

KIVUNLIEVITYS SYNNYTYKSEN AIKANA

Opaslehtinen ensisynnyttäjille

Heiskanen Noora
Rönkkömäki Katri

Opinnäytetyö
Hyvinvoinnin ja terveyden osaamisala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

2018

Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijät	Noora Heiskanen, Katri Rönkkömäki	Vuosi2018
Ohjaaja(t)	Helena Kari	
Toimeksiantaja	Mehiläinen Länsi-Pohja Oy	
Työn nimi	Kivunlievitys synnytyksen aikana- Opaslehtinen en- sisynnyttäjille	
Sivu- ja liitesivumäärä	52 + 13	

Projektityön tarkoituksena oli tuottaa selkeä, luotettava, toimeksiantajan odotuksia vastaava ja ajankohtainen opaslehtinen ensisynnyttäjille Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n synnytys- ja naistentautien yksikköön. Opaslehtisen aiheena oli lääkkeetön ja lääkkeellinen kivunlievitys synnytyksen aikana. Rajasimme teorian koskemaan toimeksiantajan käytössä oleviin kivunlievitysmenetelmiin. Tavoitteena oli lisätä ensisynnyttäjien tietoutta eri kivunlievitysmenetelmistä helpottamaan synnytykseen valmistautumisessa. Projektin rajattiin koskemaan ensisijaisesti ensisynnyttäjiä, koska heillä ei välttämättä ole kokemusperäistä tietoa kivunlievitysmenetelmistä synnytyksen aikana. Opaslehtisen avulla tieto löytyy helposti yhdestä paikasta, ja kirjallisesti annettu tieto tukee suullista ohjausta.

Palautetta opaslehtisestä kerättiin suullisesti ja kirjallisesti lääketieteen ja kättilötyön asiantuntijoilta, sekä ensisynnyttäjältä luotettavuuden lisäämiseksi. Palautteen mukaan opaslehtinen oli tarpeellinen, lukijalle helposti ymmärrettävä sekä visuaalisesti miellyttävä. Toimeksiantaja aikoo laajentaa opaslehtisen käyttöä ensisynnyttäjien lisäksi myös synnytyspelkoa kokeville ja synnytysvalmennuksessa käytettäväksi.

Opinnäytetyö on toteutettu projektina, jonka työryhmään kuului Noora Heiskanen ja Katri Rönkkömäki. Projektityön raportissa käsittelemme synnytystä, synnytysskipua sekä lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä.

ASIASANAT:

Synnytys, synnytysskipu, lääkkeetön kivunlievitys, lääkkeellinen kivunlievitys

School of Social Services, Health
and Sports
Health Care
Bachelor in Health Care

Authors	Noora Heiskanen, Katri Rönkkömäki	Year 2018
Supervisor	Helena Kari	
Commissioned by	Mehiläinen Länsi-Pohja Oy	
Subject of thesis	Pain Management during Labor – A Guide Leaflet for Primiparae	
Number of pages	52 + 13	

The purpose of this thesis was to produce a clear, reliable, corresponding the expectations of the commissioner and up-to- date guide leaflet for the primiparae to be used at the maternity and gynaecological unit at Mehiläinen Länsi-Pohja Oy. The subject matter of this guide leaflet was non- medical and medical pain relief methods during labor. The theory was limited to concern only pain relief methods used by the commissioner. The aim of this project was to increase the knowledge of the primiparae about different pain relief methods in order to alleviate pain in the preparation process for giving birth. This thesis was limited primarily to concern primiparae because they do not necessarily have the experience based knowledge about pain relief methods during labor. With the help of the guide leaflet the information can easily be found in one place. In addition, the written information can support oral guidance.

The feedback about the guide leaflet was collected orally and in written form from the medical experts and midwife professionals, and from one primiparae to increase reliability. According to the feedback the guide leaflet was necessary, easily understandable and visually pleasant. The commissioner intended to expand the use of the guide leaflet in addition to primiparae also for the mothers experiencing fear of childbirth and to be used in prenatal classes.

The thesis was implemented as a project work by Noora Heiskanen and Katri Rönkkömäki. The report of the project work deals with labor, labor pain and non-medical and medical pain relief methods.

KEYWORDS:

Labor, labor pain, non-pharmacological analgesia, labor analgesia

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	SYNNYTYS	7
3	SYNNYTYSKIPU	12
4	LÄÄKKEETÖN KIVUNLIEVITYS	16
4.1	Asennot ja liikkuminen	16
4.2	Rentoutumiskeinot	17
4.3	Vesi.....	19
4.4	Aqua-rakkulat.....	20
5	LÄÄKKEELLINEN KIVUNLIEVITYS	22
5.1	Ilokaasu	22
5.2	Kipulääkkeet	23
5.3	Paraservikaalipuudutus.....	24
5.4	Pudendaalipuudutus	25
5.5	Selkäpuudutukset	26
6	OPASLEHTISEN TOTEUTUS	32
6.1	Potilasohjaus.....	32
6.2	Kirjallinen opas.....	33
7	PROJEKTIN KUVAUS	34
7.1	Tarkoitus ja tavoitteet.....	34
7.2	Projektin toteutus	34
7.3	Projektin tuotos	36
8	POHDINTA	40
	LÄHTEET	44
	LIITTEET.....	53

1 JOHDANTO

Vuonna 2017 Suomessa syntyi 50 854 lasta, se on 5,1 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2016. Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:ssä lapsia syntyi 517 vuonna 2017. Syntyneiden lasten määrä Suomessa on pienentynyt vuodesta 2011 lähtien yhtäjaksoisesti. Synnyttäjien keski-ikä on myös noussut viime vuosina, ja tällä hetkellä se on korkeampi kuin koskaan aiemmin. Vuonna 2017 kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 30,9 vuotta ja ensisynnyttäjien keski-ikä oli 29,2 vuotta. Synnytyksistä 99,5 prosenttia tapahtui sairaaloissa. 92,2 prosenttia synnyttäjistä käytti jotakin saatavilla olevista kivunlievitys vaihtoehdoista. (THL 2018, 1,3,16,18.)

Synnytys on luonnollinen tapahtuma naisen elämässä, johon voi suhtautua ja valmistautua monella eri tavalla. (Kosonen,14). Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosille 2014 –2022 määrittelee, että synnyttäjän tulee saada näyttöön perustuvaa ja paikallisen synnytyssairaalan tilannetta vastaavaa tietoa synnytyskivun lievittämisen mahdollisuuksista synnytysvalmennuksessa ja synnytyksen aikana. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 109.) Synnyttävän äidin tulisi myös saada asianmukaista ja puolueetonta tietoa synnytyksestä ja synnytyksen tuomista muutoksista jo ennen synnytystä. Valmistautuminen synnytykseen helpottaa positiivisen synnytyskokemuksen saavuttamista. Synnytys on mieleenpainuva ja voimakas kokemus, eikä sen kulua voi etukäteen tietää. Luonnollisen syntymän seuranta tapahtuukin äitiä ja syntyvää lasta kunnioittaen niillä keinoilla, jotka koetaan tarpeellisiksi. Synnytys koettelee kehoa ja mieltä, ja saa maailman uuteen järjestykseen. Se muuttaa vanhempia psyykkisesti ja sosiaalisesti. Naisesta tulee äiti ja miehestä isä, ja alkaa koko loppuelämän mittainen matka vanhemmuuteen. (Frasier & Cooper 2009, 459; Lally 2008; LSHP.fi; Haataja 2011, 37; Kosonen 2018, 7,13-14.)

Oleellisena osana synnytyksen hoitoon kuuluu synnytyskivun lievitys. Synnyttäjälle tulee antaa tietoa erilaisista käytössä olevista kivunlievitys vaihtoehdoista ja niiden riskeistä niin, että synnyttäjä myös ymmärtää ne. Synnyttäjällä on mahdollisuus osallistua päätöksentekoon valittaessa hänelle sopivaa kivunlievitys menetelmää. Kätilön tehtävä on kuitenkin seurata synnytyskivun vaikutusta synnytykseen ja sen mukaisesti

tehdä asianmukaisia ehdotuksia synnyttäjälle. (Raussi-Lehto 2015, 256.) Synnyttäjän tieto tulevasta, mieliala, motivaatio, yleistila ja ennakko-odotukset vaikuttavat kipuun suhtautumiseen. Merkitystä on myös synnyttäjän aikaisemmillä synnytyskokemuksilla ja siitä, miten synnyttäjä suhtautuu kipuun. (Raussi-Lehto 2015, 256.)

Projekti sai alkunsa synnytysosaston silloiselta osastonhoitajalta, joka toi ilmi aiheen tarpeellisuuden. Myös synnytysosaston muu henkilökunta kertoi opaslehtisen olevan ajankohtainen. Opaslehtinen tulee käyttöön synnytysosaston lisäksi synnytysvalmennukseen ja synnytyspelkoa kokeville synnyttäjille.

Projektityön tarkoituksena oli tuottaa selkeä, luotettava, toimeksiantajan odotuksia vastaava ja ajankohtainen opaslehtinen ensisynnyttäjille Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n synnytys- ja naistentautien yksikköön. Opaslehtisen aiheena oli lääkkeetön ja lääkkeellinen kivunlievitys synnytyksen aikana. Rajasimme teorian koskemaan toimeksiantajan käytössä oleviin kivunlievitysmenetelmiin. Tavoitteena oli lisätä ensisynnyttäjien tietoutta eri kivunlievitysmenetelmistä helpottamaan synnytykseen valmistautumisessa. Projekti rajattiin koskemaan ensisijaisesti ensisynnyttäjiä, koska heillä ei välttämättä ole kokemusperäistä tietoa kivunlievitysmenetelmistä synnytyksen aikana. Opaslehtisen avulla tieto löytyy helposti yhdestä paikasta, ja kirjallisesti annettu tieto tukee suullista ohjausta. Tietoa ja tutkimuksia löytyy paljon kirjallisuudesta ja internetistä ja opinnäytetöitä kivunlievityksestä on useampia sekä aiheesta keskustellaan paljon erilaisilla keskustelupalstoilla. Aihe on ajankohtainen ja nykyajan synnyttävät äidit ovat tiedonhaluisempia ja valveutuneempia tulevaa synnytystä ajatellen.

2 SYNNYTYS

Synnytys on luonnollinen tapahtuma naisen elämässä, johon voi suhtautua ja valmistautua monella eri tavalla. Vuonna 2017 Suomessa syntyi 50 854 lasta, se on 5,1 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2016. Syntyneiden lasten määrä on pienentynyt vuodesta 2011 lähtien yhtäjaksoisesti. Synnyttäjien keski-ikä on myös noussut viime vuosina ja tällä hetkellä se on korkeampi kuin koskaan aikaisemmin. Vuonna 2017 kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 30,9 vuotta ja ensisynnyttäjien keski-ikä oli 29,2. Synnytyksistä 99,5 prosenttia tapahtui sairaaloissa. 92,2 prosenttia synnyttäjistä käytti jotakin saatavilla olevista kivunlievitys vaihtoehdoista. (THL 2018, 1,3,16)

Synnyttävän äidin tulisi saada asianmukaista ja puolueetonta tietoa synnytyksestä ja synnytyksen tuomista muutoksista jo ennen synnytystä. Valmistautuminen helpottaa positiivisen synnytyskokemuksen saavuttamista. Synnytys on mieleenpainuva ja voimakas kokemus, eikä sen kulkua voi etukäteen tietää. Luonnollisen syntymän seuranta tapahtuukin äitiä ja syntyvää lasta kunnioittaen niillä keinoilla, jotka koetaan tarpeellisiksi. Synnytys koettelee kehoa ja mieltä ja saa maailman uuteen järjestykseen. Se muuttaa vanhempia psyykkisesti ja sosiaalisesti. Naisesta tulee äiti ja miehestä isä ja alkaa koko loppuelämän mittainen matka vanhemmuuteen. (Frasier & Cooper 2009, 459; Lally 2008; LSHP.fi; Haataja 2011, 37; Kosonen 2018, 7,13-14.)

Väitöskirjassaan Haapio toteaa synnytykseen valmistautumisen olevan ensisynnyttäjän elämässä monimerkityksellinen asia, jossa raskauden aikaiset synnytysodotukset, -luottamus sekä synnyttämiseen liittyvä pelko ja synnytyskipuun asennoituminen kiertoutuvat toisiinsa joko kielteisesti tai myönteisesti, joko äidiltä voimaa vieden tai sitä antaen. Haapio toteaa, että erityisesti ensisynnyttäjät tarvitsevat paljon tukea ja tietoa selvittääkseen raskausajasta.

Kansainvälisen määritelmän mukaan kyseessä on synnytys, kun sikiö painaa vähintään 500g tai raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa. (Sariola & Tikkanen 2011, 315). The World Health Organization (WHO) on määritellyt synnytykselle seuraavat kriteerit: synnytys alkaa spontaanisti, se etenee matalan riskin synnytyksenä, sikiö

syntyy spontaanisti pää tarjoutuvana ja, että äiti sekä lapsi ovat hyvävointisia synnytyksen jälkeen. (Fraser & Cooper 2009, 459.) Normaalin alatiesynnytyksen hoitaa kätilö. Lääkäri on mukana, jos synnytyksen yhteydessä tarvitaan toimenpiteitä. Niitä ovat muun muassa perätilan ulosautto ja kaksoissynnytys. (Tiitinen 2018.)

Normaali täysiaikainen synnytys tapahtuu 38.-42. raskausviikolla ja se voi alkaa joko lapsiveden menolla tai säännöllisillä supistuksilla. (Sariola & Tikkanen 2011, 315.) Synnytyksen käynnistymisen perussyytä ei tarkkaan tunneta. (Tiitinen 2018). On kuitenkin todettu, että ilmeisesti sekä äidissä, kohtulihaksessa, istukassa että sikiössä tapahtuvat hormonaaliset ja muut muutokset johtavat synnytyksen käynnistymiseen. (Sariola, Nuutila, Sainio, Saisto & Tiitinen 2014, 254).

Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen: avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisten poistuminen (kuva 1). Avautumisvaihe käsittää jakson synnytyksen käynnistymisestä eli kohdunsuun ollessa 3-4 cm auki, siihen hetkeen, kun kohdunsuu todetaan olevan 10 cm eli täysin auki. (Sariola & Tikkanen 2011, 317). Kohdunsuun katsotaan olevan täysin auki, kun kohdunsuun reunaa ei ole enää tunnettavissa lainkaan sisätutkimuksessa. Kohdunsuu avautuu supistusten vaikutuksesta keskimäärin noin senttimetrin tunnissa. (Sariola, Nuutila, Sainio, Saisto & Tiitinen 2014, 272.)

Lapsiveden menosta puhutaan, kun sikiökalvot puhkeavat ilman edeltäviä supistuksia. Suurimmassa osassa tapauksista supistukset alkavat vähitellen itsestään muutaman tunnin kuluessa lapsiveden menosta. Mikäli supistukset eivät käynnisty spontaanisti muutaman tunnin kuluessa lapsiveden menosta ja jos kyseessä on täysiaikainen raskaus, on synnytys syytä käynnistää, koska pitkä aikaväli sikiökalvojen puhkeamisen ja lapsen syntymän välillä lisää kohtutulehduksen riskiä. (Sariola & Tikkanen 2011, 317.) Tulehdusoireista kertoo myös lapsiveden väri ja haju. Lapsivesi on normaalisti harmahtavaa tai kirkasta. Vihreä lapsivesi kertoo, että sikiö on ulostanut lapsiveteen lapsenpihkaa eli mekoniumia ja sikiö voi aspiroida nestettä keuhkoihin joko kohdussa tai syntyessään. Mekoniumaspiraatio vaatii yleensä vastasyntyneen tehostettua hoitoa. Punainen lapsivesi tarkoittaa lapsiveteen joutunutta veristä vuotoa ja sen lähtöpaikka on syytä selvittää. Lapsivesi on ruskeaa, jos siinä on vanhaa mekoniumia tai

verenvuotoa. Lapsivesi tuoksuu tavallisimmin imelälle, selvästi pahanhajuinen lapsivesi on merkki tulehduksesta. (Raussi-Lehto 2015, 223).

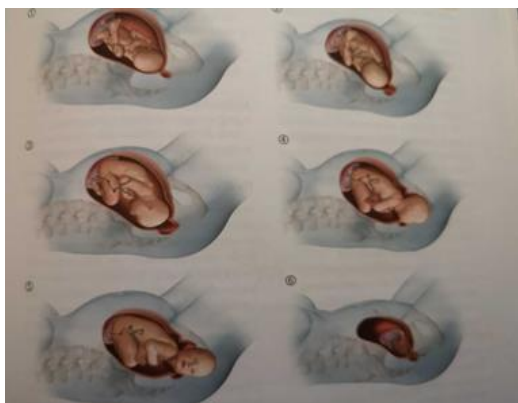
Supistukset ovat alkuun epäsäännöllisiä ja niitä voi tulla muutaman vuorokauden ajan ja ne vähitellen pehmittävät ja lyhentävät kohdunkaulan kanavaa ja avaavat kohdun-suuta. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 203-204.) Tätä vaihetta kutsutaan latenssivaiheeksi, pitkittyneenä se voi olla ongelmallinen, koska se kuluttaa synnyttäjän voimia jo alkuvaiheessa. Latenssivaihe on yleensä lyhyempi uudelleensynnyttäjillä kuin ensisynnyttäjillä. (Sariola & Tikkanen 2011, 317.) Latenssivaiheen supistukset ovat lyhytkestoisempia, heikompia ja harvempia kuin aktiivisessa vaiheessa. (Sariola & Tikkanen, 2015, 315) Supistukset muuttuvat säännöllisiksi, kun ne toistuvat alle kymmenen minuutin välein ja tilanne jatkuu sellaisenaan keskeytymättä ainakin kahden tunnin ajan. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 203-204).

Ensisynnyttäjillä avautumisvaihe kestää noin 10 tuntia ja uudelleensynnyttäjillä noin 6 tuntia, mutta vaihtelu on suurta. (Sariola ym. 2011, 315.) Äidin verenpainetta, pulssia ja lämpöä seurataan synnytyksen aikana ja sikiön vointia seurataan sykekäyrällä eli kardiotokografian avulla. Sykekäyrä on käytössä lähes kaikissa synnytyksissä joko ajoittain tai jatkuvana seurantana. (Tiitinen 2018.) Avautumisvaiheessa seurataan myös synnytyksen edistymistä sekä hoidetaan tarvittaessa synnytyskipua. (Sariola, Nuutila ym. 2014, 272-274.) Synnytyskipun lääkkeellinen hoito on haastavaa, koska synnytys on dynaaminen tapahtuma ja kivun intensiteetti lisääntyy avautumisvaiheen loppua kohden. (Kokki 2015.) Jos sikiökalvot eivät ole itsestään puhjenneet, ne saatetaan puhkaista avautumisvaiheen aikana. Näin toimitaan usein, jos synnytys tuntuu etenevän hitaasti tai sikiön vointia halutaan tarkkailla pienellä spiraalinmuotoisella elektrodilla (scalp-elektrodi), joka kiinnitetään lapsen päänahkaan. Elektrodin avulla sikiön sydämen sykettä voidaan tarkkailla paremmin kuin äidin vatsan päältä. (Sariola, Nuutila ym. 2014, 272-274.)

Synnytyksen toisessa vaiheessa eli ponnistusvaiheesta on kaksi osaa, siirtymävaihe ja aktiivinen ponnistusvaihe. Siirtymävaiheessa sikiö laskeutuu edelleen synnytyskanavassa alaspäin. (Sariola, Nuutila ym. 2014, 277.) Siirtymävaiheessa synnyttäjä

ponnistaa alkuun vain sen verran, mikä tuntuu hyvältä ja helpottaa oloa ja näin tarjoutuva osa vähitellen laskeutuu alas synnytyskanavaa pitkin. Aktiivinen ponnistusvaihe voidaan aloittaa, kun kohdunsuu on täysin auki ja sikiön tarjoutuva osa laskeutunut painamaan välilihaa ja se on näkyvässä emättimessä. Liian aikaisin aloitettu ponnistusvaihe voi johtaa synnyttäjän ennenaikaiseen väsymiseen. (Raussi-Lehto 2015, 266.) Aktiivisen ponnistusvaiheen aikana synnyttäjä ponnistaa supistusten tahdissa sikiön ulos. Lyhimmillään ponnistusvaihe kestää muutaman minuutin ja pisimpään parikin tuntia. Ponnistusvaiheen pitkittyessä synnyttäjä väsyy ja se voi aiheuttaa sikiölle hapenpuutetta. (Sariola & Tikkanen 2011, 320.)

Kolmas vaihe eli jälkeisvaihe tarkoittaa sitä, kun lapsi on jo syntynyt ja äidin on synnyttävä istukka ja sikiökalvot. Istukka irtoaa normaalisti noin kymmenen minuutin kuluessa lapsen syntymästä. Jälkeiset syntyvät tavallisimmin niin, että äiti ponnistaa ne itse supistusten aikana ulos. (Raussi-Lehto 2015, 275-276.) Syntymän jälkeen seuraavien kahden tunnin ajan synnyttänyt äiti ja vastasyntynyt ovat tehokkaan tarkkailun alla, useimmiten synnytyssalissa. Kätilö tarkkailee erityisesti äidin elimistön palautumista synnytyksestä ja lapsen hyvinvointia pyrkien samalla tukemaan perheen varhaista vuorovaikutusta. (Sariola, Nuutila ym. 2014, 282-284; Raussi-Lehto 2015, 281.)



Kuva 1. Vauvan eteneminen synnytyskanavassa (Müller & Sinivuori 2016,145)

Kahden tunnin aikana kätilö ompelee synnyttäneeltä äidiltä mahdolliset repeämät tai välilihan leikkaushaavan, tarkistaa kohdun supistumisen ja arvioi synnytyksestä aiheutuneen verenhukan määrän. Verenpaine, pulssi ja lämpö kontrolloidaan myös. Verenhukan minimoimiseksi kohdun nopea supistuminen synnytyksen jälkeen ja kohdun supistuneena pysyminen ovat erittäin tärkeitä. Ensi-imetyksen ohjaukseen kiinnitetään

myös erityistä huomiota, koska sillä on todettu olevan merkitystä myös imetyksen jatkoa ajatellen ja välitön ihokontakti auttaa vauvaa ja äitiä toipumaan synnytyksestä. Ihokontakti on parhain tapa tukea vauvan sopeutumista elämään kohdun ulkopuolella, tutustuttaa vauvan äidin oman bakteerikantaan ja pitää vauva lämpimänä. (Sariola, Nuutila ym. 2014, 282-284; Raussi-Lehto 2015, 281.) Ennen vuodeosastolle siirtymistä tarkastetaan vielä vauvan yleisvointi, hengitys, pulssi, ääntely sekä mitataan lämpö. Jälkeisvaihe antaa myös mahdollisuuden ensimmäisten synnytykseen liittyvien kokonaisvaltaisten kokemusten purkamiseen ja synnytystapahtumien läpikäymiseen. (Sariola, Nuutila ym. 2014, 282-284; Raussi-Lehto 2015, 281.)

3 SYNNYTYSKIPU

Kipu kuuluu luonnollisena osana synnytykseen, täysin kivutonta synnytystä ei ole olemassa. Lapsen syntymiseksi kohdun on supisteltava, ja kohdun supistelu tuottaa synnyttäjälle kipua. Kivun kokeminen ja kivun sietokyky on aina yksilöllistä, ja myös kulttuurierot vaikuttavat synnytyskipuun suhtautumiseen. Ihmisellä on keho mielessä ja mieli kehossa; kun kokee kivun kehossa, sen kokee myös mielessä. Mieli ohjaa ja havainnoi aistien välittämiä viestejä, ja antaa viesteille erilaisia merkityksiä. Viestien kuljettua aivoihin, aivot päättävät, onko kyse kivusta, kuumasta, sivelystä tai muusta tuntemuksesta. (Ojala 2018, 55, 63.) Kipuaistimusten voimakkuuteen voi vaikuttaa myös synnyttäjän mieliala. Synnytyskipua on hoidettava syyllistämättä, kivunhoitoa pidetään sivistyneen yhteiskunnan merkinä. Synnytyskipu pelkoon ja epätietoisuuteen yhdistettynä on synnyttäjälle erityinen stressitilanne, joka käynnistää elimistössä psyykkisen ja fyysisen valmistautumisen. Kuitenkin synnytyskipun tehokas hoito kyseenalaistetaan edelleen, koska kivun ajatellaan kuuluvaan synnytykseen luonnollisesti ja lääkkeellisen kivunhoidon ajatellaan vaikuttavan synnytyksen kulkuun ja vaikuttavan vastasyntyneen vireyteen, sekä hidastavan imetyksen alkua. (Ojanen, Ritmala, Sivén, Vihunen & Vilén 2011, 94; Raussi-Lehto 2015, 256-257; Sarvela 2013.) Sic-lehden artikkelin mukaan synnytyskipun hoitamatta jättäminen voi heikentää äidin ja lapsen välille syntyvää sidettä, aiheuttaa synnytysmasennusta ja synnytyspelkoa. Synnytyspelon kokeminen voi johtaa tarpeettomiin keisarinleikkauksiin, joille ei ole lääketieteellistä syytä. (Kokki, 2015).

Synnytyskipun kokemista voi helpottaa ajatus siitä, että kipu on merkki synnytyksen käynnistymisestä ja edistymisestä, joka on positiivista kipua vanhemmuuteen siirtymisessä. Synnytyskipu on kipua, jolla on tarkoitus ja päätepiste. Kipu loppuu vauvan synnyttyä. (Kosonen 2018, 44.) Mitä paremmin synnyttäjä tuntee hallitsevansa synnytyksen, ja mitä parempi synnyttäjän rentoutumiskyky on, sitä lievempänä yleensä synnytyskipu tunnetaan. Luontevimmat keinot kivun lievitykseen itse löytää kuuntelemalla kehoaan, keinoja voi olla liikkuminen, rentoutuminen tai vedessä oleilu. Synnyttäjän on hyväksyttävä, että osa synnytyskipua on sellaista, mitä ei voi hallita kivunlievitysmenetelmin. Joskus synnytyksen kivun intensiteettiä aliarvioidaan, tai lääkkeellisen ki-

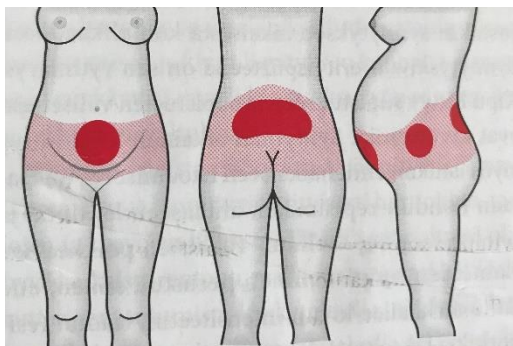
vunlievityksen tehokkuus yliarvioidaan. Synnytys suunnitelmassa pitää huomioida synnyttäjän toiveet synnytys kivun työstämiseen, jolloin synnyttäjää pitää informoida lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien mahdollisista haittavaikutuksista. Synnytys kivun hoito herättää voimakkaita tunteita. Synnytyksessä hyvän kivunlievityksen saaneilla äideillä esiintyy vähemmän synnytyksen jälkeistä masennusta kuin verrokeilla. (Ojanen, Ritmala, Sivén, Vihunen & Vilén 2011, 94; Raussi-Lehto 2015, 256-257; Sarvela 2013.)

Noin 20-30% synnyttäjistä kokee synnytyskivut erittäin koviksi. Koska tavoitteena on mahdollisimman myönteinen synnytyskokemus, saa synnyttäjä halutessaan kivunlievitystä. Kivunlievityksen tarvetta arvioitaessa tulisi lähtökodaksi ottaa synnyttäjän oma kokemus kivusta, koska kipu on aina yksilöllinen kokemus. Synnyttäjä voi arvioida kipua esimerkiksi VAS- asteikolla, joka on 0 eli ei kipua – 10 eli pahin mahdollinen kipu. Kipeät supistukset ohjaavat synnyttäjää luonnollisesti oikeisiin asentoihin, oikeaan hengitykseen ja hakeutumaan sairaalaan synnyttämään. Synnytyskipuun ja synnytyksen kulkuun vaikuttavia asioita on monia, kuten synnyttäjän anatomia, lapsen koko sekä synnyttäjän aikaisemmat kipukokemukset. (Ojanen ym. 2011, 94; Sarvela 2013.) Kova kipu ja voimakkaat supistukset voivat vähentää äidin ja sikiön hapensaantia, joka paranee äidin tehokkaan kivunlievityksen vaikutuksesta. (Sarvela & Volmanen 2014).

Synnytyskipua lievitetään sekä lääkkeettömästi että lääkkeellisesti. Lääkkeettömiin kivunlievitysmenetelmiin kuuluvat rentoutumismenetelmät, joihin kuuluu liikkuminen, hieronta, suihku, ammekylpy, synnytyslaulu ja hyvä hengitystekniikka. Myös erilaiset asennot voivat lievittää kipua lääkkeettömästi. Hyvän asennon löytämiseen voi käyttää erilaisia välineitä, kuten keinu- tai säkkituolia, voimistelupalloa tai tyynyjä. Lämpö, lämmin vesi, lämpimät kääreet tai lämpöpakkaukset rauhoittavat ja lievittävät kipua lääkkeettömästi. Ihon alle laitettavat aqua-rakkulat voivat lievittää kipua lääkkeettömästi erityisesti avautumisvaiheessa. Lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin kuuluvat hengitettävä ilokaasu eli typpioksiduulin ja hapen sekoitus, voimakkaat kipulääkkeet joko lihakseen tai suoneen annosteltuna sekä puudutusaineet. Puudutusaineita ovat parservikaali- eli kohdunkaulanpuudutus, pudendaali- eli häpyhermon puudutus, epiduraalipuudutus ja spinaalipuudutus. Jos synnyttäjä kokee kovaa kipua, ja synnytykset

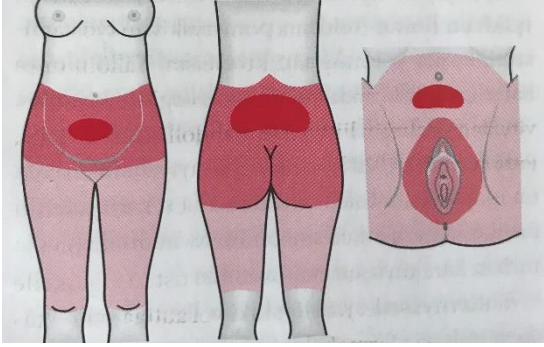
ovat pitkiä, toiveena on usein epiduraalipuudutus. Kehittyneiden sentraalisten eli keskushermostoon vaikuttavien puudutteen kehityttyä synnytyskipua voidaan hoitaa yksilöllisemmin. Tutkimuksilla on osoitettu, että sentraaliset puudutukset eivät lisää keisarinleikkauksen todennäköisyyttä verrattuna vahvojen kipulääkkeiden käyttöön, toisin kuin yleisesti on arveltu sentraalisten puudutuksen pitkittävän synnytystä ja johtavan keisarinleikkaukseen (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 148-149; Kokki 2015; Sarvela 2013.)

Avautumis- eli latenssivaiheessa aaltomaista kipua tuntuu alavatsalla, alaselässä, reissä ja pakaroissa (kuva 2), kun sikiön tarjoutuva osa puristuu supistusten voimasta kohdun suun reunoja ja kohdun alaosa vasten. Supistukset työntävät sikiötä alas- ja ulospäin synnytyskanavassa lantion kudosten samalla venyessä, mikä aiheuttaa kipua ristiselän alueelle. Synnytyksen edetessä kipu voimistuu myös sukuelinten ja peräaukon alueella. Supistusten välit ovat kivuttomia. Kivunlievityksen tarve on suurimmillaan avautumisvaiheessa. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 147-148; Kosonen 2018, 88-90.)



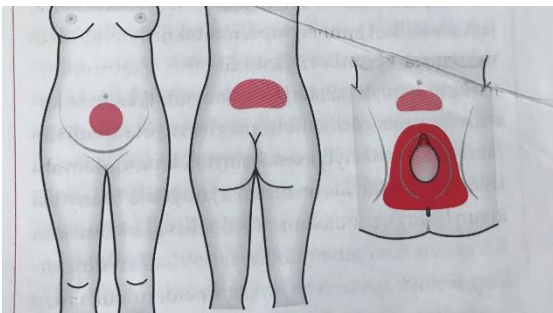
Kuva 2. Avautumisvaiheen kipualueet (Laajasalo & Rusanen 2015, 257)

Ponnistusvaiheessa aaltomaisen kivun tilalle tulee paineen tunne välilihaan, lihaksiin, virtsarakkoon ja –putkeen sekä peräsuoleen sikiön laskeutuessa synnytyskanavassa ja alkaessa painaa peräsuolta (kuva 3). Aktiivisen ponnistusvaiheen lähestyessä paineen tunne muuttuu ponnistamisen tarpeeksi ja supistukset muuttuvat aaltomaisiksi. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 147-148; Kosonen 2018, 90-92.)



Kuva 3. Avautumisvaiheen lopun ja ponnistusvaiheen kipualueet (Laajasalo & Rusanen 2015, 257)

Jälkeisvaiheessa kohtu supistelee istukan ja sikiökalvojen synnyttämiseksi (kuva 4). (Kosonen 2018, 92). Jälkisupistukset aiheuttavat kipua kohdun supistuessa takaisin raskautta edeltävään kokoon. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 147-148).



Kuva 4. Jälkeisvaiheen kipualueet (Laajasalo & Rusanen 2015, 257)

4 LÄÄKKEETÖN KIVUNLIEVITYS

Synnytyksen alkuvaiheessa suositetaan lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja. (Sariola ym. 2014, 294). Useimpien menetelmän osalta näyttö tehosta puuttuu tai on vähäistä, mutta synnyttäjää saattaa pitää yksittäistä kivunlievitys keinoa tärkeänä ja kokee hyötyvänsä siitä. (Ahonen 2013, 19) Käypä hoito- suosituksen mukaan lääkkeettömät hoidot ovat kivun hoidon perusta. (Käypä hoito 2017). Vuonna 2017 Suomessa 38,9 prosenttia synnyttäjistä sai jotain ei-lääkkeellistä kivunlievitystä. (THL 2018, 16). Raskaus vaikuttaa keho opioidireseptoreihin kipukynnystä nostamalla. Myös kehon omien kivunlievityshormonien, endorfiinien, pitoisuus kasvaa kehossa ja on korkeimmillaan synnytyksen aikana. (Kosonen 2018, 44-45.)

4.1 Asennot ja liikkuminen

Asennoilla ja liikkumisella on suuri merkitys koko synnytyksen ajan (kuva 5). Verenkierto ja hengitys toimivat tehokkaasti, mikäli synnyttäjää jaksaa olla liikkeellä ja synnyttäjän ja sikiön voinnin kannalta tähän on mahdollisuus. Pystyasennossa lantion ligamentteihin, sakraalihermoihin ja niveliin kohdistuva paine on vähäisempää kuin makuuasennossa ja näin ollen verenkierto kohdussa on parempaa ja myös sikiön hapensaanti paranee verrattuna makuuasentoon. (Raussi-Lehto 2015, 258-259.) Erilaisia asentoja kannattaa kokeilla, tämä neuvo pätee erityisesti synnytyksessä. On tutkittu, että pystyasennot edistävät synnytystä, koska niissä on apuna myös painovoima. Lantionliike ja asentojen vaihtelu auttavat vauvaa etenemään synnytyskanavassa. (Kosonen 2018, 51.)

Pystyasennossa synnyttäjää voi kokeilla esimerkiksi riippumista tukihenkilön kaulalla halausotteella. Hyviä apuvälineitä mieluisen asennon löytämiseksi ovat myös jumppapallo, keinutuoli, Eva-teline, säkkituoli, tavallinen tai käsinojallinen tuoli. (Aktiivinen synnytys ry). Erilaisten tukityynyjen käyttö ja istuminen keinutuolissa saattavat olla hyvänä apuna rentoutumiseen ja lepoon. Konttausasento ehkäisee ennenaikaisen ponnituksen tarvetta ja reuntouttaa selän alueen lihaksistoa. Aktiivisessa ponnistusvaiheessa suositeltavia asentoja ovat istuma-asento synnytystuolissa tai – jakkaralla, konttausasento, seisoma-asento, kyykkyasento, kylkiasento tai puoli-istuva asento sängyllä. (Raussi-Lehto 2015, 258, 256.)

Italiassa tehdyn tutkimuksen mukaan pystyasento lyhentää synnytyksen pituutta ja se lisää naisen psyykkistä hyvinvointia ja tyytyväisyyttä synnytykseen. Äidin synnyttäessä pystyasennossa, sikiöllä on havaittu vähemmän poikkeavuuksia sydänäänissä verrattuna niihin sikiöihin joiden äidit eivät olleet pystyasennossa. Lisäksi avautumisvaiheen pystyasento voidaan yhdistää pieneen kipuun. Tutkimuksessa käy myös ilmi, että pystyasennossa olleen synnyttäjät pyysivät vähemmän lääkkeellistä kivunlievitystä verrattuna tutkimuksen toiseen ryhmään, jotka olivat makuulla. Välilihan leikkaamisen tarve oli vähäisempää pystyasennoissa olleilla synnyttäjillä. (Gizzo, Di Gangi, Noventa, Bacile, Zambon & Battista Nardelli 2014) Pystyasentoja käyttävien synnyttäjien joukossa epiduraalipuudutuksen tarve on epätodennäköisempää. (Lawrence, Lewis, Hofmeyer, Dowswell & Styles 2009.)

Etukäteen on vaikea tietää mikä asento on itselle rentouttavin ja paras synnytyksen eri vaiheissa ja usein keho ohjaakin synnyttäjää hyviin asentoihin. (Kosonen 2018, 51.) Paras asento selviää kokeilemalla ja parhaalta tuntuva asento voi muuttua useasti synnytyksen edetessä. Erilaisia asentoja voi hyödyntää lääkkeellisten ja lääkkettömien kivunlievityskeinojen kanssa. (Aktiivinen synnytys ry.)



Kuva 5. Avautumis- ja ponnistusvaiheen asentoja (Müller & Sinivuori 2016, 144)

4.2 Rentoutumiskeinot

Rauhallisesta hengitystavasta on apua rentoutumisessa ja se myös auttaa keskittymään. Se harvoin poistaa itse kivun, mutta voi vähentää sitä. Normaali rento hengitys on tärkeintä synnytyksen kannalta. Jos synnyttäjä pystyy rentoutumaan

normaalisti, hengittäminen sujuu myös usein ongelmitta. Liiallinen huuhotus ja hengityksen pidättäminen saattavat pitkäkestoisina aiheuttaa sikiölle hapenpuuttoa. Tilanteenmukainen hengitys on merkityksellistä keskittymisen, rentoutumisen ja kivunlievityksen kannalta. Musiikkia, tuoksua tai esimerkiksi mielikuvitusharjoituksia voidaan käyttää apuna. (Raussi-Lehto. 2015, 259.)

Synnytyksen aikana jännittyvät erityisesti raajat, kasvot ja hartiat. Lihaskäntymistä voidaan poistaa hieronnalla. Hieronta vaikuttaa lihasten rentoutumiseen ja samalla verenkierto paranee ja myös synnytyksen edistymisen edellytyksen paranevat. Se poistaa jännitystä tehokkaasti. (Raussi-Lehto 2015, 259.) Erityisen tehokkaasti supistus- ja mielihyvähormoonia vapauttaa yläselän hieronta. Hartijoiden tai päänahan hieronta on myös tehokas keino. Jalkojen sively helpottaa turvotusta. Paineentunnetta ponnistusvaihetta odotellessa voidaan helpottaa napakoilla painalluksilla keskelle pakaraa. Hieronnassa voidaan käyttää myös vanhaa kiinalaista hoitomuotoa Guashaa. (Kosonen 2018, 53.) Guashassa öljytyä ihoa rapsutetaan voimakkain liikkein guasha kammalla tarkoituksena stimuloida pintaverenkiertoa ja myös vapauttaa kuona-aineita kipeiltä alueilta. (Myelong, T-Y, J-I & M-S 2010.)

Kosketus voi olla kevyestä sivelestä napakkaan puristukseen ja joskus parasta kosketusta on vain käsi toisen kädessä rauhoittumassa. Etukäteen ei voida sanoa miltä kosketus tuntuu synnytyksen aikana, siksi onkin hyvä huomioida, että kaikki synnyttäjät eivät halua, että heihin kosketaan synnytyksen aikana. (Kosonen 2018, 52.)

Äänen käyttö auttaa rentoutumaan ja hengittämään paremmin synnytyksen aikana. Tätä kutsutaan myös synnytyslauluksi. (Kosonen 2018, 52.) Tarkoituksena on oppia käyttämään ääntä tietoisesti ja hallitusti. Se on äänen tekemistä, mutta se voi olla myös laulu. Jokaisen supistuksen aikana synnyttäjä tekee keskittyneesti ääntä, jolloin ääni voi auttaa häntä olemaan taistelematta supistuskipuja vastaan. Keskittyneen äänen tekeminen vaikuttaa synnyttäjään kolmella tavalla: se rauhoittaa mieltä, rentouttaa kehoa ja toistattaessa syventää hengitystä. (Vuori & Laitinen 2005, 50, 53.) Äänen käyttöön liittyy monia hyötyjä. Nainen keskittyy täysin olotilaansa, itseensä ja syntyvään vauvaan pitkien ääntävien vokaalien avulla. Hengitys syvenee kuljettaen

happea supistuville kohtulihaksille ja syntyvälle vauvalle. (Haataja 2011, 84.) Se on myös vauvan ja hänen vanhempiansa varhaista vuorovaikutusta. (Vuori & Laitinen 2005, 7).

Tärkeintä synnytyslaulussa on suhtautua hellästi, rakastavasti ja hyväksytysti omaan itseen ja omaan ääneen. Äänen voi tuntea resonoivana kehossaan. Riittää kun tehdään yhtä ääntä yhdellä vokaalilla. Päähuomio synnytyksessä on lantion alueella ja tällöin parasta apua tuovat matalat äänet. Tavoitteena on rentouttaa lantion aluetta äänen avulla. Lantion alue on sitä rentoutuneempi, mitä rentouneempi poskien ja leuan alue on. Suuri apu on myös tukihenkilön äänen käyttö synnytystilanteessa, sillä toisen ihmisen ääni rentouttaa sekä mieltä että kehoa. Erityisesti miehen luonnostaan matala ääni resonoi vahvasti naisen lantion alueella rentouttaen sitä. (Vuori & Laitinen 2005, 51, 56, 66, 68-69.)

Rentoutumiseen ja kivun lievitykseen voi käyttää apuna lämpöä. (Kosonen 2018,53). Se on vanha ja toimiva kivunlievityskeino avautumisvaiheessa. (Ishp) Synnytyksessä usein käytetään kauratyynyjä ja lämpöpakkauksia alaselällä ja alavatsalla olon helpottamiseksi. Ponnistusvaiheessa lämmin haude välilihalla pehmittää kudoksia ja lievittää kiristystä ja saattaa ennaltaehkäistä repeämiä. Synnyttäjä voi myös tuntea kylmän lämpöä mukavammalta tai kuuma ja kylmä vaihtelu helpottaa oloa. Apuna voi käyttää kylmäpakkauksia tai pitää kylmää käärettä otsalla viilentämään. (Kosonen 2018, 53.)

4.3 Vesi

Vesi on tehokas ja vanha kipulääke synnytyksessä. Se aktivoi ja rentouttaa kehon omaa kivunlievitysjärjestelmää. (Kosonen 2018, 54.) Lämmin vesi tuo lievitystä jännityneisiin lihaksiin ja jännityneeseen kehoon supistusten aikana. Vesi rentouttaa lihaksia ja se edesauttaa kohdunsuun avautumista. Synnyttäjä voi tuntea olonsa vedessä painottomaksi. Synnyttäjät kokevat veden käytön erittäin positiivisena synnytyskivun lievittämisessä sekä tutkimusten mukaan veden käyttö avautumisvaiheessa vähentää farmakologisen kivunlievityksen tarvetta. (Cluet, R. & Burs, E. 2009; Raussi-Lehto 2015, 259-260.) Vesi vaikuttaa hormoonitoimintaan

parantaen verenkiertoa, myös istukan läpi, vieden syntyvälle lapselle happea. Vedellä on myös verenpainetta alentava vaikutus. (Haataja 2011, 80.)

Monen synnyttäjän mielestä suihkun ja ammeen käyttö tuntuu erityisesti avautumisvaiheen aikana hyvältä. (Raussi-Lehto 2015, 260). Paras aika kylpyammeeseen menoon on , kun synnytys on kunnolla käynnistynyt, kohdun- suun ollessa 4-5cm auki. Tätä ennen vedessä oleilu voi hidastaa synnytyksen etenemisen tai jopa pysäyttää sen. Suihkussa tai matalammassa vedessä oleilu on mahdollista myös synnytyksen aiemmissa vaiheissa. (Haataja 2011, 80.) Vauvan sydänääniä voidaan seurata altaassa ollessa vedenpitävillä laitteilla tai jos siihen ei ole mahdollisuutta, täytyy altaasta nousta välillä pois sydänäänten kuuntelua varten. (Kosonen 2018, 54.) Veden lämpötila tulisi olla mahdollisimman miellyttävä synnyttäjälle, mutta se ei saisi ylittää 37 astetta, koska sikiön hypertermialla eli elimistön liiallisen lämpötilan nousuun on yhteys hypoksiaan eli kehon vähentyneeseen hapensaantiin. (Raussi-Lehto 2015, 260).

Raskauden ja synnytyksen edetessä normaalisti, suihkun tai ammeen käytölle ei ole estettä. Äidin tai vauvan vointiin liittyvät asiat saattavat evätä ammeeseen pääsyn. Niitä ovat esimerkiksi infektion merkit, vihreä lapsivesi tai tilanteet jotka vaativat vauvan voinnin jatkuvaa tarkkailua. Ammeeseen ei voi mennä puudututettuna tai voimakkaiden kipulääkkeiden vaikutuksen alaisena eikä myöskään silloin, jos käytössä on synteettinen oksitosiini supistusten tehostamiseksi. (Kosonen 2018, 54-55.)

4.4 Aqua-rakkulat

Synnytyksen aikana kivunlievityskeinona voidaan käyttää Aqua-rakkuloita. Todennäköisesti niiden kipulia lievittävä vaikutus perustuu siihen, että veden kivulias injisointi ihon sisään (intrakutaanisesti) tai ihon alle (subkutaanisesti) ärsyttää paikallisesti, mikä puolestaan vaikuttaa kivun johtumiseen ja aktivoi näin kehon omaa hyvänolon hormonin eli endorfiinin tuotantoa. (Kosonen 2005,57;Raussi-Lehto 2015, 260.) Aqua- rakkulat ovat pieniä steriilin veden pisaroita, joita ruiskutetaan neulalla ihon uloimpien kerrosten väliin, joilloin ihoon tulee hyönteisen pistoa muistuttava vaalea rakkula. Ne laitetaan pahimpiin kipupisteisiin joko selän tai vatsan puolelle. Useimmat

synnyttäjät kokevat aqua-rakkuloiden laitton ihon sisään polttavana ja kivuliaana. Rakkuloiden teho vaihtelee tunnista puoleentoista tai jopa pidempään ja parhaimmillaan synnyttäjä voi saada helpotusta kipuun ja lämpimän ja rennon tunteen lantiolle. Aqua-rakkulat voidaan laittaa missä tahansa vaiheessa synnytyksen aikana myös supistusten aikana ja toimenpide voidaan uusua synnyttäjän niin halutessa. Rakkuloiden laitto on nopea, halpa ja yksinkertainen menetelmä synnytyskivun lievittämiseen ja niiden käyttö kivunlievitys menetelmänä on nopeasti yleistynyt. (Derry, Strause, Moore, Hancock & Collins. 2012; Kosonen 2018, 56-57; Raussi-Lehto 2015, 260.)

5 LÄÄKKEELLINEN KIVUNLIEVITYS

Kivunlievityksen lääkehoito valitaan kivun mukaan niin, että kipu lievittyy parhaalla mahdollisella tavalla. Lääkehoidon valinnassa huomioidaan kivun mekanismi ja voimakkuus. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 566.) Lääkkeelliset menetelmät jaotellaan koko kehoon vaikuttaviin ja vain osaan kehoa vaikuttaviin. Koko kehoon vaikuttavia menetelmiä ovat ilokaasu ja vahvat kipulääkkeet, jotka eivät poista kipua mutta vaimentavat kiputuntemuksia. Osaan kehoa vaikuttavia eli paikallisia ovat erilaiset puudutukset. Niitä ovat spinaalipuudutus, epiduraalipuudutus, spinaali- ja epiduraalipuudutusten yhdistelmä, paraservikaalipuudutus eli kohdunkaulanpuudutus sekä puden- daalipuudutus eli häpyhermopuudutus. (Sarvela & Volmanen 2014.) Vuonna 2017 kai- kista alateitse synnyttäneistä vähintään yhtä kivunlievitysmenetelmää sai 92% synnyt- täjistä. (THL 2018, 8). Lääkkeellinen kivunhoito ei korvaa kättilön läsnäoloa tai henki- lökohtaista huolenpitoa synnytyksen aikana. (Raussi-Lehto 2015, 261).

5.1 Ilokaasu

Ilokaasu (N_2O) eli dityppioksidi on väritön, hajultaan ja maultaan lievästi makea lää- keellinen kaasu, jota käytetään yhdessä hapen (O_2) kanssa. Ilokaasua käytetään syn- nytyssaleissa, toimenpide- ja leikkausyksiköissä ja ambulansseissa. Ilokaasu on tur- vallinen, helposti annosteltava ja taloudellinen kivunlievitysmenetelmä. Tästä syystä se on yleisimmin käytetyimpiä menetelmiä kivunlievitykseen synnytyksen aikana vai- kuttaen noin 60%:n synnyttäjistä, ja on käytössä melkein kaikissa synnytyssairaa- loissa Suomessa. Ilokaasun kivunlievitykseen valitsee 53% synnyttäjistä. (Tiitinen 2018). Sitä hengitetään ennen supistuksen alkua jaksoittain happinaamarin avulla (kuva 6), jolloin se vaikuttaa hengitys- ja verenkiertoelimistön kautta koko elimistöön stimuloiden endorfiinien tuotantoa keskushermostossa. Supistusten välissä hengite- tään huoneilmaa. (Kosonen 2018, 57; Raussi-Lehto 2015, 261; Saano & Taam-Ukko- nen 2015, 642-643; Sarvela & Volmanen 2014.)

Ilokaasu käytettynä hapen kanssa on turvallinen sikiölle. Kaasu alkaa vaikuttamaan reilun puolen minuutin kuluttua hengittämisen aloittamisesta. Sen vuoksi pitäisi oppia ennustamaan supistuksen alkaminen, jotta kipua lievittävä vaikutus olisi parhaimmil- laan supistuksen aikana. Kättilön antama ohjaus ilokaasun oikeasta ajoittamisesta on

tärkeässä asemassa. Vaikutus häviää muutaman minuutin jälkeen. Ilokaasun vaikutus on paras kohdunsuun ollessa 3-4 cm auki. Vaikutusta on jonkin verran vielä kohdunsuun ollessa 5-6 cm auki, mutta myöhemmässä vaiheessa ilokaasusta ei ole todettu olevan paljoa kipua lievittävää vaikutusta. Haittavaikutuksena voi olla lyhytkestoinen sekavuus, huimaus sekä joskus pahoinvointi. Ilokaasu ei päihdytä, mutta on normaalia, että olo on hieman tokkurainen ja poissaoleva ilokaasua käytettäessä. Tilanteissa, joissa synnytys etenee arvioitua nopeammin, ja muita kivunlievityksiä ei ehditä käyttämään, on ilokaasu ainut vaihtoehto. Useat synnyttäjät eivät koe saavansa riittävää kivunlievitystä ilokaasun avulla. (Kosonen 2018, 57; Raussi-Lehto 2015, 261; Sarvela & Volmanen 2014.)



KUVA 6. Ilokaasun hengittämiseen käytettävä maski (Hamdon, Sariola & Tuovinen 2014, 296)

Ilokaasua on käytetty synnytyksissä kivunlievitysmenetelmänä 1800-luvun lopusta lähtien. On mietitty, onko ilokaasulla käyttöaihetta vielä 2020-luvulla. Finnanest-lehdessä julkaistun artikkelin mukaan ilokaasu on edelleen käyttöaiheinen tulevaisuudessa. Artikkelin mukaan näyttöön perustuva lääketiede tukee ilokaasun käyttöä anestesiassa, sedaatioissa ja kivunlievityksessä osana modernia anestesiologiaa. Ilokaasun turvallisuus on poikkeuksellisen tarkkaan tutkittu, ja sen on todettu olevan potilasturvallinen anestesiakaasu. (Kokki, Kokki & Tohmo 2017).

5.2 Kipulääkkeet

Raskauden aikana useat kipulääkkeet läpäisevät istukan, joka aiheuttaa sikiön altistumisen lääkeaineelle. Tämän vuoksi lääkkeiden käytön kanssa on oltava tarkkana

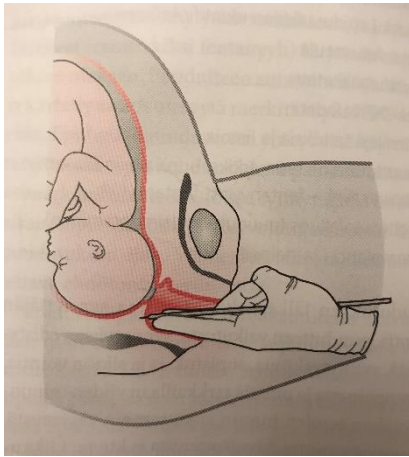
raskauden aikana. Turvallinen kipulääke raskauden aikana on parasetamoli, jota voi käyttää synnytyksen alkuvaiheen supistuskipuun annostuksella 1g kolme kertaa vuorokaudessa. Opioidit ovat vahvoja, morfiinin kaltaisia kipulääkkeitä. Kipua lievittävän vaikutuksensa lisäksi ne aiheuttavat myös raukeutta, joten synnytyksen alkuvaiheessa nämä kipulääkkeet sopivat äidille, joka kaipaa lepoa synnytyksen alkuvaiheessa. Sikiön hyvä sydänkäyrä on edellytys vahvojen kipulääkkeiden käytölle. Osa näistä lääkkeistä annetaan suonensisäisesti, ja näitä voidaan käyttää vain, jos yksikössä on valmiudet tämän kivunlievitysmenetelmän toteuttamiseen, koska tämä lääkehoito vaatii synnyttäjän ja lapsen tarkkaa seuranta. (Kosonen 2018, 58; Sarvela & Volmanen 2014.)

Petidiiniä käytetään avautumisvaiheessa rentouttamaan synnyttäjää ja kohdunsuuta kohdunsuun ollessa 0-3 cm auki. Lääkettä injektoidaan lihakseen 50-100mg äidin painon mukaan. Lääke tehoaa noin 40%:in käyttäjistä. Lääke annetaan 2-3 tuntia ennen syntymää vastasyntyneen hengitystä lamauttavan vaikutuksen vuoksi. Myös vastasyntyneen imemisrefleksi saattaa häiriintyä lääkkeen vaikutuksesta. Synnyttäjälle lääke voi aiheuttaa pahoinvointia ja uneliaisuutta. Oksikodonia annetaan 10mg lihakseen injektointina. Oksikodoni on mahdollisesti syrjäyttämässä petidiinin käytön. Indikaatiot eli käyttöaiheet ovat samat kuin petidiinillä. Litalgiinia voidaan myös käyttää synnytyksessä, mutta sen kipua lievittävä vaikutus on melko lievä. Se annostellaan lihakseen injektointina. Fentanyyli on opiaattipohjainen kipulääke, jota käytetään, kun puudutusten käyttö ei ole mahdollista. Se annostellaan suonensisäisesti kipupumpun avulla. Jos lääke annostellaan lihakseen tai suoneen, se läpäisee istukan ja kulkeutuu sikiöön. (Raussi-Lehto 2015, 261-262.)

5.3 Paraservikaalipuudutus

Paraservikaali- eli kohdunkaulan puudutus (PCB) on synnytyslääkärin laittama paikallispuudutus, jolla kohdunkaulan hermopunos puudutetaan kohdunkaulan molemmin puolin (kuva 7). Vaikuttavana lääkeaineena voi olla esimerkiksi bupivakaiini, joka laimennetaan NaCl:in, ja annostellaan 20-25mg kerrallaan. Tällä menetelmällä voidaan lievittää synnytyksen loppuvaiheessa avautumisesta aiheutuvaa kipua. Puudute laiteetaan, kun kohdunsuu on vähintään 4 cm auki. Vaikutus alkaa muutamassa minuutissa,

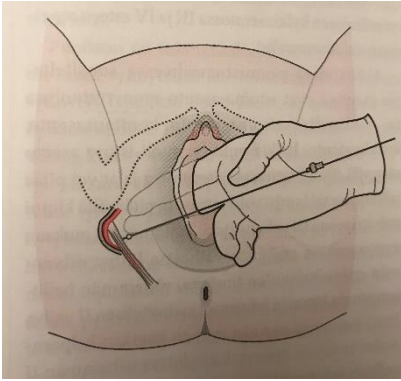
mutta on lyhytkestoinen, noin 1,5 – 2 tuntia. Tämä menetelmä sopii parhaiten uudelleen synnyttäjille, joilla on täysiaikainen raskaus ja sikiö on hyväkuntoinen. Paraservikaalipuudutus voi aiheuttaa sikiön sydänäänten harvenemista, mutta se on harvinaisempaa. Paraservikaalipuudutuksen teho vaihtelee ja onnistuminen on epävarmempaa kuin epiduraalipuuduksen. Puudutetta ei käytetä epäiltäessä sikiön asfyksiaa eli hapenpuutetilaa. Puudute kulkeutuu kohdun verenkierron kautta sikiöön, ja saattaa aiheuttaa sikiölle brakykardiaa eli sydämen harvalyöntisyyttä tai yleensä ohimenevää asidoosia eli elimistön nesteiden liiallista happamuutta. (Kosonen 2018, 60; Raussi-Lehto 2015, 264-265; Sarvela & Volmanen 2014.)



Kuva 7. Paraservikaalipuudutuksen laittaminen (Rusanen & Laajasalo 2015, 264)

5.4 Pudendaalipuudutus

Pudendaali- eli häpyhermon puudutus on puudutteen laittamiseen koulutetun kättilön tai synnytyslääkärin laittama paikallispuudutus, jolla poistetaan ponnistusvaiheen kipua synnytyskanavan alaosasta ja ulkosynnyttimien alueelta injektoimalla puuduteaine välilihan kudokseen (kuva 8). Puuduteaineena on lidokaiini tai bupivakaiini. Pudendaalipuudutuksella saadaan ponnistusvaihe melko kivuttomaksi, se laitetaan kohdunsuun ollessa täysin auki. Puudute vaikuttaa 1-2 tuntia, ja voidaan uusita tarvittaessa. Puudutuksen tehoon vaikuttaa puudutuksen laittajan kokemus. Pudendaalipuudutus laitetaan aina, jos tehdään episiotomia eli välilihan leikkaus, joka joudutaan ompelemaan. Pudendaalipuudutuksella äidin ja sikiön riskit on vähäiset, ja tätä puudutusta käytetään muiden puudutusten lisänä. (Kosonen 2018, 61; Raussi-Lehto 2015, 265; Sarvela & Volmanen 2014.)



Kuva 8. Pudendaalipuudutuksen laittaminen (Rusanen & Laajasalo 2015, 265)

5.5 Selkäpuudutukset

Selkäpuudutuksina käytetään epiduraali- ja spinaalipuudutuksia, sekä niiden yhdistelmää. Näitä käytetään muiden kivunlievitysmenetelmien täydentäjinä. Ne ovat tehokkaimpia, mutta myös vaativimpia kivunlievitysmenetelmiä. Suurin osa suomalaisista synnyttäjistä saa epiduraali- tai spinaalipuudutuksen synnytyksen aikana, ja toivovat sitä ensisijaiseksi puudutukseksi. (Kosonen 2018, 58-59.) Vuonna 2017 kaikista alateitse synnyttäneistä 50% sai epiduraalipuudutuksen, ensisynnyttäjistä 74%. Spinaalipuudutuksen sai kaikista alateitse synnyttäneistä 20% synnyttäjistä. (THL 2018, 8, 9.)

Selkäpuudutuksessa puudutetaan hermot, jotka välittävät kipua kohdusta ja synnytyskanavan alueelta. Selkäpuudutus laitetaan synnytyksen ollessa kunnolla käynnissä, kohdunsuun ollessa 3-4 cm auki. Puudutuksen kanssa ei kannata kiirehtiä, koska liian aikainen puudutus voi pysäyttää synnytyksen edistymisen. Onnistuneessa puudutuksen ajoituksessa avautumisvaiheen kipu saadaan hallintaan, mutta puudutteen vaikutus on vähentynyt ponnistusvaiheessa niin, että synnyttäjä tuntee ponnistamisen tarpeen. Jos puudutus heikentää supistuksia, voidaan niitä stimuloida puhkaisemalla lapsivesikalvot tai antamalla supistuksia voimistavaa oksitosiinia. Selkäpuudutukset laittaa anestesia lääkäri, jonka saatavuus ei aina ole mahdollista (kuva 9). Selkäpuudutukset vähentävät stressihormonien eritystä, ja eivät väsytä opioidien tapaan. Stressi-

hormonien pienemmällä erityksellä on etua pre-eklampsiaassa eli raskausmyrkytyksessä, sekä sairastettaessa vaikeaa keuhko- tai sydänsairautta. (Kosonen 2018, 58-59; Sarvela & Volmanen 2014.)

Yhdistelmäpuudutuksessa epiduraalineaulan läpi asetetaan synnyttäjälle spinaalipuudutus, jonka jälkeen saman piston kautta asetetaan epiduraalikatetri. Näin puudutusta voidaan tarvittaessa jatkaa saman katetrin kautta. Yhdistelmäpuudutusta käytetään spinaalipuudutuksen lyhyen keston vuoksi, jolloin ei ole tarpeellista tehdä lisäpistoja erikseen asetettavan epiduraalikatetrin laittoa varten. (Sarvela & Volmanen 2014.)

Puudutus voi joskus jouduttaa synnytystä synnyttäjän rentoutuessa, ja voivat myös parantaa heikkoa ponnistustyötä. Selkäpuudutuksia ei voida käyttää, jos alaselän iho on tulehtunut, jos on veren hyytymisvajaus tai käytössä on veren hyytymismekanismiin vaikuttavia lääkkeitä, kuten hepariinia tai varfariinia. Jotkin harvinaiset hermosto- ja selkäsairaudet ovat este selkäpuudutuksille. Jos alaselässä on tatuointi, se ei yleensä estä puudutuksen laittamista. Pistokohta valitaan tatuointivärin ulkopuolelta. Selkäpuudutuksista ei ole haittaa sikiölle. (Kosonen 2018, 59; Sarvela & Volmanen 2014.)

Selkäpuudutuksiin liittyy haittavaikutuksia ja riskejä, joista osa sivuvaikutuksista on melko tavallisia, mutta vakavammat haittavaikutukset hyvin harvinaisia. Laimeilla puudute- opiodi seoksilla vaikutetaan pääasiassa kohdusta kipua välittäviin hermoihin niin, että lihasten toiminta säilyy normaalina. Synnyttäjä voi nousta jalkeille 30 minuutin kuluttua puudutteen ruiskuttamisesta, jolloin vaikutusta lihasvoimaan ei ole. Puudutteen vaikutus alaraajoihin on kuitenkin yksilöllistä, joten ennen liikkeellelähtöä varmistetaan riittävä lihasvoima. Synnyttäjän on hyvä myös liikkua tukihenkilön kanssa puudutteen laitton jälkeen. (Sarvela & Volmanen 2014.)

Yleisimpiä haittavaikutuksia on kutina ja tärinä, joka on vaaratonta. Myös verenpaine voi laskea puudutteen vaikutuksesta, jolloin voidaan joutua lääkitsemään alhaista verenpainetta. Yleisin haittavaikutus on selkäydinkalvon puhkaisu vahingossa epiduraalikatetria asetettaessa. Selkäydinkalvon puhkaisu voi aiheuttaa pystyasennossa paahenevan päänsäryn, "postspinaalipäänsäryn". Spinaalipuudutuksessa selkäydinkalvo

puhkaistaan tarkoituksella, epiduraalipuudutuksessa se puhkeaa joskus tahattomasti. Päänsärky loppuu reiän sulkeutuessa itsestään muutamassa päivässä, mutta vaikeissa päänsäryissä anestesiaalääkäri voi asettaa ns. veripaikan, joka on tehokas hoito päänsärkyyn. (Kosonen 2018, 60; Sarvela & Volmanen 2014.)

Epiduraalipuudutus voi vaikuttaa synnytyksen kulkuun vähentämällä ponnistuksen tarvetta ja pidentämällä hieman ponnistusvaiheen kestoa. Riskinä on imukupin käyttämisen tarve. Kuitenkin nykyaikana käytettävillä laimeilla puudute-kipuaineseoksilla synnytys etenee suurella todennäköisyydellä normaalisti, ja epätoivotut sivuvaikutukset ovat selkeästi vähentyneet. Selkäpuudutukset eivät lisää keisarinleikkauksen riskiä. (Sarvela & Volmanen 2014.)

Selkäpuudutuksissa on riittämättömän kivunlievityksen riski, joskus kivunlievitys jää vajaaksi tai on toispuoleinen. Tilannetta voidaan korjata epiduraalikatettrin syvyyttä muuttamalla tai lisäämällä lääkeannosta. Harvemmin joudutaan asettamaan uusi epiduraalikatetri. Selkäpuudutukset voivat alentaa verenpainetta ja sikiön syketaajuutta, näiden ennaltaehkäisemiseksi synnyttäjälle asetetaan käteen suonensisäinen nesteytystippa. Selkäpuudutusten ei ole todettu lisäävän selkäsärryn vaaraa, mutta pistosalueella voi tuntua arkuutta joitain päiviä. (Sarvela & Volmanen 2014.)

Lievää lämmönnousua voi esiintyä pitkäkestoisen epiduraalipuudutuksen yhteydessä. Nopea kivunlievitys synnytyksen aikana voi aiheuttaa sikiön äänten laskua ohimenevästi, sikiön hapensaanti paranee kuitenkin puudutuksen aikana. Vahvoilla kipulääkkeillä on enemmän lääkevaikutusta vastasyntyneeseen kuin selkäpuudutuksilla. Epiduraalipuudutuksen saaneet synnyttäjät tarvitsevat imetystukea enemmän kuin synnyttäjät, joiden synnytyksessä ei käytetty tehokasta kivunlievitystä. Syy-seuraussuhdetta ei ole voitu kuitenkaan osoittaa. Lääkeaineen yliannostus voi olla riskinä, jos epiduraalipuudutteen yhteydessä lääkeseosta pääsee tahattomasti verisuoneen tai selkäydinnesteeseen. Oireina esiintyy huimausta, sydämen tykytystä tai liiallista puutumisen tunnetta jaloissa. Tämä on erittäin harvinaista ja hyvin hoidettavissa oleva haitta. (Sarvela & Volmanen 2014.)

Cochrane on kerännyt tutkimusraportin 40:stä tutkimuksesta synnytyskipun lievitysmenetelmien vertailusta epiduraalipuudutukseen. Tutkimuksiin osallistui yli 11 000 naista. Raportissa 34:ssä tutkimuksessa verrattiin epiduraalia ja opioideja, seitsemässä epiduraalia lääkkeettömään synnytykseen, yhdessä epiduraalia akupisteiden stimulointiin, yhdessä epiduraalia ilokaasuun, sekä yhdessä epiduraalia jatkuvaan tuohikihenkilön läsnäoloon ja muihin kivunlievityksiin. Epiduraalipuudutusten yhteydessä raportoitiin vähemmän kipua ja enemmän tyytyväisyyttä synnytykseen kuin muiden kivunlievitysmenetelmien kanssa. Ainoastaan muutamassa tutkimuksessa raportoitiin vakavista haittavaikutuksista. (Anim-Somuah, Cuthbert, Cyna & Smyth 2018, 29-30).



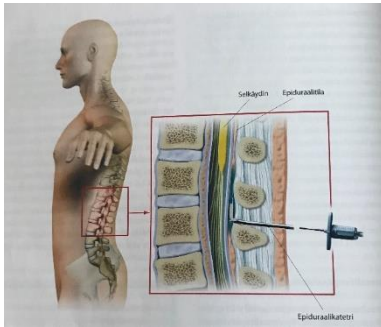
Kuva 9. Asento laitettaessa selkäpuudutuksia (Müller & Sinivuori 2016, 151)

Epiduraalipuudutus laitetaan selkäytimen ja luisen selkäydinkanavan väliin. Puudutusta laitettaessa synnyttäjä on joko kyljellään makuulla tai istuallaan. Selän pyöristäminen auttaa pistokohdan löytämisessä, ja synnyttäjän on tärkeää olla liikkumatta. Iho pestään, jonka jälkeen pistokohta puudutetaan ohuella neulalla. Sen jälkeen anestesialääkäri asettaa erityisneulan kautta ohuen taipuisan katetrin epiduraalitilaan, joka on selkäydintilaa välittömästi ympäröivä tila luisen selkäydinkanavan sisäpuolella (kuva 10). Katetria asetettaessa saattaa joskus tuntua sähköiskumainen tuntemus tai sävähdys jommassakummassa jalassa. Katetrin ollessa paikallaan neula poistetaan ja katetri teipataan paikalleen, ja poistetaan vasta synnytyksen jälkeen. Puudutusaine imeytyy epiduraalitilasta selkäydintasolle vaikuttaen kohtua hermottaviin hermojuuriin. Tällä menetelmällä saadaan tarkasti kohdennettu ja hyvin vaikuttava kivunpoisto etenkin synnytyksen avautumisvaiheessa. (Sarvela & Volmanen 2014.) Ennen puudutta-

mista synnyttäjän virtsarakko on hyvä tyhjentää, koska puudutuksen jälkeen ei välttämättä tunne virtsaamisen tarvetta. Ennen puuduttamista annostellaan suonensisäisesti 500 ml kirkasta nestettä esim. NaCl 0,9%, puuduttamisen jälkeen toiset 500 ml. Lääkeaineen lisäannoksen yhteydessä riittää 500 ml kirkasta nestettä, joskus riittää aukiolotippa. Aloitusannostuksena on Fentalyl 2 ml + Naropin 10 ml + NaCl 0,9% 8ml. Kätilö täyttää obstetrisen anestesiaalomakkeen. Annos voidaan uusia aikaisintaan kahden tunnin kuluttua kipujen palatessa. Lisäannoksen laittamiseen on yksikkökohtaiset ohjeet. (Raussi-Lehto 2015, 262-263.)

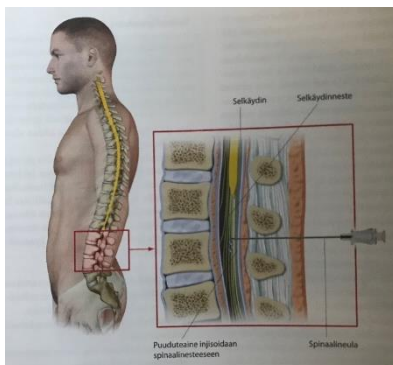
Alkuboluksen jälkeen käytettävistä kivunlievitysmenetelmistä on tehty useita tutkimuksia, joiden mukaan voidaan yleistää, että useilla eri tavoilla saadaan aikaan tehokas ja turvallinen kivunlievitys. Edelleen mietitään, onko alkuboluksen jälkeen puudutteen ja opioidin seos tehokkaampaa jatkuvana infuusiona vai boluksina annosteltuna. Kahden erikoislääkärin kirjoittaman artikkelin mukaan epiduraalibolukset PCEA:n tai automatisoidulla pumpulla annosteltuna näyttää olevan jonkin verran tehokkaampi kivunlievityksessä kuin pelkkä puuduteseosinfuusio. Hyvän ja tasaisen kivunlievityksen varmistamiseksi tehokkainta on yhdistää nämä keinot. (Kokki & Kokki 2016.)

Puudutuksen teho alkaa yleensä noin 5-15 minuutin kuluttua lääkaineen kulkeutessa hermoihin. Puudutuksen ansioista supistuskivut eivät tunnu, vaan supistuksen tuntevat yleensä kiristyksenä vatsanpeitteissä ja painon tunteena synnytysalueella synnytyksen edettyä. Puuduteaine annostellaan kerta-annoksena tai jatkuvana annosteluna ponnistusvaiheeseen saakka. Yleensä epiduraalipuudutusta käytetään ensisijaisesti avautumisvaiheessa, mutta pitkissä puudutuksissa ja riittäväillä puuduteannoksilla saadaan kivunlievitystä myös ponnistusvaiheeseen. Epiduraalipuudutuksen vaikutus vastasyntyneeseen on tuoreiden tutkimusten mukaan vähäinen. (Sarvela & Volmanen 2014.)



Kuva 10. Epiduraaliliila ja -katetri (Müller & Sinivuori 2015, 636)

Spinaali- eli selkäydinpuudutus on uusimpia kivunlievitysmenetelmiä synnytyksessä. Se on verrattavissa epiduraalipuudutukseen valmistelujen ja vaikutuksen osalta. Spinaalipuudutus on kertapuudutus, jonka kesto on 1-2 tuntia eli selvästi lyhyempi kuin epiduraalipuudutuksella, mutta nopeammin vaikuttava. Tätä menetelmää käytetään erityisesti uudelleen synnyttäjillä, koska se on epiduraalipuudutusta nopeammin vaikuttava, ja tehoaa paremmin myös ponnistusvaiheessa. Spinaalipuudutuksen laittaa anestesia- eli selkälääkäri ohuella neulalla suoraan selkäydinestettiin (kuva 11). Spinaalipuudutuksessa tarvittava lääkemäärä on huomattavasti pienempi kuin epiduraalipuudutuksessa. Kipua lievittävä vaikutus alkaa nopeammin kuin epiduraalipuudutuksessa, koska puudute on välittömässä yhteydessä paljaisiin hermojuuriin selkäydinesteen seassa. Puudutuksen laitton jälkeen voi alaraajoissa ilmetä ohimenevää puutumisen tunnetta, joka voi vaikuttaa myös ponnistusvoimaan alentavasti. Puutumisen ja pistelyn tuntemukset häviävät nopeasti. Jos synnytyksessä on odotettavissa ennakoitua suurempaa verenvuotoa, spinaalipuudutusta ei käytetä sen nopean vaikutuksen ja verenpainetta laskevan haittavaikutuksen vuoksi. (Raussi-Lehto 2015, 264; Sarvela & Volmanen 2014.)



Kuva 11. Spinaalipuudutus (Müller & Sinivuori 2015, 638)

6 OPASLEHTISEN TOTEUTUS

6.1 Potilasohjaus

Potilaalla on laillinen oikeus saada tietoa terveydentilastaan ja sen ongelmatilanteista niin, että potilas ymmärtää annetun tiedon ja osaa käyttää sitä hyväkseen. (Hupli, Rankinen & Virtanen 2012, 2). Potilasohjauksessa hoitotyön osana täytyy kunnioittaa asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta, ihmisarvoa, yksityisyyttä sekä vakaumusta. Ohjaus on toteutettava potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Eloranta & Virkki 2011, 11.) Mikäli terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä tai potilas ei puhe- tai aistivian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:5 §).

Potilasohjauksen toinen peruskivi on etiikka. Se tutkii ihmisenä olemisen perimmäisiä kysymyksiä kuten mikä on oikeaa ja hyväksyttävää, mikä on hyvää, mikä on huonoa, mikä väärää ja moitittavaa. Ammattietiikaksi kutsutaan työtä koskevaa etiikan aluetta. Ammattikunnat ovat laatineet omat ammattieettiset ohjeensa, joissa kuvataan alan tavoitteet ja periaatteet, esimerkiksi sairaanhoitajan eettiset ohjeet. (Eloranta & Virkki 2011, 11-14.)

Terveysalalla eletään murrosvaihetta, sillä useat asiat edellyttävät toiminnan tehostamista. Näitä ovat hoitoaikojen lyhentyminen, väestön ikääntyminen, kansansairauksien kasvu, avohoitopainotteisuuden lisääntyminen, lääketieteen kehittyminen ja kuluksen kasvu sekä palvelujen tarjonnan ja tarpeen välillä oleva epäsuhde. Hoitotyön keskeinen auttamismenetelmä on potilasohjaus. Sen kehittäminen on tärkeää, sillä ohjauksen tarve kasvaa, potilaat ovat entistä tietoisempia oikeuksistaan ja sairaudestaan sekä sairauden hoidosta. Hoitoaikojen lyhentyessä potilasohjaus on toteutettava lyhyemmässä ajassa kuin aiemmin ja ohjauksen tarve lisääntyy. (Lipponen 2004. 17.) Lyhimmillään potilas viipyy toimenpiteessä vain muutaman tunnin, joten suulliseen ja henkilökohtaiseen potilasohjaukseen on entistä vähemmän aikaa. Tämä on yksi syy kirjallisen ohjauksen tarpeen kasvuun. (Torkkola, Heikkilä & Tiainen 2002, 7.)

6.2 Kirjallinen opas

Hoitotyössä asiakkaita ohjataan päivittäin jakamalla asiakkaille tietoa ja auttamalla ongelmanratkaisussa. Asiakkaalle annettava informaatio on rajattava keskeisiin asioihin. Laadukas informaatio on parasta ja ajantasaista, asiakas arvostaa tarkkaa ja luotettavaa tietoa. Informaation pitää olla myös asiakkaalle tarpeellista ja merkityksellistä. Suomessa on määrätty laissa potilaan oikeus saada totuudenmukaista tietoa. Tietoa voi antaa kirjallisesti, esimerkiksi leikkauksen jälkeen annettava kirjallinen hoito-ohje. Valistus voi olla myös itseopiskelua erilaisten oppaiden, tehtävien, pelien tai leikkien kautta. Hoitotyössä käytetään tieteellisesti tutkittuja, eettisesti hyväksyttäviä, taloudellisesti kestäviä ja vaikuttavia toimintatapoja. Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä, hoitotyön suosituksilla ja Käypä hoitosuosituksilla on tarkoitus yhtenäistää hoito-ohjeita. (Eloranta & Virkki 2011, 21-23, Kulju & Leino-Kilpi 2012, 3-4.)

Tiedon välittämiseksi asiakkaille yleisesti käytetty menetelmä on kirjalliset potilasohjeet. Kirjallista ohjausmateriaalia käytetään yhdessä verbaalisen ohjauksen kanssa, koska ne vahvistavat toisiaan ja auttavat asiakasta muistamaan ja sisäistämään annetun tiedon. Kirjalliset ohjeet ovat hyödyllisiä ainoastaan, jos asiakas ymmärtää siinä lukevan tiedon. Kirjallisia ohjeita laadittaessa on muistettava asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan näkökulmien erilaisuus. Hyvässä kirjallisessa ohjeessa on selkeät, tarkat ja ymmärrettävät tiedot. (Ali-Raatikainen & Salanterä 2008, 63-64.) Hyvä potilasohje on kirjoitettu loogisesti etenevästi ohjauksen saajan näkökulmasta, ja asiat on esitetty ymmärrettävästi ja perustellusti. Pääotsikko ja väliotsikot selkeyttävät ohjetta, ja auttaa lukijaa ymmärtämään mitä asioita käsitellään. Selkeä teksti sisältää lyhyehköjä kappaleita, virkkeet selkeästi hahmottuvia ja mahdollisimman yleiskielisiä. Oikeinkirjoitus ja selkeä ulkoasu helpottaa ohjeen ymmärtämistä. Selkeä juoni kiinnittää lukijan huomion, ja edesauttaa potilaan tarttumista ohjeeseen myös kotona. Yleensä toimivin juoni on asioiden eteneminen ohjeessa tärkeysjärjestyksessä. (Hyvärinen, 2004).

7 PROJEKTIN KUVAUS

7.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Projektityön tarkoituksena oli tuottaa selkeä, luotettava, toimeksiantajan odotuksia vastaava ja ajankohtainen opaslehtinen ensisynnyttäjille Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n synnytys- ja naistentautien yksikköön. Opaslehtisen aiheena oli lääkkeetön ja lääkkeellinen kivunlievitys synnytyksen aikana. Rajasimme teorian koskemaan toimeksiantajan käytössä oleviin kivunlievitysmenetelmiin. Tavoitteena oli lisätä ensisynnyttäjien tietoutta eri kivunlievitysmenetelmistä helpottamaan synnytykseen valmistautumisessa. Projekti rajattiin koskemaan ensisijaisesti ensisynnyttäjiä, koska heillä ei välttämättä ole kokemuseräistä tietoa kivunlievitysmenetelmistä synnytyksen aikana. Opaslehtisen avulla tieto löytyy helposti yhdestä paikasta, ja kirjallisesti annettu tieto tukee suullista ohjausta.

Omia tavoitteitamme olivat projektityön menetelmän oppiminen, tiimityöskentelytaitojen ja luotettavan tiedon etsimisen taidon kehittäminen. Tavoitteena oli myös kehittää yhteistyötaitoja osana moniammatillista yhteistyötä, sekä tukea omaa ammatillista kasvua.

7.2 Projektin toteutus

Projektin synonyymejä ovat kehittämishanke, hanke tai kehittämisprojekti. Niitä perustetaan erilaisiin tarkoituksiin, se ei ole tehtävä tai toimintakokonaisuus vaan kertaluonteinen ja tavoitteellinen tehtävä. Projektin avulla pyritään luomaan uusi, aiempaa parempi toimintatapa. Projektin vahvuus on kohdentuminen erityyppisten ongelmien ratkaisuun, ja tuotoksena syntynyt uusi toimintatapa otetaan osaksi normaalia käytäntöä. Projektissa määritellään ennalta tavoitteet, ja projektit suunnitellaan hyvin laadukkaasti toteutuksen varmistamiseksi. Aikataulu ja budjetti suunnitellaan ennalta, ja onnistuneessa projektissa niissä tavoitteissa pysytään. Aihe rajataan ja kohdennetaan tarkasti. Projekti voi kestää muutamasta kuukaudesta useisiin vuosiin, syvyydeltään ne voivat olla pinnallisia tai syvällisiä, ja laajuudeltaan joko mittaviin uudistuksiin pyrkiviin tai pieniin omaehtoisiin projekteihin. Projektin elinkaareissa on suunnittelu- ja aloitusvaihe, toteuttamisvaihe sekä päättämis- ja arviointivaihe, joten projektilla on selkeä

alku- ja päätepiste. Lisäksi vaiheisiin voi kuulua käyttöönottovaihe, eli tulosten/tuotoksen ottaminen osaksi käytäntöä. Projektin osa-alueisiin kuuluu luova työ kuten sisällön ideointi, toimintatapojen ja arvioinnin pohdinta, ihmisten välinen yhteistyö ja projektin tehtävien hoitaminen. (Nikkilä, Paasivirta & Suhonen 2008, 7-9; Paasivirta, Suhonen & Virtanen 2011, 81-83.)

Projektin suunnitteluvaiheessa tehdään keskeisimmät projektia koskevat päätökset. Haasteena projektissa on aiheen rajaaminen, että projektista ei tulisi ikuisuusprojektia. Projektin tavoitteiden on oltava realistisia ja saavutettavia, tavoitteet asetetaan mahdollisimman selkeiksi. Selkeät tavoitteet antavat suunnan projektille koko sen elinkaarajan ajan. Projektille määritellään yksi päätavoite, joka voidaan tarvittaessa jakaa osatavoitteisiin. Projektin rajauksessa on hyödyllistä, kun määritetään ennalta tarkasti projektin toteuttajat ja varsinaiset hyödynsaajat. (Nikkilä ym. 2008, 7-9, 104, 123; Paasivirta ym. 2011, 45.)

Projektit tehdään arjen keskellä omilla voimavaroilla ja usein myös ilman ulkopuolista rahoitusta, joten organisointi on keskeisessä asemassa. Projektisuunnitelmaan sisältyy tavoitteet, projektiryhmän määrittely, toteutussuunnitelman laatiminen, budjetointi ja ohjaussuunnitelma. Organisoinnin avainasioita ovat ohjaaminen, projektinvetäjä, projektiryhmän kokoaminen ja sidosryhmien huomioonottaminen. Nämä asiat muodostavat yhdessä kokonaisuuden projektin toiminnalle. Projektia on ohjattava koko projektin ajan, jotta päätepiste saavutetaan. Ohjaukseen sisältyy tavoitteiden asettamista, suunnittelua, seuranta ja arviointia. Ohjaus muodostuu sisäisestä ja ulkoisesta ohjauksesta. Sisäinen ohjaus tarkoittaa projektinvetäjän vastuulla olevaa toimintaa projektin onnistumiseksi, ulkoinen ohjaus tarkoittaa ulkopuolisten sidosryhmien mukaan ottamista projektin toimintaan. Ohjauksen työvälineenä voidaan käyttää avointa keskustelua, jonka avulla ideoidaan, esitellään projektin vaiheita, nostetaan ongelmia esiin ja pohditaan niihin ratkaisuja. Dialogisuuden ja vuorovaikutuksen tarkoituksena on tuoda projektiin innostumista ja tekemisen makua. Vuorovaikutus sidosryhmien välillä on keskeisessä asemassa projektiryhmän sisäisen vuorovaikutuksen lisäksi. Itseohjautuvuus on myös tärkeää projektiryhmässä. (Nikkilä ym. 2008, 7-9, 105-109; Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2011, 87.)

Projekti sai alkunsa synnytysosaston silloiselta osastonhoitajalta, joka toi ilmi aiheen tarpeellisuuden. Myös synnytysosaston muu henkilökunta kertoi opaslehtisen olevan ajankohtainen. Halusimme opaslehtisen olevan laadultaan sellainen, mihin toimeksiantaja on tyytyväinen. Opaslehtinen tulee käyttöön synnytysosaston lisäksi synnytysvalmennukseen ja synnytyspelkoa kokeville synnyttäjille.

Suunnitelmavaiheessa perehdyttiin projektityön menetelmään, organisoitiin projektiryhmä ja jaettiin projektiryhmän kesken työstettävät aiheet. Suunnitelman oltua hyväksytty, tehtiin toimeksiantajan kanssa toimeksiantosopimus (liite 1.)

Projektityöryhmä muodostui kahdesta jäsenestä: Noora Heiskanen ja Katri Rönkömäki. Projektissa ei ollut erikseen nimettyä projektipäällikköä, vaan suunnittelu vaiheessa ryhmän jäsenille jaettiin omat vastualueet. Projektin yhteistyötahoja olivat toimeksiantaja ja ohjaava opettaja.

7.3 Projektin tuotos

Projektin toteuttaminen eli varsinainen työskentelyvaihe on vaihe, jossa projektin tulokset luodaan. Toteutus pääsee varsinaisesti alkamaan, kun projektisuunnitelma on valmis ja organisaatio, henkilöstö, rahoitus ja muut resurssit ovat kunnossa. Projektin toteutusvaiheen aikana kaikkien roolit ovat tärkeitä. Varsinaisen projektin vetäjän on tehtävä jatkuvaa suunnittelu- ja ajatustyötä alkuperäisen projektisuunnitelman sovittamiseksi elävän elämän todellisiin tilanteisiin. Toteutusvaiheen aikana tärkeää on ylläpitää henkilöstön motivaatiota ja luoda hyvää ilmapiiriä. Pienilläkin asioilla voi olla suuri vaikutus. Projektia on usein organisoitava uudelleen ja se on pidettävä tavoitteiden suunnassa. Siihen liittyy arviointi ja arvioinnin avulla saatavaa tilannetietoa verrataan projektisuunnitelmaan, jolloin todetaan, onko toiminta oikeansuuntaista ja- aikaista. (Nikkilä ym. 2008, 132-133.)

Tämä projekti toteutettiin yhteistyössä Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n synnytys- ja naisyksikön kanssa. Projektin työstäminen aloitettiin ideoimalla ja visioimalla, joiden avulla projektin tarkoitus ja tavoitteet muodostuivat. Projektista tehtiin ensin suunnitelma, jonka jälkeen työstettiin itse opinnäytetyö ja opaslehtinen. Projektityötä

ohjattiin ja arviotiin opinnäytetyön ohjaustilanteissa. Opaslehtiseen tuleva tieto oli teoreettista ja tutkittua, ja opaslehtisen sisältö rajattiin osastolla synnytyksen aikana saatavilla oleviin lääkkeettömään ja lääkkeelliseen kivunlievitykseen. Opaslehtisen kuvitus tapahtui yhteistyössä opinnäytetyön tekijän ystävän kanssa. Koevedos opaslehtisestä toimitettiin arvioitavaksi osaston lääketieteelliselle asiantuntijalle sekä kättilötyön asiantuntijoille sekä ensisynnyttäjälle. Palautteiden myötä tehtiin tarvittavat muutokset. Projekti työstettiin valmiiksi ja se dokumentoidaan ja esitetään synnytys osaston osastunnilla.

Opaslehtinen (liite 2) tehtiin Microsoft Office Word- ohjelmalla. Opaslehtiseen tuli kahdeksan sivua. Visuaalisen ilmeen suunnittelussa ideoitiin erilaisia ulkoasuja, ja kokeiltiin erilaisia fontteja ja värejä. Sommittelussa päädyttiin A4- kokoiseen, puoleksi taitettuun sivukokoon käytännöllisyyden ja selkeyden vuoksi. Kuvituksen tehneeltä henkilöltä tuli ehdotus vaaleanvioletista taustaväristä, joka värioppia opiskelleen mukaan on kuninkaallinen. Kuvittajan toive oli, että kuvituksen värimaailmaa ei muuteta.

Opaslehtisen teoreettinen sisältö perustui tutkittuun, luotettavaan teoriatietoon. Lukija puhutellaan sinä- muodossa. Teksti on kirjoitettu lukijalle helposti ymmärrettävään muotoon, lääketieteellisiä termejä vältettiin. Etusivulla on toimeksiantajan logo ja aiheita kuvaava otsikko. Opaslehtisen alussa on saateteksti lukijalle, jolla johdatellaan lukija aiheeseen ja onnitellaan tulevasta perheenisäyksestä. Saatetekstin sivulta löytyy synnytysosaston yhteystiedot. Takasivulla on runo, tekijöiden ja kuvittajan nimet sekä koulun nimi.

Opaslehtisen ensimmäinen pääotsikko on lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät, jonka alla kerrotaan erilaisista asennoista ja liikkumisesta, joita voi kokeilla synnytyskivun lievittämiseen. Rentoutumiskeinoista esitellään hengitystekniikka, hieronta, kosketus ja synnytyslaulu. Opaslehtisessä kerrotaan lisäksi lämpö- ja kylmähoidosta, veden käytöstä synnytyskivunhoidossa, ja Aqua-rakkuloista. Eri kivunlievitysmenetelmien hyödyt ja haitat ja mahdolliset vaikutukset synnytykseen kerrotaan lyhyesti.

Toinen pääotsikko on lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät. Sen alaotsikoita ovat ilokaasu, kipulääkkeet, paraservikaali- eli kohdunkaulanpuudutus, pudendaali- eli häpyhermon puudutus, epiduraalipuudutus ja spinaalipuudutus. Kivunlievitysmenetelmien hyödyt ja haitat ja mahdolliset vaikutukset synnytykseen kerrotaan lyhyesti.

Projektin arvioinnilla tarkoitetaan projektin onnistumisen selvittämistä. Se ei perustu sattumanvaraisuuteen vaan on systemaattista toimintaa. Projektin arvioinnin avulla saadaan arvokasta tietoa sen toteutumisesta, ongelmista ja hyvistä puolista. (Nikkilä ym. 140.) Projektin arvioinnissa keskitytään ongelma-analyysiin, projektin puitesuunnitelmaan, ratkaisun valintaan, projektisuunnitteluun, projektiorganisaatioon, projektin tarkoituksen ja tavoitteen lopulliseen määrittelyyn, ratkaisun toteuttamiskelpoisuuteen, projektin aikana tapahtuvaan ohjaukseen ja seurantaan ja tavoitteen toteutumiseen. (Karlson & Marttala 2008, 98-99.)

Projektin tavoitteena oli luoda opaslehtinen, jonka tarpeellisuutta ja ymmärrettävyyttä arvioitiin projektin aikana, erityisesti koevedoksen myötä tullut palaute ennen lopullista versiota opaslehtisestä. Arvioinnissa kiinnitettiin huomiota opaslehtisen sisältöön, jonka tuli olla helposti ymmärrettävä niin synnyttäjille kuin hoitohenkilökunnallekin. Opaslehtisen palaute saatiin kolmelta taholta luotettavuuden lisäämiseksi; kättilötyön asiantuntijoilta, ensisynnyttäjältä sekä lääketieteen asiantuntijalta.

Projektin luotettavuuteen vaikuttaa sen raportointi. Raportissa täytyy ilmetä, miten projekti tehtiin, tällä tavoin lukija voi itse arvioida projektin luotettavuutta sekä projektin kulkua. Yksityiskohtaisesti selvitetyn projektin kulku on helppo ymmärtää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 261.) Lähdekritiikkiä sekä harkintaa tarvitaan lähteitä käytettäessä. Kirjoittajan tulee huomioida lähteen ikä sekä kirjoittajan asiantuntijuus. Tärkeää on valita uusin lähde, koska aiemman tiedon katsotaan sisältyvän uudempaan. Tutkimustuloksia tulee tarkastella objektiivisesti tutkimuksia käytettäessä, sillä tutkimustieto muuttuu koko ajan. (Hirsjärvi ym. 2009, 113-114.)

Projektia tehdessä huomioitiin työn luotettavuus ja eettisyys. Tässä työssä käytetyt lähteet olivat luotettavia ja tiedonhaussa tavoitteena oli, että lähteet ovat enintään kymmenen vuotta vanhoja. Erityisesti Internet- sivuilta löytyvän tiedon käytössä oltiin

kriittisiä. Tutkimustiedon muuttuessa on kiinnitettävä huomioita sen ajankohtaisuuteen ja validiuteen. Projektityössä kiinnitettiin huomiota tarkkoihin lähdemerkintöihin eikä mitään teoksia plagioitu.

Aikataulusuunnittelua käytetään, koska toiminnot ovat usein toisistaan riippuvaisia. Aikataulut helpottavat myös toimintojen välistä koordinointia ja seuranta, resurssien jakamista ja kehittämissideiden myymistä. Aikataulua suunniteltaessa määritetään projektin käynnistys-, päättymis- ja seuranta-aika. Kun aikataulu on selvillä, voidaan kirjata kunkin toimen toteutusjärjestys ja –aika ajassa taaksepäin aloittamalla projektin valmistumisajankohdasta. Työmäärän oikea arviointi ja toimien etenemisen seuranta vaativat, että hankkeen toimet on eritelty ja määritelty tarkasti. Tehtävien tekemiseen kuluvan ajan arvioinnissa on oltava realistinen. Jos on epävarmaa, viekö tehtävä päivän vai kaksi, on varmempi varata kaksi päivää. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 78-79.)

Projektityön suunnitelma työstettiin loka- marraskuun alun 2018 aikana. Marraskuun aikana työstettiin projektin teoreettinen osuus kivunlievityksestä synnytyksen aikana sekä opaslehtinen Mehiläinen Länsi- Pohja Oy:lle synnytys- ja naistentautien yksikköön. Projektityö oli tarkoitus valmistua ja esittää joulukuussa 2018. Projektin tekijät vastasivat projektityön kustannuksista itse.

8 POHDINTA

Projektityön aihe oli kivunlievitys synnytyksen aikana, jonka tuotos oli opaslehtinen ensisynnyttäjälle. Aihe tuli synnytysosaston silloiselta osastonhoitajalta, hänen mielestään osastolla oli tarve tällaiselle opaslehtiselle. Toimeksiantajan toiveen mukaisesti rajasimme teoreettista viitekehystä koskemaan heidän yksikössään käytettäviä kivunlievitysmenetelmiä. Mielestämme onnistuimme rajaamaan aiheen hyvin, vaikka tästä aiheesta olisi saanut tehtyä laajemmankin opaslehtisen. Opaslehtisen sivumäärä rajattiin myös toiveiden mukaan. Aiheen valinta oli mielestämme onnistunut ja tarpeellinen. Päädyimme tähän aiheeseen, koska omakohtaisten kokemusten perusteella olisimme molemmat kaivanneet lisää tietoa tästä aiheesta ensisynnyttäjinä, ja että tietoa olisi annettu myös kirjallisessa muodossa. Halusimme tehdä opaslehtisestä tiiviin tietopakettin, jossa kerrotaan kivunlievityksestä selkeästi ja ymmärrettävästi synnyttäjän näkökulmasta. Halusimme myös tehdä opaslehtisestä visuaalisesti miellyttävän ja lämminhenkisen. Palautteiden mukaan onnistuimme siinä hyvin. Alun perin opaslehtistä oli tarkoitus jakaa ensisynnyttäjille synnytystapa-arvion yhteydessä, mutta opaslehtisen nähtyään nousi ajatus toimeksiantajan puolelta, että opaslehtistä voisi käyttää myös synnytysvalmennuksessa ja synnytyspelkoa kokeville synnyttäjille.

Opinnäytetyötä tehdessä huomasimme, että tutkimustiedon perusteella lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien haitallisuuden huoli on turha. Lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien vaikutuksia äitiin ja sikiöön on tutkittu paljon, ja niiden on todettu olevan turvallisia ja haitallisten vaikutusten äitiin ja sikiöön vähäisiä. Luonnonmukaisen synnytyksen trendi on kasvusuuntainen, mutta positiivisen synnytyskokemuksen varmistamiseksi lääkkeellistä kivunlievitystä suositellaan käytettäväksi. Johtopäätöksenä voimme todeta, että nykypäivänä on saatavilla tehokkaita, tutkittuja ja turvallisia lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä, joten ei ole tarpeellista huonontaa synnytyskokemusta käyttämällä ainoastaan lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä. Lääkkeetön ja lääkkeellinen kivunlievitys tukevat toisiaan synnytyksessä. Lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttäminen yhdessä lääkkeellisten menetelmien kanssa ehkäisee myös synnytyskomplikaatioita, kuten pitkittynyttä synnytystä. Positiivinen synnytyskokemus ehkäisee myös synnytyksen jälkeistä masennusta ja auttaa myös äidin ja vauvan varhaisen vuorovaikutuksen kehittymistä.

Synnyttäjän hyvä valmistautuminen edesauttaa positiivisen synnytyskokemuksen saavuttamista, toivomme opaslehtisen vaikutuksen olevan edesauttamassa siinä. Opaslehtisen tekeminen oli mielekästä, kun tiesi että se on tarpeellinen ja tulee käyttöön toimeksiantajalle. Tekemisen mielekkyyttä lisäsi myös oma mielenkiintomme aiheetta kohtaan. Motivoivaa oli myös se, että lopputuotoksena oli jotain konkreettista.

Huomasimme suurimman ammatillisen kasvun tapahtuneen luotettavan tiedon etsimisessä ja lähdekriittisessä ajattelutavassa. Teoriatieto synnytyksestä, synnytyskivusta ja kivunlievitysmenetelmistä syventyivät, ja projektityön menetelmä tuli tutuksi. Tiimityöskentely oli tasapuolista, ja ajanhallinta onnistui hyvin ja joustavasti. Jaoimme työn osa-alueita toistemme vahvuuksien mukaan. Aikataulumme oli hyvin tiukka, joka osoittautui osin haasteeksi. Projektityön tekeminen pienten lasten äiteinä arjen keskellä toi oman haasteensa työskentelyyn. Onnistuimme kuitenkin suunnittelemaan ajankäyttömme ja työn jakamisen niin, että teimme työtä yhdessä ja erikseen. Saimme työn lopulta valmiiksi jopa odotettua aiemmin. Molemmilla työryhmän jäsenellä oli samankaltainen visio lopputuloksesta, joka teki tiimityöskentelystä sujuvaa. Yhteistyö toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan kanssa onnistui myös sujuvasti, mikä edesauttoi projektin valmistumista aikataulussa.

Haasteeksi muodostui se, että tästä aiheesta on paljon luotettavaa tietoa eri lähteissä, jotka osin poikkesivat toisistaan. Valitsimme lähteeksi sellaisen, mistä löytyi samankaltaista tietoa myös toisesta lähteestä. Lähdemateriaalin keräämisen oli myös rajoitetusti aikaa, joten kaikkea tutkimusmateriaalia oli mahdotonta käydä läpi. Kiireinen aikataulu oli myös haasteellinen, koska olisimme halunneet kerätä palautteita useammalta ensisynnyttäjältä. Ajan salliessa opaslehtisen olisi voinut kääntää myös toiselle kielelle monikulttuurisuuden lisääntyä. Projektin kiireellisen aikataulun vuoksi yhteistyö ohjaavan opettajan kanssa ja yhteistyötahoon rajoittui muutamaaan tapaamiskertaan ja pääosa kommunikoinnista tapahtui sujuvasti sähköpostien välityksellä. Kuitenkin koemme saaneemme asianmukaista ohjausta sitä tarvitessamme.

Käytyämme näyttämässä ensimmäistä versiota opaslehtisestä synnytysosastolla, tuli siihen joitakin korjattavia kohtia. Pieniä ristiriitoja ilmeni korjausehdotusten välillä kätilötyön asiantuntijoiden kesken. Teimme muutokset oppaaseen ensisijaisesti lääketieteen asiantuntijan ja osastonhoitajan huomioiden pohjalta. Ohjaava opettaja oli alun perin ehdottanut, että opaslehtisen tarkistaisi vain kaksi kätilötyön asiantuntijaa, mutta osastonhoitaja toivoi palautetta useammilta kätilötyön asiantuntijalta. Lääketieteen ja kätilötyön asiantuntijoiden korjausehdotuksien pohjalta joitakin lauseita poistettiin opaslehtisestä kokonaan, joitakin tietoja lisättiin ja joitakin tietoja muutettiin paremmin heidän käytäntöään vastaamaan. Tässä kohtaa huomasimme joitakin eroavaisuuksia teorian ja käytännön välillä. Teimme myös muutamia muutoksia ohjaavan opettajan huomioiden pohjalta koskien opaslehtisen otsikoiden muotoilua. Mielestämme opaslehtisen ulkoasu ja sisältö paranivat muutosten myötä. Jos aikaa olisi ollut enemmän, olisimme halunneet lisätä lääkkeettömiin kivunlievitysmenetelmiin TENS- laitteen. Laitetta ei ole saatavilla toimeksiantajan yksikössä, mutta sitä saa tällä alueella vuokrattua yksityiseltä vuokraajalta synnytyksen ajaksi. Myös kätilötyön asiantuntijat olisivat halunneet opaslehtiseen tietoa laitteesta, mutta rajasimme sen pois, koska sitä ei ole vielä heillä tarjolla. Myös synnytysjakkara piti poistaa opaslehtisestä, koska se on toimeksiantajalla hankintalistalla, eivätkä he tienneet koska sen käyttöön saavat. Lähetimme sähköisen version toimeksiantajalle, joten he voivat lisätä opaslehtiseen tietoja sitä mukaa kun kivunlievitysmenetelmien saatavuus laajenee. Heillä on myös oikeus muokata opaslehtistä jatkossa tarpeidensa mukaan.

Ensisynnyttäjän antaman palauteen mukaan opaslehtisen koevedos oli todella hyvä, opaslehtisessä oli hyviä asioita ja siitä sai hyvin ja kattavasti tietoa eri kivunlievitysmenetelmistä. Ensisynnyttäjä koki, että hän sai tarpeellista tietoa ja piti tärkeänä, että tiedon sai kirjallisena, koska siihen voi palata uudelleen synnytyksen lähestyessä. Opaslehtisessä ei ollut liikaa tekstiä eikä turhaa tietoa. Kuvitus oli hyvä ja lehtinen miellyttävä. Opaslehtisen runo lopussa oli kaunis lopetus. Ensisynnyttäjä olisi toivonut pienen johdannon lääkkeettömästä ja lääkkeellisestä kivunlievityksestä ennen varsinaisten menetelmien käsittely, koska maallikkona hänelle ne käsitteet eivät ole tuttuja.

Tämän projektin tuotosta hyödynnetään Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n synnytys- ja naistentautien yksikössä. Opaslehtinen on saatavilla yksikössä joulukuusta 2018 lähtien. Kehitysehdotuksena on mobiiliapplikaation kehittäminen. Applikaatiot ovat älypuhelimien yleistettyä yleisesti käytössä olevia sovelluksia, lisäksi se olisi paperiversiota luontoystävällisempi vaihtoehto, joka kulkisi aina matkassa. Toisena kehitysehdotuksena voisi olla tutkimus lääkkeettömän ja lääkkeellisen kivunlievityksen vaikutuksesta synnytyskokemukseen. Kolmantena ehdotuksena voisi tehdä tutkimuksen opaslehtisen hyödyllisyydestä Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n synnytys- ja naistentautien yksikössä.

LÄHTEET

Ahonen, J. 2013. Synnytyskivun hoito. Kipuviesti 2/2013, 19.

Anim-Somuah, M., Cuthbert, A., Cyna, AM. & Smyth, RMD. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub4.

Ali-Raatikainen, P. & Salanterä, S. 2008. Tutkimuspotilaiden käsityksiä kirjallisista potilasohjeista. Teoksessa Montin, L. (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat. Turku: Turun yliopisto, 63-76.

Aktiivinen synnytys ry:n järjestön verkkosivut. Vinkkejä aktiiviseen synnytykseen. Viitattu 15.11.2018 <https://aktiivinen-synnytys.fi/tietoa/aktiivinen-synnytys/vinkkejä-aktiiviseen-synnytykseen/>

Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. 2016. Nainen äitinä. Teoksessa Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. Naisen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: SanomaPro Oy, 127-176.

Cluett, E R. & Burs, E. 2009. Immersion in water in labour and birth. The Cochrane Database Systematic. Reviews. Published: Apr. 15. CD000111. DOI. 10.1002/14651858.CD000111.pub.3.

Derry, S., Straube, S., Moore, A R., Hancock, H. & Collins, S L. 2012. Intracutaneous of subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Published: 18 January. CD00009107. DOI. 10.1002/14651858.CD009107.pub2.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Mitä?. Teoksessa Eloranta, T. & Virkki, S. (toim.) Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi, 19-29.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Miksi?. Teoksessa Eloranta, T. & Virkki, S. (toim.) Ohjauksen hoitotyössä. Helsinki: Tammi, 11-18.

Frasier, D.M. & Cooper, M.A. 2009. The first stage of labour: Physiology and early care. Teoksessa Frasier, D.M. & Cooper, M.A. (toim.) Myles textbook for midwives. Fifteenth edition. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto: Elsevier Limited, 455-647.

Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. & Battista Nardelli, G. 2014. Women's choice of positions during labour: Return to the Past of a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. BioMed Research International. Volume 2014, Article ID 638093, 7 pages. Viitattu 14.11.2018.

<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/638093/>

Haapio, S. 2017. Synnytysvalmennus kätilötyön interventiona. Ensisynnyttäjien valmennuskokemukset ja valmennuksen vaikuttavuus. Tampereen Yliopisto. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy – Juventus Print, 19-38.

Haataja, M. 2011. Hyvä syntymä?. Teoksessa Haataja, M. Hyvä syntymä, kirja odottavalle äidille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö tammi, 27-48

Haataja, M. 2011. Äänen käyttö synnytyksessä. Teoksessa Haataja, M. Hyvä syntymä, kirja odottavalle äidille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö tammi, 64-92

Hamdon, I., Sariola, H. & Tuovinen, T. 2014. Synnytys. Teoksessa Nuutila, M., Sainio, S., Saisto, T., Sariola, A-P. & Tiitinen, A. (toim.) Odottavan äidin käsikirja. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja tekijät, 253-325. Kuva 6. Ilokaasun hengittämiin käytettävä maski.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Alustava lukeminen ja muistiinpanot. Teoksessa Hirsjärvi, S, Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi, 109-122.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tieteellisten kirjoitelmien rakenne. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 15.painos. Helsinki: Tammi, 249-289.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkivan kehittämisen prosessi. Teoksessa Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. (toim.) Tutkiva kehittäminen. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 54-135.

Hyvärinen, R. 2004. Millainen on toimiva potilasohje?. Duodecim 2005; 121, 1769-1773. Viitattu 21.11.2018. <http://www.terveysportti.fi/ez.lapinamk.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

IASP. International Association for the Study of Pain. IASP. Terminology. Viitattu 21.11.2018.

<http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

Karlson, Å. & Marttala, A. 2001. Tuloksen luovuttaminen. Teoksessa Karlson, Å. & Marttala, A. (toim.) Projekti-kirja Onnistuneen projektin toteuttaminen. 2.painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy, 97-101.

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2016. Synnytys ja syntymän jälkeinen aika. Teoksessa Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.) Edistä, ehkäise, vaikuta. Seksuaali- lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014- 2020. 3.tarkennettu painos. Tampere: Juvenes Print- Suomen yliopistopaino Oy, 104-115.

Kokki, M. 2015. Synnytyskivun uudet lääkehoidot. Sic! 4/2015. Viitattu 22.11.2018. http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/synnytyskivun-uudet-laakehoidot

Kokki, H. & Kokki, M. 2016. Tulisiko synnyttäjän epiduraalista kivunlievitystä jatkaa bolusannoksien vai jatkuvana infuusiona?. Finnanest 2016, 49 (2), 126-130. Viitattu 21.11.2018.

Kokki, H., Kokki, M. & Tohmo, H. 2017. Ilokaasu, onko käyttöaiheita 2020- luvulla?. *Finnanest* 2017, 50 (2), 98-106. Viitattu 21.11.2018.

Kosonen, L. 2018. Ennen matkaa. Teoksessa Kosonen, L. *Matkaopas synnytykseen ja sieltä takaisin*. Helsinki: Kustantamo S & S, 11-83

Kosonen, L. 2018. Lukijalle. Teoksessa Kosonen, L. *Matkaopas synnytykseen ja sieltä takaisin*. Helsinki: Kustantamo S & S, 7-9

Kulju, K. & Leino-Kilpi, H. 2012. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. (toim.) *Potilasohjauksen ulottuvuudet 2*. Turku: Turun yliopisto, 3-12.

Kulju, K. & Leino-Kilpi, H. 2012. Lukijalle. Teoksessa Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. (toim.) *Potilasohjauksen ulottuvuudet 2*. Turku: Turun yliopisto, 2.

Käypä hoito- suositus. 2017. *Duodecim*. Viitattu 21.11.2018

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>

Laajasalo, S. & Rusanen, S. 2015. Matalan riskin synnytys. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6., uudistettu painos*. Helsinki: Edita Prima, 215-288. Kuva 2. Avautumisvaiheen kipualueet.

Laajasalo, S. & Rusanen, S. 2015. Matalan riskin synnytys. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6., uudistettu painos*. Helsinki: Edita Prima, 215-288. Kuva 3. Avautumisvaiheen lopun ja ponnistusvaiheen kipualueet.

Laajasalo, S. & Rusanen, S. 2015. Matalan riskin synnytys. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6., uudistettu painos*. Helsinki: Edita Prima, 215-288. Kuva 4. Jälkeisvaiheen kipualueet.

Laajasalo, S. & Rusanen, S. 2015. Matalan riskin synnytys. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima, 215-288. Kuva 7. Paraservikaalipuudutuksen laittaminen.

Laajasalo, S. & Rusanen, S. 2015. Matalan riskin synnytys. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima, 215-288. Kuva 8. Pudendaalipuudutuksen laittaminen.

Lally, J., Murtagh, M., Murtagh, S. & Thompson, R. 2008. More in hope than expectation: a systematic review of women`s expectations and experience of pain relief in labour. BMC Medicine. Vol 6, No 7.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lapin Sairaanhoidopiiri. Viitattu 8.11.2018 http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoidopalvelut/Naistentaudit_ja_synnytykset/Synnytys_ja_synnytysvastaanotto/Synnytys

Lapin Sairaanhoidopiiri. Viitattu 18.11.2018

http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoidopalvelut/Naistentaudit_ja_synnytykset/Synnytys_ja_synnytysvastaanotto/Synnytys/Syntyma/Avautumisvaihe/Laakkeettomat_kivunlievity

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyer, J., Dowswell, T. & Styles, C. 2009. Maternal positions and mobility during first stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. Volume 8. Viitattu 14.11.2018
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164173/>

Lipponen, K. 2004. Potilasohjauksen edellytykset. Oulun Yliopiston tutkijakoulu; Oulun Yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede; Medical

Research Center; Oulun Yliopistollinen sairaala. Viitattu 4.11.2018. 17. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Müller, E. & Sinivuori, E. 2015. Anestesia. Teoksessa Saano, Susanna & Taam-Ukkonen, Minna. Lääkehoidon käsikirja. 1.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 625-653. Kuva 10. Epiduraalitila ja -katetri.

Müller, E. & Sinivuori, E. 2015. Anestesia. Teoksessa Saano, Susanna & Taam-Ukkonen, Minna. Lääkehoidon käsikirja. 1.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 625-653. Kuva 11. Spinaalipuudutus.

Müller, E. & Sinivuori, E. 2016. Nainen äitinä. Teoksessa Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. Naisen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: SanomaPro Oy, 127-176. Kuva 9. Asento laitettaessa selkäpuudutuksia.

Müller, E. & Sinivuori, E. 2016. Nainen äitinä. Teoksessa Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. Naisen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: SanomaPro Oy, 127-176. Kuva 5. Erilaisia synnytyksen avautumis- ja ponnistusasettoja.

Müller, E. & Sinivuori, E. 2016. Nainen äitinä. Teoksessa Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. Naisen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: SanomaPro Oy, 127-176. Kuva 1. Vauvan eteneminen synnytyskanavassa.

Myeong, S L., Tae-Young, C., Jong-In, K. & Sun-Mi, C. 2010. Using Guasha to treat Musculoskeletal pain: A systematic review of controlled clinical trials. Chinese Medicine. Volume 5, No 5. Viitattu 15.11.2018

Nikkilä, J., Paasivirta, L. & Suhonen, M. 2008. Innostavat projektit käytännössä. Teoksessa Nikkilä, J., Paasivirta, L. & Suhonen, M. (toim.) Innostavat projektit. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 103-146.

Nikkilä, J., Paasivirta, L. & Suhonen, M. 2008. Mitä ovat projektit?. Teoksessa Nikkilä, J., Paasivirta, L. & Suhonen, M. (toim.) Innostavat projektit. Helsinki: Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry, 7-16.

Nuutila, M., Sainio, S., Saisto, T., Sariola, A-P. & Tiitinen, A. 2014. Synnytys. Teoksessa Nuutila, M., Sainio, S., Saisto, T., Sariola, A-P. & Tiitinen, A. (toim.) Odottavan äidin käsikirja. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja tekijät, 253-325

Ojala, T. 2018. Kipu ja aivot. Teoksessa Ojala, T. Kivun kanssa. 2018. Tampere: Vastapaino Oy, 62-74.

Ojala, T. 2018. Kipu on koko kehossa. Teoksessa Ojala, T. Kivun kanssa. 2018. Tampere: Vastapaino Oy, 55-61.

Ojanen, T., Ritmala, M., Sivén, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2011. Hetki lähestyy. Teoksessa Ojanen, T., Ritmala, M., Sivén, T., Vihunen, R. & Vilén, M. Lapsen aika.12.-14. Painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektin vaiheet ja johtaminen. Teoksessa Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Tietosanoma Oy, 81-123.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projekti muutoksen väylänä. Teoksessa Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. (toim.) Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Tietosanoma, 26-53.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektin vaiheet ja johtaminen. Teoksessa Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. (toim.) Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Tietosanoma, 81-123.

Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. 2015. Raskaus. Teoksessa Paananen, U K., Pietiläinen S., Raussi-Lehto, E & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima, 151-213

Raussi-Lehto, E. 2015. Matalan riskin synnytys. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima, 215-288.

Saano, Susanna & Taam-Ukkonen, Minna. 2015. Anestesia. Teoksessa Saano, Susanna & Taam-Ukkonen, Minna. Lääkehoidon käsikirja. 1.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 625-653.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2015. Kivun lääkehoito. Teoksessa Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. Lääkehoidon käsikirja. 1.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 565-579.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkalo, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5.uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 315- 325.

Sarvela J. 2013. Synnytyskipua on hoidettava syyllistämättä. Lääkärilehti 43/2013 vsk 68. Viitattu 19.11.2018. <https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/svenska/ledare/synnytyskipua-on-hoidettava-syyllistamatta/>

Sarvela, J & Volmanen, P. 2014. Synnytyskipu - anestesia­lääkärin opas potilaalle. Duodecim Terveyskirjasto 24.10.2014. Viitattu 8.11.2018 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00904

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (THL). 2018. Perinataalitilasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2017. Suomen virallinen tilasto. Viitattu 21.11.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137072/Tr38_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Torkkola, S., Heikkinen, H., Tiainen, S. 2002. Johdanto. Teoksessa Torkkola, S., Heikkinen, H., Tiainen, S. Potilasohjeet ymmärrettäviksi, opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy, 7-10.

Tiitinen, A. 2018. Synnytyskivun hoito. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 6.11.2018 [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00883&p_hakusana=Normaali synnytys](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00883&p_hakusana=Normaali%20synnytys)

Tiitinen, A. 2018. Normaali synnytys. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 7.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160

Vuori, H-L. & Laitinen, M. 2005. Esipuhe. Teoksessa Vuori, H-L. & Laitinen, M. Synnytyslaulu. Rentouttava äänenkäyttö synnytyksessä ja raskauden aikana. Helsinki: Edita, 7-10.

Vuori, H-L. & Laitinen, M. 2005. Synnytyslaulu. Teoksessa Vuori, H-L. & Laitinen, M. Synnytyslaulu. Rentouttava äänenkäyttö synnytyksessä ja raskauden aikana. Helsinki: Edita, 49-76.

LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimus Mehiläinen Länsi-Pohja Oy

Liite 2. Opaslehtinen

Sopimus opinnäyteyhteistyöstä

1. Sopijaosapuolet

1.1. Toimeksiantaja

Mehiläinen Länsi-Pohja Oy
 Kauppakatu 25
 94100 KEMI
 Mehiläisen edustajan nimi: Satu Salo

1.2. Opiskelija

Oppilaitos ja koulutusohjelma Lapin AMK, hoitotyön ko
 Opiskelijan nimi Rönkkömäki Katri-Annina

Oppilaitos ja koulutusohjelma: Lapin AMK, hoitotyön ko
 Opiskelijan nimi: Noora Heiskanen

Ohjaava opettaja: Helena Kari

2. Sopimuksen voimassaoloaika

Sopimus on voimassa ajalla 25.10.2018-31.12.2018

3. Opinnäytetyön aihe

Opiskelija laatii opinnäytetyön aiheesta:
 Kivunlievitys synnytyksen aikana- opaslehtinen

4. Opinnäytetyön tavoite ja tavoiteltava hyöty

Opinnäytetyön aihe on sovittu yhteistyössä toimeksiantajan kanssa molempien osapuolten hyödyksi niin, että opiskelijalle mahdollistuu työelämälähtöisen opinnäytetyön tekeminen ja toimeksiantaja saa työstä konkreettista hyötyä vastineeksi työn tekemiseen sitomistaan resursseista. Opiskelija sitoutuu työskentelemään tavoitteellisesti toimeksiantajan kanssa ja jakamaan kehittämisprosessin aikana syntyvät kokemukset ja tiedot tämän kanssa. Tämän sopimuksen liitteeksi laaditaan opinnäytetyösuunnitelma, josta ilmenee opinnäytetyön tarkka toteutusaikataulu, sisältö ja tavoitteet.

Suunnitelma laaditaan marraskuun 2018 aikana.

Opinnäytetyöskentelyn tuottama tulos toimeksiantajalle:

Konkreettiset tulokset, jotka toimeksiantaja ja työyhteisö saavuttavat opinnäytetyön materiaalin lisäksi:

5. Toiminnan ohjaus ja valvonta

Oppilaitos vastaa opinnäytetyön ohjauksesta ja valvomisesta. Toimeksiantajan edustaja mahdollistaa opinnäytetyön suorittamisen työyhteisössä sekä luovuttaa tarpeelliset tiedot ja aineistot opiskelijan käyttöön.

6. Kustannukset, palkkiot ja työsuhde

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta tai kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen. Opinnäytetyötä tekevä opiskelija on oppilaitoksen tapaturmavakuutuksen ja vastuuvakuutuksen piirissä, mikäli hänellä ei ole työsuhdetta toimeksiantajaan.

7. Luottamukselliset tiedot

Arvioitavaan opinnäytetyöhön ei sisällytetä toimeksiantajan kannalta luottamuksellista aineistoa. Jos työ sisältää luottamuksellista tietoa, tämä esitetään varsinaisesta työstä erillisessä tausta-aineistossa, jota ei julkaista. Toimeksiantajan nimeämälle edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöhön viimeistään kaksikymmentä (20) päivää ennen aiottua tarkastukseen luovuttamista.

Toimeksiantajalla on oikeus vaatia muokkauksia opinnäytetyöhön, mikäli työ sisältää toimeksiantajan luottamuksellisia tietoja. Vaatimus tulee perustella. Opiskelijalla on oikeus muokata luottamuksellista aineistoa yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Opinnäytetyö jätetään tarkastukseen vasta kun toimeksiantajan etuja haittaavat kohdat on poistettu.

8. Salassapito

Ohjaava opettaja ja opinnäytetyön tekijä ovat velvolliset pitämään luottamuksellisina ja salassa kaikki toimeksiantajan liike- ja ammattisalaisuudet. Mikäli toimeksiantaja sitä vaatii, tehdään opinnäytetyötä koskeva erillinen salassapitosopimus.

9. Tulosten hyödyntäminen ja käyttöoikeus

Toimeksiantaja saa hyödyntää opinnäytetyöstä saatavaa tietoa parhaaksi katsomallaan tavalla.

10. Sopimuksen siirtäminen ja purkaminen

Sopimuksesta aiheutuvia velvollisuuksia ei voi siirtää kolmannelle osapuolelle ilman kaikkien osapuolten suostumusta.

Opinnäytetyösopimus voidaan purkaa toimeksiantajan puolelta, jos opinnäytetyö opiskelijasta johtuvasta syystä keskeytyy, ja opiskelijan puolelta, jos opinnäytetyön tekemiseen ei työyhteisössä anneta edellytyksiä, kuten tietoa ja aineistoa. Sopimuksen purkautuessa opiskelija on velvollinen palauttamaan opinnäytetyöaineiston toimeksiantajalle. Mikäli kustannusten korvaamisesta on sovittu, toimeksiantaja maksaa korvaukset, ellei purkaminen johdu opiskelijan sopimusrikkomuksesta.

Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samasanaista kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus astuu voimaan allekirjoitushetkellä.

ALLEKIRJOITUKSET

Paikka ja aika: *Kemi 29.11.2018*

Satu Sarlo osastonhoitaja
 Toimeksiantajan edustaja

[Signature]
 Opinnäytetyön tekija

[Signature] Noora Heiskanen
 Opinnäytetyön tekija

Heleni Kivi, Lapin Anki, lehtori
 Opinnäytetyön ohjaaja

LIITTEET

Osapuolten roolit
 Opinnäytetyösuunnitelma

OSAPUOLTEN ROOLIT

Opiskelija laatii suunnitelman opinnäytetyöstä yhteistyössä toimeksiantajan ja oppilaitoksen kanssa.

Opiskelija sitoutuu:

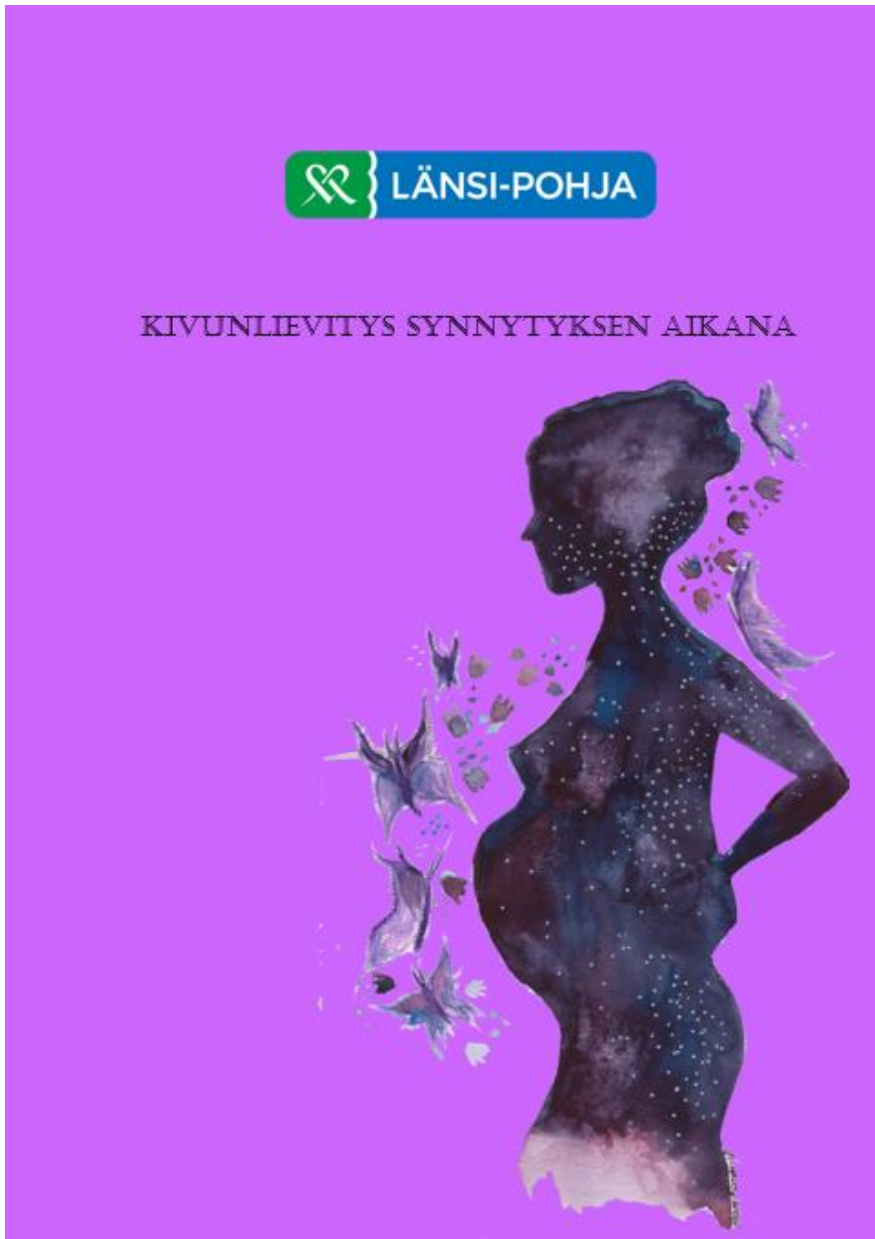
- suorittamaan työn suunnitelmallisesti ja oppilaitoksen ohjeistusta noudattaen
- käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain opinnäytetyön tarkoitukseen
- vaihtolovelvollisuuteen erikseen sovitun luottamuksellisen tausta-aineiston osalta
- toimittamaan valmiin opinnäytetyön toimeksiantajalle sovitulla tavalla (tulosteena, kansi-tettuna, sähköisenä) ja tarvittaessa esittelemään työn tuloksia toimeksiantajalle.

Toimeksiantajaa edustava ohjaaja sitoutuu:

- osallistumaan opinnäytetyösuunnitelman laadintaan
- mahdollistamaan työn suorittamisen työyhteisössä
- ohjaamaan opiskelijaa työhön liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä
- antamaan työstä palautetta ja kirjallisen lausunnon työn arviointia varten tarvittaessa
- sopimaan työn luottamuksellisista asioista opiskelijan ja oppilaitoksen kanssa.

Ohjaava opettaja sitoutuu:

- vastaamaan, että opinnäytetyön aihe ja tavoitteet vastaavat alan opinnäytetyölle asetettuja kriteerejä
- ohjaamaan opinnäytetyöprojektia ja edistämään työn valmistumista
- vastaamaan opinnäytetyön arvioinnista
- vaihtolovelvollisuuteen erikseen sovitun luottamuksellisen tausta-aineiston osalta.



Liite 2. 1(8) Opaslehtinen

Onnea tulevan perheenisäyksen johdosta!

Edessäsi on unohtumaton matka pienen ihmisen vanhemmaksi. Olet nyt siinä vaiheessa raskauttasi, jolloin on aika miettiä tulevaa synnytystä. Synnytys on mieleenpainuva ja voimakas kokemus, eikä sen kulkua voi etukäteen täysin suunnitella. Tutkimuksien mukaan Suomessa on maailman turvallisinta synnyttää. Luota vaistoosi ja kuuntele kehoasi, pian palkinto on sylissäsi. Saatat myös lukea tätä opasta puolison tai tukihenkilön roolissa.

Olemme keränneet tähän oppaaseen tietoa yleisimmin käytetyistä lääkkeettömistä ja lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä, jotta voit tutustua niihin etukäteen ja miettiä sinulle sopivia vaihtoehtoja. Sinulla on mahdollisuus vaikuttaa synnytyksessäsi käytettäviin kivunlievitysmenetelmiin huomioiden riskitekijät, jotka saattavat sulkea pois osan vaihtoehdoista. Koska tavoitteena on turvallinen ja positiivinen synnytyskokemus, kätilö seuraa kivunlievityksen vaikutusta synnytyksessäsi, ja kertoo tilanteeseen sopivista vaihtoehdoista.

Mehiläinen Länsi-Pohja Oy

Kauppakatu 25, 94100 Kemi

Synnytyssalit 040 484 4946

Osasto 2C 040 149 1279

Äitiyspoliklinikka 040 149 1275 (soittoaika 9.00-10.00 ja 12.00-13.30)



Lääkkeetön kivunlievitys

Asennot ja liikkuminen

Asennoilla ja liikkumisella on suuri merkitys verenkierron ja hengityksen kannalta koko synnytyksen ajan äidin ja vauvan voimin kannalta. Pystyasennossa lantion alueelle kohdistuva paine on vähäisempää kuin makuuasennossa, mikä helpottaa myös vauvan hapensaantia. Pystyasento helpottaa myös kiputuntemuksia ja kohdunsuun avautuminen on painovoiman ansiosta tehokkaampaa. Lantion liike ja asentojen vaihtelu auttavat vauvaa etenemään synnytyskanavassa. Voit kokeilla esimerkiksi riippumista tukihenkilön kaulalla halausotteella. Hyviä apuvälineitä mieluisan asennon löytämiseksi ovat jumppapallo, keinutuoli, tavallinen tai käsinojallinen tuoli ja EVA-teline. Tukityynyjen käyttö ja istuminen keinutuolissa helpottavat rentoutumisessa ja lepäämisessä. Aktiivisessa ponnistusvaiheessa hyviä asentoja ovat konntausasento, seisoma-asento, kyykkyasento, kylkiasento tai puoli-istuva asento sängyllä. Usein kuuntelemalla kehoasi löydät itsellesi sopivan asennon.

Rentoutumiskeinot

◇ Hengitys

Oikeanlainen hengitystekniikka auttaa rentoutumaan ja keskittymään. Rauhallinen hengitys vähentää kivun tuntemusta. Rauhallisen hengitystekniikan löytymiseksi voit käyttää apuna esimerkiksi musiikkia tai mielikuvitusharjoituksia



◇ Hieronta ja kosketus

Synnytyksen aikana lihakset voivat jännittyä raajoista, kasvoista, hartioista ja lantion alueelta. Hieronta ja kosketus vapauttaa hyvän olon hormoneja sekä rentouttaa ja poistaa jännitystä, parantaa verenkiertoa ja auttaa synnytyksen edistymisessä. Puoliso tai tukihenkilö voi hieroa sinua hartioista, päänahasta tai jaloista. Ponnistusvaiheessa paineen tunnetta voi helpottaa keskelle pakaraa kohdistuvilla napakoilla painalluksilla.

◇ Synnytyslaulu

Äänen käyttö auttaa rentoutumaan, rauhoittumaan ja keskittymään hengittämiseen. Se on myös varhaista vuorovaikutusta syntyvän vauvasi kanssa. Äänen käyttö voi olla laulua tai äänen tekemistä yhdellä vokaalilla. Lantion alue rentoutuu poskien ja leuan alueen rentoutuessa äänen tekemisen avulla. Tukihenkilö voi auttaa myös käyttämällä omaa ääntään. Erityisesti miehen luonnostaan matala ääni resonoi vahvasti naisen lantion alueella rentouttaen sitä.

◇ Lämpö- ja kylmähoito

Lämpö on vanha ja toimiva kivunlievitysmenetelmä, joka rentouttaa ja lievittää kipua. Voit kokeilla kauratyynyjä ja lämpöpakkauksia alaselällä ja alavatsalla. Ponnistusvaiheessa lämmin haude välilihan alueella voi auttaa kudosten sopeutumisessa. Joskus kylmä voi tuntua mukavammalta, jolloin voit kokeilla kylmää käärettä otsalle tai kylmäpakkauksia kipupisteisiin. Voit myös kokeilla lämpimän ja kylmän vuorottelua.

Vesi

Vesi on myös vanha ja tehokas kivunlievitysmenetelmä, joka rentouttaa ja aktivoi kehon omaa kivunlievitysjärjestelmää. Se rentouttaa jännittyneitä lihaksia ja kehoa supistusten aikana sekä edesauttaa kohdunsuun avautumista. Voit tuntea olosi vedessä painottomaksi. Se voi vähentää lääkkeellisen kivunlievityksen tarvetta. Voit kokeilla lämmintä suihkua tai kylpyä, erityisesti avautumisvaiheessa vedessä oleminen on koettu hyväksi keinoksi. Ammeeseen voi mennä synnytyksen missä vaiheessa tahansa. Este ammeeseen menolle infektioriskin vuoksi on lapsiveden meno.

Aqua-rakkulat

Aqua- rakkulat ovat pieniä ihon alle laitettavia steriilin veden pisaroita. Ne laitetaan pahimpiin kipupisteisiin joko selän tai vatsan alueelle. Ihoon tulee hyönteisen pistoa muistuttavia pieniä vaaleita rakkuloita. Niiden laittaminen voi hetkellisesti sattua. Kipua lievittävä ominaisuus perustuu kivun johtumiseen, joka aktivoi kehon omaa hyvänolon hormonin tuotantoa.



Lääkkeellinen kivunlievitys

Ilokaasu

Ilokaasu on turvallinen ja paljon käytetty kivunlievitysmenetelmä. Sitä hengitetään maskin avulla vähän ennen supistuksen alkua, jolloin supistuksen aikana ilokaasu vaikuttaa elimistössä tuottamalla hyvänolon hormoneja, jolloin supistuskipu lievittyy. Joillain ilokaasu aiheuttaa huonoa oloa, mutta suurimmalle osalle on kokeilemisen arvoinen menetelmä. Hieman tokkurainen olo on normaalia ilokaasua käytettäessä.

Kipulääkkeet

Kaikki kipulääkkeet eivät sovi käytettäväksi raskauden ja synnytyksen aikana, koska osa lääkkeitä läpäisee istukan ja vaikuttaa vauvaan. Turvallinen kipulääke on parasetamoli, jota voi käyttää synnytyksen alkuvaiheen supistuskipuun. Tehokkaampia kipulääkkeitä synnytyksen aikana käytetään sairaalassa kättilön annosteluna lihakseen annettavina pistoksina tai suun kautta.

Paraservikaali- eli kohdunkaulan puudutus

Kohdunkaulan puudutuksen laittaa synnytyslääkäri. Se puuduttaa kohdunkaulaa ympäröivän hermopunoksen, jolloin avautumisvaiheen kipu lievittyy. Puudutus voidaan laittaa synnytyksen kaikissa vaiheissa vauvan voimin salliessa, jos tunnet tarvetta puudutukselle. Vaikutus alkaa nopeasti ja vaikuttaa 1,5-2 tuntia, ja voidaan uusia tarvittaessa.

Pudendaali- eli häpyhermon puudutus

Häpyhermon puudutuksen laittaa kättilö tai synnytyslääkäri synnytyksen loppuvaiheessa. Tällä puudutuksella vähennetään ponnistusvaiheen kipua. Puudute vaikuttaa 1-2 tuntia, ja voidaan uusia tarvittaessa.

Epiduraalipuudutus

Epiduraalipuudutus on tehokas kivunlievitysmenetelmä. Epiduraalipuudutuksen yhteydessä sinulle laitetaan suonensisäinen nesteytystippa kämmeneen tai käsivarteeseen. Anestesia lääkäri asettaa epiduraalitilaan ohuen katetrin, jonka kautta annostellaan tarvittava määrä puuduteainetta. Yksi puuduteaineannos vaikuttaa noin kaksi tuntia, ja se voidaan tarvittaessa uusia tai jatkaa jatkuvana annosteluna. Katetri jää paikoilleen koko synnytyksen ajaksi, jolloin lääkettä on helppo lisätä tarvittaessa. Kivunlievitys alkaa noin 15 minuutissa, jonka jälkeen supistukset tuntuvat yleensä enää vatsanpeitteiden kiristykseenä ja paineentunteena peräsuoleessa.

Epiduraalipuudutuksella, kuten kaikilla lääkkeellisillä kivunlievitysmenetelmillä, voi olla haittavaikutuksia. Kuitenkin ne ovat suhteellisen harvinaisia, ja epiduraalipuudutus on tutkimusten mukaan turvallinen sekä äidille että vauvalle. Joskus haittavaikutuksena voi olla vaaraton kutina ja tärinä. Joillakin epiduraalipuudutus voi vaikuttaa jalkojen lihasvoimaan, jolloin synnytyksen aikana liikkumista voidaan joutua rajoittamaan. Pistosalueella voi tuntua arkuutta joitakin päiviä.

Spinaalipuudutus

Spinaalipuudutus on avautumisvaiheen loppuvaiheessa kerta-annoksena alaselän alueelle synnytys- tai anestesia lääkäriin laittama tehokas ja turvallinen puudutus. Spinaalipuudutus vaikuttaa nopeammin kuin epiduraalipuudutus, mutta on kestoltaan lyhyempi, noin 1-2 tuntia. Tavoitteena on puuduttaa "shortsialue". Puudutuksen yhteydessä voi ilmetä verenpaineen laskua sekä puutumisen tunnetta jaloissa, jonka vuoksi et voi olla jalkeilla puudutuksen vaikuttaessa. Puudutuksen vaikutus häviää kahdessa tunnissa, jonka jälkeen voit liikkua normaalisti.

Sinä päätit tulla ja samalla minä antauduin
 vastustajeni viettäväkai,
 rohkeuteen äidikai.

Sillä ajkunnilla kun hetkesi koitti,
 katosi kaikki työ ja tuska
 huomioon untkai.

Tässä hetkessä vain sinä ja minä,
 lapseni untuvapoaki.

Tekijä tuntematon



Noora Heiskanen ja Katri Rönkkömiäki

Lapin ammattikorkeakoulu 2018

Kuvitus Saara Ranta