



**TURUN
YLIOPISTO**
UNIVERSITY
OF TURKU

Kohti perhelähtöisyyttä vastasyntyneiden hoidossa

Vauvamyönteisyys-ohjelman käyttöönotto

Heli Mäkelä



**TURUN
YLIOPISTO**
UNIVERSITY
OF TURKU

KOHTI PERHELÄHTÖISYYTTÄ VASTASYNTYNEIDEN HOIDOSSA

Vauvamyönteisyys-ohjelman käyttöönotto

Heli Mäkelä

Turun yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Hoitotiede
Hoitotieteen tohtoriohjelma

Työn ohjaajat

Dosentti Hannakaisa Niela-Vilen, TtT
Hoitotieteen laitos
Turun yliopisto

Professori Anna Axelin, TtT
Hoitotieteen laitos
Turun yliopisto

Esitarkastajat

Dosentti Anne Oikarinen, TtT
Hoitotieteen laitos
Oulun yliopisto

Dosentti Mira Palonen, TtT
Terveystieteet
Tampereen yliopisto

Vastaväittäjä

Professori Katri Vehviläinen-Julkunen
Hoitotieteen laitos
Itä-Suomen yliopisto

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä.

ISBN 978-952-02-0311-5 (PRINT)
ISBN 978-952-02-0312-2 (PDF)
ISSN 0355-9483 (Print)
ISSN 2343-3213 (Online)
Painosalama, Turku, Suomi 2025

Lapsilleni Eemelille ja Lauralle

TURUN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

Hoitotieteen laitos

Hoitotiede

HELI MÄKELÄ: Kohti perhelähtöisyyttä vastasyntyneiden hoidossa: Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto

Väitöskirja, 147 s.

Hoitotieteen tohtoriohjelma

Syyskuu 2025

TIIVISTELMÄ

Perhelähtöistä hoitoa voidaan edistää WHO:n Vauvamyönteisyysohjelmalla, jonka tavoitteena on edistää imetystä ja turvata sitä tukevia hoitokäytäntöjä vastasyntyneiden hoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella vanhemman ja vauvan välistä läheisyyttä, arvioida vauvamyönteisyysohjelman käyttöönottoa täysiaikaisten vastasyntyneiden sekä ennen aikaisten tai muusta syystä tehohoitoa tarvitsevien vauvojen hoidossa sekä selvittää henkilökunnan näkemyksiä käyttöönotosta.

Tutkimus sisälsi kolme osatutkimusta. Kuvailevassa laadullisessa tutkimuksessa selvitettiin vanhempien (n = 23) kokemuksia läheisyydestä ja erosta vastasyntyneiden tehohoidossa. Kvasikokeellisessa tutkimuksessa arvioitiin vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton vaikutusta henkilökunnan (n = 162) ja äitien (n = 325) imetyksentekemiseen sekä vauvan ja vanhemman väliseen läheisyyteen, imetykseen sekä hoitokäytänteiden muutokseen. Henkilökunnan (n = 43) näkemyksiä käyttöönotosta selvitettiin laadullisessa kuvailevassa tutkimuksessa.

Vanhemmat tarvitsivat ammattilaisten tukea läheisyyden ja imetyksen edistämiseen. Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto paransi ammattilaisten imetyksentekemistä asennetta sekä edisti sellaisia hoitokäytäntöjä, joiden myötä läheisyys ja imetys sairaalassa lisääntyivät. Keskeistä oli perheiden tarpeista lähtevä yksilöllinen ohjaus. Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton prosessissa tarvittiin koko henkilökunnan panosta, ja sitä voitiin edistää resursoinnilla, kouluttamisella ja käyttöönoton edistymisestä tiedottamisella.

Vauvamyönteisyys on konkreettinen tapa toteuttaa perhelähtöistä hoitoa. Ammattilaisten imetyksentekemisyys lisääntyi ja asenteet muuttuivat yhtenäisemmiksi. Vanhemman ja vauvan välistä läheisyyttä sekä imetystä tukevissa sairaalan hoitokäytännöissä saavutettiin myönteisiä muutoksia. On kuitenkin tarpeen ymmärtää paremmin, miten imetyksen jatkumista voidaan tukea, jotta äidit voivat saavuttaa oman imetystavoitteensa ja yhteiskunnan tasolla päästään parempiin imetyksentekemisiin. Sertifikaatin saamisen jälkeen uusien toimintatapojen ylläpitämiseen tarvitaan keinoja muutoksen jatkuvuuden varmistamiseksi, jotta tehty työ ei mene hukkaan.

AVAINSANAT: imetys, imetyksen asenne, läheisyys, perhelähtöisyys, Vauvamyönteisyysohjelma

UNIVERSITY OF TURKU

Faculty of Medicine

Department of Nursing Science

Nursing Science

HELI MÄKELÄ: Towards a family-centred newborn care: the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative

Doctoral Dissertation, 147 pp.

Doctoral Programme in Nursing Science

September 2025

ABSTRACT

Family-centred care can be promoted through the WHO Baby-Friendly Hospital Initiative, which aims to promote breastfeeding and ensure supportive care practices in newborn care. The study aimed to explore parent-infant closeness, to evaluate the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative in the care of full-term newborns and babies who are premature or require intensive care for other reasons, and to explore healthcare professionals' views on the implementation.

The study comprised three sub-studies. A descriptive qualitative study explored parents' (n = 23) experiences of closeness and separation in neonatal intensive care. A quasi-experimental study assessed the impact of the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative on healthcare professionals' (n = 162) and mothers' (n = 325) attitudes towards breastfeeding and on parent-infant closeness, breastfeeding and changes in hospital care practices. Healthcare professionals' (n = 43) perceptions of the implementation were explored in a qualitative descriptive study.

Parents of a newborn infant needed professional support to promote closeness and breastfeeding. The implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative improved professionals' breastfeeding attitudes and promoted care practices that increased closeness and breastfeeding in the hospital. A key element was professionals' actions to ensure that families received individualised guidance based on their needs. The process of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative required the input of all professionals and could be facilitated through resourcing, training and communicating progress.

Baby-friendly care is a concrete way of supporting family-centred care. Professionals became more supportive of breastfeeding and attitudes became more coherent. Positive changes were achieved in hospital care practices that support parent-infant closeness and breastfeeding. However, a better understanding of how to support continued breastfeeding is needed to enable mothers to achieve their own breastfeeding goals and for society as a whole to achieve better breastfeeding rates. Once certified, ways to sustain new practices are needed to ensure continuity of change so that the work done is not wasted.

KEYWORDS: Baby-Friendly Hospital Initiative, breastfeeding, breastfeeding attitudes, closeness, family-centered care

Sisällysluettelo

Lyhenteet	8
Osajulkaisuluettelo.....	9
1 Johdanto.....	10
2 Kirjallisuuskatsaus	12
2.1 Perhelähtöinen hoito	13
2.2 Vauvamyönteisyysohjelma.....	14
2.2.1 Vauvamyönteisyysohjelma synnytysyksiköille	15
2.2.2 Vauvamyönteisyysohjelma vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoille.....	18
2.2.3 Läheisyyden edistäminen ja eron välttäminen	19
2.2.4 Imetyksen edistäminen.....	21
2.3 Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto.....	26
2.4 Yhteenveto.....	29
3 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	31
4 Aineisto ja menetelmät	33
4.1 Tutkimusasetelma	33
4.2 Tutkimusympäristö ja osallistujat.....	34
4.3 Interventio: Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto	42
4.4 Aineiston keruu	46
4.5 Aineiston analyysi	52
4.6 Tutkimuksen eettisyys.....	55
5 Tulokset	58
5.1 Vanhempien vauvansa kanssa kokema läheisyys ja ero sairaalassa.....	58
5.2 Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton vaikutus vastasyntyneiden hoidossa	61
5.2.1 Henkilökunnan imetysasenteet.....	61
5.2.2 Läheisyyttä ja imetystä edistävät hoitokäytännöt sairaalassa.....	62
5.2.3 Äitien imetysasenne	63
5.2.4 Täysimetys.....	64
5.2.5 Imetysongelmat.....	65

5.3	Henkilökunnan kokemukset vauvamyönteisysohjelman käyttöönotosta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä	67
5.4	Yhteenveto keskeisistä tuloksista	70
6	Pohdinta.....	72
6.1	Tulosten pohdinta.....	72
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	82
6.3	Käytännön vaikutukset ja jatkotutkimusehdotukset.....	86
7	Johtopäätökset.....	89
	Kiitokset.....	91
	Lähdeluettelo	93
	Lista taulukoista ja kuvista	104
	Liitteet.....	106
	Osajulkaisut	107

Lyhenteet

BFCI	Baby-Friendly Community Initiative, Vauvamyönteisyysohjelma neuvoloille
BFHI	Baby-Friendly Hospital Initiative, Vauvamyönteisyysohjelma
Neo-BFHI	Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards, Vastasyntyneen teho- ja tarkkailuosastoille sekä lastenosastoille tarkoitettu vauvamyönteisyysohjelma
EFCNI	The European Foundation for the Care of Newborn Infants, Eurooppalainen vastasyntyneiden hoitoa edistävä järjestö
HAPPY	Handy Application to Promote Preterm infant happy life
IIFAS	Iowa Infant Feeding Attitude Scale
KA	Keskiarvo
KH	Keskihajonta
LV	Luottamusväli
MD	Mediaani
NICU	Neonatal intensive care unit, vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosasto
OR	Odds Ratio, ristisuhte
SAS	Statistical Analysis System
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
TENK	Tutkimuseettinen neuvottelukunta
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund, Yhdistyneiden kansakuntien lastenrahasto
VV	Vaihteluväli
VVM	Vanhemmat vahvasti mukaan
WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö

Osajulkaisuluettelo

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu seuraaviin alkuperäisjulkaisuihin, joihin viitataan tekstissä roomalaisilla numeroilla I-IV.

- I Mäkelä, H., Axelin, A., Feeley, N. & Niela-Vilén, H. Clinging to closeness: The parental view on developing a close bond with their infants in a NICU. *Midwifery*, 2018; 62: 183–188.
- II Mäkelä, H., Axelin, A., Kolari, T., Kuivalainen, T. & Niela-Vilén, H. Healthcare professionals' breastfeeding attitudes and hospital practices during delivery and in neonatal intensive care units: Pre and post implementing the baby-friendly hospital initiative. *Journal of Human Lactation*, 2022; 38(3): 537–547.
- III Mäkelä, H., Axelin, A., Kolari, T. & Niela-Vilén, H. Exclusive breastfeeding, breastfeeding problems, and maternal breastfeeding attitudes before and after the baby-friendly hospital initiative: A quasi-experimental study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2023; e35: 1–7.
- IV Mäkelä, H., Axelin, A. & Niela-Vilén, H. Journey toward Baby-Friendly Hospital Initiative designation: Healthcare professional's view on successful implementation process and maintenance of accreditation. *Midwifery*, 2024; 135: e104029.

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osajulkaisuna on kustantajien lupa.

1 Johdanto

Perhelähtöinen hoito parantaa vastasyntyneiden lasten ja perheiden terveyttä ja turvallisuutta (Franck ym., 2023), mutta ammattilaisten keskuudessa on epävarmuutta sen käytännön toteuttamiseen liittyen (Dennis ym., 2017). Perhelähtöisen hoidon toteuttamiseen tarvitaan näyttöön perustuvia menetelmiä sekä johdonmukaisia toimintaohjeita (Coyne ym., 2018). Yhtenäistämällä näyttöön perustuvia toimintatapoja, voidaan edistää vaikuttavien menetelmien käyttöä turvallisen ja tasalaatuisen hoidon tueksi (Franck ym., 2023; WHO, 2022).

Maailman terveysjärjestö (WHO) ja UNICEF käynnistivät vuonna 1991 Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) toimintaohjelman, jonka tavoitteena on tukea perhelähtöistä hoitoa sekä edistää imetystä tukevia hoitokäytäntöjä kaikkialla maailmassa. Toimintaohjelman alkuperäinen versio on kehitetty ohjaamaan toimintaa synnytysosastoilla ja ohjelmasta on olemassa oma versio vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoille (Neo-BFHI), jossa huomioidaan ennenaikaisesti syntyneiden ja pienipainoisten vauvojen sekä heidän perheidensä erityistarpeet. (Nyqvist ym., 2015; WHO & UNICEF, 2018, 2020.)

Vauvamyönteisyysohjelman keskeisenä tavoitteena on edistää läheisyyttä mm. vierihoidon avulla ja mahdollistaa välitön ja keskeytyksetön ihokontakti heti syntymän jälkeen tai niin pian kuin mahdollista, myös ennenaikaisesti syntyneillä vastasyntyneillä (WHO & UNICEF, 2018, 2020). Huolimatta järjestelmällisistä muutoksista kohti perhelähtöistä hoitokulttuuria, läheisyyden edistämiseksi on haasteita ja vanhemman ja vauvan erottaminen toisistaan on yleinen käytäntö monissa sairaaloissa (Abdulghani ym., 2018; Widström ym., 2019). Luonnollinen läheisyys ja kiintymyssuhteen kehittyminen on uhattuna erityisesti silloin, kun vauva syntyy ennenaikaisena tai sairaana ja tarvitsee tehostettua hoitoa (Feeley ym., 2016; Flacking ym., 2012; Veenendaal, 2022).

Ihokontakti syntyy äidin ja vauvan välille myös imetyksessä. Imetyksen tukeminen ja edistäminen on yksi tehokkaimmista tavoista edistää sekä vauvan että äidin terveyttä niin lyhyellä kuin pitkällä aikavälillä, ja sen positiivinen vaikutus kansantalouteen on merkittävä. Imetys tukee turvallisen kiintymyssuhteen luomista ja lisää vanhemman herkkyyttä tulkita vauvan viestejä. Lisäksi sujuvan imetyksen on todettu liittyvän vähäisempiin masennusoireisiin synnytyksen jälkeen. (Perez-Escamilla

ym., 2023; Victora ym., 2016.) Näiden etujen saavuttamiseksi imetyksen edistämiseksi tarvitaan kansallista tukea ja taloudellisia investointeja (Rollins ym., 2016).

Vauvamyönteisyysohjelman tarkoituksena on edistää imetystä yhdenmukaistamalla hoitokäytäntöjä ja imetysohjausta sekä vahvistamalla perheiden ja henkilökunnan osaamista (WHO & UNICEF, 2018, 2020). Lukuisista terveyshyödyistä huolimatta imetyksen toteutuminen on maailmanlaajuisesti edelleen epätydyttävää (Aryeetey & Dykes, 2018; Perez-Escamilla ym., 2023). Korkean tulotason maissa haasteena on täysimetyksen lyhyt kesto ja osittaisinkin imetyksen jatkuminen suosituksia lyhyemmän aikaa (Neves ym., 2021; Victora ym., 2016). Aiemmin on todettu, että suomalaiset synnytyssairaalat voisivat parantaa täysimetyksen osuutta kiinnittämällä huomiota ja resursseja imetysohjaukseen ja näyttöön perustuviin hoitokäytäntöihin synnytyksen jälkeen (Hakala ym., 2021). Vastasyntyneiden teho-osastoilla imetyksen tukemisessa on olennaista terveydenhuollon ammattilaisten kyky luoda hyvä suhde äitiin (Gianni ym., 2018) ja tässä perhelähtöisellä hoitokulttuurilla on keskeinen merkitys.

Vauvamyönteisyyden toteuttaminen on tehokas keino edistää varhaisimetyksen aloittamista sekä parantaa täysimetystä maailmanlaajuisesti (Fair ym., 2021; Perez-Escamilla ym., 2016). Vauvamyönteisyysohjelman toimintaperiaatteita on toteutettu lähes kaikissa maailman maissa, mutta ohjelman maailmanlaajuinen kattavuus on edelleen alhainen. Käyttöönoton avulla saavutettuja toimintatapoja on myös ollut vaikeaa ylläpitää. Imetyksen edistäminen ja tukeminen vaatii toimia monilla tasoilla – lainsäädännöstä ja kansallisista ohjeista aina yhteiskunnallisiin normeihin ja imetystä koskeviin asenteisiin saakka. (Rollins ym., 2016.) Hoitohenkilökunnalla on keskeinen rooli vauvamyönteisten toimintatapojen käyttöönnotossa ja ylläpitämisessä. Tarvitaankin lisää ymmärrystä ohjelman käyttöönnotosta ja siihen vaikuttavista keskeisistä tekijöistä perheiden kanssa päivittäin työskentelevien ammattilaisten näkökulmasta.

Tässä kliinisen hoitotieteen väitöskirjatutkimuksessa tarkoituksena oli tarkastella vanhemman ja vauvan välistä läheisyyttä ja arvioida vauvamyönteisyysohjelman käyttöönottoa täysiaikaisten vastasyntyneiden sekä ennen aikaisten tai muusta syystä tehohoitoa tarvitsevien vauvojen hoidossa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää henkilökunnan näkemyksiä käyttöönnotosta.

2 Kirjallisuuskatsaus

Tässä tutkimuksessa keskitytään vauvamyönteisyysohjelman vaikuttavuuden tarkasteluun sairaalan kliinisten hoitokäytänteiden, imetyssasenteiden, äitien imetysongelmien sekä imetyksen ja täysimetyksen keston suhteen. Lisäksi tarkastellaan henkilökunnan näkemyksiä ohjelman käyttöönotosta sairaalassa. Seuraavassa kirjallisuuskatsauksessa kuvataan tämän tutkimuksen kannalta keskeisiä käsitteitä ja aiheen lähtökohtia. Osio alkaa perhelähtöistä työskentelyä tukevan vauvamyönteisyysohjelman (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) ja sen keskeisten osa-alueiden eli vauvan ja vanhemman välisen läheisyyden tukemisen sekä imetyksen ja sen edistämisen tarkastelulla. Nämä ilmenevät konkreettisesti vauvamyönteisyysohjelmassa ja sen käyttöönottoa kuvaavissa tutkimuksissa, mitä kuvataan osion lopussa.

Joulukuussa 2024 tehtiin kolme systemaattista kirjallisuushakua kolmesta tietokannasta (PubMed, CINAHL ja Cochrane Reviews), jotta voitiin kuvailla tutkimuksen teoreettista taustaa perhelähtöiseen hoitoon, vauvamyönteisyysohjelmaan, vauvan- ja vanhemman väliseen läheisyyteen, imetykseen ja ohjelman käyttöönottoon liittyen. Liitteessä 1 on kuvattu tarkemmin käytetyt hakusanat ja tietokantahakujen tulokset. Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan sekä laadullisia että määrällisiä tutkimuksia, jotka on julkaistu englannin kielellä vuosina 2014–2024. Kirjallisuuskatsauksen pohjaksi valittiin ensisijaisesti vertaisarvioituja alkuperäistutkimuksia ja järjestelmällisiä katsauksia, jotta voitiin varmistaa menetelmällinen tarkkuus sekä relevanssi ja ajankohtaisuus. Lisäksi manuaalisen haun avulla artikkelien lähdeluetoista löytyi aiheeseen liittyviä raportteja sekä tietokantahaussa tavoittamatonta tutkimustietoa. Tutkimuksen lähtökohtien kuvaamisessa on viitattu myös Maailman terveysjärjestö WHO:n ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lähteisiin.

Tässä raportissa käytetään käsitteitä "imetus", "äiti" ja "isä", kun viitataan tutkituun ilmiöön ja tutkimuksen kohderyhmään. Nämä valittiin selkeyden vuoksi ja koska kyseiset käsitteet koskevat enemmistöä. On kuitenkin huomioitava, että kaikki "imettävät äidit" eivät tunnista itseään äideiksi ja että sukupuolineutraalit käsitteet, kuten "synnyttänyt vanhempi", "kumppani/puoliso", "toinen vanhempi" ja "vauvan ruokinta", soveltuisivat myös. (Pezaro ym., 2024.)

2.1 Perhelähtöinen hoito

Terveysthuollossa on käytössä erilaisia käsitteitä, joilla kuvataan terveyden huollon ammattilaisten työskentelytapaa tai hoidon painopistettä ja englanninkielinen käsite *family-centered care* on ollut käytössä vastasyntyneiden hoidossa jo vuosikymmenien ajan (Coyne ym., 2018). Suomen kielessä tästä näkee käytettävän käsitteitä perhekeskeinen hoito ja perhelähtöinen hoito. Tässä raportissa käytetään käsitettä perhelähtöinen hoito.

Perhelähtöinen hoito on osa laadukasta vastasyntyneiden hoitoa. Sen määritelmä vaihtelee, mutta hoidossa keskitytään perheeseen kokonaisuutena. Perhelähtöisen hoidon keskeisiä osa-alueita ovat: yhteistyö ja neuvottelemineen, vanhemman osallistuminen ja jaettu vastuu vauvan hoidossa, tiedon jakaminen sekä yksilöllisten erojen kunnioittaminen ja emotionaalinen tuki vanhemmille. (Coyne ym., 2018; Kuo ym., 2012; Larocque ym., 2021; Mikkelsen & Frederiksen 2011.) Lähtökohtana on terveydenhuollon ammattilaisen ja perheen luottamuksellinen suhde, jossa yhteistyössä molemmat osapuolet sitoutuvat jakamaan vastuun vauvan hoidosta. Hoidossa korostuu perheen ammatillinen tukeminen, jonka avulla vanhempien itsemääräämisoikeutta ja kontrollia omasta vauvastaan voidaan lisätä. Perheen merkitys korostuu omien tarpeidensa asiantuntijoina. Terveysthuollon ammattilaisen tulee puolestaan arvostaa vanhempien tietoja ja asiantuntemusta ja sisällyttää vanhempien asiantuntemus osaksi hoitoa. Tärkeää on myös kunnioittaa erilaisia perheitä ja omata tietämystä eri kulttuureista. (Coyne ym., 2018; Franck ym., 2023; Larocque ym., 2021.)

Eurooppalainen vastasyntyneiden hoitoa edistävä järjestö (The European Foundation for the Care of Newborn Infants, EFCNI) toteaa vanhempien ja vastasyntyneiden oikeuksista, että perheillä on oikeus tulla pidetyksi yhtenä kokonaisuutena ja vanhemmilla on oikeus saada asianmukaista tietoa sekä osallistua aktiivisesti vauvansa hoitamiseen. EFCNI toteaa myös, että kaikilla vanhemmilla ja vastasyntyneillä on oikeus perhelähtöiseen hoitoon sekä siihen, että saavat olla yhdessä vauvansa hoidon ajan. (Moen ym., 2018; Pallás Alonso ym., 2022.)

On olemassa vahvaa näyttöä siitä, että perhelähtöinen hoito parantaa vastasyntyneiden lasten ja perheiden terveyttä ja turvallisuutta (Franck ym., 2023). Perhelähtöisen hoidon avulla sairaalahoidon kesto lyhenee ja vanhemmilla on sairaalasta kotiin lähtiessä paremmat valmiudet hoitaa omaa vauvaansa. Hoidon laatu ja perheiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon on parempaa. Lisäksi ammattilaisten työtyytyväisyys on parempi. (Larocque ym., 2021; Park ym., 2018.) Terveysthuollossa valitsee kuitenkin väärinkäsityksiä siitä, mitä perhelähtöinen hoito on sekä epävarmuutta siitä, miten sitä käytännössä toteutetaan (Dennis ym., 2017). Vastasyntyneitä ja heidän perheitään hoitavien ammattilaisten on tärkeää tietää perhelähtöisen hoidon painopisteet sekä se, miten perhelähtöisiä työskentelytapoja käytännössä sovelletaan eri tilanteissa. Perhelähtöisen hoidon edistämiseen tarvitaan organisaation johdon tukea, ammattiryhmien välistä yhteistyötä sekä yhtenäisiä ja johdonmukaisia

toimintaohjeita, jotka tukevat perhelähtöisen hoidon toteuttamista. (Coyne ym., 2018.) Yhtenäistämällä näyttöön perustuvia toimintatapoja voidaan edistää vaikuttavien menetelmien käyttöä turvallisen ja tasalaatuisen hoidon tueksi (WHO, 2022). Myös perhelähtöisen hoidon edistämiseksi on tärkeää soveltaa yhteisiä, näyttöön perustuvia menetelmiä (Franck ym., 2023).

Terveydenhuollon ammattilaisten ajattelu- ja toimintatavat vaikuttavat siihen, miten perhelähtöistä hoitoa toteutetaan ja miten vanhemmat osallistuvat lapsensa hoitoon (Oude Maatman ym., 2020). Näiden työskentelytapojen saavuttamiseen tarvitaan asenteiden ja käyttäytymisen muutosta (Oude Maatman ym., 2020) sekä ammattilaisten järjestelmällistä koulutusta (He ym., 2021). Yksi perhelähtöistä työskentelyä tukeva toimintamalli on vauva- ja perhemyönteisyysohjelma. Sen avulla edistetään läheisyyttä, imetystä ja varhaista vuorovaikutusta sekä tuetaan vanhemmuutta. Vanhempien hoitaessa itse vauvansa tämä tulee tutuksi ja vanhemmat oppivat ymmärtämään vauvan viestintää sekä miten vauvaa käsitellään. Vanhemmat kiintyvät vauvaan hoitaessaan tätä ja heidän välilleen alkaa muodostua vastavuoroinen suhde. Vauvamyönteiset hoitokäytännöt ovat konkreettinen tapa toteuttaa perhelähtöistä hoitoa ja tukea perheen keskinäistä vuorovaikutusta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024a; WHO & UNICEF, 2018.)

2.2 Vauvamyönteisyysohjelma

Maailman terveysjärjestö (WHO) ja UNICEF käynnistivät vuonna 1991 Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) toimintaohjelman, josta käytetään Suomessa nimeä vauva- ja perhemyönteisyysohjelma. Toimintaohjelman alkuperäinen versio on kehitetty ohjaamaan toimintaa synnytyssairaaloissa. Ohjelmasta on olemassa oma versio vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoille (Neo-BFHI), jossa otetaan huomioon ennen aikaisesti syntyneiden ja pienipainoisten vauvojen sekä heidän äitiensä erityistarpeet. Näyttöön perustuvan vauvamyönteisyysohjelman tavoitteena on tukea perhelähtöistä hoitoa sekä edistää imetystä tukevia hoitokäytäntöjä yksiköissä, joissa hoidetaan raskaana olevia, synnyttäviä ja synnyttäneitä perheitä sekä vauvoja kaikkialla maailmassa. (Nyqvist ym., 2015; WHO & UNICEF, 2018, 2020.) Tässä raportissa ohjelmasta käytetään jatkossa nimeä vauvamyönteisyysohjelma. Raportissa mainitaan erikseen, kun on kyse erityisesti vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoille suunnatusta Neo-BFHI ohjelmasta.

Vastasyntyneen ja imeväisikäisen lapsen perustarpeet ovat vauvamyönteisyysohjelman lähtökohta. Ne ovat samat kuin kohdussa: läheisyys, lämpö ja ravinto. Ohjelman keskeisistä hoitokäytännöistä ihokontaktin, yhdessäolon ja imetyksen avulla tuetaan vanhemman ja vauvan välistä vuorovaikutusta. Ohjelmaa tarvitaan imetyksen edistämiseksi, suojelemiseksi ja tukemiseksi, eli yhteiskunnan tasolla se mah-

dollistaa toteutuessaan hyvät puitteet imetyksen toteutumiseksi niille perheille, jotka haluavat imettää. (Fair ym., 2021; Hakulinen ym., 2017; WHO & UNICEF, 2018.)

Vauvamyönteisyysohjelmassa suositellaan imetyksen aloittamista tunnin kuluessa vauvan syntymästä, kuuden kuukauden täysimetystä sekä imetyksen jatkamista muun ravitsemuksen ohella kahden vuoden ikään asti (WHO, 2017). Suomessa kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma poikkeaa WHO:n suosituksista. Kansallinen ohjelma suosittelee täysimetystä 4–6 kk ikään asti sekä imetyksen jatkamista yhteen ikävuoteen asti ja perheen niin halutessa myös pidempään (Hakulinen ym., 2017). Vauvamyönteisyysohjelman avulla voidaan tukea vauvan turvallista ja asianmukaisesti toteutettua ravitsemusta myös silloin, kun vauvaa ei syystä tai toisesta imetetä (WHO & UNICEF, 2018; WHO, 2017).

Terveydenhuollon yksikkö, joka toimii vauvamyönteisyysohjelman käytänteiden mukaisesti, voi hakea itselleen vauvamyönteisyysertifikaattia. Saadakseen sertifikaatin, sairaalan on noudatettava ohjelman toimintaperiaatteita, osoitettava tilastoinnilla ohjelman kriteerien täyttyminen sekä läpäistävä ulkopuolisen toteuttama auditointi. Sertifiointi kertoo, että yksikkö noudattaa vauvamyönteisyysohjelman mukaisia käytäntöjä imetyksen onnistumiseksi. Jotta vauvamyönteisyysertifiointi säilyy, arviointi on suoritettava uudelleen vähintään viiden vuoden välein. (Fair ym., 2021; WHO & UNICEF, 2018, 2020.)

Suomessa vauvamyönteisyysohjelmaa ja sen käyttöönottoa on tukenut ja koordinoitunut Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Kansallisen kehittämissuostimien suorittaman ulkoisen auditoinnin tulosten perusteella sairaalalle on voitu myöntää vauvamyönteisyysertifikaatti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024a.) Vauvamyönteisyysohjelman kansallinen koordinointi ja kehittämissuostimien työ kuitenkin päättyi vuoden 2024 lopussa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024b). WHO suosittelee, että organisaation ottaessa käyttöön alkuperäisen vauvamyönteisyysohjelman hoitokäytännöt synnytysyksiköissä, samanaikaisesti otettaisiin käyttöön myös Neo-BFHI ohjelman hoitokäytännöt vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolla. Molempien ohjelmien käyttöönotosta tehdään kuitenkin oma auditointi sekä myönnetään erillinen sertifikaatti (Nyqvist ym., 2015).

2.2.1 Vauvamyönteisyysohjelma synnytysyksiköille

Vauvamyönteisyysohjelman perustana on Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen (Ten Steps to Successful Breastfeeding), jotka ohjaavat imetystä tukevien kliinisten hoitokäytäntöjen toteuttamista (WHO & UNICEF, 2018). (Taulukko 1.) Ohjelmaa päivitettiin vuonna 2018, jotta sen avulla voidaan varmistaa optimaalinen hoito ja tuki perheille ja vauvoille. Askeleet koostuvat nyt imetystä tukevista kriittisistä johtamisen menetelmistä (askeleet 1 ja 2) ja keskeisistä kliinisistä käytännöistä imetyksen tukemiseksi (askeleet 3–10). (Aryeetey & Dykes, 2018.)

Askeleet toimivat kriteereinä, joiden perusteella kehitetään ja arvioidaan läheisyyden ja imetyksen edistämistä. Jokaiselle askeleelle on määritelty taso, joka toimintayksikön käytännöissä tulee toteutua. Esimerkiksi neljännellä askeleella vähintään 80 % täysiaikaisten vauvojen äideistä tulee ilmoittaa, että heidän vauvansa asetettiin ihokontaktiin välittömästi tai viiden minuutin kuluessa syntymästä ja että ihokontakti kesti vähintään tunnin, ellei ollut lääketieteellisesti perusteltua syytä toimia toisin. Ohjelmassa edellytetään myös äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälisen markkinointikoodin (korvikekoodi) noudattamista. Korvikekoodin tavoitteena on tukea imetystä muun muassa rajoittamalla äidinmaidonkorvikkeiden mainontaa. Terveystieteiden tiloissa ei saa jakaa korvikenäytteitä eikä tiloissa saa olla näkyvillä korvikkeita. (WHO & UNICEF, 2018; Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 2024a.)

Vauvamyönteisyysohjelman toimintaperiaatteita on toteutettu lähes kaikissa maailman maissa, mutta koko ohjelman periaatteiden toteuttaminen on ollut haastavaa. Toimintaohjelman maailmanlaajuinen kattavuus on edelleen alhainen ja vuonna 2017 vain 10 prosenttia maailman vastasyntyneistä syntyi vauvamyönteisessä sairaalassa. Lisäksi ohjelman vaatimia toimintaperiaatteita ja hoitokäytänteitä on ollut vaikea ylläpitää. (WHO & UNICEF, 2018.) Uudemmissa tilastoissa ohjelman kattavuus vaihtelee suuresti alueittain. Euroopassa keskimäärin 35 prosenttia vastasyntyneistä syntyy vauvamyönteisessä sairaalassa, Yhdysvalloissa 26 prosenttia, mutta Afrikassa ja Kaakkois-Aasiassa alle 5 prosenttia. (Baby-Friendly Hospital Initiative Network, 2025.) Suomen synnytysairaaloista kuudella on tällä hetkellä vauvamyönteisyssertifikaatti joko synnytysyksiköllä, vastasyntyneiden teho-osastolla tai molemmissa. Näistä kaksi on yliopistotasoisia sairaaloita. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 2024a.) Vauvamyönteisyysohjelman askeleita käytetään kuitenkin yleisinä ohjeina jokaisessa Suomen synnytysairaalassa (Hakala ym., 2017).

Taulukko 1. Vauvamyönteisysohjelman 10 askelta onnistuneeseen imetykseen synnytysyksiköille ja vastasyntyneiden teho-osastoille.

Synnytysyksikön ohjelman askeleen ohjeistus *	Vastasyntyneiden teho-osaston Neo-BFHI ohjelman sovelletun askeleen ohjeistus *
Askel 1: Toimintaohjelma	
<p>1a) Noudattakaa kokonaisuudessaan äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälistä markkinointikoodia ja asiaan liittyviä WHO:n yleiskokouksen päätöksiä.</p> <p>1b) Tehkää työyhteisöön kirjallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma, josta tiedotetaan säännöllisesti henkilökunnalle ja perheille.</p> <p>1c) Luokaa ja vakiinnuttakaa jatkuva seuranta- ja tilastointikäytäntö.</p>	<p>Tehkää työyhteisöön kirjallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma, josta tiedotetaan säännöllisesti henkilökunnalle.</p>
Askel 2: Henkilökunnan osaaminen	
<p>Varmistakaa, että henkilökunnalla on imetyksen tukemiseen riittävät tiedot, taidot ja osaaminen.</p>	<p>Varmistakaa henkilöstön riittävyys ja koulutkaa henkilökunta niin, että heillä on riittävät tiedot ja taidot tukea imetystä</p>
Askel 3: Raskaana olevan ohjaus	
<p>Keskustelkaa raskaana olevien naisten ja heidän perheittensä kanssa imetyksen tärkeydestä ja siitä, miten imetys onnistuu.</p>	<p>Antakaa tietoa imetyksen tärkeydestä ja siitä, miten imetys onnistuu niille äideille, jotka ovat sairaalahoidossa uhkaavan ennenaikaisen synnytyksen tai syntyvällä lapsella epäiltävän sairauden vuoksi.</p>
Askel 4: Väliön syntymän jälkeinen hoito	
<p>Mahdollistakaa väliön ja keskeytyksetön ihokontakti ja tukekaa äitejä aloittamaan imetys mahdollisimman pian vauvan syntymän jälkeen.</p>	<p>Mahdollistakaa väliön, keskeytyksetön ja jatkuva ihokontakti tai kenguruhoito ja tukekaa äitejä aloittamaan imetys heti synnytyksen jälkeen, kun se on mahdollista</p>
Askel 5: Imetyksen tukeminen	
<p>Tukekaa äitejä aloittamaan ja jatkamaan imetystä sekä selviytymään tavallisista vaikeuksista.</p>	<p>Tukekaa äitejä ylläpitämään imetystä ja maidoneritystä sekä voittamaan niihin liittyviä haasteita. Vakiinnuttakaa varhain alkava imetys siten, että vauvan vointi on ainoa kriteeri imetyksen aloittamiselle</p>
Askel 6: Lisämaidon tarjoaminen	
<p>Älkää tarjotko imetetyille vauvoille muuta ruokaa tai juomaa kuin rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt sitä edellytä.</p>	<p>Älkää tarjotko vauvoille muuta ruokaa tai juomaa kuin rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt sitä edellytä.</p>
Askel 7: Vierihoido	
<p>Mahdollistakaa äideille ja vauvoille yhdessä-olo ja vierihoido ympärivuorokautisesti.</p>	<p>Mahdollistakaa äideille ja vauvoille yhdessä-olo ja imetyksen harjoittelu ympärivuorokautisesti.</p>

Askel 8: vauvantahtinen ruokinta

Tukekaa äitejä tunnistamaan vauvan nälkäviestejä ja vastaamaan niihin

Auttakaa äitejä tunnistamaan ja reagoimaan vauvan viesteihin. Tukekaa vauvan viestien mukaista imetystä tai tarvittaessa varmistettua vauvantahtista imetystä.

Askel 9: Tuttipullot ja tutit

Neuvokaa äitejä tuttipullojen ja tuttien käytössä ja kertokaa niihin liittyvistä riskeistä.

Käyttäkää vaihtoehtoisia lisämaidon antotapoja pullon sijaan vähintään siihen saakka, kunnes imetys sujuu hyvin. Kertokaa äideille tuttien, tuttipullojen ja rintakumien käytön riskeistä.

Askel 10: Kotiutusvaiheen hoito

Suunnitelkaa kotiutus siten, että vanhemmat ja vauva saavat oikea-aikaista ja jatkuvaa tukea ja hoitoa.

Ohjatkaa vanhempia jatkamaan imetystä kotiutuksen jälkeen ja varmistakaa, että he saavat tarvittaessa oikea-aikaista tukea, ohjausta ja hoitoa.

* Lähteenä käytetty WHO:n askeleita onnistuneeseen imetykseen vuosilta 2018 ja 2020 sekä Terveystieteiden tutkimuskeskuksen Vauvamyönteisyys-sivustoa vuodelta 2024.

2.2.2 Vauvamyönteisyysohjelma vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoille

Vauvamyönteisyysohjelmasta on olemassa oma versio vastasyntyneiden teho-osastoille, Neo-BFHI. Se on luotu vuonna 2015 vastaamaan ennenaikaisesti syntyneiden ja pienipainoisten vauvojen ja heidän äitiensä erityistarpeita. (Nyqvist ym., 2015.) Neo-BFHI sisältää imetykseen liittyviä näyttöön perustuvia suosituksia, jotka soveltuvat vastasyntyneiden tehohoidon ympäristöön. Kymmenen askeleen (Taulukko 1) ja äidinmaidonkorvikkeiden markkinointia koskevien säädösten lisäksi Neo-BFHI sisältää kolme periaatetta, jotka ohjaavat perhelähtöisen hoidon toteuttamiseen, äidin yksilölliseen tilanteeseen keskittymiseen sekä hoidon jatkuvuuden varmistamiseen (Maastrup ym., 2022; WHO & UNICEF, 2020). Suomessa THL:n vauvamyönteisyyden kansallinen kehittämisryhmä on aiemmin vastannut myös vastasyntyneiden teho-osastojen sertifiointista (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2024b).

Tutkittua tietoa vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosaston vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotosta on julkaistu hyvin vähän, mutta toimintaperiaatteita on toteutettu osittain monissa maissa. Neo-BFHI suositusten noudattamista on selvitetty laajassa kansainvälisessä tutkimuksessa, johon osallistui 917 vastasyntyneitä hoitava yksikköä 36 maasta. Sen perusteella Neo-BFHI-suosituksia noudatetaan yleisesti ottaen suhteellisen hyvin, mikä viittaa siihen, että yksiköt ympäri maailmaa ovat hyvin valmistautuneita Neo-BFHI:n käyttöönottoon. Tutkimuksen mukaan markkinointikoodin noudattaminen ei ollut riippuvainen maan tulotasosta. Perhelähtöisen hoidon toteuttamisen, ihokontaktin ja imetyksen/maidontuotannon käynnistämisen suosi-

tuksia noudatettiin kuitenkin paremmin korkean tulotason maissa. (Maastrup ym., 2019.)

Imetystä edistävät hoitokäytänteet toteutuvat Suomen vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla (n = 18) keskimäärin hyvin, mutta yksiköiden välillä on suuria eroja. Käytännöistä parhaiten toteutuu äidin ja lapsen yhdessäolo ympäri vuorokauden sekä rintamaidon käyttö vastasyntyneen yksinomaisena ravintona. Heikoimmin toteutuu sairaalahoidossa olevien odottavien äitien tiedonsaanti imetykseen liittyen. (Niela-vilén ym., 2020.) Vauvamyönteisyysertifikaatin saaneiden sairaaloiden vastasyntyneiden tehohoidon yksiköt toteuttivat Neo-BFHI hoitosuosituksia kuitenkin paremmin kuin niiden sairaaloiden yksiköt, joilla ei ollut vauvamyönteisyysertifiointia, myös Suomessa (Maastrup ym., 2019; Niela-Vilén ym., 2020).

2.2.3 Läheisyyden edistäminen ja eron välttäminen

Vanhempien ja vauvan fyysinen ja emotionaalinen läheisyys on tärkeää niin ennen- aikaisesti kuin täysaikaisenakin syntyneiden vauvojen kehitykselle (Boyndy ym., 2016). Äidin fyysinen läheisyys on vastasyntyneelle luonnollisin ympäristö heti syntymän jälkeen ja auttaa vauvaa vakauttamaan hengitystä, sydämen sykettä ja kehon lämpötilaa (Moore ym., 2016) sekä verensokeritasapainoa (Bass ym., 2019). Läheisyys on ratkaisevan tärkeää myös vauvan ja vanhemman välisen suhteen kehittymiselle, mikä tapahtuu hitaasti vuorovaikutuksen kautta raskauden, syntymän ja vauvan elämän ensimmäisten tuntien, päivien ja kuukausien aikana luonnollisen yhdessäolon kautta (Aagaard ym., 2018). Vanhemman ja vauvan välisen suhteen muodostumisen painopiste sairaalassa on usein äidin ja lapsen välillä, mutta isän osallistumisella läheisyyden tarjoamiseen vauvalle esimerkiksi ihokontaktin kautta on myönteinen vaikutus myös tämän kiintymyssuhteelle (Shorey ym., 2016). Vauvamyönteisyysohjelman keskeisenä tavoitteena on edistää läheisyyttä mm. vierihoidon avulla (askel 7) ja mahdollistaa välitön ja keskeytyksetön ihokontakti heti syntymän jälkeen tai niin pian kuin mahdollista, myös ennenaikaisesti syntyneillä vastasyntyneillä (askel 4). Terveystuollon ammattilaisten tulisi myös rohkaista vanhempia tunnistamaan, milloin heidän vauvansa on valmis imemään rinnalla, ja tarjota tarvittaessa apua (askeleet 5 ja 8). (WHO & UNICEF, 2018, 2020.)

Suosituksista huolimatta läheisyyden edistämisessä on haasteita ja äidin ja vauvan erottaminen toisistaan on yleinen käytäntö monissa sairaaloissa (Abdulghani ym., 2018; Widström ym., 2019). Luonnollinen läheisyys ja kiintymyssuhteen kehittyminen on uhattuna erityisesti silloin, kun vauva syntyy ennenaikaisena tai sairaana ja tarvitsee tehostettua hoitoa. Huolimatta järjestelmällisistä muutoksista kohti perhelähtöistä hoitokulttuuria, vastasyntyneiden tehohoito luo edelleen haasteita vanhemman ja vauvan läheisyydelle. (Feeley ym., 2016; Flacking ym., 2012; Veenendaal, 2022.)

Vanhemmat kokevat vauvan tehohoidon sairaalassa vaikeaksi ja vauvasta erossa oleminen on molemmille vanhemmille vaikeaa. Vanhemmat kokevat stressiä ja epävarmuutta, kaipaavat vauvaansa ja tuntevat jopa pelkoa tämän puolesta. Erossa olemisella on pitkän aikavälin terveysvaikutuksia, kuten vauvan kehitysongelmia, vanhempien masennusta ja epävarmuutta vanhemmuudessa (Bergman, 2019; Flacking ym., 2012). Ammattilaiset edistävät läheisyyttä tukemalla vanhempien osallistumista oman vauvansa hoitoon sekä siihen liittyvään päätöksentekoon. Vanhemmat vastaavasti tasapainoilevat omien tarpeiden tyydyttämisen kanssa, jotta voisivat olla mahdollisimman paljon lähellä vauvaansa. (Feeley ym., 2016.) Vanhempien lisääntynyt läsnäolo ja perhehuoneiden saatavuus lyhentävät vauvan sairaalassaoloaikaa ja vanhemman osallistuminen vauvansa hoitoon sairaalassa vähentää vanhemman kokemaa stressiä ja edistää läheisyyttä mm. lisääntyneen ihokontaktin ja imetyksen myötä (Anderzén-Carlsson ym., 2014; Flacking ym., 2012; Raiskila ym., 2017). Ihokontakti puolestaan vähentää kuolleisuutta, infektioita ja sairaalahoitoon palaamista, lisää äidin maitomäärää ja imetyksen kestoa (Boundy ym., 2016).

Maailman terveysjärjestö WHO suosittelee välitöntä ihokontaktia syntymän jälkeen sekä sen jatkamista vähintään tunnin ajan (WHO, 2017). Ihokontakti (skin-to-skin contact, SSC) tarkoittaa, että kuivattu, alaston vastasyntynyt asetetaan äidin paljaalle rinnalle, lämpimän peitteen alle. Tämä intiimi kosketus aktivoi hermoston käyttäytymismalleja, jotka varmistavat biologisten perustarpeiden täyttymisen ja vaikuttaa tulevaan fysiologiseen kehitykseen ja käyttäytymiseen. Syntymän jälkeisellä kiireettömällä ihokontaktilla luodaan mahdollisimman optimaaliset olosuhteet äidin ja vauvan toisiinsa tutustumiselle sekä vauvan sopeutumiselle kohdunulkopuoliseen elämään. Vastasyntynyt on ensi hetkistään asti valmis vuorovaikutukseen ja hän oppii nopeasti vastaamaan kontaktiin, aluksi rauhoittumalla ollessaan äidin lähellä, sitten katseella sekä myöhemmin ääntelyllä ja hymyillä. Varhainen ihokontakti myös vähentää stressiä ja itkuisuutta, stimuloi maidontuotantoa ja tukee imetyksen aloitusta. (Moore ym., 2016.) Ihokontaktin toteuttamisen käytännöt, kuten sen aloittamisen ajankohta ja kesto vaihtelevat suuresti eri puolilla maailmaa ja sen toteutuminen vaihtelee yhdestä prosentista 98 prosenttiin (Abdulghani ym., 2018). Varhaisen ja keskeytymättömän ihokontaktin toteutumiseen vaikuttavat myös henkilökunnan toimintaa ohjaavat sairaaloiden ohjeista ja käytännöistä koostuvat rutinit. Kätilöt suorittivat tehtäviä, joilla varmistettiin vauvojen ja heidän äitiensä turvallisuus ja hyvinvointi ensimmäisen synnytyksen jälkeisen tunnin aikana, mutta näiden myötä ihokontakti ei ollut välitön ja imetyksen varhaiseen aloittamiseen kannustettiin "kädestä pitäen". (Niela-Vilén ym., 2020.)

Vauvan lämmönsäätelyä, aineenvaihduntaa ja vuorokausirytmiiä tukeva ihokontakti syntyy äidin ja vauvan välille myös imetyksessä (Perez-Escamilla ym., 2023). Ihokontakti mahdollistaa vauvan itsenäisen aistien ja heijasteiden avulla tapahtuvan rinnalle etsiytyksen (Widström ym., 2019). Äidin ja vauvan läheisyys ja vuorovai-

kutus synnytyksen jälkeen ovat siis keskeisiä äidinmaidon tuotannon ja imetyksen onnistumiselle. Yhdessäololla on olennainen merkitys maidonerityksen käynnistymisessä, edistämisessä ja ylläpitämisessä. Ihokontaktissa vauvaansa pitäneet äidit imetivät pidempään ja täysimettivät todennäköisemmin sairaalasta kotiutumisesta kuuteen kuukauteen synnytyksen jälkeen. (Bass ym., 2019; Moore ym., 2016; WHO & UNICEF, 2018.) Äitien kokemusten perusteella ihokontakti oli vaikuttanut myönteisesti kiintymyssuhteen muodostumiseen sekä imetyskokemuksiin vauvan ensimmäisten elinkuukausien aikana (Menking-Hoggatt ym., 2018). On huomioitava, että vaikka imetys ei olisikaan mahdollista, vauvaa voi silti ruokkia ihokontaktissa.

2.2.4 Imetyksen edistäminen

Vauvamyönteisyysohjelman tarkoituksena on edistää imetystä yhdenmukaistamalla hoitokäytäntöjä ja imetysohjausta (askeleet 1b ja 4–9) sekä vahvistamalla perheiden ja henkilökunnan osaamista (askeleet 2 ja 3). Tavoitteena on parantaa äitien ja perheiden valmiuksia ja mahdollisuuksia imettää lastaan toivomustensa mukaisesti sekä turvata vastasyntyneen ravitsemus. (WHO & UNICEF, 2018.)

Imetys on osa biopsykososiaalista järjestelmäämme, joka on kehittynyt nisäkkäiden historian aikana tukemaan sekä äitien että imeväisten terveyttä ja selviytymistä (Christian ym., 2021). Yksiselitteistä määritelmää imetykselle ei ole olemassa, mutta WHO:n mukaan imetys on vastasyntyneen selviytymisen, ravitsemuksen ja kehityksen sekä äitien terveyden kulmakivi (WHO, 2017). Imetys on prosessi, jossa äidin rintamaitoa syötetään vauvalle joko suoraan rinnasta tai lypsämällä (pumppaamalla) sitä rinnasta ja syöttämällä sitä vauvalle joko pulloruokinnalla tai jonkun muun vaihtoehdoisen menetelmän avulla (nenämahaletku, hörpytys, lusikka). Imetys on kuitenkin paljon muutakin kuin äidinmaidon siirtämistä äidiltä vauvalle. Imeminen äidin rinnasta on olennainen osa vastasyntyneen hoivaa sekä äidin ja vauvan välistä vuorovaikutusta. (Pérez-Escamilla ym., 2023.) Täysimetys tarkoittaa, että vauva saa ravinnokseen vain äidinmaitoa. Täysimetyksellä vauva ei saa lisäravintoa, vettä tai muuta ravintoa lukuun ottamatta suun kautta annettavia lääkkeitä, vitamiineja ja kivennäisaineita. (WHO, 2017.)

Imetyksen terveyshyödyt

Imetyksen ja äidinmaidon etuja on tutkittu paljon, ja sillä on monia terveyshyötyjä sekä lapselle että äidille. Äidinmaidosta vauva saa tarvitsemansa energian ja ravintoaineita, kuten rasvaa, proteiinia ja hiilihydraatteja sekä vitamiineja ja kivennäisaineita. Yhdessä alatiesynnytyksen ja ihokontaktin kanssa imetys edistää suotuisan bakteerikannan muodostumista lapsen iholle ja suolistoon. (Victora ym., 2016.) Vastaavasti imetys tarjoaa vastasyntyneelle varhaisimman immuunisuojan tartunta-

tauteja vastaan (Young ym., 2022). Imetetyillä lapsilla esiintyykin vähemmän sairaalahoitoon johtavaa keuhkokuumetta ja ripulitauteja. Lisäksi pidempikestoinen imetys suojaa lapsia lihavuudelta ja tyypin 2 diabetekselta, hampaiden virheasennoilta ja hammaskariekselta (Horta ym., 2023; Meek & Noble, 2022) sekä pienentää kätkytkuoleman riskiä (Thompson ym., 2017). Imetys edistää vauvan aivojen kehitystä ja sen on todettu tukevan parempaa kognitiivista kehitystä (Horta ym., 2015). Suoralla imetyksellä on merkittäviä vaikutuksia imeväisen terveyteen ja kehitykseen verrattuna äidinmaidon syöttämiseen pullolla, kupilla tai lusikalla (Pérez-Escamilla ym., 2023).

Imetyksellä ja äidin omalla rintamaidolla on todettu olevan useita terveyshyötyjä myös ennenaikaisille vauvoille, erityisesti hyvin pienipainoisille vauvoille (≤ 1500 g). Se vähentää vaikean suolistotulehduksen (nekrotisoiva enterokoliitti), yleisinfektion (sepsis), kroonisen keuhkosairauden (bronkopulmonaalinen dysplasia) ja ennenaikaisen retinopatian sekä neurologisten kehityshäiriöiden esiintyvyyttä. Ennenaikaisesti syntyneillä vauvoilla äidin oman maidon suurempi määrä on yhteydessä suurempiin terveyshyötyihin. (Parker ym., 2021.)

Imetyksellä on todettu olevan useita terveyshyötyjä myös äideille. Se suojaa äitejä rintasyövältä sekä vähentää synnytyksen jälkeisen verenvuodon riskiä. Äitien terveyshyötyihin kuuluu myös imetyksen aikaansaama hormonaalinen vaikutus, joka estää normaalin kuukautiskierron ja pidentää raskauksien väliä. (Chowdhury ym., 2015.) Lisäksi imetys suojaa munasarjasyövältä sekä tyypin 2 diabetekselta (Meek & Noble, 2022). Imetyksen edistäminen on yksi tehokkaimmista ja vaikuttavimmista tavoista tukea terveyttä sekä matalan että korkean tulotason maissa (Victoria ym., 2016). Synnyttäneille äideille ja vastasyntyneille tarkoitettuja palveluja tarjoavilla terveydenhuollon yksiköillä on ainutlaatuinen mahdollisuus tarjota oikea-aikaista ja asianmukaista tukea ja kannustusta, jotta voi onnistua imetyksessä (WHO & UNICEF, 2018).

Imetyksen toteutuminen ja sen haasteet

Lukuisista terveyshyödyistä huolimatta imetyksen toteutuminen on maailmanlaajuisesti edelleen epätydyttävää (Aryeetey & Dykes, 2018; Pérez-Escamilla ym., 2023). Imetyksen toteutuminen vaihtelee eri puolilla maailmaa ja Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan vajaa puolta vastasyntyneistä imetetään ensimmäisen tunnin kuluessa syntymästä, ja alle puolet vastasyntyneistä on täysimetyksellä kuuden kuukauden ajan. (WHO & UNICEF, 2018.) Alhaisen tulotason maissa ensimmäisen imetyksen toteutuminen tunnin kuluessa syntymästä sekä täysimetyksen alhainen osuus ovat merkittäviä haasteita. Pieni- ja keskituloisissa maissa kolmannes imeväisikäisistä saa ensimmäisinä päivinään ravintona muuta nestettä kuin rintamaitoa (Pérez-Escamilla ym., 2023). Korkean tulotason maissa suurin haaste on täysime-

tyksen lyhyt kesto ja osittaisenkin imetyksen jatkuminen suosituksia lyhyemmän aikaa. (Neves ym., 2021; Victora ym., 2016.)

Pohjoismaissa imetyksen aloittamisaste on perinteisesti ollut korkea, yli 90 % (Maimburg, 2017; Swanson & Hannula, 2021), mutta täysimetyksen osuus kuuden kuukauden iässä vaihtelee 2-25 % välillä (Ikonen ym., 2020; Kronborg & Foverskov, 2021; Videholm ym., 2021). Suomessa useimmat äidit aloittavat imetyksen synnytyssairaalassa ja imettävät sairaalasta kotiutuessaan (Hakala ym., 2021). Kahden kuukauden iässä kuitenkin vain puolet (54 %) ja kuuden kuukauden iässä enää 9 % äideistä täysimettää (Ikonen ym., 2020).

Imetyksen jatkuminen vuoden ajan tai pidempään on yhteydessä useisiin tekijöihin. Rollinsin ym. (2016) käsitteellisessä mallissa imetykseen vaikuttavat tekijät jaetaan kolmeen eri tasoon, jotka ovat rakenteellinen taso, ympäristötaso ja yksilötaso. Rakenteellisella tasolla imetykseen vaikuttavat laajat sosiokulttuuriset ja markkina-tekijät, kuten yhteiskunnalliset suuntaukset ja media. Ympäristötasolla imetykseen vaikuttavat perheiden asenteet ja terveydenhuollon hoitokäytännöt. Yksilötasolla vaikuttavat tekijät liittyvät äidin ja vauvan ominaisuuksiin sekä äidin imetysasenteisiin ja suunnitelmiin imetykseen liittyen. (Rollins ym., 2016.) Imetykseen ja sen keston vaikuttavat positiivisesti imetykseen saatu yksilöllinen tuki (McFadden ym., 2017), äidin korkeampi ikä sekä luottamus omiin kykyihin imettää (Asimaki ym., 2022). Ensisynnyttäjäisyys, yksinhuoltajuus, matala koulutustaso, äidin tupakointi, yli-paino, suunniteltu tai suunnittelematon keisarileikkaus sekä erilaiset komplikaatiot synnytyksen aikana sen sijaan vaikuttavat imetykseen ja sen jatkamiseen negatiivisesti (Asimaki ym., 2022; Feenstra ym., 2018; Santana ym., 2018). Moniin näistä tekijöistä voidaan vaikuttaa parantamalla imetyksen edistämiseen liittyvää tukea.

Viimeaikaisissa tutkimuksissa on todettu, että vauvamyönteisyyden toteuttaminen on tehokas keino edistää varhaisimetyksen aloittamista sekä parantaa imetyksen kestoja ja täysimetystä maailmanlaajuisesti (Fair ym., 2021; Perez-Escamilla ym., 2016). Vauvamyönteisyysohjelman kaikkien askeleiden käyttöönotto on parantanut sairaalan kliinisiä hoitokäytäntöjä, kuten ensi-imetyksen toteutuminen tunnin kuluessa syntymästä, ympärivuorokautinen vierihoito, ihokontakti ja tutittomuus (Agbozo ym., 2020; Alonso-Díaz ym., 2016; Araújo ym., 2019; Gomez-Pomar & Blubaugh, 2018; Zakarija-Grković ym., 2018). Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto sairaalan synnytysyksiköissä on edistänyt imetystä tukevia hoitokäytäntöjä myös vastasyntyneiden teho-osastoilla, sillä se on lisännyt vauvan ja vanhemman välisen ihokontaktin toteuttamista ja lisännyt maidon lypsämistä (Maastrup ym., 2022). Kaikissa tutkimuksissa ei kuitenkaan ole havaittu käyttöönoton vaikutusta imetykseen (Fair ym., 2021; Fallon ym., 2019; Gomez-Pomar ym., 2018) ja ohjelman vaikutukset korkean tulotason maissa ovat epäselviä (Fallon ym., 2019).

Imetyskäytänteiden edistymisen arvioinnin haasteena on, että monilla korkean tulotason mailla ei ole vakiintunutta menetelmää imetyksen seurantaan ja kansain-

välisesti standardoituja indikaattoreita ei raportoida. Useimmat tiedot imetykäytännöistä rajoittuvat siis pieni- ja keskituloisiin maihin. Tästä huolimatta on voitu kuitenkin osoittaa, että imetyksen kehityssuuntaus on positiivinen. Maailmanlaajuisesti varhaisimetyksen aloittaminen on lähes kaksinkertaistunut 2000-luvulta lähtien ja vuonna 2019 vastasyntyneistä 50 % imi rinnalla tunnin sisällä syntymästä. Lisäksi täysimetus on lisääntynyt 0–7 % vuodessa ja vuonna 2019 alle kuuden kuukauden iässä täysimetyksellä oli 49 % vauvoista. (Neves ym., 2021.) Näistä parannuksista huolimatta vain harvat maat saavuttanevat WHO:n tavoitteen, jossa 70 % vastasyntyneistä olisi täysimetyksellä vuoteen 2030 mennessä. Maiden väliset ja maiden sisäiset erot ovat suuria. (Perez-Escamilla ym., 2023.) Aiemmin on todettu, että suomalaiset synnytyssairaalat voisivat parantaa täysimetyksen osuutta kiinnittämällä huomiota ja resursseja imetysohjaukseen ja näyttöön perustuviin hoitokäytäntöihin, jotka liittyvät välittömään synnytyksen jälkeiseen hoitoon, alatiesynnytyksen edistämiseen, vierihoidon toteuttamiseen ja ammattitaitoisen neuvonnan saatavuuteen (Hakala ym., 2021). Vastasyntyneiden teho-osastoilla imetyksen tukemisessa on olennaista terveydenhuollon ammattilaisten kyky luoda hyvä suhde äitiin (Gianni ym., 2018) ja tässä perhelähtöisellä hoitokulttuurilla on keskeinen merkitys.

Imetykseen liittyvät ongelmat ovat suurin syy sille, että äidit lopettavat imetyksen aiemmin kuin olivat suunnitelleet (Gianni ym., 2019; Kronborg, 2020). Yleinen syy imetyksen lopettamiseen suosituksia aiemmin on myös vauvan normaalin käyttäytymisen tulkitseminen väärin niin, että se ymmärretään maidon riittämättömyyteen liittyväksi ongelmaksi (Perez-Escamilla ym., 2023). Noin puolet imettävistä äideistä kohtaa erilaisia haasteita jossain vaiheessa imetystä. Imetysongelmat voivat liittyä äitiin, vauvaan, imetystilanteeseen tai ne voivat olla erilaisia sosiaalisia tekijöitä. (Gianni ym., 2019.)

Tavallisimpia imetysongelmia ovat kipu imettäessä, haavoilla olevat ja halkeilevat rinnanpäät sekä riittämätön maidon määrä (Cooklin ym., 2018; Shafaei ym., 2020). Muita yleisiä haasteita ovat vauvan huono imuote (Feenstra ym., 2018), äidin kokemaa väsymys (Cooklin ym., 2018) ja vauvan itkuisuus (Mosher ym., 2016). Voidakseen selittää imetyshaasteet ja jatkaa imetystä, äidit tarvitsevat näyttöön perustuvaa tukea ja yksilön näkökulmasta riittävää imetysohjausta (Aryeetey & Dykes, 2018; Kronborg ym., 2020). Riittävästi tukea imetykseen synnytyssairaalassa saaneilla äideillä on vähemmän imetysvaikeuksia (Lojander ym., 2024) ja paremmat tiedot imetykseen liittyvissä asioissa on auttanut äitejä ratkaisemaan useimmat imetysongelmat (Shafaei ym., 2020), mutta asenteet imetystä kohtaan voivat edelleen vaikuttaa merkittävästi imetyksen toteutumiseen (Casal ym., 2017).

Vauvamyönteisyysohjelmassa ohjeistetaan tukemaan äitejä selviämään tavallisista imetysvaikeuksista (askel 5) (WHO & UNICEF, 2018, 2020). Äidit kokevat saavansa hyvää tukea imetykseen terveydenhuollon ammattilaisilta (Gianni ym., 2019) erityisesti vauvamyönteisessä sairaalassa (Fair ym., 2021), mutta tuki ei vält-

tämättä ole aina optimaalista (WHO & UNICEF, 2018). Yli kolmannes äideistä toteaa, että sairaalassa saatu imetysohjaus ja tuki ei riitä ratkaisemaan heidän imetysoongelmiaan (Lewkowitz ym., 2019). Imetyksen edistäminen ja imetysongelmien ratkaiseminen on siis prosessi, johon on panostettu monin tavoin ja johon tarvitaan tukea terveydenhuollosta myös synnytyssairaalasta kotiuduttua (Rollins ym., 2016). Tässä prosessissa yhteiskunnalliset normit, läheisten ja ammattilaisten tuki sekä henkilökohtaiset käsitykset imetyksestä voivat joko rohkaista tai estää imetyksen jatkumista. Siksi on tärkeää ymmärtää, miten erilaiset asenteet muokkaavat imetyskäytäntöjä ja miten niitä voitaisiin tukea myönteisesti.

Imetysasenteet

Imetysasenne määritellään näkökulmaksi, joka sisältää tunteita, mielialoja tai tunteuksia, ja se liittyy läheisesti tietoon imetyksestä (Casal ym., 2017). Sekä terveydenhuollon ammattilaisten että äitien imetysasenteet ovat merkityksellisiä, sillä ne vaikuttavat imetyksessä onnistumiseen. Terveydenhuollon ammattilaisten asenteet imetystä kohtaan ovat yhteydessä hoidon laatuun sekä kykyyn tarjota ammatillista tukea imetykseen liittyen (Ekström & Thorstensson, 2015; Sigman-Grant & Kim, 2016) ja tarjolla oleva ammatillinen ja sosiaalinen tuki vaikuttavat vahvasti äidin imetyskäyttäytymiseen (Casal ym., 2017; Perez-Escamilla ym., 2016). Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että äidin imetysmyönteinen asenne ennustaa vahvasti imetyksen pidempää kestoa (Casal ym., 2017; Niela-Vilén ym., 2016), joten yksilön tasolla imetysasenne tukee siis äidin ja vauvan hyvinvointia. Jos äiti kokee imetyksen tärkeäksi ja mahdolliseksi, hän todennäköisemmin pyrkii jatkamaan sitä myös haasteiden ilmetessä.

Tutkimuksissa imetysasenteet ovat useimmiten pysyneet muuttumattomina (Bentley ym., 2016). On kuitenkin pystytty osoittamaan, että terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu imetykseen liittyvä koulutus paransi ammattilaisten imetysasenteita sekä heidän antamansa imetysohjauksen johdonmukaisuutta (Rosen-Carole ym., 2016; Shattnawi, 2017; Yang ym., 2018) ja imettäville äideille tarjottua ammatillista tukea (Ekström & Thorstensson, 2015). Ammatillaisen lyhyempi työkokemus ja nuorempi ikä on yhdistetty myönteiseen imetysasenteeseen ja parempaan tietoisuuteen imetysohjauksen tärkeydestä (Vizzari ym., 2020). Aiempien henkilökohtaisten imetyskokemusten on myös todettu vaikuttavan myönteisesti terveydenhuollon ammattilaisten suhtautumiseen imetykseen (Yang ym., 2018). Terveydenhuollon ammattilaisilla on ratkaiseva rooli imetyksen tukemisessa sairaaloissa, ja heidän asenteensa ja tietämyksensä laadukkaan ja yksilöllisen imetystuen tarjoamiseksi ovat olennaisen tärkeitä imetyksen onnistumisen kannalta, erityisesti vastasyntyneiden teho-osastolla (Shattnawi, 2017). Vauvamyönteisyysohjelman vaikutus

terveydenhuollon ammattilaisten imetysasenteisiin on kuitenkin epäselvää ja sen vaikutus olisi ymmärrettävä paremmin.

Lämmin ja hoivaava vanhemmuuden tyyli, johon liittyy vahva välittäminen ja tuki on yhteydessä myönteisempiin asenteisiin imetystä kohtaan (Davis ym., 2021). Imetysasenteeseen on vaikuttanut positiivisesti myös imetykseen liittyvä koulutus, joka on lisännyt äitien tietoa imetyksestä (Yu ym., 2020). Vauvamyönteisten hoitokäytänteiden toteuttaminen on myös parantanut äitien tietoja imetyksestä (Fair ym., 2021), mutta sen vaikutusta imetysasenteisiin ei vielä tunneta.

2.3 Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto

Vauvamyönteisyysohjelman toimintaperiaatteita on toteutettu lähes kaikissa maailman maissa, mutta toimintaohjelman maailmanlaajuinen kattavuus on edelleen alhainen. Ohjelman vaatimia toimintaperiaatteita ja hoitokäytänteitä on myös ollut vaikea ylläpitää. Jotta vauvamyönteisyysnimitys säilyy, arviointi on suoritettava uudelleen vähintään viiden vuoden välein. (Baby-Friendly Hospital Initiative Network, 2025; WHO & UNICEF, 2018.) Vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosaston Neo-BFHI ohjelman käyttöönotosta on julkaistu tutkittua tietoa hyvin vähän, mutta toimintaperiaatteita on toteutettu osittain monissa maissa. Ne sairaalat, joille vauvamyönteisyysertifiointi on joskus myönnetty, noudattavat myös Neo-BFHI suosituksia paremmin. (Mastrup ym., 2019.)

Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto on todettu monimutkaiseksi ja sen on todettu vaativan aikaa (Esbati ym., 2019; Fair ym., 2024). Käyttöönottoon liittyviä keskeisiä haasteita on tunnistettu eri tahoilla. Monet näistä tekijöistä voivat edistää ohjelman juurtumista, mutta niiden puuttumisen on todettu myös estävän sitä. (Esbati ym., 2019; Walsh ym., 2023.) Terveysthuollon palveluiden pirstaleisuus sekä kansallinen terveystalitiikka ja lainsäädännön puutteet, jotka mahdollistavat esimerkiksi äidinmaidonkorvikkeiden markkinoinnin, saattavat jopa estää ohjelman käyttöönoton (WHO, 2017). Kokonaisuutena käyttöönotossa on kuitenkin ollut haastavaa saavuttaa ohjelman toimintaperiaatteiden vaadittu taso jokaisen askeleen kohdalla sekä ylläpitää aikaansaadut muutokset hoitokäytännöissä sertifioinnin jälkeen (WHO & UNICEF, 2018). Haasteena on ollut myös se, että organisaatioilla ei ole jatkuvaa seurantaa, jonka avulla voitaisiin varmistaa, että ammattilaiset jatkavat muuttuneiden käytäntöjen noudattamista. Kolmannes vauvamyönteisyysohjelmaa toteuttavista organisaatioista ei ole milloinkaan arvioinut ohjelman askeleiden tason saavuttamista uudelleen (WHO, 2017).

Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönottoa tukee sen organisointi ja johtaminen organisaatiotasolta. Prosessin onnistunut johtaminen on ollut tärkeää ja edistänyt käyttöönottoa merkittävästi. (Esbati ym., 2019; Hirani & Ahmadi, 2022; Walsh ym., 2023.) Onnistunutta johtamista on tukenut se, että organisaation johto sitoutuu vau-

vamyönteisyyteen ja tavoittelee sertifiointia yhdessä muiden ammattilaisten kanssa (Walsh ym., 2023). Johtamista on tukenut verkostoituminen muiden vastaavaa muu-
tosta johtaneiden kanssa sekä yhteistyö kansallisten imetystä tukevien organisaatioi-
den kanssa. Yhteistä käyttöönnotossa menestyneille johtajille on ollut myös laadun-
valvontamenetelmien ja -välineiden tuntemus erityisesti hoitokäytäntöjen osalta.
Käyttöönnoton johtamisessa on ollut keskeistä sitouttaa toimijoita organisaation eri
tasoilta ja kaikista ammattiryhmistä. Erityisesti lääkäreiden edustus on ollut ratkai-
sevan tärkeää sertifiointia saamiselle. (Feldman-Winter & Ustianov, 2016.)

Käyttöönottoon tarvitaan resursseja, joita tulee varata riittävästi käyttöönnoton tu-
kemiseksi (Hirani & Ahmadi, 2022; Walsh ym., 2023). Käyttöönnoton ja auditoin-
tiprosessiin tarvitaan taloudellisia resursseja (Fair ym., 2024). Taloudellisia resurs-
seja tarvitaan myös henkilökunnan kouluttamiseen sekä takaamaan riittävät henki-
löstöresurssit, jotta yksiköissä on riittävästi ammattilaisia, jolla on aikaa antaa äi-
deille imetysohjausta (Esbati ym., 2019).

Sairaaloiden rutiinit hoitokäytännöissä esimerkiksi keisarileikkauksen jälkeen
sekä äitien luona käyvät vieraat ovat haastaneet vauvamyönteisten periaatteiden mu-
kaista hoidon toteuttamista ja olleet sitä kautta esteenä sen käyttöönnotolle (Cunning-
ham ym., 2018). Ohjelman kymmenen askelta imetyksen tukemiseksi antavat kui-
tenkin ohjeet toimintatavoille ja näiden kaikkien askelten täytääntöönpano, niiden
toteutumisen jatkuva seuranta sekä markkinointikoodin noudattaminen ovat keski-
össä käyttöönottoon liittyen. Hoitokäytännöt tulee myös toteuttaa niin, että ne tuke-
vat jokaisen äidin yksilöllisiä tarpeita. (Hirani & Ahmadi, 2022.) Toisinaan perinteiset
kulttuuriset käytännöt ovat saattaneet estää ohjelman askelten toteuttamista, mikä
on johtanut sellaisten imetyksen edistämishjelmien luomiseen, jotka eivät täytä
WHO:n kansainvälisiä standardeja (Chen ym., 2020). Onnistuneeseen käyttöön-
toon tarvitaankin organisaatiossa kulttuurin muutosta (Fair ym., 2024).

Selkeät ohjeet imetyksen tukemiseen sekä yhtenäinen ymmärrys vauvamyönteis-
syyden tarkoituksesta ja tavoitteesta on keskeistä onnistuneelle käyttöönnotolle. On
tunnistettu, että selkeiden yhtenäisten ohjeistusten puuttuessa terveydenhuollon am-
mattilaisten väliset erimielisyydet esimerkiksi hoitokäytännöistä ja yhteistyön puute
haittaavat käyttöönnotossa onnistumista. (Hirani & Ahmadi, 2022.) Ammattilaisten
välinen tiimityöskentely ja onnistunut yhteistyö eri ammattiryhmien välillä ovat kui-
tenkin keskeisiä tunnistettuja asioita, jotka edistävät käyttöönnottoa (Esbati ym.,
2019; Hirani & Ahmadi, 2022; Walsh ym., 2023). Yhteistyötä ammattilaisten välillä
on haastanut se, että ammattiryhmillä on erilaisia lähestymistapoja synnytykseen ja
imetykseen (medikalisaatio vs. luonnollisuus), ja päätöksentekoa ohjaavat erilaiset
ohjeistukset. Tämä ero haittasi ammattiryhmien välistä tiimityötä ja yhteistyötä ja
siten ohjelman käyttöönnottoa. Yhteistyön mahdollistamiseksi ja vauvamyönteisten
hoitokäytäntöjen toteuttamisen helpottamiseksi terveydenhuollon ammattilaisten

erilaiset näkökulmat on tuotava yhteen ja pohdittava mahdollisuuksia integroida erilaisia työskentelytapoja. (Wieczorek ym., 2016.)

Terveydenhuollon ammattilaisten puutteelliset imetystiedot ovat haastaneet vauvamyönteisten toimintaperiaatteiden toteutumista ja sitä kautta olleet este käyttööntölle (Hirani & Ahmadi, 2022; Walsh ym., 2023). Vauvamyönteisten toimintatapojen toteuttamisen esteenä koulutuksen puute sai hoitajat perustamaan antamansa imetysohjauksen omiin imetyskokemuksiinsa, eikä hoitokäytännöt tai perheiden ohjaus ollut yhtenäistä (Cunningham ym., 2018). Ammattilaisten kouluttaminen on edistänyt erityisesti sisällöllisesti yhtenäistä ohjausta (Fair ym., 2024). Imetykseen liittyvän tietämyksen parantuminen edisti käyttöönottoa ja monialaista oppimista tukeva koulutus nähtiin ihanteellisena, mutta joustava ja helposti saatavilla oleva koulutusmahdollisuus on tärkeää (Esbati ym., 2019). Ammattilaisten kouluttamisen sekä jatkuvan kouluttautumisen mahdollistamisen avulla voidaan tukea sitä, että aikaansaadut muutokset käytännöissä ovat pysyviä myös pitkällä aikavälillä (Walsh ym., 2023).

Hoitohenkilökunnalla on keskeinen rooli vauvamyönteisyyden käyttöönotossa. Kymmenen askelta on erinomainen keino varmistaa ja ylläpitää laadukasta hoitoa, mutta sen toteuttaminen vaatii hoidon jatkuvuutta erityisesti ohjauksen sisällön suhteen. (Pramono ym., 2022.) Hoitajat ovat kokeneet vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton haastavana ja aluksi käyttöönottoa on vastustettu, koska se pakottaa muuttamaan omia totuttuja toimintatapoja. Edistymisen myötä vauvamyönteisyyteen suhtautuminen muuttui positiiviseksi ja saavutus koettiin palkitsevana ja siitä oltiin ylpeitä. Hoitajien mielestä perheiden hoito oli käyttöönoton jälkeen parempaa ja käyttöönoton myötä myös ammattilaisten omat tiedot ja taidot paranivat. (Burnham ym., 2021.)

Haasteiden voittamiseksi käytetyt strategiat vaihtelevat käytössä olevien resursien mukaan. Vauvamyönteisyysohjelma on voitu sisällyttää osaksi muita kansallisia terveydenhuollon laadunvarmennus strategioita tai ravitsemussuosituksia. Keskeistä on tietoisuuden lisääminen, kuten terveydenhuollon ammattilaisten kouluttaminen vauvamyönteisyyteen liittyen sekä aiheesta tiedottaminen ja sen markkinointi. Asian edistämiseen tarvitaan kuitenkin niin taloudellisia kuin ammatillisiakin resursseja. (Hernández-Aquilar, 2024.) Käyttöönoton onnistumiseen tarvitaan organisaatiotasolta jatkuvaa sitoutumista, joten käyttöönoton prosessia voidaan tukea myös hyödyntämällä organisaatiomuutosteorioita (Esbati ym., 2019).

Käyttöönottoprosessin jälkeen tarvitaan jatkuvaa työtä hoitokäytäntöjen ylläpitämiseksi, sillä toimintatavat voivat palata nopeasti aikaisempiin tapoihin sertifikaatin myöntämisen jälkeen (Kavle ym., 2019; Zakarija-Grkovic ym., 2018). Saavutettuja hoitokäytäntöjä tulee arvioida säännöllisesti, jotta voidaan ylläpitää vauvamyönteisten toimintatapojen laatutasoa (Walsh ym., 2023). Koska terveydenhuollon ammattilaisten toimintatapoja on vaikea muuttaa sen jälkeen, kun hoitotoimet on jo

vuosia toteutettu tietyllä tavalla (WHO & UNICEF, 2018), meidän on ymmärrettävä enemmän käyttöönoton prosessista ja siihen vaikuttavista keskeisistä tekijöistä perheiden kanssa päivittäin työskentelevien ammattilaisten näkökulmasta.

2.4 Yhteenveto

Perhelähtöinen hoito on työskentelytapa, joka perustuu terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaana olevien perheiden väliseen kumppanuuteen (Coyne ym., 2018; Larocque ym., 2021). Perhelähtöinen hoito parantaa vastasyntyneiden lasten ja perheiden terveyttä (Franck ym., 2023). Yksi tapa edistää perhelähtöistä hoitoa, tukea vanhemmuutta ja ottaa vanhemmat mukaan vauvan hoitoon on WHO:n ja UNICEF:n Vauvamyönteisyysohjelma, jonka tavoitteena on edistää läheisyyttä ja imetystä sekä turvata näitä tukevia hoitokäytäntöjä vastasyntyneiden hoidossa (WHO & UNICEF, 2018, 2020).

Vauvamyönteisyysohjelman kymmenen askeleen noudattaminen osoittaa sairaalan tarjoavan korkeatasoista ja näyttöön perustuvaa imetystukea ja sen on todettu olevan tehokas keino edistää imetystä (Fair ym., 2021; Perez-Escamilla ym., 2016). Ohjelman on kuitenkin kritisoitu keskittyvän liikaa imetykseen liittyvien tavoitteiden saavuttamiseen sen sijaan, että nähtäisiin perheiden yksilöllistä tarpeita kokonaisuutena (Fallon ym., 2019). Ja sen vuoksi ohjelman käyttöönotossa tulisi huomioida joustavammin perheiden erilaiset tilanteet ja tarpeet sekä nähdä ohjelman mahdollisuudet tukea perheitä laajemmin kuin vain imetyksen näkökulmasta.

Imetyksen ja äidin oman rintamaidon merkitys sekä äidin että vauvan terveydelle on kiistaton, erityisesti ennenaikaisena syntyneiden vauvojen kohdalla. Imetyksen hyödyt ovat yksi niistä tekijöistä, joita motivoivat naisia aloittamaan imetyksen ja myös jatkamaan sitä. (Parker ym., 2021; Victora ym., 2016.) Monen toiveista huolimatta imetys ei kuitenkaan suju toivotusti tai siinä on haasteita (Gianni ym., 2019). Imetyksen edistämiseen ja imetysongelmien ratkaisemiseen on panostettu monin tavoin, mutta asenteet imetystä kohtaan voivat vaikuttaa merkittävästi imetyksen toteutumiseen (Casal ym., 2017). Terveydenhuollon ammattilaisten asenteet imetystä kohtaan ovat yhteydessä hoidon laatuun ja kykyyn tarjota ammatillista tukea imetykselle (Ekström & Thorstensson, 2015; Sigman-Grant & Kim, 2016). Tarvitaan lisää tietoa siitä, voidaanko vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotolla vaikuttaa asenteisiin. Lisäksi tarvitaan enemmän tietoa siitä, voidaanko vauvamyönteisyysohjelman avulla vaikuttaa äitien kokemiin imetykseen liittyviin haasteisiin sekä imetyksen jatkumiseen äitien toiveiden mukaan.

Vauvamyönteisyysohjelma tarjoaa näyttöön perustuvia toimintaohjeita, mutta sen kaikkien askelten käyttöönotto on todettu haasteelliseksi (Esbati ym., 2019) ja sertifiikaatin myöntämisen jälkeen toimintatavat voivat palata nopeasti aikaisempiin tapoihin (Zakarija-Grkovic ym., 2018). Suomen kansallisessa imetyksen edistämisen

toimintaohjelmassa on asetettu tavoitteeksi, että vuoteen 2022 mennessä 75 % synnytyssairaaloista olisi hakenut vauvamyönteisyssertifiointia (Hakulinen ym., 2017), mutta vain kolmannes Suomen synnytyssairaaloista ja kolme vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoa on sertifioitu vauvamyönteiseksi (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2024a).

Vauvamyönteiseksi sairaalaksi tuleminen ei ole pelkkä muodollisuus, vaan sen käyttöönoton eteen on tehtävä töitä sekä voitettava useita haasteita (Esbati ym., 2019; Walsh ym., 2023). Vauvamyönteisyyden käyttöönoton tukemiseksi ja sen toimintatapojen laatutason ylläpitämiseksi, tulee ymmärtää enemmän käyttöönoton prosessista ja siihen vaikuttavista keskeisistä tekijöistä perheiden kanssa päivittäin työskentelevien ammattilaisten näkökulmasta.

3 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella vanhemman ja vauvan välistä läheisyyttä ja arvioida vauvamyönteisyysohjelman käyttöönottoa täysiaikaisten vastasyntyneiden sekä ennenaikaisten tai muusta syystä tehohoitoa tarvitsevien vauvojen hoidossa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää henkilökunnan näkemyksiä käyttöönotosta.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa vauvamyönteisyysohjelman käyttöönottoon vaikuttavista tekijöistä, jotta sairaalat voivat saada tukea ohjelman käyttöönottoon, nähdä siihen tarvittavan resurssoinnin merkityksen ja saada näyttöä perhelähtöistä hoitoa tukevien käytäntöjen ylläpitämiseen tarvittavista toimista. Saatua tietoa voidaan hyödyntää myös kehitettäessä imetysohjausta imetykseen, asenteisiin ja ongelmiin liittyvien havaintojen perusteella.

Tutkimus sisältää kolme osatutkimusta (I–III), joiden tarkoitus ja tutkimuskysymykset ovat

Osatutkimus I

Kuvata vanhempien kokemaa läheisyyttä ja eroa vastasyntyneen vauvansa kanssa sairaalassa (Julkaisu I)

- a. Mitkä asiat saavat vanhemmat kokemaan läheisyyttä vauvaansa?
- b. Mitkä asiat saavat vanhemmat tuntemaan eroa vauvastaan?

Osatutkimus II

Arvioida vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton vaikutuksia vastasyntyneiden hoidossa (Julkaisu II ja III)

- a. Miten käyttöönotto vaikuttaa henkilökunnan imetysasenteisiin?
- b. Millä tavoin käyttöönotto muuttaa imetystä ja läheisyyttä tukevia hoitokäytäntöjä sairaalassa?
- c. Miten käyttöönotto vaikuttaa äitien imetysasenteisiin?

- d. Mikä on käyttöönoton vaikutus täysimetyksen toteutumiseen?
- e. Miten käyttöönotto vaikuttaa äitien kokemuksiin imetysongelmista?

Osatutkimus III

Kuvata henkilökunnan kokemuksia vauvamyönteisysohjelman käyttöönotosta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä (Julkaisu IV)

- a. Miten terveydenhuollon ammattilaiset kokivat käyttöönoton?
- b. Mitkä tekijät olivat yhteydessä vauvamyönteisysohjelman käyttöönottoon ja uusien hoitokäytäntöjen ylläpitämiseen?

4 Aineisto ja menetelmät

4.1 Tutkimusasetelma

Monitahoisten käsitteiden, kuten vauvan ja vanhemman välisen läheisyyden, imeytyksen sekä näitä tukevan vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton ymmärtämiseen tarvitaan kokonaisvaltaista lähestymistapaa. Tähän tutkimukseen valittiin monimenetelmäinen lähestymistapa (Bressan ym., 2016). Tutkimus koostuu kahdesta laadullisesta tutkimuksesta ja yhdestä määrällisestä tutkimuksesta.

Laadullista kuvailevaa tutkimusasetelmaa (Holloway & Wheeler, 2013) käytettiin selvittäessä vanhempien kokemuksia läheisyydestä ja erosta (osatutkimus I) sekä selvittäessä vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton prosessiin liittyviä henkilökunnan näkemyksiä (osatutkimus III). Kvasikokeellista ennen-jälkeen tutkimusasetelmaa (Siedlecki, 2020) käytettiin, kun haluttiin arvioida vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton vaikutusta vauvan ja vanhemman väliseen läheisyyteen, imeytykseen sekä näitä tukevien hoitokäytänteiden muutokseen (osatutkimus II). Tutkimus rekisteröitiin ClinicalTrials.gov-sivustolle numerolla 0307-0041.

Tutkimuksen eri vaiheissa käytetyt tutkimusasetelmat, tutkimusympäristöt, osallistujat ja tiedonkeruumenetelmät on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Tiivistelmä tutkimuksen eri vaiheissa käytetyistä tutkimusasetelmaista.

Tutkimus	Tutkimusasetelma	Tutkimusympäristö ja otos	Aineiston keruu
I VANHEMPIEN VAUVANSA KANSSA KOKEMA LÄHEISYYS JA ERO	Kuvaileva laadullinen tutkimus 2014–2015	Yksi vastasyntyneiden teho-osasto. n = 23 vanhempaa (18 äitiä ja 5 isää).	Handy Application to Promote Preterm infant happy-life (HAPPY) älypuhelinsovelluksen avulla kerätyt vanhempien tarinat
II VAUVAMYÖNTEISYYS OHJELMAN VAIKUTUKSET VASTASYNTYNEIDEN HOIDOSSA HENKILÖKUNNAN JA ÄITIEN NÄKÖKULMASTA	Kvasikokeellinen ennen-jälkeen tutkimus 2017–2019*	Yhden sairaalan henkilökunta neljästä eri yksiköstä. n = 162 (ennen, n = 100, ja jälkeen, n = 62). Synnyttäneet äidit synnyttäneiden vuodeosastolta sekä vastasyntyneiden tehoosastolta. n = 325 äitiä (ennen, n = 162, ja jälkeen, n = 163).	Henkilökunnan imetyssasennemittari Sairaalan tilastointi hoitokäytännöistä Imetyssasenne mittari Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) Tekstiviestikyselyt imetyksestä ja imeytsongelmista 2 viikkoa, 1, 4 ja 6 kuukautta synnytyksen jälkeen.
III VAUVAMYÖNTEISYYS OHJELMAN IMPLEMENTOINTI PROSESSI JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT	Kuvaileva laadullinen haastattelututkimus 2020	Yhden sairaalan henkilökunta neljästä eri yksiköstä. n = 43.	Fokusryhmä haastattelut

* Ennen vauvamyönteisyysohjelman käyttöönottoa vuonna 2017 ja vauvamyönteisyys-sertifikaatin saavuttamisen jälkeen vuonna 2019.

4.2 Tutkimusympäristö ja osallistujat

Osatutkimus I

Tutkimus toteutettiin suomalaisessa sairaalassa tason III vastasyntyneiden tehoosastolla (Barfield ym., 2012). Osastolla oli 18 vuodepaikkaa ja potilasmäärä oli vuosittain 600 vastasyntynyttä. Yksikössä oli kymmenen yhden hengen perhehuonetta ja kolme avointa huonetta, joissa oli yhteensä seitsemän vuodepaikkaa. Osasto oli avoinna vanhemmille ympäri vuorokauden, ja vanhempia kannustettiin osallistumaan oman vauvansa hoitoon sekä lääkärin kierroille. Osastolla perhelähtöisen hoidon toteuttamista oli edistetty Vanhemmat Vahvasti mukaan -koulutuksella (Ahl-

qvist-Björkroth ym., 2017), kun vastasyntyneiden teho-osaston henkilökunta mukaan lukien kätilöt, sairaanhoitajat, lääkärit ja fysioterapeutit saivat koulutuksen vuosina 2009–2012 (Axelin ym., 2014).

Tutkimuksen kohdejoukon muodostivat vanhemmat, joiden vauva oli hoidettavana osastolla aineistonkeruun aikana. Mukaan otettiin vanhemmat, jotka ymmärsivät suomea lukeakseen tutkimustiedotteen ja antoivat tietoon perustuvan suostumuksen. Vanhemmat suljettiin pois tutkimuksesta, jos he eivät olleet lapsensa huoltajia sairaalasta kotiutuessa (esim. sijaisperhe), lapsen tila oli hoitohenkilökunnan mukaan kriittinen ja saattoi johtaa kuolemaan tai lapsella oli merkittävä synnynnäinen poikkeavuus.

Vanhemmat rekrytoitiin tutkimuksen kohteena olleelta vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolta heidän ollessaan vauvansa luona. Tutkija lähestyi vanhempia ja antoi heille tietoa tutkimuksesta suullisesti ja kirjallisesti. Halutessaan he saivat aikaa miettiä halukkuuttaan osallistua. Ennen tutkimukseen osallistumista vanhemmat allekirjoittivat tietoon perustuvan suostumuksen tutkimukseen. Kaikkiaan 49 vanhempaa lähestyttiin tutkimukseen osallistumista varten, ja 26 vanhempaa (22 äitiä ja 4 isää) kieltäytyi osallistumisesta. Yleisimmät syyt kieltäytymiseen olivat halu keskittyä vain lapseen ja tiedonkeruumenetelmän tuntuminen vieraalta.

Otoksen koko määritettiin aineiston saturaation perusteella. Näin ollen aineistonkeruuta jatkettiin, kunnes vanhempien kertomuksissa ei esiintynyt uusia läheisyys- ja erotekijöitä. Lopullinen osallistujien määrä oli 23 vanhempaa, joista 18 oli äitejä ja 5 isää. Äitien näkökulmat näkyvät tuloksissa selvemmin, koska isien rekrytointi oli haasteellista. Isät eivät olleet vastasyntyneiden teho-osastolla yhtä usein kuin äidit.

Tutkimuksen osallistujat

Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat olivat iältään keskimäärin 32-vuotiaita. Yli puolet vanhemmista (59 %) oli saanut ensimmäisen lapsensa. Vauvat olivat syntyneet keskimäärin raskausviikolla 32 ja suurin osa vauvoista oli syntynyt alateitse (61 %). Syntymäpainot vaihtelivat 390 ja 4540 g:n välillä. Tutkimuspäivänä vauvat olivat keskimäärin 10 päivän ikäisiä. Yhtä lukuun ottamatta kaikki vauvat oli siirretty vastasyntyneiden teho-osastolle suoraan synnytyssalista.

Kaikki tutkimukseen osallistuneet vanhemmat kävivät vastasyntyneiden teho-osastolla päivittäin ja viettivät paikalla keskimäärin 9,7 tuntia, enimmäkseen päiväsaikaan. Vain kaksi vanhemmista yöpyi osastolla. Lähes kaikki vanhemmat olivat nähneet vauvansa ensimmäisen kerran synnytyssalissa heti vauvan synnyttyä. Kuitenkin puolet vanhemmista oli saanut vauvansa syliin vasta osastolla, 1–12 päivän ikäisenä. Kaksi vauvoista ei ollut päässyt vielä ollenkaan vanhemman syliin. Puolet vauvoista oli päässyt imemään rinnalla ja ensimmäinen imetys oli ollut keskimäärin 1,8 päivän iässä. Suurin osa vanhemmista koki vauvansa tutkimushetkellä terveemmäksi kuin syntyessä. Vanhempien ja vauvojen taustatiedot on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3. Tutkimukseen osallistuneiden vanhempien (n=23) ja heidän vauvojensa (n=19) taustatiedot

TAUSTAMUUTTUJA	N (%)	MEDIAANI (VAIHTELUVÄLI)
VANHEMMAT	23*	
Äidit	18	
Isät	5	
IKÄ (vuosia)		
Äidit		31 (27–38)
Isät		34 (27–42)
PERHEESSÄ AIEMPIA LAPSIA	7 (41)	
PERHEEN AIEMPIA LAPSIA HOIDETTU TEHOLLA	4 (22)	
MATKAA SAIRAALAAN (km)		5 (5–330)
SAIRAALASSA VIETETTY AIKA (h/päivä)		9 (1–24)
VAUVAT	19	
Raskausviikot syntyessä		32.5 (26–41)
Syntymäpaino (g)		1980 (390–4540)
TEHOLLA PERHEHUONEESSA	13 (68)	
HOITO		
Inkubaattorissa	6 (32%)	
Hengitystuen tarve	8 (42%)	

* Tiedot perustuvat 18 vanhemman vastauksiin. Yksi vanhemmista ei täyttänyt taustatietolomaketta ja neljän vauvan vanhemmat vastasivat lomakkeen kysymyksiin yhdessä.

Osatutkimus II

Tutkimus toteutettiin yhdessä suomalaisessa synnytys sairaalassa. Tutkimuksessa oli mukana neljä yksikköä: äitiyspoliklinikka, synnytysosasto, synnytysvuodeosasto, jossa hoidettiin sekä raskaana olevia että täysiaikaisen vauvan synnyttäneitä perheitä, sekä vastasyntyneiden teho-osasto. Sairaala on sitoutunut perhelähtöisen hoidon periaatteisiin. Perhelähtöisen hoidon toteutumista on edistetty Vanhemmat Vahvasti Mukaan™ -koulutusohjelmalla (Ahlqvist-Björkroth ym., 2017), joka on toteutettu vastasyntyneiden teho-osastolla vuosina 2010–2012 ja synnytysvuodeosastolla vuosina 2016–2018.

Sairaalassa oli vuonna 2017 noin 1700 synnytystä ja noin 350 vastasyntyneiden tehohoitojaksoa. Vuonna 2019 synnytysten määrä oli noin 1500 ja vastasyntyneiden tehohoitojaksosten määrä noin 300. Keskimääräinen sairaalassaoloaika oli alatiesynnytyksen jälkeen kaksi päivää ja keisarileikkauksen jälkeen kolme päivää. Vastasynty-

tyneiden keskimääräinen sairaalassaoloaika vastasyntyneiden teho-osastolla oli viisi päivää.

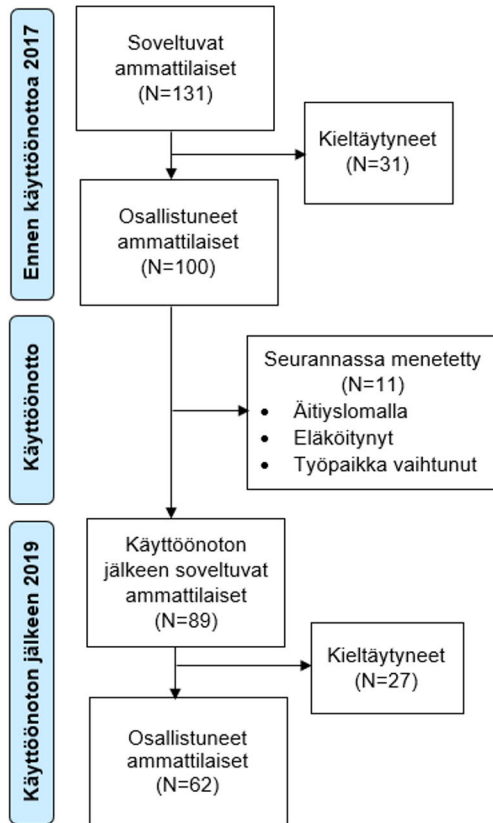
Synnytysvuodeosastolla oli 30 vuodepaikkaa. Huoneet olivat yhden perheen perhehuoneita sekä kahden hengen huoneita. Vauvat olivat vanhemmilla vierihoidossa ympäri vuorokauden. Vastasyntyneiden teho-osastolla kaikki 12 huonetta olivat yhden perheen huoneita, joissa vanhempien oleskelu ja majoittuminen oli mahdollista samassa huoneessa vauvan kanssa 24/7. Vastasyntyneiden teho-osastolla hoidossa noudatettiin Couplet Care mallia (Klemming ym., 2023), jossa vauvan tarvitessa tehostettua seurantaan myös äidin hoito synnytyksen jälkeen tapahtui samalla osastolla ja samassa huoneessa vauvan kanssa.

Kaikissa yksiköissä kätilöillä ja sairaanhoitajilla oli päävastuu vanhempien imetystuen tarjoamisesta. Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton jälkeen sairaalassa raskaana olevalle tarjottiin imetysohjausta äitiyspoliklinikakäyntien yhteydessä, sekä sairaalan järjestämässä synnytysvalmennuksessa. Raskaana olevan ollessa synnytysvuodeosastolla, hänen kanssaan pidettiin imetysaiheinen keskustelutuokio hoitojakson aikana raskauden viimeisellä kolmanneksella. Kotiutumisen jälkeen vanhemmilla oli mahdollisuus olla puhelimitse yhteydessä osastolle imetykseen liittyvissä haasteissa ja tarvittaessa heille järjestettiin aika sairaalan imetyspoliklinikalle.

Henkilökunnan aineiston osallistujat

Henkilökunnan kohdejoukkoon kuului kaikki ammattilaiset, jotka työskentelivät tutkimusyksiköissä keväällä 2017 (kätilöt, sairaanhoitajat, lääkärit, osastonhoitajat, laitoshuoltajat). Tutkimuksessa käytettiin kokonaisotantaa, ja kaikki 131 ammattilaista kutsuttiin osallistumaan tutkimukseen. Näistä ammattilaisista yhteensä 100 osallistui tutkimukseen ensimmäisessä vaiheessa. Samat ammattilaiset osallistuivat tutkimukseen ennen ja jälkeen käyttöönoton. Jälkimmäiseen tutkimukseen vuonna 2019 otettiin mukaan ne ammattilaiset, jotka olivat osallistuneet tutkimukseen jo ensimmäisessä vaiheessa ja olivat edelleen työssä jossain tutkimuksen kohteena olevista yksiköistä (n = 89). Toisessa vaiheessa tutkimukseen osallistui 62 ammattilaista. (Kuvio 1).

Aineistonkeruun ajankohtien välillä tutkimuksesta pois jääneet osallistujat (n = 11) olivat iältään nuorempia (ka = 34 vuotta, kh = 10,9) kuin tutkimuksessa jatkaneet ammattilaiset (ka = 44 vuotta, kh = 10,4). Ammattilaiset, jotka eivät osallistuneet toiseen aineistonkeruuseen (n = 27) olivat useammin sairaanhoitajia (p = 0,013) tai ammattilaisia, joilla ei ollut aiempaa koulutusta imetyksestä (p = 0,004) verrattuna ammattilaisiin, jotka osallistuivat myös jälkimmäiseen aineistonkeruuseen.



Kuvio 1. Vuokaavio tutkimukseen II osallistuneista ammattilaisista. (Modifioitu artikkelista II Mäkelä ym. 2021.)

Tutkimuksen alkaessa ammattilaiset olivat iältään 24–61-vuotiaita (mediaani 43 vuotta). Heidän työkokemuksensa vaihteli 1–41 vuoden välillä (mediaani 16 vuotta). Osallistujista 79 %:lla oli aiempaa koulutusta imetyksestä ja 61 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta. Tutkimukseen osallistuneiden ammattilaisten taustatietoja on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4. Tutkimukseen osallistuneiden ammattilaisten taustatiedot vuonna 2017 (n = 100) ja vuonna 2019 (n = 62).

TAUSTAMUUTTUJA	ENNEN INTERVENTIOTA (2017) n (%)	INTERVENTION JÄLKEEN (2019) n (%)
AMMATTIRYHMÄ		
Kättilö	54 (54,0)	40 (64,5)
Sairaanhoitaja	28 (28,0)	12 (19,4)
Lääkäri	11 (11,0)	5 (8,1)
Muu	7 (7,0)	5 (8,1)
YKSIKKÖ		
Äitiyspoliklinikka	14 (14,0)	11 (17,7)
Synnytysosasto	21 (21,0)	16 (25,8)
Synnytysvuodeosasto	43 (43,0)	26 (41,9)
Vastasyntyneiden teho	22 (22,0)	9 (14,5)
AIEMPAA IMETYSKOULUTUSTA		
Kättilöt	53 (98,0)	
Sairaanhoitajat	22 (79,0)	
Lääkärit	0 (0)	
ITSEÄ IMETETTY LAPSENA^a	80 (80,0)	
VASTAAJALLA OMIA LAPSIA^b	80 (80,0)	
IMETTÄNYT OMIA LAPSIA^c	82 (97,6)	

* a) Puuttuvia vastauksia = 8, b) Puuttuvia vastauksia = 6, c) Puuttuvia vastauksia = 16

Äitien aineiston osallistajat

Äitien kohdejoukkoon kuuluivat kaikki suomea ymmärtävät äidit, jotka synnytystavasta riippumatta synnyttivät elävän lapsen tutkimuksen aineistonkeruuaikana ja joiden vauvat syntyivät vähintään 32 raskausviikolla. Tutkimuksesta suljettiin pois ne äidit, joilla ei ollut matkapuhelinta tai joiden vastasyntynyt oli siirretty toiseen sairaalaan. Otokseen tavoitteeksi asetettiin 160 äitiä molemmissa aineistonkeruuvaiheissa (10 % sairaalan vuosittaisesta synnytysten määrästä), jotta otos olisi edustava ja sen avulla voitaisiin osoittaa mahdolliset intervention aikaansaamat muutokset tuloksissa. Kaikkia kättilöitä ja sairaanhoitajia, jotka työskentelivät tutkimusyksiköissä, ohjeistettiin rekrytoimaan äitejä. Lähes kaikki äidit olivat osallistumiskelpoisia, ja he saivat sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta. Äideillä oli aikaa harkita osallistumista kotiutumiseen asti. Tutkimukseen halukkaat äidit allekirjoittivat kirjallisen tietoon perustuvan suostumuksen ennen tutkimukseen osallistumista.

Tutkimukseen osallistui yhteensä 325 äitiä: käyttöönottoa edeltävässä vaiheessa vuonna 2017 yhteensä 162 äitiä (ryhmä 1) ja käyttöönoton jälkeisessä vaiheessa

vuonna 2019 yhteensä 163 äitiä (ryhmä 2). Kuuden kuukauden seurannassa 67 % ja 63 % äideistä oli edelleen tutkimuksessa mukana. Molemmissa ryhmissä suurin osa tutkimukseen osallistuneista äideistä oli uudelleen synnyttäjiä (56 % ja 58 %), raskaus oli suunniteltu (89 % ja 88 %), synnytti alateitse (93 % ja 81 %) ja olivat synnytyksen jälkeen vauvansa kanssa synnytysvuodeosastolla (85 % ja 88 %). Tutkimukseen osallistuneiden äitien ja heidän vauvojensa ominaisuudet eivät eronneet ryhmien välillä lukuun ottamatta sitä, että intervention jälkeen tutkimukseen osallistuneet äidit (ryhmä 2) olivat korkeammin koulutettuja ($p = 0,008$) ja he synnyttivät useammin keisarileikkauksella ($p = 0,002$) kuin ennen interventiota tutkimukseen osallistuneet äidit (ryhmä 1). Tutkimukseen osallistuneiden äitien taustatietoja on kuvattu taulukossa 5.

Taulukko 5. Tutkimukseen osallistuneiden äitien ja heidän vauvojensa taustatiedot ryhmässä 1 vuonna 2017 (n = 162) ja ryhmässä 2 vuonna 2019 (n = 163).

TAUSTAMUUTTUJA	RYHMÄ 1 (2017) N (%)	RYHMÄ 2 (2019) N (%)	P
YKSIKKÖ			0,417
Synnytysvuodeosasto	138 (85,2)	144 (88,3)	
Vastasyntyneiden teho	24 (14,8)	19 (11,7)	
ÄIDIN IKÄ (vuosia)			0,471
Keskiarvo (keskihajonta)	30 (kh 4,9)	29 (kh 4,7)	
KOULUTUS			0,008
Peruskoulu	7 (4,7)	4 (2,7)	
Lukio / ammattikoulu	74 (49,7)	57 (37,8)	
Ammattikorkeakoulu	42 (28,2)	71 (47,0)	
Yliopisto	26 (17,5)	19 (12,6)	
SIVILISÄÄTY			0,436
Avio-/avoliitto	154 (95,1)	158 (96,9)	
Naimaton	6 (3,7)	5 (3,1)	
Muu	2 (1,2)	0 (0,0)	
TUPAKOINTI			0,728
Kyllä	9 (5,6)	6 (3,7)	
Kyllä / ei raskausaikana	11 (6,8)	12 (7,4)	
Ei	142 (87,7)	145 (89,0)	
SYNNYTYSTAPA			0,002
Alatiesynnytys	149 (93,1)	132 (81,0)	
Keisarileikkaus	11 (6,9)	31 (19,0)	
LAPSEN SYNTYMÄPAINO (g)			0,842
Keskiarvo (keskihajonta)	3561 (kh 520)	3621 (kh 519)	
SYNNYTYSKOKEMUS			0,816
Negatiivinen	9 (5,6)	7 (4,4)	
Neutraali	22 (13,8)	25 (15,5)	
Positiivinen	129 (80,6)	129 (80,1)	
AIEMMAN IMETYKSEN KESTO (KK)			0,108
Mediaani (Q1-Q3)	(n = 85) 10 (5-14)	(n = 93) 8 (4-12)	
SUUNNITELLUT IMETYSTÄ			0,200
	99 (61,5)	112 (68,7)	
SUUNNITELTU IMETYS KESTO (KK)			0,326
Mediaani (Q1-Q3)	9,5 (6-12)	11,5 (6-12)	

Osatutkimus III

Tutkimus toteutettiin samassa sairaalassa ja samoissa yksiköissä kuin osatutkimus II. Tutkimuksen kohdejoukon muodostivat tutkimuksen kohteena olevissa yksiköissä syksyllä 2020 työskennelleet kätilöt ja sairaanhoitajat sekä hoitotyön esimiehet. Tutkimuksessa käytettiin mukavuusotantaa. Mukaan otettiin ne ammattilaiset, jotka olivat työskennelleet yksiköissä jo ennen vauvamyönteisyysohjelman käyttöönottoa (ennen vuotta 2017) ja jotka antoivat tietoon perustuvan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Kutsu tutkimukseen osallistumisesta lähetettiin kohdejoukolle sähköpostitse, ja tutkimukseen osallistumisesta kiinnostuneet ilmoittivat osallistumishalukkuutensa vastaamalla viestiin tai ilmoittamalla asian yksikön osastonhoitajalle.

Tutkimuksen osallistujat

Tutkimukseen osallistui yhteensä 43 ammattilaista, joista osalla (n = 10) oli myös jokin vastuutehtävä vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotossa, esimerkiksi mentorina toimiminen. Osallistujista 17 oli työkierrossa ja työskenteli vuorotellen eri tutkimusyksiköissä. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Haastatteluun osallistuneiden ammattilaisten taustatiedot

TAUSTAMUUTTUJA	N (%)	MEDIAANI (VAIHTELUVÄLI)
AMMATTILAISET	43	
Kätilöt	29 (67)	
Sairaanhoitajat	9 (21)	
Hoitotyön esimiehet	5 (12)	
IKÄ (vuosia)		44 (25–63)
PÄÄASIAINEN TYÖYKSIKÖ		
Äitiyspoliklinikka	9 (21 %)	
Synnytysosasto	12 (28 %)	
Synnytysvuodeosasto	12 (28 %)	
Vastasyntyneiden teho	10 (23 %)	
TYÖKOKEMUS (vuosia)		16 (3–35)

4.3 Interventio: Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto

Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönottoprosessi tutkimuksen kohteena olleessa sairaalassa alkoi tammikuussa 2017 ja jatkui kahden vuoden ajan, kunnes sairaalalle myönnettiin ulkoisen auditoinnin jälkeen vauvamyönteisyysertifikaatti maaliskuus-

sa 2019 (Kuvio 2). Käyttöönoton suunnittelua ja toteutusta sairaalassa koordinoi yksiköiden henkilökunnasta koostuva työryhmä, johon kuului jäseniä kaikista ammattiryhmistä. Yksikkökohtaiset suunnitelmat ja ohjeet hoitokäytäntöjen toteutuksesta laadittiin Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen (WHO & UNICEF, 2018), vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoille (neo-BHFI) suunnattujen vauvamyönteisyyskriteereiden (WHO & UNICEF, 2020) ja Suomen kansallisten imetystä edistävien ja tukevien ohjeiden (Hakulinen ym., 2017) mukaisesti. Käyttöönottoprosessin aluksi otettiin käyttöön myös sairaalan hoitokäytäntöjen toteutumisen säännöllinen seuranta, jotta voitiin nähdä toimintatapojen edistyminen ja projektin edetessä osoittaa kaikkien kymmenen askeleen täysimääräinen toteutuminen.

Vauvamyönteisyysohjelmaan liittyviä keskeisiä läheisyyttä ja imetystä edistäviä hoitokäytäntöjä muutettiin ja niiden mukaisiin toimintatapoihin laadittiin yhdessä ohjeet. Näiden mukaan vastasyntyneen ja vanhemman välistä läheisyyttä edistettiin kiinnittämällä huomiota varhaisen ihokontaktin mahdollistamiseen myös sektiosynnytyksen jälkeen. Tehostettua tarkkailua heti syntymän jälkeen syystä tai toisesta tarvinneet vastasyntyneet palautettiin ihokontaktiin äidille mahdollisimman pian vauvan tilan tasaannuttua. Vauvan vaatiessa seuranta tai hoitoa vastasyntyneiden teho-osastolla, vauvat siirrettiin myös sinne ihokontaktissa vanhemman kanssa.

Lisämaidon antamiseen lääketieteellisistä syistä laadittiin selkeät ja yhdenmukaiset ohjeet ja syyt lisämaidon antamiselle kirjattiin ylös. Lisämaidona vauvoille tarjottiin ensisijaisesti äidin omaa lypsettyä maitoa tai luovutettua rintamaitoa. Lisä-maito annettiin pullon sijaan vaihtoehtoisia menetelmin, kuten hörpyttämällä, lusikalla, ruiskulla tai sormiruokinnan avulla.

Rintakumin ja tutin käyttöön kiinnitettiin tarkemmin huomiota. Vastasyntyneiden teho-osastolla tutin käytön perusteena olivat rauhoittaminen ja kivunlievitys. Synnytysvuodeosastolla vauvalle annettiin tutti ainoastaan, mikäli vanhemmat sitä toivoivat, mutta heille kerrottiin, että tuttia ei tulisi käyttää ennen imetyksen vakiintumista ja heille neuvottiin vaihtoehtoisia tapoja rauhoittaa vauvaa.

Käyttöönoton yhteydessä koko hoitohenkilökunta suoritti WHO:n 20 tunnin imetysohjaajakoulutuksen. Lääkärit sekä hoitajat, jotka olivat joskus aiemmin suorittaneet koulutuksen (74 %), suorittivat käyttöönoton yhteydessä 6 tunnin koulutuksen. Muu sairaalan henkilökunta (esim. laitoshuollon henkilöstö) suoritti 2 tunnin koulutuksen. Muita oppimista vahvistavia toimia olivat jokaiselle ammattiryhmälle julkaistut yksilölliset tehtäväkortit, joissa oli omaan toimenkuvaan liittyviä tehtäviä, jotka liittyivät imetysohjauksen antamiseen. Jokaisen ammattilaisen tuli suorittaa omat tehtävät osana koulutuksen käytännön harjoittelua. Hoitotyön ammattilaisten viikkotapaamisissa käsiteltiin myös case-tapauksia haastaviin imetystilanteisiin liittyen. Henkilökunnan taukotilaan laitettiin esille viikoittain vaihtuvia erilaisia muis-titauluja, joissa keskityttiin tiettyyn imetykseen liittyvään aiheeseen.

Käyttöönottoprosessin etenemistä seurattiin säännöllisesti arvioimalla tavoittiko imetysohjaus kohderyhmät eli äidit ja perheet. Sisäinen auditointi suoritettiin joulukuussa 2018. Maaliskuussa 2019 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos myönsi sairaalalle Vauvamyönteisyys-sertifikaatin ulkoisen auditoinnin jälkeen.



Kuvio 2. Vuokaavio Vauvamyönteisyysohjelman ja sen kymmenen askeleen käyttöönoton prosessista. (Modifioitu artikkelista II Mäkelä ym. 2021.)

4.4 Aineiston keruu

Osatutkimus I

Aineiston keruu toteutettiin Handy Application to Promote Preterm infant happY life (HAPPY) -älypuhelinsovelluksen (Niela-Vilen ym., 2017) avulla (Kuva 1) joulukuun 2014 ja toukokuun 2015 välisenä aikana. Älypuhelin, jossa oli HAPPY-sovellus, annettiin vanhemmalle, kun hän saapui vastasyntyneiden teho-osastolle sinä päivänä, jonka vanhempi oli valinnut tiedonkeruuta varten. Sovelluksen avulla oli mahdollista äänittää puhetta liittyen vanhemman kokemuksiin läheisyydestä ja erosta vauvansa kanssa. Puhelin oli ainoastaan aineistonkeruuta varten, eikä sillä voinut soittaa tai avata verkon sivustoja. Vanhempi äänitti puhumalla kokemuksiin HAPPY-sovelluksella yhden päivän ajan niinä aikoina, kun hän vietti aikaa vauvansa luona vastasyntyneiden teho-osastolla. Vanhempaa pyydettiin tallentamaan kokemuksiin tilanteista, joissa hän koki läheisyyttä tai eroa vauvansa kanssa.



Kuva 1. HAPPY-älypuhelinsovellus.

Vanhemman kokiessa läheisyyttä tai eroa, hän avasi älypuhelimien sovelluksen ja valitsi painikkeella, oliko tapahtuma "läheisyys" vai "ero". Valittuaan tapahtuman vanhempi puhui ääneen kuvauksen tilanteesta, jossa oli kokenut läheisyyttä tai eroa ja samalla tarina tallentui sovellukseen. Tarinassa vanhempi kuvasi, missä oli, mitä oli tapahtunut ja mitä ajatuksia hänellä oli tapahtumasta. Jos vanhempi ei pystynyt kertomaan ajatuksiaan tapahtumahetkellä, hän saattoi nopeasti lisätä kirjanmerkin sovellukseen. Sopivana ajankohtana hän saattoi palata kirjanmerkkiin ja kertoa kuvauksen tilanteesta. Älypuhelin palautettiin tutkijalle 24 tunnin kuluttua. Kun älypuhelin palautettiin, vanhempaa pyydettiin täyttämään kyselylomake, joka sisälsi kysymyksiä taustasta (ikä, koulutus, aiemmat lapset, matka sairaalaan, päivittäinen läsnäolo vastasyntyneiden teho-osastolla sekä vanhemman kokemus siitä miten sairaas oma lapsi oli) ja lapsen ominaisuuksista (raskausviikot syntymähetkellä, syntymä-

paino, synnytystapa, ensimmäinen imetys ja vauvan tarvitsemat hoitotoimet). Tallennetut tarinat ladattiin tutkimustietokoneelle, ja tallennukset poistettiin puhelimesta ennen kuin se annettiin seuraavalle osallistujalle.

Osatutkimus II

Aineisto toiseen osatutkimukseen kerättiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäinen aineisto kerättiin ennen vauvamyönteisysohjelman käyttöönottoa vuonna 2017 ja toinen aineisto vauvamyönteisyys-sertifikaatin myöntämisen jälkeen vuonna 2019. Aineisto kerättiin molemmilla kerroilla sekä henkilökunnalta että synnyttäneiltä äideiltä. Tiedot sairaalan hoitokäytännöistä kerättiin synnytys- ja synnytyssvuodeosastoilla vuosilta 2017, 2018 ja 2019 sekä vastasyntyneiden teho-osastolla vuosilta 2018 ja 2019 kaikista vastasyntyneistä. Käytäntöjen seuranta alkoi vastasyntyneiden teho-osastolla vuonna 2018. Osatutkimuksessa II käytetyt mittarit on kuvattu taulukossa 7.

Henkilökunnan aineisto

Henkilökunnan ensimmäinen aineisto kerättiin yksiköissä ennen vauvamyönteisysohjelman käyttöönottoa huhtikuussa 2017. Seuranta-aineisto kerättiin toukokuussa 2019 kaksi kuukautta sertifikaatin saamisen jälkeen. Kyselylomakkeet täytettiin itsenäisesti työaikana ja palautettiin suljetuissa kirjekuorissa yksikössä olevaan lukittuun laatikkoon. Kyselylomakkeen täyttäminen katsottiin suostumukseksi tutkimukseen. Seuranta-aineiston kyselylomakkeet toimitettiin niille osallistujille, jotka olivat vastanneet kyselyyn ensimmäisessä aineistonkeruuvaiheessa.

Henkilökunnan imetysasenteita mitattiin aiemmin kehitetyllä ammattilaisten imetysasennetta mittaavalla kyselylomakkeella. Mittari on alun perin tehty ruotsin kielellä ja se käännettiin tätä tutkimusta varten suomen kielelle. (Ekström ym., 2005). Kyselylomakkeessa on 47 väittämää, joissa on neljäportainen asteikko ja vastausvaihtoehdot vaihtelevat "täysin eri mieltä" ja "täysin samaa mieltä" välillä. Mittarin keskiarvo vaihtelee välillä 1-4, ja korkeammat pisteet osoittavat myönteisempää suhtautumista imetykseen. Mittarissa imetysasennetta kuvaavat väittämät on jaettu neljään osa-alueeseen (faktoriin). "Imetyksen ohjaaminen" (regulating factor, 10 väittämää) keskittyy terveydenhuollon ammattilaisten suhtautumiseen äitien imetyksen hallintaan, ja se sisältää väittämiä imetysohjauksesta ja imetyksen aikatauluttamisesta. "Imetyksen edistäminen" (facilitating factor, 9 väittämää) keskittyy terveydenhuollon ammattilaisten äideille tarjoamaan tukeen, ja se sisältää väittämiä näyttöön perustuvista käytännöistä ja imetyksen tukemisesta. "Yksilöllisten tarpeiden sivuuttaminen" (disempowering factor, 7 väittämää) keskittyy ammatillisten neuvojen antamiseen niin, että neuvontaa saavan äidin yksilölliset tarpeet jäävät huomioimatta. "Imetysvastaisuus" (breastfeeding-antipathy factor, 9 väittämää) koski ter-

veydenhuollon ammattilaisten riittämättömiä perustietoja imetyksestä ja kielteisiä reaktioita imetystä kohtaan.

Imetysasennemittarin Cronbachin alfa-luotettavuuskerroin oli 0,51 ja eri osaluokkien luotettavuuskertoimet vaihtelivat 0,29:stä 0,80:een (Ekström ym., 2005). Luotettavuuden rajoituksista huolimatta tämä mittari valittiin, koska se oli kehitetty mittaamaan nimenomaisesti terveydenhuollon ammattilaisten imetysasenteita, eikä muita vastaavia vaihtoehtoja ollut olemassa.

Vastaajien taustatiedot (ikä, ammatti, työkokemus, työyksikkö ja henkilökohtaiset imetyskokemukset) kerättiin tätä tutkimusta varten kehitetyllä kyselylomakkeella. Kyselylomakkeeseen sisältyi myös kyllä/ei-kysymyksiä aiemmasta imetyskoulutuksesta ja lisäkoulutuksen tarpeesta.

Sairaalan hoitokäytännöt

Tilastot läheisyyteen ja imetykseen liittyvistä sairaalan hoitokäytännöistä (ensimmäisen imetyksen ajankohta synnytyksen jälkeen, täysimetys synnytyksen jälkeen ja kotiutumisen yhteydessä, vierihoido, jatkuva ihokontakti, lääketieteellisin perustein annettu lisämaito sekä tutin ja rintakumin käyttö) kerättiin kaikista vauvoista sairaalan hoitokäytäntöjen säännöllistä seuranta varten kehitetyllä lomakkeella. Lomakkeen kehitti sairaalan käyttöönottoa koordinoiva työryhmä, ja se laadittiin vastaamaan tarpeeseen osoittaa vauvamyönteisyysohjelman kymmenen askeleen toimintatapojen edistyminen ja projektin edetessä osoittaa sertifiointissa vaadittava kaikkien askelten täysimääräinen toteutuminen. Hoitajat täyttivät lomakkeen tiedot jokaisesta vauvasta kotiutumisen yhteydessä. Lomakkeet kerättiin yksikössä olevaan lukittuun laatikkoon.

Äitien aineisto

Äitien ensimmäisen aineisto kerättiin synnyttäneiltä äideiltä huhti-elokuussa 2017 ja toinen aineisto vauvamyönteisyys-sertifikaatin myöntämisen jälkeen äideiltä, jotka synnyttivät huhti-elokuussa 2019. Molemmissa aineistonkeruun vaiheissa käytettiin samoja kyselylomakkeita ja tekstiviestikysymyksiä. Tutkimukseen osallistumiseen halukkaat äidit allekirjoittivat kirjallisen tietoon perustuvan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta, jonka jälkeen he saivat tarkemmat ohjeet tutkimukseen ja tekstiviestikyselyyn vastaamisesta.

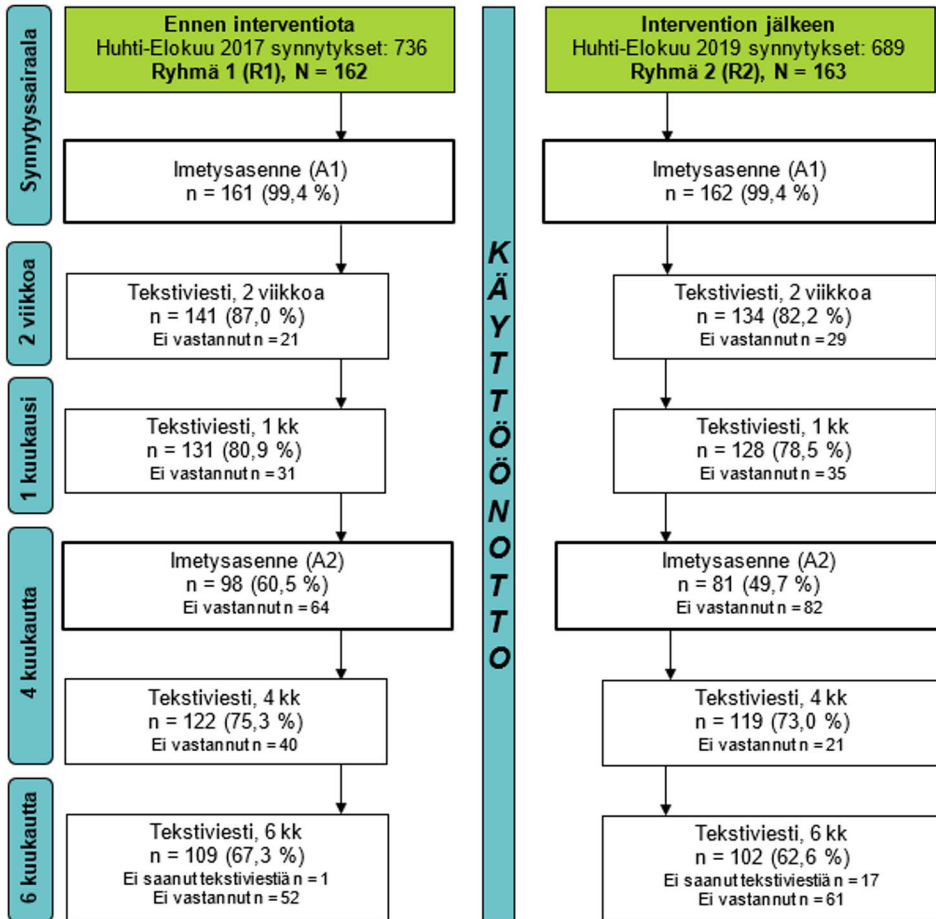
Äidit täyttivät ensimmäiset paperiset kyselylomakkeet taustatiedoista ja imetysasenteesta sairaalassa ja palauttivat ne suljetuissa kirjekuorissa yksikön lukittuun laatikkoon ennen kotiutumistaan. Tutkimukseen rekrytoituja äitejä seurattiin kuuden kuukauden ajan synnytyksestä. Neljä kuukautta synnytyksestä äideille postitettiin kotiin toinen kyselylomake, jonka äidin palauttivat tutkijalle postitse etukäteen maksetussa palautuskuoressa. Tekstiviestikysymykset lähetettiin äideille suojatun verkkosivun välityksellä 2 viikon, 1, 4 ja 6 kuukauden kuluttua synnytyksestä. Aineistonkeruun eteneminen on kuvattu kuviossa 3.

Äitien imetysasenteita mitattiin Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS)-mittarilla (de la Mora ym., 1999). IIFAS on validoitu ja laajalti käytetty mittari, jossa on 17 väittämää viisiportaisella Likert-asteikkolla (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä). Kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 17–85 ja korkeampi pistemäärä osoittaa imetysmyönteisempää asennetta. IIFAS-mittari on todettu validiksi ja luotettavaksi mittariksi useissa eri tutkimuksissa. Cronbachin alfa-pisteet ovat vaihdelleet välillä 0,71-0,86. (Casal ym., 2017; de la Mora ym., 1999; Niela-Vilén ym., 2016.) Osallistujat täyttivät IIFAS-mittarin kahdesti: sairaalassa ennen kotiutumista (A1) ja neljä kuukautta synnytyksen jälkeen (A2).

Imetystilanteen ja mahdollisten imetysongelmien selvittämiseksi äidit saivat kaksi tekstiviestikysymystä neljä kertaa synnytyksen jälkeen. Tekstiviestien kysymykset oli suunnitellut tutkimusryhmä, johon kuului tutkijoita, joilla oli kliinistä ja tutkimuksellista asiantuntemusta imetyksestä. Tekstiviestin kysymys 1: "Imetätkö vauvaasi?" (1=Kyllä, täysimetän, 2=Kyllä, osittain, 3=En). Jos äiti vastasi kieltävästi, häntä pyydettiin kuvaamaan lyhyesti, miksi hän oli lopettanut imetyksen. Äideille annettussa tutkimustiedotteessa määriteltiin kansallisiin standardeihin perustuva täysimetys siten, että vastasyntyneelle annetaan vain äidin omaa maitoa (joko suoraan rinnasta imettämällä tai lypsämällä), ilman muuta nestemäistä tai kiinteää ravintoa, lukuun ottamatta D-vitamiinia tai suun kautta otettavia lääkkeitä. (Ikonen ym. 2020). Tekstiviestin kysymys 2: "Onko imetyksesi sujunut ilman ongelmia?" (1=Kyllä, 2=Ei). Jos äiti vastasi kieltävästi, häntä pyydettiin kuvaamaan lyhyesti, millaisia ongelmia hänellä oli ollut. Jos äidiltä ei saatu vastausta, kysymys lähetettiin uudelleen muistutuksena seuraavana päivänä. Jos äiti ei vastannut muistutukseen, lisää kysymyksiä ei kyseisenä ajankohtana enää lähetetty.

Taulukko 7. Osatutkimuksessa II käytetyt mittarit

Mittari	Mittarin kuvaus	Tulos
Henkilökunnan imetyksen asennemittari (Ekström ym., 2005)	Mittaa ammattilaisten imetyksen asennetta. Sisältää 47 väittämää. Vastaus annetaan neljäportaisella asteikolla (1=täysin eri mieltä ja 4=täysin samaa mieltä). Tulos on vastausten keskiarvo ja korkeampi arvo osoittaa myönteisempää suhtautumista imetykseen. Mittarin väittämät on jaettu neljään osa-alueeseen (faktoriin). <ul style="list-style-type: none"> • Imetyksen ohjaaminen (10 väittämää) • Imetyksen edistäminen (9 väittämää) • Yksilöllisten tarpeiden sivuuttaminen (7 väittämää) • Imetyksvastaisuus (9 väittämää) 	Mittarin keskiarvo vaihtelee välillä 1-4.
Iowa Infant Feeding Attitude Scale: IIFAS (De La Mora ym., 1999)	IIFAS mittaa imetyksen asennetta. Sisältää 17 väittämää. Vastaus annetaan viisiportaisella Likert-asteikolla (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä). Tulos on vastausten summa. Mittarissa on yhdeksän käänteistä väittämää, jotka muunnetaan kokonaispistemäärää laskettaessa. Kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 17–85 ja korkeampi pistemäärä osoittaa imetyksmyönteisempää asennetta.	Myönteinen imetyksen asenne (>70), neutraali imetyksen asenne (49–69) ja pulloruokintamyönteinen asenne (<48). (Cotelo ym., 2018)
Imetystilanne ja imetysongelmat	Äidin imetystilanteen ja mahdollisten imetysongelmien selvittäminen. Kaksi tekstiviestikysymystä: Tekstiviestin kysymys 1: "Imetätkö vauvaasi?" (1=Kyllä, täysimetän, 2=Kyllä, osittain, 3=En). Jos vastaus 3=En, kuvaus lyhyesti, miksi oli lopettanut imetyksen. Tekstiviestin kysymys 2: "Onko imetyksesi sujunut ilman ongelmia?" (1=Kyllä, 2=Ei). Jos vastaus 2=Ei, kuvaus lyhyesti, millaisia ongelmia oli ollut.	Imetystilanteen ja -ongelmien lukumäärä (n) ja prosenttiosuus.
Sairaalan hoitokäytännöt (hoitokäytäntöjen säännöllistä seuranta varten kehitetty lomake)	Tilastot läheisyyteen ja imetykseen liittyvistä sairaalan hoitokäytännöistä: ensi-imetyksen ajankohta synnytyksen jälkeen, täysimetys synnytyksen jälkeen ja kotiutuksen yhteydessä, vierihoido, jatkuva ihokontakti, lääketieteellisin perustein annettu lisämaito sekä tutin ja rintakumin käyttö.	Hoitokäytännön toteutumisen lukumäärä (n) ja prosenttiosuus kaikista synnytyksistä WHO:n kriteerien mukaisesti. (WHO & UNICEF, 2018)



Kuvio 3. Vuokaavio osatutkimuksen II äitien aineistonkeruun etenemisestä ennen interventiota vuonna 2017 ja sertifikaatin myöntämisen jälkeen vuonna 2019. (Modifioitu artikkelista III Mäkelä ym. 2022.)

Osallistujien taustatietoja selvittävässä kysymyksissä kysyttiin sosiodemografisia ominaisuuksia, kuten äidin ikä, koulutus, siviilisääty ja pariteetti. Lisäksi kysyttiin äidin tupakointia sekä raskauden kesto, raskauden suunnitelmallisuus, synnytystapa, itsearvioitu synnytyskokemus sekä synnytyksen jälkeinen yksikkö (synnytysvuodeosasto tai vastasyntyneiden teho-osasto). Imetykseen vaikuttavista psykososiaalisista tekijöistä kysyttiin kaikkien aikaisempien imetysten kokonaiskestoja sekä nyt suunniteltua imetyksen kestoja.

Osatutkimus III

Aineistonkeruu toteutettiin loka-marraskuussa 2020, noin 18 kuukautta Vauvamyön- teisyys-sertifikaatin myöntämisen jälkeen. Aineisto kerättiin sairaalan tiloissa puolistrukturoiduilla fokusryhmähaastatteluilla (Polit & Beck, 2021), jotka toteutti yksi haastattelija (HM). Tutkimusryhmä, johon kuului väitöskirjatutkijan lisäksi koke- neita tutkijoita ja hoitotyön asiantuntijoita, laati puolistrukturoidun haastattelurun- gon. Haastattelua ohjaavia teemoja olivat vauvamyön-teisyysohjelman käyttöönoton eteneminen, hoitokäytäntöjen ja ammattilaisten omien toimintatapojen muutokset sekä käyttöönottoa edistäneet tai estäneet tekijät. Fokusryhmähaastatteluun osallis- tuneet ammattilaiset antoivat tietoon perustuvan suostumuksensa allekirjoittamalla haastattelun aluksi suostumuslomakkeen. He täyttivät myös paperisen taustatietolo- makkeen. Taustatietoina kysyttiin ikä, koulutus, työkokemus, yksikkö, jossa pääasi- assa työskentelee, työkiertoon osallistuminen sekä mahdollinen vastuutehtävä vau- vamyön-teisyysohjelman käyttöönottoon liittyen.

Fokusryhmien (n = 10) koko vaihteli 2–9 henkilön välillä ja yhteensä osallistujia oli 43. Haastattelujen kesto vaihteli 16–53 minuutin välillä (ka 35 minuuttia). Haas- tattelut toteutettiin tutkimukseen osallistuneiden ammattilaisten omissa yksiköissä. Keskustelut tallennettiin osallistujien suostumuksella aineiston analyysiä varten.

4.5 Aineiston analyysi

Laadulliset menetelmät (Osatutkimukset I ja III)

Laadulliset aineistot analysoitiin induktiivisesti temaattisella analyysimenetelmällä. Temaattisen analyysin keskeisenä päämääränä on tunnistaa, analysoida ja raportoida aineistosta keskeiset teemat sekä kuvata niiden sisällöllinen merkitys (patterns of meaning). Induktiivinen temaattinen analyysi valittiin sen joustavuuden vuoksi. Se ei ole sidottu tiettyyn teoreettiseen tai epistemologiseen näkökantaan ja se mahdol- listaa rikkaan ja yksityiskohtaisen aineiston kuvailun. (Braun & Clarke, 2006.) Ana- lyysin lähestymistapa pohjautui fenomenologiaan (Holloway & Wheeler, 2013). Analyysin avulla ilmiötä pyrittiin ymmärtämään siten kuin tarinoita kertovat van- hemmat tai haastateltavat ammattilaiset sen itse kokivat ja millaisia merkityksiä he kokemuksilleen antoivat, mutta samalla tiedostettiin, että merkitykset muodostuivat suhteessa ympäristöön ja aikaan. Analyysi sisälsi kuusi vaihetta: aineistoon tutustu- minen, aineiston koodaaminen, teemojen hahmottaminen, teemojen tarkastelu, tee- mojen nimeäminen ja niiden sisällön määrittely sekä raportin kirjoittaminen.

Analyysi aloitettiin kirjoittamalla äänitallenteet sanataarkasti tekstimuotoon. Tämä mahdollisti samaan aikaan aineistoon tutustumisen (vaihe 1). Aukikirjoitus- prosessin aikana kirjattiin ylös ensimmäiset ajatukset teemoista. Tässä vaiheessa ai-

neistosta poistettiin kaikki tiedot, joiden perusteella tutkimukseen osallistuneet olisivat voineet olla tunnistettavissa aineistosta. Kirjoitetut tekstit merkittiin tunniste-numerolla, minkä jälkeen ne ladattiin QSR NVivo -ohjelmistoon analysointia varten. Seuraavassa vaiheessa aineisto käytiin systemaattisesti läpi Nvivolla ja tekstistä muodostettiin koodeja, joilla oli tietty merkitys, esim. osatutkimuksessa III: vanhemman ohjaaminen ja uudet toimitilat (vaihe 2). Analyysin edetessä koodit käytiin läpi ja ne ryhmiteltiin alustaviksi teemoiksi (esim. osatutkimuksessa I: vauvan tarpeista huolehtiminen ja luottamus henkilökuntaan) (vaihe 3). Analyysin luotettavuuden varmistamiseksi tutkimusryhmän muut jäsenet (AA ja HNV) perehtyivät aineistoon ja koodeihin. Tutkimusryhmässä käytyjen reflektioivien keskustelujen perusteella alateemoja tarkistettiin, jotta voitiin varmistua siitä, että ne eivät olleet päällekkäisiä ja että ne kuvasivat koko aineistoa (vaihe 4). Kun oli varmistuttu siitä, että teemat olivat toisensa poissulkevia ja ne muodostivat koko aineistoa kuvaavan kokonaisuuden, niistä luotiin teemakartta aineiston visualisoimiseksi. Teemakartan kriittisen tarkastelun jälkeen muodostettiin lopulliset teemat ja alateemat, jotka määritettiin tarkasti ja nimettiin vastaamaan sisältöä (vaihe 5). Lopuksi kokonaisuudesta kirjoitettiin raportti, johon valittiin suoria lainauksia analyysin uskottavuuden vahvistamiseksi (vaihe 6).

Tilastolliset menetelmät (Osatutkimukset I, II ja III)

Osatutkimuksissa I ja III taustamuuttujien aineistosta raportoitiin lukumäärä (n) ja prosenttiosuus ja aineisto kuvailtiin keskiarvoina (ka) ja keskihajontoina (kh), mediaaneina ja vaihteluväleinä.

Osatutkimuksen II analyysi aloitettiin muuttamalla järjestysasteikolliset väittämät numeerisiksi sekä henkilökunnan (1=täysin eri mieltä, 2=osittain eri mieltä, 3=osittain samaa mieltä ja 4=täysin samaa mieltä) että äitien (1=täysin eri mieltä, 2=eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä) imetysasennetta mittaavissa kyselylomakkeissa. Osa molempien mittareiden väittämistä oli käänteisiä, ja niiden vastaukset koodattiin käänteisesti ennen analysointia.

Jokaiselle, vähintään 70 % väittämistä vastanneelle osallistujalle laskettiin imetysasennemittarin tulos. Äitien kyselylomakkeen pisteistä laskettiin summa ja ne ryhmiteltiin kolmeen luokkaan: myönteinen imetysasenne (>70), neutraali imetysasenne (49–69) ja pulloruokintamyönteinen imetysasenne (<48) (Cotelo ym., 2018). Henkilökunnalle laskettiin kokonaispisteiden keskiarvo ja jokaisen osa-alueen (faktorin) keskiarvo.

Aineisto kuvailtiin optimaalisin tunnusluvuin. Kategorisista muuttujista raportoitiin lukumäärä (n) ja prosenttiosuus. Kategoristen muuttujien välistä yhteyttä arvioitiin Fisherin tarkalla testillä. Jatkuvien muuttujien jakaumat arvioitiin ensin visuaalisesti ja tunnusluvuin. Normaalijakaumaa noudattaneet muuttujat kuvailtiin

keskiarvolla (ka) ja keskihajonnalla (kh). Näiden muuttujien keskiarvoja eri ryhmissä vertailtiin varianssianalyysillä (ANOVA). Muuttujia, joiden jakaumat eivät olleet symmetrisiä, kuvattiin mediaanin, ylä (Q3) - ja alakvartiilin (Q1) sekä vaihteluvälin avulla. Näitä ei-symmetrisiä jakaumia verrattiin eri ryhmissä Wilcoxon rank-summatestillä.

Henkilökunnan imetysasennetta ja sen muutosta tarkasteltiin ammattiryhmittäin sekä yksiköittäin. Koska samoja henkilöitä mitattiin ensimmäisessä aineistossa vuonna 2017 ja seuranta-aineistossa vuonna 2019, aineistossa oli riippuvuusrakenne. Toistomittaus otettiin huomioon taustamuuttujien, aineistonkeruuajankohdan (myöhemmin aikapiste) ja imetysasennepistemäärän yhteyden mallinnuksessa hierarkkisilla lineaarisilla sekamalleilla. Hierarkkisilla lineaarisilla sekamalleilla mallinnettiin myös imetysasennemittarin eri osa-alueet.

Henkilökunnan imetysasenteen mallinnus aloitettiin yhden selittävän tekijän malleilla, joissa oli myös aikapiste tekijänä sekä selittävän tekijän ja aikapisteen yhdysvaikutustermi. Näistä malleista tilastollisesti merkitseviksi tekijöiksi tuli aikapiste, ammatti, ammatin ja aikapisteen yhdysvaikutus, yksikön ja aikapisteen yhdysvaikutus sekä aiemman imetyskoulutuksen ja aikapisteen yhdysvaikutus. Näistä merkitsevistä tekijöistä sekä näiden yhdysvaikutusten tekijöiden päävaikutuksista kokosimme erilaisia monimuuttujamalleja, joista saimme muodostettua lopullisen mallin, jolla pystyimme selittämään henkilökunnan imetysasennetta parhaiten. Lopullisessa mallissa oli kolme tilastollisesti merkitsevää tekijällä: aikapiste, ammatin ja aikapisteen yhdysvaikutus sekä yksikön ja aikapisteen yhdysvaikutus.

Henkilökunnan imetysasenteen tuloksien luotettavuutta ja jatkajien valikoitumista arvioitiin vertaamalla tutkimuksessa jatkaneiden ja vain ensimmäisessä aikapisteessä mukana olleiden imetysasennetta ensimmäisessä aikapisteessä sekä taustatekijöitä. Menetelmänä käytettiin varianssianalyysiä ja Fisherin tarkkaa testiä. Sairaalan hoitokäytännöt kuvailtiin lukumäärän (n) ja prosentiosuuksien avulla. Hoitokäytänteiden muutosta kuvattiin laskemalla eri vuosien väliset erot. Erotuksille laskettiin 95 % luottamusvälit.

Äitien vastauksien analysoinnissa keskityttiin ensimmäisenä imetysasenteeseen (IIFAS) ja imetysoongelmiin. IIFAS-pisteet mallinnettiin hierarkkisella lineaarisella sekamallilla. Ensimmäisessä mallissa tutkimme vain IIFAS-pisteiden ja aineistonkeruuajankohdan yhteyttä. Seuraavaksi tutkimme taustamuuttujien ja IIFAS-pisteiden yhteyttä sekä taustatekijöiden vaikutusta IIFAS-pisteiden muutokseen. Tilastollisesti merkitsevistä tekijöistä muodostettiin monimuuttujamalli. IIFAS-mittarille laskettiin lisäksi Cronbachin alfa-pisteet lähtötilanteessa ja 4 kuukauden mittauspisteessä. Imetysoongelmat mallinnettiin käyttäen samaa strategiaa kuin IIFAS-pisteet, mutta käyttäen binomisia logistisia sekamalleja. Tulokset ilmoitettiin ristisuhteiden (odds ratio, OR) ja 95 prosentin luottamusvälien (LV) avulla.

Imetystä ja imetysongelmia kuvaavat tekstiviestivastaukset analysoitiin käyttämällä multinomiaalista regressiomallia toistomittauksille. Tekstiviestivastaukset, joissa äidit kuvasivat imetysongelmia ja imetyksen lopettamisen syitä, kuvattiin lukumäärän (n) ja prosenttiosuuksien avulla.

Edellä kuvattu analyysi tehtiin erikseen synnytysvuodeosaston ja vastasyntyneiden teho-osaston äideille. Johtopäätöksiä ja kertoimien merkitsevyyden vertailun jälkeen ryhmät yhdistettiin. Ja lopullinen analyysi toistettiin kaikki äidit sisältävään aineistoon.

Äitien aineiston luotettavuutta ja osallistujien valikoitumista arvioitiin vertaamalla tutkimuksen keskeyttäneitä osallistujia tutkimuksessa jatkaneisiin osallistujiin binomisisella logistisella mallilla tarkastelemalla IIFAS-pistemäärän, imetysongelmien ja taustamuuttujia ristasuhteita.

Kaikki tilastolliset testit toteutettiin kaksisuuntaisena testauksena. Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin 0,05 riskitasoa. Useampaa ryhmää vertailtaessa käytettiin Bonferroni-korjattuja p-arvoja. Aineistot analysoitiin käyttämällä SAS-ohjelmiston versiota 9.4 Windowsille (SAS Institute Inc., Cary, NC, US).

4.6 Tutkimuksen eettisyys

Tämän tutkimuksen kaikki osatutkimukset on toteutettu noudattamalla Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamaa ohjeistusta hyvästä tieteellisestä käytännöstä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023) sekä Helsingin julistusta (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2013). Tiedot on kerätty ja tallennettu EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen (GDPR, EU-asetus 2016/679) mukaisesti.

Osatutkimukselle I Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta antoi myönteisen lausunnon (131/1802/2014) ja tutkimuslupa (T210/TO7/016/14) tutkimuksen toteuttamiseen saatiin Turun yliopistollisen keskussairaalan Lasten- ja nuortenklinikan toimialuejohdolta marraskuussa 2014. Osatutkimuksessa II tutkimusprotokolla sai Turun yliopiston eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon (lausunto 18/2017) ja Satakunnan sairaanhoitopiirin hallinto myönsi tutkimusluvan (lupnumero SATSHP/225/13.01/2017) maaliskuussa 2017. Osatutkimuksen III tutkimussuunnitelmasta Turun yliopiston eettinen toimikunta antoi puoltavan lausunnon syyskuussa 2019 (lausunto 58/2019), ja Satakunnan sairaanhoitopiirin hallinto myönsi tutkimusluvan (lupnumero SATSHP/321/13.01/2020) maaliskuussa 2020. Tutkimus on lisäksi rekisteröity ClinicalTrials.gov –tutkimusrekisteriin, koska siinä käytetään koeasetelmaa (NCT03070041).

Tutkimukseen osallistuneille annettiin tietoa tutkimuksesta ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta etukäteen. HAPPY-sovelluksella tehtyyn aineiston keruuseen (osatutkimus I) osallistuneilta vanhemmilta sekä kvasikokeelliseen tutkimukseen ja tekstiviestikyselyyn (osatutkimus II) osallistuneilta äideiltä pyydettiin kirjallinen tie-

toon perustuva suostumus tutkimukseen osallistumisesta, kun he olivat ensin saaneet tietoa tutkimuksesta ja heille oli annettu aikaa miettiä päätöstään. Kvasikokeelliseen tutkimukseen (osatutkimus II) osallistuneille ammattilaisille kerrottiin tutkimustiedotteessa, että tutkimukseen vastaaminen katsottiin suostumukseksi tutkimukseen. Fokusryhmä haastatteluihin (osatutkimus III) osallistuneilta henkilökunnan jäseniltä pyydettiin kirjallinen tietoon perustuva suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Kaikissa osatutkimuksissa tutkittavia tiedotettiin siitä, että he voivat keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman seuraamuksia.

Suostumuslomakkeet, joista käy ilmi osallistujien henkilötiedot, säilytetään lukitussa tilassa, johon on pääsy vain tutkijoilla (HM, HNV, AA). Haastattelutallenteet sekä tutkimuksen tekstitiedostot säilytetään Turun yliopiston IT-palveluiden toteuttamassa ja ylläpitämässä Seafire-pilvipalvelussa, joka on yliopiston omistama, joten sinne tallennettu data ei päädy ulkopuolisille tahoille. Aineistot hävitetään tutkimuksen valmistuttua väitöksen jälkeen. Kaikki tulokset raportoitiin ilman mahdollisuutta tunnistaa osallistujaa.

Vastasyntyneiden teho-osasto ja synnytysvuodeosasto ovat tutkimusetiikan näkökulmasta paikka, jossa hoidetaan erityisen haavoittuvassa asemassa olevia. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) määrittelee imettävät äidit ja alaikäiset lapset erityisen haavoittuviksi tutkimuskohteiksi. Lain mukaan tämän ryhmän henkilöitä voidaan tutkia vain, jos samoja tieteellisiä tuloksia ei voida saavuttaa muilla tutkittavilla. Tässä tutkimuksessa katsottiin, että muilta ryhmiltä ei olisi voitu saada vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimukseen osallistuminen aiheutti luonnollisesti vaivannäköä, mutta mitään kajoavia toimenpiteitä tutkimuksessa ei tehty. Osa vanhemmista saattoi kokea tutkimukseen osallistumisen raskaana ja osallistumiseen kulunut aika saattoi vanhemman mielestä olla pois ajasta, jota vanhempi voi viettää vauvansa kanssa. Tämä saattoi myös vaikuttaa osatutkimuksesta I kieltäytyneiden vanhempien suureen määrään.

Tärkeä eettinen näkökohta tässä tutkimuksessa liittyy imetykseen, joka voi olla arkaluonteinen aihe äideille kulttuuriin, sosiaalisiin odotuksiin tai henkilökohtaisiin kokemuksiin liittyen. Äideillä saattaa olla suuria paineita imettää, koska imetystä pidetään yleisesti tärkeänä terveyden ja läheisyyden kannalta ja siihen liittyy vahvoja mielipiteitä. Jos äiti ei syystä tai toisesta halua imettää tai jos imetys ei ole sujunut toiveiden mukaan, äidit voivat tuntea syyllisyyttä tai kokea olevansa epäonnistuneita. Ennenaikaisen tai sairaan vastasyntyneen vauvan saaminen katsotaan erityisen rankaksi kokemukseksi ja voi lisätä äidin paineita siitä, että vauva ei saa tarpeeksi ravintoa sekä herättää tunteita riittämättömyydestä. Imetys ei myöskään ole aina helppoa ja imetykseen liittyvistä ongelmista puhuminen voi olla vaikeaa, koska se liittyy henkilökohtaiseen ja herkkään asiaan. Tätä tutkimusta varten kehitetyt kyselyt suunniteltiin mahdollisimman neutraaleiksi, jotta vältettäisiin aiheuttamasta syyllisyydentunteita tai painostusta imettämiseen. Vanhemmaksi tuleminen on merkittävä

elämäntilanteen muutos, joka vaikuttaa voimakkaasti tunteisiin. Tästä syystä osatutkimuksessa I vanhempia ei rekrytoitu mukaan vauvan ensimmäisten elinpäivien aikana, ja osatutkimuksessa II äidit pyydettiin mukaan 1–2 päivää synnytyksen jälkeen.

Eettisestä näkökulmasta tarkasteltuna myös ammattilaisten imetykseen liittyvien asenteiden kysyminen voi olla arkaluonteista ja vaatii hienovaraisuutta ja kunnioitusta. Imetyksen tukeminen on keskeinen osa tähän tutkimukseen osallistuneiden ammattilaisten työtä. Kysymykset imetysasenteista voivat tuntua kyseenalaistamiselta tai voivat myös paljastaa henkilökohtaisia näkemyksiä, jotka voivat olla ristiriidassa ammattilaiselta odotetun neutraalin suhtautumisen kanssa. Kysymykset voivat myös herättää huolta, jos heidän asenteensa poikkeavat organisaation linjasta tai yleisistä hoitosuosituksista. Tutkimukseen osallistuneiden ammattilaisten anonymiteetistä pidettiin kuitenkin huolta eikä kenenkään henkilöllisyyttä voi tunnistaa tutkimustuloksista. Kysymykset laadittiin mahdollisimman neutraaleiksi ja kunnioittaviksi. Tutkimustiedotteessa osallistujille selvitettiin, että imetysasenteiden kysymisen tarkoituksena oli ymmärtää ja kehittää käytäntöjä, eikä arvioida ammattilaisten pätevyyttä.

5 Tulokset

5.1 Vanhempien vauvansa kanssa kokema läheisyys ja ero sairaalassa

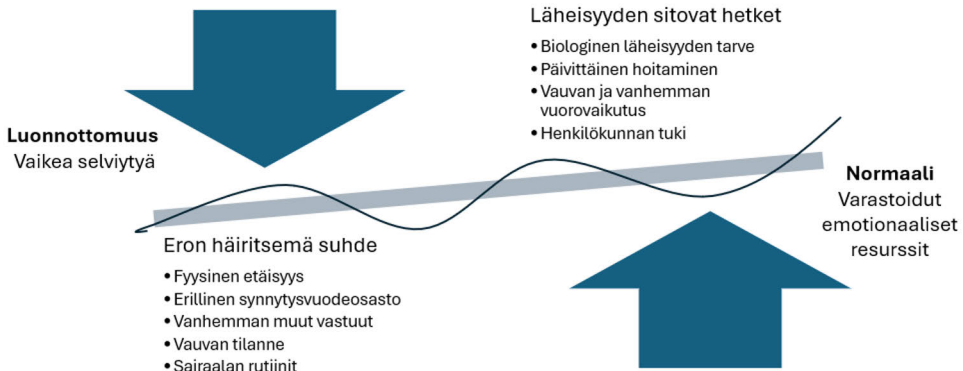
Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat ($n = 23$) tallensivat HAPPY-sovelluksella yhteensä 141 tarinaa. Keskimäärin yksi vanhempi tallensi kuusi tarinaa, mutta määrä vaihteli yhdestä 21:een. Vanhemmat kokivat vauvansa kanssa enemmän läheisyyttä (65 %) kuin eroa (35 %).

Läheisyyden ja eron vuoristorata

Vanhemmat kuvailivat kokemustaan vastasyntyneiden teho-osastolla läheisyyden ja erossa olemisen vuoristoradaksi. Vanhemmat kokivat läheisyyttä ja eroa teho-osastolla vauvan huoneessa, vauvan vierellä sekä kotona. Etäisyys vauvasta ei automaattisesti saanut aikaan eron kokemusta ja vastaavasti lähellä oleminen vauvan luona ei aina saanut vanhempia tuntemaan läheisyyttä. (Kuvio 4.) Vanhemmilla ei yleensä ollut ollut aikaa valmistautua ennenaikaisen tai sairaan lapsen vanhempänä olemiseen. Vanhemmat yrittivät selviytyä jatkuvasti vuorottelevista läheisyyden ja eron tilanteista, mikä kuormitti vanhempia vahvoilla tunteilla ja ohjasi kehittymistä vanhempänä.

Vanhemmat pyrkivät aktiivisesti läheisyyteen, jonka avulla he pystyivät luomaan yhteyden vauvaansa, mutta tätä varten he tarvitsivat kuitenkin usein apua henkilökunnalta. Samalla vanhemmat kaipasivat mahdollisuutta olla yhdessä perheenä ilman ulkopuolisia. Erotilanteet olivat kuin alamäkiä vuoristoradalla ja väistämättöminä ne häiritsivät vanhemman ja vauvan välisen läheisen suhteen kehittymistä.

”Olen täällä poikani huoneessa. Kun saavuin paikalle, tunsin hyvin voimakkaan läheisyyden tunteen, kun näin poikani nukkuvan turvallisesti lakanoiden alla ja näin hänen äitinsä hänen sänkynsä vieressä.” (ID5 isä)



Kuvio 4. Vanhemman ja vauvan läheisyyden ja eron vuoristorata vastasyntyneiden teho-osastolla. (Modifioitu artikkelista I Mäkelä ym., 2018.)

Läheisyyden sitovat hetket

Vanhemmilla oli vahva biologinen tarve olla vauvansa lähellä ja huolehtia hänen tarpeistaan. Fyysisellä kosketuksella oli suuri merkitys vanhempien läheisyyskokemuksissa ja se vaihteli ihokontaktista sylissä pitämiseen tai pelkkään sormella silittämiseen vauvan ollessa omassa kopassa. Vauvan erityistarpeista ja tehostetun seurannan tarpeesta huolimatta, tavalliset vauvan päivittäiseen hoitamiseen liittyvät asiat toivat vanhemmille tunteen normaaliudesta heidän tilanteessaan. Toisinaan läheisyyden kokemukseen riitti, että vanhempi näki vauvan ja oli käytettävissä siltä varalta, että vauva tarvitsisi vanhemman huolenpitoa. Läheisten hetkien kokeminen antoi vanhemmille voimia jaksaa haastavassa tilanteessa.

Äidit tunsivat läheisyyttä vauvaansa imettäessään vauvaa, mutta myös lypsäessä rintamaitoa vauvan lähellä. Lisääntynyt maidoneritys oli konkreettinen merkki yhteydestä vauvaan. Oman rintamaidon antaminen vauvalle oli äideille erityisen tärkeää silloin, kun heillä ei ollut mahdollisuutta imettää.

Vanhemman ja vauvan välisellä vuorovaikutuksella oli keskeinen rooli läheisyyden kokemuksissa. Silloin, kun läheisyyden tunne ei ollut yhtä voimakas, vanhemmat edistivät yhteyden tunnetta ihailamalla vauvaa tai puhumalla ja laulamalla vauvalle. Vastavuoroisuus, kuten katsekontakti lapsen kanssa, puristus vanhemman sormesta tai rauhoittuminen vanhemman kosketuksesta, edisti merkittävästi kehittyvää yhteyttä vauvaan.

Sen sijaan, että vanhemmat olisivat huolehtineet kaikista vauvansa tarpeista haastavassa tilanteessa, vanhemmat olivat vain osa vauvojensa elämää ja hoitoa. Vanhempien tarinoissa hoitohenkilökunnan tuki ei kuitenkaan häirinnyt heidän suhdettaan vauvaan. Luottamus henkilökuntaan oli vanhemmille tärkeä keino varmistua, että heidän vauvansa olivat turvassa ja heistä huolehdittiin hyvin, kun vanhemmat eivät itse voineet olla paikalla.

”Vauva on mulla ihokontaktissa ja hän tarttui mua ensimmäistä kertaa sormeen kiinni, niin se oli ihan pakahduttavan onnellista.” (ID8 äiti)

Eron häiritsemä suhde

Fyysinen etäisyys oli yleisin syy vanhempien eron tunteen kokemiseen, jopa sairaalan sisällä. Erityisesti vauvan luota lähteminen tuntui vanhemmista luonnottomalta ja sai heidät tuntemaan syyllisyyttä. Erilaiset tekijät, kuten kiireinen vastasyntyneiden teho-osaston ympäristö, äidin hoito toisella osastolla, vauvan hoitoon liittyvät rutiinit tai vanhempien velvollisuudet sairaalan ulkopuolella häiritsivät vanhemman ja vauvan välistä suhdetta. Useimmat näistä tekijöistä eivät olleet vanhempien hallinnassa. Osa äideistä huomasi erossa ollessaan myös fyysisiä vaikutuksia, kuten lypsetyn rintamaidon vähäisempi määrä.

Yhteys vauvaan häiriintyi joskus myös vanhemman ollessa fyysisesti vauvansa läheisyydessä. Vanhemmat halusivat olla lähempänä vauvojaan tai pitää heitä sylissä, mutta se ei ollut aina mahdollista esimerkiksi vauvan valohoidon tai kriittisen tilan vuoksi. Myös muut velvollisuudet saattoivat estää vanhempia keskittymästä vauvaan. Äidit kuvailivat tuntevansa kiirettä fysioterapeutin tai sosiaalityöntekijän tapaamisten vuoksi. Tämä häiritsi heidän keskittymistään vauvaan ja sai heidät tuntemaan eroa vauvasta, vaikka he pitivät näitä tapaamisia tärkeinä.

Vanhemmat näkivät vaivaa tutustuakseen vauvaansa ja ollakseen yhteydessä vauvaansa poikkeuksellisessa tilanteessa ja ympäristössä. Koska vanhemmilla ei ollut määräysvaltaa ulkoisiin tekijöihin, jotka häiritsivät suhdetta vauvan kanssa, he yrittivät sopeutua niihin tai selviytyä niistä. Sekä äidit että isät yrittivät varastoida fyysisen läheisyyden aikana saatuja emotionaalisia voimavaroja valmistautuakseen tulevaan eroon.

”Fysioterapeutti tuli katsomaan vauvaa, liikeohjeita ja muuta. Vaikka mä olen täällä vauvan huoneessa, niin tuntuu etten pysty olemaan täysin läsnä. Sellainen kiireen tuntu vaivaa, kun tänään on ollut jotenkin hirveesti äksöniä täällä.” (ID11 äiti)

5.2 Vauvamyönteisysohjelman käyttöönoton vaikutus vastasyntyneiden hoidossa

5.2.1 Henkilökunnan imetysasenteet

Imetysasennemittarilla arvioituna terveydenhuollon ammattilaisten imetysasenteet paranivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($p < 0,001$) vauvamyönteisysohjelman käyttöönoton jälkeen. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna kätilöiden ($p < 0,001$) ja lääkäreiden ($p = 0,003$) asenteet imetystä kohtaan paranivat tilastollisesti merkitsevästi. Myös sairaanhoitajien ja muiden ammattilaisten asenteet muuttuivat imetysmyönteisemmiksi, mutta muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,198$). Jokaisessa tutkimukseen osallistuneessa sairaalan yksikössä asenteet muuttuivat tilastollisesti merkitsevästi imetysmyönteisemmäksi. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Henkilökunnan imetysasenne ennen vauvamyönteisysohjelman käyttöönottoa aineistossa 1 ja käyttöönoton jälkeen aineistossa 2. Imetysasennemittarin pistemäärä vaihtelee välillä 1–4 ja korkeampi tulos kuvaa imetysmyönteisempää asennetta.

IMETYSASENNE	AINEISTO 1 (2017) ka [95 % LV]	AINEISTO 2 (2019) ka [95 % LV]	MUUTOS Erotus [95 % LV] *
KAIKKI	3,09 [2,06, 3,13]	3,25 [3,21, 3,29]	0,16 [0,13, 0,19]
AMMATTIRYHMÄ			
Kätilö	3,13 [3,08, 3,17]	3,28 [3,22, 3,33]	0,15 [0,08, 0,22]
Sairanhoitaja	3,06 [3,00, 3,13]	3,18 [3,07, 3,28]	0,12 [-0,01, 0,24]
Lääkäri	2,88 [2,75, 3,01]	3,28 [3,10, 3,47]	0,40 [0,18, 0,62]
Muu	3,03 [2,89, 3,17]	3,15 [3,00, 3,31]	0,12 [-0,09, 0,33]
SAIRAALAN YKSIKKÖ			
Äitiyspoliklinikka	3,03 [2,94, 3,13]	3,27 [3,17, 3,37]	0,24 [0,17, 0,30]
Synnytysosasto	3,07 [2,99, 3,14]	3,26 [3,18, 3,33]	0,19 [0,13, 0,24]
Synnytysvuodeosasto	3,13 [3,08, 3,19]	3,24 [3,18, 3,30]	0,11 [0,06, 0,15]
Vastasyntyneiden teho	3,05 [2,98, 3,13]	3,23 [3,13, 3,33]	0,18 [0,09, 0,27]
IMETYSASENTEEN OSA-ALUEET			
Imetyksen ohjaaminen	2,65 [2,61, 2,72]	2,62 [2,55, 2,68]	-0,03 [-0,10, 0,13]
Imetyksen edistäminen	3,44 [3,34, 3,49]	3,68 [3,62, 3,77]	0,24 [0,14, 0,46]
Yksilölliset tarpeet	2,84 [2,76, 2,90]	3,10 [3,00, 3,18]	0,26 [0,09, 0,42]
Imetysvastaisuus	1,55 [1,52, 1,63]	1,41 [1,32, 1,46]	-0,14 [-0,32, -0,08]

* Imetysasenteen muutoksen erotus laskettiin vauvamyönteisysohjelman jälkeisen ja sitä edeltävän imetysasenteen keskiarvojen välillä. Tilastollisesti merkitsevä tulos lihavoitu. Taulukko modifioitu artikkelista II Mäkelä ym., 2021.

Imetysasennemittarin eri osa-alueiden (faktorien) osalta pistemäärät kasvoivat tilastollisesti merkitsevästi ”imetymisen edistäminen” ($p < 0,001$) ja ”yksilölliset tarpeet” ($p < 0,001$) osalta, osoittaen imetysmyönteisempää asennetta. ”Imetysvastaisuus” osa-alueen kohdalla pistemäärä vastaavasti aleni tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$) osoittaen niin ikään imetysmyönteisempää asennetta myös tällä osa-alueella. ”Imetymisen ohjaaminen” osa-alueella merkitsevää muutosta ei tapahtunut ($p = 0,477$).

Henkilökunnan imetysasenteen muutoksessa ammattiryhmä oli tilastollisesti merkitsevästi eroa selittävä tekijä ($p = 0,019$). Ennen vauvamyönteisysohjelman käyttöönottoa lääkärin imetysasenteet olivat tilastollisesti merkitsevästi vähemmän myönteisiä verrattuna kättilöihin ($p = 0,003$) ja sairaanhoitajiin ($p = 0,036$). Ohjelman käyttöönoton jälkeen ammattiryhmien välisiä eroja ei enää havaittu tilastollisesti merkitsevinä.

Aikaisempi koulutus imetykseen liittyvistä asioista oli yhteydessä ammattilaisten imetysasenteisiin ($p = 0,005$). Ammattilaisten iällä ($p = 0,574$) tai työkokemuksella ($p = 0,818$) ei ollut yhteyttä imetysasenteisiin. Ammattilaisten henkilökohtaiset kokemukset imetykseen liittyvistä asioista eivät vaikuttaneet imetysasenteeseen. Imetysasenteeseen ei vaikuttanut se oliko ammattilaista itseään imetty lapsena ($p = 0,517$), oliko hänellä omia lapsia ($p = 0,711$) tai oliko hän itse imettänyt/oliko kumppani imettänyt lapsia ($p = 0,498$). Imetysasenne ei eronnut myöskään niiden ammattilaisten kohdalla, jotka eivät jatkaneet tutkimuksessa verrattuna niihin ammattilaisiin, jotka jatkoivat tutkimuksessa ja osallistuivat tutkimukseen myös toisessa aineistonkeruussa ($p = 0,453$).

Ammattilaisten imetysasennetta pystyttiin selittämään parhaiten monimuuttujamallilla, jossa oli aineistonkeruun ajankohta (=aikapiste) ($p < 0,001$), aikapisteen ja ammatin ($p = 0,006$) sekä aikapisteen ja yksikön ($p = 0,008$) yhdysvaikutukset.

5.2.2 Läheisyyttä ja imetystä edistävät hoitokäytännöt sairaalassa

Vauvamyönteisysohjelman käyttöönoton jälkeen sairaalan hoitokäytännöt edistivät vanhemman ja vastasyntyneen välistä läheisyyttä sekä imetystä aiempaa paremmin niin synnytysvuodeosastolla kuin vastasyntyneiden teho-osastollakin (Taulukko 9). Vastasyntyneet olivat merkittävästi useammin välittömässä ja keskeytymättömässä ihokontaktissa sekä alatiesynnytyksen että keisarileikkauksen jälkeen. Myös varhaisen ensi-imetyksen osuus kasvoi. Lisämaidon antaminen väheni ja yleisimmät lääketieteelliset syyt lisämaidon antamiseen olivat vauvan painonpudotus, matala verenokeri, korkea bilirubiini ja ennenaikaisuus. Rintakumin ja tutin käyttö väheni vastasyntyneiden teho-osastolla, mutta synnytysvuodeosastolla näiden käytössä ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta.

Taulukko 9. Sairaalan hoitokäytännöt synnytysvuodeosastolla ja vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolla sekä vauvamyönteisysohjelman käyttöönoton aikaansaama muutos. Erotus laskettiin hoitokäytäntöjen prosenttiosuudesta vauvamyönteisysohjelman käyttöönoton jälkeen. (Modifioitu artikkelista II Mäkelä ym. 2021.)

SAIRAALAN HOITOKÄYTÄNNÖT	SYNNYTYSVUODEOSASTO			VASTASYNTYNEIDEN TEHO		
	2017 n (%)	2019 n (%)	% Erotus ¹ [95 % LV]	2018 n (%)	2019 n (%)	% Erotus ¹ [95 % LV]
Vastasyntyneiden määrä yksikössä	1538	1301		201	177	
Varhainen ihokontakti syntymän jälkeen	1275 (83)	1232 (95)	12 [9,9, 14,1]	125 (62)	120 (68)	6 [-0,8, 12,8]
Ensi-imetys < 1 h iässä (teholla < 2 h iässä)	1415 (92)	1275 (98)	6 [4,5, 7,5]	121 (60)	117 (66)	6 [-0,8, 12,8]
Vierihoito (vauva pois äidiltä < 1 h)	1307 (85)	1236 (95)	10 [8,0, 12,0]	-	-	-
Täysimetys ² (vain oman äidin maitoa)	615 (40)	696 (53)	13 [-1,3, 5,3]	12 (6)	14 (8)	2 [-1,6, 5,6]
Lisämaitoa lääketieteellinen syy ²	615 (40)	398 (31)	-9 [-12,3, -5,7]	174 (87)	135 (76)	-11 [-16,5, -5,5]
Lisämaitoa ei-lääketieteellinen syy	984 (64)	156 (12)	-52 [-54,8, -49,2]	16 (8)	30 (17)	9 [6,7, 11,3]
Tutin käyttö	185 (12)	143 (11)	-1 [-3,2, 1,2]	169 (84)	124 (70)	-14 [19,9, -8,1]
Rintakumin käyttö	388 (22)	286 (22)	0 [-2,9, 2,9]	52 (26)	19 (11)	-15 [20,4, -9,6]
Siirretty teholle äidin iho-kontaktissa	-	-	-	68 (34)	85 (48)	14 [7,1, 20,9]

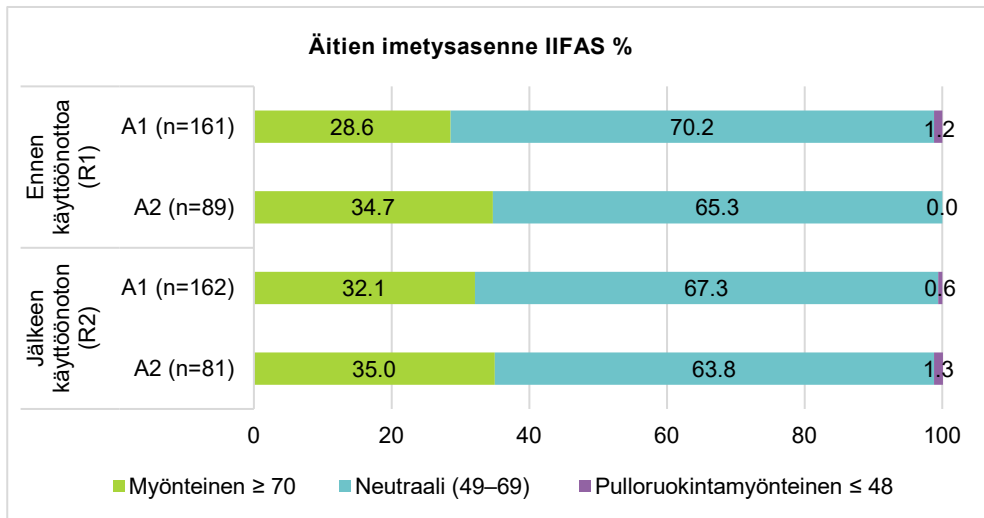
1 Hoitokäytännön muutoksen erotus laskettiin vauvamyönteisysohjelman jälkeisen ja sitä edeltävän prosentuaalisen tuloksen välillä. 95% Luottamusvälin (LV) tilastollisesti merkitsevä tulos liiavoitu.

2 Täysimetyksen osuus sisältää vauvat, jotka saivat vain äidin omaa maitoa eivätkä saaneet mitään lääketieteellisesti tai ei-lääketieteellisesti perusteltua lisämaitoa (luovutettua rintamaitoa). WHO:n standardien mukainen täysimetys on täysimetyksen ja lääketieteellisestä syystä annetun lisämaiton summa.

5.2.3 Äitien imetysasenne

Vauvamyönteisysohjelman käyttöönotto ei vaikuttanut äitien imetysasenteisiin tilastollisesti merkitsevästi (Kuvio 5). Imetysasenne oli suurimmalla osalla äideistä neutraali. Myönteisesti imetykseen suhtautuvien äitien määrä lisääntyi neljän kuukauden seurannassa (A1:stä A2:een) sekä ennen vauvamyönteisysohjelman käyt-

töönottoa tutkimukseen osallistuneessa ryhmässä (R1) että käyttöönoton jälkeen osallistuneiden äitien ryhmässä (R2). Asenteissa ei kuitenkaan havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja seurannan aikana kummassakaan ryhmässä ($p = 0,936$). Imetyssasenteissa ei myöskään havaittu eroja tutkimukseen osallistuneiden ryhmien välillä ($p = 0,354$). Äitien imetyssasenne ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi ryhmien (R1 ja R2) välillä sairaalassa synnytyksen jälkeen ($p = 0,216$) eikä neljän kuukauden kuluttua synnytyksestä ($p = 0,603$).



Kuvio 5. Äitien imetyssasenne (%) ryhmiteltyinä myönteiseen, neutraaliin ja pulloruokintamyönteiseen imetyssasenteeseen ennen vauvamyönteisysohjelman käyttöönottoa 2017 (R1) ja vauvamyönteisysohjelman käyttöönoton jälkeen 2019 (R2). Asenne mitattu sairaalassa ennen kotiutumista (A1) ja 4 kuukautta synnytyksen jälkeen (A2). (Modifioitu artikkelista III Mäkelä ym. 2022.)

Imetyssasenne oli myönteisempi äideillä, jotka olivat koulutetumpia ($p = 0,012$), joiden raskaus oli suunniteltu ($p = 0,005$), jotka olivat suunnitelleet imetyksen kesto raskauden aikana ($p < 0,001$) tai joilla oli pidempi imetyksen kesto aiemmin ($p < 0,001$). Uudelleensynnyttäjillä imetyssasenne oli kuitenkin sairaalassa synnytyksen jälkeen (A1) myönteisempi kuin ensisynnyttäjillä ($p = 0,029$), mutta neljän kuukauden kuluttua (A2) vastaavaa eroa pariteetin perusteella ei ollut enää osoitettavissa ($p = 0,974$).

5.2.4 Täysimetus

Vauvamyönteisysohjelman käyttöönotto ei vaikuttanut täysimetyksen toteutumiseen 6 kk seurannan aikana (Taulukko 10). Yleisin syy, jonka äidit ilmoittivat ime-

tyksen lopettamisen syyksi, oli rintamaidon määrän hiipuminen ja lopulta sen loppuminen. Täysimetys oli yleisempää äideillä, jotka olivat synnyttäneet alateitse (OR 6,7, 95 % LV [1,56–29,15], $p = 0,011$), olivat koulutetumpia (OR 3,6, 95 % LV [1,10–11,49], $p = 0,007$), olivat suunnitelleet imetyksen kestoja raskauden aikana (OR 8,1, 95 % LV [2,71–24,06], $p < 0,001$), olivat naimisissa tai avoliitossa (OR 33,3, 95 % LV [1,55–713,69], $p = 0,011$) tai eivät tupakoineet (OR 8,0, 95 % LV [1,17–55,00], $p = 0,018$).

Äideillä, joilla oli myönteinen imetysasenne, oli suurempi todennäköisyys täysimettää verrattuna äiteihin, joilla oli neutraali imetysasenne (OR 4,1, 95 % LV [1,57–10,63], $p < 0,001$). Äideillä, joilla ei ollut ongelmia imetyksen kanssa, oli huomattavasti suurempi todennäköisyys täysimetykseen verrattuna niihin äiteihin, jotka ilmoittivat imetykseen liittyviä ongelmia (OR 31,4, 95 % LV [13,4–73,6], $p < 0,001$).

Taulukko 10. Äitien imetyksen kesto ja täysimetys kuuden kuukauden seurantajakson aikana. Mallinnettu multinominaalisella toistomittausten regressiomallilla. (Modifioitu artikkelista III Mäkelä ym. 2022.)

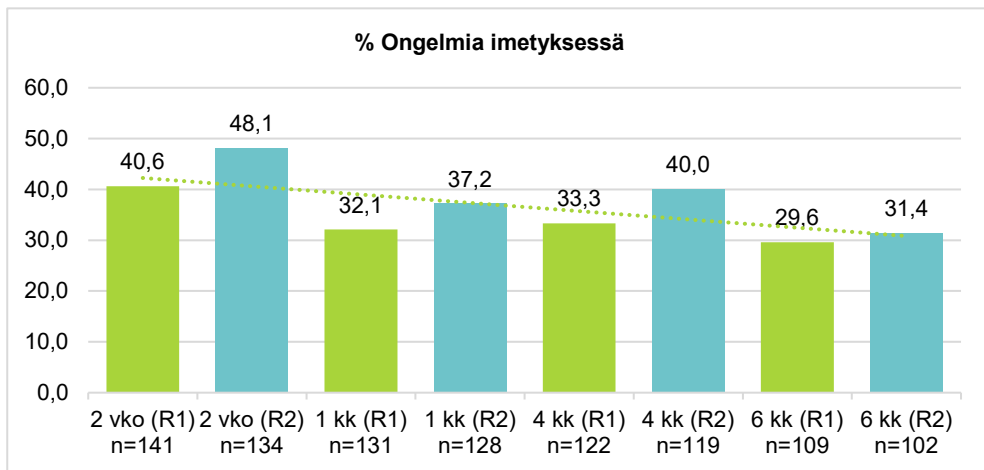
IMETYS	2017		2019		P
	N	n (%)	N	n (%)	
2 VIIKKOA	141		134		0,961
Täysimetys		108 (76,6)		101 (75,4)	
Osittainen imetys		30 (21,3)		28 (20,9)	
Ei imetystä		3 (2,1)		5 (3,7)	
1 KUUKAUSI	131		128		0,725
Täysimetys		106 (80,9)		97 (75,8)	
Osittainen imetys		23 (17,6)		26 (20,3)	
Ei imetystä		2 (1,5)		5 (3,9)	
4 KUUKAUTTA	122		119		0,204
Täysimetys		87 (71,3)		85 (71,4)	
Osittainen imetys		18 (14,8)		20 (16,8)	
Ei imetystä		17 (13,9)		14 (11,8)	
6 KUUKAUTTA	109		102		0,435
Täysimetys		45 (41,3)		56 (52,9)	
Osittainen imetys		47 (43,1)		35 (34,3)	
Ei imetystä		17 (15,6)		13 (12,8)	

5.2.5 Imetysongelmat

Vauvamyönteisysohjelman käyttöönotto ei vähentänyt äitien imetysongelmia. Imetysongelmien määrä ei eronnut ryhmien (R1 ja R2) välillä ($p = 0,260$) (Kuvio 6). Äidin imetysasenne ei ollut yhteydessä imetysongelmiin ($p = 0,119$). Ensisynnyttäjät

ilmoittivat neljä kertaa enemmän ongelmia kuin uudelleensynnyttäjät (OR 4,2, 95 % LV [2,01–8,60], $p < 0,001$). Uudelleensynnyttäjistä äidit, joiden aiempi imetyksen kesto oli lyhyempi, raportoivat enemmän ongelmia kuin äidit, joiden aiempi imetyksen kesto oli ollut pidempi (OR 0,8, 95 % LV [0,74 -0,89], $p < 0,001$). Vastasyntyneiden teho-osastolla olleiden vauvojen äidit, raportoivat kolme kertaa enemmän ongelmia verrattuna äiteihin, jotka olivat synnytyksen jälkeen synnytysvuodeosastolla (OR 3,2, 95 % LV [1,07–9,58], $p = 0,037$).

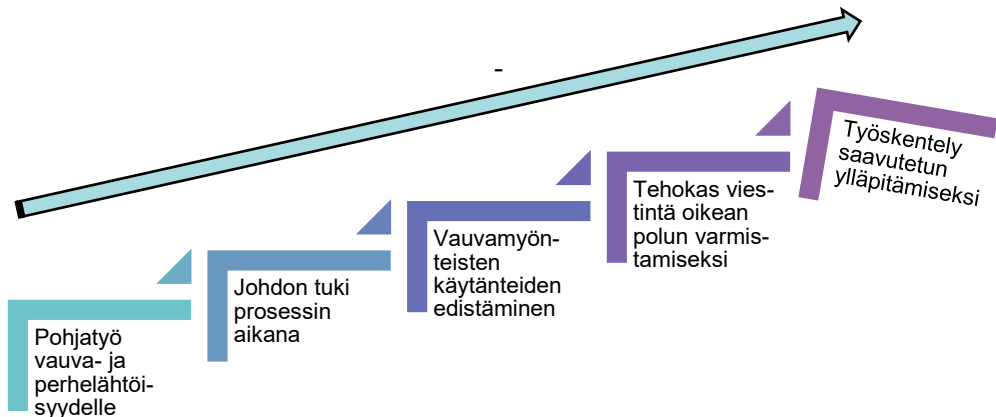
Imetykseen liittyvät ongelmat olivat äitien vastausten perusteella hyvin samansuuntaista sekä ennen vauvamyönteisysohjelman käyttöönottoa että sen jälkeen. Yleisin imetykseen liittyvä ongelma oli äitien mielestä riittämätön maitomäärä (31 %). Toisaalta, jotkut äidit kuvasivat ongelmaksi tilanteet, jotka liittyivät liian suureen maitomäärään ja vauvan vaikeuksiin selviytyä siitä (12 %). Toinen yleinen ongelma oli vauvan hermostuminen rinnalla tai kieltäytyminen imemisestä (22 %). Muita esille tulleita imetykseen liittyviä ongelmia olivat imetykseen liittyvä kipu (14 %), huono imuote (11 %), rinnanpäiden ongelmat (kipeät rinnanpäät, nännihaavat tai sisäänpäin vetäytyneet rinnanpäät) (7 %) ja maitotiehyen tukokset tai rintatulehdus (9 %).



Kuvio 6. Imetysongelmien esiintymisen (%) vertailu 2 viikkoa, 1, 4 ja 6 kuukautta synnytyksen jälkeen ennen (R1) ja jälkeen (R2) vauvamyönteisysohjelman käyttöönoton. Imetysongelmien määrä ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,260$) vuosien 2017 ja 2019 välillä. (Modifioitu artikkelista III Mäkelä ym. 2022.)

5.3 Henkilökunnan kokemukset vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotosta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä

Ammattilaiset kuvasivat vauvamyönteisyysohjelman käyttöönottoa matkaksi, jonka he kulkivat päästäkseen määränpäähensä. Tämän saavutettuaan ammattilaiset kuvasivat tekevänsä töitä sen eteen, että säilyttivät saavutetun asemansa. Henkilökunnan kokemuksista muodostettiin viisi pääteemaa: 1. pohjatyö vauva- ja perhelähtöisyydelle, 2. johdon tuki prosessin aikana, 3. vauvamyönteisten käytänteiden edistäminen, 4. tehokas viestintä oikean polun varmistamiseksi ja 5. työskentely saavutetun ylläpitämiseksi. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Ammattilaisten kokemus vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotosta matkana, jonka he kiipesivät mäkeä ylöspäin ja tavoitteen saavutettuaan yrittävät ylläpitää saavutetut muutokset ja pysyä mäen laella. (Modifioitu artikkelista IV Mäkelä ym. 2024.)

Pohjatyö vauva- ja perhelähtöisyydelle

Uudet tilat ja työkierron organisointi loivat optimaalisen ympäristön ja lähtökohdan matkalle kohti vauvamyönteisyyttä. Ennen käyttöönottoa osastot ja poliklinikat olivat muuttaneet tiloihin, joissa oli enemmän perhehuoneita tarjoten rauhaa ohjaamiseen. Perheiden hoidon integroiminen hallinnollisesti yhteen mahdollisti muutoksen joustavan hallinnan ja hoitotyön ammattilaisten osaamisen tehokkaamman käytön mm. työkierron avulla. Työkierto edisti yhtenäisten työskentelytapojen ja hoitokäytäntöjen aikaansaamista eri yksiköiden välillä.

Tärkeä perusta vauva- ja perhemyönteisille käytännöille oli Vanhemmat Vahvasti Mukaan® (VVM) -koulutus, jonka myötä hoitokäytännöt olivat muuttuneet vauvan ja perheen tarpeista lähteviksi toimintatavoiksi ja tukivat vanhempien osallistumista hoitoon uudella tavalla sekä muuttivat ammattilaisten roolia. VVM-koulutuksen sekä vauvamyönteisyysohjelman sisällöt tukivat ja täydensivät toisiaan

ja VVM-koulutus loi hedelmällisen maaperän vauvamyönteisten käytäntöjen toteuttamiselle.

"Työkierto tekee tämän ideologian ja ajatuksen eteenpäin viemisestä niin paljon helpompaa. Kaikki tietävät, mihin olemme menossa ja mitä teemme." (R2, hoitotyön johtajat)

Johdon tuki prosessin aikana

Sairaalan johdossa työskentelevien ammattilaisten ja virkamiesten sitoutuminen vauvamyönteisyyden käyttöönoton tukemiseen mahdollisti riittävät resurssit ja koulutuksen työajalla kaikille ammattiryhmille. Päätöksen tekeminen käyttöönotosta riittävän korkealla tasolla antoi projektiryhmälle mandaatin toimia ja tuki kaikkien ammattiryhmien sitoutumista käyttöönoton edellyttämään työhön.

Käyttöönottoa tuki kaikkien ammattiryhmien kouluttaminen, jonka myötä kaikki tulivat tietoisiksi yhtenäisten imetykseen laadittujen ohjeiden sisällöistä. Uusien käytäntöjen juurruttamista ja kaikkien ammattiryhmien sitoutumista yhteisiin toimintatapoihin edisti myös se, että ammattilaisten erilaisten vastuutehtävien myötä käyttöönotosta tuli kaikkien yhteinen tehtävä.

"Koulutus oli hyvä. Siellä jaettiin ajatuksia työtavoista yhdessä. Oli opettavaista nähdä muita käytäntöjä ja keskustella niistä. Aika harvoin keskustellaan yhdessä siitä, miten tehdään eri asioita." (R10, synnytyssali)

Vauvamyönteisten käytäntöjen edistäminen

Vauvamyönteisten hoitokäytäntöjen muutos saavutettiin sitoutumalla yhteisesti laadittuihin yhtenäisiin hoito-ohjeisiin. Uudet tavat ohjata vanhempia, perheiden toiveisiin tutustuminen, vanhemman ja vauvan välisen läheisyyden edistäminen sekä siirtyminen yksikön rutiineista vauvan yksilölliseen aikatauluun olivat keskeisiä muutoksia.

Perheiden toiveita arvostettiin eri tavalla kuin aiemmin. Aktiivinen kuuntelu, avointen kysymysten esittäminen ja ymmärryksen varmistaminen olivat ohjauksen perusta. Ammatillaiset saivat paremman käsityksen vanhempien tiedontarpeista ja he pystyivät tarjoamaan perheille yksilöllistä ohjausta. Ammatillaiset luottivat näyttöön perustuviin vauvamyönteisiin hoitokäytäntöihin ja sanoittivat sitä, mihin toimintakäytännöt perustuivat.

"Puhun ääneen vanhemmille, miksi teemme asioita tietyllä tavalla. Kerron myös, miten sinä [vanhempi] ja vauva hyödytte." (R1, synnytysvuodeosasto)

Tehokas viestintä oikean polun varmistamiseksi

Projektiryhmä arvioi säännöllisesti käyttöönoton etenemistä. Tieto edistymisestä kannusti ammattilaisia, kuten myös vanhemmilta saatu suora palaute ja vanhempien muuttuneen käyttäytymisen näkeminen. Edistymistä havainnoitiin vauvamyönteisyyden toteutumisen kriteerien jatkuvan ja systemaattisen tilastoinnin avulla. Tilastot laskettiin kuukausittain, ja niistä tiedotettiin henkilöstölle säännöllisesti osastotunneilla. Tärkeä palaute oli myös vanhempien reaktio muutokseen. Ammatillaiset havainnoivat vanhempien oppivan huomioimaan vauvojensa tarpeet nopeammin sekä tunnistavan vauvojensa erityispiirteitä heti jo sairaalassa ollessa.

"Kun aloimme laatia tilastoja, saimme palautetta ja näimme edistymisen täysimetyksen määrässä. Se rohkaisi entisestään." (R2, hoitotyön johtajat)

Työskentely saavutetun ylläpitämiseksi

Toimiva yhteistyö eri ammattiryhmien välillä tuki vauvamyönteisyyteen liittyvien hoitokäytäntöjen toteutumista myös käyttöönoton jälkeen. Osallistujat tunnistivat kuitenkin uhkia saavutettujen muutosten ylläpitämiseksi. Uusi työtapo vei enemmän aikaa ja käyttöönoton jälkeinen resurssien hupeneminen sekä henkilökuntamuutokset olivat uhkana vanhoihin käytäntöihin palaamiselle. Erityinen huolenaihe liittyi siihen, että ajan myötä osa ammattilaisista ei sitoutunut sovittuihin toimintatapoihin. Hyvä ammatillinen yhteistyö sekä kyky keskustella käytännöistä myös vaikeissa tilanteissa helpottivat kuitenkin päivittäistä työtä.

Ratkaisuksi vauvamyönteisten käytäntöjen turvaamiseen esitettiin jatkuvaa täydennyskoulutusta, mitä tulisi olla tarjolla säännöllisesti. Vanhoista rutiineista oli vaikea päästä pysyvästi eroon, ja jatkuva koulutus auttaisi pitämään mielessä vauvamyönteiset toimintatavat. Hoitotyön johtajat kokivat, että heillä oli tärkeä rooli tämän mahdollistajana.

Ammattilaiset pitivät käyttöönoton prosessia matkana, jonka varrella he kokivat onnistumisia, vaikka matka mäkeä ylöspäin oli ajoittain raskas. Hoitajat kuitenkin tunsivat, että mäen laella pysyäkseen, on tehtävä jatkuvasti töitä toimintatapojen ylläpitämiseksi. He tunsivat itsensä palkituiksi joka päivä nähdessään, miten uudet käytännöt tukivat perheitä.

"Kuinka pitkällä tässä ollaan. Tavallaan näkee tietynlaisia voittoja joka päivä." (R7, vastasyntyneiden teho-osasto)

5.4 Yhteenveto keskeisistä tuloksista

Tämä kolmesta eri osatutkimuksesta koostuva tutkimus arvioi vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton vaikutusta imetysasenteisiin sekä sitä, miten muutokset hoitokäytännöissä edistivät vauvan ja vanhemman välistä läheisyyttä sekä imetystä. Lisäksi selvitettiin henkilökunnan näkemyksiä vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotosta. Yhteenveto tutkimuksen keskeisistä tuloksista on esitetty taulukossa 11.

Taulukko 11. Osatutkimukset ja niiden keskeiset tulokset

Osatutkimus ja tutkimuskysymys	Keskeiset tulokset
OSATUTKIMUS I: Miten vanhemmat kokevat vauvansa kanssa läheisyyttä ja eroa sairaalassa?	<p>Vanhemmat kuvasivat kokemustaan vastasyntyneiden teho-osastolla läheisyyden ja erossa olemisen vuoristoradaksi. Vanhemmat kokivat enemmän läheisyyttä kuin eroa. Läheisyyttä edisti fyysinen kontakti vauvan kanssa, vauvan päivittäisestä hoitamisesta huolehtiminen sekä pelkästään vauvan näkeminen. Vanhemmat kuitenkin tarvitsivat henkilökunnan tukea läheisyyden edistämiseen.</p> <p>Erotilanteet olivat väistämättömiä ja vanhemmat valmistautuivat niihin viettämällä mahdollisimman paljon aikaa vauvansa lähellä. Eroa aiheutti fyysinen etäisyys vauvasta, mutta vauvan heikentynyt terveys ja siihen liittyvät hoitotoimet saivat vanhemmat tuntemaan emotionaalista eroa.</p>
OSATUTKIMUS II: Millaisia vaikutuksia Vauvamyönteisyys-ohjelman käyttöönotolla on vastasyntyneiden hoidossa?	<p>Terveydenhuollon ammattilaisten imetysmyönteinen asenne parani merkittävästi vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton myötä. Ammattilaisten imetysasenne muuttui myös yhtenäisemmäksi eri ammattiryhmien ja sairaalan eri yksiköiden välillä.</p> <p>Vanhemman ja vauvan välistä läheisyyttä sekä imetystä tukevilla sairaalan hoitokäytännöissä saavutettiin myönteisiä muutoksia. Vastasyntyneet olivat merkittävästi useammin välittömässä ja keskeytymättömässä ihokontaktissa. Ja varhaisen ensi-imetyksen osuus kasvoi.</p> <p>Äitien imetysasenne oli suurimmalla osalla äideistä neutraali. Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotolla ei ollut vaikutusta äitien imetysasenteisiin.</p> <p>Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto ei lisännyt täysimetystä. Äidin imetysmyönteinen asenne ja vähäiset imetysongelmat olivat merkittäviä täysimetyksen selittäviä tekijöitä.</p> <p>Imetykseen liittyvät ongelmat olivat samanlaisia sekä ennen vauvamyönteisyysohjelman käyttöönottoa että sen jälkeen, eikä käyttöönotto vaikuttanut niiden määrään.</p>
OSATUTKIMUS III: Millaisia näkemyksiä ammattilaisilla on Vauvamyönteisyys-ohjelman käyttöönotosta?	<p>Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto oli ammattilaisten mielestä matka tavoitteen saavuttamiseksi. Valmistautuminen vauvamyönteisiin toimintatapoihin ja sen mukanaan tuomiin muutoksiin tilaratkaisujen, työn organisoinnin ja VVM-koulutuksen avulla oli tärkeää lopputuloksen kannalta.</p> <p>Päätös käyttöönotosta johdon tasolla mahdollisti tarvittavat resurssit käyttöönotolle ja tuki kaikkien ammattiryhmien sitoutumista käyttöönoton edellyttämään työhön. Vauvamyönteisten hoitokäytäntöjen muutos saavutettiin yhtenäisen koulutuksen ja yhteisesti laadittuihin hoito-ohjeisiin sitoutumisen avulla. Käyttöönoton edistymisen arviointi ja siitä tiedottaminen tukivat prosessissa etenemistä.</p> <p>Vauvamyönteisistä toimintatavoista siirrytään helposti vanhoihin tapoihin kiireen tai resurssien vähenemisen vuoksi. Ylläpitämiseen tarvitaan hyvää yhteistyötä eri ammattilaisten kesken sekä jatkuvaa täydennyskoulutusta.</p>

6 Pohdinta

6.1 Tulosten pohdinta

Vastasyntyneen vauvan vanhemmat tarvitsevat henkilökunnan tukea läheisyyden ja imetyksen edistämiseen ammattilaisilta. Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto paransi ammattilaisten imetysmyönteistä asennetta sekä edisti sellaisia hoitokäytäntöjä, joiden myötä vanhemman ja vauvan välinen läheisyys ja imetys sairaalassa lisääntyivät. Äitien imetysasenteeseen ohjelman käyttöönotolla ei ollut vaikutusta ja sairaalasta kotiutumisen jälkeen täysimetys ei kuuden kuukauden seurannassa lisääntynyt. Imetykseen liittyvät ongelmat olivat äideillä yleisiä, eikä vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto vähentänyt äitien ongelmien kokemista. Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotossa keskeistä oli koko henkilökunnan työpanos. Käyttöönoton prosessin suunnitelmallinen koordinointi, riittävät resurssit ja yhtenäinen koulutus edistivät käyttöönottoa, mutta saavutetun muutoksen ylläpitämiseen tarvitaan jatkuvaa yhteistyötä.

Vanhempien vauvansa kanssa kokema läheisyys ja ero sairaalassa

Tässä tutkimuksessa vanhemmat kokivat läheisyyden vauvan kanssa luonnollisena ja normaalina. He halusivat olla sairaalassa lähellä vauvaansa ja luoda suhdetta uuteen vauvaansa aktiivisesti. Sairaalassa oleminen ja vastasyntyneiden teho-osaston kiireinen ilmapiiri toivat tähän lähellä olemisen perustarpeeseen kuitenkin haasteita, joihin vanhemmat eivät pystyneet vaikuttamaan. Läheisyys vauvan kanssa oli vanhemmille kuitenkin voimavara, jota he pyrkivät varastoimaan jaksakseen ja selviytyäkseen erosta ja siihen liittyvistä tunteista.

Fyysinen kosketus vauvaan ja vauvan päivittäisistä tarpeista huolehtiminen sai vanhemmat tuntemaan normaalia vanhemmuutta heidän poikkeavassa tilanteessaan. Aiempi näyttö osoittaa tämän tukevan vanhemmuutta ja edistävän kiintymyssuhteen muodostumista (Aagaard ym., 2018). Ihokontakti vauvan kanssa on todettu myös tärkeäksi äitiyden kehitystä tukevaksi tekijäksi (Noren ym., 2018). Emotionaalinen läheisyys ja vastavuoroisuus vuorovaikutuksessa olivat tässä tutkimuksessa keskeisiä läheisyyttä vahvistavia tekijöitä, ja aiemman tutkimuksen mukaan ne edistävät kiintymyssuhteen muodostumista (Thomson ym., 2020). Henkilökunnan on tärkeää

auttaa vanhempia tunnistamaan ne hetket, kun vauva esimerkiksi rauhoittuu vanhempien toimien ansiosta. Vauvan viestinnän tulkitseminen vanhempien kanssa yhdessä on olennainen osa perhelähtöistä hoitoa ja tukee vauvan ja vanhemman välistä yhteyttä (Ahlqvist-Björkroth ym., 2017). Vauvan viestien ymmärtäminen vähentää myös vanhempien stressiä ja edistää emotionaalista läheisyyttä (Flacking ym., 2016).

Vanhemmat arvostivat hetkiä, jotka saivat viettää yhdessä perheenä, sillä se toi heille tunteen normaalista vanhemmuudesta ja mahdollisti paremmin läheiset hetket vauvan kanssa. Myös vastasyntyneiden teho-osaston hoitajat ovat huomanneet perheiden yksityisyyden tärkeyden (Feeley ym., 2016). Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat kokivat vastasyntyneiden teho-osaston ympäristön meluisaksi ja yksityisyyttä rajoittavaksi. Perhehuoneiden yleistyminen on lisännyt vanhempien läsnäoloa sairaalassa ja ne tuovat vanhemmille sairaalassa enemmän yksityisyyttä ja rauhaa (Feeley ym., 2020; Kainiemi ym., 2021). Vaikka yhden perheen huoneet nykyään tarjoavat enemmän yksityisyyttä, sen avulla ei voida poistaa kaikkia ympäristöön liittyviä häiriöitä. Mikäli perhehuoneeseen ei ole mahdollisuutta, vanhempien yksityisyyden varmistaminen tilaratkaisuja optimoimalla on tärkeää vanhempien ja vauvan fyysisen ja emotionaalisen läheisyyden edistämiseksi (Thomson ym., 2020).

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan imettäminen sekä oman lypsetyn rintamaidon antaminen vauvalle vahvistivat äitien kokemusta läheisyydestä, mikä on linjassa myös aiemman tutkimuksen kanssa (Bujod ym., 2018). Toisaalta äidit tunsivat eroa vauvastaan, jos imetys oli kivuliasta tai jos maitoa joutui lypsämään etäällä vauvasta. Lisääntynyt maidoneritys oli konkreettinen merkki yhteydestä vauvaan, kun äideillä oli mahdollisuus lypsää rintamaitoa vauvan lähellä. Ennenaikaisen vauvan äidit tarvitsevat imetyksessä onnistuakseen erityisesti ohjeita siitä miten tunnistaa ja vastata vauvan nälkäviesteihin sekä tukea oman kehon imetyspystyvyyden tukemiseen (Flacking ym., 2021). Vastasyntyneiden teho-osaston vauvamyönteiset hoitokäytännöt tarjoavat tukea ja näitä hoitokäytäntöjä noudatetaan Suomessa kohtalaisen hyvin (Niela-Vilén ym., 2020). Ainoastaan kolme osastoa on kuitenkin sertifioitu vauvamyönteiseksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024a) eli vauvamyönteisyyden edistämiseen vastasyntyneiden teho-osastoilla tarvitaan lisää resursseja ja sitoutumista, jotta yhä useampi osasto voisi saavuttaa sertifiointin ja tarjota näyttöön perustuvaa tukea imetykselle.

Vanhempien erokokemuksissa korostuivat tilanteet, joissa he lähtivät vauvan luota kotiin tai oman hoitonsa vuoksi synnytysosastolle. Vain muutama tämän tutkimuksen vanhemmista vietti yönsä sairaalassa, vaikka heillä oli vauvan huoneessa sänky. Kotona nukkuessa unen laatu oli parempi ja tämä tuki vanhemman omaa hyvinvointia. Kotona oli usein myös muita perheenjäseniä, joista tuli huolehtia. Vanhemmat tasapainoilevat omien tarpeidensa tyydyttämisen ja vauvan lähellä olemisen välillä (Feeley ym., 2016). Sittenkin käyttöön otetut yhden perheen huoneet sekä

couplet-care hoitotapa, jossa sairasta tai ennenaikaisesti syntynyttä vauvaa ja omaa hoitoa tarvitsevaa äitiä hoidetaan yhdessä vauvan syntymästä kotiuttamiseen asti (Klemming ym., 2023) ovat osittain parantaneet näitä puutteita. Eron määrä on merkittävästi vähentynyt, molemmat vanhemmat viettävät osastolla enemmän aikaa sekä yöpyvät aiempaa useammin osastolla (Itoshima ym., 2024).

Tämän tutkimuksen vanhemmat pitivät hoitohenkilökuntaa yhteytenä vauvoihinsa silloin, kun he eivät voineet itse olla vauvan luona osastolla. Luottamus henkilökuntaan sai vanhemmat tuntemaan, että heidän vauvansa olivat turvassa, eikä henkilökunnan läsnäolo häirinnyt vanhempien ja vauvan välistä suhdetta. Hyvä suhde vanhempien ja henkilökunnan välillä sekä henkilökunnan tarjoama tuki edistää vanhempien hyvinvointia (Axelin ym., 2021). Hoitajilla on merkittävä rooli perhelähtöisen hoidon toteuttajina ja he voivat tukea vanhempia antamalla heille aktiivisen ja merkityksellisen roolin hoitotyössä (Ahlqvist-Björkroth ym., 2019). Henkilökunnan on kuitenkin tärkeää antaa johdonmukaisesti viestiä siitä, että vanhemmat eivät ole vierailijoita vastasyntyneiden teho-osastolla, vaan aktiivisia ja korvaamattomia jäseniä vauvan hoitotiimissä.

Läheisten hetkien kokeminen antoi vanhemmille voimia jaksaa haastavassa tilanteessa. Vanhemmat yrittivät varastoida fyysisen läheisyyden aikana saatuja emotionaalaisia voimavaroja valmistautuakseen tulevaan eroon (Pajulo ym., 2016). Vaikka "läheisyyden tankkaaminen" valmisti vanhempia väistämättömään eroon ja toimi selviytymisstrategiana, jonka avulla vanhemmat jaksivat paremmin erossa olemista, tarvitaan uusia strategioita, joilla voidaan helpottaa vanhempien emotionaalista taakkaa. Henkilökunnan on hyvä kannustaa vanhempia kehittämään strategioita, jotka auttavat heitä säilyttämään tunnesiteen vauvaansa, kun he ovat erossa. Vanhemmat voisivat tallentaa vauvan ääniä tai lyhyitä videoita vauvasta, sillä yhteys vauvaan reaaliaikaisen videoyhteyden avulla on tukenut vanhempien jaksamista ja vähentänyt ahdistusta ja stressiä (Gibson & Kilcullen, 2020).

Tämän vanhempien läheisyys- ja erokokemuksia selvittävän tutkimuksen jälkeen on Suomen vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla tapahtunut siirtymä perhehuoneisiin ja couplet care-malliin (Klemming ym., 2023). Vastasyntyneiden yksiköiden hoitokulttuuria on muutettu henkilöstön systemaattisella koulutuksella tiiviissä yhteistyössä vanhempien kanssa (He ym., 2021; Toivonen ym., 2020). Näiden myötä läheisyys vauvan ja vanhemman välillä on lisääntynyt ja ero vähentynyt, sillä vanhempien läsnäolo ja yöpyminen osastolla on lisääntynyt merkittävästi (Itoshima ym., 2024). Läheisyyttä on edistänyt ihokontaktin lisääntyminen määrä (He ym., 2021). Vauvat pääsevät nopeammin ensimmäiseen ihokontaktiin vanhemman iholle ja lisäksi varhaisen ihokontaktin (alle 2h iässä) osuus on kasvanut (Itoshima ym., 2024). Nämä muutokset korostavat perhelähtöisen hoidon merkitystä, jossa vanhempien aktiivinen läsnäolo ja läheisyys tukevat sekä vauvan että koko perheen hyvin-

vointia. On kuitenkin huomioitava, että vaikka tilanne Suomessa on parantunut, niin kansainvälisesti tilanne on hyvin vaihtelevaa.

Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton vaikutus vastasyntyneiden hoidossa

Imetysasenne

Tässä tutkimuksessa osoitettiin ensimmäistä kertaa Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton myönteinen vaikutus ammattilaisten imetysasenteisiin. Eniten asenteet paranivat niissä ammattiryhmissä ja yksiköissä, joissa asennearvot olivat alhaisemmat ennen käyttöönottoa. Käyttöönoton prosessiin liittyen kaikki ammattilaiset saivat vauvamyönteisyyteen liittyvää koulutusta, jotta voitiin varmistaa riittävät tiedot ja taidot läheisyyden ja imetyksen tukemiseksi. Aiemmissä tutkimuksissa vauvamyönteisyyteen liittyvä koulutus onkin parantanut ammattilaisten asenteita imetystä kohtaan (Rosen-Carole ym., 2016; Shattnawi 2017; Yang ym., 2018), sekä edistänyt imetysohjauksen johdonmukaisuutta äitiyshuollossa ja vastasyntyneiden teho-osastoilla (Ekström & Thorstensson, 2015; Shattnawi, 2017). Tutkimuksessamme asenteet imetystä kohtaan eivät ainoastaan muuttuneet myönteisimmiksi, vaan myös yhtenäisemmiksi eri yksiköiden välillä. On keskeistä, että kaikki sairaalan yksiköt ovat sitoutuneet prosessiin ja sen tavoitteeseen (Esbati ym., 2019). Tulokset tukevat edelleen sitä, että on tarpeen kouluttaa terveydenhuollon ammattilaisia näyttöön perustuvalla tiedolla vauvamyönteisyyteen liittyen.

Imetyksen edistämiseen liittyvien asenteiden paranemisen myötä ammattilaiset kertoivat vanhemmille aiempaa enemmän ihokontaktin eduista, kannustivat vauvan tahtiseen imetykseen ja ohjasivat äitejä lypsämään maitoa käsin (Ekström ym., 2005, Ekström & Thorstensson, 2015). Asenteiden paraneminen edisti myös vanhempien yksilöllisten tarpeiden huomioimista (Sigman-Grant & Kim, 2016). Asenteet imetystä kohtaan muuttuivat myönteisemmäksi imetysvastaisuuden osa-alueella, mikä kertoo ammattilaisten paremmasta imetystietämyksestä ja aiempaa tasapainoisemmista näkemyksistä imetystä kohtaan (Ekström & Thorstensson, 2015). Ammattilaisten rooli imetykseen kannustamisessa ja tukemisessa on tärkeä, sillä positiivinen ja kannustava asenne tukee äitien onnistumisen kokemuksia erityisesti ensimmäisten imetyksen aikana (Nilsson ym., 2020). Synnytys sairaalassa saadulla luottamuksella ja vakiintuneilla imetyskäytännöillä on merkittävä vaikutus myöhempiin imetyskäytäntöihin (Vidović Roguljić & Zakarija-Grković, 2023) ja imetyksen onnistumiseen. Ammattilaisten epäjohdonmukainen ohjaus tai jyrkkä suhtautuminen imetykseen voi heikentää motivaatiota imettää.

Ammattilaisten henkilökohtaiset kokemukset imetyksestä, ikä tai työkokemus eivät olleet yhteydessä imetysasenteisiin, toisin kuin aiemmissä tutkimuksissa on tullut esille (Vizzari ym., 2020; Yang ym., 2018). Tässä tutkimuksessa aiemmin

saatu koulutus vaikutti imetysasenteeseen positiivisesti. Käyttöönoton aikana kaikki ammattilaiset saivat monimuotoista ja vuorovaikutteista imetyskoulutusta, joka saattoi auttaa ammattilaisia tarkastelemaan kriittisesti aiempia käytäntöjään ja omia imetysohjauskokemuksiaan sekä muuttamaan asenteitaan niiden pohjalta. Reflektiivisen ajattelun tiedetään olevan keskeistä ammattilaisten kasvu- ja kehitysprosessissa sekä henkilökohtaisten kokemusten ja asenteiden syventämisessä (Bindels ym., 2018; Co-ward, 2018).

Tämän tutkimuksen lupaavat tulokset vauvamyönteisyyden käyttöönoton vaikutuksista terveydenhuollon ammattilaisten imetysasenteisiin eivät kuitenkaan mahdollista sen määrittelyä, mitkä asiat vauvamyönteisyyden käyttöönotossa vaikuttivat asenteiden muutokseen eniten. Asenteet liittyvät ihmisten tunteisiin ja emotionaaliisiin kokemuksiin (Casal ym., 2017), ja interventioiden käyttöönoton onnistuminen riippuu siitä, kuinka tehokkaasti nämä emotionaaliset kokemukset muuttavat ihmisten käyttäytymistä (Briñol ym., 2017). Jatkossa tarvitaan lisää tutkimusta siitä, kuinka pysyviä saavutetut muutokset käytännössä ovat. Olisi myös hyödyllistä tutkia ammattilaisten imetysasenteiden ja perheiden kokemusten välistä yhteyttä. Tämä voisi tarjota syvempää ymmärrystä vauvamyönteisyysohjelman vaikutusmekanismeista ja toimivuudesta.

Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto ei vaikuttanut tutkimuksessa mukana olleiden äitien imetysasenteisiin. Ohjelman ydin keskittyy läheisyyttä ja imetystä edistävien hoitokäytäntöjen tukemiseen (WHO & UNICEF, 2018, 2020), joten se ei välttämättä ole optimaalinen interventio äitien imetysasenteiden muuttamiseen. Äidit viettävät synnytyksen jälkeen sairaalassa keskimäärin vain pari päivää, joten on ymmärrettävää, että lyhyt synnytyssairaalassaoloaika ei muuttanut äitien asenteita. Asenteiden muuttaminen vaatii monimutkaisempaa vaikuttamista (Casal ym., 2017), ja imetysasenteiden on todettu olevan usein melko pysyviä (Bentley ym., 2016). Tässä tutkimuksessa mukana olleet äidit ovat ennen interventiota ja sen jälkeen kaksi erillistä ryhmää. Ohjelman käyttöönoton jälkeisessä ryhmässä äitien koulutustaso oli merkittävästi korkeampi ja on huomioitavaa, että korkeammin koulutetuilla äideillä on useammin imetysohenteinen asenne (Hamze ym., 2019). Tämä saattaa osittain selittää, miksi vauvamyönteisyysohjelma ei vaikuttanut äitien imetysasenteisiin. Imetykseen liittyvät asenteet heijastavat myös laajempia yhteiskunnallisia ja kulttuurisia arvoja ja normeja (Zhao ym., 2018) ja näiden tutkiminen imetysasenteiden rinnalla voisi auttaa sellaisen ympäristön luomisessa, jossa imetys on helpompaa, mikä voisi puolestaan lisätä imetyksen jatkumista pidempään.

Läheisyys, imetys ja näitä tukevat hoitokäytännöt

Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto paransi läheisyyden edistämiseen ja imetyksen tukemiseen liittyviä sairaalan hoitokäytäntöjä, kuten varhaisen ihokontaktin toteutumista, varhaista imetystä ja lisämaidon hallintaa sekä synnytysyksikössä että vastasyntyneiden teho-osastolla. Samansuuntaisia myönteisiä vaikutuksia on rapor-

toitu myös aiemmissä tutkimuksissa, joissa on havaittu ohjelman tukevan edistävän muun muassa varhaista ihokontaktia ja imetyksen onnistumista (Agbozo ym., 2020; Alonso-Díaz ym., 2016; Araújo ym., 2019; Gomez-Pomar & Blubaugh, 2018; Zakarija-Grković ym., 2018). Tämän tutkimuksen aineistossa vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto ei lisännyt äitien täysimetystä tai osittaista imetystä kuuden kuukauden seurannassa. Tämä on vastoin monia aiempia tutkimuksia, joissa täysimetyksen yleistyminen vauvamyönteisyyden myötä on todettu (Fair ym., 2021; Perez-Escamilla ym., 2016). Tähän tutkimukseen osallistuneiden äitien vauvoista kuuden kuukauden iässä 41–53 % oli täysimetettyjä. Täysimetus ylitti maailmanlaajuisen kuuden kuukauden 40 %:n keskiarvon (WHO & UNICEF, 2018) siis jo ennen vauvamyönteisyyden käyttöönottoa. Korkean tulotason maissa täysimetyksen yleistymiseen ja jatkumiseen liittyvät tulokset ovat ristiriitaisia (Fallon ym., 2019; Perez-Escamilla ym., 2016) ja vauvamyönteisyysohjelman vaikuttavuus korkean tulotason maissa on erilainen verrattuna matalan tulotason maihin (Victoria ym., 2016).

Tämän tutkimuksen äideistä korkeammin koulutetut ja alateitse synnyttäneet täysimettivät useammin. Aikaisemmissä tutkimuksissa keisarileikkaus (Beake ym., 2017) ja alhaisempi koulutustaso (Casal ym., 2017; Holowko ym., 2016) ovat olleet yhteydessä lyhyempään imetyksen kestoan. Tässä tutkimuksessa intervention jälkeen tutkimukseen osallistuneet äidit olivat korkeammin koulutettuja ja synnyttivät useammin keisarileikkauksella, mikä saattaa osittain selittää, että vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotolla ei ollut vaikutusta täysimetyksen jatkumiseen puolen vuoden iässä. Kansallisen tilaston mukaan sekä suunniteltujen että päivystyksellisten keisarileikkausten määrä on lisääntynyt (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023) ja keisarileikkaus on aiemmin tunnustettu esteeksi varhaiselle imetykselle (Hakala ym., 2017). Keisarileikkauksella synnyttäviä äitejä on tuettava huolellisesti imetyksen aloittamisessa. Huomiota on kiinnitettävä erityisesti varhaisen ihokontaktin toteutumiseen (askel 4) ja sen toteutuminen tulisi mahdollistaa myös leikkaussalissa, jotta mahdollistetaan vauvalle optimaalinen ympäristö syntymän jälkeiseen toipumiseen ja tuetaan ensi-imetystä myös keisarileikkauksen jälkeen.

Suomessa useimmat äidit aloittavat imetyksen synnytyssairaalassa ja imettävät sairaalasta kotiutuessaan (Hakala ym., 2021). Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton jälkeen tämän tutkimuksen äideistä 84 % täysimetti vauvaansa kotiutuessaan sairaalasta. Luku oli sama sekä synnytysvuodeosastolta että vastasyntyneiden teho-osastolta kotiutuneilla äideillä. Tämän saavuttamisessa on keskeistä, että kiinnitetään tarkasti huomiota lisämaidon antamisen tarpeellisuuteen (askel 6), mikä on todettu keskeiseksi tekijäksi imetyksilukujen parantamisessa (WHO & UNICEF, 2018). Lisämaidon antaminen sairaalassa on yleistä (Ikonen ym. 2023, Vidović Roguljić ym., 2023) ja sen antaminen on yleisempää ei-vauvamyönteisissä sairaaloissa (Lojander ym., 2022). Tässä tutkimuksessa vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto vähensi lisämaidon antamista niin lääketieteellisestä kuin ei-lääketieteellisestäkin syystä.

Vastasyntyneiden teho-osastolla lisämaidon antaminen ei-lääketieteellisestä syystä kuitenkin lisääntyi, mutta tämä saattaa liittyä myös tilastoinnin tarkentumiseen. Lisämaidon saamisella on merkittävä yhteys imetyksen jatkumiselle ja tämä edellyttää terveydenhuollon ammattilaisilta jatkuvaa panostamista imetystukeen sekä tilanteisiin, joissa lisämaidon antaminen on tarpeen (Hakala ym., 2021), myös vauvamyönteisissä sairaaloissa. Lisämaidon antamisen kriteereitä on myös tarpeen yhtenäistää eri synnytyssairaloissa (Ikonen & Hakulinen, 2019).

Ensimmäiset viikot ovat tärkeitä imetyksen vakiintumiselle ja synnytyssairaalasta kotiutumisen jälkeinen aika on kriittinen vaihe imetyksen jatkumisen kannalta. Tässäkin tutkimuksessa moni äideistä lopetti täysimetyksen pian sairaalasta kotiutumisen jälkeen, sillä kahden viikon iässä 75 % äideistä täysimettiin (Nilsson ym., 2017). Jatkossa imetysluvut pysyivät suhteellisen vakaina ja vauvan ollessa neljän kuukauden ikäinen, äideistä 71 % täysimettiin ja 17 % osittaisimettiin vauvaansa. Imetysluvut ovat suuremmat kuin THL:n vuonna 2019 tekemässä selvityksessä, jonka mukaan vastaavan ikäisten lasten äideistä 50 % täysimettiin ja 35 % imettiin osittain (Ikonen ym., 2020). Sairaalassa äidit saavat aktiivista imetysohjausta ja tukea ammattilaisilta, mikä auttaa imetyksessä alkuun pääsemiseen (Hakala ym., 2021), mutta kotiin palattuaan monet äidit jäävät kuitenkin ilman riittävää tukea, mikä voi helposti johtaa imetyksen lopettamiseen (Feenstra ym., 2018). Tuki kotiutumisen jälkeen on välttämätöntä (askel 10), jotta on voitu osoittaa täysimetyksen tai osittaisen imetyksen lisääntyneen (Pérez-Escamilla ym., 2016). Kotiutumisen jälkeistä tukea tulisi vahvistaa (Lojander ym., 2024) esimerkiksi imetysohjauskäyntien, vertaistuen tai digitaalisten tukipalveluiden avulla. Neljän kuukauden ikä puolestaan on vaihe, jossa lapsen ruokavalioon aletaan lisätä muita ruokia maisteluannoksina (Hakulinen ym., 2017). Suomalainen suositus pyrkii huomioimaan perheiden tarpeet joustavasti, mutta samalla tarvetta kiinteiden ruokien aloittamiseen ennen kuuden kuukauden ikää tulisi pohtia kriittisesti, jotta imetyksen jatkuminen turvataan.

Imetysongelmat

Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto ei vähentänyt äitien imetysongelmia ja yleisimmät imetysongelmat liittyivät maidon määrään (Cooklin ym., 2018; Mosher ym., 2016; Shafaei ym., 2020) ja vauvan haastavaan käyttäytymiseen rinnalla sekä kipuun imettäessä (Feenstra ym., 2018). Uudelleensynnyttäjäyys ja äidin pidempi kokemus imetyksestä aikaisemmin olivat yhteydessä pienempään todennäköisyyteen kokea vaikeuksia. Kokemuksen myötä äitien tiedot ja taidot imetykseen liittyvissä asioissa lisääntyvät ja he saavat myös positiivista luottamusta omaan kykyynsä imettää. Tämän on todettu aiemmin olevan yhteydessä äitien kykyyn ratkaista useimmat eteen tulleista imetysongelmista (Shafaei ym., 2020). Imetysongelmien yleisyys kuitenkin osoittaa laadukkaan imetysohjauksen tärkeyden (Jones ym., 2021) ja aiemmin on todettu, että riittävästi tukea imetykseen synnytyssairaalassa saaneilla äideillä on vähemmän imetysvaikeuksia (Lojander ym., 2024) ja vauvamyönteisyysohjelman

käyttöönotto on äitien arvioimana parantanut sairaalassa annettua imetysohjausta (Lojander ym., 2022).

Hoitoaika sairaalassa on lyhyt, keskimäärin vain kahdesta kolmeen vuorokautta. Voimakkaampi maidonnousu on kotiutumiseen mennessä tapahtunut vain harvalla äidillä ja imetyksen ensiviikot ovat haastavinta aikaa imetyksessä. Kaikkiin haasteisiin vastaamisen ohjeistaminen ei kuitenkaan ole raskausaikana ja sairaalassa ollessa mahdollista (Lewkowitz ym., 2019). Imetysohjauksen jatkuvuus on siis tärkeää (Rollins ym., 2016) ja tämä korostaa vauvamyönteisyysohjelman 10. askeleen (oikea-aikainen tuki, ohjaus ja hoito kotiutuessa) merkitystä (Fallon ym., 2019; Perez-Escamilla ym., 2016). Imetystä tulee tukea kotona vauvamyönteisten periaatteiden mukaisesti, esimerkiksi imetyspoliklinikoilla ja synnytysairaalan ammattilaisten ympärivuorokautisella saavutettavuudella. Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto neuvoloissa (Baby-Friendly Community Initiative, BFCI) voisi myös edistää imetystuen saantia sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Neuvoloille tarkoitettu vauvamyönteisyysohjelma (BFCI) on vauvamyönteisyysohjelman laajennus, jonka tarkoituksena on tarjota näyttöön perustuvaa tukea imetykselle neuvolassa. (Cattaneo ym., 2016.) Tähän mennessä BFCI:n käyttöönotto erityisesti korkean tulotason maissa on ollut vähäistä, ja sen tehokkuudesta on vain vähän tutkimustietoa (Fallon ym., 2019; Walsh ym., 2023). Suomessa ei ole vielä yhtään neuvolaa, jolle olisi myönnetty tämä sertifikaatti ja sen toimintaperiaatteiden käyttöönottoa tulisi edistää. Lisäksi sen käyttöönoton vaikutuksista imetystuloksiin tarvitaan lisää tutkimusta.

Vauvan syntyminen enneaikaisena tai muusta syystä esiintynyt tehostetun hoidon tarve vauvalla oli tässä tutkimuksessa yhteydessä suurempaan imetysohjelmien todennäköisyyteen. Neo-BFHI tarjoaa monia konkreettisia välineitä, joilla voidaan ehkäistä ja ratkaista tunnettuja imetykseen liittyviä ongelmia vastasyntyneiden teho-osaston ympäristössä (WHO & UNICEF, 2020). Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton jälkeen läheisyyttä ja imetystä tukevat hoitokäytännöt vastasyntyneiden teho-osastolla paranivat ja täysimetyksen määrä lisääntyi. Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto sairaalan synnytysyksiköissä on aiemmin edistänyt imetystä tukevia hoitokäytäntöjä myös vastasyntyneiden teho-osastoilla, sillä se on lisännyt vauvan ja vanhemman välisen ihokontaktin toteuttamista ja lisännyt maidon lypsämistä (Mastrup ym., 2022).

Henkilökunnan näkemys vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotosta

Ammattilaisten kokemus Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotosta oli kuin matka, jossa kiivettiin askel askeleelta mäkeä ylöspäin. Saavutettuaan mäen huipun, ammattilaisten piti tehdä töitä pysyäkseen huipulla. Matka alkoi pohjatyöllä, joka loi optimaalisen, perhelähtöisen ympäristön ohjelman käyttöönotolle. Organisaation johdon tuki oli tärkeää, jotta käyttöönoton prosessissa päästiin etenemään. Ammat-

tilaisten sitoutuminen yhteiseen tavoitteeseen vahvasti vauvamyönteistä lähestymistapaa ja tehokas viestintä käyttöönoton edistymisestä varmisti matkalla etenemisen. Muutosten ylläpitäminen koettiin haastavaksi ja edellytti jatkuvaa panostusta vauvamyönteisiin toimintatapoihin.

Tutkimuksen kohteena olleessa sairaalassa oli aiemmin toteutettu perhelähtöistä hoitokulttuuria edistävä Vanhemmat Vahvasti Mukaan™-koulutus (Ahlqvist-Björkroth ym., 2017), joka oli hyvä perusta vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotolle erityisesti vastasyntyneiden teho-osastolla (Semenic ym., 2012). Tämän myötä ammattilaiset kokivat olleensa paremmin valmistautuneita vauvamyönteisille toimintatavoille, koska hoitokäytännöt ja asenteet olivat muuttuneet kohti perhelähtöisiksi. Olemassa olevat asenteet ja motiivit vaikuttavat siihen, miten uusi tieto otetaan vastaan sekä yksilönä että ammatillisella tasolla (Bergström ym., 2020). Asenteen muutoksen tukemiseen tarvitaan konkreettisia keinoja (Kuo ym., 2012), kuten työkiertoa eri yksiköiden välillä (Platis ym., 2021), mikä tässä tutkimuksessa osoittautui johdonmukaiseksi tavaksi tukea yhtenäisten imetystä ja läheisyyttä tukevien hoitokäytäntöjen omaksumista eri yksiköiden välillä.

Organisaation johto oli vahvasti sitoutunut vauvamyönteisyyden käyttöönoton vaatiman muutoksen toteuttamiseen tarjoamalla tukea ja osoittamalla resursseja (Es-bati ym., 2019; Semenic ym., 2012; Walsh ym., 2023). Tutkimuksen kohteena olevan sairaalan kompakti organisaatio mahdollisti joustavan suunnittelun ja päätöksenteon käyttöönoton prosessin eri vaiheissa ja tämä toteutettiin tiiviissä yhteistyössä johdon ja henkilöstön välillä. Johdon sitoutuminen korosti työntekijöille muutoksen tärkeyttä ja avoin viestintä loi luottamusta. Vastaava toimintatapa voi olla haastavaa suuremmissa organisaatioissa, mutta ammattilaisten osallistaminen muutoksen tekemiseen ja avoin viestintä johdon kanssa käyttöönoton suunnittelussa ja sen aikana voisi kuitenkin olla tehokas keino käyttöönoton edistämiseen myös isommissa organisaatioissa. Johdon tehtävänä on auttaa henkilöstöä ymmärtämään uusien toimintatapojen merkitys ja mahdollisuudet sekä edistää ammattilaisten osaamista näyttöön perustuvassa hoidossa (Bianchi ym., 2018; Birken ym., 2018). Lisäksi riittävät resurssit koulutukseen osallistumiseen kaikille ammattiryhmille (Walsh ym., 2023) nähtiin tärkeänä käyttöönottoa edistävänä tekijänä.

Moniammatillinen lähestymistapa, jossa kaikki ammattiryhmät, kuten lääkärit, kätilöt, sairaanhoitajat ja muu henkilökunta kuten laitoshuoltajat koulutettiin, oli onnistuneen käyttöönoton kannalta olennaisen tärkeää. Moniammatillisen koulutuksen merkitys on tullut esille myös aiemmissa perhelähtöisen hoitokulttuurin käyttöönoton tutkimuksissa (Toivonen ym., 2019), sillä monimutkaiset ammattiryhmien väliset suhteet ja hierarkkisuus lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä voivat haitata uusien toimintatapojen käyttöönottoa (Rycroft-Malone ym., 2013; Wiczorek ym., 2016).

Käyttöönoton yhteydessä saatu koulutus antoi osallistujille tietoja ja taitoja, jotta ammattilaisilla oli konkreettisia työkaluja tarjota perheille ammatillista imetystukea. Vauvamyönteisyyden “kymmenen askeleen ohjelma” sisältää näyttöön perustuvia imetyksen tukemisen käytäntöjä, joihin kuuluu monipuolinen imetysneuvonta. Tässä tutkimuksessa keskeinen muutos, jota ammattilaiset kuvailivat, oli vanhemmille annettavan suullisen ohjaamisen lisääntyminen käytännön “käsillä ohjaamisen” sijaan. Ammattilaiset kuitenkin kokivat, että suuri työmäärä osastolla aiheuttaa kuitenkin haasteita tarjota laadukasta ohjausta äideille ja perheille (Byrom ym., 2021; Havaei & MacPhee, 2020). On tärkeää tunnistaa ja mahdollistaa vauvamyönteisten toimintatapojen edellyttämä aika, jotta uudet hoitokäytännöt pysyvät yllä sertifiointin myöntämisen jälkeen.

Perheiltä saatu myönteinen palaute vahvisti ammattilaisten uskoa muutokseen ja antoi voimia jaksaa käyttöönoton prosessissa. Palaute sai vahvistusta myös tilastoinnista, joka osoitti käytännöissä tapahtunutta muutosta. Näkyvät tulokset ovat osoittaneet myös aiemmin erittäin merkittäviksi uusien toimintatapojen käyttöön otossa onnistumiselle (Bergström ym., 2020; Esbati ym., 2019; Semenik ym., 2012; Walsh ym., 2023). Tilastoista tiedottaminen toimi tässä tutkimuksessa palautteena, jota pidettiin tärkeänä käyttöön otossa edistymiselle. Laadunhallinnan menetelmien hyödyntäminen (Semenik ym., 2012) ja jatkuvan muutokseen liittyvän käytännön seurannan (Esbati ym., 2019) on myös aiemmin todettu tukevan muutoksen toteutusta. Ei kuitenkaan riitä, että tilastoja käytetään vain osoittamaan tavoitteen saavuttamista vaan niiden sisällöstä on tiedotettava henkilökuntaa säännöllisesti. Tilastojen tarkastelu riittävän usein osoittaa käytännön työtä tekeville ammattilaisille myös sen, mikäli hoitokäytännöt alkavat palata vanhoihin rutiineihin.

Koulutuksesta ja käytännön harjoittelusta huolimatta terveydenhuollon ammattilaisten käyttäytymistä on ollut vaikea muuttaa, jos käytäntöjä on toteutettu tietyllä tavalla jo vuosia (WHO & UNICEF, 2018). Tässä tutkimuksessa ammattilaiset olivat myös huolissaan uusien vauvamyönteisten hoitokäytäntöjen ylläpitämisestä. Vaikka ammattilaiset suhtautuivat myönteisesti vauvamyönteisiin toimintatapoihin ja olivat sitoutuneita niiden toteuttamiseen, he toivat esille, että ajan puute saattoi houkutella heitä käyttämään oikotietä ja palaamaan vanhoihin, vähemmän aikaa vaativiin tapoihin toimia. Vauvamyönteisyyden käyttöön otto ei pääty sertifiointin saamiseen, vaan sen jälkeen tarvitaan uusi suunnitelma, jonka avulla voidaan ylläpitää saavutettuja toimintakäytäntöjä.

WHO ohjeistaa, että vauvamyönteisyysohjelman edistämiseen tarvitaan kansallista koordinaatiota ja säännöllistä arviointia (WHO & UNICEF, 2018). Aiemmin on tunnistettu, että saavutettujen hoitokäytäntöjen ylläpitäminen on haastavaa, eikä sertifiointin saaminen ole itsestäänselvyys uudelleenarvioinnin yhteydessä (Esbati ym., 2019). Kansallinen yhteistyö imetyksen edistämiseksi, sekä vauvamyönteisyys sertifiointin kansallinen koordinaatio on todettu vauvamyönteisyyttä edistäväksi teki-

jäksi yhteiskunnallisella tasolla (Semenic ym., 2012). Vuoden 2024 lopussa vauvamyönteisyyden kansallinen koordinaatio päättyi ja Suomessa siirrytään uuteen toimintamalliin, jossa vauvamyönteisyyden edistäminen siirtyy osaksi hyvinvointialueiden vastuuta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2024b). Yhtenäisen kansallisen koordinaation puuttuessa on vaarana, että vauvamyönteisyyden edistäminen ja jatkuvuus Suomessa heikkenee. Hyvinvointialueilta tarvitaan taloudellisia resursseja, jotta perhelähtöisen hoidon tukemista vauvamyönteisten näyttöön perustuvien käytäntöjen avulla pystytään jatkamaan. Toisaalta muutos tarjoaa mahdollisuuden kehittää alueellisesti räätälöityjä toimintamalleja, jotka vastaavat paikallisiin tarpeisiin. Vaikka yhtenäinen alueellinen toimintamalli on vielä kehitettävänä, muutos luo tilaa innovatiivisille ratkaisuille ja yhteistyölle hyvinvointialueiden sisällä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadulliset osatutkimukset I ja III

Laadullisten osatutkimusten vahvuuksia ja rajoituksia arvioidaan uskottavuuden (credibility), luotettavuuden (dependability), siirrettävyyden (transferability) (Holloway & Wheeler, 2013) ja refleksiivisyyden (reflexivity) (Olmos-Vega ym., 2023) avulla. Laadullisista osatutkimuksista käsitellään ensin aineiston keruuseen liittyviä asioita molempien osatutkimusten kohdalla erikseen ja tämän jälkeen analyysiin liittyviä asioita yhteisesti molempien osatutkimusten osalta. Lopuksi käsitellään tulosten siirrettävyyttä molempien osatutkimusten kohdalla erikseen.

Osatutkimukseen I valittiin vastasyntyneiden lasten äideistä ja isistä koostuva otos. Suurin osa tähän tutkimukseen osallistuneista vanhemmista oli äitejä, ja heidän kokemuksensa ovat isiä näkyvämpiä. Tähän tutkimukseen osallistuneet isät ovat todennäköisesti niitä, jotka vierailevat osastolla useammin ja ovat enemmän tekemisissä vauvansa kanssa sairaalahoidon aikana. Tutkimuksen aineisto älypuhelimien sovelluksen avulla tallennetuista tarinoista tuotti monipuolisen ja emotionaalisesti rikkaan aineiston. Aineisto tarjosi näkemyksiä aiheista, joita osallistujat halusivat tarinoissaan kertoa, eikä tutkijan läsnäolo vaikuttanut tallennuksiin. Osallistujat tallensivat tarinansa reaaliaikaisesti, eivätkä ne näin ollen perustu myöskään muisteluihin, mikä tukee uskottavuutta (Holloway & Wheeler, 2013).

Osatutkimuksessa III vauvamyönteisyysohjelman käyttöönottoa, sen tuomia muutoksia hoitokäytännöissä sekä käyttöönottoa edistäneitä ja estäneitä tekijöitä tutkittiin hoitajien ja esimiesten fokusryhmähaastatteluilla. Tulokset edustavat hoitotyön ammattilaisten subjektiivisia kokemuksia, sillä lääkäreitä ei ollut mukana tutkimuksessa. Tutkimuksen uskottavuutta lisää fokusryhmien toteuttaminen kaikissa tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä. Jokaisessa haastattelussa käytettiin samaa haastattelurunkoa, jolloin aineistonkeruun voidaan olettaa toteutuneen yhdenmukai-

sesti kaikissa yksiköissä. Esimiesten ja hoitajien fokusryhmähaastattelut toteutettiin omina ryhminään, jotta esimiesten läsnäolo ei vaikuttanut siihen, mitä hoitajat uskalsivat haastattelussa tuoda esille. Fokusryhmien avulla saatiin kerättyä kattava ja rikas aineisto, kun useat haastatteluun osallistuneet henkilöt täydensivät toinen toistensa ajatuksia ja reflektoivat käyttöönottoa ja muutoksia yhdessä. Haastattelut tehtiin 18 kuukautta sertifiointin jälkeen, ja kokemukset saattavat perustua muistoihin, mikä vaikuttaa uskottavuuteen. Toisaalta tämä aika myös antaa perspektiiviä tuoda esiin asioita, jotka olivat huolenaiheena muutosten ylläpitämisessä.

Molemmissa laadullisissa osatutkimuksissa aineiston keruuta ohjasi aineiston saturoituminen eli aineistoa kerättiin, kunnes uusia havaintoja ei enää tullut esille (Holloway & Wheeler, 2013). Tämä tarkoittaa, että aineiston määrä oli riittävä tutkimuksen kannalta, eikä lisäkeruu olisi tuonut merkittävästi uutta tietoa. Aineiston saturoituminen havaittiin tekemällä alustavaa analyysia samanaikaisesti aineiston keruun kanssa. Osatutkimuksessa III aineiston saturoituminen tapahtui jo kahdeksannen haastattelun kohdalla, lisäten tutkimuksen uskottavuutta.

Laadullinen aineisto analysoitiin NVivo-ohjelmistolla induktiivisella temaattisella analyysillä. NVivon käyttö analyysissä tuki johdonmukaisuutta ja teki analyysin prosessista selkeän ja helposti seurattavan, mikä vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta (Holloway & Wheeler, 2013). NVivon käyttö temaattisessa analyysissä koodikirjan tavoin on myös saattanut lisätä analyysin luettavuutta, sillä sen avulla samankaltaisten koodien ryhmittely, kuin myös pääteemojen havaitseminen ja muodostaminen on helpompaa (Braun & Clarke, 2021).

Tulosten luotettavuuden parantamiseksi aineiston analyysivaiheessa hyödynnettiin tutkijatriangulaatiota (Holloway & Wheeler, 2013). Yksi tutkijoista (HM) litteroi aineiston ja luki sen läpi useita kertoja ja tutkimusryhmä (HNV, AA) keskusteli syntyvistä koodeista yhdessä päästäkseen yhteisymmärrykseen. Lopulliset teemat muodostettiin tutkimusryhmän tiiviissä yhteistyössä. Tutkijoiden yhteistyö parantaa analyysin johdonmukaisuutta ja uskottavuutta, sillä eri tutkijoiden yhtenevät havainnot vahvistavat tulosten luotettavuutta (Braun & Clarke, 2021). Kun useampi tutkija osallistuu analyysiin, eri näkökulmat ja tulkinnat vähentävät myös yksittäisen tutkijan subjektiivisuuden vaikutusta. Tämä auttaa varmistamaan, että tulokset perustuvat aineistoon eivätkä tutkijan ennako-oletuksiin. (Holloway & Wheeler, 2013.)

Refleksiivisyyden ylläpitämisessä auttoi läheisyyttä ja imetystä suosivien ennakkokäsitysten tunnistaminen ja reflektioivat keskustelut tutkimusryhmän jäsenten kesken aineiston analyysin aikana. Tutkija (HM) on taustakoulutukseltaan kättilö ja hänellä on työkokemusta hoitotyöstä synnyttäneiden parissa. Lisäksi muillakin tutkimusryhmän jäsenillä on vastasyntyneiden hoitoon liittyvää taustaa. Epäilemättä koulutus ja aiempi työkokemus ovat saattaneet muokata tutkijan näkemyksiä imetyksestä ja nämä ovat voineet vaikuttaa laadulliseen analyysiin. Toisaalta vuosien työkokemus myös auttoi analyysissä vastausten oikeinymmärtämisen näkökulmasta.

Tulosten siirrettävyyden osalta tutkimusten luotettavuutta lisää tarkka kuvaus tutkimusyksiköistä, osallistujista ja osallistujien valinnasta sekä alkuperäsijulkaisuissa esitetyt suorat lainaukset vanhempien tarinoista ja henkilökunnan haastattelusta (Holloway & Wheeler, 2013). Osatutkimuksessa I aineisto kerättiin yhdellä vastasyntyneiden lasten teho-osastolla, joten tulosten siirrettävyys on kuitenkin rajallista. Tutkimukseen osallistui vain vanhempia, joilla oli lääketieteellisesti stabiili vauva, joten tulokset eivät välttämättä ole siirrettävissä vakavammin sairaiden vauvojen vanhempiin. Tulokset tukevat kuitenkin aiempia tutkimuksia ja tarjoavat mielenkiintoisia näkemyksiä vanhempien näkökulmista läheisyyteen ja eroon vastasyntyneiden teho-osastolla. Osatutkimuksessa III aineisto kerättiin yhdestä sairaalasta vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotossa mukana olleista yksiköistä, joten tulosten siirrettävyys on rajallista.

Tutkimusaineistot kerättiin yksiköistä, joissa henkilökunta oli saanut jo aiemmin perhelähtöistä hoitoa tukevaa koulutusta, mikä on voinut vaikuttaa hoitokäytäntöjen perhelähtöisyyteen keskimääräistä myönteisemmin. Tämä seikka tulee ottaa huomioon, kun tutkimuksen tuloksia sovelletaan muihin konteksteihin, joissa vastaavaa koulutusta tai käytäntöjä ei välttämättä ole toteutettu. Tuloksia voidaan kuitenkin soveltaa Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönottoprosessin tukemisessa kansallisesti. Moni tutkimukseen osallistunut ammattilainen työskenteli vastuuhenkilönä käyttöönoton prosessissa. Heidän kokemuksensa tarjoavat tärkeää tietoa, joka voi tukea onnistunutta käyttöönottoa.

Määrällinen osatutkimus II

Tutkimusasetelmana käytettiin kvasikokeellista ennen-jälkeen-tutkimusta, jonka heikkoutena oli satunnaistetun kontrolliryhmän puuttuminen (Rutberg & Bouikidis, 2018). Interventiona vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto toteutettiin koko tutkimuksen kohteena olleessa sairaalassa sen hoitokulttuurin muuttamiseksi ja vauvamyönteisyys sertifikaatin saavuttamiseksi. Tämän vuoksi satunnaistettua kontrolliryhmää ei sairaalan sisällä ollut mahdollista järjestää. Tulevaisuudessa satunnaistettu tutkimusasetelma useammassa eri sairaalassa tuottaisi luotettavampaa ja yleistettävää tietoa. Aineistonkeruumenetelmät olivat kuitenkin samanlaisia molemmissa ennen ja jälkeen mittauksissa.

Imetysasenteen mittaamiseen on olemassa mittareita, joiden luotettavuutta ja käyttökelpoisuutta arvioidaan Casal ym. (2017) artikkelissa ja selkeästi yksittäistä täydellistä mittaria imetysasenteen mittaamiseen ei ole olemassa. Imetysasenteeseen ja imetykseen liittyvään tietämykseen viitataan usein yhdessä, mutta on tärkeää huomata, että ne ovat kaksi läheisesti toisiinsa liittyvää, mutta erillistä asiaa. Imetysasenne on affektiivinen, tunteisiin liittyvä ominaisuus ja imetystietämys on taas tosiasioihin perustuvaa. Mittaria valitessa on tärkeää arvioida että mittari mittaa juuri

sitä mitä sen on tarkoituskin mitata. Tärkeää on myös selvittää onko mittari tarkoitettu juuri sille kohderyhmälle, jonka imetysasennetta halutaan arvioida.

Henkilökunnan imetysasenteen selvittämisessä käytettiin aiemmin kehitettyä imetysasennemittaria (Ekström ym., 2005), joka käännettiin tätä tutkimusta varten ruotsin kielestä suomen kielelle. Käännöksessä noudatettiin standardoitua käännösprotokollaa, toteutettiin takaisinkäännös ja hyödynnettiin asiantuntija-arviointia. Alkuperäisen mittarin Cronbachin alfa luotettavuuskerroin on 0,51, ja eri osa-alueiden luotettavuuskertoimet vaihtelevat 0,29–0,80 välillä (Ekström ym., 2005). Luotettavuuden rajoituksista huolimatta tämä mittari valittiin, koska se oli ainoa saatavilla oleva mittari, joka on kehitetty mittaamaan nimenomaa terveydenhuollon ammattilaisten imetysasenteita. Mittarin psykometriset ominaisuudet edellyttävät kuitenkin lisäkehitystä, erityisesti sisältövaliditeetin suhteen.

Äitien imetysasennetta selvittävän tutkimuksen vahvuutena on validoitu imetysasennemittari IIFAS. IIFAS-imetysasennemittari valittiin, koska sitä on laajasti käytetty aiemmissa tutkimuksissa imetysasenteiden mittaamiseen, ja se on psykometrisissa tutkimuksissa todettu luotettavaksi ja validiksi mittariksi (de la Mora ym., 1999). Mittaria on käytetty useissa eri maissa ja eri kulttuureissa. Se on myös helpokäyttöinen, lyhyt ja selkeä mittari, jonka avulla tutkimus on helposti toteutettavissa. Tässä tutkimuksessa Cronbachin alfa oli ensimmäisessä mittauksessa $\alpha = 0,75$ ja neljän kuukauden kohdalla suoritettussa mittauksessa $\alpha = 0,78$ osoittaen kohtalaista luotettavuutta.

Henkilökunnan aineistonkeruussa hyödynnettiin kokonaisotantaa. Kaikki terveydenhuollon ammattilaiset, jotka työskentelivät tutkimuksen kohteena olleen sairaalan yksiköissä, kutsuttiin mukaan tutkimukseen, eikä näin ollen vertailuryhmiä ollut saatavilla. Tällainen yhden ryhmän ennen-jälkeen testaukseen liittyy kuitenkin sisäiseen luotettavuuteen kohdistuvia uhkia (Siedlecki, 2020). Aineistonkeruuaikana tutkimuksen jätti kesken 38 % vastaajista. Tästä huolimatta imetysasenteissa pystyttiin osoittamaan kliinisesti merkittävä muutos. Ne ammattilaiset, jotka jatkoivat mukana tutkimuksessa ja osallistuivat myös jälkimmäiseen aineistonkeruuseen, saattoivat kuitenkin asennoitua imetykseen ja vauvamyönteisyyteen liittyviin hoitokäytäntöihin myönteisemmin.

Äitien otoksen kooksi valittiin molemmilla aineistonkeruu kerroilla 160 äitiä, joka oli noin 10 % sairaalan vuotuisesta synnytysten määrästä. Valintaa tuki myös mahdollisuus suorittaa aineistonkeruun kuuden kuukauden seuranta kohtuullisessa ajassa. Tämä saattaa kuitenkin heikentää tulosten luotettavuutta ja otoskoon määrittäminen voima-analyysin perusteella olisi tehnyt siitä luotettavamman (Serdar ym., 2020). Pienestä otoskosta huolimatta tilastolliset analyysit olivat asianmukaisia. Vaikka lähes kaikki aineistonkeruuaikana synnyttäneet äidit täyttivät sisäänottokriteerit, alle neljännes (22 % ja 24 %) heistä osallistui tutkimukseen. Yksi rajoitus tutkimuksessa on mahdollinen valintavirhe, sillä äidit, joilla oli positiivinen imety-

sasenne (OR 1,2 [LV 95 % 1,05–1,44], $p = 0,033$), jatkoivat tutkimuksessa todennäköisemmin verrattuna neutraalin imetysasenteen äiteihin. Ryhmien välillä ei kuitenkaan havaittu eroa keskeyttämisissä, eikä ole syytä uskoa, että keskeyttämiset olisivat vääristäneet tutkimustuloksia.

Vauvamyönteisten hoitokäytäntöjen selvittämisessä tutkimuksen otos oli suhteellisen suuri, ja sisälsi tiedot kaikista vuoden aikana syntyneistä vauvoista. Tiedot kerättiin reaaliaikaisesta dokumentoinnista, joka tuli osaksi päivittäistä kirjaamiskäytäntöä vauvamyönteisyyden käyttöönoton myötä. Tämä menetelmä on luotettavampi kuin aineiston kerääminen henkilökunnan jälkikäteen kirjaamista havainnoista tietyltä ajanjaksolta. Koska tietojen dokumentointi ei erikseen rasittanut tutkimushenkilöitä tai henkilökuntaa, se tukee aineistonkeruumenetelmän käyttökelpoisuutta vauvamyönteisyyteen liittyvien hoitokäytäntöjen seurantaan. Nykyisiä sähköisiä potilaskertomusjärjestelmiä tulisi kuitenkin hyödyntää paremmin näiden indikaattorien dokumentoinnin ja seurannan nykyaikaistamiseksi, jotta erillistä kirjanpitoa vauvamyönteisyyskriteereiden seurantaan ei tarvittaisi.

Tulokset perustuvat yhdessä sairaalassa kerättyihin tietoihin, jossa hoitohenkilökunta oli motivoitunut ja jossa vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton prosessi oli suunniteltu huolellisesti, joten tuloksia ei voida yleistää muihin ympäristöihin. Monet sekoittavat tekijät ovat saattaneet vaikuttaa tuloksiin, sillä tutkimuksessa ei pystytty kontrolloimaan imetysasenteisiin vaikuttavia ulkoisia tapahtumia. Lisäksi tutkimukseen osallistuneet äidit ovat molemmissa ryhmissä saaneet tietoa ja ohjausta imetykseen liittyvissä asioissa myös muualta kuin synnytyssairaalasta.

6.3 Käytännön vaikutukset ja jatkotutkimusehdotukset

Terveystieteiden ammattilaisten rooli on keskeinen vauvan ja vanhemman välisen läheisyyden tukemisessa, ja hoitokäytäntöjä tulee kehittää niin, että jokaiselle perheelle tarjotaan mahdollisuus rauhalliseen, vauvamyönteiseen alkuun. Synnytystavasta riippumatta on tärkeää tukea vauvan ja vanhemman välistä läheisyyttä heti syntymän jälkeen. Ihokontakti on keskeinen keino vahvistaa varhaista vuorovaikutusta ja luoda turvallinen alku vauvan elämälle, myös silloin kun äiti ei syystä tai toisesta imetä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä myös keisarileikkauksella synnyttäviin äiteihin, sillä keisarileikkausten määrä on kasvussa (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 2023). Tämä edellyttää joustavia hoitokäytäntöjä, joissa perheen tarpeet huomioidaan yksilöllisesti ja läheisyyttä vahvistavia ratkaisuja tuetaan aktiivisesti, erityisesti tehostetun seurannan tai hoidon tarpeessa olevien vauvojen kohdalla.

Ammattilaisten imetysmyönteinen asenne on keskeinen tekijä onnistuneessa imetysohjauksessa (Ekström & Thorstensson, 2015; Sigman-Grant & Kim, 2016). Tämä korostaa perheiden tarpeista lähtevän, yksilöllisen ohjauksen merkitystä, mikä

auttaa vanhempia ratkaisemaan imetyksen haasteita ja ennaltaehkäisemään ongelmia. Ohjauksen lisäksi imetyksen edistämiseksi tarvitaan konkreettisia toimintatapoja ja erityisesti lisämaidon antamista on tärkeä harkita aina tarpeenmukaisesti, sillä sen käyttö voi vaikeuttaa täysimetykseen pääsemistä ja siitä voi olla haastavaa luopua kotiutumisen jälkeen (Ikonen ym., 2023). Suomessa haasteena on erityisesti kuuden kuukauden täysimetystavoitteen saavuttaminen, vaikka se on myös useimpien äitien henkilökohtainen tavoite. Imetystuki ei siis saa päättyä sairaalasta kotiutumiseen, vaan käytännön apua on oltava saavutettavissa myös kotioloissa imetyspoliklinikoilla, neuvoloissa ja muissakin perheille suunnatuissa palveluissa perheen tarpeiden mukaisesti koko imetystaipaleen ajan.

Sairaalat voivat hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton suunnittelussa ja kehittämisessä. Konkreettiset toimenpiteet, kuten resurssien varmistaminen, kaikkien ammattiryhmien kouluttaminen ja henkilökunnan tiedottaminen käyttöönoton edistymisestä, ovat avainasemassa muutosten onnistumiselle ja ylläpitämiselle. Saavutettujen muutosten ylläpitämiseksi on tehtävä työtä myös sertifikaatin saavuttamisen jälkeen huolehtimalla täydennyskoulutuksista ja edistämällä eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Jotta vauvamyönteisyyttä voidaan edistää Suomessa ja erityisesti vastasyntyneiden teho-osastoilla, joissa vauvamyönteisyysertifikaatteja on vielä huomattavan vähän, tarvitaan kansallista ohjausta jatkossakin. Tämän tueksi olisi myös luotava kansallinen seuranta, joka keskittyy vauvamyönteisyyden keskeisiin osa-alueisiin ja imetyksen edistymiseen. Seurannan avulla voidaan tunnistaa kehityskohteita, seurata tehtyjen toimenpiteiden vaikutuksia ja varmistaa, että vauvamyönteisyysohjelman tavoitteet toteutuvat yhdenmukaisesti eri sairaaloissa ja hoitoyksiköissä.

Tutkimus vauvamyönteisyysohjelman implementoinnista ennen-jälkeen-asetelmalla on merkityksellinen myös hoitotieteelle, sillä se vahvistaa näyttöön perustuvaa toimintaa ja konkretisoi tutkimustiedon soveltamista arjen hoitotyössä. Tulokset vahvistavat hoitotieteen asemaa näyttöön perustuvan toiminnan edistäjänä ja tukevat hoitotieteen tavoitteita perhelähtöisen, laadukkaan ja turvallisen hoidon kehittämisessä.

Tutkimusten tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat jatkotutkimusaiheet:

1. Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton myötä aikaansaatuja hoitokäytännön muutoksia ja niiden pysyvyyttä tulee arvioida jatkuvasti. Tavoitteena olisi luoda kansallinen, yhtenäinen ja kattava tilastointimalli, joka mahdollistaisi vauvamyönteisyysohjelman tuomien muutosten jatkuvan arvioinnin sekä imetykseen liittyvien hoitokäytäntöjen seurannan myös niissä sairaaloissa, jotka eivät vielä ole ohjelmassa mukana.

2. Sairaalassa annettavan imetysohjauksen laatua ja sen riittävyttä imetyksen tukemiseen kotiutumisen jälkeen tulee tutkia lisää, jotta voidaan tunnistaa juuri ne keinot, jotka tehokkaimmin tukevat kuuden kuukauden täysimetystä vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton yhteydessä. Erityisesti on tärkeää selvittää myös vanhempien näkökulmasta vaikuttavia keinoja tilanteissa, joissa imetys on jo lähtökohtaisesti hyvällä tasolla, sillä maailmanlaajuiseen imetystavoitteeseen ei ole vielä päästy.
3. Ammattilaisten imetysasenteiden muutoksen pysyvyyttä sekä sen yhteyttä perheiden kokemuksiin olisi syytä selvittää jatkossa. Tutkimalla, kuinka pitkäkestoisia asennemuutokset ovat ja miten ne vaikuttavat perheiden saamaan tukeen, voidaan kehittää imetysohjausta entistä vaikuttavammaksi. Lisäksi ymmärrys siitä, millaiset tekijät vahvistavat tai heikentävät ammattilaisten imetysmyönteisyyttä, voisi auttaa vauvamyönteisyysohjelman vaikutusmekanismien ja toimivuuden arvioinnissa sekä sen jatkuvuuden tukemisessa.
4. Hyvinvointialueiden roolia vauvamyönteisten käytäntöjen vahvistamisessa ja kehittämisessä tulee tutkia kansallisen tuen päättymisen jälkeen ohjelman jatkuvuuden varmistamiseksi.

7 Johtopäätökset

Vauvamyönteisyysohjelma on tehokas keino perhelähtöisten käytäntöjen edistämiseksi, ja sairaaloiden tulisi aktiivisesti edistää sen käyttöönottoa. Käyttöönoton onnistuminen ja pitkäaikainen vaikutus vaativat strategista toteutusta, johdon sitoutumista ja jatkuvaa tukea – erityisesti imetyksen tukemisen osalta.

Vanhemman ja vauvan välinen suhde on erityisesti vastasyntyneiden teho-osastolla herkkä, ja läheisyyden sekä eron vuorottelu tekee kiintymyssuhteen muodostumisesta monimutkaista. Henkilökunnalla on tässä ratkaiseva rooli, mutta he tarvitsevat käytännönläheisiä perhelähtöisiä toimintatapoja tukemaan tätä prosessia. Vauvamyönteisyys on konkreettinen tapa toteuttaa perhelähtöistä hoitoa ja tukea perheen keskinäistä vuorovaikutusta.

Vauvamyönteisyysohjelma paransi merkittävästi terveydenhuollon ammattilaisten imetyshyönteisyyttä ja harmonisoi asenteita eri yksiköiden ja ammattiryhmien välillä. Käyttöönotolla oli positiivisia vaikutuksia sairaalan hoitokäytäntöihin. Käytännössä tämä näkyi esimerkiksi lisääntyneenä ihokontaktina ja varhaisen ensi-imetyksen yleistymisenä. Huolellisesti suunnitellut ja yksikkökohtaisesti räätälöidyt toteutus suunnitelmat olivat ratkaisevia käyttöönoton onnistumisen kannalta.

Äitien myönteinen asenne imetystä kohtaan ja vähäiset imetysongelmat ennustivat parhaiten täysimetyksen onnistumista. Useimpien äitien imetysasenne säilyi neutraalina, eikä ohjelmalla havaittu olevan suoraa vaikutusta imetysongelmiin tai täysimetyksen keston. Imetyksen jatkuvuuden tukeminen vaatii lisäpanostuksia, sillä pelkkä ohjelman käyttöönotto sairaalassa ei riitä. Tarvitaan enemmän tietoa ja tukea imetyksen jatkumisen tukemiseksi, jotta äidit voivat saavuttaa omat tavoitteensa ja imetysluvut paranevat erityisesti niillä alueilla, joissa imetyksen aloittaminen on lähtökohtaisesti korkealla tasolla.

Maailmanlaajuisesti on tehty paljon työtä vauvamyönteisyyden käyttöönoton tukemiseksi. Käyttöönotto on monivaiheinen prosessi ja sen valmistelu edellyttää suunnitelmallisuutta ja huolellista pohjatyötä, jotta vauvamyönteiset hoitokäytännöt voidaan toteuttaa onnistuneesti. Organisaation johdon tuki on kriittistä sekä käyttöönoton että muutosten ylläpidon kannalta. Saavutetun muutoksen ylläpito on haastavaa ja edellyttää keinoja muutoksen jatkuvuuden varmistamiseksi, jotta tehty työ ei mene hukkaan. Sertifikaatin saaminen ei takaa sen pysyvyyttä. Käytännön keinoja

tämän tukemiseen ovat säännöllinen imetykseen liittyvä täydennyskoulutus sekä jatkuva tilastollinen seuranta. Vauvamyönteisyysohjelman myötä saavutettujen hoitokäytäntöjen ylläpitämiseksi olisi hyödyllistä kehittää myös maailmanlaajuisia ohjeita ja kansallisia tukirakenteita, jotta saavutetut hyödyt säilyvät pitkällä aikavälillä.

Kiitokset

Tämä tutkimus on tehty Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan hoitotieteen laitoksella. Tutkimusta tehdessäni olen saanut tukea ja kannustusta monelta henkilöltä. Olen erittäin kiitollinen heille kaikille, vaikka en voi mainita kaikkia nimeltä.

Haluan osoittaa syvimmit kiitokseni väitöskirjatutkimukseni ohjaajille, dosentti Hannakaisa Niela-Vilénille ja professori Anna Axelinille, kun olette ohjanneet, kannustaneet ja tukeneet minua tämän prosessin aikana. Ihailen asiantuntemustanne sekä työskentelyänne imetyksen ja vastasyntyneiden hoidon kehittämiseksi. On ollut etuoikeus saada työskennellä kanssanne, olen saanut oppia teiltä niin paljon. Rehellisesti, ilman teitä en olisi koskaan aloittanut tätä tutkimusta. Hannakaisalle kiitos, että olet jaksanut ohjata sinun rehellisellä ja kannustavalla tavalla, sekä suurella sydämellä — lämmin kiitos selkeistä ja konkreettisista neuvoistasi, jotka ovat olleet korvaamaton tuki tutkimukseni edistymiselle. Anna, sinun kykysi kysyä oikeita kysymyksiä oikealla hetkellä on vienyt tutkimustani eteenpäin enemmän kuin arvaakaan — lämmin kiitos viisaasta ja aidosta ohjauksesta. Toivon vilpittömästi, että yhteistyömme jatkuu myös tulevaisuudessa. Haluan kiittää myös seurantaryhmäni jäseniä dosentti Marita Koivusta ja TtT Riikka Ikosta asiantuntemuksesta ja tuesta.

Tämä työ ei olisi ollut mahdollista ilman monien ihmisten arvokasta panosta. Haluan ilmaista suuret kiitokseni kaikille Vauvamyönteisyyden käyttöönotossa mukana olleille. Kiitos Tuula Kuivalaiselle, että näit tutkimuksen tekemisen tämän projektin rinnalla tärkeänä. Kiitos Merete Willisille imetyksen asiantuntemuksesta. Minulla on ollut ilo todistaa organisaation sitoutumista perheiden synnytyksenjälkeisen hoidon parantamiseen. Matka vauvamyönteiseksi sairaalaksi on osoitus sidosryhmien onnistuneen yhteistyön tuloksista. Yhteisten tavoitteiden avulla voimme saavuttaa parempaa hoitoa ja parempia tuloksia kaikille. Tunnen itseni etuoikeutetuksi kun sain olla osa tätä yhteistyötä hankkeen aikana.

Haluan ilmaista kiitokseni kaikille niille äideille ja isille, jotka osallistuivat tähän tutkimukseen ja jakoivat arvokkaita kokemuksiaan läheisyydestä, erosta ja imetyksestä. Haluan myös kiittää kätilöitä, sairaanhoitajia ja lääkäreitä heidän osallistumisestaan sekä heidän korvaamattomasta avustaan osallistujien rekrytoinnissa. Tämä tutkimus ei olisi ollut mahdollinen ilman heidän työtään, ja olen syvästi kiitollinen heidän avustaan.

Haluan ilmaista vilpittömät kiitokseni Terhi Kolarille hänen korvaamattomasta avustaan ja ohjauksestaan tilastollisessa analyysissä. Hänen asiantuntemuksensa on rikastuttanut suuresti ymmärrystäni aiheesta ja vaikuttanut syvästi tutkimusmatkaani. Kiitos tuestasi ja omistautumisestasi.

Haluan kiittää tutkimukseni esitarkastajia, dosentti Anne Oikarista ja dosentti Mira Palosta arvokkaasta ja rakentavasta palautteesta, joka auttoi hiomaan tätä työtä paremmaksi. Kiitos myös professori Katri Vehviläinen-Julkuselle, kun suostuit toimimaan vastaväittäjänäni.

Lämpimät kiitokseni osoitan työkaverilleni TtT Mari Pakkoselle ja imetystutkimuksen kollegalleni TtT Jaana Lojanderille vertaistuesta. Teidän jalanjäljissänne oli hyvä astella polun viimeisiä metrejä. Vain toinen samassa tilanteessa elävä voi täysin ymmärtää prosessin haasteita, ja toisaalta pieniä, mutta sitäkin tärkeämpiä onnistumisen hetkiä. Kiitos myös eläkkeelle siirtyneelle esimiehelleni Anne-Maria Kanervalle, jonka sanat nykyisen työsuhteeni alussa – 'Haluamme, että tämä väitöskirja tulee myös valmiiksi' – ovat kannustaneet loppumetreillä.

Olen syvästi kiitollinen vanhemmilleni Kaijalle ja Simolle heidän vankkumattomasta rakkaudestaan ja tuestaan. Olette aina kannustaneet minua kouluttautumaan ja olette uskoneet minuun. Kiitos, että olette luoneet minulle pohjan hyvälle elämälle. Kiitos myös siskolleni Katille, jonka läsnä ollessa muistan, että elämässä on muuta kuin tutkimus - kanssasi nauru on kaikkein makeinta.

Lopuksi haluan suuresti kiittää rakasta perhettäni. Rakkaat lapseni, Eemeli ja Laura, te olette elämässäni tärkeimpiä. Olen onnellinen ja ylpeä siitä, että saan olla teille äiti. Teidän olemassaolonne tekee minut onnelliseksi joka päivä. Kiitos, että olette ymmärtäneet ajatella ääneen sitä, että 'vieläkin pitää opiskella jotain'. Toivon, että työskentelyäni seurattessanne olen voinut välittää teille esimerkin siitä, että kovalla työllä voi saavuttaa unelmia. Puolisoni Vesa, kiitos rakkaudesta ja kumppanuudesta. Arvostan erityisesti ymmärrystäsi aikoina, jolloin olen istunut kirjoittamassa ja tuntenut itseni väsyneeksi. Kiitos, että olet kannustanut minua ja ollut tukenani. Kysymykseesi 'Tuliko valmiiksi?' voin vihdoinkin vastata, että kyllä, nyt tämä tuli vihdoinkin valmiiksi.

Tätä tutkimusta on taloudellisesti tukenut Satakunnan sairaanhoitopiirin kunta-yhtymä valtion tutkimusrahoituksella.

Porissa 10.8.2025

Heli Mäkelä

Lähdeluettelo

- Aagaard, H., Hall, E. O. C., Ludvigsen, M. S., Uhrenfeldt, L., & Fegran, L. (2018). Parents' experiences of neonatal transfer. A meta-study of qualitative research 2000–2017. *Nursing Inquiry*, 25(3). <https://doi.org/10.1111/nin.12231>
- Abdulghani, N., Edvardsson, K., & Amir, L. H. (2018). Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. *PLOS ONE*, 13(10), e0205696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205696>
- Agbozo, F., Ocansey, D., Atitto, P., & Jahn, A. (2020). Compliance of a Baby-Friendly Designated Hospital in Ghana With the WHO/UNICEF Baby and Mother-Friendly Care Practices. *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 36(1), 175–186. <https://doi.org/10.1177/0890334419848728>
- Ahlqvist-Björkroth, S., Axelin, A., Korja, R., & Lehtonen, L. (2019). An educational intervention for NICU staff decreased maternal postpartum depression. *Pediatric Research*, 85(7), 982–986. <https://doi.org/10.1038/s41390-019-0306-y>
- Ahlqvist-Björkroth, S., Boukydis, Z., Axelin, A. M., & Lehtonen, L. (2017). Close Collaboration with Parents™ intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. *Behavioural Brain Research*, 325, 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2016.10.020>
- Alonso-Díaz, C., Utrera-Torres, I., de Alba-Romero, C., Flores-Antón, B., Lora-Pablos, D., & Pallás-Alonso, C. R. (2016). Breastfeeding Support in Spanish Neonatal Intensive Care Units and the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 32(4), 613–626. <https://doi.org/10.1177/0890334416658246>
- Anderzén-Carlsson, A., Lamy, Z. C., & Eriksson, M. (2014). Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant—Part 1: A qualitative systematic review. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 24906. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24906>
- Araújo, R. G., Fonseca, V. de M., de Oliveira, M. I. C., & Ramos, E. G. (2019). External evaluation and self-monitoring of the Baby-friendly Hospital Initiative's maternity hospitals in Brazil. *International Breastfeeding Journal*, 14(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0195-4>
- Aryeetey, R., & Dykes, F. (2018). Global implications of the new WHO and UNICEF implementation guidance on the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. *Maternal & Child Nutrition*, 14(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12637>
- Asimaki, E., Dgla, M., Sarantaki, A., & Iliadou, M. (2022). Main Biopsychosocial Factors Influencing Breastfeeding: a Systematic Review. *Maedica - A Journal of Clinical Medicine*, 17(4). <https://doi.org/10.26574/maedica.2022.17.4.955>
- Axelin, A., Ahlqvist-Björkroth, S., Kauppila, W., Boukydis, Z., & Lehtonen, L. (2014). Nurses' Perspectives on the Close Collaboration with Parents Training Program in the NICU. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(4), 260–268. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000061>
- Axelin, A., Feeley, N., Campbell-Yeo, M., Silnes Tandberg, B., Szczapa, T., Wielenga, J., Weis, J., Pavacic Bosnjak, A., Jonsdottir, R. B., George, K., Blomqvist, Y. T., Bohlin, K., & Lehtonen, L.

- (2022). Symptoms of depression in parents after discharge from NICU associated with family-centred care. *Journal of Advanced Nursing*, 78(6), 1676–1687. <https://doi.org/10.1111/jan.15128>
- Baby-Friendly Hospital Initiative Network. (2025). *BFHI Around the World*. <https://bfhinetwork.com/bfhi-around-the-world/>.
- Barfield, W. D., Papile, L.-A., Baley, J. E., Benitz, W., Cummings, J., Carlo, W. A., Kumar, P., Polin, R. A., Tan, R. C., Wang, K. S., & Watterberg, K. L. (2012). Levels of Neonatal Care. *Pediatrics*, 130(3), 587–597. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1999>
- Bass, J. L., Gartley, T., & Kleinman, R. (2019). World Health Organization Baby-Friendly Hospital Initiative Guideline and 2018 Implementation Guidance. *JAMA Pediatrics*, 173(1), 93. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.3808>
- Beake, S., Bick, D., Narracott, C., & Chang, Y. (2017). Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 13(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.12390>
- Bentley, J. P., Bond, D., de Vroome, M., Yip, E., & Nassar, N. (2016). Factors Associated with Recurrent Infant Feeding Practices in Subsequent Births. *Journal of Human Lactation*, 32(4), 721–729. <https://doi.org/10.1177/0890334416663188>
- Bergman, N. J. (2019). Birth practices: Maternal-neonate separation as a source of toxic stress. *Birth Defects Research*, 111(15), 1087–1109. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1530>
- Bergström, A., Ehrenberg, A., Eldh, A. C., Graham, I. D., Gustafsson, K., Harvey, G., Hunter, S., Kitson, A., Rycroft-Malone, J., & Wallin, L. (2020). The use of the PARIHS framework in implementation research and practice—a citation analysis of the literature. *Implementation Science*, 15(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01003-0>
- Bianchi, M., Bagnasco, A., Bressan, V., Barisone, M., Timmins, F., Rossi, S., Pellegrini, R., Aleo, G., & Sasso, L. (2018). A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 918–932. <https://doi.org/10.1111/jonm.12638>
- Bindels, E., Verberg, C., Scherpbier, A., Heeneman, S., & Lombarts, K. (2018). Reflection revisited: how physicians conceptualize and experience reflection in professional practice – a qualitative study. *BMC Medical Education*, 18(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1218-y>
- Birken, S., Clary, A., Tabriz, A. A., Turner, K., Meza, R., Zizzi, A., Larson, M., Walker, J., & Charns, M. (2018). Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: a systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0843-5>
- Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., Fawzi, W. W., Missmer, S. A., Lieberman, E., Kajeepeta, S., Wall, S., & Chan, G. J. (2016). Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 137(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2238>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Bressan, V., Bagnasco, A., Aleo, G., Timmins, F., Barisone, M., Bianchi, M., Pellegrini, R., & Sasso, L. (2017). Mixed-methods research in nursing – a critical review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19–20), 2878–2890. <https://doi.org/10.1111/jocn.13631>
- Briñol, P., Petty, R. E., & Belding, J. (2017). Objectification of people and thoughts: An attitude change perspective. *British Journal of Social Psychology*, 56(2), 233–249. <https://doi.org/10.1111/bjso.12183>
- Bujold, M., Feeley, N., Axelin, A., & Cinquino, C. (2018). Expressing Human Milk in the NICU. *Advances in Neonatal Care*, 18(1), 38–48. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000455>
- Burnham, L., Gambari, A., Beliveau, P., Ustianov, J., Parker, M. G., & Merewood, A. (2021). Perspectives of Nurses in Mississippi on Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative.

- Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(4), 392–401. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.02.010>
- Byrom, A., Thomson, G., Dooris, M., & Dykes, F. (2021). UNICEF UK Baby Friendly Initiative: Providing, receiving and leading infant feeding care in a hospital maternity setting—A critical ethnography. *Maternal & Child Nutrition*, 17(2). <https://doi.org/10.1111/mcn.13114>
- Casal, C. S., Lei, A., Young, S. L., & Tuthill, E. L. (2017). A Critical Review of Instruments Measuring Breastfeeding Attitudes, Knowledge, and Social Support. *Journal of Human Lactation*, 33(1), 21–47. <https://doi.org/10.1177/0890334416677029>
- Cattaneo, A., Bettinelli, M. E., Chapin, E., Macaluso, A., Córdova do Espírito Santo, L., Murante, A. M., & Montico, M. (2016). Effectiveness of the Baby Friendly Community Initiative in Italy: a non-randomised controlled study. *BMJ Open*, 6(5), e010232. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010232>
- Chen, C.-H., Chen, R.-C., Chen, M.-S., Chen, L.-C., & Wei, H.-Y. (2020). Challenges and Outcomes of Using the Ten Steps to Successful Breastfeeding in the Mother–Baby Friendly Institute Program in Taiwan. *Journal of Human Lactation*, 36(1), 187–191. <https://doi.org/10.1177/0890334419839366>
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., Bahl, R., & Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 96–113. <https://doi.org/10.1111/apa.13102>
- Christian, P., Smith, E. R., Lee, S. E., Vargas, A. J., Bremer, A. A., & Raiten, D. J. (2021). The need to study human milk as a biological system. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 113(5), 1063–1072. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqab075>
- Cooklin, A. R., Amir, L. H., Nguyen, C. D., Buck, M. L., Cullinane, M., Fisher, J. R. W., & Donath, S. M. (2018). Physical health, breastfeeding problems and maternal mood in the early postpartum: a prospective cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 21(3), 365–374. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0805-y>
- Coward, M. (2018). Reflection and personal learning. *Nursing Management (Harrow, London, England: 1994)*. <https://doi.org/10.7748/nm.2018.e1752>
- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>
- Cunningham, E. M., Doyle, E. I., & Bowden, R. G. (2018). Maternity Nurses' Perceptions of Implementation of the Ten Steps to Successful Breastfeeding. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 43(1), 38–43. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000392>
- Davis, A. M. B., Coleman, C., & Kramer, R. S. S. (2021). Parenting styles and types: Breastfeeding attitudes in a large sample of mothers. *Midwifery*, 103, 103142. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103142>
- Dennis, C., Baxter, P., Ploeg, J., & Blatz, S. (2017). Models of partnership within family-centred care in the acute paediatric setting: a discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 361–374. <https://doi.org/10.1111/jan.13178>
- Ekström, A., Matthiesen, A.-S., Widström, A.-M., & Nissen, E. (2005). Breastfeeding attitudes among counselling health professionals. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(5), 353–359. <https://doi.org/10.1080/14034940510005879>
- Ekström, A., & Thorstensson, S. (2015). Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes - design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 275. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0712-z>
- Esbati, A., Henderson, A., Taylor, J., & Barnes, M. (2019). The uptake and implementation of the Baby Friendly Health Initiative in Australia. *Women and Birth*, 32(3), e323–e333. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.023>

- Fair, F. J., Morison, A., & Soltani, H. (2024). Stakeholders' views of the Baby Friendly Initiative implementation and impact: a mixed methods study. *International Breastfeeding Journal*, *19*(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s13006-024-00639-8>
- Fair, F. J., Morrison, A., & Soltani, H. (2021). The impact of Baby Friendly Initiative accreditation: An overview of systematic reviews. *Maternal & Child Nutrition*, *17*(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13216>
- Fallon, V. M., Harrold, J. A., & Chisholm, A. (2019). The impact of the UK Baby Friendly Initiative on maternal and infant health outcomes: A mixed-methods systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, *15*(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12778>
- Feeley, N., Genest, C., Niela-Vilén, H., Charbonneau, L., & Axelin, A. (2016). Parents and nurses balancing parent-infant closeness and separation: a qualitative study of NICU nurses' perceptions. *BMC Pediatrics*, *16*(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0663-1>
- Feeley, N., Robins, S., Genest, C., Stremmler, R., Zelkowitz, P., & Charbonneau, L. (2020). A comparative study of mothers of infants hospitalized in an open ward neonatal intensive care unit and a combined pod and single-family room design. *BMC Pediatrics*, *20*(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-1929-1>
- Feenstra, M. M., Jørgine Kirkeby, M., Thygesen, M., Danbjørg, D. B., & Kronborg, H. (2018). Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *16*, 167–174. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.003>
- Feldman-Winter, L., & Ustianov, J. (2016). Lessons Learned from Hospital Leaders Who Participated in a National Effort to Improve Maternity Care Practices and Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, *11*(4), 166–172. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0003>
- Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V. H., Ewald, U., & Dykes, F. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, *101*(10), 1032–1037. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>
- Flacking, R., Tandberg, B. S., Niela-Vilén, H., Jónsdóttir, R. B., Jonas, W., Ewald, U., & Thomson, G. (2021). Positive breastfeeding experiences and facilitators in mothers of preterm and low birthweight infants: a meta-ethnographic review. *International Breastfeeding Journal*, *16*(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00435-8>
- Franck, L. S., Axelin, A., Van Veenendaal, N. R., & Bacchini, F. (2023). Improving Neonatal Intensive Care Unit Quality and Safety with Family-Centered Care. *Clinics in Perinatology*, *50*(2), 449–472. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2023.01.007>
- Gianni, Bettinelli, Manfra, Sorrentino, Bezze, Plevani, Cavallaro, Raffaelli, Crippa, Colombo, Morniroli, Liotto, Roggero, Villamor, Marchisio, & Mosca. (2019). Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients*, *11*(10), 2266. <https://doi.org/10.3390/nu11102266>
- Gibson, R., & Kilcullen, M. (2020). The Impact of Web-Cameras on Parent-Infant Attachment in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, *52*, e77–e83. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.01.009>
- Gomez-Pomar, E., & Blubaugh, R. (2018). The Baby Friendly Hospital Initiative and the ten steps for successful breastfeeding. a critical review of the literature. *Journal of Perinatology*, *38*(6), 623–632. <https://doi.org/10.1038/s41372-018-0068-0>
- Hakala, M., Kaakinen, P., Kääriäinen, M., Bloigu, R., Hannula, L., & Elo, S. (2017). The realization of BFHI Step 4 in Finland – Initial breastfeeding and skin-to-skin contact according to mothers and midwives. *Midwifery*, *50*, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.010>
- Hakala, M., Kaakinen, P., Kääriäinen, M., Bloigu, R., Hannula, L., & Elo, S. (2021). Maternity ward staff perceptions of exclusive breastfeeding in Finnish maternity hospitals: A cross-sectional study. *European Journal of Midwifery*, *5*(May), 1–11. <https://doi.org/10.18332/ejm/134846>
- Hakulinen, T., Otronen, K., & Kuronen, M. (toim.). (2017). *Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022*. chrome-

- extension://efaidnbmnribpcajpcglclefindmkaj/https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135535/Ohjaus%20242017%20netti%2020.3.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Hamze, L., Mao, J., & Reifsnider, E. (2019). Knowledge and attitudes towards breastfeeding practices: A cross-sectional survey of postnatal mothers in China. *Midwifery*, *74*, 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.009>
- Havaei, F., & MacPhee, M. (2020). The impact of heavy nurse workload and patient/family complaints on workplace violence: An application of human factors framework. *Nursing Open*, *7*(3), 731–741. <https://doi.org/10.1002/nop.2.444>
- He, F. B., Axelin, A., Ahlqvist-Björkroth, S., Raiskila, S., Löyttyniemi, E., & Lehtonen, L. (2021). Effectiveness of the Close Collaboration with Parents intervention on parent-infant closeness in NICU. *BMC Pediatrics*, *21*(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02474-2>
- Hernández-Aguilar, M.-T. (2024). BFHI News Brief: BFHI Implementation Challenges and Strategies. *Journal of Human Lactation*, *40*(1), 183–184. <https://doi.org/10.1177/08903344231212458>
- Hirani, S. A. A., & Ahmadi, R. (2022). Barriers and Strategies for Successful Implementation of Baby-Friendly Hospital Initiative: A Scoping Review. *Clinical Lactation*, *13*(3), 139–155. <https://doi.org/10.1891/CL-2022-0003>
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2013). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare, 3rd Edition*. Wiley-Blackwell.
- Holowko, N., Jones, M., Koupil, I., Tooth, L., & Mishra, G. (2016). *High education and increased parity are associated with breast-feeding initiation and duration among Australian women*. <https://doi.org/10.1017/S1368980016000367>
- Horta, B. L., Loret de Mola, C., & Victora, C. G. (2015). Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, *104*(S467), 14–19. <https://doi.org/10.1111/apa.13139>
- Horta, B. L., Rollins, N., Dias, M. S., Garcez, V., & Pérez-Escamilla, R. (2023). Systematic review and meta-analysis of breastfeeding and later overweight or obesity expands on previous study for World Health Organization. *Acta Paediatrica*, *112*(1), 34–41. <https://doi.org/10.1111/apa.16460>
- Ikonen, R., Hakulinen, T., Lyytikäinen, A., Mikkola, K., Niinistö, S., Niinistö, S., & Virtanen, S. (2020). *Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2019. [Infant feeding in Finland 2019]: Vsk. Report 11/2020*. THL [National Institute for Health and Welfare]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-555-1>
- Ikonen, R., Kaunonen, M., & Hakulinen, T. (2023). In-hospital supplementation and subsequent breastfeeding practices in Finland: A cross-sectional population-level study. *Birth*, *50*(1), 171–181. <https://doi.org/10.1111/birt.12696>
- Itoshima, R., Korhonen, K., Axelin, A., Ahlqvist-Björkroth, S., Hovi, A., & Lehtonen, L. (2024). Effect of couplet care on early parent–infant closeness among preterm infants. *Acta Paediatrica*. <https://doi.org/10.1111/apa.17502>
- Jones, E., Stewart, F., Taylor, B., Davis, P. G., & Brown, S. J. (2021). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2021*(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002958.pub2>
- Kainiemi, E., Hongisto, P., Lehtonen, L., Pape, B., & Axelin, A. (2021). Effects of single family room architecture on parent–infant closeness and family centered care in neonatal environments—a single-center pre–post study. *Journal of Perinatology*, *41*(9), 2244–2251. <https://doi.org/10.1038/s41372-021-01137-z>
- Kavle, J. A., Welch, P. R., Bwanali, F., Nyambo, K., Guta, J., Mapongo, N., Straubinger, S., & Kambale, S. (2019). The revitalization and scale-up of the <scp>Baby-Friendly Hospital Initiative</scp> in Malawi. *Maternal & Child Nutrition*, *15*(S1). <https://doi.org/10.1111/mcn.12724>
- Klemming, S., Lilliesköld, S., Arwehed, S., Jonas, W., Lehtonen, L., & Westrup, B. (2023). Mother-newborn couplet care: Nordic country experiences of organization, models and practice. *Journal of Perinatology*, *43*(S1), 17–25. <https://doi.org/10.1038/s41372-023-01812-3>

- Kronborg, H., & Foverskov, E. (2020). Multifactorial influence on duration of exclusive breastfeeding; a Danish cohort study. *PLOS ONE*, *15*(9), e0238363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238363>
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal and Child Health Journal*, *16*(2), 297–305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
- Larocque, C., Peterson, W. E., Squires, J. E., Mason-Ward, M., Mayhew, K., & Harrison, D. (2021). Family-centred care in the Neonatal Intensive Care Unit: A concept analysis and literature review. *Journal of Neonatal Nursing*, *27*(6), 402–411. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.06.014>
- Lewkowicz, A. K., Raghuraman, N., López, J. D., Macones, G. A., & Cahill, A. G. (2019). Infant Feeding Practices and Perceived Optimal Breastfeeding Interventions among Low-Income Women Delivering at a Baby-Friendly Hospital. *American Journal of Perinatology*, *36*(07), 669–677. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676485>
- Lojander, J., Axelin, A., Bergman, P., & Niela-Vilén, H. (2022). Maternal perceptions of breastfeeding support in a birth hospital before and after designation to the Baby-Friendly Hospital Initiative: A quasi-experimental study. *Midwifery*, *110*, 103350. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103350>
- Lojander, J., Axelin, A., & Niela-Vilén, H. (2024). ‘Breastfeeding exclusivity, difficulties, and support in the first days after hospital discharge: A correlational study’. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *296*, 76–82. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.02.029>
- Lojander, J., Mäkelä, H., & Niela-Vilén, H. (2022). Maternal perceptions and experiences of breastfeeding support in Baby-Friendly hospitals: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, *4*, 100105. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100105>
- Mastrup, R., Haiek, L. N., The Neo-BFHI Survey Group, Lubbe, W., Meerkin, D. Y., Wolff, L., Hatahaki, K., Alsumaie, M. A., De Leon-Mendoza, S., Ng, Y. P. M., Shorey, S., Conti, R., Leme, T., Rossetto, E. G., Acosta, A. A., Nuñez, A. E. O., Toala, E., Gonzalez, M. E. O., Berger, A., ... O’Donoghue, D. (2019). Compliance with the “Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards” in 36 countries. *Maternal & Child Nutrition*, *15*(2), e12690. <https://doi.org/10.1111/mcn.12690>
- Mastrup, R., Hannula, L., Hansen, M. N., Ezeonodo, A., & Haiek, L. N. (2022). The Baby-friendly Hospital Initiative for neonatal wards. A mini review. *Acta Paediatrica*, *111*(4), 750–755. <https://doi.org/10.1111/apa.16230>
- Maimburg, R. D. (2017). Rates of breastfeeding initiation among newborns. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *12*, 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.01.001>
- Mcfadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S., & Macgillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Teoksessa *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vsk. 2017, Numero 2). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- Meek, J. Y., & Noble, L. (2022). Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, *150*(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>
- Menking-Hoggatt, C. (2017). *The Effect of Early Skin-to-Skin Contact on Breastfeeding Duration and Exclusivity: a Mixed Methods Study* [West Virginia University Libraries]. <https://doi.org/10.33915/etd.6216>
- Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *67*(5), 1152–1162. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x>
- Moen A, Hallberg B, Mader S, Ewald U, Sizun J, & White R. (2018). *European Standards of Care for Newborn Health: core principles of NICU design to promote family-centred care*.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2016*(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

- Mora, A. de la, Russell, D. W., Dungy, C. I., Losch, M., & Dusdieker, L. (1999). The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of Reliability and Validity. *Journal of Applied Social Psychology, 29*(11), 2362–2380. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb00115.x>
- Mosher, C., Sarkar, A., Hashem, A. A., Hamadah, R. E., Alhoulan, A., AlMakadma, Y. A., Khan, T. A., Al-Hamdani, A. K., & Senok, A. (2016). Self-reported breast feeding practices and the Baby Friendly Hospital Initiative in Riyadh, Saudi Arabia: prospective cohort study. *BMJ Open, 6*(12), e012890. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012890>
- Neves, P. A. R., Vaz, J. S., Maia, F. S., Baker, P., Gatica-Domínguez, G., Piwoz, E., Rollins, N., & Victora, C. G. (2021). Rates and time trends in the consumption of breastmilk, formula, and animal milk by children younger than 2 years from 2000 to 2019: analysis of 113 countries. *The Lancet Child & Adolescent Health, 5*(9), 619–630. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00163-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00163-2)
- Niela-Vilen, H., Axelin, A., & Flacking, R. (2020). The golden hour in Finnish birthing units - An ethnographic study. *Midwifery, 89*, 102793. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102793>
- Niela-Vilén, H., Axelin, A., Melender, H.-L., Löyttyniemi, E., & Salanterä, S. (2016). Breastfeeding preterm infants - a randomized controlled trial of the effectiveness of an Internet-based peer-support group. *Journal of Advanced Nursing, 72*(10), 2495–2507. <https://doi.org/10.1111/jan.12993>
- Niela-Vilén, H., Ezeonodo, A., Maastrup, R., Haiek, L., & Hannula, L. (2020). Neonataaliosastojen Vauvamyönteisyysohjelman (Neo-BFHI) suositusten toteutuminen vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla Suomessa. *Hoitotiede, 32*(4), 250–261.
- Niela-Vilén, H., Melender, H.-L., Axelin, A., Löyttyniemi, E., & Salanterä, S. (2016). Predictors of Breastfeeding Initiation and Frequency for Preterm Infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 45*(3), 346–358. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.01.006>
- Nilsson, I. M. S., Kronborg, H., Rahbek, K., & Strandberg-Larsen, K. (2020). The significance of early breastfeeding experiences on breastfeeding self-efficacy one week postpartum. *Maternal & Child Nutrition, 16*(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12986>
- Nilsson, I. M. S., Strandberg-Larsen, K., Knight, C. H., Hansen, A. V., & Kronborg, H. (2017). Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. *Maternal & Child Nutrition, 13*(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.12432>
- Norén, J., Nyqvist, K. H., Rubertsson, C., & Blomqvist, Y. T. (2018). Becoming a mother – Mothers' experience of Kangaroo Mother Care. *Sexual & Reproductive Healthcare, 16*, 181–185. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.005>
- Nyqvist, K. H., Maastrup, R., Hansen, M. N., Häggkvist, A.-P., Hannula, L., Ezeonodo, A., Kylberg, E., Frandsen, A. L., & Haiek, L. N. (2015). *Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. Core document with recommended standards and criteria*. . chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://portal.ilca.org/files/resources/Neo-BFHI%20Core%20document%202015%20Edition.pdf
- Olmos-Vega, F. M., Stalmeijer, R. E., Varpio, L., & Kahlke, R. (2023). A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Medical Teacher, 45*(3), 241–251. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2057287>
- Oude Maatman, S. M., Bohlin, K., Lilliesköld, S., Garberg, H. T., Uitewaal-Poslawky, I., Kars, M. C., & van den Hoogen, A. (2020). Factors Influencing Implementation of Family-Centered Care in a Neonatal Intensive Care Unit. *Frontiers in Pediatrics, 8*. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00222>
- Pallás Alonso C, Westrup B, Kuhn P, Daly M, & Guerra P. (2022). *European standards of care for newborn health: Parental involvement*.
- Park, M., Giap, T.-T.-T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies, 87*, 69–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>

- Parker, M. G., Stellwagen, L. M., Noble, L., Kim, J. H., Poindexter, B. B., & Puopolo, K. M. (2021). Promoting Human Milk and Breastfeeding for the Very Low Birth Weight Infant. *Pediatrics*, *148*(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-054272>
- Pérez-Escamilla, R., Martínez, J. L., & Segura-Pérez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, *12*(3), 402–417. <https://doi.org/10.1111/mcn.12294>
- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G., & Richter, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, *401*(10375), 472–485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
- Pezaro, S., Pendleton, J., van der Waal, R., LaChance Adams, S., Santos, M. J. D. S., Bainbridge, A., Isha, K., Maeder, Z., Gilmore, J., Webster, J., Lai-Boyd, B., Brennan, A. M., & Newnham, E. (2024). Gender-inclusive language in midwifery and perinatal services: A guide and argument for justice. *Birth*. <https://doi.org/10.1111/birt.12844>
- Platis, C., Ilonidou, C., Stergiannis, P., Ganas, A., & Intas, G. (2021). *The Job Rotation of Nursing Staff and Its Effects on Nurses' Satisfaction and Occupational Engagement* (ss. 159–168). https://doi.org/10.1007/978-3-030-78771-4_18
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. p.). Wolters Kluwer.
- Pramono, A., Smith, J., Bourke, S., & Desborough, J. (2022). “We All Believe in Breastfeeding”: Australian Midwives’ Experience of Implementing the Baby Friendly Hospital Initiative. *Journal of Human Lactation*, *38*(4), 780–791. <https://doi.org/10.1177/08903344221106473>
- Raiskila, S., Axelin, A., Toome, L., Caballero, S., Tandberg, B. S., Montirosso, R., Normann, E., Hallberg, B., Westrup, B., Ewald, U., & Lehtonen, L., 2017. Parents’ presence and parent–infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. *Acta Paediatr*, *106*(6), 878–888. <https://doi.org/10.1111/apa.13798>
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? [Article]. *The lancet.*, *387*(10017), 491–504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- Rosen-Carole, C., Waltermaurer, E., Goudreault, M., Larimer, A., Pokharel-Wood, M., Rajupet, S., & Kouba, N. (2016). Assessing the Efficacy of a Breastfeeding-Friendly Quality Improvement Project in a Large Federally Qualified Health Center Network. *Journal of Human Lactation*, *32*(3), 489–497. <https://doi.org/10.1177/0890334415610326>
- Rutberg, S., & Bouikidis, C. D. (2018). Focusing on the Fundamentals: A Simplistic Differentiation Between Qualitative and Quantitative Research. *Nephrology nursing journal : journal of the American Nephrology Nurses' Association*, *45*(2), 209–212.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Chandler, J., Hawkes, C. A., Crichton, N., Allen, C., Bullock, I., & Strunin, L. (2013). The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: implications for the development of the PARIHS framework. *Implementation Science*, *8*(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-28>
- Santana, G. S., Giugliani, E. R. J., Vieira, T. de O., & Vieira, G. O. (2018). Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, *94*(2), 104–122. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.06.013>
- Semenic, S., Childerhose, J. E., Lauzière, J., & Groleau, D. (2012). Barriers, Facilitators, and Recommendations Related to Implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI). *Journal of Human Lactation*, *28*(3), 317–334. <https://doi.org/10.1177/0890334412445195>
- Serdar, C. C., Cihan, M., Yücel, D., & Serdar, M. A. (2021). Sample size, power and effect size revisited: simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies. *Biochemia medica*, *31*(1), 27–53. <https://doi.org/10.11613/BM.2021.010502>

- Shafaei, F. S., Mirghafourvand, M., & Havizari, S. (2020). The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial. *BMC Women's Health*, 20(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00947-1>
- Shattnawi, K. K. (2017). Healthcare Professionals' Attitudes and Practices in Supporting and Promoting the Breastfeeding of Preterm Infants in NICUs. *Advances in Neonatal Care*, 17(5), 390–399. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000421>
- Shorey, S., He, H.-G., & Morelius, E. (2016). Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. *Midwifery*, 40, 207–217. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.007>
- Siedlecki, S. L. (2020). Quasi-Experimental Research Designs. *Clinical Nurse Specialist*, 34(5), 198–202. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000540>
- Sigman-Grant, M., & Kim, Y. (2016). Breastfeeding Knowledge and Attitudes of Nevada Health Care Professionals Remain Virtually Unchanged over 10 Years. *Journal of Human Lactation*, 32(2), 350–354. <https://doi.org/10.1177/0890334415609916>
- Swanson, V., & Hannula, L. (2021). How do pregnant women's perceptions of obstetric forceps change according to their demographic background: a cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 699. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05010-5>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). *Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet*. Perinataalilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2023. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/synre/toimenpiteet/summary_timebar
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024a). *Vauvamyönteisyys*. <https://thl.fi/aiheet/lapset-nuoret-ja-perheet/kehittyvat-kaytannot/vauvamyonteisyys>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024b). *Vauvamyönteisyysohjelma synnytysyksiköille*. <https://thl.fi/aiheet/lapset-nuoret-ja-perheet/kehittyvat-kaytannot/vauvamyonteisyys/vauvamyonteisyysohjelma-synnytysyksiköille>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024c). *Vauvamyönteisyysohjelman kansallinen koordinaatio THL:ssä päättyy*. <https://thl.fi/-/vauvamyonteisyysohjelman-kansallinen-koordinaatio-thl-ssa-paatty>
- Thompson, J. M. D., Tanabe, K., Moon, R. Y., Mitchell, E. A., McGarvey, C., Tappin, D., Blair, P. S., & Hauck, F. R. (2017). Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Pediatrics*, 140(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1324>
- Thomson, G., Flacking, R., George, K., Feeley, N., Haslund-Thomsen, H., De Coen, K., Schmied, V., Provenzi, L., & Rowe, J. (2020). Parents' experiences of emotional closeness to their infants in the neonatal unit: A meta-ethnography. *Early Human Development*, 149, 105155. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105155>
- Toivonen, M., Lehtonen, L., Ahlqvist-Björkroth, S., & Axelin, A. (2019). Key factors supporting implementation of a training program for neonatal family-centered care – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 394. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4256-1>
- Toivonen, M., Lehtonen, L., Löyttyniemi, E., Ahlqvist-Björkroth, S., & Axelin, A. (2020). Close Collaboration with Parents intervention improves family-centered care in different neonatal unit contexts: a pre–post study. *Pediatric Research*, 88(3), 421–428. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-0934-2>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcjpcglclefindmkaj/https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf](https://efaidnbmnnnibpcjpcglclefindmkaj/https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)
- van Veenendaal, N. R., Labrie, N. H. M., Mader, S., van Kempen, A. A. M. W., van der Schoor, S. R. D., & van Goudoever, J. B. (2022). An international study on implementation and facilitators and barriers for parent-infant closeness in neonatal units. *Pediatric Investigation*, 6(3), 179–188. <https://doi.org/10.1002/ped4.12339>

- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Videholm, S., Wallby, T., & Silfverdal, S.-A. (2021). Breastfeeding practice, breastfeeding policy and hospitalisations for infectious diseases in early and later childhood: a register-based study in Uppsala County, Sweden. *BMJ Open*, 11, 46583. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046583>
- Vidović Roguljić, A., & Zakarija-Grković, I. (2023). ‘She was hungry’—Croatian mothers’ reasons for supplementing their healthy, term babies with formula during the birth hospitalisation’. *Acta Paediatrica*, 112(10), 2113–2120. <https://doi.org/10.1111/apa.16907>
- Vizzari, G., Mormiroli, D., Consales, A., Capelli, V., Crippa, B. L., Colombo, L., Sorrentino, G., Bezze, E., Sannino, P., Soldi, V. A., Plevani, L., Mosca, F., & Gianni, M. L. (2020). Knowledge and attitude of health staff towards breastfeeding in NICU setting: are we there yet? An Italian survey. *European Journal of Pediatrics*, 179(11), 1751–1759. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03678-5>
- Walsh, A., Pieterse, P., Mishra, N., Chirwa, E., Chikalipo, M., Msowoya, C., Keating, C., & Matthews, A. (2023). Improving breastfeeding support through the implementation of the Baby-Friendly Hospital and Community Initiatives: a scoping review. *International Breastfeeding Journal*, 18(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s13006-023-00556-2>
- WHO. (2017). *National Implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative*.
- WHO. (2022). *Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057367>.
- WHO & UNICEF. (2018). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative*. The World Health Organization (WHO) and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>
- WHO & UNICEF. (2020). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the baby-friendly hospital initiative for small, sick and preterm newborns*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333686>
- Widström, A., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192–1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- Wieczorek, C. C., Marent, B., Dorner, T. E., & Dür, W. (2016). The struggle for inter-professional teamwork and collaboration in maternity care: Austrian health professionals’ perspectives on the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative. *BMC Health Services Research*, 16(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1336-3>
- World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (2013). *JAMA*, 310(20), 2191. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Yang, S. F., Schmied, V., Burns, E., Brodribb, W., & Salamonson, Y. (2018). Validation of the Chinese Version of the Australian Breastfeeding Attitude Questionnaire. *Journal of Human Lactation*, 34(4). <https://doi.org/10.1177/0890334418761567>
- Young, B. E., Seppo, A. E., Diaz, N., Rosen-Carole, C., Nowak-Wegrzyn, A., Cruz Vasquez, J. M., Ferri-Huerta, R., Nguyen-Contant, P., Fitzgerald, T., Sangster, M. Y., Topham, D. J., & Järvinen, K. M. (2022). Association of Human Milk Antibody Induction, Persistence, and Neutralizing Capacity With SARS-CoV-2 Infection vs mRNA Vaccination. *JAMA Pediatrics*, 176(2), 159. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.4897>
- Yu, J., Wei, Z., Lukoyanova, O., Borovik, T., & Fewtrell, M. S. (2020). Maternal Infant-Feeding Attitudes, Infant Eating Behaviors, and Maternal Feeding Choice at 3 and 6 Months Postpartum: A Comparative Multicenter International Study. *Breastfeeding Medicine*, 15(8), 528–534. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0066>

- Zakarija-Grković, I., Boban, M., Janković, S., Čuže, A., & Burmaz, T. (2018). Compliance with who/unicef bfhi standards in croatia after implementation of the bfhi. *Journal of Human Lactation*, 34(1). <https://doi.org/10.1177/0890334417703367>
- Zhao, Y., Ouyang, Y.-Q., & Redding, S. R. (2018). Chinese women's experiences, emotions and expectations of breast-feeding in public: a qualitative study. *Public Health Nutrition*, 21(8), 1565–1572. <https://doi.org/10.1017/S1368980017003937>

Lista taulukoista ja kuvista

Taulukot

Taulukko 1.	Vauvamyönteisyysohjelman 10 askelta onnistuneeseen imetykseen synnytysyksiköille ja vastasyntyneiden teho-osastoille.	17
Taulukko 2.	Tiivistelmä tutkimuksen eri vaiheissa käytetyistä tutkimusasetelmaista.	34
Taulukko 3.	Tutkimukseen osallistuneiden vanhempien ja heidän vauvojensa taustatiedot.	36
Taulukko 4.	Tutkimukseen osallistuneiden ammattilaisten taustatiedot vuonna 2017 ja vuonna 2019.	39
Taulukko 5.	Tutkimukseen osallistuneiden äitien ja heidän vauvojensa taustatiedot ryhmässä 1 vuonna 2017 ja ryhmässä 2 vuonna 2019.	41
Taulukko 6.	Haastatteluun osallistuneiden ammattilaisten taustatiedot.	42
Taulukko 7.	Osatutkimuksessa II käytetyt mittarit.	50
Taulukko 8.	Henkilökunnan imetysasenne ennen vauvamyönteisyysohjelman käyttöönottoa aineistossa 1 ja käyttöönoton jälkeen aineistossa 2.	61
Taulukko 9.	Sairaalan hoitokäytännöt synnytysvuodeosastolla ja vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolla sekä vauvamyönteisyysohjelman käyttöönoton aikaansaama muutos.	63
Taulukko 10.	Äitien imetyksen kesto ja täysimetys kuuden kuukauden seurantajakson aikana.	65
Taulukko 11.	Osatutkimukset ja niiden keskeiset tulokset.	71

Kuviot ja kuvat

Kuvio 1.	Vuokaavio tutkimukseen II osallistuneista ammattilaisista.	38
Kuvio 2.	Vuokaavio Vauvamyönteisyysohjelman ja sen kymmenen askeleen käyttöönoton prosessista.	45
Kuva 1.	HAPPY-älypuhelinsovellus.	46
Kuvio 3.	Vuokaavio osatutkimuksen II äitien aineistonkeruun etenemisestä ennen interventiota vuonna 2017 ja sertifikaatin myöntämisen jälkeen vuonna 2019.	51
Kuvio 4.	Vanhemman ja vauvan läheisyyden ja eron vuoristorata vastasyntyneiden teho-osastolla.	59

Kuvio 5.	Äitien imetysasenne (%) ryhmiteltynä myönteiseen, neutraaliin ja pulloruokintamyönteiseen imetysasenteeseen ennen vauvamyönteisysohjelman käyttöönottoa 2017 (R1) ja vauvamyönteisysohjelman käyttöönoton jälkeen 2019 (R2). Asenne mitattu sairaalassa ennen kotiutumista (A1) ja 4 kuukautta synnytyksen jälkeen (A2) 64	64
Kuvio 6.	Imetysongelmien esiintymisen (%) vertailu 2 viikkoa, 1, 4 ja 6 kuukautta synnytyksen jälkeen ennen (R1) ja jälkeen (R2) vauvamyönteisysohjelman käyttöönoton 66	66
Kuvio 7.	Ammattilaisten kokemus vauvamyönteisysohjelman käyttöönotosta matkana, jonka he kiipesivät mäkeä ylöspäin ja tavoitteen saavutettuaan yrittävät ylläpitää saavutetut muutokset ja pysyä mäen laella 67	67

Liitteet

Liite 1. Kirjallisuudessa käytetyt hakusanat, tietokantahakujen tulokset sekä valintaprosessi dublikaattien poiston jälkeen (kaikki/otsikko/tiivistelmä).

Hakusanat	Haun tulos	Valintaprosessi	Valinta
Haun rajaus 1/2014–12/2024			
("baby friendly hospital*" or "baby-friendly hospital*" or "baby-friendly hospital initiative" or "BFHI" or "neo-BFHI" or "ten steps to successful breastfeeding" or "ten steps") and ("breastfeed*" or "breast feed*" or "infant feed*" or "exclusive breastfeed*" or "breast-feeding pract*" or "lactation" or "breast feeding") and ("attitude*" or "approach" or "perspective")	PubMed 126 CINAHL 123 Cochrane reviews 16 Yhteensä 267	196/84/43	26
("baby friendly hospital*" or "baby-friendly hospital*" or "baby-friendly hospital initiative" or "BFHI" or "neo-BFHI" or "ten steps to successful breastfeeding" or "ten steps") and ("implement*" or "applicat*" or "initializ*" or "execute*" or "accomplish*" or "fulfil*" or "design*")	PubMed 374 CINAHL 291 Cochrane reviews 20 Yhteensä 685	472/69/27	11
("family centered care" or "family-centered care" or "family centred care" or "FCC") and ("newborn" or "infant") and ("neonatal intensive care unit" or "NICU" or "maternity" or "birth hospital" or "maternity hospital")	Pubmed 370 CINAHL 334 Cochrane reviews 7 Yhteensä 711	534/85/21	7



**TURUN
YLIOPISTO**
UNIVERSITY
OF TURKU

ISBN 978-952-02-0311-5 (PRINT)
ISBN 978-952-02-0312-2 (PDF)
ISSN 0355-9483 (Print)
ISSN 2343-3213 (Online)