

Kivinen Laura

**RASKAANA OLEVA JA SYNNYTTÄVÄ NAINEN SEKÄ VAS-
TASYNTYNYT ENSIHOIDOSSA**

Koulutus Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitajille

RASKAANA OLEVA JA SYNNYTTÄVÄ NAINEN SEKÄ VAS- TASYNTYNYT ENSIHOIDOSSA

Koulutus Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitajille

Kivinen Laura

Opinnäytetyö

2016

Ensihoidon tutkinto-ohjelma

Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Ensihoitajan tutkinto-ohjelma, monimuotototeutus

Tekijä: Laura Kivinen

Opinnäytetyön nimi: Raskaana oleva ja synnyttävä nainen sekä vastasyntynyt ensihoidossa – koulutustilaisuus Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitajille

Työn ohjaajat: Petri Roivainen ja Raija Rajala

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2016

Sivumäärä: 47+ 2 liitesivua

Tämän opinnäytetyön tulostavoitteena oli koulutustilaisuuden pitäminen Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitajille aiheesta raskaana oleva ja synnyttävä nainen sekä vastasyntynyt ensihoidossa. Opinnäytetyö toteutettiin projektina yhteistyössä Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen kanssa.

Projektin kehitystavoite lyhyellä aikavälillä oli se, että ensihoitajat saavat tietoa obstetrisen asiakkaan ja vastasyntyneen kohtaamisesta. Toinen kehitystavoite oli, että asiakkaat eli raskaana olevat ja synnyttävät naiset, sekä vastasyntyneet lapset hyötyvät koulutustilaisuudesta. Pitkän aikavälin kehitystavoitteena on saada koulutustilaisuudessa olleet ensihoitajat kiinnostumaan aiheesta, opiskelemaan sitä lisää ja ylläpitämään jo opittua tietoa sekä välittämään sitä muille ensihoidon parissa työskenteleville. Tämä voi tarkoittaa sitä, että tulevaisuuden ensihoitohenkilökunta on nykyistä valmiimpi kohtaamaan obstetrisia potilaita, jotka saavat siten laadukkaampaa hoitoa.

Oppimistavoitteena oli oppia järjestämään toimiva koulutustilaisuus yhdessä Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen kanssa. Koulutustilaisuus pidettiin Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen tiloissa. Koulutusmateriaalin sisällön rakentamisessa ja tarkastamisessa oli mukana obstetriikan ja ensihoidon asiantuntijoita. Koulutuksessa käytiin läpi normaali raskaus, synnytys ja vastasyntyneen hoito ensihoidon näkökulmasta. Lisäksi koulutuksessa käsiteltiin myös obstetristen potilaiden erikoistilanteiden hoitoa ensihoidossa.

Keräsin koulutustilaisuuteen osallistuneilta ensihoitajilta kirjallisen palautteen koulutustilaisuudesta. Palaute oli positiivista ja minulle jäi kuva, että osallistujat pitivät aihetta mielenkiintoisena ja tärkeänä ja esitystä sujuvana. Tulevaisuudessa projektini sisältöä ja toteutustapaa voisi käyttää hyödyksi ensihoitajien koulutuksissa.

Asiasanat: raskaana oleva nainen, synnyttävä nainen, vastasyntynyt, ensihoito, koulutustilaisuus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Prehospital Emergency Care

Author: Laura Kivinen

Title of Thesis: Raskaana oleva ja synnyttävä nainen sekä vastasyntynyt ensihoidossa – koulutustilaisuus Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitajille

Supervisors: Petri Roivainen ja Raija Rajala

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2016

Number of pages: 47 + 2 appendix pages

The aim of this thesis was organize an education occasion to paramedics about pregnant woman, woman giving birth and newborn babies. I decided to do this practical thesis in collaboration with the Primary Care Central of Central Ostrobothnia Central Hospital. There was three improvement goals in this project.

First short-term goal was to give more information to paramedics how to take care of pregnant woman, woman giving birth and newborn babies. As the second goal, this project is meant to help patient in that special group. Third long term goal is that paramedics could use this project to inspire them to study more about the subject and use the learned information at their work. Also disseminate this knowledge to one for another was very important part of the project.

As conclusion, feedback revealed that this project was effective and increased the knowledge about the matter. Participants also reported that the occasion was educational, interesting and useful. This project can be used as basis in similar educations.

Keywords: pregnant woman, woman giving birth, newborn, primary care

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO.....	6
2 PROJEKTIN TAUSTA JA TAVOITTEET	7
3 KOULUTUSTILAISUUDEN SUUNNITTELUPROSESSI	10
3.1 Projektiorganisaatio.....	10
3.2 Projektin päätehtävät.....	12
3.3 Tekijänoikeudet.....	13
4 RASKAANA OLEVAN JA SYNNYTTÄVÄN NAISEN SEKÄ VASTASYNTYNEEN HOITO ENSIHOIDOSSA	14
4.1 Raskaana oleva nainen ensihoidon potilaana.....	14
4.2 Uhkaava ennenaikainen synnytys	15
4.3 Napanuoraprolapsi	16
4.4 Raskausmyrkytys	18
4.5 Synnyttävä nainen ensihoidon potilaana.....	20
4.5.1 Synnytyksen hoito ensihoidossa.....	21
4.5.2 Ponnistusvaiheen hoito.....	23
4.5.3 Jälkeisvaiheen hoito	24
4.5.4 Hartiadystokia	25
4.5.5 Perätilasynnytys	26
4.5.6 Atoninen vuoto.....	27
4.6 Vastasyntyneen hoito ensihoidossa.....	29
5 KOULUTUSTILAISUUDEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	33
6 TILAISUUDEN ARVIOINTI.....	36
6.1 Arvioinnin suunnittelu	36
6.2 Osallistujien palaute koulutustilaisuudesta	39
6.3 Opinnäytetyöprosessin arviointia.....	40
7 POHDINTA	42
LÄHTEET	44
LIITTEET	VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli pitää luentomuotoinen koulutustilaisuus Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitajille. Koulutustilaisuuden tarkoitus oli parantaa ensihoitajien valmiuksia kohdata raskaana oleva tai synnyttävä nainen sekä vastasyntynyt ensihoidon asiakkaina. Koulutustilaisuuksiin osallistui neljänä päivänä yhteensä 60 ensihoitajaa ja ne järjestettiin Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen tiloissa.

Halusin tehdä opinnäytetyön mielenkiintoisesta ja ajankohtaisesta aiheesta. Ensihoitajat kohtaavat työssään harvoin tätä asiakasryhmää ja halusin koulutustilaisuudella tuoda heille lisää varmuutta näiden potilaiden kohtaamiseen.

Halusin pitää koulutustilaisuuden sisällön helposti ymmärrettävänä ja lähestyä aihetta ensihoitajien näkökulmasta. Koulutustilaisuuden sisällön lukivat ja tarkastivat ohjaavan opettajan lisäksi Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri Jukka-Pekka Koskela, synnytys ja naistentautien ylilääkäri Charlotta Frostdahl, kättilö Marketta Malkamäki sekä Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen kenttäjohtaja Harri Köyhäjoki.

Koulutustilaisuus toistettiin neljä kertaa samanmuotoisena eri ensihoitajille. Palaute koulutustilaisuudesta oli todella positiivista. Uskon, että koulutustilaisuuden jälkeen ensihoitajat saivat lisää tietoa raskaana olevien ja synnyttävien naisten sekä vastasyntyneiden hoidosta ensihoidossa.

Tässä opinnäytetyössä kuvailen koulutustilaisuuden suunnitteluprosessia, avaan koulutustilaisuuden teoriaviitekehystä, sekä arvioin koulutustilaisuuden onnistumista sille asettamieni laatukriteerien pohjalta.

2 PROJEKTIN TAUSTA JA TAVOITTEET

Sairaalan ulkopuolisen synnytyksen riski kasvaa, kun välimatkat synnytyssairaaloihin ovat pidentyneet synnytysyksikköjen jatkuvasti vähentyessä. Ensihoitoyksiköllä tavoitteena on kuljettaa synnyttävä äiti lähimpänä sijaitsevaan sairaalaan. Sairaalan ulkopuolella tapahtuvassa suunnittelemattomassa synnytyksessä on aina riskinsä, kun taas suunniteltu sairaalan ulkopuolella tapahtuva synnytys, ammattitaitoisten asiantuntijoiden läsnä ollessa on lähes yhtä turvallinen kuin sairaalassa. Jos synnytys tapahtuu odottamatta sairaalan ulkopuolella, lapsen riski sairastua vakavasti tai kuolla kasvaa. Erikoistilanteiden hoito on suurin riski matkasynnytyksissä. Poikkeavat olosuhteet eivät aina anna mahdollisuutta erityistilanteiden hoitoon, jos siihen on tarvetta. (Lahtela & Romppainen 2002, 151; Sheiner ym. 2004, 85; Äimälä 2009, 467.)

Oulaskankaan sairaalan synnytystoiminnan lopettamisesta Valvira on määrännyt siten, että se loppuu 31.3.2017 mennessä. Alueen synnytykset keskittyvät vastaisuudessa Kokkolaan ja Ouluun. Tällä hetkellä Suomessa on 25 synnytyksiä hoitavaa sairaalaa. Laajan synnytyspalveluverkoston ylläpidon haasteena ovat osaavan ammattihenkilökunnan puute ja alhaiset potilasmäärät. Käynnissä olevalla SOTE-uudistuksella voi myös olla vaikutusta synnytystoiminnan järjestämiseen. Parhailtaan lausunnoilla olevassa päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden uudistuksessa ympärivuorokautinen päivystys koottaisiin 12 sairaalaan. (Valvira. 2016. Hakupäivä 11.11.2016.)

Suomessa riskisynnytykset on pääosin keskitetty yliopistollisiin sairaaloihin. Vuonna 2014 huonokuntoisten vastasyntyneiden määrä oli yhtä suuri pienissä ja suurissa sairaaloissa. Runsas kaksi prosenttia syntyneistä sai vastasyntyneen Apgar-pisteiksi viiden minuutin iässä kuusi tai sitä vähemmän. Osaavan ja riittävän henkilökunnan saatavuus voi rajoittaa nykyisen synnytyssairaalaverkon ylläpitämistä. Tutkimusten mukaan minimivaatimus synnytysyksikön koolle olisi 2 000 synnytystä vuodessa. Suomessa näin tiukka ehdotus ei maantieteellisten seikkojen vuoksi ole mahdollinen. (Nieminen. 2015. 3.)

Edellä mainittujen, tulevaisuudessa tapahtuvien keskittämisien myötä, ensihoitohenkilökunta tulee kohtaamaan enenevässä määrin obstetrisia potilaita. Siksi halusin tehdä projektini juuri tästä aiheesta.

Kohderyhmänäni projektissa olivat Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon tulosalueen ensihoitajat, jotka hyötyivät koulutustilaisuudesta saaden uutta ja ajantasais-ta tietoa raskaana olevien naisten, synnyttävien naisten sekä vastasyntyneiden lasten hoidosta ensihoidon työkentällä. Sekundaarisia hyötyjiä ovat ensihoitajien asiakkaat. He saavat ensihoitajien paremman osaamistason myötä parempaa ja turvallisempaa hoitoa sairaalan ulkopuolella. Koulutusmateriaali jää käyttöön Keskipohjanmaan sairaanhoito-piirin ensihoidon tulosalueelle, jotta sitä voidaan jatkossakin, tarpeen niin vaatiessa muokattuna ajankohtaisemmaksi, käyttää myös uusien ensihoitajien koulutuksessa.

Tulostavoitteeni tässä opinnäytetyöprojektissa oli järjestää koulutustilaisuus ensihoita-jille yhteistyössä Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon tulosalueen kanssa. Koulutustilaisuuden aiheena oli raskaana olevan ja synnyttävän naisen sekä vastasynty-neen lapsen kohtaaminen ensihoidossa.

Asetin koulutustilaisuudelleni myös **laadulliset tavoitteet**, joita ovat johdonmukaisuus, luotettavuus, mielenkiintoisuus, salliva ilmapiiri, innostavuus, innovatiivisuus, merki-tyksellisyys ja uskottavuus. Laatutavoitteisiini kuuluu lisäksi se, että koulutustilaisuuden sisältö oli selkeä ja helposti omaksuttava Tilaisuuden teorialiedon tulee olla peräisin luotettavista lähteistä. Palautekyselymme suunnittelin kokonaan asettamieni laatukritee-reiden pohjalta

Kehitystavoitteeni lyhyellä aikavälillä on se, että ensihoitajat saavat tietoa ja taitoa obs-tetrisen asiakkaan ja vastasyntyneen kohtaamisesta työssään ensihoidossa. Toinen, kes-kipitkän aikavälin, kehitystavoitteeni on, että asiakkaat eli raskaana olevat ja synnyttä-vät naiset, sekä vastasyntyneet lapset hyötyvät koulutustilaisuudestani. Tavoitteenahan on, että koulutustilaisuudessa olleet ensihoitajat kohtaavat heidät entistä paremmilla tie-

doilla. Pitkän aikavälin kehitystavoitteena on myös saada koulutustilaisuudessa olleet ensihoitajat kiinnostumaan aiheesta, opiskelemaan sitä lisää ja ylläpitämään jo opittuja tietoja sekä välittämään sitä myös muille ensihoidon parissa työskenteleville. Pitkällä aikavälillä tämä voi tarkoittaa sitä, että tieto laajenee ja tulevaisuuden ensihoitohenkilökunta on nykyistä valmiimpi kohtaamaan obstetrisia potilaita, jotka saavat siten laadukkaampaa hoitoa.

Oppimistavoitteenani oli oppia järjestämään toimiva koulutustilaisuus yhteistyössä Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon tulosalueen kanssa. Koulutustilaisuutta järjestäessäni tuli minun ottaa huomioon erilaisia asioita, kuten budjetti, tilaisuuden asiasisältö ja maksimi osallistujamäärä. Koulutustilaisuuden onnistuminen kuvaa myös omaa onnistumistani tilaisuuden järjestäjänä. Arvioni koulutustilaisuuden onnistumisesta pohjautuu osallistujien ja yhteistyökumppanini, sekä ohjaavien opettajien palautteeseen.

3 KOULUTUSTILAISUUDEN SUUNNITTELUPROSESSI

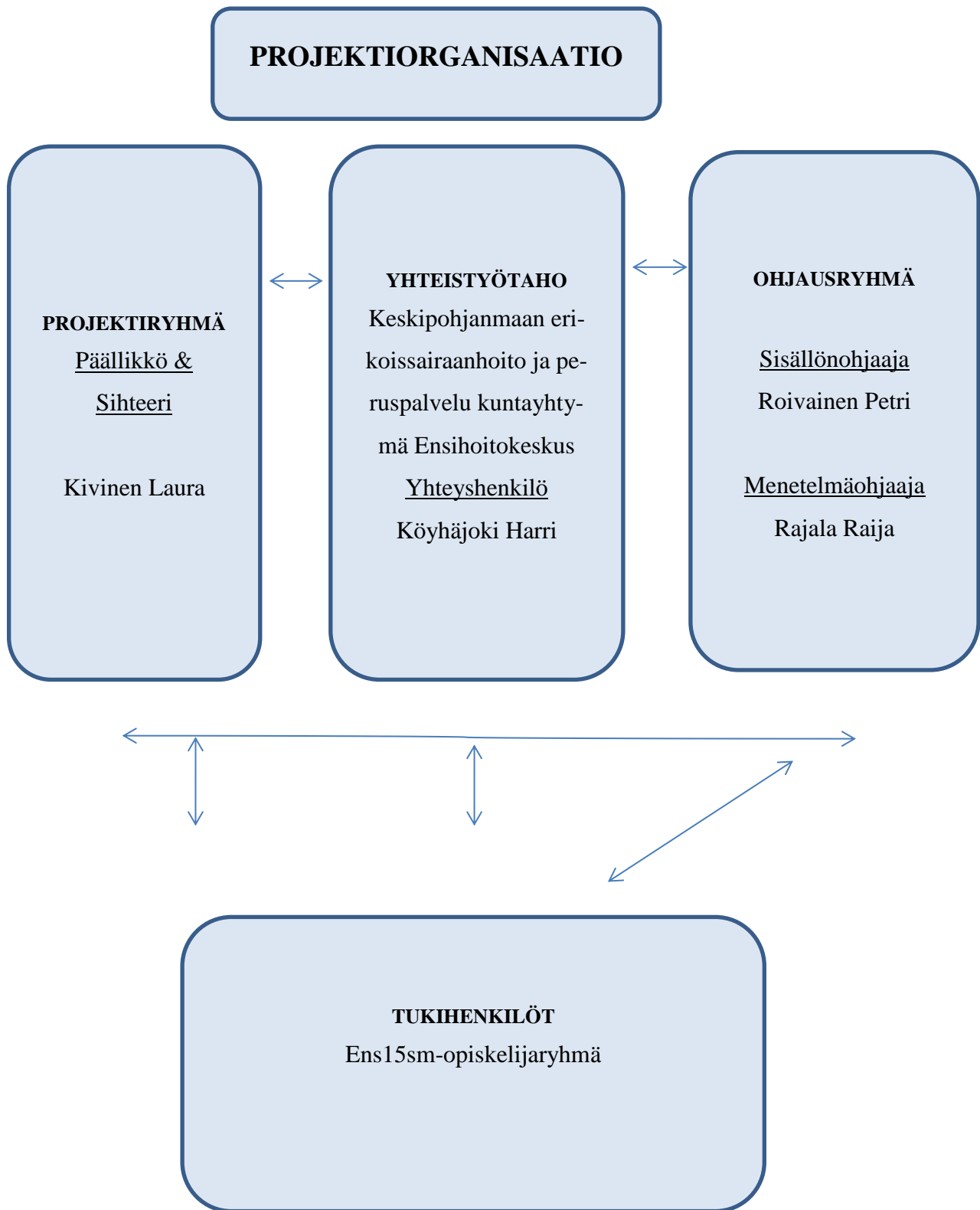
3.1 Projektioorganisaatio

Opinnäytetyön projektiryhmän muodostavat opinnäytetyön tekijä eli minä Laura Kivinen. Toimin projektin päällikkönä ja sihteerinä. Projektipäällikön tehtäviin kuuluu projektin etenemisen hallinta. Projektipäällikkö huolehtii siitä, että projekti etenee suunnitelmien mukaan, myös aikataulus sekä resurssien riittävyys ovat projektipäällikön vastuulla. (Jyväskylän Yliopisto, hakupäivä 14.12.2015.)

Sihteeri laatii mahdollisten palavereiden ja kokousten esityslistat yhdessä projektipäällikön kanssa. Sihteeri kirjoittaa kokouksista pöytäkirjat ja toimii sihteerinä johto- ja tukiryhmän kokouksissa. Johtoryhmän kokouksissa sihteerillä on oikeus käyttää puheenvuoroja. (Jyväskylän Yliopisto, hakupäivä 14.12.2015.)

Projektini yhteistyötahona toimi Keski-pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskus. Projektini ohjausryhmään kuuluu Oulun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksiköstä sisällönohjaajani Petri Roivainen sekä menetelmäohjaajani Raija Rajala. Tukihenkilöinä toimivat ensihoito-opiskelijaryhmämme Ens15sm.

Projektioorganisaationi on kuvattu kuviossa 2. Siinä kuvataan, kuinka projektiryhmä on koko opinnäytetyöprosessin ajan vuorovaikutuksessa yhteistyökumppanin, ohjausryhmän ja tukihenkilöiden kanssa.



KUVIO 1. Projektioorganisaatio

3.2 Projektin päätehtävät

Opinnäytetyöni päätehtäviä olivat kirjallisten lähteiden etsiminen, projektisuunnitelman teko, projektin toteuttaminen, loppuraportin teko ja maturiteetti. Päätehtävät ja aikataulu on kuvattu alla olevassa taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Projektin päätehtävät

Päätehtävät	Suunniteltu toteutuminen	Toteutunut
Kirjallisten lähteiden etsintä	kesä/syky 2015	kesä/syky 2015
Projektisuunnitelman teko	syky 2015	syky/kevät 2016
Projektin toteuttaminen	kevät 2016 (toukokuu)	2.-5.5.2015
Loppuraportin teko	kevät/kesä 2016 (touko-syyskuu)	kesä ja syky 2016

Opinnäytetyöprosessini alkoi kesällä 2015 jo ennen koulun alkua, kun sain tietää, että sain opiskelupaikan. Työn tekeminen alkoi tällöin aihetta ja yhteistyökumppania miettiessä sekä kirjallisten lähteiden etsimisellä. Etsin lähdemateriaalia internetistä ja kirjallisuudesta. Kokosin teoriatietoa yhtenäiseksi tietoperustaksi. Kun aiheenvalinta ja yhteistyökumppani oli myös koulun puolelta hyväksytty, aloin tehdä projektisuunnitelmaa syksyllä 2015 joka valmistui keväksi 2016. Projektisuunnitelma piti sisällään projektini tavoitteet, kustannusarvion (liite 1), projektiorganisaation, teoriatietoperustaa sekä toteutussuunnitelman.

Projektisuunnitelma hyväksyttiin sekä yhteistyökumppanillani että koulun ohjaajieni puolesta. Lisäksi varsinaisen koulutustilaisuuden sisällön (diaesitys) luetutin Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkärillä Jukka-Pekka Koskelalla, Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin synnytys- ja naistentautien ylilääkäri Charlotta Frostdahlilla, kätilö Marketta Malkamäellä sekä ensihoidon kenttäjohtaja Harri Köyhäjoella. Sain heiltä erinomaisia vinkkejä, miten pienin asioin koulutustilaisuuden diaesitystä voi

muokata paremmaksi ja yksityiskohtien hiomisen jälkeen koulutustilaisuus oli valmiina esitettäväksi.

Koulutustilaisuus pidettiin neljänä peräkkäisenä päivänä 2.-5.5.2016. Loppuraportin työstämisen aloitin koulutustilaisuuden pitämisen jälkeen toukokuussa 2016.

3.3 Tekijänoikeudet

Tekijänoikeuksista olemme sopineet yhteistyökumppanini ja minun välisellä aiesopimuksella, josta suora lainaus. ”Tekijänoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluu tekijälle (Opiskelija). Tekijä myöntää Toimeksiantajalle rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyöhön ja siihen liittyvään aineistoon: toimeksiantaja saa valmistaa opinnäytetyöstä kopioita, esittää ja näyttää aineistoa ja levittää opinnäytetöistä tehtyjä kappaleita sekä tehdä siihen levittämisen ja yleisön saataville saamisen kannalta tarpeelliset muutokset. Luotan siihen, että sopimus on pitävä.

4 RASKAANA OLEVAN JA SYNNYTTÄVÄN NAISEN SEKÄ VASTASYNTYNEEN HOITO ENSIHOIDOSSA

4.1 Raskaana oleva nainen ensihoidon potilaana

Normaali raskauden kesto on keskimäärin 280 vuorokautta eli 40 viikkoa. Jos kuukautiset ovat säännölliset, voidaan laskettu aika määrittää viimeisten kuukautisten alkamispäivän perusteella. Kestoa voidaan arvioida myös kaikututkimuksella. Raskauden kesto merkitään yleensä täysinä viikkoina ja päivinä esimerkiksi 28+1, jolloin on menossa 29. raskausviikko. Laskettu aika ei koskaan ole tarkka, mutta yleensä synnytys käynnistyy korkeintaan kaksi viikkoa ennen tai jälkeen lasketun ajan. Normaalin raskauden aikana naisen kehossa tapahtuu monia muutoksia. Kohdun paino lisääntyy 100 grammasta 1000-1200 grammaan. Kohdun kasvaminen tapahtuu raskausaikana lapsen koon kasvaessa. Kohdunpohja on 16. raskausviikolla navan ja häpyliitoksen puolella välissä, navan korkeudella 24. raskausviikolla ja kylkikaarissa raskausviikolla 36. Raskauden viikkomäärä on hyvä tarkistaa neuvolakortista- Raskauden aikana elimistön verimäärä kasvaa ja veren hemoglobiinipitoisuus laskee. Usein verenpaine on hieman normaalia alhaisempi ja pulssitaso puolestaan korkeampi. (THL 2012, 5; Käypähoitosuositus 2015, hakupäivä 28.3.2016; Frostdahl 20.04.2016, sähköpostiviesti)

Raskaus jaetaan kolmeen vaiheeseen eli trimesteriin sikiön kasvun perusteella. Ensimmäinen trimesteri kestää raskausviikot 1-13. Sen aikana tapahtuu hedelmöitys, hedelmöittyneen munasolun kiinnittyminen kohdun seinämään ja sikiön elinten ja kudosten nopea muotoutuminen ja kasvu. Toinen trimesteri on raskausviikoilla 14-28. Tänä ajanjaksona sikiön elinjärjestelmät kehittyvät ja kasvavat. Äiti alkaa tuntea sikiön liikkeitä raskausviikoilta 18-20 lähtien. Sikiön sydänäänet ovat stetoskoopilla kuultavissa. Viimeinen raskauskolmannes eli trimesteri kestää raskausviikosta 29. lapsen syntymään. Sikiö kasvaa tässä vaiheessa nopeasti ja näkyvästi. (Eskola & Hytönen 2002, 94-95.)

Normaaleja raskausajan oireita ovat väsymys, alkuvaiheen raskauden pieni lämmön nousu ilman varsinaista kuumetta, pahoinvointi ja kuvotuksen tunne, rintojen kasvu ja aristus, valkovuodon lisääntyminen, suurentunut virtsaamisen tarve, hikoilu, närästys,

suonikohjut, suonenvedot, ummetus ja peräpukamat, selkäkivut, turvotus, ihon tummuminen ja raskausarvet. (THL 2012, 10-12.)

4.2 Uhkaava ennenaikainen synnytys

Mikäli raskaus keskeytyy ennen 22. raskausviikon päättymistä tai sikiö painaa alle 500grammaa on kyseessä keskenmeno, ei synnytys. Verenvuoto ja kouristuksen omainen alavatsakipu ovat keskenmenon oireita. Verenvuoto voi olla keskenmenon aikana runsasta. Raskausviikko 22 on tärkeä ensihoidossa muistaa, koska se määrää potilaan kuljetuspaikan. (Ihme & Rainto 2014, 141; Frostdahl 20.04.2016, sähköpostiviesti)

Keskenmenopotilaalta tulee tarkkailla vitaalinelintoimintoja, sokin oireita (kylmänhiki-syys, huimaus,) vuodon laatua ja määrää, antaa nestehoitoa ja kuljettaa potilas sairaalaan. (Ihme & Rainto 2014, 141.)

Säännölliset tai kivuliaat supistukset tai kohdun kaulan kypsyminen ovat merkkejä uhkaavasta ennenaikaisesta synnytyksestä. Uhkaavan ennenaikaisen synnytyksen kriteerit Euroopan perinataalilääketieteen mukaan ovat 1. Vähintään 4 supistusta 20 minuutin aikana 2. supistuksen kesto yli 30 minuuttia 3. supistus on käsin tunnettavissa. (Käypähoito –suositus 2011, hakupäivä 25.2.2016.)

Satunnaiset supistukset ovat raskauden aikana yleisiä ja ne ennustavat huonosti ennenaikaisen synnytyksen todellista uhkaa. Epäsäännölliset ja kivuttomat supistukset ovat kokemustiedon perusteella yleensä vaarattomia. Ennenaikaisen synnytyksen riskitekijöitä ovat aiempi keskiraskauden keskenmeno, monisikiöraskaus, aiempi ennenaikainen synnytys, tiedossa olevat kohdun rakennepoikkeavuudet, toisen raskaus kolmanneksen verenvuoto, tupakointi ja päihteiden käyttö sekä alkion siirrosta alkanut raskaus. (Käypähoito –suositus 2011, hakupäivä 25.2.2016.)

Suomessa elävinä vuonna 2009 syntyneistä 5.5.% syntyi ennenaikaisesti eli ennen raskausviikkoa 37 ja 0.8% ennen raskausviikkoa 32. Riski ennenaikaiseen synnytykseen on kaksosraskaudessa 6-7-kertainen yksisikiöiseen raskauteen verrattuna. (Käypähoito –suositus 2011, hakupäivä 25.2.2016.)

Jos raskauden kesto on ennenaikaisen synnytyksen uhatessa alle 30 viikkoa, keskitetään hoito yliopistosairaaloihin. Raskausviikkojen ollessa 30-32 on ensihoitajien hyvä konsultoida lastenlääkärinä kuljetuspaikkaa päätettäessä. Käypähoidon mukaan päivystyslähete tehdään, mikäli potilaalla on säännöllisiä kivuliaita supistuksia alle 10 minuutin välein yli 60 min ajan. Kohdunkaulan tilanteella tai raskauden kestolla ei ole merkitystä. Lähetete tehdään myös, mikäli esiintyy veristä vuotoa tai epäillään lapsiveden menoa. (Käypähoito –suositus 2011, hakupäivä 25.2.2016; Frostdahl 20.04.2016, sähköpostiviesti-)

Ennen aikaisen synnytyksen oireita voivat olla siis: kohdun supistukset, alavatsan tai alaselän kivut, painon tunne lantiossa sekä verinen, vereslimainen tai vetinen vuoto. Ennen aikaisen synnytyksen ehkäisemiseksi raskaana oleva nainen otetaan lepohoitoon osastolle, etenkin ennen aikaisen vedenmenon yhteydessä. (Eskola & Hytönen 2002, 191-192; Käypähoito –suositus 2011, hakupäivä 25.2.2016-)

4.3 Napanuoraprolapsi

Jos napanuora on nähtävissä emättimen ulkopuolella, on kyseessä hätätilanne sikiön kannalta, koska sikiö saattaa painaa napanuoraa kasaan ja estää napanuoran verenkierron. Tällöin äiti on asetettava vasemmalle kyljelle jalat koholle (pää alemmas kuin lantio) ja häntä on ehdottomasti kiellättävä ponnistamasta. Supistusten aikainen läähättäminen lievittää ponnistamisen tarvetta. Tällaisessa tilanteessa ensihoitajan tulee pukea hanskat käteen ja työntää kätensä emättimeen vasten sikiötä. Tarkoitus on työntää lapsen tarjoutuvaa osaa ylöspäin niin paljon, että napanuorasta on tunnettavissa syke. Jos syke ei tunnu kylkiasennossa, tulee äiti asettaa kontilleen polvien ja kyynärpäiden varaan ja yritetään työntää tarjoutuvaa osaa uudelleen pois päin napanuoran päältä. Ennakoilmoitus tulee aina tehdä tällaisessa tilanteessa ja äiti on kuljetettava kiireellisesti sairaalaan, jossa yleensä tehdään lapsen pelastamiseksi välitön keisarinleikkaus. Napanuoran sykkeen on tunnettava koko matkan ajan. Suomessa napanuoran esiinluiskahdus on noin 0.1% kaikista synnytyksistä. Yleensä sekä äidin että vastasyntyneen ennuste on hyvä. (Castren, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012, 370-371; Holmström, Kuisma, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 638-639.)

Napanuoran esiin luiskahtamisen riski on huomioitava erityisesti, jos lapsivesi mennyt ja synnyttäjää ohjeistettu lapsen tarjoutuvan osan kiinnittymättömyyden vuoksi lapsiveden mennessä menemään makuuasentoon ja soittamaan 112. Tällöin äiti ei saa missään nimessä nousta seisomaan edes hetkellisesti, sillä se lisää napanuoraprolapsin riskiä. (Frostdahl 20.04.2016, sähköpostiviesti.)

4.4 Raskausmyrkytys

Raskausmyrkytys eli pre-eklampsia on raskausviikon 20 jälkeen alkava sairaus, jonka keskeisimpänä oireena on kohonnut verenpaine. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että systolinen verenpaine on yli 140mmHg tai se on noussut raskauden aikana vähintään 30mmHg:ta. Vastaavat raja-arvot diastoliselle paineelle ovat 90mmHg ja 15mmHg. Turvotus liittyy myös verenpaineen kohoamiseen ja se näkyy tyypillisesti ensin sormissa ja sitten kasvoissa. Jalat voivat muutoinkin raskauden aikana olla turvoksissa huomman laskimoiden takaisinpaluuvirtauksen myötä. pre-eklampsiaa virtsassa voi olla proteiinia. Ensihoitajat löytävät tiedot äidin verenpainetasosta ja virtsan mahdollisesta proteiinista neuvolakortista. (Eskola & Hytönen 2002, 193-194; Frostdahl 20.04.2016, sähköpostiviesti.)

Pre-eklampsialle ovat alttiita hyvin vanhat tai hyvin nuoret ensisynnyttäjät sekä ylipainoiset raskaana olevat naiset. Pre-eklampsiaa esiintyy tavallista useammin runsaan lapsiveden, monisikiöisen raskauden, kroonisen munuaistaudin, diabeteksen ja sydämen vajaatoiminnan yhteydessä. Tavallisinta on sen esiintyminen ensimmäisessä raskaudessa. Äiti ohjataan sairaalahoitoon raskauden lopulla tai taudin vaikeutuessa. (Eskola & Hytönen 2002, 194-195.)

Useimmiten pre-eklampsia on lievä eikä siihen tarvita mitään hoitoa. Tällainen lievä raskausmyrkytys alkaa usein oireilla vasta lähellä laskettua aikaa ja oireet hellittävät synnytyksen jälkeen. (Tavi & Sillanpää 2015, 45.)

Pre-eklapsiapotilaan tilassa saattaa esiintyä hyvinkin äkillisiä muutoksia. Monesti subjektiivisia oireita ovat pallean seudun kipu, näköhäiriöt ja päänsärky, ne johtuvat verenpaineen sekä virtsan valkuaispitoisuuden suurenemisesta. Tällaisilla oireilla potilas tulisi siirtää tehostettuun hoitoon ja tarkkailuun joko tehohoitoyksikköön tai synnytysosastolle. Pre-eklapsiapotilaalla tulisi välttää äkillisiä melu- ja näköhäiriöitä, koska ne voivat johtaa kouristeluihin. Lisäksi pyritään alentamaan potilaan verenpainetta lääkeyksityksen avulla. (Eskola & Hytönen 2002, 194-195.)

On aina epäiltävä eklampsiaa jos raskaana oleva nainen saa kouristelukohtauksen eikä hänen tiedetä sairastavan epilepsiaa. Valtaosassa tapauksista edeltävästi on ollut ras-

kausmyrkytys eli pre-eklampsiaoireita, joita ovat kohonnut verenpaine, valkuainen virtsassa, turvotukset, päänsärky ja näköhäiriöt. Raskauskouristus on yleisin viimeisen raskauskolmanneksen aikana, mutta kouristelukohtaus voi tulla myös synnytyksen aikana tai muutama (1-2) vuorokautta synnytyksen jälkeen. (Holmström, Kuisma, Nurmi, Porthan & Taskinen 2009, 458.)

Eklampainen kouristelukohtaus muistuttaa epilepsia-kohtausta. Sen kesto on yleensä 2-3 minuuttia ja kohtaukset voivat uusia useita kertoja. Tärkeää on estää kouristelukohtauksen aikainen vahingoittuminen ja turvata hapen saanti. Ensihoidossa annetaan 10mg diatsepaamia suonensisäisesti ja kuljettaa sairaalaan. Raskaus tulee päättää heti, kun äidin tila sen sallii. (Eskola & Hytönen 2002; 195; Holmström ym 2009, 458.)

On aina epäiltävä **eklampsiaa** jos raskaana oleva nainen saa kouristelukohtauksen eikä hänen tiedetä sairastavan epilepsiaa. Valtaosassa tapauksista edeltävästi on ollut raskausmyrkytys eli pre-eklampsiaoireita, joita ovat kohonnut verenpaine, valkuainen virtsassa, turvotukset, päänsärky ja näköhäiriöt. Raskauskouristus on yleisin viimeisen raskauskolmanneksen aikana, mutta kouristelukohtaus voi tulla myös synnytyksen aikana tai muutama (1-2) vuorokautta synnytyksen jälkeen. (Holmström ym. 2009, 458.)

Kouristelua tai äkillistä tajuttomuutta hoidettaessa tulee muistaa, että raskaus ei suojaa lukinkalvon alaiselta verenvuodon riskiltä ja joidenkin tutkimusten mukaan se jopa lisää sitä. Sav-kuolleisuus on kirjallisuudessa äideillä n. 10% luokkaa. Tulee muistaa, että mikäli äidin verenkierrosta ja happeutumisesta voidaan huolehtia, on sikiö mahdollista pelastaa hätäkeisarileikkauksella ja aivokuolleen äidin keskiraskauden aikainen sikiö voi selvitä, mikäli äidin elintoimintoja ylläpidetään tehohoidossa niin kauan, että sikiö on elinkykyinen. (Holmström ym. 2009, 458.)

Tavattaessa tajuton tai kouristeleva raskaana oleva nainen on sokeritasapainon häiriö huomioitava. Raskauden aikaiset sokeritasapainon häiriöt ovat yleisempiä kuin diabeetikoilla yleensä, sillä raskauden aikana insuliinin tarve lisääntyy ja glukoositasapainon häiriöt ovat yleisempiä. (Holmström ym. 2009, 458.)

4.5 Synnyttävä nainen ensihoidon potilaana

Kyseessä on kansainvälisen määritelmän mukaan synnytys, kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa, tai sikiön paino on vähintään 500 grammaa. Täysiaikainen raskaus kestää 37+0 - 42+0 raskausviikkoa. Näin ollen ennen 37 raskausviikkoa syntyneet ovat ennen aikaisia ja yli 42 raskausviikolla syntyneet yliaikaisia. (Käypähoito-suositus 2015, hakupäivä 28.3.2016.)

Synnytyksessä on kolme vaihetta, joita ovat avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisvaihe. Synnytys alkaa lapsivedenmenolla tai supistuksilla. Synnytys sujuu normaalisti itsekseen, eikä sen kulkuun tarvitse puuttua. Äidin ja sikiön vointia tulee seurata synnytyksen aikana tarkasti, jotta häiriöt pystytään toteamaan ajoissa. (Käypähoito-suositus 2015, hakupäivä 28.3.2016.)

Synnytys on käynnistynyt, kun lapsivesi menee sikiökalvojen puhjetessa. Toinen vaihtoehto on, että synnytys alkaa säännöllisillä, vähintään 10 minuutin välein tulevilla supistuksilla, jotka tihentyvät synnytyksen edetessä. Supistuksen aikana kohtu tuntuu kovalta ja supistukset ovat kivuliaita. Vereslimainen vuoto synnytyksen aikana liittyy siihen, että supistusten aikana kohdunkaula lyhenee ja avautuu. (Käypähoito-suositus 2015, hakupäivä 28.3.2016.)

Avautumisvaiheen keston vaihtelu on suurta. Se voi kestää useitakin tunteja. Avautumisvaihe on alkanut, kun supistukset tulevat säännöllisesti ja kohdunsuu on auennut 2-4cm:iin. Kohdunsuu tutkitaan ensihoidossa vain, jos siitä on kokemusta. Ensisynnyttäjällä avautumisvaihe kestää keskimäärin 7-9 tuntia, uudelleensynnyttäjillä vähemmän. Avautumisvaiheen aikana sikiön tarjoutuva osa laskeutuu lantion pohjalle. (Perälä 2014, 12; Käypähoito-suositus 2015, hakupäivä 28.3.2016.)

Avautumisvaiheen hoidossa äidin verenpainetta, pulssia ja lämpöä tulee seurata. Sikiön vointia voi ensihoidossa seurata sikiön liikkeiden avulla. Lapsiveden väri tulee varmistaa. Avautumisvaihe on päättynyt, kun kohdunsuu on täysin auki ja sikiön tarjoutuva osa lantion pohjalla. (Käypähoito-suositus 2015, hakupäivä 28.3.2016.)

Ponnistusvaihe alkaa siitä, kun äidille tulee ponnistustarve lapsen painaessa peräsuolta ja välilihaa. Lapsi syntyy, kun äiti ponnistaa supistuksen aikana, avustaja tukee välilihaa. Ponnistusvaiheen kesto on muutamista minuuteista pariin tuntiin. Paras ponnistusasento on se, minkä äiti kokee hyväksi. Suosituin ponnistusasento Suomessa on puoli-istuva asento. (Käypähoito-suositus 2015, hakupäivä 28.3.2016.)

Jälkeisvaihe alkaa lapsen syntymän jälkeen, kun kohtu supistuu nopeasti ja istukka irta-aa supistusten myötä. Yleensä kesto on maksimissaan yksi tunti. Istukka poistetaan kohdusta vatsan päältä painaen, samalla napanuorasta kevyesti vetämällä. Verenvuoto on jälkeisvaiheessa keskimäärin 500ml. (Käypähoito-suositus 2015, hakupäivä 28.3.2016.)

4.5.1 Synnytyksen hoito ensihoidossa

Sairaalan ulkopuolisen synnytyksen riski kasvaa, kun välimatkat synnytyssairaaloihin ovat pidentyneet synnytysyksikköjen jatkuvasti vähentyessä. Ensihoitoyksiköllä tavoitteena on kuljettaa synnyttävä äiti lähimpänä sijaitsevaan sairaalaan. (Lahtela & Romppainen 2002, 151.)

Synnytyksen hoitoon on olemassa ensihoidossa usein alueelliset hoito-ohjeet. On muistettava, että aina on mahdollisuus ottaa yhteyttä sairaalan synnytysyksikköön konsulttiotiota varten. Selvästi käynnissä oleva synnytys kannattaa usein jäädä hoitamaan hälytysosoitteeseen, sillä liikkuvassa autossa synnyttäminen on huomattavasti hankalampaa ja riskialttiimpaa kuin paikalla ollessa. (Castren 2009, 176-181)

Ensihoitajien tärkein tehtävä on arvioida tilanne ja se ehditäänkö potilas kuljettaa synnyttämään sairaalaan vai tuleeko synnytys tapahtumaan kotona tai tien päällä ensihoitajien avustamana. Tilannearvion jälkeen otetaan yhteyttä lähimpään synnytyssairaalaan, josta saadaan tarkempia hoito-ohjeita. (Ihme & Rainto 2014, 293.)

Ehdottomia aiheita siihen, että synnytys hoidetaan ambulanssissa ovat ulkosynnyttymisissä näkyvä vauvan pää, kivuliaat supistukset alle 5min välein tai pakottava ponnistamisen tarve. Ambulanssi tulee pysäyttää synnyttämisen ajaksi. (Oksanen & Turva 2010, 163.)

Sairaalan ulkopuolisten synnytysten osuus synnytyksistä kasvaa Suomessa, mutta toisaalta vastasyntyneiden kokonaismäärä vähenee. Vuonna 2004 lapsia syntyi sairaalan ulkopuolella Suomessa 0.17% kaikista syntyneistä lapsista. Sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä on havaittu puutteita. Apgar-pisteiden merkintä ja vastasyntyneen lämmön seuranta ovat usein puutteellisia. (Helmesmäki, Silfast. Oulavirta. 449-452.)

Erikoistilanteiden hoito on suurin riski matkasynnytyksissä. Poikkeavat olosuhteet eivät aina anna mahdollisuutta erityistilanteiden hoitoon, jos siihen on tarvetta. (Äimälä 2009, 467.)

Synnyttävän naisen tilanearviossa tulee selvittää ainakin seuraavat kysymykset:

1. Onko neuvolakortti mukana?
2. Aiemmat raskaudet ja synnytykset?
3. Paljonko raskausviikkoja on ja milloin on laskettu aika?
4. Mikä on synnytyksen vaihe on menossa?
5. Moneltako supistukset ovat alkaneet, kuinka tiheästi niitä tulee ja mikä on supistusten kesto?
6. Ovatko supistukset kivuliaita?
7. Onko lapsivesi mennyt, jos on minkä väristä se oli
 - kirkas viittaa terveeseen lapseen
 - vihreä tai keltainen viittaa infektiin tai sikiön hapenpuutteeseen
8. Onko ollut muita vuotoja (esim. veri)
9. Onko ponnistamisentarvetta/painon tunnetta peräsuolella?

(Lehtonen 2002, 747.)

Haastattelun lisäksi kohtua voi tunnustella käsin vatsanpeitteiden päältä. Jos kohtu on kova, se on merkki supistuksesta. Supistusten väliä voi tällä tavoin laskea. Kuljetuksen aikana tulee varmistua sekä äidin, että lapsen turvallisuudesta. Synnyttävän äidin kuljetusasento on vasen kylkiasento, pää ohjaamoon päin. Äidin kylkiasennolla pyritään hidastamaan jo käynnissä olevaa synnytystä, sekä turvataan sikiön hapen saanti. Kylkiasento heikentää painetta kohdunsuulla ja saattaa siten heikentää supistuksia. Äitiä ei saisi laittaa selälleen, sillä se voi hidastaa laskimoverenvirtausta sydämeen ja aiheuttaa äidille huonovointisuutta sekä verenpaineen laskua ja vauvalle sykemutoksia. Avau-

tumisvaiheen aikana äitiä on hyvä ohjata rauhalliseen hengittämiseen. Äidin kipua voi lievittää rauhoittelulla ja ristiselän hieromisella. Kipulääkkeitä ei ensihoidossa äidille anneta. (Äimälä 2009, 467–477; Peräjoki 2014. 11.)

4.5.2 Ponnistusvaiheen hoito

Ponnistusvaihetta ennakoivat monet merkit synnyttäjän olemuksessa: hengityksen voimistuminen, pakonomainen ponnistamisen tarve, kasvojen ilmeen muuttuminen ja voimakas ääntely. Ponnistusvaiheen alussa on hyvä varmistua, että sikiön pää on matalalla ja se painaa välilihaa ja tarjoutuva osa on näkyvissä. Ensihoidossa on tärkeää varmistaa riittävät resurssit, sillä kohteessa synnytyksen jälkeen kaksi potilasta, joiden hoitoon tulee varautua. (Paananen, Pietiläinen, Raussilehto & Äimälä 2006, 253; Peräjoki. 2014. 16-)

Synnytyksessä tarvitaan: tehdaspuhtaat käsineet, pyyhkeitä vauvan kuivaamiseksi ja lämpimänä pitämiseksi, napanuoransulkemisvälineet, sakset, imukykyisiä suojia lantion alle, imulaite, taitoksia ja nesteensiirtovälineet. (Ihme & Rainto 2014, 294.)

Puoli-istuvassa asennossa isän tai tukihenkilön tehtävä on tukea synnyttäjää hartioista tai pään alta. Ensihoidossa synnytys pyritään hoitamaan aina puoli-istuvassa asennossa. Vauvan syntyessä välilihaa voi tukea, sillä ennaltaehkäistään suurien repeämien syntymistä. Tukemiseen tarvitaan kahta kättä: vasemmalla kädellä estetään vauvan pään liian nopea syntyminen ja oikealla kädellä tuetaan välilihaa. Peukalo- ja etusormiotteella kurotaan välilihaa kohti keskipistettä, jossa kiristys on suurin. (Paananen ym. 2006, 255-257; Frostdahl 20.04.2016, sähköpostiviesti.)

Synnyttäjää kehoitetaan lopettamaan ponnistus, kun vauvan leuasta saadaan ote. Pään synnyttyä tapahtuu ulkorotaatio jolloin vauvan kasvot kääntyvät joko vasemmalle tai oikealle. Viimeistään tässä vaiheessa tulee tarkistaa, onko napanuora vauvan kaulan ympärillä. Jos on, se löysätään vetämällä takaraivon puolelta hartioiden yli. Jos napanuora on kovin tiukalla, asetetaan kahdet kocherit ja leikataan napanuora poikki niiden välistä. (Paananen ym. 2006, 257.)

Jos lapsivesi on vihreä, vauvan hengitystiet imetään heti pään synnyttyä. Tarkoituksena on ehkäistä sitä, ettei lapsi vedä syntyessään keuhkoihinsa vihreää lapsivettä, sillä siitä voi syntyä vakavia vaurioita. (Paananen ym. 2006, 261.)

Pään jälkeen syntyvät hartiat. Ensin varmistutaan, että hartiat ovat suorassa linjassa, vauvan kääntymistä suoraan sivuttaislinjaan voidaan avittaa varovasti. Hartioiden ulosauttaminen tapahtuu siten, että päästä otetaan tukeva ote molemmin käsin. Ensin päätä ohjataan ulos ja alas (peräaukkoa kohti), kunnes ylempi hartia syntyy, tämän jälkeen ohjaussuunta on ylös ja ulos (häpyluuhun päin), kunnes alempi hartia syntyy.

(Paananen ym. 2006, 257-258.)

Hartioiden synnyttyä vartalo autetaan ulos siten, että kädet laitetaan vauvan selän puolelle, etusormet vauvan kainaloihin ja peukalot tukemaan vauvan niskaa. Lapsi autetaan ulos synnytyskanavan suuntaisesti, äidin on hyvä ponnistaa samalla. (Paananen ym. 2006, 258.)

4.5.3 Jälkeisvaiheen hoito

Jälkeisvaihe alkaa lapsen syntymästä ja päättyy kalvojen ja istukan syntymiseen. Lapsen synnyttyä äidille voidaan antaa kohtua supistavaa lääkettä joko lihakseen tai laskimonsisäisesti. Sen tarkoituksena on saada istukka irtoamaan mahdollisimman vaivattomasti. Istukka irtoaa normaalisti noin viiden - kymmenen minuutin kuluttua lapsen syntymästä. (Paananen ym. 2006, 262.)

Istukan irtoamisen merkkejä ovat: napanuoran valuminen ulospäin supistuksen aikana, emättimen lorahdusmainen verenvuoto ja kohdun muodonmuutos. Istukan irtoamisesta kertoo myös se, että painettaessa häpyliitoksen päältä, ei napanuora vetäydy sisäänpäin. (Paananen ym. 2006, 263.)

Jälkeiset autetaan ulos tavallisimmin siten, että äiti itse ponnistaa ne ulos supistuksen aikana. Samalla niiden syntymistä voi ohjata kevyesti ohjaamalla napanuorasta. Istukka voidaan auttaa ulos myös painamalla häpyliitoksen päältä kohtua tukien ja vedetään varovasti napanuorasta. (Paananen ym. 2006, 263.)

Turhaa hätiköintiä on syytä välttää. Ensihoidossa jälkeisvaihetta ei tarvitse hoitaa, jos äiti ei vuoda. Keskimääräinen vuotomäärä normaalissa synnytyksessä on n. 500g. Kovakourainen napanuorasta vetäminen voi katkaista napanuoran tai saada kalvot repeämään siten, että osa kalvoista jää kohtuun. Jälkeisten syntymän jälkeen kohtu tyhjenetään sinne kertyneestä verenvuodosta painamalla kohdun pohjaa. Tämä tulee tehdä myös ensihoidossa (Paananen ym. 2006, 26; Frostdahl 20.04.2016, sähköpostiviesti.)

Äidin vointi synnytyksen jälkeen on tärkeä varmistaa. Äidiltä kysytään olotilaa ja mitataan vitaalit. Kohdun supistumista seurataan tunnustelemalla, eli onko se kova, eli hyvin supistunut vaiko veltto. Jos kohtu ei ole kunnolla supistunut voidaan sen supistumista edesauttaa kohtua hieromalla. (Eskola & Hytönen 2002, 227.)

Synnyttävä ja vastasyntynyt kuljetetaan synnytyssairaalaan jatkohoitoon mahdollisimman nopeasti. Synnytyssairaalaan tulee ilmoittaa ennakkoilmoitus äidin ja vauvan voinnista ja tulemisesta, jotta he voivat valmistautua heidän vastaanottamiseen ja hoitoon. (Ihme & Rainto 2014, 298-299.)

4.5.4 Hartiadystokia

Hartiadystokia on tilanne, jossa lapsen pään synnyttyä lapsi jää jumiin hartioistaan niin, että hartioiden ulosauttaminen on vaikeaa tai erittäin vaikeaa. Hartiadystokian yleisyys on kirjallisuuden mukaan 2-4 tuhatta synnytystä kohden, mutta yleisyys riippuu toisaalta myös synnyttäväväestöstä sekä synnytystä hoitavien taidoista. Pitkittynyt ja vaikea vastasyntyneen ulosauttaminen johtaa vauvan hapenpuutteeseen. Tiukassa ulosautossa lapselle voi tulla Erbin pareesi eli olkahermopunosvaurio. Valtaosa näistä on kuitenkin lieviä ja paranevat muutaman viikon kuluessa niin, ettei yläraajan invaliditeettia synny. (Haukkamaa 1992, 302.)

Hartiadystokian riskitekijöitä ovat sikiön makrosomia eli suurikasvuisuus, eli sikiö painaa yli 4000g tai jopa yli 4500g, äidin obesiteetti, suuri raskauden aikainen painon nousu, gestaatiodiabetes, sf-mitta yli 36cm, uudelleensynnyttävä, aikaisemmalla lapsella hartiadystokia/Erbin pareesi tai se, että aikaisemmat lapset ovat olleet suuria (4000-5000g). (Haukkamaa 1992, 302.)

Vuonna 2012 yli 4000g painavia vauvoja oli syntyneistä 16,9% ja yli 4500g painavia 2.5%. Luvut ovat laskeneet vuoden 2000 tasosta jolloin ne olivat 1-2 prosenttiyksikköä suuremmat. (Gissler & Vuori, 2012.)

Paras hoito olisi hartiadystokiariskin tunnistaminen ennalta ja elektiivinen sectio. Useimmiten hartiadystokia on yllätys eikä tilanteesta voi perääntyä. Jos hartiat jäävät jumiin pään synnyttyä, tulee äiti asettaa jalat mahdollisimman leveään asentoon. Hartiat koitetaan saada suoraan mittaan työntämällä sormilla sikiön ja taaempaa hartiaa kohti äidin ristiluuta. Tämän onnistuessa yritetään saada ylempi hartia syntymään, äidin häpyluun alta. Tätä voidaan tehostaa painamalla hartiaa äidin häpyluun päältä. Pään voimakasta taittamista tulisi välttää. (Haukkamaa 1992, 302; Eskola & Hytönen 2002, 245.)

Jos edellä oleva ei auta, voidaan koittaa saada sikiön käsivarsi emättimestä ulos, jolloin hartia saattaa vapautua. Sikiön olkavarren luu tai solisluu voivat murtua tai olkapunos vaurioitua sikiön vaikeassa ulosautossa. Jos vastasyntyneen ulosauttaminen on kestänyt pitkään voi lapsi olla syntyessään huonokuntoinen. Siksi aina ulosauton viivästyessä on varauduttava vastasyntyneen elvytykseen. (Eskola & Hytönen 2002, 245.)

4.5.5 Perätilasynnytys

Sikiö on perätilassa n. 4% täysiaikaisista raskauksista. Ennenaikaisessa synnytyksessä perätila on yleisempi. Perätilasynnyttäjäksi olisi tärkeää kuljettaa kiireellisesti sairaalaan, sillä synnytys on siellä turvallisempaa. Jos synnyttäjällä on todettu perätilatarjonta ja lapsivesi on mennyt, turvallinen kuljetusasento sairaalaan on makuuasennossa, sillä yritetään välttää napanuoran esiin luiskahtamisen mahdollisuutta. (Paananen ym. 2006, 449, 451; Ihme & Rainto 2014, 297.)

Perätilasynnytystä hoidettaessa äidin virtsarakon tulisi olla tyhjä. Sikiön annetaan laskeutua, kunnes tarjoutuva osa tulee näkyviin. Kylkiasento on suositeltava, Aktiivinen ponnistaminen aloitetaan, kun lapsen pakarot alkavat syntyä, synnyttäjää kannustetaan ponnistamaan vasta sitten, kun hän tuntee siihen pakkoa. (Paananen ym. 2006, 452-453.)

Perätilasyntyksessä lapseen ei saa tarttua ennen kuin lapaluun kulma tulee näkyviin. Tällä yritetään estää lapsen reaktiivinen käsien nosto pään viereen. Silloin voidaan ottaa tukeva ote lapsen lantiosta ja vetää hänen vartaloa alas ja taaksepäin, jolloin ylempi käsi päästään auttamaan ylempi käsivarsi rinnan puolelta painamalla olkavartta alaspäin, kunnes käsi luiskahtaa ulos. Alempi käsivarsi syntyy, kun kohotetaan sikiön vartaloa jyrkästi ylös ja ulospäin. (Paananen ym. 2006, 454.)

Tämän jälkeen lapsen pää autetaan ulos. Lapsen vartalo nostetaan ulosauttajan käsivarsien päälle. Saman käden etusormi viedään lapsen suuhun ja painetaan leukaa varovasti siten, että pää pysyy fleksiossa. Toisen käden etu- ja keskisormella tartutaan lapsen hartioihin niskan molemmin puolin pihtiotteella. Aluksi painetaan pihtiotekädellä suoraan alaspäin ja kun pää alkaa syntyä vaihdetaan vetosuunta suoraan ylöspäin ja liu`utetaan lapsen leuka, kasvot ja otsa ulos. (Paananen ym. 2006, 454-455.)

4.5.6 Atoninen vuoto

Atoninen vuoto tarkoittaa kohdun supistumisheikkoudesta johtuvaa synnytyksen jälkeistä verenvuotoa. Se on tavallisin syy synnytyksen jälkeiseen verenvuotoon (90%). Atoniaan altistavia tekijöitä ovat: kohdun ylivenyntyneisyys (monisikiöinen raskaus, runsas lapsivesimäärä), synnytyksen poikkeava kulkua (nopea tai hidas), aiempi atoninen vuoto, monisyntyttäjäisyys ja infektio. (Hippeläinen, Manninen & Kirkinen 2001, 1915-1920.)

Riskitekijöillä ei ole vahvaa osuutta atoniseen vuotoon ja ne ovat synnyttäjillä myös melko tavallisia, joten atonian ennustaminen ei ole luotettavaa. Siksi siihen tulee varautua jokaisen synnytyksen yhteydessä. Atonista vuotoa esiintyy 5%:lla synnyttäjistä. (Ahonen & Stefanovic. 2013; Tampereen yliopisto 2012, hakupäivä 27.11.2015.)

Massiivinen synnytykseen liittyvä verenvuoto on maailmanlaajuisesti yksi merkittävin äitikuolleisuuden syy. Sen on arvioitu olevan syy 25% äitikuolemista. Sen vaikutus äitikuolleisuuteen vaihtelee alueittain, Afrikassa se on 34% äitikuolemien taustalla, kun taas kehittyneissä maissa 13%:ssa. (Tampereen yliopisto 2012, hakupäivä 27.11.2015.)

Verenvuoto on alatiesynnytyksen yhteydessä normaalia, jos se on enintään 500ml. Massiivisella verenvuodolla tarkoitetaan vuotoa, jossa potilas menettää vuorokauden aikana veritilavuutensa tai saa yli 10 punasoluyksikön siirron. Lisäksi massiivinen vuoto voidaan määritellä siten, että potilaan verenkierron ylläpito edellyttää korvausnesteiden ja verituotteiden siirtoa ylipaineella. Synnyttäjän massiivinen vuoto määritellään niin, että vuoto on yli 150ml/min tai potilas menettää yli 50% veritilavuudestaan kolmen tunnin aikana. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että vuodon hoito on aina aloitettava, mikäli synnyttäjä vuotaa 1500 ja vuoto jatkuu runsaana. Tilanne voi olla tällainen jo 15 minuutin kuluttua synnytyksestä, jolloin tila on tunnistettava ja toimittava ripeästi. (Tampereen yliopisto 2012, hakupäivä 27.11.2015.)

Synnytyksen jälkeisen verenvuodon määritelmäksi on ehdotettu myös sellaista verenhukkaa, josta aiheutuu potilaalle oireita tai johtaa hypovolemian merkkeihin. Potilaan oireita voivat olla huimaus, heikkouden tunne, sydämen tykytys, hikoilu, pyörtyminen. Hypovolemian merkkejä puolestaan ovat takykardia, hypotensio ja matala happisaturatio. (Tampereen yliopisto 2012, hakupäivä 27.11.2015.)

Vuoto ilmaantuu valtaosassa tapauksia ennakoimatta ja äkillisesti. Siihen on välttämättä varautua ja välitön tilavuuskorvaus on tarpeen. Suurissa vuodoissa hyytymistekijöitä kuluu runsaasti. Vuodon hallinnassa tulee varmistua siitä, että kohtu on tyhjä ja supistuu kunnolla. Oksitosiinin anto 5IU (i.v tai i.m.) kuuluu aina synnytyksen kolmannen vaiheen hoitoon atoniaa ehkäisevänä toimenpiteenä. (Hippeläinen ym. 2001, 1915-1920; Ahonen, Sainio & Pakarinen 2008, 41-49; Tampereen yliopisto 2012, hakupäivä 27.11.2015.)

Atonian hoitoon kuuluu tiheästi toistettu ja joskus pitkäänkin jatkettu kohdun hieronta, kylmän asettaminen kohdun päälle, vauvan laittaminen rinnalle imemään (supistaa kohtua) ja nesteytys. Varsinainen hoito on kuitenkin vasta sairaalassa -> nopea kuljetus. Ääritilanteessa kohtu voidaan joutua poistamaan sairaalassa. (Uotila 2007, 500-505; Ahonen ym. 2008, 41-49.)

Ensihoidossa on tärkeää huomioida synnytyksen jälkeisen verenvuodon määrä, nesteytys, synnyttäjän yleistila ja miettiä vuodon mahdollinen syy. Jos vuoto tulee repeämästä, voi sitä tyrehtyttää painamalla puhtailla sideharsotaitoksilla. (Uotila 2007, 500-505.)

Menestyksekkäs vuodon korvaushoito vaatii kunnollisia laskimoyhteyksiä ja lämpimien nesteiden käyttöä. Nestevajauksen korvaus aloitetaan aina Ringer-liuoksella ja siihen yhdistetään kolloidit. Verenpaine tavoitteena MAP yli 60mmHg. Itsenäisiä sydänlihaskaurion riskitekijöitä ovat sRR alle 88, dRR >50 ja syke yli 115/min. (Ahonen ym. 2008, 41-49.)

Verenvuodon korvaaminen nesteillä tulee aloittaa ripeästi. Nesteet infusoidaan mahdollisimman nopeasti, siten että tavoiteverenpaine (MAP yli 60mmHg) saavutetaan. Nestetäytön muita tavoitteita ovat syketaajuuden pienentäminen, normovolemia ja käynnissä oleva diureesi. (Tampereen yliopisto 2012, hakupäivä 27.11.2015.)

Jos verenvuoto ylittää 2000ml on käytännössä aina tehtävä punasolusiirto (sairaala). Usein joudutaan antamaan myös jääplasmaa ja trombosyytteja. Jos vuoto jatkuu 2000-3000ml yli, annetaan potilaalle myös fibrinogeeniä. (Tampereen yliopisto 2012, hakupäivä 27.11.2015.)

4.6 Vastasyntyneen hoito ensihoidossa

Peruslähdekohta vastasyntyneen lapsen käsittelylle on lempeä käsittely, välttäen turhia toimenpiteitä. Vastasyntynyt on todella herkkä lämmönhukalle, joten hänet on tärkeää kuivata synnytyksen jälkeen ja huolehtia siitä, että hän on mahdollisimman lämpimässä paikassa. Hyvä, lämmin paikka on esimerkiksi äidin paidan ja peitteen tai liinan alla. (Paananen ym. 2006, 261.)

Napanuora suljetaan kahdella klipsillä ja katkaistaan niiden välistä vasta sitten, kun siinä ei enää tunnu sykettä. Vastasyntynyt tulee pyrkiä pitämään koko ajan mahdollisimman lähellä äitiä. (Paananen ym. 2006, 261-262.)

Vastasyntyneen vointia arvioidaan Apgar –pisteityksen avulla. Ne annetaan ensimmäisen kerran lapsen ollessa minuutin ikäinen ja uudestaan viiden minuutin iässä. Mikäli vastasyntyneen pisteet jäävät tuolloin alle 7, annetaan ne uudelleen vielä kymmenen minuutin iässä. (Paananen ym. 2006, 261.)

TAULUKKO 2. Apgar-pisteet

Merkki	0 pistettä	1 piste	2 pistettä
Hengitys	Puuttuu	Heikko itku, hengitysyrityksiä	Hyvä voimakas itku
Sydämen syke	Puuttuu	Hidas (alle 100 lyöntiä/min)	Yli 100 lyöntiä/min
Ärtyvyys		Irvistelee	itkee, yskii, tai aivastaa
Jänteveys	Velto	Joitakin koukistuksia	Aktiivista liikettä, raajat koukistuvat
Väri	Sininen, kalpea	Punakka vartalo, siniset raajat	Kokonaan punakka

(Paananen ym. 2006, 261.)

Lapsen syke tunnustellaan napanuorasta ja lasketaan hengitys hengityслиikkeiden avulla. Lapsen väri ja jänteveys arvioidaan lasta katsomalla. Lapsen hoidossa peruselintoiminoista huolehtiminen eli hengityksen ja verenkierron seuraaminen ovat keskeisessä roolissa. (Eskola & Hytönen 2002, 249.)

Vastasyntyneen normaali syke on noin 100-180krt/min., riippuen siitä missä vireystilassa lapsi on. Täysiaikaisen vastasyntyneen systolinen verenpaine on n. 60mmHg. Vastasyntyneen hengitystaaajuus on korkea n. 45-50krt/min levossa. Hengitys voi olla epä-säännöllistä. vastasyntyneen lapsen normaali hengitys on vaivatonta, äänetöntä eikä käytössä ole hengitysapulihaksia. Hengitysvaikeuksien merkkejä ovat hengitysfrekvenssin kiihtyminen, nenäsiipihengitys, valittava hengitysääni sekä rintalastan alapuolelle sisäänhengityksessä syntyvä kuoppa. Hengityksen tehokkuudesta voi tehdä päätelmiä myöskin vastasyntyneen ihon väristä. (Eskola & Hytönen 2002, 252.)

Vastasyntyneen normaali ruumiinlämpö on 36.5-37.5 astetta. Lämmönsäätelykyky on vastasyntyneellä puutteellinen. Vastasyntyneen rasvakudos ja iho on ohut ja ihon pinta-ala on painoon nähden suuri, joten lämpö haihtuu lapsesta huomattavasti herkemmin

kuin aikuisesta. Lämmön laskiessa vastasyntyneen energian kulutus nousee ja verensokeripitoisuus laskee ja hapenkulutus lisääntyy. Vastasyntyneen ääreisverenkierto on vielä vaillinaista, joten kädet ja jalat tuntuvat usein viileiltä. Lapsen lämpötilaa voi tunnustella parhaiten niskasta. (Eskola & Hytönen 2002, 252-253.)

Lapsi on valmis imemään yleensä heti syntymän jälkeen. Varhainen imetys estää verensokeriarvon tippumista. Hypoglykemian oireita vastasyntyneellä voivat olla harmahtava ihonväri, vapina, velttous sekä käsittelyarkuus. Lapsen ensimmäiset virtsat ja ulosteet on dokumentoitava ja niistä on raportoitava eteenpäin. Usein vastasyntynyt virtsaa tai ulostaa heti syntymän jälkeen. (Eskola & Hytönen 2002, 253.)

Vastasyntyneen virvoittelua vaativat tilanteet liittyvät useimmiten lapsen syntymään. Tällöin virvoitteluun johtanut syy on synnytyksen aikainen hapen puute tai muista syistä johtuvat keuhkojen toiminnan ja keuhkoverenkierron käynnistymisen häiriöt.

Vihreä lapsivesi voi ennakoida virvoittelun tarvetta. Pienet alle 1500g painoiset keskoset vaativat usein virvoittelua kypsymättömyytensä vuoksi. Vastasyntyneistä 5-17% tarvitsee jonkin asteista ensiapua. (Eskola & Hytönen 2002, 253.)

Täysiaikaisen vastasyntyneen ventilaatio aloitetaan aina huoneilmalla. Lisähappea tarvitaan, jos onnistunut ventilaatio ei nosta sykettä yli 60/min tai happisaturaatioarvo pysyy iänmukaisten vähimmäisrajojen alapuolella, joita ovat 3min: 50-70%, 5min: 70-85% ja 10min: yli 90%. Paineluevitys aloitetaan, mikäli syke laskee alle 60/min tehokkaasta ventilaatiosta huolimatta ja lopetetaan sykkeen ollessa yli 100/min. (Käypähoitosuositus. 2014. Hakupäivä 14.11.2016.)

Vastasyntyneen virvoittelun periaatteet voidaan jakaa myös apgar-pisteiden mukaan:

Apgar 7-10 eli hyväkuntoinen tai lievästi asfyksinen vastasyntynyt ei yleensä tarvitse erityisiä toimenpiteitä. Lapsen iho tulee kuivata lämmönhukan estämiseksi. Tarvittaessa ylähengitystiet imetään nopeasti. Hengityksen ärsyttämiseksi voi hieroa pitkin vedoin selkärangan vierestä, jos lapsen väri on huono, voidaan maskilla tukea hengitystä. Lapsen väriä, sykettä ja hengitystä tulee tarkkailla. (Eskola & Hytönen 2002, 253.)

Apgar 4-6 eli vastasyntyntä jolla keskivaikea asfyksia tulee edellisten toimenpiteiden lisäksi avustaa hengitystä maski-paljeventilaatiolla. Jollei lapsen hengitys korjaannu muutamassa minuutissa tai menee entistä huonompaan suuntaan, tulisi hengitystie varmistaa. Ventilaatiotaajuus on n.60 kertaa minuutissa ja ventiloinnin voimakkuus määrittyy lapsen rintakehän liikkeiden mukaan. Ventiloinnissa voi käyttää 100% happea. (Eskola & Hytönen 2002, 253.)

Apgar 0-3 eli vaikeasta asfyksiasta kärsivällä vastasyntyneellä tulee aloittaa tehoelvytys. Hengitystiet esipuhdistetaan laryngoskopian ja imun avulla. Varmistetaan hengitystie. Ventiloidaan 40-60krt/min. Lapsen hapetusta valvotaan pulssioksimetrilla, happea tulisi vähentää, kun hypoksia korjaantuu (ensihoidossa mahdotonta) Lapselta seurataan pulssia, rintakehän liikkeitä ja hengitysääniä, jos syketaajuus alle 100krt/min aloitetaan paineluelvytys. (Eskola & Hytönen 2002, 253.)

5 KOULUTUSTILAISUUDEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Kehittämistarpeita sosiaali- ja terveysalalla tunnistetaan eri tavoilla. Monet terveys- ja sosiaaliyksiköt tekevät asiakas ja potilaskyselyitä ja pyrkivät sitten kehittämään toimintaansa saadun palautteen perusteella. Terveys- ja sosiaalialan kehittämistarpeista saadaan tietoa myös korkeakoulujen ja muiden oppilaitosten tekemien tutkimusten perusteella. Yleensä tavoitteena on jo käytössä olevan palvelumuodon parantaminen tai sen edelleen kehittäminen, jos se tai sen laatu eivät enää vastaa tarkoitustaan. (Jämsä & Manninen 2000, 29-31.)

Itse tunnistin kehittämistarpeen seurattessani muun muassa Valviran uutisointia synnytyssairaaloiden lakkauttamisesta. Tämä voinee johtaa siihen, että ensihoito tulee kohtaan työssään useammin obstetrisia potilaita. Kyseisiä potilaita tulee ensihoidossa vastaan harvakseltaan, Keskipohjanmaan ensihoitokeskuksen alueella 63kpl synnytyskoodin tehtävää vuonna 2015, joista kenttäsynnytyksiä yksittäisiä. Siksi tietoa on hyvä ylläpitää käymällä asioita läpi opiskelemalla ja kertaamalla.

Ideavaihe tarkoittaa vaihetta, jossa varmuus kehittämistarpeesta on saatu, mutta päätöstä siitä, millä keinoin kehittämistarvetta alkaa ratkaista, ei ole tehty. Ratkaisuja ongelmaan etsitään usein monilla eri lähestymis- ja työtavoilla ja ideointivaihe voi kestää pitkäänkin. Esimerkki tällaisesta ongelmanratkaisumenetelmästä on sosiaali- ja terveysalalla aivoriihi ja tuplatiimi. (Jämsä & Manninen 2000, 35.)

Idea projektiin lähti yhteistyökumppanin tarpeesta. Vierailin Keskipohjanmaan ensihoitokeskuksessa kesällä 2015 ja siellä olleen kenttäjohtajan Toni Rikalan kanssa tuli puheeksi, että alueen ensihoitajat voisivat hyötyä tämän aihealueen koulutustilaisuudesta.

Koulutustilaisuuden tarkoituksena oli saada ensihoitajat kertaamaan vanhaa tietoa obstetrisista potilaista sekä oppimaan myös uutta tietoa. Tarkoitukseni on, että ensihoitajat ovat valmiimpia kohtaamaan raskaana olevia ja synnyttäviä naisia sekä vastasyntyneitä lapsia.

Luonnosteluvaiheen voi aloittaa, kun on tehty päätös siitä, millainen tuote on aikeissa tehdä. Tuotekehityksen luonnosteluvaiheessa huomioon otettavat eri osa-alueet ovat: tuotteen asiasisältö, palvelujen tuottaja, asiantuntijatieto, rahoitusvaihtoehdot, arvot ja periaatteet, toimintaympäristö, säädökset ja ohjeet, sidosryhmät ja asiakasprofiili. Luonnosteluvaiheen tavoitteena on täsmentää, ketkä ovat suunniteltavan tuotteen ensisijaiset hyödynsaajat ja mikä on heille tuotteesta tuleva hyöty. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla asiakkaat eivät aina ole tuotteen ensisijaisia käyttäjiä ja hyödyn saajia, vaan tuotteesta koitua hyöty voi tulla heille palveluiden ja terveydenhoitoalan henkilökunnan kautta. (Jämsä & Manninen 2000, 43-44.)

Tuotteen luonnosteluvaiheessa laatu parani siten, että asiasisältö täsmentyi. Lisäksi kohdistin tuotteeni ensihoitohenkilökuntaan, jotta tuotteellani on merkitystä välittömästi ensihoidon työkentällä.

Tuotteen kehittäminen etenee luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuvaihtoehtojen, periaatteiden, rajausten, ja asiantuntijayhteistyön mukaisesti. Tuotteiden tekemisestä voidaan laatia esimerkiksi pohjapiirros kunnostettavasta hoitoympäristöstä tai mallipiirros hoitovälineestä. Kun tuotteen keskeinen ominaisuus ei ole aineellinen tuotos vaan tuotteen välittämä informaatio vastaa työpiirustusta tuotteen asiasisällöstä laadittu jäsenetely. (Jämsä & Manninen 2000, 54.)

Tuotteen viimeistely sisältää sen yksityiskohtien hiomista. Lisäksi voidaan laatia toteutus- tai käyttöohjeita sekä suunnitella hoitotoimenpiteitä tai päivittämistä. (Jämsä & Manninen 2000, 80-81.)

Koulutustilaisuutta ei voi testata ennalta. Sen asiasisältöä voi kuitenkin näyttää sisälönohjaajalle ja menetelmänohjaajalle, ja heidän mielipidettään voi kuunnella. Lisäksi luetutin koulutusmateriaalin Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin synnytys- ja naisten tautien ylilääkärillä, kättilöllä, ensihoidon kenttäjohtajalla ja ensihoidon vastuulääkärillä. Näin he edesauttoivat omalta osaltaan tuotteen viemistä oikeaan suuntaan, laadukkaaseen suuntaan.

Koulutustilaisuus pidettiin 2.-5.5.2016 Keskipohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelu kuntayhtymän ensihoitokeskuksen tiloissa. Tilassa oli pitkä pöytä, jonka toises-

sa päässä istuin tietokoneen vieressä ja toisessa päässä oli valkokangas, johon Power-Point-esitys heijastettiin. Kuuntelijat istuivat pöydän ympärillä ja eri asemapaikoilla olevat ensihoitajat kuuntelivat koulutustilaisuutta etäyhteyden (video ja ääni) avulla.

Pidin saman sisältöisen koulutustilaisuuden neljänä perättäisenä päivänä. Osallistujia oli yhteensä noin 60 ja he kaikki työssä olevia perus- ja hoitotason ensihoitajia sekä ensihoidon kenttäjohtajia. Mukanani minulla oli mikrosuunnitelma, josta seurasin tilaisuuden etenemistä. Olin aikataulutannut väljästi ja koulutustilaisuus kesti vähemmän aikaa kuin olin alun perin suunnitellut. Koulutustilaisuuden sisältämä teoriatieto oli edellisen syksyn ja saman kevään aikana hankittua juuri tilaisuutta varten hankittua tietoa.

Koulutustilaisuudet alkoivat klo 14. Niiden alussa toivotin osallistujat tervetulleiksi, esittelin itseni ja kerroin aiheen. Toisena koulutustilaisuudenpitopäivänä koulutustilaisuudesta otettiin ääninauhointi Powerpointtien kera, sillä ensihoitokeskus halusi sen olevan saatavilla myös niille ensihoitajille, jotka eivät koulutustilaisuuteen päässeet

Aloituksen jälkeen aloitin koulutustilaisuuden pitämisen ja kävin aiheet läpi suunnittelemani järjestyksessä. Sen jälkeen osallistujat saivat esittää kysymyksiä, joita tulikin, toisina koulutuskertoina enemmän kuin toisina.

Lopuksi kiitin osallistujia ja pyysin heitä käyttämään hieman aikaansa heille laadittuun palautekyselyyn. Palautekyselyn täytti myös Keskipohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelu kuntayhtymän ensihoitokeskuksen yhteishenkilö Harri Köyhäjoki, jonka kanssa tein melko tiivistä yhteistyötä ennen koulutustilaisuutta.

Projektin viimeisenä vaiheena oli lopullisen valmiin tuotteen arviointi sekä loppuraportin kirjoittaminen. Tämä vaihe toteutui syksyllä 2016.

6 TILAISUUDEN ARVIOINTI

6.1 Arvioinnin suunnittelu

Arvioin koulutustilaisuuden onnistumista suhteessa niihin laatutavoitteisiin mitä itse sille asetin. Laatutavoitteet on kuvattu alla olevassa taulukossa 2. Laatutavoitteet pohjautuvat johtamis- ja laadunhallintakurssiin, jonka kävin Oulun seudun ammattikorkeakoulussa vuonna 2012 työstäessäni aiempaa projektiluontoista opinnäytetyötäni. Laatuosuuden ohjasi tuolloin lehtori Aino-Liisa Jussila. Kolmella luentokokonaisuudella sain häneltä hyvää vinkkiä ja lähdemateriaalia, miten laatia laatutaulukko.

TAULUKKO 4. Projektin laadulliset tavoitteet

Laatutavoite	Ominaisuudet	Miten mitataan?
Johdonmukaisuus	Koulutustilaisuuden on tarkoitus edetä johdonmukaisesti. Aion käydä asiat läpi lineaarisessa järjestyksessä alkaen raskausajan mahdollisista ongelmista erilaisen synnytysten kautta vastasyntyneen normaalihoitoon ja elvytykseen. Lisäksi minun tulee huolehtia aikataulussa pysymisestä.	Tilaisuuden lopussa osallistujat täyttävät palautelomakkeen, jossa he arvioivat muun muassa tilaisuuden johdonmukaista etenemistä. On kuitenkin huomattava, että jos tilanne näyttää siltä, että esimerkiksi aikataulu ei pidä, tulee minun huomata se jo tilaisuutta vetäessä ja puuttua tilanteeseen.
Luotettavuus	koulutustilaisuuden luotettavuus tarkoittaa sitä, että siinä oleva teoria ja asia-/kokemustieto on peräisin luotettavista lähteistä.	Luotettavuutta mitataan sillä, kuinka luotettavia kirjallisia lähteitä käytän. Kovin vanhoilta tai epäluotettavilta vaikuttavilta sivustoilta (esim. keskustelupalstat) en ota tietoa ollenkaan. Lisäksi koulutustilaisuuden asioiden oikeellisuus tarkistetaan ennen koulutustilaisuutta sisälönohjaajani toimesta ja aion mahdollisuuksien mukaan lue-

		tuttaa materiaalin myös Keski-pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitolääkärillä ja gynekologilla.
Mielenkiintoisuus	Tilaisuuden tulisi herättää kuuntelijoiden mielenkiinto, jotta he jaksaisivat keskittyä aiheeseen.	Tätä laatukriteeriä voin mitata sillä, millainen tunnelma koulutustilaisuudessa on, jaksavatko kuuntelijat keskittyä kuuntelemaan, tuleeko kysymyksiä. Lisäksi mielenkiintoisuudesta asiasisältöä kohtaan voin kysyä palautekyselyssä.
Salliva ilmapiiri	Ilmapiirin tulisi olla salliva, jotta kuuntelijat uskaltaisivat tuoda omia näkemyksiään ja mielipiteitään esille.	Palautekyselyssä voin huomioda sen, onko ilmapiiri ollut salliva. Voin kysyä sitä, uskalsivatko kuuntelijat tuoda mielipiteitään, kysymyksiään tai näkemyksiään esille. Sallivan ilmapiirin voi huomata jo tilaisuuden aikana siitä herääkö keskustelua tai kysymyksiä helposti.
Selkeys	Tilaisuuden tulee olla selkeä, jotta kuuntelijat ymmärtävät ja sisältävät teorian tiedon ja he voivat hyödyntää sitä työssään.	Selkeydestä voi kysyä palautelomakkeesta. Selkeyttä voi myös testata etukäteen, näyttämällä luentomateriaalia ohjaajille tai ensihoitotyökaverille.
Innostavuus	Tilaisuuden tulisi olla innostava ja uusia ideoita/kehittämisisdeota herättävä.	Innostavuuden huomaa opiskelijoiden asenteista ja halusta omaksua tieto käytäntöön.
Innovatiivisuus	Innovatiivisuus tarkoittaa sitä, että tilaisuus herättäisi uusia ajattelutapoja ja malleja sekä sen kautta syntyisi uudenlaista toimintamallia terveydenhuoltoon.	Tätä voidaan mitata palautekyselyn avulla.

Merkityksellisyys	Tilaisuuden tulisi olla merkittävä niin ensihoitajille kuin heidän asiakkailleenkin.	Merkityksellisyyttä voi mitata kysymällä palautelomakkeella vaikkapa, että miten tilaisuus vaikutti kuuntelijan ajattelutapaan vai vaikuttiko. Ja miten koulutuksessa ollut ensihoitaja osaa nyt tulevaisuudessa kohdata ja hoitaa obstetrisia potilaita.
Uskottavuus	Tilaisuuden tulee olla uskottava sekä sisällöltään että rakenteeltaan. Tilaisuudessa kerrottavan tiedon tulee olla luotettavaa.	Uskottavuutta voidaan kysyä palautekyselyssä. Uskottavuutta voin mitata ennalta esim. näyttämällä suunnitelmaani yhteistyökumppanilleni, jolla on asiantuntijuutta.

Koulutustilaisuuden onnistuminen kuvaa myös omaa onnistumistani tilaisuuden järjestäjänä. Arvioni koulutustilaisuuden onnistumisesta tulee pohjautumaan osallistujien ja yhteistyökumppanini kirjalliseen palautteeseen, jonka keräsin palautekyselyn avulla (liite 2).

Palautteiden lukemisen jälkeen tuli minun pohtia sitä, kuinka hyvin onnistuin. Oliko koulutustilaisuus sellainen, että osallistujat motivoituvat sen aiheista, saivat oman äänensä kuuluville ja pitivät aihetta tärkeänä. Lisäksi arvioin sitä, oliko teoritietopakettini aiheeseen riittävä ja sainko motivoitua osallistujat kuuntelemaan ja osallistumaan koulutuksen aiheista nouseviin keskusteluihin.

On myös tärkeää arvioida omaa osuuttani tilaisuuden vetäjänä. Oliko puheeni selkeää ja helposti ymmärrettävää. Minun tulee myös miettiä, oliko koulutukseen varattu sopivasti aikaa ja menikö aikataulutus niin kuin suunnittelin.

Palautekyselymme suunnittelin kokonaan asettamieni laatuksiteereiden pohjalta. Oman, osallistujien, yhteistyökumppanin ja opettajien arviointien perusteella saan jonkinlaisen kuvan siitä, miten hyvin koulutustilaisuus oikeastaan meni ja olisiko sitä järkevää toistaa sellaisenaan jossain toisessa yhteydessä, esimerkiksi Oulu-koillismaan pelastuslaitoksen ensihoitajille pidettävässä koulutuksessa.

6.2 Osallistujien palaute koulutustilaisuudesta

Sain palautekyselyn avulla paljon arvokasta tietoa projektini onnistumisesta. Lisäksi sain osallistujilta välitöntä palautetta heti koulutustilaisuuksien päättymisen jälkeen. Pääosin osallistujat olivat tyytyväisiä koulutustilaisuuksiin. Koulutustilaisuudet etenivät heidän mielestään hyvin, olivat mielenkiintoisesta aiheesta selkeitä ja helposti ymmärrettäviä. Erityisesti osallistujat toivat esiin sitä, että minä tilaisuuden vetäjänä olin uskottava, koska kokemusta sekä ensihoidosta että kätilön työstä. Lisäksi osallistujat kokivat, että koulutustilaisuudet oli suunnattu juuri ensihoitoa varten. Osallistujat kertoivat palautteissaan oppineensa uusia asioita sekä sen palauttaneen mieleen vanhaa jo opittua.

”Koulutustilaisuus sujui hyvin ja aikataulussa pysyttiin. Asiat käytiin läpi järkevässä järjestyksessä”

”Ei ollut vaikeita termejä joita vain gyne/kätilö ymmärtävät. Tavallinen lamsari jopa ymmärsi.”

”Riskitilanteissa toimimiseen tuli tietoa enemmän.”

”Tilaisuuden järjestäjä onnistui hyvin, koska kokemusta sekä kätilön ja ensihoitajan töistä. Osasi kertoa asiat niin että ensihoitajakin ymmärtää.”

Sain koulutustilaisuuksista myös rakentavaa palautetta osallistujilta. Osa olisi toivonut hieman hitaampaa etenemistä tai jokaisen aiheen jälkeen pidettävää hetkeä, jolloin kysymyksille olisi ollut enemmän aikaa. Itseäni koulutustilaisuuden pitäminen hieman hermostutti, jonka itse arvelen syyksi tilaisuuksien nopealle etenemiselle.

”Paljon infoa tärkeätä asiaa selkeässä järjestyksessä. korkeintaan hieman hitaammalla tempolla olisi voinut luento olla, esim. tauko välissä, jotta kaikki tieto kerkeisi upota, mutta hyvin vedetty!”

Kaiken kaikkiaan itse olen tyytyväinen, miten sain koulutustilaisuuden järjestettyä tällä kokemuksella. Ja mikä eniten ilahduttaa on se, että osallistujat olivat tyytyväisiä ja olen saanut kuulla kiitosta vielä jälkikäteenkin.

6.3 Opinnäytetyöprosessin arviointia

Opinnäytetyön aiheenvalinta ei ollut minulle hankalaa, vaikka hetken sitä mietinkin. Lopullisen idean aiheeseen antoi eräs työkaverini, joka ehdotti, että käyttäisin aiempaa kättilökoulutustani hyväksi ja tekisin opinnäytetyön minulle jo sairaalamaailmasta tutusta aiheesta. Kun vierailin Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen tiloissa kesällä 2015, juttelimme koulun aloittamisesta ja kerroin heille opinnäytetyöideastani. He innostuivat aiheesta ja päätimme yhdessä, että mikäli koulumme hyväksyy tällaisen projektiluontoisen opinnäytetyön tästä aiheesta niin he alkavat minun yhteistyökumppaniksi.

Koulutustilaisuus toteutusmuotona oli alusta asti selkeä ja helppo valinta. Hieman mietimme yhdessä Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen esimiesten kanssa koulutustilaisuuden muotoa. Päädyimme luentomuotoiseen esitystapaan simulaatioharjoitusten sijaan, sillä simulaatioiden järjestäminen olisi ollut haastavaa tilojen ja välineistön järjestämisen osalta.

Kirjallisia lähteitä löytyi paljon ja motivaatio opinnäytetyön kirjoittamiseen säilyi hyvänä, koska koin aiheen tärkeäksi. Oli hyvä, että aikataulutin opinnäytetyöni tekemisen tarkoin, koska se auttoi minua hahmottamaan, missä kohti opinnäytetyöprosessini on menossa, ja mitä minun tulee vielä tehdä.

Projektisuunnitelman teko oli minulle jo entuudestaan tuttua, joskin rajaaminen tuotti hieman hankaluuksia. Projektisuunnitelma sisälsi suunnitelman koulutustilaisuuden toteuttamisesta ja teoriatietoa opinnäytetyöprosessista sekä teoriatietopohjaa aiheeseen. Projektisuunnitelman yhteydessä laadin jo alustavan diaesityksen koulutustilaisuuksien pitoa varten.

Diaesityksen lähetin Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkärille, synnytys- ja naistentautien ylilääkärille sekä ensihoidon esimiehelle, joka toimii myös alueen yhtenä kenttäjohtajista. Sain heiltä kommentteja ja ehdotuksia sekä tietoa juuri keskipohjanmaan alueen käytännöistä. Koin sen hyväksi, sillä halusin koulutukseni suuntautuvan juuri sen alueen ensihoitajille ja antavan heille käytännön vinkkejä ja toimintatapoja heidän alueellaan.

Koulutustilaisuus pidettiin samanmuotoisena neljänä peräkkäisenä päivänä. Aluksi tilaisuuden pitäminen hieman jännitti, mutta koulutukset sujuivat hyvin ja sain niistä positiivista palautetta. Koulutustilaisuus myös nauhoitettiin äänen ja diakuvien kera, jotta sitä voidaan tarvittaessa näyttää uudestaan alueen ensihoitajille.

Loppuraportin kirjoittaminen sujui sekin aikataulun mukaisesti syksyllä 2016. Koen että opinnäytetyö on antanut minulle lisää vahvuuksia luotettavan teorian etsimiseen, koulutustilaisuuden pitämiseen sekä asiatyylisen tekstin kirjoittamiseen.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön aihevalinta oli mielestäni onnistunut. Aihe haastoi minut tekijänäkin miettimään raskaana olevan ja synnyttävän naisen sekä vastasyntyneen hoitoa ensihoitossa olevilla resursseina. Koen, että opinnäytetyölläni on todella ollut merkitystä ja se on kannattanut tehdä.

Prosessin edetessä sain paljon positiivista vahvistusta sille, että aihe todella on työstämisen arvoinen. Palautetta tuli ohjaajilta, yhteistyökumppanilta, työkavereilta sekä tilaisuuteen osallistujilta. Koen, että ilman tätä arvokasta positiivista ilmapiiriä prosessini loppuunsaattaminen olisi ollut huomattavasti haasteellisempaa.

Tilaisuuden pito tuli vastaan yllättävän nopealla aikataululla, vaikka aloitinkin opinnäytetyön työstämisen heti kun se käytännössä oli mahdollista. Haasteeksi muodostui aiheen rajaaminen ja sen kohdentaminen juuri ensihoitajille. Tähän sain apua ohjaavilta opettajiltani sekä yhteistyökumppaniltani.

Loppuraportin kirjoittaminen sujui omasta mielestäni hyvin, sillä minulla oli jo aiempaa kokemusta sen kirjoittamisesta. Koen, että siitä oli suuri hyöty, sillä asiakielinen kirjoitustyyli ja loppuraportin sisällön runko olivat mielessä hyvin selkeänä ennen kirjoitusprosessin aloittamista. Loppuraporttia olen kirjoittanut todella tiiviisti kesän ja syksyn aikana.

Yhteistyö Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen kanssa sujui erinomaisen hyvin, olen hyvin tyytyväinen yhteistyökumppanini valintaan. Erityistä kiitosta täytyy antaa siitä tuesta, mitä sain heiltä koulutustilaisuuden diaesityksen viimeistelyssä. Mielestäni on erinomaista, että esitys käytiin läpi sekä ensihoidon, että naistentautien puolelta, jolloin molemmat näkökohdat välittyivät itse esitykseen ja koulutus tuli myös näin suunnattua juuri Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitajille.

Opinnäytetyöni tekeminen oli antoisa projekti. Ne tavoitteet, mitä asetin itselleni ihan projektin alussa, ovat täyttyneet. Sanoma koulutustilaisuudessa oli se, että raskaana ole-

va ja synnyttävä nainen sekä vastasyntynyt tulee tutkia samoin kuin muutkin ensihoidon potilaat cABCDE:n mukaisesti. Lisäksi pyrin korostamaan nimenomaan ensihoidollisia näkökulmia, mitä erityistilanteissa voi ja kannattaa tehdä. Pyrin koulutuksessa puhumaan ensihoitajan näkökulmasta niiden suositusten pohjalta, mitä Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri ja synnytys- ja naistentautien ylilääkäri olivat puhelin keskusteluissa ja sähköpostiviesteissään tuoneet esille. Lisäksi koulutustilaisuudessa korostin tapausten harvinaisuutta ja sitä, ettei kaikkea tarvitse muistaa ulkoa ja on hyvä herkästi konsultoida Keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin synnytysosastoa.

Oppimistavoitteenani oli oppia järjestämään toimiva koulutustilaisuus yhteistyökumppanin avustuksella. Koulutustilaisuutta järjestäessäni minun täytyi ottaa huomioon erilaisia asioita, kuten budjetti, tilaisuuden asiasisältö ja osallistujamäärä. Tilaisuuden järjestäminen oli haastavaa ja stressaavaa. Kuitenkin osallistujien antama hyvä palaute ja kiitos, palkitsi kaiken tekemäni työn. Järjestin tällaista tilaisuutta ensimmäistä kertaa. Uskon, että tulevaisuudessa vastaavanlaisen tilaisuuden järjestäminen olisi huomattavasti helpompaa ja toivonkin että minulle kertyy vuosien saatossa lisää kokemusta koulutustilaisuuksien tai luennoiden pitämisestä.

Koulutustilaisuuden järjestämisen lisäksi opin luotettavien ja ajankohtaisten lähteiden etsimistä internetistä ja kirjallisuudesta. Haasteeksi muodostui lähteiden painottuminen kätilötyön maailmaan ja siksi opinnäytetyön kirjalliseen loppuraporttiin oli vaativaa saada ensihoidon näkökulmaa. Toisaalta, itse koen tärkeämmäksi sen seikan, että ensihoidollinen näkökulma tuli esille koulutustilaisuudessa puhuessani.

Opin myös tekemään töitä kirjallisten ohjeiden mukaan sekä työskentelemään yhteistyössä yhteistyökumppanini kanssa. Ja mikä tärkeintä kaikesta, opin itse kätilönä ja tulevana hoitotason ensihoitajana yhdistämään nämä kaksi ammattia toisiinsa. Tästä olen todella iloinen. Koen, että minulla on nyt entistä vahvempi pohja lähteä ensihoidon työkentälle kohtaamaan raskaana olevia ja synnyttäviä naisia sekä vastasyntyneitä.

LÄHTEET

Ahonen, J. Sainio, S. & Pakarinen, P. Synnytykseen liittyvä massiivinen verenvuoto. 2008. Duodecim. 2008: 124:41-49. Hakupäivä 27.11.2015. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96964.pdf>.

Ahonen, J. & Stefanovic, V. 2013. Obstetrisen verenvuodon hoito. Finnanest. 2013: 46 (4). Hakupäivä 27.11.2015. http://www.finnanest.fi/files/ahonen_stefanovic_obstetrisen_verenvuodon_hoito.pdf.

Castren, M. 2009. Sairaankuljetustehtäviä. Ensihoito-opas. Toim. Martikainen, M. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 176-181.

Castren, M. Helveranta, K. Kinnunen, A. Korte, H. Laurila, K. Paakkonen, H. Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 370-371.

Eskola K. & Hytönen E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Porvoo. WSOY. 94-96, 190-195, 227, 245, 249, 252-253.

Frostdahl, C., Synnytys- ja naistentautien ylilääkäri, Keskipohjanmaan peruspalvelukuntayhtymä. Re: Koulutus ensihoitajille: raskauden ja synnytyksen aikaiset hätätilanteet. Sähköpostiviesti. 11.4.2016.

Gissler, M. & Vuori, E. 2012. Vastasyntyneet 2012. THL. Liitetaulukko 26. Hakupäivä 10.10.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110752/Tr32_13.pdf?sequence=4.

Haukkamaa, M et al. 1992. Obstetriikka. Kouvolan painotalo Oy. 302.

Helmesmäki, E. Silfvast, T. Oulasvirta, J. & Helmesmäki, E. 2007. Suunnittelematon synnytys sairaalan ulkopuolella Medi-Helin 01:n toiminta-alueella. Finnanest 5, 449-452.

- Hippeläinen, M. Manninen, H. Kirkinen, P. 2001 Synnytykseen liittyvän vaikean verenvuodon ambolisaatiohoito. *Duodecim*. 2001; 117(19):1915-1920. Hakupäivä 27.11.2015.
[http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewTy-
 pe=viewArticle&tunnus=duo92514&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_au
 th=](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewTy-

 pe=viewArticle&tunnus=duo92514&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_au

 th=).
- Holmström, P. Kuisma, M. Nurmi, J. Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro. 458, 638-639.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. 2. uudistettu painos. Provo: Edita Publishing Oy. 141-142, 293-294, 298-299, 302.
- Jahkola, M. Lång, E. & Tuominen, T. Synnytysverenvuodot TAUS:iissa vuosina 2003, 2006 ja 2009. 2012. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö. Hakupäivä 27.11.2015.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76807/gradu06435.pdf?sequence=1>.
- Jyväskylän Yliopisto. Informaatioteknologian tiedekunta. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Projektipäällikön tehtävät. Hakupäivä 14.12.2015.
[http://projekti.it.jyu.fi/suoritustavat/TJTS431_Projektin_johtaminen/opiskelijat/projekti
 paallikon_ja_sihteerin_tehtavat/projektipaallikon_tehtavat/](http://projekti.it.jyu.fi/suoritustavat/TJTS431_Projektin_johtaminen/opiskelijat/projekti

 paallikon_ja_sihteerin_tehtavat/projektipaallikon_tehtavat/).
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi. 29-31, 43-44, 54, 80-81.
- Kuisma, M. Holmström, P. & Porthan K. 2009. Ensihoito. Helsinki: Tammi. 458.
- Käypä hoito –suositus. 10.01.2011. Ennenaikainen synnytys. Hakupäivä 25.2.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50089>.
- Käypähoito -suositus. 4.8.2014. Elvytys (vastasyntynyt). Hakupäivä 14.11.2016.
[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=D69E5E3C09E5FD4
 AA028F3B70615D597?id=hoi50065](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=D69E5E3C09E5FD4

 AA028F3B70615D597?id=hoi50065).

Lahtela, S. & Romppainen, E. 2002. Uusi elämä –ei katso aikaa, ei paikkaa. *Kättilölehti* 4, 151–152.

Lehtonen J. 2002. Raskaus ja synnytys. Teoksessa Castrén, M. Kinnunen, A. Paakkonen, H. Pousi, J. Seppälä, J. & Väisänen, O. (toim.) *Ensihoidon perusteet*. Keuruu: Otava. 747.

Nieminen, Kari. 2015. Pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuus. *Selvityshenkilön raportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:35. 3. Hakupäivä 14.11.2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126814/URN_ISBN_978-952-00-3599-0.pdf?sequence=1.

Oksanen, T. & Turva, J. 2010. *Ensihoidon taskuopas*. 13., uudistettu painos. Jyväskylä: Suomen ensihoidon tiedotus Oy. 163.

Paananen, U. Pietiläinen, S. Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A. 2006. *Kättilötyö*. Helsinki: Edita publishing Oy. 236, 253, 255-258, 261-263, 449-455.

Peräjoki, K. 2014. Synnytys ensihoidossa. *Dia-esitys*. HYKS Ensihoito Helsinki. 14,16.

Sheiner, E. Hershkovitz, R. Shoham-Vardi, I. Erez, O. Hadar, A. & Mazor, M. 2004. Retrospective Study of Unplanned Out-Of-hospital Deliveries. *Arch Gynecol Obstet* 269, 85.

Tavi, V. & Sillanpää A. 2015. *Koko Naisen terveys*. Helsinki: Gummerus kustannus Oy. 45.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Meille tulee vauva. 29. laitos. Helsinki: Erikoismedia Graphic Oy. 5, 10-12. Hakupäivä 28.3.2016. https://www.thl.fi/documents/732587/741077/meille_tulee_vauva.pdf.

Terveyskirjasto. 2016. *Pediatrics*. Hakupäivä 17.1.2016.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02530&p_teos=ltt&p_osio=&p_selaus=.](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02530&p_teos=ltt&p_osio=&p_selaus=)

Tiitinen, A. 2015. Raskaus (normaali kulku). Lääkärikirja Duodecim. 17.11.2015. Hakupäivä 28.3.2016.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00159.](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00159)

Tiitinen, A. 2015. Normaali synnytys. Lääkärikirja Duodecim. 23.10.2015. Hakupäivä 27.11.2015.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160.](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160)

Uotila, J. 2007. Jälkeisvaiheen häiriöt. Teoksessa Kätilötyö. Toim. Paananen, U. Pietiläinen, S. Raussi-Lehto, E. Väyrynen, P. & Äimälä, A-M.. Helsinki: Edita Prima. 500-505.

Valvira määrää synnytystoiminnan Oulaskankaan sairaalassa lopetettavaksi 31.3.2017 mennessä, Valvira.2016. Hakupäivä 11.11.2016.

[http://www.valvira.fi/varasivu/uutinen/-](http://www.valvira.fi/varasivu/uutinen/)

[/asset_publisher/dtqxM87nsAhG/content/valvira-maaraa-synnytystoiminnan-oulaskankaan-sairaalassa-lopetettavaksi-31-3-2017-mennessa/14444.](http://www.valvira.fi/varasivu/uutinen/-/asset_publisher/dtqxM87nsAhG/content/valvira-maaraa-synnytystoiminnan-oulaskankaan-sairaalassa-lopetettavaksi-31-3-2017-mennessa/14444)

Äimälä, A.M. 2009. Synnytys ensiapuolosuhteissa. Teoksessa Paananen, U. ,Pietiläinen, S. Raussi-Lehto, E. Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.)Kätilötyö. 1.-3. painos. Helsinki: Edita Prima. 467-477.

KUSTANNUSARVIO

LIITE 1

KUSTANNUSLASKELMA			
Opiskelijan nimi ja ryhmätunnus: Laura Kivinen, ENS15SM			
Raskauden ja synnytyksen aikaisen hätätilanteet -koulutus keskipohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitajille			
	1. vuosi	2. vuosi	YHTEENSÄ
Projektin kokonaiskustannus	10890	50	11140
Aineet, tarvikkeet ja tavarat	100	50	150
puhelinkulut, kynät, lehtiöt	100	50	150
			0
Henkilöstökustannukset	10550	0	10550
Projektipäällikkö (tekijä)	4050		4050
Ohjaava opettaja	2000		2000
Ohjaava opettaja	2000		2000
Toimeksiantajan edustaja	1000		1000
Toimeksiantajan edustaja	500		500
Toimeksiantajan edustaja	500		500
Muu asiantuntija	500		0
			500
Palvelujen ostot	0	0	200
	0	0	0
Matkakustannukset	200	0	200
kotimaan matkakulut	200	0	40
ulkomaan matkakulut	0	0	40
majoituskulut	0	0	0
Muut kustannukset	40	0	40
Opinnäytetyö kirjallisena itselle	40		0
kustannus			0
kustannus			0
kustannus			0
Välilliset kustannukset	0	0	0
sähkö/vesi ym (ei realisoitavissa)			

Palautekysely

1. Miten koulutustilaisuus mielestäsi eteni?

2. Oliko koulutus selkeä ja helposti ymmärrettävä?

3. Oliko aihe mielenkiintoinen?

4. Opitko uutta? Saitko tietoperustaa ensihoitajan työhösi? Mitä?

5. Mitkä aiheet innostivat, miksi?

6. Mitkä eivät, miksi?

7. Miten tilaisuuden järjestäjä mielestäsi onnistui? Perustele.

VAPAA SANA!!!