



Levollisin mielin käynnistykseen

Opaslehtinen synnytyksen käynnistämismenetelmistä

Marika Niittynen

Reeta Peippo

Opinnäytetyö, AMK

Huhtikuu 2023

Kätilön tutkinto-ohjelma (AMK)

Niittynen, Marika & Peippo, Reeta

Levollisin mielin käynnistykseen. Opaslehtinen synnytyksen käynnistämismenetelmistä.

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. **Huhtikuu 2023**, 37 sivua

Kätilön tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Yhä useampi synnytys joudutaan käynnistämään ja käynnistettyjen synnytysten määrä on edelleen vain kasvussa. Synnytyksen käynnistämiseen liittyvän näyttöön perustuvan tiedon jakamisen tärkeys synnyttäjän kokeman voimaantumisen kannalta on kiistatonta. Riittävän informaation ja kontrollintunteen ollessa yhteydessä synnyttäjän voimaantumiseen.

Tavoitteena oli tuottaa opaslehtinen synnytyssairaalassa toimivien kätilöiden antaman ohjaustyön tueksi. Opaslehtisen sisältämä informaatio antaa synnytyksen käynnistykseen tulevalle synnyttäjälle ja hänen tukihenkilölleen tiivistettyä tietoa erilaisista synnytyksen käynnistämistavoista ja käynnistykseen valmistautumisesta. Tavoitteena oli niin ikään tukea synnyttäjän voimaantumista lievittäen myös jännitystä ja auttaa valmistautumisessa.

Tutkimustyö on tehty tutkimuksellisenä kehittämistoimintana. Opaslehtisen tarve nousi synnytyssairaalan toimeksiantona. Toiveena oli päivittää ohjausmateriaalia ja tuottaa myös visuaalisesti miellyttävä, ulkoasultaan rauhoittava opaslehtinen. Aineistoksi kerättiin näyttöön perustuvaa ajantasaista tietoa. Aineiston osana toimi myös toimeksiantajalle tehty kysely, jonka pohjalta opaslehtisen ulkoasu ja sisältö on karsittu tiiviiksi kokonaisuudeksi.

Tutkimustyön tuloksena muodostui ”Levollisin mielin käynnistykseen” -opaslehtinen, jonka kieliasu haluttiin muotoilla yleiskieliseksi, kohderyhmä huomioiden. Opaslehtinen on tiivis, sisältäen vain tärkeimmäksi koettu informaatio. Jatkotutkimusehdotuksena on selvittää, onko opaslehtisestä ollut kohderyhmälle hyötyä voimaantumisen näkökulmasta ja onko tiivistetyssä opaslehtisessä riittävästi informaatiota suullisesti annettavan ohjaustyön tueksi.

Avainsanat (asiasanat)

synnytys, synnytyksen käynnistäminen, synnytyksen käynnistysmenetelmät, synnyttäjän voimaantuminen, oman kehon kuuntelu, tukihenkilön rooli, synnytykseen valmistautuminen

Niittynen, Marika & Peippo, Reeta

Induced Labour with a Peace of Mind. Guidance Leaflet on the Ways of Inducing Labour.

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, April 2023, 37 pages.

Degree Programme in Midwifery. Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

More and more labours are being induced, and the number of induced labours is still only increasing. The importance of sharing evidence-based information related to the labour induction in terms of empowerment experienced by the woman giving birth is undeniable, with sufficient information and a sense of control in connection with empowerment.

The goal was to produce a guidance leaflet to help in the guidance given by midwives working in the maternity hospital. Information contained in the leaflet gives condensed facts about different ways to induce labour and how to prepare for induction to the woman who is about to go into labour as well as her support person. The goal was also to empower the mother by relieving stress and helping with preparation.

This study has been conducted as a research-based development study. The need for a guidance leaflet arose as a commission from a maternity hospital. The hope was to update the guidance material as well as produce a visually pleasing leaflet with calming appearance. Material collected is evidence-based and up to date. A survey for the client serves as part of the material, on the basis of which the appearance and content of the leaflet have been reduced to a compact end product.

As a result of the research work "Induced Labour with a Peace of Mind" leaflet was composed, the language of which was intended to be universal, considering the target group. The guidance leaflet is compact, containing only the information perceived to be most important. For further research there is a proposal to find out whether the guidance leaflet has been useful for the target group from the point of view of empowerment, and whether the condensed leaflet has enough information to support the orally given guidance work.

Keywords/tags (subjects)

labour, delivery, induced labour, labour inducing mechanisms, empowerment, empowering birth, support person role, body control

Sisältö

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Johdanto | 2 |
| 2 | Tarkoitus, tavoitteet ja kohderyhmä | 3 |
| 3 | Tausta ja tarve | 3 |
| 3.1 | Synnytyksen spontaani käynnistyminen | 4 |
| 3.2 | Synnytys | 5 |
| 3.3 | Synnytyksen käynnistäminen | 6 |
| 3.4 | Synnytyksen käynnistämismenetelmät | 8 |
| 3.4.1 | Ballonkikatetri | 8 |
| 3.4.2 | Prostaglandiinivalmisteet | 10 |
| 3.4.3 | Oksitosiini-infuusio | 11 |
| 3.4.4 | Sikiökalvojen puhkaisu | 13 |
| 3.5 | Kehon hallinta ja voimaantuminen | 14 |
| 3.6 | Tukihenkilön rooli synnytyksen käynnistämisessä | 16 |
| 4 | Kehittämismenetelmät | 18 |
| 4.1 | Tutkimuksellinen kehittämistoiminta | 18 |
| 4.2 | Aineistonkeruu ja aineisto | 18 |
| 4.3 | Aineistoanalyysi | 20 |
| 4.4 | Opaslehtisen tuottaminen | 21 |
| 4.4.1 | Hyvän opaslehtisen kriteerit | 21 |
| 4.4.2 | Opaslehtisen tekoprosessi | 22 |
| 5 | Pohdinta | 24 |
| 5.1 | Hyödynnettävyys ja jatkokehittämisehdotukset | 24 |
| 5.2 | Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus | 25 |
| | Lähteet | 27 |
| | Liitteet | 32 |
| | Liite 1. Levollisin mielin käynnistykseen opaslehtinen | 32 |
| | Liite 2. Käsitekartta opaslehtisen aiheista | 34 |

1 Johdanto

Synnytyksen käynnistämisen historia on pitkä. Nuutila (2006) kirjoittaa, että synnytyksiä on tiedetty käynnistettävän jo ainakin 1700-luvulta saakka. Synnytyksiä alettiin käynnistämään siksi, että välttyttäisiin raskauden ja synnytyksen aikaisilta komplikaatioilta. Kohdunkaulaa saatettiin laajentaa esimerkiksi manuaalisesti erilaisten instrumenttien avulla. Synnytyksen käynnistämisen modernin aikakauden puhutaan alkaneen 1928-luvulta, jolloin oksitosiinivalmisteet otettiin käyttöön. (Nuutila 2006.) Käynnistettyjen synnytysten määrä on jatkuvassa kasvussa, sillä vuonna 2021 käynnistettyjä synnytyksiä oli yli 30 prosenttia, kun taas vielä vuonna 2005 määrä oli vain hieman yli 16 prosenttia (Ennakkotieto: Perinataalitalasto. 2022). Kuluneen viidentoista vuoden aikana määrä on kaksinkertaistunut, joten tarve synnytyksen käynnistämiseen liittyvän tiedon jakamiselle on myös kasvanut.

Kokemus voimaantumisesta on tärkeässä osassa synnytyksen etenemisen kannalta, koska näin synnyttäjä voi kohdentaa omat voimavaransa oikein. Synnyttäjän kokemus voimaantumisesta syntyy riittävän informaation saamisesta luottamuksen ja kontrollintunteen lisäksi (Baptie, Januário & Norman 2021, 679). Ajantasaisen tiedon saaminen on keskeisessä roolissa siinä, että synnyttäjä voi kokea olevansa aktiivinen toimija itseä koskevassa hoidossa sekä päätöksen teossa myös synnytyksen käynnistämisen yhteydessä. Tiedon välittäminen on kättilön antaman ohjaustyön yksi tehtävä. Hyvä ohjausmateriaali tukee ohjaustyötä. Hermanson ja Mårtensson (2011) kirjoittavatkin, että kättilöiden olisi hyvä käyttää erilaisia menetelmiä synnyttäjän ohjaamisessa. Vakaa ammatillinen osaaminen ja näyttöön perustuvan tiedon välittäminen auttavat synnyttäjää voimaantumaan. (Hermanson & Mårtensson 2011, 812.)

Tämä opinnäytetyö vastaa toimeksiantajalta tulleeseen tarpeeseen tuottaa opaslehtinen synnytyksen eri käynnistämistavoista sekä käynnistykseen valmistautumisesta. Opaslehtinen on tarkoitettu soveltuvaksi synnytysyksikön käyttöön kättilöiden ohjaustyön tueksi. Opaslehtisen tavoitteena on toimia ammattihenkilöiden ohjaustyön tukena, kun he ohjaavat käynnistyspäätöksen saanutta synnyttäjää.

2 Tarkoitus, tavoitteet ja kohderyhmä

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia opaslehtinen synnytyksen eri käynnistämistavoista. Opaslehtisen kohderyhmänä ovat käynnistettävään synnytykseen tulevat äidit ja heidän tukihenkilönsä. Lisäksi kohderyhmään kuuluvat ammattihenkilöt, kuten kätilöt. Opaslehtisen tavoitteena on toimia ammattihenkilöiden ohjaustyön tukena, kun he ohjaavat käynnistyspäätöksen saanutta synnyttäjää. Tavoitteena on tarjota lisää ajantasaista, luotettavaa informaatiota synnyttäjälle ja hänen tukihenkilölleen, jotta he olisivat saaneet riittävästi tietoa ottaakseen kantaa heitä koskeviin hoitopäätöksiin synnytyksen käynnistämisen aikana. Ajantasainen ja luotettava tieto vahvistaa synnyttäjän turvallisuuden tunnetta sekä hänen kokemustaan siitä, että hän on aktiivinen toimija omassa synnytyksessään.

Opaslehtisen tekijöille työ tarjoaa lisää mahdollisuuksia perehtyä synnytykseen ja erityisesti synnytyksen käynnistämiseen liittyvään syventävään tietoon. Ohjausmateriaalin tuottaminen ja toteutus ovat tärkeässä roolissa tässä opinnäytetyössä. Näin ollen tekijät pääsevät syventymään myös siihen, kuinka ohjausmateriaalia tuotetaan.

3 Tausta ja tarve

Yhä useampi synnytys joudutaan käynnistämään. Rahkonen ja Heinonen (2019) esittävät, että jopa joka kolmas synnytys länsimaissa tätä nykyä käynnistetään ja käynnistysten määrä on edelleen vain kasvussa. Tuoreimman perinataalitilaston mukaan 33,8 % synnytyksistä jouduttiin käynnistämään vuonna 2021, kun osuus vuonna 2005 oli 16,6 % (Ennakkotieto: Perinataalitilasto. 2022). Näin ollen synnyttäjiä, jotka hyötyisivät opaslehtisen tuomasta informaatiosta synnytykseen valmistautuessaan, on jatkuvasti enemmän. Tämän opinnäytetyön tarve on syntynyt työelämästä nousseen käytännön tarpeen pohjalta päivittää ja selkeyttää ohjausmateriaalia synnytyksen käynnistämistavoista ja siihen valmistautumisesta. Opinnäytetyö on toteutettu synnytys sairaalan toimeksiantona.

Synnyttäjä tarvitsee ammattilaisen kunnioittavaa, yksilöllistä ja juuri hänen tarpeilleen kohdennettua tukea synnytyksen aikana. Huono synnytyskokemus liittyy usein hoidon huonoon laatuun ja vaikuttaa synnyttäjän kokemukseen merkittävän negatiivisesti. (Meeting Women's Emotional,

Psychological and Clinical Needs During Childbirth 2020.) Helsingin yliopistollisen sairaalan (Joensuu, Saarijärvi, Rouhe, Gissler, Ulander, Heinonen, Torkki & Mikkola 2022) teettämän tutkimuksen mukaan riski huonoon tai traumaattiseen synnytyskokemukseen oli suurin silloin, kun käynnistetty synnytys päättyi hätäsektioon. Riski oli tutkimuksen mukaan jopa 26,5 prosenttia, kun taas normaalissa, spontaanissa alatiesynnytyksessä vain 5,3 prosenttia. Lopputuloksissa todettiin, että synnytyksen käynnistäminen lisää negatiivisen synnytyskokemuksen mahdollisuutta. (Joensuu ym. 2022, 7–10.) Tästäkin syystä erityisesti käynnistettävään synnytykseen tulevien äitien tuen ja hyvän ohjaustyön tarve on merkittävä. Lisäksi Rimmer (2014) kirjoittaa objektiivisen informaation jakamisen tärkeydestä tilanteessa, jossa synnytyksen käynnistämisen päätös tehdään. On tärkeää varmistua, että synnyttäjä on riittävän tietoinen siitä, miksi synnytys päädytään käynnistämään ja että hänellä on ymmärrys myös erilaisista käynnistystavoista sekä riskeistä. (Rimmer 2014, 425.)

3.1 Synnytyksen spontaani käynnistyminen

Raskauden kesto ja synnytyksen laskettu aika lasketaan edellisten kuukautisten alkamispäivästä. Keskiaverto kuukautiskierto on näissä laskelmissa 28 päivää. Ovulaatio ja hedelmöitysaika kuitenkin voivat vaihdella tuosta arviosta ja tarkempi laskettuaika määritetään alkuraskauden ultraääni tutkimuksessa. (Ekholm 2019.) Yleensä raskaus kestää noin 280 päivää eli 40 viikkoa. Raskaus on kuitenkin täysiaikainen, kun viikkoja on kertynyt 37 ja raskaus on yliaikainen, kun viikkoja on 42. Keskiaverto synnytys siis tapahtuu viikoilla 37–42. (Tikkanen & Tekay 2019a, 552.)

Raskauden kestettyä vähintään 22 viikkoa ja sikiön painaessa vähintään 500 g, on kansainvälisten kriteerien mukaan kyse synnytyksestä. Normaali synnytys käynnistyy ja etenee itsestään, eikä synnytyksen kulkuun tarvitse kajota. (Tikkanen & Tekay 2019a, 552.) Synnyttää voi kahdella eri tapaa, alateitse tai keisarinleikkauksella. Keisarinleikkauksella (sectio caesare) syntyy Suomessa noin 19 % lapsista (Ennakkotieto: Perinataalitalasto. 2022). Näistä noin puolet on ennalta suunniteltuja ja loput sektioista tehdään päivystyksellisesti, jolloin synnytys on yleensä jo käynnissä. (Uotila 2015, 574).

Synnytyksestä käytetään termejä säännöllinen ja epäsäännöllinen synnytys. Synnytyksen sujuessa kokonaisuudessaan ilman mitään komplikaatioita, on kyseessä säännöllinen synnytys. Epäsäännöllisestä synnytyksestä puhutaan silloin, kun kyseessä on esimerkiksi sektio, ennenaikainen synnytys,

perätila- tai imukuppisynnytys, kaksossynnytys tai poikkeava jälkeisvaihe. (Ihme & Rainto 2015, 291.)

Synnytyksen käynnistymisen varsinaista perussyytä ei tunneta. Siihen liittyy kuitenkin istukasta vapautuvan kortikotropiinin vapauttajahormonin (CRH) erittyminen. CRH tasot nousevat äidin ja sikiön veressä raskauden edetessä ja ovat huipussaan synnytyksen aikana. Kohdun supisteluun vaikuttavia hormonaalisia ja muita tekijöitä on monia. Ja kohtu supistelee enemmän tai vähemmän koko raskauden ajan, mutta useimmiten raskaana oleva ei niitä tunne. (Tikkanen & Tekay 2019a, 553.)

Ennen kuin synnytys käynnistyy, kohdunkaula kypsyy ja pehmenee vähitellen. Tämä tapahtuu yleensä muutaman viikon tai päivän aikana. Ennen varsinaisen synnytyksen alkamista kohdunkaula on lyhentynyt tai hävinnyt kokonaan. (Tikkanen & Tekay 2019a, 552–553.)

Kohdunkaulan kypsymiseen vaikuttaa synnytysten lukumäärä ja näin ollen uudelleensynnyttäjällä kohdunkaula on kypsempi kuin ensisynnyttäjällä. Ensisynnyttäjällä kohdunkaula häviää ensin ja sitten vasta kohdunsuu avautuu. Uudelleensynnyttäjällä voi olla vielä kohdunkaulaa jäljellä, vaikka kohdunsuu olisikin jo 2–3 cm auki. Kohdunkaulan kypsymiseen liittyy usein myös limaista vuotoa, tätä kutsutaan myös limatulpan irtoamiseksi. Kohdunkaulan kypsytyden arvioiminen liittyy olennaisesti synnytyksen käynnistämiseenkin. Synnytys alkaa kohdun supistuksilla tai lapsiveden menolla ennen kohdun supistelua. Synnytyksen käynnistyessä lapsivedenmenolla supistukset alkavat useimmiten spontaanisti vähitellen muutamien tuntien kuluttua. Kun supistukset alkavat on kohdunsuu usein auki jo 1–3 cm. (Tikkanen & Tekay 2019a, 552–555.)

3.2 Synnytys

Alatiesynnytyksessä on kolme eri vaihetta. Näitä vaihteita ovat avautumisvaihe, ponnistus- ja jälkeisvaihe. (Tikkanen & Tekay 2019a, 552.) Synnytyksen neljännettä vaihetta harvoin mainitaan oppikirjoissa, mutta tästä vaiheesta puhuttaessa tarkoitetaan yleensä ajanjaksoa 1–2 tuntia jälkeisvaiheen jälkeen. (William 2014, 394.) Synnytyksen hyvän hoidon tavoitteena on, että synnytyksen kulkuun puututaan mahdollisimman vähän. Hoitohenkilökunta huolehtii synnyttäjän ja sikiön hyvinvoinnista. (Ihme & Rainto 2015, 294.)

Synnytys käynnistyy avautumisvaiheella, joka kestää synnytyksen käynnistymisestä siihen asti, kun kohdunsuu on täysin auki, noin 10 cm. Avautumisvaihe on synnytyksen ensimmäinen vaihe ja se jaetaan latenttiin ja aktiiviseen vaiheeseen. Latenttivaiheessa kohdunkaula lyhenee ja häviää. Supistukset ovat tällöin vielä epäsäännöllisiä ja tulevat harvakseltaan. (Tikkanen & Tekay 2019a, 555.) Latenssivaiheen on tärkeä antaa tapahtua mahdollisimman itsekseen, synnytyksen edistämisestä ja supistusten tehostamisesta ei tässä vaiheessa ole vielä hyötyä (Sariola, Nuutila, Sainio, Saisto & Tiitinen 2014, 272). Latenttivaihe voi ensisynnyttäjällä kestää jopa 1–2 vuorokautta. Uudelleen synnyttäjällä sen kesto on usein lyhyempi. Latenttivaiheen pitkittyminen on siinä mielessä ongelmallista, että se voi kuluttaa synnyttäjän voimia synnytyksen alkuvaiheessa. (Tikkanen & Tekay 2019a, 555.)

Aktiivisen vaiheen katsotaan alkaneen, kun supistukset ovat säännöllisiä ja tulevat alle kymmenen minuutin välein. Aktiivinen vaihe kestää noin 10–6 tuntia, mutta yksilöllinen vaihtelu on suurta. Synnytyksen kokonaiskesto lasketaan aktiivisen vaiheen käynnistymisestä. Avautumisvaiheen onnistuminen riippuu olennaisesti supistuksista. Supistusten tiheyttä voimaa ja kestoa on tarkkailtava. (Tikkanen & Tekay 2019a, 555.)

Synnytyksen toinen vaihe eli ponnistusvaihe alkaa siitä, kun kohdunsuu on täysin auki, eikä kohdunkaulan reunoja ole enää sisätutkimuksessa havaittavissa. Sikiön pää laskeutuu synnytyskanavassa hiljalleen ja ponnistusvaihe jaetaankin laskeutumisvaiheeseen ja aktiiviseen ponnistusvaiheeseen. Ponnistusvaihe päättyy lapsen syntymään. Aktiivinen ponnistusvaihe kestää nopeimmillaan muutamasta minuutista jopa kahteen tuntiin. (Tikkanen & Tekay 2019a, 557.)

Kolmannessa vaiheessa lapsen synnyttyä napanuora katkaistaan yleensä 1–2 minuuttia syntymän jälkeen. Kohtu alkaa supistella voimakkaasti ja äiti synnyttää istukan sekä sikiökalvot. Kolmannessa vaiheessa verta menetetään runsaasti, noin 500 millilitraa. Synnyttäjän keho on tähän kuitenkin valmistautunut, koska raskauden aikana verivolyymi on kasvanut. (Tikkanen & Tekay 2019a, 558.)

3.3 Synnytyksen käynnistäminen

Synnytyksen käynnistäminen tarkoittaa sairaalassa tapahtuvaa, lääketieteellisesti perusteltua mekaanista tai lääkkeellistä keinoa, jolla saadaan synnytys käynnistymään. Käynnistyspäätöstä tehtä-

essä arvioidaan, ovatko riskit raskauden jatkumisesta suuremmat verrattuna riskeihin, jotka liittyvät synnytyksen käynnistämiseen. Synnytyksen käynnistys on Suomessa yleisin obstetrinen eli synnytysopillinen toimenpide. Käynnistysten määrä on ollut kasvussa viimeisten 20 vuoden ajan, tämä osaltaan selittyy synnyttäjien iän noustessa sekä sairastavuuden lisääntyessä. Myös hoitokäytännöt sekä seurantamenetelmät ovat kehittyneet, mikä näyttäytyy käynnistystilastoissa. (Kruit, Nuutila & Rahkonen 2016, 1845.)

Synnytys voidaan käynnistää useasta eri syystä. Synnytyksen käynnistämällä pyritään päätyään onnistuneeseen alatiesynnytykseen. (Tiitinen 2022a.) Ennen käynnistyspäättöstä arvioidaan synnyttäjän mahdollisuus synnyttää alateitse sekä lantion riittävä leveys alatiesynnytykseen. Jokainen synnytyspäättös arvioidaan yksilöllisesti ja päätöksen kannalta merkittävää on huomioida äidin ja sikiön vointi, raskauden kesto, riskitekijät sekä kohdunkaulan kypsyys (Rahkonen & Heinonen 2019, 564). Nämä tekijät ovat siis yksilöllisiä ja riippuvat synnyttäjän sekä sikiön kokonaistilanteesta. Käynnistyspäättöksen tekee aina lääkäri yhteisymmärryksessä synnyttäjän kanssa. Synnytyksen käynnistämiseksi tulisi aina olla lääketieteellinen syy ja peruste (Tiitinen, 2022a). Käynnistyspäättöksen tekeminen vaatii lääkäriltä harkintakykyä ja kokeneisuutta. Synnytyksen käynnistäminen ei kuitenkaan aina päädy onnistuneeseen alatiesynnytykseen. (Rahkonen & Heinonen 2019, 564.)

Yleisimpiä indikaatioita synnytyksen käynnistykselle ovat yliaikainen raskaus tai sen lähestyminen sekä lapsivesien spontaani meno ilman kohdun supistustoimintaa. (Rahkonen & Heinonen 2019, 564–565.) Lapsivesien menoon ilman spontaania supistustoimintaa liittyy kasvanut riski vakavan infektion kehittymiselle synnytyksen aikana. Supistustoiminnan olisi hyvä käynnistyä 24 tunnin kuluessa lapsivesien menosta. (Kruit, Nuutila & Rahkonen 2016, 1847.)

Muita indikaatioita ovat pre-eklampsia eli raskausmyrkytys, raskaudenaikainen hypertensio eli korkea verenpaine, sikiön kasvun hidastuminen, äidillä todettu vakava perussairaus, raskaushepatoosi eli raskausaikana todettu maksan toimintahäiriö, monisikiöisyys eli esimerkiksi kaksosraskaus, sikiön voinnin huonontuminen, diabetes sekä sikiön kohtukuolema. Myös psykososiaaliset syyt sekä logistiset syyt voidaan katsoa käynnistuksen aiheiksi. Näitä ovat synnytyspelko, uupumus, pitkä välimatka synnytyssairaalaan, aiempi hyvin nopea synnytys tai sen pelko sekä syöksysynnytys. (Rahkonen & Heinonen 2019, 564.)

Lasketun ajan ylittyessä riskit etenkin sikiön hyvinvoinnille kasvavat. Istukan toiminta alkaa heikentyä, jolloin sikiö saattaa alkaa kärsiä hapenpuutteesta sekä ahdingosta. Lisäksi kohtukuoleman riski lisääntyy merkittävästi, jopa kymmenkertaistuu, jos sikiöllä on todettu kasvunhidastumaa tai lapsiveden määrä on vähentynyt. Lapsiveden määrän vähentyminen on merkki istukan toiminnan heikentymisestä. Etenkin tällaisissa raskauksissa on suositeltavaa, että käynnistys aloitetaan lasketuun aikaan mennessä. (Kruit, Nuutila & Rahkonen 2016, 1846.)

3.4 Synnytyksen käynnistämismenetelmät

Synnytys voidaan käynnistää erilaisin menetelmin. Synnytyksen käynnistämisessä pyritään kypsyttämään kohdunkaulaa sekä stimuloimaan kohdun supistustoimintaa. Käynnistysmenetelmät, kuten ballonkikatetri, prostaglandiiniivalmisteet sekä oksitosiini-infuusio pyrkivät lisäämään näitä joko lääkkeellisesti tai lääkkeettömästi. Tutkitusti käynnistyksen ei tulisi muuttaa synnytyksen normaalia kulkua eikä lisätä komplikaatioiden riskiä, jos indikaatiot synnytyksen käynnistykselle ovat selvät. (Ekblad 2016; Tiitinen 2022a.)

Kohdunkaulan kypsyyttä tarkastellaan usein Edward H. Bishopin luoman pisteytystaulukon avulla. Pisteytystä voidaan käyttää hyödyksi, kun käynnistyksen aloitustilanteessa valitaan käynnistysmenetelmää. Pisteytys perustuu kohdunkaulan aukioloon, pituuteen, kiinteyteen, tarjoutuvan osan korkeuteen sekä sijaintiin. Jokaisesta osa-alueesta annetaan pisteet erikseen, asteikolla 0–2. Kokonaispisteet osa-alueista lasketaan yhteen ja mikäli pisteitä on enemmän kuin 6, voidaan tulkita kohdunsuun olevan riittävän kypsä synnytyksen käynnistämiseksi, esimerkiksi puhkaisemalla sikiökalvot. (Panelius, Heikinheimo & Rahkonen 2012, 2095.) Käynnistystapaa valitessa otetaan huomioon kohdunkaulan kypsyysaste, joka selvitetään synnytyslääkärin tekemällä sisätutkimuksella (Hillesmaa & Nuutila 1994).

3.4.1 Ballonkikatetri

Lääkkeetön keino synnytyksen käynnistämiseen on ballonkikatetrikäynnistys. Ballonkimenetelmällä pyritään kypsyttämään ja avaamaan epäkypsää kohdunkaulakanavaa mekaanisesti. Ballonki vaikuttaa vain paikallisesti paineen kautta, mutta se myös epäsuorasti lisää kehon prostaglandiinin tuotantoa. Usein ballongin toimittua ja kohdunkaulan kypsyttyä, synnytyksen käynnistämistä jatketaan kalvojen puhkaisulla. (Tiitinen, 2022a.)

Ballongin asettaa synnytyslääkäri sisätutkimuksessa. Se viedään kohdunsuun läpi ja asetetaan kohdun sisäsuun eteen lapsivesikalvojen ulkopuolelle. Katetrin kärjessä on pieni nesteellä täytettävä pallo eli ballonki. Ballonki täytetään keittosuolaliuoksella, jota laitetaan noin 40–50 ml (Panelius, Heikinheimo & Rahkonen, 2012.) Ballonkiin asetetaan usein myös pieni vetokiristys siten, että katetrin ulostuleva pää teipataan synnyttäjän reiteen kiinni tai katetrin päähän asetetaan paino. Vetokiristys tehostaa mekaanista laajennusvaikutusta. (Rahkonen & Heinonen 2019, 566.)

Kaksoispallokatetrissa on kaksi ballonkia. Näistä toinen pallo asetetaan sikiön tarjoutuvan osan ja kohdunkaulan väliin. Toinen pallo taas kohdunkaulan alapuolelle vaginan yläosaan. Kohdunkaulakanava jää tällöin pallojen väliin. Keittosuolaliuosta kaksoispallokatetrissa käytetään 80 ml/ballonki. (Rahkonen & Heinonen 2019, 566.)

Ballonkikatetrin asettamisen jälkeen synnyttäjä voi yleensä lähteä kotiin. Synnyttäjä voi myös itse lisätä vetokiristystä kotona esimerkiksi kahden tunnin välein, jotta vetokiristys pysyy yllä. Mikäli ballonki irtoaa tai lapsivedet menevät, synnyttäjää ohjataan olemaan yhteydessä synnytysyksikköön. Supistusten ilmaantuessa synnyttäjä voi odotella kotona supistusten säännöllistymistä. Mikäli synnyttäjälle ilmaantuu kuumetta, kirkasta verenvuoto, sikiön liikkeet vähenevät tai lakkaavat, on kovaa jatkuvaa kipua, synnytysyksikköön lähdetään viipymättä. Niissä tilanteissa missä kohdunsuu ei avaudu riittävästi ja ballonki ei irtoa itsestään, lääkäri poistaa sen noin vuorokauden jälkeen. (Kohdunsuun kypsyttely ballonkimenetelmällä 2022; Synnytyksen käynnistäminen 2022.)

Kun ballonki on toiminut ja kohdunsuu avautunut riittävästi, ballonki irtoaa paikaltaan. Tällöin kohdunsuu on laajentunut tarpeeksi sikiökalvojen puhkaisua varten. (Panelius ym. 2012). Spontaanit supistukset alkavatkin noin 10 %:lla synnyttäjistä jo pallokatetrikypsytyksen aikana. Synnyttäjistä yli 90 %:lla on vuorokauden sisällä kohdun suu avautunut 3–4 cm, jolloin kalvot voidaan puhkaista. (Rahkonen & Heinonen 2019, 566–567)

Vetokiristuksen hyötyjä on tutkittu verraten ballonkiin, johon ei ole asetettu vetokiristystä lainkaan. Fruhman, Gavard, Amon, Flick, Miller sekä Gross (2017) kirjoittavat, että huolimatta ballonkikatetrin laajasta käytöstä erilaisilla keinoin, suoraa tietoa hyödyistä ei ole vielä saatu. Tutkimuksen lopputuloksissa havaittiin, että vetokiristuksen asettamisessa ei ole suoranaista hyötyä siihen,

kuinka nopeasti synnytys käynnistyy ja tapahtuu. Yhteenvedona todettiin, että ainoa ero ballonki-katetrin asettamisessa vetokiristuksen kanssa oli ballongin irtoaminen nopeammin, noin 2,6 tunnissa. Kun vetokiristystä ei asetettu, ballonki irtosi keskimäärin noin 4,6 tunnissa. Eroja ei havaittu myöskään sektioiden määrässä. (Fruhman, Gavard, Amon, Flick, Miller & Gross, 2017.)

3.4.2 Prostaglandiinivalmisteet

Prostaglandiinivalmisteet ovat synnytyksen käynnistämisen yhteydessä käytettäviä kohdunkaulaa kypsyttäviä valmisteita. Valmisteet ovat hyvin tavallisia ja synnytyksen käynnistämismenetelmistä kaikista tavallisin. (Tiitinen, 2022a.) Prostaglandiinit kypsyttävät kohdunkaulaa pehmentämällä ja relaxoimalla sitä, sekä stimuloivat kohdun sileän lihaksiston supistelua (Heinonen 2018; Rahkonen & Heinonen 2019, 565).

Prostaglandiinit ovat hormonien kaltaisia rasvahappoja, joita löytyy elimistöstä luonnostaan eri kudoksista. Niillä on erilaisia vaikutusmekanismeja riippuen siitä, mihin välittäjäainereseptoriin ne kiinnittyvät. Esimerkiksi prostaglandiinit vaikuttavat kivun tuntemusta voimistavasti sekä kohdun supistelua stimuloivasti. Prostaglandiinit vaikuttavat paikallisesti ja niillä on lyhyt puoliintumisaika. Synnytyksen lähestyessä prostaglandiinien tuotanto lisääntyy raskaana olevan kehossa. (Nall 2020.)

Prostaglandiinin synteettiset analogit ovat lääkevalmisteita, joita käytetään synnytyksen käynnistämisen yhteydessä. Suun- ja emättimen kautta annettava misoprostoli on prostaglandiini E1 analogi. (Tuimala & Heinonen 2014, 851.) Misoprostolin varsinainen käyttöaihe on mahahaavan eli ventrikkeliulkuksen hoito, mutta sen aiheuttaman supistelumeکانismin vuoksi lääkettä voidaan käyttää myös virallisen käyttöaiheen ulkopuolella (Heinonen 2018).

Tyypillisesti misoprostolia annostellaan suun kautta 25 mikrogrammaa joka toinen tunti tai vaihtoehtoisesti 50 mikrogrammaa joka neljäs tunti. Annostus toteutuu synnytyssairaalan käytäntöjen mukaisesti. Suun kautta annettuna kohdun supistelu alkaa nopeasti ja huippupitoisuus on saavutettu usein noin 30 minuutissa. Vaikutus kestää noin tunnin ajan. Emättimeen annetun misoprostolin imeytyminen on hitaampaa ja huippupitoisuus pienempi, mutta vaikutusaika on pidempi, verrattuna suun kautta annosteltuun. Jos synnytyksessä käytetään lisäksi oksitosiinia, tulisi viimeisen misoprostoli annoksen jälkeen odottaa neljä tuntia. (Angusta 25 mikrog. 2021) Merkittäviä

eroja synnytyksen käynnistymisen näkökulmasta antoreittien väleillä ei ole. Kuitenkin emättimen kautta annettuna kohdun hyperstimulaation, eli tiheiden epäsynkronisten ja monihuippuisten supistusten, riski on hieman korkeampi. (Rahkonen & Heinonen 2019, 565.)

Sikiön turvallisuuteen ja hyvinvointiin kohdussa tulee kiinnittää tarkasti huomiota, kun synnytys käynnistetään prostaglandiini- ja misoprostolivalmisteilla. Ennen misoprostolin antoa, tulee sikiön vointi kohdussa varmistaa monitoroimalla sikiön sydämen sykettä. Tämän lisäksi, tulee KTG-käyrä ottaa noin 30–40 minuuttia lääkkeenoton jälkeen tai vaihtoehtoisesti kun kohdun supistelutoiminta käynnistyy. Näin voidaan seurata lääkkeen vaikutuksia sikiössä. (Rahkonen & Heinonen 2019.)

Misoprostolilla käynnistettyä synnytystä sekä ballongilla käynnistettyä synnytystä on vertailtu tehokkuuden sekä turvallisuuden näkökulmista. Tehokkuutta arvioitiin sillä, kuinka usein synnytys päättyi onnistuneeseen alatiesynnytykseen. Turvallisuutta tarkasteltiin erikseen äidin sekä vauvan näkökulmista. Tutkimuksen tuloksissa todetaan, että alatiesynnytyksen onnistumisen prosentti oli pienempi ballonkimenetelmää käytettäessä. Misoprostolilla käynnistetty synnytys päättyi useammin onnistuneeseen alatiesynnytykseen. Ballongilla käynnistetty synnytys tarvitsi useammin avukseen myös oksitosiinin jossain vaiheessa synnytystä. Kaiken kaikkiaan kumpikin menetelmä todettiin tehokkaiksi sekä ennen kaikkea turvallisiksi. Tuloksissa nostettiin esiin myös sikiön turvallisuus: ballonkimenetelmä saattaa olla sikiölle turvallisempi vaihtoehto, sillä tutkimuksissa havaittiin vähemmän haitallisia seurauksia syntymän jälkeen, perinataaliaikana. Havaittu haitta misoprostolista oli kohdun ylistimulaatio, etenkin suuremmassa määrässä annosteltua lääkettä. Kohdun repeämää ei havaittu missään tilanteessa. Tutkimuksessa kuitenkin oli rajoituksensa, sillä vain seitsemää erillistä tutkimusta pystyttiin tarkastelemaan. Lisäksi synnytyksen yksilöllisyys tulee aina huomioida – tilanteet ovat yksilöllisiä, eikä tutkimuksen tulokset ole yhdenmukaisia. (Kemper, Li, Goni, Flanagan, Weeks, Alfirevic, Bracken, Mundle, Goonewardene, Eikelder, Bloemenkamp, Rengerink, Kruit, Mol & Palmer 2021.)

3.4.3 Oksitosiini-infuusio

Oksitosiini on kehossa luontaisesti esiintyvä hormoni, joka erittyy hypotalamuksesta aivolisäkkeen takalohkoon ja sitä kautta vereen. Kohdun lihasten supistuminen saa aikaan oksitosiinin erittymisen, tämä saa aikaan positiivisen palautteen lisäten entisestään oksitosiinin määrää elimistössä. Oksitosiinin vaikutukset näkyvät myös rinnoissa maitorauhasrakkuloita ympäröivissä soluissa.

Nämä solut ovat hitaasti supistuvia ja lihassolua muistuttavia. (Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa & Lätti 2017, 333.) Oksitosiinin erityksen lisääntyessä supistukset voimistuvat, joka johtaa lopulta lapsen syntymään. Tämän lisäksi synnyttäjän kehon tuottama suurempi estrogeenin erittyminen lisää kohdun lihaksissa sijaitsevien oksitosiinireseptorien määrää ja siten tehostaa siis oksitosiinin vaikutuksia kohdussa. (Leppäluoto ym. 2017, 382.)

Oksitosiinia voidaan käyttää supistusten tehostamiseen ja synnytyksen käynnistämiseen. Sitä käytetään sekä avautumis- että ponnistusvaiheessa (Rahkonen & Heinonen 2019, 567). Oksitosiinivalmistetta annostellaan suoraan verenkiertoon kanyylin ja tippalaskurin kautta infuusiona. Annostukset ovat hiljalleen nousevia ja alkavat pienimmästä tehoavasta määrästä. Ennen oksitosiinin käyttöä sikiökalvot voidaan puhkaista parhaimman tehon saavuttamiseksi. Niitä ei kuitenkaan puhkaista samanaikaisesti infuusion aloittamisen kanssa, koska yhteisteho voi olla liian voimakas. (Paananen, Pietiläine, Raussi-Lehto & Äimälä 2015, 246.)

Oksitosiini-infuusion annostelua muokataan sen mukaan, miten voimakkaasti kohtu reagoi siihen. Yleensä infuusion aloittamisen jälkeen annostusta lisäillään 30 minuutin välein niin, että saavutetaan minimi annostuksella sellainen taso, jossa kohtu supistelee noin 3–4 kertaa kymmenessä minuutissa. Tällöin supistusten kesto on noin minuutin ajan. Mikäli supistukset voimistuvat liikaa tai eivät tasaannu, täytyy oksitosiini-infuusio lopettaa. Oksitosiini-infuusioon liittyy kohdun hyperstimulaation riski. (Rimmer 2014, 424; Rahkonen & Heinonen 2019, 567.)

Infuusion aikana sikiön vointia ja synnyttäjän supistustunteuksia seurataan tarkasti. KTG-käyrillä eli kardiotokografialla tarkkaillaan sikiön sydäнкäyrää ja kohdun supistustoimintaa, koska supistustoiminnalla on suora vaikutus myös sikiön hyvinvointiin. Supistuksia mitataan vatsan päältä, tokoanturilla. (Synnytyksen käynnistäminen, N.d; Rahkonen & Heinonen 2019, 567.) On havaittu, että liiallinen oksitosiinin käyttö synnytyksen aikana voi aiheuttaa liian tiheästi tulevia, liian voimakkaita tai liian pitkäkestoisia supistuksia. Silloin supistukset voivat vaikuttaa sikiön sydämen lyöntitiheyteen ja johtaa sikiön hapenpuutteeseen, istukan ennenaikaiseen irtoamiseen tai kohtulihaksen repeämään. Kohdun hyperstimulaatiosta puhutaan silloin, kun supistuksia tulee viisi tai enemmän kymmenessä minuutissa tai yksittäinen supistus on kestoaltaan yli kaksi minuuttia. Oksitosiini-infuusio tulisi silloin tauottaa sekä tarvittaessa antaa vastavaikuttajalääkettä. (Sarvilinna, Isaksson, Kokljuschkin, Timonen & Halmesmäki 2016, 1337–1338.)

3.4.4 Sikiökalvojen puhkaisu

Sikiö on kohdussa sikiökalvon ympäröimässä lapsivedessä. Tämä suojaa kehittyvää sikiötä mekaanisilta vaurioilta. (Lauri, Leppäluoto, Rintamäki, Vakkuri & Vierimaa 2020, 318.) Sikiökalvojen puhkaisusta käytetään termiä amniotomia ja sillä tarkoitetaan kalvojen mekaanista puhkaisua synnytyksen etenemisen jouduttamiseksi. Se on vanha synnytyksen käynnistysmenetelmä. Sikiökalvojen puhkaisua käytetään useissa eri käynnistystilanteissa. Pyrkimyksenä on lisätä kohdun supistusten voimaa ja tehokkuutta. Supistustoiminnan uskotaan lisääntyvän kalvojen puhkaisun vapauttaessa kehon omia prostaglandiineja ja oksitosiinia. (Tallhage, Årestedt, Schildmeijer & Oscarsson 2022, 2.)

Usein sikiökalvot puhkaistaan vasta, kun kohdunkaula on riittävän kypsynyt. Kohdunsuun tulisi olla vähintään kaksi senttimetriä auennut ja kohdunkaulankanavan tulisi olla kokonaan hävinnyt. (Rahkonen & Heinonen 2019, 567.) Supistukset eivät välttämättä voimistu heti kalvojen puhkaisemisen jälkeen ja usein aloitetaankin oksitosiini-infuusio supistusten tehostamiseksi. (Rahkonen & Heinonen 2019, 567.)

Lääkäri puhkaisee sikiökalvot sisätutkimuksen yhteydessä, terävällä instrumentilla kuten muovikoukulla tai kuulapihdeillä. Tämän yhteydessä luonnollisesti myös lapsivesi valuu ulos kohdusta. Kalvojen puhkaisemisen jälkeen voidaan havainnoida lapsiveden väriä ja määrää. Toimenpiteen yhteydessä sikiön päähän voidaan asettaa scalp-anturi, joka mittaa sikiön sydäntäänä. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä, 2009, 235; Rahkonen & Heinonen 2019, 567.) Rimmer (2014) kirjoittaa, että sikiökalvojen puhkaisun jälkeen sikiötä ja äitiä tarkkaillaan säännöllisesti. Tämän vuoksi on myös perusteltua aloittaa oksitosiini-infuusio, jos muutamien tuntien kuluessa kalvojen puhkaisusta supistustoiminta ei ole alkanut spontaanisti. (Rimmer 2014, 424.)

Kalvojen puhkaisun on todettu lyhentävän synnytyksen kestoa noin 1–1,5 tunnilla. Kalvojen puhkaisemisen vaikutusten tehosta on kuitenkin myös kiisteltyä tietoa. (Paananen ym. 2009, 235.) Sikiökalvojen puhkaisun on todettu lisäävän synnytyskipun määrää sekä tavallista suurempaa kipulääkityksen tarvetta. Sikiökalvojen puhkaisemisen yhteydessä on myös napanuoran esiin luiskahtamisen vaara, etenkin jos tarjoutuva osa on vielä liikkuva (Paananen ym. 2009, 235; Rahkonen & Heinonen 2019, 567.) Napanuoran esiin luiskahtamisen lisäksi komplikaatioita, jotka yhdis-

tetään kalvojen puhkaisuun ovat mm. infektioriskin kasvu sekä sykekäyrien poikkeavuudet (Tallhage ym. 2022, 2). Infektio voi esiintyä synnyttäjällä korioamnioniittina eli kohtu- ja sikiökalvojen tulehduksena. Yleisimmät oireet ovat kuume, aristava kohtu, pahanhajuinen vuoto sekä sikiön sydämen sykkeen nopeus. (Rimmer 2014, 424; Tiitinen 2022b.) Komplikaatioiden vuoksi sikiökalvojen puhkaisua tuleekin punnita tarkasti (Tallhage ym. 2022, 2).

3.5 Kehon hallinta ja voimaantuminen

Voimaantumisen termi nousee englannin kielen termistä ”empowerment”. Voimaantuminen on käsitteenä kansainvälinen sekä yleistymässä terveyspalveluiden käytössä, samalla muokaten palveluiden tarjontaa. Voimaantuminen lähtee henkilöstä itsestään liikkeelle ja se tapahtuu kaikista luontevimmin silloin, kun ihminen kokee itsensä hyväksytyksi, olevansa turvallisessa ilmapiirissä sekä asemansa tasa-arvoiseksi. Laadukas sekä potilaalle ymmärrettävässä muodossa annettu tieto auttaa häntä osallistumaan itse hoitoon, tekemään päätöksiä itseä koskevista asioista sekä suhtautumaan palveluihin analyyttisemmin. (Tuorila 2013.) Voimaantumisen nähdäänkin vaikuttavan siihen, että vahvistettaessa kontrollin tunnetta yksilön omaan terveyteen liittyvissä seikoissa, yksilö kykenee käyttämään omat henkilökohtaiset voimavaransa kohdennetummin. (Hermanson & Mårtensson 2011, 812.) Synnyttäjä on siis aktiivinen toimija omassa hoidossaan esimerkiksi synnytyksen käynnistämisen aikana.

Synnyttäjän kokemus voimaantumisesta syntyy luottamuksesta, kontrollin tunteesta sekä riittävästä informaatiosta. Voimaantumisen kokemuksen on todettu lisäävän tunnetta oman kehon kontrollista synnytyksen käynnistymisen aikana sekä kykyä selviytyä synnytyksestä. Sen on todettu myös lisäävän luottamusta omaan vanhemmuuteen. (Baptie ym. 2021, 679.) Synnytyksessä voimaantumisen -käsite nähdään tärkeänä liittyen myös siihen, millaisena synnyttäjä on synnytyksen kokenut. Ääripäässä esimerkiksi traumaattisena synnytyksen kokenut synnyttäjä ei ole kokenut itseään voimaantuneeksi synnytyksen aikana. (Baptie ym. 2021, 679.)

Synnytyksen käynnistämisen aikana välittävä, hoivaava ja hyväksyvä ilmapiiri yhdistettynä avoimuuteen ja rehellisyyteen on keskiössä voimaantumisen näkökulmasta. Onkin tärkeää, että kättilöt käyttävät ammattitaitoaan ja näyttöön perustuvaa tietoa auttaakseen synnyttäjää kokemaan voimaantumista niin raskauden, synnytyksen kuin sen käynnistämisenkin aikana. (Hermansson &

Mårtenson 2011.) Myös Botha ja Ryttyläinen-Korhonen (2016) kirjoittavat, että ammatillinen osaaminen ja tiedon antaminen lisäävät voimaantumisen kokemusta. Synnytyksen käynnistämistä hoitava kätilö on siten ratkaisevassa asemassa hyvän kokemuksen luomisessa. Kätilön tulisi olla synnyttäjän tukena, olla empaattinen, kuunnella synnyttäjän toiveita, rohkaista sekä tarjota kiireetön ilmapiiri. Tiedon saamisen on havaittu vähentävän synnyttäjän ahdistusta, stressiä sekä pelkoa, ollen yhteydessä myös synnytyskivun kokemiseen. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 147.)

Lothian (2000) tuo esiin, kuinka tärkeää on ymmärtää supistusten merkitys synnytyksen etenemisessä. Supistukset voidaan nähdä kuin ohjeena synnyttäjälle seurata kehon omia tuntemuksia sekä vastata niihin. Kun synnyttaja seuraa kehonsa tuntemuksia luontaisesti, synnytys etenee tehokkaammin vauvan siirtyessä alaspäin synnytyskanavassa ja supistustoiminnan muuttuessa tehokkaammaksi. Synnytyksen edetessä kehon omat mielihyvähormonit, endorfiinit, lisääntyvät kehossa, joka auttaa synnyttäjää käsittelemään myös synnytyskipua paremmin. Kehon sekä mielen sisäiset viestit kasvavat tuolloin tärkeämmiksi kuin se mitä tapahtuu ulkopuolella. (Lothian 2000, 45.) Steen (2012) luonnehtii samoin kehon viestien seuraamista synnytystä edistäväksi: kun synnyttaja pysyy aktiivisena synnytyksen aikana sekä vaihtelee asentoa useasti, on siitä hyötyä hänelle itselleen synnytyksen lyhentyessä sekä vähentyneenä tarpeena lääketieteellisille toimenpiteille. (Steen 2012, 34–35) Synnytyksen käynnistämiseen tulevan synnyttäjän onkin hyvä tietää supistusten merkitys synnytyksen käynnistymisen ja etenemisen yhteydessä.

Synnyttäjän tulisi pyrkiä rentoutumaan synnytyksen käynnistymisen aikana. Cicek ja Basar (2017) kirjoittavat hengityksen sekä rentoutumisen tärkeydestä synnytyksen aikana. Synnytyksen kipukokemus usein aiheuttaa synnyttäjälle stressiä, joka vaikeuttaa rentoutumista. Tällöin lantionpohjahakset jännittyvät, aiheuttavat lisää kipua, nostavat stressihormonien määrää, vähentävät supistuksia sekä vaikuttavat synnyttäjän kokemaan pelkoon. Rentoutumisen keinona nostetaan esiin hengitys ja sen tärkeys. Kun synnyttaja keskittyy hengitykseen kivun sijaan, synnyttaja on tietoisempi omasta kehostaan, pelko ja jännitys lieventyvät, synnytyksen kesto lyhentyy sekä kivun kokemus voi olla pienempi. (Cicek & Basar 2017, 213–215.) Qumer ja Ghosh (2019) tukevat tätä näkökulmaa, sillä synnytyskivun huomattiin vähentyvän merkittävästi silloin, kun synnyttaja käytti synnytyksen aikana aktiivisesti erilaisia hengitystekniikoita. He suosittavat hengitystekniikoiden käyttämistä rutiininomaisesti kaikissa synnytyksissä erityisesti ensimmäisen vaiheen aikana kivunlievitysmenetelmänä. (Qumer & Ghosh 2019, 62.)

Synnyttäjälle on luontaista liikkua. O'Brien (2022) tuo esiin liikkumisen hyödyt synnytyksen aikana: kun synnyttaja liikkuu, hän voi kokea helpotusta supistuskipuihin sekä kokea olevansa kontrollissa omasta kehostaan. Myös Paananen ja muut (2015) ovat havainneet liikkumisen sekä pystyasennon merkityksen koko synnytyksen aikana. Verenkiertoelimistö toimii paremmin, hengitys on tehokasta. Erityisesti pystyasento voi edesauttaa kohdunkaulan lyhentymisessä ja kohdunsuun nopeammassa avautumisessa edesauttaen näin synnytyksen käynnistymistäkin. Lisäksi verenkierto kohdussa paranee, auttaen sikiön parempaa hapensaantia. Parhaaksi pystyasennoksi on koettu etenkin eteenpäin kumartuva asento, jolloin synnyttaja voi nojata johonkin. (Paananen ym. 2015, 258–259.) Kätilön on hyvä tarjota erilaisia mahdollisuuksia synnyttäjälle hakeutua hänelle luonteviin asentoihin käynnistämisen aikana. Kätilö voi muokata ympäristöä vastaamaan synnyttäjän tarpeita. Hän voi esimerkiksi luoda mahdollisuuden nojata sänkyyn, tarjota jumppapalloja tai mahdollisuuden roikkua tukeutuen tukihenkilöön, puolapuihin tai kankaaseen, joka on kiinnitetty kattoon. Kätilön on tärkeää kuunnella synnyttäjän intuitiivista vaistoa ja sitä, mikä juuri hänestä tuntuu parhaalta – jokaisella synnyttäjällä on oikeus valita itselleen parhaiten soveltuvat synnytysasennot myös synnytyksen käynnistämisen aikana. (Paananen ym. 2015, 259; O'Brien 2022.)

3.6 Tukihenkilön rooli synnytyksen käynnistämisessä

Tukihenkilö on merkittävässä osassa synnytyksessä sekä sen käynnistämisessä. On havaittu, että puolison tai jonkun muun tukihenkilön läsnäolo synnytyksen aikana lisää synnyttäjän turvallisuudentunnetta sekä vähentää pelkoa ja kipua. Näiden lisäksi tukihenkilön läsnäololla on positiivinen vaikutus synnytyksen kulkuun, sen on todettu nopeuttavan synnytystä sekä osaltaan vähentävän kivunlievityksen tarvetta ja komplikaatioita. (Paananen ym. 2015, 260; Pallasmaa & Gissler 2016.) Kätilöiden on hyvä ottaa työssään huomioon tukihenkilön merkitys synnytyksen etenemisen hoidossa. Puolison rooli synnytyksessä voidaan nähdä myös merkittävänä etenkin parisuhteen kannalta: yhteistyö synnytyksessä ja kivun kestämisessä voi vahvistaa parisuhdetta sekä luoda valmiuksia lapsen saapumiseen (Paananen ym. 2015, 260).

Tukihenkilönä ei välttämättä tarvitse aina toimia puoliso, vaan tukihenkilö voi olla synnyttäjän joku läheinen henkilö tai koulutettu synnytystukihenkilö eli doula. Doula tulee sanana kreikan kielestä ja tarkoittaa palvelijatarta. Doulan tarkoitus on olla koko synnytyksen ajan läsnä synnyttäjälle, luoda emotionaalista tukea sekä lisätä turvallisuuden tunnetta. Usein doulaa tavataan jo raskaus-

aikana ja luodaan häneen suhde jo hyvissä ajoin ennen vauvan syntymää. Doula voi tukea synnytyksessä myös koko perhettä. Käytännössä doula toimii yhteistyössä myös kättilöiden kanssa tarjoamalla synnyttäjälle esimerkiksi lempeää kosketusta, hierontaa, lääkkeettömiä kivunlievityskäsitelmiä, auttaa asennon vaihdoissa sekä voi auttaa puolisoa osallistumaan synnytykseen. (Lehtonen 2019, 2415; Paananen ym. 2015, 248.)

Tukihenkilön rooli synnytyksessä on usein toimia synnyttäjän tukena ja kannustajana. Jo pelkkä läheisen ihmisen läsnäolo synnytyksen aikana luo turvaa ja pitää yllä positiivista mielialaa. Hakulinen, Pelkonen, Salo & Kuronen 2020, 36–40.) Synnytyksen käynnistyminen ei aina tapahdu nopeasti, niin kuin ei itse synnytyskään. Hakulinen ym. (2020) kirjoittavat, että synnyttäjä voi kaivata tukea useita tunteja tai jopa vuorokausia. Tukihenkilö voi konkreettisesti helpottaa synnyttäjän oloa hieromalla selkää, tarjoamalla syötävää tai juotavaa, pyyhkiä hikeä, auttaa rentoutumisessa sekä pysyä läsnä. Usein erityisesti synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa eli avautumisvaiheessa koetaan tukihenkilön mukana olo tärkeäksi. (Hakulinen ym. 2020, 36–40.)

Hyvä vuorovaikutus ja rauhallinen tukihenkilö parhaimmillaan siis auttavat synnytyksen käynnistymisessä, auttaen synnyttäjää rentoutumaan keskittymään henkisesti synnytysprosessiin. Synnytyksen edistymisen näkökulmasta, tukihenkilöllä on tärkeä rooli olla synnyttäjän tukena (Counselling for Maternal and Newborn Health Care 2013, 115–119). Kun synnyttäjä on mahdollisimman rento sekä tietoinen tulevasta synnytyksestä, fyysinen kipu helpottuu sekä emotionaalinen stressi laskee. Tukihenkilö voi välittää synnyttäjän toiveita ja tietoa eteenpäin myös kättilöille yhteistyön vahvistamiseksi. Tukihenkilön, kättilön sekä synnyttäjän tulisi toimia yhdessä tiiminä synnytyksen aikana. Tiimin toiminnan varmistamiseksi olisi tärkeää kommunikoida avoimesti ja rehellisesti tuntemuksista ja toiveista synnytyksen aikana. Tukihenkilön ja synnyttäjän tulee kommunikoida kättilön kanssa heidän toiveistaan ja kättilön tulee kommunikoida esimerkiksi tulevista toimenpiteistä tai synnytyksen kestosta ja vaiheista. Kaikki perustuu kunnioitukseen, kannustukseen, tukeen ja yhteisymmärrykseen. (Counselling for Maternal and Newborn Health Care 2013, 115–119.)

4 Kehittämismenetelmät

4.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia konkreettinen opaslehtinen, joten tutkimusmenetelmäksi valikoitui tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta voidaan määritellä monella eri tapaa. Tilastokeskus määrittelee sen systemaattiseksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on lisätä tietoa sekä samalla käyttää tuota tietoa uusien sovellusten löytämiseksi. Toiminnan tuotoksena tulisi syntyä jotain uutta. (Tutkimus- ja kehittämistoiminta, N.d.) Päämääränä on siis luoda ammatillinen tuote, joka palvelee tiettyä kohderyhmää tai työelämän arjen toimintoja (Kostamo, Airaksinen & Vilka 2022, 11).

Toikko ja Rantanen (2009) kirjoittavat teoksessaan, kuinka tutkimuksellinen kehittämistoiminta jää työelämän sekä tutkimuksen välimaastoon – siinä yhdistyy niin konkreettinen ja aktiivinen toiminta kuin myös tutkimuksellinen lähestyminen aiheeseen. Tavoite on kuitenkin vastata työelämän tarpeeseen kehittyä tai uudistua. Sillä tavalla kehittämistoiminnan myötä tuotettava tieto eroaa esimerkiksi perustutkimuksessa tuotettavan tiedon luonteesta, että se on käytännöllistä ja sen tehtävä on tukea kehittämistä. (Toikko & Rantanen, 2009, 113.) Tutkimuksellisessa kehittämissä käytetään siis perustutkimuksen tuottamaa, tieteelliseen näyttöön perustuvaa tietoa käytännöllisten ongelmien ratkaisemisessa. (Toikko & Rantanen 2009, 19–20.; Niiniluoto 1999.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkittua tietoa, jonka pohjalta tuotettiin opaslehtinen.

4.2 Aineistonkeruu ja aineisto

Tiedonhaku ja aineiston kokoaminen aloitettiin käsitekartan muodostamisesta. Opinnäytetyön aiheetta pohjustettiin koostamalla opinnäytetyön aiheesta käsitekartta, jossa haettiin keskeisten käsitteiden avulla tietoperustan rajaukset. (ks. Liite 2.) Käsitekartta auttoi jäsentämään tietoperustaa loogiseen järjestykseen sekä avaamaan aihetta laajemmin siltä osin, mikä oli olennaisinta. Yläkäsitteiksi muodostui synnytys, jonka alle koottiin raskauden kesto, synnytyksen käynnistyminen, eri synnytystavat sekä synnytyksen eri vaiheet. Toisena yläkäsitteenä käsitekartassa oli synnytyksen käynnistäminen ja tämän alakäsitteinä; lääkkeelliset keinot, lääkkeitömät keinot, voimaantuminen ja kehon hallinta, tukihenkilön rooli. Lisäksi myös yleisimmät indikaatiot synnytyksen käynnistä-

tämiselle. Kolmantena yläkäsitteenä oli opaslehtinen, jonka alaotsikkoina; visuaalisuus, kätilön ohjauksen väline ja helppokäyttöisyys. Viimeisenä yläkäsitteenä oli tilastot, jonka alle koottiin käynnistyksen yleisyys ja synnytyksen käynnistys Suomessa.

Opaslehtisen tietoperustaksi luettiin, kerättiin ja koottiin runsaasti tutkittua näyttöön perustuvaa tietopohjaa keskeisiä käsitteitä käyttäen. Tiedonhaku ja aineiston kokoaminen aloitettiin kirjaston tietokannoista sekä hakukoneista kuten CINAHL, Terveystietä, PubMed ja Duodecim. Näistä tietokannoista löytyneitä, vertaisarvioituja sekä alle 10-vuotta sitten julkaistuja tutkimusartikkeleita- ja raportteja, käytettiin tietoperustana. Tiedonhakua tehtiin myös manuaalisesti ja lähteinä käytettiin kätilötyön- ja lääketieteen oppikirjoja.

Tietoa haettiin ensisijaisesti suomeksi sekä kansainvälisistä tietolähteistä englanniksi. Hakusanoina käytettiin käsittekartan avulla löytyneitä termejä. Englanniksi nämä olivat esimerkiksi; labour, induced labour, balloon catheter, misoprostol, empowerment. Hakulausekkeita rakennettiin termeistä käyttäen tarkennettua hakua ja rajoituksia "AND" ja "OR"; kuten empowering birth, empower AND birth, active AND birth AND labour, active AND birth AND benefits, breathing AND during labour, misoprostol AND labour OR birth AND induction, support AND partner AND labour, support AND delivery. Opinnäytetyössä käytetty aineisto karsittiin runsaiden hakutulosten joukosta rajaten ensin otsikon ja sitten abstraktin perusteella lähteisiin, jotka parhaiten vastasivat opinnäytetyön aihetta ja siihen tarvittavaa tietoperustaa.

Tärkeänä lähteenä toimii myös toimeksiantajan kirjallinen kysely ja sieltä tuleva informaatio. Kyselyä käytettiin aineistona opinnäytetyötä tehdessä. Haastattelukysymyksenä toimivat seuraavat kysymykset:

- Mistä tarve opaslehtiselle on syntynyt?
- Mikä on toimeksiantajan näkemys kohderyhmästä, kenelle opas tuotetaan?
- Onko toimeksiantajalla samankaltaista opasta jo käytössä?
- Halutaanko opaslehtiseen myös yhteystietoja? Mitä yhteystietoja halutaan?
- Mitä käynnistysmenetelmiä kyseisessä yksikössä on käytössä?
- Millaisia ohjeita halutaan synnytyksen käynnistämiseen valmistautumisesta?
- Halutaanko kivunlievityksen ohjeita? Jos, niin millaisia ohjeita?

- Millainen visuaalinen ilme opaslehtiselle halutaan? Tuleeko oppaaseen logoja?
- Onko toimeksiantajalla käytössä kuvapankkia, jonka kuvia opaslehtisessä voisi käyttää?
- Millaisia muita toiveita toimeksiantajalla on opaslehtiseen liittyen?

4.3 Aineistoanalyysi

Aineiston analyysissä on yksinkertaistettuna kyse aineiston lukemisesta, jäsentelystä, rakenteiden erittelystä ja järjestelystä. Analyysi voi olla myös eri aiheiden luokittelua ja jäsentelyä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Aineiston analysointi ja tulkinta yhdessä johtopäätösten kanssa ovat tutkimuksen ydinasioita ja niiden pohjalta tutkija saa vastauksia tutkimuskysymykseen. Aineisto tarkistetaan, tietoja täydennetään ja sitten järjestetään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 221–222.)

Toikon ja Rantasen mukaan (2009) tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa aineiston analysointi etenee tilanne- ja tapauskohtaisesti. Kehittämistoimintaa verrataan perinteisiin tutkimuksiin, jossa tutkimuskysymys sekä aineistot ovat ennalta hyvin perusteellisesti määriteltäviä ja systemaattisesti analysoituja. Kuitenkin kehittämistoiminnassa tiedontuotanto sekä aineiston analysointi voidaan nähdä vain ikään kuin ohjaamassa koko prosessia eteenpäin. (Toikko & Rantanen 2009, 120–121.) Tämän vuoksi kevyt analysointi on riittävä tässä opinnäytetyössä.

Aineistona toimi lähdemateriaali ja toimeksiantajan vastaukset laadittuun kyselyyn. Lähdemateriaali valikoitui suuresta informaation määrästä kohdennettujen hakusanojen sekä -lausekkeiden avulla. Aineistoa jaoteltiin teemojen mukaan. Aineistosta nousi useita teemoja: muun muassa synnytykseen valmistautuminen, synnytyksen käynnistäminen, käynnistämismenetelmät, kehon hallinta, voimaantuminen ja tukihenkilön rooli. Lähdemateriaalia karsittiin opinnäytetyön ulkopuolelle sen mukaan, oliko siinä käsitelty opinnäytetyön kannalta merkityksellisiä teemoja, tai oliko näkökulma opinnäytetyön aiheajauksen mukainen. Lisäksi yli kymmenen vuotta vanhat lähteet rajattiin pois. Näkökulma keskitettiin synnytyksen käynnistämiseen.

Aineistoa verrattiin uudelleen jo aiemmin muodostettuun käsitekarttaan sekä siinä esiin nousseisiin aiheisiin ja käsitteisiin. Näin vielä varmistettiin, että aineistosta kerätty tieto vastasi käsitekar-

tan muodostamiin aiheisiin sekä kysymyksiin. Lähdemateriaalia luokiteltiin teemojen avulla tietoperustaksi, jonka pohjalta opaslehtinen pystytettiin muodostamaan. Varsinaisen opaslehtisen kannalta merkityksellisiksi käsitteiksi nousi synnytyksen käynnistäminen, käynnistysmenetelmät, synnyttäjän voimaantuminen ja kehon hallinta, tukihenkilön rooli sekä synnytyksen käynnistykseen valmistautuminen. Näiden käsitteiden merkityksellisyys nousi toimeksiantajan kyselystä esiin tulleista toiveista. Teemojen ja käsitteiden pohjalta muodostui opinnäytetyölle loogisesti etenevä järjestys sekä sisällysluettelon runko.

4.4 Opaslehtisen tuottaminen

4.4.1 Hyvän opaslehtisen kriteerit

Tämän opaslehtisen tuottamisen lähtökohtana on ollut se, että kirjallisella ohjauksella voidaan täydentää ohjaustilannetta. Eloranta ja Virkki (2011) määrittelevät potilasohjetta niin, että potilasohje on kirjallinen ohje, jonka hoitohenkilökunta antaa asiakkaalle ohjaustilanteessa antamaan lisätietoa esimerkiksi hoidosta ja tutkimuksista ja niihin valmistautumisesta. Kirjallinen ohje on harvoin riittävä yksinään, vaan sen tarkoitus on täydentää suullista ohjetta. (Eloranta & Virkki 2011, 73–74.)

Kirjallisen ohjeen tulee olla asiakkaan tarpeisiin sopiva ja sellainen, josta asiakas saa lisätietoa esimerkiksi toimenpiteistä, joita hänelle tehdään. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124.) Hyvällä terveysaineistolla on myös selkeä ja konkreettinen tavoite (Rouvinen-Wilenius 2014, 9). Tämän opaslehtisen tavoite on antaa ajantasaista ja luotettavaa tietoa synnyttäjälle synnytyksen käynnistämistavoista, sekä synnytyksen käynnistämiseen valmistutumisesta. Opaslehtinen on toteutettu tiiviiseen muotoon, koska se on tarkoitettu nimenomaan suullisen ohjaustyön tueksi. Kyngäs ja muut (2007) kirjoittavat että huonosti toteutettu ja epäselvä ohje voi pahimmillaan aiheuttaa väärinymmärryksiä ja aiheuttaa asiakkaassa pelkoa ja ahdistusta. Siksi opaslehtisen on tärkeä olla sisällöltään ja ulkoasultaan ymmärrettävä. Opaslehtisestä tulee käydä selkeästi ilmi, kenelle se on tarkoitettu ja mikä opaslehtisen tarkoitus on. Kielen tulee olla selkeää ja tekstissä käytettyjen termien tulee olla ymmärrettäviä ja asiakkaalle tuttuja. (Kyngäs ym. 2007, 125.) Opaslehtisen otsikoksi valikoitua oppaan tavoite, ”levollisin mielin käynnistykseen” ja tarkentavana alaotsikkona opaslehtisen kohderyhmä. Myös lääketieteelliset termit muutettiin sellaisiin

muotoihin tai ne avattiin opaslehtisessä siten, että opaslehtisen kohderyhmän on helppo ymmärtää tekstiä. Kuitenkin varmistuen, että itse sisältö pysyy muuttumattomana.

Selkeä otsikointi selkeyttää opaslehtistä ja pääotsikko on hyvä laatia siten, että se kertoo tärkeimmän asian. Otsikot voivat olla esimerkiksi kysymysmuodossa. Otsikoita ja tärkeitä kohtia voi korostaa lihavoinnilla tai suuremmilla kirjaimilla. Perustellulla kuvien käytöllä voidaan selkeyttää tekstiä ja lisätä mielenkiintoa aiheeseen. Opaslehtisen väriytykseen ja kokoon tulisi kiinnittää myös huomiota. Tekstissä käytetyn fontin on hyvä olla sellainen, että teksti on mahdollisimman selkeästi luettavissa, siksi myös kirjasin koon on hyvä olla riittävän suuri. Hyvässä oppaassa on myös sopivasti tekstiä. Oppaan ulkoinen olemus on sellainen, että sen keskeinen sanoma selviää lyhyellä vilkaisulla. (Eloranta & Virkki 2011, 75–77; Kyngäs ym. 2007, 127.) Tässä opaslehtisessä käytettiin otsikoinnissa kysymysmuotoa. Myös havainnollistavat kuvat on lisätty selkeyttämään ja jäsentelemään lyhyitä tekstiosioita.

Hyvin toteutetun opaslehtisen tulee siis palvella sen kohderyhmän tarpeita, jolle se on osoitettu. Hyvin toteutettu aineisto on sisällöltään ja ulkomuodoltaan kiinnostava ja motivoiva. Se herättää myös luottamusta ja on voimaannuttava. (Rouvinen-Wilenius 2014, 9.)

4.4.2 Opaslehtisen tekoprosessi

Opaslehtisen tekoprosessi aloitettiin yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Toimeksiantajalta nousseet toiveet liittyen sisältöön sekä rakenteeseen haluttiin ottaa erityisesti huomioon. Toiveena oli, että opaslehtisessä nousisi esille synnyttäjän henkinen valmistautuminen synnytyksen käynnistykseen, oman kehon kuuntelun tärkeys sekä tukihenkilön rooli koko synnytyksen käynnistämisen aikana. Näitä teemoja avattiin myös teoriapohjassa ennen opaslehtisen tarkempaa hahmottelua ja sisällysluetteloon lisättiinkin alaotsikoita esimerkiksi tukihenkilön roolista.

Opaslehtinen haluttiin tuottaa mahdollisimman ymmärrettävään, selkeään ja nopeasti luettavaan ulkomuotoon. Tämä tavoite nousi esiin perehdyttäessä hyvän oppaan kriteereihin ja oli niin ikään samassa linjassa toimeksiantajan toiveiden kanssa. Ensimmäiseksi koottiin tietoperustasta ydinasiat teemoittain tiivistettynä Word-tiedostoon. Tästä tiivistettiin edelleen tärkeimmät asiat itse opaslehtiseen. Tutkimuksessa tuotetun tiedon karsiminen oli haasteellista. Tekstiä muokattiin useaan otteeseen, niin että sanavalinnat ovat helposti ymmärrettäviä kohderyhmän näkökulmasta,

asiasisällön pysyessä kuitenkin samana tekstin yksinkertaistuksessa. Visuaalista ilmettä hahmoteltiin PowerPoint-ohjelman avulla. Parhaiten visuaalisen ilmeen muovaamiseen taipui kuitenkin Canva-ohjelma. Ohjelma soveltui erityisen hyvin tässä opaslehtisessä halutun yksinkertaisen, mutta visuaalisesti miellyttävän opaslehtisen tuottamiseen.

Canvasta valittiin käyttöön mallipohja, joka sisälsi kolme erillistä saraketta sekä kaksi sivua, eli yhteensä kuusi saraketta. Eri sarakkeille teksti ja havainnollistavat kuvat saatiin aseteltua helposti sekä jäsenneltyä aiheiden mukaan. Ensimmäisen sivun sarakkeille tuli kansilehti otsikolla ”Levollisin mielin käynnistykseen”. Lisäksi opaslehtinen kohdennettiin jo heti alkuun heille, joiden synnytys ollaan käynnistämässä sekä heidän tukihenkilöilleen, käyttämällä alaindeksiä pääotsikon alla. Otsikoita jouduttiin muotoilemaan useampaan kertaan, jotta loogisuus sekä sisällön vastaavuus pysyivät muuttumattomina. Yläotsikot olivat lopulta: ”Miksi synnytys käynnistetään?”, ”Miten synnytys käynnistetään?”, ”Käynnistysmenetelmät”, ”Mikä edesauttaa käynnistymistä?”, ”Mikä on tukihenkilön rooli?” sekä ”Mitä odottaa käynnistykseltä?”. Kysymysmuoto otsikoissa toimi visuaalisesti hyvin, tällöin myös otsikoiden alle koottu sisältö esitettiin luonnollisesti vastausmuodossa.

Opaslehtisen värimaailmaa ja kuvia muokattiin useaan kertaan prosessin edetessä. Canvan alkupe-
räisessä mallipohjassa oli valmiiksi melko neutraalit ja maanläheiset värisävyt, jotka koettiin toimiviksi sopien myös valittuun levollisuuden teemaan. Värit lisäksi elävöittävät ulkonäköä ja tekevät siitä mielekkäämmän lukijalle. Kuvien lisääminen opaslehtiseen oli alkuun haastavaa, sillä kuvien alkuperäiset tekijänoikeudet tulivat usein esteeksi. Kuvia kartoitettiin ensin Pixabay-sivustolta, jossa on lisensoituja kuvia vapaaseen käyttöön. Lopulta parhaaksi vaihtoehdoksi muodostui Canvan omien piirroskuvien sekä grafiikoiden käyttö, jottei kuvat myöskään henkilöityisi keneenkään suorasti. Grafiikoita sekä piirroskuvia lisättiin tekstin lisäksi niin kansilehteen kuin myös muuallekin havainnollistamaan opaslehtisen sisältöjä.

Ensimmäinen luonnosversio oppaasta lähetettiin toimeksiantajalle kommentoitavaksi tammi-
kuussa 2023. Luonnos sai hyvää palautetta visuaalisesta puolesta, ulkoasusta, värimaailmasta sekä sisällöstä. Lisäksi toimeksiantaja koki, että sisällön tiivistäminen oli onnistunut hyvin, eikä olennaista tietoa ollut karsiutunut pois. Palautteessa nousi esiin kuitenkin muutama sisällöllinen tar-

kennus, jotka vielä lisättiin opaslehtiseen. Opaslehtiseen ei toivottu yhteystietoja tai logoja käyttöön. Muokkauksien jälkeen opaslehtinen todettiin valmiiksi ja luovutettiin lopulta toimeksiantajan käyttöön.

5 Pohdinta

5.1 Hyödynnettävyys ja jatkokehittämisehdotukset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opaslehtinen aiheesta synnytyksen käynnistämismenetelmät. Opaslehtisen tarve nousi suoraan työelämän käytännön tarpeista, jolloin opaslehtisen tuli vastata toimeksiantajan toiveisiin. Yksi tämän opinnäytetyön päätehtävistä oli tuotoksen eli opaslehtisen käyttöönotto sekä sen hyödynnettävyys aidoissa asiakaskontakteissa. Opaslehtinen tuotettiin toimeksiantajalle sekä sähköisessä että tulostettavassa muodossa käytettäväksi. Tämä lisää opaslehtisen hyödynnettävyyttä käytännössä.

Jatkokehittämisehdotus kumpuaakin jo heti nousseisiin toiveisiin toimeksiantajalta. Toiveiden perusteella havaittiin, että tarvetta aiheen laajemmallekin käsittelylle sekä tutkimiselle olisi. Toiveista nousi esiin muun muassa kivunlievitys sekä sen menetelmät synnytyksen käynnistämisen aikana ja yksityiskohtaisempi sekä sisällöltään laajempi ohjeistus eri käynnistysmenetelmien käytöstä hoitotyössä. Jatkokehittämisideana voisi olla erilaisen näkökulman ottaminen synnytyksen käynnistämiseen, esimerkiksi millaiset kivunlievitysmenetelmät tukevat synnytyksen käynnistämistä. Tämän opinnäytetyön rajausta keskittyi enemmän synnyttäjän oman kehon kuunteluun, käynnistämismenetelmiin sekä tukihenkilön rooliin.

Haastavinta opaslehtisen koostamisessa oli tiedon tiivistäminen sekä kiteyttäminen selkeään ja muuttumattomaan muotoon. Osa toimeksiantajan toiveista liittyi tiedon lisäämiseen myös opaslehtiseen, mutta tämä oli hankalaa toteuttaa lyhyeen opaslehtiseen. Jatkoehdotuksena voisi olla, että synnytyksen käynnistämisen eri menetelmistä voisi tuottaa kattavamman potilasohjeen tai opaslehtisen, jossa käsiteltäisiin, syvällisemmin myös käytännönohjeistuksia. Tässä opaslehtisessä haluttiin sisältö pitää kuitenkin yleisluontoisempana, jokaiselle käynnistykseen tulevalle synnyttäjälle kohdennettuna ja tällöin yksityiskohtaisen tiedon lisääminen olisi rajannut opaslehtisen yleisluontoisen painotuksen. Jokaisen synnytyksen käynnistystilanteen ollessa yksilöllinen.

Opaslehtisen hyödynnettävyyttä käytännön työssä voitaisiin arvioida ja tutkia lisää jatkossa. Opaslehtisen arviointiin soveltuisi esimerkiksi laadullinen tutkimus. Tutkimuksen näkökulmaa voisi tarkastella riippuen kohderyhmästä. Kokemuksia voisi kartoittaa niin kättilöiden näkökulmasta kuin synnyttäjän tai tukihenkilönkin näkökulmasta. Lisäksi voisi arvioida kuinka hyvin opaslehtinen toimii suullisen ohjaustyön tukena.

Toimeksiantajan kanssa sovittiin yhteisesti tekijänoikeuksista. Tämän opaslehtisen tekijänoikeudet luovutettiin toimeksiantajalle. Tässä yhteydessä sovittiin lisäksi, että opaslehtisen saa julkaista tämän opinnäytetyön liitetiedostoissa (ks. Liite 1).

5.2 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Ainoastaan hyvää tieteellistä käytäntö noudattamalla voidaan päästä eettisesti laadukkaaseen ja luotettavaan tutkimustulokseen (Varantola, Launis, Helin, Spoof & Jäppinen 2013, 6). Tässä opinnäytetyössä luotettavuus ja eettisyys ovat kulkeneet mukana läpi koko työn. Toikko ja Rantanen (2009) kirjoittavat, että luotettavuus on tieteellisen tiedon keskeisin tekijä sekä se, mistä tutkimuksen tunnistaa. Lisäksi tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa erityisen tärkeäksi nousee lopputuloksena syntyneen oppaan käytettävyys ja sen hyödyllisyys käytännön työssä (Toikko & Rantanen 2009, 121–122).

Hyvä tieteellinen käytäntö on siis edellytyksenä hyvälle tutkimuksen teolle (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23). Hyvää tieteellistä käytäntöä on rehellisyys ja huolellisuus, jonka tulee näkyä tulosten kirjaamisessa, raportoinnissa sekä tulosten analysoinnissa. Hyvää tieteellistä käytäntöä loukkaa epäeettinen toiminta, joka pahimmillaan voisi mitätöidä tutkimuksen tulokset. Epäeettistä toimintaa on vilppi tieteellisessä toiminnassa sekä piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Vilppi voi olla sepittämistä, jossa tekaistaan keksittyjä havaintoja tutkimuksista. Vilppi voi olla myös havaintojen vääristelyä tai muokkaamista. Plagiointi eli luvaton lainaaminen joko suoraan tai mukaillen on vilppiä. Näiden lisäksi vilpiksi lasketaan anastaminen eli esimerkiksi toisen henkilön tutkimustulosten tai havaintojen esittämistä omanaan. Lisäksi epäeettistä toimintaa on muiden tutkijoiden vähättely, puutteellinen viittaaminen ja huolimaton raportointi. (Varantola ym. 2013, 8–9.) Opinnäytetyön tekijät ovat perehtyneet hyvän tieteen tekemisen kriteereihin perehtymällä kirjallisuuteen hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja tutkimusetiikasta. Opinnäytetyö on myös tarkastettu plagiointiohjelmalla. Tutkimuksen tekemiseen on käytetty riittävästi aikaa, jotta tekijät

ovat kyenneet sisäistämään opinnäytetyön teoriapohjaan käytetyn tietoperustan sisällön. Nämä lisäävät myös tutkimuksen luotettavuutta sekä uskottavuutta.

Varantolan ja muiden (2013) mukaan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus, niin tutkimustyössä, tulosten tallettamisessa kuin arvioinnissakin. Teksti- viittaukset tehdään raportointiohjeiden mukaisesti sekä niin, että ne kunnioittavat muiden tutkijoiden tekemää työtä ja antavat heidän saavutuksilleen kuuluvan arvon. (Varantola ym. 2013, 6.) Tässä opinnäytetyössä perusteellinen ja harkittu tiedonhankinta ja tietoperusta on luotettavuuden lähtökohta. Käytetyt lähteet ovat valittu huolellisesti, asianmukaisesti sekä ajantasaisesti ja ne ovat merkitty johdonmukaisesti Jyväskylän ammattikorkeakoulun raportointiohjeita noudattaen. Tässä opinnäytetyössä referoidaan omin sanoin eri lähdemateriaaleja, huolehtien ettei asiasisältö pääse muuttumaan. Huolellisella referoinnilla varmistetaan myös lukijan ymmärrys käsitellystä aiheesta. Lisäksi käytettyjä lähteitä on tarkasteltu myös kriittisestä näkökulmasta ja saatua tietoa on verrattu eri lähteiden kesken. Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään mahdollisimman tuoretta tietoa, alle 10 vuotta sitten julkaistuja lähteitä. Tätä vanhempia lähteitä on käytetty tuoreemman tiedon tukena, jolloin tarkasteltiin tiedon paikkaansa pitävyyttä verraten uuteen tutkittuun tietoon.

Eettisten suositusten mukaisesti tämän opinnäytetyön tekijät ovat myös laatineet yhteisen kirjallisen sopimuksen tekijöiden, oppilaitoksen ja toimeksiantajan kesken. Tässä sopimuksessa on sovittu myös salassa pidettävistä aineistoista ja tekijänoikeuksista. Sopimusta pystyy tarvittaessa tarkentamaan opinnäytetyön edetessä. (Ammattikorkeakoulujen eettiset suositukset 2019.) Tämän opinnäytetyön kirjallisesta sopimuksesta käy ilmi lisäksi tekijöiden, oppilaitoksen sekä toimeksiantajan oikeudet, vastuut ja velvollisuudet.

Lähteet

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. 2019. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto, Arene ry. Viitattu 12.9.2022. <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382>

Angusta 25 mikrog. 2021. Valmisteyhteenveto. Lääketietokeskus Oy: Pharmaca Fennica. Duodecim lääketietokanta. https://www.terveysportti.fi/apps/laake/haku/misoprostoli*/34057/spc/fi

Baptie, G., Januário, E. M. & Norman, A. 2021. Empowered or Powerless? Contributing Factors to Women's Appraisal of Traumatic Childbirth. British Journal of Midwifery, 29, 12, 674–682. Viitattu 22.9.2022. <https://janet.finna.fi/>, CINAHL

Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. 2016. Naisen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Cicek, S. & Basar F. 2017. The Effects of Breathing Techniques Training on the Duration of Labor and Anxiety Levels of Pregnant Women. Complementary Therapies in Clinical Practice 29, 213-219. Viitattu 4.11.2022. <https://janet.finna.fi/>, PubMed

Counselling for Maternal and Newborn Health Care. 2013. A Handbook for Building Skills. World Health Organization. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. Viitattu 22.11.2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547628>

Ekblad, U. 2016. Synnytys. Lääkärin käsikirja. Duodecim Terveysportti. Artikkelit tarkastettu 3.10.2018. Viitattu 28.8.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt01377/search/synnytyksen%20k%C3%A4ynnistys>

Ekholm, E. 2019. Raskauden kesto. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim oppikirjat. Viitattu 27.8.2022. <https://www.oppiortti.fi/op/njs13201/do>

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: Tammi

Ennakkotieto: Perinataalitalasto. 2022. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2021. 2022. Suomen virallinen tilasto. THL. Viitattu 12.9.2022. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitalasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>

Fruhman, G., Gavard, J. A., Amon, E., Flick, K., Miller, C. & Gross, G. A. 2017. Tension Compared to No Tension on a Foley Transcervical Catheter for Cervical Ripening: A Randomized Controlled Trial.

American Journal of Obstetrics and Gynecology, 216, 1. Viitattu 11.10.2022. <https://janet.finna.fi/> , PubMed.

Hakulinen, T., Pelkonen, M., Salo, J. & Kuronen, M. 2020. Meille tulee vauva. Opas vauvan odotukseen ja hoitoon. Vantaa: PunaMusta Oy. Viitattu 22.11.2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-367-0>

Heinonen, S. 2018. Prostaglandiinit. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Duodecim lääketietokanta. Viitattu 28.8.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/laake/haku/G02AD06/lft00363/artikkeli>

Hermansson, E. & Mårtensson, L. 2011. Empowerment in the Midwifery Context – a Concept Analysis. Julkaisussa Midwifery 27, 815-816. Viitattu 4.11.2022. <https://janet.finna.fi/CINAHL>

Hiilesmaa, V. & Nuutila, M. 1994. Alatiesynnytyksen käynnistäminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Julkaistu numerossa 8. Viitattu 28.8.2022. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo40166>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Ihme, A. & Rainto, S. 2015. Naisen terveys. Kolmas, uudistettu painos. Keuruu: Edita Publishing Oy.

Joensuu, J. M., Saarijärvi, H., Rouhe, H., Gissler, M., Ulander, V-M., Heinonen, S., Torkki, P. & Mikola, T.S. 2022. Maternal Childbirth Experience and Induction of Labour in Each Mode of Delivery: A Retrospective Seven-year Cohort Study of 95 051 Parturients in Finland. BMC Pregnancy and Childbirth. Helsinki University Hospital. Viitattu 5.10.2022. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04830-9#citeas>

Kemper, J.I., Li, W., Goni, S., Flanagan, M., Weeks, A., Alfirevic, Z., Bracken, H., Mundle, S., Goonewardene, M., Eikelder, M., Bloemenkamp, K., Rengerink, K.O., Kruit, H., Mol, B. W. & Palmer, K.R. 2021. Foley Catheter vs Oral Misoprostol for Induction of Labor: Individual Participant Data Meta-analysis. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology 57, 2, 215-223. Viitattu 28.9.2022. <https://janet.finna.fi/> , PubMed.

Kohdunsuun kypsyttely ballonkimenetelmällä. 2022. Potilasohjeita. Sairaala Nova. Jyväskylä. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 22.11.2022. [https://www.sairaalanova.fi/fi-FI/Potilaalle_ja_laheiselle/Potilasohjeet_ja_videot/Potilasohjeet/Kohdunsuun_kypsyttely_ballonkimenetelmal\(61304\)](https://www.sairaalanova.fi/fi-FI/Potilaalle_ja_laheiselle/Potilasohjeet_ja_videot/Potilasohjeet/Kohdunsuun_kypsyttely_ballonkimenetelmal(61304))

Kostamo, P., Airaksinen, T. & Vilkkä, H. 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi. Opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Helsinki: Art House.

- Kruit, H., Nuutila, M. & Rahkonen, L. 2016. Synnytyksen käynnistäminen, kun raskaus on täysiaikainen. Suomen lääkärilehti, 71, 25–32, 1845–1851. Helsinki. Viitattu 4.10.2022. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230048/SLL252016_1845.pdf?sequence=1
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen Hoitotyössä. Helsinki: WSOY
- Lauri, T., Leppäluoto, J., Rintamäki, H., Vakkuri, O. & Vierimaa, H. 2020. Anatomia ja Fysiologia. Rakenteesta toimintaan. 9.–11. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Lehtonen, L. 2019. Doula – synnyttäjän tukihenkilö. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 24, 2415–2419. Viitattu 22.11.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15298.pdf>
- Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2017. Anatomia ja fysiologia. Rakenteesta toimintaan. 7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lothian, J. 2000. Why Natural Childbirth? The Journal of Perinatal Education, 9, 4, 44-46. Viitattu 4.11.2022. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest Central.
- Meeting Women’s Emotional, Psychological and Clinical Needs During Childbirth. 2020. World Health Organization WHO. Viitattu 4.11.2022. <https://www.who.int/news/item/20-08-2020-meeting-women-s-emotional-psychological-and-clinical-needs-during-childbirth>
- Nall, R. 2020. Everything You Want to Know About Prostaglandins. Healthline. Viitattu 24.10.2022. <https://www.healthline.com/health/prostaglandins>
- Nuutila, M. 2006. Synnytyksen käynnistäminen. Lääkärilehti 10, 61, 1097–1101. Viitattu 15.11.2022. <https://janet.finna.fi/>, Lääkärilehti.
- O’Brien, M. 2022. Upright and Active Birth – Active Support. The Practising Midwife, 25, 2. Viitattu 22.11.2022. <https://janet.finna.fi/>, CINAHL Ultimate.
- Pallasmaa, N. & Gissler, M. 2016. Synnytysten trendejä Suomessa. Lääkärilehti 25–32, 71, 1860–1866. Viitattu 22.11.2022. <https://janet.finna.fi/>, Lääkärilehti.
- Paananen, U-K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2009. Kätilötyö. 1.–3. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Paananen, U-K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä A-M. 2015. Kätilötyö. 6. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Panelius, E., Heikinheimo, O. & Rahkonen, L. 2012. Synnytyksen käynnistäminen ballonkimenetelmällä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Alkuperäistutkimus. 128, 2093–2102. Viitattu 28.8.2022. <https://terveysportti.mobi/xmedia/duo/duo10574.pdf>

Qumer, S. & Ghosh, D. 2019. Effectiveness of Patterned Breathing Technique on Pain During First Stage of Labour. A Narrative View. International Journal of Nursing Education, 11, 3, 60-62. Viitattu 4.11.2022. <https://janet.finna.fi/> , Cinahl Ultimate.

Rahkonen, L. & Heinonen, S. 2019. Synnytyksen käynnistäminen. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Toim. J., Tapaninen, O., Heikinheimo & K., Mäkikallio. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rimmer, A. 2014. Prolonged Pregnancy and Disorders of Uterine Action. 417-434. Myles Textbook for Midwives. Toim. Marshall, J. & Raynor, M. Churchill Livingstone Elsevier. Iso-Britannia.

Rouvinen-Wilenius, P. 2014. Tavoitteena Hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto – Kriteeristö aineiston tuotannon ja arvioinnin tueksi. Terveiden edistämisen keskus. Viitattu 26.9.2022. https://www.researchgate.net/publication/232569631_Tavoitteena_hyva_ja_hyodyllinen_terveysaineisto

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 17.1.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>

Sariola, A-P., Nuutila, M., Sainio, S., Saisto, T. & Tiitinen, A. 2014. Odottavan äidin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Sarvilinna, N., Isaksson, C., Kokljuschkin, H., Timonen, S. & Halmesmäki, E. 2016. Sikiön voimien seuranta synnytyksen aikana. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 15, 1336–1344. Viitattu 11.10.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo13235.pdf>

Steen, M. 2012. How to Encourage a Woman to Remain Active in Labour. RMC Midwives 15, 2, 34–35. Viitattu 4.11.2022. <https://janet.finna.fi/> , ProQuest Central.

Synnytyksen käynnistäminen. 2022. Potilasohje. Tampereen yliopistollinen keskussairaala TAYS. Tampere. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 22.11.2022. https://www.tays.fi/fi-fi/ras-kaus_ja_synnytys/Synnytys/Synnytyksen_kaynnistaminen

Synnytyksen käynnistäminen. N.d. TYKS Turun yliopistollinen keskussairaala. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Potilasohjeita. Viitattu 28.8.2022. <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSH/Synnytyksen%20k%C3%A4ynnist%C3%A4minen.pdf>

Tallhage, S., Årestedt, K., Schildmeijer, K. & Oscarsson, M. 2022. Prevalance of Amniotomy in Sweden: A Nationwide Register Study. BMC Pregnancy and Childbirth 22, 1-8. Viitattu 11.10.2022. <https://janet.finna.fi/> , ProQuest.

Tiitinen, A. 2022a. Synnytyksen käynnistäminen. Sairaanhoitajan tietokannat. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 9.5.2019. Viitattu 14.6.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/dlk01136/search/synnytys>

Tiitinen, A. 2022b. Korioamnioniitti (kohtutulehdus, sikiökalvojen tulehdus). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.10.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01137>

Tikkanen, M. & Tekay, A. 2019a. Normaali synnytys. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Toim. J. Tapanainen, O. Heikinheimo & K. Mäkikallio. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tikkanen, M. & Tekay, A. 2019b. Synnytyksen vaiheet. Naistentaudit ja synnytykset. Toim. Tapanainen, J., Heikinheimo, O. & Mäkikallio, K. Oppiportti oppikirjat Duodecim Oy. Viitattu 27.8.2022. <https://www.oppiportti.fi/op/njs15303/do>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisssessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampereen yliopistopaino. Viitattu 28.8.2022. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tuimala, R. & Heinonen, S. 2014 Prostaglandiinit. Teoksessa Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Toim. O. Pelkonen, H. Ruskoaho, J. Hakkola, R. Huupponen, E. MacDonald, E. Moilanen, M. Pasanen, M. Scheinin & K. Vähäkangas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tuorila, H. 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 6, 129, 666–671. Viitattu 27.9.2022. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo10877>

Tutkimus- ja kehittämistoiminta. N.d. Tilastokeskus. Tietoa tilastoista ja käsitteistä. Verkkosivut. Viitattu 28.8.2022. https://www.stat.fi/meta/kas/t_ktoiminta.html

Uotila, J. 2015. Keisarileikkaus. Teoksessa Kätilötyö. Toim. U. Paananen, S. Pietiläinen & E. Raussi-Lehto. Keuruu: Edita Publishing.

Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S-K. & Jäppinen, S. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta, TENK. Viitattu 28.9.2022. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Williams, C. 2014. Should Midwives Measure Blood Loss in the Fourth Stage of Labour? British Journal of Midwifery 22, 6, 394-398. Viitattu 22.9.2022. <https://janet.finna.fi/> , CINAHL

Liitteet

Liite 1. Levollisin mielin käynnistykseen opaslehtinen

Levollisin mielin käynnistykseen

Opas sinulle, jonka synnytys ollaan käynnistämässä sekä tukihenkilöllesi.



Miksi synnytys käynnistetään?

Synnytys käynnistetään aina yksilöllisistä syistä. Päätöksen tekee lääkäri, joka punnitsee tarkasti riskit raskauden jatkumiselle sekä käynnistykselle. Synnyttäjää kuunnellaan päätöksen teossa. Synnyttäjän ja sikiön hyvinvointi on tärkeintä. Yksi yleisimmistä syistä käynnistämiseksi on esimerkiksi yliaikainen raskaus.

Miten synnytys käynnistetään?

Menetelmiä on lääkkeellisiä sekä mekaanisia. Eri käynnistysmenetelmät kypsyttävät kohdunkaulaa sekä saavat aikaan supistustoimintaa. Käynnistysmenetelmiä usein yhdistellään sekä ne valitaan yksilöllisesti kokonaisuus huomioiden.

Käynnistysmenetelmät

Ballonki

Kypsyttävät kohdunkaulaa ja stimuloivat supistuksia. Ballonki asetetaan kohdun sisäsuun eteen, lapsivesikalvojen ulkopuolelle. Ballonki asetetaan sairaalassa, mutta synnytysten käynnistymistä voi usein mennä odottamaan kotiin. Misoprostoli on lääke, joka annetaan suun kautta tai suoraan emättimeen. Lääkkeen vaikutusta seurataan sairaalan osastolla.

Misoprostoli



Kalvojen puhkaisu

Stimuloivat ja voimistavat supistuksia. Sikiökalvot puhkaistaan sisätutkimuksen yhteydessä, kun kohdunsuu on auennut riittävästi. Puhkaisun yhteydessä lapsivesi valuu pois kohdusta. Oksitosiinia annetaan lääkkeenä tiputuksessa. Lääkkeen vaikutusta tarkkaillaan ja annosta voidaan nostaa hiljalleen.

Oksitosiini





Mikä edesauttaa käynnistymistä?

Oman kehon kuuntelu sekä rentoutuminen auttavat luontaisesti synnytyksen käynnistymisessä sekä etenemisessä. Kehon kuunteleminen ohjaa synnyttäjää myös oman kehon hallinnassa.



Levon merkitys korostuu käynnistymisen aikana. Kuitenkin pystyasento ja liikkeellä olo edistävät synnytyksen käynnistymistä



Oma aktiivisuus on tärkeää. Voit hakeutua erilaisiin asentoihin käynnistymisen aikana, missä vain supistuksia on helpointa ottaa vastaan. Tämä helpottaa myös kivun hallinnassa. Voit nojailla sänkyyn tai tukihenkilöön, pyöritellä lantiota tai liikkua.

Mikä on tukihenkilön rooli?

Tukihenkilön läsnäolo edesauttaa synnytyksen käynnistymistä. Hänen läsnäolonsa lisää turvallisuuden tunnetta ja lievittää pelkoa sekä kipua.

Tärkeä rooli olla tukena

Positiivinen vaikutus synnytyksen kulkuun



Läsnäolo

Lempeä kosketus

Syötävän ja juotavan tarjoaminen



Hengityksen tärkeydestä muistuttaminen

Synnyttäjän tukeminen rentoutumisessa

Avoin ja rehellinen kommunikointi



Mitä odottaa käynnistykseltä?



Synnytyksen käynnistyminen on yksilöllistä. On vaikeaa ennustaa kuinka kauan aikaa siinä voi mennä. On hyvä varautua, että käynnistysprosessi voi kestää jopa vuorokausia ja joskus pidetään myös käynnistämistä välipäiviä. On myös mahdollista, ettei synnytys käynnisty lainkaan.

Synnytyksen käynnistämiseen kannattaa saapua hyvin levänneenä ja syöneenä mahdollisuuksien mukaan. Varaa mukaan itsellesi mieluista tekemistä.



Liite 2. Käsitekartta opaslehtisen aiheista

