

Sanna Kelokaski

Mari Suppola

LÄÄKKEETTÖMÄT
KIVUNLIEVITYSMENETELMÄT,
OPAS
SYNNYTYSVALMENNUKSEEN

Opinnäytetyö
Hoitotyönkoulutusohjelma


Huhtikuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 8.4.2010				
Tekijä(t) Sanna Kelokaski ja Mari Suppola	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyö				
Nimeke Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät, opas synnytysvalmennukseen					
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme on kehittämistyö, jonka tarkoituksena on tuottaa tuotekehitysprosessina opas synnytysvalmennuksen ja yksilöohjauksen apuvälineeksi lasta odottaville perheille, sekä heitä hoitaville terveydenhoitajille ja kätilöille. Idean oppaaseen saimme suoraan työelämästä, joten tarve tällaiselle oppaalle oli selvästi olemassa. Ideointiin osallistuivat Savonlinnan keskussairaalan osasto 2B:n kätilöt ja Sosterin alueella synnytysvalmennuksia ohjaavat terveydenhoitajat.</p> <p>Tuotekehitysprosessin ensimmäisessä vaiheessa keräsimme tietoa oppaan pohjaksi avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Avointen kysymysten avulla halusimme saada tietoa alan ammattilaisten näkökulmista liittyen oppaan sisältöön, rakenteeseen ja ulkoasuun.</p> <p>Aineiston analyysin pohjalta valmistimme tuotekehittelynä seitsemänsivuisen oppaan. Oppaassa esitellään 12 lääkkeetöntä kivunlievitysmenetelmää: hengitys ja rentoutuminen, synnytyskivun hallinta, kosketus ja hieronta, tukihenkilön apu, asennot ja liikkuminen, vesi, akvarakkulat sekä lämpöhauteet ja kylmät kääreet.</p> <p>Oppaan tarkoitus ei ole vähentää lääkkeellisen kivunlievityksen tarvetta, vaan antaa lisätietoa lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. On myös muistettava, että jokainen synnytys ja synnyttäjät ovat erilaisia.</p> <p>Kehittämistyönä tekemäämme opasta voidaan hyödyntää asiakkaan yksilöohjauksessa ja synnytysvalmennuksessa neuvolassa sekä synnytysairaalassa.</p>					
Asiasanat (avainsanat) Kipu, synnytyskipu, lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät					
Sivumäärä 36 s + liitteet 12 s	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kieli</td> <td style="width: 33%;">URN</td> </tr> <tr> <td>suomi</td> <td></td> </tr> </table>	Kieli	URN	suomi	
Kieli	URN				
suomi					
Huomautus (huomautukset liitteistä)					
Ohjaavan opettajan nimi Tuula Okkonen ja Tiina Lybeck	Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiiri				

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 8.4.2010
Author(s) Sanna Kelokaski ja Mari Suppola	Degree programme and option Nursing program, public health care	
Name of the bachelor's thesis Non-medical pain relief methods, a guidebook for antenatal classes		
Abstract <p>This thesis is a development work, the objective of which is to produce a guidebook through a product development process to be used as a tool in group or individual antenatal classes families expecting a child, public health nurses and midwives taking care of them. The idea for the guidebook was obtained directly from working life, and therefore there was a clear demand for a guidebook of this kind. Midwives of Savonlinna Central Hospital, ward 2B, and public health nurses conducting antenatal classes in the Sosteri region participated in the brainstorming process.</p> <p>At the first stage of a product development process we collected data for the ground of this guide with open questions included questionnaire. With the aid of the questions, the purpose was to collect information from a professional point of view was collected with relation to the content, structure and layout of the guidebook.</p> <p>On the basis of the analysis, a seven pages long guidebook was produced through a product development process. The guidebook presents 12 non-medical pain relief methods: breathing and relaxation, managing labour pains, touching and massaging, the help of a support person, posture and moving, water, sterile water injections and warm or cold compresses.</p> <p>The purpose of the guidelines is not to underestimate the need for pharmacological pain relief, but to provide more information on non-pharmacological pain relief methods. Furthermore, every delivery and every woman in labour is different.</p> <p>This guidebook was prepared through a development process and can be utilised in one-to-one guidance of a client and in antenatal classes at maternity clinics and hospitals</p>		
Subject headings, (keywords) Pain, labour pain, non-medical pain relief methods		
Pages 36 p + app. 12 p	Language finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Tuula Okkonen, Tiina Lybeck	Bachelor's thesis assigned by Hospital District of Itä-Savo	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	SYNNYTYS	1
2.1	Synnytyksen vaiheet	2
3	SYNNYTYSKIPU	3
3.1	Kivun määritelmä	3
3.2	Synnytyksen aikainen kipu	5
3.3	Synnytyskipun merkitys.....	7
4	LÄÄKKEETTÖMÄT KIVUNLIEVITYSMENETELMÄT	9
4.1	Lääkkeettömän kivunlievityksen hyödyt	10
4.2	Hengitys ja rentoutuminen.....	10
4.3	Mielikuvat apuna synnytyskipun hallinnassa	11
4.4	Kosketus ja tukihenkilön merkitys	13
4.5	Hieronta	14
4.6	Vyöhyketerapia	15
4.7	Akupunktio	16
4.8	Asennot ja liikkuminen sekä apuvälineet	17
4.9	Akvarakkulat.....	18
4.10	Vesi	19
4.11	Lämpöhauteet ja kylmät kääreet	21
4.12	Transkutaaninen hermöärsytys eli TNS.....	21
4.13	Homeopatia ja aromaterapia	23
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	23
6	TUOTEKEHITYSPROSESSI MENETELMÄNÄ.....	24
7	LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	30
8	POHDINTA	31
	LÄHTEET	33
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Teemme opinnäytetyönä oppaan lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käytöstä synnytyskivunlievityksessä. Pyysimme apua aiheen valintaan Sosterin alueen neuvoloiden osastonhoitajalta. Kumpikin opinnäytetyön tekijä oli halukas tekemään opinnäytetyön erityisesti raskauden ja äitiyden aihealueisiin liittyen. Saimme vastauksena avunpyyntöömme monia mielenkiintoisia aiheita, joista yksi oli kuitenkin ylitse muiden. Meillä molemmilla opinnäytetyön tekijällä on lisäksi omakohtaista kokemusta synnytysvalmennuksesta ja sitä kautta oma intressimme suuntasi aiheenvalintaa.

Käsitlemme työmme teoriaosuudessa lääkkeettömiä menetelmiä synnytyskivunhoidossa. Käymme lävitse lyhyesti myös synnytyksen kulun sekä kivun, joka liittyy oleellisesti synnytykseen. Lisäksi sivuamme synnytysten medikalisoitumisen historiaa ja synnyttäjän itsehallintaa ja sen tukemista, sekä muita synnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä. Pyrkimyksenämme on ollut tehdä työstämme myös asiaan vihkiytymättömälle selkeä tietopaketti, joka mahdollisesti innostaisi lukijaa pohtimaan, miten laaja-alaisesti lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä voidaan käyttää. Nykyihmisen ajattelumaailma on monesti pitkälti lääketieteeseen vahvasti nojaava. Haluamme työllämme antaa vaihtoehtoja farmakologiselle hoidolle. Tarkoituksenamme ei ole vähentellä synnyttävän naisen kivunlievityksen farmakologista tarvetta. Uskomme kuitenkin, että maksimaalisella lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käytöllä voidaan vähentää lääkkeellisen kivunlievityksen tarvetta tai jopa selvitä ilman sitä.

Opinnäytetyötä tehdessämme ajattelimme kirjallisessa teoriaosuudessa käsitellä lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä mahdollisimman laaja-alaisesti. Tulevaan oppaaseen emme kuitenkaan aio ottaa sisällöksi menetelmiä, joita Savonlinnan keskussairaalassa ei käytetä. Ei olisi mielekäästä esitellä synnyttäjälle kivunlievitysmenetelmiä, joita ei hänen tulevassa synnytyksessään mahdollisesti pystytä tarjoamaan.

2 SYNNYTYS

Alan kirjallisuudessa puhutaan käsitteistä luonnonmukainen synnytys, luonnollinen synnytys, aktiivinen synnytys sekä lempeä synnytys. Käsitteet menevät osittain limittein. Miettinen-Jaakkola (1992) määrittelee luonnollista synnytystä rikkaaksi käsit-

teeksi, sillä se sallii kaikki mahdolliset synnytystavat ja syntymän ilmenemismuodot. Synnytys on luonnonmukainen, vaikka äiti päätyisi erilaisiin apukeinoihin, jotka hän itse on kokenut tarpeellisiksi. Luonnonmukainen syntymä ei ole synnytyspaikasta riippuvaista. Lempeästä synnytyksestä puhutaan, kun ulkoiset olosuhteet pyritään järjestämään mahdollisimman häiriöttömästi syntymästressin vähentämiseksi. Tällaisia tekijöitä ovat mm. hiljaisuus, hämäryys sekä lapsen hellävarainen vastaanotto. Balaskas (1988) määrittelee aktiivisyntymän luonnonmukaiseksi ja vaistonvaraiseksi tapahtumaksi. Aktiivinen synnytys ry:n mukaan (2003) aktiivinen synnytys merkitsee ennen kaikkea omien tunteiden kuuntelua, asennoitumista ja toimimista niiden mukaan, sekä yksilöllisten tarpeiden huomiointia. (Ryttyläinen 2005, 38.) Aktiivisessa synnytyksessä nainen valitsee minkä tahansa pystyasennon, kuten seisomisen, kävelemisen, istumisen, polvistumisen jne. Aktiivisessa synnytyksessä on täysi vapaus käyttää kehoa, kuten itse haluaa. Kyse on sekä henkisestä asenteesta että ruumiin asennoista, ei pelkästä passiivisesta kohdun tyhjennyksestä. (Balaskas 1988, 11, 15.)

2.1 Synnytyksen vaiheet

Syntymä jaetaan kolmeen eri vaiheeseen, jotka ovat avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisvaihe. Synnytyksen ensimmäisen vaiheen eli avautumisvaiheen katsotaan kestävän säännöllisten supistusten alkamisesta, siihen asti kun kohdunsuu on täysin, eli 10 cm:iin saakka auki. Tällöin supistukset tulevat alle 10 minuutin välein ja jatkuvat keskeytyksettä. Avautumisvaiheen alussa, ns. latentissa vaiheessa kohdunkaula lyhenee ja häviää, kohdunsuu avautuu 3 - 4 senttimetriin. (Liukkonen ym. 1998, 28.) Keskimääräinen kohdunsuun avautuminen tapahtuu noin yhden senttimetrin tuntinopeudella. (Paananen ym. 2006, 236.)

Synnytyksen toinen eli ponnistusvaihe alkaa, kun kohdunsuu on avautunut kymmenen senttimetriin ja päättyy lapsen syntymään. Ponnistusvaiheesta on kyse, kun se sisältää seuraavat asiat: Kohdunsuu on 10 senttimetriä auki, ja sikiön pää on alhaalla painaen välilihaa, sikiön tarjoutuva osa on näkyvissä sekä sen lakisauma on suorassa mitassa. Tähän ponnistusvaiheeseen sisältyy ns. siirtymävaihe, jolla tarkoitetaan sitä, että kohdunsuu on täysin auki, mutta tarjoutuva osa on vielä korkealla tai lakisauma ei ole vielä suorassa linjassa. Riskinä tässä vaiheessa on aktiivisen ponnistamisen liian

aikainen aloittaminen, joka monesti johtaa synnyttäjän väsymiseen ja saattaa muuttaa synnytyksen kulultaan epäsäännölliseksi. (Paananen ym. 2006, 253.)

Kolmas vaihe eli jälkeisvaihe alkaa lapsen syntymästä ja päättyy istukan ja kalvojen syntymiseen. Tavallisesti jälkeiset autetaan ulos äidin ponnistaessa ne itse supistusten aikana. Kätilö voi avustaa jälkeisten syntymää vetämällä varovasti napanuorasta ja painamalla samalla häpyliitoksen päältä. (Paananen ym. 2006, 263.)

Synnytyksen kesto on hyvin yksilöllinen. Avautumisvaihe kestää keskimäärin 8 - 12 tuntia, kun kyseessä on ensisynnyttäjä. Uudelleensynnyttäjällä keskimääräinen avautumisvaiheen kesto on 6 - 8 tuntia. Ponnistusvaiheen kesto ensisynnyttäjällä on keskimäärin 40 - 60 minuuttia, josta aktiivista ponnistamista on noin 20 - 30 minuuttia. Uudelleensynnyttäjällä ponnistusvaihe on noin puolta lyhyempi, kuin ensisynnyttäjällä. Jälkeisvaiheen kesto on noin 15 - 30 minuuttia, jolloin istukka ja lapsivesikalvot poistuvat kohdusta. (Liukkonen ym. 1998, 28 - 30.)

3 SYNNYTYSKIPU

3.1 Kivun määritelmä

Kipu on ennen kaikkea epämiellyttävä subjektiivinen tunne, jota on vaikea objektiivisesti mitata. (Liukkonen ym. 1998, 27). Käsitteenä kipu on haasteellinen, sillä se kattaa kaiken aina paikallisesta särystä koko ihmisen olemuksen käsittävään kärsimykseen. Se on samalla universaalia ja yksityistä. Kokemus kivusta on jokaiselle tuttu, mutta toisen ihmisen kipu on kuitenkin subjektiivinen ja jakamaton. (Kalso & Vainio, 2002, 18.) Akuuttia kipua on usein lähes mahdoton pukea sanoiksi, vaan kipu ilmaistaan kiljaisuin, huudoin, ähkäisyin. Kova kipu ikään kuin rikkoo kielen, samalla kun se sekoittaa kivunkokijan maailman kivunkokemisen hetkellä. (Sailo & Varti 2000, 27.)

Iholla ja muissa kudoksissa on reseptoreita, joissa on hermosyitä ja välittäjäaineita. Reseptorien avulla kipuaistimus välittyy keskushermostoon. Kipukohdasta vapautuu kemiallisia aineita, joiden tehtävä on herkistää hermopäätteet ja välittää impulssi sel-

käyttimeen ja sieltä edelleen väliaivoihin, jossa syntyy kipuaistimus. (Liukkonen ym. 1998, 25.)

Aikaisemmat kipukokemukset, psyykkiset, sosiaaliset, hengelliset, fyysiset sekä kulttuuriset tekijät vaikuttavat kivun muodostumisen tunteeseen. Aikaisemmat kipukokemukset lisäävät pelkoa ja ahdistusta, jotka puolestaan aiheuttavat stressiä ja kivun-sietokyvyn alenemista. Psykykinen kipu on kaikkea sitä mikä ahdistaa, pelottaa, huolestuttaa. Se on sielunkipua. Yhteisömme luo kipua, jota sanotaan sosiaalisesti kivuksi. Sairaudesta tai esimerkiksi työttömyydestä johtuva yhteisöstä ulkopuolelle jääminen aiheuttaa sosiaalista kipua. Jotkut sairaudet ovat sosiaalisesti hyväksytyjä kuten migreeni, mutta esimerkiksi sukupuolitaudit aiheuttavat paheksuntaa. Hengellinen kipu on olemassaolon kipua toivottoman tulevaisuuden edessä. (Sailo & Varti 2000, 37.)

Fyysinen kipu aiheutuu elimistön sisäisen tai ulkoisen tekijän aiheuttamasta kudოსvauriosta. Vaurioituneesta kudoksesta vapautuu kipua välittäviä aineita, jotka aiheuttavat ärsyksen kupureseptoreissa. Kipu voi olla neuropaattista, nosiseptiivista tai idiopaattista. Neuropaattisessa kivussa vaurio on kipua välittävässä hermossa ja on tyypiltään viiltävää, polttavaa tai pistävää. Tyypillistä on myös äkilliset kipukohtaukset. Nosiseptiivinen kipu jaetaan somaattiseen (luusto, lihas jne.) kipuun ja sisäelimestä johtuvaan viskeraaliseen kipuun. Kipu aistimus syntyy, kun kipuhermopäätteet reagoivat voimakkaalle kudოსvauriota aiheuttavalle ärsykkeelle. Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan kiputilaa, jonka aiheuttajana ei ole kudოს- tai hermovaurio. Huolellisesta tutkimuksesta huolimatta kivulle ei ole löydetty somaattista syytä. (Sailo & Varti 2000, 32 - 33.)

Kulttuuritekijöillä on todettu olevan vaikutusta siihen, miten ihmiset aistivat ja kokevat kipua. Lisäksi myös kasvatukselliset tekijät ja opitut käyttäytymismallit vaikuttavat kivun kokemiseen. (Liukkonen ym. 1998, 25, 27.) Erilaisia kokeellisia kipututkimuksia eri etnisten ryhmien välillä on tehty. Eroja ei löytynyt kivun havaitsemisessa tai kipukynnyksessä. Sen sijaan kulttuuritaustalla ja tutkimustilanteessa annetuilla odo-tuksilla oli vaikutusta kivun-sietokykyyn. (Kalso & Vainio 2002, 22 - 23.) Ihmiset myös ilmaisevat kipua eri tavalla eri kulttuureissa. Esimerkiksi Välimeren alueella synnyttävät naiset ilmaisevat kipua runsaammin, kuin pohjoismaissa synnyttävät kansaisarensa, vaikka kivun määrä on sama. (Kalso & Vainio 2002, 248.)

Kaikille yhteisiä kivun tunnusmerkkejä on olemassa yksilöllisten erojen lisäksi. Verenpaine kohoaa ja pulssi kiihtyy, hengitys tihenee ja lihakset jännittyvät. Iho voi muuttua hikiseksi ja kalpeaksi. Lisäksi joillakin esiintyy ruokahaluttomuutta, levottomuutta, unettomuutta ja ärtyneisyyttä. (Liukkonen ym. 1998, 27.) Kun kipua ei ole riittävästi lievitetty, voi kivuliaisuus sitoa potilaan sänkyyn ja rajoittaa liikkumista. Vuoteessa olo ja liikkumattomuus ovat riskitekijöitä alaraajojen verisuonitukokselle. (Sailo & Varti 2000, 132.) Lisäksi kipu voi vaikeuttaa potilaan hengittämistä, jolloin sekä äiti että sikiö joutuvat selviämään vähemmällä hapella. (Liukkonen ym. 1998, 51 - 52).

Kivun voimakkuuden määrittely on vaikeaa, mutta tärkeää suunniteltaessa kivunhoitoa. Yleisin menetelmä aikuisen kivun mittaamisessa on VAS - kipujana (visual analog skala). Kyseessä on noin kymmenen senttimetrin pituinen viivain, jossa on kuvattuna kasvava kiila, sekä muovinen osoitin, jota voi liikuttaa kuvan päällä haluttuun suuntaan. Kiilan pienin osa kuvaa kivutonta tilaa, kun taas kiilan toinen pää pahinta mahdollista kipua. Viivaimen toisella puolella on numeerinen asteikko 0 - 100, jossa 0 kuvaa kivutonta olotilaa, kun taas 100 on suurin mahdollinen kipu. Potilaan asettaessa osoittimen jonnekin kohtaa kipukiilalle, voidaan kivun määrä tarkistaa numeerisessa muodossa viivaimen toiselta puolelta. Kipukiilaa vastaavat numerot kirjataan potilaspapereihin. (Sailo & Varti 2000, 102.)

3.2 Synnytyksen aikainen kipu

Synnytyskivun voimakkuus, joka liittyy synnytykseen, vaihtelee huomattavasti eri synnyttäjillä. On arvioitu, että n. 60 % ensisynnyttäjistä ja n. 45 % monisynnyttäjistä kokee kovaa tai sietämätöntä kipua synnytyksen aikana. (Kalso & Vainio 2002, 246.) Synnytyskipu on vahvasti myös psyykinen reaktio, ja tämän vuoksi kivun voimakkuuden objektiivinen mittaaminen on todella hankalaa. Ulkopuolinen henkilö arvioi synnyttäjän kivut aina astetta lievemiksi kuin synnyttäjä itse. (Saarikoski, 1992, 132.) Samasta ärsykkeestä ja vauriosta koettu kipu on erilainen jokaisella ihmisellä. Myös useat eri tekijät vaikuttavat synnytyksen kivuliaisuuden kokemiseen. Esimerkiksi ne naiset, joiden raskauteen on liittynyt voimakkaita ristiriitoja, kuten raskauden

suunnittelemattomuus, kokevat synnytyksen vaikeana ja kielteisenä kokemuksena. (Vallimies-Patomäki 1998, 44.)

Synnytyskipun luonne vaihtelee eri ihmisillä sekä eri synnytyksen vaiheissa. Synnytyskipua kuvataan mm. tylpäksi, luovaksi, toiminnalliseksi ja hedelmälliseksi. (Miettinen-Jaakkola 1992, 45.) Synnytyskipun ärsyke syntyy samantapaisesti kuin viskeraalinen kipu eli kohdun sileän lihaksen, lantion alueen sekä ulkosynnyttimien kudosten venytyksestä. Synnytyskipun erityispiirteenä on rytmisyys. Kipu liittyy supistukseen ja supistusten väliset tauot ovat kivuttomia. (Paananen ym. 2007, 246.)

Synnytyskipun voimakkuuteen vaikuttavat muun muassa äidin yleisvointi, sikiön koko suhteessa synnyttäjän lantioon, synnytyksen käynnistyminen ja sen edistyminen. Merkityksellisiä kipukokemukseen vaikuttavia seikkoja ovat synnyttäjällä oleva tieto tulevasta, motivaatio ja mieliala sekä ennako-odotukset. Lisäksi on merkityksellistä, millaisia mahdollisia aikaisempia synnytyskokemuksia synnyttäjällä on, mikä on ikä, sekä miten hän suhtautuu kipuun. (Paananen ym. 2007, 244.) Ahdistuneisuuden, pelon ja epätietoisuuden on todettu selvästi lisäävän synnytyskipua. Vanhemmat ensisynnyttäjät ovat kivuliaampia kuin nuoremmat. Väsymys ja pitkittynyt synnytys vaikuttavat heikentäen synnyttäjän kivunsietoa. Käynnistetyt synnytykset ovat kivuliaampia verrattuna itsestään käynnistyneeseen synnytykseen. (Kalso & Vainio 2002, 248.) Synnyttäjän on tärkeää saada tietää omasta hoidostaan, sillä se auttaa suhtautumaan myönteisemmin ja vähentää pelkoa ja jännitystä, joka auttaa osaltaan synnyttäjää rentoutumaan. Tämä näkyy positiivisesti erityisesti synnytyskipun lievityksessä. Kun perhe saa riittävästi tietoa, auttaa se perhettä asennoitumaan synnytyksen kulkuun. Mikäli kipua ei voida riittävästi lievittää, on tärkeää selvittää synnyttäjälle minkä vuoksi niin ei voi tehdä. (Sailo & Vartti 2000, 64 - 65.)

Supistukset kiihdyttävät hengitystaajuutta, joka voi nousta 60 - 70 kertaan minuutissa. Hyperventilaatio aiheuttaa hypokapnian eli hiilidioksidin vähäisyyden verenkierrossa, joka puolestaan voi aiheuttaa supistusten välillä hypoventilaatiota. Tämä voi aiheuttaa sikiölle hypoksiaa eli hapenpuutetta. Synnytyksen edetessä ja kivuliaisuuden kasvaessa myös sydämen iskutilavuus kasvaa ollessaan suurimmillaan jopa 150 % verrattuna lähtötilanteeseen. Systolinen verenpaine nousee normaalista verenpaineesta 20 - 30mmHg:ä ja diastolinen 15 - 20 mmHg:ä. Sydämen työmäärä kasvaa, minkä terveet

synnyttäjät kestävät hyvin. Virtsateiden ja ruoansulatuskanavan toiminta lamaantuvat stressivasteen seurauksena monilla synnyttäjillä. Kipu lisää ns. stressihormonien, kuten kortisolin, ACTH:n ja ADH:n eritystä. Näiden hormonien erityks vähentää istukka-verenkiertoa ja heikentää kohdun supistuksia, jonka terve sikiö sietää hyvin. Anti-diureettinen hormoni (ADH) vaikuttaa myös virtsamäärää niukentavasti. (Kalso & Vainio 2002, 248 - 250.)

3.3 Synnytyskipun merkitys

Vallimies-Patomäen (1998) teoksessa esitellään tutkimuksia, joissa tarkastellaan synnytyskokemuksia. Nieminen ja Nummenmaa (1985) ovat tutkineet perhevalmennusta ja sen vaikutusta synnytyksen keston, kivuliaisuuteen, komplikaatioihin, lääkityksen tarpeeseen ja synnytyksen hallintaan ja kokemukseen. Säännöllisesti kotonaan synnytystä harjoitelleet naiset tarvitsivat vähemmän kipulääkitystä, kun taas vain vähän harjoitelleet kokivat kivut voimakkaampina ja tarvitsivat enemmän kipulääkitystä. Mercer ym. (1983) on tutkimuksessaan todennut, että tärkein synnytyskokemukseen vaikuttava kokemus on sosiaalinen tuki. Tässä korostuu myös hoitajan rooli tukihenkilön auttamisessa.

Kiviluodon ym. (1979) mukaan synnytysodotuksilla katsotaan olevan tärkeä vaikutus synnytyskokemukseen. Helpohkoa tai tavanomaista synnytystä odottaneet kokivat synnytyksen vaikeana, kun taas etukäteen vaikeaan synnytykseen varautuneet kokivat synnytyksen odottamaansa helpompana. Myös synnytystavalla ja synnytyksen kestolla, sekä kivunlievityksellä ja synnyttäjän liikkumismahdollisuuksilla on merkitystä synnytyksen kokemiseen. Mercerin (1983) tutkimuksessa todetaan, että synnytystapa selittää synnytyskokemuksen vaihtelusta vain pienen osan. Esimerkiksi keisarinleikkauksella synnyttäneiden kokemus oli alateitse synnyttäneitä kielteisempi. (Vallimies-Patomäki 1998, 44 - 46.)

Synnytyskipun tehtävänä on kertoa synnyttävälle äidille, että synnytys on alkanut. Kipu myös kertoo äidille, kuinka synnytys etenee, koska kipu on erilaista jokaisessa synnytyksen eri vaiheessa. Kipu ohjaa luonnostaan naisen hakeutumaan oikeisiin asentoihin ja pitää liikkeellä, mikä auttaa hengitystä ja verenkiertoa ja on näin ollen myös syntyvän lapsen etu. Synnytyskipu on myös henkisen kasvun tapahtuma, joka ohjaa

synnyttäjää keskittymään tilanteessa olennaisiin asioihin. (Miettinen-Jaakkola 1992, 45 - 46)

Kivulla on myös psykologinen vaikutus. Pelon, ahdistuksen ja kivun välillä on selvä syy-yhteys. Liian innostuneena tai pelkäävänä elimistö erittää adrenaliinia, mikä ehkäisee itse synnytystapahtumaa. Pelko ja lihasten jännittyminen lisäävät kipukokemusta. (Balaskas 1988, 81.) Mikäli äiti on kokenut voimakkaita synnytyskipuja, voi se aiheuttaa äidille pitkäkestoisia tunne-elämän häiriöitä ja haitata äidin ja lapsen välisen suhteen kehittymistä. Ongelmia voi tulla eteen myös tulevissa raskauksissa ja sukupuolielämän alueella. (Kalso & Vainio 2002, 250.)

Kipu avautumisvaiheessa alussa on lievimmillään. (Paananen ym. 2007, 244). Alkuvaiheessa supistukset eivät yleensä vielä ole kovin voimakkaita ja kipu tuntuu jomotavana ja on vaikeasti paikannettavissa (Liukkonen ym. 1998, 29). Kohdunsuun ollessa 8 - 10 senttimetriä auki, kivut ovat yleensä voimakkaimmillaan eli avautumisvaiheen lopussa. Tällöin supistusten aikana tuntuva kipu on pääasiassa peräisin kohdun alaosista ja kohdunsuusta. Kipu on luonteeltaan terävää ja kouristavaa. Myös sikiön siirtyminen synnytyskanavassa eteenpäin, lantion luukalvo, kohdun ligamenttien venytys ja emättimen seinämien venytys aiheuttavat kipua. (Paananen ym. 2007, 244, Liukkonen ym. 1998, 29.)

Kipu ponnistusvaiheessa syntyy siitä, kun lapsen tarjoutuva osa painaa ja venyttää lantion kipuherkkiä alueita, lantion ja perineumin alueen lihaksia, lihaskalvoja ja ligamenteja. Kipu tuntuu välilihan ja emättimen alueella terävänä ja tarkasti rajoittuvana. Ponnistusvaiheen lopussa kudosten venyminen sekä välilihaan, lihaksiin, virtsarakkoon ja -putkeen sekä peräsuoleen kohdistuva paine aiheuttavat tarkoin paikantuvaa terävää kipua. (Liukkonen ym. 1998, 30.)

Jälkeisvaiheessa synnytyksen jälkeiset jälkisupistukset ovat vähemmän kivuliaita kuin avautumisvaiheen supistukset. Mahdolliset perineumin repeämät ja episiotomia ommellaan jälkeisvaiheessa, jolloin haava ja sen ompelu tuottavat kipua juuri perineumin alueella. (Liukkonen ym. 1998, 30.)

4 LÄÄKKEETTÖMÄT KIVUNLIEVITYSMENETELMÄT

Lääkärikunnan mielenkiinto raskauden ja synnytyksenhoitoa koskien syntyi 1800-luvun jälkipuolella. Samalla vuosisadalla synnytyksen hoitoa pidettiin lääkärin arvoa alentavana, eivätkä kättilötkään olleet yhteiskunnallisesti arvostettuja. Kun nukutusaineet ja aseptiikka kehittivät, nousi kirurgian arvostus, ja se hyväksyttiin osaksi lääketiedettä. Gynekologia kehittyi samalla yhtenä kirurgian osana. Kehittyvä synnytysten hoito mahdollisti gynekologian ja synnytysopin yhdistymisen uudeksi lääketieteen erikoisalaksi. (Vehviläinen 2000, 39.)

Ensimmäiset äitiysneuvolat perustettiin Suomessa vuonna 1926 Helsinkiin ja Viipuriin. Tätä aiemmin kunnilla oli palkattuja kättilöitä. Kättilökoulutus eriytyi lääkärikunnan valvonnasta 1930-luvulla. Äitien avustamisessa alettiin painottaa lääketieteellistä apua ja komplikaatioiden torjumista raskauden aikana. Tästä alkoi synnytysten ja raskauksien medikalisoituminen vuonna 1937. Tähän on merkittävästi vaikuttanut synnytysten siirtäminen kodeista sairaaloihin 1940-luvun lopun ja 1960-luvun välisenä aikana. (Vehviläinen 2000, 40 - 41.)

Kun raskauksien kulkuun vaikuttava teknologia alkoi kehittyä, alettiin nähdä tarpeellisenä raskaana olevien naisten saattaminen terveydenhuollon piiriin. Tätä perusteltiin naisen ja sikiön turvallisuudella. Lääketieteellinen teknologia on kehittynyt ja lisääntynyt nopeasti 1990-luvun loppupuolella. Lääketieteellisen teknologian käyttö synnytyksessä on lisääntynyt, esimerkiksi epiduraalipuudutuksia alettiin antaa 1970-luvulla. Medikalisoitumisen myötä normaalit raskaudet ja synnytykset ovat muuttuneet teknologiaa tarvitseviksi, joka lisää paineita kehittää jatkuvasti uutta teknologiaa. (Vehviläinen 2000, 16 - 17.)

Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä käytettäessä synnytyksessä puhutaan luonnonmukaisesta synnytyksestä. Tällöin vältetään kaikkea kipulääkityksen ja toimenpiteiden käyttämistä synnytyksen aikana. Luonnonmukaisessa synnytyksessä on mahdollista käyttää useita erilaisia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä. (Saarikoski 1992, 136.)

Kaikkien synnyttäjien osalta ei-lääkkeellistä kivunlievitystä käytettiin Suomen sairaaloissa vuosina 2004 - 2005 18,5 %:ssa kaikista synnytyksistä. Ensisynnyttäjien osalta prosentti oli hieman korkeampi, 23,6 %. Sairaalatyypeittäin eniten ei-lääkkeellistä kivunlievitystä käytettiin pienissä ja keskisuurissa sairaaloissa. Esimerkiksi Savonlinnan keskussairaalassa kaikista synnyttäjistä vain 30 eli 3,9 % käytti ei-lääkkeellistä menetelmää. Ensisynnyttäjissäänkin prosenttiluku oli vain 5 %, eli selvästi maan keskiarvoa matalampi. (Tilastokeskus 2006.)

4.1 Lääkkeettömän kivunlievityksen hyödyt

Synnytyksen turvallisuutta lisää se, että siihen ei tarvitse lääkkeellisesti vaikuttaa, sillä farmakologisissa kivunlievitysmenetelmissä on aina haittavaikutuksia ja riskejä. Myös maailman terveysjärjestö (WHO) suosittaa synnytyksessä käytettävien kipulääkitysten ja puudutusten välttämistä ja ohjeistaa käyttämään niitä vain ongelmatapauksissa sekä komplikaatioiden ehkäisemiseksi. Lääkitys tai puudutus lisää synnyttäjän passivoitumista sekä saattaa sitoa synnyttäjän vuodepotilaaksi. Käytetyt kipulääkkeet saattavat olla annostukseltaan niin suuria ja voimakkaita, että synnyttäjä ei välttämättä jaksa olla liikkeellä. Monesti lääkitys johtaa myös tehostettuun seurantaan, sillä puudutukset ja kipulääkkeet voivat vaikuttaa lapsen hapen saantiin, joka näkyy sydämen toiminnassa. Lääkitys heikentää äidin omia tuntemuksia esimerkiksi supistuksista, joka johtaa niiden koneelliseen seurantaan. (Miettinen-Jaakkola 1992, 52 - 54.)

4.2 Hengitys ja rentoutuminen

Hengityksessä käytetään normaalisti vain sisäänhengityslihaksia. Uloshengitys on passiivinen tapahtuma, jossa rintakehä palaa lepoasentoon oman ja keuhkokudoksen kimmoisuuden turvin. Sisäänhengityksessä pallealihaksella on tärkein osa. Syntymässä oleva lapsi on täysin riippuvainen äidin kohtuun tuottamasta hapesta. Hengittämällä oikein äiti voi varmistaa, että sikiön vointi pysyy hyvänä. Siitä, mikä on oikea hengitystekniikka, ei olla täysin yksimielisiä. Aikaisemmin puhuttiin paljon ns. läähättämisestä. Oikea hengitystekniikka on ensimmäisiä hoidollisia kivunlievitysmenetelmiä, joita kätilö ohjaa. Avautumisvaiheen alusta lähtien on tärkeää korostaa oikeanlaisen rentoutumisen sekä rauhallisen ja rytmisen hengityksen merkitystä, sillä rytmisen hen-

gitys vähentää lihasjännitystä, jolloin se sekä suoraan että epäsuorasti alentaa synnytyskipua. (Liukkonen ym. 1998, 48 - 51.)

Riskinä hyvälle hengitykselle on äidin hypo- tai hyperventilaatio supistuskivun yhteydessä, joista molemmista seuraa sikiön vähentynyt hapensaanti. Syy tähän on rintakehän laajentuminen, jolloin hengitys ei tapahdu enää täysitehoisesti. Hyperventilaatiossa hengitetään nopeasti puuskuttaen, pitkään tai tarpeettoman voimakkaasti. Tämä aiheuttaa pian sormien puutumisen ja huimauksen tunteen, sillä liiallisen hapetuksen seurauksena verestä poistuu liian paljon hiilidioksidia. Tilanteen saa nopeasti korjattua hengittämällä suljettuun tilaan, kuten pussiin, käsiin tai vaatteisiin. Hypoventilaatiossa synnyttäjä pidättää hengitystä. Tällöin koko vartalo jännittyy, ja heikentynyt hapenkulku elimistöön ja sikiön verenkiertoon aiheuttaa sikiölle hapenpuutetta. Etenkin avautumisvaiheessa on tärkeää, ettei äiti pidätä hengitystä. Kun impulssien tulkinnasta vastaavat aivosolut ovat keskittyneet hengitystekniikkaan, harvemmat kipuviestit pääsevät perille aivoihin. Kun synnyttäjällä on usko synnytyskipua alentavaan hengitystekniikkaan ja hän pelkää vähemmän, hän ei huomaa kipua yhtä herkästi, kuin vastaavasti pelokas synnyttäjä. (Liukkonen ym. 1998, 51 – 52.)

Tehokas hengitys perustuu hyvään ryhtiin, sillä jos rinta on ahdas ja kireä, sekä hartiat kyyryssä, hengitys häiriintyy rintaontelon tilavuuden pienentyessä. Psykellä ja hengityksellä on yhteys. Kun ihminen keskittyy hengittämiseen ja lakkaa kiinnittämästä huomiota ulkomaailmaan, on hänellä käytössään väline syvempien tietoisuudentilojen kokemiselle, jolloin on mahdollista päästä lähemmäs sopusointua minän kanssa. Hengitykseen keskittyminen parantaa paremmin synnytyksen rytmiin pääsyä, jolloin voi helpommin antautua synnytyksen aiheuttamille tuntemuksille. (Balaskas 1988, 117 – 118.)

4.3 Mielikuvat apuna synnytyskipun hallinnassa

Synnyttäjä voi käyttää synnytyskipun hallinnan apuna voimaannuttavia mielikuvia. Ina May Gaskinin kirjassa *Guide to childbirth* (2003) eräs synnyttäjä sai apua ajatellessaan supistusten olevan suuria aaltoja ja emättimen ja kohdun olevan se luola, johon aallot lyövät entisestään kasvaen ja sitten hitaasti vetäytyen pois. (Gaskin 2003,10).

” I visualized my yoni as a big, open cave beneath the surface of the ocean, with huge, surging currents sweeping in and out. As the wave of water rushed into my cave, my contraction would grow and swell and fill, reach a full peak and then ebb smoothly back out.”

Eräs nainen koki synnytystään suuresti helpottaneen mielikuvan suuren kauniin kukan puhkeamisesta ja vauvan syntymisestä. ”Samalla kun kukka aukeaa täyteen loistoonsa, vauva syntyy”. (Gaskin 2003,39).

” As the flower blooms, the baby is being pushed out.”

Tiedonsaanti oman synnytyksen aikaisista tapahtumista auttaa myös synnyttäjää jaksamaan läpi voimia vaativan koitoksen. Mikäli tiedonsaanti synnytyksen kuluessa on vähäistä, vähentää se naisen mahdollisuutta itsenäiseen päätöksentekoon. On tärkeää, että kätilö huolehtii koko synnytyksen ajan, että synnyttäjälle kerrotaan, kuinka hänen synnytyksensä etenee. Jo synnyttäjän saapuessa sairaalaan on tärkeää, että vastaanottava ja synnytystä hoitava kätilö antaa äidille kokemuksen turvallisuudesta ja siitä, että hänestä välitetään. Jo vastaanottotilanteessa luodaan perusta hyvälle ja toimivalle vuorovaikutussuhteelle. Kätilön tulee kohdella synnyttäjää tasa-arvoisena ja antaa mahdollisuus omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Kun kätilö ymmärtää äidin tunteuksia ja ohjaa häntä ammattitaidollaan, saa synnyttäjä tunteen kokonaisturvallisuudesta, joka auttaa häntä selviytymään. (Liukkonen ym. 1998, 32 - 34.)

Ryttläisen (2005) tutkimuksen mukaan synnytyksen aikana hallintaa edistää asiantuntijoiden osaava ja varma toiminta. Riittävän asianmukaisen tiedon antaminen edisti synnytyskivun hallintaa, samoin osallistuminen päätöksentekoon. Synnytyskivun riittävä lievittäminen koettiin hallintaa edistävänä tekijänä. Kun kipu on asianmukaisesti lievitetty, pystyy nainen olemaan osallisena synnytyksessään. Kätilön ja ajoittain lääkärin läsnäololla on tärkeä merkitys synnytyksen aikaisessa kivunhallinnassa. Naisen on tärkeää saada tietää, ettei häntä jätetä yksin synnytyksen kuluessa. Jatkuva tuki synnytyksessä on todettu lukuisissa tutkimuksissa olevan yhteydessä vähempään kivunlievityksen tarpeeseen ja synnytyksen lyhyempään keston. Rauhoittava synnytystilanne kohensi hallintaa. Eniten synnytyksen aikaista hallintaa esti asiantuntijan tai-

tamaton toiminta, tyyli kohtelu ja naisen itsetunnon ja kehollisuuden huomiotta jättäminen. Lisäksi hallinnan tunnetta heikensi huono tiedonsaanti ja yksin oleminen. Myöskään kivuliaana nainen ei pystynyt ylläpitämään hallinnan tunnetta synnytyksensä. (Ryttyläinen 2005, 169 - 174)

4.4 Kosketus ja tukihenkilön merkitys

Kosketus on ihmisen perustarve, joka säilyy läpi elämän. Kosketus on voimakas ja yksinkertainen tapa välittää tunteita sekä hoitaa itseä ja toista. Vaihtoehtoiset hoitomuodot, jotka käyttävät kosketusta, lisääntyvät jatkuvasti länsimaissa ihmisten kiinnostuneisuuden ansiosta. Kosketus rauhoittaa ja lisää turvallisuuden tunnetta ja luottamusta. Sillä viestitään huolenpitoa, pitämistä ja välittämistä. Kivuliaan potilaan oloa voidaan helpottaa kosketuksella; se tyynnyttää ja helpottaa jännitystä. Kosketus vaikuttaa sekä koskijaan että kosketettavaan. Molemmilla vapautuu oksitosiinihormonia, joka on kehon oma rentoutushormoni. Se lisää kivunsietokykyä ja nostaa kivunsietokynnystä. Yleensä ihmiset haluavat fyysistä kosketusta vain niiden ihmisten kanssa, jotka ovat henkilölle itselleen läheisiä. Vaikka synnytystilanteessa koskettava hoitaja on vieras, rauhoittaa tämä silti kipujen keskellä. Kosketus ja selän hierominen vähentää synnyttävien naisten kipukokemuksia ja edistää synnytystä. (Vuori & Laitinen 2005, 20 - 25.) Täytyy kuitenkin muistaa, että kun synnytys etenee, synnyttäjällä ei välttämättä halua, että häneen kosketaan. Tällöin on syytä kunnioittaa äidin toivetta. (Vuori & Laitinen 2005, 72.)

Synnytyksessä mukana oleva isä tai muu tukihenkilö auttaa synnyttäjää jaksamaan, kannustaa ja rohkaisee. Kun isä tai tukihenkilö on lähellä, äiti ei tunne oloaan yksinäiseksi. Se, kuinka tukihenkilö voi parhaiten auttaa pystyy synnyttäjällä määrittelemään sen itse. Joillekin synnyttäjille läheisen pelkkä läsnäolo riittää tukemaan synnytyksen läpi viemistä. (Liukkonen ym. 1998, 36 - 37.) Kun isä on tukena synnytyksessä, yhdessä jaettu kokemus voi vahvistaa parisuhdetta ja vaikuttaa tulevaan vanhemmuuteen. (Eskola & Hytönen 2002, 248). Tukihenkilön tuttu ääni rentouttaa kehoa ja mieltä ja voi olla suuri apu synnytystilanteessa synnyttävälle naiselle. Tukihenkilö voi auttaa myös hyvältä tuntuvien asentojen löytymisessä. (Vuori & Laitinen 2005, 68 - 70.)

Mäki-Kojolan (2009) tutkimustulosten mukaan tukihenkilön, joka useimmiten oli mies, tuki oli tärkeä synnyttävälle naiselle. Tutkimuksessa naiset kertoivat miehen olleen konkreettinen apu supistusten ja ponnistusvaiheen aikana. Konkreettinen apu saattoi olla myös nesteen saannista huolehtimista tai esim. jyvápussin lämmittämistä. Henkinen tuki, sanatonkin, koettiin tärkeäksi. Henkilökunnan eli kättilön toiminta koettiin voimavarana ja tukena. Kannustaminen, rohkaiseminen ja jämäkkyys koettiin hyväksi ja siihen oltiin tyytyväisiä. (Mäki-Kojola 2009, 30 - 32.)

4.5 Hieronta

Hieronalla on suotuisia vaikutuksia lihasten rentoutumiseen. Erityisesti hartioiden, kasvojen ja raajojen lihakset jännittyvät synnytyksen aikana, mitä voidaan helpottaa kosketuksella, sivelyllä ja hieronnalla. Synnyttäjän rentoutuessa edellytykset synnytyksen hyvälle edistymiselle paranevat. (Paananen ym. 2007, 247.) Liikkeiden, asennon ja hengityksen lisäksi hieronnalla voi saavuttaa uskomattoman paljon hyötyä niin raskauden aikana kuin itse synnytyksessä. (Balaskas 1988, 119.)

Hellää hierontaa voi turvallisesti käyttää synnytyksen aikana. Joillekin riittää käden pitäminen alaselän alueella hellästi liikutellen, mutta jotkut tarvitsevat voimakkaampaa hieromista. Koska synnytyskipu tuntuu selässä, selän hierominen on ihanteellinen kivunlievityskeino. Supistusten aikana erityyppinen hierontavoimakkuus tulee sovittaa synnyttäjän toiveiden mukaisesti. Hyvä hieromisasento on muun muassa sellainen, missä synnyttäjä on polvillaan nojaten esimerkiksi suureen tyynyyn. Ulko- ja sisäreisien hieronta voi myös tuntua synnyttäjältä hyvältä. On hyvinkin vaihtelevaa, haluaako synnyttäjä hierontaa vai ei. (Balaskas & Gordon 1992, 280 - 281)

Taiwanissa Mei-Yueh Chang ym. 2002 ovat tehneet tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli selvittää hieronnan vaikutuksia kipureaktioon ja jännittyneisyyteen synnytyksen aikana. Tutkimukseen osallistui 60 ensisynnyttäjää, jotka jaettiin kahteen ryhmään. Toinen ryhmä sai synnytyksen aikana hierontaa, mutta toisen ryhmän synnyttäjiä ei hierottu. Hoitajat arvioivat äitien kivuliaisuutta käyttäytymisen perusteella. Jännittyneisyyttä mitattiin kuvallisella VAS-asteikolla. Molemmissa ryhmissä kivuliaisuus nousi tasaiseen tahtiin. Suurin ero jännittyneisyydessä oli synnytyksen latentissa vaiheessa. 26 ensisynnyttäjää koki hieronnan hyödylliseksi ja psykologista tukea antavak-

si. Tutkimustulosten mukaan hieronta on hyödyllinen tapa vähentää kipua ja jännitystä synnytyksen aikana. Kumppanin osallistuminen hierontaan voi vaikuttaa positiivisesti naisen synnytyskokemukseen. (Mei-Yueh Chang ym. 2002, 68, 71.)

4.6 Vyöhyketerapia

Vyöhyketerapia on yksi vanhimmista tunnetuista hoitokeinoista, se on ollut suosittu hoitomuoto etenkin Kiinassa ja Intiassa ja aikojen kuluessa vyöhyketerapia on levinnyt ympäri maapalloa. Vyöhyketerapiassa on kyse tekniikasta, jolla aktivoidaan kehon omia parantavia ja elvyttäviä voimavaroja. Menetelmä perustuu koko keholla ja jalkapohjissa oleviin heijasteisiin eli reflekseihin, sekä toiminta pisteisiin ja energiakanaviin. Ne aktivoituvat automaattisesti, kun kehon toiminnat häiriintyvät. Heijasteet ovat kehon luonnollinen tasapainottava ja korjaava ilmiö. Ne tuntuvat sormin tai erityisellä vyöhykepuikolla muutoksina kudoksissa. Heijastealueita löytyy jalkaterän lisäksi muun muassa pääalueelta, korvista ja käsistä. Vyöhykejärjestelmässä jokaisella elimellä on heijastepisteitä, joita stimuloimalla kohde-elinten toimintaa voidaan tarpeen mukaan joko rauhoittaa tai aktivoida. Heijastepisteitä stimuloidaan pääosin käsin hieromalla, painamalla ja sivelemällä. Apuna voidaan käyttää erityisesti vyöhyketerapiaan tarkoitettuja puikkoja. Hoidon tavoitteena on saavuttaa elimistöön tasapainoinen tila. (Sailo & Varti 2000, 230 - 231.)

Tanskassa on tutkittu vyöhyketerapian synnytyskipua lievittävää vaikutusta, josta saadut myönteiset kokemukset ovat innostaneet kättilöitä ympäri Pohjoismaita perehtymään ja soveltamaan menetelmää käytännön hoitotyössä. Vyöhyketerapialla voidaan synnytyskipujen hoidon lisäksi helpottaa synnytyksen jälkeistä virtsaamista ja jälkeisten syntymistä. (Eskola & Hytönen 2002, 231.) Jotta vyöhyketerapiaa voidaan hyödyntää raskaana olevan naisen hoidossa, on hoidettavan oltava perusterve, verenpaineen tulee olla normaali ja edeltäviä keskenmenoja ei voi esiintyä. Äidit ovat kokeneet menetelmän miellyttävänä. Synnytyksessä mukana olevan isän tai tukihenkilön voi opettaa painamaan oikeita pisteitä supistusten aikana. Menetelmällä synnyttävä äiti voidaan saada rentoutumaan. Hoitomuotoa voidaan käyttää muiden hoitomuotojen ohella ja tukena. Tavoitteena on kivuttomampi ja helpompi synnytys. (Liukkonen ym. 1998, 111.)

Jotta voi käyttää vyöhyketerapeutin ammattinimikettä, edellyttää se perusteellista koulutusta, joka sisältää teoriaa, käytännön harjoittelua ja kirjattuja potilashoitoja. Lisäksi koulutukseen kuuluvat anatomian ja fysiologian opinnot, mikäli henkilöllä ei ole taustalla terveydenhuoltoalan perustutkintoa. (Sailo & Varti 2000, 230.)

4.7 Akupunktio

Akupunktiolla tarkoitetaan stimulaatiohoitoa, joka toteutetaan ihon läpi pistettyjen neurolojen avulla. Kiinassa akupunktiohoito ei ole pelkkä kivunhoitomenetelmä, vaan sitä käytetään lukuisten sairaustilojen hoidossa. Länsimaissa akupunktiota käytetään lähinnä kivunhoidossa, ja sitä on arvioitu länsimaisen lääketieteen perinteen mukaisesti. (Kalso & Vainio 2002, 182 - 183.)

Perimätiedon mukaan kiinalaiset ovat huomanneet jo 4000 vuotta sitten, että tietyt sairaudet ja vaivat herkistävät samoja ihon alueita. Akupunktio on osa kiinalaista perinteistä lääketiedettä. Akupunktion fysiologinen tausta on pitkään kiinnostanut länsimaista lääketiedettä. Akupunktiopisteet eivät ole anatomisesti havaittavia. Ne eivät myöskään suoranaisesti liity hermostoon tai keskushermostoon. Akupunktiohoidossa etu on sen vaarattomuus sekä äidille että sikiölle. Hoito ei estä muiden kivunlievitysmenetelmien käyttöä ja on oikein toteutettuna kokonaisuudessaan kivuton toimenpide. Menetelmällä ei ole todettu myöskään olevan sivuvaikutuksia. Menetelmä perustuu ns. porttiteoriaan, jonka mukaan kipuimpulssin pääsy aivoihin estyy. Lisäksi on todettu endorfiinin lisääntyntä erityistä hoidon jälkeen. (Liukkonen ym. 1998, 101 – 102.)

Akupunktio hoidossa käytetään erityistä akupunktioneulaa. (Sailo & Varti 2000, 235). Kun neula saavuttaa oikean paikan tuntuu se paikallisena sykäyksenä tai painon tunteena. Kerrallaan voidaan hoitaa kahdesta neljään akupunktio pistettä, hoidettava alue on hyvin pieni. Neulan ärsytyksen kudoksessa on oltava riittävän pitkä, jolloin saavutetaan mahdollisimman hyvä kivunlievityksen vaste. (Liukkonen ym. 1998, 102.)

Suomessa akupunktiota saa tehdä kuka tahansa korkeimman oikeuden päätöksellä (1996). Käytännössä tämä voi tarkoittaa sitä, että viikonloppu kurssilla akupunktiosta jotain kuullut henkilö voi perustaa oman vastaanoton. Suomessa lääkärit ja fysioterapeutit

peutit saavat ammattinsa lisäkoulutuksena akupunktio-opetusta länsimaisen lääketieteen pohjalta. (Sailo & Vartti 2000, 236.)

Akupunktioita pidetään turvallisena hoitomuotona, koska sillä ei ole tunnettuja merkittäviä sivuvaikutuksia. Akupunktiossa ongelmat liittyvät lähinnä pistohygieniaan. Neulan katkeaminen elimistöön on erittäin harvinaista. Mustelmat ovat yleisin sivuvaikutus. Päänsärkyä voi seurata, mikäli neulat ovat väärissä pisteissä. (Sailo & Vartti 2000, 239.)

4.8 Asennot ja liikkuminen sekä apuvälineet

Avautumisvaiheessa synnyttävä tietää itse, missä asennossa hänen on hyvä olla. Kätilön tehtävä on auttaa hyvältä tuntuvan asennon löytymisessä ja kannustaa synnyttäjää vaihtamaan asentoja tarpeen mukaisesti. Mikäli sikiön ja synnyttäjän vointi sallii, seisominen, käveleminen tai istuminen keinutuolissa ovat kaikki mahdollisia. Ei ole suositeltavaa, että synnyttävä on pelkästään sängyssä koko avautumisvaiheen ajan, sillä vena cava superior-syndrooman riski on juuri selin makuulla. (Paananen ym. 2006, 236 - 237.) Äidin selällään ollessaan vauva painaa alaonttolaskimoa, jolloin veren palaaminen sydämeen vähenee. Tämä aiheuttaa äidille huonoa oloa, mutta ilmiö on yleinen ja tilanne palaa normaaliksi, kun äiti vaihtaa asentoa.

On mahdotonta tietää etukäteen mikä asento auttaa parhaiten synnytyskipun sietämisessä, sillä kipukokemukset ovat hyvin yksilöllisiä. Nykysynnytyksissä käytetään paljon avuksi erilaisia asentoja ja liikkumista. Jo raskausaikana on hyvä kokeilla ja harjoitella erilaisia asentoja, joissa pystyy rentoutumaan ja on hyvä olla. Synnytyksessä on hyvä kokeilla erilaisia apuvälineitä, kuten voimistelupalloa, säkkituolia, keinutuolia tai muita mahdollisia tarjolla olevia apuvälineitä. Äidin pystyasennolla on monia etuja, kuten kohdun verenkierron paraneminen, jolloin myös lapsen hapensaanti paranee. Lisäksi lapsen pää painaa voimakkaasti kohdun kaulaa, mikä edistää kohdunsuun avautumista. On myös mahdollista, että supistukset tehostuvat ja kipuaistimukset ovat vähäisempiä, koska painovoiman vastus on vähäisempi. Kivuliaisuutta vähentää myös vähäisempi paine lantion ligamenteihin, niveliin ja sakraalihermoihin. Äidin ollessa pystyasennossa häntäluu pystyy paremmin liikkumaan ja laajentamaan luista synnytyskanavaa. Myös välilihan kudokset venyvät tasaisemmin, jolloin repeytymisriski on

vähäisempi. Naisen pystyasento auttaa psykologisesta näkökulmasta katsottuna parempaan itsehallintaan. (Liukkonen ym. 1998, 73 - 74.)

Mäki-Kojolan (2009, 33) tutkimukseen osallistuneet naiset kokivat liikkumisen tärkeimpänä kivunlievityskeinona, johon itse pystyy vaikuttamaan. Liikkumisen muotoja tutkimukseen osallistuneilla oli mm. kävely, lantion keinutus ja heijaaminen sekä tanssi. Liikkuminen koettiin myös tavaksi säilyttää omaa kontrollia tilanteeseen. Apuvälineet, kuten keinutuoli ja pallo, koettiin hyväksi apuvälineiksi liikehinnän toteuttamiseksi.

4.9 Akvarakkulat

Akvarakkula-menetelmää on käytetty jo 1970-luvun loppupuolella, mutta 1990-luvun vaihteessa se yleistyi synnytyssaleihin ja tuli yhdeksi suosituimmista kivunlievitysmenetelmistä synnytyksen alkuvaiheessa. Tässä kivunlievitys menetelmässä injisoidaan ohuella injektioneulalla tislattua vettä synnyttäjän ihon pinnan alle rakkulaksi. Riippumatta synnyttäjälle jo annetuista kipulääkkeistä hoitava kätilö voi pistää akvarakkuloita kaikissa synnytyksen vaiheissa. Vaikutusmekanismi perustuu kahteen kipufysiologiseen teoriaan. Ihon sisään pistetyn rakkulan aiheuttama kipu saa aikaan elimistön tuottamaan omaa kipulääkettään, endorfiineja. Näin ollen vesirakkulat toimivat akupunktiohoidon kaltaisesti. (Liukkonen ym. 1998, 83 - 85.)

Toisen teorian mukaan akvarakkulan aiheuttama kipu näyttäisi ärsyttävän samoja hermorunkoja kohdusta tulevan kivun kanssa. Tämän porttiteorian mukaan akvarakkula lähettää ärsykkeen jo käytössä oleviin selkäydinsoluihin, niistä seuraa tietynlainen informaatoruuhka. Näin ollen kipuviestien kulku aivoihin heikkenee tai jopa estyy kokonaan. Kohdun suun kipu tuntuu ristiselässä ja sacrumissa tai alavatsan ja häpyliitoksen seudulla. Akvapistokset annetaan 1 millilitran ruiskua käyttäen hyvin ohuella neulalla. Nestettä injisoidaan 2 - 4 rakkulaa 0,1 - 0,3 ml intrakutaanisesti. Hoidettaessa selän pahinta kipualuetta rakkulat pistetään selkärangan molemmin puolin lumbosakraalialueelle. Reisissä tuntuvaa kipua hoidettaessa akva voidaan pistää kipualueille. Kun hoidetaan alavatsakipua, pistokset annetaan symfyysin yläpuolelle. Pisto aiheuttaa välittömän kovan, polttavan kivun, jota voi verrata ampiaisen pistoon. Kipu kestää noin 15 - 30 sekuntia, kuitenkin jo muutamassa minuutissa kipua lieventävä vaikutus

alkaa tuntua. Akvarakkulat voivat lieventää kipua erittäin hyvin ja pitkään, mutta toisinaan kipua lievittävää vaikutusta ei voi sanoa olevan. (Liukkonen ym. 1998, 83 - 85.)

The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists on tehnyt kontrolloidun tutkimuksen akvarakkuloiden tehokkuudesta synnytyskivunlievityksessä. Tutkimukseen osallistui 100 synnyttäjää, joilla oli suunnitteilla normaali alatiesynnytys. Toiselle ryhmälle (n=50) injisoitiin 0,5 ml steriiliä vettä subkutaanisesti ja kontrolliryhmä (n=50) sai keittosuolaa plasebona. Tutkimus toteutettiin kaksois-sokkotutkimuksena, jolloin potilaalle annettu aine salattiin sekä potilaalta että hoitajalta. Kipua mitattiin ennen ja 10 ja 45 minuutin jälkeen injektion ja kipua mitattiin VAS-asteikolla. Kivun ankaruus väheni molemmissa ryhmissä injektion antamisen jälkeen. Kuitenkin alaselän kipu steriiliä vettä saaneella ryhmällä oli merkittävästi alhaisempi kuin plaseboryhmällä niin 10 minuutin kuin 45 minuutin kuluttua injektion laitosta. Tutkijan johtopäätöksenä oli, että akvarakkulat alaselän kipupisteisiin ovat tehokas keino vähentää kipuja synnytyksen aikana. (Bahasadri ym. 2006.)

4.10 Vesi

Vesi on liittynyt monissa kulttuureissa osaksi synnytystapahtumaa, eikä näin ollen ole mikään uusi keksintö. Kirjallista tietoa varhaisten kulttuureiden harjoittamista veteen synnytyksistä ei ole, mutta suullisen perimätiedon mukaan muun muassa kalifornialaisessa Chumash-heimossa intiaanit synnyttivät Tyynenmeren rannalla matalissa lahdenpoukamissa. Vuonna 1723 Lontoossa ilmestyneessä kirjassa ”Water Cures” suositellaan lämmintä kylpyä kivuliaaseen synnytykseen, eli jo tällöin veden terapeuttinen vaikutus oli tiedossa. (Hirvonen 1998, 13.)

Jos synnytyssairaalassa on käytössä synnytysamme, on sitä mahdollista hyödyntää synnytyskivunlievityksessä. Ammeeseen upottautuminen ei ole mikään taikatemppu, joka poistaisi kaiken kivun ja epämukavuuden. On kuitenkin tehty tutkimuksia, joiden mukaan veden käyttö synnytyksissä vähentää kipulääkityksen tarvetta synnytyksessä. Veden kudoksia pehmentävällä vaikutuksella on myös pystytty vaikuttamaan repeämiä ja välilihan leikkaamisen tarvetta vähentävästi. (Hirvonen 1998, 20 - 21.)

Vesi vähentää lihasjännitystä ja painovoiman vaikutusta sekä vilkastuttaa ääreisverenkiertoa. Lisäksi on esitetty, että lämmin vesi vähentää adrenaliinin ja muiden stressihormoneiden eritystä sekä sensorista eli tuntoaistin ärsytystä. Veden käyttö voi myös nopeuttaa synnytystä. Kuitenkin liian varhainen veteen meno voi vähentää supistuksia. (Hirvonen 1998, 21.)

Sillä, missä vaiheessa synnyttäjä menee altaaseen, näyttää olevan vaikutusta synnytyksen edistymiseen ja supistusten tehokkuuteen. Lämpimällä vedellä on katsottu olevan myös lihasten kouristelua vähentävä vaikutus. Se myös lisää verenkiertoa paikallisesti ja tehostaa kudosten aineenvaihduntaa. Lisäksi se voi nostaa synnyttäjän kipukynnystä. Synnyttäjän on helpompi löytää miellyttävä asento, sillä vesi kannattelee synnyttäjän painoa. Altaan sijaan myös lämpimällä suihkulla voidaan rentoutua ja vähentää kipua. Etenkin alaselkään ja vatsalle suunnattu suihku, lievittää kipua välittömästi. Synnyttäjän kivun vuoksi on tärkeää, että kättilö tarkistaa veden sopivan lämpötilan, sillä kiputilan vuoksi synnyttäjää ei välttämättä tunne polttavaa kuumuutta. (Liukkonen ym. 1998, 89 - 91.) Tehokkainta on kylpeä 34 – 38-asteisessa vedessä. Upottautuminen korvia myöten veteen on hyvä keino synnytysregressioon, eli synnytysmietiskelyyn pääsyssä. Synnytysstressin vähetessä hormonitoiminta elpyy, kipua tuntuu vähemmän ja synnytys edistyy. (Miettinen-Jaakkola 1992, 75.)

Vettä voidaan käyttää koko avautumisvaiheen ajan. Ponnistusvaiheessa vettä on harvemmin käytetty tarkoituksellisesti. Mikäli lapsi syntyy ammeeseen, on sieltä nouseva ennen istukan syntymistä, sillä tilanteeseen liittyy vesiemboliavaara. (Miettinen-Jaakkola 1992, 75.) Yhtenä riskitekijänä vesiammeen käytössä synnytyksessä on niihin mahdollisesti liittyvä infektiovaara, joka voi johtua äidin eritteiden kuten veren, virtsan tai ulosteen pääsystä veteen. Puhtaan synnytysaltaan ei ole kuitenkaan todettu aiheuttavan tulehduksia syntyvälle lapselle tai äidille. Vesiallasta voidaan suositella vain terveelle äidille, jolloin infektiota esiintyy vähemmän. (Hirvonen 1998, 22.)

Mäki-Kojolan (2009) tutkimukseen osallistuneet naiset kokivat veden miellyttävänä ja luonnollisena kivunlievityskeinona. Etenkin amme, jossa asennon vaihto oli mahdollista, sai synnyttäjien keskuudessa hyvän vastaanoton. Suihku koettiin myös hyväksi vaihtoehdoksi, mikäli ammeen käyttö ei ollut mahdollista. (Mäki-Kojola 2009, 29.)

4.11 Lämpöhauteet ja kylmät kääreet

Lämpöhauteet ovat yksinkertainen, edullinen ja miellyttävä tapa helpottaa synnyttäjän oloa. Lämpöpakkauksia tai kääreitä käytetään avautumisvaiheen alkaessa lähinnä ristiselän ja kohdun päällä. Myös ponnistusvaiheessa lämpimästä kääreestä voi saavuttaa hyötyä, sillä se rentouttaa ja pehmentää kudoksia ja mahdolliset repeämät vähenevät, koska lämmöllä on välilihan venymistä auttava vaikutus. Synnyttäjä ei kivuliaisuutensa vuoksi välttämättä aisti geeli- tai jyväpussin kuumuuden astetta, minkä vuoksi kätilön tai apuhenkilön on tarkistettava lämpöhaude ennen synnyttäjälle antoa. Näin vältetään turhilta palovammoilta. (Liukkonen, ym. 1998, 91.) Lämpöhauteita kokeili Holopaisen ja Vatasen (2003) tutkimuksessa lähes puolet 47,7 % tutkimusjoukosta (n=47). Kivunlievitysteholtaan lämpöhauteet koettiin joko tehokkaaksi tai kohtalaisen tehokkaaksi.

Joillekin kivuliaisuuteen voi löytyä helpotusta kylmähauteista tai kääreistä. Kylmä vähentää lihasten kouristuksia lämpöä kauemmin ja toimii hidastamalla kipuimpulssin kulkua. Lisäksi se vähentää kudosten aineenvaihduntaa ja pinnallista verenkiertoa, jolloin paikallisesti ihon ja lihasten lämpö laskee. Synnyttäjällä voidaan käyttää kylmäpakkauksia sekä selän että kohdun puolella vaimentamaan vatsanpuoleisia supistuksia. Kylmäpussin voi asettaa synnytyksen jälkeen välilihan alueelle, jolloin se vähentää turvotusta ja kipua. Kylmäpussia käytettäessä on huomioitava, että ihon ja kylmäpakkauksen väliin jää yhdestä kahteen suojaavaa kerrosta paleltumien ehkäisemiseksi. (Liukkonen ym. 1998, 93 - 94.)

4.12 Transkutaaninen hermoärsytys eli TNS

Transkutaaninen hermoärsytys eli TNS on vanha menetelmä kivunlievityksessä. Kun 1980-luvulla lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät valloittivat synnytyssalit, oli TNS unohduksissa pitkän tovin. 1990-luvulla menetelmä koki uuden tulemisen osaksi englantilaisten synnyttäjien toiveesta. (Liukkonen ym. 1998, 95 - 96.) Kyseessä on menetelmä, jota annetaan selän alueelle ja jonka periaate on sama kuin selän hieronnassa. TNS-hoidosta saa parhaimman hyödyn, kun ymmärtää kivun kulkumekanismien synnytyksen aikana. (Eskola & Hytönen 2002, 231; Liukkonen ym. 1998, 95 - 96.) TNS-

elektrodeja ei saa asettaa kohdun päälle tai sen läheisyyteen, muut ruumiinosat ovat sallittuja. (Kalso & Vainio 2002, 182.)

TNS-hoito toteutetaan siihen kehitetyllä erityisellä TNS-hoitolaitteella, joka on pieni pattereilla tai verkkovirralla ladattava sähkösykäysgeneraattori. Laite soveltuu hyvin itsehoitoon pienen kokonsa ja helppokäyttöisyytensä johdosta. Laitteessa käytetään joko kahta tai neljää elektrodiä, jotka voivat yksinkertaisimmillaan olla teipillä ihoon kiinnitettäviä hiilikumilevyjä. Markkinoilla on myös itseliimautuvia muovielektrodeja. Stimulaattoreissa on yleensä yksi - kaksi kanavaa, joista voi valita joko matala- tai korkeafrekvenssistä stimulaatiota. (Huovinen 2005, 34.)

Kun käytetään matalataajuisia hermostimulaatiota, saadaan aikaan kivuttomia mutta näkyviä ja rytmisiä lihassupistuksia, joista seuraa rentoutuminen. Tämä parantaa istukkaverenkiertoa, lymfanesteen virtausta ja vähentää lihaskireyttä. Tuloksena on endorfiinitason nousu, joka rentouttaa ja kohottaa mielialaa. Käytettäessä korkeataajuisia stimulaatiota, laskee se noradrenaliini- ja adrenaliinipitoisuuksia elimistössä ja rauhoittaa autonomisen hermoston toimintaa. Lisäksi korkeataajuisia stimulaatiota käytettäessä saavat hermojuuret sensorista ärsykettä, joka saa aikaan miellyttävä ja pitkäkestöisen puutumisen ja tunnottomuuden tunteen. Mikäli käytetään liian korkeaa energia määrää, saadaan aikaan täydellinen tunnottomuus ja supistustila lihaksissa. Tosiasiassa hoidolla voidaan käydä lähellä potilaan sietokynnystä. Kun hyvä hoitovaste on saatu, voidaan laite pitää päällä useita tunteja. (Liukkonen ym. 1998, 98.)

Avautumisvaiheessa kipu levittyy suureen osaan vatsaa ja selkää. Kun käytetään kahta elektrodiparia, annetaan avautumisvaiheen alussa virtaa vain ylempään elektrodiin. Hoito aloitetaan pienellä virralla, jota tarvittaessa nostetaan, kunnes kipu helpottuu. Ponnistusvaiheessa kipu paikallistuu sinne, missä kipureseptorit aktivoituvat. Tällöin kiputuntemukset ovat peräisin lantionpohjan ja synnytyskanavan venymisestä. Ponnistusvaiheessa annetaan virtaa molempiin elektrodeihin yhtä aikaa. (Liukkonen ym. 1998, 96, 98.)

4.13 Homeopatia ja aromaterapia

Aktiivinen synnytys ry:n -sivusto mainitsee synnytyskipun hoidossa voitavan käyttää apuna homeopatiaa niin raskausaikana, synnytyksessä ja synnytyksen jälkeen. Menetelmän on kehittänyt saksalainen lääkäri Samuel Hahnemann 200 vuotta sitten. Päämääränä on saada kehon omat mekanismit toimimaan parantavasti. Huolellisen haastattelun avulla jokaiselle räätälöidään omat homeopaattiset lääkemääritykset. Yleisempiä homeopaattisia lääkkeitä ovat Arnica, Caulophyllum ja Cimicifuga. (Messina 1996.) Suosituksen mukaan homeopaattisia lääkkeitä tulee käyttää vain asiaan perehtyneen henkilön ohjauksessa. Homeopaattisia lääkkeitä käytetään tippoina kielen päällä tai vaihtoehtoisesti liuottamalla tabletit kielen alla. Synnytyskipua parhaiten lievittävä vaikutus saadaan ottamalla huomioon synnyttäjän sen hetkinen mielen laatu. Homeopatiasta ja niiden yhteisvaikutuksesta muiden lääkkeiden kanssa ei ole riittävästi tieteellisesti todennettua tietoa. (Liukkonen ym. 1998, 126.) Virallinen lääketiede ei hyväksy kaikkia vaihtoehtoisia hoitomuotoja, joista yksi on homeopatia. (Sailo & Varti 2000, 229).

Aromaterapeuttisia öljyjä käytetään joko höyryhengityksenä tai imeyttämällä ne ihon kautta. Öljyjä voidaan käyttää myös hauteena, kääreenä, geelinä tai voiteena sekä kylpyveden seassa. Hieronta on myös aromaterapian tärkein hoitomenetelmä. Synnytyksessä öljyjä käytetään rentouttamaan synnyttäjää ja vähentämään kipuja. Hyvät tuoksut pehmentävät ilmapiiriä ja vähentävät synnytystilojen sairaalamaisuutta. Aromaterapeuttiset aineet kulkeutuvat äidin verenkiertoon ja sitä kautta myös istukan läpi sikiöön. Näiden vaikutusta sikiöön ei ole tutkittu. (Liukkonen ym. 1998, 121 - 122.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa opas terveydenhoitajan sekä kättilön apuvälineeksi synnytysvalmennukseen ja sitä voi jakaa myös odottaville perheille kotiin. Tavoitteena on lisätä tietämystä lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. Opas sisältää tietoa erilaisista lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ilman tarkoitusta pois sulkea tai vähätellä farmakologisten kivunlievitysmenetelmien tarvetta.

6 TUOTEKEHITYSPROSESSI MENETELMÄNÄ

Valitsimme opinnäytetyön toteutusmenetelmäksi tuotekehitysprosessin, sillä halusimme opinnäytetyönämme tehdä konkreettisen tuotteen, jolle on käyttöindikaatio.

Terveysalan tuotteet ovat yleensä tarkoitettuja informaation välittämiseen asiakkaalle, jolloin keskeinen sisältö muodostuu tosiasioista, jotka pyritään kertomaan mahdollisimman täsmällisesti ja ymmärrettävästi. Työmme tuloksena valmistuu painotuote, jota on tarkoitus käyttää suullisen ohjauksen tukena. Tällaisen tuotteen tekstityylinä käytetään selkeää asiatyyliä. Lisäksi työssämme on tarkoitus käyttää kuvia havainnollistamaan tekstisisältöä. Erityisesti pyrimme informaation välittämiseen ymmärrettävästi, oppaasta on tarkoitus tehdä myös visuaalisesti houkutteleva. (Ks. Jämsä & Manninen 2000, 54 - 57.)

Mikäli päätös tuotteesta ja sen ominaisuuksista on tehty, pääpaino tuotteistamisessa on sen valmistusprosessissa. Jos lähtökohtana taas on jokin sosiaali- ja terveysalaan liittyvä ongelma tai kehittämistä vaativa tilanne, tuotteen suunnittelu ja kehittäminen käynnistyvät vasta huolellisen selvityksen, analyysien ja innovaatioprosessien jälkeen. Hyvin tyypillistä on, että esimerkiksi yhteydenotto tuotteen tilanneeseen tahoon luonnosteluvaiheessa täsmentää kehittämistarvetta. Tämän vuoksi tuotekehitysprosessissa vaiheesta toiseen siirtyminen ei edellytä edellisen vaiheen päättymistä. Työssämme on kyse täysin uuden tuotteen kehittämisestä, jonka lähtökohtana on tunnistettu kehittämistarve. (Ks. Jämsä & Manninen 2000, 28 - 30.)

Oppaan kokoamista varten päätimme kartoittaa ammattihenkilöiden näkemyksen oppaan sisällöstä, rakenteesta ja ulkoasusta. Tätä tarkoitusta varten laadimme avoimia kysymyksiä sisältävän kyselylomakkeen. Kysymysten tarkalla suunnittelulla ja selkeän lomakkeen laadinnalla voidaan tehostaa vastaamista. Päädyimme käyttämään kyselysämme avoimia kysymyksiä, joissa esitetään vain kysymys ja jätetään riittävästi tilaa vastaamista varten. Avoimilla kysymyksillä ajatellaan saatavan lisää esiin näkökulmia, joita kyselyn laatija ei ole osannut ajatella etukäteen. (Hirsjärvi ym. 2009, 198 - 199.)

Kyselylomakkeen laadinnassa koimme selkeyden yhdeksi tärkeäksi kyselyn ominaisuudeksi. Muokkasimme kysymyksiä useaan otteeseen ja lopputuloksena kysymykset

lyhentyivät. Vastaamista helpottaa, kun kysytään yhtä asiaa kerrallaan. Lomakkeen laatijan tulee tarkastaa kuinka pitkä lomakkeesta tulee, kun tehdyt kysymykset kootaan yhteen. Lähetettyyn kyselyyn tulisi pystyä vastaamaan noin 15 minuutissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 202 - 203.) Aluksi laadimme useita kysymyksiä, jotka lopuksi karsiutuivat kolmeen oppaan kannalta keskeiseen kysymykseen. Kyselylomakkeen (liite 2) lähetimme vastaajille yhdyshenkilöiden avustuksella sähköpostin välityksellä. Oletimme, että sähköpostin välityksellä vastaaminen olisi vastaajien kannalta miellyttävä tapa osallistua kyselyyn.

Jämsä ja Manninen (2000, 28) katsovat tuotekehitysprosessiin kuuluvan viisi vaihetta riippumatta siitä, mitkä tekijät tuotekehitysprosessissa painottuvat. Nämä vaiheet ovat 1. ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen, 2. ideointi ratkaisujen löytämiseksi, 3. tuotteen luonnosteluvaihe, 4. tuotteen kehittelyvaihe, 5. tuotteen viimeistelyvaihe.

1. Ensimmäisessä vaiheessa tunnistetaan ongelmat ja kehittämistarpeet. Meille tämä kehitystarve ilmeni ollessamme yhteydessä paikalliseen neuvoloiden osastonhoitajaan, jonka kanssa käydyissä keskusteluissa hän esitti, että tällaiselle oppaalle olisi tarvetta.

2. Seuraavana tuotteistamisprosessissa tulee ratkaisujen löytämiseen tähtäävä ideavaihe, jossa pyritään löytämään erilaisia vaihtoehtoja ratkaisuksi edellisessä vaiheessa kartoitettuun tarpeeseen. Menetelmänä käytetään erilaisia luovan ongelmanratkaisun menetelmiä, esimerkiksi aivorihtä. (Ks. Jämsä & Manninen 2000, 35 - 37.) Käytösämme oli eräänlainen ideapankkimenetelmä, johon kerättiin asian kanssa tekemisissä olevien ihmisten toiveita ja ehdotuksia, mitä asian korjaamiseksi tulisi tehdä.

Tässä vaiheessa pohdimme, tulisiko meidän tuottaa kaksi opasta, joista toinen olisi neuvolahenkilökunnalle kehitetty ns. laajennettu ammattimaisempi versio, ja toinen suppeampi opas raskaana oleville äideille ja heidän läheisilleen. Päädyimme kuitenkin tuottamaan yhden oppaan, joka laajuudeltaan ja sisällöltään soveltuu molemmille kohderyhmille ja jota voi hyödyntää sekä synnytysvalmennuksen kaltaisessa ryhmäohjauksessa, että terveydenhoitajan ja asiakkaan välisessä yksilöohjauksessa.

Saadaksemme vahvistusta pohtimillemme ideoille ja sisällöille halusimme saada mukaan myös asiantuntijoiden näkökulman oppaan toteutukseen. Valmistimme ohjeistavan saatekirjeen (liite 1), jonka lähetimme kyselykaavakkeen (liite 2) mukana Sosterin alueen neuvoloiden osastonhoitajalle sekä Savonlinnan keskussairaalan osastonhoitajalle lähetettäväksi eteenpäin Sosterin alueella työskenteleville neuvolaterveydenhoitajille ja synnytysosaston kätilöille. Tavoitteenamme oli kerätä näin itsellemme vinkkejä ideapankkimenetelmän tapaan.

Kysely ajoittui vuodenvaihteeseen 2009 - 2010. Kyselyyn vastaamiseen annoimme aikaa neljä viikkoa, jonka jälkeen aloimme purkaa vastauksia. Yhteyshenkilöimme kautta kyselylomake lähetettiin 10 terveydenhoitajalle ja 19 kätilölle. Vastauksia saimme yhteensä seitsemän, joten oli helppoa poimia vastauksista oppaan valmistamista hyödyttävä tieto. Oli mielenkiintoista nähdä, että useissa vastauksissa nousi esille samantapaiset asiat.

Ensimmäisenä kysymyksenä lähettämässämme kyselykaavakkeessa kysyimme, millaisia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä oppaan tulisi sisältää. Kuudessa vastauksessa seitsemästä tärkeäksi oppaaseen sisällytettäväksi asiaksi nousi oikeanlaisen hengityksen merkitys synnytyskivun lievityksessä. Rentoutuminen ja sen merkitys nousi niin ikään neljässä vastauksessa esille. Apuvälineet ja niiden hyödyntäminen oli mainittu kaikissa vastauksissa. Liikkeellä olo ja erilaiset asennot oli koettu myös erittäin tärkeäksi, ja se oli otettu esille jokaisessa vastauksessa. Kosketus ja tukihenkilön merkitys olivat mainittuna viidessä vastauksessa. Saimme myös monia muita ideoita, joita oppaaseen voisi lisätä. Tällaisia olivat muun muassa ravintoasiat ja erityistoimintaan liittyvät seikat. Yhdessä vastauksessa toivottiin akupunktion ja vyöhyketerapian mukaan ottamista oppaaseen. Käsittelemme asiaa teoriaosuudessa, mutta pysyimme kuitenkin alkuperäisessä suunnitelmassamme sisällyttää oppaaseen vain sellaiset lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät, jotka ovat käytössä Savonlinnan keskussairaalas-
sa.

”Kosketus, hieronta, kädestä kiinni pitäminen.”

”Asentojen vaihtelu ja kokeilu mikä tuntuu hyvältä.”

”Apuvälineet, kuten jumppapallo ja keinutuoli.”

Toisena kysymyksenä kysyimme, millaista muuta tietoa oppaan tulisi antaa synnytyskivun hallinnasta. Toiveita oli muun muassa, että annettaisiin synnytyksen kestosta ja kivun kokemisesta realistista tietoa. Vastauksissa nousi esille se, että ei ole olemassa huonoa tai yhtä oikeaa tapaa synnyttää. Lisäksi toivottiin myös tietoa siitä, kuinka synnyttäjät itse voi toiminnallaan vaikuttaa kivun kokemiseen ja hallintaan. Yhdessä vastauksessa oli myös tuotu hyvin esille varauksellinen suhtautuminen internetin ja muiden synnyttäjien kertomuksiin. Oppaaseen tulisi myös positiivisin ilmauksin sisällyttää huomio siitä, että synnytys ei ole kivuton kokemus ja että vauvan hyvinvoinnin tulisi olla etusijalla. Tässä samaisessa vastauksessa mainittiin myös lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien turvallisuus syntyvälle lapselle.

”Ei ole hyvää tai huonoa tapaa synnyttää.”

”Sekä kipu että sen kokeminen on yksilöllistä.”

”Lisätä äidille rohkeutta kysyä ja toivoa eri vaihtoehtoja.”

Kolmannessa kysymyksessä kysyimme, minkälaisia toiveita vastaajilla on oppaan rakenteen, ulkoasun ym. suhteen. Vastauksissa toivottiin selkeyttä sekä ulkoasuun että tekstiin, ytimekkyyttä, huumoria, hyviä aiheeseen liittyviä kuvia ja värikkyyttä. Yhdessä vastauksessa ehdotettiin myös dvd:n valmistusta aiheesta, mutta kustannusten ja aikatauluongelmien vuoksi tällainen toteutus ei tällä hetkellä ole mahdollista.

”Asiat olisi hyvä esittää selkeästi ja lyhyesti.”

”Erilaisia kuvia, joissa lantion pystyasento näkyy selvästi olisi hyvä olla.”

3. Ideavaihetta seuraa **luonnosteluvaihe**, jossa hahmotellaan alustavasti ydinkysymykset, joilla turvataan tuotteen laatu. Tuotteen kehittämisessä edetään luonnosteluvaiheessa tehtyjen periaatteiden mukaisesti. Luonnostelun tavoitteena on täsmentää ketä ja millaisia ovat tuotteen käyttäjät. Luonnostelua tehtäessä on syytä selvittää käytännöntyötä tekevien ammattilaisten näkemykset ja ehdotukset. (Jämsä & Manninen 2000, 43 - 52.)

Ennen aineiston tuottamista on määritettävä aineiston kohderyhmä. Parhaaseen tulokseen aineiston tuottamisessa päästään, kun kohderyhmältä itseltään kysytään, mitä he haluavat tuotteen sisältävän. (Parkkunen ym. 2001,8).

Meillä tässä vaiheessa painottui yhteistyö paikallisten synnytysvalmennusta ohjaavien terveydenhoitajien sekä Savonlinnan keskussairaалassa työskentelevien kättilöiden kanssa. Heiltä saimme tietoa muun muassa siitä, millaisia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä tulevassa oppaassa on syytä käsitellä, jotta se vastaisi Savonlinnan keskussairaалassa käytettävissä olevia menetelmiä.

Tässä vaiheessa hankimme aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja tutkimustietoa, jota oli melko niukasti saatavilla. Tutkimuksien hakemiseen käytimme kahteen otteeseen kirjaston informaation asiantuntemusta. Tästä huolimatta löysimme aiheeseen sopivia tutkimuksia toivomaamme vähemmän. Kirjallisuutta löysimme kohtuullisesti, mutta niistä suuri osa oli suhteellisen vanhoja painoksia. Löytämistämme tutkimuksista teimme kirjallisuuskatsaukset. Olimme samanaikaisesti yhteydessä ohjaaviin opettajiin ja työelämän ohjaajaan, jotka kommentoivat työmme etenemistä sekä antoivat parannusehdotuksia. Suunnitelmaseminaari esityksessä marraskuussa 2009 saimme palautetta niin opponenteilta, yleisöltä kuin opinnäytetyön ohjaajiltamme.

4. Tuotteen kehittäelyvaiheessa tuotteen sisältö selkenee. Keskeisen sisällön tulee muodostua tosiasioista, jotka pyritään esittämään mahdollisimman ymmärrettävästi, täsmällisesti ja vastaanottajan tiedon tarve huomioiden. Kaikille tuotteille, jotka ovat tarkoitettu informaation välittämiseen, yhteinen ongelma on, kuinka laajan asiasisällön tuotteeseen ottaa ja mitä aiheita siihen valitsee. Lisäksi aina on oltava tietojen päivittämisen mahdollisuus. Tässä vaiheessa on pyrittävä eläytymään tiedon vastaanottajan asemaan. (Ks. Jämsä & Manninen 2000, 54 - 55.)

Tässä vaiheessa teoriapohja oli lähes valmiiksi hankittu, joskin pieniä täydennyksiä oli vielä työn alla. Pyysimme apua opettajilta ja työelämän ohjaajalta etenkin lisälähteiden hankinnassa. Oppaan lopullinen sisältö ja ulkoasu alkoi selkiytyä ja saimme positiivista palautetta valmistuvasta oppaasta. Hyödynsimme tässä vaiheessa terveydenhoitajilta ja kättilöiltä saamamme vastaukset, niiden pohjalta selkeni mitä lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä sisällytämme oppaaseen ja mitä jätämme pois. Asiantuntijoiden toiveet olivat lähes täysin samansuuntaiset kuin meillä oppaan tekijöillä. Pidimme mielessämme kohderyhmän eli neuvolan terveydenhoitajat, kättilöt sekä odottavat per-

heet ja suunnittelimme ja koostimme sisällön tarkkaan, jotta se palvelisi heitä mahdollisimman hyvin.

Kun sisältö oli hyvin selvillä, pystyimme suunnittelemaan myös oppaan kuvituksen. Asiantuntijoiden toiveena oli, että sisällyttäisimme oppaaseen muun muassa havainnollistavia kuvia erilaisista asennoista, joita voi hyödyntää synnytyksen eri vaiheissa. Kaikki valokuvat otimme itse, oppaan kuvituksessa esiintyy toinen opinnäytetyön tekijöistä. Pyysimme sähköpostitse synnytysosaston osastonhoitajalta luvan käydä kuvaamassa Savonlinnan keskussairaalan synnytysosastolla erilaisia apuvälineitä lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä.

5. Tuotteen viimeistelyvaiheessa hankitaan palautetta tuotteen käyttämisestä valmiin tuotteen loppukäyttäjiltä. Viimeistely sisältää esimerkiksi yksityiskohtien hiomista ja käyttöohjeiden laadintaa. Tähän vaiheeseen sisältyy myös tuotteen jakelun suunnittelu. (Jämsä & Manninen 2000, 80 - 81.)

Tässä vaiheessa valmistuu lopullinen painotuote. Esitysseminaarissa toukokuussa 2010 saimme lopullisen palautteen tekemästämme työstä. Tärkein palaute tulee kuitenkin tuotteen varsinaisilta käyttäjiltä.

Laatimaamme opasta on tarkoitus testata tulevaisuudessa siten, että olemme mukana käytännön työtilanteissa, joissa opasta käytetään. Käytännössä tämä tarkoittaa osallistumista synnytysvalmennukseen, jossa näemme, miten opasta hyödynnetään ja toimii-ko se käytännön työtilanteessa. Tilanteiden yhteydessä saamme palautetta sekä työntekijältä että asiakkailta tuotteen toimivuudesta. Tarkoituksena on tehdä kirjallinen palautelomake, jossa pyydämme synnytysvalmennukseen osallistuneita arvioimaan oppaan tarpeellisuutta ja hyödynnettävyyttä. Toivomme saavamme suullista palautetta opasta työssään käyttävältä henkilökunnalta oppaan käyttökelpoisuudesta käytännössä.

Työssämme ei tässä vaiheessa varsinaisesti edetä prosessissa kuvattuun viimeiseen vaiheeseen asiakaspalautteen osalta. Palautteen saaminen ajoittuu opinnäytetyön jälkeiseen aikaan, joka mahdollisesti toteutuu jatko-opinnoissamme.

7 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Terveysalan tuotteen luotettavuuden ja eettisyyden pohdinnassa on otettava huomioon muun muassa tuotteen sisältöön liittyvät seikat. Tällaisista seikoista esimerkkinä voi mainita kuvien käytön. Tietyt oikeudet ja velvollisuudet kuuluvat kuvien ottajille, niiden kohteille sekä käyttäjille. Mikäli henkilö on kuvissa helposti tunnistettavissa ja se aiotaan esittää julkisesti, tarvitaan kuvaamiseen aina lupa. (Nikkanen 2007, 2.) Omalla kohdalla ratkaisimme tämän asian ottamalla ja esiintymällä kuvissa itse. Synnytysosastolla ottamillemme kuville meillä oli osastonhoitajan lupa ja hän oli koko ajan läsnä kuvatessamme.

Plagioinnilla tarkoitetaan toisen tekijän sanamuodon, ideoiden tai tutkimustulosten esittämistä ikään kuin ne olisivat tiedon luvattoman lainaajan itsensä kirjoittamia. Luvaton tekstin suora lainaaminen on hyvien tieteellisten käytänteiden vastaista. Selvästi toiselta saadut sanamuodot ja ideat on merkittävä asianmukaisesti lähdeviittein. (Hirsjärvi ym. 2009, 122.) Tämän opinnäytetyön prosessin aikana olemme olleet tarkkoja lähdeviitteiden merkitsemisessä ja välttäneet tekstien suoraa lainaamista.

Terveyden edistämisen keskus on tuottanut terveysaineistolle laatukriteerit, joilla voidaan arvioida muun muassa aineiston kieliasua, ulkoasua, sisältöä sekä kokonaisuutta. Olemme pyrkineet tuottamaan oppaan hyvän terveysaineiston laatukriteereiden mukaisesti. Hyvä terveysaineisto on helppolukuista. Vaikeita käsitteitä ja monimutkaisia lauserakenteita tulee välttää. Tekstin selkokieliyys on tärkeää, jotta jokaisella on mahdollisuus ymmärtää luettu teksti. Ulkoasultaan hyvä terveysaineisto on selkeästi jäsennetty. Ulkoasuun voidaan vaikuttaa muun muassa havainnollistavalla kuvituksella, tekstin sijoittelulla, kirjasin koolla ja -tyypillä sekä värien käytöllä. Sisällöllisesti hyvällä terveysaineistolla on selkeä terveystavoite. Tällöin lukija hahmottaa selvästi, mihin terveysasiaan tuotettu aineisto liittyy. Tuotteeseen sisältyvän aineiston tulee olla virheetöntä tietoa ja sitä tulee olla sopiva määrä. Terveysaineiston kokonaisuus on hyvä, kun kohderyhmä on selkeästi määritelty, jolloin aineisto on mahdollista kohdentaa juuri kyseiselle kohderyhmälle. Aineiston tulisi olla myös positiivisella tavalla huomiota herättävä. (Terveyden edistämisen keskus.)

8 POHDINTA

Tekemämme oppaan on tarkoitus palvella lasta odottavia perheitä, äitiysneuvolassa työskenteleviä terveydenhoitajia, jotka ohjaavat synnytysvalmennuksia sekä synnytysosaston kätilöitä. Opasta voisi hyödyntää myös terveydenhoitajan ja asiakkaan kahdenkeskisessä ohjaustilanteessa. Toivomme myös, että opas palvelisi kätilöitä erilaisissa ohjaustilanteissa synnytysosastolla.

Opinnäytetyön alkuvaiheessa ongelmaksi muodostui suppeahkon tutkimustiedon ja lähdekirjallisuuden määrä aiheestamme. Itse raskaudesta ja synnytyksestä on enemmän kirjallisuutta, mutta lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä koskevaa tutkimustietoa sekä kirjallisuutta emme juuri löytäneet. Aihetta on tutkittu valitettavan vähän Suomessa. Ulkomaista kirjallisuutta ja tutkimuksia on tehty runsaammin, mutta meillä ei valitettavasti ollut mahdollisuutta yrityksistä huolimatta saada kaikkea haluamaamme lähdekirjallisuutta käyttöömme. Osaa käyttämistämme tutkimuksista ja lähdekirjoista voidaan pitää ajallisesti vanhoina. Sisällöllisesti ne ovat edelleen asianmukaisia, koska itse synnytys tapahtumana ei kuitenkaan ole muuttunut vuosien saatossa miksiäkään. Myös uusimmat löytämämme tutkimukset nojaavat suurelta osin nimenomaan vanhempaan lähdekirjallisuuteen. Kirjallisuuteen tutustuessamme huomasimme, että myös uusimmissa alan julkaisuissa on hyödynnetty alan vanhempaa kirjallisuutta. Tutkimuksia haimme Linda-, Chinal Ebsco-, Nelli- ja Mikki - tietokannoista. Lisäksi hyödynsimme Tampereen yliopiston tutkielmatietokantaa ja hakukone Googlea.

Koemme, että ihmiset ovat lisääntyneen tiedon myötä tulleet varovaisemmiksi lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien suhteen. Yleisesti on tiedossa, että lääkkeelliseen kivunlievitykseen liittyy aina riskejä, joita ei voida täysin sulkea pois kehittyneestä lääketieteestämme huolimatta. Maksimaalinen lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien hyödyntäminen voi parhaimmillaan vähentää lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien tarvetta, mikä on aina syntyvän lapsen ja äidin etu. Oppaan ei ole tarkoitus vähätellä tai pois sulkea lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä, vaan antaa tietoa ja rohkaisua kokeilla lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja.

Valmiiseen oppaaseen olemme tyytyväisiä. Aihe oli opinnäytetyön tekijöille alusta saakka kiinnostava, joka sai opinnäytetyön etenemään aikataulussa. Koemme, että

oppaasta löytyy keskeiset asiat lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä synnytyskivun hoidossa. Koska on havaittu, että sopiva luettavuuden taso vaikuttaa lukijan kokemaan aineiston hyödyllisyyteen, kiinnitimme helppolukuisuuteen erityisesti huomiota. Pyrimme välttämään monimutkaisia lauserakenteita ja käsitteitä. Mikäli päädyimme käyttämään käsitteitä, määrittelimme ne selkeästi. Oppaan teksti on tarkoituksella muutettu rakenteellisesti ja sisällöllisesti helpommin ymmärrettävään muotoon. (Parkkunen ym. 2001, 11 - 14.)

Kiinnitimme huomiota oppaan tekstityypin valintaan ja kokoon. Valitsimme selkeän ja riittävän suuren kirjasinfontin. Oppaan sisällön esitystapa on selkeä kappalejakojen ja otsikoinnin vuoksi. Lisäksi kuvitus tukee tekstiä. Koko tuotekehittelyprosessin ajan meillä on ollut selkeästi kohderyhmä selvillä. Oppaasta tuli mielestämme lämminhenkinen ja toivomme, että se herättää huomioita positiivisessa mielessä. (Parkkunen ym. 2001, 15 - 20.) Halusimme oppaasta A5 kokoisen ja helposti tulostettavissa olevan version.

Jokainen synnyttävä ja synnytys on erilainen. Meillä oppaan tekijöillä on johtoajatuksena, että odottavalla äidillä tulee olla oikeus mahdollisimman pitkälle valita käyttämänsä kivunlievitysmenetelmät synnytyskipunsa hoidossa. Pystyäkseen itse valitsemaan kivunlievitykseensä hänelle parhaiten sopivat keinot, tulee hänellä olla tietoa myös lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ja tähän tarpeeseen halusimme opinnäytetyöllämme vastata.

Opinnäytetyön edetessä mahdollisia jatko-opinnäytetyön aiheita löytyi useita. Yksi mahdollisuus olisi tehdä aiheesta dvd, joka antaisi tilaisuuden käsitellä tekstipohjaista opasta havainnollisemmin erilaisia kivunlievitysmenetelmiä. Muita mahdollisia lisämateriaalin tuottamistapoja voisivat olla cd- tai dvd- levyt tai kirjallinen opas rentoutumisesta ja hengitysharjoituksista.

LÄHTEET

Bahasadri, Shohreh, Ahmadi-Abhari, Sara & Dehghaninik, Mojghan 2006. Subcutaneous sterile water injektion for labour pain. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 23.11.2009.

Balaskas, Janet 1988. Aktiivisyntyys. Juva: WSOY.

Balaskas, Janet & Gordon, Yehudi 1992. The encyclopedia of pregnancy and birth. London: Little, Brown and Company.

Chang, Mei-Yueh, Wang, Shing-Yaw & Chen, Chung-Hey 2002. Effects of massage on pain and anxiety during labour. Taiwan. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 23.11.2009.

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.

Gaskin, Ina May 2003. Guide to childbirth. United Kingdom.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi

Hirvonen, Hanna 1998. Vesi kannattaa. Vesi raskauden ja synnytyksen helpottajana. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Holopainen, Marja & Vatanen, Sari 2003. ”Kivullako sinun pitää synnyttämän?”. Alateitse synnyttäneiden äitien tyytyväisyys synnytyskivunlievitykseen Savonlinnan keskussairaalassa. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Hotti, Milla & Huttunen, Kati 2009. Lääkkeetön kivunlievitys synnytyksen avautumisvaiheen aikana. Savonia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Kätilö-

työn suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö. <https://publications.theseus.fi>. Luettu 5.11.2009.

Huovinen, Anja 2005. Transkutaaninen hermostimulaatio (TENS) diabeettisen jalkahaavan hoidossa. Seurantalomakkeiden kehittäminen. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Jalkaterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.

Kalso, Eija & Vainio, Anneli 2002. Kipu. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Liukkonen, Anja, Heiskanen, Päivi, Lahti, Anneli & Saarikoski, Seppo 1998. Synnytyskivun lievittäminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Messina, Kristiina 1996. Homeopatia auttaa synnytyksessä. Yhdistyksen www-sivut. <http://www.aktiivinensynnytys.fi/artikkelit.php?artikkelinr=25>. Ei päivitystietoja. Luettu 9.11.2009.

Miettinen-Jaakkola, Aila 1992. Nainen naiselle. Luonnollinen syntymä. Hämeenlinna: Kääntöpiiri.

Mäki-Kojola, Tiina 2009. Naisten kokemuksia synnytyksestä ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen käytöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03646.pdf>. Luettu 4.11.2009.

Nikkonen, Veijo 2007. Tekijänoikeudet ja velvollisuudet. WWW-dokumentti. <http://www.selko-e.fi/tekijanoikeus/tekijanoikeus.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 29.4.2010.

Raussi-ehto, Eija, Paananen, Ulla, Pietiläinen, Sirkka, Väyrynen Pirjo & Äimälä, Anna-Mari 2006. Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Parkkunen, Niina, Vertio, Harri & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja –sarja 7/2001. Helsinki.

Pihlajaniemi, Arja 1992. Synnytyskipu ja kättilön toiminta synnytyskivun lievittämissä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma

Ryttyläinen, Katri 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytysten hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkimusyksikkö. Väitöskirja.

Saari, Johanna 2008. ”Naisenergiaa lääkkeiden ja teknologian rinnalle”. Aktiivinen synnytys-päivä 21.10.2006. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.

https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/44661/jamk_1239950324_5.pdf?sequence=1. Luettu 4.11.2009.

Saarikoski, Seppo 1992. Synnytysopin perusteet. Kuopio: Legekustannus Oy.

Sailo, Eriikka & Vartti Anne-Marie 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

Terveyden edistämisen keskus. Terveysaineiston laatukriteerit. WWW-dokumentti. http://www.health.fi/index.php?page=arv_tyokaluja&i=100192. Ei päivitystietoja. Luettu 29.4.2010.

Tilastokeskus 2006. Kivunlievitys ja muita synnytystoimenpiteitä sairaaloittain 2004 - 2005. WWW-dokumentti. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/kivunlievitystekstiosa.htm>. Päivitetty 19.1.2007. Luettu 30.10.2009.

Vallimies-Patomäki, Marjukka 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Vehviläinen, Katri 2000. Äidit liukuhihnalla. Medikalisaatio, äitiyshuollon palvelujärjestelmä ja naisten kokemukset. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaattitutkimus.

Vuori, Hilikka-Liisa & Laitinen, Marjaana 2005. Synnytyslaulu. Rentouttava äänenkäyttö synnytyksessä ja raskauden aikana. Helsinki: Edita.

Saatekirje

Mikkelin ammattikorkeakoulu

Savonniemen kampus

4.11.2009

Savonniemenkatu 6

57100 Savonlinna

**KYSELY LÄÄKKEETTÖMISTÄ KIVUNLIEVITYSMENETELMISTÄ, OPAS
OHJAUSTILANTEISIIN**

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Mikkelin ammattikorkeakoulusta Savonniemen kampukselta. Teemme opinnäytetyönä oppaan lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä tuotekehittelymenetelmällä. Oppaan on tarkoitus olla apuväline terveydenhoitajille synnytysvalmennuksiin sekä kahdenkeskisiin ohjaustilanteisiin.

Oppaan ei ole tarkoitus vähätellä tai pois sulkea lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä, vaan antaa lisää vaihtoehtoja synnytyskivun lievittämiseen. Jotta pystyisimme tuottamaan mahdollisimman hyvin terveydenhoitajia ja odottavia äitejä palvelevan oppaan, tarvitsemme teidän ammattilaisten näkökulman hyvästä oppaan sisällöstä ja ulkoasusta.

Ohjaajina opinnäytetyöllämme toimivat Tuula Okkonen, Tiina Lybeck sekä työelämän edustajana terveydenhoitaja Riitta Juutilainen.

Toivomme ystävällisesti, että vastaisitte kysymyksiimme ja lähettäisitte vastauksenne meille sähköpostitse 31.12.2009 mennessä. Opinnäytetyössä emme julkaise vastaajien nimiä ja käsittelemme vastauksenne luottamuksellisesti.

Kiitos yhteistyöstä!

Mari Suppola

Sanna Kelokaski

mari.suppola@mail.mamk.fi

sanna.kelokaski@mail.mamk.fi

Liite 2

KYSELY LÄÄKKEETTÖMIÄ KIVUNLIEVITYSMENETELMIÄ KÄSITTELEVÄN OPPAAN
SISÄLLÖSTÄ JA ULKOASUSTA

1. Millaisia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä oppaan tulisi sisältää?

2. Millaista muuta tietoa oppaan tulisi antaa synnytyskivunhallinnasta?

3. Minkälaisia toiveita Teillä on oppaan rakenteen, ulkoasun ym. suhteen?

Kiitos vastauksistanne!

LIITE 3 (1). Kirjallisuuskatsaus

Tutkimus	Tutkimuskohde	Käytetyt menetelmät / otoskoko	Keskeiset tulokset	Hyödynnettävyys omaan opinnäytetyöhön
<p>Pihlajaniemi, A., 1992. Synnytyskipu ja kätilön toiminta synnytyskivun lievittämiseksi. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos.</p> <p>Tietokanta: Nelli</p> <p>Hakusanat: synnytyskipu</p>	<p>Oulun yliopistollisen sairaalan synnytysvuodeosaston uudelleen synnyttäjät, joilla oli säännöllinen raskaus ja synnytys.</p>	<p>Kyselytutkimus. Osallistujia tutkimukseen oli 100, joista lomakkeita palautettiin 98 kappaletta.</p>	<p>Suurinosa synnyttäjistä(67%) arvioi synnytyskivun voimakkaaksi, erittäin voimakkaaksi tai sietämättömäksi. Neljännes (25%) arvioi avautumisvaiheen synnytyskivun kohtalaiseksi ja vain muutama synnyttäjä (8%) piti synnytyskipua heikkona tai sitä ei ollut lainkaan.</p>	<p>Tästä tutkimuksesta saadaan arvokasta tietoa synnytyskivun erityispiirteistä ja kuinka synnyttäjät sen kokevat. Tutkimuksessa käsitellään osittain samoja teemoja, kuin omassa opinnäytetyössämme, kuten kosketuksen merkitys kivunlievityksessä.</p>

LIITE 3 (2). Kirjallisuuskatsaus

Tutkimus	Tutkimuskohde	Käytetyt menetelmät / otosko-ko	Keskeiset tulokset	Hyödynnettävyys omaan opinnäytetyöhön
<p>Holopainen, M. & Vatanen S., 2003. ”Kivullako sinun pitää synnyttämän?”. Alateitse synnyttäneiden äitien tyytyväisyys synnytyskivunlievitykseen Savonlinnan keskussaira-lassa. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.</p> <p>Tietokanta: Mikki Hakusanat: vaihtoehtoiset kivunlievitysmenetelmät</p>	<p>SKS:n synnytys- ja naistentautienosaston 2B:n alateitse synnyttäneet äidit.</p>	<p>Kyselylomakkeita, joissa oli strukturoituja kysymyksiä annettiin 63 kappaletta, joista vastaus saatiin 47:ään. Vastausprosentti oli 74,6%. Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus. Avokysymykset käsiteltiin sisällön analyysillä</p>	<p>Ensisynnyttäjät olivat huomattavasti kivuliaampia kuin uudelleensynnyttäjät. Kuitenkin 75% oli erittäin tai melko tyytyväisiä saamaansa kivunlievitykseen. Yleisimmät farmakologiset kivunlievitysmenetelmät olivat epiduraalipuudutus, ilokaasu ja petidiini, joita käytti 40,9% synnyttäjistä. Luonnonmukaisista kivunlievitysmenetelmistä käytetyin oli liikkuminen ja asennon vaihtaminen(56,8%) sekä lämpöhauteet (47,7%).</p>	<p>Opinnäytetyössä käsitellään luonnonmukaisia kivunlievitysmenetelmiä, joita meidän oma opinnäytetyö käsittelee. Lisäksi synnytyskipua käsitellään tässä varsin laajalaisesti.</p>

LIITE 3 (3). Kirjallisuuskatsaus

Tutkimus	Tutkimuskohde	Käytetyt menetelmät / otoskoko	Keskeiset tulokset	Hyödynnettävyys omaan opinnäytetyöhön
<p>Saari,J. 2008. ” Naisenergiaa lääkkeiden ja teknologian tinnalle” Aktiivinen synnytys –päivä 21.10.2006. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.</p> <p>Tietokanta: Google Hakusanat: aktiivisyntytys</p>	<p>Tapahtuma palveli raskaana olevia ja terveydenhoitohenkilökuntaa. Kuitenkin tapahtuma oli avoin kaikille asiasta kiinnostuneille.</p>	<p>Toiminnallinen opinnäytetyö. Tekijä järjesti synnytystä käsittelevän tapahtuman synnytysvalmennuksen sijaan. Tarkoituksena oli antaa osallistujille tietoa aktiivisesta synnytyksestä ja erilaisista kivunlievitysmenetelmistä. Tapahtuman järjestäjä suoritti tyytyväisyyskyselyn tapahtuman onnistumisesta. Osallistujia tapahtumassa oli 25.</p>	<p>Osallistujat olivat tyytyväisiä päivän antiin ja lisäksi sisältöä keuhuttiin mielenkiintoiseksi.</p>	<p>Opinnäytetyössä on käsitelty luonnonmukaisia kivunlievitysmenetelmiä raskauden aikana ja synnytyksessä.</p>

LIITE 3 (4). Kirjallisuuskatsaus

Tutkimus	Tutkimuskohde	Käytetyt menetelmät / otoskoko	Keskeiset tulokset	Hyödynnettävyys omaan opinnäytetyöhön
<p>Hotti, M. & Huttunen, K., 2009. Lääkkeettömän kivunlievitys synnytyksen avautumisvaiheen aikana. Opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, kätilön suuntautumisvaihtoehto.</p> <p>Tietokanta: Thesus Hakusanat: Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät</p>	<p>Mikkelin keskussairaalassa synnyttäneet äidit.</p>	<p>Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen. Toteutettiin kyselylomakkeiden avulla. Lomakkeita lähetettiin 100 kappaletta, mutta palautettuja tuli takaisin vain 27, joista 1 on tyhjä.</p>	<p>Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä käytettiin aktiivisesti ja äidit olivat pääosin tyytyväisiä non-farmakologiseen kivunlievitykseen. Valtaosa synnyttäjistä saa apua lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä.</p>	<p>Opinnäytetyössä käsitellään lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä, jotka ovat aiheena myös meidän opinnäytetyössä. Opinnäytetyö tukee meidän saamaamme tietoa lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä.</p>

LIITE 3 (5). Kirjallisuuskatsaus

Tutkimus	Tutkimuskohde	Käytetyt menetelmät / otoskoko	Keskeiset tulokset	Hyödynnettävyys omaan opinnäytetyöhön
<p>Mäki-Kojola T.,2009, Naisten kokemuksia synnytyksestä ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen käytöstä. Pro Gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen Laitos. Lääketieteellinen tiedekunta.</p> <p>Tietokanta: Tampereen yliopiston tutkielmatietokanta</p> <p>Hakusat: Synnytyskipu</p>	<p>Eräässä länsisuomalaisessa sairaalassa lääkkeettömästi synnyttäneet naiset joulutammikuussa 2008-2009.</p>	<p>Kyseessä on laadullinen tutkimus, joka toteutettiin induktiivista sisälön analyysiä käyttäen. Tutkimuksessa haasteltiin avoimella haastattelumenetelmällä seitsemää vaihtoehtoisia hoitomuotoja synnytyksessään käyttänyttä naista.</p>	<p>Synnyttäjät kokivat vaihtoehtoisten kivunlievitysmuotojen olleen voimaa ja tukea antavia tekijöitä synnytyksessään. Vaihtoehtoisia hoitomuotoja käyttäneet naiset olivat tyytyväisiä synnytykskokemuksiinsa. Lääkkeettömyys synnytyksessä koettiin turvalisena ja luonnollisena tapana synnyttää. Toipuminen synnytyksestä koettiin sekä nopeaksi että hyväksi juuri lääkkeettömyyden takia. Synnyttäjät saivat lääkkeettömästä synnytyksestään arvokkuuden tunnetta ja itseluottamusta, sekä kokivat itse hallinneensa synnytystään.</p>	<p>Pro Gradu – tutkielma käsittelee lääkkeetöntä kivunlievitystä synnyttäneen naisen näkökulmasta. Omaan työhöme saimme valaistusta mm. tukihenkilön ja oikeanlaisen ympäristön merkityksestä.</p>

LIITE 3 (6). Kirjallisuuskatsaus

Tutkimus	Tutkimuskohde	Käytetyt menetelmät/ otoskoko	Keskeiset tulokset	Hyödynnettävyys omaan opinnäyte- työhön
<p>Vehviläinen, K., 2000. Äidit liuku- hihnalla. Medikali- saatio, äitiyshuollon palvelujärjestelmä ja naisten kokemukset. Lisensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.</p> <p>Tietokanta: Nelli, Kuopionyliopisto Hakusanat: Medika- lisaatio, synnytys</p>	<p>3000 18 - 44- vuotiasta suo- menkielistä naista.</p>	<p>Tutkimus on osa Stakesin tutkimusprojektia ”Per- hesuunnittelupalvelut Suomessa”. Projektin tarkoituksena oli selvittää raskauksiin ja niiden eh- käisyyn liittyvää terveys- palvelujen käyttöä, ko- kemuksia sekä kehittä- mistarpeita. Kyselylo- makkeessa oli laajasti kysymyksiä perhesuun- nittelun ja äitiyshuollon alalta. Lopussa oli kaksi avointa kysymystä. Ai- neisto on kerätty 1994 ja se toteutettiin väestö- kyselynä. Naiset oli valit- tu satunnaisotannalla. Kyseessä on laadullinen tutkimus ja analyysime- netelmä on sisällön eritte- ly.</p>	<p>Kielteisinä hoito- kokemuksina tut- kimuksessa tulivat esille medikalisaa- tio raskauden seu- rannan aikana mm.kiire, moitti- minen ja syyllis- täminen sekä puuttuminen hen- kilökohtaisiin asioihin. Kieltei- sinä koettiin myös ongelmat ja toi- menpiteet synny- tyksessä mm. riit- tämätön tiedon- saanti.</p>	<p>Tutkimus on hyö- dyllinen omassa opinnäytetyössä, koska tutkimuk- sessa käsitellään synnytysten medi- kalisoitumista Suomessa.</p>

LIITE 3 (7). Kirjallisuuskatsaus

Tutkimus	Tutkimuskohde	Käytetyt menetelmät/ otoskoko	Keskeiset tulokset	Hyödynnettävyys omaan opinnäytetyöhön
<p>Ryttyläinen, R, 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.</p> <p>Tietokanta: Linda</p> <p>Hakusanat: hallinta, raskaus</p>	<p>Suomenkieliset 18 -44 – vuotiaat naiset, jotka olivat synnyttäneet vuosina 1995-2002.</p>	<p>Väestörekisterijärjestelmää poimittiin satunnaisotannalla 3000 naista, joille lähetettiin kysely vuonna 2003.</p> <p>Vastaajia oli 1625, jolloin vastausprosentti oli 54%.</p> <p>Tilastollinen kuvaus aineistosta frekvenssi- ja prosentiosuuksien, ristiintaulukoinnin ja keskiarvojen avulla. Avoimet kysymykset analysoitiin määrällisellä sisällön analyysillä.</p>	<p>Työn alussa asetettu työhypoteesi, jonka mukaan naisen hallinta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana muodostuu päätöksentekoon osallistumisesta, tiedon saamisesta ja itseluottamuksen huomiosta, kumoutui. Hallintaan yhteydessä olevia ja selittäviä tekijöitä oli vähän. Synnytyskokemuksella, täysaikaisten synnytysten määrällä ja koulutuksella oli vaikutusta hallintaan. Hallinnassa oli merkittävää naisen ja asiantuntijan välinen suhde.</p>	<p>Aihe liittyy opinnäytetyöhömmä, sillä hallinnan tunteella on myös merkitystä synnytyksestä jäävään kokemukseen. Meitä on toivottu huomioimaan opinnäytetyössämme lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien lisäksi myös hallinnan näkökulma.</p>

LIITE 3 (8). Kirjallisuuskatsaus

Tutkimus	Tutkimuskohde	Käytetyt menetelmät/otoskoko	Kekeiset tulokset	Hyödynnettävyys omaan opinnäytetyöhön
<p>Bahasadri yms. 2006. Subcutaneous sterile water injektion for labour pain. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.</p> <p>Tietokanta: EBSCO</p> <p>Hakusanat: labor, pain, non farmakological, sterile water injektion</p>	<p>100 naista, joilla suunnitteilla normaali alatietyynnytyt.</p>	<p>100 naista, jotka jaettiin kahteen ryhmään. kaksoisokkotutkimus. Toinen ryhmä sai injisoituna steriiliä vettä ja toinen ryhmä plasebona keittosuo- laa. Kipua arvioitiin VAS-asteikon avulla.</p>	<p>Molemmat ryhmät hyötyivät kivunlievitysmenetelmästä, mutta alaselän kipu helpottui huomattavasti paremmin käytettäessä steriiliä vettä. Tehokas kivunlievitysmenetelmä.</p>	<p>Omassa opinnäytetyössä käsittelemme akvarakkuloita synnytytiskivunlievitysmenetelmänä ja tutkimus tukee löytämäämme tietoa sen hyvästä käyttökoke- muksesta myös muu- alla maailmassa.</p>

LIITE 3 (9). Kirjallisuuskatsaus

Tutkimus	Tutkimuskohde	Käytetyt menetelmät/otoskoko	Keskeiset tulokset	Hyödynnettävyys omaan opinnäytetyöhön
<p>Chang yms. 2002. Effects of massage on pain and anxiety during labour. Kaohsiung Medical University, Taiwan.</p> <p>Tietokanta: EBSCO Hakusanat: labor, pain, non farmakological, massage</p>	<p>60 naista, jotka valittiin satunnaisesti ensisynnyttäjää, joilla suunnitteilla normaali alatiesynnytys. raskaudenkesto oli 37-42 viikkoa. Normaali raskaus takana.</p>	<p>60 naista, jotka jaettiin kahteen ryhmään. Arvioitiin kipua synnyttäjän käytöksellä sekä PPI-mittarilla, johon synnyttäjä itse merkitsi kivun määrää. VAS-asteikolla mitattiin jännityksen määrää.</p>	<p>Hieronnasta oli selvästi hyötyä naisille (87%), jotka saivat sitä kivunhoitomenetelmänä synnytyksen avautumisvaiheen aikana. Hieronnalla koettiin olevan myös merkitystä myönteisen synnytyskokemuksen synnyssä.</p>	<p>Meidän omassa opinnäytetyössä käsitellään hierontaa, joten tutkimus tuki tietoa hieronnana hyvästä vaikutuksesta synnytyksen aikana.</p>