

RASKAUS EI OLE SAIRAUS – HYPEREMEESI ON



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Forssa

Hoitotyön koulutus

Kevät, 2019

Salla Reini

Hoitotyön koulutus
Forssa

Tekijä	Salla Reini	Vuosi 2019
Työn nimi	Raskaus ei ole sairaus – hyperemeeesi on	
Työn ohjaaja	Katri Pärssinen	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää äitiysneuvolan terveydenhoitajille luento vaikeasta raskauspahoinvoinnista kärsivän potilaan hoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä neuvolan terveydenhoitajien tietoisuutta vaikean raskauspahoinvoinnin vaikutuksista asiakkaan psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä Varsinais-Suomen äitiysneuvolan kanssa.

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus oli luennon suunnittelu ja toteutus neuvolan terveydenhoitajille. Luentoa varten haettiin tietoa vaikean raskauspahoinvoinnin diagnosoinnista, hoidosta sekä vaikutuksista potilaan fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Tässä opinnäytetyössä käytettiin monia, näyttöön perustuvia suomen- ja englanninkielisiä lähteitä.

Luennosta kerättiin palautetta läsnä olleilta kuulijoita. Palautteen perusteella luento oli selkeä, informatiivinen ja loogisesti etenevä. Terveydenhoitajat kokivat saaneensa lisää informaatiota vaikean raskauspahoinvoinnin hoidosta ja saaneensa lisää tietoa, miten potilas kannattaa vastaanottaa kohdata. Luennon avulla voitiin edistää vaikeasta raskauspahoinvoinnista kärsivien potilaiden hoitoa.

Avainsanat raskaus, raskauspahoinvointi, hyperemesis gravidarum, äitiysneuvola, luento

Sivut 37 sivua, joista liitteitä 14 sivua

Degree Programme in Nursing

Forssa

Author	Salla Reini	Year 2019
Subject	Pregnancy is not a disease– but hyperemesis is	
Supervisor	Katri Pärssinen	

ABSTRACT

The aim of this thesis was to keep a lecture about a patient who suffers from a hyperemesis gravidarum. The target audience were the health care nurses of the maternity clinic. The purpose of this thesis is to increase the awareness among the health care nurses of the impacts of a hyperemesis gravidarum to the physical and mental health of a patient. The thesis was implemented with the maternity clinic of South West Finland region. The method of the thesis was functional.

The functional part of the thesis was to plan and implement a lecture to the health care nurses of the maternity clinic. The information considering the diagnosing, treating and the impact of nausea to the physical and mental health of a patient was gathered for the lecture. Many kinds of reliable sources both in Finnish and in English literature were used in this thesis.

The feedback of the lecture was gathered from the nurses who were present at the lecture. According to the feedback the lecture was unambiguous, informative and logic. The health care nurses felt that they were given more information of the treatment of a hyperemesis gravidarum and felt that they have had more information for encountering the patient. The lecture helped the health care nurses in treating a patient suffering from a severe nausea.

Keywords Pregnancy, nausea and vomiting, hyperemesis gravidarum, maternity clinic, lecture

Pages 37 pages including appendices 14 pages

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	1
2. TARKOITUS, TAVOITE JA RAJAUS.....	2
3. VAIKEA RASKAUSPAHOINVOINTI.....	3
3.1 Raskauspahoinvoinnin syitä	4
3.2 Vaikean raskauspahoinvoinnin hoito	5
3.3 Raskauspahoinvoinnin psyykkiset vaikutukset ja hoito	8
3.4 Hoitosuunnitelma potilaan tukena	10
3.5 Hoitotyö synnytyksen jälkeen	11
4. TOIMINALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	13
4.1 Hyvä luento	14
4.2 Toiminnan kuvaus ja sisältö	15
4.3 Luennon toteutus	16
4.4 Palautteen kerääminen ja analysointi.....	17
5. EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	17
6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	18
LÄHTEET	21
LIITTEET.....	24

Liitteet

Liite 1	PUQE-lomake
Liite 2	Luennolla käytetyt diat

1. JOHDANTO

Lähes jokainen odottava äiti kärsii alkuraskaudessa pahoinvoinnista. Tyydyttävimmillään pahoinvointi alkaa raskausviikolla 5-7, on pahimmillaan viikoilla 9-11, ja oireet helpottavat viikkoon 14 mennessä. Pahoinvointi ajoittuu usein enemmän aamuihin kuin muihin vuorokaudenaikoihin. Vaikeasta raskauspahoinvoinnista puhuttaessa odottava äiti kärsii voimakkaasta pahoinvoinnista ja oksentelusta, joka ei rajoitu vain osaan ajasta. Tällöin puhutaan vaikeasta raskauspahoinvoinnista eli hyperemis gravidarumista. Odottajista vain noin 1 % kärsii hyperemis gravidarumista. Voimakas raskauspahoinvointi saattaa helpottaa jossakin vaiheessa raskautta, tai se saattaa kestää synnytykseen asti. Riski pahoinvoinnin uusiutumiseen seuraavassa raskaudessa on noin 20–40 %. (Aitokallio-Tallberg, Pakarinen, 2005, s. 1435-1441) Tässä opinnäytetyössä käytetään terminä hyperemisistä kuvaamaan vaikeaa raskauspahoinvointia. Lainausmerkeissä olevat kokemusasiantuntijoiden tekstit ovat peräisin Facebookin Hypermesis gravidarum-tukiryhmästä. Kirjoitusten kirjoitusasua ei ole muokattu ja jokainen kommentti on lainattu anonyymisti.

Vaikean raskauspahoinvoinnin syytä ei tiedetä tarkasti. On esitetty teorioita, jotka liittyvät naisen HCG-hormonin määrään, kilpirauhasen liikatoimintaan, suoliston helikobakteeriin ja psyykkisiin syihin. Mitään ilmiötä selittävää ei ole kuitenkaan pystytty osoittamaan. (Aitokallio-Tallberg, Pakarinen, 2005, s. 1435–1441)

Hyperemis gravidarum on suhteellisen harvinainen tila, jonka hoitoon ei ole tällä hetkellä olemassa virallista Käypä hoito -suositusta. Potilaan hoitoon pääsy saattaa olla vaikeaa taudin harvinaisuuden vuoksi, jolloin äitiysneuvolasta saadun tuen tarve korostuu. Tarve opinnäytetyöhöni lähti omasta kiinnostuksestani, kun huomasin vaikeaa raskauspahoinvointia sairastavien vertaistukiryhmästä, että tieto taudin hoidosta on vielä Suomen äitiysneuvoissa hieman vähäistä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää informatiivinen luento terveydenhoitajille potilaan hoidosta, jolla on todettu vaikea raskauspahoinvointi. Luentoa varten etsittiin ajantasaista ja tutkittua tietoa potilaan hoidosta. Luennolla kerrottiin tietoa lääkkeettömistä ja lääkkeellisistä tavoista hoitaa vaikeaa raskauspahoinvointia, tukea potilaan psyykkistä jaksamista odotusaikana, auttaa hoitohenkilökuntaa kohtaamaan odottava äiti ja antaa ohjeita, miten odottavan äidin läheisiä tulee asiassa tukea ja informoida. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä yhdessä Loimaan seudun äitiys- ja lastenneuvolan kanssa. Toiminnallinen osuus koostui kahden tunnin luennosta Loimaan seudun äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajille.

Opinnäytetyön tavoitteena oli, että luennon jälkeen terveydenhoitajilla on ajantasaista ja tutkittua tietoa siitä, miten vaikeaa raskauspahoinnista kärsivää potilasta tulisi parhaiten hoitaa. Työn keskeinen tavoite oli tuoda esille myös sitä, miten henkisesti raskas kokemus vaikea raskauspahoinvointi voi olla ja miten se tulee ottaa huomioon vastaanotolla potilasta kohdatessa. Näiden tietojen pohjalta terveydenhoitaja osaa hoitaa ja kohdata tulevaisuudessa potilaan paremmin.

Opinnäytetyön aihe valikoitui oman kiinnostukseni mukaan. Lähdin kehittämään ajatusta siitä, mitä uutta tietoa raskauspahoinnista voitaisiin tuottaa hoitohenkilökunnalle, joille asia on usein hieman vieras. Yhteistyö Loimaan neuvolan kanssa tuntui luontevalta ajatukselta, koska paikka oli itselleni tuttu ja koin ympäristön aiheelleni sopivaksi.

Keskeiset käsitteet: raskaus, raskauspahoinvointi, hyperemesis gravidarum, äitiysneuvola, luento

2. TARKOITUS, TAVOITE JA RAJAUS (MUUTA KAKSI KPL KAPPALEESEEN YKSI)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää informatiivinen luento terveydenhoitajille hyperemesiksestä kärsivän potilaan hoidosta. Luentoa varten etsittiin ajantasaista ja tutkittua tietoa potilaan hoidosta. Luennolla kerrottiin tietoa lääkkeettömistä ja lääkkeellisistä tavoista hoitaa vaikeaa raskauspahoinvointia. Luennon tavoitteena oli myös tukea potilaan psyykkistä jaksamista odotusaikana, auttaa hoitohenkilökuntaa kohtaamaan odottava äiti ja antaa ohjeita, miten odottavan äidin läheisiä tulee asiassa tukea ja informoida. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä yhdessä Loimaan seudun äitiys- ja lastenneuvolan kanssa. Toiminnallinen osuus koostui kahden tunnin luennosta Loimaan seudun äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajille.

Luennon tarkoitus oli saada esitettyä terveydenhoitajille tietoa hyperemesin hoidosta ja erityisesti siitä, miten tällainen potilas tulisi kohdata vastaanotolla. Terveydenhoitajilla oli asiasta jo hieman perustietoja, mutta koska vaikeat raskauspahoinvointitapaukset ovat harvinaisia, moni koki tarvitsevansa tietojensa päivittämistä ja uusia näkökulmia. Näiden toiveiden osalta koostettiin noin tunnin pituinen luento, jossa käsiteltiin erityisesti hoitotyötä ja potilaan ohjausta fyysiseltä ja psyykkiseltä näkökannalta. Luennolla käytiin myös lyhyesti läpi raskauspahoinvointiin liittyviä faktoja ja esimerkiksi lääkkeellistä hoitoa. Faktojen osalta pyrittiin tuomaan terveydenhoitajille toivottua tietojen päivitystä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli, että luennon jälkeen terveydenhoitajilla on ajantasaista ja tutkittua tietoa siitä, miten vaikeaa raskauspahoinnista

kärsivää potilasta tulisi parhaiten hoitaa. Työn keskeinen tavoite oli tuoda esille myös sitä, miten henkisesti raskas kokemus vaikea raskauspahoinvointi voi olla ja miten se tulee ottaa huomioon vastaanotolla potilasta kohdatessa. Näiden tietojen pohjalta terveydenhoitaja osaa hoitaa ja kohdata tulevaisuudessa potilaan paremmin.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä yhdessä Loimaan seudun äitiys- ja lastenneuvolan kanssa. Toiminnallinen osuus koostui tunnin luennosta Loimaan seudun äitiys- ja lastenneuvolan seitsemälle terveydenhoitajalle. 80 % kaikista raskaana olevista kärsii jonkin asteisesta pahoinvoinnista. Tämä opinnäytetyö keskittyy vaikeasta pahoinvoinnista, eli hyperemesiksestä, kärsivän potilaan hoitotyöhön.

3. VAIKEA RASKAUSPAHOINVOINTI

Lähes jokainen odottava äiti kärsii alkuraskaudessa pahoinvoinnista. Tyyppisimmillään pahoinvointi alkaa raskausviikolla 5–7, on pahimmillaan viikolla 9–11, ja oireet helpottavat viikkoon 14 mennessä. Pahoinvointi sijoittuu usein aamuihin enemmän kuin muihin vuorokaudenaikoihin. Useimmiten hoidoksi riittää lyhyt sairausloma, psyykinen kannustus ja ruokavalio-ohjeet. (Tiitinen, 2018)

Vaikeasta raskauspahoinvoinnista puhuttaessa odottava äiti kärsii voimakkaasta pahoinvoinnista ja oksentelusta, joka ei rajoitu vain osaan ajasta. Tällöin puhutaan vaikeasta raskauspahoinvoinnista, eli hyperemis gravidarumista. Odottajista vain noin 1 % kärsii hyperemis gravidarumista. Voimakas raskauspahoinvointi saattaa helpottaa jossakin vaiheessa raskautta, tai se voi kestää synnytykseen asti. Vaikea, jatkuva pahoinvointi ja oksentelu johtaa helposti painon laskuun, kuivumiseen ja yleistilan laskuun. Näistä oireista kärsivä odottaja on herkästi ohjattava sairaalaseurantaan ja tarvittaessa nesteytykseen. (Aitokallio-Tallberg, Pakarinen, 2005, s. 1435–1441)

Jos oksentelu ja pahoinvointi on niin voimakasta, että potilas kärsii yli 5 % painonlaskusta tai potilaalla on nestetasapainon häiriöitä, voidaan potilaalla määritellä olevan hyperemis gravidarum, eli poikkeuksellisen voimakas raskauspahoinvointi. (Aitokallio-Tallberg, Pakarinen, 2005, s. 1435–1441) Ravinnotta oleminen eli paastoaminen voi aiheuttaa elimistössä asidoosin eli elimistön nesteiden liiallisen happamoitumisen. Elimistön happamoitumista mitataan pH-arvolla, ja sen ollessa viitearvojen 7,35–7,45 ulkopuolella, merkitsee se aina jonkinasteista häiriötilaa. Asidoosi on tila, jossa elimistön pH on alle 7. Asidoosin puhkeamista voidaan seurata virtsasta mitattavin kokein. (Mustajoki, 2017) Oksentelu sen sijaan saattaa johtaa kaliumin ja natriumkloridin puutteeseen, eli hypokalemiaan tai hy-

pokloreemiseen alkaloosiin. Veressä olevan kaliumin määrä voidaan mitata laboratoriossa verikokein. Mikäli veren kaliumpitoisuus on alle 3,3 mmol/l, puhutaan hypokalemiasta. Kalium-pitoisuutta voidaan lisätä suun kautta annettavilla kaliumtableteilla tai antamalla kaliumia suoraan suoneen. (Mustajoki, 2017) Raju oksentaminen voi aiheuttaa vaurioita ruokatorvessa tai jopa aiheuttaa ruokatorven repeytymisen. Mikäli potilas oksentaa runsaasti, voi oksennuksen mukana olla myös veriviiruja. (Aitokallio-Tallberg, Pakarinen, 2005, s. 1435–1441) Veriviirut ovat pääosin normaalia ruokatorven kovasta hankauksesta johtuvia. Mikäli potilas oksentaa kirkasta verta, on se syy hakeutua päivystykselliseen hoitoon välittömästi. (Mustajoki, 2018)

Vaikka voimakkaan pahoinvoinnin mukanaan tuomiin oireisiin on suhtauduttava vakavasti ja ohjattava helposti sairaalahoitoon, on raskauden ennuste useimmiten hyvä ja raskaudenaikaiset pahoinvoinnista johtuvat sikiövauriot harvinaisia. Tutkimukset osoittavat, että pahoinvoivalla odottajalla on normaalia pienempi riski keskenmenoon, ennenaikaiseen synnytykseen, sikiön pienipainoisuuteen ja perinataalikuolleisuuteen. (Aitokallio-Tallberg, Pakarinen, 2005, s. 1435–1441)

Raskauspahoinvoinnin arvioinnissa apuna voidaan käyttää Pregnancy-Unique Quantification of Emesis eli PUQE-mittaria. PUQE-lomake on yksinkertainen kolmesta kysymyksestä koostuva lomake, joka antaa luotettavaa tietoa raskauspahoinvoinnin vakavuudesta. Mittarin kolme kysymystä ovat: pahoinvoinnin kesto sekä yökkäily- ja oksennuskertojen määrä viimeisen 12 tunnin aikana. Pistemäärä on 3–15. Mitä suurempi lukema saadaan tulokseksi, sitä vaikeampaa pahoinvointi on. Lomake on käännetty myös suomeksi, ja sen käyttöä suositellaan hoidon arvioinnissa. Mittaria voidaan käyttää hoidon tarpeen arvioinnissa myös puhelimitse. (Koren ym. 2005) Kyselymittari liitteessä 1.

3.1 Raskauspahoinvoinnin syitä

Tarkkaa syytä raskauspahoinvoinnille ei edelleenkään osata määrittellä. Pahoinvoinnin arvellaan olevan monista eri syistä johtuva fysiologis-psykologinen ilmiö, jonka pohjana ovat raskauden aikaiset muutokset äidin elimistössä. Tutkimuksissa on pystytty osoittamaan yhteys pahoinvoinnin ja runsaan HCG-hormonipitoisuuden välillä. HCG-hormoni eli istukkahormoni on verestä mitattava arvo, joka nousee kaikilla naisilla odotusaikana, mutta toisilla odottajilla muita enemmän. Erityisesti monikkoraskauksissa HCG:n määrä on yksisikiöisiä raskauksia korkeampi. HCG:n yhteyttä voimakkaaseen pahoinvointiin tukee myös se, että pahoinvointi helpottuu merkittävästi, mikäli raskaus menee kesken tai sikiö kuolee kohdussa odotusaikana, jolloin myös HCG:n määrä veressä vähenee. HCG-hormoni kiihdyttää myös lievästi kilpirauhasen toimintaa ja onkin todettu, että 60 %:lla aiemmin terveistä odottajista, jotka kärsivät hyperemesisistä, myös kilpirauhasarvot ovat koholla. (Erkkola, 2006, s. 35–39)

Myös psyykkisillä syillä on epäilty olevan vaikutusta hyperemeesin kehittymiseen. Aikoinaan Sigmund Freud kehitti teorian, jonka mukaan odottava äiti pyrkii eroon epämiellyttävästä raskaudesta oksentamalla runsaasti. Myöhemmin on kuitenkin todettu, että hyperemeesipotilailla todetut psyykkiset ongelmat, kuten hätä ja masennus, ovat runsaasta pahoinvoinnista johtuvia, eivätkä sen taustatekijöitä. (Erkkola, 2006, s. 35–39)

3.2 Vaikean raskauspahoinvoinnin hoito

Jo vuosisatojen ajan raskauspahoinvointiin on yritetty löytää erilaisia hoitokeinoja, mutta koska pahoinvoinnin syytä ei ole vieläkään saatu selville, ei ole löydetty myöskään täysin toimivaa hoitoa. Hyperemeesi-potilaan hoito koostuu usein lääkkeettömistä ja mahdollisesti lääkkeellisistä hoidoista. Usein pahoinvoinnista kärsivä äiti on pahoinvoinnin kanssa epätoivoinen ja käy läpi useita hoitomuotoja. (Chandra, Magee, Koren, 2002, s. 1–4)

Syöminen on lääkkeettömistä keinoista usein ensimmäinen. Oikeilla ruokavalinnoilla odottava äiti voi saada apua pahoinvointiinsa ja paastoamista seuraaviin ongelmiin. (Davis, 2004, s. 312–328) Ruuassa merkittävintä on usein pahoinvoivalle potilaalle sen koostumus, maku ja tuoksut. Yleinen suositus on, että odottava äiti välttää ruokavaliossaan runsaskalorisia ja rasvaisia ruokia, koska liika kova rasva on pahaksi sekä äidille että sikiölle, ja sen on todettu lisäävän esimerkiksi raskausdiabeteksen riskiä. Pahoinvoinnista kärsivän potilaan kannattaa kuitenkin välttää rasvaista ruokaa myös siksi, että se kestää sulaa vatsalaukussa kauemmin ja siten voi lisätä pahoinvointia. (Davis, 2004, s. 312–328; Erkkola, 2006, s. 35–39) Lisäksi esimerkiksi erittäin maustetut tai tuliset ruuat voivat aiheuttaa potilaalle närästystä ja siten pahentaa pahoinvointia. Joillakin potilailla myös runsaasti tuoksuvat ruuat pahentavat pahoinvointia, ja potilasta voi ohjata syömään mahdollisimman neutraalin tuoksuista ruokaa. Voimakasta ruuan tuoksua voi välttää myös juomalla ruuat pillin avulla. Lisäksi ruuan lämpötila voi vaikuttaa, kylmät ruuat ja juomat voivat maistua kuumia paremmin. (Aitokallio-Tallberg, Pakarinen, 2005, s. 1435–1441)

Vaikeasta pahoinvoinnista kärsivän potilaan kohdalla tulee kuitenkin muistaa, että kaikki ruoka on hyvästä, sillä se estää potilaan kuivumista ja nestetasapainonhäiriön riskiä. Potilasta tulee ohjata myös ravinnon suhteen, mutta usein kaikkia odottavia äitejä koskevat yleiset ravitsemusohjeet kannattaa unohtaa pahimpana pahoinvointiaikana ja korostaa äidille, että mikä tahansa ruoka on hyväksi. Toki pitää muistaa ohjaus riskielintarvikkeiden osalta ja ohjata äitiä syömään tuotteita näiden ulkopuolelta. (Aitokallio-Tallberg, Pakarinen, 2005, s. 1435–1441) Tiheät ruokailuvälit ovat tärkeitä verensokerin ylläpitämiseksi ja pahoinvoinnista kärsivän tulisikin syödä aina, kun vain mieli tekee syödä. Tiheä ruokailuväli takaa myös sen, ettei vatsa ole liian täynnä ja näin aiheuta lisää pahoinvointia ja raskasta oloa. Voimakkaassakin raskauspahoinvoinnissa voi olla parempia aikoja,

jolloin olo ei ole sietämätön, ja ne tulisi käyttää hyväksi ja syödä. (Davis, 2004, s. 312–328)

Hoitotyössä on tärkeää korostaa potilaalle myös levon merkitystä pahoinvoinnin hoidossa. Raskaus itsessään aiheuttaa usein väsymystä sen hormonimuutosten vuoksi, mutta paljon oksenteleva potilas väsyä myös, koska ei saa riittävästi energiaa ravinnosta. (Kytömäki, 2010, s. 1529–1534) Tutkimuksen mukaan 63 % pahoinvoivista odottavista äideistä koki makuulla olon ja paikoillaan olon parhaimmaksi apukeinoksi pahoinvointiinsa. (Davis, 2004, s. 312–328) Hyperemeesi-potilaista kolmasosa ei kykene normaaliin työelämään, ja neljäsosalla myös kotitöiden tekeminen on vaikeaa. (Erkkola, 2006, s. 35–39) Tämä tulee ottaa huomioon potilaan vointia arvioidessa, ja lääkäri voikin kirjoittaa tarvittaessa potilaalle sairaslomaa. Myös runsasta fyysistä kuormittavuutta aiheuttavat harrastukset kannattaa tauottaa pahimman pahoinvoinnin ajaksi. (Erkkola, 2006, s. 35–39)

Inkivääri on mauste, joka kasvaa Aasiassa ja muilla trooppisilla alueilla. Inkivääriä on käytetty jo muinaisina aikoina ruuanlaitossa, mutta myös erilaisten sairauksien hoidossa. Viime vuosina on alettu tutkia inkiväärin vaikutusta eri sairauksissa esiintyvään pahoinvointiin. Uusimmat tutkimustulokset osoittavatkin, että inkivääri on auttanut odottavan äidin raskauspahoinvointiin lumelääkettä tehokkaammin. (Firouzbakht, Nikpour, Jamali, Omidvar, 2014, s. 289–293) Suomessa inkiväärin käyttö raskausaikana on kuitenkin kiellettyä, koska tieteellistä tietoa on saatavilla vain vähän ja joidenkin tutkimusten mukaan inkivääri saattaa olla haitallista sikiönkehitykselle. Inkiväärin on todettu aiheuttavan muun muassa solukuolemaa. Tästä syystä Elintarvikeministeriö suosittelee, ettei raskauden aikana käytettäisi inkivääriä tai inkivääriä sisältäviä valmisteita runsaasti tai pitkäaikaisesti. (Evara, 2009)

Myös B6-vitamiiniä on aikojen kuluessa suositeltu pahoinvoinnin hoitoon. B6, eli pyridoksiini, on yksi B-vitamiineista. Ihmisellä on harvoin puutetta B-vitamiinista, sillä sitä saa yleisesti käytetyistä elintarvikkeista, kuten maidosta, maitovalmisteista, lihasta, kasviksista ja viljasta. B-vitamiinin saanti saattaa kuitenkin olla liian vähäistä niukalla ruokavaliolla, joten pahoinvovalla potilaalla saattaa olla B-vitamiinivaje. (Evara, 2016) Tutkimukset ovat osoittaneet, että B6-vitamiini toimi lumelääkettä paremmin potilaan pahoinvointiin. B6-vitamiinia on saatavilla lisäravinteena, ja sitä voi käyttää ohjeen mukaan annosteltuna. (Firouzbakht, Nikpour, Jamali, Omidvar, 2014, s. 289–293)

Muita lääkkeettömiä hoitomuotoja raskauspahoinvointiin ovat esimerkiksi homeopatia, meditaatio, hypnoosi, terapiat, rentoutumisharjoitukset, sähköstimulaatio ja kiropraktiikka. Näiden hoitomuotojen tehosta ei ole kuitenkaan pystytty osoittamaan tieteellistä näyttöä, sillä pahoinvointi voi helpottua jo itsestään viikkojen kuluessa. (Erkkola, 2006, s. 35–39; Ågren, A, 2006, s.169–176)

Raskauspahoinvoinnin hoitoon on olemassa lääkkeitä, mutta niiden tehosta on ristiriitaista näyttöä. Lääkkeiden sijaan ensisijainen hoitomuoto on potilaan henkinen tukeminen ja sairaalassa saatava nestehoito. Voimakas pahoinvointi ja oksentelu johtaa helposti elimistön kuivumiseen, ja ensimmäinen sairaalassa annettava hoitomuoto tulee olla potilaan nesteytys. Ensisijaisesti käytetään kirkkaita nesteitä, kuten Ringer-pohjaisia glukosiliuoksia, joihin voidaan lisätä elektrolyyttejä potilaan tarpeen mukaan. Vuorokauden aikana annettava nesteytys tulee koostua vedestä (30–35 ml/kg), natriumista (1–2 mmol/kg), kaliumista (0,5–1 mmol/kg) ja kloridista (1–2 mmol/kg). Mikäli potilaan kuivumistila on päässyt kriittiseksi, voi aluksi nesteiden tarve olla jopa kaksinkertainen. Mikäli oireet jatkuvat vielä kahden vuorokauden jälkeenkin, potilasta kehoitetaan ensisijaisesti syömään. Jos syöminen ei onnistu, voidaan potilaalle laittaa nenä-ohutsuoliletku, jonka kautta potilas saa ravintoa. (Aitokallio-Tallberg, Pakarinen, 2005, s. 1435–1441)

Useissa tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että antihistamiinit, H₁-reseptorin salpaajat, kuten dimenhydrinaatti, difenhydramiini ja hydroksitsiini, eivät myöskään ole teratogeenisiä ja että niistä voi olla hyötyä raskauden aikaisessa pahoinvoinnissa. Suomessa antihistamiineista on lähinnä ollut tässä käytössä meklotsiinihydrokloridi, kauppanimeltään Postafen. Antihistamiinia voidaan käyttää 25 mg x 1–2 annosta päivässä. (Aitokallio-Tallberg, Pakarinen, 2005, s. 1435–1441)

Toinen yleisimmin käytetty lääke pahoinvoinnin hoitoon on metoklopramidi, eli kauppanimeltään Primperan. Tätä voidaan annostella 10 mg x 2–3 suun kautta, lihakseen tai suoneen. (Aitokallio-Tallberg, Pakarinen, 2005, s. 1435–1441)

Harvemmin käytettyjä lääkkeitä ovat antasidit ja serotiniinireseptorin 5-HT₂:n salpaajat. Nämä ovat pääasiallisessa käytössä solunsalpaajahoitojen aiheuttamaan pahoinvointiin. Ondansetronista on tehty vain vähän tutkimuksia, mutta niissä on todettu lääkkeestä olleen apua, ja ainakaan eläinkokeissa ei ole löydetty sikiötä vahingoittavia tekijöitä, kuten epämuodostumien riskejä. Ondansetron on kuitenkin kaikkein vahvin pahoinvointilääke, ja sitä tulee käyttää vain erittäin hankalassa pahoinvoinnissa, johon muut lääkkeet eivät ole auttaneet. (Aitokallio-Tallberg, Pakarinen, 2005, s. 1435–1441)

Voimakkaan oksentelun seurauksena on usein närästys, joka voi voimistua loppuraskaudesta, kun kasvanut kohtu painaa palleaa. Närästykseen voidaan käyttää H₂-reseptorin salpaajia ja näiden on todettu olevan turvallisia käyttää myös raskausaikana. (Aitokallio-Tallberg, Pakarinen, 2005, s. 1435–1441)

3.3 Raskauspahoinvoinnin psyykkiset vaikutukset ja hoito

Raskauspahoinvointia on yleisesti hoidettu vain fyysisenä sairautena ja helpottamalla sen mukanaan tuomia oireita. Vasta viime vuosina on ymmärretty, miten tärkeää olisi hoitaa myös odottavan äidin psyykkistä terveyttä ja hänen koko perhettään. Pahoinvointi vaikuttaakin usein enemmän jopa psyykkisesti kuin fyysisesti odottajan elämänlaatuun. (Chandra, Magee, Koren, 2002, s. 1–4)

“Marraskuun viimeisen viikon vietin psykiatrisella, ja sen jälkeen on ollut avohoitokontakti n. kahden viikon välein. Rauhoittava lääkitys käytössä, nyt oon jo alkanut miettiä mielialalääkkeitä, on nimittäin psyykinen vointi mennyt pahasti alaspäin. Tuntuu että tämä hyperemeesi on kuluttanut miut ihan loppuun. Itseä pelottaa juurikin tuo että raskausmasennus vaihtuu lennosta synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Mieli on koko ajan täynnä huolia ja pelkoja, eikä vauvakaa tuo iloa. Itse asiassa mikään ei tuo”

Vuonna 2007 tehdyssä tutkimuksessa vaikea raskauspahoinvointi aiheutti osalle vakavia psykologisia ongelmia, kuten masennusta, paniikkikohtauksia, painajaisia ja jopa posttraumaattisia stressireaktioita. Monet kokivat epäonnistuneensa äitinä raskausajan pahoinvoinnin vuoksi, ja sen koettiin aiheuttaneen ristiriitoja parisuhteeseen. Jotkut kokivat epäonnistuneensa myös vaimona. (Poursharif ym. 2007, 1–3.)

Tutkimuksissa on pystytty osoittamaan selvä yhteys masennuksen ja raskauspahoinvoinnin välillä. Naisilla, jotka kärsivät hyperemeesistä odotusaikana, oli merkittävästi enemmän masennusta verrattuna odottajiin, joilla ei ollut pahoinvointia. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että masennus on seurausta raskauspahoinvoinnista, sillä tutkituilla naisilla ei ollut ennestään psykologisia sairauksia. (Mitchell-Jones ym. 2016, s. 20–30)

” Kaikki menee hyvin siihen asti että joku kysyy jotain lapsesta, raskaudesta tai niihin liittyen, silloin ”raivostun itkuun”...tästä syystä vältän nykyään kaikki sosiaalista kontaktia kun kaikki haluaa onnitella tai sanoa jotain vastastani enkä yhtään osaa käsitellä niitä kommenttejä. Jos raskaudestani puhuu ”sairauksena” pystyn puhumaan siitä, lääkärien kanssa ja tässä ryhmässä, muttei ei kenenkään muuitten kanssa ja jos lääkäri alkaa puhumaan lapsesta en enää osaa kommunikoida vaan rupeen itkemään. Tässä nyt ei ole mikään järkeä mutta jotenkin syytän lastani tästä mun voinnista, joka on ollut yhtä helvettiä rv4-5 lähtien, ja aivan kuin se olisi syöpä tai vastaava... Kaikki jotenkin odottavat että raskaana oleva pitää olla kiitollinen ja onnellinen ja iloisena onnittelevat mutten pysty olemaan yhtään kiitollinen, onnellinen tai iloinen. Minä vaan vihastun.”

Myös ahdistuneisuushäiriöt olivat raskausaikana huomattavasti yleisimpiä voimakkaasta pahoinvoinnista kärsivillä odottajilla. Hyperemeesin hoidossa olisikin tärkeää muistaa myös psyykkisen hoidon ja tuen merkitys. (Mitchell-Jones ym. 2016, s. 20–30)

Eristäytyminen on yksi keskeinen riskitekijä raskauden aikaiseen masennukseen. Vaikea raskauspahoinvointi voi lisätä äidin eristäytymistä. Julkisen oksentamisen pelko sekä ristiriitaiset ajatukset omasta raskaudesta ja ympäristön luomista paineista raskauden läpikäymisessä voivat lisätä halua eristäytyä. Eristäytyminen voi alkaa jo alkuraskaudessa ja jatkua koko odotusajan. (Caitlin, Bannigan, Marsden, 2018, s. 109–119)

”Mulla oli tosi paha masennus, olin viikon osastollakin ja viimeiset kuukaudet lääkityksellä. Mulla oli myös hoitosuhde vauvaperheysikköön, joka on jatkunut yli raskauden. Olin tosi kiitollinen siitä miten mua hoidettiin ja haluttiin auttaa kaikin keinoin. Kamala syyllisyys oli omasta heikkoudesta ja lääkkeiden käytöstä, mutta pääasia kuitenkin on että siitä selvittiin.”

Raskausaika on sellaisenaan jo iso elämänmuutos ja tuo mukanaan usein stressitekijöitä. Huoli vanhemmuuden mukanaan tuomista muutoksista on yleistä. Vaikeassa pahoinvoinnissa äiti voi alkaa myös pelätä runsaan oksentelun ja puutteellisen ruokavalion vaikutuksia sikiöön. Myös mahdollisten lääkkeiden käyttö voi aiheuttaa stressiä ja huolta siitä, miten ne vaikuttavat sikiöön. (O'hara, 2017, s. 309–318)

Kuten edellä on jo mainittu, raskauspahoinvointi voi johtaa masennukseen ja siten ensisijainen masennuksen hoitokeino olisi hoitaa vaikeaa pahoinvointia. Joissakin tilanteissa masennusta tulee kuitenkin hoitaa myös omana diagnoosinaan. Tällöin yksi hoitomuoto on lääkitys. Tulee muistaa, että kaikki psykelääkkeet läpäisevät istukan, jolloin äidin saamat lääkkeet voivat vaikuttaa sikiöön monin eri tavoin. Ne voivat lisätä sikiön epämuodostumien riskiä odotusaikana ja vastasyntyneenä vieroitusoireita. Lisäksi lääkkeen vaikutukset voivat näkyä vasta vuosien kuluttua kehitys- ja käytössongelmina. (Huttunen, 2018) Yleisimpiä masennuslääkkeitä ovat SSRI-lääkkeet. SSRI-lääkkeitä on tutkittu paljon, ja niiden ei ole useimmissa tutkimuksissa todettu lisäävän synnyntäisten epämuodostumien riskiä. (Huttunen, 2018)

Hoitohenkilökunnan tulee muistaa pahoinvoivaa potilasta hoitaessa sen mukanaan tuomat psykososiaaliset muutokset, eikä hoitaa vain fyysisiä oireita. (Poursharif ym. 2007, 4). Erityisesti äitiysneuvolan rooli on hyperemesipotilaan kannustus, tuki ja ohjaus. Sosiaalisen tuen on todettu vaikuttavan positiivisesti koettuihin fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin. Potilaan ohjaus on erittäin tärkeää, kun potilaan pahoinvointi ja oksentelu pitkittyvät somaattisesta hoidosta huolimatta. Kun hyperemesis ohjaa odottavan äidin elämää ja aiheuttaa väsymystä, potilaan voi olla vaikea jaksaa elää normaalielämäänsä. (Kytömäki, 2010, s. 1529–1534)

Terveydenhoitajan kannattaa ohjata hyperemesiksestä kärsivä potilas myös vertaistuen piiriin. Vertaistuki on kokemusten jakamista muiden sa-

masta vaivasta kärsivien ihmisten kanssa. Vertaistuki perustuu kokemustietoon, ja sen tärkeimmät elementit ovat kertominen ja toisen kuunteleminen. (Terveyskylä, n.d.)

Suomessa hyperemesikseen liittyvää vertaistukipalstaa tarjoaa Hyperemeesi ry -potilasjärjestö. Sen tarkoituksena on antaa tukea vaikeassa, sairaalahoitoa vaativassa, raskauspahoinvoinnissa raskausaikana, synnytyksen jälkeen ja mahdollista uutta raskautta suunnitellessa. Järjestön tavoitteena on tarjota uusinta, tutkimukseen perustuvaa tietoa hyperemesiksestä ja sen hoitokeinoista sekä edistää hyperemesikseen liittyvän hoidon kehittymistä hoitotyön ammattilaisilla. Hyperemeesi ry ylläpitää tällä hetkellä Facebookissa olevaa tukiryhmää ja järjestää vertaistukitapaamisia ympäri Suomen. (Hyperemeesi ry, n.d.)

3.4 Hoitosuunnitelma potilaan tukena

Suomessa potilaan hoidon tulee olla yhtenäistä ja suunnitelmallista. Potilaslaki määrittelee, että jokaiselle potilaalle on hänen halutessaan tehtävä hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma koostuu diagnoosista, hoidon tarpeesta ja tavoitteesta, hoidon työnjaosta, lääkityksestä, hoidon konkreettisesta toteutuksesta sekä seurannasta arvioinnista. Hoitosuunnitelman teosta vastaa lääkäri apunaan terveyden- tai sairaanhoitajat. Hoitosuunnitelman teossa voi potilaan halutessa olla läsnä myös läheiset. Potilas saa esittää toiveitaan esimerkiksi hoitopaikan valinnassa, ja toisaalta potilaalla on myös oikeus kieltäytyä lääkärin ehdottamasta hoitomuodosta. (Hoitopaikanvalinta, 2016)

Tutkimusten mukaan huolellinen ja perusteellinen hoitosuunnitelma jo ennen tulevaa raskautta voi merkittävästään vähentää oireiden vakavuutta, parantaa naisten psykososiaalista hyvinvointia ja synnytystä. (Dean 2014, s. 847–852) Hoitosuunnitelman myötä odottavan äidin sairaalahoidon tarve oli pienempi. Toimiva hoitosuunnitelma sisälsi pahoinvointilääkkeiden saannin varmistamisen, esimerkiksi kirjoittamalla reseptit lääkkeisiin jo etukäteen. Mikäli äiti tarvitsi nesteytystä, hän sai sitä suoraan kotisairaanhoidon kautta kotiin, koska tämä oli kirjattu valmiiksi hoitosuunnitelmaan. Kotisairaanhoidon mahdollisti sen, että naisten ei tarvinnut olla erossa lapsistaan ja siten helpotti henkistä stressiä. (O'hara 2017, s. 309–318)

”Mulle tehtiin tätä kolmatta raskautta varten täällä meidän pienen paikkakunnan tk:ssa hoitosuunnitelma jo siinä vaiheessa kun varovasti oltiin alettu miehen kanssa suunnitella tätä raskautta. Ottivat neuvolassa heti kopin asiasta kun kävin muun asian vuoksi siellä ja tuli nämä mun aiemmat vaikeat raskaudet ja niihin liittyvät pelot puheeksi. Mut ohjattiin neuvolalääkärille, joka rohkaisi uuteen raskauteen ja kirjoitti mulle jo valmiiksi reseptit pahoinvointilääkkeisiin ja ohjeet polille tiputuksia varten. Nyt olen

sitten käynyt ajanvarauksella kerran viikossa tiputuksessa, ja kokenut sen tosi hyväksi. Mielestäni just tuo ennakoiva hoito olis tosi tärkeää, ettei hoitoon otettais vasta sitten kun tilanne on päässyt jo tosi pahaksi. On tosi harmillista, ettei tätä näköjään useimmissa paikoissa olla ymmärretty. Edelliset raskaudet olen ollut vailla kunnollista hoitoa, ja musta tämä ennakoiva tiputus on ollut yleisvoinnin kannalta älyttömän hyvä juttu nyt.”

”Meillä on aika muutaman viikon kuluttua neuvolaan suunnittelemaan ja miettimään millä tavalla he voisivat auttaa jos seuraava raskaus on yhtä paha kun edellinen. Terveystenhoitaja ymmärsi täysin ja oli sitä mieltä että tottakai jutellaan ja mietitään ja hän juttelee valmiiksi myös neuvolalääkärin kanssa mitä mieltä hän on. Helpottunut olo kun hän kuunteli ja ja ymmärsi pelkoani.”

”Koin kotipalvelun avun todella hyödylliseksi, ja se mahdollisti oman palautumisen niin fyysisesti kuin myös henkisesti. Varmasti olisi voinut tulla väsymistä ilman tuota apua, ja auttoi kun alkuun tiesi että aina silloin tällöin saa apua ja hetken hengähdystauon. Oli mielestäni tosi korjaava ja huojentava kokemus sen jälkeen, kun HG:ssä tunsu olonsa niin avuttomaksi ja ajoittain hoidon huonoksi, nyt oli sellainen olo että apua oli jo ennalta-ehkäisevästi saatavilla. Pitäisi olla useamminkin rutiinina tarjota tätä palvelumuotoa hankalan raskauden jälkeen.”

3.5 Hoitotyö synnytyksen jälkeen

Tärkeää äitiä hoitaessa on muistaa, että hyperemesiksestä toipuminen on joskus vuosienkin mittainen monimutkainen emotionaalinen prosessi. Vaikka fyysinen pahoinvointi loppuisi, psyykkiset oireet voivat kestää koko raskauden ajan, ja jopa raskauden jälkeenkin. (Nicholson, 2018, s.24–27)

Hyperemeesin psyykkisiä vaikutuksia, ja erityisesti sen vaikutusta synnytyksen jälkeiseen elämään, ei ole vielä tutkittu paljoakaan. Tutkimuksissa on todettu, että hyperemesis saattaa haitata äidin ja vastasyntyneen kiintymyssuhteen muodostumista synnytyksen jälkeen. Tuoreet äidin kokivat syyllisyyttä ja huonoa omatuntoa siitä, etteivät olleet osanneet ajatella vauvaa raskausaikana ja siten luoda kiintymystään häneen. Noin 80 % vastaajista kertoi myös, että vauvan synnyttyä he joutuivat ponnistelemaan normaalia enemmän ymmärtääkseen vauvan elekieltä ja siten kehittämään omia taitojaan hoitaa vauvaa. (Meighan & F.Wood 2005, 174–179.)

Vaikean pahoinvoinnin seurauksena äiti saattaa olla väsynyt ja heikossa kunnossa hoitamaan vastasyntynyttä. Ruokahalu saattaa olla poissa vielä synnytyksen jälkeen, ja vastenmielisyyys mennyttä raskautta kohtaan edel-

leen vahvaa. (Kytömäki & Partonen 2010, 1533.) Kun tutkitaan synnyttäneiden hyperemis-äitien kokemuksia, on tullut ilmi, että esimerkiksi pahoinvoinnin vuoksi todettu masennus on jo loppunut raskauden päätyttyä, mutta hoitohenkilökunta on edelleen kyseenalaistanut masennuksen paranemista. Siten äiti on tuntenut olevansa masennus-leiman kanssa vielä puolitoista vuotta synnytyksen jälkeenkin. Yksi äideistä kuvasi, miten hän yritti olla mahdollisimman sinnikäs ja reipas, mutta vielä kahden ja puolen jälkeenkin olo oli hauras. (Poursharif ym. 2007, 3.) Eräessä tutkimuksessa selvitettiin naisten ajatuksia synnytyksen jälkeisestä ajasta, kun takana on hyperemesis-raskaus. Monet vastaajista eivät olleet osanneet ajatella vauvaa lainkaan raskausaikana, ja kiintymyssuhteen luominen oli vaikeaa synnytyksen jälkeen. Osa vastaajista pelkäsi vaikean pahoinvoinnin vaikuttaneen vauvaan odotusaikana, ja synnytyksen jälkeen kokivat itsensä liiankin suojeleviksi. Tämä vaikutti siten, että äidit eivät esimerkiksi uskaltaneet nukkua vauvan nukkuessa. Neuvolassa tulisikin huomioda äidin mahdollinen ylisuojelu ja auttaa äitiä muuttamaan hänen käsitystään normaalista äidinroolista. (Meighan & F.Wood 2005, 174–179.)

Lisäksi vaikean raskauspahoinvoinnin koetaan vaikuttaneen perhesuunniteluun merkittävästi. Eräessä tutkimuksessa raskaana olevilta äideiltä kysyttiin ajatuksia tulevaisuuden lapsitoiveista. Tutkimuksessa todettiin, että 76 % äideistä koki, että tulevaisuuden suunnitelmat lapsien määrästä muuttuivat, 19,4 % pelkäsi nykyistä raskauttaan, 34,8 % muutti päätöstään lasten lopullisesta lukumäärätoiveesta, ja osa heistä halusi adoptoida seuraavaksi. 15,2 % naisista teki ainakin yhden abortin seuraavissa raskauksissaan. (Meighan & F.Wood 2005, 174–179.)

”Pahoinvointi oli hirveää ja parempaa vointia oli ihan ykköspäiviä silloin tällöin. Lapsi oli toivottu, mutta vihasin raskautta. Oli aikoja, että makasin vessan lattialla ja toivoin, että menisipä kesken tai ihan mitä muuta vain kunhan se loppuisi. Toisten ihmisten ymmärtämättömyys turhautti ja oma olo ahdisti ja pelotti. Mieli meni aika mustaksi. Olin sairaalassa useita kertoja pidempiä pätkiä ja tipassa viikottain viikoilla 8-34. Raskausaika oli hirveä. En iloinnut, en nauttinut enkä missää vaiheessa silloin edes harkinnut, että haluaisin tietien tahtoen uudestaan ottaa sen riskin. Vieläkään en pysty miettimään toista. En mitenkään päin.”

”Varmasti vielä kiikkustuolissa muistamme olevamme HG-äitejä, mutta vahva toivo on, että tuolloin muisto on muuttunut pelkäsi ylpeydeksi. Oman elämämme 9 kuukauden sota voitettiin (kerran tai useammin).”

”Minulla on kaksi lasta eri liitoista ja näiden välistä ikäeroa 10 vuotta. Mies sanoo, ettei halua nähdä minua sellaisessa kunnossa. Hän on jyrkästi sitä mieltä, että se on minulta liian suuri uhraus ja että hän on erittäin tyytyväinen yhteen biologiseen lapseen ja meidän nelihenkiseen perheeseen. Perheenlisäyksenä on ehdottanut adoptiota. On helpottavaa, että aina-kaan painostusta ei ole.”

”Meidän lapsi on kohta 3v ja moneen kertaan tätä asiaa on vuosien aikana prosessoitu. Mä tiedän, ettei mun fyysinen tai psyykinen terveyteni kestäisi hyperemesisraskautta. Tiedän, että jos ensin sairastuisin hyperemisiin ja raskaus menisikin sitten kesken, en toipuisi siitä ennalleni koskaan. Mä oon nyt todella hyvässä psyykkisessä voinnissa, onnellinen ja tyytyväinen elämääni. En aio riskeerata terveyttäni enkä onneani. Näiden ajatusten kautta meillä päädyttiin yksilapsisuuteen.”

Eräissä norjalaisessa tutkimuksessa tutkittiin, miten pitkään vaikean raskauspahoinvoinnin mukana tullut masennus ja alakuloisuus kestivät. Tutkimuksessa tutkittiin sekä hyperemis-raskauden kokeneita naisia että naisia, joilla ei ollut raskausaikana lainkaan pahoinvointia. Raskausviikolla 17 hyperemesis-äideillä oli huomattavasti enemmän masennusta kuin naisilla, jolla ei ollut lainkaan pahoinvointia. Kuusi kuukautta synnytyksen jälkeen todettiin, että enää vain pienellä prosentilla oli masennusta. 18 kuukautta synnytyksen jälkeen raskauspahoinvoinnista tulleen masennuksen kerrotaan parantuneen kokonaan. (Kjeldgaard, Eberhard-Gran, Benth, Vikanen 2017)

4. TOIMINALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen ja sen tekeminen alkaa aiheanalyysillä, eli aiheen valinnalla. Aiheen valintaan vaikuttaa tekijän motivaatio ja kiinnostus. Aiheanalyysin jälkeen tehdään toimintasuunnitelma, eli suunnitelma siitä mitä tehdään, miksi tehdään ja miten tehdään. Toimintasuunnitelma on oltava realistinen ja siihen opinnäytetyön tekijän tulee olla helppo sitoutua. Toimintasuunnitelman yksi osa on opinnäytetyön aikataulun suunnittelu. Toimintasuunnitelmaa tehdessä pitää ensin selvittää oma tieto aiheesta (mitä), aiheen tarpeellisuus (miksi), kohderyhmä (kenelle) ja aiheesta löytyvät lähteet ja lähdekirjallisuus. Toimintasuunnitelma siis kokoaa yhteen tiedot siitä, mitä opinnäytetyön tekijä tietää aiheestaan jo valmiiksi ja mistä koostetaan tarvittava lisätieto. (Vilkka, Airaksinen, 2013, s. 23–28)

Toiminnallisen opinnäytetyön yksi vaihe on tehdä koko työstä opinnäytetyöraportti. Raportin tarkoituksena on koota syyt sille, miksi ja miten kyseinen opinnäytetyö on haluttu tehdä. Raportti on yhtenevä ja johdonmukainen kertomus siitä, millainen prosessi oli ja millaisia tuloksia ja johtopäätöksiä prosessin aikana syntyi. Laadukas opinnäytetyöraportti täyttää tutkimusviestinnän vaatimukset ja vie sellaisenaan paljon aikaa. Raporttia tulee päivittää koko opinnäytetyöprosessin ajan. Raportin lopussa pohditaan, miten raportti onnistui ja tuliko raportista luotettava. (Vilkka, Airaksinen, 2013, s. 23–28)

4.1 Hyvä luento

Luennon tarkoitus on esittää kuulijoille tietoa yhteisesti käsiteltävästä aiheesta. Luennon sujuvuuden kannalta on tärkeää, että luennoitsija osaa esittää aiheensa moitteetta. Luennoitsijan on laadittava esityksestään suunnitelma, jossa hän hahmottelee esitykseen sopivan järjestyksen, miten opetettavat asiat esitetään. (Pelkonen 1995, s. 19) Luennon tavoite on saada kuuntelija laajentamaan tietämystään ja osaamistaan käsitellystä aiheesta. Luennoitsijan tulee tukea ja auttaa kuuntelijaa ymmärtämään opettamaansa aihetta, jotta kuuntelija voi sisäistää sen. Täten kuuntelija ei ole vain kuuntelija, vaan sisäistävä ja oppiva. (Mykrä, Hätönen 2008, s. 25). Omalla luennollani yritin parhaani mukaan saada terveydenhoitajia keskustelemaan keskenään ja pohtimaan ääneen esityksen aikana tulleita ajatuksia ja kysymyksiä. Sisällytin esitykseeni kaksi diaa, joiden kohdalla kysyin yleisöltä heidän kokemuksiaan potilaiden kohtaamisesta.

Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan tietoa ei voida vain siirtää kuulijalle, vaan kuulijan tulee muodostaa kokonaisuudesta aktiivinen oma tiedonmuodostusprosessi. Tiedonmuodostusprosessia säätelee paljolti se, mitkä ovat kuuntelijan aikaisemmat tiedot, kokemukset ja käsitykset opetettavasta aiheesta. Oman tiedon historiansa avulla kuulija säätelee sitä, miten opettavat asiat havaitaan ja miten sitä tulkitaan. Oppijan tulisikin kokea oppimisen mielekkääksi ja kehittää oppimiseen uusia tapoja. Tehokas oppiminen myös edellyttää sen, että kuuntelija saa olla aktiivinen osallistuja. Osallistava luento on aktiivinen oppimismenetelmä. Aktivoivat oppimismenetelmät sopivat tilanteisiin, joissa kuuntelijat ovat aktiivisia ja itsenäisiä oppijia. Luennoitsijan tehtävänä on ohjata ja tukea kuulijaa oppimisessaan. Aktiivinen luento voi sisältää esimerkiksi kuulijoiden omien kokemusten ja ajatusten jakamista aiheesta. (Kupias 2004, s. 45–49)

Luento suunniteltaessa on tärkeintä miettiä kuulijoiden toiveita. Puhujan tulee ennen luentoja selvittää, kenelle puhuu, millaisia odotuksia kuulijoilla on ja mikä kuulijoille on tärkeitä saada tietää. Tärkeintä on pysyä asian ääressä, eikä antaa keskustelun ajautua liikaa pois aihealueesta. Kuulijoiden mielenkiintoa tulee pitää yllä erilaisin osallistavien toimintatavoin. (Pelkonen 1995, s. 19). Osallistavat elementit luennolla ovat tärkeitä, koska tutkimuksen mukaan kuulijoiden tarkkaavaisuus laskee jo 15–25 minuutin jälkeen. Tämä aika tulee ottaa huomioon myös luento suunniteltaessa. Luento voidaan jaksottaa noin 15 minuutin osuuksiin, jotta kuuntelijat voivat keskittyä käsittelemään kuulemaansa. (Mykrä & Hätönen 2008, s. 25) Omalla luennollani pidin noin 10 minuutin välein lyhyen tauon, jonka aikana esitin terveydenhoitajille kysymyksiä ja he saivat pohtia siihen mennessä heränneitä kysymyksiä ja ajatuksia.

Luennon sujuvuuden kannalta tärkeää on luoda luennolle hyvä vuorovaikutus luennoitsijan ja kuulijoiden välille. Luennolla vuorovaikutusta edistää luennoitsijan asiallisuus ja kiinnostus kuulijoita kohtaan. Myös luennoitsi-

jan motivaatiolla on iso merkitys työn onnistumisessa. Oma käyttäytyminen luennoitsijana tulee mukaila kuulijoiden käyttäytymistä. (Lipponen, Kyngäs, Kääriäinen 2006, s.25) Hyvän vuorovaikutuksen kannalta on tärkeää, että luennoitsija ei puhu liikaa, ole liian yliempaattinen, neuvo liikaa, tuo omia näkemyksiä ja kokemuksia liiaksi esille tai korosta omia mielipiteitään. (Verkko-hanke 2011, s. 28) Luento pitäessä on tärkeää minimoida ympäristön häiriötekijät. Luento tulee pitää paikassa, jossa voidaan välttyä keskeytyksiltä. Myös kaikki luennon apuna oleva materiaali tulee olla käsiällä, jotta luento oli sujuva. (Lipponen, Kyngäs, Kääriäinen 2006) Materiaalin osalta typografia on tärkeää, jotta luento pysyy selkeänä ja kuuntelijoiden on helppo sisäistää kuulemaansa. Typografia on tapa, jossa suunnitelmaan ja sommitellaan kaikki kirjallinen materiaali selkeäksi tekstin, kirjainten asettelun sekä kirjaisintyyppien ja värien osalta. (Graafinen, 2015)

Luennolle määritetään laatuksiteerit, joiden perusteella määritellään milaista tulosta ja laatusoa luennolla tulisi saavuttaa. Luennon laatuksiteereitit ovat muun muassa informatiivisuus, hyödynnettävyys, ymmärrettävyys ja asiakaslähtöisyys. (Idänpää-Heikkilä ym. 2000, s.4) Tämän luennon laatuksiteereiksi määriteltiin erityisesti sen informatiivisuus, hyödynnettävyys konkreettisisessa potilastyössä ja asiakaslähtöisyys kuulijoiden osalta. Näiden laatuksiteerien pohjalta luennolle tehtiin palautekaavake, jossa pyydettiin kuulijoita vastaamaan kyseisten kriteerien onnistuvuuteen luennolla. Palautelomake liitteessä 2.

4.2 Toiminnan kuvaus ja sisältö

Luennon tarkoitus oli tuottaa terveydenhoitajille tiivis, mutta kattava tietopaketti raskauspahoinvointipotilaan hoidosta. Terveydenhoitajilla oli asiasta jo hieman perustietoja, mutta koska vaikeat raskauspahoinvointitapaukset ovat harvinaisia, moni koki tarvitsevansa tietojensa päivittämistä ja uusia näkökulmia. Näiden toiveiden osalta koostettiin noin tunnin pituinen luento, jossa käsiteltiin erityisesti hoitotyötä ja potilaan ohjausta psyykkiseltä näkökannalta.

Luennossa käytiin myös lyhyesti läpi raskauspahoinvointiin liittyviä faktoja ja esimerkiksi lääkkeellistä hoitoa. Faktojen osalta pyrittiin tuomaan terveydenhoitajille toivottua tietojen päivitystä. Tämän opinnäytetyön luennon apuna käytettiin Power Point-esitystä, jonka diat tehtiin selkeiksi ja tiiviiksi tietopaketeiksi. Aiheet pyrittiin koostamaan niin, että jokaisesta tulisi noin 20 minuutin yksi kokonaisuus ja sen päätteeksi osallistujien kanssa keskusteltiin ja jaettiin kokemuksia aiheesta.

Iso osa luennon suunnitelmaa oli tehdä dioista kiinnostavia kokonaisuuksia, joissa oli tekstin lisäksi kuvia ja kokemusasiantuntijoiden kommentteja. Dioissa oli vain vähän tekstiä, ja näiden avainsanojen pohjalta aihetta avattiin enemmän kuulijoille. Diojen typografiaan kiinnitettiin huomiota selkeillä fontti- ja värivalinnoilla. Diojen etenemisjärjestys oli selkeä, ensin

yleisesti raskauspahoinnista, sitten kokonaisuus sen hoidosta ja lopuksi suurin kokonaisuus raskauspahoinnin merkityksestä psyykkiselle terveydelle, sen hoitamiseen ja tukemiseen liittyviä hoitotyön ohjeita.

Luennon kokonaiskestoksi määriteltiin tilaajan toiveesta yksi tunti. Lisäksi palautteiden keräämiseen oli varattu 20 minuuttia. Luento pidettiin terveysaseman kokoustiloissa, jolla minimoitiin häiriötekijät, ja tilasta saatiin luennolle tarvittavat laitteet diaesityksen toteutukseen. Alustavan suunnitelman mukaan osallistuvia terveydenhoitajia oli kuuntelemassa noin 10 henkeä. Osa heistä oli jo pitkään äitiysneuvolatyötä tehneitä, osa vasta vain vuoden verran. Tämä pyrittiin ottamaan huomiin luennon sisällössä siten, että tieto olisi helposti konkretisoitavissa, vaikka terveydenhoitaja ei olisi urallaan vielä ehtinyt nähdä yhtään vaikeasta raskauspahoinnista kärsivää potilasta.

Tämän opinnäytetyön idea esiteltiin ideaseminaarissa lokakuussa 2018, jossa aihe hyväksyttiin. Lokakuussa 2018 sain yhteyshenkilön, ja yhteyshenkilöni kanssaan sovimme, että kontaktiopetukseni järjestetään 10.1.2019 Loimaan pääterveysaseman neuvottelutiloissa. Marraskuussa 2018 yhteyshenkilöni jäi kuitenkin pois virastaan, ja hänen tilalleen sain neuvolan terveydenhoitajista yhden hoitajan, jonka kanssa sovimme käytännön järjestelyt kyseiselle päivälle. Kävin 9.1.2019 neuvolassa sopimassa esityksen aikataulusta ja tulostamassa diat seuraavalle päivälle.

Esitys pidettiin suunnitellusti 10.1.2019, jonka jälkeen maaliskuussa 2019 pidettiin koulullani väliseminaari, jossa työtäni opponoitiin kahden opiskelijan ja opettajan toimesta. Kesän ajan viilailin työtäni viimeiseen versioon ja työ valmistui syksyllä 2019.

4.3 Luennon toteutus

Luento toteutettiin terveydenhoitajien yhteisenäluentopäivänä 10. tammikuuta 2019 kello 12–13 Loimaan terveyskeskuksen neuvottelutilassa. Osallistujina oli 7 alueen terveydenhoitajaa. Luento varten oli tulostettu tunnilla käytettävät diat ja kirjalliset palautelomakkeet. Kirjallisissa palautelomakkeissa oli kohdat ”risuja” ja ”ruusuja”, joilla viitattiin siihen, että toivoin saavani positiivista ja kehittävää palautetta luennostani. Muita hankintoja luento varten ei tarvinnut tehdä, koska tietokone ja videotykki löytyivät valmiiksi neuvottelutilasta.

Luennon aikana terveydenhoitajat esittivät joitakin kysymyksiä, joihin vastaukset saatiin myöhemmin samalla luennolla. Luennon apuna käytettiin diaesitystä, johon oli kerätty asiasanoja ja havainnollistavia kuvia ja diagrammeja. Dioissa on myös kaksi ”????”-sivua, joissa ensimmäisessä kysyin yleisöltä, kuinka monta vaikeasta raskauspahoinnista kärsivää potilasta olet vastaanotollasi kohdannut ja toisessa kohdassa, mikä on ollut

vaikeinta hyperemesis-potilaiden kohtaamisessa. Terveydenhoitajat vaikuttivat kiinnostuneilta ja kuuntelivat tarkoin luentoa. Luennon loppuun jäi vielä aikaa pohdinnalle ja vapaalle keskustelulle, jota syntyi hyvin. Terveydenhoitajat pohtivat erityisesti yhdessä psyykkisen tuen merkitystä vaikeasta raskauspahoinvoinnista kärsivien potilaiden kohdalla. Tulostetut diat jäivät terveydenhoitajille käytettäväksi tulevaisuudessa, ja lupasin toimittaa vielä valmiin opinnäytetyöni heille käytettäväksi.

4.4 Palautteen kerääminen ja analysointi

Luennon loppuun kerättiin kirjallinen palaute, johon kaikki luentoon osallistuneet halusivat vastata. Palaute oli pääosin positiivista. Luennoitsijaa keuhuttiin hyväksi, rauhalliseksi ja eloisaksi. Luennon koettiin olleen selkeä, sopivan mittainen, hyvin jäsennetty ja se eteni loogisesti. Dioissa esitetyt kuviot ja kaaviot konkretisoivat aihetta hyvin, ja kokemusasiantuntijoiden kirjoittamat lainaukset toivat työhön mielenkiintoa. Luennolla esitelty PUQE-mittari koettiin hyväksi konkreettiseksi keinoksi selvittää pahoinvoinnin vaikeutta, ja osa kertoi käyttävänsä sitä tulevaisuudessa vastaanotollaan. Vastaajien mukaan luennolla tuli myös heille uutta tietoa.

Osa vastaajista olisi halunnut saada tarkat tiedot tutkimuksista, joihin luennolla viitattiin. Palautteissa toivottiin myös, että luennoitsija olisi tarkemmin kertonut, miksi valitsi kyseisen aiheen ja miksi se kiinnostaa. Lisäksi toivottiin vieläkin konkreettisempia keinoja, joilla potilasta voisi vastaanotolla auttaa.

5. EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tässä opinnäytetyössä pyrin noudattamaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä, kuten rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4, 6.) Erityisesti luentoa suunnitellessa tulee ottaa huomioon oman esityksen eettisyys. Luentoa ei tule pitää omien mieltymysten mukaisesti, vaan sen tulee vastata kuulijoiden tarpeita (Ewless & Simnett 1992, 38–42). Kysyin ennen luentoa sähköpostitse osallistujilta, mitä he luennolta odottivat ja mitä asioita halusivat siellä käsiteltävän. Vastausten pohjalta suunnittelin luentoni neuvolan terveydenhoitajien toiveiden mukaisesti.

Hoitotyön periaatteet ohjasivat toimintaani koko prosessin ajan ja olivat samalla tämän opinnäytetyön lähtökohdat. Hoitotyön periaatteita ovat esimerkiksi itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, luotettavuus ja rehellisyys. Hoitotyön tarkoituksena on palvella asiakasta, ja kaiken hoitotyön ohjauksen tulee olla näyttöön perustuvaa. (Halme 2012, 101–102). Jokaisen terveydenhoitajan osallistuminen luennolleni oli vapaaehtoista,

joten itsemääräämisoikeus toteutui työssäni. Luentoni kaikki materiaali oli luotettavaa, ajantasaista tietoa raskauspahoivointi potilaan hoidosta. Olin perehtynyt aiheeseen ennen luentoa kattavasti, jotta osaisin vastata kaikkiin esitettyihin kysymyksiin luotettavalla tiedolla.

Erityisesti verkkolähteitä käytettäessä tulee lähteiden valinnassa käyttää kriittisyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–135). Tämän opinnäytetyön teoriaosuuden verkkolähteinä käytettiin kansainvälisiä, tieteellisissä lehdissä julkaistuja tutkimuksia, jotka kaikki löytyivät Cinahlista, Finnasta, Medicistä tai Google Scholarista. Tietoa haettiin suomen- ja englannin kielisillä hakusanoilla. Käyttämälläni hakusanoilla raskaus, raskauspahoivointi, hyperemesis gravidarum, äitiysneuvola ja luento, löytyi useita satoja tutkimuksia, ja lopullisten lähteiden valinnassa käytettiin tarkkaa harkitsevuutta ja tutkimuksia vertailtiin keskenään, jotta sain tähän työhön valittua kaikkein uusinta ja luotettavinta tietoa.

Kaikki kirjoista saadut lähteet pyrittiin hakemaan niin, että ne olivat virallista, ajantasaista ja tutkittua tietoa, jonka eri alojen asiantuntijat olivat laatineet. Tähän opinnäytetyöhön haettiin lähteitä myös muiden laadukkaiden tutkimusten lähdeluetteloista. (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73.) Tässä työssä käytetyt lähteet ovat pääsääntöisesti 2005–2018 vuosina julkaistuja, mutta vanhempiakin lähteitä voitiin käyttää, jos niiden sisältö oli ajantasaista ja työn kannalta tärkeää. Kaikkiin tutkimuksiin viitattiin asianmukaisesti ja tutkimuksen tekijöitä kunnioittamalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Liittyessäni keväällä 2018 Hyperemesis Gravidarum -tukiryhmään, huomasin, että moni tukiryhmäläisistä koki, että ei ole saanut neuvolassa riittävää hoitoa ja tukea odotusaikaansa. Monella kokemukset olivat musertavia ja raskaita, ja näitä lukiessa koin, että haluan opinnäytetyöni keskittyvän kyseisten potilaiden hoitotyön parantamiseen. Aihe oli itselleni tuttu, sillä olen kokenut hyperemesis-raskaudet vuosina 2013 ja 2017. Koska äitiysneuvola on odottaville äideille raskauden aikana useimmiten eniten käytetty terveydenhuollon palvelu, halusin kohdistaa työni heille. Päädyin toteuttamaan työni luentona, koska koen sen itselleni mieluisaksi tavaksi jakaa tietoa.

Pohdin pitkään työni sopivuutta sairaanhoidon koulutusohjelmaan, sillä aiheena tämä on ehkä enemmän kätilöille tai terveydenhoitajille suunnattua tietoa. Useimmiten hyperemesis-potilaan oireet alkavat jo hyvissä ajoin ennen ensimmäistä neuvolakäyntiä, jolloin epätoivoinen äiti saattaa ha-

keutua yleisimmin sairaalan tai terveyskeskuksen päivystykseen tai työterveyshuoltoon, ja näissä toimipisteissä työskentelee pääosin sairaanhoitajat. Päivystyspoliklinikat ja työterveyshuolto ovatkin keskeisessä asemassa tilan tunnistamisessa, jatkohoitoon ohjaamisessa ja hoidon alkuun saattamisessa.

Aloittaessani tämän työn tekemistä pidin yhtenä haasteena sitä, miten muistan pitää itseni ja omat kokemukseni vaikeasta pahoinvoinnista pois tästä työstä. Tein selkeän päätöksen siitä, että en kirjallisessa työssä tai luennolla mainitse mitään omista kokemuksistani. Jälkeenpäin ajateltuna olisin voinut esitellä aiheeni ja samalla kertoa, miksi aihe on minulle niin tärkeä ja henkilökohtainen. Omat kokemukseni auttoivat tässä työssä hahmottamaan kaikkia niitä osa-alueita, joihin hyperemesis vaikuttaa. Sen pohjalta oli helpompi miettiä, mistä eri aiheista tutkimuksia kannatti hakea ja erityisesti, mitä tutkimuksista kannatti työhön poimia.

Järjestämäni luento Loimaan seudun äitiysneuvolan terveydenhoitajille sujui suunnitellusti. Luento kutsutuista terveydenhoitajista kaikki pääsivät paikalle, ja terveydenhoitajat kokivat saaneensa luennosta uutta tietoa ja vinkkejä potilaan kohtaamiseen työssään. Luennosta saatu palaute oli pääosin positiivista, ja aihe koettiin tärkeäksi. Jälkeenpäin ajateltuna luennossa käytettyjen dioiden lopussa olisi pitänyt olla työssä käytetyt tutkimukset liitteenä. Lisäksi olisin voinut pyytää palautetta vieläkin enemmän ja erityisesti saada vastauksia terveydenhoitajilta siihen, mitä he vielä olisivat halunneet tietää, mikä aihe jäi liian vähälle huomiolle ja miten he kokivat luentoni sopineen heidän potilastyöhönsä. Olisin myös voinut toistaa palautekyselyni esimerkiksi kahden viikon kuluttua esityksestäni, jolloin terveydenhoitajat olisivat saaneet enemmän aikaa pohtia luentoni onnistumista.

Suomessa on viime vuosina puhuttu paljon syntyvyyden laskusta ja siitä seuraavista talouden ongelmista. Samaan aikaan luen viikoittain Hyperemesiksen tukiryhmästä murtuneiden äitien kirjoituksia siitä, miten he eivät suurista toiveistaan huolimatta uskalla enää lähteä yrittämään uutta raskautta, koska pelko hyperemesiksen uusiutumisesta varjostaa tulevaisuuden suunnitelmia. Sen lisäksi, että hyperemesis heikentää odottavan äidin ja koko perheen elämänlaatua, se on myös merkittävä taloudellinen kustannus yhteiskunnallemme pitkien sairauslomien tai sairaalajaksojen vuoksi. Hyvällä hoidolla voidaan vähentää siis odottavien äitien inhimillistä kärsimystä ja säästää yhteiskunnan varoja ja mahdollisesti saada myös syntyvyyttä nousuun ainakin vaikeasta raskauspahoinvoinnista kärsivien äitien osalta.

Ilahduin suuresti, kun lääkirilehti Duodecim julkaisi elokuussa pitkän ”näin hoidan”-artikkelin hyperemesiksen hoidosta. Jutun kirjoittajat Linda Laitinen ja Päivi Polo ovat pitkän linjan gynekologeja ja tekevät myös tutkimustyötä hyperemesiksestä. Artikkelissa oli hyvin yksityiskohtaisesti kerrottu

lääkehoidon toteuttamisesta, jonka uskon edistävän turvallista lääkehoitoa raskaudesta huolimatta. Artikkelissa korostettiin paljon myös psykkinen tuen merkitystä ja kehoitettiin lääkäreitä jatkossa tehokkaammin ohjaamaan potilaita psykologin arvioon.

Hyperemesis ei sinällään ole sairautena kovin uusi, mutta vasta viime aikoina on alettu hieman ymmärtää, miten kokonaisvaltaista pahoinvointi potilaalle on. Tällä hetkellä Hyperemesis ry -tukiryhmä tekee tunnetuksi mottoaan ”raskauspahoinvointi on paljon enemmän, kuin mitä päälle voit nähdä”. Tämä lause kuvastaa hyvin sitä, miten kokonaisvaltainen ja raskas kokemus raskaus voi olla, jos sitä varjostaa vaikea hyperemesis. Se ei välttämättä näy päälle, ja usein hoitotyössä raskauspahoinvointi mielletään normaaliksi raskauteen kuuluvaksi asiaksi, johon terveydenhuolto ei toisistaan ole lääketieteen keinoin pystynyt tarjoamaan apua. Siitä huolimatta hyperemesiksestä kärsivät potilaat usein muistavat juuri heitä hoitaneiden terveydenhuollon ammattilaisten asenteet ja sanat, sen miten he ovat tulleet kohdatuksi, kun oma olo kokonaisvaltaisen hirveä. Näillä muistikuvilla on merkitystä sille, miten nainen ajattelee myöhemmin elämässään oman odotusaikansa. Siksi terveydenhuolto tarvitsisi vieläkin enemmän tietoa siitä, miten hyperemesis-potilaita tulisi kohdata ja miten nykytutkimusten mukaan potilaita voitaisiin lääkkeellisestikin hoitaa. Tämä työ on toki vain pieni osa tietoisuuden lisäämistä, mutta uskon, että jokainen tiedonjyvänenkin auttaa parantamaan hyperemesis-potilaiden hoitoa.

LÄHTEET

Aitokallio-Tallberg, A & Pakarinen, P (2005). Voimakas raskaudenaikainen pahoinvointi. *Lääketieteellinen Aikakauslehti Duodecim* 121 (13), 1435-1441.

Chandra, K., Magee, L & Koren, G (2002). Discordance between physical symptoms versus perception of severity by women with nausea and vomiting in pregnancy (NVP). *BMC Pregnancy and Childbirth* 2 (5), 1-4.

Caitlin, D., Bannigan, K & Marsden, J (2018). Reviewing the effect of hyperemesis gravidarum on women's lives and mental health. *British Journal of Midwifery*. 34.

Davis, M (2004). Nausea and vomiting of pregnancy: an evidence-based review. *The Journal of perinatal & neonatal nursing* 18 (4), 312–328.

Dean, C (2014). Helping women prepare for hyperemesis gravidarum. *British Journal of Midwifery*. 22 (12), 847-852.

Erkkola, R (2006). Raskauspahoinvointi ja hyperemeesi. *Suomen lääkäri-lehti* 61 (1-2), 35-39.

Evira (2009). Varoitusmerkintä inkivääriä sisältäviin ravintolisiin sekä inkivääriteehen ja niitä vastaaviin juomajauheisiin. Viitattu 7.11.2019 https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/tietoa-meista/asiointi/oppaat-ja-lomakkeet/yritykset/elintarvikeala/pakkausmerkinnat/ravitsemus-ja-terveysvaimet/ohje_merkkinnoista_inkivaari-17026_1.pdf

Ewles, L & Simnett, I (1992). Terveyden edistämisen opas. Alkuperäinen teos: *Promoting Health – A Practical Guide*. Keuruu: Otava.

Firouzbakht, M., Nikpour, M., Jamali, B., Olidvar, S (2014). Comparison of ginger with vitamin B6 in relieving nausea and vomiting during pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*. 35(3):289-93

Graafinen. (2015). *Yleistä typografiasta*. Haettu 5.12.2018 osoitteesta <https://www.graafinen.com/suunnittelu/typografia/yleista-typografiasta/>

Halme, S (2012). Asiakkaan ainutkertaisuus ja tasa-arvo. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. *Hoitotyön vuosikirja 2012*. Toim. I, Ranta. Helsinki: Fioca Oy. 101-102.

Hoitopaikanvalinta (2016). Hoitosuunnitelma. Haettu 8.12.2018 osoitteesta <https://www.hoitopaikanvalinta.fi/tieda-oikeutesi/potilaan-oikeus-hoitoon/hoitosuunnitelma/>

Huttunen, M. (2018). Psykykenlääkkeet ja raskaus. *Terveyskirjasto Duodecim*. Haettu 28.11.2018 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=lam00100

Hyperemeesi Ry n.d. Haettu 18.12.2018 osoitteesta <https://hyperemeesi.fi/fi/etusivu/>

Idänpää-Heikkilä ym. (2000). *Laatukriteerit: Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille*. Haettu 4.12.2018 osoitteesta <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75158/Aiheita20-2000.pdf?sequence=1>

Kjeldgaard, HK., Eberhard-Gran, M., Benth, JS & Vikanes, ÅV (2017). Hyperemesis gravidarum and the risk of emotional distress during and after pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 20 (6), 747-756.

Koren ym. (2005). Validation studies of the Pregnancy Unique- quantification of emesis. *Obstet Gynaecol* 25 (3), 241-244.

Kupias, P (2004). *Oppia opetusmenetelmistä*. Helsinki: Educa-Instituutti. 45-49.

Kylmä, J & Juvakka, T (2007). *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Publishing Oy. 127-135

Kytömäki, K & Partonen, T. (2010). Voimakas raskausoksentelu. *Lääkäri-lehti* 65 (17), 1529-1534.

Lipponen, K., Kyngäs, H & Kääriäinen, M (2006). *Potilasohjauksen haasteet*. Käytännön hoitotyön soveltuvat ohjausmallit. Haettu 4.12.2018 osoitteesta <https://docplayer.fi/842430-Potilasohjauksen-haasteet-kaytanon-hoitotyohon-soveltuvat-ohjausmallit.html>

Meighan, M & Wood, AF. (2005). The impact of hyperemesis gravidarum on maternal role assumption. *Journal of Obstetric*. 34 (2) 172-179.

Mitchell-Jones ym. Psychological morbidity associated with hyperemesis gravidarum: a systematic review and meta-analysis. *Beilstein Journal of Organic Chemistry* 124 (1), 20-30.

Mustajoki, P. (2018). Verioksennus. *Terveyskirjasto Duodecim*. Haettu 15.11.2018 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00099

Mustajoki, P. (2017). Asidoosi (elimistön nesteiden liiallinen happamus). *Terveyskirjasto Duodecim*. Haettu 16.11.2018 osoitteesta

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00656

Mykrä, T & Hätönen, H (2008). *Opas opetusmenetelmistä*. Helsinki: Edita Prima Oy, 25–29.

Nicholson, M (2018). HYPEREMESIS GRAVIDARUM: WHO CARES? *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal* 18 (1), 24-27.

O'Hara, M (2017). Experience of hyperemesis gravidarum in a subsequent pregnancy. *Midwifery Digest* 27 (3), 309-318.

Pelkonen, R (1995). Miten pidän luennon. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 111 (19), 1855.

Poursharif ym. (2007). *Journal of Perinatology*. 176-181.

Terveyskylä n.d. *Mitä on vertaistuki?* Haettu 18.12.2018 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/vertaistalo/tietoa-vertaistuesta/mit%C3%A4-on-vertaistuki>

Tiitinen, A. (2018). Raskauspahoitointi. *Terveyskirjasto Duodecim*. Haettu 16.11.2018 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00170

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. *Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje*. Haettu 10.12.2018 osoitteesta http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Verkko-hanke. (2011). *Eväitä vuorovaikutuksen ja ohjauksen sujumiseen*. Haettu 4.12.2018 osoitteesta http://www.oph.fi/download/158918_hyvan_ohjauksen_kriteerit.pdf

Vilka, H & Airaksinen, T. (2013). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 23-28.

Ågren, A (2006). Tactile massage and severe nausea and vomiting during pregnancy – women's experiences. *Caring sciences* 20 (2), 169-176.

LIITTEET

Liite 1. PUQE-lomake

Suomennos:

1. Kuinka monta tuntia pahoinvointi on kestänyt viimeksi kuluneiden 12 tunnin aikana?

- Ei yhtään 1 piste
- Tunnin tai alle tunnin 2 pistettä
- 2–3 tuntia 3 pistettä
- 4–6 tuntia 4 pistettä
- Yli kuusi tuntia 5 pistettä

2. Kuinka monta kertaa olet oksentanut viimeksi kuluneiden 12 tunnin aikana?

- 7 kertaa tai useammin 5 pistettä
- 5–6 kertaa 4 pistettä
- 3–4 kertaa 3 pistettä
- 1–2 kertaa 2 pistettä
- En kertaakaan 1 piste

3. Kuinka monta kertaa viimeksi kuluneiden 12 tunnin aikana olet yökkäillyt ilman, että olet oksentanut?

- En kertaakaan 1 piste
- 1–2 kertaa 2 pistettä
- 3–4 kertaa 3 pistettä
- 5–6 kertaa 4 pistettä
- 7 kertaa tai useammin 5 pistettä

Kokonaispistemäärä:

3: ei oireita,

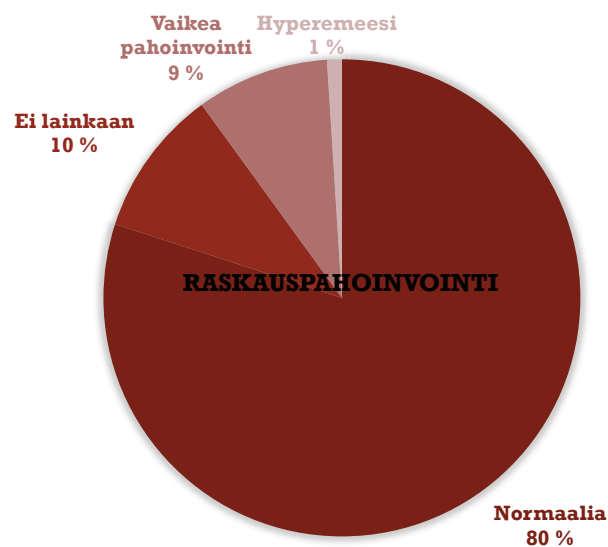
4–6: lievä pahoinvointi,

7–12: keskivaikea pahoinvointi,

yli 13: vaikea pahoinvointi

Liite 2. Luennolla käytetyt diat

RASKAUS EI OLE SAIRRAUS — HYPEREMEESI ON

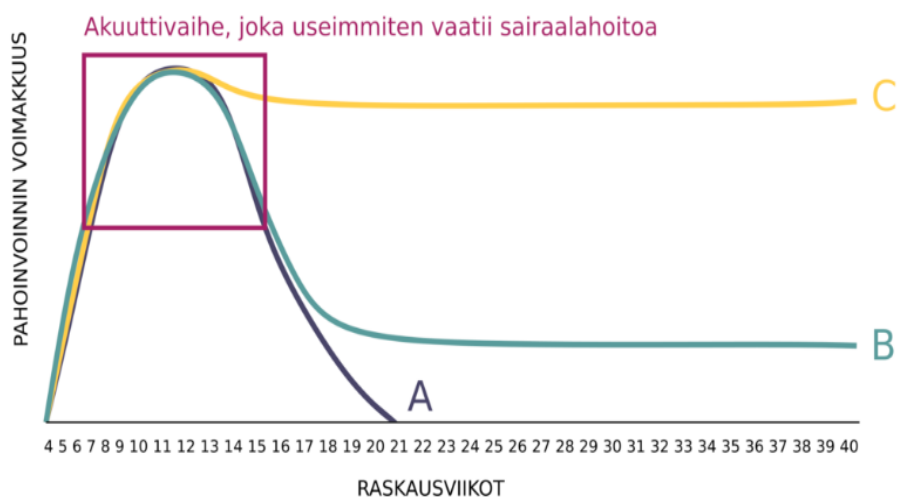


?????

”Pahoinvointi oli hirveää ja parempaa vointia oli ihan ykköspäiviä silloin tällöin. Lapsi oli toivottu, mutta vihasin raskautta. Oli aikoja, että makasin vessan lattialla ja toivoin, että menisipä kesken tai ihan mitä muuta vain kunhan se loppuisi. Toisten ihmisten ymmärtämättömyys turhautti ja oma olo ahdisti ja pelotti. Mieli meni aika mustaksi. Olin sairaalassa useita kertoja pidempiä pätkiä ja tipassa viikoittain viikoilla 8-34. Raskausaika oli hirveä. En iloinnut, en nauttinut enkä missään vaiheessa silloin edes harkinnut, että haluaisin tietten tahtoen uudestaan ottaa sen riskin. Vieläkään en pysty miettimään toista. En mitenkään päin.”

YLEISTÄ..

- Syytä ei edelleenkään tarkkaan tiedetä
- Fyysiset, psyykkiset ja perintötekijät
- Ei syytä -> ei hoitoa
- Ei käypä hoito-suositusta



DIAGNOSOINTI

- Yli 5% painonlasku
- Nestetasapainon häiriöt
- Virtsan ketoaineet
- PUQE-mittari

PUQE-MITTARI

1. Kuinka monta tuntia pahoinvointi on kestänyt viimeksi kuluneiden 12 tunnin aikana?

Ei yhtään	<input type="checkbox"/> 1 piste
Tunnin tai alle tunnin	<input type="checkbox"/> 2 pistettä
2-3 tuntia	<input type="checkbox"/> 3 pistettä
4-6 tuntia	<input type="checkbox"/> 4 pistettä
Yli kuusi tuntia	<input type="checkbox"/> 5 pistettä
 2. Kuinka monta kertaa olet oksentanut viimeksi kuluneiden 12 tunnin aikana?

7 kertaa tai useammin	<input type="checkbox"/> 5 pistettä
5-6 kertaa	<input type="checkbox"/> 4 pistettä
3-4 kertaa	<input type="checkbox"/> 3 pistettä
1-2 kertaa	<input type="checkbox"/> 2 pistettä
En kertaakaan	<input type="checkbox"/> 1 piste
 3. Kuinka monta kertaa viimeksi kuluneiden 12 tunnin aikana olet yökkäillyt ilman, että olet oksentanut?

En kertaakaan	<input type="checkbox"/> 1 piste
1-2 kertaa	<input type="checkbox"/> 2 pistettä
3-4 kertaa	<input type="checkbox"/> 3 pistettä
5-6 kertaa	<input type="checkbox"/> 4 pistettä
7 kertaa tai useammin	<input type="checkbox"/> 5 pistettä
- Kokonaispistemäärä:
3: ei oireita,
4-6: lievä pahoinvointi,
7-12: keskivaikea pahoinvointi,
yli 13: vaikea pahoinvointi

DIAGNOOSIN JÄLKEEN

- Potilaan ohjaus!!
- Työkyvyn arviointi
- Tukiverkosto
- Tiheämmät käynnit?
- Lääkäri → lääkitys, sairausloma, lähetteet jatkohoitoon



LÄÄKKEETÖN HOITO

- Ravintoon liittyvät tekijät
- Lepo (sairausloma?)
- B6-vitamiini
- Akupainanta
- Inkivääri



LÄÄKKEELLINEN HOITO

- Nesteytys i.v.
- Antihistamiinit (Postafen)
- Metoklopramidi (Primperan)
- Ondansetron
- H₂-reseptorin salpaajat närästyksen
- Etukäteen?

????

”Kaikki menee hyvin siihen asti että joku kysyy jotain lapsesta, raskaudesta tai niihin liittyen, silloin ”raivostun itkuun”...tästä syystä vältän nykyään kaikki sosiaalista kontaktia kun kaikki haluaa onnitella tai sanoa jotain vatsastani enkä yhtään osaa käsitellä niitä kommentteja.

Jos raskaudestani puhuu ”sairautena” pystyn puhumaan siitä, lääkäreiden kanssa ja tässä ryhmässä, mutten kenenkään muitten kanssa ja jos lääkäri alkaa puhumaan lapsesta en enää osaa kommunikoida vaan rupeen itkemään.

Tässä nyt ei ole mikään järkeä mutta jotenkin syytän lastani tästä mun voinnista, joka on ollut yhtä helvettiä rv4-5 lähtien, ja aivan kuin se olisi syöpä tai vastaava...

Kaikki jotenkin odottavat että raskaana oleva pitää olla kiitollinen ja onnellinen ja iloisena onnittelevat mutten pysty olemaan yhtään kiitollinen, onnellinen tai iloinen. Minä vaan vihastun.”



HYPERMEESIN PSYKKISET VAIKUTUKSET

- Psykkiset vaikeudet suurempia, kuin fyysiset
- Eristäytyminen->
 - Masennus
 - Ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriöt
 - Painajaisia, uniongelmia
 - Post-traumaattiset stressireaktiot
- Perheen ja läheisten odotukset
- Kiintymyssuhde vauvaan



PSYYKKINEN HOITO

- Kannustus, tuki ja ohjaus!!
- Hyperemeesin ennuste ja vaikutukset raskauteen
- Masennuksen hoito -> lääkitys, psykologi
- Kotiapu
- Vertaistuki
- Tiiviimpi hoitosuhde?



HYPEREMEESI RY



HOITOSUUNNITELMA

- Potilaan oikeus!
- Moniammatillinen kokonaisuus, lääkäri ja terveydenhoitaja tekee yhdessä
- Tutkitusti vähentää: sairaalahoidon tarvetta, oireiden vakavuutta, taloudellisia kustannuksia, synnytyksen ennustetta
- Voidaan tehdä jo raskautta suunnitellessa



”Mulle tehtiin tätä kolmatta raskautta varten täällä meidän pienen paikkakunnan tk:ssa hoitosuunnitelma jo siinä vaiheessa kun varovasti oltiin alettu miehen kanssa suunnitella tätä raskautta. Ottivat neuvolassa heti kopin asiasta kun kävin muun asian vuoksi siellä ja tuli nämä mun aiemmat vaikeat raskaudet ja niihin liittyvät pelot puheeksi. Mut ohjattiin neuvolalääkärille, joka rohkaisi uuteen raskauteen ja kirjoitti mulle jo valmiiksi reseptit pahoinvointilääkkeisiin ja ohjeet polille tiputuksia varten. Nyt olen sitten käynyt ajanvarauksella kerran viikossa tiputuksessa, ja kokenut sen tosi hyväksi. Mielestäni just tuo ennakoiva hoito olisi tosi tärkeää, ettei hoitoon otettaisiin vasta sitten kun tilanne on päässyt jo tosi pahaksi. On tosi harmillista, ettei tätä näköjään useimmissa paikoissa olla ymmärretty. Edelliset raskaudet olen ollut vailla kunnollista hoitoa, ja musta tämä ennakoiva tiputus on ollut yleisvoinnin kannalta älyttömän hyvä juttu nyt.”

”Meillä on aika muutaman viikon kuluttua neuvolaan suunnittelemaan ja miettimään millä tavalla he voisivat auttaa jos seuraava raskaus on yhtä paha kun edellinen. Terveystenhoitaja ymmärsi täysin ja oli sitä mieltä, että tottakai jutellaan ja mietitään ja hän juttelee valmiiksi myös neuvolalääkärin kanssa mitä mieltä hän on. Helpottunut olo kun hän kuunteli ja ja ymmärsi pelkoani.”

LÄHEISET JA PERHE-ELÄMÄ

- Tukiverkoston merkitys
- Puolison informointi
- Kotiapu erityisesti, jos muita lapsia



”Raskainta oikeastaan oli olla oman vaimonsa omaishoitaja. Yhtäkkiä se energinen ja elämäniloinen ihminen siinä vieressä muuttuu negatiiviseksi, väsyneeksi ja ”kaikki on vaan paskaa”-tyypiksi. Sitä oli vaan niin väsynyt, kun yksin pyörität koko arkea, kun se vaimokin muuttuu oikeastaan yhdeksi lapseksi. Suurin ongelma on se, että hyperemeesi on vähän sellainen piilosairaus, ei ne ihmiset ympärillä ymmärrä tai anna tukea siihen arkeen, mitä yksin hoidat. Muut huomaa sen vasta sitten, kun vaimo on laihtunut sen kymmenen kiloo ja silloinkin se huomio kohdistuu siihen sairastavaan itseensä.”

„Läheiset.. voi kuinka olisi ihana että he ymmärtäisivät paremmin. Puoliso elää arkea kanssani ja tietää mitä koen (rv22+5) ja hyvin auttaa jaksamaan. Mutta oma perhe joka ei näe olojani eivät osaa niitä käsittää.. Paljon kuulee lauseita 'Koita nyt vähän tsempata että töissä pystyt käymään' 'Onkohan se kuule sinun omasta päästä kiinni nyt, ressaatko paljon?' Linkki on lähetetty läheisille hypermeesiksestä mutta ymmärrykseen se ei tunnu menevän. Tuntuu itsestä hurjan pahalta kun yritänhän minä tsempata mutta kroppa ei vaan aina anna periksi.. kyllä minä yritän parhaani.”



SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

- Psyykkiset oireet voivat jatkua synnytyksen jälkeenkin
- Keskimäärin vuoden toipuminen
- Kiintymyssuhteen vaikeus
- Imetys
- Vaikutukset tuleviin lapsitoiveisiin



”Meidän lapsi on kohta 3v ja moneen kertaan tätä asiaa on vuosien aikana prosessoitu.

Mä tiedän, ettei mun fyysinen tai psyykinen terveyteni kestäisi hyperemeesiraskautta. Tiedän, että jos ensin sairastuisin hyperemeesiin ja raskaus menisikin sitten kesken, en toipuisi siitä ennalleni koskaan.

Mä oon nyt todella hyvässä psyykkisessä voinnissa, onnellinen ja tyytyväinen elämääni. En aio riskeerata terveyttäni enkä onneani. Näiden ajatusten kautta meillä päädyttiin yksilapsisuuteen.”



SUMMA SUMMARUM..

- Potilaan ohjaus, informointi ja avoin keskustelu
- Hoitosuunnitelma (lääkitys, kotiapu, sairaalakontakti)
- Psyykinen tuki -> tarjoa herkästi lisäapua
- Hoitokontaktin aktiivinen ylläpito
- Muista läheiset, ohjaa vertaistuen piiriin
- Ei lopu synnytykseen



”Vauvan syntymän jälkeen olen usein hämmästynyt ja liikuttunut siitä, ettei enää ole paha olo. Monta viikkoa se tuntui melkein ihmeeltä. Lähes yhtä suurelta ihmeeltä kuin tämä uusi jälkeläinen.”

Kiitos!