



NORMAALISYNNYTYKSEN

HOIDON SUOSITUKSET

Näyttö kätilötyössä

Aino Kämäräinen

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyö

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyö

AINO KÄMÄRÄINEN:
Normaalisynnytyksen hoidon suositukset
Näyttö kättilötyössä

Opinnäytetyö 81 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Kesäkuu 2015

Näyttöperusteinen hoitotyö on kehittyvän hoidon perusta. Näytön perusteella laaditaan suosituksia hoitotyön tarpeisiin. Vaatimus näytöstä perustuu potilaan asemaan ja oikeuksiin. Tässä opinnäytetyössä verrataan viiden eri tahon suosituksia normaalisynnytyksen hoidosta. Pohjana toimii The Joanna Briggs Instituutin kättilötyön suositukset normaalisynnytyksen hoidossa.

Opinnäytetyö on tehty kaksivaiheisena tiedonhakuna ja analyysinä. Ensimmäisessä vaiheessa The Joanna Briggs Instituutin normaalisynnytystä koskevat suosituslauselmat on koottu ja luokiteltu. Aineistoanalyysissä aineistosta nousi luokat: partogrammi, sikiön seurannat, kivunlievitys, väliliha, liikkuminen ja asento sekä syntymän jälkeen. Kuvailuvan analyysin avulla suosituslauselmista saatuja luokkia verrataan aineistoanalyysin toisessa vaiheessa normaalisynnytyksen hoidosta laadittuihin muihin ohjeistoihin ja kannanottoihin. Toisessa vaiheessa mukaan otettiin Maailman terveysjärjestön, Ruotsin sosiaalhallituksen, Ison– Britannian ja Pohjois- Irlannin yhdistyneen kuningaskunnan National Institute for Health and Care Excellence sekä Kanadan synnytyslääkäreiden ja gynekologien ja sen partnereiden, mukaan luettuna Kanadan kättilöjärjestö, laatimat ohjeistukset.

Suosituksissa korostuvat ohjaus sekä synnyttäjän itsemääräämisoikeus. Normaalisynnytyksen kulkuun ei tarvitse puuttua ilman hyvää syytä. Läpikäytyt suositukset noudattavat tätä linjausta. Selkeimmät erot suositusten kesken koskivat välilihan hierontaa synnytyksessä sekä synnytyksen kolmannessa vaiheessa käytettäviä kohtua supistavia lääkkeitä. Normaalisynnytyksen hoitosuositukset yhdenmukaistavat synnytyksen hoitoa, siksi sellaiset tulisi laatia Suomessa. Yhtenäistäminen parantaa synnytyksen hoidon laatua ja helpottaa laadun tarkkailua sekä kättilötyön jatkokehittämistä.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing
Option of Nursing and Midwifery

AINO KÄMÄRÄINEN:
Recommended Care in Normal Birth
Evidence in Midwifery

Bachelor's thesis 81 pages, appendices 5 pages
June 2015

Evidence based practice is a foundation for a developing nursing. Recommendations are drawn up by the evidence in nursing research. Requirement of the evidence is based on the patients position and rights. Purpose of this thesis is to find out what is recommended in normal childbirth by The Joanna Briggs Institute.

In the first part of the analysis The Joanna Briggs Institute recommendations in normal birth are gathered and categorised into a six headings; Partograph, Monitoring, Painrelief, Perineal care, Ambulation and Position and Aftercare. The Joanna Briggs Institute recommendations for midwiferycare in normal birth are compared with four different recommendation quarters. In the second stage of the analysis comparison is made among the recommendations made by The Joanna Briggs Institute, The World Health Organization, National Institute for Health and Care Excellence, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada with the Canadian Association of Midwives and Swedish Board of Social Welfares.

In normalbirth there should be a valid reason to interfere in the normal physiologic course of birth. All five quarters align with this statement. Differences were found in using perineal massage to prevent perineal trauma in the second stage of labor and in recommendations of preferred uterotonic in the third stage of labor. Evidence based recommendations standardize midwiferycare and therefor those should be formulated also in Finland. Conformity to standards facilitate better quality control and futher development.

Key words: normal birth, midwifery, recommendation, evidence based

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	8
3	NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ.....	9
	3.1 Näyttöön perustuvan tutkimustiedon käyttö kätilötyössä.....	10
	3.2 Näytöstä suositukseksi	10
	3.3 Suosituksia laativia ja kokoavia tahoja	11
4	NORMAALISYNNYTYS	13
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	15
	5.1 Valittu tiedonhaun ja analyysin menetelmä.....	15
	5.2 Aineiston haku	15
	5.3 Aineiston kriteerit	16
	5.4 Aineistoanalyysin kulku.....	16
6	NORMAALISYNNYTYS JBI- SUOSITUSTEN VALOSSA	18
	6.1 Partogrammi – luokan lauseimat	18
	6.2 Sikiön seuranta - luokan lauseimat	18
	6.3 Kivunlievitys- luokan lauseimat	20
	6.4 Liikkuminen - luokan lauseimat	23
	6.5 Väliliha- luokan lauseimat	24
	6.6 Syntymän jälkeen – luokan lauseimat.....	27
7	AINEISTOHAUN TOINEN VAIHE.....	30
	7.1 Valitut ohjeistukset	30
	7.1.1 WHO:n suositukset normaalisyntymisen hoidossa	31
	7.1.2 Socialstyrelsen.....	31
	7.1.3 Kanadan ohjeistus	32
	7.1.4 National Institute for Health and Care Excellence, NICE	32
8	JBI- SUOSITUKSET VERTAILUSSA.....	34
	8.1 Suositukset partogrammin käytöstä	34
	8.2 Suositukset sikiön seurannasta synnytyksen aikana	35
	8.3 Synnytyskivun lievitystä koskevat lauseimat	43
	8.3.1 Suositukset ei- lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käytöstä	45
	8.3.2 Suositukset lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käytöstä	47
	8.4 Liikkuminen ja asento synnytyksen aikana	52
	8.5 Välilihan alueen suojeleminen ja toimet.....	55
	8.6 Syntymän jälkeen.....	59
9	POHDINTA.....	66
	9.1 Eettisyys ja luotettavuus	66

9.2 Näyttöön perustuvan toiminnan haasteita.....	66
9.3 Johtopäätökset.....	67
9.4 Jatkotutkimuksen ja kehittämisen aiheita	70
LÄHTEET.....	73
LIITTEET	77
Liite 1. The Joanna Briggs Institute – näytön arvioinnin asteet.....	77
Liite 2. Analyysiin valitut JBI suositukset otsikoina.....	78
Liite 3. WHO:n suositukset kategorioissaan	79

LYHENTEET JA TERMIT

CAM	Canadian Association of Midwives, Kanadan kättilöjärjestö
EBP	Evidence Based Practice, näyttöön perustuva toiminta
ETENE	Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta
GBS	Group B Streptococcus, Streptokokki bakteeri, jonka kantajuus seulotaan raskaana olevilla
ICM	International Confederation of Midwives, Kansainvälinen Kättilöliitto
JBI	Joanna Briggs Instituutti, edistää näyttöön perustuvaa toimintaa tuottamalla tiivistettyä tietoa terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön.
KTG	Kardiotokografia
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
SOGC	Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada
TAMK	Tampereen ammattikorkeakoulu
WHO	Kansainvälinen terveysjärjestö, World Health Organization

1 JOHDANTO

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007- 2011- toimintaohjelman vaatimuksen mukaisesti tulisi määrittää kansalliset matalanriskin synnytyksen kriteerit ja ne on Suomessa määritelty. Synnytyksen hoitoon liittyviä suosituksia on laadittu yksi, keskittyen kudosten repeämisen ehkäisyyn ponnistusvaiheessa. Suosituksen laatijana on Suomen Kätilöliitto.

Yhtenäiset käsitteet ja kriteerit helpottavat hoitotyön suositusten laadintaa ja hoitotyön kehittämistä. Näyttöön perustuvan hoitotyön tutkimus tähtää hoitotyön suositusten laatimiseen ja suositusten yhdenmukaiseen ja helppoon käyttöön. Kätilötyön suositukset ovat luonteeltaan erityisiä varsinkin synnytyksen hoidon yhteydessä, jossa kätilö huolehtii potilaansa eli synnyttävän äidin lisäksi myös syntyvän lapsen ja koko perheen hyvinvoinnista. Normaalin synnytyksen tapauksessa potilas ei ole lähtökohtaisesti sairas tai avuton vaan aktiivisesti toimiva ja ajatteleva terve synnyttäjä.

Hoitotyöstä on tullut hoitotyön toimintaympäristön muutosten myötä vaativampaa ja itsenäisempää. Potilaat ja asiakkaat ovat valveutuneempia ja hoitotyön laatua kohtaan ollaan entistä tarkempia. Henkilöstöltä vaaditaan perusteluja ja asianmukaisia vastauksia liittyen hoitoon ja päätöksentekoon. Hoitotyötä tekevän henkilöstön on osattava arvioida toimintojen vaikuttavuutta, palvelujen laatua, tehokkuutta ja taloudellisuutta laajemmin tässä muuttuvassa toimintaympäristössä. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 11; Sarajärvi 2011, 15).

Toimintaympäristön kehittyessä ja muokkautuessa saatavilla olevaa tutkimusnäyttöä ja suosituksia on sovellettava käytäntöön joustavammin. Kansallisten suositusten puuttessa kätilön on osattava hakea tietoa kansainvälisistä lähteistä helposti ja rutinoituneesti vastatakseen asiakaskunnan odotuksiin ja kehittääkseen toimintatapojaan.

Käyn opinnäytetyössäni lävitse yhden suosituksia laativan tahon, The Joanna Briggs Instituutin, normaalisynnytyksen hoitoon liittyviä suosituksia ja vertaan JBI- suositusten antia neljän muun tahon suosituksiin. Läpikäymistäni suosituksista teen koosteen ja analyysin. Perehdyn eri lähteiden suositusantiin JBI- suositusten pohjalta sekä suositusten käytännön soveltamiseen kätilötyössä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Tässä opinnäytetyössä on tarkoitus koota ja esitellä kansainväliset Joanna Briggs Instituutin näyttöön perustuvat suosituslauselmat normaalisynnytyksen hoidosta, sekä pohtia näytön merkitystä kätilön työssä ja kätilötyön kehittämisessä. Luokiteltuja JBI suosituksia verrataan normaalisynnytyksen hoidosta laadittuihin manuaaleihin. Mukaan otettiin Maailman terveysjärjestö WHO:n, Ruotsin sosiaalhallituksen (Socialstyrelsen), Ison-Britannian ja Pohjois-Irlannin yhdistyneen kuningaskunnan National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sekä Kanadan synnytyslääkäreiden ja gynekologien (SOGC), ja sen partnereiden, mukaan luettuna Kanadan kätilöjärjestö (CAM), laatimat ohjeistukset.

Tehtävät:

- 1) Mitä The Joanna Briggs Instituutti suositaa normaalisynnytyksen hoitoon.
- 2) Millaisia eroja ja yhtäläisyyksiä valittujen suositusmanuaalien väliltä löytyy.
- 3) Miten ja miksi hyödyntää suosituksia kätilötyössä.

3 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ

Suomessa ja useassa muussa pohjoismaassa näyttöperusteisuus liitettiin hoitotyön kehittämiseen ja tutkimukseen 1990-luvulla (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011,9). Alun perin käsitteet ”näyttö” ja ”näyttöön perustuva” esiintyivät lääketieteessä, kun tieteen sisältä nousi vaatimus lääkäriammattikunnan käytäntöjen ja hoitolinjojen yhtenäistämisestä. Syntyi Evidence Based Medicine, EBM, jonka kautta tutkimustieto ohjaisi yhä enemmän potilaan hoitoa. (Socialstyrelsen; Sarajärvi ym. 2011,11; Rolfe 1999).

Hoitotyön laadun näkökulmasta sekä asiakkaan tai potilaan tasa-arvoisen kohtelun ja eettisyyden näkökulmasta on tärkeää, että hoitotyössä käytetään menetelmiä, jotka perustuvat tutkittuun tietoon. Tutkimustiedon pohjalta tehdyt toimintamallit yhtenäistävät hoitotyön käytäntöjä. (Holopainen, Korhonen, Miettinen, Pelkonen & Perälä 2010, 38). Hoitotyön lähtökohtana on ihmisen kunnioitus, itsemääräämisoikeuden ja potilaan ratkaisujen kunnioitus, kun sellainen on potilaan terveydentilan puolesta mahdollista (Leino-Kilpi 2003, 12).

Parasta mahdollista saatavilla olevaa tietoa, jota käytetään potilastyössä ja hoitopalveluiden järjestämisessä kutsutaan näytöksi. Näyttö voi olla asiantuntijoiden lausuntoja, organisaation toiminnasta kerättyä seurantatietoa tai tutkimuksista koottua tutkimusnäyttöä. Vahvinta ja parasta mahdollista näyttöä edustaa järjestelmällisiin katsauksiin koottu, luotettavaksi arvioitu, tutkimustieto. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 15).

Kun perinteinen näyttöön perustuva hoitotyö monessa suhteessa lähtee potilaan hoidosta ja sairaudesta, tulee synnytystä hoitavan kätilön lähtökohta hieman eri näkökulmasta. Synnyttäjä ei ole lähtökohtaisesti sairas, synnytystapahtumassa itsemääräämisoikeus korostuu ja kätilön käsissä on sekä synnyttäjän että sikiön, vastasyntyneen ja laajasti käsitettynä myös koko perheen hyvinvointi. Äidin valinnat vaikuttavat myös syntyvän vauvan hyvinvointiin. Kätilön työssä korostuu ohjauksen tärkeys, synnyttäjän on saatava asiallista ja asiantuntevaa ohjausta riittävästi. Suomalaisissa tutkimuksissa on todettu tiedonsaannin ongelmia synnyttäneillä äideillä (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 16).

Näyttö voi käytännössä näkyä muun muassa laajoina hoito- ohjelmina, terveydenhuolto henkilöstön yhteisesti sopimina toimintamalleina tai käytäntönä. Se voi olla toimenpiteen tai hoitokäytännön ohjeistus, kuten Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin Käypä Hoito- suositukset tai näyttö voi olla tarkistuslista, organisaation konkreettinen toiminta- tai potilasohje tai hoitotyön suositus. (Holopainen ym. 2013, 17).

3.1 Näyttöön perustuvan tutkimustiedon käyttö kättilötyössä

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä laissa terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994) edellytetään, että toiminta perustuu parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon tavoitteena hyvä ja tasalaatuinen hoito siten, että terveydenhuollon tuotavuus, vaikuttavuus, asiakaskeskeisyys ja hyvä hoito toteutuvat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 33). Laissa myös edellytetään taitojen ylläpitämistä. Lain vaatimuksen mukaisesti on perusteltua, että kättilö työssään osaa käyttää tarjolla olevia näyttö- ja suositustietokantoja.

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) vaaditaan, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä tieto on tieteellistä tietoa haettuna systemaattisten hakuprosessien avulla. Tiedonhaku on kuvattava tarkkaan ja sellaisessa muodossa, että se on mahdollista toistaa helposti kuvauksen perusteella. (Sarajarvi 2011, 25).

3.2 Näytöstä suositukseksi

Suositukset kokoavat luotettavaksi arvioidun tiedon helposti hyödynnettävään muotoon (Holopainen ym. 2013, 23). Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa 2014- 2020 on synnytyksen hoidon suositusten teossa käytetty lähteenä mm JBI: kättilötyön suosituksia. (Klemetti & Raussi - Lehto 2014, 116).

Asiantuntijoiden sekä hoitotyön johtajien vastuulla on luoda rakenteita, jotka mahdollistavat yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen. Toiminta ja työyksiköt tarvitsevat tutkittua tietoa käyttöönsä yhtenäisten käytäntöjen luomiseksi. Käytäntöjen kehittämiseksi ja

käyttöön ottamiseksi tarvitaan hoitotyön kouluttajien, johtajien, hoitotyöntekijöiden sekä tutkijoiden välistä yhteistyötä. (Holopainen ym. 2010, 44).

Kehitetyn suosituksen tai hyvän käytännön toimeenpanoprosessi sisältää käyttöön oton suunnittelun, käyttöönoton, käyttöönottoprosessin arvioinnin ja seurannan sekä tarvittaessa toiminnan edelleen kehittämisen. Tutkimustiedon tiivistämisen tulee olla koordinoitua, ja siitä vastaavat asiantuntijat pääasiassa kansainvälisellä ja kansallisella tasolla. Yhtenäisten käytäntöjen toimeenpano edellyttää myös sitä, että toiminta- ja työyksiköissä johtajat ja toimintayksiköt ovat sitoutuneet edistämään näyttöön perustuvaa toimintaa käytännössä. Tarvitaan yhtenäisiä toimintatapoja edistävää toimintapolitiikkaa ja –kulttuuria. (Holopainen ym. 2010, 42).

Käytäntöjen yhtenäistämisen prosessissa nykyistä käytäntöä verrataan vaikuttavaksi todennettuihin ratkaisuvaihtoehtoihin esimerkiksi olemassa oleviin hoitotyön suosituksiin. (Holopainen ym. 2010, 42).

3.3 Suosituksia laativia ja kokoavia tahoja

Hoitotyön suosituksia tuottavien kansallisten ja kansainvälisten tahojen lisäksi myös moni ammattiliitto, erikois- ja asiantuntija- ja potilasjärjestö laatii suosituksia ja hyvien käytäntöjen kuvauksia. (Holopainen ym. 2013, 107). Hoitotyön suosituksia laativia tahoja on useita.

Suomessa Hoitotyön tutkimussäätiö on koonnut sivuilleen kansallisia ja kansainvälisiä toimijoita, jotka laativat hoitotyön suosituksia. Hoitotyön tutkimussäätiö myös suomentaa tässä opinnäytetyössä käytetyn The Joanna Briggs Instituutin suosituksia. Säätiön sivuilta löytyy suomennetut JBI Evidence Based Practice- suositukset joita on vuoteen 2015 mennessä käännetty 31 kappaletta. Niistä synnytyksen hoitoon ei liity yhtäkään, imetykseen liittyviä on suomennettuna kolme. Englanninkieliset alkuperäisversiot löytyvät JBI CO^NNECT+ (Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics) alustan tai OvidSP ohjelmiston kautta.

Ulkomaiset kättilöliitot ovat myös laatineet omia suosituksiaan edustamansa maan toimintatapojen mukaisesti. Kansalliset kättilöjärjestöt toimivat laajassa yhteistyössä kan-

sainvälisten kättilöjärjestöjen sekä eri alan lääkärijärjestöjen kanssa. Suomen kättilöliitto on laatinut synnytyksen hoitoon liittyvän Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa - hoitotyön suosituksen välilihan repeämien ehkäisemiseksi (Suomen Kättilöliitto 2011).

Suomalaiset Käypä Hoito- suositukset ovat luettavissa www.kaypahoito.fi sivuilta ilmaiseksi eikä sivusto vaadi kirjautumista. Hakemalla suosituksia erikoisaloittain löytyy Naistentautien ja synnytyksiin liittyviä suosituksia kaksitoista kappaletta, näistä yksikään ei liity normaalisyntytyksen hoitoon.

Ammattijärjestöjen sekä eri tieteenalojen tutkimussäätiöiden lisäksi asiantuntijajärjestöt tai hallituksen kokoamat työryhmät voivat laatia suosituksia. Suomessa Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, THL, on koontanut jo toisen Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen ohjelman. Tässäkin opinnäytetyössä käytetty NICE:n ohjeistus on toinen esimerkki kansallisesta sosiaali- ja terveystieteellisestä asiantuntijakokoonpanosta.

4 NORMAALISYNNYTYS

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007-2011 ohjelman vaatimuksesta lähtöisin TAYS:n MARISKI- matalan riskin synnytyksen hoitokäytäntöjen kriteerit - ohjelma määrittelee matalan riskin synnyttäjän seuraavasti:

- Yksisikiöinen raskaus
- Raskausviikot 37 – 41+6
- Raivotarjonta
- Tulo- KTG normaali
- Spontaanisti käynnistynyt synnytys
- Lapsivedenmenosta alle 48 tuntia, ei infektion merkkejä, normaali lapsivesi
- Äidin BMI alle 35 ennen raskautta
- Äidin ikä 18-40
- GBS- kantajuus ei vaikuta

(MARISKI- projektiraportti 2012; Karttunen 2013).

Synnyttäjän arviointi raskauden aikana matalanriskin tai korkean riskin luokkaan ei kuitenkaan vielä ennusta sitä, että onko synnytys lopulta normaali vai ei. Tilanne voi muuttua missä tahansa synnytyksen vaiheessa. (Klemetti & Raussi- Lehto 2014, 107).

Synnytys on jatkumo, jossa hedelmöityksen tulos tulee ulos synnytyskanavan kautta emättimestä kohdun supistusten ja kohdun kaulakanavan laajentumisen ansiosta. Synnytys ja syntymä on fysiologisesti luonnollinen prosessi, jonka useimmat naiset käyvät läpi ilman komplikaatioita. (Archie & Roman 2013, 154).

Synnytyksen hoidon tavoite on huolehtia äidin ja vastasyntyneen hyvinvoinnista ja turvallisuudesta synnytyksestä. Henkilökunnan tehtävänä on yrittää tehdä synnyttäjän ja tukihenkilön olo mahdollisimman turvalliseksi, mukavaksi ja tietoiseksi synnytyksen etenemisestä ja vaiheista. Vanhempien ja vastasyntyneen varhaiseen fyysiseen ja psyykkiseen ensikontaktiin tulee antaa tukea. (Archie & Roman 2013, 154; Klemetti & Raussi – Lehto 2014, 106).

Kun luonnolliseen synnytykseen päätetään puuttua, on päätös tehtävä huolellisesti har-
kiten, sillä puuttuminen voi olla edistymisen sijaan myös riski. Synnytyksen paras hoito
on huolellinen tarkkailu. (Archie & Roman 2013, 154). Koulutuksensa ja tehtäviensä
puolesta sopivin valinta normaalisyntytyksen hoitajaksi on yleensä kätilö (WHO
1996,7). Kätilön tehtävänä on seurata synnytyksen edistymistä ja konsultoida tarvittaes-
sa lääkäriä. Normaali synnytys sujuu itsestään, sen kulkuun ei tarvitse puuttua. (Sariola
& Tikkanen 2011, 315; Archie & Roman 2013, 154). Normaalin synnytyksen tapauk-
sessa tulisi olla hyvä syy puuttua luonnon prosessiin (World Health Organization 1996,
4).

Uudessa Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa vuosille 2014-2020
käytetään WHO:n normaalin synnytyksen kriteereitä:

- Synnytys käynnistyy spontaanisti
- Raskausviikoilla 37–42
- Synnytys etenee ongelmitta ja matalalla riskillä läpi kaikkien synnytyksen vai-
heiden.
- Lapsi syntyy päätarjonnassa spontaanisti.
- Synnytyksen jälkeen sekä äiti että lapsi voivat hyvin

(WHO 1996, 4; Klemetti & Raussi- Lehto 2014, 107).

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Valittu tiedonhaun ja analyysin menetelmä

Tähän opinnäytetyöhön sovellettiin kuvailevan aineistoanalyysin menetelmää. Valittu aineisto käytiin lävitse ja luokiteltiin. Luokittelua pidetään yksinkertaisimpana aineiston järjestelyn muotona (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Tässä opinnäytetyössä luokittelu tapahtui aineistosta eli suosituslauselmien sisällöstä lähtöisin. Tulokset kappaleessa on lisäksi otettu käyttöön kuvaileva synteesi, jossa aineistoanalyysin tuloksia verrataan olemassa oleviin vastaaviin aineistoihin.

5.2 Aineiston haku

Aineisto on haettu Wolters Kluwer OvidSP ohjelman avulla The Joanna Briggs Institute EBP Database - kokoelmasta hakusanalla ”parturition”. Haku vaatii lisenssin ja käyttöoikeudet, jotka löytyvät monen suomalaisen ammattikorkeakoulukirjaston valikoimista. Haku rajattiin hoitotyön suosituksiin, Best Practice Information Sheets- rajauksella ja vielä edelleen koskemaan aihealuetta ”Midwifery Care” OvidSP - ohjelman rajaustoiminnoilla. Haku suoritettiin 1.12.2014.

Ohjelman käyttöön ja oikeanlaisen haun tueksi käytiin lävitse Wolters Kluwer: n tarjoamia käyttöoppaita ja videoita ohjelman hyödyntämisestä. (Wolters Kluwer 2013). Suomenkielistä informaatiota JBI: n suosituksista ja katsauksista löytyy Hoitotyön tutkimussäätiön sivuilta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2014).

Hakutuloksesta otettiin tarkasteluun Recommended Practices- luokitellut suositukset. Hakutulos käsitti 67 kappaletta kätilötyöhön liittyviä käytännön hoitotyön suosituksia. Näistä 67 kappaleesta valittiin otsikkojen perusteella, ohjelman kirjautumista vaativia työkaluja apuna käyttäen, My Project- kansioon 20 kappaletta normaali synnytyksen hoitoon liittyvää suositusta.

Löydetyt 20 suositusta luettiin lävitse ja näistä karsiutui vielä valittujen valintakriteerien perusteella kolme kappaletta suosituksia. Karsiutuneet suositukset eivät koskeneet syn-

nytystä tai koskivat korkean riskin synnytyksen hoitoa tai synnytystoimenpiteitä, jotka eivät kuulu normaalisyntytykseen tässä opinnäytetyössä käytettyjen normaalisyntytyksen määritelmien mukaan.

5.3 Aineiston kriteerit

Valittujen JBI suositusten ja suosituslauselmien kriteerit:

1. Kätilötyön suositus koskee synnytystä tai synnytyksen hoitoa.
2. Synnytyksen hoito normaalin tai matalan riskin synnytyksessä.

5.4 Aineistoanalyysin kulku

Haun ja karkean valikoinnin jälkeen jäljelle jäi 17 kappaletta suosituksia, jotka toimivat aineistona opinnäytetyön analyysissä. Jokaisesta suosituksesta löytyy Best Practice Recommendations – tiivistelmä, jossa esitetyt suosituslauselmat on arvioitu JBI: n oman suositusten arvioinnin (Liite 1.) mukaisesti.

Aineistoanalyysin ensimmäisessä vaiheessa valituista suosituksista jätettiin pois vielä yksi, jonka suosituslauselmat koskivat lopulta ilokaasun kätilölle aiheuttamia työterveysriskejä. Jäljelle jääneet 16 suositusta (Liite 2.) jaoteltiin aineistosta nousseisiin kuuheen luokkaan (taulukko 1). Suosituslauselmia analysoitaessa kysyttiin; mihin synnytyksen hoidon osa-alueeseen tämä suosituslauselma kuuluu?

Muutama suositusten sisältämistä lauselmista jäi vaille luokkaa, useassa suosituksessa lauselmien sisältö oli päällekkäistä luokkien välillä. Sisällöltään yhdenmukaiset tai täysin identtiset suosituslauselmat yhdistettiin. Kaikki lauseimat eivät liittyneet normaalisyntytyksen hoitoon tai synnyttäjän ohjaamiseen normaalisyntytyksessä. Kriteereihin sopimattomat yksittäiset lauseimat jäivät analyysin ulkopuolelle.

TAULUKKO 1. The Joanna Briggs Instituutin suosituslauselmat järjestettyinä. Numerot vastaavat suositusten otsikoita (Liite 2.)

Luokka	Suosituksot otsikkonumeroina	A lausemia	B lausemia
Partogrammi	4,10,12	1 kpl	3 kpl
Sikiön seuranta	3,7	7 kpl	1 kpl
Kivunlievitys	6,7,8,9,10,13	15 kpl	12kpl
Liikkuminen	3,8,10,11	2 kpl	3kpl
Väliliha	1,2,11,13,15	10 kpl	9kpl
Syntymän jälkeen	5,14,16	9kpl	3kpl

Suosituslauselmat suomennettiin ja jaettiin JBI: n oman arvioinnin (Liite 1.) mukaan A ja B lausemiin, jossa A esittää vahvaa näyttöä ja suositusta ja B heikompa näyttöä ja suositusta.

Seuraavat lausemat jäivät luokittelun ulkopuolelle, ne toimivat esimerkkinä lausemien suomentamis- sekä luokitteluvaiheista. Jokainen lausema kirjoitettiin auki suomeksi ja perässä oleva kirjain A tai B osoittaa mihin JBI- luokitusjärjestelmän näytönasteeseen lausema kuuluu.

- Synnyttäjää tulisi tukea ja kannustaa löytämään oma tekniikkansa ja rytmensä ponnistaa. Ohjattua ponnistuttamista tulisi käyttää ainoastaan, jos ponnistustekniikka on tehoton tai sikiön hyvinvointi on vaarassa. (B)
- Kokeneilla kättilötyönammattilaisilla on erityisiä taitoja, joita opettaa kollegoille ja ne pitäisi sisällyttää kättilöjohtoisiin paikallisiin opetusohjelmiin synnyttävän naisen hoidon parantamiseksi. (B)

Sanasta sanaan suomennosta vältettiin. Suosituslauselmien sisällöllisen sanoman suhteen oltiin tarkkoja vaikka tiettyjä ilmaisuja muutettiin luettavuuden ja ymmärrettävyyden parantamiseksi. Esimerkiksi paljon käytetty ”women” (naisten, naisien) sana käännettiin ”synnyttävä”.

6 NORMAALISYNNYTYS JBI- SUOSITUSTEN VALOSSA

6.1 Partogrammi – luokan lauseimat

Suosituslauselmissaan JBI perustelee partogrammin käyttöä synnytyksen dokumentoinnissa WHO:n suosituksella sekä sillä, että partogrammi on ollut perinteisesti käytössä synnytyssairaloissa.

Partogrammi on graafinen esitys kohdunsuun avautumisesta, supistuksista sekä tarjoutuvan osan laskeutumisesta suhteutettuna aikaan. Partogrammitaulukkoon merkitään yleensä myös synnyttäjän ja sikiön vitaaleja sekä synnytyksen aikana tehtyjä toimenpiteitä. (Socialstyrelsen 2001, 10; Dangal 2006)

Lausemia oli valituissa suosituksissa lopulta vain neljä erilaista ja ne jäivät varsin pin-tapuolisiksi toteamuksiksi.

- Kätilön tekemät huomiot synnytyksen toisen vaiheen aikana tulee dokumentoida partogrammiin. (A)
- Koska partogrammi on jo käytössä monissa synnytyssairaloissa, tulisi sen käyttöä jatkaa kliinisten ohjeistojen mukaisesti, kunnes tuoreempaa tutkimusta aiheesta saadaan. (B)
- Partogrammin käytön tulisi perustua kliiniseen päätökseen jossa sekä synnyttäjää, että hoitoalan ammattilaisia on kuunneltu. (B)
- On suositeltua käyttää 4- tunnin action/ alert- linjaa kuten WHO:kin suosittelee. (B)

6.2 Sikiön seuranta - luokan lauseimat

Sikiön seurantaa koskevissa lauseimissa otetaan eniten kantaa normaalinsynnytyksen luonnolliseen kulkuun, jota kardiotokografian (KTG) ei tulisi häiritä. Jatkuvan seurannan haitoista tulisi kertoa synnyttäjälle sillä jatkuvan seurannan on todettu vähentävän

synnyttäjän liikkumista sekä lisäävän instrumenttiavusteisten synnytysten sekä sektioiden määrää. Näytönasteeltaan nämä toteamukset on luokiteltu vahvoiksi.

- ”Tulokäyrän” tai sairaalaan sisäänotto KTG:n rutiininomaista käyttöä matalanriskin synnyttäjillä ei suositella. (A)
- Synnyttäjiä tulisi informoida siitä, että jatkuva sikiön monitorointi voi vähentää vastasyntyneen komplikaatioita, mutta sillä ei ole selvää vaikutusta CP- vammaan mahdollisuuteen. Jatkuvan seurannan on osoitettu lisäävään instrumenttiavusteisten synnytysten sekä sektioiden määrää. (A)
- Synnytyksen ollessa käynnissä matalanriskin synnyttäjällä suositellaan sikiön sydänääniä kuuntelua ajoittaisesti aina supistuksen jälkeen. Kuuntelu tulisi tehdä supistuksen jälkeen, sen pitäisi kestää 1min ajan ja synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa kuuntelua tulisi suorittaa 15min välein ja toisessa vaiheessa viiden minuutin välein. (A)
- KTG- rekisteröinnin ei tulisi koskaan häiritä tai syrjäyttää muuta hoitoa ja tukea synnytyksessä. (A)
- Synnyttäjälle tulisi myös kertoa, että jatkuva monitorointi vähentää liikkumista synnytyksen aikana. (A)
- Jokaisen sikiön sydänkäyrää ottavan ja tulkitsevan henkilön tulisi olla asianmukaisesti koulutettu ja taitoja päivitetty säännöllisesti. (A)
- Selkäpuudutteen laitton yhteydessä, sekä jokaisen lääkeboluksen jälkeen on suositeltu, että sydänääniä seurataan keskeytymättä 30 minuutin ajan ja verenpainetta mitataan joka viides minuutti 15 minuutin ajan. (A)
- Vatsan päältä otetun KTG seuranta on todettu ultraääni- seurantaa tarkemmaksi ja luotettavammaksi. (B)

Rekisteröintiä selkeästi tarvitaan ja säännöllinen sydänäänten rekisteröinti on osa synnytyksen hoitoa, mutta jatkuvaan rekisteröintiin tai turhaan KTG: n ottoon ei nähdä JBI suositusten mukaan normaalisyntytyksessä tarvetta.

6.3 Kivunlievitys- luokan lauseimat

Kivunlievitystä koskevissa lauseimissa löytyy kannanottoja niin lääkkeellisiin kuin ei-lääkkeellisiin kivunlievityksiin. Ei- lääkkeellisiä kivunlievityksiä koskevat lauseimat ovat kaikki näytöltään heikkoja eli lisää tutkimusta kaivataan.

- Synnyttäjälle on annettava paikallisten puudutteen hyödyistä ja haitoista kaikki informaatio heidän päätöksenteon tueksi. (A)
- Synnyttäjälle tulee antaa kaikki informaatio paikallisen kivunlievityksen haitoista (kohonnut riski instrumentaaliseen vaginaaliseen synnytykseen ja lääketieteellisiin interventioihin) ja hyödyistä (tehokas kivun lievitys) hyvän päätöksen tueksi. (A)
- Synnyttäjän ja hänen tukihenkilönsä harkitessa epiduraalista kivunlievitystä on suositeltavaa, että lääkäri tekee päätöksen punnittuaan vaihtoehtojen hyödyt ja haittavaikutukset. (A)
- Selkäpuudutteen annossa jaksottaiset epiduraaliannokset tai potilaan kontrolloima epiduraalinen kivunlievitys ovat molemmat parhaimpina pidettyjä menetelmiä. (A)
- Jos synnyttäjä ei ole kivuton 30 minuutin päästä boluksen annosta on suositeltua soittaa anestesiologi takaisin paikalle. (A)
- Obstetrisen lopputuloksen optimoimiseksi käytä epiduraalisessa kivunlievityksessä laimeaa paikallispuuduteliuosta. (A)
- Ennen paikallispuudutetta tulisi aina olla laskimoreitti valmiina, mutta iv- nestettä etukäteen ei ole tarpeellista kun käytetään matala- annoksisia epiduraalilasekoituksia. (A)
- Puudutteen mentyä sekä jokaisen boluksen jälkeen on suositeltua seurata sikiön sydänääniä 30 minuutin ajan ja mitata verenpainetta 5 minuutin välein 15 minuutin ajan. (A)
- Tuntopuutoksen astetta tulee arvioida tunnin välein. (A)
- Vakavan sivuvaikutuksen ilmetessä tulee aloittaa elvytystoimenpiteet ja kutsua anestesiologi paikalle. (A)
- Oksitosiinia ei pidä käyttää ponnistusvaiheessa selkäpuudutetulla naisella. (A)
- Matala- annoksinen anestesiaseos yhdistettynä opioideihin on suositeltu kivunlievityksen saavuttamiseksi sekä liikkumisen ja pystyasennon mahdollistamiseksi synnytyksen toisessa vaiheessa. (A)

- Ponnistusvaiheessa selkäpuudutteen laitto ei ole suositeltua. (A)
- Selkäpuudutetun synnyttäjän ponnistusvaihetta tulisi viivyttää 1-3 tuntia siitä, kun on todettu kohdun suun olevan täysin auki paitsi, jos synnyttäjällä on ponnistustarve tai vauvan pää on näkyvissä. Viivytyksen jälkeen synnyttäjää tulisi kannustaa ponnistamaan jokaisella supistuksella. (A)
- Synnyttäjälle tulisi kertoa epiduraalisen kivunlievityksen yhteys kohonneisiin instrumenttiavusteisiin synnytyksiin ja sitä kautta kohonneeseen välilihan vaurioitumisen riskiin. (A)
- Aktiivisen toisen eli ponnistusvaiheen normaali kesto on ensisynnyttäjällä kolme tuntia, jonka aikana vauvan odotetaan syntyvän, huolimatta siitä onko käytetty epiduraalista kivunlievitystä vai ei. (B)
- Uudelleen synnyttäjän aktiivisen toisen vaiheen kesto, jonka aikana vauvan odotetaan syntyvän, on kaksi tuntia huolimatta siitä onko käytetty epiduraalista kivunlievitystä. (B)
- Koska ei ole todettu, että kombinoitu spinaali- epiduraali puudute olisi parempi kuin epiduraali yksinään, paitsi, että kombinoitu vaikuttaa nopeammin ja epiduraali aiheuttaa vähemmän kutinoita, niiden käytön tulisi perustua kliiniseen päätökseen. (B)
- Naisille tulee antaa kaikki tarvittava tieto selkäpuudutteen hyödyistä ja haitoista hyvän päätöksen pohjaksi. (B)

Ei- lääkkeellisiä kivunlievitysmahdollisuuksia oli huomioitu varsin laajasti. Näytön aste näistä menetelmistä jää heikoksi, mutta niistä ei ole todettu myöskään haittaa.

- Hieronta auttaa synnyttäjää rentoutumaan ja on käytettävissä kivun lievittämiseen synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa. (B)
- Hierontaterapia on tehokas vaihtoehtoinen ei- lääkkeellinen apu synnytyskivun lievittämiseen. (B)
- Akupunktio, akupainanta, hypnoosi, rentoutus ja jooga voivat olla synnytyskivun hallinnassa auttavia tekniikoita. (B)
- Aromaterapian, biopalautteen sekä audio- analgesian tehoa ei ole todistettu ja voi olla paikallaan informoida milloin tällaisten keinojen käyttö on sopivaa. (B)

Audio- analgesia tai biopalaute-mekanismit eivät Suomessa ole systemaattisesti käytettyjä synnytyskivun hoidossa. Audio- analgesiaa tutkii musiikkilääketiede. Musiikkia tai ääntä käytetään kivun ja ahdistuksen lievittämiseen esimerkiksi hammaslääketieteessä. (Kerälampi 2003). Biopalaute tarkoittaa sitä, että jonkin mittarin tai laitteen avulla annetaan tietoa kehon jostain tiedostamattomasta prosessista ja tämän tiedon avulla kehon reaktiota voi paremmin hallita. Biopalautea käytetään Suomessa mm migreenikivun hoitoon. (Duodecim 2004).

- TENS- laitteella ei ole todettu vaikutuksia (positiivisia tai negatiivisia) äitiin tai vauvoihin. Se on laajasti saatavilla eri sairaaloissa ja sitä tulisi tarjota vaihtoehtona joko yksistään tai yhdistettynä muihin kivunlievitysmenetelmiin missä tahansa vaiheessa synnytystä, kun nainen vain kokee saavansa siitä apua. (B)

TENS eli transkutaaniseen sähköiseen hermostimulaatioon perustuva kivunlievitys, jonka toimintaperiaatteena on heikkovirtaisen sähköstimulaation johtaminen iholle, josta ihon tuntohermot vievät aistimuksen aivoihin kilpaillen ja estäen samalla kohdun supistumisesta aiheutuvia kipusignaaleja.

- Steriili vesi- injektiot (aquarakkulat) voivat olla käyttökelpoinen, ei- lääkkeellinen kivunlievityskeino alaselän särkyyn joillekin naisille synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa. (B)
- Ammeen käyttöä voidaan pitää sopivana vaihtoehtoisena kivunlievityskeinona synnytyksen ensimmäisen vaiheen aikana. (B)

Hengitettävä kipulääke oli erikoisesti laitettu ei- lääkkeellisten kivunlievitysten alle suosituksissa.

- Hengitettävä kipulääke voi olla hyödyksi kivun hallintaan synnytyksen aikana. (B)

Hengitettävistä analgeeteista löytyy tutkimusta synnytyskivun lievittäjänä. Klomp, Poppel, Jones, Lazet, Di Nisio & Lagro- Janssen (2012) vertailivat dityppioksidin (typpioksiduuli eli ilokaasu) ja fluraanin käytöstä tehtyjä tutkimuksia ja tulivat tulokseen, että hengitettävät vaihtoehdot ovat käyttökelpoisia ja vertailussa fluraani oli typpioksiduuliin nähden parempi niin teholtaan kuin pienempien sivuvaikutustensa osalta.

Yleisesti lauselmista jää sellainen kuva, että selkäpuudutteen haitoista tulisi kertoa enemmän. Ei- lääkkeellisiä kivunlievitysten suhteen ei nähdä sen paremmin haittaa kuin hyötyäkään niiden käytöstä, mutta niiden kokeilemiseen kannustetaan, jos niistä olisi hyötyä yksittäisen synnyttäjän kohdalla.

6.4 Liikkuminen - luokan lauseimat

Ohjaaminen liikkumiseen ja liikkumisen mahdollistaminen toimenpiteistä huolimatta tulee esille lauselmista. Luokkaan on sisällytetty myös ponnistamista koskevat suositukset.

- Synnyttäjän tulisi olla tietoinen siitä, että jatkuva sikiön monitorointi vähentää liikkumista synnytyksen aikana. (A)
- Matala annoksisten anestesia-aineiden käyttö opioideihin yhdistettynä on suositeltavaa kivunlievityksessä sekä synnyttäjän liikkuvuuden ja pystyasennon säilyttämiseksi synnytyksen toisessa vaiheessa. (A)
- Nelinkontin asentoa voi käyttää synnytyksen aikana selkäpuudutetta käytettäessä. (B)

Synnyttäjää tulisi kannustaa ja tukea hänelle mieluisiin asentoihin ja tapoihin liikkua ja toimia synnytyksen aikana.

- Synnytyksen toisessa vaiheessa tulisi synnyttäjää kannustaa pystyasentoihin, jos synnyttäjä kokee sen mukavaksi. Mahdollisista haitoista ja riskeistä tulisi keskustella ennen synnytystä, jotta synnyttäjä voisi tehdä tietoisesti/ tietoon perustuvan päätöksen. (B)
- Synnyttäjää tulisi kannustaa valitsemaan mikä tahansa mieluisalta tuntuva asento synnytyksen aikana. Pysty- sekä kylkiasennot voivat lisätä synnyttäjän mukavuutta ja hänen kontrollin tunnettaan mistä saadaan positiivinen vaikutus välilihan vammojen ehkäisyyn. (B)

- Synnyttäjää tulisi tukea ja kannustaa löytämään oma tekniikkansa ja rytmensä ponnistaa. Ohjattua ponnistuttamista tulisi käyttää ainoastaan, jos tekniikka on tehoton tai sikiön hyvinvointi on vaarassa. (B)

6.5 Väliliha- luokan lauseimat

Suosituksissa keskityttiin varsin paljon välilihan alueen suojaamiseen ja traumojen ehkäisyyn. Hieronnan merkitys korostui erityisesti. Huomattavaa on, että suomalaisen kättilötyön keskittyessä välilihan tukemisen kädentaitoihin ei JBI- suosituksissa viitattu tukemiseen lainkaan.

- Synnyttäjää tulisi informoida, että epiduraalinen kivunlievitys on yhteydessä instrumentaalisten synnytysten lisääntyneeseen esiintyvyyteen joka näin ollen on yhteydessä lisääntyneisiin välilihan traumoihin. (A)
- Naisille tulisi tarjota ennen synnytystä tietoa siitä miten välilihan vammoja voi vähentää. (B)
- Lämpimien pyyhkeiden/ lämpöpakkausten käyttö välilihalla on yhteydessä vähäisempiin välilihan vaurioihin. Menetelmä on hyväksytty niin synnyttäjien kuin kättilöidenkin taholla. Tätä keinoa voi siksi tarjota synnyttäjälle. (B)

Välilihan hieronta korostuu suosituslauselmissa selkeästi. Hieronta mainitaan useassa suosituksessa eri otsikoiden alla (Taulukko 1). Hierontaa suositellaan jo raskauden aikana ja hieronnan ohjaamiseen kiinnitetään kovasti huomiota. Näyttö on suurilta osin luokkaa B, mutta ristiriitaisesti sama lauseima löytyy eri suosituksen alta arvioituna myös näytöltään vahvaksi, luokkaan A.

- Synnyttäjää tulisi informoida välilihan hieronnan todennäköisistä hyödyistä ja tarjota ohjeistus välilihan hierontaan (A)
- Raskauden aikainen välilihan hieronta 35 raskausviikosta alkaen kerran tai pari viikossa on suositeltua. Se saattaa vähentää välilihan kipuja, traumoja sekä episiotomian tarvetta. (B)

- Synnyttäjälle tulisi antaa tilaisuus keskustella välilihan hieromisesta ja tarjota tilaisuus hieronnan opettelemiseen. (B)
- Välilihan hieronta ponnistusvaiheessa voi vähentää kolmannen ja neljännen asteen repeämien mahdollisuutta. Tästä tulisi keskustella synnyttäjän kanssa raskauden aikana. (B)
- Raskauden aikainen välilihan hieronta vähentää välilihan vammojen todennäköisyyttä (pääosin episiotomian tarvetta) sekä välilihan kipua ja on yleisesti hyväksytty synnyttäjien keskuudessa. Synnyttäjiä tulisi siksi informoida välilihan hieronnan todennäköisistä hyödyistä ja kertoa kuinka hieroa. (B)

Pelkästään termin ”hieronta /massage” käyttö ei anna täyttä kuvaa siitä, että mitä kyseisellä toimella tarkoitetaan, kuinka synnyttäjää tulisi ohjata itse hieromaan välilihaansa ja miten se käytännössä toteutuisi raskauden aikana tai synnytyksen käynnistyttyä. Suomessa on yleistä että synnytystä hoitaessaan kätilö tietyllä tavalla ”hieroo” tai ”venyttää” välilihaa ponnistusvaiheessa ja kokeilee, miten paljon kudokset antavat periksi. Episiotomian tarpeen arvioinnissa käsituntumalla on tärkeä osa. Ehkäpä sillä selittyy ponnistusvaiheen aikaisen hieronnan episiotomian tarvetta vähentävä vaikutus. Turhaa episiotomiaa ei tehdä, kun välilihan kudosjoustavuus sekä tarjoutuvan osan suhde on käsituntumalla arvioitu. Samoin kolmannen ja neljännen asteen repeämiltä vältytään, jos käsin tutkimalla huomataan kudoksen kireys ja osataan näin antaa välilihalle enemmän aikaa venyttyä. Toinen vaihtoehto on tehdä episiotomia.

Lauselmassa otetaan selkeästi myös kantaa miten episiotomia tulisi tehdä ja missä tilanteissa.

- Normaalisissa spontaanissa vaginaalisessa synnytyksessä tulisi suosia episiotomian rajoitettua käyttöä. Episiotomia tulisi tehdä vain kliinisen tilanteen sitä vaatiessa. Tämänlaisia tilanteita ovat ulosauton helpottaminen operatiivisessa synnytyksessä tai sikiöahdinko. (A)
- Suositeltu tekniikka episiotomiaa tehtäessä on leikata välilihaa medio-lateraalaisesti pienen häpyhuulen alkukohdasta lähtien yleensä suunnaten oikealle. (A)

Välilihatrauman korjauksessa jatkuvan ompeleen käyttöä suositellaan useammassa suosituslauselmassa eri otsikoiden alla. Näyttö on todettu vahvaksi puoltamaan jatkuvan

ompeleen käyttöä. Sulavan materiaalin käytöstä ja sulkutekniikasta mainitaan useamman kerran. Jatkuvan ompeleen käyttöä perustellaan pienemmällä kivulla ja kevyemmällä kivun hoidolla synnytyksen jälkeen.

- Jatkuvaa ommelta tulisi käyttää välilihan traumojen ompeluun perinteisesti käytetyn yksittäisompeleen sijaan. (A)
- Ammattilaisten tulisi käyttää sulavaa synteettistä ommelainetta ja jatkuvaa ompelutekniikkaa ensimmäisen ja toisen asteen repeämän ja episiotomian ompelussa sillä nämä ovat yhteydessä vähentyneeseen lyhyen ajan kipuun. (A)
- Välilihan ompelussa tulisi käyttää nopeasti liukenevaa synteettistä ommelainetta. (A)
- Kaikki välilihan haavat tulee ommella ellei synnyttäjä nimenomaan vaadi toisin. Poikkeava vaatimus tulee dokumentoida. (A)
- Välilihan tai sukupuolielinten arvioinnin ja korjaamisen tulisi hoitaa hoitotyön ammattilainen, jolla on riittävä koulutus ja harjaantuneisuus. Kolmannen ja neljännen asteen repeämää epäiltäessä tai todettaessa, tulisi synnyttäjä ohjata kokeneemman ammattilaisen hoitoon. (A)
- Välilihan sulkemisessa jatkuvat tekniikat, joko kaikkien kerrosten tai vain ihon, aiheuttavat vähemmän kipua välittömästi synnytyksen jälkeen ja tarvitaan vähemmän kipulääkitystä sekä vähemmän ompeleiden poistoa verrattuna yksittäisten ompeleiden tekniikoihin. (B)

Välilihan hoitoon ja kivun lievitykseen ohjataan lauselmassa perinteisiä keinoja; kipulääkettä, jääsidettä ja hyvää hygieniää.

- Äitiä tulee informoida välilihan hygienian tärkeydestä kuten siteiden tiheästä vaihtamisesta, käsien pesusta sekä päivittäisestä kylpemisestä tai suihkuttelusta pitääkseen välilihan alueen puhtaana. (A)
- Synnytyksen jälkeiseen välilihan kivun hoitoon voi suositella jääpussia tai kylmägeelipakkausta. (B)
- Sekä oraalinen että rektaalinen kipulääkitys on todettu tehokkaaksi välilihan kivun vähentämisessä, mutta suostuvaisuus rektaalisien kipulääkkeiden käyttöön joillakin naisilla voi vaikuttaa sen käyttöön. (B)

6.6 Syntymän jälkeen – luokan lauseimat

Synnytys jaetaan hieman eri lähteistä riippuen joko kolmeen tai neljään vaiheeseen, jossa kolmannessa vaiheessa syntyy istukka ja neljänneksi vaiheeksi lasketaan tarkkailuvaihe välittömästi synnytyksen jälkeen (Raussi- Lehto 2012, 210). Kolmeen vaiheeseen jaettuna tarkkailuvaihe jää pois (esim. Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen 2001, 150; Sariola & Tikkanen 2011, 317–320; Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie 2011, 511).

Kolmannen eli jälkeisvaiheen voi hoitaa aktiivisesti tai fysiologisesti (Klemetti & Raussi- Lehto 2014, 108). Fysiologista menetelmää käytettäessä voi istukan syntymiseen kulua pidempi aika, jolloin vauvan ensi- imetys ja ihokontakti toteutuvat synnytyksen kolmannessa vaiheessa limittäin. Imeminen ja nännien stimulaatio toimii luonnollisena oksitosiinin erittäjänä ja ajatellaan, että stimulaatio voisi saada istukan irtoamaan.

Päivitetystä ohjeistossaan NICE määrittelee synnytyksen kolmannen vaiheen seuraavasti: Synnytyksen kolmas vaihe on aika vauvan syntymästä istukan ja kalvojen poistumiseen (NICE 2014b, 70). Kolmannen vaiheen aktiivinen hoito NICE:n mukaan tarkoittaa sitä, että kohtua supistavat lääkkeet annetaan rutiininomaisesti, napanuoran sulkemista ja katkaisua viivytetään, napanuorassa pidetään hallittu veto istukan irtautumisen merkien jälkeen. Fysiologinen kolmannen vaiheen hoito pitää sisällään seuraavat asiat; ei rutiinomaista kohdun supistavien lääkkeiden käyttöä, ei napanuoran sulkemista tai katkaisua kunnes pulssi on hävinnyt, istukka synnytetään äidin työllä (NICE 2014b, 70).

- Kehittyneiden maiden sairaalaympäristöissä kolmannen vaiheen aktiivinen hoito, eli napanuoran sulkeminen ja katkaisu, supistavien lääkkeiden käyttö sekä kontrolloitu napanuoran veto, ovat suositeltavia synnytyksen jälkeisen vuodon ehkäisemiseksi. Synnyttäjille tulisi antaa tietoa molempien tyylien (aktiivinen/fysiologinen) hyödyistä ja riskeistä tietoisien päätöksenteon tueksi. (A)
- Tarvitaan enemmän tutkimusta jälkeisvaiheen hoidosta matalantulotason maissa. (A)

Vain tilanteissa joissa istukan syntymistä täytyy nopeuttaa tai on korkea veren- vuodon riski tulee aktiivista kolmannen vaiheen hoitoa toteuttaa (Klemetti & Raussi- Lehto 2014, 108).

- Jos matalan vuotoriskin synnyttäjät valitsee fysiologisen kolmannen vaiheen hoidon tulee häntä tukea tässä päätöksessä. Siirtymistä aktiiviseen jälkeisvaiheenhoitoon voidaan tarvita jos verenvuoto lisääntyy tai istukka ei synny tunnin kuluessa vauvan syntymästä. (B)

Ergometriini- oksitosiini yhdistelmä nähdään parempana vaihtoehtona kuin pelkkä oksitosiini vaikka yhdistelmällä on todettu enemmän sivuvaikutuksia. Muiden lääkkeiden käyttöä tulisi harkita. Ensisijainen vaihtoehto on kuitenkin oksitosiini.

- Synnyttäjälle tulisi kertoa ergometriini- oksitosiini yhdistelmän hyödyistä pelkkään oksitosiiniin verrattuna. Yhdistelmä on tehokkaampi ehkäisemään synnytyksen jälkeisen vuodon riskiä, mutta nostaa sivuvaikutusten mahdollisuutta kuten oksentamisen. (A)
- Selkeän näytön puuttuessa misoprostolin käytön oksitosiinin ja ergometriinin korvaajana tai ohella, synnytyksen jälkeisen vuodon hoidossa, tulisi perustua kliiniseen päätökseen. (B)

Synnytyksen jälkeisestä vuodosta oli monta suosituslauselmaa, mutta se ei enää kuulu normaalisyntymisen hoitoon toisaalta korkeankin vuotoriskin synnyttäjät voi synnyttää lopulta täysin normaalisti.

- Synnytyksen jälkeisen vuodon hoidossa suositaan kokeneen henkilökunnan avustuksella suonen sisäisiä nesteitä, kohdun hierontaa sekä kohtua supistavia lääkkeitä. (A)
- Korkean vuotoriskin synnyttäjien tulisi synnyttää asianmukaisessa paikassa josta on pääsy akuuttiin hoitoon. (A)
- Vuototilanteen aikana on tärkeää, että synnyttäjää ja hänen tukihenkilönsä informoi ja tukee kätilö. (B)

Synnytystä hoitava kätilö hoitaa yleensä myös neljännen eli tarkkailuvaiheen. Hoitava kätilö huolehtii ensi-imetyksestä ja nostaa terveen vastasyntyneen joko suoraan tai napanuoran laitton jälkeen äitinsä rinnalle ihokontaktiin. Nelivaiheista jakoa voi ajatella enemmän kätilötyölähtöisenä kun kolmivaiheiset jaottelut noudattavat enemmän lääke-

tieteellistä tai fysiologista jaottelua. Tässä opinnäytetyössä synnytyksenhoito käsitellään nelivaiheisen jaon mukaan.

- Kaikille naisille tulee antaa mahdollisuus ihokontaktiin vastasyntyneensä kanssa kiireettömässä ympäristössä sekä tarvittaessa kättilön apua imetykseen. (A)
- Aikaisia toimenpiteitä kuten synnyttäneen suihkussa käyntiä, vastasyntyneen punnitusta ja pesua tulisi viivyttää kunnes ensi-ihokontakti sekä ensi- imetys ovat toteutuneet. (A)
- Välittömästi syntymän jälkeen vastasyntynyt tulee peitellä lämpimästi äidin rinnalle paljas iho ihoa vasten ja vauvalle on laitettava päähine lämmön hukan estämiseksi. (A)
- Ideaalitulanteessa varhainen ihokontakti sekä imetys tapahtuu mahdollisimman pian synnytyksestä, mutta lääketieteellisten komplikaatioiden/tilanteiden viivyttäessä tätä on ihokontakti ja ensi-imetys mahdollistettava niin pian kuin mahdollista. (A)

Varhaisen imetyksen ja vuorovaikutuksen merkitys vastasyntyneelle on Suomessa ymmärretty hyvin. Vauvamyönteisyys ohjelmat ja imetysohjaaja- koulutus on ottanut nämä suositukset vahvasti ohjeistuksiinsa.

7 AINEISTOHAUN TOINEN VAIHE

Ensimmäisessä osassa tehty aineiston lajittelu ja muokkaus toimii toisen analyysiosan pohjana. The Joanna Briggs Instituutilta ei löydy vastaavaa normaalisyntytyksen hoidon manuaalia tai koostetta kuten tämän opinnäytetyön aineistoanalyysin toiseen vaiheeseen valituilta vertailutaholta.

Vertailun mahdollistamiseksi JBI- suositukset piti ensin kasata, valikoida kriteerien perusteella, erotella lauseimat suosituksista erilleen ja lopulta jakaa lauseimat luokkiin sisällön perusteella kuten analyysiosan ensimmäisessä vaiheessa on tehty.

7.1 Valitut ohjeistukset

Tutkimuksen toisessa vaiheessa mukaan otettiin neljä muuta synnytyksen hoitoon liittyvää ohjeistusta. Kaikki laaditut raportit ja manuaalit koskevat normaalisyntytyksen hoitoa, ne ovat näyttöön perustuvia kokonaisuuksia eri vuosikymmeniltä. Julkaisuvuosien laajan skaalan mahdollistamana on mielenkiintoista verrata mikä on muuttunut ja mikä kaikki on pysynyt samana kahdenkymmenen vuoden aikana.

Kaikissa manuaaleissa tai toimintaohjeistuksissa on suoria suosituslausemia, jotka toimivat synnytyksen hoidon ohjenuorana. Synteesiosassa näitä lausemia verrataan toisiinsa. Erityisesti kiinnitetään huomiota ristiriitaisuuksiin ja poikkeavuuksiin, mutta myös siihen mikä on todettu suosituslausemista yhtenäisesti vahvaan näyttöön perustuvaksi toimeksi normaalin synnytyksen hoidossa.

Pohjana toimii tutkimuksen ensimmäisessä osassa tehty JBI- suosituslausemien luokittelu kuuden otsikon alle. Tähän opinnäytetyöhön aineistosynteesi rajattiin koskemaan vain ensimmäisessä vaiheessa tehtyä aineiston luokittelua, jotta analyysi olisi vertailukelpoinen kaikkien mukaan otettujen aineistojen osalta. Valittujen manuaalien kattavuudesta kertoo se miten hyvin ne ovat mukana synteesissä ja ottavat kantaa eri luokkien aiheisiin. Ensimmäisessä aineiston analyysivaiheessa tehty luokittelu on laaja, luokkien alle mahtuu kattavasti synnytyksen hoidon osa-alueita.

Vertailujoukkoon valikoitui saatavuuden, kattavuutensa, maantieteellisen sijainnin sekä tämän opinnäytetyön aineistolle asetettujen kriteerien perusteella WHO:n normaalisyntytyksen hoidon käsikirja, Ruotsin Sosiaalhallituksen, Socialstyrelsen, laatima raportti normaalin synnytyksen hoidosta, Kanadan synnytyslääkärien ja gynekologien sekä heidän partnereidensa laatima kannanotto normaalisyntytyksen hoidosta mukaan luettuna Kanadan Kätilöjärjestön tilannekatsaus sekä Ison- Britannian ja Pohjois- Irlannin yhdistyneiden kuningaskuntien sosiaali- ja terveyssektorille suosituksia laativan NICE:n synnytyksen hoidon käsikirja.

7.1.1 WHO:n suositukset normaalisyntytyksen hoidossa

World Health Organizationin perinteikäs, 1996 julkaistu, normaalin synnytyksen käsikirja on toiminut monen suosituskäsikirjan, kannanoton ja tutkimuksen pohjana pitkään. WHO:n normaalisyntytyksen hoidon käsikirjassa normaalisyntytyksessä suositeltavat ja vältettävät toimet ovat jaettu neljään kategoriaan A, B, C ja D (Liite 3.) (World Health Organization 1996).

WHO:n oppaan suosituslauselmat suomennettiin tätä opinnäytetyötä varten (Liite 3.). Aineistojen vertailu on suoritettu alkuperäiskielellä ettei suomennos mahdollisesti vääristäisi lausemien sanomaa. Tässä opinnäytetyössä suosituslauselmat ovat jäljempänä kirjoitettu auki siten, että niistä välittyy suoraan WHO:n oma näytön vahvuuden kategorisointi.

7.1.2 Socialstyrelsen

Ruotsin Sosiaalhallitus, Socialstyrelsen, on laatinut laajaan opasmanuaalin normaalin synnytyksen hoidosta. Käsikirja koostuu tutkimusreferaateista ja niiden pohjalta tehdyistä suosituksista. Ruotsalaisessa oppaassa normaalisyntytyksessä määritellään WHO:n kriteerein.

Opas on laadittu vuonna 2001 ja se on osa terveydenhuollolle laadittua toimintaohjeistusta ja kuuluu ”State of the Art”- dokumenttikokoelmaan. Oppaasta löytyy aiheittain sekä selkeitä suosituslauselmia synnytyksen hoidon eri vaiheisiin että jatkotutkimusaiheita. (Socialstyrelsen 2001).

7.1.3 Kanadan ohjeistus

Kanadan synnytyslääkäreiden ja gynekologien yhdistys Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) on tehnyt yhdessä Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada (AWHONN), the Canadian Association of Midwives (CAM), the College of Family Physicians of Canada (CFPC) sekä the Society of Rural Physicians of Canada (SRPC) kanssa lauselman normaalin synnytyksen hoidosta vuonna 2008. Kanadan kättilöjärjestö CAM teki lauselman pohjalta omat tilannekatsauksensa vuonna 2010. Julkaisujen lauselmat on yhdistetty tässä opinnäytetyössä edustamaan kanadalaisia normaalisynnytyksen hoidon suosituksia. (SOGC 2008; CAM 2010).

7.1.4 National Institute for Health and Care Excellence, NICE

NICE tuottaa ohjeistuksia, standardeja sekä informaatiota terveys- ja sosiaalipalveluiden hyväksi Walesiin, Skotlantiin, Pohjois- Irlantiin sekä Englantiin hallitusten käytettäväksi. Tuorein ohjekirja normaalin synnytyksen, tai terveen naisen ja heidän vauvojensa, hoidosta synnytyksen aikana on julkaistu joulukuussa 2014. Ohjekirja on osa NICE:n kliinisten suositusten sarjaa. Ohjekirjaa on päivitetty ja tarkennettu edelliseen 2007 tehtyyn ohjeistukseen verrattuna ja se edustaa vertailujoukossa tuoreinta tietoa WHO:n manuaalin ollessa valituista ohjeistuksista vanhin.

Päivityksen on tehnyt Royal College of Obstetricians and Gynaecologists:ssa perustettu National Collaborating Centre for Women's and Children's Health yhdessä suositustyöryhmän kanssa. Suosituslauselmien sanamuotoa on myös hiottu vastaamaan paremmin NICE:n nykyistä lauselmaluokittelua. (NICE 2014b, 98).

NICE jakaa suosituslauselmat kolmeen tyyppiin; 1) toimet joita tulee tai ei tule tehdä 2) toimet joita tulisi tai ei tulisi tehdä 3) toimet joita voidaan käyttää. Suosituksen sanamuoto siten ilmaisee minkä vahvuinen suositus on näytöltään (the strength of the recommendation) (NICE 2014b, 106).

Opas on laadittu kattamaan niiden terveiden naisten hoidon, joilla on ollut ongelmaton raskaus ja jotka tulevat synnyttämään matalan riskin synnyttäjinä. Normaalisynnytystä

ei oppaassa sinällään ole määritelty. Ohjekirjassa on otettu myös huomioon matalan riskin synnytyksen muuttuminen komplisoituneeksi (NICE 2014a, 20).

Suosituslauselmien koonnissa ja suomennoksessa on käytetty oppaan kevyempää versiota, josta on karsittu suositusten taustoja selventävät tutkimuskoosteet. Suosituslauselmat ovat versioissa samat. Lukijan on helpompi löytää suosituslauselmat hoitohenkilöstölle tarkoitettusta versioista. Suomennostyössä on käytetty samoja periaatteita kuin WHO- tai JBI- suositusten käännöksissä.

8 JBI- SUOSITUKSET VERTAILUSSA

8.1 Suositukset partogrammin käytöstä

Partogrammin käytöstä tehdyt lauseimat ovat hyvin yhtenäisiä kaikilla viidellä vertailutaholla ja valituista tahoista ainoastaan SOGC ja sen partnerit eivät ota lauselmassaan partogrammin käyttöön mitään kantaa. Partogrammia käsitelleet tahot kannustavat partogrammin käyttöön.

WHO suosittelee vahvasti partogrammin käyttöä (Liite 3.) synnytyksen edistymisen seurannassa.

- Synnytyksen etenemisen huolellinen seuraaminen esimerkiksi WHO:n partogrammia käyttäen (WHO 1996, 34).

Socialstyrelsen kehottaa partogrammin käyttöön synnytyksen aktiivisessa vaiheessa sekä mukauttamaan partogrammin käyttösääntöjä, jos supistuksia täytyy stimuloida niiden epäsäännöllisyyden vuoksi (Socialstyrelsen 2001, 11).

NICE suosittaa partogrammin käyttöä linjassa WHO- suositusten kanssa aivan kuten JBI:kin. NICE ohjaa valituista tahoista tarkimmin mitä kirjauksissa tulisi näkyä. Partogrammi toimii dokumentointi- ja työskentelyvälineenä sekä raportointivälineenä siirrettäessä synnyttäjää kotoa tai kättilöjohtoisesta yksiköstä obstetriseen yksikköön (NICE 2014a, 63, 65; NICE 2014b, 60, 64).

- Käytä kuvallista kirjausta (partogrammia) synnytyksestä, kun synnytys on käynnissä (NICE 2014b, 60).
- Kun partogrammiin liittyy 4 tunnin action- linja käytä sitä, kuten WHO suosittelee (NICE 2014b, 60).
- Kirjaa synnytyksen toisessa vaiheessa seuraavat havainnot partogrammiin; puolelento- välillä arvio supistusten tiheydestä, tunnin välein verenpaine, 4 tunnin välein lämpö, virtsaamisen tiheys, tarjottu tai synnyttäjän toiveen mukaisesti tehty sisätutkimus tunnin välein, ja arvioi tarvitaanko siirtymistä toiseen hoitopaikkaan (NICE 2014b, 64).

NICE:n käsikirjassa synnytyksen toinen vaihe alkaa, kun kohdunsuu on todettu täysin aukinaiseksi. Toinen vaihe jaotellaan vielä passiiviseen ja aktiiviseen vaiheeseen. Passiivisessa vaiheessa todetaan täysin auki tilanne, mutta ponnistamisen tarvetta ei vielä ole. Aktiivisessa toisessa vaiheessa vauvan pää on näkyvissä tai synnyttäjällä on ponnistuttavia supistuksia ja kohdunsuu on täysin auki tai äiti työntää aktiivisesti kohdun suun ollessa täysin auki vaikka ponnistustarvetta ei olekaan. (NICE 2014b, 63- 64)

8.2 Suositukset sikiön seurannasta synnytyksen aikana

Aivan kuten JBI myös SOGC ja sen partnerit suosittavat jaksoittaista sikiön sydänään-
ten kuuntelua (SOGC 2008). Samaa suosittaa myös WHO, jonka suosituksissa sikiön
elektroninen monitorointi on myös jaoteltu kategoriaan D ” toimet, joita käytetään tois-
tuvasti epätarkoituksenmukaisesti” (Liite 3.) (WHO 1996, 35, 36). Monitoroinnin ei
tulisi häiritä normaalin synnytyksen luonnollista kulkua.

Socialstyrelsen ohjaa ottamaan KTG- käyrän kaikilta synnyttäjiltä synnytyssaliin tulta-
essa.

- Kaikilta synnytyssaliin tulevilta synnyttäjiltä otetaan tullessa KTG (Socialstyrel-
sen 2001, 23).

-

JBI ja NICE ohjaavat pois tämänlaisesta käytännöstä. Muutoin suositukset ovat linjassa
muiden tahojen kanssa, jaksottaista suositaan ja jatkuvaan siirrytään, jos on tarvetta.

- Jaksottainen KTG- seuranta aktiivisen avautumisvaiheen aikana matalan ja puo-
likorkean- riskin synnyttäjillä, jos tulokäyrä on ollut reaktiivinen (Socialstyrel-
sen 2001, 23).
- Jos KTG- käyrä on normaali ponnistamisen alkaessa voidaan sydänääniä kuun-
nella jaksoittaisesti, ennakoitaessa normaalia synnytysprosessia (Socialstyrelsen
2001, 23).
- Siirry jatkuvaan KTG- seurantaan poikkeavan kuuntelun, jonkin muun kompli-
kaatioepäilyn tai pitkittyneen ponnistusvaiheen vuoksi (Socialstyrelsen 2001,
23).

Sikiön sydänäänien kuunteluun NICE:n ohjeistuksissa käytetään muita välineitä kuin KTG- laitetta. Vain NICE:n lauselmassa suositetaan äidin pulssin tunnustelua sikiön sykkeen erottamiseksi äidin sykkeestä. Kuuntelun ajankohta supistuksen jälkeen sekä kuuntelun tiheys ovat linjassa JBI- suositusten kanssa.

- Kuuntele sikiön sydämensyke vähintään yhden minuutin ajan supistuksen jälkeen. Palpoi synnyttäjän pulssi sikiön ja äidin pulssin erottelemiseksi (NICE 2014b, 27, 29, 39).
- Kuuntele sikiön syke kohdatessasi synnyttäjän ensikerran sekä jokaisessa seuraavassa arvioinnissa (NICE 2014b, 29).
- Kirjaa sykkeen nopeutumia ja hidastumia jos niitä kuuluu (NICE 2014b, 29, 39).
- Kuuntele sikiön sydänäänit ponnistusvaiheessa heti supistuksen jälkeen vähintään minuutin ajan ja vähintään viiden minuutin välein. Tunnustele äidin pulssi joka 15 minuutti sikiön ja äidin sykkeen erottamiseksi (NICE 2014b, 64).
- Kuuntele sikiön sykettä vähintään minuutin ajan heti supistuksen jälkeen ja kirjaa se yhdellä arvolla (NICE 2014b, 29, 39).

NICE:n suositusten mukaan synnytysyksikköön tai sairaalaan tulevalta matalanriskin synnyttäjältä ei oteta rutiininomaisesti KTG:tä. Sikiön syke kuunnellaan sikiöstetoskoopilla tai doppler- laitteella.

- Tarjoa jaksottaista sydänäänien kuuntelua matalanriskin synnyttäjille synnytyksen ensimmäisen vaiheen ollessa käynnissä, kaikissa synnytysyksiköissä. Käytä joko Pinardin sikiöstetoskoopilla tai doppler- laitetta (NICE 2014b, 39).
- Älä ota matalanriskin synnyttäjältä tulo- KTG:tä osana alkukartoitusta käynnistymispäilyn tai käynnissä olevan synnytyksen tilanteessa, missään synnytyspaikassa (NICE 2014b, 29).
- Älä ota KTG:tä matalanriskin synnyttäjältä käynnissä olevassa synnytyksessä (NICE 2014b, 39).

KTG- seuranta tarjotaan NICE:n ohjeiden mukaan vain jos sikiöstetoskoopilla tai doppler- laitteella kuunneltaessa sikiön sydänäänissä huomataan jotain poikkeavaa. Jatkuvuuskin monitoroinnissa tulisi suosia liikkumisen mahdollistavia langattomia seurantalaitteita.

- Tarjoa synnyttäjälle jatkuvaa KTG- seurantaa, jos jaksottaisessa sydänäänten kuuntelussa (sikiöstetoskoopilla tai doppler- laitteella) on ilmennyt mahdollista sykkeen poikkeavuutta ja kerro synnyttäjälle miksi tämä toimi on tarpeellinen. Lopeta KTG, jos käyrä on normaalia 20 minuutin ajan (NICE 2014b, 30).
- Jos jatkuvaa KTG- seurantaa on tehty jaksottaisesta sydänääntenkuuntelusta nousseen huolen vuoksi, mutta epänormaaleja tai huolestuttavia merkkejä ei esiinny 20 minuutin aikana, lopeta jatkuva- KTG ja palaa jaksottaiseen sydänäänten kuunteluun (stetoskoopilla tai doppler- laitteella) (NICE 2014b, 40).
- Tarjoa langatonta seurantaa kaikille synnyttäjille, jotka tarvitsevat jatkuvaa KTG- seurantaa synnytyksen aikana (NICE 2014b, 41).

Kuten JBI:n niin myös NICE:n mukaan selkäpuudutteen käytön yhteydessä monitoroidaan sikiön sydänääniä puolen tunnin ajan. Äidin tilassa tapahtuneet muutokset ovat NICE:n mukaan sydänäänipoikkeavuuksien ohella pidempiaikaisen KTG- seurannan aiheita.

- Ota vähintään 30 minuuttia jatkuvaa KTG: tä puudutteen laitton ja jokaisen 10ml tai sitä suuremman lisäannoksen yhteydessä (NICE 2013b, 38).
- Suosittele jatkuvaa KTG- seurantaa jos jokin seuraavista riskitekijöistä ilmenee synnytyksen aikana: lämpö yli 38° C tai enemmän tai sepsis tai korionamnioniit-tiepäily, vakava hypertensio (160/110 mmHg tai enemmän), oksitosiini käytös-sä, selkeästi vihreä lapsivesi, synnytyksen aikana kehittynyt emättimen veren-vuoto (NICE 2014b, 39).

Sikiökalvojen puhkaisu ei NICE:n mukaa ole indikaatio jatkuvalle seurannalle, mutta oksitosiinin käyttö on.

- Älä pidä synnytyksen ensimmäisen vaiheen epäillyn pitkittymisen vuoksi tehtyä sikiökalvojen puhkaisua aiheena jatkuvalla KTG:lle (NICE 2014b, 40).
- Kerro synnyttäjälle, että pitkittymisen vuoksi aloitettu oksitosiini tulee tihentämään ja voimistamaan supistuksia ja sen vuoksi sikiötä tulisi tarkkailla jatkuvasti (NICE 2014b, 63).

KTG- seurannan vaikutuksista ja sen mukanaan tuomia epämukavuustekijöitä kohtaan NICE:n suosituksissa ollaan varsin sensitiivisiä. Ohjauksen merkitystä korostetaan.

Vertailutahot eivät JBI:n tapaan tuo esiin ohjausta koskevissa suosituksissaan jatkuvan monitoroinnin yhteydestä lisääntyneisiin instrumenttiavusteisiin synnytyksiin ja sektioihin.

- Huomioi kaikki huolet mitä synnyttäjällä on jatkuvaa seurantaan kohtaan ja anna hänelle seuraava ohjaus: Selitä, että jatkuvaa seurantaan tehdään sikiön sydänäänten ja synnytyssupistusten seuraamiseksi. Anna esimerkkejä yksittäisistä löydöksistä mitä voi esiintyä. Selitä, että normaali käyrä on rohkaiseva ja on merkinä siitä, että vauva kestää synnytyksen hyvin, mutta jos käyrä ei ole normaali on vähemmän varmuutta siitä miten vauva voi ja siksi yhtäjaksoisen monitoroinnin jatkaminen on järkevää. Selitä, että jatkopäätökset perustuvat useampaan osatekijään mukaan lukien KTG- löydökset (NICE 2014b, 40).

JBI- suosituksissa todettiin ettei KTG- rekisteröinnin tulisi koskaan häiritä tai syrjäyttää muuta hoitoa ja tukea synnytyksessä. Samaan tapaan hoitohenkilöstöä ohjaa myös NICE. On varmistettava, että jatkuvasta monitoroinnista huolimatta hoidon keskipisteessä on käyrän sijaan synnyttäjä.

- Jos tarvitaan jatkuvaa KTG- seurantaan :Varmista, että hoidon keskipiste pysyy naisessa KTG- käyrän sijaan. Seuraa synnyttäjän ja sikiön vointia ja toimi tarvittaessa ripeästi. Huolehdi, että käyrä on korkealaatuinen ja mieti muita vaihtoehtoja, jos tämä ei toteudu. Pysy synnyttäjän luona henkilökohtaisen tuen jatkumiseksi (NICE 2014b, 42, 48).

Verinäytteiden oton yhteydessä katsotaan KTG- käyrältä reagoiko sikiö millä tavoin verinäytteen ottoon tai sisätutkimukseen. Vilkastunut käyrä verinäytteen oton aikana tai jälkeen on NICE:n mukaan hyvä merkki.

- Jos sikiön päänahan ärsytys verinäytteen oton yhteydessä saa aikaan akseleraation KTG- käyrällä pidä sitä rauhoittavana merkinä. Ota se huomioon arvioidessasi kokonaistilannetta (NICE 2014b, 55).
- Käytä sisätutkimuksen jälkeistä sikiön päänahan ärsytyksen aikaan saamaa vastetta käyrässä merkinä sikiön hyvinvoinnista, jos verinäyte ei ole onnistunut tai on kontraindisoitu (NICE 2014b, 55).

KTG- käyrän tulkinta on haastavaa ja vaatii ammattitaitoa sekä jatkuvaa lisäkoulutusta. JBI:n lisäksi asian ovat huomioineet NICE ja Socialstyrelsen.

- Ei ole mahdollista tulkita kaikkia KTG- käyriä. Kokeneen synnytyslääkärin merkitys on tärkeä näissä tapauksissa (NICE 2014b, 42, 48).
- KTG- tulkinnan jatkuvaa lisäkoulutusta kätilöille ja lääkäreille, jotka työskentelevät synnytysosastolla (Socialstyrelsen 2001, 23).

Pelkän KTG- käyrän perusteella ei NICE:n suositusten mukaan tulisi tehdä hoitolinjauksia vaan on arvioitava tilannetta kokonaisvaltaisemmin.

- Älä tee mitään päätöksiä synnyttäjän hoidosta pelkkien KTG- löydösten perusteella (NICE 2014b, 42, 48).
- Kaikissa synnyttäjää koskevissa hoitopäätöksissä, mitä tehdään synnyttäjän ollessa jatkuvalla KTG- käyrällä tulisi ottaa huomioon myös seuraavat seikat: synnyttäjän selonteko siitä kuinka hän voi, synnyttäjän kertoma siitä kuinka sikiö liikkuu, arvio synnyttäjän hyvinvoinnista ja toiminnasta, synnyttäjän lämpö, pulssi ja verenpaine, veren tai mekoniumin ilmeneminen lapsivedessä, merkit vaginaalisesta verenvuodosta, synnyttäjän lääkitys, supistustiheys, synnytyksen vaihe ja edistyminen, naisen synnyttäneisyys, sikiön verinäytteet, jos sellaisia on otettu sekä sikiön reaktio päänahan ärsytykseen mahdollista verinäytettä otettaessa (NICE 2014b, 49).
- Tarkasteltaessa KTG- käyrää arvioi ja dokumentoi kaikki neljä tekijää (sykkeen perustaso, perustason vaihtelu, hidastumat tai niiden puute, akseleraatiot) (NICE 2014b, 42, 49).
- Täydennä meneillään olevaa hoitoa dokumentoidulla systemaattisella synnyttäjän ja sikiön arvioinnilla (mukaan luettuna KTG- löydökset) tunnin välein. Jos KTG- löydöksissä on huolestuttavaa, tee arviota tiheämmin (NICE 2014b, 49).
- Tiedosta, että KTG- parametrien ollessa vertailukohdiltaan normaaleja on sikiön hapenpuutteen riski pieni (NICE 2014b, 49).

Sikiön sykkeen perustaso:

- Ota sikiön sykkeen perustason arvioinnissa huomioon, että: Perustaso on yleensä 110- 160 lyöntiä/ minuutissa, sikiön sykkeen perustason ollessa 100-109 lyön-

tiä/min (ja on varmistettu ettei syke ole äidin) yhdistettynä normaaliin sykkeen vaihtelevuuteen eikä myöhäisiä hidastumia ilmene on normaali eikä aiheuta jatkotoimenpiteitä. Sykkeen ollessa 90- 99lyöntiä/min (ja on varmistettu ettei syke ole äidin) voi se olla normaali jos vaihtelevuus on hyvä, hanki obstetrikon arvio, jos tilanne on epäselvä (NICE 2014, 49).

- Järjestä siirto lääkärijohtoiseen yksikköön, jos sikiön syke on alle 110 tai yli 160 lyöntiä / minuutti tai jaksoittaisessa sydänäänten kuuntelussa kuullaan sykkeen hidastumia (NICE 2014b, 31).
- Jos sikiön syke on 161-180 lyöntiä minuutissa eikä käyrässä näy muita epäilyttäviä tai poikkeavia piirteitä; Mieti mitä löydöksen taustalla voisi olla (esim infektio) ja tee tarvittavat tutkimukset. Mittaa synnyttäjän lämpö ja pulssi, jos jompikumpi näistä on koholla tarjoa nesteitä ja paracetamolia. Suorita yksi tai useampi *tavanomaisista toimista*: 1. kannusta synnyttäjää liikkeelle tai ottamaan vasen kylkiasento, vältä selinmakuuta, 2. tarjoa juotavaa tai laskimonsisäistä nesteytystä, 3. tarjoa paracetamolia, jos synnyttäjän kuume on noussut, 4. vähennä supistustiheyttä lopettamalla oksitosiinitippa (lääkärin tulee päättää jatkaanko oksitosiinia ja milloin) tai tarjoa tokolyysi (suositeltu hoito on terbutalini 0,25mg s.c) (NICE 2014b, 50, 54).

NICE:n ohjeistuksissa *tavanomaiset toimenpiteet* esiintyvät useasti. Niillä tarkoitetaan näitä neljää edellä esitettyä toimea, jotka suoritetaan aina yksittäin tai yhdessä, jos synnytyksen aikana huomioidaan poikkeavaa.

- Jos synnyttäjän pulssi ja lämpö ovat normaalit sikiön syketason ollessa 161-180 lyöntiä/min, vaihtelu on hyvää eikä huolestuttavia tai epänormaaleja merkkejä näy käyrässä, jatka KTG:n ottoa ja synnytyksen normaalia hoitoa sillä sikiön hapenpuutteen riski on matala (NICE 2014b, 50).
- Jos syketaso on 100-109 lyöntiä minuutissa tai yli 160 lyöntiä minuutissa ja ilmenee yksikin huolestuttava muutos KTG:ssa ryhdy *tavanomaisiin toimenpiteisiin* (esiteltä yllä) sikiön hyvinvoinnin parantamiseksi (NICE 2014b, 50).
- Jos sikiön syketaso on yli 180 lyöntiä minuutissa eikä huolestuttavia tai epänormaaleja piirteitä esiinny käyrällä; Mieti mitä löydöksen taustalla voi olla (esim. infektio) ja ryhdy asianmukaisiin tutkimuksiin. Mittaa synnyttäjän pulssi ja lämpö, jos jompikumpi on koholla niin tarjoa nesteitä ja paracetamolia. Ryhdy yhteen tai useampaan *tavanomaiseen toimenpiteeseen*. Tarjoa sikiön pH tai laktaat-

tinäytteen ottoa, jos syketaso pysyy edelleen yli 180 lyönnissä/ minuutti muista *tavanomaisista toimista* huolimatta (NICE 2014b, 50).

- Jos ilmenee sikiön bradykardia tai yksittäinen pitkittynyt hidastuma, jossa sikiön syke on alle 100 lyöntiä/min kolmen minuutin ajan: ryhdy *tavanomaisiin toimiin*. Hae kiireesti lääkärin apua. Valmistaudu nopeaan synnytykseen. Kiirehdi synnytystä jos bradykardia kestää yhdeksän minuutin ajan. Jos syke korjaantuu yhdeksän minuutin aikana tee uusia arvio synnytyksen kiirehtimisestä synnyttäjän kanssa keskustellen (NICE 2014b, 50).
- Ota huomioon seuraava arvioidessasi sikiön perustason vaihtelua: Vaihteluväli on yleensä viisi lyöntiä minuutissa tai enemmän. Jaksottaiset vaihtelun hidastumat ovat normaaleja erityisesti uinumisjaksojen aikana (uni). Lievät tai vähäiset vale-sinusoidaaliset muodot (heilahtelun laajuus 5-15lyöntiä/minuutissa) eivät ole merkittäviä (NICE 2014b, 51).
- Jos sykkeen vaihtelu on alle viisi lyöntiä minuutissa perustason ollessa normaali eikä vaihtelevia tai myöhäisiä hidastumia ole: Ryhdy *tavanomaisiin toimenpiteisiin* jos tämä tilanne jatkuu yli 30 minuuttia. Tarjoa sikiön verinäytteen ottoa laktaatin tai pH- arvon määrittämiseksi, jos tilanne jatkuu yli 90 minuuttia (NICE 2014b, 51).
- Jos sykkeen vaihtelu on alle viisi lyöntiä minuutissa yli 30 minuuttia ja lisäksi esiintyy yksi tai useampi takykardia (syke nousee yli 160 lyöntiin / minuutti) perustason ollessa alle 100 lyöntiä/ minuutti tai esiintyy vaihtelevia tai myöhäisiä hidastumia: Ryhdy *tavanomaisiin toimenpiteisiin*. Tarjoa sikiön verinäytteen ottoa laktaatin tai pH:n määrittämiseksi (NICE 2014b, 51).
- Sikiön sykkeen hidastumista kerrottaessa kuvaa: hidastuman syvyys ja kesto, ajoitus suhteessa supistuksen huippuun, palaako sikiön syke perustasolle, kuinka kauan niitä on esiintynyt, esiintyvätkö ne yli 50 prosentissa supistuksia (NICE 2014b, 52).

NICE ottaa kantaa suosituksissaan myös ilmaisuihin, joita raportoidessa tulisi käyttää. Monitoroinnissa tavattavat ilmiöt on käyty lävitse yksityiskohtaisesti kuvaten mitä ne tarkoittavat ja miten käyrää tulisi tulkita synnyttäjälle.

- Kuvaa hidastumia sanoilla ”varhainen”, ”vaihteleva” tai ”myöhäinen”. Älä käytä ilmaisuja ”tyypillinen” tai ”epätyypillinen”, sillä ne voivat johtaa harhaan (NICE 2014b, 52).

Varhaiset hidastumat:

- Ota huomioon seuraava arvioidessasi sikiön sykkeen hidastumia: Varhaiset hidastumat ovat harvinaisia, vaarattomia ja yleensä johtuvat sikiön pään puristuksessa olost. Varhaisten hidastumien, ilman muita huolestuttavia tai poikkeavia merkkejä KTG:ssa, ei pitäisi kannustaa jatkotoimenpiteisiin (NICE 2014b, 52).

Vaihtelevat hidastumat:

- Jos vaihteleva hidastuma huomataan supistuksen alussa: Tiedosta, että nämä ovat hyvin tavallisia ja voivat olla normaali piirre muuten ongelmatomassa synnytyksessä ja usein johtuvat napanuoran puristumisesta. Harkitse, että pyytäisit asennon vaihtoa tai synnyttäjää liikkeelle (NICE 2014b, 52).
- Ryhdy *tavanomaisiin toimenpiteisiin*, jos vaihtelevien hidastumien yhteydessä ilmenee normaalin sikiön syketason: Tipahdus perustasolta 60 lyönnillä tai vähemmällä / min ja menee 60s tai vähemmän korjaantumiseen ja tämänlaisia vaihtelevia hidastumia ilmenee yli 90 minuutin ajan ja jos niitä esiintyy yli 50 prosentissa supistuksista (NICE 2014b, 52,53).
- Ryhdy *tavanomaisiin toimenpiteisiin*, jos vaihtelevien hidastumien yhteydessä ilmenee sikiön normaalin syketason: Tapahtaminen yli 60 lyönnillä / min tai enemmän tai jos palautumisessa kestää yli 60s ja tämänlaisia vaihtelevia hidastumia esiintyy yli 30 minuutin ajan ja niitä esiintyy yli 50 prosentissa supistuksista (NICE 2014b, 53).
- Tarjoa sikiöveren laktaatin tai pH:n määrittystä edellä mainituissa tapauksissa, jos tilanne jatkuu 30 minuutin päästä, kun on ryhdytty *tavanomaisiin toimenpiteisiin* tai samalla esiintyy myös takykardiaa (sikiön syke yli 160 lyöntiä/ min) ja/ tai perustason vaihtelu on vähentynyt (vaihtelu vähemmän kuin viisi lyöntiä/min) (NICE 2014b, 53).

Myöhäiset hidastumat:

- Jos huomataan myöhäisiä hidastumia (hidastuma alkaa supistuksen jälkeen ja usein palaa hitaasti sykkeen perustasolle): Ryhdy *tavanomaisiin toimenpiteisiin* jos myöhäisiä hidastumia esiintyy yli 50 prosentissa supistuksista. Tarjoa sikiön verinäytteen ottoa laktaatin tai pH:n määrittämiseksi tai kiiruhda synnytystä, jos myöhäisiä hidastumia esiintyy yli 30 minuutin ajan ja niitä esiintyy yli 50 prosentissa supistuksista. Ryhdy toimiin aikaisemmin, jos myöhäisten hidastumien

kanssa perustaso on poikkeava ja /tai perustasovaihtelu on vähentynyt (NICE 2014b, 53).

- Huomioi, että mitä pidempi, myöhäisempi ja syvempi yksittäinen hidastuma on, sitä todennäköisemmin sikiö kärsii hapenpuutteesta (erityisesti, jos hidastuma yhdistyy takykardiaan ja /tai vähentyneeseen perustason vaihteluun) joten ryhdy toimiin alle 30 minuutissa jos on huoli sikiön hyvinvoinnista (NICE 2014b, 53).

Akseleraatiot:

- Ota huomioon seuraavat seikat, kun arvioit sikiön sykkeen akseleraatioita: Akseleraatiot ovat tavallisesti merkki siitä, että vauva on terve. Akseleraatioiden puute muutoin normaalissa KTG- käyrässä ei ole merkki hapenpuutteesta (NICE 2014b, 54).
- Nopeutumet, akseleraatiot ovat yleensä merkki siitä, että sikiö voi hyvin (NICE 2014b, 42).

Lisäksi NICE:n käsikirjasta löytyy ohjeistusta sikiönverinäytteiden otosta sekä ohjeistusta synnytyspaikkojen toimintaan kuten KTG- rekisteröintien oikeanlainen käsittely ja säilytys. Ne eivät kuitenkaan kuulu olennaisesti normaalisynnytyksen hoitoon. (NICE 2014b, 55-58).

8.3 Synnytyskivun lievitystä koskevat lauseimat

Kivunlievitystoiveista, vaihtoehtoista sekä suhtautumisesta kivunlievityskeinoihin tulisi suositusten mukaan keskustella synnyttäjän kanssa. JBI suosituksissa kehoitetaan antamaan tietoa puudutteen haitoista ja hyödyistä synnyttäjän päätöksenteon tueksi.

- Kommunikaation luomiseksi synnyttäjän kanssa arvioi hänen tietonsa kivunhallintastrategioista ja tarjoa hänelle puolueetonta tietoa saadaksesi selville mitkä saatavilla olevista mahdollisuuksista hän hyväksyy (NICE 2014b, 23).
- Kysy hoidon alkutilanteessa synnyttäjän kokemista kivuista ja keskustele kivunlievitys vaihtoehtoista (NICE 2014b, 27).
- Henkilöstön tulee olla herkistyneitä kuulemaan synnyttäjän eri kivunlievitysmuotojen tarpeita (Socialstyrelsen 2001, 58).

Olipa synnytyksen vaihe tai tilanne mikä tahansa on NICE:n mukaan synnyttäjän riittävästä kivunlievityksestä huolehdittava muun tuen ja ohjauksen lisäksi. Kivunlievityksen riittävyttä sekä synnyttäjän jaksamista on arvioitava läpi synnytyksen.

- Tunnista se, että synnyttäjä voi kokea kivuliaita supistuksia ilman kohdunsuun tilanteen muutosta ja vaikka hänelle on kerrottu, ettei synnytys ole käynnissä, hän voi hyvin ajatella olevansa omasta mielestään synnyttämässä (NICE 2014b, 26).
- Tarjoa hänelle tarvittaessa yksilöityä kivun hoitoa (NICE 2014b, 26).
- Anna avautumisvaiheen latenttivaiheessa olevalle synnyttäjälle tietoa siitä mitä tässä vaiheessa tapahtuu ja kerro miten toimia hänen kohtaamansa kivun kanssa (NICE 2014b, 24, 25).
- Avautumisvaiheen pitkittyessä tarjoa kaikille synnyttäjälle tukea, nesteytystä sekä asianmukaista ja tehokasta kivunlievitystä (NICE 2014b, 61, 63).
- Tee huomioita koko synnytyksen ajan synnyttäjän tuntemuksista ja psyykkisistä tarpeista mukaan lukien hänen toiveensa kivunlievityksen suhteen (NICE 2014, 60).
- Arvioi synnyttäjän asentoa, nesteytystä, jaksamista sekä kivunlievitystä koko ponnistusvaiheen ajan (NICE 2014b, 65).
- Kannusta synnyttäjää ilmaisemaan hänen kivunlievitystarpeensa missä tahansa synnytyksen vaiheessa (NICE 2014b, 61).

SOGC on ottanut kivunlievityksessä kantaa varsin yllättäviin seikkoihin kuten luonnon valoon ja synnytysympäristöön. Myös äänimaaailma on huomioitu poikkeuksellisesti hiljaisuuden mahdollistamisesta päin, kun se NICE:n sekä JBI:n suosituksissa on tuotu esiin musiikin käyttämisen kautta. Suosituslauselma on toimintaohjeiden laatimiseksi, ei vielä valmis ohje käytännön tueksi.

- Tulisi laatia käytännön toimintaohjeet, joissa pitäisi ottaa mukaan hoitolaitosten tarjoamat lääkkeelliset sekä ei- lääkkeelliset kivunlievitystavat kuten amme, suihku, pääsy luonnonvaloon, ympäristösuunnittelu ja ympäristön muokkaaminen sekä hiljainen alue (SOGC 2008).

Ammattilaisen asenne eri kivunlievitysmahdollisuuksiin ja niiden vaikuttavuuteen voi vaikuttaa siihen mitä synnyttäjälle tarjotaan tai mihin ohjataan. Tätä seikkaa NICE on tuonut esiin suosituksissaan.

- Hoitoalan ammattilaisten tulisi miettiä miten heidän omat arvot ja uskomukset vaikuttavat heidän asenteeseensa synnytyskivun kanssa jaksamiseen ja varmistaa, että heidän tarjoama hoito tukee synnyttäjän valintaa (NICE 2014b, 34).

8.3.1 Suositukset ei- lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käytöstä

Näyttö koetaan vielä riittämättömäksi ei- lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien osalta JBI:n lisäksi niin WHO:n kuin Socialstyrelsen ohjeistuksissa. Näytön vaatimus on selkeästi ilmaistu Socialstyrelsen taholta.

- Ei- lääkkeellisten menetelmien kuten yrttien, ammeen ja neurostimulaation käyttö synnytyskivun hoidossa vaativat vielä lisää tutkimusta eikä niistä ole riittävää näyttöä selkeän suosituksen pohjaksi (WHO 1996, 36).
- Ei-lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käytön tulee myös olla näyttöön perustuvaa (Socialstyrelsen 2001, 36).
- Epäselviä (esim. akupunktio ja amme varhaisessa avautumisvaiheessa) tai mahdollisesti haitallisia (esim. petidiini ja amme ponnistusvaiheessa) menetelmiä tulisi käyttää varovaisesti ja mieluiten vain tutkimusyhteydessä (Socialstyrelsen 2001, 36). Lauselma ei tarkoita sitä, että ammetta ja petidiiniä tai akupunktiota yhdistettäisiin keskenään.)

Näytön puutteesta huolimatta WHO kehottaa suosittelemaan ei- lääkkeellisiä menetelmiä kuten hierontaa ja rentoutumista.

- Ei- kajoavien, ei- lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttöä synnytyksen aikana tulisi suosittelaa kuten esimerkiksi hierontaa ja rentoutumistekniikoita (WHO 1996, 34).

Kanadan kättilöliitto tuo esiin normaalin synnytyskivun ja kättilön roolin tukijana ja auttajana. Mahdollisia menetelmiä ei ole eritelty kanadalaisissa suosituksissa.

- Autetaan synnyttäjää työskentelemään normaalin synnytyskivun kanssa käyttämällä ei- lääkkeellisiä menetelmiä (CAM 2010).

NICE siirtää vastuun ja toteutuksen ei- lääkkeellisten menetelmien käytöstä enemmän synnyttäjälle ja tukihenkilölle. Kättilön rooli on ohjata ja tukea synnyttäjää hänen päätöksessään. NICE listaa menetelmiä, joita ei tulisi tarjota ollenkaan tai joiden käyttöön ei tulisi kannustaa, mutta toisaalta ei estelläkään, jos synnyttäjä haluaa näitä menetelmiä käyttää. JBI on ei- lääkkeellisten kivunlievitysvaihtoehtojen suhteen selkeästi liberaalimpi NICE:en verrattuna.

- Ohjaa synnyttäjää ja hänen tukihenkilöään /- henkilöitään, että latentin avautumisvaiheen aikana hengitysharjoitteet, amme ja hieronta voivat vähentää kipua (NICE 2014b, 26).
- Jos synnyttäjä päättää käyttää hengitys- ja rentoutumistekniikoita synnytyksessä tue häntä siinä päätöksessä (NICE 2014b, 34).
- Tue synnyttäjän valitseman musiikin soittamista synnytyksen aikana (NICE 2014b, 35).
- Älä tarjoa ohjeita aromaterapian, joogan tai akupainannan käytöstä latentin avautumisvaiheen aikana. Jos synnyttäjä haluaa käyttää jotain näistä tekniikoista niin kunnioita hänen toivettaan (NICE 2014b, 26).
- Älä tarjoa akupunktiota, akupainantaa tai hypnoosia, mutta älä estä synnyttäjää, joka haluaa käyttää näitä tekniikoita (NICE 2014b, 35).
- Jos synnyttäjä haluaa käyttää tukihenkilölle opetettuja hierontatekniikoita synnytyksessä niin tue häntä tässä valinnassa (NICE 2014b, 35).

Siinä missä JBI toteaa ettei TENS- laitteen käytöstä ole todettu sen koommin positiivisia kuin negatiivisiakaan vaikutuksia ja että TENS:iä voi tarjota missä tahansa synnytyksen vaiheessa suosittaa NICE ettei TENS:iä tulisi tarjota käynnissä olevassa synnytyksessä. JBI toteaa aquarakkuloista, että ne voivat olla käyttökelpoinen keino synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa. NICE kieltää käyttämästä vesirakkuloita.

- Älä tarjoa synnyttäjälle TENS:iä käynnissä olevassa synnytyksessä (NICE 2014b, 35).
- Älä käytä injektoituja vesirakkuloita (aquarakkuloita) (NICE 2014b, 35).

Muun ei- lääkkeellisen kivunlievityksen ollessa synnyttäjän ja tukihenkilön toiminnan varassa on NICE:n ohjeistuksessa ammetta kivunlievitykseen käytettäessä synnytystä hoitavalla kättilöllä selkeä aktiivisen toimijan rooli.

- Tarjoa synnyttäjälle mahdollisuutta synnyttää vedessä kivun lievittämiseksi (NICE 2014b, 35).

Suosituksen osalta jää epäselväksi, että tarkoitetaanko ammeen käyttöä avautumisvaiheen kivunlievityksen hoidossa vai synnyttämistä veteen. NICE:n ohjeistuksissa ei oteta kantaa veteen synnyttämisen hoitoon missään muussa kohdin, joten oletettavaa on, että kyseessä on avautumisvaiheen synnytystyö vedessä ei synnyttäminen veteen. JBI-suosituksissa oli selkeästi mainittu, että amme on käyttökelpoinen kivunlievityskeino avautumisvaiheessa.

- Vedessä olevan synnyttäjän sekä veden lämpöä tulee tarkkailla tunnin välein, että varmistutaan, että synnyttäjällä on mukava olla ja ettei synnyttäjälle nouse kuume. Veden lämpötilan ei tulisi olla yli 37,5°C (NICE 2014b, 35).
- Synnyttäjän ei tule mennä ammeeseen kahden tunnin sisällä opioidin antamisesta tai jos hän on unelias (NICE 2014b, 36).

8.3.2 Suositukset lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käytöstä

NICE:n suosituksissa epiduraalia tai muita puudutteita harkittaessa ohjauksen on oltava kohdillaan ja riskejä on punnittava hyötyjen kanssa. Samaa suosittaa myös JBI sekä Socialstyrelsen. Synnyttäjältä ei saa NICE:n suositusten mukaan evätä puudutetta missään synnytyksen vaiheessa.

- Lääkkeellisiä kivunlievityksiä käytettäessä tulee käyttöä harkita naisen kivunlievitystarpeen sekä synnytyksen lopputulokseen ja lapsen kohdistuvien mahdollisten negatiivisten vaikutusten välillä. Kivunlievitysmenetelmien hyvistä ja

huonoista puolista, sekä tutkimustiedon puutteesta mahdollisten pitkäaikaisvaikutusten osalta, tulisi keskustella äitiyshuollossa. Synnytyksen aikana äidin toiveilla pitää olla suuri paino (Socialstyrelsen 2001, 36).

- Jos synnyttäjä pyytää puudutetta suostu hänen pyyntöönsä. Tämä koskee myös latentissa avautumisvaiheessa olevaa synnyttäjää (NICE 2014b, 37).
- Jos synnyttäjä harkitsee puudutteiden käyttöä keskustele hänen kanssaan niiden riskeistä ja hyödyistä sekä vaikutuksesta hänen synnytykseensä samoin kuin järjestelyistä ja ajasta mikä menee siirryttäessä lääkärijohtoiseen synnytysyksikköön jos synnyttäjä on kotona tai kättilöjohtoisessa synnytyspaikassa (NICE 2014b, 36).
- Anna tietoa epiduraalipuudutteesta mukaan lukien seuraava: se on saatavilla vain lääkärijohtoisissa yksiköissä, se tarjoaa tehokkaamman kivunlievityksen kuin opioidit, sitä ei ole yhdistetty pitkäaikaiseen selkäkipuun, se ei ole yhteydessä pitkittyneeseen avautumisvaiheeseen tai korkeampaan sektoririskiin, se on yhteydessä pidempään ponnistusvaiheeseen sekä instrumenttiavusteiseen alatiesynnytykseen, siihen liitetään intensiivisempi seuranta sekä laskimoyhteys jolloin liikkuminen voi rajoittua (NICE 2014b, 36).
- Järjestä siirto lääkärijohtoiseen synnytysyksikköön, jos synnyttäjä toivoo puudutuksia täydentämään kivunlievitystä (NICE 2014b, 31).

NICE:n suosituksissa näkyy selkeästi synnytysyksiköiden jakautuminen kättilöjohtoiseihin ja lääkärijohtoiseihin yksiköihin. Siksi moni lääkkeellistä kivunlievitystä koskeva suositus ottaa kantaa synnyttäjän siirtämiseen synnytyspaikasta toiseen.

Mikään muu taho ei suoraan tarjoa epiduraalia missään tilanteessa, mutta NICE:n mukaan sitä tulisi tarjota, kun aiotaan käyttää oksitosiinia. Tässä tilanteessa siirrytään jo pois normaalisyntymisen hoidosta useiden määrittelyiden mukaan.

- Tarjoa synnyttäjälle epiduraalia ennen oksitosiinin aloittamista (NICE 2014b, 63).

Selkäpuudutteiden käytössä NICE:n suositukset ovat linjassa JBI- suositusten kanssa niin seurannan kuin laskimonsisäisen nesteytyksenkin osalta.

- Varmista aina laskimoreitti ennen puudutteen antoa (NICE 2014b, 37).
- Esitäyttöä tai aukiolotippaa ei tarvitse antaa rutiininomaisesti pieniannoksista epiduraalipuudutetta tai kombinoitua epiduraali- spinaalipuudutetta annettaessa (NICE 2014b, 37).
- Ryhdy seuraaviin lisäseurantoihin synnyttäjän saatua puudutteen: mittaa verenvälinettä joka viides minuutti 15 minuutin ajan puudutteen annon yhteydessä sekä jokaisen seuraavan annoksen (10ml tai enemmän matala-annoksista liuosta) jälkeen, jollei synnyttäjä ole kivuton 30 minuutin kuluttua annoksen annosta kutsu paikalle anestesia lääkäri, arvioi tuntopuutosten astetta tunnin välein (NICE 2014b, 37).

Muiden lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien osalta NICE suosittaa kertomaan niiden haitoista. Hengitettävän kipulääkkeen lisäksi ei JBI ole maininnut muita lääkkeitä.

- Varmista, että Entonox (50:50 sekoitus happea ja typpioksiduulia/ilokaasua) on saatavilla kaikissa synnytyspaikoissa sillä se voi lievittää synnytyskipua, mutta kerro synnyttäjälle, että se voi tehdä hänet pahoinvoivaksi ja sekavaksi (NICE 2014b, 35).
- Varmista, että petidiiniä, diamorfiinia ja muita opioideja on saatavilla kaikissa synnytyspaikoissa. Kerro synnyttäjälle, että nämä keinot tarjoavat rajallisen kivun helpotuksen ja niillä voi olla huomattavia sivuvaikutuksia sekä synnyttäjälle (uneliaisuus, pahoinvointi ja oksentelu) että vauvalle (lyhykestoinen hengityslama ja uneliaisuus, joka voi kestää useita päiviä) (NICE 2014b, 36).
- Kerro synnyttäjälle, että petidiini, diamorfiini ja muut opioidit voivat häiritä imetystä (NICE 2014b, 36).
- Jos käytetään laskimon- tai lihaksensisäistä opioideja niin annetaan myös pahoinvointilääke (NICE 2014b, 36).

JBI toteaa suosituksessaan ettei selkäpuudutetta tulisi laittaa ponnistusvaiheessa. Ponnistusvaihetta tulisi viivyttää selkäpuudutetulla synnyttäjällä samalla tavoin kuin suositaa NICE: kin.

- Kohdunsuun ollessa täysin auki puudutetun synnyttäjän ponnistamista tulisi viivyttää ainakin tunnin verran ja pidempääkin, jos synnyttäjä sitä toivoo ellei synnyttäjällä sitten ole ponnistamisen tarve tai vauvan pää ole näkyvillä. Tämän jäl-

keen kannusta synnyttäjää ponnistamaan aktiivisesti jokaisella supistuksella (NICE 2014b, 37).

JBI tuo esiin lauselmissaan, että aktiivisen toisen vaiheen normaali kesto on ensisynnyttäjällä kolme ja uudelleen synnyttäjällä kaksi tuntia huolimatta siitä onko käytetty epiduraalista kivunlievitystä. NICE:n takaraja on neljässä tunnissa.

- Kun kohdunsuun on todettu olevan täysin auki sovi puudutetun synnyttäjän kanssa yksimielinen suunnitelma sen varmistamiseksi, että synnytys saadaan päätökseen neljän tunnin kuluessa naisen synnyttäneisyydestä riippumatta (NICE 2014b, 37).

Kun JBI ilmaisee vahvasti ettei oksitosiinia pidä käyttää selkäpuudutetulla synnyttäjällä ponnistusvaiheessa suosittaa NICE , että rutiininomainen oksitosiinin käyttö ei ole suositeltavaa selkäpuudutteen yhteydessä ponnistusvaiheessa.

- Älä käytä rutiininomaisesti oksitosiinia puudutetulla synnyttäjällä synnytyksen toisessa vaiheessa (NICE 2014b, 38).

Epiduraalipuudutuksissa käytettävät lääkkeet ovat NICE:n suosituksissa määritelty tarkasti. Kombinoitua, epiduraali- spinaalipuudutusta voidaan NICE:n mukaan käyttää siinä missä epiduraaliakin. JBI puolestaan totesi suosituksessaan ettei tutkimuksissa ole todettu, että kombinoitu selkäpuudutus olisi parempi suhteessa pelkkään epiduraaliin muuten kuin nopeamman vaikutuksen osalta ja siksi kombinoitun selkäpuudutteen käytön tulisi perustua kliiniseen päätökseen.

- Käytä joko epiduraalia tai kombinoitua spinaali- epiduraalipuudutusta paikallisen puudutuksen luomiseksi synnytyksessä (NICE 2014b, 38).
- Jos tarvitaan nopeaa kivunlievitystä, käytä kombinoitua spinaali- epiduraalipuudutetta (NICE 2014b, 38).
- Käytä kombinoitussa spinaali- epiduraalipuudutteessa bupivacainia ja fentanylä (NICE 2014b, 38).

Annosteluohjeistus on NICE:n suosituksissa tarkin. JBI- suosituksissa suositetaan matalapitoisia liuoksia liikkumisen ja pystyasennon mahdollistamiseksi. JBI ja NICE toteaa

molemmat annostelutavat, synnyttäjän itse kontrolloima tai kättilön annosteleva, yhtä käyttökelpoisiksi.

- Muodosta epiduraalinen kivunlievitys matalapitoisen paikallispuudutteen ja opioidin sekoituksella, kuten esimerkiksi 10-15ml 0,0625- 0,1%: sta pubivacainia yhdistettynä 1-2 µg per ml fentanyyliin. Aloitusannos paikallispuudutetta ja opioidia on luonteeltaan testiannos joten anna se varovaisesti varmistaaksesi että ei ole ilmennyt tahatonta aivokalvojen alaista pistosta (NICE 2014b, 38).
- Käytä matalapitoista paikallispuudutetta ja opioidi sekoitusta (0,0625- 1% bupivacainia tai vastaavaa yhdistettynä 0,2µg per ml fentanyyliä) epiduraalisen kivunlievityksen ylläpitoon synnytyksessä (NICE 2014b, 38).
- Älä käytä korkeapitoisia paikallispuudute sekoituksia (0,25% tai vahvempaa bupivacainia tai vastaavaa) rutiininomaisesti epiduraalipuudutusta aloitettaessa tai ylläpitoannoksena (NICE 2014b, 38).
- Potilaan säännöstelemä tai ammattilaisen antama ajoittainen annostelu ovat kumpikin suositeltavia tapoja epiduraalipuudutuksen ylläpitoon (NICE 2014b, 38).

Ponnistusvaiheessa NICE huolehtii tuen lisäksi synnyttäjän toimivasta ja riittävästä kivunlievityksestä. Lidocain- suihketta ei suositella.

- Älä tarjoa lidocain- suihketta ponnistusvaiheen kivun lievittämiseen (NICE 2014b, 66).
- Järjestä tehokas, testattu kivun lievitys ennen episiotomian tekoa paitsi hätätilanteissa, jossa sikiö on vaarassa (NICE2014b, 67).
- Toisen vaiheen venyessä tai jos synnyttäjä on kohtuuttoman tuskainen, tuki ja hienovarainen kannustaminen sekä synnyttäjän kipulääkkeen/ puudutteen tarve on erityisen tärkeää (NICE 2014b, 68).
- Jatka aloitettua puudutusta kolmannen vaiheen loppuun asti sekä mahdollisesti tarvittavan välilihan ompelun ajan (NICE 2014b, 37).

Myös synnytyksen jälkeiseen kivunlievitykseen on NICE ottanut kantaa. Toimivasta ja riittävästä kivunlievityksestä on huolehdittava ensitilassa ja siihen on puututtava, jos äiti raportoii riittämättömästä kivunlievityksestä tutkimisen tai välilihan ompelun yhteydessä.

- Tarjoa hengitettävää kivunlievitystä ennen välilihan ja emättimen tarkastamista synnytyksen jälkeen (NICE 2014b, 83).
- Välilihan vammoja ommellessa huolehdi, että välilihan on todistetusti puudutettu käyttäen 1 prosenttista lidocainia tai vastaavaa 20 ml asti, lisää epiduraalia tai laita tarvittaessa spinaalipuudutus (NICE 2014b, 84).
- Jos äiti ilmoittaa riittämättömästä kivunlievityksestä, keskity siihen välittömästi (NICE 2014b, 84).
- Tarjoa rutiinina tulehduskipulääkettä, ilman steroideja, rektaalisesti välilihan ompelun jälkeen 1. ja 2. asteen vammoissa mikäli nämä lääkkeet eivät ole kontroidisoituja (NICE 2014b, 85).

WHO toteaa, että kivunlievitystä systeemisten aineiden avulla sekä epiduraalipuudutusta käytetään toistuvasti epätarkoituksenmukaisesti. (WHO 1996, 36).

8.4 Liikkuminen ja asento synnytyksen aikana

Socialstyrelsen kehottaa suosituksessaan ottamaan synnytysasennot ja liikkumisen puheeksi jo ennen synnytystä.

- Äitiyshuollossa naiselle tulee kertoa mahdollisista synnytysasunnoista ja synnytyksen aikana kättilön tulee tehdä liikkumisesta ja synnytysasennon valinnasta helpompaa (Socialstyrelsen 2001, 44).

Selinmakuun osalta kaikki viisi suositustahoa ovat varsin yksimielisiä. Synnyttäjää on kannustettava pois selinmakuulta ja ihan mihin muuhun tahansa asentoon. Tahoista vain JBI mainitsee suosituksissaan eri synnytysasentoja kuten nelinkontin, pystyasennot sekä kylkiasennot. JBI toi myös esiin, että asentohoidolla voisi olla positiivinen vaikutus synnyttäjän kontrollin tunteeseen josta saadaan positiivinen vaikutus välilihan vammojen ehkäisyyn.

- Synnytyksen aikana tulee synnyttäjää varoittaa pitkästä selinmakuusta (Socialstyrelsen 2001, 44).

- Synnyttäjää tulee kehottaa, selinmakuuta lukuun ottamatta, ottamaan minkä tahansa synnytysasennon jonka hän kokee mieluisimmaksi (Socialstyrelsen 2001, 44).
- Tulee rohkaista muuhun kuin selinmakuuasentoon synnytyksessä (WHO 1996, 35).
- Todistettavasti haitallista on selinmakuuasento synnytyksen aikana (WHO 1996, 35).

Vapaa liikkuminen ja asentojen valinta nähdään tärkeänä. NICE tarkoittaa vapaan liikkumisen koskevan myös puudutettuja synnyttäjiä. NICE:n kuten myös JBI:n suosituksissa tuodaan esiin KTG- seurannan liikkumista rajoittava vaikutus, josta huolimatta vapaaseen liikkumiseen tulisi ohjata ja kannustaa. NICE:n lauselmissa kehoitetaan suullisen kannustamisen ja ohjaamisen lisäksi myös auttamaan synnyttäjää hänelle mieluisiin asentoihin pääsemiseksi.

- Rohkaise vapaaseen liikkumiseen ja vaistonvaraiseen toimintaan synnytyksessä (CAM 2010).
- Liikkumisen vapaus koko synnytyksen ajan (SOGC 2008).
- Synnyttäjää tulee kannustaa liikkumisen ja asentojen vapauteen synnytyksen ajan (WHO 1996, 35).
- Kannusta ja auta synnyttäjää koko synnytyksen ajan liikkumaan ja omaksumaan minkä tahansa asennon jonka hän tuntee miellyttävimmäksi (NICE 2014b, 23).
- Kannusta koko synnytyksen ajan puudutettua synnyttäjää liikkumaan ja omaksumaan minkä tahansa pystyasennon minkä hän tuntee miellyttäväksi (NICE 2014b, 37).
- Jos tarvitaan jatkuvaa KTG- seurantaa selitä synnyttäjälle, että se tulee rajoittamaan hänen liikkumistaan erityisesti, jos käytetään perinteistä seurantaa. Kannusta ja auta synnyttäjää liikkumaan niin paljon kuin mahdollista ja vaihtamaan asentoa niin usein kuin hän haluaa (NICE 2014b, 47).

Ponnistusvaiheeseen liittyvät lauseimat ottavat asennon lisäksi kantaa itse ponnistamiseen ja ponnistamisen tarpeen odottamiseen. Nämä lauseimat otettiin mukaan vertai-

luun. JBI suosittaa synnyttäjän omaehtoista ponnistamista ponnistustarpeen mukaan ja tätä samaa suosittaa myös WHO. Kätilön ei tulisi ponnistuttaa synnyttäjää tai WHO:n mukaan käyttää Valsalvan- manööveriä, jossa synnyttäjä pidättää hengitystä ja ponnistaa ohjatusti supistuksen aikana (Liite 3.).

- Ponnistusvaiheessa yritä saada nainen luopumaan puoli- tai täysselinmakuu asennoista ja auta häntä löytämään mikä tahansa muu miellyttävä asento (NICE 2014b, 66).
- Kerro synnyttäjälle, että ponnistusvaiheessa hänen tulee noudattaa omaa ponnistustarvettaan (NICE 2014b, 66).
- Rohkaise omaehtoiseen ponnistamiseen synnytyksen toisessa vaiheessa synnyttäjän parhaimpana pitämässä asennossa (SOGC 2008; CAM 2010).
- Arvioi synnyttäjän asentoa, nesteystystä, jaksamista sekä kivunlievitystä koko ponnistamisvaiheen ajan (NICE 2014b, 65).
- Jos ponnistaminen on tehotonta tai synnyttäjä pyytää, tarjoa synnytystä auttavia keinoja kuten tukea, asennonvaihtoa, rakon tyhjentämistä ja kannustamista (NICE 2014b, 66).
- Rutiininomainen poikkipöydän käyttö synnytyksessä on todistetusti haitallista tai tehotonta, joko taukojen kanssa tai ilman taukoja ja siitä tulisi luopua (WHO 1996, 35).
- Toistuvasti menetellään väärin, kun rohkaistaan synnyttäjää ponnistamaan kohdunsuun täysin - tai lähes täysin auki - tilanteessa ennen kuin synnyttäjällä itsellään on tarvetta ponnistaa (WHO 1996, 37).

NICE on huomionnut äidin asennon ja mukavuuden myös varsinaisen synnytystyön jälkeen.

- Auta äitiä löytämään hyvä asento jossa on riittävä näkyvyys välilihan vaurion arvioimiseksi ja korjaamiseksi. Pidä äitiä tässä asennossa vain niin kauan kuin arvio ja ompelu vie aikaa (NICE 2014b, 84).

8.5 Välilihan alueen suojeleminen ja toimet

SOGC ja sen partnerit ei ota kantaa välilihan suojaamiseen tai episiotomian käyttöön lauselmissaan. JBI:n useammassa lauselmassa suosittelema välilihan hieronta kehoitetaan lopettamaan niin WHO:n kuin NICE:nkin suosituksissa. Tässä suositukset ovat selkeässä ristiriidassa. JBI suosituksista sama lauselma välilihan hieronnasta löytyy toisen suosituksen alta näytön asteeltaan luokkaan B kuuluvaksi ja toisen suosituksen alta täysin identtinen lauselma on saanut näytönasteen A (Liite 1.). Molemmat JBI suositukset on tarkastettu samana vuonna.

- Välilihan hierominen tai venyttäminen synnytyksen toisessa vaiheessa on todettu tehottomaksi tai haitalliseksi ja sen käyttö tulisi lopettaa (WHO 1996, 36).
- Älä hiero välilihaa ponnistusvaiheessa (NICE 2014b, 66).

Sikiö pään ulostulon hallitsemisen suhteen suosittavat WHO sekä Socialstyrelsen lisätutkimuksia. NICE:n ohjeiston mukaan sekä välilihan tukeminen ja pään hallittu syntymä, että kädet poissa välilihalta ovat molemmat yhtä hyviä. JBI- suosituksissa ei näihin seikkoihin ole viitattu.

- Otteista, joilla suojellaan välilihaa sekä hallitaan sikiön päätä ulostulon aikana, ei ole riittävää tutkimusta ja niitä tulisi käyttää varoen ennen kuin aiheesta saadaan riittävä näyttö selkeän suosituksen pohjaksi (WHO 1996, 36).
- Kannustetaan lisätutkimukseen välilihan seuraamisen sekä käsin tukemisen vaikutusten selvittämiseksi (Socialstyrelsen 2001, 42).
- Joko ”hands on” (suojellen välilihaa ja taivuttaen vauvan päätä) tai ”hands poised” (kädet poissa välilihalta ja vauvasta, mutta valmiudessa) - tekniikkaa voi käyttää spontaanin syntymän helpottamiseksi (NICE 2014b, 66).

Episiotomian tekemisen suhteen niin JBI kuin vertailutahotkin ovat yksimielisiä, episiotomian tekoon on oltava riittävä syy.

- Episiotomian vapaata ja rutiininomaista leikkausta käytetään toistuvasti epätar-koituksenmukaisesti (WHO 1996, 37).
- Episiotomiaa tulee käyttää hillitysti ja valikoiden (Socialstyrelsen 2001, 40,41).
- Älä tee rutiininomaista episiotomiaa spontaanin alatiesynnytyksen aikana (NICE 2014b, 66).
- Tee episiotomia, jos siihen on kliininen syy kuten instrumentaalinen synnytys tai sikiön vaarantumisen epäily (NICE 2014b, 67).

Sekä NICE, että JBI suosittaa samanlaista, medio- lateraalista, episiotomian tekotapaa, jos siihen on tarvetta.

- Suositeltu tekniikka episiotomiaa tehtäessä on leikata välilihaa medio-lateraalaisesti pienen häpyhuulen alkukohdasta lähtien yleensä suunnaten oikealle 45-60 asteen kulmassa (NICE 2014b, 67).

NICE ottaa vertailluista tahoista ainoana kantaa aiemassa synnytyksessä välilihan trau-man saaneen synnyttäjän ohjaukseen ja hoitolinjauksiin.

- Kerro naiselle, jolla on ollut vaikea välilihan vamma, että uuden vaikeaan vam-man riski seuraavassa synnytyksessä ei ole kasvanut verrattaessa ensisynnyttäjän riskiin (NICE 2014b, 66).
- Aiemman kolmannen tai neljännen asteen repeämän jälkeen älä tarjoa episio-to-mia rutiininomaisesti alatiesynnytyksessä (NICE 2014b, 67).
- Kolmannen tai neljännen asteen trauman kokeneen naisen kanssa tulee keskus-tella seuraavan synnytyksen käytännöistä sisältäen seuraavat seikat: Tämänhet-kinen tarve ja inkontinenssivaivat, edellisen repeämän aste, uusiutumisen riski, luvatus korjaantumisen onnistuminen, edellisen trauman psykologiset vaikutuk-set, synnytyksenhoito (NICE 2013b, 67).

Synnytyksen jälkeen välilihan alue on tutkittava huolella ja vammojen vaikeus on mää-riteltävä. NICE:n lauseimat ovat asiassa varsin yksityiskohtaisia.

- Ennen välilihan vaurioiden tutkimista kerro synnyttäjälle mitä aiotaan tehdä ja miksi, tarjoa hengitettävää kivunlievitystä, varmista hyvä valaistus, järjestele synnyttäjä asentoon, missä hänen on hyvä olla ja alapääalue on hyvin nähtävissä (NICE 2014b, 83).
- Tee ensitarkistus helläkätisesti ja varoen. Arvio voidaan tehdä heti synnytyksen jälkeen (NICE 2014b, 83).
- Jos huomataan vaurioita niin tarjoa järjestelmällistä tutkimusta mukaan lukien tunnustelu peräaukon kautta (NICE 2014b, 83).
- Määrittele välilihan tai sukupuolielinten vammat joko repeämän tai episiotomian aiheuttamina seuraavasti: 1. aste: vaurioita vain ihossa, 2. aste: vaurio välilihan lihaksissa, mutta ei peräaukon sulkijalihaksessa, 3. aste: vaurio välilihassa ja peräaukon sulkijalihaksessa, 3a: vähemmän kuin 50% sulkijalihaksen paksuudesta revennyt, 3b: enemmän kuin 50% sulkijalihaksen paksuudesta revennyt, 3c: siempi sulkijalihas revennyt, 4. aste: vaurio välilihassa, peräaukon sulkijalihaksessa sekä peräaukon epiteelissä (NICE 2014b, 82-83).

Vammojen arviointi on ajoittain haastavaa. NICE:n ohjeistuksen mukaan riittävästä ammattitaidosta ja asiantuntemuksesta on huolehdittava.

- Pyydä kokeneemman kätilön tai lääkärin arviota tilanteesta, jos olet epävarma vamman laajuudesta. Siirrä äiti ja vastasyntynyt lääkärijohtoiseen yksikköön, jos vamman korjaaminen vaatii kirurgista tai anestesiologista asiantuntemusta (NICE 2014b, 84).
- Kaikkien asian kanssa tekemisissä olevien hoitoalanammattilaisten tulee osallistua välilihan vammojen arvioinnin ja korjaamisen koulutukseen ja ylläpitää näitä taitoja (NICE 2014b, 84).

Tutkiminen ja ompelu on NICE:n lauselmassa tehtävä nopeasti synnytyksen jälkeen, mutta kuitenkin siten, ettei äidin ja vastasyntyneen vuorovaikutus häiriinny.

- Pidä huolta ettei järjestelmällinen tutkimus häiritse äidin ja vastasyntyneen varhaista vuorovaikutusta ellei äidillä sitten ole vuotoa, joka vaatii kiireellistä huomiota (NICE 2014b, 83).

- Suorita välilihan ompelu niin pian kuin mahdollista ehkäistäkseen infektiota ja verenhukkaa (NICE 2014b, 84).

Kuten JBI- suosituksissa myös NICE:n lauselmassa jatkuvan ompeleen käyttö sekä sulava ommelmateriaali ovat suositeltavia. JBI:n perustelu tälle on pienempi kipu. Ohjeistossa NICE ottaa kantaa myös siihen millainen ompelu on riittävää ja kuinka siitä tulee kertoa äidille. JBI mainitsee useammassa lauselmassa, että kaikki välilihan haavat tulee ommella ellei synnyttäjä nimenomaan vaadi toisin vastaavaa toteamusta ei löydy muilta.

- Käytä välilihan korjaamiseen jatkuvaa ompelutekniikkaa emättimen seinämän ja lihaskerroksen sulkemiseksi (NICE 2014b, 85).
- Käytä sulavaa synteettistä materiaalia välilihan ompeluun (NICE 2014b, 85).
- Ohjaa äitiä, että 1. asteen vamma tulee ommella paranemisen tehostamiseksi elleivät ihon reunat ole sitten hyvin vastakkain (NICE 2014b, 84).
- Ohjaa äitiä, että 2. asteen vammassa lihaskerros tulee ommella (NICE 2014b, 85).
- Jos 2. asteen vammassa ihon reunat ovat hyvin vastakkain lihaskudoksen ompelun jälkeen, ihoa ei tarvitse ommella (NICE 2014b, 85).
- Jollei ihoa tarvitse ommella käytä jatkuvaa ihonalaista ommelta (NICE 2014b, 85).

JBI- suosituksissa äidin ohjaukseen ja jälkihoitoon otettiin myös kantaa, mutta NICE:n suositukset välilihatrauman sekä ohjauksen suhteen ovat selkeästi vertailuun valituista tahoista yksityiskohtaisimmat.

- Noudata seuraavia peruseriaatteita välilihaa korjattaessa: Käytä aseptisiä työotteita, tarkasta välineet ja laske taitokset sekä neulat ennen ja jälkeen toimenpiteen, hyvä valaistus on ehdoton anatomian hahmottamiseksi ja näkemiseksi, varmista että vaikean vamman korjaa kokenut ammattilainen leikkaussalissa hyvässä puudute tai anestesiavalmiudessa, asenna kestokatetri 24 tunnin ajaksi virtsaretention ehkäisemiseksi, varmista, että anatomia saadaan palautettua hyvin ja että esteettinen puoli otetaan myös huomioon, varmista peräaukon kautta ettei ompeleita ole vahingossa peräsuolen puolelle, ompelun päätyttyä kirjaa yksityiskohtaisesti ja huolella vauriot, korjaustekniikka sekä käytetyt materiaalit,

kerro äidille vamman laajuus, kivunlievitys-, hygienia- sekä lantionpohjanlihasharjoitusten ohjaus (NICE 2014b, 85).

8.6 Syntymän jälkeen

Kuten JBI niin myös NICE on käsitellyt syntymän jälkeistä hoitoa aktiivisen ja fysiologisen vaihtoehdon näkökulmista. NICE on myös manuaalissaan määritellyt aktiivisen ja fysiologisen jälkeisvaiheen hoidon kuten edellä esiteltiin. SOGC ja sen partnerit eivät mainitse lainkaan synnytyksen kolmannen vaiheen hoitoa tai välitöntä syntymän jälkeistä hoitoa lauselmissaan.

NICE:n suosituksissa ohjauksen sisältö on selkeästi mietitty etukäteen ja jälkeisvaiheen hoitovaihtoehdoista keskusteltaessa synnyttäjää ohjataan aktiivisen hoidon suuntaan. Aktiivista hoitamista suosittaa myös JBI.

- Selitä synnyttäjälle, että kolmannen vaiheen aktiivinen hoito: lyhentää kolmannen vaiheen aikaa verrattuna fysiologiseen menetelmään. Aiheuttaa pahoinvointia ja oksentelua noin 100 synnyttäjälle 1000:sta. On yhteydessä yli litran verenvuotoon noin 13 tapaukseen 1000 synnyttäjää kohden. On yhteydessä verensiirtoon noin 14 tapauksessa 1000 synnyttäjää kohden (NICE 2014b, 72).
- Selitä synnyttäjälle, että fysiologinen menetelmä: On yhteydessä pahoinvointiin ja oksenteluun 50 tapauksessa 1000 synnyttäjää kohden. On yhdistetty yli litran verenvuotoon noin 29 tapauksessa 1000 synnyttäjää kohden. On yhdistetty verensiirtoon 40 tapauksessa 1000 synnyttäjää kohden (NICE 2014b, 72).
- Keskustele alkuhaastattelussa synnyttäjän kanssa jälkeisvaiheen hoidon vaihtoehtoista ja keinoista tukea häntä istukan syntymän aikana ja että onko synnyttäjällä toiveita asian hoidon suhteen (NICE 2014b, 72).
- Neuvo synnyttäjää valitsemaan aktiivinen jälkeisvaiheen hoito, koska siinä on pienempi verenvuodon ja verensiirron riski (NICE 2014b, 72).
- Suosita siirtymistä aktiiviseen jälkeisvaiheen hoitoon jos ilmenee verenvuotoa tai istukka ei synny tunnin kuluessa vauvan syntymästä (NICE 2014b, 73).
- Ehdota siirtymistä fysiologisesta menetelmästä aktiiviseen, jos synnyttäjä haluaa lyhentää jälkeisvaiheen pituutta (NICE 2014b, 73).

Synnyttäjän itsemääräämisoikeutta ei kuitenkaan voi sivuuttaa, joten aktiivisen hoidon suosimisesta huolimatta on NICE:n ohjeistuksissa synnyttäjän valintaa kunnioitettava. Samoin suosittaa JBI. Synnyttäjän kanssa keskustellut asiat suositetaan NICE:n ohjeissa kirjattavaksi.

- Jos matalan verenvuodon riskin synnyttäjä pyytää jälkeisvaiheen fysiologista hoitoa tue hänen päätöstään (NICE 2014b, 72).
- Kirjaa mitä synnyttäjän kanssa on sovittu jälkeisvaiheen hoidosta (NICE 2014b, 72).

WHO:n suosituksissa ilmaistaan tiedon riittämättömyys kolmannen vaiheen hoidon toimista. Manuaali on vuosikymmenten takaa, joten WHO:n peräänkuuluttamaa lisätutkimusta ehkä löytyisi aiheista jo riittävästi.

- Ei ole riittävästi tietoa rutiininomaisesti käytetystä oksitosiinista, kontrolloidusta napanuoran vedosta tai näiden yhdistelmästä synnytyksen kolmannessa vaiheessa ja siksi niitä tulisi käyttää varoen (WHO 1996, 36).
- Ei ole riittävästi tietoa nännien stimuloinnista kohdun supistumiseksi synnytyksen kolmannessa vaiheessa ja siksi menetelmää tulisi käyttää harkiten (WHO 1996, 36).

NICE:n ohjeistuksissa hallittu tai kontrolloitu veto on osana kolmannen vaiheen aktiivista hoitoa, kun oksitosiini on annettu ja istukan irtautumisesta näkyy merkkejä. Sitä NICE, yksityiskohtaisuudestaan huolimatta, ei kuvaa, että mitä nämä istukan irtautumisen merkit ovat.

- Napanuoran leikkaamisen jälkeen pidä siinä hallittu veto (NICE 2014b, 73).
- Suorita hallittu veto osana kolmannen vaiheen aktiivista hoitoa vain, jos oksitosiini on annettu ja merkit istukan irtautumisesta näkyvät (NICE 2014b, 73).

Suosittelua lääke kohdun supistumiseksi synnytyksen jälkeen on oksitosiini. Tätä suosittavat kaikki paitsi SOGC ja sen partnerit, joka ei ole käsitellyt suosituksessaan synnytyksen kolmannen vaiheen hoitoa. Oksitosiinin annoksena on mainittu kymmenen kansainvälistä yksikköä kaikissa asiaan kantaa ottaneissa suosituksissa.

Muiden lääkkeiden antoa eri muodoissaan on suositusten mukaan käytettävä varoen. Ergometriinia ei vertailujoukossa suositella. Tässä asiassa JBI eroaa vertailujoukosta selkeästi. JBI:n mukaan synnyttäjälle tulisi kertoa oksitosiini- ergometriini- yhdistelmän hyödyistä. JBI huomioi lauselmassaan yhdistelmään liittyvät suuremmat sivuvaikutukset. NICE puolestaan käyttää kohonnutta sivuvaikutusten riskiä perusteluna pelkän oksitosiinin käytölle.

- Oksitosiinia tulee antaa kymmenen kansainvälistä yksikköä laskimonsisäisesti kaikille naisille vaginaalisen synnytyksen jälkeen heti, kun vauva on tullut ulos (Socialstyrelsen 2001, 29).
- Oksitosiinia suositellaan profylaktisesti synnytyksen kolmannen vaiheen alussa verenvuotoriskin vähentämiseksi tai vähäistenkin veren menetysten poistamiseksi (WHO 1996, 35).
- Aktiivisessa hoidossa anna kymmenen kansainvälistä yksikköä oksitosiinia lihakseen, joko etummaisesta hartian synnyttyä tai heti vauvan synnyttyä ennen kuin napanuora on suljettu ja katkaistu. Käytä oksitosiinia koska siihen on yhdistetty vähemmän sivuvaikutuksia kuin oksitosiinin ja ergometriinin yhdistelmään (NICE 2014b, 72).
- Ergometriinin anto tablettina synnytyksen kolmannessa vaiheessa verenvuodon estämiseksi tai kontrolloimiseksi tulisi lopettaa (WHO 1996, 36).
- Parenteraalisen ergometriinin rutiininomainen käyttö synnytyksen kolmannessa vaiheessa tulisi lopettaa (WHO 1996, 36).
- Älä käytä oksitosiinia napanuoran kautta tai prostaglandiinia rutiininomaisesti kolmannen vaiheen hoidossa (NICE 2014b, 73).

Oksitosiinin annon jälkeen suljetaan ja katkaistaan napanuora. Napa sidotaan aseptisesti. Napanuoran katkaisun ajankohtaa WHO:n, NICE:n kuin JBI:nkin mukaan on viivytettävä. NICE mainitsee takarajaksi viiden minuutin iän paitsi, jos synnyttäjä toisintoi- voo. Socialstyrelsen puolestaan kaipaa lisää tutkimusta varhaisen navan sulkemisen ja istukan aktiivisemmän synnyttämisen vaikutuksista sekä tietoa siitä millaisia vaikutuk-

sia vastasyntyneen sijoittamisella (rinnalle, äidin mahalle, synnytysvuoteelle) ennen napanuoran katkaisua on. (Socialstyrelsen 2001, 30).

- Aseptista napanuoran katkaisua suositetaan (WHO 1996, 35).
- Ei ole riittävästi tietoa napanuoran varhaisesta sitomisesta ja siksi sitä tulisi käyttää varoen (WHO 1996, 36).
- Oksitosiinin annon jälkeen sulje ja katkaise napanuora. Älä katkaise napanuoraa ennen yhden minuutin ikää, jollei sitten napanuoran ehjyydestä ole epäilyä tai vauvan sykkeen ollessa alle 60 lyöntiä minuutissa eikä syke nopeudu. Sulje napanuora ennen viiden minuutin ikää napanuoran hallitun vedon suorittamiseksi osana aktiivista hoitoa. Jos synnyttäjä pyytää, että napanuora suljetaan ja katkaistaan yli viiden minuutin iässä, tue häntä hänen päätöksessään (NICE 2014b, 72).
- Kirjaa napanuoran sulkemisen ajankohta sekä aktiivisessa, että fysiologisessa hoidossa (NICE 2014b, 73).
- Varmista, että kaikista synnytyspaikoista löytyy toinen pihti/ kocher/ puristin napanuoran kaksois- sulkemiseksi (NICE 2014b, 78).

Varhainen vuorovaikutus ja ihokontakti sekä ensi-imetys tulisi rauhoittaa ja mahdollistaa perheelle. Ympäristön ja ilmapiirin kannustavuuteen ja rauhallisuuteen on selkeät suositukset. Vastasyntyneeseen kohdistuvia toimia tulee välttää ensimmäisen tunnin aikana synnytyksestä. Ensi- imetyksen tulisi tapahtua tunnin sisällä syntymästä. Äidin ja vastasyntyneen erottamista on vältettävä. Vertailujoukosta saadut suositukset ovat yhteneväisiä JBI- lauselmien kanssa.

- Suositetaan varhaista ihokontaktia äidin ja vastasyntyneen välillä sekä ensi- imetystä viimeistään tunnin sisällä syntymästä WHO:n imetysohjeiston mukaisesti (WHO 1996, 35).
- Vastasyntynyttä ei tule erottaa äidistään ilman vahvaa syytä (Socialstyrelsen 2001, 46).
- Kannusta äitiä syntymän jälkeen ihokontaktiin vastasyntyneen kanssa niin pian kuin mahdollista (NICE 2014b, 78).

- Vältä äidin ja vauvan erottamista syntymänjälkeisen ensimmäisen tunnin aikana vastasyntyneen rutiinitoimenpiteiden, kuten punnitsemisen, mittausten ja pesun vuoksi paitsi, jos äiti pyytää mittoja tai niiden ottaminen on välttämätöntä vastasyntyneen välittömän hoidon vuoksi (NICE 2014b, 78).
- Kannusta imetyksen aloittamiseen syntymän jälkeen heti kun mahdollista ihan-teellinen olisi tunnin sisällä syntymästä (NICE 2014b, 78).

Sekä NICE että Socialstyrelsen ovat huomioineet äidin ja vastasyntyneen lisäksi myös tukihenkilön ja koko perheen ensikontaktin ja tutustumisen puitteissa. WHO ja JBI keskittyvät vain äitiin ja vastasyntyneeseen.

- Laajentuneen perheen ympärillä on tavoiteltava rauhallista ja positiivista ympäristöä, joka mahdollistaa yhteyden ja yksityisyyden kunnioituksen (Socialstyrelsen 2001, 46).
- Vanhempien ja vauvan varhaista suhdetta tulee rohkaista rauhallisessa ja tukevassa ilmapiirissä (Socialstyrelsen 2001, 58).
- Huomioi, että välittömästi synnytyksen jälkeinen aika on äidin ja tukihenkilön (-henkilöiden) sekä vauvan kohtaamisen ja tutustumisen aikaa. Varmista, että kaikki hoito ja toimenpiteet ovat tätä ymmärtäviä ja minimoi äidin ja vauvan mahdollinen ero ja häirintä (NICE 2014b, 70).

Vastasyntyneen lämpötaloudesta suosituksissaan mainitsevat WHO sekä NICE linjassa JBI- suosituksen kanssa. Tässä kohdin JBI on yksityiskohtaisin mainitessaan lauselmassaan myös pään suojaamisen päähineellä.

- Vastasyntyneen hypotermian ehkäisyyn kannustetaan (WHO 1996, 35).
- Pitääksesi vauvan lämpimänä kuivaa ja peitele hänet lämpimällä kuivalla viltillä tai pyyhkeellä samanaikaisesti huolehtien ihokontaktista äidin kanssa (NICE 2014b,78).

Vastasyntyneestä tehtäviä huomioita ja mittauksia on eritelty NICE:n suosituksissa.

- Kirjaa vastasyntyneen Apgar- pisteet rutiinilla yhden ja viiden minuutin iässä kaikissa synnytyksissä (NICE 2014b, 77).
- Kirjaa aika syntymästä säännöllisen hengityksen alkuun (NICE 2014b, 77).
- Kirjaa päänympäryys, lämpö ja paino pian syntymän ensimmäisen tunnin jälkeen (NICE 2014b, 78).
- Suorita alkututkimus fyysisten poikkeavuuksien ja lähetteen vaativien ongelmien havaitsemiseksi (NICE 2014b, 78).
- Varmista, että kaikki tutkimukset ja vastasyntyneen hoito tehdään vanhempien luvalla ja joko vanhempien läsnä ollessa tai, jos se ei ole mahdollista, heidän tietten (NICE 2014b, 78).
- Älä ota yhdistettyä verinäytettä napanuorasta (verikaasuanalyysia varten) rutiininomaisesti (NICE 2014b, 77).

NICE ottaa kantaa myös äidin voinnin huomioimiseen ja tutkimuksiin suosituksissaan. WHO suosittaa istukan ja kudosten tutkimista linjassa NICE:n kanssa. Lisäksi WHO ottaa kantaa toimenpiteisiin, joita ei enää pitäisi tehdä. WHO:n mainitsemat toimet eivät ole ajankohtaisia suomalaisessa synnytyksenhoidossa.

- Kirjaa seuraavat huomiot äidistä kolmannen vaiheen aikana: yleinen fyysinen kunto, ihon väri ja hänen oma arvionsa omasta voinnistaan, vuoto (NICE 2014b, 70).
- Suorita seuraavat synnyttäneen tarkastustoimet synnytyksen jälkeen: Lämpö, pulssi ja verenpaine. Kohdun supistuneisuus ja vuoto. Tutki istukka ja kalvot; arvioi kunto, rakenne, napasuonet ja onko istukka kokonainen. Varhainen synnyttäneen henkinen vointi ja suhtautuminen synnytykseen. Onnistunut virtsaaminen (NICE 2014b, 82).
- Suositetaan istukan ja kudosten rutiininomaista tarkastamista (WHO 1996, 35).
- Rutiininomainen kohdun pesu synnytyksen jälkeen tulisi lopettaa (WHO 1996, 36).
- Rutiininomainen käsin tehty kohtuontelon tutkiminen synnytyksen jälkeen tulisi lopettaa (WHO 1996, 36).
- Toistuvasti käytetään väärin kohtuontelon käsin tutkimista synnytyksen jälkeen (WHO 1996, 37).

NICE on suosituksissaan siinä poikkeava, että suositukset on laadittu selkeästi infrastruktuuriin, jossa synnytyksiä hoidetaan sairaaloiden lisäksi myös muissa yksiköissä. Suosituslauselmissa otetaan kantaa useammassa kohdin siihen, milloin synnyttäjä tulisi siirtää toiseen, lääkärivetoiseen, yksikköön.

- Järjestä siirto lääkärijohtoiseen yksikköön istukan jäädessä kiinni tai jos tarvitaan kolmannen tai neljännen asteen välilihanrepeämän tai muun välilihan vamman ompelua (NICE 2014b, 31).

9 POHDINTA

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

JBI: n suositukset tehdään katsausten pohjalta. Katsausten teko on järjestelmällistä toimintaa jossa ennakkoon määriteltyjen sisäänottokriteerien täyttäneiden tutkimusten laatu arvioidaan kriittisesti kahden itsenäisen tutkijan toimesta. JBI – katsauksissa käytetään ennalta määrättyjä kriteerejä ja menetelmiä JBI: n käsikirjan mukaisesti. Katsausmenettely on pitkälti standardoitu samojen työkalujen ansioista. Eri tyyppisille tutkimuksille ja tiedonlähteille on omat kriittisen arvioinnin menettelynsä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013).

Tässä opinnäytetyössä on käytetty aineistona pitkälle arvioituja suosituksia. Tiedonhaku ja analyysivaihe on raportoitu siten, että sen voi kuka tahansa tehdä tahollaan. Suositustiivistelmät ja -manuaalit ovat, tähän opinnäytetyöhön tehtyä JBI:n suositusten analyysiä lukuun ottamatta, saatavilla yleisesti.

Vaikka materiaalin käännoistyössä on käytetty huolellisuutta, MOT- sanakirjaa ja käänösapua voi suomennoksissa olla tahattomia väärinymmärryksiä.

9.2 Näyttöön perustuvan toiminnan haasteita

Näyttö perustuu viimeisimpään saatavilla olevaan tutkimukseen ja tietoon. Nuoren tieteenalan kohdalla usein on niin, että tutkittua tietoa ei ole laajasti, tietoa on liian vähän tai tiedon laatu on heikkoa, tutkimus on huonolaatuista, tutkimus on vielä kesken tai tietoa ei ole prosessoitu riittävän pitkälle, että siitä pystyttäisiin muodostamaan johtopäätöksiä riittävällä varmuudella.

Näytön kasaamiseen tarvitaan kriittisyyttä, hyvää tiedon jakoa ja prosessointia. Myös hiljainen tieto (tacit knowledge) tulisi saada esille. Kriittisen arvioinnin lisäksi tieto jaostuu keskusteluissa ja yhdistettynä kokemuksen tuomaan tietoon. Tiedonjakoon tulisi löytyä foorumeita laajasti.

Kätilötyössä synnyttäjän on oltava toiminnan ja päätännänteon lähtökohta. Jokaisen synnyttäjän ominaisuudet ja oma tahto on otettava huomioon koska synnyttäjä on kuitenkin lopulta se, joka päättää. Jokin toimi voi auttaa tiettyä synnyttäjää vaikka toimi olisikin todettu näytön perusteella tehottomaksi. Kätilö toimii tässä näytön ja synnyttäjän määräämisoikeuden välimaastossa tiedon antajana ja soveltajana. Synnyttäjälle annetaan tietoa ja ohjausta hänen oman päätöksenteon tueksi.

Joskus sairaalan politiikka, työympäristö, lääkärijohtoisuus sekä näyttöön perustuva lääketieteen (Evidence Based Medicine) hallitsevuus haittaa kätilötyön näytön toteuttamista. Keskitytään liikaa ”lääketieteen toteuttamiseen” jolloin hoivan ja kätilötyön kehittäminen jää perustyön ohella tekemättä. Kiireajat, tehokkuusajattelu ja perustyön suorittamisen haasteet toimintaympäristössä imevät kehitystyön resurssit kuten ajan rahan ja motivaation.

9.3 Johtopäätökset

Näytön luonteeseen kuuluu sen uusiutuvuus. Tutkimustietoa tulee koko ajan lisää ja uusi tieto voi joko kumota tai vahvistaa aiemmin tutkittua tietoa. Tästä syystä hoitosuosituksia, potilasohjeita sekä tarkistuslistoja tulee päivittää jatkuvasti viimeisimmän tiedon mukaisiksi. Hoitokäytäntöjä tulee pystyä muuttamaan uusien suositusten mukaisesti. Näyttö ja suositukset voivat vaatia uusimista vaikkapa potilaspalautteen, seuranta-tietojen tai hoitotyöntekijöiden huomioiden perusteella. (Holopainen ym. 2013, 18).

WHO: n synnytyksen hoidon käsikirja on vuodelta 1996 ja iso osa käsikirjassa käytetyistä lähteistä ja tutkimuksista ovat vuosikymmenien takaa. JBI: n suositukset ovat tuoreempia ja aineiston pohjana käytetyt suositukset on tarkistettu vuoden 2014 aikana muutamaa suositusta lukuun ottamatta, jotka nekin on tarkistettu 2013 loppuvuodesta. NICE:n kattava manuaali on valituista tahoista uusin. Laatimisvuosi ei selitä sitä miksi JBI suositukset ovat paikoittain täysin päinvastaisia muiden suositustahojen kanssa.

WHO ottaa maailmanlaajuisena järjestönä kantaa niin hyvinvointivaltioiden kuin kehittyvien maidenkin käytäntöihin. Synnytys fysiologisena ilmiönä on samanlainen kaikkialla, mutta vaikkapa kulttuurisena, poliittisena, uskonnollisena ja taloudellisena ilmiönä mitä monimuotoisin. Synnytyksen hoito heijastelee fysiologisen kulkunsa lisäksi kaik-

kia näitä muitakin osa- alueita. Sen vuoksi maailmanlaajuiset ja kansalliset suositukset luonnollisesti poikkeavat toisistaan ja niissä otetaan kantaa eri seikkoihin. Ruotsin sosiaalihallituksen käsikirja on maidemme samankaltaisuuksien vuoksi lähinnä suomalaisia synnytyksen hoidon toimintatapoja. Naapurimaamme Ruotsin kättilötyötä arvostetaan Suomessa.

Kanadan suositukset ovat enemmänkin kannanottoja aiheeseen ”normaalisynnytys”. Lauselmat ovat väljiä ja luovat toiminnalle periaatteellisia kehyksiä toisin kuin NICE:n suositukset. NICE:n suositusmanuaali on mukaan valituista ohjeistoista kattavin. Se on myös yksityiskohtaisin ja tyyliältään käyttöohjemainen valmiine toimintamalleineen. Manuaali on kuin prosessikaavio synnytyksen hoidosta. Se ei ole sellaisenaan käyttökelpoinen Suomen synnytyssairaaloihin sillä synnytysyksiköt ovat erilaisia Britanniassa ja Pohjois- Irlannissa. Maittemme erot tulevat selkeästi esiin.

JBİ- suositusten sisältö osoittautui monessa kohdin samaksi. Suosituslauselmat löytyivät useammasta suosituksesta identtisinä mm suositus nro 4. Synnytyksen ensimmäinen vaihe ja suositus nro 12. Partogrammi (Liite 2.) sisältävät täysin samat lauselmat. Yhteen koottujen normaalisynnytystä koskevien suosituslauselmien anti jää varsin suppeaksi, erityisesti jos otetaan tarkasteluun pelkästään vahvan näytön (Liite 1.) A lauselmat.

Hoitotyöntutkimussäätiön yhteistyö JBİ:n kanssa ei ole kättilötyön kannalta optimaalisin sillä synnytyksen hoidon osalta JBİ:n suositusanti on suppeahko ja jäsenitelemätön päällekkäisyysineen. Sinällään ei ole yllättävää, että WHO:n jo vuonna 1996 julkaistuun helppolukuiseen käsikirjaan vedotaan edelleen ja sitä käytetään paljon suositusten laadintaan eri tahojen toimesta. WHO:n normaalisynnytyksen hoidon käsikirja on kattava ja myös vaivattomasti saatavilla.

Usea JBİ- suosituslauselma ottaa kantaa synnyttäjän ohjaamiseen synnytyksen eri vaiheissa. Synnyttäjän itsemääräämisoikeus on huomioitu muodostamalla lauselmat päätöksenteon tueksi. Kättilö toimii obstetrikkojen, anestesiologien sekä muiden synnytyksen hoitoon osallistuvien ammattilaisten ohella päätöksenteon tukena ja tiedonantajana. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjelmassa 2014- 2020 syntymän hyvän hoidon edellytykseksi asetetaan omahoitajamalli, jossa vastuukättilön on määrä toteuttaa kokonaisvaltaista synnytyksen hoitoa synnytyssuunnitelman mukaisesti (Klemetti & Raussi – Lehto 2014, 106).

Kättilön tehtävä on työskennellä sen eteen, että synnyttäjä saa tukea ja tietoa synnytyksensä edistymisestä ja pystyy toimimaan aktiivisena päätöksentekijänä synnytyksessään. (Socialstyrelsen 2001, 11; Klemetti & Raussi – Lehto 2014, 106). Kättilön tulee tarjota turvallista läsnäoloa synnytyksen aikana (CAM 2010). Kättilön tuki edistää synnytyksen luonnollista fysiologista etenemistä, lisää alatiesynnytyksen todennäköisyyttä, vähentää lääkkeellisen kivunlievityksen tarvetta ja lyhentää synnytyksen kestoa (Klemetti & Raussi – Lehto 2014, 106).

Näytön ja näyttöperusteisen tiedon luonteen mukaisesti päivitystyötä riittäisi. Tiedon tulisi olla helposti saatavilla. Tieteellisen tiedon yksi kriteeri on sen julkisuus. Harmillisesti moni taho tuottaa suositustietoa ja näyttöperusteista ohjeistoa vain järjestelmiinsä kirjautuneille tai maksaville jäsenille. Tämä tekee tiedon hyödyntämisestä hankalaa tai jopa mahdotonta. Vaikean saatavuuden vuoksi suositusten ja näyttöperusteisen ohjeiston vertailu keskenään on haasteellista. Tiede kehittyy ja jalostuu avoimessa keskustelussa.

Kerätty tieto, josta löytyy paljon kriittisesti arvioitua laadukasta tutkimusta, arvioidaan näytöltään vahvaksi. Heikko näyttö tarkoittaa ettei aiheesta ole tehty riittävästi tutkimusta, tarpeeksi laajoja tutkimuksia tai tutkimustulokset ovat ristiriitaisia. (Socialstyrelsen). Aina näyttö tai suositus ei ole linjassa kansallisten tai alueellisten toimintatapojen kanssa. Hyvät käytännöt voivat myös perustua kokemuksiin ja asiantuntijoiden arviointiin (Holopainen 2014, 107).

Kättilötyön kehittämiseksi olisi hyvä pysähtyä aika ajoin pohtimaan synnytyksen hoidossa tehtäviä pieneltäkin tuntuvia toimenpiteitä ja niiden merkitystä. Kuten esimerkiksi tulokäyrän rutiininomaista ottoa matalanriskin synnyttäjältä. MARISKI- projektin kriteerien mukaan tulokäyrän tulee olla sairaalaan tultaessa normaali, että synnyttäjä luokitellaan matalanriskin synnyttäjäksi. Vertailutahoista vain Ruotsin Socialstryrelsen suositti tulokäyrän käyttöä ja kolme muuta tahoja suositti käytännöstä luopumista.

NICE on varsin suoralinjainen ja -sanainen suosituksissaan. Kivunlievitysmenetelmien suhteen NICE:n ohjeistuksissa korostetaan tiedottamista lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien haitoista. Suosituslause on suora käsky siitä mitä synnyttäjälle pitää kertoa. Toisaalta synnyttäjän valitessa toisin, käskivät suositukset selkeästi kunnioittamaan

synnyttäjän omaa päätöstä. Kivunlievitystä koskevien lauselmien suhteen oli haastavinta arvioida, että ylittyvätkö normaalisyntymisen määritelmät.

Pelkät hyvät toimintatavat ja suositukset eivät riitä synnytyksen hoidon räätälöinnissä yksittäisen synnyttäjän odotuksia ja toiveita vastaavaksi synnytyksen fysiologisten tekijöiden ohjaamassa tilanteessa. Kätilön ammattitaito ja kokemus synnytyksen hoidosta on yhdessä näyttöperusteisten suositusten ja synnyttäjän toiveiden kanssa kolminaisuus, jonka keskiössä hyvä synnytyksen hoito on. Synnytyksen hyvä hoito ja positiivinen synnytyskokemus on uudella tulokkaalla kasvaneen perheen voimavara.

Tyytymätön, itseensä ja hoitoonsa pettynyt synnyttäjä on riski, joka tulisi tiedostaa. Niin tärkeän elämäkokemuksen, kuin synnyttäminen ja syntymä on, pieleen menemisellä voi olla hyvinkin pitkäaikaisia vaikutuksia äidin ja vauvan varhaisen vuorovaikutuksen kehittymisen, äidin masentumisen, perheen pahoinvoinnin tai äidin heikentyneen itsetunnon kautta.

Vaivaamaan jäänyt synnytyskokemus voi pahimmillaan viedä ilon uuden perheenjäsenen tulosta ja saada naisen epäilemään itseään naisena, puolisona ja äitinä. Hyvin hoidettu synnytys ja synnyttäjän tyytyväisyys toimintaansa synnytyksessä vahvistaa naisen itsetuntoa. Kätilön tuki aktiivisen synnytyksen aikana lisää synnyttäjän tyytyväisyyttä synnytykseen (Klemetti & Raussi – Lehto 2014, 107).

Varhainen vuorovaikutus vastasyntyneen ja perheen kesken tapahtuu toivon mukaan positiivisessa ja onnellisessa ympäristössä. Positiivinen ja rento asenne madaltaa ensimmäiseen liittyviä karikoita ja synnytyksen jälkeisiin vaivoihin suhtaudutaan paremmin ja asiaan kuuluvina juttuina. Tyytyväinen synnyttänyt äiti on rentoutuneempi niin vauvan kanssa kuin ohjaustilanteissakin. Ohjaus on hedelmällisempää ja synnyttäneen luottamus itseensä parempi.

9.4 Jatkotutkimuksen ja kehittämisen aiheita

Tässä opinnäytetyössä lähtökohtana oli JBI- suositukset, jotka ohjailivat myös toisen vaiheen kirjallisuusanalyysia ja –synteesiä. Kirjallisuuden suosituslauselmista kerättiin siksi vain JBI- suositusanalyysin mukaiseen luokitteluun mahtuvat suosituslauselmat

jolloin tämän tutkimuksen ulkopuolelle jäi joukko muita normaalisyntymisen hoitoon liittyviä seikkoja. Synnytyksen hoito on monisyinen kokonaisuus joka ei mahdu tässä työssä esitettyyn kuuteen luokkaan.

Vastaavaa suositusvertailua olisi mielekästä laajentaa ja tehdä myös toisenlaisista lähtökohdista ja erilaisin metodein. Tässä työssä ei oteta kantaa suositusten oikeellisuuteen tai sen koommin niiden vahvuuteen eikä suositusten taustoja ole lähdetty tutkimaan, lähinnä vain esitellään kuriositeettina, että mitä kaikkea suositusmaailmasta löytyy ja miten ne asettuvat toistensa kanssa linjaan vertailtaessa.

EBP maailma on hyvin mielenkiintoinen ja kirjava, suositukset heijastelevat monesti kansallisen politiikan linjanvetoja ja hoitoinfrastruktuuria. Suositukset liittyen ”synnytysmajoihin” tai kättilöjohtoisiiin synnytyskeskuksiin ovat suomalaisittain katsottuna käytäntöön sopimattomia, kun meiltä sellaiset vaihtoehdot ainakin vielä toistaiseksi puuttuvat. Näytön perusteella pienempiä kättilöjohtoisia synnytysyksiköitä tulisi kuitenkin vakavasti harkita. Synnyttäjille tulisi suositusten mukaan antaa mahdollisuus itse päättää missä haluavat synnyttää.

Tutkimuksen tekijän kannalta on mielekkäintä paneutua aiheisiin, joihin uusi tutkimus toisi lisää näyttöä ja hyödyttäisi näin parhaiten näyttöön tukeutuvia tahoja. Näytön arviointiin on kehitetty useita kriteeristöjä, kullakin suosituksia laativalla taholla on omansa. Suosituksia laaditaan näytön pohjalta myös eri ammattikuntien filosofioiden mukaan. Jatkon kannalta synnytyksen hoitoa ja synnyttäjiä hyödyttäisi eniten selkeiden normaalisyntymisen suositusten laatimisen lisäksi yksityiskohtaiset suositukset synnytysvalmennuksen sisällöstä. Erityisesti valmennuksessa tulisi kiinnittää huomiota latenttivaiheeseen.

Synnytyksen ensimmäisen vaiheen latenttiin vaiheeseen on suosituksissa kiinnitetty huomiota ja se on jaoteltu erikseen NICE:n sekä Socialstyrelsen ohjekirjoissa. Latenttivaiheen hoidosta on myös suositus Seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjelmassa 2014-2020.

Synnytyssuunnitelmaa laatiessa tulisi huomioida latenttivaiheen hoito. Kättilön tehtäviin kuuluu ohjaaminen latenttivaiheen hoidossa, kun synnyttäjällä ei ole raskauteen tai synnytykseen liittyviä erityisiä riskitekijöitä. Ohjauksen tulee olla sellaista, että synnyttäjä

pystyy hallitsemaan latenttivaiheen itsenäisesti kotona tukihenkilön kanssa sekä tarvittaessa puhelimitse kättilön tuella. (Klemetti & Raussi – Lehto 2014, 106).

Latenttivaiheessa tukihenkilön rooli korostuu kun hoitopaikkana on oma koti. Siksi olisi tärkeää käydä latenttivaihe lävitse jo synnytysvalmennuksessa, että ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä ja rentoutumistekniikoita osattaisiin hyödyntää kotona tukihenkilön sekä puhelimitse tavoitettavan kättilön avustuksella. (Klemetti & Raussi – Lehto 2014, 107).

LÄHTEET

- Archie, C. & Roman, A. 2013 Normal & Abnormal Labor & Delivery. Teoksessa Decheney, A., Nathan, L., Laufer, N. & Roman, A. Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology, Eleventh Edition. The McGraw- Hill Companies Inc, 154-162.
- Bulman, C. & Schutz, S. 2013. Reflective practice in nursing. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- CAM Canadian association of midwives. 2010. Midwifery care and normal birth. Position Statement. Julkaistu 20.01.2010. <http://www.canadianmidwives.org>
- Dangal, G. 2006. Preventing Prolonged Labor by Using Partograph. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics. Volume 7 Number 1. <https://ispub.com/IJGO/7/1>
- Duodecim. 2004. Biopalaute auttaa vähentämään astmaatikon lääkitystä. Uutispalvelu. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Tulostettu 21.4.2015.
- Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A. & Nissen, E. 2001. Lärobok för barnmorskor. Andra upplagan. Lund; Studentlitteratur.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2013. Kriittinen arviointi. Tutkimusten kriittisen arvioinnin kriteeristö. Luettu 10.12.2014. <http://www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi>
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2014. Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. Luettu 1.12.2014. <http://www.hotus.fi>
- Holopainen, A., Korhonen, T., Miettinen, M., Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi. Toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. Premissi 1, 38-45.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.
- SOGC Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada, the Canadian Association of Midwives, the College of Family Physicians of Canada, the Society of Rural Physicians of Canada. 2008. Joint Policy Statement of Normal Childbirth. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. No 221, December 2008, 1163-1165.
- Karttunen, E. 2013. MARISKI- projekti tukee synnytyksen luonnollisuutta. Kättilölehti 3/2013, 6-7
- Kerälampi, S. 2003. Musiikin vaikutus hammashoidossa olevien potilaiden ahdistukseen. Jyväskylän yliopisto. Musiikkitiede. Pro gradu- tutkielma.
- Klemetti, R. & Raussi- Lehto, E. (toim.). 2014. Edistä, ehkäise ja vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos opas 33.Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 104- 117.

Klomp, T., von Poppel, M., Jones, M., Lazet, j., Di Nisio, M. & Lagro- Janssen, A. 2012. Inhaled analgesia for pain management in labour. Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons Ltd.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 28.6.1994/559.

Leino- Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, S. (toim.). Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell Oy. 7-20.

NICE National Institute for Health and Care Excellence. 2014a. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 190. Methods, evidence and recommendation. Final version.

NICE. 2014b. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 190. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/guidance-intrapartum-care-care-of-healthy-women-and-their-babies-during-childbirth-pdf>

Raussi- Lehto, E. 2012. Syntymänhoito. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi- Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä A-M. (toim) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 206-268.

Rolfe, G. 1999. Insufficient Evidence; the problems of evidence- based nursing. Nurse Education Today 19, 433-442.

Sand, O., Sjaastad, O., Haug, E. & Bjälje, J. 2011. Lisääntyminen ja seksuaalifysiologia. Teoksessa Ihminen. Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOYpro Oy, 488-520.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 315-325.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki: Yliopistopaino.

Socialstyrelsen. Webbutbildning i evidensbaserad praktik. Kurssi suoritettu 23.4.2015. <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/konferenser/webbutbildningar>

Socialstyrelsen. 2001. Handläggning av normal förlossning – State of the Art. Expert- rapport; Medicinsk faktdatabas mars. Tulostettu 22.4.2015. https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf

Suomen Kätilöliitto. 2011. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa – hoitotyön suositus välilihan repeämien ehkäisemiseksi. Tiivistelmä. Julkaistu 14.3.2011. Tulostettu 1.11.2013.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Normal vaginal birth. Recommended practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Immediate Care of the Woman following Birth. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Intrapartum: Regional Analgesia: Mobility and Positioning. Recommended practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Antenatal: Perineal Massage. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Third Stage of Labor. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Nitrous Oxide: Occupational Hazards. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Intrapartum: Epidurals and Regional Analgesia. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Episiotomy and Infiltration of Perineum. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Therapeutic Amniocentesis. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Suturing Episiotomy / Genital Laceration. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Labor: Non Pharmacological Pain Relief. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Intrapartum: Regional Analgesia and Adverse Reactions. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Perineal Care. Postnatal. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Partogram. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. First Stage of Labor. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Labor: Admission. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Labor: induction. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Fetal Heart Rate Monitoring. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Primary Postpartum Hemorrhage: Management. Recommended Practices.

The Joanna Briggs Institute. 2013. Labor: Second Stage. Recommended Practices.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi.

University of York. Centre for Reviews and Dissemination. 2009. Systematic Reviews. CDR's guidance for undertaking reviews at health care. Luettu 20.10.2013. http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2010. Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset perusteet. Kannanotto. Julkaistu 25.3.2010. Sosiaali- ja terveysministeriö, 1–7. Luettu 11.12.2013. http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Hyva_synnytys_250310.pdf

Wolters Kluwer. 2013. Ovid Resource Center. JBI EBP Resources on Ovid. Ovid Technologies Inc. Luettu 2.9.2014. <http://access.ovid.com/training/jbi/home.htm>

WHO World Health Organization. 1996. Care in Normal Birth: a practical guide. Geneva: Department of reproductive health & research. Report of a technical working group.

LIITTEET

Liite 1. The Joanna Briggs Institute – näytön arvioinnin asteet.



The JOANNA BRIGGS
INSTITUTE



THE UNIVERSITY
of ADELAIDE

School of Translational Health Science

New JBI Grades of Recommendation

Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013

JBI Grades of Recommendation	
Grade A	A 'strong' recommendation for a certain health management strategy where (1) it is clear that desirable effects outweigh undesirable effects of the strategy; (2) where there is evidence of adequate quality supporting its use; (3) there is a benefit or no impact on resource use, and (4) values, preferences and the patient experience have been taken into account.
Grade B	A 'weak' recommendation for a certain health management strategy where (1) desirable effects appear to outweigh undesirable effects of the strategy, although this is not as clear; (2) where there is evidence supporting its use, although this may not be of high quality; (3) there is a benefit, no impact or minimal impact on resource use, and (4) values, preferences and the patient experience may or may not have been taken into account.

The FAME (Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness and Effectiveness) scale may help inform the wording and strength of a recommendation.

F – Feasibility; specifically:

- What is the cost effectiveness of the practice?
- Is the resource/practice available?
- Is there sufficient experience/levels of competency available?

A – Appropriateness; specifically:

- Is it culturally acceptable?
- Is it transferable/applicable to the majority of the population?
- Is it easily adaptable to a variety of circumstances?

M – Meaningfulness; specifically:

- Is it associated with positive experiences?
- Is it not associated with negative experiences?

E – Effectiveness; specifically:

- Was there a beneficial effect?
- Is it safe? (i.e. is there a lack of harm associated with the practice?)

Liite 2. Analyysiin valitut JBI suositukset otsikoina

JBI SUOSITUKSET OTSIKOITTAIN

1. Raskaudenaikainen välilihan hieronta (Antenatal Perineal Masage)
2. Välilihan puudutus ja episiotomia (Episiotomy and Infiltration of Perineum)
3. Sikiön sydänäänten monitorointi (Fetal Heart Rate Monitoring)
4. Synnytyksen ensimmäinen vaihe (First Stage of Labor)
5. Synnyttäjän hoito heti synnytyksen jälkeen (Immediate Care of Woman Following Birth)
6. Synnytyksen aikainen: Epiduraalinen ja paikallinen kivunlievitys (Intrapartum: Epidurals and Regional Analgesia)
7. Synnytyksen aikainen: Paikallinen kivunlievitys ja epätoivotut vaikutukset (Intrapartum: Regional Analgesia and Adverse Reactions)
8. Synnytyksen aikainen: Paikallinen kivunlievitys: Liikkuminen ja asento (Intrapartum: Regional Analgesia: Mobility and Positioning)
9. Synnytys: Ei- lääkkeellinen kivunlievitys (Labor: Non Pharmacological Pain Relief)
10. Synnytys: Ponnistusvaihe (Labor: Second Stage)
11. Normaali alatiesynnytys (Normal Vaginal Birth)
12. Partogrammi (Partogram)
13. Välilihan hoito synnytyksen jälkeen (Perineal Care: Postnatal)
14. Synnytyksen jälkeisen välittömän verenvuodon hoito (Primary Postpartum Hemorrhage: Management)
15. Episiotomian ja repeämien ompelu (Suturing Episiotomy / Genital Laceration)
16. Synnytyksen kolmas vaihe; Jälkeisvaihe. (Third Stage of Labor)

Liite 3. WHO:n suositukset kategorioissaan

1(3)

KATEGORIA A

”Todistettavasti hyödylliset käytännöt, joiden käyttöä tulee rohkaista”

1. Synnyttäjän synnytyssuunnitelman teko ja siitä kertominen synnytyksen hoitajalle sekä tukihenkilölle.
2. Riskikartoitus läpi koko synnytyksen ja raskauden ajan.
3. Synnyttäjän psyykkisen ja fyysisen voinnin sekä sikiön voinnin seuranta synnytyksessä.
4. Ruuan ja juoman antaminen synnyttäjälle.
5. Synnytyspaikan valinta synnyttäjän toiveiden mukaisesti.
6. Hoidon tarjoaminen synnytyksessä kaikista äärimmäisillä/laitimmaisilla alueilla missä synnytys on mahdollista ja turvallista ja synnyttäjä kokee olevansa turvassa ja luottavainen synnytyksen hoitoon.
7. Synnyttäjän oikeus yksityisyyteen.
8. Empaattinen tuki synnytyksessä.
9. Synnyttäjän valinnan kunnioittaminen tukihenkilön valinnassa.
10. Tiedon ja ohjauksen riittävä antaminen, riittävyden arvioijana synnyttäjä.
11. Non- invasiivisten, ei- lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttö synnytyksen aikana, kuten hieronta ja rentoutumistekniikat.
12. Jaksottainen CTG.
13. Kertakäyttöisten materiaalien ja välineiden käyttö synnytyksessä infektioriskin pienentämiseksi.
14. Käsineiden käyttö sisätutkimusta tehdessä sekä synnytyksessä ja istukan käsittelyssä.
15. Liikkumisen ja asennonvaihdon tukeminen.
16. Rohkaisu muuhun kuin selinmakuuasentoon ponnistettaessa.
17. WHO: n partogrammin käyttö, synnytyksen edistymisen seuraaminen.
18. Oksitosiini profylaktisesti kolmannen vaiheen alussa verenvuodon riskin vähentämiseksi.
19. Aseptinen napanuoran katkaisu.
20. Vastasyntyneen hypotermian ehkäisy.

2(3)

21. Aikainen ihokontakti ja ensi-imetys viimeistään 1 tunnin iässä syntymästä.
22. Istukan ja kudosten rutiininomainen tarkastaminen.

KATEGORIA B

”Toimenpiteet, jotka ovat selkeästi haitallisia tai tehottomia ja joiden käyttö tulisi lopettaa.”

1. Rutiininomainen peräruiskeen antaminen.
2. Häpykarvojen ajaminen rutiinisti.
3. Rutiini i.v- nesteytys.
4. Rutiinilla laitettu i.v.- kanyyli.
5. Rutiininomainen selinmakuuasennon käyttö synnytyksen aikana.
6. Peräaukon kautta tutkiminen.
7. Röntgen pelvimetrian käyttö.
8. Oksitosiinin kontrolloimaton käyttö missä tahansa synnytyksen vaiheessa.
9. Rutiininomainen poikkiöydän käyttö joko taukojen kanssa tai ilman taukoja synnytyksessä.
10. Valsalvan manööverien käyttö ponnistusvaiheessa.
11. Välilihan hieronta tai venytys ponnistusvaiheessa.
12. Ergometriinin anto tablettina synnytyksen kolmannessa vaiheessa verenvuodon estämiseksi tai kontrolloimiseksi.
13. Rutiinilla käytetty parenteraalinen ergometriini synnytyksen kolmannessa vaiheessa.
14. Rutiininomainen kohdun pesu/ huuhtelu synnytyksen jälkeen.
15. Rutiini kohdun manuaalinen tutkiminen synnytyksen jälkeen. (sisältä)

KATEGORIA C

”Käytännöt joista on riittämätön näyttö selkeän suosituksen pohjaksi ja jotka vaativat vielä lisätutkimusta”

1. Ei- lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien kuten yrttien, neurostimulaation ja veteen upottautumisen (ammeen) käyttö.

3(3)

2. Aikainen rutiinilla tehty kalvojen puhkaisu.
3. Kohdunpohjan painaminen synnytyksessä.
4. Otteet joilla suojellaan välilihaa sekä hallitaan sikiön päätä synnytyksen aikana.
5. Sikiön aktiivinen käsittely syntymän hetkellä.
6. Rutiini oksitosiini, kontrolloitu napanuoran veto tai yhdistelmä näistä synnytyksen kolmannessa vaiheessa.
7. Napanuoran varhainen katkaisu/ sitominen.
8. Nännien stimulointi kohdun supistumiseksi synnytyksen kolmannessa vaiheessa.

KATEGORIA D

”Toimenpiteet, joita käytetään toistuvasti epätarkoituksen mukaisesti”

1. Ruuan ja juoman rajoittaminen.
2. Kivun lievitys systeemisten aineiden avulla.
3. Epiduraalipuudutuksen käyttö.
4. Elektroninen sikiön monitorointi.
5. Suusuojan ja steriilien käsineiden käyttö synnytyksessä avustettaessa.
6. Toistuvat sisätutkimukset, erityisesti useamman synnytystä hoitavan henkilön toimesta.
7. Oksitosiinilla jouduttaminen.
8. Rutiininomainen synnyttäjän siirtäminen toiseen huoneeseen ponnistusvaiheen alkaessa.
9. Virtsarakon katetrointi.
10. Synnyttäjän kannustaminen ponnistamaan kohdun suun auettua täysin tai lähes täysin ennen kuin synnyttäjä tuntee itse ponnistamisen tarpeen.
11. Joustamaton määräajan noudattaminen, kuten yksi tunti, ponnistusvaiheessa, jos äiti ja sikiö voivat hyvin ja synnytys edistyy.
12. Operatiivinen synnytys.
13. Liberaali tai rutiininomainen episiotomian leikkaus.
14. Manuaalinen kohdun tutkiminen synnytyksen jälkeen. Ei tarkoita kohdun supistuneisuuden ja kohdun korkeuden tutkimista vatsan päältä vaan kohdun tutkimista vaginaalisesti.

