

Kätilöiden kokemuksia imetyksen käynnistymisestä sektion jälkeen

**Mervi Asikainen
Aija Laakso
Helena Oksa**

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali- ja terveystieteiden ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Asikainen Mervi, Laakso Aija ja Oksa Helena	
Työn nimi Kätilöiden kokemuksia imetyksen käynnistymisestä seksin jälkeen	
Päiväys 7.12.2012	Sivumäärä/Liitteet 43/3
Ohjaaja(t) Lehtori, THM Lång Arja	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala, synnytysvuodeosasto (2301)	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Sektio on yleistynyt synnytystapa kaikkialla maailmassa. Imetystä pyritään edistämään sekä äidin että vauvan terveyshyötyjen vuoksi. Sektio luo haasteita imetyksen onnistumiselle ja äidit tarvitsevat seksin jälkeen enemmän tukea.</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata seksin vaikutuksia imetyksen käynnistymiseen kätilöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, kuinka sektio toimenpiteenä ja siinä käytettävät lääkkeet sekä vierihoidon viivästyminen vaikuttavat maidon erityksen ja imetyksen käynnistymiseen, ja millaista tukea äidit tarvitsevat kätilöiltä seksin jälkeen. Tutkimus oli laadullinen, ja aineisto siihen kerättiin puolistrukturoitujen ryhmähaastattelujen avulla. Haastatteluun osallistui viisi kätilöä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan sektiolle on erilaisia vaikutuksia imetyksen käynnistymiseen. Eri äideillä imetys käynnistyi yksilöllisesti. Imetyksen käynnistymiseen vaikutti fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät seksin jälkeen. Fyysiset vaikutukset sisälsivät äidin kivun ja liikunnan vaikeutumisen vaikutukset vauvan hoitoon ja hyvän imetysasennon löytämiseen. Myös äidin hormonituotanto ja vauvan imemiskyky vaikuttivat imetyksen käynnistymiseen. Psyykkiset tekijät sisälsivät äidin mielialan merkityksen varhaisen vuorovaikutuksen syntymiseen ja äidin uskoon imetyksen onnistumisessa sekä vauvan kohdunulkopuoliseen elämään sopeutumiseen. Sosiaaliset vaikutukset sisälsivät tarpeen puolison tuella ja erityisesti ammattihenkilönä toimivan kätilön antamalle ohjaukselle ja kannustukselle.</p> <p>Tutkimustulosten avulla kätilöt voivat syventää tietojansa imetysohjauksesta, jolloin seksin vaikutukset imetyksen käynnistymiseen huomioitaisiin paremmin lapsivuodeosastolla synnyttäneiden naisten hoidossa. Lisäksi sektiolle synnyttäneet naiset saavat yksilöllisempää tukea kätilöiltä imetyksen jatkamiseen.</p>	
Avainsanat imetys, sektio, maidon erityks	

Field of Study Social Service and Health			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Asikainen Mervi, Laakso Aija and Oksa Helena			
Title of Thesis Midwives' experiences of breastfeeding start after a Caesarean section			
Date	7.12.2012	Pages/Appendices	43/3
Supervisor(s) Lecturer, MNSc Lång Arja			
Client Organisation/Partners Kuopio University Hospital, Postnatal ward 2301			
<p>Abstract</p> <p>Caesarean section has become more and more common all over the world. Breastfeeding brings health benefits for both the mother and the baby and therefore it has been tried to promote. Section creates challenges for the success of breast-feeding and mothers need more support after a Caesarean section.</p> <p>The Purpose of the study was to describe the effects of breastfeeding section to the launch of midwifery perspective. The aim was to obtain information on how to measure, section and in the drugs used in intensive care, as well as the delay affecting the secretion of milk, and breast-feeding to be commenced. The study was qualitative and the data that was collected through semi group interviews. We interviewed five midwives. The data were analyzed using content analysis.</p> <p>The results show that caesarean sections have different effects on breastfeeding start-up. Breast-feeding in different mothers started individually. Breastfeeding was affected by physical, psychological and social factors after a Caesarean section. The physical effects included the mother's pain and the effects of the movement of the baby more difficult to treat and to find a good breastfeeding posture. The mother's hormone production, and the baby absorbing properties affect the start-up of breast-feeding. Psychological factors included the mother's emotional significance of early interaction between the creation and the mother's faith in the success of breast-feeding and the baby adaptation is to uterine life outside. Social effects included the need to support the spouse and in particular guidance and encouragement given by the midwife.</p> <p>The test results help midwives to deepen their knowledge of breastfeeding counseling, when the effects on starting breastfeeding would be better considered in the care of women given birth on postnatal ward. In addition, caesarean section birth women get individualized support from midwives to continue breastfeeding.</p>			
<p>Keywords breastfeeding, Cesarean section, milkexpression</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	7
2	SEKTIO ELI KEISARILEIKKAUS SYNNYTYSTAPANA	8
2.1	Sektion historiaa.....	8
2.2	Sektion indikaatiot eli syyt ja luokittelu	9
2.2.1	Elektiivinen eli suunniteltu sektio	9
2.2.2	Päivystyssektio.....	10
2.3	Sektio toimenpiteenä	10
3	IMETYS.....	12
3.1	Imetyssuosituksset.....	12
3.2	Maidontuotannon käynnistyminen	13
3.3	Imetyksen käynnistyminen	14
4	SEKTION VAIKUTUS IMETYKSEN KÄYNNISTYMISEEN	16
4.1	Kivun vaikutus sektion jälkeen	16
4.2	Lääkkeiden vaikutus sektion jälkeen	16
4.3	Vierihoidon viivästyminen	18
5	KÄTILÖN ANTAMA IMETYSOHJAUS JA TUKI.....	20
5.1	Kätilön rooli.....	20
5.2	Tuen tarve	20
5.3	Imetysohjaus sektion jälkeen.....	21
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
7	TUTKIMUSMENETELMÄ JA –AINEISTO.....	23
7.1	Laadullinen tutkimus.....	23
7.2	Aineiston keruu	24
7.3	Aineiston analyysi	26
8	TUTKIMUSTULOKSET	29
8.1	Fyysisten tekijöiden vaikutukset imetyksen käynnistymiseen.....	29
8.2	Psyykkisten tekijöiden vaikutukset imetyksen käynnistymiseen	32
8.3	Sosiaalisten tekijöiden vaikutukset imetyksen käynnistymiseen	33
9	POHDINTA	35
9.1	Tulokset ja johtopäätökset	35
9.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	37
9.2.1	Eettisyys.....	37
9.2.2	Luotettavuus.....	37
9.3	Tutkimuksen hyödynnettävyys.....	39

9.4 Oman oppimisen arviointi	39
LÄHTEET	41

LIITTEET

Liite 1 Terminologia

Liite 2 Kätilöiden haastattelu

Liite 3 Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on kättilöiden kokemuksia imetyksen käynnistymisestä sektion jälkeen. Imetyksen käynnistymisellä tarkoitetaan imetykseen valmistautumista raskausaikana, maidonerityksen käynnistymistä synnytyksen ja ensi-imetyksen vaikutuksesta istukan synnyttyä ja maitomäärien tasautumista vastasyntyneen tarpeiden mukaiseksi (Deufel & Montonen 2010, 64–66). Tässä opinnäytetyössä imetyksen käynnistymisellä tarkoitetaan maidonerityksen käynnistymistä ja imetyksen sujumista lapsivuodeosastolla synnytyksen jälkeen. Terminologiaa on liitteenä (Liite 1).

Sektioiden määrä on noussut tasaisesti kaikkialla maailmassa. Suomessa noin kuusi-toista prosenttia lapsista syntyy sektioilla (sectioesarea). Sektio on nykyään varsin turvallinen toimenpide, jolla voidaan hoitaa tai ehkäistä monia synnytyskomplikaatioita. (Uotila 2009, 490–494.)

Kättilön ammattitaitoon kuuluu imetysohjauksen antaminen naisille terveyttä edistävästi sekä naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä tukevasti (Suomen Kättilöliitto ry 2009). Äidin aloittaessa imetystä kättilöiden antama ohjaus ja tuki ovat tärkeitä imetyksen onnistumiselle. Sektio lisää synnyttäneiden naisten ohjauksen tarvetta imetyksessä (Baxter 2006, 294).

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata kättilöiden kokemuksia sektion vaikutuksista imetyksen käynnistymiseen. Tavoitteena oli saada tietoa kättilöiden näkökulmasta, kuinka imetys käynnistyy sektion jälkeen lapsivuodeosastolla ja millaista tukea äidit tarvitsevat kättilöiltä. Valitsimme aiheen oman mielenkiinnon ja yhteistyöosaston tarpeiden perusteella. Synnytystavan tai erilaisten synnytyskomplikaatioiden vaikutusta ei ole erityisesti huomioitu imetysohjaukseen liittyvissä aineistoissa.

Yhteistyöosastomme on Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) lapsivuodeosasto 2301. Henkilökunta kuvasi tarvetta aiheeseen liittyvälle tutkimukselle, jotta heillä olisi mahdollisuus tutkimuksen pohjalta toteuttaa täydennyskoulutusta. Tiedon avulla voidaan kehittää sektioilla synnyttäneiden äitien imetysohjausta synnyttäneiden vuodeosastolla. Samalla me opinnäytetyön tekijät syvennämme osaamistamme imetysohjaajina sektioilla synnyttäneiden äitien imetyksen käynnistymisestä. Saamme ajankohdasta näyttöön perustuvaa tietoa kättilön imetysohjauksesta sektion jälkeen, jota voimme hyödyntää itse työelämässä ja jakaa myös työtovereille.

2 SEKTIO ELI KEISARILEIKKAUS SYNNYTYSTAPANA

Yleisin synnytyksen menetelmä on säännöllinen alatiesynnytys, jossa vauva syntyy kohdusta synnytysskanavaa pitkin emättimen eli vaginan kautta kohdun supistusten ja äidin ponnistamisen tuloksena. Alatiesynnytystä voidaan edesauttaa tarvittaessa imukupin tai pihtien avulla, jolloin synnytys muuttuu epäsäännölliseksi alatiesynnytykseksi. (Raussi-Lehto 2009, 232.) Joskus alatiesynnytys ei ole kuitenkaan mahdollinen ja päädytään sektioon, jossa synnyttäjän vatsanpeitteet avataan ja vauva autetaan ulos kohdusta (Uotila & Tuimala 2006, 493).

Äidin toipuminen sektioista on raskaampaa ja komplikaatioriskit ovat suuremmat kuin normaalissa alatiesynnytyksessä. Riskit vakaviin verenvuotoihin, infektioihin eli tulehduksiin tai tromboemboliainkomplikaatioihin eli verisuonitukoksiin moninkertaistuvat sektion jälkeen. Leikkaus lisää myös seuraavissa raskauksissa kohdun repeämisen, etisistukan ja kohtulihakseen kiinni kasvaneen istukan riskiä. Alatiesynnytyksestä on etua myös lapselle. Alatiesynnytys stimuloi eli ärsyttää lapsen hengitystoimintaa tehokkaammin kuin sektio. Lisäksi lapsen suolisto kolonisoituu äidin emättimen bakteereilla, jolloin suoliston normaaliflooraan asettuu mikrobeja aiheuttamatta kuitenkaan tauteja. Äidiltä saadut bakteerit ovat edullisempia kuin sairaalaympäristön bakteerit. (Uotila 2009, 490–494.)

2.1 Sektion historiaa

On esitetty kolme teoriaa sanan ”sektio” eli ”keisarileikkaus” synnystä. Ensimmäisen mukaan Julius Caesar syntyi tällä menetelmällä. Teoria on kuitenkin epävarma useista syistä. Ennen 1700-lukua lähes kaikki keisarileikkauksella synnyttäneet äidit kuolivat, Julius Caesarin äiti eli kuitenkin useita vuosia synnytyksen jälkeen. Lisäksi toimenpiteestä ei ole mitään lääketieteellistä dokumenttia ennen keskiaikaa. Toisen teorian mukaan roomalainen kuningas Numa Pompilius, joka eli 700-luvulla ekr. määräsi lain, jonka mukaan raskauden viimeisillä viikoilla kuolleiden äitien syntymättömät lapset tulisi pelastaa leikkauksella. Tämä alun perin kuninkaan laki (lat. *lex regia*; eng. *king's law/rule*) nimetty määräys muutettiin myöhemmin keisarinlaiksi (lat. *lex caesarea*) silloisten hallitsijoiden mukaan. Saksankielinen termi ”*kaiserschnitt*” tukee tätä teoriaa. Kolmannessa teoriassa sana ”keisarileikkaus” pohjautuu keskiaikaiseen latinankieliseen verbiin ”*caedere*”, leikata. Kolmatta teoriaa pidetään loogisimpana. (Cunningham ym. 2005, 588.)

2.2 Sektion indikaatiot eli syyt ja luokittelu

Sektioon johtavia syitä on useita ja sektiot luokitellaan kiireellisyyden mukaan. Yleensä sektio tehdään synnytyshäiriön, sikiön virhetarjonnan tai asfyksian eli hapenpuutteen vuoksi (Uotila & Tuimala 2006, 493). Kun sektio on ainoa mahdollinen vaihtoehto synnytyksen toteuttamiseksi synnyttäjän kuoleman uhalla, puhutaan absoluuttisesta sektioindikaatiosta eli ehdottomasta syystä tehdä sektio. Esimerkiksi äidin pelko synnytystä kohtaan on niin sanottu relatiivinen sektioindikaatio, jossa äidin tuntemat negatiiviset synnytykseen liittyvät kokemukset vaikuttavat hänen toiveeseen sektios- ta, mutta toimenpide ei ole välttämätön sikiön tai äidin fyysiselle hyvinvoinnille. Pelon taustalla voivat olla esimerkiksi aikaisempi sikiön hartiadystokia eli hartioiden juuttuminen synnytyskanavaan tai 3. tai 4. asteen välilihan repeämä sikiön syntyessä alateitse. (Uotila 2009, 490–491.) Sektioiden luokitukset ovat elektiivinen eli suunniteltu sektio, kiireellinen sektio ja hätäsektio.

2.2.1 Elektiivinen eli suunniteltu sektio

Elektiivinen sektio tarkoittaa sektiota, joka on ennalta suunniteltu raskauden aikana. Se on toimenpiteenä keskimäärin turvallisempi kuin päivystyssektio. Elektiiviseen sektioon johtavia syitä voivat olla sikiön poikkeava tarjonta eli sikiön perä-, poikki- tai viistotila, sikiön poikkeavan suuri koko tai sairaus, johon tarvitaan valmisteltuja hoito- toimenpiteitä heti syntymän jälkeen. Äidin ahdas lantio, vaikea sydänsairaus, pre- eklampsia eli raskausmyrkytys tai diabetes eli sokeriaineenvaihdunnan sairaus ja sen vaikeutumisen riski voivat olla syynä elektiiviseen sektioon. Sektioon päättymisen syynä voivat myös olla aikaisemmat sektiot tai muut kohtuleikkaukset, jotka lisäävät kohtulihaksen repeämisvaaraa. Rakenteellisia perusteita sektioon ovat istukan heikon toiminnan seurauksena syntyneet sikiön kasvuretardaatio eli kasvuhidastuma tai uh- kaava asfyksia eli hapenpuute, sekä täydellinen tai osittainen vaikea etinen istukka, jossa istukka peittää kokonaan tai osittain kohdunsuuta estäen alatiesynnytyksen. Mikäli raskaus menee yliaikaiseksi eikä synnytys käynnisty tai kohdunsuu reagoi käynnistysyrityksille, päädytään myös usein elektiiviseen sektioon. (Uotila 2009, 491– 494.) Säännöllinen raskaus määritellään yliaikaiseksi, kun 42 raskausviikkoa tulevat täyteen (Saarikoski 2011, 411).

2.2.2 Päivystyssektio

Noin puolet sektiopäätöksistä tehdään synnytyksen jo ollessa käynnissä, jolloin puhutaan päivystyssektiosta (Uotila 2009, 490; Uotila & Tuimala 2006, 494). Sen kiireellisyys voi olla hätäsektio tai aikaa synnytyksen hoitoon voi olla useita tunteja. Valtaosa päivystyssektioista voidaan toteuttaa ilman kiirettä ja hätää. Myös elektiivinen sektio saattaa muuttua päivystykselliseksi, jos synnytys käynnistyy itse ennen suunniteltua päivää. (Uotila & Tuimala 2006, 494.)

Päivystyssektio tehdään, kun alatiesynnytyksen toteutuminen vaarantuu äidin tai sikiön hyvinvoinnin heikkenemisen vuoksi. Syitä päivystyssektioon ovat sikiön uhkaava asfyksia, äidin vakavat komplikaatiot eli lisävaikkeudet, kuten kohdun repeämä, verenpaine- ja verenvuotokomplikaatiot tai istukan ennenaikainen irtautuminen. Liikaa pitkittynyt tai pysähtynyt synnytys voi altistaa kyseisille indikaatioille. (Uotila 2009, 490–491.)

Hätäsektio on päivystyksellisen sektion erityistapaus, jossa leikkaus suoritetaan välittömästi käyttäen hätäjärjestelyjä ja hätätyövoimaa. Määritelmän mukaan hätäsektiossa lapsi saadaan syntymään viimeistään kymmenen minuutin sisällä hätäsektiopäätöksestä. Tyypillisesti napanuoraprolapsi eli napanuoran esiinluiskahdus ja äkillinen istukan irtoaminen ovat hätäsektioon johtavia aiheita, joissa synnytys on toteutettava muutaman minuutin kuluessa. Muutoin sikiön altistuminen hapenpuutteelle voi johtaa vammautumiseen tai jopa kuolemaan. Erityisesti hätäsektio voi olla naiselle erittäin traumaattinen kokemus. (Uotila 2009, 492.)

2.3 Sektio toimenpiteenä

Sektio on kirurginen toimenpide, jossa sikiö autetaan ulos kohdusta äidin vatsanpeitteiden läpi. Sektiossa vatsanpeitteet avataan joko Pfannenstielin viillosta eli poikittaisviillosta, tai kiireellisissä tapauksissa ala-keskiviillosta, joka on nopein (Cunningham ym. 2005, 593; Uotila & Tuimala 2006, 493; Uotila 2009, 492–493). Erityistapauksissa viilto voidaan tehdä myös viistoon. Viillon pituuden tulee vastata lähes sikiön pituutta. (Cunningham ym. 2005, 593.) Seuraavaksi avataan faskia, erotetaan vatsalihakset faskiakudoksesta ja avataan vatsakalvo eli peritoneum. Elimet, lähinnä suolet ja virtsarakko, saatetaan turvallisesti pois leikkausalueelta. Kohtu avataan istmisestä osastaan lyhyellä poikkiviillolla, jota laajennetaan sivuille tylpästi sormilla vetäen, ja esiin pullistuvat sikiökalvot puhkaistaan. Sikiön ulosauttamisessa on oleellista, että

avustaja työntää sikiötä voimakkaasti kohdunpohjasta, jolloin tarjoutuva osa saadaan nousemaan haavasta. (Uotila & Tuimala 2006, 493; Uotila 2009, 493.)

Napanuora katkaistaan välittömästi, istukka painetaan ulos ja kohtuontelo kaavitaan kevyesti harsosidettä apuna käyttäen, jolla varmistutaan siitä, että mahdolliset sikiökalvojen riekaleet saadaan pois. Lisäksi kohdunkaulan avoimuus on varmistettava, jotta jälkivuoto pääsee emättimeen. Kohdun supistumista voidaan varmistaa antamalla äidille oksitosiinia tai prostaglandiinia laskimoon, tai prostaglandiinia suoraan kohtulihakseen. Myös kohdun puristelu tai hierominen voi ärsyttää sen supistumaan paremmin. (Uotila & Tuimala 2006, 493; Uotila 2009, 493.)

Kohtuhaava suljetaan joko yhdessä tai kahdessa kerroksessa. Vatsanpeitteet suljetaan kerroksittain. Leikkauksen jälkeen vielä painetaan kohtu varovasti tyhjäksi verestä. (Uotila & Tuimala 2006, 493; Uotila 2009, 493.)

3 IMETYS

Imetys tarkoittaa sitä, että vauva imee äitinsä rintarauhaseen muodostuvaa äidinmaitoa ravinnokseen. On tutkittu, että lapsi saa D-vitamiinia lukuun ottamatta ensimmäisen puolen vuoden aikana äidin maidosta tarpeeksi ravintoaineita kasvua ja kehitystä varten. (Tiitinen 2012.)

Imetys on tärkeä osa terveyden edistämistä, ja sillä on todettu monia sekä äitiä että lasta hyödyttäviä jopa aikuisikään ulottuvia vaikutuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön suositus normaalipainoisena syntyneen ja terveen vauvan imetykseen on kuuden kuukauden täysimetys ja sen jälkeen imetystä suositellaan jatkettavan muun ravinnon ohella yhden vuoden ikään asti. Aina täysimetys ei kuitenkaan onnistu. Tähän voi johtaa ensi-imetyksen viivästyminen, ihokontaktin puute tai riittämätön imetysohjaus. Suomessa imetys on vähäisintä verrattuna muihin Pohjoismaihin, ja lisäksi sosioekonomiset erot imetyksessä ovat merkittäviä. Mahdollisissa ongelmatilanteissa sairaanhoitopiirien tulee luoda alueelliset hoitopolut imetyksen tukemiselle. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009, 3,6,21–24,87.)

3.1 Imetyssuositukset

World Health Organisation (WHO) eli Maailman terveysjärjestö ja Euroopan Unioni (EU) ovat valmistelleet imetyksen edistämisen ohjelmia, joihin myös Suomi on valtiona sitoutunut (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009, 3-5). Yksi niistä on WHO:n Vauvamyönteisyysohjelma (Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI), jonka 10-kohtaisen testin läpäisseet työyhteisöt voivat hakea erityistä kansainvälistä Baby Friendly Hospital -sertifikaattia eli tunnustusta sairaalan vauvamyönteisyydestä (Puskala 2003; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009, 50). Vauvamyönteisyysohjelman pohjalta kansanterveyslaitoksen asiantuntijaryhmä on laatinut vuonna 2009 Suomessa ensimmäisen laaja-alaisen imetyksen edistämishojelman, jonka yhtenä osana on ”Imetysohjaus synnytysairaaloissa”. Synnytysairaalat ovat laatineet vauvamyönteisyysohjelman ”Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen” – pohjalta näyttöön perustuvan imetysstrategian eli yhtenäiset toimintatavat imetysohjaukselle. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009, 3-5, 19.)

3.2 Maidontuotannon käynnistyminen

Maidontuotannon käynnistyminen sisältää monta vaihetta. Rintojen kehitys alkaa jo sikiökaudella nännin ja nännipihan kehittymisellä. Jo vastasyntyneen rinnat voivat erittää ternimaitoa, jota kutsutaan kolostrumiksi. Rasva- ja sidekudosta sekä maitotiehyitä ja –rakkuloita kehittyä rintoihin murrosiässä estrogeenin vaikutuksesta, jolloin elimistö valmistaa rintoja maidon eritykseen. Kuukautiskierrot kypsyttävät tätä kudosta edelleen. (Koskinen 2008, 26; Deufel & Montonen 2010, 50.) Naisen rintojen koko tai maitorakkuloiden määrä eivät vaikuta imetysaikana erittyvän maidon määrään (Koskinen 2008, 27). Normaali laktaatio eli maidon erityks on 165ml/lapsen painokilo/vrk. Huonosta laktaatiosta puhutaan, kun maidon määrä on 30 % tätä pienempi. (Ylikorkala 2004, 504.)

Rintarauhanen kasvaa raskausaikana monien hormonien vaikutuksesta (ainakin prolaktiini, insuliini, kasvuhormoni ja muut kasvutekijät, estrogeeni, progesteroni ja kortisoni), jonka aikana erityisesti rauhassolukko lisääntyy (Ylikorkala 2004, 499). Rintarauhasessa, joka valmistautuu maidon eritykseen raskauden puolivälissä, muodostuu ns. lobuloalveolaarinen järjestelmä. Se muodostuu pääasiallisesti lohkoista (lobulus) ja maitorakkuloista (alveoli), sekä niistä lähtevästä maitotiehytverkostosta, joka kuljettaa maidon nänniin. Rinta kykenee erittämään maitoa jo 16. raskausviikosta lähtien. (Deufel & Montonen 2010, 50–52, 64.)

Rauhastiehyet kasvavat estrogeenin vaikutuksesta, mutta tähän tarvitaan myös prolaktiinia (Deufel & Montonen 2010, 50–51). Prolaktiini on tärkein maidon tuotannon käynnistymiseen vaikuttava hormoni, jota erittyy aivolisäkkeen etulohkosta. Prolaktiinin pitoisuus nousee jo alkuraskaudessa ja imetyksen aikana synnytyksen jälkeisinä päivinä se on korkeimmillaan. Erityisesti kohonnut estrogeenitaso nostaa äidin plasman prolaktiinipitoisuutta. Maito ei kuitenkaan nouse rintoihin vielä raskausaikana, koska istukan erittämä keltarauhashormoni eli progesteroni estää maidon nousun. (Hill ym. 2009, 340; Koskinen 2008, 27–28.)

Kortisoli ja insuliini yhdessä prolaktiinin kanssa stimuloivat maidon proteiinien geenien transkriptiota eli proteiinisynteesin ensimmäistä vaihetta. On myös epäilty, että kasvuhormoni, epidermaalinen kasvutekijä, istukan laktogeeni ja prostaglandiinit olisivat osallisina maidon erityksen käynnistymiseen. (Hill ym. 2009, 340–342.) Lisäksi istukan somatotropiini eli HPL toimii prolaktiinin tavoin (Deufel & Montonen 2010, 50–52).

Maidon erityys alkaa istukan synnyttyä, jolloin äidin veren estrogeeni- ja progesteronipitoisuudet pienenevät rajusti samalla, kun prolaktiinipitoisuus pysyy suurena. Tämä hormonitila käynnistää maidontuotannon rintarauhasen rauhassoluissa. (Koskinen 2008, 28; Ylikorkala 2004, 499.) Prolaktiinipitoisuus alkaa vähitellen palautua normaalille tasolle 3-4 kuukautta synnytyksen jälkeen. Intiassa ja Afrikassa tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että synnytyksen jälkeisellä viikolla erityisesti aliravituilla äideillä prolaktiinipitoisuudet ovat korkeammat kuin länsimaiden äideillä, joilla on parempi ravitsemustila. (Hill ym. 2009, 340–341.)

3.3 Imetyksen käynnistyminen

Imetyksen käynnistyminen tarkoittaa maidonerityksen käynnistymistä ja imetyksen jatkumista synnytyksen jälkeen lapsivuodeaikana. Aivolisäkkeen takalohkon erittämän oksitosiinin ja etulohkon erittämän prolaktiinin pitoisuus äidin veressä suurenee, kun vauva syö rinnalla. Oksitosiini supistaa rintatiehyitä puristaen jo rinnassa ollutta maitoa lapsen suuhun (herumisrefleksi) ja prolaktiini piiskaa rintarauhasta valmistamaan uutta maitoa seuraavaa imetyskertaa varten. (Deufel & Montonen 2010, 60–61; Ylikorkala 2004, 499.) Alateitse synnyttäneillä äideillä muodostuu imetyksen ensimmäisten 10 minuutin aikana merkittävästi enemmän oksitosiinisykäyksiä kuin sektioilla synnyttäneillä äideillä. Kuitenkaan ei ole selvää onko synnytystavalla vaikutusta tähän keskushermoston oksitosiinin säätelyyn enää muutaman viikon kuluttua. (Hill ym. 2009, 347.)

Synnytyksen jälkeen on tärkeää antaa vastasyntyneen imeä rintaa tiheästi, jotta maitomäärä lisääntyy (Koskinen 2008, 27–28). Imeminen ei vaikuta varsinaiseen maidon nousuun, mutta on edellytys sen erityksen jatkumiselle (Deufel & Montonen 2010, 56; Hannula 2009, 302). Vauvan syödessä rinnalla prolaktiinin erityys lisääntyy ja maidon erityys nopeutuu nännin stimuloinnin vaikutuksesta. Nännin ja nännipihan hermotuksesta vastaa neljäs rintahermo. (Hill ym. 2009, 340; Koskinen 2008, 27–28.) Rinnan stimulaatio ei vaikuta oksitosiinin pitoisuuteen (Hill ym. 2009, 347), mutta lapsen näkeminen tai itkun kuuleminen lisäävät oksitosiinin eritystä (Ylikorkala 2004, 499). Oksitosiini saa aikaan myös sen, että äiti kokee olevansa rentoutunut ja tyyni imetyksen aikana. Psyykkiset tekijät voivat vaikuttaa joko edistävästi tai estävästi maidon herumiseen. Esimerkiksi äidin huolet, väsymys, kipu ja mielihaha voivat ehkäistä herumisrefleksin laukeamisen. Herumista edesauttaa rentoutunut ja tyytyväinen olo ja vauvan ajattelemisen, katselemisen ja kuuntelemisen. (Hannula 2009, 303.)

Imetyksen käynnistymiseen voivat vaikuttaa lisäksi synnytyksen aikainen hoito, kipulääkitys ja synnytystapa. Imetys käynnistyy keskimäärin tehokkaammin alatiesynnytyksen kuin sektion jälkeen. (Uotila 2009, 494.) Synnytyksen jälkeen vastasyntyneelle annetulla ensihoidolla on myös vaikutusta imetyksen onnistumiselle (Terveysten ja hyvinvoinninlaitos 2009, 40–41). Esimerkiksi vauvalle kipua tuottava nielun voimakas imeminen saattaa vaikuttaa rinnalta imemiseen synnytyksen jälkeen (Hannula 2009, 304). Sektiossa lima ei poistu yhtä tehokkaasti vauvan hengitysteistä kuin alatiesynnytyksessä ja siksi vauvaa joudutaan useammin virvoittelemaan ja hengitysteitä imemään hengityksen parantamiseksi. Imeminen voi aiheuttaa vauvan hengitysteihin mustelmia tai hiertymiä, ja laryngoskoopin eli kurkunpään tähytimen käyttö jopa hengitysteitä ahtauttavia ruhjeita tai verenvuotoa. (Smith & Kroeger 2010, 82–85.)

Heti syntymän jälkeen vastasyntynyt alkaa ilmaista imemisvalmiuttaan. Silloin vauva on rauhallinen, mutta vireä, hakee kontaktia silmillään, liikuttelee käsiään ja jalkojaan sekä tekee suullaan nuolemis- ja hamuamisliikkeitä. 30–60 minuutin kuluttua syntymästä imemisrefleksi on voimakkaimmillaan ja vauva jaksaa keskittyä ensi-imetykseen rinnalla. (Hannula 2009, 304; Niemelä 2006, 28.) Tämä ensimmäinen imetys edistää kohdun supistumista, vauvan tutustumista äidin normaaliin bakteeriflooraan sekä vastasyntyneen bakteerisuojaan kehittymistä sairautta aiheuttavia eli patogeenisiä bakteereita vastaan. (Hannula 2009, 304.) Varhainen ensi-imetys on myös avain onnistuneeseen pitkään imetykseen huolimatta synnytystavasta (Lin, Kuo, Lin & Chang 2008, 2839; Niemelä 2006, 28).

Maitomäärä lisääntyy nopeasti 30–72 tunnin kuluttua vauvan syntymästä. Maidon noustua rinnat tuntuvat äidistä painavilta, täysiltä ja turvonneilta. Silloin äidin rinnat tuottavat ensimmäistä kertaa maitoa enemmän kuin vauva tarvitsee. Tehokas tyhjentäminen ja tiheät imetykset helpottavat äidin oloa. (Deufel & Montonen 2010, 68–69.)

4 SEKTION VAIKUTUS IMETYKSEN KÄYNNISTYMISEEN

Sektio vaikuttaa monin eri tavoin imetyksen käynnistymiseen. Äidin epämukava tai kivulias olo sekä ensi-imetyksen viivästyminen sektion jälkeen ovat merkittäviä syitä imetysvaikeuksille ja mahdolliselle imetyksen lopettamiselle. Äidin väsymys, lapseen kiintymisen vaikeus, oman kulttuurin toimintatavat, tuen puute imetyksessä ja mahdollinen synnytyksen jälkeinen lääkehoito aiheuttavat myös joillekin äideille vaikeuksia imetyksen jatkamisessa. (Baxter 2006, 291–293; Lin ym. 2008, 2839.)

4.1 Kivun vaikutus sektion jälkeen

Haavakipu, yliväsymys ja henkinen sopeutuminen voivat vaikeuttaa imetyksen onnistumista erityisesti päivystyssektion jälkeen. Esimerkiksi kivusta johtuen lapsen nostaminen ja kantaminen on tuskallista. (Baxter 2006, 291–293.) Omatoimisen vierihoidon aloittaminen voi myös viivästyä haavakivun vuoksi. Tämä hidastaa osaltaan maidon erityksen käynnistymistä. (Deufel & Montonen 2010, 417.)

Verenvuodot ja tulehdukset voivat myös lisätä kipua sektion jälkeen. Verenvuoto aiheutuu yleisimmin joko leikkaushaavan repeämästä tai kohdun huonosta supistuvuudesta. Aiemmat leikkaukset, kohdun repeämät tai synnytyselinten anomaliat lisäävät vuotoaaraa. Varhainen vedenmeno, pitkä synnytys, lukuisat sisätutkimukset, repeämät, hematoomat ja potilaan lihavuus altistavat infektioille. Sektioon liittyvä yleisinfektio puhkeaa jo 1-2 vuorokauden kuluessa leikkauksesta, mutta haavainfektiot ilmaantuvat 3.-5. leikkauksen jälkeisenä päivänä. (Uotila & Tuimala 2006, 493–494.)

4.2 Lääkkeiden vaikutus sektion jälkeen

Sektiossa käytetyt lääkkeet vaikuttavat eri tavoin sekä äitiin että vauvaan. Synnytyskivun hoidossa käytetyt lääkkeet ovat rasvaliukoisia, jotta ne vaikuttaisivat halutusti äidin rasvapitoiseen aivokudokseen. Ne läpäisevät istukan ja saavuttavat sikiön verenkierron muutaman minuutin sisällä, jopa sekunneissa. Koska myös sikiön aivot ovat rasvapitoiset, lääkkeet vaikuttavat myös hänen keskushermostonsa toimintaan. (Smith & Kroeger 2010, 139.) Synnytyksissä, joissa kivunlievityskeinona on käytetty petidiiniä, vauvan oma-aloitteinen rinnalle etsiytyminen häiriintyy jopa puolella vauvoista. Oireina on hitaus ja uneliaisuus. Lääkkeen poistumiseen vauvan elimistöstä

voi kulua useita viikkoja ja imetyksen opettelu voi viedä aikaa. (Deufel & Montonen 2010, 400–401.) Synnytyksen aikana käytetty alfaprodiiini, joka on petidiinin kaltainen opioidihuume, viivästyttää vastasyntyneen tehokasta syöntiä muutamasta tunnista useaan päivään. Myös oksitosiinin käyttö synnytyksessä on yhdistetty imetyksen viivästyneeseen käynnistymiseen. Lääkkeenantoreitti voi olla paikallinen eli esimerkiksi lihakseen tai ihon alle neulalla pistetty, suonensisäinen tai epiduraalinen eli selkäydintilaa välittömästi ympäröivään tilaan annettu. Antoreitillä on kuitenkin vähemmän merkitystä kuin aikaisemmin luultiin vauvan verenkierron saavuttamisen kannalta. (Smith & Kroeger 2010, 139–143.)

Sekä anestesiolla että puudutuksella voi olla haitallisia vaikutuksia vauvan imetykselle synnytyksen jälkeen (Puolakka 2010, 335–336). Jos anestesia-aineet vaikuttavat vauvan hermostoon, vauvalla voi olla vaikeuksia koordinoida eli sovittaa yhteen imeminen, nieleminen ja hengittäminen, eikä hän saa maitoa kunnolla vaikka näyttäisi juovan rinnalta (Smith & Kroeger 2010, 84). Hätäsektioissa käytetään lähes poikkeuksetta yleisanestesiaa eli nukutusta ja kiireellisissä sektioissa yleensä nopeampaa spinaalipuudutusta tai epiduraalipuudutusta, jos synnyttäjällä on jo valmiina epiduraalikatetri. Spinaali- ja epiduraalipuudutukset ovat regionaalisia eli alueellisia puudutuksia, jotka ovat turvallisempia kuin yleisanestesia. (Kokki & Pitkänen 2006, 133.)

Yleisanestesia eli yhdistelmäänestesia koostuu amnesiasta eli muistamattomuudesta, hypnoosista eli unesta, analgesiasta eli kivuttomuudesta ja lihasrelaksaatiosta eli liikkumattomuudesta, joka kumotaan operaation lopuksi. Uni saadaan aikaan suonensisäisillä anesteeteilla, joista yleisimmät ovat propofoli ja tiopentaali, tai inhaloitavilla eli hengitettävillä anestesia-aineilla, joista yleisimmät ovat typpioksiduuli, isofluraani, sevofluraani ja desfluraani. Kivuttomuus saadaan opiaateilla, joista yleisimmät ovat fentanyl, sufentaniini, oksikoni, morfiini ja petidiini. Relaksaatioon käytettäviä lääkeaineita ovat atrakuuri, cis-atrakuuri, rokuroni, vekuroni, mivakuuri ja pankuroni. Anestesian induktiossa eli aloituksessa saadaan aikaan unitila ja lihasrelaksaatio yleensä fentanyylillä, propofolilla ja rokuronilla. Anestesian ylläpitoon käytetään fentanyyliä ja herätykseen neostigmiinia ja glukopyrrolaattia. Haittapuolina yleisanestasiassa on relaksanteista johtuva riski potilaan ilmasteiden tukkeutumiselle, allergisille reaktioille, jälkirelaksatiolle ja hereilläololle anestesian aikana. (Florkiewicz & Jäntti, 2009.) Yleisanestasiassa tehtyyn sektioon liittyy 16-kertainen äitikuolleisuus verrattuna puudutuksiin. Yleisin syy ilmasteiden menettämisen lisäksi on mahansisällön aspiraatio eli hengittäminen. Myös vauvan Apgar-pisteet ovat matalammat eli vauvan vointi ärtyvyyden, sydämen sykkeen, hengityksen, lihasjänteiden ja värin suhteen on

huonompi yhden minuutin kuluttua syntymästä yleisanestesiassa tehdyssä sektiossa. Viiden minuutin kuluttua pisteissä ei tosin ole havaittu eroa. (Aho 2006, 426–427.)

Spinaalipuudutuksessa puudutteena käytetään yleensä hyperbaarista bupivakaiinia. Koska määrä on pieni, sillä ei ajatella olevan vaikutuksia sikiöön. Puudutuksen tehoa saadaan parannettua lisäämällä siihen opioidi eli keskushermostoon vaikuttava voimakas yhdiste, joka voi olla fentanylili tai sufentaniili. (Kokki & Pitkänen 2006, 134.) Spinaalipuudutuksen jälkeen vastasyntyneillä on todettu enemmän asidoosia eli elimistön liiallista happamoitumista (Aho 2006, 427; Kokki & Pitkänen 2006, 134).

Epiduraalipuudutuksessa puudutteena käytetään lidokaiinin ja adrenaliinin yhdistelmää, ropivakaiinia tai (levo)bupivakaiinia, ja puudutemäärä on suurempi kuin spinaalipuudutuksessa. Lisäksi käytetty fentanyyliannos tai sufentaniiliannos on myös merkittävästi suurempi. (Kokki & Pitkänen 2006, 134–135.) Lääkkeiden puoliintumisaika vauvoilla on pidempi kuin äideillä, joka voi aiheuttaa pidentynyttä keskushermoston lamaa. Epiduraalin, jossa on käytetty bupivakaiinia ja sufentaniilia, jälkeen vastasyntyneet hamuavat vähemmän rintaa ensimmäisten neljän tunnin aikana syntymästä. Myös lisämaidon saanti on todennäköisempää epiduraalipuudutuksen jälkeen sekä sairaalassa että kotiutusvaiheessa. (Smith & Kroeger 2010, 139–143.)

Useimmat raskauden, synnytyksen ja vauvan syntymän jälkeen käytetyt mikrobilääkkeet ovat turvallisia myös imetysaikana. Parasetamoli sekä tulehduskipulääkkeet, yleisimpänä ibuprofeeni ovat sallittuja. (Puolakka 2010, 335–336.) Heti synnytyksen jälkeen suuretkin molekyylit pääsevät kulkeutumaan soluvälitilan kautta rintamaitoon, mutta rauhasolujen turpoaminen prolaktiinituotannon käynnistyttyä vaikeuttaa sitä. Rasvaliukoiset aineet pääsevät solukalvojen läpi helpommin kuin vesiliukoiset. Jos lääkeaine on sitoutunut johonkin kuljetusproteiiniin, se ei pääse erittymään rintamaitoon. (Malm 2010, 330.)

4.3 Vierihoidon viivästyminen

Usein äiti ja vastasyntynyt joutuvat sektion jälkeen eroon toisistaan, mikä viivästyttää imetyksen käynnistymistä. Äidin ja vastasyntyneen ero toisistaan viivästyttää myös heidän välistään varhaista vuorovaikutusta, millä on vaikutusta vastasyntyneen imemisen aloittamiseen ja maidon tuotannon stimuloimiseen. (Lin ym. 2008, 2839.) Sektion jälkeen vauvan pitäisi päästä rinnalle viimeistään äidin päästyä heräämöstä, mikäli molempien vointi sen sallii (Deufel & Montonen 2010, 413; Niemelä 2006, 29).

Vaikka vastasyntynyt ei pääsisi heti vierihoitoon, saadaan maidon erityis käynnistymään lypsämällä rintoja 6-8 kertaa vuorokaudessa (Niemelä 2006, 30). Jinghengin (1994) tutkimuksen mukaan jopa 80 %:a vastasyntyneistä imetettiin vasta 48 tunnin kuluttua sektiosta ja 53 %:a imetettiin harvemmin kuin neljä kertaa vuorokaudessa (Lin ym. 2008, 2839).

5 KÄTILÖN ANTAMA IMETYSOHJAUS JA TUKI

Tehokkaaseen imetysohjaukseen pitäisi kuulua raskauden aikana annettu oikea sekä riittävä imetystieto, joka auttaa äitejä tekemään tietoisien valinnan lapsen ruokintatavasta. Raskauden aikana saatu ohjaus lisää imetyksen aloittamista sekä imetystä lyhyellä aikavälillä. Hyvä imetystekniikka tulisi opettaa synnytys­saira­alassa. (Airikkala & Hannula 2006, 38–40.) Joskus imetys ei käynnisty kunnolla tai se lopahtaa ke­stet­tyään muutamana päivän tai viikon. Näin käy noin 10 %:lle äideistä. Silloin tulisi selvit­­tää, onko imetystavoissa jotain korjattavaa. (Ylikorkala 2004, 504.)

5.1 Kätilön rooli

Kätilö on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on suorittanut kätilökoulu­tuksen ja hankkinut vaadittavan ammattitaidon. Kätilö ohjaa, neuvoo ja hoitaa naista sekä perhettä terveyttä edistäen raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana. Kätilö on myös seksuaaliterveyden ja naistentautien erikoisasiantuntija. (Suomen Kätilöliitto ry 2009.) Lapsivuodeaikana olennainen osa hoitotyötä on imetysohjaus. Se on yksilöllistä, ajantasaiseen tietoon perustuvaa ohjausta imetyksen edistämiseksi (Hannula ym. 2010, 1).

5.2 Tuen tarve

Imetys on psykomotorinen taito, joka opitaan harjoittelemalla ja jonka opettelussa moni vasta-alkaja tarvitsee imetysohjausta (Hannula 2009, 305). Imetysongelmat voivat olla peräisin joko äidistä tai vauvasta (Koskinen 2008, 123). Moni äiti tarvitsee käytännön apua ja neuvoja vastasyntyneen hyvän imemisotteen ja hyvien ime­ty­sasentojen oppimisessa, vastasyntyneen ravitsemustilan ja maidon riittävyden arvioinnissa, lypsämisessä, imetysongelmien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa sekä useassa muussa imetykseen liittyvässä asiassa. Ohjauksen tulee olla hienotunteista, äitiä rohkaisevaa ja kannustavaa. Arvostelevia sanoja ja ilmauksia tulee välttää, ettei turhaan aiheuteta herkässä mielentilassa olevalle äidille mielipahaa ja epäonnistumi­sen kokemuksia. (Hannula 2009, 305.)

5.3 Imetysohjaus sektion jälkeen

Sektion ei ole todettu vähentävän äitien halukkuutta imetyksen aloittamiseen, mutta usein sektion jälkeen äiti tarvitsee enemmän tukea imetyksen aloitukseen. Sektiolla synnyttänyt äiti joutuu yhtä aikaa toipumaan suuresta leikkauksesta ja huolehtimaan uudesta vauvasta, joten imettämisen jatkumisen kannalta on erityisen tärkeää tukea heitä ensimmäisinä päivinä vastaantulevissa vaikeuksissa. (Baxter 2006, 294.)

Haavakivun vuoksi imemisotteen ja imetysasennon oppiminen voi kestää kauemmin. Ensimmäisinä päivinä sektion jälkeen äidit tarvitsevat enemmän kättilön tukea vauvan auttamiseen rinnalle sekä itse imetykseen. (Deufel & Montonen 2010, 412–417.)

Useat eri asiat vaikuttavat imetyksen kestoon sektion jälkeen. Yleisin syy imetyksen lopettamiseen sektion jälkeen on äidin epäily, että lapsi ei saa rinnalta riittävästi maitoa. Tuen puute imetyksessä, kiintymisvaikeudet lapseen, äidin kipeät rinnat tai vauvan liiallinen pulloruokinta ovat kuitenkin syitä, jotka johtavat vielä herkemmin ja aikaisemmin imetyksen lopettamiseen sektion jälkeen. (Baxter 2006, 291–293.) Sektio lisää runsasta lisäruoan käyttöä. Vauvat, jotka eivät ole ihokontaktissa äitinsä kanssa synnytyssalissa, saavat muita useammin lisäruokaa. (Hannula, Leino-Kilpi & Puukka 2006, 175–185.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kättilöiden kokemuksia sektion vaikutuksista imetyksen käynnistymiseen. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, kuinka sektio toimenpiteenä ja siinä käytettävät lääkkeet sekä vierihoidon viivästyminen vaikuttavat maidon erityksen ja imetyksen käynnistymiseen.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Miten sektio synnytystapana vaikuttaa imetyksen käynnistymiseen?
2. Miten sektio vaikuttaa vastasyntyneen imemisen oppimiseen?
3. Millaista tukea ja ohjausta äidit tarvitsevat imetykseen sektion jälkeen?

7 TUTKIMUSMENETELMÄ JA –AINEISTO

Tutkimusmenetelmämme oli laadullinen eli kvalitatiivinen. Tutkimusaineiston keräsimme käyttäen puolistrukturoitua eli teemahaastattelua ja siihen osallistui viisi KYS:ssä työskentelevää kättilöä. Tulokset analysoimme käyttäen aineistolähtöistä laadullista eli induktiivista sisällönanalyysiä.

7.1 Laadullinen tutkimus

Teoria on välttämätön laadullisen tutkimuksen toteuttamisessa kun yritetään ymmärtää tutkimuskokonaisuutta. Tämä sisältää tutkimuksessa käytetyt menetelmät, tutkimuksen etiikan sekä luotettavuuden hahmottamisen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18.) Laadulliset tutkimustyyppit voidaan ryhmitellä Teschin luokittelulla Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 166) mukaan siten, ovatko tutkimuksen mielenkiinnon kohteena kielen piirteet, säännönmukaisuuksien etsiminen, tekstin tai toiminnan merkityksen ymmärtäminen vai reflektio. Näistä ensimmäinen on strukturoiduin ja viimeisimmässä käsittelytapa on syvällisin. Tutkimuksessamme etsimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme ja etsimme sitä kautta säännönmukaisuuksia ja yritämme ymmärtää kättilöiden toimintaa lapsivuodeosastolla. Käytetyimpiä menetelmiä laadullisissa tutkimuksissa ovat diskurssianalyysi, etnografinen tutkimus, toimintatutkimus, elämäkertatutkimus, grounded theory – menetelmä, fenomenografia ja keskustelunanalyysi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 165–166, 191.)

Laadullisen tutkimusmenetelmän tavoitteena on luoda malleja ja toimintaperiaatteita tutkittavasta asiasta tutkimuksen aikana muodostuneiden tulkintojen kautta (Vilkkä 2005, 98). Laadullisen tutkimuksen lähtökohta on kuvata todellista elämää sekä löytää ja paljastaa tosiasioita, ja osoittaa todeksi olemassa olevia väittämiä (Hirsjärvi ym. 2001, 152). Tässä tutkimuksessa kuvataan kättilöiden omia todellisia kokemuksia siitä, kuinka sektio vaikuttaa imetyksen käynnistymiseen.

Laadulliselle tutkimukselle on ominaista tiedon hankkiminen kokonaisvaltaisesti, ihmisen käyttäminen tiedonkeruun välineenä, sekä sellaisten metodien käyttäminen, jossa tutkittavien näkökulmat tulevat parhaiten esille (Hirsjärvi ym. 2001, 155). Menetelmä sopii tähän tutkimukseen, koska saamme kerättyä aiheestamme kokonaisvaltaista tietoa sektion ja imetyksen käynnistymisen yhteydestä lapsivuodeosaston kättilöiltä, jotka hoitavat ja ohjaavat paljon äitejä imetyksessä sektion jälkeen.

7.2 Aineiston keruu

Haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto ovat laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Tässä tutkimuksessa käytimme aineistonkeruumenetelmänä haastattelua. Haastattelussa tutkimusaineisto koostuu ihmisten kokemuksista puheen muodossa (Vilkkä 2005, 100). Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, koska siinä tutkitavan kanssa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa, aineiston keruu on joustavaa, haastatteluaiheiden järjestystä on mahdollista muuttaa ja vastauksia voidaan tulkita paremmin (Hirsijärvi ym. 2001, 191-192). Haastattelun etuna on myös se, että haastattelija voi tarvittaessa toistaa kysymyksen, selventää ilmausten sanamuotoa tai oikaista väärinkäsityksiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73).

Laadullisessa tutkimuksessa kohdejoukko tulee valita tarkoituksenmukaisesti (Hirsijärvi ym. 2001, 155; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86). Tutkimuksemme haastateltavat eli tiedonantajat olivat KYS:n lapsivuodeosastolla työskenteleviä kättilöitä, jotka hoitavat sektioilla synnyttäneitä äitejä lapsivuodeosastolla. Tällä pyrimme varmistamaan, että haastateltavilla on omakohtaista kokemusta aiheesta. Se, että tiedonantajilla on tietoa tutkittavasta asiasta, on yksi haastattelun etu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74). Olimme yhteydessä yhteistyöhenkilöihimme lapsivuodeosastolla ja esitimme heille aiheemme sekä suullisesti että kirjallisesti. Pyrimme saamaan haastatteluun neljästä kuuteen aiheesta kiinnostunutta kättilöä, jotta jokaista haastattelijaa kohden olisi vähintään yksi haastateltava. Tiedonkeruuseen ja aineiston analysointiin käytettävän ajan rajallisuus vaikuttivat valintaamme rajata haastateltavien määrä melko pieneksi.

Aluksi suunnittelimme keräävämmä aineiston yksilöhaastatteluna. Yksilöhaastattelu olisi antanut jokaiselle opiskelijalle kokemusta yksilöhaastattelun toteuttamisesta ja kukin olisi voinut sopia haastattelun toteutuksen omien aikataulujen mukaan. Totesimme tämän menetelmän kuitenkin heikentävän tutkimuksen luotettavuutta, sillä kenelläkään opiskelijoista ei ollut aikaisempaa kokemusta haastattelun tekemisestä. Riskinä olisi ollut myös haastattelun kysymysten pysyminen pinnallisina. Riskit huomioon ottaen päädyimme ryhmähaastatteluun. Ennen haastattelutilannetta ajattelimme haastateltavien keskustelun etenevän luontevammin ja pääsevän syvemmälle tasolle. Uskoimme myös, että haastateltavien kättilöiden eroavat ammatilliset näkemykset tulisivat paremmin esille ryhmässä.

Ryhmähaastattelussa tietoa saadaan samanaikaisesti useammalta henkilöltä, joten se on tiedonkeruumenetelmänä tehokas (Hirsijärvi ym. 2001, 197). Suunnittelimme yhden haastattelutilaisuuden, johon kaikki haastateltavat osallistuisivat yhtä aikaa. Haasteena oli kuitenkin se, että haastateltavat eivät halunneet osallistua haastatteluun omalla vapaa-ajallaan ja kolmivuorotyön luonne esti kaikkien haastateltavien virka-ajan sijoittumisen päivällä niin, että haastattelu olisi ollut mahdollista toteuttaa suunnitellussa aikataulussa. Haastateltavien karsiminen viidestä kolmeen olisi mahdollistanut haastattelun pitämisen yhdellä tapaamisella, mutta emme halunneet rajata tutkimusaineistoa vain kolmen haastateltavan näkökulmaan aiheesta. Se olisi pienentänyt tutkimusaineiston laajuutta ja heikentänyt tutkimuksen luotettavuutta. Muutimme suunnitelmaa ja järjestimme kaksi haastattelua, joista toiseen osallistui kolme ja toiseen kaksi haastateltavaa. Tässä työvaiheessa tuli hyvin ilmi laadullisen tutkimuksen yksi ominaispiirteistä, eli se, että tutkimussuunnitelma voi muuttua olosuhteiden mukaiseksi tutkimuksen edetessä (Hirsijärvi ym. 2001, 155). Tämä johti siihen, että analysoitava aineistomme lisääntyi, mutta samalla saimme syvennettyä aiheen käsittelyä.

Tutkimuksen haastattelumuotona voi olla lomakehaastattelu, teemahaastattelu tai syvähaastattelu. Ne eroavat toisistaan kysymysten avoimuuden perusteella. Lomakehaastattelussa käytetään suljettuja kysymyksiä ja se on yleensä kvantitatiivisten tutkimusten tiedonkeruumenetelmä. Syvähaastattelu taas voi olla rakenteeltaan täysin strukturoimaton ja siinä käytetään avoimia kysymyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74–76.) Käytimme tutkimuksessamme teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua, johon rajasimme teemat (Liite 2) tutkimuskysymystemme pohjalta. Teemojen käsittelyjärjestyksellä ei ollut väliä kunhan kaikki suunnittelemamme kolme eri teema-alueita tuli käsiteltyä. (Vilka 2005, 101–102.) Kysymykset auttoivat meitä haastattelijoina rajaamaan keskustelua, mutta niitä ei esitetty suoraan haastateltaville. Näin onnistuimme pysymään aiheessa ohjaamatta haastateltavien vastauksia tiettyyn suuntaan.

Haastattelun ympäristön tulisi olla paikka, jossa haastattelua ei häiritäisi ja jonne haastateltavien olisi helppo hakeutua (Hirsijärvi & Hurme 2009, 73–74). Aluksi valitsimme paikaksi haastateltavien työpaikan läheisyydessä olevat rauhalliset kokoustilat, mutta haastateltavia rajoitti työnantajan toive pysyä haastattelun aikana osaston tiloissa, koska haastattelu pidettiin virka-aikana. Päädyimme pitämään haastattelun osaston keskusteluhuoneessa. Tallensimme haastattelun äänikasetille haastattelun luotettavuuden arvioinnin ja itse haastattelun sujumuuden ja jatkuvuuden turvaami-

seksi (Hirsjärvi & Hurme 2009, 75). Haastattelihoita oli paikalla kaksi molemmissa haastatteluissa, koska yhdellä tutkijoista oli kyseiseen aikaan työharjoittelu toisella paikkakunnalla. Toinen haastattelihoista toimi enemmän havainnoijana ja toinen ohjasi suullisesti haastattelun etenemistä. Vaihdoin rooleja toiseen haastatteluun.

Kriittisiä kohtia haastattelun onnistumiselle olivat vuorovaikutuksen toimivuus, haastattelun ajankohta, molempien osapuolten vireystila ja motivaatio. Vuorovaikutuksen toimivuuteen vaikuttivat sosiaaliset taidot ja avoimen tunnelman luominen, jossa onnistuimme mielestämme hyvin. Toisen haastattelun aikana osastolla oli valitettavasti kiirettä, joka heijastui haastattelun alussa kätilöiden mielentilaan kireytenä. Haastattelun aikana tunnelma onneksi rentoutui ja kätilöt pystyivät keskustelemaan teemoista hyvin monipuolisesti ja rauhassa. Haastattelut pidettiin päivällä, jolloin kätilöiden ja haastateltavien vireystila oli molemmissa haastatteluissa hyvä. Kaikkien osapuolten motivaatio edesauttoi haastattelun onnistumista.

7.3 Aineiston analyysi

Aloittelevan tutkijan olisi järkevää pidättäytyä tutkimuksessa tilanteesta, jossa aineiston hankinta tai analyysi vie paljon aikaa ja on hyvin työlästä, mikäli hän haluaa saada tutkimuksen nopeasti valmiiksi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 178–179). Tästä syystä rajasimme haastattelujen keston 45 minuuttiin, jotta aineiston purkaminen ja analyysivaihe eivät pitkittyisi liikaa. Haastatteluja ei kuitenkaan tarvinnut keskeyttää vaan keskustelu päättyi luontevasti ennen ennalta määrättyä aikarajaa.

Aineiston analyysimuotona käytimme induktiivista eli aineistajohtoista sisällönanalyysiä. Miles ja Huberman (1994) ovat jakaneet sisällönanalyysin kolmeen vaiheeseen: aineiston redusointiin eli pelkistämiseen, aineiston klusterointiin eli ryhmittelyyn sekä abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Ensin äänikasetille nauhoitettu aineisto litteroitiin eli muutettiin nauhoituksista sanatarkkaan tekstimuotoon (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109; Vilkkä 2005, 115–116). Kirjoitimme haastattelut sanasta sanaan omiksi tiedostoikseen tietokoneelle Word-ohjelmalla. Ensimmäisestä haastattelusta kirjoitettua tekstiä tuli seitsemän sivua ja toisesta haastattelusta kahdeksan sivua. Tulostimme litteroinnit A4-kokoisille pape-reille. Aineistoa oli helpompi lukea ja käsitellä eli perehtyä siihen tarkemmin selkeästi kirjoitetussa muodossa.

Seuraavaksi etenimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheiden mukaan. Etsimme aineistosta vastauksia haastattelun tutkimuskysymyksiin. Karsimme litteroidusta tekstistä puhekielen täytesanat ja teimme lauseista pelkistykset, jotka kuvasivat parhaiten asian sisältöä (Kuvio 1.). Tässä pelkistämisvaiheessa alleviivasimme ensin lauseista ydinasiat lyijykynällä, ja kirjoitimme asioiden pelkistettyjä muotoja litteointipaperin marginaaliin.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys
"...heidän on ite tosi haasteellista löytää hyvä imetysasento."	imetysasennot
"...voi vaikka kipulääkkeet aiheuttaa väsymystä ja uneliaisuutta..."	lääkehoito

Kuvio 1. Sisällönanalyysin pelkistämisvaihe

Seuraavaksi etenimme sisällönanalyysin ryhmittelyvaiheeseen. Teemoittelimme eli yhdistimme samankaltaiset ja erottelimme erilaiset vastaukset ja muodostimme niistä alakategoriat (Kuvio 2.). Tässä vaiheessa käytimme erivärisiä kyniä ja teimme alleviivaukset litteroinnin pelkistykseen niin, että kukin väri vastasi omaa ryhmäänsä. Sen jälkeen keräsimme samoilla väreillä alleviivatut pelkistykset erilliselle paperille omiksi ryhmikseen. Sitten mietimme kullekin ryhmälle niitä yhdistävän asian ja nimesimme ryhmät. Tässä vaiheessa vaihdoin joidenkin pelkistysten ryhmää, koska hahmotimme paremmin ryhmiä yhdistävät tekijät.

Pelkistys	Alaluokka
vierihoito ihokontakti imetysasennot	äidin liikuntakyky
käytännöt neuvot tiedon antaminen motivointi ajoitus	kättilön tuki

Kuvio 2. Sisällönanalyysin ryhmittelyvaihe

Tutkimuksessamme syntyi yhdeksän alaluokkaa. Seuraavaksi teimme alleviivaukset erillisellä paperilla oleviin alaluokkiin eri väreillä niin, että kukin väri kuvasi samankal-

taisia asioita. Saimme muodostettua käsitteitä yhdistävät kolme pääluokkaa eli fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, jotka antavat vastauksia tutkimustehtäviimme eli sektion vaikutuksista imetykseen, vauvan imemiskykyyn ja kätilön ohjaukseen. Kolmesta pääluokasta muodostimme yhden yhdistävän luokan, joka vastasi opinnäytetyön aiheitamme imetyksen käynnistymisestä sektion jälkeen. (Kuvio 3.)

Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
äidin kipu äidin liikuntakyky äidin hormonituotanto vauvan imemiskyky	fyysiset tekijät	
varhainen vuorovaikutus äidin mieliala vauvansopeutuminen	psyykkiset tekijät	fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset imetyksen käynnistymiseen
kätilön tuki puolison tuki	sosiaaliset tekijät	

Kuvio 3. Teoreettisten käsitteiden luomisvaihe

Aloitteleva tutkija tekee helposti analyysivaiheessa sen virheen, että sokaistuu tutkimusaineistossa ennakoimattomille mielenkiintoisille tutkimustuloksille. Analyysivaiheessa tärkeää on pitää mielessä omat tutkimuskysymykset ja rajata raportista pois tulokset, jotka eivät liity omaan tutkimukseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92). Haastateluamme litteroidessa huomasimmekin, että haastatteluun oli päässyt joitakin lauseita, jotka eivät kuuluneet tutkimuksemme aiheeseen. Rajasimme nämä asiat pelkistysvaiheessa pois.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksellamme pyrimme selvittämään vastauksia tutkimustehtäviimme, joita olivat: miten sektio synnytystapana vaikuttaa imetyksen käynnistymiseen, miten sektio vaikuttaa vastasyntyneen imemisen oppimiseen, sekä millaista tukea ja ohjausta äidit tarvitsevat imetykseen sektorin jälkeen.

8.1 Fyysisten tekijöiden vaikutukset imetyksen käynnistymiseen

Aineistonanalyysillä muodostimme pääluokan fyysiset tekijät, joka muodostui neljästä alaluokasta: äidin kipu, äidin liikuntakyky, hormonituotanto ja vauvan imemiskyky. Alaluokka äidin kipu sisälsi kolme pelkistettyä ilmausta: lääkehoidon vaikutukset, äidin kivun kokemisen vaikutukset ja maidonnousun hidastumisen vaikutukset. Kätilöt arvioivat kipulääkkeiden aiheuttavan äideille usein väsymystä, jolloin äidit eivät ole yhtä motivoituneita hoitamaan vauvojaan itsenäisesti. Myös anestesiassa käytetyillä lihasrelaksanteilla on havaittu osastolla selvä vaikutus äidin käyttäytymiseen:

”No kyllähän lihasrelaksanteilla on sellanen unettava vaikutus mutta ne on vaan pakko antaa joka toimenpiteessä että niitä ei voi niiku poistaa imetyksen takia sieltä toimenpiteestä, mutta – ja voi vaikka kipulääkkeet aiheuttaa väsymystä ja uneliaisuutta, ja semmosta.”

Kätilöiden mukaan äidille annetuilla lääkkeillä on vaikutusta imetyksen käynnistymiseen myös vauvan näkökulmasta. Kätilöt ovat huomanneet vauvojen herkkien aistien havainnoivan äidistä erilaisia asioita. Tutun tuoksuinen äiti lisää vauvan turvallisuudentunnetta ja imemishaluja. Näin eräs kätilö kuvasi lääkkeiden hajun yhteyttä vauvan imemishaluihin rinnalla:

”Ja voimakas lääkitys toki äidin ihon läpi niinkö haisee, vauva on herkkä haistamaan äidin tuoksun.”

Kätilöt kuvasivat äidin tuntemaan kivun vaikeuttavan olennaisesti imetyksen käynnistymistä. Kipu vaikuttaa sekä äidin fyysiseen toimimiseen että mielialaankin. Kivun vuoksi liikkuminen pystyasennossa, istumaan nouseminen sekä jopa asennon vaihtaminen vuoteessa makuullaan voi olla hyvin haasteellista äidille. Näin eräs kätilö kuvasi kivun vaikutusta ja yhteyttä imetysasennon saamiseen:

”No ensimmäinen suuri ongelma sektioäideillä yleensä on se, toki poikkeuksiakin on, mutta että yleensä ne on sen verran kipeitä, että heille pitää, heidän on ite tosi haasteellista löytää hyvä imetysasento.”

Kättilöt toivat esiin kivun eri merkityksiä imetyksen käynnistymiseen. Kipu vaikuttaa suorasti äidin toimintakykyyn, mutta sillä on myös hormonaalinen vaikutus imetyksen käynnistymiseen. Kättilöt kuvasivat äidin kivunhoitoa tärkeäksi maidonnousun kannalta:

”...jos äiti on hirvittävän kipeä niin se hidastaa myös maidon nousua.”

Haastattelussa kättilöt toivat esiin sen, että epiduraalinen kivunlievitys voi hidastaa äidin liikkeelle lähtöä sektion jälkeen. Toisaalta se voi myös auttaa äitiä pitämään vauvaa enemmän vierihoidossa, kun kivut ovat paremmin hallinnassa. Lisäksi kättilöt korostivat haastattelussa kivun kokemisen yksilöllisyyttä, sekä kivunhoidon yksilöllistä vaikuttavuutta äiteihin. Jotkin äidit reagoivat voimakkaammin kipuun ja toiset vain pärjäävät paremmin.

Alaluokka äidin liikuntakyky sisälsi kolme pelkistettyä ilmausta: vierihoidon viivästymisen vaikutukset, ihokontaktin vaikutukset ja imetysasennot. Jos äiti joutuu olemaan sektion jälkeen heräämössä, vierihoito viivästyy sen vuoksi. Haastattelussa kättilöt kertoivat myös, että jotkin äidit eivät jaksakaan sektion jälkeen hoitaa vauvojaan väsymyksen vuoksi vierellä, vaikka olisivatkin samalla lapsivuodeosastolla. Näin eräs kättilö kuvasi asiaa imetyksen käynnistymisen kannalta:

”Kyllä meillä vauvat on vierihoidossa heti, mutta se on eri asia miten nopeasti äiti itsenäisesti pystyy hoitamaan.”

”Jos vauva on jatkuvasti kansliahoijossa ni eihän se (imetys) nyt heti käyntiin lähe sitte siitä.”

Kättilöiden mukaan ihokontakti lisää imetyksen käynnistymistä edesauttamalla varhaisen vuorovaikutuksen syntymistä ja vauhdittamalla äidin hormonituotantoa. Vauvan ollessa äidin iholla vauva saa tyydytettyä imemisen tarpeensa heti ja äidin on helppompaa tulkita vauvan viestejä. Jos äiti ei pysty pitämään vauvaa ihokontaktissa, myös isän antama ihokontakti auttaa vauvaa harjoittelemaan rinnan nokkimista ja hamuilua

ja tyydyttää vauvan alkukantaista läheisyyden tarvetta. Kätilöt ovat myös huomanneet, että ihokontaktissa olleet vauvat ovat virkeämpiä ja halukkaampia rinnalle:

*”Se on paljon halukkaampi sinne rinnalle, koska se harjottellee siellä is-
kän iholla sitä sammaa – nokkii sitä tissiä ja...”*

”...ja se yks isä sano että minä melkeen imetin...”

Kätilöiden mukaan äidin kipu keskivartalon alueella voi rajoittaa liikkumista jopa makuuasennossa, mikä vaikuttaa vierihoidon onnistumiseen. Kätilöt kuvasivat äitien asennon vaihtamisen ja hyvän imetysasennon saamisen vuoteessa olevan usein hankalaa sektion jälkeen:

*”... ne niinku jötköttää ihan, ihan selällään yleensä. Ja siinä sen vauvan
asettelu siihen rinnalle on aika haasteellista.”*

Alaluokka äidin hormonituotanto sisälsi pelkistetyn ilmauksen supistushormonit. Kätilöt arvioivat, että suunnitellussa sektiossa äidin oma oksitosiinituotanto ei ole ehtinyt käynnistyä, koska varsinaisia supistuksia ei ole ehtinyt alkaa. Tällä on hormonaalinen hidastava vaikutus maidon eritykseen sektion jälkeen.

Alaluokka vauvan imemiskyky sisälsi pelkistetyt ilmaukset: imemishalu ja pahoinvointi. Kätilöt kuvasivat alatiesynnytyksen valmentavan vauvaa paremmin kohdunulkoi- seen elämään. He kuvasivat sektiolla syntyneitä vauvoja *”hitaampina saada käyntiin”* ja imemään rinnalla:

*”Ja heillä voi olla vähän haasteellisempaa se imemään alkaminen, että niillä ei
oo niin hyvät edellytykset sit siihen ku alateitse syntyneillä.”*

*”...työntäsit niinku vaikka kantapäättä niille suuhun ni ne yhtä tyhmänä sitä tissiä
ihmettelee että niinku mun mielestä tuo on niinku se pointti mikä on ero sektion
ja alateitse syntyneellä.”*

Haastattelussa kätilöt kuvasivat pahoinvoinnin vähentävän vauvan imemishaluja. Vauvan pahoinvointi ilmenee osastolla runsaana pulautteluna ja yökkäilynä rinnalla ollessa. Kätilöt arvioivat alatiesynnytyksessä lapsiveden pusertuvan paremmin ulos vauvan mahasta, jolloin usein pahoinvointi on vähäisempää eikä häiritse rinnalla imemistä niin paljon:

”...sit näillä sektiovauvoilla lapsivettä on voinu jäähä sinne mahaan. ...niinku et se ei ainakaan lisää sitä imemishalukkuutta.”

8.2 Psykkisten tekijöiden vaikutukset imetyksen käynnistymiseen

Aineistonanalyysillä muodostimme pääluokan psyykkiset tekijät, joka muodostui kolmesta alaluokasta: varhainen vuorovaikutus, äidin mieliala ja vauvan sopeutuminen. Alaluokka varhainen vuorovaikutus sisälsi pelkistetyt ilmaukset: kiintymyssuhteen luominen ja ensi-imetykset. Kätilöt arvioivat, että sektioon valmistautuminen tukee äidin kiintymyssuhteen luomista vauvaan, jos hän on saanut valmistautua tulevaan leikkaukseen henkisesti etukäteen. Myös se, että suunnitellussa sektiossa äiti on yleensä hereillä ja kuulee vauvan ensiparkaisun, auttaa kiintymyssuhteen luomisessa. Eräs kätilö kuvasi näin sektion haasteita varhaisen vuorovaikutuksen muodostumiselle:

”...luonnollisesti se tunne siihen omaan lapseen ei oo semmonen kiintynyt ku verrataan vaikka alateitse synnyttäneeseen äitiin joka on saanut vauvan kanssa olla koko ajan ja saanut heti sen rinnalle sen syntymän jälkeen. ...se on ison askeleen myöhässä minun mielestä siinä vaiheessa että, niinku tunnetasolla.”

Haastattelussa kätilöt kuvasivat rinnalle ryömimisen, hamuilun ja ensi-imetyksen tärkeyttä varhaiseen vuorovaikutukseen ja maidon eritykseen. Lisäksi kätilöt huomioivat, että jos ensi-imetykset jää jostain syystä pois, vauvat saavat useammin lisämaitoa ja pulloruokintaa osastolla, mikä vähentää vauvan imemishaluja rinnalla ja hidastaa imetyksen käynnistymistä lisää. Eräs kätilö kuvasi ensi-imetyksen olevan luontainen keino vauvalle edistää imetyksen käynnistymistä:

”...alateitse syntyneillä aivan unelma ku se pääsee ensin ryömimään äidin rinnalle... Se jää sektiovauvalta pois.”

Alaluokka äidin mieliala sisälsi pelkistetyt ilmaukset: väsymys, henkinen valmistautuminen ja yllättävät tilanteet. Fyysisen väsymyksen lisäksi kätilöt arvioivat äidin henkisen väsymyksen vaikuttavan hidastavasti myös imetyksen käynnistymiseen. Väsymys pitkän synnytyksen ja sektion jälkeen voi olla este ensi-imetyksen toteutumiselle:

*”...äidit on niinkö pihalla ku pöllöt...et sä et voi todellakaan suoraan he-
räämöstä yleensäkään äidin viereen tyrkätä vauvaa kun se tänne osas-
tolle tulee että alotettas ensi-imetykseen.”*

Kätilöiden mielestä henkinen valmistautuminen synnytykseen ja imetykseen on äidille tärkeää jo raskausaikana. Äidin ajatukset imetyksestä ehtivät selkiytymään, kun synnytys etenee vaihe kerrallaan. Kätilöt kuvasivat, että sopeutuminen vauvaan ja ime-
tykseen voi viedä äidiltä enemmän aikaa, jos sektiopäätös on tehty yllättäen:

*”Pelkästään jo sen mielialan takia niin on yleensä se hätäsektioon jou-
tuneilla äideillä niin se orientaatio siihen, et nyt se vauva onki tässä et
se tulla pölähti ihan yks kaks yllättäen...”*

Alaluokka vauvan sopeutuminen sisälsi pelkistetyt ilmaukset: ”pihalla olo” ja läheisyy-
den kaipuu. Kätilöiden mukaan vauvan motivaatio imemiseen on tärkeää imetyksen
käynnistymisen kannalta, jotta rinta saisi riittävästi ärsykeitä maidon eritykseen.
Haastattelussa kätilöt kuvasivat joidenkin vauvojen mielentilaa sektion jälkeen näin:

*”...et sillen tällön huomaa aina niinkun että, ei vitsi tää lapsi tajua niinku yhtään
mitä sen pitäs tehdä.”*

Haastattelussa kätilöt arvioivat läheisyyden tarpeen täyttyvän luultavasti luonnolli-
semmin alatesynnytyksen jälkeen, jolloin äitien on helpompi vierihoidtaa vauvaansa.
Eräs kätilö kuvasi sektiolla syntyneiden vauvojen tarvitsevan enemmän läheisyyttä ja
syliä äideiltään.

8.3 Sosiaalisten tekijöiden vaikutukset imetyksen käynnistymiseen

Aineistonanalyysillä muodostimme pääluokan sosiaaliset tekijät, joka muodostui kah-
desta alaluokasta: kätilön tuki ja puolison tuki. Kätilön tuki sisälsi pelkistetyt ilmauk-
set: sanallinen imetysohjaus, käytännön neuvot, tiedon antaminen, kuunteleminen,
ymmärtäminen, motivointi ja ajoitus. Puolison tuki sisälsi pelkistetyt ilmaukset: henki-
nen tuki ja äidin fyysisistä tarpeista huolehtiminen. Kätilön tuessa korostui jo ras-
kausaikana saatu tieto imetyksestä.

*”Kaikenkaikkiaan sitä pitäs tuon imetyksen suhteen enempi olla siellä
raskausaikana sitä ohjausta tai sitä tiedon antoo just siihen, että sitten*

ne tavallaan ois valmiimpia sitten täällä siihen ohjaukseen ja niillä ois sitte tietysti käsitys siitä miten ne haluaa imettää ja jonkinnäkönen ajatus siitä ja sitten tuota ne ois ehkä vastaanottavaisempia sille ohjauksellekii. ”

Muutenkin kättilöt kuvasivat, että kättilöiden antama tuki ja imetysohjaus ovat tärkeitä tekijöitä imetyksen käynnistymiselle sektion jälkeen. Tässä tiedon antaminen ja käytännön neuvot korostuvat:

”Kyllähän siinä hirveen iso merkitys on hoitohenkilökunnalla. Ihan oikeesti, miten se lähtee se imetys käyntiin ja miten se lähtee se majoneritys käyntiin. Koska ne tarvii paljon enempi sitä tukkee ja ohjausta ja ihan konkreettista apua ne äidit, niitä asentoja ja...”

”Nostaa, auttaa, kääntää, vääntää..”

Kättilöiden mielestä imetysohjauksen onnistumiseen vaikuttavat äidin oman motivaation lisäksi myös kättilön motivaatio sekä henkilökohtaiset resurssit. Eräs kättilö kuvasi imetysohjauksen erityispiirteitä sektiolla synnyttäneille äideille näin:

”Se vaatii motivaatiota enemmän, se vaatii paneutumista enemmän, tarkoittaa yhtä kuin aikaa enemmän.”

Kättilöt arvioivat imetysohjauksen ajankohdan olevan tärkeä. Äiti saisi ohjauksesta suurimman hyödyn, jos tilanteessa olisi mahdollisimman vähän häiriötekijöitä äidille tai vauvalle. Imetyksen käynnistymistä auttaa oikeaan aikaan annettu imetysohjaus:

”Ihan turha on sillon yölläkun se heräämöstä siirtynyt ni imetysohjausta pitämään, aivan turha. Ootetaan seuraava päivä, et se on niinku ihan täysissä sielun ja ruumiin voimissa se äiti.”

Kättilöt kuvasivat puolison tuen olevan sekä konkreettista apua vauvan rinnalle asettelussa kuin myös henkistä tukea äidille.

”...perhehuone auttaa asiaa, et jos pääseevät vaikka niinku heti yhdessä siihe, ja että se iskä ohjataan siihe hommaan ni, onhan se sitte iha, ja sitte muutenki se isä voi tuua sitä turvallisuuden tunnetta sille äitille ja sillä tavalla rentouttaa sitä äitiäki.”

9 POHDINTA

Tutkimustehtävämme ohjasivat tutkimustulostemme pohdintaa. Pidimme mielessä eettisen työskentelytavan ja arvioimme työn luotettavuutta tutkimuksen eri vaiheissa. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan käyttää tulevaisuudessa hoitotyön kehittämiseen lapsivuodeosastolla. Syvensimme tietojamme imetysohjauksesta ja kehityimme ammatillisesti tutkimusta tehdessämme.

9.1 Tulokset ja johtopäätökset

Tulokset jakaantuvat tutkimustehtäviemme mukaan siihen, miten sektio synnytystapana vaikuttaa imetyksen käynnistymiseen, miten sektio vaikuttaa vastasyntyneen imemisen oppimiseen sekä millaista tukea ja ohjausta äidit tarvitsevat imetykseen seksion jälkeen. Muodostamamme pääluokat eli fyysiset tekijät, psyykkiset tekijät ja sosiaaliset tekijät antoivat vastauksia kaikkiin kolmeen tutkimustehtävään.

Tulosten mukaan imetyksen käynnistymistä seksion jälkeen hidastaa äidin hormonitoiminnan heikkous, liikkumisen vaikeus, haavakipu, toimenpiteen aiheuttama jännitys ja lisääntynyt ohjauksen tarve. Tutkimustuloksemme ovat aiheen teoretietoa tukevia. Kätilöiden mukaan äidin oma maidon herumista lisäävä hormonituotanto ei ole yhtä tehokasta, jos sektio on tehty suunnitellusti eikä äidillä ole ollut spontaaneja synnytyssupistuksia. Hormonitoimintaa ja maidonerityksen käynnistymistä hidastaa myös vauvan erossa olo äidistä seksion jälkeen (Deufel & Montonen 2010, 417.) Kätilöiden mukaan leikkaushaava luo äideille fyysisiä rajoitteita imetyksessä ja kipu voi luoda imetykseen negatiivisen henkisen latauksen, jolloin äidin motivaatio imettämiseen laskee. Äidin kivulias olo on merkittävä syy imetysvaikeuksille (Baxter 2006, 291–293). Baxterin (2006) tutkimuksen mukaan se voi estää äitiä hoitamasta vauvaa omatoimisesti ja olla jopa syy imetyksen lopettamiselle. Kätilöiden mielestä äidit tarvitsevat seksion jälkeen enemmän yksilöllistä imetysohjausta, koska sektio voi aiheuttaa äidille useammin ahdistusta ja paineita imetyksen onnistumisesta.

Tulosten mukaan vastasyntyneen imemään oppimista rinnalla seksion jälkeen vaikeuttaa käytetyt lääkkeet, vauvan hidastunut sopeutuminen kohdunulkopuoliseen elämään, vierihoidon puute, varhaisen vuorovaikutuksen vähyyys ja imetysohjauksen huono ajoitus. Kätilöt ovat kokeneet, että sektiolla syntyneet vauvat olisivat luontaisesti yhtä halukkaita imemään maitoa rinnalta kuin alateitse syntyneet, mutta moni

sektioon liittyvä asia tekee imemisestä hankalampaa. Kätilöt arvioivat, että sektio synnytystapana ei valmista vauvaa samalla tavoin kohdunulkopuoliseen elämään kuin alatiesynnytys. Kätilöiden mukaan vauvat ovat usein aluksi hitaampia opettelemaan uusia asioita, kuten imemistä. He ovat havainneet myös, että lääkeaineet voivat väsyttää vauvaa ja heikentää hänen halujaan imeä. Smithin ja Kroegerin (2010) tutkimuksen tulos siitä, että sektion jälkeen vauvan voi olla vaikea sovittaa yhteen hengitys, imeminen ja nieleminen anestesia-aineiden vaikutuksen vuoksi, tukee kätilöiden näkemystä. Kätilöiden mukaan myös äidille annetut lääkkeet voivat vähentää vauvan imemishaluja. Varhainen vuorovaikutus ei kehity yhtä luontevasti kuin alatiesynnytyksen jälkeen jos äiti ei kykene vierihoitamaan vauvaansa. Lin ym. (2008) ovat todenneet tutkimuksessaan myös, että äidin ja vastasyntyneen ero toisistaan hidastaa maidon tuotannon stimuloimista viivästyttämällä varhaista vuorovaikutusta. Kätilöiden mukaan ensi-imetys ei yleensä toteudu sektion jälkeen, jolloin lisämaidon antaminen muulla keinolla kuin rinnasta hidastaa imemisen oppimista. Baxterin (2006) tutkimus tukee käsitystä siitä, että ensi-imetyksellä on imetyksen käynnistymistä nopeuttava vaikutus. Kätilöiden mukaan äidit tarvitsevat myös usein kätilön apua imetyksen aloittamisessa jolloin vauvan viesteihin ei aina vastata välittömästi. Silloin imetys ei ole vauvantahtista.

Tulosten mukaan sektiolla synnyttäneet äidit tarvitsevat enemmän tukea ja ohjausta imetyksessä verrattuna alateitse synnyttäneisiin äiteihin. Baxterin (2006) tutkimus tukee käsitystä siitä, että tuen puute sektion jälkeen voi vaikeuttaa imetyksen jatkamista merkittävästi. Baxter (2006) kuitenkin toteaa, että ennen toimenpidettä sektio ei varsinaisesti vähennä äitien halukkuutta imettää. Kätilöiden mukaan puolisolta saatu tuki on tärkeää synnyttäjälle, mutta se on lähinnä turvallisuuden tunteen luomista, läsnäoloa ja äidin perustarpeista huolehtimista ihmisenä ja naisena. Kätilöiden antama tuki taas on konkreettisia neuvoja, apuvälineiden käytön ohjausta ja äidin motiivointia imetyksessä. Kätilöt arvioivat, että ohjauksessa on tärkeää kannustaa ja neuvoa äitejä hyvän imetysasennon saamisessa. Ohjauksen täytyy kuitenkin olla oikea-aikaista, eli sekä äidin että vauvan täytyy olla ohjaustilanteessa vastaanottavaisia. Tämä luo pohjan imetyksen onnistumiselle, kun äiti saa lapsivuodeosastolla ollessaan kokemuksen hyvästä imetysasennosta, jossa hänen on mukava olla ja imettää sektiohaavasta huolimatta. Kätilöiden täytyy ymmärtää erot alatiesynnytyksen ja sektion välillä, jotta he pystyvät ohjaamaan äitiä fyysisesti. Myös sektiosta keskusteleminen voi auttaa äitiä motivoitumaan imetyksessä, kun kätilö voi perustella äidille sektioon liittyviä asioita.

9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tekijöitä sitoo hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen, eettiset toimintatavat, tutkimuksen luotettavuus sekä sen realistinen arviointi (Vilkkä 2005, 30). Perehdyimme eettisen toiminnan määritelmiin ja opinnäytetyön luotettavuuden arviointiin heti prosessin alkuvaiheessa.

9.2.1 Eettisyys

Tutkijoiden tulee huolehtia tutkimuksen eettisyydestä. Jo aiheen valinta edellyttää eettistä pohdintaa, kuka on aiheen valinnan ehtojen takana, miksi aiheeseen tartutaan. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 126.) Tämän tutkimuksen aihe on lähtenyt lapsivuosastosta tarpeesta ja herättänyt meissä tutkijoissa mielenkiintoa kyseistä ilmiötä kohtaan. Tiedonhankinnassa käytimme eettisesti alamme tieteellisen kirjallisuuden tuntemusta. Hyvä tieteellinen käytäntö kieltää puutteellisen viittaamisen aikaisempiin tutkimustuloksiin tai niiden raportoimiseen harhaanjohtavasti (Tuomi & Sarajärvi 2006, 130). Viittaamme tutkimuksessamme aikaisempiin tutkimustuloksiin vastuullisesti ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen.

Tutkimuksemme tekoa on ohjannut Savonia ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeet. Prosessiin on kuulunut tutkimusluvan hakeminen ennen tutkimuksen aloittamista (Liite 3). Tutkimusta tehdessä tutkittavien suoja on tärkeä osa tutkimusetiikkaa (Tuomi & Sarajärvi 2006, 128). Tutkittavien suoja on huomioitu tutkimuksessamme niin, että haastatteluun osallistujille selvitettiin ymmärrettävästi tutkimuksen aihe, tavoite ja menetelmä. Lisäksi osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujien tunnistamattomuus varmistettiin.

Tutkimuksen tekijöinä me emme omista tutkimustuloksia, vaan ne kuuluvat KYS:lle. Nykyään tutkimustulokset kuuluvat yleistyvämmiin tutkimuksen osapuolena olevalle organisaatiolle, yritykselle, yhteisölle tai instituutille (Vilkkä 2005, 34).

9.2.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat useissa lähteissä termit uskottavuus, vahvistettavuus ja siirrettävyys. Näiden avulla voidaan arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Tässä tutkimuksessa olemmekin kiinnittäneet huomiota tutkimuksen luotettavuustekijöihin tutkimusprosessin alusta alkaen. Tiedonhaussa rajasimme käy-

tettäväksi tutkimukset vuodesta 2000 eteenpäin, jolloin käytettävissämme oli ajantasaista tietoa. Tutkimusten ja käytettävien lähteiden rajausta teimme myös sen perusteella, miten hyvin ne vastasivat tutkimustehtävään. Lisäksi rajaukseen vaikuttivat myös itse julkaisijan luotettavuus, jota arvioimme tarkastelemalla onko kyseessä arvostettu tietokanta. (Hirsjärvi ym. 2007, 109–110).

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida Hirsjärven (2009) mukaan reliabelius ja validius käsitteillä. Reliaabeliudella tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta, jolloin sama tutkimustulos saadaan useamman kerran. Validius eli pätevyys tarkoittaa sitä, kuinka valitulla tutkimusmenetelmällä saadaan vastaus juuri tutkittavaan asiaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232.) Huolellinen kuvaus koko tutkimusprosessista eri vaiheineen mahdollistaa tutkimuksen toistettavuuden. (Kananen 2008, 125.) Tarkka ja huolellisesti tehty tutkimussuunnitelma oli osa tutkimuksemme dokumentointia. Lisäksi olemme kuvanneet raporttiimme tarkasti tutkimuksessa käytetyt menetelmät.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuteen voidaan vaikuttaa nauhoittamalla haastattelutilanne, jolloin analyysivaiheessa on käytettävissä enemmän tietoa tilanteesta kuin pelkät muistiinpanot (Kananen 2008, 122). Haastattelumme oli nauhurissamme tallennettuna koko sisällönanalyysivaiheen ajan, joten pystyimme litteroimaan aineistomme tarkasti ja luotettavasti. Tutkimuksemme luotettavuutta lisäsi myös se, että haastateltavat olivat lapsivuodeosastolla työskenteleviä kättilöitä. Heillä on asiantuntijoina ajankohtaista kokemusta sektioilla synnyttäneiden äitien hoidosta. Tämä lisäsi tutkimuksemme validiutta.

Tutkimustulosten luotettavassa raportoinnissa tulee kertoa lyhyesti, mutta kuitenkin tarpeeksi kattavasti tutkimuksen kulusta (Tuomi & Sarajärvi 2006, 138). Tulkinnot eivät saa perustua vain aineistosta sattumanvaraisesti poimittuihin osioihin (Kananen 2008, 125). Olimme tämän asian huomioon sisällönanalyysiä tehdessä siten, että luimme litterointia yhä uudelleen ja uudelleen, jotta kaikki pelkistykset tuli huomioituiksi. Tähän raporttiin olemme kuvanneet vaihe vaiheelta tutkimuksen etenemistä. Olemme pyrkineet pitäytymään pääasioiden kuvaamisessa. Noudatimme rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä tutkimustulosten esittämisessä. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa on kuitenkin läsnä virhemahdollisuus (Kananen 2008, 122).

Laadullisissa tutkimuksissa käsite triangulaatio tarkoittaa tutkittavan ilmiön hahmottamista kokonaisuutena, jolloin pyritään irrottautumaan henkilökohtaisista ennako-

luuloista ja näkemyksistä ja parantamaan tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Tutkimuksessamme luotettavuutta lisää tutkijaan liittyvä triangulaatio ja teoriaan liittyvä triangulaatio. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143–149.) Tutkimustamme teki kolme eri tutkijaa ja me kaikki suoritimme oman osamme aineiston hankinnassa ja sisällön-analyysissa. Lisäksi olimme keränneet ennen haastattelua tietoa tutkimuksen aiheesta kansainvälisistä lähteistä monipuolisesti. Tutkimusaineistoon liittyvää triangulaatiota emme tehneet, sillä haastattelumme koski vain yhtä ryhmää eli kättilöitä. Myöskään metodinen triangulaatio ei tutkimuksessamme toteudu, sillä valitsimme vain yhden toteutusmetodin tutkimuksellemme, jossa pitäydyimme koko tutkimuksen ajan.

9.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kättilöiden kokemuksia seksion vaikutuksista imetyksen käynnistymiseen. Tutkimuksesta kättilöt saavat koottua tietoa siitä, mitkä asiat vaikuttavat imetyksen käynnistymiseen seksion jälkeen ja millaista imetysohjausta äidit tarvitsevat kättilöiltä. Tulosten avulla kättilöt voivat yhä kehittää lapsivuodeosastolla annettavaa imetysohjausta, jotta täysimetystä myös seksion jälkeen saataisiin lisättyä ja pidennettyä Suomessa.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla sektiolla synnyttäneiden äitien kokemuksia imetyksen käynnistymisestä seksion jälkeen. Tutkittu tieto täydentäisi kättilöiden näkemystä imetysohjauksen tavoitteista. Synnyttäneiden äitien näkökulma voisi auttaa kehittämään kättilöiden keinoja motivoida äitejä imetyksessä seksion jälkeen.

9.4 Oman oppimisen arviointi

Aloitimme opinnäytetyömme keväällä 2010. Aiheen valinta lähti omasta kiinnostuksesta ja muokkautui sen jälkeen yhteistyöosastomme tarpeiden mukaan molempia kiinnostavaksi ja tyydyttäväksi ratkaisuksi. Kenelläkään meistä opinnäytetyön tekijöistä ei ollut kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä. Arvioimme sekä aiheen että tutkimusmenetelmän kehittävän ammatillista kasvuamme.

Opinnäytetyötä varten keräsimme ensin tietoperustan, joka koostui eri hakukoneilla etsityistä aikaisemmista tutkimuksista. Imetyksestä itsessään löytyi paljon ajankoh- taista tutkittua tietoa, sektioista hieman vähemmän. Seksion vaikutuksista imetyksen käynnistymiseen ei löytynyt ollenkaan suomenkielistä tutkittua tietoa. Englanninkielellä yhteyttä oli tutkittu eri näkökulmista, mutta meidän näkökulmastamme ei. Haasteenamme oli löytyvän dokumentoidun tiedon luotettavuuden sekä opinnäytetyös-

sämme hyödynnettävyyden arviointi. Saimme tiedonhaussa opastusta koulumme kirjaston henkilökunnalta ja samalla kehitimme myös omia tiedonhakutaitojamme. Tutkimussuunnitelman kirjoitus tuntui haasteelliselta ja erityisen hankalaa oli saada rajattua opinnäytetyötämme koskeva tutkittu tieto valitun aiheemme mukaan jo opinnäytetyön alkuvaiheessa. Prosessin aikana teimme yhteistyötä ohjaavan opettajan kanssa, mutta koimme ajoittain uusien korjausehdotusten laskevan motivaatiota työn tekemiseen sekä sekoittavan jo suunniteltua aikataulua.

Kuopion yliopistollisen sairaalan yhteistyöosastomme kätilöt auttoivat hahmottamaan opinnäytetyön työelämäyhteyden sekä hankkimaan haastateltavat. Itse haastattelun tekeminen oli helppoa sen jälkeen, kun olimme muokanneet haastattelukysymykset perusteellisesti useaan kertaan tutkimusteemojen mukaisesti. Varsinainen analyysi vei aikaa, mutta koimme sen olevan opinnäytetyössä meille tutkijoina mielekäs työvaihe. Analyysivaiheessa saimme onnistumisen kokemuksia, kun löysimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut prosessi, jota koulumme ohjeet ovat ohjanneet. Se on kasvattanut meitä ammatillisesti lisäämällä tietoa imetyksen käynnistymisestä ja äidin tarvitsemasta ohjauksesta sektion jälkeen, opettanut kärsivällisyyttä ja pitkäjänteisyyttä, sekä tavoitteellista työtapaa. Suurimpana haasteena prosessin etenemiselle on ollut kaikkien opinnäytetyön tekijöiden aikataulujen sovittaminen yhteen prosessin aikana. Aikataulun viivästyessä olemme oppineet kuinka tärkeää on, että jokainen opinnäytetyön tekijä ottaa vastuuta prosessin etenemisestä. Tärkeä seikka opinnäytetyötä tehdessä on ollut hyvä yhteishenki ja yhteinen tavoite, joka on auttanut motivoimaan työn jatkamista viivästyksistä huolimatta. Olemme kuitenkin erittäin tyytyväisiä, että haasteista huolimatta olemme saaneet tämän tutkimusprosessin päätökseen.

LÄHTEET

- Aho, A. 2006. Sektio yleisanestesiassa. *Finnanest.* 39 (5), 426–427.
- Airikkala, E. & Hannula, L. 2006. Imetysohjaus ja sen vaikutukset imetykseen. *Kätilölehti.* 111 (1), 38–40.
- Baxter, J. 2006. Women's experience of infant feeding following birth by caesarean section. *British Journal of Midwifery.* 14 (5), 290-295.
- Cunningham, F.G., Leveno K.J., Bloom S.L., Hauth J.C., Gilstrap L.C. & Wenstrom K.D. 2005. *Williams obstetrics.* 22. painos. McGraw-Hill Companies. United States of America.
- Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Imetyksennot keisarileikkauksen jälkeen. Teoksessa: Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) *Onnistunut imetys.* Helsinki: Duodecim, 415–417.
- Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Maidoneritykseen vaikuttavat hormonit. Teoksessa: Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) *Onnistunut imetys.* Helsinki: Duodecim, 56–63.
- Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Maidonerityksen vaiheet. Teoksessa: Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) *Onnistunut imetys.* Helsinki: Duodecim, 64–73.
- Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Rinnan rakenne. Teoksessa: Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) *Onnistunut imetys.* Helsinki: Duodecim, 51–55.
- Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Rintojen kehitys. Teoksessa: Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) *Onnistunut imetys.* Helsinki: Duodecim, 50–51.
- Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Synnytyksen hoidon vaikutus imetykseen. Teoksessa: Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) *Onnistunut imetys.* Helsinki: Duodecim, 400–401.
- Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Synnytystavan vaikutus imetykseen. Teoksessa: Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) *Onnistunut imetys.* Helsinki: Duodecim, 412–415.
- Florkiewicz, P. & Jäntti, H. 2009. *Yleisanestesia.* Kuopion Yliopistollinen sairaala. Luento 26.1.2009.
- Hannula, L. 2009. Kätilötyö ja imetys. Teoksessa: Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M (toim.) *Kätilötyö.* Helsinki: Edita, 302–308.
- Hannula, L., Kaunonen, M., Koskinen, K. & Tarkka, M-T. 2010. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus [verkkodokumentti]. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö [viitattu 16.3.2012]. Saatavissa: http://www.hotus.fi/system/files/Imetysohjaus_sum.pdf
- Hannula, L., Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2006. Imetyksestä selviytyminen ja lisäruoan käyttö synnytyssairaalassa – äitien näkökulma. *Hoitotiede.* 18 (4), 175-185.
- Hill, P. D., Aldag, J. C., Demirtas, H., Naeem, V., Parker, N. P., Zinaman, M. J. & Chatterton, R. T. 2009. Association of Serum Prolactin and Oxytocin With Milk Pro-

duction in Mothers of Preterm and Term Infants. *Biological Research for Nursing*. 10 (4), 340-9.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kokki H. & Pitkänen M. 2006. *Puudutusopas 2006*. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

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

Lin, C., Kuo, S., Lin, K. & Chang, T. 2008. Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 17(21), 2838-45.

Malm, H. 2010. Lääkkeet ja imetus. Teoksessa: Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) *Onnistunut imetus*. Helsinki: Duodecim, 329-335.

Niemelä, M. 2006. Imetysopas. Hyvinvointia vauvalle ja äidille. Helsinki: Helmi kustannus.

Puolakka, J. 2010. Äidin sairaus ja imettäminen. Teoksessa: Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) *Onnistunut imetus*. Helsinki: Duodecim, 335–337.

Puskala, V. 2003. KYSissä imetysohjaajat apuna: Mahdollisimman moni vauva rintaruokinnalle [verkkodokumentti]. *Netti Henkreikä*. 2003 nro 2. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin henkilöstölehti [viitattu 15.3.2012]. Saatavissa: <http://www.psshp.fi/nettihenkreika/nettihr203/imetys.htm>

Raussi-Lehto, E. 2009. Syntymän hoidon suunnittelu. Teoksessa: Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M (toim.) *Kätilötyö*. Helsinki: Edita, 232–235.

Saarikoski, S. 2011. Synnytyksen käynnistyminen ja raskauden keston häiriöt. Teoksessa: Ylikorkala, O & Kauppila, A. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Duodecim, 396–412.

Smith, L. J. & Kroeger, M. 2010. Impact of Birthing Practices on Breastfeeding. Jones and Bartlett Publishers. Sunburry, Massachusetts.

Suomen Kätilöliitto ry. 2009. Kätilön määritelmä [verkkodokumentti]. [viitattu 16.3.2012]. Saatavissa: <http://www.suomenkatiloliitto.fi/?do=open&page=25>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa; Toimintaohjelma 2009-2012. Raportti 32/2009. Helsinki: Yliopistopaino.

Tiitinen, A. 2012. Imetys. [verkkodokumentti]. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 31.10.2012].
Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01020

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5., uudistettu laitos. Jyväskylä: Tammi.

Uotila, J. 2009. Synnytysoperaatiot. Teoksessa: Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M (toim.) *Kätilötyö*. Helsinki: Edita, 490–499.

Uotila, J. & Tuimala, R. 2006. Synnytysoperaatiot. Teoksessa: Ylikorkala, O & Kauppila, A. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Duodecim, 488–494.

Vilkkä, H. 2005. *Tutki ja kehitä*. Helsinki: Tammi.

Volmanen, P. 2010. Imetys epiduraalisen synnytyskivun lievityksen jälkeen. Teoksessa: Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) *Onnistunut imetys*. Helsinki: Duodecim, 401–404.

Ylikorkala, O. 2004. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa: Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Duodecim, 495–506.

Ylikorkala, O. 2008. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa: Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Duodecim, 495–506.

TERMINOLOGIAA

Asfyksia:	hengityshäiriö, jossa hypoksia eli hapenpuute ja hyperkapnia eli hiilidioksidin riittämätön poistuminen aiheuttavat hengityksen pysähtymisen.
Dystokia:	juuttuminen, jumiutuminen, esimerkiksi hartiadystokia, jossa vauva juuttuu hartioistaan kiinni synnytyskanavaan.
Ensi-imetys:	heti syntymän jälkeen tapahtuneen ihokontaktin seurauksena vauva hahmuaa rintaa ja aloittaa imemisen.
Ihokontakti:	alaston (tai pelkkä vaippa yllään oleva) lapsi on aikuisen paljasta ihoa vasten.
Imetysohjaus:	terveydenhuollon ammattilaisen antamaa tietoa, tukea, ohjausta ja motiivointia imetykseen. Käytännön opastus on siinä keskeistä.
Sektio:	keisarileikkaus; leikkaus, jossa lapsi syntyy äidin vatsanpeitteiden ja kohdun läpi tehdyn viillon kautta.
Täysimetys:	lapsi ei saa äidinmaidon lisäksi muuta ravintoa kuin tarvittavat ravintolisät (kuten fluori ja keskostipat), vitamiinit (D-vitamiini) ja lääkkeet.

HAASTATTELU KÄTILÖILLE

Teema 1

Sektion luomat haasteet äidin näkökulmasta

- Vaikuttaako sektio synnytystapana maidon erittymiseen ja imetyksen käynnistymiseen verrattuna alatiesynnytykseen (hormonien merkitys)?
- Vaikuttaako section jälkeinen leikkauskipu äidin imetykseen? Jos, niin miten?
- Vaikuttaako äidin ja vauvan erossa olo toisistaan synnytyksen jälkeen äidin imetyksen käynnistymiseen? Jos, niin miten?
- Miten sektiossa käytetyt lääkkeet vaikuttavat äitiin imetyksen näkökulmasta?

Teema 2

Sektion luomat haasteet vastasyntyneen näkökulmasta

- Onko äidin ja vastasyntyneen erossa ololla vaikutusta vastasyntyneen imemishalukkuuteen?
- Onko sektiolla ja alateitse syntyneiden vastasyntyneiden käyttäytymisessä rinnalla eroavaisuuksia, jos niin millaisia?
- Miten sektiossa käytetyt lääkkeet vaikuttavat vauvan kykyyn imeä rinnalta?
- Ovatko sektiolla syntyneet vastasyntyneet uneliaampia rinnalla kuin alateitse syntyneet?

Teema 3

Kätilöiden antama tuki ja ohjaus

- Millaisia erityispiirteitä sektiolla synnyttäneiden äitien imetysohjauksessa on?
- Millaista imetysohjausta äidit tarvitsevat eniten section jälkeen?
- Kuinka kätilö voi tukea äitiä imetyksen käynnistymisessä section jälkeen?
- Milloin ohjauksella saataisiin paras hyöty imetyksen onnistumiselle?



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

HOITOTIETEEN JA MUIDEN TERVEYSTIETEIDEN
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Nro _____ / 20 13

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Hoitotieteen ja muiden terveystieteiden tutkimuksen ohjeet Kuopion yliopistollisessa sairaalassa". Hakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma aineiston keruulomakkeineen ja saatteineen, rahoitussuunnitelma.

HAKIJA

Vastuullinen tutkija

Mervi Asikainen

Länsikatu 9A5, 75320 Kuopio, p.044-0505047

Nimi

Osoite, puh, s-posti Mervi.Asikainen@duku.savonia.fi

Muut tutkijat

Aija Laakso

Tutkimustiekatu 19C29, 70100 Kuopio
aija.laakso@duku.savonia.fi
p. 0440282280

Helena Oksa

Katinka 1999, 70200 Tuusula, p.044-5145995

helena.oksa@duku.savonia.fi

Työ- tai opintelupaikka

Savonia ammattikorkeakoulu, Kuopio

Virkatoimi (ei koske opiskelijoita)

Opintelupaikka

AMK mikä

Savonia

yliopisto mikä

muu mikä

Suoritettava tutkinto

Kätilä AMK

TUTKIMUS

Tutkimuksen nimi

Kätilöiden kokemuksia imetyksen hämmistymisestä sectionin jälkeen

Tutkimuksen lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisuunitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Tutkimuksen tarkoitus on kuvata kätilöiden kokemuksia sectionin vaikutuksista imetyksen hämmistymiseen.

Kohderyhmä on Kuopion yliopistollisen sairaalan lapsivuodeosaston kätilöt.

Tutkimus on laadullinen tutkimus, joka toteutetaan ryhmähaastatteluna.

Tutkimus on

amk-tutkinto

ylempi amk-tutkinto

pro gradu

lisensiaatti

väitöskirja

muu, mikä

Monikeskustutkimus

ei

kyllä

kansallinen

kansainvälinen

Tutkimuksen kokonaisaika-alue

keuhä 2010 - syysk 2012

Aika-alue KYSissä

syysk 2012
















Kustannukset

Arvio KYSille koituvista kustannuksista

_____ €

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisessä liitteessä.

Ei aiheuta kustannuksia KYSille

Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto <input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsitellyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu Toimikunta _____ Lausunto nro _____ pvm _____					
Johtajayhteiskäsin lupa rekisteritutkimuksia varten <input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsitellyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu pvm _____					
STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten <input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsitellyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu pvm _____					
Henkilötietopäättäjän lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten <input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsitellyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu pvm _____					
Muu lupa (mikä) <input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsitellyssä pvm _____					
Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYBille <input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei					
ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja tietosuojasääntöjä ja lähettämään tutkimusraportin yksikköön jossa tutkimus on tehty sekä luvan myöntäjälle. 25.9.2012 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">  Tutkijan allekirjoitus Mervi Aikainen Nimen selvitys </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">  Tutkijan allekirjoitus Aija Laakso Nimen selvitys </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">  Tutkijan allekirjoitus Helena Oksa Nimen selvitys </td> <td style="vertical-align: top;"> Tutkijan allekirjoitus Nimen selvitys </td> </tr> </table>		 Tutkijan allekirjoitus Mervi Aikainen Nimen selvitys	 Tutkijan allekirjoitus Aija Laakso Nimen selvitys	 Tutkijan allekirjoitus Helena Oksa Nimen selvitys	 Tutkijan allekirjoitus Nimen selvitys
 Tutkijan allekirjoitus Mervi Aikainen Nimen selvitys	 Tutkijan allekirjoitus Aija Laakso Nimen selvitys				
 Tutkijan allekirjoitus Helena Oksa Nimen selvitys	 Tutkijan allekirjoitus Nimen selvitys				
OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">  Ohjajan allekirjoitus TARU SMOLA Nimen selvitys Osoite, puhelin, s-posti 017 - 172 334 taru.smola@kuh.fi </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">  Ohjajan allekirjoitus Aija Lang Nimen selvitys Osoite, puhelin, s-posti 044 - 7856457 aija.lang@savonia.fi </td> </tr> </table>		 Ohjajan allekirjoitus TARU SMOLA Nimen selvitys Osoite, puhelin, s-posti 017 - 172 334 taru.smola@kuh.fi	 Ohjajan allekirjoitus Aija Lang Nimen selvitys Osoite, puhelin, s-posti 044 - 7856457 aija.lang@savonia.fi		
 Ohjajan allekirjoitus TARU SMOLA Nimen selvitys Osoite, puhelin, s-posti 017 - 172 334 taru.smola@kuh.fi	 Ohjajan allekirjoitus Aija Lang Nimen selvitys Osoite, puhelin, s-posti 044 - 7856457 aija.lang@savonia.fi				
PUOLTO Puollostutkimuksessa puolto tarvitaan joko tulosyksikön ylläkkärintä (yksi tulosyksikkö), tulosaluejohtajalta (useita tulosyksiköitä) tai johtajayhteiskäsin (useita tulosalueita). <input type="checkbox"/> Puolten hakemusta <input type="checkbox"/> En puolta, perustelut ___ / ___ 20___ Allekirjoitus Nimen selvitys, virka-asema					

PÄÄTÖS

- Myönnän tutkimusluvan
- Myönnän tutkimusluvan, mutta ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle tulee hakea tutkimuseettisen toimikunnan lausunto / johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten / STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten / KYS:n henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten / muu lupa, mikä

^{PNLVEU} Tulokset / alueen yllähoitajan / hallintoyllähoitajan päätös nro

5.10.12

9/2012

Allekirjoitus

Nimen selvennys

YHTEYSHENKIÖ KYSISSÄ (Tulosyksikön /-alueen yllähoitaja tai hallintoyllähoitaja nimeää)

Liite TARRJA SMURA

KYS, OSASTO 2301

Nimi

TARRJA. SMURA @ KUH. FI

Työyksikkö

(017) 172 834

S-posti

Puhelin

LIITTEET

- Tutkimussuunnitelma 30 sivua
- Rahoitussuunnitelma _____ sivua
- Muita liitteitä _____ sivua

