä synnytyssairaalan kätilöt. Se vaatii hyvää ammattitaitoa, innostusta aiheeseen sekä tietoa aikuiskasvatuksesta sekä ryhmässä opettamisesta. Melkein jokainen ensimmäistä lastaan odottava suomalainen äiti ja isistäkin noin 75 % osallistuu perhevalmennukseen. Isät ovat hyötäneet valmennuksessa saamastaan muiden isäksi tule-



vien tuesta, jolloin he voivat keskustella uudesta elämäntilanteesta ja isäksi tulemisestä. Tapaamisissa suositellaan käytäväksi neljä kertaa raskausaikana sekä ainakin kerran synnytyksen jälkeen. (Haapio & Pietiläinen 2009, 201-202; Eskola & Hytönen 124.)

Perhevalmennukseen sisältyy synnytysvalmennus ja sen osana tutustumiskäynti synnytyssairaalaan. Tavoitteena synnytysvalmennuksessa on valmistaa vanhempia synnytystapahtumaan, jotta siitä muodostuisi ehjä ja myönteinen kokemus molemmille. Ehjään synnytyskokemukseen kuuluu hallinnan tunne, joka edellyttää uskoa ja luottoa omiin kykyihinsä synnyttää. Jokaisella äidillä on supistuskipu ja tuntemuksia, että toimii henkisesti ja ruumiillisesti voimiensa ääri rajoilla. Synnytykseen kuuluu onnen ja ilontunteita, mutta myöskin pettymystä, epätoivoa ja pelkoa vauvan syntymästä. Synnytysvalmennuksessa vanhempia tulisi korostaa olemaan aktiivisia toimijoita. (Haapio & Pietiläinen 2009, 201-202; Rode 2014, 64-65.)

## 6.2 Imetysohjaus

Terveydenhuollon ammattilaiset, kuten esimerkiksi terveydenhoitajat ja kättilöt antavat imetysohjausta. Se tarkoittaa äidille annettavaa neuvontaa, tukea ja ohjausta, jonka tavoitteena on imetyksen mahdollistaminen ja edistäminen. Terveydenhuollon henkilökunnan on saatava jatkuvaa imetyskoulutusta, koska sen on tutkittu lisäävän äitien tyytyväisyyttä saamaansa ohjaukseen (Hannula, Kaunonen, Koskinen, Tarkka 2010, 1). Raskausaikana annettavan ohjauksen tavoitteena on imetykseen liittyvän tiedon lisääminen sekä positiivisen kuvan lisääminen imetystä kohtaan. Synnytyssairaalassa imetysohjauksessa on keskeistä vanhempien valmiuksien lisääminen imetystä kohtaan, eli heidän tulee osata arvioida riittävä ravinnonsaanti sekä mihin ottaa yhteyttä mahdollisten imetysongelmien ilmaantuessa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014, 109.) Imetysohjauksessa henkilökunnan on tuettava äidin luottamusta sekä ohjata käytännönläheisesti imetystä, kuten esimerkiksi mallinuken

avulla. Imetysohjauksen antaminen voi olla monipuolista ohjausmenetelmien käyttöä, eli voidaan antaa yksilöohjausta, ryhmäohjausta, kirjallisia oppaita sekä opetusvideoita. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 47-49.)

Imetysohjausta toteutetaan eri tapojen ja menetelmien avulla yksilöllisesti, perheen toiveiden ja tarpeiden mukaisesti. Imetys opitaan harjoittelemalla ja erityisesti moni ensisynnyttäjä tarvitseekin siinä paljon ohjausta. Tehokkainta imetysohjaus on silloin, kun käytetään eri menetelmiä toistensa tukemiseksi. Kirjalliset oppaat ja videot eivät yksistään riitä edistämään imetystä vaan tarvitaan myös konkreettisesti kasvokkain annettua imetysohjausta. (Hannula, Kaunonen, Koskinen & Tarkka 2010, 2.)

Imetysohjauksen tulee alkaa jo raskauden aikana, koska rinta alkaa silloin valmistautua imetykseen. Neuvolassa voidaan perheen kanssa käydä läpi heidän suunnitelmiaan imetykseen liittyen sekä antaa heille tietoa imetyksen hyödyistä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Äidinmaidon erityistä säätelevät eri hormonit, kuten oksitosiini sekä prolaktiini. Oksitosiini laukaisee herumisrefleksin ja prolaktiini saa aikaan maidon erittymisen rinnassa. Imetys on luonnollinen tapa ruokkia vauvaa. Se on lisäksi fysiologinen, hygieeninen, helppo sekä erityisesti halpa tapa. Imetys lisää myös vauvan ja äidin välistä varhaista vuorovaikutusta. Äidinmaidon koostumus on yksilöllinen ja siihen vaikuttavat synnytyksestä kulunut aika, äidin ruokailu, imetyksen kesto sekä vuorokauden ajankohta. (Järvenpää 2012, 302-303.) Täysimetys riittää vauvalle ensimmäisen puolen vuoden ajaksi ja se on Suomessa suositeltua vähintään 4 kuukauden ikäiseksi asti. Ainoastaan D-vitamiinia vauva ei äidinmaidosta saa, joten tämän vuoksi vauvalle suositellaan annettavaksi D-vitamiinilisä. (Imetyksen tuki Ry 2016.)

Synnytyssalissa vauva ottaa ensi-imunsa. Tämä on tunteellinen hetki, johon äiti ja vauva ovat fyysisesti valmistautuneet raskauden ajan. Vastasyntyneen ensimmäinen ruokailu on useasti hyvin voimakas. Hänelle annetaan aikaa tutustua rintaan

sekä vauvan poskia voidaan stimuloida rinnalla, jotta suu hän avaisi suunsa. Imemisen oppiminen on ajallisesti yksilöllistä ja se voi kestää joillakin pitempään kuin toisella. Imemisrefleksin toimimiseen vaikuttaa myös synnytyksessä annettu sekä sen jälkeen tapahtunut hoito ja lääkitys. Vauvaa suositellaan pidettäväksi ihokontaktissa ensimmäisen tunnin ajan, jotta imemisrefleksi toimii parhaiten. (Järvenpää 2012, 305; Myers-Gorrie, Slone-Mckinney & Smith-Murray 1998, 597-598.) Terveellä ja hyvävointisella vauvalla ensi-imu tapahtuu yleensä ensimmäisen tunnin aikana syntymästä. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 330).

Sairaalassa imetysohjausta tulee toteuttaa WHO:n sekä Unicefin vauvamyönteisyys-ohjelman mukaisesti. Vauvamyönteisyysohjelman tarkoituksena on mahdollistaa hyvä alku imetykselle synnytys­sairaalassa, tukea täysimetystä kuuden kuukauden ikäiseksi asti sekä edesauttaa imetyksen jatkumista kuuden kuukauden iän jälkeen kiinteän lisäruuan ohella vuoden ikäiseksi tai pidempään. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.) Alun perin ohjelma oli käytössä vain synnytys- ja lapsivuodeosastolla. Myöhemmin se on otettu käyttöön myös neuvoloissa. Neuvoloissa, synnytys­sairaalassa sekä kaikkialla missä hoidetaan imeväisikäisiä lapsia, tulee olla yhteneväiset tiedot imetyksestä. (Eskola & Hytönen 2008, 271.)

Synnytys­sairaalassa annettavan imetysohjauksen tarkoituksena on ohjata vanhemmille imetyksen perustaitoja, kuten toimivia imetysasentoja, vauvan imuotteita, imun tehokkuuden sekä nälän tunnistamista. Hyvä imuote on tärkeä, koska sillä edistetään vauvan riittävää ravinnonsaantia sekä se ehkäisee myös rintojen haavautumista. Ohjauksessa on erittäin tärkeä neuvoa äitiä ja isää tarkkailemaan vauvan riittävää ravinnonsaantia, etenkin varhaisessa kotiutumisessa. Riittävän ravinnonsaannin merkkejä terveellä vauvalla ovat tyytyväisyys, nukahtaminen syömisen jälkeen, ulosteen määrä sekä laatu, vaippojen kulutus sekä ihon kimmoisuus. Äidin ravinnolla on myös vaikutus maidon määrään, joten häntä tulee kannustaa terveelliseen ravintoon, riittävään nesteytykseen sekä liikuntaan. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 330-333; Eskola & Hytönen 2008, 270-271.)

### 6.3 Vauvan hoidon ohjaus

Vanhemmat saavat synnytyssairaalassa ohjausta vauvan käsittelyyn ja hoitamiseen. Vauvaa tulee käsitellä rauhallisesti ja turvallisesti, koska vastasyntynyt voi olla hyvinkin velto. Kätilö tukee vanhempien toimintaa ja vahvistaa heidän itseluottamusta vauvan hoidon suhteen. Vanhempia ohjataan myös tulkitsemaan vauvan viestejä, mutta parhaiten ne voimistuvat vauvaa hoitamalla. (Eskola & Hytönen 2008, 259-260.) Vauvan perushoitoon kuuluvat asiat ohjataan konkreettisesti vanhemmille. Näitä ovat vaipan vaihto, pyllyn peseminen, kylvetys sekä ihon- ja navanhoito. Vanhempien kanssa keskustellaan myös vauvan tyyntymisestä, pukeutumisesta ja ulkoilusta sekä synnytyskokemuksesta. (Järvenpää 2012, 278.)

Sairaalassa terve vauva on äidin vierihoidossa koko osastolla oloajan. Vierihoidon merkitys on suuri, sillä se esimerkiksi edistää varhaista vuorovaikutusta. Vauva tuntee olonsa myös turvallisiksi äidin ihokontaktissa. (Deufel & Montonen 2016, 172.) Vierihoido mahdollistaa myös äidin helpomman mukautumisen vauvan vuorokausirytmiiin. Turvallinen ilmapiiri luo äidille mahdollisuuden saada tällä tavalla myös luottamusta omiin kykyihinsä sekä vauvan hoitamiseen. (Järvenpää 2012, 277.)

Vauvan iho on herkkä ja sen hoitaminen tärkeää. Täysiaikaisesti syntyneen vauvan iho on yleensä vaaleanpunainen, pehmeä ja ohut. Punaisuus johtuu veren suuresta hemoglobiinipitoisuudesta, joka on noin 180 grammaa litrassa. Yliaikaisella vauvalla iho voi kuitenkin olla vaalea, hilseilevä sekä paksu. Ihon kuntoa ja väriä tulee tarkkailla päivittäin, jotta mahdolliset ongelmat huomataan mahdollisimman aikaisin. Ongelmia voivat olla kalpeus, kuivuus sekä kellastuminen. Vauvalla saattaa olla kasvoilla myös synnytyksen jäljiltä mustelmia sekä verenpurkauksia, joita saattaa olla myös silmissä. (Järvenpää 2012, 280; Deufel & Montonen 2016, 192.)

Vanhemmille ohjataan, kuinka he voivat päivittäin hoitaa vauvan ihoa ja taiteita. Vauvan ihon puhtaus edistää ihon kuntoa. Tervettä lasta voidaan kylvettää noin kaksi kertaa viikossa ja pylyä pestään aina tarvittaessa, esimerkiksi vaipan vaihdon

yhteydessä. Vastasyntyneellä esiintyvä lapsenkina on aluksi hyvä suoja iholle, mutta myöhemmin se voi alkaa hautoa ihoa. Tämän vuoksi taiteiden puhdistus on erityisen tärkeää, koska sinne saattaa syntyä myös haavaumia. Vauvan kuivaa ihoa voidaan rasvata, mutta myös kylpyveteen lisätty pesu öljy kosteuttaa ihoa. (Järvenpää 2012, 281-282; Deufel & Montonen 2016, 196.) Navan hoitamiseksi napatynkä pidetään puhtaana ja kuivana siihen asti, että tynkä irtoaa noin kahden viikon ikään mennessä. Napa puhdistetaan nostamalla tynkää ja puhdistamalla poimut esimerkiksi pumpulipuikolla. Vanhempia ohjataan tarkistamaan navan kunto, sillä napaa tulee puhdistaa 3-4 kertaa vuorokaudessa antiseptisellä liuoksella, mikäli siinä esiintyy hajuja tai eritteitä. (Deufel & Montonen 2016, 197; Rode 2014, 121.)

#### 6.4 Äidin itsehoidon ohjaus

Äidin itsehoidon ohjaus on tärkeää. Kätilö ohjaa äitiä heti synnytyksen jälkeen itsensä hoitamisessa ja keskustelelee hygieniasta. Synnytyksen jälkeen äidin hien erityis saattaa voimistua sekä voi olla jopa pahantuoksuista. Synnytyksen jälkeisen vuodon määrä on yksilöllinen. Veristä vuoto voi tulla paljon sekä synnytyselimiin on voinut tulla repeämiä sekä limakalvovaurioita. Turvotusta voi esiintyä ja äiti saattaa kärsiä peräpukamista. Äidin kannattaa välttää ummetusta, erityisesti mikäli hänellä on synnytyksestä tullut peräpukamia ja ummetuksen ehkäisemiseksi hän voi käyttää vatsaa pehmentäviä valmisteita (National Institute for Health and Care Excellence 2006). Vauvan synnyttyä rinnat alkavat erittää maitoa ja ovat turvoksissa. (Järvenpää 2012, 273.)

Lapsen syntyessä alapään pehmytkudokset venyvät voimakkaasti ja haavaumia tai repeämiä voi syntyä limakalvoille, välilihaan tai emättimeen. (Raussi-Lehto 2013, 272). Episiotomian ompelun ripeä ja taitava toteutus sopivalla kivunlievityksellä on tärkeää. Synnyttäjälle episiotomian ompelu voi olla traumaattinen kokemus. Kätilö tutkii huolellisesti vaurion määrän ja laadun sekä haavan syvyyden ja pituuden. Ompelun ajatuksena on, että normaali anatomia palautuisi. Ompelun yhteydessä on

hyvä antaa äidille ohjeita haavanhoidosta: haavaa tulee suihkuttaa runsaasti ja siteitä vaihtaa riittävän tiheästi. Samalla kerrotaan ompeleiden liukenemisesta ja normaalista jälkivuodosta. (Raussi-Lehto 2013, 265.)

Kätilö seuraa vaurioiden paranemista, repeämien ja epsiotomian aiheuttamien haavojen turvotusta, tarkkailee haavavuotoja tai mahdollisen hematooman eli verenvuotuksen muodostumista kudoksiin tai epsiotomiahaavaan. Kätilö seuraa jatkuvasti synnytysalueen kipuja ja niiden syytä. Syynä kipuun voivat olla turvotus, vuotava suoneenpää tai tiukat ompeleet. Yleensä kuitenkin parantuminen tapahtuu nopeasti, koska emätin on verkäs ja paranemisaltis elin (Nuutila & Ylikorkala 2011, 476). Peräsuolikivut voivat olla myös mahdollisia. Kaikista vaivoista huolimatta on tärkeää, että äiti ei jää makaamaan suuren laskimontukkotulehdus vaaran vuoksi. (Raussi-Lehto 2013, 272-273.)

Kätilö tarkkailee synnytyksen jälkeen erityisesti äidin elimistön palautumista synnytyksestä ja lapsen hyvinvointia. Perheen varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen kuuluu synnytyksen jälkeiseen kätilötyöhön. Synnyttäneen äidin fyysistä tilaa seurataan kohdun supistumisen, vuodon ja yleisvoinnin perusteella. (Raussi-Lehto, 265-266.) Kohdun supistumista, jälkivuodon määrää laatua seurataan tarkasti ensimmäisinä päivinä jopa tunteina. Heti lapsen ja jälkeisten synnyttyä kohtu painaa noin 1000 grammaa ja kohdun pohja on tunnettavissa suunnilleen navan ja rintalastan kärjen puolivälissä tai hieman sen alapuolella. Kohdun supistumiseen vaikuttaa imetys, sillä oksitosiini on kohtua supistava hormoni. Jälkivuoto on runsainta vuorokauden kuluttua synnytyksestä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016; Deufel & Montonen 2016, 23-24.)

Virtsaamisvaikeudet ovat yleisiä synnytyksen jälkeen sekä puudutuksen vuoksi alavatsalla voi olla tuntoherkkyyksiä. On tavallista, että äiti ei tunnista, että hänellä on virtsaamistarve tai sitten hänen on vaikea tyhjentää täyttä rakkoa. (Mayo Clinic 2015). Myös synnytyselimissä oleva turvotus, kipu sekä mahdolliset repeämät saattavat hankaloittaa virtsaamista. Tämä kuitenkin helpottuu ajan myötä. Virtsaaminen

onnistuu parhaiten lääkityksen ja alapään suihkuttelun yhteydessä parhaiten. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.)

Kättilön tulee ohjata äitiä myös hyvästä käsihygieniasta, alapesusta wc-käyntien yhteydessä sekä säännöllisestä suihkussa käymisestä. Äidille on hyvä kertoa, että tämä auttaa ehkäisemään infektioilta, koska kohdunsuu ei ole täysin sulkeutunut. (Järvenpää 2012, 273.) Äitiä ohjataan seuraamaan tulehduksen oireita. Esimerkiksi kova alavatsakipu ja kuume ovat tulehdukseen viittaavia oireita, joiden ilmaannuttua on syytä hakeutua lääkäriin (Jyväskylän kaupunki 2017).

Synnytyksen jälkeen yleisiä vaivoja ovat selkävaivat, sillä relaksiinihormoni on löysyttänyt lantion rustoliitoksia. Kättilö ohjaa äitiä käyttämään ergonomisia asentoja, kun hän hoitaa ja nostelee vauvaa. Äitiä voidaan ohjeistaa käyttämään leveäolkaimisia rintaliivejä turvoksissa oleville rinnoilleen selkävaivojen ehkäisyksi. (Järvenpää 2012, 273-274.) Venyneiden vatsanpeitteiden kuntoutus ja lantionpohjan lihasten voimistelu kannattaa aloittaa muutaman päivän kuluttua synnytyksestä. Lihakset tukevat virtsaputken ja peräaukon suuta supistuessaan. Lantionpohjan lihasten kuntouttaminen vähentää virtsan karkailua ja virtsanpidätysongelmia. (Deufel & Montonen 2016, 180.)

Lapsivuodeaika merkitsee naiselle monella tasolla muutosta ja sopeutumista. Psykkinen sopeutuminen muuttuneeseen elämäntilanteeseen saattaa viedä jopa vuoden. Useimmat äidit tarvitsevat pienen, rauhoitetun hetken synnytyksestä toipumiseen ennen kuin myönteiset tunteet vastasyntyntä kohtaan heräävät. Äiti on hyvin herkässä mielentilassa synnytyksen jälkeen. Tämä on tarkoituksenmukaista ja auttaa äitiä tulkitsemaan herkemmin lapsen viestejä ja vastaamaan niihin. Synnytyksestä ja muuttuneesta vuorokausirytmistä aiheutunut väsymys on merkittävä riskitekijä äidin hyvinvoinnille ja lisää taipumusta alakuloisuuteen, joten riittävän levon saaminen on ehdottoman tärkeää. Useimmilla äideillä on itkuherkkyyttä ja mielialan vaihteluja muutaman päivän ajan synnytyksen jälkeen. Äidin tilaa tulee tarkkailla, ettei

mielialan ailahtelu jatku pidempään, koska se voi johtaa lapsivuodepsykoosiin. (Järvenpää 2012, 274; Espoon kaupunki.)

### 6.5 Äidin seksuaalisuus

Äitiys on elämän ruumiillisimmasta kokemuksesta. Raskaana olevalle ja hänen kumppanilleen annetaan tietoa raskausajan seksuaalielämästä. Raskaus ja lapsen saaminen vaikuttavat monella tapaa yksilöjen kokemaan seksuaaliseen hyvinvointiin ja parisuhteen laatuun. Raskausajan kehon muutokset voivat vaikuttaa seksuaaliseen haluun. (Dufva 2014, 9-12.) Toisaalta alkuraskauden oireiden vähentymisen myötä keskiraskaudessa lantion alueella verekkyyttä lisääntyy, jonka myötä genitaalialueiden herkkyys sekä kostuminen lisääntyvät ja seksuaalinen halu ja mielihyvän kokemukset voivat voimistua. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 56; Deufel & Montonen 2016, 38-39.)

Raskaana oleva nainen voi olla huolissaan siitä, ettei pysty vastaamaan kumppanin seksuaalisiin toiveisiin, tai tuntee, että hänen seksuaaliset toiveensa jäävät toteutumatta. Seksuaalisuudessa tapahtuvat muutokset raskaana olevassa naisessa voi kumppania hämmästyttää. Raskaana olevalla naisella voi olla yhdyntäkipuja. Yhdyntä on harvoin riski raskaudelle. Seksuaalielämän vähentymiseen syitä voivat olla pelko yhdynnän haitallisuudesta raskauden etenemiselle tai lapsen terveydelle. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 56.)

Fysiologiset muutokset liittyen raskauteen ja synnytykseen altistavat lantionpohjan toimintahäiriöille, kuten laskeumille, virtsan ja ulosteen karkailulle ja sitä kautta myös sukupuolielämän vaikeuksille. Lantionpohjan lihasharjoittelulla on positiivisia vaikutuksia seksuaalielämään. Raskausaika ja lapsen syntymä voi myös lähentää pareja. Olennaista parien välisessä vuorovaikutuksessa on avoin ja selkeä itseilmaisus sekä aktiivinen ja hyväksyvä toisen kuuntelu. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 56-57; Deufel & Montonen 2016, 40.)



Ehkäisyneuvonta sisältyy synnytyksen jälkitarkastukseen. Synnytyksen jälkeiseen ehkäisyyn valintaan vaikuttaa imettääkö äiti vai ei. Imetys heikentää äidin hedelmällisyyttä, mutta ehkäisykeinona voidaan käyttää ainoastaan täysimetystä. Jos äiti ei imetä, ensimmäinen ovulaatio voi tapahtua jo reilun kuukauden kuluttua synnytyksestä. Ei-imettäville äideille on laaja valikoima ehkäisyvaihtoehtoja, kun taas imettävälle äidille ehkäisyyn valinta on tarkempaa. Imettävälle äidille sopii mieluiten esimerkiksi kuparikierukka. (Potilaan lääkirilehti 2014; Deufel & Montonen 2016, 43-45.)

## 6.6 Äidin liikunta ja lepo

Liikunta raskausaikana on tärkeää. Äitiä ohjataan liikkumaan raskausaikana, sillä se ylläpitää tai parantaa kuntoa sekä myös ehkäisee painonnousua. Liikunnalla on myös positiivinen vaikutus raskauden vaivoihin, sillä se saattaa vähentää ummetusta, väsymystä sekä jaloissa esiintyvää turvotusta. Säännöllinen liikunta vaikuttaa myös äidin psyykkiseen hyvinvointiin, sillä liikunta vähentää masennus- ja ahdistusoireita. Selkävaivoja kokee suuri osa raskaana olevista. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 53; UKK-Instituutti 2016.)

Raskausmyrkytyksen riski saattaa vähentyä liikunnalla, mutta todellista tutkimusnäyttöä asiasta ei ole. Liikunnalla on myös positiivinen vaikutus raskausajan diabeetikoille, sillä se parantaa sokeriaineenvaihduntaa. Raskaana harrastettu liikunta saattaa vähentää myös riskiä sairastua kansantauteihin, kuten esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien ja osteoporoosin, sekä hänellä itsellään että lapsellaan. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 53.)

Liikunta suositukset ovat yksilöllisiä odottaville äideillä, sillä joissakin tilanteissa liikunnan harrastaminen ei ole turvallista. Vasta-aiheita ovat esimerkiksi ennen aikaisen synnytyksen uhka sekä sikiön kasvun hidastuma. Äitiä suositellaan liikkumaan noin 150 minuuttia viikossa, jos hänellä ei ole esteitä liikunnan harrastamiselle. Raskaana olevalla sopivia ja rauhallisia lajeja ovat esimerkiksi sauvakävely, hiihto ja

uinti. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 53-54.) Liikkuminen tulee keskeyttää, mikäli äidillä esiintyy kivuliaita supistuksia, verenvuotoa synnytyselimistä, epäily lapsiveden menosta, voimakas väsyminen, päänsärkyä, huimausta, hengenahdistusta tai voimattomuuden tunnetta. Äidille on myös oleellista ohjata myös lantionpohjan lihasten harjoittaminen jo raskausaikana. (UKK-Instituutti 2016.)

Äidit palautuvat synnytyksestä yksilöllisesti ja liikunnan voi aloittaa sitten, kuin äiti kokee olevansa siihen valmis. Keisarileikkauksesta toipuminen voi kestää kauemmin kuin alatiesynnytyksestä, mutta äitiä ohjataan samalla tavalla aloittamaan liikunta, kun on siihen valmis. Lantionpohjan lihasten harjoittamista painotetaan myös synnytyksen jälkeen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 54-55.) Liikunnan kuormittavuudella ei ole merkitystä maidon erityksen määrään eikä laatuun, mutta äidin on kuitenkin huolehdittava riittävästä ravinnon saannista (Jyväskylän kaupunki 2017).

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 7.1 Määrällinen tutkimusmenetelmä

Määrällisen eli kvantitatiivisen opinnäytetyön avulla selvitetään lukumääriin liittyviä kysymyksiä. Sen tarkoitus on joko selittää, kuvata, kartoittaa tai vertailla ihmisiä koskevia asioita, kuten tässä tapauksessa kartoittaa ohjauksen tarvetta. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta otosta, joka saadaan kuukauden kyselylomakkeisiin vastaamisajalla. Tämän vuoksi myös valitsimme määrällisen tutkimusmenetelmän, koska vastaajia on saatava mahdollisimman paljon kuukauden aikana. Asioita kuvataan numeraalisesti ja usein selvitetään myös ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Määrällisen tutkimuksen avulla saadaan kartoitettua mahdollisimman monelta äidiltä ohjauksen tarvetta, mutta ei pystytä kuitenkaan riittävästi selvittämään asioiden syitä. Määrälliseen tutkimukseen sopivia kysymyksiä ovat esimerkiksi ”Mikä?”, ”Paljonko?”, ”Missä?”, ”Miksi?” ja ”Kuinka usein?”. (Heikkilä 2014; Vilpas, 1-4.)

Kvantitatiivinen tutkimus kuvaa ja tulkitsee ilmiöitä mittausmenetelmillä ja keräävät numeerisia tutkimusaineistoja. Kun aineistoa kerätään kyselylomakkeella, sisältää lomake pääasiassa suljettuja kysymyksiä. Määrällinen tutkimuksen tuloksena syntyy havaintoaineisto, jota analysoidaan tilastollisesti. Tilastoista voimme tulkita esimerkiksi ohjauksen tarpeen ajankohdan ja mieluisimman ohjausmuodon. Jotta tutkimuksessa saadut tulokset olisivat luotettavia, on tutkimusaineiston oltava riittävän suuri ja edustava. (Vilka 2007, 25; Vilpas, 1.)

Määrällisen tutkimuksen avulla puretaan teorioita ja teoreettisia käsitteitä sekä yritetään löytää säännönmukaisuuksia aineistosta. Tutkimus alkaa teoratiedosta ja tästä edetään käytäntöön eli tässä tapauksessa kyselyyn. Kyselyn jälkeen palataan takaisin teoriaan analysoimalla ja tulkitsemalla tuloksia. Teoreettiset käsitteet ovat laajoja ja ne ovat muodostuneet tutkimustyön tuloksena. Näistä käsitteistä muodostetaan uusia alakäsitteitä, mutta on kuitenkin muistettava johdonmukaisuus käsitteiden vä-

lillä, koska käsitteet on purettava osa-alueisiin. Kysymyslomakkeen konkreettiset käsitteet ovat arkikelisempiä ja näiden teoreettisesti ja konkreettisten käsitteiden on vastattava toisiaan, jotta kaikki ymmärtävät kyselylomakkeen kysymykset samalla tavalla. (Vilka 2007, 26.)

## 7.2 Kyselylomake ja aineiston keruu

Kyselylomakkeessa kaikilta kysytään täysin samat asiat samalla tavalla. Kyselylomake on soveltuva, koska otanta on suuri. Kyselylomakkeiden ongelmana voi kuitenkin olla, että ne palautuvat hitaasti tutkijalle. (Vilka 2007, 28.) Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeet ovat tutkittavilla osastolla oloajan, joka on Terveiden ja Hyvinvoinninlaitoksen mukaan keskimäärin kolme vuorokautta (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 253). Tutkittavat henkilöt voivat palauttaa kyselylomakkeen osastolla olevaan suljettuun postilaatikkoon. Kyselylomakkeet ovat osastolla helmikuun 2017 ajan. Kyselyn ajoitus on suunniteltava hyvin, jotta vastausprosentti on mahdollisimman suuri (Vilka 2007, 28-29). Opinnäytetyön kyselylomakkeisiin vastasi yhteensä 38 synnyttänyttä äitiä. Lapin keskussairaalassa oli helmikuun aikana 73 synnyttäjää eli vastausprosentti on 52%.

Lomakkeessa on käytössä vakioituneet ja strukturoituneet monivalintakysymykset. Se on tehtävä huolellisesti, koska lomaketta ei voida enää korjata lähetyksen jälkeen. Tärkeää on varmistaa, että kysymysten muotoilu on selkeää ja vastaajalla on aihetta koskeva tieto. (Vilka 2007, 63-65.) Tässä auttaa saatekirje, joka on esitetty hyvällä asiatyylillä ja yleiskielellä. Siitä vastaaja saa kokonaiskuvan tutkimuksesta ja sen perusteella päättää osallistumisestaan tutkimukseen. Saatekirje on vastaamisen motiivintukeina, jolla otos saadaan suureksi. (Heikkilä 2014.)

Lomakkeessa ei ole sattumanvaraisia kysymyksiä vaan ainoastaan niitä, jotka mitaavat vain sitä mitä tutkitaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87). Kysymysten tulee olla toistensa poissulkevia, jotta vastaajasta ei tunnu, että hän vastaa

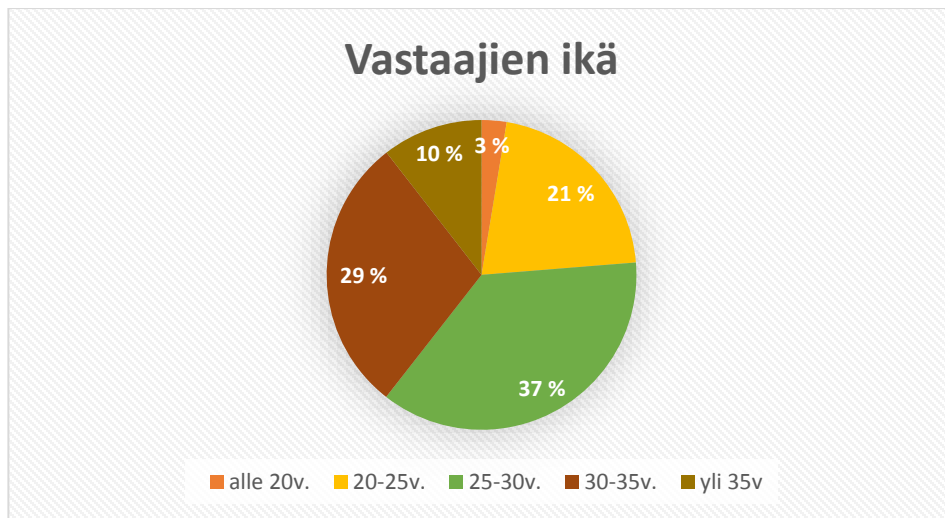
kahteen kohtaan. Samaa aihetta koskevat kysymykset tulee olla ryhmiteltynä kokonaisuuksiksi. Kokonaisuudet otsikoidaan, koska selkeät otsikot helpottavat vastaajaa. Kysymyslomake on hyvä tarkistuttaa ulkopuolisella, kuten esimerkiksi ohjaajalla, jonka avulla arvioidaan kysymysten täsmällisyyttä ja selkeyttä. (Vilka 2007, 76-78; Heikkilä 2008, 47-48.)

Teoriatieto tulee purkaa arkikielen tasolle ja mitattavaan muotoon. Mittaaminen tapahtuu mitta-asteikolla, johon ryhmitellään ja vakioidaan tutkittavat muuttujat. Muuttujat tulee purkaa ennen mittaamista kysymyksiksi ja vastausvaihtoehdoiksi. Tutkimuskysymys on tärkeä kehittää ja sen on liityttävä aiheeseen, koska muuten ei voida tietää mitä tulee mitata (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87). Käsitteiden ja kysymysten tulee olla sellaisia, jotta niitä voidaan mitata ja ne ovat verrattavissa keskenään. Tämä tarkoittaa suljettuja kysymyksiä, joihin on annettu vaihtoehdot. Raportissa on kuvailtava tarkasti, miten teoriatieto muutettiin arkikielen tasolle. Tämän avulla nähdään, kuinka teoriatieto on sovellettu kysymyksiksi (Vilka 2007, 37-38, 42).

Aineiston keruuseen on käytössä menetelmistä kokonaisotanta, jossa kaikille synnyttäneille äideille tarjotaan mahdollisuus vastata kyselylomakkeeseen. Kokonaisotantaa käytetään pienissä tutkimuksissa, joka tarkoittaa, että otannan määrä on alle sata vastaajaa. Otantamenetelmän, kuten myös tutkimusmenetelmän valitsemiseen vaikuttaa vastaajien koko ja tutkimuksen tavoite. Mitä suurempi otanta, sitä vähemmän sattumanvaraisempi on tulos, kuten on myös yhden henkilön puutteellisen vastauksen merkitys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87.) Puutteellisia vastauksia ei voida ottaa tutkimukseen mukaan, mikäli analysoinnissa on käytössä tilastollisia menetelmiä. Tutkimuksen suunnittelussa on myös muistettava varautua vastaajakatoon, koska kyselytutkimuksissa se saattaa olla jopa yli 20 prosenttia otannasta. (Vilka 2007, 59.)

### 7.3 Vastaajien taustatiedot

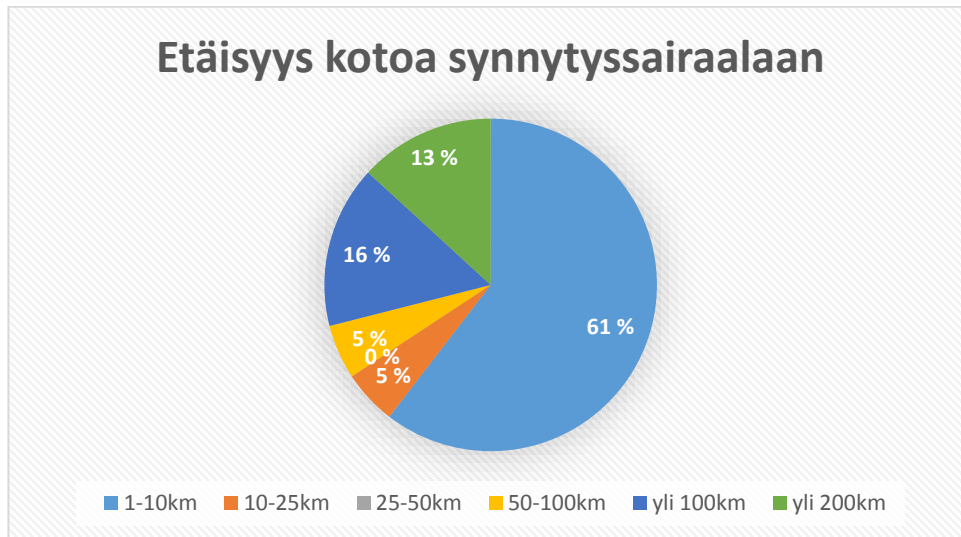
Kyselyyn vastasi 38 synnyttänyttä äitiä. Vastanneiden määrä oli odotettua pienempi. Vastauksia saimme jokaisesta kohderyhmän ikäluokasta (kuvio 1.). Suurin otanta oli 25-30 vuotiaita. Kyselyyn vastanneista alle 20 vuotiaita oli 3 % (n=1), 20-25 vuotiaita oli 21 % (n=8), 25-35 vuotiaita oli 37 % (n=14), 30-35 vuotiaita oli 29 % (n=11) ja yli 35 vuotiaita oli 10 % (n=4).



Kuvio 1. Vastaajien ikä (n=38)

Vastanneista yli puolet eli 58 % oli uudelleen synnyttäjiä. Aineiston perusteella ensisynnyttäjät näyttävät tarvitsevan enemmän ohjausta kuin uudelleensynnyttäjät, joilla on jo kokemusta aiemmasta synnytyksestä ja vauvan hoidosta. Vastanneista äideistä 94 % oli avio- tai avoliitossa, joten on tärkeää, että potilasohjauksessa huomioidaan molemmat vanhemmat, koska myös puolisoilla on vastuu vauvan hoidosta.

Opinnäytetyön kyselylomakkeessa kysyimme etäisyyttä kotoa synnytyssairaalaan (Kuvio 2.). Vastanneista suurin osa asui 1-10 km päässä synnytyssairaalaan eli 61 %, 10-25 km päässä 5 %, 50-100 km päässä 5 %, yli 100 km päässä 16 % ja yli 200 km päässä asui 13 %. Tämä tarkoittaa, että 29 % synnyttäneistä äideistä asui yli 100 kilometrin päässä synnytyssairaalaan.



Kuvio 2. Etäisyys kotoa synnytyssairaalaan (n=38)

Kyselyyn vastanneista äideistä eli puolet eli 53 % oli sairaalassa synnytyksen jälkeen kolme vuorokautta (Kuvio 3.) Äideistä 31 % oli sairaalassa synnytyksen jälkeen 2 vuorokautta ja 16 % oli 4 vuorokautta tai yli 4 vuorokautta. Kukaan vastanneista ei lähtenyt ensimmäisen vuorokauden jälkeen synnytyksestä.



Kuvio 3. Sairaalassa oloaika synnytyksen jälkeen (n=38)

#### 7.4 Aineiston tulkinta

Aineiston käsittelyssä lomakkeet tarkistetaan, muutetaan numeraaliseen muotoon ja tämän jälkeen tarkistetaan vielä tallennettu aineisto. Lomakkeilla saadun aineiston tiedot syötetään sellaisessa muodossa koneelle, että ne voidaan tutkia käyttäen apuna tilasto-ohjelmaa, kuten esimerkiksi SPSS-ohjelmaa (Statistical Package for Social Sciences). Lomakkeita voi tarkistaa vasta, kun kaikki aineisto on kerätty takaisin, jonka jälkeen ne käydään kysymys kysymykseltä läpi ja tarkistetaan mahdolliset virheelliset lomakkeet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100-101.) Virheelliset lomakkeet voidaan joko poistaa kokonaan tai ottaa ne mukaan analyysiin. Virheellisiä lomakkeita voi olla esimerkiksi puutteellisesti vastatut lomakkeet. Aineistoa analysoidaan tunnusluvuin, jolloin voidaan helposti esittää numeraalista tietoa esimerkiksi asiakkaiden mielipiteistä. (Vilkkä 2007, 120-123.)

Tutkimuksesta saadut tulokset esitetään numeerisesti taulukolla tai graafisesti kuviin. Nämä eivät kuitenkaan yksistään riitä esittämään tutkimustuloksia, koska taulukot ja kuviot havainnollistavat tekstiä ja auttavat ymmärtämään sitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 103-104.) Tilanne toimii myös päinvastaisesti, joten tuloksia kannattaa esittää myös sanallisesti, jolloin tutkija voi kiinnittää huomiota tiettyihin tuloksiin. Tulokset tulkitaan ja niistä tehdään johtopäätöksiä, jotta ne ovat lukijan ymmärrettävissä. On kuitenkin muistettava, että raporttiin suositellaan laitettavaksi vain olennaisimmat tulokset, jotka tuovat tutkittavasta asiasta uutta tietoa. (Vilkkä 2007, 147-148.)

Tutkimustuloksen mittaaminen tapahtuu asenneasteikon avulla, jonka tarkoituksena on mitata henkilön asennetta tai mielipidettä. Asenneasteikon käyttö on yleistä, kun esimerkiksi kehitetään palveluja potilaslähtöisemmäksi. Asenneasteikoista Likertin asteikko on paljon käytetty mielipideväittämissä ja sitä on tarkoitus käyttää myös meidän työssämme. Asteikossa ideana on, että keskeltä päähän lähtiessä samanmielisyys joko kasvaa tai vähenee. Siitä voi hyvin laskea keskiarvoja ja hajontoja,



mutta on kuitenkin huomioitava, että mittausvirheitä on jokaisessa tutkimuksessa. (Vehkalahti 2008, 35-37; Heikkilä 2014.)

### 7.5 Työn eettisyys ja luotettavuus

Eettiset kysymykset ovat läsnä koko tutkimuksen ajan ja hyvää ammattietiikkaa tulee noudattaa tutkimuksen edetessä. Henkilötietolain mukaan tutkimusaineisto tulee analysoida, joka käytännössä tarkoittaa sitä, että henkilötietoja käytetään, säilytetään ja luovutetaan ainoastaan asianmukaisella tavalla (Henkilötietolaki 1999/253 2:5 §). Henkilöiden yksityisyyden suoja ei saa loukata ja tutkitusta aineistosta ei saa selvittää henkilön vastaus (Vilkkä 2007, 95.)

Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja tutkittavia tulee informoida tutkimuksen aiheesta ja siitä mitä tutkimukseen osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa. Tutkittava voi antaa suostumuksensa suullisesti tai kirjallisesti, eli vastamalla kyselyyn, joka tarkoittaa tutkimukseen suostumista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Kyselylomakkeeseen vastaamalla he pystyvät omaehtoisesti välttelemään kysymyksiä, jotka kokevat vahingollisiksi tai haitallisiksi. Ihmiset kokevat asiat eri tavoin, joten samat kysymykset voivat herättää tutkittavissa eri reaktioita. (Tampereen yliopisto 2013.)

Yksityisyyden suoja on lailla määrätty oikeus, joten se on myös tutkimuksen keskeinen periaate ja sen tärkein osa-alue on tietosuojaja. Jotta tutkimus on eettisesti luotettava, on huomioitava tutkimusaineiston suojaaminen ja luottamuksellisuus, tutkimusaineiston säilyttäminen ja hävittäminen sekä tutkimuksesta tehtävät julkaisut. Tutkimusaineisto tulee säilyttää niin, että vain asianomaiset pääsevät siihen käsiksi ja aineisto hävitetään heti tutkimuksen valmistuttua. (Tampereen yliopisto 2013; Vilkkä 2007, 95-96.)

Tieteellinen tutkimus edellyttää tutkimuslupahakemusta (Liite 2.), jota seuraa toimeksiantosopimus (Liite 1.) Tutkimuslupahakemus sisältää muun muassa otoksen

koon ja sen satunnaistamisen, tutkittaville tehtävien toimenpiteiden ennakoitujen riskit, hyödyt ja haitat sekä henkilötietojen ja muun tutkimusaineiston käsittelyn, kuten säilytyksen ja hävittämisen. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2016; Vilkka 2007, 96.)

Tutkimuksessa pyritään tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tutkimusta on arvioitava kokonaisuutena. Tutkimuksessa arvioidaan, seuraavia asioita: tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan sitoutuminen tutkimukseen, miten aineisto on kerätty ja mitkä sen ongelmat ovat, tutkimuksen kesto, miten aineisto on analysoitu. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös sen eettisesti hyväksyttävä toteutumistapa. Raportoinnin on oltava selkeää ja totuuden mukaista. (Leino-kilpi & Välimäki 2015, 35-45.)

Tutkimuksen reabiliteettia eli pysyvyyttä täytyy arvioida koko tutkimuksen ajan sekä ennen tutkimusta ja sen jälkeen. Pysyvyydellä tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta ja tuloksien samana pysymistä riippumatta tutkijasta. Tämä tekee tutkimuksesta luotettavan ja tarkan. Tarkkuudella tarkoitetaan sitä, että se ei sisällä satunnaisia virheitä. (Vilkka 2007, 149; Hämeen ammattikorkeakoulu 2017.) Tutkimuksessa on oleellista myös se, että mitataan juuri sitä mitä on tarkoitettu. Tällöin puhutaan tutkimuksen validiteetista eli pätevyydestä. Validiteetti määrittyy pitkälle siitä, kuinka tutkija on osannut muotoilla teorian tiedon arkikielelle ja siirtää sen kysymyslomakkeeseen. Pätevyys on hyvä, jos teorian tiedon arkikielelle muuttamisessa ei ole tullut harha-käsitteitä tai systemaattisia virheitä. (Vilkka 2007, 150; Heikkilä 2014.)

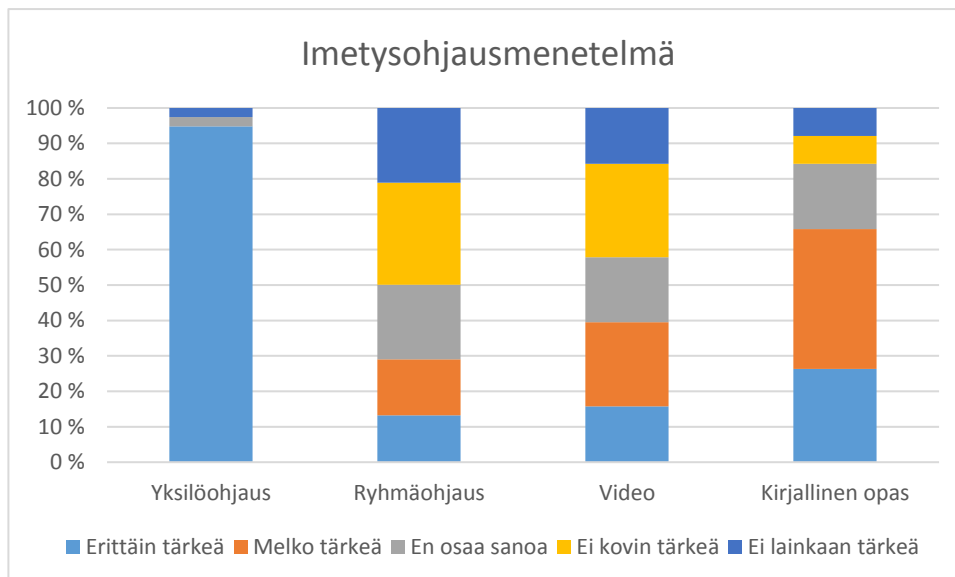
Opinnäytetyössämme reabiliteetti toteutui hyvin, sillä tutkimus on toistettavissa toisen tutkijan toimesta. Kyselylomakkeita voidaan käyttää uudestaan ja niiden tulokset eivät ole riippuvaisia tutkijasta. Määrittelimme kyselylomakkeen kysymykset tutkimusongelmien mukaisesti, jolloin lomake mittaa tarkoitettuja asioita ja täten on pätevä. Vastajilta saimme positiivista palautetta lomakkeen selkeydestä, josta voimme päätellä, että osasimme muotoilla kysymykset arkikielen tasolle.

Tutkimuksen pysyvyys ja pätevyys muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Kokonaisluotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi tekemällä uusinta mittauksia. Luotettavuus on hyvä, jos tutkimuksessa on mahdollisimman vähän virheitä ja sen otos edustaa perusjoukkoa. Virheet ovat harhaanjohtavia sekä heikentävät luotettavuutta. Näitä voivat olla esimerkiksi muistivirheet tai asioiden kaunistelu. (Vilkkä 2007, 152-153.)

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

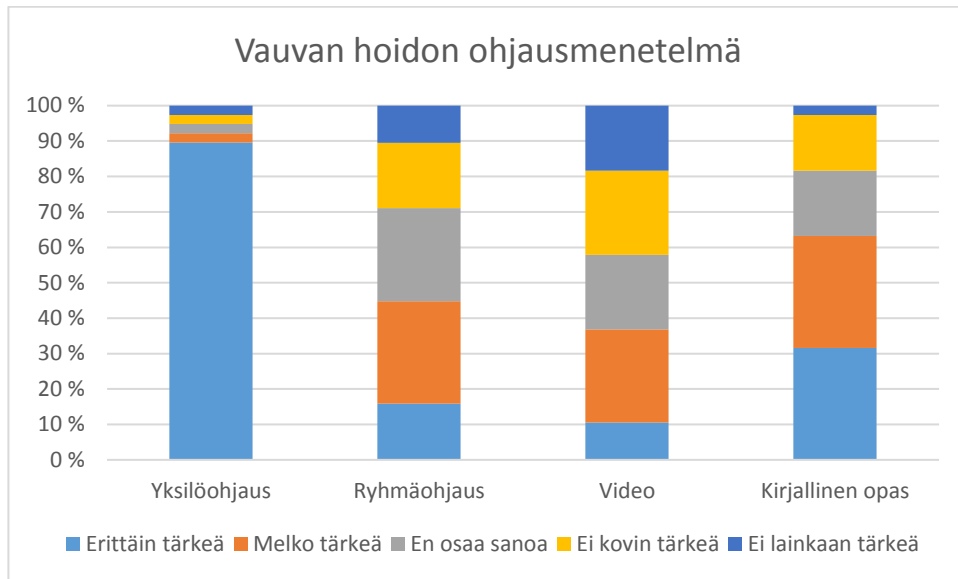
### 8.1 Ohjausmenetelmän arviointi

Mieluisin ohjausmenetelmä kyselyyn vastanneiden äitien mielestä on selkeästi yksilöohjaus. Oppimisen kannalta yksilöohjaus on tehokkain menetelmä, mutta hoitajilta siinä vaaditaan ajan antamista potilaalle. Tutkimuksen vastanneiden äitien mielestä kirjallinen ohjaus oli toiseksi mieluisin menetelmä. Synnyttäneistä äideistä 95 % piti erittäin tärkeänä, että imetysohjaus (Kuvio 4.) tapahtuu yksilöohjauksena. Toiseksi tärkeimpänä he pitivät kirjallista ohjausta. 16 % vastanneista piti videolla tapahtuvaa ohjausta erittäin tärkeänä. Määrä on melko vähän verrattuna esimerkiksi yksilöohjausmenetelmään, mutta kuitenkin video-ohjausmenetelmän kannatus on suurin verrattaessa vauvan hoidon sekä äidin itsehoidon ohjaukseen.



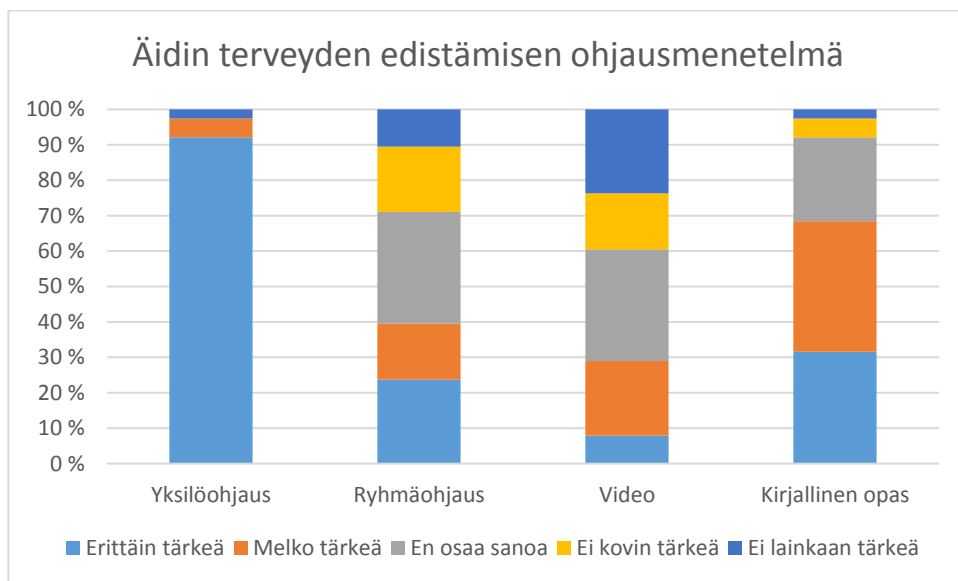
Kuvio 4. Imetysohjausmenetelmä (n=38)

Yksilöohjausta piti 90% erittäin tärkeänä, kun ohjataan hoitamaan vauvaa (Kuvio 5.). Kirjallista opasta koskien vauvan hoitoa, piti erittäin tärkeänä 32 %. Ryhmäohjausta, videota sekä kirjallista opasta ei moni kokenut erittäin tärkeäksi, mutta kuitenkin melko tärkeäksi yksilöohjauksen jälkeen.



Kuvio 5. Vauvan hoidon ohjausmenetelmä (n=38)

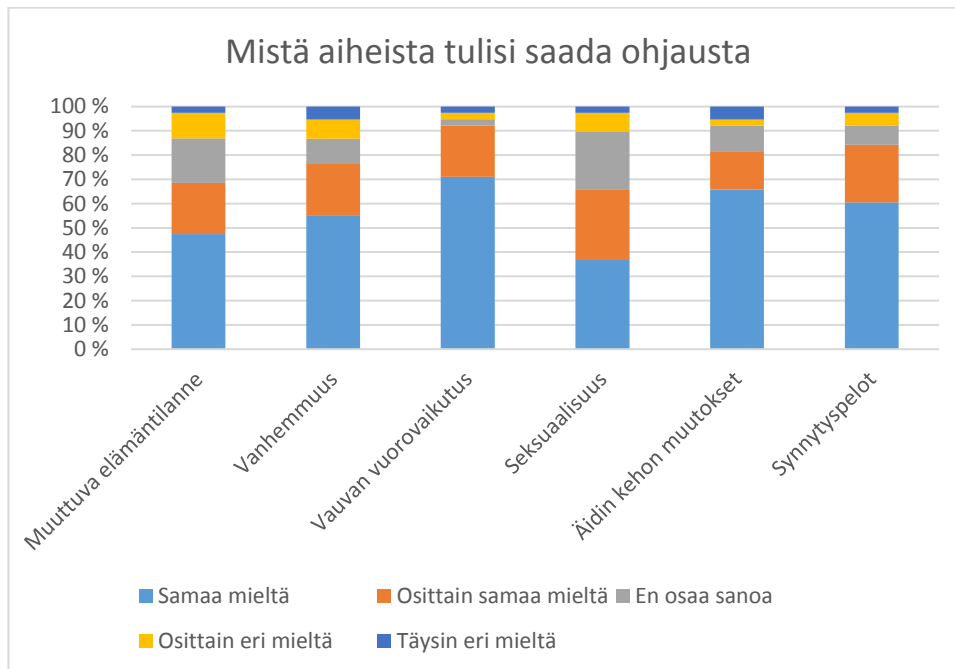
Yksilöohjaus nousi myös äidin terveyttä edistäessä (Kuvio 6.) merkittävimmäksi ohjausmenetelmäksi sekä toiseksi kirjallinen opas. 92 % piti yksilöohjausta erittäin tärkeänä ja kirjallista ohjausta 32 %. 24 % vastanneista koki videolla tapahtuvan ohjauksen ei lainkaan tärkeäksi.



Kuvio 6. Äidin terveyden edistämisen ohjausmenetelmä (n=38)

## 8.2 Potilasohjauksen aihealueet

Kyselyyn vastanneet äidit kokivat, että olisi erityisesti hyvä saada ohjausta koskien muuttuvaa elämäntilannetta, vanhemmuutta, vauvan vuorovaikutusta, synnytyksestä johtuvia kehon muutoksia sekä synnytyspelkoa (Kuvio 7.). Äideistä 37 % oli sitä mieltä, että seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta tulisi antaa. Kuitenkin se on pienempi kannatus, kuin muilla edellä mainituilla aiheilla. Synnyttäneiltä äideiltä kysyttiin, tulisiko ohjauksen tapahtua hoitajan aloitteesta, omasta aloitteesta vai molempien aloitteesta. Vastanneista 79 % oli samaa mieltä siitä, että ohjauksen tulisi tapahtua molempien aloitteesta.

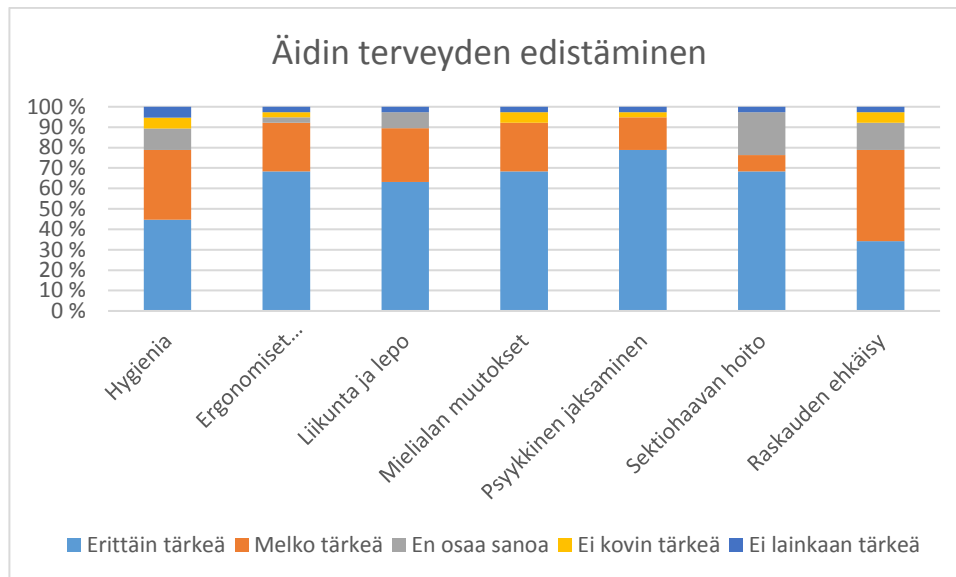


Kuvio 7. Ohjauksen aihe (n=38)

Vastanneet äidit pitivät tärkeänä ohjausta imetyssasennosta, nälän tunnistamisesta, rintojen hoidosta, maidon erityksestä sekä imetykseen liittyvistä ongelmista. Yksittäisiä vastauksia oli, jotka kokivat imetysohjaukseen liittyviä asioita ei lainkaan tärkeinä. Vauvan hoidon ohjausta pidettiin äitien keskuudessa myös erittäin tärkeänä. Tähän liittyy ohjaus kylvetyksestä, pyllyn pesusta, navan ja ihon hoidosta, vaipan sekä vaatteiden vaihto, vauvan käsittely sekä vauvan yleisvoinnin tarkkailu. Vaipan

sekä vaatteiden vaihdon ohjausta eivät äidit pitäneet niin tärkeänä kuin muuta vauvan hoidon ohjausta. Ohjauksen tarkoitus tulisi äitien mielestä perustella (Taulukko 7.).

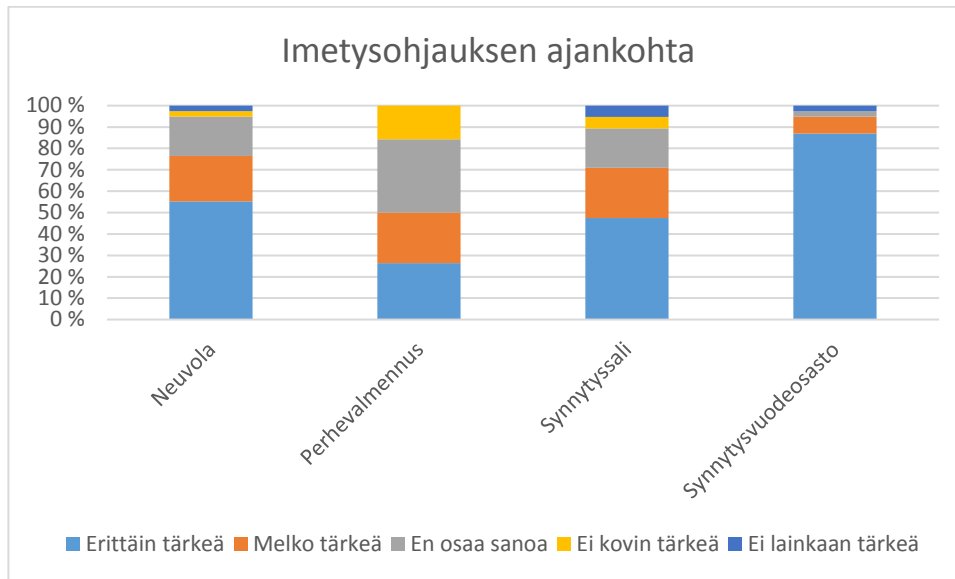
Äitien mielestä heidän terveytensä edistämisen ohjaus (Kuvio 8.) on erittäin tärkeää. Raskauden ehkäisy ohjausta sekä oman hygienian ohjausta he eivät pitäneet niin tärkeänä kuin ohjausta liikunnasta ja levosta, mielialan muutoksista, sektiohaavan hoidosta, psyykkisestä jaksamisesta ja ergonomisista liikeasunnoista. Äidin terveyden edistämiseksi annettava ohjaus tulisi äitien mukaan myös perustella (Taulukko 7).



Kuvio 8. Äidin terveyden edistäminen (n=38)

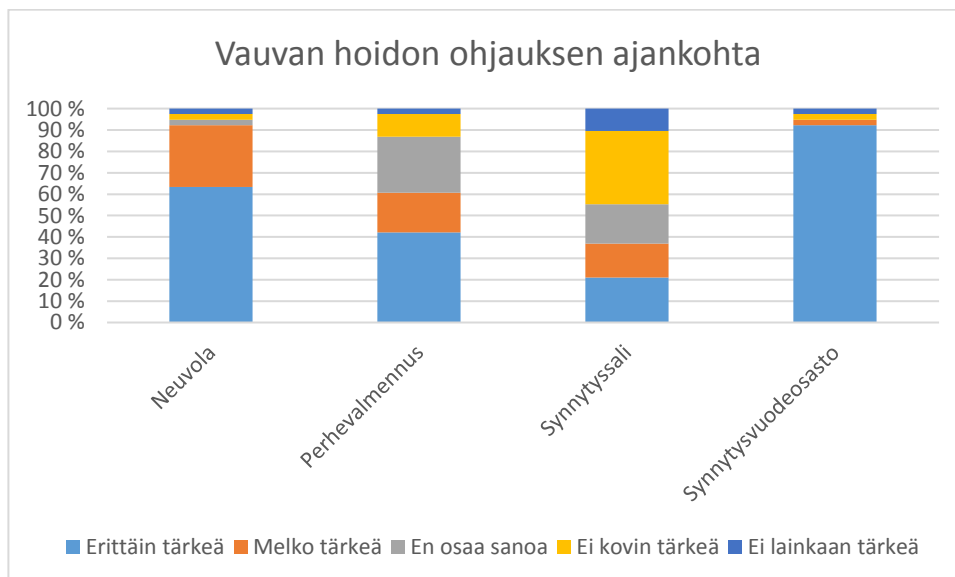
### 8.3 Paras ajankohta potilasohjaukselle

Imetysohjauksen ajankohta (Kuvio 9.) aiheutti eniten hajontaa ja vastauksien perusteella sen tulisi olla useasti annettavaa ohjausta. Synnytysvuodeosastolla tapahtuvaa imetysohjausta piti kuitenkin erittäin tärkeänä 87 % ja neuvolassa tapahtuvana yli puolet vastanneista eli 55 %. Synnytyssalissa, jossa vauvan ensi-imu yleensä tapahtuu, imetysohjausta piti erittäin tärkeänä 47 % vastanneista.



Kuvio 9. Imetysohjauksen ajankohta (n=38)

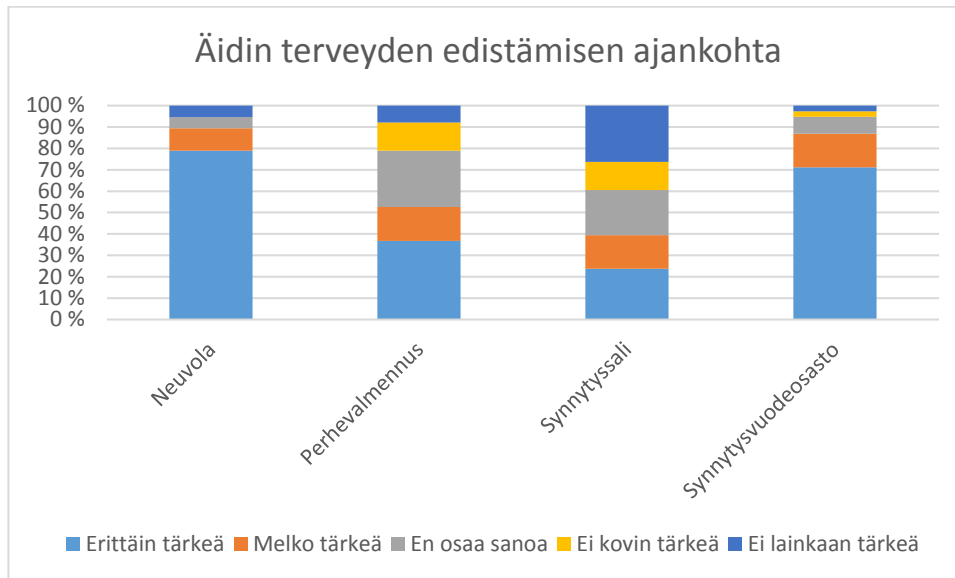
Vauvan hoidon ohjausta (Kuvio 10.) synnytysvuo deosastolla piti erittäin tärkeänä 92 % vastanneista. Neuvolassa vauvan hoidon ohjausta tapahtuu ennen sekä jälkeen vauvan syntymän, joten sitä äideistä 63 % piti erittäin tärkeänä ja 29 % melko tärkeänä. Vastanneet äidit eivät kokeneet kovin tärkeäksi vauvan hoidon ohjausta synnytys salissa.



Kuvio 10. Vauvan hoidon ohjauksen ajankohta (n=38)



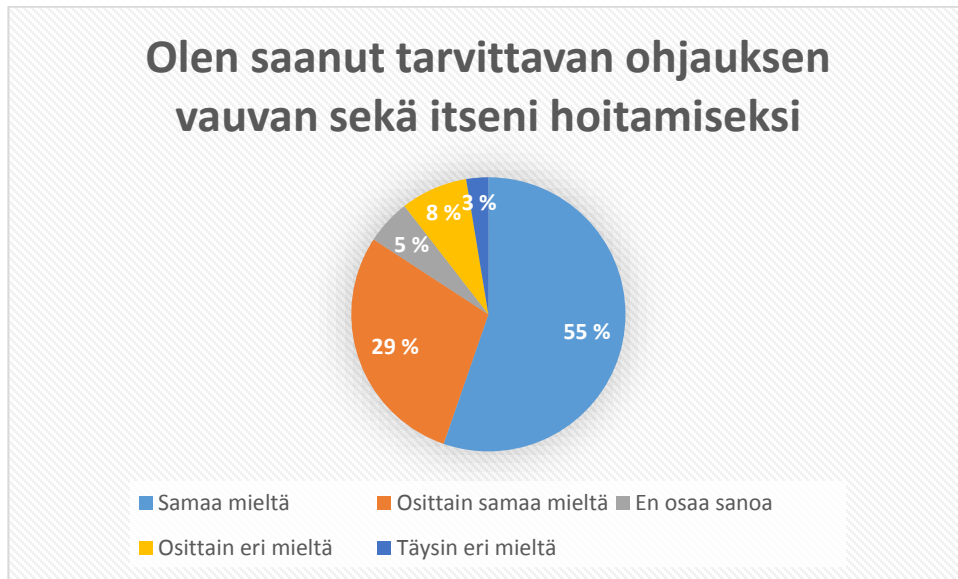
79 % äideistä koki erittäin tärkeäksi, että heidän terveyden edistämisen ohjaus (Kuvio 11.) annettaisiin neuvolassa. Synnytysvuodeosastolla tapahtuvaa ohjausta piti erittäin tärkeänä 71 % äideistä, joka ei ole kuitenkaan niin paljon vähemmän kuin neuvolassa tapahtuvan ohjauksen kannatus.



Kuvio 11. Äidin terveyden edistämisen ajankohta (n=38)

#### 8.4 Synnyttäneiden äitien mielipiteitä potilasohjauksen kehittämiseksi

87 % äideistä oli tyytyväisiä synnytykseensä. 13 % eli 5 vastaajaa eivät olleet tyytyväisiä. Äidit kokivat, että koko perhe on otettu hyvin huomioon ohjauksessa. 55 % oli täysin samaa mieltä ja 29 % osittain samaa mieltä siitä, että koko perhe oli otettu hyvin huomioon ohjauksessa. 55 % äideistä (Kuvio 12.) oli sitä mieltä, että he olivat saaneet tarvittavan ohjauksen sekä itsensä että vauvan hoitamiseksi. 8 % oli osittain eri mieltä ja 3 % täysin eri mieltä siitä, että he olisivat saaneet tarvittavan ohjauksen.



Kuvio 12. Olen saanut tarvittavan ohjauksen vauvan sekä itseni hoitamiseksi

Saimme vastaajilta paljon erilaisia kommentteja ja kehitysideoita ohjaukseen liittyen. He olivat myös sitä mieltä, että ohjauksen tulisi alkaa heti ensimmäisenä päivänä, eikä tulisi odottaa, että asiat alkavat itsestään sujua. Kirjallinen opas suullisen ohjauksen tueksi oli äitien keskuudessa suosittu.

*”Ensisynnyttäjille jokin ”perusinfo” heti ensimmäisenä päivänä, jossa mahdollisuus omien tarpeiden mukaan saada apua.”*

*”Voisi olla lista, jossa on lueteltuna kaikki läpikäytävät asiat. Siinä voisi itsekin miettiä jo valmiiksi mahdollisia kysymyksiä”*

*”Äidille olisi hyvä kertoa ensimmäisenä myös sellaisia niksejä, kuten eräs kätilö kertoi minulle kolmantena päivänä. Että nänni ja vauvan nenä tulisi olla kohdakkain, niin imetys on ns. luontevaa”*

Monet äidit toivovat yksilöllisempää ohjausta ottaen huomioon taustatiedot eli ensisynnyttäjille paljon yksityiskohtaisempaa ohjausta kuin uudelleen synnyttäjille. He

halusivat myös yksityiskohtaisempaa ohjausta hoitajien aloitteesta, koska he eivät välttämättä kehtaa ottaa asiaa puheeksi.

*"Kaipaisin tietoa alapään ongelmista synnytyksen jälkeen, että mikä on normaalia ja mitä pitää hoidattaa. Koko alue tuntuu niin vieraalta synnytyksen jälkeen, että helposti alkaa mielessä kummittelemaan mitä on vialla ja asiaa on hankala ottaa puheeksi huonekavereitten kuullen"*

*"Imetysohjausta tulisi antaa yksilöohjauksena kädestä pitäen näyttämällä, esimerkiksi nukella"*

*"Ohjauksessa tulisi kiinnittää erityishuomio äidin mielipiteeseen ja tunteuksiin. Jokainen imettää omalla tyylillä. Ei saa keskittyä pelkästään siihen mitä oppikirja sanoo!"*

## 9 POHDINTA

### 9.1 Pohdintaa tuloksista

Opinnäytetyön tavoitteisiin pääsyä voimme arvioida tutkimusongelmien avulla sekä toimeksiantajan palautteen perusteella. Tutkimusongelmina oli selvittää potilasohjauksen mieluisin ajankohta sekä menetelmä, tärkeimmät potilasohjauksen aiheet sekä auttaa kehittämään synnytysvuodeosaston potilasohjausta. Mieluisin ajankohta riippui pitkälti ohjauksen aiheesta, sillä esimerkiksi vauvan hoidon ohjausta tulisi antaa synnytysvuodeosastolla, mutta äidin terveyttä edistävää ohjausta neuvolassa. Potilasohjausmenetelmänä yksilöohjaus oli suosituin, mutta sekin oli verrannollinen ohjauksen aiheeseen. Kirjallista ohjausta äidit toivoivat suullisen ohjauksen tueksi. Osa äideistä koki, että eivät olleet tyytyväisiä synnytykseen tai saamaansa ohjaukseen. Äidit kertoivat olevansa tyytyväisiä potilasohjauksen kehittämiseen. Saimme vastauksia, joilla potilasohjauksen laatua ja tehokkuutta voidaan kehittää ja suunnata resurssit aiheisiin, joita äidit pitävät tärkeänä.

Lapin sairaanhoitopiiri toimii opinnäytetyön toimeksiantajana. Opiskelijoiden toimesta tehtävällä työllä saadaan myös puolueeton näkökulma osaston toiminnan tarkasteluun. Synnytysvuodeosastolla oli 73 synnytystä helmikuussa. Kyselyyn vastasi 38 synnyttänyttä äitiä, joka on odotettua pienempi otanta kuin aluksi suunnittelimme. Kyselyn avulla saimme silti paljon arvokasta tietoa potilasohjauksen suhteen synnytysvuodeosastolla. Saimme kokonaiskuvan synnytysvuodeosaston potilasohjauksesta sekä siihen liittyvistä kehittämistarpeista laaja-alaista sekä yksityiskohtaista tietoa.

Tulokset auttavat henkilökuntaa tunnistamaan ja ymmärtämään omia työskentelytapojaan sekä tulokset kertovat, mitä tulisi kehittää lyhytjälkihoitoiseen synnytyskäytäntöön siirryttäessä ja mitä asioita tulee ottaa paremmin huomioon. Potilasohjauksen kehittäminen on tärkeää, koska ohjauksen tarve lisääntyy koko ajan ja potilaat

ovat entistä tietoisempia oikeuksistaan. Hoitoaikojen lyhentyminen aiheuttaa ohjauksen tarpeen lisääntymisen ja se on myös toteutettava lyhyemmässä ajassa kuin aikaisemmin. (Kempainen ym. 2010, 5-6.) Valtakunnallisella tasolla synnytysten jälkeiset hoitoajat ovat myös lyhentyneet huomattavasti (Virtanen 2013, 11).

Tuloksia tarkastellessa tuli esille, että tällä hetkellä yli puolet kyselyyn vastanneista äideistä oli sairaalassa synnytyksen jälkeen yli 3 vuorokautta. Synnyttäneistä äideistä monet toivoivat lyhytjälkihoitoisen synnytyskäytännön toteutuvan lähiaikoina Lapin keskussairaalassa. Vähäiseen sairaalahoidon tarpeeseen vaikuttaa synnytys ja synnytyksestä toipuminen ongelmitta. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen lähtökohdana on terveyskeskeisyys. Sen johdosta LYSY:n edellytyksiä ovat säännöllinen raskaus ja synnytys sekä vastasyntynyt, jonka kotiutumiseksi ei ole lääketieteellistä esitettyä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 253-254.) Uudelleen synnyttävien äitien vastaukset vähensivät ohjauksen tarpeen määrää useampien kysymysten kohdalla. Uudelleen synnyttäjät kuitenkin painottivat sitä, että henkilökunta ei saisi automaattisesti olettaa, että uudelleensynnyttäjät pärjäävät ilman ohjausta.

Varhaisen kotiutumisen haittoina ovat vastasyntyneen voinnissa ilmenevien ongelmien havaitseminen riittävän ajoissa ja asianmukaisen hoidon aloittamisen viivästyminen. Vastaavalla tavalla myös äidin synnytyksen jälkeiseen toipumiseen liittyvät häiriöt voivat jäädä huomaamatta. Sen vuoksi laadukkaan potilasohjauksen toteuttaminen on tärkeää, sillä sen avulla onnistutaan vahvistamaan äitien luottamusta siitä, että he pärjäisivät itsenäisesti kotona vauvan kanssa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 254; Järvenpää 2002.) 55 % synnyttäneistä äideistä oli sitä mieltä, että he olivat saaneet tarvittavan ohjauksen vauvan sekä itsensä hoitamiseksi. Kuitenkin samaa mieltä olivat vain puolet vastaajista, joka tarkoittaa sitä, että 45 % äideistä oli sitä mieltä, että ohjauksessa olisi kehittämisen varaa.

Yksilöohjaus oli selkeästi mieluisin ohjausmenetelmä (Taulukko 4,5,6.). Yksilöohjaus on arvostettua, koska se on asiakaslähtöistä, tukee äitiä aktiivisena toimijana

sekä palautteen anto on jatkuvaa ja vapaamuotoista. Yksilöohjaus on myös asiakkaan kehityksen kannalta paras ohjausmenetelmä. (Kääriäinen 2007, 36–37.) Yksilöohjauksen rinnalle äidit toivoivat kirjallista opasta. Potilasohjauksen kehittämiseksi olisi syytä miettiä, olisiko äideille mahdollista saada kirjallista opasta esimerkiksi vauvan hoidon ohjauksen tueksi. Tällöin he voisivat itsenäisesti kerrata asioita sekä esimerkiksi katsoa mallia oppaan kuvista.

Äideistä 95% piti erittäin tärkeänä, että imetysohjausta tulisi antaa yksilöohjauksena. Äidit olivat kiinnostuneita video-ohjauksesta imetysohjauksen laadun parantamiseksi. 16% äideistä piti erittäin tärkeänä ja 24 % melko tärkeänä sitä, että imetysohjaus tulisi antaa videolla. Video-ohjausmenetelmän kannatuksen määrä on kuitenkin pienempi kuin kirjallisen oppaan, mutta suurempi verrattaessa esimerkiksi kysymykseen äidin terveyden edistämisen sekä vauvan hoidon ohjauksen videon kannatukseen. Eli äidit kokivat hyvänä tukena videolla tapahtuvan ohjauksen. Imetysohjaus on kuitenkin tekninen suoritus, sillä siinä tulee huomioida monta asiaa imetyksen onnistumiseksi. Imetyksen onnistumisessa on tärkeää esimerkiksi hyvä ja tehokas imeytymisote, imetysohjaus sekä maidon erityksen riittäminen. (Eskola & Hytönen 2008, 270-271.) Video-ohjausta voisi miettiä suullisen yksilöohjauksen tueksi. Toisaalta tulee kuitenkin ottaa huomioon, että video saattaa aiheuttaa voimakkaita reaktioita ja väärinymmärryksiä äidille, joten hoitajan tulee varmistaa keskustelun mahdollisuus.

Ohjauksen ajankohtana mieluisimmaksi nousivat synnytysvuodeosastolla ja neuvolassa tapahtuva ohjaus (Taulukko 1,2,3.). Synnytyssali ja perhevalmennus jäivät huomattavasti vähemmälle suosiolle ohjauksen ajankohdaksi. Huomioitavaa tuloksissa on kuitenkin se, että äidin terveyden edistämisen ohjauksen ajankohtana neuvola oli suosittu kuin synnytysvuodeosasto. Äitiysneuvolassa painopiste on äidin hyvinvoinnilla. Kun äiti voi hyvin niin sikiökin voi hyvin. Vaikutusta voi olla myös sillä, että äitien huomio keskittyy synnytyksen jälkeen vauvaan, jolloin oman terveyden edistäminen saattaa monesti jäädä taka-alalle. Potilasohjauksen tehokkuutta ajatellen voisi miettiä, että olisiko mahdollista antaa äidin terveyden edistämisen ohjausta ryhmässä. Vastanneista 24 % piti erittäin tärkeänä ja 16 % melko tärkeänä, että äidin

terveyden edistämisen ohjausta tulisi antaa ryhmäohjauksessa. Pitäisikö äidin terveyden edistämisen ohjaus painottua neuvolaan, jossa sitä annettaisiin sekä ennen että jälkeen synnytyksen?

Terveen vauvan ensi-imu tapahtuu yleensä synnytyssalissa. Tämä voi olla syynä sille, että imetysohjausta synnytyssalissa piti erittäin tärkeänä melkein puolet vastanneista eli 47 %. Synnytyssalissa tapahtuva ensimmäinen imetys on tunteellinen hetki, johon sekä äiti että vauva ovat fyysisesti valmistautuneet. Synnytyssairaalassa annetun imetysohjauksen tarkoituksena on opettaa vanhemmille imetyksen perustaitoja, kuten hyvää imetysasentoa, näläntunnistamista, vauvan rintaan tarttumista sekä hyvän imemisotteen ja tehokkaan imemisen tunnistamista (Eskola & Hytönen 2008, 268-270).

## 9.2 Eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta

Pohdimme opinnäytetyön eettisyyttä lähinnä kyselylomakkeen osalta. Mielestämme kyselylomakkeen pätevyys osoittautui hyväksi, sillä yhtään lomaketta ei ollut täytetty väärin ja saimme äideiltä hyvää palautetta lomakkeen selkeydestä. Saimme kerättyä kyselylomakkeilla vastaukset tutkimusongelmiimme, joten tämä lisää myös opinnäytetyömme validiteettia. (Vilka 2007, 150.) Onnistuimme muuttamaan teorian tiedon ymmärrettävälle arkikielelle kyselylomakkeisiin sekä yhdistimme samaa aihetta koskevat kysymykset asiakokonaisuuksiksi. Kysymyksiä luokitellessamme mietimme myös kysymysten muotoilua ja sitä, olisiko voinut pyytää vastaajia laittamaan esimerkiksi imetysohjaukseen liittyvät aiheet tärkeysjärjestykseen. Aiheet olivat kuitenkin kaikki jossakin määrin tärkeitä, joten emme halunneet, että vastaukset sulkevat toistensa pois.

Opinnäytetyön otanta oli suunniteltua pienempi, joten oli oleellista miettiä, että voiko vastaajia tunnistaa kyselylomakkeista. Kohderyhmä oli kuitenkin tarkasti valittu, sillä kyselyyn vastasi vain kyseisellä osastolla tietynä ajankohtana synnyttäneet äidit. Vastausprosentti olisi voinut olla suurempikin, jos aineiston keruun ajankohtaa olisi

pidennetty, mutta aikataulujen vuoksi se ei ollut mahdollista. Vähäinen vastaajien määrä heikentää tuloksen luotettavuutta.

Kyselylomakkeita käsitellessämme pidimme huolen, että vastaajien yksityisyyden suoja säilyisi. Lomakkeet olivat osastolla ollessa lukitussa postilaatikossa, johon vain opinnäytetyön tekijöillä oli avain. Vastausajan loputtua kyselylomakkeet olivat edelleen lukitussa laatikossa niin kauan, kunnes aloimme syöttämään tuloksia SPSS-ohjelmaan. Tuloksien analysoinnin jälkeen tuhosimme kyselylomakkeet. Yksityisyys varmistettiin myös siten, että kyselylomakkeeseen ei tullut kenenkään vastanneen henkilötietoja eikä päivämääriä, jolloin vastaajan henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa lomakkeesta (Vilkkä 2007, 93). Osallistuminen tutkimukseen oli täysin vapaaehtoista ja sitä painotimme kyselylomakkeen saatekirjeessä. Kerroimme äideille myös meidän vaitiolovelvollisuudestamme. Äitien vastaukset olivat riippumattomia tutkijoista, sillä kaikki vastasivat samoihin kyselylomakkeen kysymyksiin. Tämän vuoksi tutkimus voitaisiin luotettavasti toistaa myös muiden toimesta.

Opinnäytetyössämme pyrimme lisäämään luotettavuutta käyttämällä ajankohtaisia ja luotettavia lähteitä. Tavoitteenamme oli käyttää korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, mutta silti joukkoon tuli muutamia vanhempiaakin. Tarkastelimme kuitenkin kyseisten lähteiden tietojen luotettavuutta. Opinnäytetyön tekstit kirjoitimme omien sanojen mukaisesti, jolloin välttimme plagiointia.

Tutkimuksen vastuu on tutkijalla sekä toimeksiantajalla, jolloin tutkimukselle tulee aina olla lupa. Haimme tutkimuslupaa (Liite 2) Lapin sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäriltä, jonka jälkeen teimme toimeksiantosopimuksen (Liite 1). Äidit saivat perehtyä kyselylomakkeeseen saatekirjeen (Liite 3) avulla, josta äideille selvisi opinnäytetyön tarkoitus, tavoite sekä mihin ja miten heidän vastauksiaan käytetään.



### 9.3 Opinnäytetyöprosessi

Aloitimme opinnäytetyön suunnittelun syksyllä 2016. Aiheen opinnäytetyölle saimme Lapin sairaanhoitopiiriltä. Lapin keskussairaala on siirtymässä lyhytjälkihoitoiseen synnytyskäytäntöön lähivuosien aikana, joten he toivoivat opinnäytetyötä potilasohjauksen tarpeesta ja sen kehittämisestä synnytysvuodeosastolle. Olimme kiinnostuneita aiheesta alusta asti ja se tuntui tärkeältä. Opinnäytetyötä oli mielenkiintoista tehdä, koska tiesimme siitä olevan hyötyä Lapin sairaanhoitopiirille. Opinnäytetyön aikataulutuksen antoi haastetta, sillä työllä oli tarkoitus valmistua keväällä 2017. Työn tekemiselle ja aikataulujen pitämiseksi oman haasteensa toi pitkät välimatkat välillä sekä muut opinnäytetyön rinnalla olevat koulutehtävät. Opinnäytetyöhön liittyvistä asioista neuvoteltiin toimeksiantajan kanssa kasvotusten ja sähköpostin välityksellä.

Opinnäytetyöprosessi eteni alkuvaiheessa tahmeasti. Suurin työ oli saada tehtyä kyselylomake valmiiksi. Lomakkeen valmistuksessa haasteita tuottivat kysymysten muotoilu sekä tutkimusongelmiin vastaaminen. Valmiiseen kyselylomakkeeseen olimme lopulta tyytyväisiä. Tätä lukuun ottamatta opinnäytetyöprosessi eteni sujuvasti ja yhteistyö toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan kanssa sujui hyvin. Huolellisesti tehty opinnäytetyön suunnitelma antoi myös hyvän pohjan työn tekemiselle. Olimme pettyneitä saatujen vastausten määrään, mutta jokainen vastattu kyselylomake oli meille arvokas. Helmikuu oli synnytysten osalta keskimääräistä heikompi kuukausi. Aikaisemmin valmistunut kyselylomake olisi ehtinyt olla kauemmin synnytysvuodeosastolla, jolloin olisimme saaneet suuremman otannan. Ennalta ajattelimme aineiston analysoinnin olevan suurin haaste, koska SPSS-ohjelma (Statistical Package for Social Sciences) oli uusi molemmille. Ohjelman käyttö ja aineiston analysointi osoittautuivat kuitenkin oletettua nopeammaksi. Kehitettävää tuloksien analysoinnissa olisi voinut olla ristiintaulukoinnin tekeminen.

Opinnäytetyön tekeminen on lisännyt tietoperustaamme koskien laadukasta potilasohjausta. Olemme työn aikana perehtyneet synnytyksiin yleisesti, lyhytjälkihoitoiseen synnytyskäytäntöön, potilasohjaukseen sekä potilasohjaukseen synnytysvuodeosastolla. Lyhytjälkihoitoisesta synnytyskäytännöstä löytyi vähemmän tietoa, sillä se on käytössä tällä hetkellä vain muutamassa Suomen synnytyssairaalassa. Opinnäytetyöllä lisäsimme omaa tietämystämme potilasohjauksen suhteen sekä kehitämme tulevana terveydenhoitajina. Tämän ansiosta voimme paremmin huomioida tärkeäksi nousseet asiat potilasohjauksen suhteen.

Terveydenhoitajan työssä tärkeää on tutkitun tiedon hyödyntäminen ja sen ohjaaminen eteenpäin asiakkaalle. Opinnäytetyön edetessä vastaan on tullut paljon erilaisia lähteitä, joten niiden luotettavuuden tulkitseminen on ollut oleellista. Hoitoalan ammatissa toimenkuva on monipuolinen ja työssään voi kehittyä. Toivoimmekin, että määrällisen opinnäytetyön tekemisestä on meille tulevaisuudessa hyötyä. Työskennellessä tuli vastaan paljon haasteita ja olemme kasvaneet paljon opiskelijoina ja ihmisinä. Huomasimme opinnäytetyön teon olevan moniammatillista työskentelyä, sillä olemme olleet yhteydessä esimerkiksi lääkäriin, kättilöihin, opettajiin ja sihteeriin. Työskentely on kehittänyt myös vuorovaikutus- ja yhteistyötaitojamme.

#### 9.4 Toimenpide-ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Video-ohjaus oli toivottua suullisen imetysohjauksen rinnalle, joten tätä menetelmää voisi kehittää. Video-ohjauksen tavoitteena olisi, että autettaisiin äitejä imettämään lasta ja video vastaisi perheiden yleisimpiin kysymyksiin imetykseen liittyen. Videolla olisi tärkeä myös huomioida läheisen rooli, kuten puoliso imetyksen tukijana. Voisiko seuraavaksi tehdä imetysohjausvideon Lapin keskussairaalan synnytysvuodeosastolle?

Lyhytjälkihoitoinen synnytyskäytäntö on melko uusi asia Suomessa, joten asiaa on tutkittu vähän. Jatkossa voitaisiin tutkia, miten lyhytjälkihoitoista synnytyskäytäntöä

lähettäisiin toteuttamaan Lapin keskussairaалassa, huomioiden mahdolliset yhteistyötahot, kuten esimerkiksi neuvola. Olisi myös mielenkiintoista tutkia, että kuinka tämän opinnäytetyön tulokset vaikuttavat Lapin keskussairaalan synnytysvuodeosaston asiakastytyväisyyden kehittämiseen sekä potilasohjauksen toteutumiseen tulevaisuudessa.

## LÄHTEET

Aittokoski, M., Huitti-Malka., R & Salokoski, M. 2009. Imetyksen aika, uusi suomalainen imetysskirja. Riika: Avain.

Balnaves, M. & Caputi, P. 2001. Introduction to quantitative research methods – An investigative approach. Lontoo: SAGE Publications Ltd.

Deufel, M. & Montonen, E. 2016. Lapsivuodeaika. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.

Espoon kaupunki. Lapsivuodeaika. Viitattu 5.3.2017 [http://www.espoo.fi/fi-FI/Lapsiperheet/Raskaus\\_synnytys\\_vauva\\_perheessa/Perhevalmennus/Raskausajan\\_muutokset\\_ja\\_synnytykseen\\_valmistautuminen/Lapsivuodeaika/Lapsivuodeaika\(76414\)](http://www.espoo.fi/fi-FI/Lapsiperheet/Raskaus_synnytys_vauva_perheessa/Perhevalmennus/Raskausajan_muutokset_ja_synnytykseen_valmistautuminen/Lapsivuodeaika/Lapsivuodeaika(76414)).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Synnytyksen jälkeen: virtsarakon ja suolen toiminta. Viitattu 24.1.2017 [http://www.epshp.org/kotisivut/synn/Virtuaalisynnytys/h01/suolen\\_toiminta.asp](http://www.epshp.org/kotisivut/synn/Virtuaalisynnytys/h01/suolen_toiminta.asp).

Hannula, L., Kaunonen, M., Koskinen, K. & Tarkka, M-T. 2010. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus – Hoitotyön suositus. Viitattu 24.1.2017 [http://www.hotus.fi/system/files/Imetysohjaus\\_sum.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Imetysohjaus_sum.pdf).

Hannula, L., Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2006. Imetyksestä selviytyminen ja lisäruoan käyttö synnytyssairaalassa – äitien näkökulma. Hoitotiede 18 (4), 175-185.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy. Viitattu 3.4.2017 <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>.

Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri 2016. Vastasyntyneen keltaisuus. Viitattu 27.11.2016 [http://www.hus.fi/sairaanhoito/lasten-sairaanhoito/kun-lapsi-sairastuu/Vastasyntyneen\\_keltaisuus/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/sairaanhoito/lasten-sairaanhoito/kun-lapsi-sairastuu/Vastasyntyneen_keltaisuus/Sivut/default.aspx).

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016. Synnytys. Viitattu 24.1.2017 <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/synnytykset/vauvamatkalla/synnytys/Sivut/default.aspx>.

Henkilötietolaki 22.4.1999/253.

Hämeen ammattikorkeakoulu 2017. Tutkivan toiminnan luotettavuuden kriteerit. Viitattu 3.4.2017 [http://www.hamk.fi/verkotot/kudos/tutkiva-toiminta/Documents/HAMK\\_17\\_Luotettavuuskriteerit.pdf](http://www.hamk.fi/verkotot/kudos/tutkiva-toiminta/Documents/HAMK_17_Luotettavuuskriteerit.pdf).

Imetyksen tuki Ry 2016. Imetyssuositukset. Viitattu 5.3.2017 <https://imetyks.fi/tietoa-imetyksen-avuksi/imetyssuositukset/>.

Iso-Kinisjärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, P., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M & Väänänen, H. 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhönsoveltuvat ohjausmallit. Hyvä potilasohjaus prosessin. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveys-hallinnon laitos. Viitattu 10.4.2017. [//www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf).

Järvenpää, A.-L. 2002. Onko vastasyntyneen varhainen kotiuttaminen vaaratonta? Suomen Lääkärilehti 57.

Järvenpää, A.-L. 2012. Syntymän jälkeinen kätilötyö. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. 2.-4.painos Helsinki: Edita.

Jyväskylän kaupunki 2017. Synnytyksestä palautuminen. Viitattu 24.1.2017 <http://www.jyvaskyla.fi/terveys/neurolat/aitiysneuvola/synnytyksenjalkeen/palautuminen>.

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

Kemppainen, V.; Haatainen, K.; Taam-Ukkonen, M.; Penttinen, J.; Turunen, H. & Miettinen, M. 2010. Potilasohjausprojektin (2008-2009) väliraportti. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2014. Synnytyksen vaiheet. Viitattu 27.11.2016 [http://www.kssHP.fi/fi-FI/Potilaalle/Synnytys/Synnytyksen\\_aikana/Synnytyksen\\_vaiheet\(44287\)](http://www.kssHP.fi/fi-FI/Potilaalle/Synnytys/Synnytyksen_aikana/Synnytyksen_vaiheet(44287)).

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Kansallinen äitiyshuollon asiantuntija-ryhmä. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.

Kujanpää, K. & Rajala, K. 2004. Perheen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos: Pro gradu-tutkielma

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hivonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, Maria - Kyngäs, Helvi 2005a: Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä

hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5). 250 – 256.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Kääriäinen, M & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja-lehti* 10/2006. Viitattu 01.04.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lapin sairaanhoitopiiri 2015. Synnyttäneiden vuodeosasto. Viitattu 27.11.2016 [http://shp.fi/fiFI/Sairaanhoitopalvelut/Naistentaudit\\_ ja\\_synnytykset/Synnyttäneidenvuodeosasto](http://shp.fi/fiFI/Sairaanhoitopalvelut/Naistentaudit_ ja_synnytykset/Synnyttäneidenvuodeosasto).

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Väitöskirja. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>.

Lipponen, K., Kyngäs, H & Kääriäinen M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.

Mayo Clinic 2015. Labor and delivery, Postpartum care. Viitattu 5.3.2017 <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/postpartum-care/art-20047233>.

Myers-Gorrie, T., Slone-Mckinney, E. & Smith-Murray, S. 1998. *Foundations of Maternal-Newborn Nursing*. Philadelphia: W.B Saunders Company.

National Institute for Health and Care Excellence 2006. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Viitattu 24.1.2017 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/1-Recommendations#maternal-health>.

Nuutila, M. & Ylikorkala, O. 2011. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. 5. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016. Sairaalassa oloaika. Viitattu 27.11.2016 <http://www.pkssk.fi/sairaalassa-oloaika>.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Synnytys ja kivunlievitys. Viitattu 24.1.2017 [https://www.ppsHP.fi/potilaat\\_laheiset/prime101/prime116/prime103/prime103.aspx](https://www.ppsHP.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime116/prime103/prime103.aspx).

Potilaan lääkrilehti 2014. Turvallisin synnytystapa. Viitattu 27.11.2016  
<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/tutkimus-alatiesynnytys-turvallisin-synnytystapa/>.

Raussi-Lehto, E. & Jouhki, M-R, 2015. Julkaisussa Kätilötyö. Toim. Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 6. uud. p. Helsinki: Edita.

Rode, U. 2014. Raskaana – Raskaus, synnytys ja uusi perhe. Espoo: Oy SCA Hygiene Products Ab.

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Tampereen yliopisto. Pro gradu. Viitattu 08.04.2017. <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1>.

Sariola, A-P., Nuutila, M., Sainio, S., Saisto, T. & Tiitinen, A. 2014. Odottavan äidin käsikirja. Helsinki: Duodecim.

STM. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007– 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 6.4.2017. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76132/passthru.pdf?sequence=1>

Tampereen yliopisto 2013. Tutkittavien itsemääräämisoikeus. Viitattu 27.11.2016  
<http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet/itsem.html>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a. Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Opas 33/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toim. Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. Viitattu 6.4.2017.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Vauvamyönteisyysohjelma. Viitattu 24.1.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/raskaus-ja-synnytys/imetyksen-edistaminen-synnytyssairaalassa/vauvamyonteisyysohjelma>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Perhevalmennus. Viitattu 6.4.2017  
[https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys\\_ ja\\_ lastenneuvola/aitiysneuvola/perhevalmennus](https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ ja_ lastenneuvola/aitiysneuvola/perhevalmennus).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Meille tulee vauva – opas vauvan hoitoon ja opastukseen. Viitattu 12.5.2017. <http://www.julkari.fi/handle/10024/129572>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Viitattu 12.5.2017.  
<https://www.julkari.fi/handle/10024/116162>.

UKK-Instituutti 2016. Liikunta raskauden aikana. Viitattu 6.4.2017 [http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa\\_terveysliikunnasta/liikunnan\\_vaikutukset/liikunta\\_raskauden\\_aikana](http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunnan_vaikutukset/liikunta_raskauden_aikana).

Uotila J & Tuimala R. 2011. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Ylikorkala O & Tapaninen J. (toim.): Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 492-493.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Vilpas, H. Kvantitatiivinen tutkimus. Metropolia. Viitattu 3.4.2017 <https://users.metropolia.fi/~pervil/kvantsu/Moniste.pdf>.



## LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Tutkimuslupahakemus
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Kyselylomake
- Liite 5. Aineistosta tehtyjä taulukoita

Liite 1.

TUT: 4/2017

**LAPIN AMK**  
Lapland University of Applied Sciences

**OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisen opinnäytetyön yhteydessä, jota ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolella toteutuvan hankkeessa.

<b>Toimeksiantaja</b>	Nimi (esim. yritys) LAPIN KAUPUNGHUOLTO FURU Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) MINKAANA VUOLO	
<b>Tekijä</b>	Nimi TINA KANGASALA, MAELIA LOHINEN	Osoite Postinumero Postitompakka
	Katsoaste	Sähköpostiosoite
	Puhelin	Ryhmätunnus
	Suoritettava tutkinto TEKIJÄOPINNÄYTETYÖ	Tehdävämäärä LEHTOKI
<b>Lapin AMK</b>	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) SARA KANGASALA	Sähköpostiosoite sara.kangasala@lapinamk.fi
	Tompakka ja osoite LAPIN AMMATTIKORKEAKOULU JOUVAKKA 4	Sähköpostiosoite sara.kangasala@lapinamk.fi
	Puhelin	
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
<b>Ohjaus</b>	Ohjaaja opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämät ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
<b>Dokumentointi</b>	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työssä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäytetoimintamallin mukainen kirjallinen esitys, josta koostetaan yksi kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaitaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan opettajalle sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
<b>Oikeudet</b>	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuksen nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
<b>Keksinnöt</b>	Jos tekijä on osallistunut keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhdessä keksijöistä. Mahdollisesta keksintönoikeudesta sovitaan erikseen noudatettua ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintötoimintamallin mukaisesti. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentiin tai hyödyllisyysmallilla.	
<b>Vastuut</b>	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisenaan kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun siirtyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
<b>Liikikelisä</b>	TOIMEKSIANTAJA SAA KOKON OPIINNÄYTETYÖSTÄ JA SEN TULOISTA.	
<b>Salassapito</b>	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulevien luottamuksellisten asioiden. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettäviä aineistoja. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansäätöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyötoimintamalliin ja se astuu voimaan allekirjoituksesta.	
	Palkka ja päivämäärä	Allakirjoitus
<b>Toimeksiantaja</b>	ROVANONIEMI 27.1.2017	Sara Kangasala - L. Väli-Kangas
<b>Tekijä</b>	ROVANONIEMI 16.1.2017	Maryellen Tina Kangasala
<b>Lapin AMK</b>	ROVANONIEMI 16.1.2017	Sara Kangasala

Liite 2.

TUT: 4/2017

**LAPIN AMK**  
Lapland University of Applied Sciences

**OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS**

Hakijan / hakijoiden henkilötiedot	Nimi <b>MARINA LOHNIIVA</b> <b>TINA KRANKKALA</b>	Henkilötunnus	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite <b>marina.lohniiva@edu.lapinamk.fi</b> <b>tina.krankska@edu.lapinamk.fi</b>	
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö <b>Lapin Ammattikorkeakoulu</b>	Hakijan tehtävä/virka-asema <b>OPISKELIJA</b>	
Opinnäytetyön ohjaaja(t)	Nimi <b>SIRPA KAUJAINEN</b>	Oppiarvo ja ammatti <b>LEHTORI</b>	
	Toimipaikka ja osoite <b>LAPIN AMMATTIKORKEAKOULU</b>	<b>JOKIVÄYLÄ 11</b>	
	Puhelin	Sähköpostiosoite <b>sirpa.kaujainen@lapinamk.fi</b>	
	Toimeksiantaja <b>LAPIN SAIRAANHOITOPILRI</b>		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä <b>ROVANIEMI 14.1.2017</b>		Allekirjoitus <b>Mouhellen</b> <b>Tina Krankska</b>
	Yhteystiedot <b>OUNASEINTEENTIE 22, ROVANIEMI</b>		
Luvan myöntäminen	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään		<input type="checkbox"/> Tutkimuslupa evätään
	Perustelut		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä <b>KK5 28.1.17</b>		Allekirjoitus <b>Katri Vuopala, LT</b> <b>Yrjö Johtajainen, lääkari</b> <b>Lapin sairaanhoitopiiriin ky.</b>
	Myöntämisen ehdot <input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti ja tarvittaessa tutkimuksen tulokset suullisesti <input type="checkbox"/> Hakija vastaa kustannuksista itse, ellei toisin sovita <input type="checkbox"/> Muu ehto		
Päätöksestä tiedottaminen	<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön hakijalle/ hakijoille <input type="checkbox"/> ohjaaville opettajille <input checked="" type="checkbox"/> yksiköille, jota luvan myöntäminen koskee <input type="checkbox"/> jokin muu, kuka?		

Liite 3.

Lapin ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelma

**Saatekirje**

Arvoisa Äiti perheineen!  
Onnittelut vauvan syntymän johdosta!

Olemme kolmannen vuoden terveydenhoitaja opiskelijoita Lapin Ammattikorkeakoulusta. Olemme tekemässä Lapin sairaanhoitopiirille opinnäytetyön aiheesta potilasohjauksen kehittäminen lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen siirryttäessä. Lapin keskussairaalassa on tarkoitus siirtää lyhytjälkihoitoiseen synnytyskäytäntöön lähivuosien aikana. Lyhytjälkihoitoinen synnytyskäytäntö tarkoittaa, että kotiutuminen synnytyssairaalasta tapahtuu 6 - 48 tunnin kuluttua synnytyksestä. Tarkoituksena on kartoittaa teiltä, synnyttäneiltä äideiltä potilasohjauksen tarvetta ennen synnytystä ja synnytyksen jälkeen.

Opinnäytetyössä teille, synnyttäneille äideille, synnytysvuodeosaston hoitohenkilökunta jakaa kyselylomakkeen, johon voitte vastata osastolla ollessanne. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Kysely toteutetaan helmikuussa 2017. Kyselylomakkeet voitte palauttaa ruokasalissa olevaan suljettuun postilaatikkoon. Toivomuksena olisi, että mahdollisimman moni äiti perheineen vastaisi kyselyyn. Vastauksenne ovat tärkeitä, jotta teidän ääni tulee kuulluksi kehitettäessä Lapin keskussairaalan potilasohjausta synnytysvuodeosastolla.

Tutkimustuloksista ei missään vaiheessa käy ilmi kyselylomakkeisiin vastanneiden henkilöllisyyttä. Tutkimustuloksia käytetään ainoastaan tässä tutkimuksessa ja ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua toukokuussa 2017.

Ystävällisin terveisin

Terveydenhoitajaopiskelijat  
Marika Lohiniva ja Tiina Krankkala

Liite 4.

## KYSELYLOMAKE

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

### TAUSTATIEDOT

1. Ikä

- alle 20 v.  
 20 - 25 v.  
 25 - 30 v.  
 30 - 35 v.  
 yli 35 v.

2. Olen

- uudelleensynnyttäjä  
 ensisynnyttäjä

3. Siviilisäätö

- avioliitossa  
 avoliitossa  
 rekisteröity parisuhde  
 sinkku  
 jokin muu, mikä?

4. Koulutus

- korkeakoulututkinto  
 ammatillinen koulutus  
 lukio  
 peruskoulu

5. Etäisyys kotoa synnytyssairaalaan

- 1-10 km  
 10 - 25 km  
 25 - 50 km  
 50 - 100 km  
 yli 100 km  
 yli 200 km

### SYNNYTYS

1. Olitko tyytyväinen synnytykseen

- kyllä  
 ei

2. Oliko synnytyksesi

- alatiesynnytys  
 suunniteltu keisarinleikkaus  
 päivystyksenä tehty keisarinleikkaus

3. Oletko osallistunut perhe- tai synnytysvalmennukseen tämän raskauden aikana

- kyllä  
 ei

4. Olin sairaalassa synnytyksen jälkeen

- 1 vrk  
 2 vrk  
 3 vrk  
 4 vrk tai yli 4 vrk

**OHJAUS**

Ympyröikää tai rastikaa teille sopivin vaihtoehto

**1**=Samaa mieltä, **2**=Osittain samaa mieltä, **3**=En osaa sanoa,

**4**=Osittain eri mieltä, **5**=Täysin eri mieltä

1. Koen, että perhe on otettu hyvin huomioon ohjauksessa

1      2      3      4      5

2. Koen, että olen saanut tarvittavan ohjauksen vauvan sekä itseni hoitamiseksi

1      2      3      4      5

3. Tiedän, mistä voin saada tarvittaessa tietoa ja neuvontaa kotiuduttuani osastolta

1      2      3      4      5

4. Koen, että yksilöllinen tarpeeni otettiin huomioon ohjauksessa

1      2      3      4      5

5. Mistä olisi tärkeää saada ohjausta ennen synnytystä

Muuttuvasta elämäntilanteesta      1      2      3      4      5

Vanhemmuudesta      1      2      3      4      5

Vauvan vuorovaikutuksesta      1      2      3      4      5

Seksuaalisuudesta      1      2      3      4      5

Synnytyksen aiheuttamista

muutoksista kehossa      1      2      3      4      5

Synnytyspeloista      1      2      3      4      5

6. Kuinka tärkeänä pidät, että

Ohjaus tapahtuu hoitajan aloitteesta      1      2      3      4      5

Ohjaus tapahtuu omasta aloitteesta      1      2      3      4      5

Ohjaus tapahtuu molempien aloitteesta      1      2      3      4      5

On mahdollisuus kerrata asioita      1      2      3      4      5

On mahdollisuus esittää kysymyksiä      1      2      3      4      5

**IMETYSOHJAUS**

Ympyröikää teille sopivin vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille annettuun tilaan.

**1**=Erittäin tärkeä, **2**=Melko tärkeä, **3**=En osaa sanoa,

**4**=Ei kovin tärkeä, **5**=Ei lainkaan tärkeä

## 7. Kuinka tärkeänä pidät ohjausta

Imetysasennon ohjaus	1	2	3	4	5
Nälän tunnistaminen	1	2	3	4	5
Rintojen hoitaminen	1	2	3	4	5
Maidon erityys	1	2	3	4	5
Imetykseen liittyvät ongelmat	1	2	3	4	5

## 8. Mielestäni imetysohjausta tulisi antaa

Neuvolassa	1	2	3	4	5
Perhevalmennuksessa	1	2	3	4	5
Synnytyssalissa	1	2	3	4	5
Synnytysvuodeosastolla	1	2	3	4	5

## 9. Mielestäni imetysohjausta tulisi antaa

Yksilöohjauksessa	1	2	3	4	5
Ryhmässä muiden vanhempien kanssa	1	2	3	4	5
Video	1	2	3	4	5
Kirjallinen opas	1	2	3	4	5
Joku muu, mikä?					

## 10. Kuinka tärkeänä pidät, että imetysohjauksen tarve perustellaan

1      2      3      4      5

## 11. Miten imetysohjausta voisi mielestäsi kehittää?

---



---



---



---



---

**VAUVAN HOIDON OHJAUS**

Ympyröikää teille sopivin vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille annettuun tilaan.

**1**=Erittäin tärkeä, **2**=Melko tärkeä, **3**=En osaa sanoa,

**4**=Ei kovin tärkeä, **5**=Ei lainkaan tärkeä

## 12. Kuinka tärkeänä pidät ohjausta

Kylvetys	1	2	3	4	5
Pyllyn pesu	1	2	3	4	5
Navan ja ihon hoito	1	2	3	4	5
Vaipan vaihto	1	2	3	4	5
Vaatteiden vaihto	1	2	3	4	5
Vauvan käsittely	1	2	3	4	5
Vauvan yleisvoinnin tarkkailu	1	2	3	4	5

## 13. Mielestäni vauvan hoidon ohjausta tulisi antaa

Neuvolassa	1	2	3	4	5
Perhevalmennuksessa	1	2	3	4	5
Synnytyssalissa	1	2	3	4	5
Synnytysvuodeosastolla	1	2	3	4	5

## 14. Mielestäni vauvan hoidon ohjausta tulisi antaa

Yksilöohjauksena	1	2	3	4	5
Ryhmässä muiden vanhempien kanssa	1	2	3	4	5
Video	1	2	3	4	5
Kirjallinen opas	1	2	3	4	5
Joku muu, mikä?					

## 15. Kuinka tärkeänä pidät, että vauvan hoidon ohjauksen tarve perustellaan

1      2      3      4      5

## 16. Miten vauvan hoidon ohjausta voisi mielestäsi kehittää?

---



---



---



---



## ÄIDIN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Ympyröikää teille sopivin vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille annettuun tilaan.

**1**=Erittäin tärkeä, **2**=Melko tärkeä, **3**=En osaa sanoa,

**4**=Ei kovin tärkeä, **5**=Ei lainkaan tärkeä

### 17. Kuinka tärkeänä pidät ohjausta

Henkilökohtainen hygienia	1	2	3	4	5
Ergonomiset liikeasennot	1	2	3	4	5
Seksuaalisuus	1	2	3	4	5
Mielialan muutokset	1	2	3	4	5
Psyykinen jaksaminen	1	2	3	4	5
Sektiohaavan hoito	1	2	3	4	5
Ehkäisy	1	2	3	4	5
Liikunta ja Lepo	1	2	3	4	5

### 18. Mielestäni äidin itsehoidon ohjausta tulisi antaa

Neuvolassa	1	2	3	4	5
Perhevalmennuksessa	1	2	3	4	5
Synnytyssalissa	1	2	3	4	5
Synnytysvuodeosastolla	1	2	3	4	5

### 19. Mielestäni äidin itsehoidon ohjausta tulisi antaa

Yksilöohjauksena	1	2	3	4	5
Ryhmässä muiden vanhempien kanssa	1	2	3	4	5
Video	1	2	3	4	5
Kirjallinen opas	1	2	3	4	5
Joku muu, mikä?					

### 20. Kuinka tärkeänä pidät, että äidin terveyden edistämisen ohjaus perustellaan

1      2      3      4      5

### 21. Miten äidin itsehoidon ohjausta voisi mielestäsi kehittää?

---



---



---

## PALAUTETTA HOIDOSTA TAI OPINNÄYTETYÖN KYSELYLOMAKKEESTA

---

---

---

---

---

---

---

## Liite 5. 1 (2)

Taulukko 1. Imetysohjauksen mieluisin ajankohta

Asteikko	Neuvola	Perhevalmennus	Synnytyssali	Synnytysvuodeosasto
<b>Erittäin tärkeä</b>	55,3	26,3	47,4	86,9
<b>Melko tärkeä</b>	21,1	23,7	23,6	7,9
<b>En osaa sanoa</b>	18,4	34,2	18,4	2,6
<b>Ei kovin tärkeä</b>	2,6	15,8	5,3	0
<b>Ei lainkaan tärkeä</b>	2,6	0	5,3	2,6
	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Taulukko 2. Vauvan hoidon ohjauksen mieluisin ajankohta

Asteikko	Neuvola	Perhevalmennus	Synnytyssali	Synnytysvuodeosasto
<b>Erittäin tärkeä</b>	63,3	42,1	21,1	92,2
<b>Melko tärkeä</b>	28,9	18,5	15,8	2,6
<b>En osaa sanoa</b>	2,6	26,3	18,4	0
<b>Ei kovin tärkeä</b>	2,6	10,5	34,2	2,6
<b>Ei lainkaan tärkeä</b>	2,6	2,6	10,5	2,6
<b>Summa</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Taulukko 3. Äidin terveyden edistämisen ohjauksen mieluisin ajankohta

Asteikko	Neuvola	Perhevalmennus	Synnytyssali	Synnytysvuodeosasto
<b>Erittäin tärkeä</b>	78,9	36,8	23,7	71,1
<b>Melko tärkeä</b>	10,5	15,8	15,7	15,8
<b>En osaa sanoa</b>	5,3	26,3	21,1	7,9
<b>Ei kovin tärkeä</b>	0	13,2	13,2	2,6
<b>Ei lainkaan tärkeä</b>	5,3	7,9	26,3	2,6
<b>Summa</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## Liite 5. 2 (2)

Taulukko 4. Imetysohjausmenetelmä

Asteikko	Yksilöohjaus	Ryhmäohjaus	Video	Kirjallinen opas
Erittäin tärkeä	94,8	13,2	15,8	26,3
Melko tärkeä	0	15,8	23,7	39,5
En osaa sanoa	2,6	21,1	18,4	18,4
Ei kovin tärkeä	0	28,8	26,3	7,9
Ei lainkaan tärkeä	2,6	21,1	15,8	7,9
	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Taulukko 5. Vauvan hoidon ohjausmenetelmä

Asteikko	Yksilöohjaus	Ryhmäohjaus	Video	Kirjallinen opas
Erittäin tärkeä	94,8	13,2	15,8	26,3
Melko tärkeä	0	15,8	23,7	39,5
En osaa sanoa	2,6	21,1	18,4	18,4
Ei kovin tärkeä	0	28,8	26,3	7,9
Ei lainkaan tärkeä	2,6	21,1	15,8	7,9
	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Taulukko 6. Äidin terveyden edistämisen ohjausmenetelmä

Asteikko	Yksilöohjaus	Ryhmäohjaus	Video	Kirjallinen opas
Erittäin tärkeä	92,1	23,7	7,9	31,6
Melko tärkeä	5,3	15,8	21,1	36,8
En osaa sanoa	0	31,6	31,5	23,7
Ei kovin tärkeä	0	18,4	15,8	5,3
Ei lainkaan tärkeä	2,6	10,5	23,7	2,6
Summa	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Taulukko 7. Kuinka tärkeää on kyseisen ohjauksen perustelemine?

Asteikko	Imetys	Vauvan hoito	Äidin terveyden edistäminen
Erittäin tärkeä	36,8	42,1	50
Melko tärkeä	34,2	21,1	31,6
En osaa sanoa	18,4	23,6	10,5
Ei kovin tärkeä	5,3	7,9	5,3
Ei lainkaan tärkeä	5,3	5,3	2,6
Summa	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

