



Tervetuloa keisarileikkaukseen!

Potilasopas äideille ja kumppaneille

Hanna Kankare

OPINNÄYTETYÖ
Syyskuu 2020

Sairaanhoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

KANKARE, HANNA:
Tervetuloa keisarileikkaukseen!
Potilasopas äideille ja kumppaneille

Opinnäytetyö 49 sivua, joista liitteitä 1 sivua
Syyskuu 2020

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen potilasopas erään sairaanhoitopiirin synnyttäneiden vuodeosastolle keisarileikkauksella synnyttävälle äideille ja heidän kumppaneilleen. Työn tavoitteena oli antaa tietoa odottaville äideille ja kumppaneille keisarileikkauksesta ja vauvamyönteisyydestä oppaan avulla sekä edistää potilasohjauksen sujuvuutta sekä äitien ja perheiden kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen. Opinnäytetyön tutkimustehtävinä oli selvittää, miten odottavan äidin tulisi valmistautua keisarileikkaukseen ja mitä synnyttäneen äidin tulisi ottaa huomioon toipumisessa sekä selvittää, miten vauvamyönteisyyttä voidaan tukea synnyttäneiden vuodeosastolla. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisina menetelmin.

Keisarileikkaus on vatsan alueen leikkaus, johon liittyy alatiesynnytyksiä enemmän vakavia komplikaatioita, minkä vuoksi synnytystavalla on suuri merkitys sekä lapsen että äidin terveyteen. Leikkaukseen valmistautuessa äidin tulee huomioida monia seikkoja, kuten ravinnotta olo ja peseytyminen. Äidin toipuminen leikkauksesta on hitaampaa kuin alatiesynnytyksestä, ja synnytystapa voi vaikuttaa myös imetyksen keston, minkä vuoksi muun muassa kivun hoito on tärkeää. Vauvamyönteisyyttä voidaan tukea edistämällä täysimetystä ja ihokontaktin toteutumista sekä mahdollistamalla äidin ja vauvan yhdessäolo ympärivuorokautisesti.

Aineisto työhön kerättiin sekä kotimaisia että kansainvälisiä tietokantoja käyttäen, joista valittiin aiheen kannalta sopivimmat artikkelit. Työn tuotoksena syntyi selkeä ja kattava kirjallinen potilasopas, joka antaa etukäteistietoa äideille sekä heidän kumppaneilleen tulevasta leikkauksesta sekä siihen valmistautumisesta ja toipumisesta helppolukuisessa muodossa. Työelämän toiveesta myös vauvamyönteisyys on huomioitu potilasoppaassa.

Potilasopasta jaetaan perheille äitiyspoliklinikalla ennen elektiivistä keisarileikkausta tai synnyttäneiden vuodeosastolla leikkauksen jälkeen. Potilasopas tukee perheiden valmistautumista leikkaukseen sekä edistää kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen. Koska opas on kirjallisessa muodossa, tulee jatkossa huolehtia tiedon ajantasaisuudesta ja tarvittaessa oppaan päivittämisestä.

Asiasanat: keisarileikkaus, vauvamyönteisyys, ihokontakti, perhekeskeisyys, potilasneuvonta

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

KANKARE, HANNA:
Welcome to the Cesarean Section!
Patient guide to mothers and partners

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 1 pages
September 2020

Cesarean section is an abdominal surgery in which baby is delivered. In Finland, 16% of the babies are born with cesarean section. The purpose of this study was to create a patient guide to mothers, who are delivering by elective cesarean section, and to their partners. This study aimed to answer the questions on how pregnant women should prepare themselves for the cesarean section, what to consider in recovery and how principles of baby-friendly-initiative can be supported in a maternity ward. This study aimed to enhance families coping at home after an abdominal surgery, to give relevant information and in addition, to advance patient education, which is given in maternity hospitals.

This study was conducted as a practice-based thesis. The data were collected from both domestic and international databases. Also, specialists were interviewed to gain more information about the practices of cesarean section. Output of this study was made in collaboration with the Bachelor's thesis client.

The output of this study is a patient guide that includes information and instructions on how to prepare for the surgery and what happens during and after the cesarean section. Because cesarean section is a surgery as well a childbirth, the patient guide included information on skin-to-skin contact, importance of rooming-in and beginning of breastfeeding after the surgery. The output will be handed out to families in maternity clinic as they get guidance on upcoming delivery. In the future, it should be ensured that the patient guide is updated, if needed.

Key words: cesarean section, baby-friendly, skin-to-skin contact, family orientation, patient education

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
	3.1 Normaali alatiesynnytys	7
	3.2 Suunniteltu keisarileikkaus	9
	3.2.1 Suunnitellun keisarileikkauksen indikaatiot	10
	3.2.2 Suunnitellun keisarileikkauksen komplikaatiot.....	11
	3.3 Kiireellinen ja hätäkeisarileikkaus.....	12
	3.4 Suunnitellun keisarileikkauksen hoitopolku	13
	3.4.1 Keisarileikkausta ennen.....	14
	3.4.2 Keisarileikkauksen aikana	17
	3.4.3 Keisarileikkauksen jälkeen	18
	3.4.4 Kotiutuminen.....	21
	3.5 Perhekeskeisyys	23
	3.5.1 Vauvamyönteisyys.....	24
	3.5.2 Ihokontakti	29
	3.6 Potilasneuvonta.....	31
	3.7 Potilasopas.....	32
4	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	34
	4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	34
	4.2 Tuotoksen sisältö ja ulkoasu	35
	4.3 Opinnäytetyöprosessi.....	37
5	OPINNÄYTETYÖPROSESSIN POHDINTA.....	39
	5.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	39
	5.2 Pohdinta	41
	LÄHTEET	43
	LIITTEET	49
	Liite 1. Suostumus.....	49

1 JOHDANTO

Keisarileikkaus on Suomen yleisin leikkaustoimenpide, ja niiden osuus synnytyksistä on pysynyt tasaisena viime vuosien aikana, vuosittain noin 16% lapsista syntyy keisarileikkauksella (Tiitinen 2019b). Noin puolet keisarileikkauksista on elektiivisiä ja puolet joko kiireellisiä tai hätäkeisarileikkauksia (Vääräsmäki & Rautaskoski 2017; Uotila 2015a, 574). Keisarileikkaus on suuri leikkaus, johon liittyy alatiesynnytyksiin verrattuna enemmän vakavia komplikaatioita ja joka vaikuttaa sekä synnyttäjän että lapsen terveyteen välittömästi sekä tulevaisuudessa (Pallasmaa, Rautava & Timonen 2016, 1839). Synnytystavalla on siis suuri merkitys niin lapsen kuin äidinkin terveyteen. Tämän vuoksi opinnäytetyön aihe on tärkeä, sillä tällä hetkellä lasta odottaville äideille ja heidän kumppaneilleen ei ole ollut tarjolla ajan tasalla olevaa potilasopasta, joka sisältäisi kirjalliset ohjeet keisarileikkaukseen liittyen.

Tämän opinnäytetyön aiheena on keisarileikkaukseen valmistautuminen ja siitä toipuminen. Opinnäytetyössä huomioidaan myös vauvamyönteisyyden periaatteet sekä perhekeskeinen lähestymistapa, sillä niiden merkitys synnytyksien hoidossa on kasvanut viime vuosina synnytyssairaaloissa. Aihe valikoitui Tampereen ammattikorkeakoulun kautta saaduista aiheista, ja opinnäytetyön tekijän oma mielenkiinto aiheita kohtaan heräsi aiempien työharjoittelukokemusten pohjalta.

Opinnäytetyö on toteutettu toiminnallista menetelmää käyttäen. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kirjallinen potilasopas erään sairaanhoitopiirin sairaalan synnyttäneiden vuodeosastolle, ja oppaan on tarkoitus tarjota luotettavaa sekä ajankohtaista etukäteistietoa odottaville äideille sekä heidän kumppaneilleen. Koska aihe on laaja, opinnäytetyö on rajattu koskemaan äidin fyysistä valmistautumista ja toipumista keisarileikkauksesta. Lisäksi aihe rajattiin työelämän toiveesta elektiiviseen keisarileikkaukseen, vaikkakin kiireellisellä ja hätäkeisarileikkauksella synnyttäneet äidit voivat myös hyödyntää potilasoppaan sisältöä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kirjallinen potilasopas erään sairaanhoitopiirin sairaalan synnyttäneiden vuodeosastolle keisarileikkauksella synnyttävälle äideille ja heidän kumppaneilleen.

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

Miten odottavan äidin tulisi valmistautua elektiiviseen keisarileikkaukseen?

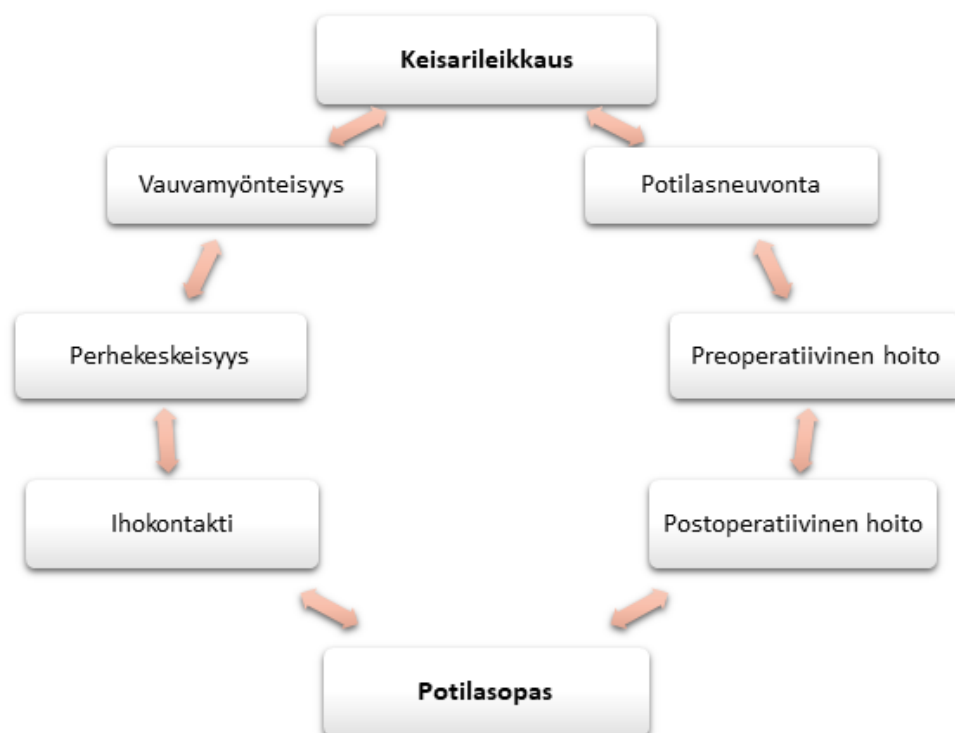
Mitä synnyttäneen äidin tulisi ottaa huomioon keisarileikkauksesta toipuessa?

Miten vauvamyönteisyyttä voidaan tukea synnyttäneiden vuodeosastolla?

Tavoitteena on antaa ajankohtaista ja luotettavaa etukäteistietoa odottaville äideille ja kumppaneille keisarileikkauksesta ja vauvamyönteisyydestä tiiviin oppaan muodossa sekä edistää potilasohjauksen sujuvuutta ja äitien ja perheiden kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössä ovat elektiivinen keisarileikkaus, potilasneuvonta, preoperatiivinen hoito, postoperatiivinen hoito, ihokontakti, vauvamyönteisyys sekä perhekeskeisyys. Alla olevassa kuviossa 1 on esitelty opinnäytetyön keskeiset käsitteet. Opinnäytetyön tuotoksena syntyy potilasopas eräälle sairaanhoitopiirille.



KUVIO 1. Keskeiset käsitteet

3.1 Normaali alatiesynnytys

Täysiaikainen synnytys alkaa, kun raskausviikkoja on 37 tai enemmän. Kun raskaus on kestänyt yli 42 viikkoa, katsotaan raskaus yliaikaiseksi. (Sariola & Tikkanen 2011, 315.) Tavalliseksi synnytykseksi katsotaan synnytys, joka tapahtuu alateitse ja sen hoitaa kätilö. Hänen tehtävänä on olla vastasyntyneen ja äidin tukena ja apuna, sekä seurata synnytyksen etenemistä. Synnytys on kolmivaiheinen, siihen kuuluu avautumis- ja ponnistusvaihe ja jälkeisten poistuminen.

Synnytys on käynnistynyt, kun lapsivedet menevät tai synnytyssupistukset tulevat kymmenen minuutin välein tihentyen. Tämän jälkeen synnytyksen kulkuun ei ole tarpeellista puuttua ja normaali synnytys etenee itsestään. Jos häiriöitä ilmenee, ne tulee todeta ajoissa, ja niiden välttämiseksi sikiön ja äidin vointia tarkkailaan koko synnytyksen ajan. (Tiitinen 2019a.)

Synnytysskipua on mahdollista lievittää lääkkeellisesti, joista tehokkaimpia menetelmiä ovat spinaali- ja epiduraalipuudutukset. Alatiesynnytyksissä 20% synnyttävistä äideistä saa spinaalipuudutuksen ja 50% epiduraalipuudutuksen. Lisäksi paraservikaalipuudutus, pudendaalipuudutus sekä ilokaasun hengittäminen supistuksen alkaessa ovat käytettyjä lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä. Myös ei-lääkkeettömiä keinoja käytetään synnytyskivun hoidossa, niitä ovat muun muassa asentohoito, hieronta, akvarakkulat ja akupunktio. (Tikkanen & Tekay 2019.)

Avautumisvaiheessa kohdunsuu avautuu 10 senttimetriin asti, ja vaiheen katsotaan alkaneeksi, kun avautumista on tapahtunut 2-4 senttimetriä ja supistukset tulevat säännöllisesti. Tapahtuman aikana sikiö laskeutuu tarjoutuva osa edellä lantion pohjalle. Avautumisvaiheen kesto on hyvin yksilöllinen, uudelleensynnyttäjillä lyhyempi kuin ensisynnyttäjillä, joilla tavallinen kesto on noin 7-9 tuntia. Lapsiveden värin seurannan lisäksi äidiltä seurataan pulssia, lämpöä ja verenpainetta, ja sikiöltä sykettä ja tarjontaa. (Tiitinen 2019a.)

Avautumisvaihetta seuraa ponnistusvaihe. Tämä alkaa, kun sikiö painaa välilihaa ja peräsuolta, jonka seurauksena äidille tulee tarve ponnistaa. Tämän vaiheen aikana lapsi syntyy. Kätilö tukee välilihaa, jotta vältetään repeäminen, mutta toisinaan väliliha on leikattava. Sopivin ponnistusasento on parhaiten äidin itse arvioitavissa, mutta yleisin tapa Suomessa on puoli-istuva asento. Ponnistusvaiheen kesto on, avautumisvaiheen tapaan, yksilöllistä ja voi kestää muutamasta minuutista jopa pariin tuntiin. Tarvittaessa imukupilla synnytystä voidaan nopeuttaa. Noin 1-2 minuutin kuluttua lapsen syntymästä napanuora katkaistaan, jonka jälkeen vastasyntynyt pääsee ihokontaktiin äidille. (Tiitinen 2019a.)

Lapsen syntymän jälkeen istukka ja sikiökalvot syntyvät kohdun supistuessa nopeasti. Äidin vatsaa painetaan ja napanuorasta vedetään kevyesti, jonka jälkeen

istukka irtoaa. Normaali verenvuodon määrä on 500 millilitraa synnytyksen kolmannessa vaiheessa. Raskauden aikana äidin verivolyymi on kasvanut, jonka ansiosta äidin elimistö on valmistautunut verenvuotoon synnytyksen aikana. (Sariola & Tikkanen 2011, 315, 320.)

3.2 Suunniteltu keisarileikkaus

Keisarileikkaus on Suomen yleisin leikkaustoimenpide, ja niiden osuus on pysynyt tasaisena viime vuosien aikana ja vuosittain noin 16% lapsista syntyy keisarileikkauksella (Tiitinen, 2019). Keisarileikkaus on toimenpide, jossa vatsanpeitteisiin ja kohdun seinämään tehdään viilto, jonka läpi sikiö synnytetään (Linden & Ilola 2013). Noin puolet keisarileikkauksista on elektiivisiä, ja noin puolet päivystyksellisiä eli joko kiireellisiä tai hätäkeisarileikkauksia (Vääräsmäki & Raudaskoski 2017; Uotila 2015a, 574).

Päätöksen keisarileikkauksesta ja sen ajankohdasta tekee lääkäri (Uotila 2015a, 575). Keisarileikkaukset jaotellaan kolmeen kiireellisyysluokkaan; suunniteltuun, kiireelliseen sekä hätäkeisarileikkaukseen. Päätös elektiivisestä keisarileikkauksesta tehdään yleensä useita päiviä aiemmin, kuitenkin viimeistään 24 tuntia ennen leikkausta. Kiireellinen keisarileikkaus suoritetaan yleensä muutaman tunnin sisällä leikkaukspäätöksestä, ja hätäkeisarileikkaus muutaman minuutin kuluessa. (Pallasmaa 2014, 18.)

Suunniteltu keisarileikkaus on synnytys ja enemmän kuin kirurginen toimenpide (Rinne 2020; Lewis ym. 2014, 136). Äitien positiiviseen synnytyskokemukseen voidaan vaikuttaa keisarileikkauksessa kunnioittamalla äidin toiveita synnytyksestä sekä omaksumalla perhekeskeinen malli, jossa äiti, kumppani sekä vauva saavat olla yhdessä. Ihokontaktin toteutuminen mahdollisimman nopeasti heti vauvan synnyttyä, on tärkeää monille äideille. (Lewis ym. 2014, 134, 136.)

3.2.1 Suunnitellun keisarileikkauksen indikaatiot

Suunnitellun keisarileikkauksen yleisempiä syitä ovat sikiön poikkeava tarjonta, etinen istukka, istukan toimintahäiriöt, äidin krooninen sairaus, raskauskomplikaatioiden vaikeutuminen tai aiemmat synnytyskomplikaatiot. Lisäksi lantion ja sikiön epäsuhta, synnytyksen käynnistymättömyys, sikiön todettu sairaus sekä äidin synnytyspelko voivat olla aiheita keisarileikkaukselle. (Uotila & Tihtonen 2019a; Tiitinen 2019b; Pallasmaa ym. 2016, 1839.)

Synnytys keisarileikkauksen jälkeen tulee suunnitella yksilöllisesti keskustellen äidin kanssa. Mikäli synnyttäjällä on aiempi kohdun repeämä, yli kaksi aiempaa keisarileikkausta tai keisarileikkauksessa on käytetty klassista kohtuviiltoa, on elektiivinen keisarileikkaus aiheellinen. Suurin huolenaihe alatiesynnytyksessä keisarileikkauksen jälkeen on kohdunrepeämän riski. Aiemmin keisarileikkauksella synnyttäneellä naisella alatiesynnytys onnistuu kolmella neljästä. Alatiesynnytyksen onnistumisedellytyksiä parantaa synnytys, joka käynnistyy spontaanisti ja aiempi alatiesynnytys. (Vääräsmäki & Raudaskoski 2017.)

Rouheen ja Saiston (2019) mukaan synnytyspelko voi olla syynä keisarileikkaukselle, mikäli äiti ja lääkäri päätyvät yhdessä ratkaisuun synnytystapa-arviossa. Ehdotonta keisarileikkaustoivetta tulee kunnioittaa syylistämättä äitiä, mutta usein äidin toive keisarileikkauksesta hälvenee kuitenkin tiedon ja tuen avulla. Kolme neljäsosaa synnyttäjistä päätyy alatiesynnytykseen saatuaan riittävästi tietoa ja tukea, ja siksi äideille tuleekin tarjota tietoa alatiesynnytyksen hyödyistä ja kivunlievitysmahdollisuuksista, sekä kertoa keisarileikkaukseen liittyvistä riskeistä kuitenkin niitä korostamatta. (Rouhe & Saisto 2019.)

Perätarjontaan liittyy suurempi riski sikiön sairastavuuteen, ja sen vuoksi suuri osa perätarjonnassa olevista sikiöistä syntyy suunnitellulla keisarileikkauksella. Edellytyksiä alatiesynnytykselle perätarjonnasta huolimatta voi kuitenkin olla muun muassa motivoitunut synnyttäjä, pakaratarjonta tai perä-jalkatarjonta, synnytyksen normaali eteneminen ja se, ettei sikiöllä ei ole merkittävää kasvunhidastumaa. (Uotila & Tihtonen 2019b.)

Suomessa kaksisikiöisistä raskauksista noin puolet päätyy keisarileikkaukseen. Synnytystapana on keisarileikkaus tilanteissa, jossa molemmat sikiöt jakavat saman vesikalvon tai kun sikiöt ovat liittyneet yhteen. Mikäli sikiöitä on kolme, yleensä päädytään keisarileikkaukseen sikiöiden ennenaikaisuuden ja virhetarjontojen vuoksi. (Tekay 2019.)

3.2.2 Suunnitellun keisarileikkauksen komplikaatiot

Keisarileikkaukseen liittyy tutkimusten mukaan korkeampi riski komplikaatioihin, erityisesti vakavia komplikaatioita esiintyy alatiesynnytyksiin verrattuna enemmän. Tutkimusten mukaan keisarileikatuista äideistä noin 27% saa jonkinlaisen komplikaation, ja naisten henkeä uhkaava komplikaatoriski on korkeimmillaan päivystyskeisarileikkauksissa. (Pallasmaa 2014, 5, 64; Pallasmaa ym. 2016, 1840.) Vakavien komplikaatioiden esiintyvyys on noin 10% keisarileikkauksista, ja merkittävimpiä riskitekijöitä ovat ylipaino, hätäkeisarileikkaus, pre-eklampsia ja äidin korkea ikä (Pallasmaa 2014, 5, 39–42).

Synnytystapa vaikuttaa merkittävästi sekä äidin että vastasyntyneen terveyteen, ja vaikutukset voivat olla joko välittömiä tai myöhemmin esiintyviä. Keisarileikkaus on tarpeen 10-15% synnytyksistä, mutta se on epäfysiologinen tapahtuma äidille sekä vauvalle. Useimmissa tapauksissa alatiesynnytys hyvin hoidettuna on turvallisin vaihtoehto sekä synnyttäjän että lapsen kannalta. (Pallasmaa ym. 2016, 1844.)

Keisarileikkaukseen liittyy kohonnut riski tulehduksiin verrattuna alatiesynnytyksiin. Keisarileikatuilla äideillä tulehduksia esiintyy noin 11 %:lla äideistä. (Salo, Tekay & Mäkikallio 2015, 1137.) Päivystysleikkausten jälkeiset tulehdukset ovat jonkin verran yleisempiä kuin suunniteltujen keisarileikkausten jälkeen (Pallasmaa ym. 2016, 1839–1840; Uotila & Tihtonen 2019a).

Välittömiä vaikutuksia keisarileikkauksen jälkeen äidin terveyteen ovat muun muassa haavatulehdus, kohtutulehdus, kohdunpoisto verenvuodon vuoksi, tromboemboliset komplikaatiot, suolentukkeuma, virtsarakon ja suolen vauriot, sekä

kohdun tai sivuelinten laseraatio. Pitkäaikaiskomplikaatiot ovat usein äidin terveyden kannalta merkittävimpiä kuin välittömät vaikutukset. Keisarileikkauksesta muodostuu arpialue kohtuun, joka saattaa myöhemmin revetä tulevissa raskauksissa ja alatiesynnytyksissä. Leikkausarven seudusta saattaa esiintyä vuotohäiriöitä, erityisesti kuukautisten jälkeen, vuosienkin jälkeen keisarileikkauksesta. (Pallasmaa ym. 2016, 1840–1842.)

Keisarileikkauksen liittyy riskejä seuraavissa raskauksissa (Tiitinen 2019b; Vääräsmäki & Raudaskoski 2017). Vakavan komplikaation aiheuttaa istukan kiinnittymishäiriöt, jotka saattavat johtaa runsaaseen verenvuotoon, kohdunpoistoon sekä toisinaan äidin menehtymiseen. Riski istukan kiinnittymishäiriöille lisääntyy keisarileikkausten määrän kasvaessa. Myös istukan irtoamisia ennenaikaisesti tulevissa raskauksissa on raportoitu. Lisäksi aiempaan keisarileikkaukseen liittyy riski sikiön kohtukuolemaan sekä kohdunulkoiseen raskauteen tulevaisuudessa. (Pallasmaa ym. 2016, 1842.) Alatiesynnytyksessä keisarileikkauksen jälkeen, sikiön sykekäyrää tarkkaillaan jatkuvasti, sillä synnytykseen liittyy kohdun repeämisen riski. Sikiön sykkeen muutos on ensimmäinen merkki kohdun repeämisestä. (Vääräsmäki & Raudaskoski 2017.)

3.3 Kiireellinen ja hätäkeisarileikkaus

Päivystykselliset keisarileikkaukset tehdään synnytyksen käynnistymisen jälkeen. Aiheita kiireelliselle keisarileikkaukselle on esimerkiksi sikiön hapenpuute, tarjontavirhe tai kohdun supistusheikkous. (Tiitinen 2019b; Uotila & Tihtonen 2019a.) Lisäksi synnytyksen pysähtyminen tai synnytyksen spontaani käynnistyminen ennen elektiivisen keisarileikkauksen ajankohtaa voi johtaa kiireelliseen keisarileikkaukseen (Linden & Ilola 2013).

Hätäkeisarileikkaukseen päädytään akuutin hätätilanteen vuoksi ja leikkaus suoritetaan hätäjärjestelyin tavoitteena, että lapsi syntyy kymmenen minuutin kuluessa. Hätäkeisarileikkaus suoritetaan yleisanestesiassa. Syitä hätäkeisarileikkaukselle ovat muun muassa napanuoran esiinluiskahdus, istukan irtautuminen äkillisesti tai sikiön palautumaton hidas syke. (Uotila & Tihtonen 2019a.) Lisäksi

runtas verenvuoto tai kohdun seinämän repeämä johtaa hätäkeisarileikkaukseen. Toisin kuin suunnitellussa ja kiireellisessä keisarileikkauksessa, hätätoimenpiteessä viilto tehdään navasta alaspäin pystysuoraan, koska alakeskiviilosta sikiön ulos auttaminen sujuu nopeammin. (Linden & Ilola 2013.)

Päätöksen keisarileikkauksesta ja sen ajankohdasta tekee lääkäri. Ajankohta valitaan sikiön voinnin sallimassa ajassa, mutta kuitenkin niin, että synnyttäjää ehditään valmistella leikkaukseen ja leikkaussalissa on osaava henkilökunta paikalla. Hätätilanteessa käytetään hätäjärjestelyjä, esimerkiksi yleisanestesian induktio aloitetaan välittömästi leikkaussalissa eikä leikkausalueita pestä hätätilanteessa vaan tyydytään itsedesinfiioivien kalvojen antamaan desinfektioon. (Uotila 2015a, 575–576.)

3.4 Suunnitellun keisarileikkauksen hoitopolku

Raskaana olevan naisen ja kumppanin valmistelu synnytykseen, sekä alatiesynnytykseen että keisarileikkaukseen, kuuluu hyvään raskaudenaikaiseen hoitoon (Wilson ym. 2018). Äiti saa neuvolasta lähetteen äitiyspoliklinikalle synnytystapa-arvioon, mikäli herää huoli alatiesynnytyksen ongelmallisuudesta (Antikainen 2020; Uotila 2015b, 358). Synnytystapaa arvioidaan erikoissairaanhoidossa muun muassa yliaikaisen raskauden, lantion ja sikiön mahdollisen epäsuhtaan tai aiempien synnytyskomplikaatioiden vuoksi (Uotila 2015b, 358). Synnytystapaan vaikuttavat lääketieteellisten syiden lisäksi äidin ja perheen näkemykset. Äitiyspoliklinikalla perhe tapaa kättilön ja lääkärin, jonka vastaanotolla tehdään päätös synnytystavasta. (Antikainen 2020.)

Synnytystavasta päättävä synnytyslääkäri arvioi synnytystapojen riskejä ja leikkausindikaatioiden perusteella päättää kenelle keisarileikkaus tehdään, niin että leikkaus tehdään siitä eniten hyötyville, mutta niin, että välttytään turhilta toimenpiteiltä. Erityisesti silloin, kun keisarileikkaus päädytään tekemään ilman lääketieteellisiä perusteita, on tärkeää tiedostaa leikkaukseen liittyvät komplikaatorismit. (Pallasmaa ym. 2016, 1839–1840.)

Elektiivinen keisarileikkaus suunnitellaan yleensä muutaman viikon päähän, usein lähelle laskettua aikaa. Joissakin tapauksissa on mahdollista myös tavata anestesia lääkäri ennen leikkausta. Perhe saa äitiyspoliklinikalta ohjeet keisarileikkaukseen valmistautumista varten kättilön vastaanotolla. (Antikainen 2020.)

3.4.1 Keisarileikkausta ennen

Preoperatiivinen hoito on potilaille ja heidän omaisilleen leikkausta edeltävästi annettua hoitoa, joka sisältää sekä fyysisen että psyykkisen hoidon. Preoperatiivinen ohjaus riippuu ihmisen yksilöllisistä tarpeista, ja tavoitteena on edistää turvallista ja nopeaa leikkauksesta toipumista. Ennen leikkausta annettava ohjaus voi sisältää muun muassa hengitysharjoituksia tai yskimisharjoituksia, joissa leikkaushaavaa tuetaan tyynyillä yskiessä. (Peate 2015, 381–383.) Potilaalle ennen leikkausta annetun ohjauksen sisältö, ja se miten tieto ymmärrettiin ja hyväksyttiin, tulee dokumentoida. (Wilson ym. 2018).

Puian (2018) mukaan kumppaneiden huono valmisteleminen keisarileikkaukseen vaikuttaa pelon määrään. Kumppanin tulee myös olla valmistautunut keisarileikkaukseen, jotta he voivat tarjota tukea synnyttäjälle. Vanhempien tiedon määrä keisarileikkauksesta tulee selvittää ja hoitajien tulee tunnistaa pelot ja huolet, sekä antaa asianmukaista tietoa. (Puia 2018.) Uotilan (2015a, 576) mukaan synnyttäjä tarvitsee tietoa leikkaukseen johtaneista syistä, itse toimenpiteestä ja sen kulusta, sikiön voinnista ja leikkauksesta toipumisesta.

Potilaiden ja vierailijoiden on sairaalan henkilökunnan ohella huolehdittava hyvästä käsihygieniasta, sillä sen avulla voidaan ehkäistä infektioita tehokkaasti. Käsihygienialla tarkoitetaan käsien pesua ja käsihuuhteen käyttöä. Kotioloissa käsien pesu saippualla riittää, mutta sairaalassa tehokkain tapa estää mikrobien leviäminen on käsihuuhteen käyttö. Suositusten mukaan käsihuhdetta käytetään saapuessa poliklinikalle, osastolle tai potilashuoneeseen sekä sieltä lähtiessä. Lisäksi käsihuhdetta tulee käyttää ruokailua edeltävästi ja yskimisen, niistämisen ja WC-käynnin jälkeen sekä hoitotoimenpiteiden yhteydessä. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2020b.)

Laskimoveritulppa on laskimoon muodostunut verihyytymä, jonka oireena on tyyppillisesti joko pohkeen turvotus, leposärky tai kipu kävellessä. Vaarallinen seuraus laskimoveritulpasta voi olla keuhkoveritulppa, jolloin hyytymä on kulkeutunut keuhkovaltimon haaraan. (Kettunen 2018.) Alatiesynnytyksen jälkeen riski laskimoveritukokselle on noin 1%, kun taas keisarileikkauksen jälkeen riski on 2-3% (Pietiläinen 2015, 591). Mikäli äidillä on laskimoveritulpan riskitekijä eli muun muassa aiempi laskimotukos, yli viikon kestävä liikkumattomuus, suuri leikkausvuoto, pre-eklampsia tai synnytyksen jälkeinen tulehdus, äidille aloitetaan lääkkeellinen tromboosiprofylaksi (Salo ym. 2015, 1140, 1142). Hoitona laskimotukokseen aloitetaan pienimolekulaarinen hepariini, joka annetaan ihon alle injektiona. Äidille ohjataan injektion pistäminen, sillä hoito jatkuu vähintään 7-10 vuorokautta. (Pietiläinen 2015, 591.) Äitiyspoliklinikalta elektiiviseen keisarileikkaukseen tuleva äiti saa tukisukat jo ennen leikkausta (Antikainen 2020). Tukisukkien tarkoituksena on ehkäistä laskimotukoksien syntymistä (Pietiläinen 2015, 591).

Kaikissa keisarileikkauksissa äideille annetaan profylaktinen mikrobilääkehoito infektioiden ehkäisemiseksi (Uotila & Tihtonen 2019a). Antibiootti annetaan suunensisäisesti, ja kaikille naisille antibiootiksi suositellaan kefalosporiinia (Caughey ym. 2018). Ennen leikkausta annettavalla mikrobilääkkeellä voidaan vähentää tulehduksia jopa 60-70 %, ja mikrobilääke on todettu tehokkaaksi, mikäli se annetaan 15-60 minuuttia ennen leikkausviiltoa tai napanuoran leikkauksen jälkeen. Myös vaginan pesua suositellaan leikkausta edeltävästi, sillä se vähentää tulehdusriskiä. (Salo ym. 2015, 1137.)

Yleensä leikkausvalmisteluihin kuuluu virtsakatettrin asettaminen äidille, sillä täysinäinen rakko saattaa häiritä keisarileikkausta, ja lisäksi virtsakatetri mahdollistaa virtsamäärän seurannan. Virtsakatetri mahdollistaa myös leikkauksen jälkeen häiriöttömän rakon tyhjenemisen. (Uotila 2015a, 576; Diamond, Bonney & Myers, 2014.) Ennen epiduraalipuudutteen laittoa synnyttäjän virtsarakko tulee tyhjentää, sillä virtsaamisen tunnetta ei välttämättä tunne puudutteen laitton jälkeen (Raussi-Lehto 2015, 262). Toisaalta virtsarakkokatetri altistaa virtsatieinfektioille, ja voi siksi olla haitallinen. Sen käyttöä ei suositella, muutoin kuin vuotopotilaiden kohdalla. (Salo ym. 2015, 1137; Sheiner 2012, 84.) Suolen tyhjennystä keisarileikkausta edeltävästi ei tule suorittaa, koska sillä ei ole todettu olevan selkeää

hyötyä, vaan päinvastoin toimenpide tuottaa epämiellyttävän kokemuksen potilaalle (Wilson ym. 2018).

Ennen suunniteltua keisarileikkausta on suositeltavaa, että odottava äiti peseytyy antimikrobisella saippualla (Caughey ym. 2018). Perinteisesti leikkausvalmisteluihin on kuulunut ihokarvojen ajelu, mutta tutkimusten mukaan ihokarvojen ajelulla leikkausalueelta ei ole ollut vaikutusta haavainfektioiden esiintyvyyteen. Ihokarvojen ajelulla leikkausta edeltävänä päivänä tai leikkauispäivänä ei ole merkitystä infektion synnylle. (Sheiner 2012, 84.)

Keisarileikkausta edeltävästi äidin tulee olla syömättä vähintään 6 tuntia, ja paastoa edeltävästi voi syödä kevyen aterian. Elektiivisissä leikkauksissa, nesteitä tulisi juoda siihen saakka, kunnes leikkaukseen on aikaa 2 tuntia. (Wilson ym. 2018.) Kiinteistä ruoista paastoamisella 6-8 tuntia ennen leikkausta on mahdollisia myönteisiä vaikutuksia sekä äidille että vastasyntyneelle. Vastasyntyneen hypoglykemian ja asidoosin esiintyminen ja äitien oksentelu vähentyi preoperatiivisen paaston ansiosta. Oksentelu, ruoan takaisinvirtaus ja vatsansisällön aspirointi ovat huomioon otettavia ongelmia, sillä ne voivat aiheuttaa potilaalle aspiraatiokeuhkokuumeen tai hengitysvajauksen. (Li ym. 2019.)

Äidille annetaan usein ennen keisarileikkausta vatsan sisältöä neutraloiva lääke, joko H₂-reseptorin salpaaja tai protonipumpun estäjä. Mahan sisältöä neutraloiva lääke annetaan yleisanestesian varalta, sillä raskaana olevan naisen nukutukseen liittyy riski vatsansisällön aspiraatioon. (Diamond ym. 2014; Wilson ym. 2018.) Mahdollista keisarileikkauksen aikaista pahoinvointia voidaan ehkäistä tehokkaasti pahoinvointilääkkeillä (Macones ym. 2019).

Keisarileikkaukseen menevällä äidillä tulee olla laskimokanyyli, jotta tarpeen mukaan äitiä voidaan nesteyttää nopeasti (Toivonen & Palomäki, 2019, 2288). Ennen keisarileikkausta varmistetaan vielä sikiön vointi ja vointia seurataan leikkauksen alkamiseen saakka. Synnyttäjää saa päälleen leikkauispaidan, ja nainen saatetaan leikkaussaliin leikkauispöydälle. (Uotila 2015a, 576.)

3.4.2 Keisarileikkauksen aikana

Puian mukaan (2018) keisarileikkauksen aikana hoitajien tulee tarjota jatkuvaa emotionaalista tukea synnyttäjälle sekä kumppanille, sekä huolehtia siitä, ettei potilas koe jäävänsä huomiotta. Synnyttäjän toiveita keisarileikkauksesta tulee kunnioittaa, ja esimerkiksi äidin toive ihokontaktin toteuttamisesta jo leikkaussalissa tulee mahdollistaa. Tutkimuksen mukaan äidit odottivat hoitohenkilökunnalta tiedon ja ammattitaidon lisäksi myötätuntoisia tekoja, kuten kädestä pitämistä ja keskustelua pelon hälventämiseksi toimenpiteen aikana. (Puia 2018.)

Keisarileikkaukseen osallistuvat leikkaava lääkäri, anestesia­lääkäri ja sairaanhoitajat, ja lisäksi kätilö ja lastenlääkäri. Toimenpiteen aikana tulee normaalin anestesiavalmiuden lisäksi olla valmiudet vauvan hoitoon ja elvytykseen. Kiireettömissä ja suunnitelluissa keisarileikkauksissa mukana voi olla mukana synnyttäjän kumppani tai muu tukihenkilö. (Linden & Ilola 2013.)

Nykyään keisarileikkauksiin anestesiamuodoksi suositellaan epiduraali- tai spinaalipuudutusta. Ennen puudutuksen laittoa kätilö auttaa synnyttäjän kyljelleen niin että pää on taivutettuna rintaa vasten ja jalat koukussa, jonka jälkeen synnyttäjän selkä pestään ja anestesia­lääkäri laittaa puudutteen. Epiduraalipuudutus ruiskutetaan epiduraalitilaan, kun taas spinaalipuudutus laitetaan selkäydin­neesteeseen. Spinaalipuudutuksen vaikutus alkaa nopeammin kuin epiduraalipuudutuksen, ja käytettävä lääkemäärä on pienempi. Vasta-aiheena puudutuksen laitolle voi olla laaja tatuointi potilaan selässä. (Raussi-Lehto 2015, 262–264.)

Puudutukset, jotka vaikuttavat sentraalisesti vaativat äidin ja lapsen jatkuvaa seuranta. Haittavaikutuksena puudutuksilla on verenpaineen laskua, joka johtuu sympaattisen hermoston salpautumisesta, ja lisäksi spinaalipuudutuksen jälkeen saattaa esiintyä päänsärkyä, joka johtuu selkäydin­neesten tihkumisesta kovakalvossa olevasta reiästä. Postspinaalipäänsärky voimistuu seisoma-asennossa ja helpottuu makuuasennossa, ja päänsärky voi jatkua useiden päivien ajan. Kofeiini­juomat, kipulääkkeet sekä anestesia­lääkärin laittama veripaikka helpottavat oireita. (Toivonen & Palomäki 2019, 2287–2289.)

Raskaana olevan naisen ollessa selinmakuulla laskimopaluu sydämeen vähentyy, joka johtaa matalaan verenpaineeseen sekä istukan vähentyneeseen läpivirtaukseen ja sikiön hapettumiseen. Tämän vaikutuksen ehkäisemiseksi leikkauksen aikana synnyttäjää on selinmakuulla, sivusuuntaisesti 15 astetta kallistettuna. (Diamond ym. 2014.)

Ennen leikkauksen aloitusta leikkausalue pestään antiseptisellä aineella haavainfektioiden välttämiseksi (Sheiner 2012). Keisarileikkauksessa vatsanpeitteet avataan ja kohtulihakseen tehdään poikkiviilto, jonka jälkeen kalvot puhkaistaan (Tiitinen 2019). Ihoviilto voidaan tehdä esimerkiksi Pfannenstiel-menetelmää käyttäen, jossa viilto tehdään kaarevasti 2-3cm symfyysin eli häpyliitoksen yläpuolelle. Kohtuun tehdään 1-2cm mittainen poikittainen ohjausviilto, ja kohtu levitetään sormin pitkittäissuuntaisesti. (Salo ym. 2015, 1138; Uotila & Tihtonen 2019a.) Leikkaaja asettaa käden sikiön tarjoutuvan osan alle ja auttaa lapsen kämmentä pitkin ulos. Joissakin tapauksissa ulosautossa käytetään apuna imukuppia tai pihtejä. (Uotila & Tihtonen 2019a.)

Istukan käsin irrotus lisää tulehdus- ja verenvuotoriskiä, minkä vuoksi istukka tulisi synnyttää spontaanisti. Istukan irtoamista voidaan nopeuttaa vetämällä kevyesti napanuorasta sekä puristamalla kohtua. (Salo ym. 2015, 1139.) Kohtu nostetaan vatsanpeitteiden päälle sulkemisen ajaksi, ja huolehditaan kohdun supistumisesta hieromalla kohtua kevyesti sekä antamalla suonensisäisesti kohtua supistavaa lääkettä. Kun iho on suljettu, varmistetaan vielä, ettei kohtu kerää verihyytymiä sisäänsä puristamalla vatsanpeitteiden läpi kohtua ja tarkistamalla vuotavan veren määrä emättimestä. (Uotila 2015a, 577.) Kohtulihas suljetaan kahdessa kerroksessa istukan poistamisen jälkeen, ja vatsanpeitteet suljetaan kerroksittain (Uotila & Tihtonen 2019a).

3.4.3 Keisarileikkauksen jälkeen

Keisarileikkauksen jälkeen äidin vointia seurataan heräämössä tarkkailemalla verenpainetta, pulssia, sydämen rytmiä, hengitystaajuutta ja happisaturaatiota 5 minuutin välein ensimmäisen puolen tunnin ajan. Tavallisesti äiti menettää keisari-

leikkauksen aikana verta noin 700-1000 millilitraa. (Diamond ym. 2014.) Postoperatiivisesti kohdun supistumista tarkkaillaan painamalla kohtua, jolloin arvioidaan tulevan verenvuodon määrää, kohdun kokoa ja mahdollista kohdun kallistumista, joka viittaa verenvuotoon vatsaontelon sisällä. Tarvittaessa synnyttäneelle äidille annetaan kohtua supistavaa lääkettä. (Linden & Ilola 2013.) Leikkauksen jälkeisenä päivänä tulisi hematokriitti arvot mitata verikokeista, jotta voidaan arvioida äidin hemodynaamista vakautta ja tarvetta hoitotoimenpiteille, kuten verensiirroille tai rautavalmisteen aloittamiselle (Sheiner 2012, 226).

Keisarileikkaus on suuri vatsan alueen leikkaus, josta syntyy postoperatiivista kipua. Postoperatiivinen kipu johtuu kudosaivaurioista sekä tulehdusprosessista, ja kipua voi esiintyä levossa sekä liikkeellä ollessa. Kipu johtaa hitaampaan synnytyksestä palautumiseen, sekä hidastaa äidin ja vastasyntyneen vuorovaikutuksen syntymistä. Leikkauksen jälkeinen kipu voi hankaloittaa hyvän imetysasennon löytämistä, ja näin vaikuttaa negatiivisesti imetyksen onnistumiseen. Kipu vaikuttaa myös äidin päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen, kuten istumiseen, kävelemiseen ja intiimihygieniasta huolehtimiseen. (Sell ym. 2012, 767, 770.) Myös Pallasmaan, Rautavan ja Timosen (2016) mukaan leikkaushaava, kipu, puudutukset ja kipulääkitys heikentävät äidin toimintakykyä keisarileikkauksen jälkeen. Leikkaushaava rajoittaa imettämisen lisäksi myös vastasyntyneen hoitamista ensimmäisinä päivinä. (Linden & Ilola 2013).

Leikkauksen jälkeisen kivun hoito on tärkeää, sillä se nopeuttaa toipumista, parantaa potilaan tyytyväisyyttä sekä lyhentää sairaalassaoloaika. Lisäksi synnyttäneiden äitien kohdalla kivun hoito vaikuttaa myönteisesti myös imetyksen kestoon ja maidoneritykseen. (Carvalho & Tenorio 2012, 493.) Kipua hoidetaan säännöllisesti otettavalla parasetamolilla ja tulehduskipulääkkeellä, ja lisäksi voidaan käyttää epiduraali-infuusiota, haavapuudutekatetria tai opioideja kivun hoitoon (Linden & Ilola 2013).

Yksi tapa hoitaa postoperatiivista kipua on ruiskuttaa puuduteseosta spinaaliliialaan viedyn ohuen katetrin läpi (Tunturi 2013). Intratekaalisesti eli selkäydinesteeseen annosteltavan opioidin yleisiä haittavaikutuksia ovat kutina ja virtsarakon tyhjenemisen häiriöt (Toivonen & Palomäki 2019, 2288). Lisäksi potilaalla voi

esiintyä pahoinvointia ja oksentelua, sedaatiota sekä hengityslamaa. Morfiini intratekaalisesti annosteltuna, on laajasti käytetty kipulääke keisarileikkauksen jälkeisenä aikana, sillä se edistää asianmukaista ja pitkävaikutteista postoperatiivista kivunhoitoa. (Carvalho & Tenorio 2012, 492–493.) Spinaalitallassa oleva katetri poistetaan infektioriskin vuoksi kahden vuorokauden kuluessa (Tunturi 2013).

Keisarileikkaushaava saattaa tulehtua (Pallasmaa ym. 2016, 1841; Uotila & Tihonen 2019a.), jonka vuoksi leikkaushaava tarkastetaan päivittäin naisen sairaalassaolo aikana. (Sheiner 2012, 226.) Leikkaushaavan infektio diagnosoidaan oireiden perusteella, joista tyypillisimpiä ovat märkäinen erityös haavasta, punoitus, kuumotus ja turvotus haavan reunoilla ja lämmön nousu. Syvässä haavainfektiossa kuume voi nousta yli 38 asteeseen. Mikäli potilaalla on voimakkaat yleisoireet tai merkittävä paikallisreaktio, hoidetaan infektiota mikrobilääkkeiden avulla. (Rantala & Huotari 2011.) Infektoitunut haava voidaan avata, puhdistaa keittosuolalla sekä poistaa nekroottinen kudos. Haavassa olevat niitit poistetaan yleensä 5-7 päivää leikkauksen jälkeen. (Sheiner 2012, 226.)

Naisille, joilla ei esiinny komplikaatioita keisarileikkauksen jälkeen ja jotka voivat hyvin, saavat syödä ja juoda, kun he tuntevat itsensä nälkäisiksi tai janoisiksi (Diamond ym. 2014). Itse toimenpide sekä kipulääkkeet voivat kuitenkin aiheuttaa potilaalle pahoinvointia ja oksentelua, ja usein potilaan pahoinvointia hoidetaan lääkkeellisesti (Sheiner 2012, 226).

Vatsan alueen leikkaus saa kivun lisäksi aikaan suolistokaasujen kerääntymistä ja suoliston liikkeen vähentymistä (Sell ym. 2012, 767). On todettu, että vatsan toiminnan normalisoitumista ja suolistokaasujen ulostuloa nopeuttaa purukumin pureskelu keisarileikkauksen jälkeen. Purukumia pureskelleilla äideillä on myös todettu vähemmän suolitukoksia, kuin verrokkiryhmällä. (Macones ym. 2019.) Varhainen liikkeelle lähtö leikkauksen jälkeen on osa kirurgista lähestymistapaa, josta käytetään nimitystä ERAS (enhanced recovery after surgery). Varhaisella mobilisoinnilla voi olla myös myönteisiä vaikutuksia suolen toimintaan ja sairaalassaoloaikaan, minkä vuoksi sitä suositellaan keisarileikkauksenkin jälkeen.

(Macones ym. 2019.) Lisäksi mahdollisimman varhainen mobilisaatio on suositeltavaa, sillä se ehkäisee laskimoveritukoksia, sekä parantaa verenkiertoa ja edistää keuhkojen laajentumista (Peate 2015, 382–383).

Pulloon puhallusharjoitusten avulla voidaan tehostaa keuhkojen tuulettumista sekä edistetään liman irtoamista keuhkoputkista. Menetelmä luo vastapaineen, kun ilmaa puhalletaan letkun kautta pulloon, jossa on vettä. Vastapaine avaa keuhkoputkien haaroja, jotka ovat kasaan painuneita, ja ilma pääsee limapaakkujen taakse, jolloin lima lähtee liikkeelle ja se on helpommin yskittävässä pois. Pulloon puhallusharjoitus toteutetaan hengittämällä sisään nenän kautta ja sitten puhaltamalla pitkään ulos pulloon niin, että vesi kuplii. Puhallusharjoitus toistetaan 10-15 kertaa, ja harjoitusten välissä limaa voi yrittää yskiä pois. (Teikari 2020.)

Perheen siirryttyä perheheräämään leikkaussalista on ensi-imetys mahdollista (Antikainen 2020; Rinne 2020). Keisarileikkattujen äitien postoperatiiviseen ohjaukseen kuuluu imetyksen aloittamiseen liittyvä ohjaus (Linden & Ilola 2013). Imettäminen ensimmäisen tunnin aikana synnytyksestä on osoitettu olevan tärkeä tekijä imetyksen jatkumiselle, joten äidin ja vauvan yhdessäolo on tärkeää ainakin ensimmäisen tunnin ajan, sillä se johtaa pidempään imetysaikaan. Tutkimuksissa on todettu, että keisarileikkauksella synnyttäneet naiset ovat todennäköisemmin imettämättä tai imetysyritys viivästyy, joten äidit saattavat tarvita enemmän tukea imetykseen heti synnytyksen jälkeen kuin alateitse synnyttäneet. (Hobbs ym. 2016.)

3.4.4 Kotiutuminen

Kotiutuminen sairaalasta tapahtuu yleensä 3-5 päivän kuluttua keisarileikkauksesta (Rinne 2020). Vastasyntyneen vointi tulee tarkistaa aina ennen kotiutumista lääkärin toimesta. Lastenlääkärin tarkastuksessa tarkistetaan vastasyntyneen vointi kuuntelemalla keuhkot ja sydän sekä tarkastamalla lonkat. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2020b.) Vastasyntyneen painoa seurataan, koska vauvan ensimmäisien päivien aikana paino usein laskee syntymäpainoon verrattuna 5-7%, mutta noin neljän päivän ikäisenä paino usein kääntyy nousuun. Myös

vastasyntyneen ihon väri tarkastetaan, koska ensimmäisien päivien aikana vauvan iho saattaa kellastua. Bilirubiinipitoisuus voidaan tarkastaa siihen tarkoitettulla ihomittarilla ja tarvittaessa verestä. Mikäli vauvan bilirubiinitaso on korkea, sitä voidaan hoitaa sinivalohoidon avulla. (Luukkainen & Fellman 2016.)

Lääkäri tekee synnyttäneelle naiselle jälkitarkastuksen 5-12 viikon sisällä synnytyksestä. Jälkitarkastuksen yhteydessä keskustellaan muun muassa vauvan hoidosta, imetyksestä ja parisuhteesta. Tärkeä osa jälkitarkastusta on myös raskauden ehkäisyn esille ottaminen, ja äidin niin halutessa voidaan jälkitarkastuksen yhteydessä asentaa kierukka tai ehkäisykapseli. Imetyksen aikana käytettäviksi ehkäisymenetelmäksi sopii myös keltarauhashormonia sisältävät minipillerit. (Nuutila & Polo 2019a.)

Synnytyksen jälkeinen jälkivuoto on usein ensimmäisien päivien aikana veristä, jonka jälkeen se muuttuu väriltään ruskeaksi ja myöhemmin vielä valkovuodon tapaiseksi (Nuutila & Polo 2019b). Endometriitin eli kohdun limakalvon tulehduksen oireita ovat jälkivuodon muuttuminen pahanhajuiseksi, kohdun aristus ja kuumeen nousu. Endometriitin aiheuttaa kohtuun päätyneet emättimen bakteerit. Kohtutulehdus esiintyy 6 viikon kuluessa synnytyksestä, ja on jopa 10 kertaa yleisempi keisarileikkauksella synnyttäneillä naisilla kuin alateitse synnyttäneillä. (Mackeen, Packard, Ota & Speer 2015.) Endometriitti hoidetaan suun kautta tai suonensisäisesti annosteltavalla antibiootilla riippuen tulehduksen vaikeusasteesta (Nuutila & Polo 2019c).

Rintatulehdus syntyy, kun nännissä oleviin haavaumiin pääsee vauvan suusta bakteereita. Myös terveiden nännien käytäviin voi kulkeutua bakteeri. Mastiitin eli märkäisen rintatulehduksen oireita ovat jopa 39°C kuume, rinnan punoitus ja arkuus. Tyypillistä on, että rintatulehdus esiintyy 2-3 viikon kuluttua synnytyksestä. Rintatulehduksen hoitoon käytetään antibioottia ja tärkeä osa hoitoa on myös rinnan tyhjentäminen eli myös tulehtuneesta rinnasta voi imettää lasta. (Nuutila & Polo 2019c.) Rintatulehduksien ja rintojen pakkautumisen riskit ovat samat keisarileikkauksen jälkeen kuin alatiesynnytyksen jälkeen (Sheiner 2012, 229).

Keisarileikkattuja naisia on perinteisesti kehoitettu olemaan rasittamatta itseään postoperatiivisesti. Rajoitukset johtuvat vatsansisäisen paineen kohoamisesta,

jolla on vaikutusta haavan sekä lantionpohjan parantumiseen. Yleisenä ohjeena on, että keisarileikkauksen jälkeen äidin ei tulisi nostella mitään vastasyntynyttä painavampaa. (Sheiner 2012, 228.)

3.5 Perhekeskeisyys

Tilastokeskus (n.d.) määrittää perheen seuraavasti: "Perheen muodostavat yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa, jompikumpi vanhemmista lapsineen sekä avio- ja avopuolisot sekä parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia." Vuoden 2017 aikana parisuhteiden rekisteröimisestä on luovuttu, koska samaa sukupuolta olevien henkilöiden on ollut mahdollista solmia avioliitto. Käsitys perheestä on siis tänä päivänä hyvin monimuotoinen, eikä välttämättä koostu perinteisestä määrittelystä, johon kuuluvat äiti, isä ja lapsi, eli niin sanottu ydinperhe (Honkanen 2012, 3-4). Tästä syystä, tässä opinnäytetyössä puhutaan äidin lisäksi kumppanista. Tällä viitataan isään, toiseen äitiin, tukihenkilöön tai muuhun läheiseen henkilöön, joka on äidin mukana synnytyksessä.

Perhekeskeisyys on olennainen osa äitiyshoitoa ja sitä on suotavaa toteuttaa kaikissa synnytyksissä. Perhekeskeisyys voidaan määritellä tarkoittamaan perheen kohtaamista yksilöllisesti, päätöksentekoa yhteistyössä hoitohenkilökunnan ja synnyttäjän välillä sekä näyttöön perustuvan ja ajankohtaisen tiedon antamista. Lisäksi äitien ja vauvojen yhdessäolo, kannustava ilmapiiri sekä ihokontakti ja keskeyttämätön imetys ovat edullisia äidille ja perheelle. (Katz 2015.)

Vauvamyönteisyyskoordinaattori Elina Rinteen (2020) mukaan, perhekeskeisyyden huomioiminen suunnitellussa keisarileikkauksessa on muun muassa sitä, että perheen muodostumista tuetaan mahdollistamalla yhdessä oloa ja vanhempien osallisuutta leikkaussalista kotiin lähtöön asti. Perhehuoneet mahdollistavat perheen yhdessäolon perheen päästyä perhetarkkailusta, ja perhehuoneiden määrän lisääntyminen sairaaloissa edistää perhekeskeistä hoitoa sairaalassa. Perhekeskeisessä keisarileikkauksessa ihokontaktin toteutuminen sekä äidin ja

vastasyntyneen yhdessäolon mahdollistaminen leikkaussalissa, vaikuttaa myönteisesti imetykseen ja sen onnistumiseen (Schorn, Moore, Bennet & Morad 2015).

Ruotsalaisen tutkimuksen (Johansson, Hildingsson & Fenwick 2013) mukaan isien mukana ololla keisarileikkauksessa on myönteisiä vaikutuksia, sillä isien läsnäolo tarjoaa korvaamatonta tukea äidille, helpottaa synnytyksen kokemista yhteisenä perhetapahtumana sekä edesauttaa isän ja lapsen välistä varhaista vuorovaikutusta. Isät, jotka eivät ole päässeet mukaan leikkaussaliin keisarileikkauksen aikana, kokivat negatiivisia tunteita, kuten voimakasta ahdistusta, stressiä sekä huolta äidin ja vauvan hyvinvoinnista. (Johansson, Hildingsson & Fenwick 2013, 1041–1042, 1047.)

Keisarileikkauksessa henkilökunta toiminnallaan mahdollistaa perheen yhdessäolon, vastasyntyneen ihokontaktin, ensi-imetyksen sekä kumppanin osallisuuden, äidin voinnista riippuen leikkaussalissa, heräämössä, sekä lapsivuodeosastolla (Honkanen 2012, 7–8). Honkanen (2012) kuvaa tutkimuksessaan, kuinka perheet ovat kokeneet yhdessäolon, heräämövierailun ja varhaisen ihokontaktin olleen merkityksellistä imetyksen onnistumisen, kiintymyssuhteen muodostumisen sekä leikkauksesta toipumisen kannalta. Perhekeskeisyyden toteuttaminen synnytysairaalassa on todettu lisäävän täysimetystä kotioloissa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2010).

3.5.1 Vauvamyönteisyys

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL, 2020) mukaan vauvamyönteisyydellä tarkoitetaan laadukkaan varhaisravitsemuksen ja imetyksen tukemista. Vauvamyönteisyysohjelman tavoitteena on tukea, edistää ja suojella imetystä (Hakala 2019, 19). Vauvamyönteisyysohjelman on tarkoitus mahdollistaa imetykselle hyvä alku synnytysairaalassa, tukea puolen vuoden täysimetystä sekä edesauttaa imetystä myös puolen vuoden jälkeen kiinteiden ruokien ohella. Perustana vauvamyönteisyysohjelmaan ja imetyksen edistämisen arviointiin käytetään WHO:n ja Unicefin vuonna 1991 luomia vauvamyönteisyyskriteereitä, joista

kolme on Suomessa käytössä: kriteerit neuvoloissa, synnytyssairaaloissa ja vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla ja muilla lastenosastoilla. (THL 2020.)
Vauvamyönteisyysohjelmien sisällöt on koottu taulukkoon 1.

TAULUKKO 1. Vauvamyönteisyysohjelmat (THL 2020)

Synnytyssairaaloiden vauvamyönteisyysohjelma (bfhi)	Vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoiden sekä lastenosastoiden vauvamyönteisyysohjelma (neo-bfhi)	Vauva- ja perhemyönteisyysohjelma neuvoloille
1 a Äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälisen markkinointikoodin ja asiaan liittyvien Maailman terveysjärjestön yleiskokouksen päätösten noudattaminen kokonaisuudessaan.	1 Työyhteisöön tulee tehdä kirjallinen toimintaohjelma imetyksen edistämiseksi. Tästä tulee tiedottaa henkilökuntaa säännöllisesti.	1 Kirjallinen WHO:n vauvamyönteisyysohjelma on neuvolassa.
1 b Imetyksen edistämisestä laaditaan kirjallinen toimintaohjelma työyhteisöön ja siitä tiedotetaan säännöllisesti perheille ja henkilökunnalle.	2 Henkilökunta tulee kouluttaa niin, että ohjelman käyttöön ottamista varten heillä on riittävät taidot ja tiedot.	2 Henkilökunnan asiantuntemusta ja koulutusta ylläpidetään.
1 c Tilastointi- ja seurantaikäytäntöjen luominen ja vakiinnuttaminen.	3 Sairaalahoidossa oleville äideille, joita uhkaa ennenaikainen synnytys tai joiden syntyvällä lapsella epäillään sairautta, tulee antaa tietoa imetyksen onnistumisesta ja sen tärkeydestä.	3 Lasta odottavat perheet saavat imetysohjausta.
2 Henkilökunnalle riittävien tietojen, taitojen ja osaamisen varmistaminen, imetyksen tukemisessa.	4 Välitön, jatkuva ja keskeytyksetön kenguruhoito tai ihokontakti tulee mahdollistaa.	4 Maidonerityksen ylläpitoa ja imetystä tuetaan terveydenhoitajien taholta.
3 Imetyksen tärkeydestä ja sen onnistumisesta on käytävä keskustelu odottavien naisten ja heidän perheiden kanssa.	5 Äitejä tulee tukea maidonerityksen aloittamisessa ja ylläpitämisessä. Vauvan vointi tulee vakiinnuttaa ainoaksi kriteeriksi varhain alkavalle imetykselle.	5 Terveydenhoitajat tukevat äitejä täysimettämään siihen saakka, että vauva on 4-6kk. Perheen niin halutessa osittaisimetystä tuetaan

		ensimmäiseen ikävuoteen tai kauemmin. Lapsen yksilöllisten valmiuksien mukaan aloitetaan kiinteiden ruokien maisteluannokset 4-6kk iässä.
4 Keskeytyksettömän ja välittömän ihokontaktin mahdollistaminen ja äitien tukeminen mahdollisimman pian syntymän jälkeen alkavaan imetykseen	6 Vauvoille ei tule tarjota rintamaidon lisäksi muuta juomaa tai ruokaa, paitsi jos lääketieteelliset syyt sitä edellyttävät.	6 Neuvolassa luodaan ilmapiiri, joka on myönteinen imetykselle.
5 Äitien tukeminen tavallisissa imetykseen liittyvissä vaikeuksissa, imetyksen aloittamisessa sekä jatkamisessa.	7 Äideille ja vauvoille tulee mahdollistaa ympäri- vuorokautinen yhdessä- olo.	7 Hoidon ja imetyksen tuen jatkuvuus varmistetaan neuvolassa.
6 Imetetyille vauvoille ei tule tarjota muuta juomaa tai ruokaa rintamaidon lisäksi, paitsi lääketieteellistä syistä.	8 Vauvan viestien mukaista imetystä tai tarpeen mukaan vauvantahtista varmistettua imetystä tuetaan.	
7 Vauvoille ja äideille tulee mahdollistaa vierihoito ja yhdessäolo vuorokauden ympäri.	9 Vähintään siihen saakka, että imetys on vakiintunut, käytetään vaihtoehtoisia lisämaidon antotapoja pullon sijasta. Rintakumien ja tuttien käyttöön tulee olla perusteltu syy	
8 Äitejä tulee tukea vauvan nälkäviestien tunnistamisessa ja niihin vastaamisessa	10 Vanhempia ohjataan jatkamaan imetystä ja varmistetaan vanhempien pääsy tuen piiriin kotiutumisen jälkeen.	
9 Äitejä tulee neuvoa tuttien ja tuttipullojen käytössä ja kertoa riskeistä, joita niiden käyttämiseen liittyy.		

10 Kotiutus tulee suunnitella siten, että vauva ja vanhemmat saavat jatkuvaa ja oikea-aikaista hoitoa ja tukea.		
---	--	--

Vauvamyönteisyyskoordinaattori Elina Rinteen (2020) mukaan vauvamyönteisyyttä ohjaavat edellä mainitut 10 askelta ja se, että keisarileikkauksessa keskiössä ovat vauvan syntyminen ja perheen muodostuminen, ei itse leikkausoperaatio. Suunnitellussa keisarileikkauksessa vastasyntynyt pääsee ihokontaktiin heti leikkaussalissa ja saa olla siinä leikkauksen loppuun saakka. Heräämössä vauvan rinnalla oloa tuetaan ja perheen päästyä vuodeosastolle vauvamyönteisyyden toteuttaminen jatkuu kotiinlähtöön asti. Tämä näkyy toiminnassa muun muassa siten, että osassa sairaaloista on vauvan vaatteista luovuttu kokonaan ja pyrkimyksenä on, että vastasyntynyt olisi ihokontaktissa koko hereillä oloajan. Vauvan nukkuessa löyhästi peittoon kapaloiminen riittää. (Rinne 2020.)

Vertailututkimuksessa (Marinelli ym. 2019) on tutkittu vauvamyönteisyysohjelmaa noudattavaa sairaalaa ja sairaaloita, joissa ohjelma ei ollut käytössä. Tutkimustulokset osoittivat, että vauvamyönteisyysohjelmaa noudattavassa sairaalassa synnyttäneillä äideillä imetysprosentti oli noin puolet korkeampi, ihokontakti toteutui äidin ja vauvan välillä noin 24 % useammin ja ero kahden tunnin sisällä tapahtuvassa ensi-imetyksen toteutumisessa oli peräti 70% verrokkiryhmään verrattuna. (Marinelli ym. 2019.) Syynä ensi-imetyksen viivästymiselle voi olla se, että keisarileikkauksella syntyneet vastasyntyneet ovat väsyneempiä ja vähemmän herkkiä hajuille, jotka ohjaavat vastasyntyneen äidin rinnalle imemään (Schorn ym. 2015).

Myös suomalaisessa väitöskirjassa (Hakala 2019) on tutkittu ensi-imetyksen, täysimetyksen, ihokontaktin ja vierihoidon toteutumista synnytyssairaaloissa. Ensi-imetyks tarkoittaa vastasyntyneen ensimmäistä imetystä synnyttämisen jälkeen ja ohjelman mukaan vastasyntynyt tulee auttaa rinnalle puolen tunnin tai tunnin ikäisenä. Tutkimus osoitti, että Suomessa edellä mainittujen seikkojen osalta sairaaloissa ei juuri poikettu vauvamyönteisyysohjelman luomista suosituksista. Tutkimuksessa todettiin myös, että vierihoidon, ensi-imetyksen sekä ihokontaktin toteutuvat

vastasyntyneistä yhdeksällä tapauksella kymmenestä. Muun muassa synnytystavalla oli kuitenkin yhteys ensi-imetyksen ja ihokontaktin toteutumiseen. Vastasyntyneet, jotka syntyivät keisarileikkauksella, eivät olleet yhtä paljon ihokontaktissa, ensi-imetys ei kestänyt yhtä kauan tai keskeytyi sekä alkoi myöhemmin. Haasteet täysimetyksessä sekä imetyksen onnistumisessa olivat yleisempiä äideillä, jotka olivat keisarileikattuja sekä ensisynnyttäjiä. (Hakala 2019, 31, 58, 61, 80–81.)

Vauvamyönteisyysohjelman noudattaminen synnytyssairaalassa lisää täysimeytystä ja imetyksen kestoa. Imetystä tukevia hoitokäytäntöjä ovat välitön ihokontakti, ensi-imetys tunnin sisällä synnytyksestä, sairaalassaoloaikainen täysimeytys, vierihoito ympärivuorokautisesti, tutin käyttämättömyys ja lapsentahtinen imetys. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2010.) Lisäksi hoitokäytäntöjä, jotka tukevat imetystä ja vauvamyönteisyyttä, ovat imetyksen ohjaus, vastasyntyneen imuotteen tarkastaminen ja tarpeettomien lisäruokien välttäminen (Hakala, Laukkala, Kaakinen & Elo 2015, 16). Lisämaitoa tarjotaan vastasyntyneelle vain lääketieteellisistä syistä (THL 2020). Mahdolliset lisämaidot vastasyntyneelle annetaan ruiskun, lusikan tai imetysapulaitteen avulla, jotta vältetään tuttipullon käyttöä sen haitallisuuden vuoksi vauvan imuotteelle (Rinne 2020).

Äidin ja vauvan sairaalassaoloaika on ratkaisevaa aikaa onnistuneen imetyksen kannalta (Hakala ym. 2015, 15). WHO:n vauvamyönteisyysohjelma tuo esiin, että äidin ja vastasyntyneen yhdessäolo vähintään ensimmäisen tunnin aikana synnytyksen jälkeen johtaa imetyksen aloitukseen ja keston myönteisesti (Hobbs ym. 2016). Vierihoidolla tarkoitetaan äidin ja vastasyntyneen yhdessäoloa vuorokauden ympäri, ja sitä suositellaan kaikille täysiaikaisille ja terveille vastasyntyneille. Se edistää perhekeskeistä hoitotyötä, jolloin vastasyntynyt ei viettä rutiinitoimenpiteisiin pois vanhempien luota. Äidit, jotka toteuttavat vierihoidon oppivat ja tunnistavat paremmin vauvansa nälkäviestit, ja vierihoidolla on myönteisiä vaikutuksia myös äiti-lapsisuhteen muodostumiselle, jonka myötä imetyksen onnistuminen on todennäköisempää. (Barrera, Nelson, Boundy & Perrine 2018.)

Tutkimusten mukaan imettämällä on sekä lyhyt- että pitkäkestoisia hyötyjä, jotka koskevat lasta, äitiä sekä yhteiskuntaa. Imetyksen edistäminen on merkittävimmät ja tehokkain terveyden edistämisen keino imettävien äitien ja lasten

terveyden kannalta. (Hakala 2019, 19.) Nykysuositusten mukaan imetystä tulisi jatkaa vähintään puolen vuoden ikään saakka, ja Suomessa tämä toteutuu noin 60%:lla äideistä. Imetyksen positiivisia vaikutuksia ovat muun muassa lapsen äidiltä saama infektiosuoja, allergia herkkyyden väheneminen, lapsen riskin pieneeminen kroonisille sairauksille sekä äidin ja lapsen välisen suhteen muodostuminen. (Nuutila & Polo 2019d.) Äitien kannalta imettäminen on myös hyödyllistä, sillä se vähentää riskiä sairastua rinta- ja munasarjasyöpiin (Hakala 2019, 19; Marinelli ym. 2019).

3.5.2 Ihokontakti

Vauvamyönteisyysohjelmaan liittyy vahvasti varhaisen ihokontaktin toteutuminen (Guala ym. 2017; Hakala 2019, 29). Tämä tarkoittaa alastoman vastasyntyneen vauvan asettamista äidin paljaalle rinnalle (Hakala 2019, 28; Moore, Bergman, Anderson & Medley 2016). Heti syntymän jälkeen vauva asetetaan äidin rinnalle niin, että mahdollisimman paljon äidin ja vauvan ihoa ovat vastakkain. Vastasyntynyt on tällöin äidin rinnalla jalat koukussa ja pää sivulle käännettynä. Ihokontaktista voidaan käyttää myös termiä kenguruhoito. (Hakala ym. 2015, 16.)

Honkasen (2012) mukaan tavoitteena on, että vastasyntynyt pääsee ihokontaktiin heti syntymän jälkeen ja ihokontaktissa oloa jatketaan niin kauan kuin äiti toivoo ja molempien vointi sen sallii. Vastasyntyneen jäähtymisen välttämiseksi vauva kuivataan ja asetellaan äidin iholle peiteltynä. Mittaukset ja muut toimenpiteet syntymän jälkeen, kuten K-vitamiini pistos, voidaan toteuttaa rauhassa myöhemmin. (Honkanen 2012, 8.)

Keisarileikkauksessa ihokontakti voidaan järjestää turvallisesti leikkaussalissa, silloin kun keisarileikkaus on ollut suunniteltu, henkilökunta on saanut tarvittavan koulutuksen, vastuista ja rooleista on laadittuna selkeät ohjeet, sekä vauvan vointia tarkkaillaan tiiviisti tapahtuman aikana. Ihokontaktia suositellaan vahvasti keisarileikkauksen jälkeen, mutta sen toteuttamisen haasteena on ollut vanhempien ja ammattilaisten tiedon puute. (Gregson, Meadows, Teakle & Blacker 2016, 19, 24.) Maailman terveysjärjestön kehittämässä vauvamyönteisyys-ohjelmassa suositellaan, että kaikkia äitejä rohkaistaisiin välittömään ihokontaktiin vauvan

synnyttyä, ainakin ensi-imetykseen asti ja niin kauan, kun äidit imetyksen jälkeen toivovat (THL 2020).

Hakalan ym. (2015) tutkimuksen mukaan Suomessa äiti saa vastasyntyneen ihokontaktiin kättilöiden arvioiden mukaan 85% alatiesynnytyksistä. Keisarileikkauksissa ihokontakti toteutuu vain joka kolmannessa. Toinen tärkeä syy ihokontaktin estymiselle on vastasyntyneen vointiin liittyvät tekijät. Alatiesynnytyksien yhteydessä vastasyntynyt pääsi nopeammin ihokontaktiin ja se oli pidempikestoista kuin keisarileikatuilla äideillä. Useimmiten isä sai vastasyntyneen ihokontaktiin keisarileikkauksen jälkeen, sillä se on helpommin ja turvallisemmin toteutettavissa. Jotta ihokontakti toteutuisi myös leikkaussali ympäristössä, tulee henkilökuntaa kouluttaa ja tiedottaa ihokontaktin merkityksestä. (Hakala ym. 2015, 21–22.)

Vastasyntynyt saa ihokontaktissa lempeästi totutella elämään kohdun ulkopuolella, levätä sekä rauhoittua synnytyksen aiheuttamasta väsymyksestä, ja siksi varhaisen ihokontaktin suositellaan kestävän vähintään tunnin tai kauemmin. Varhainen ihokontakti on vauvan uuteen tilanteeseen sopeutumisessa tärkeä ja herkkä hetki. Myös äidin ja vastasyntyneen välinen kiintymyssuhde ja varhainen vuorovaikutus käynnistyvät katsekontaktin, koskettelun sekä vastasyntyneelle juttelemisen yhteydessä. Ihokontaktilla on ensi-imetyksen onnistumiseen sekä myöhemmin täysimetykseen edistävä vaikutus. Ihokontaktin ja ensi-imetyksen vaikutuksesta erittyy oksitosiinihormonia, joka saa äidiltä rintamaidon herumaan ja tuottaa äidille sekä vastasyntyneelle mielihyvää. Hyvän olon tunne välittyy äidistä vastasyntyneeseen ja päinvastoin. (Hakala ym. 2015, 16; Hakala 2019, 29–30.)

Ihokontaktin toteuttamisella on todettu olevan merkittäviä vaikutuksia terveyteen sekä todettu sen säästävän rahaa vastasyntyneiden hoitoyksiköissä (Guala ym. 2017). Keisarileikkauksen jälkeistä ihokontaktia tutkineissa julkaisuissa, (Guala ym. 2017; Gregson ym. 2016; Hakala 2019) on tuotu esille ihokontaktin hyötyjä sekä vastasyntyneelle että äidille. Tutkimuksissa todettiin ihokontaktin ehkäisevän vastasyntyneen hypotermiaa, vähentävän itkuisuutta, tasaavan verensokeria, lisäävän hengityksen vakautta ja ensi-imetyksen onnistumista. Ihokontaktin on myös todettu vahvistavan vauvan ja äidin välistä suhdetta. (Guala ym. 2017;

Gregson ym. 2016, 18; Hakala 2019, 30–31.) Keisarileikkauksella syntyneet vauvat hyötyvät edellä mainittujen seikkojen lisäksi äidin ihosta saamistaan mikrobeista, joita alateitse syntyneet saavat emättimestä. Äidin kohdalla hyödyt ovat myös merkittäviä, sillä varhainen ihokontakti ehkäisee muun muassa synnytyksen jälkeisiä masennusoireita sekä stressiä. (Guala ym. 2017.)

Tutkimus kumppanin ja vastasyntyneen ihokontaktista (Qingqi ym. 2018) esittää, että optimaalisin ihokontaktin harjoittaja on äiti, koska ihokontakti on perusta onnistuneelle imetykselle. Jos tämä ei ole esimerkiksi äidin voinnista johtuen mahdollista tai äiti ei ole muuten saatavilla, voivat ihokontaktia harjoittaa myös kumppani tai jopa muut perheenjäsenet. Tutkimus osoittaa, että ihokontaktin harjoittaminen kumppanin ja vauvan välillä lisää perheen yhteenkuuluvuutta, vähentää mahdollisia kiputuntemuksia ja luo harmonisempaa hoitoympäristöä, joka taas edesauttaa vastasyntyneen neurologista kehitystä. Myös kumppanit ovat tunteet olonsa enemmän osallisiksi ja kokeneet tasavertaisuutta vanhempana. (Qingqi ym. 2018.)

3.6 Potilasneuvonta

Potilasohjausta voidaan kuvata myös termeillä neuvonta, tiedon antaminen, opetus ja informoiminen. Potilasohjauksen tavoitteena on potilaan tiedon ja ymmärryksen lisääminen, ja potilaan tukeminen aktiivisuuteen ja vastuun ottamiseen omasta hoidostaan. (Lipponen 2014, 17.) Potilas nähdään aktiivisena ongelman ratkaisijana, jota hoitohenkilökunnan tulee tukea ilman että tarjotaan valmiita ratkaisuja (Kyngäs ym. 2007, 25; Lipponen 2014, 17).

Laadukas ohjaus kuuluu asiakkaan hyvään hoitoon, ja ohjaukseen tulisi kiinnittää riittävästi huomiota, sillä se vaikuttaa asiakkaan terveyteen edistämällä ja ylläpitämällä sitä (Kyngäs ym. 2007, 20–21). Laadukkaan potilasohjauksen avulla potilaan on mahdollista sitoutua omaan hoitoon ja tehdä muutoksia omassa terveyskäyttäytymisessä. Näyttöön perustuva potilasohjaus on yhdenmukaista ja tasa-laatuista ohjauksen antajasta riippumatta. Hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutuksellisuus toimii potilasohjauksen perustana, ja vuorovaikutuksen

tulee olla ammatillista ja hoidollista. Vuorovaikutustaitojen lisäksi ohjausosaaminen vaatii hoitohenkilökunnalta tietoa lainsäädännöstä, etiikasta sekä pedagogisista periaatteista, jotka ohjaavat potilasohjausta. Potilasohjausosaaminen on oleellinen osa hoitajan työnkuvaa. (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 180–181, 187.)

Hyvä potilasohjaus on potilaan tarpeista lähtevää sekä yksilöllistä. Ohjaukseen vaikuttavat sekä hoitohenkilökunnan että potilaan taustatekijät, kuten motivaatio, ikä ja arvot. Hyvä potilasohjaus on myös suunnitelmallista ja siinä on asetettu tavoitteet. Potilasohjauksessa yleisesti käytettäviä menetelmiä ovat suullinen ja kirjallinen ohjaus, yksilö- ja ryhmäohjaus sekä demonstraatio ja audiovisuaalinen ohjaus. (Lipponen 2014, 19, 21.) Jotta ohjaus onnistuu, on tunnistettava asiakkaan tietotaso sekä se mitä hänen tulee vielä tietää sekä miten hän omaksuu tiedon parhaalla mahdollisella tavalla. Asiakkaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista parantaa ohjaus, joka perustuu asiakkaan ja hoitajan väliseen yhteisymmärrykseen hoidosta. (Kyngäs ym. 2007, 47.)

3.7 Potilasopas

Kirjallisilla ohjausmateriaaleilla tarkoitetaan erilaisia kirjallisia oppaita sekä ohjeita, joiden pituus voi vaihdella yhden sivun mittaisista ohjeista useamman sivun oppaisiin. Kirjallisessa muodossa olevien oppaiden käyttö on lisääntynyt ja merkitys kasvanut viime aikoina, sillä sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Kirjallinen ohjaus toimii suullisen ohjauksen tukena, ja se tukee sekä edistää merkittävästi hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta (Lipponen 2014, 19). Ohjausmateriaalin avulla voidaan antaa tietoa muun muassa potilaan sairaudesta, hoidosta ja komplikaatioista, tai antaa kirjalliset ohjeet potilaan kotiutuessa sairaalasta (Eloranta & Virkki 2011, 73; Kyngäs ym. 2007, 124).

Hyvärisen (2005) mukaan potilasoppaassa asioilla tulee olla esittämisjärjestys, sillä se lisää ymmärrettävyyttä. Esittämisjärjestys voi olla esimerkiksi aikajärjestys, tärkeysjärjestys tai aihepiireittäin esittely. Otsikoiden avulla ohjetta voidaan selkeyttää ja keventää. Potilasoppaassa esiintyvien lauseiden tulee olla kerralla ymmärrettäviä, ja ohjeet tulisi olla perusteltuja. Potilasoppaassa kannattaa käyt-

tää yleiskielen sanoja, ja välttää termejä sekä lyhenteitä, sillä yleensä potilasohjeen lukija on maallikko. Vierasperäiset sanat voidaan helposti sekoittaa toiseen sanaan tai väärinymmärtää. Potilasohjeen tekstin tulee lisäksi olla huoliteltua ja ulkoasun miellyttävä. (Hyvärinen 2005.)

Hyvä kirjallinen ohje ilmoittaa mikä ohjeen tarkoitus on ja kenelle se on suunniteltu. Mikäli ohjeessa kerrotaan konkreettisesti, miten asiakkaan tulee toimia, asian ymmärtäminen helpottuu ja lisäksi sisällön ymmärrettävyyttä voidaan lisätä kuvien, kuvioiden ja kaavioiden avulla, kunhan ne ovat selkeitä ja mielenkiintoa herättäviä. (Kyngäs ym. 2007, 126–127.) Tekstissä on suositeltavampaa käyttää aktiivi- kuin passiivimuotoa, sillä näin voidaan välttää toimintatapaan liittyvää epä-tietoisuutta. Oppaan tulee olla tiiviissä muodossa, sillä näin asiakas lukee sen todennäköisemmin kokonaisuudessaan. Tiedon, jota ohjeen avulla annetaan, tulee olla ajantasaista eikä siinä saa olla virheitä, sillä kirjallinen ohje on asiakkaan tiedon lähde. Potilaille jaettavien ohjeiden tulee lisäksi olla alueella käytössä olevien hoitokäytäntöjen mukaisia, esimerkiksi sairaanhoitopiirin ohjekokoelmia voidaan hyödyntää. (Eloranta & Virkki 2011, 75–77.)

4 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön ja tutkimuksellisen opinnäytetyön erona voidaan pitää sitä, että toiminnallisesta opinnäytetyöstä syntyy jokin tuotos ja tutkimuksellisessa opinnäytetyössä tuotetaan uutta tietoa. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on mukana eri vaiheissa toimijoita, joiden kanssa vuorovaikutuksellisessa suhteessa syntyy tuotos. Toiminnallisen opinnäytetyön tunnuspiirteitä ovat muun muassa käytettävyys, hyöty, aika- ja paikkasidonnaisuus sekä käsitteisiin sitoutuvuus. (Salonen 2013, 5–6, 13.)

Tiedon keräämisen keinot ovat samoja toiminnallisessa opinnäytetyössä kuin tutkimuksellisissa opinnäytetyöissä, mutta käytäntöjä käytetään hieman väljemmin. Opasta tehdessä aineistonkeruun lähdekritiikki on erityisessä asemassa, sillä käytettävän tiedon tulee olla ajankohtaista eikä se saa kumota jo käytettyä tietoa. Aineistoa voidaan kerätä asiantuntijoita haastattelemalla, jolloin haastattelusta saatua tietoa käytetään kuten lähdeaineistoa, ja sitä voidaan hyödyntää päättelyn ja argumentoinnin tueksi. Haastattelujen avulla voidaan myös kerätä ja tarkistaa faktatietoa asiantuntijoilta. (Vilka & Airaksinen 2003, 53, 57–58.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos voi olla muun muassa kirja, portfolio, ohjeistus tai tapahtuma, mutta aina jokin konkreettinen tuote. Yhteisenä piirteenä toiminnallisille opinnäytetyöille on pyrkiä viestinnällisten ja visuaalisten keinojen avulla luomaan kokonaisuus, josta tulee esille tavoitellut päämäärät. Tuotoksen lisäksi toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu teksti, raportti, jonka tarkoituksena on selvittää mitä ja miten on tehty sekä kertoa työprosessin vaiheista ja tuloksista. Opinnäytetyön toteutustavalla tarkoitetaan sekä materiaalin, esimerkiksi oppaan, sisällön hankkimiskeinoja, että niitä keinoja, joilla opas tai muu tuotos valmistetaan. Opinnäytetyön raportointi osuudessa on esiteltävä ne keinot, joita on käytetty tuotoksen saavuttamiseksi. (Vilka & Airaksinen 2003, 51, 56, 65.)

Mikäli tuotos sisältää tekstejä, ne tulee suunnitella niin, että ne ovat hyödyksi kohderyhmälle ja että kirjoitustyyli on sisältö huomioiden asianmukaista. Tuotosta

kirjoittaessa on otettava huomioon kohderyhmän ikä, tietämys aiheesta ja tuotoksen käyttötarkoitus. Tuotosten kohdalla on syytä kiinnittää erityistä huomiota myös lähdekritiikkiin, sillä käytetyn tiedon oikeellisuus ja luotettavuus on pystyttävä kuvaamaan työssä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51, 53, 129.)

4.2 Tuotoksen sisältö ja ulkoasu

Opinnäytetyön työelämäkumppanin toiveena oli, ettei heidän edustamaa sairaanhoitopiiriä tuoda esille opinnäytetyössä, minkä vuoksi opinnäytetyön tuotosta ei löydy tämän opinnäytetyön liitteistä. Opinnäytetyön tuotoksen ulkoasu jäljittelee työelämätahon toiveita, ja on ulkoasultaan yhtenäinen kyseisen sairaanhoitopiirin muiden potilasoppaiden kanssa. Potilasopas on tehty sairaanhoitopiirin valmiiseen potilasopaspohjaan, joka määritteli oppaan ulkoasun kokonaisuudessaan. Valmis mallipohja määritteli ulkoasun lisäksi tekstin fontin ja sen koon, sivujen määrän, luettelomerkit sekä sivujen tasauksen. Fonttina tuotoksessa oli Arial, ja fontin koko leipätekstissä oli 10pt. Sivumäärän tuli olla neljällä jaollinen, joka vaikutti osaltaan potilasoppaan rakenteeseen ja esimerkiksi tekstikappaleiden aseteluun.

Potilasoppaan sisältö suunniteltiin yhteistyössä työelämätahon kanssa, jotta se vastaisi heidän tarpeitaan mahdollisimman kattavasti. Työelämän toiveena oli, että oppaaseen sisällytetään yksikössä käytössä olevien potilasohjeiden sisältöä, joissa on yksityiskohtaista tietoa muun muassa ihokontaktiin ja haavateippiin liittyen. Siitä johtuen potilasoppaan sisällön tiedonlähteenä on käytetty opinnäytetyön lisäksi myös potilasohjeiden sisältöä. Oppaaseen lisättiin lyhyt muistilista potilaalle leikkausvalmisteluista sekä kaksi sivua lukijan omien muistiinpanojen tekemistä varten työelämän toiveesta. Sisällöstä käytiin keskustelua työelämän kanssa ja vuorovaikutuksessa heidän kanssaan muodostui valmis opas.

Potilasoppaan kieliasussa erityistä huomioita kiinnitettiin tekstin helppolukuisuuteen ja ymmärrettävyyteen. Toiveena oli, että tulevat äidit ja kumppanit saavat vastauksia kysymyksiinsä potilasoppaasta selkeästi ja mahdollisimman yksinkertaisesti selitettynä, mutta kuitenkin riittävän kattavasti. Ohjeita on pyritty peruste-

lemaan lyhyesti, jotta lukijalle välittyä ohjattavan asian merkitys ja tärkeys. Vieraskielisiä ja lääketieteellisiä termejä pyrittiin välttämään tekstissä, mutta joitakin lääketieteen termejä oli sisällön kannalta välttämätöntä ottaa mukaan tekstiin. Passiivin sijasta päädyttiin puhuttelemaan suoraan lukijaa, jolloin teksti tuntuu lukijasta usein miellyttävämmältä ja henkilökohtaisemmalta. Helppolukuisuuden saavuttamiseksi pitkiä lauserakenteita potilasoppaassa vältettiin.

Potilasohjeessa käytettiin selkeitä kappalejakoja sekä väliotsikoita, joiden avulla asiakokonaisuudet hahmottuvat lukijalle paremmin, ja tietyn aihealueen löytää oppaasta vaivattomasti. Pitkien luettelomuotoisten lauseiden välttämiseksi käytettiin luettelomerkkejä helpottamaan lukijaa. Potilasopas etenee aikajärjestyksessä valmistautumisesta itse toimenpiteeseen ja lopuksi toipumiseen leikkauksesta. Ihokontaktin toteuttamisesta ja sen hyödyistä, joka liittyy vauvamyönteisyyden periaatteisiin, loin myös oman kappaleen potilasoppaaseen. Aikajärjestyksessä eteneminen vaikutti tämän aiheen kohdalla loogisimmalta vaihtoehdolta, joka myös mahdollistaa oppaan läpikäymisen niissä hoidon eri vaiheissa, joissa perheille annetaan ohjausta terveydenhuollon ammattilaisten toimesta. Tietoa perheille oppaassa on muun muassa ravinnosta olost, leikkauksen jälkeisten infektiioireiden tarkkailusta, kivun hoidosta, nopean liikkeelle lähdön tärkeydestä sekä ihokontaktin edellytyksistä.

Kokonaissivumäärä oppaassa on 18, sisältäen etu- sekä takakansisivut. Väljyyttä potilasoppaaseen saatiin jättämällä vapaata tilaa tekstikappaleiden jälkeen sivun loppuun, jotta tekstiä olisi myös miellyttävämpi lukea. Kuvia oppaaseen oli tarkoitus liittää muun muassa äitiyspoliklinikan tiloista, mutta vallitsevan maailmanlaajuisen pandemiatilanteen vuoksi poliklinikalla vierailut ja kuvien ottaminen eivät onnistuneet. Omien kontaktieni kautta sain kuitenkin käyttööni kaksi kuvaa, joiden julkaisuun potilasoppaaseen sain suostumuksen kyseiseltä henkilöltä (Liite 1). Kuvat hyväksyin yhteistyökumppanilla.

4.3 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi lähti liikkeelle aiheen valinnalla. Aiheen valintaan vaikutti mielenkiinto aihetta kohtaan sekä halu toteuttaa opinnäytetyö toiminnallisilla menetelmin. Tarjolla olevista vaihtoehdoista tämän opinnäytetyön aihe herätti eniten innostusta, jonka vuoksi päädyimme valitsemaan aiheen opinnäytetyöhömmme elokuussa 2019. Aihe saatiin erään sairaanhoitopiirin synnyttäneiden vuodeosastolta. Työelämäpalaveri järjestyi heti syyskuulle, ja palaverissa työelämätaho toi esille omat toiveensa ja tarpeensa opinnäytetyön tuotosta kohtaan. Palaverin pohjalta ryhdyimme tekemään opinnäytetyön suunnitelmaa sekä tutkimuslupahakemusta. Tutkimusluvan saatuaamme ryhdyimme perehtymään aiheeseen syvemmin ja tekemään alustavaa suunnitelmaa työlle. Opinnäytetyötä alkoi suunnitella ja toteuttaa syksyllä 2019 kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa, joista toinen jättäytyi pois huhtikuussa 2020.

Alkuvuodesta 2020 teimme tiedonhakuja monipuolisesti eri hakukoneita hyödyntäen, käytettyjä tietokantoja olivat muun muassa CINAHL, Medic, Medline, PubMed ja Andor. Löytämiämme artikkeleita täydentämään etsimme lisää artikkeleita myös käsihaulla. Tiedonhaun jälkeen alkoi artikkeleiden läpikäyminen ja teoriapohjan rakentaminen. Alkuvuoden aikana kirjoitimme suurimman osan teoreettisesta osuudesta opinnäytetyöhön ja lisäksi toteutimme asiantuntijahaastattelut erään sairaanhoitopiirin sairaalassa.

Aineistonkeruun tueksi ja faktatiedon tarkastamiseksi onnistuimme toteuttamaan kaksi asiantuntijahaastattelua. Haastatteluihin osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Asiantuntijahaastattelut mahdollistivat oppaan sisällön tarkentamisen ammattilaisilta, ja antoi arvokasta lisätietoa työhön. Haastattelut antoivat myös tärkeää kokemusasiantuntemusta ja käytännön tietoa, jota pystyimme hyödyntämään opinnäytetyössä. Prosessin aikana olin yhteydessä ohjaavaan opettajaan sekä työelämätahoon aina tarpeen mukaan, ja pidin heidät ajan tasalla opinnäytetyön etenemisestä.

Huhtikuussa 2020 toisen opinnäytetyöntekijän jättäytyttyä pois, aloitin oppaan tekemisen saatuaani sairaanhoitopiiriltä ohjeet ja valmiin mallipohjan oppaan tekoa varten. Ennen oppaan tekemistä olin vielä yhteydessä työelämätahoon potilasoppaan sisältöön liittyen ja esitin heille alustavan version sisällöstä, jonka he hyväksyivät. Opasta työstin kesän ajan, jonka jälkeen elokuussa 2020 lähetin potilasoppaan työelämätahon hyväksyttäväksi. Elokuun lopussa sain työelämätaholta kommentteja ja muutamia korjausehdotuksia potilasoppaaseen. Lähellä opinnäytetyön palautuspäivää, sain vielä työelämätaholta lisäehdotuksia potilasoppaan sisällön suhteen, ja ne pyrin huomioimaan ja toteuttamaan aikataulun sallimissa rajoissa. Potilasopas sekä opinnäytetyön raportti jätettiin arvioitavaksi aikataulun mukaisesti syyskuussa 2020.

5 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN POHDINTA

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus tulee toteuttaa hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti olakseen eettisesti luotettava ja hyväksyttävä. Keskeisiä lähtökohtia hyvän tieteellisen käytännön toteuttamiselle ovat rehellisyys, sekä huolellisuus ja tarkkuus sekä tulosten tallentamisessa, että esittämisessä. Tutkimuksessa tulee toteuttaa myös avoimuutta ja vastuullisuutta, jotka kuuluvat tieteellisen tiedon luonteeseen. Muiden tutkijoiden työtä kunnioitetaan viittaamalla julkaisuihin asianmukaisella tavalla antaen niille kuuluvan arvon. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön periaatteita kunnioittaen ja opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa on kiinnitetty huomiota eettisiin periaatteisiin. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että tiedonhaku on ollut asianmukaista, lähteitä on käytetty monipuolisesti ja lähteiden valinnassa on noudatettu kriittisyyttä. Lähteet ovat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta alle kymmenen vuotta vanhoja. Lähteiden tuoreus lisää luotettavuutta ja tiedon käytettävyyttä. Niiden lähteiden käyttö, jotka olivat yli kymmenen vuotta vanhoja, käyttö harkittiin tarkkaan ja varmistettiin, ettei niiden sisältö kumoa muuta käytettyä materiaalia. Yli kymmenen vuotta vanhojen lähteiden sisällön arvioitiin tuovan lisäarvoa opinnäytetyön sisällölle, minkä vuoksi myös niitä päädyttiin ottamaan mukaan työhön.

Opinnäytetyön aihe on laaja ja siksi tutkittua tietoa oli runsaasti saatavilla. Tiedonhaussa hyödynnettiin useita eri tietokantoja ja mukaanotto kriteerinä oli muun muassa se, että artikkelit olivat vertaisarvioituja, mikä lisää lähteiden luotettavuutta. Monipuolisesti käytetyt lähteet lisäsivät aiheeseen perehtyneisyyttä ja kokonaiskuvan muodostumista aiheesta. Kansainvälisten ja suomalaisten tutkimusten käyttö rinnakkain lisää opinnäytetyön luotettavuutta, sillä tutkimuksista saatu tieto tuki toisiaan. Toisaalta myös ristiriitaista tietoa löytyi, ja sitä on pyritty tuomaan esille mahdollisimman avoimesti. Tutkimustulosten raportoinnissa on noudatettu avoimuutta ja rehellisyyttä, niin että tuloksia ei ole muokattu vaan tulokset on esitetty asianmukaisesti ja käytettyjä lähteitä on kunnioitettu ja niihin viitattu

asianmukaisesti. Lähdeluettelon ja tekstiviitteisiin on kiinnitetty huomiota ja noudatettu tarkkuutta niiden luomisessa. Lisäksi opinnäytetyössä on noudatettu Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjetta. Potilasoppaan sisällön oikeellisuuden tarkasti työelämätaho, mikä osaltaan lisää oppaan luotettavuutta.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa muun muassa se, että opinnäytetyön lähteenä on käytetty joitakin oppikirjoja muun tiedon tukena, sillä yhdeksi haasteeksi muodostui tiedonhakuvaiheessa käytännöllisen tiedon löytyminen. Potilasopasta varten täytyi saada mahdollisimman yksityiskohtaista, käytännönläheistä ja konkreettista tietoa, muun muassa siitä kuinka leikkaukseen valmistaudutaan. Oppikirjoista löytynyt tieto tuki tutkimusartikkeleista löytyvää tietoa eikä kumonnut muuta aiheesta löytynyttä materiaalia. Myös yksi Pro gradu tutkielma valittiin lähdeaineistoon, sillä tutkielma vastasi osuvasti opinnäytetyön tutkimuskysymykseen ja se arvioitiin luotettavaksi lähteeksi. Kokoomateokset, joita käytettiin, olivat luotettavalta kustantajalta ja niissä korostettiin näyttöön perustuvaa tietoa, johon viittaa muun muassa tekstiviitteet.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaneena tekijänä voidaan nähdä myös se, että potilasoppaassa tiedonlähteenä käytettiin myös potilasohjeita, jotka olivat työelämätaholta saatuja, ja työelämän toiveesta oppaaseen sisällytetyjä. Niiden käyttö harkittiin tarkkaan, ja niiden sisältämä tieto tuki muuta aiheesta löytynyttä tietoa, mutta antoi vielä yksityiskohtaisempaa ja tarkempaa tietoa esimerkiksi kyseisen sairaalan toimintatavoista. Sairaanhoidopiirin ohjeistusten käyttö on perustelua, sillä tuolloin potilasohjeen tieto on sairaanhoidopiirissä käytössä olevien hoitokäytäntöjen mukaista (Eloranta & Virkki 2011, 75).

Luotettavuutta heikentäväksi tekijäksi voidaan lukea myös se, että opinnäytetyöntekijöitä on ollut yksi, jolloin työn sisältöä ja kirjoittamista on arvioinut vain yksi henkilö. Alkuun opinnäytetyön kirjoittajia oli kaksi, ja toisen opiskelijan jäätyä pois olimme ehtineet toteuttaa muun muassa asiantuntijahaastattelut sekä työstää opinnäytetyön teoriaosuutta yhdessä. Yksin jatkaessani kirjoittamista kävin useaan kertaan yhdessä kirjoitetut osuudet läpi, jotta olin varma tekstin oikeellisuudesta ja siitä, että käytetty materiaali oli asianmukaisella tavalla ilmaistu ra-

portissa. Opinnäytetyöprosessin aikana opinnäytetyön etenemistä ovat arvioineet ennalta sovitut opponijat, ohjaava opettaja sekä tuotoksen sisältöä ja oikeellisuutta on arvioinut työelämäkumppani vuorovaikutuksellisessa suhteessa opinnäytetyöntekijän kanssa.

5.2 Pohdinta

Keisarileikkauksessa yhdistyy kirurginen hoitotyö sekä perheen muodostuminen, ja toimenpiteessä tuleekin huomioida niin perhekeskeisyys kuin vauvan sekä äidinkin hyvinvointi. Vauvamyönteisyyden periaatteita noudattamalla äidin ja vastasyntyneen yhdessä olo mahdollistetaan ympäri vuorokauden ja täysimetystä sekä ihokontaktin toteuttamista tuetaan synnytyssairaalassa. Odottavan äidin tulee valmistautua keisarileikkaukseen kuten muihinkin suuriin leikkauksiin eli muun muassa ravinnotta ololla sekä asianmukaisella peseytymisellä. Toipumisessa vatsan alueen leikkauksen jälkeen äidin tulee huomioida muun muassa nostorajoitukset ja huolellinen kivun hoito, jotka edistävät äidin nopeaa palautumista normaaliin elämään.

Opinnäytetyön aihe tuntui alusta saakka hyvin mielenkiintoiselta ja merkitykselliseltä, sillä lasta odottavien perheiden on tärkeää saada käytännönläheistä ohjausta mahdollisimman hyvää leikkaukseen valmistautumista varten. Opinnäytetyön aiheen laajuus tuntui ajoittain haastavalta, mutta motivaatio opinnäytetyön loppuun saattamiseen sekä mahdollisimman hyvän lopputuloksen luomiseen säilyi koko prosessin ajan.

Opinnäytetyön tuotos on mielestäni onnistunut kokonaisuus, jossa on tuotu esille kaikki keskeisimmät asiat, jotka perheen on hyvä tietää valmistautuessaan synnytykseen. Potilasoppaasta tuli selkeä, kattava ja helppolukuinen. Ulkoasu noudatti työelämän toiveita, ja on visuaalisesti siisti sekä yhtenäinen sairaanhoitopiirin muiden potilasoppaiden kanssa, joka herättänee lukijassa luottamusta opasta kohtaan. Sanavalinnat oppaassa ovat sellaisia, ettei tekstin ymmärtämiseksi tarvitse terveydenhuoltoalan koulutusta tai tietämystä aiheesta etukäteen. Opas tehtiin yhteistyössä työelämän kanssa, jotta siitä tulisi heidän tarpeitaan palveleva. Oppaan sisältö on asiakkaalle suunnattua ja sisällön rajaaminen oppaaseen

oli haasteellista, mutta yhteistyössä työelämäkumppanin kanssa sisällöstä saatiin toimiva ja riittävän informatiivinen kokonaisuus muodostettua. Opinnäytetyöprosessin aikana yhteistyö oli sujuvaa, vaikka joitakin aikataulullisia haasteita viestinnässä tuli eteen muun muassa vuosilomien vuoksi. Opinnäytetyön raporttiosuudessa tutkimuskysymyksiin on vastattu kattavasti ja yksityiskohtaisesti, laajasti tutkittuun tietoon perustuvaa materiaalia hyödyksi käyttäen.

Toisen opinnäytetyöntekijän jättäytyminen pois aiheutti viivästystä opinnäytetyöprosessin etenemiseen, mutta opinnäytetyö valmistui kuitenkin suunnitellun aikataulun mukaisesti. Opinnäytetyöprosessi ei tuntunut liian raskaalta, sillä olin jakanut kirjoitusprosessia pienempiin osioihin. Pikkuhiljaa eteneminen opinnäytetyöprosessissa mahdollisti työn sisällön pohtimisen tarkkaan ja työn huolellisen toteuttamisen. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi oli kuitenkin työläs ja aikaa vievä, mutta myös antoisa sekä ammatillista osaamistani lisäävä. Antoisimmaksi koin perehtymisen äitiyshoitotyöhön, ja siihen liittyviin erityispiirteisiin.

Kehittämisehdotuksena on potilasoppaan ajantasaisuudesta huolehtiminen ja tarvittaessa oppaan päivittäminen. Jatkokehittämisehdotukseksi nousi myös suunnitellulla keisarileikkauksella synnyttäneiden äitien kokemusten selvittäminen heidän saamasta potilasohjauksesta ja kirjallisen potilasoppaan vaikuttavuusohjauksen tukena. Työelämätahon puolelta nousi toive, että jatkossa synnytys-sairaalaista voitaisiin tehdä virtuaalinen esittely, jossa synnytyssairaalan tilat ja sisäänkäynnit esiteltäisiin, sillä synnyttämään tulevia perheitä kiinnostaa synnytyssairaalan tilat jännittävään perhetapahtumaan valmistautuessaan.

LÄHTEET

Antikainen, S. Osastonhoitaja. 2020. Haastattelu 4.2.2020. Haastattelijat Kan-kare, H. & Ristimäki, S. Tampere.

Barrera, C., Nelson, J., Boundy, E. & Perrine, C. 2018. Trends in rooming-in practices among hospitals in the United States, 2007-2015. *Birth* 45 (4), 432–439.

Carvalho, F. & Tenório, S. 2012. Comparative study between doses of intrathecal morphine for analgesia after caesarean. *Revista brasileira de anestesiologia* 63 (3), 492–499.

Caughey, A., Wood, S., Macones, G., Wrench, I., Huang, J., Norman, M., Pettersson, K., Fawcett, W., Shalabi, M., Metcalfe, A., Gramlich, L., Nelson, G. & Wilson, R. 2018. Guidelines for Antenatal and Preoperative care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendation (Part 2). *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 219 (6), 533–544.

Diamond, K., Bonney, E. & Myers, J. 2014. Caesarean section: techniques and complications. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 24 (2).

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Gregson, S., Meadows, J., Teakle, P. & Blacker, J. 2016. Skin-to-skin contact after elective caesarean section: Investigating the effect on breastfeeding rates. *British Journal of Midwifery* 24 (1), 18–25.

Guala, A., Boscardini, L., Visentin, R., Angellotti, P., Grugni, L., Barbaglia, M., Chapin, E., Castelli, E. & Finale, E. 2017. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *The Scientific World Journal* Vol. 2017.

Hakala, M., Laukkala, H., Kaakinen, P. & Elo, S. 2015. Vauvamyönteisyyden nykytila Suomessa vastasyntyneen ihokontaktin toteutumisen kannalta. *Tutkiva hoitotyö* 13 (4), 15–24.

Hakala, M. 2019. Ihokontaktin, ensi-imetyksen, vierihoidon ja täysimetyksen toteutuminen synnytyssairaaloissa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Hobbs, A., Mannion, C., McDonald, S., Brockway, M. & Tough, S. 2016. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy & Childbirth* 16 (90).

Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. 2010. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus. Hoitotyön suositus. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/imetysohjaus-hs.pdf>

Honkanen, K. 2012. Perheiden kokemus yhdessäolosta ja ihokontaktista vanhemman ja lapsen välillä keisarileikkauksen jälkeen leikkausosastolla. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro Gradu -tutkielma.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Katsaus. Duodecim* 121 (16), 1769–1773.

Johansson, M., Hildingsson, I. & Fenwick, J. 2013. Important factors working to mediate Swedish fathers` experiences of a caesarean section. *Midwifery* 29, 1041–1049.

Katz, B. 2015. Family centered maternity care. ICEA (International Childbirth Education Association) 10/2015.

Kettunen, R. 2018. Laskimotukos (laskimoveritulppa). Lääkärikirja Duodecim. Luettu 12.6.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00039

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Lewis, L., Hauck, Y., Ritchie, S., Barnett, L., Nunan, H. & Rivers, C. 2014. Australian women`s perception of their preparation for and actual experience of a recent scheduled caesarean birth. *Midwifery* 30, 131–136.

Li, Y., Su, D., Sun, Y., Hu, Z., Wei, Z. & Jia, J. 2019. Influence of different pre-operative fasting times on women and neonates in cesarean section: a retrospective analysis. *BMC pregnancy & childbirth* 19 (104).

Linden, H. & Ilola, T. 2013. Keisarileikkaus (sektio). Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.terveysportti.fi.libproxy.tuni.fi/dtk/shk/inf04559>

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotiede. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Luukkainen, P. & Fellman, V. 2016. Syntymän jälkeen adaptaatiovaihe. Teoksessa Rajantie, J., Heikinheimo, M. & Renko, M. Lastentaudit. 6. päivitetty painos. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiporssi.fi/op/lta00030/do#s4>

Mackeen, A., Packard, R., Ota, E. & Speer, L. 2015. Antibiotic regimens for postpartum endometritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Macones, G., Caughey, A., Wood, S., Wrench, I., Huang, J., Norman, M., Petersson, K., Fawcett, W., Shalabi, M., Metcalfe, A., Gramlich, L., Nelson, G. & Wilson, D. 2019. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 221 (3).

Marinelli, A., Del Prete, V., Finale, E., Guala, A., Pelullo, C.P. & Attena, F. 2019. Breastfeeding with and without the WHO/UNICEF baby-friendly hospital initiative. *Medicine* 98 (44).

Moore, E., Bergman, N., Anderson, G. & Medley, N. 2016. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Systematic Review*.

Nuutila, M. & Polo, P. 2019a. Jälkitarkastus. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, J. & Mäkikallio, K. Naistentaudit ja synnytykset. 6. päivitetty painos. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. https://www.oppiportti.fi/op/njs15808/do?p_haku=jälkitarkastus#q=jälkitarkastus

Nuutila, M. & Polo, P. 2019b. Jälkivuoto. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, J. & Mäkikallio, K. Naistentaudit ja synnytykset. 6. päivitetty painos. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/njs15804/do>

Nuutila, M. & Polo, P. 2019c. Komplikaatiot. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, J. & Mäkikallio, K. Naistentaudit ja synnytykset. 6. päivitetty painos. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/njs15810/do>

Nuutila, M. & Polo, P. 2019d. Imetys. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, J. & Mäkikallio, K. Naistentaudit ja synnytykset. 6. päivitetty painos. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/njs15809/do>

Pallasmaa, N. 2014. Cesarean section- short term maternal complications related to the mode of delivery. Synnytys- ja naistentautioppi. Turun yliopisto. Turku. Väitöskirja.

Pallasmaa, N., Rautava, S. & Timonen, S. 2016. Synnytystavan vaikutus äidin ja lapsen terveyteen. *Suomen Lääkärilehti* 71 (25-32), 1839–1844.

Peate, I. 2015. Principles of surgical care: preoperative care. *British Journal of Healthcare Assistants* 9 (8), 380–385.

Pietiläinen, S. 2015. Laskimotukos ja verenpaineen kohoaminen. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A. Kätilötyö. 6. uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy.

Puia, D. 2018. First-Time mothers` experiences of a planned cesarean birth. *Journal of Perinatal Education* 27 (1), 50–60.

Qingqi, D., Qiufang, L., Hua, W. Huilian, S. & Xinfen, X. 2018. Early father-infant skin-to-skin contact and its effect on the neurodevelopmental outcomes of moderately preterm infants in China: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 19 (701).

Rantala, A. & Huotari, K. 2011. Leikkauksen jälkeiset infektiot. Teoksessa Hedman, K., Heikkinen, T., Huovinen, P., Järvinen, A., Meri, S. & Vaara, M. (toim.) Infektiosairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden.

<https://www.oppiportti.fi/op/isa04602/do>

Raussi-Lehto, E. 2015. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A. Kätilötyö. 6. uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy.

Rinne, E. Vauvamyönteisyys-koordinaattori. 2020. Haastattelu 6.2.2020. Haastattelijat Kankare, H. & Ristimäki, S. Tampere.

Rouhe, H. & Saisto, T. 2019. Synnytyspelko. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, J. & Mäkikallio, K. Naistentaudit ja synnytykset. 6. päivitetty painos. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 20.8.2020. Vaatii käyttöoikeuden. https://www.oppiportti.fi/op/njs14300/do?p_haku=synnytyspelko#R3

Salo, H., Tekay, A. & Mäkikallio, K. 2015. Tutkimusnäyttöön perustuva keisarileikkaus. Duodecim 131, 1137–1143.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Turku. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Schorn, M., Moore, E. Bennet, M. & Morad, A. 2015. Implementing Family-Centered Cesarean Birth. Journal of Midwifery & Women's health 60 (6), 682–690.

Sell, S., Carvalho Beresford, P., Zimmer Ribas Dias, H., Zigelli Garcia, O. & Kotzias Atherino dos Santos, E. 2012. Looks and knowledge: experiences of mothers and nursing staff regarding post-caesarean section pain. Text Context Nursing, Florianopolis 21 (4), 766–774.

Sheiner, E. 2012. Cesarean section: procedures, complications and recovery. Obstetrics and gynecology advances. New York: Nova Science Publishers. Saatavilla: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=nlebk&AN=541159&site=ehost-live&scope=site&authtype=sso&custid=s4778523>

Tampereen yliopistollinen sairaala. 2020a. Keisarileikkaus. Päivitetty 21.2.2020. Luettu 24.4.2020. https://www.tays.fi/fi-FI/Raskaus_ja_synnytys/Synnytys/Keisarileikkaus

Tampereen yliopistollinen sairaala. 2020b. Tavoitteena puhtaat kädet- tietoa käsihygieniasta potilaille ja vierailijoille. Päivitetty 7.7.2020. Luettu 20.8.2020. [https://www.tays.fi/fi-FI/ohjeet/Potilaana_Taysissa/Kasihygieniaohje_potilaille_ja_vierailij\(34958\)](https://www.tays.fi/fi-FI/ohjeet/Potilaana_Taysissa/Kasihygieniaohje_potilaille_ja_vierailij(34958))

Teikari, M. 2020. Pulloon puhallus (vesi-PEP). Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 22.4.2020. Luettu 22.8.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01179

Tekay, A. 2019. Synnytyksen hoito monisikiöisessä raskaudessa. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, J. & Mäkikallio, K. Naistentaudit ja synnytykset. 6. päivitetty painos. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 10.4.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/njs13604/do>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Vauvamyönteisyysohjelmat. Päivitetty 28.1.2020. Luettu 9.2.2020. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys-ja-lastenneuvola/vauvamyonteisyys>

Tervo-Heikkinen, T, Saaranen, T., Huurre, T. & Turunen, H. 2018. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjausosaamisestaan - kyselytutkimus yliopistollisessa sairaalassa. Hoitotiede 30 (3), 179–190.

Tiitinen, A. 2019a. Normaali synnytys. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 1.11.2019. Luettu 27.1.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160

Tiitinen, A. 2019b. Keisarileikkaus. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 1.11.2019. Luettu 25.1.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00873

Tikkanen, M. & Tekay, A. 2019. Synnytyskipu ja sen lievitys. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, J. & Mäkikallio, K. Naistentaudit ja synnytykset. 6. päivitetty painos. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 20.5.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/njs00001/do>

Tilastokeskus. n.d. Käsitteet. Perhe. Luettu 26.2.2020.

<https://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html>

Toivonen, E. & Palomäki, O. 2019. Synnytyskipun hoito. Lääkärilehti 74 (41), 2285–2290.

Tunturi, P. 2013. Kestospinaali (spinaalikatetri). Teoksessa Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. (toim.) Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 18.8.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.terveysportti-fi.libproxy.tuni.fi/dtk/shk/inf04559>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uotila, J. 2015a. Keisarileikkaus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A. Kättilötyö. 6. uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy.

Uotila, J. 2015b. Raskaus muuttuu riskiraskaudeksi ja -synnytykseksi. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A. Kättilötyö. 6. uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy.

Uotila, J. & Tihtonen, K. 2019a. Keisarileikkaus. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, J. & Mäkikallio, K. Naistentaudit ja synnytykset. 6. päivitetty painos. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 20.5.2020. Vaatii käyttöoikeuden.
https://www.oppiportti.fi/op/njs15605/do?p_haku=keisarileikkaus#q=keisarileikkaus

Uotila, J & Tihtonen, K. 2019b. Perätarjonnan ulosautto. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, J. & Mäkikallio, K. Naistentaudit ja synnytykset. 6. päivitetty painos. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 20.8.2020. Vaatii käyttöoikeuden.
<https://www.oppiportti.fi/op/njs15602/do>

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vääräsmäki, M. & Raudaskoski, T. 2017. Raskaus ja synnytys keisarileikkauksen jälkeen. Katsaus. Duodecim 133 (4), 345–352.

Wilson, R., Caughey, A., Wood, S., Macones, G., Wrench, I., Huang, J., Norman, M., Pettersson, K., Fawcett, W., Shalabi, M., Metcalfe, A., Gramlich, L. & Nelson, G. 2018. Guidelines for Antenatal and Preoperative care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendation (Part 1). American Journal of Obstetrics and Gynecology 219 (6).

LIITTEET

Liite 1. Suostumus

SUOSTUMUS

Olen saanut tietoa opinnäytetyönä tehtävästä potilasoppaasta, joka käsittelee keisarileikkausta. Oppaan tarkoituksena on antaa etukäteistietoa odottaville äideille ja kumppaneille suunniteltuun keisarileikkaukseen valmistautumisesta, itse toimenpiteestä sekä toipumisesta. Oppaassa on tietoa myös ihokontaktin toteuttamisesta.

Minua on tiedotettu siitä, ettei minun eikä lapseni nimi tule esille potilasoppaasta.

Annan suostumukseni käyttää minua ja lastani koskevaa kuvamateriaalia opinnäytetyön opasmateriaalissa.

_____ / _____

Paikka ja aika

Allekirjoitus