

Opinnäytetyö (AMK)

Kättilökoulutus

2018

Saranda Aziri ja Maiju Lahdenperä

KEISARILEIKKAUSPOTILAAN TOIPUMISEEN LIITTYVÄ OHJAUS

Saranda Aziri ja Maiju Lahdenperä

KEISARILEIKKAUSPOTILAAN TOIPUMISEEN LIITTYVÄ OHJAUS

Keisarileikkaus eli sektio on kirurginen toimenpide, jossa sikiö syntyy vatsanpeitteiden ja kohdun seinämään tehtyjen viiltojen kautta. Noin 16 % syntyneistä lapsista syntyy keisarileikkauksella. Elektiivinen eli suunniteltu keisarileikkaus tarkoittaa, että synnytystavaksi on sovittu leikkaus jo etukäteen. Päivystyksellinen keisarileikkaus voi olla kiireellinen tai hätäkeisarileikkaus. Keisarileikkauspäätökseen vaikuttavat monet tekijät, kuten synnytyksen kulku, kohdunsuun tilanne sekä äidin voimavarat ja mahdolliset sairaudet.

Synnytyksen jälkeen äidin keho tarvitsee aikaa palautukseen raskaudesta ja leikkauksesta. Keisarileikkauksella synnyttäneiden äitien sairaalahoito kestää kauemmin kuin alateitse synnyttäneiden äitien. Sairaalahoito kestää keskimäärin 3–6 päivää ja siihen vaikuttavat muun muassa äidin sekä vauvan vointi ja kunto. Toipumista voivat hidastaa komplikaatiot, kuten esimerkiksi erilaiset infektiot.

Ohjaus on keskeinen osa asiakkaan hoitoa. Hyvällä ohjauksella vähennetään sairauteen ja muutostilanteisiin liittyvää ahdistusta ja pelkoa. Video-ohjaus on hyödyllinen, helposti vastaanotettava ja taloudellinen tapa antaa laajasti tietoa oikea-aikaisesti. Videon avulla voidaan ohjata asiakasta esimerkiksi perusasioissa. Yksinään video-ohjaus ei ole kuitenkaan vaikuttava ohjausmenetelmä, mutta sitä voidaan käyttää suullisen ja kirjallisen ohjauksen lisänä. Hyvän potilasohjeen laatiminen vaatii tarkkaa työtä ja sen käyttökelpoisuuteen ei riitä pelkästään kattava sisältö, vaan ohjeen on myös oltava ulkoasultaan, kieleltään ja rakenteeltaan selkeä.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä ja sen toimeksiantajana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Naistenklinikka. Tarkastelun näkökulmana oli keisarileikkauksella synnyttänyt nainen. Tarkoituksena oli luoda ohjausvideo, joka auttaa leikkauksen jälkeisessä toipumisessa. Tavoitteena oli tukea keisarileikkauksella synnyttäneitä naisia löytämään omia voimavarojaan edistämällä hänen valmiuksiaan itsensä hoitamiseen ja itsenäiseen selviytymiseen kotona.

ASIASANAT:

Sektio, keisarileikkaus, synnytys, toipuminen, ohjaus, lapsivuodeaika

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Midwife

2018 | 34 pages

Saranda Aziri, Maiju Lahdenperä

GUIDANCE FOR RECOVERY FROM A CAESAREAN SECTION

Caesarean section, also known as C-section, is a surgical operation, where the foetus is born through incisions to the lower abdomen and the uterine wall. Around 16 % of all children are born by caesarean section. Sometimes C-section is planned, which means that the way of delivering by surgery is decided beforehand. A C-section may also be performed by urgency, as an emergency operation. Multiple factors are considered when deciding on a caesarean section, such as the stance of the parturient, previous birth experiences, the state of the cervix, and the mother's possible illnesses and strength.

After the surgery, the mother's body needs time to recover from the pregnancy and the surgery. Typically, mothers who deliver by caesarean section need a longer time to heal from the birth than the ones who delivered vaginally. Hospitalization lasts 3–6 days on average and depends on the health and condition of the mother and the baby. Possible complications, such as infections, may slow down the recovery.

Guidance is a pivotal part of the customer's care. Well conducted guidance reduces anxiety and fear related to sickness and the changing situation. Guidance through video material is a helpful, easily received and economical way to deliver information timely. Videos can also be used to guide the customer in basic things. Guidance through video is not an effective guidance method on its own but can be used in addition to verbal and written guidance. In order to compile a good patient instruction, one needs to stay focused and pay attention to the comprehensiveness of the instructions and the clarity in its layout, language and structure.

This thesis was carried out as a functional thesis and it was commissioned by department of obstetrics and gynaecology of the Hospital District of Southwest Finland. The perspective of this thesis was a woman who delivered a child by caesarean section and the purpose was to create a guidance video to help with the recovery after the operation. The aim was to support the women to find their own strengths after a C-section and to prepare them for taking care of themselves and surviving independently at home.

KEYWORDS:

C-section, caesarean section, delivery, recovery, guidance, puerperium

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEISARILEIKKAUS ELI SEKTIO	7
2.1 Elektiivinen keisarileikkaus	7
2.2 Päivystyksellinen keisarileikkaus	8
2.3 Keisarileikkauksen toteutus	8
3 TOIPUMINEN KEISARILEIKKAUKSEN JÄLKEEN	11
3.1 Kivun hoito	11
3.2 Haavan hoito	12
3.3 Liikunta	13
3.4 Ravitseminen ja suoliston toiminta	14
3.5 Psyykinen toipuminen	14
4 KOMPLIKAATIOT	15
4.1 Infektiot	15
4.1.1 Haavainfektiot	15
4.1.2 Virtsatietulehdus ja endometriitti	16
4.2 Keisarileikkauksen jälkeinen verenvuoto	16
4.3 Tromboembolia	17
5 POTILAAN OHJAUS	18
5.1 Hyvän potilasohjeen kriteerit	18
5.2 Audiovisuaalinen ohjaus	20
6 TARKOITUS JA TAVOITTEET	21
7 MENETELMÄ	22
8 OHJAUSVIDEO	24
8.1 Suunnitelma	24
8.2 Toteutus	24
9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	27
10 POHDINTA	28

LÄHTEET

31

KUVAT

Kuva 1. Keisarileikkauksen avaustekniikat (Salo ym. 2015)

9

1 JOHDANTO

Suomessa noin 16 % syntyneistä lapsista syntyy keisarileikkauksella, joista noin puolet ovat suunniteltuja leikkauksia ja puolet päivystyksellisiä. Keisarileikkausten osuus ei ole viime vuosina kasvanut ja Suomessa tehdäänkin melko vähän keisarileikkauksia verrattuna useimpiin maihin. (Paananen ym. 2017.) Keisarileikkaus eli *sektio* on kirurginen toimenpide, jossa sikiö syntyy vatsanpeitteiden ja kohdun seinämään tehtyjen viiltojen kautta (NICHD 2017). Keisarileikkaus on turvallinen toimenpide ja siihen liittyvät riskit ovat hyvin pieniä, mutta mahdollisia. Tavallisimpia niistä ovat infektiot, vuoto-ongelmat ja laskimotukokset. (Vääräsmäki & Raudaskoski 2017, Sahlin Úlfsdóttir ym. 2009.)

Raskauden kulku, synnytys ja synnytyksestä toipuminen on yksilöllistä (PKSSK a). Palautuminen raskautta edeltävään tilaan alkaa jo heti synnytyksen jälkeen (Paananen ym. 2017). Keisarileikkauksesta toipuminen kestää kuitenkin pidempään verrattuna normaaliin alatiesynnytykseen ja myös hoitoaika sairaalassa on hieman pidempi (KSSHP 2016). Toipuminen vie kokonaan noin vuoden ja siihen vaikuttavat monet mahdolliset tekijät, kuten aiemmat keisarileikkaukset, äidin ikä, ylipaino tai aliravitsemus sekä erilaiset perussairaudet, esimerkiksi diabetes (Gülsah 2016).

Alkuun äiti tarvitsee paljon apua erilaisissa päivittäisissä toiminnoissaan. Tällöin puolison tai hoitajan tuki on korvaamatonta. (Roos 2006.) Äitien erilaisuus tuo ohjaukseen suuria haasteita, ja ohjauksen päämäärä sekä äitien tapa omaksua asioita vaikuttavat ohjausmenetelmien valintaan (Kyngäs 2007). Hyvällä ohjauksella vähennetään sairauteen ja muutostilanteisiin liittyvää ahdistusta ja pelkoa (Eloranta & Virkki 2011). Suullisen ja kirjallisen ohjauksen lisäksi tietoa ja tukea voidaan tarjota videon välityksellä. Video-ohjauksella äitiä voidaan ohjata perusasioissa, ja lisäksi se on hyödyllinen, helposti vastaanotettava sekä taloudellinen tapa antaa paljon tietoa oikea-aikaisesti. (Kyngäs 2007.)

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, ja sen toimeksiantajana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Naistenklinikka. Tarkoituksena oli luoda keisarileikkauksella synnyttäneille naisille ohjausvideo, joka auttaa heitä toipumisessa. Video-ohjaus on ajankohtaista ja tärkeää, sillä se antaa tukea ja tietoa toipumisesta. Video tehtiin opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen pohjalta, ja se sai nimekseen *Keisarileikkauksesta toipuminen*. Videon tavoitteena oli edistää keisarileikatun naisen valmiuksia itsensä hoitamiseen ja itsenäiseen selviytymiseen kotona synnytyksen jälkeen.

2 KEISARILEIKKAUS ELI SEKTIO

Keisarileikkaus eli sektio (*sectio caesarea*) on kirurginen toimenpide, jossa sikiö syntyy vatsanpeitteiden ja kohdun seinämään tehtyjen viiltojen kautta (NICHD 2017). Keisarileikkaus tulee sanoista *caedere*, joka tarkoittaa leikata ja sana keisari pohjautuu samaan verbiin; ne, jotka leikattiin äidistä, olivat keisareita (Ylikorkala & Tapanainen 2011). Keisarileikkaus tehdään elektiivisesti eli suunnitellusti tai päivystyksellisesti, jolloin synnytys on yleensä jo käynnissä. Keisarileikkausten osuus ei ole viime vuosina kasvanut ja Suomessa tehdäänkin melko vähän keisarileikkauksia verrattuna useimpiin maihin. Noin 16 % syntyneistä lapsista syntyy keisarileikkauksella, joista noin puolet ovat suunniteltuja leikkauksia ja puolet päivystyksellisiä. Keisarileikkauspäätökseen vaikuttavat monet tekijät, kuten synnytyksen kulku, kohdunsuun tilanne sekä äidin voimavarat ja mahdolliset sairaudet. (Paananen ym. 2017.)

2.1 Elektiivinen keisarileikkaus

Elektiivisellä keisarileikkauksella tarkoitetaan, että synnytystavaksi on sovittu leikkaus jo etukäteen. Leikkauksen ajankohta on yksilöllinen ja se pyritään ajoittamaan niin, että lapsen keuhkot ovat kypsät ja että muut riskit ovat mahdollisimman pienet, jotta lapsen elämän alku sujuisi mahdollisimman hyvin. (Hakulinen ym. 2017.) Elektiivisen keisarileikkauksen indikaatiot eli leikkauksen aiheet voivat olla sikiön poikkeava tarjonta, kuten perätarjonta, poikki- tai viistotila, sikiön ja lantion epäsuhta, aikaisempi kohtuun kohdistunut leikkaus tai istukan heikko toiminta. Lisäksi täydellinen tai osittainen etisistukka (*placenta previa*), äidin krooniset sairaudet ja pre-eklampsia voivat olla syinä keisarileikkaukseen. Etinen istukka tarkoittaa, että istukka sijaitsee kohdun alaosassa ja peittää osittain tai kokonaan kohdun kaulakanavan sisäsuun. Äidin kroonisiin sairauksiin lukeutuu esimerkiksi vaikea sydänsairaus tai diabetes. (Paananen ym. 2017.) Pre-eklampsia (*aiemmin toksemia, raskausmyrkytys*) on tila, jossa verenpaine nousee yli tason 140/90 mmHG raskausviikolla 20 ja sen jälkeen. Pre-eklampsian oireisiin kuuluu kohonnut verenpaine, valkuaisvirtaisuus sekä turvotus. Lisäksi voi esiintyä päänsärkyä, ylävatsakipua tai näköhäiriöitä. (Witcher 2018.) Keisarileikkaus on silloinkin aiheellinen, mikäli sikiöllä on sairauksia jo ennen syntymää ja ne vaativat elektiivisiä hoitotoimenpiteitä heti syntymän jälkeen. (Paananen ym. 2017.)

2.2 Päivystyksellinen keisarileikkaus

Päivystyksellisessä keisarileikkauksessa leikkauspäätös tehdään päivystyksellisesti ja synnytys on useimmiten jo käynnissä, kun toimenpiteeseen ryhdytään. Päivystyksellinen keisarileikkaus voi olla kiireellinen tai hätäkeisarileikkaus. Päivystykselliseen leikkaukseen päädytään, kun alatiesynnytys ei enää ole mahdollinen tai äidin ja/tai sikiön henki on vaarassa (Baskett 2015). Hätäkeisarileikkaus on akuutti hätätilanne, jolloin lapsen syntyminen mahdollisimman nopeasti on todella tärkeää. Maailmanlaajuinen aikaraja hätäkeisarileikkaukselle on 30 minuuttia päätöksenteosta lapsen syntymään. (Oinonen 2013.) Suomessa hätäkeisarileikkaus-nimitystä ei saisi kuitenkaan käyttää, mikäli leikkauuspäätöksestä lapsen syntymään menee yli kymmenen minuuttia (Paananen ym. 2017). Kiireellisestä keisarileikkauksesta puhutaan, kun hätäkeisarileikkauksen 30 minuutin aikarajan täytyminen ei ole tarpeellinen indikaation kannalta. (Oinonen 2013, Paananen ym. 2017.) Joskus myös elektiivinen keisarileikkaus voi muuttua päivystykselliseksi, mikäli synnytys käynnistyy ennen suunniteltua leikkauksen ajankohtaa (Paananen ym. 2017). Vuonna 2017 kaikista keisarileikkauksista kiireellisten keisarileikkausten osuus oli noin kymmenen prosenttia, ja niistä vajaa yksi prosentti oli hätäkeisarileikkauksia (THL 2018).

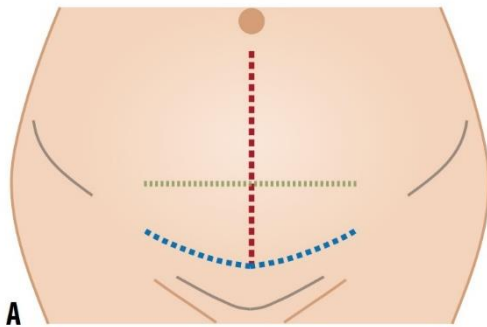
Syitä päivystykselliseen keisarileikkaukseen ovat synnytyksen pitkittyminen tai pysähtyminen, sikiön asfyksia, eli sikiön hapensaannin ja verenkierron häiriö, tai sellaisen uhka tai muu vakava komplikaatio tai sellaisen uhka. Vakaviin komplikaatioihin luetaan kohdun repeämä, istukan ennenaikainen irtautuminen, vakava verenvuoto- tai verenpainekomplikaatio. (Paananen ym. 2017.) Myös kohdun supistusheikkous, sikiön virhetarjonta tai napanuoraprolapsia eli napanuoran esiinluiskahdus voivat olla syynä kiireelliseen leikkaukseen. Napanuoraprolapsiassa on vaarana sikiön hapenpuute, menehtyminen tai vammautuminen. Baskett 2015.)

2.3 Keisarileikkauksen toteutus

Keisarileikkaus voidaan tehdä spinaalipuudutuksessa, epiduraalipuudutuksessa tai yleisanestesiaa eli nukutusta käyttäen. Suurin osa leikkauksista suoritetaan kuitenkin spinaalipuudutuksessa, joka johtaa nopeasti koko leikkauksialueen täydelliseen puutumiseen. Epiduraalipuudutuksen vaikutus alkaa hitaammin ja sitä voidaan käyttää, jos synnyttäjällä on jo toimiva epiduraalipuudutus. Silloin epiduraalikatetrin kautta puudutusta

vain syvennetään, jotta leikkaus voidaan suorittaa. Epiduraalipuudutus on myös hemodynaamisilta vaikutuksiltaan pehmeämpi ja soveliaampi. (Paananen ym. 2017.) Yleisanestesiaa käytetään vain poikkeustapauksissa (Ylikorkala & Tapanainen 2011). Yleisanestesiaa voidaan käyttää, kun puudutuksen laittamiseen ei ole riittävästi aikaa eli hätäkeisarileikkauksessa, jos leikkaus kestää oletettua pidempään tai verenvuoto on hyvin runsasta (Aho 2006).

Leikkauksessa iho avataan tehden poikkiviilto alavatsaan käyttäen joko Joel-Cohenin tai Pfannenstielin viiltoa (Kuva 1). Joskus voidaan käyttää myös alakeskiviiltoa (Kuva 1), mikäli tarvitaan enemmän tilaa käyttöön (Paananen ym. 2017, Cohen & Friedman 2011). Kudoskerrosten avaus poikittain vähentää tyräriskiä ja postoperatiivista kipuilua sekä haavalujuus on suurempi. Tutkimusten perusteella Joel-Cohenin viillossa leikkauksen vuotomäärä on vähäisempi, potilailla esiintyy vähemmän leikkauksen jälkeistä kuumeilua ja kipulääkkeiden tarve on vähäisempi, kuin potilailla, joiden leikkauksessa on käytetty Pfannenstielin viiltoa. Hätätoimenpiteissä käytetään alakeskiviiltoa, sillä se mahdollistaa nopean pääsyn vatsaonteloon ja avausta on helppo laajentaa, mikäli sille on tarvetta. (Salo ym. 2015.)



Kuva 1. Keisarileikkauksen avaustekniikat (Salo ym. 2015)
Pfannenstielin avaus (sininen) ja Joel-Cohenin avaus (vihreä).
Hätätoimenpiteissä käytettävä alakeskiviilto (punainen).

Virtsarakko irrotetaan kohdusta ja painetaan alas (Ylikorkala & Tapanainen 2011, Cohen & Friedman 2011). Kohtu avataan tekemällä istmiseen osaan eli kohdunsolaan 1-2 cm:n pituinen poikittainen ohjausviilto. On suositeltavaa, että viiltoa levitetään tylpästi sormin. Tylppä avaus sormin näyttäisi vähentävän kohdun repeäminen ilmaantuvuutta, hemoglobiinipitoisuuden pienenemistä ja myös lyhentävän sairaalassaoloaika verrattuna terävään avaukseen. (Salo ym. 2015, Cohen & Friedman 2011.) Kohdun avauksen jälkeen sikiökalvot pullistuvat esiin. Nämä puhkaistaan ja sikiö autetaan ulos. Ulosautossa on tärkeää, että avustaja työntää sikiötä kohdunpohjasta, jotta tarjoutuva osa saadaan nousemaan haavasta. Lapsen ulosauttamisen jälkeen napanuora katkaistaan. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, Paananen ym. 2017.)

Istukka irrotetaan siten, että napanuoraa vedetään kevyesti ja kohtua puristetaan. Tämä nopeuttaa spontaania istukan irtoamista. Mikäli istukka irrotetaan käsin kohdun pinnalta, se voi lisätä äidin infektiio- ja verenvuotoriskiä sekä pidentää sairaalassaoloaika. (Salo ym. 2015, Cohen & Friedman 2011.) Kohtu supistuu yleensä hyvin ja supistumisen edesauttamiseksi äidille annetaan oksitosiinia laskimoon (Ylikorkala & Tapanainen 2011, Cohen & Friedman 2011). Oksitosiini on hormoni, joka muun muassa stimuloi kohdun lihasolujen supistumista, ja lääketieteessä käytetty oksitosiini on identtinen luontaisesti erittyvän oksitosiinin kanssa (Fimea 2018). Mahdolliset sikiökalvojen riekaleet otetaan pois kaapimalla kohtuonteloa kevyesti harsosidettä apuna käyttäen. Tämän jälkeen kohtuhaava suljetaan. Se tapahtuu joko yhdessä tai kahdessa kerroksessa. Lopuksi ommellaan vatsanpeitteet kerroksittain. Leikkauksen jälkeen kohtua painetaan vielä varovasti, jotta se saadaan tyhjäksi verestä. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, Cohen & Friedman 2011.)

3 TOIPUMINEN KEISARILEIKKAUKSEN JÄLKEEN

Synnytyksen jälkeen äidin keho tarvitsee aikaa palautuakseen raskaudesta ja leikkauksesta. Äidin toipumisen kannalta on tärkeää ottaa rauhallisesti ja keskittyä uuteen perheenjäsenen tutustumiseen. (Hakulinen ym. 2017.) Keisarileikkauksella synnyttäneiden äitien sairaalahoito kestää kauemmin kuin alateitse synnyttäneiden äitien (Melo ym. 2015). Keisarileikkauksen jälkeen sairaalahoito kestää keskimäärin 3–6 päivää, riippuen äidin ja vauvan voinnista (Deufel & Montonen 2016, Goyal & Sharma 2015).

Keisarileikkauksen jälkeiseen toipumiseen vaikuttavat monet mahdolliset tekijät, kuten aiemmat keisarileikkaukset, äidin ikä, ylipaino tai aliravitsemus ja erilaiset perussairaudet, esimerkiksi diabetes (Gülsah 2016). Alkuun äiti tarvitsee apua sängystä ylös nousemisessa, vessassa ja suihkussa käymisessä sekä vauvan nostamisessa. Tällöin puolison tai tukihenkilön apu on korvaamatonta. (Roos 2006.) Keisarileikkauksen jälkeen myös kohtu tarvitsee aikaa parantuakseen ja siitä syystä uutta raskautta ei suositella ensimmäiseen vuoteen leikkauksesta (Karolinska Universitetssjukhuset 2018).

3.1 Kivun hoito

Kivun kokeminen on yksilöllistä. Keisarileikkauksen jälkeen äideillä voi olla hyvin erilaisia kokemuksia kivusta, sillä siihen vaikuttavat kulttuuriset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät. (Kontinen & Hamunen 2015.) Leikkauksen jälkeinen kipu hidastaa toipumista ja voi olla esteenä onnistuneelle imetykselle. Se voi myös vaikuttaa äidin itsensä hoitamiseen ja päivittäisiin toimintoihin, kuten istumiseen, sängystä ylös nousemiseen ja kävelyyn. (Sell ym. 2012.) Hyvä kivunhoito on siis tärkeää liikkumisen sekä äidin ja vastasyntyneen vuorovaikutuksen kannalta. Leikkauksen jälkeen kipua aiheuttaa keisarileikkaushaava ja kohdun supistelu. (Pälvimäki 2014, Asantila-Jarva 2007.) Kipua arvioidessa on tärkeää mitata lepo- ja liikekivun voimakkuus. Äiti voi olla kivuton paikallaan ollessaan, mutta kivulias liikkeessaan. Tämä voi vaikeuttaa syvään hengittämistä, kuntoutumista tai vuoteesta liikkeelle lähtemistä. Leikkauksen jälkeen täysi kivuttomuus ei ole mahdollista ja kivun voimakkuus täytyy suhteuttaa äidin toimintakykyyn. (Kontinen & Hamunen 2015.)

Keisarileikkauksen jälkeen voidaan käyttää epiduraalista kivunhoitoa. Epiduraalipuudutuksessa asetetaan neulan avulla ohut letku eli katetri selkäytimen ja luukanavan väliin epiduraalitilaan ja katetrin kautta annostellaan kipulääkettä. Kipulääke sisältää

yleensä puudutusainetta, joka saa aikaan riittävän kivunlievityksen leikkausalueelle. Leikkauksen jälkeen epiduraalikatetria pidetään yleensä kaksi vuorokautta, mutta tarvittaessa myös pidempään. (PKSSK b.) Se ei estä selällään makaamista tai liikkumista. Katetrin ja siihen kuuluvan letkun vetämistä on syytä kuitenkin varoa, jotta katetri pysyy epiduraalitulassa. Myös pistopaikan, katetrin ja pumpun kastelemista pitää välttää. Epiduraalikatetri voidaan poistaa, kun suun kautta otettavat kipulääkkeet riittävät kivunhoidoksi. Epiduraalinen kivunhoito lopetetaan mahdollisuuksien mukaan asteittain. Poiston yhteydessä tulee huomioida, mikäli potilaalla on käytössä tromboosiprofylaksia eli laskimotuoksia ehkäisevä lääkitys. Silloin katetri on turvallista poistaa 10-24 tunnin kuluttua viimeisestä annoksesta ja poiston jälkeen seuraava tromboosiprofylaksia voidaan antaa kahden tunnin kuluttua. (Jylkkä & Paronen 2017.)

Leikkauksen jälkeisen kivun peruslääkkeenä käytetään myös tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia, mikäli äidillä ei ole näille vasta-aiheita, eli esteitä. Tulehduskipulääkkeen ja parasetamolin käyttäminen samanaikaisesti voi tuottaa paremman kivunlievityksen kuin tulehduskipulääkkeen käyttö yksinään. Kivunhoidon onnistuminen edellyttää, että kotiutuksen yhteydessä äidille annetaan selkeät ohjeet kivunhoidosta ja siihen tarkoitettuista kipulääkkeistä sekä niiden haittavaikutuksista. Lisäksi äidillä pitää olla mahdollisuus ottaa yhteyttä hoitopaikkaan, jos hänellä ilmenee ongelmia. (Kontinen & Hamunen 2015.)

3.2 Haavan hoito

Suljettu keisarileikkaushaava peitetään haavateipillä, steriileillä taitoksilla tai haavatyynyillä. Kun leikkauksesta on kulunut vuorokausi, sidokset voidaan poistaa, sillä silloin haavapinta on vettä läpäisemätön. (Deufel & Montonen 2016.) Suurin osa infektion torjunnasta tapahtuu sairaalassa, jossa leikkaus on tehty (Huotari 2015).

Haavaa seurataan päivittäin kipua, turvotusta, haavavuotoa, verenkiertoa, tuntoa ja lämpöä tarkkailemalla. Hyvään haavanhoitoon kuuluu myös kivunhoito. Kipua voivat aiheuttaa itse haava, turvotus, kiristävät ompeleet tai vuotavan suonon aiheuttama verenpurtuminen kudokseen. Haavasta on tärkeää tarkkailla myös infektion merkkejä, hajua ja eritteitä. (Deufel & Montonen 2016.) Leikkaushaavan tulehduksen oireita voivat olla haavassa esiintyvä kipu ja punoitus, märkäinen vuoto ja mahdollisesti kuume. Tikkien ympärillä esiintyvä punoitus ja kirkkaan tai verisen kudoksen erittyminen eivät vielä merkitse tulehdusta. (Saarelma 2018.)

Alkuun keisarileikkaushaavan paraneminen voi edetä nopeastikin, mutta yleensä kuluu muutama kuukausi, että haava on täysin parantunut (Winter 2018). Alkuvaiheessa haava voi olla turvonnut ja punoittava ja se voi kuumottaa ja olla kipeä. Tämä on normaalia haavan paranemista eikä aina tarkoita infektiota. Haavaa suihkutellaan lämpimällä vedellä 1–3 kertaa päivässä 5–10 minuutin ajan. Haavan suihkuttelu vilkastuttaa verenkiertoa ja edistää paranemista. Haavaa suihkutellaan siten, että vesi lasketaan haavalle ylhäältä alaspäin hygienian takia. Haava kuivataan puhtaalla pyyhkeellä painellen. Ilmakylyt ovat haavan paranemisen kannalta tärkeitä ja niitä olisi hyvä antaa haavalle useita kertoja päivässä. (Deufel & Montonen 2016.)

Arven muodostuminen on yksilöllistä ja se voi kestää useita kuukausia. Aluksi arpi voi olla kuiva ja kiristävä ja se voi tuntua kovalta ihon alla olevan arpikudoksen vuoksi. Se voi myös punoittaa, kutittaa, olla kosketusarka ja koholla. Arven pehmittäminen kannattaa aloittaa heti ompeleiden tai hakasten poiston jälkeen. Sen tarkoituksena on pehmitää arpialuetta, ehkäistä arpikiinnikkeitä ja mahdollistaa suoriutuminen päivittäisissä toiminnoissa. Arpi rasvataan ja hierotaan napakasti. (VSSH a.) Arven rasvaus auttaa ihoa paranemaan ja vahvistumaan nopeammin, sillä se pitää ihon joustavana. Arven rasvaaminen ehkäisee myös kireyden tunnetta ja kutinaa sekä vähentää pienten haavaumien syntymistä. Hyvällä arven hoidolla voidaan hillitä arven kasvua ja saada arvesta joustavampi. Lisäksi hoito vähentää turvotusta, kipua, kutinaa ja kihelmöintiä. (Terveyskylä.) Hoitoja kannattaa toteuttaa 1–2 kertaa päivässä, 5–10 minuutin ajan ja vähintään 3 kuukauden ajan (VSSH a). Leikkaushaavan punoitus voisi kestää pitkään ja arven vaalenemiseen menee noin vuosi. Kun arpi on parantunut hyvin, se ei kiristä ja se on kapea ja vaalea ihon tasassa oleva juova. (Deufel & Montonen 2016.)

3.3 Liikunta

Keisarileikkauksen jälkeen liikkeelle pyritään lähtemään varhain, usein jo leikkauspäivänä, sillä tämä edistää äidin toipumista (VSSH b). Kevyt liikunta kannattaa aloittaa heti toimenpiteen jälkeen voinnin ja kivun sallimissa rajoissa (Soite 2015). Keisarileikkauksen jälkeen suositeltavaa liikuntaa on kävely ja sitä suositellaan päivittäin tai lähes päivittäin oman voinnin mukaan (KSSH 2017).

Toipumisvaiheessa kannattaa kuitenkin välttää nopeita liikkeitä ja ponnistuksia, kuten esimerkiksi työntämistä, vetämistä, nostamista ja kantamista. Liian varhain aloitettu ras-

kas liikunta voi heikentää kudosten paranemista. (Soite 2015.) Myös leikkaushaavaa raskauttavia vartalon kiertoja ja koukistuksia kannattaa välttää (TAYS 2017). Raskausaika heikentää lantionpohjalihaksia, joten niiden kuntoutus kannattaa aloittaa pian synnytyksen jälkeen (KSSHP 2016). Normaalin vatsaliharjoittelun voi aloittaa kahden kuukauden kuluttua leikkauksesta, mikäli haava on parantunut normaaliin tapaan ja se on siisti (TAYS 2017).

3.4 Ravitseminen ja suoliston toiminta

Kuten muidenkin leikkausten, myös keisarileikkauksen jälkeen suositusta on syödä monipuolisesti, sillä se edistää leikkaushaavan paranemista (VSSHP 2017). Leikkauksen jälkeen vatsan toiminta hidastuu, jonka seurauksena voi esiintyä ummetusta. Suolen toimintaa voi hidastaa ravinnotta oleminen, leikkauspäivänä saadut lääkkeet sekä kipulääkkeiden käyttö. (Vaasan keskussairaala 2017.) Vatsa voi olla turvonnut ja kipeä. Liikkeelle lähtö edesauttaa suolen toimintaa (Rouhe ym. 2007). Tarvittaessa voidaan käyttää apteekista saatavia erilaisia kuituvalmisteita (Vaasan keskussairaala 2017).

3.5 Psykkinen toipuminen

Keisarileikkaus voi vaikuttaa negatiivisesti äidin psyykkiseen terveyteen ja synnytyksen jälkeiseen toipumiseen (Mojrian ym. 2018). Äidille voi herätä erilaisia pelkoja tehdystä toimenpiteestä, kivusta ja oman kehon hallinnan menettämisestä. Erityisesti, jos keisarileikkaus tapahtuu päivystyksellisesti, tiedon puute ja rajoitettu rooli päätöksenteossa vaikuttavat äidin stressitilaan. Keisarileikkauksella synnyttänyt nainen voi kokea epäonnistuneensa synnytyksessä ja pitää itseään kyvyttömänä äitiyteen. (O'Reilly ym. 2014.) Hän voi olla surullinen, vaikka onkin onnellinen lapsesta ja lapsi voi hyvin (Roos 2006). Kätilöllä on tärkeä rooli synnyttäneen naisen hoidossa, sillä hän on siinä eniten mukana. Tuen tarjoaminen keisarileikkauksen jälkeen on tärkeää äidin henkiselle hyvinvoinnille. (Mojrian ym. 2018.) Synnytystilanteen läpikäyminen voi antaa vastauksia moniin äidin kysymyksiin (Roos 2006).

4 KOMPLIKAATIOT

Nykyään keisarileikkaus on turvallinen toimenpide (Vääräsmäki & Raudaskoski 2017). Keisarileikkaukseen liittyvät riskit ovat hyvin pieniä, mutta kuitenkin mahdollisia. Tavallisimpia niistä ovat infektiot, vuoto-ongelmat ja laskimotukokset. (Sahlin Úlfsdóttir ym. 2009, Kaeg ym. 2018) Tutkimuksen mukaan 21–27 % äideistä saa jonkinlaisen komplikaation leikkauksen yhteydessä (Vääräsmäki & Raudaskoski 2017). Raskauden aikana lisääntynyt verekkyyys ja veren hyytymistäipumus sekä leikkausalueen kontakti synnytyskanavan bakteeriston kanssa lisäävät myös keisarileikkaukseen liittyviä riskejä (Pallasmaa ym. 2016).

4.1 Infektiot

Infektiot ovat tavallisimpia komplikaatioita keisarileikkauksen jälkeen ja 5–10 % kaikista synnyttäneistä äideistä sairastuu niihin (Ylikorkala & Tapanainen 2011, Goyal & Sharma 2015). Tavallisimpia infektioita ovat keisarileikkaushaavan tulehdus, virtsatieulehdus, kohtutulehdus eli endometriitti ja pinnalliset laskimotulehdukset (Ylikorkala & Tapanainen 2011).

4.1.1 Haavainfektiot

Keisarileikkaushaava paranee yleensä ilman komplikaatioita, mutta 5 % tapauksista tulehtuu (Ylikorkala & Tapanainen 2011, Deufel & Montonen 2016). Leikkausalueen infektion syntyyn vaikuttaa mikrobit sekä potilaasta ja toimenpiteestä johtuvat asiat (Huotari 2015). Tulehtumisen riskitekijöitä ovat pitkittynyt synnytys, kalvojen puhkeaminen ennen keisarileikkausta, hätäkeisarileikkaus, synnyttäjän lihavuus ja haavahematooma eli verenpurkauma (Ylikorkala & Tapanainen 2011).

Infektiopuolustusta heikentäviä tekijöitä ovat myös tupakointi, runsas alkoholin käyttö, aliravitsemus ja huonossa tasapainossa oleva tai diagnosoimaton diabetes. Tupakointi heikentää haavan paranemista ja suurentaa infektion riskiä. Diabeteksen huono tasapaino lisää riskiä postoperatiivisille eli leikkauksen jälkeisille infektioille ja komplikaatioille. Aliravitsemus heikentää vastustuskykyä heikentäen myös haavan paranemista. Ylipaino taas heikentää haavan verenkiertoa. (Huotari 2015.)

4.1.2 Virtsatietulehdus ja endometriitti

Virtsatietulehduksen yleisin aiheuttaja lapsivuodeaikana on jo raskauden aikana alkanut, mahdollisesti oireeton tulehdus. Useat sisätutkimukset, ensimmäinen synnytys ja yli 800 millilitran synnytyksen jälkeinen verenvuoto voivat altistaa virtsatietulehdukselle. (Paananen ym. 2017.) Myös keisarileikkauksen aikainen katetrointi voi aiheuttaa tulehduksen. Virtsatietulehduksen oireisiin kuuluu usein tihentynyt virtsaamisen tarve, kirvely ja kuume. Joissain tapauksissa se voi olla täysin oireeton. (Ylikorkala & Tapanainen 2011.)

Ennen keisarileikkausta äidille asetettu kestokatetri pyritään poistamaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä, mikäli äidin toipuminen on lähtenyt hyvin käyntiin (VSSH b). Synnytyksen jälkeen äidillä voi esiintyä virtsaretentio, eli virtsaumpi. Se tarkoittaa sitä, että äiti ei onnistu tyhjentämään virtsarakkoaan. Virtsaretentio on yleisempi sektion kuin alatiesynnytyksen jälkeen. Jos retentio jää havaitsematta, virtsarakko ylivenyy ja se voi aiheuttaa virtsarakon hermottumis- ja tyhjenemishäiriöitä. Täynnä oleva virtsarakko estää kohdun supistumisen. Jos virtsaaminen ei onnistu yrityksistä huolimatta, täytyy äiti katetroida. (Paananen ym. 2017.)

Endometriitti on kohdun sisälimakalvon tulehdus, joka voi syntyä emättimen normaalien bakteerien päästessä kohtuun. Endometriittiä esiintyy 1–4 % :lla synnyttäjistä alatiesynnytyksen jälkeen, mutta ilmaantuvuus on 10–15 kertaa korkeampi keisarileikkauksella synnyttäneiden naisten joukossa. Oireisiin kuuluu kuume, märkäinen ja pahanhajuinen jälkivuoto sekä arstava kohtu. Oireet alkavat tavallisesti 4–10 vuorokauden kuluessa synnytyksestä. Endometriitti voi myös helposti levitä kohdun lihaskerrokseen (myometriumiin) ja sieltä edelleen kohdun vieruskudoksiin aiheuttaen munasarjojen ja munatorven infektion. Sepsis eli verenmyrkytys voi olla endometriitin mahdollinen komplikaatio. (Tynkkynen 2012.)

4.2 Keisarileikkauksen jälkeinen verenvuoto

Verenvuoto on yksi merkittävimpiä syitä synnytykseen liittyvään äitikuolleisuuteen. Normaali verenvuoto alatiesynnytyksessä on enintään 500 ml ja keisarileikkauksessa enintään 1000 ml. (Ahonen 2008.) Yleisimmät syyt verenvuodolle ovat synnytyskanavan vauriot, istukan tai sikiökalvojen retentio eli istukan tai sikiökalvojen jääminen kohtuun synnytyksen jälkeen ja kohdun atonia eli supistusheikkous (Ylikorkala & Tapanainen 2011).

Vuotoriskiä keisarileikkauksessa lisäävät myös vuotovaaraa aiheuttavat lääkitykset tai hyytymishäiriöt sekä etinen istukka ja istukan kiinnittymishäiriöt (Töyräs 2018).

4.3 Tromboembolia

Tromboembolia, eli syvälaskimotukos on yleinen vaiva lapsivuodeaikana. Syitä sen syntyyn ovat esimerkiksi muutokset hyytymistekijöissä, infektiot, vuodelepo sekä keisarileikkaus. (Ylikorkala & Tapanainen 2011.) Keisarileikkauksen jälkeen tromboemboliariski on kuusinkertainen verrattuna raskausaikaan (HUS 2012). Laskimotukoksia pyritään estämään myös tukisukilla, jotka laitetaan jalkaan jo leikkauspäivän aamuna. Tukisukkien tarkoituksena on myös estää ja vähentää jalkojen turvotusta ja väsymistä. (VSSH b.)

Tromboembolia tulee yleensä alaraajaan ja yleisin oire on raajan äkillinen kipu ja turvotus (Paananen ym. 2017). Jossain tapauksissa oireita on vähän tai niitä ei ole lainkaan, jolloin äidin yleistilan seuranta on erityisen tärkeää (Ylikorkala & Tapanainen 2011). Tromboemboliaa voidaan hoitaa jalan kohoasennolla, lääkinällisellä hoitosukalla ja lääkkeillä, jotka vaikuttavat nopeasti veren hyytymistekijöihin. Lääkkeistä usein käytössä on hepariini, joka pistetään vatsaan kerran tai kaksi päivässä. (Tarnanen ym. 2017.)

5 POTILAAN OHJAUS

Ohjaus on keskeinen osa asiakkaan hoitoa. Hoitoajat lyhenevät jatkuvasti ja siten ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. Hyvällä ohjauksella tuetaan asiakasta löytämään omia voimavarojaan kannustaen häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Hoitotyössä jokaisen hoitajan tehtävä on ohjata asiakkaita. (Kyngäs 2007.) Ohjauksen avulla edistetään asiakkaan valmiuksia itsensä hoitamiseen, jotta hän pystyy selviytymään itsenäisesti kotona. Hyvällä ohjauksella vähennetään sairauteen ja muutostilanteisiin liittyvää ahdistusta ja pelkoa. Samalla se edistää potilaan tyytyväisyyttä hoitoon, mikä voi vaikuttaa positiivisesti asiakkaan elämänlaatuun ja hyvinvointiin. (Eloranta & Virkki 2011.)

Asiakkaiden erilaisuus tuo ohjaukseen suuria haasteita. Ohjaustilanteessa olisi hyvä selvittää asiakkaan tilanne ja mahdollisuus sitoutua omaa terveyttä tukevaan toimintaan. Mikäli asiakkaan taustatekijöitä jätetään huomioimatta, se johtaa tilanteeseen, jossa asiakkaita ohjataan aina samalla tavalla ja samoilla ohjausmenetelmillä, jolloin ohjauksesta häviää yksilöllisyys. Ohjauksen lähtökohdan muodostavat asiakas ja hoitaja sekä heidän taustatekijänsä. Hoitajan on myös ymmärrettävä omat tunteensa, tapansa ajatella ja toimia sekä omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä. (Kyngäs 2007.)

Ohjauksen päämäärä ja asiakkaan tapa omaksua asioita vaikuttavat ohjausmenetelmien valintaan. Arvion mukaan asiakkaat muistavat 75 % siitä, mitä he näkevät, ja vain 10 % siitä mitä he kuulevat. He muistavat 90 % siitä mitä heidän kanssaan on käyty läpi. Jotta ohjaus olisi vaikuttavaa, on käytettävä useampia erilaisia ohjausmenetelmiä. (Kyngäs 2007.)

5.1 Hyvän potilasohjeen kriteerit

Hyvän potilasohjeen laatiminen vaatii tarkkaa työtä. Sen kehittämiseen vaaditaan muuta kuin pelkästään terveydenhuollon ammattilaisten tietoja ja taitoja. Kehittämistyö vaatii yhteistyötä ohjetta käyttävien henkilöiden kanssa. (Leino-Kilpi & Salanterä 2009.)

Ohjeen käyttökelpoisuuteen ei riitä pelkästään kattava sisältö, vaan sen on myös oltava ulkoasultaan, kieleltään ja rakenteeltaan selkeä. Tutkimusten mukaan ongelmia esiintyy juuri näiden asioiden kanssa. (Leino-Kilpi & Salanterä 2009.) Tärkeintä on, että ohje on

kirjoitettu potilaalle eikä esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisille (Hyvärinen 2005). Liian yksinkertainen tai monimutkainen ohje voi tuntua lukijasta siltä, että häntä ei kunnioiteta tai että tietoa on vaikea hyödyntää. Tekstin pitää siis tuntua siltä, että lukija voi soveltaa tietoa omakohtaisesti ja että se on hyödyllistä. (Leino-Kilpi & Salanterä 2009.) Ohjeiden perustelu on myös tärkeää, sillä pelkkä neuvominen ei innosta muuttamaan tapoja. Perusteluissa voidaan käyttää potilaan omaa hyötyä: mitä hyötyä potilaalle seuraa, kun hän tekee ohjatulla tavalla. (Hyvärinen 2005.)

Ohjeen ymmärrettävyyteen vaikuttaa eniten asioiden esiintymisjärjestys. asiat voidaan esittää tärkeys- ja aikajärjestyksessä tai aihepiireittäin, mutta tärkeintä on, että lukija pysyy mukana. Järjestystä laatiessa pitää miettiä, missä tilanteessa ohjetta käytetään ja mitä sillä halutaan saada aikaan. (Hyvärinen 2005.)

Yleensä potilasohjeen lukija on maallikko, joten on suositeltavaa käyttää yleiskielen sanoja (Hyvärinen 2005). Kielellisesti selkeä ohje ei sisällä vierasperäisiä tai terveydenhuollon ammattihenkilöstön ammattiterminologiaan kuuluvia sanoja (Leino-Kilpi & Salanterä 2009). Termien ja lyhenteiden käyttö tekee tutun asian vieraaksi ja voi etäännyttää lukijaa asiasta. Vierasperäiset sanat voidaan ymmärtää väärin tai sekoittaa toiseen sanan. Näiden käyttöä on vältettävä tai sana on selitettävä lukijalle, mikäli sanan käyttö on välttämätön. (Hyvärinen 2005.) Ohjeessa tulee käyttää asioista samoja termejä ja asioiden tarpeetonta toistoa tulee välttää (Leino-Kilpi & Salanterä 2009).

Ohjeen on oltava oikein kirjoitettu. Viimeistelemätön teksti, jossa esiintyy paljon kirjoitusvirheitä, hankaloittaa ymmärtämistä. Kirjoitusvirheet voivat aiheuttaa merkityseroja ja tulkintavaikeuksia, mutta voivat myös herättää ärtymystä lukijassa. Lukijalle voi herätä epäily kirjoittajan ammattipätevyyttä kohtaan, mikäli kirjoittaja ei osaa peruskielioppia. Virkkeiden ja lauseiden pitää olla ymmärrettäviä, eivätkä ne saa olla liian pitkiä. Myös passiivin käyttöä on harkittava tarkkaan. Passiivi ei uhkaa kuulijan tai lukijan itsemääräämisoikeutta, joten sitä voidaan pitää kohteliaana ja sillä voidaan ilmaista asioiden yleistä tilaa tai tavallista tapaa toimia. Joskus se voi kuitenkin herättää epäselvyyttä. Kun lukijaa halutaan opastaa selvästi, on suositeltavaa käyttää verbien aktiivimuotoa. (Hyvärinen 2005.)

Käsiteltävä asia määrittelee ohjeen pituuden. Yleisesti voidaan kuitenkin ajatella, että ohjeen yksinkertaisuus ja lyhyys sopii useammalle lukijalle. Liian yksityiskohtainen tieto voi ahdistaa tai sekoittaa lukijaa. Huomiota kannattaa kiinnittää ohjeen ulkoasuun, sillä

miellyttävä ulkoasu lisää luettavuutta, ja tekstin asettelu tukee tiedon jäsentelyä. Tekstiä voi myös selventää kuvilla. (Hyvärinen 2005.)

5.2 Audiovisuaalinen ohjaus

Tietoa ja tukea voidaan tarjota myös teknisten laitteiden avulla, esimerkiksi videon välityksellä (Kyngäs ym. 2007). Video-ohjauksella voidaan antaa potilaalle moniaistillista tietoa kuvan ja äänen muodossa (Abed ym. 2014). Tarkoituksena on virkistää muistia asioista, joita on käyty läpi keskustelun avulla tapahtuneessa ohjauksessa (Kyngäs ym. 2007). Yksinään audiovisuaalinen ohjaus ei ole vaikuttava ohjausmenetelmä, mutta sitä voidaan käyttää suullisen ja kirjallisen ohjauksen lisänä. Video-ohjauksessa on otettava huomioon, että sen sisältö voi herättää vahvoja tunteita ja aiheuttaa väärinkäsityksiä ja että sen käyttöä voi rajoittaa asiakkaan mahdollisuudet käyttää tekniikkaa. (Kyngäs ym. 2007.)

Video-ohjauksessa on monia etuja verrattuna kirjallisiin tai suullisiin ohjeisiin. Sen avulla voidaan ohjata asiakasta perusasioissa ja yleisten ongelmien käsittelyssä. Asiakas voi katsoa videon sairaalan ulkopuolella ja tarvittaessa moneen kertaan. Lisäksi sen katsominen tapahtuu silloin, kun asiakkaalle sopii. Video on hyödyllinen myös niiden kanssa, joiden lukutaito on puutteellinen tai asiakkaan on vaikea lukea ja omaksua kirjallista materiaalia. Lisäksi siitä voi olla hyötyä, jos ohjaajan ja ohjattavan välillä ei löydy yhteistä kieltä. (Abed ym. 2014, Kyngäs ym. 2007). Videon avulla tiedon välittäminen omaisille on myös helppoa. Tutkimusten mukaan videot lisäävät tehokkaasti tietoisuutta ja auttavat päätöksenteossa (Abed ym. 2014.) Video on hyödyllinen, helposti vastaanotettava ja taloudellinen tapa antaa paljon tietoa oikea-aikaisesti (Kyngäs 2007).

Videon esitysmuotoja voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään: didaktinen esitysmuoto, käytännön esitysmuoto ja näytelty esitysmuoto. Didaktisessa muodossa video on tehty käyttäen erilaisia graafisia animaatioita ja kuvia, sekä puhetta. Käytännön muodossa oikea ihminen tekee tiettyä toimintoa, kun taas näytellyssä muodossa oikea ihminen näyttelee tiettyä toimintoa. Tutkimuksen mukaan esitysmuoto, joka sisältää oikeita ihmisiä, jotka suorittavat tai näyttelivät ohjattavaa asiaa, on video-ohjauksen paras muoto. (Abed ym. 2014.)

6 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda keisarileikkauksella synnyttäneille äideille ohjausvideo, joka auttaa heitä toipumisessa. Tavoitteena oli tukea keisarileikkauksella synnyttäneitä naista löytämään omia voimavarojaan ja edistää hänen valmiuksiaan itsensä hoitamiseen sekä itsenäiseen selviytymiseen kotona.

7 MENETELMÄ

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä ja sen toimeksiantajana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Naistenklinikka. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tehdään tuotos, joka on esimerkiksi ohjevihko, opas, oppimateriaali tai video. Tuotos sisältää uutta tietoa ja jonkin uuden tuotteen, oppaan tai muun kokonaan uuden, aikaisempaa paremman tuotoksen. (Salonen 2013.) Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön ohjeistamista tai opastamista ja toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä ammatillisessa kentässä (Airaksinen 2009). Toiminnallisessa opinnäytetyössä on kaksi osaa: toiminnallinen osuus ja prosessin dokumentointi ja arviointi. Valmiin tuotoksen tulee aina perustua teoretiseen, jonka takia toiminnalliseen opinnäytetyöhön sisältyy teoreettinen viitekehys. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät toiminnallisuus, teoreettisuus, tutkimuksellisuus ja raportointi. (Vilkkä & Airaksinen 2003.)

Teoreettisen viitekehysten pohjalta lähdettiin suunnittelemaan ohjausvideota. Käsikirjotukseen valittiin tukisukkien käyttö, liikkuminen keisarileikkauksen jälkeen sekä kivun hoito. Videolla annetaan myös ohjeita leikkaushaavan puhdistamiseen ja hoitoon. Toteuttamisessa otettiin huomioon TYKSin Naistenklinikan toiveita. Videon toivottiin olevan hyödyllinen niin henkilökunnalle kuin potilaillekin. Ohjausvideo tukee kirjallisia ja suullisia ohjeita, sekä auttaa muistamaan ja sisäistämään ohjeet paremmin auditiivista oppimista hyödyntämällä.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys määritettiin tiedonhaun pohjalta ja se toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Toteutuksessa käytettiin kirjallisia lähteitä ja verkkolähteitä, joita haettiin eri tietokannoista. Tietoa etsittiin tietokannoista Cinahl, Medic, Terveysportti, Pubmed, Arto ja Google Scholar. Eri tietolähteistä saatua tietoa yhdistettiin, ja ulkomaista tutkittua tietoa hyödynnettiin suomalaisen tiedon rinnalla. Näistä yhteen kootuista tiedoista muodostettiin kattava opinnäytetyö.

Tiedonhaussa kielinä käytettiin suomea, englantia ja ruotsia. Hakusanoina käytettiin muun muassa sanoja *keisarileikkaus*, *sektio*, *sektiopotilas*, *sektiopotilaan hoito*, *leikkaushoito*, *leikkauksesta toipuminen*, *leikkaushaavan hoito*, *synnytyksestä toipuminen* ja *postoperatiivinen hoito*. Englanninkielisinä tiedonhakuksena käytettiin muun muassa seuraavia: *caesarean section*, *c-section*, *maternity care*, *cesarean section methods*, *cesarean delivery*, *delivery*, *postoperative complications*, *surgical procedures* ja *recovery*. Ruotsinkielisinä hyödynnettiin sanoja *kejsarsnitt*, *graviditet*, *förlossning* ja *återhämtning*.

Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoreita, enintään kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Niiden valinnassa otettiin huomioon, että julkaisuajankohta on tiedossa ja ne sopivat lähdekritiikin rajoissa aiheeseen. Käytetyt lähteet sijoittuivat pääosin aikavälille 2008–2018. Lähteiden valinnassa tehtiin muutamia poikkeuksia, kuitenkin niin, että käytetyissä lähteissä tieto on edelleen ajantasaista.

8 OHJAUSVIDEO

8.1 Suunnitelma

Videon tekemiseen kuuluu monta vaihetta. Työ alkaa ennakkosuunnittelusta ja sen tuloksena on käsikirjoitus. Suunnittelun jälkeen seuraa tuotantovaihe, johon sisältyy videon kuvaus ja äänitykset. Video editoidaan ja muokataan tietokoneella sopivalla käsittelyohjelmalla. (Keränen & Penttinen 2007.)

Videon suunnitteluvaiheessa tiedusteltiin opinnäytetyön toimeksiantajalta, kenen käyttöön video tulisi ja mitä videossa haluttaisiin käsitellä. Toimeksiantajan toiveena oli, että video tulisi potilaille ja että se käsitelisi keisarileikkauksen jälkeistä toipumista leikkauksen ja kotiutumisen jälkeen. Tämän jälkeen konsultoitiin TYKSissä työskentelevää fysioterapeuttia, kättilöitä sekä opinnäytetyön ohjaajaa tarkempia yksityiskohtia varten.

Suunnitelman alusta alkaen oli selvää, että opinnäytetyön tekijät kuvaavat ja näyttelevät kohtaukset itse omaa videokameraa käyttäen. Synnytysvuodeosaston kättilö lupautui auttamaan videon editoinnin kanssa. Editointi tehtiin TYKSin käytössä olevalla editointiohjelmalla (*Dream Broker*), jonka kautta valittiin myös videon taustamusiikki.

Videon käsikirjoituksen suunnitteleminen aloitettiin heti, kun videon aihealueet selvisivät. Käsikirjoituksessa kuvattiin videon kulku, tapahtumat ja videoon tuleva puhe. Käsikirjoitus tuki kuvauksia, mutta kuvakulmien valinta ja rajaus oli vaikea suunnitella käsikirjoitusta tehdessä. Näitä jouduttiin pohtimaan vasta kuvaustilanteessa. Videolla päädyttiin käyttämään aitoja potilaskuvia, sillä videon haluttiin olevan autenttinen ja tarkoituksenmukainen. Kohtauksiin liittyvät tiedot saneltiin ja jokaiseen kohtaukseen lisättiin muutamia tukisanoja tekstimuodossa. Videolle lisättiin myös rauhallinen taustamusiikki.

8.2 Toteutus

Video otsikoitiin *Keisarileikkauksesta toipuminen*. Ensimmäisessä kohtauksessa kerrotaan alatiesynnyttäjän ja keisarileikkauksella synnyttäneen naisen sairaalassaoloajasta. Videossa puhutellaan katsojaa sinä-muodossa ja siihen on lisätty tukisanoja sanelun tueksi. Videossa käsitellään tukisukkien tärkeyttä, sängystä ylös nousemista ja liikkumisen

terveysvaikutuksia. Lisäksi ohjeistetaan keisarileikkauksen jälkeistä kivun- ja haavanhoitoa sekä kiinnittämään huomiota infektion merkkeihin. Videon lopussa kerrotaan kotiinlähtötarkastuksesta ja annetaan suosituksia liikkumisen suhteen. Nämä valikoituivat toimeksiantajan kanssa tärkeimmiksi aiheiksi toipumiseen liittyen.

Tukisukkien käyttö on videon ensimmäinen varsinainen aihe. Ne laitetaan jalkaan jo leikkauspäivän aamuna ja pidetään jalassa vielä leikkauksen jälkeen (HUS 2012), joten oli luonnollista aloittaa video niistä. Tästä aiheesta oli helppo siirtyä liikkumiseen ja sängystä ylös nousemiseen. Videossa kannustetaan liikkumaan ja kerrotaan liikkumisen hyödyistä. Tämä on tärkeää, sillä liikkuminen keisarileikkauksen jälkeen aloitetaan yleensä jo leikkauspäivänä, mikä voi tuntua potilaasta pelottavalta. Ohjeiden perustelu on tärkeää, sillä pelkkä neuvominen ei innosta muuttamaan tapoja (Hyvärinen 2005).

Haavanhoito on videon pisin osuus, sillä se sisältää haavan suihkutteluohjeet ja infektion merkit. Tähän osioon käytettiin potilailta saatuja kuvia. Hyvä haavanhoito on iso osa keisarileikkauksesta toipumista, mikä voi vaikuttaa toipumiseen myös negatiivisesti, mikäli haava tulehtuu. Videossa esiintyvät haavat ovat siistejä. Haavanhoidosta video siirtyy kivunhoitoon, jossa mainitaan lyhyesti epiduraalikatetri ja sen poisto sekä kipulääkkeiden vaikutus imetykseen. Kotiutuminen on yksilöllistä ja siihen vaikuttaa äidin ja vauvan vointi (TAYS 2015). Kotiinlähtötarkastus on äidille ja vauvalle välttämätön, jonka vuoksi se käsitellään myös videossa. Äidin on hyvä tietää, mitä asioita hänen voinnissa huomioidaan kotiutumisen yhteydessä.

Videon loppuun sijoitettiin suosituksia liikkumisen suhteen. Toipumisvaiheessa kannattaa välttää nopeita liikkeitä ja ponnistuksia, esimerkiksi nostamista ja kantamista (Soite 2015). Tämän vuoksi videossa näkyy äiti, joka kantaa kauppakasseja ja kuvan päällä on punainen rasti merkinä siitä, että niin ei ole suositeltavaa tehdä. Keisarileikkauksen jälkeen suositeltavaa liikuntaa on kävely ja sitä suositellaan tekemään lähes päivittäin oman voinnin rajoissa (KSSHP 2017). Videon viimeisessä kohtauksessa äiti kävelee työntäen vauvan vaunuja.

Potilasvaatteet ja muut tarvittavat välineet lainattiin synnytysvuodeosastolta kuvauksia varten. Videon tekemiseen tarvittiin vauva, ja siihen käytettiin osastolta saatua nukkea, sillä vauvan rooli ei ollut videolla merkityksellinen. Ennen videon kuvaamista kohtaukset harjoiteltiin muutaman kerran läpi. Jokaisesta kohtauksesta otettiin useita eri otoksia eri kuvakulmista, jotta editoidessa olisi valinnanvaraa. Muutamia ylimääräisiä, myös käsikir-

joituksen ulkopuolisia otoksia otettiin varmuuden vuoksi. Video-osuudet kuvattiin kahdessa eri ympäristössä: sairaalassa ja sairaalan ulkopuolella. Osiot kuvattiin myös eri päivinä, ja yhteensä näihin kului aikaa viisi tuntia.

Ensimmäinen versio videosta oli yli seitsemän minuuttia pitkä. Tavoiteaika oli 4–5 minuuttia, joten aiheita jouduttiin rajaamaan. Videon aiheista poistettiin nestemäinen ruoka, virtsakatetri sekä arven hoito. Videoon jätettiin toipumisen kannalta tärkeimmät aiheet ja se lähetettiin kommentoitavaksi opinnäytetyön ohjaajalle sekä toimeksiantajalle. Saadun palautteen perusteella tehtiin monia muutoksia, ja video editoitiin useita kertoja. Monet sanelut ja kohtaukset tehtiin uudelleen ja tekstejä korjattiin oikeisiin muotoihin.

9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettisesti hyvän tutkimuksen tulee olla tehty noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2007). Hyvässä tieteellisessä käytännössä käytetään tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä sekä noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Hyvä tieteellinen käytäntö eli tutkimusetiikka on tutkijan sivistyksen perusta. Tämä merkitsee eettisen ajattelun sisäistämistä, tervettä järkeä sekä toisen kunnioittamista ja huomioonottamista. (Eriksson ym. 2012.)

Opinnäytetyön luotettavuutta edistää tarkka selostus tutkimuksen toteutuksesta. Lähdeviitteiden perusteella tietojen alkuperää voidaan tarkastaa alkuperäisistä kirjoituksista ja arvioida niiden käyttöä tutkimuksessa. (Hirsjärvi ym. 2008.) Opinnäytetyössä otetaan huomioon, että se toteutetaan ja raportoidaan kunnioittavasti, rehellisesti ja huolellisesti (Eriksson ym. 2012).

Opinnäytetyötä tehdessä pyrittiin tunnistamaan ja valitsemaan korkealaatuisia ja ajantasaisia aineistoja ja aikaisemmin tuotettuja tutkimuksia. Hyvän lähteen tunnistaa oikeista asiasanoista, lähteen ajankohtaisuudesta sekä tarkalla lähteen analysoinnilla. Lähdeaineistoa kerättiin järjestelmällisesti ja sitä analysoitiin kriittisesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014.)

Videon kuvaajana toimi toinen opinnäytetyön tekijöistä, ja oli tärkeää, että materiaali on eettisesti oikeanlaista. Videon teossa huomioitiin TYKSin arvot ja periaatteet. Opinnäytetyön tekijät tiedostivat, että videon pohjalta voidaan tehdä erilaisia tulkintoja, jotka vaikuttavat potilaan toipumiseen. Oli myös hyvä pohtia, onko opiskelijoiden kokemus, asiantuntemus ja taito aiheesta riittävä, jotta he voisivat tehdä potilaille tarkoitetun ohjausvideon.

Videon toteutus ei loukkaa kenenkään henkilöllisyyttä ja videon kuvaamiseen liittyvät asiat on hoidettu ammatillisesti. Kaikilta kuvissa esiintyviltä henkilöiltä on pyydetty lupa kuvien ottamiseen. Tilanteet olivat näyteltyjä eikä henkilökohtaisia mielipiteitä, arvoja tai näkemyksiä tuotu esille.

10 POHDINTA

Toipuminen keisarileikkauksen jälkeen on laaja käsite, sillä siihen kuuluu fyysinen ja henkinen toipuminen. Tämän kaiken ohjaaminen äidille keisarileikkauksen jälkeen voi olla hankalaa, sillä se vaatii hoitajalta paljon aikaa. Synnytyksen jälkeen äiti voi olla väsynyt ja uutta tietoa tulee niin runsaasti, että kaikkea on vaikea muistaa ja omaksua. Hyvä ohjaus ei ole vain sitä, että hoitaja kertoo asiakkaalle asioita, vaan asiakkaalle on annettavaa aikaa miettiä, harkita ja arvioida (Kyngäs 2007). Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda keisarileikkauksella synnyttäneille naisille ohjausvideo, jossa käsitellään toipumisen ensiaskeleita sairaalassa ja kotiympäristössä. Tavoitteena oli tukea keisarileikkauksella synnyttäneitä naista löytämään omia voimavarojaan kannustaen häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Ohjausvideon avulla haluttiin edistää asiakkaan valmiuksia itsensä hoitamiseen ja itsenäiseen selviytymiseen. Video-ohjaus on ajankohtaista ja tärkeää, sillä se antaa tukea ja tietoa toipumisesta. Tämä taas vähentää toimenpiteeseen ja muutostilanteisiin liittyvää ahdistusta ja pelkoa. Kun asiakas saa tietoa, se edistää tyytyväisyyttä hoitoon, mikä voi vaikuttaa positiivisesti asiakkaan elämänlaatuun ja hyvinvointiin. (Eloranta & Virkki 2011.) Tämän opinnäytetyön avulla voidaan helpottaa ja parantaa potilasohjausta lisäten samalla tietoa keisarileikkauksesta.

Video helpottaa valmistautumista keisarileikkaukseen, mutta myös toipumista leikkauksen jälkeen. Videossa on keskeisimpiä toipumiseen liittyviä aiheita, joista äideille herää kysymyksiä. Toipumisesta on saatavilla paljon erilaista tietoa, joka voi olla hämmentävää. Asiakkaan ei ole aina helppoa erottaa, onko löydetty tieto laadukasta kaiken tiedon joukosta, jota nykyisin on tarjolla. Video on kehitetty tukemaan suullisia ja kirjallisia ohjeita, sillä yksinään se ei ole riittävä ohjausmenetelmä. Videon esimerkein ja kuvauksin selkeytetään käsiteltävää asiaa. (Kyngäs 2007.)

Video-ohjaus on uutta ja helppoa. Potilas voi katsoa videon monta kertaa ja toimia sen ohjaamalla tavalla. Asioiden kertaaminen on tärkeää, sillä asiakas muistaa ja vastaanottaa vain rajallisen määrän asioita kerrallaan. Videon käyttö mahdollistaa myös ohjauksen oikea-aikaisuuden. (Kyngäs 2007.) Se on hyvä tuki myös niissä tilanteissa, kun katsoja on lukutaidoton tai hänen ja hoitajan välillä on kielimuuri. Tieto menee perille, vaikka yhteistä kieltä ei olisikaan. Videon voi katsoa myös potilaan läheiset, tässä tapauksessa

usein puoliso. Näin hän pystyy tarjoamaan tukea toipumisessa. Video tukee myös kestävästä kehitystä, sillä se on taloudellinen. Sitä voidaan käyttää suhteellisen pienillä kustannuksilla ja se säästää hoitohenkilöstön aikaa ja resursseja.

Opinnäytetyö herätti paljon keskustelua TYKSin synnytysvuodeosastolla ja videota odotettiin innolla. Tekemiseen saatiin paljon tukea ja kannustusta ja se lisäsi motivaatiota. Työ eteni suunnitelmallisesti ja johdonmukaisesti, ja se tehtiin huolella ja ajatuksella. Työtä tehtiin yhteistyössä opinnäytetyön ohjaajan, toimeksiantajien, kättilöiden, fysioterapeutin ja keisarileikkattujen äitien kanssa. Työskentely näin moniammatillisessa ympäristössä loi mahdollisuuden tutustua myös työyhteisöön ja sen toimintatapoihin.

Tiedonhaku oli iso osa koko opinnäytetyöprosessia, joten tässä tapahtui suurta kehitystä. Oman ammattitaidon kehittäminen ja ylläpitäminen vaatii näyttöön perustuvan tiedon hakemista ja sen hyödyntämistä. Keisarileikkauksesta toipuminen oli toinen opinnäytetyön pääaiheista, potilasohjauksen lisäksi. Keisarileikkauksesta löytyi runsaasti lähdemateriaalia, joka vaikeutti osittain teoreettisen viitekehyksen rajaamista. Samalla se lisäsi haastetta lähteiden luotettavuuden arvioinnissa. Toipumisesta oli rajallisesti tutkimuksia, joten tietoa jouduttiin soveltamaan ja yhdistämään monesta eri lähteestä. Teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisessa haastetta lisäsi myös englanninkielisten lähteiden kääntäminen. Tekstit oli käännettävä suomeksi siten, ettei asiasisältö muutu. Suurin osa toipumiseen liittyvistä aiheista haettiin englanninkielisistä artikkeleista, joissa oli runsaasti ammattisanastoa.

Opinnäytetyön toinen pääaihe oli potilasohjaus, josta saatiin tärkeää tietoa, ja jonka merkitys korostui. Saadun tiedon avulla voidaan toteuttaa helpommin potilasohjausta käytännön potilastyössä. Opinnäytetyö lisäsi tietoa siitä, millainen on hyvä potilasohje, miten se laaditaan ja mitä sen laatiminen vaatii. Näiden tietojen pohjalta laadittiin ohjausvideo. Sen kuvaaminen oli tarkkaa työtä ja tekemisestä ei aiheutunut kustannuksia. Haasteena oli saada video sellaiseen muotoon, että se täyttää hyvän potilasohjeen kriteerit. Huomiota piti kiinnittää sisältöön, kieleen ja ulkoasuun. Lisäksi aihealueiden valitseminen oli haastavaa, sillä sitä rajoitti videon pituus. Videoon oli sisällytettävä paljon tärkeää tietoa melko lyhyen ajan sisään, jotta katsoja jaksaa keskittyä sen katsomiseen.

Videon käsikirjoitus olisi kannattanut tehdä jo heti opinnäytetyön alussa, jotta toimeksiantaja olisi ehtinyt kommentoimaan sitä. Näin toimeksiantaja olisi voinut vaikuttaa videon sisältöön jo käsikirjoitusvaiheessa. Samalla olisi voitu ottaa huomioon myös keisarileik-

kauksella synnyttäneiden äitien toiveita. Ajan rajallisuuden vuoksi tätä ei kuitenkaan ehditty tekemään. Videon viimeistelyyn tarvittava aika yllätti ja eikä siihen oltu varauduttu. Tästä opittiin, että aikaa on varattava riittävästi viivästysten varalta ja työ on aloitettava ajoissa.

Jatkokehitysehdotuksena olisi ohjausvideon päivittäminen niin, että myös potilaat saisivat vaikuttaa sen sisältöön. Tällöin video olisi potilaslähtöisempi ja se vastaisi suoraan kohderyhmän tarpeisiin. Lisäksi olisi hyvä tutkia videon toimivuutta potilasohjauksessa. TYKSin synnytysvuodeosastoille voisi kehittää myös aiheeseen liittyvän kirjallisen oppaan, joka toimisi video-ohjauksen tukena. Oppaassa voisi käsitellä laajemmin ja tarkemmin fyysisistä ja psyykkistä toipumista sekä muita tärkeitä aiheita keisarileikkaukseen liittyen.

LÄHTEET

- Abed, M.A., Himmel, W., Vormfelde, S. & Koschack, J. 2014. Review Video-assisted patient education to modify behavior: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. vol. 97/2014 16-22. Viitattu 2.12.2018
- Aho, A. 2006. Sektio yleisanestesiassa. *Finnanest*. Viitattu 16.12.2018 http://www.finnanest.fi/files/sektio_aho.pdf
- Ahonen, J., Sainio, S. & Pakarinen, P. 2008. Synnytykseen liittyvä massiivinen verenvuoto. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Viitattu 30.11.2018 <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2008/1/duo96964>
- Airaksinen, T. 2009. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä. Slideshare. Viitattu 17.11.2018 <https://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytety-tekstin>
- Asantila-Jarva, R. 2007. Keisarileikkauspotilaan kivunhoito. *Finnanest*. Viitattu 29.11.2018 http://www.finnanest.fi/files/sektiokipu_asantila.pdf
- Baskett, T. 2015. Preparedness for Emergency "Crash" Caesarean Section. *Journal of Obstetrics and Gynaecol Canada*. 12/2015, 1116–1117. Viitattu 11.11.2018 [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)30078-0/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)30078-0/fulltext)
- Cohen, W. & Friedman, C. 2011. *Labor and Delivery Care: A Practical Guide*. John Wiley & Sons, Ltd. First Edition. Viitattu 23.11.2018
- Deufel, M. & Montonen, E. 2016. *Lapsivuodeaika*. 1. painos. Helsinki: Duodecim.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Tammi.
- Eskola, N. 2014. Kirurgisen potilaan hoito – perioperatiivinen hoitotyö. Slideshare. Viitattu 13.10.2018 <https://www.slideshare.net/NinaEskola/kirurgisen-potilaan-hoito>
- Fimea. 2015. Syntocinon 8,3mikrog/ml infuusiokonsentraatti liuosta varten. Valmisteyhteenveto.
- Goyal, M. & Sharma, J.B. 2015. Complications of Caesarean section – A review. *Indian Obstetrics & Gynaecology*, Volume 5, No. 3, Jul - Sep, 2015. Viitattu 2011.2018
- Gülsah, I., Fatma, A., Abdurrahman, K., Ahmet, E., Ays, F., Ayse, K. & Mehtap, T. 2016. Risk factors and microbiology of wound infections following cesarean delivery: Experience of a single institution. *Journal of Infection and Chemotherapy*. Viitattu 20.11.2018
- Hakulinen, T., Pelkonen, M., Salo, J. & Kuronen, M. 2017. Meille tulee vauva: Opas vauvan odotukseen ja arkeen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. Helsinki. Viitattu 21.10.2018 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129572/MUU2017_306.pdf?sequence=8&isAllowed=y
- Huotari, K. 2015. Avohoidon rooli leikkausalueen infektioiden hoidossa ja torjunnassa. *Suomen Lääkärilehti* 47/2. Viitattu 10.11.2018 <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/pdf/2015/SLL472015-3195.pdf>
- HUS 2012. Keisarileikkaus. Viitattu 16.12.2018 http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvin-kaan-sairaala/Dokumenttikirjasto/Keisarileikkaus_ohje_potilaalle.pdf
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. Viitattu 17.11.2018 <https://www.duodecim-lehti.fi/duo95167>

Jylkkä, A. & Paronen, T. 2017. Epiduraalinen kivunhoito postoperatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö. Sairaanhoidajakoulutus. Laurea ammattikorkeakoulu. Viitattu 30.11.2018 http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/129019/Jylkka_Auli_Paronen_Tuula.pdf;jsessionid=28903E08AEF0E3E0DB3A0CE45C1EA339?sequence=1

Karolinska Universitetssjukhuset 2018. Vård efter kejsarsnitt. Viitattu 6.11.2018 <https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/for-den-nya-familjen/mamman-efter-forlossningen/vard-efter-kejsarsnitt/>

Keag, O.E., Norman, J.E. & Stock, S.J. 2018. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. PLOS Medicine. Viitattu 2.12.2018

Keränen, V. & Penttinen, J. 2007. Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas. Porvoo: WS Bookwell.

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 29.11.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/20/duo12492>

KSSHP 2016. Synnytyksestä toipuminen. Potilasohje. Viitattu 17.12.2018 [http://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Synnytys/Synnytyksen_jalkeen/Synnytyksesta_toipuminen\(43796\)](http://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Synnytys/Synnytyksen_jalkeen/Synnytyksesta_toipuminen(43796))

KSSHP 2017. Kuntoutuminen vatsan alueen avoleikkauksen jälkeen. Potilasohje. Viitattu 10.11.2018 [http://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Potilasohjeet/Kuntoutuminen_vatsan_alueen_avoleikkauks\(55144\)](http://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Potilasohjeet/Kuntoutuminen_vatsan_alueen_avoleikkauks(55144))

Kyngäs, H. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo; Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Leino-Kilpi, H & Salanterä, S. 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. Suomen potilaslehti 2/2009. Viitattu 17.11.2018 http://www.potilasliitto.fi/lehti/Potilaslehti_2_09.pdf

Melo, J.K.F., Davim, R.M.B. & Silva, R.A. 2015. Advantages and disadvantages of labour and normal cesarean: view puerperal. Journal Research Fundamental Care Online. University of Rio de Janeiro State. Viitattu 20.11.2018

Mojrian, M., Tirgari, B., Mehdizadeh, A. & Jahani, Y. 2018. The Effect of Supportive Counseling on the Symptoms of Acute Stress Disorder Following Emergency Cesarean Section. Journal of Midwifery & Reproductive Health, vol. 6, no. 2, pp. 1208-1214. Viitattu 20.11.2018

NICHD 2017. What is a cesarean delivery? Viitattu 17.12.2018 <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo/cesarean>

Oinonen, M. 2013. Kiireellisten ja hätäkeisarileikkausten aiheet ja aiheiden vastaavuus lopulliseen diagnoosiin Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 21.10.2018 http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130664/urn_nbn_fi_uef-20130664.pdf

O'Reilly, A., Choby, D., Séjourné, N. & Callahan, S. 2014. Feelings of control, unconditional self-acceptance and maternal self-esteem in women who had delivered by cesarean. Journal of Reproductive and Infant Psychology, vol. 32, no. 4, pp. 355-365. Viitattu 20.11.2018

Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A-M., Rusanen, S. & Laajasalo, S. 2017. Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6.-7. p. Helsinki: Edita.

Pallasmaa, N., Rautava, S. & Timonen, S. 2016. Synnytystavan vaikutus äidin ja lapsen terveyteen. Suomen lääkärilehti. Viitattu 11.11.2018

PKSSK a. Äidin toipuminen. Viitattu 21.11.2018 <http://www.pkssk.fi/liikunta-ja-kuntoutus>

PKSSK b. Epiduraalinen kivunhoito. Viitattu 29.11.2018 <http://www.pkssk.fi/en/epiduraalinen-kivunhoito>

- Pälvimäki, E. 2014. Sektiopotilaan ja synnyttäneen kivun hoito. Suomen kättilöliitto. Viitattu 29.11.2018 https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/sektiopotilaan_kivun_hoito.pdf
- Roos, I. 2006. Kejsarsnitt: En annorlunda förlossning. 9. painos. Tukholma: Gothia.
- Rouhe, H., Halmesmäki, E. & Saisto, T. 2007. Synnytyspelon vuoksi tehdyt keisarileikkaukset vuosina 1999–2005. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 30.11.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2007/20/duo96817>
- Saarelma, O. 2018. Leikkaushaavan tulehdus. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 16.12.2018 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00293
- Sahlin Úlfsdóttir, H., Eriksson, L. & Fjellvang, H. 2009. Förlossningshandboken. Tukholma: Prisma.
- Salo, H., Tekay, A. & Mäkikallio, K. 2015. Tutkimusnäyttöön perustuva keisarileikkauksen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 3.10.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo12314>
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön - Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.11.2018 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>
- Sell, S.E., Carvalho Beresford, P., Zimmer Ribas, D., Heloisa, H., Zigelli, G. & Kotzias Atherino dos Santos, E. 2012. Looks and knowledge: experiences of mothers and nursing staff regarding post-caesarean section pain. Text Context Nursing. Florianópolis. Viitattu 29.11.2018
- Soite 2015. Kirurgisen toimenpiteen jälkeinen liikunta. Potilasohje. Viitattu 10.11.2018 <https://www.soite.fi/sivu/media/Kirurgisen+toimenpiteen+j%C3%A4lkeinen+liikunta.docx/format-pdf/path-L3Zhc93d3cvc212dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcw==>
- Tarnanen, K., Lassila, R. & Meinander, T. 2017. Syvä laskimotukos ja keuhkoembolia eli veritulppa. Käypä hoito. Duodecim. Viitattu 16.10.2018 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00046>
- TAYS 2015. Kotiutuminen synnytyksen jälkeen. Viitattu 1.12.2018 https://www.tays.fi/fi-fi/raskaus_ja_synnytys/Hoito_synnytyksen_jalkeen/Kotiutuminen_synnytyksen_jalkeen
- TAYS 2017. Haavan kuormituksen välttäminen vatsan alueen avoleikkauksen jälkeen. Potilasohje. Viitattu 10.11.2018 [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Toimenpiteiden_kotihoido-ohjeet/Haavan_kuormituksen_valttaminen_vatsan_a\(46275\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Toimenpiteiden_kotihoido-ohjeet/Haavan_kuormituksen_valttaminen_vatsan_a(46275))
- Terveyskylä. Toipuminen leikkauksesta. Viitattu 10.11.2018 <https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/leikkaukseen-tulijalle/leikkauksen-j%C3%A4lkeen/toipuminen-leikkauksesta>
- THL 2018. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2017. Viitattu 21.10.2018 <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitulasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>
- Tynkkynen, A. 2012. Synnytyksiin liittyvät infektiot: esiintyvyys ja riskitekijät. Opinnäytetyö. Lääketieteen koulutusohjelma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 6.11.2018 http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130051/urn_nbn_fi_uef-20130051.pdf
- Töyräs, M. 2018. Riskisektion hoito hybridisalissa. Finnanest. Viitattu 11.11.2018 http://www.finnanest.fi/files/toyras_riskisektio.pdf
- Urol, E. 2016. Synnytystapa vaikuttaa naisten virtsankarkailuun. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 5.10.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13172>

Vaasan keskussairaala 2017. Ummetuksen hoito päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. Viitattu 30.11.2018 <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukset/paivakirurgia/paivakirurgisen-leikkauksen-jalkeen-kotona/ummetuksen-hoito-paivakirurgisen-toimenpiteen-jalkeen/>

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

Witcher, P.M. 2018. Preeclampsia: Acute Complications and Management Priorities. AACN advanced critical care, vol. 29, no. 3, pp. 316-326. Viitattu 20.11.2018

VSSHP 2017. Ennen leikkausta. Viitattu 22.11.2018. <http://www.vsshp.fi/fi/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukseen-valmistautuminen/Sivut/ennen-leikkausta.aspx#kunnonYllapitaminenJaTerveyellisetElamantavat>

VSSHP a. Arven hoito. Potilasohje. VSSHP ohjepankki. Viitattu 6.11.2018 <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Arven%20hoito.pdf>

VSSHP b. Keisarileikkaus. Potilasohje. VSSHP ohjepankki. Viitattu 22.10.2018 <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Keisarileikkaus.pdf>

Vääräsmäki, M & Raudaskoski, T. 2017. Raskaus ja synnytys keisarileikkauksen jälkeen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 3.10.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13559>

Winter, G.F. 2018. Guide to: Caesarean scar care. British Journal of Midwifery, vol. 26, pp. 1-5. Viitattu 17.12.2018

Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. Naistentaudit ja synnytykset. [Helsinki]: Kustannus Oy Duodecim.