

Synnytys ensivastetoiminnassa
Projektityön loppuraportti

Markus Katajala & Arto Kähkönen

Terveysalan opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

KEMI 2014

TIIVISTELMÄ

LAPINAMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

MARKUS KATAJALA & ARTO KÄHKÖNEN

Synnytys ensivastetoiminnassa. Koulutus sairaalan ulkopuolisessa synnytyksessä avustamiseen ensivastehenkilökunnalle.

56 sivua ja kaksi liitettä

10.4.2014

Ohjaajat: Satu Rainto ja Pirjo Sonntag

Tämän toiminnallisena projektina toteutetun opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa sairaalan ulkopuolisten synnytysten turvallisuutta ja laatua, parantamalla ensivastehenkilökunnan valmiuksia sairaalanulkopuolisen synnytyksen ja vastasyntyneen hoitamiseen Jokilaaksojen pelastuslaitoksen alueella Pohjois – Pohjanmaalla. Tavoitteeseen pyrittiin laatimalla koulutusmateriaali ensivastekoulutuksiin synnytyksestä ja siinä avustamisessa.

Synnytyksyköitä on keskittämisen myötä vähennetty, jonka vuoksi välimatkat synnytyksyköihin ovat kasvaneet. Valtakunnallinen uusi päivystysasetus synnytysten osalta astuu voimaan 1.1.2017. Asetuksen voimaantulon jälkeen synnytyksyköissä on oltava jatkuva valmius päivystyksellisen hoidon antamiseen, kuten esimerkiksi keisarileikkauksiin. Vaatimusten tiukentuminen aiheuttaa lisää paineita sairaanhoitopiireille pienempien synnytyksyköiden lakkauttamiseksi. Synnytysten keskittämisen suuriin sairaaloihin pelätään lisäävän sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrää.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kirjallisuuskatsauksella ja aineiston soveltuvuutta kenttäolosuhteisiin varmistettiin ensihoitajilta, kättilöiltä ja ensihoitolääkäreiltä. Projektin loppuraportti sisältää teoria- ja käytännön tietoa raskaudesta, synnytyksestä, ja sen hoitamisesta sairaalan ulkopuolella, power - point koulutusmateriaalin, tietoa projektista, sen taustoista ja etenemisestä sekä pohdintaa projektista tekijöiden näkökulmasta.

Projekti toteutettiin yhteistyössä Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ja Lapin ammattikorkeakoulun kanssa. Koulutuksella on useita muitakin hyödyntämismahdollisuuksia. Koulutusta voidaan hyödyntää esimerkiksi muissakin opetustarkoituksissa. Koulutuksen vapaa käyttöoikeus mahdollistaa sen levittämisen muillekin pelastuslaitoksille.

Asiasanat: Sairaalan ulkopuolinen synnytys, Ensivaste, Synnytys.

ABSTRACT

LAPLAND UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social services and health care

MARKUS KATAJALA & ARTO KÄHKÖNEN

Thesis title: Basic emergency obstetric care: First response. Education to first responders to take care of deliveries outside the hospital.

56 pages and 2 appendix

10.4.2014

Instructors: Satu Rainto ja Pirjo Sonntag

Thesis of this functional project was to improve the safety and quality of the deliveries outside the hospital, by improving first responders completeness to take care of deliveries and newborn in the Rescue department of Jokilaakso in North - Central Ostrobothnia. The objective was to develop the training material to first responders training sessions.

The number of maternity units has decreased because of concentration, therefore the distances to maternity units has increased. New nationwide emergency obstetric statute will take effect with regard to 1.1.2017. Obstetric units shall have a constant readiness at the emergency medical care provided, such as a cesarean section. More stringent requirements put further pressure to the hospital districts of closing smaller maternity units. Obstetrics concentration of large hospitals feared to increase the number of births outside the hospital.

The data was collected with a literature review. The suitability of the material to field conditions was confirmed by the paramedics, midwives and primary care physicians. The final report includes theoretical and practical information on pregnancy, childbirth, how to manage it outside the hospital, power - point of training material, information about the project, its background and progress of the project, as well as the makers reflection.

The project was carried out in co - operation with Rescue department of Jokilaakso and Lapland University of Applied Sciences. Education has number of other recovery. For example the training can also be used for other educational purposes. Free license of education allows the distribution to other rescue departments.

Keywords: Birth outside the hospital, First respond, Delivery / Birth / Labor

SISÄLLYSLUETTELO

| | |
|---|----|
| JOHDANTO..... | 5 |
| 1 ENSIHOITOPALVELUT SUOMESSA..... | 8 |
| 1.1 Ensivastetoiminta..... | 10 |
| 2 KOULUTTAMINEN, OPETTAMINEN JA OHJAAMINEN..... | 13 |
| 3 RASKAUS JA SÄÄNNÖLLINEN SYNNYTYS..... | 15 |
| 4 SAIRAALAN ULKOPUOLINEN SYNNYTYS..... | 20 |
| 4.1 Potilasturvallisuus sairaalan ulkopuolisessa synnytyksessä..... | 21 |
| 4.2 Tilanne arvion tekeminen ja synnytyksessä avustaminen..... | 23 |
| 4.3 Vastasyntyneen elintoiminnot ja hoitaminen..... | 30 |
| 4.4 Synnytyksen erityistilanteita..... | 32 |
| 5 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN..... | 37 |
| 5.1 Projektin tarkoitus, tavoitteet ja toteutus..... | 37 |
| 5.2 Ensivastetoiminnassa toimivien kouluttaminen, opettaminen ja ohjaaminen.... | 39 |
| 5.3 Projektin rajaus..... | 41 |
| 5.4 Projektioorganisaatio..... | 42 |
| 5.5 Projektin aikataulus..... | 44 |
| 5.6 Projektin tulosten ja prosessin arviointi..... | 45 |
| 5.7 Projektin eettisyys ja luotettavuus..... | 46 |
| 5.8 Projektin dokumentointi ja tiedottaminen..... | 48 |
| 6 POHDINTA..... | 50 |
| 7 LÄHTEET..... | 53 |
| 8 LIITTEET..... | 57 |

JOHDANTO

Suomessa tapahtui vuonna 2012 sairaaloiden ulkopuolisia synnytyksiä 143 kappaletta, näistä matkalla sairaalaan syntyi 63 lasta, suunniteltuja kotisyntytyksiä oli 18 ja sairaalan ulkopuolella suunnittelemattomasti syntyi 62 lasta. (THL 2012. hakupäivä 10.2.2014). Jokilaaksojen pelastuslaitoksen alueella, joka käsittää 17 kunnan alueen Pohjois - Pohjanmaalla, oli yhteensä 488 ensivastetehtävää vuonna 2012. Näistä tehtävistä yksi oli tullut synnytys koodilla. Merkille pantavaa kuitenkin on se, että 1.1.2013 – 3.10.2013 välisenä aikana on synnytystehtäviä on tullut oli tullut jo kolme kappaletta (Joki-laaksojen pelastuslaitos 3.10.2013).

Heinon, Hemmingin ja Gisslerin (2011, 4; yle uutiset, 24.2.14) mukaan synnytysten keskittämistä nykyistä harvempiin sairaaloihin ei voi perustella terveydellisin perustein, sillä sairaalan ulkopuolella tapahtuva suunnittelematon synnytys lisää vastasyntyneiden kuolleisuutta. Sairaalan ulkopuolella syntyneiden lasten kuolleisuus on kuusinkertainen verrattuna synnytysyksikössä syntyneisiin lapsiin (Heino ym. 2011, 5)

Suomen synnytysjärjestelmä on toiminut nykyisessä mallissaan hyvin. Järjestelmä on perustunut vastuualueisiin sekä aktiiviseen lähetekäytäntöön. Matkasynnytykset ovat olleet harvinaisia, 120 – 140 kappaletta vuonna 2008, mutta niiden määrä on lisääntynyt merkittävästi 2000 - luvulla. Sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrässä ei ole kuitenkaan todettu suuria alueellisia eroja. Tutkimuksen avulla ei voitu päätellä, ovatko sairaaloiden sulkemiset syynä matkasynnytyksiin vai onko ilmiön taustalla muita tekijöitä (Heino ym. 2011, 4). Sairaalan ulkopuolisten synnytysten lisääntymistä on havaittu muuallakin maailmassa, esimerkiksi Yhdysvalloissa vuosien 2004 ja 2009 välillä sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä kasvoi 29 prosenttia. Yhdysvalloissa sairaalan ulkopuolisista synnytyksistä 10 prosenttia oli suunnittelemattomia. (Leawood 2013, hakupäivä 29.3.2014; Heino ym. 4 - 6).

Kenttäolosuhteissa synnytyksessä avustaminen vajavaisin välinein ilman lääkkeitä vaatii synnytyksessä avustavalta synnytysopin tuntemuksen lisäksi kylmähermoisuutta, hyviä sosiaalisia taitoja, lääkkeettömän kivunhoidon ja vastasyntyneen hoidon osaamista. Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensivastekoulutuksesta puuttuu tällä hetkellä kokonaan synnytysopin perusteet. Aloite koulutuksen suunnittelemiseen ensivasteessa toimiville tuli Jokilaaksojen pelastuslaitokselta. Kiinnostusta aiheeseen on osoitettu myös Pohjois-pohjamaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen taholta. Projektin avulla ensivasteessa toimivat saavat tietotaitoa sairaalan ulkopuolisen synnytyksen turvalliseen ja onnistuneeseen hoitamiseen.

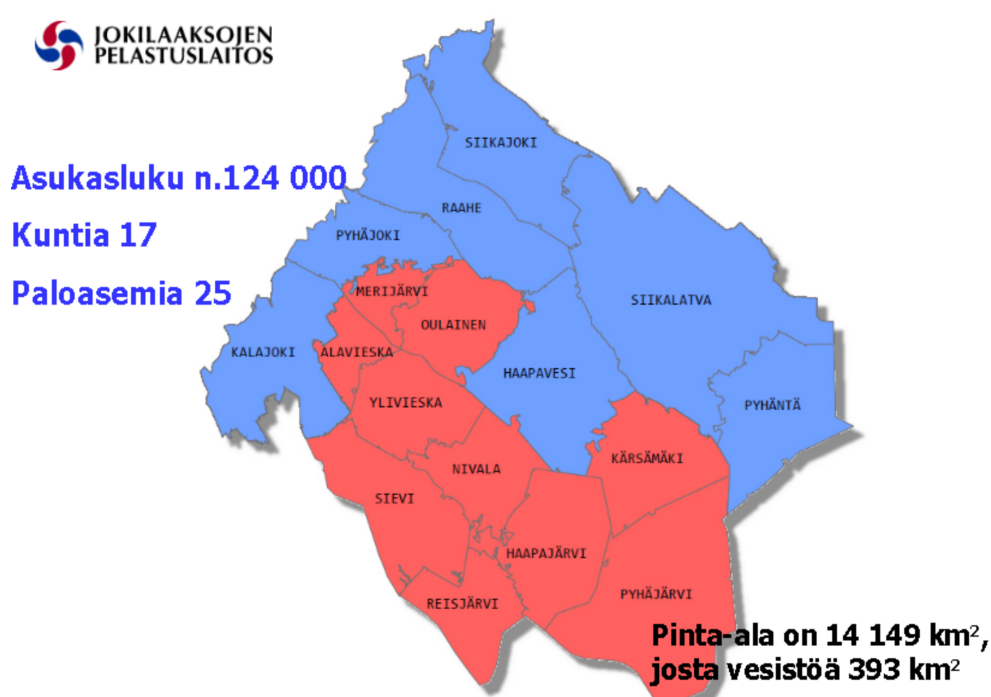
1 ENSIHOITOPALVELUT SUOMESSA

Ensihoitopalveluksi kutsutaan terveydenhuollon päivystystoimintaa, jonka perustehtävänä on turvata onnettomuuden uhrin ja äkillisesti sairastuneen korkeatasoinen hoito tapahtumapaikalla, sairaankuljetuksen aikana ja sairaalassa (Määttä 2009, 24). Ensihoidolla tarkoitetaan asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemää tilannearviointia sekä antamaa hoitoa, jolla pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan loukkaantuneen tai sairastuneen peruselintoiminnot. Tapahtumapaikalla aloitettua ensihoitoa jatketaan sairaankuljetuksen aikana (Castrén ym. 2012, 14 - 19). Ensihoidosta käytetään myös termiä lääkinällinen pelastustoimi. Lääkinällinen pelastustoimi on yleisnimitys kaikelle ensihoidolle jota annetaan sairaalan ulkopuolella. Ensivastetoiminta on osa lääkinällisestä pelastustoimesta.(Määttä 2009, 24)

Suomessa on porrastettu, kuusiportainen ensihoitojärjestelmä, johon kuuluu hätäkeskuspalvelut, ensivastetoiminta, perustasoisen ensihoito, hoitotasoinen ensihoito, lääkärijohdoinen ensihoito sekä päivystyspoliklinikat. Porrastetun ensihoitojärjestelmän tarkoituksena on viedä tarvittava tutkimus ja hoito potilaan luokse (Castren ym. 2012, 18). Ensihoitopalvelu käynnistyy hätäkeskukseen soitetusta hätäpuhelusta. Hätäpuhelun aikana hälytyspäivystäjä selvittää tehtävän luonteen sekä arvioi tehtävään liittyvän riskin saamiensa tilannetietojen perusteella (Hätäkeskusohje 2014, hakupäivä 5.3.2014).

Ensihoitopalvelun tehtäväkirjo on laaja ja vaihtelee yksittäisestä onnettomuudesta suur-onnettomuuteen, rintakivusta sydänpysähdykseen, alkoholipäihtymyksestä hengenvaaralliseen huumeiden ja lääkkeiden yliannostukseen, vanhuksen kaatumisesta rajuun väkivaltaan sekä sosiaalisesta häädystä ja yksinäisyydestä vaikeaan mielenterveyden häiriöön. Ensihoitotehtävien määrä on lisääntynyt nopeasti ja tehtävien luonne on muuttunut johtuen muun muassa kansalaisten ikärakenteen muutoksesta, pitkäaikaissairaiden lisääntymisestä sekä perheen, suvun ja turvaverkon löystymisestä. Terveydenhuollon toiminnalliset muutokset, kansalaisten tietoisuus omista oikeuksista ja ensihoidon palveluista sekä ensihoidon medianäkyvyys ovat osaltaan vaikuttaneet ensihoitopalvelujen kysyntään. (Määttä 2009, 24)

Vuoden 2013 alusta lähtien on ensihoidon järjestämisvastuu ja valvonta ollut sairaanhoitopiireillä (Finlex 2010). Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen jossa määritellään muun muassa palvelun sisältö, järjestäminen, henkilöstön koulutus sekä potilaiden tavoittamisaikavaatimukset (PPshp 2013, 1 - 4). Pohjois - Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on tehnyt sopimuksen Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kanssa ensivasteen tuottamisesta alueellaan. Jokilaaksojen pelastuslaitos sijaitsee Pohjois - Pohjanmaan eteläosassa kattaen 17 kunnan alueen (kuva 1). Alueen pinta – ala on 14 149 neliökilometriä ja alueen asukasluku on noin 124 000. Väestöpohja on nuorta ja syntyvyys on muuta maata keskimääräistä suurempaa. Alueen laajuus aiheuttaa omat haasteensa ensihoidon laadukkaalle organisoinnille. Alueella on tällä hetkellä yksi toimiva synnytysairaala, jota ollaan lakkauttamassa 2017 uuden päivystysasetuksen voimaantulon myötä (Jokilaaksojen pelastuslaitos 2013; Kaleva 15.9.2013).



Kuva 1. Jokilaaksojen pelastuslaitoksen alue (Jopela 2013).

1.1 Ensivastetoiminta

Ensivastetoiminnalla tarkoitetaan hätäkeskuksen kautta lähimmän hälytettävissä olevan yksikön hälyttämistä äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan tavoittamisviiveen lyhentämiseksi sekä yksikön henkilöstön antamaa hätäensiapua, joka on määritelty ensihoidon palvelutasopäätöksessä (Finlex 2010, hakupäivä 14.9.2013). Jokilaaksojen pelastuslaitoksen määritelmän mukaan ensivasteella tarkoitetaan mitä tahansa tehostettuun ensiapuun tai ensihoitoon pystyvää yksikköä, joka tavoittaa hätätilapotilaan todennäköisesti ensimmäisenä. Ensivasteyksikkö hälytetään silloin, kun se voi saavuttaa hätätilapotilaan nopeammin kuin ensihoitoyksikkö, tai kohteeseen tarvitaan ensivasteyksikköä avustamaan ensihoitoyksikköä. Ensivasteyksikkö ei koskaan korvaa ensihoitoyksikön tarvetta, vaan sen tehtävänä on pienentää hätätilapotilaan avun saannin viivettä. Pelastuslaitoksen ensivasteyksikkönä toimii pelastusyksikkö, joka on normaalissa pelastustoimen valmiudessa. Pelastusyksikkö on varusteltu ensivastevälineistöllä. (Annala Mirja, Jokilaaksojen pelastuslaitoksen palvelutasopäätösesitys 2014 - 2017, 2013)

Ensivastetoiminta ei ole lain velvoittamaa pakollista toimintaa, vaan sairaanhoitopiirit voivat päättää sen järjestämisestä oman alueensa tarpeiden perusteella. Asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011) määritellään ensivasteyksikön minimivaatimukset niin henkilöstön koulutuksen, yksikön hälytettävyyden kuin sopimusteknistenkin asioiden osalta. Ensivasteessa toimivat ensiauttajat ovat suorittaneet vähintään Suomen pelastusalan keskusjärjestön, SPEK:n ensiapu- ja ensivastekurssit. Ensivasteyksikössä vähintään kahdella henkilöllä on oltava toimintaan soveltuva koulutus (Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010 § 40). Ensivastetoimintaa tuottavat esimerkiksi pelastustoimi, järjestöt kuten Suomen Punainen Risti (SPR), meripelastusseurat, poliisi tai rajavartiolaitos (Castren ym. 2012. 8)

Terveydenhuoltolain asettamat vaatimuksen henkilöstön koulutus pohjasta toteutuvat Jokilaaksojen pelastuslaitoksella hyvin. Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensivastehenkilöstön koulutustasona on sopimus henkilöstön valtakunnallisen koulutusjärjestelmän mukainen palokuntien ensiapukurssi sekä ensivastekurssi ja / tai hän on pelastus- tai terveydenhuoltoalan ammattilainen. Henkilöstön osaamista ylläpidetään ja syvennetään vähintään neljänä harjoituskertana vuoden aikana. Vuoden 2013 alusta lähtien on ensivasteen järjestämisvastuu ja valvonta ollut sairaanhoitopiireillä. Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiiri on tehnyt sopimuksen Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kanssa ensivasteen järjestämisestä jokilaaksojen alueella. (Annala Mirja, Jokilaaksojen pelastuslaitoksen palvelutasopäätösesitys 2014 - 2017, 2013)

Ensivastetoiminnassa toimivasta sopimuspalokuntalaisesta, Suomen Punaisen Ristin tai muun tahon vapaaehtoistyöntekijästä sekä poliisista on alettu käyttää nimeä ensiauttaja (Kuisma ym. 2009, 27). Ensivasteyksikkö voi olla mikä tahansa valmiudessa oleva yksikkö, jonka henkilöstö voi antaa hätäensiapua. Ensivasteyksikkö voi olla pelastusajoneuvo, poliisipartio tai lääkäriyksikkö. (Castren ym. 2012, 10) Ensivasteyksikkö on varustettu ensivastevälineistöllä. Mikäli ensiauttaja on terveydenhuollon ammattilainen tai pelastajatutkinnon suorittanut ja paikallisesti niin sovitaan, voi ensivasteyksiköllä olla tällöin keskimääräistä paremmat ensihoidolliset valmiudet. (Castren ym. 2012, 43 – 44)

Ensiauttajatasolla toimivat antavat laadukasta hätäensiapua ja käyttävät yksinkertaisia ensihoidon tutkimus- ja hoitovälineitä. He pystyvät tekemään potilaan hätäsiirron sekä käyttämään erilaisia apuvälineitä potilaan vartalon, kaulan, pään ja raajojen tukemiseksi. Ensivasteyksikkö ei kuitenkaan koskaan korvaa ensihoitoyksikön tarvetta, vaan sen tehtävänä on pienentää hätätilapotilaan avun saannin viivettä. (Castren ym. 2012, 43 - 44)

Ensivastetoiminnan merkityksellisyys korostuu etenkin harvaan asutuilla tai syrjäisillä seuduilla. Sisäasiainministeriön asettaman työryhmän selvityksen mukaan ensivastekoulutettujen viranomaispartioiden ja muiden toimijoiden käyttö ensivastetehtäviin harvaan asutuilla seuduilla lisää merkittävästi tavanomaista nopeampaa avun saamista ensihoitoa edellyttävissä tilanteissa sekä parantaa siten huomattavasti potilaan selviytymismahdollisuuksia esimerkiksi sydänpysähdystilanteessa. (Alen 2011, 7)

Yhteneviä tuloksia ensivastetoiminnan merkityksellisyydestä harvaan asutuilla seuduilla on saatu myös vuosina 2006 - 2008 Lapissa toteutetussa ensivastehankkeessa, jonka pohjalta Lapin ensihoitopalvelun alueellinen kattavuus koheni huomattavasti. Lapin alueella toimii nyt yhteensä 38 ensivasteyksikköä aiemman 11 sijaan. Lapissa ensivastepalvelua tuottavat pelastustoimen ja rajavartiolaitoksen yksiköiden lisäksi SPR, meri- ja järvipelastusyhdistykset, kyläyhdistykset sekä poliisi. Hankkeen avulla parannettiin niin alueen asukkaiden tasa - arvoista kohtelua (hätätilapotilaan nopea kohtaaminen asuinpaikasta riippumatta), matkailijoiden turvallisuutta kuin ensivastetta tuottavien toimijoidenkin omaa työturvallisuutta. (Kauppinen 2008, 18 – 19)

2 KOULUTTAMINEN, OPETTAMINEN JA OHJAAMINEN

Hoitotyössä kouluttautumisen, opettamisen ja ohjaamisen tehtävänä on oppimisen ja kehittymisen edistäminen. Tehtävänä on edistää sellaista kehittymistä ja oppimista, joka tukee hoitoa sekä hoidon tavoitteita. Hoitotyössä tulee ottaa huomioon sekä teoretieto että käytännöntieto. (Sarvimäki & Stenbock – Hult 1996, 148 – 166). Koulutusta arvioitaessa on myös pohdittava, tarkastellaanko koulutusta yksilön, organisaation, yhteisön vai yhteiskunnan kannalta. Eri asianosaisilla ja intressiryhmillä on erilaiset arvot, arvostukset ja tavoitteet koulutuksen suhteen. Kerätyllä informaatiolla voi olla eri käyttötarkoituksia (Raivola, R. 2000, 14).

Koulutuksen tavoitteena on lisätä koulutettavan asiantuntijuutta ja osaamista, sekä kannustaa tarkastelemaan omaa osaamista ja toimintaansa jatkuvan kehittymisen kautta. Parhaimmillaan koulutuksessa toteutuneen oppimiskäsityksen muodostaa asioiden oikea todellinen ymmärtäminen, konstruktivismi, jossa koulutettava ymmärtää oppimisen tapahtuvan henkilökohtaisen ajattelun ja tiedon käsittelyn tuloksena. Kouluttautumisessa on myös keskeistä oman oppimisen reflektointi, itsearviointi. Konstrukttiivisen oppimiskäsityksen mukaan oppimista tapahtuu kun koulutettava valikoi ja yhdistää tietoa omiin kokemukseksiinsa tehden tiedosta uudenlaisia tulkintoja. (Rauste - von Wright & Von Wright & Soini 2003, 53; Hakkarainen & Lonka & Lipponen 2005, 18 - 21)

Oppijoiden ammatillisen taustan ja asiantuntijuuden asteen huomioiminen on keskeistä kun pyritään toteuttamaan konstruktivisen oppimisen mukaisia opetusmenetelmiä. Koulutukseen osallistuvien erilaiset henkilökohtaiset ominaisuudet, tausta sekä suhtautuminen oppimiseen vaikuttavat itse oppimisprosessin lisäksi myös siihen, miten opittua sovelletaan oppimistilanteiden jälkeen (Heikkilä 2006, 63 - 67, Ojanen 2006, 29 - 30).

Tavoitteena olevan asiantuntijuuden kehittyminen edellyttää oppimistilanteissa erityistä ajattelun ja reflektiivisyyden aktivointia, mikä voi lyhyessä työelämäkoulutuksessa osoittautua haasteelliseksi. Tämän tavoittelemisen tarkoittaa tässä synnytyskoulutuksessa lähinnä oppimista tukevan ilmapiirin luomista, yhteistoiminnallisia vertaiskeskusteluja sekä innostavuuden kokemuksia. Aikuisten ja jo ammatissa toimivien kohdalla oleellista on käsiteltävän asian merkityksellisyys omalle työlle, sekä oppimistavoitteiden ja -tulosten hyödyllisinä kokeminen omassa työssä selviytymiseen. (Hakkarainen, ym. 2005, 299 - 303; Ojanen 2006, 29 - 30)

Merkityksellinen oppimistapahtuma sisältää niin sanotun kolmikantaulottuvuuden (Ille-
ris 2002, 5). Hyvin toteutettu koulutustapahtuma sisältää nämä kolme ulottuvuutta; kongnitiivinen tietojen ja taitojen oppiminen, emotionaalinen motivoinnin korostaminen sekä sosiaalinen kykyä toimia yhdessä, ainakin jossakin muodossaan. Aikuiskoulutuksessa painottuu enemmän kongnitiivinen ulottuvuus, sillä yleensä aikuisilla on tarve ja motivaatio kouluttautumiseen jo valmiiksi olemassa. Merkittävä oppimiskokemus ohjaa yksilön elämäntulkua tai muuttaa ja vahvistaa hänen identiteettiään (Antikainen 1996. 251 – 270).

Lähtökohtana koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa on se, mihin koulutuksella pyritään. Koulutuksen vaikuttavuudessa on kyse koulutukselle asetettujen lähi- ja etätavoitteiden saavuttamisesta, joka on välittömiä oppimistuloksia laajempi ja koulutuksen etätavoitteiden saavuttamista koskeva käsite. Koulutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan positiivista koulutuksen onnistumista ja koulutukselle asetettujen tavoitteiden täyttymistä. Vaikuttavuuden arvioinnissa on syytä erottaa välittömät oppimisvaikutukset eli tuotokset ja niillä aikaansaavat ulkopuoliset vaikutukset eli tulokset. Koulutuksen tavoitteena on oppimisen tuottaminen ja yksilön kasvun tukeminen. Niiden ansiosta muut organisaatiot voivat parantaa omaa tuloksellisuuttaan, jolloin voidaan todeta, että koulutuksesta on ollut hyötyä. Mikäli tätä siirtovaikutusta ei pystytä mittaamaan, väitetään koulutuksen olevan tuloksetonta, vaikka koulutuksesta olisikin ollut hyötyä yksilön kasvulle. Koulutus on väline jonkin muun toiminnan sujuvuuteen tai tuloksiin. Koulutus on sitä vaikuttavampaa, mitä enemmän sillä on epäsuoraa vaikutusta. (Raivola 2000, 12 – 13, 32, 37)

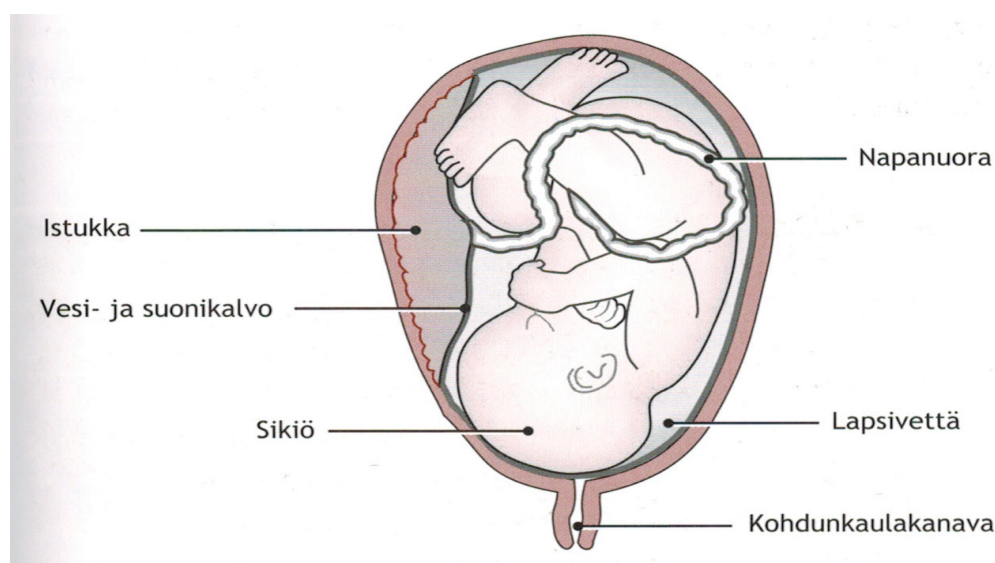
3 RASKAUS JA SÄÄNNÖLLINEN SYNNYTYYS

Raskaus kestää normaalisti keskimäärin 40 viikkoa. Raskausajan laskeminen alkaa viimeisten kuukautisten alkamispäivästä. Synnytyksen laskettu aika arvioidaan ensimmäisellä neuvolakäynnillä. Raskauden kesto merkitään täysinä raskausviikkoina sekä ylimenevinä päivinä, esimerkiksi H32 + 6. H32 tarkoittaa että raskaus on viikolla 32 ja kuusi vuorokautta yli. Täysiaikaisen raskauden vaihteluväli on 38 – 42 viikkoa, 266 – 294 vuorokautta. (Sariola & Haukkamaa 2006, 352 – 354)

Raskaus jaetaan kolmeen trimesteriin sikiön kasvun perusteella. Ensimmäinen trimesteri alkaa viimeisten kuukautisten alkamisesta ja loppuu 13. raskausviikolla. Ensimmäisellä trimesterillä munasolu hedelmöittyy ja kiinnittyy kohdun seinämään. Sikiön elimet ja kudokset muotoutuvat ja kasvavat nopeasti. Ensimmäisessä trimesterissä sikiö on hyvin altis vaaratekijöille. Tässä vaiheessa suuri osa raskauksista päättyy keskenmenoon. Trimesterin lopussa sikiön elimet ovat kehittyneet, myöhemmin elimissä tapahtuu lähinnä kasvua ja kypsymistä. (Eskola & Hytönen 2002, 95)

Toinen trimesteri sijoittuu raskausviikoille 14. – 28. Tässä vaiheessa sikiön elinjärjestelmät kasvavat ja kehittyvät. Sikiö alkaa liikkua ja kasvaa siinä määrin että odottava äiti tuntee sen liikkeet, yleensä 18. - 20. raskausviikosta alkaen. Myös sikiön sydänäänet voidaan kuulla sikiöstetoskoopilla. Toisen trimesterin lopulla syntyvällä sikiöllä on mahdollisuudet selvitä elossa. (Eskola & Hytönen 2002, 96)

Kolmas trimesteri kestää 29. raskausviikosta lapsen syntymään. Sikiö kasvaa nopeasti ja äiti tuntee sen liikkeet selvästi. Äidin elimistö ja sikiö valmistautuvat, mukautuvat ja sopeutuvat synnytykseen. Äidillä voi olla myös ennakoivaa supistelua, jotka omalta osaltaan valmistavat elimistöä synnytykseen. (Eskola & Hytönen 2002, 96)



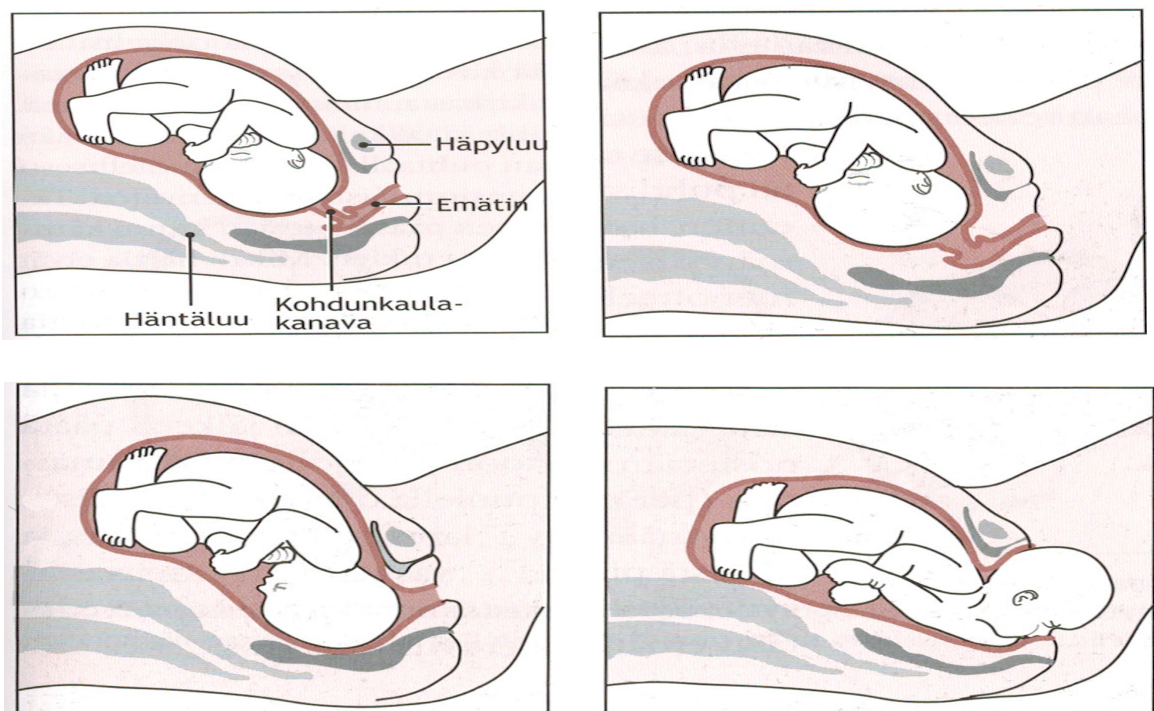
Sikiön normaali positio kohdussa (Ihme & Rainto 2008, 81).

Synnytykseksi (partus, parturitio la.) kutsutaan raskaana olevan naisen elimistön normaalia tapahtumasarjaa, joka päättyy vähintään 22 raskausviikon ikäisen tai vähintään 500 gramman painoisen lapsen ja jälkeisten poistumiseen kohdusta (Huovinen 2006, 208). Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan synnytyksestä puhutaan silloin, kun raskaus on kestänyt 22 viikkoa tai sikiö painaa 500 grammaa. Keskenmenoksi kutsutaan ennen 22 raskausviikolla tapahtuvaa sikiön syntymistä. Ennenaikainen (partus praematurus) synnytys tapahtuu ennen 37 raskausviikkoa. (Ihme & Rainto 2014, 287 - 288). Synnytyksen tapahtuessa 42. raskausviikon jälkeen puhutaan yliaikaisuudesta (postmaturitas). Yliaikaiset raskaudet ovat harvinaisempia kuin ennenaikaiset raskaudet. (Eskola & Hytönen 2002, 94 – 95)

Synnytyksen käynnistymisen perussyytä ei edelleenkään tunneta, mutta se liittyy mahdollisesti istukan tuottaman kortikotropiinihormonin eli CRH:n erittymiseen. Sikiön ja äidin plasman CRH - tasot nousevat raskauden edetessä ja ovat huipussaan synnytyksen tapahtuessa. Kohtu supistelee koko raskauden ajan, mutta supistukset ovat yleensä niin heikkoja ja epäsäännöllisiä, ettei raskaana oleva niitä juuri tunne. Synnytyksen ajankohdan lähestyessä kohtu alkaa harjoitella tulevaa synnytystä varten. Ennakoivat supistukset lisääntyvät ja alkavat tuntua ohimenevänä kohdun kovettumisena. Supistuksia esiintyy tavallisesti raskautilanteissa sekä iltaisin levossa.

Vähitellen sikiön pää laskeutuu osittain synnytyskanavaan. Supistukset muuttuvat vähitellen kuukautiskivun kaltaisiksi tuntemuksiksi ja tulevat säännöllisemmiksi niin, että ne toistuvat tiheämmin kuin kymmenen minuutin välein muutaman tunnin ajan ja sitten häviävät. Limansekainen valkovuoto lisääntyy. (Väyrynen 2009, 181).

Synnytys jaetaan yleensä kolmeen vaiheeseen: avautumis-, ponnistus- ja jälkeisvaiheeseen (Kuisma ym. 2009, 460). Useimmat synnytykset käynnistyvät supistuksilla. Supistukset ovat tahdosta riippumattomia, jaksoittain toistuvia lihassäikeiden supistuksia. Supistukset aiheuttavat kohtulihaksen kiinteytymisen ja muuttumisen kovaksi. Näiden ansiosta kohdunkaula lyhenee, kohdun sisäsuu vetäytyy ylöspäin ja kohdunkaula vähitellen häviää. (Eskola & Hytönen 2002, 212) Kohdun lihaksiston jännittyessä supistuksessa, sikiö työntyy alaspäin (Äimälä 2007, 468).



Kuvat 3 - 6

Sikiön laskeutuminen synnytyskanavassa. (Ihme & Rainto 2008, 113)

Synnytys voi alkaa myös sikiökalvojen puhkeamisella eli lapsiveden menolla. Näin käy 6 - 19 prosentissa synnytyksistä. Lapsivesi voi mennä, vaikka supistuksia ei ole ollut, tai se voi mennä, kun supistukset ovat jo alkaneet. Jos lapsivesi on mennyt eikä supistuksia vielä ole ollut, käynnistyvät ne tavallisesti lähituntien aikana. On myös olemassa naisia,

joiden kohtu ei supistele ollenkaan ennen synnytystä (Sariola & Tikkanen 2011, 310 - 317).

Avautumisvaihe on jakso synnytyksen käynnistymisestä siihen hetkeen, kun kohdunsuun todetaan olevan täysin auki (Sariola & Tikkanen 2011, 315). Avautumisvaihe jaetaan kahteen vaiheeseen, latenttiin ja aktiiviseen. Latentissa vaiheessa kohdunkaula muuttuu pehmeämmäksi, häviää ja kääntyy takaa johtoviivaan. Avautumisvaihe on alkanut, kun supistukset ovat säännöllisiä, vähintään kymmenen minuutin välein, myöhemmin muutaman minuutin välein. Supistukset ovat voimakkuudeltaan sellaisia, että kohtu tuntuu niiden aikana kovalta, ja kestävät 45 – 60 sekuntia. Kohdunsuu on avautunut 2 - 4 senttimetriin. Supistukset ovat lyhytkestoisempia, heikompia ja harvempia verrattuna aktiiviseen vaiheeseen. Kun kohdunsuu on avautunut 3 - 4 senttimetriä, aktiivinen vaihe yleensä alkaa (Tiitinen 2010; Sariola & Tikkanen 2011, 310 - 316)

Uudelleensynnyttäjän latentti vaihe on yleensä lyhyempi kuin ensisynnyttäjällä (Sariola & Tikkanen 2011, 310 - 316). Avautumisvaihe voi siis kestää tunteja, mutta sen kesto on kuitenkin yksilöllistä. Ensisynnyttäjällä se voi kestää tunneista jopa vuorokausiin, kun taas uudelleensynnyttäjän ensimmäinen vaihe voi olla ohitse alle tunnissa. Ensisynnyttäjällä avautumisvaihe kestää keskimäärin 10 - 14 tuntia, kun taas uudelleensynnyttäjällä 6 - 10 tuntia (Eskola & Hytönen 2002, 211). Nopeaa synnytystä kutsutaan syöksysynnytykseksi (Sariola & Tikkanen, 2011 310 - 316). Monisynnyttäjillä, joilla aikaisemmat synnytykset ovat olleet nopeita, on suurin riski syöksysynnytykseen (Kuisma ym. 2009, 460). Syöksysynnytyksestä puhutaan jos synnytysaika on uudelleensynnyttäjällä vähemmän kuin kaksi tuntia tai ensisynnyttäjällä alle neljä tuntia. Syöksysynnytykseen liittyy suurentunut synnytyskanavan pehmytosavaurioiden riski sekä lapsivesiembolian vaara. Kohtu on synnytyksen jälkeen usein hypotoninen eli veltto, mikä lisää atonisten eli veltosta kohdusta johtuvien vuotojen esiintyvyyttä. Kohdun voimakas ja tiheä supistelu lisää myös sikiön hapenpuutteen vaaraa. (Uotila & Tuimala 2011, 482) Ensi-
vastetoiminnassa kohdattavat synnytykset ovat suurimmaksi osaksi juuri syöksysynnytyksiä.

Ponnistusvaihe voidaan jakaa laskeutumisvaiheeseen ja aktiiviseen ponnistusvaiheeseen. Ponnistusvaihe alkaa kohdun suun ollessa täysin auki. Supistukset tulevat tiheästi minuutin, parin välein ja ovat kivuliaita. (Castren ym. 2012, 368) Sikiö painaa äidin peräsuolta ja välilihaa aiheuttaen ponnistustarpeen etenkin supistusten aikana (Sariola & Tikkanen 2011, 319). Synnyttävä äiti työntää supistuksien aikana sikiötä aktiivisesti ulos synnytyskanavasta. Sikiön pää laskeutuu synnytyskanavassa. Lopulta sikiön pää näkyy häpyhuulia raottaessa.(Eskola & Hytönen 2002, 211; Sariola & Tikkanen 2011, 319; Castren ym. 2005, 748)

Sikiön koko vaikuttaa ponnistusvaiheen kestoon. Kookkaan sikiön synnyttäminen vie yleensä kauemmin. Ensisynnyttäjällä myös pehmytosavastus on suurempi, mikä voi pitkittää ponnistusvaihetta. Ensisynnyttäjillä ponnistusvaihe kestää keskimäärin puoli tuntia, uudelleensynnyttäjällä keskimäärin 15 - 30 minuuttia. Toisinaan kohdunsuu aukeaa nopeasti, mutta tarjoutuva osa laskeutuu hitaasti. Ponnistusvaihe päättyy lapsen syntymään. (Eskola & Hytönen 2002, 211; Sariola & Tikkanen 2011, 319; Castren ym. 2012, 368)

Jälkeisvaiheeksi kutsutaan aikaan lapsen syntymisestä jälkeisten, istukan ja sikiökalvojen syntymiseen (Kuisma ym. 2009, 460). Lapsen synnyttyä kohtu supistuu nopeasti ja istukka irtoaa supistuksien myötä (Tiitinen 2010b). Jälkeisvaiheen keskimääräinen pituus on 10 - 20 minuuttia (Eskola & Hytönen 2002, 211). Jälkeisvaiheen aikana kohdusta vuotaa verta noin 500 millilitraa verta. Äidin elimistö on varautunut tähän, koska raskauden aikana myös verivolyyymi on kasvanut. (Sariola & Tikkanen 2011, 320)

4 SAIRAALAN ULKOPUOLINEN SYNNYTYS

Syntyminen on aina ainutkertainen tapahtuma synnyttäjälle. Äidin synnytyskokemukset voivat vaikuttaa myöhemmin äidin ja perheen hyvinvointiin (Raussi – Lehto 2009, 210). Syntyvä lapsi ei kuitenkaan katso aikaa eikä paikkaa. Synnytyksen tapahtuessa sairaalan ulkopuolella yllättäen, odottamattomasti tai synnyttäjän tahdosta riippumatta puhutaan sairaalan ulkopuolisesta synnytyksestä. Sairaalan ulkopuolisesta synnyttämisestä käytetään usein myös termejä matkasynnytys tai hätäsynnytys. Useimmin synnytys sujuu ongelmitta, jos synnyttäjä on muuten terve ja raskaus on lähellä laskettua aikaa. (Ihme & Rainto 2008, 112; Äimälä & Järvenpää 2009, 467 – 470)

Suunnittelemattomien synnytysten ehkäisemiseksi on pohdittu odottavien äitien kouluttamista tunnistamaan itse synnytyksen ensimmäiset merkit. Näin he itse osaisivat haakeutua ajoissa sairaalaan. Sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä kuvaillaan usein nopeiksi synnytyksiksi, jotka ovat lyhyessä ajassa ohi, minkä vuoksi äitien kouluttaminen ei todennäköisesti vähentäisi synnytyksen riskiä sairaalan ulkopuolella (Viisainen 2000, 78). Usein matkasynnyttäjä on uudelleensynnyttäjä ja siksi tietoinen tapahtumista. Uudelleensynnyttäjä voi kuitenkin olla arka ja epävarma, eikä hän halua ottaa yhteyttä asiantuntijaan ennen kuin on täysin varma avun tarpeestaan. Silloin matkasynnytyksen riski on suurin (Korteniemi & Poikela 2001, 220 - 221). Synnytys pyritään kuitenkin hoitamaan pääsääntöisesti sairaalassa ja ensivaste- / ensihoitohenkilökunnan päätehtävänä onkin kuljettaa synnyttäjä lähimpään synnytyssairaalaan, mutta eteen tulee tilanteita joissa synnytys etenee nopeasti ja synnytys voi tapahtua paikanpäällä tai kuljetuksen aikana. (Ihme & Rainto 2008, 112; Äimälä 2009, 467 – 470)

Lahtela ja Romppainen ovat tutkineet (Kätilölehti 4, 2002, 151 - 152) Lapin sairaanhoitopiirin matkasynnytyksiä ja sairaankuljettajien kokemuksia synnytyksistä. He nostavat artikkelissaan erityisesti esille pitenevät välimatkat synnyttäjien ja sairaaloiden välillä, joka voi olla Lapin läänissä jopa 500 kilometriä. Tämä on seurausta synnytysyksiköiden lopettamisesta. Silti useaa synnytysosastoa uhkaa edelleen lakkautus. Tom Silvast ym. (Finnanest 5, 2007, 449 – 452) toteavat artikkelissaan sairaalan ulkopuolisten synnytysten kasvavan Suomessa vuosi vuodelta vaikka syntyvyys pienenee vuosi vuodelta.

4.1 Potilasturvallisuus sairaalan ulkopuolisessa synnytyksessä

Hoidon tulee olla aina toteutettu eettisesti oikein, oikeaan aikaan, oikealla tavalla ja olemassa olevia voimavaroja hyödyntämällä. Hoidon turvallisuus taataan kun tehtävien vaativuus vastaa henkilökunnan osaamista. Turvallisista hoitomenetelmistä ei koidu lisää tarpeetonta haittaa asiakkaalle. Potilasturvallisuus käsitteenä itsessään sisältää toiminnot ja periaatteet joilla turvataan laadukas hoito. Se sisältää myös poikkeamien ja vaaratilanteiden hallinnan sekä niistä johtuvien haittojen hoidon ja ehkäisyn (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009)

Sairaalan ulkopuolisessa synnytyksessä eettisiä ongelmia voivat aiheuttaa synnyttäjän itsemääräämisoikeus esimerkiksi hoitovaihtoehtojen valintojen osalta. Esteenä voi olla myös synnytysympäristö ja intymiteettisuoja sekä hoitavan henkilökunnan epäammattimainen käytös. Hoitavan henkilökunnan tulee kunnioittaa synnyttäjän itsemääräämisoikeutta niin pitkälle kuin vain mahdollista. Synnyttäjän ja lapsen turvallisuus on kuitenkin taattava. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Leino - Kilpi & Välimäki 2009, 208)

Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt turvallisuutta edistäviä kohtia, joilla pyritään turvaamaan hyvä hoito: Hoidon tulee aina olla syyllistämätöntä, ennakoivaa, käytännöstä oppivaa, vuorovaikutteista potilaan ja omaisten kanssa. Lisäksi potilasturvallisuutta lisäävät ennakolta sovitut protokollat. Potilaan luottamuksen voittaminen on olennainen osa potilasturvallisuutta. Luottamuksen saavuttaminen vaatii selkeää ja johdonmukaista toimintaa. Luottamuksen saamiseen vaikuttaa olennaisesti kokeeko potilas saavansa asianmukaista hoitoa ja luottaako hän saamaansa hoidon tasoon.

Kivun, pelon ja tuskan lievittäminen on myös osa turvallisuuden tunteen luomista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, hakupäivä 15.1.2014). Normaalisti synnytyksen odotetaan tapahtuvan sairaalassa. Sairaalan ulkopuolinen synnytyksen käynnistyminen on usein miten odottamatonta ja voi näin luoda synnyttäjälle suurta huolta ja turvattomuuden tuntua. Synnytyksen aiheuttama kipu yhdistettynä pelkoon ja epätietoisuuteen on synnyttäjälle erityinen stressitilanne, josta voi olla haittaa myös sikiön hyvinvoinnille, veren adrenaliinipitoisuuden kasvaessa. Hyvin vaikeat synnytyskiput voivat olla joskus jopa häiriöksi kunnollisen äiti - lapsi suhteen kehitykselle. Ennen synnytystä syntyvää lasta hoidetaan parhaiten rauhoittamalla äitiä ja omaisia. (Raussi – Lehto 2009, 244 – 245)

Turvallisuuden tunnetta voi luoda olemalla läsnä. Jatkuva tilanteesta tiedottaminen luo synnyttäjälle turvallisuutta tilanteen hallinnasta sekä siihen vaikutusmahdollisuudesta. Synnyttävä äiti pelkäävät usein odottamatonta ja eivätkä tiedä mitä tilanteessa tapahtuu. Läheisten ja omaisten mukaan ottaminen on omiaan helpottamaan turvattomuuden tuntua. Heidän tärkein tehtävä onkin synnyttävän äidin henkinen tukeminen ja turvallisuuden tunteen luominen tilanteeseen. (Karling ym. 2008, 15 - 16)

Synnytys sairaalan ulkopuolella sisältää aina omat riskinsä. Suunniteltu sairaalan ulkopuolinen synnytys on lähes yhtä turvallinen äidin ja lapsen kannalta kuin sairaalassa tapahtuva, tällöin mukana on ammattitaitoisia asiantuntijoita. Synnytyksen tapahtuessa odottamatta sairaalan ulkopuolella lapsen riskiä sairastua tai jopa kuolla lisääntyy. Yksi suurimmista riskeistä sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä on lapsen viilentyminen ja tästä aiheutuva hypotermia. (Sheiner ym. 2004, 85)

4.2 Tilanne arvion tekeminen ja synnytyksessä avustaminen

Ensivastehenkilökunnan tärkeimpinä tehtävinä on tilanne arvion tekeminen sekä anamneesin selvittäminen. Ehditäänkö synnyttäjä kuljettaa synnytyssairaalaan vai tuleeeko synnytys tapahtumaan paikanpäällä tai kuljetuksen aikana? (Kuisma ym. 2009, 463). Synnyttäjän anamneesin selvittelyssä tulee käyttää neuvolakorttia apuna, siitä saa paljon informaatiota kuten raskauden keston ja mahdolliset ongelmat raskauden aikana. Tilannearvion aikana on oltava yhteydessä synnytyssairaalaan, josta saadaan tarkempia ohjeita (Ihme & Rainto 2008, 111) esimerkiksi synnytyksessä avustamisessa. Synnytyssairaalaan ei normaalisti ehditä, jos äidillä on ponnistamisen tarve, lapsi painaa peräsuolta ja äidillä on ulostamistarpeen tunne tai jos ulkosynnyttimistä näkyy lapsen tukkaa. Synnytyksen suositellaan tapahtuvan sairaalassa, jos raskaus on monisikiöinen, kestänyt alle 37 viikkoa tai jos äiti on huumausaineiden vaikutuksen alainen. Hätäkuljetus on tarpeen, jos ulkosynnyttimistä tulee ensin esille lapsen raaja tai pakarat. Tällöin synnytys ei onnistu kuin synnytyssairaalassa, koska useimmiten tarvitaan keisarileikkaus. Tällöin synnyttäjä ei saa ponnistaa vaan hoitaja ohjaa häntä läähättämään ponnistamisen tarpeen tullessa. Kuljetuksen aikana synnyttäjä on vasemmalla kyljellään (kuva 7). (Silfast ym. 2009, 306; Ihme & Rainto 2008, 111 – 112)

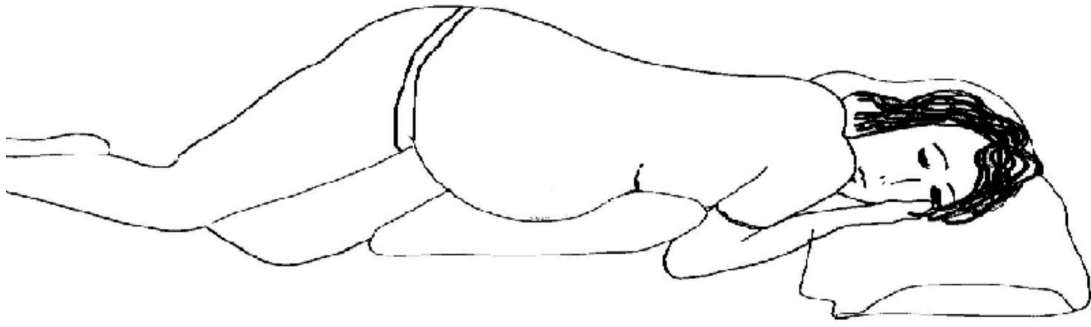
Synnytyksen vaiheen selvittämisessä selvitetään synnyttäjältä aikaisemmat synnytykset, niiden määrä, kuinka nopeasti supistusten alusta edellinen lapsi syntyi, ovatko lapset syntyneet alakautta tai tehtiinkö keisarileikkaus ahtaan lantion vuoksi. Nykyisestä raskaudesta selvitetään raskauden kesto ja laskettu aika, raskauden normaali eteneminen vai onko todettu esimerkiksi eteisistukka. Nykyoireista selvitetään lapsiveden mahdollinen meno ja sen väri. Lapsivettä voi tulla missä tahansa synnytyksen vaiheessa. Lapsivesi on vesimäistä yleensä hieman veristä nestettä, jota on loppuraskauden aikana n. 1 litra. (Castren ym. 2010, 747) Supistuksista selvitetään, milloin ne alkoivat, kuinka tiheästi ne tulevat, kuinka kauan yksi supistus kestää, ovatko supistuksen kivuliaita ja liittykö niihin ponnistuksen tarve tai painon tunne peräsuolella. (Castren ym. 2012, 367)

Synnytyksen kulkuun tulee puuttua mahdollisimman vähän ja sen tulisi antaa kulkea omalla painollaan. Synnytyksessä avustavien henkilöiden tärkeimpänä tehtävänä tilanteessa on toimia rauhallisesti, tukea, kannustaa ja ohjata synnyttäjää, jotta synnytys saattettaisiin turvallisesti loppuun. Turvallisuuden luominen onkin avainasia synnytyksessä avustamisessa. Äidin kanssa on hyvä keskustella koko ajan tilanteesta, antaa ajan tasaita tietoa synnytyksen etenemisestä sekä kannustaa häntä. Jos mukana on tukihenkilö, useimmiten isä, huomioidaan häntäkin kertomalla tapahtumista ja ohjataan häntä tukemaan synnyttävää äitiä. Näin äiti osallistuu itse omana hoitoonsa ja saa tunteen oman kehonsa hallinnasta. Tärkeää on myös huomioida olennainen ja toimia johdonmukaisesti. (Ihme & Rainto 2008, 109 – 110; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Äimälä 2009, 468)

Avautumisvaiheessa supistukset tulevat yhä tiheämmin ja ne ovat yhä kipeämpiä. Kohdun lihakset jännittyvät supistusten aikana ja sikiö työntyy alaspäin. Samaan aikaan kohdunkaula avautuu suuremmaksi. Supistuskivut tuntuvat yleensä vatsalla ja selässä (Castren ym. 2012. 367). Synnyttäjän kipua voi lievittää hieromalla selkää ja rohkaisemalla rentoutumaan. Supistuskipua voidaan helpottaa myös pinnallisella hengityksellä, läähättämisellä. Hengityksen kontrolloimisella voidaan myös säädellä ponnistusten voimakkuutta supistusten aikana, jotta ne eivät olisi liian aktiivisia avautumisvaiheessa. Liian aktiiviset ponnistukset voivat aiheuttaa kohdunsuun turpoamista. Aikaisessa vaiheessa tapahtuva ponnistelu kuluttaa myös äidin voimia turhaan. Avautumisvaiheen loppua siirryttäessä ponnistusvaiheeseen synnyttäjän olo helpottuu ja kivuliaiden supistusten luonne muuttuu pikkuhiljaa kasvavaksi ponnistustarpeeksi. (Paananen ym. 2006, 245 – 248)

Avautumisvaiheessa olevaa synnyttäjää lähdetään yleensä kuljettamaan synnytyssairaalaan (Castren ym. 2012. 367). Päädyttyessä synnyttäjän kuljettamiseen tulee silti huomioida että synnytys voi silti tapahtua kuljettaessa (Ihme & Rainto 2008, 111 – 112) Synnyttäjän maatessa selällään, laskimoveren takaisinvirtaus sydämeen vähenee voimakkaasti. Äidille saattaa tulla huonoa oloa, häntä voi pyörryttää ja verenpaine voi laskea. Istukan verenkierto voi hetkellisesti heikentyä ja sikiön syke alentua. Tätä kutsutaan supiini - oireyhtymäksi / - hypotensioksi. Synnyttäjä asetetaan kuljetuksen ajak

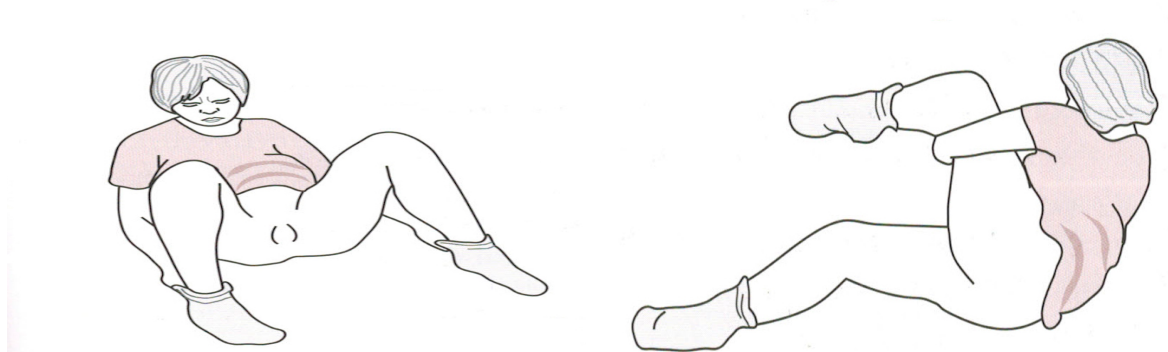
si vasemmalle kyljelleen (kuva 7), koska anatomisesti suuret suonet sijaitsevat oikealla puolella (Äimälä 2009, 468; Castrén ym. 2012, 367).



Kuva 7. Synnyttäjän kylkiasento kuljetuksen aikana.

Ponnistusvaihe alkaa kohdunsuun ollessa täysin auki, tällöin normaalitarjonnassa sikiön pää on laskeutunut lantion pohjalle. Sikiön pää painaa peräsuolta ja synnyttäjä kokee ulostamisen tarvetta. Supistukset tulevat tiheämpään minuutin parin välein. Supistusten kesto on puolesta minuutista minuuttiin ja ovat kivuliaita. Aiemmin synnyttäneet tuntevat työntämisen tarpeen ja ilmoittavat että lapsi syntyy. Synnyttäjää ei saa enää päästää wc:seen, koska on riski että lapsi syntyy sinne (Castren ym. 368; Ylä - Outinen 2008, 460 - 463). Tässä vaiheessa synnytystä ei saa, eikä voi estää (Ylä - Outinen, 2008, 460 - 463).

Normaalitarjonnassa ei ponnistusvaiheessakaan ole suurta riskiä. Ponnistusvaiheen etenemistä voidaan seurata tarkkailemalla supistuksen aikana välilihan ja peräaukon seutua. (Järvenpää & Äimälä 2009, 469) Synnyttäjää ohjataan asettautumaan puoli - istuvaan (kuva 8) tai kylkiasentoon (kuva 9), levittämään jalkansa ja laittamaan polvet koukkuun.



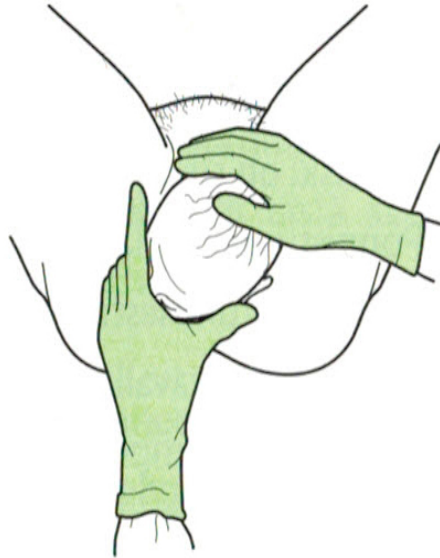
Kuva 8 ja 9. Puoli – istuva- ja kylkisynnytyssasento. (Ihme & Rainto 2008, 113)

Synnyttäjän on helpompi ponnistaa, mikäli hänen päänsä on koholla, joten pään ja hartioiden alle asetellaan tyynyjä. Pakaroiden alle laitetaan iso pyyhe tai vaippoja imemään lapsivettä, virtsaa ja ulostetta. Synnytyksessä avustavat desinfioivat kätensä ja laittavat steriilit käsineet käsiinsä (Ihme & Rainto 2008, 113). Äidin alapäähän on varattava tilaa, jotta lapsi mahtuu syntymään. Synnytyspakkaus katsotaan valmiiksi ja avataan steriilisti (Castren ym. 2012, 368).

Synnyttäjät ponnistavat yleensä spontaanisti oikein, tehokkaasti ja oikea - aikaisesti. WHO:n ohjeiden mukaan ohjattu, aktiivinen ponnistaminen on käytäntö, jota ei tulisi käyttää. Spontaani ponnistaminen on suositeltavampaa, koska aktiivinen ponnistaminen, johon liittyy ilman pidättäminen, vaikuttavat sikiön hapettumiseen negatiivisesti. Tämä korostuu erityisesti huonokuntoisilla sikiöillä. Synnyttäjä ponnistaa spontaanisti kolmesta viiteen lyhyttä muutaman sekunnin pituista työntöä jokaisella supistuksella. Supistusten välissä synnyttäjää kehoitetaan lepäämään ja säästämään voimiaan. (Castren ym. 2012 368; Raussi - Lehto 2009, 254)

Lapsen pään ollessa näkyvissä emättimestä, supistusten selvästi painaessa lasta ulospäin, äitiä kehoitetaan ponnistamaan. Samalla avustaja estää pään liian nopeaa syntymistä ottamalla päästä kevyesti sivuilta kiinni painaen kevyesti vastaan. (Castren ym. 2012, 368) On tärkeää, ettei pää synny liian nopeasti. Pään kannattaminen ja nopean syntymisen jarruttaminen ehkäisee välilihan ja emättimen repeytymisen vaaraa. Lisäksi rajussa syöksysynnytyksessä on vaarana, että kohtu kääntyy tai istukka repeää kohdun

seinämästä (Castren ym. 2012, 368). Samanaikaisesti, kun hidastetaan pään syntymistä, on toisella kädellä hyvä tukea välilihaa (kuva 10) (Järvenpää & Äimälä 2006, 469).



Kuva 10. Vasen käsi tukee välilihaa, oikea käsi kontrolloi pään syntymistä (Kuisma ym. 2009, 461).

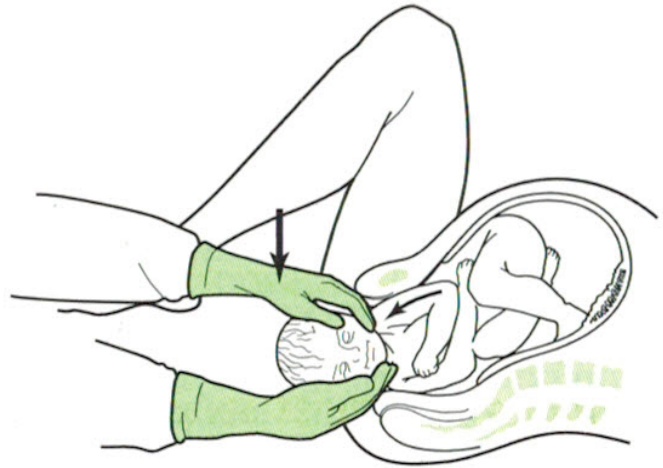
Lapsen pää syntyy yleensä kahdella kolmella ponnistuksella (Castren ym. 2012, 368). Välilihan tuennassa kurotaan peukalo- ja etusormiotteella välilihaa keskipistettä kohti, jossa kiristys on suurin (Väyrynen 2006, 257) . Lapsen pään synnyttyä pitää tarkistaa ettei napanuora ole lapsen kaulan ympärillä (kuva 11.) (Kuisma ym. 2009, 461).

Kuva 11. Mikäli napanuora on kaulan ympärillä, se löysätään pään yli (Kuisma ym. 2009, 461).



Mikäli lapsivesi on vihreää, imetään lapsen kumpikin sierain sekä suu. Seuraavan supistuksen aikana autetaan ylempi olkapää ulos painamalla lapsen päätä kevyesti alaspäin (kuva 12.) (Kuisma ym. 2009, 461)

Kuva 12. Ylemmän olkapään ulosauttaminen (Kuisma ym. 2009, 461).



Ylemmän olkapään ollessa ulkona lasta kohotetaan ylöspäin alemman olkapään ulosauttamiseksi (kuva 13.) (Kuisma ym. 2009, 461). Lapsen päätä ei saa missään vaiheessa vetää ulospäin.

Kuva 13. Alemman olkapään ulosauttaminen (Kuisma ym. 2009, 461).



Tämän jälkeen lapsi tulee nopeasti ulos. Vartalon syntymistä varten kädet asetetaan lapsen selkäpuolelle, etusormet kainaloihin ja peukaloilla tuetaan niskaa, muut sormet ja kämmenet tukevat päätä. Otteen lapsesta tulee olla pitävä, koska lapsi on syntyessään erittäin liukas. Lapsen syntymäaika merkitään muistiin ja kerrotaan äidille. (Castren ym. 2012, 368; Järvenpää & Äimälä 2009, 469)

Napanuoraa ei tarvitse välttämättä katkaista. Sen keskiosaan on kuitenkin hyvä laittaa kaksi suonenpuristinta tai muuta sulkijaa noin kymmenen sentin välein. Lasta ei tule nostaa istukan tason yläpuolelle ennen sen katkaisua tai sulkemista. Napanuora sidotaan ja katkaistaan vasta sitten, kun siinä ei sykettä enää tunnu. Näin vauva saa kaiken happekaan veren äidiltä istukan kautta ja lapsen oma hengitystyö saa käynnistyä rauhassa. Lapsen ollessa peiteltyinä tulee huolehtia ettei napanuora jää tiukalle ja katkea. (Karling ym. 2008, 112; Ihme & Rainto 2008, 117 - 118; Castren ym. 2012, 370)

Jälkeisvaihe kestää yleensä muutamasta minuutista puoleen tuntiin. Jälkeisvaihe alkaa lapsen syntymästä ja päättyy jälkeisten eli istukan, napanuoran ja kalvojen syntymiseen. Jälkeisiä ei missään tapauksessa saa yrittää vetää väkisin ulos, mikäli ne eivät irtoa spontaanisti. Äidin kohdun hieronta alavatsalta (jossa tuntuu kyhmy) tai lapsen laittaminen äidin rinnoille (äiti voi itsekin hieroa nännejä) stimuloivat kohdun supistumista ja istukan irtoamista. Istukan näkyessä emättimessä sen voi kevyesti vetää napanuoran avulla ulos. Ennen jälkeisten syntymistä kohdusta vuotaa jonkin verran verta, noin 250 millilitraa. Vuoto loppuu parissa minuutissa jälkeisten syntymisen jälkeen. Mikäli vuoto ei tyrehdy niin kohtua hierotaan molemmin käsin kohtuullisella voimalla ja äiti lapsineen kuljetetaan nopeasti sairaalaan. Jälkeiset laitetaan suonenpuristimen kanssa pussin ja otetaan mukaan sairaalaan. (Ihme & Rainto 2008, 118 - 119; Castren ym. 2012, 370)

Ensiapuolosuhteissa hoidetun synnytyksen kulku sekä vastasyntyneen vointi tulee ilmoittaa kohteena olevaan synnytyssairaalaan, jotta vastaanottava henkilökuntaosaa varautua oikein äidin ja lapsen saapumiseen. Tärkeimpiä tietoja, mitä tulee sairaalaan ilmoittaa, ovat vastasyntyneen tila, hänen mahdollinen elvytystarve sekä vihreä lapsivesi, joka voi olla merkki vakavasta infektiotilasta. (Ihme & Rainto 2008, 116)

4.3 Vastasyntyneen elintoiminnot ja hoitaminen

Vastasyntyneeksi määritellään neljän ensimmäisen elinviikon ikäinen lapsi. Lapsi on syntyessään noin 50 cm (47 – 55cm) pitkä ja painaa noin 3500 g (2 500 - 4 500g). Pään ympäryys on noin 35 cm. Pojat syntyvät noin 200 grammaa painavampina kuin tytöt (Koistinen ym. 2004, 53). Vastasyntynyt ei ole aikuinen pienessä koossa, vaan hänen elimistönsä on vielä kehittymässä ja näin ollen erityisen herkkä ulkoisille vaurioille. Syntymä ja seuraavat päivät ovat ihmisen koko elämän vaarallisinta aikaa. Siirtyminen kohdun suojasta itsenäiseen elämään edellyttää valmiuksia monenlaisiin fysiologisiin muutoksiin. (Eskola & Hytönen 2002, 254)

Syntynyt lapsi itkee yleensä spontaanisti syntymän jälkeen, itkeminen avaa hengitystiet lopullisesti. Mikäli lapsi ei itke niin häntä ärsytetään jalkapohjia rapsuttamalla tai kevyesti selkään taputtamalla. Synnytyksen jälkeen lapsi tulee kuivata ja peitellä huolellisesti lämmönhukan minimoimiseksi. Vastasyntynyt on herkkä menettämään lämpöään ja mukautuu ympäristön lämpötilaan herkästi koska vastasyntyneen rasvakudos ja iho on ohutta eivätkä lämmönsäätely mekanismit ole vielä täysin kehittyneet. Tästä syystä vauvan pitäminen lämpimänä on erittäin keskeistä heti synnytyksen jälkeen. Lapsi peitetään niin että vain kasvat näkyvät. (Raussi – Lehto 2009, 261; Ihme & Rainto 2008, 116 - 117; Castren ym. 2012, 370) Vastasyntyneen ihanteellinen ruumiinlämpö on 36,5 - 37,5 C, tällöin hapenkulutus on pienimmillään (Eskola & Hytönen 2002, 252)

Suurin komplikaatio riski sairaalanulkopuolisissa synnytyksissä on juuri vastasyntyneen jäähtyminen ja tästä johtuva suurentunut hypotermianuhka (Silfvast ym. 2007, 452). Useitten ulkomaisten tutkimusten mukaan jopa 47 prosenttia sairaalan ulkopuolella syntyneistä lapsista ovat olleet hypotermisiä. Tutkijat pitävät erittäin tärkeänä, että vastasyntyneiden ruumiinlämpö pyritään pitämään mahdollisimman normaalina heti syntymän jälkeen. Ihokontaktia äitiin pidetään tärkeänä ruumiinlämmön säilyttämisessä. (Jones ym. 2010, 181 -182; Rodie ym. 2002, 50 - 52; Moscovitz ym. 2002, 757 - 758)

Kuivaamisen aikana tarkistetaan vastasyntyneen kunto Apgarin pisteetyksellä. Apgarin pisteet annetaan ensimmäisen kerran minuutin kuluttua syntymästä. Pisteet annetaan lapsen hengityksestä, sydämensykkeestä, ärtyvyydestä, lihasten jänteveydestä ja ihon väristä. Kustakin voi saada kaksi pistettä eli yhteensä kymmenen pistettä. Enemmistö vastasyntyneistä saa 8 - 9 pistettä, sillä etenkin alateitse syntyneet menettävät herkästi yhden pisteen ihon sinertävästä väristä. Mikäli Apgarin pisteet jäävät alle yhdeksän, pisteytys uusitaan tasaisin väliajoin. Vähäiset pisteet kielivät ongelmista syntymähetkellä ja pisteytys on hyödyksi lapsen voinnin seurannassa syntymän jälkeen. (Terveysportti, hakupäivä 4.4.2014)

Vastasyntyneen hengitystaajuus on normaalisti yli 30 kertaa minuutissa tai lapsi itkee äänekkäästi. Lihásjanteys on hyvä, jos vastasyntynyt liikuttelee kaikkia raajojaan tai tuntuu jäntevältä niitä ojennettaessa. Sieraimien mahdolliseen imemiseen lapsi reagoi normaalisti irvistämällä, yskimällä tai aivastamalla, tai nipistämiseen itkemällä tai väistämällä. Normaali vastasyntyneen väri on vaaleanpunainen, mutta aluksi saattaa raajojen kärkiosat olla sinertävät (Castren ym. 2012, 368). Peitelty lapsi asetetaan äidin rinnolle kylkiasentoon hieman pää alaspäin, jotta lima ja lapsivesi pääsevät vapaasti valumaan pois lapsen hengitysteistä. Äiti ja lapsi peitellään vielä avaruuspeitolla. (Ihme & Rainto 2008, 116 - 117; Castren ym. 2012, 370)

Lapsi voi normaalisti edenneestä raskaudesta ja synnytyksestäkin huolimatta olla huonokuntoinen. Tai hyväkuntoisena syntynyt lapsi voi napanuoran katkaisun jälkeen muuttua nopeasti huonokuntoiseksi, koska hän ei enää saa happea istukan välityksellä. Vastasyntyneen huonokuntoisuuden syitä voivat olla esimerkiksi synnynnäinen sydänvika tai palleatyrä, jotka vaikeuttavat sydämen ja keuhkojen toimintaa. (Eskola & Hytönen 2002, 254)

Vastasyntyneen hengitystiheys ja hapentarve on suurempi kuin aikuisilla. Vastasyntynyt hengittää noin 30 – 50 kertaa minuutissa ja hapentarve on kaksinkertainen aikuiseen verrattuna. Vastasyntynyt hengittää nenän kautta. Normaali hengitys on vaivatonta ja äänetöntä, eivätkä apuhengityslihakset ole käytössä. Hengitystaajuuden nouseminen, nenäsiipihengitys (sieraimet liikkuvat hengityksen tahdissa) ja rintalastan alapuolelle sisäänhengityksessä syntyvä kuoppa ovat merkkejä hengitysvaikeuksista. Nariseva hengi-

tysääni ei ole normaalia. Myös lapsen ihon väristä ja valittelusta voi päätellä hengityksen riittävydestä. On huomioitava että vastasyntyneen hengitysreservit ovat pienet ja pienikin vastus hengitysteissä aiheuttaa hypoksiaa eli hapenpuutetta. (Eskola & Hytönen 2002, 252; Järvenpää 2009, 470 – 471)

Vastasyntyneen sydän lyö 100 - 180 kertaa minuutissa. Pulssi vaihtelee lapsen vireystason ja aktiivisuuden mukaan. Systolinen verenpaine on noin 60 Hgmm (Eskola & Hytönen 2002, 252). Vastasyntyneellä pulssitaajuus säätelee sydämen minuuttitilavuutta. Jos pulssi menee alle 60 kertaa minuutissa niin syke on liian harva kierrättämään kerta koko kehoon. Bradykardian eli harvalyöntisyyden tavallisin syy on lapsen hapenpuute (Koistinen ym. 2004, 394).

4.4 Synnytyksen erityistilanteita

Synnytykseen liittyy joskus myös äkillisiä, äidin tai sikiön henkeä nopeasti uhkaavia tapahtumia. Tällaisia tapahtumia ovat esimerkiksi istukan äkillinen irtoaminen, napanuoran esiinluiskahdus, napanuorasolmun kiristyminen tai syntyvän lapsen juuttuminen johonkin osaan synnytyskanavaa ja siitä seuraava hapenpuute. Näitä nopeita toimenpiteitä vaativia hätätilanteita ei voida ennustaa minkään seurantamenetelmän avulla, sillä synnytyksen vakavasti poikkeava kulku on harvinaista synnytyssairaalaolosuhteissakin. (Timonen 2007, 2289)

Napanuorakomplikaatiot

Napanuora voi kiertyä lapsen kaulan ympärille (kuva 11). Napanuoran saa usein miten kevyesti työntämällä pään ja hartian ylitse. Mikäli napanuora on tiukasti kaulan ympärillä konsultoidaan vastaavaa ensihoidon lääkäriä. Hoitona on suonpuristimien asentaminen napanuoraan ja sen katkaiseminen. Napanuoran katkaisemisen jälkeen lapsi on autettava välittömästi ulos. (Castren ym. 2012, 370)

Napanuora voi myös luiskahtaa ulos kohdusta (kuva 14). Napanuoran esiinluiskahdus tapahtuu noin 0,5 % synnytyksistä. Esiinluiskahdus on helppo todeta, koska napanuora näkyy emättimestä.

Kuva 14. Napanuoran esiinluiskahdus
(Kuisma ym. 2009, 460).

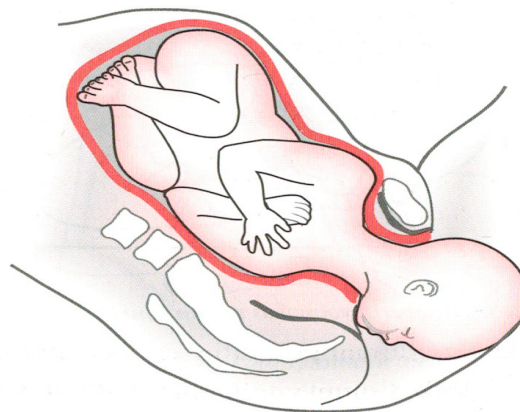


Napanuoran esiinluiskahtamisen voivat aiheuttaa ahdas lantio, tarjontavirheet, istukan kiinnittyminen matalalle, lisääntynyt lapsiveden määrä (polyhydrammion), monisikiöisyys ja pitkä napanuora (Uotila & Tuimala 2011, 463). Napanuoran esiinluiskahtaminen tarkoittaa usein sikiön syntymistä muussa asennossa kuin pää edellä. Sikiö voi painaa napanuoraa läjään synnytyskanavassa ja estää napanuoran verenkierron. Napanuoran esiinluiskahtamisessa äiti asetetaan vasemmalle kyljelleen trelleborin asentoon, mikäli mahdollista. Vaihtoehtoinen asento on niin sanottu rukousasento, jossa äiti on polvillaan takapuoli pystyssä. Äitiä kielletään ponnistamasta. Läähättäminen supistusten aikana vähentää ponnistuksen tarvetta. Äiti ja sikiö pyritään kuljettamaan nopeasti sairaalaan. (Castren ym. 2012, 370)

Hartiadystoksia

Hartiadystokia on tilanne, jossa lapsi pään synnyttyä kiilautuu hartioistaan äidin luiseen lantioon, että päätä alaspäin ohjaamalla ylempi hartia ei synny normaalisti (kuva 15). Hartiadystokiassa ylempi hartia jumittuu symfyysin taakse eikä alempi hartia pääse tämän vuoksi laskeutumaan. Hartiadystokian riski kasvaa sikiön koon kasvaessa (Eskola & Hytönen 2002, 245) . Synnyttäjän lantio voi myös olla ahdas sikiön kokoon nähden, vaikka sikiö ei itsessään olisikaan kookas. Hartiadystokian ulosauttaminen tulisikin hallita, koska tilanteet tulevat yleensä yllättäen. Ulosauttamista helpotetaan muuttamalla lantion asentoa jolloin lantion tilavuus muuttuu tai kavennetaan sikiön hartianleveyttä painamalla alempi tai ylempi hartia kohti sikiön rintaa. (Äimälä 2009, 485 - 488)

Kuva 15. Hartiadystokia (Paananen ym. 2009, 485).



Mikäli jo pään syntyminen on vaivalloista ja hidasta, voi hartiadystokiaan valmistautua. Pään synnyttyä se vetäytyy tiukasti välilihaa vasten, eikä lähde kiertymään, myöskään niska ei tule näkyviin. Lapsen huulet ja kasvot menevät syanoottiseksi. Tilanteen nopea tunnistaminen on erityisen tärkeää, sillä lapsen hapetus vaikeutuu ja happamuus laskee. Mikäli synnytys on ollut normaali hartiadystokian ilmaantumiseen saakka, niin aikaa on nelisen minuuttia ennen kuin hapenpuute aiheuttaa lapselle vaurioita. (Äimälä 2009, 485 – 488)

Lapsen pää käännetään painamalla sitä varovasti alaspäin, jolloin se liikkuu hieman viistoon. Pää ei saa kiertää umpimähkäisesti niskan vaurioitumisriskin vuoksi. Synnyttäjän reidet nostetaan ylös koukkuun, näin saadaan hieman lisää avaruutta lantioon. Pään suunnan selvittyä sitä käännetään poikkimittaan ja painetaan ja vedetään pehmeästi tavalliseen tapaan alaspäin. Näin helpotetaan ylemmän hartian syntymistä. Oikeat vetosuunnat ja mekanismit tulee olla tiedossa, liian voimakas tai pitkäkestoinen vetäminen aiheuttaa lapselle olkahermopunoksen vaurion, Erbin pareesin. Olkahermopunosvauriot voivat jäädä lapselle pysyviksi. Mikäli painaminen ja vetäminen eivät auta ylemmän hartian syntymisessä niin sen avustamisessa edetään systemaattisesti hätäantymättä. (Äimälä 2009, 485 – 486) Hartia yritetään saada syntymään painamalla lapsen olkapäätä alaspäin häpyliitoksen yläpuolelta (Uotila & Tuimala 2011, 464).

Perätilasyntyys

Sikiö vaihtaa asentoa kohdussa aina 36. raskausviikolle asti, tämän vuoksi perätila tarjonta on ennenaikaisissa synnytyksissä yleisempää. Perätilatarjonta vaikeuttaa noin 3 – 4 prosenttia synnytyksistä (Uotila 2006, 1857; Eskola & Hytönen 2002, 238). Perätilasyntyys suunnitellaan etukäteen, jolloin sikiön asento on selvitetty esimerkiksi magneettikuvauksella. Sikiön perätilaisuus tulee näkyä neuvolakortissa. Osa perätilasyntyksistä käynnistyy kuitenkin nopeasti ennen suunniteltua keisarileikkausta (Uotila 2006, 1857 – 1860; Ihme & Rainto 2008, 115) Koska jo normaalissa synnytyksessä avustaminen on harvinaista ensivastetoiminnassa, niin todennäköisesti ensivasteessa toimiva ei näe koskaan perätilasyntyttäjää.

Perätilasyntytykseen liittyy kuitenkin vastasyntyneen vammautumisen riski esimerkiksi hapenpuutteen vuoksi. Tämän vuoksi ensivasteessa toimivien tuleekin osata tunnistaa perätilasyntytyksensä ja valita oikeat toimintamenetelmät. Perätilasyntyttäjää kuljetetaan ensisijaisesti aina sairaalaan. Synnyttäjää asetetaan kontallensa polviensa ja kyynärpäidensä varaan, eikä hän saa ponnistaa. Kuljetuksen aikana ponnistusten tehoa vähennetään kehottamalla synnyttäjää läähättämään supistusten aikana. (Ihme & Rainto 2008, 115; Castren ym. 2012, 371)

Käynnistyneen perätilasyntytyksen hoito ei eroa olennaisesti normaalitarjontaisesta synnytyksen hoidosta, tarjoutuva osa on pakara tai alaraajat. Perätilasyntytyksessä ponnistusvaiheen toivotaan etenevän pitkälle ennen ulkopuolisen puuttumista asiaan. Kalvoja ei myöskään puhkaista, sillä ehjä kalvorakko laajentaa kohdunsuuta hyvin ja ehjät kalvot ehkäisevät napanuoran esiinluiskahduksen. Kalvojen puhjetessa napanuora saattaa luiskahtaa veden mukana tarjoutuvan osan ohi, koska kapea perä ei täytä synnytyskanavaa yhtä hyvin kuin pää. Lapsivesi voi olla perätilassa vihreää ilman sikiön asfyksiaakin, sillä vatsaan kohdistuva paine voi aiheuttaa suolen tyhjentymisen. (Uotila 2006, 1857 – 1859 ; Ihme & Rainto 2008, 115)

Perätilasyntytyksessä lapsen annetaan syntyä äidin luontaisten supistusten mukana ilman avustamista, kunnes lapsi on syntynyt kainaloita myöten. Näin estetään lapsen säikähtäminen. Säikähtänyt lapsi voi nostaa kätensä ylös, jolloin lapsen ulosauttaminen vaikeutuu (Ihme & Rainto 2008, 115). Tämän jälkeen autetaan alempi hartia ulos lasta varovasti nostamalla. Alemman hartian synnyttyä lapsen vartaloa lasketaan ylemmän hartian ulos saamiseksi. Lapsen kasvot ovat tällöin yleensä alaspäin tai alaviistoon. Pään ulosauttamisessa asetetaan etusormi asetetaan varovasti lapsen suuhun. Tämän jälkeen painetaan lapsen leukaa kohti rintaa, näin tuetaan sikiön luontaista nuokkuryhtiä. Nuokkuryhtinen pää vie vähiten tilaa ja mahtuu näin parhaiten syntymään. Ponnistuksen aikana synnytetään pää nostamalla sitä. Syntynyt lapsi pyöräytetään selälleen äidin vatsan päälle. Jälkihoito on muutoin samanlainen kuin normaalissa synnytyksessä. (Ihme & Rainto 2008, 116; Castren ym. 2012, 371)

Vihreä lapsivesi

Vihreässä lapsivedessä lapsi on ulostanut lapsiveteen. Tällöin on epäiltävä, että ulostetta eli mekoniumia on päässyt lapsen henkitorveen. Vastasyntyneen hengitystiet imetään. Mikäli lapsi ei hengitä tai hengitystiheys on alle 30 kertaa minuutissa, syke on alle 100 tai lapsi on kalpea, veltto tai sininen. Imeminen uusitaan niin usein, ettei vihreää lapsivettä enää näy imukatetrissa. Mikäli lapsi ei hengitä itse, häntä ventiloidaan maskipalkeen avulla imujen välillä puolen minuutin ajan tiheydellä 50 kertaa minuutissa. (Silfast ym. 2009, 311)

5 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön tekeminen on osa opiskelijan ammatillista kasvua. Opinnäytetyö kertoo lukijalle tekijöiden ammatillisesta osaamisesta. Eteläpellon mukaan (1992, 19 – 42) ammattitaito on yksilön valmiutta ja pätevyyttä toimia määrättyssä ammatissa. Ammattitaitoon sisältyy tekemisen osaamista ja toimintaa staattisen työnjaon edellyttämässä tehtävässä (Vilkka & Airaksinen 2004, 65). Tässä toiminnallisena projektina tehdyn opinnäytetyön loppuraportissa selvitetään mitä, miksi ja miten projekti on tehty. Projektin loppuraportti sisältää myös prosessin työ kuvauksen. Loppuraportissa kuvataan ja arvioidaan myös omaa ammatillista kehittymistä ja tuotosta.

5.1 Projektin tarkoitus, tavoitteet ja toteutus

Potilasturvallisuuslain mukaan terveydenhuollon toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista sekä asianmukaisesti tuotettua. Lisäksi käytäntöjen on perustuttava näyttöihin sekä hyviin toimintakäytäntöihin. (Finlex, terveydenhuoltolaki 8. 2010)

Ensivasteryhmän saapuessa synnyttäjän luokse, sen yksi tärkeimmistä tehtävistä on tunnistaa synnytyksen käynnistymiseen liittyvät merkit sekä osata toimia tilanteen vaatimalla tavalla. Ensivastetyöntekijät ovat vapaaehtoistyöntekijöitä, osalla heistä ei ole hoitoalan ammattipätevyyttä. Ammattipätevyyden puuttuminen asettaa omat rajoituksensa ja vaatimuksensa koulutuksen laatimisessa, tämän vuoksi esimerkiksi lääkehoitoa ei voitu käsitellä laisinkaan.

Jokilaaksojen pelastuslaitos kattaa 17 kunnan alueen Pohjoispohjanmaalla. Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensivastetoimintakoulutuksista puuttui kokonaan synnytysopin koulutus, eikä ensivastehenkilökunnalla ollut tarvittavaa teoreettista eikä käytännön osaamista synnytyksessä avustamisessa. Projektityö pyrkii vastaamaan näihin kenttätöiden asettamiin haasteisiin. Koulutuksen laatimista vaikeutti ensivastetoiminnassa toi-

mivien kirjava koulutustausta. Hoitoalan taustan puuttumisen vuoksi heillä ei ollut ennestään tietoa eikä kokemusta synnytyksistä. Toteutimme koulutuksen laatimisen toiminnallisena projektityönä, koska näin pystyimme parhaiten vastaamaan projektin oikeanlaisesta kohdentumisesta.

Projektin tarkoituksena oli laatia käytännönläheinen koulutus, joka olisi tarkasti kohdennettu kohderyhmäänsä ja käyttöympäristöönsä asiasisällön sopivuutensa kautta. Tarkasti kohdennetusta koulutuksesta on erityisesti hyötyä ensivasteessa toimiville sairaalan ulkopuolisten synnytysten hoitamisessa kenttäolosuhteissa. Koulutus ja siihen liittyvä materiaali laadittiin siten että se on informatiivinen, johdonmukainen, selkeä, helposti muunneltavissa koulutustarpeen mukaisesti sekä helposti päivitettävä.

Laaditun koulutuksen tavoitteena on että koulutuksen käytyään ensivastehenkilökunta tunnistaa synnytyksen käynnistymiseen liittyvät merkit, pystyy arvioimaan ja tunnistamaan synnytyksen erityistilanteet tunnistuen lisäavun tarpeen, tietää vastasyntyneen elintoiminnoista ja tunnistaa niiden poikkeamat ja osaa käyttää säännöllisessä synnytyksessä avustamisessa turvallisia menetelmiä. Tavoitteena tulevaisuudessa on että koulutuksen käytyään Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensivastetoiminnassa toimivat uskaltavat jatkossa toimia luottavaisesti ja turvallisesti sairaalan ulkopuolisen luonnollisen synnytyksen tunnistamisessa ja siinä avustamisessa. Tällä tavoin myös synnytysten laatu sekä potilasturvallisuus kasvaa ensivastehenkilökunnan synnytystietotaidon kehittyessä ensivasteryhmien sisällä.

Projektin tavoitteeseen päästäksemme valitsimme opetusmateriaaliksi power – point esityksen, jossa käsitellään raskautta, synnytystä, synnytyksen käynnistymisen tunnistamista, siinä avustamista sekä raskauden ja synnytyksen ongelmatilanteita. Power – point esitys sisältää paljon hyperlinkkejä videoihin, joilla koulutusmateriaali saatiin eläväksi ja todellista tilannetta simuloivaksi. Esityksessä käytettiin paljon kuvia konkretisoimaan aihetta. Tällä tavoin lopputuloksesta tuli tavoitteitten mukainen ja niitä tukeva.

Koulutuksen ajantasaiseen sisältöön pyrittiin käyttämällä tuoreita tutkimuksia ja lähteitä. Koulutuksen sisällöstä konsultoimme projektin tilaajien lisäksi ensihoitajia ja ensihoitolääkäreitä, jotta koulutus palvelisi mahdollisimman hyvin nimenomaan kenttäolosuhteissa tapahtuvaa synnytyksessä avustamista. Jokilaaksojen pelastuslaitos voi myöhemmin muokata ja päivittää luotua koulutusmateriaalia haluamallaan tavalla. Laaditun koulutuksen lisäksi tehtiin projektityön loppuraportti kirjallisen opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti Lapin ammattikorkeakoululle.

Projektiryhmän jäsenille projektin läpivieminen antaa valmiuksia toimia jatkossakin koulutuksellisten ja toiminnallisten projektien parissa. Opimme, mitä projektin läpivieminen sen aloittamisesta päättämiseen vaatii. Opimme myös suodattamaan tutkitun, laadullisen ja näyttöön perustuvan lähdemateriaalin suodattamisen epäkurantista materiaalista. Saimme myös ammatillista lisäarvoa sairaalan ulkopuolisen synnytyksen hoitamisesta sekä siihen liittyvistä eettisistä vaatimuksista, joista tulee olemaan hyötyä jatkossa ammattimme harjoittamisessa.

5.2 Ensivastetoiminnassa toimivien kouluttaminen, opettaminen ja ohjaaminen

Hoitotyössä kouluttautumisen, opettamisen ja ohjaamisen tehtävänä on oppimisen ja kehittymisen edistäminen. Tehtävänä on edistää sellaista kehittymistä ja oppimista, joka tukee hoitoa sekä hoidon tavoitteita. Hoitotyössä tulee ottaa huomioon sekä teoretieto että käytännöntieto. (Sarvimäki & Stenbock – Hult 1996, 148 – 166). Koulutusta arvioitaessa on myös pohdittava, tarkastellaanko koulutusta yksilön, organisaation, yhteisön vai yhteiskunnan kannalta. Eri asianosaisilla ja intressiryhmillä on erilaiset arvot, arvostukset ja tavoitteet koulutuksen suhteen. Lisäksi kerätyllä informaatiolla voi olla eri käyttötarkoituksia (Raivola 2000, 14).

Käytännöllinen tieto näkyy toiminnassa ja teoreettinen tieto auttaa hahmottamaan ja ymmärtämään käytäntöä. Teoreettinen tieto tulee projektityöhön keräämästämme materiaalista. Kun koulutettavana on ensivastetoiminnassa toimiva vapaaehtoistyöntekijä, tavoitteena on synnyttämiseen ja siinä avustamisessa vaadittavien tietojen ja taitojen oppiminen sekä teoriassa että käytännössä. Työntekijän koulutus tukee ja ohjaa ammatillista kasvua. (Sarvimäki & Stenbock – Hult 1996, 148 – 166). Tämä pätee myös ensivastetoiminnassa toimiviin vapaaehtoistyöntekijöihin.

Merkityksellinen oppimistapahtuma sisältää niin sanotun kolmikantaulottuvuuden (Illeris 2002, 5). Hyvin toteutettu koulutustapahtuma sisältää nämä kolme ulottuvuutta; kongnitiivinen tietojen ja taitojen oppiminen, emotionaalinen motivoinnin korostaminen sekä sosiaalinen kykyä toimia yhdessä, ainakin jossakin muodossaan. Aikuiskoulutuksessa, kuten esimerkiksi ensivastetoiminnassa, painottuu enemmän kongnitiivinen ulottuvuus, sillä yleensä aikuisilla on tarve ja motivaatio kouluttautumiseen jo valmiiksi olemassa. Merkittävä oppimiskokemus ohjaa yksilön elämäntulkua tai muuttaa ja vahvistaa hänen identiteettiään (Antikainen 1996, 251 – 270).

Koulutuksen selkeyteen ja ymmärrettävyyteen pyrittiin kiinnittämään erityistä huomiota. Koulutuksen teoriaosuudessa esitetään vain pääkohdat. Power - point esitys sisältää paljon hyperlinkkejä, ollen näin nykyaikaisen interaktiivinen. Teoriassa opittuja asioita syvennetään ensivastekoulutuksissa myös käytännön harjoittein. Koulutuksen teoriaosuus on kuitenkin sisällöltään tarkka ja ajantasainen. Tarkkuuteen ja ajantasaisuuteen pyrittiin käyttämällä vain tuoreita ja luotettavia kirjallisia lähteitä ja tutkimuksia.

Lähtökohtana koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa on se, mihin koulutuksella pyritään. Koulutuksen vaikuttavuudessa on kyse koulutukselle asetettujen lähi- ja etätavoitteiden saavuttamisesta, joka on välittömiä oppimistuloksia laajempi ja koulutuksen etätavoitteiden saavuttamista koskeva käsite. Koulutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan positiivista koulutuksen onnistumista ja koulutukselle asetettujen tavoitteiden täyttymistä. Vaikuttavuuden arvioinnissa on syytä erottaa välittömät oppimisvaikutukset eli tuotokset ja niillä aikaansaavat ulkopuoliset vaikutukset eli tulokset. Koulutuksen tavoit-

teena on oppimisen tuottaminen ja yksilön kasvun tukeminen. Niiden ansiosta muut organisaatiot voivat parantaa omaa tuloksellisuuttaan, jolloin voidaan todeta, että koulutuksesta on ollut hyötyä. Mikäli tätä siirtovaikutusta ei pystytä mittaamaan, väitetään koulutuksen olevan tuloksetonta, vaikka koulutuksesta olisikin ollut hyötyä yksilön kasvulle. Koulutus on väline jonkin muun toiminnan sujuvuuteen tai tuloksiin. Koulutus on sitä vaikuttavampaa, mitä enemmän sillä on epäsuoraa vaikutusta. (Raivola 2000 12 – 13, 32 & 37)

Power - point esitys laadittiin hyviksi todettujen mallien ja ohjeiden mukaisesti. Power - point esitys ei parhaimmillaan perustu siihen että koulutettava lukee tekstiä dioilta, vaan että vastuu asian syventämisestä jää esittäjälle. Kuvat ja videot tukevat kerrottua asiantietoa ja elävöittävät sekä syventävät tekstiä. Tekstin tulee olla kieliasultaan selkeää ja oikeinkirjoitusasultaan virheetöntä (Hopeavuori 2010, hakupäivä 26.9.2013). Laatiimme power – point sisältää paljon hyperlinkkejä ja materiaalia ja sitä voidaan käyttää hyväksi muidenkin kohderyhmien kouluttamisessa.

5.3 Projektin rajaus

Projektityön etuna on selkeä alkua ja loppu, hyvässä projektisuunnitelmassa on päättäminen suunniteltu jo ennalta. Projektin loppuessa toimitetaan projektin lopputuotos tilaajalle, projektin tekijöille sekä projektin rahoittajille. Tärkeimpiä projektin päättämisen toimenpiteitä ovat: dokumenttien säilyttämissuunnitelma, tulosten siirron varmistaminen edunsaajille sekä projektin jälkimarkkinointi. Jälkimarkkinoinnilla tarkoitetaan asiakkuuden ylläpitoa sekä sen kehittämistä. (Rissanen 2002, 171).

Projektiin onnistumiseen vaikuttaa suurelta osin projektin rajaus. Projektin rajaus auttaa projektin edetessä painottamaan oikeisiin asioihin, eikä projekti karkaa käsistä. (Lööw 2002, 66). Sosiaali- ja terveysalalle laadittavan koulutuksen tulee olla selkeästi rajattu ja sisällöltään täsmennetty. Sisällön tulee olla sosiaali- ja terveysalan tavoitteiden mukainen, siten että koulutuksen kohderyhmän erityispiirteet on huomioitu koulutusta laadittaessa (Jämsä & Manninen 2000, 13 – 24).

Rajauksen avulla varmistetaan että aikaansaannostavoitteet ovat oikeassa suhteessa käytävissä olevaan aikaan ja voimavaroihin nähden. Väärän ja ylimalkaisesti tehdyn rajauksen tuottamia virheitä on vaikea myöhemmin korjata. Tulkinnanvarainen rajausta vaikeuttaa myös projektin ohjausta, koska lopputuloksen valmiusastetta on työn edistyessä vaikea tulkita. Projektille tyypillinen ominaisuus on kuitenkin rajauksien tarkentuminen projektin edetessä. (Ruuska 2006, 72 - 75)

Koska lähes kaikki sairaalan ulkopuoliset synnytykset ovat pääasiallisesti täysiaikaisia säännöllisiä synnytyksiä (Silfvast ym. 2007, 449 – 452; Moscovitz ym. 2000, 767 – 758; Rodie ym. 2002, 50 - 52). Projekti rajattiin koskemaan säännöllistä synnytystä sekä sen hoitoa, alkaen avautumisvaiheesta lapsen syntymään normaali- tai perätilatarjonnasta. Projektissa käsiteltiin myös synnytyksessä mahdollisia vastaan tulevia ongelma tilanteita kuten esimerkiksi pre - eklampsiaa, napanuorakomplikaatioita, hartiadystokiaa sekä vastasyntyneen virvoittelua. Projektin tekijöistä Markus Katajala toimii aktiivisesti ensivastetoiminnan kouluttajana viikkoharjoituksissa.

Projekti suoritettiin Jokilaaksojen pelastuslaitoksen toiveesta siten että projektiryhmä loi koulutusmateriaalin Jokilaaksojen pelastuslaitoksen käytettäväksi ensivasteessa toimivien kouluttamiseksi. Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensivastekouluttajat jatkavat tiedon viemistä eteenpäin ensivasteviikkoharjoituksissa.

5.4 Projektiorganisaatio

Projektin organisaatio on ryhmä, jonka muoto riippuu projektin luonteesta. Organisaatioon kuuluvat projektista vastaavat henkilöt (Lööw 2002 28 - 32). Projektin organisaatiokaavio on kuvassa 16. Koulutuksesta ja sen tavoitteista on keskusteltu Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensivasteesta vastaavan ensihoidon esimiehen Marko Jämsenin, PPSHP:n ensihoidon kenttäjohtajan Jani Similän sekä Jokilaaksojen pelastuslaitoksen Ensihoidon vastuulääkärin Heini Nalin kanssa. Lisäksi Ensihoidon vastuulääkäri Heini Nal tarkastutti koulutuksen sisällön kättilöllä ja synnytyslääkärillä. Lapin ammattikorkeakoulun puolelta ohjaajina toimivat Satu Rainto ja Pirjo Sonntag.

Hyvä projektin ohjaus on onnistumisen kannalta välttämätöntä ja siksi projektia täytyy ohjata koko prosessin ajan (Paasivaara ym. 2008, 105). Hyvin laadittu projektisuunnitelma on ohjauksen perusta. Ohjauksella varmistetaan projektin toteutus ja tavoitteiden saavuttaminen. (Ruuska 2006, 72 - 75) Tukiryhmän tarkoituksena on antaa projektille ideoita ja neuvoja, mutta heillä ei ole projektissa oikeutta osallistua päätöksentekoon. (Lööw 2002, 28 – 32)



Projektiorganisaatiokaavio (kuva 16.)

Projektin sisäinen ohjaus perustuu avoimeen, tasavertaiseen keskusteluun ryhmän jäsenten välillä. Organisaation sisäistä keskustelua käytiin koko projektin ajan. Ohjaus voi olla joko laadullista tai joustavaa. Laadullinen ohjaus on jatkuvaa pohdintaa tavoitteista, muutoksista ja toiminnasta. Joustava ohjaus tarkoittaa sitä, että projektisuunnitelmaa päivitetään tarpeen mukaan. Kriittisyys, analyttisyys sekä seurantatietojen hyödyntäminen auttavat täsmentämään projektin tavoitteita. Ulkoista ohjausta tarvitaan lähinnä suurissa ja laajoissa projekteissa. Ulkoinen ohjaus on ulkopuolisten, projektiin suoranaisesti liittymättömien sidosryhmien mukaan ottamista. (Paasivaara ym. 2008, 106 – 109) Projektissa varattiin mahdollisuus käyttää jonkin projektinorganisaation ulkopuolisen sidosryhmän apua, mikäli se koettaisiin tarpeelliseksi. Projektin ulkopuolisena sidosryhminä tulivat kysymykseen esimerkiksi ensihoitajat, kättilöt, anestesia lääkärit, gynekologit, pediatriit ja äidinkielen lehtorit, joita käytettiin konsultoimassa projektin sisältöä.

5.5 Projektin aikataulut

Projekti sai alkusysäyksen syksyllä 2012 Jokilaaksojen pelastuslaitoksen aloitteesta. Aihe hyväksyttiin opinnäytetyön aiheeksi alustavasti keväällä 2013. Projektisuunnitelman tuli olla valmis alunperin keväällä 2013, aikataulu ei kuitenkaan pitänyt. Projektisuunnitelma hyväksyttiin syyskuussa 2013. Alkuperäisessä suunnitelmassa tarkoitus oli myös koulutuksen pitäminen ensivastekoulutuksen yhteydessä helmi – maaliskuussa 2014, mutta ensihoidon järjestämistä vastuun siirryttyä Pohjois - Pohjanmaan sairaanhoitopiirille meille ei järjestynyt koulutusaikaa annettujen aikarajojen sisälle. Lisäksi myös projektin tekijöiden koulu- ja työkiireet viivästyttivät projektin valmistumista.

Projektille oli kuitenkin hyvä tehdä aikataulu, jotta tietäisimme olemmeko siitä edellä vai jäljessä. Projektin aikataulutuksessa pyrimme ottamaan huomioon opiskelujen sekä työssä käymisen haasteet. Syksyllä 2013 arvioimme projektiryhmän realistiset resurssit projektin valmistumiselle ja aikataulutimme projektin uudelleen. Uusitun aikataulun mukaan projekti valmistuisi maaliskuu - huhtikuussa 2014. Koulutus luovutettiin Jokilaak-

sojen ensihoidon vastuulääkärin tarkistettavaksi maaliskuun alussa 2014. Koulutus hyväksyttiin Jokilaaksojen pelastuslaitoksen puolelta 12.3.2014.

Opinnäytetyöhön tarvittava materiaalin keräsimme kesällä 2013, ja koulutuksen sekä projektin loppuraportin laatiminen alkoi syyskuussa 2013 projektisuunnitelman hyväksymisen jälkeen. Projektin loppuraportti toimii projektityön loppuraporttina sekä opinnäytetyönämme oppilaitoksemme puolelle. Valmiit koulutus ja loppuraportti projektista luovutettiin tilaajalle huhtikuussa 2014. Koulutuksen ja projektin loppuraportin kirjoittaminen aikataulutusta oli erittäin haasteellista opiskelujen ja työssä käymisen yhteensovittamisen vuoksi. Lisäksi projektityöntekijöiden keskinäisten aikataulujen yhteensovittaminen oli erittäin haastavaa. Ohjausta projektityöhön saimme ohjaajiltamme neljä kertaa.

5.6 Projektin tulosten ja prosessin arviointi

Projektin ennakoarvioinnissa keskitytään lähinnä projektin riskeihin, projektin tavoitteisiin sekä tarkoituksen mukaiseen arviointiin. Useimmiten projektin arviointi painottuu projektin toteuttamis- tai päättämisvaiheeseen. (Paasivaara ym. 2008, 140)

Tuote on onnistunut, jos se vastaa projektin omistajan strategisia ja organisatorisia vaatimuksia sekä tyydyttää asiakkaan tarpeet sekä muiden sidosryhmien tuotteeseen liittyvät tarpeet (Erling ym. 2006, 128 – 129). Lisäämällä projektin hallintaan ja sen onnistumiseen tiedon levittäminen ja sen näkökulman, voidaankin puhua projektin kokonaisvaltaisesta onnistumisesta.

Projektin onnistumisen määrittely ja arviointi eivät ole niin yksiselitteisiä asioita kuin saattaisi olettaa. Projekteille asetetaan useita erilaisia tavoitteita, kuten sisällölliset ja laadulliset tavoitteet, toteutukselliset tavoitteet, taloudelliset tavoitteet tai ajalliset tavoitteet. Tavoitteet voivat olla keskenään ristiriidassa ja niiden tärkeysjärjestys vaihtelee sen mukaan, kenen näkökulmasta lopputulosta tarkastellaan. (Ruuska 2007, 274) Yleisesti

kuitenkin sanotaan, että onnistuneessa projektissa saavutetaan lopputuotteelle asetetut tavoitteet suunnitellun aikataulun mukaisesti ja sovitulla kustannuksilla. Onnistumista arvioidaan myös samalla suhteessa projektisuunnitelmaan, mikä on usein myös riittävä taso. Mikäli projektille asetetut odotukset eivät täyty, kysymys on joko projektisuunnitelmassa tai tuotantoprosessissa esiintyneistä puutteista. Projektisuunnitelma saattaa olla huonosti tehty tai epärealistinen, jolloin lopputuote, käytettävissä oleva aika ja voimavarat eivät ole oikeassa suhteessa toisiinsa. Toteutusprosessin onnistumiseen puolestaan vaikuttaa projektissa mukana olevien henkilöiden osaaminen ja ammattitaito. (Ruuska 2007, 275)

Projekti sisälsi koulutusmateriaalin luomisen Jokilaaksojen pelastuslaitokselle ensivastehenkilökunnan kouluttamiseksi sairaalan ulkopuolisessa synnytyksessä avustamiseen. Koulutusmateriaalissa pyrittiin käytännönläheisyyteen, ymmärrettävyyteen sekä muokattavuuteen. Koulutusmateriaali sisältää tarvittavan teorian lisäksi käytännön vinkkejä, toimintatapoja sekä ongelmanratkaisumalleja. Alkuperäisessä projektisuunnitelma sisälsi myös laaditun koulutuksen pitämisen ja palautteen keräämisen koulutuksesta, tästä tavoitteesta jouduttiin luopumaan projektin tekijöistä riippumattomista syistä. Projektin tekijät ovat kuitenkin lupautuneet järjestämään ja pitämään koulutuksen projektin ulkopuolella tarvittaessa. Projektin päätavoitteena oli laatia puuttuva synnytyskoulutus ensivastekoulutuksiin, tässä tavoitteessa onnistuttiin. Tekijöiden luvalla koulutusmateriaalia voidaan käyttää hyväksi muissakin organisaatioissa, kuin Jokilaaksojen pelastuslaitoksella.

5.7 Projektin eettisyys ja luotettavuus

Valtioneuvosto määrittelee asetuksella (352/2003), että opinnäytetyöllä opiskelija voi osoittaa pystyvänsä käyttämään tietojiaan ja taitojaan opintoihinsa liittyvissä tehtävissä. Opinnäytetyön tekemiseen saattaa liittyä asioita ja sopimuksia, joiden eettisyys tulee ottaa huomioon. Eettisiin suosituksiin kuuluu myös, että plagiointi ei ole sallittua, ei edes oman tutkimuksen, kuten myös se että ei vähätellä muiden ryhmään kuuluvien osuutta (Kajaanin ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpakki 2012, hakupäivä 9.9.2013). Projek-

tin pohjana on hyvä suunnittelu, aikataulutus ja työnjako. Projektin tekijät pystyivät toimimaan yhteisvastuullisesti ja jakamaan projektityön aiheuttamat rasitukset ja kiireet.

Projektiin ja siihen liittyvään koulukseen itsessään ei liity eettistä problematiikkaa. Sairaalan ulkopuolisessa synnytyksessä avustamisessa pätevät samat hoitotyön eettiset säännöt kuin missä tahansa tapahtuvassa hoitotyössä. Eettisiä ohjeita käsiteltiin myös luvussa 4.1. Projektityön aihe on tärkeä, koska synnytyssairaaloiden lakkauttamisen johdosta syrjäseutujen synnyttäjät ovat eriarvoisessa asemassa verrattuna Oulun lähikuntien synnyttäjiin. Mahdolliset esimerkkitapaukset käsitellään nimettöminä ja ensivastetoiminnassa toimivat ovat vaitiolovelvollisia lainsäädännön mukaisesti.

Puhuttaessa tutkimuksen rehabiliteetista eli luotettavuudesta, ydinkohtana on myös toistettavuus. Koulutuksellisissa projekteissa rehabiliteetin takaamiseksi käytetään vain lähteitä ja tutkimuksia, jotka ovat saaneet oppikirjamaisen hyväksynnän terveydenhuollossa. Lähteiden tulisi olla ensisijaisia ja lähteiden kirjoittajien luotettavia, jotta tiedon muuntumisen riski olisi pieni ja tietojen oikeellisuus perusteltavissa. Toimintaan painotuvan opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida myös käytetyn tiedon yleistettävyyden perusteella. (Vilkka & Airaksinen 2003, 72 – 77) Lisäksi projektissa käytettävät lähteiden tulee olla mahdollisimman tuoreita, sisältäen uusimman tiedon aiheesta.

Projektissa käytettiin lähteinä vain terveydenhoitoalan uusimpia saatavilla olevia oppikirjoja, tutkimuksia ja artikkeleita, joiden kirjoittajina ovat olleet terveydenhuollon ammattilaiset. Kaikki lähteet on kirjoitettu tai päivitetty 2000 – luvulla. Tällä tavoin varmistettiin uusimman näyttöön pohjautuvan tiedon käyttäminen projektissa. Lähdetiedot merkittiin koulumme opinnäytetyönohjeiden mukaisesti tekstiin ja lähdeluetteloon. Projektissa käytettiin myös ulkomaista lähdemateriaalia ajantasaisuuden ja toistettavuuden takaamiseksi. Internetlähteitä käytettiin vain tarkkaan harkitusti ja valikoiden. Opinnäytetyön sisältämä teoretieto on yleispätevää tietoa, jonka vuoksi se soveltuu käytettäväksi muuallakin kuin Jokilaaksojen pelastuslaitoksen alueella. Yleispätevän tiedon käyttäminen lisää opinnäytetyön yleistettävyyttä ja rehabiliteettia.

Koulutuksen luotettavuutta arvioidessa mietittiin pätevyyttämme koulutuksen laatijoiksi ensivastetyöntekijöille sairaalan ulkopuolisen synnytyksen avustamisessa. Koulutus laadittiin nimenomaan ensihoidon kenttätyönnäkökulmasta, jossa tilanteet ja olosuhteet vaihtelevat verrattuna sairaalaympäristöön. Molemmilla koulutuksen tekijöillä on pitkä kokemus kenttätyöstä. Koulutuksen sisällöstä keskusteltiin projektipalaverissa ensihoitopääalliköiden kanssa. Koulutusmateriaaliin tehtiin tilaajan haluamat / toivomat muutokset. Koulutus myös tarkastettiin ja hyväksyttiin Jokilaaksojen Ensihoidon vastuulääkäri Heini Nalilla.

5.8 Projektin dokumentointi ja tiedottaminen

Projekti päättyy, kun kaikki projektisuunnitelmassa määritellyt tehtävät on suoritettu ja tilaaja on hyväksynyt projektin lopputulokset (Ruuska 2005, 237).

Projektin luonteeseen kuuluu, että se on ajallisesti rajattu ja sillä on selvä loppu. On myös tapauksia joissa projektin päättäminen voidaan tehdä kesken projektin. Mahdollisia syitä voivat olla esimerkiksi merkittävä poikkeama projektisuunnitelmasta, viranomaisten rajoitukset tai tilaajan maksuvaikeudet. (Pelin 2008, 355). Projektiryhmän katsoessa saaneensa projektin / tuotoksensa valmiiksi, laatii projektiryhmä loppuraportin ja tuotos luovutetaan tilaajalle. Tilaajan velvollisuus on yhdessä projektiryhmän kanssa tarkistaa, että lopputulos on sovitun kaltainen (Ruuska 1999, 179). Projektin tulosten perusteella tilaaja voi joko vaatia projektiin joitain täydennyksiä tai hyväksyä tulokset päättäen samalla projektin (Kettunen 2009, 181). Projektin päätyttyä tilaajalle saattaa jäädä ajatuksia, ideoita tai tarpeita uusista töistä, jotka on hyvä kirjata ylös mahdollisia tulevia projekteja varten (Kettunen 2009, 182).

Projektin aikana dokumentointia ei kannata tehdä vain koska on pakko, vaan siitä on useita etuja. Se auttaa keskittämään epämääräisiä ajatuksia konkreettisesti kirjoitetuiksi sanoiksi. Se myös auttaa pitämään kirjaa sovitusta periaatteista, toiminnoista ja muutoksista. Dokumentointi auttaa kaikkia projektiin osallistuvia ymmärtämään sen yhteisen tavoitteen johon koko projekti tähtää ja mihin jokaisen pitää pyrkiä. Dokumentointi ei ole vain hyödytöntä ajanhukkaa, jos se on tehty oikein. Suunnitelmat muuttuvat usein projektin aikana, näin myös meidän projektissamme. Kaikki muutokset käsiteltiin projektiryhmässä analysoiden niiden hyödyllisyys ja välttämättömyys.

Projektin vaiheita kirjattiin ylös projektin kaikissa eri työvaiheissa näin saatiin jatkuvaa tietoa myös projektiryhmän omasta oppimisesta ja kehittämisessä projektin hallinnassa. Projektin loppuraportin puhtaaksi kirjoittaminen oli projektin tekijöille aikaa vievin osuus. Projektin loppuraportissa ovat projektin ydinkohdat projektin taustoista, tavoitteista, oppimisesta ja projektiin liittyvästä teoriasta. Varsinkin synnytykseen liittyvän teorian hankkiminen ja kirjaaminen sekä sopivan koulutuksen laatiminen kohderyhmälle sopivaksi olivat ydinasioita projektiryhmän oppimisen kannalta. Projektiraporttia voidaan käyttää myös perusteorian oppimiseen raskaudesta ja synnytyksestä.

Projektin eri vaiheista tiedotettiin projektin tilaajalle Jokilaaksojen pelastuslaitokselle tapaamisin, puhelinsoitoin, sähköpostitse ja pilvipalveluin. Projektin tiedottaminen toimi moitteettomasti kuten myös yhteistoiminta kauttaaltaan. Keskinäisessä yhteydenpidossa ja dokumentoinnissa käytettiin hyödyksi nykyaikaisia pilvipalveluja kuten esimerkiksi Google drivea, Dropboxia ja Skypeä.

6 POHDINTA

Projektimme ensiaskeleet otettiin pitkällä koulumatkoillamme. Keskustelimme usein ensihoidosta ja siihen liittyvistä erilaisista tehtäväännoista verrattuna sairaalassa tapahtuvaan hoitoon. Synnytystä sivuttiin useaan otteeseen, koska se on tehtäväännoiltaan täysin poikkeava. Kyseessä ei ole sairaus. Tällöin ajatus projektityön tekemisestä ensihoitoon jäi kytämään takaraivoon. Aloite koulutuksen tekemiseen synnytyksestä ja siinä avustamisesta tuli kuitenkin Jokilaaksojen pelastuslaitoksen Ensihoitopäällikkö Jani Similältä. Asiaa hauduteltuamme, selviteltyämme, ja huomattuamme että Jokilaaksojen ensivasteen koulutuksista puuttui kokonaan synnytyskoulutus, tartuimme haasteeseen laatia koulutus synnytyksessä avustamisessa ensivasteessa toimiville. Projektityön tekeminen ensivasteelle synnytyksissä avustamisessa kuulosti todella hyvältä ajatukselta. Projektin painoarvoa lisäsi mielestämme myös että se tulisi todelliseen tarpeeseen ja jatkuvaan käyttöön. Oppilaitoksemme puolelta lehtori Satu Rainto näytti ” vihreää valoa ” ja kannusti projektin tekemiseen.

Aihe tuntui sopivan helpolta ja selkeältä, tarvitsisi vain laatia ja pitää koulutus. Helpouden ensivaikutelma kuitenkin karisi nopeasti. Synnytysteoriamaateriaalia oli runsaasti saatavilla, mutta sen muokkaaminen kohderyhmälle sopivaksi oli suurempi haaste kuin oletimme. Tutkimusmateriaalin löytäminen sairaalanulkopuolisista synnytyksistä oli todella vaikeaa. Suomessa asia on tilastoitu hyvin tarkasti mutta varsinaiset tutkimukset päätelmiseen ovat todella vähissä. Ulkomailla suoritettut tutkimukset eivät ole kauttaaltaan vertailukelpoisia suomalaisiin vastaaviin, johtuen muun muassa neuvolaseurannan erilaisuudesta sekä ensihoidon tasosta ja järjestämisestä. Ulkomaisista tutkimuksista huomiota kiinnitti erityisesti, kuinka usein vastasyntyneet kärsivät hypotermiasta.

Ensivastetoiminnan koulutuksissa teoretieto tuodaan yleensä käytäntöön erilaisin harjoituksin. Päädyimme yhteistyössä tilaajan kanssa tekemään hieman erilaisen, interaktiivisen koulutuksen, joka jota pystyttäisiin täydentämään simulaatiokoulutuksin. Pelkkä koulutuksen laatiminen ei riitä projektin laadukkaaseen läpiviemiseen. Lisäksi meidän

tuli perehtyä ohjaukseen, kouluttamiseen, laadukkaan koulutusmateriaalin tekemiseen ja eettisiin näkökohtiin hoitotyössä ja kouluttamisessa, vain muutamia esimerkkeinä mainitaksemme.

Projektin läpivieminen muodostui kokonaisuudessa suureksi haasteeksi. Ajankäytön ongelma kumuloitui pitkien koulumatkojen, opiskelun, harjoittelujen ja työelämän vuoksi. Ja täytyihän perheellekin antaa aikaa. Uudenaikaiset pilvipalvelut helpottivat projektin tekemistä suuresti, aina ei tarvinnut olla ”nokitusten”, vaan työtä voitiin tehdä ja seurata reaaliajassa kotoa käsin. Projektin tekijöiden perheiden tuki ja kannustus antoivat edellytyksen projektin valmistumiselle. Myös projektin ohjausryhmän ja tilaajan ja sidosryhmien panos projektin onnistumisessa oli elintärkeää. Varsinkin projektin saama kiinnostus, kannustus ja tuki Pohjois - Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksesta yllätti myönteisesti. Valitettavasti koulutuksen pitäminen jouduttiin rajaamaan projektin ulkopuolella pidettäväksi, koska Jokilaaksojen pelastuslaitoksella ei ollut antaa meille koulutustilaisuutta sovituissa aikaikkunassa.

Projektin laadukas läpivieminen vaatii paljon suunnittelua, lähteiden hankintaa ja laadukkaan projektisuunnitelman. Projektisuunnitelman laatiminen olikin projektin vaativin osa. Ajatuksien kirjaaminen konkretiaksi olikin erittäin haastavaa. Projektisuunnitelman valmistelussa keskinäinen vuorovaikutuksen merkitys korostui. Ohjaajamme painottivat laadukkaan projektisuunnitelman merkitystä projektin onnistumisen kannalta. Huomasimme myöhemmin ohjaajiemme olevan enemmän kuin oikeassa. Projektisuunnitelman mukana hahmottui myös projektimme punainen lanka. Projektisuunnitelman tekeminen oli hyvää harjoitusta myös lopullisen raportin tekemiselle. Lisäksi osaa projektisuunnitelmaa saattoi käyttää sellaisenaan loppuraportissa.

Projektin toteuttaminen oli ammatillisen kasvun ja osaamisen kehittymisen kannalta erittäin hyödyllinen. Projektin mukana tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja ajankäytön hallinta kehittyivät, kuten myös stressinsietokyky. Projektin myötä kehittyivät taitomme suodattaa kurantin ja epäkurantin tiedon toisistaan. Tutkitun näyttöön perustuvan hoitotyön merkitys iskostui ammattiajatteluunne. Toiminnallinen projekti on myös

erittäin hyvä keino luoda ja ylläpitää projektin tekijöiden ammatillista verkostoitumista. Keskustelimme projektin aikana useiden eri sidosryhmien kanssa.

Projektin aikana tulee myös ottaa vastaan rakentavaa palautetta sekä osata käsitellä ja hyödyntää sitä projektissa. Hyvät vuorovaikutussuhteethan ovat olennainen osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Myös tietomme ja taitomme raskausajasta, synnytyksestä ja vastasyntyneen hoidosta lisääntyivät. Projektin hyödyllisyys mitataan loppujen lopuksi kenttätöissä, jos projektimme auttaa yhdessäkään sairaalan ulkopuolisen synnytyksen turvallisessa hoitamisessa, on se onnistunut täydellisesti.

Kehityshaasteena toivomme että tehty koulutus kuten myös muut vastaavat koulutukset leviäisivät eteenpäin ja niitä jatko kehitettäisiin muuttuvia tarpeita vastaavaksi. Projektiopinnäytetöissä on usein vaara että ne jäävät kertaluonteisiksi projekteiksi ja unohtuvat. Nyt jo tiedetään että laatimamme koulutuksen pohjalta tullaan tekemään simulaatioharjoituksia Jokilaaksojen pelastuslaitoksella. Sairaalan ulkopuolinen synnytys on niin harvinainen tapahtuma kenttätöissä että niin sanotun ”touchin” pitäminen ilman säännöllistä harjoittelua olisi mahdotonta.

7 LÄHTEET

- Alen, J. 2011. Operatiivisen yhteistyön kehittäminen harvaan asutuilla alueilla. Loppuraportti. HARVA - hanke. Helsinki: Sisäasiainministeriö. 7.
- Annala, M. 2013. Jokilaaksojen pelastuslaitoksen palvelupäätösesitys. Luettu 12.1.2014
- Antikainen, A. 1996. Merkittävät oppimiskokemukset ja valtautuminen. Teoksessa Antikainen, A. & Huotelin, H. (toim.) Oppiminen ja elämänhistoria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 251- 270
- Castrén, M. & Helistö, N. & Kämäräinen, L. & Sahi, T. 2010. Ensiapuopas. 5. - 10. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10, 747.
- Castren, M. & Helveranta, K. & Kinnunen, A. & Korte, H. & Laurila, K. & Paakkonen, H. & Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. 4.painos. Keuruu: Otava10, 14 – 19, 43 – 44, 364 – 371, 374 – 376.
- Erling, S. & Andersen, S. & Bihall, D. & Jessen, S. & Money, A. 2006. Exploring project success, 128 – 129.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Porvoo: WS Bookwell Oy. 94 – 96, 211 -212, 238, 245, 252 – 255.
- Eteläpelto, A. 1992. Tulevaisuuden asiantuntijuuden kehittämiseen. Teoksessa Ekola, J. (toim.) Johdatusta ammattikorkeakoulupedagogiikkaan. Porvoo: WSOY, 42.
- Hakkarainen, K. & Lonka, K. & Lipponen, L. 2005. Tutkiva oppiminen. Järki, tunteet ja kulttuuri oppimisen sytyttäjinä. Helsinki: WSOY, 299 – 303.
- Heikkilä, K. 2006. Työssä oppiminen yksilön lähtökohtien ja oppimisympäristön välisenä vuorovaikutuksena. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. 63 – 67.
- Heino, A. & Hemminki E. & Gissler M. 2011. Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalised health care in Finland, Thl. 4 – 6.
- Hopeavuori, Tuula, Toimiva PowerPoint-esitys. Havaintomateriaali tukemaan esitystä, ei hallitsemaan sitä. OAMK Tekniikan yksikkö, Puhe- ja kirjoitusviestintä. Päivitetty 19.3.2010 . Hakupäivä 20.4.2013 osoitteesta http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CEcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.oamk.fi%2F~soili%2Fpuhe-_ja_kirjoitusviesta%2Fhyva_powerpoint.ppt&ei=S8dyUfPOKMza4QTdkIHQCw&usg=AFQjCN-FyPr2T0LQxIOZhUXe6uBSZVJw&sig2=cqXPJT8f4btENTKOLPwkJA&bvm=bv.45512109,d.bGE
- Hätäkeskusohje.Hakupäivä5.3.2014osoitteesta
http://www.112.fi/fi/hatanumero_112/milloin_soitat_112
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008 & 2014. Naisen terveys. Helsinki: Edita, 81, 109 – 113, 115 – 119, 288 – 299.
- Illeris, K. 2002. The three dimensions of learning. London: Taylor & Francis Group.
- Jones, P. & Alberti, C. & Jule, L. & Node, N. & Sieurin, A. & Dauger, S. 2010. Mortality in out-of-hospital premature births. Acta Paediatrica 100, 1, 181 – 182.
- Jalanko, H. Apgarin pisteytys. Hakupäivä 4.4.2014 osoitteesta:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/tk.kotip_teos=skl&p_artikkeli=skl0004
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi. 14 – 24.

- Järvenpää, A – L. & Äimälä, A – M. 2009. Synnytys ensiapuolosuhteissa. Teoksessa Paananen, U. & Pietiläinen, S. & Raussi - Lehto, E. & Väyrynen, P. & Äimälä, A – M. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Tammerpaino Oy, 467 - 471.
- Kajaanin ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpakki. Hakupäivä 9.9.2013 osoitteesta: http://www.kajak.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/SoTeLi/Opinnaytet_yoprosessi/Eettiset-suositukset
- Kaleva, 15.9.2013. Synnytyspisteet vähenevät. Luettu 15.9.2013
- Karling, M. & Ojanen, T. & Sivén, T. & Vihunen, R. & Vilén, M. 2008. Lapsen aika. 11. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 15 – 16, 112.
- Kauppinen, V. 2008. Lapin ensivastehanke – Apua nopeammin ja tehokkaammin. Vapaaehtoinen meripelastaja 5. 18 – 19
- Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Helsinki: Sanoma pro
- Koistinen, P. & Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä, Gummerus kirjapaino, 53, 394.
- Korteniemi - Poikela, E. 2001. Synnytys sairaalan ulkopuolella – matkasynnytyksistä maakuntakätilön näkökulmasta, Kätilölehti 6. 220 – 221.
- Kuisma, M. & Holmström, P. & Porthan, K. (Toim.) 2009. Ensihoito. Jyväskylä: Tammi. 27, 460 - 461, 463.
- Lahtela, S. & Romppainen, E. 2002. Uusi elämä – ei katso aikaa, ei paikkaa. Kätilölehti 4, 151 – 152.
- Lapin sairaanhoitopiirin alueen ensivastetoiminta. 2011. Hakupäivä 26.10.2013 osoitteesta <http://www.lshp.fi/default.aspx?nodeid=10759>.
- Leawood, K. 2013. Basic Life Support in Obstetrics Course Teaches First-Responders Critical Delivery Skills. AAFP. Hakupäivä 29.3.2014 osoitteesta <http://www.aafp.org/media-center/releases-statements/all/2013/blso.html>
- Leino - Kilpi, H & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Wsoy oppi materiaalit Oy, 208.
- Lööv, M. 2002. Onnistunut projekti. Tietosanoma Oy. 28 - 32, 66.
- Moscovitz, H. & Magriples, U. & Keissling, M. & Schriver, J. 2000. Care and Outcome of Out-of-hospital Deliveries. Academic Emergency Medicine 7,7, 757 - 758.
- Määttä, T. 2009. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Holmström, P. & Kuisma, M. & Porthan, K.(toim.) Ensihoito. 1. - 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 24 - 28.
- Ojanen, S. 2006. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian käsittelyä. Helsinki: Yli opistopaino. 29 – 30.
- Paasivaara, L. & Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2002 & 2008. Innostavat projektit. Sipoo: Silverprint.
- Paananen, U. & Pietiläinen, S. & Raussi - Lehto, E. & Väyrynen, P. & Äimälä, A – M. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Tammerpaino Oy, 245 - 248.
- Pelin, R. 2008. Projektihallinnan käsikirja, Helsinki: Projektijohtaminen Oy Risto Pelin.
- Raivola, R. 2000. Vaikuttavuutta koulutukseen. Suomen Akatemian julkaisuja.
- Ppshp 2013. Ensihoidon palvelutasopäätös. 1 - 4.
- Raussi - Lehto, E. 2009. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa Paananen, U. & Pietiläinen, S. & Raussi - Lehto, E. & Väyrynen, P. & Äimälä, A – M. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Tammerpaino Oy, 209 - 232, 244 - 245, 254.

- Rauste - von Wright, M., Von Wright, J. & Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. Helsinki: WSOY. 53.
- Rodie, V. & Thomson, A. & Norman, J. 2002. Accidental out-of-hospital deliveries: an obstetric and neonatal case control study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 81, 50 – 52.
- Ruuska, K. 2006. Terveydenhuollon projektinhallinta. Helsinki: Talentum media Oy. 72 -75
- Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa. 6. painos. Helsinki: Talentum Media Oy. 16.
- Sariola A. & Haukkamaa, M. 2006. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Keuruu: Otava, 327–335.
- Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkkala, O. & Tapanainen J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 309 - 320.
- Sarvimäki, A & Stenbock - Hult, B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. Juva: WSOY.
- Sheiner, E. & Hershkovitz, R. & Shoham-Vardi, I. & Erez, O. & Hadar, A. & Mazor, M. 2004. Retrospective Study of Unplanned Out – Of - hospital Deliveries. *Arch Gynecol Obstet,* 85 – 88, 269.
- Silfast, T. & Castren, M. & Kurola, J. & Lund, V. & Martikainen, M. 2009. Ensihoitoparas. Helsinki: Duodecim, 306, 311.
- Silfvast, T. & Oulasvirta, J. & Helmesmäki, E. 2007. Suunnittelematon synnytys sairaalan ulkopuolella MediHelin 01:n toiminta-alueella. *Finnanest* 5, 449 - 452.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2), 2011. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Potilasturvallisuus. Hakupäivä 15.1.2014 osoitteesta http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus.
- Sillanpää, R. 7.10.2013. Synnytykset siirtyvät isoihin sairaaloihin, STT / Kaleva
- Sillanpää, K. 2009. Äkillinen sairastuminen. Teoksessa Holmström, P. & Kuisma, M. & Porthan, K.(toim.) Ensihoito. 1. - 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 15 - 16
- THL, 2012. Vastasyntyneet. Hakupäivä 10.2.2014 osoitteesta http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/synnytykset/vastasyntyneet
- THL, 2012. Perinataalitalasto. Hakupäivä 10.2.2014 osoitteesta <http://www.julkari.fi/handle/10024/110498>
- Tiitinen, A. 2010a. Tietoa potilaalle: Normaali synnytys. Duodecim. Hakupäivä 28.10.2013 osoitteesta http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=synnytyksen%20k%E4ynnistyminen.
- Timonen, S. 2007. Synnytyksen hoito. Duodecim 123 (19), 2289 - 2290.
- Uotila, J. 2006. Raskauden ja synnytyksen hoito sikiön ollessa perätilassa. *Suomen lääkirilehti* 61 (17). 1857 - 1861.
- Uotila, J. & Tuimala, R. 2011. Synnytyshäiriöt. Teoksessa Ylikorkkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Hämeenlinna: Karisto Oy, 462 – 464, 482.
- Viisainen, K. 2000. Choices in birthcare - the place of birth. Helsinki: Stakes, 78.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 65, 72 - 77.
- Väyrynen, H. 15.9.2013. Synnytyspisteet vähenevät. Kaleva.
- Väyrynen, P. & Äimälä, A -M.2009. Kätilötyö syntymän hoidon erityistilanteissa. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi - Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Tampere: Tammer - paino Oy, 181, 257, 502 – 506.

- Ylä-Outinen, A. 2008. Raskauden ajan hätätilanteita. Teoksessa Kuisma, M. & Holmström, P. & Porthan K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus Oy, 460 - 464.
- Äimälä A – M. 2009. Synnytys ensiapuolosuhteissa. Teoksessa Paananen, U. & Pietiläinen, S. & Raussi - Lehto, E. & Väyrynen, P. & Äimälä, A – M. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Tammerpaino Oy, 467 - 470. 484 - 488. 237, 274 - 275.

8 LIITTEET

Ohjeet synnytys ensivastetoiminnassa powerpoint-esityksen pitämiseen

Valmistelut:

- Varaa riittävästi aikaa koulutuksen läpiviemiseen keskusteluineen. Synnytysensivastetoiminnassa Power – point - esitys on rakennettu siten, että esitys itsessään on vain runko avainsanoineen laajempaan kokonaisuuteen.
- Synnytys ensivastetoiminnassa projektin loppuraportti ja Power – pointi muodostavat yhdessä koulutus kokonaisuuden. Projektin loppuraportti antaa tarvittavat taustatiedot koulutuksen pitämiseksi. Tutustu huolellisesti koulutusmateriaaleihin.
- Hanki tarvittaessa taustatueksi esimerkiksi ensihoidon kirjallisuutta, kuten Ensihoidon perusteet, Ensihoito, Ensihoito-opas ja ensihoidon taskuopas esityksen tueksi. Esityksen lähdekirjallisuuden löytää projektin loppuraportin lähdeluettelosta.
- Power – point - esityksessä on paljon videoita ja kuvia elävöittämässä ja realisoimassa esitystä. Toistaaksesi esityksessä olevia videoita tarvitset kirjautumistunnukset Youtube sivustolle ([www. Youtube.com](http://www.Youtube.com)). Useat videot ovat ns. K - 18 videoita, tämän vuoksi niitä ei voi toistaa ilman kirjautumista. Rekisteröityminen on ohjeistettu Youtuben etusivulta.
- Videot saattavat järkyttää herkimpiä koulutettavia, joten asia on syytä mainita ennen koulutuksen alkamista.
- Mieti, tarvitsetko toistettavien videoiden äänimaailmaa: Videoiden äänet saattavat viedä huomion pois videon koulutuksellisesta tarkoituksesta.

Antoisia oppimishetkiä! T: Markus ja Arto

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän hankkeistetun opinnäytetyön tekemisestä.

| Toimeksiantaja | | | |
|----------------|--------------------------------|------------------|------------------------------|
| Nimi | Jokilaaksojen Pelastuslaitos | | |
| Osoite | Puusepäntie 2, 84100 Ylivieska | | |
| Puh. | (08)4296200 | Sähköpostiosoite | marko.jamsen@jokipelastus.fi |

| Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------|------------------------------|
| Nimi | Marko Jämsen | | |
| Osoite | Kolakatu 6, 85800 Haapajärvi | | |
| Puh. | 044-4296018 | Sähköpostiosoite | marko.jamsen@jokipelastus.fi |

| Oppilaitoksen tiedot | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------|---------------------------|
| Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu | | | |
| Opinnäytetyön ohjaajan nimi | Pirjo Sonntag Satu Rainto | | |
| Nimi | | | |
| Osoite | Meripuistokatu 26, 94100 Kemi | | |
| Puh. | 0103835329 | Sähköpostiosoite | etunimi.sukunimi@tokem.fi |

| Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, koulutusohjelma, yhteystiedot) | |
|--|--|
| Markus Katajala, Sairaanhoidaja AMK, Vanhanpappilantie 13,92500 Rantsila | |
| Arto Kähkönen, Sairaanhoidaja AMK, Vikiöntie 7, Oulu | |

| Opiskelijanatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot: | |
|--|--|
| Opinnäytetyön nimi/aihe | Sairaalan ulkopuolinen synnytys ensivastetoiminnassa |
| Työn aikataulu | 2013-2014 |
| Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa | Tekijät |
| Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa | -- |

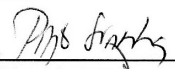
Opinnäytetyön hankkeistusta koskevat tiedot:


- Toimeksiantaja maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Opinnäytetyön ohjaukseen osallistuu nimetty työelämän edustaja ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia ja tästä on sovittu kirjallisesti ennen opinnäytetyön aloittamista.

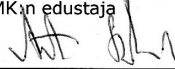
Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.


Tämä sopimus on tehty 3 kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka _____ Aika ___/___/20___

 PIRJO SONNATG
 AMK:n edustaja

 Marko Jämsen
 Toimeksiantajan edustaja

 ARTO KÄHKÖNEN
 Opinnäytetyön tekijä(t)

 MARKUS KATAJALA