



LÄÄKKEETÖN KIVUNLIEVITYS SYNNYTYKSEN HOIDOSSA

Annimajja Rintanen

Nella Saviahde

Opinnäytetyö
Joulukuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyö

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto
ANNIMAIJA RINTANEN & NELLA SAVIAHDE:
Lääkkeetön kivunlievitys synnytyksen hoidossa

Opinnäytetyö 61 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Joulukuu 2014

Kättilötyön olennainen osa synnytyksen hoidossa on synnyttäjän kivun hoito. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja kuvata aikaisemman kirjallisuuden pohjalta synnytyksen hoidossa käytettäviä lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä. Lisäksi olemme selvittäneet tutkimusten pohjalta millaisia muita vaikutuksia lääkkeettömillä kivunlievitysmenetelmillä on synnytyksessä. Tavoitteena on lisätä kättilöiden sekä alaa opiskelevien tietoutta näistä menetelmistä, jotta he voivat työssään antaa asianmukaista ja hyvää hoitoa. Tietoa on haettu alan kirjallisuudesta sekä eri tietokannoista kirjallisuuskatsauksen keinoin. Tiedon jäsentelyssä on käytetty teoriapohjaista sisällönanalyysiä. Työ on kuvaileva kirjallisuuskatsaus.

Teoriatietoa koottiin alan julkaisuista ja niiden tueksi valitsimme tietokantakatsauksen kautta 12 tutkimusta tai artikkelia. Tutkimusnäytön etsimisessä ja analysoinnissa käytimme apuna systemaattisen katsauksen vaiheita. Tutkimustulokset olivat moniselitteisiä ja ristiriitaisia. Tutkimisen haastavuutta lisää tutkimusryhmien vaikea satunnaistettavuus, jolloin tulosten validiteetti kärsii. Tulosten pohjalta vankin näyttö oli akupunktion sekä vesiterapian positiivisesta vaikutuksesta kivunlievityksessä. Näiden menetelmien käyttö vähensi joidenkin tutkimusten mukaan myös lääkkeellisten menetelmien käyttöä. Aquarakkuloiden tehosta on ristiriitaisia tuloksia, eikä vahvaa tutkimusnäyttöä ole riittävästi selkeiden johtopäätösten tekemiseen. Kuitenkaan aquarakkuloista ei ole havaittu olevan haittavaikutuksia. Ihon läpäisevä elektroninen sähköstimulaatio (TENS) ei vähennä synnytyskipua, mutta sen avulla synnyttäjä voi kokea hallinnan tunteen säilyvän itsellään. Tutkimusnäytön mukaan konntausasento synnytyksen aikana vähentää synnyttäjän selkäkipua ja tukee sikiön rotaatiota takaraivotarjontaan. Kättilön ja synnyttäjän välinen luottamuksellinen ja turvallinen hoitosuhde on avainasemassa kivunlievityksessä ja positiivisen synnytyskokemuksen syntymisessä.

Kättilö toimii synnyttäjän puolestapuhujana synnytyksen aikana. Kättilön tulee ohjata ja toteuttaa synnyttäjän toivomaa kivunlievitystä. Synnytyksen hoidon ammattilaisena kättilön tulee tietää kivunlievitysmenetelmien perusteet ja toteutus. Kirjallisuuskatsauksen perusteella lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien tehoa ja vaikutuksia on tutkittu ulkomailla jonkin verran, mutta tutkimusnäyttö on ristiriitaista ja jopa epäluotettavaa. Suomalaisia tutkimuksia aiheesta ei ole, vaikka lääkkeettömien menetelmien käyttö on lisääntynyt viime vuosina. Aiheesta tarvittaisiin enemmän luotettavaa ja vankkaa tutkimusnäyttöä. Psykologinen vaikutus on mahdollisesti tärkeässä roolissa lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien toimivuudessa. Kättilön tulee kuitenkin työssään kunnioittaa ja tukea synnyttäjän omia valintoja.

Asiasanat: synnytyskipu, kivunhoito, lääkkeetön kivunlievitys

ABSTRACT

Tampereen Ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Nursing and health care
Midwifery

ANNIMAIJA RINTANEN & NELLA SAVIAHDE:
Non-pharmacological pain relief during labour
Descriptive review

Bachelor's thesis 61 pages, appendices 6 pages
December 2014

An important part of midwifery during labour is to relieve parturient's pain. The aim of this study is to explain and picture the non-pharmacological ways to relieve pain using former literature and studies. The purpose is to increase the knowledge among midwives and midwifery students. Another purpose is to bring out the newest research material of these methods.

This study is a descriptive review. We have used already existing literature to describe the most common non-pharmacological pain relief techniques. To find and analyze the existing research material we used systematic search process.

The research findings are somewhat conflicting and equivocal. There is evidence that acupuncture and hydrotherapy has relaxing and pain relieving effect and it also has a decreasing influence in using pharmacological analgesia. Intensive support from doula or midwife has also more or less effect in using pharmacological methods. There are no solid evidence that show pain relieving functionality of TENS and intracutaneous water injections.

This kind of research is hard to randomize and that is why the findings are not highly reliable. The psychological effect may have a remarkable impact on how these non-pharmacological methods work. Midwife needs to bear that in mind when suggesting these methods. She also needs to respect and support women's own opinion.

Key words: labor pain, non-pharmacological analgesia

SISÄLLYS

1	Johdanto.....	6
2	Synnytys	8
2.1	Avautumisvaihe	8
2.2	Ponnistusvaihe	9
2.3	Jälkeisvaihe	9
3	Synnytyskipu	11
3.1	Kivun fysiologia	12
3.2	Kipu synnytyksen eri vaiheissa.....	12
4	Tavoite, tehtävät & tarkoitus	15
5	Opinnäytetyön toteuttaminen	16
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	16
5.1.1	Tutkimusnäytön systemaattinen hakuprosessi	17
5.2	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tässä opinnäytetyössä.....	18
6	Akupunktio.....	20
6.1	Tutkimusnäyttö akupunktioista synnytyskipun hoidossa	22
7	Asentohoito ja liikkuminen	24
7.1	Tutkimusnäyttö asentohoidosta synnytyskipun hoidossa	25
8	Kosketus & hieronta	27
8.1	Kosketus.....	27
8.2	Hieronta	28
9	Hengitys.....	30
10	Vesi.....	32
10.1	Tutkimusnäyttö vedestä synnytyskipun hoidosta	33
11	Aquarakkulat	34
11.1	Tutkimusnäyttö aquarakkuloista synnytyskipun hoidossa	34
12	Hoitosuhde.....	36
13	Doula	37
13.1	Tutkimusnäyttö doulatuesta synnytyskipun hoidossa.....	38
14	TENS	39
14.1	Tutkimusnäyttö TENSistä synnytyskipun hoidossa	39
15	Muut menetelmät.....	41
15.1	Vyöhyketerapia	41
15.2	Aromaterapia	43
15.3	Homeopatia	45
16	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	46
16.1	Opinnäytetön eettisyys.....	46

16.2 Johtopäätökset.....	47
LÄHTEET	51
LIITTEET	55

1 Johdanto

Kipu kuuluu osaksi normaalia, luonnollista synnytystä. Kipu viestii raskaana olevalle naiselle synnytyksen käynnistymisestä ja ohjaa häntä hakeutumaan synnytyksen kannalta turvalliseen ympäristöön, kuten synnytyssairaalaan. Mikäli synnyttäminen olisi täysin kivutonta, voisi synnytys tapahtua yllättäen, esimerkiksi keskellä arkisia toimia. Turvallisessa ja osaavassa ympäristössä synnyttäminen turvaa äidin ja syntyvän lapsen hyvinvointia. Synnytyskipun luonne muuttuu synnytyksen eri vaiheiden aikana, mikä ohjaa synnyttäjää erilaisiin asentoihin, jolloin synnyttäjän oma keho toimii suotuisasti synnytyksen kulkua edistäen. Kipu auttaa äitiä keskittymään myös tulevaan synnytystapahtumaan. (Aitasalo 2013; Haapio ym. 2009, 129.)

Kätilön toimintaa ohjaavat taustalla olevat normit, ohjeet ja suositukset, mutta jokainen potilassuhde on ainutlaatuinen. Ammattihenkilökunta sekä tukihenkilöt tukevat synnyttäjää synnytyksen aikana ja jakavat synnytyskokemuksen hänen kanssaan. Kätilön rooli synnytyksen hoidossa on tarjota ammattiapua, tietoa ja tukea. (Rouhe ym. 2013, 53-54.) Synnytyksen hoitoon kuuluu oleellisesti myös synnyttäjän kivun hoito. Kätilön tulee tarjota synnyttäjälle kivunlievitystä ja äidin toivetta kivunlievityksestä tulee toteuttaa. Synnytyskipua voidaan hoitaa sekä lääkkeellisin että lääkkeettömin menetelmin. Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät eivät sisällä lääkeaineita. (Tiitinen 2013.) Terveystieteiden ja hyvinvointilaitoksen (THL) tuoreen tilastokatsauksen mukaan vuonna 2013 synnyttäneistä 92 % sai jotain kivunlievitystä synnytyksen aikana. Ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä vuonna 2013 sai joka kolmannes (32,2 %). Vuonna 2006 vain alle joka viides synnyttäjät (19,8 %) käytti ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä. Tämä kertoo lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käytön lisääntymisestä synnytyskipun hoidossa. (THL 2014)

Tämän opinnäytetyön aihe on tarpeellinen ja ajankohtainen, sillä lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käytöstä ja toimivuudesta on vain vähän suomalaista tietoa. Koska kätilöt ovat synnytyskipun hoidossa avainasemassa, tulee heidän hallita tämänhetkinen tieto kivunlievitysmenetelmien käytöstä ja toimivuudesta, jotta synnyttäjän saama tieto on luotettavaa ja näyttöön perustuvaa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on lisätä sekä kättilöiden että alaa opiskelevien tietotaitoa lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. Työ on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, jonka avulla olemme selvittäneet yleisimmin käytettyjen lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttöä, tehokkuutta ja niiden muita mahdollisia vaikutuksia synnytykseen. Olemme käsitelleet kirjallisuudessa ja työelämässä esiin tulleita menetelmiä, joista olemme lisäksi etsineet kansainvälistä tutkimustietoa teoriamme tueksi. Opinnäytetyössä on käytetty sekä ”lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät” että ”ei-lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät” termejä.

2 Synnytys

Kyseessä on täysiaikainen synnytys, kun raskaus on kestänyt 37 viikkoa. Yliaikaisesta synnytyksestä puhutaan, jos raskauden kesto ylittää 42 viikkoa. Synnytys jaetaan kolmeen eri vaiheeseen, joista ensimmäinen on avautumisvaihe, toinen ponnistusvaihe ja kolmas jälkeisvaihe. Normaalisti synnytys voi käynnistyä supistuksilla tai lapsiveden menolla. Jos synnytys etenee normaalisti, ei sen kulkuun tarvitse puuttua. Synnytyksen hoitaa normaalisti kätilö, mutta mikäli synnytys vaatii toimenpiteitä, mukana on myös synnytyslääkäri. Suomessa synnytykset hoidetaan mahdollisten riskitilanteiden vuoksi yleensä sairaalassa. (Tiitinen 2013.) Noin 80 % synnyttäjistä synnyttää alateitse. Alateitse synnyttäessä äidin lantion ja sikiön koon tulee olla sopivassa suhteessa toisiinsa nähden. Lisäksi synnyttäjän tulee olla motivoitunut ja yhteistyökykyinen alateitse synnyttäessä. Alateitse synnyttäminen on luonnollisin tapa sekä äidille että sikiölle. (Ihme & Rainto 2014, 290.)

Synnytys voi olla joko säännöllinen tai epäsäännöllinen. Säännöllinen synnytys etenee alusta loppuun ilman komplikaatioita, kun taas epäsäännöllinen synnytys tarkoittaa, että synnytykseen joudutaan puuttumaan (esimerkiksi imukuppi) tai se käynnistyy ennenaikaisesti. Myös jälkeisvaiheen poikkeavuus voi tehdä synnytyksestä epäsäännöllisen. Yleisimmät syyt keisarinleikkaukselle ovat sikiön tarjontavirheet, synnytyksen pysähtyminen, sikiön ahdinko, synnyttäjän ylipaino tai sikiön koon ja äidin lantion epäsuhta. (Ihme & Rainto 2014, 291.)

2.1 Avautumisvaihe

Avautumisvaihe eli synnytyksen ensimmäinen vaihe katsotaan alkaneeksi, kun supistukset ovat säännöllisiä ja kohdunsuu on auki 2-4 cm. Avautumisvaihe saattaa kestää useita tunteja, mutta vaihtelu on suurta. Ensisynnyttäjillä avautumisvaihe on usein pidempi kuin uudelleensynnyttäjillä. Avautumisvaiheen aikana kohdunsuu avautuu täysin eli 10 cm. Tällöin myös sikiön tarjoutuva osa laskeutuu lantion pohjalle. (Tiitinen 2013.) Kohdunsuu avautuu noin senttimetrin tunnissa (Raussi-Lehto 2012, 236).

Avautumisvaiheen aikana kätilön tehtävä on hoitaa synnyttäjää, helpottaa synnytyskipua, huolehtia perustarpeista ja olla läsnä. Kätilö huolehtii synnyttäjän ravitsemuksesta,

virtsaamisen onnistumisesta sekä auttaa ja ohjeistaa synnyttäjää löytämään sopivan asennon eri synnytyksen vaiheissa. Avautumisvaiheessa kättilön tuki ja läsnäolo ovat korvaamattoman tärkeitä. Synnyttäjän ja sikiön voinnin tarkkailu kuuluvat myös olennaisesti avautumisvaiheen kättilötyöhön. Kättilö tarkkailee synnytyksen etenemisen lisäksi myös säännöllisesti äidin verenpainetta sekä pulssia ja lämpöä. Sikiön vointia seurataan sykekäyrän avulla. Lisäksi huomioidaan sikiön liikkeet ja lapsiveden väri. Avautumisvaihe päättyy, kun kohdunsuu on täysin avautunut ja tarjoutuva osa laskeutunut lantion pohjalle ja äiti tuntee tarvetta ponnistaa. (Raussi-Lehto 2009, 236-240; Tiitinen 2013.)

2.2 Ponnistusvaihe

Avautumisvaihetta seuraa ponnistusvaihe, joka päättyy lapsen syntymään. Ponnistusvaiheen alkaessa äidille tulee kova tarve ponnistaa. Ponnistusvaiheen alkaessa kättilön tulee tarkistaa kohdunsuun avautuminen, sikiön pään sijainti ja asento sekä varmistaa, että tarjoutuva osa on näkyvässä. Oikean ponnistusajankohdan huomioiminen on tärkeää, jotta synnyttäjän voimat riittävät läpi ponnistusvaiheen. Synnyttäjälle sopivan ponnistusasennon valmistelu tulee myös aloittaa ponnistusvaiheen alussa. (Raussi-Lehto 2012, 253-254.)

Lapsi syntyy äidin ponnistaessa supistuksen yhteydessä, jolloin kättilö tukee välilihaa repeämisen välttämiseksi. Kun kättilö saa otteen lapsen leuasta, voi synnyttäjä lopettaa ponnistamisen. Kättilö auttaa lapsen hartiat ja vartalon ulos. Ponnistusvaihe voi kestää muutamasta minuutista muutamaan tuntiin. Mikäli ponnistusvaihe venyy liian pitkäksi, voidaan sitä joutua jouduttamaan esimerkiksi imukupin avulla. (Raussi-Lehto 2012, 256-258; Tiitinen 2013.)

2.3 Jälkeisvaihe

Jälkeisvaihe on synnytyksen kolmas ja viimeinen vaihe, jolloin jälkeiset eli istukka, napanuora ja sikiökalvot syntyvät. Lapsen synnyttyä äidille voidaan antaa kohtua supistavaa lääkettä suonensisäisesti tai lihakseen, jolla pyritään lyhentämään jälkeisvaiheen kestoa ja ehkäisemään mahdollisesti runsaitakin vuotoja. Mitä enemmän kohtu supistelee, sitä nopeammin istukka yleensä syntyy. Useimmiten jälkeisten syntyminen tapahtuu siten, että äiti ponnistaa supistuksen aikana. Tarvittaessa kättilö voi auttaa kevyesti na-

panuorasta ohjaamalla. (Raussi-Lehto 2012, 262-293.) Istukka syntyy noin tunnin kuluessa lapsen syntymästä. Joskus istukka joudutaan irrottamaan kaavinnassa käsin, mikä edellyttää anestesiaa. (Tiitinen 2013.)

3 Synnytyskipu

Kipu kuuluu olennaisesti synnytykseen ja kivun voidaankin ajatella olevan yksi synnytyksen sivuvaikutuksista. Tutkimusten mukaan useimmat synnyttäjät kokevat synnytyksen aikana kovaa tai jopa sietämätöntä kipua. Toisilla synnytys voi tutkimusten mukaan olla lähes täysin kivuton. Koska synnytys on luonnollinen tapahtuma, täytyy sen etene-
misen eteen tehdä töitä. Kuten voimaharjoittelussakin, lihakset väsyvät työskennellessään kovasti, jolloin lihaksissa tuntuu kipua. Kohtulihak on massaltaan yksi elimistön suurimmista lihaksista, joten sen työskennellessä kovasti synnytyksen yhteydessä, kivun tunteminen on lähes välttämätöntä. Synnytys on kova ruumiillinen suoritus, joten synnytyskiput ovat täysin normaali seuraamus tästä kovasta työskentelystä. (Croft 2011, 20; Nuutila & Sarvela 2009, 1881.)

Synnytyskipun kokeminen on täysin yksilöllistä ja siihen vaikuttavat useat eri tekijät. Nämä tekijät voivat olla fysiologisia, anatomisia tai psykologisia. Yleisesti synnytyskipun voimakkuuteen vaikuttaa äidin vointi, sikiön koko suhteessa äidin lantioon sekä synnytyksen luonne. Myös synnytyspelko saattaa vaikuttaa merkittävästi äidin kokemukseen kivun määrästä. Äidin mielialalla, motivaatiolla ja suhteella puolisoon tai tukihenkilöön on myös todettu olevan vaikutuksia kivun tuntemiseen. (Nuutila & Sarvela 2009, 1881; Raussi-Lehto 2012, 244.)

Kätilötyön haasteena on erottaa synnytykseen normaalisti kuuluva kipu jollain tavalla synnytyskomplikaatioon viittaavasta kivusta. Normaalille synnytyskipulle on tyypillistä sen rytmisyys; kipuhuiput ilmenevät samaan aikaan supistuksen kanssa. Tällöin supistusten välinen aika on kivuttomampaa. Normaalista synnytyskipusta poikkeava kipu voi olla viesti esimerkiksi istukan ennenaikaisesta irtoamisesta tai uhkaavasta kohdun repeämisestä. Erottaakseen normaalin ja epänormaalin kivun toisistaan, kätilö tarkkailee kivun laatua, sijaintia ja yhteyttä supistuksiin. (Raussi-Lehto 2012, 246.) Kätilö voi käyttää kivun arvioinnissa apunaan VAS (Visual Analogue Scale) -kipujanaa, NRS (Numeral Rating Scale) -asteikkoa tai sanallista luokittelua (esim. ei kipua – pahin mahdollinen kipu). Asteikkojen käyttö helpottaa kätilöä arvioimaan synnyttäjän todellista kipua ali- tai yliarvioimatta sitä. Lisäksi kirjaaminen helpottuu, kun vastaus on konkreettinen (Sarvela 2009).

3.1 Kivun fysiologia

Kivun kokeminen on hyvin yksilöllistä. Kivun alkusyynä on jokin kohde-elimessä syntyvä ärsyke, joka välittyy elimessä olevista reseptoreista hermosyiden ja välittäjäaineiden avulla keskushermostoon. Kemialliset aineet, jotka vapautuvat kipukohdasta, herkistävät hermopäätteet ja välittävät impulssin selkäyttimeen. Selkäytimestä impulssi jatkaa matkaa väliaivoihin, jossa kipuaistimus syntyy. Aivokuoressa taas määritetään kivun laatu, sijainti sekä voimakkuus. Keskushermoston omat kipuradat säätelevät ärsykeiden etenemistä, joten on mahdollista, että jokin kivulias ärsyke jää joskus tiedostamatta. Endorfiinit voivat morfiinin lailla estää kipuimpulssien kulkua kipuratoja pitkin. (Liukkonen ym. 1998, 25; Hamilton 2007, 474.)

Kipu vaikuttaa sympaattisen hermoston toimintaan, joka voi nostaa syketaajuutta ja verenpainetta sekä lisätä adrenaliinin eritystä elimistössä. Myös veren glukoosipitoisuus voi nousta. Verenkierron tehostuminen aiheuttaa hikoilua, jolloin elimistö menettää nesteitä. (Hamilton 2007, 474).

3.2 Kipu synnytyksen eri vaiheissa

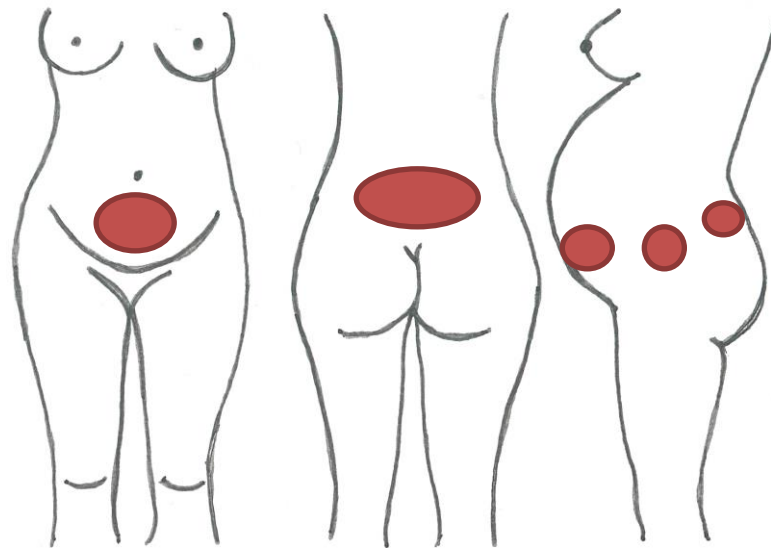
Avautumisvaiheen alussa kipu saattaa olla vähäistä, vaikeasti paikannettavaa jomotusta, sillä supistukset eivät ole vielä voimakkaita. Avautumisvaiheessa kipu alkaa usein alaselästä, vatsalta ja kyljistä. Siirryttäessä avautumisvaiheessa pidemmälle supistukset alkavat olla kivuliaita ja kouristavampia. Tällöin kohdunsuu on yleensä auki noin 3 cm. Avautumisvaiheen lopulla kivut lisääntyvät entisestään supistusten, lantion luukalvojen ja kohdun ligamenttien venyttymisestä, tällöin kipu paikallistuu emättimen ja välilihan alueelle. Synnytyskivut saattavat pahentua myös lapsiveden mentyä, silloin puhjenneet sikiökalvot erittävät prostaglandiineja, jotka lisäävät kohdun supisteluherkkyttä. Liiallinen tai hallitsematon kipu avautumisvaiheen aikana saattaa vähentää supistusten määrää ja näin hidastaa synnytyksen etenemistä. (Liukkonen ym 1998, 28-29; Raussi-Lehto 2009, 244.)

Ponnistusvaiheessa lantion luukalvot ja kohdun ligamentit venyvät entisestään sikiön tarjoutuessa alaspäin, mikä lisää kivuntunnetta emättimen ja välilihan alueella. Kipu

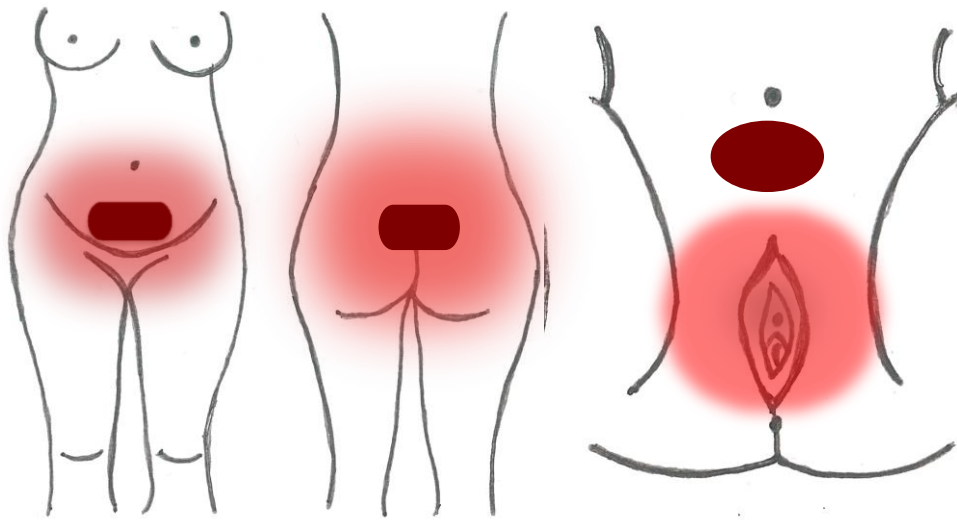
saattaa edelleen säteillä vatsalla, selässä ja tuntua myös reisissä ja pakaroissa. Ponnistusvaiheen lopussa kudosten venyminen aiheuttaa kipua myös virtsarakossa ja virtsaputkessa sekä peräsuolella. Jälkeisvaiheessa supistukset ovat yleensä kivuttomampia kuin avautumisvaiheessa. Mahdolliset repeämät tai episiotomia ommellaan kiinni jälkeisvaiheen aikana. (Liukkonen ym. 1998, 29-30; Raussi-Lehto 2012, 245.)

Liian voimakas kipu voi olla haitallista sekä äidille ja sikiölle. Kivun tunne nostaa pulssia, kohottaa verenpainetta, tihentää hengitystä ja jännittää lihaksia. Tiheä hengitys saattaa johtaa hyperventilaatioon, joka voi aiheuttaa äidin ja sikiön hapenpuutetta. Katekoliamiinien (esim. adrenaliini, noradrenaliini) runsas erittyminen saattaa supistaa kohdun verisuonistoa, jolloin sikiön hapensaanti saattaa entisestään heikentyä. Tällöin kivunlievitys on avainasemassa synnytyksen hoidossa. (Liukkonen ym. 1998, 27; Nuutila & Sarvela 2009, 1882.)

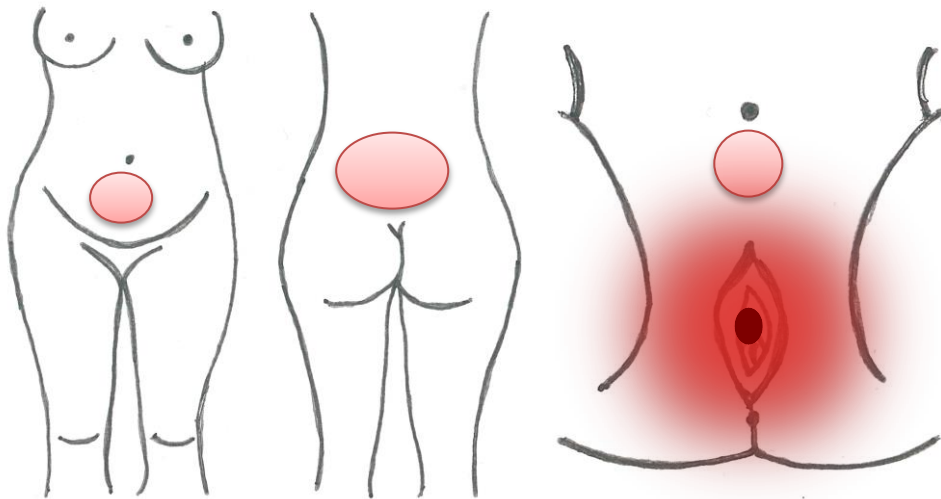
Kivun sijainti avautumisvaiheessa



Kivun sijainti ponnistusvaiheessa



Kivun sijainti jälkeisvaiheessa



Kuva 1. Kivun sijainti synnytyksen eri vaiheissa. (mukaiillen Paananen ym. 2006, 245)

4 Tavoite, tehtävät & tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selittää ja kuvata kirjallisuuden pohjalta millaisia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä synnytyskivun hoitoon on olemassa. Lisäksi haluamme tuoda esille uusimpien tutkimusten näkökulmia ja tuloksia näiden menetelmien toimivuudesta kivunhoidossa ja niiden vaikutuksista synnytykseen.

Opinnäytetyön tehtävät

1. Lisätä tietoutta lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä synnytyksen hoidossa.
2. Selvittää, miten ja missä vaiheessa synnytystä lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä käytetään.
3. Selvittää, millaisia vaikutuksia lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käytöllä on synnytyksen hoitoon ja synnytyskokemukseen

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä kätilöiden ja alaa opiskelevien tietotaitoa lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä, jotta alan ammattilaiset osaavat antaa ajankoh- taista ja luotettavaa tietoa sekä osaavat käyttää lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja synnytyksen hoidossa.

5 Opinnäytetyön toteuttaminen

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kerätä tietoa joltain ennalta rajatulta alueelta ja näin vastata tutkijan määrittelemään tutkimusongelmaan. Lisäksi sen tarkoituksena on saada aikaan suosituksia tai ohjeita, joiden avulla voidaan parantaa olemassa olevia käytäntöjä. (Tuomi 2008, 83). Jotta kirjallisuuskatsaus voidaan toteuttaa, täytyy tutkittavasta asiasta olla olemassa jo tutkittua tietoa (Leino-Kilpi 2007, 2). Kirjallisuuskatsauksen avulla tutkijalle avautuu mahdollisuus jo olemassa olevien tutkimusten kokonaisuuden hahmottamiseen. Kirjallisuuskatsaus voidaan tehdä jopa vain muutaman tutkimuksen yhteiskäsittelyn pohjalta. (Johansson 2007, 3.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisesti käytetty kirjallisuuskatsaustyyppi. Tämä kirjallisuuskatsaustyyppi ei omaa meta-analyysille ja systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle ominaisia tiukkoja sääntöjä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytetyt aineistot ovat laajoja. Aineistojen valintaan eivät vaikuta tarkat metodiset säännöt. Kun halutaan kuvata erityisen laajasti ja monipuolisesti tutkittavaa aihetta, voidaan käyttää integroivaa kirjallisuuskatsausta. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen verrattuna integroiva kirjallisuuskatsaus antaa tutkittavasta aiheesta laajemman kuvan, sillä se ei seulo tutkimusaineistoa yhtä tarkasti. Näin kirjallisuuskatsaukseen mahdollistuu kerättäväksi suurempi otos. Kirjallisuuden tyypit voivat integroidussa kirjallisuuskatsauksessa olla laajemmat kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. (Salminen 2011, 6, 8-9.)

Integroivaan kirjallisuuskatsaukseen kuuluu olennaisesti myös kriittinen tarkastelu. Kriittisyys takaa sen, että katsauksen perustaksi valikoituvat vain tärkeimmät aineistot. Kuten systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, myös integroivassa kirjallisuuskatsauksessa on omat vaiheensa; tutkimusongelman asettelu, aineiston hankkiminen, arviointi, analyysi ja tulkinta sekä tulosten julkistaminen. (Salminen 2011, 9.)

5.1.1 Tutkimusnäytön systemaattinen hakuprosessi

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta ja toistettavuutta kuitenkin lisää sen tarkkaan määrittely tarkoitus sekä tutkimusprosessi. Katsaukseen valittavat tutkimukset analysoidaan ja syntetisoidaan tarkasti. Mukaan pääsevät vain merkitykselliset ja tutkimuksen tarkoitusta tukevat, laadukkaat tutkimukset. Tutkimusprosessi voidaan jakaa useampaan eri vaiheeseen, joista kukin tukee tutkimuksen toistettavuutta. (Johansson 2007, 6.)

Ensimmäinen vaihe sisältää tutkimuksen tarpeen määrittelyn ja tutkimussuunnitelman tekemisen. (Johansson 2007, 6.) Tutkimussuunnitelmaan olennaisesti liittyvien tutkimuskysymysten tulisi olla selkeitä, joihin vastaamalla tuotetaan merkityksellistä tietoa. Kysymykset voivat olla spesifejä tai laajoja. Toisaalta laajat kysymykset on tarvittaessa hyvä jakaa pienemmiksi, yksittäisiksi kysymyksiksi (University of York 2009, 6). Tämän jälkeen valitaan ne menetelmät, joita käytetään kirjallisuuskatsauksen tekemisessä. Näitä menetelmiä ovat esimerkiksi tietokantojen valinta ja niissä käytettävät hakutermit. Lisäksi valitaan ne kriteerit, joilla tutkimukset joko valitaan katsaukseen tai poissuljetaan siitä. Poissulkukriteerit voivat liittyä esimerkiksi tutkimuksen kohdejoukkoon tai tutkimusasetelmaan. (Johansson 2007, 6.) Tutkijan tulee kuitenkin huomioida se, että mikäli valintakriteerit ovat liian tiukat, voi tärkeää tietoa rajautua tutkimuksen ulkopuolelle tai toisin päin. Valintakriteerien järkevä asettaminen tietokantoihin helpottaa tutkimuksen tekemistä ja säästää aikaa. (University of York 2009, 10). Tähän vaiheeseen kuuluu olennaisesti myös tutkimusten laadun arviointi. Tällöin tutkija voi käyttää apunaan erilaisia kriteerejä ja mittareita, joiden avulla tutkimusten laadun arviointi helpottuu. (Johansson 2007, 6).

Seuraavassa vaiheessa tehdään kirjallisuushaku valittujen kriteerien perusteella, jolloin tarkoituksena on löytää niiden pohjalta mahdollisimman kattavasti tutkimustietoa. Kun aineistot on valittu, luetaan ne tarkasti läpi ja kiinnitetään huomiota esimerkiksi tutkimusmenetelmään, populaatioon, luotettavuuteen ja tuloksiin. (Stolt & Routasalo 2007, 58, 62.) Tämän jälkeen jäljelle jäänyt tutkimusaineisto analysoidaan tarkkaan. Analysoinnin avulla tehdään käytetystä aineistosta johtopäätökset ja ne syntetisoidaan. Tarkka kirjaaminen tässä vaiheessa lisää katsauksen ja tulosten luotettavuutta. Syntetisoinnin tulee palvella asetettuja tutkimuskysymyksiä. Syntetisoinnin jälkeen tuloksista tehdyt johtopäätökset julkaistaan - näin tieto leviää. (Johansson 2007, 6; University of York 2009, 14).

TAULUKKO 1. Systemaattisen hakuprosessin vaiheet

Tutustuminen aiheesta aikaisemmin tehtyihin tutkimukseen → Tutkimustarpeen määrittely
Tutkimuskysymysten laatiminen
Hakutermien sekä tietokantojen valinta & Valinta- ja poissulkukriteerien määrittely
Tutkimusten valinta otsikon → abstraktin → sisällön perusteella
Valittujen tutkimusten läpikäynti ja analysointi tutkimuskysymysten pohjalta
Laadun arviointi
Synteesi
Disseminaatio eli tiedon levittäminen

5.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tässä opinnäytetyössä

Tämän opinnäytetyön tiedonhaku tapahtui aikaisempaan kirjallisuuteen tutustuen. Kirjallisuuden tueksi haimme tutkimusnäyttöä systemaattista tiedonhakuprosessia apuna käyttäen. Hakukriteerien päättämisen jälkeen teimme tiedonhakua valituissa tietokannoissa; tiedonhaun eteneminen on kuvattu liitteessä 2 (s. 60-61). Lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttö on Suomessa Terveystieteiden ja Hyvinvointilaitoksen (THL) tilastojen mukaan lisääntynyt, mutta suomalaista tutkimustietoa niiden toimivuudesta ja vaikutuksista on niukasti. Asiaa on kuitenkin ulkomailla tutkittu, joten kirjallisuuskatsaus oli mahdollista toteuttaa. Löydettyä tietoa voi sen niin sanotun yleismaailmallisen pätevyyden vuoksi käyttää myös suomalaisen synnytyskulttuurin tukena. Kun tietoa kootaan systemaattisesti, on mahdollista saada kasaan uutta ja luotettavaa tietoa.

Tutkimusten haku tähän opinnäytetyöhön tehtiin syyskuusta marraskuuhun 2014. Haku tehtiin sähköisesti seuraaviin tietokantoihin CIHNAL, Pubmed sekä Medic. Hakulauseet ovat nähtävissä liitteestä 2 (s. 60-61). Hakulauseita pohdittiin yhdessä Tampereen Ammattikorkeakoulun kirjastoinformaattikon kanssa. Lisäksi teimme haun suomalaisiin tietokantoihin Artoon ja LINDA:an, joissa hakutermeinä käytimme ”lääkkeetön or ei-

lääk* and kivunlievitys or kivunhoito and synnytys”, mutta haut eivät tuottaneet valintakriteereihin sopivia tutkimuksia.

Hakutulokset rajattiin koskemaan synnytyksen aikana käytettyjä menetelmiä. Rajasimme pois hakutuloksista ennen 2004 tehdyt tutkimukset ja artikkelit, mutta useat valitsemamme tutkimukset sisältävät myös vanhempaa tutkimustietoa. Tutkimuksen tai artikkelin tuli olla kirjoitettu suomeksi tai englanniksi. Valitsimme katsaukseemme 12 tutkimusta tai artikkelia (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Systemaattisessa tutkimushaussa valitut tutkimukset ja artikkelit.

Borup, L., Wurlitzer, W., Hedegaard, M., Kesmodel, U. S. & Hvidman, L. 2009.	Acupuncture as Pain Relief During Delivery: A Randomized Controlled Trial
Pearth, K. 2008.	Managing labour pain safely
Weatherspoon, D. 2011.	Current Practices in Easing Discomfort from Labor and Delivery: Alternative and Medical Practices
Gisin, M., Poat, A., Fierz, K. & Frei, I. A. 2013.	Women’s experiences of acupuncture during labour
Bedwell, Carol. 2011.	Why do women use TENS equipment and how effective is it?
Rooks, J. P. 2012.	Labor Pain Management Other than Neuraxial: What Do We Know and Where Do We Go Next?
Baker, K. 2010.	Midwives Should Support Women To Mobilize During Labour
Liu, Y., Liu, Y., Huang, X., Du, C., Peng, J., Huang, P. & Zhang, J. 2014.	A Comparison Of Maternal And Neonatal Outcomes Between Water Immersion During Labor And Conventional Labor And Delivery
Tournaire, M. & Theau-Yonneau, A. 2007.	Complementary and Alternative Approaches To Pain Relief During Labor
Devereaux, Y. & Sullivan, D. H. 2013.	Doula Support While Laboring: Does it Help Achieve a More Natural Birth?
Wong, C. A. 2009.	Advances in Labor Analgesia
Saxena, K. N., Nischal, H. & Batra, S. 2009.	Intracutaneous Injections of Sterile Water over the Sacrum for Labour Analgesia

6 Akupunktio

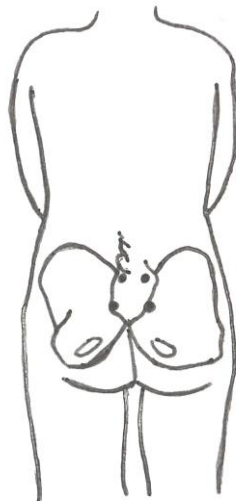
Akupunktion juuret ovat kaukana tuhansien vuosien takaisessa kiinalaisessa lääketieteessä, jolloin kiinalaiset huomasivat tiettyjen sairauksien ja vaivojen aiheuttaman ihoalueiden herkistymisen. Tuolloin huomattiin, että eri ihmisillä samat ihoalueet herkistyivät samoista sairauksista kärsivällä. (Liukkonen, ym. 1998.) Kiinalainen lääketiede eroaa länsimaisesta lääketieteestä niin käsityksiltään kuin keinoiltaan. Sen mukaan ihmisen uskotaan olevan osa maailmankaikkeudellista energiaa Qi:ta, joka virtaa kahden navan Yinin ja Yangin välissä. Kiinalaisen lääketieteen mukaan ihminen tuntee olonsa hyväksi, kun hänessä vallitsee tasapaino ja Qi kulkee tasaisesti napojen välillä. Akupunktiossa käytettävät pisteet määräytyvät meridiaanien mukaan, jotka kuvaavat kehon eri elimiä. Näiden meridiaanien virtauksiin voidaan vaikuttaa pistelyllä. (Saarema 2013, Vainio 2009.)

Akupunktion todellista vaikutusmekanismia ei tarkalleen tunneta. Länsimaisen lääketieteen teoriat akupunktion vaikutusmekanismista perustuvat pitkälti Melzackin ja Wallin porttikontrolliteoriaan ja endorfiinien luonnolliseen stimulaatioon. Akupunktion vaikutusten katsotaan johtuvan hermoärsykkeiden ja keskushermoston välisestä vuorovaikutuksesta. (Silvola 2003, 111-112.) Teorian mukaan aivokuoren kyky ottaa useita impulsseja vastaan on rajallinen, jolloin nopeat impulssit syrjäyttävät hitaammat. Tätä teoriaa kutsutaan porttikontrolliteoriaksi. (Raussi-Lehto 2012, 248.) Kipua lievittävä vaikutus tapahtuu kahdella tasolla. Spinaalitasolla akupunktion uskotaan vaikuttavan voimakkaiden ärsykevirtausten avulla, jotka virtaavat selkäytimen portista takasarveen. Uskotaan myös, että aivojen oikea keskus ja aivorunko osallistuvat tapahtumaan lähettämällä voimakkaita ärsykeitä takasarveen. (Faxelid ym. 2006, 193-194.) Takasarvessa sijaitsee harmaaneste, jossa projektioneuronit sijaitsevat. Nämä neuronit välittävät aivoihin sensorisen impulssin. (Soinila ym. 2006, 48.)

Synnytyslääkäri Grantley Dick-Readin mielestä pelko ja jännitys (”fear-tension-pain”) selittävät osaksi naisten kokemaa kipua synnytyksessä. Akupunktion on arveltu helpottavan kyseistä ”fear-tension-pain” -kierrettä. Tutkimusten mukaan kivunlievityksenä käytetyn akupunktiohoidon lumevaikutus voi olla jopa 30 %. Tutkimusten mukaan akupunktio toimii synnytyskivun lievittäjänä parhaiten, kun se aloitetaan synnytyksen alkuvaiheessa. Akupunktiohoidolla ei ole todettu olevan haittavaikutuksia äidille tai sikiölle eikä sen ole todettu vaikuttavan synnytyksen kulkuun. (Silvola 2003, 111-112.)

Akupunktiohoito on tärkeä aloittaa aikaisessa vaiheessa synnytystä, jotta äiti voi hyödyntää akupunktuurista saatavan rentouttavan vaikutuksen. Kahdesta kolmeen neulaa pistetään raajojen lihaksiin noin 30 minuutiksi, jonka jälkeen ne otetaan pois. Kun synnyttäjä haluaa kivunlievitystä, asetetaan neula paikallisesti kipualueelle, jolla aiheutetaan ”porttiefekti”. Neuloja voidaan laittaa myös raajoihin ja korvanlehteen, riippuen synnyttäjän asennosta. Neulojen paikkaa voidaan muuttaa, jos kipualue muuttuu. Neulat voidaan pitää paikallaan kahdestakymmenestä minuutista useampaan tuntiin. Naisella voi olla kahdesta kymmeneen neulaa kerrallaan. Mieltä rauhoittavat ja rentouttavat akupisteet sijaitsevat korvanlehdessä, pääläella ja käsissä. (Faxelid, ym. 2001, 194.) Korvanlehteen pistäminen voi tuntua vaikealta synnyttäjän kannalta, koska pään pitäminen paikallaan voi olla hankalaa (Liukkonen ym. 1998, 105).

Synnytyksestä johtuvaa selkäkipua voidaan helpottaa pistämällä kahdesta kahdeksaan neulaa lihaksensisäisesti selänojentajalihakseen (m. erector spinae) nikamatasolle L1-S1. Selkään pistettävät neulat voidaan pistää myös ihon alle ja teipata kiinni ihoon, jolloin ne eivät haittaa liikkumista avautumisvaiheen aikana. Tutkimusten mukaan akupunktio edistää myös istukan irtoamista. (Faxelid, ym. 2006, 194.)



Kuva 2. Akupunktiopisteet, joilla voi lievittää selkäkipua. (mukaillen Faxelid ym. 2006, 195.)



Kuva 3. Akupunktiopisteet, joiden käyttö voi rentouttaa synnyttäjää. (mukaiillen Faxelid ym. 2006, 194.)

6.1 Tutkimusnäyttö akupunktiosta synnytyskipun hoidossa

Akupunktion käyttö kivunlievitysmenetelmänä on antanut moniselitteisiä tuloksia. Wallis ym. (1974) totesivat tutkimuksessaan, ettei yksikään kahdestakymmenestäyhdestä synnyttäjistä saanut pätevää kivunlievitystä akupunktiosta. Lyrenas ym. (1999) tutkivat akupunktion vaikutusta synnytyskipuun ja totesivat, että akupunktio ei vähentänyt kipua. Umehin tutkimus (1986) puolestaan osoitti synnyttäjien saaneen hyvän kivunlievityksen VAS-asteikon perusteella. Myös Ramneron ym. (2012) mukaan akupunktioryhmässä olleet kokivat rentoutuneensa merkittävästi enemmän, kuin kontrolliryhmässä olleet. Skillnandin ym. (2002) tutkimustulokset tukevat akupunktion kipualieyttävää vaikutusta. (Tournaire & Theau-Yonneau 2007, 113-114.) Gisinin ym. (2013) haastattelujen pohjalta voidaan todeta, että neulojen pistäminen ei aiheuta lisäkipua synnyttäjälle. Synnyttäjät kuitenkin kokivat paikallaan makaamisen epämiellyttävänä akupunktioneuulojen laiton ajan, etenkin supisten aikana. (Gisin ym. 2013, 252.)

Akupunktion vaikutusta muiden kivunlievitysmenetelmien käyttöön on tutkittu sen kipua lievittävän vaikutuksen ohella. Borupin ym. (2009) tutkimuksessa tulee ilmi, että akupunktiota kivunlievityksenä saaneiden ryhmässä ilokaasun, petidiinin ja aquarakkuloiden käyttö oli selkeästi vähäisempää verrattuna TENS:iä saaneisiin. Akupunktioryhmässä epiduraalipuudutuksen sai 16,9 %, kun sama luku perinteisempiä kivunlievitysmenetelmiä saaneiden ryhmässä oli 21,5%. (Borup ym. 2009, 8-9.) Skandinaavisten tutkimusten (Skillnand ym. 2002, Ramnero ym. 2002, Borup ym. 2009 & Nesheim ym. 2003) sekä iranilaisen tutkimuksen (Hantoushzade ym. 2007) pohjalta

Wong toteaa, että akupunktiota saaneet saivat vähemmän epiduraalipuudutuksia ja oipohjaista kivunlievitystä verrattuna kontrolliryhmiin. (Wong 2009, 144.)

Gisin ym. (2013, 259) pitivät mielenkiintoisena, että kukaan haastatelluista ei ollut itse pyytänyt akupunktiota kivunlievitykseen, vaan päätenyt siihen kätälön ehdotuksesta. Hyvän lopputuloksen saavuttamiseksi akupunktiota harjoittavan ammattilaisen koulutuksella ja kokemuksella on suuri merkitys. Parhaimman avun synnytyskipuun todennäköisimmin tarjoaa akupunktuurin ammattilainen. (Borup ym. 2009, 12.)

7 Asentohoito ja liikkuminen

Asentohoidolla on synnytyksessä ja synnytyskipun hoidossa merkittävä rooli. WHO antoi suosituksen (1996) matalan riskin synnytyksen hoidosta. Sen mukaan kätilön tulisi opastaa ja ohjata synnyttäjää asennon valinnoissa ja liikkumisessa synnytyksen ajan. Jokaisen kokema synnytyskipu on kuitenkin kovin yksilöllistä eikä etukäteen ei voida tietää millainen toiminta auttaa parhaiten synnytyksen aikana. Asentojen vaihtaminen ja liikkuminen synnytyksen aikana edistää verenkiertoa ja lisää hengityksen toimivuutta. Asentojen ja liikkumisen toteuttamisen mahdollisuus riippuu äidin jaksamisesta ja sikiön voinnista. Ennen synnytystä ja siihen valmistautuessa naisen olisi hyvä perehtyä erilaisiin asentoihin ja kokeilla niitä jo kotona. Asentojen tulisi olla sellaisia, että synnyttaja pystyy rentoutumaan ja keskittymään niissä. Asentojen ja liikkumisen apuna synnytyssalissa voidaan käyttää erilaisia apuvälineitä, kuten voimistelupalloa, keinutuolia tai tyynyjä. (Raussi-Lehto 2012, 246; Liukkonen ym. 1998, 73, WHO 1996, 35.)

Synnytyksen aikana kipu ohjaa synnyttäjää menemään asentoihin, joissa synnytyksen eteneminen nopeutuu. Asennot ja liikkeet suojelevat myös sikiötä. Kätilö voi opastaa synnyttävää naista opastamalla häntä hyvään tilanteenmukaiseen asentoon. Sen lisäksi kätilön tulee huolehtia, että synnyttäjän liikkuminen ja lepo ovat sopivassa suhteessa toisiinsa. (Suomen Kätilöliitto) Pystyasento edistää synnytyksen etenemistä, sillä silloin sikiön tarjoutuva osa painaa kohdunkaulaa, jolloin kohdunsuun avautuminen nopeutuu tarjoutuvan osan aiheuttaman paineen vuoksi. Synnyttäjää tulisi kannustaa pystyasentoon sekä avautumis- että ponnistusvaiheessa. Pystyasento on myös supistusten kannalta suositeltavaa, sillä synnytyksen edetessä kohtu voi kallistua eteenpäin, jolloin painovoiman vastus vähenee ja supistukset ovat tehokkaampia. Pystyasento eli omilla jaloillaan seisominen saattaa tukea myös naisen luottamusta pystyvyyteensä synnyttäjänä. Kun ajatukset keskittyvät muuhun ja paineentunne vähenee, kivutkin helpottavat. Samalla, kun paine lantion alueella vähenee, verenkierto kohdussa paranee ja sikiön hapensaanti kasvaa. (Raussi-Lehto 2012, 246; Liukkonen ym. 1998, 74.)

Avautumisvaiheessa synnyttäjän tulee olla mahdollisuuksien mukaan liikkeellä. Lantion liikuttelu pystyasennossa vapauttaa häntäluun liikkuvaksi, jolloin välilihan kudokset antavat helpommin periksi ja repeämisriski pienenee. Synnyttäjän on tärkeää myös levätä ennen ponnistusvaiheen alkamista, jolloin esimerkiksi istuminen tai kylkiasento on suotava vaihtoehto. Istua voi esimerkiksi keinutuolissa, säkkituolilla tai jumppapallon

päällä. Synnyttäjän asentoa voidaan tukea tyynyjen avulla. Kylkimakuu rentouttaa synnyttää ja on hyvä asento, jos synnyttäjä on väsynyt. Jos synnyttäjä kokee ennen aikaista ponnistuksen tarvetta, on hänet hyvä ohjata konttausasentoon. Konttausasennossa ristiselän lihaksisto rentoutuu. Kätilö tai synnytyksessä mukana oleva tukihenkilö voi avustaa synnyttäjää eri asentoihin ja tukea hänen tasapainoaan erilaisissa asennoissa. (Raussi-Lehto 2012, 247; Liukkonen ym 1998, 74-80.)

Vaikka kivunlievityksen tarve usein väheneekin ponnistusvaiheessa, voi synnyttäjä silti helpottaa oloaan erilaisilla asennoilla. Ponnistusvaiheet ovat yksilöllisiä; toiset synnyttävät lapsen muutamalla ponnistuksella yhdessä asennossa, kun taas toiset joutuvat kokeilemaan useita erilaisia ponnistusasentoja ja tekemään työtä lapsen syntymän eteen. (Liukkonen ym 1998, 80.) Itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden toteutumiseksi on synnyttäjällä itsellään mahdollisuus valita asentonsa synnytyksen aikana. Kätilön tulee kuitenkin antaa tietoa eri mahdollisuuksista ja niiden eduista tai haitoista. Synnyttäjän omatoimisuutta voidaan tukea kannustamalla naista etsimään itse parhaimmaksi kokemansa asento. (Pikkarainen ym. 2005, 166-167.)

7.1 Tutkimusnäyttö asentohoidosta synnytyskivun hoidossa

Stremler ym. (2005) tutkivat konttausasennon (All-fours position) vaikutuksia synnytyskipuun verrattuna synnyttäjiin, jotka toteuttivat synnytyksen aikana muita asentoja. Tutkimustulosten mukaan synnytyksen aikainen alaselkäkipu väheni merkittävästi ja tuki sikiön rotaatioita normaaliin takaraivotarjontaan. Takaraivotarjonta on tutkitusti vähemmän kivulias äidille synnytyksen aikana ja edullisempi myös sikiön hyvinvoinnille, verrattuna avotarjontaan. Avotarjonta on Hunterin ym. (2007) mukaan kivuliaampi. Tällöin myös synnytyksen pitkittyminen ja synnytykseen puuttuminen on todennäköisempää. Kuitenkin Hunterin ym. (2007) Cochrane -katsauksen mukaan tarvitaan lisää tutkimuksia, jotta voidaan perustellen sanoa konttausasennon vaikuttavan sikiön tarjontaan. (Baker 2010, 495.)

Aikaisemmat tutkimukset (Flynn ym. 1978; Albers ym. 1997) osoittavat avautumisvaiheen aikana tapahtuvan liikkumisen vaikuttavan narkoottisten lääkkeiden käyttöön synnytyksen aikana. Ensimmäisen vaiheen aikana synnyttäjän liikkeelläolo vähensi näiden lääkkeiden käyttöä. Kipulääkkeillä voi olla vaikutusta sikiön hyvinvointiin, esimerkiksi sykekäyrän muutoksiin, joka voi johtaa synnytyksen kulkuun puuttumiseen (Hill ym.

2003). Lawrence ym. (2009) toteavat katsauksessaan, että pystyasentoja käyttävät synnyttäjät tarvitsevat harvemmin epiduraalipuudutuksen muihin synnyttäjiin verrattuna. (Baker 2010, 492, 494.)

Bakerin (2010) tekemän tutkimusanalyysin mukaan kaiken kaikkiaan tutkimuslöydökset osoittavat, että liikkuminen ja erilaiset pystyasennot synnytyksen ensimmäisen eli avautumisvaiheen aikana, lisäävät äidin hyvinvointia ja voivat edistää synnytyksen kulkua. Katsauksessa käytetyissä tutkimuksissa (Simkin & O'Hara, 2002; Simkin & Bond, 2004; Lawrence ym. 2009) pystyasentoja verrattiin avautumisvaiheen aikana käytettyihin muihin asentoihin ja sängyssä makaamiseen. Lawrencen ym. (2009) mukaan synnytyksen kesto voi lyhentyä jopa tunnilla pystyasennoissa olleilla verrattuna esimerkiksi synnytyssängyssä maanneisiin synnyttäjiin. Samaisen tutkimuksen mukaan ensimmäisen vaiheen pystyasennot tai kävely eivät juuri vaikuta synnytyksen toisen vaiheen kestoon. Kuitenkin De Jongen ym. (2004) ja Guptan ym. (2004) tutkimusten pohjalta avautumisvaiheen aikana toteutettu pystyasento vaikutti edullisesti synnytyksen toisen vaiheen kestoon. (Baker 2010, 494.)

Pystyasentojen vaikutuksista synnytyksen ponnistusvaiheen aikana tapahtuviin repeämiin on ristiriitaisia tutkimustuloksia. De Jonge ym. (2004) ja Gupta ym. (2004) toteavat meta-analyysiensä pohjalta ponnistusvaiheessa käytettyjen pystyasentojen lisäävän toisen asteen repeämien lisäksi myös synnyttäjän verenvuotoa. Kun taas Soong & Barnes (2005) sekä Terry ym. (2006) toteavat ponnistusvaiheen pystyasentojen ehkäisevän välilihaan kohdistuvia traumoja. Soongin & Barnesin (2005) tehdyn kvantitatiivisen tutkimuksen perusteella puoli-istuvassa asennossa synnyttäneet naiset kärsivät useammin välilihan repeämistä, jotka vaativat ompelua. Konttausasennossa synnyttäneillä oli kyseisen tutkimuksen mukaan vähemmän välilihan repeämiä. Terryn ym. (2006) tekemän satunnaistetun vertailukokeen mukaan myös vulvan alueen turvotus oli vähäisempää verrattuna makuulla olleisiin. (Baker 2010, 495.)

8 Kosketus & hieronta

8.1 Kosketus

Kosketus on fysikaalinen kontakti kahden henkilön välisessä aktiivisessa vuorovaikutuksessa. Se on sanatonta viestintää ja sen vastaanottaja päättää, kuinka hän kosketuksen tulkitsee. Koskettamisella on myös kulttuuriset ja muuten yksilölliset erot, ja vastaanottajan halu tulla tai olla tulematta kosketetuksi, tulee ottaa huomioon. (Liukkonen ym. 1998, 56-58.)

Ihossa on monenlaisia reseptoreita, jotka tunnistavat kukin omanlaisia ärsykejä. Jotkut reseptoreista rekisteröivät kivun, toiset lämmön ja jotkut kevyitä kosketuksia. Kun reseptorit virittäytyvät jostakin ärsykkeestä, välittyy aivoihin hermosignaali ja sitä kautta käynnistyy muita automaattisia reaktioita. Ihminen nykäisee huomaamattaan kätensä pois kuumalta liedeltä ja toisaalta tuntee hyvänolon tunnetta, kun joku hänelle tärkeä ihminen koskettaa häntä. (Uvnäs-Moberg 2007, 114.) Eläinkokeilla on voitu todistaa oksitosiinin olevan yksi merkittävä syy kosketuksesta leviävään hyvänolontunteeseen. Niissä on todettu veren sekä aivojen oksitosiinipitoisuuden nousevan kipua tuottamattomien, toistettujen ihoärsykkeiden yhteydessä. (Uvnäs-Moberg 2007, 114.)

Koskettaminen synnyttäjän hoidossa on luonnollinen ja välttämätön auttamismenetelmä. Se on määritelty fysikaaliseksi kontaktiksi, joka tapahtuu useimmiten käsillä hoitajan ja potilaan välisessä aktiivisessa vuorovaikutuksessa. Hoitaja voi kosketuksellaan tehdä aloitteen synnyttäjän kanssa käytävään vuorovaikutukseen. Synnyttäjän hoidossa hyväksymisen ja sallimisen tunne sekä yksilöllisyyden vahvistaminen toteutetaan osaksi koskettamalla. (Laaksoranta 1996, 7-8.)

Koukkula (1992) totesi tutkimuksissaan koskien synnytyskipun kokemuksia, että fyysisellä kosketuksella oli suuri merkitys. Se, että kätilö oli läsnä, hieroi ja pyyhki hikeä, edistivät synnyttäjän selviytymistä kivusta. Kädestä kiinnipitäminen oli myös asia, jota synnyttäjät kaipaivat. Kosketus voidaan kokea myös negatiivisena. Lantion alueen tutkiminen sekä vatsan alueen tunnusteleminen synnytyksen aikana koettiin epämiellyttävänä. (Laaksoranta 1996, 9-11.) Toisinaan kätilö joutuu aiheuttamaan jonkin toimenpiteen yhteydessä potilaalle kipua, jolloin tämä voi suhtautua häneen torjuvasti. Olennaista on kannustaa potilasta sietämään kipua. Tällöin synnyttäjän kanssa tulee keskustella

siitä, miksi esimerkiksi sisätutkimuksen tekeminen on tärkeää synnytyksen etenemisen arvioimiseksi. (Anttila ym. 2010, 73.)

“Kosketus on inhimillinen instrumentti, joka taitavasti käytettynä voi jäädä äidin mieleen yhtenä synnytykseen liittyvänä myönteisenä asiana.”

(Liukkonen ym. 1998, 57.)

8.2 Hieronta

Yksi hoitotyön vanhimmista kivunlievitysmenetelmistä on hieronta (Liukkonen ym. 1998, 60). Monet historian kirjojen tutut nimet, kuten Hippokrates ja Galenos perehtyivät aikanaan hieronnan lääketieteellisiin vaikutuksiin. Osaksi suomalaista kansanlääkintää hieronta tuli 1800-luvulla. Hieronnan voidaan kuvailla olevan sekä fyysinen että osittain psyykinen tapahtuma, jossa kudoksiin kohdistuvilla pehmeillä, liikkuvilla ja rytmisillä otteilla voidaan rauhoittaa tai edistää eri kudosten toimintoja. Oikean voimakkuuden säätely on tärkeää. (Arponen & Airaksinen, 2001, 16-19, 25.)

Synnytyksen hoidossa hieronnan ei tarvitse olla tekniikaltaan ammattimaista ja harvoin sellaista oletetaankaan. Kuitenkin se on tärkeä keino helpottaa synnyttäjän kipuja ja tehdä synnytyskokemuksesta mahdollisimman miellyttävä. Kun synnyttäjä kokee kipua, pidättää hän useimmiten hengitystään ja jännittää lihaksiaan. Paikallinen lihaskouristus voidaan laukaista hieromalla, jolloin koko vartalon jännittyneisyys poistuu. Stressi vähenee, synnyttäjän kivunsieto paranee ja voimia säästyy, kun kipu muuttaa luonnettaan. Myös synnytyksen edistyminen paranee rentoutumisen myötä. (Liukkonen ym. 1998, 60-61.)

Hieronnan avulla voidaan poistaa synnyttäjän jännitystä tehokkaasti. Synnytyksen ollessa käynnissä, voi kätilö, isä tai tukihenkilö hieroa synnyttäjää tätä miellyttävällä tavalla. Hieronta voidaan toteuttaa pelkällä kosketuksella, sivelyllä, pusertelulla sekä hankauksella. (Liukkonen ym. 1998, 61-62.) Usein synnyttäjä kokee hankaamalla tehtävää hierontaa miellyttävämmäksi painelut, kevyen taputtelun sekä hierojan kämmenien kosketuksen ilman sen kummempaa hieromista (Faxelid ym. 2001, 195).

Hieroa voidaan esimerkiksi selkää, käsiä ja jalkoja. Hierontaöljyä voidaan käyttää kitkan vähentämiseksi (Laaksoranta 1996, 10). Hieronnassa on nimenomaan noudatettava synnyttäjän yksilöllisiä toiveita, jotta tulos olisi toivottu ja kipua saadaan hälvenemään (Liukkonen ym. 1998, 63).

Synnyttäjistä miellyttävältä tuntuu se, kun hän hieronnan varjolla saa kohdistettua kaiken huomion itseensä. Hieronta osoittaa synnyttäjälle konkreettisesti sen, että hänestä välitetään ja pidetään hyvää huolta. (Liukkonen ym. 1998, 63–64) Myös synnytyksen edistymisen edellytykset paranevat, kun synnyttäjän lihakset rentoutuvat verenkierron paranemisen myötä (Raussi-Lehto 2012, 247).

9 Hengitys

Hengitys on osa jokahetkistä elämäämme, sen avulla pysymme elossa. Ventilaation avulla saamme happea kaikkiin kehon osiimme ja aineenvaihdunnan seurauksena syntynyt hiilidioksidi poistuu kehostamme. Hengitys säätelee lisäksi elimistömme happoemästäsapainoa ja sydämen sykettä. Hengitys vaikuttaa myös psykofyysiseen hyvinvointiimme ja sillä on yhteys mielen toimintaan. (Martin ym. 2010, 15-16.) Oikeanlainen hengittäminen on myös yksi rauhoittumis- ja rentoutumiskeinoista. Rauhallinen hengitys lisää levollisuutta mielen ja ruumiin välillä, jolloin stressihormonin määrä laskee ja istukkaverenkierto paranee. (Liukkonen ym 1998, 119-120.) Hengittäminen harvoin poistaa synnytyskivun täysin, mutta sen avulla synnyttäjät pystyvät vähentämään sitä. Kätilö ja tukihenkilö voivat avustaa äitiä rauhallisen hengitysrytmin löytämiseksi. Taitava kätilö tai tukihenkilö auttaa synnyttäjää omalla äänekkäällä ja hidasrytmisellä hengityksellään. (Raussi-Lehto 2012, 246; Rautaparta 2004, 101-102.)

Synnytyksestä aiheutuvat kivut tai synnyttäjän ajatuksiin kumpuavat pelkoa herättävät ajatukset voivat saada synnyttäjän hengittämään kiihtyneesti ja huohottamaan. Etenkin ponnistusvaiheessa, kun hengittämistä tulisi lisätä, synnyttäjät saattaa hengittää enemmän kuin fyysiset tarpeet vaativat. Hyperventilaatio on yleinen hengityshäiriö synnytyksen aikana. Hyperventilaatio saa äidin ja sikiön kudoksissa aikaan hapenpuutetta, samoin kuin hengityksen pidättäminen synnytyksen aikana. Hyperventilaation voi hoitaa paperipussiin hengittämällä sekä kätilön tai tukihenkilön tuella. Tällöin on tärkeää, että kätilö tai tukihenkilö muistaa itse hengittää rauhallisesti ja syvään. (Martin ym. 2010, 55; Raussi-Lehto 2012, 247.)

Oman hengityksensä avulla synnyttäjät voi edistää synnytyksensä kulkua rentoutumalla. Nykyään hyvän hengitystekniikan oppiminen ja harjoittelu jää naisen oman aktiivisuuden varaan. Jo neuvolassa ja synnytysvalmennuksissa tulisi kehottaa odottavia äitejä kiinnittämään huomioita hengitystekniikkaansa. Synnytyksessä nainen voi ainoastaan hyödyntää ennalta harjoittelemaansa ja miellyttäväksi kokemiansa hengitystekniikoita. Huomaamattaan useampi nainen hengittää pinnallisesti, jolloin suuri osa hengityskapasiteetista jää käyttämättä. Jännittävät ja kivuliaat tilanteet aiheuttavat ihmisessä usein reaktion, jolloin ihminen alkaa hengittää lyhyemmin ja pinnallisemmin. Joskus hengitys voi jopa salpautua tällaisissa tilanteissa. (Rautaparta 2004, 101.)

Synnytyksen aikana hyvän ja rauhallisen hengitystahdin löytämiseksi voidaan käyttää erilaisia apukeinoja, kuten ääntelyä. Syvältä lantiosta lähtevät äänteet, kuten ”aaaa...”, ”oooo...” tai ”mmm...” sekä syventävät hengitystä, mutta myös rentouttavat lantionpohjan lihaksia. Äänteiden avulla koko keho rentoutuu. (Rautaparta 2004,101.) Rentoutumisen ja hengityksen apuna voidaan käyttää lisäksi musiikkia, tuoksuja tai mielikuva-harjoituksia (Raussi-Lehto 2012, 247). Synnyttäjä voi kotona synnytyksen lähestyessä harjoitella kuvitellusti synnytystilannetta, jossa hän äänтелеe ja keskittyy hengitykseen esimerkiksi nojatessaan seinään tai ollessaan konttausasennossa (Rautaparta 2004, 101-102).

10 Vesi

Lämmin vesi toimii synnytyksessä jännityksen poistajana ja kivun lievittäjänä. Vettä voi käyttää kivunlievittäjänä joko suihkussa tai ammeessa. Se nostaa synnyttäjän ihon ja lihasten lämpötilaa, joka näkyy verenkierron lisääntymisenä. Vesi vaikuttaa laskevasti sekä verenpaineeseen että stressihormonin määrään. Lisäksi vesi rentouttaa lihaksia, mikä voi nopeuttaa kohdun suun avautumista. Lämpimän veden rentouttavan vaikutuksen on todettu vähentävän supistuksia, joten ammeeseen tulisi mennä, kun kohdunsuu on avautunut vähintään 4 cm ja synnytys on hyvin käynnissä. Liian aikainen veteen meno saattaa vähentää supistuksia ja näin ollen hidastaa synnytyksen etenemistä. (Faxelid 2009, 195; Hirvonen 1998, 21.)

Veden lämpötilan tulee tuntua miellyttävältä synnyttäjälle. Synnytyksen alkuvaiheessa veden lämpötila voi olla korkeampi, mutta tuolloinkin maksimissaan 37 asteista. Optimaalinen lämpötila on 32 astetta. Sikiön hypertermialla on todettu olevan yhteys hypoxiaan, joten veden oikeasta lämpötilasta on tärkeä huolehtia. (Raussi-Lehto 2012, 247.) Synnyttäjä voi olla vedessä kahdesta kolmeen tuntia, avautumisvaiheessa pidempiäkin aikoja. Kolmen tunnin vedessä oleilun jälkeen veden positiivinen vaikutus suhteessa vedettömässä tilassa olemiseen vähenee. Veden positiivinen vaikutus palaa puolentoista tunnin kuluttua vedestä poissaolemisen jälkeen. (Karttunen 2013, 24-25.) Vettä ammeessa tulee olla riittävästi. Vähintään sen verran, että kohtu peittyi. Veteen voi halutessaan lisätä eteerisiä öljyjä, jotka hengityksen mukana rentouttavat synnyttäjää. (Liukkonen 1998, 92.)

Synnyttäjä voi vedessä ollessaan käyttää eri asentoja lievittääkseen kipuaan. Asentoja olisi hyvä vaihtaa säännöllisesti. Mikäli supistukset harvenevat, on synnyttäjän hyvä nousta ammeessa seisomaan tai tulla ammeesta kokonaan pois. Synnyttäjä voi olla ammeella kyykyssä, polvillaan, istua tai seistä. Konttausasento edistää kohdunsuun avautumista. Ammeessa tukea voi ottaa sen reunoista tai kätilöstä ja tukihenkilöstä. Sikiön sydänäänet voi kuunnella vedenalaisestikin toimivalla dopplerilla. Äidin vointia ja kohdunsuun avautumista tulee myös seurata säännöllisesti. (Hakala 2012, Liukkonen ym. 1998, 92-93.)

10.1 Tutkimusnäyttö vedestä synnytyskipun hoidosta

Vesiterapian vaikutuksia synnytyskipun lievittäjänä ja synnytyksen kulkuun vaikuttavana tekijänä on käsitelty useissa tutkimuksissa. Vuonna 1987 Lenstrup ym. tutkivat 88 synnyttäjää, jotka käyttivät ammetta kivunlievittäjänä. Tutkimus osoitti, että avautumisvaiheessa käytetty ammeterapia, voi edistää kohdunsuun avautumista ja helpottaa synnytyskipua. Burnin ja Greenishin (1993) tutkimuksessa 50 % toissynnyttäjistä, jotka käyttivät ammekivunlievitystä tarvitsivat lääkkeellistä kivunlievitystä, verrattuna kontrolliryhmään, jossa sama prosentuaalinen osuus oli 76%. Myös Rushin ym. (1996) tutkimus osoittaa, että ammeryhmän lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien osuus oli verrattain pienempi kontrolliryhmään nähden (66 % vs. 59 %). Cluettin ym. (2004) laajan Cochrane -katsauksen pohjalta voidaan todeta, että naiset, jotka käyttivät ammetta synnytyksen ensimmäisen vaiheen aikana, olivat tilastollisesti vähemmän kivuliaita muihin nähden. Myös selkäpuudutteen sekä parakervikaalipuudutteen käyttö synnytyskipun hoidossa oli tilastollisesti merkittävästi alempi avautumisvaiheessa ammetta käyttäneillä. (Tournaire & Theau-Yonneau 2007, 415-416.)

VAS -asteikon avulla kipua arvioineet Cammu ym. (1994) osoittivat, että synnytyskipun kokeminen ei juuri eronnut vesiterapia- ja kontrolliryhmän välillä. Kun taas Liu ym. (2014) toteavat tuloksissaan, että VAS -tulokset olivat selkeästi matalammat ammeryhmässä verrattuna muihin synnyttäjiin. Synnyttäjien kipua arvioitiin VAS -asteikolla 30 minuuttia ja 60 minuuttia siitä, kun synnyttäjät menivät ammeeseen. Ammeeseen oli mahdollista mennä, kun kohdunsuu oli auki 3 cm. (Liu ym. 2014, 3, 5.)

Cluett ym. (2009) osoittavat, että ammeen käyttö avautumisvaiheessa ei nosta infektoriskiä tai ole haitallinen sikiölle, äidille tai vastasyntyneelle. Benfieldin ym. (2010) tutkimus osoittaa, että ammeessa olo vähentää ahdistuneisuutta ja samalla oksitosiinin erityis vähenee, jolloin supistukset voivat harventua (Rooks 2012, 319). Liun ym. (2014) tutkimuksessa keisarileikkaukseen ammeryhmästä oli päätynyt 13,2 % ja vertailuryhmästä 32,9 % prosenttia. Suurin syy vertailuryhmässä olleiden keisarileikkaukselle oli kipu tai sosiaaliset syyt, kun taas ammeryhmässä olleista yksikään ei tällä indikaatiolla päätnyt sektioon. Saman tutkimuksen mukaan virtsankarkailuoireita esiintyy vähemmän ammeryhmässä olleilla 42 päivää synnytyksen jälkeen. (Liu ym. 2014, 3-4.)

11 Aquarakkulat

Aquarakkuloita käytetään synnytyskipujen lievittäjänä etenkin synnytyksen avautumisvaiheessa. Ne ovat helppo ja nopea keino hoitaa synnytyksestä aiheutuvaa kipua missä synnytyksen vaiheessa tahansa. Niiden on todettu antavan hyvää apua etenkin synnytyksestä johtuvan selkäkivun hoitoon. Kipua lievittävä vaikutus alkaa noin kahden minuutin kuluessa ja kestää jopa kaksi tuntia. Tavallisimmin aquarakkuloita käytetään ristiselän alueella, mutta niitä voidaan injisoida myös häpykukkulan, alavatsan ja nivusten alueelle. Synnytyksen aikana hoidon voi toistaa useampaan kertaan. (Mårtensson & Wallin 2006, 289.)

Ihon sisään tai ihon alle voidaan injisoida steriiliä vettä, joka aiheuttaa kipua paikallisesti, jolloin kehon omat puolustusmekanismit kipua vastaan aktivoituvat. Synnytyskipu syrjäytyy porttikontrolliteorian mukaisesti. Ihon sisään voidaan ruiskuttaa kahdesta kuuheen papulaa steriiliä vettä, 0,1ml per kohta. Pistoskohdat määräytyvät synnyttäjän tunteman kivun mukaan. Lähes aina pistospaikkana on ristiselkä. Pistettäessä ihon sisään ihoon nousee vaalea rakkula, joka muistuttaa hyönteisen pistoa. Rakkuloiden injisointi ihon sisään tuntuu epämiellyttävältä ja kivuliaalta. Pistosta johtuva välitön kipu kestää 20 sekunnista 30 sekuntiin. Ihon alle annettu aquainjektio ei tunnu yhtä kivuliaalta ja sen on todettu lievittävän hyvin etenkin synnytyksestä johtuvaa selkäkipua. Ihon alle steriiliä vettä voi injisoida 0,5ml kerrallaan. Injisoitaessa steriiliä vettä ihon alle, ei ihoon nouse näkyvää rakkulaa. (Raussi-Lehto 2012, 248.)

11.1 Tutkimusnäyttö aquarakkuloista synnytyskipun hoidossa

Saxenan ym. (2009) mukaan aquarakkulat vähentävät synnytyskipua merkittävästi. VAS -tulokset olivat tutkimuksessa huomattavasti alhaisemmat 10 (34,2 vs. 73,4) 45 (33,2 vs 77,4) ja 90 (49,3 vs. 83,7) minuuttia steriilin veden injisoinnista ihoon verrattuna plaseboryhmään, jossa synnyttäjille injisoitiin steriilin veden sijaan keittosuolaliuosta. Ennen toimenpidettä VAS -arvot olivat lähestulkoon samat molemmissa ryhmissä. (Saxena yms 2009, 171-173). Myös Wongin (2009) artikkeli ja Peartin (2008) tutkimus tukee aqua-rakkuloiden alaselkäkipua lievittävää vaikutusta. Peartin (2008) tutkimuksessa 75% synnyttäjistä sai välittömän avun kipuihin ja yli 90% kertoi selkäkivun helpottaneen 5 minuutin kuluttua. Sekä Peartin (2008) että Saxenan ym. (2009) mukaan aquarakkuloiden kipua lievittävä vaikutus voi ulottua jopa noin 90 minuutin päähän.

(Peart 2008, 46; Saxena ym. 2009, 173.) Kuitenkin Derry ym. (2012) toteavat laajassa katselmuksessaan ettei aquarakkuloiden synnytyskipua lievittäväälle vaikutukselle ole kuin vähän vahvaa näyttöä (Rooks 2012, 320).

Simkin & Bolding (2004) ja Huntley ym. (2004) osoittavat, ettei aquarakkuloiden käytöllä ole vaikutusta muiden kivunlievityskäyttöön verrattuna kontrolliryhmään (Wong 2009, 143). Aquarakkuloiden vaikutusta sektiolukuihin verrattuna kontrolliryhmiin on tutkittu, mutta aihetta on vaikea tutkia luotettavasti ja tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Aquarakkuloiden haittavaikutuksista ei ole näyttöä. (Rooks 2012, 319-320.)

12 Hoitosuhde

Työssään kätilö kohtaa paljon erilaisia synnyttäjiä ja perheitä, joilla on erilaisia arvoja ja ajatusmaailma kuin itsellä. Kuten aina hoitotyössä, myös kätilötyössä jokaista naista tulee kohdella yksilöllisesti, ottaen huomioon myös tämän etnisen taustan. Sanaton vuorovaikutus, kuten omat eleet, sanat, ilmeet ja katsekontakti kertovat ja paljastavat potilaalle enemmän kuin sanat. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 28.) Tutkijoiden mukaan hoitotyön ammattilaisten viesteistä 55 % välittyy eleiden ja ilmeiden avulla, 38 % äänensävyjen ja vain 7 % sanojen avulla. Sanaton viestintä kohdistuu enemmän potilaan tunnepuoleen, kun taas sanallinen viestintä vaikuttaa ja vetoaa järkeen. (Anttila ym. 2010, 69.)

Vuorovaikutussuhde kätilön ja synnyttäjän välillä tulee olla tasavertainen ja siinä tulee korostua dialogisuus. Molempien tulee kunnioittaa toistensa yksilöllisyyttä. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 29.) Yksilöllisyyttä korostaa esimerkiksi synnyttäjän puhuttelu nimeltä alusta saakka. Tällä on positiivinen vaikutus myös turvallisuuden tunteeseen. Synnyttäjää tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti, eikä kiinnittäen huomiota vain yhteen asiaan, kuten kipuun. Kokonaisvaltainen hoitaminen lisää synnyttäjän turvallisuuden ja luottamuksen tunnetta. Synnyttäjä voi kokea synnytyksen aikana hallinnan tunteen menetystä ja avuttomuutta, mikä voi puolestaan lisätä pelon tunnetta. Kätilön ammattitaito ja ihmisläheinen olemus lisäävät synnyttäjän kokemaa turvallisuuden tunnetta. (Heikkinen 1997, 132, 138-140.)

Synnyttäjän kuunteleminen ja havainnointi ovat avainasemassa synnyttäjän kivun hoidossa. Synnyttäjät kokevat olevansa kovien synnytyskipujen aikana riippuvaisia kätilöstä, sillä synnytyskipujen sietäminen koetaan yksin erityisen haastavana. Synnyttäjän ohjaus ja informointi tässä vaiheessa synnytystä on tärkeää. (Raussi-Lehto 2012, 436.) Hodnettin (2002) katsauksen mukaan kivun ja kivunlievitysmenetelmien vaikutus synnyttäjän tyytyväisyyteen ei ole niin selkeä, suora tai voimakas verrattuna hoitohenkilökunnan asenteisiin ja käyttäytymiseen.

13 Doula

Sana ”doula” tulee kreikan kielestä ja tarkoittaa palvelijatarta tai orjatarta. Tällaiseksi doulaa voi nykypäivänäkin kutsua, sillä doula tarjoaa synnyttäjälle ja tämän puolisolalle henkistä ja fyysistä tukea läpi synnytyksen. (Oksanen 2011, 12.) Doula toimii vanhempien tukena ja tiedonlähteenä ennen synnytystä, synnytyksen aikana ja synnytyksen jälkeen. Myös lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttö synnytyksessä kuuluu doulan toimenkuvaan. (Siivola 2014.) Doulat usein hierovat synnyttäjää tai ainakin opastavat puolisoa hieromisessa. He antavat ohjeita, kuinka rentoutua mielikuvaharjoitusten sekä itsehypnoosin avulla. He opastavat tunteiden ilmaisussa sekä rohkaisevat synnyttäjää äänteleämään hänen kipuaan lievittäväällä tavalla. On olennaista, että doula tunnistaa synnyttäjän muuttuvat tarpeet ja vähentää omalla käytöksellään synnyttäjän stressiä. (Klaus ym. 2012, 59-76.)

Doulaksi voidaan kouluttautua muutamassa päivässä pientä maksua vastaan. Kurssilla harjoitellaan vuorovaikutustaitoja sekä käydään läpi synnytyksen fysiologian perusasioita. Tämän lisäksi kursseilla opetetaan luonnonmukaisia kivunhallintakeinoja, mutta myös perustiedot eri puudutusvaihtoehdoista. (Oksanen 2011, 12). Doulan tehtävää harjoittaville on olemassa rajoituksia. He eivät saa tehdä synnytyksessä lääketieteellisiä toimenpiteitä, kuten sisätutkimusta tai verenpaineen mittausta vaikka olisivatkin doula-koulutuksen lisäksi kouluttautuneet esimerkiksi kätilöiksi. He eivät myöskään saa puhua tai tehdä päätöksiä synnyttäjän puolesta. Doulan tulee kunnioittaa ja pitää hyvä yhteys niin synnyttäjään, kuin hoitohenkilökuntaankin. (Siivola, 2014.)

Useat amerikkalaiset tutkimukset, joita Klaus ym. (2002) ovat käyttäneet teoksessaan, ovat osoittaneet doulalla olevan myönteisiä vaikutuksia synnytykseen. Myönteisiä vaikutuksia ovat olleet muun muassa mahdollinen synnytyksen keston lyheneminen, synnytyskomplikaatioiden väheneminen sekä synnytykseen puuttumisen, että lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käytön väheneminen. (Oksanen 2011, 12.)

13.1 Tutkimusnäyttö doulatuesta synnytyskivun hoidossa

Scottin & Klausin (1999) mukaan esimerkiksi epiduraalipuudutusten ja instrumenttiavusteisten synnytysten määrä on noussut intensiivisen ”one-on-one” synnytystuen vähennyttyä. Aikaisemmin synnytys koettiin ainoastaan naisten asiaksi ja naiset synnyttivät muiden naisten kannustamana. Kun raskauden seuranta ja synnytys siirtyivät laitoksiin, synnyttivät naiset aluksi yksin ja vasta myöhemmin isät saivat liittyä mukaan. (Deveraux & Sullivan 2013, 54.)

Deveraux & Sullivan (2013) kokosivat katsaukseensa useita tutkimuksia, jotka käsitelivät synnytyksessä mukana olevan doulan vaikutuksia epiduraalipuudutuksen käyttöön ja keisarileikkausmääriin. Van Zandt ym. (2005) tutkivat vaikuttaako hoitoalan opiskelijan läsnäolo ja tuki synnytyksen aikana synnyttäjien saamien epiduraalipuudutusten määriin. Tutkimus osoitti, että synnyttäjät, jotka saivat enemmän mairittelevaa tukea ja kannustusta doulalta, tarvitsivat vähemmän epiduraalipuudutuksia (38%). Myös Pateron ym. (2012) tutkimus osoitti synnyttäjien käyttäneen vähemmän kipulääkitystä saadessaan tukea hoitajaopiskelijalta. Campbell ym. (2006) puolestaan osoittivat tutkimuksessaan, ettei epiduraalipuudutusten määrä doularyhmässä ollut tilastollisesti merkittävästi alempi, mutta puudutusten määrä oli kuitenkin pienempi kontrolliryhmään verrattuna. (Deveraux & Sullivan 2013, 55-57.)

Tureban ym. (2000) tutkimuksessa keisarinleikkaukseen doulan tukea saaneista joutui 2%, kun kontrolliryhmässä tämä osuus oli 24%. Myös Campbellin ym. (2006) tutkimuksessa doularyhmäläisten sektioprosentti oli alhaisempi (10,6% vs. 15,5%), mutta se ei ollut tutkijoiden mielestä tilastollisesti merkittävää. Kuitenkin Scott ym. (1999) toivat katsauksessaan ilmi, että tuetta jääneet synnyttäjät olivat jopa kaksinkertaisesti suuremmassa riskissä päätyä keisarileikkaukseen. (Deveraux & Sullivan 2013, 55-57.)

14 TENS

TENS (Transcutaneous nerve stimulation), eli transkutaaninen hermostimulaatio, on Antiikin Kreikan ajoilta periytynyt kivunlievitysmenetelmä. Synnytyskipun lievittäjänä sitä on käytetty 1970 -luvulta lähtien (McMunn ym. 2011). Nykyään se on erilaisten kiputilojen, kuten nivelrikon sekä selkä- että kuukautiskipujen hoitomuoto. Nykyään sen käyttö on yleistynyt synnytyskipun hoitajana useiden synnyttäjien luomusynnytystoiveen vuoksi. (Bedwell 2011.)

TENSin fysiologista vaikutusmekanismia ei täysin tunnetta, tosin lukuisia teorioita on olemassa. Näistä käytetyin on Melzackin ja Wallin (1965) ”porttiteoria”. Porttiteorian mukaan synnytyskipua välittävien solujen toiminta selkäytimessä estyy, kun soluihin saapuu samalta alueelta samanaikaisesti kilpailevia ärsykejä. Tällöin kovien synnytyskipujen kulkeutuminen aivoihin estyy. Toisen teorian mukaan TENS vapauttaa synnyttäjän verenkiertoon omia kehon endorfiineja, jotka helpottavat kivun tunnetta. (Bedwell 2011.)

TENS -laitteet kuljettavat lihakseen sähköstimulaatiota ihoon kiinnitettävien elektrodien avulla. Synnyttäjä voi itse säädellä impulssien tehokkuutta laitteen avulla. Yleisimmin TENS -laitetta käytetään synnytyksen ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa. Kätilö voi asettaa elektrodit synnyttäjän alaselkään. Elektrodeja on käytössä 2-4. Muita kivunlievitysmenetelmiä, kuten ilokaasua ja opioideja, voi käyttää samanaikaisesti TENSin kanssa. TENS -laite tulee poistaa ennen suihkuun tai ammeeseen menoa. Valmistajat eivät suosittele TENS -laitetta käytettäväksi synnyttäjille joilla on tahdistin, sydämen rytmihäiriöitä tai epilepsia. Sen käyttöä tulisi myös harkita ennen raskausviikkoa 37 tapahtuvassa synnytyksessä. (Bedwell 2011.)

14.1 Tutkimusnäyttö TENSistä synnytyskipun hoidossa

TENSin kipua lievittävästä vaikutuksesta on tehty useita tutkimuksia, mutta tulokset ovat epä johdonmukaisia ja keskenään ristiriitaisia. On olemassa vain vähän vankkaa näyttöä sen toimivuudesta. Vuonna 2007 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) suosittelee synnytyksen hoito-ohjeissaan, ettei TENSiä tulisi käyttää synnytyksen aikana sen huonon kivunlievitysnäytön vuoksi. Bedwell referoi artikkelissaan Dowswellin ym. (2009) tekemää laajaa kirjallisuuskatsausta, jonka mukaan näyttöä

TENSin toimivuudelle on hiukan, mutta tutkimusten tulkitseminen ja luotettavuus oli heikkoa. Katsauksessa käsiteltiin yhteensä 19 tutkimusta. (Bedwell 2011, 350.) Carrolin ym. (1997) katsauksen mukaan TENSillä ei ole merkittävää kipua lievittävää vaikutusta, kun taas Bundsen ym. (1981) puhuvat TENSin toimivuuden puolesta, etenkin selkäkipujen hoidossa. (Tournaire & Theau-Yonneau 2007, 415.)

Kipua lievittävän vaikutuksen lisäksi TENSin vaikutuksia suhteessa muiden kivunlievityskäytösten käyttöön on tutkittu. Useamman tutkimuksen (Simkin & Bolding 2004, Dowswell ym. 2009, Carroll ym. 1997) mukaan TENSin käyttö ei vähennä muiden kivunlievitysmenetelmien käyttöä. (Wong 2009, 143.) Gentzin (2001) mukaan TENSin käytöllä voi olla jopa viivästyttävä vaikutus muiden, tehokkaampien, kivunlievitysmenetelmien aloittamisessa, mikä saattaa lisätä synnyttäjän tuskaa entisestään (Bedwell 2011, 350-351).

McMunnin ym. (2009) kartoituksen mukaan kätilöt edelleen tukevat synnyttäjien valintaa käyttää TENSiä kivunlievityksenä. Kätilöiden antama tuki synnyttäjän omalle valinnalle voi Hodnetin (2002) ja Goodmanin ym. (2004) mukaan lisätä synnyttäjän lopullista tyytyväisyyden tunnetta, joten kätilöltä saatu hyväksyntä omalle valinnalle on tärkeää. Jotkut naiset valitsevat mieluummin hallinnan säilyttämisen itsellään, kuin täyden kivuttomuuden. Kätilöiden tulee työssään olla tietoinen TENSin toimintaan perustuvas- ta näytöstä, mutta samalla tukea synnyttäjää tämän valinnoissa kivunlievityksen suhteen. (Bedwell 2011, 351.)

15 Muut menetelmät

Tämä kappale käsittelee niin sanottuja vaihtoehtoisia lääkintämenetelmiä. Nämä hoitomuodot kuuluvat terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolelle ja niille ei ole yksiselitteistä nimeä. Yleisimmin käytettyjä nimityksiä tällaisille menetelmille ovat esimerkiksi vaihtoehtolääkintä, vaihtoehtoiset hoitomuodot tai täydentävä lääketiede. Puhuttaessa vaihtoehtolääkinnästä luonto ja luonnonmukaisuus ovat tärkeässä roolissa. Ajatellaan, että ihmisen tulisi hyödyntää oman sairautensa hoitoon luontoon kätkeytyä sanoma. Usein hoidon mekanismien mielletään perustuvan henkeen, voimaan tai energiaan, sekä näiden tasapainoon. (Mäki-Kojola 2009, 10; Virolainen 2000; 8,11.)

Vaikka näiden käytöstä synnytyskivun hoidossa on hyvin vähän tutkimusnäyttöä, ovat kyseiset menetelmät tulleet kirjallisuudessa esille. On synnyttäjiä, jotka käyttävät näitä menetelmiä synnytyskivun hoidossa, joten kättilön on oltava tietoinen näistäkin menetelmistä.

15.1 Vyöhyketerapia

Vyöhyketerapia on todennäköisesti yksi vanhimmista tunnetuista itseparannuskeinoista. Sitä on käytetty yli 5000 vuotta sitten sekä Intiassa että Kiinassa. (Hagenmalm 1996, 7.) Vyöhyketerapia tarkoittaa hoitomuotoa, jossa käsitellään kivun ilmenemiskaupan ulkopuolella olevaa aluetta. Näitä ulkopuolisia alueita ovat mm. jalka, käsi, korva ja selkä. Yleisimmin käsittelyalueena käytetään jalkaa. Vyöhyketerapiaa voidaan kutsua myös refleksivyöhyketerapiaksi, sillä kyseessä on koko kehon heijastuminen eli reflektoituminen, pienempään mittakaavaan jollekin tietylle kehon alueelle. (Svennevig 2005, 104.)

Klassisen jalkaterävyöhyketerapian mukaan jokainen ihmisen elin ja kehonosa omaa tietyn heijastealueensa jalassa. Jos jossakin osassa kehoa on häiriö, tuntuu se jalassa sitä vastaavassa kohdassa painallusarkuutena tai rakenteellisena kudosuutoksena. Vyöhyketerapiassa tarkoituksena onkin hieroa jalassa olevia kipeitä paikkoja ja niiden parantamisen kautta poistaa kohde-elimessä ilmaantuva häiriö. (Svennevig 2005, 105; Arponen & Airaksinen 2001, 233.)

Vyöhyketerapiaa on yritetty selittää energiateorialla. Tämän mukaan ihmisen kymmenen pystysuuntaisen vyöhykkeen kautta virtaa energiaa ja hieromalla vyöhykkeiden heijastealueita, virtaa energia vapaasti ja ihminen on terve. (Arponen & Airaksinen 2001, 232.) Eräässä uudemmassa teoriassa vyöhyketerapian toimivuus selitetään ääreishermostossa tapahtuvilla kemiallisilla muutoksilla, jotka aiheutuvat jalkapohjaa hierottaessa (Hagenmalm 1996, 8).

William Fitzgeraldin mukaan myrkyt kasautuvat jalkojen hermopäätteisiin ja muodostavat eräänlaisia kovia kiteitä. Nämä kiteet estävät veren tehokkaan kierron ja sitä kautta energian virtauksen jalassa, refleksivyöhykettä vastaavassa elimessä sekä imusuonistossa. Vyöhyketerapian avulla kiteet murskataan ja energia pääsee virtaamaan vapaasti. Kiteistä verenkiertoon päässeet myrkyt poistuvat erityselinten kautta ja elimistö eheytyy. Kun muinoin käveltiin ilman jalkoja suojaavia kenkiä, pääsivät kehoon varastoituneet myrkylliset aineet poistumaan jalkojen hermopäätteiden kautta ihmisten kävellessä. Tämä oli luonnollista vyöhyketerapiaa. (Hagenmalm 1996, 8.)

Vyöhyketerapian etuna on sen vaarattomuus äidille ja sikiölle. Vyöhyketerapia ei myöskään estä muiden kivunlievitysmenetelmien käyttöä sen rinnalla synnytyskivun hoidossa. Vyöhyketerapeutti Gabriella Bering Liisberg teki vuonna 1988 tanskalaisessa Gentoften sairaalassa tutkimuksen, jossa vyöhyketerapian keinoja kokeiltiin raskaana oleviin naisiin. Tutkimus osoitti, että vyöhyketerapialla voidaan muun muassa poistaa raskauspahoinvointia, käynnistää synnytys sekä lievittää synnytyskipuja. (Liukkonen ym. 1998, 110-111.)

Tutkimustuloksien mukaan myönteisiä kokemuksia vyöhyketerapian toimivuudesta synnytyskivun hoidossa on huomattavasti ja siitä on kiinnostuttu myös muissa Pohjoismaissa. Vyöhyketerapia paitsi vähentää synnytyskipuja, myös helpottaa virtsaamista lihaksia rentouttavan vaikutuksensa puolesta ja vauhdittaa jälkeisten syntymistä. (Eskola & Hytönen 1998, 331.)

15.2 Aromaterapia

Suuntaus sai alkunsa Intiassa noin 5000 vuotta sitten, jossa aromaattisia kasveja käytettiin lääkinnälliseen sekä kosmeettiseen tarkoitukseen. Pian kiinalainen lääketiede alkoi käyttää näitä samoja kasveja. Merkittävimpiä oivalluksia tekivät kuitenkin egyptiläiset, jotka keksivät käyttää öljyjä ruumiiden balsamointiin suitsukkeiden sekä vartaloöljyjen ohella. Egyptistä käyttö levisi Kreikkaan ja Roomaan, jossa muun muassa Hippokrates sekä Galenos käyttivät eteerisiä öljyjä lääkinnällisessä mielessä. Lääketieteen kehityksessä luovuttiin kasvilääketieteestä sen epätieteellisyyden vuoksi. Nykymaailman tietoutteen aromaattiset öljyt toi 1920-luvulla René-Maurice Gattefosse. Suomessa aromaterapia on tullut tunnetummaksi 1980-luvulla. (Arponen & Airaksinen 2001, 214-215.)

Aromaterapialla tarkoitetaan eteeristen eli haihtuvien öljyjen käyttöä terapeuttiseen tarkoitukseen. Eteerisiä öljyjä saadaan kasveista eristämällä. (Liukkonen ym. 1998, 121.) Eristäminen tapahtuu useimmiten höyrytislauksella, joka on todettu käyttökelpoisimmaksi tavaksi tuottaa eteerisiä öljyjä (Arponen & Airaksinen 2001, 214). Kasveista tislamalla saatu neste on hyvin herkästi alhaisissa lämpötiloissa haihtuva kemiallinen neste (Liukkonen ym. 1998, 121). Jotta aromaterapiaa voidaan harjoittaa, tulee käytettävien eteeristen öljyjen olla puhtaita ja laimentamattomia luonnonöljyjä. Eteeristen öljyjen aitouden esimerkiksi niiden väristä ja hajusta osaa tunnistaa vain aromaterapiaa opiskellut aromaterapeutti. Terapeuttiset ominaisuudet säilyvät eteerisissä öljyissä vain rajoitetun ajan, mutta harvoista maahantuoduista tuotteista löytyy käyttöaikamerkintää. (Arponen & Airaksinen 2001, 216.)

Eteeriset öljyt imeytyvät iholta, nenän ja nielun limakalvoilta sekä ruoansulatuskanavasta, joista ne kulkeutuvat verenkiertoon, imunestekiertoon sekä keskushermostoon. (Liukkonen ym., 1998, 121.) Höyryhengityksessä imeytyminen ja sen kautta öljyjen vaikutus tapahtuu niin nenän limakalvojen kuin nenäontelon yläosan limakalvoilla sijaitsevien hajureseptorien kautta. Näillä hajureseptoreilla on yhteys aivojen hajukeskukseen ja sitä kautta niin sanottuun limbiseen järjestelmään, joka säätelee muun muassa autonomisen hermoston toimintoja sekä tunteita. Eteeristen öljyjen nauttiminen sisäisesti on niiden lääkkeellistä käyttöä, eikä kuulu varsinaisesti aromaterapian piiriin. (Arponen & Airaksinen 2001, 214.)

Öllyjen muita käyttömuotoja haihtuvien öljyjen lisäksi ovat linimentti, voide, geeli, haude sekä kääre. Kun eteerisiä öljyjä käytetään suoraan iholle, on tärkeää, että se imeytetään hieromalla. Kylpyveteen lisätyt haihtuvat öljyt kulkeutuvat elimistöön ihon läpi kylvyn aikana. Aromaterapia on tehokasta inhaloituna. Eteerisillä öljyillä on todettu olevan vaikutusta mielialaan ja tunnetiloihin hajuaistin kautta. (Liukkonen ym. 1998, 121.) Monet hajut herättävät ihmisessä erilaisia muistikuvia, jotka puolestaan tuovat pintaan tunteita ja muuttavat mielialaa (Arponen & Airaksinen 2001, 215). Inhalaatiota voidaan harjoittaa tuoksulampun, inhalaattorin, tuoksupussin tai höyryhengittimen avulla. Tällöin eteeriset öljyt kulkeutuvat hapen mukana verenkiertoon ja verenkierrosta koko kehoon. (Liukkonen ym. 1998, 121.)

Annosmääriä on syytä noudattaa, sillä yliannostus voi aiheuttaa ihoärsytystä. On myös mahdollista, että yliannostus aiheuttaa päinvastaisen reaktion, mitä eteerisillä öljyillä lähdettiin tavoittelemaan. (Liukkonen ym. 1998, 121.) Eteerisen öljyn kemiallisesta koostumuksesta riippuen niiden vaikutus voi olla elimistön toimintoja kiihdyttävä, rauhoittava tai tasapainottava (Arponen & Airaksinen 2001, 215). Synnytyksessä eteeriset öljyt rentouttavat ja vähentävät synnyttäjän kipuja. Ne vähentävät synnytystilojen sairaalamaisuutta ja pehmentävät ilmapiiriä. Aromaattiset aineet kulkeutuvat äidin verenkierron ja istukan kautta suoraan sikiöön. Aromaattisten aineiden vaikutuksia sikiöön ja syntyvään lapseen ei ole tutkittu. (Liukkonen ym. 1998, 122.)

Synnytyksen aikaisessa hieronnassa voidaan käyttää 2 tippaa eteerisiä öljyjä sekoitettuna 50ml:aan manteliöljyä. Jalkakylpyveteen voidaan sekoittaa 2-3 tippaa ja kylpyveteen 4-6 tippaa eteerisiä öljyjä. Jos synnyttäjä haluaa nauttia eteerisiä öljyjä hengittämällä, voidaan hänelle antaa kasvopaperi/tyyny tai pussi, johon on suihkutettu 2 tippaa öljyä ja 100ml vettä sisältävää liuosta. Kankaaseen voidaan myös laittaa yksi tippa öljyä sellaisenaan. Eteerisiä öljyjä voidaan hieroa myös suoraan synnyttäjän otsaan. (Liukkonen ym. 1998, 122.) Kuitenkin vain laventeli- ja tea tree -öljyjä voidaan käyttää laimentamattomina suoraan pienelle ihoalueelle (Arponen & Airaksinen 2001, 218).

15.3 Homeopatia

Homeopaattiset aineet saadaan kasveista sekä mineraaleista valmistamalla. On tärkeää, että homeopaattisten aineiden käyttö niin raskausaikana, kuin synnytyksessäkin, on homeopaatin ohjauksessa tapahtuvaa. Ukonhattu-uutteen on todettu vähentävän synnytyspelkoa ja calium carbonicum synnytyksen aikaista selkäkipua. (Hamilton 2007, 477.)

Homeopaattisia aineita käytetään suun kautta otettavina tippoina tai liuottamalla niitä esimerkiksi kielen alla. Paras tulos saavutetaan, kun huomioidaan synnyttäjän mielenlaatu, esimerkiksi pelokkuus tai väsymys. Homeopaattiset aineet voivat ensinnäkin lievittää synnytyskipua, mutta myös rauhoittaa synnyttäjää ja sen puolesta ehkäistä mahdollisia synnytyskomplikaatioita. Tarpeen mukaan lääkeaineita voidaan vaihtaa kesken homeopaattisten hoitojen, jos jollakin ei saavuteta toivottua tulosta. Homeopatiasta on vain vähän tieteellisesti todennettua tietoa. (Liukkonen ym. 1998, 126.)

16 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

16.1 Opinnäytetön eettisyys

Tutkimuksen tekemiseen liittyy paljon eettisiä asioita ja kysymyksiä. Tutkijan tulee tuntea tutkimuseettiset periaatteet ja toimia niiden mukaisesti, sillä tutkimuksen eettisyyden sanotaan olevan kaiken tieteellisyyden pohja ja ydin. Tällöin tutkimuksen tulee noudattaa tieteellistä käytäntöä, jotta tutkimuksen voidaan sanoa olevan eettisesti hyvä. Tutkimuksen tekijöille on laadittu eettisiä ohjeita ja periaatteita, joiden avulla tutkija voi toteuttaa hyvää eettistä tutkimusta ja pohtia tutkimuksensa eettisyyttä. (Hirsijärvi ym. 2009, 23-24; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Kiinnostus tutkimusaiheeseen on herännyt opinnäytetyön tekijöillä jo suuntaavien opintojen varhaisessa vaiheessa. Itse tutkimusaihe on lähtöisin sairaalamaailmasta ja sen valitseminen opinnäytetyön aiheeksi tuntui luonnolliselta aidon kiinnostuksen vuoksi. Tutkimusaihe on olennainen osa kättilötyötä, mutta aiheen käsittely jää opintojen teoriajaksoilla pintapuoliseksi. Yksi syy tähän on mahdollisesti suomalaisen tutkimustiedon vähäisyys. Tutkimuksessa on noudatettu eettisiä periaatteita ja työ on tehty sekä rehellisyyttä että tunnollisuutta kunnioittaen. Kirjallisuuskatsaukseen hankittujen materiaalien haussa ei ollut eettisiä ongelmia. Tutkimuksen lähdemerkinnät on merkitty alkuperäisiä kirjoittajia kunnioittaen. Tietoa ei ole plagioitu.

Tutkimus on tehty aikaisemman kirjallisuuden ja tieteen pohjalta. Käyttämämme tutkimusaineisto on myös noudattanut eettisiä periaatteita, eikä tutkimusmenetelmillä ole tuotettu tahallista vahinkoa tutkimusryhmissä oleville. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista, jolloin se kunnioittaa tutkittavien itsemääräämisoikeutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177). Tämä tutkimus ei loukkaa ihmisarvoa tai ihmisen moraalista arvoa. Tutkimuksessa käytetty englanninkielinen aineisto suomennettiin vähintään kahteen kertaan ja suomentaminen tehtiin sanakirjaa apuna käyttäen. Molemmat opinnäytetyön tekijät suomensivat tutkimukset yhdessä. Näin vältettiin käänkövirheet ja väärin tietojen tuottaminen. Lisäksi opinnäytetyötä ovat lukeneet ulkopuoliset henkilöt. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää, kun sitä tekee vähintään kaksi henkilöä (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46).

Aluksi aiheeseen tutustuttiin aikaisemman kirjallisuuden pohjalta. Kirjallisuuden tueksi haettiin tutkimusnäyttöä systemaattista tiedonhakuprosessia apuna käyttäen. Tutkimusnäytön tiedonhaku toteutettiin Tampereen ammattikorkeakoulun tietokannoista ja tiedonhaussa apuna toimi kirjaston informaatikko. Mikäli käytössä olisi ollut esimerkiksi yliopiston tietokannat, olisi hyviä tutkimuksia saattanut löytyä enemmän. Tutkimuksen sisäänottokriteerit olivat tarkoin määriteltyjä ja hakulauseiden muodostamisessa auttoi kirjastoinformaatikko.

16.2 Johtopäätökset

Kätilö kohtaa työssään paljon erilaisia ihmisiä, jotka omaavat erilaisia arvoja ja taustoja. Yksilöllinen kohtaaminen on tällöin ensiarvoisen tärkeää. Hodnetin (2002) tutkimuksessa tulee ilmi, että hoitosuhteella on isompi painoarvo hyvän synnytyskokemuksen muodostumisessa verrattuna kipuun ja saatuun kivunlievitykseen. Kätilön ammattitaitoon kuuluu oleellisesti ihmisläheinen olemus ja kuuntelu. Turvallisuuden tunne voi vähentää synnyttäjän tuntemaa kipua. Myös synnyttäjän tukihenkilöllä tai doulalla on vaikutusta synnytyskipun kokemisessa. Scottin ja Klausin (1999) tutkimuksessa tuli esille epiduraalipuudutusten ja toimenpidesynnytyksen lisääntyminen, kun intensiivinen synnytystuki on aikojen saatossa vähentynyt. Nykypäivänä kätilön resurssit olla synnyttäjän jatkuvana tukena läpi koko synnytyksen on resurssien vuoksi haastavaa, joten tällöin tukihenkilöltä tai doulalta saatu tuki voi vähentää kipua tai lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien tarvetta. Kätilöltä tai tukihenkilöltä saatu tuki ja kannustus lisää varmasti synnyttäjän itseluottamusta synnytyksessä jaksamisen suhteen.

Tulokset akupunktion toimivuudesta synnytyskipun lievityksessä ovat tutkimusten perusteella moniselitteisiä, joten sen toimivuutta on vaikea selkeästi sanoa. Joidenkin vanhempien tutkimusten (Wallis ym. 1974, Lyrenas ym. 1999) mukaan akupunktio ei vähennä synnytyskipua. Uudempien tutkimusten (Ramnero ym. 2012, Skillnand ym. 2002) pohjalta voidaan taas todeta, että akupunktio vaikuttaa myönteisesti synnytyskipuun ja auttaa synnyttäjää rentoutumaan. Lisäksi useamman tutkimuksen pohjalta voidaan sanoa, että akupunktiota kivunlievityksenä saaneet synnyttäjät tarvitsivat harvemmin lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä kontrolliryhmäläisiin verrattuna. Akupunktion toimivuus perustuu tarkkojen pistopaikkojen eli meridiaanien tietämykseen, joten kätilöllä tulee olla lisäkoulutusta, jotta hän voi toteuttaa akupunktiota kivunlievityksenä.

Tutkimusnäytön (Borup ym. 2009) perusteella paras mahdollinen kipua lievittävä tulos saavutetaan, jos akupunktiota toteuttaa akupunktuurin ammattilainen. Akupunktiota toteuttavia kätilöiden määrä ei ole usein suuri, joten akupunktion saaminen kivunlievityksenä voi olla arpapeliä.

Asentohoito on osa jokaista synnytystä ja sillä voi olla merkittävää vaikutusta kivunlievityksessä. Stremlerin ym. (2005) tutkimuksen pohjalta voidaan todeta konttausasennon (All-Fours position) käytön synnytyksen eri vaiheiden aikana vähentävän selkäkipua merkittävästi ja vaikuttavan sikiön rotaatioon alatiesynnytyksen kannalta edulliseen takaraivotarjontaan. Asiasta tarvitaan kuitenkin lisää tietoa, jotta voidaan varmasti sanoa, vaikuttaako konttausasento sikiön rotaatioon. Jos synnyttäjällä on ollut avautumisvaiheessa liikkeellä, on sillä tutkimusten (Flynn ym. 1997, Albers ym. 1997) mukaan vaikutusta narkoottisen kipulääkkeiden vähäisempään käyttöön. Pystyasennolla voi Lawrencen ym. (2009) tutkimuksen mukaan olla epiduraalipuudutuksen tarvetta vähentävä vaikutus. Kätilön tulee tukea ja ohjata synnyttäjää synnytyksen aikana hyvän asennon löytämisessä. Avautumisvaiheessa synnyttäjää on hyvä tilanteen mukaan kannustaa liikkumaan ja olemaan pystyasennossa.

Nykyään lähes jokaisessa synnytyssairaalassa on käytössä amme, jota käytetään avautumisvaiheessa kivunlievityksenä. Myös lämmintä suihkua voidaan käyttää. Useimmat tutkimukset puoltavat ammeen kipua lievittävää vaikutusta. Ainoastaan vuonna 1994 tehdyn tutkimuksen (Cammu ym.) mukaan amme ei vaikuttanut VAS -asteikon avulla mitattuna synnytyskipua lievittävästi kontrolliryhmään verrattuna. Tournairen & Theau-Yonneaun (2007) käytetyn Lenstrupin ym. (1987) tutkimuksen mukaan ammeterapialla on positiivinen vaikutus myös kohdunsuun avautumiseen. Ammeen kipua ja ahdistuneisuutta vähentävä vaikutus voi vaikuttaa oksitosiinin eritykseen sitä vähentävästi, jolloin supistukset voivat harventua tai lakata kokonaan (Benfield 2010). Kätilön on hyvä tarkkailla myös tätä puolta, jos synnyttäjällä on ammeessa synnytyksen alkuvaiheessa. Lisäksi kätilön ammattitaitoon kuuluu tietää milloin synnyttäjällä voi käyttää ammetta kivunlievityksenä ja miten sikiön vointia tarkkaillaan äidin ollessa ammeessa.

Aquarakkuloiden kipua lievittävää vaikutusta on tutkittu useissa tutkimuksissa. Tutkimusten satunnaistaminen on haastavaa, joten vahvaa näyttöä suuntaan tai toiseen on vähän. Useimmiten aquarakkuloita pistetään alaselkään, mutta kätilö voi laittaa niitä myös esimerkiksi reisiin, nivusiin tai alavatsalle. Tutkimusnäyttö niiden toimivuudesta

on ristiriitaista, mutta niiden käytöllä ei ole todettu olevan selkeitä haittavaikutuksia. Aquarakkulat ovat helppo, nopea ja halpa tapa lievittää synnyttäjän kipua. Joskus rakkuloiden pistäminen tekee niin kipeää, että rakkuloiden pistäminen keskeytetään.

TENS -laitetta käytetään yleisesti synnytyksen aikana alaselkäkipujen lievittämisessä. Kätilö ohjaa synnyttäjälle laitteen käytön, mutta synnyttäjä voi itse säädellä laitteen käyttöä. Koska TENS -laitteella ei ole luotettavasti tutkittuna positiivista vaikutusta synnytyskipun hoidossa, ei kätilön tule markkinoida sitä hyvänä kivunlievittäjänä. Kuitenkin äidin oma kokemus laitteesta voi olla positiivinen, sillä hän voi sen avulla hallita tilannetta. On kuitenkin tutkimusnäyttöä myös siitä, että TENS on toiminut kipua lievittävästi joidenkin synnyttäjien kohdalla. Kätilön tulee osata ohjata laitteen käyttö äidille, jos äiti sitä haluaa käyttää. Lisäksi kätilön hyväksyntä äidin omalle valinnalle laitteen käytöstä lisää tyytyväisyyden tunnetta (Hodnett 2002, Goodman ym. 2004).

Hieronta ja kosketus synnytyksen hoidossa ovat helppoja toteuttaa, koska toteuttamiseen ei välttämättä tarvita apuvälineitä. Kätilön tai tukihenkilön on kuitenkin huomioitava milloin synnyttäjä kokee kosketuksen tai hieronnan hyvänä ja milloin ei. Valitettavasti synnytyksen hoitoon ja etenemisen seurantaan liittyy usein myös ikävältä tuntuvaa kosketusta, esimerkkinä ulko- tai sisätutkimus. Synnytyksen aikana toteutettava hieronnan ei tarvitse olla tekniikaltaan ammattimaista, joten kuka tahansa voi toteuttaa sitä synnytyskipun hoidossa. Hieronnalla kätilö voi auttaa lihasjännitteiden laukaisussa, josta on apua esimerkiksi hengityksen rauhoittamisessa. Koskettamisen ja hieromisen avulla kätilöllä on mahdollisuus osoittaa empatiaa ja näyttää synnyttäjälle, että hänestä välitetään ja hänelle on aikaa.

Kivunlievitysmenetelmät, joita käsitelimme kappaleessa ”Muut menetelmät” ovat harvoin käytettyjä, eikä kätilön tarvitse osata toteuttaa kyseisiä menetelmiä. Vyöhyketerapiaa toteuttaa vyöhyketerapiaan erikoistunut henkilö, joka voi olla synnytyksessä mukana oleva tukihenkilö. Aromaterapiassa käytettävien öljyjen käytöstä synnyttäjä vastaa itse, samoin on homeopatiassa käytettävien aineiden kohdalla. Näiden menetelmien käytöstä synnytyskipun lievityksessä on vain vähän tietoa, eikä tutkimusnäyttöä toivuudesta ole. Kyseisten menetelmien ajatellaan vaikuttavan synnyttäjään tätä rentouttaen, jolla on mahdollisesti vaikutusta kivun tuntemiseen ja synnytyksen edistymiseen.

Kätilötyö vaatii hyvää ammattitaitoa ja kätilön on päivitettävä jatkuvasti osaamistaan sekä tietotaitoaan. Jokaisen synnyttäjän kohdalla kivunlievitystä on mietittävä yksilöllisesti. Synnyttäjän kanssa on keskusteltava eri kivunlievitysvaihtoehdoista ja kerrottava niiden toiminnasta ja vaikutuksesta sekä niihin liittyvistä mahdollisista sivuvaikutuksista. Kätilön tulee osata keskustella kivunlievitysmenetelmistä perustellen. Synnyttäjän kivun arvioiminen on avainasemassa, kun synnyttäjälle ehdotetaan eri kivunlievitysmenetelmiä.

Usein lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä käytetään synnytyksen avautumisvaiheen ja latenttivaiheen kivunhoidossa. Toiset synnyttäjät saavat menetelmistä hyvän avun, vaikka yhtä ja ainoaa teoriaa esimerkiksi akupunktion tai aquarakkuloiden vaikutusmekanismille ei ole olemassa. Monet menetelmät perustuvat rentoutumiseen, jolla on varmasti vaikutusta synnyttäjän kipukokemukseen. Kätilön oma asenne vaikuttaa lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttöön. Lääkkeettömillä kivunlievitysmenetelmillä ja kannustuksella synnyttäjä voi pärjätä pitkäänkin ilman lääkkeellisiä menetelmiä tai mahdollisesti jopa kokonaan ilman niitä. Monessa tutkimuksessa nousi esiin myös lääkkeettömien menetelmien psykologinen vaikutus.

LÄHTEET

- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2010. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY.
- Arponen, R. & Airaksinen, O. 2001. Hoitava hieronta. Porvoo: WSOY. Sivut 214-218.
- Baker, K. 2010. Midwives should support women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery*. 2010. Vol: 18, No: 8; 492-497.
- Bedwell, C. 2011. Why do women use TENS equipment and how effective is it? *British Journal of Midwifery*. 2011. Vol. 19, no: 6; 348-351.
- Borup, L. Wurlitzer, W., Hedegaard, M., Kesmodel, U.S. & Hvidman, L. 2009. Acupuncture as Pain Relief During Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2009. Iss. 36; 5-12.
- Croft, N. 2011. Mind over matter: minimizing pain in labour. *Midwives*. 2009, iss. 14(7), 20-21.
- Deveraux, Y. & Sullivan, D. H. 2013. Doula Support While Labouring: Does it Help Achieve a More Natural Birth? *International Journal of Childbirth Education*. 2013. Vol: 28, No: 2; 54-61.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 1998. Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A. & Nissen E. 2006. Lärobok for barnmorskor. Studentlitteratur, Lund.
- Gisin, M., Poat, A., Fierz, K. & Frei, I.A. 2013. Women's experiences of acupuncture during labour. *British Journal of Midwifery*. 2013, vol: 21, nro: 4, 254-262.
- Hagenmalm, M. 1996. Vyöhyketerapia. Helsinki: Tammi.
- Hakala, M. 2012. Vesisyntytyt ja veteen synnytys. Suomen kättilöliitto. Luettu: 21.11.2013. Luettavissa: <http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Vesisyntytyt.pdf>
- Hamilton, A. 2007. Pain Relief and Comfort in Labour. Teoksessa Fraser, D. & Cooper, M. 2007. *Myles Textbook for Midwives*. Elsevier.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.
- Hirvonen, H. 1998. Vesi kannattaa. Vesi raskauden ja synnytyksen helpottajana. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Hodnett, E. D. 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol 186, iss. 5.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveyst. Porvoo: Edita.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset. Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Turku: Digipaino, 3-9.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro.

Karttunen, E. 2013. Hyvissä vesissä. Kätilölehti 4/2013, 24-25. ISSN 0022-9415

Klaus, M. H., Kennell, J. H. & Klaus P. H. 2012. The Doula Book – How a Trained Labor Companion Can Help You Have a Shorter, Easier and Healthier Birth. Lifelong Books.

Laaksoranta, L. 1996. Koskettaminen synnyttäjän hoidossa – ”Kuin kalvo särkyi si”. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus. Tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Turku: Digipaino, 2.

Liu, Y., Liu, Y., Huang, X., Du, C., Peng, J., Huang, P. & Zhang, J. 2014. BMC Pregnancy and Childbirth. Vol: 14:160.

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

Martenssån, L. & Wallin, G. 2006. Use of Acupuncture and Sterile Water Injection for Labor Pain: A Survey in Sweden. Birth: Issues in Perinatal Care. 2006, iss. 33; 289-296.

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank, B. 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Mediapinta.

Mäki-Kojola, T. 2009. Naisten kokemuksia synnytyksestä ja vaihtoehtoisen hoitomuotojen käytöstä. Pro gradu –tutkielma. Lääketieteen laitos. Tampereen Yliopisto.

Nuutila, M. & Sarvela, J. 2011. Näin hoidan: Synnytyskipu. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2009;125(17):1881-1888.

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto E., Väyrynen, P. & Äimälä, A. 2012. Kätilötyö. Helsinki: Edita.

Peart, K. 2008. Managing labour pain safely. Australian Journal of Advanced Nursing. 2008. Vol: 25, no: 3; 43-48.

Pikkarainen, M., Rintala, P. & Sillankorva J. 2005. Ponnistusasennon valinta kätilötyön haasteena. Kätilölehti 4/2005, 166-167. ISSN 022-9415

Pudas-Tähkä, S. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. &

- Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Turku: Digipaino, 2
- Oksanen, T. 2011. Doula osana synnytystiimiä. Kätilölehti 1/2011, 12-13. ISSN: 0022-9415
- Raussi-Lehto, E. 2012. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Kätilötyö. 2.-4. painos. Helsinki: Edita.
- Rautaparta, M. 2004. Synnytys ja hengitys. Kätilölehti 3/2004, 101-102. ISSN 0022-9415
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, M. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Rooks, J.P. 2012. Labour Pain Management Other Than Neuraxial: What Do We Know and Where Do We Go Next? Birth: Issues in Perinatal Care. 2012, iss. 39; 318-322.
- Rouhe, H., Saisto, T., Toivanen, R. & Tokola, M. 2013. Kun synnytys pelottaa. Juva: Minerva kustannus Oy.
- Saarelma, O. 2013. Tietoa potilaalle. Akupunktio (Akupunktuuri). Lääkärikirja Duodecim. Luettu 18.11.2013. Luettavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=akupunktio
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksien tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja.
- Sarvela, J. 2009. Synnytyskivun voimakkuus. Teoksessa Kipu. Luettu 6.11.2014. Luettavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661
- Saxena, K. N., Nischal, H. & Batra, S. 2009. Intracutaneous Injections of Sterile Water over the Sacrum for Labour Analgesia. Indian Journal of Anaesthesia. 2009. Vol: 53, No: 2; 169-173.
- Siivola, M. 2014. Doulan toimenkuva. Luettu 4.10.2014. Luettavissa: <http://doules.fi/palvelut-2/doula/doulan-toimenkuva/>
- Silvola, T. 2003. Akupunktio kivun lievittäjänä synnytyksen aikana. Kätilölehti 3/2003, 111-113. ISSN 0022-9415.
- Suomen kätilöliitto. 2011. Kädentaidot kunniaan! Asentojen hyödyntäminen kätilötyössä. Kätilölehti 5/2011, 25. ISSN 0022-9415
- Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Turku: Digipaino, 58-70.
- Svennevig, H. 2005. Kehon mieli – Kehontuntemuksesta itsetuntemukseen. Helsinki: WSOY.

Tiitinen, A. 2013. Tietoa potilaalle: Normaali synnytys. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 25.11.2013. Luettavissa: [http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=dlk00160&p_haku=synnytys](http://www terveystportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=dlk00160&p_haku=synnytys)

Tournaire, M. & Theau-Yonneau, A. 2007. Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labour. Advance Access Publication. 2007. Vol: 4, No: 4; 409-417.

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Tammi.

University of York. Centre for Reviews and Dissemination. 2009. Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews at health care. Luettu 13.03.2013. http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf

Uvnäs-Moberg, K. 2007. Rauhoittava kosketus – oksitosiinin parantava vaikutus kehossa. Helsinki: Edita.

Vainio, A. 2009. Kiinalainen lääketiede. Duodecim. Luettu 18.11.2013. Luettavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00071

Virolainen, H. 2000. Ihmisten kokemuksia vyöhyketerapiasta ja hoitoon liittyvästä terveysneuvonnasta. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän Yliopisto.

Weatherspoon, D. 2011. Current Practices in Easing Discomfort from Labour and Delivery: Alternative and Medical Practices. International Journal of Childbirth Education. 2011. Vol: 26, No: 4; 44-48.

WHO. 1996. Care in Normal Birth: a practical guide. Luettu: 19.11.2013. Luettavissa: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Wong, C.A. 2009. Advances in labour analgesia. International Journal of Women's Health. Iss.1; 139-154.

LIITTEET

LIITE 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja asiantuntija-artikkelit

Tekijä(t) ja vuosi	Nimi	Aineistotyyppi	Sisältö
Borup, L., Wurlitzer, W., Hedegaard, M., Kesmodel, U. S. & Hvidman, L. 2009.	Acupuncture as Pain Relief During Delivery: A Randomized Controlled Trial	Tutkimus	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia akupunktiota (314) ja TENSiä (144) kivunlievityskeinona ja verrata niitä perinteisimpiin (149) kivunlievitysmenetelmiin. Akupunktion käyttö kivunlievityksenä synnytyksen hoidossa, vähensi sekä lääkkeellisten että invasiivisten hoitomuotojen käyttöä synnytyksen aikana.
Pearth, K. 2008.	Managing labour pain safely	Tutkimus	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia aquarakkuloiden tehokkuutta ja hyväksyttävyyttä alaselkävivun lievittäjänä synnytyksen aikana. Tutkimukseen osallistui 60 synnyttäjää, joista 52 palautti vastauslomakkeen. Suurin osa tyytyväinen aquarakkuloiden kipua lievittävään vaikutukseen. Tärkein syy keinon valintaan oli se, ettei se vaikuta negatiivisesti sikiöön.
Weatherspoon, D. 2011.	Current Practices in Easing Discomfort from Labor and Delivery: Alternative and Medical Practices.	Asiantuntija-artikkeli	Synnyttäjän realistinen suhtautuminen kipuun ja henkilökohtainen hallinnan tunne vaikuttavat positiivisesti kipuun synnytyksen aikana. Kätilön tulee antaa äidille tietoa synnytyksen hoidosta etukäteen. Kätilöiden kouluttautumisella on suuri merkitys – erilaisten kivunlievitysmenetelmien tarjoamisessa.
Gisin, M., Poat, A., Fierz, K. &	Women's experiences of acupunc-	Tutkimus	Tutkimuksessa on tutkittu seitsemän (7) synnyttä-

Frei, I. A. 2013.	ture during labour.		neen naisen kokemuksia akupunktiosta kivunlievittäjänä. Tutkimustuloksissa korostui etenkin kätilön rooli akupunktiota tarjottaessa kivun lieviytykseen.
Bedwell, Carol. 2011.	Why do women use TENS aquipment and how effective is it?	Asiantuntija-artikkeli	Tutkimustulokset TENSin toimivuudesta ovat ristiriitaisia, minkä vuoksi NICE (National Intute for Health an Clinical Excellence) suositteli sitä synnyttäjien kivunlievitykeksi. Kuitenkin monet synnyttäjät kokevat sen hyväksi vaihtoehdoksi. TENSin positiivinen vaikutus voi perustua psykologiseen vaikutukseen, jossa synnyttäjällä itsellään on tilanteen hallinta mahdollisuus.
Rooks, J. P. 2012.	Labor Pain Managment Oth-er than Neuraxial: What Do We Know and Where Do We Go Next?	Tutkimus - kirjallisuuskatsaus	Katsaus sisältää tutkimustuloksia lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista sekä ilokaasusta ja opioideista lääkkeellisenä kivunlievityksenä synnytyksen hoidossa. Katsaus tuo esiin lääkkeettömien menetelmien halpuuden sekä niiden yhteiskäytön mahdollisuuden synnytyksen aikana.
Baker, K. 2010.	Midwives Should Support Women To Mobilize During Labour	Asiantuntija-artikkeli	Artikkeli erittelee syitä, miksi kätilöiden tulisi rohkaista ja tukea synnyttäjiä liikkumaan ja olemaan pystyasennoissa synnytyksen aikana. Aikaisemman kirjallisuuden mukaan se on yksi synnytyskivun hoitomenetelmä. Kätilöiden tulee kertoa liikkumisen ja liikkumattomuuden vaikutuksista synnytyksen edistymiseen.
Liu, Y., Liu, Y., Huang, X., Du, C., Peng, J.,	A Comparison Of Maternal And Neonatal Out-	Tutkimus	Tutkimuksen tarkoituksena on vertailla ammekivunlievityksen ja tavan-

Huang, P. & Zhang, J. 2014.	comes Between Water Immersion During Labor And Conventional Labor And Delivery		omaisempien kivunlievitysmenetelmien vaikutuksia synnyttäjään ja sikiöön. Amme-kivunlievityksellä on positiivinen vaikutus kiputuntemukseen, keisarileikkausmääriin sekä synnytyksen jälkeiseen virtsankarkailuun. Amme kivunlievityksenä ei nosta infektoriskiä tutkimuksen mukaan.
Tournaire, M. & Theau-Yonneau, A. 2007.	Complementary and Alternative Approaches To Pain Relief During Labor	Asiantuntija-artikkeli	Artikkeli arvioi aikaisemman kirjallisuuden pohjalta vaihtoehtoisten lääkitysten vaikutusta synnytyskipuun verraten niitä tavanomaisiin lääkkeellisiin menetelmiin. Johtopäätösten tekoon käytettiin ainoastaan satunnaistettujen vertailukokeiden (Randomized Controlled Trials) pohjalta. Näiden pohjalta lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä akupainannalla, aquarakkuloilla, akupunktiolla sekä vesiterapialla oli myönteistä vaikutusta.
Devereaux, Y. & Sullivan, D. H. 2013.	Doula Support While Laboring: Does it Help Achieve a More Natural Birth?	Asiantuntija-artikkeli	Artikkeli tutkii aikaisemman kirjallisuuden pohjalta doulan painoarvoa synnytyksessä. Asiasta tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet ristiriitaisiksi. Saatavilla on näyttöä jatkuvan doulan antaman tuen eduista.
Wong, C. A. 2009.	Advances in Labor Analgesia	Asiantuntija-artikkeli	Artikkeli käsittelee synnytyskipua, sen vaikutuksia synnyttäjään ja sikiöön, sekä erilaisia kivunlievitysmenetelmiä.
Saxena, K. N., Nischal, H. & Batra, S. 2009.	Intracutaneous Injections of Sterile Water over the Sacrum for Labour Analgesia	Tutkimus	Tutkimukseen osallistui 100 synnyttäjää, joista satunnaisesti valittiin kaksi ryhmää. Tutkimusryhmässä olleille injisoiittiin neljä papulaa steriiliä

			<p>vettä selän puolelle, kun taas kontrolliryhmässä olleille samoihin kohtiin injisoitiin keittosuolaliuosta.</p> <p>Ryhmien välillä vertailtiin kiputuloksia, synnytyksen etenemistä ja sikiövaikutuksia.</p>
--	--	--	--

LIITE 2. Tiedonhaku

Tietokanta	Hakutermit	Viitteitä	Otsikon perusteella	Abstraktin perusteella	Aineistoon valitut
CINAHL	(labour OR labor OR "childbirth") AND ("pain relief" OR analgesia) AND (acupuncture OR TENS OR TNS OR massage OR water)	31	19	13	6
	(labour OR labor OR "childbirth") AND ("pain relief" OR analgesia) AND (therapy OR "alternative medicine")	90	12	11	2 (5 [^])
	(labour OR labor OR childbirth) AND ("pain relief" OR analgesia) AND (midwifery OR support OR doula)	55	5	4	2
PubMed	((labour OR labor OR delivery OR "child birth")) AND ("pain relief" OR "analgesia")) AND (acupuncture OR TENS OR TNS OR mas-	54	16	14	4

	sage OR wa- ter)				
	(labour OR labor OR childbirth) AND (“pain relief” OR analgesia) AND (mid- wifery OR support OR doula)	175	8	4	0
Medic	labour OR "child birth" OR labor AND "pain relief" OR analgesia	16	1	0	0
	synnytys AND kivunhoito OR “kivunlievitys”	3	0	0	0