

Opinnäytetyö (AMK)

Kättilökoulutus

2020

Reetta Aro ja Hanna Vesämäki

SYNNYTYSVAURIOIDEN OMPELU

– Opetusvideo kättilöopiskelijoille

Reetta Aro ja Hanna Vesämäki

SYNNYTYISVAURIOIDEN OMPELU

Opetusvideo kätilöopiskelijoille

Synnytysvauriot käsittävät perineaaliset eli välilihan alueen repeämät sekä välilihan leikkauksen eli episiotomian. Lähes jokainen alateitse synnyttävä äiti voi saada repeämän. Synnytyksessä repeämiä voi tulla emättimeen, välilihalle, virtsaputken suulle tai peräaukon sulkijalihakselle. Tavallisesti repeämät syntyvät emättimeen ja välilihan alueelle. Repeämät syntyvät kudoksen joutuessa kovalle venytykselle synnytyksen aikana. Repeämille altistavia tekijöitä ovat sikiön tarjontavirhe, suuri koko, imukuppisynnytys sekä pitkittynyt ponnistusvaihe. Repeämät jaetaan neljään asteeseen. Ensimmäisessä asteessa vaurio kohdistuu limakalvolle ja toisessa asteessa vaurio syntyy lantionpohjan lihaksiin. Kolmannen asteen repeämässä vaurio on syntynyt peräaukonsulkijalihakselle ja neljännessä asteessa peräsuolen limakalvoon asti. Kolmannen ja neljännen asteen repeämät ovat harvinaisempia.

Episiotomialla tarkoitetaan välilihan leikkausta. Siinä suurennetaan emättimen aukkoa sekä estetään suurten ja hankalien repeämien mahdollista syntyä. Episiotomia voidaan tehdä esimerkiksi silloin, jos kyseessä on suurikokoinen sikiö, voimakas arpikudos välilihalla, sikiön tarjontavirhe tai imukuppisynnytys.

Synnytysvauriot voidaan ommella monella eri tavalla. Ompelu on toimenpiteenä steriili. Yleensä ompelu tapahtuu absorboituvalla eli sulavalla ommelaineella. Synnytysvaurioiden ompelussa yleisimmin käytettäviä tekniikoita ovat katko-ommel ja jatkuvaommel. Lisäksi voidaan käyttää patjaommeltekniikkaa tai ihonalaiskudoksessa kulkevaa ommeltekniikkaa.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä kätilöiden tietoutta synnytysvaurioiden ompelussa käytettävistä ommeltekniikoista sekä tukea itsenäistä ompelutekniikoiden ja solmujen teon harjoittelua tuottamalla ompelutekniikoista opetusvideo. Tavoitteena oli lisätä synnytysvaurioiden ompelutaitoja sekä kehittää Turun ammattikorkeakoulun kätilöopiskelijoiden itseopiskelua ja kontaktituntien opetusta. Parempien ompelutaitojen avulla lisätään myös kätilöiden itsevarmuutta ja ammattitaitoa synnytysvaurioiden korjaamisessa sekä synnyttäjien normaalin anatomian palauttamisessa.

ASIASANAT:

synnytysvaurio, episiotomia, repeämä, ompelutekniikat, välilihan repeämä

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Midwifery

2020 | 42 pages, 4 pages in appendices

Reetta Aro ja Hanna Vesamäki

SUTURING OF BIRTH DELIVERY DAMAGES

- Instructional video for midwife students

Childbirth injuries include perineal tears and an incision made in the perineum, i.e. the episiotomy. Almost any woman having a vaginal birth can tear. During childbirth, most tears occur in the vagina and the perineum, but they can also extend into the urethral opening and the anal sphincter. The tears are due to intense stretching of the tissue during childbirth. The risk of tearing increases in the case of a large size or a malpresentation of the foetus, a vacuum extraction delivery and a prolonged second stage of labour. Tears are classified into four degrees according to their severity. A first-degree tear involves the mucous membrane, and a second-degree tear affects the pelvic floor muscles. A third-degree tear occurs in the anal sphincter and a fourth-degree tear extends into the rectal mucosa. The third and fourth-degree tears are less common.

The term episiotomy stands for an incision of the perineum in which the vaginal opening is enlarged in order to avoid severe tearing. An episiotomy can be performed in the case of e.g. a large size or a malpresentation of the foetus, a vacuum extraction delivery and if there is a significant amount of scar tissue in the perineum.

Childbirth injuries can be sutured in multiple ways. Suturing is a sterile procedure and is usually performed with absorbable sutures. Interrupted and continuous sutures are the most used techniques to suture childbirth injuries. In addition, a mattress suture technique and sutures in the subcutaneous tissue can be used.

This thesis was functionally executed. The purpose of this thesis is to improve the knowledge of midwives of the suturing techniques used to treat childbirth injuries. It also aims to support independent practice of suturing techniques and knot-making by producing an instructional video on the subject. This thesis is aimed at increasing the skills of suturing techniques and improving the self and classroom study of midwifery students. Better suturing skills contribute to the confidence and proficiency of midwives in treating childbirth injuries and restoring normal anatomy of women after childbirth.

KEYWORDS:

birth injury, episiotomy, tears, suture techniques, perineal tears

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SYNNYTYISVAURIOT	7
2.1 Naisen anatomia	7
2.2 Repeämät	9
2.3 Episiotomia	10
2.4 Vaurioiden ehkäisy	13
3 SYNNYTYISVAURIOIDEN OMPELU	16
3.1 Ompelun edellytykset	16
3.2 Ommelmateriaalit	17
3.3 Ommeltekniikat	19
3.3.1 Katko-ommel	19
3.3.2 Patjaommel	21
3.3.3 Jatkuva ommel	22
3.4 Haavanhoito ompelun jälkeen	25
4 VIDEO OPPIMISEN TUKENA	26
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	28
6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ	29
7 OPETUSVIDEON TOTEUTUS	30
7.1 Käsikirjoitus	30
7.2 Kuvaus, editointi ja julkaisu	30
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	32
9 POHDINTA	35
LÄHTEET	40

LIITTEET

Liite 1. Opetusvideon käsikirjoitus.

KUVAT

Kuva 1. Naisen ulkoiset sukuelimet ja sisäisiin sukuelimiin kuuluva vagina. (Mukaiillen National Vulvodynia Association 2020.)	8
Kuva 2. Lantionpohjan anatomiaa. (Mukaiillen Paananen ym. 2017.)	9
Kuva 3. Välilihan puudutus ennen episiotomiaa. (Mukaiillen Paananen ym. 2017.)	12
Kuva 4. Episiotomian leikkaustyyppit.	13
Kuva 5. Katko-ommel.	19
Kuva 6. 1. Horisontaalinen ja 2. vertikaalinen patjaommel.	21
Kuva 7. Yhden langan ompelutekniikka. Emätin ja välilihan lihaskerros ommeltuna jatkuvalla ompeleella.	23
Kuva 8. Subkutaaninen ommel ja haava ommeltuna.	24
Kuva 9. Subkutikulaarinen ommel ja haava ommeltuna.	24

1 JOHDANTO

Kättilön ammattitaidolla on vaikutusta synnytyksen kulkuun sekä synnytyksen jälkeiseen vointiin (Mietola-Koivisto 2016). Kättilötyössä tehtäviä toimenpiteitä, kuten synnytysvaurioiden ompelua tulee harjoitella tarpeeksi, jotta voidaan välttää mahdolliset virheet ja saavuttaa paras lopputulos (Paananen ym. 2017). Ompelua harjoitellaan usein simulaatioiden avulla ompelemalla esimerkiksi vaahtomuoviin tai eläimen kieleen. Verrattaessa edellä mainittuja harjoittelumateriaaleja, on todettu kielen ompelun antavan opiskelijoille paremman itseluottamuksen todelliseen tilanteeseen. (Arvila 2019.) Kättilöiden on huomattu valitsevan mieluiten sen ommeltekniikan, jonka ovat ensimmäisenä oppineet, vahvasta kliinisestä näytöstä ja suosituksista huolimatta (Kettle ym. 2007). Tässä opinnäytetyössä käsitellään synnytysvaurioiden ompelua kättilön näkökulmasta.

Synnytysvauriot käsittävät perineaaliset eli välilihan alueen repeämät sekä välilihan leikkauksen eli episiotomian. Repeämät sijaitsevat yleisemmin välilihan ja emättimen alueella. Synnytysvauriot ommellaan tavallisesti useassa kerroksessa parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi. (Tapanainen ym. 2019.) Ompelun tavoitteena on haavojen verenvuodon tyrehtyttäminen, luonnollisen anatomian palauttaminen ja lantionpohjan tuen säilyminen. Ennen vaurioiden ompelua tulee huolehtia hyvästä kivunhoidosta. (Paananen ym. 2017.)

Jatkuvien ommeltekniikoiden tiedetään aiheuttavan synnytysvaurioiden ompelussa vähemmän kipua kuin katko-ommeltekniikat (Kettle ym. 2007). Synnyttäneillä äideillä, joiden vauriot ovat korjattu jatkuvalla ompeleella, on todettu esiintyvän vähemmän lyhytaikaista kipua sekä lääkkeellisen kivunlievityksen tarvetta (Frohlich & Kettle 2015; Hajjaj 2017; Arvila 2019). Jatkuvalla ompeleella ommellut repeämät ja episiotomiat vaikuttavat positiivisesti lopputuloksen tyytyväisyyteen sekä välilihan palautumiseen normaaliksi (Arvila 2017).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä kättilöiden tietoutta synnytysvaurioiden ompelussa käytettävistä ommeltekniikoista sekä tukea itsenäistä ompelutekniikoiden ja solmujen teon harjoittelua tuottamalla ompelutekniikoista opetusvideo. Tavoitteena on lisätä kättilöiden ammattitaitoa sekä kehittää kättilöopiskelijoiden itseopiskelua ja kontaktituntien opetusta. Parempien ompelutaitojen avulla lisätään kättilöiden itsevarmuutta ja ammattitaitoa synnyttäjien synnytysvaurioiden korjaamisessa sekä normaalin anatomian palauttamisessa. Opinnäytetyön toimeksiantaja on Turun Ammattikorkeakoulu.

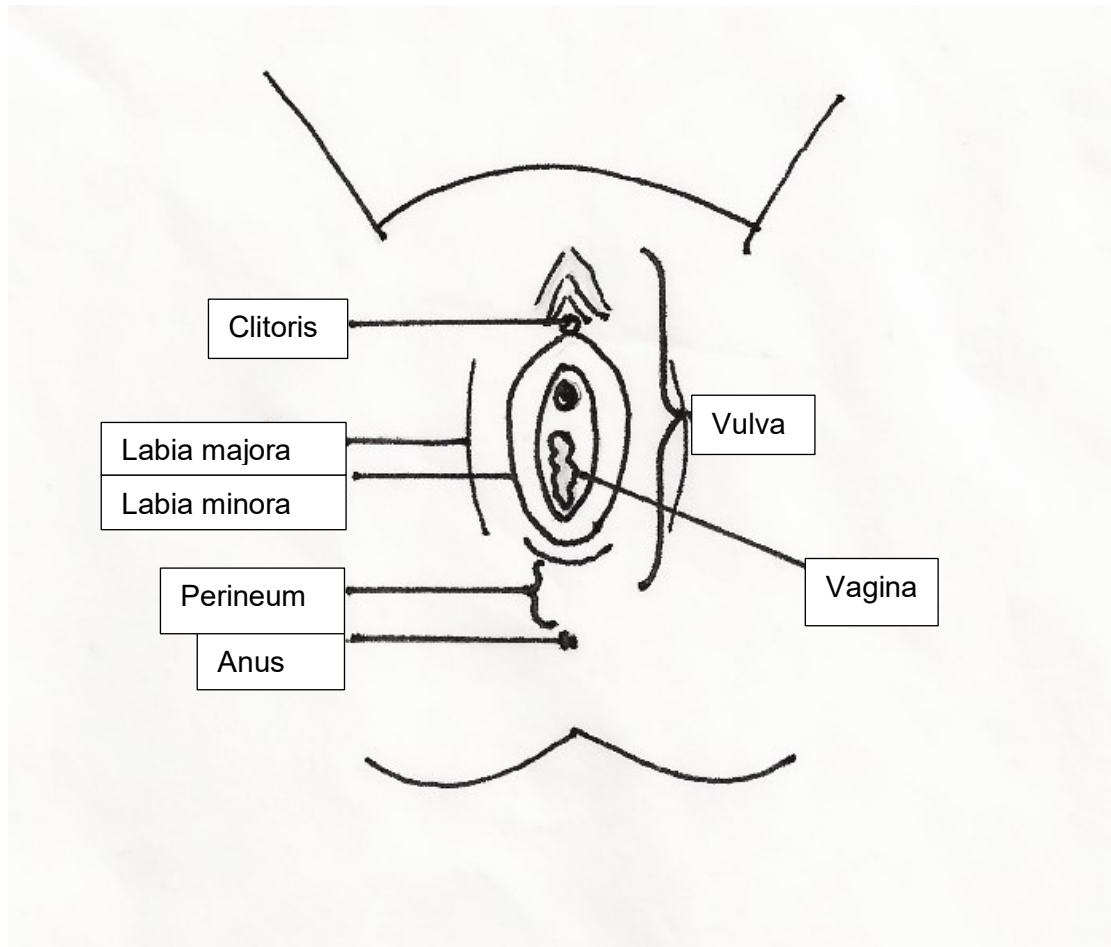
2 SYNNYTYSVAURIOT

Säännöllisen synnytyksen etenemiseen ei pidä puuttua toimenpiteillä ilman lääketieteellistä syytä. Lääketieteellisiin syihin lasketaan esimerkiksi sikiön tai äidin hätä. (Paananen ym. 2017; Tapanainen ym. 2019.) Synnytystoimenpiteitä ovat esimerkiksi keisarinleikkaus, imukuppisynnytys sekä perätilan ulosautto. Synnytystoimenpiteestä kerrotaan aina potilaalle ja se tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Synnytystoimenpiteen yhteydessä välilihan leikkaus voi olla tarpeen. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016; Tapanainen ym. 2019.) Synnytysvaurioita voi synnytyksessä tulla sisäisiin ja ulkoisiin sukuelimiin sekä välilihan alueelle. Mahdolliset synnytysvauriot korjataan synnytyksen jälkeen. (Deufel & Montonen 2016; Tapanainen ym. 2019.)

2.1 Naisen anatomia

Naisen sukuelimet jaetaan ulkoisiin (*genitalia feminina externa*) ja sisäisiin sukuelimiin (*genitalia feminina interna*). Uloimpia sukuelimiä kutsutaan myös ulkosynnyttimiksi (vulva). (Paananen ym. 2017.)

Klitoris eli häpykieli (*clitoris*), pienet häpyhuulet (*labia minora*) ja isot häpyhuulet (*labia majora*) kuuluvat naisen ulkoisiin sukuelimiin (Kuva 1) (Sand ym. 2016). Emätin (*vagina*) ja kohtu (*uterus*) kuuluvat naisen sisäisiin sukuelimiin (Paananen ym. 2017).

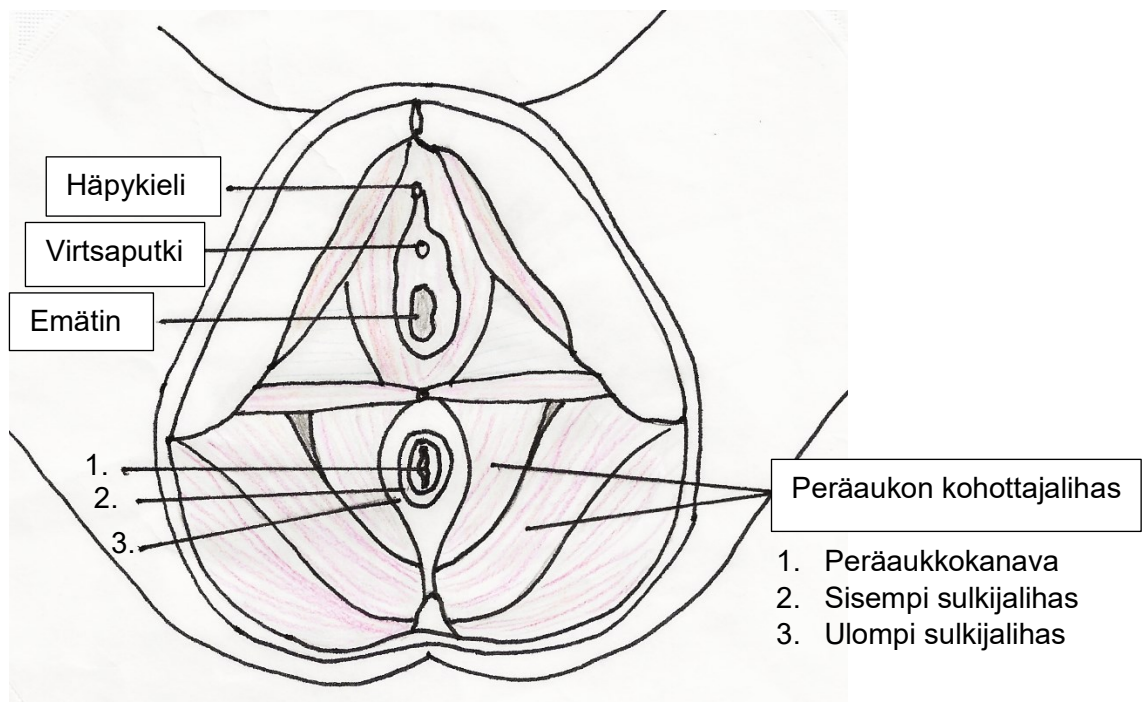


Kuva 1. Naisen ulkoiset sukuelimet ja sisäisiin sukuelimiin kuuluva vagina. (Mukaillen National Vulvodynia Association 2020.)

Lantio muodostuu lihasten, sidekudosten ja sisäelimiä lisäksi lonkkaluiden, ristiluun ja häntäluun muodostamasta luurengasta. Luurengas tukee vatsan ja lantion alueen elimiä sivuilta päin. (Paananen ym. 2017.)

Lantionpohja eli perineum muodostuu lihaksista ja sidekudoksista. Lantionpohja tukee lantion elimiä esimerkiksi kohtua alhaalta päin. Lantionpohja jaetaan kahteen kerrokseen; välipohjaan ja alapohjaan. (Paananen ym. 2017.) Lantionpohjan suurin lihasryhmä on välipohja. Se koostuu kahdesta luustolihasparista, joista toinen ja merkittävämpi on peräaukon kohottajalihas. (Sand ym. 2016.) Peräaukon kohottajalihaksen keskellä on rako, josta muodostuneesta aukosta tulevat peräaukkokanava, emätin ja virtsaputki (Sand ym. 2016). Välipohjan lihakset kontrolloivat virtsaamista ja ulostamista. Lihakset vaikuttavat myös yhdyntään supistuen ja rentoutuen (Paananen ym. 2017.) Peräaukon kohottajalihaksen keskelle jäävää peräaukkokanavaa ympäröi vahva ja tahdonalainen

peräaukon ulompi sulkijalihas, minkä alla sijaitsee autonominen peräaukon sisempi sulkijalihas (Kuva 2) (Sand ym. 2016).



Kuva 2. Lantionpohjan anatomiaa. (Mukaillen Paananen ym. 2017.)

Vaikka lantionpohjaa kutsutaankin perineumiksi, kliinisesti naisen elimistössä perineumilla viitataan välilihaan eli emättimen ja peräaukon (anus) väliin jäävään (Kuva 1) pehmytkudosalueeseen (Paananen ym. 2017).

Näiden edellä mainittujen rakenteiden lisäksi naisen sukuelinten muodostamaan kokonaisuuteen kuuluu lukuisa määrä rauhasia, sidekudoksia, lihaksia, elimiä, hermoja, immunosonia, verisuonia, limakalvoa, luustoa ja jänteitä (Paananen ym. 2017).

2.2 Repeämät

Synnytystrepeämiä eli haavaumia voi synnytyksessä tulla alapään limakalvoille, emättimeen, virtsaputken suun alueelle tai peräaukon sulkijalihakseen. Joskus repeämä voi tulla myös kohdunsuulle, mutta tämä on kuitenkin harvinaista. (Deufel & Montonen 2016.) Synnytyksessä repeämiä voi syntyä myös välilihan eli perineumin alueelle, kun pehmytkudosalue joutuvat lapsen syntyessä voimakkaaseen venytykseen (Paananen ym. 2017). Yleisemmin repeämät sijaitsevat emättimen ja välilihan alueella (Tapanainen

ym. 2019). Tavallisesti repeämät paranevat nopeasti (Deufel & Montonen 2016). Jokainen alateitse synnyttävä nainen voi saada genitaalialueen repeämiä (WHO 2017).

Repeämien syntyyn vaikuttavia riskitekijöitä ovat sikiön suuri koko tai tarjontavirhe, pitkittynyt ponnistusvaihe tai instrumenttiavusteinen eli pihti- tai imukuppisynnytys (Paananen ym. 2017). Ensisynnyttäjillä välilihan repeämät ovat yleisempiä ja riski niihin suurempi kuin monisyntyäneillä naisilla (Steen 2012).

Välilihan vauriot ja synnytysrepeämät jaotellaan neljään eri asteeseen. Ensimmäisen asteen repeämä on välilihan iholla, häpyhuulien, emättimen tai emättimen pohjukan limakalvoilla. Toisen asteen repeämä ulottuu ihoon sekä välilihan, emättimen ja lantionpohjan lihaksistoon. Kolmannen asteen repeämä ulottuu peräaukon sulkijalihakseen. Sulkijalihas on vaurioitunut osittain tai kokonaan. Myös emättimen väliseinä voi olla revennyt. (Räisänen ym. 2012.) Neljännen asteen repeämässä peräaukon sulkijalihas ja peräsuolen limakalvo ovat vaurioituneet (Deufel & Montonen 2016). Toisen asteen repeämä on yleisin repeämätyyppi. Kolmannen ja neljännen asteen repeämät ovat harvinaisempia. (Steen 2012.)

Korjaamattomana repeämät voivat aiheuttaa synnyttäjälle muun muassa verenvuotoa, anemiaa ja peräaukon inkontinenssia eli pidätyskyvyttömyyttä. Huonosti korjatut tai kokonaan korjaamattomat repeämät voivat vaikuttaa potilaaseen niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. (WHO 2017.) Heti synnytyksen jälkeen eli primaarisesti teknisesti ja anatomisesti oikein korjattu välilihan repeämä turvaa sulkijalihaksen hyvän toiminnan. Huomamatta ja korjaamatta jäänyt synnytysvaurio voidaan joutua korjaamaan sekundaaristi, jolloin tulokset ovat heikompia verrattuna primaariseen. (Tapanainen ym. 2019.) Repeämien ompelussa käytetään näyttöön perustuvia ompelutekniikoita (Klemetti & Raussi-Lehto 2016).

2.3 Episiotomia

Episiotomialla tarkoitetaan välilihan leikkausta. Se on kirurginen toimenpide, jossa synnytyksen kulkua helpotetaan emättimen ulkoaukkoa suurentamalla. (THL 2019.) Episiotomian tarkoituksena on lyhentää ponnistusvaiheen kestoa, nopeuttaa sikiön ulosauttoa sekä ehkäistä vaikeita repeämiä (Rinne 2011; Paananen ym. 2017). Kätilön tulee osata hoitaa normaalit alatiesynnytykset, mukaan lukien välilihan leikkauksen tekeminen

tarvittaessa. Kätilökoulutukseen tulee sisältyä myös asianmukainen ohjaus välilihan leikkaukseen ja ompeluun. (Neuvoston direktiivi 80/155/ETY.)

Välilihan leikkaus tehdään harkiten vain silloin, kun siihen on selkeä syy (Paananen ym. 2017). Episiotomia ei tule tehdä rutiininomaisena toimenpiteenä (WHO 2017). Välilihan leikkauksen perusteita ovat imukuppi- ja pihtisynnytys, sikiön suuri koko, tarjontavirhe ja pitkittynyt sekä tehoton ponnistusvaihe. Leikkaus tehdään, jos uhkana on kolmannen tai neljännen asteen repeämä tai synnyttäjällä on taustalla kokemuksia vaikeista repeämisistä. (Paananen ym. 2017.) Joissain tapauksissa leikkaus voidaan suorittaa myös silloin, kun välilihassa on ennestään paljon arpikudosta, vaurioita tai välilihasta muodostuu fyysinen este synnytykselle (WHO 2017). Episiotomia leikataan tarvittaessa, silloin kun sikiön pää painaa välilihaa (Suomen kätilöliiton asettama työryhmä 2011). Viimeisen 20 vuoden aikana välilihan leikkausten määrä on vähentynyt 21 prosenttiyksikköä. Vuonna 2018 episiotomia tehtiin 21 prosentille kaikista synnyttäjistä. (THL 2019.)

Episiotomian leikkausta varten tarvitaan puudutusainetta (lidokaiinihydrokloridi 1 %), 5–10 ml ruisku, puudutusneula ja typpäpäiset sakset. Puuduttaminen tapahtuu supistuksen aikana. Puudutettaessa vasen etu- ja keskisormi laitetaan välilihan ja vauvan pään väliin, jotta vauvan päätä saadaan suojattua puudutettaessa. (Paananen ym. 2017.)

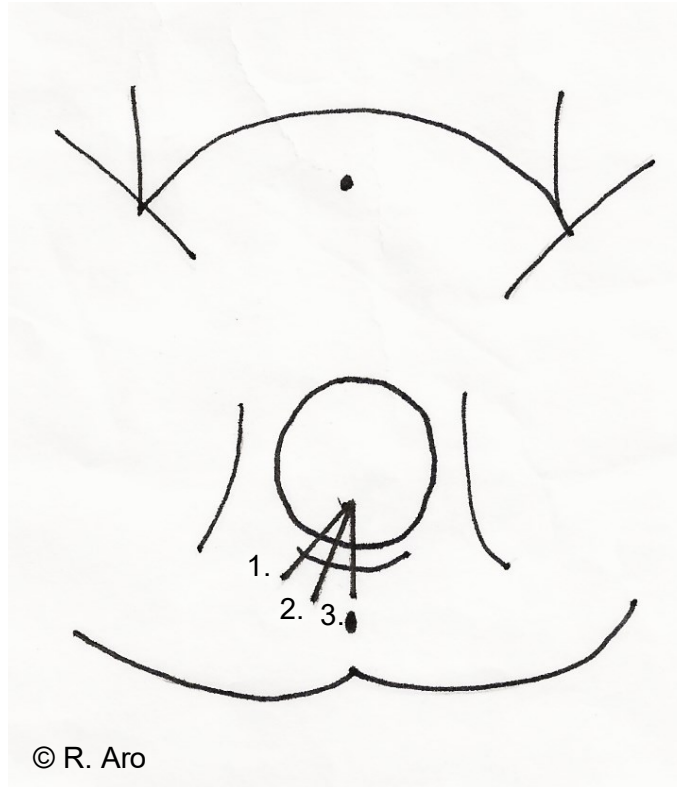
Puudutetta ruiskutetaan emättimen limakalvon ja välilihan ihon alle sekä syvälle välilihan lihakseen. Ensiksi puudutetta ruiskutetaan episiotomian suunniteltuun leikkauskohtaan, neulaa samalla kudoksesta ulos vetäen, mutta kuitenkin poistamatta sitä kokonaan välilihasta. Tämä toistetaan säteittäin suunnitellun episiotomian alueelle (Kuva 3), niin että puudutusainetta käytetään yhteensä noin kymmenen millilitraa. (Paananen ym. 2017; WHO 2017.) Ennen puudutteen ruiskuttamista, tulee ruiskulla aspiroida eli vetää mäntää hieman ulospäin. Näin varmistutaan, ettei neula ole verisuonessa ja puudutusainetta joudu suoraan verenkiertoon. (WHO 2017.)



Kuva 3. Välilihan puudutus ennen episiotomiaa. (Mukaiillen Paananen ym. 2017.)

Jotta puudute ehtii vaikuttamaan, episiotomia leikataan aikaisintaan seuraavan supistuksen aikana (Paananen ym. 2017). Vaikutusta voidaan testata nipistämällä viiltokohtaa pinseteillä. Liian aikaisin suoritettu välilihan leikkaus aiheuttaa kivun lisäksi verenvuotoa. (WHO 2017.) Episiotomia leikataan hyvän puutumisen jälkeen, kun väliliha on ohentunut, tarjoutuva osa painaa välilihaa ja vauvan pää on kolme – neljä senttimetriä ulkona (Paananen ym. 2017; WHO 2017).

Episiotomiat jaetaan kolmeen tyyppiin niiden tekotavan mukaan: mediaalinen, mediolateraalinen ja lateraalinen (Kuva 4). Mediaalinen episiotomia leikataan suoraan emättimen aukosta kohti peräaukkoa välilihan keskiviivaan. (Rinne 2011; Suomen kättilöliiton asettama työryhmä 2011.) Keskiviivaan leikatussa episiotomiassa on kasvanut riski kolmannen asteen repeämälle ja pidätyskyvyttömyydelle (Steen 2012). Lateraalinen episiotomia leikataan synnyttäjän emättimen aukon oikealle puolelle kello seitsemän – kahdeksan väliin. Mediolateraalinen episiotomia sijoittuu kahden edellä mainitun väliin. Se leikataan synnyttäjän oikealle puolelle välilihan keskiviivasta noin 45 asteen kulmaan. Suomessa suositaan lateraalista episiotomiaa. (Rinne 2011; Suomen kättilöliiton asettama työryhmä 2011.)



1. Lateraalinen
2. Mediolateraalinen
3. Mediaalinen

Kuva 4. Episiotomian leikkaustyypit.

Leikkauskulman episiotomiassa tulisi olla enemmän kuin 15 astetta, mutta pienempi kuin 60 astetta, koska muuten niihin liittyy suurentunut peräaukon sulkijalihaksen repeämän riski. Optimaalisin leikkauskulma on 30-60 astetta. Leikkaus tulisi tehdä kerralla riittävän suureksi. (Paananen ym. 2017.) Mediolateraalisesti tehty episiotomia leikataan noin kolmen – neljän senttimetrin pituiseksi (WHO 2017).

Kättilön tulee episiotomiankin jälkeen tukea välilihaa sekä kontrolloida vauvan päätä ja hartioita. Varmistaen, että vauvan hartiat ovat kiertyneet keskilinjaan, jotta välttyttäisiin episiotomian repeämiseltä. (WHO 2017; Tapanainen ym. 2019.)

2.4 Vaurioiden ehkäisy

Kättilön työssä kädentaidot ovat tärkeässä roolissa tiedon, taidon, kokemuksen, intuition, asenteiden, oman kriittisyyden ja sairaalan hoitokulttuurin lisäksi. Näitä tarvitaan erityisesti synnytyksen ponnistusvaiheen turvallisessa ja laadukkaassa hoitamisessa. Se, miten kättilö hoitaa työnsä vaikuttaa synnytykseen sekä synnytyksen jälkeiseen vointiin. (Mietola-Koivisto 2016.)

Välilihan repeämistä voidaan pyrkiä ehkäisemään monin eri keinoin synnytyksen ponnistusvaiheessa. Näitä keinoja ovat esimerkiksi välilihan tukeminen, ponnistamisen ohjaaminen, sikiön pään syntymisen nopeuden kontrollointi, lämpöhauteiden ja liukasteiden käyttö sekä episiotomia. (Räisänen ym. 2018.) Ponnistusvaiheessa tulee aktiivisesti tarkkailla limakalvoja sekä välilihaa ja sen myötäävyyttä, korkeutta, väriä sekä mahdollista arpisuutta (Paananen ym. 2017).

Ponnistusvaiheessa välilihan tukemisella pyritään välttymään peräaukon sulkijalihaksen repeämiltä varmistamalla sikiön pään rauhallinen syntyminen sekä synnyttäjän turvallinen hoito. Tavoitteena välilihan tukemisessa on pitää sikiön pää koukistuneena eli fleksiossa niin kauan kunnes sikiön niskakuoppa on häpyliitoksen alla. Ensisynnyttäjällä välilihaa tuetaan heti, kun sikiön tarjoutuva osa painaa välilihaa voimakkaasti ja näkyvillä on noin puolen kämmenen verran. Uudelleensynnyttäjällä synnytyksen toinen vaihe edistyy useasti nopeammin kuin ensisynnyttäjällä, joten sikiön pään tukeminen aloitetaan jo hieman aiemmin. (Paananen ym. 2017.)

Välilihan tukemisessa käytetään erilaisia tukemistekniikoita. Niin sanotussa Hands poised -tekniikassa ei välilihaan tai sikiöön kosketa ollenkaan, vaan lapsen annetaan syntyä vapaasti omaan tahtiin. Kätilöllä tulee olla riittävä näkyvyys välilihan alueelle sekä tuntuma kudoksen myötäävyydestä. Kätilö on tarvittaessa valmiudessa tarjoutuvan osan tukemiseen, jos sikiön pää syntyy liian nopeasti. (Mietola-Koivisto 2016; Paananen ym. 2017.) Hands off -tekniikassa välilihaa ei tueta, mutta sikiön pään syntymisnopeutta kontrolloidaan (Mietola-Koivisto 2016).

Kahden käden tukemistekniikoita ovat Ritgen manööveri ja Hands on -tekniikka. Ritgen manööverin tekniikassa kätilö kontrolloi toisella kädellä sikiön pään syntymää, pitäen sormia tarjoutuvan osan päällä niin kauan, että sikiön niskakuoppa on synnyttäjän häpyliitoksen alla. Samanaikaisesti kätilö kuroo toisen kätensä peukalolla ja etusormella välilihaa molemmin puolin kohti perineumin keskiviivaa ja hakee keskisormella leukaa otteeseensa. Keskisormella koukkaamalla estetään sikiön pään liukuminen takaisin synnytyskanavaan, samalla sikiön päätä ojennetaan kasvojen esiin saamiseksi. Kun kasvot ovat näkyvissä, synnyttäjää pyydetään lopettamaan ponnistaminen ja autetaan sikiön pää kokonaisuudessaan esiin varovasti leuasta kohottamalla. Kun pää on lähes kokonaan syntynyt, väliliha painetaan sikiön leuan alle. (Mietola-Koivisto 2016.) Hands on -tekniikka on perinteinen suomalainen välilihantukemistekniikka, jossa toisella kädellä estetään sikiön pään liian nopea syntyminen. Sen käden sormet, jolla pään syntymistä kontrolloidaan, ovat aluksi supussa tarjoutuvalla osalla ja avautuvat sitä mukaan, kun

pää syntyy. Toisella kädellä tuetaan välilihaa sen reunoja yhteen kuroen. Tekniikka on sama, kuin Ritgen manööverissä: peukalolla ja etusormella kurotaan välilihaa kohti keskiviivaa. Tämän jälkeen jatketaan loppuun samoin, kuin Ritgen manööverissä. (Paananen ym. 2017.)

Ponnistusvaiheen ammattitaitoisella kätilötyöllä voidaan ehkäistä negatiivisia seurauksia. Kätilön avustaessa synnytyksessä välilihaa tukemalla ja kontrolloidessa pään syntymää, riski välilihan repeämille on pienempi, kuin ponnistettaessa ilman välilihan tukemista. (Ryttyläinen & Valkama 2010.) Kätilön antaman tuen ja läsnäolon ponnistusvaiheessa on todettu olevan yhteydessä vähempiin välilihan repeämiin ja episiotomioihin sekä instrumenttisyntytyksiin (Paananen ym. 2017). Imukuppi- ja pihtisyntytyksessä kätilö seuraa välilihan myötäävyyttä, tukee välilihaa sekä kontrolloi sikiön pään syntymisnopeutta. Välilihan tukematta jättäminen, välilihan turvotus, riittämätön näkyvyys välilihan alueelle sekä instrumenttiavusteinen synnytys saattavat lisätä välilihan vaurioita. (Suomen kätilöliiton asettama työryhmä 2011.)

3 SYNNYTYSVAURIOIDEN OMPELU

Synnytyssalissa korjattavia synnytysvaurioita ovat ensimmäisen ja toisen asteen repeämät sekä episiotomia (Tapanainen ym. 2019). Tavallisesti toisen asteen repeämien ja episiotomian ompelu tapahtuu kolmessa vaiheessa: vagina, välilihan lihaskerros ja iho (Kettle ym. 2007). Yleensä vauriot korjaa kättilö (Paananen ym. 2017). Usein ensimmäisen asteen repeämät paranevat luonnollisesti ilman ompelua (WHO 2017). Kaikki toisen asteen ja sitä vaikeammat repeämät tulee ommella eikä jättää luonnollisen parantumisen varaan (Hajjaj 2017). Episiotomia ommellaan jälkeisten synnyttyä (Suomen kättilöliiton asettama työryhmä 2011). Kolmannen ja neljännen asteen repeämät sekä runsaasti verta vuotavat synnytystrepeämät hoidetaan leikkaussaliolosuhteissa (Linden & Ilola 2013). Kolmannen ja neljännen asteen repeämät ompelee lääkäri (Paananen ym. 2017). Ompelun ensisijainen tarkoitus on vaurioituneen kudoksen sulkeminen, sen ylläpitäminen, verenvuodon tyrehtyttäminen, normaalin anatomian palauttaminen sekä infektioriskin minimointi (Kettle ym. 2010; Paananen ym. 2017).

3.1 Ompelun edellytykset

Synnytysvaurioiden ompeluun tarvitaan steriili liina, steriilejä kuivia taitoksia, ompelulankaa, neulankuljettaja, sakset, suonipuristimia sekä puudutusvälineet, joihin kuuluvat ruisku, neula ja puudutusaine. Avustajalle voidaan varata sivupeili ompelun näkyyden parantamiseksi. Ompelutilanteeseen kättilön tulee pukeutua sairaalan ohjeiden mukaisesti. Tavallisesti riittää suojapäähineeseen ja suusuojaan pukeutuminen. Kädet pestään huolellisesti sekä käytetään steriilejä hansikkaita. (Paananen ym. 2017.)

Ennen repeämien ja episiotomian ompelua tulee huolehtia hyvästä kivunhoidosta (Paananen ym. 2017). Tavallisesti kivunlievityksenä käytetään paikallispuudutusta lidokaiinilla tai pudendaalipuudutusta eli häpyhermon johtopuudutusta (WHO 2017). Vaihtoehtoisesti voidaan käyttää anestesia riippuen naisen voinnista. Tyypillisiä anestesia muotoja ovat epiduraali- tai spinaalipuudutusta. (Linden & Ilola 2013.) Ennen puuduttamista tulee varmistua siitä, ettei puudutusaineallergioita ole (WHO 2017). Jos synnyttäjää vaikuttaa puudutettaessa tai ommeltaessa kivuliaalta, voidaan kivunlievityksenä käyttää myös ilokaasua. Mikäli riittävää kivunlievitystä ei saavuteta tai synnytyksessä on muodostunut merkittäviä synnytysvaurioita, ompelu tapahtuu leikkaussalissa. (Paananen ym. 2017; Tapanainen ym. 2020.)

Ompelun helpottamiseksi äidin alle voidaan asetella esimerkiksi alusastia, joka kohottaa naisen lantiota ja välilihaa. Jos repeämiä on tullut paljon, tulisi äidin olla poikkihöydällä ergonomian ja näkyvyyden lisäämiseksi. Repeämiä ja episiotomiaa ommellessa tulee huolehtia hyvästä valaistuksesta, hygieniasta ja toimenpiteen steriiliydestä. (WHO 2017; Paananen ym. 2017.) Ompelun tulee tapahtua mahdollisimman nopeasti. Synnyttänyt äiti ohjataan mukavaan asentoon ja peitellään lämpimästi. Vauva voi olla äidin sylissä ihokontaktissa tai tukihenkilöllä. (Paananen ym. 2017.)

Ommellessa tulee kiinnittää huomiota ompeleen kireyteen. Liian kireä jatkuva tai katko-ommel voi aiheuttaa lisääntyntä kipua ja vaikeuttaa kudosten turvotusten laskemista. Liian kireälle kiristetty jatkuva ommeltekniikka voi aiheuttaa myös emättimen lyhentymistä. (Kettle 2007.) Ompelua aloittaessa tulee huomioida ensimmäisen ompeleen etäisyys haavan kärjestä, joka on noin 5-10 mm. Tällä varmistetaan rikkoutuneen kudoksen kunnollinen sulkeutuminen. Ommellessa on tärkeää varmistaa, ettei haavaan jää ompelun edetessä niin kutsuttuja kuolleita tiloja eli onkaloita, joihin voisi tihkua verta muodostaen hematooman. (Hajjaj 2017.) Ompelun päätteeksi kättilön tulee aina tarkistaa, että hemostaasi on saavutettu. Samalla tarkistetaan, etteivät ompeleet ole lävistäneet peräsuolta. (Hajjaj 2017; Paananen ym. 2017.)

3.2 Ommelmateriaalit

Useimmat nykyaikaiset materiaalit sulavat vähitellen itsestään, eivätkä vaadi ommelten poistoa. Parhaimmillaan ennen sulamista ommelmateriaali tukee kudosta riittävästi haavan paranemisen aikana ja aiheuttaa mahdollisimman vähäisen tulehdusreaktion kudoksessa. (Kettle ym. 2010.)

Ompelulangan koon ja tyypin valintaan vaikuttaa kulloinkin ommeltava kudos. Liian ohut lanka on heikkoa ja liian paksu lanka voi repiä kudosta ja tulla ommellessa sen läpi. (WHO 2017.) Ominaisuuksiltaan lanka voi olla resorboituvaa eli liukenevaa tai resorboitumatonta eli liukenematonta, punottua tai monofilamenttia. Resorboitumattomia lankoja käytetään enimmäkseen ihon ompelussa ja pinnallisissa haavoissa. (Koskivuo 2014; Azmat & Council 2020.) Sulavaa lankaa käytetään syvempiin haavoihin, jolloin voidaan ommella haava kahdessa kerroksessa ja edistää haavan reunojen kiinnittymistä sekä vähentää haavan jännitystä (Azmat & Council 2020). Lankojen koot ilmoitetaan luvulla 0. Mitä ohuempi lanka, sitä enemmän nollia, esimerkiksi 3–0 (000) lanka sopii käytettäväksi ihon ompeluun. (WHO 2017.)

Neulan valinta riippuu ommeltavasta kudoksesta. Kaarevuus ilmoitetaan täyden ympyrän osina, esimerkiksi $\frac{1}{2}$ on kaarevuudeltaan puoliympyrä. Neulan $\frac{1}{2}$ kaarevuus soveltuu syvien kudosten ompeluun, $\frac{3}{8}$ ihon ja verisuonten ompeluun ja suora neula helposti ommeltaviin kudoksiin. (Koskivuo 2014.) Ompelussa voidaan käyttää leikkaava neulaa, mikä sopii vahvan kudoksen ompeluun eli iholle ja lihakselle. Pyöreäkärkinen neula sopii helposti rikkoutuvalle kudokselle. (Karma ym. 2016.)

Repeämien ja episiotomian ompelussa on suositeltavaa käyttää 3–0 tai 2–0 nopeasti absorboituvaa eli imeytyvää synteettistä ompeluainetta. Useimmiten käytetyt langat ovat tavallinen polyglaktiini 910 (esimerkiksi Vicryl®; ETHICON) tai polyglykoliinihappo (esimerkiksi Dexon®; Davis and Geck). (Kettle ym. 2007; Kettle ym. 2010; Rinne 2011; Paananen ym. 2017; WHO 2017.) Edellä mainitut materiaalit tukevat haavaa noin 30 päivää. Polyglaktiini 910:sta valmistettu nopeammin liukeneva ommelaine on Vicryl Rapid®, joka tukee haavaa noin 14 päivää. (Kettle ym. 2010.) Emättimen limakalvon ompeluun sopii esimerkiksi 2–0 tai 3–0 absorboituva eli liukeneva synteettinen ommelaine (Ala-Nissilä 2018). Subcutiksen eli ihonalaiskudoksen ja ihon ompelussa käytetään 3–0 lankaa (Karma ym. 2016).

Synteettinen absorboituva ommel aiheuttaa todennäköisemmin vähemmän välilihan kipua, yhdyntäkipuja ja haavan aukeamisia, kuin katgutti (Frohlich & Kettle 2015; Hajjaj 2017). Katgutti on liukenevaa ompelulankaa, joka valmistetaan terveiden nisäkkäiden, kuten lampaan tai lehmän suolesta peräisin olevasta kollageenista (Kielitoimiston sanakirja 2020; Kettle ym. 2010). Katgutinin liukenemisaikaa on hankala arvioida, sillä liukeneamiseen vaikuttaa esimerkiksi ravitsemustila (Kettle ym. 2010). Absorboituvia ommelmateriaaleja käytettäessä infektioita ja allergisoitumista esiintyy vähemmän, lisäksi langan vetolujuus on parempi mitä katguttia käytettäessä (Kettle 2007; WHO 2017). Katguttia ei käytetä nykyisin enää Suomessa, eikä se ole vuoden 2001 jälkeen ollut käytössä Iso-Britanniassakaan. Euroopan ulkopuolisissa maissa katguttia kuitenkin käytetään edelleen ommelmateriaalina. (Kettle ym. 2010.) Absorboituvia synteettisiä ommelmateriaaleja voidaan käyttää, kun kudokset eivät joutu mekaaniseen rasitukseen, siinä on hyvä verenkierto ja sen tiedetään paranevan nopeasti (Kettle ym. 2010). Sulamattomia ommelmateriaaleja ovat esimerkiksi Nylon ja Polypropyleeni (Koskivuo 2014).

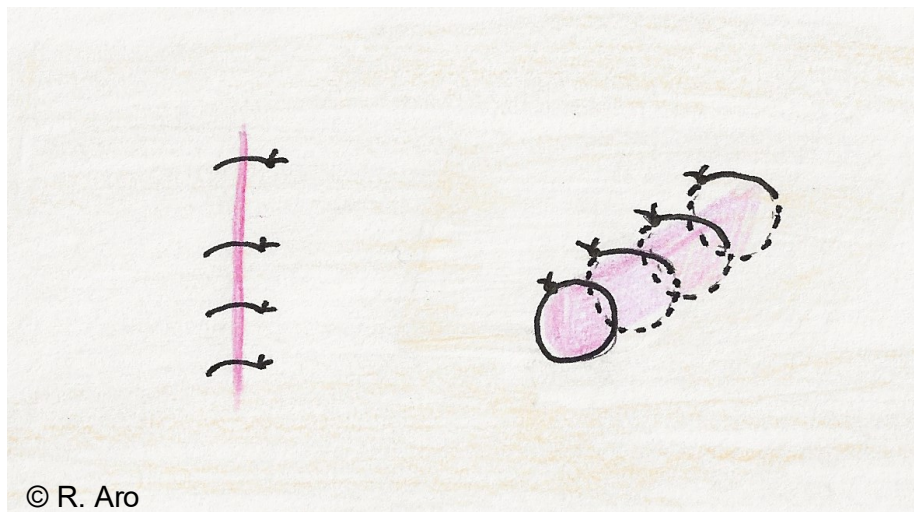
Nykytietämyksen mukaan kipua aiheutetaan vähemmän tavallista absorboituvaa lankaa nopeammin sulavalla 2–0 langalla ommellessa (Hajjaj 2017). Tavallista synteettistä ja nopeasti sulavaa synteettistä materiaalia verratessa ompelun jälkeinen lyhyt- ja pitkäaikainen kipu ovat samanlaisia. Nopeasti sulavaa synteettistä lankaa käytettäessä,

ompeleiden poiston tarve on vähäisempää, kuin tavallisessa sulavassa ompeleessa. Synnyttäneiden naisten mukaan perineaalisten ompeleiden poisto on erittäin epämu-
kava toimenpide. (Kettle ym. 2010.)

3.3 Ommeltekniikat

3.3.1 Katko-ommel

Katko-ommel, kutsumanimeltään knoppiommel, jossa yksi langan koukkaus kudokseen muodostaa ompeleen (Kuva 5) (Duodecim sanakirjat 2020). Knoppiompeleeseen tehdään aina kolme solmua päällekkäin, jokainen solmu vastakkaiseen suuntaan edellisestä (Paananen ym. 2017).



Kuva 5. Katko-ommel.

Eri yhteyksissä ”perinteistä” katko-ommeltekniikkaa voidaan toteuttaa eri tavoin (Arvila 2019). Perinteisessä ompelutekniikassa katko-ompeleita käytetään tavallisesti noin kolme – neljä yksittäistä ommelta välilihan lihaskerrokseen sekä iholle (Kettle ym. 2007; Dowswell ym. 2012). Ihon pintaa katko-ompeleilla ommellessa, solmut sijoitetaan haavan sivuun päälle jättämisen sijaan (Paananen ym. 2017). Jokainen ommel solmitaan huolella (Kettle ym. 2007; Dowswell ym. 2012). Esimerkiksi WHO ohjeistaa lääkäreille ja kättilöille suunnatussa oppaassaan perinteisen katko-ommeltekniikan käytön episodiotomian korjaamiseen (WHO 2017).

Usein kättilöopiskelijoille opetetaan repeämien ompeluun ja korjaamiseen katko-ommel, koska sitä pidetään yleisesti helpompana oppia. Helpon opettamisen ja oppimisen lisäksi katko-ommel on teknisesti yksinkertainen tehdä ja aiheuttaa näin vähemmän hankaluuksia kokemattomalle ompelijalle. (Kettle ym. 2007.)

Käytettäessä katko-ommeltekniikkaa synnytysvaurioiden korjaamisessa, voidaan puhua myös kolmivaiheisesta tai kolmikerroksisesta ompelusta. Vastaavasti voidaan puhua kaksivaiheisesta tai kaksikerroksisesta ompelusta, jos ihon pinta jätetään kokonaan ompelematta. (Arvila 2019.)

Kaksivaiheinen ommeltekniikka on samantapainen kuin yksittäisillä ompeleilla tehtävä ommel. Kaksivaiheisessa ommeltekniikassa ainoastaan emättimessä oleva repeämä ommellaan jatkuvalla ompeleella. Välihihan lihaskerros ommellaan katko-ompelein. Ihon reunat voidaan jättää ompelematta, mutta silloin reunojen välissä tulee olla enintään puoli senttimetriä väliä. Tekniikan taustalla on ajatus, että ihon ompeleet voivat vaikuttaa naisen sairauden tuntemukseen välihihan korjauksen jälkeen. Tyypillisesti naiset kertovat ompelun jäljiltä kivusta ja kireyden tunteesta, joka johtuu useasti ihon ompeleista. (Dowsell ym. 2012.)

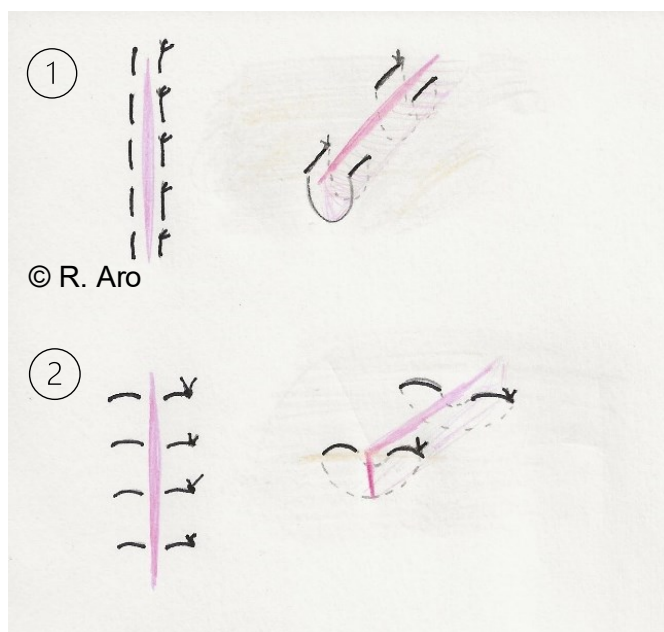
Kolmivaiheinen ompelutekniikka aloitetaan tavallisesti emättimen pohjasta ompelemalla. Ommelaine ohjataan neulan avulla haavan vastakkaiselle puolelle haavan pohjan kautta, näitä ompeleita kutsutaan syviksi ompeleiksi. Jotta hyvä näkyvyys ommellessa säilytetään, haava kuivataan jokaisen ompeleen jälkeen. Ompelu etenee emättimen limakalvolta, perineumin lihasten syvien ompeleiden kautta ihon ompeluun. Ihon pinta voidaan kolmivaiheisessa ompelutekniikassa ommella joko katko-ompelein, jatkuvalla ompeleella tai patjaompeleella. Ihon ompelu aloitetaan tavallisesti repeämän tai episiotomian alaosasta ja edetään kohti emättimen suuta. (Paananen ym. 2017.)

Kaksi- ja kolmikerroksista ompelutekniikkaa verratessa, kaksikerroksisesti ommelluilla on vähemmän kipua ja kipulääkityksen tarvetta. Perinteiseen katko-ommeltekniikkaan liittyvä välihihan ihon ompeleminen saattaa olla syynä kipuun ja epämukavuuteen synnytyksen jälkeen. (Arvila 2019.)

Katko-ompeleet voidaan tehdä myös käännettyinä, jolloin ompeleen solmu jää haavan pohjalle, eikä ompeleita jää näkyviin iholle. Ihoa ei lävistetä, vaan pinnallisimmat ompeleet sijaitsevat ihonalaiskudoksessa. (Arvila 2019.)

3.3.2 Patjaommel

Patjaompeleessa ommelaine kuljetetaan kahteen kertaan kudoksen läpi, jolloin muodostetaan ihon tai limakalvon pintaan lenkit joko kohtisuorasti eli vertikaalinen patjaommel tai yhdensuuntaisesti eli horisontaalinen patjaommel (Kuva 6) (Duodecim sanakirjat 2020).



Kuva 6. 1. Horisontaalinen ja 2. vertikaalinen patjaommel.

Vertikaalisessa ompeleessa on yksi syvä ja yksi pinnallisempi ommel haavan reunojen yhdistämiseksi. Horisontaalisessa ompeleessa ompeleet kulkevat haavan suuntaisesti vain yhdessä kerroksessa. Vertikaalinen tai horisontaalinen patjaommel ovat hyviä ompelutapoja silloin, kun haavaan kohdistuu painetta. (Geeky Medics.) Patjaompeleella saadaan aikaiseksi haavalle hieman parempi vetolujuus, mitä tavallisella knoppiompeleella saataisiin (Koskivuo 2014; Azmat & Council 2020). Patjaommel ehkäisee haavan reunojen luontaista kääntymistä haavan sisintä kohden, sekä edistää haavan reunojen sulkeutumista (Azmat & Council 2020; Geeky Medics).

Patjaommel voidaan tehdä myös subkutikulaarisesti eli ihonalaisesti sekä yksittäisinä ompeleina tai jatkuvana ompeleena. Tällöin ihoa ei lävistetä ja arvesta tulee esteettisesti kauniimpi. Subkutikulaarisesti ommellessa tulee kiinnittää huomiota haavan syvyyteen, ettei ompelulinjan ja haavanpohjan väliin pääse jäämään mahdollista onkaloa. (Azmat & Council 2020.)

Patjaommelta voidaan käyttää esimerkiksi emättimen repeämien ompelussa. Joissain tutkimuksissa patjaommelta kutsutaan myös lukituksi jatkuvaksi ompeleeksi. (Arvila 2019.) Patjaommelta voidaan kutsua myös matrassiompeleeksi (Koskivuo 2014).

3.3.3 Jatkuva ommel

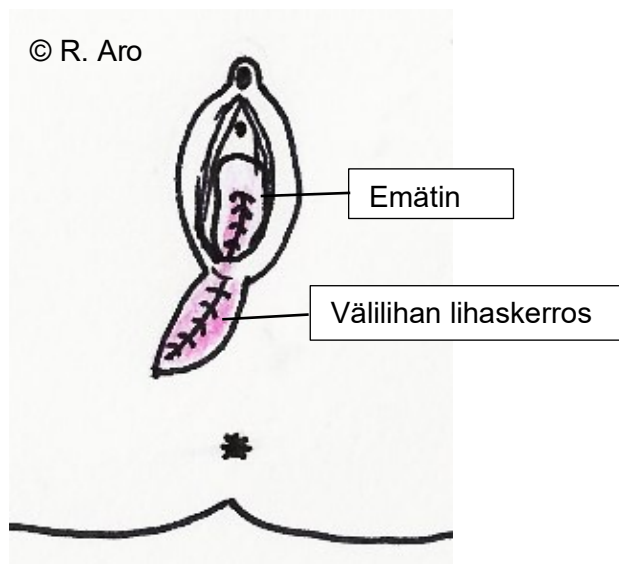
Jatkuva ommel eli ommel, jossa lankaa ei ompelun välissä katkaista vaan sidotaan tai lukitaan jollain muulla tavalla (Duodecim sanakirjat 2020). Jatkuvan ompeleen on tutkimuksissa yli 70 vuoden ajan todettu olevan vaginan, välilihan lihasten ja ihon ompelussa paras tekniikka. Sen tiedetään aiheuttavan välilihan repeämien ja episiotomian ompelussa vähemmän kipua, etenkin kun tekniikkaa käytetään jokaiseen ompelua vaativaan kerrokseen ja kun sitä verrataan katko-ompeleella ompeluun. (Kettle ym. 2007.) Jatkuvassa ompeleessa on todettu vähemmän lyhytaikaista kipua sekä lääkkeellisen kivunlievityksen tarvetta (Frohlich & Kettle 2015; Hajjaj 2017; Arvila 2019). Lisäksi siihen kuluu vähemmän ommelainetta ja aikaa kuin yksitäisiin ompeleisiin (Dowswell ym. 2012; Arvila 2019). Jatkuvaa ommelta käytetään myös kolmivaiheisessa ommeltekniikassa (Dowswell ym. 2012).

WHO:n (2017) julkaisussa episiotomian jälkeen tehtävä emättimen limakalvon ompelu ohjeistetaan tekemään jatkuvalla ompeleella haavan kärjestä emättimen aukkoon asti. Perinteisesti emätin ommellaan jatkuvalla ompeleella (Dowswell yms. 2012). Jatkuvalla ompeleella ommellut repeämät ja episiotomiat vaikuttavat positiivisesti lopputuloksen tyytyväisyyteen sekä välilihan palautumiseen normaaliksi (Arvila 2017).

Synnytysvaurion jokaisen kerroksen eli emättimen, välilihan lihaksen ja ihon ompeluun voidaan käyttää yhden langan ommeltekniikkaa, jossa jokainen kerros ommellaan yhdellä langalla katkaisematta sitä ompelun välissä. Yhden langan ommeltekniikka aloitetaan emättimen terveeltä limakalvolta haavan kärjestä, johon ommel ankkuroidaan solmulla. Haavan ompelu etenee jatkuvalla ompeleella hymenrenkaaseen asti. Hymenrenkaan etu- tai takapuolelle ommellaan yksi katko-ommel solmuksi. Solmu käännetään piiloon koukkaamalla neulalla solmun takaa langan ali, jolloin solmu kääntyy kudokseen päin. Solmua käännettäessä kudosta ei saa lävistää. (Rinne 2011; Hajjaj 2017; Paananen ym. 2017.) Emättimen ompelusta edetään välilihan ompeluun (Paananen ym. 2017).

Välilihan lihaskerros ommellaan samoin jatkuvalla ompeleella (Dowswell ym. 2012). Ensimmäinen ommel tehdään häpykielen limakalvopoimuun. Ompelua jatketaan haavan

pohjia myöden edeten haavan alakärkeen asti (Kuva 7). (Hajjaj 2017; Paananen ym. 2017.) Haavan kärkeen tehdään solmu piiloon käännettynä. Jos haava ei ole syvä, voidaan solmu jättää tekemättä ja edetä suoraan ihon ompeluun. (Paananen ym. 2017.)



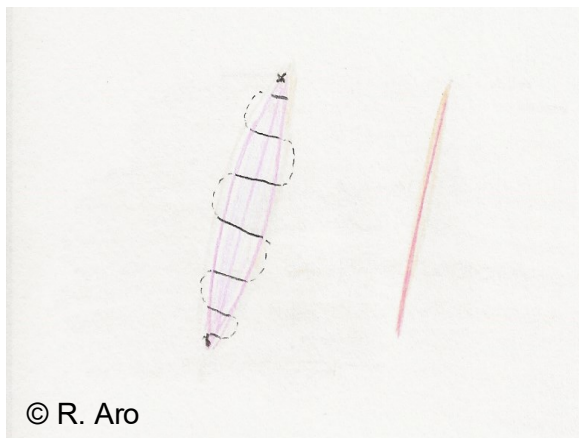
Kuva 7. Yhden langan ompelutekniikka. Emätin ja välilihan lihaskerros ommeltuna jatkuvalla ompeleella.

Yhden langan ommeltekniikassa ihon pinnalle ei välttämättä tule ompeleita, vaan ne voidaan jättää subcutiksen eli ihonalaiskudoksen puolelle (Kettle ym. 2007; Paananen ym. 2017). Subcutaanista eli ihonalaista jatkuvaa ommelta on kahta eri tyyppiä, jotka eroavat hieman toisistaan. Englanninkielisin termein ne ovat subcutaneous ja subcuticular. Subkutaaninen ommel, englanniksi subcutaneous kulkee ihonalaiskudoksessa spiraalimaisesti puolelta toiselle ja lukitaan solmulla (Kuva 8). (Kettle ym. 2007; Scheepers 2015; Paananen ym. 2017; Arvila 2019.)



Kuva 8. Subkutaaninen ommel ja haava ommeltuna.

Subkutikulaarinen ommel kulkee ihon epidermoksen eli uloimman kerroksen alla horisontaalisesti haavan eri puolilla, ikään kuin ihonalaiskudoksessa harsien (Kuva 9) (Scheepers 2015; Arvila 2019).



Kuva 9. Subkutikulaarinen ommel ja haava ommeltuna.

Ihonalaiskudoksessa kulkevalla ompeleella on tarkoitus estää kuolleen tilan syntyminen haavaan (Scheepers 2015). Sopiva ommelväli on noin 0,75 cm. Ompelua jatketaan niin pitkään, että saavutetaan hymenrenkas uudelleen. Ommel päätellään emättimen hymenrenkaan sisäpuolelle pitävällä solmulla. Ihoa ommellessa tulee huomioida, ettei ommel tule liian kireäksi. Jos haavan reunat ovat siististi toisiaan vasten, ihoa ei tarvitse ommella pinnasta ollenkaan. (Hajjaj 2017; Paananen ym. 2017.)

3.4 Haavanhoito ompelun jälkeen

Synnytyksen jälkeen genitaalialueella tuntuva kipu voi johtua mahdollisesta repeämästä, episiotomia haavasta, alapään turvotuksesta tai ompeleista. Myös kudokseen tihkuva veri voi aiheuttaa kipua. Välilihan leikkaushaava on usein kipeämpi kuin luonnollinen repeämä, sillä lihassyöt ovat leikattu suoraan poikki. (Deufel & Montonen 2016.)

Kivun ja turvotuksen hoitoon voidaan käyttää kylmää esimerkiksi jääsiteitä (Paananen ym. 2017). Turvotukseen ja kipuun auttaa yleensä myös tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Haavaa olisi hyvä suihkuttaa wc-käynnin yhteydessä ja terveysiteitä vaihtaa riittävän useasti. (Deufel & Montonen 2016; Paananen ym. 2017.) Genitaalialue olisi suositeltava pestä päivittäin myös ommelten alueelta etenkin ulostamisen jälkeen (WHO 2017). Virtsaputken suulle muodostunut haava sekä repeämät ja episiotomia voivat aiheuttaa kirvelyn tunnetta virtsatessa. Alapään suihkuttelu voi helpottaa virtsaamista. (Deufel & Montonen 2016.) Ulosteen pehmikkeet voivat tarvittaessa olla apuna ulostamisen helpottamisessa sekä siihen liittyvän kivun vähentämisessä. Yleensä rajoituksia ruokavalioon ei tarvita. (WHO 2017.)

Haavalle olisi hyvä antaa ilmakylpyä mahdollisuuksien mukaan. Välilihan leikkaus- ja repeämähaava paranee 2-4 viikon kuluessa. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014.) Tulehtunut episiotomiahaava punoittaa, aristaa, on turvoksissa, erittää tai lähtee aukeamaan. Tulehdusta hoidetaan suihkuttelulla ja ilmakylvyillä. Auennut haava paranee yleensä itsestään kasvamalla umpeen. Mikrobilääkitystä tai uudelleen ompelua tarvitaan harvoin. (Tapanainen ym. 2019.)

4 VIDEO OPPIMISEN TUKENA

Digitalisoitumisen ja sosiaalisen median mukana opiskelijoille ja opettajille on kehittynyt hyvät käytännön edellytykset tuottaa ja jakaa liikkuvaa kuvaa (Hakkarainen & Kumpulainen 2011). Opiskelijan tulee nykyään pystyä opiskelemaan itsenäisesti, usein ajasta ja paikasta riippumatta. Videot alkavat olla tärkeä osa opetusta. (Pirnes 2018.)

Liikkuvalla kuvalla mahdollistetaan sellaisten asioiden näkeminen, joita olisi muuten haastavaa tai mahdotonta nähdä. Videolla voidaan pyrkiä siihen, että opiskeltava asia tulee tutuksi ja että siihen saadaan laajempi näkökulma, kuin ilman videota olisi mahdollista saada. Näkemistä videolla lisäävät erilaiset videogenret, joita ovat esimerkiksi näkökulma videot ja korostavat videot. Demonstraatiovideoiden avulla voidaan opettaa yksinkertaisia taitoja, kun taas monimutkaisempia taitoja voidaan opetella niin sanotuilla step-by-step videoilla. Edellä mainituissa videoissa opetettava taito on pilkottu osiin, jolloin uusi asia on helpommin hallittavissa. (Hakkarainen & Kumpulainen 2011.)

Kun tavoitellaan käytäntöön soveltuvaa osaamista, kontekstuaalisuus, eli opetuksessa ja opiskelussa hyödynnettävät tosielämän tilanteet tai simulaatiot ja niihin liittyvät oppimistehtävät, ovat keskeisiä. Video toimii kontekstuaalisessa opiskelussa ja oppimisessa havainnollistamalla videolla esitettävän ongelmatilanteen. (Hakkarainen & Kumpulainen 2011.)

Video toimii hyvänä apuna käytännön ja tosielämän toimintaa opettaessa. Videota voidaan käyttää kalliiden ja vaarallistenkin asioiden tallentamiseen ja esittämiseen videon toistettavuuden ja monikäyttöisyyden vuoksi. (Donkor 2010.) Videoidut simulaatiot tai näytellyt tilanteet antavat opiskelijoille analyysimateriaalia ja sopivat oppimateriaalijulkaisuksi. Video on kehityshankkeen tulokselle kuvailevaa tekstiä parempi raportoinnin muoto. (Ailio 2015.)

Videojulkaisu voi olla oppimateriaali, jolla jaetaan asiantuntijatietoa korkeakoulussa tehdyn kehitystyön tuloksista (Ailio 2015). Videopohjaisen opetusmateriaalin käyttäjillä käytännön taidot ja ammattitaito ovat korkeammalla tasolla, kuin kirjallisen materiaalin käyttäjillä. Videopohjaisen opetusmateriaalin etuja käytännön opetuksessa ovat käytännön oppituntien järjestämisen pienemmät kustannukset, materiaalien pienempi hävikki sekä laiterikkoutumisten väheneminen. (Donkor 2010.)

Videon tekemisen työvaiheita ovat käsikirjoitus, kuvaus, editointi ja julkaiseminen. Lopputulos on sitä parempi, mitä huolellisemmin ennakkosuunnittelu on tehty. Käsikirjoituksen läpikäyminen yhdessä videon tilaajan kanssa auttaa saavuttamaan julkaisukelpoisen lopputuloksen. Käsikirjoitus toimii kuvaajalle ja editoijalle myös eräänlaisena ohjeena. Kuvausvaiheessa kerätään materiaalia, jolla varmistetaan videon onnistuminen. Kuvausvaiheessa tallennetaan käsikirjoituksen mukaisesti tarvittavat kuvat ja äänet. Editoinnissa materiaalia karsitaan ja niistä koostetaan kokonainen teos yhtenäistämällä lopuksi kuvien värisävyt ja äänen tasot. Lopullisen tuotoksen voi julkaista editoinnin jälkeen esimerkiksi YouTubeen. (Ailio 2015).

Erään tutkimuksen mukaan, kahden – kuuden minuutin kestoisen video koetaan parhaaksi opetusvideon pituudeksi. Pääsääntöisesti opiskelijat kokevat videot positiivisena lisänä opetuksen tukena. (Pimes 2018.)

Kuvat ja videot sisältävät paljon informaatiota. Tämän vuoksi videolla esitettävä aihe on rajattava huolellisesti, mitä kaikkea valitusta aiheesta halutaan esittää ja miten, jotta saataisiin selkeä ja ymmärrettävä lopputulos. (Lautankare 2014.) Tunteen herättäminen auttaa katsojaa muistamaan videon sisällön (Ailio 2015).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä kätilöiden tietoutta synnytysvaurioiden ompelussa käytettävistä ommeltekniikoista sekä tukea itsenäistä ompelutekniikoiden ja solmujen teon harjoittelua tuottamalla ompelutekniikoista opetusvideo olemassa olevien tutkimusten sekä tiedon avulla. Tavoitteena oli lisätä ompelutaitoja synnytysvaurioiden ompelussa sekä kehittää Turun ammattikorkeakoulun kätilöopiskelijoiden itseopiskelua ja kontaktituntien opetusta. Parempien ompelutaitojen avulla lisätään myös kätilöiden itsevarmuutta ja ammattitaitoa synnytysvaurioiden korjaamisessa ja synnyttäjien normaalin anatomian palauttamisessa.

6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka toimeksiantajana on Turun ammattikorkeakoulu. Toiminnallinen opinnäytetyö perustuu toimeksiantoon tai kehittämistehtävään (Tanskanen 2020). Toiminnallisen opinnäytetyön muodostavat opinnäytetyöraportti sekä raporttiin perustuva valmis, itsenäinen tuotos. Opinnäytetyöraportti on hankkeen kirjallinen esitys, joka muodostaa kokonaiskuvan kehittämistoiminnan ymmärtämisestä, ammatillisuudesta ja opinnäytetyön tekijän omasta oppimisesta. Raportin ulkoasuun ja luettavuuteen tulee panostaa. Raportin mielenkiintoisuutta voi lisätä ja täydentää sekä selkeyttää kuvien ja kuvioiden avulla. (Salonen 2013.)

Kehittämistoiminnan perustelu eli teoreettinen viitekehys perustuu tutkittuun tietoon ja tieteelliseen näyttöön. Näin ollen, teoreettinen viitekehys soveltuu myös toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohdan ja päämäärän hahmottamiseen. (Hautala ym. 2012.) Uuden kehittäminen pohjautuu jo olemassa olevaan tietämykseen (Tanskanen 2020). Tuotoksena voi syntyä uusi, aiempaa parempi palvelu, toimintatapa, malli tai opas (Salonen 2013; Tanskanen 2020). Turun ammattikorkeakoulussa on usean vuoden ajan ollut käytössä innovaatiopedagogiikka, jossa yhdistetään oppiminen ja sekä uuden tiedon tuottaminen ja soveltaminen (Hautala ym. 2012).

Opinnäytetyön lopputuloksena oli opetusvideo kättilöopiskelijoiden opetuksen lisämateriaaliksi. Opetusmateriaali perustuu teorian tietoon, joka valikoitiin ajankohtaisia ja luotettavia lähteitä käyttäen. Tiedonhakuja tehtiin sekä suomeksi että englanniksi kotimaisista ja ulkomaisista tietokannoista. Hakuun käytettyjä tietokantoja olivat EBSCOhost, Medic, PubMed ja Terveysportti. Tiedonhakuja täydennettiin oppikirjoista ja ammattikirjallisuudesta sekä viranomaislähteistä, kuten Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisut ja World Health Organization.

Hakusanoina käytettiin ”perineal tear”, ”synnytysrepeämä”, ”episiotomia”, ”episiotomy” ”perineal tears”, ”suturing techniques”, ”perineal tears repair”. Aikarajaus aineiston haussa asetettiin vuosiin 2009–2019. Lisäksi aineistossa käytettiin yhtä vuoden 2007 ja yhtä vuoden 2020 tutkimusta, jotka todettiin työn kannalta hyödyllisiksi.

7 OPETUSVIDEON TOTEUTUS

Tiedonhakujen pohjalta laadittiin opetusvideo Turun ammattikorkeakoulun toimeksiantajan mukaan. Opetusvideossa opetetaan tämänhetkisen tutkitun tiedon mukaan haavan paranemisen ja naisen kokeman kivun kannalta optimaalisimmat ompelutekniikat. Opetusvideo on sisällöltään lyhyt ja ytimekäs, selkeä sekä luotettava. Videon diat ja kohtaukset ovat tekstitetty suomen kielellä.

7.1 Käsikirjoitus

Opetusvideota varten kirjoitettiin käsikirjoitus (Liite 1), jonka pohjalta opetusvideota lähdettiin kuvaamaan. Käsikirjoituksen tukena käytettiin opinnäytetyön teoreettista viitekehystä.

Käsikirjoitukseen kirjoitettiin yhteensä 21 dian ja kolmen kohtauksen sisällöt. Ensimmäisessä diassa kerrotaan videon aihe sekä valmistumisvuosi. Seuraavassa diassa kerrotaan, miksi video on tehty ja kenelle se on suunnattu. Tämän jälkeen katsoja johdatellaan käsikirjoituksessa syvemmin aiheeseen teorian avulla. Ensimmäisessä kohtauksessa opetetaan katko-ompeleen ja solmun tekeminen rauhallisesti. Toisessa kohtauksessa opetetaan syvien kudosten ompeleminen jatkuvalla ompeleella ja ompelun päättäminen. Kolmannessa kohtauksessa suljetaan jatkuvalla ommeltekniikalla iho sekä päätetään ompelu. Käsikirjoituksen viimeisissä dioissa on niin sanotut lopputekstit, jossa lukee videon tekijöiden nimet sekä editoijan nimi.

Kehittämistyön toimeksiantaja sai käsikirjoituksen luettavaksi ja läpikäytäväksi ennen videomateriaalin kuvausta. Toimeksiantajat saivat antaa käsikirjoitukseen korjaus- ja parannusehdotuksia, jotka korjattiin käsikirjoitukseen ja huomioitiin materiaalin kuvauksissa.

7.2 Kuvaus, editointi ja julkaisu

Opetusvideon materiaali kuvattiin Turun ammattikorkeakoulun tiloissa marraskuussa 2020. Kuvaukseen käytettiin Sony AX53 videokameraa. Kuvaamisessa ei käytetty ulkopuolista kuvaajaa, vaan toinen opinnäytetyön kirjoittajista toimi kuvaajana toisen ommellessa.

Videomateriaalia kuvattiin käsikirjoituksen mukaisesti, joskin kuvaustilanteessa käsikirjoitus hieman ”eli” suunnitellusta. Materiaalia pyrittiin kuvaamaan riittävästi eri etäisyyksiltä, jotta videolle saataisiin mahdollisimman hyvää ja laadukasta materiaalia. Materiaalia tarkasteltiin kuvauksien aikana, jotta saatiin käsitys videoklippien onnistumisesta. Haastetta kuvaamiseen toi kokemattomuus videon teossa.

Videolla käytetyt materiaalit ja instrumentit, riskijäteastia sekä steriilit käsineet kuvattiin yksittäisinä klippeinä videolle tulevia kuvia varten. Videolle otettiin otoksia katko-ompeleen tekemisestä ja solmun solmimisesta kättilöiden tyyliin. Katko-ompeleen lisäksi kuvattiin jatkuvalla ompeleella ompelu. Jatkuvalla ompeleella videolla suljettiin lihaskerros sekä haavan pinta eli iho.

Kuvaamisen jälkeen opetusvideo editoitiin seuraavalla viikolla editoijan aikataulun mukaisesti. Editointiin päädyttiin käyttämään iMovie-ohjelmaa. Ensimmäiseen editointikeriaan aikaa meni kahdelta henkilöltä reilut seitsemän tuntia. Editointivaiheessa kuvattua materiaalia käytiin läpi ja otoksista valittiin parhaimmat videolle. Otoksia leikattiin ja nopeutettiin tarpeen mukaan. Klippien väleihin lisättiin siirtymätehosteita.

Tekstidiat tehtiin Turun Amk:n PowerPoint-pohjalle, tilaajan toiveen mukaan. Otoksiin lisättiin tekstitykset käsikirjoituksen perusteella. Tekstitykset pyrittiin pitämään lyhyinä, jotta sen luettavuus olisi mahdollisimman helppoa. Tämä tuotti osaltaan haastetta, jotta lause pysyisi mahdollisimman helppolukuisena mutta kerrottava asia silti ymmärrettävänä. Lopuksi videolle valittiin sopiva musiikki, jonka katsoja voi halutessaan mykistää.

Ennen julkaisua video hyväksytettiin kättilötyön opettajilla ja he saivat antaa korjausehdotuksia. Kaikkia korjausehdotuksia ei pystytty toteuttamaan vaan ehdotuksista kerättiin kaikista oleellisimmat ja tärkeimmät. Näin tilaaja sai vielä vaikuttaa haluttuun materiaaliin sekä siitä saatiin vielä opiskelija- ja opetusystävällisempi. Kerättyjen korjausehdotusten jälkeen videolle tehtiin niin sanottu loppueditointi ja hionta. Viimeisten muokkauksen jälkeen video julkaistiin Turun Ammattikorkeakoulun YouTube-kanavalla, jossa se on kaikkien katsottavissa. Video löytyy palvelusta hakusanoilla ”Kuinka ommella synnytysvaurio”.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Jokaisella naisella on oikeus korkealuokkaiseen terveydenhuoltoon ja arvokkaaseen kohteluun, sekä oikeus olla kokematta väkivaltaa synnytyksen aikana. Kansainvälisesti hyväksytyissä ihmisoikeusstandardeissa kuvataan, että naisen oikeuksien laiminlyönti ja epäkunnioitus synnytyksen aikana ovat perustavanlaatuisia ihmisoikeuksien laiminlyömistä. (WHO 2017.)

Kättilö kohtaa työssään paljon eettisiä ongelmia. Näiden ongelmien tunnistaminen on kättilölle tärkeää, sillä ne kasvattavat eettistä osaamista. Kättilön työhön kuuluu naisen ja syntymättömän sikiön hoitaminen. Hoidossa ajatellaan aina äidin ja sikiön parasta. Synnytyksessä tehtävät hoitotoimet voivat toisinaan olla epämiellyttäviä ja niihin voi sisältyä riskejä. Synnyttäjää koskevaa hoidon aikaista päätöksentekoa voidaan helpottaa antamalla totuudenmukaista ja näyttöön perustuvaa tietoa. Jotta kättilötyössä voidaan välttyä vahingoilta, tulee asianmukaiseen harjoitteluun ja koulutukseen kiinnittää huomiota. (Paananen ym. 2017.)

Opinnäytetyön eri vaiheissa noudatetaan hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia (TENK 2013; Arene 2019). Sitä noudattamalla edesautetaan hyvän tieteellisen käytännön jatkuvuutta ja ennaltaehkäistään epärehellinen tieteellinen toiminta. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön toteutumisella on aina opinnäytetyön tekijöillä. (Arene 2019.)

Opinnäytetyön tietoperusta perustuu ammattikirjallisuuteen, ammattitutkimuksiin, ammattilaisten artikkeleihin, asiantuntijahaastatteluihin sekä hoitosuosituksiin. Aineisto haetaan terveysalan kansainvälisistä sekä kotimaisista tietokannoista, mutta myös internetistä vapaasti hakemalla. Opinnäytetyön lähteiden luotettavuus ja ajankohtaisuus arvioidaan kriittisesti, eikä työssä käytetä yli kymmenen vuotta vanhoja aineistolähteitä. Aineistoa analysoitaessa ja hakiessa huomioidaan kirjoittajat, toimeksiantajat ja julkaisupaikka. Aineisto rajataan niin, että vain konkreettisesti kehittämistyötä edistävä aineistoa valitaan. Aineistoa käytettäessä huolehditaan tekstin asianmukaisesta lähdeviittaamisesta (TENK 2013; Vilka 2015).

Opinnäytetyö ei sisällä henkilötietoja tai henkilötiedoiksi luettavia tietoja. Tutkimuskohteenä ei ole alaikäisiä lapsia eikä työhön vaadita minkäänlaisia eettisiä tai oikeudellisia lupia osallistujilta.

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa tai osoittaa, miten käytetään jo olemassa olevaa tietoa hyödyksi (Vilka 2015). Opinnäytetyön päätuotos on opetusvideo, joka toteutetaan olemassa olevan tiedon perusteella. Video toteutettiin käyttämällä keinoitekoista, mutta aitoa vastaavaa haavaa. Tällöin videon kuvaamisella ei loukata ketään yksityishenkilönä eikä kenenkään yksityisyyttä. Videolla ompeluun käytettävänä materiaalivaihtoehtoina olivat sian potka tai esimerkiksi toimeksiantajalta lainaan saatava kuminen tekoiho. Sian potkaa ompelumateriaaliksi valittaessa huomioitiin aidon lihan käytön mahdollisesti tuoma eettinen ristiriita. Jotta videon ompelutilanteesta saatiin luotua mahdollisimman aito vaikutelma, päädyttiin ompelu toteuttamaan sian potkalla, joka vastaa rakenteeltaan läheisesti ihmisen kudoserakennetta. Sian potkassa on selkeästi ompeluun tarvittava iho- ja lihaskerros. Nämä iho- ja lihaskerrokset eivät kuitenkaan vastaa ihmisen välilihaa tai emättimen rakennetta.

Opinnäytetyötä arvioitiin jatkuvasti raportin kirjoittamisen edetessä ja esimerkiksi opinnäytetyön ohjaaja luki ja antoi korjausehdotuksia työhön opinnäytetyöprosessin aikana. Ohjaajan kanssa pidettiin säännöllisin väliajoin ohjauksia, joissa keskusteltiin ja käytiin läpi korjausehdotukset sekä saatiin työhön uusia näkökulmia. Opiskelija on opinnäytetyön tekemisessä merkittävin tekijä. Opinnäytetyötä valvova opettaja on opiskelijan kannustaja ja eteenpäin viejä. (Arene 2019.)

Opinnäytetyön eri työvaiheissa noudatettiin avoimuutta ja rehellisyyttä. Luotettavuutta opetusvideoon lisäsi kättilötyön opettajien läsnäolo kuvaushetkellä, jolloin opinnäytetyön tekijöillä oli ammattilaisten tuki koko ajan taustalla. Ennen videomateriaalin kuvaamisen aloittamista videon käsikirjoitus luetutettiin kättilötyönopettajilla, jotta saatiin vielä varmistettua käsikirjoituksen luotettavuus ja oikeellisuus. Luotettavan lopputuloksen aikaansaamiseksi käsikirjoitusta ja opetusvideota muokattiin opettajilta saatujen kommenttien perusteella. Opetusvideo esitettiin ennen julkaisua opinnäytetyöseminaareissa saman vuosikurssin kättilöopiskelijoille, jotta saataisiin lisää rakentavaa palautetta sekä mahdolliset virheet huomattaisiin.

Opinnäytetyössä käsitellään synnytysvaurioiden eli episiotomian sekä ensimmäisen ja toisen asteen repeämien ompelua. Työn selkeyttämiseksi opinnäytetyöraporttiin lisättiin havainnollistavia kuvia esimerkiksi ommeltekniikoista. Tällöin lukijan on helpompi ymmärtää raportissa esitettävä asia ja näin saadaan osaltaan lisättyä työn luotettavuutta. Opinnäytetyön pitkäaikaista luotettavuutta saattaa heikentää uudet tutkimukset ja sen myötä työhön käytettyjen tutkimustulosten vanhentuminen. Lisäksi lääketieteen jatkuva kehitys ja hoitosuosituksen muutokset saattavat vaikuttaa synnytysvaurioiden ompeluun

valittavaan ommeltekniikkaan jatkossa. Jotta työ olisi pitkään luotettava ja ajankohtainen, opinnäytetyössä on huomioitu eri ommeltekniikat, lisäksi tutkimuksia on käytetty monipuolisesti. Vaikka synnytysvaurioiden ompelussa käytettävät ommeltekniikat vaihtelevat, tekniikka ompeleen tekemisessä itsessään ei muutu, vaan pysyy samana. Tämän vuoksi työ pysyy perustekniikoiden osalta luotettavana pitkään.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä kättilöiden tietoutta synnytysvaurioiden ompelussa käytettävistä ommeltekniikoista sekä tukea itsenäistä ompelutekniikoiden ja solmujen teon harjoittelua tuottamalla ompelutekniikoista opetusvideo olemassa olevien tutkimusten sekä tiedon avulla. Tavoitteena oli lisätä ompelutaitoja synnytysvaurioiden ompelussa sekä kehittää Turun ammattikorkeakoulun kättilöopiskelijoiden itseopiskelua ja kontaktituntien opetusta. Parempien ompelutaitojen avulla lisätään myös kättilöiden itsevarmuutta sekä ammattitaitoa synnytysvaurioiden korjaamisessa ja synnyttäjien normaalin anatomian palauttamisessa. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka toimeksiantajana on Turun ammattikorkeakoulu. Opetusvideo on pyritty tuottamaan toimeksiantajan toiveiden mukaan, jotta pystyttiin mahdollisimman hyvin vastaamaan koulutuksessa syntyneeseen tarpeeseen.

Aihe koettiin mielenkiintoiseksi sekä hyväksi tavaksi edistää ammattikorkeakoulun opetusta uudella materiaalilla, josta kättilöopiskelijat tulevat jatkossa hyötymään. Aiheesta ei löydy vastaavaa aikaisemmin tehtyä suomenkielistä opetusmateriaalia. Opiskelijan tulee nykyään pystyä opiskelemaan itsenäisesti, usein ajasta ja paikasta riippumatta, jolloin videot alkavat olla tärkeä osa opetusta (Pirnes 2018). Kirjoitusvuosi poikkeusoloineen osoitti opinnäytetyön ajankohtaisuuden opintojen siirtyessä kampuksilta kotioloihin, jolloin uuden virtuaalisen opetusmateriaalin tarpeen merkitys kasvoi entisestään. Tuotetun videon tarkoituksena ei ole korvata muuta opetusta, vaan olla aiheeseen orientoiva tai toimia mieleen palauttavana materiaalina ompelunharjoitustuntien jälkeen. Vaikka videossa ommellaan keinotekoisista synnytysvauriota, voi videota hyödyntää kättilöopiskelijoiden lisäksi esimerkiksi sairaanhoitajaopiskelijat.

Ompelutekniikoiksi videolle valittiin yleisimmin pieniin haavoihin käytetty, tekniikaltaan yksinkertainen katko-ommel sekä haasteellisempi jatkuva ommel. Jatkuvan ompeleen tiedetään aiheuttavan vähemmän lyhytaikaista kipua sekä lääkkeellisen kivunlievityksen tarvetta synnytysvaurioiden korjauksessa etenkin, kun sitä käytetään haavan jokaisessa kerroksessa (Kettle ym. 2007). Videolle valikoitiin tämän vuoksi kohta, jossa haavan lihaskerros on ommeltu jatkuvalla ompeleella ja iho suljetaan samaa tekniikkaa käyttäen. Tällä pyritään vahvistamaan opiskelijan muistijälkeä jatkuvan ompeleen hyödyistä ja tekniikan käyttämisestä.

Videon koostaminen lähti liikkeelle videon keston määrittämisestä. Erään tutkimuksen mukaan, kahden – kuuden minuutin kestoisen video koetaan parhaaksi opetusvideon pituudeksi (Pirnes 2018). Videon editointi vaiheessa sisältöä nopeutettiin ja hidastettiin tarpeen mukaan. Hidastetut ja rauhallisesti esitetyt kohtaukset auttavat ommeltekniikan sisäistämistä ja siten edistävät oppimista. Lopullisen tuotoksen pituudeksi tuli noin kuusi minuuttia, joka vastasi opinnäytetyön tekijöiden tavoitetta. Halutessaan katsoja voi pysäyttää videon tai katsoa haluamansa kohtauksen uudelleen, niin monta kertaa kuin on tarpeen.

Demonstraatiovideoiden avulla voidaan opettaa yksinkertaisia taitoja, kun taas monimutkaisempia taitoja voidaan opetella niin sanotuilla step-by-step videoilla (Hakkarainen & Kumpulainen 2011). Opinnäytetyön tuotoksesta pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeä, jotta ompelun perustaidot tulevat opiskelijalle tutuiksi ja että synnytysvaurioiden ompeluun saataisiin laajempi näkökulma. Videoidut kohtaukset toteutettiin pilkkomalla ompelukohtauksia osiin ja hidastamalla ja zoomaamalla haastavampia kohtia, jolloin monimutkaisempienkin taitojen oppiminen on helpompaa. Ompelun vaiheet ovat kuvattu läheltä, jotta katsojalle tulee selkeä kuva siitä, miten haava ommellaan. Liikkuvalla kuvalla mahdollistetaan sellaisten asioiden näkeminen, joita olisi muuten haastavaa tai mahdotonta nähdä (Hakkarainen & Kumpulainen 2011).

Käytäntöön soveltuvaa osaamista tavoitellessa, keskeistä on kontekstuaalisuus. Video toimii kontekstuaalisessa opiskelussa ja oppimisessa havainnollistamalla videolla esitettävän ongelmatilanteen. (Hakkarainen & Kumpulainen 2011.) Videolla simuloidaan keinokehoisen synnytysvaurion ompelutilannetta ja toimii siten itseopiskelussa ja oppimisessa havainnollistamalla olemassa olevaa ongelmaa ja sen ratkaisua. Videolla opiskelija näkee selkeästi, miten neulaa kudoksessa kuljetetaan ja kuinka haava ompelun edetessä sulkeutuu. Etenkin solmun tekeminen havainnoituu katsojalle huomattavasti selkeämmin videolla, mitä yksittäisestä kuvasta olisi mahdollista havainnoida.

Digitalisoitumisen ja sosiaalisen median mukana opiskelijoille ja opettajille on kehittynyt hyvät käytännön edellytykset tuottaa ja jakaa liikkuvaa kuvaa (Hakkarainen & Kumpulainen 2011). Vaikka opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aiempaa kokemusta videon tuottamisesta, voitiin kokemukseen nähden lopputulokseen olla tyytyväisiä. Kätilötyön opettajat olivat materiaalin kuvauksissa mukana, jotta mahdollisia tekniikka- tai asiavirheitä pystyttiin korjaamaan jo kuvausten aikana. Laadukkaalla ja taitavalla editoinnilla saatiin yhdistettyä eri otoksista pätkiä, kooten yhteen niiden parhaimmat kohdat ja näin aikaansaaden käyttökelpoisia kohtauksia. Video onnistuttiin toteuttamaan niin, että se kulkee

loogisesti ja jouhevasti eteenpäin. Tekstitykset tukevat oppimista, selkeyttävät videon kohtauksia ja auttavat muistamaan ompelussa huomioitavia asioita. Videon avulla opiskelija saa perustaidot synnytysvaurioiden ompeluun ja oppii jatkuvan ompeleen käytön, jonka jälkeen hän voi syventää opittuja taitoja ammattikirjallisuuden sekä lisäharjoittelun avulla. Myöhemmin opiskelija voi tuoda oppimansa tietotaidot käytäntöön työelämässä esimerkiksi episiotomian ompelussa.

Ennen tuotoksen varsinaista julkaisua se esitettiin kättilötyön opettajille, jotka antoivat korjausehdotuksia videoon. Korjausehdotuksista poimittiin tärkeimmät ja toteutettavissa olevat. Lopullista tuotosta läpikäydessä, huomattiin muutamia tekniikkavirheitä, kuten tarttuminen neulankuljettimilla hyvin läheltä neulankärkeä, jolloin neulan kärjen voi olla mahdollista vaurioitua. Kohtauksessa on kuitenkin muuten oikeaoppista neulan käsitteilyä, eikä katsoja välttämättä huomaa kyseistä asiaa, ellei nimenomaan keskity kyseiseen asiaan. Kohtaus päädyttiin jättämään videolle. Videolla keinotekoisista synnytysvauriosta ompelee kättilöopiskelija, joten ompelutaidot eivät ole vielä ehtineet kehittyä ammattilaisen tasolle. Tämä alentaa videon katsojan kynnystä ompeluun ryhtymisessä ja mahdollistaa vertaiskokemuksen.

Haettaessa materiaalia synnytysvaurioiden ompelutekniikoista, huomattiin aiheeseen ja aikarajauksen sisään osuvia relevantteja artikkeleita ja tutkimuksia olevan melko vähän. Tutkimuksissa on usein tarkasteltu aihetta 3. ja 4. asteen synnytysrepeämien sekä suljelijahasten vaurioiden kannalta, eikä niissä juurikaan ole puhuttu lievempien vaurioiden korjaamisesta. Jotta ommeltekniikoista saatiin koostettua selkeä ja kattava osio, jouduttiin lähteinä käyttämään myös kirurgian lähteitä. Kirurginen ja obstetrinen ompelu ovat teknisesti hyvin samanlaisia, lukuun ottamatta kättilöiden käyttämää tekniikkaa solmun tekemisessä. Aiheesta olisi hyvä tehdä lisää tutkimusta ja kiinnittää huomiota myös 1. ja 2. asteen synnytysvaurioiden korjaamiseen sekä ompelutekniikan valintaan ja sen vaikutuksiin naisen paranemisen kannalta. Synnytysvaurioiden tutkiminen vaatii aina sensuellia lähestymistapaa sekä hyvää eettistä arviointikykyä.

Kättilöopiskelijoiden ompelutaidon pohja luodaan koulussa ja työharjoitteluissa. Useimmiten synnytysvaurioiden ompeluun valittuun ompelutekniikkaan vaikuttaa kättilöiden koulutuksen aikana oppima ompelutekniikka. Myös työharjoitteluissa ohjaajan tapa ommella synnytysvaurio ja ohjaajan tuki vaikuttavat ompelutaidon muodostumiseen ja myöhemmin käytettävän ompelutekniikan valintaan. (Arvila 2019.) Kättilökoulutuksessa onkin tulevaisuudessa syytä panostaa jatkuvan ommeltekniikan opettamiseen synnytysvaurioiden korjaamisessa. Ompelun harjoittelua tulisi koulutuksessa lisätä, jotta työelämään

siirtyessä kättilöillä olisi riittävät valmiudet soveltaa oppimaansa käytäntöön. Tavoiteltavaa olisi käyttää jatkuvaa ommelta jokaiseen ompelua vaativaan kerrokseen, saavuttaa anatomisesti oikein onnistunut lopputulos sekä tulos, joka olisi synnyttäjän kannalta miellyttävin vaihtoehto.

Vaikka synnytysvaurioiden ompelun jatkuvalla ompeleella sekä yhdenlangan ompelutekniikalla tiedetään olevan synnyttäjän kivun kokemisen ja toipumisen kannalta edullisin tekniikka, kävi tutkimuksista ilmi, ettei tekniikkaa aina käytännössä käytetä, vaan synnytysvauriota korjataan myös katko-ompeleella (Arvila 2019). Synnytysvaurioiden korjaukseen käytetyissä ommeltekniikoissa on siis yhä eroavaisuuksia ja ristiriitaa ja katko-ommelta käytetään synnytysvaurioiden korjauksessa edelleen paljon vahvasta tutkitusta näytöstä huolimatta. Esimerkiksi WHO suosittaa yhä oppaassaan ompelemaan episiotomian perinteisellä ommeltekniikalla, jossa ommellaan katko-ompelein välilihan lihaskeros sekä ja iho (WHO 2017). Tämä voi osaltaan vaikuttaa vahvaan käytänteeseen. Katko-ommeltekniikan tiedetään aiheuttavan synnyttäjälle pidempiaikaista kipua ja kivunlievitystä tarvitaan enemmän kuin jatkuvalla ompeleella ommellessa, lisäksi siihen kuluu enemmän ommelainetta ja aikaa kuin jatkuvaan ompeleeseen (Dowswell ym. 2012; Mietola-Koivisto 2016; Hajjaj 2017; Arvila 2019). Ennen, kuin jatkuvan ompeleen käyttö vakiintuu synnytysvaurioiden ompelutekniikaksi, tarvitaan työelämään lisää ammattitaitoisia kättilöitä, jotka ovat jo opiskeluaikanaan sisäistäneet jatkuvan ommeltekniikan käytön sekä sen tuomat hyödyt. Lisäksi työelämässä olevia ja synnytyssaleissa työskenteleviä kättilöitä tulisi kouluttaa ja perehdyttää ommeltekniikan käyttöön täydennyskoulutusten avulla.

Opetusvideon todellinen hyöty saadaan selville vasta sitten, kun videota aletaan käyttämään kättilökoulutuksessa ompelun harjoittelun tukena. Jotta videon hyöty saataisiin mahdollisimman hyvin selville, tulisi opiskelijoille toteuttaa kysely, jossa selvitetäisiin, autoiko video opiskelijoita orientoitumaan tulevaan ompelutuntiin ja myöhemmin asian kertaamisessa. Kyselyssä tulisi selvittää myös, onko videolla kuvatut asiat saatu toteutettua riittävän selkeästi ja oppimista tukien. Kyselyn tulosten perusteella voisi videota kehittää ja parannella opetuksen tarvetta entistäkin paremmin vastaavaksi.

Tulevaisuudessa tulisi tarkastella opiskelijälähtöisesti kättilöopiskelijoiden tarvetta opetusmateriaalin laadusta ompelun harjoittelua varten, sekä sitä, miten tukea ja kannustaa opiskelijoita käyttämään jatkuvaa ommeltekniikkaa työharjoitteluissa sekä myöhemmin työelämässä. Opettajilta lähtenyt tarve opetusmateriaalille oli hyvä lähtökohta, mutta jotta saataisiin opiskelijoita paremmin palvelevaa materiaalia, tulisi heidänkin

näkemyksensä kartoittaa. Jotta ompelutilanne, ompelutekniikan merkitys ja anatomia saataisiin videolla realistiseksi, tulisi videoidun tilanteen tapahtua aidossa tilanteessa ja videoita esimerkiksi episiotomian ompelu yhden langan ommeltekniikalla. Näillä toimilla voitaisiin saada aikaan entistäkin varmemmat ompelutaidot, laadukkaampi jälki ja pysyvämmät käytännöt ompelutekniikan valinnassa synnytysvaurioiden korjaamiseen.

LÄHTEET

Ailio, J. 2015. Vähän parempi video. Opas laadukkaaseen videon suunnitteluun ja toteutukseen. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 102. Turku. Viitattu 26.10.2020

Ala-Nissilä, S. 2018 GKS koulutuspäivät: Tampere. Vaginan haavojen sulkua alateitse. Tyks Nais-tenklinikka. Turun yliopisto. Viitattu 30.10.2020. <https://docplayer.fi/144256292-Vaginan-haavojen-sulku-alateitse.html>

Arvila, A. 2019. Kätilöiden ompelutiedot- ja taidot. Kyselytutkimus keskussairaaloiden synnytys-salissa työskenteleville kätilöille. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 21.10.2020 https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/21512/urn_nbn_fi_uef-20190894.pdf?sequence=-1&isAllowed=y

Azmat, C., Council, M. 2020. Wound Closure Techniques. StatPearls. StatPearls Publishing. Viitattu 1.11.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470598/>

Botha, E., Ryttyläinen-Korhonen, K. 2016. Naisen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: SanomaPro Oy

Deufel M., Montonen E. 2016. Lapsivuodeaika. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Donkor, F. 2010. The comparative instructional effectiveness of print-based and video-based instructional materials for teaching practical skills at a distance. University of education. Ghana. Viitattu 26.10.2020. <http://www.irrodl.org/index.php/irrodl/article/view/792/1486>

Dowswell, T.; Ismail, K. MK. & Kettle, C. 2012. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episioomy or second-degree tears. Cochrane database of systematic reviews. Vol. 4. Issue 11. Art. No.: CD000947. Viitattu 8.10.2020.

Duodecim sanakirjat. Terveyskirjasto, Duodecim 2020.

EPSHP. 2014. Kotihoito-ohje synnytyksen jälkeen. Naistenosaston potilasohjeet. Eteläpohjanmaan sairaanhoitopiiri. Seinäjoen keskussairaala. Viitattu 15.5.2020 [https://www.epsHP.fi/files/7259/Kotihoito-ohjeita_synnytyksen_jalkeen_\(ID_8951\).pdf](https://www.epsHP.fi/files/7259/Kotihoito-ohjeita_synnytyksen_jalkeen_(ID_8951).pdf)

Frohlich, J. & Kettle, C. 2015. Perineal care. BMJ Clin Edvid. Vol. 1401, nro 10. Viitattu 8.10.2020

Geeky Medics. Suturing. Viitattu 20.10.2020. <https://geekymedics.com/category/surgery/suturing/>

Hajjaj, J.P. 2017 Clinical practice: Perineal suturing. British Journal of Midwifery. Vol. 25, nro 5., 297-300. Viitattu 30.10.2020.

Hakkarainen, P., Kumpulainen, K. 2011. Liikkuva kuva: muuttuva opetus ja oppiminen. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Mediapedagogiikkakeskus. Viitattu 12.10.2020. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/26957/978-951-39-4270-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hautala, T., Ojalehto, M., Saarinen, J. 2012. Työelämää kehittämässä. Ammattikorkeakoulu projektimaisen kehittämisen kumppanina. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 67. Turku. Viitattu 13.10.2020. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162625.pdf>

Ihme, A., Rainto, S. 2015. Naisen terveys. 3. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

Karma, A.; Kinnunen, T.; Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki. Sanoma Pro.

Kettle, C., Dowswell, T., Ismail, K. 2010. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 6. Art. No.: CD000006. Viitattu 31.10.2020. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000006.pub2/epdf/full>

Kettle, C., Hills, R., Ismail, K. 2007. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 4. Art.no.: CD000947. Viitattu 16.10.2020. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000947.pub2/epdf/full>

Kettunen J., Kärki A., Näreaho S., Päälylysaho S.. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Arene ry. Viitattu: 8.4.2020 http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382

Kielitoimiston sanakirja. 2020. Kotimaisten kielten keskus ja Kielikone Oy. Viitattu 26.10.2020 <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/katgutti>

Kiuru, S., Gissler, M. 2019. Perinataalilasto: synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.5.2020. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138998/Tr49_19.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Klemetti, R., Raussi-Lehto, E. 2016. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy Viitattu 22.10.2020

Koskivuo, I. 2014. Neulat, langat ja haavan sulkku. TYKS Plastiikka- ja yleiskirurgian klinikka. Viitattu 1.11.2020. <https://docplayer.fi/4839316-Neulat-langat-ja-haavan-sulkku.html>

Lautankare, R. 2014. Videon mahdollisuudet opetuskäytössä. Turun ammattikorkeakoulun Vi-Peda-hanke. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 81. Turku. Viitattu 12.10.2020. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165435.pdf>

Linden, H., Ilola, T. 2013. Synnytysvaurioiden korjaus. Anestesiahoitotyön käsikirja. Sairaanhoidajan tietokanta. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 14.5.2020.

Mietola-Koivisto, T. 2016. Synnytyksen ponnistusvaiheen hoidon käytännöt: yhteys ensisynnyttäjän välilihan kuntoon synnytyksen jälkeen, synnytykokemukseen, kipuun ja seksuaaliterveyteen. Turun yliopiston julkaisuja – Annales Universitatis Turkuensis. Sarja – ser. C – osa – tom. 422. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Turku: Turun Yliopisto. Viitattu 15.5.2020 <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/123436/AnnalesC422Mietola-Koivisto.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

National Vulvodynia Association. 2020. Gynecological Anatomy. Viitattu 9.11.2020. <https://www.nva.org/learnpatient/gynecological-anatomy/>

Neuvoston direktiivi 80/155/ETY. Annettu 21.1.1980, kättilöntoimeen ryhtymistä ja kättilöntoimen harjoittamista koskevien lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten yhteensovittamisesta. Viitattu 4.11.2020. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/HTML/?uri=CELEX:31980L0155&qid=1426400294471&from=FI>

Paananen, U. K; Pietiläinen, S; Raussi-Lehto, E & Äimälä, A-M. (toim.) 2017. Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6.-7. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Pirnes, T. 2018. Opetusvideoiden käyttäminen ammatillisessa koulutuksessa. Pro gradu -työ. Informaatioteknologian tiedekunta. Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Viitattu 12.10.2020. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/57812/1/URN%3ANBN%3Afi%3Ajuu-201805022415.pdf>

Rinne, K. 2011. Episiotomian sulkutekniikka. Kuopion yliopistollinen sairaala: Naistenklinikka. Viitattu 30.10.2020. <http://gks.fi/wp-content/uploads/2012/03/Episiotomian-sulkutekniikat-Kirsi-Rinne.pdf>

Ryttyläinen, K., Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

Räisänen, S., Laine, K., Jouhki, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Gissler, M., Heinonen, S. 2012. Alatiesynnytyksiin liittyvän repeämäriskin vähentäminen on mahdollista. Duodecim-lehti. Vol. 218 nro 19. Viitattu 13.5.2020.

Räisänen, S., Raussi-Lehto, E., Laine, K. 2018. Vällihaman repeämisen ehkäiseminen ponnistusvaiheessa: Kätilötyön suositus. Suomen kätilöliitto. Viitattu 21.5.2020. https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/149582/Valihaman_repeaman_ehkaisuinen_ponnistusvaiheessa_-_katilotyon_suositus.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun Puheenvuoroja 72. Turku. Viitattu 13.10.2020. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Toverud, K. C., Bjälje, J. G. & Hekkanen, R. 2016. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 8-13. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Scheepers, A. 2015. Surgical Suturing Techniques Mastery Guide. The Apprentice Doctor. Viitattu 24.10.2020 <https://www.theapprenticedoctor.com/complete-guide-to-mastering-suturing-techniques/>

Steen, M. 2012. Risk, recognition and repair of perineal trauma. British Journal of Midwifery. Vol. 20, no 11., 768- 772 Viitattu 21.5.2020

Suomen kätilöliiton asettama työryhmä. 2011. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa – hoitotyön suositus vällihaman repeämisen ehkäisemiseksi. Suomen kätilöliitto. Viitattu 21.5.2020. https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/synnyttajan_hoito_ponnistusvaiheessa2011_tiiivistelma1.pdf

Tanskanen, I. 2020. Opinnäytetyötyypit. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.10.2020.

Tapanainen J., Heikinheimo O., Mäkikallio K.. 2019. 6. painos. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim.

Tiitinen, A. 2019. Imukuppisynnytyks. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 20.5.2020 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00871

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käyttö ja sen loukkasepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Viitattu 8.4.2020 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uotila, J. & Tihtonen, K. 2019. Imukuppisynnytyks. Teoksessa Tapanainen, J. Heikinheimo, J. & Mäkikallio Kaarin. 2019. Naistentaudit ja synnytykset. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vilka, H. 2015. 4. painos. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

WHO. 2017. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. -2nd ed. Geneva: World Health Organization Viitattu 30.10.2020 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf;jsessionid=A9C1A1012A200894311E73FF1B1AC185?sequence=1>

Wong, M. S. 2019. Forceps delivery: Contemporary tips for classic obstetric tool. Contemporary B/GYN. Vol. 64. nro 12. 14-17. Viitattu 20.5.2020

Opetusvideon käsikirjoitus

Synnytysvaurioiden ompelu -opetusvideo

Kättilötyön opiskelijoille tuotetussa opetusvideossa käydään läpi yksityiskohtaisesti episiotomian ja 1. ja 2. asteen repeämien perusompelutekniikat. Videon alussa käydään läpi ommeltekniikoita: näytetään yksittäinen ommel eli ”knoppi” sekä jatkuva ommeltekniikka. Video kestää maksimissaan 6 minuuttia. Käsikirjoituksessa asiat ovat jaoteltu minuuteittain. Video tekstitetään suomenkielellä oppimisen tueksi. Videomateriaalia editoitaessa otoksia hidastetaan ja nopeutetaan tarpeen mukaan.

Diojen pohjana käytetään Turun ammattikorkeakoulun PowerPoint pohjaa.

Kuvakulma videossa näyttää ompelijan kädet sekä ommeltavan kohteen. Repliikit käsikirjoitetaan etukäteen.

Videon tarvittavat välineet:

- Sian potka (omakustanteinen)
- Muut välineet: langat ja instrumentit (koulu)
- Videokamera

0,5–1 min alkupuhe (videon esittely)

1. Dia
 - Opetusvideon aihe ja videon valmistumisvuosi.
2. Dia
 - Videon tarkoitus ja perusta
 - Kenelle video on suunnattu
3. Dia
 - Tekstinä:
 - Episiotomian ja repeämien ompelu vaatii tarkkuutta sekä huolellisuutta.”
4. Dia
 - ”Ompelussa tulee huolehtia aseptisistä työtavoista ja huomioida tilan rajallisuus”
5. Dia
 - ”Ompelun tarkoituksena on saavuttaa hemostaasi eli tyrehdyttää verenvuoto sekä palauttaa naisen normaali anatomia.”
6. Dia
 - ” Muista hyvä käsihygienia. Käytä ompelussa steriilejä käsineitä. Huomioi toimenpiteen steriiliys!”

1–1,5 min alkuvalmistelut ja johdatus

7. Dia

- Ompeluun tarvittavat välineet (kuva valmiista pöydästä + välineiden nimet luettelona)
 - Steriilit liinat
 - Ompelulangat
 - Neulankuljetin
 - Sakset
 - Atulat
 - Suonipuristimet
 - Puudutusvälineet (ruisku, neula, puudutusaine)
 - Kuivia taitoksia
 - Särmäjäteastia
 - Roskakori

8. Dia

- ”Repeämien ja episiotomian ompelussa suositellaan käytettävän synteettisiä absorboituvia eli sulavia ommelmateriaaleja, esimerkiksi polyglaktiinia tai polyglaktiinihappoa.”

9. Dia

- ”Sopiva langan vahvuus ommeltaessa emätintä, välilihan lihaskerrosta ja ihoa on 3–0 sekä 2–0. 0-lanka sopii välilihan lihaskerroksen ompeluun.”
- ”Suositellut neulan kaarevuudet ovat $\frac{1}{2}$ ja $\frac{3}{8}$.”

10. Dia

- ”Aluksi mahdolliset repeämät ja episiotomia tarkistetaan huolellisesti ja varmistetaan hyvä näkyvyys ompelua varten.”

11. Dia

- ”Ennen ompelua, ommeltavat alueet tulee puuduttaa huolella esimerkiksi 1 % Lidokaiinilla. Puudutusainetta käytetään yleensä 5–10 ml, mutta maksimissaan 20 ml. Puuduttaminen tehdään säteittäin.”

12. Dia

- Kuva puuduttamisesta, nuolet osoittavat puudutussuunnan
- ”Puuduta ensin haavan pohja säteittäin, sitten molemmat reunat.”

1,5 min Yksittäinen eli katko-ommel

13. Dia

- ”Katko-ommelta voidaan käyttää pienien ja isojen repeämien sekä episiotomian ompelussa.”

14. Dia

- ”Haavan pohjan ompelu katko-ompeleella”

15. 1. Kohtaus

- Ommellaan yksittäinen knoppiommel yksityiskohtaisesti ja vaiheittain näyttäen
- ”Yksittäinen ommel, eli niin sanottu knoppi tehdään viemällä ensin neula haavan reunasta pohjaa myöden toiseen reunaan. Langasta jätetään sen verran ”häntää”, että se riittää solmun tekemiseen. Solmu tehdään

kiertämällä lanka ensin kahdesti yläkautta läpivedetyn langan ympärille. Tämän jälkeen kiristetään ristiin ja viedään langan häntä kerran alakautta ympäri. Tämän jälkeen kiristetään ja toistetaan vielä kerran viemällä langan häntä yläkautta lenkin ympäri. Tämän jälkeen langat katkaistaan.”

2,5 min Jatkuva ommel

16. Dia

- ”Jatkovaa ommelta suositellaan käytettävän repeämän sekä episiotomian jokaiseen kerrokseen eli emättimen, välilihan lihasten ja ihon ommelussa.”

17. Dia

- ”Jatkuvan ommeltekniikan on todettu aiheuttavan vähemmän lyhytaikaista kipua sekä lääkkeellisen kivunlievityksen tarvetta.”

18. Dia

- ”Varmista ja seuraa myös ommelun aikana, ettei haavaan jää onkaloita. Näin ehkäiset hematoomien muodostumista.”

19. Dia

- ”Haavan pohjan ompelu jatkuvalla ommeltekniikalla”

20. 2. Kohtaus

- Ommellaan jatkuvalla ompeleella potkassa oleva repeämä/episiotomia yksityiskohtaisesti ja vaiheittain näyttäen. Alkuun pieni matka ompelua, jonka jälkeen toistetaan hidastettuna.
- Ompelua näytetään vaiheittain ja kokonaisuudessaan
- ”Aloita ompelu haavan kärjestä haavan pohjaa myöden”
- ”tee solmu aiemmin opetetulla tavalla”
- Lyhennä langanpää
- ”Kuljeta neula haavan pohjaa myöden vastapuolen kudokseen”
- ”Jatka samalla tekniikalla haavan kärkeen asti”
- ”Älä katkaise lankaa ompelun välissä”
- ”Haavan kärjessä jätä viimeinen ommel kiristämättä”
- ”Katkaise neula ja laita se särmäisjäteastiaan”
- ”Toista jälleen oppimasi solmu”

21. Dia

- ”Ihon ompelu jatkuvalla ommeltekniikalla”
- ”Haavan pohja ommeltu joko jatkuvalla tai katko-ompeleella”

22. 3. Kohtaus

- ”Aloita ompelu 5–10 mm haavan kärjestä”
- ”Iho ommellaan pintaa lävistämättä subkutaanisessa kerroksessa”
- ”Ommel kiristää haavan pinnat vastakkain”
- ”Jatka ompelua haavan kärkeen asti”
- ”Tarkista haava. Jatka tarvittaessa takaisin alkuun, muuten päätä ompelu solmuun”

- ”Etene samalla ommeltekniikalla lähtöpisteeseen sulkien ”irvistävät” kohdat”
- ”Koukkaa neula aloitussolmun alta”
- Tee solmu ja pääätä ompelu. Tarkista lopputulos.”
-

0,5 min lopetus

23. Dia

- Kiitos

24. Dia

- Kuvaus: kätilöopiskelija Reetta Aro, Ompelu: kätilöopiskelija Hanna Vesämäki, Editointi: Kalle Markkula