



■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

SUUNNITELTU KEISARI- LEIKKAUS

Potilasohje suomeksi ja englanniksi

TEKIJÄT: Niina Sokuri
Tiina Miettinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä Niina Sokuri ja Tiina Miettinen			
Työn nimi Suunniteltu keisarileikkaus – potilasohje suomeksi ja englanniksi			
Päiväys	24.10.2014	Sivumäärä/Liitteet	35/3
Ohjaaja Päivi Hoffren			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Niina Kela-Korhonen / Kuopion yliopistollinen sairaala, äitiyspoliklinikka 3301			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli päivittää suomenkielinen potilasohje suunnitellusta keisarileikkauksesta ja siihen liittyvistä valmisteluista Kuopion yliopistolliseen sairaalaan. Tarkoituksena oli myös saman sisältöisen potilasohjeen laatiminen englanninkielisenä. Englanninkielisen potilasohjeen tarve on suuri, sillä sairaalassa on asiakkana entistä enemmän ulkomaalaistaustaisia raskaana olevia naisia, jotka eivät puhu suomea. Potilasohjeiden kohderyhmät ovat raskaana olevat suomenkieliset ja maahanmuuttajaäidit sekä heidän perheensä. Opinnäytetyön tavoitteena oli helpottaa sekä suomenkielisten että maahanmuuttajaäitien ja heidän perheidensä ohjausta suunniteltuun keisarileikkaukseen liittyen sekä lisätä vanhempien tietoutta keisarileikkauksesta.</p> <p>Tietoa opinnäytetyön keskeisiltä osa-alueilta haettiin kirjallisuuskatsauksen avulla ja lähdeaineistoa rajattiin sen soveltavuuden ja luotettavuuden perusteella. Opinnäytetyön raportissa käsiteltiin normaalia raskautta ja synnytystä, suunniteltua keisarileikkausta ja laadukasta potilasohjausta. Lisäksi raportissa kuvattiin kehittämistyön vaiheet suunnitteluvaiheesta päättämävaiheeseen, ja sen taustalla oli kehittämishankkeen teoreettinen viitekehys. Potilasohjeet laadittiin kerätyn tiedon pohjalta yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikan kättilöiden kanssa. Potilasohjeissa käsiteltiin keisarileikkauksen syyt, toimenpiteeseen valmistautuminen, leikkauksen kulku ja hoito leikkauksen jälkeen. Potilasohjeiden takasivulle laadittiin tarkastuslista asioista, jotka on erityisen tärkeitä huomioida ennen suunniteltua keisarileikkausta. Tarkastuslistasta potilaan on helppo varmistaa, että leikkausvalmistelut ovat sujuneet ohjeiden mukaisesti. Tarkastuslista on apuväline myös potilaan vastaanottavalle henkilökunnalle. Valmiita potilasohjeita arvioi Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikan, prenataaliosaston sekä lapsivuodeosaston kättilöt. Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheena olisi mahdollista selvittää tehtyjen potilasohjeiden toimivuutta potilaiden näkökulmasta.</p>			
Avainsanat: raskaus, synnytys, keisarileikkaus, potilasohjaus, potilasohje, maahanmuuttaja, kehittämistyö, perhekeskeinen hoitotyö			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author Niina Sokuri and Tiina Miettinen			
Title of Thesis Planned cesarean section – patient instructions in Finnish and English			
Date	24.10.2014	Pages/Appendices	35/3
Supervisor Päivi Hoffren			
Client Organisation /Partners Niina Kela-Korhonen / Kuopio University Hospital, Maternity Clinic 3301			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to update the Finnish patient instructions at Kuopio University Hospital about a planned cesarean section and the surgery preparations. The purpose was also to create English patient instructions with the same content. The English patient instructions are greatly needed because the hospital has even more foreign pregnant women as a patient who does not speak Finnish. Patient instructions are targeted at pregnant Finnish and immigrant mothers and their families. The aim of this thesis was to help the patient education about a planned cesarean section to Finnish-speaking and immigrants and their families. The aim was also to increase parents' knowledge about a cesarean section.</p> <p>Essential information for the thesis was searched with the help of literature review and the found source material was defined by its suitability and reliability. A normal pregnancy and birth planned cesarean section and high-quality patient instructions were processed in the thesis report. In addition, the report described the development stages of the design phase of the ending stage, and the underlying theoretical framework for the development project. Patient instructions were created on the basis of information gathered and from the midwives at Kuopio University Hospital maternity clinic. In the Patient instructions the reasons for a caesarean section, the surgery preparation, surgery and treatment after the surgery were processed. On the back of the patient instructions a checklist of things that are especially important to take in to account before a planned cesarean section was created. From the checklist it is easy for the patient to ensure that surgery preparations have gone according to the instructions. The checklist is a tool for the personnel who receive the patient to the hospital. The finished patient instructions were assessed by the midwives of the Kuopio University Hospital maternity clinic, prenatal ward and neonatal wards midwives. A topic for further thesis would be to determine the patient's instructions functionality from the patients' perspective.</p>			
Keywords: pregnancy, delivery, cesarean section, patient education, patient instruction, immigrants, development work, family-centered care			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	NORMAALI RASKAUS JA SYNNYTYKS 7	7
3	SUUNNITELTU KEISARILEIKKAUS..... 8	8
3.1	Keisarileikkauksen liittyvät valmistelut..... 8	8
3.2	Hoito keisarileikkauksen aikana..... 9	9
3.3	Hoito keisarileikkauksen jälkeen sairaalassa.....10	10
3.4	Keisarileikkauksen riskit12	12
3.5	Varhainen ihokontakti keisarileikkaussynnytyksessä.....13	13
3.6	Perhekeskeisyys keisarileikkaussynnytyksessä.....14	14
4	LAADUKAS POTILASOHJAUS 15	15
4.1	Potilasohjauksen tarkoitus.....16	16
4.2	Kirjallinen ohjausmateriaali osana potilasohjausta17	17
5	OPINNÄYTETYÖPROSESSI..... 20	20
5.1	Opinnäytetyön aloittaminen.....22	22
5.2	Suunnittelu.....23	23
5.3	Toteutus25	25
5.4	Arviointi26	26
5.5	Päätäminen27	27
6	POHDINTA..... 28	28
6.1	Eettisyyden ja luotettavuuden arvioiminen28	28
6.2	Opinnäytetyöprosessin arviointi.....29	29
6.3	Ammatillisen kehittymisen arvioiminen.....30	30
	LÄHTEET	32
	LIITTEET	36

Liite 1: Keisarileikkaukseen liittyviä tutkimuksia

Liite 2: Suunniteltu keisarileikkaus -potilasohje

Liite 3: Planned cesarean section -potilasohje

1 JOHDANTO

Viime vuosina ulkomailta Suomeen muutto on lisääntynyt lähes joka vuosi (Suomen virallinen tilasto 2012a). Maahanmuuton seurauksena myös äidinkieltään vieraskielisten määrä on kasvanut vuosittain (Suomen virallinen tilasto 2012b). Lisääntyvä vieraskielisen väestön määrä kasvattaa tarvetta myös muille kuin suomenkielisille ohjausmateriaaleille terveydenhuollossa. Lisääntynyt maahanmuutto on mahdollisesti vaikuttanut myös lisääntyneeseen synnytysten määrään Suomessa. Vuonna 2012 syntyi 59 493 lasta, mikä on hieman vähemmän kuin edellisellä vuonna (Suomen virallinen tilasto 2012c). Kuitenkin viimeisen kymmenen vuoden aikana synnytysten määrä on lisääntynyt noin 8 %. Keisarileikkausten määrä on kuitenkin pysynyt pitkään samalla tasolla. Vuonna 2011 kaikista synnytyksistä 16,3 % oli keisarileikkauksia. Näistä leikkauksista noin puolet oli ennalta suunniteltuja. (Suomen virallinen tilasto 2012d.)

Terveydenhuollossa maahanmuuttajille suunnattu potilasohjaus yleistyy lisääntyneen maahanmuuton myötä (Koski 2012, 45). Maahanmuuttaja on yleiskäsite henkilölle, joka on muuttanut maasta toiseen millä tahansa perusteella (Maahanmuuttovirasto 2014a). Vuonna 2012 lähes joka kymmenes 25–34-vuotias oli ulkomaalaistaustainen (Suomen virallinen tilasto 2013). Vuoden 2013 lopussa Suomessa vakinaisesti asuvia maahanmuuttajia oli 208 232 henkilöä (Maahanmuuttovirasto 2014b). Suurimmat maahanmuuttajaryhmät tulevat Venäjältä, Virosta, Somaliasta ja Ruotsista. Ennusteiden mukaan Suomen maahanmuuttajien määrä tulee kasvamaan lähivuosina erityisesti kasvavien turvapaikanhakijoiden määrän vuoksi. (Abdelhamid, Juntunen ja Koskinen 2009, 26.)

Tämä opinnäytetyö oli toiminnallinen eli kehittämispainotteinen työ, jonka tarkoituksena oli tuottaa potilasohje suunnitellusta keisarileikkauksesta ja siihen liittyvistä valmisteluista suomeksi ja englanniksi. Työelämälähtöisen opinnäytetyön taustalla oli Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikan tarve päivittää suomenkielinen potilasohje sekä saada englanninkielinen ohjausmateriaali keisarileikkaukseen tuleville maahanmuuttajille ja heidän perheilleen. Englanninkielisen potilasohjeen tarve on suuri, sillä sairaalassa on asiakkaana entistä enemmän ulkomaalaistaustaisia raskaana olevia, jotka eivät puhu suomea.

Opinnäytetyön tavoitteena oli helpottaa sekä suomalaisten että maahanmuuttajaäitien ja heidän perheidensä ohjausta suunnitellusta keisarileikkauksesta ja antaa heille aiheesta ajantasaista tietoa. Tavoitteen toteuttamiseksi kehitettiin ensin selkeä ja helposti luettava suomenkielinen potilasohje suunnitellusta keisarileikkauksesta sekä siihen liittyvistä valmisteluista. Tämän jälkeen tuotettiin saman sisältöinen helpolla ja yksinkertaisella englanninkielellä kirjoitettu potilasohje. Kirjallinen potilasohje on merkittävä väline ohjauksessa, koska ohjaukseen on nykyään käytettävissä yhä vähemmän aikaa (Kyngäs ja Hentinen 2009, 115). Ohjausmateriaali tuotettiin yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikan kanssa, koska potilasohjeen laatimisessa täytyi ottaa huomioon sairaalakohtaiset erot suunnitellun keisarileikkauksen hoitopolussa. Materiaalin tuottamisen tueksi tehtiin myös laaja-alainen katsaus keisarileikkaukseen ja hyvän potilasohjeen tuottamiseen.

Opinnäytetyön tekeminen tuki ammatillista kasvuamme sairaanhoitajaksi ja kättilöksi. Aiheen avulla pystyimme lisäämään tietouttamme raskaudesta, synnytyksestä, keisarileikkauksesta ja perheen sekä potilaan ohjauksesta. Koimme näiden aiheiden syvemmästä opiskelusta olevan hyötyä tulevaisuuden työelämässä. Englanninkielellä tehtävä potilasohje oli mielenkiintoinen myös sen vuoksi, että sen avulla pystyimme kehittämään englanninkielentaitoamme ja lisäämään ammattisanastoamme. Olemme kiinnostuneita myös kansainvälisyydestä ja ajatteleme, että voisimme tulevaisuudessa työskennellä ulkomailla, joten hyvästä englanninkielen taidosta on paljon hyötyä.

2 NORMAALI RASKAUS JA SYNNYTYTYS

Normaali raskaus kestää keskimäärin 40 viikkoa eli 280 vuorokautta. Normaalin raskauteen kuuluu monia fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia sekä lopuksi synnytys. Fyysisiin muutoksiin kuuluvat kohdun kasvaminen, painon nousu, hormonierityksen muutokset sekä monenlaiset raskausajan tuntemukset pahoinvoinnista epäsäännöllisiin kivuttomiin supistuksiin. Lapsen vanhemmat valmistautuvat psyykkisten muutosten avulla synnytykseen ja vanhemmuuteen. Raskautta seurataan säännöllisesti äitiysneuvolassa, jotta voidaan löytää poikkeavuudet ja riskiraskaudet ajoissa ja siten voidaan tarvittaessa puuttua niihin. (Sariola ja Tikkanen 2011, 308–314.)

Raskauden aikana lisääntyvä hormonien määrä aiheuttaa erilaisia muutoksia naisen kehossa. Hormonit vaikuttavat kaikkiin kehon toimintoihin, toisiin enemmän ja toisiin vähemmän. Muutokset kehossa auttavat sikiötä kasvamaan ja kehittymään sekä auttavat naista valmistautumaan synnytykseen ja imetykseen. Säännöllisessä synnytyksessä vauva, istukka ja sikiökalvot syntyvät synnytyskanavan kautta. Säännöllinen synnytys tapahtuu yleensä 37.–42. raskausviikolla. Syytä synnytyksen käynnistymiseen ei tarkkaan tiedetä. Siihen vaikuttavat monet hormonit sekä vauvan, äidin ja ympäristön vuorovaikutus. (Medforth ym. 2006, 30–32, 208, 288, 306.) Synnytys voi alkaa supistuksilla tai lapsiveden menolla ennen kohdun supistelua (Sariola ja Tikkanen 2011, 315). Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen: avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisvaihe. Avautumisvaihe vaihe koostuu säännöllisistä supistuksista ja kohdunsuun täydestä avautumisesta. Ponnistusvaihe alkaa kohdunsuun ollessa täysin avoinna ja päättyy vauvan syntymiseen synnytyskanavan kautta. Jälkeisvaiheessa syntyvät istukka ja sikiökalvot. (Medforth ym. 2006, 208, 288, 306.)

Suomessa synnytykset hoidetaan sairaaloissa, koska tilanne saattaa muuttua joko äidille tai sikiölle hengenvaaralliseksi muutamassa minuutissa. Säännöllinen synnytys sujuu yleensä itsestään eikä siihen tarvitse puuttua. Kätilö kuitenkin seuraa synnytyksen edistymistä sekä sikiön ja äidin vointia mahdollisten vaaratilanteiden varalta. Synnytyksessä äiti on aktiivinen osallistuja ja hänen toiveitaan sekä näkemyksiään pyritään kunnioittamaan lääketieteellinen turvallisuus huomioiden. (Sariola ja Tikkanen 2011, 315.)

Synnytys voi muuttua epäsäännölliseksi monin eri tavoin, kun synnytyksen kulussa tapahtuu jotain poikkeavaa. Tämä tapahtuu yleensä yllättäen. Synnytys on suunnitellusti epäsäännöllinen esimerkiksi silloin, kun se tapahtuu suunnitellulla keisarileikkauksella tai perätilanulosautolla. Synnytys on epäsäännöllinen myös silloin, jos vuotoa on yli 1000 millilitraa, lapsi autetaan ulos imukupin tai pihtien avulla tai jos lapsi syntyy kiireellisellä keisarileikkauksella. Jos vanhemmille ei ole kerrottu, että säännöllinen synnytys voi muuttua poikkeavaksi, he voivat hätäntyä tilanteesta helpommin ja siten on suurempi riski traumaattiselle synnytykskokemukselle. Traumaattinen synnytykskokemus lisää synnytyospelkoa seuraavissa raskauksissa. Synnytyksen aikana ei yleensä ole aikaa selittää asioita syvällisesti, joten asioita olisi hyvä käsitellä etukäteen. Vanhempia tulisi valmentaa myös keisarileikkaukseen. (Haapio, Koski, Koski ja Paavilainen 2009, 127.)

3 SUUNNITELTU KEISARILEIKKAUS

Suunnitellussa keisarileikkauksessa sikiö synnytetään äidin vatsanpeitteisiin ja kohtuun tehtävän viillon kautta etukäteen suunniteltuna ajankohtana. Noin 16 % Suomessa syntyneistä lapsista syntyy keisarileikkauksella. Keisarileikkausten osuus synnytyksistä on noussut kaikkialla maailmassa. (Uotila 2012, 490–493.) Muun muassa Somaliasta ja muualta Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta kotoisin oleville tehdään yleisemmin keisarileikkauksia kuin suomalaisille naisille (Apter, Eskola, Säävälä ja Kettu 2009, 17). Noin puolet Suomessa tehtävistä keisarileikkauksista on ennalta suunniteltuja ja loput leikkaukspäätökset tehdään päivystyksellisesti. (Uotila 2012, 490). Suunniteltu keisarileikkaus suositellaan tehtäväksi 39. raskausviikon jälkeen, koska siten voidaan vähentää vastasyntyneen riskiä hengitystiesairauksiin (Medforth ym. 2006, 405). Suunnitellun keisarileikkauksen yleisimmät syyt ovat äidin ahdas lantio, epäsuhta sikiön ja lantion välillä, virhetarjonnat, aikaisempi keisarileikkaus, varhainen raskausmyrkytys, muut äidin sairaudet sekä alatiesynnytyksen pelko. Keisarileikkaukset tehdään yleensä spinaali- tai epiduraalipuudutuksessa tai niiden yhdistelmällä, mutta poikkeustapauksissa synnyttävä äiti voidaan nukuttaa. (Uotila ja Tuimala 2011, 472.)

3.1 Keisarileikkauksen liittyvät valmistelut

Keisarileikkaukseen liittyy valmisteluita äitiyspoliklinikalla, joihin myös odottavan äidin tukihenkilö voi osallistua. Tukihenkilöllä tarkoitetaan synnyttävän naisen puolisoa tai muuta läheistä henkilöä, joka on läsnä raskausaikana ja synnytyksessä. Äitiyspoliklinikalla mitataan äidin verenpaine, pulssi ja lämpötila sekä otetaan virtsanäyte. Sikiön vointi ja asento kohdussa katsotaan ultraäänellä. Anestesia lääkäri tapaa potilaan, jolloin keskustellaan leikkauksen aikana käytettävästä anestesiasta. Äitiyspoliklinikalla selitetään myös leikkauksen kulku ja kerrotaan, mihin aikaan osastolle tulee saapua keisarileikkauspäivänä. (Medforth ym. 2006, 405.) Kätilöltä saatu hoito ja ohjaus voivat olla merkittäviä, jotta keisarileikkaussynnytys saadaan positiiviseksi kokemukseksi äidille ja hänen perheelleen. Odottavan äidin tukihenkilö tuleekin ottaa huomioon keisarileikkauksen ohjauksessa ja valmisteluisissa. (Baston ja Hall 2009a, 146, 150.)

Leikkausvalmisteluihin kuuluu paastoaminen. Paastoamisella pyritään vähentämään mahalaukun sisällön määrää ja happamuutta. Yleissääntö on, että kirkkaiden nesteiden nauttiminen tulee lopettaa kaksi tuntia ennen leikkausta. Kiinteän ruuan nauttiminen tulisi lopettaa vähintään kuusi tuntia ennen leikkausta. Käytössä olevat lääkkeet voidaan yleensä ottaa normaalisti ennen leikkausta, mutta lääkityksen jatkaminen tai keskeyttäminen päätetään yksilöllisesti tilanteen mukaan yhdessä hoitavan lääkärin kanssa. (Aho, Jalonen, Kokki, Tikkanen ja Tala 2009.)

Leikkauspäivänä kätilö ottaa odottavan äidin ja hänen tukihenkilönsä vastaan sairaalassa. Äiti valmistellaan leikkausta varten. Hänelle annetaan vaatteet leikkaukseen ja tukisukat estämään laskimotukoksia. Hänen ranteeseensa kiinnitetään tunnistusranneke. Korut ja kynsilakat on poistettava leikkausta varten. Kynsilakka voi estää happisaturaatiomittarin toiminnan. (Medforth ym. 2006, 405–407.)

Esilääkkeenä käytetään natriummonositraattia, joka neutralisoi mahan happamuutta. Ennen leikkauksista ei anneta esilääkkeenä rauhoittavia lääkkeitä, koska nämä lääkkeet vaikuttavat myös lapsen vointiin. Terveille ensisynnyttäjille, jotka haluavat rauhoittavaa lääkitystä, voidaan antaa tarvittaessa kerta-annos midatsolaamia ja fentanylä laskimoon puudutuksenlaiton yhteydessä. Pienillä määrillä rauhoittavaa lääkitystä ei ole havaittu olevan vaikutusta lapsen vointiin. Äidit, jotka olivat saaneet kerta-annoksen rauhoittavaa lääkettä, olivat rauhallisempia, muistivat lapsen syntymän hyvin ja kokivat lääkityksen hyvänä lisänä puudutukselle. (Laisalmi-Kokki 2009, 12, 14.)

3.2 Hoito keisarileikkauksen aikana

Keisarileikkauksen aikana perhettä hoitaa kätilö, joka saattaa heidät leikkaussaliin esivalmistelujen jälkeen (Medforth ym. 2006, 405–407). Äiti esivalmistellaan joko osastolla tai leikkaussalissa ja hänelle laitetaan virtsakatetri leikkauksen ajaksi. Riski virtsarakon leikkauksenaikaiseen vaurioon lisääntyy, jos virtsarakko on täysi. Jos äidillä ei ole laskimokanyyliä leikkaussaliin tullessa, hänelle asetetaan hyvin toimiva kanyyli ja aloitetaan nesteytys. Leikkauksen aikana seurataan säännöllisesti äidin sykettä, happisaturaatiota ja verenpainetta. Pientä happilisiä voidaan käyttää lapsen syntymään asti. Puudutteen laitton ja lapsen syntymän välillä verenpaine mitataan minuutin välein, jotta mahdolliseen verenpaineen laskuun voidaan puutua ajoissa. (Laisalmi-Kokki 2009, 13.)

Puudutus on tavallisin anestesia- ja puudutusmuoto keisarileikkauksessa. Kun käytetään puudutusta, äidin ilmatiet pysyvät auki ja aspiraatoriski eli nesteen keuhkoihin vetämisen mahdollisuus pienenee, koska nielun suojarahitit säilyvät. Puudutuksessa käytettävät lääkkeet eivät juuri imeydy tai vaikuta lapseen. Puudutus vaikuttaa sympaattiseen eli tahdosta riippumattomaan hermostoon siten, että lähes kaikkien synnyttäjien verenpaine laskee. Leikkaussalissa verenpaineen laskua estetään ja hoidetaan laskimokanyylin kautta annettavalla nesteytyksellä sekä asettamalla äiti leikkauspöydälle vasen kylki alaspäin tai kallistamalla leikkaustasoa. Verenpaineen laskua estetään myös jalkojen kompressiosukilla, jotka synnyttäjä pukee ennen leikkausta. Kompressiosukat estävät myös verisuonitukosten syntymistä. (Laisalmi-Kokki 2009, 12–13.)

Suomessa spinaalipuudutus on käytetyin anestesia- ja puudutusmuoto. Spinaalipuudutus on nopea, luotettava ja se lievittää hyvin leikkauksen aikaista kipua. Jos puudutteeseen lisätään pieni määrä keskushermostoon vaikuttavaa kipulääkettä eli opioidia, voidaan pidentää vähäisellä puudutemäärällä saavutettava kivuttomuuden tunnetta sekä vähentää leikkauksen jälkeistä kipulääkkeen tarvetta. Yleisin keisarileikkauksessa käytetty puudute on hyperbaarinen bupivakaiini. Puudute laitetaan L3-4 lannenikamien välistä ohuella 27 G spinaalineulalla. (Laisalmi-Kokki 2009, 13–14.)

Epiduraalipuudutus on vähän käytetty puudutus keisarileikkauksessa. Epiduraalipuudutus vaikuttaa vähemmän äidin verenpaineeseen kuin spinaalipuudutus. Epiduraalipuudutuksessa puudutustasoa voidaan säädellä ja samaa katetriä voidaan käyttää leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Puudutuksen kehittyminen kestää 20–30 minuuttia ja puuduteainetta tarvitaan enemmän kuin spinaalipuudutuksessa, joten myös riski myrkytysreaktioihin on suurentunut. Epiduraalikatetri laitetaan keisarileikkaukselta varten lannenikamien L3-4 tai L2-3 välistä. Katetrin paikka tarkistetaan huolella, jottei se ole

virheellisesti verisuonessa tai spinaalitulossa ennen puuduteaineen laittoa. Potilasta tarkkaillaan huolella puuduteainetta ruiskutettaessa katetriin, että mahdolliset sivuvaikutukset havaitaan nopeasti ja niihin voidaan puuttua ajoissa. Puudutteena käytetään yleensä joko levobupivakaiinia tai ropivakaiinia. Puudutteeseen voidaan sekoittaa tarvittaessa opioideja. (Laisalmi-Kokki 2009, 14.)

Keisarileikkaukseen voidaan käyttää myös spinaali-epiduraalijohdistelmäpuudutusta tai yleisanestesi-aa eli nukutusta. Spinaali-epiduraalipuudutuksella voidaan saavuttaa molempien puudutusten hyödyt. Yhdistelmäpuudutusta käyttämällä spinaalipuudutetta tarvitaan vähemmän ja epiduraalipuudutuksella tarvittaessa puudutustasoa voidaan nostaa tai puudutusta jatkaa. Epiduraalipuudutus on myös tehokas ja turvallinen kivunlievitys leikkauksen jälkeiseen kipuun. Yleisanestesi-aa käytetään yleisesti hätäkeisarileikkauksissa sekä silloin, jos puudutteen laitolle on este. Esimerkiksi lisääntynyt veren hyytymistä ehkäisevien lääkkeiden eli antikoagulanttien käyttö voi estää puudutusten antamisen. (Laisalmi-Kokki 2009, 14–15.)

Keisarileikkauksessa vatsanpeitteet avataan yleensä Pfannenstiel-viillolla eli poikittaisviillolla. Kiireellisessä tapauksessa voidaan käyttää alakeskiviiltoa. Rakko irrotetaan kohdusta ja painetaan alas. Kohtuun tehdään lyhyt poikkiviilto, jota laajennetaan sormilla vetäen. Sikiökalvot pullistuvat esiin ja ne puhkaistaan. Avustaja työntää sikiötä kohdun pohjasta, jolloin tarjoutuva osa nousee viillosta ja lapsi nostetaan ulos kohdusta. (Uotila ja Tuimala 2011, 472–473.) Lapsi syntyy yleensä 10 minuutin kulluttua leikkauksen alkamisesta. Napanuora katkaistaan välittömästi. Leikkaava lääkäri tai kättilö näyttää vauvaa vanhemmille, jonka jälkeen kättilö tarkastaa vastasyntyneen voinnin ja terveyden. (Tiitinen 2013.) Vastasyntyneen voinnin salliessa ihanteellisinta olisi asettaa hänet ensisijaisesti ihokontaktiin äidin kanssa. Jos äidin vointi ei salli ihokontaktia, vastasyntynyt tulisi asettaa ihokontaktiin äidin tukihenkilön kanssa. (Medforth ym. 2006, 524.) Jos leikkaus tehdään nukutuksessa, vastasyntyneen vointi tarkastetaan ja hänet viedään äidin tukihenkilön hoivaan leikkaussalin ulkopuolelle ja samalla kerrotaan äidin vointi ja kauanko leikkaus vielä kestää (Baston ja Hall 2009a, 152).

Vauvan syntymän jälkeen leikkausta jatketaan istukan irrottamisella ja poistamisella kohdun pohjasta painaen (Uotila ja Tuimala 2011, 472–473). Kohtu supistuu yleensä hyvin, mutta sitä voidaan edistää antamalla äidille kerta-annos oksitosiinia. Hitaasti annettu injektio on turvallisin, sillä nopeasti annettuna oksitosiini voi aiheuttaa sydämen tiheälyöntisyyttä ja verenpaineen laskua. (Laisalmi-Kokki 2009, 14.) Kohtuontelo kaavitaan kevyesti harsositeellä mahdollisten sikiökalvojen jäämien poistamiseksi. Kohtuhaava suljetaan joko yhdessä tai kahdessa kerroksessa huolellisesti ja vatsanpeitteet kerroksittain. Leikkauksen jälkeen tyhjennetään kohtu verestä painamalla sitä varoen. (Uotila ja Tuimala 2011, 472–473.)

3.3 Hoito keisarileikkauksen jälkeen sairaalassa

Leikkauksen jälkeen äiti ja tukihenkilö siirtyvät toimenpidesalista sairaalan heräämöhön. Vastasyntyneen voinnin salliessa hän siirtyy heräämöhön yhdessä äidin kanssa. Heräämössä seurataan äidin toipumista anestesiasta, toteutetaan määrättyä neste- ja kivunhoitoa sekä muuta mahdollista lääkehoitoa, tarkkaillaan leikkausalueen ja virtsan eritystä sekä pyritään ohjaamaan ja tukemaan äitiä hoito-

työnkeinoin. Korkeatasoiseen heräämöhöitoon kuuluu myös perheyhteyden huomioiminen ja ylläpitäminen. Heräämössä seurataan äidin sydänsähkökäyrää eli elektrokardiogrammia (EKG), verenpainetta ja veren happikylläisyyttä eli happisaturaatiota. Lisähappea voidaan antaa tarvittaessa. Usein keisarileikkauksesta toipuvan potilaan puudutus on korkealla heräämööön tullessa, joten lisähappi voi helpottaa hengittämistä. Yleisanestesiasta toipuvulle annetaan aina lisähappea. (Vallo 2004, 15–16.)

Leikkausaluetta ja kohdun supistumista seurataan heräämössä. Leikkaushaava vuotaa yleensä vähän. Vuotoa hoidetaan vahvistamalla haavasiteitä tai laittamalla jääpussi haavalle. Jääpussi auttaa myös kohtua supistumaan. Kohdun supistumista autetaan painamalla kohtua vatsanpeitteiden päältä vähintään puolen tunnin välein. Kun kohtu on hyvin supistunut ja vuoto vähäistä, voidaan painamisväliä pidentää. Kohtua painetaan, että kohtuontelo tyhjentyy verestä. Kohtuontelon tyhjeneminen ehkäisee leikkauksen jälkeistä vuotoa ja tulehduksia. Kohdun painaminen onnistuu parhaiten, kun äidille annetaan riittävästi kipulääkettä, painamistekniikka on oikea ja äiti on ohjattu hengittämään syvään ja puhaltamaan ulos. Kohtua painetaan uloshengityksen aikana. Jos äiti on ylipainoinen, saattaa kohdun löytäminen lantiosta olla hankalaa. Kohdun supistamista edistetään myös lääkkeillä. Käytetyin kohdun supistumista edistävä lääke on oksitosiini. Oksitosiinin antaminen aloitetaan yleensä jo leikkaussalissa. (Vallo 2004, 15–16.)

Leikkauksen jälkeinen kivunhoito on tärkeää ja se tulee hoitaa huolella. Jos äidillä on kipuja, hän saattaa tuntea itsensä heikoksi hoitamaan vastasyntynyttä ja imetyksen liian hankalaksi. (Baston ja Hall 2009b, 71.) Keisarileikkauksen jälkeen pahimmaksi kivuksi koetaan yleensä haavakipu (Tiainen, Syväjoki ja Reinikainen 2009, 12). Leikkauksen jälkeinen kivunlievitys aloitetaan parasetamolilla, joka annetaan laskimoon. Tunti parasetamolin antamisen jälkeen annetaan tulehduskipulääke, ellei sen antamiselle ole vasta-aiheita. Suurina annoksina tulehduskipulääke estää kohtua supistavien prostaglandiinien muodostumisen. Jos äiti on menettänyt runsaasti verta leikkauksessa tai kohtu supistuu huonosti, aloitetaan tulehduskipulääkkeen käyttö vasta ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Jotta vaikuttava-aine päätyy verenkiertoon ja kipu lievittyy tehokkaasti, ensimmäinen annos parasetamolia ja tulehduskipulääkettä annetaan laskimoon. Kipulääkkeet voidaan annostella suun kautta, kun äiti pystyy syömään ja juomaan. Kovempaan kipuun voidaan tarvittaessa antaa opioideja. Tavallisina annoksina käytettynä niiden imeytyminen äidinmaitoon on vähäistä, eikä niiden ole todettu vaikuttavan vastasyntyneeseen. (Laisalmi-Kokki 2009, 15.)

Puudutukset ovat hyviä vaihtoehtoja leikkauksivun alkuvaiheen hoitoon. Epiduraalipuudutus on tehokas ja turvallinen kivunlievitykseen. Puuduteaineena käytetään laimeaa levobupivakaiinia tai ropivakaiinia, johon voidaan lisätä tarvittaessa opioidia. Puudutteeseen voidaan lisätä myös adrenaliinia, mikä parantaa kivunlievityksen tehoa ja vähentää kipulääkkeen tarvetta sekä lääkkeiden haittavaikutuksia. (Laisalmi-Kokki 2009, 14.) Uutena kivunlievitysmenetelmänä käytetään haavan puuduttamista, jossa haavaan laitettavan katetrin kautta annetaan jatkuvaa puuduteaineinfuusiota kertakäyttö-pumpulla. Haavapuudutuksen teho on lähes yhtä hyvä kuin epiduraalipuudutuksen teho. (Tiainen, Syväoja ja Reinikainen 2009, 13.)

Leikkauksen jälkeinen hoito mahdollistaa äidin toipumisen leikkauksesta ja vastasyntyneen hoidon samanaikaisesti. Kätilön rooli on havainnoida, milloin tarjota apua perheelle. Perhettä tulee tukea ja heidän mielipiteitään kuunnella mahdollisimman paljon vastasyntyneen hoidossa leikkauksen jälkeen. Imetys tulee sallia silloin, kun äiti on siihen valmis. Jos äiti ei tunne oloaan valmiiksi, hänet tulee vakuuttaa siitä, että imetyksen voi aloittaa myöhemminkin. (Baston ja Hall 2009b, 69, 72–73.)

Jos leikkaus on tehty nukutuksessa, on tärkeää huomioida äidin kuuloaisti heräämössä. Äiti voi kuulla ennen kuin voi kommunikoida takaisin. Siksi on tärkeää, että hänen vointinsa ja vastasyntyneen vointi kerrotaan hänelle, vaikka hän ei olisikaan vielä hereillä. Jos äidin tukihenkilö on paikalla, häntä tulisi rohkaista kertomaan uutiset vastasyntyneestä. Äiti tunnistaa tutun äänen ja sen kuuleminen rauhoittaa. Yleisanestesian jälkeen äiti tulisi saattaa yhteen vastasyntyneen ja tukihenkilön kanssa mahdollisimman pian. Puudutuksessa tehdyn keisarileikkauksen jälkeen heitä ei tulisi erottaa, ellei vastasyntyneen tai äidin vointi sitä vaadi. (Baston ja Hall 2009b, 70, 72–73.)

Leikkauksen jälkeen äidin voinnin salliessa häntä tulisi rohkaista toimimaan normaalisti. Leikkauksen jälkeen voi ottaa siemauksia vettä ja syödä oman ruokavalion mukaista ruokaa, jos muita esteitä ei ole. Nesteytys voidaan lopettaa, kun nesteitä pystyy nauttimaan suun kautta normaalisti. Virtsakattetri voidaan poistaa seuraavana päivänä kun virtsaaminen onnistuu spontaanisti ja liikkuminen onnistuu, kuitenkin vähintään 12 tuntia viimeisen epiduraalikatetrin kautta saadun lääkeannoksen jälkeen. Keisarileikkauksen jälkeen sairaalasta kotiutuminen tapahtuu yksilöllisesti. Yleensä sairaalassa ollaan 2-4 päivää leikkauksen jälkeen. Kuitenkin, jos äiti on hyvävointinen eikä hänellä ole komplikaatioita, voi hän kotiutua 24 tuntia leikkauksen jälkeen. Ihannetilanteessa äidillä olisi mahdollisuus vaikuttaa siihen, milloin hän kotiutuu. Ennen kotiutumista äidillä tulisi olla mahdollisuus keskustella leikkauskokemuksestaan henkilökunnan kanssa. (Baston ja Hall 2009b, 72–74.)

3.4 Keisarileikkauksen riskit

Keisarileikkaukseen liittyvät riskit eli komplikaatiot ovat verisuonitukokset, tulehdukset ja verenvuodot. Keisarileikkauksessa on suurempi riski komplikaatioihin alatie- tai imukuppisynnytykseen verrattuna. Kaikkiaan komplikaatiot keisarileikkauksissa ovat 3-4 kertaa yleisempiä kuin alatiesynnytyksissä. (Pallasmaa 2009, 28–29.) Rungas verenvuoto johtuu yleensä joko kohdun heikosta supistumisesta tai leikkaushaavan lisärepeämistä. Kohdun supistumisesta voi auttaa puristamalla tai hieromalla sitä. Supistumista voidaan tehostaa vahvalla oksitosiini-infuusiolla tai prostaglandiinilla. Jos vuoto ei tyrehy, voidaan se tyrehdyttää ompeleilla tai kohdun valtimoiden sitomisella tai tukkimisella. Kohtu saatetaan joutua poistamaan, jos istukka on kasvanut kiinni kohtulihakseen tai jos kohtu vuotaa rajusti. (Uotila ja Tuimala 2011, 472–473.)

Keisarileikkaukseen liittyvät tulehdukset eli infektiot voivat olla vaikeita. Varhainen lapsiveden meno, pitkä synnytys, lukuisat sisätutkimukset, repeämät, verenpurkaumat ja äidin ylipaino lisäävät riskiä tulehduksille. Yleensä keisarileikkauksissa annetaan antibioottia ennaltaehkäisevästi. (Uotila ja Tuimala 2011, 472–473.) Tutkimuksen mukaan antibiootin antaminen ennen leikkausviillon tekemistä vähentää leikkauksen jälkeistä kohdun limakalvon ja leikkaushaavan tulehdusta sekä muita infektioiden

ta. Ennen leikkausta annettavalla antibiootilla ei merkittävästi ole vaikutusta vastasyntyneen yleisinfektioiden syntyyn tai tehohoidon tarpeeseen. (Smaill ja Gyte 2010, 1-2.) Leikkaukseen liittyvät infektiot ilmaantuvat yhden tai kahden vuorokauden ja haavainfektiot kolmesta viiteen päivään leikkauksesta. Keisarileikkaus lisää riskiä seuraavien raskauksien aikaisiin kohdun repeämiin ja vaikeisiin istukkaongelmiin. (Uotila ja Tuimala 2011, 472–473.) Kohdun limakalvojen tulehdusta voidaan ehkäistä puhdistamalla emätin pieneliöitä tuhoavalla eli antiseptisellä aineella enintään tunti ennen keisarileikkauksen alkamista. Puhdistamisella on suuri merkitys silloin, jos lapsivesi on mennyt ja sikiökalvot puhjenneet. (Haas, Morgan ja Contreras 2013, 1-2.)

3.5 Varhainen ihokontakti keisarileikkaussynnytyksessä

Varhainen ihokontakti keisarileikkaussynnytyksen jälkeen on merkittävää. Heräämössä kiinnitetään huomiota perheyhteyden hoitoon. Keisarileikkauksesta toipuvan äidin tukihenkilö voi äidin voinnin salliessa jäädä heräämöhön. Perheelle pyritään luomaan intiimi tila heräämön muun toiminnan keskelle. Vastasyntyneen voinnin salliessa hänet tuodaan heräämöhön äidin vierelle. (Vallo 2004, 15–16.) Tukihenkilön rooli synnytyksessä on suuri. Hän vaikuttaa myönteisesti synnytyksen kulkuun, vähentää äidin ahdistusta ja lisää hänen turvallisuudentunnettaan. Keisarileikkauksen jälkeen, mikäli äidin vointi ei salli yhdessä oloa, tukihenkilöllä ja vauvalla on ainutlaatuinen hetki kahdenkeskiseen aikaan. Tämä varhainen suhde luo pohjaa tukihenkilön osallistumiselle lapsen hoitoon ja kokemuksella on suuri merkitys myös perheelle. (Kalliovalkama ja Munnukka 2003, 4-5.)

Ihokontakti ja vuorovaikutus vastasyntyneen ja vanhempien välillä on tärkeää heti vauvan syntymän jälkeen. Ihokontakti vanhemman kanssa rauhoittaa vastasyntyntä ja vähentää stressiä ja itkuisuutta. Jos vastasyntynyt nostetaan äidin rinnalle heti syntymän jälkeen, hän etsii rinnan ja alkaa imeä. (Velandia, Matthisen, Uvnas-Moberg ja Nissen 2010, 198.) Ensi-imetys leikkaussalissa ja imetyksen tukeminen leikkauksen jälkeen on tärkeää, koska keisarileikkaus voi lyhentää imetyksen kokonaiskestoa (Zanardo, Svegliado, Cavallin, Glustardi, Cosmi, Litta ja Trevisanuto 2010, 275). Ensi-imetys lisää äidin oksitosiinin tuotantoa, joka lisää äidin kiintymystä vastasyntyneeseen. Ihokontakti äidin tukihenkilön kanssa voi rauhoittaa ja vähentää vastasyntyneen itkuisuutta enemmän kuin ihokontakti äidin kanssa. Syy tähän voi olla leikkausvalmistelut, jossa äidin vartaloa pestään desinfektioaineella, joten äidin tuoksu ei ole normaali. Äidin kehon lämpötilan lasku puudutuksesta johtuen, voi myös vaikuttaa negatiivisesti ihokontaktiin äidin ja vastasyntyneen välillä. (Velandia ym. 2010, 199.)

Kaikkia äitejä tulee rohkaista varhaiseen ihokontaktiin vastasyntyneen kanssa riippumatta siitä, aikooko äiti imettää lastaan. Vastasyntynyt tunnistaa äitinsä osittain tuoksun perusteella ja imetys vaistonvaraisena tapahtumana voi häiriintyä muun muassa vaatteista, peitoista ja erossa olost. Näitä häiriötekijöitä tulisi välttää aina, kun se on mahdollista. Ihokontaktissa olo tekee vastasyntyneen aktiivisemmaksi ja ihokontaktissa olleet vauvat onnistuvat imemään rintaa kolme kertaa paremmin kuin vauvat, jotka eivät olleet ihokontaktissa äitinsä kanssa. Äidin hoivavietin on huomattu lisääntyneen, jos vastasyntynyt on koskenut äidin rintaa puolen tunnin kuluessa syntymästä. Synnytyksen jälkeisen verenvuodon riski voi vähentyä varhaisella ihokontaktilla ja imetys auttaa kohtua supistumaan. Äidit ovat kokonaisvaltaisemmin tyytyväisiä synnytykskokemukseen sekä äitiyteen, jos he ovat

saaneet olla keskeyttämättä vastasyntyneen kanssa ensimmäiset tunnit. Ihokontakti ehkäisee vastasyntyneen alilämpöä ja verensokerin laskua. Ihokontakti on tärkeä vastasyntyneille, joilla on ollut vaikea syntymä, vaatineet elvytystä tai lämmittämistä. Ihokontakti tulee mahdollistaa heti, kun siihen on tilaisuus. Kaikki toimenpiteet, jotka häiritsevät varhaista ihokontaktia, tulee arvioida uudelleen ja hylätä, jos ne eivät ole hyödyksi vastasyntyneelle tai äidille siinä tilanteessa. Sairaalan käytännöt eivät saa mennä vastasyntyneen ja äidin etujen ohi. (Medforth ym. 2006, 332.)

3.6 Perhekeskeisyys keisarileikkaussynnytyksessä

Perhekeskeisyys keisarileikkauksessa toteutuu, kun äiti ja äidin tukihenkilö huomioidaan hoidossa yksilöinä ja perheenä. Perhekeskeisyyden periaatetta korostetaan varsinkin kätilötyössä, äitiyshuollossa ja lasten hoitotyössä. Lapsen syntymä luo vanhemmille uusia elämyksiä ja haasteita, minkä vuoksi onkin tärkeä valmistautua vanhemmuuteen. Terveystieteiden ammattilainen voi tukea perhettä vanhemmuuteen kasvamisessa esimerkiksi antamalla tietoa, keskustelemalla, ohjaamalla, kuuntelemalla ja olemalla läsnä hoito- ja ohjaustilanteissa. Olennaista on, että perheen tuen tarve kartoitetaan yksilöllisesti ja apua tarjotaan näiden tarpeiden mukaisesti. Sen vuoksi terveydenhuollon ammattilaisen on nähtävä perheen tarpeet laajasti kokonaishyvinvoinnin näkökulmasta ja osattava kohdata perheen jäsenet myös yksilöinä. (Paavilainen, Korkiamäki, Porthan ja Ijäs 2013.) Kätilö työskentelee synnyttävän naisen ja hänen perheensä kanssa hyvin intiimissä ja tunneherkässä tilanteessa. Tällöin kätilön tulisi erityisesti huomioida tukihenkilö ja ottaa hänet mukaan hoito- ja ohjaustilanteisiin. Tukihenkilölle ja koko perheelle on taattava tuki synnytyksen aikana. (Väyrynen 2012, 36.)

Tukihenkilön mukaan ottaminen synnytyksessä voi tukea perheenjäseneksi työskentelyä. Tukihenkilön näkökulman huomioiminen synnytyksessä vaatii tietoa siitä, mihin hän voi osallistua ja kuinka tukea synnyttävää naista. Tukihenkilöä on tärkeää tukea myös omien tunteidensa ilmaisussa ja lapsen hoitoon osallistumisessa heti syntymän jälkeen. Nämä asiat ovat yhtä tärkeitä myös keisarileikkauksen jälkeen. Perhelähtöisyydellä perhe jakaa synnytyskokemuksen, jolloin äiti myös kokee, että hänestä välitetään. Tukihenkilö kokee synnytykseen osallistuttuaan antavansa oman panoksensa, kun hän tukee ja on läsnä. Synnytyksestä ja vanhemmuuteen liittyvistä rooleista olisikin hyvä keskustella jo ennen synnytystä, jolloin yhteinen kokemus synnytyksestä vahvistuu. (Vallimies-Patomäki 2012, 73.)

Raskaus ja siihen liittyvät muutokset voivat olla stressaavaa aikaa vanhemmille. Antamalla tietoa raskauden ajan muutoksista, synnytyksestä ja synnytyksen jälkeisestä elämästä, voidaan vähentää vanhempien kokemaa stressiä ja ahdistusta. Tukihenkilön sekä perheen merkitys on suuri potilasohjauksen onnistumiselle. Läheisen antama sosiaalinen tuki ja rohkaisu vaikuttavat annettujen ohjeiden noudattamiseen positiivisesti. Tukihenkilö tulee aina huomioida potilasohjausta suunnitellessa ja toteuttaessa. Tukihenkilön huomioiminen vähentää vanhempien välistä stressiä, kun heillä on yhteinen näkemys muutoksista ja odotuksista. Kuitenkaan kaikilla odottavilla äideillä ei ole tukihenkilöä tukemassa raskausaikana, joka voi olla haasteena onnistuneelle potilasohjaukselle. (Falvo 2004, 100–101, 115–116.)

4 LAADUKAS POTILASOHJAUS

Laadukkaalla potilasohjauksella pyritään edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa omaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa asiakas on aktiivinen toimija, joka ratkaisee pulmat. Hoitajan tehtävä on tukea päätöksenteossa ilman valmiiden ratkaisujen antamista. Ohjaus eroaa keskustelusta siten, että se on keskustelua suunnitelmallisempaa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen ja Renfors 2007, 25.) Asiakkaan ohjaaminen on osa ammatillista hoitotyötä ja hoitopolkua. Se on hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välistä tavoitteellista toimintaa, jossa tuetaan asiakasta tiedollisesti, emotionaalisesti tai konkreettisesti. Tuen antaminen lisää myös asiakkaan hoitoon sitoutumista. (Kyngäs ja Hentinen 2009, 77.)

Potilasohjaukseen liittyy vahvasti etiikka ja potilaan oikeudet. Potilasohjauksessa annettu informaatio on oltava paikkansa pitävää ja näyttöön perustuvaa. Annetun ohjauksen tulee antaa potilaalle enemmän hyötyä kuin harmia. Ohjaus tulee antaa faktoihin perustuen ilman asioiden liioittelua, vääristelyä tai piilottelua. Ohjauksessa on tunnistettava ja huomioitava potilaan arvot, uskomukset, voimavarat ja heikkoudet. Potilaalla on itsemääräämisoikeus, joten hoitohenkilökunta ei saa pakottaa tai vaikuttaa päätöksentekoon. Potilaalla on myös oikeus olla noudattamatta annettuja ohjeita. Hoitohenkilökunta voi tukea potilasta päätöksenteossa ja hoitoon sitoutumisessa potilasohjauksella. Potilasta on siis hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilasohjaus ei saa rikkoa vaitiolovelvollisuutta, eikä potilaan yksityisyyttä. Potilasohjaus tulee olla oikeudenmukaista ja ohjausta tulee antaa kaikille potilaille heidän taustastaan riippumatta. Annettu informaatio täytyy olla ymmärrettävää ja asiaankuuluvaa. Ohjausta annetaan vain silloin, kun potilas on valmis ja motivoitunut vastaanottamaan tietoa. (Falvo 2004, 71, 284–287, 302; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, § 6.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittää potilaan oikeuksia terveyden huollon asiakkaana, mihin kuuluu tärkeänä osana potilasohjaus. Lain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoidossa ja kohtelussa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri. Potilaalle on kerrottava hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksesta. Selvitystä tehdessä tulee ottaa huomioon potilaan tahto. Potilaalle on annettava selvitys siten, että hän ymmärtää riittävästi sen sisällön. Tulkin käyttö on tarpeen, mikäli hoitohenkilökunta ei osaa potilaan käyttämää kieltä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, § 3, § 5.)

Yhdenvertaisuuslain (20.1.2004/21) kuudennen pykälän mukaan ketään ei saa syrjiä etnisen tai kansallisen alkuperän, kansalaisuuden, uskonnon, vakaumuksen tai kielen perusteella. Syrjintä tarkoittaa sitä, että henkilöä kohdellaan epäsuotuisammin kuin jotakin toista on kohdeltu samantapaisessa tilanteessa. (Yhdenvertaisuuslaki 2004, § 6.) Esimerkiksi potilasohjaustilanne voi olla syrjivä, jos ohjaus eroaa huomattavasti toisille annettavasta ohjauksesta. Maahanmuuttajat eivät kuvanneet kokevansa räikeää syrjintää terveydenhuollossa, mutta syrjinnän piirteitä oli aina havaittavissa, vaikka piirteet eivät olisikaan olleet selvästi näkyviä. Ulkomaalaisuus, ihon värin ja ulkonäön eroavaisuus

koettiin vaikuttavan henkilökunnalta saatuun hoitoon ja ohjaukseen. Maahanmuuttajat kokevat olevansa eriarvoisia suomalaisiin nähden. (Koskimies ja Mutikainen 2008, 34, 38.)

Tiedon antaminen keisarileikkauksesta lisää äidin kokemusta siitä, että hän on valmistautunut keisarileikkaussynnytykseen. Äidit, jotka tunsivat olevansa valmistautuneita keisarileikkaukseen, kokivat synnytyksen myönteisempänä kuin ne äidit, jotka eivät tunteneet olevansa valmiita leikkaukseen. (Haapio, Koski, Koski ja Paavilainen 2009, 127; Tarkka, Rantanen, Haussler ja Åstedt-Kurki 2005, 342.) Äidin positiiviseen synnytyskokemukseen vaikuttaa mahdollisuus osallistua päätöksentekoon sekä tunne tilanteen hallinnasta. Riittävä tiedon saanti lisää äidin mahdollisuutta osallistua synnytyksenaikaiseen päätöksentekoon, mikä vahvistaa äidin kontrollintunnetta omasta itsestään sekä synnytystilanteesta. Positiiviseen synnytyskokemukseen vaikuttaa myös synnytyksen aikainen henkilökunnalta saatu tuki ja ohjaus. (Tarkka, Rantanen, Haussler ja Åstedt-Kurki 2005, 342.) Blümlin ym. (2012, 86) mukaan noin puolet keisarileikkauksella synnyttäneistä naisista kokivat saaneensa riittävästi tietoa keisarileikkauksesta. Neljäsosa naisista koki saaneensa kohtalaisesti ja loput huonosti tietoa keisarileikkauksesta. Keisarileikkauksella synnyttäneet naiset olisivat kaivanneet laadukkaampaa potilasohjausta ennen toimenpidettä.

Maahanmuuttajien mielestä yhteisen kielen puute estää tiedonkulun ja täsmällisen informaation vastaanottamisen. He myös kokevat, että hoitohenkilökunta on halutonta käyttämään englanninkieltä ohjauksessa vaikka he näkevät, ettei asiakas ymmärrä suomea. (Koskimies ja Mutikainen 2008, 30–32.) Henkilökunta kokee tiedon jakamisen ja ohjauksen hankalaksi, jos heillä ei ole yhteistä kieltä (Hallikainen 2011, 76–77). Kielimuuri rajoittaa maahanmuuttajien kykyä kertoa omista terveysongelmistaan, vaikeuttaa kysymyksiensä esittämistä ja vaikeuttaa erityisesti abstraktien asioiden, kuten kivun ja muiden tuntemuksien kuvailemista (Koskimies ja Mutikainen 2008, 30–32). Yhteisen kielen puuttuminen aiheuttaa myös epävarmuutta maahanmuuttajissa (Hallikainen 2011, 76–77). Näistä syistä maahanmuuttajien ensivaikutelma Suomen terveydenhuollosta muodostuu usein kielteiseksi. Palveluiden käyttö ja oikean hoidon saaminen koetaan vaikeutuneen puutteellisen kommunikoinnin vuoksi. (Koskimies ja Mutikainen 2008, 30–32.)

4.1 Potilasohjauksen tarkoitus

Potilasohjauksen tarkoituksena on lisätä potilaan kykyä ja luottamusta oman itsensä hoitoon sekä päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Ohjauksen tavoitteena on lisätä potilastyytyväisyyttä, parantaa elämänlaatua sekä turvata hoidon jatkuvuus. Ohjauksella voidaan vähentää ahdistuneisuutta, sairauden komplikaatioita ja saada potilas sitoutumaan hoitoonsa. Potilasohjaus vahvistaa hoitosuhdetta, ja sen avulla potilas voidaan saada osallistumaan hoitonsa suunnitteluun. Hyvä potilasohjaus koostuu ohjauksen tarpeen määrittämisestä, suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Ohjauksen tarpeen määrittämisessä tulee ottaa huomioon ohjauksen tarpeet, potilaan valmius oppia ja vastaanottaa tietoa sekä erilaiset oppimistyyli. Ohjaus suunnitellaan ja toteutetaan potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Potilasohjauksen arvioinnissa pääasia ei ole annetun tiedon määrä vaan se, miten ohjaus on muuttanut potilaan tietämystä, asennetta ja taitoja ohjatusta asiasta. Potilasohjaus on

prosessi, jossa avustetaan potilasta oppimaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä asioita siten, että hän voi hyödyntää oppimaansa jokapäiväisessä elämässään. (Bastable 2006, 8-10.)

Potilasohjausta voidaan antaa monesta eri syystä, eri tilanteissa sekä paikoissa. Ohjausta voidaan antaa sairaalassa oleville potilaille sekä polikliinisesti siellä käyville. Ohjaus voi auttaa potilasta ja hänen perhettään ymmärtämään erilaisia sairauksia, auttaa ennaltaehkäisemään niitä tai antaa tietoa hoidosta, jota hän on saamassa. Potilasohjaus voi tapahtua ryhmässä tai yksilöllisesti potilaan ja hoitajan kesken. Ohjaustilanne voi tapahtua potilassängyn vierellä tai tehdessä tutkimuksia. Huolimatta siitä, miten ja miksi potilasohjausta annetaan, hoitotyön ammattilaiset tarvitsevat puitteet, joiden avulla ohjausta voidaan antaa järjestelmällisesti ja tarkoituksen mukaisesti. Hoitotyön ammattilaisten täytyy huomioida kaikki tilanteet potilaita kohdatessaan, joissa ohjausta on mahdollista antaa. Potilasohjausta ei tule nähdä virallisena tilanteena vaan osana jokaisen potilaan kohtaamista. Tällöin hoitotyön ammattilaisella on mahdollisuus saada tietoa potilaasta, antaa tietoa ja vastata hänen kysymyksiinsä. Ohjauksella voidaan vahvistaa ja tarkastaa potilaan aikaisempia tietoja sekä arvioida potilasohjauksen tehokkuutta. Jokainen kohtaamistilanne on myös mahdollisuus rakentaa luottamuksellista hoitosuhdetta potilaaseen, mikä on merkittävää onnistuneen potilasohjauksen kannalta. (Falvo 2004, 70.)

4.2 Kirjallinen ohjausmateriaali osana potilasohjausta

Kirjallinen ohjausmateriaali on tärkeä osa potilasohjausta, sillä suullinen ohjaus ei yleensä ole riittävä. Sairastuminen tai uusi elämäntilanne, kuten synnytys keisarileikkauksella, voi aiheuttaa epävarmuutta, avuttomuutta sekä turvattomuutta. Tilanteesta selviytymiseksi on tärkeää, että potilas ja hänen perheensä saavat riittävästi selkeää tietoa mahdollisesta sairaudesta, tutkimuksista tai hoidoista. Hoitaja voi ohjaustilanteessa hyödyntää kirjallista ohjausmateriaalia yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla siten, että materiaalista käydään läpi potilaan hoitoon liittyvät asiat. (Torkkola, Heikkinen ja Tiainen 2002, 23–25.) Potilasohje suullisen ohjauksen tukena voi auttaa potilasta muistamaan annetut ohjeet kotona tai se voi selventää ja täydentää suullista ohjausta (Falvo 2004, 171).

Potilasohjeella tarkoitetaan kirjallista ohjetta, joka on terveydenhuollon ammattilaisen antama. Ohje voi sisältää tietoa muun muassa sairaudesta, tutkimuksesta, hoidosta, toimenpiteestä ja siihen valmistautumisesta, jälkihoidosta sekä toipumisesta. (Holmberg-Marttila, Länsipuro ja Kuusisto 2012, 4.) Potilasohjeesta asiakas saa oikeaa ja ajantasaista tietoa, jonka avulla hän voi analysoida ja käsitellä omaa tilannettaan. Kirjallisen materiaalin käyttäminen potilasohjauksessa korostuu nykyisin, koska ohjaukselle jää vähän aikaa. (Kyngäs ja Hentinen 2009, 115.)

Erytisesti maahanmuuttajat kokevat kirjallisen materiaalin merkittäväksi, sillä he kokevat pelkoa ja ovat varuillaan, jos he eivät tiedä kuinka hoito etenee. He kokevat tärkeäksi perustelut, miksi jotakin tehdään. (Koskimies ja Mutikainen 2008, 30–32.) Suurin osa ohjausmateriaaleista on suomenkielisiä ja maahanmuuttajat eivät pysty omaksumaan tietoa kielimuurin vuoksi. Maahanmuuttajat haluaisivat opaslehtisiä omalla äidinkielellään. Myös englanninkielinen aineisto voi helpottaa yhteistä kommunikaatiota, joten niitä olisi hyvä painattaa enemmän. (Hallikainen 2011, 76–77.) Maahanmuutta-

japerheiden ohjauksessa kielitaito on avainasemassa, siksi on tärkeää tuottaa selkokielistä, selkeää ja havainnollistavaa ohjausmateriaalia. Hyvän suullisen ohjauksen lisäksi käänösversiot materiaaleista voi tyydyttää maahanmuuttajien ohjausmateriaalitarpeen. (Apter, Eskola, Säävälä ja Kettu 2009, 27, 29.)

Potilasohjausmateriaalin suunnittelu on tärkeä vaihe materiaalin tuottamisessa. Ensin materiaalin suunnittelijan on mietittävä mitä erikoistietoja, taitoja tai ajatusmalleja materiaalin on tarkoitus antaa potilaalle. Näiden perusteella kirjoitetaan tavoitteet, jotka potilaan pitäisi saavuttaa oppaan luetuun. Tavoitteiden asettamisen jälkeen on mietittävä, mitä tietoa materiaaliin tarvitaan, jotta asetetut tavoitteet voidaan saavuttaa. Seuraava askel materiaalin tuottamisessa on päättää, millä tavoin asiat oppaassa esitetään. Tiedon esitystapa vaihtelee oppaan sisällön mukaisesti. Toisiin oppaisiin sopii asioiden esittely yleisestä tiedosta yksityiskohtaisempaan, toisissa on parempi edetä tärkeämmästä tiedosta kohti vähemmän tärkeää tietoa. (Falvo 2004, 341–343; Torkkola, Heikkinen ja Tiainen 2002, 39.) Potilasohjeessa on oltava tieto, kuka tai mikä organisaatio sen on laatinut ja milloin se on laadittu (Holmberg-Marttila, Länsipuro ja Kuusisto 2012, 4).

Kirjallisen materiaalin laatimisessa tärkeä vaihe on ulkoasun suunnittelu. Ulkoasun pitäisi olla houkutteleva ja kiinnostusta herättävä. Käytetyn fontin pitäisi olla riittävän suuri lukemisen helpottamiseksi ja erikoisia muotoiluja tulisi välttää. Tekstissä on hyvä välttää lääketieteellistä kieltä, koska potilasohje on tarkoitettu maallikon käyttöön. Jos lääketieteellisiä termejä joudutaan käyttämään, tulee ne määritellä selkeästi. Termeissä synonyymien käyttöä tulee välttää, jotta teksti on luonnollista ja selkeää. Jokainen kappale koostuu yhdestä asiasta, koska monen asian esittely yhdessä kappaleessa voi olla sekavaa ja heikentää pääasioiden ymmärtämistä. Tekstiä voi elävöittää kuvilla ja kaavioilla, mutta ne eivät saa olla liian yksityiskohtaisia tai loukkaavia. Havainnollistavat kuvat ovat toimivia silloin, kun ne ovat valittu hyvän maun ja tarkoituksen mukaisesti. Havainnollistavien kuvien ja kaavioiden tulee lisätä jotain materiaalin sisältöön, eikä harhauttaa huomiota pois tekstistä. Havainnollistavien kuvien ja kaavioiden avulla voidaan esitellä pääasioita. Kuvia ja kaavioita käytettäessä on mietittävä ensin, mitä niiden avulla on tarkoitus saavuttaa ja kehittää niitä sen mukaan. Yleensä yksinkertainen kaavio tai kuva on parempi kuin monimutkainen. Värilliset kuvat ja kaaviot voivat herättää lukijan huomion paremmin kuin mustavalkoiset, mutta mustavalkoinen väritys voi olla aivan yhtä tehokas kuin värillinenkin. (Falvo 2004, 332–334, 341–343.)

Tutkimusten mukaan kirjalliset ohjeet ovat usein toteutettu huonosti. Ne ovat asiakkaalle liian vaikeita, sisällöltään liian laajoja ja yleistäviä. Asiakkaan yksilöllisyys on unohdettu, eikä ohjeen sanoma ole tavoitettavissa. Huonosti laadittu ohje heikentää ohjauksen laatua ja aiheuttaa helposti väärinymmärryksiä. Vaikeaselkoinen ja huonosti ymmärrettävä ohje voi lisätä asiakkaan pelkoja ja huolestuneisuutta. Tämän vuoksi hyvän potilasohjeen on oltava sisällöltään, rakenteeltaan ja kieliasultaan selkeä ja ymmärrettävä. Hyvin suunniteltu, tehokas ja oikein suunnattu ohjausmateriaali mahdollistaa asiakkaan itseopiskelun. Selkeästä ja ymmärrettävästä ohjeesta käy ilmi kenelle se on tarkoitettu ja mikä sen tarkoitus on. Ohjeessa esitettävä asia on hyvä käsitellä vain pääpiirteittäin, jottei tietoa ole liikaa. Ohjeen sisällön tulee olla tarkka ja ajantasainen sekä sen tulee huomioida asiakas kokonaisvaltaisesti. (Kyngäs ym. 2009, 124–127.)

Kirjallinen materiaali laaditaan siten, että se täydentää muuta ohjausta. Koska potilasohjeen tarkoituksena ei ole korvata suullista ohjausta, oppaassa ei ole tarpeellista selittää kaikkea mitä asiaan liittyy. Oppaan tulisi vastata vain kysymyksiin: mitä, miten ja milloin. Kysymykseen miksi voidaan vastata, kun ohjataan potilasta suullisesti. (Bastable 2006, 356–359.) Hyvässä ohjausmateriaalissa käytetään suoria kehotuksia passiivin sijaan. Hyvässä potilasohjeessa ei käytetä Älä- ja Ei- sanalla alkavia kieltolauseita erityisesti, jos ne liittyvät ravintoon, lääkkeisiin tai rakon tyhjentämiseen ennen toimenpidettä. Tällöin voidaan vaarantaa esimerkiksi aamulääkkeiden ottaminen. Luontaistuotteista on hyvä mainita erikseen, mikäli ne vaikuttavat tulevaan toimenpiteeseen. Hyvä potilasohje on testattu jo laatimisvaiheessa alaan kouluttamattomilla. Tällaiset ihmiset osaavat kertoa parhaiten millaiset asiat oppaassa kaipaavat tarkennusta. (Nummi ja Järvi 2012, 15.)

Potilasohjeen muoto ja ulkonäkö houkuttelevat potilaan tutustumaan sen sisältöön. Selkeästi ja yksinkertaisesti kirjoitetut ohjeet ja kuvat helpottavat lukemista ja ylläpitävät lukijan mielenkiintoa. (Bastable 2006, 356–359.) Potilasohje tulee rakentaa loogisesti, jotta potilaan on helppo seurata ja lukea sitä. Alaotsikkojen käyttö jakaa materiaalia pienempiin osiin, joten potilaan on helppo tunnistaa käsiteltävä aihe ja tarvittaessa palata siihen uudelleen. (Falvo 2004, 332–334.) Hyvän potilasohjeen kappaleiden välissä on runsaasti tilaa ja marginaalit ovat suuret. Kappaleissa korostetaan tärkeimmät asiat ja kerrotaan vain ne asiat, jotka potilaan täytyy tietää. (Bastable 2006, 356–359.) Lauserakenteet tulee olla yksinkertaisia ja lyhyitä. Potilasohjeen sivujen määrään tulee kiinnittää huomiota. Mitä pidempi potilasohje, sitä todennäköisempää on, että potilas jättää sen lukematta. Huumorin käyttöä potilasohjeessa on harkittava tarkkaan. (Falvo 2004, 332–334.)

5 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Opinnäytetyöprosessilla tarkoitetaan opiskelijan tekemää työtä, jota asiantuntijat tukevat, ohjaavat ja arvioivat. Opinnäytetyöprosessi voidaan jakaa eri vaiheisiin, joita ovat orientoituminen, suunnittelu, toteutus, viimeistely ja julkistaminen. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011, 1.) Opinnäytetyöprosessimme eteni pääosin Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön prosessikuvauksen mukaisesti. Koska opinnäytetyömme on kehittämistyö, hyödynsimme myös Heikkilän, Jokisen ja Nurmelan prosessin vaiheita oman prosessikaavion luomisessa (KUVIO 1). Heikkilä, Jokinen ja Nurmela (2008) ovat jaotelleet kehittämishankkeen seuraaviin vaiheisiin: ideointi- ja esisuunnitteluvaihe, suunnitteluvaihe, käynnistysvaihe, toteutusvaihe, päättämisen vaihe, arviointivaihe sekä käyttöönotto- ja seuranta vaihe. He korostavat, että todellisuudessa hankkeen vaiheiden rajat eivät ole yhtä suoraviivaisia. Vaiheet ovat osittain päällekkäisiä ja eri vaiheisiin voidaan palata hankkeen edistytessä. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 58.)

Tämä työelämälähtöinen opinnäytetyö on tehty kehittämistyönä. Toiminnallisella opinnäytetyöllä eli kehittämistyöllä tavoitellaan ammatillista käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje, kuten perehdyttämisen tai potilasohje. Kehittämistyössä tulee yhdistyä käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Kehittämistyön tulee olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu sekä osoittaa riittävää tietojen ja taitojen hallintaa. (Vilka ja Airaksinen 2003, 9-10.)

Kehittämistyön lähtökohtana toimii usein käytännön työelämässä todettu ongelma, joka kaipaa kehittämistä. Kehittämistyön tulee aina perustua tarpeeseen. Kehittämistarpeet ja uudet ideat voivat saada alkunsa myös tutkimuksesta. Terveystieteiden kehittäminen kohdistuu tyypillisesti jonkin käytännön ongelman ratkaisemiseen. Niissä etsitään uusia työkäytäntöjä vastaamaan kulloistakin tilannetta. Kehittämistarve voi olla joko sisällöllinen tai rakenteellinen toiminnan muutos. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 60–62.) Opinnäytetyömme lähtökohtana toimi Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikan tarve saada ajantasainen suomenkielinen potilasohje ja saman sisältöinen englanninkielinen potilasohje.



KUVIO 1. Opinnäytetyön prosessikaavio.

5.1 Opinnäytetyön aloittaminen

Opinnäytetyön aloittamiseen ja aiheeseen perehtymiseen tulee käyttää riittävästi aikaa, jotta aiheen ymmärtäminen ei jää pintapuoliseksi. Tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perehtymisellä voidaan havaita, jos tutkimusaihe ei olekaan toimiva ja toteuttamisen arvoinen. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 60–63.) Opinnäytetyöprojekti alkoi aihe-seminaarilla, jossa tutustuttiin opinnäytetyöprojektiin sekä mahdollisiin toimeksiantajiin. Sopivaa opinnäytetyön aihetta pohdittiin ja sitä etsittiin muun muassa Kuopion yliopistollisen sairaalan opinnäytetyöpankista. Opinnäytetyöpankista löytyi mielenkiintoinen aihe. Aihe oli erilaiset potilasohjeet englanniksi – suunniteltu keisarileikkaus ja siihen liittyvät valmistelut äitiyspoliklinikalle. Aihe varattiin keväällä 2013. Aihe oli mielenkiintoinen sen vuoksi, että se liittyy läheisesti kättilötyöhön ja kansainvälisyyteen. Englanninkielellä tehtävä potilasohje oli kiinnostava myös sen vuoksi, että sen laatiminen kehittää englanninkielen taitoa ja ammattisanastoa. Aiheen varaamisen jälkeen otettiin yhteyttä toimeksiantajaan sähköpostitse ja sovittiin tapaaminen. Tapaamisessa sovittiin yhteisistä linjoista potilasohjeen laatimisessa ja päädyttiin siihen, että opinnäytetyönä tehdään sekä suomen- että englanninkielinen potilasohje. Opinnäytetyöprosessiin kuuluvissa aiheytöpajoissa etsittiin lähteitä opinnäytetyötä varten ja laadittiin aihekuvausta. Aihekuvaukseen kirjoitettiin opinnäytetyön alustava tarkoitus ja tavoitteet sekä teoreettisen viitekehysten ja opinnäytetyön toteuttamisen runko. Aihekuvaus hyväksyttiin toukokuussa 2013. Aihekuvauksen hyväksymisen jälkeen allekirjoitettiin hankkeistamissopimukset yhdessä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan sekä toimeksiantajan kanssa.

Alkuvaiheen suunnittelussa apuvälineenä käytetään usein SWOT-analyysiä. Analyysillä voidaan kartottaa kehittämistyön vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet (KUVIO 2). (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 60–63.) Opinnäytetyön vahvuus oli oma mielenkiinto aihetta kohtaan sekä yhteistyö äitiyspoliklinikan kättilöiden kanssa, sillä he tiesivät keisarileikkauksen hoitopolusta. Heidän tietämystään heikensi se, ettei Kuopion yliopistollisen sairaalan toiminnan muutoksista oltu tehty vielä varmoja päätöksiä opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyöllä on yhä mahdollisuus helpottaa ja parantaa potilasohjausta sekä lisätä potilaiden tietämystä keisarileikkauksesta. Mahdollisuutena oli myös oman tietämyksen ja ammattitaidon lisääminen. Opinnäytetyön tekemistä auttoi se, että keisarileikkauksesta löytyy paljon näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa. Runsas tietomäärä vaikeutti lähteiden rajaamista ja luotettavien lähteiden löytämistä. Opinnäytetyössä heikkoutena olivat inhimilliset tekijät kuten erehtyminen tai väärin ymmärtäminen. Oma jaksaminen ja aikataulun venyminen olivat myös uhkakuvia opinnäytetyöprosessissa.



KUVIO 2. SWOT-analyysi.

5.2 Suunnittelu

Kehittämistyön suunnitteluvaiheeseen tulee käyttää riittävästi aikaa, jotta työ toteutuu tavoitteiden ja toiveiden mukaisesti. Kuitenkin liiallinen tarkkuus ja viipyminen suunnitteluvaiheessa voivat viivästyttää kehittämistyön etenemistä. Hyvällä suunnittelulla voidaan helpottaa ajan, resurssien ja tulosten tärkeysjärjestykseen asettamista. Tyypillinen virhe on arvioida ajankäyttö väärin. Kehittämistyön onnistumisen kannalta on tärkeää, että alkuperäistä suunnitelmaa voidaan tarvittaessa tarkistaa ja muokata työn edetessä. Työsuunnitelma on tärkeä kirjallisena, jolloin suunnittelu ei jää vain ihmisen muistiin ja suullisen tiedon varaan. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 68–70.) Työsuunnitelman laatiminen aloitettiin heti aihekuvausten hyväksymisen jälkeen.

Opinnäytetyön todellisia tarpeita ja taustaa on tarpeen analysoida riittävästi sekä pohtia kriittisesti. On tärkeää hakea perusteita kehittämistyön tarpeille, sillä se selkeyttää ja vahvistaa työn tavoitteita. Kiireessä laaditut tavoitteet voivat jäädä pinnallisiksi ja uhata kehittämistyön tuloksia. Tavoitteet ja niiden määrä vaihtelevat eri kehittämistöissä, sillä työt voivat olla hyvin erilaisia. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 72–73.) Opinnäytetyön suunnitteluvaihe aloitettiin tavoitteiden ja tarkoituksen tarkentamisella. Lopulliseksi opinnäytetyön tarkoituksiksi määriteltiin suomenkielisen potilasohjeen päivittäminen suunnitellusta keisarileikkauksesta ja siihen liittyvistä valmisteluista Kuopion yliopistollisen sairaalan rakenteellisten ja toiminnallisten muutosten vuoksi. Tarkoituksiksi muodostui myös saman sisältöisen potilasohjeen laatiminen englanninkielellä. Potilasohjeiden kohderyhmäksi valikoituivat raskaana olevat suomenkieliset ja maahanmuuttajaäidit sekä heidän perheensä. Englanninkielinen potilasohje on merkittävä apuväline ulkomaalaistaustaisten synnyttäjien ohjaamiseen, koska ohjetta voidaan hyödyntää laajasti potilaiden ohjauksessa. Kirjalliset potilasohjeet ovat hyödyllisiä siksi, että potilas voi ottaa ne mukaansa ja perehtyä niihin omassa tahdissaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli helpottaa maahanmuuttaja äitien ja heidän perheidensä ohjausta suunniteltuun keisarileikkaukseen liittyen. Tavoitteena oli lisätä perheiden tietämystä keisarileikkauksesta.

Opinnäytetyön tekemisen tueksi laadittiin tutkimuskysymyksiä, jotka auttoivat aineiston etsimisessä ja rajaamisessa. Tutkimuskysymyksiin etsittiin vastauksia koko opinnäytetyöprosessin ajan. Laadittujen kysymysten avulla pyrittiin laadukkaaseen potilasohjeen tuottamiseen. Kysymykset rajattiin siten, että niiden avulla saatava tieto on tarkoituksenmukaista ja potilasohjeen tuottamisessa hyödynnettävää. Opinnäytetyössä etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Mitä suunniteltu keisarileikkaus tarkoittaa ja mitä valmisteluita se vaatii?
- Miten potilaan on hyvä valmistautua suunniteltuun keisarileikkaukseen?
- Mitä asioita ohjeeseen on hyvä sisällyttää suunnitellusta keisarileikkauksesta?
- Millainen on hyvä potilasohje?
- Miten laaditaan selkeä ja ymmärrettävä ohje, joka tavoittaa asiakkaan?

Opinnäytetyön tarkoituksen avulla määriteltiin teoreettinen viitekehys, joka ohjasi lähteiden ja aineiston hakemisessa. Tietoa opinnäytetyötä varten haettiin kirjallisuuskatsauksen avulla painetuista lähteistä sekä CINAHL-, Cochrane-, Medic-, ja PubMed-artikkelitietokannoista käyttäen hakujen rajauksen apuna boolean operaattoreita. Hakusanoina tietokannoissa käytettiin sanoja: synnytys, keisarileikkaus, suunniteltu keisarileikkaus, elektiivinen sektio, potilasohjaus, potilastyytyväisyys, synnytyskokemus, potilasohje, perhekeskeisyys, perhekeskeinen hoitotyö, maahanmuuttaja sekä maahanmuuttaja terveydenhuollossa. Hakuja tehtiin myös englanninkielellä käyttäen hakusanoja: childbirth, cesarean section, cesarean delivery, elective cesarean section, planned cesarean section, decision making, patient education, prenatal education, patient instruction, patient satisfaction, birthexperience, family-centered care, immigration ja emigration. Savonia-ammattikorkeakoulun informaattikko avusti hyvien hakusanojen muodostamisessa ja hakutekniikoiden käyttämisessä. Lähdeaineistoa etsittiin myös manuaalisesti Suomen ja Irlannin kirjastoista, internetistä ja lehdistä. Aineistoa opinnäytetyötä varten löytyi runsaasti. Aineistoa rajattiin niiden soveltavuuden ja luotettavuuden perusteella. Aineiston soveltavuutta tarkasteltiin laadittujen tutkimuskysymysten pohjalta sekä potilasohjeen näkökulmasta, jotta saatu tieto olisi oppaassa hyödynnettävää, ajankohtaista ja tarpeellista. Lähdeaineistoksi valittiin mahdollisimman tuoreita ja luotettavia lähteitä. Englanninkielistä lähdemateriaalia käytettiin runsaasti, sillä uusimmat tutkimukset ovat kansainvälisiä. Myös suomenkielisiä tutkimuksia löydettiin ja hyödynnettiin opinnäytetyössä. Opinnäytetyön kannalta merkityksellisiä tutkimuksia löytyi yhdeksän kappaletta, joita hyödynnettiin opinnäytetyössä (Liite 1: Keisarileikkaukseen liittyviä tutkimuksia). Potilasohjeen laatimisen tueksi tutustuttiin aiemmin laadittuihin ohjeisiin ja niiden sisältöihin. Huomiota kiinnitettiin potilasohjeiden luettavuuteen, asiasisällön laajuuteen sekä ohjeen ulkonäköön. Aiemmin laadituista potilasohjeista saatiin ajatuksia laadittavaa potilasohjetta varten.

Opinnäytetyön työsuunnitelmaa laadittiin samanaikaisesti lähdeaineiston haun kanssa syksyllä 2013. Yhdessä toimeksiantajan kanssa suunniteltiin potilasohjeiden sisältöä ja rakennetta. Potilasohjeet haluttiin laadittavan perhekeskeisyys ja synnyttävän naisen tukihenkilön merkitys huomioiden. Huomioimme toimeksiantajan toiveet potilasohjeita suunnitellessa. Kirjasimme työsuunnitelmaan toimeksiantajan toiveet sekä suunnitelman potilasohjeiden sisällöstä. Työsuunnitelma hyväksyttiin joulukuussa 2013. Työsuunnitelman hyväksymisen jälkeen haettiin tutkimuslupaa Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautien ja synnytysten vastuualueen ylihoitajalta. Tutkimuslupa myönnettiin helmikuussa 2014.

5.3 Toteutus

Kehittämistyön toteutusvaiheessa alkaa varsinainen työskentelyvaihe. Tällöin suunnitelmia aletaan toteuttaa, ongelmiin haetaan ratkaisuja ja niitä testataan käytännössä. Toteutusvaiheessa on tärkeää huomioida, että kehittämistyö etenee asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Vaiheeseen kuuluu olemassa olevan tiedon kerääminen eri lähteistä, uuden tiedon tuottaminen ja työn raportointi. Tiedon hankinnalla ja arvioinnilla tarkoitetaan tavoitteellista ja systemaattista prosessia, jossa tunnustetaan kehittämistyöhön liittyvä tiedon tarve. Kehittämistyön teoriapohjassa on hyvä käyttää tieteellistä tutkimustietoa, jolla tarkoitetaan tutkimuksen avulla ja tieteellisin kriteerein saavutettua näyttöä. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 99, 104.) Keräsimme opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa runsaasti lähdemateriaalia, joita hyödynsimme toteutusvaiheessa. Toteutusvaiheessa etsimme myös aktiivisesti lisää lähdeaineistoa eri tietokannoista.

Opinnäytetyön toteutusvaiheessa asetimme tavoitteet potilasohjeille. Tavoitteena oli se, että odottava äiti ja hänen perheensä osaa valmistautua keisarileikkaukseen ohjeiden mukaisesti ja tietää leikkauksen kulun. Kerätyn tiedon ja opinnäytetyön toimeksiantajan toiveiden pohjalta laadittiin ensin suomenkielinen luonnos potilasohjeesta. Suomenkielisestä potilasohjeesta tehtyä luonnosta tarkasteltiin ja arvioitiin yhdessä äitiyspoliklinikan, prenataaliosaston sekä lapsivuodeosaston osastonhoitajien kanssa. Tapaamisessa saimme lisää tietoa keisarileikkauksen hoitopolusta sekä toiveita potilasohjeiden asiasisällöstä. Tapaamisessa päätettiin, ettei potilasohjeisiin lisätä vielä kuvia, koska kuvat haluttiin ottaa uusissa työskentelytiloissa, jotka valmistuvat keväällä 2015. Toimeksiantaja ottaa kuvat ja lisää ne ohjeisiin myöhemmin. Toimeksiantajan toiveesta potilasohjeiden väriksi valikoitui hempeä vaaleanpunainen. Tapaamisessa sovittiin, että ohjeiden lopullisen ulkoasun ja yksityiskohdat viimeistelee toimeksiantaja. Väliaikaisella väriyksellä pyrittiin elävöittämään ohjetta sekä korvaamaan puuttuvia kuvia. Suomenkielisen potilasohjeen luonnoksen tarkastelun jälkeen jatkoimme potilasohjeen laatimista.

Potilasohjeet tehtiin hyvän potilasohjeen kriteereitä vastaaviksi. Potilasohjeen asiasisältö pyrittiin pitämään yksinkertaisena ja ytimekkäänä, joten laajemmat perustelut jätettiin pois. Potilasohjeessa käsiteltiin vain keisarileikkauksen kannalta tärkeimmät asiat kronologisessa järjestyksessä. Lauserakenteet pyrittiin pitämään yksinkertaisina, mutta kuitenkin sujuvasti luettavina. Sanavalinnoissa pyrittiin selkeisiin ja helposti ymmärrettäviin sanoihin. Ammattitermien käyttöä vältettiin, sillä potilasohjeet on suunnattu perheille, joissa ei välttämättä ole terveysalan osaamista. Vältimme myös älä- ja ei-sanoilla alkavia lauseita, koska ne ovat hyvän potilasohjeen kriteereiden vastaisia. Otsikoilla pyrittiin jakamaan asiasisältöä helpottamaan lukemista ja aiheeseen palaamista. Otsikot muodostettiin kuvaamaan käsiteltävää aihealuetta. Kappaleet jaettiin asiasisällön mukaan järkeviin kokonaisuuksiin. Potilasohjeiden takasivulle laadittiin tarkastuslista asioista, jotka ovat erityisen tärkeitä huomioida ennen suunniteltua keisarileikkausta. Tarkastuslista laadittiin, jotta potilaan on helppo varmistaa, että leikkausvalmistelut ovat sujuneet ohjeiden mukaisesti. Tarkastuslistan avulla potilas voi nopeasti kerrata tärkeimmät asiat ohjeesta ilman koko ohjeen läpikäymistä. Tarkastuslista on apuväline myös potilaan vastaanottavalle henkilökunnalle.

Potilasohjeesta tehtiin A5 kokoinen toimeksiantajan toiveiden mukaisesti. A5 koko on myös helposti luettava sekä mukaan otettava. A5 kokoiseen potilasohjeeseen sopii hyvin fonttikoko 12, joka on riittävän suurta luettavaksi. Fontteina käytettiin Cambriaa ja Calibria, jotka ovat groteskeja eli päätteettömiä ja sen vuoksi selkeitä lukea. Riittävän suurien rivivälien avulla lisättiin ohjeen luettavuutta. Sisällysluettelosta potilaan on helppo muodostaa kokonaiskuva ohjeen sisällöstä. Sivunumerot auttavat ja nopeuttavat tiedon löytymistä sekä myöhemmin aiheeseen palaamista.

Ohjeen sisältöä ja rakennetta käsiteltiin yhdessä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa. Opinnäytetyöohjausta haettiin ohjaavalta opettajalta säännöllisin väliajoin. Hyödynsimme myös opinnäytetyötä opponivien opiskelijoiden kehittämissuhteita potilasohjeiden kehittämissä. Opponenteilta saimme hyviä ja käyttökelpoisia kehityssuhteita. Suomenkielinen potilasohje käännettiin englanniksi Savonia-ammattikorkeakoulun englanninkielen opettajan tukemana ennen sen lähettämistä toimeksiantajalle arvioitavaksi.

5.4 Arviointi

Arviointivaiheessa tietoa voidaan kerätä tarkkailemalla, arvioimalla ja reflektoidulla toimintaa. On tärkeä arvioida kehittämissuhteen etenemistä säännöllisesti koko työskentelyajan. Arvioidessa voidaan käsitellä vastaan tulleita ongelmia ja ratkaisuja niihin sekä mitä on tehty ja mitä on jäänyt tekemättä. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 113–114.) Opinnäytetyötä arvioitiin koko prosessin ajan. Arvioimme aikataulussa pysymistä, tavoitteiden saavuttamista sekä potilasohjeiden laatua opinnäytetyön toimeksiantajan toiveiden ja hyvän potilasohjeen kriteereiden mukaisesti. Opinnäytetyönä tehdyistä potilasohjeista pyydettiin palautetta opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa sujui hyvin. Toimeksiantajan puolelta saatiin selkeät raamit työn toteutukselle, kuitenkin rajoittamatta liikaa tekijöiden näkemyksiä. Potilasohjeiden suunnittelussa ja muokkauksessa toimeksiantaja antoi kehityssuhteita sekä selkeitä mielipiteitä sisällöstä.

Potilasohjeista palautetta antoivat Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikan, prenataaliosaston sekä lapsivuodeosaston kättilöt. Potilasohjeet olivat luettavana henkilökunnan kansliassa useamassa eri vuorossa, joten tarkkaa arvioijien lukumäärää ei tiedetä. Arviolta kättilöitä oli noin 20. Alun perin suunnitelmissa oli pyytää palautetta mahdollisesti kohderyhmään kuuluvilta ystäviltä, sillä tutkimusluvan puitteissa meillä ei ollut lupaa kysyä palautetta Kuopion yliopistollisen sairaalan asiakkailta. Opinnäytetyön toimeksiantaja ei kokenut ystäviltä pyydettyä palautetta tarpeellisena. Hänen ajatuksena oli pyytää palautetta suoraan kohderyhmältä. Ajatus ei kuitenkaan toteutunut. Henkilökunta koki, ettei palautetta voi kerätä vanhoissa tiloissa, sillä potilasohjeet ovat suunniteltu käytettäväksi uusissa tiloissa. Tämän vuoksi käytössämme oli ainoastaan henkilökunnan antama palaute.

Kättilöt arvioivat potilasohjeet ulkonäöllisesti ja sisällöllisesti hyväksi. Kättilöt antoivat muutamia täsmennyksiä ja muutosehdotuksia sanavalintoihin ja tekstin stilisointiin. Keisarileikkauksen hoitopolkuaan oli tullut vielä muutoksia, jotka pyydettiin päivittämään potilasohjeisiin. Kättilöiden kehityssuhteiden pohjalta päivitimme ensin suomenkielisen potilasohjeen. Suomenkielinen ohje hyväksyttiin

vielä opinnäytetyötä ohjaavalla opettajalla, jonka jälkeen päivitimme englanninkielisen potilasohjeen. Englanninkielinen potilasohje tarkastutettiin englanninkielen opettajalla.

Opinnäytetyön toteutusvaiheessa asetimme potilasohjeille tavoitteet. Asetettujen tavoitteiden arviointi on hankalaa, sillä potilasohjeet eivät ole vielä käytössä naisten akuuttikeskuksessa. Potilasohjeiden tavoitteiden saavuttamisen arviointi jää toimeksiantajan vastuulle. Toimeksiantajan tehtäväksi jäi myös potilasohjeiden käytettävyyden arviointi vuonna 2015 valmistuvissa toimintatiloissa.

5.5 Päätäminen

Päätämisen vaihe on kehittämistyössä yhtä tärkeä kuin kaikki siihen johtaneet vaiheet. Olennaista on luovuttaa kehittämistyön tuotos toimeksiantajalle ja varmistaa toimeksiantajan hyväksyntä tuotteesta. Päätämisen vaiheessa saatetaan työn dokumentointi päätökseen ja laaditaan lopullinen raportti tehdystä työstä. Viimeistelyyn tulee varata riittävästi aikaa, jotta lopussa ei tule kiire. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 121.) Valmiit potilasohjeet lähetettiin sähköisessä muodossa opinnäytetyön toimeksiantajalle toukokuussa 2014. Opinnäytetyön raportti viimeisteltiin syksyllä 2014. Potilasohjeet luovutettiin käyttöön toimeksiantajalle ja opinnäytetyön raportti jätettiin arvioitavaksi lokakuussa 2014.

6 POHDINTA

6.1 Eettisyyden ja luotettavuuden arvioiminen

Kehittämistyö on eettisesti hyväksyttävä, kun sen tavoitteet ovat korkean moraalien mukaisia, työ tehdään rehellisesti ja tarkasti ja työn seuraukset ovat käytäntöä hyödyttäviä. Kehittämistyön tekijän on tiedettävä mitä tehdään, miksi tehdään ja missä roolissa toimitaan. Työn arvioinnin on oltava järkevää ja kypsää. (Ojasalo, Moilanen ja Ritalahti 2009, 48.) Tiedostimme opinnäytetyötä tehdessä, että sen eettisyyttä ja luotettavuutta voivat heikentää inhimilliset tekijät, kuten väärin ymmärtäminen tai huolimattomuus. Olemme kuitenkin pyrkineet kaikissa opinnäytetyön vaiheissa työskentelemään eettisesti ja luotettavasti. Raskaana oleva on odotusaikana tunneherkässä tilassa, joten potilasohjaukseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Sen vuoksi laadimme potilasohjeet perhekeskeisyys ja tukihenkilön merkitys huomioiden.

Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen ja teimme tiiviisti yhteistyötä toimeksiantajan kanssa. Potilasohjeissa esitetyn keisarileikkauksen hoitopolun on oltava todenmukainen ja toimeksiantaja on hoitopolun asiantuntija. Huolehdimme siitä, että kerätty tieto on luotettavaa, näyttöön perustuvaa ja ajantasaista, sillä keisarileikkaukseen tulee valmistautua huolella, eikä potilasohje saa vaarantaa potilaan leikkaukselpoisuutta. Potilasohje vaikuttaa suuresti hoitomyöntyvyyteen ja hoitoon sitoutumiseen. Väärinkäsitysten estämiseksi laadimme potilasohjeet kieliasuiltaan selkeiksi ja ymmärrettäviksi. Hyvän potilasohjeen kriteereiden mukaisesti vältimme liiallista tiedon määrää kuitenkin siten, että kaikki tarpeellinen tieto on potilasohjeissa. Yksityiskohtainen tieto esimerkiksi leikkauksen kulusta voi herättää pelkoa toimenpidettä kohtaan. Toisaalta myös liian vähäinen tieto toimenpiteestä voi lisätä pelkoa ja tämän vuoksi pyrimme käsittelemään potilasohjeissa tärkeimmät asiat perustellen. Perusteluita laitettiin myös siksi, että maahanmuuttajat kaipaavat tarkempaa tietoa kuin suomenkieliset. Potilasohjeita laadittaessa pidimme mielessä kohderyhmät ja miksi ohjeet laaditaan. Potilasohjeet laadittiin laadukkaana potilasohjeen kriteereiden mukaisesti.

Potilasohjeiden luotettavuutta heikentää se, ettei niitä koekäytetty aidoissa potilastilanteissa. Alkuperäisen suunnitelman mukaan oli tarkoitus kysyä palautetta alaan kouluttamattomilta ystäviltämme. Toimeksiantaja ei kokenut tätä tarpeelliseksi. Emme myöskään voineet haastatella potilaita, sillä Kuopion yliopistollisen sairaalan tutkimusluvan mukaan opinnäytetyön tekijät eivät saa olla tekemisissä potilaiden kanssa. Tämän vuoksi alaan kouluttamattomien kokemukset potilasohjeista jäivät saamatta. Potilasohjeita arvioivat Kuopion yliopistollisen sairaalan kättilöt, ohjaava opettajamme ja opponoijat.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisättiin tietolähteiden valinnalla. Käytimme tieteellisiä tutkimuksia, lehtiartikkeleja sekä mahdollisimman tuoretta kirjallisuutta. Käytimme runsaasti kansainvälistä lähdeaineistoa, koska ulkomaiset tutkimukset olivat tuoreimpia. Lähdeaineistoa rajattiin julkaisuvuoden, tutkimusmaan sekä soveltuvuuden perusteella. Valitsimme alle kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, jotta ne olisivat edelleen luotettavia. Tutkimusmaan rajauksella pyrimme saamaan tietoa, joka on sovellettavissa suomalaisen terveydenhuoltoon. Tiedon sovellettavuutta arvioitiin kriittisesti, jotta tieto olisi potilasohjeissa hyödynnettävää ja merkittävää. Emme valinneet lähdeaineistoa, joka ei

vastannut täysin opinnäytetyön aihetta. Keisarileikkauksesta lähdeaineistoa löytyi runsaasti. Myös keisarileikkaukseen liittyviä tutkimuksia löytyi runsaasti, mutta rajauksen jälkeen hyödynnettäviä tutkimuksia oli yhdeksän (Liite 1: Keisarileikkaukseen liittyviä tutkimuksia). Tietoa keisarileikkauksella synnyttäneiden kokemuksista saamastaan ohjauksesta ja tuesta löytyi vain yksi tutkimus. Keisarileikkauksella synnyttäneiden naisten kokemus saamastaan ohjauksesta ja tuesta olisi hyvä tutkimuskohde, jotta potilasohjausta voitaisiin kehittää potilaslähtöisemmäksi. Keisarileikkauksen päätöksenteosta tutkimuksia löytyi useita, koska muualla Euroopassa äiti voi halutessaan valita keisarileikkauksen. Lähdeaineistoa hyödynnettäessä emme plagioineet. Pidimme kuitenkin asiasisällön lähdeä vastaavana. Olimme tarkkoja lähdemerkinnöissä.

Laadukkaana opinnäytetyön edellytyksenä on riittävän tarkka dokumentaatio. Valinnat ja ratkaisut tulee olla kirjattu ylös ja niille on esitetty perustelut. Tällä tavoin ulkopuolinen henkilö voi päätellä valintojen oikeellisuuden. (Kananen 2012, 164–165.) Opinnäytetyötä tehdessä dokumentoimme ja perustelimme kaikki valinnat mahdollisimman tarkasti. Kirjoitimme muistiinpanoja jokaisessa tapaamisessa opinnäytetyön toimeksiantajan sekä ohjaavan opettajan kanssa. Näitä muistiinpanoja hyödynsimme kehittäessämme ja kirjoittaessamme työtä eteenpäin. Dokumentoinnin avulla pystyimme seuraamaan edistymistämme sekä tehtyjä valintoja ja niiden luotettavuutta.

6.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Opinnäytetyön aloitusvaiheessa kartoitettiin kehittämistyön vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet SWOT-analyysin avulla (KUVIO 2). SWOT-analyysi piti pääosin paikkansa. Opinnäytetyön vahvuutena oli mielenkiintoinen aihe sekä yhteistyö Kuopion yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikan kättilöiden kanssa. Yksi opinnäytetyön heikkouksista oli se, ettei yliopistollisen sairaalan toimintojen muutoksista ollut täysin varmaa tietoa. Opinnäytetyönä tehdyt potilasohjeet on tarkoitettu yliopistollisen sairaalan naisten akuuttikeskukseen, jonka on tarkoitus valmistua keväällä 2015. Epävarmuus toimintojen muutoksista sekä keisarileikkauksen hoitopolusta ovat uhkia potilasohjeiden käytettävyydelle sen nykyisessä muodossaan vuonna 2015. Toimeksiantajan kanssa sovittiin, että mahdolliset potilasohjeiden päivitykset tehdään heidän toimestaan. Rakennemuutosten vuoksi opinnäytetyönä tehdyt potilasohjeet jäivät viimeistelemättä, koska valokuvat ja ulkoasu haluttiin vastaavan uusia tiloja.

Opinnäytetyölle aloitus- ja suunnitteluvaiheessa asetetut tavoitteet saavutettiin osittain. Opinnäytetyöllä on yhä mahdollisuus helpottaa ja parantaa potilasohjausta sekä lisätä tietoa keisarileikkauksesta. Näiden asioiden toteutumisen arviointi jää toimeksiantajalle. Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa laadittiin myös tutkimuskysymykset, joihin haettiin vastauksia opinnäytetyöprosessin ajan. Tutkimuskysymykset olivat onnistuneesti laaditut ja niiden avulla saatiin tietoa, joka oli tarkoituksenmukaista ja potilasohjeen laatimisessa hyödynnettävää.

Opinnäytetyön aiheesta löytyi runsaasti lähdemateriaalia, joka vaikeutti viitekehysten rajaamista sekä lähteiden luotettavuuden arviointia. Opinnäytetyössä heikkoutena olivat inhimilliset tekijät kuten erehtyminen tai väärin ymmärtäminen. Englanninkielisen lähdeaineiston kääntäminen oli haasteellis-

ta runsaan ammattisanaston vuoksi. Englanninkielinen lauserakenne poikkeaa merkittävästi suomenkielisestä lauserakenteesta. Sen vuoksi lähdeaineiston kääntäminen oli hankalaa, sillä oli tärkeää, ettei asiasisältö muutu. Oma jaksaminen ja aikataulun venyminen olivat uhkakuvia, silti opinnäytetyö eteni suunnitelmallisesti ja johdonmukaisesti. Tavoitteena oli saada opinnäytetyö jätettyä arviotavaksi toukokuussa 2014. Tässä ei kuitenkaan onnistuttu ja opinnäytetyön viimeistely jäi syksyyn 2014. Vaikka aika taulu oli tiukka, omaa jaksamista tuettiin pitämällä tarpeellisia taukoja opinnäytetyön tekemisestä, joka auttoi mielenkiinnon ylläpitämisessä. Opinnäytetyön tekijöiden sujuva ja tehokas yhteistyö sekä keskinäinen kannustus auttoivat työn etenemisessä aikataulun mukaisesti. Aikataulussa pysymistä vaikeutti se, että ajoittain oli hankalaa saada yhteyttä toimeksiantajaan ja ohjaavaan opettajaan. Opinnäytetyöprosessin viimeistelyvaiheeseen tarvittava aika yllätti meidät, jonka myötä opimme, että aikaa olisi hyvä varata riittävästi viivästysten varalta.

Opinnäytetyön etenemistä hidasti ammattikorkeakoulun ristiriitaiset ja puutteelliset opinnäytetyöohjeet. Tietoa opinnäytetyön ohjeista saatiin kesken opinnäytetyöprosessin, jonka vuoksi muutoksia jouduttiin tekemään useita kertoja. Puutteellisten ohjeiden takia opinnäytetyön tekijöiden sekä työtä ohjaavan opettajan aikaa kului turhaan. Myös äidinkielenohjauksen vähyyssuhteessa opinnäytetyön laajuuteen koettiin työtä hankaloittavaksi tekijäksi. Teimme opinnäytetyönä kaksi erillistä tuotosta, joihin molempiin olisi tarvittu äidinkielen ohjausta. Saimme tarvittavan määrän englanninkielen ohjausta, joka teki englanninkielisestä potilasohjeesta laadukkaamman. Opinnäytetyöprosessiin kuuluvissa ABC-pajoissa käsiteltiin tärkeitä aiheita opinnäytetyön rakenteesta ja kielestä, jotka olisivat olleet tarpeellisia tietää jo opinnäytetyön aloitusvaiheessa.

Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheena voisi olla tuotettujen potilasohjeiden toimivuuden arviointi potilaiden näkökulmasta Kuopion yliopistollisen sairaalan uusissa tiloissa, koska nyt arviointi jää toimeksiantajalle. Toimeksiantaja olisi hyötynyt opinnäytetyöstä enemmän, jos potilasohjeiden laatiminen olisi ajoitettu lähelle uusien tilojen valmistumista. Tällöin potilaat olisivat voineet antaa palautetta potilasohjeiden toimivuudesta. Palautteen avulla potilasohjeita olisi voinut kehittää entistä toimivammiksi.

6.3 Ammatillisen kehittymisen arvioiminen

Opinnäytetyötä aloittaessa tekijöiden tietämys keisarileikkauksesta oli vähäinen. Opinnäytetyöprosessin myötä tietämys keisarileikkauksesta lisääntyi. Keisarileikkaukseen liittyvät valmistelut sekä riskit selkiytyivät työtä tehdessä, mistä on hyötyä tulevaisuuden työelämässä. Opinnäytetyön myötä saatiin laajasti tietoa raskaudesta, synnytyksestä, keisarileikkauksesta, potilasohjauksesta, maahanmuuttajista terveydenhuollossa sekä perhekeskeisestä hoitotyöstä. Tämä tietoperusta on hyödyksi kättilöntyössä.

Maahanmuuttajien lisääntyminen Suomessa lisää myös hoitajien monikulttuurisen hoitotyön tarvetta. Hoitohenkilökunnalla tulee olla kykyä ohjata, opettaa ja neuvoa maahanmuuttajia. Uusien sairauksien tuntemus sekä naisten ympärileikkausten tunteminen vaativat kättilöntyössä osaamista ja taitoa. Hoitohenkilökunnan tulee aktiivisesti hyväksyä ja suvaita erilaisuutta. Kättilön tulee huomioida työs-

sään eri uskontokunnat ja kunnioittaa heidän toiveitaan. Esimerkiksi islaminuskoiset eivät välttämättä halua riisuutua hoitajan nähden, jolloin tilanteeseen on keksittävä vaihtoehtoisia ratkaisuja. (Koski 2012, 45–48.) Monikulttuurisen tietotaidon lisääntyminen koettiin merkityksellisimmäksi, koska maahanmuuttaja-asiakkaat ovat lisääntyneet suomalaisessa terveydenhuollossa. Monikulttuurisen hoitotyön sekä potilasohjauksen osaaminen on tulevaisuudessa entistä tärkeämpää. Perhehoitotyötä korostetaan nykyisin, koska potilaita halutaan hoitaa kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Perheen huomioimisella on suuri vaikutus onnistuneeseen potilastyöhön.

Potilasohjaus on merkittävässä osassa hoitotyötä. Kätilön ammattispesifisissä kompetensseissa yksi osaamisalue on opetus- ja ohjausosaaminen. Tähän kompetenssiin sisältyy tarkoituksenmukaisen perusohjausmateriaalin tuottaminen ja käyttäminen potilasohjauksessa (Savonia-ammattikorkeakoulu s.a.). Potilasohjauksesta saatiin tärkeää teoriatietoa, joten potilasohjausta on helpompi toteuttaa käytännönpotilastyössä. Potilasohje on tärkeä apuväline suullisen potilasohjauksen tukena ja sen merkitys ohjaustyössä korostui. Opinnäytetyön laatimisen myötä saatiin selkeä kuva millainen on hyvä potilasohje ja miten se laaditaan.

Kätilön ammattispesifisiin kompetensseihin kuuluu moniammatillinen yhteistyöosaaminen, joka pitää sisällään muun muassa asiakaslähtöisen yhteistyön, ammattilaisten konsultoinnin sekä moniammatillisen työskentelyn erilaisissa projekteissa (Savonia-ammattikorkeakoulu s.a.). Nämä taidot kehittyivät opinnäytetyön tekemisen myötä. Työskentely työelämälähtöisessä projektissa yhteistyössä eri tahojen kanssa antoi mahdollisuuden tutustua työyhteisöön ja sen toimintatapoihin. Työelämässä prosessityöskentelytaidot ovat hyödyllisiä, sillä usein työmenetelmiä kehitetään yhteisön kesken. Prosessityöskentelytaitoihin kuuluu asioiden priorisointi. Asioiden tärkeysjärjestykseen laittamisella säästetään aikaa ja resursseja. Opinnäytetyöprosessin aikana suunnitelmallisuus ja järjestelmällisyys työn tekemisessä kehittyivät. Näitä taitoja tarvitaan työelämässä. Joustavuutta kuitenkin tarvitaan työtilanteiden muuttuessa.

Tiedonhakutaidot kehittyivät koko opinnäytetyöprosessin ajan. Näyttöön perustuvan tiedon hakeminen ja sen hyödyntäminen ovat merkittäviä oman ammattitaidon kehittämisessä ja ylläpitämisessä. Kriittinen ajattelu on kehittynyt opinnäytetyöprosessin aikana. Tieteellinen kirjoittaminen oli melko vierasta ja se tuotti vaikeuksia prosessin alkuvaiheessa. Tieteellinen kirjoittaminen kehittyi projektin myötä ja sen tuottaminen oli sujuvampaa. Kirjoittaminen on hoitotyössä merkittävässä osassa, sillä kaikki potilaskäynnit dokumentoidaan. Hoitotyön dokumentoinnin tulee olla selkeää ja tärkeimmät asiat esille tuovaa. Dokumentointi pitää tehdä siten, ettei tekstiä voi ymmärtää väärin. Tieteellisen kirjoittamisen myötä hoitotyön dokumentointitaitomme ovat kehittyneet, josta uskomme hyötyvämmemme tulevaisuuden työelämässä.

LÄHTEET

- ABDELHAMID, Pirkko, JUNTUNEN, Anitta ja KOSKINEN, Liisa 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. WSOYpro Oy.
- AHO, Tellervo, JALONEN, Jouko, KOKKI, Hannu, TIKKANEN, Heikki ja TALA, Tiina 2009. Leikkauksen valmistautuminen [verkkoaineisto]. Duodecim: Käypä hoidon potilasversiot. [Viitattu 2013-11-03.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00089#s16
- APTER, Dan, ESKOLA, Meri-Sisko, SÄÄVÄLÄ, Minna ja Kettu, Niina 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen [verkkoaineisto]. Väestöliitto. [Viitattu 2013-12-05.] Saatavissa: https://moodle.amk.fi/pluginfile.php/1785/mod_resource/content/5/V%C3%A4est%C3%B6liiton%20Maahanmuuttajien%20seksuaali-%20ja%20lis%C3%A4ntymisterveyden%20edist%C3%A4minen%202009.pdf
- BASTABLE, Susan 2006. Essentials of Patient Education. United States of America: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- BASTON, Helen ja HALL, Jennifer 2009a. Midwifery essentials – Volume 3. Labour. Churchill Livingstone Elsevier.
- BASTON, Helen ja HALL, Jennifer 2009b. Midwifery essentials – Volume 4. Postnatal. Churchill Livingstone Elsevier.
- BLÜML, Victor, STAMMLER-SAFAR, Maria, REITINGER, Agnes K, RESCH, Irene, NADERER, Andrea ja LEITHNER, Katharina 2012. A Qualitative Approach to Examine Women’s Experience of Planned Cesarean. JOGNN 41 (6), 82-90.
- FALVO, Donna R. 2004. Effective Patient Education. A Guide to Increased Compliance. 3. painos. United States of America: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- HAAPIO, Sari, KOSKI, Kirsti, KOSKI, Pirjo ja PAAVILAINEN, Riitta 2009. Perhevalmennus. Porvoo: Ws Bookwell Oy.
- HAAS, David, MORGAN, Sarah ja CONTRERAS, Karenrose 2013. Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD007892. DOI: 10.1002/14651858.CD007892.pub3.
- HALLIKAINEN, Minna 2011. Maahanmuuttajan suomalaisen palvelujärjestelmän asiakkaana – ”Hukkassa olemisen tunne on silloin, kun ei tiedä mitä pitäisi kysyä” [opinnäytetyö]. Mikkelin ammattikorkeakoulu. [Viitattu 2014-02-11.] Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/26407/Hallikainen_Minna.pdf
- HEIKKILÄ, Asta, JOKINEN, Pirkko ja NURMELA, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen – avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- HOLMBERG-MARTTILA, Doris, LÄNSIPURO, Liisa ja KUUSISTO, Leena 2012. Pirkanmaan sairaanhoidopiiriin hoitoketjuopas [verkkoaineisto]. Perusterveydenhuollon yksikkö, PSHP. [Viitattu 2013-11-21.] Saatavissa: <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=837&GUID=%7B36E07036-208E-48B2-BCEE-3FD3D720353A%7D>
- KALLIOVALKAMA, Elina ja MUNNUKKA, Terttu 2003. Isä keisarileikkaussynnytyksessä [artikkeli]. Hoitotiede 15 (1), 3-13.
- KANANEN, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- KOSKI, Pirjo 2012. Vuorovaikutus kättilötyössä. Monikulttuurisuus kättilötyössä. Julkaisussa: PAANANEN, Ulla, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO, Eija, VÄYRYNEN, Pirjo ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari (toim.) Kättilötyö. 2.-4. painos. Helsinki: Edita Prima, 45-48.

- KOSKIMIES, Katja ja MUTIKAINEN, Hanna-Kaisa 2008. Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaana [opinnäytetyö]. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. [Viitattu 2014-02-11.] Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/37374/stadia-1205762091-7.pdf?sequence=1>
- KYNGÄS, Helvi ja HENTINEN, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja Hoitotyö. Helsinki: WSOY, 77 ja 115.
- KYNGÄS, Helvi, KÄÄRIÄINEN, Maria, POSKIPARTA, Marita, JOHANSSON, Kirsi, HIRVONEN, Eila ja RENFORS, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY oppimateriaalit Oy.
- LAISALMI-KOKKI, Merja 2009. Keisarileikkauksen anestesia [artikkeli]. Spirium 44 (3), 12-15.
- LAKI POTILAAN ASEMESTA JA OIKEUKSISTA. 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2014-02-11.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- LARIVAARA, Pekka, LINDROOS, Sirpa ja HEIKKILÄ, Taina 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- LITMANEN, Kirsi 2012. Raskauden vaikutus naisen elimistöön. Raskaudenaikaiset muutokset naisen elimistössä. Julkaisussa: PAANANEN, Ulla, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO, Eija, VÄYRYNEN, Pirjo ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari (toim.) Kätilötyö. 2.-4. painos. Helsinki: Edita Prima, 152.
- MAAHANMUUTTOVIRASTO 2014a. Keskeisiä maahanmuuttoon liittyviä termejä [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-02-11.] Saatavissa: http://www.migri.fi/medialle/sanasto#M_fi
- MAAHANMUUTTOVIRASTO 2014b. Maahanmuuttoviraston tilastot. Ulkomaalaiset Suomessa kansalaisuuksittain 2013 [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-02-11.] Saatavissa: http://www.migri.fi/download/50367_Suomessa_asuvat_ulkomaalaiset_2013_fi.pdf?19064a9022f2d088
- MEDFORTH, Janet, BATTERSBY, Sue, EVANS, Maggie, MARSH, Beverly ja WALKER, Angela 2006. Oxford Handbook of Midwifery. New York: Oxford University Press.
- NUMMI, Vuokko Maria ja JÄRVI, Ulla 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista [artikkeli]. Suomen lääkärilehti 67 (1-2), 14-16. [Viitattu 2014-02-11.] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL12012-14.pdf>
- OJASALO, Katri, MOILANEN, Teemu ja RITALAHTI, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYpro Oy.
- PPAVILAINEN, Eija, KORKIAMÄKI, Kirsi, PORTHAN, Leea ja IJÄS, Maija-Liisa 2013. Äitien ja isien tarvitseman tuen kehittäminen [verkoaineisto]. Sairaanhoidajaliitto [viitattu 2013-12-05.] Saatavissa: http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/4_2006/muut_artikkelit/aitien_ja_isien_tarvitseman_tuen/
- PALLASMAA, Nanneli 2009. Vakavat äitikomplikaatiot eri synnytystavoilla [artikkeli]. Kätilölehti – Tidsskrift för Barnmorskor 2, 28-29.
- SARIOLA, Anna ja TIKKANEN, Minna 2011. Normaali raskaus. Julkaisussa: YLIKORKALA, Olavi ja TAPANAINEN, Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. Uudistettu painos. Hämeenlinna: kustannus Oy Duodecim. 308-314.
- SARIOLA, Anna ja TIKKANEN, Minna 2011. Normaali synnytys. Julkaisussa: YLIKORKALA, Olavi ja TAPANAINEN, Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. Uudistettu painos. Hämeenlinna: kustannus Oy Duodecim. 315.
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2011. Opinnäytetyön prosessikuvaus [verkkomateriaali]. [Viitattu 2014-02-14.] Saatavissa: http://webd.savonia.fi/moodle/yhteiset_tiedotteet/ont/ohjeet/fi/prosessikuvaus.pdf
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU s.a. Opetussuunnitelmat. Kätilön ja sairaanhoidajan ammatilliset kompetenssit. [Viitattu 2014-04-23.] Saatavissa: http://webd.savonia.fi/nettiops/Sairaanhoidajan_ja_katil%C3%B6n_amatilliset_kompetenssit_TK11S.pdf

- SMAILL, Fiona ja GYTE, Gillian 2010. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section [verkkoartikkeli]. Cochrane Database of Systematic Reviews (1). Artikkelin numero: CD007482. DOI: 10.1002/14651858.CD007482.pub2.
- SUOMEN VIRALLINEN TILASTO (SVT) 2012a. Muuttoliike [verkkajulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu 2013-05-20.] Saatavissa: http://www.tilastokeskus.fi/til/muutl/2012/muutl_2012_2013-04-26_tie_001_fi.html
- SUOMEN VIRALLINEN TILASTO (SVT) 2012b. Väestörakenne [verkkajulkaisu]. Liitetaulukko 2. Väestö kielen mukaan 1980–2012. Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu: 2013-05-20.] Saatavissa: http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2012/vaerak_2012_2013-03-22_tau_002_fi.html
- SUOMEN VIRALLINEN TILASTO (SVT) 2012c. Syntyneet [verkkajulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu: 2013-05-24.] Saatavissa: http://www.tilastokeskus.fi/til/synt/2012/synt_2012_2013-04-12_tie_001_fi.html
- SUOMEN VIRALLINEN TILASTO (SVT) 2012d. Perinataalilasto- synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011 [verkkajulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu: 2013-05-20.] Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/synnytykset/perinataalilasto
- SUOMEN VIRALLINEN TILASTO (SVT) 2013. Väestörakenne [verkkajulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu 2014-02-11.] Saatavissa: http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2012/01/vaerak_2012_01_2013-09-27_tie_001_fi.html
- TARKKA, Marja-Terttu, RANTANEN, ANJA, HAUSSLER, Susan ja ÅSTEDT-KURKI, Päivi 2005. Äitien kokemuksia suunnittelusta ja äkillisestä keisarileikkaussynnytyksestä [artikkeli]. *Hoitotiede* 17 (6), 333-343.
- TIAINEN, Minna, SYVÄOJA, Sakari ja REINIKAINEN, Matti 2009. Sektiopotilaan postoperatiivisen kivun hoito – kolmen menetelmän vertailu [artikkeli]. *Spirium* 44 (1), 12-14.
- TIITINEN, Aila 2013. Tietoa potilaalle: keisarileikkaus. Lääkärikirja Duodecim [verkkoinaisto]. [Viitattu 2013-11-02.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01377&p_haku=keisarileikkaus
- TORKKOLA, Sinikka, HEIKKINEN, Helena ja TIAINEN, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi – opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- UOTILA, Jukka 2012. Synnytyksen kuluessa ilmenevät häiriöt. Synnytysoperaatiot. Julkaisussa: PAANANEN, Ulla, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO, Eija, VÄYRYNEN, Pirjo ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari (toim.) *Kätilötyö*. 2.-4. painos. Helsinki: Edita Prima, 490-493.
- UOTILA, Jukka ja TUIMALA, Risto 2011. Synnytysoperaatiot. Julkaisussa: YLIKORKALA, Olavi ja TAPANAINEN, Juha (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. 5. Uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. 472-473.
- VALLIMIES-PATOMÄKI, Marjukka 2012. Tutkimustietoa lisääntymisestä, raskaudesta ja synnytyksestä. Raskaus ja synnytys tutkimuksen valossa. Julkaisussa: PAANANEN, Ulla, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO, Eija, VÄYRYNEN, Pirjo ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari (toim.) *Kätilötyö*. 2.-4. painos. Helsinki: Edita Prima, 73.
- VALLO, Minna 2004. Sektiopotilaan heräämöhoito [artikkeli]. *Spirium* 39 (4), 15-16.
- VELANDIA, Marianne, MATTHISEN, Ann-Sofi, UVNAS-MOBERG, Kerstin ja NISSEN, Eva 2010. Onset of Vocal Interaction Between Parents and Newborns in Skin-to-Skin Contact Immediately After Elective Cesarean Section. *BIRTH* 37 (3), 192-201.
- VILKKA, Hanna ja AIRAKSINEN, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino.
- VÄYRYNEN, Pirjo 2012. Johdatus kätilötyöhön. Kätilötyön etiikka. Julkaisussa: PAANANEN, Ulla, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO, Eija, VÄYRYNEN, Pirjo ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari (toim.) *Kätilötyö*. 2.-4. painos. Helsinki: Edita Prima, 36.

YHDENVERTAISUUSLAKI. 20.1.2004/21. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2014-02-11.] Saatavissa: [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040021?search\[type\]=pika&search\[pika\]=yhdenvertaisuuslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040021?search[type]=pika&search[pika]=yhdenvertaisuuslaki)

ZANARDO, Vincenzo, SVEGLIADO, Giorgia, CAVALLIN, Francesco, GIUSTARDI, Arturo, COSMI, Erich, LITTA, Pietro ja TREVISANUTO, Daniele 2010. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? Birth 37 (4), 275-279.

LIITTEET

LIITE 1: KEISARILEIKKAUKSEEN LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja –vuosi, tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät ja aineisto	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Blüml, Victor, Stammeler-Safar, Maria, Reitingner, Agnes K, Resch, Irene, Naderer, Andrea Ja Leithner, Katharina. University of Vienna, Vienna Itävalta 2012. A Qualitative Approach To Examine Women's Experience Of Planned Cesar-Ean.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää odotukset ja kokemuksen keisarileikkaussynnytyksestä.	Tutkimus tehtiin puolistrukturoituna haastatteluna, johon osallistui 48 naista. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla.	Kolme neljästä naisesta oli tyytyväinen keisarileikkauskokemukseen, mutta kuitenkin ahdistusta ja huolta vauvan terveydestä, epiduraali-puudutuksesta ja leikkauskomplikaatioista esiintyi yli 80 % synnyttäneistä. Puolet naisista koki saaneensa riittävästi tietoa leikkauksesta. Neljäsosa koki tiedon olleen kohtalaista ja loput huonoa.
Haas, David, Morgan, Sarah ja Contreras, Karenrose. Indiana University School Of Medicine, Indianapolis, Indiana, USA 2013. Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, vähentääkö vaginan puhdistaminen antiseptisellä aineella ennen keisarileikkausta riskiä äidin infektiosairauksiin, kuten kohdun limakalvon tulehdukseen ja haava komplikaatioihin.	Tutkimukseen osallistui 1946 naista, joista 1766 analysoitiin. Tutkimusmenetelmänä käytettiin satunnaistettuja ja lähes satunnaistettuja tutkimuksia, joiden avulla vertailtiin vaginan antiseptistä puhdistuksen ja lumepuhdistusaineen sekä nykykäytäntöjen mukaisen hoidon vaikutuksia keisarileikkauksen jälkeisiin infektiosairauksiin.	Emättimen puhdistus antiseptisellä aineella välittömästi keisarileikkauksen jälkeen vähensi leikkauksen jälkeistä riskiä kohdun tulehdukseen. Antiseptisen puhdistuksen hyöty oli suurempi naisilla, joiden lapsivesikalvot olivat rikkoutuneet. Tutkimuksen mukaan emättimen puhdistus ei vähentänyt keisarileikkauksen jälkeistä kuumeilua tai haavainfektioita.
Kalliovalkama, Elina ja Munnukka, Terttu. Seinäjoen keskussairaala ja Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos 2003. Isä keisarileikkaussynnytyksessä.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla miehen kokemusta keisarileikkaussynnytyksessä mukanaolostaan.	Tutkimusaineisto (12 isän haastattelu) analysoitiin induktiivisesti sisällön analyysillä.	Tutkimustulosten mukaan päätös keisarileikkauksesta koettiin helpotuksena. Mies tuki leikkauksessa puolisoaan emotionaalisesti ja konkreettisesti sekä hän halusi olla läsnä lapsensa syntymässä. Miesten etukäteistieto keisarileikkauksesta vaihteli. Miehet toivoivat etukä-

			teisohjauksen tehostamista ja joustavuutta perhevalmennuksen toteuttamiseen ja sairaalan hoitokäytäntöihin.
Pallasmaa, Nanneli. Tampereen yliopistollinen keskussairaala, Naistenlinikka 2009. Vakavat äitikomplikaatiot eri synnytystavoilla.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää eri synnytystapoihin liittyviä vakavien, henkeä uhkaavien äitikomplikaatioiden esiintymistä vuosina 1997 ja 2002.	Aineisto kerättiin hoitoilmoitus- ja synnytysrekisteristä.	Vakavat äitikomplikaatiot olivat yleisempiä päivystyskeisarileikkauksessa (2,7 %) kuin elektiiivisissä keisarileikkauksissa (1,2 %) ja imukupi/pihtisynnytyksissä (0,8 %) yleisempiä kuin spontaaneissa alatiesynnytyksissä (0,5 %). Kaikkiaan vakavat komplikaatiot olivat 3-4 kertaa yleisempiä keisarileikkauksissa kuin alatiesynnytyksissä. Vakavat komplikaatiot ovat lisääntyneet tilastollisesti merkittävästi sekä alatie- että leikkauksynnytyksissä vuodesta 1997 vuoteen 2002 mennessä, kaikki synnytykset mukaan lukien 0,6 prosentista 0,8 prosenttiin.
Small, Fiona ja Gyte, Gillian. McMaster University, Hamilton, Canada 2010. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida antibiootti profylaksian tehokkuutta keisarileikkauksen jälkeisten infektioiden torjunnassa verrattuna siihen, että ei anneta antibiootti profylaksiaa.	Tutkimuksia tehtiin yhteensä 86, joihin osallistui yli 13 000 naista. Tutkimukset tehtiin satunnaistettuina ja lähes satunnaistettuina, joissa vertailtiin antibiootti profylaksiaa ja ei-profylaksiaa keisarileikkauksessa.	Antibiootti profylaksia vähensi riskiä kuumeeeseen sekä haava-, kohutu- ja virtsatieinfektioihin. Antibiootti vähensi myös vakavien komplikaatioiden riskiä äideillä. Tulos oli sama sekä elektiiivisissä että päivystyksellisissä leikkauksissa. Tuloksissa ei ollut eroja antibiootin antoajan suhteen (ennen vai jälkeen napanuoran katkaisua).
Tarkka, Marja-Terttu, Rantanen, Anja, Haussler, Susan, ja Åstedt-Kurki, Päivi. Tampereen yliopisto, hoitotieteenlaitos 2005. Äitien koke-	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata suunnitellulla ja äkillisellä keisarileikkauksella synnyttäneiden äitien synnytyskokemuksia ja syn-	Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella kahdesta yliopistollisesta sairaalasta suunnitellulla (107 äitiä)	Lähes kaikki äidit tunsivat olevansa valmiita suunniteltuun keisarileikkaukseen. ¾ äideistä tunsivat olevansa valmiita äkilliseen keisa-

<p>muksia suunnitellusta ja äkillisestä keisarileikkaussynnytyksestä.</p>	<p>nytykokemukseen yhteydessä olevia tekijöitä.</p>	<p>ja äkillisellä (106 äitiä) keisarileikkauksella synnyttäneiltä äideiltä (yhteensä 213 äitiä). Tilastollisina kuvailuvina menetelminä käytettiin frekvenssi- ja prosenttija-kaumia, keskiarvoja ja keskihajontoja. Ryhmien välisiä eroja tutkittiin χ^2-testillä, kahden riippumattoman otoksen t-testillä sekä yhdensuuntaisella varianssianalyysillä.</p>	<p>rileikkaukseen. Ryhmien välillä oli eroja syissä, jotka vaikuttivat siihen, tunsiko äiti olevansa valmis vai ei. Molemmissa ryhmissä äitien synnytyskokemus oli kohtalaisen myönteinen.</p>
<p>Tiainen, Minna, Syväoja, Sakari ja Reinikainen, Matti. Pohjois-Karjalan keskussairaala 2009. Sektiopotilaan postoperatiivisen kivun hoito – kolmen menetelmän vertailu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko tarvittaessa lihakseen annosteltavan oksikodonin, epiduraalisen puuduteinfuusion ja haavan puuduteinfuusion välillä eroja kivunhoidon laadukkuudessa.</p>	<p>Tutkimus tehtiin retrospektiivisesti, jossa keisarileikkauksipotilaiden kokemana kipua, annetun opioidin määrä, pahoinvoinnin esiintyvyys sekä potilaiden tyytyväisyys selvitettiin seurantalomakkeista kerätyn tiedon avulla. Tutkimukseen osallistui 30 potilasta: 10 perinteisellä kivunhoitomenetelmällä hoidettua, 10 haavan puuduteinfuusiolla hoidettua ja 10 epiduraalisella puuduteinfuusiolla hoidettua.</p>	<p>Haava puuduteinfuusio ja epiduraalinen puuduteinfuusion tehokkuus erosi tilastollisesti merkittävästi perinteisestä lihakseen annettavasta opioidista. Haava puuduteinfuusion ja epiduraalisen puuduteinfuusion välillä ei ollut eroa. Potilaiden kokeaman kivun voimakkuus oli merkittävästi vähäisempi ja potilastyytyväisyys parempi haava puuduteinfuusio ja epiduraali puuduteinfuusioryhmissä kuin perinteisen kivunhoidon ryhmässä.</p>
<p>Velandia, Marianne, Matthisen, Ann-Sofi, Uvnas-Moberg, Kerstin ja Nissen, Eva. Stockholm, Sweden 2010. Onset of Vocal Interaction Between Parents and Newborns in Skin-to-Skin Contact Immediately After Elective Cesarean Section.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ja vertailla vanhemman ja vastasyntyneen välistä vuorovaikutusta kun lapsi sijoitetaan ihokontaktiin joko äidin tai isän kanssa heti suunnitellun keisarileikkauksen jälkeen.</p>	<p>Tutkimus tehtiin satunnaistettuna tutkimuksena, jossa 37 ensisynnyttäjille syntynyttä tervettä vastasyntyntä laitettiin 30 minuutiksi ihokontaktiin joko isän tai äidin kanssa. Ensimmäiset viisi minuuttia lapsi vietti ihokos-</p>	<p>Ihokontakti vastasyntyneen ja vanhempien välillä välittömästi keisarileikkauksen jälkeen lisää vuorovaikutusta. Ihokontaktissa isän kanssa ollut vastasyntynyt itki vähemmän ja rentoutui nopeammin keisarileikkaussynnytyksen jälkeen.</p>

		ketuksessa äidin kanssa. Vastasyntyneiden ja vanhempien vuorovai- kutusta nauhoitettiin videolle ja ääninauhalle.	
Zanardo, Vincenzo, Svegliado, Giorgia, Cavallin, Francesco, Giustardi, Arturo, Cosmi, Erich, Litta, Pietro ja Trevisanuto, Daniele. Padua, Italy 2010. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding?	Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla ja arvioida imetyksen jatkumista syntymästä 6 kuukauden ikään elektiivisesti ja päivystyksellisesti keisarileikkauksella syntyneillä sekä alateitsesyntyneillä.	Tutkimuksessa vertailtiin 2 237 lapsen imetystä. 667 lasta oli syntynyt keisarileikkauksella, joista 398 elektiivisesti ja loput päivystyksellisesti. 1496 lasta oli syntynyt alateitse.	Vastasyntyneen imetys oli huomattavasti yleisempää ja ensimmäinen imetys tapahtui aiemmin alatiesynnytyksen jälkeen kuin keisarileikkauksen jälkeen. Imetyksessä ei ollut eroja elektiivisen ja päivystyksellisen keisarileikkauksen välillä. Alateitse syntyneiden lasten imetys oli yleisempää kotituduttuessa ja 7 päivän, 3 kuukauden ja 6 kuukauden jälkeen syntymästä kuin keisarileikkauksella syntyneiden.



SUUNNITELTU KEISARI- LEIKKAUS





Lapsen syntymä luo vanhemmille uusia elämyksiä ja haasteita, joita on tärkeä kohdata yhdessä. Tukihenkilön läsnäolo on merkittävää yhteisen synnytyskokemuksen muodostumisessa. Teidän turvallisuudestanne ja hyvinvoinnistanne huolehditaan koko sairaalassaoloajan. Henkilökunnalla on vahva halu tukea teitä vastasyntyneen ensihetkissä ja luoda perustaa tulevaisuudelle.



SISÄLLYS

KEISARILEIKKAUS JA SEN SYYT	3
VALMISTELUT KOTONA.....	4
VALMISTELUT SAIRAALASSA LEIKKAUSPÄIVÄNÄ	5
LEIKKAUSVALMISTELUT TOIMENPIDESALISSA	6
KEISARILEIKKAUKSEN KULKU	7
LEIKKAUKSEN JÄLKEISET PÄIVÄT	8
TARKASTUSLISTA	11

KEISARILEIKKAUS JA SEN SYYT

Tämä opaslehtinen on suunnattu Teille keisarileikkaukseen valmistautuvalle perheelle. Oppaassa käsitellään suunniteltua keisarileikkausta, siihen liittyviä valmisteluita sekä hoitoa leikkauksen aikana ja sen jälkeen. Opaslehtisen lopussa on tarkastuslista. Tarkastuslistan avulla voitte varmistaa, että olette valmistautuneet leikkaukseen ohjeiden mukaisesti.

Keisarileikkauksessa vauva synnytetään äidin vatsanpeitteisiin ja kohtuun tehtävän viillon kautta. Suunnitellun keisarileikkauksen yleisimmät syyt ovat äidin ahdas lantio, vauvan koko, virhetarjonnat, aikaisempi keisarileikkaus, varhainen raskausmyrkytys, muut äidin sairaudet sekä synnytyspelko. Lääkäri on keskustellut kanssanne leikkaukseen johtaneista syistä.

VALMISTELUT KOTONA

Käy antamassa verinäytteet oman terveyskeskuksesi laboratorioissa tai KYSin näytteenottoyksikössä. Jos leikkaus on tiistaina, annetaan näytteet edellisen viikon perjantai-aamupäivänä. Leikkauksen ollessa torstaina, annetaan näytteet saman viikon maanantai-aamupäivänä.

Naisten akuuttikeskuksen osastosihteeri soittaa sinulle leikkauspäivää edeltävänä iltapäivänä ja kertoo saapumisajan naisten akuuttikeskukseen. Päivitäthän pikkuHaikaran, että tietosi ovat ajan tasalla.

Voit syödä ja juoda normaalisti leikkausta edeltävänä päivänä klo 24:00 asti. Suosi kevyitä ruokia, kuten keittoja. Raskaat ateriat voivat vaikuttaa vatsan toimintaan, joten niitä on hyvä välttää. **Leikkauuspäivän aamuna et saa syödä etkä juoda edes vettä.** Mikäli käytät säännöllistä lääkitystä perussairauteen, voit ottaa aamulääkkeet pienen vesimäärän kanssa (noin 1/4 desiä) lääkärin ohjeen mukaan.

Käy suihkussa ja pese hiukset illalla ennen nukkumaan menoa. Sinun ja vauvasi turvallisuuden vuoksi poista mahdolliset kynsilakat, geelikynnet, lävistykset ja muut korut. Leikkauspäivän aamuna käy vielä vartalosuihkussa, mutta hiuksia ei enää pestä. Pue suihkun jälkeen tukisukat jalkaasi. Pidäthän tukisukat puhtaana.

Mikäli tupakoit, on se hyvä lopettaa vähintään kuukausi ennen leikkausta.

JOS sinulla on kuumetta, vatsatautiä, ihottumaa tai ihorikkoja vatsanalueella 1-2 päivää ennen leikkausta, soita naisten akuuttikeskukseen.

VALMISTELUT SAIRAALASSA LEIKKAUSPÄIVÄNÄ

Muista ottaa mukaan neuvolakortti, säännöllisesti käyttämäsi lääkkeet, henkilökohtaiseen puhtauteen liittyvät välineet sekä muut mahdollisesti tarvitsemasi tavarat. Arvoesineet on hyvä jättää kotiin.

Saavu sovittuna aikana tukihenkilösi kanssa naisten akuuttikeskukseen. Kätilö ottaa teidät vastaan ja kertoo teille hoitokäytännöistä, leikkausvalmisteluista ja leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Lääkäri käy tapaamassa sinua vielä ennen leikkausta.

Ennen leikkausta sinulta pyydetään virtsanäyte, jolla varmistetaan, että sinulla ei ole oireetonta virtsatietulehdusta. Ennen näytteen antoa tulisi olla 4 tuntia virtsaamatta.

Valmisteluhuoneessa saat pukeutua avopaitaan ja myssyyn leikkausta varten. Käteesi saat tunnustusrannekkeen. Kätilö ohjaa myös tukihenkilön vaihtamaan vaatteet. Valmisteluhuoneessa sinulle laitetaan virtsakatetri, koska virtsarakon on oltava tyhjä leikkauksen aikana.

Kämmenselkääsi laitetaan laskimokanyyli, jonka kautta saat tarvitsemiasi lääkkeitä sekä nesteitä. Ennen toimenpidettä saat kertaannoksen antibioottia suonensisäisesti. Muistathan kertoa mahdollisista lääkeaineallergioista tulovaiheessa. Ennen leikkausta ei anneta rauhoittavia lääkkeitä, sillä ne voivat vaikuttaa sikiön vointiin. Mahan happamuuden tasoittamiseen saat nestemäistä natriumsitraattia, joka nautitaan suun kautta.

Valmisteluhuoneesta siirrytään kävellen toimenpidesaliin.

LEIKKAUSVALMISTELUT TOIMENPIDESALISSA

Saavuttuasi toimenpidesaliin sinua autetaan siirtymään leikkaustasolle. Käsiisi ja rintakehällesi kiinnitetään seurantalaitteita, joiden avulla voitiasi seurataan leikkauksen aikana. Vierelläsi ollaan koko ajan leikkausvalmisteluiden ja leikkauksen aikana.

Ennen leikkauksen alkamista sinulle laitetaan selkäydinpuudutus. Puudutuksen laittamista varten sinua pyydetään kääntymään kyljellesi leikkaustasolla. Puudutusalue pestään puhdistusaineella, jonka jälkeen sinut autetaan puudutusasentoon. Puudutusasennossa selkäsi tulee olla mahdollisimman pyöreä. Hyvä asento helpottaa puudutuksen laittoa. Puudutettuna alavartalosi on puutunut ja olet heireillä leikkauksen ajan. Puudutuksen laittamisen jälkeen sinut autetaan selinmakuulle leikkausasentoon.

Vatsasi pestään värillisellä puhdistusaineella rintojen alapuolelta reisien yläosaan saakka. Pesun jälkeen leikkausalue peitellään leikkausliinoilla. Rinnan kohdalle asetetaan kaari, jonka yli laitetaan liina peittämään näköyhteys leikkausalueelle. Sinä tai tukihenkilösi ette näe leikkausta. Kun sinut on valmisteltu leikkaukseen, voidaan tukihenkilösi pyytää saliin vierellesi.

KEISARILEIKKAUKSEN KULKU

Leikkaavana lääkärinä toimii gynekologi, joka ilmoittaa leikkauksen alkamisesta. Vointiasi seurataan koko leikkauksen ajan. Riittävästä puudutuksesta ja kivunhoidosta huolehditaan, mutta leikkausalueella voi tuntua erilaisia tuntemuksia. Lääkäri tekee alavatsallesi viillon, jonka kautta vauva autetaan ulos. Leikkaava lääkäri katkaisee napanuoran, jonka jälkeen vauva siirtyy kättilön hoivaan. Vauvan syntyttyä saatte tietää hänen sukupuolensa. Kättilö tarkastaa vauvan voinnin ja tuo hänet lähellenne. Mahdollisuuksien mukaan voitte pitää vauvaa ihokontaktissa.

Vauvan syntymän jälkeen anestesiahoitaja antaa sinulle laskimokäynnin kautta kohtua supistavaa lääkettä. Leikkaus jatkuu istukan, lapsivesikalvojen ja napanuoran poistamisella kohdusta. Haava suljetaan kerroksittain.

Leikkauksen jälkeen toimenpidesalista siirrytään tarkkailuhuoneeseen, jossa odotetaan puudutuksen häviämistä ja saat toipua leikkauksesta. Kättilö tarkkailee vointiasi, huolehtii riittävästä kivunhoidosta sekä seuraa kohdun supistumista ja jälkivuotoa. Tarkkailuhuoneessa saat olla yhdessä vauvan ja tukihenkilön kanssa. Sinulla on myös mahdollisuus olla ihokontaktissa vauvan kanssa ja imettää ensikertaa.

Riittävän seurannan jälkeen siirrytte lapsivuodeosastolle.

LEIKKAUKSEN JÄLKEISET PÄIVÄT

Lapsivuodeosastolla saatte olla yhdessä uuden perheenjäsenen kanssa ja hoivata häntä. Pääsette harjoittelemaan imetystä rauhas-
sa. Kätilö tukee teitä vauvan hoidossa ja imetyksessä. Lapsivuode-
osastolla teillä on tilaisuus luoda ainutlaatuinen vuorovaikutussuhde
vastasyntyneeseen. Halutessanne voitte pyytää teille tärkeitä ihmi-
siä vierailemaan osastolla.

Leikkauksen jälkeen riittävästä kipulääkityksestä huolehditaan. On
tärkeää liikkua ja toimia vointisi sallimissa rajoissa, sillä tämä edistää
leikkauksesta toipumista.

Leikkausalueella on haavalappu vuorokauden ajan, tuolloin haava
on pidettävä kuivana. Haavalapun poistamisen jälkeen haavaa tulee
suihkutella vedellä. Kätilöt ohjaavat sinua haavan hoidossa.

Leikkauksen jälkeen voit syödä oman ruokavaliosi mukaista ruokaa.
Vatsan toiminnan edesauttamiseksi kannattaa nauttia riittävästi nes-
teitä. Tarvittaessa suolen toimintaa voidaan avustaa lääkkeellä. Tu-
kihenkilöllä on mahdollisuus ruokailla sairaalan kahviloissa sekä ruo-
kaloissa.

Kotiutuminen leikkauksen jälkeen on yksilöllistä.

Leikkaushaavalla on joko ompeleet tai hakaset. Ne poistetaan haa-
valta noin viikon kuluttua leikkauksesta. Ompeleet tai hakaset voi
poistaa terveyskeskuksen hoitaja tai oma terveyden hoitajasi ellei
toisin sovita.

JOS Teillä on jotain kysyttävää, voit soittaa hoitajien kanslioihin.

Äitiyspoliklinikka:

017-172704

Synnytysosasto 2 (prenataaliosasto):

017-172345

Synnytysosasto 1 (synnyttäneiden osasto):

017-172334

Synnytyssali:

017-172361

Voit myös käydä tutustumassa www-sivustoon, jolla kerrotaan lisää sairaalamme käytännöistä:

<https://www.psshp.fi/hoitopalvelut/synnytykset>

Tämä potilasohje on tehty opinnäytetyönä yhteistyössä Kuopin yliopistollisen sairaalan äitiyspoliklinikan kanssa Savonia-ammattikorkeakoulussa keväällä 2014.

Tekijät: kättilöopiskelijat Niina Sokuri ja Tiina Miettinen

Ohjaaja: lehtori Päivi Hoffren, Savonia-ammattikorkeakoulu

Ulkoasu ja kuvat:

Hyväksynyt:

TARKASTUSLISTA

- Olet käynyt laboratoriotesteissä perjantai tai maanantai aamupäivänä, riippuen leikkauspäivästä. (Kts s. 3)
- Olet käynyt suihkussa ja pessyt hiukset leikkausta edeltävänä iltana.
- Olet käynyt vartalosuihkussa leikkauspäivän aamuna.
- Olet pukenut tukisukat jalkaan vartalosuihkun jälkeen.
- Olet ollut syömättä ja juomatta edellisestä illasta klo 24.00 jälkeen.**
- Olet poistanut kynsilakat, geelikynnet, lävistys- ja muut korut sekä jättänyt ne ja arvoesineet kotiin.
- Olet päivittänyt pikkuHaikaran ja mukana on neuvolakortti, käyttämäsi lääkkeet ja henkilökohtaiseen puhtauteen liittyvät välineet.
- Saavutte naisten akuuttikeskukseen sovittuna aikana.
- Olet ollut 4 tuntia virtsaamatta.



PLANNED CESAREAN SECTION





The child's birth creates new experiences and challenges for the parents. These are important things to face together. The support person's presence is significantly important to create a common birth experience. Your safety and wellbeing are looked after during your time at the hospital. The staff has a strong desire to support your entire family in the first moments with the newborn, and to create a foundation for the future.



TABLE OF CONTENTENCE

WHY CESAREAN SECTION?	3
PREPARATIONS AT HOME	4
PREPARATIONS AT THE HOSPITAL ON THE DAY OF THE SURGERY	6
PREPARATIONS AT THE OPERATION ROOM	8
CESAREAN SECTION	9
POSTOPERATIVE DAYS	10
CHECK-LIST	15

WHY CESAREAN SECTION?

This patient instruction is aimed at preparing you and your family for the cesarean section. The instruction includes information about a planned caesarean section, preparations before the operation, care during and after the surgery. At the end of the instruction you can find a check-list. The check-list allows you to ensure that you have followed the instructions correctly and prepared yourself for the surgery.

Cesarean section is a surgical operation in which incisions are made through a mother's abdomen and uterus to deliver the baby. The most common reasons for the planned cesarean section are the mother's narrow pelvis, the baby's size or malposition, a previous caesarean section, early pre-eclampsia, the mother's other diseases or fear of childbirth. The doctor has discussed with you the reasons for the surgery.

PREPARATIONS AT HOME

Give blood samples at your health center's or hospital's laboratory. If your surgery is planned to be on Tuesday, the samples have to be given on the Friday morning of the previous week. If the surgery is on Thursday, samples must be given on Monday morning of the same week.

The Department Secretary of the Women's Acute Center will call you the previous afternoon before the surgery, and tell you when you need to arrive at the Women's Acute Center. Please remember to update your pikkuHaikara.

You can eat and drink normally on the day before surgery, but **you cannot eat or drink anything after midnight**. Prefer light dishes such as soups. Heavy meals can affect bowel function so it's good to avoid them. **On the morning of the surgery you are not allowed to eat or drink anything, not even water**. If you are taking regular medication, you can take your morning medications with a small amount of water (about 1/4 dl) as your doctor has described.

Take a shower and wash your hair before going to bed at the evening before the operation. For you and your baby's safety, remove any nail polish, gel nails, body piercings and other jewelry. On the morning of surgery take a shower but don't wash your hair anymore. Put on support socks and keep them clean.

If you smoke, please quit smoking at least one month before the surgery.

IF you have a fever, abdominal disease, skin rashes or tears in the abdominal area 1-2 days before the surgery, call Women's Acute Center.

PREPARATIONS AT THE HOSPITAL ON THE DAY OF THE SURGERY

Remember to take with you your maternity health card, regularly used medications, toiletries and personal care items and things you might need at the hospital. Leave all valuables at home.

Please arrive at the agreed time with your support person to Women's Acute Center. A midwife will meet you and tell you about the surgery, surgery preparations and postoperative care. The doctor will meet you before the surgery.

Before the surgery, you will be asked to give a urine sample. The urine test ensures that you do not have asymptomatic urinary infection. You should not pass urine 4 hours before the test.

In the preparation room you dress up on surgery clothes. You get an identification bracelet to your hand. The midwife guides the support person to change clothes. In the preparation room urinary catheter will be placed because the bladder should be empty during the surgery.

The intravenous line will be placed to the palm of your hand. Through this you can get all the necessary medicines and fluids. Before the operation you will be given an intravenous antibiotic. Please tell if you are allergic to any medicines when you come to the hospital. Before the surgery you will not be given any sedatives because they may have an effect for the baby's

wellbeing. You will be given medication which lowers the stomach's acidity. This medication is liquid sodium citrate and it is taken orally.

From the preparation room you walk to the operation room.

PREPARATIONS AT THE OPERATION ROOM

When you arrive at the operation room nurses will help you to move to the operating table. Monitoring sensors will be attached to your chest and hands. Sensors monitor your condition during the surgery. Nurses are by your side at all times and tell you what is happening.

Before the surgery begins an anesthesiologist will give you spinal anesthetic. Putting on a successful anesthesia, you must turn on your side. Your back will be washed with a cleaning detergent after that you will be helped to the right position. In the position your back should be as circular as possible. It is easier to give anesthetic in a good position. Anesthesia medications will make your lower body numb and you can be awake during the surgery. After the anesthesia has been put nurses help you to turn to your back.

After that your stomach is washed with a colored detergent below your breast to the top of your thighs. After washing the surgery area is covered by the cutting cloth. An arch is placed parallel over your breast and a cloth is placed over the arch to cover the view to the surgical area. You or your support person cannot see the surgery. When you are prepared for the surgery, your support person is called to sit next to you.

CESAREAN SECTION

The surgeon is a gynecologist who tells when the operation begins. Your condition will be monitored throughout the operation. Satisfactory pain management and anesthesia are taken care of, but you may have sensations in the operation area. The doctor makes an incision in the lower abdomen, through this cut the baby will be helped out. The surgeon cuts the umbilical cord. The baby is given to the care of midwife who checks the baby's condition. The midwife will let you know the baby's sex and bring the newborn close to you. If possible you can hold your baby skin to skin.

After the delivery the anesthetic nurse will give you medicine through the intravenous line to make the uterus contract. The surgery continues with the removal of the placenta, amniotic membranes and umbilical cord from the uterus. The wound is closed in layers.

After the surgery you will be moved from the operation room to the observation room. There you can recover from the surgery and the anesthesia. The midwife will monitor you closely and take care of the pain management and observe uterine contraction and postoperative bleeding. In the observation room you get to be together with the baby and the support person. You will also have the opportunity to hold baby skin to skin and breastfeed for the first time.

After sufficient follow-up you will be moved to the postnatal ward.

POSTOPERATIVE DAYS

In the postnatal ward you will be together with your new family member and take care of your baby. You will get to practice breastfeeding with time. The midwife will support you in the baby's care and with breastfeeding. In the postnatal ward you have the opportunity to create a unique relationship to the newborn baby. If you wish, you can ask for the people who are important to you to visit the ward.

After the surgery satisfactory pain management is taken care of. It is important to move and function normally within the limits of your condition. This is important for the recovery from the surgery.

Wound dressing is on the wound and the area must be kept dry 24 hour after the surgery. After removing the dressing you must shower the wound area. The midwives will guide you in wound care.

After the surgery you can eat food in your diet. You should drink enough fluids to help your bowels function. If necessary, bowel function can be assisted with medication. The support person has an opportunity to eat at the hospital's cafés and restaurants.

Returning home after the surgery is individual.

The surgical incision is closed either using stitches or staples. They can be removed from the wound in about a week after the surgery. Stitches or staples can be removed by your own

health center nurse or a public health nurse unless otherwise agreed.

IF you have any questions, please call the nurses' stations.

Maternity Unit:

017-172704

Prenatal Ward 2:

017-172345

Postnatal Ward 1:

017-172334

Obstetrics Unit:

017-172361

You can also visit the web site, which explains (in Finnish) more about our hospital's practices:

<https://www.psshp.fi/hoitopalvelut/synnytykset>

This patient instruction is made as a thesis in cooperation with Kuopio University Hospital maternity clinic in the spring of 2014 in Savonia University of Applied Sciences.

Made by: students of midwifery Niina Sokuri and Tiina Miettinen

Supervisor: lecturer Päivi Hoffren, Savonia University of Applied Sciences

Appearance and photos:

Agreed by:

CHECK-LIST

- You've given blood samples in the laboratory on Friday or Monday morning, depending on the surgery date. (See page 3).
- You have taken a shower and washed your hair evening before the surgery.
- You have washed your body in the morning of the surgery.
- You have put on support socks after the shower in the morning.
- You have not been eating or drinking after 24:00.**
- You have removed nail polish, gel nails, piercing and other jewelry and left them and valuables at home.
- You have updated pikkuHairakara and you have brought with you your maternity health card, medication, toilet-ries and personal care items.
- Arrive at Women's Acute Center at the agreed time.
- You have not passed urine 4 hours before the urine test.

