



LAUREA

Ammattilaisen apua vaativat puhelut imetyksen vertaistuksessa



Miettinen, Katariina

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Ammattilaisen apua vaativat puhelut imetyksen vertaistuessa

Katariina Miettinen
Terveystyö
Opinnäytetyö
Maaliskuu 2010

Katariina Miettinen

Ammattilaisen apua vaativat puhelut imetyksen vertaistuksessa

Vuosi 2010 Sivumäärä 44+3

Imetys koskettaa vuosittain 60 000 vastasyntyneen perhettä Suomessa. Imetyksen terveydelliset edut äidille sekä vauvalle ovat kiistattomat ja sen vuoksi imetyksen edistäminen on tärkeä osa terveyden edistämistä. Vaikka imetykseen suhtaudutaan näennäisen myönteisesti Suomessa, ovat imetyslukumme Pohjoismaiden huonoimmat. Ongelma piilee riittämättömässä ja epätasalaatuisessa sekä koordinoimattomassa imetysohjauksessa. Imetyksen vertaistukitaholle päätyy sellaisia imetysohjauksen tarvitsijoita, jotka vaativat terveydenhuollon ammattimais-ta imetysohjausta.

Opinnäytteeni tarkoituksena oli hankkia tietoa imetyksen vertaistukijoiden ajatuksista sellai-sista tukipuheluista, joissa heidän mielestään tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisen apua. Lisäksi kartoitettiin kyseisten puheluiden ohjausta ammattilaistahoille. Imetystukipuhelimen tilastot vuodelta 2009 käytiin läpi ja niiden pohjalta nostettiin opinnäytetyön kannalta mie-lekkäät tutkimuskysymykset ammattilaisen apua vaativista puheluista. Opinnäytetyö suunni-teltiin yhteistyössä Imetyksen tuki ry:n tarpeiden mukaan. Tavoitteena oli tuottaa materiaalia imetyksen vertaistukijoiden koulutusten kehittämiseen.

Opinnäytetyö toteutettiin laatimalla kyselylomake imetystukipuhelimeen vastaaville vertais-tukijoille. 38 vertaistukiäidistä 14 henkilöä vastasivat kyselyyn. Kyselylomake laadittiin Inter-net -pohjaiseen lomakkeeseen. Lomakepohja oli sama, joihin vertaistukijat tekevät tilastoin-tia imetystukipuheluista. Tulokset saatiin valmiiksi teemoiteltuina ilman tunnistetietoja. Ai-neisto analysoitiin teemoittelemalla ja tyypittelemällä. Aineistosta ei pyritty tekemään yleis-tyksiä, vaan etsittiin yhtäläisyyksiä vastauksista.

Vertaistukiäidit vastaavat imetystukipuhelimesta imetystuen tarpeeseen sekä kysymyksiin imetyksestä. Vertaistukipuhelimeen soimitaan kuitenkin myös imetysongelmissa, joihin autta-jaksi vaadittaisiin terveydenhuollon ammattilainen. Tuloksista tuli esiin imetyksen vertaistuki-joiden toive siitä, että lähes kaikki ammattilaisen apua vaativat puhelut voisi ohjata ammatti-laistaholle. Puhelut ohjattiin useimmiten terveydenhuollon ammattilaistaholle erikois- tai perusterveydenhuoltoon. Joissain tapauksissa tukiäidit ohjaisivat ammattilaisen apua vaati-vatkin puhelut takaisin vertaistuen piiriin. Tukiäitien mukaan syy on siinä, ettei ammattilais-tahon imetysohjaustaitoihin voida aina luottaa tai sellaista ei ole saatavilla. Huoli äidistä tai vauvan tilanteesta oli yleisin syy siihen, että vertaistukiäiti toivoisi voivansa ohjata puhelun ammattilaiselle. Vakavimmiksi huoliksi mainittiin äidin sairaudet sekä vastasyntyneen riittä-mätön painonkehitys. Vertaistukijat kokivat ahdistusta, voimattomuutta ja surua ammattilai-sen apua vaativista puheluista. He myös kaipaivat tukea itselleen puheluiden jälkeen, koska vaikeimmat puhelut jäivät mieleen ja niitä pohditaan vielä viikon kuluttua puhelusta.

Opinnäytetyön kehittämissuhteiksi korostui julkisen terveydenhuollon imetystukipalvelun tarve. Imetysklinikoita on lisättävä ja ammattimaisen imetystuen on oltava saatavilla.

Asiasanat: imetys, imetystuki, vertaistuki, imetystukipuhelin

Katariina Miettinen

Breastfeeding peer support calls requiring the help of a health care professional

Year	2010	Pages	44+3
------	------	-------	------

Each year, breastfeeding affects the families of 60 000 babies born in Finland. The health benefits of breastfeeding for both the mother and child are indisputable, and therefore the promotion of breastfeeding is an important part of health promotion. Despite the apparent positive attitude towards breastfeeding, Finland's breastfeeding rates are the lowest in the Nordic countries. The problem lies in insufficient, disparate and poorly coordinated breastfeeding counseling. The breastfeeding peer support sector is contacted in matters that would require professional breastfeeding counseling.

The goal of this thesis was to gather information about the peer support mothers' thoughts on those calls that from their viewpoint would require a health care professional's assistance. In addition the referral of such calls to professionals was charted. Breastfeeding Support Line phone statistics for 2009 were reviewed and based on them research questions meaningful for the thesis were raised. The thesis was designed taking into account the needs of the Breastfeeding Association. The aim was to produce material for the training of peer support mothers and develop it.

The thesis was carried out by drawing up a questionnaire for the peers that answer the calls to the Breastfeeding Support Line. The questionnaire that was set up on the Internet was answered by 14 of the 38 peer mothers. The form was the same that is used by the peer mothers to compile statistics on the received calls. The results were obtained already thematised without any identification information. The data was analyzed by thematising and typifying. The aim was to look for similarities in the answers without making generalizations.

The peer mothers answering the calls at the Breastfeeding Support Line give support in breastfeeding related issues and answer questions about it. The Breastfeeding Support Line is contacted in cases that would require the advice of a health care professional. The results show that peer support mothers wish that almost all calls requiring professional help could be redirected to health care professionals. The calls were most often referred to primary or special health care. In some cases the peer mothers would redirect calls needing professional help back to peer support sector. The peer supporters feel that the health care sector cannot always be trusted to give adequate breastfeeding counseling or there is no one available. For the peer support mothers the most common reason to refer a call to a health care professional was the concern for the condition of the mother and/or the baby. The mother's illnesses and insufficient weight gain of the baby were mentioned as the most serious reasons for concern. The peer supporter mothers felt anxious, powerless and sad over the calls requiring professional help. They felt they too would need counseling after receiving some calls, because the hardest cases stick with them and they think them over even a week after the call.

The need for a breastfeeding support service provided by the public health care system came up in the thesis as a proposal for improvement. The number of clinics providing breastfeeding counseling must be increased and professional breastfeeding counseling must be available.

Keywords: breastfeeding, breastfeeding support, peer support, Breastfeeding Support Line

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	IMETYS	7
2.1	Imetyksen edut ja terveysvaikutukset	7
2.2	Imetyssuositukset ja niiden toteutuminen	9
2.3	Imetyksen yhteys vauvan normaaliin kasvuun	10
2.4	Imetyksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät.....	11
3	VERTAISTUKI	12
3.1	Vertaistuki ja ammattiauttaminen.....	12
3.2	Vertaistuen merkitys imetyksessä.....	14
3.3	Kolmas sektori ja imetystuki	14
3.3.1	Kolmas sektori käsitteenä.....	14
3.3.2	Imetyksen tuki ry.....	16
3.3.3	Imetystukipuhelin	17
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
5	OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS	25
5.1	Toteutusympäristön kuvaus	25
5.2	Aineiston keruu	26
5.2	Aineiston analyysimenetelmät.....	28
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	29
6.1	Vastaajien taustatiedot.....	29
6.2	Ammattilaisen apua vaativan puhelun ohjaus ammattiavun piiriin.....	31
6.3	Vertaistukiäitien ajatuksia ammattiapua vaativista puheluista	33
7	POHDINTA	35
7.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu.....	35
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus	37
7.3	Eettiset kysymykset	38
	LÄHTEET	41
	LIITTEET	45
	Liite 1 Opinnäytetyön kyselylomake	45

1 JOHDANTO

Imetyksen edut äidille ja vauvalle ovat kiistattomat ja tukea imetykseen tulisi olla tarjolla niin julkisen terveydenhuollon, kuin vertaistuenkin piiristä. (Hannula 2003; Pouta ym. 2009) Suomessa imetystä suositellaan jatkamaan kuusi ensimmäistä kuukautta yksinomaan ja vähintään vuoden ikään muun ruoan ohella (Hasunen ym. 2004). Suomen huono imetystilanne, jossa vain 1 % (Hasunen & Ryyänen 2005) vauvoista täysimetetään suositusten mukaan kuuden kuukauden ikään asti, ei johdu ainakaan äitien imetyshaluista. Leena Hannulan väitöstutkimuksen mukaan äidit suhtautuvat imetykseen hyvin myönteisesti ja toivovat keskimäärin 9 kuukauden pituista imetystä. Suositukset ja todellisuus eivät kuitenkaan kohtaa tässäkin imetyksen pituuden ollessa keskimäärin 7 kuukautta. (Hannula 2003). Äideistä tuntuu useiden tutkimusten mukaan siltä, että he eivät saa tarpeeksi tukea ja ohjausta imetyksensä onnistumiseen neuvolan terveydenhoitajilta (Hannula 2003; Jukarainen 1994; Tarkka 1996). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksen mukaan 32 % neuvoloitten terveydenhoitajista on käynyt imetysohjaajakoulutuksen, joka antaa perusvalmiudet imetyksen ohjaamiseen (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen & Haapakorva 2005). Näin ollen hyvinvointivaltiomme perusyksikössä äitiys- ja lastenneuvolassa ei osata auttaa imettävää perhettä ongelmassa, jotka koskevat pienen ihmisen ainoaa ravitsemusta. Imetystukipuhelin vastasi yli tuhanteen puheluuun vuoden 2009 aikana, joista reilu kymmenys oli sellaisia puheluita jotka koulutettu imetyksen vertaistukija olisi halunnut ohjata suoraan terveydenhuollon ammattilaiselle. (Imetyksen tuki ry. 2010)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi vuonna 2009 Imetyksen edistäminen Suomessa - toimintaohjelman. Ohjelman tavoitteena on varmistaa, että imetys toteutuu imettävän äidin omien tavoitteiden mukaisesti, ja että siihen on saatavilla riittävästi apua ja tukea. (Pouta ym. 2009). Imetyksen vertaistuelle on oma paikkansa imetysohjelmassa, mutta sen ei ole tarkoitus ottaa vastuuta imettävästä äidistä ja vauvasta, vaan antaa vertaistukea uudessa elämäntilanteessa. Opinnäytetyöni tarkoitus on kyselylomakkeen avulla saada Imetyksen tuki ry:n Imetyspuhelimeen vastaavien imetyksen vertaistukihenkilöiden ääni kuuluviin. Tavoitteena on kartoittaa heidän ajatuksiaan ammattilaisen apua vaativista puhelusta sekä siitä millaisia puheluita he toivoisivat voivansa ohjata terveydenhuollon ammattilaisille ja kuinka he siinä onnistuvat. Mielenkiintoista on kartoittaa, tuleeko vertaistukipalvelun piiriin sellaisia puheluita, jotka kuuluisivat terveydenhuollon ammattilaisille jo pelkästään vastuukysymysten vuoksi. Opinnäytetyön tuloksia käytetään Imetyksen tuki ry:n koulutuksien kehittämiseen.

2 IMETYS

Rintaruokinta oli ollut ainoa turvallinen ruokintatapa maailmassa ennen viime vuosisataa. Lähes kaikki äidit imettivät lapsiaan Suomessa 1900- luvun alussa. Nykyaikana perheiden yhteisöllisyys on murentunut ja äidit eivät saa enää tukea imetykseensä kuten aiemmin sukupolvien verkostoltaan. Imetykseen tarvitaan muutakin kuin tahtoa. Äidit tarvitsevat tukea sekä tietoa. 2000- luvun Suomessa lapsiaan alkavat imettää lähes kaikki äidit. Äitien omat imetystavoitteet jäävät kuitenkin kauaksi toteutuneista. (Hannula 2003) Toiveet eivät siis toteudu. Hannulan (2003) mukaan imetyksen aloittamiseen ja jatkamiseen vaikuttavat tutkimusten mukaan yhteiskunnassa vallitsevat kulttuuriset asenteet sekä äitien läheisiltään ja terveydenhuollon henkilöstöltä saama tuki. Asenneilmapiiriin voivat vaikuttaa kolmas sektori ja media.

2.1 Imetyksen edut ja terveysvaikutukset

Viime vuosina imetyksen edistäminen on noussut aiempaa vahvemmin kansallisiin terveysohjelmiin ja suosituksissa ja säädöksissä huomioidaan imetystä aiempaa enemmän. Tähän ovat vaikuttaneet kansainväliset strategiat, joihin Suomen valtio on sitoutunut. Vastuu imetyksen edistämisestä on valtiolla ja kunnilla. Imetykselle on luotava riittävät edellytykset. Kansanterveyslaitos nimitti vuonna 2007 kansallisen asiantuntijaryhmän edistämään imetyksmyönteisyyttä ja parantamaan äitien saamaa imetysohjausta. (Pouta ym. 2009) Imetyksen terveyshyödyt ovat kiistattomia ja ne tunnetaan hyvin. (Hannula 2003; Pouta ym. 2009)

Täysimetyksellä tarkoitetaan imeväisikäisten ruokintaa, jolloin lapselle ei anneta muuta ravintoa kuin oman äidin rintamaitoa joko imettämällä tai lypsettynä ja lisäksi D-vitamiinia ja mahdollisesti muita ravintoainevalmisteita kuten fluoria ja keskostippoja. Joissain selvityksissä vähäisten vesimäärien antaminen vauvalle pullosta, lusikalla tai mukista imetyksen ohessa on sisällytetty täysimetyksen määritelmään (mm. Hasunen ja Ryyänen 2006). Kansainvälinen terveysjärjestö World Health Organisation rajaa kuitenkin myös veden antamisen täysimetyksen ulkopuolelle (WHO 2009:14).

Osittainen imetys tarkoittaa sitä, että lapsi saa rintamaidon lisäksi jotain muuta ravintoa, kuten äidinmaidon korviketta, soseita, erityisvalmisteita imeväisille, velliä tai muuta ravintoa. (Pouta ym.2009)

Imetys sanana ei rajaa pois lisäruoan antamista. Lapsi voi olla kuitenkin täysimetyksellä vaikka äiti ei käytännössä imettäisikään, vaan esimerkiksi lypsäisi vauvalle kaiken maidon ja syöttäisi sen pullosta.

Imetyksellä on kiistattomat edut ihmislapsen kasvussa. Äidinmaito on lajispesifinen tuote, joka on rakentunut vastaamaan täysin terveeseen ja täysiaikaisen vauvan ravinnon tarvetta. Imetys on edullinen ja ekologinen tapa ruokkia lapsi. Äidin ravitsemuksen sivutuotteena lapsi saa parasta mahdollista ravintoa. Imetys ei kuluta luonnonvaroja joten se tukee kestävästä kehitystä. Imetys vaikuttaa myös äidin terveyteen monin hyödyllisin vaikutuksin. (American Academy of Pediatrics 2005; Savilahti 2005; Järvenpää 2008b).

Äidinmaitoa on kutsuttu myös "valkeaksi vereksi". Rintamaidossa on lukuisia infekti suojaajia lisääviä ja tulehdusreaktioita hillitseviä aineita (esimerkiksi IgA-vasta-aineet, laktoferriini, lysosyymi, sytokiinit, musiinit ja oligosakkaridit, lymfocytyt ja makrofagit) sekä bioaktiivisia aineosia (esimerkiksi entsyymit, hormonit, kasvutekijät), joiden yhteisvaikutus immunologisesti vajavaisen lapsen tukena voi olla merkittävä. Näistä tekijöistä johtuen äidinmaito lisää lapsen infekti suojaajaa ja hillitsee tulehdusreaktioita. (Riordan & Auerbach 2009; Järvenpää 2008a). Kyseiset tekijät voivat merkittävästi tukea lapsen puolustusmekanismien kehittymistä. Äidinmaidon ainesosat vaikuttavat tutkimusten mukaan myös suolen kehitykseen ja kasvuun ja näin ollen myös vastustuskykyyn. (Pouta ym. 2009; WHO 2009:15)

WHO:n (2009:15) sekä Poudan ym. (2009: 15) mukaan imetys suojaa kehittyvässä maissa vaikeilta hengitystietulehduksilta, ripulitaudeilta (Quigley, Kelly & Sacker 2007) ja korvatulehduksilta (Chantry, Howard & Auinger 2006). Rintamaidon erityisyys näyttäisi suojaavan myös pieniä lapsia virtsatietulehduksilta (Marild, Hansson, Jodal, Oden & Svedberg 2004) ja hyvin pieniä keskosia vaikeilta suolistotulehduksilta. Rintamaito voi tehostaa myös joidenkin rokotteiden antamaa immuunivastetta (Silfverdal, Ekholm & Bodin 2007). Kehitysmaissa imetyksen suoja infektiota ja imeväiskuolleisuutta vastaan on erittäin tärkeä.

Imetyksen vaikutukset allergioihin ja astmasairauksiin ovat vielä kyseenalaisia, mutta näyttäisi siltä, että pitkä imetys ei suojaa allergioilta (Kramer 2007). Maria Pesosen väitöstutkimuksen (2008) tulokset viittaavat siihen, että yksinomaisen rintaruokinnan pitkittäminen yli nykyisten suositusten mukaisen kuuden kuukauden iän ei tehosta yksinomaisen rintaruokinnan allergiaoireilta suojaavaa vaikutusta. Suositusten mukainen 6 kuukauden täysimetys suoja kiistatta allergioilta ja suoja on ja pysyy myös yli 6 kuukautta jatkuneessa täysimetyksessä, mutta tutkimuksen mukaan se ei enää sen jälkeen tehostu. Yli 9 kuukautta jatkunut täysimetys saattaa lisätä riskiä atooppisen ihottuman ja ruokayliherkkysoireiden lisääntymiseen. Imetys saattaa lievittää ja hidastaa atooppisten oireiden alkua (Akonberg & Heller 2007).

Imetys voi vaikuttaa lapsen tulevaisuudessa mm. lapsuusiän leukemiariskiin, lihavuuteen, 1-tyyppin diabetekseen, sekä vauva-aikana kätkytkuolemariskiin. Kolesteroli pitoisuuden mataluuteen aikuisena vaikuttaa imetys ylipäätään ja varsinkin vähintään neljä kuukautta kestänyt

täysimetys. Vähintään neljä kuukautta imetetyt lapset ovat useimmin kouluiässä laihempia ja heidän verenpaineensa on matalampi kuin lapsilla, joita on imetetty lyhyemmän aikaa. (Pouta ym. 2009:15-16; Owen, Martin, Whincup & Smith 2005). Imetys tarjoaa lapselle tärkeää kokonaiskehitystä tukevaa läheisyyttä (Järvenpää 2008a).

Imetys kuluttaa vuorokaudessa 600 Kcal enemmän energiaa verratessa naisiin, jotka eivät imetä. Äidin tyypin 2 diabeteksen riski näyttää tutkimusten mukaan vähenevän jokaista imetysvuotta kohti 4-12 %. Rinta- ja munasarjasyövän riski on pienempi imettäneillä naisilla. Synnytyksen jälkeinen masennus liittyy tutkimusten mukaan lyhyeen imetykseen tai imettämättömyyteen. Kyseisen tutkimuksen syy-seuraussuhdetta ei voida kuitenkaan päätellä. (Ip ym. 2007) Imettävän äidin fertiilitietin palautuminen voi myös hidastua imetyksen avulla. Täysimettävän äidin, jonka vauva on alle 6 kuukautta ja kuukautiset eivät ole vielä palanneet uuden raskauden riski on alle 2 % (WHO 2009:15)

2.2 Imetyssuositukset ja niiden toteutuminen

Maailman terveysjärjestö WHO suosittaa terveille vastasyntyneille puolen vuoden yksinomais-ta täysimetystä ja imetyksen jatkamista kahden vuoden ikään (WHO 2002). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö otti suosituksen kuuden kuukauden täysimetyksestä käyttöön vuonna 2004. Voimassa oleva suositus noudattaa muuten täysin WHO:n suosituksia, mutta imetyksen jatkamista muun ruoan ohella suositellaan jatkettavaksi vähintään yhden vuoden ikään. (Hasunen ym. 2004)

Hasunen ja Rynänen tutkimuksessa (2005) selvitettiin, että lähes kaikki vastasyntyneet saivat rintamaitoa. Yhden kuukauden iässä rintamaitoa sai 87 %, kolme kuukautta täyttäneistä 76 % ja puolivuotiaista 60 %. Suomalaisen suosituksen mukaisesti yhden vuoden iässä rintamaitoa sai 36 % lapsista. Verrattuna edelliseen katsaukseen imeväisten ruokinnasta imetyksessä on tapahtunut edistymistä.

Täysimetyksessä tavoite jää kuitenkin toteutumatta. Kansainvälisen vauvamyönteisyysohjelman tavoitteena on, että 80 % neljän- kuuden kuukauden ikäisistä lapsista olisivat täysimetytyjä (Hasunen & Rynänen 2005). Kansainvälisestäikin tähän imetystavoitteeseen pääsee vain reilu kolmannes maailman lapsista (WHO 2003). Suomessa täysimetyysluku neljän kuukauden kohdalla on 34 %. Yli viisikuisista täysimetytetään 15 %. Kuitenkin tavoite puolenvuoden täysimetyksestä täyttyy vain yhdessä tapauksessa sadasta (Hasunen & Rynänen 2005). Keskimäärin täysimetys päättyy 1,4 kuukauden iässä, tavoitteen ja toteutuman ero on keskimäärin 4,6 kuukautta (Pouta ym. 2009). Pohjoismaita vertaillen esimerkiksi Ruotsissa lapsista on täysimetyksellä viikon iässä 88 %, neljän kuukauden iässä 61 % ja puolivuotiaana 16 % (Socialstyrelsen 2007). Näin ollen Ruotsissa imetyksluvut on merkittävästi paremmat. Hannulan (2003) mukaan äidit Suomessa toivovat itselleen 9 kuukauden imetystä, mutta toteuma on 7 kuukautta.

2.3 Imetyksen yhteys vauvan normaaliin kasvuun

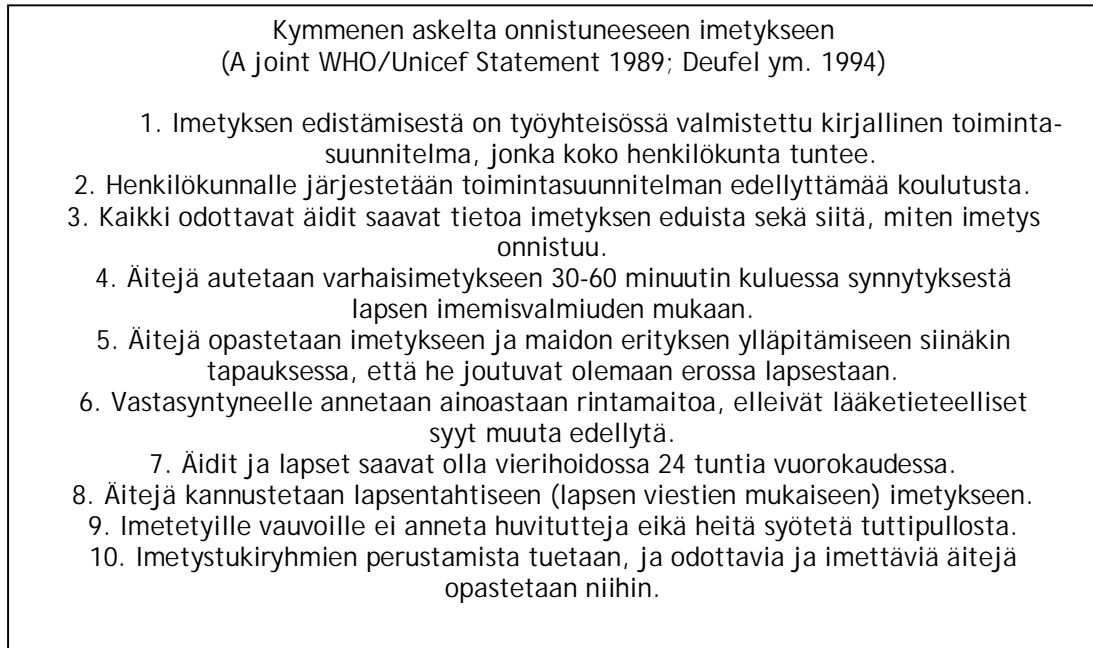
Vastasyntyneiden vauvojen paino putoaa yleisesti noin 5-7 % syntymäpainosta ensimmäisten 3-4 päivän aikana. Painonlasku on fysiologista ja johtuu mekoniumin eli vauvan pihkan ja ylimääräisen nesteen poistumisesta vauvan kudoksista. Ensimmäisten päivien aikana annettu ylimääräinen neste ei kuitenkaan kompensoi kyseistä nesteiden poistumaa eikä hyödytä vauvaa. Tutkimuksen mukaan vauvat, joille annettiin ylimääräistä vettä tai korviketta ensimmäisten päivien aikana, menettivät enemmän painoa ja alkoivat epätodennäköisemmin kasvattaa painoaan neljännessä päivästä lähtien kuin vauvat, joita täysimetettiin tai yksinomaan ruokittiin korvikkeella. Äitien saadessa normaalia ohjausta imetykseen, hyvin harvat vauvat menettivät painoaan enemmän kuin 7 %. Kun vauvan paino laskee 10 % tai enemmän on se yleensä merkki siitä, että äiti tarvitsee enemmän tukea imetykseensä. Jos imetyksen ongelmia ei pikaisesti korjata tai vauvasta huomataan kuivumisen merkkejä, ovat lisämaidot tarpeen. Tutkimuksessa 686 täysaikaisesta vastasyntyneestä 7,7 % täysimetetyistä vauvoista menetti painoaan enemmän kuin 10 prosenttia. Huono imetystekniikka oli kyseessä kolmessa neljästä näissä tapauksissa. Neljäs johtui viivästyneestä maidonnoususta. (Mohrbacher & Stock 2003:148)

Suurin osa vauvoista saavuttaa syntymäpainonsa kymmenen vuorokauden ikään mennessä, toisilla siihen menee kaksi viikkoa. Jos painoa on tippunut enemmän, on syntymäpainonkin saavuttaminen hitaampaa. Sairailta ja ennenaikaisilta vastasyntyneiltä saattaa kestää kauemmin saavuttaa syntymäpainonsa. Jos vauva ei saavuta syntymäpainoaan kaksiviikkoiseksi mennessä, on sen oltava varomerkki terveydenhuollolle. Imetystä tulee tehostaa, pidemmät ja useammat imetyskerrat, sekä vauvan stimulointi imetykseen esimerkiksi ihonkontaktin avulla, auttavat siinä. (Mohrbacher & Stock 2003:148; Koskinen 2008:107)

Painonnousu on nopeaa ensimmäisten kolmen-neljän kuukauden ajan mutta tasaantuu sen jälkeen. Imetetyn vauvan kasvun tulisi olla ensimmäisinä kuukausina vähintään 125-150g viikossa, kuitenkin yli 250g nousutkin ovat tavallisia. Täysimetetty vauva ei voi kasvaa liikaa, joten suurikaan painonnousu ei ole syy imetyksen rajoittamiselle. (Unicef & WHO 2006). Imetetyn paino nousee aluksi nopeammin kuin korvikeruokitun, mutta kun vauva lähtee liikkeelle, on imetty vauva useimmin hoikempi. Suomessa käytettävät kasvukäyrät eivät huomioi lapsen ruokintatapaa, joten käyrillä saattaa näyttää, että imetetyn vauvan painon nousu hidastuu 3-4 kuukauden iässä. Tämä on kuitenkin täysimetetyille lapsille tyypillinen tapa kasvaa. (Koskinen 2008:108)

WHO julkaisi vuonna 2006 kasvukäyrät imetetyille lapsille. Käyriä varten seurattiin 8000 imettyä lasta ympäri maailmaa. Lapset ja äidit olivat terveitä, eivätkä vanhemmat tupakoineet. Myös ravitsemuksen tila oli hyvä. Kyseisiä käyriä voidaankin pitää ihmislapsen optimaalisen kasvun mittarina. (WHO 2006)

2.4 Imetyksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät



Kuva 1. Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen

WHO ja Unicef aloittivat vuonna 1989 yhteistyössä maailmanlaajuisen vauvamyönteisyysohjelman. Vuonna 1991 julkaistiin vauvamyönteisyysohjelman osana käytännönläheinen kymmenen askeleen ohjelma imetyksen edistämiseksi synnytysyksiköissä. Toimintamalli Vauvamyönteisyysohjelma julkaistiin Suomessa vuonna 1994. Sen yhteydessä käännettiin suomeksi Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen - ohje. (A joint WHO/Unicef Statement 1989; Unicef 1992; Deufel ym. 1994) Kymmenen askelta- ohjelma on ensimmäinen osa Vauvamyönteisyys ohjelmaa.

Toinen askel on kolmivaiheinen imetysammattilaisten koulutusohjelma, jossa ensiksi koulutetaan imetysohjaajan peruskoulutus. Sen jälkeen koulutetaan imetysohjaaja imetysohjaajakouluttajaksi. Imetysohjaajien koulutuksen kolmas ja korkein taso on kansainvälinen ja arvostettu imetyksen erityisasiantuntijan tutkinto IBCLC (engl. International Board Certified Lactation Consultant). IBCLC- asiantuntijoita on Suomessa vuonna 2009 kuusi kappaletta.

Kolmas askel vauvamyönteisyysohjelmassa on kansainvälinen Vauvamyönteisyys- sertifikaatti. Se myönnetään sellaisille yksiköille, joissa toteutuvat kaikki Vauvamyönteisyysohjelman kymmenen askelta. Kyseisen sertifikaatin on Suomessa saanut neljä synnytysairaala. Näissä sairaaloissa äidit pärjäävät tutkimuksen mukaan paremmin imetyksessä. (Hannula 2003) Täysimetystä lisää äidin hyvät tiedot imetyksestä, hyvä fyysinen vointi, positiiviset ensi-imetyskokemukset, onnistunut ensi-imetyksen tunnin sisällä synnytyksestä, ja alatietyksen synnytys. Lapsivuodeosastolla jatkuvaa täysimetystä lisää vauvan vierihoidon, sijoitus pie-

neen huoneeseen ja hoitohenkilökunnan tiedot imetyksestä ja terveiden vastasyntyneiden lisäruoan tarpeettomuuden tiedostamisesta. Tekijöitä, jotka lisäävät osittaisimetystä sairaalassa ovat imetysohjauksen toimintasuunnitelman puute, hoitajien vähäinen osallistuminen imetysohjaukseen, lisäruoka terveille vastasyntyneille ilman lääketieteellistä perustetta, vierihoidon puute sekä omahoitajan puuttuminen. (Hannula 2003: 103)

Hannula huomioi tutkimuksessaan (2003), että sairaalan imetysohjauksen toimintakäytäntöjä parantamalla voidaan lisätä äitien täysimetystä. Vähäinen imetysohjaus on yhteydessä äitien heikompaan selviytymiseen imetyksestä. Vauvamyönteisissä sairaaloissa ohjaus toteutuu paremmin, kuin tavallisissa ja äidit olivat selkeästi tyytyväisempiä saamaansa ohjaukseen.

Psyykkisistä tekijöistä imetyksen onnistumiseen vaikuttavat optimistinen elämänsen, luottamus itseän ja maidon riittävyyteen sekä suunniteltu imetyksen pituus. Uudelleensynnyttäjät ja fyysisesti hyvinvoivat äidit selviytyvät paremmin sairaalavaiheessa imetyksessä. Terveys ja hyvät terveystottumukset vaikuttavat nekin imetyksen onnistumiseen. (Pouta ym. 2009)

Imetyksen tukeminen kotiutumisen jälkeen vaikuttaa Tarkan (1996) mukaan imetykseen vahvasti. Isät ovat useissa tutkimuksissa tunnistettu imetyksen tärkeimmiksi tukijoiksi. Kuitenkin merkityksellisin tukija imetyksessä on ammattilainen, varsinkin jos imetyksessä on ongelmia. Tarkan (1996) mukaan imetyksen sujua ensisynnyttäjällä sitä paremmin, mitä enemmän he saavat konkreettista tukea terveydenhoitajalta. Kotiutumisen jälkeen tärkeimmät imetystä lisäävät tekijät ovat asiantunteva imetystuki, koulutetun imetysohjaajan kotikäynnit sekä puhelintuki yhdistettynä vertaistukeen. (Hannula ym. 2008)

3 VERTAISTUKI

Vertaistukea voidaan saada ja antaa monessa muodossa. Arkisesti se tapahtuu usein kahden ihmisen välillä. Vertaistukiryhmät ja -verkostot ovat myös tapa saada tukea. Vertaistuen nykyaikaisia kanavia ovat Internetin keskustelupalstat, sähköpostilistat sekä järjestäytyneet puhelinpalvelut. Vertaisverkkoihin voidaan osallistua joustavasti oman aikataulun mukaisesti. Vertaistuelle on ominaista, että molemmat osapuolet voivat osallistua toimintaan nimettömänä, oli tapaaminen sitten kasvokkain, Internetissä tai puhelimesta. (Nylund & Yeung 2005:203)

3.1 Vertaistuki ja ammattiauttaminen

Vertaistukiryhmiksi voidaan kutsua ryhmiä, joissa samanlaisessa elämäntilanteessa olevien kesken mahdollistuu tuen antaminen ja saaminen. Vertaistukiryhmää voidaan kutsua myös oma-apu- tai itseapuryhmäksi. Vertaistukiryhmän jäsenillä on pyrkimyksenä ratkaista tai lie-

ventää henkilökohtaista tilannetta tai ongelmaa jakamalla kokemuksiaan muiden samassa tilanteessa olevien kanssa. (Euramaa 2001:14)

Suomessa on viimeisen kymmenen vuoden aikana lisääntynyt erilaisten vertaistukiryhmien ja verkostojen lukumäärä. Niiden määrän kasvu kertoo siitä, että ihmisillä on tarve jakaa kokemuksiaan ja saada tietoa samankaltaisessa elämäntilanteessa olevilta. (Nylund & Yeung 2005:195) Tarpeen lisääntymistä voitaisiin selittää sillä, että aiemmin oli vahvemmat lähiverkostot, mutta Nylundin mukaan tukea ja ymmärrystä ei aina aikaisemminkaan saanut lähipiiristä, koska monet asiat olivat vaiettuja "perhesalaisuuksia". (Nylund 2004:187) Imetyksessä vertaistuki ja käytännön neuvot ovat kuitenkin entisaikaan tulleet enemmän lähipiiristä, äidiltä, isoäidiltä ja siskolta. Nykyaikana ovat kuitenkin verkostot löyhentyneet, eikä tukea imetykseen saada enää samalla tavalla.

Vertaisryhmien tutkimusta on tehty Yhdysvalloissa 1960-1970-luvuilta lähtien. Pohjoismainen tutkimus on käynnistynyt vasta 1990-luvulla. Tutkijoiden kiinnostuksen kohteena on ollut millaisia vertaistukiryhmiä on ja kuinka ne toimivat, miten ne ovat syntyneet ja miksi ihmiset hakeutuvat niiden pariin. (Matzat 2001-2002:307-322; Karlsson 2002). Vertaistoiminnan tutkimuksesta on vastannut kaksi pääkoulukuntaa. Sosiaali- ja yhteiskuntatieteet tutkivat vertaisryhmiä yhteisinä ja osana yhteiskunnallista keskustelua. Psykologia ja terveystieteet keskittyvät enemmän ryhmien jäsenten yksilöllisiin kokemuksiin ja ryhmädynamiikkaan (Adamsen 2002:224-231).

Vertaistuessa on tutkimuksissa esille tullut käsite kokemustieto. Kokemustieto syntyy kokemusten merkityksellisyiden korostumisesta, tuen antaja voi käyttää omaa kokemustaan toisen avuksi. Kokemustiedon erityisominaisuutena on hyvä muistaa, että sitä ei ole aina tarpeeseen työstää tutkijoiden analysoitavaksi, vaan se on merkityksellistä ilman vahvaa tutkimustakin. (Nylund & Yeung 2005:204)

Vertaisuuteen perustuvan auttamisen ydin on arkinen kohtaaminen ihmisten välillä ilman asiakas- tai potilasroolia. Suomessa vertaistuki on vakiintunut toimintamuodoksi 1990-luvulla sosiaali- ja terveysalalla. Sitä pidetään uutena auttamistyön menetelmänä tai sitä voidaan pitää jopa ammatillisen työn kilpailijana tai uhkana. Vertaisryhmien ja keskinäisen tuen seurauksista ollaan oltu huolissaan sosiaalipoliitikkojen taholta. Heidän kritiikkinsä perustuu siihen pelkoon, että vertaisauttamista voidaan käyttää kustannusten minimoinnissa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Jos aktiivisten kansalaisten innostus vertaisauttamiseen kasvaa, voi kunnissa olla helppo perustella ammatillisten palveluiden ja resurssien karsimista. Tästä seuraisi se, että maallikkoauttajien määrä kasvaisi, mutta julkiset tukimuodot eivät kehittyisi niiden rinnalla. Vertaisuus ja ammatillinen toiminta voivat lähentyä ja jopa yhdistyä usealla tavalla. Niiden välillä tulee pysyä kuitenkin selkeät rajat. Ideologiset lähtökohdat ohjaavat vapaaeh-

toisuuteen ja palkattomuuteen perustuvaa vertaisuutta. Vertaistuki perustuu keskinäiseen tukeen ja ammattiauttaminen ei voi perustua vastavuoroiseen tukeen ja kokemuksiin. (Nylund & Yeung 2005:214-218)

3.2 Vertaistuen merkitys imetyksessä

Vahva hyvinvointiyhteiskunta voi tukea ja mahdollistaa erilaisia vaihtoehtoisia vertaistuen muotoja. Pohjoismaiset julkiset palvelutkaan eivät ole vähentäneet vertaisryhmien tarvetta. Suomalaisen neuvolajärjestelmän lisäksi tarvitaan myös vertaistukiryhmiä ja -verkostoja, koska se on yksi nopeimmin kehittyvistä tuen muodoista. ((Nylund & Yeung 2005:206) Imetyksen vertaistuen muotoja voivat olla äidiltä äidille vertaistuki sekä vertaisneuvonta. Vertaisneuvojan ei tarvitse olla toinen äiti, hän on yleensä koulutetumpi ja hän voi toimia myös palkallisena vertaisneuvojana. Poudan ym. (2009) mukaan imetystukea kannattaisi edistää yhdistämällä ammattilaiset ja vapaaehtoiset. Imetyksen kaikki ongelmat eivät liity pelkästään imetyksen fyysiseen puoleen, vaan ongelmat voivat olla uuden elämäntilanteen nostattamia. Näissä tilanteissa vertaistuki voikin olla parempi apu kuin ammattilaisen antama ohjaus. (Pouta ym. 2009)

Sikorskin ym. systemoidussa katsauksessa vuodelta 2003 todetaan vertaistuen lisäävän täysimetystä. Imetystä lisäävä vaikutus tulee tutkimuksen mukaan parhaiten esiin vertaistuen ja terveydenhuollon imetystä tukevien hoitokäytäntöjen yhdistämisellä. Vertaistuki ei yksinään pysty vaikuttamaan imetyksen jatkumiseen. (McInnes ym. 2000:138-145). Imetyksen vertaistuksessa on merkitystä sillä, että vertaistukijalla on asianmukainen koulutus (Anderson ym. 2005:836-841). Tärkeää onkin, että ohjeet terveydenhuollon sekä vertaisten osalta ovat yhteneväisiä, ajantasaisia ja oikeita. Poudan ym. mukaan yhteistyökenttänä voitaisiin pitää neuvolan perhevalmennuksia, vertaisryhmätoimintaa ja yhteisiä koulutuksia.

3.3 Kolmas sektori ja imetystuki

3.3.1 Kolmas sektori käsitteenä

Kolmannen sektorin käsite on syntynyt pääasiassa 1980- ja 1990-luvulla kun on kehitetty käsittejoukkoa, jonka avulla on analysoitu ja kuvattu valtion, markkinoiden ja kansalaisyhteiskunnan muuttuvia ja muuttuneita suhteita (Siisiäinen 2002:7). Siisiäinen (1999) selvittää kolmannen sektorin käsitettä siten, että kolmion kulmat ovat valtio, markkina- ja tuotantosektori sekä kolmantena kansalaisyhteiskunta. Kolmas sektori on kenttä tai kenttien yhdistelmä, joka kehittyy edellä mainittujen kolmen piirin leikkauspisteessä, jonka rajojen sijainneista erilaiset toimijat ja organisaatiot parhaillaan käyvät "neuvotteluja" tai "kamppailuja". (Hokkanen, Kinnunen & Siisiäinen 1999:10)

Kompromissi alueiden välillä on syntynyt neuvottelujen tuloksena. Eri toimijat ovat kompromissiin päästäkseen käyneet neuvotteluja ja tuloksena on hyvinvointivaltio. Tätä verkostoa on rakennettava jatkuvasti uudelleen. Kolmannen sektorin alueella sosiaalisen pääoman merkitys tulee selkeästi esiin. Sosiaalinen pääoma edellyttää vuorovaikutteista aktiivisuutta ja luottamusta. Vapaaehtoisuus on liitetty kolmannen sektorin käsitteeseen vahvasti. Yhdistykset ja liikkeet rakentavat kolmatta sektoria vahvimmin. (Hokkanen ym. 1999:10-18)

Voitto Helander (1998) jakaa sektorit kansantajuisemmin kolmeen eri sektoriin, jotka ovat julkinen, yksityinen ja kolmas sektori. Yksityinen sektori on alun perin jaoteltu ensimmäiseksi sektoriksi, josta sitten julkinen sektori on eriytynyt. Sektoreista saatetaan puhua myös järjestysnumeroiltaan ensimmäinen, toinen ja kolmas. (Helander 1998:23-24)

Kolmannen sektorin toiminnot eivät ole uutta, vain käsite on uusi. Kolmas sektori on terminä amerikkalainen ja meillä 90-luvun tuote. Monet järjestöt vierastavatkin käsitettä eivätkä koe kuuluvansa mihinkään erityiseen sektoriin. Myös toinen suosittu 90-luvun käsite "kansalaisyhteiskunta" herättää perinteisissä järjestöissä tutkimuksen mukaan ristiriitaisia ajatuksia. Kolmannen sektorin sijasta esimerkiksi Brittein saarilla puhutaan vapaaehtoissektorista ja Ranskassa käytetään termiä sosiaalitalous. Kansainvälisessä keskustelussa puhutaan usein voittoa tavoittelemattomasta sektorista (nonprofit) sekä ei-julkisista (non-governmental, NGO) organisaatioista. (Helander 1999)

Suomea on luonnehdittu järjestöjen luvatuksi maaksi, jossa on noin 110 000 rekisteröityä yhdistystä. Näiden lisäksi on paljon erilaisia kansalaisryhmiä. Lähes jokainen suomalainen on jossain elämänsä vaiheessa jäsenenä yhdessä tai useammassa järjestössä, mutta todellinen aktiivisuus ja toiminta järjestöissä on selkeästi vähäisempää. Näihin suuriin lukumääriin kätkeytyy kuitenkin paljon potentiaalia kansalaistoiminnassa. Kolmannen sektorin muodostavatkin järjestöjen ja yhdistysten parissa toimivat valtaosaltaan omaehtoisesti toimivat ihmiset, kansalaisvaikuttajat. (Hokkanen ym. 1999:62)

Hyvinvoinnin palveluja tuottavia instituutioita ovat perhe, markkinat ja julkinen sektori. Pohjoismaissa on perinteisesti julkisella sektorilla suurempi vastuu kansalaisten hyvinvoinnista. Hyvinvoinnin tuottajat voidaan jakaa melko selkeästi virallisiin ja epävirallisiin toimijoihin. Virallisia imetystuen osalta ovat kaupalliset organisaatiot (Silkipää, Mammaliina ja muut IBCLC- tutkinnon suorittaneet ammattilaiset) sekä kunta (neuvolat ja synnytys sairaalat). Epäviralliseen kenttään kuuluu paitsi perhe ja suku, myös ystävät ja naapurit sekä kolmas sektori; itseavun ryhmät ja vapaaehtoistoiminta. (Sihvo 1996: 166)

Eurooppalaisessa hyvinvointivaltioiden vertailussa on korostettu pohjoismaalaisena piirteenä julkisen sektorin laajuutta ja merkittävyyttä kansalaisten arjessa. Pohjoismaissa on normaali

ajattelumalli, että yhdenmukaisuus on tavoiteltava hyve, jolla taataan alueellista ja sosiaalista tasa-arvoa. Hyvinvoinnin sekatalous kokeileekin näiden perinteisten pohjoismaisten ajattelumallien ajanmukaisuutta ja sopeutumiskykyä. (Matthies 1996: 14.)

Perheiden selviytyminen päivittäisistä huolenpitotehtävistä on ollut jo pitkään riippuvaista julkisista ammatillisista palveluista (Anttonen & Sipilä 1992: 440). Julkiset palvelut ovat kuitenkin supistumassa entisestään heikon taloustilanteen vuoksi.

Nykyaikainen sosiaalipoliittinen murros lisää paineita luoda uusia esimerkiksi lapsiperheitä tukevia välitason rakenteita. Modernien perheiden sosiaaliset verkostot eivät useinkaan ole kattavia tai kuormitettavissa. Julkisen sektorin ammattityöntekijät saattavat olla todenneet välittävän organisaation tarpeen, kuten esimerkiksi vertaistukiryhmän imetykselle. Heidän omat mahdollisuutensa luoda kyseisiä verkostoja kuitenkin heikkenevät, kun asiakkaiden määrä kasvaa ja henkilöstöä vähennetään. (Lehto 1995)

Tähän supistuvien palveluiden ja avuntarpeen väliin perustettiin vuonna 1997 Vauvamyönteisyys ry, sittemmin Imetyksen tuki ry. (Imetyksen tuki ry) Aiemmin pohjoismainen hyvinvointimalli ei ole periaatteessa edellyttänyt vapaaehtoistyöltä kovin merkittävää panosta. Perusteluina julkisten palveluiden kattavuus ja vähäiset luokkaerot ovat kuitenkin taantuman myötä kadonneet. (Matthies 1996: 22) Imetyksen tukemiselle, vertaisuudelle ei edes löydy julkista palvelurakennetta. Imetyksen tukeminen ja Suomen imetysmyönteisyyden valvonta on tullut ja jäänyt Imetyksen tuki ry:lle.

3.3.2 Imetyksen tuki ry

Imetyksen tuki ry on toiminut perustamisestaan lähtien vauvaperheen suunnan näyttäjänä imetyksen tiellä. Imetys ei ole äideille vaistonvaraista, vaan opeteltavaa toimintaa. Imetyksen vertaistuki tarjoaa naisille mahdollisuuden oppia imetyksen normaalia kulkua, jakaa kokemuksia ja ratkaista ongelmia. Imetyksen vertaistuki on vauvaperheelle yhtä tärkeää kuin kouluikäisen säännöllinen liikuntaharrastus lapsen fyysiselle terveydelle. Vertaistuen lisäksi yhdistyksen koulutetut imetystukiäidit vastaavat imetykseen liittyviin täsmällisiin kysymyksiin ja joskus hoitavat vaikeita imetysongelmia, koska ammattimainen hoitoketju puuttuu Suomesta. Imetystuki on todistetusti tehokas keino lisätä imetystä. (Imetyksen tuki ry 2008) Imetyksen tuki ry:n toimintaan kuuluu imetyksen vertaistukiryhmät ja niiden vetäjien kouluttaminen, kansallinen Imetystukipuhelin, imetystuki Skype, sekä Internetissä keskustelupalsta Maitolaiturin ylläpito ja siellä annettava imetystuki.

Tutkimuksessa imetystukiryhmätoiminnasta on havaittu, että imetystukiryhmässä käyvät äidit imettivät pidempään kuin vertailuryhmän äidit, jotka eivät osallistuneet imetystukiryhmään. (Fulton ym. 1998) Heikkilä ja Peltoniemi tutkivat pro gradussaan (1999) imetystukiryhmässä

käyneitä äitejä, tukihenkilöitä sekä terveydenhuollon ammattilaisia. Tutkimuksessa huomattiin, että äitien myönteiset kokemukset ryhmissä lisäsivät imetystä ja vahvistivat heidän itseluottamustaan.

Vuonna 2008 Suomessa toimi 52 imetystukiryhmää, joista 20 vetivät yhdistyksen koulutetut imetystukiäidit. Ryhmien lisäksi imetystukea annettiin vapaaehtoisten tekemillä kotikäynneillä, sekä muilla tavoin esimerkiksi puhelimitse ja sähköpostitse. Imetyksen tuki ry. sai imetystukikontakteja vuoden 2008 aikana yhteensä 2736 kappaletta. Yksityisiä tuen hakijoita oli peräti 990 kappaletta. Kun lasketaan yhteen lisäksi Imetystukipuhelimeen tulleet puhelut, on kontaktien määrä ollut 2008 3636 kappaletta. (Imetyksen tuki ry. 2008)

Imetyksen tuki ry. järjestää koulutuksia imetyksestä ja sen tukemisesta kiinnostuneille äideille. Imetyksen perustietokurssi järjestettiin vuonna 2008 seitsemän kertaa eripuolilla Suomessa. Imetystukipuhelimeen vastaajille ja imetystukiryhmän vetämiseen tarkoitettu kurssi alkoi jo vuoden 2007 puolella, mutta 2008 kurssilta valmistui 11 henkilöä. Keväällä 2008 aloitettiin myös pilottikurssi imetyksen yhteiskunnallisesta puolesta. (Imetyksen tuki ry. 2008)

Imetyksen tuki ry:n jäsenmäärä oli joulukuussa 2008 434 jäsentä. Jäsenet saavat kaksi kertaa vuodessa yhdistyksen jäsenlehden Imetysuutiset. Vapaaehtoisten jäsenten varassa järjestettiin yhteistyössä muiden tahojen kanssa kansainvälinen imetysviikko. Imetyksen tuki ry. järjestää myös projektitoimintaa imetyksen edistämiseksi. Vuonna 2007 käynnistyneet projektit Imetyksen kuumalinja - tukea perheille, tietoa päättäjille RAY:n rahoituksella (90 000 e) ja Sosiaali- ja terveysministeriön Terveyden edistämisen keskuksen (Tekry) rahoittama Imetyksen tietopaketti ja turvaverkko (30 000 e) etenivät vuoden 2008 aikana. Kuumalinjaprojekti keskittyi Imetystukipuhelimen ylläpitoon ja tekniseen toimintaan sekä imetystukiäitienä toimivien vapaaehtoisten jaksamiseen. Tietopaketti ja turvaverkko -projektin puitteissa tehtiin koulutus uudistusta, järjestettiin koulutuksia sekä työstettiin Maitotaito-valmennuspakettia. Nettisivujen (<http://www.maitotaito.fi>) perusteella kysyntä on suurta. Tekrylle toimitettiin kesäkuun puolivälissä uusi hanke-ehdotus, Imetyspettymyksen hoitopolku 2009- 2011. Se ei saanut rahoitusta. Raha-automaattiyhdistykseltä haettiin uutta projektiaavustusta Imetysasian-tuntija ja koulutus äitien tukena -projektille. Tähänkään ei saatu rahoitusta. Yhdistys haki RAY:ltä myös yleisavustusta vuodelle 2009 yhteensä 135 000 euroa. Avustusta ei myönnetty. Palkattuja työntekijöitä oli vuoden 2008 aikana yhteensä kuusi, joista kaksi toimivat äitiyslo-masijaisina yhdelle työntekijälle. (Imetyksen tuki ry. 2008)

3.3.3 Imetystukipuhelin

Imetystuki puhelin on aloittanut toimintansa 11 vuotta sitten ja se toimii valtakunnallisena palvelupuhelimenä, johon voi soittaa puhelumaksun hinnalla. Alussa Helsingin puhelinluette-

loon ilmoitettiin yksittäisen tukiäidin kotinumero. Vuonna 2009 puhelin toimii mobiilivaihteen kautta, joka valitsee avoinna olevista puhelimista sen johon puhelu ohjataan.

Puhelimeen vastaavat yhdistyksen koulutetut tukiäidit. Puhelimen mobiilivaihte on auki joka päivä 1,5-2 tuntia, yhteensä 12,5 tuntia viikossa. Puhelimen vastausajat löytyvät yhdistyksen Internet-sivuilta tai puhelimen vastaajaviestistä. Vaihteessa puhelimia on yhteensä 14 ja niihin vastaa vuorollaan 38 vertaistukiäitiä oman elämänsä ohessa. Vastausvuorot varataan nettikalenterista, joka on tehty tarkoitusta varten ja tavoitteena olisi, että jokaisella päivystysvuorolla olisi vähintään kaksi vastaajaa. (Imetyksen tuki ry. 2008)

Uusi vaihdetekniikka on helpottanut puhelumäärien laskemista. Puhelumäärä on ollut kolmen viime vuoden ajan noin 900 kappaletta, yhteensä puheluyrityksiä on ollut noin 4500 vuodessa. Tämä tarkoittaa sitä, että palvelulle on kysyntää enemmän kuin tarjontaa on. Puheluista on tehty alusta asti tilastointia. Ensimmäiset vuodet tilastointi toteutettiin ruutuvihkoon kirjoittamalla. Vuonna 2005 puhelinten mukana alkoi kiertää puhelutilastointikansio, johon kirjattiin muun muassa puhelun kesto, vauvan ikä ja pääpiirteittäin puhelun aihe. Uuden vaihteen myötä tuli tarve myös tilastoida puhelut tehokkaammin. Imetyksen tuki ry. osti oikeudet Zef -ohjelmistoon. (Imetyksen tuki ry. 2008; Kuoppala 2009)

Imetystukipuhelimen historian tarkimmin analysoidut puhelut ovat vuodelta 2006, kun kättilöopiskelija Johanna Honkanen teki aiheesta päättötyönsä. Vuonna 2006 puheluita kertyi 1163 kappaletta. Puhelumäärä oli pienempi kuin vuonna 2005 ja se johtuu Honkasen ym. (2007) mukaan siitä, että päivystäjillä ei ollut aikaa eikä mahdollisuuksia vastata puheluihin yhtä paljon kuin edellisellä vuonna. Ennen mobiilivaihteen käyttöön ottoa puhelimen päivystäjät vastasivat puhelimeen silloin kun heille sopi, eikä puhelinpalvelulla ollut päivystysaikoja.

Vuonna 2006 tulosten mukaan imetystukipuhelimeen soitti yhä useammin synnytyssairaalaan kotiutunut alle kaksiviikkoisen vauvan äiti. Nämä äidit kaipasivat tietoa siitä, saavatko vauvat tarpeeksi maitoa ja miten imetystä voitaisiin tehostaa. Lisäksi vastasyntyneiden äidit miettivät lapsen tiheää imemistä ja imemisrytmejä. Alle viikon vanhojen vauvojen äitien puheluita oli koko vuoden puheluista ollut 7 %. Kotiutuminen synnytyssairaalaan on kriittinen vaihe imettäville äideille. Puhelutilastot kertoivat, että vertaistukiäiti joutuu vastaamaan erityisesti vastasyntyneiden äitien puheluissa ammattilaisille kuuluviin puheluihin, ja kysymykset koskevat muun muassa lapsen kuivumisen mahdollisuutta. (Honkanen ym. 2007)

Honkasen ym. (2007) mukaan vaikeiden, ammattilaisten apua vaativien puheluiden määrä oli kaksinkertaistunut edellisestä vuodesta. Näitä puheluita oli 12 % kaikista puheluista. Kyseisten puheluiden osalta tukiäidit olisivat toivoneet voivansa ohjata puhelun ammattilaiselle. Analyysin mukaan imettäjien, joiden puheluissa tarvittaisiin ammattiapua, puhelut ohjautuivat liian usein vertaistukihenkilölle. Ammattihenkilöiden ja vertaistukihenkilöiden yhteisenä ta-

voitteena tulisi olla vaikeiden puheluiden vähentäminen vertaistukipalvelusta. (Honkanen ym.2007)

Tuoreimmat tilastot imetystukipuheluista olivat vuoden 2009 tammikuusta elokuun 27. päivään. Kahdeksan kuukauden aikana puheluita oli tullut 679 kappaletta. Puhelimessa puhuttiin yhteensä 12056 minuuttia eli yli 200 tuntia. Puheluita tuli päivässä keskimäärin 2,4 kappaletta. Puhelun kesto oli keskimäärin 17,8 minuuttia, vaihteluväli 0-133 minuuttia. Joka toinen puhelu oli ollut imetyksen tai vanhemmuuden tukemista, eli sitä aluetta, mihin imetystukipuhelin haluaakin vastata. Lisäksi 32 % puheluista oli ollut imetystietokysymyksiä, joihin vertaistukiäidit ovat koulutettuja vastaamaan. Yksi sadasta imetystukipuhelimeen tulevasta puhelusta oli häiriöpuhelu. Puheluista 4 % oli luokiteltu muiksi kuin imetystukipuheluiksi. Opinnäyte-työni aiheeksi nousivat ammattilaisen apua vaativat puhelut, joita oli vertaistukipuhelimeen tullut 13 % kaikista puheluista. (Imetyksen tuki ry. 2010)

Taulukko 1. Imetystukipuhelimen puheluiden tyypit (N=679)

Puhelun tyyppi	n	%
Imetyksen ja /tai vanhemmuuden tukemista	338	50
Imetystietokysymys	219	32
Ammattilaisen apua vaativa	89	13
Väärä numero	1	0
Muu kuin imetystukipuhelu	24	4
Häiriöpuhelu	5	1

Imetystukipuhelimeen soittavan perheen lapsen ikä oli seitsemässä tapauksessa kymmenestä 1 viikkoa - 6 kuukautta, lähes 40 % puheluista oli 1-6-viikkoisen ja kolmannes puheluista tuli 6 viikkoisen-6 kuukautisen vauvan perheestä. Kolmanneksi suurin ryhmä olivat perheet, joissa lapsi oli puolesta vuodesta vuoteen ikäinen. Kaikista puheluista ammattilaisen apua vaativia oli 13 %.

Alkuvuonna 37 perhettä kaipasi apua tai tukea imetykseensä alle viikon ikäisen vauvan kanssa. Radikaaleimmista tapauksista nämä puhelut olivat tulleet äidiltä, joka oli kotiutunut samana päivänä synnytyssairaalaan. 30 % puheluista alle viikon ikäisen perheestä olivat ammattilaisen apua vaativia. Yli vuodenikäisten imetysasioiden puheluissa suurin osa (17 kappaletta) koski lapsen vieroitusta 1v1kk-3-vuotiaana. Kaikki puhelut olivat imetystieto- tai -tukikysymyksiä. Raskaana olevia soittajia oli ollut kolme, imetystietokysymyksissä keskusteltiin miten imetys saadaan onnistumaan, mitä tehdä kun maito on noussut jo raskausviikolla 30 ja voiko sisäänpäin kääntyneitä nännejä hoitaa jo raskausaikana. Viidessä puhelussa soittaja oli joku muu kuin imettävä äiti; kahdessa tapauksessa isä, yhdessä terveydenhoitaja ja yhdessä isoäiti. Yksi puheluista oli tullut palvelumyyjältä.

Taulukko 2. Kaikkien puheluiden aiheet (N=679)

Puhelun aihe	n	%
Imetetyn vauvan käyttäytyminen	143	22
Vauvan vointi ja terveys	54	8
Imemisote ja/tai imetysasennot, kielijänne	96	15
Lakkoilu, hylkiminen, rintaraivarit tms.	113	18
Kiinteät ruoat	25	4
Vieroittaminen	49	8
Rinnat, niihin liittyvät huolet ja sairaudet	142	22
Maitomäärään liittyvät kysymykset	191	30
Äidin hyvinvointi	36	6
Lypsäminen, säilytys, äidin ero vauvasta tms.	46	7
Teratologiset kysymykset	13	2
Imetyksen apuvälineet	27	4
Muu syy	24	4

Puheluiden aiheissa kolme ryhmää nousivat ylitse muiden. Maitomäärään liittyviä kysymyksiä oli selvästi suurin osa, kolme puhelua kymmenestä. Kaksi yhtä suurta ryhmää olivat imetetyn vauvan käyttäytyminen ja rinnat, niihin liittyvät huolet tai sairaudet (22 % puheluista molemissa ryhmissä).

Tukipuheluista (N=334) lähes kaikki (n=322) olivat olleet vertaistukiäitien mukaan sellaisia, joissa puhelussa ei tule ilmi mitään vauvaperhe-elämästä poikkeavaa. Tyypillisiä puheluita tässä ryhmässä olivat:

”Äiti kysyi onko ok jos 3-kuinen nukkuu läpi yön syömättä ja halusi neuvoja pumpulle herumiseen.”

”Äiti halusi purkaa tunteitaan, vauvan käytös on johtanut siihen, että välillä imetys rasitti ja jopa tuntui ikävältä. Toisaalta äiti ei vielä halunnut lopettaa imetystä. Puhelun tärkein anti oli, että äiti sai puhua ja tulla kuulluksi.”

”Äiti imetti melkein vuoden ikäistä iltaisin ja öisin, oli lähdössä työelämään. Neuvola ja ympäristö painostivat lopettamaan yöimetykset, äiti halusi vielä jatkaa imetystä. Ensisijaisesti äiti halusi kuulla, että tämän ikäisen imetys öisin on normaalia.”

”Äiti kysyi, mikä voisi olla syynä, kun vauva haluaa iltaisin nukahtaa vain rinnalle, eikä huoli isää nukuttamaan/kantamaan uneen imetyksen jälkeen. Lähinnä äiti kaipasi vinkkejä, miten isän pahaa mieltä voisi lievittää, kun ”isä ei kelpaa””

Kolmannes kaikista imetystukipuhelimeen tulleista puheluista olivat imetystietokysymyksiä (N=219). Vertaistukiäideille ei noussut huolta perheen tilanteesta 85 prosentissa tämän ryhmän puheluista. Imetystietokysymykset imetystukikysymysten lisäksi ovat sitä puhelumateriaalia, jota imetystukipuhelimeen toivotaankin tulevan.

Yleisiä kysymyksiä näissä puheluissa olivat kysymykset rintoihin liittyvät ongelmat tai sairaudet (82 kappaletta), maidonmäärästä (59 kappaletta), imemisote ja/tai imetysasento tai kielijänne (33 kappaletta).

Alkuvuonna imetystukipuhelimeen tulleista 679 puhelusta 89 kappaletta oli ammattilaisen apua vaativia puheluita. Huolestuttavaksi kyseisen asian tekee se, että 13 % vertaistukipuhelimen puheluista oli sellaisia joihin vastaajaksi ei vertaisen mielestä riitä muu kuin ammattilainen. Luokituksen tekee puheluun vastaava tukiäiti. Koska imetystukipuhelin on ainoa imetysasioihin vastaava palvelu, joka on tavoitettavissa ilmaiseksi joka päivä, ohjautuu sinne väistämättä myös puhelut, joita sinne ei toivottaisi. Koulutetut tukiäidit vastaavat puhelimeen vertaistukiperiaatteella, eivätkä he ole tarkoitettuja vastaamaan kysymyksiin lapsen kasvua tai äidin tai lapsen sairautta koskevissa puheluissa. Nämä kyseiset puhelut ovat ongelma imetystukipuhelimesta, koska vastaajilla ei ole terveydenhuoltoalan koulutusta. Vaikka vastaaja olisikin terveydenhuoltoalan ammattilainen, ei hän tee työtä ammattilaisena. Vertaistukipuhelimeen vastaaja ei voi ottaa vastuuta asiakkaasta.

Vertaistukiäitien keskuudessa puhutaan punaisista puheluista. Niistä, joissa huoli perheestä/vauvasta/äidistä on suuri, ja joissa perhe tulisi saada välittömästi ammattilaisten avun piiriin. Esimerkkejä vertaistukiäitien kuvaamana punaisista, hälyttävistä, puheluista vertaistukiäitien kirjaamana:

”Äidillä oli vauva, jota hän ei saanut hereille.”

”Vauvan painonnousu on hälyttävän niukkaa.”

”Keskonen pitää tosi pitkiä imetystaukoja!”

”Vauva 3 viikkoa yhä alle syntymäpainon.”

”Vauva 1vk ei osaa imeä rintaa.”

”Vauva 2,5vko, syntymäpainoa ei saavutettu.”

”Imetys ei ole kunnolla käynnissä, vauva 3-viikkoisena syntymäpainossa”

”Äiti kärsii vakavasta unettomuudesta.”

”Keskonen, paino ei nouse, huono imuote.”

”Neli-viikkoinen vauva jota ei ole lainkaan imetetty ohjauksen puutteen vuoksi.”

Suurin ero kaikkiin puheluihin verratessa ammattilaisen apua vaativiin puheluihin oli vertaistukiäitien määrittelemä huoli puhelusta. Kun kaikkien puheluiden ryhmässä lähes yhdeksän kymmenestä puhelusta olivat sellaisia, missä ei tullut esiin mitään vauva-perhe-elämästä poikkeavaa. Tässä ryhmässä oli yhtä paljon huolta puheluissa äideistä ja vauvoista, kuin oli niitä puheluita joissa huolta ei ollut. Yhteensä lähes 70 % ammattilaisen apua vaativista puhelusta olivat niitä, jotka nostavat tukiäidin mieleen huolen jostain asiasta vauvaperheessä.

Alle puolivuotiaiden vauvojen perheiden imetyshuolista soitettiin lähes kaikki ammattilaisen apua vaativat puhelut. Lähes 60 % ammattilaisille kuuluvista puhelusta (N=89) on 1-6-viikkoisen vauvan perheestä. Reilu kymmenys puhelusta oli alle viikon ikäisiä vauvoja koskevia puheluita, kyseiset vauvat olivat vastikään kotiutuneet sairaalasta ja heidän olisi pitänyt saada jo kontrolli neuvolasta. Kuitenkin he joutuvat hankalien asioiden äärellä kääntymään vertaistukipalvelun puoleen.

Taulukko 3. Ammattilaisen apua vaativien puheluiden aiheet (N=89). Puhelusta voi valita kaksi parhaiten kuvaavaa aihetta

Puhelun aihe	f	%
Imetetyn vauvan käyttäytyminen	4	3
Vauvan vointi ja terveys	18	13
Imemisote ja/tai imetyksen asennot, kielijänne	26	18
Lakkoilu, hylkiminen, rintaraivarit tms.	9	6
Kiinteät ruoat	0	0
Vieroittaminen	1	1
Rinnat, niihin liittyvät huolet ja sairaudet	24	17
Maitomäärään liittyvät kysymykset	34	24
Äidin hyvinvointi	5	4
Lypsäminen, säilytys, äidin ero vauvasta tms.	5	4
Teratologiset kysymykset	6	4
Imetyksen apuvälineet	5	4
Muu syy	5	4

Ammattilaisten apua vaativien puheluiden aiheet noudattelivat määrällisesti kaikkien puheluiden aiheita kahden suurimman ryhmän mukaan. Tässä luokassa oli vielä korostunut maitomäärään liittyvien kysymysten hallitsevuus. Kolme muuta suurinta ryhmää olivat rintojen on-

gelmiä koskevat puhelut, imemisotetta ja imetysasentoja tai kielijännettä koskevat puhelut sekä vauvan vointia ja terveyttä koskevat puhelut. Kyseisiä ryhmiä ja niihin liittyviä aiheita käydään tarkemmin läpi seuraavassa.

Taulukko 4. Maitomäärään liittyvät ammattilaisen apua vaativat kysymykset (N=62)

Puhelun aihe	n	%
Runsas maidoneritys, liikaa maitoa, maidonerityksen vähentäminen	1	2
Äidin epävarmuus maidon riittävydestä	17	27
Terveydenhuoltoalan ammattilaisen epäily maidon riittävydestä	8	13
Jonkun muun epäily maidon riittävydestä	1	2
Lisämaidon antaminen ja imetyksen ja lisämaidon yhdistäminen	16	26
Lisämaidon määrä ja/tai vähentäminen	15	24
Imetys ja raskaus	0	0
Tuttia, pulloa ja/tai rintakumia koskeva kysymys	3	5
Muu aihe	1	2

Äitien epävarmuus maidon riittävydestä oli maitomääräkysymysten suurin ryhmä. Äidillä ei ollut varmuutta pystyykö ruokkimaan lastaan täysin. Lisämaitokysymykset, sen määrä ja osittaisimetys olivat toinen suuri ryhmä. Samaa noudattelee lähes yhtä suurena ryhmänä lisämaidon määrä tai vähentäminen. Tukiäidit eivät voi vastata lisämaidon määrää koskeviin kysymyksiin, koska palvelu on anonyymi, eikä vastuuta voida ottaa.

Taulukko 5. Rintoihin ja niihin liittyviin huoliin ja sairauksiin liittyvät ammattilaisen apua vaativat puhelut (N=37)

Puhelun aihe	n	%
Rintojen ja/tai rinnanpään koko tai näkö	1	3
Maidonnousua koskeva kysymys	1	3
Haava rinnoissa	4	11
Kipu imettäessä	7	19
Pakkautuneet rinnat	1	3
Tiehyttukos, rintatulehdus	11	30
Piimäkokkare	1	3
Sammias	6	16
Muu aihe	5	14

Joka kolmas kysymys rinnoista tai niiden sairauksista oli tiehyttukoksesta tai rintatulehduksesta. Vertaistukiäiti voi kertoa peruseriaatteen rintojen tyhjentämisestä, vauvan imettämisen tärkeydestä sekä ajankohdasta hankkiutua hoitoon. Useat puhelut olivat olleet kuitenkin sellaisia, joissa oli kysytty lääkitysasioista tai toistuvista mastiiteista, joiden hoitoon tarvittaisiin lääkäriä. Kipu, haavat ja sammias yleisiä ongelmia imettävillä äideillä, joiden hoito voi kuitenkin tarvita lääkitystä tai imuotteen tarkistusta ammattilaiselta. Haavaumat voivat aiheut-

taa myös tulehduksia ja sammas voi siirtyä vauvalle/vauvalta. Kohdassa muu aihe oli kysytty maidontulon lopettavasta lääkityksestä, pahasta ihottumasta rinnoissa sekä rintojen pienennysleikkausten vaikutuksesta imetykseen.

Imuotteista ja imetysasennoista sekä kielijänteistä kysyttävissä puheluissa selkeästi suurin luokka oli vauvan imemisotetta koskevat puhelut. Seuraavassa esimerkkejä kirjauksista:

”Tällä äidillä oli aika iso vyyhti asioita. Sai kovan kuumeen ja joutui tiputukseen jonkin aikaa kotiutumisen jälkeen. Maitomäärä laski ja vauva sai lisämaitoa. Sitä annetaan edelleen, mutta äiti haluaisi siitä eroon. Rinnat ovat kuitenkin edelleen rikki ja imuote huono.”

”Puhelun aiheena kipu imettäessä ja sen jälkeen, äiti kysyi ensin mahdollisesta sammaksesta. Imuote huono, yrittänyt aktiivisesti parantaa. Nännin värimuutoksia imetyksen jälkeen (valk/pun).”

”3 vko vauvan äidillä imetys hyvin kivuliasta, neuvolassa ote todettu hyväksi ja annettu sammaksen kotihoito-ohjeet. Hoito ei tehonnut. Äiti imettää itkien, tarvitsisi asiantuntijan apua kädestä pitäen.”

Lähes joka kymmenes ammattilaisen apua vaativista puheluista oli kysymyksiä vauvan voinnista tai terveydestä. Luokitukseen muu vauvan terveyteen liittyvä huoli kuuluu yli kolmannes kysymyksistä. Näiden aiheina olivat olleet esimerkiksi vauvan huono kasvu. Erään tukiäidin kommentti vastaamastaan puhelusta:

”Olen tyrmistynyt että näin graavi tapaus menee läpi käsien ja päättyy it-puhelimeen. Onneksi edes me olemme olemassa”

Väsynyt vauva ja vauvan herättäminen oli kyseessä kaikista pysäyttävimmässä puhelukirjausmerkinnässä.

”Puhelu päättyi pahasti ja katkesi melkein saman tien. Äiti ehti sanoa, että hänellä oli vauva, jota ei oikein saanut hereille.”

Tyypillinen aihe oli vauvan terveyttä ja vointia koskevissa puheluissa esimerkiksi:

”Äiti kyseli kuinka saisi maitomääriä nostettua vauvan huonon painonousun vuoksi. Vauva oli unelias, pissaa tuli jonkunverran, korvikkeen jälkeen enemmän. Äiti ei olisi halunnut antaa korviketta.”

Muiksi kuin imetystukipuheluiksi oli luokiteltu suurimmaksi osaksi (n=17, N=24) katkenneet puhelut tai katkenneiden puheluiden jatkopuhelut. Kahdessa puheluista puhelinmyyjä kaupasi palveluitaan. Yksi soittaja kysyi vauvanhoidosta ja toisessa kysyttiin yhteystietoja ruotsinkieliselle imetystuelle. Ajanjakson aikana puhelimeen oli tullut 5 häiriöpuhelua, joista kolmessa kyse oli katkaistusta puhelusta. Kaksi puheluista oli seksuaalissävyytteisiä häiriöpuheluja.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää imetystukipuhelimeen vastanneiden imetyksen vertaistukiäitien ajatuksia puheluista, joissa puheluun vastaajan mukaan olisi tarvittu ammattilaista asian jatkoselvittelyyn. Näiden pohjalta laadittiin kyselylomake puhelimeen vastaaville vertaistukiäideille. Tavoitteena oli tuottaa Imetyksen tuki ry:lle tietoa puhelimeen vastaajien mielipiteistä sekä materiaalia heidän koulutuksiansa kehittämiseen.

Tutkimuskysymykset opinnäytetyössäni olivat

1. Mihin ja kuinka usein tukiäiti ohjaa ammattilaisen apua vaativan puhelun eteenpäin?
2. Millaisia ajatuksia ammattilaisen apua vaativa puhelu herättää vertaistukiäidissä?

5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Kyselylomakkeen rakentaminen lähti tutkimuskysymysten tarkennuksesta. Mikä on tärkein anti, mitä toivon opinnäytetyöni tuottavan? Keskustelin Imetyksen tuki ry:n työntekijän kanssa useita kertoja siitä mitkä ovat ne tärkeimmät asiat, mitä me haluamme vertaistukiäideiltä kysyä. Kaikkein mielenkiintoisimmiksi päätyivät vertaistukiäitien ajatukset ammattilaisen apua vaativasta puheluista, kuormittavatko ne enemmän kuin olisi toivottavaa. Toiseksi tutkimuskysymykseksi muotoutui lopulta ammattilaisten apua vaativien puheluiden ohjaus ammattilaisavun piiriin.

5.1 Toteutusympäristön kuvaus

Kyselylomake muokattiin Zef-Internetlomakkeelle. Samaa lomaketta käytetään jokaisen imetystukipuhelun tietojen tallentamiseen sekä imetystukiryhmien ja vertaistukiäitien henkilökohtaisten imetystukikontaktien laskemiseen. Zef on Zef Solutions Oy:n palvelu, jolla asiakas voi tuottaa tarpeisiinsa sopivia kyselyitä. Palvelua on käytetty mm. vaalikoneena, mielipidetiedusteluissa sekä erilaisissa selvityksissä. Asiakkaina yrityksellä ovat olleet mm. Nokia, suuret tutkimuslaitokset sekä useat kunnat ja yliopistot. Ohjelmistolla voidaan toteuttaa erilaisia

kyselyitä Internetissä. Zef laskee valmiiksi vastausten lukumäärää, kuka on vastannut sekä mitä on vastattu. Tulokset saadaan selkeinä graafisina kuvioina ja raportti laskee suoraan eri vaihtoehtojen suhteelliset osuudet. Ohjelma kokoaa myös sanalliset kommentit yhteen. Zef:stä voidaan saada ajantasaista tietoa puhelusta toisin kuin ennen sähköistä imetystukipuheluiden kirjaamista. Zef säästää huomattavasti aikaa tilastoinnissa peruslaskuilta. (Kuoppala 2009: 36-44)

Kyselylomakkeen linkki Internet-sivulle lähetettiin vertaistukiäideille sähköpostitse saatekirjeen kanssa (Liite 1). Aikaa kyselyyn vastaamiseen annettiin kaksi viikkoa, 11.12.-25.12.2009. Kaksi muistutusviestiä lähetettiin kyselylomakkeen aukioloaikana vertaistukiäitien sähköpostiin.

5.2 Aineiston keruu

Kyselylomakkeen taustatiedoissa tarkoituksena oli kartoittaa vertaistukiäitien kompetensseja vastata imetystukipuhelimeen. Sukupuolta ei erikseen kysytty, koska kaikki ovat naisia, joilla on vähintään yksi lapsi. Imetyksen tuki ry:n imetystukipuhelimeen vastaajien koulutuksiin on pääsyaatimuksena oma imetykskokemus. Esitiedoista tärkeimpiä olivat omien lasten lukumäärä, mahdollinen terveydenhuollon koulutus sekä Imetyksen tuki ry:n koulutukset. Esitiedoissa kysymyksenä oli myös oleellinen asia, oliko vertaistukiäiti vastannut koskaan ammattilaisen apua vaativaan puheluun. Toisessa kyselylomakkeen osassa kartoitettiin ensimmäistä tutkimuskysymystä, kuinka puhelut ohjattiin ammattiavun piiriin. Kolmannessa osassa kysymyksillä pyrittiin saamaan vertaistukiäitien ajatukset ilmi ammattilaisen apua vaativista puhelusta. Viimeinen osuus kyselylomakkeesta palvelee Imetyksen tuki ry:n koulutustarpeita, millaisia asioita vertaistukiäidit toivoisivat käsiteltävän koulutuksissa ammattilaisen apua vaativista puhelusta sekä millaista työnohjausta he kokisivat tarpeelliseksi. Kysymystyyppit vaihtelivat avoimista puolistrukturoituihin. (Liite 1.)

Opinnäytetyössäni aineistona käytettiin kuluvan vuoden puheluiden tilastoja vaikeista, ammattilaisille kuuluvista puhelusta. Lisäksi hyödynnettiin aiempien vuosien puhelutilastoja. Aineiston pohjalta tehtiin kyselylomake jonka tuloksia käytettiin vastaamaan tutkimusongelmiin. Opinnäytetyön kyselylomake lähetettiin sähköpostilistan kautta 38 vertaistukiäidille. Kyselylomakkeen aukioloaikana 16 vertaistukiäitiä aloitti kyselylomakkeeseen vastaamisen. Heistä 14 sai lomakkeen täytettyä loppuun asti. Näin ollen vastausprosentti oli 37. Vastaukset käsiteltiin tutkimuskysymyksittäin. Ensimmäisessä osassa käsiteltiin taustatiedot vastaajista, ja sen jälkeen tutkimuskysymysten perusteella rakennetut osiot puheluiden ohjauksesta ammattiavun piiriin. Viimeisessä osassa käsiteltiin vertaistukijoiden ajatukset ammattiapua vaativista puhelusta. Imetyksen tuki ry:n koulutuksia varten pyydetyt kysymykset koulutuksen kehittämisestä jätän käsittelemättä opinnäytetyössäni.

Metsämuurosen (2008:60) mukaan olisi järkevää valita laadullinen tai määrällinen tutkimusote pääasialliseksi tutkimusotteeksi, koska ne eroavat toisistaan melko huomattavasti. Mikäli peruslähtökohta on tehdä laadullista tutkimusta, on mahdollista haastatteluun tai havainnointiin liittää pienimuotoinen kvantitatiivien mittaus jostain kiinnostavasta seikasta, joka toimii taas laadullisen raportin havainnollistuksena. Alasuutari (1999:32) kritisoi tätä perinteistä jakoa ja toteaa, että ihmistieteellisen tutkimuksen menetelmällistä kenttää ei voi jakaa kvalitatiivisiin ja kvantitatiivisiin menetelmiin, vaan sen sijaan voidaan erottaa kaksi tutkimuksen tekemistä tulkitsevaa ideaalimallia: yhtäältä luonnontieteen koeasetelma ja toisaalta arvoituksen ratkaiseminen. Laadullisessa analyysissä aineistoa tarkastellaan usein kokonaisuutena ja analyysi koostuu kahdesta vaiheesta, havaintojen pelkistämisestä sekä arvoituksen ratkaisemisesta. (Alasuutari 1999:39.) Opinnäytetyössäni laadullinen tutkimusote pysyy pääosassa, mutta määrällisen tutkimuksen osia käytetään, koska kyselylomake on osin puolistrukturoitu.

Teoreettinen viitekehys määrää Alasuutarin (1999:83-84) mukaan sen, millainen aineisto kannattaa kerätä ja millaista menetelmää sen analyysissä käytetään. Teoreettinen viitekehys ja sen kanssa sopuinnassa olevan metodin valitseminen on siis tärkeä ratkaisu. Ongelmalliseksi tämän ratkaisun tekee laadullisessa tutkimuksessa se, että sille on luonteenomaista käänellä ja katsella ilmiöitä monelta kantilta. Juuri tästä syystä on laadulliselle tutkimukselle luonteenomaista kerätä aineistoa, joka tekee mahdollisimman monenlaiset tarkastelut mahdollisiksi. Näkökulmaa tulee voida mahdollisimman vapaasti vaihtaa, ei niin että aineisto koostuisi yhden ainoan metodisen linssin läpi tehdyistä havainnoista. (Alasuutari 1999:83-84). Opinnäytetyön tarkoitus on että vertaistukiäitien ajatukset tulevat kuuluviin. Kvalitatiiviselle eli laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että se kuvaa todellista elämää. Hirsjärvi ym. toteavat kirjassaan Tutki ja kirjoita (2009:161) että laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä pidetään ennemmin löytää ja paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Teoreettinen viitekehys opinnäytetyössäni oli terveydenhuoltoalan julkaisut, tutkimukset ja ammattilaiskirjallisuus imetyksestä sekä siihen liittyvistä terveydellisistä tekijöistä. Vertaistuki käsitellään sosiaalityön näkökulmasta. Kolmas sektori toi opinnäytetyöhöni yhteiskuntatieteellisen lisän. Tärkeimmäksi lähteistäni nousi vastavalmistunut Imetysohjelma, jonka on koonnut joukko terveydenhuollon ammattilaisia. Koska kiinnostuksen kohteenani oli ammattilaisen apua vaativat puhelut, oli osa viitekehystäni suoraan tilastoja imetyksen vertaistuesta.

Tutkimuskysymyksiin vastausten saamiseksi täytyy kerätä näyttöä, vakuuttavaa informaatiota tai tietoa yhdessä tai useammassa muodossa. Aineiston laadun varmistamiseksi on tarpeen käyttää arvioinnissa esim. kahta tai useampaa aineiston keruumenetelmää. Näin mahdollistetaan luotettavan vastauksen saaminen tutkimuskysymyksiin. Yleisesti hyväksytyjä tutkimusmenetelmiä käyttämällä voi hyödyntää työtä, jota niiden kehittämiseen, parhaan sovellusalan ja toimintatavan löytämiseen on tehty. Haittapuolena voi kuitenkin olla, että menetelmien käyttämiseen tarvittavien tietojen ja taitojen hankkimiseen on uhrattava aikaa ja työtä. Näi-

tä yleisesti hyväksytyjä tutkimusmenetelmiä ovat lomakekysely, kysely- ja haastattelututkimus, päiväkirja, haastattelut ja havainnointi. (Robson 2001:124-127.) Opinnäytetyössäni käytin tutkimusmenetelmänä lomakekyselyä, jolla hain vastauksia tutkimuskysymyksiini. Aineistoa kerättiin yhdellä lomakkeella, jossa oli kahta kysymystyyppiä, avoimia sekä puolistrukturoituja kysymyksiä.

Menetelmien käyttöön liittyy oleellisesti valinnaisuus ja tietoon perustuva suostumus. Tutkittavien vapaaehtoisuudesta seuraa oikeus yksityisyyteen. Luottamuksellisuus koskee henkilöön liittyviä tietoja sekä yhteisymmärrystä siitä, miten näitä tietoja käytetään henkilön yksityisyyttä kunnioittaen. Nimettömyys tarkoittaa sen varmistamista, ettei henkilön nimeä tai muuta yksilötunnistetta liitetä häntä koskevan tiedon yhteyteen. (mm. Robson 2001:55.) Kyselylomakkeeseen opinnäytetyössäni vastattiin nimettöminä ilman tunnistetietoja. Vertaistukiäideille tehtyyn kyselyyn ei tarvinnut erityistä lupaa viranomaisilta. Pyysin luvan kuitenkin sähköpostitse yhteisesti koko tutkimusryhmältäni.

Yksi tutkimusmenetelmäni oli kirjalliseen materiaaliin perehtyminen. Kirjallisen materiaalin lukemisen yleiset hyvät periaatteet ovat kriittisyys ja aineiston sopivuus opinnäytetyön materiaaliksi (Metsämuuronen 2006:118). Kirjallisena materiaalina käytin tieteellisiä tutkimuksia sekä terveydenhuoltoalan ammattikirjallisuutta ja asiantuntijoiden artikkeleita.

5.2 Aineiston analyysimenetelmät

Laadullista aineistoa analysoidaan kahdella tavalla. Ensimmäinen lähestymistapa on selittämiin pyrkivä. Siinä käytetään yleensä tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Toisessa lähestymistavassa pyritään ymmärtämään aineistoa, tällaisessa tilanteessa käytetään tavallisesti laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. Pääperiaatteena analyysitavan valintaan pidetään sitä, että valitaan sellainen tapa, joka tuo parhaiten vastauksen ongelmaan tai tutkimuskysymykseen. Laadullista aineistoa voidaan analysoida tilastollisten tekniikoiden avulla, mutta useimmiten käytetään teemoittelua, tyypittelyä, sisällönerrittelyä, diskurssianalyysia ja keskusteluanalyysia. (Hirsjärvi ym. 2009:224)

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistosta ei voi tehdä päätelmiä yleistävyyttä ajatellen (Hirsjärvi ym. 2009:182.) Tarkoituksena on tarkastella vertaistukiäitien ajatuksia ja toimintaa ammattilaisen apua vaativia puheluita kohtaan, uuden informaation lisäksi ymmärrämme enemmän tutkittavaa ilmiötä. Tavoite on saada selville mitkä asiat vertaistukiäitien vastauksissa toistuvat verrattaessa toisiinsa.

Tematisoinnissa eli teemoittelussa pyritään nostamaan mielenkiintoisia sitaatteja tekstistä tulkittavaksi, kun ensin aineisto on ryhmitelty teemoittain. (Aaltola & Valli 2007:173) Zef-lomakkeen hyvä puoli on se, että vastaukset ovat valmiiksi luokiteltu. Jokaisen kysymyksen

tulokset ovat kerätty yhteen. Strukturoidut kysymykset ovat valmiiksi taulukkomuodossa. Teemoitteluun päästään näin ollen suoraan luokittelusta. Teemoittelun avulla tekstiaineistosta saadaan vastauksia esitettyihin kysymyksiin kokoelmina. Näin ollen tilaa jää myös lukijalle tehdä omia johtopäätöksiä opinnäytetyön tuloksista. Tällöin myös käytännön intressejä palvellaan parhaiten. (Eskola & Suoranta 2000:175;179) Teemoittelun lisäksi käytän aineiston tyypittelyä etsimällä samankaltaisuuksia vastauksista. Tyypittely vaatii aina jonkinlaista teemoittelua, jossa jäsennellään tarinajoukkoa. (Eskola & Suoranta 2000:181) Näin ollen teemoittelu ja tyypittely sopivat hyvin yhteen opinnäytetyöni analyysimenetelminä. Puolistrukturoidussa kyselylomakkeessani on useita kohtia, joissa pyydetään lukuarvoa tai muuta laskettavaa ominaisuutta. Tällöin mittaus tapahtuu sisällön erittelyllä, yleisimmin frekvenssimittauksena. Frekvenssimittaus laskee kuinka monta kertaa jokin asia mainitaan vastauksissa. (Eskola & Suoranta 2000:185). Joissain kysymyksissä sisällön erittelyä voidaan myös soveltaa siten, että luokitusyksiköksi otetaan kokonainen lause tai ajatuksellinen kokonaisuus. Näitä voidaan sitten teemoitella tai tyypitellä yhteen.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista neljällä oli terveydenhuollon koulutus ja yksi ilmoitti olevansa opiskelija. Kolme alan ammattilaisista ilmoittivat olevansa sairaanhoitajia ja opiskelija opiskelee lähihoitajatutkintoa. 15 vastaajaa ilmoittivat lastensa lukumäärän. Keskimääräinen lapsiluku on 2,5 kappaletta, vaihteluvälillä yhdestä neljään.

Kaikki vastaajat olivat käyneet Imetyksen tuki ry:n koulutuksia, 13 vastaajaa neljästätoista ilmoittavat käyneensä perustietokurssin sekä vähintään yhden jatkokurssin. Yksi vastaajista oli käynyt pelkän ryhmänvetäjäkurssin. Jatkokursseja ilmoitetaan kolmea erilaista; ryhmänvetäjäkurssi (6 vastaajaa, N=14), imetystukiäitikirssi (8 vastaajaa) sekä imetysohjaajakouluttajakoulutus (1 vastaaja).

Taulukko 6. Vertaistukiäitien koulutus (N=14)

Vertaistukiäitien koulutus (F=28)	f
Perustietokurssi	13
Imetystukiäitikirssi	8
Imetystukiryhmänvetäjäkurssi	6
Imetysohjaajakouluttajakoulutus	1

Vastaajista 8 kappaletta (N=14) arvioi koulutuksiansa kokonaistuntimäärää; keskiarvoksi tuli 65 tuntia ja arviot vaihtelivat 40 tunnista 100 tuntiin. Vertaistukiäideistä 7 vastaajaa (N=13)

oli valmistunut vuonna 2009, ja kaksi vastaajaa vuosina 2008, 2007 ja 2005. Kaikki (N=14) kyselylomakkeen loppuun asti täyttäneet vastasivat kysymykseen ja tulokseksi tuli keskiarvo 8,2 kuukautta. Vaihtelua oli yhdestä kuukaudesta 24 kuukauteen.

Kaikki (N=14) vastaajat ilmoittivat vastanneensa ammattilaisen apua vaativaan puheluun. Vertaistukiäitien ammattilaisen apua vaativien puheluiden aiheet pysyivät vastaajaryhmässä samoina, kuin virallisissa puhelutilastoissa. Näitä olivat maitomäärään liittyvät kysymykset, rintojen aiheuttamat huolet, imetysasennot ja -otteet sekä vauvan vointiin ja terveyteen liittyvät kysymykset. Vastauksista neljässä vertaistukiäiti kertoi puhelussa tulleen kyseeseen maitomäärästä aiheutuneet puhelut, joissa ongelmana on lisämaidon tarve tai sen puute. Vauvan vointi nousi useimmin esille nostetuksi aiheeksi näissä vastauksissa. Vauvan painon nousu mainittiin ongelmana jokaisen vertaistukiäidin vastauksessa. Aiheen luokittelu on sinänsä vaikeaa, koska ei tiedetä, onko syynä vähäiseen painonnousuun vauvan saama maitomäärä vai vauvan vointi tai sairaudet. Kolmessa vastauksessa mainittiin puhelun ongelmaksi vastasyntyneen vähäinen painon nousu; näissä puheluissa vauvan ikä oli alle kaksi viikkoa. Huolestuttava asia on, että graavit vastasyntyneen kasvuongelmat tulevat vertaistukipuhelimen vertaistukijoiden vastattaviksi. Vauvan vointiin liittyvänä esimerkkinä vastauksissa

”Vauva ei kasva, äiti ei pärjää, neuvola ei osaa auttaa”

”2 viikkoa (vauva) eikä syntymäpaino ole vielä noussut”.

Huomion arvoista vastauksissa oli se, että samoihin puheluihin oli kertynyt paljon ongelmia imetyksessä. Esimerkiksi eräässä vastauksessa tukiäiti kirjoittaa:

” Sairaalassa oleva, parin viikon ikäinen keskonen ei käy ollenkaan rinnalla eikä äiti lypsä, mutta haluaisi imettää. Äidillä vihreää visvaa valuvat, rikkinäiset rinnanpääät, neuvola ja lääkäri ohjaavat pelkkiin ilmakylypyihin, eikä vauvan riittävästä ravinnonsaannista ole varmuutta.”

Rintoihin liittyviin sairauksiin ja huoliin liittyi kuuden vastaajan kommentit, esimerkiksi:

”Jatkuvan toistuvan rintatulehduksen hoito”

Imuotteet ja asennot jäivät näissä vastauksissa vähemmälle, kuin ammattilaisen apua vaativien puheluiden tilastoista olisi voinut ajatella, kirjauksia oli kaksi kappaletta. Masentunut äiti mainittiin kahdessa vastauksessa, lisäksi vaikea väsymys äidillä yhdessä. Näiden vastausten haaste tuntuu olevan jälleen ongelmien kasaantuminen yhteen puheluun. Ongelmavyöhdin selvittely oli hankalaa puhelimitse, ilman ammattiapua myös yleensä mahdotonta.

6.2 Ammatilaisen apua vaativan puhelun ohjaus ammattiavun piiriin

Vertaistukiäideistä (N=15) lähes puolet (47 %) koki vastausten mukaan osaavansa usein vastata ammatilaisen apua vaativaan puheluun. Kolmannes arvioi osaavansa joskus vastata niihin. Vastaajista kaksi tunti osaavansa vain harvoin ja yksi vastaaja aina. Yksikään ei vastannut kysymykseen, ettei osaisi koskaan vastata ammatilaisen apua vaativaan puheluun

Taulukko 7. Vertaistukiäiti osaa vastata ammatilaisen apua vaativaan puheluun (N=15)

Vertaistukiäiti osaa vastata ammatilaisen apua vaativaan puheluun	n	%
Aina	1	7
Usein	7	47
Joskus	5	33
Harvoin	2	13
Ei koskaan	0	0
Ei ole vastannut ammatilaisen apua vaativaan puheluun	0	0

Vertaistukiäitien mielipiteenä oli neljässä tapauksessa viidestä se, että ammatilaisen apua vaativat puhelut pitäisi aina ohjata ammatilaiselle. Kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että ohjaus tulee tapahtua usein ja yhden mielipide oli joskus. Kukaan ei valinnut vaihtoehtoja harvoin tai ei koskaan.

Taulukko 8. Tukiäidin mielestä ammatilaisen apua vaativa puhelu tulee ohjata ammatilais-
taholle (N=14)

Puheluiden ohjaaminen ammatilais- taholle vertaistukijan mielestä	n	%
Aina	12	80
Usein	2	13
Joskus	1	7
Harvoin	0	0
Ei koskaan	0	0
Ei ole vastannut ammatilaisen apua vaativaan puheluun	0	0

Vertaistukiäitien (N=14) vastauksissa mainittiin ammatilaisen apua vaativan puhelun ohjaus lääkäriin tai terveyskeskukseen kahdeksassa vastauksessa. Lähes yhtä usein vertaistukijat ohjasivat puheluita neuvolaan (f=7). Synnytyssairaala ja sairaala tai päivystys mainittiin molemmat neljä kertaa. Yllättävä taho johon ammatilaisen apua vaativia puheluita ohjattiin, olivat imetystukiryhmät ja muut imetystukiäidit. Ammatilaisen apua vaativat puhelut ohjattiin lähes joka kolmannessa vastauksessa imetyksen vertaistuen piiriin.

Taulukko 9. Ammatillaisen apua vaativien puheluiden ohjaus eteenpäin (N=14)

Vertaistukiäiti ohjaa puhelun ammattilaiselle (F=43)	f	%
Lääkäri/terveyskeskus	8	19
Neuvola	7	16
Synnytyssairaala	4	9
Sairaala/päivystys	4	9
Imetysammattilainen (IBCLC)	5	12
Teratologinen tietopalvelu	2	5
Terveysneuvontapuhelin	1	2
Imetyksen vertaistuki	12	28

”Ehdotan, että äidin olisi hyvä mennä lääkäriin, soittaa neuvolaan tai synnytys-sairaalaansa, soittaa maksulliselle imetysammattilaiselle, soittaa oman alueen-sa imetystukiryhmän vetäjälle (erityisesti imuotteet).”

Ohjaustaho on tilannekohtainen avun tarpeen mukaan. Vastauksista nousee kuitenkin epä-varmuus siitä, onko aina paikkaa mihin äidin ongelmiseen voi ohjata.

”Yleensä ei ole paikkaa, ja pahoittelen sitä yhdessä. Tai teratologiseen tieto-palveluun joka on arvokas resurssi. Tai pääkaupunkiseudulla yksityisille ime-tysohjaajille”

Kysyttäessä niistä ammatillaisen apua vaativista puheluista jotka vertaistukiäidit toivoisivat voivansa ohjata ammattilaistaholle, nousee kaksi ylivoimaista puhelutyyppiä. Huoli äidin ti-lanteesta nousee esille neljässä vastauksessa viidestä (N=14). Äidin sairaudet, masennus, uu-pumus, selittämätön kipu rinnoissa sekä epämääräinen huoli ovat aiheita näissä vastauksissa. Vauvasta nouseva huoli on esillä yhdeksässä vastauksessa, lähes kaikissa kyseessä on vauvan riittämätön kasvu. Kolmas esille noussut aihe on huono imuote imetyksessä, sen suuntaisia vastauksia oli 37 %. Maitomäärän ongelmat, lisämaidon määrä ja tarve lääkäriin esiintyivät kukin vähintään joka kymmenennessä vastauksessa.

Vastauksissa oli jälleen havaittavissa epävarmuutta vertaistukiäitien luottamuksessa siihen, saavatko äidit tarvitsemaansa apua ongelmiinsa. Eräs vastaus:

” Imuoteongelmissa tilanne on vaikeampi. Kenelle ohjata, koska ei tiedä onko terveydenhoitajilla tarvittavaa koulutusta. Varmempaa ohjata imetystukiryh-mään, jos lähellä sattuu olemaan.”

Ongelmaksi voi myös muodostua ammattilaisten vähäinen määrä, koska vuonna 2009 Suomessa valmistui vasta viides IBCLC- tutkinnon suorittanut imetysammattilainen.

”Haluaisin ohjata imetysohjaaja-koulutuksen käyneelle terveydenhuollon ammattilaiselle vastasyntyneen painonnousua koskevat kysymykset, keskosiin liittyvät imetysasiat ja äidin omaan jaksamiseen liittyvät asiat.”

Taulukko 10. Tukiäiti pystyy ohjaamaan ammattilaisen apua vaativan puhelun terveydenhuollon ammattilaistaholle (N=14)

Tukiäiti pystyy ohjaamaan ammattilaisen apua vaativan puhelun terveydenhuollon ammattilaistaholle	n	%
Aina	0	0
Usein	6	43
Joskus	7	50
Harvoin	1	7
Ei koskaan	0	0
Ei ole vastannut ammattilaisen apua vaativaan puheluun	0	0

Puolet tukiäideistä (N=14) olivat sen kannalla, että puheluiden ohjaaminen ammattilaistaholle onnistuu joskus. Lähes yhtä usea (43 %) tukiäiti koki onnistuvansa siinä usein. Kukaan ei vastannut aina tai ei koskaan, yksi tukiäiti vastasi harvoin. Tästä pääteltynä vertaistukijat kokevat pystyvänsä useimmin auttamaan soittajaa myös ammattilaisen apua vaativan puhelun kanssa, mutta heidän vahva mielipiteensä oli ohjata nämä puhelut aina ammattilaistaholle. Eteenpäin ohjaamisessa he onnistuvat useimmiten.

6.3 Vertaistukiäitien ajatuksia ammattiapua vaativista puheluista

Vain yksi vertaistukiäiti (N=14) toi esille positiivisen ajatuksen ammattilaisen apua vaativasta puhelusta. Ahdistus, suru, huoli sekä pelko perheen puolesta oli yleisimmin käytettyjä termejä tukiäitien tunteista.

”Ahdistusta, voimattomuutta, surua, joskus raivoakin. Joskus tulee hyvä olo, kun voi auttaa.”

Jokaisessa vastauksista oli käytetty jotain edellä mainituista tunneilmauksista. Vastuu- kysymykset sekä epävarmuus ja riittämättömyys olivat ymmärrettäviä tunteita sellaisista puheluista, joita tukija toivoisi voivansa ohjata eteenpäin, mutta ei siinä onnistu kuin parhaassa tapauksessa useimmiten. Varsinkin näissä vastauksissa nousee selkeästi vertaistukiäitien epäluottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Ei uskota neuvolan auttamiskykyyn. Esimerkiksi lainauksia vastauksista:

” Miksi tämä äiti ei ole saanut apua neuvolasta? Miksi neuvolan terveydenhoitajalla ei ole vaadittavaa imetyškoulutusta? Miksi äitiä ei ole kuunneltu?”

”Ottaa päähän, ettei ole juuri mitään tahoja, mihin äidit voisi ohjata. Tuntuu, että vakavia ongelmia väheksytään ammattilaisten taholta, kun korvikkeellakin kasvaa hyviä lapsia.”

”Miksi terveydenhuoltojärjestelmä tai neuvola ei ole jo auttanut”

Vertaistukiäitien huoli perheiden tilanteista ei yllätä, koska heillä vain harvoin oli minkäänlaista terveydenhuollon koulutusta. Imetyksen tuki ry:n koulutus ei anna valmiuksia ammattimaiseen tilannetajuun ja hoitoon ohjaukseen, josta esimerkkinä eräs tukiäiti kertoo

”Aivot käy ylikierroksilla kun yritän miettiä minne tämän soittajan voisi ohjata, mistä saisi apua ja kuinka nopeasti apua tarvitaan”.

Vertaistukiäidit kaipasivat tukea itselleen ammattilaisen apua vaativaan kysymykseen usein ja joskus -vaihtoehdot yhdistäen lähes kolmessa neljästä tapauksesta (N=14). Lähemmäs neljänneksessä vastauksista tukiäidit eivät kuitenkaan kokeneet tarvitsevansa tukea kuin harvoin. Yksi vastaaja arvioi kaivanneensa sitä aina.

Taulukko 11. Vertaistukiäiti kaipaa itselleen tukea ammattilaisen apua vaativan puhelun jälkeen (N=14)

Vertaistukiäidin kaipaama tuki ammattilaisen apua vaativan puhelun jälkeen (N=14)

	n	%
Aina	1	7
Usein	3	21
Joskus	7	50
Harvoin	4	28
Ei koskaan	0	0
Ei ole vastannut sellaiseen	0	0

Tukikanavaa kysyttäessä vertaistukijat ilmoittavat käyvänsä puheluita läpi useimmiten toisen tukiäidin kanssa. Toinen yleinen taho on imetyskurssin oma kouluttaja tai Imetyksen tuki ry:n työntekijä. Kyselyn mukaan tukiäidit ajattelevat ammattilaisen apua vaativaa puhelua vielä viikon kuluttua jälleen usein ja joskus - vaihtoehdot yhdistäen lähes 80 % tapauksista. Puheluita ajattelee jälkikäteen 15 % vastaajista vain harvoin. Yksi vastaaja ilmoittaa, ettei ajattele niitä koskaan.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Imetystä tulee tukea sen yksilölle ja yhteiskunnalle tuottamien hyötyjen vuoksi. Yksilötasolla imetys parantaa ja säilyttää terveyttä, huolehtii ylivoimaisesti parhaasta ravitsemuksesta lapsella ja tukee vuorovaikutuksen ja emotionaalisen suhteen kehittymistä. Yhteiskunta hyötyy imetyksestä siinä säästyneiden terveydenhuoltokulujen vuoksi. Imetys ei myöskään vaadi raaka-aineita, eikä kuljetus-, jäte-, tai kaupallisia kustannuksia. Maidontuotanto on äidin ravitsemuksen lähes ilmainen sivutuote. Tällä hetkellä imetysohjaus on epätasaista laadultaan ja sitä tuotetaan synnytyssairaaloissa sekä neuvoloissa ja jonkin verran maksullisena palveluna. Vertaistukea imetykseen tarjoaa Imetyksen tuki ry. Imetystukea haetaan kuitenkin yleisesti kaikkiin imetykseen liittyviin ongelmiin vertaistukipalvelusta.

Imetystukipuhelimen ammattilaisen apua vaativiin puheluihin ei ole aiemmin keskitytty erikseen tutkimuksissa tai opinnäytetöissä. Johanna Honkasen opinnäytetyössä vuodelta 2007 käsiteltiin vuoden 2006 Imetystukipuhelimen tilastoja. Jo kolme vuotta sitten ammattilaisen apua vaativia puheluita oli 12 % kaikista puheluisista. Honkanen kiinnitti huomiota puheluihin, jotka olivat tulleet alle kaksiviikkoisten vauvojen perheistä. Samansuuntaisesti opinnäytetyöni kyselyssäkin tuli esille vertaistukijoita huolestuttaneet puhelut alle kaksiviikkoisista vauvoista, joiden kasvu ei ole ollut riittävää. Vastasyntyneen tulisi saavuttaa syntymäpainonsa kymmenen vuorokauden ikään mennessä; riittämätön ravitsemus uhkaa vauvan nestetasapainoa sekä elintoimintoja. Maidonnousun odottamisen kestävä ravintovarastot vauvalla riittävät vain ensimmäisten vuorokausien ajan. Kyseiset puhelut ovatkin herkinä aineistoa ammattilaisen apua vaativissa puheluisissa, koska niiden kuuluu saavuttaa ammattilaistaho perheen apua hakemattakin. Julkisen terveydenhuollon tulisi järjestää kontrollit vastasyntyneelle perheelle yhdestä kolmeen vuorokautta synnytyksen jälkeen, viimeistään viikon kuluessa. (Pouta ym. 2009:60) Jossain kohdin asiat menevät kuitenkin vikaan, kun nämäkin perheet hakevat apua vertaistukijoiden palvelusta. Vertaistukiäidit halusivat ohjata lähes kaikki ammattilaisen apua vaativat puhelunsa eteenpäin ammattilaistaholle, joka ei kuitenkaan aina onnistu sellaisen tahon puutteen vuoksi. Opinnäytetyöni tuloksista nousee tarve kehittää imetystä Suomessa uuden imetysohjelman (Pouta ym. 2009) mukaisesti. Imetyksen vertaistukiäidit kokivat tukipuhelimeen tulevat ammattilaisen apua vaativat puhelut raskaiksi ja ne jäivät painamaan mieltä. Näin ollen menetetään voimavaroja imetyksen vertaistukemisesta. Imetyksen tuki ry:lle tulisi jättää rauha vastata imetyksen vertaistuen järjestämisestä.

Imetyksen tuki sai vuonna 2009 yli 4500 kontaktinottoa imettäviltä perheiltä. Vertaistukijat haluavat vastata imetyksen vertaistuen tarpeeseen. Imetystukipuhelimessa vastattiin vuonna 2009 yli 1000 puhelun. Näistä joka kymmenennessä kyse oli ammattilaisen apua vaativasta puhelusta. Ammattilaisen apua vaativat puhelut aiheuttivat useimmiten negatiivisia tunteita

vertaistukiäideille. Vertaistukiäidit imetystukipuhelimesta jäivät usein jälkikäteen miettimään ammattilaisen apua vaativia puheluitaan. Tieto siitä, ettei julkinen terveydenhuolto ollut auttanut perhettä haastavassa tilanteessa aiheutti ahdistusta ja negatiivisia tunteita. Suurin osa heistä kaipasi tukea itselleen puhelun jälkeen. Tukea haettiin muilta imetystuki-ihmisiltä. Yhteenvedon voidaan todeta, että imetystukipuhelimeen tulee runsaasti sellaista puhelun materiaalia, joka kuuluisi epäilemättä terveydenhuollon ammattilaiselle hoidettavaksi. Vertaistukijan epäily julkinen terveydenhuollon osaamisesta imetysongelmissa aiheuttaa uusia haasteita. Vertaistukiäidit halusivat ohjata lähes kaikki ammattilaisen apua vaativat puhelut eteenpäin. Siinä onnistuttiin usein, mutta luottamus siihen että perhe saa apua, ei ollut vahvaa.

Imetyksen vertaistukiäidit ohjasivat 28 % ammattilaisen apua vaativista puhelusta takaisin vertaistuen piiriin. Syynä lienee se, että Imetyksen tuki ry:n koulutuksissa on ehdotettu ohjaamaan vaikeimmat puhelut Imetyksen tuki ry:n omille terveydenhuollon ammattilaisille, jotka toimivat oman toimensa ohella vertaistukijoina imetyksen saralla. Erityisosaamisalueita on lueteltu koulutuksissa, esimerkiksi masentunut imettävä äiti suositellaan ohjaamaan tietyn tukijalle. Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille myös ammattilaisen apua vaativan puhelun ohjaus imetystukiryhmiin, jolloin ajatuksena oli imetystukiryhmän vetäjien tieto-taito esimerkiksi imetysotteen ohjaamisessa. Jälleen esille nousi vertaistukijoiden epäily neuvola-henkilökunnan imetysohjaustaidoista, kun vain 32 % terveydenhoitajista oli käynyt imetysohjaajakoulutuksen vuonna 2004 (Hakulinen ym. 2005)

Opinnäytetyön kehittämissuositukseksi nousee tarve ammattimaisesta imetyspalvelusta. THL on julkaissut imetyksen toimintaohjelman 2009–2012. Kohdan 4.6 "Tuki ja ohjaus ongelmatilanteissa" mukaan sairaanhoitopiirien tulisi järjestää vauvaperheitä työssään kohtaavalle henkilökunnalle imetyksen asiantuntijan konsultaatiomahdollisuus. (Pouta ym. 2009) Imetyspoliklinikoita tulisi lisätä synnytyssairaaloiden yhteyteen ja niissä pitäisi toimia kansainvälisen IBCLC tutkinnon suorittaneita imetysammattilaisia. Vertailun vuoksi Ruotsissa on 35 IBCLC -ammattilaista ja Saksassa 1240. Suomessa ammattimaisia imetyskonsultteja on valmistunut 5. (International Board of Lactation Consultant Examiners). Ammattilaisimetysohjauksen tulisi olla saatavilla imettäville perheille sekä imetystukipuhelimeen tulevia ammattilaisen apua vaativia puheluita varten. Vertaistukiäidit voisivat ohjata tarpeen mukaan puhelut terveydenhuollon ammattilaiselle. Jos palvelu olisi kattava, vähenisivät ammattilaisen apua vaativat imetystukipuhelut imetystukipuhelimesta vähitellen. Imetyksen hoitopolun tulisi olla kattava ja tarvitsijoidensa saatavilla. Koska Suomessa imetystä suositellaan kansainvälisten suositusten mukaisesti, tulisi imetysongelmissa olla myös vastaus tarjolla suosituksia tukemaan. Hoitopolkuna suositeltava olisi vertaistuki-synnytyssairaala- neuvola- imetyspoliklinikka ja kaikissa imetyksen erityistilanteisiinkin koulutettu henkilökunta, sekä vähintään imetyskonsultaatiomahdollisuus.

Jatkotutkimusehdotuksena esitän Imetyksen toimintaohjelman 2009-2012 käyttöön oton ja hyödyntämisen tutkimista Suomen imetystilanteen parantamiseksi.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan kyselyn jälkeen esimerkiksi sillä, kuinka moni kohdejoukossa vastaa heistä, joille kysely on lähetetty. Lisäksi luotettavuutta arvioidaan sillä, miten hyvin kysymykset on löydetty vastaamaan tutkimusongelmaa. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Se tarkoittaa siis sitä, että vastaukset toistuvat ei-sattumanvaraisina. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009:135;231) Opinnäytetyöni kyselyn vastausprosentti oli 37 %. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa, mutta ajankohta osui joulun alkuun, joka yleisesti perheen äideille, joita kaikki vertaistukiäidit ovat, on kiireistä. Näin ollen kattavampia vastauksia olisi saatettu saavuttaa muuna ajankohtana tuotettuna kyselyinä. Kaikki vastaukset olivat kuitenkin yksittäisen vastaajan mielipiteitä kysytystä asiasta. Vastaukset noudattelivat toisiaan, samat asiat kertautuivat niissä useasti, joten laadullisen opinnäytetyön vastauksiksi ne ovat informatiivisia.

Toinen käsite, jolla tutkimuksia arvioidaan, on validiteetti. Validiteetti tarkoittaa sitä, että mittari tai tutkimusmenetelmä mittaa sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2009:231) Tutkimuskysymysten asettelu opinnäytetyössä ei ollut helppoa. Opinnäytetyön rajallisen laajuuden vuoksi tärkeimmiksi tutkimuskohteiksi piti valita hyvin rajatut tutkimuskysymykset. Mielenkiintoisia tutkimuskysymyksiä jäi esittämättä, mutta jäljelle jääneistä kahdesta kysymyksestä sain informaatorikkaat vastaukset. Kyselylomakkeen laadinnassa olin ensikertalainen, mutta mielestäni siinä onnistuin odotusten mukaisesti. Kumpakin tutkimuskysymystä kartoittaa 4-5 kysymystä. Tulosten avaamisvaiheessa nousi mieleen useita asioita, joita olisi vielä voinut aiheesta saada esille, mutta huomasi löytäneeni kuitenkin aiheen kannalta tärkeät kysymykset. Ammattilaisten apua vaativien puheluiden ohjaaminen ammattilaistaholle jäi kuitenkin vajavaisesti kartoitetuksi. Mielenkiintoista olisi ollut tietää vielä tarkemmin, millaiset puhelut jäivät eniten ilman jatkohoitotahoa. Kyselylomakkeen osat kaksi ja kolme mittasivat kumpikin omaa tutkimuskysymystään. Erottelulla onnistuin pitämään tutkimuskysymykset erillään ja arvioimaan paremmin sitä, että molempiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia.

Tuomi ja Sarajärvi (2009) kuitenkin kehottavat kirjassaan Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi validiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden hylkäämisen laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymyksissä. Kritiikki on syntynyt siitä johtuen, että kyseiset termit ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä, ja käsitteiden ala vastaa lähinnä vain määrällisen tutkimuksen tarpeita. (Tuomi & Sarajärvi 2009:136) Koska laadullisen tutkimuksen taustalla on useita tutkimusperinteitä, ei luotettavuutta ole helppo tarkastella yksinkertaisten ohjeiden mukaan.

Tuomi ja Sarajärvi (2009:140-141) kehottavat seuraamaan yhdeksän -kohtaista listaa tutkimusten luotettavuutta arvioitaessa. Seuraavien asioiden tulisi löytyä opinnäytteen raportista: tutkimuksen kohde ja laajuus, omat sitoumukset tutkijalla kyseiseen tutkimukseen, aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkijan ja tiedonantajan suhde, tutkimuksen kesto, sen luotettavuus sekä raportointi. Opinnäytetyön tarkoitus on esitelty opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset kappaleessa. Kohdejoukkona olivat imetyksen vertaistukiäidit, mutta opinnäytetyön kohteena oli ammattilaisen apua vaativien puheluiden aiheuttamien ajatusten kartoittaminen sekä puheluiden hoitaminen kohdejoukon taholta eteenpäin. Omaa sitoutumistani aiheeseen olen avannut eettiset kysymykset luvussa. Aineiston keruu on esitelty samanimisessä luvussa. Opinnäytetyön tiedonantajat valittiin sen perusteella, että he ovat käyneet Imetyksen tuki ry:n koulutuksen vastatakseen Imetystukipuhelimeen. Kohdejoukkoon kuului 38 ihmistä, jotka kaikki kutsuttiin vastaamaan kyselylomakkeeseen ilman valikointia. Kohdejoukkoa on esitelty lisää aineiston keruu luvussa, sekä heidän taustatietojaan opinnäytetyön tuloksissa. Suhdettani tiedonantajiin pohdin eettiset kysymykset luvussa. Tiedonantajajoukko ei lukenut tuloksia ennen opinnäytetyön julkaisua, vaan ainoa kontakti heihin prosessin aikana oli kyselylomakkeen lähettäminen ja tutkimusluvan kysyminen. Opinnäytetyöprosessin kesto oli noin kahdeksan kuukautta. Aluksi tehtiin tutkimussuunnitelma, päätettiin opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet, laadittiin teoreettinen viitekehys ja suunnitelma hyväksyttiin ohjalla opettajalla sekä yhteistyökumppanilla. Seuraavassa vaiheessa laadittiin kyselylomake tutkimuskysymysten ja opinnäytetyön tarkoituksen perusteella. Kolmas vaihe sisälsi aineiston keruun sekä tulosten analysoinnin ja lopullisen raportin kirjoittamisen. Viimeisessä vaiheessa opinnäytetyö esiteltiin arviointiseminaarissa yleisölle ja sitä arvioivat opponentit sekä ohjaava opettaja. Opinnäytetyön luotettavuutta arvioin tässä kappaleessa. Raportointi suoritettiin kirjallisesti Laurean opinnäytetyöprosessin mukaisesti ja raportti toimitetaan myös yhteistyötaholle Imetyksen tuki ry:lle.

7.3 Eettiset kysymykset

Eettisillä kysymyksillä on tärkeä rooli opinnäytetyöprosessissa. Tutkimusten tekijöillä on institutionaalinen asema, jolloin muiden väärin- tai kaltoin kohtelu saavat aivan erilaisen aseman, kuin arkielämässä. Näin ollen tutkimusetiikka ja avoimuus raportoinnissa ovat merkityksellisiä, jotta yleisö voi itse arvioida opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyön eettisyyttä tarkasteltaessa huomio tulee kiinnittää työn laatuun. Laadullinen tutkimus ei välttämättä ole laadukasta tutkimusta. Eettisten kysymysten kohdalla pohditaan, onko tutkimussuunnitelma ollut laadukas, tutkimusasetelman sopivuutta ja raportoinnin laatua. Eettiset kysymykset siis kiertyvät luotettavuuden arviointiin, mutta eettisten kysymysten parissa tulee korkean tutkimuseettisen moraalin nousta esille. Eettisen sitoutuneisuuden tulee ohjata koko opinnäytetyöprojektia. (Tuomi & Sarajärvi 2009:125;127)

Opinnäytetyön eettisissä kysymyksissä pohditaan aiheen valintaan vaikuttaviin tekijöihin. Ihmistieteelliset eettiset ongelmat tulee myös huomioida, esimerkiksi kyselyyn vastaajien tietoinen suostumus sekä vapaaehtoisuus. (Hirsjärvi ym. 2009:25) Valitsin opinnäytetyön aiheeni läheltä toivoakseni tulevaa työtäni äitiys- ja lastenneuvolassa. Imetysasiat ovat kiinnostaneet omien lasteni syntymästä asti. Koin imetyksen merkittävyyden terveyden edistämässä niin tärkeäksi, että halusin keskittyä siihen opinnäytetyössäni. Olen kouluttautunut omalla ajallani imetystukihenkilöksi ja toivon sen parantavan tulevana terveydenhuoltoalan ammattilaisena imetysohjaustaitojani. Olen Imetyksen tuki ry:n jäsen sekä vastannut Imetystukipuhelimeen itsekin. Omasta vapaaehtoistyöstäni noussut tutkimusongelma on eettisesti vaikea siltä osin, etten anna omien ajatusteni vaikuttaa opinnäytetyöni tulosten vastauksiin. Toisaalta pääsin ehkä helpommin asian ytimeen nostamaan tärkeimpiä kysymyksiä tutkimuskysymyksiksi. Ulkoistin tarkoituksella omat ajatukseni aiheesta tuloksia avatessani. Kaikki omat ennakkoluuloni mahdollisista tuloksista eivät täyttyneet, mutta suurimmaksi osin tulokset olivat odotettuja. Imetyksen tuki ry:ltä sain tukea työssäni, kiitokset siitä Imetyksen tuki ry:n työntekijälle, joka työssäni auttoi. Toivon opinnäytetyöni auttavan Imetyksen tuki ry:tä suunnitellessa koulutuksia imetyksen vertaistukijoille jatkossa. Uuden kansallisen Imetyksen toimintasuunnitelman valmistuttua Suomessa aletaan toivoakseni kiinnittää uudella innolla huomiota imetysasioihin. Opinnäytetyöni sivutavoitteena on olla viesti vertaistukijoilta päättäjille, halustamme kertoa vakavista esille tulevista epäkohdista puheluissa imettävällä äidillä tai imetetyllä vauvalla, sellaisista epäkohdista jotka eivät kuulu vertaistuen ratkaistaviksi. Sivutavoitteen ei kuitenkaan pyritty opinnäytetyössä, vaan tulosten pohjalta nousi esille asioita, jotka korostavat ammattimaisen julkisen imetysohjauksen tärkeyttä.

Imetyksen tuki ry:n vertaistukiäidit saivat vapaaehtoisesti tehdä valinnan vastatakseen kyselyyn. Saatekirjeessä en kertonut omaa taustaani imetystukihenkilönä, mutta yhteiselle sähköpostilistalle kuuluvana, sekä samoissa koulutuksissa käyneenä, useimmat kuitenkin tunnistivat minut varmasti vertaistukijaksi. Kyselylomakkeeseen vastattiin Internetissä ja kaikki tulokset tulivat sähköisessä lomakkeessa täysin ilman tunnistetietoja. Yksittäisiä lomakkeita en siis edes nähnyt, joten kaikkien vertaistukiäitien yksityisyys on taattu. Yksittäisiä ihmisiä ei pysty erottamaan vastausten takaa, eikä tuloksia pysty missään vaiheessa yhdistämään henkilöön.

Perinteisesti laadullisen tutkimuksen eettisissä kysymyksissä keskitytään edellä mainittuihin asioihin, pääasiassa tutkimustoimintaan, kuten anonymiteettiongelmiin, analyttisten menetelmien analysoimiseen tai aineiston keräämiseen. Toinen ääripää esittää tutkimusetiikan metodologisena seikkana, jossa kaikki prosessin aikana tehdyt valinnat ovat moraalisia valintoja. Kyseessä on siis projektin taustoista ja eettisestä pohdinnasta; miten tutkimusaihe on valittu ja mitä pidetään tärkeänä. Eettiset korkeatasoiset ja moraalisesti kestävä hyvän tieteellisen käytännön mukaiset päätökset ovat luonnostaan kuulunut opinnäytetyöni prosessiin. Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet vuodelta 2008 listaavat hyvät tieteelliset käytän-

nöt. Opinnäytetyö on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti, jotta yleisön on mahdollista jälkikäteen pohtia sen luotettavuutta. Tutkimusryhmän asema ja oikeudet ovat huomioit, eikä aineisto pääse julkiseksi muuten kuin opinnäytetyön tulosten kautta. Sidonnaisuuteni Imetyksen tuki ry:hyn on selvitetty ja opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus nousee kehittämistarpeesta. Hyvää tieteellistä käytäntöä ei ole loukattu sepitettyjen tai vääristeltyjen tulosten esittämisellä eikä muiden tuloksia tai tekstiä ole luvattomasti lainattu. (Tuomi & Sarajarvi 2009:133)

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Adamsen, L. 2002. From victim to agent: The clinical and social significance on self-help group participation for people with life-threatening diseases. *Scandinavian journal of caring sciences* 16.
- A joint WHO/Unicef statement. 1989. Protecting, promoting and supporting breast-feeding. Geneva: WHO.
- Akonberg, A. & Heller, R. 2007. Assessing the population impact of low rates of breast feeding on asthma, coeliac disease and obesity: the use of a new statistical method. *Arch Dis Child* 92:483-5.
- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- American Academy of Pediatrics. 2005. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 115:496-506.
- Anderson, A., Damio, G., Young, S., Chapman, D. & Perez-Escamilla, R. 2005, A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 159:9.
- Anttonen, A. & Sipilä, J. 1992. Julkinen, yksilöllinen ja yksityinen sosiaalipolitiikassa - sosiaalipalvelujen toimijat ja uudenlaiset yhteensovittamisen strategiat. Teoksessa Riihinen, O. (toim.) *Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen*. Porvoo, Helsinki, Juva: WSOY.
- Chantry, J., Howard, C. & Auinger, P. 2006. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics* 117:425-32.
- Deufel, M., Hasunen, K., Heinonen, K., Illman, P., Koskinen-Ollonqvist, P., Kuusisto, R., Lyytikäinen, A., Sairanen, S. & Willis, M. 1994. Vauvamyönteisyys-ohjelma: ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen. *Stakes*. [pdf-tiedosto]
<http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_c/vauvamyönteisyys.pdf> (Viitattu 11.9.2009)
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Euramaa, K. 2001. Ryhmätoiminta Lapsiperhe-projektin perhetyössä. Kokemuksia ja näkemyksiä vertaistukiryhmistä. Mannerheimin lastensuojeluliitto: Paino Käpylä Print.
- Fulton, C., Kentley, L. & Swift, S. 1998. Breastfeeding support: in a deprived area. *Community practitioner*. 71(5):172-4.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2005:22.
- Hannula, L. 2003. Imetysnäköykset ja imetyksen toteutuminen: suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Helsinki: Yliopistopaino

- Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka, M.T. 2008. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding, *Journal of clinical nursing*. vol.17. 9:1132-1143.
- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H. ym. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki: STM.
- Heikkilä, A. & Peltoniemi, P. 1999. Imetystukiryhmä imettävän äidin tukena. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus. Oulu: Oulun yliopisto.
- Helander, V. 1998. Kolmas sektori. Käsitteistä, ulottuvuuksista ja tulkinnoista. Gaudeamus. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino.
- Helander, V. & Laaksonen, H. 1999. Suomalainen kolmas sektori. Rakenteellinen erittely ja kansainvälinen vertailu. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Helsinki: Hakapaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.
- Hokkanen, L., Kinnunen, P. & Siisiäinen M. (toim.) 1999. Haastava kolmas sektori. Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Honkanen, J., Kuoppala, M. & Rytönen-Kontturi, L. 2007. Kätilölehti 6/2007. [pdf-tiedosto] <http://www.imetys.fi/itu/KL06_205-209.pdf> (Viitattu 9.9.2009)
- Imetyksen tuki ry. Tietoa yhdistyksestä <<http://www.imetys.fi/itu/yhdistys.php>> (Viitattu 8.9.2009)
- Imetyksen tuki ry. 2008. Toimintakertomus 2008. <<http://www.imetys.fi/itu/toimintakertomus2008.php>> (Viitattu 8.9.2009)
- Imetyksen tuki ry. 2010. Imetystukipuhelimen tilastot 1.1.2009-31.12.2009.
- International Board of Lactation Consultant Examiners <<http://www.iblce-europe.org/>> (Viitattu 11.2.2010)
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T. & Lau, J. 2007. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries, Evidence report/technology assessment. 153:1-186.
- Jukarainen, R-L. 1994. Ensisynnyttäjien lastenneuvolan terveydenhoitajilta imetykseen saama sosiaalinen tuki. Tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Järvenpää, A-L. 2008a. Imetyksen vaikutukset lapsen terveyteen. *Lääkärilehti* vsk.64. 23/2009:2089 - 2093
- Järvenpää, A-L. 2008b. Miksi imetys ei onnistu Suomessa suositusten mukaisesti. *Aikakauskirja Duodecim* 124(10):1147-8
- Karlsson, M. 2002. Själv men inte ensam. Om självhjälpgrupper i Sverige. Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Kramer, M., Matush, L., Vanilovich, I. ym. 2007. Effect of prolonged and exclusive breast feeding on risk of allergy and asthma: cluster randomized trial. *BMJ* 335:815-20.
- Kuoppala, M. 2009. Mikä on imetystukipuhelu? Imetysuutisia 1: 34-44 [pdf-tiedosto] <<http://www.imetys.fi/itu/imetysuutisia/nettilehti/imetysuutisia0109.pdf>> (Viitattu 11.1.2010)

- Lehto, J. 1995. Kunnallisten sosiaali- ja terveystalvelujen muutossuunta 1990-luvun alun talouskriisin aikana. Teoksessa Hänninen, S., Iivari, J. & Lehto, J. Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa? Helsinki: Stakes raportteja 182.
- Marild, S., Hansson, S., Jodal, U., Oden, A. & Svedberg, K. 2004. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr* 93:164-8.
- Matthies, A-L., Kotakari, U., Nylund, M. (toim.). 1996. Välittävät verkostot. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Matzat, J. 2001-2002. The development on self-help groups and support for them in Germany. *International Journal on self help&self care* 1.
- McInnes, R., Love, J. & Stone, D. 2000. Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence, *Journal of public health medicine*, vol. 22, no. 2.
- Metsämuuronen J. (toim) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Metsämuuronen J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa: Mäkelä, K. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, painokaari.
- Nylund, M. & Yeung, A. 2005. Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Nylund, M. 2004. Sosiaalisten verkostojen tutkimus ja sosiaalityön käytännöt. *Janus* 12(2).
- Owen, C., Martin, R., Whincup, P., Smith, G. & Cook, D. 2005. Effect of infant feeding on the risk of obesity across life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics* 115:1367-77.
- Pesonen, M. 2008. Early life determinants of atopy: a 20-year prospective follow-up study on unselected, healthy newborns. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki: Yliopistopaino.
- Pouta, A., Järvenpää, A-L., Hannula, L., Kumpula, M., Laakso, J., Loppi, K., Otronen, K., Pelkonen, M., Virtanen, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Rova, M. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa: Toimintaohjelma 2009 - 2012. Helsinki: Terveystalvelun ja hyvinvoinnin laitos. [PDF-dokumentti]. < <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98969f64-05de-41d9-9aa6-7e34d8d6d6ba>>. (Viitattu 11.1.2010).
- Quigley, M., Kelly, Y. & Sacker, A. 2007. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics*. 119:837-42.
- Riordan, J. & Auerbach, K.G. (toim.) 2009. Breastfeeding and human lactation. Boston, London & Singapore: Jones and Bartlett publishers.
- Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Alkuperäisteos Small-Scale Evaluation. Tampere: Tammer-Paino.
- Savilahti, E. 2005. Rintamaidon terveydellinen merkitys kehittyneissä maissa. *Duodecim* 121:2189-93.
- Sihvo, T. Kansalaisvastuu ja hyvinvointipalvelut. Teoksessa Matthies, A-L., Kotakari, U., Nylund, M. (toim.). 1996. Välittävät verkostot. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

- Siisiäinen, M. (toim.) 2002. Yhdistykset kolmannen sektorin toimijoina. Tutkimus jyvaskyläläisistä yhdistyksistä. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki: Hakapaino.
- Sikorski, J., Renfrew, M.J., Pindoria, S. & Wade, A. 2003, Support for breastfeeding mothers: a systematic review, *Paediatric and perinatal epidemiology*, vol.17. 4:407-417.
- Silfverdal, S., Ekholm, L. & Bodin, L. 2007. Breastfeeding enhances the antibody response to Hib and Penumococcal serotype 6B and 14 after vaccination with conjugate vaccines. *Vaccine* 25:1497-502.
- Socialstyrelsen. 2007. Amning av barn födda 2005. Sveriges officiella statistik. Statistik - Hälsa och sjukdomar 2007:12. [WWW-dokumentti] <www.socialstyrelsen.se>. (Viitattu 1.12.2009).
- Tarkka, M.T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki: ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- UNICEF 1992. The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative. UNICEF New York: Guidelines.
- Unicef & World Health Organisation. 2006. Breastfeeding promotion and support in a baby friendly hospital. [PDF dokumentti]. <http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Revised_Section_3.2.pdf> (Viitattu 26.1.2010)
- World Health Organisation. 2009. Infant and young child feeding. [PDF dokumentti]. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf> (Viitattu 11.1.2010)
- World Health Organisation. 2006. The WHO child growth standards. [PDF dokumentti] <<http://www.who.int/childgrowth/en/>> (Viitattu 26.1.2010)
- World Health Organisation. 2003. Global strategy for infant and young child feeding. [PDF dokumentti]. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>>. (Viitattu 10.9.2009).
- World Health Organisation. 2002. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. [PDF dokumentti]. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241562110.pdf>> (Viitattu 21.1.2009).

OPINNÄYTETYÖN KYSELYLOMAKE

Ammattilaisen apua vaativat puhelut imetyksen vertaistuessa - vertaistukiäitien ajatuksia puheluista ja puheluiden ohjaaminen terveydenhuollon ammattilaisille.

Tutkimuskysymykset:

1. Mihin ja kuinka usein tukiäiti ohjaa ammattilaisen apua vaativan puhelun eteenpäin?
2. Millaisia ajatuksia ammattilaisen apua vaativa puhelu herättää vertaistukiäidissä?

Hyvä imetystukiäiti!

Opiskelen terveydenhoitajaksi (AMK) kolmatta vuotta Laurea-ammattikorkeakoulussa Tikkurilassa. Teen opinnäytetyötä imetystukipuhelimeen tulevista ammattilaisen apua vaativista puheluista. Tänä vuonna noin 13 % kaikista imetystukipuhelimeen tulleista puheluista ovat kuuluneet kyseiseen ryhmään.

Olen kiinnostunut imetystukipuhelimeen vastaavien vertaistukiäitien ajatuksista koskien ammattilaisen apua vaativia puheluita. Tällä kyselyllä kartoitan myös sitä kuinka usein ja mihin ammattilaisen apua vaativia puheluita ohjataan eteenpäin. Tuloksia käytetään mahdollisesti myös hyväksi Imetyksen tuki ry:n koulutuksia kehitettäessä.

Kyselyn vastaukset käsittelem luonnollisesti vastaajien yksityisyyttä suojellen, eikä vastaajien henkilöllisyys tule missään vaiheessa ilmi. Vastaan mielelläni sekä sähköpostitse että puhelimitse opinnäytetyöhöni liittyviin kysymyksiin.

Jokainen vastaus on tärkeä. Kiitän ajastasi jo etukäteen!

Katariina Miettinen
puhelin 044-0909155
katariina.miettinen@laurea.fi

Valitse seuraavissa lähinnä mielipidettäsi oleva vaihtoehto. Avoimissa kysymyksissä vastaa lyhyesti, mutta kattavasti. Kiitos ajastasi!

Vastaajien taustatiedot

1. Onko sinulla terveydenhuollon koulutusta?
 - Minulla ei ole terveydenhuollon koulutusta.
 - Minulla on terveydenhuollon koulutus. Mikä?
 - Olen terveydenhuollon opiskelija. Mitä tutkintoa opiskelen?
2. Onko sinulla lapsia?
 - Kyllä. Lukumäärä?
 - Ei.
3. Oletko käynyt Imetyksen tuki ry:n koulutuksia vastataksesi imetystukipuhelimeen?
 - Kyllä. Mitä koulutuksia?
 - En.

4. Kuinka monta tuntia koulutukset kestivät?
5. Milloin valmistuit vastaamaan imetystukipuhelimeen? Vastausohje: vuosi/kuukausi
6. Arvioi kuinka monta täyttä kuukautta olet pitänyt imetystukipuhelinta ja vastannut siihen?
7. Oletko vastannut ammattilaisen apua vaativaan puheluun?
 - Kyllä.
 - En.
- 7.1. Millaisiin ammattilaisen apua vaativiin puheluihin olet vastannut? (tämä tulee vain jos vastaa edelliseen kyllä)

Puhelun ohjaus ammattiavun piiriin (Vastaa tutkimuskysymykseen 1)

8. Minusta tuntuu että osaan vastata ammattilaisen apua vaativaan puheluun
 - Aina.
 - Usein.
 - Harvoin.
 - En koskaan.
 - Minulle ei ole tullut ammattilaisen apua vaativia puheluita.
9. Mielestäni ammattilaisen apua vaativa puhelu tulee ohjata ammattiavun piiriin
 - Aina.
 - Usein.
 - Harvoin.
 - En koskaan.
 - Minulle ei ole tullut ammattilaisen apua vaativia puheluita.
10. Kenelle tai mihin ohjaat puhelun, jos et itse pysty auttamaan?
11. Pystyn ohjaamaan ammattilaisen apua vaativat puhelut ammattilaisten avun piiriin
 - Aina.
 - Usein.
 - Harvoin.
 - En koskaan.
 - Minulle ei ole tullut ammattilaisen apua vaativia puheluita.
12. Millaisia asioita nousee esille puheluissa, jotka toivoisit voivasi jatko-ohjata terveydenhuollon ammattilaiselle?

Ajatukset ammattilaisen apua vaativasta puhelusta (Vastaa tutkimuskysymykseen 2)

13. Millaisia ajatuksia ammattilaisen apua vaativa puhelu sinussa aiheuttaa puhelun aikana?
14. Kaipaanko tukea itsellesi puheluun vastaamisen jälkeen?
 - Aina
 - Usein.
 - Joskus.
 - Harvoin.
 - En koskaan.
 - Minulle ei ole tullut ammattilaisen apua vaativia puheluita.
15. Ajatteletko ammattilaisen apua vaativaa puhelua vielä viikon kuluttua puhelusta?

- Aina.
- Usein.
- Harvoin.
- En koskaan.
- Minulle ei ole tullut ammattilaisen apua vaativia puheluita.

16. Keneen otat yhteyttä, jos haluat käydä puhelua läpi jälkikäteen?

Kysymykset tukiäitien koulutuksen kehittämistä varten (ei vastaa tutkimuskysymyksiin)

17. Onko sinulla ehdotusta, miten tukiäitien koulutuksessa käsiteltäisiin ammattilaisen apua vaativia puheluita?

18. Millaisen työnohjauksen ajattelisit auttavan tukiäitiä ammattilaisen apua vaativan puhelun jälkeen?

Kiitos vastaamisestasi kyselyyn sekä siitä korvaamattomasta korvana olemisesta niille äideille ja lapsille jotka sinun tukeasi ovat kaivanneet.

