

Opinnäytetyö (AMK)

Kätilökoulutus

2021

Jasmiina Hakala

Sektion jälkeinen hoitotyö lapsivuodeosastolla

– Simulaatio-opetus kätilöopiskelijoille

Opinnäytetyö (AMK) | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Kätilökoulutus

2021 | 43 sivua

Jasmiina Hakala

Sektion jälkeinen hoitotyö lapsivuodeosastolla

- Simulaatio-opetus kätilöopiskelijoille

Keisarileikkaus eli sektio on kirurginen toimenpide, jossa sikiö syntyy vatsanpeitteiden ja kohdun läpi tehtyjen viiltojen kautta. Keisarileikkaustapa voi olla elektiivinen eli suunniteltu leikkaus tai päivystyksellinen leikkaus. Keisarileikkauspäätökseen vaikuttavat monet tekijät, kuten synnytyksen kulku, kohdunsuun tilanne sekä äidin voimavarat ja mahdolliset sairaudet sekä sikiön vointi.

Keisarileikkauksen jälkeen lapsivuodeosastolla hoidetaan kipua ja leikkaushaavaa, tarkkaillaan kohdun supistumistumista sekä jälkivuotoa. Keisarileikkaukseen voi liittyä vakavia komplikaatioita, kuten laskimotukokset, infektiot ja verenvuoto.

Simulaatiopedagogiikalla tarkoitetaan oppimista mahdollisimman todentuntuisessa rakennetussa ympäristössä. Tavoitteena on hyödyntää opittua tietoa aidoissa toimintaympäristöissä.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä toimeksiantajana Turun ammattikorkeakoulu. Tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa simulaatio-sektion jälkeisestä hoitotyöstä lapsivuodeosastolla kätilöopintojen syventävään vaiheeseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä kätilöopiskelijoiden tietoa ja käytännön taitoja keisarileikkauksen läpikäyneiden hoidosta, niin rutiininomaisissa, kuin epätavallisissa tilanteissa.

Asiasanat:

Keisarileikkaus, sektio, synnytys, toipuminen, lapsivuodeaika

Bachelor's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Degree programme in Midwifery

2021 | 43 pages

Jasmiina Hakala

Post-caesarean section care in maternity ward

- Simulation education for midwifery students

Caesarean section, known as c-section is a surgical procedure where fetus is born through incisions to abdominal wall and uterus. Caesarean method can be elective which is pre-planned or emergency surgery. Multiple factors can affect to the decision of the surgery such as the stance of the parturient, previous birth experiences, the state of the cervix, and the mother's possible illnesses and resources and fetal well-being.

In maternity ward after caesarean section must take in consideration post-caesarean section pain relief, care of the surgical wound, contraction and bleeding of the uterus. Caesarean section can cause complications such as thrombosis, infections and hemorrhage.

Simulation pedagogy means learning about realistic situation in build in environment. The goal is to utilize learned knowledge in real situation in the future.

This thesis was carried out as a functional thesis, and it was commissioned by Turku University of Applied Sciences. The purpose was to plan and execute simulation about post-caesarean section care in maternity ward for midwifery students. The aim was to give more information and practical skills for midwifery students in post-caesarean section care in normal and abnormal situations.

Keywords:

Caesarean section, c-section, delivery, recovery, puerperium

Sisältö

1 Johdanto	6
2 Sektio eli keisarileikkaus	7
2.1 Elektiivinen keisarileikkaus	7
2.2 Päivystyksellinen keisarileikkaus	8
2.3 Leikkauksen toteuttaminen	9
3 Keisarileikkauksen jälkeiset komplikaatiot	12
3.1 Laskimotukos	12
3.2 Infektio	13
3.3 Verenvuoto	14
3.4 Pitkäaikaiset komplikaatiot	15
4 Keisarileikkauksen jälkeinen hoitotyö	16
4.1 Kivun hoito	16
4.2 Leikkaushaavan hoito	18
4.3 Mobilisaatio	19
4.4 Virtsaaminen ja suolentoiminta	19
4.5 Kohdun supistuminen ja jälkivuoto	20
4.6 Psyykinen toipuminen	21
5 Simulaatiopedagogiikka	23
6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	25
7 Opinnäytetyön menetelmä	26
8 Simulaation toteutus	27
8.1 Suunnitelma	27
8.2 Toteutus	28
9 Eettisyys ja luotettavuus	32
10 Pohdinta	34

Liitteet

Liite 1. Simulaatiocase

1 Johdanto

Keisarileikkaus on maailmassa yleisin naisille tehty suuri leikkaus (Pallasmaa 2014). Vuonna 2019 keisarileikkausten määrä oli 17,5 prosenttia synnytyksistä, joka oli korkein Suomessa tilastoitu luku (THL 2020). Keisarileikkaus voi pelastaa äidin tai lapsen hengen, mutta siihen liittyy suuren kirurgisen toimenpiteen riskit (Pallasmaa 2014). Keisarileikkauspäätökseen vaikuttavat monet tekijät, kuten synnytyksen kulku, kohdunsuun tilanne sekä äidin voimavarat ja mahdolliset sairaudet (Paananen ym. 2017).

Noin puolet keisarileikkauksista ovat suunniteltuja eli elektiivisiä leikkauksia ja loput ovat päivystysleikkauksia. Pieni osa päivystysleikkauksista on hätäkeisarileikkauksia. (Saisto T., www.terveyskirjasto.fi, 2020.) Keisarileikkaustapa vaikuttaa äidin vointiin, äidin ja vauvan väliseen kiintymyssuhteeseen, vauvan ravitsemukseen sekä äidin ja perheen synnytyskokemukseen (Deufel & Montonen 2016). Keisarileikkaukseen liittyy merkittävästi enemmän terveysongelmia kuin alatiesynnytykseen. Leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita voivat olla muun muassa laskimotukokset, infektiot ja verenvuoto. (Pallasmaa ym. 2016.)

Parhailaan tehokas kivunhoito, varhainen liikkeelle lähtö ja varhainen suun kautta aloitettu ravitsemus tuottavat nopean toipumisen ja lyhentävät osastohoitoaika (Savikko ym. 2016). Toipumiseen keisarileikkauksen jälkeen vaikuttaa muun muassa synnyttäneen ylipaino, ikä, tupakointi ja perussairaudet, kuten diabetes (Pallasmaa 2014).

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toimeksiantajana toimi Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa simulaatio sektion jälkeisestä hoitotyöstä lapsivuodeosastolla kätilötyön syventäviin opintoihin. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä kätilöopiskelijoiden tietoa ja käytännön taitoja keisarileikkauksen läpikäyneiden hoidosta, niin rutiininomaisissa, kuin epätavallisissa tilanteissa.

2 Sektio eli keisarileikkaus

Sektio eli keisarileikkaus on kirurginen toimenpide, jossa sikiö syntyy vatsanpeitteiden ja kohdun läpi tehtyjen viiltojen kautta (NIH 2017).

Keisarileikkaus on tavallisin leikkaustoimenpide Suomessa (Salo ym. 2015).

Keisarileikkaus voi pelastaa äidin tai lapsen hengen, mutta siihen liittyy suuren kirurgisen toimenpiteen riskit (Pallasmaa 2014). Keisarileikkauspäätökseen vaikuttavat monet tekijät, kuten synnytyksen kulku, kohdunsuun tilanne sekä äidin voimavarat ja mahdolliset sairaudet (Paananen ym. 2017).

Keisarileikkaustapa vaikuttaa äidin vointiin, äidin ja vauvan väliseen kiintymyssuhteeseen, vauvan ravitsemukseen sekä äidin ja perheen synnytyskokemukseen (Deufel & Montonen 2016).

2.1 Elektiivinen keisarileikkaus

Elektiivinen keisarileikkaus on suunniteltu toimenpide, joka pääsääntöisesti tehdään, kun raskaus on täysiaikainen eli se on edennyt yli 37. raskausviikon (Saisto T., www.terveyskirjasto.fi, 2020). Elektiivinen sektio pyritään tekemään seitsemästä kymmeneen vuorokautta ennen laskettua aikaa (Deufel & Montonen 2016). Reilu kolmannes sektioista on ennalta suunniteltuja (Hakulinen ym. 2019). Elektiivinen sektio voi muuttua päivystykselliseksi synnytyksen käynnistyttyä ennen suunniteltua toimenpidettä (Paananen ym. 2017).

Tavallisimmat syyt suunnitellulle keisarileikkaukselle on sikiön perätila, aiemmat kohtuun kohdistuneet leikkaukset ja synnytyspelko (Saisto T., www.terveyskirjasto.fi, 2020). Muita syitä elektiiviselle sektiolle voi olla sikiön poikkeavan suuri koko tai synnyttäjän ahdas lantio, täydellinen tai osittainen etisistukka (*placenta praevia*), synnyttäjän krooninen sairaus, kuten diabetes ja vaikea sydänsairaus, pre-eklampsia, synnytyksen käynnistymättömyys, istukan heikko toiminta sekä sikiön sairaudet ja tarve suunnitellulle hoitotoimenpiteelle syntymän jälkeen. (Paananen ym. 2017.)

Etinen istukka tarkoittaa, että kohdun alaosassa oleva istukan osa peittää kohdun kaulakanavan sisäsuun osittain tai kokonaan. Tätä tavataan noin 0,5 prosentissa raskauksista. (Tiittinen A., www.terveyskirjasto.fi, 2021a.) Pre-eklampsia eli raskausmyrkytys, todetaan kun synnyttäjän verenpaine nousee 20. raskausviikon jälkeen yli tason 140/90 mmHg ja virtsaan erittyy proteiinia. Oireina voi olla päänsärky, ylävatsakipu, näköhäiriöt ja voimakas turvotus. Pre-eklampsiaa pidetään istukkasairautena, jolloin istukan verenkierto vähentyy ja vaikuttaa sikiön hapettumiseen ja kasvuun. Tähän sairastuu Suomessa 2–3 prosenttia raskaana olevista. Riskitekijöitä ovat ensimmäinen raskaus, monisikiöraskaus, sukurasitus, ikä alle 20 vuotta tai yli 40 vuotta, lihavuus, verenpainetauti, diabetes, sidekudossairaus ja krooninen munaisairaus. (Tiittinen A., www.terveyskirjasto.fi, 2021b.)

2.2 Päivystyksellinen keisarileikkaus

Päivystyksellinen eli kiireellinen sektio voidaan tehdä äidin, sikiön tai molempien tilanteen vuoksi (Deufel & Montonen 2016). Suurin osa päivystyksellisistä keisarileikkauksista toteutetaan ilman kiirettä ja hätää. Leikkausajankohta valitaan sikiön voinnin sallimissa rajoissa niin, että synnyttäjä valmistellaan leikkaukseen hyvin. (Paananen ym. 2017.) Kiireellinen sektio tulee tehdä 30 minuutin kuluessa leikkauspäätöksestä, jotta äidille tai lapselle ei aiheutuisi ylimääräistä vaaraa (Ranta 2016). Syitä päivystykselliselle sektiolle voi olla synnytyksen käynnistymättömyys, synnytyksen ensimmäisen vaiheen eli avautumisvaiheen pitkittyminen tai pysähtyminen, ponnistusvaiheen pitkittyminen sekä sikiön asfyksia eli hapenpuute tai sellaisen uhka. (Paananen ym. 2017.)

Hätäsektiolla tarkoitetaan päivystyksellistä leikkausta, jossa vauva saadaan syntymään kymmenessä minuutissa leikkauspäätöksestä. Hätäsektio on suunnittelematon leikkaus. (Deufel & Montonen 2016.) Vuonna 2019 kaikista synnytyksistä hätäsektioita oli alle yksi prosentti (THL 2020). Hätäsektioon siirrytään hätäjärjestelyin ja hätätyövoimaa käyttäen. Syitä hätäsektiopäätökselle voi olla sikiön palautumaton bradykardia eli sydämen

hidaslyöntisyys, napanuran esiinluiskahdus ja istukan äkillinen irtautuminen. Vaarana voi olla sikiön vakava hapenpuute, jolloin sikiö voi menehtyä tai vammautua muutaman minuutin kuluessa. (Uotila & Tihtonen 2019; Kettunen 2021; Paananen ym. 2017.) Äkillisesti tehty leikkauspäätös vaikuttaa perheen synnytyskokemukseen. Tilanteesta tiedottaminen kiireellisyyden vuoksi on voinut jäädä vähäiseksi, joten synnytyksen jälkeisen keskustelun merkitys korostuu. (Deufel & Montonen 2016.)

2.3 Keisarileikkauksen toteuttaminen

Keisarileikkauksessa tavallisesti käytetään paikallista anestesiaa eli spinaali- tai epiduraalipuudutusta, hätäsektioissa käytetään yleisanestesiaa kiireestä johtuen. Yleisanestesiaa voidaan käyttää myös, jos puudutukselle on jokin vasta-aihe, kuten synnyttäjän kieltäytyminen, hyytymishäiriöt, paikallinen infektio tai sepsis sekä puudutusaineallergia. (Deufel & Montonen 2016.) Joissakin leikkauksissa käytetään spinaali- ja epiduraalipuudutuksen yhdistelmää, jossa saadaan molempien puudutuksien edut. (Sarvela J. & Volmanen P. www.terveyskirjasto.fi, 2019).

Spinaalipuudutteen vaikutus alkaa nopeasti, mutta sen kesto on rajallinen (Sarvela J. & Volmanen P. www.terveyskirjasto.fi, 2019).

Epiduraalipuudutuksen etuna on taas hitaampi vaikutusaika, mutta se on soveliaampi sairaille synnyttäjille ja on hemodynaamisesti pehmeämpi eli verenkiertojärjestelmä pysyy tasaisempana. Jos synnyttäjällä on käytössä jo epiduraalipuudutus, voidaan sitä soveltaa leikkaukseen sopivaksi. (Paananen ym. 2017; Secomb 2016.) Keisarileikkauksessa käytetään 30–50 prosenttia pienempää puuduteaineseosta kuin muilla anestesiapotilailla.

Puudutusaineseoksella pyritään vähentämään vastasyntyneen lamaavaa lääkeainemääriä. Epiduraalipuudutusta voidaan hyödyntää myös leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. (Deufel & Montonen 2016.)

Keisarileikkauksessa iho tavallisesti avataan alavatsalta poikittain kaarevana viiltana noin 2–3 senttimetriä symfyysin eli häpyluun yläpuolelle. Tätä kutsutaan

Pfannenstielin avaukseksi. Poikittaiseen avaukseen liittyy vähemmän leikkauksen jälkeistä kipua ja parempi kosmeettinen lopputulos, myös haavalujuus on myös suurempi. Alakeskiviilto tehdään hätäsektion yhteydessä. Tämä mahdollistaa nopeamman pääsyn vatsaonteloon ja avausta on helppo tarvittaessa laajentaa. (Salo ym. 2015.)

Ihon avaamisen jälkeen siirrytään ihonalaiskudokseen, lihaskalvoon, vinoihin vatsalihaksiin sekä vatsakalvoon, jotka voidaan aukaista, joko poikittain tai pitkittäin. Tarkoituksena on tehdä mahdollisimman paljon tilaa vauvan syntymiselle. On huolehdittava, että suolet ja virtsarakko siirretään pois leikkausalueelta. Kohtu avataan tavallisesti poikittain 1–2 senttimetrin viillolla kohdun istmisestä osasta eli kohdun alakolmanneksesta. Kohtu avataan loppuun sormin, joka vähentää hemoglobiinipitoisuuden pienenemistä, kohdun repeämien ilmaantuvuutta sekä lyhentää sairasloman tarvetta verrattuna terävällä avaamiseen. Kohdun avauksessa täytyy varoa sikiötä. Sikiö autetaan ulos. Usein joudutaan painamaan kohdun funduksesta eli kohdun pohjasta tai puolestaan emättimen kautta sikiön päätä, jotta sikiö saadaan ulos. (Paananen ym. 2017; Salo ym. 2015.)

Vastasyntyneen ulosauton jälkeen tavallisesti tilanteen salliessa viivästytetään napanuoran katkaisua 30–60 sekuntia niin, että vastasyntynyttä pidetään istukkatason alapuolella. Tämä vähentää ennenaikaisesti syntyneillä aivoverenvuodon, kehitysviivästymän ja nekrotisoivan enterokoliitin eli suolistosairauden riskiä. Täysiaikaisilla 2–3 minuutin viivästyttäminen vähentää raudanpuuteanemian riskiä. Napanuora lypsetään istukasta sikiöön päin, jolla on saman tapaisia hyötyjä kuin napanuoran katkaisun viivästyttämisellä. Napanuoran lypsämistä tai katkaisun viivästyttämistä ei kuitenkaan suositella, jos synnyttäjällä on vaikea hypotensio eli matala verenpaine, HIV tai hepatiitti, etinen istukka tai, jos vastasyntyneen vointi ei sitä salli. (Paananen ym. 2017; Salo ym. 2015.)

Istukka irrotetaan kevyesti vetämällä napanuorasta ja puristamalla kohtua nopeuttaen spontaania irtoamista. Käsin irrottaminen kohdun pinnalta lisää infektio- ja verenvuotorikisiä sekä pidentää sairaalassaoloaika. Kohtu suljetaan

ompelemalla haava tavallisesti kahdessa kerroksessa, jatkuvalla ompeleella tai katko-ompeleella. Ompelussa käytetään tavallisesti sulavia ompeleita, etuna on, että niitä ei tarvitse jälkeinpäin enää poistaa. Hätätoimenpiteissä ja tulehduksissa suositellaan poistettavia katko-ompeleita. Kohtu voidaan nostaa ompelun ajaksi vatsanpeitteiden päälle, mutta tämä ei ole välttämätöntä. Kohtua hierotaan, jotta se supistuu. (Paananen ym. 2017; Salo ym. 2015.) Okstosiinia annetaan rutiininomaisesti edistämään kohdun supistumista. Sitä voidaan antaa, joko boluksena tai jatkuvana infuusiona, molemmat suoraan suoneen. Oksitosiinia on hyvä antaa leikkauksen aikana, sillä riskinä voi olla kohdun atonia eli kohdun lihaksen velttous. (Paananen ym. 2017; Yamaguchi ym. 2016.)

Haavan sulun jälkeen varmistetaan kohdun supistuneisuus painamalla kohtua vatsanpeitteiden läpi. Samalla tarkistetaan emättimen kautta tuleva veri ja varmistetaan siitä, että kohtu ei jää keräämään verihyytymiä sisäänsä. (Paananen ym. 2017.) Tämän jälkeen vielä ommellaan vatsanpeitteet kerroksittain (Deufel & Montonen 2016).

Keisarileikkauksen jälkeen viedään äiti heräämöhön muutamaksi tunniksi. Heräämössä tarkastellaan kohdun supistuneisuutta sekä arvioidaan kohdusta tulevaa verenvuotoa. Veltto kohtulihaksen altistaa runsaalle verenvuodolle. Heräämössä ylläpidetään normaalia lämpötilaa yleensä lämpöpuhallinpeitteellä, joka vähentää synnyttäjän tärinää ja ylläpitää rinnalla olevan vastasyntyneen ruumiinlämpöä. Heräämössä tulee hoitaa myös kipua. Tavallisesti synnyttäneellä on paikallaan epiduraali-infuusio. Hänellä voi olla myös haavalla puudute. Lisäksi annetaan peruskipulääkityksenä parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä. Tarvittaessa kovempaan kipuun voidaan antaa opioideja. (Deufel & Montonen 2016; Linden H. & Töyräs M., 2021.) Heräämössä tulisi tarkkailla myös tajunnan tasoa, hengitystä, verenpainetta, nestetasapainoa, virtsaneritystä, leikkaushaavan mahdollista vuotoa, pahoinvointia ja lihastoimintaa. Kun synnyttäneen vointi on vakaa ja hyvä, voidaan hänet siirtää lapsivuodeosastolle. (Deufel & Montonen 2016.)

3 Keisarileikkauksen jälkeiset komplikaatiot

Keisarileikkaus voi olla äidin tai lapsen hengen pelastava toimenpide, mutta se on kuitenkin suuri leikkaus, jonka vuoksi siihen liittyy paljon riskejä.

Keisarileikkaukseen liittyy merkittävästi enemmän terveysongelmia kuin alatiesynnytykseen, erityisesti vakavia komplikaatioita on enemmän. Välittömiä komplikaatioita keisarileikkauksen yhteydessä on jopa 21–27 prosentilla potilaista. Leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita voi olla muun muassa laskimotukos, infektio ja verenvuoto. (Pallasmaa ym. 2016.)

3.1 Laskimotukos

Laskimotukoksen eli verenkierrossa liikkuvien hyytymien esiintymisen riski keisarileikkauksen jälkeen on jopa 2–3 prosenttia. Laskimotukoksen komplikaatio on keuhkoembolia, joka johtaa nopeasti kuolemaan. (Paananen ym. 2017.) Laskimotukokset ovat suurin syy äitikuolleisuudelle maissa, joissa äitikuolleisuus on matala. Raskaus jo itsessään lisää laskimotukoksen riskiä 4–6-kertaiseksi. (Pallasmaa 2014.) Muita riskitekijöitä laskimotukokselle synnytyksen jälkeen on tulehdus, vuodelepo, virtsaumpi, ylipaino, tupakointi ja läheisten sukulaisten laskimotukokset (Paananen ym. 2017).

Oireita laskimotukokselle voi olla jalan leposärky, pohkeen punoitus ja kuumotus, joskus myös kuume. Pohje tai koko jalka voi olla myös turvonnut ja liikkeessä voi olla kipua. Laskimotukokset voivat olla myös oireettomia. (Paananen ym. 2017.)

Laskimotukoksia voidaan ehkäistä tukisukilla ja aikaisella mobilisaatiolla eli liikkeelle lähdöllä. Mobilisaatiossa on tärkeää liikutella jalkoja, vaikka sängystä ei pääsisi ylös. (Paananen ym. 2017.) Jos äidillä ei ole muita riskitekijöitä laskimotukoksille kuin keisarileikkaus, aikainen mobilisaatio ja tukisukat riittävät tromboosiprofylaksiaksi eli laskimotukoksia ennaltaehkäiseväksi tekijöiksi. Jos riskitekijöitä on enemmän, on syytä aloittaa lääkkeellinen tromboosiprofylaksia eli pienimolekulaarinen hepariini. (Salo ym. 2015.) Pienimolekulaarinen

hepariini on veren hyytymistä estävä valmiste (Terveyskirjasto, www.terveyskirjasto.fi, 2021). Tromboosiprofylaksia annetaan injektiona ihon alle. Tavallisesti lääkehoito jatkuu vähintään 7–10 vuorokautta (Paananen ym. 2017).

3.2 Infektio

Riski saada jokin synnytyksen jälkeinen infektio keisarileikkauksessa on 5–6-kertainen alatiesynnytykseen verrattuna. Leikkauksen jälkeiset infektiot ovat jonkin verran yleisempiä päivystysleikkausten jälkeen kuin elektiivisten leikkausten jälkeen. (Pallasmaa ym. 2016.) Leikkauksen yhteydessä annetaan tavallisesti profylaktinen eli ennaltaehkäisevä antibiootti. Se on laskenut leikkauksen jälkeisten infektioiden osuutta. (Pallasmaa 2014.)

Keisarileikkaushaavan infektio kehittyy 2–9 prosentille potilaista (Pallasmaa ym. 2016). Riskitekijöitä leikkaushaavan infektiolle ovat ylipaino, pitkittynyt synnytys, äidin diabetes, lapsivedenmeno ennen leikkausta ja hätäkeisarileikkaus. Haavan paranemista tulee sairaalassa seurata. Haavainfektion ensimmäisiä oireita ovat haavan punoitus, arkuus, märän erittäminen, haavan aukeaminen ja lämmön nousu. Infektoitunutta keisarileikkaushaavaa tulee suihkutella ja antaa ilmakylpyjä. Haavatulehduksia hoidetaan antibioottikuureilla. (Paananen ym. 2017)

Kohtutulehdus eli endometriitti kehittyy keisarileikkauksen jälkeen 3–9 prosentille. Riski on alatiesynnytykseen verrattuna 10–15-kertainen. (Pallasmaa ym. 2016.) Riskitekijöitä keisarileikkauksen lisäksi endometriitille ovat ylipaino, anemia, pitkä aika lapsivedenmenosta ennen syntymää, pitkittynyt synnytys ja kohtuun jääneet kalvojen tai istukan palat. Oireita endometriitille voivat olla pahanhajuinen ja lisääntynyt jälkivuoto, aristava kohtu sekä lämmön nousu. Endometriittiä hoidetaan antibiooteilla suun kautta tai suoneen annosteltuna. (Paananen ym. 2017.)

3.3 Verenvuoto

Normaalina verenvuotona keisarileikkauksessa pidetään alle 1000 millilitraa. Poikkeava verenvuoto keisarileikkauksessa on yleisempää kuin alatiesynnytyksessä. Mitä runsaampaa verenvuotoa leikkauksessa tarkastellaan, sitä selvempi on keisarileikkauksen ja alatiesynnytyksen välinen ero. (Pallasmaa ym. 2016.)

Jos keisarileikkauksen jälkeen verenvuoto ylittyy 1000 millilitraa tai se alkaa alle 24 tunnin sisällä leikkauksesta, puhutaan primaari postpartumvuodosta. Tavallisin syy primaari postpartumvuodolle on kohdun supistusheikkous eli atonia. Atonialle altistavia tekijöitä ovat aikaisempi keisarileikkaus, muut kohtulihakseen tai kohtuun kohdistuneet toimenpiteet, synnytyskanavan vauriot keisarileikkauksen yhteydessä sekä istukkaperäiset syyt, kuten istukan epänormaali kiinnittymispaikka, istukan ennenaikainen irtoaminen sekä istukan tai kalvojen osien jääminen kohtuun. Synnyttäjään liittyviä syitä ovat edellisten synnytysten runsas vuoto sekä monisynnyttäneisyys. Syinä voi olla myös pitkittynyt synnytys sekä synnytyksen käynnistyminen, jolloin väsynyt kohtulihak ei jaksakaan enää supistua tehokkaasti. Sikiöperäisiä syitä voivat olla monisikiöinen raskaus, sikiön suuri koko sekä sikiön kohdunsisäinen kuolema. (Paananen ym. 2017.)

Oksitosiinin anto keisarileikkauksen yhteydessä on tehokas keino edistämään kohdun supistumista. Verenvuodon riskiä voi vähentää myös säännöllisellä kohdun supistuneisuuden tunnustelulla. Imetys lisää oksitosiinihormonin erittymistä, joka myös supistaa kohtua. Kohdun supistuneisuutta tulisi tarkastella äidin saapuessa lapsivuodeosastolle sekä tarvittaessa useaan otteeseen päivän aikana. Kohtua painaessa tulisi tarkastella myös jälkivuotoa, sen määrää ja mahdollisia hyytymiä. Äidin yleisvointia tulee myös tarkkailla. (Paananen ym. 2017.)

3.4 Pitkäaikaiset komplikaatiot

Keisarileikkauksen pitkäaikaiskomplikaatiot ovat komplikaatioista vakavimpia. Keisarileikkaus lisää lantiopohjan vaurioitumisen ja siitä johtuvien laskeumien sekä virtsan ja ulosteen pidätyskyvyn heikkenemisen riskiä. (Pallasmaa ym. 2016.)

Kohtuun leikkaushaavan kohdalle jää arpialue, joka ei ole yhtä luja kuin terve kudus. Tulevissa raskauksissa ja synnytyksissä arpialueen repeämisen riski on 2–5 repeämää tuhatta aiemmin keisarileikkauksella synnyttänyttä kohden. (Pallasmaa ym. 2016.) Riski on myös korkeampi, jos raskaus alkaa 12 kuukauden sisällä edellisestä keisarileikkauksesta (Pallasmaa 2014).

Keisarileikkauksen myötä istukan kiinnittymishäiriöiden riski lisääntyy sitä enemmän, mitä useampi keisarileikkaus on tehty. Yhden keisarileikkauksen jälkeisessä raskaudessa riski on seitsenkertainen, kolmen tai useamman keisarileikkauksen jälkeen riski on 56-kertainen tilanteeseen verrattuna, jossa ei ole tehty keisarileikkausta. Komplikaatiot istukan kiinnittymishäiriöiden vuoksi voivat olla runsas verenvuoto ja synnytyksen yhteydessä tehtävä kohdunpoisto sekä kuolema. (Pallasmaa ym. 2016.)

Muita pitkäaikaiskomplikaatioita voi olla krooninen kipu, josta kärsii 12 prosenttia keisarileikatuista naisista, sekä vuotohäiriöt, erityisesti kuukautisten jälkeistä tiputtelua, jota voi esiintyä vuosia keisarileikkauksen jälkeen leikkausarven seudusta. Aiempi keisarileikkaus lisää riskiä seuraavassa raskaudessa kohdun ulkoiselle raskaudelle, sikiön kohdunsisäiselle kuolemalle ja istukan ennenaikaiselle irtoamiselle (Pallasmaa ym. 2016.)

4 Keisarileikkauksen jälkeinen hoitotyö

Keisarileikkauksesta toipuminen kestää keskimäärin kauemmin kuin alatiäsynnytyksestä, sillä keisarileikkaus on suuri toimenpide (Hakulinen ym. 2019). Keisarileikkauksen jälkeen kotiudutaan yleensä 3–5 päivää leikkauksen jälkeen (TYKS 2021a). Tehokas, opioideja välttävä kivunhoito, varhainen suun kautta aloitettava ravitseminen ja varhainen liikkeelle lähtö ehkäisevät leikkauksen jälkeistä suolilamaa ja pahoinvointia. Parhaimmillaan nämä tuottavat nopean toipumisen leikkauksen jälkeen ja lyhentävät osastohoitoaikoja. (Savikko ym. 2016.) Toipumiseen keisarileikkauksesta vaikuttaa muun muassa synnyttäneen ylipaino, ikä, tupakointi ja perussairaudet, kuten diabetes (Pallasmaa 2014).

4.1 Kivun hoito

Sektio on suuri leikkaus, joten keisarileikkauksen jälkeen on leikkaushaavasta ja kohdun jälkisupistuksista johtuvia kipuja (Deufel & Montonen 2016). Leikkaus voi johtaa koviin leikkauksen jälkeisiin kipuihin, joka vaikeuttaa leikkauksesta kuntoutumista ja varhaista vuorovaikutusta vastasyntyneen kanssa (O'Neill ym. 2012). Leikkauksen jälkeinen kivunlievitys suunnitellaan yksilöllisesti ennen osastolle siirtymistä. Kivunhoidon avulla äiti pystyy liikkumaan paremmin, joka edistää leikkauksesta toipumista. Imetys ja vauvan hoito sujuu paremmin kivuttomana. (Deufel & Montonen 2016; Sariola A-P, www.terveyskirjasto.fi, 2020a.) Leikkauksen jälkeistä kipua hoidetaan yleisimmin multimodaalisesti eli yhdistelemällä erityyppisiä lääkkeitä ja lääkkeen antotapoja (Hedderson ym. 2019).

Kivun kokeminen on yksilöllistä, joten sitä tulee mitata erilaisilla asteikoilla, jos potilas pystyy sen itse ilmaisemaan. Tilanteissa, joissa potilas sitä ei itse pysty kertomaan, käytetään ulkopuolista arvioijaa. Leikkauksen jälkeisessä kivun arvioinnissa on hyvä mitata kipu levossa ja liikkeessä. Potilas voi olla levossa kivuton, mutta liikkeellä kipua voi vaikeutua. Kipua täytyy arvioida aina

yksilöllisellä tasolla, jolloin kipu suhteutetaan toimintakykyyn ja hoidon tuottamaan kivun lievitykseen. Kipulääkkeen annon jälkeen mitataan kipu uudestaan. (Kontinen & Hamunen 2015.)

Jos leikkausta varten on asennettu epiduraalikatetri, jatketaan sitä kautta kivun hoitoa ensipäivien aikana. Epiduraalikatetri pyritään poistamaan, kun suun kautta otettavat kipulääkkeet riittävät kivunhoitoon. (Deufel & Montonen 2016.) Epiduraalikatetri sijoitetaan epiduraalitilaan, jonka rakenne koostuu rasva- ja sidekudoksesta sekä veri- ja imusuonista sekä sidekudossäikeistä ja -kalvoista. Hermot ovat kalvojen peittäminä, jonka vuoksi voidaan tuottaa tunnon heikkeneminen halutulle alueelle. Potilaan tarkkailussa on kiinnitettävä huomiota verenpaineeseen ja pulssiin. (Paananen ym. 2017.)

Epiduraalipuudutetta voidaan antaa jatkuvana annosteluna ja kerta-annoksina, jonka vaikutus kestää noin 1,5–2 tuntia. Puudutteen haittavaikutuksena voi olla kutina, virtsaamisvaikeudet, lämmönnousu sekä verenpaineen ja pulssin laskeminen. (Sarvela J. & Volmanen P. 2019.)

Jatkolääkitys pyritään antamaan suun kautta. Peruskipulääkkeinä toimivat parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet. (Deufel & Montonen 2016.)

Parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä käytetään kaikilla leikkauspotilailla, joilla ei ole vasta-aihe niille. Tulehduskipulääkkeen ja parasetamolin yhdistäminen saattaa lieventää kipua paremmin kuin tulehduskipulääke yksinään. (Kontinen & Hamunen 2015.)

Tulehduskipulääkkeet soveltuvat lievien ja kohtalaisten kiputilojen hoitoon.

Nimensä mukaisesti se lieventää tulehdusta. Niitä voi annostella laskimonsisäisesti, lihakseen, peräsuoleen ja suuhun. Tulehduskipulääkkeillä on kuitenkin kattovaikutus, jos annosta nostetaan enimmäiskerta-annoksen yli, kivunlievitysteho ei lisäännä, mutta haittavaikutusten todennäköisyys kasvaa. Tulehduskipulääkkeet ärsyttävät mahaa helposti. Parasetamoli lievittää kipua ja kuumetta, se ei kuitenkaan vähennä tulehdusta. Parasetamoli kuitenkin sopii sellaisille, jotka eivät voi ottaa tulehduskipulääkkeitä vasta-aiheiden vuoksi. (Kotovainio & Lehtonen 2017.)

Opioideja voidaan hoitaa kovaa ja keskivaikeaa kipua. Opioidien haittavaikutuksia voivat olla pahoinvointi, ummetus, väsymys ja pahimmillaan riippuvuus. Opioideja voidaan antaa suun kautta, lihakseen, ihon alle tai laskimoon. (Kotovainio & Lehtonen 2017.) Opioideja ei tulisi käyttää pitkäaikaisesti imetyksen yhteydessä. Maidoneritys synnytyksen jälkeen käynnistyy viiveellä, joten kipua voidaan hoitaa opioideilla ensipäivinä synnytyksen jälkeen. (Terveyskylä 2018.) Epiduraali-infuusio vähentävät opioidien tarvetta (Deufel & Montonen 2016).

4.2 Leikkaushaavan hoito

Leikkaushaavaa tulisi pitää kuivana ja peitettynä vuorokauden ajan leikkauksen jälkeen. Jos haava erittää ja sidokset kastuvat, tulisi ne vaihtaa steriilisti uuteen. Haavataitoksen vaihto steriilisti tapahtuu niin, että hoitajalla on maski kasvoilla, steriilit hanskat, taitokset ja välineet. (KHSHP 2014.) Haavataitoksia ei tulisi avata haavan tarkistamiseksi tai puhdistamiseksi, ellei siihen ole erityistä syytä (TAYS 2019). Haavataitoksen poiston jälkeen potilas voi mennä suihkuun. Suihkussa tulisi välttää haavan saippuoimista ja hankaamista. Haava kuivataan huolellisesti kevyin painalluksin puhtaalla pyyhkeellä. (TYKS 2021b.)

Haavalla voi olla sulavat tai poistettavat ompelet. Hätätoimenpiteissä käytetään pääsääntöisesti poistettavia ompeleita. Sulavien ompeleiden etuna on se, ettei tarvita erillistä poistoa. (Salo ym. 2015.) Sulavat ompeleet sulavat itsestään 1–3 viikon kuluttua (TYKS 2021b). Poistettavat ompeleet poistetaan yleensä terveyskeskuksessa 5–14 päivän kuluttua, riippuen haavan luonteesta ja sijainnista (Tunturi S., www.terveyskirjasto.fi, 2020).

Kirurgisen haavan uusiutuminen alkaa jo muutamassa tunnissa ompelemisen jälkeen. Haavan peittämät kudokset kuroutuvat yhteen yleensä 24–48 tunnin aikana, jonka jälkeen haava on vesitiivis eivätkä ulkoiset tekijät aiheuta infektoita. Täydelliseen parantumiseen menee kuitenkin viikkoja. Haavan uusiutumista ja paranemista edistää potilaan hyvä ravitsemustila, haavan

riittävä hapensaanti, haavan oikea hoito ja riittävä kipulääkitys liikkumisen edistämiseksi. (KHSHP 2014.)

4.3 Mobilisaatio

Mobilisaatiolla tarkoitetaan välitöntä leikkauksen jälkeistä vuoteesta nousua ja liikkeelle lähtöä sekä päivittäisiä perustoimintoja (Piirtola 2018). Motivoituminen liikkeelle lähtöön on korkea, sillä äidit haluavat päästä hoitamaan lasta mahdollisimman pian. Hoitotyössä lapsivuodeosastolla pyritään aikaiseen liikkeelle lähtöön, sillä raskaus, leikkaus ja lapsivuodeaika lisäävät riskiä laskimotukoseen. (Asantila-Jarva 2007.) Mobilisaatio on tärkeää nopealle toipumiselle. Mobilisointi aloitetaan jo heräämössä tarkastelemalla potilaan lihastoimintaa. Mobilisaatio voidaan aloittaa pelkästään jalkojen ja käsien liikkuttamisella. Seuraava askel on sängyn pään nostaminen tai sängyn laidalle istuminen. Synnyttänyttä ohjataan nousemaan vuoteesta kyljen kautta käsillä työntäen. Kävellessä ryhti pidetään suorana. Aikainen mobilisaatio edistää virtsakatetrin tai leikkausalueen laskuputkien vähentyntä käyttöä ja nopeaa poistamista. (Deufel & Montonen 2016; Tiala 2013.)

4.4 Virtsaaminen ja suolentoiminta

Keisarileikkauksen yhteydessä asetetaan virtsakatetri. Virtsakatetri on paikoillaan niin kauan, kunnes leikattu äiti pääsee liikkeelle. (NICE 2021.) Virtsakatetri poistetaan tavallisesti 12–24 tunnin kuluttua leikkauksesta (Sariola A-P, www.terveyskirjasto.fi, 2020a). Katetrin poiston jälkeen tulee seurata potilaan spontaanin virtsauksen käynnistymistä. Kestokatetrin ollessa paikoillaan rakko on ollut jatkuvasti tyhjä, joten voi kestää jonkin verran ennen kuin virtsaamisen tunne ilmenee. (Sairanen & Seppänen 2011.) Leikkauksessa tavallisesti käytetty epiduraali- tai spinaalipuudutus saattaa vaikuttaa alavatsan tuntoherkkyyteen, vaikeuttaa virtsaamisen tarpeen tunnistamista sekä rakon tyhjenemistä. Virtsaamiseen vaikuttaa myös synnytyksen jälkeen muuttuneet vatsaontelon paineolosuhteet. (Paananen ym. 2017.)

Rakon täyttymistä ja tyhjentymistä voidaan tarvittaessa seurata ultraäänen avulla. Virtsan määrää arvioidessa tulee ottaa huomioon myös suun kautta nautitut ja suonensisäisesti annetut nesteet. Tarvittaessa äiti voidaan katetroida. Ylivenytnyt rakko vaurioituu helpommin, tyhjenee huonommin ja on alttiimpi infektioille. Täysi rakko estää kohdun supistumista. (Paananen ym. 2017.)

Ummetusta saattaa aiheuttaa mahdollinen ravinnotta oleminen sekä saadut lääkkeet, erityisesti opiaatit hidastavat suolen toimintaa (Vaasan keskussairaala 2021). Merkkejä suolen toiminnasta on ilmavaivat, joita voidaan helpottaa lääkityksellä. Nämä alkavat muutama päivä leikkauksesta. (Deufel & Montonen 2016.) Suolen ei välttämättä tarvitse toimia sairaalassa olon aikana. Äitiä tulee ohjata pitämään uloste pehmeänä syömällä runsaskuituisia valmisteita sekä juomalla riittävästi nesteitä. Myös liikkuminen edistää suolen toimintaa. Tarvittaessa voidaan käyttää suolen massaa lisääviä valmisteita. (Paananen ym. 2017; Vaasan keskussairaala 2021.)

4.5 Kohdun supistuminen ja jälkivuoto

Kohdun supistumista ja jälkivuodon määrää sekä sen laatua seurataan ensimmäisinä tunteina leikkauksesta tarkasti. Ensimmäisen 12 tunnin aikana kohdun pohja laskee navan korkeudelle. Tavallisesti kohtua paikallaan pitävät ligamentit eli kannatinsiteet ovat venyntyneet raskauden aikana, joten kohtu liikkuu melko vapaasti vatsaontelossa. Huonosti supistunut kohtu saattaa kerätä huomaamatta suurenkin määrän vuotoa. Ylivenytnyt kohtu supistuu heikommin. Tätä kutsutaan atoniaksi. Atoniaa esiintyy esimerkiksi monisikiöraskauksissa, infektioitilanteissa ja kun kohtu ei tyhjene sikiökalvojen tai istukan jäänteistä ja hyytymistä. Yleisanestesiassa käytettävät lihaksia rentouttavat lääkkeet heikentävät kohdun supistumista. Kohdun supistumista seurataan niin usein ja kauan, kunnes on varmistuttu verenvuodon vähentymisestä ja kohdun napakoitumisesta. (Paananen ym. 2017) Kohdun supistumista seurataan painamalla kädellä vatsan päältä. (Sariola A-P., www.terveyskirjasto.fi, 2020b.)

Istukan irtoaminen jättää kohdun sisäpinnalle läpimittansa kokoisen haavapinnan. Kohtulihaksen supistukset tukkivat haavapinnalla olevat verisuonet ja niiden päihin muodostuu pieniä trombeja eli veritulppia, jotta kohtuverenvuoto vähenee. (Paananen ym. 2017.)

Jälkivuodon määrää tulee arvioida. Jos jälkivuotoa tulee runsaasti, voidaan kerätä hyytymät ja punnita ne tai verrata oman nyrkin kokoon. Naisen keskimääräinen nyrkin koko vastaa 350–400 millilitraa verenvuotoa. Kun jälkeiset eli istukka ja sikiökalvot ovat täydelliset, runsasta verenvuotoa ei pitäisi esiintyä. Hyvin supistuneesta kohdusta ei tule jälkivuotoa yli 500 millilitraa. (Paananen ym. 2017.)

Ensimmäisinä päivinä jälkivuoto on veristä, kunnes se alkaa muuttumaan vaaleammaksi. Jälkivuoto sisältää verta ja istukan alaisen limakalvon jäänteitä. (Sariola A-P., www.terveyskirjasto.fi, 2020c.) Äitiä tulee muistuttaa intiimihygieniasta. Jälkivuoto loppuu 5–12 viikon kuluttua synnytyksestä, tavallisesti jälkitarkastukseen mennessä.

Imettäminen lisää oksitosiinin erittymistä, joka supistaa kohtua. Näitä kutsutaan jälkisupistuksiksi. Tavallisesti uudelleensynnyttäjät tuntevat nämä, ensisynnyttäjät vain imetyksen yhteydessä. Jälkisupistukset voivat lisätä vuodon määrää tilapäisesti. (Paananen ym. 2017.)

4.6 Psyykinen toipuminen

Keisarileikkaus lisää riskiä lyhyille ja pitkäaikaisille psyykkisille ongelmille, jotka saattavat vaikuttaa synnyttäneeseen, lapseen ja tuleviin raskauksiin. Keisarileikkauksiin voidaan yhdistää mielenterveysongelmia, kuten synnytyksen jälkeistä masennusta, ahdistusta ja ongelmia varhaisen vuorovaikutuksen kanssa. Hätäsektiossa nopeasti tehty leikkauspäätös aiheuttaa nopeaa psyykkistä mukautumista, joka voi aiheuttaa ahdistusta ja pelkoa. (Benton ym. 2019.)

Vauvan synnyttyä äidin olo on usein helpottunut. Äidin vaisto alkaa heräilemään, jolloin äidin ajatukset siirtyvät lapseen ja lapsen tarpeisiin. Synnytyksen jälkeen äiti on herkässä mielentilassa, jonka tarkoituksena on auttaa tulkitsemaan herkemmin vauvan viestejä ja vastaamaan niihin. Synnytyksestä ja muuttuneesta vuorokausirytmistä aiheutuva väsymys ovat riskitekijöitä äidin hyvinvoinnille ja alakuloisuudelle. (Paananen ym. 2017.)

Synnytyksen jälkeisessä keskustelussa on tärkeä rohkaista vanhempia puhumaan ja ilmaisemaan tunteensa synnytyksestä. Varsinkin hätäsektioon johtaneissa synnytyksissä vanhemmille tulee tarjota tukea tapahtuneen läpikäymiselle. (Deufel & Montonen 2016.)

5 Simulaatiopedagogiikka

Simulaatiopedagogiikalla tarkoitetaan oppimista mahdollisimman todentuntuksessa rakennetussa ympäristössä. Oppimisessa on tavoitteena rakentaa mentaalinen malli, jota voi hyödyntää erilaisissa aidoissa toimintaympäristöissä. (Alaniska ym. 2021.) Simulaatio on yksi aktiivisen oppimisen muoto, jota käytetään paljon terveystieteiden opiskelijoiden opetuksessa (Tieranta & Poikela 2016).

Simulaatiopedagogiikkaan perustuva oppimisympäristö rakentuu vuorovaikutuksesta, jonka kautta saavutetaan yksilön ja yhteisön tavoitteet. Vuorovaikutus perustuu simulaatioharjoituksessa annettuihin sääntöihin. Nämä säännöt ovat peräisin opetussuunnitelmasta. Toiminnan kautta osallistujat oppivat taitoja sekä toiminnan periaatteita. Simulaatiot tarjoavat turvallisen mahdollisuuden yrittää ja erehtyä sekä mahdollisuuden kokeilla ja kehittää ongelmanratkaisutaitoja, luovuutta ja oivaltamista. Simulaatioissa opitaan myös yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja sekä arvioimaan omaa tekemistä. Tarkoituksena on uusien taitojen oppiminen. (Alaniska ym. 2021.) Simulaatioharjoitusten avulla voidaan harjoitella epätodennäköisiä tilanteita, jotta toimintamalli on jo valmiina tosi paikan tullen (Blomgren 2015).

Simulaatio-oppimisessä tärkeää on luottamus, tasavertaisuus, vertaisoppiminen, yhteisöllisyys sekä turvallisuus. Simulaatioharjoitus edellyttää, että osallistujat osaavat teoreettisen tiedon. Simulaatio-opetus rakentuu valmistautumisesta eli briefingistä, simulaatioharjoituksesta ja jälkipuinnista eli debriefingistä. (Alaniska ym. 2021.)

Briefingissä osallistujille annetaan tehtävä, johon he perehtyvät yksin tai yhdessä kouluttajan kanssa. Tässä vaiheessa asetetaan oppimistehtävän oppimistavoitteet, jotka määrittelevät taidot, joita simulaatioharjoituksessa tulisi oppia. (Alaniska ym. 2021.)

Simulaatioharjoituksessa suoritetaan oppimistehtävä. Harjoituksessa luodaan keinotekoinen, mutta mahdollisimman autenttinen ja realistinen kokemus

todellisuudesta. Tilanne voi tapahtua yksin tai ryhmässä, jolloin edistetään tiimityöskentelyä ja vuorovaikutustaitoja. Harjoituksessa tarkoituksena on hyödyntää aiemmin opittua teoria. Opittu teoria tulisi soveltaa harjoituksessa käytäntöön. (Alaniska ym. 2021.)

Simulaatioharjoituksen jälkeen on debriefing, joka perustuu palautteen saamiseen ja arviointiin. Osallistujat arvioivat itse omaa suoritustaan, antavat toisilleen palautetta ja saavat vastauksia heitä askarruttaviin kysymyksiin. (Alaniska ym. 2021.) Henkilöt, jotka eivät osallistuneet simulaatioon analysoivat eri henkilöiden toimintaa ja antavat parannusehdotuksia. Simulaatio herättää tunteita, jolloin oppiminen tehostuu. Onnistunut simulaatio lisää itseluottamusta, joka parantaa suoriutumista. Simulaatiossa omista ja toisten virheistä voi oppia ilman potilasvahinkoja. (Blomgren 2015.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa simulaatio sektorin jälkeisestä hoitotyöstä lapsivuodeosastolla kätilöopintojen syventävään vaiheeseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä kätilöopiskelijoiden tietoa ja käytännön taitoja keisarileikkauksen läpikäyneiden hoidosta, niin rutiininomaisissa, kuin epätavallisissa tilanteissa.

7 Opinnäytetyön menetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka toimeksiantajana toimi Turun ammattikorkeakoulu. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on ohjeistaa, opastaa ja järjestää käytännön toimintaa. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu toiminnallinen osuus ja raportointi, johon kuuluu prosessin dokumentointi ja arviointi. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tieto perustuu teoriaan. (Sastamoinen ym. 2018.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä opiskelija tekee tuotoksen, joka voi olla esimerkiksi malli, opaste, esite tai prosessikuvaus. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on kehittää työtä. Tämä vaatii keskustelun arviointia, toiminnan uudelleen suuntautumista, vertaistukea sekä palautteen antoa ja vastaanottoa. Nämä kaikki vaativat sosiaalista vuorovaikutusta toiminnan keskellä. (Salonen 2013.)

Teoreettinen viitekehys kerättiin eri tietokantojen ja kirjallisuuden pohjalta. Tietokantoja, joita raportointivaiheessa käytettiin, oli muun muassa Medic, PubMed, Terveysportti ja Google Scholar. Tietolähteistä saatua tietoa yhdisteltiin. Ulkomaalaista tutkimustietoa käytettiin suomalaisen tiedon rinnalla.

Tiedonhaussa kielinä käytettiin suomea ja englantia. Hakusanoja, joita tietokannoissa käytettiin, olivat *keisarileikkaus*, *elektiivinen keisarileikkaus*, *sektio*, *hoitotyö keisarileikkauksen jälkeen*, *hoitotyö leikkauksen jälkeen*, *hoitotyö synnytyksen jälkeen ja vatsantoiminta leikkauksen jälkeen*.

Englanninkielisessä tiedonhaussa käytettiin hakusanoina *elective caesarean*, *caesarean sectio*, *psychic recovery after caesarean section*, *postoperative analgesia ja recovery after surgery*.

Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään enintään kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Tällöin julkaisuiden ajankohta sijoittui aikavälille 2011–2021.

Poikkeuksena julkaisu, joka on julkaistu vuonna 2007, joka on kuitenkin ajantasainen.

8 Simulaation toteutus

8.1 Suunnitelma

Simulaatiota suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon, millä tavalla simulaatio palvelee parhaiten mitään oppimisen vaihetta. Suunnittelijalle tulisi olla selvä, mitkä ovat simulaation keskeiset tavoitteet ja aiheet, joita työstetään debriefingissä eli jälkipuinnissa. Simulaatio ja tavoitteet olisivat hyvä pitää yksinkertaisina ja realistisina, tavoitteita ei tulisi asettaa liikaa. Hyvän ilmapiirin luominen on tärkeää, opiskelijoille korostetaan, että virheiden tekeminen on osa oppimista ja simulaatio on turvallinen ympäristö tehdä niitä. Jälkipuintiin tulisi varata aikaa 2–3 kertaa enemmän kuin tapaukseen kulunut aika. Ensin osallistujat saavat kertoa miten simulaatio heidän mielestään on mennyt, jonka jälkeen tarkkailijat kertovat, mitä he näkivät. Lopuksi vielä keskustellaan mitä opittiin simulaatiosta. (Tieranta & Poikela 2016.)

Opinnäytetyön suunnitelmavaiheen alussa toimeksiantaja esitti toiveen simulaatiocasen luomisesta kättilöopintojen syventäviin aiheisiin. Opinnäytetyön tekijä sai itse valita aiheen ja kurssin, johon se liittyisi. Yhdessä toimeksiantajan kanssa pohdittiin heidän tarvettansa eri simulaatiocaseille. Aiheeksi valittiin sektion jälkeinen hoitotyö lapsivuodeosastolla, joka liittyisi kurssiin nimeltä Synnytyksen jälkeinen kättilötyö ja vastasyntyneen hoito.

Simulaation casen (liite 1) suunnitteli opinnäytetyön tekijä teorian perusteella syksyllä 2021. Tukena suunnittelussa olivat opinnäytetyön ohjaaja ja kurssien opettajat. Simulaation casesta tehtiin yksinkertainen, sillä sektion jälkeiseen hoitotyöhön kuuluu paljon asiaa ja aika on rajallinen simulaatiotilanteessa. Opinnäytetyön tekijä halusi itse osallistua simulaatioon vetäjänä, joten perehdyttiin simulaatiopedagogiikkaan. Suunniteltaessa täytyi ottaa huomioon opiskelijoiden oppimistavoitteet, simulaation vetäjän oppimistavoitteet, roolihenkilöt, mihin rooleihin osallistuu opiskelijat, millä tavalla ohjeistetaan rooleihin osallistujia, simulaatiotilan valmisteleminen ja rekvisiitta, simulaatiota

tarkkailevien opiskelijoiden roolit, aika simulaatiolle, valmistelulle sekä jälkipuinnille ja aiheet, joita jälkipuinnissa tulnaisiin käsittelemään.

Oppimistavoitteet tehtiin simulaatiopedagogiikan mukaisesti tukemaan opiskelijoiden oppimista sekä määrittelemään taidot, jotka pitäisi oppia simulaatiossa. Simulaation vetäjän oppimistavoitteet perustuivat siihen, mitä simulaatiota suunniteltaessa on opittu ja mitä simulaation yhteydessä vielä tulee oppimaan.

Roolihenkilöinä simulaatiossa oli Minna ja Simo, sektoitu äiti ja hänen puolisonsa, Ella vastasyntyneenä sekä kättilö ja kättilöopiskelija. Suunnitelman alussa päätettiin, että toinen kurssin opettajista näyttelisi sektoitua äitiä. Vastasyntyneenä toimisi vauvanukke.

Rekvisiittaa hankittiin tarpeen mukaan. Suurin osa rekvisiitasta löytyi jo koulun varastoista. Jonkin verran tavaroita hankittiin itse ja jätettiin koulu varastoihin seuraavaa simulaatiokertaa varten. Rekvisiittaa oli verenpainemittari, äidille tukisukat, kanyyli, virtsakatetri, omenamehua virtsakatetriin kuvitteelliseksi virtsaksi, paita ja housut, side, jossa hieman vuotoa, haavataitos leikkaushaavan päälle sekä epiduraalikatetri selkään.

8.2 Toteutus

Simulaatio sovittiin toteutettavaksi kurssin aikataulun mukaisesti viikolle 47. Kättilöryhmä oli jaettuna kahteen osaan, joten simulaatio pidettiin kaksi kertaa peräkkäin samana päivänä.

Ensin simulaatiotila valmisteltiin simulaatioon sopivaksi. Molemmat kättilöryhmät saivat saman ohjeistuksen. Ensin kerrottiin simulaatiocase (liite 1). Tämän jälkeen käytiin läpi opiskelijoiden oppimistavoitteet ja simulaation vetäjän oppimistavoitteet. Roolihenkilöitä tarvittiin kolme. Kättilö ja kättilöopiskelija sekä isä. Roolihenkilöt osallistuivat vapaaehtoisesti simulaatioon.

Roolihenkilöt poistuivat tarkkailuhuoneesta ja tarkkailijat jaettiin kahteen ryhmään, joissa oli kolme tarkkailijaa molemmissa ryhmissä. Ryhmien

tarkkailun aiheina olivat kättilön ja kättilöopiskeijan välinen tiimityöskentely ja kommunikointi sekä työtehtävien jakautuminen kättilön ja opiskelijan välillä sekä varhaisen vuorovaikutuksen ja vanhemmuuden tukeminen, vastasyntyneen hoidon ohjaus, imetysohjaus, synnyttäneen hoidon ja ohjauksen toteutuminen sekä leikkauspotilaan hoito ja tarkkailu.

Sektoidun äidin ohjeistus käytiin läpi jo ennen opiskelijoiden saapumista. Äiti on makaamassa sängyllä vauva rinnalla lopettamassa imemistä, kun kättilö ja kättilöopiskelija saapuvat huoneeseen. Äiti haluaisi tietää miten tehostaa maidonnousun ja imetyksen käynnistymistä. Äidin kivut ovat helpottaneet hieman jo yöstä ja haluaisi lähteä liikkeelle, vessaan tekemään alapesuja. Ylös noustessa on kuitenkin hieman huera olo, mutta se helpottaa hetken hengittelyn jälkeen. Äidin vatsa on kerännyt paljon ilmaa ja ihmetteleekin, kun vatsa on niin pinkeä ja pyöreä.

Isä on istumassa äidin sängyn vieressä. Hän haluaisi ottaa vauvan syliin, kun äiti lähtee nousemaan sängystä. Isä on huolissaan, kun Minnan olo on huera. Kättilön ja kättilöopiskelijan rooleissa olevat saivat tehdä yhteisen suunnitelman ennen simulaatiotilaan astumista.

Simulaation kestoksi oli määritelty noin 15 minuuttia, enimmillään 20 minuuttia, jotta debriefingille jäisi aikaa. Simulaatioiden kesto oli noin 20 minuuttia. Ennalta oli myös määritelty, että mitä simulaatiossa pitäisi tulla esille, jotta simulaatio voi loppua. Esille pitäisi tulla haavataitoksen, verenpaineen, kohdun supistuneisuuden ja jälkivuodon tarkkaileminen. Simulaatiossa pitäisi tulla esille myös kivun ja imetysohjauksen tarpeen arviointi, varhaisen vuorovaikutuksen edistäminen sekä kestokatettrin poistamisen ohjaus tai mahdollinen poisto.

Molemmissa simuloituissa tilanteissa tuli esiin ennalta määritetyt asiat, jotka pitäisi tulla esille. Simulaatiot kuitenkin noudattivat erilaista kaavaa.

Ensimmäisessä tilanteessa keskityttiin enemmän suulliseen ohjaukseen.

Toisessa taas äiti oli reippaampi nousemaan ylös sängystä liikkumaan.

Molempia tilanteita yhdisti se, että simulaatiota olisi voitu jatkaa pitempään, jotta tilanne olisi ollut mahdollisimman autenttinen ja todellista hoitoa jäljittelevä.

Molempia simulaatioita yhdisti myös perhelähtöisyys. Simulaatioissa kannustettiin äitiä liikkeelle ja annettiin paljon tietoa hoitoprosessista.

Simulaation jälkeen kokoonnuttiin simulaatioon osallistuneiden kanssa takaisin tarkkailijoiden seuraan. Molemmilla simulaatioryhmillä oli samalainen rakenne debriefingissä. Aikaa tälle oli noin 40 minuuttia. Aluksi simulaatioon osallistuneet saivat kertoa, millainen olo heille jäi simulaatiosta, missä he kokivat onnistuneen. Yleisenä kommenttina tuli, että simulaatio oli mukavan yksinkertainen, opiskelijat olivat valmistautuneet vaikeampaan tilanteeseen. Simulaatiota suorittaessa huomasi omien taitojen kehittymisen ja hyödyn mahdollisesta harjoittelusta lapsivuodeosastolla.

Seuraavaksi käytiin läpi tarkkailijoiden positiivista palautetta. Molemmissa ryhmissä koettiin, että kaikki tarvittava tuli esille kaikista tarkkailijoiden näkökulmista. Puheeksi tuli, että simulaatioon ei saatu sisällytettyä imetysohjausta, niin kuin toivottiin, sillä rekvisiitasta oli vaikea saada selville, imekö vauva vielä rinnalla vai onko hän jo nukahtanut. Kuitenkin simulaatioissa olleet imetysohjaukset olivat onnistuneet.

Osallistujat saivat kertoa mitä he olisivat tehneet toisin. Esille tuli, että imetysohjaukseen olisi haluttu kiinnittää enemmän huomiota. Kätilöopiskelijan rooleissa olleet olisivat halunneet olla rohkeampia ja ohjata omatoimisemmin perhettä. Tästä käytiin keskustelua, että usein opiskelijan roolissa olevat tuntevat näin, mutta tässäkin simulaatioissa kätilöopiskelijan roolissa olevat olivat aktiivisesti mukana.

Tarkkailijoiden parannusehdotuksissa tuli esiin pitempi aika simulaation kestolle. Imetysohjaus jäi hieman puutteelliseksi. Keskusteltiin ryhmässä siitä, että tulevaisuudessa simulaatioissa samankaltaisissa tilanteissa voitaisiin ottaa tekorinta rekvisiitaksi, jotta voitaisiin esittää tarkemmin, miten vauva on rinnalla.

Viimeisenä kaikki saivat kertoa yleiset ajatukset simulaation ja debriefing jälkeen. Esille tuli, että simulaatiocase oli hyvin tavallinen tilanne, joka voisi lapsivuodeosastolla tulla vastaan. Siinä ei tullut mitään poikkeavaa tai yllättävää. Osallistujat pitivät hyvänä asiana, että simulaatio keskittyi

yksinkertaisiin asioihin. Osallistujien mielestä oli mukavaa, että sai keskittyä olennaiseen sekä saada kokonaiskuvan, mitä sektion jälkeiseen hoitoon kuuluu. Kaikilla osallistujilla jäi positiivinen olo simulaation jälkeen.

9 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvillä tieteellisillä käytännöillä.

Opinnäytetyön tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta tulosten tallentamisessa ja niiden esittämisessä sekä arvioinnissa.

Opinnäytetyössä tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä. Opinnäytetyön tekijä ottaa huomioon muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asian mukaisesti.

Opinnäytetyö suunnitellaan ja toteutetaan sekä raportoidaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (TENK 2012.)

Opinnäytetyön aihe ei sisällä eettisiä ongelmia, sillä teorian pohjalla on käytetty julkista tutkimustietoa. Opinnäytetyön aihe ei ole muita loukkaava tai arvosteleva.

Tässä opinnäytetyössä käsiteltiin asioita, joita pitää ottaa huomioon kaikkien keisarileikattujen hoidossa. Hoitotyön ohessa kuitenkin täytyisi ottaa huomioon jokaisen potilaan yksilöllinen hoidon tarve. Keisarileikatun äidin hoidossa ei voi keskittyä vain leikatun potilaan hoitoon, sillä keisarileikatun hoitoon kuuluu myös synnyttäneen, vastasyntyneen ja muun perheen hoito. Tämän vuoksi opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä arvioidessa tulee ottaa huomioon, että hoitotyön prosessi ei voi noudattaa samaa kaavaa ja hoidon tarvetta arvioidessa pitää huomioida yksilölliset tarpeet.

Simulaatio-opetusta suunnitellessa noudatettiin hyviä tieteellisiä käytäntöjä, sillä simulaatio-opetus perustui myös luotettaviin lähteisiin. Simulaatio-opetukseen otettiin mukaan myös imetysohjaus ja synnyttäneen perheen kokonaisvaltainen hoito, mutta nämä rajattiin opinnäytetyön aiheen ulkopuolelle, sillä opinnäytetyössä haluttiin keskittyä enemmän keisarileikatun perushoitoon ja perustarpeiden ylläpitämiseen.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä luotettavuus perustuu luotettaviin lähteisiin. Lähteiden luotettavuudessa arvioidaan kirjoittajaa ja hänen asiantuntijuuttansa, tekstin ja kirjoittajan tarkoituksena sekä julkaisijaa, julkaisutyyppiä ja

julkaisupaikkaa. Toisena mietitään tekstin tarkoitusperää sekä kirjoittajan motiiveja. Lähteiden piirteiden tarkastelussa täytyy kiinnittää huomioita muun muassa julkaisupaikkaan sekä julkaisun päivämäärään. (Anttonen 2020.)

Opinnäytetyön aiheita on käsitelty laajasti monissa eri lähteissä, joka toi haasteita lähteiden luotettavuuden arviointiin. Keisarileikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä löytyi rajallisesti luotettava tietoa, jonka vuoksi eri lähteitä jouduttiin yhdistelemään paljon, jotta saatiin kattavasti teoretietoa suomenkielisistä sekä englanninkielisistä lähteistä. Haasteita tähän toi paljon ammattisanastoa sisältävän tekstin kääntäminen suomen kielelle, niin, että asiasisältö pysyisi samana.

Keisarileikkauksen jälkeisen hoitotyön periaatteet vaihtelevat sairaaloittain sekä maittain, joten yhtenäisiä ohjetta hoitotyön prosessille ei olekaan. Joidenkin aiheiden luotettavan tiedon vaikea löytäminen aiheutti sen, että työn ulkopuolelle rajattiin yksittäisiä aiheita. Opinnäytetyötä tehdessä alkuperäisiä lähteitä on kunnioitettu, eikä muiden ajatuksia ole esitetty omiksi.

10 Pohdinta

Keisarileikkauksen jälkeinen hoitotyö on laaja käsite. Hoitotyössä täytyy ottaa huomioon leikkauksen jälkeinen hoito sekä synnyttäneen hoito, joista molemmat näistä kattaa paljon asiaa ja huomioitavaa. Keisarileikkauksen jälkeiseen hoitoon vaikuttaa myös raskauden kulku sekä leikkauksen tapahtumat. Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa simulaatiosektion jälkeisestä hoitotyöstä lapsivuodeosastolla kättilöopintojen syventävään vaiheeseen. Tavoitteena oli lisätä kättilöopiskelijoiden tietoa ja käytännön taitoja keisarileikkauksen läpikäyneen hoidosta, niin rutiininomaisissa, kuin epätavallisissa tilanteissa.

Suomessa keisarileikattujen määrä vuonna 2019 oli noin 17 prosenttia kaikista synnytyksistä (THL 2020). Tämä tarkoittaa, että keisarileikattuja tulee paljon vastaan kättilön uralla, joten on tärkeä tietää mitä leikatun taustoista sekä raskauden ja leikkauksen kulusta pitää ottaa huomioon hoitotyössä.

Keisarileikatun hoitotyössä täytyy huomioida niin leikattu potilas, kuin synnyttänyt äiti. Keisarileikkauspäätökseen voidaan päätyä monesta eri syystä, jotka vaikuttavat myös hoitoon leikkauksen jälkeen. Tämän vuoksi on tärkeää luoda kokonaisvaltainen kuva kättilöopiskelijoille keisarileikkauksen kulusta ja tapahtuvasta hoitotyöstä sen jälkeen.

Simulaatio-opetukseen kuului perehtyminen simulaatiopedagogiikkaan, joka tapahtui pääsääntöisesti verkkolähteiden kautta. Ohjaustilanteissa opettaja antoi mallipohjan, jonka avulla luoda simulaatio-opetukseen kuuluvat tavoitteet, roolitukset, roolien ohjeistukset, simulaatiotilan valmistaminen ja rekvisiitta, simulaatiota tarkkailevien roolit, mikä on määritelty aika simulaatiolle, mitä siinä pitäisi tulla esille ja jälkipuinnissa käsitellyt asiat. Simulaation päävastuu oli simulaatiocasen tekijällä, opettajat johtivat kuitenkin pedagogista puolta eli jälkipuintia.

Simulaation jälkeen kerättiin osallistujilta kirjallista palautetta. Palautteita tuli vain muutamalta opiskelijalta ja se oli hyvin yhtenäistä. Heidän palautteensa tuki simulaation jälkipuinnissa saatua suullista palautetta. Simulaatio koettiin

onnistuneeksi. Osallistujien mukaan simulaatiocase oli yksinkertainen, kuitenkin monipuolinen, juuri sellainen mitä lapsivuodeosastolla voisi tulla vastaan. Simulaatiossa opittiin, että ei ole yhtä oikeaa tapaa, miten ja missä järjestyksessä hoitoa tulisi toteuttaa. Opittiin kuitenkin, miten tärkeää on huomioida, että kyseessä on leikattu potilas. Positiivista palautetta saatiin myös toimeksiantajalta, samalla myös opettajilta. Heidän mielestään simulaatio oli myös yksinkertainen ja monipuolinen, jäljittelee todentuntuisesti hoitotyötä lapsivuodeosastolla.

Bolmgrenin (2015) mukaan yksinkertaiset simulaatiot luovat esikuvan, jota voidaan hyödyntää vaikeammassakin tilanteissa. Simulaatioharjoitusten avulla harjoitellaan tilanteita, jolloin toimintamalli on valmiina. Usein simulaatiot herättävät tunteita, joka tehostaa oppimista. Onnistunut simulaatio lisää opiskelijan itseluottamusta (Tuomi ym. 2016).

Suunnitteluvaiheessa täytyi määritellä aika, joka voidaan käyttää itse tilanteeseen ja asiat, jotka täytyisi tulla esille, jotta simulaatio voidaan lopettaa. Molemmat simulaatiot olivat onnistuneita, kaikki tarpeellinen tuli esille ja pysyttiin asetetun ajan raameissa. Simulaatioiden kulut olivat kuitenkin hyvin erilaiset. Tämä on hyvin normaalia. Molemmissa simulaatioissa oli eri osallistajat, joten roolien suorituksissa tuli esille eroavaisuuksia. Tuomen ym. (2016) mukaan simulaatioon osallistuvien koulutustautalla ja työkokemuksella voi olla vaikutusta simulaation kulkuun. Samalaisia tilanteita tulee vastaan myös kättilön työssä. Jokainen tekee työnsä eri tavalla, vaikka opinnot ovat pääsääntöisesti samat. Lopputulos molemmissa simulaatioissa oli kuitenkin samankaltainen. Haasteita tilanteessa toi rajallinen aika. Tierannan & Poikelan (2016) mukaan tiivis aikataulu simulaatioissa koetaankin usein haasteelliseksi. Simulaatio-opetukselle on paljon odotuksia, mutta aikaa ja resursseja on vähän. Todellisuudessa hoitotyö jatkuu läpi vuorokauden, jolloin hoitotyö ja -suhteet jatkuvat pitkään.

Teoreettinen pohja oli tärkeä osa simulaatiocasen luomista, teoria oli myös tärkeä osa opinnäytetyötä. Teoreettinen viitekehys koostuu yleisesti keisarileikkauksesta, keisarileikkauksen toteutuksesta, sen jälkeisistä

komplikaatioista sekä leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä lapsivuodeosastolla ja simulaatiopedagogiikasta. Haasteita lähteiden löytämiseen toi eniten hoitotyöstä leikkauksen jälkeen sekä simulaatiopedagogiikka.

Simulaatiopedagogiikka ei ollut tuttu aihe, joten siihen piti tutustua tarkasti. Aiheesta löytyi kuitenkin helposti luotettavia suomenkielisiä artikkeleita, joita pystyttiin hyödyntämään teoreettisessa viitekehyksessä sekä tutustumalla simulaatio-opetuksen sisältöön ja kulkuun.

Eryyisen onnistunutta opinnäytetyössä oli simulaatiotilanne ja kanssaopiskelijoiden onnistumisen kokemukset. Opinnäytetyön aikana oli hienoa nähdä koko prosessi, joka kuuluu simulaation suunnitteluun ja toteutukseen. Lisäksi simulaation suunnitelman aikana ja simulaation jälkeen saadut palautteet kehittivät opinnäytetyötä entisestään. Opinnäytetyössä ja simulaatio-opetuksessa erityisen hyvin onnistunutta oli se, että itse opittu tieto saatiin jaettua eteenpäin. Opinnäytetyö itsessään on onnistunut ja asetettujen tavoitteiden mukainen. Myös simulaatiosta tuli monipuolinen ja kättilöopiskelijoiden oppimista tukeva.

Simulaatioiden yhteydessä saadusta palautteesta ja myöhemmin kirjallisessa palautteesta puhuttiin simulaatiocasen tulevaisuuden kehittämistä. Jokainen tilanne on erilainen, joten rekvisiitan avulla voitaisiin rakentaa tilanne todemman tuntuiseksi, jotta tilanteen pystyisi hahmottamaan paremmin.

Kehtiysehdotuksissa tuli esille myös imetysohjauksen laajentamisen simulaatiotilanteessa. Aika on kuitenkin rajallinen, joten imetysohjausta ei voida liikaa lisätä simulaatiotilanteeseen. Tekorinta mahdollistaisi tilanteen, jossa voitaisiin tarkastella vauvan imuotetta ja -asentoa sekä äidin imetysohjausta. Tämä loisi simulaatiotilanteesta todemman tuntuisen.

Opinnäytetyön perusteella ja simulaatiosta saadusta palautteesta yksinkertaiset simulaatiotilanteen kehittävät hyvin opiskelijoiden oppimista. Tulevaisuudessa simulaation pitäisi noudattaa yksinkertaista kaavaa, jotta hoitotyössä tapahtuvien tilanteiden kokonaisvaltainen kuva hahmottuu opiskelijoille. Yksinkertaisen simulaation avulla opiskelijat pystyisivät soveltamaan opittua

tietoa tuellisuudessa hankalimmissakin tilanteissa (Blomgren 2015).
Loppuvaiheen opiskelijoiden oppimista parhaiten tukeekin yksinkertaiset
simulaatioilanteet, jotka voisivat jäljitellä todentuntuista työpäivää (Tieranta &
Poikela 2016).

Lähteet

Alaniska, H.; Hurskainen, J.; Kähkönen, T.; Maikkola, M.; Pihlaja, J. & Tauriainen T-M. 2021. Pedagogisia malleja. Viitattu 23.11.2021.

<https://www.oamk.fi/c5/files/2515/7173/0994/pedagogisiamalleja.pdf>

Anttonen, R. 2020. Kuudesluokkalaisten taidot arvioida lähteiden luotettavuutta. Pro gradu -tutkielma. Kasvatustieteiden ja kulttuurin tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 25.11.2021.

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/121618/AnttonenRiikka.pdf?sequence=2>

Asantila-Jarva, R. 2007. Keisarileikkauspotilaan kivunhoito. Finnanest. Viitattu 8.11.2021. http://www.finnanest.fi/files/sektiokipu_asantila.pdf

Benton, M.; Salter, A.; Tape, N.; Wilkinson, C. & Turnbull, D. 2019. Women's psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. BMC Pregnancy and Childbirth. Volume 19, Article number 535.

Blomgren, K. 2015. Simulaatio – melkein leikki, melkein totta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 23.11.2021.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo12860>

Deufel, M. 2016. Lapsivuodeaika. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hakulinen, T.; Pelkonen, M.; Salo, J. & Kuronen, M. 2019. Meille tulee vauva: Opas vauvan odotukseen ja hoitoon. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2. uudistetun painoksen lisäpainos. PunaMusta oy. Vantaa. Viitattu 29.10.2021.

<https://www.julkari.fi/handle/10024/138367>

Hedderson, M; Lee, D.; Hunt, E.; Lee, K.; Xu, F.; Mustille, A.; Galin, J.; Campbell, C.; Quesenberry, C.; Reyes, V.; Huang, M.; Nicol, B.; Paulson, S. & Liu, V. 2019. Enhanced recovery after surgery to change process measures and reduce opioid use after cesarean delivery: A quality improvement initiative. Obset Gynecol. 134(3), 511.

Kettunen, R. Hitaat rytmihäiriöt (bradyarytmia). www.terveyskirjasto.fi Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 1.11.2021.

KHSHP 2014. Leikkaushaavan hoito. Viitattu 9.11.2021.

<https://www.khshp.fi/wp-content/uploads/2017/05/Leikkaushaavan-hoito.pdf>

Kontinen V. & Hamunen K. 2015. Leikkauksenjälkeisen kivun hoito.

Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 8.11.2021.

Kotovainio T. & Lehtonen A. 2017. Kivun lääkehoito. Sairaanhoidajan käsikirja.

Kustannus Oy Duodecim 8.11.2021.

Linden, H & Töyräs, M. 2021. Keisarileikkaus (sektio). Anestesiakäsikirja

Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 8.11.2021.

NICE 2021. Caesarean birth. Viitattu 18.11.2021.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/chapter/Recommendations#care-of-the-woman-after-caesarean-birth>

NIH 2017. What is caesarean delivery? Viitattu 8.11.2021

<https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo/cesarean>

O'Neill, P.; Duarte, F.; Ribeiro, I.; Centeno, M. & Moreira, J. 2012. Ropivacaine continuous wound infusion versus epidural morphine for postoperative analgesia after cesarean delivery. *Anesthesia & Analgesia*. Volume 114, Issue 1, 179-185.

Paananen, U-K.; Pietiläinen, S.; Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. 2017.

Kättilötyö – Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6.–7. painos. Helsinki: Edita

Pallasmaa, N. 2014. Cesarean section – Short term maternal complications

related to the mode of delivery. Turku: Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D, osa 1119. Viitattu 23.11.2021.

Pallasmaa, N.; Rautava, S. & Timonen, S. 2016. Synnytystapa vaikuttaa äidin ja lapsen terveyteen. *Suomen Lääkärilehti*. S. 25–32, vsk 71.

Piirtola M. 2018. Lonkkamurtuman jälkeinen mobilisaatio, fyysinen harjoittelu ja

uusien kaatumisten ehkäisy. Viitattu 10.11.2021. <https://www.kaypahoito.fi/wp-content/uploads/sites/15/2019/01/Piirtola.pdf>

Ranta, P. 2016. Mikä anestesiamuoto kiireelliseen sektioon? *Finnanest*. 49 (2), 116–117.

Sairanen, S. & Seppänen, S. 2011. Virtsarakon katetrointi: Opetusmateriaali Tampereen ammattikorkeakoululle. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.11.2021.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36058/Sairanen_Siiri_Seppanen_Saara.pdf?sequence=2

Salo H.; Tekay A. & Mäkikallio K. 2015. Tutkimusnäyttöön perustuva keisarileikkaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 10.11.2021.

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/12/duo12314>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön – Opas opiskelijoille, opettajille ja THI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 22.11.2021.

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sariola A-P. Elimistön palautuminen raskaudesta ja synnytyksestä. Odottavan äidin käsikirja. www.terveyskirjasto.fi Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. 20.11.2021.

Sariola A-P. Keisarileikkauksesta toipuminen. Odottavan äidin käsikirja. www.terveyskirjasto.fi Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 8.11.2021.

Sariola A-P. Synnytyksen jälkeinen aika sairaalassa. Odottavan äidin käsikirja. www.terveyskirjasto.fi Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. 20.11.2021.

Sarvela J. & Volmanen P. Synnytyskipu – anestesia­lääkärin opas potilaalle. www.terveyskirjasto.fi Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 3.11.2021

Sastamoinen, M.; Vähä, T.; Ypyä, J.; Alahuhta, M. & Pääta­lo, K. 2018. Toiminnallisen opinnäytetyön oppimiskokemukset. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 45. Viitattu 22.11.2021. <http://www.oamk.fi/epooki/index.php?cID=1314>

Savikko J.; Kössi J. & Scheinin T. 2016. Optimoidun toipumisen ohjelmat vatsaelinkirurgiassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 10.11.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13324>

Secomb, T. 2016. Hemodynamics. Compr Physiol. 6(2): 975-1003.

TAYS 2019. Haavahoidon aseptiikka. Viitattu 9.11.2021. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Infektioiden_torjunta/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa/Haavanhoidon_a_septiikka\(8914\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Infektioiden_torjunta/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa/Haavanhoidon_a_septiikka(8914))

TENK, 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa – Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Terveyskirjasto. Minihepariini. Lääketieteensanasto. www.terveyskirjasto.fi Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. 23.11.2021.

Terveyskylä 2018. Raskaana olevat ja imettävät äidit. Viitattu 8.11.2021. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/kipu-leikkauksen-jälkeen/leikkauskivun-lievitys-eri-potilailla/raskaana-olevat-ja-imettavat-aidit>

THL 2020. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2019 – Raskauden aikainen tupakointi vähentynyt. Viitattu 25.11.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020112092125>

Tiala T. 2013. Nopeutetun hoidon mallit sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu tutkielma. Hoitotiede. Terveystieteiden laitos. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 10.11.2021. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201312062023.pdf>

Tieranta, O. & Poikela, P. 2016. Helmiä hoitotyön simulaatioissa – Hyviä käytänteitä ammattikorkeakouluista. Rovaniemi: Lapin ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.11.2021. <https://www.lapinamk.fi/loader.aspx?id=aba1cd61-36ea-41c9-9063-7d335a63b26c>

Tiittinen A. Etinen istukka. www.terveyskirjasto.fi Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 29.10.2021

Tiittinen A. Raskaudenaikainen verenpaineen nousu ja pre-eklampsia. www.terveyskirjasto.fi Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 29.10.2021.

Tunturi S. Ommellun haavan hoito kotona. www.terveyskirjasto.fi Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 9.11.2021

Tuomi, J.; Ketola, S. & Nuuttinen, L. 2016. Taito 2016 – Oppimisen ydintä etsimässä. Tampereen ammattikorkeakoulu. <https://julkaisut.tamk.fi/PDF-tiedostot-web/Muut/Taito2016-oppimisen-ydinta-etsimassa.pdf>

TYKS 2021. Keisarileikkaus. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 9.11.2021. <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Keisarileikkaus.pdf>

TYKS 2021. Ohjeet haavan ompeleiden jälkeen, sulavat ompeleet. Viitattu 9.11.2021. [https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Ohjeet%20haavan%20ompelemisen%20jälkeen%20\(sulavat%20ompeleet\).pdf](https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Ohjeet%20haavan%20ompelemisen%20jälkeen%20(sulavat%20ompeleet).pdf)

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

Vaasan keskussairaala 2021. Ummetuksen hoito päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. Viitattu 20.11.2021. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukset/paivakirurgia/paivakirurgisen-leikkauksen-jalkeen-kotona/ummetuksen-hoito-paivakirurgisen-toimenpiteen-jalkeen/>

Yamaguchi, E.; Siaulys, M. & Torres, M. 2016. Oxytocin in cesarean-section. What's new? Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition). Volume 66, Issue 4, 402–407.

Similaatiocase

Minna 32v., G2P1, tehty eilen kiireellinen keisarileikkaus (h40+1) synnytyksen pitkittymisen vuoksi klo 17.30, tänään on ensimmäinen päivä leikkauksesta. Leikkausvuoto 900 ml. Raskaus on ollut säännöllinen, esikoinen syntynyt säännöllisessä alatiesynnytyksessä.

Minna on tullut eilen osastolle yövuoron alussa klo 21.30. Hän on yön aikana noussut kerran jaloittelemaan, vaihtanut puhtaat verkkohousut, siteen ja paidan. Noustessa olo on ollut kivulias, joten saanut epiduraalista boluksen klo 24 ja 3. Yövuoro on antanut Minnan aamulääkkeet Panadol 1g ja Burana 600mg klo 6.30. Kohtu on painettu kontrollien yhteydessä klo 24, jolloin se on ollut navan korkeudella. Jälkivuotoa on tullut osastolla niukka määrä. Haavataitoksessa on muutama euron kolikon kokoinen verinen kuultoläikkä. Virtsakatetri on vielä paikoillaan. Katetri on tyhjennetty viimeksi klo 6.30 vaalean keltaista virtsaa 700 ml.

Vauva, Ella on saanut Apgarin pisteet 9/9/9 ja voinut syntymän jälkeen hyvin. Kontrolliarvot, verensokeri ja lämpö, klo 24 ovat olleet hyvät. Klo 6.30 kättilö on vaihtanut pissa- ja kakkavaipat, äidin ollessa kivulias. Ensi-imetys heräämössä ollut onnistunut. Vauva imemässä rinnalla huoneeseen mentäessä.

Isä, Simo on perhehuoneessa yhdessä Minnan ja Ellan kanssa.