



UUTTA ELÄMÄÄ ODOTELLESSA

**Teuvan äitiysneuvolan perhevalmennuskansion
päivittäminen ja uudistaminen PowerPoint -muotoon**

Noora Riskula

Opinnäytetyö
Toukokuu 2009
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

RISKULA, NOORA

Uutta elämää odotellessa

Teuvan äitiysneuvolan perhevalmennuskansion päivittäminen ja uudistaminen
PowerPoint –esityksen muotoon

Opinnäytetyö 43 s.+ liitteet 41 s.

Toukokuu 2009

Perhe- ja synnytysvalmennuksen sisältö vaihtelee paljon eri kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa, Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen toimintaohjelma 2007-2011, on suositukset siitä mitä aihealueita valmennuksessa tulisi käsitellä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarjota tietoa perhevalmennuksesta ja sen sisältöalueista sekä toimia liitteenä olevan PowerPoint –esityksen tukena. Opinnäytetyön teoriaosa käsittelee perhevalmennusta, synnytystä, kivunlievitystä, erilaisia synnytysoperaatioita ja imetystä. Lisäksi teoriaosuudessa perehdytään raskausajan muutoksiin naisessa, miehessä ja parisuhteessa. Alan oppikirjojen lisäksi teoriaosuudessa on käytetty aiheeseen liittyviä tutkimuksia.

PowerPoint –esitys sisältää kolme eri valmennustuntia. Esitys on tehty Teuvan äitiysneuvolan kätilön toiveiden perusteella ja siinä on teorian tiedon lisäksi paljon kuvia Seinäjoen keskussairaalan synnytyssalista.

Jatkossa olisi hyvä tutkia perhe- ja synnytysvalmennuksen eroavaisuuksia ja toteutumista esimerkiksi muutaman kunnan/kaupungin välillä. Esite, joka kertoisi raskausajan muutoksista naisessa, miehessä ja parisuhteessa olisi myös tarpeellinen, koska tietoa näistä asioista löytyi melko niukasti.

Asiasanat: perhevalmennus, synnytys, kivunlievitys, imetys

ABSTRACT

Pirkanmaa University of Applied Sciences
Degree Program of Nursing and Healthcare
Midwifery

RISKULA, NOORA

Expecting for a new life

Updating the prenatal training folder into a PowerPoint- slide show form at Teuva maternity clinic

Bachelor's Thesis 43 pages + attachments 41 pages

May 2009

Prenatal training varies a lot between municipalities. Social and Health Ministry's publication, Promotion of sexual and reproductive health. Action programme 2007-2011., includes recommendations of which areas should prenatal training consist of.

The goal of this bachelor' thesis is to offer information about prenatal training and different areas of it, and be a supplement to the PowerPoint presentation. The theoretical part includes prenatal training, labour, pain relief, different kinds of labour (caesarean section, vacuum extraction, forceps delivery) and breastfeeding. Theoretical part also includes the changes in woman, man and relationship during pregnancy. Not only books, but also researches associate with this subject have been used.

PowerPoint presentation consists of three different prenatal training lessons. The presentation has been created based on the wishes of the midwife of Teuva maternal clinic and in addition to the theoretical part there are a lot of pictures from the delivery room in Seinäjoki central hospital.

In the future it would be good to research differences and actualization in prenatal training for example between few municipalities/cities. A brochure of changes in woman, man and relationship during pregnancy would also be useful, because there is only a little information about this.

Keywords: Prenatal training, labour, pain relief, breastfeeding

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖPROJEKTIN VAIHEET	7
2.1 Projektin kohderyhmä ja hyödynsaajat	7
2.2 Projektin toteutus	8
3 PERHEVALMENNUS	9
3.1 Perhevalmennus Suomessa	9
3.2 Perhevalmennus Teuvalla	10
4 RASKAUSAJAN MUUTOKSIA ELIMISTÖSSÄ	12
4.1 Muutoksia äidissä	12
4.2 Muutoksia isässä	14
4.3 Muuttuva parisuhde	15
5 SYNNYTYKSEN KÄYNNISTYMINEN JA LÄHTÖ SYNNYTYSSAIRAALAAN	17
5.1 Synnytysupistukset ja lapsivedenmeno	17
5.2 Synnyttämään lähtö	17
6 SYNNYTYSTAPAHTUMA	19
6.1 Avautumisvaihe	19
6.2 Ponnistusvaihe	19
6.3 Jälkeisvaihe	20
6.4 Hoito välittömästi synnytyksen jälkeen	21
7 SYNNYTYSKIVUT JA NIIDEN LIEVITTÄMINEN	22
7.1 Synnytyskivun kokeminen	22
7.2 Synnytyskivun lievittäminen luonnonmukaisin menetelmin	23
7.3 Synnytyskivun lievittäminen lääketieteen keinoin	25
8 SYNNYTYSSOPERAATIOT	30
8.1 Keisarileikkaus	30
8.2 Imukuppisynnytys	31
8.3 Pihtisynnytys	32
9 IMETYS	34
9.1 Imetyssuositukset	34
9.2 Imetyksen hyödyt ja edut	34
9.3 Yleisimpiä imetysongelmia	36
10 POHDINTA	39
LÄHTEET	41

1 JOHDANTO

Perhevalmennus toteutetaan neuvolassa yksilö- ja ryhmäohjauksena. Valmennuksen tavoitteena on luoda tuleville perheille hyvä tietopohja raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan kulusta sekä keskittyä koko perheen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. (Lindholm 2007, 36; Eskola & Hytönen 2008, 124.)

Perhevalmennus tulisi aloittaa raskauden puolivälissä ja raskauden aikaisia valmennuskertoja tulisi olla vähintään neljä (Haapio 2007, 202). Valtakunnallisista suosituksista huolimatta perhevalmennuksen sisällöt ja tavat ovat hyvin erilaisia eri kunnissa (Lindholm 2007, 36). Perhevalmennuksessa tulisi käsitellä muun muassa raskausajan ja synnytyksen kulkua, kivunlievitystä, synnytyspelkoja, isyyttä, synnytyksestä palautumista sekä imetystä (Haapio 2007, 202; Lindholm 2007, 36).

Esikoistaan odottavien vanhemmat osallistuvat perhevalmennukseen aktiivisesti. Lähes jokainen odottava äiti ja 75 prosenttia heidän puolisoistaan osallistuu valmennukseen. Nykyisin tietoa raskaudesta ja synnytyksestä on saatavilla paljon sähköisesti ja sen vuoksi perhevalmennuksen osallistumisaktiivisuus on laskusuuntainen. Sähköisten lähteiden luotettavuus saattaa kuitenkin olla kyseenalaista, koska kirjoittajina on usein henkilöitä, jolla ei ole terveydenhuoltoalan koulutusta. Heidän kirjoitustensa perusteena ovat omat ajatukset ja kokemukset. (Haapio 2007, 201, 204.)

Teuvan äitiysneuvolassa perhevalmennuskertoja on yhteensä viisi. Näistä kerroista kolme on kättilön pitämiä. Yhden kerroista pitää neuvolan psykologi ja yksi kerroista on lastenneuvolan terveydenhoitajan pitämä. (Köykkä 2008.) Opinnäytetyöni tarkoitus on tuottaa Teuvan äitiysneuvolaan perhevalmennuskansio, joka PowerPoint -esityksen muodossa antaa todenmukaista teoretietoa raskausajasta ja sen muutoksista elimistössä. PowerPoint -esityksessä käsitellään myös raskauden aikaista parisuhdetta, synnytystä, synnytyksenaikaista kivunlievitystä, synnytyksen jälkeistä hoitotyötä ja imetystä.

Tavoitteena työssäni on tehdä Teuvan äitiysneuvolaan uudistettu ja kuvitettu perhevalmennuskansio, josta hyötyvät sekä neuvolan henkilökunta että tulevat vanhemmat. Valmennuskansion työstäminen PowerPoint -esityksen muotoon tekee siitä tietojen muuttuessa ja uudistuessa helposti muokattavan.

Teoriaosuudessa läpikäyn pääpiirteittäin raskausaikaa ja sen muutoksia naisessa ja miehessä, raskaudenaikaista parisuhdetta, synnytystapahtumaa, kivunlievitystä, synnytysoperaatioita, välitöntä synnytyksen jälkeistä hoitotyötä ja imetystä. Lisäksi käsittelen teoriaosuudessani perhevalmennusta Suomessa ja Teuvan äitiysneuvolassa.

2 OPINNÄYTETYÖPROJEKTIN VAIHEET

Tarkoitus

- Päivittää Teuvan äitiysneuvolan perhevalmennuskansio nykyaikaiseen muotoon
- Antaa tuleville vanhemmille tietoa raskausajan loppuvaiheesta, synnytyksestä lapsivuodeajasta ja imetyksestä PowerPoint-esityksen avulla

Tavoite, tehtävä ja rajaus

- Hyödyllinen PowerPoint -esitys neuvolan henkilökunnalle sekä perhevalmennuksessa käyville raskaana oleville naisille ja heidän puolisoilleen
- Uudistetulla materiaalilla ja värikkäällä PowerPoint -esityksellä tehdä perhevalmennustunneista mielekkäitä
- Tarjota totuudenmukaista tietoa raskausajan muutoksista, synnytyksestä, lapsivuodeajasta ja imetyksestä
- Teoriaosuudessa käydään pääpiirteittäin läpi perhevalmennus Teuvalla ja Suomessa, raskausajan muutokset naisessa, miehessä ja parisuhteessa, synnytystapahtuma, synnytysoperaatiot, synnytyskivut ja niiden lievittäminen sekä imetys

2.1 Projektin kohderyhmä ja hyödynsaajat

Projektin kohderyhmä koostuu äitiysneuvolan kätilöistä sekä tulevista vanhemmista. PowerPoint -esitys antaa mielenkiintoisella tavalla tietoa Teuvan äitiysneuvolassa järjestettävän perhevalmennuksen sisältöalueista. Perhevalmennuskansioista hyötyvät kohderyhmän lisäksi myös Teuvan äitiys- ja lastenneuvolassa työskentelevät henkilöt.

2.2 Projektin toteutus

Perhevalmennuksessa mukana ollessani kiinnitin huomiota siihen, että kalvot olivat melko värittömät ja niissä ei ollut kuvia. Perhevalmennuksen jälkeen ajatus uudistetusta perhevalmennuskansioista tuntui hyvältä. Äitiysloman loppuvaiheessa otin yhteyden Teuvan äitiysneuvolaan ja siellä työskentelevä kättilö innostui ajatuksestani, koska hän oli myös itse ajatellut uudistavansa kansion, mutta työmäärän takia ei sitä ollut ehtinyt tehdä.

Teoriaosuuteni tärkeimmiksi aiheiksi muodostuivat perhevalmennus, raskausajan muutokset naisessa, miehessä ja parisuhteessa, synnytystapahtuma sekä imetys. Koska aiheita oli paljon, pyrin pitämään teoriaosuuteni melko suppeana.

Tutustuin kevästä 2006 alkaen kirjallisuuden kautta siihen mitä perhevalmennus on ja miten se toteutetaan Suomen äitiysneuvoloissa. Tutustuin myös Teuvan äitiysneuvolan perhevalmennuskansioon. Keskustelimme äitiysneuvolan kättilön kanssa tulevan PowerPoint -esityksen sisällöstä. Sisällön muodostuessa pääsin myös tutustumaan kirjallisuuden kautta esitykseen tuleviin aihealueisiin. Tarve neuvolassa oli PowerPoint-esitykselle pikimmiten, joten ennen kirjallista työtä tein ensimmäisen osuuden esityksestä.

Loppusyksystä 2006 olin yhden valmennusryhmän mukana perhevalmennuksessa ja sain sieltä lisäajatuksia ja -ideoita PowerPoint -esitykseen. Ensimmäinen osuus esityksestä tuli valmiiksi ja äitiysneuvolan kättilö otti sen käyttöönsä kesällä 2007. Syksyllä jatkoin pikkuhiljaa äitiysloman ohella opinnäytetyön tekoa ja teoriaosuutta aloin työstää lopulliseen muotoon keväällä 2008 kun olin tarpeeksi päässyt tutustumaan aineistoon. Alkukevästä kävin myös tutustumassa Seinäjoen keskussairaalan synnytysosastoon, jossa kuvasin synnytyssaleja sekä vierihoidon osastoa saadakseni PowerPoint -esitykseen kuvia uusista tiloista.

Teoriaosuuden tehtyäni jatkoin PowerPoint -esityksen tekoa. Uutta tietoa löytyessä esitys muokkaantui lopulliseen muotoonsa. Teuvan äitiysneuvolan kättilön kanssa sovimme, että hän pyytää jokaisen valmennustunnin jälkeen esityksestä palautetta.

Palautteen saanti auttoi minua muokkaamaan esitystäni. Lopullinen PowerPoint – esitys valmistui huhtikuussa 2009 ja neuvola sai sen käyttöönsä heti sen jälkeen.

3 PERHEVALMENNUS

3.1 Perhevalmennus Suomessa

Perhevalmennusta kutsuttiin aikaisemmin nimellä synnytysvalmennus. 1980-luvun lopulla nimi muuttui perhevalmennukseksi, koska tällöin haluttiin korostaa lapsen syntymää koko perheen tapahtumana. (Liukkonen, Heiskanen, Lahti & Saarikoski 1998, 19; Lindholm 2007, 37.) Perhevalmennuksen toteuttavat yleensä neuvolan kättilöt ja terveydenhoitajat (Haapio 2007, 201; STM 2007, 61). Lisäksi asiantuntijoina valmennuksessa voivat olla muun muassa hammaslääkäri, psykologi, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä (Eskola & Hytönen 2008, 124). Perhevalmennukseen Suomessa osallistuu lähes jokainen esikoistaan odottava nainen sekä 75 prosenttia miehistä (Haapio 2007, 201). Suomessa syntyi vuonna 2007 58008 lasta, joista 28 prosenttia oli perheensä esikoisia (Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007).

Perhevalmennuksen tarkoituksena on valmentaa ja ohjata vanhempia odotukseen, synnytykseen ja tulevaan erilaiseen perhe-elämään sekä vastasyntyneen hoitoon (Lindholm 2007, 37). Perhevalmennus olisi hyvä aloittaa raskauden puolivälissä. Se tulisi suunnitella ja toteuttaa vanhempien odotusten ja tarpeiden mukaisesti. (Kaila-Behm 1997, 141.) Perhevalmennustapaamisten suositeltava määrä on neljä kertaa raskausaikana sekä vähintään kerran synnytyksen jälkeen. Nämä määrät vaihtelevat hyvin paljon paikkakunnittain. (Haapio 2007, 202.)

Perhevalmennuksen onnistumisen kannalta yhteistyö neuvolan ja synnytys sairaalan välillä on tärkeää. Sekä neuvolan, että sairaalan on tunnettava toistensa toimintatavat ja -ajatukset. (Viisainen 1999, 79.) Vanhemmilta saadun palautteen mukaan vanhemmat toivovat valmennuksessa tietoa raskauden ja synnytyksen kulusta, kivunlievityksestä synnytyksen aikana, synnytyspeloista, synnytyksestä palautumisesta, lapsen hoidosta ja imetyksestä. Vanhemmat toivovat saavansa tietoa myös isyydestä ja erilaisista tukimuodoista sekä tuen merkityksestä raskauden, synnytyksen ja vanhemmuuden aikana. (Lindholm 2007, 36.) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Seksuaali- ja

lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa perhevalmennuskohdassa on suositukset valmennuksessa käsiteltävistä aiheista. Valmennuksessa tulisi käsitellä raskauden herättämiä erilaisia tunteita, odotuksia ja ajatuksia, raskauden ja imetyksen tuomia fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia, synnytyksen jälkeisten mielialamuutosten, kuten masennuksen ennakkointia ja lapsen tuomia muutoksia parisuhteessa. Lisäksi valmennuksessa tulisi käsitellä synnytystä, vauvan hoitoa ja varusteita, sekä sairaalasta kotiinpaluuta, imetystä, isän tai toisen vanhemman roolia vauvaperheessä, vanhempien yhteenkuuluvuuden tunnetta ja vanhemmuuden tuomia muutoksia parisuhteessa ja seksuaalisuudessa. Myös pari- ja perhesuhdeväkivallan ehkäiseminen kuuluu käsiteltäviin aiheisiin. Perheen saamista etuuksista ja kunnan lapsiperheille tarjoamista palveluista olisi valmennuksessa lisäksi hyvä puhua. (STM 2007, 61-62.)

3.2 Perhevalmennus Teuvalla

Teuvan kunnassa asukkaita oli vuonna 2008 noin 6158 (Teuva pähkinänkuoressa 2008). Vuosittain uusia Teuvalaisia syntyy 40-60. Vuonna 2007 Teuvalle syntyi 47 uutta lasta ja vuonna 2008 syntyneiden määrä oli 60. (Köykkä 2008; Köykkä 2009.)

Vuosittain Teuvan äitiys- ja lastenneuvolassa järjestetään neljästä viiteen perhevalmennuskurssia. Teuvan äitiysneuvolassa perhevalmennustunteja raskaana oleville ja heidän puolisoilleen pidetään yhteensä viisi kertaa. Näistä kerroista kolme on äitiysneuvolan kättilön suunnitteleimia ja ohjaamia. Valmennustunneista yksi on neuvolapsykologin ohjaama ja yhden kerran valmennuksesta huolehtii lastenneuvolan terveydenhoitaja. Synnytyksen jälkeen äideille, isille ja lapsille järjestetään yksi tapaamis-/ valmennuskerta. (Köykkä 2008.)

Ensimmäisellä kättilön ohjaamalla valmennustunnilla käydään läpi raskausajan muutoksia elimistössä, parisuhdetta, synnyttämään lähtöä ja synnytystapahtumaa. Lisäksi käsitellään synnytyksestä toipumista ja lapsivuodeaikaa. Toisen valmennustunnin sisältönä ovat synnytyskivun lievittäminen sekä erilaiset synnytysoperaatiot. Viimeisellä kättilön ohjaamalla kerralla aiheena on imetys. (Köykkä 2008.)

Kerrallaan perhevalmennukseen Teuvalla osallistuu neljästä yhdeksään odottavaa pariskuntaa. Yleensä raskaana olevat osallistuvat hyvin perhevalmennukseen, mutta joitain yksittäisiä pareja voi jäädä pois joltain kerroilta ja joskus myös koko valmennuksesta. Toisinaan perhevalmennuksessa on mukana muitakin kuin ensimmäistä lastaan odottavia pareja. Yleensä nämä ihmiset ovat uudessa suhteessa ja toinen puolisoista ei ole aikaisemmin käynyt valmennuksessa. Toiset pareista tulevat valmennukseen uudelleen, koska edellisestä raskaudesta on jo kauan aikaa. (Köykkä 2008.)

4 RASKAUSAJAN MUUTOKSIA ELIMISTÖSSÄ

4.1 Muutoksia äidissä

Täysiaikainen raskaus kestää keskimäärin 40 viikkoa eli 280 päivää viimeisistä kuukautisista laskettuna. Naisen elimistö muuttuu monin tavoin raskauden aikana. Hormonaalisten muutosten lisäksi naisen fyysisessä ja psyykkisessä tilassa tapahtuu muutoksia. (Väyrynen 2007, 147, 170-174.)

Usein raskauden ensimmäisiä merkkejä ovat rintojen arkuus ja pingotus (Kaplan 2006, 112; Väyrynen 2007, 148, 170). Rintojen muutokseen vaikuttavat estrogeenit ja progesteroni, jotka valmistavat rintoja tulevaan maidontuotantoon ja imetykseen (Chamberlain, Gibbings & Dewhurst 1988, 32; Väyrynen 2007, 148). Raskausaikana nännipihat tummuvat pigmenttejä tuottavien melanosyyttien aktivoitumisen vuoksi. Yleensä tämä muutos on huomattavissa kolmannelta raskauskuulta lähtien. Rintojen pingotus ja pistely vähenevät yleensä raskauden jatkuessa. (Väyrynen 2007, 156, 175.) Raskausaikana rintojen paino voi nousta jopa 400 grammaa (Kaplan 2006, 112).

Hormonimuutosten myötä nainen tuntee raskausaikana mielialan vaihteluja. Mielialat ja tunteet vaihtelevat suuresti jopa joka päivä. (Väyrynen 2007, 174.) Vaikka naisella olisi kaikki ulkoisesti hyvin ja elämäntilanne kohdallaan, normaaliin raskauteen voi kuulua itkuherkkyyttä, epävarmuutta, pelkoa ja jopa masennusta (Sariola & Haukkamaa 2008, 322-323). Toisinaan nainen tuntee pelkoa tulevasta ja toisinaan taas koko raskaus tuntuu selkeältä. Raskauden edetessä tunteet muuttuvat yleensä hallitummiksi ja luontevammiksi. (Väyrynen 2007, 174.) Alkuraskaudessa useimmat naiset kokevat väsymystä ja heidän unentarpeensa lisääntyy. Väsymys helpottaa usein raskauden toisella kolmanneksella. (Sariola & Haukkamaa 2008, 322.) Väsymyksen syyksi kuvataan estrogeenien lisääntynyttä erityystä (Väyrynen 2007, 174).

Kohtu painaa normaalisti noin 50-100 grammaa. Raskauden aikana sen paino lisääntyy niin, että loppuvaiheessa raskautta se painaa kilon verran tai enemmän. Kohdun painon lisääntyminen johtuu lihassolujen suurenemisesta, hypertrofiasta, sekä sidekudoksen ja soluväliaineen lisääntymisestä. (Väyrynen 2007, 147; Sariola & Haukkamaa 2008, 318.)

Normaalisti kohtu on noin 7,5 senttimetriä pitkä, 5 senttimetriä leveä ja 2,5 senttimetriä syvä. Raskauden loppuvaiheessa kohtu on noin 30 senttimetriä pitkä, 23 senttimetriä leveä ja 20 senttimetriä syvä. (Kaplan 2006, 111.) Kohdun koon lisääntyessä se painaa virtsarakkoa lisäten näin virtsaamistarvetta. Yleensä kuitenkin virtsamäärät ovat pieniä, koska rakko tyhjentyy huonosti. (Väyrynen 2007, 176.) Raskaana olevalla naisella rakkoon jää usein jäännösvirtsaa, residuaalivirtsaa, joka altistaa naisen (oireettomille) virtsatieinfektioille (Väyrynen 2007, 176; Sariola & Haukkamaa 2008, 322). Kohdun koon kasvu voi aiheuttaa myös äkillisiä vihlovia kipuja nivusalueella ja sen yläpuolella (Väyrynen 2007, 176). Kohdun kannattimien venymisestä, kohdun kasvamisesta sekä kohdun sivuelinten verekkyyden lisääntymisestä johtuen nainen voi tuntea raskauden alkuvaiheessa kovia, mutta kuitenkin lyhytaikaisia kipuja alavatsalla (Markkula 2007, 73; Sariola & Haukkamaa 2008, 322).

Raskausaikana elimistön veritilavuus kasvaa naisesta riippuen noin 30-40 prosenttia. Elimistössä tapahtuu hemodiluutiota: veri laimenee ja hemoglobiinipitoisuus laskee, koska plasman määrä veressä lisääntyy enemmän kuin punasolujen määrä. Hemoglobiini on matalimmillaan yleensä 20-30 raskausviikolla, mutta nousee sen jälkeen. (Chamberlain ym. 1988, 30-31; Sariola & Haukkamaa 2008, 320.) Progesteroni- ja estrogeenitason noustessa raskausaikana kehon verenkierto lisääntyy. Verenkierron lisääntyminen turvottaa nenän limakalvoja lisäten nenän tukkoisuutta ja limaneritystä. Limakalvojen ollessa verekkäämmät on myös nenäverenvuodon riski suurempi. (Markkula 2007, 73.)

Suun ja makuaistin toiminnat sekä makumieltymykset muuttuvat raskausaikana. Raskaana oleva nainen maistaa monesti herkemmin ruoan eri maut kuin muut. Raskaana olevalla naisella voi raskauden alkuvaiheessa olla pahoinvointia tai hänen ruokahalunsa voi lisääntyä. Useimmiten kahvi, rasvaiset ruoat ja alkoholi saavat aikaan vastenmielisiä tuntemuksia. Nainen voi tuntea myös outoja mielitekoja ruokatarvikkeisiin kuulumattomia tuotteita kuten esimerkiksi hiiltä tai liitua kohtaan. Ilmiötä kutsutaan nimellä pica. (Väyrynen 2007, 153, 174.)

Lievä pahoinvointi (emesis gravidarum) kuuluu lähes jokaiseen raskauteen. Jopa 90 prosenttia raskaana olevista kokee lievää pahoinvointia ja heistä puolella pahoinvointiin liittyy myös oksentelua. Yleensä normaali raskausajan pahoinvointi helpottaa 12-16 raskausviikkoon mennessä, mutta viidenneksellä se jatkuu raskauden puoleenväliin tai

jopa loppuun saakka. Erityisen voimakasta pahoinvointia, johon liittyy runsas oksentelu ja yli 5 prosentin painonlasku tai aliravitsemus- ja nestetasapainon häiriöitä, kutsutaan nimellä hyperemesis gravidarum. Hyperemesisistä kärsii 0,5-1 prosenttia kaikista raskaana olevista. (Aitokallio-Tallberg & Pakarinen 2005, 1435-1436; Kaplan 2006, 116; Yli-Korkala 2008, 406.) Ruoansulatuskanavan raskausaikaisiin muutoksiin kuuluu useilla naisilla myös närästysongelmaa tai ummetusta (Markkula 2007, 72; Väyrynen 2007, 154; Sariola & Haukkamaa 2008, 322).

Raskausaikana naisen paino nousee. Normaali painonnousu on noin 10-12 kilogrammaa. (Väyrynen 2007, 155.) Painonnousu koostuu kohdun kasvusta, lapsivedestä, sikiöstä ja istukasta sekä naisen verivolyymien ja nestemäärän kasvusta (Väyrynen 2007, 155; Sariola & Haukkamaa 2008, 319). Lapsiveden määrä on suurimmillaan 34 raskausviikolla, jolloin sen määrä on noin 750-1000 millilitraa. Tämän jälkeen lapsiveden määrä on loppuraskauden ajan noin 600 millilitraa. (Norwitz & Schorge 2006, 103; Väyrynen 2007, 155.) Toisia raskaana olevia naisia vaivaa etenkin loppuraskaudesta peräpukamat ja turvotus (Markkula 2007, 71-72; Sariola & Haukkamaa 2008, 322). Normaalisti turvotusta esiintyy alaraajoissa, kämmenissä ja genitaaleissa ja se voi olla niin runsasta, että nainen ei enää pysty käyttämään omia kenkiään tai sormuksiaan (Markkula 2007, 73; Väyrynen 2007, 181; Sariola & Haukkamaa 2008, 322). Myös suonikohjuja ja etenkin öisin vaivaavaa suonenvetoa voi ilmetä (Markkula 2007, 72; Sariola & Haukkamaa 2008, 322).

Osalla raskaana olevista naisista on epäsäännöllisiä kivuttomia supistuksia koko raskausajan. Epäsäännölliset supistukset ovat normaaleja silloin, kun ne tulevat fyysisen rasituksen yhteydessä eivätkä vaikuta kohdunkaulan tilaan. (Sariola & Haukkamaa 2008, 323.)

4.2 Muutoksia isässä

Odottavan naisen lisäksi myös tuleva isä käy raskausaikana läpi erilaisia kehitysprosesseja suhteessa itseensä, puolisoon, tulevaan lapseen, omaan isään ja muuttuvaan tilanteeseen. Miehen kokemuksia raskausajasta pidetään usein toissijaisena, hänelle raskaus on lähinnä sosiaalista ja psykologista. (Eskola & Hytönen 2008, 99.)

Raskauden alkuaikana mies tuntee monesti ulkopuolisuuden tunteita, koska hänelle tuleva lapsi ei vielä ole konkreettinen (Kaila-Behm & Julkunen 1999, 181; Eskola & Hytönen 2008, 99). Mies voi raskauden alkuaikoina unohtaa useaksi päiväksi isäksi tulonsa, koska raskaus ei näy ulospäin, eikä mies näe tai tunne vielä sikiön liikkeitä. Raskauden tullessa konkreettisemmaksi, esimerkiksi sikiön sydänäänten kuuluessa, liikkeiden tuntuessa ja puolison vatsan kasvaessa, tilanne yleensä muuttuu. (Eskola & Hytönen 2008, 99.)

Mies alkaa usein jo raskausaikana miettiä ja pohtia miten ja millaiseksi elämä muuttuu lapsen syntymän myötä (Väyrynen 2007, 177). Mies kokee monesti pelkoa tulevasta. Usein miehen huolen aiheina ovat myös omien voimien ja ajan riittävyys sekä taloudelliset huolet, esimerkiksi se, riittävätkö rahat kaikkiin hankintoihin. (Hirvonen 2002, 14; Eskola & Hytönen 2008, 100; Saamme vauvan 2008, 24.) Mies voi kokea myös pelkoa tulevasta synnytyksestä ja lapsen voinnista (Kaila-Behm & Vehviläinen-Julkunen 1999, 181; Eskola & Hytönen 2008, 99-100). Lisäksi miehen seksuaalinen halukkuus voi vähentyä raskauden aikana. Usein taustalla vähentyneeseen halukkuuteen on pelko siitä, että sikiö vahingoittuu rakastellessa. (Väyrynen 2007, 176; Saamme vauvan 2008.)

Jopa joka neljäs mies kokee naisen raskausaikana samoja odotusajan vaivoja kuin nainen (Hirvonen 2002, 16). Ilmiötä kutsutaan nimellä couvade. Termi couvade tulee Ranskan kielen verbistä couver, joka suomennettuna tarkoittaa hautoa. (Couvade syndrome.) Couvade- oireyhtymään kuuluu miehillä painonnousua, rintakipua, huimausta ja pahoinvointia (Couvade syndrome; Hirvonen 2002, 16; Eskola & Hytönen 2008, 100). Lisäksi miehellä voi olla lihaskouristuksia, ummetusta, ripulia, ruokahaluttomuutta, unihäiriöitä, päänsärkyä, hammassärkyä ja kutinaa iholla (Couvade syndrome).

4.3 Muuttuva parisuhde

Monesti raskausuutinen herättää vanhemmissa voimakkaita tunteita. Jos raskaus on toivottu, positiivinen testitulos tuntuu erityisen arvokkaalta ja mahtavalta. Tulevat vanhemmat tuntevat yhtenäistä onnellisuuden tunnetta. (Väyrynen 2007, 174.)

Hyvän parisuhteen eteen on tehtävä töitä. Lapsen odotuksen tulisi olla pariskunnan yhteinen, parisuhdetta lujittava kokemus. Odotusaikana voivat ikävät asiat ja sanat jäädä mieleen jollei niitä selvitetä. Tämä helposti aiheuttaa rakoilua ja pettymyksiä parisuhteessa. (Meille tulee vauva 2008, 23.) Yhteisistä kasvatustavoitteista ja -arvoista keskusteleminen, jo odotusaikana, luo hyvän pohjan vanhemmuuteen. Yhteisen linjauksen löytyminen lujittaa myös parin yhteenkuuluvuutta. (Saamme vauvan 2008, 24, 30.)

Sukupuolielämän muutokset ovat raskausaikana yleisiä. Toisilla pareilla seksuaalinen kanssakäyminen lisääntyy ja toisilla puolestaan vähenee. Seksuaalista halukkuutta varsinkin alkuvaiheessa raskautta voi naisella vähentää pahoinvointi ja väsymys. Mies taas voi pelätä vahingoittavansa lasta yhdynnän aikana. Puolisolle tulee antaa läheisyyttä ja hellyyttä muulla tavoin, jos ajatus yhdynnästä tuntuu huonolta. Yhdyntä on vain yksi seksuaalisen elämän osa-alueista. (Meille tulee vauva 2008, 24-25; Saamme vauvan 2008, 28-29.)

5 SYNNYTYKSEN KÄYNNISTYMINEN JA LÄHTÖ SYNNYTYSSAIRAALAAN

5.1 Synnytyssupistukset ja lapsivedenmeno

Tavallisimmin synnytys alkaa säännöllisillä ja toistuvilla kohdun supistuksilla. Supistukset kestävät 45-60 sekuntia kerrallaan. Alussa ne tulevat vähintään 10 minuutin välein ja jatkuessaan tihenevät ja voimistuvat. Synnytyssupistukset eroavat raskauden loppuvaiheessa tulevista ennakoivista supistuksista sillä, että ne ovat pidempiä, voimakkaampia ja säännöllisempiä. (Raussi-Lehto 2007, 210-211; Sariola & Haukkamaa 2008, 325.)

Osa synnytyksistä (6-19 prosenttia) alkaa lapsivedenmenolla eli sikiökalvon puhkeamisella ilman edeltäviä supistuksia. Lapsivedenmenon jälkeen supistukset alkavat yleensä vähitellen muutaman tunnin kuluessa. Jos supistukset eivät ala, täysiaikainen raskaus on käynnistettävä, koska kalvojen puhjettua emättimen ja kohtuontelon välillä on suora yhteys, joka lisää infektioriskiä. (Sariola & Haukkamaa 2008, 327.)

Normaalisti lapsivesi on kirkasta, lähes väritöntä ja imelän hajuista. Lapsiveden ollessa vihreää (eri vihreänsävyjä) se kertoo siitä, että sikiöllä on tai on ollut jonkinasteinen hapenpuute. Joskus lapsivesi voi olla myös verensekaista tai veristä. Silloin syynä voi olla esimerkiksi istukan irtoaminen. Jos lapsivesi on ruosteen väristä, se kertoo sikiön kohdunsisäisestä kuolemasta. Lapsiveden ollessa pahanhajuista, ovat sikiökalvot tai istukka infektoituneet. Jos lapsiveden väri tai tuoksu poikkeaa normaalista, tulee tilanne aina selvittää tarkemmin sekä myös sikiön tila tutkia. (Raussi-Lehto 2007, 198.)

5.2 Synnyttämään lähtö

Nainen ja hänen tukihenkilönsä lähtevät synnytyssairaalaan useimmiten supistusten tai lapsivedenmenon takia. Muita syitä sairaalaan lähtöön ovat muun muassa veriset vuodot, sikiön liikkeiden väheneminen tai vatsanalueella esiintyvä voimakas kipu. Joskus sairaalaan lähdetään käynnistykseen jos raskaus on yliaikainen (graviditas

serotina) eli se on kestänyt yli 42 viikkoa. (Raussi-Lehto 2007, 212; Eskola & Hytönen 2008, 219.)

Ensisynnyttäjän tulisi lähteä sairaalaan kun säännölliset supistukset ovat toistuneet noin 5-7 minuutin välein kahden tunnin ajan. Uudelleensynnyttäjällä synnytys etenee usein epäsäännöllisemmin ja tilanne voi muuttua nopeasti, joten hänen tulisi lähteä sairaalaan kun supistuksia on tullut noin 10 minuutin välein yhden tunnin ajan. Uudelleensynnyttäjän on lähdettävä sairaalaan aikaisemminkin, jos hänen edelliset synnytykset ovat olleet nopeita. Sairaalaan lähtöön vaikuttavat myös matkan pituus ja se kuinka kivuliaita supistukset ovat. (Raussi-Lehto 2007, 200; Eskola & Hytönen 2008, 219.)

Synnytyssairaalaan lähdettäessä naisen tulisi ottaa mukaan nykyinen sekä aikaisemmat äitiyskortit. Äitiyskortista kätilö pystyy tarkastamaan äidin tiedot, raskauksien ja synnytysten määrän, nykyisen raskauden kulun sekä raskausaikaisten tarkastusten tiedot. Henkilökohtaisia tavaroita jokainen nainen voi ottaa mukaan sairaalaan omien mieltymystensä ja tarpeidensa mukaan. (Eskola & Hytönen 2008, 219.)

6 SYNNYTYSTAPAHTUMA

6.1 Avautumisvaihe

Synnytyksen ensimmäinen vaihe, avautumisvaihe, katsotaan alkaneeksi kun kohtu supistelee säännöllisesti vähintään 10 minuutin välein ja kohdunsuu alkaa avautua (Sariola & Haukkamaa 2008, 327). Avautumisvaihe päättyy, kun kohdunsuu on auennut täysin. Tällöin kohdunsuun halkaisija on 10 cm eikä kohdunsuun reunoja enää tunnu. (Raussi-Lehto 2007, 236; Ekbländ 2008, 991; Eskola & Hytönen 2008, 211.)

Avautumisvaihe kestää ensisynnyttäjillä keskimäärin 12-18 tuntia ja uudelleensynnyttäjillä 8-12 tuntia (Raussi-Lehto 2007, 213). Ensisynnyttäjillä avautumisvaihe voi kestää paljon pidempäänkin, jopa muutaman vuorokauden. Heillä synnytystä voi pidentää niin sanottu latentti vaihe, jonka aikana supistukset ovat kivuliaita, mutta kohdunkaulaa on vielä osittain jäljellä ja kohdunsuu on avautunut vasta yhdelle sormelle. Pitkittynyt latenttivaihe on useasti ongelmallinen, koska kivuliaat supistukset vievät äidin voimia jo synnytyksen alkuvaiheessa. (Sariola & Haukkamaa 2008, 327.)

6.2 Ponnistusvaihe

Ponnistusvaihe eli synnytyksen toinen vaihe alkaa kun kohdunsuu on täysin auki ja sikiön tarjoutuva osa on laskeutunut lantionpohjalle (Sariola & Haukkamaa 2008, 329). Tämä vaihe päättyy lapsen syntymään (Eskola & Hytönen 2008, 211). Ponnistusvaihe kestää muutamasta minuutista pariin tuntiin. Ensisynnyttäjillä ponnistusvaiheen kesto vaihtelee yleensä puolen tunnin, tunnin välillä ja uudelleensynnyttäjillä sen kesto on yleensä 15-30 minuuttia. (Eskola & Hytönen 2008, 211; Sariola & Haukkamaa 2008, 329.)

Ponnistusvaihetta ennakoivat monet merkit ja muutokset synnyttäjän olemuksessa. Merkkejä ovat muun muassa kasvojen ilmeen muuttuminen, hengityksen voimistuminen, voimakas ääntely ja pakonomainen tarve ponnistaa. (Raussi-Lehto

2007, 253.) Ponnistusvaiheen alussa kättilön on tärkeä varmistaa että ponnistamiselle on optimaaliset edellytykset. Kättilö tarkastaa, että kohdunsuu on täysin auki, sikiön pää on matalalla loukossa, pää painaa välilihaa, lakisauma on suorassa mitassa ja tarjoutuva osa on näkyvässä. Jos kättilö ohjaa synnyttäjää ponnistamaan liian aikaisin, johtaa se helposti siihen, että synnyttäjän voimat ehtyvät ennen kuin lapsi syntyy. (Raussi-Lehto 2007, 253-254.) Jos ponnistusvaihe pitkittyy ja synnyttäjä väsy, täytyy synnytystapa arvioida uudelleen ja tarvittaessa avustaa lapsi maailmaan esimerkiksi imukupilla (Ekbland 2008, 991).

Ponnistusvaiheen alussa synnyttäjä ponnistaa vain sen verran, mikä tuntuu hyvältä ja helpottaa oloa. Näin tarjoutuva osa laskeutuu vähitellen synnytyskanavaa pitkin alaspäin. (Raussi-Lehto 2007, 254.) Aktiivisessa ponnistusvaiheessa kättilön tulee ohjata synnyttäjää ponnistamaan rauhassa, mutta pitkäkestoisesti siten, että pää venyttää välilihaa pikkuhiljaa. Näin ollen repeämävaara sekä mahdollisesti myös välilihan leikkauksen tarve vähenevät. (Raussi-Lehto 2007, 254; Sariola & Haukkamaa 2008, 329.) Repeämien ehkäisemiseksi kättilön tulee tukea ponnistusvaiheen aikana välilihaa tarkasti (Ekbland 2008, 991).

6.3 Jälkeisvaihe

Jälkeisvaiheen eli synnytyksen kolmannen vaiheen katsotaan alkavan lapsen synnyttyä ja päättyvän jälkeisten eli istukan, napanuoran ja kalvojen syntymiseen. Normaalisti jälkeisvaiheen kesto on muutamasta minuutista puoleen tuntiin. Lapsen synnyttyä voidaan äidille antaa kohtua supistavaa lääkettä, jotta saataisiin istukka irtoamaan vaivattomammin, vuodon määrä pienemmäksi ja jälkeisvaihe lyhyemmäksi. (Raussi-Lehto 2007, 262; Eskola & Hytönen 2008, 224).

Jos äiti ei vuoda runsaasti, jälkeisten synnytystä ei kannata kiirehtiä. Lapsen syntymän jälkeen odotellaan puoli tuntia- tunti ja jos siihen mennessä jälkeiset eivät ole syntyneet, aloitetaan niiden aktiivinen ulosauttaminen. (Raussi-Lehto 2007, 263.) Joskus istukka joudutaan irrottamaan käsin (amotio placentae manualis) (Ekbland 2008, 991; Uotila & Tuimala 2008, 487). Jälkeisten syntymisen jälkeen kättilö tyhjentää kohdun sinne kerääntyneestä vuodosta painamalla kohtua kevyesti vatsan päältä. Keskimääräinen

vuotomäärä alatiesynnytyksessä on 500-700ml. (Raussi-Lehto 2007, 263; Eskola & Hytönen 2008, 224.)

6.4 Hoito välittömästi synnytyksen jälkeen

Syntymän jälkeinen aika, niin sanottu neljäs vaihe alkaa lapsen syntymästä ja kestää noin kaksi tuntia. Näiden muutaman tunnin aikana äiti ja lapsi ovat edelleen tarkkailussa synnytyssalissa tai synnytyshuoneessa. Jos kyseessä on polikliininen synnytys, tarkkaillaan äitiä ja lasta synnytysosastolla noin kuusi tuntia ennen kotiinlähtöä. (Raussi-Lehto 2007, 266-267; Eskola & Hytönen 2008, 224.) Neljännen vaiheen päättyessä äiti ja lapsi/ perhe siirtyvät vuodeosastolle tai heidät kotiutetaan (Raussi-Lehto 2007, 267).

Neljännessä vaiheessa kätilö ompelee mahdolliset kudოსvauriot ja tarkkailee äidin palautumista synnytyksestä seuraamalla kohdun supistumista, vuotoa, yleisvointia, verenpainetta, pulssia ja lämpöä. Kun kohtu on supistunut kunnolla, saa äiti ruokaa ja juomaa. Äiti ohjataan myös suihkuun tai autetaan vuodepesuissa sekä tarkkaillaan virtsaamisen onnistumista, koska täysi virtsarakko haittaa kohdun supistumista. (Raussi-Lehto 2007, 266-267; Eskola & Hytönen 2008, 225.)

Neljännän vaiheen aikana kätilö tarkkailee myös lapsen hyvinvointia. Lapselta tarkastetaan ensitarkastuksen lisäksi yleisvointi, hengitys, pulssi, ääntely ja lämpö ennen vuodeosastolle tai kotiin lähtöä. Tärkeää on auttaa lapsi rinnalle heti kun äiti jaksaa hänet siihen ottaa. Imetyksen jatkoa ajatellen on tutkimusten mukaan todettu ensi-imetyksen ja imetysohjaus tässä vaiheessa tärkeäksi. (Raussi-Lehto 2007, 267.)

7 SYNNYTYSKIVUT JA NIIDEN LIEVITTÄMINEN

7.1 Synnytyskipun kokeminen

Lähes kaikki synnyttäjät tuntevat synnytyskipuja. Viidesosa synnyttäjistä tuntee kipua, jota he kuvaavat sietämättömäksi. Erittäin kovaa kipua tuntee noin puolet synnyttäjistä. (Sariola & Haukkamaa 2008, 332.) Kipu, jota synnyttäjä tuntee, on peräisin kohdusta, emättimestä, lantionpohjasta ja välilihasta (Eskola & Hytönen 2008, 228).

Avautumisvaiheen alussa ns. latenttivaiheessa alkavat kohdun supistukset tuntua kivuliailta. Alussa kipu johtuu kohdun kaulakanavan sekä alaosan venymisestä ja on tylppää, epämiellyttävää ja särkevää, viskeraalista kipua. Kohdun suun avautuessa neljästä kymmeneen senttimetriin (synnytyksen aktiivivaihe), kipu muuttuu terävämmäksi ja voimistuu. Supistukset kestävät tässä vaiheessa kauemmin, 60-90 sekuntia, ja kipu tuntuu lähes koko supistuksen ajan. Ponnistusvaiheen aikana kipu on terävää, polttavaa tai särkevää ja se on selkeämmin paikannettavissa. (Jaakola & Alahuhta 2006, 530-531) Ponnistusvaiheessa kipu tuntuu välilihassa ja on lähtöisin emätintä ympäröivien kudosten venyttymisestä ja paineesta lantion kipuherkkiin alueisiin sekä paineesta emättimeen ja välilihaan. (Liukkonen ym. 1998, 29-30; Jaakola & Alahuhta 2006, 531; Raussi-Lehto 2007, 244; Eskola & Hytönen 2008, 228; Sariola & Haukkamaa 2008, 332.)

Kättilö tarkkailee synnyttäjää ja arvioi hänen kipuaan. Synnytyskipu on rytmistä. Supistuksen aikana synnyttäjä tuntee kipua, joka laantuu supistuksen laantuessa. Kivun muuttuessa jatkuvaksi ja kipupaikan vaihtuessa tulee tarkastella muutosten syytä. Syntymän aikainen kipu voi johtua istukan ennenaikaisesta irtoamisesta, uhkaavasta kohdun repeämisestä tai ahtaasta lantioista. Synnytyskipun lievityksessä käytettävissä on kättilötyön auttamismenetelmien lisäksi erilaiset farmakologiset kivunlievityskäsitteet, joita ovat muun muassa erilaiset kipulääkkeet ja puudutteet. (Raussi-Lehto 2007, 245-246.)

Synnytyskipu on hyvin yksilöllistä ja sen voimakkuuteen vaikuttavat monet tekijät, muun muassa synnyttäjän yleistila, sikiön koko suhteessa lantioon, synnytyksen

käynnistyminen ja edistäminen. Vaikuttavia tekijöitä ovat edellä mainittujen lisäksi synnyttäjän tieto tulevasta, motivaatio, mieliala, synnyttäjän persoonallisuus ja herkkyys kokea kipua. (Liukkonen ym. 1998, 27; Raussi-Lehto 2007, 244; Eskola & Hytönen 2008, 228.) Synnytyskipuun tulee tarjota lievitystä ja äidin pyytäessä sitä on annettava (Sariola & Haukkamaa 2008, 332).

7.2 Synnytyskipuun lievittäminen luonnonmukaisin menetelmin

Hoitotyön auttamismenetelmiin luetaan kuuluvaksi keinot, toiminnot ja tavat, joilla asiakasta pyritään auttamaan terveydenhoitoon liittyvissä kysymyksissä eri elämänvaiheissa ja tilanteissa. Synnytystilanteessa hoitotyön auttamismenetelmä on joko konkreettinen tai se voi olla myös neuvontaa, ohjausta ja tiedonantoa. (Liukkonen ym. 1998, 11-12.)

Puolison osallistumisella ja läsnäololla synnytyksessä on todettu olevan positiivisia vaikutuksia. Synnytys edistyy paremmin ja synnyttäjän kipukokemukset ovat lievempiä. Puolison rooli synnytyksessä on tukea naista, auttaa häntä jaksamaan, rohkaista ja kannustaa sekä läsnäolollaan luoda synnyttäjälle turvallisuuden tunteen. Puoliso voi myös hieroa synnyttäjän selkää, pitää häntä kädestä kiinni, auttaa asennonvaihdossa ja tarjota juomista. (Liukkonen ym. 1998, 36-37; Raussi-Lehto 2007, 246.)

Hoitoympäristöllä ja sen ilmapiirillä on suuri merkitys synnyttävän naisen ja synnytyksessä mukana olevan tukihenkilön viihtymiselle ja hyvinvoinnille. Hoitoympäristön ollessa kodikas ja viihtyisä, tuntee synnyttäjä olonsa turvalliseksi ja pystyy rentoutumaan paremmin. (Liukkonen ym. 1998, 40; Eskola & Hytönen 2008, 228.) Synnyttäjän oloa varsinkin synnytyksen alkuvaiheessa voi helpottaa se, että synnytyssalissa pystyy kuuntelemaan rauhoittavaa musiikkia ja katselemaan televisiota tai videoita (Liukkonen ym. 1998, 40; Raussi-Lehto 2007, 248).

Synnytyksen aikana monet naisen lihaksista jännittyvät. Hieronnalla jännittyneet lihakset saadaan rentoutumaan ja kivut monesti lieventymään. (Liukkonen ym. 1998, 63; Raussi-Lehto 2007, 247.) Toiset synnyttäjät nauttivat hieronnasta, mutta toiset taas

eivät halua, että heitä hierotaan ja kosketellaan synnytyksen aikana (Raussi-Lehto 2007, 247).

Synnyttäjän ollessa jännittynyt, hän uupuu ja kuluttaa paljon energiaa turhaan. Rentoutuneen synnyttäjän ja hänen elimistönsä jaksaminen on parempaa verrattuna väsyneeseen ja stressaantuneeseen synnyttäjään. Rentoutuneen synnyttäjän kohdunsuu avautuu paremmin ja hänen kivunsietonsa kasvaa. Koska rentoutumiskeinoja on monenlaisia, jokaiselle löytyy sopiva menetelmä. Rentoutumisharjoitukset tulisi aloittaa jo raskausajan alkupuolella. (Liukkonen ym. 1998, 66, 71; Rautaparta 2008, 61-62.)

Lämmin vesi auttaa synnyttäjää rentoutumaan. Se myös vähentää stressiä ja rauhoittaa synnyttäjää. Synnyttäjän käyttäessä ammetta, veden tulee olla alle 37 asteista, jottei sikiön sydämensyke nousisi liikaa. Ammeen lämpimän veden on todettu lisäävän kohdun supistustoimintaa ja kohdunsuun avautumista lyhentäen näin ollen synnytyksen kestoa. Vedessä olo voi myös pidentää synnytystä ja lopettaa supistukset jos synnyttäjä menee veteen ennen kuin synnytys on aktiivisessa vaiheessa. (Liukkonen ym. 1998, 89-90; Viitanen, Mäki-Valkama & Porthan 2006, 3.) Synnyttäjän kivunlievitykseen lihaksia rentouttaen auttavat lämpimän veden lisäksi lämpöä tuottavat kaura- ja geelipussit (Viitanen ym. 2006, 4). Uusimpana rentoutusmenetelmänä joissain synnytyssaleissa käytetään transkutaanista hermostimulaatiota, TNS:a, joka on helposti toteutettava ja vaaraton synnyttäjälle. TNS -laitteen elektrodit asetetaan selkärangan molemmille puolille. (Jaakola & Alahuhta 2006, 533; Kalso 2006, 879; Eskola & Hytönen 2008, 231.)

Kättilön antamiin hoidollisiin kivunlievitysmenetelmiin kuuluu synnyttäjän opastaminen oikeanlaiseen hengitystekniikkaan. Tekniikan osaaminen on tärkeää, koska hengittäessään väärin synnyttäjä väsy helposti. Oikeanlainen hengitystekniikka, jossa synnyttäjä hengittää rytmisesti, vähentää lihasjännitystä ja näin ollen vähentää synnytyskipua. Se myös auttaa synnyttäjää keskittymään paremmin. (Raussi-Lehto 2007, 247.)

Mikäli liikkuminen on sikiön ja synnyttäjän kannalta mahdollista, on se hyvä kivunlievityskeino. Synnyttäjän ollessa pystyasennossa hänen hengityksensä ja verenkiertonsa toimivat tehokkaasti olleen näin hyödyksi sekä synnyttäjälle että sikiölle. (Raussi-Lehto 2007, 246; Rautaparta 2008, 61.) Synnyttäjän liikkeessa välilihan kudokset venyvät, jolloin repeämiskirski on pienempi. Liikkuminen parantaa myös

kohdun verenkiertoa parantamalla samalla sikiön hapensaantia ja edistää lapsen tarjoutuvan osan kiertymistä synnytyskanavassa hyvään asentoon. Lisäksi lantion läpimitta kasvaa, koska liikkuminen laajentaa ja muovaa luista synnytyskanavaa lapsen pään mukaisesti. Synnyttäjän ollessa pystyasennossa lapsen pää painaa kohdunkaulaa saaden kohdunsuun avautumaan paremmin. Kipuaistimukset liikkussa ovat pienemmät, koska lantion ligamentteihin, niveliin ja sakraalihermoihin kohdistuva paine on vähäisempää. Synnyttäjän liikkussa ja ollessa pystyasennossa hän pystyy myös paremmin hallitsemaan itseään ja ottamaan vastuun itsestään. (Liukkonen ym. 1998, 73-74; Raussi-Lehto 2007, 247.)

Aquarakkuloiden (vesirakkuloiden/ vesipapuloiden) käyttö synnytyksessä on helposti toteutettavissa injisoimalla steriiliä vettä ihon alle neljästä kahdeksaan kohtaan. Annos on noin 0,1 millilitraa kuhunkin vesirakkulaan. (Raussi-Lehto 2007, 248.) Aquarakkuloita voidaan pistää missä tahansa synnytyksen vaiheessa vaikka synnyttäjä olisi saanut jo muuta kivunlievitystä. Synnytyskivun lievittämiseen vesirakkulat tuovat melko lyhytaikaisen hoidon, tunnista puoleentoista tuntiin, mutta tarvittaessa niitä voidaan laittaa useamman kerran. (Viitanen ym. 2006, 4; Raussi-Lehto 2006, 248; Eskola & Hytönen 2008, 229.) Aquarakkuloiden tehon on kuvattu perustuvan siihen, että pistetyn rakkulan aiheuttama kipu ärsyttää elimistöä erittämään omaa kipulääkettä endorfiineja (Liukkonen ym. 1998, 83). Synnytyksen hidastumista ja supistusten heikkenemistä aquarakkulat eivät aiheuta, vaan kipu yleensä helpottuu ja synnyttäjä pystyy rentoutumaan paremmin. Näin ollen kohdunsuu avautuu nopeammin. aquarakkuloiden laitton jälkeen synnyttäjä pystyy liikkumaan voimiensa mukaan. (Viitanen ym. 2006, 4.)

7.3 Synnytyskivun lievittäminen lääketieteen keinoin

Tutkimusten mukaan lääkkeellisellä kivunlievityksellä voidaan vaikuttaa synnytyksen aikaiseen supistustoimintaan sekä synnytyksen keston. Lääkkeellisen kivunlievityksen jälkeen synnyttäjän vapaata liikkumista joudutaan rajoittamaan ja sekä synnyttäjän että sikiön voinnin seuranta tehostamaan. (Raussi-Lehto 2007, 248.)

Kipulääkkeinä synnytyksessä käytetään yleensä petidiiniä ja litalgiinia sekä myös tramadolia. Nämä kipulääkkeet annostellaan useimmiten lihakseen. (Viitanen ym. 2006, 5; Sariola & Haukkamaa 2008, 333.) Jos kipu on voimakasta eikä puudutusta voida käyttää kipulääkkeenä käytetään opiaattipohjaista fentanyyliä suonensisäisesti (Raussi-Lehto 2007, 250). Lihakseen tai suoneen annettaessa kipulääke vaikuttaa koko elimistöön ja kulkeutuu verenkierron kautta istukan läpi sikiöön (Sariola & Haukkamaa 2008, 333). Kipulääkkeillä ei pystytä poistamaan kipua täydellisesti, mutta ne ovat hyvä vaihtoehto synnytyksen alussa kun puudutuksia ei vielä voida antaa. Sikiön sydänkäyrän ollessa hyvä, ei kipulääkkeiden annolle ole esteitä. (Viitanen ym. 2006, 5.)

Viimeisen vuosikymmenen aikana petidiinin käyttö on vähentynyt synnyttäjillä alle kahteen prosenttiin. Tavallisin annos petidiiniä on 50-100 mg petidiiniä lihakseen. Lääkkeen haittavaikutuksia ovat sedaatio (rauhottuminen), pahoinvointi, oksentelu, viivästynyt mahalaukun tyhjeneminen ja hengityslama. Vastasyntyneelle petidiini voi aiheuttaa hengityslamaa, asidoosia, uneliaisuutta ja imemisen heikkoutta. Vaikutukset vastasyntyneellä ovat korkeimmillaan jos lääkettä on annettu 2-3 tuntia ennen syntymää. Petidiiniä ei suositella pre-eklampsiaa sairastavalle, koska sillä on kouristuksille altistavia vaikutuksia. (Jaakola & Alahuhta 2006, 535.)

Fentanyyli on nopeavaikutteinen kipulääke, jonka vaikutus alkaa lähes heti sen annon jälkeen. Vaikutus kestää 30- 60 minuuttia. Fentanyylin haittavaikutuksiin ja tehoon synnytyskivun lievityksessä ei yhtenäistä listausta ole, vaan sen käytössä on todettu paljon yksilöllisiä eroja. (Jaakola & Alahuhta 2006, 535.) Tapauksissa, joissa ei puudutuksen käyttö ole mahdollista, voidaan fentanyyliä annostella kipupumpulla suonensisäisesti (Raussi-Lehto 2007, 250).

Turvallinen kivunlievitysmenetelmä on ilokaasu eli typpioksiduuli, jota hengitetään maskista. Ilokaasu sisältää vähintään 30 prosenttia, yleisesti 50 prosenttia, happea ja loput typpidioksidia. Kipulääkkeenä ilokaasu on melko tehokas. Ilokaasu stimuloi endorfiinien tuotantoa ja vaikuttaa keskushermostossa useaan eri kohtaan. Se ei vaikuta hapenkuljetuskykyyn eikä sillä ole haittavaikutuksia sikiöön tai synnytyssupistuksiin. Jos sitä käytetään kun kohdunsuu on auki kolme-neljä senttimetriä, on sen katsottu tehoavan noin 60 prosenttiin synnyttäjistä. (Raussi-Lehto 2007, 249.) Ilokaasun vaikutus alkaa noin puolen minuutin kuluttua sen hengittämisen aloittamisesta, jotenka synnyttäjän tulee ennakoida supistuksen alkaminen. (Viitanen ym. 2006, 6; Raussi-

Lehto 2007, 249.) Vuonna 2007 ilokaasu oli käytössä 50,5 prosentissa synnytyksistä. (Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007)

Tehokkain synnytyskivunlievitysmenetelmä on epiduraalipuudutus (Saarikoski 1998, 132; Raussi-Lehto 2007, 250; Eskola & Hytönen 2008, 229; Sariola & Haukkamaa 2008, 334). Epiduraalipuudutusta käytettiin vuosina 2004-2005 43,3 prosentissa synnytyksistä (Kivunlievitys ja muita synnytystoimenpiteitä 2006) ja vuonna 2007 yhteensä 41,5 prosentissa synnytyksistä (Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007).

Epiduraalipuudutus helpottaa sekä avautumisvaiheen, että ponnistusvaiheen kipua ja on hyvä etenkin ensisynnyttäjille joilla synnytys on usein pitkäkestoinen ja kivulias (Sariola & Haukkamaa 2008, 334). Vaikutusaika epiduraalipuudutuksessa on pitkä ja lääkettä voidaan tarvittaessa lisätä epiduraalikatetrin kautta. Epiduraalipuudutuksen laittajana on anestesia lääkäri joko anestesiahoitajan tai kättilön kanssa. Epiduraalipuudutuksessa anestesia lääkäri ruiskuttaa puudutteen epiduraalitilaan kovakalvon ja lukinkalvon muodostaman kalvorakenteen ulkopuolelle. Puudutusta ei laiteta, ellei synnytys ole varmasti käynnissä ja kohdunsuu alkanut avautumaan. (Viitanen ym. 2006, 6; Raussi-Lehto 2007, 250.)

Puudutuksen laitton jälkeen kättilön on tarkkailtava synnyttäjän ja sikiön vointia, supistuksia, puudutteen vaikutusta, synnytyskipua sekä synnytyksen edistymistä (Raussi-Lehto 2007, 251). Epiduraalipuudutuksen laitton jälkeen synnyttäjän verenpaine voi laskea perifeerisen sympaattisen hermoston salpauksen vuoksi. (Sariola & Haukkamaa 2008, 334.) Supistukset saattavat heikentyä ja synnytys kestää näin ollen pidemmän aikaa. Myös supistuksen tarkkailu voi vaikeutua synnyttäjän subjektiivisten tuntemusten vähentyessä. (Raussi-Lehto 2007, 251; Eskola & Hytönen 2008, 230.)

Joskus epiduraalipuudutuksen yhteydessä epiduraalineula voi puhkaista kovakalvon (duran), jolloin aivo-sekäydinnestettä (liqvor) tihkuu epiduraalitilaan. Synnyttäjälle tästä aiheutuu 80 prosentin varmuudella useita päiviä kestävä postspinaalipäänsärky. (Puustinen 2009.) Epiduraalipuudutus voidaan vahingossa laittaa myös selkäydinnestetilään, jolloin ydinjatkos ja koko vartalo puuttuu. Tämä johtaa joko bradykardiaan tai sydänpysähdykseen. (Sariola & Haukkamaa 2008, 334; Puustinen 2009.)

Aina ei synnyttäjälle voi epiduraalipuudutusta laittaa. Vasta-aiheita puudutukselle ovat verenvuototaipumus, joka voi johtua muun muassa nefroosista, lääkityksestä (Marevan, Fragmin, Klexane), trombosytopeniasta, maksan vajaatoiminnasta, K-vitamiinin puutoksesta tai perinnöllisestä sairaudesta kuten von Willebrantin taudista tai hemofiliasta. Puudutusta ei voi synnyttäjälle laittaa jos iho on infektoitunut pistoskohdasta tai synnyttäjä on yliherkkä puudutteelle. Vasta-aiheena ovat myös jotkut sydänviat ja krooniset neurologiset sairaudet. (Puustinen 2009.)

Spinaalipuudutus on vaikutukseltaan epiduraalipuudutuksen veroinen. Epiduraalipuudutuksesta spinaalipuudutuksen erottaa se, että spinaalipuudutuksessa käytettävä lääkeannos on pienempi ja vaikutuksen teho nopeampi kuin epiduraalipuudutuksessa. Spinaalipuudutuksessa lääkettä ei voi lisätä, annostus on kertaluonteinen. Anestesiaalääkäri laittaa puudutuksen selkäydinnesteeseen lävistäen kovakalvon ja lukinkalvon muodostaman yhtenäisen kalvorakenteen. Lävistettäessä kovakalvo, voi siihen jäädä reikä josta tihkuu selkäydinnestettä. Tihkunta aiheuttaa painemuutoksia selkäydintilassa ja postspinaalista päänsärkyä synnyttäjälle. (Raussi-Lehto 2007, 251-252.)

Vasta-aiheet spinaalipuudutuksen annolle ovat samat kuin epiduraalipuudutuksessa (Viitanen ym. 2006, 8; Puustinen 2009). Spinaalipuudutusta käytetään usein uudelleensynnyttäjille jos tiedetään, että tarvetta pidempiaikaiselle puudutukselle ei ole. Useille spinaalipuudutuksen saaneille (70-80 prosentille) puudutuksen sivuvaikutuksena tulee ohimenevää kutinaa, jota joskus joudutaan hoitamaan lääkkeillä. Synnyttäjälle voi tulla puudutuksesta myös vapinaa sekä selkäsärkyä kohtaan josta puudutus on laitettu. (Viitanen ym. 2006, 8, 11.) Suomessa vuonna 2007 spinaalipuudutuksen sai 15,9 prosenttia synnyttäjistä (Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007).

Kohdunsuun paikallispuudutusta, paraservikaalipuudutusta (PCB, PSP) käytetään usein uudelleensynnyttäjillä nopean laittotapansa takia. Puudutusta laitettaessa kohdunsuun on oltava auki vähintään viisi senttimetriä. Paraservikaalipuudutuksessa puudutusainetta ruiskutetaan ns. Kobakin neulalla emättimen pohjukkaan, kello viiden ja seitsemän asentoihin, lähelle kohdunkaulaa. (Jaakola & Alahuhta 2006, 536.) Paraservikaalipuudutus auttaa vain avautumisvaiheen kipuihin (Raussi-Lehto 2007, 252; Eskola & Hytönen 2008, 231). Puudutuksen laittaa synnytyslääkäri. Teho on lyhytaikainen, tunnista kahteen tuntiin, ja puudutus ei aina onnistu hyvin. (Jaakola &

Alahuhta 2006, 536; Sariola & Haukkamaa 2008, 333.) Puudute voidaan kuitenkin uusia tunnin- puolentoista tunnin kuluttua (Saarikoski 1998, 136; Raussi-Lehto 2007, 252). Puudutetta ei suositella kuitenkaan laitettavaksi kuin enintään kolme kertaa. (Jaakola & Alahuhta 2006, 537.)

Jos sikiöllä epäillä asfyksiaa (hapenpuutetta), puudutusta ei laiteta. Puudutteen laitton jälkeen tarkkaillaan sikiön sydänääniä, koska puudute voi aiheuttaa sikiölle bradykardiaa (sydämen harvalyöntisyyttä) tai asidoosia. (Raussi-Lehto 2007, 252; Eskola & Hytönen 2008, 231.) Vuosina 2004-2005 paraservikaalipuudutusta käytettiin 17,6 prosentissa ja vuonna 2007 18,5 prosentissa synnytyksistä (Kivunlievitys ja muita synnytystoimenpiteitä 2006; Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007).

Pudendaalipuudutus eli häpyhermon johtopuudutus laitetaan ponnistusvaiheen alussa poistamaan ja lievittämään synnytyskanavan alaosan ja ulkosynnyttimien alueen kipuja (Viitanen ym. 2006, 9). Puudutus laitetaan istuinkärkien etupuolelle ns. Kobakin neulalla. Laittajana on joko lääkäri tai puudutuksen laittoon koulutettu kätilö. (Raussi-Lehto 2007, 252.) Puudutuksen poistaessa kivun välilihan alueelta synnyttäjä uskaltaa ponnistaa paremmin. Välttämättä ponnistustarvetta ei kuitenkaan ole, koska puudutus voi vähentää sitä. (Eskola & Hytönen 2008, 231.) Pudendaalipuudutuksen vaikutus kestää kerrallaan tunnista kahteen ja puudutusta voidaan käyttää muiden kivunlievitysmenetelmien kanssa. (Raussi-Lehto 2007, 253.)

Suomessa pudendaalipuudutuksen käyttö on vähäistä (Eskola & Hytönen 2008, 231). Vuosina 2004-2005 pudendaalipuudutusta käytettiin 3,3 prosentissa synnytyksistä (Kivunlievitys ja muita synnytystoimenpiteitä 2006). Vuonna 2007 vastaava lukema oli 4,6 prosenttia (Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007).

8 SYNNYTYSONPERAATIOT

8.1 Keisarileikkaus

Keisarileikkaus eli sektio (sectio caesarea) on yleisin synnytysoperaatio Suomessa (Uotila 2007, 490). Keisarileikkaukset alkoivat yleistyä Suomessa noin 30 vuotta sitten. Vuonna 1975 7,9 prosenttia suomalaisista syntyi keisarileikkauksella. (Saisto & Halmesmäki 2003, 593.) Vuonna 2007 lukema oli jo 16,5 prosenttia (Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007). Noin puolet keisarileikkauksista on elektiivisiä, eli päätös keisarileikkauksesta tehdään jo raskausaikana. Loput keisarileikkauksista on päivystyksellisiä, elektiivisiä sektioita. Yleensä suurin osa päivystyksenä tehdyistä keisarileikkauksista tehdään ilman kiirettä ja hätää, mutta osa päivystyksellisistä sektioista on hätäsektioita. Hätäsektiossa leikkaus suoritetaan kiireesti hätäjärjestelyitä ja hätätyövoimaa käyttäen siten, että lapsi syntyy kymmenen minuutin kuluessa hätäsektiopäätöksestä. (Uotila 2007, 490-492.)

Keisarileikkauksessa sikiö autetaan vatsanpeitteiden ja kohdunseinämän läpi ulos kohdusta (Eskola & Hytönen 2008, 234). Yleensä keisarileikkaus tehdään epiduraali- tai spinaalipuudutuksessa, vain poikkeustapauksissa käytetään yleisanestesiaa (Uotila & Tuimala 2007, 493). Keisarileikkauksen syyt johtuvat joko äidistä, sikiöstä tai molemmista ja usein syitä on useita. Tavallisimmat syyt synnytyksen aikana tehtyyn keisarileikkaukseen ovat pitkittynyt ja pysähtynyt synnytys, sikiön virhetarjonta tai sikiön hapenpuute. Elektiivisissä sektioissa yleisimpiin syihin kuuluvat sikiön virhetarjonta, aiempi keisarileikkaus, sikiön ja lantion epäsuhta, synnytyspelko sekä varhainen raskausmyrkytys. (Uotila 2007, 490-492; Eskola & Hytönen 2008, 234-235; Uotila & Tuimala 2008, 493.)

Vaikka keisarileikkaus on nykyään turvallinen toimenpide, on siitä toipuminen alatiesynnytykseen verrattuna vaikeampaa ja työläämpää (Uotila 2007, 493). Keisarileikkaukseen liittyy aina riskejä ja äitikuolleisuus on vähintään neljä kertaa suurempi kuin alatiesynnytyksen yhteydessä. Verenhukan riski normaaliin alatiesynnytykseen on kolminkertainen. Normaalin alatiesynnytyksen jälkeen verensiirtoa tarvitaan noin 0,4-0,6 prosentille synnyttäjistä, keisarileikkauksen jälkeen

lukema on 6 prosenttia. Joskus synnyttäjältä joudutaan synnytyksen jälkeen poistamaan kohtu, koska verenvuotoa ei saada muutoin tyrehtymään. Keisarileikatuilla synnyttäjillä riski kohdunpoistoon nousee leikkauksen yhteydessä kuusinkertaiseksi normaaliin alatiesynnytykseen verrattuna. (Saisto & Halmesmäki 2003, 593-595.)

Raskaus itsessään lisää laskimotukoksen riskin kuusinkertaiseksi normaaliin tilanteeseen nähden. Lisäksi raskaus lisää riskiä sairastua keuhkoveritulppaan sekä saada aivoinfarkti tai laskimotrombi. Riski kuolla keuhkoveritulppaan on keisarileikatuilla 26-kertainen alateitse synnyttäneeseen verrattuna. Keisarileikkauksella synnyttäneillä naisilla on 2,4-kertainen riski saada lapsivuodeaikana aivoinfarkti ja jopa nelinkertainen riski saada aivolaskimotrombi. (Saisto & Halmesmäki 2003, 595.)

Keisarileikkauksen jättämä arpi voi aiheuttaa seuraavissa raskauksissa ongelmia. Näitä ongelmia ovat muun muassa kohdun repeäminen tai vakava istukkakomplikaatio, kuten etinen istukka tai kohtulihakseen kiinni kasvanut istukka. (Uotila 2007, 493-494.)

8.2 Imukuppisynnytytys

Imukuppivetoon (vacuum extractio) ryhdytään ponnistusvaiheessa yleensä siinä vaiheessa kun synnyttäjä alkaa väsyä, ponnistaminen on kestänyt kauan tai se on tehotonta (Uotila 2007, 494; Eskola & Hytönen 2008, 237). Äidin erilaiset vaaratilanteet, kuten vaikea pre-eklampsia tai tietyt sairaudet joissa ponnistamista tietoisesti vältetään, johtavat myös imukupin käyttöön. Imukupilla sikiö autetaan ulos ja näin helpotetaan sikiön ja yleensä myös äidin olotilaa. (Eskola & Hytönen 2008, 237.) Suomessa vuosina 2004-2005 syntyi lapsista noin seitsemän prosenttia imukuppiavusteisesti (Kivunlievitys ja muita toimenpiteitä 2006). Vuonna 2007 imukuppia käytettiin kahdeksassa prosentissa synnytyksistä (Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007).

Imukupin käytön edellytyksenä on, että lantio on tarpeeksi tilava alatiesynnytykselle, kohdunsuu on täysin auki, kalvot ovat puhjenneet tai puhkaistut ja sikiön pään tarjoutuva osa on spinaalitasossa tai sen alapuolella. Toimenpiteen suorittajalla on

oltava riittävästi kokemusta imukuppisynnytyksistä. (Uotila 2007, 496; Eskola & Hytönen 2008, 237.)

Jotta imukuppisynnytys onnistuisi, tulee synnyttäjän ja toimenpiteen tekijän tehdä yhteistyötä. Synnyttäjän ponnistaessa supistuksen aikana lääkäri vetää samanaikaisesti joko metallista tai muovista valmistetulla imukupilla. Jos imukuppivedot eivät tuota haluttua tulosta 15-20 minuutin kuluessa, tulee harkita toimenpiteen lopettamista ja synnytyksen päättämistä sektiolla. Myös jos imukuppi irtoaa toisen tai kolmannen kerran sikiön päästä, toista synnytystapaa, kuten sektiota tai pihtisynnytystä, tulee harkita. (Uotila 2007, 496-497.)

Äidin komplikaatiot imukuppisynnytyksessä ovat yleisimmin pehmytkudosvauriot kuten välilihan repeämä. Lisäksi emättimen repeämisen riski on suurempi kuin normaalissa alatiesynnytyksessä. Vastasyntyneen päähän imukuppi jättää yleensä jonkin asteisen pahkan tai turvotusalueen. Normaalisti pahka häviää muutamassa päivässä, mutta joskus se voi olla epätavallisen suuri ja kivulias ja iho saattaa rikkoutua ja infektoitua. (Uotila 2007, 497-498.) Luukalvon alle voi imukuppivedon yhteydessä kertyä verta ja päähän muodostua kefalhematooma. Hematooma kuitenkin häviää ajan kuluessa eikä se ole vaarallinen. (Norwitz & Schorge 2006, 131; Uotila 2007, 498.) Harvinaisina komplikaatioina ovat muun muassa vastasyntyneen kallonsisäiset verenvuodot, verkkokalvoverenvuodot ja kallonmurtumat. Nämä komplikaatiot ovat yleensä todennäköisempiä hankalissa, pitkissä ja korkealta aloitetuissa imukuppivedoissa. (Uotila 2007, 497-498.)

8.3 Pihtisynnytys

Suomessa imukuppisynnytysten lisääntyessä ovat pihtisynnytykset vähentyneet. Synnytyksistä enää vain noin 0-0,1 prosenttia on pihtisynnytyksiä. (Synnytykset, synnyttäjät ja vastasyntyneet 2007; Uotila 2007, 499.) Lukumääräisesti vuonna 2007 Suomessa tehtiin vain 24 pihtisynnytystä (Synnytykset, synnyttäjät ja vastasyntyneet 2007).

Pihtisynnytyksessä sikiön tarjoutuvan osan molemmille puolille asetetaan pihdit, joiden avulla sikiö vedetään ulos samalla kun äiti ponnistaa. Näin saadaan lisävoimaa synnytykseen. Pihtien käytön syyt ja edellytykset ovat lähes samat kuin imukuppisynnytyksessä, mutta niiden käyttöalue on laajempi. (Uotila 2007, 499; Eskola & Hytönen 2008, 237.) Pihdeillä saadaan sikiöstä tukevampi ote kuin imukupilla eivätkä ne aiheuta niin paljon haittoja vastasyntyneelle kuin imukuppi. Pihtisynnytyksissä kuitenkin äidin repeämäluvut ovat suuremmat kuin imukuppisynnytyksissä ja siksi niiden käyttö on viime vuosina vähentynyt Suomessa. (Uotila 2007, 499-500.)

9 IMETYS

9.1 Imetyssuositukset

Maailman terveysjärjestön WHO:n (World Health Organization) suositusten mukaan lasta tulisi täysimettää vähintään neljä ensimmäistä elinkuukautta, mieluiten puolen vuoden ikään saakka. Osittaisimetystä muun ruoan ohella tulisi jatkaa kahteen ikävuoteen saakka. (Hannula 2003, 13; Michaelsen, Weaver, Branca & Robertson 2003, 127; Niemelä 2007, 25; Otronen 2007, 194.)

Sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee lasta täysimetettävän kuusi ensimmäistä elinkuukautta. Täysimetyksen jälkeen tulisi osittaisimetystä jatkaa lapsen ensimmäisen elinvuoden ajan tai pidempäänkin jos vanhemmat niin tahtovat. (Niemelä 2007, 24-25; Otronen 2007, 194; STM 2007, 63-64.)

Hasusen ym. vuonna 1995 ja Hasusen vuonna 2000 tehdyissä valtakunnallisissa tutkimuksissa selvitettiin suomalaisten lasten imetyksen kestoa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Vuonna 1995 97 prosenttia alle kuukauden ikäisistä lapsista sai rintamaitoa. Heistä täysimetettyjä oli 68 prosenttia. Vastaavat lukemat vuonna 2000 olivat 87 ja 65 prosenttia. Täysimetyksen määrä laski lapsen iän kasvaessa siten, että nelikuukautisista lapsista vuonna 1995 enää 10 prosenttia ja vuonna 2000 14 prosenttia sai ravinnokseen ainoastaan rintamaitoa. (Hannula 2003, 21.) Hasusen ja Ryytäsen vuonna 2005 tehdyssä selvityksessä suomalaisten imetyksilukemat olivat hieman nousseet, mutta lisämaidon antaminen vastasyntyneille oli lisääntynyt. Alle kuukauden ikäisistä 60 prosenttia oli täysimetettyjä, kuukauden ikäisistä lapsista 76 prosenttia sai rintamaitoa, puolivuotiaiden imetyksilukema lukema oli 60 prosenttia. (Hasunen & Ryytänen, 2005, 19.)

9.2 Imetyksen hyödyt ja edut

Äidinmaito on lapsen parasta ruokaa. Se on luonnollista, ilmaista, hygieenistä ja turvallista käyttää. Äidinmaidon koostumus on lapsen tarpeen mukaista. Siinä on

lapselle tärkeät proteiinit, hiilihydraatit ja rasvat, jotka täydentävät vastasyntyneen vastustuskykyä ja vaikuttavat positiivisesti lapsen kasvuun. (Hannula 2007, 303; Niemelä 2007, 10; Koskinen 2008, 34-35.)

Ensimaitoa, eli kolostrumia erittyy ensimmäisinä päivinä synnytyksen jälkeen. Kolostrumia erittyy pieniä määriä, ensimmäisenä päivänä synnytyksestä vain noin 30 millilitraa. Kolostrum sisältää paljon vasta-aineita, valkosoluja ja laktoferriniä, jotka auttavat suojaamaan vastasyntyntä infektioilta. Laktoferrinillä, äidinmaidon proteiinilla on antimikrobisia ominaisuuksia joiden avulla se tappaa bakteereja, viruksia ja hiivaa. Se myös sitoo rautaa itseensä ja estää siten haitallisten bakteerien lisääntymisen suolistossa. (Koskinen 2008, 35.)

Rintamaito sisältää runsaasti tyydyttymättömiä rasvahappoja ja kolesterolia. Näillä molemmilla on tärkeä merkitys aivojen ja hermoston kehityksessä. (Koskinen 2008, 36.) Äidinmaidosta puuttuu ainoastaan D-vitamiini ja sen vuoksi suomalaisille lapsille suositellaankin D-vitamiinilisää kolmeen ikävuoteen saakka (Niemelä 2007, 11-12; Koskinen 2008, 37). Äidinmaidossa olevat heraproteiini ja kaseiini poikkeavat koostumukseltaan lehmänmaidosta ja sulavat vauvan elimistössä nopeasti. Nopeasta sulamisesta johtuen äidinmaito on lehmänmaitoa vatsaystävällisempää. (Niemelä 2007, 11; Eskola & Hytönen 2008, 274.)

Lapsi joka saa rintamaitoa sairastaa vähemmän kuin korviketta saanut lapsi. Rintamaito suojaa lapsen suolistoa tulehdussairauksilta ja ripulilta, sekä sisältää vasta-aineita, entsyymejä ja lapsen elimistölle hyödyllisiä bakteereja. (Eskola & Hytönen 2008, 274.) Korvikemaitoa saaneilla lapsilla esiintyy enemmän ripulia, alahengitystietulehduksia, korvatulehduksia, virtsatietulehduksia, vastasyntyneisyyskauden sepsistä sekä nekrotisoivaa suolistotulehdusta (NEC) kuin rintamaitoa saaneilla lapsilla (Koskinen 2008, 39). Korvikemaitoa saaneilla lapsilla on myös kohonnut riski sairastua joihinkin lapsuusiän syöpiin sekä tyttölapsilla aikuisiän rintasyöpään (Hannula 2003, 13).

USA:ssa tehdyssä tutkimuksessa oli tutkittu neljä kuukautta täysimetyksellä olleita lapsia ja kuusi kuukautta imetettyjä lapsia, joiden välillä oli selvä ero keuhkoputkentulehdusten määrässä. Neljä kuukautta täysimetyksellä olleilla esiintyi keuhkoputkentulehduksia neljä kertaa enemmän kuin kuusi kuukautta täysimetytyillä. (Chantry, Howard & Auinger 2006, 425-427.) Hansonin (2004) tekemän tutkimuksen

mukaan korvatulehdusten määrä vastaavissa ryhmissä oli neljä kuukautta täysimetetyillä lapsilla kaksinkertainen verrattuna kuusi kuukautta täysimetettyihin lapsiin. (Koskinen 2008, 40.)

Imetyksellä näyttäisi olevan jonkinasteinen vaikutus vähentää lapsen ylipainoa ja lihavuutta aikuisiällä. Ylipainoisilla ihmisillä on riski sairastua muun muassa aikuistyyppin diabetekseen, joten imetys näyttäisi osittain vähentävän myös tätä riskiä. (Horta, Bahl, Martinés & Victora 2007, 2, 11, 27-35.)

Lapsen ja äidin välinen vuorovaikutus ja tunneside kehittyvät imetettäessä. Imetystilanteessa lapsi on äidin lähellä. Siinä hän pystyy aistimaan äidin lämmön ja tuoksun sekä saa läheisen katsekontaktin äitiinsä. (Hannula 2003, 13; Laanterä 2006, 44.) Imetettäessä erittyvä oksitosiini- hormoni vaikuttaa myönteisesti äidin hoivakäyttäytymiseen. (Koskinen 2008, 41.)

Imetyksestä on hyötyä myös äidille. Verrattuna äitiin, joka ei imetä, imettävä äiti palautuu synnytyksestä nopeammin ja raskauskilot lähtevät nopeammin. Imetyksen aikana erittyvä oksitosiini-hormoni vaikuttaa positiivisesti synnytyselimiin, supistaen kohtua ja vähentäen synnytyksen jälkeistä verenvuotoa. (Koskinen 2008, 41.) Naisella, joka on imettänyt, näyttäisi olevan pienempi riski sairastua rintasyöpään ja munasarjasyöpään ennen vaihdevuosia. (Hannula 2003, 13; Laanterä 2006, 17, 45; Niemelä 2007, 13.)

Stueben ym. (2005) tutkimuksen mukaan riski sairastua myöhemmin aikuistyyppin diabetekseen on vähentynyt naisilla jotka ovat imettäneet. Mitä pidempään nainen on imettänyt, sitä pienempi riski on olemassa. (Stuebe, Rich-Edwards, Willett, Manson & Michels 2005, 2601, 2604.)

9.3 Yleisimpiä imetysoongelmia

Aina imetys ei lähde käyntiin yrityksistä huolimatta tai sen aloittaminen viivästyy. Syitä tähän ovat muun muassa äidin tai lapsen sairaus, keisarileikkaus, vaikea, pitkittynyt synnytys, stressi, ja väsymys. Jos imetyksessä on sairaalassaolovaiheessa ongelmia,

tulee äidille antaa paljon tukea ja rohkaisua. (Otronen 2007, 198; Koskinen 2008, 122.) Saadakseen virkistävää ihokosketusta tulee lapsen saada olla rinnalla mahdollisimman paljon (Otronen 2007, 198).

Rintamaitoa erittyy lähes jokaiselta terveeltä äidiltä sen verran, että lapsi saa tarvitsemansa määrän. Äidinmaidon määrään ja imetysohjelmien syntyyn vaikuttavat imetystiheys ja imemisote. Lapsen imemisotteen ollessa väärä nännit kipeytyvät ja imu on tehotonta. (Hannula 2007, 306.) Tehottoman imun sekä myös harvojen imetyskertojen myötä rinnat pakkautuvat helposti. Pakkautunut rinta on turvonnut, kova, kipeä ja arka. Äidillä voi olla pienoista lämmön nousua ja hänen olonsa tuntuu epämukavalta. Pakkautuneesta rinnasta imetys tuntuu epämiellyttävältä, sattuu ja lapsen on vaikea saada otetta rinnasta. (Hannula 2007, 306; Koskinen 2008, 123.)

Huono imemisote aiheuttaa helposti myös rinnanpään rikkoutumisen. Imemisotteen tarkistaminen ja imetysasennon muuttaminen helpottavat tilannetta. Jos rinnanpää ei parane ja kipuilu pitkittyy, on aristuksen syy tutkittava. Pitkittynyttä kipuilua aiheuttavat muun muassa huono imuote, lapsen kireä kielijänne, allergia tai infektio. (Hannula 2006, 307.)

Yksittäisen maitotiehyen tukkeutuessa tulee rintaan kova aristava tai punoittava kohta (Otronen 2007, 199; Koskinen 2008, 127). Tukkeuma johtuu yleensä siitä, että maitoa erittyy enemmän mitä sitä tarvitaan, imetysväli on venynyt liian pitkäksi tai lapsen imu on tehotonta. Myös liian kireät, puristavat rintaliivit voivat olla tiehyttököksen syynä. Kuumeen noustessa ja oireiden pysyessä samoina tai pahentuessa, kyseessä on rintatulehdus, johon tarvitaan antibioottihoitoa. (Koski, Koskinen, Keskinen & Martikainen 2007, 31; Koskinen 2008, 127.)

Joskus imetysohjelmaksi muodostuu rinnan hylkiminen. Jos lapsen imemishalukkuus vähenee yhtäkkiä, tulee sitä seurata ja sen syy selvittää. Yleensä hylkimisongelma menee ohi muutamassa päivässä. (Otronen 2007, 199.) Syitä rinnasta kieltäytymiseen on useita. Hylkimisen syy voi olla esimerkiksi hampaiden puhkeaminen, suussa oleva sammu tai korvatulehdus. Myös imetysasento voi olla huono. (Koski ym. 2007, 30; Koskinen 2008, 130.) Lapsi huomaa nopeasti jos äidin tuoksu tai rintamaidon maku on muuttunut ja alkaa joskus hylkiä rintaa tämän vuoksi. Maitoa voi myös tulla liikaa tai

liian vähän lapsen tarpeisiin ja heruminen voi olla hidasta, jolloin lapsi pettyy rintaan ja alkaa hylkiä sitä. (Koski ym. 2007, 30; Koskinen 2008, 130.)

Rintoja on hyvin erikokoisia ja -näköisiä. Joskus äidin rinnanpää on matala ja nänni on sisäänpäin kääntynyt, ns. ontelonisä. Lapsen on vaikea saada kunnollista otetta rinnanpäästä ja yleensä tarvitaankin apukeinoja rinnanpään stimuloimiseksi esille. Apukeinoina käytetään esimerkiksi rintakumia, imusuppiloa, ruiskusta valmistettua rinnanpään ”venytintä” tai maidonkerääjää. (Eskola & Hytönen 2008, 272-273; Koskinen 2008, 86.)

10 POHDINTA

Halusin tehdä opinnäytetyön, josta on konkreettista hyötyä sekä itselle, että työelämään. Perhevalmennuskansion tai sen jonkin osan uudistaminen tuntui hyvältä ajatukselta. Koska työelämästä tuli toive koko kansion uusimisesta PowerPoint -esityksen muotoon, päädyin siihen vaikka tiesin, että joudun vetämään omien resurssieni mukaan tiukan rajan siihen mitä teoriaosuudessa käsittelen. Koska rajaus oli tehtävä, teoriaosuudessa käsittelin aihealueita pääpiirteittäin niin, että niiden pohjalta pystyn tuottamaan PowerPoint -esityksen.

Opinnäytetyön valmistelu- ja teoriavaihe on ollut mielenkiintoista ja antoisaa. Pääsin tutustumaan opinnäytetyöntekoprosessin aikana Seinäjoen synnytyssairaalan uuteen synnytysosastoon ja olin mukana perhevalmennuksessa. Pidin itse myös yhden imetysohjauskerran neuvolassa. Ohjauskerran jälkeen osasin paremmin tarkastella ja poimia kirjallisuudesta niitä asioita mitä tulevat vanhemmat haluavat perhevalmennuksen imetysohjaustunnilla tietää.

Vuoden 2005 jälkeen on julkaistu paljon uutta materiaalia koskien kätilötyötä ja imetystä. Uusien lähteiden käyttö työssäni antoi itselle varmuutta siitä, että asiat ovat tällä hetkellä juuri näin. Lähdekirjallisuuteen tutustuessa selailin myös vanhempia lähteitä ja vertailin niiden tekstiä uudempaan. Käytin opinnäytetyössäni muutamaa vanhempaa lähdetä, koska niissä teoria oli verrattavissa uudempiin lähteisiin.

Teoriaosuuden teosta oli paljon hyötyä tulevaa ammattiani ajatellen. Jos joskus työskentelen äitiysneuvolassa tulen kuitenkin pitämään valmennuksia ja voin sitten käyttää tekemääni esitystä valmennuksen pohjana.

Perhevalmennuksessa käsitellään paljon vanhemmille ja perheelle tärkeitä aiheita. Koska lapsen syntymä on aina jotain ihmeellistä ja uutta, on tärkeää, että vanhemmat osallistuisivat perhevalmennukseen. Yleisesti lehdissä kirjoitetaan paljon siitä, että isän läsnäolo ja tuki raskausaikana sekä synnytyksessä on tärkeää. Teuvan äitiysneuvolan vanhaa perhevalmennusmateriaalia tutkiessa huomasin, että isään ja parisuhteeseen raskausaikana ei siinä ollut keskitytty juuri mitenkään. Etsiessä kirjallisia lähteitä löytyi

isille tarkoitettuja oppaita paljon, mutta varsinaisesti isien muutoksista raskausaikana ei tutkittua tietoa löytynyt paljoa. ”Isien oppaiden” kirjoittajina olivat ihmiset, joilla ei ole terveydenhuoltoalan koulutusta ja siksi en käyttänyt niitä varsinaisina lähteinä työssäni. Parisuhteen muutoksista raskausaikana löytyi vain vähän kirjallisuutta. Ne lähteet mitä löysin, keskittyivät suuresti seksuaalielämän muutoksiin, varsinkin yhdyntään raskausaikana, mikä on ihmeellistä, koska yhdyntä ei ole kuin yksi seksuaalisuuden osa-alue.

Kun olin saanut opinnäytetyöni tulostusta vaille valmiiksi, oli heti muutaman päivän päästä Tehy-lehdessä mainos, jossa mainostettiin uutta perhevalmennus-kirjaa, joka on Suomen ensimmäinen laaja opas perhevalmennuksesta. Kirjan ilmestyy toukokuun lopussa 2009. Tämän kirjan käyttö opinnäytetyötä tehdessä olisi ollut varmasti hyödyllinen.

Synnytys on jokaiselle naiselle ainutlaatuinen ja erilainen kokemus, jota ei etukäteen pysty valmiiksi suunnittelemaan. Perhevalmennuksessa annettava tieto auttaa naista ja hänen puolisoaan saamaan kokonaiskäsityksen synnytyksen kulusta, synnytyksessä käytettävistä kivunlievitysmenetelmistä ja mahdollisista synnytysoperaatioista.

Tulevaisuudessa voitaisiin perhevalmennustuntien hyödyllisyyttä tarkastella joko koko perheen, odottavien äitien tai heidän puolisoitensa kannalta. Aiheeseen liittyen voisi tehdä esimerkiksi kyselykaavakkeen jota käyttää perhevalmennuksessa käyneillä pareilla. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lastenhoitotuntiin toivottiin Teuvalla PowerPoint -esitystä, joten sen teko olisi hyödyllinen jatkossa. Perhevalmennuksen sisältö ja pitotapa vaihtelevat paikkakunnittain. Valmennusta voisi tutkia muutaman paikkakunnan välillä ja tehdä tuloksista yhteenvedon, josta paikkakuntakohtaiset erot näkyisivät. Tuleville vanhemmille suunnattu esite raskausajan muutoksista naisessa, miehessä ja parisuhteessa olisi myös tarpeellinen ja sellaisen voisi kehittää esimerkiksi opinnäytetyönä.

LÄHTEET

- Aitokallio-Tallberg, A. & Pakarinen, P. 2005. Voimakas raskaudenaikainen pahoinvointi. *Duodecim* 121 (13), 1435-1436.
- Chamberlain, G., Gibbins, C. & Dewhurst, S.J. 1988. *Obstetrics*. Hong Kong: Imago Publishind Ltd.
- Chantry CJ., Howard, R. & Auinger, P. 2006. Full Breastfeeding Duratation and Assosiated Decrease in Respiratory Tract Infection in US Children. *Pediatrics* 117 (2), 425- 432. Luettu 18.2.2009. Saatavissa <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/117/2/425>
- Couvade syndrome. Luettu 12.2.2009. Saatavissa <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Couvade+Syndrome>
- Ekbland, U. 2008. Synnytys. Teoksessa Kunnamo, I., Alenius, H., Hermanson, E., Jousimaa, J-P., Teikari, M. & Varonen, H. (toim.) *Lääkäriin käsikirja*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 991.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. *Nainen hoitotyön asiakkaana*. Helsinki: WSOY.
- Haapio, S. 2007. Perhe- ja synnytysvalmennus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P., & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 201-202.
- Hannula, L. 2003. Imetysnäkömökset ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisen synnyttäjien seurantatutkimus. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Hannula, L. 2007. Kätilötyö ja imetys. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P., & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 303-308.
- Hasunen, K. & Ryytänen, S. 2006. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2005:19.
- Hirvonen, H. 2002. *Isä syntymässä. Vauvan odotus, syntymä ja hoito*. Helsinki: Tammi.
- Horta, B., Bahl, R., Martinés, J. & Victora, C. 2007. Evidence on the long term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses. World Health Organization. Luettu 18.2.2009. Saatavissa http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf
- Jaakola, M-L. & Alahuhta, S. 2006. Obstetrinen analgesia ja anestesia. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 530-537.
- Kaila-Behm, A. 1997. *Miehestä esikoisen isäksi*. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet 49.

Kaila-Behm, A. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Isät asiakkaina. Teoksessa Perhehoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo, WSOY- kirjapainoyksikkö, 181.

Kalso, E. 2006. Kivun lievitys. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 879.

Kaplan, A. 2006. Teoksessa Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A. & Nissen, E. (toim.) Lärobok för barnmorskor. 2. painoa. Lund: Studentlitteratur, 111-112.

Kivunlievitys ja muita synnytystoimenpiteitä sairaaloittain 2004–2005. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2006. Stakes. Luettu 31.5.2008. Saatavissa <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/kivunlievitystaulukot.htm>

Koski, K., Koskinen, K., Keskinen, S. & Martikainen, K. 2007. Imetys, yhteisen matkamme alku. Suomen kättilöliitto.

Koskinen, K. 2008 Imetysohjaus. Helsinki: Edita.

Köykkä, M. Kättilö/terveydenhoitaja. 2008. Haastattelu 29.4.2008. Haastattelija Riskula, N. Teuvan kunta. Äitiysneuvola.

Köykkä, M. Kättilö/terveydenhoitaja. 2009. Haastattelu 17.2.2009. Haastattelija Riskula, N. Teuvan kunta. Äitiysneuvola.

Laanterä, S. 2006. Imetysohjaus perhevalmennuksessa terveydenhuollon asiantuntijoiden kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradututkielma.

Lindholm, M. 2007. Äitiysneuvolatyön järjestelmä. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 36-37.

Liukkonen, A., Heiskanen, P., Lahti, A. & Saarikoski, S. 1998. Synnytyskivun lievittäminen. Tampere: Tammer Paino Oy.

Markkula, T. 2007. Raskausajan mahdollisia muutoksia elimistössä. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 71-73.

Meille tulee vauva. 2008. Opas vauvan odotukseen ja hoitoon. 27. laitos. Stakes. Helsinki: Erikoispaino Oy.

Michaelsen, K.F., Weaver, L., Branca, F. & Robertson, A. 2003. Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries. Luettu 15.4.2008. Saatavilla http://www.euro.who.int/document/WS_115_2000FE.pdf

Niemelä, M. 2006. Hyvinvointia vauvalle ja äidille. Imetysopas. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Norwitz, E. & Schorge, J. 2006. Obstetrics & Gynaecology at a Glance. Blackwell Publishing Ltd.

Otronen, K. 2007. Imetys ja imetysohjaus neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 194-199.

Puustinen, R. 2009. Synnytysanalgesia. Anestesiologian luento. 13.1.2009. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Tampere.

Raussi-Lehto, E. 2007. Syntymän hoito. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P., & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy, 198-263, 327.

Rautaparta, M. 2008. Hengitys, raskaus ja synnytys. Kätilölehti (2) 2008, 61-62.

Saamme vauvan. 2008. Odottavan perheen opas. 9. painos. Mannerheimin lastensuojeluliiton Hämeen piiri. Tampere: PunaMusta.

Saarikoski, S. 1998. Synnytyskivun lievittäminen lääkkein. Teoksessa Liukkonen, A., Heiskanen, P., Lahti, A. & Saarikoski, S. Synnytyskivun lievittäminen. Helsinki: kirjayhtymä Oy, 132-136.

Saisto, T. & Halmesmäki, E. 2003. Keisarileikkauksen riskit. Duodecim 119 (7), 593-598.

Sariola, A. & Haukkamaa, M. 2008. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset 4. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 318-334.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17.

Stuebe, A., Rich-Edwards, J., Willett, W., Manson, J. & Michels, K. 2005. Duration of Lactation and Incidence of Type 2 Diabetes. Journal of the American Medical Association 294 (20), 2601-2610. Luettu 17.2.2009. Saatavissa <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/294/20/2601?ijkey=d1b4761cd051a1961e6b4363fb2edc7f66b9db3d>

Tilastotietoja Teuvasta. 2008. Luettu 16.2.2009. Saatavissa http://www.teuva.fi/e/site?node_id=7

Uotila, J. 2007. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy, 490-500.

Uotila, J. & Tuimala, R. 2008. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset 4. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 493.

Viisainen, K. 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. Luettu 10.4.2008. Saatavissa http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/Muut/op34_1999.pdf

Viitanen, H., Mäki-Valkama, T. & Porthan, L 2006. Synnytyskivun lievitys Seinäjoen keskussairaalan synnytysosastolla. Seinäjoki: Seinäjoen Painohalli Oy. Saatavissa <http://www.epshp.fi/kotisivu/synn/synosasto/kivunlie.htm>

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Väyrynen, P. 2007. Raskaudenajan muutokset. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy, 147-181.

Yli-Korkala, O., 2008. Hypermeesi. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset 4. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 406.