



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

EI-LÄÄKKEELLINEN KIVUN- LIEVITYS SYNNYTYKSEN AVAUTUMISVAIHEESSA

Opetusvideoita

TEKIJÄT: Sanni Niemi
Hanna Silfver

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijät Niemi Sanni, Silfver Hanna	
Työn nimi Ei-lääkkeellinen kivunlievitys synnytyksen avautumisvaiheessa –Opetusvideoita	
Päiväys 11.12.2015	Sivumäärä/Liitteet 32/1
Ohjaaja Raija Tuovinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Savonia-ammattikorkeakoulu/ Kuopion Yliopistollinen Sairaala Naisten akuuttikeskus	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Ei-lääkkeellinen kivunlievitys on kivunlievittämistä ilman lääkkeitä. Ei-lääkkeellisen kivunlievityksen perustana synnytyksessä on ajatus, että kipu on luonnollinen osa synnytystä eikä kerro poikkeavuudesta, tuhosta tai vammasta. Kivunlievityksen tarkoituksena on estää kipuimpulssien kulkemista sekä lisätä elimistön omien endorfiinien tuotantoa. Kivunlievityksen periaatteena on lievittää kipua, ei poistaa sitä. Ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä voidaan käyttää joko ainoana kivunlievitysmenetelmänä tai tukemaan muita käytössä olevia kivunlievitysmenetelmiä. Ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä voidaan yhdistää sekä keskenään että lääkkeellisten menetelmien kanssa melko vapaasti ja turvallisesti. Kivunlievitysmenetelmä valitaan aina yksilöllisesti ja valinnassa huomioidaan sikiön ja äidin hyvinvointi sekä synnytyksen eteneminen.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda Savonia-ammattikorkeakoululle ajantasaisia opetusvideoita, joilla esitetään yleisimpiä Suomessa tarjottavia ei-lääkkeellisiä synnytyskipun lievitysmenetelmiä. Tavoitteena oli lisätä kättilöiden ja kättilöopiskelijoiden motivaatiota ja osaamista käyttää ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmuotoja synnytyksessä. Videot kohdennettiin kättilöopiskelijoille sekä KYS:iin tuleville synnyttäjille. Videon avulla opiskelija oivaltaa asian konkreettisemmin ja asiat jäävät paremmin mieleen, kun ne ovat lähellä todellista tekemistä.</p> <p>Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Savonia-ammattikorkeakoulu, jolle tuotimme kaksi opetusvideota. Ei-lääkkeellinen kivunlievitys synnytyksen avautumisvaiheessa –videolla näytämme erilaisia asentoja, liikkumista, lämpö- ja kylmähoitoa sekä hierontaa synnytyskipun hoitomuotona. Aquarakkulat –video sisältää aquarakkuloiden tekoon tarvittavat välineet ja niiden tekoa. Lisäksi kuvatusa aineistosta koottiin oma video myös KYS:in verkkosivuille materiaaliksi synnytysvalmennukseen.</p>	
Avainsanat Ei-lääkkeellinen, kivunlievitys, synnytys, avautumisvaihe	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Authors Niemi Sanni, Silfver Hanna			
Title of Thesis Non-pharmacological methods of pain relief during the first stage of labour – Learning videos			
Date	11.12.2015	Pages/Appendices	32/1
Supervisor Tuovinen Raija			
Client Organisation /Partner Savonia University of Applied science/ Kuopio University Hospital Women's Acute Ward			
<p>Abstract</p> <p>Non-pharmacological pain relief is a method, which relieve the pain without medication. The basic idea of non-pharmacological pain relief method in labour is that pain is a natural part of labour and not to be related to abnormality, damage or trauma.</p> <p>The main purpose of this method is to prevent pain impulses and increase the body's own endorphin production rather than reducing the pain completely. Non-pharmacological pain relief methods can be used on their own or in combination with other pain relief methods. Non-pharmacological pain relief methods can be used together with pharmacological pain relief methods quite freely and safely. The pain relief method during labour will be chosen individually in consideration of the wellbeing of the fetus, mother and the progress of labour.</p> <p>The purpose of this thesis was to create for Savonia University of Applied Sciences up-to-date learning videos, which focus on the most commonly used methods of non-pharmacological pain relief methods in labour in Finland. The aim of these learning videos was to motivate and increase the knowledge of the use of non-pharmacological pain relief methods in labour among the midwife students and midwives. Learning videos are targeted to midwife students and women who are planning to give birth at Kuopio University Hospital. Midwife students will better understand and acknowledge the use of non-pharmacological pain relief methods by watching these learning videos, which demonstrate real life situations in labour.</p> <p>The client organisation in this thesis was Savonia University of Applied Sciences to whom we made two learning videos. In the first video of The non-pharmacological method of pain relief in the first stage of labour, we introduce different positions and moving in labour, warm and cold treatments together with a massage as a treatment method of labour pain. The second video, Intracutaneous sterile water injections, introduces the equipment and making of the injections. We also made a combination of these two videos to Kuopio University Hospital Women's Acute Wards web page as a material to labour counselling.</p>			
Keywords Non-pharmacological, pain relief method, labour, first stage of labour			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	SYNNYTYKSEN VAIHEET	6
3	KIPU.....	7
3.1	Synnytyskipu	8
3.2	Synnytyksen avautumisvaiheen kipu.....	8
4	EI-LÄÄKKEELLINEN KIVUNLIEVITYS SYNNYTYKSEN AVAUTUMISVAIHEESSA.....	10
4.1	Läsnäolo ja perustarpeista huolehtiminen.....	11
4.2	Kosketus ja hieronta	11
4.3	Asennot ja liikkuminen.....	12
4.4	Aquarakkulat	14
4.5	Akupunktio	15
4.6	Sähköinen hermoärsytys eli TNS	15
4.7	Kylmäkääreet.....	16
4.8	Lämmin vesi ja lämpökääreet	17
5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS.....	19
6	TOTEUTUS.....	20
6.1	Ideointi ja suunnittelu.....	20
6.2	Tuotos	20
7	POHDINTA.....	22
7.1	Eettisyys ja luotettavuus	23
7.2	Ammatillinen kasvu	24
7.3	Opinnäytetyön arviointi	25
7.4	Opinnäytetyön jatkokehittämis- ja tutkimusideat.....	26
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT.....	27
	LIITE 1 VIDEOT.....	31

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aihe oli ei-lääkkeellinen kivunlievitys synnytyksen avautumisvaiheessa. Tarkoituksena oli luoda Savonia-ammattikorkeakoululle ajantasaisia opetusvideoita, joilla esitetään yleisimpiä Suomessa synnytyksen aikana tarjottavia ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä. Tavoitteena oli lisätä kättilöopiskelijoiden ja kättilöiden motivaatiota ja osaamista käyttää ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmuotoja synnytyksessä. Lisäksi kuvatusa aineistosta koottiin oma video myös KYS:in verkkosivuille materiaaliksi synnytysvalmennukseen.

Terhi Virtanen (2013, 50) toi esille Pro gradu -tutkimuksessaan kättilöiden oman arvion ei-lääkkeellisten kivunlievitysmuotojen osaamisesta. Tutkimukseen vastanneista kättilöistä 27 % arvioi taitojensa olevan tyydyttävä ja lähes 5 % koki taitonsa heikoksi tai välttäväksi. (Virtanen 2013, 50.) Kättilötyön keskeisiin sisältöihin kuuluu kuitenkin lääkkeellisten ja ei-lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien osaaminen synnytyksessä (Opetusministeriö 2006, 82). Lisäksi kättilötyön keskeisiin osaamisalueisiin kuuluu turvallisten toimintatapojen omaaminen sekä itsenäiseen päätöksen tekoon ja työskentelyyn synnytyksen aikana kykeneminen (Pienimaa ja Raussi-Lehto 2015, 35 – 36). Ei-lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät ovat tärkeimpiä kättilötyön menetelmiä synnytyksen avautumisvaiheen kivunhoidossa (Raussi-Lehto 2015, 258 – 260). Tämän vuoksi päädyimme valitsemaan aiheeksemme ei-lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät.

Keskitymme opinnäytetyössämme ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin myös siksi, että niitä käyttävien synnyttäjien määrä näyttää olevan kasvussa. Vuodesta 2011 vuoteen 2013 ei-lääkkeellistä kivunlievitystä käyttävien synnyttäjien määrä Suomen sairaaloissa (pois lukien Hyks, naistenklinikka ja kättilöopisto) nousi kolme prosenttia. Esimerkiksi epiduraalinen kivunlievitys on noussut suhteessa vähemmän samalla aikavälillä; se on noussut vuodesta 2011 vuoteen 2013 yhden prosentin. Tuona aikana kivunlievityksen käyttö synnytyksessä yhteensä on noussut 0,3 prosenttiyksikköä. (Vuori ja Gissler 2014.) Huomioitavaa on myös se, että lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttöön liittyy kasvanut lisähoidon ja seurannan tarve synnytyksen aikana (Raussi-Lehto 2015, 260 – 261).

Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä. Kehittämistyö tarkoittaa toiminnallista työtä, jonka seurauksena syntyy jokin tuotos, esimerkiksi video (Liukko 2013). Kuvasimme aiheesta videoita, joihin Savonia-ammattikorkeakoulu saa käyttöoikeudet. Videot on kohdennettu kättilöopiskelijoille sekä KYS:iin tuleville synnyttäjille. Videon avulla opiskelija oivaltaa asian konkreettisemmin ja asiat jäävät paremmin mieleen, kun ne ovat lähellä todellista tekemistä (Repo ja Nuutinen 2003, 148). Mielestämme videoille oli tarvetta, koska sellaisia ei vielä ollut, ja opiskelijoiden olisi niiden avulla mielenkiintoisempaa perehtyä asiaan kuin esimerkiksi kirjoista lukemalla. Video ei ole ajasta tai paikasta riippuvainen, jolloin sen avulla voidaan opettaa asioita, vaikka sopivaa tilaa ei aina olisi tarjolla (Hakkarainen ja Kumpulainen 2011). Bravo, Amante, Simo, Enache ja Fernandez tulivat vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksessaan siihen tulokseen, että video lisää oppimismotivaatiota tekemällä aiheesta ymmärrettävämpää, lisäämällä arvostusta sitä käyttävää opettajaa kohtaan sekä olemalla uusi kiinnostava tapa tutustua aiheeseen.

2 SYNNYTYKSEN VAIHEET

Tässä opinnäytetyössä puhumme synnytyksestä, kun tarkoitamme sairaalassa tapahtuvaa säännöllistä synnytystä. Kansainvälisen määritelmän mukaan synnytys on säännöllinen, kun siihen ei liity ennalta tiedettyjä riskejä, se alkaa spontaanisti ja etenee matalan riskin synnytyksenä. Matalan riskin synnytys tarkoittaa alateitse raskausviikoilla 37 – 42 tapahtuvaa synnytystä, jossa lapsen tarjoutuvana osana on pää ja jonka jälkeen äiti ja lapsi voivat hyvin. (Raussi-Lehto 2015, 216 ja 221.) Synnytyksestä puhutaan, kun raskaus on kestänyt 22 viikkoa tai enemmän ja sikiö painaa vähintään viisisataa grammaa. Synnytyksessä on kolme vaihetta. (Sariola ja Tikkanen 2011, 315.)

Synnytyksen ensimmäinen vaihe eli avautumisvaihe alkaa, kun säännölliset supistukset alkavat. Kohdunsuu avautuu keskimäärin senttimetrin tunnissa. (Raussi-Lehto 2015, 248). Kun supistukset tulevat alle kymmenen minuutin välein kahden tunnin ajan, katsotaan niiden muuttuneen säännöllisiksi. Ennen säännöllisiä supistuksia naisella voi ilmetä ennakoivia supistuksia, jotka valmistavat kohtua synnytykseen. Nämä supistukset saattavat tuntua vatsan ohi menevinä kovettumisina tai vatsanväänteinä. (Pietiläinen ja Väyrynen 2015, 203 – 204.) Avautumisvaihe sisältää kaksi vaihetta, latenssivaihe sekä aktiivinen vaihe. Latenssivaiheessa supistukset ovat harvempia, lyhytkestoisempia ja lievempiä kuin aktiivisessa vaiheessa. (Sariola ja Tikkanen 315 – 317.) Tämän vaiheen aikana kohdunkaula lyhenee ja häviää (Raussi-Lehto 2015, 221). Latenssivaihe voi kestää jopa useamman vuorokauden. Aktiivinen vaihe alkaa, kun kohdunsuu on auennut 3 – 4 senttimetriä. Tässä vaiheessa supistusten tihtyessä, pidentyessä ja voimistuessa kivut lisääntyvät. Kohdunsuun avautuessa sikiön pää laskeutuu synnytyskanavassa samalla kiertyen. Avautumisvaihe päättyy kohdunsuun ollessa täysin, eli 10 senttimetriä, auki. (Sariola ja Tikkanen 2011, 315 – 317.)

Synnytyksen toinen vaihe eli ponnistusvaihe alkaa, kun kohdunsuu on täysin auki, eikä kohdunsuun reunoja ole enää tunnettavissa. Toinen vaihe jaetaan laskeutumisvaiheeseen ja ponnistusvaiheeseen. Laskeutumisvaiheessa sikiön pää laskeutuu vähitellen synnytyskanavassa. Ponnistusvaihe alkaa, kun sikiön pää on laskeutunut +2 – +3 tasolle ja painaa etenkin supistusten aikana äidin peräsuolta aiheuttaen tälle voimakasta ponnistustarvetta. Ponnistusvaihe kestää muutamasta minuutista pariin tuntiin. Ponnistusvaihe päättyy, kun lapsi on syntynyt. (Sariola ja Tikkanen 2011, 319 – 320.)

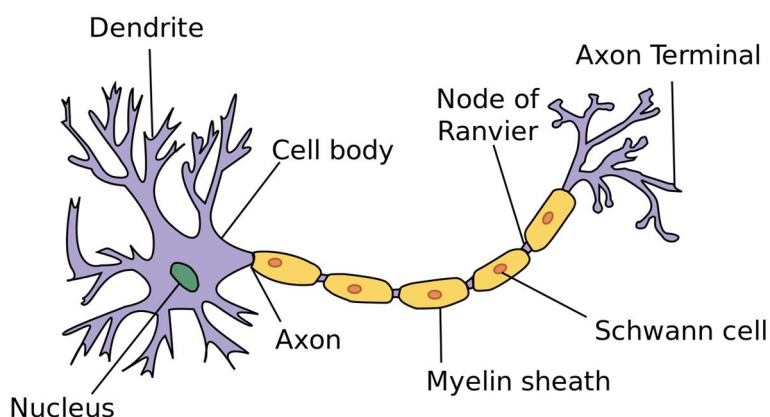
Synnytyksen kolmas vaihe eli jälkeisvaihe alkaa, kun lapsi on syntynyt ja päättyy kalvojen ja istukan syntymiseen. Äidille annetaan lapsen synnyttyä kohtua supistavaa lääkettä, joka saa aikaan kohdun supistumisen ja istukan irtoamisen. Istukka syntyy tavallisimmin 5 – 10 minuutin kuluttua lapsen syntymästä äidin ponnistaessa supistuksen aikana. (Raussi-Lehto 2015, 275 – 276.) Istukka voidaan poistaa myös vetämällä kevyesti napanuorasta samanaikaisesti vatsan päältä painaen (Sariola ja Tikkanen 2011, 320).

3 KIPU

Kipuaisti on välttämätön selviytymisen kannalta, sillä se varoittaa meitä aiheutuneesta tai uhkaavasta kudonsvauriosta. Kipu aktivoi sympaattisen hermoston aiheuttaen sykkeen nopeutumisen, verenpaineen nousun sekä ihon verenkierron heikkenemisen. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie ja Toverud 2011, 152.)

Kipuaistimus voidaan jakaa, nosiseptiiviseen sekä neurogeeniseen kipuun. Nosiseptiivinen kipu aiheutuu ärsykkeistä, jotka aktivoivat kipureseptoreita toisin sanoen havainnoivat ja vievät eteenpäin ärsykkeistä johtuvaa kipuviestiä. Nosiseptiivinen kipu voidaan edelleen jakaa somaattiseen eli luista ja nivelistä, luustolihasista sekä sidekudoksista lähtöisin olevaan kipuun sekä viskeraaliseen eli sisäelinten venytyksestä tai voimakkaasta supistuksesta johtuvaan kipuun. Nosiseptiivista kipua aiheuttavat mekaaninen, kemiallinen sekä lämmöstä johtuva ärsyke. Esimerkkinä kemiallisesta ärsykkeestä johtuvasta kivusta on iskemia eli kudosten hapen puutteesta johtuva kipu. (Sand ym. 2011, 153.)

Neurogeeninen kipu on hermoimpulsseista (aktiopotentiaaleista) johtuvaa kipua, joka syntyy kipuratojen vapaiden hermopäätteiden (myeliinitupettomien hermopäätteiden) ulkopuolella. Kipu paikallistuu tällöin sensoristen hermosyiden eli kipusyiden vapaissa hermopäätteissä. Esimerkkinä tällaisesta kivusta on välilevyn pullistumasta johtuva iskiaskipu tai vesirokkoviruksen aiheuttaman vyöruusun kipu. (Sand ym. 2011, 153.)



KUVA 1. Synapsi (Tuntematon 2009-06-15.)

Jotta kipuviesti välittyisi havaittavaksi aivoihin ja sieltä aivokuorelle, sen täytyy kulkea niin sanotun porttisolun läpi ääreishermoston kautta selkäyttimeen ja sieltä aivojen eri osiin. Porttisolulla tarkoitamme tässä opinnäytetyössä ääreishermostoon kuuluvaa selkäytimen takasarvessa sijaitsevaa afferenttia eli keskushermostoon viestiä tuovaa hermosolua ja keskushermostoon kuuluvaa, viestiä aivoihin jatkavaa projektioneuronin välistä synapsia eli liitosta. (Kalso ja Kontinen 2009.)

Ronald Melzackin ja Patrick Wallinin vuonna 1965 kehittämä porttikontrolliteoria pyrkii selittämään kivunsäätelyä selkäytimessä. Yksinkertaistettuna teorian mukaan ohuita myeliinitupettomia hermosyitä pitkin matkustavat kipuviestit avaavat porttisolusta muodostuvan portin, jolloin kipuviesti pääsee eteenpäin. Paksuja myeliinitupellisia nopeasti kulkevia hermosyitä stimuloitaessa peittyvät ki-

pusignaali ja näin portti sulkeutuu. Kuten esimerkiksi synnytyksen avautumisvaiheesta johtuva kipu kulkee näitä ohuita myeliinitupettomia hermosyitä pitkin, voi paksua myeliinitupellisia hermosyitä stimuloiva kosketus esimerkiksi hierottaessa estää avautumisvaiheen kipua tai ainakin lieventää sen pääsyä aivokuorelle. Moni tekijä vaikuttaa porttisolujen herkkyyteen ja tätä myöten kipuviestin kulkeutumiseen. Tällaisia tekijöitä ovat kivun voimakkuus, useampi samanaikainen kipuviesti ja aivojen viestit ääreishermostoon. Porttisolu voi näin vahvistaa, lievittää tai estää kipuviestin kulkeutumisen keskushermostoon. (Toimitus 2009; Sand ym. 2011, 104 – 113, 153 – 154)

3.1 Synnytyskipu

Synnytyskipu on jokaiselle synnyttäjälle henkilökohtainen tuntemus. Kivun voimakkuuteen vaikuttavat sikiön kokoon ja asentoon liittyvät tekijät, supistuksien voimakkuus, synnyttäjän aiemmin kokeemat kivut, aiemmat synnytykset, synnyttäjän kipukynnys sekä kulttuuritekijät. (Sarvela ja Volmanen 2012; Liukkonen, Heiskanen ja Saarikoski 1998, 27.) Synnyttäjän ennako-odotukset, motivaatio, mieliala ja yleisvointi vaikuttavat myös kivun kokemiseen (Raussi-Lehto 2015, 256). Synnytyskipu johtuu kohtulihaksen supistelusta ja venyttymisestä sekä lantion ja ulkosynnyttimien kudosten venytyksestä sikiön pään työntyessä synnytyskanavaa pitkin ulos (Liukkonen ym. 1998, 28; Tiitinen 2013; Raussi-Lehto 2015, 256 – 257). Synnytyskivun tehtävänä on muun muassa ilmaista synnyttäjälle, että synnytys on alkanut ja samalla ohjata synnyttäjää oikeanlaisiin asentoihin ja hengitykseen (Liukkonen ym. 1998, 29). Ammattitaitoinen kätilö erottaa normaalin, synnytykseen kuuluvan, rytmisesti ilmenevän kivun komplikaatioista kertovasta kivusta havainnoimalla synnyttäjää sekä käyttämällä erilaisia mittareita synnytyksen seurannan tukena (Raussi-Lehto 2015, 258).

Synnytyskipu on yleinen pelon syy ja pelko aiheuttaa kipukynnyksen laskua. Aiemmat huonot synnytyskokemukset ja hallinnan tunteen menettäminen aiheuttavat myös pelkoa. Tärkeää on, että synnyttaja saa itse vaikuttaa käytettävään kivunlievitysmuotoonsa ja hänen kivunlievitystarpeensa huomioidaan ajoissa. (Pietiläinen 2015, 486.)

3.2 Synnytyksen avautumisvaiheen kipu

Kun raskaus etenee, nosiseptiiviset hermopäätteet taantuvat kohdunpäässä, jolloin kipu välittyy kohdun alaosasta ja kohdunkaulan hermopäätteistä. Synnytyksen avautumisvaiheen kipu määritellään viskeraaliseksi kivuksi ja se johtuu sisäelinten venytyksestä, kudosten hapenpuutteesta eli iskemistiasta sekä poikkijuovaisten lihasten supistelusta. Kipu on vaikeasti paikannettavissa ja se on tylppää. Synnytyksen avautumisvaiheessa kipuimpulssit ohittavat selän paraservikaalialueen ja päätyvät aina selkäytimen takasarviosan Th10 – L1 tasolle keskiselkään, tästä johtuu avautumisvaiheen vyömäinen kipualue. (Sarvela 2009)

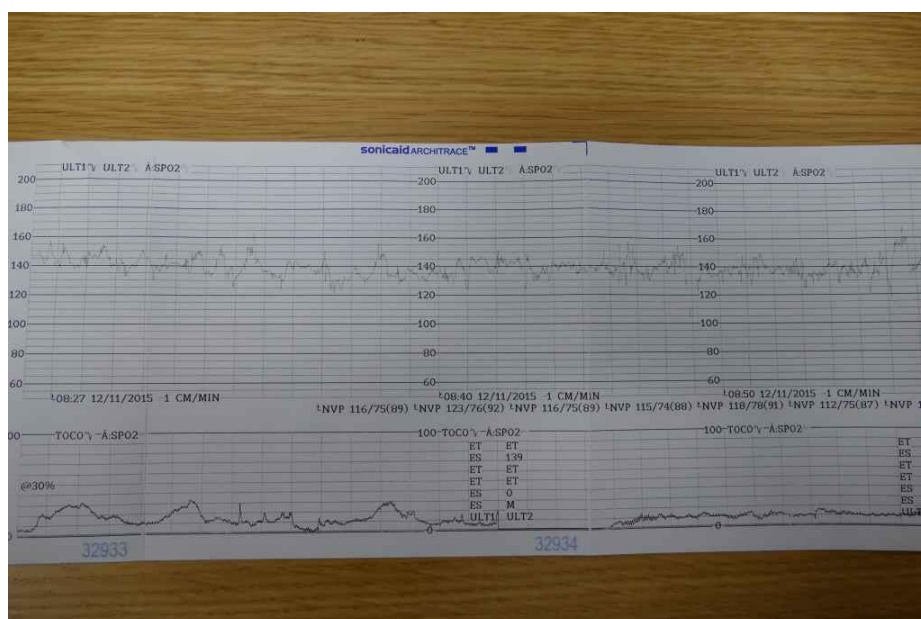
Synnytyksen avautumisvaiheen alussa kipu on lievimmillään supistusten ollessa vielä lievempiä (Raussi-Lehto 2015, 256 – 257). Synnytyksen avautumisvaiheen alussa kipu johtuu yksinomaan supistuksista. Supistuksessa kohtu lähtee supistumaan kohdun oikeasta sarvesta ja etenee tasaisesti kohdun runko-osan yli. Kohdun alakolmannes ei supistu, vaan lyhenee ja vetäytyy kohdun runko-

osaan supistusten voimasta. Tällöin kohdunkaulan kanava lyhenee ja kohdun suu aukeaa. Supistusten välillä on kivuton tauko. (Pietilä ja Väyrynen 2015, 203 – 204.) Synnytyksen avautumisvaiheen edetessä supistukset muuttuvat napakammiksi ja lisäävät kivun voimakkuutta. Synnytyksen avautumisvaiheen lopussa synnytyskipu on voimakkainta, jolloin kipu on lähtöisin kohdun suusta sekä kohdun alaosan seudulta. (Raussi-Lehto 2015, 256 – 257.) Synnytyksen avautumisvaiheen kipu johtuu myös sikiön tarjoutuvan osan painumisesta kohdun alaosan seinämää ja kohdun reunoja vasten. Kipu on vyömäinen ja tuntuu synnytyksen avautumisvaiheessa eniten ristiselän, alavatsan sekä kylkien alueella. Synnytyksen avautumisvaiheen lopulla kipu alue laajenee, jolloin kipu voi levitä myös pakaroihin ja reisiin. (Tiitinen 2013; Raussi-Lehto 2015, 256 – 257). Useissa tutkimuksissa on todettu, että ensisynnyttäjien kipu on kovempi, ja heidän synnytyksen kestoja pidempi kuin uudelleensynnyttäjien (Sarvela 2009).

4 EI-LÄÄKKEELLINEN KIVUNLIEVITYS SYNNYTYKSEN AVAUTUMISVAIHEESSA

Ei-lääkkeellinen kivunlievitys on kivunlievittämistä ilman lääkkeitä (Sariola ja Tikkanen 2011). Ei-lääkkeellisen kivunlievityksen perustana synnytyksessä on ajatus, että kipu on luonnollinen osa synnytystä eikä kerro poikkeavuudesta, tuhosta tai vammasta (Raussi-Lehto ja Melender 2008). Kivunlievityksen tarkoituksena on estää kipuimpulsien kulkemista sekä lisätä elimistön omien endorfiinien tuotantoa. Kivunlievityksen periaatteena on lievittää kipua, ei poistaa sitä. (Nylund, Tunnela, Valtonen 2009, 13 – 15.) Ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä voidaan käyttää joko ainoana kivunlievitysmenetelmänä tai tukemaan muita käytössä olevia kivunlievitysmenetelmiä (Mäki-Kojola 2009, 10). Ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä voidaan yhdistää sekä keskenään että lääkkeellisten menetelmien kanssa melko vapaasti ja turvallisesti (Raussi-Lehto ja Melender 2008).

Lähes kaikkia ei-lääkkeellisiä menetelmiä voidaan käyttää turvallisesti läpi avautumisvaiheen äidin toiveiden mukaisesti (Tolonen 2015). Äidin ja sikiön turvallisuudesta huolehtiminen on tärkeä osa synnytystapahtumaa. Äidin ja sikiön vointia voidaan seurata erilaisia vitaleja ja käyriä seuraamalla, kuten äidistä otettavalla verenpaineella, pulssilla ja lämmöllä. KTG:lla eli kardiotokografialla valvotaan elektronisesti sikiön sydänääniä sekä äidin supistusten voimakkuutta. Myös lapsiveden värin seuraaminen on tärkeää. (Tiitinen 2014; Raussi-Lehto 2015, 248 – 255.) Kivunlievitysmenetelmä valitaan aina yksilöllisesti, ja valinnassa huomioidaan sikiön ja äidin hyvinvointi sekä synnytyksen eteneminen. Jotta synnytyksen turvallisuus ja äidin sekä lapsen vointi eivät vaarannu, ei aina voida käyttää aiemmin valittua, esimerkiksi synnytysuunnitelmaan kirjattua kivunlievitysmuotoa. (Sarvela ja Volmanen 2014.) Ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä käytettäessä ei ole tarpeen käyttää jatkuvaa sikiön sydänäänimittausta toisin kuin lääkkeellisiä kivunlievitysmuotoja käytettäessä, jollei sikiön vointi sitä vaadi. Ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmuotoja käytettäessä riittää 20 minuutin KTG-käyrän ottaminen kerran tunnissa. (Tolonen 2015.)



KUVA 2. KTG – käyrä (Niemi 2015-11-13.)

Nylundin ym. (2009,13 – 15) tutkimuksen mukaan yliopistollisessa keskussairaalassa työskentelevät kätilöt tarjosivat ei-lääkkeellistä kivunlievitystä enemmän avautumisvaiheessa ja erityisesti ensisynnyttäjille pitkän avautumisvaiheensa vuoksi. Osa synnyttäjistä kokee, että kivun kokeminen synnytyksessä ja sen sietäminen ilman lääkkeellistä helpotusta nostavat itsekunnioitusta ja itsetuntoa (Raussi-Lehto ja Melender 2008).

4.1 Läsnaolo ja perustarpeista huolehtiminen

Synnyttäjän saama jatkuva tuki voidaan yhdistää vähäisempään lääkkeelliseen kivunlievitykseen, tavanomaisesta lyhyempään synnytykseen sekä synnytysoperaatioiden tarpeen vähenemiseen alatiesynnytyksissä. Kätilön tuki koetaan tärkeämmäksi kuin tukihenkilön, jonka rooli on toki myös tärkeä (Raussi-lehto 2015, 248.) Isän tai muun tukihenkilön oleminen mukana synnytyksessä vähentää synnyttäjän pelkoa ja kipua sekä lisää turvallisuuden tunnetta (Raussi-Lehto 2015, 260). Haastattelemamme kätilön kokemuksen mukaan läsnäoloa voisi pitää parhaimpana ei-lääkkeellisenä kivunlievitysmuotona ja synnytystä helpottavana tekijänä (Tolonen 2015).

Synnyttäjän perustarpeista huolehtiminen on tärkeä osa synnytyksen hoitoa ja ei-lääkkeellistä kivunlievitystä. Kätilön tulee huolehtia synnyttäjän säännöllisestä virtsarakon tyhjentymisestä ja tarvittaessa tyhjentää virtsarakko katetroimalla. Tärkeää on huolehtia synnyttäjän riittävästä ravitsemuksesta ja nesteytyksestä. Kätilön on hyvä tarjota esimerkiksi nestemäisiä välipaloja riittävän usein synnyttäjälle, jotta turvataan energiansaanti ja riittävä nesteen saanti synnytyksen edetessä. (Raussi-Lehto 2015, 248 – 249.) Hyvä hengitystekniikka edistää rentoutumista synnytyksessä. Hengityksen tulee olla rentoa ja tavallista hengitystä, huohotusta ei suositella hyperventilaatoriskin takia. Hyperventilaatio pitkittyneenä voi aiheuttaa hapenpuutetta sikiölle. Kätilön tulee ohjata synnyttäjää oikeanlaiseen hengitystekniikkaan. (Raussi-Lehto 2015, 259.)

4.2 Kosketus ja hieronta

Karsikkaan (2009, 10 – 12) mukaan kosketus on yksi voimakkaimmista synnytykokemukseen vaikuttavista tekijöistä. Kosketukseen luetaan kädellä tehtävän kosketuksen lisäksi myös sanallinen koskettaminen. Kosketuksen laadun aistiminen kasvaa mitä avuttomammassa ja riippuvaisemmassa tilassa hoidettava ihminen on. Synnytyksessä kosketus tulisi olla varmaa, rauhallista ja kiireetöntä, ei rutiininomaista sekä äidin tuntemukset huomioon ottavaa. Kosketuksella on mahdollista viestiä sekä positiivisia että negatiivisia tunteita. (Karsikas 2009, 10 – 12.)

Kätilö antaa informaatiota ja ohjaa synnyttäjää kosketuksesta, jolloin synnyttäjä pystyy helpommin sietämään kosketuksen. Tämä näkyy esimerkiksi sisätutkimusta tehdessä, josta saatu tieto rauhoittaa usein synnyttäjää. Tärkeää on, että koskettaja esittäytyy aina ja pysyy samana mahdollisuuksien mukaan. Kipeimmällä hetkellä synnyttäjä haluaa keskittyä itseensä, tällöin koskettamista tulee välttää. Äiti kykenee hallitsemaan kivun paremmin silloin, kun hän kokee hallitsevansa kehonsa. Kun äiti ei koe hallitsevansa kehoaan, kasvaa hänen ulkopuolisen kivunlievityksen sekä henkisen tuen tar-

peensa. Kätilön sanallinen kosketus informoimalla tapahtuvasta, erityisesti ensisynnyttäjälle ja kannustaminen positiiviseen sävyyn luo synnyttäjälle turvallisuuden tunteen. (Karsikas 2009.)

Hieronta perustuu kosketukseen. Käytössä on kolme perustapaa koskettaa, koko kämmenellä tehdyt pitkät ja pehmeät vedot eli sivellykset, kahdella kämmenellä tehdyt lihaksien pusertelut sekä sormenpäillä sekä peukalolla tehty painanta. Hieronnassa voi käyttää apuna erilaisia hierontaöljyjä, mutta näissä tilanteissa tulee huomioida eteerisen öljyn käytön kontraindikaatioita. Jotkut kasvit ja yrtit yhdessä lääkkeellisen kivunlievityksen kanssa voivat aiheuttaa haittavaikutuksia. Esimerkkinä laventeli, joka käytettäessä yhdessä epiduraalin kanssa voi aiheuttaa verenpaineen nousua. (Medforth, Battersby, Evans, Marsh ja Walker 2007, 128 – 261.)

Etuina hieronnassa on verenkierron lisääntyminen hierotulla alueella, lihaksen relaksaation aikaansaaminen sekä lymfanesteen virtauksen ja diureesin lisääntyminen. Hieronta auttaa myös aineenvaihduntaan ja ummetukseen. Hieronnan etuina on lisäksi endorfiinin erityksen lisääntyminen sekä psyykkisen kireyden laskeutuminen ja unensaannin helpottuminen. (Medforth ym. 2007, 128 – 261.)

4.3 Asennot ja liikkuminen

Kun synnytettiin kotona, synnyttäjä teki kevyitä kotitöitä ja oli liikkeellä. Kätilö oli koko synnytyksen läsnä ja tukena eikä kipulääkkeitä käytetty. Avautumisvaiheen aikana suositellaan liikkeelläoloa, jos se on synnytyksen kannalta riskitöntä. Liikkuminen ja pystyasento tehostavat kohdunsuun avautumista. Tällöin kohtuun ja lantion eri osiin, ligamenteihin, niveliin ja sakraalihermoon kohdistuva paine on vähäisempää, mikä lievittää kipua. Äidin ollessa liikkeellä kohdun verenkierto paranee, mikä edistää lapsen hapensaantia kohdussa. Liikkuminen saa myös lantion takaseinämän liikkumaan mikä aikaan saa synnytyskanavan laajenemisen sekä muovautumisen lapsen pään mukaisesti, jolloin lantion läpimitta kasvaa. Lapsen tarjoutuva osa kiertyy parempaan asentoon synnytyskanavassa sekä välilihan repeytymisen riski vähenee, koska välilihan kudokset antavat paremmin myöten äidin ollessa pystyasennossa. (Liukkonen ym. 1998, 73 – 82.) Asentoja voidaan käyttää kivunlievityksenä läpi avautumisvaiheen ja jopa ponnistusvaiheen alussa lapsen laskeutumista odotettaessa (Tolonen 2015).



KUVA 3 Keinutuoliin nojautuminen (Niemi 2015-11-13.)

Italiassa tehdyn tutkimuksen mukaan avautumisvaiheessa pystyasento voidaan yhdistää pienempään kipuun. Lisäksi pystyasento lyhentää synnytyksen pituutta sekä lisää äitien psyykkistä hyvinvointia ja tyytyväisyyttä synnytykseen. Pystyasennossa olleet äidit pyysivät vähemmän lääkkeellistä kivunlievitystä verrattuna tutkimuksen toiseen ryhmään, jotka olivat makuulla. Sikiöillä havaittiin vähemmän poikkeavia sydänääniä kuin niillä sikiöillä, joiden äidit eivät olleet pystyasennossa. Välilihan leikkaamisen tarve oli pienempi pystyasennossa olleilla äideillä. (Gizzo, Di Gangi, Noventa, Bacile, Zambon ja Battista Nardelli 2014; Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Styles 2013, 21; Shilling 2013.) Liikkuminen ja asennot edistävät monella tapaa synnytystä. Asentoa voidaan muuttaa esimerkiksi supistusten välillä. Asennoissa voidaan käyttää apuna tukihenkilöä tai erilaisia apuvälineitä joihin tukeutua, esimerkiksi jumppapalloa, tuoleja, tyynyjä tai katosta roikkuvia renkaita. Asentovaihtoedot ovat erinäisiä variaatioita istumisesta, seisomisesta, kyykyssä olosta sekä kylkimakuulla olosta. (Liukkonen ym. 1998, 73 – 82; Simkin 2007, 4 – 5; Shilling 2013).

Liukkonen ym. (1998, 73 – 82) mukaan keinutuolissa istuminen helpottaa äidin hengitystä. Jumppapallon päällä istuminen ja siinä musiikin tahtiin heiluminen auttaa lantiopohjanlihaksien rentoutumisessa. Liukkonen ym. kuvaa lisäksi, että yhtäjaksoinen pitkä istuminen voi jäykistää jäseniä ja vaihtoehtoisena variaationa istumiselle on hyvä kokeilla kyykyä. Kyykyn lisähyötyinä istumisen hyötyjen lisäksi on välilihan alueen venytys ja lantion avautuminen. Rentoutumisen ja torkkumisen tarpeen tullessa voi kokeilla puoli-istuvaa asentoa esimerkiksi säkkituolissa istuen. Tässä asennossa kättilön on myös helppo tehdä sisätutkimus. Etunoja asento toimii hyvänä rentoutumisen välineenä ja helpottaa myös selkäsärkyä. Etunojan variaationa on konttausasento, jossa kättilö pystyy myös tekemään tarvittaessa sisätutkimuksen. Konttausasento poistaa ristiselän painetta, sillä se mahdollistaa äidin keinumisen. (Liukkonen ym. 1998, 73 – 82.) Konttausasento korjaa sikiön asentoa tämän ollessa avonaisessa tarjonnassa (Guittier, Othenin-Girard, Irion ja Boulvain 2014). Torkkutarpeen tai makuutarpeen tullessa voidaan äidille myös tarjota kylkimakuuasentoa vasemmalla kyljellä, mikä mahdollistaa lapsen esteettömän hapensaannin (Liukkonen ym. 1998, 73 – 82).

Kylkimakuuta vasemmalla kyljellä suositellaan, koska näin alaonttolaskimo ei jää puristuksiin kohdun ja selkärangan väliin, kuten naisen ollessa selkämakuulla tai oikealla kyljellä. Alaonttolaskimon jääminen puristuksiin estää veren palautumisen takaisin sydämeen. Selkämakuulla olleessa kohtu painaa myös palleaa ärsyttäen vagus- hermoa. Kohtuverenkierron huononeminen yhdessä palleaa ärsytyksen kanssa aiheuttaa pahoinvointia, pyörtymisen tunnetta sekä hikkaavan sykkeen. Oireilua kutsutaan supiinisyndroomaksi. (Pietiläinen ja Väyrynen 2015, 163 – 168.)



KUVA 4. Kylkimakuulla olo, tuettuna (Niemi 2015-11-13.)

4.4 Aquarakkulat

Aquarakkulat eli papulat ovat intrakutaanisesti tai subkutaanisesti injektoituja steriilin veden täyttämiä rakkuloita. Kätilö pistää rakkulat kipualueelle mieluiten akupunktiopisteitä hyödyntäen. Injektio paikkoja synnytyskivun hoidossa ovat alaselkä ristiselän ja sacrumin seudulla, alavatsalla häpyliitoksen seudulla ja reisissä. Intrakutaanisesti injektoidaan kahdesta kuuteen 0,1 – 0,3 ml:n rakkulaa. Subkutaanisesti injektoidaan neljästä kahdeksaan 0,5 ml:n rakkulaa. Aquarakkuloiden injektointi on kivuliasta ja polttavaa. Rakkuloiden injektointi subkutaanisesti sattuu vähemmän. Polttava tunne tuntuu 20 – 30 sekuntia injisoinnin jälkeen. (Raussi-Lehto 2015, 260.) Aquarakkuloiden vaikutusmekanismista on kaksi teoriaa. Ensimmäinen teorioista perustuu porttikontrolliteoriaan, jossa injektoitu rakkula häiritsee avautumisvaiheen aiheuttamia kipusignaaleja. Toinen teorioista perustuu akupunktio teoriaan, jossa akupunktion tavoin aquarakkula saa aikaan kehon oman kipulääkkeen, endorfiinin erityksen. (Liukkonen ym. 1998, 83 – 87; Derry, Straube, Moore, Hancock, Collins 2012, 3.) Aquarakkuloita voidaan uusia avautumisvaiheessa äidin tarpeen ja sietokyvyn mukaan (Tolonen 2015).



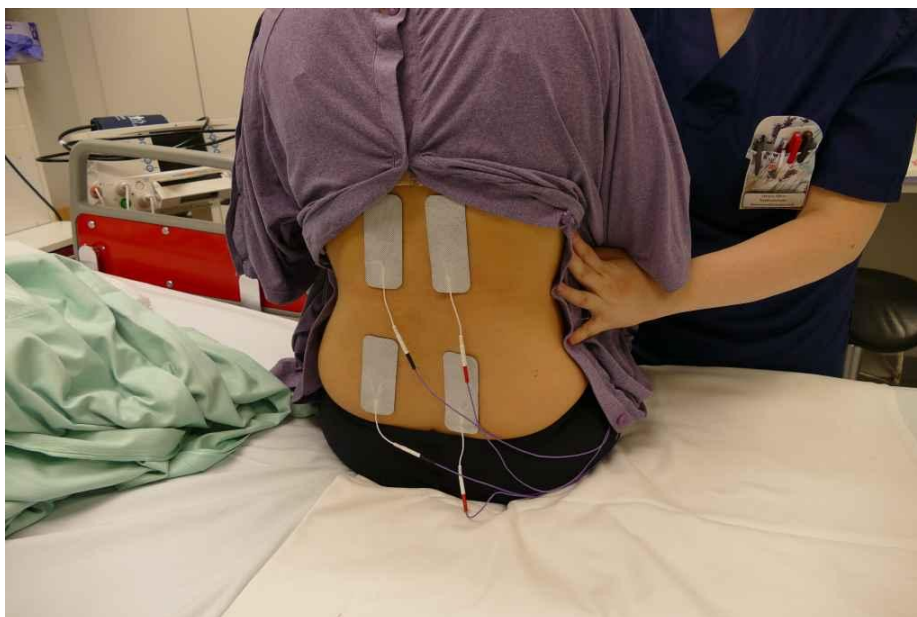
KUVA 5. Intrakutaanisti injektoidut aquarakkulat (Niemi 2015-11-13.)

4.5 Akupunktio

Akupunktio on tuhansia vuosia vanha kivunhoitomuoto, jossa asiakasta pistetään terävillä neuloilla tarkasti määriteltyihin pisteisiin (Saarelma 2014). Akupunktion vaikutus alkaa piston jälkeen. Tällöin sekä ääreis- että keskushermoston synapseista vapautuu enkefaliitteja sekä endorfiinia, jolla on morfiininkaltainen vaikutus. (Laitinen ja Laitinen 2001, 70.) Akupunktion teho kivunlievityksessä synnytyksen avautumisvaiheessa perustuu porttikontrolliteoriaan, jonka mukaan kipuiimpulssit eivät akupunktiota käytettäessä pääse aivoihin. Akupunktio on oikein toteutettuna vaaratonta ja kivutonta sekä äidille että sikiölle. Synnytyskipuun parhaiten tehoavat akupunktiopisteet sijaitsevat jaloissa. (Liukkonen ym. 1998, 101 – 107.)

4.6 Sähköinen hermoärsytys eli TNS

Liukkosen ym. (1998, 95) mukaan TNS:n käyttö perustuu porttikontrolliteoriaan, jolloin TNS – laitteen antamalla sähköstimuloinnilla häiritään perifeerisen hermoradan tuomaa kipuviestiä ja näin ollen vähentämällä kivun voimakkuutta (Liukkonen ym. 1998, 95). TNS:in antamat stimulukset kulkevat elektrodien kautta paksuihin hermoihin. Neljä kappaletta elektrodeja asetellaan siten, ensimmäinen pari elektrodeja tulee selkärangan molemmille puolille rintaliivien tason kohdalle, T10 – L1 tasolle, noin kolmen senttimetrin päähän toisistaan. Toinen pari elektrodeja tulevat alaselkään, S1 – S4 tasolle, noin kolmen senttimetrin päähän toisistaan. Etuna TNS- laitteen käytössä synnyttäjälle on se, että synnyttäjä itse pystyy säätämään stimuluksen voimakkuuden tarpeidensa mukaan. (Medforth ym. 2007, 268.) Varhaisessa vaiheessa aloitettu TNS -laitteen käyttö antaa paremman kivunlievitys mahdollisuuden synnyttäjälle. T10 – L1 tason elektrodit lievittävät synnytyksen avautumisvaiheen kipua, kun taas S1-S4 tason elektrodit synnytyksen toisen vaiheen eli ponnistusvaiheen kipua. (Liukkonen ym. 1998, 96.) Käytettävät elektrodit ovat monikäyttöisiä ja kättilön tulee huolehtia niiden asianmukaisesta puhdistamisesta käytön jälkeen. Synnyttäjällä saattaa olla myös omia TNS-laitteita käytössä kotona jo ennen sairaalaan tuloa. (Tolonen 2015.)



KUVA 6. TNS elektrodien paikat (Niemi 2015-11-13.)

Matalataajuinen sähköstimulaatio saa aikaan lihaksen supistumisen ja rentoutumisen (Liukkonen 1998, 98; Vainio 2009). Supistuksen jälkeen aiheutuva lihaksen rentoutuminen parantaa äidin ja istukan verenkiertoa samalla lisäämällä lymfanesteen virtausta äidin kehossa (Liukkonen 1998, 98).

4.7 Kylmäkääreet

Kylmäkääreitä sekä muunlaisia kylmätuotteita voidaan käyttää kipualueelle lievittämään kipua (Hautaniemi ja Lamberg 2010). Kylmä on tehokas esimerkiksi lievittämään turvotusta alapäässä synnytyksen jälkeen (Aitosalo 2014). Kylmää käytetään lihaksien ja nivelien kivunhoitoon. Synnyttäjillä sitä käytetään alaselkäkipujen hoidossa, mutta sitä voidaan myös käyttää synnytyksen muualla aiheuttamassa kivussa esimerkiksi kohdun ylä- ja alapuolelle asetettuna. Kylmän vaikutus perustuu pinnallisen verenkierron vähentämiseen jolloin ympärillä olevan kudoksen ja lihaksen lämpötila laskee. Kylmä hidastaa samalla myös kudoksen aineenvaihduntaa vähentämällä lihassupistuksen määrää ja hidastamalla kipuimpulssien liikettä. (Liukkonen ym. 1998, 93 – 94.) Kylmähoitoa ei-lääkkeellisenä kivunlievityksenä avautumisvaiheessa käytetään vähemmän kuin lämpöhoitoa (Tolonen 2015).

Kylmäkääreitä käytettäessä on huomioitava ihon vahingoittumisenriski, mikä vältetään suojaamalla iho kankaalla ennen kylmän asettamista kipukohdalle (Liukkonen ym. 1998, 93 – 94). Kylmällä voidaan auttaa helpottamaan äidin oloa kuumasta, esimerkiksi pyyhkimällä viileällä kehoa (Simkin 2007, 6 – 7). Kylmähoidosta erinomaista tekee se, että siitä aiheutuu vähän kustannuksia, se on helppo toteuttaa eikä sillä ole juurikaan sivuvaikutuksia (Hautaniemi ja Lamberg 2010). Kylmähoidon teho perustuu kylmän turvotusta, kouristuksia ja tulehdusreaktiota vähentävään vaikutukseen. Kylmä myös rentouttaa lihaksia, lievittää kipua ja alentaa hermon johtumisnopeutta. Avautumisvaiheessa kylmähoitoa toteutetaan yleisimmin vatsalle tai selkään. Erilaisia välineitä, joilla kylmähoitoa voidaan toteuttaa, ovat esimerkiksi jäädytetyt geelipussit ja viljatyyny sekä kylmäkaulin. Kaulinta käytettäessä mukaan tulee myös mekaaninen hyöty kivunlievitykseen. Kaulimen puhtaudesta tulee

huolehtia käytön jälkeen esimerkiksi pyyhkimällä se desinfioivalla aineella. (Hautaniemi ja Lamberg 2010.)

4.8 Lämmin vesi ja lämpökäareet

Lämpimällä vedellä ja lämpimillä kääreillä on supistuksia lisääviä vaikutuksia. Lämpimän veden etuna pidetään lämmöllä kohdistetun paikan verenkierron lisääntymistä, alueen lämpenemistä, aineenvaihdon lisääntymistä, lihasten kouristelun vähenemistä ja lihasten rentoutumista. Lisäksi on todettu että kipukynnys nousee. (Liukkonen ym. 1998, 88 – 91; Simkin 2007,6.) Lämpimän veden katsotaan myös vähentävän stressiä ja alentavan noussutta verenpainetta. Veden ansiosta äidit kokevat myös synnytyksen myönteisempänä, rentouttavampana ja rauhoittavana. (Liukkonen ym. 1998, 90.)

Synnytyksen avautumisvaiheessa lämpökääre tai lämmin suihku asetetaan kohdun päälle tai ristiselän alueelle rentouttamaan ja lievittämään kipua. Synnytyksen ponnistusvaiheessa lämpökäarettä voidaan pitää välilihan kohdalla, jolloin se pehmentää kudoksia ja helpottaa kudoksen venymistä. Lämmintä käytettäessä on huomioitava ihon vahingoittumisen riski, joka ehkäistään esimerkiksi suojaamalla iho kankaalla ennen kääreeseen asettamista. Lämpimien kääreiden käyttöön voi hyvin yhdistää myös hierontaa. (Liukkonen ym. 1998, 91.) Lämpimiä kääreitä voi käyttää avautumisvaiheen alusta lähtien ja usein ne ovatkin ensin tarjottu kivun lievityksen muoto (Tolonen 2015).

Synnyttäjä voi myös olla synnytyksen avautumisvaiheen aikana altaassa, jossa on 37 – 38,8 °C vettä. Veden tulee peittää ainakin synnyttäjän kohtu, jotta saadaan aikaan kelluntavaikutus. Synnyttäjän tulee hakea parhain mahdollinen asento vedessä, esimerkiksi kyykyssä tai polvillaan. Lapsen sydäntäänä tulee seurata puolen tunnin välein. Jos käytössä ei ole veden sietävää mittausvälinettä nousee synnyttäjä ammeesta tunnin välein mittaukseen. (Liukkonen 1998, 92; Tolonen 2015.) Kun huolehditaan synnytysaltaan oikeanlaisesta puhdistuksesta ja aseptiikasta, ei synnytysaltaan käyttö synnytyksen avautumisvaiheessa lisää infektioiden riskiä äidillä tai sikiöllä merkittävästi (Garland 2011, 130 – 166). Altaan käyttöä suositellaan vasta, kun synnytys on varsinaisesti käynnissä, sillä muuten synnytyksen käynnistyminen voi viivästyä. Allasta ei myöskään tule käyttää aivan avautumisvaiheen lopussa veteen synnyttämisen riskin vuoksi. (Tolonen 2015.)



KUVA 7. Ammehuone (Niemi 2015-11-13.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyön aihe on ei-lääkkeellinen kivunlievitys synnytyksen avautumisvaiheessa. Tarkoituksena oli luoda Savonia-ammattikorkeakoululle ajantasaisia opetusvideoita, joilla esitetään yleisimpiä Suomessa tarjottavia ei-lääkkeellisiä synnytyskivun lievitysmenetelmiä. Tavoitteena on lisätä kättilöopiskelijoiden ja kättilöiden motivaatiota ja osaamista käyttää ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmuotoja synnytyksessä. Lisäksi kuvatusa aineistosta koottiin video KYS:in verkkosivuille materiaaliksi synnytysvalmennukseen.

Tulevina kättilöinä tavoitteenamme oli saada tietoa ei-lääkkeellisistä kivunlievitysmuodoista synnytyksen avautumisvaiheessa sekä osaamista käyttää niitä tulevassa ammatissamme. Opinnäytetyöprosessin jälkeen meillä on kattavasti tietoa erilaisista ei-lääkkeellisistä kivunlievitysmuodoista synnytyksen avautumisvaiheessa, ja olemme myös päässeet niiden käyttöä harjoittelemaan videoita kuvatesamme.

6 TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä. Kehittämistyö tarkoittaa toiminnallista työtä, jonka seurauksena syntyy jokin tuotos, esimerkiksi video. Kehittämistyönä tehty opinnäytetyö koostuu kahdesta osuudesta, tuotoksesta ja kirjallisesta raportista. (Liukko 2013.) Kehittämistyö on myös toimintaa, jossa ratkaistaan ongelmia, luodaan uutta tai saadaan aikaiseksi muutosta (Ojasalo, Moilanen, Rita-lahti 2014, 198). Opinnäytetyössämme loimme uutta opetusmateriaalia, joka sisältää ajankohtaista tietoa. Videolla toimme esille myös uutta tietoa ja pyrimme saamaan aikaan muutosta esittelemällä subkutaani pistomuodon aquarakkuloiden laitossa. Teimme kaksi videota opetuskäyttöön. Päätimme jakaa erilaiset ei-lääkkeelliset synnytyskivun lievitysmenetelmät kahdelle videolle samalla helpottamaan opettajaa löytämään haluamansa kohdat videoilta. Teimme myös kolmannen videon KYS:in verkkosivuille materiaaliksi tuleville synnyttäjille.

6.1 Ideointi ja suunnittelu

Kiinnostuimme ei-lääkkeellisistä kivunlievitysmuodoista synnytyksen avautumisvaiheessa, koska niiden osaaminen ja käyttäminen tulee olemaan iso osa tulevaa ammattiamme. Kätilötyön keskeisiin sisältöihin kuuluu lääkkeellisten ja ei-lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien osaaminen synnytyksessä (Opetusministeriö 2006, 82). Kätilötyön keskeisiä osaamisalueita ovat myös itsenäinen päätöksenteko ja työskentely, sekä turvallisten toimintatapojen omaaminen (Pienimaa ja Raussi-Lehto 2015, 35 – 36). Saimme idean toiminnalliseen opinnäytetyöhön opinnäytetyöinfossa ja työn muoto konkretisoitui opinnäytetyöpajassa Savonia-ammattikorkeakoulun toiveiden mukaisesti. Ajatuksena oli, että videoiden avulla kätilöopiskelijat pääsevät näkemään konkreettisesti ei-lääkkeellisten synnytyskivun lievitysmenetelmien toteuttamista, jolloin asia on helpompi ymmärtää.

Tavoitteenamme oli palauttaa valmis opinnäytetyö viimeistään lokakuussa 2015. Syksyn 2014 aikana teimme työsuunnitelman valmiiksi. Kevään 2015 aikana aloimme kirjoittamaan teoriaosuutta työhömmme. Videoiden ensimmäiset käsikirjoitukset teimme alkusyksystä 2015, jolloin meidän oli myös tarkoitus aloittaa kuvaaminen. Videot oli tarkoitus saada valmiiksi lokakuun 2015 alkuun mennessä.

Keväällä 2015 teimme opinnäytetyöohjaajamme ehdotuksesta käynnin KYS:in synnytyssaliin tutustuaksemme ei-lääkkeellisen synnytyskivun lievitykseen käytännön näkökulmasta. Vierailulla kätilö kertoi KYS:in käytäntöjen mukaisia toimintamalleja liittyen opinnäytetyöhömmme. Vierailulla saimme paljon hyviä esimerkkejä ei-lääkkeellisten synnytyskivun lievitysmenetelmien käytöstä käytännössä sekä teoriatietoa menetelmistä. Tutustumiskäynnillä kätilö toi myös ilmi KYS:in kiinnostuksen saada videot käyttöönsä synnyttäjille esittelymateriaaliksi, ja sitä kautta mahdollisuuden päästä kuvaamaan KYS:in tiloihin.

6.2 Tuotos

Meistä riippumattomista syistä emme kuitenkaan päässeet kuvaamaan suunnitelman mukaisesti. Kun kuvaukset olisivat mahdollistuneet, oli meillä juuri alkamassa harjoittelujakso. Harjoittelun aika-

na hoidimme kuvauksiin liittyviä asioita niin, että olimme valmiit kuvaamaan kuvaussuunnitelmat viimeisteltyämme. Kuvaaman pääsimme marraskuussa 2015.

Lainasimme kuvaukseen tarvittavan kameran sekä editointivälineet ystävältä. Kuvaustilana toimi KYS:in Naisten akuuttikeskus. Kuvaus tapahtui kolmen peräkkäisen päivän aika, joista ensimmäisenä päivänä suunnittelimme kuvauskulmia, kuvasimme tyhjät tilat sekä suunnittelimme kuvauksen järjestystä. Kahtena muuna päivänä toteutui itse synnytyskivun lievitysmenetelmien kuvaus. Toinen meistä otti vastuun kuvaamisesta, jolloin toinen pystyi keskittymään näyttelijän ohjaamiseen sekä videolla esiintymiseen. Äitiä näytteli opiskelutoverimme. Editoinnissa pääsimme hyvin vauhtiin ja saimmekin alustavat versiot videoista nopeasti tehtyä. Editointivaiheessa ongelmia aiheutti kokemattomuutemme editoijina sekä äänitykseen liittyvät ongelmat, joihin onneksi löytyi nopeasti ratkaisu. Näytimme videot sairaanhoitaja- sekä kättilöryhmälle. Saadun palautteen pohjalta ei videoihin tarvinnut tehdä muutoksia.

Teimme kaksi videota opetuskäyttöön. Ei-lääkkeellinen kivunlievitys synnytyksen avautumisvaiheessa -videolla näytämme erilaisia asentoja, liikkumista, lämpö- ja kylmähoitoa sekä hierontaa synnytyskivun hoitomuotoina. Video sisältää kolme pääasentomuotoa seisaaltaan, kontaten ja istuma-asennossa, sekä näiden variaatioita. Aquarakkulat –video sisältää aquarakkuloiden tekoon tarvittavat välineet sekä niiden tekoa. Teimme myös kolmannen videon KYS:in verkkosivuille materiaaliksi tuleville synnyttäjille. Video on muokattu yhdistelmä Ei-lääkkeellinen kivunlievitys synnytyksen avautumisvaiheessa –ja Aquarakkulat –videoista. Videon kerronta on kohdennettu synnyttäjille, eikä siinä kerrota esimerkiksi aquarakkuloiden teosta yhtä tarkasti.

Kirjallista osuutta opinnäytetyössä työstimme vuoden 2015 aikana. Kirjoittamista oli helppo jatkaa tekemäämme työsuunnitelmaan, mutta kohtasimme prosessin aikana vaikeuksia erityisesti lähteiden löytämisessä. Ei-lääkkeelliset synnytyskivun lievitysmenetelmät ovat vielä paljolti tutkimattomia (Henline Sullivan ja McGuinness 2015). Erityisen vaikeaa oli löytää tietoa Suomessa käytettävistä ei-lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä, sillä ne poikkeavat osittain ulkomailla käytössä olevista, esimerkkinä subkutaanipisto aquarakkuloita laitettaessa. Kirjoittamiseen tuli pitkiäkin taukoja, kun olimme harjoitteluissa tai kesätöissä. Kirjoittamista teimme aluksi erillään, mutta loppuvaiheessa kirjoitimme tekstiä yhdessäkin.

7 POHDINTA

Valitsimme aiheen siksi, että ei-lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät synnytyksen avautumisvaiheessa on meille tulevina kättilöinä tärkeä ja kiinnostava aihe. Ei-lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät ovat tärkeimpiä kättilötyön menetelmiä synnytyksen avautumisvaiheen kivunhoidossa (Raussi-Lehto 258 – 260). Kuitenkin Terhi Virtanen (2013, 50) toi esille Pro gradu –tutkimuksessaan kättilöiden oman arvion ei-lääkkeellisten kivunlievitysmuotojen osaamisesta. Tutkimukseen vastanneista kättilöistä 27 % arvioi taitojensa olevan tyydyttävä ja lähes 5 % koki taitonsa heikoksi tai välttäväksi. Meille tulevina kättilöinä on tärkeää, että me sekä tulevat kollegamme osaisimme käyttää ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmuotoja turvallisesti sekä voisimme luottaa taitoihimme, joten halusimme tuottaa luotettavaa ja kiinnostavaa oppimateriaalia aiheesta.

Ei-lääkkeellistä kivunlievitystä käyttävien synnyttäjien määrä näyttää myös olevan kasvussa. Vuodesta 2011 vuoteen 2013 ei-lääkkeellistä kivunlievitystä käyttävien synnyttäjien määrä Suomen sairaaloissa (pois lukien Hyks, naistenklinikka ja kättilöopisto) nousi kolme prosenttia. Esimerkiksi epiduraalinen kivunlievitys on noussut suhteessa vähemmän samalla aikavälillä; se on noussut vuodesta 2011 vuoteen 2013 yhden prosentin. Tuona aikana kivunlievityksen käyttö synnytyksessä yhteensä on noussut 0,3 prosenttiyksikköä. (Vuori ja Gissler 2014.) Huomioitavaa on myös se, että lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttöön liittyy kasvanut lisähoidon ja seurannan tarve synnytyksen aikana (Raussi-Lehto 2015, 260 – 261).

Videoita päätimme tehdä siksi, että videon avulla opiskelija oivaltaa asian konkreettisemmin ja asiat jäävät paremmin mieleen, kun ne ovat lähellä todellista tekemistä (Repo ja Nuutinen 2003, 148). Mielestämme videoille oli tarvetta, koska sellaisia ei vielä ollut ja opiskelijoiden on niiden avulla mielenkiintoisempaa perehtyä asiaan kuin esimerkiksi kirjoista lukemalla. Video ei myöskään ole ajasta tai paikasta riippuvainen, jolloin sen avulla voidaan opettaa asioita, vaikka sopivaa tilaa ei aina olisi tarjolla (Hakkarainen ja Kumpulainen 2011). Bravo, Amante, Simo, Enache ja Fernandez tulivat vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksessaan siihen tulokseen, että video lisää oppimismotivaatiota tekemällä aiheesta ymmärrettävämpää, lisäämällä arvostusta sitä käyttävää opettajaa kohtaan sekä olemalla uusi kiinnostava tapa tutustua aiheeseen. Videoita käytetään yhä kasvavin määrin opetuksessa. Videoita voidaan käyttää uuden oppimiseen tai vanhan kertaamiseen sekä erilaisten asioiden harjoitteluun. (Eoppiasema 2013). Erilaisia opetustapoja tukemaan on kehitetty erilaisia malleja, joissa muun muassa tuetaan videoiden käyttöä opetusmenetelmänä. Flipped Classroom -malli on yksi useasta tätä opetustapaa tukevista malleista, jossa opiskelija ottaa aktiivisemman roolin opiskelussa ja opiskelu tapahtuu teknologian avulla (Knewton 2014).

Pohdimme opinnäytetyötä tehdessämme synnytyksen medikalisaatiota. Medikalisaatiolla eli lääketieteellistymisellä tarkoitetaan tässä synnytyksen diagnoosia ja siihen liittyvää lääketieteellistä hoitoa, tilannetta jossa lääketiede säilyttää liiallisen tehtävän ja vallan osana synnytyksen hoitoa. (Lahelma 2003.) Medikalisaatio ei aina ole pahasta, sillä sen myötä saamme uutta tutkimustietoa, teknologiaa sekä menetelmiä synnytyksenhoitoon sekä vähennämme mm. synnytyksen aikaista äiti- ja sikiökuolleisuutta (Lahelma 2003; Vuori ja Gissler 2014).

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tiedonlähdettä voi pitää luotettavana, kun sitä arvioidessa todetaan, että tiedontuottaja on luotettava, sen alkuperä on nähtävissä ja se on ajankohtainen. (Tampereen yliopiston kirjasto 2011). Opin- näytetyömme tuotoksesta on luotettava, sillä käytämme lähteinä näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa ja viimeisimpiä lähteitä. Kävimme myös haastattelemassa Kuopion yliopistollisen sairaalan synnytysosaston apulaisosastonhoitaja, kättilöä, jotta saimme opinnäytetyöhömme asiantuntevalta taholta ajankohtaista tietoa ei-lääkkeellisistä synnytyskipun lievitysmenetelmistä.

Lähteiden haussa käytimme CHINAL, MEDIC sekä Google Scholar tiedonhakuohjelmia. Käytimme myös koulun kirjastoa, jotta saimme käyttöömmme kirjalähteitä opinnäytetyötämme varten. Hakutermeinä käytimme eri menetelmiä itsessään sekä yleisesti kivunlievitys-, avautumisvaihe- ja ei-lääkkeellinen menetelmä- sanojen yhdistelmiä sekä niiden englanninkielisiä käännöksiä. Pyrimme aina lajittelemaan hakutiedot julkaisuvuoden mukaan, jotta saimme näkyviin uusimmat tutkimukset ja muut lähteet.

Käytimme yhtenä lähteenämme Liukkosen vuonna 1998 julkaistua kirjaa. Kirja on peruspaketti ei-lääkkeellisestä kivunlievityksestä synnytyksen avautumisvaiheessa. Syy, millä perustelemme kirjan käyttöä opinnäytetyössämme, on se, että ei-lääkkeelliset synnytyskipun lievitysmenetelmät ovat ”vanhoja” tapoja hoitaa synnytyskipua. Niitä on käytetty jo vuosia, eivät ne ole muuttuneet. Nämä tavat ovat olleet käytössä ja ne eivät ole muuttuneet. Sikiön ja äidin seuranta ja valvonta on asia, joka on muuttunut vuosien varrella ja siksi olemmekin aina pyrkinet löytämään Liukkosen vierelle uudemman lähteen, joka selvittäisi nykykäytäntöä äidin ja sikiön turvallisuuden ylläpitämiseen. Ei-lääkkeelliset synnytyskipun lievitysmenetelmät ovat kuitenkin vielä kovin tutkimattomia (Henline Sullivan ja McGuinness 2015). Tämän vuoksi meillä oli vaikeuksia löytää ajankohtaista tietoa. Kansainvälisiä tutkimuksia oli selvästi enemmän, kotimaisia tutkimuksia tai julkaisuja oli erityisen vaikea löytää. Tämä on harmillista, sillä työssämme keskityimme juuri Suomessa yleisimmin käytössä oleviin ei-lääkkeellisiin synnytyskipun lievitysmenetelmiin, mutta jotkin tutkimuksissa olleet synnytyskipun lievitysmenetelmät eivät ole Suomessa käytössä lainkaan tai ovat käytössä vain soveltuvin osin. Ei-lääkkeellisillä kivunlievitysmuodoilla ei hoideta tai poisteta kipua kokonaan, vaan niillä lievennetään kipua. Siksi päädyimmekin käyttämään opinnäytetyössämme termiä kivunlievitys kivunhoidon sijaan.

Medikalisaatio synnytyksessä saattaa näkyä tilastoissa ensisynnyttäjien synnytystoimenpiteiden suurempana käyttönä verrattuna uudelleensynnyttäjiin (Vuori ja Gissler 2014). Uudelleensynnyttäjillä saattaa aiemman synnytyskokemuksen pohjalta olla rohkeutta vaatia omanlaista synnytystä, sekä kieltäytyä hoitohenkilökunnan liiallisesta puuttumisesta synnytyksen hoitoon. Synnytyksen hoidossa kättilöllä tulee aina olla syy puuttua säännöllisesti etenevään synnytykseen jollakin toimenpiteellä. Kuitenkin, koska synnytys voidaan todeta säännölliseksi vasta synnytyksen jälkeen, hoidetaan kaikki synnytyksen riskistä huolimatta samalla rutiinilla. (Raussi-Lehto 2015, 217 – 218.) Synnytyksen medikalisoituminen näkyy kättilön työssä juuri tällaisena rutinoituneena toimintana eli turhana puuttumisena synnytyksen luonnolliseen kulkuun.

Medikalisaation vastapainoksi on tullut niin sanottu luonnollinen synnytys –idea, joka pohjautuu kriittikkiin ja haluun saada muutosta näihin synnytyksrutiineihin. Jotta synnyttäjät pystyvät osallistumaan omaan synnytykseensä, haluaa hän usein tietoa, jonka kättilö voi antaa synnyttäjälle näiden rutiinien pohjalta. Nämä rutiinit ovat myös tärkeitä kättilölle, sillä niistä saadulla tiedolla kättilö pystyy tukemaan synnyttäjää oikeisiin ja turvallisiin valintoihin synnytyksen aikana. (Raussi-Lehto 2015, 217 – 218.) Medikalisaation vaikutusta synnyttäjän itseensä luottamiseen synnytyksessä ja synnytyksen aikana voidaan myös pohtia. Opinnäytetyöprosessin aikana on herännyt tunne siitä, etteivät synnyttäjät ja kättilöt uskalla luottaa itseensä ilman näiden rutiinien turvaa. Mikäli tällainen asia osoittautuisi todeksi, olisi se huolestuttavaa, sillä synnytys on luonnollinen, normaali ja hyvänä kokemuksena voimaannuttava kokemus naiselle, eikä sen pitäisi herättää synnyttäjälle epäluottamusta itseään kohtaan. Väistämättä täytyi myös pohtia, onko medikalisaatiolla vaikutusta ei-lääkkeellisen synnytyskivun lievitysten vähäiseen käyttöön verrattuna lääkkeellisen synnytyskivun lievityksen runsaaseen käyttöön. Taustalla voi myös olla ei-lääkkeellisen synnytyskivun lievityksen vähäinen vaikutus kivunlievittäjänä tai kättilöiden ja synnyttäjien osaamattomuus käyttää niitä. Toivomme, että opinnäytetyömme myötä tuleville kättilöopiskelijoille tulee rohkeutta käyttää ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä osana synnytyksen kivunlievittämistä.

Tärkeä on muistaa, että kivun lievittäminen on tärkeä osa synnytyksen hoitoa, sillä kenenkään ei inhimillisyyden nimissä tarvitse tuntea voimakasta kipua. Voimakas kipu huonontaa myös äidin ja sikiön hyvinvointia. Synnytyskivun lievityksen tarvetta perustellaan myös sosiaalipoliittisilla syillä, ajatuksella että synnyttäjien määrä kasvaa heidän tietäessä että riittävää kivunlievitystä on olemassa. (Raussi-Lehto 2015, 258.)

7.2 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyötä tehdessämme, opimme paljon ei-lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmiä synnytyksen avautumisvaiheessa sekä opimme ohjaamaan synnyttäjää niiden käytössä. Itse opinnäytetyöprosessista opimme kärsivällisyyttä ja yhteistyötaitoja sekä kehityimme kirjoittajina.

Kättilötyö on itsenäistä ja vastuullista. Kättilökoulutuksen saanut osaa henkilö hoitaa säännöllisen synnytyksen itsenäisesti ja turvallisesti. (Pienimaa ja Raussi-Lehto 2015, 31 – 40.) Kättilötyötä ohjaavista periaatteista yksi on yksilöllisyys. Kättilön tulee osata antaa tietoa ja keskustella eri hoitovaihtoehdoista synnyttäjän kanssa. Hoidon jatkuvuus ja sen pysyminen laadullisesti korkealla tasolla on kättilön velvollisuus. (Kättilöliitto 2004.) Kättilötyön keskeisiin sisältöihin kuuluu lääkkeellisten ja ei-lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien osaaminen synnytyksessä (Opetusministeriö 2006, 82). Kättilötyön keskeisiä osaamisalueita on myös itsenäinen päätöksenteko ja työskentely sekä turvallisten toimintatapojen omaaminen (Pienimaa ja Raussi-Lehto 2015, 35 – 36). Videoiden avulla kättilöopiskelijat pääsevät näkemään konkreettisesti ei-lääkkeellisten kivunlievitysmuotojen toteuttamista, jolloin asia on helpompi ymmärtää. Painotimme videoissamme kättilön roolia synnytystapahtumassa ja erityisesti äidin ja sikiön turvallisuudesta huolehtimisessa.

Perusvitaaleiden seuraaminen neljän tunnin välein synnytyksen aikana on nykyajatuksen mukaan perusasia osana synnytyksen hoitoa, eikä sitä ajatella synnytykseen puuttumisena. Lämpöä seurataan usein useammin lapsiveden menon jälkeen, jotta ennakoidaan riskejä. (Raussi-Lehto 2015, 248.) Turvallisuusasiat tulevat ilmi myös kättilön joutuessa miettimään lääkkeellisten synnytyskivun lievitysmenetelmien riskejä verrattuna ei-lääkkeellisiin synnytyskivun lievitysmenetelmiin. Kättilö joutuu myös pohtimaan synnyttäjän monitorointia sekä liikkumisen rajoittamisen merkitystä synnytyksen edistymiselle ja äidin sekä sikiön hyvinvoinnille.

Opinnäytetyön myötä ymmärryksemme synnytyskokemukseen vaikuttavista tekijöistä laajeni. Pääsimme asettumaan synnyttäjän asemaan ja pohtimaan sitä kautta muun muassa apuvälineiden käyttöä eri asennoissa. Jouduimme myös eettisten kysymysten eteen miettiessämme sitä, miten todellisuus ja kirjatietous kohtaavat synnyttäjän hoidossa. Vaikka opinnäytetyömme kohdistuikin matalan riskin synnytyksen avautumisvaiheeseen ja ei-lääkkeelliseen kivunlievitykseen synnytyksen avautumisvaiheessa, jouduimme kuitenkin pohtimaan myös aiheemme ulkopuolelta. Miten ja milloin puuttua naisen toivomaan kivunlievitysmenetelmään, kun äiti tai sikiö on vaarassa. Tulevina kättilöinä vastuunamme on hyvän hoidon antaminen. Annamme totuudenmukaisesti tarvittavat ja näyttöön perustuvat tiedot tilanteesta, jotta synnyttäjä voi tehdä itseään koskevan päätöksen.

7.3 Opinnäytetyön arviointi

Meillä ei ennen opinnäytetyön tekemistä ollut juurikaan kokemusta videoiden teosta ja opetusvideoiden teosta ei ollenkaan. Tämän vuoksi videoiden suunnittelu, kuvaaminen ja editointi olikin haasteellista. Etsimme ja löysimme kuitenkin eteen tullessiin ongelmiin ratkaisuja ja mahdollisia keinoja selvittää ne. Opinnäytetyöprosessin alussa tietomme ei-lääkkeellisistä synnytyskivun lievitysmuodoista sekä synnytyskivusta olivat rajalliset. Prosessin myötä saimme hakea paljon tietoa, samalla analysoiden ja arvioiden näyttöön perustuvan tiedon soveltuvuutta opinnäytetyöhömmä. Opinnäytetyön teon loppupuolella ollessamme olemme kartuttaneet tiedonhakutaitojamme sekä laajentaneet jo olemassa olevaa tietoa ei-lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä osana synnytyksen hoitoa.

Suurin osa työajasta kului kirjallisen osuuden tekoon ja siihen liittyvään tiedon hakuun ja käsittelyyn. Videon kuvaaminen ja editointi vei suhteessa vähemmän aikaa. Kuitenkin editointi vei yhden ihmisen aikaa enemmän verrattuna kirjalliseen työhön. Etuna oli, että pystyimme jakautumaan tässä tilanteessa niin, että toinen editoi videoita ja toinen kirjoitti raporttia.

Koimme huonona asiana opinnäytetyöprosessin jakautumisen isolle aikavälille, sillä asiaan joutui aina hakemaan uutta vauhtia palaamalla jo tehtyihin asioihin usein. Haasteeksi nousi myös motivaation ylläpitäminen sekä opinnäytetyön keskeneräisyydestä johtuva paine. Toisaalta pidimme loppujen lopuksi aikataulusta hyvin kiinni, vaikka alkuperäisen suunnitelman mukaan opinnäytetyö piti olla valmis jo lokakuun lopulla joulukuun puolenvälin sijasta. Pitkästä prosessista oli myös hyötyä ammatillisen kasvumme suhteen, sillä kokemuksemme ja ajatuksemme karttui ja kypsyi ajan myötä, mikä on nähtävissä opinnäytetyön muun muassa monipuolisena ajatteluna.

Työvaiheiden aikana olemme myös saaneet tehdä yhteistyötä yhteistyökumppaneidemme KYS:in sekä Savonia-ammattikorkeakoulun kanssa, mikä on lisännyt projektitaitouttamme. Parityöskentelyssä olemme osanneet hyödyntää parityöskentelyn etuja, joita ovat työn jakamisen sekä keskustelu mahdollisuus. Parityöskentelyssä on myös haasteita, joiden myötä olemme oppineet tekemään kompromisseja, jotta molempien kädenjälki näkyisi työssämme.

7.4 Opinnäytetyön jatkokehittämis- ja tutkimusideat

Kätilötyön tulee olla näyttöön perustuvaa. Näyttöön perustuva kätilötyö hyödyntää viimeisintä tutkittua ja hyväksi havaittua tietoa ja soveltaa sitä käytäntöön. (Pienimaa ja Raussi-Lehto 2015, 33.) Ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmuotoja on kuitenkin tutkittu vähän, eikä tarkkaa tietoa menetelmien vaikutusmekanismeista ja turvallisuudesta ole paljoa tarjolla. Nämä olisivatkin hyviä tutkimuskohteita. Se, ettei menetelmiä ole tutkittu paljoa eikä niistä siten ole tarjolla tietoa saa miettimään, käytetäänkö menetelmiä oikein ja miten voidaan olla varmoja niiden turvallisuudesta ja käytön oikeutuksesta.

Videomme koskevat vain ei-lääkkeellistä kivunlievitystä, joten jatkossa olisi varmasti tarvetta esimerkiksi epiduraalista kivunlievitystä koskevaan opetusvideoon sekä synnyttäjille suunnattuun videoon aiheesta. Myös muita lääkkeellisiä kivunlievitysmuotoja koskevia videoita olisi hyvä saada kätilötyön opetukseen, ovathan ne iso osa kivunhoitoa synnytyksen aikana.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AITASALO, Matleena 2014. Synnytyskivun hoitokeinot-Lääkkeetön kivunlievitys. [Verkkojulkaisu.] Väestöliitto. [Viitattu 2014-11-17.] Saatavilla: <https://www.perheikka.fi/jutut/lapsitulossa/synnytys/synnytyskivun-hoitokeinot-laakkeeton-kivunlievitys/>
- BABYCENTER 2007. Natural pain relief in labour. [Viitattu 2014-11-15.] Saatavilla: <http://www.babycentre.co.uk/a546717/natural-pain-relief-in-labour>
- BRAVO, Edna, AMANTE, Beatriz, SIMO, Pep, ENACHE, Mihaela ja FERNANDEZ, Vicenc 2011. Video as a new teaching tool to increase student motivation. [Verkkojulkaisu.] Technical University of Catalonia. [Viitattu 2015-03-02.] Saatavilla: <https://upcommons.upc.edu/eprints/bitstream/2117/12717/1/bravo-amante.pdf>
- DERRY, S, STRAUBE, S, MOORE, RA, HANCOCK, H, COLLINS, SL 2012. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. [Verkkoartikkeli.] The Cochrane Collaboration. [Viitattu: 2014-11-16.] Saatavilla: <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD009107.pdf>
- EOPPIASEMA 2013. Videot opetuksessa. [Projektiryhmän blogikirjoitus.] [Viitattu: 2014-10-28.] Saatavilla: <http://eoppiasema.wordpress.com/2013/03/28/videot-opetuksessa/>
- GARLAND, Dianne 2011. Revisiting Waterbirth. An attitude to care. Palgrave Macmillan.
- GIZZO, Salvatore, DI GANGI, Stefania, NOVENTA, Marco, BACILE, Veronica, ZAMBON, Alessandra ja BATTISTA NARDELLI, Giovanni 2014. Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. [Verkkoartikkeli.] BioMed Research International. [Viitattu: 2014-11-16.] Saatavilla: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/638093/>
- GUITTIER, Marie-Julia, OTHENIN-GIRARD, Véronique, IRION, Olivier ja BOULVAIN, Michel 2014. Maternal positioning to correct occipito-posterior fetal position in labour: a randomised controlled trial. [Verkkoartikkeli.] BMC Pregnancy and Childbirth [Viitattu: 2014-11-16.] Saatavilla: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/83>
- HAKKARAINEN, Päivi ja KUMPULAINEN, Kari, 2011. Liikkuva kuva – Muuttuva opetus ja oppiminen. [Verkkojulkaisu.] [Viitattu: 2014-11-16] Saatavilla: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/26957/978-951-39-4270-0.pdf?sequence=1>
- HAUTANIEMI, Soili ja LAMBERG, Satu 2010. Kylmähoidot kättilötyössä. Kättilölehti 2010/1. 8 – 9.
- HENLINE SULLIVAN, Debra ja MCGUINESS, Courtney 2015. Natural Labor Pain Management. [Verkkojulkaisu.] International Journal of Childbirth Education 2015/2. [Viitattu 2015-05-05.] 17 – 20. Saatavilla: http://www.icea.org/sites/default/files/CBEEd-Apr-web-FINAL_1.pdf
- KARSIKAS, Johanna 2009. Kosketuskokemuksia synnytyksessä. Kättilölehti 2009/1. 10 – 12.
- KNEWTON 2014. Flipped Classroom. [Verkkojulkaisu.] Knewton, Inc. [Viitattu: 2014-10-28.] Saatavilla: <http://www.knewton.com/flipped-classroom/>
- KOLSO, Eija ja KONTINEN, Vesa 2009. Aistimuksesta tuntemukseksi: kipujärjestelmä kokonaisuutena. Kipu. [Verkkoartikkeli.] Duodecim. [Artikkeli tunnus kip0080.] [Viitattu 2014-10-25.]
- KÄTILÖLIITTO 2004. Tiedolla, taidolla ja tunteella. [Verkkojulkaisu.] [Viitattu 2014-10-27.] Saatavilla: http://www.suomenkättilöliitto.fi/static/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf
- LAHELMA, Eero 2003. Medikalisaation juurilta nykypäivään. [Verkkoartikkeli.] Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 119(19). 1863-1868. [Viitattu 2015-11-24.] Saatavilla: http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93826&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=
- LAITINEN, Jaakko ja LAITINEN, Marjukka 2001. Akupunktio, THS. Juva: Ws Bookwell Oy. 70.

- LIUKKO, Satu 2013. Erilaisia rakenteita. Opinnäytetyön raportointiohje. [Verkkojulkaisu.] [Viitattu 2015-11-20.] Saatavilla: <http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/kehittamisty/>
- LIUKKONEN, Anja, HEISKANEN, Päivi, LAHTI, Anneli ja SAARIKOSKI, Seppo 1998. Synnytyskivun lievittäminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- MEDFORTH, Janet, BATTERSBY Susan, EVANS, Maggie, MARSH, Beverley ja WALKER, Angela 2007. Oxford handbook of midwifery. UK: Oxford University Press.
- NIEMI, Sanni 2015-11-13. Ammehuone. Intrakutaanisti injektoidut aquarakkulat. Keinutuoliin nojautuminen. KTG –käyrä. Kylkimakuulla olo, tuettuna. TNS elektrodien paikat. [Valokuva.] Kotialbumi. Käyttöoikeudet pidätetään.
- NYLUND, Johanna, TUNNELA, Anna, VALTONEN, Tiina 2009. Lääkkeetön kivunlievitys kättilöiden näkökulmasta. Kättilölehti 2009/1. 13 – 15.
- OJASALO, Katri, MOILANEN, Teemu ja RIIHILAHTI, Jarmo 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro.
- OPETUSMINISTERIÖ 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon; koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. [Verkkojulkaisu.] Opetusministeriön työryhmän muistioita ja selvityksiä 2006, 82. [Viitattu 2014-10-10.] Saatavilla: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>
- PIENIMAA, Anna-Kaisa ja RAUSSI-LEHTO, Eija 2015. Kättilön osaaminen. Teoksessa PAANANEN, Ulla Kristiina, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO, Eija ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari 2015. Kättilötyö. Keuruu: Otava. 31 – 40.
- PIETILÄINEN, Sirkka 2015. Synnytyspelko. Teoksessa PAANANEN, Ulla Kristiina, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO, Eija ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari 2015. Kättilötyö. Keuruu: Otava. 486.
- PIETILÄINEN, Sirkka ja VÄYRYNEN, Pirjo 2015. Raskauden ajan muutokset. Teoksessa PAANANEN, Ulla Kristiina, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO, Eija ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari 2015. Kättilötyö. Keuruu: Otava. 163 – 168.
- PIETILÄINEN, Sirkka ja VÄYRYNEN, Pirjo 2015. Synnytyksen käynnistyminen. Teoksessa PAANANEN, Ulla Kristiina, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO, Eija ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari 2015. Kättilötyö. Keuruu: Otava. 203 – 204.
- RAUSSI-LEHTO, Eija 2015. Matalan riskin synnytyksen määritelmä. Teoksessa PAANANEN, Ulla Kristiina, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO, Eija ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari 2015. Kättilötyö. Keuruu: Otava. 216.
- RAUSSI-LEHTO, Eija 2015. Syntymänaikainen kättilötyö. Teoksessa PAANANEN, Ulla Kristiina, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO, Eija ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari 2015. Kättilötyö. Keuruu: Otava. 217 – 218.
- RAUSSI-LEHTO, Eija 2015. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa PAANANEN, Ulla Kristiina, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO, Eija ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari 2015. Kättilötyö. Keuruu: Otava. 221.
- RAUSSI-LEHTO, Eija 2015. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa PAANANEN, Ulla Kristiina, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO, Eija ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari 2015. Kättilötyö. Keuruu: Otava. 248 – 275.
- RAUSSI-LEHTO ja Eija, MELENDER, Hanna-Leena 2008. Ei-lääkkeellinen kivunhallinta synnytyksessä. Kipuviesti 2008/2. [Verkkojulkaisu]. Suomen kivuntutkimus ry. [Viitattu 2014-11-17.] Saatavilla: <http://www.skty.org/system/files/files/Kipuviesti%202-2008.pdf>
- REPO, Irma ja NUUTINEN Tahvo 2003. Viestintätaito. Helsinki: Otava. 148.
- SAARELMA, Osmo 2014. Akupunktio (akupunktuuri). Terveyskirjasto. [Verkkojulkaisu]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2014-11-19.] Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00062

SAND, Olav, SJAASTAD, Oystein V, HAUG, Egil, BJÄLIE, Jan G, TOVERUD, Kari C 2011. Ihminen Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOYPro Oy. 104 – 113 ja 152 – 154.

SARJOLA, Anna ja TIKKANEN, Minna. Kivunlievitys ilman lääkkeitä. Naistentaudit ja synnytykset. [Verkkoartikkeli.] Duodecim. [Viitattu 2015-11-20.] Saatavilla:

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02908&p_haku=synnytys

SARJOLA, Anna ja TIKKANEN, Minna 2011. Normaali synnytys. Teoksessa YLIKORKALA, Olavi, TAPANAINEN, JUHA (toim.) 2011. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 315 – 320.

SARVELA, Johanna 2009. Synnytyks kivun mekaniismista. Kipu. [Verkkoartikkeli.] Duodecim. [Viitattu 2014-10-25.] Saatavilla:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=8D302FDA05FDD6762625436BA9DD77AD?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article

SARVELA, Johanna 2009. Synnytykskipuun vaikuttavia tekijöitä. Kipu. [Verkkoartikkeli.] Duodecim. [Viitattu 2015-05-17.] Saatavilla:

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip02604&p_haku=synnytykskipu

SARVELA, Johanna ja NUUTILA, Mika 2009. Synnytykskipu. [Verkkoartikkeli.] Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 125(17). 1881-1888. [Viitattu 2014-10-24.] Saatavilla:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=8D302FDA05FDD6762625436BA9DD77AD?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo98275#s2

SARVELA, Johanna ja VOLMANEN, Petri 2012. Synnytykskipu-anestesia lääkäriin opas potilaalle. [Verkojulkaisu.] Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2015-03-02.] Saatavilla:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00904

SHILLING, Teri 2013. Healthy Birth Practices. #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. [Verkkoartikkeli.] Lamaze® International. [Viitattu 2014-11-16.] Saatavilla:

<http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=214>

SIMKIN, Penny 2007. Comfort in Labor. How You Can Help Yourself to a Normal Satisfying Childbirth. [Viitattu 2014-11-15]. Saatavilla: <http://www.childbirthconnection.org/pdfs/comfort-in-labor-simkin.pdf>

TAMPEREEN YLIOPISTON KIRJASTO 2011. Tiedonlähteiden arviointi eli lähdekritiikki. [Verkojulkaisu.] [Viitattu 2014-27-10.] Saatavilla:

<http://www.uta.fi/kirjasto/oppaat/tiedonhankintaopaat/tertio/arviointi/lahdekritiikki.html>

TIITINEN, Aila 2013. Synnytyks kivun hoito. [Verkojulkaisu.] Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2015-03-02.] Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00883

TIITINEN, Aila 2014. Normaali synnytys. [Verkojulkaisu.] Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2015-08-21.] Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160

TOIMITUS 2009-11-1. Kipu-kuvat. Kipu. [Kuva.] Duodecim. [Viitattu 2014-10-25.]

TOLONEN, Laura 2015-29-05. Kätilö, apulaisosastonhoitaja. [Haastattelu.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala.

TUNTEMATON 2009-06-15. Synapsi [Piiroskuva.] Sijainti:

<https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/b/b5/Neuron.svg/1280px-Neuron.svg.png>

VAINIO, Anneli 2009. Stimulaatiomenetelmät. Kivunhallinta. [Verkojulkaisu.] Duodecim. [Viitattu 2014-11-08.] Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00067

VIRTANEN, Terhi 2013. Kätilöntyö ja voimaannuttava johtaminen. Pro Gradu. Terveystieteiden laitos, Oulun Yliopisto. [Viitattu 2015-02-20.] Saatavilla : <http://herkules.oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201312172044.pdf>

VUORI, Eija, GISSLER, Mika 2014. Suomen virallinen tilasto (SVT): Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet [Verkkójulkaisu.] Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) [viitattu: 2015-05-17.] Saatavilla: <http://www.stat.fi/til/syysyvasy/index.html>

VUORI, Eija ja GISSER, Mika 2014. Synnytys ja synnytystoimenpiteet sairaalaloittain 2012-2013 [Verkkójulkaisu.] Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) [Viitattu: 2015.11.24.] Saatavilla: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125344/Tr30_14.pdf?sequence=5

LIITE 1 VIDEOT

Ei-lääkkeellinen kivunlievitys synnytyksen avautumisvaiheessa –video

Sisältö:

- Intro

Kuvassa esitellään KYS:in synnytyssali. Kerrotaan ei-lääkkeellisistä kivunlievitysmuodoisten käytön periaatteesta.

- Läsnäolo ja turvallisuus

Kättilö esittelee synnyttäjälle turvalaitteita ja keskusteleo synnyttäjän kanssa. Kerrotaan turvallisuudesta ja perustarpeista huolehtimisen keinoista ja tärkeydestä synnytyksen avautumisvaiheessa, kivunlievitysmenetelmän valintaan vaikuttavista tekijöistä sekä läsnäolon kipua lievittävästä vaikutuksista synnytyksen avautumisvaiheessa. Näytetään keinutuolissa istuvaa synnyttäjää ja kerrotaan oikeasta hengitystekniikasta synnytyksen avautumisvaiheessa.

- Hieronta ja kosketus

Kerrotaan kosketuksesta sekä esitellään kolme perustapaa koskettaa: koko kämmenellä tehty pitkä veto eli sivellys, koko kämmenillä tehdyt lihaksien pusertelu sekä sormenpäillä ja peukaloilla tehty painanta sekä esitellään hieronnan etuja.

- Kylmä- ja lämpöhoito

Kättilö asettaa geelipussin synnyttäjän selkään. Kerrotaan kylmä- ja lämpöhoidoista, käytössä olevista välineistä ja niiden käytössä huomioon otettavia asioita sekä kylmähoidon etuja. Näytetään keinutuolissa istuvaa synnyttäjää ja kerrotaan lämpöhoidosta ja sen hyödyistä.

- Vesi ja amme

Kuvassa käynnissä oleva suihku. Kerrotaan veden vaikutuksista synnyttäjään synnytyksen avautumisvaiheessa. Kuva siirtyy ammehuoneeseen ja kerrotaan ammeen käytöstä avautumisvaiheessa sekä siihen liittyvistä erityispiirteistä.

- Asennot ja liikkuminen

Äiti nousee keinutuolista ja soittaa kovan supistuksen jälkeen kelloa. Kerrotaan pystyasennon ja liikkumisen vaikutusmekanismeja kivunlievityksenä synnytyksen avautumisvaiheessa. Kuvaan tulee mukaan kättilö ja kerrotaan asentojen käytöstä synnytyksen avautumisvaiheessa.

Ensimmäisenä asentona esitellään etunoja äidin nojatessa sänkyyn kättilön opastuksen jälkeen sekä sen variaatio, jossa nojataan sängyn päällä olevaan säkkituoliin. Lopuksi tulee myös kuva, jossa synnyttäjä nojaa keinutuoliin. Kerrotaan asennon eduista ja apuna käytettävistä välineistä.

Toisena asentona esitellään roikkuminen, esimerkkinä synnyttäjä roikkuu seinällä olevista puolapuista, ja kerrotaan sen vaikutusmekanismista ja apuna käytettävistä välineistä.

Kolmantena esitellään istuminen ja kyykyt ja kerrotaan niiden eduista, esimerkkinä synnyttäjä keinutuolissa ja jumppapallon päällä.

Viimeisenä esitellään konttausasennot, näytetään esimerkkeinä konttausasento sänkyyn tukeutuen sekä säkkituolia hyödyntäen. Kerrotaan konttausasennon vaikutuksista synnytyksen avautumisvaiheessa.

- Lepo

Näytetään vuoteella lepäävää synnyttäjää ja kerrotaan asentoehdotuksia lepoon synnytyksen avautumisvaiheessa.

- TNS

Esitellään elektrodien paikat sekä kerrotaan TNS-laitteen käytöstä ja hyödyistä.

Aquarakkulat –video

Sisältö:

Näytetään selkään tehtyjä aquarakkuloita sekä niiden paikat ja kerrotaan mitä aquarakkulat ovat.

Esitellään tarvittavat välineet kuvin ja sanoin. Näytetään pistopaikat selässä sekä kerrotaan muista mahdollisista paikoista ja aquarakkuloiden laittamisesta.

Esitellään yksityiskohtaisesti vaihe vaiheelta intrakutaanisesti pistettävien aquarakkuloiden laitto. Esitellään myös yksityiskohtaisesti subkutaaninen pistomuoto aquarakkuloille.

Videot saatavissa pyydetessä tekijöiltä.