



# Sektiopotilaan postoperatiivinen hoito ja ongelmat sektioista toipumisessa

Jutta Elo

Roosa Hämelähti

OPINNÄYTETYÖ  
Toukokuu 2021

Kätilön tutkinto-ohjelma

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Kättilön tutkinto-ohjelma

ELO, JUTTA & HÄMELAHTI, ROOSA:  
Sekiopotilaan postoperatiivinen hoito ja ongelmat sektiosta toipumisessa

Opinnäytetyö 38 sivua, joista liitteitä 7 sivua  
Toukokuu 2021

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sekiopotilaan postoperatiivista hoitoa ja siinä ilmeneviä ongelmakohtia. Tavoitteena oli koota näyttöön perustuvaa tietoa sekiopotilaan postoperatiivisesta hoidosta ja sektiosta toipumiseen liittyvistä ongelmatekijöistä. Tehtävänä oli selvittää, minkälaisia hoitoon liittyviä ongelmia toipumiseen liittyy sekä mihin asioihin tulee kiinnittää huomiota sekiopotilaan postoperatiivisessa hoidossa. Opinnäytetyössä mukailtiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Tutkimuksia haettiin neljästä tietokannasta, joista opinnäytetyöhön valikoitui 13 alkuperäistutkimusta.

Tuloksista kävi ilmi, että kipu oli eniten esiintyvä ongelma sekktion jälkeen ja siitä kärsivät lähes kaikki keisarileikatut. Esiin nousi myös puutteellinen ohjaus ja kohtaaminen, sillä äidit eivät kokeneet saaneensa tarvitsemaansa tukea ja kannustusta. Stressi ja ahdistus oli yleistä erityisesti päivystyssektion jälkeen. Psykyksessä toipumisessa auttoi henkilökunnan tuki sekä puolison ja lapsen läsnäolo. Kiintymyssuhteen syntymiseen vaikutti se, että sekktion jälkeen ihokontakti alkaa myöhemmin ja sen kesto on lyhyempi verrattuna alatiesynnytykseen. Infektoriski on suurempi sekktion jälkeen, joten siihen tulee kiinnittää huomiota postoperatiivisessa hoidossa.

Opinnäytetyössä tultiin johtopäätökseen, että sektiosta toipumista hidastaa erityisesti kipu ja puutteellinen potilasohjaus. Näihin asioihin tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta äidille jäisi positiivinen synnytyskokemus ja hän kykenisi mahdollisimman pian arkirutiineihin ja hoitamaan lastaan. Opinnäytetyössä tarkasteltiin sekiopotilaan postoperatiivista hoitoa. Aihetta olisi hyvä tutkia muidenkin sekktion liittyvien vaiheiden kannalta.

---

Asiasanat: keisarileikkaukset, postoperatiivinen hoito, toipuminen

## **ABSTRACT**

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

ELO, JUTTA & HÄMELÄHTI, ROOSA:  
Post-Operative Care of Caesarean Section and Problems in Recovering from the Surgery

Bachelor's thesis 38 pages, appendices 7 pages  
May 2021

---

The purpose of the thesis was to describe the postoperative care of the patients having a Caesarean section and the problems related to that. The aim of the thesis was to gather evidence-based information about the postoperative care of the patients having the Caesarean section and the factors affecting the recovery from the surgery.

The study was conducted as a literature review. The data were collected from four electronic databases by systematic research. The final number of studies selected to the review was 13. The data was analysed by synthesising results from the selected studies.

It was found that the majority of the patients going through the Caesarean section suffer from postoperative pain. In addition, patients often receive inadequate guidance, education and support. It is important to support the mental recovery after the surgery along with the physical recovery. Skin-to-skin contact and initial breastfeeding are more often delayed when the baby is born via the Caesarean section compared to the vaginal birth. The Caesarean section exposes the mother to infections and other complications. These factors should be taken into consideration in the postoperative care of the Caesarean section.

Overall, the study suggests that nursing staff should pay attention particularly to pain management and patient education after the Caesarean section. That promotes a positive birth experience and a faster recovery from the surgery.

---

Key words: caesarean sections, postoperative care, recovery

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KESKEISET KÄSITTEET .....	6
	2.1 Keisarileikkaus .....	6
	2.1.1 Elektiivinen sektio .....	6
	2.1.2 Kiireellinen sektio.....	7
	2.1.3 Hätäsektio .....	7
	2.2 Postoperatiivinen hoito .....	8
	2.2.1 Postoperatiivinen hoito heräämössä .....	8
	2.2.2 Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla.....	9
	2.3 Toipuminen .....	9
	2.3.1 Fyysinen toipuminen.....	10
	2.3.2 Psykkinen toipuminen.....	10
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYKSET .....	12
4	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS.....	13
	4.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä .....	13
	4.2 Tiedonhaku .....	14
	4.3 Tutkimusartikkeleiden laadun arviointi.....	16
	4.4 Aineiston analyysi .....	16
5	TULOKSET.....	17
	5.1 Kipu .....	17
	5.2 Infektiot .....	18
	5.3 Mieliala ja psykkinen toipuminen .....	19
	5.4 Kiintymyssuhde vauvaan .....	20
	5.5 Ohjaus ja kohtaaminen .....	21
	5.6 Muut komplikaatiot .....	23
6	POHDINTA.....	25
	6.1 Tulosten tarkastelu.....	25
	6.2 Luotettavuus .....	27
	6.3 Eettisyys .....	27
	6.4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	28
	LÄHTEET .....	29
	LIITTEET .....	32
	Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten valinta .....	32
	Liite 2. Tutkimusartikkeleiden laadun arviointi .....	33
	Liite 3. Tutkimusartikkeleiden yhteenveto ja laadun arviointi .....	34

## 1 JOHDANTO

Suomessa vuonna 2019 keisarileikkausten osuus kaikista synnytyksistä oli 17,5 % (Perinataalilasto 2019). Reilu neljäsosalla keisarileikatuista naisista ilmenee komplikaatioita ja kymmenesosalla komplikaatiot ovat vakavia. Joka viidennellä keisarileikatulla potilaalla esiintyy sairaalassaolon aikana yksi tai useampi lapsivuodeajan komplikaatioista, joista noin puolet ovat infektioita. (Pallasmaa ym. 2010, 898–899.)

Suomessa keisarileikkaukset vaihtelevat sairaaloittain. Keisarileikkaukset tulisi päivittää tutkimusnäyttöön perustuviksi äitien parhaan mahdollisen toipumisen varmistamiseksi ja mahdollisten tulevien vatsan alueen leikkausten riskien pienentämiseksi. (Salo, Tekay & Mäkikallio 2015, 1137–1142.) Keisarileikkaus hidastaa synnytyksestä toipumista, jolloin vauvan hoitaminen on hankalaa. Se myös lisää riskiä lapsivuodeajan häiriöihin. (Pallasmaa, Rautava & Timonen 2016, 1841.)

Keisarileikkaus on yleisin leikkaustoimenpide (Salo ym. 2015, 1137). Keisarileikkausten osuus kaikista synnytyksistä Suomessa on suurempi kuin koskaan aikaisemmin (Perinataalilasto 2019). Suomessa ei ole tehty valtakunnallista hoitosuositusta keisarileikatun potilaan hoidosta, ja synnytyssairaaloiden eriävät hoitokäytännöt sektiolla synnyttäneiden hoidossa asettavat potilaat eriarvoiseen asemaan. Nämä näkökulmat loivat tarpeen opinnäytetyölle keisarileikkauspotilaan hoitoon liittyen. Tässä opinnäytetyössä kuvataan sektiopotilaan postoperatiivista hoitoa ja siinä ilmeneviä ongelmakohtia.

## 2 KESKEISET KÄSITTEET

### 2.1 Keisarileikkaus

Keisarileikkaus eli sektio on leikkaus, jossa sikiö otetaan ulos kohdusta vatsanpeitteiden ja kohdun seinämän läpi tehdystä leikkaushaavasta (Lääketieteen termit 2019). Uusimmat tilastot ovat vuodelta 2019, jolloin keisarileikkauksella syntyi 17,5 % suomalaisista lapsista. Elektiivisiä sektioita oli 7 %, kiireellisiä sektioita 9,6 % ja hätäsektioita 0,9 % kaikista synnytyksistä. Hätäsektioiden osuus kaikista keisarileikkauksista oli 5,1 %. (Perinataalilasto 2019.)

Keisarileikkaus tehdään yleensä spinaali- tai epiduraalipuudutuksessa, mutta hätäsektio toteutetaan pääsääntöisesti aina yleisanestesiassa (Uotila & Tihtonen 2019). Iho avataan useimmiten alavatsalta poikittain, mutta varsinkin hätäsektion yhteydessä käytetään usein alakeskiviiltoa. Tämän avulla saadaan enemmän tilaa käyttöön ja eteneminen on nopeampaa. Leikkaava lääkäri ohjaa kädellään sikiön ulos kohdusta, jonka jälkeen napanuora katkaistaan. Lapsi näytetään vanhemmille ja kättilö vie hänet tarkastettavaksi. Istukka irrotetaan käsin tai kohdun ulkopuolelta painamalla. Ennen haavan sulkemista varmistutaan siitä, ettei kohtuun ole jäänyt istukan tai kalvojen osia. Kohdun haava suljetaan ompelemalla kahdessa kerroksessa, jonka jälkeen kohtua painetaan supistumisen edistämiseksi. Lisäksi potilaalle annetaan kohtua supistavaa lääkitystä suoneen. Lopuksi suljetaan vatsanpeitteet ja iho. (Uotila 2017, 576–577.)

#### 2.1.1 Elektiivinen sektio

Elektiivisen eli suunnitellun sektion syynä on yleensä sikiön poikkeava tarjonta, sikiön ja lantion epäsuhta, aiempi keisarileikkaus, varhainen pre-eklampsia, muut äidin sairaudet sekä synnytyspelko. Indikaationa voi olla myös aikaisempi komplisoitunut alatiesynnytys, epäonnistunut synnytyksen käynnistysyritys, istukan toimintahäiriöt tai sikiön sairaus ja tarve hoitotoimenpiteisiin heti syntymän jälkeen. (Uotila & Tihtonen 2019.)

Keisarileikkauksen valmisteluihin kuuluu laskimokanyylin ja virtsakatetrin laitto, antibioottiprofylaksian anto, leikkauspaidan pukeminen potilaalle sekä mahan sisältöä neutraloivan lääkkeen anto. Myös potilaan henkisestä hyvinvoinnista tulee huolehtia. Synnyttäjälle ja tukihenkilölle tulee antaa riittävästi informaatiota tapahtumien kulusta. (Uotila 2017, 576.)

### **2.1.2 Kiireellinen sektio**

Kiireellinen sektio tehdään päivystystoimenpiteenä useimmiten synnytyksen käynnistymisen jälkeen. Kuitenkin myös äkilliset raskauskomplikaatiot voivat olla aihe kiireelliseen sektioon. Leikkauksen kiireellisyys voi vaihdella kymmenistä minuuteista useampaan tuntiin. (Uotila 2017, 574.) Tavallisimpia syitä kiireelliseen sektioon ovat synnytyksen pitkittyminen tai pysähtyminen, synnytyksen aikana ilmenevä sikiön virhetarjonta sekä sikiön ahdinko. (Uotila & Tihtonen 2019.)

Suurin osa kiireellisistä sektioista voidaan toteuttaa ilman kiirettä ja hätää. Leikkausajankohta valitaan mielellään siten, että potilas ehditään valmistella hyvin ja leikkaussalihenkilökunta ehtii paikalle. (Uotila 2017, 575.)

### **2.1.3 Hätäsektio**

Hätäsektio tarkoittaa päivystyksellistä keisarileikkausta, jossa sikiön tai äidin akuutin hätätilanteen vuoksi leikkaukseen siirrytään välittömästi hätätoimenpitein. Hätäsektion syynä voi olla esimerkiksi sikiön palautumaton bradykardia, napanuoraprolapsi, kohtulihaksen repeämä tai istukan ablaatio. Tavoitteena on saada lapsi syntymään 10 minuutin kuluessa hätäsektiopäätöksestä. (Uotila & Tihtonen 2019.)

Hätäsektio pyritään toteuttamaan mahdollisimman turvallisesti sekä sikiön että äidin kannalta, mutta aseptiikasta ja anestesiavalmisteluista voidaan joutua tinkimään. Hätäsektiopäätöksen jälkeen potilas kuljetetaan välittömästi leikkauspöydälle ja aloitetaan yleisanestesian induktio. Leikkausaluetta ei pestä, vaan leik-

kausviilto tehdään heti potilaan ollessa riittävän syvässä unessa. Sairaalakoh-  
taisten ohjeiden mukaan kätilöt saattavat toimia instrumentti- tai anestesiahoita-  
jina. (Uotila 2017, 576.)

## **2.2 Postoperatiivinen hoito**

Postoperatiivisella hoidolla tarkoitetaan potilaan hoitoa leikkauksen jälkeen he-  
räämössä ja vuodeosastolla sekä mahdollisesti myös kotiutumisen jälkeen. Sen  
tarkoituksena on muun muassa vähentää komplikaatioita. (Niemi-Murola 2016.)  
Komplikaation varhainen toteaminen vähentää siitä potilaalle koituvia haittoja.  
Vuonna 2014 tehdyssä, 27 maata sisältäneessä, tutkimuksessa joka kuudennelle  
potilaalle tuli jokin komplikaatio elektiivisen leikkauksen jälkeen. Näin ollen laa-  
dukkaan ja asianmukaisen postoperatiivisen hoidon ja tarkkailun merkitys on  
suuri, sillä komplikaatioiden liian myöhäinen havaitseminen voi johtaa jopa poti-  
laan kuolemaan. Tarvittaessa postoperatiivinen hoito toteutetaan tehostetum-  
massa valvonnassa, esimerkiksi teho-osastolla, jossa elintoimintojen tarkkailu  
voidaan toteuttaa tiheämmin kuin tavallisella vuodeosastolla. Potilaan voinnin  
seuraamiseen voidaan käyttää pisteytysluokituksia, esimerkiksi Early Warning  
Score. (Pesonen 2020, 38–39.)

### **2.2.1 Postoperatiivinen hoito heräämössä**

Heräämössä tapahtuvan seurannan pituuteen vaikuttaa potilaan yleistila, leik-  
kaustyyppi sekä anestesiaamuoto (Niemi-Murola 2016). Sektion jälkeen seuranta  
on yleensä noin pari tuntia (Hyvinkään sairaala 2012). Heräämöseurannan tar-  
koituksena on seurata potilaan toipumista anestesiasta, sekä huomata mahdolli-  
set leikkauskomplikaatiot (Niemi-Murola 2016).

Potilaan hengitystä, happisaturaatiota, verenkiertoa, nestetasapainoa, lämpöti-  
laa, tajunnantaso, kipua, pahoinvointia, erittämistä sekä haava-aluetta tarkkail-  
laan jatkuvasti heräämöhoidon aikana (Lukkarinen ym. 2012). Keisarileikkauksen  
jälkeen seurataan myös kohdun supistumista, jälkivuotoa ja puudutuksen häviä-



mistä. Kipua hoidetaan lääkkeillä, jotka eivät estä imettämistä. (Hyvinkään sairaala 2012.) Potilas voidaan siirtää vuodeosastolle, kun hengitys ja verenkierto ovat vakiintuneet, eikä hänellä ole kovaa kipua tai pahoinvointia. Yleistilan tulee olla sellainen, että osastoseuranta on mahdollinen. (Niemi-Murola 2016.)

### **2.2.2 Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla**

Potilas voi siirtyä heräämöstä vuodeosastolle, kun hänen vointinsa on vakiintunut niin, että seuranta ja hoito pystytään toteuttamaan vuodeosastolla (Niemi-Murola 2016). Peruselintoimintojen tulee olla vakaat, potilas on tajuissaan ja kipu sekä pahoinvointi hallinnassa (Niemi-Murola 2016; Maksimow 2020). Myös leikkausalueen vuodon tulee olla rauhoittunut (Maksimow 2020).

Vuodeosastolla postoperatiivisen hoidon tavoitteena on peruselintoimintojen vakauttaminen sekä komplikaatioiden ehkäisy leikkauksen jälkeen. Vuodeosastoseurantaan kuuluu tajunnan, verenkierron, hengityksen, nestetasapainon, pahoinvoinnin, kivun, liikkumisen, lämmön ja haavan tarkkailu sekä kotiutusohjaus. Seurannan tiheyteen ja keston vaikuttaa muun muassa potilaan taustatekijät, tehty toimenpide ja ilmenneet komplikaatiot. (Erämies 2017.)

Kuten alatiesynnytyksen jälkeen, myös sektiolla synnyttäneeltä seurataan synnytyksestä palautumista. Kohdun kokoa, supistumista, kiinteyttä sekä mahdollista aristusta seurataan. Jälkivuodosta seurataan sen määrää, väriä ja hajua. Virtsaimisen ja ulostamisen spontaani onnistuminen varmistetaan. Anemian oireita ja vitaalielintoimintoja seurataan ja infektio-oireisiin puututaan, jos niitä ilmenee. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2020.)

## **2.3 Toipuminen**

Toipuminen tarkoittaa palautumista esimerkiksi sairautta edeltävään tilaan (Kieli-toimiston sanakirja 2020). Fyysinen toipuminen on esimerkiksi kehon vammojen parantumista. Psykykinen toipuminen on puolestaan mielen palautumista järkytyksestä tai ahdistuksesta.

### 2.3.1 Fyysinen toipuminen

Sektiosta toipuminen kestää yleensä pidempään kuin alatiesynnytyksestä (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2016). Lapsivuodeaika kestää 12 viikkoa, ja sen aikana synnytyselimistö palautuu raskautta ja synnytystä edeltävään tilaan. Synnytyksen jälkeiset päivät vietetään yleensä lapsivuodeosastolla sairaalassa, jossa varmistetaan toipumisen alkaminen. (Espoon kaupunki n.d.) Sektion jälkeen sairaalassa ollaan hieman pidempään kuin alatiesynnytyksen jälkeen (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2016).

Toipumisessa auttaa varhainen liikkeelle lähtö, riittävä kipulääkitys, lepo, sekä monipuolinen ruokavalio. Sektion jälkeen raskaita taakkoja ei tule nostella. Haavan suihkuttelu ja ilmakylvyt edistävät haavan paranemista. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2016.) Fyysiseen toipumiseen kuuluu kohdun palautuminen normaaliin kokoonsa, jälkivuodon määrän väheneminen, virtsaamisen ja ulostamisen onnistuminen sekä hemoglobiinin nousu (Tampereen yliopistollinen sairaala 2020).

### 2.3.2 Psyykkinen toipuminen

Psyykkiseen toipumiseen vaikuttaa muun muassa synnytyskokemus ja sen läpikäynti ammattilaisen kanssa. Itkuisuuden, ärtyisyyden ja nopeiden mielialan muutosten esiintyvyys on 50–80 %. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2020.) Tämä herkistyminen on tavallista ja tärkeääkin, sillä se auttaa äitiä oppimaan vauvan viestien tunnistamista. Synnytyksen ja vuorokausirytmien muutoksen aiheuttama väsymys voi olla riski äidin hyvinvoinnille. Psyykkinen toipuminen ja sopeutuminen uuteen tilanteeseen voi kestää jopa vuoden. Myönteiset tunteet vauvaa kohtaan eivät välttämättä herää heti, mutta äidin saatua hetki lepoa vauva on mielessä jatkuvasti. Euforiaa ilmenee levottomana liikehdintänä, kohonneena mielialana ja unettomuutena. Tätä hypomaanista tilaa saattaa esiintyä ensimmäisinä päivinä synnytyksen jälkeen ja se voi ennakoida masennusta. (Pietiläinen & Väyrynen 2017.)

Synnytyksen jälkeinen masennus kehittyy muutaman kuukauden kuluttua synnytyksestä ja sitä esiintyy 8–20 %:lla. Se voi hidastaa psyykkistä toipumista ja rajoittaa toimintakykyä. Pitkittyneiden mielialaoireiden lisäksi oireita ovat esimerkiksi univaikeudet, jännittyneisyys, paniikkituntemukset, syyllisyyden tunteet sekä tunne fyysisten kipujen lisääntymisestä. (Tampereen yliopistollinen sairaala, 2020.) Äärimmäisessä tapauksessa masennus kehittyy lapsivuodepsykoosiksi (Pietiläinen & Väyrynen 2017).

Yleensä synnytys on kokemuksena myönteinen, mutta se voi olla myös huono tai jopa traumaattinen ja pahimmillaan synnyttäjälle kehittyy synnytyksen jälkeinen PTSD eli traumaperäinen stressihäiriö. Synnytystilanne voi olla traumaattinen, vaikka lääketieteellisesti synnytys olisi normaali ja ongelmaton, joten synnytyskokemuksen seulonta on tärkeää kaikilta synnyttäneiltä. Trauman voi aiheuttaa hallinnantunteen menetys, kipu, yksin jääminen tai kokemus tai pelko oman tai lapsen terveyden vaarantumisesta. Hyvä kommunikaatio, erityisesti hätätilanteissa, vähentää huonon synnytyskokemuksen todennäköisyyttä, ja synnytyksen aikaiset toimenpiteet lisäävät sitä. (Mäkelä ym. 2021.) Hätäsektioon päätyminen voi olla kokemuksena hyvinkin traumaattinen, erityisesti jos synnyttäjä kokee tilanteen hallitsemattomana ja epävarmana, eikä informaatiota anneta riittävästi tai selkeästi (Uotila 2017).

Hoitona huonon synnytyskokemuksen jälkeen on jälkikeskustelu, jonka voi toteuttaa kätilö tai lääkäri. Siinä käydään läpi synnyttäjän omat kokemukset ja ajatukset synnytyksestä sekä tapahtumien lääketieteellinen näkökulma. Tarvittaessa, jos synnyttäneellä on PTSD-oireita, tarjotaan psykoterapiaa sekä tarvittaessa lääkitystä. (Mäkelä ym. 2021.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sektiotilaan postoperatiivista hoitoa ja siinä ilmeneviä ongelmakohtia. Opinnäytetyön tavoitteena on koota näyttöön perustuvaa tietoa sektiotilaan postoperatiivisesta hoidosta ja sektioista toipumiseen liittyvistä ongelmatekijöistä. Tiedon kautta tuodaan esille sektioista toipumiseen liittyviä ongelmakohtia, jotta terveydenhuollon ammattilaiset pystyisivät kiinnittämään näihin tekijöihin entistä enemmän huomiota sektiotilaan toipumisprosessissa. Tämä edistää tasalaatuisen hoidon toteutumista sektiotilaiden postoperatiivisessa hoidossa.

Opinnäytetyön kysymykset ovat seuraavat:

1. Minkälaisia hoitoon liittyviä ongelmia sektioista toipumiseen liittyy?
2. Mihin asioihin sektiotilaan postoperatiivisessa hoidossa tulee kiinnittää erityistä huomiota?

## 4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

### 4.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Opinnäytetyön prosessi mukailee kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Se on yksi kirjallisuuskatsauksen perustypeistä. Sen tarkoituksena on kuvailla valittua aihetta rajatusti, jäsennetysti ja perustellusti aikaisempien tutkimusten avulla. Kangasniemi ym. (2013) esittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen neljän vaiheen kokonaisuutena: 1) tutkimuskysymyksen muodostaminen, 2) aineiston valitseminen, 3) kuvailun rakentaminen ja 4) tuotetun tuloksen tarkasteleminen.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen ja tutkimuskysymyksen määrittäminen on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeinen tekijä ja ohjaa koko tutkimusprosessia. Tutkimuskysymyksen on oltava täsmällinen ja rajattu, mutta kuitenkin riittävän väljä, jotta aihetta voi tarkastella monesta näkökulmasta. (Kangasniemi ym. 2013, 291–301.) Systemaattisessa kirjallisuushaussa on tarkoitus löytää kaikki tutkimuskysymykseen vastaavat alkuperäistutkimukset. Hakustrategiaan kuuluu sisäänotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen. Tämä vähentää virheellisen tai puutteellisen katsauksen mahdollisuutta sekä varmistaa katsauksen pysymisen suunnitellussa fokuksessa. Jokaisen katsaukseen valitun tutkimuksen laatua ja luotettavuutta arvioidaan erikseen valittujen kriteerien mukaisesti. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25–30.)

Aineiston valinta ja analyysi toteutetaan aineistolähtöisesti. Aineiston valinnassa kiinnitetään huomio myös siihen, miten tutkimukset täsmentävät, jäsentävät tai avaavat tutkimuskysymystä. Kuvailun eli synteessin rakentamisen tavoitteena on vastata tutkimuskysymykseen laadullisena kuvailuna aineiston pohjalta ja luoda uusia johtopäätöksiä. Kuvailussa yhdistetään, vertaillaan ja syntetisoidaan tietoa eri tutkimuksista. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe on tulosten tarkastelu. Tässä vaiheessa kootaan ja tiivistetään katsauksen keskeiset tulokset ja tarkastellaan niitä suhteessa laajempaan kontekstiin. Lisäksi se sisältää tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden arvioinnin. (Kangasniemi ym. 2013, 291–301.)

## 4.2 Tiedonhaku

Koehakuja tehtiin aluksi hakusanoilla "patient safety" ja complication, mutta tuloksia tuli erittäin paljon ja tutkimukset olivat suurelta osin lääketieteellisestä näkökulmasta. Opinnäytetyön kysymykset muotoiltiin uudelleen PICO-rakenteen mukaisesti ja hakusanat muodostettiin niiden pohjalta. Tiedonhaussa apuna oli Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikko. Tuloksia tuli selvästi rajatumpi määrä ja tutkimukset vastasivat paremmin opinnäytetyön kysymyksiin. Hakutuloksia tuli kuitenkin edelleen reilusti, joten Cochrane-tietokanta jätettiin pois sen lääketieteellisen näkökulman vuoksi.

Lopullinen kirjallisuushaku tehtiin taulukon 1 mukaisilla hakusanoilla elektronisesti neljästä tietokannasta. Sen lisäksi tehtiin manuaalinen haku valikoituneiden tutkimusten lähdeluetteloiden avulla. Hakutuloksia rajattiin ensin tietokantojen omilla aika- ja kielirajauksilla. Tämän jälkeen hakutulokset käytiin systemaattisesti läpi ensin otsikkotasolla, sitten tiivistelmän perusteella ja lopuksi kokotekstin perusteella poissulkien hakutuloksia ennalta määritettyjen poissulkukriteerien mukaisesti (taulukko 2). Liitteessä 1 on esitetty systemaattisen tiedonhaun vaiheet.

TAULUKKO 1. Tietokantahakujen hakusanat ja tulokset ilman rajoituksia

Tietokanta	Hakusanat	Tulos
Medic	sektio* OR keisarileikkau* OR "c-section" OR "cesarean section" OR "caesarean section" OR "cesarean delivery"	182 kpl
Medline	(MH "Cesarean Section") OR ("cesarean section" OR "caesarean section" OR "c-section" OR "cesarean delivery") AND (MH "Postoperative Care") OR (postoperative OR "post operative" OR "post-surgery" OR "post-surgical") AND (recovery OR rehabilitation OR healing)	743 kpl
Nursing & Allied	(MESH.EXACT("Cesarean Section") OR noft("cesarean section" OR "caesarean section" OR "c-	179 kpl

Health Database	section" OR "cesarean delivery")) AND (MESH.EX-ACT("Postoperative Care") OR noft(postoperative OR "post operative" OR "post-surgery" OR "post-surgical")) AND (recovery OR rehabilitation OR healing)	
Cinahl	((MH "Cesarean Section") OR (MH "Cesarean Section, Elective") ) OR ("cesarean section" or "caesarean section" or "c-section" or "cesarean delivery") AND (MH "Postoperative Care") OR (postoperative or "post operative" or "post-surgery" or "post-surgical") AND (recovery or rehabilitation or healing)	254 kpl
Cochrane	(MH "Cesarean Section") OR ("cesarean section" or "caesarean section" or "c-section" or "cesarean delivery") AND (MH "Postoperative Care") OR (postoperative or "post-operative" or "post-surgery" or "post-surgical") AND (recovery or rehabilitation or healing)	488 kpl

TAULUKKO 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
englannin- tai suomenkielinen	jokin muu kuin englannin- tai suomenkielinen
julkaistu vuosina 2010–2020	julkaistu ennen vuotta 2010
kohdistuu sektiotilaan postoperatiiviseen hoitotyöhön tai hoitoon liittyviin ongelmiin sektiosta toipumisessa	ei vastaa opinnäytetyön kysymyksiin
vertaisarvioitu tieteellinen julkaisu	ei ole vertaisarvioitu tieteellinen julkaisu
alkuperäistutkimus	kirjallisuuskatsaus, tapausselostus tai hoitosuositus
	päällekkäisyys tietokannoissa

### 4.3 Tutkimusartikkeleiden laadun arviointi

Tutkimusartikkeleiden laadun arvioinnissa käytettiin valmista taulukkoa, jota muokattiin sopivammaksi (liite 2) (Kontio & Johansson 2007). Ylin pistemäärä laadun arvioinnissa oli 20 pistettä. Katsaukseen valittiin mukaan tutkimukset, jotka saivat vähintään 15 pistettä. Alle 15 pistettä saaneissa tutkimuksissa oli puutteita luotettavuudessa, eettisyydessä sekä tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen määrittelyssä. Jäljelle jäi 13 alkuperäistutkimusta, jotka otettiin kaikki mukaan katsaukseen. Näiden tutkimusten yhteenveto ja laadun arvioinnissa saatu pistemäärä ovat liitteessä 3.

### 4.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin kirjallisuuskatsauksen synteessin avulla. Katsaukseen valitut 13 tutkimusta käytiin uudelleen läpi ja niistä poimittiin opinnäytetyön kysymyksiin liittyviä tuloksia. Eri tutkimusten tuloksia vertailtiin keskenään ja samankaltaisia tuloksia kerättiin yhteen. Tuloksia eriteltiin ja luokiteltiin aihealueittain. Synteessin pohjalta nousi lopulta esiin 6 teemaa: kipu, infektiot, mieliala ja psyykkinen toipuminen, kiintymyssuhde vauvaan, ohjaus ja kohtaaminen sekä muut komplikaatiot. Synteessin avulla opinnäytetyön kysymykset vielä jäsentyivät ja tarkentuivat lopulliseen muotoonsa. Lopuksi synteessin pohjalta koostettiin kuvailu opinnäytetyön tuloksista.



## 5 TULOKSET

### 5.1 Kipu

Sektion jälkeinen kipu nousee esiin useassa tutkimuksessa (Kealy, Small & Li-amputtong 2010; Borges ym. 2017; Elsous ym. 2018; Jikijela, James & Sonti 2018; Friedrich ym. 2019; Baluku ym. 2020). Postoperatiivisesta kivusta kärsii 92,3–93,2 % keisarileikatuista naisista. Kovaa kipua kokee heistä 46,1–52,1 % ja kohtalaista kipua 32,6–41,3 %. Suuri hajonta johtuu tutkijoiden eri tavoista määrittellä kivun voimakkuutta. (Borges ym. 2017; Elsous ym. 2018; Friedrich ym. 2019.) Sektion jälkeen esiintyy sekä lyhytaikaista että pitkäaikaista kipua (Kealy ym. 2010). Ensimmäisen postoperatiivisen vuorokauden aikana kipu on lievimmilläänkin voimakkuudeltaan kohtalaista 51,2 %:lla leikatuista äideistä ja jopa 6,7 %:lla kovaa (Elsous ym. 2018). Äidit kuvailevat kipua useimmiten sanoilla särkevä, aristava, jyskyttävä ja terävä (Borges ym 2017; Jikijela ym. 2018). Kova kipu olisi vältettävissä tehokkaalla kivunhoidolla. Balukun ym. (2020) tutkimuksesta nousee esiin, että morfiinia intratekaalisesti annosteltuna saaneista 0 % kokee kovaa kipua. Myös ihokontakti vastasyntyneen kanssa vähentää äidin kipua leikkauksen jälkeen (Honkanen 2012).

Postoperatiivinen kipu vaikeuttaa huomattavasti äidin liikkumista (Kealy ym. 2010; Borges ym. 2017; Elsous ym. 2018; Jikijela ym. 2018; Friedrich ym. 2019). Kipu häiritsee merkittävästi jopa asennonvaihtamista vuoteessa, mutta etenkin pystyssä olemista (Elsous ym. 2018). Sekä itsehoito että äitinä oleminen on erittäin haastavaa, kun kivun vuoksi istuminen, kävely ja vauvan hoitaminen ei onnistu (Jikijela ym. 2018). Arkiset toiminnot vievät huomattavan paljon vaivaa ja aikaa. Leikkausalueen kipu voi myös vaikeuttaa seksuaalista kanssakäymistä vielä pitkänkin ajan jälkeen. (Kealy ym. 2010.) Ihokontakti vauvan kanssa antaa voimaa liikkeelle lähtemiseen (Honkanen 2012).

## 5.2 Infektiot

Infektioiden yleisyys keisarileikkauksen jälkeen on 10,5 % Pallasmaan ym. (2010) tutkimuksen mukaan. Tynkkysen (2012) tutkimuksessa yleisyys on puolestaan 3,0 % ja infektioiden raportoidaan olevan suhteellisesti yleisempiä sektion jälkeen. Tynkkysen tutkimuksesta käy ilmi, että virtsatie- ja haavainfektioita lukuun ottamatta infektioita esiintyy enemmän päivystyksellisesti kuin elektiivisesti keisarileikatuilla. Kohtutulehdus, sepsis tai muu infektio esiintyy 0,7 %:lla elektiivisesti leikatuista naisista. Kiireellisen sektion jälkeen vastaava luku on 4,8 % ja hätäsektion jälkeen 3,9 %. (Tynkkynen 2012.) Pallasmaan ym. (2010) tutkimuksessa puolestaan kohtutulehduksen todetaan olevan yhtä yleinen (3,2 %) riippumatta sektion kiireellisyydestä. Myöskään sepsiksen riskiin ei tutkimuksen mukaan vaikuta se, onko kyseessä elektiivinen vai päivystyssektio (Pallasmaa ym. 2010).

Tynkkysen (2012) tutkimuksessa sektiohaavan tulehduksia raportoidaan 1,5 %:lla, ja niitä on sitä enemmän mitä kiireellisempi toimenpide oli kyseessä. Haavainfektioiden vähenemiseen nähdään vaikuttavan merkittävästi vuonna 2008 aloitettu antibioottiprofylaksian antaminen keisarileikkaussynnytyksissä (Tynkkynen 2012). Haavainfektioiden määrä Gregsonin (2011) tutkimuksessa vaihtelee 5,7–9,0 % välillä. Haavainfektioiden lukumäärää laskee sidosten paikallaanpitäminen 48 tuntia leikkauksen jälkeen sekä hydrokolloidi ja hydrofiber -sidosten käyttöönotto (Gregson 2011). Haavainfektioiden laatu vaihtelee lievästä inflamaatiosta sairaalahoitoa vaativiin vaikeisiin infektioihin. Haavainfektio voi pidentää sairaalassaoloaikaa jopa viikolla. (Kealy ym. 2010.)

Tynkkysen (2012) tutkimuksessa määritellään endometriittiin viittaavina tekijöinä jälkivuodon haju sekä aristava kohtu. Jälkivuodon hajua esiintyy tutkimuksessa 0,1 %:lla ja aristava kohtu 1,4 %:lla (Tynkkynen 2012). Pallasmaan ym. (2010) tutkimuksessa endometriitin esiintyvyys on puolestaan 5,5 %. Virtsatieinfektion yleisyys on 1,4 % (Pallasmaa ym. 2010).

### 5.3 Mieliala ja psyykkinen toipuminen

Kipu vaikuttaa myös äidin mielialaan. 92,3 % keisarileikatuista naisista kokee vähintään kohtalaista stressiä kivun vuoksi. Kipua kuvaillaan usein sanalla epämiellyttävä, mutta myös sanoilla ahdistava ja hirveä. (Friedrich ym. 2019.) 84,9 %:lle leikatuista äideistä kipu aiheuttaa ahdistusta ja huolta (Elsous ym. 2018). Myös fyysinen rajoittuneisuus turhauttaa äitejä (Kealy ym. 2010). Äidit kokevat ihokontaktin vastasyntyneen kanssa auttavan toipumisessa. Se parantaa mielialaa ja auttaa kivun kestämässä. (Honkanen 2012.) Leikkauksen jälkeen kehittyvä infektio voi aiheuttaa potilaalle pelkoa ja ahdistusta. Naiset kokevat myös syyllisyyttä toimiessaan vastoin hoitajien ohjeita. (Kealy ym. 2010.)

Elektiivisen sektion jälkeen naiset ovat erittäin onnellisia, mutta päivystyssektion jälkeen tunteet eivät ole yhtä positiivisia. Jälkikäteen osa suunnittelemattomalla sektiolla synnyttäneistä naisista hyväksyy tapahtuman ja sen, että he olivat kokeneet turhaa kipua ja ponnistelleet ”turhaan”. Monet kokevat, että hyvä hoito tasapainottaa pettymystä. Sopeutuminen voi viedä aikaa, mutta tapahtuneen ymmärtäminen ja saatu tieto voivat vaikuttaa siihen, kuinka naiset näkevät itsensä. Ymmärtäminen voi vaikuttaa myös siihen, haluaako nainen tulevaisuudessa vielä synnyttää. (Redshaw & Hockley 2010.)

Joillakin naisilla epäonnistumisen tunne lisääntyy, kun he eivät tiedä tarpeeksi vastasyntyneen hoidosta. Avuttomuus sektion jälkeen on voimakasta ja naiset ilmaisevat ahdistusta varsinkin, kun odotukset hoidosta eivät täyty. Naiset kokevat olevansa heikkoja ja haavoittuvaisia ja henkilökunnan joustamaton toiminta lisää hallinnan puutetta. (Redshaw & Hockley 2010.)

Puolison ja lapsen heräämövierailu koetaan tärkeäksi ja se tuo iloa ja tyytyväisyyttä äideille, kun heidän ei tarvitse olla yksin. Äidit ovat tyytyväisiä siihen, että lasta ei eroteta vanhemmistaan. Äideillä on kuitenkin pelkoa, että lapsen itku häiritsee muita heräämössä olijoita ja siksi vauva pitää viedä pois. Äidit, jotka pitävät lasta ihokontaktissa heti lapsen syntymän jälkeen, ilmaisevat vähemmän huolestuneisuutta lapsestaan. (Honkanen 2012.)

## 5.4 Kiintymyssuhde vauvaan

Postoperatiivinen kipu viivästyttää äidin ja lapsen välisen kiintymyssuhteen kehittymistä (Friedrich ym. 2019). Vauvan hoitaminen etenkin ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä koetaan ongelmalliseksi (Kealy ym. 2010; Jikijela ym. 2018). Vauva tuodaan äidille usein heti leikkauksen jälkeen. Osa äideistä kuitenkin toivoo, ettei vauvaa annettaisi äidille ennen kuin kipu on hallinnassa. Äidin vointi voi aluksi olla niin huono, ettei tämä kykene tutustumaan lapseensa, saati hoitamaan lasta. Myös imetys voi tuottaa aluksi ongelmia liikkumisen vaikeuden vuoksi. (Jikijela ym. 2018.)

Heräämössä naiset ovat malttamattomia tapaamaan puolisonsa ja erityisesti lapsensa, ja he ikävöivät lastaan. Erityisesti, jos heräämöseuranta kestää kauemmin kuin tavanomaisesti, lapsen vierailu ja rinnalle saaminen on arvostettua. Äidin tarve olla vauvansa kanssa on voimakas ja he unohtavat ympäristön tapahtumat, kun lapsi tulee vierailulle. Suomalaiseen identifiointijärjestelmään luotetaan, mutta lapsen tulo isän kanssa tuo äidille varmuuden, että lapsi on oma. (Honkanen 2012.)

Sektion jälkeen ihokontaktissa äidillä on 29 % vastasyntyneistä, kun alatiesynnytyksen jälkeen vastaava luku on 94 %. Kahden minuutin ikään mennessä ihokontakti alkaa vain 10 %:lla sectionin jälkeen, mutta 70 %:lla alatiesynnytyksen jälkeen. 40 %:lla ihokontakti estyy sectionin vuoksi. Näin ollen keisarileikkauksen jälkeen ihokontakti alkaa myöhemmin ja se on harvinaisempaa kuin alatiesynnytyksen jälkeen. Myös sen kesto on lyhyempi sectionin jälkeen. (Hakala ym. 2015.) Lapsi on äidin rinnalla yleensä 60–90 minuuttia, jos äidin vointi ei vaadi tarkempaa seuranta. Äidin huonovointisuus saattaa kuitenkin rajoittaa ihokontaktin toteutumista. (Honkanen 2012.)

Ihokontaktilla koetaan olevan suuri merkitys vastasyntyneelle ja vanhemmille. Äidit kokevat lapsen läheisemmäksi ihokontaktissa ja tunteet lasta kohtaan tulevat aikaisemmin. Vanhemmat kokevat, että ihokontaktilla on suuri merkitys äidin ja lapsen suhteen muodostumisessa ja se voimistaa äitinä olemisen tunnetta. Vanhemmat ovat kuitenkin tyytyväisiä, että perhe saa olla yhdessä riippumatta siitä, onko ensikontakti ihokontakti vai onko lapsi sylissä. (Honkanen 2012.)

Imetyksen alkuvaiheen erityisen haavoittuvuuden takia olisi tärkeää mahdollistaa onnistunut ensi-imetys myös sektion jälkeen. Äidit, joiden lapsi on imenyt rintaa ensikontaktissa, osoittavat enemmän verbaalista ilmaisua lasta kohtaan. (Honkanen 2012.)

## 5.5 Ohjaus ja kohtaaminen

Useamman tutkimuksen mukaan keisarileikkaukseen ja siitä toipumiseen liittyvä ohjaus on puutteellista (Kealy ym. 2010; Redshaw & Hockley 2010; Elsous ym. 2018; Jikijela ym. 2018). Keisarileikkauksen jälkeisestä ajasta sairaalassa tulisi antaa tietoa jo raskausaikana, jotta odotukset ja todellisuus kohtaisivat paremmin. Äidille voi tulla yllätyksenä se, että vauva tuodaan äidille heti leikkauksen jälkeen ja äidin odotetaan nopeasti nousevan jalkeille hoitamaan vauvaa. (Jikijela ym. 2018.) Myös postoperatiivinen kipu ja ongelmat fyysisessä toipumisessa yllättävät usein äidin eikä niistä kerrota riittävästi etukäteen. Äidit eivät saa tarpeeksi ohjausta ja informaatiota myöskään keisarileikkauksen jälkeen. Tiedonsaanti on riittämätöntä sektion myöhäisten seurausten ja komplikaatioiden sekä leikkaushaavan paranemisen osalta. Kealyn ym. (2010) tutkimuksessa nousee esiin, että levosta ja liikkumisesta saatu ohjaus ei useinkaan ole asiakaslähtöistä eikä realistisesti toteutettavissa. Äideillä ei ole mahdollisuutta levätä ja toipua rauhassa leikkauksesta, vaan heidän pitää pian tehdä kotitöitä, siivota ja hoitaa lapsia. Toisaalta taas he eivät koe saaneensa perusteluja miksi painavia taakkoja olisi syytä välttää kantamasta. (Kealy ym. 2010.)

Myös ohjaus kivunhoidosta sektion jälkeen on selvästi puutteellista. Elsous ym. (2018) tutkimuksen mukaan 78,2 % naisista ei ole osallisena päätöksenteossa kivunhoitoon liittyen. Leikatuille naisille tulee antaa riittävästi tietoa eri vaihtoehdoista kivunlievitykseen liittyen, jotta he voivat osallistua heidän hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Etenkin lääkkeettömästä kivunlievityksestä tulisi antaa informaatiota lääkehoidon ohella, sillä 18,8 % tutkimukseen osallistuneista kokee, ettei saanut lainkaan tietoa lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista (Elsous ym. 2018). Naiset saavat ristiriitaista tietoa turvallisesta kipulääkityksestä imetyksen aikana, josta seurauksena on, että kipulääkkeitä ei käytetä tai niitä käytetään

liian pieninä annoksina (Kealy ym. 2010). Tästä seuraa turhaa kipua, joka olisi vältettävissä hyvällä ohjauksella.

Kohtaaminen hoitohenkilökunnan ja keisarileikatun äidin välillä ei aina toteudu toivotunlaisesti. Jikijelan ym. (2018) tutkimukseen osallistuneet kertovat, että leikkauksen jälkeinen hoito on piittaamatonta ja epätyytyttävää, täysin odotusten vastaista. Äidit eivät saa apua vauvanhoitoon, vaan heidän käsketään nousta ylös hoitamaan itse vauvaa (Jikijela ym. 2018). Henkilökunnan ohjaus koetaan piittaamattomana, hyödyttömänä ja jopa epäystävällisenä myös Redshawn ja Hockleyn (2010) tutkimuksessa. Synnytyksen jälkeen kontakti henkilökunnan kanssa sisältää toisinaan jopa uhkauksia, ja naiset kokevat olevansa puolustuskyvyttömiä kohdatessaan henkilökunnan asenteita (Redshaw & Hockley 2010).

Leikkauksen jälkeen käytännön avun tarve, ystävällisyys ja tuki on tarpeellista, mutta tässä on paljon puutteita. Ystävällisyyden ja kunnioituksen puute yllättää tutkimukseen osallistuneet ja he kokevat olevansa esimerkiksi tyhmiä, pilkattuja tai huomiotta jätettyjä. Osa naisista kokee, että henkilökunta ei kuuntele heidän huoliaan, anna tietoa eikä naisten omaa tietämystä oteta riittävästi huomioon. Henkilökunnan asenteiden koetaan vaikuttavan hoitoon, eivätkä naiset koe saavansa yksilöllistä hoitoa. Naiset kokevat, että henkilökunta ajattelee synnyttäneiden naisten olevan emotionaalisia, liian vaativia ja kohtuuttomia. (Redshaw & Hockley 2010.)

Joillakin naisilla on tarve puhua synnytyksessä mukana olleen henkilökunnan kanssa, varsinkin, jos he kokevat olleensa itse tai vauvan olleen vaarassa, eikä tietoa ole annettu. Osa naisista ei kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä tiedä tarkalleen mitä tapahtui. (Redshaw & Hockley 2010.) Myös Richardin, Zongon ja Ouattaran (2014) tutkimuksessa kommunikaatio ja sen puute nousee toistuvasti esiin. Tutkimuksessa ilmenee, että tiedonannolla voi olla merkittävä vaikutus sektion jälkeisiin viikkoihin. Henkilökunnan antamaa tietoa ei aina ymmärretä, sillä se on liian epämääräistä. Tämä johtaa vääränlaiseen ja epätoivottuun toimintaan naisten kotiuduttua. (Richard, Zongo & Ouattara 2014.)

## 5.6 Muut komplikaatiot

Yhtenä teemana nousi esiin muut keisarileikkaukseen liittyvät komplikaatiot. Keisarileikkauksen jälkeen komplikaatiot ja terveysongelmat ovat hyvin tavallisia. Kealyn ym. (2010) tutkimuksen mukaan niistä kärsii 93,8 %. Edellä mainittujen ongelmien lisäksi keisarileikatuilla naisilla esiintyy runsasta jälkivuotoa, joka osalla heistä vaatii lääkkeellistä tai kirurgista hoitoa. Runsaan vuodon taustalla voi olla infektio tai jälkeisten osien jääminen kohtuun. Yllättävä tulos tässä tutkimuksessa on virtsainkontinenssin esiintyminen useammalla vain keisarileikkauksella synnyttäneellä naisella. (Kealy ym. 2010.)

Pallasmaan ym. (2010) tutkimuksessa komplikaatioita esiintyy 27 %:lla ja vakava komplikaatio 10 %:lla keisarileikatuista. Aikaisempien sektioiden määrällä tai sillä, onko aikaisempia sektioita lainkaan, ei ole merkitystä komplikaatioihin. Häätäsektio on tärkein komplikaatioiden riskitekijä. Muita riskitekijöitä ovat pre-eklampsia, äidin ikä ja BMI, aikaisempi vatsan alueen leikkaus (muu kuin sektio), tyypin 1 diabetes, monisikiöraskaus, sikiökalvojen puhkeaminen ja kohdun suun avautuminen. (Pallasmaa ym. 2010.) Synnyttäjän ylipaino altistaa merkittävästi haavainfektioille, mutta pariteetilla on suojaava vaikutus komplikaatioiden esiintymiseen (Tynkkynen 2012). Komplikaatioiden määrä vaihtelee sairaaloiden välillä 13–33 % (Pallasmaa ym. 2010). Ne ovat yleisimpiä hätäsektioissa ja vähäisimpiä elektiivisissä sektioissa (Pallasmaa ym. 2010; Tynkkynen 2012).

Pallasmaan ym. (2010) tutkimuksen tulosten perusteella 1,5 % keisarileikatuista tarvitsee uusintaleikkausta. Näistä noin kolmannes tehdään verenvuodon takia, virtsaputken tai suolen korjaamiseksi. Uusintaleikkaukset ovat yhtä yleisiä elektiivisen ja päivystyssektion jälkeen. Syvä laskimotukos, keuhkoödeema ja pneumonia ovat harvinaisia sektion komplikaatioita. Laskimotukos saattaa komplisoida keuhkoemboliaksi tai septiseksi lantion tromboflebiitiksi ja johtaa jopa kuolemaan. Tutkimuksen perusteella pre-eklampsia ja eklampsia ovat selviä keuhkoödeeman riskitekijöitä. Pneumoniaa puolestaan ilmenee tutkimuksessa vain päivystyssektion jälkeen. Kohdun repeämä nähdään tutkimuksessa aikaisemman sektion komplikaationa, sillä sitä ei esiinny naisilla, joilla ei ole taustalla aikaisempaa sektiota. (Pallasmaa ym. 2010.)

Yli 1500 millilitran verenvuoto ilmenee Pallasmaan ym. (2010) tutkimuksessa 5 %:lla keisarileikatuista ja verensiirron tarve on 6,4 %:lla. Joko vuoto, verensiirron tarve tai molemmat esiintyvät 8,4 %:ssa sektioista. Useimmat tarvitsevat siis verensiirtoa kuin tutkimuksessa on raportoituja yli 1500 millilitran vuotoja. Verenvuodon todetaan olevan yleisempää päivystyssektioissa kuin elektiivisissä sektioissa. (Pallasmaa ym. 2010.)



## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön kysymyksiin vastaavia tuloksia löytyi runsaasti. Tuloksissa nousi esiin viisi pääteemaa liittyen keisarileikkauksen jälkeisiin ongelmiin toipumisessa: kipu, infektiot, mieliala ja psyykkinen toipuminen, kiintymyssuhde vauvaan sekä ohjaus ja kohtaaminen. Lisäksi aineistossa esiintyi useita muita sektion jälkeisiä komplikaatioita, jotka hidastavat leikkauksesta toipumista, mutta eivät kuuluneet mihinkään näistä teemoista. Ne koettiin tarpeelliseksi kuitenkin tuoda esiin työssä niiden yleisyyden ja vakavuuden vuoksi, joten ne ovat mukana synteessissä omana osanaan.

Kipu oli tutkimuksissa eniten esiintyvä sektion jälkeinen ongelma. Lähes kaikki keisarileikatut äidit kärsivät jonkinasteisesta kivusta, noin puolet jopa kovasta kivusta. Kipu vaikeuttaa liikkumista, vauvan hoitoa ja arkisia toimintoja. Yhden tutkimuksen mukaan intratekaalinen morfiini poistaa kovan postoperatiivisen kivun ja tämä onkin käytössä osassa suomalaisista synnytyssairaaloista. Toisissa sairaaloissa sen sijaan on käytössä suun kautta annosteltavat lyhyt- ja pitkävaikutteiset opioidit sektion jälkeisessä kivunhoidossa, joten sairaaloiden toimintatavoissa on selkeitä eroja.

Puutteellinen ohjaus ja potilaan kohtaaminen olivat toiseksi eniten toistuva teema katsauksessa. Äidit eivät saa riittävästi tietoa keisarileikkaukseen ja siitä toipumiseen liittyen ennen eivätkä jälkeen leikkauksen. Ohjauksen tulisi olla yksilöllistä ja ymmärrettävää. Äidit tulisi ottaa mukaan heidän hoitoaan koskevaan päätöksentekoon entistä paremmin. Potilaan kohtaaminen on liian usein piittaamatonta ja epäystävällistä. Äidit tarvitsevat sektion jälkeen erityistä tukea ja kannustusta. Avoin kommunikaatio ja tiedonanto ovat tärkeässä roolissa.

Keisarileikkaus aiheuttaa usein äideille ahdistusta ja stressiä. Etenkin päivystystoimenpiteen jälkeen tilanteeseen sopeutuminen vie aikaa. Äidit myös kokevat sektion jälkeen voimakasta avuttomuutta ja heikkoutta. Fyysisen hyvinvoinnin ohella myös potilaan psyykkisestä toipumisesta tulee huolehtia sektion jälkeen.

Hoitohenkilökunnan tuki sekä puolison ja lapsen läsnäolo edistävät psyykkistä toipumista. Etenkin suunnittelemattoman sektion kohdalla äidin kanssa on tärkeää käydä synnytyskeskustelu.

Äidin postoperatiivinen kipu ja vaikeus liikkua voi vaikeuttaa vauvan hoitoa ja imeytystä sekä viivästyttää kiintymyssuhteen syntymistä. Vain alle kolmasosa keisarileikkauksella syntyneistä lapsista on äitinsä ihokontaktissa. Sektion jälkeen ihokontakti myös alkaa myöhemmin ja sen kesto on lyhyempi. Ihokontaktin ja ensi-imetyksen toteutumiseen myös sektion jälkeen tulisi kiinnittää entistä paremmin huomiota ja pyrkiä aktiivisesti mahdollistamaan niiden toteutuminen.

Keisarileikkaus lisää merkittävästi infektioiden ja muiden komplikaatioiden riskiä verrattuna alatiesynnytykseen. Komplikaatioiden riski kasvaa mitä kiireellisempi toimenpide on kyseessä. Tämä tulisi huomioida potilaan postoperatiivisessa hoidossa seuraamalla potilaan vointia entistä tarkemmin. Infektion syntymistä pyritään estämään virtsakatetrin aikaisella poistamisella, haavanhoidolla ja hyvällä ohjauksella hygienianhoitoon liittyen. Tromboosiriskiä pienentää tukisukkien käyttö ja aikainen mobilisaatio. Tärkeää on myös tarkistaa, onko potilaalla komplikaatioille altistavia riskitekijöitä.

Tulokset olivat monipuolisia ja osittain myös yllättäviä. Sektion postoperatiiviseen hoitoon liittyviä ongelmia ilmeni katsauksessa odotettua enemmän. Ennalta oli tiedossa infektioiden ja komplikaatioiden olevan selvästi yleisempiä sektion jälkeen verrattuna alatiesynnytykseen. Lisäksi käytännön hoitotyössä on tullut vastaan eri käytäntöjä sektion jälkeisessä kivunhoidossa, josta seurauksena on toisinaan hyvinkin kipeitä potilaita. Näin ollen oli odotettavissa, että infektiot, komplikaatiot ja kipu nousevat esiin tuloksissa. Yllättävää sen sijaan oli puutteet ohjauksessa ja potilaan kohtaamisessa. Infektioita, komplikaatioita ja kipua voidaan tilastoida ja seurata tarkkaan, mutta ohjauksen laatua ja potilastyytyväisyyttä on vaikeampi arvioida ilman potilailta saatua palautetta. Kätilön tulisi ajoin arvioida omaa toimintaansa ja ottaa selvää myös potilaiden kokemuksista. Opinnäytetyön tulokset auttavat kätilöitä kehittämään omaan työtään sekä parantamaan hoidon laatua ja potilastyytyväisyyttä.

## 6.2 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta on arvioitu laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien mukaisesti. Prosessi on johdonmukainen ja kuvattu niin tarkasti, että toinen tutkija voi toistaa sen. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön kysymykset ovat selkeitä ja teoreettinen tausta laaja. Menetelmä, johon opinnäytetyön prosessi perustuu, on selkeästi kuvattu. Tiedonhaku oli tarkoituksellisesti valikoivaa, jotta katsaukseen saatiin tutkimuksia, jotka vastaavat mahdollisimman hyvin opinnäytetyön kysymyksiin. Tämä huomioitiin raportoimalla sisäänotto- ja poissulkukriteerit huolellisesti. Tiedonhaussa myös käytettiin apuna kirjaston informaation asiantuntemusta. Valitut tutkimukset ovat sekä laadullisia että määrällisiä ja niitä on laajasti eri maista. Tuloksia on hoitohenkilökunnan ja potilaiden näkökulmasta. Johtopäätökset on perusteltu ja ne ovat yhdenmukaisia katsauksen tulosten kanssa. (Kangasniemi ym. 2013, 297–298.)

## 6.3 Eettisyys

Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä ja eettisiä periaatteita. Prosessi on raportoitu tarkasti ja rehellisesti sekä lähdeviitaukset tehty asianmukaisesti. Opinnäytetyöstä on toimitettu suunnitelma, jonka pohjalta on laadittu opinnäytetyön osapuolten välinen sopimus. (TENK 2012, 6.) Opinnäytetyön aihe on oikeutettu ja sen tarpeellisuus perusteltu. Työssä on myös arvioitu sitä, miten tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 218.) Luotettavuutta ja eettisyyttä on arvioitu myös aineiston valinnassa. Katsaukseen on valittu mukaan vain laadukkaimmat tutkimukset.

## 6.4 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella tultiin seuraaviin johtopäätöksiin:

1. Keisarileikkauksesta toipumista hidastavia tekijöitä ovat etenkin kipu ja puutteellinen potilasohjaus.
2. Sektiopotilaan postoperatiivisessa hoidossa tulee kiinnittää erityistä huomiota kivunhoitoon ja potilasohjaukseen, jotta äidille jäisi positiivinen synnytyskokemus ja hän kykenisi mahdollisimman pian palaamaan arkirutiineihin sekä hoitamaan lastaan.

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin sektiotilaan leikkauksen jälkeistä hoitoa ja siihen liittyviä ongelmia. Aihetta olisikin hyvä tutkia kaikkien sektioon liittyvien vaiheiden kannalta.

## LÄHTEET

Erämies, T. 2017. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.). Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.

Espoon kaupunki. n.d. Lapsivuodeaika. Luettu 13.11.2020. [https://www.es-poo.fi/fi-fi/lapsiperheet/raskaus\\_synnytys\\_vauva\\_perheessa/perhevalmen-nus/raskausajan\\_muutokset\\_ja\\_synnytykseen\\_valmistautuminen/Lapsivuode-aika](https://www.es-poo.fi/fi-fi/lapsiperheet/raskaus_synnytys_vauva_perheessa/perhevalmen-nus/raskausajan_muutokset_ja_synnytykseen_valmistautuminen/Lapsivuode-aika)

Hyvinkään sairaala. 2012. Keisarileikkaus. Ohje potilaalle. Naistentautien ja synnytysten tulosityksikkö.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 291–301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2016. Synnytyksestä toipuminen. Luettu 14.1.2021. [https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Synnytys/Synnytyksen\\_jal-keen/Synnytyksesta\\_toipuminen\(43796\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Synnytys/Synnytyksen_jal-keen/Synnytyksesta_toipuminen(43796))

Kielitoimiston sanakirja. 2020. Toipua. Kotimaisten kielten keskus ja Kielikone Oy. Luettu 27.10.2020. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/toipua>

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Lääketieteen termit: keisarileikkaus. Duodecimin sanakirjat. 2019. Kustannus Oy Duodecim.

Maksimow, A. 2020. Heräämöhoidon tavoitteet (toipumisen seuranta ja mahdollisten komplikaatioiden havaitseminen). Teoksessa Olkkola, K., Kiviluoma, K., Saari, T., Tallgren, M., Uusaro, A. & Yli-Hankala, A. (toim.). Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito. Kustannus Oy Duodecim.

Mäkelä, T., Airo, R., Tokola, M., Saisto, T. & Rouhe, H. 2021. Traumaattisesta synnytyksestä toipuminen. Duodecim 137 (1), 72–77.

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Niemi-Murola, L. 2016. Postoperatiivinen hoito. Teoksessa Niemi-Murola, L., Metsävainio, K., Saari, T., Vakkala, M. & Vahtera, A. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Kustannus Oy Duodecim.

Pallasmaa, N., Ekblad, U., Aitokallio-Tallberg, A., Uotila, J., Raudaskoski, T., Ulander, V-M. & Hurme, S. 2010. Cesarean delivery in Finland: maternal complications and obstetric risk factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 89 (7), 896–902.

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

Perinataalilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2019. Tilastoraportti 48/2020, 20.11.2020. THL.

Pesonen, E. 2020. Elintoimintojen valvonta vuodeosastolla. *Finnanest* 53 (1), 38–39.

Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. 2017. Syntymän jälkeinen kättilötyö. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.). Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita.

Salo, H., Tekay, A. & Mäkikallio, K. 2015. Tutkimusnäyttöön perustuva keisarileikkaus. *Duodecim* 131 (12), 1137–1143.

Tampereen yliopistollinen sairaala. 2020. Synnyttäneen äidin hoito. Luettu 15.11.2020. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Raskaus\\_ja\\_synnytys\\_hoitoohjeet/Synnyttaneen\\_aidin\\_hoito\(13264\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Raskaus_ja_synnytys_hoitoohjeet/Synnyttaneen_aidin_hoito(13264))

Uotila, J. 2017. Keisarileikkaus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.). Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Luettu 6.3.2021. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Uotila, J. & Tihtonen, K. 2019. Keisarileikkaus. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, O. & Mäkikallio, K. (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

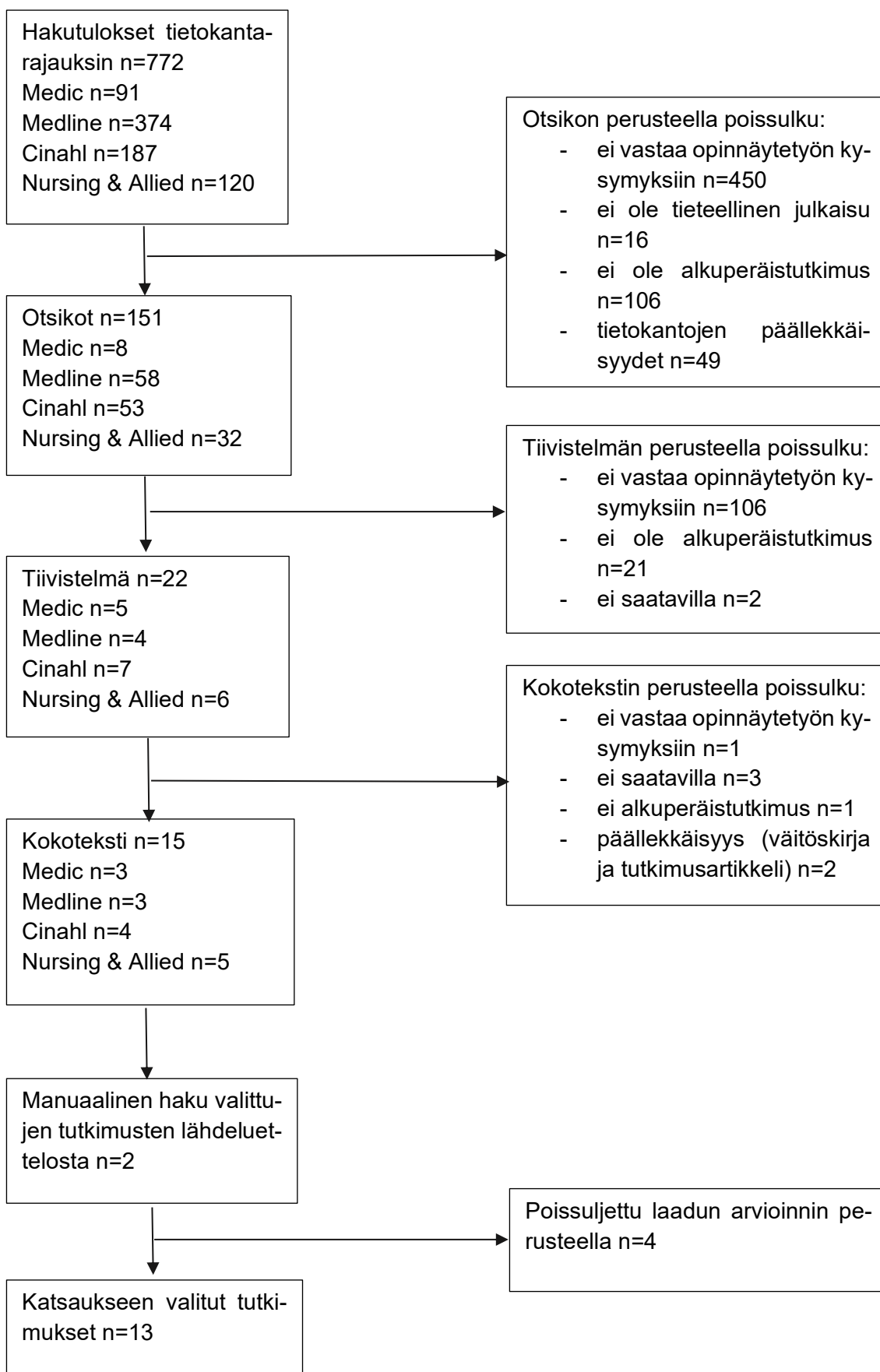
### **Katsausartikkelit:**

Baluku, M., Bajunirwe, F., Ngonzi, J., Kiwanuka, J. & Ttendo, S. 2020. A randomized controlled trial of enhanced recovery after surgery versus standard of care recovery for emergency Cesarean deliveries at Mbarara hospital, Uganda. *Anesthesia and Analgesia* 130 (3), 769–776.

- Borges, N., e Silva, B., Pedroso, C., Silva, T., Tatagiba, B. & Pereira, L. 2017. Postoperative pain in women undergoing Caesarean section. *Enfermería Global* 16 (4), 374–383.
- Elsous, A., Mohsen, S., Mokayad, S., Ouda, M. & Al-Sheikh, M. 2018. Post-operative pain after Caesarean delivery: Initial assessment for quality improvement. *International Journal of Caring Sciences* 11 (1), 136–144.
- Friedrich, V., Guerreiro, M., Benetti, E., Gomes, J., Kirchner, R. & Stumm, E. 2019. Evaluation of pain, stress and coping in puerperal women after Cesarean section. *Revista De Pesquisa, Cuidado É Fundamental Online* 11 (2), 270–277.
- Gregson, H. 2011. Reducing surgical site infection following Caesarean section. *Nursing Standard* 25 (50), 35–40.
- Hakala, M., Laukkala, H., Kaakinen, P. & Elo, S. 2015. Vauvamyönteisyyden nykytila Suomessa vastasyntyneen ihokontaktin toteutumisen osalta. *Tutkiva Hoitotyö* 13 (4), 15–24.
- Honkanen, K. 2012. Perheiden kokemus yhdessäolosta ja ihokontaktista vanhemman ja lapsen välillä keisarileikkauksen jälkeen leikkausosastolla. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö.
- Jikijela, T., James, S. & Sonti, B. 2018. Caesarean section deliveries: Experiences of mothers of midwifery care at a public hospital in Nelson Mandela bay. *Curationis* 41 (1).
- Kealy, M., Small, R. & Liamputtong, P. 2010. Recovery after Caesarean birth: A qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy & Childbirth* 10, 47.
- Pallasmaa, N., Ekblad, U., Aitokallio-Tallberg, A., Uotila, J., Raudaskoski, T., Ulander, V. & Hurme, S. 2010. Cesarean delivery in Finland: Maternal complications and obstetric risk factors. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica* 89 (7), 896–902.
- Redshaw, M. & Hockley, C. 2010. Institutional processes and individual responses: Women's experiences of care in relation to Cesarean birth. *Birth* 37 (2), 150–159.
- Richard, F., Zongo, S. & Ouattara, F. 2014. Fear, guilt, and debt: An exploration of women's experience and perception of Cesarean birth in Burkina Faso, West Africa. *International Journal of Women's Health* 6, 469–478.
- Tynkkynen, A. 2012. Synnytyksiin liittyvät infektiot: Esiintyvyyys ja riskitekijät. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, lääketieteen laitos.

## LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten valinta





## Liite 2. Tutkimusartikkeleiden laadun arviointi

	Kyllä	Ei	Ei tietoa / ei sovellu
<b>Tutkimuksen tausta ja tarkoitus</b>			
Tutkittava ilmiö on määritelty selkeästi.			
Tutkimuksen aihe on perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti.			
Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät on määritelty selkeästi.			
<b>Aineisto ja menetelmät</b>			
Aineistonkeruumenetelmät ja konteksti on perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti.			
Aineistonkeruumenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön.			
Aineiston keruu on kuvattu.			
Tutkimuksen kohderyhmä on relevantti.			
Tutkimuksen sisällön/otoksen riittävyttä on arvioitu.			
Aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet on kuvattu.			
Valittu analyysimenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön.			
<b>Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys</b>			
Tutkija on nimennyt kriteerit, ja niiden pohjalta arvioinut tutkimuksen luotettavuutta.			
Tutkimuksessa on käytetty aineiston tai menetelmien triangulaatiota lisäämään luotettavuutta.			
Tutkija on pohtinut eettisiä kysymyksiä huolellisesti.			
<b>Tulokset ja johtopäätökset</b>			
Tulosten merkittävyyttä on arvioitu.			
Tutkimuksen tuloksilla on merkitystä hoitotyön kehittämisessä.			
Tulokset on esitetty selkeästi ja niitä on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin.			
Tutkimuksen johtopäätökset perustuvat tuloksiin ja ovat hyödynnettävissä.			
<b>Kokonaisarvio</b>			
Tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja loogisen kokonaisuuden.			
Tutkimuksesta saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin.			
Tutkimus on sovellettavissa suomalaisen terveydenhuollon kenttään.			

(Mukaillen Kontio &amp; Johansson 2007)

## Liite 3. Tutkimusartikkeleiden yhteenveto ja laadun arviointi

Tekijät, lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi
Baluku, M., Bajunirwe, F., Ngonzi, J., Kiwanuka, J. & Ttendo, S. 2020. A randomized controlled trial of enhanced recovery after surgery versus standard of care recovery for emergency Cesarean deliveries at Mbarara hospital, Uganda. <i>Anesthesia and Analgesia</i> 130 (3), 769–776. Uganda.	Vertailla sairaalassaoloajan pituutta optimoidun toipumisen ohjelman (ERAS) ja perinteisten toimintatapojen välillä kiireellisessä sektiossa matalatuloisessa maassa. Lisäksi tavoitteena selvittää lisääkö ERAS komplikaatioiden määrää.	160 potilasta, jotka synnyttivät kiireellisellä sektiolla ja anestesia- ja analgesiamuotona oli spinaalipuudutus. Sektio tehtiin poikittaisen kohtuviillon kautta ja potilaiden ASA-luokka oli IIE.	Prospektiivinen RCT-tutkimus. Äidit satunnaistettiin tasaisesti molempiin ryhmiin.	ERAS-ryhmällä oli tilastollisesti merkittävä lyhyempi sairaalassaoloaika. Ero SOC-ryhmään oli 18.5 tuntia. Komplikaatioista kovaa kipua ja päänsärkyä esiintyi vähemmän ERAS-ryhmällä, mutta kutina oli heillä yleisempää.	17/20 p.
Borges, N., e Silva, B., Pedroso, C., Silva, T., Tagibá, B. & Pereira, L. 2017. Postoperative pain in women undergoing Caesarean section. <i>Enfermería Global</i> 16 (4), 374–383. Brasilia.	Arvioida keisarileikkauksen jälkeisen kivun esiintyvyyttä, voimakkuutta ja laatua.	1062 keisarileikatua naista.	Poikkileikkaustutkimus. Haastattelu pre- ja postoperatiivisesti.	Kipua esiintyi 92,7 % keisarileikatuista naisista. Keskiarvo kivun voimakkuudesta pahimmillaan oli 6,6 (VAS 0-10). Tuntemuksia kuvailtiin useimmin sanoilla kipeä (91,6 %), aristava (70,0 %) ja tykettävä (56,1 %).	16/20 p.
Elsous, A., Mohsen, S., Mokayad, S., Ouda, M. & Al-Sheikh, M. 2018. Post-	Arvioida postoperatiivista kipua keisarileikatuilla naisilla.	207 Shifa Medical Complex -sairaalassa keisarileikatua naista.	Poikkileikkaustutkimus. Haastattelu 1. postoperatiivisena päivänä.	46,1 % raportoi kovasta kivusta (VAS ≥ 8). Keskiarvo kivun voimakkuudesta ensimmäisen 24 tunnin aikana leikkauksesta VAS 7. Naiset raportoivat	15/20 p.

operative pain after Caesarean delivery: Initial assessment for quality improvement. International Journal of Caring Sciences 11 (1), 136–144. Palestiina.				kivun häiritsevän aktiivisuutta ja unta. 78,2 % ei osallistunut päätöksentekoon kivunhoitoon liittyen.	
Friedrich, V., Guerreiro, M., Benetti, E., Gomes, J., Kirchner, R. & Stumm, E. 2019. Evaluation of pain, stress and coping in puerperal women after Cesarean section. Revista De Pesquisa, Cuidado É Fundamental Online 11 (2), 270–277. Brasilia.	Arvioida lapsivuodeaikana äitien kipua, koetua stressiä ja selviytymistä keisarileikkauksen jälkeen.	65 keisarileikkattua äitiä, joilla esiintyi vaivoja tai kivun merkkejä viimeisen 24 tunnin aikana.	Poikkileikkaustutkimus, kvantitatiivinen asetelma. Kyselylomake.	46,4 % raportoi kovasta kivusta; 64,6 % raportoi huonovointisuudesta. 83,1 % kärsi kohtalaisesta stressistä. Selviytymiskeinoista käytetyin oli asioiden uudelleen arviointi: ”löytää uudelleen mikä on tärkeää elämässä”.	15/20 p.
Gregson, H. 2011. Reducing surgical site infection following Caesarean section. Nursing Standard 25 (50), 35–40. Iso-Britannia.	Asettaa leikkaushaavainfektioille vertailuarvo keisarileikkauksille ja vähentää infektioiden määrää monitorimalla ja toteuttamalla yhdenmukaisuutta NICE:n suositusten kanssa.	Kaikkiaan 2382 keisarileikkattua potilasta seurattiin kahden vuoden aikana.	Kysely äideille ja heitä hoitaville kätilöille.	Infektioiden määrä ennen NICE suositusten käyttöönottoa vaihteli 5,7 % ja 9,0 % välillä. Suositusten käyttöönoton jälkeen infektioiden määrä väheni jopa 3,8 %. Hydrofiber- ja hydrokolloidisidosten käyttöönotto vähensi infektioita vielä 1,3 %.	15/20 p.
Hakala, M., Laukkala, H., Kaakinen, P. & Elo, S. 2015. Vauvamyönteisyyden nykytila Suomessa	Kuvata vauvamyönteisyyden nykytilaa Suomen synnytyssairaiden synnytyssairaiden	Aineisto kerättiin keväällä 2014 synnyttäneiltä äideiltä	Kyselylomake. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja avoimet	Isän ja vastasyntyneen välinen ihokontakti toteutui enimmäkseen keisarileikkauksen jälkeen. Ihokontakti alkoi keskimäärin kuuden minuutin iässä ja	20/20 p.

vastasyntyneen ihokontaktin toteutumisen osalta. Tutkiva Hoitotyö 13 (4), 15–24. Suomi.	loissa ihokontaktin toteutumisen osalta ja siihen vaikuttavia tekijöitä.	ja heidän synnytyssalikätilöiltään kahdeksassa Suomen synnytysraalassa. Vastauksia oli kätilöiden osalta 272 ja äitien osalta 111.	kysymykset sisällytettiin erittelyllä.	kesti 1,5 tuntia. Äideistä 85 % piti ihokontaktia erittäin positiivisena. Ihokontakti estyi enimmäkseen keisarileikkauksen ja vauvan vointiin liittyvien syiden takia.	
Honkanen, K. 2012. Perheiden kokemus yhdessäolosta ja ihokontaktista vanhemman ja lapsen välillä keisarileikkauksen jälkeisen leikkausosastolla. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Suomi.	Kuvata perheen yhdessäolon sekä vanhemman ja lapsen välisen ihokontaktin kokemusta leikkausosastolla elektivisessä keisarileikkauksessa perheen näkökulmasta.	Yliopistollisen sairaalan 6 elektivisellä sektioilla synnyttänyttä naista ja heidän puolisoaan.	Laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin teemahaastatteluina ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	Äidit kokivat, että vuorovaikutus vastasyntyneen kanssa käynnistyi. Välittömään ihokontaktiin vastasyntyneen kanssa päässeet vanhemmat kokivat kiintymyssuhteen alkavan muodostua. Ensi-imetyksen onnistuminen toi luottamusta imetyksen onnistumiseen jatkossakin. Keisarileikatut äidit kokivat, että ihokontakti toi voimaa leikkauksesta toipumiseen. Vanhemmat kokivat ihokontaktin merkityksellisenä.	20/20 p.
Jikijela, T., James, S. & Sonti, B. 2018. Caesarean section deliveries: Experiences of mothers of midwifery care at a public hospital in Nelson Mandela Bay. Curationis 41 (1). Etelä-Afrikka.	Tutkia ja kuvata keisarileikkauksella synnyttäneiden äitien kokemuksia kätilöiltä saamistaan hoidosta julkisessa sairaalassa Nelson Mandel Bayssa.	11 keisarileikkauksella julkisessa sairaalassa synnyttänyttä äitiä.	Kvalitatiivinen kuvaileva tutkimus.	3 pääteemaa nousi esiin naisten kokemuksista: monimuotoinen kipu, fyysinen rajoittuneisuus ja turhautuneisuus sekä erilaiset kokemukset terveydenhuollon palveluista.	20/20 p.
Kealy, M., Small, R. & Liamputtong, P. 2010. Recovery after Caesarean birth: A qualitative	Kuvailla naisten toipumista keisarileikkauksen jälkeen sairaalasta kotiutumisen ja 5 kk välisenä aikana sekä 7	32 vähintään kerran keisarileikkautta naista. Naiset valikoitiin tutkimukseen siten, että	Kvalitatiivinen tutkimus. Suullinen haastattelu ja teemaattinen analyysi.	30 naista kertoi haasteista noudattaa postoperatiivista ohjausta, jonka he saivat sairaalasta kotiutuessaan. Fyysistä toipumista hidasti terveysongelmat, kuten kipu, vähentynyt mobilisaatio, leikkaushaavan ongelmat, infektiot, vuoto emättimestä ja	19/20 p.

study of women's accounts in Victoria, Australia. BMC Pregnancy & Childbirth 10, 47. Australia.	vuotta leikkauksen jälkeen.	mukaan saataisiin mahdollisimman erilaisia kokemuksia.		virtsa- ja virtsainkontinenssi. Näitä ongelmia esiintyi kaikissa ryhmissä riippumatta sektion syystä.	
Pallasmaa, N., Ekblad, U., Aitokallio-Tallberg, A., Uotila, J., Raudaskoski, T., Ulander, V. & Hurme, S. 2010. Cesarean delivery in Finland: Maternal complications and obstetric risk factors. Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica 89 (7), 896–902. Suomi.	Arvioida keisarileikkaukseen liittyvien äidin komplikaatioiden määrää ja vertailla sairastavuutta elektiiivisen, kiireellisen ja hätäsektion välillä. Osoittaa riskitekijöitä liittyen äidin sairastavuuteen keisarileikkauksen yhteydessä.	Keisarileikkauksella 12 Suomen synnytysyksikössä synnyttäneet naiset 6 kuukauden ajalta (n=2496).	Data raskaana olevista, keisarileikkauksista ja äitien toipumisesta sairaalassaolon aikana kerättiin prospektiivisesti raportointikaavakkeisiin. Todennäköisyydet komplikaatioille laskettiin.	27 % keisarileikatuista naisista kärsi komplikaatioista. 10 % koki vakavia komplikaatioita. Komplikaatioiden määrä oli korkeampi kiireellisissä sektioissa kuin elektiiivisissä ja korkein hätäsektioissa. Merkittävimmät itsenäiset riskitekijät äidin sairastavuudelle olivat kiireellinen ja hätäsektio, pre-eklampsia, äidin obesiteetti ja äidin korkea ikä.	15/20 p.
Redshaw, M. & Hockley, C. 2010. Institutional processes and individual responses: Women's experiences of care in relation to Cesarean birth. Birth 37 (2), 150–159. Iso-Britannia.	Saavuttaa parempi ymmärrys tutkimalla yksittäisten naisten viimeaikaisia kokemuksia ja pohdintoja saamastaan hoidosta.	682 keisarileikkauksella lähiaikoina synnyttänyt äitiä.	Kvalitatiivinen tutkimus. Kyselylomake 3 kk synnytyksen jälkeen.	Naisten kokemuksista esiin nousseet teemat liittyivät odotuksiin, epävarmuuteen, emotionaaliin reaktioihin, kipuun ja epämuukavuuteen, selityksiin, tukeen ja mukautumiseen.	19/20 p.
Richard, F., Zongo, S. & Ouattara, F. 2014. Fear, guilt, and debt: An exploration of women's experience and perception of Cesarean birth in Burkina	Tutkia naisten kokemuksia ja havaintoja keisarileikkauksesta Burkina Fasossa sekä tutkia sen sosiaalisia ja taloudellisia seurauksia taloudessa.	35 lähiaikoina sektiolla synnyttänyttä naista.	Kvalitatiivinen tutkimus. Semistrukturoitu haastattelu.	Keskeinen haastatteluissa esiin noussut teema oli kommunikaatio potilaiden ja hoitohenkilöstön välillä. Henkilökunnan antama tieto ei joko ollut riittävän tarkkaa tai sitä ei ymmärretty. Naiset eivät saaneet riittävästi tietoa postoperatiivisesta henkilökohtaisesta hygieniasta, ruokavaliosta, seksuaalisen kanssakäymisen uudelleen aloittamisesta ja	17/20 p.

Faso, West Africa. International Journal of Women's Health 6, 469–478. Burkina Faso.				ehkäisystä. Naisten kokemukset keisarileikkauksesta sisälsivät syyllisyyden tunteita sekä huolia tulevista synnytyksistä, kustannuksista, väsymyksestä ja leikkauksen jälkeisistä komplikaatioista.	
Tynkkynen, A. 2012. Synnytyksiin liittyvät infektiot: esiintyvyys ja riskitekijät. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, lääketieteen laitos. Suomi.	Kartoittaa synnytyksiin liittyvien infektioiden esiintyvyyttä ja riskitekijöitä KYS:ssa.	Yksisikiöiset alatie- ja keisarileikkauks-synnytykset KYS:ssa tammi-kuun 2002 ja syys-kuun 2011 välillä, kaikkiaan 23 095 synnytystä.	Esiintyvyyden arvioimiseksi käytettiin lääkäreiden merkitsemiä infektiodiagnooseja ja kättilöiden arvioita mahdollisista infektioista. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Kohtutulehdusta esiintyi 2 % kaikista synnyttäjistä. Virtsatieinfektioita ja haavainfektioita esiintyi 0,5 % kaikista synnyttäjistä. Keisarileikkaus on merkittävä riskitekijä kohtu- ja haavainfektioille verrattuna alatiesynnytykseen. Antibioottiprofylaksian aloittaminen 2008 vähensi haavainfektioita, mutta ei muita infektioita. Äidin ylipaino lisäsi haavainfektioiden riskiä keisarileikkauksissa.	15/20 p.