

# **Synnytyksen käynnistäminen**

## **Potilasohje synnyttäjälle**

Heidi Eskola

Opinnäytetyö

Maaliskuu 2016

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä(t) Eskola, Heidi	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 11.03.2016
	Sivumäärä 51	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Synnytyksen käynnistäminen</b> Potilasohje synnyttäjälle		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Tiainen, Elina & Mantsinen, Christina		
Toimeksiantaja(t) Mikkelin keskussairaala, Naistentautien ja synnytysten yksikkö		
Tiivistelmä <p>Synnytys on luonnollinen tapahtuma, joka yleensä alkaa omilla ehdoillaan. Joskus synnytys kuitenkin joudutaan käynnistämään ennen sen luonnollista käynnistymistä.</p> <p>Tutkimukset naisten näkökulmista ja kokemuksista synnytyksen käynnistämisestä osoittavat, että synnyttäjät eivät saa riittävästi tietoa aiheesta ennen synnytyksen käynnistämistä. Mikkelin keskussairaalassa oli vuonna 2014 788 synnytystä, joista käynnistyksiä oli 12,9 %. Vähäinen tiedon saanti on potilastyytyväisyystutkimuksissa tyytymättömyyden yksi keskeinen syy. Tämän vuoksi ymmärrettävä ja potilaat huomioon ottava kirjallinen ohjaus on noussut yhä merkittävämmäksi osaksi hyvää hoitoa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana. Työn aihe saatiin toimeksiantona Mikkelin keskussairaalan naistentautien ja synnytysten yksiköstä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota potilasohje synnytyksen käynnistämisestä Mikkelin keskussairaalan naistentautien ja synnytysten yksikön käyttöön. Tavoitteena oli tuottaa synnyttäjille tietoa synnytyksen käynnistämisestä sekä tukea heidän omia voimavarojaan synnytystä käynnistettäessä. Tavoitteena oli myös, että hoitohenkilökunta voi hyödyntää potilasohjetta ohjaustyössä.</p> <p>Potilasohje on tehty näyttöön perustuvan tutkimustiedon pohjalta, ja se on laadittu yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Ohjeessa käsitellään aiheita synnytyksen käynnistämiseksi sekä kerrotaan erilaisista käynnistämismenetelmistä, niiden toteutuksesta ja seurannasta. Ohjeessa annetaan myös tietoa kivunlievityksestä ja keinoista hyödyntää synnyttäjien omia voimavarojaan synnytyksen edetessä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Potilasohjaus, potilasohje, synnytyksen käynnistäminen		
Muut tiedot Liite 2		

Author(s) Eskola, Heidi	Type of publication Bachelor's thesis	Date 11.03.2016 Language of publication: Finnish
	Number of pages 51	Permission for web publication: x
Title of publication <b>Induction of labour</b> A patient guide for birth givers		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Tiainen, Elina & Mantsinen, Christina		
Assigned by Mikkeli Central Hospital, Labour and Gynecological Unit		
Abstract  <p>Birth is a natural event that usually starts on its own terms. Sometimes labour has to be induced before the spontaneous labour.</p> <p>Research based on women's views and their experiences about the induction of labour indicates that women giving birth do not receive sufficient information about the subject before being induced. Mikkeli Central Hospital had 788 births in 2014, of which 12.9% were labour inductions. The lack of information was one of the primary causes for dissatisfaction in the patient satisfaction survey. For this reason, understandable and patient-oriented written guidance has become an increasingly important part of good care.</p> <p>The thesis was carried out as a research-based development work. The topic was assigned by the Labour and Gynaecological Unit of Mikkeli Central Hospital. The objective was to compile a written patient guide about labour induction to be used in the Labour and Gynaecological Unit. The goal was to produce information for birth givers about labour induction and support them in the induction process. Another goal was that the staff could utilize the patient guide in their work with the birth givers.</p> <p>The patient guide was created based on an evidence-based theoretical framework, and it was drafted in collaboration with the Mikkeli Central Hospital. The guide deals with subjects about labour induction and provides information about different induction methods, execution and follow-up. The patient guide also provides information about pain-relief and methods for utilizing one's own resources as the labour progresses.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) Patient guidance, patient guide, induction of labour		
Miscellaneous Attachment 2		

## Sisältö

1	Johdanto .....	4
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	5
3	Normaali synnytys ja sen käynnistyminen .....	5
4	Synnytyksen käynnistäminen .....	6
	4.1 Synnytyksen käynnistämisen indikaatiot .....	8
	4.2 Synnytyksen käynnistämisen menetelmät .....	10
	4.1.1 Ballonkikäynnistys .....	10
	4.1.2 Kohdunkaulan kypsytyt prostaglandiineilla .....	12
	4.1.3 Oksitosiini .....	13
	4.1.4 Kalvojen puhkaisu .....	14
5	Kätilötyö .....	16
	5.1 Kätilötyö synnytyksen hoidossa .....	16
	5.2 Kivunlievitys .....	18
6	Ohjaus synnytyksen käynnistämisen yhteydessä .....	20
	6.1 Potilasohjauksen lähtökohdat .....	20
	6.2 Tiedon antaminen .....	22
7	Kirjalliset ohjeet potilasohjauksen tukena .....	23
	7.1 Kirjallinen ohjaus .....	23
	7.2 Sisäiset vaatimukset kirjalliselle potilasohjeelle .....	24
	7.3 Ulkoiset vaatimukset kirjalliselle potilasohjeelle .....	25
8	Potilasohjeen toteutus .....	27
	8.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta .....	27
	8.2 Ohjeen tausta ja tarve .....	29
	8.3 Ohjeen kohderyhmä .....	29
	8.4 Ohjeen tavoitteet .....	30
	8.5 Tiedonhaku ja aineisto .....	31
	8.6 Ohjeen toteutusprosessi .....	32

9	Pohdinta .....	35
	9.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	35
	9.2 Ohjeen arviointi .....	37
	9.3 Kehittämisehdotukset.....	39
	Lähteet.....	40
	Liitteet .....	45
	Liite 1 Synnytyksen käynnistäminen -potilasohjeen arviointilomake .....	45
	Liite 2 Potilasohje synnytyksen käynnistämisestä .....	46

**Kuviot**

Kuvio 1. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi .....	28
Kuvio 2. Ohjeen toteutusprosessi .....	34

**Taulukot**

Taulukko 1. Synnytyksen käynnistämisen aiheet.....	9
--	---

# 1 Johdanto

Synnytys on luonnollinen tapahtuma, joka usein sujuu itsestään (Tiitinen 2015a). Joskus synnytys joudutaan käynnistämään ennen spontaania synnytystä. Synnytyksen käynnistäminen on prosessi, jossa keinotekoisesti stimuloidaan kohtu käynnistämään synnytys tavoitteena alatiesynnytys. (WHO 2011, 6; Nuutila 2006.) Käynnistämistä voidaan harkita, kun hyöty-haitta-suhde indikoi synnytyksen olevan turvallisempi vaihtoehto vauvalle, äidille tai molemmille kuin raskauden jatkaminen. Synnytys voidaan käynnistää, kun ei ole selvää indikaatiota keisarileikkaukselle eikä kontraindikaatioita alatiesynnytykselle. (Goonewardene, Rameez, Kaluarachchi & Perera 2011.) Suomessa sekä muissa länsimaissa käynnistettyjen synnytysten osuus kaikista synnytyksistä on kasvanut (Nuutila 2006).

Synnytyksen hoidossa naista hoidetaan sekä tuetaan synnyttämään turvallisesti ja arvokkaasti. Terveystieteiden ammattihenkilön antama selvitys naisen terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden mahdollisista vaikutuksista tulee olla asiasisällöltään sopiva kohderyhmälleen. (ETENE 2010, 3,7.) Kätilötyössä asiakkaan hoidossa keskeisenä osana toimii ohjaus. Hoitajan velvollisuutena on ohjata asiakasta ja tukea tämän omia voimavaroja, kannustaa häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. (Kyn-gäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota potilasohje synnytyksen käynnistämisestä Mikkelin keskussairaalan naistentautien ja synnytysten yksikön käyttöön. Tavoitteena on tuottaa synnyttäjille tietoa synnytyksen käynnistämisestä sekä tukea heidän omia voimavarojaan synnytystä käynnistettäessä. Tavoitteena on myös, että hoitohenkilökunta voi hyödyntää potilasohjetta ohjaustyössä.

## 2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota potilasohje synnytyksen käynnistämisestä Mikkelin keskussairaalan naistentautien ja synnytysten yksikön käyttöön. Tavoitteena on tuottaa synnyttäjille tietoa synnytyksen käynnistämisestä sekä tukea heidän omia voimavarojaan synnytystä käynnistettäessä. Tavoitteena on myös, että hoitohenkilökunta voi hyödyntää potilasohjetta ohjaustyössä.

## 3 Normaali synnytys ja sen käynnistyminen

Normaali täysiaikainen synnytys käynnistyy 38–42 raskausviikoilla joko supistuksilla tai lapsivedenmenolla sikiökalvojen puhjetessa. Kansainvälisen määritelmän mukaan synnytyksestä voidaan puhua raskauden kestettyä vähintään 22 viikkoa tai sikiön painaessa vähintään 500 grammaa. Raskaus on täysiaikainen sen kestettyä 37 viikkoa ja yliaikainen, kun raskauden kesto on yli 42 viikkoa. (Tiitinen 2015a.) Jokainen synnytys on kokonaisuudessaan erilainen ja ainutlaatuinen tapahtuma (Aitasalo 2013).

Perussyytä synnytyksen käynnistymiselle ei tunneta. Raskauden aikana kohtu supistelee kivuttomasti, mutta raskauden loppuvaiheessa supistukset alkavat lisääntyä ja kohdunkaula kypsyy. Synnytystä edeltää niin sanottu limatulpan irtoaminen sekä yleensä ohimenevä kohdun supistelu. Varsinaiset synnytyssupistukset tulevat säännöllisesti vähintään 10 minuutin välein, jonka jälkeen ne tihentyvät. Synnytys on käynnissä supistusten ollessa säännöllisiä ja kohdunsuun avautuessa. (Aitasalo 2013 & Tiitinen 2015a.)



Synnytyksen vaiheet jaetaan avautumis-, ponnistus- ja jälkeisvaiheisiin. Avautumisvaihe alkaa supistusten ollessa säännöllisiä, ja kun kohdunsuu on avautunut 2-4 cm:iin. Avautumisvaihe etenee lopulta tilanteeseen, jolloin kohdunsuu on täysin auki eli 10cm ja sikiön tarjoutuva osa – pää tai perä – on laskeutunut lantion pohjalle. Avautumisvaihe kestää ensisynnyttäjällä noin 7-9 tuntia, uudelleen synnyttäjällä usein vähemmän aikaa. Ponnistusvaihe alkaa, kun kohdunsuu on 10cm auki ja äidillä tulee ponnistustarve sikiön painaessa välilihaa ja peräsuolta. Äiti ponnistaa supistusten aikana kättilön samalla tukiessa välilihaa. Tämä vaihe saattaa kestää lyhimmillään muutaman minuutin, mutta pisimmillään jopa pari tuntia. Lapsen synnyttyä alkaa jälkeisvaihe. Tällöin istukka irtoaa supistusten johdosta yleensä tunnin kuluessa. Istukkaa autetaan syntymään vatsan päältä painaen ja varovasti napanuorasta vetäen. Jälkeisten synnyttyä kohdun verenvuotoa tarkkaillaan. Normaalin synnytyksen kulkuun ei varsinaisesti tarvitse puuttua, vaan se sujuu itsestään. (Tiitinen 2015a.)

## 4 Synnytyksen käynnistäminen

Synnytys on luonnollinen tapahtuma, joka alkaa yleensä omilla ehdoillaan. Joskus synnytys täytyy aloittaa keinotekoisesti – tällöin puhutaan synnytyksen käynnistämisestä. (NICE 2008, 2.) Synnytyksen käynnistämällä pyritään aikaansaamaan kohdun supistuksia ennen synnytyksen spontaania käynnistymistä. Käynnistämisen tavoitteena on alatiesynnytys. (Nuutila 2006.) Suomessa synnytyksen käynnistyksiä oli 22,7 % kaikista synnytyksistä vuonna 2014. Mikkelin keskussairaalassa oli vuonna 2014 788 synnytystä, joista 12,9 % käynnistettiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a & 2014b.)

WHO (2011, 4) on määrittänyt yleiset periaatteet synnytyksen käynnistämisestä. Synnytys tulisi käynnistää vain silloin, kun sille on olemassa selvä indikaatio ja odotettavissa olevat hyödyt ovat suuremmat kuin sen potentiaaliset haitat. WHO:n suositukseen viitaten, jokaisen naisen varsinainen vointi, toiveet ja mieltymykset tulee ottaa huomioon painottaen kohdunsuun tilannetta, tiettyä synnytyksen käynnistämisen menetelmää sekä synnyttäneisyyttä ja sikiökalvojen puhkeamista. Käynnistyksen arvio perustuu suurelta osin kohdunkaulan kypsytyteen, josta kertovat Bishopin pisteet – käynnistämisedellytykset paranevat pistemäärän ollessa yli kuusi (Saarikoski 2011). Pisteet 0-2 lasketaan kohdunkaulan aukiolon, pituuden, kiinteyden ja sijainnin sekä tarjoutuvan osan korkeuden perusteella. Kohdunkaulan ollessa epäkypsi (Bishopin pisteet alle kuusi) synnytyksen käynnistäminen aloitetaan kohdunkaulan kypsytyksellä. (Nuutila 2006.)

Synnytystä käynnistettäessä synnyttäneisyys on tärkeää ottaa huomioon, koska naiset, joilla on jo ennestään lapsia, ovat usein herkempiä stimulaatiolääkkeille. Viimeaikainen observaatiotutkimus osoittaa, että synnyttämättömillä naisilla, joilla kohdunsuu ei ole laajentunut ja joiden synnytys on käynnistetty elektiivisesti, on 50 % todennäköisyys päätyä keisarileikkaukseen. Myös naiset, joilla sikiökalvot ovat puhjenneet, saattavat vastata stimulaatiolääkkeisiin eri tavalla kuin naiset, joilla sikiökalvot ovat vielä ehjät synnytyksen käynnistämishetkellä. (Hofmeyr, Alfirevic, Kelly, Kavanagh, Thomas, Neilson & Dowswell 2012, 2.)

Synnytys käynnistetään yleensä antamalla oksitosiinia tai prostaglandiinia tai manuaalisesti joko sikiökalvojen puhkaisulla tai ballongikäynnistyksellä. Käynnistämisen aikana naisen liikkumista rajoitetaan ja toimenpide itsessään voi olla epämiellyttävä. Käynnistäminen tulisi suorittaa varauksella, sillä se lisää riskiä kohdun hyperstimulaatiolle ja repeämiselle, verenvuodoille, keisarileikkaukselle sekä sikiön ahdingolle. Missä tahansa synnytyksen käynnistäminen tapahtuu, äidin ja sikiön hyvinvointi tulee turvata tarkalla monitoroinnilla. Naista tulisi aina tarkkailla hänelle annettaessa oksi-

tosiinia tai prostaglandiinia. Epäonnistunut käynnistys ei välttämättä tarkoita keisari-leikkaukseen joutumista. Synnytyksen käynnistäminen tulee kuitenkin suorittaa sairaalassa, jossa keisarileikkaus voidaan tarvittaessa tehdä. (WHO 2011, 4, 6.)

#### 4.1 Synnytyksen käynnistämisen indikaatiot

Näyttöön perustuen synnytyksen käynnistämistä suositellaan raskauden ollessa yliaikainen, koska se saattaa vähentää perinataalikuolleisuutta ja mekoniumaspiraatioireyhtymää (Mozurkewich, Chilimigras, Koepke, Keeton ja King 2009, 629). Kaikkein yleisin syy synnytyksen käynnistämiseksi onkin yliaikaisen raskauden välttäminen. Kätilön tai synnytyslääkärin tulisi keskustella tästä naisen kanssa hänen loppuraskauksessaan. (NICE 2008, 3.) Susanna Timonen (2010) on tehnyt katsauksen lasketun ajan ohi menevästä raskaudesta. Sen keskeisimpänä suosituksena on, että jo viikon kuluttua lasketusta ajasta tulisi synnytys keinotekoisesti käynnistää. Uotila, Raudasoja ja Nuutila (2010) kritisoivat tätä ajatusta, mutta he ovat kuitenkin samaa mieltä Timosen kanssa siitä, että yliaikainen raskaus lisää siihen liittyviä riskejä, minkä vuoksi yliaikaisuutta lähestyvä raskaus vaatii huolellista seuranta. Uotilan ym. mukaan raskauden kulkuun tulisi puuttua vain tilanteen niin vaatiessa.

Synnytyksen käynnistämistä suositellaan myös lapsivedenmenossa ennen synnytystä (PROM) sekä ennenaikaisessa lapsivedenmenossa (PPROM) raskauden ollessa lähes täysiaikainen, jolloin sikiön keuhkot ovat kypsät. Raskauden ollessa täysiaikainen, synnytyksen käynnistäminen vähentää korioamnioniittia, endometriittia ja vastasyntyneiden hoitoa teho-osastolla. Synnytyksen käynnistäminen sikiön kasvun hidastuman (IUGR) vuoksi ennen raskauden täysiaikaisuutta vähentää sikiön kohtukuoleman vaaraa, mutta lisää riskejä keisarileikkaukselle ja vastasyntyneen kuolemalle. (Mozurkewich ym. 2009, 629–631.) Synnytys käynnistetään lähes poikkeuksetta sikiön kuoltua, jolloin on tärkeää, että lääkäri keskustelee perheen kanssa synnytyksen hoidosta, käynnistämisestä, kivunlievityksestä ja jälkihoidosta. (Nuutila 2006.)

Kerätty näyttö on puutteellinen tukemaan synnytyksen käynnistämistä, mikäli naisella on insuliinidiabetes, kyseessä on kaksoisraskaus, epäillään sikiön makrosomiaa, lapsivesi on vähäistä, äidillä on hepatogestoosi tai sydänsairaus tai sikiöllä on gastroskiisi (vatsanpeitteiden sulkeutumishäiriö) (Mozurkewich ym. 2009, 629–631). Käynnistystä ei tulisi myöskään tarjota pelkästään silloin, jos aiempi synnytys on ollut nopea (NICE 2008, 3). Synnytyksen käynnistämisen indikaatiot ja kontraindikaatiot on lueteltu tarkemmin taulukossa 1.

#### **Indikaatiot**

##### **Raskauden kulkuun liittyvät syyt**

pre-eklampsia  
 raskauden aiheuttama hypertensio  
 raskaushepatoosi  
 ennenaikainen sikiökalvojen puhkeaminen (PPROM)  
 korionamnioniitti  
 lapsivedenmeno täysiaikaisessa raskaudessa ilman supistuksia

##### **Sikiön vaaratilanteen epäily**

kasvun hidastuma  
 lapsiveden väheneminen  
 poikkeava löydös sikiön tai napanuoran virtausmittauksissa tai kardiotokografiassa  
 sikiön (uhkaava) hapenpuute  
 veriryhmäimmunisaatio

##### **Äidin perussairaudet**

diabetes  
 krooninen hypertensio  
 krooninen munuaissairaus  
 hoitoa vaativa syöpäsairaus

##### **Logistiset syyt**

pitkä matka synnytysairaalaan  
 odotettavissa oleva nopea synnytys  
 pakottavat perhetilanteet

##### **Sikiön kohtukuolema tai varmistettu ennusteellisesti toivoton epämuodostuma**

##### **Kontraindikaatiot**

vasa praevia  
 täydellinen etinen istukka  
 poikkitila  
 aiempi transfundaalinen kohtukirurgia  
 enemmän kuin yksi keisarinleikkaus  
 perätila (suhteellinen)  
 vaikeus monitoroida sikiön sykettä

Taulukko 1. Synnytyksen käynnistämisen aiheet (Nuutila 2006; Saarikoski 2011)

## 4.2 Synnytyksen käynnistämisen menetelmät

Synnytys voidaan käynnistää mekaanisilla tai farmakologisilla menetelmillä tai yhdistämällä niitä. Ballonkikäynnistys ja kalvojen puhkaisu luokitellaan mekaanisiin menetelmiin, kun taas prostaglandiini ja oksitosiini farmakologisiin. Mekaaniset menetelmät olivat ensimmäisiä menetelmiä, jotka kehitettiin kohdunkaulan kypsyttämiseen tai synnytyksen käynnistämiseen. Näitä menetelmiä ei ole koskaan täysin hylätty, mutta niitä on korvattu farmakologisilla menetelmillä viime vuosikymmenten aikana. Mekaanisten menetelmien potentiaaliset hyvät puolet farmakologisiin verrattuna ovat käytön yksinkertaisuus, alhaiset hinnat ja vähäisemmät sivuvaikutukset. Näiden interventioiden tavoitteena on kypsyttää kohdunkaula suoranaisesti laajentamalla kanavaa tai epäsuorasti lisäämällä prostaglandiinia ja/tai oksitosiinia. (Boulvain, Kelly, Lohse, Stan & Irion 2009, 3.)

### 4.1.1 Ballonkikäynnistys

Kohdunkaulakanavan ollessa epäkypsä, sitä voidaan kypsyttää mekaanisesti niin sanotulla ballonkimenetelmällä. Ballongin nähdään vaikuttavan suoraan paikallisesti laajentamalla kohdunkaulakanavaa mekaanisen paineen kautta sekä epäsuorasti lisäämällä prostaglandiinien tuotantoa. Ballonkimenetelmässä kohdunsuun läpi vietään sisätutkimuksen yhteydessä katetri, minkä jälkeen sen kärjessä oleva ballonki eli nestepallo täytetään 40–80 ml:lla keittosuolaliuosta. Näin nestepallo asettuu sikiökalvojen ulkopuolelle kohdun sisäsuun eteen. Katetrin ulos jäävä pää kiinnitetään teippaamalla äidin reiteen, jolloin saadaan aikaiseksi katetriin pieni vetokiristys. Katetria voidaan myös vetää itse kahden tunnin välein, jolloin saadaan aikaan aktiivinen veto. Myös sikiön pää työntää ballonkia alaspäin niin sanotulla passiivisella voimalla. Ballongin on tarkoitus kulkeutua kohdunsuun avautuessa kohdunkaulakanavan läpi emättimeen. Tavoitteena on, että ballongin irrottua kohdunkaulakanavasta kohdunsuu on laajentunut niin, että voidaan päättää sikiökalvojen puhkaisusta. (Panelius, Heikinheimo & Rahkonen, 2012; Kröger & Metsälä 2014, 1.)

Ballonkikatetreja on käytössä kahdenlaisia; Rush – katetria käytetään kohdunsuun ollessa sormelle auki, Cook – katetria kohdunsuun ollessa vähemmän auki ja kun tarvitaan ohjainta asetuksessa. Ballongin asettamisen jälkeen synnyttäjä voi havaita siedettävää kipua (n. 7 %) ja verenvuotoa (n. 2-6 %), mikä ei yleensä aiheuta toimenpiteitä. Ballongin laitton jälkeen seurataan sikiön KTG – käyrää 20–30 minuutin ajan. Synnyttäjä voi yleensä lähteä ballongin kanssa kotiin, mutta istukan vajaatoiminnan epäilytapauksissa sairaalaseuranta on tarpeen. Ballonki yleensä tippuu ennen seuraavaa aamua, jolloin synnyttäjä palaa sovitusti sairaalaan. Jos ballonki tipahtaa ennen seuraavaa aamua, äiti voi jäädä kotiin odottamaan supistusten alkamista, vaikka lapsivesi olisi mennyt. Sairaalaan tulee ottaa yhteyttä, jos ballongin asettamisen jälkeen esiintyy kuumetta, kovaa jatkuvaa kipua tai jatkuvaa kirkasta verenvuotoa. Mikäli ballonki ei ole tippunut aamuun mennessä, osastolla voidaan lisätä aktiivista vetoa. Ellei ballonki tipu itsestään, se poistetaan myöhemmin saman päivän aikana. Kokonaistilanteen ja kanavan pituuden mukaan harkitaan jatkokäynnistysmenetelmä. Vaihtoehdot ovat yleensä misoprostoli tai kalvojen puhkaisu. (Kröger & Metsälä 2014, 1-2.) Mikkelin keskussairaalassa ballonkimenetelmää käytetään yhtenä synnytyksen käynnistämisen menetelmänä.

Panelius ym. (2012) ovat tehneet tutkimuksen ballonkimenetelmän tehokkuudesta, eduista ja haitoista analysoimalla Kätilöopiston sairaalassa ballonkimenetelmällä käynnistettyjä synnytyksiä. Kaikista tutkittavista 7,0 %:a koki kipua, joka ei ollut sietämätöntä ja 6,3 %:lla esiintyi niukkaa verenvuotoa ballongin laitton yhteydessä, mikä liittyi lähinnä instrumenttien käyttöön. Tulosten mukaan ballonkimenetelmä on äidin ja vastasyntyneen kannalta tehokas ja turvallinen tapa käynnistää synnytys. Ballonkimenetelmän käyttö saattaa tulevaisuudessa lyhentää synnyttäjien sairaalahoidon tarvetta. Ballonkimenetelmän käytön turvallisuutta tukee myös Bujoldin, Blackwellin ja Gauthierin (2004) teettämä joukkotutkimus, jonka mukaan synnytyksen käynnistäminen ballonkimenetelmällä keisarileikkauksen jälkeen ei ollut yhteydessä kohdun repeämän lisääntyneeseen riskiin.

#### 4.1.2 Kohdunkaulan kypsytyks prostaglandiineilla

Prostaglandiineja on laajasti käytetty synnytyksen käynnistämiseen, erityisesti silloin kun kohdunkaula on vielä epäkypä (Alfirevic & Weeks 2010, 2). Ne vaikuttavat kahdella tavalla; pehmentävät kohdunkaulaa ja käynnistävät supistukset (Lääkeinfo 2014). Prostaglandiinien annon jälkeinen seuranta tapahtuu yleensä sairaalan vuodeosastolla. Kypsytyks pystytään myös tarpeen mukaan uusimaan. (Nuutila 2006 & Saarikoski 2011.) Mikäli synnyttäjällä ilmenee jatkuvia voimakkaita supistuksia, tilanne voidaan laukaista bricanyl-infuusiolla (Kröger, 2014).

Kohdunkaulan kypsytykseen on käytössä luonnollinen PGE<sub>2</sub>, dinoprostoni, geelinä tai emätinpuikkona. Geeliä annostellaan emättimen takapohjukkaan tai suoraan kohdunkaulan kanavaan ja annos voidaan toistaa kuuden tunnin kuluttua. Tämä kohdunkaulan kypsyttely aiheuttaa yleensä vain pieniä supistuksia kohdunkaulan kuitenkin samalla merkittävästi pehmetessä. Tässä tapahtumasarjassa PGE<sub>2</sub> irrottaa kollageenisäikeitä toisistaan hajottamalla glykosamiiniglykaaneja. (Nuutila 2006 & Saarikoski 2011.) Mikkelin keskussairaalassa dinopristonia käytetään vain harvoin, mutta sen käyttöä ei ole kuitenkaan kokonaan otettu pois käytöstä.

PGE<sub>1</sub>-analogia, misoprostolia, käytetään kohdunkaulan kypsytyksessä vaginaalisesti tai suun kautta annosteltuna. Annokset ovat yleensä vakiintuneet 25 µg:aan kolmen ja 50 µg:aan neljän tunnin välein. (Nuutila 2006.) Mikkelin keskussairaalassa misoprostolin (cytotec ja angusta) annokset vaihtelevat 50µg:sta 100 µg:aan neljän tunnin välein kolmen päivän ajan. Kapseliin on mahdollista pistää neulalla reikiä imeytymisen parantamiseksi. Aiemmin sektoiduille, hepatoosia ja vaikeaa pre-eklampsiaa sairastaville voidaan aloittaa misoprostoli 25 µg:n annoksella ja annostiheyttä harventaa kuuteen tuntiin. (Kröger, 2014.) Dinoprostoliin verrattuna misoprostolin käyttöön liittyy hieman suurempi riski sikiön sykemuutoksiin ja ahdinkoon, koska misoprostolin käyttö saattaa aiheuttaa kohdun takysystolea (yli kuusi supistusta kymmenessä mi-

nuutissa) sekä hyperstimulaatiota (tiheät epäsynkroniset ja monihuippuiset supistukset). Nämä riskit ovat kuitenkin yhteydessä annokseen ja annostiheyteen. (Nuutila 2006.) Sivuvaikutukset ovat annoskohtaisia ja rajoittuvat pääosin ruuansulatuskanavaan – näitä ovat esimerkiksi ripuli ja pahoinvointi (Alfirevic & Weeks 2010, 2).

Misodel-misoprostolia käytetään synnytyksen käynnistämiseen 36. raskausviikosta lähtien. Misodel-valmisteannos asetetaan emättimeen lähelle kohdunkaulaa lääkärin tai kättilön toimesta. Misodel on depotlääkevalmiste, joka sisältää 200 µg misoprostolia. Vaikuttavaa ainetta vapautuu noin 7 mikrogrammaa tunnissa 24 tunnin aikana. Misodel saa olla paikoillaan korkeintaan 24 tuntia. Jos synnytys käynnistyy, supistukset ovat liian voimakkaita tai pitkiä, vauva joutuu ahdinkoon tai asentamisesta on kulunut 24 tuntia, lääkäri tai kättilö poistaa Misodel-valmisteen emättimestä. (Lääkeinfo 2014.) Mikkelin keskussairaalassa Misodel-misoprostoli on otettu käyttöön vuonna 2015, joten se on melko uusi menetelmä synnytystä käynnistettäessä.

#### 4.1.3 Oksitosiini

Oksitosiini-infuusion käyttöindikaationa pidetään kypsää kohdunkaulaa, etenkin niillä äideillä, joilla täysiaikaisessa raskaudessa on mennyt lapsivesi (Kröger 2014). Oksitosiinin tehtävänä on ensisijaisesti supistusten tehostaminen avautumis- ja ponnistusvaiheen aikana ja toissijainen synnytyksen käynnistäminen (Saarikoski 2011). Oksitosiinin annon toteutus tapahtuu synnytyssalissa. Sikiön asfyksiaa epäiltäessä, KTG muutoksia esiintyessä tai gestaatioikään nähden pienelle sikiölle (SGA) tehdään rästustesti ennen oksitosiini-infuusion aloittamista (Kröger 2014). Mikkelin keskussairaalassa oksitosiini on yleisesti käytetyin menetelmä supistusten tehostamiseksi ja synnytyksen vauhdittamiseksi.

Infuusiona käytetään 500 ml fysiologista keittosuolaliuosta tai 5 %:sta glukoosiliuosta, johon lisätään 5 ky oksitosiinia. Suonensisäinen annostus aloitetaan vähäisellä



määrin ja nostetaan vasteen mukaan hiljalleen. Yleensä tiputusta jatketaan 8-12 tuntia ja sitä voidaan tarvittaessa toistaa oksitosiinin lyhyen puoliintumisajan (3-17 minuuttia) ansiosta. Supistusten ollessa epäselviä tai oksitosiinin tarpeen ollessa suurempi kuin 90 ml/t suositellaan käytettäväksi intrauteriinista paineen mittausta (IUP) supistusvoiman arvioimiseksi ja oksitosiinin tiputusnopeuden valitsemiseksi. Oksitosiinin käyttö saattaa aiheuttaa kohdun hyperstimulaatoriskiä, jolloin kohdun liiallisen supistusherkkyyden seurauksena kohdun ja istukan verenkierto on vaarassa heikentyä aiheuttaen sykekäyrämuutoksia ja sikiön hypoksian vaaraa. Kohdun hyperstimuloidessa oksitosiiniannosta vähennetään tai se voidaan lopettaa kokonaan. Tilanteiden laukeamiseksi voidaan myös käyttää tokolyysiä eli estää kohdun supistuksia lääkkeellisesti. (Nuutila 2006; Saarikoski 2011.)

Oksitosiini on yleisin käytetty lääke synnytyksen käynnistämisessä ja sitä on käytetty joko yksin, yhdessä muiden lääkkeiden kanssa tai kalvojen puhkaisun jälkeen. Eri tutkimustulosten perusteella oksitosiini näyttäisi olevan turvallinen menetelmä synnytyksen käynnistämiseksi. (Alfirevic, Kelly & Dowswell 2009, 1-2.)

#### 4.1.4 Kalvojen puhkaisu

Kalvojen puhkaisun päätavoite on tihentää supistuksia ja tätä kautta lyhentää synnytystä. Kalvojen puhkaisu on yksi yleisesti käytetyin toimenpide nykyaikaisessa obstetriikassa ja kättilötyössä. (Smyth, Alldred & Markham 2013, 2.) Kalvojen puhkaisu aktivoi supistuksia kohdun tilavuuden pienentyessä. Tällöin prostaglandiinisynteesi aktivoituu, minkä nähdään olevan käynnistymisen varsinainen mekanismi. (Saarikoski 2011.) Sikiötä ympäröiviä kalvoja on kaksi: vesikalvo (lähempänä sikiötä) ja suonikalvo (lähellä kohdun sisäpintaa). Ennen kalvojen puhkaisua hoitaja suorittaa sisätutkimuksen tutkiakseen kohdunkaulan tilanteen sekä todetakseen, että sikiökalvot eivät ole vielä puhjenneet. On tärkeää varmistaa, että sikiön pää on kiinnittynyt lantioon sekä laskeutunut riittävästi. (Smyth, Alldred & Markham 2013, 2-3.) Kohdun tulisi olla valmis synnytykseen ennen kalvojen puhkaisua, mutta silti synnytys ei aina

käynnisty kohdunkaulan suotuisasta tilanteesta huolimatta (Saarikoski 2011). Kalvojen puhkaisu on myös oksitosiinin ohella yksi käytetyimmistä menetelmistä synnytyksen käynnistämiseksi.

Kalvot puhkaistaan viemällä terävä instrumentti sormien suojassa kohdunkaulan sisään kalvoja vasten (Saarikoski 2011). Toimenpide itsessään ei ole kivulias, koska sikiökalvoissa ei ole lainkaan hermopäätteitä. Kuitenkin sisätutkimus voi tuntua epä-mukavalta ja joissakin tapauksissa kivuliaalta. (Bricker & Luckas 2012, 2.) Kohtutulehduksen riski lisääntyy kalvojen puhjettua emättimen ja kohtuontelon välisen suoran yhteyden vuoksi. Äidin lämpöä, leukosyyttejä sekä CRP arvoa seurataan 1-2 kertaa vuorokaudessa, jotta mahdollinen kehittyvä tulehdus pystytään toteamaan. Sikiön hyvinvointi on myös tärkeää tarkistaa. (Sariola & Tikkanen 2011, 316.) Usein kalvojen puhkaisemisen jälkeen sikiön päähän kiinnitetään scalp-elektrodi, jolla sikiön sydämensyke pystytään seuraamaan. Ennen toimenpidettä syke rekisteröidään äidin vatsan päälle asetettavalla sykeanturilla. (Hiilesmaa & Nuutila 1994.) 1-2 tunnin kulluttua toimenpiteestä synnytyksen käynnistymistä voidaan vauhdittaa oksitosiini-infuusiolla (Saarikoski 2011).

Smyth, Alldred ja Markham (2013, 1-2) ovat tehneet päivitetyn katsauksen ottaakseen selville kalvojen puhkaisun tehokkuuden ja turvallisuuden tilanteissa, joissa synnytys on käynnistynyt spontaanisti päämääränä lyhentää synnytyksen kestoa. Tutkimusten tuloksia tarkastellessa ei näkynyt selvää tilastollisesti merkittävää eroa avautumisvaiheen kestossa, riskissä joutua keisarileikkaukseen, äitien tyytyväisyydessä synnytyskokemukseen tai alhaisissa apgar pisteissä (alle seitsemän viiden minuutin iässä). Tuloksissa ei myöskään näkynyt mitään yhtenäisyyttä kalvojen puhkaisun ajankohdassa kohdunkaulan tilanteen suhteen. Tutkimusten tulosten perusteella kalvojen puhkaisun rutiinomaista käyttöä ei voi suositella normaalissa synnytyksen hoidossa. Katsauksen tulokset tulisi olla saatavilla naisille, joille tarjotaan kalvojen puhkaisua. Tulokset saattavat olla hyödyllisiä keskustelun perustana sekä naisen ja hoitajan yhteisessä päätöksenteossa. Bricker ja Luckas (2012, 1-2) korostavat heidän katsoksessaan, että kalvojen puhkaisu -menetelmää olisi syytä tutkia enemmän, koska

myös toisia moderneja menetelmiä on käytössä synnytyksen käynnistämässä. Tutkittu tieto on puutteellista pelkästään kalvojen puhkaisun käytöstä ja sen vaikuttavuudesta synnytyksen käynnistämässä.

## 5 Kätilötyö

### 5.1 Kätilötyö synnytyksen hoidossa

Kätilötyön päätavoitteena synnytyksen hoidossa on luoda positiivinen kokemus synnyttäjälle ja tämän perheelle huolehtien samalla heidän fyysisestä ja emotionaalista terveydestään, ehkäisten komplikaatioita sekä vastaamalla hätätilanteisiin. Synnyttäjä tulisi ottaa mukaan päätöksentekoon synnytyksen hoidossa, jotta hoito olisi joustavaa ja räätälöity kohtamaan niin hänen kuin hänen vauvansa yksilölliset tarpeet. (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014, 255.) Tutkimusten mukaan hyvällä kätilöllä on synnytyksen hoidossa hyvät vuorovaikutustaidot, hän on empaattinen, ystävällinen ja kannustava sekä omaa ammattivaatimusten mukaista tietotaitoa. On tärkeää, että kätilö on läsnä, helposti lähestyttävissä, ja että hän kohtelee synnyttäjiä yksilöllisesti. (Borrelli 2014, 5.)

Tukihenkilö, yleensä syntyvän lapsen toinen vanhempi, voi osallistua synnytykseen synnyttäjän tueksi. Hän luo turvallisuuden tunnetta sekä kannustaa ja tukee synnyttäjä. Läsnäolon täytyy tuntua yhtä hyvältä niin synnyttäjältä kuin tukihenkilöstäkin. Tukihenkilön ja synnyttäjän on hyvä keskustella etukäteen ajatuksistaan ja toiveistaan tulevaa synnytystä kohtaan. Näin synnyttäjällä ja tukihenkilöllä on mahdollisuus

valmistautua synnytykseen yhdessä. (HUS 2016b.) Synnytyksen edetessä kättilön tulee kannustaa naista luottamaan mukana olevaan tukihenkilöön ja tämän kykyihin tukea synnyttäjää (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014, 265).

Kättilön tulee myös kunnioittaa synnyttäjää ja ohjata häntä synnytyksen eri vaiheissa. Synnytystä käynnistettäessä synnyttäjää tulee ohjata kuulostelemaan ja tarkkailemaan omia tuntemuksiaan. Synnyttäjä voi liikkua omien tuntemusten mukaan, mutta on tärkeää pysyä rentona, jotta supistukset pystyvät avaamaan kohdunsuuta ja synnytys etenee. (Aitasalo 2013.) Kättilön tulisi tarpeen mukaan auttaa naista liikkumaan ja valitsemaan mikä asento tahansa, missä hänen on hyvä olla läpi synnytyksen (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014, 262).

Tavallisesti avautumisvaiheen aikana synnyttäjä voi syödä ja juoda normaalisti (Aitasalo 2013). Synnyttäjälle on hyvä kertoa, että hygienian ylläpitäminen on tärkeää, koska sisätutkimusten jälkeen taudinaiheuttajien pääsy sisäsynnyttimiin on mahdollista (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014, 296). Avautumisvaiheen aikana synnyttäjä voi myös tarkkailla tulevan lapsensa vointia liikelaskennan avulla. Äidin ollessa liikkeellä sikiö vähentää omia liikkeitään, jolloin niitä on vaikea havaita. Tämän vuoksi sikiön liikelaskenta tehdään lepoasennossa. Sikiön keskushermoston saadessa hyvin happea ja ravintoa, sikiö voi hyvin ja liikkuu normaalisti. (HUS 2016a.)

Jokaisessa sairaalassa, jossa synnytys päätetään käynnistää, tulisi olla jatkuva kardiokografia käytettävissä sikiön voinnin seuraamiseksi sekä monitorit kohdun supistusvoimakkuuden mittaamiseksi (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2008, 72). Synnyttäjän vointia tarkkaillaan myös mittaamalla verenpainetta, lämpöä ja pulssia (Aitasalo 2013). Ennen synnytyksen keinotekoista käyn-

nistystä kättilön tulisi tarkistaa vauvan sykekäyrä käyttäen apuna antureita, jotka kiinnitetään synnyttäjän vatsanpäälle sekä tutkia synnyttäjän kohdunsuun tilanne (NICE 2008, 4).

## 5.2 Kivunlievitys

Käynnistetty synnytys on usein kivuliaampi kuin spontaanisti käynnistynyt synnytys. Naiselle tulisi tarjota tukea ja hänelle sopivaa kivunlievitystä samalla tavalla kuin spontaanissa synnytyksessä. Naista tulisi myös rohkaista käyttämään omia voimavarojaan kivusta selviytymisessä. (NICE 2008, 5.) Synnytyskipun hoidossa on olennaista, että naista kohdellaan yksilöllisesti ja häntä kunnioittaen. Naisella tulee olla hallinnan tunne siitä mitä tapahtuu. Synnytyksen edetessä jatkuva synnyttäjän ja kättilön välinen kommunikointi kivunlievityksestä on olennaista, kuten myös hallinnan tunteen menettämisen havainnointi. (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014, 354.)

Synnytyskipuun vaikuttavat useat eri tekijät: sikiön koko ja asento, supistusten voimakkuus, synnyttäjän kipukynnys sekä aiemmat synnytys- ja kipukokemukset. Synnytyskipun kokeminen on yksilöllistä, minkä vuoksi synnyttäjän kivunhoidon vaikuttavuutta arvioidaan erilaisilla kipumittareilla. Arviointiin voidaan käyttää sanallista luokittelua, kipujanaa tai numeroasteikkoa. Supistusten tihentyessä ja muuttuessa kivuliaammiksi synnytyskipua voidaan lievittää eri tavoin. (Sarvela & Volmanen 2014.) Joustavat ennako-odotukset ja synnytykseen valmistautuminen saattavat vaikuttaa naisen psyykkiseen hyvinvointiin synnytyksen jälkeen. Äärimmäinen kipu voi johtaa psyykkiseen traumaan, kun taas toisille kivunhoidon epämieluisat sivuvaikutukset voivat olla haitallisia synnytyskokemukselle. Tehokkaat kivunlievitysmenetelmät eivät kuitenkaan välttämättä ole yhteydessä positiivisempaan synnytyskokemukseen. (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014, 354.)

Synnytyksen monimutkaisuus, odotukset ja kivun voimakkuus vaikuttavat naisen tahtoon ja päätöksentekoon kivunlievityksestä. Monelle naiselle synnytyskipu on merkittävä ja suurin osa synnyttäjistä haluaa jonkinlaista kivunlievitystä. (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014, 354.) Kivunlievityksen vaihtoehtoja on useita. Alkuvaiheessa lääkkeetön kivunlievitys voi olla avuksi. Tällöin synnyttäjä voi halutessaan oleskella ammeessa, käydä suihkussa, kävellä sekä kokeilla eri asentoja. Hieronta ja akupunktio voivat myös toimia kivunlievityskeinoina. Aqua-rakkulat taas toimivat synnytyskivun ”siirtäjinä” – synnyttäjän ihoon, esimerkiksi ristiselän alueelle, ruiskutetaan steriiliä vettä sisältäviä rakkuloita. Tämän seurauksena syntyy kipua, joka siirtää ajatukset pois synnytyskivusta. (Tiitinen 2015b.) Synnytyksen alkuvaiheessa myös TENS -laite on hyödyllinen. Se välittää elektrodien kautta iholle kontrolloidun sähköimpulssin, joka estää synnytyskipujen aiheuttaman kipuimpulssin etenemisen selkäytimen takajuuresta. (Blincoe 2007, 516.)

Kun lääkkeettömästä kivunlievityksestä ei ole enää apua, kipua voidaan lievittää lääkkeellisillä kivunlievitysmenetelmillä (Tiitinen 2015a). Nämä menetelmät voidaan jakaa koko kehoon vaikuttaviin ja vain osaa kehoa/paikallisesti vaikuttaviin lääkkeisiin. Koko kehoon vaikuttavia lääkkeitä ovat ilokaasu ja vahvat kipulääkkeet, joiden tarkoituksena on vaimentaa kiputunteja. Paikallisesti vaikuttavia ovat erilaiset puudutukset, joita ovat spinaalipuudutus, epiduraalipuudutus, spinaali- ja epiduraalipuudutuksen yhdistelmä, kohdunkaulan puudutus ja häpyhermon puudutus. Nämä menetelmät otetaan yleensä käyttöön vasta synnytyksen edistyessä, jolloin kivunlievityksen tarve lisääntyy. (Sarvela & Volmanen 2014.)

## 6 Ohjaus synnytyksen käynnistämisen yhteydessä

### 6.1 Potilasohjauksen lähtökohdat

Asiakkaalla on oikeus ohjaukseen ja ammattihenkilö on velvollinen toteuttamaan sitä. Ohjauksen kysymykset ovat muuttuneet yhä tärkeimmiksi hoitoaikojen lyhentymisen ja asiakkaiden vaatimusten myötä. Väestön koulutustason noustessa ja informaatiotekniikan lisääntyessä asiakkaat etsivät tietoa ja käyttävät sitä hyödyksi entistä paremmin, mikä vahvistaa heidän asemaansa oman hoitonsa toimijana ja vastuunkantajana. Ohjauksella onkin mahdollista tukea asiakkaan autonomisen elämän edellytyksiä. (Kyngäs ym. 2007, 12.) Ohjaajan osoittama aito kunnioitus voimavaraistaa ohjattavaa ja kunnioituksen antaminen näyttäisi edellyttävän reflektiivisyyttä (Onnismaa 2007, 38-9, 41-3).

Ohjaaminen hoitotyössä muodostuu lakien, ammattikäytänteiden sekä suositus-, opas- ja ohjelmaluonteisten asiakirjojen verkostosta (Kyngäs ym. 2007, 12). Ohjausta voidaan tarkastella juridisista, teoreettisista ja eettisistä lähtökohdista käsin. Hoitohenkilöstö ja organisaatio kantavat vastuun siitä, kuinka ohjausta arvostetaan hoitotyön toimintona, ja miten erilaiset resurssit voivat mahdollistaa ohjauksen. Hoitohenkilöstöllä on ammatillinen vastuu toimia eettisten ohjeiden mukaisesti potilaan parhaaksi ilman muita sitoumuksia. Potilaalla on oikeus päättää hoidosta, siitä haluaako hän ohjausta vai ei, ja miten hän saamansa ohjauksen pohjalta toimii. Hoitohenkilöstön on myös tiedostettava voimavaransa sekä omat rajansa ohjaajana. (Kääriäinen 2007, 25-6.)

Lait ja asetukset luovat sekä pohjan että veloitteen ohjaustilanteen toimimiselle. Niiden perusteella koko ohjaustoiminta on mahdollista. Lait ja asetukset asettavat

sekä hoitajalle että koko tapahtumalle minimivaatimuksen, jolloin hoitajan tulee täyttää ja noudattaa asetettuja laatukriteereitä kyetäkseen toimimaan tehtävässään. Tämä tarkoittaa muun muassa potilaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lain huomiointia potilaan ohjaustilanteissa, minkä perustalta sitoudutaan huomioimaan ja kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä sekä potilaan ohjaus toteutetaan potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä. (Lahtinen 2006, 6-7.) Lakia täydentävät hoitosuosituksot, joiden avulla taataan asianmukainen hoito. Yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja eettiset käsitykset toimivat osaltaan pohjana lain-säädännölle. (Kääriäinen 2007, 25.)

Synnytyksen hyvän hoidon eettisten periaatteiden lähtökohtana on jokaisen ihmisen ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä lapsen oikeus terveyteen ja hyvinvointiin sikiövaiheesta lähtien. Potilaiden yhdenvertaisuus, oikeudenmukaisuus, moniammatillinen yhteistyö sekä ammatillinen asiantuntemus ja vastuullinen osaaminen toteutuvat synnytyksen hyvässä hoidossa. Ammattitaidon jatkuvaan kehittämiseen tulee sisällyttää raskausajan, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisen ajan hoito, seuranta ja ohjaus. Hoito tulisi toteuttaa inhimillisyyttä, yksityisyyttä ja yksilöllisyyttä sekä kulttuurisia erityispiirteitä ja perheiden ja yhteisöjen arvostuksia kunnioittaen. Synnytyksen hoidossa lähtökohtana on, että naista on autettava häntä hoitamalla ja tukemalla synnyttämään turvallisesti ja arvokkaasti. Raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan aikana naista voidaan tukea häntä kuuntelemalla sekä riittäväällä ja yksilölliset tarpeen huomioon ottavalla ohjauksella ja neuvonnalla. (ETENE 2010, 1-3.)

Hyvän hoidon tavoitteena on turvata lapsen terveys ja hyvinvointi synnytyksessä. Hyvä hoito tukee vanhempia ottamaan huomioon lapsen tarpeet ja ottamaan vastuun lapsesta synnytyksen jälkeen. Lapsen tarvitessa erityissuojelua terveydenhuollon henkilöstön tulee arvioida perheen yksilöllisen avun tuen tarve. Hoitotyön tärkeisiin periaatteisiin kuuluu myös teknologian tarpeettoman käytön välttäminen, mutta sen hyödyntäminen silloin, kun perusteet sille ovat olemassa. Eettiset periaatteet saattavat joissain tapauksissa joutua ristiriitaan oikeudellisten reunaehtojen kanssa,



kun lapsen synnytystä tarkastellaan eri osapuolten hyvän kannalta. Jotta raskaana oleva nainen voisi tehdä mahdollisimman hyvän ratkaisun niin hänen omalta kuin hänen syntyvän lapsenkin kannalta, naisen tulee saada selvitys omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden mahdollisista vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä merkittävistä asioista. Terveydenhuollon ammattihenkilön antama selvitys tulee olla sellainen, että raskaana oleva nainen riittävästi ymmärtää sen sisällön. (ETENE 2010, 1-3, 7.)

## 6.2 Tiedon antaminen

Naiselle tulisi kertoa, että useimmat heistä synnyttävät spontaanisti 42:teen raskausviikkoon mennessä. Raskauden loppuvaiheessa naisille tulisi tarjota tietoa yliaikaisen raskauden riskeistä sekä heille tarjottavista vaihtoehdoista. Tietoa tulisi antaa synnytyksen käynnistämisestä sekä sen menetelmistä. (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2008, 8, 59.)

Naisille, joille tarjotaan synnytyksen käynnistämistä, tulisi kertoa syyt miksi synnytyksen käynnistämistä tarjotaan. Naisen on tärkeää tietää milloin, missä ja miten synnytyksen käynnistäminen tapahtuu sekä tuen mahdollisuudesta ja kivunlievityksestä. Naisen on hyvä tiedostaa vaihtoehdonsa synnytyksen käynnistämiseksi hänen siitä kieltäytyessä. Synnyttäjän tulee olla tietoinen synnytyksen käynnistämisen hyödyistä ja riskeistä, ja mitkä ovat mahdolliset käynnistämismenetelmät. Käynnistäminen ei aina onnistu odotetulla tavalla, jolloin naiselle tulee kertoa, mitkä hänen vaihtoehdonsa siinä tilanteessa ovat. (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2008, 8.)

Hoitohenkilöstön tulisi antaa naiselle aikaa keskusteluun kumppaninsa kanssa saamastaan tiedosta ennen päätöksentekoa synnytyksen käynnistämisestä. Naista tulisi rohkaista lukemaan eri tiedonlähteitä, kysymään kysymyksiä ja ajattelemaan hänen

vaihtoehtojaan sekä tukea häntä tekemässään päätöksessä. Isossa-Britanniassa teetettyjen neljän katselmuksen tulokset naisten näkökulmista ja kokemuksista synnytyksen käynnistämisestä osoittivat, että jopa 40 %:a naisista kokivat, että he eivät saaneet riittävästi tietoa synnytyksen käynnistämisestä sekä 80 %:a naisista koki lääkkeellisen käynnistyksen epämiellyttävänä – kaiken kaikkiaan äitien tyytyväisyyden taso oli matala. (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2008, 8, 22.)

## **7 Kirjalliset ohjeet potilasohjauksen tukena**

### **7.1 Kirjallinen ohjaus**

Ymmärrettävä, potilaat huomioon ottava kirjallinen ohjaus on noussut yhä merkittävämmäksi osaksi hyvää hoitoa. Vähäinen tiedon saanti on noussut potilastyytyväisyystutkimuksissa tyytymättömyyden yhdeksi keskeiseksi syyksi. Kirjalliset ohjeet eivät pysty korvaamaan henkilökohtaista vuorovaikutusta, mutta toisinaan ne ovat henkilökohtaisen ohjauksen välttämätön täydennys. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7-8.)

Kirjallisten potilasohjeiden tarkoituksena on täydentää suullista ohjausta (Alaperä, Antila, Blomster, Hiltunen, Honkanen, Honkanen, Holtinmäki, Konola, Leiviskä, Meriläinen, Ojala, Pelkonen & Suominen 2006, 65). Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on erittäin tarpeellista silloin, kun suullisen ohjauksen toteutus aika on vähentynyt lyhenteiden sairaalassaoloaikojen takia (Kyngäs ym. 2007, 124). Potilasohjeiden yhtenä

tavoitteena on potilaan tukeminen toimenpiteeseen tai hoitoon valmistautumisessa ja siinä toipumisessa (Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 6).

Hyvän potilasohjeen katsotaan edistävän potilasturvallisuutta, jolloin kirjallisen ohjeen tulee olla yksilöllisesti jokaiselle asiakkaalle sopiva ja hänen tietojensa ja tarpeidensa mukainen (Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 6; Kyngäs ym. 2007, 124). Kirjallisilla ohjeilla pyritään välttämään ja korjaamaan väärinkäsityksiä, vähentämään potilaiden ahdistuneisuutta ja lisäämään tietoa saatavilla olevista palveluista (Alaperä ym. 2006, 66). Kirjallisen ohjeen ollessa hyvin suunniteltu, tehokas, hyvin suunnattu ja asiakkaan oppimiskyvyn huomioiva, asiakkaalla on mahdollisuus käyttää sitä itseopiskeluun (Kyngäs ym. 2007, 125).

Kirjalliset potilasohjeet kuuluvat myös osaksi terveystiedotusta (Torkkola ym. 2002, 22). Terveystiedotuksen keskus on laatinut laatuksien hyvälle terveysaineistolle. Aineiston ollessa terveyttä edistävä, se tukee yksilöitä ja ryhmiä oman ja yhteisön terveyden kannalta myönteiseen käyttäytymiseen. Aineistot, joilla on voimavaroiltaan lähestymistapa, kannustavat ja auttavat yksilöä ymmärtämään omia mahdollisuuksiaan vaikuttaa terveyskäyttäytymistä edistäviin tekijöihin tai lisäämään ymmärrystä terveyttä vahvistavien tekijöiden vaalimisesta. Kriteerit myös kehottavat, että aineiston laadinnassa on käytetty terveyden edistämisen asiantuntijoita sekä kirjallisten ohjeiden sisäisten ja ulkoisten vaatimusten tulee täyttyä, jotta aineistot ovat sopivia kohderyhmälleen. (Rouvinen-Wilenius 2007, 3, 11.)

## 7.2 Sisäiset vaatimukset kirjalliselle potilasohjeelle

Terveystiedotuksen keskuksen laatimat terveysaineiston laatuksien hyvälle terveysaineistolle, että aineiston tavoitteiden täyttyminen tulee näkyä aineiston sisällössä sekä aineistosta täytyy tulla ilmi keskeisin sanoma yksiselitteisenä ja perusteltuna (Rouvinen-Wi-

lenius 2007, 10). Ohjeiden tärkeyttä ja perillemenoa voidaan suorien määräysten sijaan edistää nimenomaan perustelemalla ja selittämällä tiettyjen menettelytapojen toimivuutta (Torkkola ym. 2002, 38–39). Ohjeen ymmärrettävyys helpottuu, kun ohjeissa kuvataan konkreettisesti, miten asiakkaan on hyvä toimia tavoitteiden saavuttamiseksi (Kyngäs ym. 2007, 125–126). Ohjeita on tärkeä perustella silloin, kun ohjeet ovat hyvin trivaaleja tai pitkiä. Houkuttelevin perustelu on potilaan oman hyödyn tavoittelu. (Hyvärinen 2005, 1770.) Jotta liialta tiedolta vältyttäisiin, opettavan asian sisältö tulisi esittää ainoastaan pääkohdittain. Sisällön tulee olla tarkka ja ajantasainen sekä huomioida yksilönä asiakkaan kokonaisuus. Ohjeissa tulisi ottaa huomioon, miten sairaus, tutkimus tai hoito vaikuttavat asiakkaan mielialaan tai sosiaaliseen kanssakäymiseen. (Kyngäs ym. 2007, 125–126.)

Kirjallisen ohjausmateriaalin sisältö on mahdollisimman kattava, kun annetaan kuvausta biofysiologisen, toiminnallisen, sosiaalis-yhteisöllisen, kokemuksellisen, eettisen sekä ekonomisen tiedon ulottuvuuksista asiakkaan hallinnan tunteen tukemiseksi (Kyngäs ym. 2007, 126). Useimmiten potilasohjeiden sisältö keskittyy taudin tai sairauden biologisiin ja fysiologisiin oireisiin, kuten väsymykseen ja pahoinvointiin, sekä niiden seuraamiseen. Potilasohjeet harvemmin painottuvat potilaiden omaan toimintaan, kokemuksiin, sosiaalisiin suhteisiin, eettisiin tai taloudellisiin kysymyksiin. Hyvässä potilasohjeessa tulisi mainita kaikkien edellä mainittujen sisältöalueiden osalta tietoa siitä, mistä potilaan on mahdollista saada lisätietoa asiasta. (Leino-Kilpi ym. 2009, 6-7.)

### 7.3 Ulkoiset vaatimukset kirjalliselle potilasohjeelle

Ohjeen on kattavan sisällön lisäksi oltava ulkoisilta seikoiltaan, kieleltään ja rakenteeltaan selkeä ja käyttökelpoinen ihmisille. Useat tutkimukset osoittavat, että juuri näiden seikkojen osalta esiintyy ongelmia. (Leino-Kilpi ym. 2009, 7.) Hyvän ohjeen lähtökohtana on tekstin ja kuvien asettelu paperille huolellisesti ja ilmeisesti, jolloin ohje houkuttelee lukemaan ja parantaa ymmärrettävyyttä. Tekstin ja kuvien asettelu

alkaa asettelumallista, jonka avulla ohjeen eri elementit, otsikot, tekstit ja kuvat asetetaan oikeille paikoille. Asettelumalli myös ohjaa yksittäisen ohjeen kirjaisintyyppit ja – koon, rivivälin, rivien suljennan, palstamäärien, marginaalien ja tekstin korostusten valintaa. Tavallisesti potilasohjeet toteutetaan joko pysty- tai vaaka-asennon A4-arkkeille. (Torkkola ym. 2002, 53, 59.)

Otsikko ja väliotsikot ovat potilasohjeen tärkeimmät osat luettavuuden kannalta (Torkkola ym. 2002, 39). Terveysaineiston laatukriteerit terveyden edistämisen näkökulmasta esittävät, että otsikon tulee auttaa lukijaa ymmärtämään aineiston sisällön (Rouvinen-Wilenius 2007, 10). Hyvässä ohjeessa otsikko myös herättää lukijan mielenkiinnon. Väliotsikoiden tehtävänä on jakaa teksti sopiviin lukupaloihin, kertoa alakohtaan olennaisimman asian sekä auttaa lukijaa kahlaamaan tekstin loppuun asti. (Torkkola ym. 2002, 39–40.) Otsikot keventävät ja selkeyttävät ohjetta. Pääotsikko voi kertoa yksinkertaisimmillaan mistä on kyse tai siinä voi käyttää puhuttelua, mikä tekee otsikon henkilökohtaisemmaksi. (Hyvärinen 2005, 1770.) Otsikot voidaan erottaa tavallisesta leipätekstistä esimerkiksi lihavoinnilla (Torkkola ym. 2002, 58).

Kolmanneksi tärkeimmäksi osaksi voidaan määritellä kuvat, jotka parhaimmillaan herättävät mielenkiintoa sekä auttavat ymmärtämään. Kuvia käytetään lisäämään ohjeen luotettavuutta, tukemaan ja täydentämään tekstin asiaa sekä ns. kuvituskuvina. Kuvia käytettäessä on tärkeää huomioida tekijänoikeudet. (Torkkola ym. 2002, 40-1) Kirjallisen ohjeen sanoman ymmärrettävyyttä voidaan lisätä kuvien ohella myös kuvioin, taulukoin ja kaavioin. Niiden tulee olla tarkkoja, objektiivisia, mielenkiintoa herättäviä sekä ymmärrettäviä. (Kyngäs ym. 2007, 127.)

Ohjeen varsinainen teksti, leipäteksti, on hyvä kirjoittaa havainnollista yleiskieltä käyttäen, jotta ohje on ymmärrettävä sekä oikeakielinen (Torkkola ym. 2002, 42). Johdannon tehtävänä on erityisesti auttaa lukijaa ymmärtämään aineiston sisältöä (Rouvinen-Wilenius 2007, 10). Ohjeen varsinaisen tekstin rakenne riippuu ohjeen ai-

heesta; esittämisjärjestyksen lähtökohtana voi olla esimerkiksi aikajärjestys, jos valmistautumisohjeista on kyse tai uutisen kirjoittamisen kysymysrunko (mitä, miten, missä, milloin, millä seurauksella ja kuka), jos sairauden syistä tai hoidoista kerrotaan ohjeessa (Torkkola ym. 2002, 42–44). Järjestystä valitessa kannattaa huomioida mikä tekstin tavoite on tai missä tilanteessa sitä luetaan (Hyvärinen 2005, 1769).

Hyvän esittämisjärjestyksen ohella selkeä kappalejako lisää ohjeen ymmärrettävyyttä (Torkkola ym. 2002, 42). Rakenteellisesti tekstikappaleissa esitetään yksi asia jokaista kappaletta kohden ja pääasia kerrotaan heti ensimmäisessä virkkeessä. Kielen tulee olla selkeää sekä termien ja sanojen tulee olla yksiselitteisiä, tuttuja ja konkreettisia. Sanat ja virkkeet tulisi olla lyhyitä. Lääketieteellisiä termejä käytettäessä niiden sisältö tulee määritellä. Tekstiä kirjoittaessa olisi hyvä käyttää mieluummin aktiivi- kuin passiivimuotoa. (Kynäs ym. 2007, 127.) Viimeisenä ohjeeseen lisätään yhteystiedot ohjeen tekijöistä sekä viitteet lisätietoihin – eroteltuna omaksi osakseen väliotsikolla. Yhteystiedot ovat tiedoista tärkeimpiä sekä välttämättömiä niissä ohjeissa, joissa neuvotaan potilasta toimimaan tietyllä tavalla. (Torkkola ym. 2002, 44, 46.)

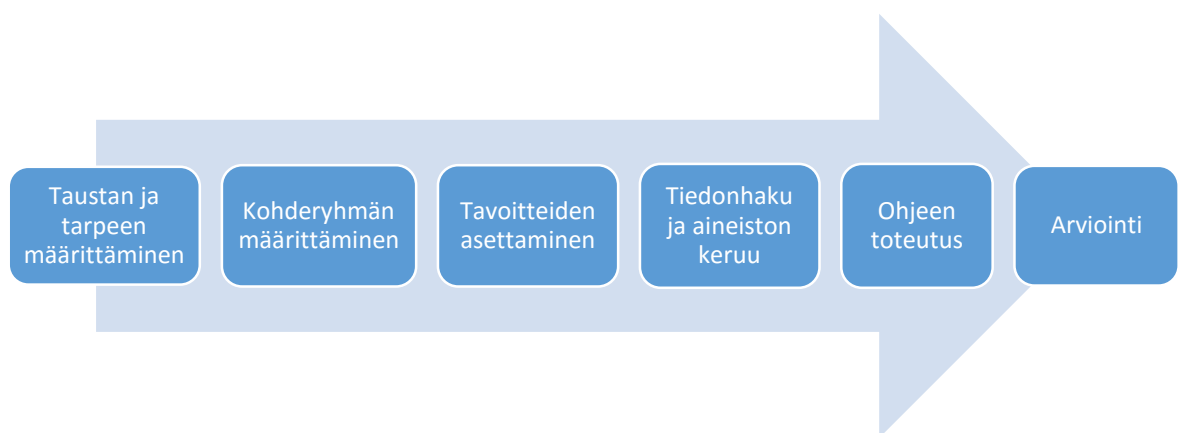
## **8 Potilasohjeen toteutus**

### **8.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta**

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta tarkoittaa tutkimukseen perustuvaa kehittämistoimintaa. Kehittämistoiminnan pyrkimyksenä on esimerkiksi jonkin aineellisen tai aineettoman tuotteen kehittäminen tai prosessin systematisointi ja tehostaminen. Ta-

voitteena on tyypillisesti jonkin konkreettisen asian muuttaminen – ei niinkään tiedon tuottaminen tutkimuksen merkityksessä. Kehittämistoiminnassa olennaista on käyttökelpoisuus, jonka määrittävät tavallisesti yritys tai organisaatio, jossa kehittämistoiminta toteutetaan. Keskeistä on pyrkiä tiettyyn tavoitteeseen – tavoitelähtöisyyden nähdään ohjaavan kehittämistoimintaa. Kehittämistoiminta kuuluu keskeisenä osana nykypäivän työelämää yksittäisten organisaatioiden, alueiden sekä koko yhteiskunnan tasolla. Kehittämistoimintaa on esimerkiksi tuote-, palvelujen, työyhteisön, menetelmien ja oman työn kehittämistä. (Rantanen & Toikko 2009, 1, 3-5.)

Opinnäytetyö tehtiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana. Tutkimuksellisen tästä kehittämistyöstä tekee se, että aineisto on näyttöön ja tutkimuksiin perustuvaa. Opinnäytetyössä näitä aineistoja hyödyntäen luotiin potilasohje. Potilasohjeen avulla pyritään muun muassa kehittämään potilasohjausta sekä levittämään kehitettyä tietoa. Potilasohjeen muodostumista eli tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessia voidaan kuvata eri vaiheiden avulla. Tässä työssä nämä vaiheet (kts. Kuvio 1.) ovat taustan ja tarpeen määrittäminen, kohderyhmän määrittäminen, tavoitteiden asettaminen, tiedonhaku ja aineisto, ohjeen toteutus ja toteutuksen arviointi. Eri vaiheet muodostavat ketjuuntuneena tavoitteellisen toimintakokonaisuuden halutun tuloksen saavuttamiseksi. Prosessi etenee, kun jokaisessa vaiheessa tehdään kullekin vaiheelle tyypilliset tehtävät, ja kun jokaisen vaiheen lopussa tehty työ arvioidaan. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 58–59.)



Kuvio 1. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi

## 8.2 Ohjeen tausta ja tarve

Suomessa sekä kaikissa muissa länsimaissa käynnistettyjen synnytysten osuus kaikista synnytyksistä on kasvanut (Nuutila 2006). Osa synnytyksen käynnistämisen läpi käyneistä naisista kokevat, etteivät olleet saaneet riittävästi tietoa aiheesta ennen käynnistystä. Naiset ja heidän kumppaninsa tarvitsevat tietoa siitä, kuinka tehdä valintoja ja päätöksiä heidän hoitoonsa liittyen. He tarvitsevat tietoa niin synnytyksen käynnistämisen syistä, menetelmistä kuin sen hetkistä vaihtoehdoista. Ilman näitä tietoja, riskit synnytyksen hoidolle lisääntyvät sekä naiset menettävät hallinnan tunteen. Täsmällisen tiedon vastaanottamisen jälkeen, naiset voivat tehdä olennaisia päätöksiä koskien heidän yksilöllisiä tarpeitansa. Synnytyksen käynnistämällä on myös oma vaikutuksensa naisen synnytyskokemukselle. (NICE 2008, 1, 21–22.)

Kirjalliset ohjeet auttavat vastaamaan potilaan tiedon tarpeisiin (Alaperä ym. 2006, 66). Mikkelin keskussairaalan naistentautien ja synnytysten yksikössä ei ole saatavilla potilasohjetta synnytyksen käynnistämisestä. Heidän taholtaan nousi toive saada kyseinen potilasohje kirjallisen ohjauksen välineeksi sekä suullisen ohjauksen tueksi. Ohjeen tarpeena oli myös, että raskaana olevat naiset, joiden synnytys aiotaan käynnistää, voisivat saada täsmällistä ja riittävää tietoa aiheesta pystyäkseen osallistumaan päätöksentekoon.

## 8.3 Ohjeen kohderyhmä

Suurin osa potilasohjeista määritellään kohdeviestinnäksi, mikä tarkoittaa sitä, että ne on kirjoitettu jo ennalta määritetylle ryhmälle (Torkkola ym. 2002, 22). Hankkeen eli potilasohjeen kohderyhmäksi valitaan sen lopullisten tulosten kannalta tärkein ryhmä. Ohjeen varsinaiset hyödyt pyritään kanavoimaan tälle kyseiselle ryhmälle. (Silfverberg 2007, 39.) Potilasohje on tehty antamaan Mikkelin keskussairaalan syn-



nyttäjille tietoa synnytyksen käynnistämisestä sekä tukemaan heidän omia voimavarojaan synnytystä käynnistettäessä. Tällöin kohderyhmäksi määritellään synnyttäjät. Tämän varsinaisen kohderyhmän saamat hyödyt potilasohjeesta voivat kuitenkin toteutua vain silloin, kun välittömän kohderyhmän antamat palvelut paranevat (Silfverberg 2007, 39). Tällöin välittömäksi kohderyhmäksi voidaan määritellä hoitohenkilökunta. Ohjeella pystytään kehittämään hoitohenkilökunnan työtapoja, jolloin varsinaisen kohderyhmä saa paremmin tietoa heitä koskevasta hoidosta.

## 8.4 Ohjeen tavoitteet

Tavoitteilla on tarkoituksena kuvata, millaisiin muutoksiin pyritään nykyiseen tilanteeseen verrattuna. Tavoitteet voidaan jakaa kehitystavoitteisiin ja välittömiin tavoitteisiin. Kehitystavoitteet tarkoittavat konkreettisia pitkän aikavälin tavoitteita varsinaisen kohderyhmän kannalta. Niiden saavuttaminen on tärkeää, koska kehitystavoitteita pidetään hankkeen toteuttamisen perustana. Välittömät tavoitteet eli lyhyen aikavälin tavoitteet taas kuvaavat hankkeen konkreettista lopputulosta, eli sitä muutosta, joka näkyy palvelun parantumisena tai kohderyhmän parantuneena toimintana. (Silfverberg 2007, 40–41.)

Potilasohjeen kehitystavoitteena on, että synnyttäjät kokevat hallinnan tunteensa säilyvän synnytyksen käynnistyessä ja sen edetessä sekä heille muodostuu positiivinen kokemus synnytyksen käynnistämisestä. Välittömät eli lyhyen aikavälin tavoitteet ovat:

1. synnyttäjät ymmärtävät synnytyksen käynnistämisen vaikutuksen synnytysprosessiin
2. synnyttäjillä on tarpeelliset tiedot synnytyksen käynnistymisestä pystyäkseen osallistumaan päätöksentekoon
3. synnyttäjät osaavat hyödyntää omia voimavarojaan synnytyksen käynnistämisessä ja synnytyksen edetessä

4. synnyttäjät ovat tietoisia mahdollisuuksistaan edistää synnytyksen käynnistymistä
5. synnytykseen osallistuva tukihenkilö on tietoinen mahdollisuuksistaan tukea synnyttäjää synnytyksen käynnistämisessä.

## 8.5 Tiedonhaku ja aineisto

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat potilasohjaus, kirjallinen ohjaus, potilasohje kättilötyö, normaali synnytys ja synnytyksen käynnistäminen. Käsitteet ovat englanniksi patient guidance, written guidance, patient guide, midwifery, normal labour and induction of labour. Keskeisistä käsitteistä muodostuvat hakulausekkeet ovat:

1. synnytys ja käynnistäminen;  
labour and induction of labour
2. normaali ja synnytys;  
normal labour
3. kättilötyö ja/tai synnytys;  
midwifery and/or labour
4. potilas tai kirjallinen ja ohjaus tai ohje;  
patient or written and guidance or guide
5. tutkimuksellinen ja/tai tutkiva ja kehittämistoiminta tai kehittäminen;  
empirical research and/or development
6. tutkimus ja luotettavuus ja/tai eettisyys;  
empirical research and reliability and/or ethicalness

Näitä hakulausekkeita käytettiin sekä suomenkielisissä että englanninkielisissä tietokannoissa. Hakulausekkeiden avulla haettiin tietoa synnytyksen käynnistämisestä, potilasohjauksesta, kirjallisesta potilasohjeesta sekä tutkimuksellisesta kehittämistoiminnasta. Aineiston hakuun käytettiin terveysalan aineistoista Cinahl (EBSCO), Cochrane library, Duodecim – lääketieteen aikakauskirja, terveyskirjasto ja ter-

veysportti -tietokantoja. Tiedonlähteinä käytettiin myös kättilötyöhön ja tutkimukselliseen kehittämistoimintaan liittyviä kirjoja ja verkkojulkaisuja eri artikkeleista ja katsauksista. Mikkelin keskussairaalan synnytysten erikoislääkäri Jaana Kröger toimi myös yhtenä tiedonlähteenä asiantuntijan roolissa. Lopuksi tuotoksen eli potilasohjeen valmistuessa tiedonlähteenä hyödynnettiin kohderyhmän käyttäjälähtöistä arviointia.

Terveysportin ja terveyskirjaston sekä Duodecimin kautta löytyi artikkeleita, tutkimuksia ja katsauksia normaalista synnytyksestä sekä synnytyksen käynnistämisestä. Cinahl (EBSCO) ja Cochrane library -tietokannat toimivat tiedonlähteinä yksinomaan synnytyksen käynnistämiseksi erilaisten tutkimusten ja katsausten kautta. Potilasohjauksesta ja potilasohjeista löytyi artikkeleita ja katsauksia muun muassa potilasohjauslaadusta, sekä kuinka tehdä hyvä potilasohje.

## 8.6 Ohjeen toteutusprosessi

Potilasohjeen kirjoittaminen alkaa käytännön hoitotyön tarpeiden ja pulmien huomiomisella, eli mitkä ovat laitoksen tarpeet potilasohjaukselle, ja mitkä ovat potilaiden tarpeet saada olennaista tietoa. Hyvän potilasohjeen kirjoittaminen aloitetaan pohtimalla, kenelle ohje ensisijaisesti kirjoitetaan ja kuka on ohjeen lukija. Kirjoitusvaiheessa suositeltavaa olisi kirjoittaa tärkeimmästä asiasta kohti vähemmän tärkeää. Tällöin tekstin tekijä kertoo arvostavansa lukijaa. (Torkkola ym. 2002, 35–36.)

Opinnäytetyön aihe saatiin toimeksiantona Mikkelin keskussairaalan naistentautien ja synnytysten yksiköstä joulukuussa 2014. Heillä ei ollut saatavilla potilasohjetta synnytyksen käynnistämisestä, joten he kokivat, että siitä olisi hyötyä muun muassa ohjauksen yhteydessä. Toimeksiantajan toiveesta muodostui tarve potilasohjeelle, jonka jälkeen laadittiin opinnäytetyösopimus toimeksiantajan kanssa.

Tammikuussa 2015 lähdettiin kirjoittamaan opinnäytetyön suunnitelmaa, joka sisälsi opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteet sekä alustavan lähde- ja sisällysluettelon. Myös potilasohjeen kohderyhmä määriteltiin, eli kenelle ohje suunnataan. Kohderyhmäksi muodostuivat synnyttäjät. Opinnäytetyöprosessin ensimmäinen vaihe oli tiedonhaku. Tiedonhaun perusteella löydetyt aineistot toimivat pohjana potilasohjeelle. Suurin osa aineistosta valittiin sen perusteella, mitkä olisivat hyödyllisiä synnyttäjille potilasohjetta ajatellen. Teoriaosuus alkoi vähitellen kasvaa eri aineistoista, ja sen sisältö muotoutui selkeäksi kokonaisuudeksi. Potilasohjetta lähdettiin kokoamaan teoriaosuuden pohjalta tammikuussa 2016.

Mikkelin keskussairaalan toiveesta potilasohje tehtiin C5:den kokoiseksi vihoksi. Ennen potilasohjeen työstämistä ohjeen ulkoasua käytiin läpi yhdessä toimeksiantajan kanssa. Sovittiin, että ohjeen fontti ja riviväli ovat samassa suhteessa, eli mitä isompi fontti sitä isompi riviväli. Ohjeen pääotsikoissa käytettiin fonttikokoa 14 ja väliotsikoissa kokoa 12. Otsikot myös lihavoitiin sovitusti. Riviväliksi muotoutui 1,5. Ohjeessa käytettiin yhdenmukaista kirjaisintyyppiä ja käsiteltävät asiat esitettiin kappaleissa tiivistetysti. Ohjeeseen liitettiin muutamia yksittäisiä kuvia aiheeseen liittyen sekä Etelä-Savon sairaanhoitopiirin logo. Potilasohjeen teksti kirjoitettiin sinä -muotoon, jolloin potilasohje puhuttelisi kohderyhmää, eli synnyttäjiä.

Mikkelin keskussairaalan synnytysten erikoislääkäri Jaana Kröger antoi palautetta sekä parannusehdotuksia ohjeeseen. Ohjeen ollessa melkein valmis, se vietiin Mikkelin keskussairaalaan naistentautien ja synnytysten yksikköön hoitohenkilökunnan ja synnyttäjien arvioitavaksi. Lopuksi arviointien perusteella potilasohjetta vielä viimeisteltiin ja ohjeen toteutuksen arviointi kirjoitettiin ja täydennettiin raporttiin.



Kuvio 2. Ohjeen toteutusprosessi

## 9 Pohdinta

### 9.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden takaavat lukuisat normit ja kannanotot, joihin tutkivassa kehittämisessä on sitouduttava. Tutkivan kehittämisen luotettavuutta lisäävät ohjeet ja suositukset. Ne sitouttavat tutkijaa lupaamaansa toimintatapaan ja rajoihin. Lainsäädäntö puolestaan antaa velvoittavia ohjeita ja määräyksiä. Eettiset suositukset taas puolustavat tärkeinä pidettyjä arvoja – mitä pidetään hyvänä ja moraalisesti oikeana. (Heikkilä ym. 2008, 43.)

Koko kehittämistoiminnan prosessin tarkastelu ja arviointi ovat avain asemassa työn luotettavuuden ja eettisyyden turvaamiseksi. Ennen tutkivan kehittämistoiminnan aloittamista on tärkeää miettiä, mitä päämääriä ja asioita halutaan edistää. Aiheen valinnan ja tutkimuksen sekä kehittämistoiminnan kohdentamisen eettisyys on tärkeää miettiä huolella. (Heikkilä ym. 2008, 44–45.) Opinnäytetyön tuotteen, eli potilasohjeen päämääränä oli tuottaa synnyttäjille tietoa synnytyksen käynnistämisestä sekä tukea heidän omia voimavarojaan synnytystä käynnistettäessä. Tärkeimmäksi päämääräksi siis korostui potilaiden hyvä.

Hankkeen alussa tietolähteiden valintaan on myös tärkeää kiinnittää huomiota, koska niiden pohjalta työ ohjautuu suuntaan tai toiseen. Lähteiden luotettavuutta ja eettisyyttä tulisi arvioida perusteellisen lähdekritiikin kautta. Kerätty aineisto tulee analysoida huolellisesti sekä aineiston luotettavuus tulee arvioida. (Heikkilä ym. 2008, 44–45.) Opinnäytetyön tiedonhaussa on käytetty tunnettuja ja luotettavia tietokantoja. Tietolähteiksi on valittu uusimpia artikkeleita, tutkimuksia ja katsauksia työssä käsi-

teltävistä keskeisistä aiheista. Tiedon tuottajan on katsottu olevan tunnettu ja luotettava. Kerätyn aineiston luotettavuutta on arvioitu aineiston uskottavuuden, merkityksellisyyden ja toistuvuuden kautta.

Ammattikorkeakoulujen tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa on noudatettava hyvän tieteellisen toiminnan periaatteita. Tutkimuseettinen neuvottelukunta valvoo eettisyyden toteutumista terveydenhuollossa sekä edistää tutkimusetiikkaa. (Heikkilä ym. 2008, 43, 46.) Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6-8) mukaan tieteellinen tutkimus nähdään eettiseksi hyväksyttäväksi ja luotettavaksi, kun tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat muun muassa 1) tiedeyhteisön tunnistamien toimintatapojen noudattaminen, 2) tieteellisen tutkimuksen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien sovellettavuus, 3) muiden tutkijoiden tekemän työn kunnioittaminen, 4) tutkimuksen suunnitteleminen, toteuttaminen ja raportointi sekä syntyneiden tietoaiteiden tallentaminen vaatimusten mukaisesti, 5) tutkimusluvan hankkiminen, 6) sopimusten tekeminen yhteistyössä kaikkien osapuolten kanssa ja 7) tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset asiat ilmoitetaan ja raportoidaan asianosaisille.

Käytännön noudattaminen on otettu huomioon opinnäytetyöprosessin toteutuksessa. Ennen kehittämistoiminnan toteutusta hankittiin tutkimuslupa Mikkelin keskussairaaltalta sekä laadittiin sopimus opinnäyteyhteistyöstä kaikkien osapuolten kanssa, jotta hanketta voitaisiin lähteä työstämään hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Opinnäytetyön kannalta merkitykselliset asiat on koottu raporttiin asiallisesti ja perustellusti näyttöön perustuvaa tutkimustietoa apuna käyttäen. Muiden tutkijoiden tekemän työn kunnioittaminen näkyy opinnäytetyössä siinä, että töitä ei ole suoraan plagioitu raporttiin, vaan käytetyn työn lähde on aina ilmoitettu viittauksen perään. Opinnäytetyön suunnitteleminen, toteuttaminen ja raportointi on tehty Jyväskylän ammattikorkeakoulun yleisten opinnäytetyöohjeiden ja raportointiohjeiden mukaisesti. Työn lopuksi potilasohje koottiin asianmukaiseksi tiedotusvälineeksi työn kohderyhmälle.

## 9.2 Ohjeen arviointi

Kehittämishankkeen toteutuksen aikana yleensä arvioidaan hankkeen etenemistä eli saavutetaanko hankkeelle asetetut tavoitteet, toimiiko suunniteltu aikataulu sekä mitkä asiat hankkeessa sujuvat erinomaisesti ja mitkä taas eivät (Heikkilä ym. 2008, 114, 127). Potilasohje toteutettiin toimeksiantajan tarpeiden mukaisesti. Aluksi asetettiin hankkeelle tavoitteet, jonka jälkeen pohdittiin, mitä asioita potilasohjeessa olisi tarpeellista ottaa esille. Kun potilasohjeessa esille otettavat aiheet oli päätetty, lähdettiin työstämään teoriapohjaa. Teoriapohja alkoi muodostua luotettavista ja eettisesti hyvistä aineistoista sekä kaikki olennainen tieto saatiin sisällytettyä lopulliseen raporttiin.

Potilasohjeen toteutusvaihe sujui hyvin ja nopeasti hyvän teoriapohjan avulla. Ohjeen laadinnassa käytettiin terveyden edistämisen asiantuntijaa, Mikkelin keskussairaalan naistentautien ja synnytysten yksikön erikoislääkäriä Jaana Krögeriä, kuten terveysaineiston laatuksia niin kehottavat. Potilasohjeen työstövaiheessa sen keskeisin sanoma kerrottiin yksiselitteiseksi ja tarvittaessa sanomaa perusteltiin. Synnytyksen käynnistämisen toteutus ja synnytyksen eteneminen kuvattiin ohjeessa asiakaslähtöisesti. Teksti kirjoitettiin yleiskieltä käyttäen ja aktiivimuodossa, jolloin ohje olisi synnyttäjälle ymmärrettävä ja häntä puhutteleva. Ohjeessa huomioitiin synnyttäjän hallinnan tunteen tukeminen, jotta ohjausmateriaalin sisältö olisi mahdollisimman kattava. Näiden toimintojen myötä potilasohjeen sisäiset vaatimukset alkoivat hiljalleen muotoutua. Ohjeen ulkoisia vaatimuksia tarkastellessa ohjeesta tehtiin ulkoisilta seikoiltaan, kieleltään ja rakenteeltaan selkeä ja käyttökelpoinen synnyttäjille. Teksti ja kuvat asetettiin paperille selkeästi. Ohjeeseen liitettiin kuva ballongista sen asetuksen jälkeen, minkä tehtävänä olisi auttaa lukijaa ymmärtämään synnytyksen käynnistäminen ballonkimenetelmällä paremmin. Otsikot tehtiin selkeyttämään ohjeen rakennetta, sekä ne nimettiin kuvaamaan aineiston sisältöä ja herättämään lukijan mielenkiinnon. Potilasohjeen viimeisellä sivulla mainittiin myös yhteystiedot, mihin synnyttäjä voisi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Hankkeelle asetettuja tavoitteita alettiin saavuttaa potilasohjeen sisäisten ja ulkoisten vaatimusten täytyessä.



Hankkeen tavoitteiden saavuttamisen varmistamiseksi viimeistelyä vaille oleva ohje vietiin Mikkelin keskussairaalaan naistentautien ja synnytysten yksikköön hoitohenkilökunnan ja synnyttäjien arvioitavaksi. Arviointia varten tehtiin arviointilomakkeet (ks. liite 1.), joissa kysyttiin ohjeen toimivuudesta, visuaalisesta ilmeestä, luettavuudesta ja riittävästä tiedon määrästä. Arviointeja toivottiin saavan niin hoitohenkilökunnalta kuin synnyttäjiltä. Potilasohje ja arviointilomakkeet olivat yksikössä viikon verran. Lopulta arviointeja palautui vain kolmelta kätilöltä synnytysvuodeosastolta ja synnytyssalista. Näiden kolmen arvioinnin pohjalta potilasohjetta tiivistettiin, koska kätilöiden mielestä potilasohje oli liian laaja synnyttäjää ajatellen. Muutoin potilasohjetta kuvattiin selkeäksi, ymmärrettäväksi ja helppolukuiseksi, ja sen odotettiin täytävän hyvin hoitohenkilökunnan tarpeet potilasohjeelle.

Hankkeen päätösvaiheessa arvioidaan tehtyä toimintaa ja tuloksia, eli arvioinnissa otetaan huomioon lopputuloksen ja hankkeen sisällön onnistuminen, hankkeen ammatillinen hyödynnettävyys ja tuotoksen siirrettävyys toisiin toimintaympäristöihin (Heikkilä ym. 2008, 129). Arviointien perusteella tehtyjen viimeistelyjen jälkeen potilasohjeesta onnistuttiin saamaan synnyttäjien, hoitohenkilökunnan ja toimeksiantajan tarpeita vastaava. Terveysaineiston laatuksien mukaisesti potilasohjeesta on tehty terveyttä edistävä ja voimavaralähtöinen. Potilasohje auttaa synnyttäjiä ymmärtämään omia mahdollisuuksiaan vaikuttaa hoitoonsa synnytystä käynnistettäessä sekä lisää heidän ymmärrystään synnytysten etenemistä vahvistavien tekijöiden vaalimisen tärkeydestä. Potilasohje sisältää kattavasti tietoa synnytysten käynnistämisestä sekä ohjeessa on otettu huomioon synnyttäjien voimavarojen tukeminen kertomalla keinoja heidän hallinnan tunteidensa säilyttämiseksi. Potilasohje tehtiin täydentämään hoitohenkilökunnan suullista ohjausta, joten ohjetta tullaan käyttämään synnytysten hoidossa ohjauksen yhteydessä. Potilasohjeesta tehtiin myös käyttökelpoinen kaikkiin naistentautien ja synnytysten yksiköihin, mikä oli myös toimeksiantajan yksi tarpeista. Ohjeessa on kerrottu synnytysten käynnistämisestä eri toimintaympäristöissä, sekä siihen on lisätty kaikkien yksiköiden yhteystiedot, joihin synnyttäjä pystyy tarvittaessa ottamaan yhteyttä.

### 9.3 Kehittämisehdotukset

Tulevaisuuden haasteina on hyvän potilasohjauksen turvaaminen hoitoaikojen lyhentymisen ja asiakkaiden vaatimusten myötä. Ihmiset etsivät tietoa enemmän sekä käyttävät sitä hyödyksi entistä paremmin, joten ohjauksella on tärkeää pystyä tukemaan ihmisiä heitä koskevassa päätöksenteossa.

Terveysaineiston arvioinnin tarkoituksena on pohtia aineistosta kehittämisajatuksia ja ideoita jatkotoimista. Arviointien avulla on mahdollista antaa ehdotuksia tuottajille siitä, miten aineistoa pystytään parhaiten hyödyntämään, ja miten aineistoa tulisi jatkossa kehittää. (Rouvinen-Wilenius 2007, 4.) Hankkeen todelliset hyödyt ja kehittämisvaikutukset tulevat usein näkyviin vasta myöhemmin hankkeen päättymisen jälkeen, minkä vuoksi hankkeen käyttöönottoa ja vaikutuksia olisi hyvä seurata jatkossa (Heikkilä ym. 2008, 129–130). Hankkeen päättymisen jälkeen olisi tärkeää selvittää hoitohenkilökunnalta ohjeen käytettävyyttä suullisen ohjauksen tukena. Synnyttäjiltä olisi myös tärkeää selvittää, miten ohje on tukenut heitä synnytystä käynnistettäessä. Jatkoa ajatellen hankkeelle voidaan määrittää myös kehittämis ehdotuksia. Yhtenä kehittämis ehdotuksena on, että kirjallinen ohje synnytyksen käynnistämisestä päivitetäisiin, mikäli Mikkelin keskussairaalan naistentautien ja synnytysten yksikön toimintatavat muuttuvat koskien synnytyksen käynnistämistä. Toisena ehdotuksena on, että hoitohenkilökunnan työaika suunniteltaisiin potilaslähtöisesti niin, että potilaan ohjaukselle jäisi riittävästi aikaa muun hoidon oheen.

## Lähteet

Aitasalo, M. 2013. Synnytyksen eteneminen. Väestöliitto. Viitattu 3.1.2016.  
<https://www.perheaikaa.fi/jutut/lapsi-tulossa/synnytys/synnytyksen-eteneminen/>

Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honkanen, R., Holtinmäki, T., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Toim. K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. 65–71.

Alfirevic, Z., Kelly AJ. & Dowswell, T. 2009. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. Review. The Cochrane Collaboration. Cochrane library.

Alfirevic, Z. & Weeks, A. 2010. Oral misoprostol for induction of labour. Review. The Cochrane Collaboration. Cochrane library.

Blincoe, A. 2007. TENS machines and their use in managing labour pain. British Journal of Midwifery 15 (8), 516-519.

Borrelli, S. 2014. What is a good midwife? Insights from the literature. Review. Midwifery 30, 3-10.

Boulvain, M., Kelly, A., Lohse, C., Stan, C. & Irion, O. 2009. Mechanical methods for induction of labour. Intervention review. The Cochrane Collaboration. Cochrane library.

Bricker, L. & Luckas, M. 2012. Amniotomy alone for induction of labour. The Cochrane Collaboration. Cochrane library.

Brotherus, R., Hänninen, K., Illikainen, L., Kamula, J., Kerälä, K., Leinonen, R., Nisula-Tauriainen, M. & Teirikangas, T. 2006. Ohjaus ryhmässä. Teoksessa potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Toim. K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. 85–90.

Goonewardene, M., Rameez, MFM., Kaluarachchi, A. & Perera, H. 2011. WHO recommendations for induction of labour: RHL commentary. Päivitetty 1.11.2011. The WHO Reproductive Health Library. Geneva: World Health Organization.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hiilesmaa, V. & Nuutila, M. 1994. Alatiesynnytyksen käynnistäminen. Käypä hoito. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim 110 (8), 826.

Hofmeyr, GJ., Alfirevic, Z., Kelly, AJ., Kavanagh, J., Thomas, J., Neilson, JP. & Dowswell, T. 2012. Methods for cervical ripening and labour induction in late pregnancy: generic protocol. The Cochrane Collaboration. Cochrane library.

HUS. 2016a. Ohje sikiön liikkeiden laskemiseksi. Vauvamatkalla – opas odottajalle. Viitattu 9.1.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/synnytykset/vauvamatkalla/sairaalakaynnit/aitiyspoliklinikakaynnit/loppuraskauden-seuranta/sikion-liikkeiden-laskeminen/Sivut/default.aspx>

HUS. 2016b. Tukihenkilö synnytyksessä. Vauvamatkalla – opas synnyttäjälle. Viitattu 9.1.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/synnytykset/vauvamatkalla/synnytys/tukihenkilö-synnytyksessa/Sivut/default.aspx>

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim 16, 1769–1772.

Kröger, J. 2014. Synnytyksen käynnistäminen. KSSHP.

Kröger, J. & Metsälä, J. 2014. Ballonki – katetrilla synnytyksen käynnistys. KSSHP.

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

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveydenhallinnon laitos. Lääketieteellinen tiedekunta.

Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. Suomen Potilaslehti 2, 6-7.

Lääkeinfo. 2014. Misodel depotlääkevalmiste, emättimeen 200 mikrog. Viitattu 30.11.2015. [http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=29860&i=FERRING\\_MISODEL](http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=29860&i=FERRING_MISODEL)

Mozurkewich, E., Chilimigras, J., Koepke, E., Keeton, K. & King VJ. 2009. Indications for induction of labour: a best evidence review. British Journal of Obstetrics and Gynecology 116 (5), 626-636.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. 2008. Induction of labour. Nice Clinical guideline. Viitattu 23.9.2015. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg70/evidence/full-guideline-241871149>

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. 2014. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical guideline 190. Methods, evidence and recommendations. Viitattu 30.11.2015. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-248734765>

National Institute for Health and Care Excellence – NICE. 2008. Induction of labour. Information for the public. Viitattu 23.9.2015. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg70/resources/information-for-the-public-induction-of-labour-pdf>

Nuutila, M. 2006. Synnytyksen käynnistäminen. Suomen lääkirilehti 61 (10), 1097–1101.

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus ja neuvontatyö. Tampere: Tammer paino oy.

Panelius, E., Heikinheimo, O. & Rahkonen, L. 2012. Synnytyksen käynnistäminen balloonkimenetelmällä. Alkuperäistutkimus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 128 (20), 2093-2102.

Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. UAS Journal. Viitattu 6.1.2016. <http://www.uasjournal.fi/index.php/kever/article/viewFile/1088/919>

Rouvinen-Wilenius, P. 2007. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto. Kriteeristö aineiston tuotannon ja arvioinnin tueksi. Terveyden edistämisen keskus. Viitattu

7.1.2016. [https://www.researchgate.net/publication/232569631\\_Tavoitteena\\_hyva\\_ja\\_hyodyllinen\\_terveysaineisto](https://www.researchgate.net/publication/232569631_Tavoitteena_hyva_ja_hyodyllinen_terveysaineisto)

Saarikoski, S. 2011. Synnytyksen käynnistäminen. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim oppikirjat.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali synnytys. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Toim. Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. Kustannus Oy Duodecim. 315–325.

Sarvela, J. & Volmanen, P. 2014. Synnytyskipu – anestesia­lääkärin opas potilaalle. Suomen obstetriset anestesiologit. Lääkärikirja duodecim. Viitattu 30.11.2015. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00904](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00904)

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Helsinki: Edita.

Smyth, RMD., Alldred, SK. & Markham C. 2013. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Review. The Cochrane Collaboration. Cochrane library.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet. Synnytystoimenpiteiden tietokantaraportit 2014. Synnytystapa ja -toimenpiteet 2007-. Käynnistys %. Viitattu 3.1.2016. [https://sampo.thl.fi/sampo\\_prod/cgi-bin/cognos.cgi?b\\_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2Fcontent%2Ffolder%5B%40name%3D%27amor\\_prod%27%5D%2Ffolder%5B%40name%3D%27synre%27%5D%2Freport%5B%40name%3D%27amor\\_synre\\_toimenpiteet\\_synre\\_toimenpiteet\\_timebar\\_fi\\_prod%27%5D](https://sampo.thl.fi/sampo_prod/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2Fcontent%2Ffolder%5B%40name%3D%27amor_prod%27%5D%2Ffolder%5B%40name%3D%27synre%27%5D%2Freport%5B%40name%3D%27amor_synre_toimenpiteet_synre_toimenpiteet_timebar_fi_prod%27%5D)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet. Synnytystoimenpiteiden tietokantaraportit 2014. Synnytystapa ja -toimenpiteet sairaalotain. Käynnistys %. Viitattu 3.1.2016. [https://sampo.thl.fi/sampo\\_prod/cgi-bin/cognos.cgi?b\\_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2Fcontent%2Ffolder%5B%40name%3D%27amor\\_prod%27%5D%2Ffolder%5B%40name%3D%27synre%27%5D%2Freport%5B%40name%3D%27amor\\_synre\\_toimenpiteet\\_synre\\_toimenpiteet\\_hospitalyear\\_fi\\_prod%27%5D](https://sampo.thl.fi/sampo_prod/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2Fcontent%2Ffolder%5B%40name%3D%27amor_prod%27%5D%2Ffolder%5B%40name%3D%27synre%27%5D%2Freport%5B%40name%3D%27amor_synre_toimenpiteet_synre_toimenpiteet_hospitalyear_fi_prod%27%5D)

Tiitinen, A. 2015a. Normaali synnytys. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 24.8.2015. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00160](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160)

Tiitinen, A. 2015b. Synnytyskivun hoito. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 26.1.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00883](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00883)

Timonen, S. 2010. Kun laskettu aika on ohi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 126 (7), 773-779.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 16.1.2016. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Uotila, J., Raudaskoski, T. & Nuutila, M. 2010 Lasketun ajan ylitys ei oikeuta synnytyksen rutiininomaiseen käynnistämiseen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 126 (12), 1438.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2010. Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset perusteet. Kannanotto. Viitattu 16.5.2015. [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17300&name=DLFE-589.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17300&name=DLFE-589.pdf)

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

WHO. 2011. Recommendations for induction of labour. Geneva: World Health Organization.





## Liite 2

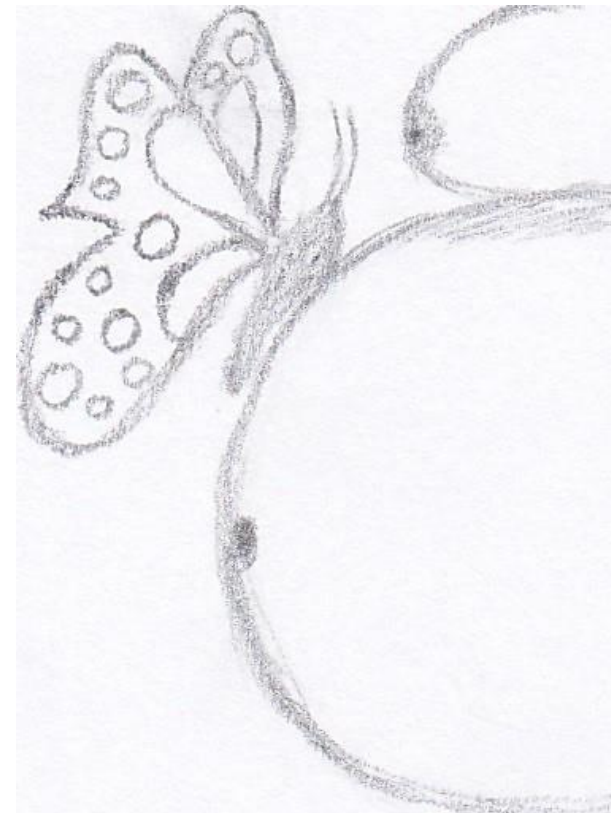
### Lähteet

- Aitasalo, M. 2013. Synnytyksen eteneminen. Väestöliitto. Viitattu 13.1.2016. <https://www.perheaikaa.fi/jutut/lapsi-tulossa/synnytys/synnytyksen-eteneminen/>
- Alfirevic, Z., Kelly AJ. & Dowswell, T. 2009. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. Review. The Cochrane Collaboration. Cochrane library.
- Alfirevic, Z. & Weeks, A. 2010. Oral misoprostol for induction of labour. Review. The Cochrane Collaboration. Cochrane library.
- Blincoe, A. 2007. TENS machines and their use in managing labour pain. *British Journal of Midwifery* 15 (8), 516-519.
- Bricker, L. & Luckas, M. 2012. Amniotomy alone for induction of labour. The Cochrane Collaboration. Cochrane library.
- Hiilesmaa, V. & Nuutila, M. 1994. Alatiesynnytyksen käynnistäminen. Käypä hoito. Lääketieteen aikakauskirja *Duodecim* 110 (8), 826.
- Kröger, J. 2014. Synnytyksen käynnistäminen. KSSHP
- Kröger, J. & Metsälä, J. 2014. Ballonki –katetrilla synnytyksen käynnistys. KSSHP.
- Lääkeinfo. 2014. Misodel depotlääkevalmiste, emättimeen 200 mikrog. Viitattu 30.11.2015. [http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=29860&i=FERRING\\_MISODEL](http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=29860&i=FERRING_MISODEL)
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. 2014. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical guideline 190. Methods, evidence and recommendations. Viitattu 30.11.2015. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-248734765>
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. 2008. Induction of labour. Information for the public. Viitattu 23.9.2015. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg70/resources/information-for-the-public-induction-of-labour-pdf>
- Nuutila, M. 2006. Synnytyksen käynnistäminen. *Suomen lääkärilehti* 61 (10), 1097–1101.
- Panelius, E., Heikinheimo, O. & Rahkonen, L. 2012. Synnytyksen käynnistäminen ballonkimenetelmällä. *Alkuperäistutkimus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 128 (20), 2093–2102.
- Saarikoski, S. 2011. Synnytyksen käynnistäminen. *Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim oppikirjat.*
- Smyth, RMD., Alldred, SK. & Markham C. 2013. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Review. The Cochrane Collaboration. Cochrane library.
- Tiitinen, A. 2015a. Normaali synnytys. *Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim.* Viitattu 13.1.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00160](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160)
- Tiitinen, A. 2015b. Synnytyskivun hoito. *Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim.* Viitattu 26.1.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00883](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00883)
- Kuvat: Eskola, H. 2016.

# Synnytyksen käynnistäminen

1 (6)

*Potilasohje sinulle, jonka synnytys käynnistetään*



*Jokainen synnytys on kokonaisuudessaan erilainen ja ainutlaatuinen tapahtuma.*

*Tämän potilasohjeen tarkoituksena on antaa sinulle tietoa, mitä synnytyksen käynnistäminen tarkoittaa ja mitkä asiat siihen johtavat. Ohjeessa kerrotaan tarkemmin erilaisista käynnistämismenetelmistä ja niiden toteutuksesta sekä lyhyesti kivunlievityksestä. Saat myös selville, mitä itse voit tehdä synnytystä käynnistettäessä ja synnytyksen edetessä, ja miksi omien voimavarojen hyödyntäminen on tarpeen.*

## **Synnytyksen käynnistäminen**

2 (6)

Synnytys on luonnollinen tapahtuma, joka yleensä alkaa omilla ehdoillaan. Joskus synnytys täytyy aloittaa keinotekoisesti – tällöin puhutaan synnytyksen käynnistämisestä. Synnytyksen käynnistämisen tavoitteena on alatiesynnytys. Käynnistämällä pyritään aikaansaamaan kohdun supistuksia ennen synnytyksen spontaania käynnistymistä.

Suomessa sekä muissa länsimaissa käynnistettyjen synnytysten osuus kaikista synnytyksistä on kasvanut. Synnytys käynnistetään tarkoin harmiten, sillä se lisää jonkin verran riskiä kohdun liialliselle supistusherkyydelle ja repeämälle sekä sikiön ahdingolle. Sinun ja sikiön hyvinvointia seurataan tarkasti koko synnytyksen käynnistämisen ja synnytyksen ajan. Synnytyksen käynnistäminen saattaa kestää useita päiviä, joten kärsivällisyyttäsi tarvitaan.

## Milloin synnytys on aiheellista käynnistää?

Synnytys on aiheellista käynnistää, mikäli raskauden jatkamisesta aiheutuu suurempi riski sinun tai sikiön hyvinvoinnille kuin synnytyksen käynnistämisestä. Lopullisen päätöksen synnytyksen käynnistämisestä tekee aina lääkäri. Kuitenkin jokaisen synnyttäjän tilanne, toiveet ja mieltymykset pyritään huomioimaan. Synnytyksen käynnistämiseen johtavia syitä on useita, joista lääkäri ja kätilö keskustelevat kanssasi.

## Käynnistämismenetelmät

Synnytys voidaan käynnistää mekaanisilla tai lääkkeellisillä menetelmillä tai yhdistelemällä niitä. Mekaanisia menetelmiä ovat ballonkimenetelmä ja kalvojen puhkaisu. Lääkkeellisiä menetelmiä taas ovat prostaglandiinit sekä oksitosiini. Näillä menetelmillä pyritään edistämään synnytyksen luonnollista käynnistymistä. Menetelmien valinta riippuu kohdunkaulan kypsyydestä, jota arvioidaan sisätutkimuksen avulla.

## Ballonkikäynnistys

3 (6)

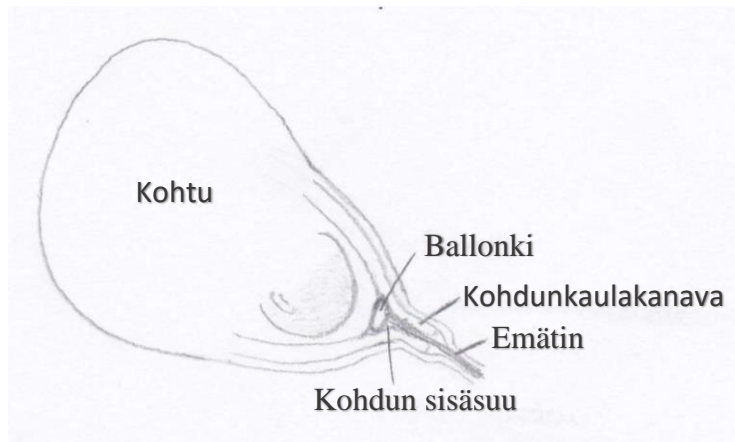
Kohdunkaulakanavan ollessa epäkypsä sitä voidaan kypsyttää mekaanisesti niin sanotulla ballonkimenetelmällä. Ballongin tehtävänä on laajentaa kohdunkaulakanavaa mekaanisen paineen avulla. Ballonkimenetelmän tavoitteena on, että ballongin irrottua kohdunkaulakanavasta kohdunsuu on laajentunut niin, että voidaan tarvittaessa päättää esimerkiksi sikiökalvojen puhkaisusta.

## Ballonkimenetelmän toteutus

Ballonkimenetelmässä kohdunsuun läpi viedään sisätutkimuksen yhteydessä katetri, jonka jälkeen katetrin kärjessä oleva ballonki eli nestepallo täytetään keittosuolaliuoksella. Nestepallo asettuu sikiökalvojen ulkopuolelle kohdun sisäsuulle. Katetrin ulos jäävä pää kiinnitetään teippaamalla reiteesi, jolloin saadaan aikaiseksi katetriin pieni vetokiristys. Voit myös itse vetää katetria tunnin-kahden tunnin välein, jolloin vetokiristys voimistuu. Vaikka katetri on teipattuna reiteesi, voit liikkua normaalisti.

### Ballongin laitton jälkeinen seuranta

Ballongin laitton jälkeen osastolla seurataan sikiön sydänääniä ja kohdun supistuksia KTG – laitteen avulla. Tämän jälkeen seurantasi tapahtuu joko osastolla tai kotona tilanteestasi riippuen. Osastolla ollessasi kätilö tarkkailee säännöllisesti vointiasi. Jos lähdet kotiin, palaat sovitusti seuraavana aamuna osastolle. Mikäli olet ballongin irrottua kotona, voit jäädä kotiin odottamaan supistusten alkamista. Jos synnytyses käynnistyy ennen seuraavaa aamua, eli tunnet säännöllisiä supistuksia tai lapsivetesä menee, ole yhteydessä synnytyssaliin. Sinun tulee palata kotoa sairaalaan tai kertoa osastolla kätilölle tai lääkärille, mikäli ballongin asettamisen jälkeen sinulla esiintyy kuumetta, kovaa jatkuvaa kipua tai jatkuvaa kirkasta verenvuotoa.



### Kohdunkaulan kypsytykset prostaglandiineilla

4 (6)

Prostaglandiineja käytetään silloin kun kohdunkaula on vielä epäkypsä. Ne vaikuttavat kahdella tavalla; pehmentävät kohdunkaulaa ja käynnistävät supistukset. Ennen prostaglandiinin antoa sikiön sykettä seurataan KTG -laitteen avulla.

### Prostaglandiinin annon toteutus

Prostaglandiineja ovat misoprostoli, dinoprostoni ja misodel-nauha. Niitä voidaan annostella joko suun kautta tai emättimeen. Lääkäri päättää erikseen jokaisen lääkkeen annostuksen ja annostiheyden.

### Prostaglandiinin annon jälkeinen seuranta

Prostaglandiinin annon jälkeinen seuranta tapahtuu sairaalan vuodeosastolla. Osastolla seurataan sikiön sydänääniä ja kohdun supistumista. Tämän jälkeen voit liikkua normaalisti. Mikäli synnytys käynnistyy tai sinulla ilmenee jatkuvia voimakkaita supistuksia, sinun tulee kertoa tunteuksistasi hoitavalle kätilöllesi.

## **Oksitosiinikäynnistys**

Oksitosiini on yleisin käytetty lääke synnytyksen käynnistämässä ja sitä on käytetty joko yksin, yhdessä muiden lääkkeiden kanssa tai kalvojen puhkaisun jälkeen. Oksitosiini-infuusiota voidaan käyttää, kun kohdunkaula on kypsä. Oksitosiinin tehtävänä on synnytyksen käynnistäminen supistuksia tehostamalla.

### **Oksitosiini-infusion toteutus**

Oksitosiini-infusio annetaan synnytyssalissa. Infusio toteutetaan suonensisäisesti. Annostus aloitetaan pienellä määrällä ja nostetaan vasteen mukaan. Yleensä tiputusta jatketaan 6 tuntia ja se voidaan tarvittaessa toistaa. Koska oksitosiini lisää kohdun supistusten voimakkuutta ja tiheyttä, sikiön sykettä ja kohdun supistuksia seurataan tauotta.

## **Sikiökalvojen puhkaisu**

5 (6)

Kalvojen puhkaisun tavoitteena on tihentää supistuksia ja lyhentää synnytystä. Ennen kalvojen puhkaisua seurataan sikiön sydänääniä ja kättilö tai lääkäri suorittaa sisätutkimuksen.

### **Kalvojen puhkaisun toteutus**

Kalvot puhkaistaan viemällä terävä instrumentti sormien suojassa kohdunkaulan sisään kalvoja vasten. Toimenpide itsessään ei ole kivulias, koska sikiökalvoissa ei ole lainkaan hermopäätteitä.

### **Kalvojen puhkaisun jälkeinen seuranta**

Kalvojen puhkaisun jälkeen saatat joutua hetkeksi vuodelepoon. Kättilö arvioi, milloin pääset normaalisti liikkumaan. Hyvinvointiasi seurataan mittaamalla lämpö ja tarvittaessa verikokeilla. Sikiön hyvinvointia seurataan sydänääniä kuuntelemalla.

## Kivunlievitys

Synnytyskivun kokeminen on hyvin yksilöllistä. On tärkeää, että kustelet kivunlievitysmenetelmistä sekä omista toiveistasi kättilösi kanssa. Lääkkeettömästä kivunlievityksestä voi olla sinulle apua. Vaihtoehtoisesti kipua voidaan lievittää myös lääkkeellisillä kivunlievitysmenetelmillä.

## Hallinnan tunteesi säilyttäminen

Synnytyksen käynnistyessä sekä sen edetessä sinun on hyvä kuulostella ja tarkkailla omia tuntemuksiasi hallinnan tunteesi säilyttämiseksi. Voit liikkua omien tuntemustesi mukaan, mutta on tärkeää pysyä rentona, jotta supistukset pystyvät avaamaan kohdunsuuta ja synnytys etenee. Tavallisesti avautumisvaiheen aikana voit syödä ja juoda normaalisti. Kättilö kertoo, mikäli sinun tulee olla ravinnotta. Sinun on myös tärkeää huolehtia hygieniastasi. Tukihenkilö voi osallistua tuekseen synnytykseen. Hänen tehtävänä on luoda turvallisuuden tunnetta sekä kannustaa ja tukea sinua läpi synnytyksen.

## Yhteystiedot

6 (6)

Toivomme, että otat yhteyttä, jos sinulla on kysyttävää tai tarvitset lisätietoja.

### Mikkelin keskussairaala

Porrassalmenkatu 35–37, Mikkelä

**Äitiyspoliklinikka** puh. 015 351 2253

Soittoaika: ma ja ti-pe 8.00–8.30 ja joka arkipäivä klo 12.30–13.00

**Synnytysvuodeosasto** puh. 044 3512592 / 040 3596422

**Synnytyssali** puh. 044 3516660 / 044 3512251

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Maaliskuu 2016

Heidi Eskola

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

JAMK University of Applied Sciences

