

Opinnäytetyö (AMK)

Kättilökoulutus

2017

Kati Aalto, Tuula Tapani, Anni Tuominen

SYNNYTYSKIVUN LIEVITTÄMINEN

– opas kivunlievitykseen aktiivisessa
synnytyksessä

Kati Aalto, Tuula Tapani, Anni Tuominen

SYNNYTYSKIVUN LIEVITTÄMINEN

- opas kivunlievitykseen aktiivisessa synnytyksessä

Kipu kuuluu luonnollisena osana synnytykseen. Synnytyskipu muuttuu synnytyksen edetessä ja synnyttäjän kokeman kivun voimakkuus on hyvin yksilöllistä. Koettuun kipuun vaikuttavat muun muassa vauvan koko, äidin yleisvointi ja valmistautuminen synnytykseen.

Synnytyskipua pystytään hoitamaan tehokkaasti ja turvallisesti. Lääkkeellisesti synnytyskipua voidaan lievittää vahvojen kipulääkkeiden avulla, puudutuksin tai ilokaasua käyttämällä. Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä ovat esimerkiksi erilaiset asennot, vesi ja rentoutuskeinot.

Jokaisella synnyttäjällä on oikeus vaikuttaa oman kivunlievitysmenetelmänsä valintaan. Aktiivisen synnytyksen keskiössä onkin synnyttäjä, joka osallistuu päätöksentekoon, kohtaa ja hyväksyy kivun hoitohenkilökunnan avustuksella. Aktiiviseen synnytykseen kuuluu myös se, että synnytyksen kulkuun puututaan mahdollisimman vähän. Aktiivisessa synnytyksessä äiti valmistautuu synnytykseen jo raskausaikana. Äidillä tulisi olla tietoa synnytyksen kulusta ja kivunlievitysmenetelmistä, sekä toiveita ja odotuksia omaa synnytystään koskien. Hyvällä valmistautumisella on positiivisia vaikutuksia synnytykskokemukseen.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, millaisia synnytyksessä yleisemmin käytettäviä lääkkeellisiä sekä lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä on tällä hetkellä saatavilla. Tarkoituksena oli käydä läpi näiden menetelmien hyötyjä ja haittoja sekä, mitä niiden käytössä tulee huomioida. Työn yhteydessä laadittiin synnytykseen valmistautuville perheille tarkoitettu opas kivunlievitysmenetelmistä. Tavoitteena oli laatia toimeksiantajan odotuksia vastaava, kattava, selkeä, luotettava, ajankohtaista tietoa sisältävä sekä helposti saatavilla oleva opas synnytyskipun lievitysmenetelmistä, joka vastaa myös perheiden tarpeisiin. Työn toimeksiantajana toimi Aktiivinen synnytys ry.

ASIASANAT:

Synnytys, aktiivinen synnytys, synnytyskipu, lääkkeetön kivunlievitys, lääkkeellinen kivunlievitys

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Midwife

2017 | 48

Kati Aalto, Tuula Tapani, Anni Tuominen

PAIN RELIEF IN LABOR

- a guidebook to pain management during active birth

Pain is a natural part of labor. Labor pain changes while the labor progresses and the experience of pain varies significantly between women. The experienced amount of pain is affected by, for example, the size of the child, mother's overall health and preparation for labor.

Labor pain can be treated effectively and safely. Pain can be managed by opioids, anesthetics and nitrous oxide. Non-medical pain management methods are, for example, different postures, water and relaxation.

Every woman giving birth has the right to make decisions about the pain management during labor. Active birth is about a woman participating in decision-making process and facing the pain with the assistance of health-care professionals. In active labor there are as few medical interventions as possible and the mother has done preparations beforehand. The mother giving birth should have knowledge about labor and pain management, and wishes regarding them. A good preparation has positive effects on the birth experience.

This is a practice-based thesis. The purpose of this thesis was to examine the most common present medical and non-medical pain management methods in labor. The purpose was to go through the benefits and disadvantages of these methods and what should be taken into consideration while using them. In addition to the theoretical framework, a guidebook for families preparing for labor was written. The aim of the guidebook is to offer reliable and up-to-date information in a clear and easily accessible form which also answer for families' needs. This thesis was commissioned by Aktiivinen synnytys ry.

KEYWORDS:

Labor, active birth, labor pain, labor analgesia, non-pharmacological pain management

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SYNNYTYS	7
3 SYNNYTYSKIPU	9
4 LÄÄKKEELLISET KIVUNLIEVITYSMENETELMÄT	12
4.1 Ilokaasu	12
4.2 Vahvat kipulääkkeet	12
4.3 Sentraaliset puudutukset	13
4.4 Paraservikaalipuudutus	15
4.5 Pudendaalipuudutus	16
5 LÄÄKKEETTÖMÄT KIVUNLIEVITYSMENETELMÄT	17
5.1 Asennot ja liikkuminen	17
5.2 Rentoutumiskeinoja	18
5.3 Vesi	19
5.4 Lämpö- ja kylmähoito	19
5.5 TENS eli sähköinen hermostimulaatio	20
5.6 Akupunktio ja – painanta	21
5.7 Aquarakkulat	21
6 AKTIIVINEN SYNNYTYS	23
7 KIRJALLINEN OPAS	25
8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	27
9 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ	28
10 OPPAAN TOTEUTUS	29
11 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	30
12 POHDINTA	32
LÄHTEET	36

LIITTEET

Liite 1. Opas kivunlievitykseen aktiivisessa synnytyksessä

1 JOHDANTO

Synnytys on luonnollinen tapahtuma, johon kipu osaltaan kuuluu. Synnytys voidaan nähdä aktiivisena työnä, jota tehdään yhdessä kivun kanssa. Kivun kokeminen on hyvin yksilöllistä ja tähän vaikuttaa merkittävästi sekä synnyttäjän että kättilön valmiudet työstää kipua. (Raussi-Lehto 2015b.) Jokaisella synnyttävällä naisella on oikeus tehokkaiseen kivunlievitykseen ja mahdollisuuteen vaikuttaa päätöksiin synnytyksen yhteydessä (Sarvela & Nuutila 2009). Valmistautuminen lisää synnyttäjän hallinnan tunnetta ja aktiivista roolia synnytyksessä sekä helpottaa positiivisen synnytyskokemuksen saavuttamista (Lally ym. 2008). Positiivinen synnytyskokemus luo hyvät lähtökohdat vanhemmuuteen (Raussi-Lehto 2015a). Synnyttäjän yksilölliset tarpeet ja toiveet ovat perustana kivunlievitykselle. Kättilön tehtävänä on auttaa synnyttäjää valitsemaan sopiva kivunlievitysmenetelmä lääkkeellisten tai lääkkeettömien menetelmien joukosta. (Raussi-Lehto & Melender 2008.)

Synnytyskivun hoidossa käytettäviä kivunlievitysmenetelmiä on tutkittu paljon ja aiheesta on jo tehtykin useita opinnäytetöitä. Kivunlievitysmenetelmistä käydään myös jatkuvasti keskustelua esimerkiksi keskustelupalstoilla. Tämä opinnäytetyö tuo synnytyksen kivunhoitoon uutta näkökulmaa aktiivisen synnytyksen muodossa. Opinnäytetyön keskiössä on aktiivinen synnyttäjä, ja onkin tärkeä tuoda esille niitä kättilötyön keinoja, joilla äitiä tuetaan parhaalla mahdollisella tavalla itsenäiseen päätöksentekoon synnytyksen kivunlievitysmenetelmiä valittaessa. Tässä opinnäytetyössä käsitellään säännöllistä sairaalassa tapahtuvaa synnytystä.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Teoreettisen viitekehyksen pohjalta laadittiin ”opas kivunlievitykseen aktiivisessa synnytyksessä”. Oppaan tavoitteena on tukea synnytykseen valmistautumista etukäteen. Oppaaseen on valittu yleisimmin synnytyksessä käytettyjä lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä kuunnellen toimeksiantajan Aktiivinen synnytys ry:n toiveita. Opas on tärkeä, sillä se tuottaa luotettavaa ajankohtaista tietoa tiiviissä muodossa. Oppaan avulla perheiden aktiivinen valmistautuminen voi alkaa jo raskausaikana. Tässä opinnäytetyössä käytetään termejä *synnyttäjä* ja *äiti* samassa merkityksessä.

2 SYNNYTYS

World Health Organization (WHO) on määritellyt säännölliselle synnytykselle seuraavat kriteerit: 1) se alkaa spontaanisti 2) siihen ei liity ennalta tiedettyjä riskejä 3) se etenee matalan riskin synnytyksenä 4) sikiö syntyy päätilassa 5) synnytys tapahtuu raskausviikoilla 37 - 42 ja 6) sekä äiti että lapsi ovat hyvävointisia synnytyksen jälkeen (WHO 1996).

Synnytys käynnistyy säännöllisillä supistuksilla tai lapsiveden menolla ennen säännöllisten supistusten alkamista. Synnytyksen käynnistymisen tarkkaa syytä ei tunneta, mutta sen tiedetään olevan monimutkainen prosessi johon vaikuttavat sekä äidin, sikiön että istukan erittämät hormonit sekä kohdun mekaaninen venyminen. (Saarikoski 2011.)

Kohtu supistelee läpi raskauden heikosti, mutta synnytyksen lähestyessä nämä ennakoivat supistukset muuttuvat voimakkaammiksi. Aluksi supistukset tulevat epäsäännöllisesti. Niitä voi esiintyä usean päivän ajan muutaman tunnin sarjoissa, kunnes ne taas vaimenevat. Synnytyksen käynnistyessä supistukset muuttuvat säännöllisiksi ja kivuliaiksi. Säännöllisiksi supistukset katsotaan, kun ne tulevat alle kymmenen minuutin välein, yksi supistus kestää noin 20 - 60 sekuntia, ne ovat kestäneet vähintään kaksi tuntia ja ne vahvistuvat. (Raussi-Lehto 2015a.)

Jos synnytys käynnistyy sikiökalvojen puhkeamisella ennen supistustoiminnan alkamista, puhutaan lapsiveden menosta. Supistukset alkavat itsestään veden menon jälkeen yleensä kahden vuorokauden kuluessa. Jos supistustoiminta ei ala spontaanisti, tulee synnytys käynnistää, sillä pitkä aikaväli kalvojen puhkeamisen ja lapsen syntymän välillä lisää kohtutulehduksen riskiä. (Raussi-Lehto 2015a.)

Varsinaisen synnytyksen käynnistymistä edeltävää vaihetta kutsutaan latenssvaiheeksi, jolloin äiti tuntee epäsäännöllisiä lyhyitä supistuksia, jotka voivat olla kivuliaitakin. Latenssvaiheessa kohdunkaula pehmenee ja häviää. Latenssvaiheen kesto vaihtelee huomattavan paljon eri äideillä, se voi kestää muutamasta tunnista useaan vuorokautteen. (Sariola 2011.) Latenssvaihe on äidille hyvin subjektiivinen kokemus, kaikki äidit eivät huomaa tämän vaiheen käynnistymistä lainkaan (McDonald 2010). Pitkittänyt latenssvaihe kuluttaa äidin voimavaroja jo ennen synnytystä ja lisää synnytykseen liittyvien komplikaatioiden riskiä (Baxter 2007).

Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen. Näistä ensimmäinen, avautumisvaihe, alkaa säännöllisten supistusten alettua, kun kohdunkaula on avautunut noin kolme senttimetriä

ja kestää siihen asti, kunnes kohdun suu on avautunut täysin, eli kymmenen senttimetrin verran. Keskimäärin kohdunsuu avautuu noin yhden senttimetrin tunnissa. Ensisynnyttäjällä kohdunkaula ensin lyhenee latenssivaiheen aikana ja häviää, ja vasta sitten kohdunsuu avautuu. Uudelleensynnyttäjällä kohdunkaulan lyheneminen ja kohdunsuun avautuminen tapahtuvat yhtäaikaisesti. Kohdunsuun katsotaan olevan täysin auki, kun sen reunoja ei ole enää lainkaan tunnusteltavissa. (Raussi-Lehto 2015a.) Sikiön tarjoutuva osa laskeutuu yläaukeamaan ja kiinnittyy siihen yleensä jo synnytyksen alkuvaiheessa, mutta viimeistään avautumisvaiheen lopussa. Avautumisvaihe kestää ensisynnyttäjillä yleensä noin 10 tuntia ja uudelleensynnyttäjillä noin 6 tuntia, mutta vaihtelu on suurta. (Sariola & Tikkanen 2011a.)

Synnytyksen toinen vaihe eli ponnistusvaihe alkaa, kun kohdunsuu on avautunut täysin ja kestää siihen asti, kunnes lapsi on syntynyt. Ponnistusvaiheen alussa sikiö laskeutuu synnytyskanavassa edelleen alaspäin. Aktiivinen ponnistaminen voidaan aloittaa, kun sikiön tarjoutuva osa on laskeutunut painamaan välilihaa ja on näkyvissä emättimessä. Liian aikaisin aloitettu ponnistaminen voi johtaa äidin liialliseen väsymiseen. Aktiivisen ponnistusvaiheen aikana synnyttävä ponnistaa supistusten tahdissa sikiön ulos. Aktiivinen ponnistusvaihe kestää muutamasta minuutista jopa kahteen tuntiin. Ponnistusvaiheen pitkittyessä äiti väsyä ja sikiötä uhkaa hapenpuute. (Raussi-Lehto 2015a.)

Synnytyksen kolmas vaihe, eli jälkeisvaihe, tarkoittaa sitä, kun lapsi on jo syntynyt ja jälkeiset, eli istukka ja sikiökalvot syntyvät. Lapsen syntymän jälkeen istukka irtoaa noin 10 minuutin kuluttua kohdun seinämästä voimakkaan supistuksen ansiosta ja jälkeiset syntyvät äidin ponnistamana ulos. (Raussi-Lehto 2015a.)

3 SYNNYTYSKIPU

Käypä hoito -suosituksen mukaan kipu määritellään epämiellyttäväksi kokemukseksi, joka johtuu kudosaivuriosta tai sen uhasta (Käypä hoito-suositus 2015). Ärsyke saa aikaan kipureseptoreiden aktivoitumisen ja viesti välittyy sähköisinä impulsseina hermora-toja pitkin selkäytimen kautta aivoihin aina tuntoaivokuorelle asti. Kipuviesti ei välity sel-laisenaan, vaan kiputuntemus saattaa muuttua ulkoisten tekijöiden, kuten stressin tai lääkkeiden vaikutuksesta. Ärsyke voi olla mekaaninen, kemiallinen tai lämpöenergiasta johtuva. (Haanpää ym. 2009.)

Kiputuntemus voidaan jakaa somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Somaattinen eli ”ruumiillinen kipu” syntyy kehossa paikoissa, joissa on pienellä alueella paljon kipure-septoreita, kuten iholla. Somaattinen kipu on luonteeltaan helposti paikannettavaa ja koetaan usein terävänä. Viskeraalinen, eli sisäelinperäinen kipu johtuu sisäelinten vau-rioista, venymisestä, painumisesta ja esimerkiksi tulehdustilasta. Sisäelimissä on pinta-alaansa nähden vähemmän kipureseptoreita, joten yksi reseptori välittää kipua laajem-malta alueelta. Tästä syystä sisäelimiin liittyvä kipu on usein vaikeasti paikannettavissa ja tylppää. (Haanpää ym. 2009.)

2000-luvun alussa Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan hyvin kovaa tai sietämätöntä kipua kokee yli 80 prosenttia synnyttäjistä ennen kivun lievittämistä avautumisvaiheessa ja ponnistusvaiheessa 67 prosenttia (Aho ym. 2005). Ennen synnytystä synnyttäjät usein aliarvioivat synnytyskipun voimakkuuden (Lally ym. 2008). Synnytyksen alussa kivun on tarkoitus varoittaa alkavasta synnytyksestä. Synnytyksen edetessä kipu on luonnollista, mutta paheneva kipu voi olla myös merkki uhkaavasta vaarasta joko äidille tai sikiölle. Hoitamattomana kipu vaikeuttaa synnytystä ja voi vaarantaa äidin tai sikiön vointia. Syn-nytyskipu on luonteeltaan rytmistä, sillä kipu liittyy supistuksiin ja niiden väliset ajat ovat verraten kivuttomia. (Haanpää ym. 2009.)

Synnytyksen alkuvaiheen aikana kipu on viskeraaliselle kivulle tyypillisesti tylppää, epä-miellyttävää ja särkevää ja johtuu pääosin kohdun alaosan ja kohdunkaulan venymi-sestä, lantionsisäisten elinten iskemiasta ja poikkijuovaisten lihasten supistumisesta. Su-pistukset alkavat tuntua kivuliailta, kun kohdunsisäinen paine nousee. Kun kohdunkaula alkaa aktiivisesti avautua kipu muuttuu voimakkaammaksi, terävämmäksi ja kourista-vaksi. (Haanpää ym. 2009; Jaakola & Alahuhta 2014a.)

Ponnistusvaiheen aikana mukaan tulee myös somaattisten hermojen aktivaatiota, mikä johtaa terävämpään ja helposti paikannettavaan kipuun. Kipu välittyy kohdunkaulan emättimen puoleiselta alueelta, emättimestä ja välilihasta. Tätä terävää kipua aiheuttaa sikiön tarjoutuvan osan aiheuttama paine ja venytys sekä mahdolliset repeämät. (Haanpää ym. 2009.) Kun tarjoutuva osa on laskenut riittävän alas niin, että se painaa äidin peräsuolta ja välilihaa, tulee äidille voimakas tarve ponnistaa (Jaakola & Alahuhta 2014a).

Synnytyskipun voimakkuus korreloi kohdunkaulan avautumisen kanssa siten, että kipu voimistuu avautumisvaiheen edetessä aina ponnistusvaiheeseen asti (Raussi- Lehto 2015a). Synnytyskipu on voimakkainta avautumisvaiheen lopussa. Myös ponnistusvaiheen kipu koetaan voimakkaana, mutta aktiivinen ponnistaminen lievittää kiputunteista. (Haanpää ym. 2009.) Koettuun synnytyskipun voimakkuuteen vaikuttaa muun muassa äidin ikä ja paino, lapsen ja äidin lantion koko sekä sikiön tarjonta. Raskaus itsessään nostaa äidin endorfiinitasoa ja sitä kautta kipukynnystä valmistaen äitiä synnytykseen. Endorfiinitaso onkin korkeimmillaan juuri ennen synnytystä. Naiset, joilla on taipumus kivuliaisiin kuukautisiin, kokevat myös kovempaa synnytyskipua. Ensisynnyttäjien kokema kipu on voimakkaampaa kuin uudelleensynnyttäjien. (Haanpää ym. 2009.)

Fysiologisten tekijöiden lisäksi myös muun muassa synnyttäjän tieto tulevasta, motivaatio, mieliala, yleistila ja ennako-odotukset vaikuttavat kipukokemukseen. Kivusta seuraa yleensä psykofyysinen reaktio, johon luonnollisena osana kuuluu erilaisia tunteita, kuten kiukkua, pelkoa ja ahdistusta. (Raussi-Lehto 2015a.) Pelko ja turvattomuuden tunne taas lisäävät synnytyskipua (Sariola & Tikkanen 2011).

Synnytys on hyvin yksilöllinen ja emotionaalinen tapahtuma (Jaakola & Alahuhta 2014a). Synnyttäjät reagoivat synnytyskipuun hyvin eri tavoin. Osa kokee, että kipu on välttämätön ja tärkeä osa synnytystä ja naiseksi ja äidiksi kasvamista. Toisille taas äärimmäisen kovan kivun kokeminen ja riittämättömänä koetut kivunlievitysmenetelmät aiheuttavat traumoja ja se voi jopa häiritä terveen äiti- lapsi suhteen kehittymistä. (Haanpää ym. 2009; Raussi-Lehto 2015a.) Myös kivunlievitykseen suhtaudutaan vaihtelevasti, sillä toisille kivunlievitys synnytyksen yhteydessä voi aiheuttaa syyllisyyden ja epäonnistumisen tunteita. Suurin osa synnyttäjistä unohtaa synnytyskipun voimakkuuden hyvin nopeasti synnytyksen jälkeen. Huonon tai epävarman suhteen omaan äitiyteen tai raskauteen on todettu lisäävän koettua synnytyskipua. Eri kulttuurien välillä ei ole todettu eroa itse kivun kokemisessa, mutta kipukäyttäytyminen vaihtelee suuresti.

(Haanpää ym. 2009.) Avainasemassa synnytyskipun kanssa selviytymiselle on synnyttäjän omien voimavarojen tukeminen ja äidin kyky hyväksyä kipu osaksi synnytystä (Raussi-Lehto 2015a).

4 LÄÄKKEELLISET KIVUNLIEVITYSMENETELMÄT

4.1 Ilokaasu

Ilokaasu eli typpioksiduuli on typpidioksidin ja hapen seos, jossa seoksen happipitoisuutta voidaan muuttaa tilanteen mukaan. Ilokaasu on etenkin synnytyksen avautumisvaiheessa käytetty kivunlievitysmenetelmä. Myös jälkeisvaiheessa ja ommeltaessa mahdollisia repeämiä ilokaasua voidaan käyttää. Ilokaasun käyttö on mahdollista erilaisissa synnytysasennoissa. (Raussi-Lehto 2015a.)

Ilokaasun kipua lievittävän vaikutuksen ajatellaan perustuvan elimistön endorfiinien, dopamiinin ja luonnollisten opioidien vapautumiseen. Ilokaasu poistuu hengityksen mukana, eikä varastoidu elimistöön. Synnyttäjälle ilokaasu voi tuottaa mielihyvää ja saada euforisen ja rentoutuneen olon. Vaikka ilokaasu ei olekaan synnytyksen tehokkain kivunlievittäjä, se auttaa synnyttäjää rentoutumaan ja luo itsehallinnan tunteen. Ilokaasun teho on yksilöllistä. Se ei heikennä supistuksia tai vaikuta synnytyksen etenemiseen negatiivisesti. Koska ilokaasu ei aiheuta merkittäviä haittoja äidille tai sikiölle, synnyttäjä ei tarvitse jatkuvaa monitorointia, jolloin liikkuminen on vapaampaa. (Rooks 2011.)

Ilokaasun sivuvaikutuksia ovat pahoinvointi, mahdollinen suun ympäröivien limakalvojen turtuminen, käsien pistely, hengityksen pinnallistuminen, huimaus ja tasapainon heikkeneminen. Ilokaasun käyttö vaatii opettelua ja kättilön ohjausta: oikea-aikainen hengitys supistuksen alkaessa on oleellista tehokkaan kivunlievityksen aikaansaamiseksi. (Raussi-Lehto 2015a.) Ilokaasun oikean hengitystekniikan opettelu kestää yleensä 3 – 4 supistuksen ajan käytön aloituksesta ennen kuin tehokas kivunlievitys saavutetaan (Aho-nen ym. 2009).

4.2 Vahvat kipulääkkeet

Opioideja eli vahvoja kipulääkkeitä käytetään yhä laajasti synnytyskivun hoidossa, vaikka niiden teho ei ole tutkitusti vaikuttavaa. Haittavaikutuksia synnyttäjälle esiintyy paljon, muun muassa pahoinvointia, oksentelua, uneliaisuutta ja hengityslamaa. (Sarvela & Nuutila 2009; Markley & Rollins 2017.) Opioidien käyttö on edullista ja helppoa (Sparwson 2017). Kaikilla opioideilla on haitallisia vaikutuksia sikiöön, sillä ne läpäisevät

istukan. Suuret annokset tai pitkävaikutteiset opioidit annosteltuna lähellä synnytystä voivat aiheuttaa merkittäviä haittoja vastasyntyneelle. Näitä ovat sikiön vähentynyt sydämen lyöntitiheyden vaihtelu, sikiön vähentynyt liikkuminen, vastasyntyneen hengityslama, muutokset vastasyntyneen neurologisessa käytöksessä ja imemisongelmat. (Markley & Rollins 2017.)

Synnytyskivun hoidossa käytettäviä opioideja voidaan antaa suun kautta, peräpuikkona, suonensisäisesti tai lihakseen pistettynä. Tavallisesti näitä lääkkeitä käytetään synnytyksen avautumisvaiheen alussa. Näin lääkkeet ehtivät metaboloitua eli poistua synnyttäjän ja sikiön elimistöstä, jolloin vaikutus syntyvään lapseen on mahdollisimman vähäinen. (Sariola & Tikkanen 2011b.) Vahvoilla kipulääkkeillä on myös sedatiivinen eli rauhoittava vaikutus, jolloin synnyttäjällä on mahdollisuus levätä ennen tulevaa ponnistusvaihetta (Sarvela & Volmanen 2014). Rauhoittavat lääkkeet voivat kuitenkin heikentää synnyttäjän kykyä tehdä tietoisia päätöksiä ja näin vähentää hänen hoitoon osallistumistaan, mitkä ovat aktiivisen synnytyksen hoidon kulmakiviä (Sprawson 2017).

4.3 Sentraaliset puudutukset

Sentraalisia eli selkäpuudutuksia ovat spinaali- ja epiduraalipuudutus. Ne ovat synnytyskivun tehokkaimpia lievittäjiä. Jokaisella synnyttäjällä on oikeus tehokkaaseen kivunlievitykseen sitä toivoessaan. (Sarvela & Nuutila 2009.) Kuitenkin WHO:n (1996) mukaan puudutusten käyttö synnytyksessä lisää riskitekijöitä, jolloin synnytys ei enää ole säännöllinen matalan riskin synnytys vaan vaatii erityistarkkailua.

Sentraalisia puudutuksia ei voida laittaa kaikille synnyttäjille. Alaselän ihon tulehdus, veren hyytymisvajausta, verenhennuslääkitys ja tietyt harvinaiset selkä- ja hermostosairaudet ovat vasta-aiheita sentraalisille puudutuksille. (Sarvela & Volmanen 2014.) Synnyttäjälle on annettava tietoa toimenpiteen kulutusta. Synnyttäjän vointia, verenpainetta ja sykettä on seurattava jatkuvasti. Myös sikiön jatkuva sydänkäyrän rekisteröinti on tarpeen. Nykyään käytössä ovat laimeat puuduteliokset, joilla pyritään saamaan laaja kivunlievitys ja kuitenkin välttämään motorista salpausta ja verenkiertovaikutuksia. (Jaakola & Alahuhta 2014b.)

Puudutukset eivät lamaannuta tai väsytä synnyttäjää ja mahdollisesti tehoton ponnistustyö paranee (Sarvela & Volmanen 2014). Etenkin ensisynnyttäjillä, joilla synnytys on pit-

käkestoisin ja kivuliain, epiduraalipuudutus on tehokas kivunlievitysmenetelmä. Epiduraalipuudutus voidaan laittaa, kun synnytys on varmasti käynnistynyt ja kohdun suu avautuu. (Sariola & Tikkanen 2011b.) Epiduraalitilaan asetetaan katetri, jonka kautta puuduteaineliuos annostellaan (Raussi-Lehto 2015a). Puuduteaineliuos on puuduteaineen ja opioidin seos. Epiduraalipuudutusta voidaan ylläpitää joko toistuvilla kerta-annoksilla, jatkuvalla infuusiolla tai synnyttäjää voi itse annostella puudutteen määrää kipupumpulla. Synnyttäjälle kipupumppu voi tuoda kivunhallinnan tunteen, joka auttaa kivun käsittelyssä, lisää tyytyväisyyttä ja motorista toimintaa verrattuna jatkuvaan puuduteinfuusion. Synnyttäjää saa yksilöllisesti suunnitella kivunlievityksenä omaan synnytykseensä sopivaksi. (Sarvela & Nuutila 2009; Jaakola & Alahuhta 2014b; Sodha ym. 2017.)

Epiduraalipuudutuksen ei ole todettu pidentävän synnytyksen kokonaiskestoa, mutta erityisesti ensisynnyttäjillä ponnistusvaiheen kesto saattaa pidentyä tehottoman ponnistustyön vuoksi (Jaakola & Alahuhta 2014b). Epiduraalipuudutus vähentää synnyttäjän luonnollisen oksitosiinin erittymistä, mikä saattaa heikentää supistustoimintaa ja hankaloittaa synnytystä. Epiduraalipuudutuksen yhteydessä synteettisen oksitosiinin lisääminen infuusiolla onkin usein tarpeellista. (Äimälä 2015.) Oksitosiini vaikuttaa myös kohdun supistumiseen synnytyksen jälkeen, maidon herumiseen ja edistää äidin ja vastasyntyneen kiintymyssuhdetta (Khajehei 2017). Epiduraalipuudutus lisää instrumentaalisesti avustettujen synnytysten tarvetta, kuten imukuppi- ja pihtisynnytyksiä. (Shrestha ym. 2014; French ym. 2016).

Spinaalipuudutus laitetaan kertapuudutuksena selkäydinnestetilään. Sen vaikutus alkaa nopeasti, mutta on epiduraalipuudutuksen vaikutusta lyhyempi. Spinaalipuudutus tehoaa epiduraalipuudutusta paremmin ponnistusvaiheen kivunhoitoon. Se on etenkin uudelleen synnyttäjillä käytetty tehokas kivunlievitysmenetelmä. Yhdistettyä spinaali- ja epiduraalipuudutusta voidaan käyttää, jos spinaalipuudutuksen kesto jää liian lyhyeksi, jolloin lisäpistoja ei tarvitse tehdä. (Sariola & Tikkanen 2011b; Sarvela & Volmanen 2014.)

Kättilön tulee seurata puudutteen tehoa, synnytyksen edistymistä, kivun voimakkuutta, supistuksia, synnyttäjän väsymystä, hengitystaajuutta ja sikiön sydäнкäyrää (Raussi-Lehto 2015a). Laimeampien puuduteseoksien tavoitteena on mahdollisimman vähäinen motorinen salpaus, joka mahdollistaa synnyttäjän liikkeellä olon. Näin synnyttäjää voi haakeutua pystyasentoon, joka auttaa synnytyksen edistymisessä. Vapaa liikkuminen saattaa myös lisätä synnyttäjän tyytyväisyyttä. Puudutteen laitton jälkeen tulee kuitenkin varmistaa synnyttäjän alaraajojen riittävä lihasvoima ennen sängystä nousua. (Jaakola & Alahuhta 2014b.)

Epiduraalipuudutuksen haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, huimaus, pyörtymisalttius ja puudutemyrkytys, jos puudutetta päätyy vahingossa verisuoneen, joka on kuitenkin harvinaista. Supistukset saattavat heikentyä hetkellisesti ja sikiön tarjontavirheet voivat lisääntyä. (Raussi-Lehto 2015a.) Epiduraalipuudutuksen vaikutukset imetykseen ovat risiititaisia (Shrestha ym. 2014; French ym. 2016; Chu ym. 2017). Puudutus voi vaikuttaa negatiivisesti ensi-imetyksen onnistumiseen (French ym. 2016). Spinaali- ja epiduraalipuudutus yleensä laskevat synnyttäjän verenpainetta, jolloin tarvittaessa synnyttäjälle aloitetaan suonensisäinen nesteytys. Tämä voi rajoittaa synnyttäjän liikkumista. Myös sikiön syke saattaa hidastua hetkellisesti nopean kivunlievityksen johdosta. Puudutteet voivat aiheuttaa päänsärkyä, joka pahenee pystyasennossa. Lisäksi synnyttäjän lämpö voi nousta, tärinää ja kutinaa sekä virtsaamisvaikeuksia voi esiintyä. Kuitenkin lääkevaikutukset vastasyntyneeseen ovat puudutteilla vähäisemmät kuin vahvoilla kipulääkkeillä. (Sarvela & Volmanen 2014.)

4.4 Paraservikaalipuudutus

Paraservikaalipuudutus on kohdunkaulan puudutus, joka tarjoaa avautumisvaiheeseen nopean kivunlievityksen. Puudute sopii uudelleensynnyttäjille sekä myös ensisynnyttäjille, joiden synnytys etenee nopeasti. Puudutteen laittoon ei tarvita pitkiä esivalmisteluja. Se voidaan laittaa, kun sikiön tarjoutuva osa on laskeutunut lantioon ja painaa kohdunsuuta, avautumisvaihe etenee, supistukset ovat säännöllisiä ja kohdunsuun reuna on vielä tunnusteltavissa. Puudutteen teho alkaa heti ja on kestoaltaan 1 – 1,5 tuntia. Se voidaan tarvittaessa toistaa. Puudutteen teho vaihtelee eri synnyttäjillä ja sen teho on tutkitusti heikompi kuin epiduraali- tai spinaalipuudutuksen. (Kokki ym. 2010.)

Paraservikaalipuudutuksen ei ole todettu vaikuttavan synnytyksen kulkuun, eikä sillä ole merkittäviä haittavaikutuksia vastasyntyneelle. (Kokki ym. 2010.) Jos sikiöllä epäillään hapenpuutetta, puudutusta ei voida käyttää. Puudutteen haittana on sen mahdollinen leviäminen kohdun verenkiertoon ja istukan kautta sikiöön. Tämän johdosta sikiöllä saattaa esiintyä ohimenevää bradykardiaa eli sydämen harvalyöntisyyttä tai asidoosia eli elimistön nesteiden liiallista happamuutta. Kätilön tulee seurata sikiön sydänkäyrää tarkasti ja sen tulee olla normaali, jotta puudutus voidaan laittaa. (Raussi-Lehto 2015a.)

4.5 Pudendaalipuudutus

Häpyhermon johtopuudutusta eli pudendaalipuudutusta voidaan käyttää ponnistusvaiheen alussa, kun kohdunsuu on täysin auki (Raussi-Lehto 2015a). Puudutuksen tavoitteena on poistaa ulkosynnyttimien alueen sekä synnytyskanavan alaosaan kohdistuvaa kipua (Sarvela & Volmanen 2014). Pudendaalipuudutuksessa käytetään laimeaa puudutusainetta (Sariola & Tikkanen 2011b). Se ei estä muiden puudutusmenetelmien samanaikaista käyttöä. Puudutteen vaikutusaika on 1 – 2 tuntia, se pehmentää myös välilihaa. (Raussi-Lehto 2015a.) Menetelmää käytetään myös episiotomian eli välilihan leikkauksen aiheuttaman kivun hoitoon. Tarvittaessa puudutteen voi laittaa myös siihen koulutuksen saanut kättilö. Pudendaalipuudutuksen teho vaihtelee ja puuduttajan kokemus vaikuttaa puudutteen onnistumiseen. Pudendaalipuudutuksen riskit ovat pienet niin äidille kuin lapsellekin. (Kokki ym. 2010; Sarvela & Volmanen 2014.)

5 LÄÄKKEETTÖMÄT KIVUNLIEVITYSMENETELMÄT

5.1 Asennot ja liikkuminen

Asennoilla ja liikkumisella on suuri merkitys koko synnytyksen ajan. Pystyasento edistää synnytyksen etenemistä, sillä silloin sikiön tarjoutuva osa painaa voimakkaasti kohdunkaulaa, jonka seurauksena kohdunsuu avautuu nopeammin ja supistukset ovat tehokkaampia. Pystyasennossa paineen kohdistuminen lantion ligamentteihin, niveliin ja sakraalihermoihin on vähäisempää kuin makuuasennossa, jolloin myös kipua koetaan vähemmän. Samalla kun paine lantion alueella vähenee, kohdun venekierto ja sikiön hapensaanti paranevat. (Raussi-Lehto 2015.) Avautumisvaiheen kesto voi lyhentyä pystyasennossa jopa tunnilla verrattuna makuuasennossa synnyttäneisiin. Epiduraalipuudutukseen tarve on epätodennäköisempää pystyasentoja käyttävien synnyttäjien joukossa. (Lawrence 2009.) Pystyasennossa syntyvän lapsen tarjoutuvan osan työntövoima jakautuu tasaisesti emättimen suuaukon ympärille, jolloin repeämän todennäköisyys on pienempi (Miettinen 2014). Yksi pystyasennon lisäeduista on, että se lisää synnyttäjän aktiivisuutta (Haataja 2011).

Riippuminen, roikkuminen esimerkiksi tukihenkilöön tukeutuen ja kyykkiminen ovat vaihtoehtoisia pystyasentoja. Synnyttäjän on tärkeää myös levätä ennen ponnistusvaiheen alkamista, jolloin esimerkiksi istuminen tai kylkiasento ovat hyviä vaihtoehtoja. (Raussi-Lehto 2015.) Risti-istunta ja kyykkyasento avaavat lantiota, samalla rentouttaen lantion pohjaa. Kyykkyasennossa polvien vieminen mahdollisimman kauas sivuille kasvattaa lantion ala-aukeamaa mahdollisimman suureksi ja antaa lapselle tilaa syntyä. Samantapainen asento saavutetaan synnytysjakkaralla. (Haataja 2011.)

Jos synnyttäjä kokee ennen aikaista ponnistuksen tarvetta, on hänet hyvä ohjata konttausasentoon. Konttausasento rentouttaa ristiselän alueen lihaksistoa ja vähentää synnytyksen aikaista selkäkipua sekä tarjontavirheitä. (Baker 2010 & Raussi-Lehto 2015.) Aktiivisessa ponnistusvaiheessa asennoiksi suositellaan istuma-asentoa synnytysjakkaralla tai –tuolissa, seisoma-asentoa, kyykkyasentoa, konttausasentoa, kylkimakuuasentoa tai puoli-istuvaa asentoa. Ponnistaminen pystyasennossa koetaan helpommaksi ja mukavammaksi ja siihen liittyy myös vähemmän hallitsematonta kipua ja lyhyempi ponnistusvaihe. (Raussi-Lehto 2015a.) Äidin synnyttäessä pystyasennossa, sikiöllä on havaittu vähemmän poikkeavuuksia sydänäänissä verrattuna niihin sikiöihin, joiden äidit

eivät olleet pystyasennossa. Pystyasennossa olleilla äideillä välilihan leikkaamisen tarve oli myös vähäisempää. (Gizzo ym. 2014.)

5.2 Rentoutumiskeinoja

Rauhallisesta hengitystavasta on apua rentoutumisessa ja se auttaa myös keskittymään. Se ei itsessään poista kipua, mutta voi auttaa kestäämään kipua paremmin. Jos synnyttäjät pystyy rentoutumaan, hengittäminen sujuu usein myös ongelmitta. Liiallinen, huoltava hengitys ja hengityksen pidättäminen ovat haitallisia, sillä pitkäkestoisena ne saattavat aiheuttaa hapenpuutetta sikiölle. Rentoutumisen apuna voidaan käyttää esimerkiksi musiikkia, mielikuvaharjoituksia ja erilaisia tuoksujia. (Raussi-Lehto 2015a.)

Synnytyksen aikana erityisesti hartioiden, kasvojen ja raajojen lihakset jännittyvät. Tätä lihasjännitystä olisi hyvä poistaa esimerkiksi hieronnalla. Hieronta auttaa lihaksia rentoutumaan ja täten parantaa verenkiertoa ja myös synnytyksen edistymisen edellytykset paranevat. (Raussi-Lehto 2015a.) Hieronnan ajatellaan lievittävän kipua joko hidastamalla aivoihin meneviä kipuimpulsseja tai stimuloimalla endorfiinin tuotantoa. Hieronnassa voidaan myös käyttää apuna erilaisia välineitä kuten Guashaa. (Raussi-Lehto & Melender 2008.) Guashassa öljytyä ihoa ”kammataan” toistuvien vedoin lastan tyyppisellä välineellä. Tarkoituksena on muun muassa stimuloida pintaverenkiertoa ja vapauttaa kuona-aineita kipeiltä alueilta. (Myeong ym. 2010.)

Synnytykslaulu eli rentouttava äänenkäyttö on yksinkertainen menetelmä, jonka avulla voi saada helpotusta synnytyskipuihin. Äänenkäyttö on rentoutusmenetelmä, mutta se on myös varhaista vuorovaikutusta syntyvän lapsen kanssa. Tarkoituksena on oppia käyttämään ääntä tietoisesti ja hallitusti, tehden keskittyneesti ääntä aina jokaisen supistuksen ajan, jolloin ääni auttaa olemaan taistelematta synnytyskipuja vastaan. Keskittyneen äänen tekeminen vaikuttaa synnyttäjään kolmelle tavalla: ääni rentouttaa kehoa, rauhoittaa mieltä ja toistettaessa syventää hengitystä. (Vuori & Laitinen 2005.) Äänen käyttöön liittyy monia etuja. Pitkien ääntävien vokaalien avulla synnyttäjät keskittyvät täysin olotilaansa, itseensä ja syntyvään vauvaan. Hengitys syvenee vieden happea supistuville kohtulihaksille ja syntyvälle vauvalle. (Haataja 2011.)

Riittää kun tehdään yhtä ääntä yhdellä vokaalilla. Tärkeää on oppia pitämään leuka ja posket rentoina, näin voidaan edesauttaa lantion alueen rentoutumista ja äänen reso-

nanssi on mahdollista kokea kehossa. Puheäänen korkuiset äänet soivat parhaiten keskikehossa. Kun tarkoituksena on rentouttaa lantion aluetta, matalat äänet ovat parhaita. Synnytystilanteessa tukihenkilön äänenkäytöstä on suuri apu, toisen ihmisen ääni rentouttaa sekä mieltä että kehoa. Erityisesti miehen luonnostaan matala ääni resonoi vahvasti naisen lantion alueella rentouttaen sitä. (Vuori & Laitinen 2005.)

5.3 Vesi

Lämpimässä suihkussa tai vesialtaassa oleilu on yksi tapa helpottaa oloa erityisesti avautumisvaiheen aikana. Lämmin vesi rentouttaa jännittyneitä kehoa ja rentoutuminen puolestaan edistää kohdunsuun avautumista. (Raussi-Lehto 2015a.) Vesi pehmentää kudoksia, jolloin ne venyvät helpommin. Lämmin vesi vaikuttaa hormonitoimintaan ja lisää paikallista verenkiertoa, myös istukan läpi, vieden happea syntyvälle lapselle. Vedellä on myös verenpainetta laskeva vaikutus. Paras aika ammeeseen menoon on, kun synnytys on kunnolla käynnistynyt. Tätä ennen vedessä oleilu voi hidastaa synnytyksen kulkua tai jopa pysäyttää sen. Suihkussa oleilu on mahdollista myös aiemmassa vaiheessa. (Haataja 2011.) Lämmin suihku suoraan kipualueelle, jännittyneille lihaksille, hartioille tai ristiselkään lievittää kipua, rentouttaa ja vähentää stressiä. Vettä voidaan käyttää useamman kerran synnytyksen aikana synnyttäjän oman mieltymyksen mukaan. (Miettinen 2014.)

Vesisynnytyksen ei ole yksiselitteisesti todettu lisäävän riskejä äidille tai vastasyntyneelle. Veteen synnyttämisen tulisi perustua tietoiseen päätökseen ja synnyttäjällä tulee olla ajankohtaista tietoa vesisynnytyksestä. Veden käyttö avautumisvaiheessa vähentää synnytyskipun tuntemuksia ja tarvetta lääkkeelliselle kivunlievitykselle. Veden käytöllä ei ole todettu olevan juurikaan vaikutusta avautumis- tai ponnistusvaiheen kestoon tai keisarileikkausten määrään. Sikiön vointiin, Apgar-pisteisiin viiden minuutin iässä tai lisääntyneeseen infektioriskiin veden käytöllä ei katsottu olevan vaikutusta. (Cluett & Burns 2009; Wax & Ecker 2016.) Suomessa vesisynnytyksmahdollisuuksissa on eroja eri synnytyskeskusten välillä.

5.4 Lämpö- ja kylmähoito

Lämpöhoito kohdistetaan yleensä selkään, alavatsalle, nivusiin tai välilihan alueelle. Lämmön lähteenä voidaan käyttää kuumavesipulloja, mikroaaltouunissa lämmitettäviä

riisi- tai kaurapusseja, lämpöhuopaa tai esimerkiksi kuumaan veteen kasteltuja pyyhkeitä. Välilihaa lämmitetään usein silloin, kun sikiön pää painaa välilihaa ja synnyttävä ilmaisee kivun tunnetta tällä alueella. (Raussi-Lehto & Melender 2008.) Lämpöpakkauksen käyttö ponnistusvaiheen aikana on todettu vähentävän välilihan alueella esiintyvää kipua (Dahlen ym. 2009).

Kylmähoito kohdistetaan yleensä selkään, rintaan tai kasvoihin. Kylmän lähteenä voidaan käyttää esimerkiksi jäillä täytettyä pussia tai pulloa, kylmägeelipakkausta tai kylmään veteen kastettua pyyhettä. Lämpö- ja kylmähoidon käyttö yhdessä puudutteiden käytön kanssa edellyttää varovaisuutta, sillä synnyttävä saattaa sietää normaalia kylmempiä tai kuumempia lämpötiloja puudutetulla alueella. (Raussi-Lehto & Melender 2008.)

5.5 TENS eli sähköinen hermostimulaatio

TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) on laajalti maailmalla käytetty tehokas lääkkeetön kivunlievitysmenetelmä (Hamilton 2009). Sen käyttö synnytyksessä on kasvanut lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien suosion noustessa. TENS antaa selkään asetettujen elektrodien kautta iholle voimakkuudeltaan matalia sähköimpulsseja, jotka estävät synnytyskivun aiheuttaman kipuiimpulssin etenemisen. Lisäksi se stimuloi elimistön luonnollisten mielihyvähormonien tuotantoa. Useimmissa TENS-laitteissa on mahdollisuus itse säätää laitteen antamien sähköimpulssien voimaa ja tiheyttä. Laitteen käyttö tulisi aloittaa heti supistusten alettua, sillä sen kipua lievittävä teho alkaa noin tunnin kuluttua. (Blincoe 2007.)

Puolisoilla on tärkeä rooli laitteen käytössä, TENS-laitetta käytettäessä puoliset tuntevat pystyvänsä auttamaan ja tukemaan kumppaniaan paremmin (Hamilton 2009). Tutkimusten mukaan TENS-laitteen vaikutus synnytyskivun lievittäjänä ei olisi kovin suuri, mutta sillä on kuitenkin todettu olevan vaikutusta kaikkein kovimman kivun lievittämiseen. TENS on turvallinen käyttää, eikä sillä näyttäisi olevan vaikutusta äidin tai sikiön vointiin, synnytyksen edistymiseen tai synnytystapaan. (Bedwell ym. 2009.) TENS-laitetta käytettäessä on myös huomattu synnyttäjien tarvitsevan vähemmän muita kivunlievitysmenetelmiä (Hamilton 2009). Toisaalta tutkimustietoa TENS-laitteesta ainoana kivunlievitysmenetelmänä on melko vähän (Blincoe 2007).

5.6 Akupunktio ja –painanta

Akupunktio perustuu kiinalaiseen lääketieteeseen, jossa pistellään neuloilla tarkoin määriteltäviin pisteisiin, jotka kuvaavat kehon eri elimiä. Päämääränä on elimistön tasapaino. Akupunktio soveltuu kivun lievitykseen, mutta se helpottaa myös jännitystä ja stressiä. (Saarelma 2017.) Kipua lievittävä vaikutus perustuu kipuaistimuksen estoon ja endorfien vapautumiseen. Akupunktiolla ja –painannalla voidaan parantaa istukan verenkiertoa ja sikiön hapensaantia. (Lapin sairaanhoitopiiri 2017.) Akupunktiota voidaan lisäksi käyttää synnytyksen käynnistämiseen, rentoutumiseen, supistusten parantamiseen, jälkisuipistuksiin ja istukan irrottamiseen (Gisin 2013). Akupunktiota saaneet ovat tyytyväisiä kivunlievitykseen ja tarve lääkkeelliselle kivunlievitykselle on vähäisempää, tästä on kuitenkin jonkin verran ristiriitaista tietoa. Keisarinleikkauksia on tehty akupunktiota saaneille vähemmän (Borup 2009; Citkovitz ym. 2009; Gisin 2013).

Akupainannassa käytetään käsin paineltavina pisteinä samoja kohtia, joihin akupunktiopisteet voidaan laittaa. Akupainantaa voi käyttää kivunlievityksenä läpi koko synnytyksen. Suurin hyöty saadaan, kun akupainanta aloitetaan heti synnytyksen käynnistyttyä. (Aitasalo 2014.)

Akupunktion teho on tutkimusten mukaan vain lumehoidon luokkaa tai hieman parempi. On kuitenkin tärkeää muistaa, että lumevaikutuskin saattaa vähentää potilaan tuntemaa kipua ja sillä on usein suuri merkitys. (Saarelma 2017.) Haittavaikutuksina pistokohtiin voi ilmaantua mustelmia. Akupunktio saattaa laskea verenpainetta ja aiheuttaa sen vuoksi pyörtymisen. Akupunktiota koskevat tutkimukset ovat heikkolaatuisia ja tulokset ristiriitaisia ja käyttöaiheet perustuvat valtaosin empiiriseen tietoon. (Pohjalainen 2009.) Akupainannan etuna on, että sitä voi toteuttaa synnytyksessä mukana oleva tukihenkilö tai puoliso, missä tahansa synnytyksen vaiheessa, kun taas akupunktion saatavuus vaihtelee suuresti synnytyssairaaloittain, sillä se vaatii kättilöltä erityiskoulutuksen (Raussi-Lehto 2015a).

5.7 Aquarakkulat

Aquarakkuloiden kipua lievittävää vaikutusta ei vielä kukaan tarkkaan tiedetä. Todennäköisesti kipua lievittävä vaikutus perustuu veden kivuliaaseen injisointiin, joka vaikuttaa kivun johtumiseen ja aktivoi kehon omia puolustusmekanismeja. Pahimmalle kipualueelle,

yleisimmin alaselkään, pistetään selkärangan molemmin ihon alle tai ihon sisään pieni määrä steriiliä vettä. Aquarakkuloita voidaan käyttää myös alavatsakipua hoidettaessa, jolloin pistokset laitetaan häpyliitoksen yläpuolelle. Useimmat tuntevat pistämisen aikana kovaa ja kirvelevää kipua. Kipua lievittävä vaikutus kestää noin 1-1,5 tuntia. Toimenpide voidaan uusia synnyttäjän niin halutessa ja sitä voidaan käyttää kivunlievitykseen synnytyksen kaikissa vaiheissa. Menetelmä on halpa ja helposti toteutettavissa lääkkeellisen kivunlievityksen ohella. (Raussi-Lehto 2011a; Aflatuni 2017.) Aquarakkuloiden on todettu merkittävästi lieventävän synnytyksen aikaista selkäkipua. Aquarakkuloilla voidaan vähentää tai siirtää epiduraalipuudutuksen tarvetta. Menetelmä on turvallinen ja sillä ei ole todettu olevan sivuvaikutuksia. (Fogarty 2008.)

6 AKTIIVINEN SYNNYTYS

Aktiivisen synnytyksen tavoitteena on synnyttäjää, joka osallistuu päätöksentekoon, hänen toiveitaan kuunnellaan ja hänen kehonsa asiantuntijuuteen luotetaan. Synnytyksen yhteydessä tarpeettomia hoitotoimenpiteitä vältetään. Aktiivinen synnytys ei sulje pois lääkkeellisten menetelmien käyttöä kivunlievityksessä. (Aktiivinen synnytys 2017.) On synnyttävän äidin laillinen oikeus päättää omasta kivunlievityksestään (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 6§ 1992). Säännöllisessä synnytyksessä kätilö tai lääkäri ei saisi tehdä valintoja synnyttäjän puolesta (Miettinen 2014). Pystyäkseen tekemään itseään ja synnytystä koskevia päätöksiä äidin tulee saada tarpeeksi tietoa päätöksenteon tueksi. Tällöin hänelle syntyy tunne siitä, että hän pystyy itse kontrolloimaan tilannetta, millä on positiivisia vaikutuksia paitsi synnytyskokemukseen kokonaisuutena myös vähentämällä koetun kivun voimakkuutta ja helpottamalla synnytykseen liittyvän kivun kestämistä. (Fair 2011; Raussi-Lehto 2015b.) Synnyttäjien tiedonpuute kivunlievitysmenetelmien haitoista ja hyödyistä voi lisätä synnytykseen liittyvää ahdistusta (Lally ym. 2008).

Synnyttäminen voidaan katsoa aktiiviseksi työksi, johon kipu osana kuuluu. Tärkeää synnytyskipun hallinnassa on naisen kyky ymmärtää kivun luonnollinen ilmentyminen osana synnytystä, kivun helpottuminen pian synnytyksen loputtua ja kivun positiivinen lopputulos, eli lapsen syntymä. (Raussi-Lehto 2015b.) Jos äiti kokee synnytyksen olevan normaali ja luonnollinen tapahtuma, hän todennäköimmin käyttää lääkkeettömiä keinoja selviytyäkseen synnytyskipusta (Lally ym. 2008). Kätilön tehtävä on vahvistaa naisen kykyä työstää kipua synnytyksen aikana. Kätilön tulisi auttaa synnyttäjää löytämään keinoja selvitä synnytyksen aiheuttamasta kivusta ja avustaa synnyttäjää lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien avulla. (Bergstrom ym. 2010.) Naisilla, jotka saavat synnytyksessä jatkuvaa tukea kätilöltään ja tukihenkilöltään, on positiivisempi synnytyskokemus. He myös käyttävät vähemmän kipulääkitystä synnytyksen aikana. (Hodnett ym. 2012.) Synnyttäjän yksilölliset tarpeet ovat pohjana kivunlievityskeinon valinnalle. Kätilön tulisi pystyä tukemaan synnyttäjän omia päätöksiä. Viimekädessä hoitohenkilökunnan on kuitenkin tärkeintä taata synnytyksen turvallisuus. (Raussi-Lehto 2015b.)

Vuoriranta (2011) erottelee kolme eri kätilön roolia: elämys-kätilö, opastaja-kätilö ja suojelija-kätilö. Rooli riippuu siitä, minkälainen suhde synnyttäjällä, tukihenkilöllä ja kätilöllä on kipuun. Elämys-kätilön roolissa toimimiseen vaikuttaa positiivinen kipukäsitys, jossa

kivun ajatellaan olevan luonnollista ja se ohjaa synnyttäjää. Kipua hoidetaan vain tarvittaessa ja suositetaan lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä, lääkkeellisiä keinoja kuitenkin poissulkematta. Synnyttäjää saavuttaa hallinnan tunteen hyvällä itsehallinnalla, kivun hyväksymisellä ja siihen keskittymällä. Kätilö toimii ulkopuolisena sivustaseuraajana ja auttaa synnyttäjää kuuntelemaan kehoaan. Ympäristön tulee olla rauhallinen, jossa synnyttäjää voi keskittyä synnytykseen ja kipuun. (Vuoriranta 2011.)

Aktiivinen synnyttäminen vaatii äidiltä tietoa ja itseluottamusta, joten aktiivista valmistautumista tarvitaan jo raskausaikana (Miettinen 2014). Synnytysprosessiin ja lääkkeellisten ja lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien haittoihin ja hyötyihin kannattaa tutustua etukäteen (Aktiivinen synnytys ry 2017). Jos synnyttäjää on valmistautunut synnytykseensä, hänellä on silloin todennäköisesti realistisemmat käsitykset kivusta, hän tuntee vähemmän epäonnistumista ja on itsevarmempi, joka todennäköisemmin johtaa positiiviseen synnytyskokemukseen. Synnyttäjän tulee valmistautua myös siihen, ettei synnytyksessä kaikki mene aina suunnitelmien mukaisesti ja voidaankin joutua käyttämään niitä kivunlievitysmenetelmiä, jotka eivät ole itselle ensisijaisia. (Lally ym. 2008.)

Suomessa ensimmäistä lastaan odottavalle perheelle järjestetään perhevalmennusta, johon sisältyy synnytysvalmennus. Sen tavoitteena on synnyttäjän voimavarojen vahvistaminen, kokonaisvaltainen ja myönteinen synnytyskokemus. Synnytysvalmennuksessa perheille annetaan tarpeita vastaavaa, ajanmukaista ja näyttöön perustuvaa tietoa synnytyksen kulusta ja hoitokäytännöistä. Keskeisiä aihealueita ovat muun muassa ja synnytyskivunlievitysmenetelmät ja synnyttäjää aktiivisena toimijana. (THL 2015.) Synnytystoiveista auttaa synnytykseen osallistuvia tukemaan synnyttäjää hänen toivomallaan tavalla (Aktiivinen synnytys ry 2017).

7 KIRJALLINEN OPAS

Suomalaiset käyttävät terveyttään koskevaan tiedonhakuun yhä enemmän internetiä (Tilastokeskus 2013). Erilaisten verkko-oppaiden määrä onkin kasvanut runsaasti. Tämän vuoksi siksi niiden laatimiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

Kirjallinen opas tulisi olla toteutettu niin, että se on potilaslähtöinen, kohderyhmälleen sopiva ja heidän tietojensa ja tarpeidensa mukainen. Oppaan alussa on hyvä määritellä, kenelle tieto on tarkoitettu ja mitä opas sisältää. Tutkittuun tietoon perustuvat oppaat ovat usein kirjoitettu asiakkaiden näkökulmasta liian vaikeasti, joten viesti ei välttämättä tavoita asiakasta. Jos opas on kirjoitettu hyvin vaikeaselkoisesti, asiakas voi ymmärtää ohjeet väärin tai opas voi lisätä asiakkaan pelkoja ja huolestuneisuutta. (Kyngäs ym. 2007.) Tieto tulee antaa yleiskielisesti ja sanaston ja lauserakenteiden tulee olla selkeitä. Lauseiden tulee olla kerralla luettuna ymmärrettäviä ja sopivan pituisia. Lääketieteellisten termien käyttöä tulee välttää ja vaikeat ilmaiset tulee selittää lukijalle. (Hyvärinen 2005.) Oppaassa on suositeltavaa käyttää aktiivimuotoa passiivin sijaan (Kyngäs 2007).

Ohjeen tärkeimpiä osia ovat otsikot ja väliotsikot. Ne jäsentävät ohjetta ja helpottavat lukemista. Hyvän ohjeen alussa on otsikko, joka kertoo mitä ohje käsittelee. Pääotsikon lisäksi myös väliotsikot ovat tärkeitä, sillä ne jakavat tekstin sopiviin osiin. (Torkkola 2002.) Oppaan ymmärrettävyyteen vaikuttaa myös asioiden esittämisjärjestys, jonka tulisi olla johdonmukainen. Järjestyksen valintaan vaikuttaa se, mitä oppaalla halutaan saada aikaan ja missä tilanteessa sitä luetaan. Tärkeimmät asiat tulisi sanoa ensimmäiseksi, ja lopuksi tulee aiheen kannalta epäolennaisempi tieto. (Hyvärinen 2005.) Tällöin varmistetaan, että asiakas saa tietoonsa merkityksellisimmät asiat, vaikkei lukijaan koko opasta. Ensimmäisenä esitettävät asiat puhuttelevat lukijaa ja herättää tämän kiinnostuksen. (Torkkola ym. 2002.) Tekstissä tulisi esittää vain yksi asia kappaleessa, ja se sijoitetaan kappaleen alkuun (Kyngäs 2007).

Sisällössä tulisi ottaa huomioon asiakkaan kokonaistilanne. Ei siis saa keskittyä vain esimerkiksi fyysisten oireiden hoitoon, vaan tulisi ottaa huomioon myös, miten nämä vaikuttavat asiakkaan psyykkiseen hyvinvointiin. (Kyngäs 2007.) Sisällön ymmärtäminen on helpompaa, jos ohjeessa on kirjoitettu konkreettisesti, mitä lukijan tulisi tehdä tietyn tavoitteen saavuttamiseksi. Oppaan sisällössä tulee huomioida annettujen ohjeiden perusteleva lukijalle. Pelkästään ohjeiden antaminen, varsinkaan määräävään sävyyn, il-

man perusteluja ei innosta muuttamaan toimintaa. Perustelemalla ohjeet edistetään asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista, koska tällöin asiakas voi tehdä tietoisin valinnan terveyteensä liittyen. Paras perustelu korostaa asiakkaan saamaa hyötyä tämän noudattaessa ohjetta. Perusteluja tarvitaan sitä enemmän, mitä vaativampia ja elämää hankaloittavampia toimia ohjeet vaativat. (Torkkola ym. 2002; Hyvärinen 2005.)

Myös oppaan ulkoasun tulisi olla selkeä. Oppaan taitolla on iso merkitys lopputuloksen kannalta. Hyvin taitettu opas houkuttelee lukijaa ja parantaa ohjeiden ymmärrettävyyttä. Kirjoitetun tekstin ymmärtämistä voi helpottaa kuvien ja kaavioiden. Näiden tulee olla tarkkoja, objektiivisia, mielenkiintoa herättäviä ja ymmärrettäviä. (Kyngäs 2007.) Kuvien tulisi olla tarkkaan valittuja, jolloin ne lisäävät ohjeen luotettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Kuvien lisäksi kuvatekstillä on merkitystä. Hyvä kuvateksti paitsi nimeää kuvan, myös kertoo siitä jotain, mitä kuvasta ei ole suoraan nähtävissä. Hyvän oppaan lopussa on yhteystiedot, joihin potilas voi ottaa yhteyttä, jos hän ei ymmärrä annettua ohjetta tai hänellä on lisäkysymyksiä. (Torkkola ym. 2002.)

8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, millaisia synnytyksessä yleisemmin käytettäviä lääkkeellisiä sekä lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä on tällä hetkellä saatavilla. Tarkoituksena oli käydä läpi näiden menetelmien hyötyjä ja haittoja sekä, mitä niiden käytössä tulee huomioida. Tavoitteena oli laatia toimeksiantajan odotuksia vastaava, kattava, selkeä, luotettava, ajankohtaista tietoa sisältävä sekä helposti saatavilla oleva opas synnytyskivun lievitysmenetelmistä, joka vastaa myös perheiden tarpeisiin.

9 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä Aktiivinen synnytys ry:lle. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ammatillisen kentän käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen tai toiminnan järjestäminen. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää raporttiosuuden ja toiminnallisen osuuden, joka on aina jokin konkreettinen tuote. Toteutustapana voi olla kohderyhmän mukaan esimerkiksi opas, portfolio, kirja tai tapahtuma. Toiminnallisen opinnäytetyön tulee olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella tehty ja alan tietojen ja taitojen hallinnan osoittava. (Vilka & Airaksinen 2003.)

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys pohjautuu kirjallisuuskatsauksena toteutettuun tiedonkeruuseen. Kirjallisuuskatsauksessa esitellään aiheen kannalta olennaista kirjallisuutta ja ajankohtaisia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaus kokoaa yhteen olemassa olevan tiedon tutkimusaiheesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Teoreettinen viitekehys toimii pohjana toiminnalliselle osuudelle (Virtuaali Ammattikorkeakoulu 2017).

Opinnäytetyö perustuu teoretietoon, jota hankittiin monipuolisia lähteitä hyödyntäen. Tiedonhaussa käytettiin kotimaisia ja kansainvälisiä tietokantoja, joita olivat esimerkiksi Medic, Cinahl Complete ja Pubmed. Lisäksi tietoa haettiin alan ammattikirjallisuudesta ja oppikirjoista. Lisäksi käytettiin yksittäisiä viranomaislähteitä, kuten Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Tiedonhaun kielinä käytettiin sekä suomea että englantia. Hakusanoina toimivat muun muassa *synnytys*, *synnytyskipu* ja *synnytyskipun lievittäminen*, *lääkkeetön kivunlievitys*, *lääkkeellinen kivunlievitys* ja niiden englanninkieliset vastineet. Tiedon ajantasaisuuden varmistamiseksi käytetyt lähteet pyrittiin rajaamaan niin, että ne ovat vertaisarvioituja ja enintään kymmenen vuotta vanhoja, sijoittuen aikavälille 2007 – 2017. Muutamia poikkeuksia kuitenkin tehtiin, näissä käytetyissä lähteissä tieto on kuitenkin edelleen ajantasaista.

Aktiivinen Synnytys ry:n toimeksiantoon kuului valmiin oppaan tekeminen. Oppaan tekstiosuus tehtiin valmiiksi tämän opinnäytetyön toiminnallisena osuutena. Taitto ja kuvitus tullaan tekemään myöhemmin yhteistyössä toimeksiantajan kanssa.

10 OPPAAN TOTEUTUS

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta laadittiin Aktiivinen synnytys ry:lle toimeksiannon mukainen opas synnytykseen valmistautuvalle naiselle ja perheelle synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä (Liite 1). Oppaassa esitellään sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä. Oppaaseen luotiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta teoriasisältö. Opas on sisällöltään selkeä, luotettava ja helposti luettavaa. Tekstiosuuden pohjalta tulaa tuottamaan valmis opas taittoineen toimeksiantajan kanssa yhteistyössä.

Oppaan alussa määritellään sen kohderyhmä ja onnitellaan tulevaa äitiä ja perhettä sekä johdatellaan heidät oppaan aiheen pariin. Oppaassa puhutellaan lukijaa sinä-muodossa. Oppaan ensimmäisen pääotsikon ”synnytyskipu” alla esitellään lyhyesti synnytyksen vaiheita ja kivun mekanismeja synnytyksen eri vaiheissa. Tämä on tärkeää, jotta synnyttävä äiti tietää, mitä synnytyksen aikana tapahtuu ja mistä kipu johtuu. Tämä omalta osaltaan helpottaa kipuun valmistautumista.

Oppaan toisen pääotsikon ”lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät” alla kerrotaan erilaisista asennoista ja liikkumisesta, joita voi kokeilla synnytyskipun lievittämiseen. Erilaisista rentoutumiskeinoista esitellään hengitystekniikka, hieronta ja synnytyslaulu. Veden käytöstä synnytyskivunlievitykseen esitellään suihkun ja ammeen käyttö. Oppaassa kerrotaan lisäksi lämpö- ja kylmähoidosta, TENS-laitteesta, akupunktiosta ja –painannasta ja aquarakkuloista synnytyskipun hoidossa. Eri kivunlievitysmenetelmien hyödyt, haitat ja mahdolliset vaikutukset synnytyksen kulkuun kerrotaan lyhyesti. Osaa näistä lääkkeettömistä menetelmistä voidaan käyttää jo kotona, esimerkiksi puolison avustuksella.

Viimeisen pääotsikon ”lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät” alla esitellään ilokaasu, vahvat kipulääkkeet, sentraalisetpuudutukset eli epiduraali- ja spinaalipuudutus, paraserivikaalipuudutus ja pudendaalipuudutus. Menetelmien hyödyt, haitat ja huomioitavat asiat on kerrottu lyhyesti. Vaikka päätökset lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käytöstä tehdään yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa, on näihin kuitenkin tärkeä tutustua jo etukäteen. Näin synnyttäjä voi olla päätöksenteossa aktiivisesti mukana. Oppaassa halutaan korostaa, ettei äidin toivoma aktiivinen synnytys pääty siihen, jos lääkkeellinen kivunlievitys otetaan käyttöön, vaan äidin on mahdollista säilyttää aktiivinen rooli tästä huolimatta. Oppaan loppuun jätettiin tilaa äidin omille muistiinpanoille ja toiveille.

11 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan, jotta tieteellinen tutkimus on luotettava, eettisesti hyväksyttävä ja sen tulokset uskottavia, edellyttää se hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Tähän kuuluvat muun muassa luotettavien tiedonhakumenetelmien käyttö, hyvä lähdekriittisyys, asianmukaiset lähdeviittaukset, tarvittavien tutkimuslupien hankkiminen ja epärehellisyyden välttäminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Aktiivinen synnytys ry:n kanssa. Toimeksiantajan kanssa sovittiin työnjaosta. Ennen opinnäytetyön raportointia, tehtiin huolellinen suunnitelma, kuinka työn tulee edetä.

Opinnäytetyössä ei tehty varsinaista tutkimusta, mutta hyvän tieteellisen käytännön ohjeet huomioitiin tiedon haussa sekä teoriapohjaa ja opasta kirjoittaessa. Varsinaisen tutkimuksen puuttuessa tutkimuslupaa ei tämän opinnäytetyön puitteissa tarvinnut hakea. Koska opinnäytetyön ohessa tuotettiin asiakkaille jaettava opas, oli erityisen tärkeää kiinnittää huomiota tiedon oikeellisuuteen ja ajantasaisuuteen. Tiedonhaussa käytettiin asianmukaisia ja luotettavia tietokantoja. Lähteiden valintaan vaikuttivat tiedon ajantasaisuus ja julkaisijan luotettavuus. Opinnäytetyöhön valittiin vain sellaisia lähteitä, joista kokoteksti oli saatavissa. Tiedonhaussa tavoitteena oli, että lähteet ovat enintään 10 vuotta vanhoja. Osa lähteistä oli tätä vanhempia, mutta niissä olevan tiedon todettiin olevan yhä ajantasaista. Aiheesta on paljon englanninkielistä tutkimusmateriaalia, joten ongelmana oli löytää juuri tätä opinnäytetyötä varten oleellisin lähdemateriaali. Aiheen kannalta merkittäviä tutkimuksia on saattanut jäädä huomaamatta, mikä voi heikentää opinnäytetyön luotettavuutta. Lähdemateriaalin keräämiseen oli myös hyvin rajallinen aika, jolloin kaikkea tutkimustietoa aiheesta oli mahdotonta käydä läpi. Lähdemerkinnät ja viittaukset alkuperäisiin tutkimuksiin tehtiin huolella, jotta tekijänoikeudet turvattiin.

Opinnäytetyössä eettiseksi ongelmaksi muodostui oppaan vastuullinen viestintä. Opas on suunnattu odottaville perheille, jotka voivat olla hyvin erilaisia. Lapsen saaminen on herkkä ja intiimi kokemus, joten kieliasuun tuli kiinnittää erityistä huomiota. Oppaan kielien ja sisällön tuli olla mahdollisimman yleiskielistä ja helppolukuista. Esimerkiksi lukijan koulutustaso ei saa vaikuttaa sisällön ymmärrettävyyteen. Toimeksiantajalta tuli toiveita siitä, mitkä kivunlievitysmenetelmät oppaaseen tulisi valita. Toimeksiantajalla oli myös näkemys siitä, millaisia tarpeita perheillä on oppaan suhteen. Tekstin toivottiin olevan mahdollisimman pelkistettyä.

Eettinen näkökulma on otettu oppaassa huomioon tarjoamalla tietoa tasapuolisesti sekä lääkkeellisistä että lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä, kumpaakaan näistä painottamatta. Oppaaseen pyrittiin valitsemaan sellaisia kivunlievitysmenetelmiä, joista löytyi luotettavaa tutkimustietoa. Lääkkeettömiä synnytyskivunlievitysmenetelmiä on runsaasti, joten kaikkia menetelmiä ei tässä opinnäytetyössä esitellä. Osaltaan myös siksi, että kaikista menetelmistä ei ole saatavilla tutkittua tietoa tai niistä tehty tutkimus ei täytä tieteelliselle tutkimukselle asetettuja kriteerejä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Osasta opinnäytetyöhön valituista lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä puuttuu vahva ja yksiselitteinen tutkimusnäyttö ja se on osittain ristiriitaista. Tämä saattaa heikentää opinnäytetyön luotettavuutta. Tässä opinnäytetyössä käsiteltiin vain säännöllistä synnytystä, jossa äidin tai lapsen henki tai terveys ei ole vaarassa. Tällöin eettistä ristiriitaa synnyttäjän itsemääräämisoikeuden ja syntyvän lapsen edun välillä ei ole.

12 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia opas synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä synnytykseen valmistautuville perheille. Oppaan tarkoituksena oli tuoda ajankohtaista tietoa selkeässä muodossa, jotta perheiden olisi helpompi valmistautua tulevaan synnytykseen jo raskausaikana. Valmistautumisen on todettu lisäävän synnyttäjän aktiivista roolia synnytyksessä ja mahdollistavan positiivisemmän synnytyskokemuksen muodostumisen. Opas synnytyksen kivunlievityksestä on ajankohtainen ja tärkeä, koska se auttaa synnyttämään tulevaa äitiä ja perhettä valmistautumaan ja pohtimaan erilaisia kivunlievitysvaihtoehtoja. Haatajan (2011) mukaan on tärkeää, että synnyttäjällä on tietoa siitä, mitä synnytyksessä tapahtuu ja miten voi itse olla vaikuttamassa sen kulkuun. Hyvä synnytyskokemus usein edellyttää tiedonkeruuta ja omien toiveiden kartoittamista. (Haataja 2011.)

Tänä päivänä tietoa on runsaasti saatavilla, mikä vaatii lukijalta kriittisyyttä ja valveutuneisuutta sen suhteen, mikä tieto on luotettavaa ja mikä ei. Joskus liiallinen tiedon määrä vain vaikeuttaa valmistautumista, jolloin aktiivisen synnytyksen peruslähtökohta kärsii. Tämä opas helpottaa valmistautumista, sillä siihen on koottu melko kattavasti tietoa yleisimmistä kivunlievitysmenetelmistä. Oppaassa oleva tieto on valmiiksi jäsennellyssä muodossa, jolloin lukijan on helpompi sisäistää se. Tämä tukee aktiivista valmistautumista synnytykseen. Valmiiksi jäsennellyä tietoa oppaan muodossa on kyllä saatavilla, mutta usein vain yksityisten tahojen tuottamana maksullisena materiaalina. Materiaalin maksullisuus asettaa synnytykseen valmistautuvat perheet keskenään eriarvoiseen asemaan. Tämä opas on tarkoitettu julkaistavaksi ilmaiseksi, jolloin se on tasavertaisesti kaikkien saatavilla.

Opinnäytetyö ei juurikaan tuo uutta tietoa työelämän käyttöön, mutta kättilön näkökulmasta synnytykseen valmistautuneen perheen kanssa on helpompi lähteä työskentelemään. Jos perhe saapuu valmistautumattomana sairaalaan, eikä heillä ole tietoa ja toiveita, mitä kivunlievitysmenetelmiä he toivovat käytettävän, on kättilölle haastavaa lähteä aivan alusta kertomaan kaikista saatavilla olevista vaihtoehtoista. Etenkin jos äiti on kovissa kivuissa eikä siksi pysty vastaanottamaan tietoa. Jotta perhe pystyisi valmistautumaan tulevaan hyvin, on heille tarjottava siihen luotettavaa ja ajankohtaista tietoa helposti saatavilla olevassa ja selkeässä muodossa. Toisaalta synnyttäjä on saattanut val-

mistautuessaan luoda liian tarkan mielikuvan synnytyksensä kulusta. Tällöin hän ei välttämättä hyväksy sitä, jos synnytyksessä kaikki ei mene oman suunnitelman mukaisesti. Lähtökohtaisesti jos synnytys etenee loppuun asti säännöllisenä, voidaan äidin toiveita noudattaa. Kuitenkin synnyttäjän tulisi pitää mielessä se, että loppujen lopuksi omia toiveita tärkeämpää on synnytyksen turvallinen eteneminen. Jos äidin tai sikiön henki tai terveys on vaarassa, tulisi synnyttäjän tällöin osata luottaa hoitohenkilökunnan päätöksentekokykyyn.

Vuorirannan (2011) mukaan kätilöt pitävät synnytystä luonnollisena tapahtumana ja toivoisivat säilyttävän sen luonteen edelleen (Vuoriranta 2011). Sekä synnyttäjillä että hoitohenkilökunnalla on eriäviä yksilöllisiä mielipiteitä sen suhteen, kuinka paljon synnytyksen kulkuun on sopiva puuttua. Kätilön ammatillisen osaamisen ytimeen kuuluukin kyky havainnoida äidin toiveita ja hahmottaa kokonaiskuva synnytyksen kulusta, jotta äidin toiveita voisi kunnioittaa mahdollisimman pitkälle ja samalla taata synnytyksen turvallisuus. Aktiivisessa synnytyksessä kätilön rooli nousee merkittäväksi juuri äidin kuuntelijana ja tukijana. Miettinen (2014) korostaakin, että synnytyksen aikana kätilön rooli ei ole neuvoa, kontrolloida ja ohjata, vaan rohkaista ja tukea äitiä sekä tarkkailla synnytyksen etenemistä turvallisesti. Äidin synnytykseen keskittymistä häiritseviä ja itsetuntoa heikentäviä käskyjä ja tarpeetonta ohjailua tulee välttää. (Miettinen 2014.)

Sairaaloiden välillä saattaa olla eroja synnytyksen hoidossa käytettävien toimintatapojen välillä. Kätilöiden velvollisuus on päivittää tietojaan ja olla valmiita mukauttamaan toimintaansa uuden tutkimustiedon valossa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 18§ 1994). Kätilön tulisikin olla avoin erilaisille vaihtoehdoille synnytyksen kivunhoidossa. Jos kätilöt odottavat synnyttäjiltä aktiivista valmistautumista raskausaikana, tulisi kätilöiden kunnioittaa tätä valmistautumista ja sen myötä tulleita toiveita synnytyksessä. Aktiivinen synnyttäjä vaatii myös kätilöltä mukautumista uuteen rooliin. Esimerkiksi Vuorirannan (2011) esittämä elämys-kätilön rooli voisi toimia aktiivisten synnyttäjien synnytysten hoidossa.

Tämän vuosituhannen aikana synnytys on sairaaloissa usein hyvin medikalisoitua. Medikalisaatioksi voidaan periaatteessa lukea kaikki synnytyksen yhteydessä käytettävät lääketieteelliset keinot, joilla pyritään puuttumaan synnytyksen kulkuun. Synnytyksen katsotaan olevan fysiologinen tapahtuma, joka voisi tapahtua myös täysin luonnostaan ja spontaanisti. Tämä antaa mahdollisuuden asettaa kyseenalaiseksi kaiken puuttumisen synnytykseen. (Coutinho Monteschio ym. 2016.) Toisaalta, kun tehokkaita ja turvallisia kivunlievityskeinoja on helposti saatavilla, herää kysymys miksi kivunlievityksestä

tulisi pidättäytyä. Sarvelan & Nuutilan (2009) mukaan kivunlievitykseen suhtautumisessa on paljon eroja naisten välillä. Osalle lääkkeellinen kivunlievitys voi saada aikaan epäonnistumisen ja syyllisyyden tunteita. Jotkut taas kokevat, ettei kivun kokemisella ole tarkoitusta ja toivovatkin tehokasta kivunlievitystä. (Sarvela & Nuutila 2009.)

Opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoista ja innostavaa. Yhdessä työskentely on tuonut aiheeseen uusia näkökulmia ja aiheesta on käyty paljon kriittistä ja kehittävää keskustelua. On ollut motivoivaa kirjoittaa opinnäytetyötä, jonka lopputuotoksena on jotakin konkreettista ja joka onnistuessaan voi olla edesauttamassa positiivisen synnytyskokemuksen aikaansaamista. Haasteena on ollut teoreettisen viitekehyksen rajaaminen ja tiivistäminen, sillä aiheesta on olemassa paljon tutkimustietoa. Koska synnytyksen kivunlievitys itsessään on niin tutkittu aihe, ja siitä on kirjoitettu jopa monta opinnäytetyötä, oli haastavaa kirjoittaa tämä työ niin, ettei toista jo aiemmin kirjoitettuja töitä. Opinnäytetyön haasteellisuutta lisäsi eri käytännöt synnytyssairaaloiden välillä. Myös opinnäytetyön tekijöiden käytännönkokemuksen puute synnytysten hoidosta lisäsi työn haasteellisuutta.

Aktiivisen synnytyksen näkökulman mukaan ottaminen opinnäytetyöhön on tuonut uutta näkemystä kivunlievitykseen ja tästä syystä se on katsontakantana erittäin tärkeä. Itse oppaan laatimisessa haasteena oli laatia sisältö niin, että se on yleiskielistä ja helposti ymmärrettävää vaikka aihe ei olisi entuudestaan tuttu. Haasteeksi koettiin myös se, minkä tiedon oppaasta voi jättää pois. Osa tämän päivän synnyttäjistä onkin hyvin valvutuneita synnytyksen kivunlievityksestä, joten haasteena oli, ettei oppaasta tule kuitenkaan liian pelkistettyä. Olisi hyvä kuulla synnyttäneiden ja synnytykseen valmistautuvien perheiden mielipiteitä oppaan sisällöstä ja asettelusta. Oppaasta olisikin hyvä saada käyttökokemuksia esimerkiksi Aktiivinen synnytys ry:n jäsenten toimesta ja tämän jälkeen tehdä siihen tarvittavia muutoksia.

Jatkotutkimusaiheena tulisi kiinnittää huomiota siihen, kuinka äiti voisi säilyttää aktiivisuutensa synnytyksessä, jos siihen joudutaan lääketieteellisesti puuttumaan. Synnytyksessä nainen toimii luonnostaan aktiivisesti, mutta joskus synnytykseen itsessään tai synnyttäjään liittyy seikkoja, jotka rajaavat mahdollisuuksia olla aktiivisena toimijana. Esimerkiksi sikiön tai äidin terveyttä uhkavavat tilanteet tai äidin voimien loppuminen saattavat vähentää aktiivisen toimijuuden mahdollisuuksia. Myöskin, jos synnytys etenee eri tavalla, kuin synnyttäjä on ajatellut ja joudutaan esimerkiksi alatiesynnytyksen sijaan turvautumaan sektioon, synnyttäjän hallinnan tunne saattaa heikentyä ja aktiivinen rooli on

vaikeampi ylläpitää. Miettinen (2014) toteaa, että jos synnytyksen kulkuun joudutaan lääketieteellisin keinoin puuttumaan, synnyttäjä voi kuitenkin pyrkiä säilyttämään aktiivisuutensa ja siten olla menettämättä kontrolliaan ja osallisuuttaan synnytykseen. Tärkeää olisikin jatkossa pohtia, miten äitiä tulisi tukea näissä tilanteissa.

LÄHTEET

Aflatuni, H-M. 2017. Synnytyskivun lievitys. Sairaanhoidajan käsikirja. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.

Ahonen, J.; Tarvonen, M. & Sainio, S. 2009. Typpioksiduuli synnytyskivun hoidossa. Duodecim-lehti. Vol 125, No 10.

Aktiivinen synnytys ry-järjestön verkkosivut. Viitattu 2.11.2017 www.aktiivinsynnytys.fi

Aitasalo, M. 2014. Synnytyskivun hoitokeinot -lääkkeetön kivunlievitys. Väestöliitto. Viitattu 6.11.2017 <https://www.perheikka.fi/jutut/lapsi-tulossa/synnytys/synnytyskivun-hoitokeinot-laakkeeton-kivunlievitys/>

Baker, K. 2010. Midwives should support women to mobilize during labour. British Journal of Midwifery. Vol 18, No 8.

Baxter, J 2007. Care during the latent phase of labour: supporting normal birth. British Journal of Midwifery. Vol 15, No 12.

Bedwell, C.; Dowswell, T.; Neilson, J. & Lavender, T. 2009. The use of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour. The Cochrane Collaboration.

Bergstrom, L.; Richards, L.; Morse, JM. & Roberts, J. 2010. How caregivers manage pain and distress in second-stage labor. Journal of midwifery & women's health. Vol 55, No1.

Blincoe, A. 2007. TENS machines and their use in managing labour pain. British Journal of Midwifery. Vol 15, No 8.

Borup, L.; Wurlitzer, W.; Hedegaard, M.; Kesmodel, U. & Hvidman, L. 2009. Acupuncture as Pain Relief During Delivery: A Randomized Controlled Trial. Birth: Issues in Perinatal Care. Vol 36, No 1.

Chu, A.; Samson, M & Shreelata, D. 2017. Analgesia in labour and delivery. Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine. Vol. 27, No 6.

Citkovitz, C.; Klimenko, E.; Bolyai, M.; Applewhite, L.; Julliard, K. & Weiner Z. 2009. Effects of Acupuncture During Labor and Delivery in a U.S. Hospital Setting: A Case–Control Pilot Study. The journal of alternative and complementary medicine. Vol 15, No 5.

Cluett, ER. & Burns, E. 2009. Immersion in water in labour and birth. The Cochrane Collaboration.

Coutinho Monteschio, L.; Gomes Sato Sgobero, J.; Rosseto de Oliviera, R.; Serafim, D.; Freitas Mathias, Thais. 2016. Prevalence of medicalization of labor and delivery in the public health network. Ciencia Cuidado e Saude. Vol 15, No 4.

Dahlen, H.; Homer, C.; Cooke, M.; Upton, A.; Nunn, R. & Brodrick, B. 2009. 'Soothing the ring of fire': Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. British Journal of Midwifery. Vol 25, No 2.

Fair, C. 'I felt part of the decision-making process: a qualitative study on techniques used to enhance maternal control during labor and delivery. 2011. International Journal of Childbirth Education. Vol 26, No 3.

French, C.; Cong, X. & Chung, KS. 2016. Labor Epidural Analgesia and Breastfeeding: A Systematic Review. *Journal of Human Lactation*. Vol. 32, No 3.

Fogarty, V. 2008. Intradermal sterile water injections for the relief of low back pain in labour – A systematic review of the literature. *Women and Birth* Vol 21, No 4.

Gisin, M.; Poat, A.; Fierz, K. & Frej, I. A. 2013. Women's experiences of acupuncture during labour. *British Journal of Midwifery*. Vol 21, No 4.

Gizzo, S.; Di Gangi, S.; Noventa, M.; Bacile, V.; Zambon, A. & Nardelli, G. 2014. Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *BioMed Research International*. Vol 2014.

Haataja, M. 2011. Hyvä syntymä – kirja odottaville äideille. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Hamilton, A. 2009. Comfort and support in labour. Teoksessa Myles. Textbook for midwives. Fraser, D & Cooper, M.

Hodnett, E.; Gates, S.; Hofmeyr, J. & Sakala, C. 2012. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database*.

Jaakola, M-L. & Alahuhta, S. 2014a. Synnytyskipu. Teoksessa Anestesiologia ja tehohoito. Ala-Huhta, S.; Lindgren, L.; Olkkola, K. & Ruokonen, E. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Jaakola, M-L. & Alahuhta, S. 2014b. Farmakologinen synnytyskipun lievitys. Teoksessa Anestesiologia ja tehohoito. Ala-Huhta, S.; Lindgren, L.; Olkkola, K. & Ruokonen, E. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Khajehei, M. 2017. Labour and beyond: The roles of synthetic and endogenous oxytocin in transition to motherhood. *British Journal of Midwifery*. Vol 25, No 4.

Kokki, M.; Ahonen, J. & Palomäki, O. 2010. Sentraalisten puudutusten vaihtoehdot synnytyskipun hoidossa. *Finnanest*. Vol 43, No 2.

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit, Helsinki.

Käypä hoito-suositus 2015. Kipu. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 6§. 1992.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 18§. 1994.

Lally, E.; Murtagh, M.; Macphail, S. & Thomson, R. 2008. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*. Vol 6, No 7.

Lapin sairaanhoitopiiri. 2017. Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät. Viitattu 6.11.2017 http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Naistentaudit_ja_synnytykset/Synnytys_ja_synnytysvastaanotto/Synnytys/Syntyma/Avautumisvaihe/Laakkeettomat_kivunlievitysmenetelmat

- Lawrence, A.; Lewis, L.; Hofmeyr J.; Dowswell, T. & Styles C. 2009. Maternal positions and mobility during first stage labour. The Cochrane Collaboration.
- McDonald, G. 2010 Diagnosing the latent phase of labour: use of the partogram. British Journal of Midwifery. Vol 18, No 10.
- Miettinen, A. 2014. Nainen naiselle – luonnollinen syntymä. AilaM oy, Kuopio.
- Myeong, L.; Tae-Young, C.; Jong-In, K. & Sun-Mi, C. 2010. Using Guasha to treat musculoskeletal pain: A systematic review of controlled clinical trials. Chinese Medicine. Vol 5, No 5.
- Pohjalainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kipu. Haanpää, M.; Kalso, E.; Vainio, A. & Sarvela, J. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Raussi-Lehto, E. 2015a. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Kätilötyö. Paananen, U.; Pietiläinen, S.; Raussi-Lehto, E.; Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. Edita, Helsinki.
- Raussi-Lehto, E. 2015b. Syntymän aikainen kätilötyö. Teoksessa Kätilötyö. Paananen, U.; Pietiläinen, S.; Raussi-Lehto E.; Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. Edita, Helsinki.
- Raussi-Lehto, E. & Melender, H-L. 2008. Ei-lääkkeellinen kivunhallinta synnytyksessä. Suomen kivuntutkimus ry. Kipuviesti. Vol 2008, No 2
- Rooks, J. 2011. Safety and Risks of Nitrous Oxide Labor Analgesia: A Review. Journal of Midwifery & Women's Health. Vol 56, No 6.
- Saarelma, O. 2017. Akupunktio (akupunktuuri). Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 6.11.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00062&p_hakusana=akupunktio
- Saarinen, S. 2011. Synnytyksen käynnistyminen ja raskauden keston häiriöt. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Sariola, A & Tikkanen, M. 2011a. Normaali synnytys. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011b. Kivunlievitys lääkkeillä. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Sarvela, S. 2009. Synnytyskipu. Teoksessa Kipu. Haanpää, M.; Kalso, E.; Vainio, A. & Sarvela, J. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki
- Sarvela, J. & Nuutila, M. 2009. Synnytyskipu. Duodecim-lehti. Vol 125, No 17.
- Sarvela, J. & Volmanen, P. 2014. Synnytyskipu – anestesia- ja kivunlääkärin opas potilaalle. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 2.11.2017. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00904
- Shrestha, B.; Devgan, A. & Sharma, M. 2011. Effects of maternal epidural analgesia on the neonate - a prospective cohort study. Italian Journal of Pediatrics. Vol 40, No 99.
- Sodha, S.; Reeve, A. & Fernando, A. 2017. Central neuraxial analgesia for labor: an update of the literature. Pain Management. Vol 7, No 5.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Vaihtoehtohoitojen sääntelyn tarve. Vaihtoehtohoitoja koskevan lainsäädännön tarpeita selvittäneen työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä.

Sprawson, E. 2017. Pain in labour and the intrapartum use of intramuscular opioids—how effective are they? *British Journal of Midwifery*. Vol 25, No 7.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Perhevalmennus. Viitattu 1.11.2017. https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/aitiysneuvola/perhevalmennus

Tilastokeskus. 2013. Internetiä käytetään yhä enemmän. Viitattu 13.11.2017. http://www.stat.fi/til/sutivi/2013/sutivi_2013_2013-11-07_kat_001_fi.html

Torkkola, S.; Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi: opas potilasohjeiden tekijöille. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Virtuaali Ammattikorkeakoulu. 2017. Monimuotoinen/toiminnallinen opinnäytetyö. Viitattu 1.11.2017. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>

Vuori, H-L. & Laitinen M. 2005. Synnytyslaulu. Edita, Helsinki.

Vuoriranta, H. 2011. Kätilö synnytyskivun hoitajana – narratiivinen tutkimus. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Wax, J. & Ecker, J. 2016. Immersion in Water During Labor and Delivery. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. Vol 128, No 5.

WHO 1996. Care in Normal Birth: a practical guide. Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization.

Äimälä, A. 2015. Ponnistusvaiheen häiriöt. Teoksessa Kätilötyö. Paananen, U.; Pietiläinen, S.; Raussi-Lehto E.; Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. Edita, Helsinki.

Opas kivunlievitykseen aktiivisessa synnytyksessä

Onnea tulevan perheenlisäyksen johdosta. Olet nyt siinä vaiheessa raskauttasi, jolloin on aika pohtia tulevaa synnytystä ja kivunlievitystä. Saatat myös lukea tätä opasta puolison tai tukihenkilön roolissa. Laadimme sinulle tämän oppaan, jotta sinun on helppo tutustua synnytyksen eri kivunlievitysvaihtoehtoihin. Kerromme oppaassa lyhyesti yleisimmistä kivunlievitysmenetelmistä, joista voit miettiä sinulle sopivia vaihtoehtoja. Oppaassa ei esitellä kaikkia vaihtoehtoja, voit aina etsiä itseäsi kiinnostavista kivunlievitysmenetelmistä lisää tietoa. Pidä kuitenkin mielessä, että synnytys ei aina suju suunnitelmien mukaan, joten ole avoimin mielin ja tutustu myös niihin menetelmiin, jotka eivät ole sinulle lähtökohtaisesti ensisijaisia. Jos synnytykseesi liittyy riskejä, kaikkia kivunlievitysmenetelmiä ei välttämättä ole mahdollista käyttää. Sinulla on oikeus päättää, mitä kivunlievitysmenetelmiä haluat kokeilla, ja halutessasi voit muuttaa mieltäsi ja vaihtaa suunnitelmaa. Oppaan lopussa on tilaa omille muistiinpanoille ja toiveille.

Synnytyskipu

Ennen synnytyksen alkua kehosi valmistautuu synnytykseen, jolloin kohtu supistelee epäsäännöllisesti ja kohdunsuu pehmenee. Tätä vaihetta kutsutaan latenssvaiheeksi. Sen kesto vaihtelee muutamista päivistä viikkoihin. Tänä aikana ilmenevät harjoitussupistukset ovat tärkeitä, sillä kohtu ikään kuin harjoittelee varsinaisia synnytyssupistuksia varten. Harjoitussupistuksia saattaa tulla esimerkiksi muutaman tunnin ajan tiheämmin, 15 - 20 minuutin välein, kunnes ne taas laantuvat. Yleensä lepo auttaa supistuksiin. Supistusten aiheuttama epämukava tunne johtuu kohdunsisäisestä paineen noususta ja kohtulihaksen jännittymisestä. Kipu saattaa tuntua paitsi vatsan alueella, myös säteillä selkään ja reisiin. Varsinainen synnytys voi käynnistyä joko säännöllisillä supistuksilla tai lapsiveden menolla ennen supistusten alkua. Supistukset ovat säännöllisiä, kun ne tulevat alle kymmenen minuutin välein, yksi supistus kestää noin 20 - 60 sekuntia, ne tuntuvat kivuliaalta, ne ovat kestäneet vähintään kaksi tuntia ja ne vahvistuvat. Supistusten tarkoitus on saada vauva laskeutumaan synnytyskanavassa ja näin ne edistävät synnytyksen kulkua. Synnytyksen ensimmäinen vaihe, avautumisvaihe, alkaa säännöllisten supistusten alettua ja jatkuu siihen asti, kunnes kohdunsuusi on täysin auki. Tänä aikana supistustoiminta muuttuu kivuliaammaksi ja koettu kipu onkin kovinta yleensä tämän vaiheen lopussa. Avautumisvaiheessa kokemasi kipu on luonteeltaan kouristavaa, tylppää ja se saattaa heijastella selkään tai reisiin. Avautumisvaiheessa kipu johtuu paitsi kohdun

supistelusta, myös kohdunsuun ja synnytyskanavan ympärillä olevien kudosten venymisestä, kun ne ikään kuin antavat tilaa etenevälle vauvalle. Kipu on aaltomaista, se liittyy supistuksiin ja supistusten välit ovat usein kivuttomia, jolloin kehollasi on aikaa levätä. Avautumisvaiheen kesto on yksilöllinen, yleensä 6 - 10 tuntia. Synnytyksen toinen vaihe eli ponnistusvaihe alkaa, kun kohdunsuusi on avautunut täysin ja sikiö on laskeutunut synnytyskanavassa. Tässä vaiheessa kokemasi kipu on terävämpää ja selkeämmin paikannettavaa. Kipu johtuu vauvan tarjoutuvan osan luomasta paineesta ja venytyksestä emättimen ja välilihan alueella. Kun pääset aktiivisesti ponnistamaan, kipu helpottuu. Tämä vaihe voi kestää yleensä muutamasta minuutista noin kahteen tuntiin. Synnytyksen kolmas vaihe alkaa, kun vauvasi on syntynyt. Tällöin vielä jälkeiset, eli istukka ja sikiökalvot syntyvät ja kohtu supistuu, jolloin tunnet vielä supistuksia.

Koetun synnytyskivun voimakkuus on hyvin yksilöllistä, mutta lähes kaikki kokevat synnytyksen aikana voimakasta kipua. Kipua voidaan kuitenkin lievittää ja työstää tehokkaasti eri menetelmin. Kipu on luonnollinen osa synnytystä. Kehosi valmistautuu vastaanottamaan kipua jo ennen synnytystä nostamalla kipukynnystä ja lisäämällä endorfiinien tuotantoa jo raskausaikana. Koetun kivun voimakkuuteen vaikuttavat muun muassa vauvan tarjonta, oma terveytesi, motivaatiosi ja kykysi kohdata ja käsitellä kipua. Esimerkiksi mielikuvat vauvasta voivat helpottaa kivun kohtaamista. Synnytyskipu saattaa olla asia, joka mietityttää etukäteen. Synnyttäjällä on oikeus kokea pelkoa ja ahdistusta siihen liittyen. Näistä tunteista kannattaa puhua esimerkiksi neuvolassa, sillä synnytysepelkoa voidaan lievittää. Itselleen voi myös yrittää muistutella, että synnytykseen liittyvä kipu on väliaikaista, se loppuu synnytyksen loputtua. Lisäksi kivuliaallakin synnytyksellä on positiivinen lopputulos: vauvasi syntymä.

Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät

Esimerkkejä lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ovat asennot ja liikkuminen, rentoutuskeinot, vesi, lämpö- ja kylmähoito, TENS, akupunktio ja -painanta sekä aquarakulat. Osaa lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä voit käyttää jo kotona latenssivaiheessa ja synnytyksen käynnistyttyä ennen sairaalaan lähtöä.

Asennot ja liikkuminen

Asennoilla ja liikkumisella on suuri merkitys koko synnytyksesi ajan. Erilaisia asentoja on hyvä harjoitella jo kotona, jotta löydät synnytyksen alkaessa itsellesi sopivan ja rennon asennon. Pystyasento edistää synnytyksen etenemistä, sillä silloin vauvan tarjoutuva

osa painaa voimakkaasti kohdunkaulaa, jonka seurauksena kohdunsuu avautuu tehokkaasti ja supistukset ovat tehokkaampia. Pystyasennossa paine lantiosi alueella vähenee, samalla kohdun verenkierto ja vauvan hapensaanti paranevat ja kiputuntemuksesi voivat olla vähäisempiä. Pystyasennossa repeämän todennäköisyys on pienempi.

Ennen ponnistusvaiheen alkamista sinun on tärkeä levätä, jolloin esimerkiksi istuminen tai kylkiasento ovat hyviä vaihtoehtoja. Risti-istunta ja kyykkyasento avaavat lantiota, samalla rentouttaen lantionpohjaa. Kyykkyasennossa polvien vieminen mahdollisimman kauas sivuille kasvattaa lantion ala-aukeamaa mahdollisimman suureksi ja antaa vauvalle tilaa syntyä. Samantapainen asento saavutetaan synnytysjakkaralla. Konttausasento rentouttaa ristiselän alueen lihaksistoa ja vähentää synnytyksen aikaista selkäkipua sekä tarjontavirheitä. Tämä asento on hyvä, jos koet ennen aikaista ponnistamisen tarvetta. Aktiivisessa ponnistusvaiheessa asennoiksi suositellaan istuma-asentoa synnytysjakkaralla, seisoma-asentoa, kyykkyasentoa, konttausasentoa, kylkimakuuasentoa tai puoli-istuvaa asentoa. Ponnistaminen pystyasennossa koetaan helpommaksi ja mukavammaksi ja siihen liittyy myös vähemmän hallitsematonta kipua ja lyhyempi ponnistusvaihe. Kuuntelemalla omaa kehoasi löydät itsellesi mukavan asennon, synnytyksen aikana voit liikkua ja vaihdella asentoa vapaasti omien tuntemustesi mukaan. Sinulla on oikeus itse valita asento, jossa haluat synnyttää.

Rentoutumiskeinoja

Rentoutumista on hyvä harjoitella jo raskausaikana, näin saat siitä parhaiten apua synnytyksessä. Harjoittelemalla löydät itsellesi sopivat keinot rentoutua. Rauhallisesta hengitystavasta on apua rentoutumisessa ja se auttaa myös keskittymään. Se ei itsessään poista kipua, mutta voi auttaa sinua kestäämään kipua paremmin. Jos pystyt rentoutumaan, hengittäminen sujuu usein myös ongelmitta. Liiallinen, huohottava hengitys ja hengityksen pidättäminen ovat haitallisia, sillä pitkäkestoisena ne saattavat heikentää vauvan hapen saantia. Rentoutumisen apuna voit käyttää esimerkiksi mieleistäsi musiikkia, mielikuvaharjoituksia ja erilaisia tuoksuja.

Synnytyksen aikana erityisesti hartioiden, kasvojen ja raajojen lihakset jännittyvät. Hieronta auttaa lihaksia rentoutumaan ja täten parantaa verenkiertoa ja myös synnytyksen edistymisen edellytykset paranevat. Hieronnassa voidaan myös käyttää apuna erilaisia välineitä kuten Guasha-kampaa. Guashassa öljytyä ihoa ”kammataan” toistuvien vedoin lastan tyyppisellä välineellä. Tarkoituksena on muun muassa stimuloida pintaverenkiertoa ja vapauttaa kuona-aineita kipeiltä alueilta.

Synnytyslaulu eli rentouttava äänenkäyttö on yksinkertainen menetelmä, jonka avulla voit saada helpotusta synnytyskipuihin. Synnytyslaulu on rentoutusmenetelmän lisäksi varhaista vuorovaikutusta syntyvän lapsesi kanssa. Tarkoituksena on oppia käyttämään ääntä tietoisesti ja hallitusti, tehden keskittyneesti ääntä aina jokaisen supistuksen ajan, jolloin ääni auttaa kehoasi rentoutumaan. Keskittyneen äänen tekeminen vaikuttaa si- nuun kolmelle tavalla: ääni rentouttaa kehoasi, rauhoittaa mieltäsi ja toistettaessa syven- tää hengitystäsi, vieden happea supistuville kohtulihaksille ja syntyvälle vauvalle. Riittää kun käytät yhden vokaalin, esimerkiksi aaa, ooo tai uuu-äänteitä. Äänen käytön aikana leuka ja posket ovat rentoina. Matalat äänet toimivat parhaiten, sillä ne rentouttavat lan- tion aluetta. Synnytystilanteessa tukihenkilön äänenkäytöstä on suuri apu, toisen ihmi- sen ääni rentouttaa sekä mieltä että kehoa. Puolison mahdollisesti matala ääni resonoi vahvasti synnyttäjän lantion aluetta rentouttaen sitä.

Vesi

Lämpimässä suihkussa tai ammeessa oleilu on yksi tapa helpottaa oloa erityisesti avau- tumisvaiheen aikana. Lämmin vesi rentouttaa jännittyneitä kehoa ja rentoutuminen puo- lestaan edistää kohdunsuun avautumista. Vesi pehmentää kudoksia, vaikuttaa hormoni- toimintaan ja lisää paikallista verenkiertoa, myös istukan läpi, vieden happea syntyvälle lapselle. Ammeeseen menoa suositellaan vasta kun synnytyses on kunnolla käynnis- tynyt. Tätä ennen vedessä oleilu voi hidastaa synnytyses kulkua tai pysäyttää sen ete- nemisen. Tällöin voit nousta ammeesta pois, jolloin tilanne yleensä korjaantuu. Lämmin suihku suoraan kipualueelle, jännittyneille lihaksille, hartioille tai ristiselkään lievittää ki- pua, rentouttaa ja vähentää stressiä. Vettä voidaan käyttää useamman kerran synnytys- sen aikana, synnyttäjän oman mieltymyksen mukaan.

Suomessa ei ole yhtenäistä ohjeistusta veteen synnyttämisestä. Osa sairaaloista mah- dollistaa ammeessa olon avautumisvaiheessa ja osassa myös ponnistusvaiheessa on mahdollista olla ammeessa. Voit tiedustella synnytyssairaalastasi vesisynnytyssmahdol- lisuutta, jos olet terve ja raskautes ei liity riskejä. Vesisynnytyksen ei ole todettu lisää- vän riskejä äidille tai sikiölle, kuitenkin siitä ei ole tarpeeksi tutkittua tietoa, jotta veteen synnyttämistä voitaisiin suositella.

Lämpö- ja kylmähoito

Lämpöhoitoa voit kokeilla esimerkiksi selkään, alavatsalle, nivusiin tai välilihan alueelle. Lämmön lähteenä voit käyttää kuumavesipulloja, mikroaaltouunissa lämmitettäviä riisi-

tai kaurapusseja, kuumaan veteen kasteltuja pyyhkeitä tai esimerkiksi lämpöhuopaa. Välihaa lämmitetään usein siinä vaiheessa, kun vauvan pää painaa tätä aluetta. Kylmähoitoa voit kokeilla esimerkiksi selkään, rintaan ja kasvoihin. Kylmän lähteenä voit käyttää jäällä täytettyä pussia tai pulloa, kylmägeelipakkausta tai kylmään veteen kastettua pyyhettä.

TENS

TENS antaa elektrodien kautta iholle voimakkuudeltaan matalia sähköimpulsseja, jotka estävät synnytyskivun aiheuttaman kipuimpulssin etenemisen. Lisäksi se stimuloi elimistön luonnollisten mielihyvähormonien tuotantoa. Useimmissa TENS-laitteissa voit itse säätää laitteen antamien sähköimpulssien voimaa ja tiheyttä. Laitteen käyttö tulisi aloittaa heti supistusten alettua, sillä sen kipua lievittävä teho alkaa noin tunnin kuluttua. Puolisoilla on tärkeä rooli laitteen käytössä, TENS-laitetta käytettäessä puoliset tuntevat pystyvänsä auttamaan ja tukemaan kumppaniaan paremmin. TENS-laitteen vaikutus synnytyskivun lievittäjänä ei ole kovin suuri, mutta sillä on kuitenkin todettu olevan vaikutusta kaikkein kovimman kivun lievittymiseen. TENS on turvallinen käyttää, eikä sillä näyttäisi olevan vaikutusta äidin tai vauvan vointiin, synnytyksen edistymiseen tai synnytystapaan.

Akupunktio ja -painanta

Akupunktio soveltuu kivun lievitykseen, mutta se helpottaa myös jännitystä ja stressiä. Lisäksi sitä voidaan käyttää synnytyksen käynnistämiseen, rentoutumiseen, supistusten parantamiseen, jälkisupistuksiin ja istukan irrottamiseen. Akupunktiolla ja -painannalla voidaan parantaa istukan verenkiertoa ja sikiön hapensaantia. Akupainannassa käytetään käsin paineltavina pisteinä samoja kohtia, joihin akupunktioneulat voidaan laittaa. Akupainantaa voi käyttää kivunlievityksenä läpi koko synnytyksen. Suurin hyöty saadaan, kun akupainanta aloitetaan heti synnytyksen käynnistyttyä. Akupisteiden paikan tunnistamista olisi hyvä harjoitella etukäteen joko ohjeiden mukaan tai koulutetun henkilön kanssa.

Akupunktion haittavaikutuksina pistokohtiin voi ilmaantua mustelmia, se saattaa laskea verenpainetta ja aiheuttaa sen vuoksi pyörtymisen. Akupunktioon koulutautunut kättilö osaa kuitenkin huomioida haittavaikutukset ja seurata synnyttäjän vointia. Akupainannan etuna on, että sitä voi toteuttaa synnytyksessäsi mukana oleva tukihenkilö tai puoliso,

missä tahansa synnytyksen vaiheessa, kun taas akupunktion saatavuus vaihtelee suuresti synnytyssairaaloittain, sillä se vaatii kättilöltä erityiskoulutuksen.

Aquarakkulat

Kättilö pistää pahimmalle kipualueelle, yleisimmin alaselkään selkärangan molemmin puolin ihon alle tai ihon sisään pienen määrän steriiliä vettä noin 2-4 kohtaan. Voit tuntea pistämisen aikana kovaa ja kirvelevää kipua, pistoskohtaan nousee vaalea rakkula, joka vähitellen häviää. Kipua lievittävä vaikutus kestää noin 1-1,5 tuntia. Toimenpide voidaan uusida niin halutessasi ja sitä voidaan käyttää kivunlievityksenä synnytyksen kaikissa vaiheissa. Menetelmä on helposti toteutettavissa lääkkeellisen kivunlievityksen ohella. Aquarakkuloiden on todettu merkittävästi lieventävän synnytyksen aikaista selkäkipua, se on turvallinen eikä sillä ei ole todettu olevan sivuvaikutuksia.

Lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät

Oppaassa käydään läpi tällä hetkellä Suomessa saatavilla olevia lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä. Näitä ovat ilokaasu, vahvat kipulääkkeet sekä puudutukset. Lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttö on mahdollista vasta sairaalassa, mutta sinun on hyvä tutustua näihin jo hyvissä ajoin. Voit myös tiedustella etukäteen synnytyssairaalaastasi vaikuttaako mahdollinen lääkityksesi kivunlievityksen suunnitteluun. Parasetamolia voit tarvittaessa käyttää jo kotona. Lääkkeellisten menetelmien käyttö ei sulje pois aktiivista rooliasi synnytyksessä.

Ilokaasu

Ilokaasu on hapen ja typpioksidin seos. Ilokaasua voit käyttää läpi synnytyksen etenkin avautumisvaiheessa. Sinun on mahdollista käyttää ilokaasua erilaisissa synnytysasenoissa. Ilokaasu poistuu hengityksen mukana, sillä supistusten välissä hengität huoneilmaa. Ilokaasun käyttö vaatii opettelua: oikea-aikainen hengitys supistuksen alkaessa on oleellista kivunlievityksen aikaansaamiseksi. Kättilösi ohjeistaa sinua ilokaasun käytössä. Oikean hengitystekniikan opettelu kestää yleensä muutaman supistuksen ajan, joten älä luovuta, jos kivunlievitys ei heti tunnu riittävältä.

Ilokaasu voi tuoda sinulle mielihyvää ja saada euforisen ja rentoutuneen olon. Se voi myös lisätä hallinnan tunnettasi. Ilokaasun teho on kuitenkin yksilöllistä. Ilokaasu ei aiheuta merkittäviä haittoja äidille tai vauvalle, joten jatkuvaa monitorointia ei tarvita. Ilo-

kaasun sivuvaikutuksina voi esiintyä pahoinvointia, mahdollista suun ympäröivien ja limakalvojen turtumista, käsien pistelyä, hengityksen pinnallistumista, huimausta ja tasapainon heikkenemistä. Muista kuitenkin, että oikealla hengitystekniikalla voit ehkäistä haittoja kuten huimausta. Pahoinvointia voi esiintyä myös synnytyksestä itsestään johtuen, joten voit kokeilla ilokaasua jonkin ajan kuluttua uudelleen, jos ensin koet sen aiheuttavan huonovointisuutta.

Vahvat kipulääkkeet

Vahvoja kipulääkkeitä eli opioideja voidaan käyttää synnytyksen avautumisvaiheen alussa. Näin lääkeaineet ehtivät poistua elimistöstäsi ja vaikuttavat syntyvään vauvaasi mahdollisimman vähän. Lääkkeet voidaan antaa suun kautta, peräpuikkona, suonensisäisesti tai lihakseen pistettynä. Kipulääkkeet rauhoittavat sinua, jolloin sinun on mahdollista levätä ennen tulevaa ponnistusvaihetta. Rauhoittavat lääkkeet voivat kuitenkin heikentää kykyäsi tehdä tietoisia päätöksiä ja näin vähentää hoitoon osallistumistasi. Muita haittavaikutuksia ovat muun muassa pahoinvointi, oksentelu, uneliaisuus ja hengityslama. Vauvalle kipulääkkeet voivat aiheuttaa muutoksia neurologisessa käytöksessä ja imemisongelmia, jos syntymä tapahtuu pian kipulääkkeen antamisen jälkeen.

Selkäpuudutukset

Epiduraali- ja spinaalipuudutukset ovat synnytys kivun tehokkaita lievittäjiä. Ennen puudutusten laitoa on varmistettava, että synnytyksesi edistyy, kohdunsuusi avautuu, vauvasi voi hyvin ja mahdolliset vasta-aiheet puudutteen käytölle on tarkkaan harkittu. Aina puudutuksia ei voida laittaa, esimerkiksi veren hyytymisvajausta tai alaselän ihon tulehdus voivat estää puudutusten käytön. Sinulle tullaan antamaan tietoa toimenpiteen kulusta. Vointiasti, verenpainettasi ja sykettäsi seurataan jatkuvasti. Myös vauvan sydänkäyrää rekisteröidään.

Selkäpuudutusten tavoitteena on tehokas kivunlievitys ja mahdollisimman vähäinen motorinen salpaus, jolloin lihasten toiminta säilyy normaalina. Näin voit hakeutua pystyasentoon ja liikkua vapaasti. Tämä auttaa synnytyksen edistymisessä. Puudutteen laitton jälkeen kuitenkin varmistetaan alaraajojen riittävä lihasvoima ennen kuin voit nousta sängystä.

Epiduraalipuudutuksessa asetetaan epiduraaliliitaan katetri, jonka kautta puuduteaineliuos annostellaan. Katetri poistetaan vasta synnytyksen jälkeen. Epiduraalipuudutusta voidaan ylläpitää joko toistuvilla kerta-annoksilla, jatkuvalla infuusiolla tai voit itse

annostella puudutteen määrää kipupumpulla. Kuitenkin sairaaloiden välillä on eroja, miten puudutus toteutetaan. Pumpun käyttö mahdollisesti lisää itsemääräämisoikeuttasi, tyytyväisyyttäsi ja motorista toimintaasi verrattuna jatkuvaan puuduteinfuusion. Pumpun avulla saat yksilöllisesti suunnitella kivunlievityksen omaan synnytykseeni sopivaksi Spinaalipuudutus laitetaan kertapuudutuksena selkäydinnestetilään. Sen vaikutus alkaa nopeasti, mutta on epiduraalipuudutuksen vaikutusta lyhyempi. Spinaalipuudutus sopii etenkin uudelleen synnyttäjille. Se tehoaa epiduraalipuudutusta paremmin ponnistusvaiheen kivunhoitoon. Yhdistettyä spinaali- ja epiduraalipuudutusta voidaan käyttää, jos spinaalipuudutuksen kesto jää liian lyhyeksi, jolloin lisäpistoja ei tarvitse tehdä. Epiduraalipuudutuksen ei ole todettu pidentävän synnytyksen kokonaiskestoja, mutta puudutus voi hidastaa ponnistamisen tarpeen tunnistamista, jolloin ponnistusvaiheen kesto saattaa pidentyä. Puudutus voi heikentää kehon tuottamia omia supistuksia, jolloin supistuksia voidaan joutua tehostamaan lääkkein. Epiduraalipuudutus lisää instrumentaalisesti avustettujen synnytysten tarvetta kuten imukuppi- ja pihtisynnytyksiä. Puudutuksesta voi seurata myös pahoinvointia, huimausta ja pyörtymisalttiutta. Vauvan tarjontavirheet voivat lisääntyä. Epiduraalipuudutus saattaa vaikeuttaa ensi-imetystä. Spinaali- ja epiduraalipuudutukset usein laskevat verenpainetta, jolloin tarvittaessa sinulle aloitetaan suonensisäinen nesteytys. Puudutteet voivat aiheuttaa päänsärkyä, joka pahenee pystyasennossa. Lisäksi ruumiinlämpösi voi nousta ja tärinää sekä kutinaa sekä virtsaamisvaikeuksia voi esiintyä. Puudutteiden käyttö ei estä aktiivista synnytystä, vaan myös puudutteen kanssa voit olla yhä aktiivinen synnyttäjä.

Paraservikaalipuudutus

Kohdunkaulanpuudutus eli paraservikaalipuudutus tarjoaa synnytyksen avautumisvaiheeseen nopean kivunlievityksen. Puudute sopii uudelleensynnyttäjille sekä myös ensisynnyttäjille, joiden synnytys etenee nopeasti. Puudutteen laittoon ei tarvita pitkiä esivalmisteluja. Se voidaan laittaa, kun vauvan tarjoutuva osa on laskeutunut lantioon ja painaa kohdunsuuta, avautumisvaihe etenee, supistukset ovat säännöllisiä ja kohdun suun reuna on tunnusteltavissa. Puudute laitetaan supistusten välissä ollessasi selinmaalla. Puudutteen teho alkaa heti ja on kestoaltaan 1 – 1,5 tuntia. Puudutteen teho vaihtelee synnyttäjien välillä. Sitä ei voida käyttää, jos vauvallasi epäillä hapanpuutetta.

Pudendaalipuudutus

Häpyhermon puudutusta eli pudendaalipuudutusta voidaan käyttää ponnistusvaiheen alussa, kun kohdunsuu on täysin auki. Puudutuksen tavoitteena on poistaa ulkosynnyttimien alueen sekä synnytiskanavan alaosaan kohdistuvaa kipua. Puudutus ei estä muiden puudutusmenetelmien samanaikaista käyttöä. Puudutteen vaikutusaika on 1 – 2 tuntia, se pehmentää myös välilihaa, joten sitä voi käyttää välilihan leikkauksen aiheuttamaan kivun hoitoon. Tarvittaessa puudutteen voi laittaa myös siihen koulutuksen saanut kätilö. Puudutteen teho vaihtelee ja puuduttajan kokemus vaikuttaa puudutteen onnistumiseen. Pudendaalipuudutuksen riskit ovat pienet niin sinulle kuin vauvallekin.

Omia muistiinpanoja ja toiveita
