

PERHEIDEN KOKEMUS YHDESSÄOLOSTA JA IHOKONTAKTISTA
VANHEMMAN JA LAPSEN VÄLILLÄ KEISARILEIKKAUKSEN JÄLKEEN
LEIKKAUSOSASTOLLA

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö / Hoitotiede

Pro gradu –tutkielma

Kaisa Honkanen

Marraskuu 2012

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

KAISA HONKANEN: Perheiden kokemus yhdessäolosta ja ihokontaktista vanhemman ja lapsen välillä keisarileikkauksen jälkeen leikkausosastolla

Pro gradu – tutkielma, 51 sivua, 4 liitesivua

Ohjaajat: THT, professori Tarja Suominen; THT, professori Päivi Åstedt-Kurki ja TtM, yliopisto-opettaja Mervi Roos

Hoitotiede

Marraskuu 2012

Tämän tutkielman tarkoituksena oli kuvata perheen yhdessäolon ja vanhemman ja lapsen välisen ihokontaktin kokemusta leikkausosastolla ennalta suunnitellussa keisarileikkauksessa perheen näkökulmasta. Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus. Osallistujina olivat yhden yliopistollisen sairaalan kuusi ennalta suunnitellulla keisarileikkauksella synnyttänyttä naista ja heidän puolisoaan (N=12), joiden isillä ja vastasyntyneillä oli ollut mahdollisuus päästä heräämään keisarileikatun äidin ollessa siellä toipumassa leikkauksesta. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluina ja ne toteutettiin kesä-syyskuussa 2012 parihaastatteluina (äiti ja isä yhdessä). Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Äidit odottivat perheen pääsyä heräämään malttamattomasti ja olivat sen toteutuessa iloisia. Joskus perheen saapuminen heräämään tosin kesti kauan. Äidit kokivat, että vuorovaikutus vastasyntyneen kanssa käynnistyi. Hoitohenkilökunta toimi perheen heräämään pääsyn mahdollistamiseksi. Myös isät olivat tyytyväisiä heräämään pääsyyn.

Välittömään ihokontaktiin vastasyntyneen kanssa päässeet vanhemmat kokivat, että kiintymyssuhde lapsen kanssa alkoi muodostua. Vanhemmat huomasivat ihokontaktin edut vastasyntyneelle. Ensi-imetyksen onnistuminen jo heräämössä toi luottamusta imetyksen onnistumiseen jatkossakin. Keisarileikatut äidit kokivat, että ihokontakti toi voimaa leikkauksesta toipumiseen. Vanhemmat kokivat ihokontaktin merkityksellisenä, joskin isät olivat sitä mieltä että sen toteutuminen oli tärkeämpi äidille.

Johtopäätöksenä oli, että perheiden kokemukset perheen yhdessäolosta heräämössä ja ihokontaktista keisarileikkauksen jälkeen olivat positiivisia ja perheet kokivat ne merkityksellisinä. Synnytyssairaaloiden tulisikin pyrkiä tarjoamaan keisarileikatuille perheille mahdollisuutta olla yhdessä leikkauksen jälkeen sekä edesauttaa ihokontaktin toteutumista. Tutkimuksen tuomaa tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä keisarileikatun perheen hoitoa ja yhteistyötä synnytysosaston ja leikkausosaston välillä.

Asiasanat: keisarileikkaus, laadullinen tutkimus, sisällönanalyysi, perhe

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

KAISA HONKANEN: Families' experiences of s togetherness and skin-to-skin contact between parent and child after a caesarean section at the operation ward

Master's thesis: 51 pages, 4 appendix pages

Supervisors: Tarja Suominen, Professor, PhD; Päivi Åstedt-Kurki, Professor, PhD and Mervi Roos, MNSc

Nursing Science

November 2012

The purpose of this study was to describe family's experience of togetherness and skin-to-skin contact between parent and child at the operation ward in an elective caesarean section from the point of view of the family. The study had a qualitative approach and the data was collected in one university hospital from six women and their spouse (N=12), who had had an elective caesarean section and whose father and newborn had had a possibility to visit the recovery room when the mother was recovering there from the surgery. The data was collected using semi-structured interviews between June and September 2012 and was carried out as a couple interview (mother and father together). An inductive content analysis was used to analyze the data.

The mothers waited anxiously for the family's visit to the recovery room and were happy when it was realized. Sometimes the family's entry to the recovery room lasted long. The mothers felt that their interaction with the newborn got started when the newborn was brought into the recovery room. The nursing staff acted to enable the visit. The fathers were also pleased with the visit.

The parents who had had their newborn in an early skin-to-skin contact had an experience that the attachment with the newborn began to build up. The parents noticed the benefits of skin-to-skin contact for the newborn. The successful first breastfeeding in the recovery room brought confidence in succeeding in it in the future. The caesarean section-mothers experienced that skin-to-skin contact brought strength to recover from the surgery. The parents found the skin-to-skin contact to be meaningful, although fathers thought that it was more important to the mother.

It was concluded that the families' experiences of togetherness and skin-to-skin contact after the caesarean section were positive and the families found them meaningful. The maternity hospitals should offer possibility for families to be together after caesarean section and support the realization of skin-to-skin contact. The findings can be utilized in developing the care of the caesarean section families and the co-operation between the delivery ward and the operation ward.

Keywords: caesarean section, qualitative study, content analysis, family

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	1
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
2.1. Perhekeskeinen hoitotyö lapsen syntymässä.....	3
2.2. Historiaa perheen yhdessäolosta lapsen syntymässä.....	4
2.3. Keisarileikkaus ja perheen yhdessäolon mahdollisuus	6
2.4. Ihokontakti vanhemman ja vastasyntyneen välillä.....	8
2.5. Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	10
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	12
4. EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	13
4.1. Tutkimukseen osallistujat.....	13
4.2. Aineiston hankinta.....	14
4.3. Aineiston analysointi.....	16
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	20
5.1. Perheen yhdessäolon kokemus leikkausosastolla ennalta suunnitellussa keisarileikkauksessa	20
5.1.1. Äidin malttamattomuus ja ilo heräämövierailusta	21
5.1.2. Äidin ja lapsen vuorovaikutuksen käynnistyminen	23
5.1.3. Henkilökunnan toiminta perheen yhdessäolon varmistamiseksi	25
5.1.4. Isän tyytyväisyys heräämövierailuun.....	27
5.2. Vanhempien kokemus ihokontaktista ennalta suunnitellussa keisarileikkauksessa	28
5.2.1. Kiintymyssuhteen muodostuminen.....	29
5.2.2. Ihokontaktin etujen huomaaminen	30
5.2.3. Luottamus imetyksen onnistumiseen.....	32
5.2.4. Leikkauksesta toipumisen helpottuminen	33
5.2.5. Kokemus ihokontaktin merkityksellisyydestä.....	34

6. POHDINTA.....	36
6.1. Tutkimuksen luotettavuus	36
6.2. Tutkimuksen eettisyys	38
6.3. Tulosten tarkastelu	39
6.4. Johtopäätökset ja kehittämissuositukset	44
6.5. Jatkotutkimusehdotukset	45

LÄHTEET.....	47
--------------	----

LIITTEET

Liite 1. Tutkittavan tiedote.....	52
Liite 2. Tutkittavan suostumus.....	53
Liite 3. Teemahaastattelun runko.....	54
Liite 4. Haastateltavien taustatiedot.....	55

1. JOHDANTO

Noin 50 vuotta sitten, kun synnytysten hoito siirtyi Suomessa kotoa sairaaloihin, suurin osa lapsista ei syntymän jälkeen voinut jäädä äitinsä luokse. Heidät siirrettiin sairaalan lastenhoituhuoneeseen, josta heidät vietiin äitiensä luo yleensä vain syöttöajoiksi. Hoitohenkilökunnan mielestä lapset olivat näin turvallisessa hoidossa ja äidit saivat levätä synnytyksen jälkeen. Luonnollisen syntymän liike 1970-80-luvulla vastusti kliinistä korkean teknologian synnytyksen hoitoa (Miettinen-Jaakkola 1992). Samoihin aikoihin alettiin äidin ja vastasyntyneen välisen kiintymyssuhteen muodostumiseen kiinnittää huomiota. Nisäkkäät leimautuivat emoonsa heti syntymän jälkeen, ja oli ilmeistä että myös ihmislapsen ja hänen äitinsä välille muodostuisi jonkinlainen side (Klaus & Kennell 1976). Vastasyntyneet pääsivät takaisin äitiensä luokse, ja sairaaloissa alettiin toteuttaa vierihoidoa, jossa lapset olivat äitiensä hoidossa koko vuorokauden.

Syntymän jälkeinen äidin ja vastasyntyneen välinen ensikontaktin mahdollistaminen on vakiintunut hoitokäytännöksi jo suurimmassa osassa Suomen synnytyssairaaloita sen monien tunnettujen positiivisten vaikutusten vuoksi (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009). Ensikontakti toteutetaan yleensä joko niin, että lapsi annetaan peitteeseen käärittynä äidin syliin tai hänet laitetaan äidilleen ihokontaktiin. Ihokontaktilla tarkoitetaan lapsen asettamista alastomana vatsalleen äidin paljaalle rintakehälle tai vatsalle. Lapsi kuivataan ja peitellään, ja hänen päähänsä asetetaan myssy lämmönhukan ehkäisemiseksi. (Moore ym. 2012.)

Aina ihokontaktin toteutuminen ei ole mahdollista. Synnyttäjä voi päätyä leikkaussaliin synnytyksen jälkeen muun muassa verenvuodon ja istukan kiinni jäämisen takia ja joutuu näissä tilanteissa eroon lapsestaan. Kuitenkin tavallisin syy siihen, ettei varhainen ihokontakti toteudu, on keisari-leikkaus. Vuonna 2009 keisarileikkausten osuus kaikista synnytyksistä on Suomessa vakiintunut noin 15 prosenttiin. Näistä ennalta suunniteltuja keisarileikkauksia oli kuusi % synnytyksistä, joka tarkoittaa yli 7000 synnytystä vuodessa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2012).

Isät pääsivät mukaan synnytyksiin 1970-luvulla. Isän rooli synnytyssairaalassa on perinteisesti ollut puolisonsa avustajan ja tukijan. Nykyisät ovat valveutuneita, asioista selvää ottavia toimijoita ja haluavat osallistua aktiivisesti koko odotus- ja synnytysprosessin ajan. Tästä osoituksena on muun muassa isien omaa järjestötoimintaa ja isistä lähtöisin olevaa perhevalmennuksen kehittämistä (Miessakit ry), jonka ajatuksena on, että mies on valmis ja kykenevä imettämistä lukuun ottamatta

kaikkiin lapsen hoidossa eteen tuleviin tehtäviin. Nykykäsityksen mukaan isän ja lapsen suhde kehittyy itsenäisesti. Se alkaa kehittyä heti ensimmäisistä elinpäivistä alkaen. Suhteen jatkumisen ja kehittymisen edellytyksenä on yhdessä vietetty aika, joka kasvattaa isän vanhemmuuden vastuuta ja lapsen turvallisuuden tunnetta. (Hermanson 2008, Sinkkonen 2003, Säävälä ym. 2002.)

Vaikka isä voi nykyään olla läsnä myös keisarileikkauksessa ja saa vastasyntyneen ihokontaktiin monissa Suomen synnytysairaaloissa, pääsy heräämään äidin luo ei ole yleensä mahdollista. Vain muutamissa synnytysyksiköissä Suomessa toteutetaan hoitokäytäntöä, jossa vastasyntyneelle ja isälle on järjestetty mahdollisuus päästä heräämään keisarileikatun äidin luo. Tällöin varhainen ihokontakti äidin kanssa mahdollistuu. (Deudel & Montonen 2010, Ruohotie 2004.) Tällaista hoitokäytäntöä Suomessa ei ole aikaisemmin tutkittu.

Perhekeskeisyyden periaatetta korostetaan erityisesti äitiyshuollossa ja lasten hoitotyössä. Tutkimusten mukaan perheet eivät kuitenkaan tule kohdelluiksi ja hoidetuiksi perhekeskeisesti (Hopia ym. 2005, Tammentie ym. 2004, Kazak 2002). Perhekeskeisyys kuuluu kaikkeen hoitotyöhön ja sen tulisi olla hoidon kehittämisessä keskeisellä sijalla (Paavilainen ym. 2000, Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999). Perhekeskeisyyden toteutuksessa eri erikoisalojen yksikköjen, kuten operatiivisen yksikön, lastentautien yksikön ja synnytysyksikön tulee tehdä yhteistyötä. Perhekeskeisessä hoitotyössä korostetaan koko perheen eikä vain hoidossa olevan yksilön huomioon ottamista. (Hakulinen ym. 1999).

Tähän tutkimukseen osallistujina oli yhden yliopistollisen sairaalan ennalta suunnitellulla keisarileikkauksella lapsen saaneita perheitä, joiden isillä ja vastasyntyneillä oli ollut mahdollisuus päästä keisarileikkauksen jälkeen heräämään lapsen äidin luo hänen ollessa siellä toipumassa leikkauksesta. Isällä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan joko lapsen biologista isää tai äidin kanssa parisuhteessa olevaa henkilöä, joka asettuu toisen vanhemman rooliin. Perheellä tarkoitetaan vastasyntyntä ja hänen vanhempiaan. Ihokontaktilla tarkoitetaan aikaa lapsen syntymästä kahden tunnin ikään.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1. Perhekeskeinen hoitotyö lapsen syntymässä

Äitiyshuolto on lapsen hoitotyön ohella yksi tärkeimpiä hoitotyön osa-alueita, jossa perhekeskeisyyden toteutumisesta on pyritty erityisesti huolehtimaan. Se on näkynyt erityisesti äitiysneuvolatoiminnassa. Esikoistaan odottavista miehistä perhevalmennuksiin osallistuu 80 %. Isien mukaan ottaminen ei ole kuitenkaan itsestäänselvyys. Neuvolatyöntekijät eivät osaa aina ottaa isää aktiivisesti mukaan tai jopa torjuvat hänet. Isät saattavat kokea itsensä ulkopuolisiksi neuvolassa ja erityisesti äitiyspoliklinikalla ja neuvolalääkärin vastaanotolla. Kuitenkin molempien vanhempien valmistautuminen vanhemmuuteen on tärkeää. Yhteistä vanhemmuutta tukemalla on mahdollista vahvistaa parisuhdetta ja vanhemmuutta ja sitä kautta luoda edellytyksiä lapsen terveelle kehitykselle. Vanhemmuuden ja perheen hyvinvoinnin tukemisessa neuvolalla voikin olla merkittävä rooli. (Paavilainen 2003, Sosiaali- ja terveysministeriö 1999.)

Tutkimuksessa äitien ja isien tarvitseman tuen kehittämistä tulokseksi saatiin, että niin äidit kuin isätkin saivat melko paljon tukea sekä neuvolasta että sairaalasta. Kehittämiskohteita olivat erityisesti parisuhteen muuttumisen huomioon ottaminen lapsen syntymän myötä, uudelleensynnyttäjien elämäntilanteen huomioon ottaminen sekä isien nykyistä parempi huomioon ottaminen sekä lapsen odotuksessa, syntymässä että sen jälkeen, sekä sairaalassa lapsivuodeaikana että perheen kotiin pääsyn jälkeen. Nämä olivat asioita, joihin perheet toivoivat lisää tukea. (Mesiäislehto-Soukka 2005, Paavilainen 2003, Tarkka 1996). Entistä parempi keskittyminen näihin asioihin mahdollistuu sillä, että lasta odottavat ja synnyttävät perheet nähdään sekä kokonaisina että yksilöistä muodostuvina. Äidit odottavina ja synnyttävinä yksilöinä vievät helposti kaiken huomion. Perheen kokonaisyhteistyön ymmärtäminen tärkeänä ohjaa henkilökunnan huomiota nykyistä enemmän tarkastelemaan asioita koko perheen eikä vain synnyttävän äidin näkökulmasta. (Porthan 2004.)

Perinteisesti perhe on määritelty isän, äidin ja lasten muodostamaksi kokonaisuudeksi. Tällöin puhutaan niin sanotusta ydinperheestä, jossa keskinäiset siteet ovat biologiset. Perhe voidaan määritellä myös juridisesti: perheen muodostaa avioliitossa tai avioliitonomaisessa suhteessa elävä pari. Näiden lisäksi perhe voi muodostua monella muulla tavalla, ja määräytyä myös emotionaalisiin kri-

teerein. Perhekäsitys nykyään on hyvin monimuotoinen. Lisäksi perhe systeeminä muuttuu elämän eri vaiheissa, esimerkiksi uuden lapsen syntyminen vaikuttaa perheen sisäisiin suhteisiin monella eri tavalla. (Åstedt-Kurki ym. 2008.)

2.2. Historiaa perheen yhdessäolosta lapsen syntymässä

Isä lapsen syntymässä

Synnytyksen ja lapsen syntymän jälkeinen hoito on muuttunut lääketieteen, yhteiskunnan ja traditioiden kehityksen myötä. Synnytys on perinteisesti ollut naisten aluetta, ja lapsen isällä on ollut mahdollisuus päästä tervehtimään äitiä ja vastasyntyntä vasta kun synnytys on ollut ohi. Suomessa lapsen syntymän näkeminen koko perheen tapahtumana sai sysäyksen Valvanteen ajatusten myötä 1960–70-luvulla. Vielä muutama vuosikymmen sitten miehet eivät osallistuneet lapsen odotukseen, synnytykseen eivätkä vastasyntyneen hoitoon, eikä synnytyssairaaloissa ollut tapana päästää isää mukaan synnytykseen. Isien osallistuminen muuttui vuosikymmenien myötä ja myös isät itse alkoivat vaatia itselleen oikeutta osallistua kaikkeen perhetapahtumaan liittyvään. Isät on perinteisesti nähty äitiä avustavina ja tukevinä, taka-alalla pysyvinä henkilöinä eivätkä itsenäisinä, aktiivisina toimijoina. (Kaila-Behm & Vehviläinen-Julkunen 1999, Valvanne 1986.)

Isät otettiin mukaan synnytysvalmennuksiin 1970-luvulta lähtien, joista tuli isän roolin laajenemisen myötä perhevalmennuksia. Isät pääsivät vähitellen mukaan sairaalasyntymisiin 1980-luvulta lähtien. Alettiin puhua perhesynnytyksestä, joka määriteltiin synnytykseksi, jossa isä on mukana (Suomi Sanakirja 2012). Molemmat puoliset ovat jakaneet hoitovastuuta heti lapsen syntymästä saakka yhä enenevässä määrin. Tähän ovat kannustaneet niin neuvolatyön uudet työmuodot kuin isyys- ja vanheimpainvapaajärjestelmä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, Kaila-Behm & Vehviläinen-Julkunen 1999.)

Vastasyntyneen ja vanhemman yhdessäolo

Vastasyntyneen ja äidin yhdessäolon historia on kokenut monia vaiheita. Aina 1950-luvulle asti synnytykset tapahtuivat useimmiten kotona. Tällöin lasta ei yleensä erotettu äidistään. Kätilö ja suvun naisväki huolehtivat synnyttäneestä äidistä pitkään synnytyksen jälkeen, jotta hän sai levätä ja keskittyä imettämiseen. Synnytysten siirryttyä sairaaloihin 1950-luvun jälkeen korostettiin voimak-

kaasti äidin ja lapsen turvallisuutta. Tämän seurauksena sairaaloiden rutiiniksi tuli, ei pelkästään lapsen isän erottaminen puolisostaan, vaan myös äidin ja lapsen erottaminen toisistaan syntymän jälkeen. Huoli koski muun muassa vastasyntyneen ruumiin lämmön laskua. Ajateltiin myös, että äidin tulisi saada levätä synnytyksen jälkeen, ja että ammattilainen on pätevämpi henkilö hoitamaan vastasyntynyttä kuin hänen oma äitinsä. (Moore 2007, Utrio 1984.)

Jackson ja Klatskin laativat jo vuonna 1948 ohjelman vierihoidolle (engl. rooming-in, suomenkielistä sanaa vierihoito käytettiin ensimmäisen kerran vuonna 1971), jonka mukaan vastasyntyneet olisivat suurimman osan vuorokaudesta synnyttäjän kanssa samassa huoneessa, jolloin synnyttäneet äidit oppisivat ja tottuisivat paremmin seuraamaan, hoitamaan ja imettämään lasta. Vierihoidon yleistyminen tapahtui kuitenkin hyvin hitaasti. (Jackson & Klatskin 1950.)

”Luonnollisen syntymän liike” 1970-80-luvulla oli reaktio sairaalassa tapahtuvaan korkeaa teknologiaa käyttävään synnytyksen hoitokäytäntöön. Se puolusti perheen oikeutta saada olla lapsensa kanssa viittaamalla tutkimuksiin äidin ja vastasyntyneen välisen kiintymyksen syntymisestä. Kiintymyssuhdeteorian (Bowlby 1957) mukaan ihmislapsen varhaiskehitystä säätelee vahvasti turvallisuuden tarve ja pyrkimys pysytellä lähellä hoivaavaa aikuista. Kiintymyssuhdeteorია sai vaikutteita eläinten käyttäytymistä tutkivasta etologiasta, eläinten leimaantumiskäyttäytymisen alueelta. Lapsen ja äidin yhdessäolon ja kiintymyssuhteen muodostumisen psykologisia hyötyjä toivat esille Klaus ja Kennell (1976). Tämän myötä alettiin huomata äidin ja vastasyntyneen yhdessäolon edut molempien hyvinvoinnille ja imetyksen käynnistymiselle.

Ensin puhuttiin äidin ja lapsen kiintymyssuhteesta, myöhemmin puhe laajentui koskemaan myös isää. Isän ja lapsen kiintymyssuhteen arvioitiin olevan verrannollinen äidin ja lapsen väliseen kiintymyssuhteeseen, ja etenkin USA:ssa oltiin vakuuttuneita isän ja lapsen kiintymyssuhteen positiivisesta vaikutuksesta heidän läheisyyteensä myöhemmin. Isän kiintymyssuhteeseen lapsensa kanssa vaikuttavat kuitenkin myös muun muassa äidin asenteet ja käytös sekä isän kulttuuriset, historialliset ja sosiaaliset roolit yhteiskunnassa. (Rödholm 1981.) Isän ja lapsen välinen kiintymyssuhde on monimutkainen asia. Isäksi tuleminen tunteet sekä rakkaus lapseen voivat olla vahvoja huolimatta siitä, osallistuiko isä synnytykseen vai näkikö hän lapsensa vain vilaukselta kapaloituna lastenhuoneen lasin läpi. (Greenberg & Morris 1974.)

2.3. Keisarileikkaus ja perheen yhdessäolon mahdollisuus

Keisarileikkaus on kaikkein yleisin kirurginen leikkaus maailmassa. Suomessa keisarileikkaukset alkoivat yleistyä 30 vuotta sitten. Tällä hetkellä synnytyksistä keisarileikkauksella syntyy noin 15 % suomalaisista lapsista. Maailmalla raportoidaan huomattavasti korkeampia lukuja, Latinalaisessa Amerikassa ja USA:ssa paikoin kolmasosa synnytyksistä tapahtuu keisarileikkauksella (Villar ym. 2006). Suurin osa keisarileikkauksesta tehdään yleensä puudutuksessa (selkäydintilaan tehty spinaalipuudutus tai selkäydinpuudutus). Vain 7 % keisarileikkauksista on hätäleikkauksia, jotka vaativat yleisanestesian. Joskus teknisistä ongelmista tai äidin perussairauksista johtuen potilas leikataan yleisanestesiassa myös ei-kiireellisissä leikkauksissa, mutta tämä on harvinaista. Yleisimmät syyt kiireelliselle tai hätäkeisarileikkaukselle ovat kohdun supistusheikkous, sikiön asento- eli tarjontavirhe ja sikiön hapenpuute. (Tiitinen 2012, Uotila & Tuimala 2011.)

Noin puolet keisarileikkauksista toteutetaan suunnitellusti. Tällöin puhutaan niin sanotusta elektivisestä sectiosta. Yleisimmät ennalta suunnitellun keisarileikkauksen aiheet ovat sikiön perätila, äidin ahdas lantio sikiön kokoon nähden, pre-eklampsia (verenpaineen nousu yli tason 140/90 mmHg ja virtsan valkuaispitoisuus yli 0,3 g/vrk) ja muut äidin sairaudet sekä synnytyspelko. (Tiitinen 2012, Uotila & Tuimala 2011.)

Keisarileikkauksella tarkoitetaan sikiön synnytystä vatsanpeitteiden ja kohdun seinämän läpi. Leikkauksessa vatsanpeitteet avataan, matalalle kohdun alaosaan tehdään poikkiviilto ja sikiökalvot puhkaistaan. Sikiö autetaan kohtuhaavasta ulos ja napanuora katkaistaan välittömästi. Istukka painetaan kohdusta ulos ja kohtuhaava suljetaan ompelein. (Tiitinen 2012, Uotila & Tuimala 2011.)

Leikkausosastoon kuuluvat leikkaussalit, joissa leikkaukset tapahtuvat, sekä heräämö, jossa potilaat toipuvat leikkauksesta yleensä muutaman tunnin ajan leikkauksen jälkeen. Keisarileikkauksen jälkeen äidin vointia (erityisesti kohdun supistuminen, puudutuksen häviäminen) seurataan heräämössä tavallisesti 1½ - 2 tunnin ajan. Äiti pystyy liikuttamaan jalkojaan parin tunnin kuluessa, mutta kosketustunnon ja lihasvoiman palautumiseen täysin voi mennä 46 tuntia. Leikkauksen jälkeiseen kipuun annetaan peruskipulääkkeitä ja tarvittaessa niitä voimakkaampiakin kipulääkkeitä. Verenpaineen ja pulssin tarkkailun lisäksi painetaan kohtua sen supistumisen varmistamiseksi sekä tarkkaillaan jälkivuodon määrää. (Uotila & Tuimala 2011.)

Leikkausosasto on ollut aivan viime vuosikymmeniin asti alue, johon isillä ei ole ollut pääsyä. Perhesynnytysten myötä perheet alkoivat vaatia isän pääsyä myös keisarileikkauksiin. Suomessa tämä

alkoi toteutua vähitellen 1980-luvulla. Isät pääsivät mukaan leikkaussaliin puudutuksissa tapahtuvissa leikkauksissa. Kun lapsi oli syntynyt leikkaushaavasta, hänet yleensä näytettiin pikaisesti vanhemmilleen ja vietiin hoitopöydälle, jossa suoritettiin alkuhoitotoimenpiteet. Isä osallistuminen riippui sairaalan käytännöistä; alkuhoitojen jälkeen isä sai lapsen yleensä syliinsä kapaloituna. Tämän jälkeen isä ja vastasyntynyt lähtivät kättilön kanssa pois leikkausosastolta, ja perhe yhdistyi lapsivuodeosastolla äidin tultua heräämöstä muutaman tunnin kuluttua. (Ruohotie 2004.)

Vaikka isä voi olla vastasyntyneen seurassa, saattaa äidillä kestää kauan, ennen kuin hän pääsee koskettamaan ja pitelemään vastasyntyntään. Kahdessa suomalaisessa yliopistosairaalassa toteutetussa tutkimuksessa noin puolet suunnitellusti keisarileikatuista äideistä ja 42 % päivystyskeisari-leikkauksella synnyttäneistä äideistä sai koskettaa vastasyntyntään vasta kahdeksan tunnin kuluttua keisarileikkauksesta. ”Lähes välittömästi” lastaan sai koskettaa vain 9 % suunnitellusti leikattua äitiä ja 22 % päivystysluonteisesti leikattua äitiä. Syliin lapsen sai välittömästi 34 % äideistä, 44 % noin kahden tunnin päästä ja 22 % yli kahdeksan tunnin päästä suunnitellusti leikatuista äideistä. (Tarkka ym. 2005.)

Vain muutamissa tutkimuksissa on sivuttu keisarileikkauksella syntyneen lapsen pääsyä äitinsä rinnalle. Yleensä se on vain lyhyt, muutaman minuutin kestävä käväisy. Puolalaisissa sairaaloissa 11 % keisarileikkauksella syntyneistä lapsista pääsi äitinsä rinnalle, mutta pääsy venyi usein tunnin päähän syntymästä (Mikiel-Kostyra ym. 2002). Lapsen viettämistä pidempiä aikoja äidin rinnalla välittömästi keisarileikkauksen jälkeen on raportoitu lähinnä niin sanotuissa Baby Friendly –sairaloissa, jossa äidit ja lapset viettävät yhdessä aikaa heräämössä ja äiti saa lapsen rinnalleen yleensä noin 30 minuutin kuluessa syntymästä. (Rowe-Murray & Fisher 2001.)

Norjassa, Oslon Rikshospitalet –sairaalassa on kehitetty erityinen tapa toimia ennalta suunnitelluissa keisarileikkauksissa. Sen tarkoituksena on ollut varmistaa perheiden mahdollisuus yhdessäoloon koko leikkauksen ajan. Perhe on yhdessä leikkaussalissa, ja lapsi asetetaan syntymän jälkeen äidin rinnalle ja peitellään siihen. Lapsi pysyy siinä siirrettäessä äitiä pois leikkauspöydältä sekä koko heräämössä olon ajan, jos äidin vointi sen sallii. Isä on mukana sekä leikkaussalissa että heräämössä ja hänen ohjeistetaan tarkkailemaan vastasyntyneen vointia. Jos jotain ongelmia ilmenee, voidaan paikalle kutsua kättilö tai lastenlääkäri. (Nylander ym. 2008.)

Tämän toimintatavan sujuvaksi saaminen vaati valmisteluja, jotka kestivät kuukausia. Leikkausosaston, synnytysosastojen ja vastasyntyneen tarkkailuosastojen henkilökunta kävivät keskenään keskusteluja valmisteluista ja käytännön ratkaisuista. Leikkausosaston henkilökunta sai koulutusta vanhempien ja vastasyntyneen varhaisen kontaktin merkityksestä ja imetyksen eduista. Toimintata-

paa arvioitiin haastatteluin ja kyselyin sekä perheille että henkilökunnalle. Kaikki sen läpi käyneet äidit olivat innostuneita, etenkin edellisen lapsensa myös keisarileikkauksella synnyttäneet. Muutama isistä koki huolta vastuustaan, mutta he olivat kuitenkin tyytyväisiä toimintatapaan. Henkilökunta suhtautui pääosin positiivisesti. Jotkut käytännön asiat selvitettiin yhteistyössä. (Nylander 2008.)

Samantyyppinen hoitomenetelmä ennalta suunnitellulle keisarileikkaukselle on ns. ”luonnollinen keisarileikkaus” joka on esitelty lontoolaisessa synnytyssairaalassa Englannissa. (Smith ym. 2008.)

2.4. Ihokontakti vanhemman ja vastasyntyneen välillä

Iho on ihmisen suurin tuntoelin, joka välittää tietoa ympäröivästä maailmasta hermojärjestelmälle. Iho rekisteröi lämmön, kylmän, paineen, kosketuksen ja kivun. Ihon kautta vastasyntynyt saa ensimmäisen käsityksen ympäröivästä maailmasta ja pystyy sopeutumaan siihen. Jo raskauden varhaisessa vaiheessa sikiö on eri tavoin vuorovaikutuksessa äitinsä kanssa. Aisteista ensimmäisenä alkaa kehittyä tuntoaisti, joka jäsentää monin tavoin ympäristöä sikiölle. Lapsiveden värähtelyn ansiosta sikiö on vuorovaikutuksessa äitinsä kanssa äänien, liikkeiden, kosketuksen, rytmien, makujen ja tuntoaistin välityksellä. Vastasyntyneellä on syntymästään lähtien kommunikaatiota mahdollistavia biologisia, kognitiivisia, emotionaalisia ja sosiaalisia taitoja, ja hän kykenee heti synnyttyään aktiiviseen vuorovaikutukseen. (Korhonen 2009, Uvnäs Moberg 2007.)

Ihokontaktilla tarkoitetaan vastasyntyneen asettamista vatsalleen äidin vatsalle tai paljaalle rintakehälle (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009). Lapsi kuivataan ja peitellään lämpimällä pyyhkeellä tai peitolla, koska vastasyntynyt jäähtyy helposti. Ihanteellisimmillaan häiriintymätön ihokontakti alkaa välittömästi syntymän jälkeen kestäen niin kauan kun vanhemmat sitä toivovat ja tilanne sallii. Syntymän jälkeiset toimenpiteet, kuten mittaukset, kylpy ja K-vitamiinin antaminen voidaan tehdä myöhemmin. Jos äiti ei vointinsa puolesta voi pitää vastasyntynyttä ihokontaktissa tai ei halua sitä, voi lapsen isä tällöin pitää lasta ihokontaktissa paidan sisällä ihoa vasten. (Lumsden & Holmes 2010, Niemelä ym. 2003.)

Liedloff (2004) esitti vuonna 1975 ajatuksen siitä, että vauvat syntyvät evoluution ohjaamana ja yhdessäolo vanhemman kanssa on heille tärkeää. He ovat onnellisimpia tuntiessaan omaa paljasta ihoaan vasten toisen ihon kankaan sijaan. Ihokontaktia alettiin käyttää 1970-luvun lopulla ensin ennen aikaisten vauvojen hoidossa. Ensimmäiseksi se otettiin käyttöön Bogotassa, Kolumbiassa sijaitsevassa San Juan de Dios –sairaalassa, jossa ennen aikaisten vastasyntyneiden sairastavuus- ja

kuolleisuusluvut olivat korkeita eikä resursseja korkeatasoiseen tehohoitoon ollut. Siellä eräs lääkäristä esitti, että äidit ottaisivat pienipainoiset lapsensa jatkuvaan ihokontaktiin pitääkseen heidät lämpiminä ja tarjotakseen heille äidinmaitoa. Tämä vapautti inkubaattoreita ja hoitohenkilökuntaa. (Bergh & Pattison 2003.)

Ihokontaktin monia fysiologisia vaikutuksia on tutkittu paljon. Siinä vastasyntynyt rauhoittuu äidin rinnalle ja lakkaa itkemästä muutamassa minuutissa syntymänsä jälkeen. Hyväkuntoinen vastasyntynyt on virkeä, mutta nukahtaa yleensä parin tunnin ikään mennessä. Ihokontaktissa olevat vastasyntyneet saavuttavat unenomaisen, rauhallisen olotilan keskimäärin lähes puolet nopeammin kuin vastasyntyneet, jotka eivät ole olleet ihokontaktissa. He viettävät keskimäärin enemmän aikaa syvässä unessa, vähemmän aikaa valveilla, unen – valveen rajamailla, ärtyisänä tai levottomana. Ensimmäisen vuorokauden uni on adaptaatiota syntymästressille ja merkitsee aivorungon hyvää tasapainoa. Uni puskuroi vastasyntynyttä ympäristön voimakkaita valo- ja ääniefektejä vastaan. Ihokontakti vaikuttaa keskushermoston toimintaan edullisesti ja auttaa vastasyntyneen neurologista sopeutumista. (Moore ym. 2012, Erlandsson ym. 2007, Goldstein Ferber & Makhoul 2004.)

Ihokontaktissa olleiden vastasyntyneiden vitaalielintoiminnot ovat vakaat: hengitystiheys ja sydämen syke ovat matalammat kuin vastasyntyneillä, jotka eivät ole olleet ihokontaktissa. Keuhkojen paremmasta sopeutumisesta syntymään kertoo myös suurempi hengitysvoimakkuus. Myös verensokeriarvot pysyvät korkeampina kertoen rauhallisena pysyvän lapsen tasapainoisemmasta sokeriainenvaihdunnasta. Kehon lämpö pysyy optimaalilla tasolla, joka on yhteydessä äidin kehon lämpöön. Jos vastasyntyneen ruumiinlämpö on syystä tai toisesta päässyt laskemaan, ihokontakti on paras tapa lämmittää hänet. (Moore ym. 2012, Bystrova ym. 2007.)

Ihokontaktissa olleiden vastasyntyneiden havaittiin osoittavan aiemmin rinnan hamuamisrefleksiä ja imevän rintaa keskimäärin kaksi kertaa tehokkaammin kuin vastasyntyneiden, jotka eivät olleet ihokontaktissa (Moore ym. 2012, Moore & Andersson 2007). He ovat myös useammin ja pidempään imetettyjä. Ainakin 20 minuuttia kestänyt ihokontakti lisäsi imetyskestoa selvästi, täysimetys lisääntyi 0,39 kuukaudella ja imetyksen kokonaiskesto 1,43 kuukaudella. (Mikiel-Kostyra ym. 2002). Cochrane-katsauksessa (Moore ym. 2012) käsiteltiin 16 tutkimuksessa esiintyviä imetystuloksia, ja näissä 10 tutkimusta osoitti tilastollisesti merkitseviä eroja sekä täysimetyksen että kokonaisimetyksen pidemmässä kestossa.

Sillä, millä synnytystavalla lapsi saapuu maailmaan, on merkitystä ensi-imetyksen ajankohtaan. Ensi-imeminen tapahtui varhaisemmin alatie- ja imukuppi- tai pihtiavusteisesti synnytyillä ja myöhemmin keisarileikatuilla lapsilla. Rowe-Murrayn ja Fisherin (2001) Australiassa suoritetussa

tutkimuksessa ainoastaan niin sanotuissa Baby Friendly – sairaalassa keisarileikkauksella syntyneet lapset pääsivät imemään ensimmäisen tunnin aikana syntymästään.

Jos vain on mahdollista, vanhemman ja vastasyntyneen ensikontakti tulisi toteuttaa ihokontaktina sen monien positiivisten vaikutusten vuoksi. Yleensä vastasyntynyt asetetaan äidilleen ihokontaktiin. Jos äidin voimien takia hänen ja vastasyntyneen välinen ihokontakti ei onnistu, myös isä voi ottaa lapsen ihokontaktiin ja tarjota hänelle lämpöä ja läheisyyttä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2009.)

Ihokontaktiin lapsensa kanssa päässeet äidit kokivat lapsen pitämisen siinä luonnolliseksi ja vaitonvaraiseksi toiminnaksi. Ihokontaktissa lapsen pitäminen tuntui miellyttävältä ja rentouttavalta, eikä sitä olisi halunnut lopettaa. (Finigan & Davies 2004, Dombrowski ym 2001, Widström ym. 1990.) Tutkimuksien mukaan ihokontaktilla on vaikutusta myös äidin mielialaan: välittömästi ihokontaktiin vastasyntyneen lapsensa saaneen äidin mieliala oli korkeampi kolmen kuukauden (Bigelow ym. 2012) ja kahdeksan kuukauden (Rowe-Murray & Fischer 2001) kuluttua synnytyksestä kuin äideillä, jotka eivät olleet ihokontaktiin lasta saaneet. de Chateau oli jo 1980-luvulla raportoinut äidin ottavan enemmän fyysisistä kontaktia ja katsekontaktia lapseensa hänen ollessaan kolmen ja 12 kuukauden ikäinen, jos äiti oli saanut lapsen ihokontaktiin heti hänen synnyttyään (de Chateau 1980).

2.5. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Perheen ottaminen osaksi keisarileikkaukseen tulevan äidin hoitotyötä pohjautuu perhehoitotyön näkemykseen, jossa perhe on vähintään asiakkaan hoidon taustatekijänä (Friedman 1999). Tässä tutkimuksessa perhe on enemmän, se on asiakas itsessään, koska isällä on aktiivinen osa ennalta suunnitellun keisarileikkauksen hoitoprosessissa. Isä toimii lapsen hoivaajana, jolloin isä on myös hoitavan henkilön roolissa. (Hakulinen ym. 1999.)

Vastasyntyneen ja äidin yhdessäolo syntymän jälkeen on saanut merkityksen kiintymyssuhdeteoriasta. Yhdessäolon ja ensikontaktin biologinen puoli korostaa ihmisen olevan olento, johon pätee samat lainalaisuudet kuin muihin nisäkkäisiin (Klaus & Kennell 1976). Isän ja vastasyntyneen välille voi muodostua läheinen suhde, josta hoitotieteellisissä tutkimuksissa on oltu kiinnostuneita. Isien päästyä synnytykseen mukaan on tutkittu muun muassa isän roolia synnytyksessä (Makkonen ym.

1981) ja isien näkökulmaa synnytyksessä mukana olemiseen (Tiedje & Darling-Fisher 1996, Callister 1995).

Ihokontaktin positiiviset vaikutukset vastasyntyneelle tunnetaan hyvin. Ihokontaktiin äitinsä kanssa päässyt vastasyntynyt ei yleensä itke ja hän on valmiimpi imemään kuin vastasyntynyt, joka ei ole ollut ihokontaktissa. Tällöin ensi-imetus varhaistuu ja onnistuu menestyksekkäämmin. Ihokontaktissa oleva vastasyntyneen vitaalitoiminnot, kuten hengitys ja sydämen syke ovat vakaat ja hänen lämpönsä ja verensokerinsa pysyvät normaalitasolla. (Moore ym. 2012, Erlandsson ym. 2007). Pitkäkestoisista myönteisistä vaikutuksista tunnetuin on pidentynyt imetyksen kesto (Moore ym. 2012, Moore & Anderson 2007, Mikiel-Kostyra ym. 2002). Sekä äideistä että isistä ihokontakti oli luontevaa ja miellyttävää (Finigan & Davies 2004, Dombrowski ym 2001, Widström ym. 1990).

Keisarileikkauksen jälkeinen ensikontakti äidin ja lapsen välillä venyy usein yli kahden tunnin päähän (Tarkka ym. 2005), jolloin lapsen aktiivinen, virkeä ja rintaa hamuava käyttäytyminen on johonkin. Isä viettää keisarileikkauksen jälkeen ensihetket lapsensa kanssa, mutta hänellä on harvoin mahdollisuus vierailta leikkauksesta toipuvan äidin luona heräämössä. Tässä tutkimuksessa perheet ovat päässeet viettämään syntymän jälkeisiä ensihetkiä heräämössä yhdessä. Perheen yhdessäolon kokemusta heräämössä keisarileikkauksen jälkeen ei ole Suomessa tutkittu aiemmin.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perheen yhdessäolon ja vanhemman ja lapsen välisen ihokontaktin kokemusta leikkaussalissa ennalta suunnitellussa keisarileikkauksessa perheen näkökulmasta. Tutkimuksen tuomaa tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä keisarileikatun naisen ja hänen perheensä hoitoa ja yhteistyötä synnytysosaston ja leikkausosaston välillä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälainen kokemus perheen yhdessäolo leikkausosastolla on ennalta suunnitellulla keisarileikkauksella syntyneen lapsen vanhemmille?
2. Miten ennalta suunnitellulla keisarileikkauksella syntyneen vastasyntyneen vanhemmat kokevat ihokontaktin vastasyntyneen kanssa?

4. EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1. Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseen osallistui yhdessä yliopistollisessa sairaalassa kuusi ennalta suunnitellusti keisarileikattua äitiä ja heidän puolisoaan, yhteensä 12 henkilöä. Edellytyksenä oli, että tutkimukseen osallistujilla oli ollut mahdollisuus olla yhdessä leikkausosastolla, jolloin pitää ihokontaktiin lapsen saaminen mahdollistuu. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusten osallistujien määrä ei ole olennainen asia. Aineiston keruussa saatavan materiaalin laatu korvaa määrän: aineiston rikkaus ei riipu osallistujien määrästä. Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät vaikuttavat myös siihen, kuinka paljon tutkimukseen osallistujia tarvitaan. Tässä tutkimuksessa käytetään tutkimukseen osallistuneista henkilöistä termiä osallistuja ja haastateltava. (Kylmä & Juvakka 2007, Hirsjärvi & Hurme 2000.)

Kaikki tutkimukseen osallistuneet naiset olivat uudelleensynnyttäjiä. Kahdelle miehelle lapsi oli ensimmäinen. Kaikilla naisilla oli takanaan aikaisempi keisarileikkaus, kahdella myös alatiesynnytys. Naiset olivat iältään 25-42-vuotiaita, keski-ikä oli 33 vuotta. Miehet olivat iältään 28-45-vuotiaita, keski-ikä oli 36 vuotta. Keisarileikkaukset tapahtuivat täysiaikaisina (raskausviikoilla 38-40), lasten keskimääräinen syntymäpaino oli 3340 g. Keisarileikkausten syyt olivat aikaisempi keisarileikkaus, synnytyspelko ja perätila.

Tässä tutkimuksessa osallistujina olivat hiljattain keisarileikkauksen läpi käyneet perheet. Henkilöt, joilla on tuore kokemus asiasta, ovat parhaita tiedonantajia tutkimuksessa. Aineisto tulee kerätä sieltä, missä tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä esiintyy ja josta löytyy henkilöitä, joilla on oma-kohtaista kokemusta siitä. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tavoitteena oli löytää perheitä, jotka ovat olleet halukkaita kertomaan kokemuksistaan.

4.2. Aineiston hankinta

Tässä tutkimuksessa aineiston hankintamenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Tutkimuksessa haettiin saada selville tutkimukseen osallistuvien perheiden kokemuksia. Teemahaastatteluun päädyttiin siksi, ettei keisarileikkattujen perheiden kokemuksia ihokontaktista heräämössä ole aikaisemmin juurikaan tutkittu. Teemahaastattelua käytetään, kun halutaan selvittää vähän tiedettyjä asioita. Se sopii menetelmäksi, kun vastaukset perustuvat yksilön omaan kokemukseen. Teemahaastattelussa edetään etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Tutkimuksen tekijä valitsee muutamia avainkysymyksiä tai aihepiirejä, joiden ympärille haastattelu rakentuu. Teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamiaan merkityksiä sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutussuhteessa. Tarkoitus on löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisesti ja saada monipuolisia ja värikkäitä kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, Eskola & Suoranta 1998.)

Synnyttäjät, joiden synnytystavaksi päätettiin keisarileikkaus, saivat kyseessä olevan sairaalan äitiyspoliklinikan kättilöltä kirjekuoren, jossa oli selvitys tutkimuksen kulusta (tutkittavan tiedote, liite 1) sekä suostumuslomake (tutkittavan suostumus, liite 2). Kirjekuoria vietiin aluksi äitiyspoliklinikalle 20 kappaletta ja tarkoituksena oli viedä kuoria 20 kappaleen erissä niin kauan, kunnes oli saatu haastateltua kymmenen perhettä. Tutkimukseen suostuvat perheet palauttivat suostumuslomakkeen tutkijalle osoitetussa palautuskirjekuoressa, jonka postimaksu oli maksettu. Äitiyspoliklinikan kättilöt alkoivat jakaa kirjekuoria huhtikuun 2012 alussa. Aluksi kuoria jaettiin keisarileikkaukseen tuleville suunnatun informaatiokäynnin yhteydessä, jolla perheet kävivät kaksi - kolme päivää ennen toimenpidettä. Toukokuun 2012 puolenväliin menneessä tutkijalle ei ollut palautunut yhtään suostumusta. Tämän jälkeen tutkija kävi henkilökohtaisesti kertomassa äitiyspoliklinikan kättilöille tutkimuksesta ja neuvottelemassa tutkimuskirjekuorien jakamisesta. Sovittiin, että jatkossa kuoret jaetaan jo siinä vaiheessa kun keisarileikkauspäätös tehdään. Tällöin miettimisaikaa jää perheille enemmän, yhdestä kolmeen viikkoon. Suostumuksia palautui tämän jälkeen vähitellen, kaikkiaan seitsemän perhettä ilmoitti halukkuutensa haastatteluun.

Suostumuslomakkeen saatuaan tutkija soitti perheelle esittäytyäkseen ja keskustellakseen tulevasta haastattelusta. Haastateltavien sisäänottokriteereiksi oli määritelty suomenkielisyys ja täysi-ikäisyys. Suostumuslomakkeessa oli kysytty suunniteltu leikkauspäivä, ja tutkija soitti perheille sairaalaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Tällöin sovittiin haastatteluajankohta ja

paikka. Kuusi haastattelua (N=12) päästiin toteuttamaan touko-syyskuussa 2012. Yhden osallistujan raskaus päättyi kiireelliseen keisarileikkaukseen ennen suunnitellun leikkauksen ajankohtaa, joten hän jäi pois tutkimuksesta. Tässä tutkimuksessa osallistujien määräksi tavoiteltiin kymmentä perhettä. Halukkaita perheitä saatiin kuitenkin suhteellisen hitaasti tutkimukseen osallistujiksi, vaikka tutkimuskirjekuoria jaettiin kaikkiaan 80 kpl.

Tutkimushaastattelut tehtiin toisena tai kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä ja ne tapahtuivat kyseessä olevan sairaalan lapsivuodeosastolla. Haastattelut tapahtuivat parihaastatteluina (äiti ja isä). Haastatteluajankohta pyrittiin sopimaan osallistujien ehdoilla. Kaikki haastateltavat halusivat haastattelun tapahtuvan sairaalassa ennen kotiinlähtöä. Haastattelupaikkana toimi osaston potilashuone, joka oli perheen käytössä omana perhehuoneena, osaston päiväsalin tai tutkimushuone. Haastateltavat olivat saaneet tiedon haastattelujen nauhoittamisesta tutkittavan tiedotteessa, ja nauhoituslupa varmistettiin perheiltä vielä suullisesti haastattelun alussa. Haastattelut kestivät 20 - 54 minuuttia, keskiarvon ollessa 38 minuuttia.

Haastattelun aluksi perheitä onniteltiin perhetapahtuman johdosta. Perheet kertoivat usein haastattelun alussa oma-aloitteisesti tunnelmistaan ja perheen muiden lapsien reaktioista uuteen perhejäseneseen. Haastateltaessa luotiin luottamuksellinen ja turvallinen ilmapiiri (Hirsjärvi & Hurme 2000). Perheet olivat monisanaisia ja kertoivat avoimesti tutkimuskysymyksiin liittyvistä asioista. Tutkija eteni haastattelussa osallistujien ehdoilla, ja perheille pyrittiin antamaan tarpeeksi aikaa ja tilaa kertoa mahdollisimman monipuolisesti kokemuksiaan. Tutkimuksen teemat (liite 3) ohjasivat väljästi haastattelun kulkua.

Haastattelu on sosiaalinen vuorovaikutustilanne, tutkijan aloitteesta tapahtuva vuorovaikutuksellinen keskustelu, jossa tutkija pyrkii saamaan tietoonsa haastatteluaihepiiriin kuuluvat asiat. Teema-haastattelussa ei ole pakollista esittää kaikkia kysymyksiä samassa järjestyksessä, vaan haastattelussa edetään osallistujien ehdoilla (Hirsjärvi & Hurme 2000). Tutkimuksen tarkoitus, luottamuksellisuus ja vapaaehtoisuus kerrottiin perheille jokaisen haastattelun aluksi. Osallistujien taustatietoja (liite 4), jotka ovat ikä, synnyttäneisyys, edelliset synnytystavat, raskausviikot, ihokontaktikokemus, keisarileikkauksen syy ei kysytty erillisellä kyselylomakkeella, vaan ne sisältyivät haastatteluun. Tutkimuksen teemat olivat perheen yhdessäolon kokemus ja vastasyntyneen ja vanhemman välisen ihokontaktin kokemus leikkausosastolla (liite 3). Tutkija teki kaikki haastattelut itse, eikä haastattelutilassa ollut perheen ja tutkijan lisäksi muita ihmisiä.

Yksi haastatteluista tapahtui osittain englannin kielellä. Tämä haastattelu haluttiin sisällyttää aineistoon, koska se oli sisällöltään rikas. Koska sisäänottokriteerinä oli suomenkielisyys, kysyttiin tut-

kimusluvan antaneelta taholta suostumus siihen, että tutkimuslupa koskee myös osittain englanninkielistä aineistoa. Haastattelut olivat pääsääntöisesti luontevia tapahtumia, ja perheet kertoivat mielellään kokemuksiaan. Vain lyhimmäksi (20 minuuttia) jääneessä haastattelussa perhe oli lyhytsanainen ja tuntui kiirehtivän kotiinlähtöä sairaalasta.

4.3. Aineiston analysointi

Tämän tutkimuksen teemahaastattelulla kerätty aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sen avulla aineistoa jäseneltiin ja käsitteellistettiin systemaattisesti ja aiheesta pyrittiin tuottamaan selkeä sanallinen kuvaus. Sisällönanalyysiä voidaan pitää laadullisen aineiston perusanalyysimenetelmänä, joka sopii erilaisiin kirjallisessa muodossa olevien aineistojen analysointiin. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineistoa selkeään ja tiiviiseen muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2009, Elo & Kyngäs 2008.)

Haastattelut kirjoitettiin tietokoneen Word-tiedostoihin sanatarkasti. Yhteensä tekstiä tuli 52 sivua Calibri -fontilla koko 10, riviväli 1. Aineisto oli rikas. Äänitysten laatu oli pääosin hyvä, yhdessä haastattelussa oli runsaasti taustakohinaa ja muutamista isän haastatteluosuuksien sanoista ei saatu selvää. Epäselvät kohdat kuunneltiin useaan kertaan, jotta viesti saataisiin mahdollisimman hyvin talteen niiltä osin, kun se oli mahdollista. Kokonaisuuden ei katsottu tästä kuitenkaan kärsineen. Muutamissa haastatteluissa äiti ja isä puhuivat muutamia kertoja yhteen ääneen, mutta näidenkin kohtien sanomasta sai hyvin selvää. Tässä litterointivaiheessa aineisto koodattiin niin, että tiedettiin, milloin haastateltava oli ollut äiti (Ä), milloin isä (I). Haastattelujärjestys (1 - 6) koodattiin myös. Näin alkuperäisaineistoon oli helpompi palata myöhemmin.

Litteroitua aineistoa luettiin tämän läpi useita kertoja esittäen sille tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä: mikä on ihokontaktin kokemus keisarileikkauksen jälkeen ja miten haastateltavat kokivat perheen yhdessäolon leikkausosastolla. Aineistoa luettaessa huomattiin, että vanhemmat olivat puhuneet haastatteluissaan paitsi perheen yhdessäolon kokemuksesta heräämössä, myös yhdessäolon kokemuksesta leikkaussalissa leikkauksen aikana. Koska perheen yhdessäolo oli haastattelun tema, ei yhdessäolon tapahtumapaikkaa haluttu rajoittaa vain heräämössä tapahtuvaksi, kuten tutkimussuunnitelmassa määriteltiin, vaan tutkimustehtävässä paikaksi määriteltiin koko leikkausosasto, joka tarkoittaa sekä leikkaussalia että heräämötä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustehtävät voivat tarkentua tutkimuksen kuluessa. Joskus tutkimustehtävien lopullinen kielellinen hioutuminen

voi tapahtua vasta tutkimuksen valmistumisvaiheessa. (Kylmä & Juvakka 2007, Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 2006.)

Tässä aineistossa analyysiyksiköksi valittiin laajasti kaikki aineiston sisältämät ja tutkimustehtävien kannalta olennaiset ilmaisut yksittäisistä sanayhdistelmistä laajempiin ajatuskokonaisuuksiin. Analyysissä pyrittiin tuomaan esille mahdollisimman tarkasti haastateltavien lausumia ajatuskokonaisuuksia yrittäen olla jättämättä pois tutkimustehtävien kannalta oleellista tietoa. Analyysiyksikkö, joka määräytyy tutkimuskysymysten ja aineiston laadun mukaan, määritellään ennen analyysin aloittamista. Se voi olla yksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Oman tulkinnan mahdollisuus on kuitenkin aina induktiivisessa sisällönanalyysissä olemassa, koska toisen ihmisen sanoman ja kokemusten ymmärtäminen on aina tulkintaa. ((Tuomi & Sarajärvi 2009, Elo & Kyngäs 2008).

Aineistolähtöisen analyysiprosessin mukaisesti aineistoa pelkistettiin, ryhmiteltiin ja abstrahoitettiin. Ensimmäinen vaihe oli pelkistäminen, jossa tutkimustehtävän mukaiset alkuperäiset ilmaisut kirjattiin ja muunnettiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi mahdollisimman tarkasti aineiston termein. (Janhonen 2003.) Alkuperäisilmaisut taulukoitiin tutkimustehtävittäin listoiksi eri taulukoihin ja koodattiin kuten litterointivaiheessa: ilmaisuiden viereen merkittiin haastattelun numero, onko kyseessä isä vai äiti (Ä/I) ja litteroinnin sivunumero. Alkuperäisilmaisu pelkistettiin samaan taulukkoon. Pelkistettyjä ilmaisuja aineistosta tuli yhteensä 133 kpl.

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin, toisin sanoen etsittiin pelkistetyistä ilmaisuista yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin alakategorioiksi ja annettiin niille sisältöä kuvaava nimi. Aineiston ryhmittelyssä käytettiin apuna myös tulkintaa. Taulukoissa 1 ja 2 esitetään esimerkkejä aineiston pelkistämisestä ja alakategorioiden muodostumisesta. Laadullisessa sisällönanalyysissä sisältöä kuvaavien kategorioiden annetaan ohjautua aineistosta käsin. Sisällönanalyysissä on keskeistä tunnistaa sisällöllisiä väittämiä, jotka ilmaisevat jotain tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat. (Kylmä & Juvakka 2007.)

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
<i>”Oli se kuitenkin tärkeätä, että me päästiin sinne (heräämööön). Olis se kuitenkin rauhallisempi tilanne kuin siellä leikkaussalissa. Ja kun kaikki oli siinä vaiheessa ohi, niin sekin vaikuttaa.”</i>	Isästä heräämööön pääsy oli tärkeää Heräämöössä tilanne oli rauhallisempi kuin leikkaussalissa Isää leikkauksen ohi oleminen rauhoitti
<i>”Nii, se oli sellaine lyhyt käväisy...aivan. Mä olin tietysti vähän pettynyt...”</i>	Pettymys lapsen lyhyestä rinnan päällä olosta heräämöössä
<i>”Mä olin ihan onnessani, että tämmönen mahdollisuus on olemassa. Ku joutuu siel heräämöössäas makaamaan toisten kanssa nii ois aika hirveetä olla siellä yksin.”</i>	Äiti oli onnellinen, koska mahdollisuus heräämövierailuun oli olemassa Yksin oleminen heräämöössä olisi hirveää
<i>”On annettu ainakin mahdollisuus (imetämiseen) hoitohenkilökunnan puolelta”</i>	Heräämööön hoitohenkilökunta mahdollisti imetyksen

TAULUKKO 2. Esimerkki alakategorioiden muodostumisesta

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria
Heräämöössä lapsi imi rintaa Lapsi sai hyvän imuotteen Heräämöössä lapsi oli valmis imemään oltuaan isällään ihokontaktissa Lapsi alkoi imeä heräämöössä Imetys käynnistyi heräämöössä heti	Imetyksen käynnistyminen heräämöössä
Äiti oli onnellinen, koska heräämövierailumahdollisuus oli olemassa Äidistä heräämövierailu oli erikoiskohtelua	Heräämövierailu on äidistä hyvä käytäntö

Seuraavaksi ryhmiteltiin samansisältöisiä alakategorioita, joista muodostettiin 1. tutkimustehtävässä neljä, 2. tutkimustehtävässä viisi yläkategoriaa. Molempien tutkimustehtävien mukaan annettiin tämän jälkeen nimet yhdistäville kategorioille. Yläkategorioiden muodostumisesta esitetään esimerkki taulukossa 3. Aineistoon palattiin prosessin jokaisessa vaiheessa useaan kertaan. Aineistoon palaamisen tarkoituksena oli varmistaa, että ala- ja yläkategoriat vastaavat tutkimustehtäviin, ne ovat toisensa poissulkevia ja aineistolähtöisiä. (Hirsjärvi & Hurme 2001; Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tuloksissa raportoidaan sisällön analyysin menetelmällä muodostettu käsitejärjestelmä, joka havainnollistetaan esimerkein pelkistyksistä ja kategorioiden muodostamisesta. Tuloksissa käytetään perheiden ilmaisemia suoria lainauksia. Niiden tehtävänä on lisätä tutkimuksen luotettavuutta, jota lukija voi niiden perusteella arvioida. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

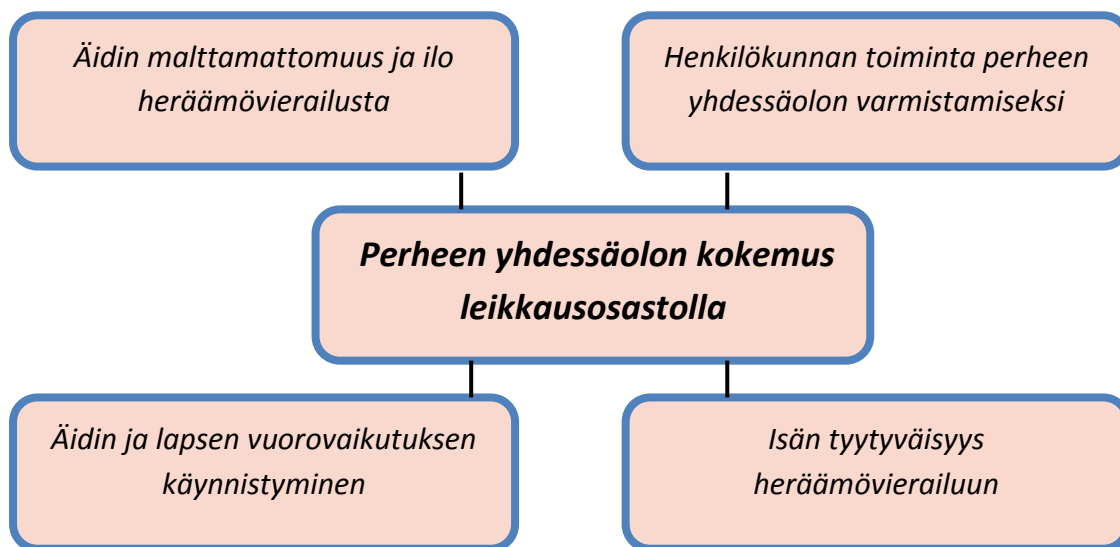
TAULUKKO 3. Esimerkki yläkategorioiden muodostumisesta

Alakategoria	Yläkategoria
Äidin voinnin mukainen perheen yhdessäolon toteutus heräämössä	Henkilökunnan toiminta perheen yhdessäolon mahdollistamiseksi
Heräämön henkilökunta informoi äitiä heräämövierailun ajankohdasta	
Kirurgi mahdollisti äidin ja lapsen yhdessäolon leikkauksen aikana	
Kättilö mahdollisti heräämövierailun	
Henkilökunta avusti äitiä heräämössä lapsen vieraillessa	

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1. Perheen yhdessäolon kokemus leikkausosastolla ennalta suunnitellussa keisarileikkauksessa

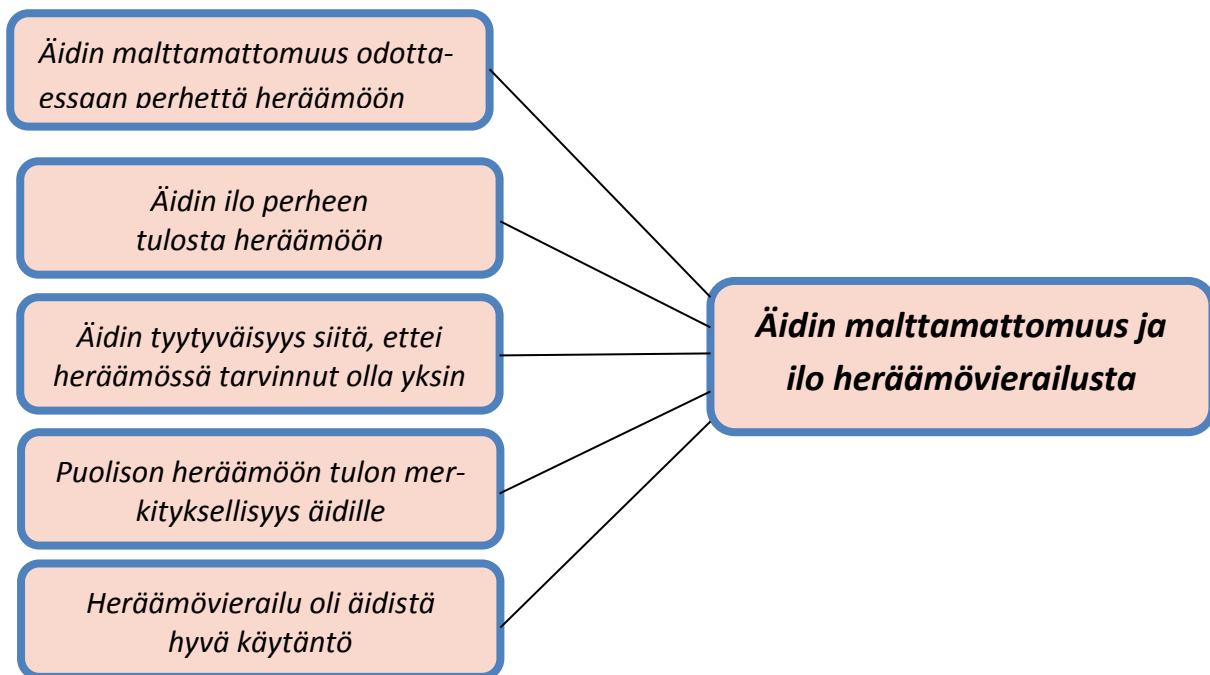
Perheen yhdessäolon kokemus leikkausosastolla oli äidin malttamattomuutta ja iloa heräämövierailusta, henkilökunnan toimintaa perheen yhdessäolon varmistamiseksi, äidin ja lapsen vuorovaikutuksen käynnistymistä ja isän tyytyväisyyttä heräämövierailuun (kuvio 1).



KUVIO 1. Perheen yhdessäolon kokemus leikkausosastolla

5.1.1. Äidin malttamattomuus ja ilo heräämövierailusta

Äidin malttamattomuus ja ilo heräämövierailusta näkyi siten, että hän odotti perhettään (isä ja vatsasyntynyt) ja oli iloinen heidän tulosta heräämööseen, hän oli tyytyväinen, ettei heräämössä tarvinnut olla yksin, puolison heräämööseen tulo oli merkityksellistä hänelle ja heräämövierailu oli hänestä hyvä käytäntö (kuvio2).



KUVIO 2. Äidin malttamattomuus ja ilo heräämövierailusta

Ennen perheen heräämööseen tuloa äidit ikävöivät lastaan ja olivat malttamattomia tapaamaan hänet. Koko heräämöseuranta tuntui pitkältä ja äideistä perheen tulo heräämööseen kesti kauan. Äidit kyselivät henkilökunnalta isän ja lapsen vierailun ajankohtaa.

”Ku ties et oli pieni vauva ja olit nähny sen vilkaisulta ja sit makaat siel yksinäs ja odottelet et milloin se tulee.”

”...ja mä ootin ja ootin ja ootin ja kattelin kelloa...”

”Ei ne oo vieläkään täällä ja aloin sit niiltä kyselee...”

Äidit kertoivat torkahdelleensa välillä ja havahtuneensa sitten siihen, että perhe ei ollut vielä tullut heräämään; ”...aina välillä vähän torkahdin ja olin pois pelistä ja sit taas havahduin hereille...”.

Äidit kokivat puolison ja lapsen heräämään tulon tärkeäksi. Sitä kuvailtiin liikuttavaksi, ihanaksi ja iloiseksi tapahtumaksi. Heräämövierailua pidettiin hienona kokemuksena ja jotkut isät ja vastasyntyneet pääsivät heräämään kaksikin kertaa. Joillekin äideille heräämövierailu oli yllätys, he eivät olleet osanneet odottaa perhettä sinne.

”No miltäs se sitten tuntu kun nää kaks tuli sinne sitte...no ihanalta tietysti.”

”Sä tulit sit uudestaan tänne vauvan kanssa ja olit aika pitkään toistamiseen. Mulla meni aika pitkään nii sai sitten olla...”.

”Yllätys oli suuri kun isä ja lapsi ilmaantuivat heräämään ja sain lapsen heti rinnalle”.

Äidit ilmaisivat tyytyväisyytensä heräämövierailuun siltäkin kannalta, ettei heräämössä ollessa tarvinnut olla yksin. Mahdollinen yksinolo heräämössä olisi ollut ikävä kokemus.

”Ku joutu sit heräämössä makaa toisten kanssa niin ois aika hirveää olla siellä yksin.”

”...no se ettei tarvinnut olla yksin. Siin tuli niin julma olo kun ei ollu kunnolla nähny sitä lasta.”

Äidit kertoivat puolisoitensa heräämään tulon olleen tärkeä ja hieno asia. Heräämöseurannan keston ajaksi ei tarvinnut olla puolisoista erossa. Toisaalta ilmi tuotiin, että puolison heräämään tulo oli toissijaista ja ettei se ollut niin merkityksellistä kuin lapsen heräämään tulo.

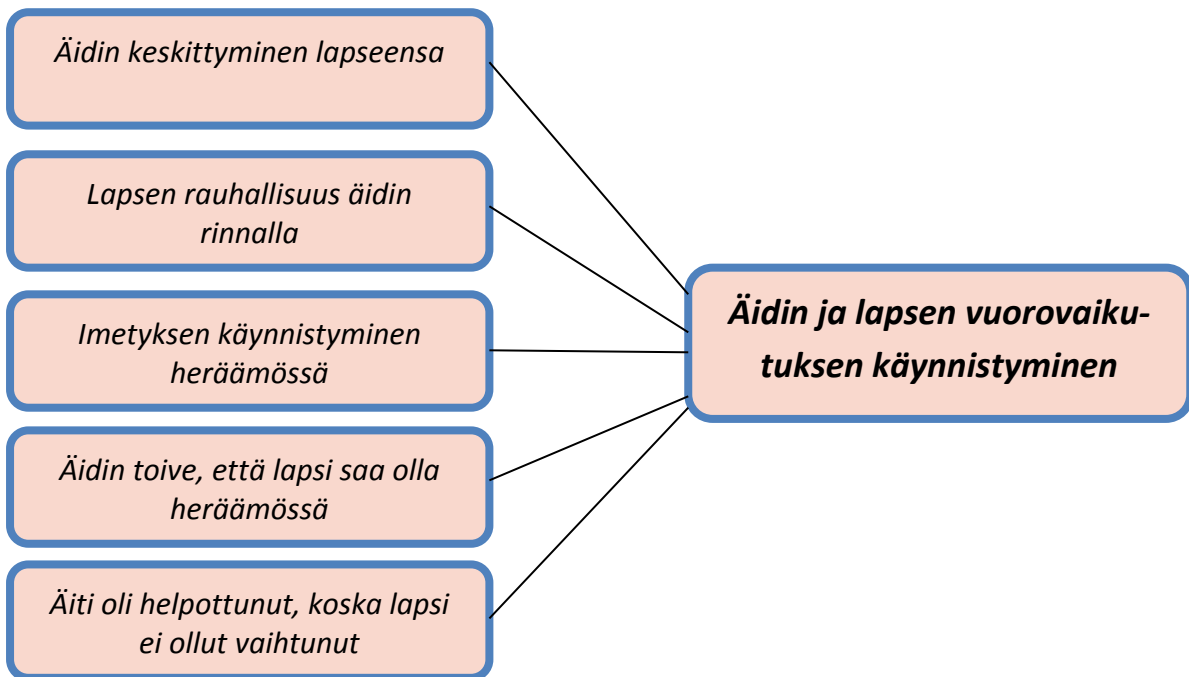
”...mut sillai oli tärkeä että pääs näkemään ettei tullut kolmen tunnin erossa oloa...”.

”En mä välttämättä sitä miestä (nauraa), ehkä ennemminkin niin, että näkee että toinen tuo, niin se on se ilo, mutta sen jälkeen keskittyy vain tähän vauvaan. (Miehelle:) Sori vaan!”.

Äidit olivat tyytyväisiä hoitokäytäntöön, jossa heräämövierailu oli mahdollistettu; *...mä olin ihan onnessani, et tämmönen mahollisuus on olemassa...”. Heräämövierailun koettiin olevan erikoiskohdelua ja hyvää hoitoa. Hoitokäytännön jatkumista keisarileikkauksien yhteydessä toivottiin.*

5.1.2. Äidin ja lapsen vuorovaikutuksen käynnistyminen

Äidin ja lapsen vuorovaikutuksen käynnistyminen oli äidin keskittymistä lapseensa, lapsen rauhallisuutta äidin rinnalla, imetyksen käynnistymistä heräämössä, äidin toivetta siitä, että lapsi saa olla heräämössä ja äidin helpotusta siitä, ettei lapsi ollut vaihtunut (kuvio 3).



KUVIO 3. Äidin ja lapsen vuorovaikutuksen käynnistyminen

Heräämööseen lapsensa saaneet äidit unohtivat ympärillä olevan lapsen tullessa vierailulle.

”Tietysti se oli sellainen hälyinen paikka ja paljon ihmisiä, mutta tavallaan kaikki ympärillä oleva menetti merkityksensä, kun sen lapsen sai siihen rinnalle.”

Heräämöseuranta saattoi kestää kauemmin kuin tavanomaiset 1,5 – 2 tuntia, jos toipumisessa ilmenneet komplikaatiot vaativat pidempää seurantaa tai sairaalan paikkatilanteen vuoksi paikkaa lapsivuodeosastolla joutui odottamaan. Pitkään kestävässä heräämöseurannassa lapsen vierailu ja hänen saaminen rinnalle oli arvostettua.

”Me vietettiin heräämössä melko pitkään huonetta odottaen, joten siksikin se rinnalle saaminen oli niin ihanaa.”

Heräämööön äitinsä rinnalle päässyt lapsi oli rauhallinen. Jos hän itki heräämööön tullessaan, rauhoittuminen tapahtui nopeasti.

“Hän itki tullessaan heräämööön, joten hän oli hereillä. Ja sitten hän rauhoittui kun hänet asetettiin paitani alle.”

Rinnalle saaminen merkitsi myös imetystä: äidit ilmaisivat tyytyväisyytensä siihen, että ensi-imetys heräämössä mahdollistettiin. Lapset ilmaisivat rintaa hamuavaa käyttäytymistä, tarttuivat rintaan ja alkoivat imeä. Äidit kertoivat lapsen saaneen hyvän imuotteen ja olleen virkeä ja valpas.

”Aluksi mä ihmettelin miten tää nyt onnistuu, kun en uskaltanut liikkua itte, mutta niin se vaan kätilö laittoi vauvan rinnalleni ja imetys käynnistyi heti. Ehdottomasti hieno kokemus!”

”Heräämössä hän imi rintaa, kätilö auttoi siinä. Hän sai hyvän imuotteen. Hän oli että, hei, jotain tapahtuu!”

Se, että isä toi lapsen heräämööön, toi varmuuden siitä, että lapsi oli oma. Tiedettiin, että lapsien identifiointijärjestelmä on Suomessa luotettava, mutta; *”...kun on vilkas mielikuviutus ja kaikenlaista sitä kuulee”.*

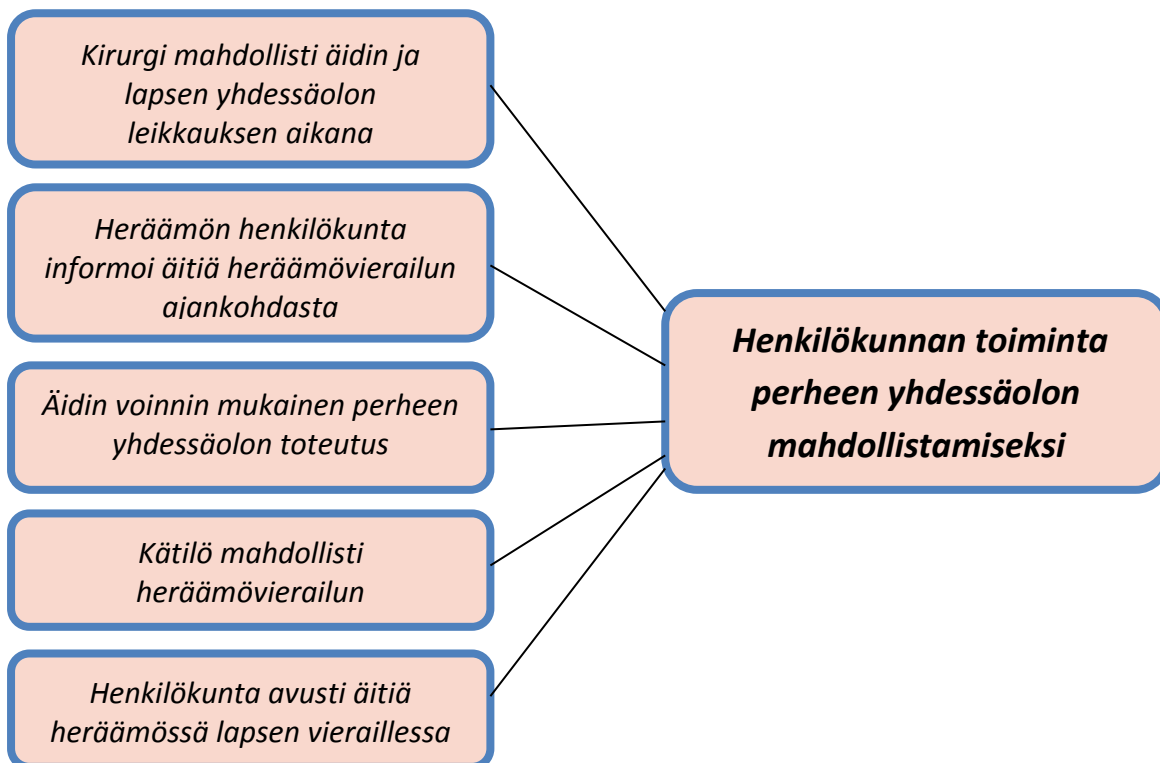
”Et oli tosi hieno juttu et joku (isä) tuli ja mä näin siinä ettei mun lapsi ollut vaihtunut. Oli sama lapsi ja mies ja mä sain sen lapsen siihen ja se oli tosi hieno juttu.”

Äiti toivoi, että lapsi voi olla heräämössä. Lapsen heräämössä ollessa äidille heräsi pelko siitä, että lapsi viedään pois heräämöstä jos hän itkee ja häiritsee siten muita heräämössä olijoita.

”...et jos vauva häiritsee sit niitä tai jos vauva itkee ni viedäänkö se pois tai jotain muuta.”

5.1.3. Henkilökunnan toiminta perheen yhdessäolon varmistamiseksi

Henkilökunta toiminta perheen yhdessäolon mahdollistamiseksi näkyi siten, että kirurgi mahdollisti äidin ja lapsen yhdessäolon leikkauksen aikana, heräämön henkilökunta informoi äitiä heräämövierailun ajankohdasta, perheen yhdessäolo heräämössä toteutettiin äidin voinnin mukaisesti, kätilö mahdollisti heräämövierailun ja henkilökunta avusti äitiä heräämössä lapsen vieraillessa (kuvio 4).



KUVIO 4. Henkilökunnan toiminta perheen yhdessäolon mahdollistamiseksi

Jo leikkauksen aikana äidillä oli mahdollisuus saada lapsi rinnan päälle hetkeksi. Lapsen asetettiin äidin rinnan päälle poikittain lähelle kaulaa. Riippuen äidin voinnista, leikkauksen kulusta ja leikkaavasta lääkäristä lapsi oli äidin rinnalla pienen käväsytyn tai lähes koko leikkauksen loppuosan ajan. Äidit olivat tyytyväisiä leikkaavan lääkärin toimintaan, jonka ansiosta lapsi ja äiti saivat olla yhdessä leikkauksen aikana. Lyhyempi yhdessäolo leikkauksen aikana tuotti pettymyksen äidille.

”Ja seniorikirurgi sanoi, et nimenomaan tänne vaan, ei häntä häiritse, hän tätä vatsan puolta operoi, ettei saa vain nauraa. Heidän asenteensa oli tosiaan hämmästyttävän hyvä koska tiedän itekin että kirurgien kanssa on joskus haasteellista työskennellä ja he oli tosin hyvin siinä tilanteessa mukana.”

”Nii, se oli sellainen lyhyt käväisy vaan...aivan. Mä olin tietysti vähän pettynyt.”

Äidin huonovointisuus saattoi myös rajoittaa lapsen rinnan päällä olemista.

”Olihan se siin jonkun aikaa mut sit mulle tuli paha olo ja ne otti sen pois kun tuntu et rupes oksettaa. Oishan se saanu siinä pidempäänkin olla.”

Heräämööseen tultuaan lapsi sai pääsääntöisesti olla äidin rinnalla pitkään, 60 - 90 minuuttia, jollei äidin voinnissa ilmennyt seikkoja jotka olisivat vaatineet tarkempaa seurantaa ja siten lapsi äidin rinnalla olisi hankaloittanut henkilökunnan työskentelyä. Heräämön henkilökunta piti äitiä ajan tasalla heräämövierailun ajankohdasta. Koska aika heräämössä tuntui äideistä pitkältä, tieto lapsen tulevasta heräämövierailusta oli tervetullut.

”Tiesin et ne on kuiteski jossain vaiheessa tulossa nii ei siis kauheesti ehtinu kaivata.”

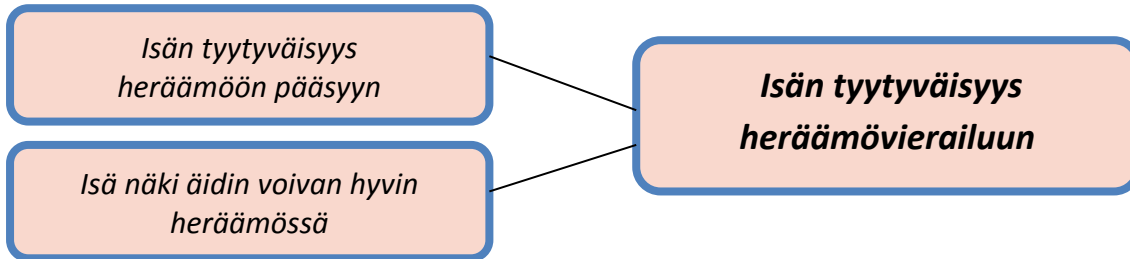
Keisarileikkauksissa mukana ollut lapsivuodeosaston kättilö toimi heräämövierailun mahdollistamiseksi. Hän soitti heräämööseen kysyäksään äidin vointia ja mahdollisuutta isän ja lapsen vierailulle. Äidit toivat esille kättilön toiminnan: että he olivat onnekkaita kun kättilö ehti viedä isän ja lapsen heräämööseen, ja jos työvuoroon sattui vielä ”leikkauksiin erikoistunut kättilö”.

”Onneksi meillä kävi tuuri, siinä oli kaksi kättilöä, ei aina välttämättä pääse sinne, sinne heräämööseen äidin luo, jos joku ei ehdi täältä (lapsivuodeosastolta), mutta meillä oli tosi hyvä tuuri, oli kättilö joka oli erikoistunut näihin sectioihin ja sen takia hän tähän meidän tilanteeseen sinä päivänä tarttui.”

Henkilökunta paitsi mahdollisti isän ja lapsen vierailun, myös avusti äitiä laittamalla lapsen äidin paidan alle hyvään asentoon ja avustamalla imetyksessä.

5.1.4. Isän tyytyväisyys heräämövierailuun

Isän tyytyväisyys heräämövierailuun oli isän tyytyväisyyttä heräämööseen pääsyyn ja että hän näki äidin voivan hyvin heräämössä (kuvio 5).



KUVIO 5. Isän tyytyväisyys heräämövierailuun

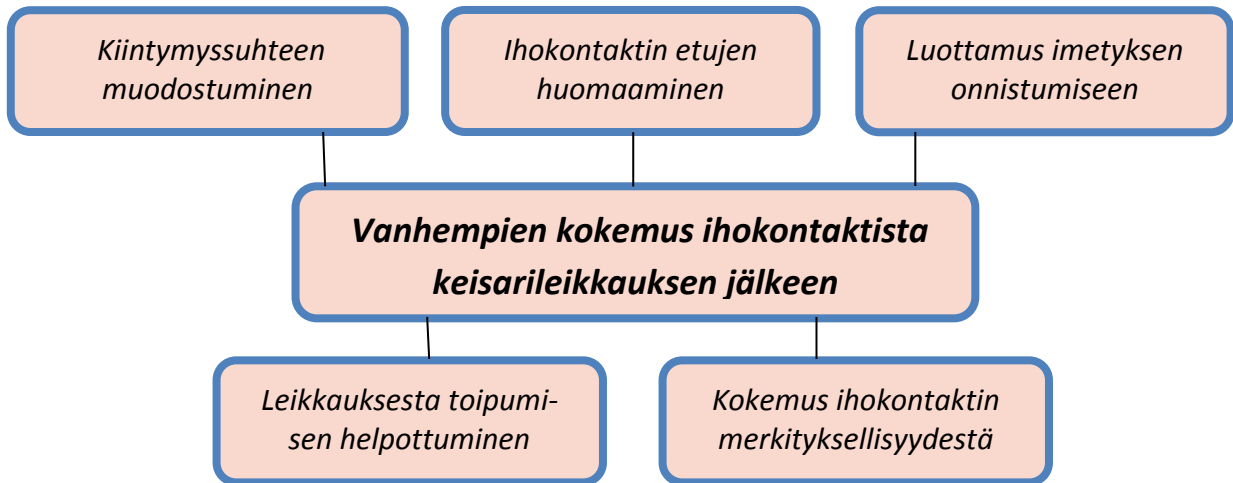
Isistä heräämööseen oli luontevaa mennä ja he kokivat, että heräämööseen pääsy oli tärkeää. Isät ilmaisivat helpotuksensa ilman komplikaatioita menneestä leikkauksesta ja siitä, että näkivät äidin voivan hyvin heräämössä.

”Oli se kuitenkin tärkeää, että me päästiin sinne (heräämööseen), oli se kuitenkin rauhallisempi tilanne kuin siellä leikkaussalissa. Ja kun kaikki on siinä vaiheessa ohi, sekin vaikuttaa.”

”...no sellaisia...ties että hän (äiti) toipuu siellä...tosiaan, ei sitä sitten sen kummempia ollut. Oli kiva et kaikki oli hyvin.”

5.2. Vanhempien kokemus ihokontaktista ennalta suunnitellussa keisarileikkauksessa

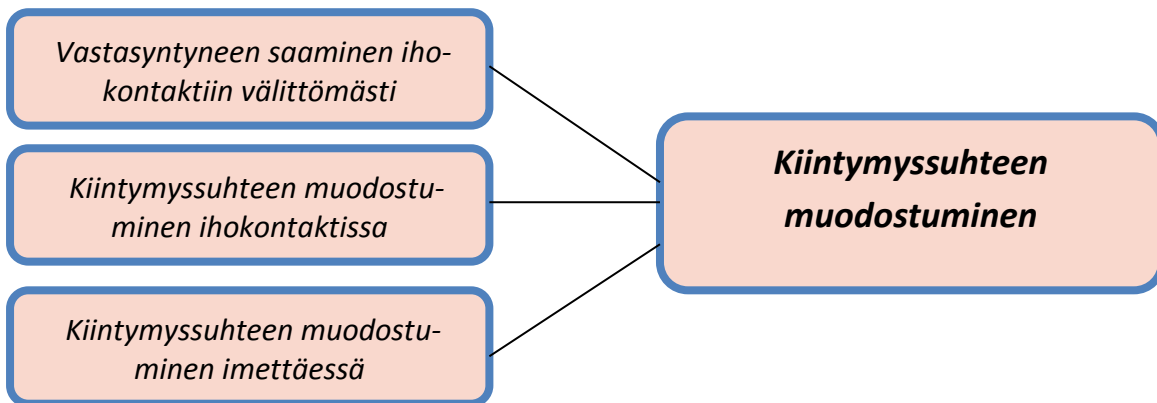
Vanhempien kokemus ihokontaktista keisarileikkauksen jälkeen oli kiintymyssuhteen muodostumisesta, ihokontaktin etujen huomaamisesta, luottamusta imetyksen onnistumiseen, leikkauksesta toipumisen helpottumista ja kokemusta ihokontaktin merkityksellisyydestä (kuvio 6).



KUVIO 6. Vanhempien kokemus ihokontaktista keisarileikkauksen jälkeen

5.2.1. Kiintymyssuhteen muodostuminen

Kiintymyssuhteen muodostuminen oli vastasyntyneen saamista ihokontaktiin välittömästi, kiintymyssuhteen muodostumista ihokontaktissa ja kiintymyssuhteen muodostumista imettäessä (kuvio 7).



KUVIO 7. Kiintymyssuhteen muodostuminen

Keisarileikkauksen jälkeen äiti sai lapsen välittömästi ihokontaktiin. Ensimmäinen ihokontakti leikkauksen ollessa vielä kesken oli lyhyt, yleensä viidestä kymmeneen minuuttia. Kokemus oli uusi, ja äidit olivat tyytyväisiä tähän mahdollisuuteen.

”Olin todella onnellinen siitä (että sai pidellä lasta heti syntymän jälkeen) koska tämä oli ensimmäinen kerta kun sain lapsen rintani päälle.”

Äidit kokivat, että lapsi tuntui läheisemmältä hänen ollessaan ihokontaktissa.

”...hyvältä tuntu se ihokontakti kun vauva oli ilman vaatteita niin se tuntu niinku läheisemmältä.”

Äidit, joilla edellinen synnytys oli ollut keisarileikkaus, vertasivat tämän keisarileikkauksen kokemuksesta edelliseen ja arvelivat, että tällä kerralla tunteet lasta kohtaan tulivat aikaisemmin kuin edellisen lapsen syntymässä. He ilmaisivat kiintymyssuhteen lapsen kehittyneen eri lailla kuin tällä kerralla ihokontaktin kokemuksen myötä.

”Ne tunteet tuli aika paljon myöhemmin kun nyt, että nyt on ihan eri lailla sellainen kiintymyssuhde tullut, et mä luulen et se on siitä ihokontaktista.”

Äidit ilmaisivat iloa siitä, että kokivat lapsen tunnistavan hänet rinnalle asetettuna. He kokivat, että tunne äitinä olemisesta voimistui. Ihokontaktilla nähtiin olevan iso rooli lapsen ja äidin suhteen muodostumisessa.

”...kun hänet laitettiin rinnalle niin tuli sellainen, että ihanaa, nyt se tunnisti että mä olen hänen äitinsä.”

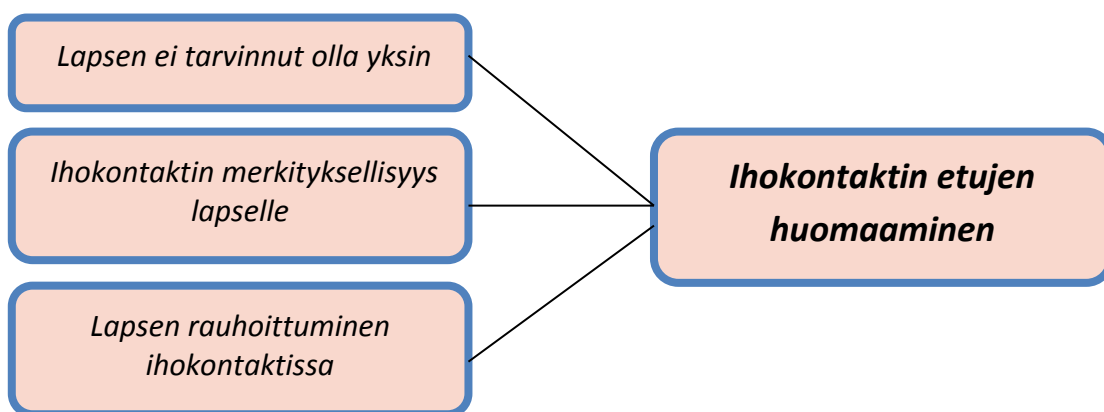
”Tuntui selkeesti enemmän siltä, että oli niin kuin äiti. Mä en tiedä, johtuuko se siitä että oli toinen lapsi että osaa asennoitua äidin rooliin eri lailla, vai onko se sitä että vaan se ihokontakti, mä kyllä näkisin että sillä on hirmu iso rooli sillä, että tavallaan luodaan se suhde heti yhdessä.”

Myös imetyksen käynnistymisellä ja onnistumisella nähtiin olevan merkitystä kiintymyssuhteen muodostumisessa.

”Näen, että ne ovat yhdessä: kun imetys onnistuu (ihokontaktin ansiosta), se vaikuttaa siihen kiintymykseen, koska tulee sellainen yhteys vauvalle ja äidille.”

5.2.2. Ihokontaktin etujen huomaaminen

Ihokontaktin etujen huomaaminen ilmeni siten, ettei lapsen tarvinnut olla yksin, että ihokontakti oli merkityksellistä lapselle ja että lapsi rauhoittui ihokontaktissa (kuvio 8).



KUVIO 8. Ihokontaktin etujen huomaaminen

Kun vanhemmat kertoivat ihokontaktin kokemuksesta vastasyntyneen kannalta, oli se, ettei lapsen tarvinnut olla yksin, merkityksellinen asia: oltiin tyytyväisiä siihen, että lasta ei erotettu vanhemmistaan.

”Varmaan ei tänkään tarvinnu yksin möllöttää missään kopassa jossain sairaanhoitajien huoneessa.”

Äidit kokivat lapsen saamisen paljaan rintakehänsä päälle erilaiseksi, fantastiseksi aluksi. Molemmat vanhemmat ilmaisivat ajatuksen siitä, että ihokontaktilla oli suuri merkitys lapselle. Vanhemmat huomasivat lapsen rauhoittuvan asetettaessa hänet ihokontaktiin.

”Mielestäni tapa (viittaa lapsen asettamiseen ihokontaktiin), jolla elämä alkaa, on erittäin tärkeää lapselle. Jos on kysymyksessä hätätilanne, elämä alkaa hyvin rankalla tavalla.”

”Tällä kerralla oli kysymyksessä suunniteltu keisarileikkaus ja lapsi palautettiin välittömästi vanhemmilleen ihokontaktiin. Mielestäni hän sai fantastisen alun.”

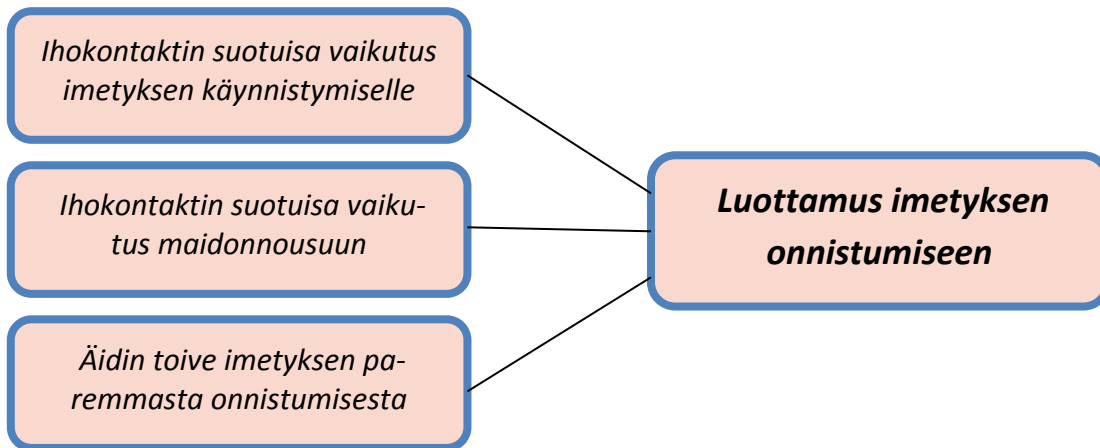
...ja musta sillä oli suuri merkitys.(isä)”

”Kyllähän sen tietysti huomas, että se lapselle oli sillai tärkeä, kun se siinä hamus, ja se rauhottu siihen niin se oli iloista...(isä)”

”Ja kyl se oli musta sillee rauhottui siihen ihan eri lailla, kun on ihan paljas iho.”

5.2.3. Luottamus imetyksen onnistumiseen

Luottamus imetyksen onnistumiseen oli ihokontaktin suotuisaa vaikutusta imetyksen käynnistymiselle, ihokontaktin suotuisaa vaikutusta maidonnousuun ja äidin toivetta imetyksen paremmasta onnistumisesta (kuvio 9.)



KUVIO 9. Luottamus imetyksen onnistumiseen

Äidit vertasivat imetyksen käynnistymistä tämän ja edellisen synnytyksen yhteydessä. Vastasyntyneet alkoivat imeä äidin rinnalle asetettuina, ja tämä tuntui äideistä hyvältä, mutta myös häkellyttävältä.

”Joo, sitten mä sain ihokontaktiin ja tota ... vauva alkoi heti imemään, se tuntui tosi hyvältä. Edelliseen kokemukseen verrattuna olin hyvin häkeltynyt siitä, että ei se voi mennä niin. Ja se ihan heti alkoi imemään ja oli siinä niin rauhassa ja tosiaan, me oltiin tosi pitkään siinä.”

Äidit arvelivat, että koska lapsi oli ollut isällään ihokontaktissa lapsivuodeosastolla ennen kuin heräämövierailu toteutui, oli lapsi valmiimpi imemään rintaa heräämössä; *”...vauva tuli niin valmiina imemään siihen heräämööön, että on totta, että isä valmisti vauvaa siihen ihokontaktilla.”*

Äidit uskoivat siihen, että ihokontaktin takia maito nousi aikaisemmin. Uudelleensynnyttäjät vertailivat maidon nousua tämän ja edellisen synnytyksen välillä ja arvelivat, että maitoa tuli paremmin tämän keisarileikkauksen jälkeen ihokontaktin ansiosta.

”Tämä (maidonnousu) näyttää paremmalta nyt. Tulee jo vähän maitoa. Niin ei ole käynyt koskaan aikaisemmin.”

”Luulen että sen vuoksi (ihokontakti) multa tulee jo vähän maitoa.”

”...no mä ajattelin että varmaa maidon tulo lähtee aikasemmin käyntiin.”

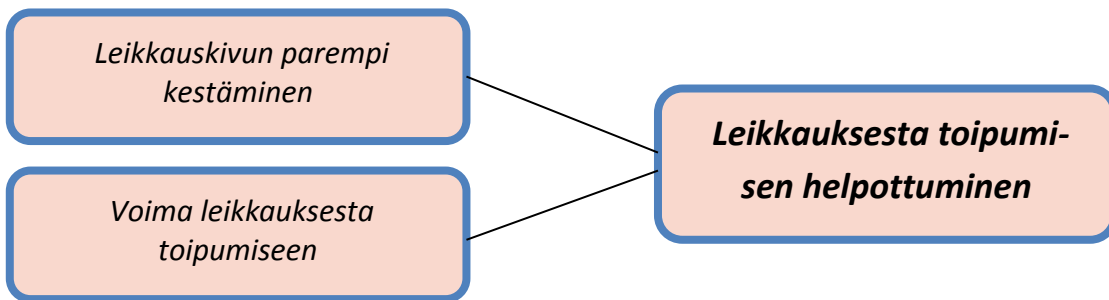
”En tiedä johtuuko maidon hyvä nouseminen siitä, että mä sain vauvan imetettäväksi, mutta ainakin maitoa lähti tulemaan paljon paremmin tämän sectiovauvan kanssa kuin alatiesynnytyksellä synnyttämäni vauvan kanssa.”

Onnistunut ensi-imetys herätti äitien toiveet imetyksen paremmasta sujumisesta jatkossa.

”Että tää imetys on näinkin hyvin lähtenyt, on ollut hirveesti haasteita niiden kahden edellisen kanssa. Ei ole koskaan onnistunut ja nyt ois mielettömän hieno jos tää onnistuis.”

5.2.4. Leikkauksesta toipumisen helpottuminen

Leikkauksesta toipumisen helpottuminen oli ihokontaktin tuomaa leikkauskivun parempaa kestämistä ja voimaa leikkauksesta toipumiseen (kuvio 10)



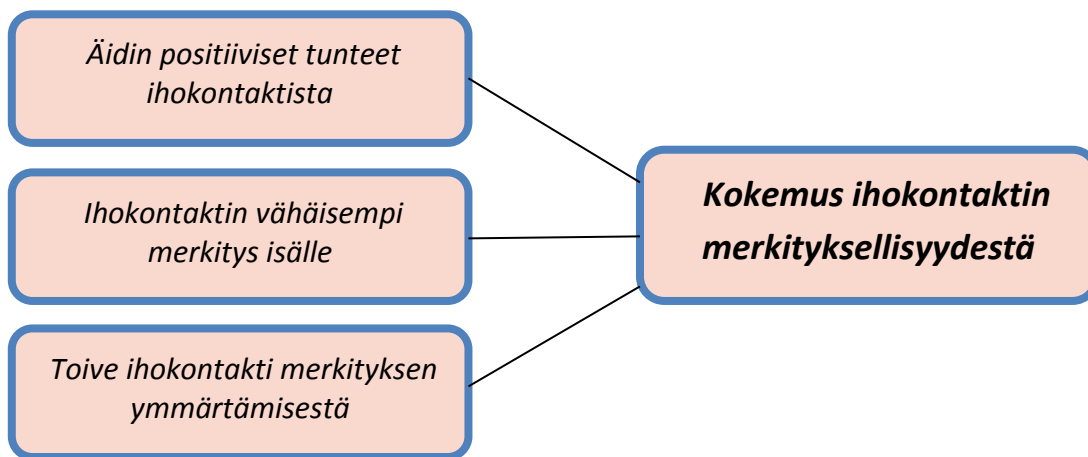
KUVIO 10. Leikkauksesta toipumisen helpottuminen

Leikkauskivun kokemiseen ja leikkauksesta toipumiseen ihokontaktilla koettiin olevan voimaa antava vaikutus. Se oli paitsi fyysistä – koettiin, että leikkauskipua ole ehkä niin paljon – myös psyykkistä. Äidit kokivat, että kipua kesti paremmin osittain senkin vuoksi, että mieliala oli parempi. Yhdeksi syyksi tähän esitettiin toteutunut ihokontakti. Koettiin, että siitä sai voimaa liikkeelle lähtemiseen.

”Et mä uskon et se tavallaan auttaa parantumaan, kun vauva saa olla tässä (iholla) ja se tuo sitten voimaa toipumiseen ja liikkeelle lähtemiseen. Ja myös varmaan psyykinen mieliala ja tila vaikuttaa siihen, kivun kokemiseen, kun on parempi mieli, kivun kestää paremmin tai sit sitä ei ehkä ole niin paljon.”

5.2.5. Kokemus ihokontaktin merkityksellisyydestä

Kokemus ihokontaktin merkityksellisyydestä oli äidin positiivisia tunteita ihokontaktista, ihokontaktin vähäisempää merkitystä isälle ja toivetta ihokontaktin merkityksen ymmärtämisestä (kuvio11).



KUVIO 11. Kokemus ihokontaktin merkityksellisyydestä

Äidit positiiviset tunteet ihokontaktista ilmenivät siten, että he kokivat sen olevan ”ihanaa” ja sillä oli heille suuri merkitys. Isät kokivat ihokontaktilla olevan heille vähäisemmän merkityksen kuin äidille. Kuitenkin he ilmaisivat ihokontaktin olevan miellyttävä, mukava, että se oli lapselle tärkeää ja että lapsen rauhoittuminen ihokontaktissa oli iloista. Isät sanoivat olleensa itsekin onnellisia lapsen ollessa heillä ihokontaktissa. Toisaalta isät ilmaisivat tunteitansa pidättyväisemmin – jotkut isät eivät osanneet sanoa, oliko ihokontaktilla merkitystä lainkaan.

”Mä oikeen olin ton pojan kanssa tossa (ihokontaktissa) et miellyttävä kokemus siinä mielessä...”

”Mä en osaa sillai sanoa, että sillä olis itselle ollut niin suurta merkitystä. Miten erilaista se oli, miten siihen olis suhtautunut jos ensimmäisellä kerralla olis saanut ihokontaktiin...”

Isä: ”No kyllähän sillä itsellekin siinä mielessä (oli merkitystä), että näki kun se vauva viihtyi siinä.”

Äiti: ”Että sulle on vaikutusta sillä, että sä näet miten se vaikuttaa muhun?”

Isä: ”Niin, ehkei silleen muuten.”

Isä puolisolleen: ”luulen, että ihokontakti oli tärkeämpi sinulle.”

Perheet toivoivat, että välitön ihokontakti keisarileikkauksen jälkeen hoitokäytäntönä pysyisi. Se nähtiin tärkeänä sekä vastasyntyneelle että vanhemmille. Perheet toivoivat myös, että ihokontaktin hyödyt tiedostettaisiin.

”Toivon että tämä tapa toimia säilyy, että ihmiset näkevät tämän käytännön hyödyt.”

Perheet kertoivat kaikkia esiin tulleita ihokontaktin hyötyjä ja kokemuksiaan lapsen olemisesta ihokontaktissa. Useat äidit nostivat tärkeimmäksi asiaksi imetyksen onnistumisen ja siihen liittyvän luottamuksen sen onnistumiseen jatkossakin.

6. POHDINTA

6.1. Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuuden arvioinnin avulla pyritään selvittämään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Luotettavuutta tulee arvioida koko tutkimusprosessin osalta; niin tutkimusaineiston, analyysin kuin raportoinninkin. Luotettavuuden arviointi liittyy myös tutkijaan: kuinka onnistuneesti tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Tutkijan taidot korostuvat aineiston analyysiprosessissa – kyseessä on luova prosessi, johon vaikuttaa tutkijan oivalluskyky ja hänen esiymmärryksensä aiheesta. Tutkijan eteneminen aineistossa voi muuttaa esiymmärrystä, toisaalta taas esiymmärrys vaikuttaa aineiston sisällön ymmärtämiseen. Refleksiivisyys tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tarkoittaa tätä tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan. (Kylmä & Juvakka 2007, Janhonen & Nikkonen 2003.) Tämän tutkimuksen tutkija on ollut tietoinen omasta esiymmärryksestään, joka johtuu taustasta kättilötyön ammattilaisena sekä mielenkiinnosta ja perehtyneisyydestä aiheeseen. Avoimuuden ja objektiivisuuden säilyttäminen aineiston analyysiprosessissa ja tulosten kirjoittamisessa on kuitenkin pyritty pitämään ohjenuorana analyysia tehdessä ja aineistoa käsiteltäessä.

Tutkimukseen osallistujat ovat hiljattain keisarileikkauksen läpikäyneitä perheitä, joilla on ollut mahdollisuus ihokontaktiin heräämössä eli heillä on ollut omakohtainen kokemus tutkittavasta ilmiöstä. Kokemus on ollut tuore, koska haastattelut ovat tapahtuneet 2. - 4. päivänä leikkauksesta. Haastatteluissa perheiden on annettu kertoa vapaasti kokemuksistaan ja tarvittaessa on tehty täsmennyksiä kysymyksiä. Tutkimuksen uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimustulosten tulee vastata tutkittavien henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Luotettavuuden arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota myös tapahtuman ja tutkijalle tapahtumasta annettavan kertomuksen väliseen aikaviiveeseen. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Haastattelun alussa tutkimuksen tarkoitus käytiin läpi ja lopuksi tiivistettiin ne pääkohdat, jotka perheen mielestä ovat olleet olennaisia ilmiössä. Haastattelujen nauhoittaminen ja pyrkimys sanatarkkaan puhtaaksikirjoittamiseen takasi sen, että haastateltavien kuvaus ilmiöstä säilyi mahdolli-

simman alkuperäisenä. Tutkija on toiminut itse kättilönä ja hoitanut keisarileikattuja perheitä, mutta ei ole työskennellyt sairaalassa jossa tutkimus suoritettiin.

Tutkimuksen suorittaminen vaihe vaiheelta on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, ja apuna on käytetty tutkimuspäiväkirjaa, johon tutkija on koonnut huomioitaan ja ajatuksiaan haastattelusta. Tämä on osaltaan auttanut tulosten analyysissä ja tulosten kirjoittamisessa niin ymmärrettävästi, että tutkimusprosessia pystyy seuraamaan. Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimusprosessi on kirjattu niin, että toinen tutkija pystyy seuraamaan sitä pääpiirteissään. Laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija ei tosin välttämättä päädy samaan lopputulokseen samaa aineistoaan analysoidessaan, joten analysoinnissa on mukana aina tulkintaa – tuloksia voi siis olla monia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, Kylmä & Juvakka 2007.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin samantyyppisiin tilanteisiin. Toisaalta laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävään totuuteen, vaan tutkimuksen tulokset ovat päteviä siinä aineistossa, josta ne on johdettu. Koska kohteena ovat ihmiset, heidän pyrkimykset, motiivit, päämäärät, tavoitteet sekä mielikuvat ja asenteet vaikuttavat tutkimustuloksiin. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tässä tutkimuksessa tulokset kuvaavat perheen kokemuksia ihokontaktista ja heräämövierailusta yhdessä sairaalassa. Tulokset eivät ole yleistettävissä sellaisenaan, mutta tutkimuksen tuottama tieto on hyödynnettävissä suunniteltaessa samanlaista toimintaa myös muissa synnytyssairaloissa.

Laadullisen aineiston riittävydessä tärkeämpää on aineiston laatu kuin määrä. Riittävää määrää on vaikeaa määrittää, mutta kriteerinä pidetään aineiston saturaatiota eli sitä, että samat asiat alkavat toistua haastatteluissa. (Hirsjärvi & Hurme 2000.) Tämän tutkimuksen aineisto oli sivumäärältään pienehkö, 52 sivua, mutta rikas. Samat asiat alkoivat jo selvästi toistua haastatteluissa. Tutkimuksen aihepiiri oli hyvin rajattu joka vaikutti siihen, että aineisto saturoitui hyvin.

Teemojen sisällä haastattelun aiheet olivat kaikille haastateltaville samoja, mutta tarkentavien kysymysten myötä kukin haastattelu muodostui ainutlaatuiseksi. Haastattelu on käytetyimpiä tiedonkeruumuotoja. Sen sisältämät mahdolliset virhelähteet voivat johtua niin haastattelijasta kuin haastateltavastakin. Haastattelijan tulisi olla mahdollisimman neutraali. (Hirsjärvi & Hurme 2009.) Haastattelijan kokemattomuus saattaa heikentää tulosten luotettavuutta tässä tutkimuksessa. Muutamissa kohdissa haastatteluita tutkija huomasi johdattelevansa haastateltavia, joka saattoi hieman vaikuttaa tuloksiin. Tämä tuli erityisesti esille yhdessä haastattelussa, jossa perhe oli hyvin vähäsainen. Haasteltavilla voi myös olla tarve antaa sosiaalisesti tuotavia vastauksia tai vastauksia, joita he olettavat haastateltavan haluavan kuulla (Hirsjärvi & Hurme 2000). Ensimmäinen haastattelu oli

koehaastattelu, jossa testattiin teemahaastattelurungon toimivuus. Tämä ensimmäinen haastattelu oli onnistunut ja sisällöltään rikas, ja se sisällytettiin aineistoon.

Tulosten analysoinnissa keskeistä on valita analyysiyksikkö – lausuma tai ajatuskokonaisuus, joka vastaa tutkimustehtävään (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Tässä tutkimuksessa pyrittiin analyysiyksiköiksi valitsemaan riittävän laajoja ajatuskokonaisuuksia, jotta informaatio aineistosta olisi säilynyt mahdollisimman laajana. Sisällönanalyysissä ei ole aina varmaa, että eri henkilöt tulkitsevat tietyn sanoman samalla lailla siitä huolimatta, että voitaisiin odottaa samanlaista tulkintaa (Tuomi & Sarajärvi 2009). Se, että tutkija on tässä tutkimuksessa yksin tulkinut aineiston, voi heikentää luotettavuutta. Toisaalta tutkija on saanut tulkintaan vahvistusta ohjaajiltaan ja pro gradu -seminaariryhmältään. Koska analyysin kuvaileminen on analyysin perusta (Hirsjärvi & Hurme 2000.) ja analyysin arvioitavuus syntyy siitä, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä, on aineiston analyysi pyritty kuvaamaan systemaattisesti ja selvästi. Tulosten raportoinnissa on esimerkkejä autenttisen tekstin pelkistämisestä ja kategorioiden muodostumisesta sekä runsaasti autenttisia lainauksia, joilla pyritään osoittamaan, miten tulkintaan on päästy.

6.2. Tutkimuksen eettisyys

Tätä tutkimusta varten saatiin asianmukaiset lausunnot kohteena olevan yliopistollisen sairaalan eettiseltä toimikunnalta sekä opinnäytetöihin lupia myöntävältä taholta. Jo hyvissä ajoin ennen tutkimusluvan myöntämistä tutkija oli ollut yhteydessä sairaalan äitiyspoliklinikan ja lapsivuodeosaston osastonhoitajiin, joille kerrottiin tulevasta tutkimuksesta. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen osastonhoitajat informoivat henkilökuntaa tutkimuksesta.

Perheiden äitiyspoliklinikkakäynnillä saaman kirjeen mukana oli tutkittavan tiedote ja suostumus (liite 1 ja 2), jonka allekirjoittamalla ja lähettämällä raskaana oleva nainen ja hänen puolisonsa antavat tietoisensa suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen. Niin sanotun tietoisensa suostumuksen tulee käsittää neljä elementtiä: mahdolliselle osallistujalle oleellinen tieto tutkimuksesta, varmistus että mahdollinen osallistuja on ymmärtänyt annetun tiedon, mahdollisen osallistujan kompetenssi antaa suostumus osallistumisesta tutkimukseen ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus (Burns & Grove 2011). Nämä seikat kävivät ilmi tutkittavan tiedotteessa ja suostumuksessa.

Sitä mukaa kun tutkimukseen halukkaat perheet olivat ilmoittautuneet, tutkija soitti heille ja kertoi tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja käytännön toteutuksesta. Samalla korostettiin sitä, että

tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että osallistujien nimet jäävät vain tutkijan tietoon. Tutkittaville tulee antaa riittävästi informaatiota tutkimukseen luonteesta ja tavoitteesta sekä korostaa vastaamisen vapaaehtoisuutta. Luottamuksellisuus tietojen käsittelyssä ja julkaisemisessa ovat tärkeitä tutkimuseettisiä kysymyksiä. (Eskola & Suoranta 1998.) Tutkimukseen ilmoittautumisen ja osallistumisen välillä oli muutama viikko, joten perheillä oli hyvää aikaa miettiä osallistumistaan sekä halutessaan perua osallistumisensa. Osallistujat tiesivät, että heillä oli mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa.

Tutkija keräsi ja analysoi tutkimusaineiston itse. Tutkimusaineisto ei siten joutunut kenenkään ulkopuolisen käsiteltäväksi. Nauhoitetut haastattelut tuhottiin aukikirjoittamisen jälkeen. Analyysivaiheessa tutkimusaineisto koodattiin, jotta tutkijan oli mahdollista helpommin palata alkuperäisaineistoon. Koodaukset hävitettiin lopullisessa raportissa. Tutkimustuloksia esitettäessä tuotiin esille mies- ja naisnäkemys, jos niiden välillä esiintyi oleellista eroa. Tulosten yhteydessä käytettyjen suorien lainausten tarkoituksena on elävöittää ja selventää tuloksia ja antaa lukijalle esimerkki analyysin aineistolähtöisyydestä. Raportissa ei tule esiin mitään sellaista, josta olisi tutkimukseen osallistuville perheille haittaa. Tulosten raportoinnissa on pyritty avoimuuteen ja rehellisyyteen.

Tutkimuksen teoriaosassa on tarkasteltu tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä olemassa olevan tutkimustiedon valossa. Käytetyt tutkimukset ja muu kirjallinen materiaali on ilmaistu asianmukaisin lähdeviittein. Lähdemateriaali pyrittiin valitsemaan niin, että se antoi ilmiöstä elävän ja tieteellisesti ajantasaisen kuvan. Joitain vanhempiakin lähteitä on käytetty.

6.3. Tulosten tarkastelu

Tämä tutkimus kuvaa ennalta suunnitellulla keisarileikkauksella lapsen saaneiden perheiden kokemuksia perheen yhdessäolosta ja ihokontaktista. Perheen yhdessäolokokemuksen tulokset osoittavat, että heräämövierailu oli merkityksellistä perheille. Äidit odottivat sitä malttamattomasti ja olivat iloisia sen toteutuessa. Isä ilmaisi tyytyväisyytensä heräämööseen pääsyyn. Henkilökunta sekä leikkausosastolla että lapsivuodeosastolla toimi heräämövierailun mahdollistamiseksi. Ihokontaktikokemuksen koettiin vaikuttavan kiintymyssuhteen muodostumiseen, vanhemmat huomasivat ihokontaktin edut, äiti luotti imetyksen onnistumiseen ja koki että ihokontakti helpotti leikkauksesta toipumista. Kaiken kaikkiaan ihokontakti nähtiin merkityksellisenä.

Tutkimuksessa isät ja äidit haastateltiin yhdessä; perhe nähtiin kokonaisuutena ja näin sen ääni tuli kuuluville ehkä eri lailla kuin jos haastattelu olisi tehty yksilöhaastatteluna. Olisivatko äidit ja isät

erikseen haastateltuna kertoneet asioista eri tavalla – toisaalta tämän tutkimuksen tarkoitus oli kuva- ta perheen yhdessäolon kokemusta, ja tuntui siksi luontevalta haastatella perhettä yhdessä. Perhe on enemmän kuin jäsentensä summa. Yksi olennainen asia mitä perhettä tutkivan tulee päättää, on se, kuinka monta perheenjäsentä valitaan tutkimuksen osallistujiksi. Tämä riippuu muun muassa tutki- muksen taustasta ja tutkimuskysymyksistä. (Åstedt-Kurki ym. 2001.)

Perheen yhdessäolon kokemus leikkausosastolla

Äidit ilmaisivat kaipausta lastaan kohtaan ja kyselivät hänen saapumisestaan heräämööseen. Lapsen tulo heräämööseen oli äideistä iloista ja sai heidät osoittamaan tunneilmaisua lastaan kohtaan. Etenkin muutama vuosikymmen sitten oli yleistä, että keisarileikkauksen kokeneet äidit eivät saaneet lastaan luokseen moneen tuntiin syntymän jälkeen. Tästä raportoi Anisfield & Lipper (1983), joiden tutki- muksessa kävi ilmi, että erityisesti toimenpidesynnytyksen (imukuppi- ja pihtisynnytys, keisarileik- kaus) jälkeen lapsestaan eroon joutuneet äidit osoittivat merkitsevästi vähemmän tunneilmaisua lastaan kohtaan.

On olemassa erityinen sensitiivinen alkuvaihe heti lapsen syntymän jälkeen, joka vaikuttaa voimak- kaasti hoivaamiskäyttäytymisen syntymiseen ja lapseen rakastumiseen. Vastasyntyntä kohtaan osoitettu hoito ja huolenpito ovat voimakkaasti vaistonvaraista ja ”alkukantaista” toimintaa, joka on sitä voimakkaampaa, mitä aikaisemmin ja pidempään vanhempi pääsee vastasyntyntä pitelemään. Lapsen voinnista ollaan huolestuneita, jos hänen kanssaan ei voida olla. Kun lapsi on läsnä, hänen vointiansa tarkistetaan jatkuvasti. Se voi tuntua jopa hieman pakonomaiselta toiminnalta, mutta on luonnon tapa pitää huolta vastasyntyneistä jälkeläisistä. (Winberg 2005).

Sairaalan henkilökunta sekä leikkaus- että synnytysvuodeosastolla toimi perheen yhdessäolon mah- dollistamiseksi. Jotta tällainen hoitokäytäntö, jossa perheen yhdessäolo keisarileikkauksen jälkeen on mahdollistettu, voitaisiin ottaa käytäntöön muuallakin kuin tässä sairaalassa, vaaditaan yhteistyö- tä yli klinikkaryhmärajojen. Henkilökunnan tulee saada koulutusta ihokontaktin eduista ja sen mer- kityksestä imetyksen käyntiin lähtemiselle. Yleensä henkilökuntaresurssit sairaaloissa ovat rajalli- set, eikä lisäresursseja ole välttämättä saatavilla. Toimintatapojen ja työnjaon organisointiin tulee paneutua mahdolliseen uuteen toimintatapaan siirryttäessä. Muutosprosessin taitava johtaminen on oleellista ja päävastuu siitä on hoitotyön johtajilla. Klinikaryhmien väliset rajapinnat ovat yhteis- työn kannalta haastavia, ja yhteinen visio ja päämäärä mahdolliselle toiminnan muutokselle on tär- keää määritellä. Muutosjohtamisella tulee olla sairaalan johdon tuki.

Lapsen saapuessa heräämään, äidit kokivat vuorovaikutuksen lapsen kanssa käynnistyvän. Ne lapset, jotka voivat olla äitinsä kanssa heti syntymän jälkeen osoittavat enemmän vastavuoroista vuorovaikutusta äitinsä kanssa kuin lapset jotka on erotettu äidistään. Äidistään erotetut lapset ovat rauhattomampia ja ärtyisempiä. Enemmän rauhattomuutta ja ärtyisyyttä lapsessa oli havaittavissa vielä hänen ollessaan yhden vuoden ikäinen. (Bystrova ym. 2009). Lapselle vuorovaikutuksen käynnistymisellä on merkitystä siis myös pitkällä aikavälillä.

Isät ilmaisivat tyytyväisyytensä heräämövierailuun, vaikkakin tyytyväisyys ilmaistiin maltillisesti. Kaiken kaikkiaan isät olivat melko harvasanaisia ja myötäliväät puolisoitaan, joten voidaan vain arvailla, olisivatko tulokset heidän kokemuksistaan olleet toisenlaisia jos perheen äiti ja isä olisi haastateltu erikseen. Yhteisen tärkeän perhekokemuksen jälkeen miehillä saattaa olla kenties tarve olla puolisolle mieliksi. Isän kokemuksia heräämövierailusta keisarileikkauksen jälkeen ei ole tutkijan tiedon mukaan aikaisemmin tutkittu.

Vanhempien kokemus ihokontaktista keisarileikkauksen jälkeen

Äidit kokivat ihokontaktissa läheisyyttä lapsensa kanssa ja kiintymyssuhteen muodostumisen alkaneen aikaisemmin kuin edellisessä keisarileikkauksessa, jos se oli ollut synnytystapana. Tämä tulos on yhdenmukainen useiden muiden tutkimusten tulosten kanssa. Niissä havaittiin niiden äitien osoittavan merkitsevästi enemmän kiintymystä lapselleen, jota voivat koskettaa, pidellä ja imettää kuin äitien, jotka eivät saaneet lastaan ensikontaktiin (Figuroeido ym. 2009, Granston ym. 2004.) Lapseen yritettiin ottaa katsekontaktia ja oppia tuntemaan hänet, häntä silitettiin, kosketeltiin ja suukoteltiin. Lapselle annettiin lempinimi, hänellä nähtiin olevan yhdennäköisyyttä suvun kanssa sekä häntä pidettiin maailman kauneimpana vauvana useammin, jos hän sai olla vanhempiensa kanssa välittömässä ensikontaktissa. Enemmän verbaalista ilmaisua lastaan kohtaan osoittivat äidit, joiden lapsi oli imenyt rintaa ensikontaktissa. Vähemmän huolestuneisuutta lapsestaan ilmaisivat äidit, jotka olivat voineet pitää lastaan ihokontaktissa välittömästi hänen syntymänsä jälkeen. Toisaalta Nolanin ja Lawrencen (2009) pilottitutkimuksessa, jonka tarkoituksena oli testata hoitokäytäntöä, jolla minimoidaan äidin ja lapsen erottaminen keisarileikkauksen jälkeen, ei havaittu merkitsevää eroa äitien huolestuneisuudessa ihokontaktiin lapsensa välittömästi saaneiden ja kontrolliryhmän, jotka viettivät lapsen ensimmäiset tunnit erossa hänestä, välillä.

Tutkimuksissa, joita on tehty vanhempien ja vastasyntyneen yhdessäolosta, puhutaan ensikontaktista, joka ei tarkoita ihokontaktia, vaan sitä, että lapsi on vanhempiensa sylissä (esimerkiksi Figueiredo ym. 2009, Erlandsson ym. 2006, Granston ym. 2004), tai ihokontaktista (esimerkiksi Velandia 2010, Bystrova 2009, Nolan & Lawrence 2009, Finigan & Davies 2004, Dombrowski ym. 2001, Feldman ym. 1999, Widstrom 1990; Anisfield & Lipper 1983, Carlsson ym. 1980, de Chateau 1980). Ei voida katsoa olevan kovin suurta merkitystä, onko ensikontakti toteutettu ”oikeaoppisena” ihokontaktina vai onko lapsi ollut vanhempiensa sylissä. Ihokontaktia pidettiin hyvänä käytäntönä muun muassa imetyksen käynnistymisen kannalta, mutta muutenkin osallistujat ilmaisivat tyytyväisyytensä siihen, että perhe sai olla yhdessä yksilöimättä sitä, miten ensikontakti tapahtui.

Vanhemmat huomasivat ihokontaktin edut lapselle. Merkityksellisenä nähtiin se, ettei lapsen tarvinnut olla yksin: äidin tarve olla vastasyntyneensä kanssa yhdessä on voimakas. Tämä liittyy voimakkaasti kiintymyssuhteen muodostumiseen. Lapsen huomattiin myös rauhoittuvan ihokontaktissa ollessaan. Lapsen isä pystyi yhtäläillä kuin äiti tarjoamaan vastasyntyneelle lämpöä ja hoivaa pitämällä häntä ihokontaktissa. Velandian ym. (2010) tutkimuksessa havaittiin, että isällään ihokontaktissa olleet lapset jopa itkivät vähemmän ja saavuttivat rauhallisen olotilan aiemmin kuin keisarileikatuilla äideillään ihokontaktissa olleet. Tämän arveltiin johtuvan siitä, että äidin sama puudutus- ja kipulääkitys saattaa vaikuttaa hänen lämpötilaansa ja yleisvointiinsa.

Luottamus imetyksen onnistumiseen ilmeni voimakkaana tässä pelkästään uudelleensynnyttäjiä sisältävässä tutkimusaineistossa. Imetyksen vaivaton käyntiin lähteminen oli äitien mielestä merkittävä saavutus. Uudelleensynnyttäjät selviytyvät tosin imetyksestä yleensä paremmin kuin ensisynnyttäjät (Hannula ym. 2006). Keisarileikkauksen on useissa tutkimuksissa todettu viivästyttävän imetyksen aloittamista. Kohtuhaavan ompelu vie aikaa, äiti ei pysty liikkumaan normaalisti ja hänellä voi olla kipuja ja uupumusta. Lisäksi yleisanestesiassa tapahtuvissa tai ennalta suunnitelluissa keisarileikkauksissa on havaittu lyhyempiä kokonaisimetyksen kestoja. (Zanardo ym. 2010, Chertok ym. 2004, Perez-Escamilla ym. 1996.) Äidit huomasivat, että ihokontakti vaikutti suotuisasti maidonnonnaisuun. Deweyn ym. (2003) tutkimuksen mukaan keisarileikkauksella synnyttäneiden naisten maidoneritys on aluksi niukempaa kuin alateitse synnyttäneiden. Erityisesti ennalta suunnitellulla keisarileikkauksella syntyneiden lasten painonlasku on suurempi ja pitempikestoisempi kuin alateitse syntyneillä.

Imetysluottamuksella (breastfeeding self-efficacy) tarkoitetaan äidin luottamusta siihen, miten hän pystyy selviytymään imettämisestä (Dennis 1999). Korkean imetysluottamuksen omaavat äidit ajattelevat imetyksestä positiivisesti ja uskovat hyötyvänsä siitä. He ovat valmiita näkemään vaivaa

imetyksen eteen ja ongelmatilanteessa hakevat aktiivisesti ratkaisua. Tämän tutkimuksen äidit ilmaisivat uskoa ja luottamusta siihen, että imetys lähtee sujumaan, koska ensi-imetys tapahtui varhain ja se oli onnistunut. Vaikka imetyksen terveysvaikutukset ovat hyvin tunnettuja, sekä täysimetyksen kesto että imetyksen kokonaiskesto ovat Suomessa usein lyhyempiä kuin suositellaan. Suomessa kuukauden kuluttua synnytyksestä vain 47 % lapsista on täysimetettyjä, vaikka synnytyksen jälkeisenä ensimmäisinä päivinä lähes kaikki äidit alkavat imettää ja kokevat selviytyvänsä siitä hyvin (Uusitalo ym. 2012). Imetyksen alkuvaihe on erityisen haavoittuvaista aikaa, ja jo ensi-imetyksen onnistumisella on merkitystä. Vastasyntyneen ensimmäiset, aktiivisen hereillä olon ja hamuamisen täyttämät tunnit tulisi käyttää hyväksi ja mahdollistaa äidin ja lapsen yhdessäolo ja sitä kautta ensi-imetyksen mahdollistaminen.

Lapsen ihokontaktissa pitämisen koettiin auttavan leikkauksesta toipumiseen. Koettiin, että ihokontaktin ansiosta mieliala on parempi ja sen vuoksi kipuakin kesti paremmin. Tosin Nolan ja Lawrence (2009) eivät tutkimuksessaan havainneet eroa kipukokemuksissa keisarileikkauksen jälkeen ihokontaktiryhmän ja kontrolliryhmän naisilla.

Ihokontaktin merkityksellisyys näkyi äidin positiivisena tunteena ihokontaktista. Sillä oli äideille suuri merkitys, jonka he liittivät sen paitsi itseensä niin ihokontaktin lapseen kohdistuviin myönteisiin vaikutuksiin. Tämän tutkimuksen isät ilmaisivat ihokontaktina toteutetun ensikontaktin olevan miellyttävää, luontevaa tai mukavaa. Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa ihokontaktiin vastasyntyneen saaneiden isien huomattiin puhuvan sekä lapselle että lapsen äidille enemmän kuin isien, joiden lapsi ei ollut ollut ihokontaktissa (Velandia 2010, Erlandsson 2006, Granston ym. 2004.) sekä tuntevan riemua ja onnea lapsesta (Erlandsson ym. 2008). Isät pitivät kuitenkin ihokontaktia lapsen äidille merkityksellisempänä kuin itselleen. Tämän suuntaisia tuloksia ei muista tutkimuksista löytynyt. Erlandssonin (2006) tutkimuksessa tosin osa isistä jäi passiiviseksi vastasyntyntä kohtaan: he eivät hoivanneet ja lohduttaneet häntä. Nämä isät eivät olleet ottaneet vastasyntyntä syliin tai ihokontaktiin, vaan lapsi oli kopassa isän vieressä.

Keisarileikkaustilanteessa voisi hyvin käyttää isiä ihokontaktin antajana enemmän kuin nykyisin on Suomen synnytyssairaaloissa totuttu. Näin isät osallistettaisiin alusta asti lapsen hoitamiseen. Nykyiset ovat halukkaita olemaan muussakin kuin tukijan roolissa, joka isälle on synnytyksessä perinteisesti langetettu. Sairaalakäytännöt saattavat vielä nykyiselläänkin jättää isän passiiviseen osaan eikä henkilökunta välttämättä kannusta isiä ottamaan vastuuta lapsestaan. Vastuun ottaminen voisi ehkäistä joidenkin isien mahdollisesti kokemaa syrjäytymisen tunnetta lapsenhoidossa ja vaikuttaa positiivisesti isä-lapsisuhteen muodostumiseen. Perheet tarvitsevat runsaasti yksilöllisten tarpeiden-

sa mukaista tukea lapsen syntymässä. Se voi olla tiedon antamista, keskustelua, ohjaamista, kuunte-
lua, läsnä olemista ja auttamista käytännön tilanteissa. (Hopia ym. 2005, Tammentie ym. 2004.)

Terveydenhuollon ammattilaisten on nähtävä perheen tarpeet laajasti perheen kokonaisyvinvoinnin
näkökulmasta ja osattava kohdata perheenjäsenet myös yksilöinä. Äidin ohella myös isä tarvitsee
tukea, mikä saatetaan unohtaa käytännön hoitotyön tilanteissa. (Mesiäislehto-Soukka 2005, Paavi-
lainen 2003.)

6.4. Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Johtopäätöksiä ovat:

1. Perheiden kokemukset yhdessäolosta heräämössä keisarileikkauksen jälkeen olivat positiivi-
sia ja perheet kokivat ne merkityksellisinä.
2. Perheen yhdessäolon mahdollistaminen oli perhekeskeistä toimintaa, jota perheet pitivät hy-
vänä hoitona.
3. Vanhemman kiintymyssuhteen muodostuminen lapseensa syntymän jälkeen perheet kokivat
mahdollistuvan optimaalisella tavalla, jos lapsi saa olla ihokontaktissa vanhempansa kanssa
syntymän jälkeiset tunnit.
4. Vastasyntyneen pitäminen ihokontaktissa toi luottamusta imetyksen onnistumiseen.

Kehittämisehdotuksia ovat:

1. Synnytyssairaaloiden tulee pyrkiä tarjoamaan keisarileikatuille perheille mahdollisuus olla
yhdessä leikkauksen jälkeen jo leikkausosastolla.
2. Isiä tulee rohkaista ottamaan vastasyntynyt ihokontaktiin. Vastasyntyneen tulee kuitenkin
myös päästä äidilleen viimeistään tunnin kuluessa syntymästä, jotta ensi-imetys mahdolis-
tuisi optimaalisella tavalla.

3. Synnytyssairaaloiden henkilökunnan tulee saada koulutusta ihokontaktin ja imetyksen eduista.

6.5. Jatkotutkimusehdotukset

Suomalaista tutkimusta perheen yhdessäolon mahdollistamisesta keisarileikkauksessa tulee tutkia toimintatutkimuksen keinoin: tällainen verrattain uusi hoitokäytäntö voitaisiin tuoda käytäntöön interventiotutkimuksen avulla.

Suomessa on tutkittu isän tarvitsemaa tukea ja isän roolia lapsen syntymässä. Pelkästään isän kokemusta keisarileikkauksen jälkeisestä heräämööön pääsystä tulee tutkia.

Ihokontaktissa vastasyntyntä pitäneen keisarileikatun äidin kivun kokemusta verrattuna niihin äiteihin, jotka eivät ole pitäneet vastasyntyntä ihokontaktissa, tulee myös tutkia.

Yksi tutkimuskohde on imetysluottamuksen esiintyminen niillä keisarileikatuilla äideillä, jotka ovat saaneet lapsen varhaiseen ihokontaktiin verrattuna niihin äiteihin, jotka eivät ole saaneet.

LÄHTEET

- Anisfield E & Lipper E. 1983. Early contact, social support, and mother–infant bonding. *Pediatrics* 72, 79-83.
- Bergh A-M & Pattison RC. 2003. Development of a conceptual tool for the implementation of kangaroo mother care. *Acta Paediatrica* 92, 709-714.
- Bigelow A, Power M, Maclellan-Peters J, Alex M & McDonald C. 2012. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 41, 369-382.
- Bowlby J. 1957. Lasten hoivan ja hellyyden tarve (Child care and the growth of love) (Maailman terveystieteiden tutkimuskeskuksesta Material care and mental health lyhentänyt Margery Fry). L. Jokinen (suom.). WSOY, Helsinki.
- Burns N & Grove SK. 2011. Understanding nursing research. Building an evidence-based practice. Elsevier Saunders, USA.
- Bystrova K, Ivanova M, Edhborg M, Matthiesen A-S, Ransö- Arvidson A-B, Mukhamedrahinov R, Uvnäs-Moberg K & Widstöm A-M. 2009. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth* 36, 97-109.
- Bystrova K, Matthiesen A-S, Vorontsov I, Widstöm A-M, Ransö- Arvidson A-B & Uvnäs-Moberg K. 2007. Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of delivery ward practices and relation to infant temperature. *Birth* 34, 291-300.
- Chertok IR, Shoham-Vardi I & Hallack M. 2004. Four-month breastfeeding duration in postcesarean women of different cultures in the Israeli Negev. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 18, 145-160.
- Callister L. 1995. Becoming a father. *Journal of Perinatal Education* 4, 1-8.
- de Chateau P. 1980. Early post-partum contact and later attitudes. *International Journal of Behavioral Development* 3, 273-86.
- Dennis C. 1999. Theoretical underpinnings of the breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation* 15, 195–201.
- Deufel M & Montonen E. 2010. Synnytystavan vaikutus imetykseen. Teoksessa: Deufel M & Montonen E. (toim.) Onnistunut imetys. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 67-72.
- Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig J & Cohen RJ. 2003. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 112, 607–19.
- Dombrowski MA, Anderson GC, Santori C, Burkhammer M. 2001. Kangaroo (skin–to–skin care with a postpartum mother who felt depressed. *American Journal of Maternal Child Nursing* 26, 214-216.

- Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62, 107-115.
- Erlandsson K, Christensson K & Fagerberg I. 2008. Fathers' lived experiences of getting to know their baby while acting as primary caregivers immediately following birth. *Journal of Perinatal Education* 17, 28-36.
- Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I & Christersson K. 2007. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behaviour. *Birth* 34, 105 -114.
- Erlandsson K, Christersson K & Fagerberg I. 2006. Fatherhood as taking the child to oneself: a phenomenological observatorion study after cesarean birth. *The Indo-Pacific Journal of Phenomenology* 6, 1-9.
- Eskola J & Suoranta J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere.
- Feldman R, Weller A, Leckman J F, Kuint J & Eidelman A I. 1999. The nature of the mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 40, 929-39.
- Figueiredo B, Costa R, Pacheco A & Pais A. 2009. Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal & Child Health Journal* 13, 539-49.
- Finigan V & Davies S. 2004. 'I just wanted to love, hold him forever': women's lived experience of skin-to-skin contact with their baby immediately after birth. *Evidence Based Midwifery* 2, 59-65.
- Friedman M. 1992. *Family nursing. Theory and practice*. Appleton & Lange. Norfalk, Connecticut, USA.
- Goldstein Ferber S & Makhoul I. 2004. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: randomized, controlled trial. *Pediatrics* 113, 858-865.
- Granston GC, Radjenovic D, Chiu SH, Conlon M & Lane AE. 2004. Development of an observational instrument to measure mother-infant separation post birth. *Journal of Nursing Measurement* 12, 215-34.
- Greenberg M. & Morris N. 1974. Engrossment: The newborn's impact upon the father. *The American Journal of Orthopsychiatry* 44, 520-531.
- Hakulinen T, Koponen P & Paunonen M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K: *Perhe hoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö*. WSOY, Helsinki. 25-42.
- Hannula L, Leino-Kilpi H & Puukka 2006. Imetyksestä selviäminen ja lisäruuan käyttö synnytys-sairaalassa – äitien näkökulma. *Hoitotiede* 18, 175-185.
- Hermanson E. 2008. Isän osallistuminen ja sitoutuminen lapsen hoitoon. *Duodecim terveyskirjasto*. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00022. Luettu 29.10.2012.

- Hirsjärvi S & Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hopia H, Tomlinson P, Paavilainen E & Åstedt-Kurki P. 2005. Child in a hospital: Family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing* 14, 212–222.
- Jackson EB. & Klatskin EH. 1950. Rooming-In reseach project – Development of methodology of parent-child relationship study in a clinical setting. *Psychoanalytic Study of the Child* 5, 236-258.
- Janhonen S & Nikkonen M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.
- Kaila-Behm A. & Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Isät asiakkaina. Teoksessa Paunonen M.& Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Perhe hoitotyössä. WSOY, Helsinki. 176-191.
- Klaus MH & Kennell JH. 1976. Maternal-infant bonding. Mosby, St Louis.
- Korhonen A. 2009. Kätilötyö. Edita, Helsinki.
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Liedloff J. 2004. The continuum concept. Penguin Books, London.
- Lumsden H & Holmes D (toim.). 2010. Care of the newborn by ten teachers. Hodder Arnold Ltd., London.
- Makkonen T, Ruoppala R, Rönkä T, Timonen S, Valvanne L & Österlund K. 1981. Operaatio perhe –isä ja synnytys. Tutkimus perhesynnytyksestä, vierihoidosta ja esikoisperheestä. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Lapsiraportti A 34. Helsinki.
- Mesiäislehto-Soukka H. 2005. Perheenlisäys isien kokemana: fenomenologinen tutkimus. *Acta Universitatis Ouluensis D 829, Medica*. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto.
- Miettinen-Jaakkola A. 1992. Nainen naiselle – luonnollinen syntymä. Kääntöpiiri. Like- kustannus. Helsinki.
- Miessakit ry. Isyyden tueksi – hanke. Saatavissa: http://miessakit.fi/fi/isyyden_tueksi/isyyden_tueksi_-koulutukset. Luettu 28.10.2012.
- Mikiel-Kostyra K & Mazur J. 2002. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica* 91, 1301 -1306.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman R & Dowswell T. 2012. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Collaboration*.
- Moore ER & Anderson GC. 2007. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 52, 116-125.
- Niemelä P, Siltala P & Tamminen T. 2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY, Helsinki.

- Nolan A & Lawrence C. 2009. A pilot study of nursing intervention protocol to minimize maternal – infant separation after cesarean birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 38, 430- 42.
- Nylander G, Holmark Kongsrud S, Areklett G, Hellenes K & Forfang K. 2008. Skin-to-skin contact after cesarean section and the first postoperative hours. *Rikshospitaletin julkaisu*, Norja.
- Paavilainen R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. *Acta Universitatis Tamperensis* vol 906. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Tampere.
- Paavilainen E, Åstedt-Kurki P & Paunonen M. 2000. Hyvä hoitaminen on perhehoitotyötä. *Sairaanhoitaja* 73, 28-30.
- Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Helsinki.
- Perez- Escamilla R, Maulin-Radovan I & Dewey KG. 1996. The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. *American Journal of Public Health*. 86, 832–836.
- Porthan L., Niemimaa O. & Nuutila M. 2004. Äitien ja isien saama tuki raskauden, synnytyksen ja vauvan neljän ensimmäisen kuukauden aikana. Läänihallitus, Vaasa. Saatavissa: <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/4_2006/muut_artikkelit/aitien_ja_isien_tarvitseman_tuen/>. Luettu 11.11.2012.
- Rowe-Murray HJ & Fisher JRW. 2001. Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 108, 116-125.
- Ruohotie P. 2004. Imetys section jälkeen. *Imetysuutisia* 1/2004. Saatavissa: <http://www.imetys.fi/itu/sektio.php>. Luettu 2.11.2012.
- Rödholm M. 1981. Effects of father-infant postpartum contact on their interaction 3 months after birth. *Early Human Development* 5, 79-85.
- Shawky S & Abalkhail BA. 2003. Maternal factors associated with the duration of breast feeding in Jeddah, Saudi Arabia. *Paediatric Perinatal Epidemiology* 17, 91–96.
- Sinkkonen J. 2003. Lapsen varhainen isäsuhde. Teoksessa: Niemelä P, Siltala P & Tamminen T. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY, Juva. 45-66.
- Smith J, Plaat F & Fisk NM. 2008. The natural cesarean: a woman-centered technique. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 115, 1037-1042.
- Suomi Sanakirja 2012. Sivistyssanakirja. Saatavissa: <http://suomisanakirja.fi/perhesynnytys>. Luettu 24.10.2012.
- Säävälä H, Keinänen E, Vainio H, Suomi A, Hermanson E & Sihvola S. 2002. Isän kirja. Hakapaino Oy, Helsinki.

- Tammentie T, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P & Tarkka M-T. 2004. Family dynamics of postnatally depressed mothers: Discrepancy between expectations and reality. *Journal of Clinical Nursing* 13, 65–74.
- Tarkka M-T, Rantanen A, Haussler S & Åstedt-Kurki P. 2005. Äitien kokemuksia suunnitellusta ja äkillisestä keisarileikkauksesta. *Hoitotiede* 17, 333-343.
- Tarkka M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. *Acta Universitatis Tamperensis* vol. 518. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Tampere.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Tilastot ja rekisterit. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain Suomessa 2008-2009. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajatjasynnytystoimenpiteet.htm>. Luettu 24.9.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009-2012. Raportti 32/2009. Yliopistopaino, Helsinki.
- Tiedje L & Darling-Fisher C. 1996. Fatherhood reconsidered: a critical review. *Research in Nursing and Health* 19, 471-484.
- Tiitinen A. 2012. Keisarileikkaus. *Duodecim terveyskirjasto*. Päivitetty 21.9.2012. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00873. Luettu 24.9.2012.
- Tuomi J & Sarajarvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.
- Uotila J & Tuimala R. 2011. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Ylikorkala O & Tapaninen J. (toim.): Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 492-493.
- Utrio K. 1984. Eevan tyttäret. Naisen, lapsen ja perheen historia. Tammi, Helsinki.
- Uusitalo L, Nyberg H, Pelkonen M, Sarlio-Lähteenkorva S, Hakulinen-Viitanen T & Virtanen S. 2012. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportteja 8/2012. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/ee5adaff-90c4-4005-a3ad-77887817f091>. Luettu 1.11.2012.
- Uvnäs Moberg K. 2007. Rauhoittava kosketus. Oksitosiinin parantava vaikutus kehossa. Riitta Kankkunen (suom.). Edita, Helsinki.
- Valvanne L. 1986. Rakkautta pyytämättä. Valtakunnankätilö muistelee. Tammi, Helsinki.
- Velandia M, Matthisen A-S, Uvnäs-Moberg K & Nissen E. 2010. Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective cesarean section. *Birth* 37, 192-201.
- Widström A-M, Wahlberg V, Matthisen A-S, Eneroth P, Uvnäs-Moberg K, Werner S & Winberg J 1990. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on the maternal behaviour. *Early Human Development* 2, 153-163.
- Winberg J. 2005. Mother and newborn baby: Mutual regulation of physiology and behavior – a selective review. *Developmental Psychobiology* 47, 219-29.

Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P & Trevisanuto D. 2010. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth* 37, 275-279.

Åstedt-Kurki P, Jussila A-L, Koponen L, Lehto P, Maijala H, Paavilainen R & Potinkara H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Åstedt-Kurki P, Paavilainen E & Lehti K. 2001. Methodological issues in interviewing families in family nursing research. Teoksessa: *Perhehoitotieteelliset tutkimusmenetelmät. Research methods in family nursing science*. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Perhekeskeisen hoidon tutkimus- ja opetuskeskus. Julkaisuja 7/ 2006, 15-20.

Åstedt-Kurki P & Paavilainen E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa: *perhehoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö*. Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. WSOY, Helsinki, 320-330.

Arvoisa perhe,

LIITE 1.

olette olleet hoidossa xxx sairaalan äitiyspoliklinikalla. Hoitoon ja siihen liittyviin tehtäviin perustuen otamme teihin yhteyttä tutkimustarkoituksessa.

xxx:ssa on annettu lupa suorittaa terveydenhuollon ammattiopintoihin kuuluva opin-
näytteeksi (pro gradu -tutkielma) tarkoitettu tutkimus: *Lapsen ja vanhemman välisen
ihokontaktin merkitys perheille ennalta suunnitellun keisarileikkauksen jälkeen.*

Tutkimuksen tarkoituksena on *kuvata keisarileikkauksen jälkeisen välittömän ihokon-
taktin ja perheen yhdessäolon merkitystä ennalta suunnitellussa keisarileikkauksessa
perheen näkökulmasta. Tutkimuksen tuomaa tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä
keisarileikatun perheen hoitoa ja yhteistyötä leikkausosaston ja synnytysosaston välil-
lä.* Tutkimuksen suorittajana on *kätilö, TtM-opiskelija Kaisa Honkanen.* Tutkija ei
toimi kätilönä xxx:n sairaalassa.

Kutsumme teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa
tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

*Olette saaneet tämän tiedotteen ja suostumuslomakkeen äitiyspoliklinikakäynnillä,
kun päätös leikkauksesta on tehty. Tutkimuksessa haastatellaan ennalta suunnitellulla
keisarileikkauksella synnyttäneitä perheitä, joilla on ollut mahdollisuus olla yhdessä
leikkauksen jälkeisessä heräämöseurannassa ja pitää vastasyntyntä ihokontaktissa.
Osallistujiksi tavoitellaan n. 10 perhettä. Tutkija ottaa puhelimitse yhteyttä perhee-
seenne jo ennen leikkauspäivää sekä leikkauksen jälkeen, jolloin haastatteluajankoh-
dasta sovitaan. Haastattelu kestää n. 45-60 minuuttia. Haastattelut tapahtuvat
04/2012- 12/2012. Molemmat lapsen vanhemmat haastatellaan yhdessä. Haastattelu
tapahtuu 2.-4. leikkauksen jälkeisenä päivänä sairaalassa. Haastattelut nauhoitetaan
luvallanne. Suostumuslomake tulee palauttaa tutkijalle viikon sisällä.*

Kaikki teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman
nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne. Tietoja käsittelee ainoastaan tutkija,
ja haastattelunauhut tuhoetaan tutkimuksen valmistuttua.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osal-
listumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne xxx:ssa nyt tai tulevaisuudessa. Voitte kes-
keyttää tutkimukseen osallistumisen missä vaiheessa tahansa syytä ilmoittamatta.

Lisätietoja antaa tutkija. Tutkimusta ohjaavat professori Tarja Suominen
(Tarja.Suominen@uta.fi) ja professori Päivi Åstedt-Kurki
(Paivi.Astedt-Kurki@uta.fi), Tampereen yliopisto

Kaisa Honkanen
Kätilö, TtM-opiskelija
kaisa.honkanen@uta.fi
puh. xxxxxxxxxxxxxx

SUOSTUMUSLOMAKE

LIITE 2.

Suostumme haastattelututkimukseen, joka koskee heräämöseurannassa yhdessä olleita perheitä. Tutkimuksen edellytyksenä on, että joko lapsen äiti tai isä/tukihenkilö pitää lasta ihokontaktissa heräämöseurannassa.

Tutkimus suoritetaan ns. teemahaastatteluna ja koskee perheen kokemuksia perheen yhdessäolosta ja ihokontaktista. Kysymyksiin ei ole oikeita eikä väärää vastauksia, vaan tutkimuksella halutaan saada tietoa heräämöhoidon käytäntöjen merkityksestä perheille.

Olemme tietoisia siitä, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja voimme halutessamme keskeyttää tutkimukseen osallistumisen missä vaiheessa tahansa.

Suunniteltu keisarileikkaukspäivämme on: _____

Tutkija ottaa teihin yhteyttä 1-2 päivän kuluttua keisarileikkauksesta. Haastatteluajankohta sovitaan silloin.

Henkilön puhelinnumero, johon tutkija voi soittaa: _____

Paikka

Päivämäärä

Allekirjoitukset:

Nimen selvennys

Suostumuslomakkeen voi palauttaa mukana seuraavassa kirjekuoressa. Postimaksu on maksettu.

Kiitos!

Ystävällisin terveisin,

Kaisa Honkanen, kättilö, TtM-opiskelija

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Perheen yhdessäolon kokemus

Ihokontaktin kokemus

HAASTATELTAVIEN TAUSTATIEDOT

Ikä (äidin ja toisen vanhemman)

Monesko synnytys

Mikä on ollut mahdollisten edellisten synnytysten synnytystapa

Onko äiti ja/tai toinen vanhempi kokenut ihokontaktia vastasyntyneen kanssa aikaisemmin

Millä raskausviikolla keisarileikkaus tapahtui

Keisarileikkauksen syy