

Huima Kristina & Vuori Tanja

**SYNNYTTÄJIEN SAAMA OHJAUS LÄÄKKEELLISISTÄ
KIVUNLIEVITYSMENETELMISTÄ**

Opinnäytetyö

CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Marraskuu 2012

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| Yksikkö Hyvinvoinnin ja kulttuurin yksikkö | Aika Marraskuu 2012 | Tekijä/tekijät Huima Kristina Vuori Tanja |
| Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto | | |
| Työn nimi Synnyttäjien saama ohjaus lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä | | |
| Työn ohjaaja Lehtori, TtM Timo Kinnunen | | Sivumäärä 40+2 |
| Työelämäohjaaja Maria Isokoski, Ulrika Kujansivu ja Anitta Liimatainen, Kiuru | | |
| <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää alakautta synnyttäneiden äitien tietämystä lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Halusimme selvittää vastauksia seuraaviin kysymyksiin: millaista ohjausta synnyttäjät olivat saaneet raskausaikana ilokaasun, kipulääkkeiden, epiduraali - ja spinaalipuudutuksen sekä niiden yhdistelmän, paraservikaalipuudutuksen ja pudendaalipuudutuksen vaikutuksista synnyttäjään ja lapseen? Millainen ohjaus tuki synnyttäjää kipujen lievityksessä ja milloin oli sopiva ajankohta tiedon annolle? Opinnäytetyön tavoitteena oli, että tutkimustuloksia voidaan hyödyntää raskausaikana tapahtuvan ohjauksen kehittämiseen ja yhtenäistämiseen. Tavoitteena oli, että tuloksia voidaan hyödyntää parantaessa suullista ja kirjallista ohjausta.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusotetta. Tutkimusryhmän muodosti Kiurussa 22.2.–19.4 2012 aikana alakautta synnyttäneet äidit, jotka olivat käyttäneet lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä. Tutkimusaineisto (n= 77) kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella keväällä 2012. Vastaukset analysoitiin SPSS for Windows -tilasto-ohjelmalla. Vastausprosentti oli 77.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan eniten ohjausta oli saatu epiduraalipuudutuksesta, sen hyödyistä ja haitoista. Vähiten ohjausta oli saatu yhdistetyn spinaali- epiduraalipuudutuksen ja pudendaalipuudutuksen hyödyistä ja haitoista. Synnyttäjät pitivät suullista sekä kirjallista ohjausta erittäin tärkeänä ja sopivin ajankohta ohjaukselle oli loppuraskaus. Tutkimus osoitti, että ohjauksessa lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien hyödyistä ja haittavaikutuksista on parantamisen varaa. Suurin osa, 68,8 % vastaajista, piti lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä saatavaa ohjausta erittäin tärkeänä.</p> | | |

Avainsanat

Kipu, lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät, synnytys, ohjaus

ABSTRACT

| | | |
|---|------------------------------|--|
| CENTRIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES | Date November 2012 | Author Huima Kristina Vuori Tanja |
| Degree programme Nursing, Registered Nurse | | |
| Name of thesis Parturients Knowledge about the Different Methods of Pharmacological Pain Relief. | | |
| Instructor Lecturer Timo Kinnunen | | Pages 40+2 |
| Working Life Director Maria Isokoski, Ulrika Kujansivu and Anitta Liimatainen, KIURU | | |
| <p>The purpose of this study was to find out what mothers, with vaginal birth, knew about different methods of pharmacological pain relief. A further purpose was to find out what kind of information the parturients had received during pregnancy. What kind of information mothers have about the advantages and disadvantages that pharmacological pain relief has on the parturient and the child. Nitrous oxide, analgesics, epidural- and spinal anaesthesia, and their combination, paracervical and pudendal block are methods of pharmacological pain relief used during labour. What kind of guidance do parturients need regarding pain relief and when is the most appropriate time to administer that information. The aim of the study is to improve and unify knowledge about pain relief. The results can be used when improving verbal and written information.</p> <p>The research material was collected with a structured questionnaire, which was delivered to mothers with vaginal birth and who had used some pharmacological pain relief, during 22.Feb – 19.Apr. 2012 in Kiuru. The quantitative material was analysed with the SPSS Statistics programme. The response rate was 77.</p> <p>According to the results obtained, most information was received about the advantages and disadvantages of epidural block. Least information was obtained of the advantages and disadvantages of combined spinal- and epidural block. Verbal and written information was considered very important, and the best time for receiving information was late pregnancy. The study indicated that there is room for improvement regarding information given, about the benefits and side effects of different methods of pharmacological pain relief during labour. The majority (68,8%) of the respondents, considered receiving information about different methods of pharmacological pain relief as very important.</p> | | |
| Key words Pain, pharmacological pain relief, obstetrics, information | | |

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

| | |
|--|-----------|
| 1 JOHDANTO | 1 |
| 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA ONGELMAT | 3 |
| 3 SYNNYTYKS JA KIVUNLIEVITYS | 4 |
| 3.1 Raskaus ja synnytys | 4 |
| 3.2 Kipu synnytyksen eri vaiheissa | 5 |
| 3.3 Lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät | 7 |
| 3.3.1 Typpioksiduuli eli ilokaasu | 7 |
| 3.3.2 Kipulääkkeet | 8 |
| 3.3.3 Selkäpuudutteet eli sentraaliset puudutteet | 8 |
| 3.3.4 Paraservikaalipuudutus eli kohdunkaulanpuudutus | 10 |
| 3.3.5 Pudendaalipuudutus eli häpyhermon johtopuudutus | 10 |
| 3.4 Kivunlievitys osana raskausajan ohjausta | 11 |
| 4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET | 15 |
| 5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT JA AINEISTO | 17 |
| 5.1 Tutkimusmenetelmän valinta | 17 |
| 5.2 Mittarin laatiminen ja aineiston keruu | 18 |
| 5.3 Aineiston analysointi | 20 |
| 5.4 Tutkimusetiikka ja luotettavuus | 21 |
| 6 TUTKIMUSTULOKSET | 24 |
| 6.1 Vastaajien taustatiedot | 24 |
| 6.2 Raskausaikana saatu ohjaus lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä | 26 |
| 6.3 Ohjauksen ajankohta ja laatu | 30 |
| 7 POHDINTA | 33 |
| 7.1 Opinnäytetyön tutkimusprosessin tarkastelua | 33 |
| 7.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu ja päätelmiä | 34 |
| 7.3 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle | 37 |
| LÄHTEET | 38 |
| LIITTEET | |

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on laatinut toimintaohjelman vuosille 2007–2011, jonka tavoitteena on kansallisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollossa työskenteleville ja sen yhtenä tavoitteena on varmistaa raskausajan, synnytyksen ja synnytyksen jälkeinen hyvä hoito. Hoidon tavoitteena on tukea äidin, syntyvän lapsen ja koko perheen hyvinvointia. Ohjelman painoalueena on parisuhteen ja vanhemmuuden tukeminen sekä palvelutarpeeseen vastaaminen entistä yksilöllisemmin. (STM 2007, 22.)

Raskauden seuranta tapahtuu äitiysneuvolassa, joka on osa avoterveydenhuoltoa. Äitiysneuvolan tehtävä on ohjaaminen ja neuvojen antaminen, psykososiaalinen tukeminen ja synnytyksen suunnittelu ja synnytysvalmennus. Riskisairauksien ja raskauskomplikaatioiden seulonta sekä sikiöseulonnat tapahtuvat pääsääntöisesti synnytyssairaaloissa. (Paananen ym. 2006; Uotila 2011.) Neuvoloiden, äitiyspoliklinikoiden ja synnytyssairaaloiden yhteistyötä tulee tiivistää ja lisätä erikoisosajien yhteiskäyttöä sekä konsultaatiomahdollisuuksia. (Tapper 2011, 46.)

Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelman tavoitteena on, että äitiysneuvolassa työskentelevät tietävät synnytyssairaalan tarjoamat vaihtoehdot kivun hallinnassa. Kivunlievitysmenetelmät on esiteltävä raskausaikana synnytysvalmennuksen yhteydessä. Raskaana olevan kivun hallintaa tuetaan antamalla mahdollisuus valita lääkkeellisiä ja ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä synnytyksen aikana. (STM 2007, 81–84.) Raskaana olevien ja heidän perheidensä hoito vaatii valtakunnallisesti yhtenäiset ja päivitettyt suositukset, jotta hoitotyö on laadukasta ja yhtenäistä. Hoitotyön kehittäminen vaatii Suomessa lisää tutkittua tietoa äitiys-

neuvolatoiminnan toimivuudesta. (Hänninen, Korhonen, Luomaranta, Peltohaka & Ängeslevä 2009, 6–7.)

Opinnäytetyö tehtiin Keski- Pohjanmaan keskussairaalassa eli Kiurussa osastolla 3 yhteistyössä osastonhoitaja Anitta Liimataisen kanssa. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki Kiurussa 22.2.–19.4.2012, alakautta synnyttävät äidit jotka käyttivät ainakin yhtä lääkkeellistä kivunlievitys menetelmää. Lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttö synnytysten aikana on lisääntynyt jatkuvasti. Terveysten ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) tilastojen mukaan vuonna 2011 Suomessa oli 59 385 synnytystä. Synnyttäjistä 91,6 % käytti synnytyksen aikana jotain lääkkeellistä kivunlievitysmenetelmää. Käytetyimpiä kivunlievitysmenetelmiä oli ilokaasu 51,3 % ja epiduraalipuudutus 45,9 %.

Hänninen ym. 2009 kartoittivat kansainvälisiä tutkimuksia äitiyshuollon käytännöistä. Tutkimuksia löytyi niukasti, eikä niitä voitu suoraan soveltaa suomalaiseen terveydenhuoltoon. Tutkimusten vähäisyyden vuoksi opinnäytetyössä on käytetty ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä. Kulhan & Närväsen opinnäytetyössä (2010) tutkittiin synnyttäjien kättilöltä saamaa tietoa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Allilan opinnäytetyössä (2010) selvitettiin ensisynnyttäjien saamaa tietoa kaikista synnytyskivun hoitomenetelmistä. Lääketieteellisistä julkaisuista uusimmat artikkelit olivat vuodelta 2010, joissa käsiteltiin puudutteen käyttöä synnytyskivun hoidossa.

Opinnäytetyön teoriaosuuteen etsimme lähdekirjallisuutta ja tutkimustietoa kirjastosta, Internetistä sekä lääke- ja hoitotieteen tietokannoista. Suomalaisia yliopistotason tutkimuksia aiheesta ei löytynyt. Kansainvälisiä tutkimuksia aiheesta löytyi, mutta mielestämme niitä ei voinut hyödyntää opinnäytetyössämme. Aikaisempien tutkimusten vähyyden vuoksi aihetta oli mielestämme hyödyllistä tutkia.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää alakautta synnyttäneiden äitien tietoa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Opinnäytetyössä selvitetään, millaista ohjausta synnyttäjät ovat saaneet ilokaasun, kipulääkkeiden, epiduraali - ja spinaalipuudutuksen sekä niiden yhdistelmän, paraservikaalipuudutuksen ja pudentaalipuudutuksen vaikutuksista synnyttäjään ja lapseen. Lisäksi selvitimme, millainen ohjaus tukee synnyttäjää kipujen lievityksessä ja milloin oli sopiva ajankohta tiedon annolle.

Opinnäytetyön tavoite on, että tutkimustuloksia voidaan hyödyntää raskausaikana tapahtuvan ohjauksen kehittämiseen ja yhtenäistämiseen. Tavoitteenamme on, että tuloksia voidaan hyödyntää parantaessa suullista ja kirjallista ohjausta. Opinnäytetyön aihe tuli Kiurun anestesia lääkäri Ulrika Kujansivulta ja koulutuspäällikkö Maria Isokoskelta.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaista ohjausta synnyttäjät ovat saaneet lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä?
2. Miten synnyttäjiä on ohjattu synnytyskivun lievityksessä käytettävien lääkkeiden vaikutuksista?
3. Millainen ohjaus lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä tukee synnyttäjää kipujen lievityksessä?

3 SYNNYTYS JA KIVUNLIEVITYS

3.1 Raskaus ja synnytys

Normaalin raskauden kesto on 265 vuorokautta eli 40 viikkoa viimeisten kuukautisten alkamispäivästä. Normaali synnytys käynnistyy joko lapsiveden menolla tai kohtulihaksen supistuksilla. Kohdun supistusten voimakkuus kasvaa synnytyksen edetessä ja supistukset muuttuvat kivuliaiksi. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2004, 464–467.)

Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen: avautumis-, ponnistus- ja jälkeisvaiheeseen. Avautumisvaiheessa yleensä lapsen pää tai jokin muu kehonosa painaa kohdun kaulaosaan ja lisää kohdun lihasten supistelua. Kohdun suun ollessa täysin auki avautumisvaihe päättyy ja alkaa toinen vaihe eli ponnistusvaihe. Avautumisvaihe kestää ensisynnyttäjillä keskimäärin 7-10 tuntia. Uudelleensynnyttäjillä avautumisvaihe on yleensä nopeampi. Ponnistusvaiheessa lapsen pää on painunut syväälle pikkulantioon ja supistusten yhteydessä se painaa synnyttäjän välilihaa ja peräsuolta. Synnyttäjän ponnistamisen tarve lisääntyy. Ponnistusvaihe kestää muutamasta minuutista jopa pariin tuntiin ja päättyy lapsen syntymään. Synnytyksen jälkeen alkaa kolmas vaihe eli jälkeisvaihe. Kohtu supistelee voimakkaasti, josta seuraa istukan irtoaminen. Jälkeiset eli sikiökalvot, istukka ja napanuora poistuvat kohdusta. Jälkeisvaihe kestää n. 5-10 minuuttia. (Nienstedt ym. 2004, 464–467; Tiinen 2010.)

3.2 Kipu synnytyksen eri vaiheissa

Kipu kuuluu oleellisena osana synnytykseen ja täysin kivutonta synnytystä ei ole. Syntymä on luonnollinen tapahtumana, ja sitä voidaan kuvata aktiivisena työnä, jota tehdään kivun kanssa. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2006, 243.) Synnytyskipu on yksilöllistä ja siihen vaikuttaa anatomiset, fyysiset ja psyykkiset tekijät. Näitä ovat äidin ikä, paino ja lantion koko, lapsen koko tai poikkeava tarjonta synnytyksen aikana, synnytyspelko sekä epävarma suhde puolisoon, äitiyteen ja raskauteen. Itse raskaus vaikuttaa äidin opioidireseptoreihin ja nostaa kipukynnystä sekä lisää kehon endorfiinien pitoisuuksia. (Sarvela & Nuutila 2009, 1881.) Synnytyskipun lievitys kuuluu oleellisena osana synnytyksen hoitoon. Synnytyssuunnitelmassa tulee olla selvitettyinä synnyttäjän toiveet synnytyskipun hoidosta. Synnyttäjälle tulee antaa tietoa lääkkeellisistä ja ei-lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä. Synnyttäjien tulee ymmärtää eri vaihtoehdot ja niiden riskit, jolloin heillä on mahdollisuus valita päättäessään heille sopivaa kivunlievitysmenetelmää. (Paananen ym. 2006, 244.)

Synnytyskipu koetaan kovimpana kipuna, mitä ihminen voi kokea. Suomalaisessa tutkimuksessa 84 % ensisynnyttäjistä ja 72 % uudelleen synnyttäjistä koki kivun sietämättömäksi. Uudelleensynnyttäjistä 88 % harkitsi kivunlievityksen pyytämistä etukäteen. (Saisto 2000, 1483–1484.) Synnytyskipu koetaan kovana tai sietämättömänä. Sarvelan ym. tutkimuksessa, joka tehtiin HYKS:n ja TAYK:n naistenklinikoilla 2000-luvulla, synnyttäjät kokivat kovaa tai sietämätöntä kipua ennen kivunlievitystä. Avautumisvaiheessa 70 % synnyttäjistä oli erittäin kivuliaita ja ponnistusvaiheessa 67 % oli erittäin kivuliaita. (Sarvela, Aho, Halonen, Yli-Hankala, Teramo, & Korttila 2005, 775–780.) Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen (THL 2011) mukaan vuonna 2011 alakautta synnyttäneistä noin 90 % käytti jotain lääkkeellistä kivunlievitysmenetelmää.

Avautumisvaiheessa kipu välittyy sympaattisten hermosäikeiden välityksellä Th 10-L1 tasolle. Kipu on luonteeltaan viskeraalista ja on voimakkaimmillaan avautumisvaiheen lopussa. Avautumisvaiheessa kipu heijastuu rengasmaisesti alavatsaan ja alaselkään. (Sarvela & Nuutila 2009.) Viskeraalinen kipu on epämääräistä, tylppää, jomottavaa ja vaikeasti paikannettavaa. (Nienstedt ym. 2004, 483; Sarvela & Nuutila 2009, 1882.) Avautumisvaiheessa supistusten aikainen kipu syntyy, kun sikiö kulkeutuu alaspäin synnytyskanavassa ja aiheuttaa kohdun ligamenttien, lantion luiden luukalvon ja emättimen seinämän venymistä. Supistusten aikainen kipu on peräisin kohdunsuusta ja kohdun alaosista. (Paananen ym. 2006, 244.)

Ponnistusvaiheessa aktiivinen ponnistaminen vähentää kivun tunnetta, mutta kipu koetaan silti voimakkaana. (Paananen ym. 2006, 244.) Avautumisvaiheen edetessä ponnistusvaiheeseen aktivoituvat myös somaattiset hermosäikeet. Somaattiset hermosäikeet hermottavat kohdunkaulan emättimen puoleista aluetta, emätintä ja välilihaa. Kipu tuntuu terävänä ja helpommin paikannettavana ja johtuu kudosten venymisestä, painumisesta ja repeämisestä. Kipu välittyy keskushermostoon sakraalijuurten S2 - S4 kautta. Ponnistusvaiheen kipu heijastuu välilihan ja reisien alueelle. (Sarvela & Nuutila 2009, 1882.)

Jälkeisvaiheessa kohtu supistuu voimakkaasti. Sikiökalvot, napanuora ja istukka poistuvat kohdusta. Jälkisupistuksia ei koeta kuitenkaan niin kivuliaina kuin avautumisvaiheen supistuksia. Jälkeisvaiheessa ommellaan mahdolliset välilihan repeämät tai episiotomiahaavat. (Kulha & Närvänen 2010.) Ennen ompelemista on huolehdittava riittävästä puudutuksesta. Jos tutkimukset ja ompeleminen tuntuvat synnyttäneestä kivuliailta, voi puudutteen lisäksi käyttää ilokaasua toimenpiteen aikana. (Paananen ym. 2006, 264–265.)

3.3 Lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät

Synnytyskivun lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä ovat ilokaasu eli typpioksiduuli, kipulääkkeet, epiduraali - ja spinaalipuudutus, yhdistetty spinaali-epiduraalipuudutus, paraservikaalipuudutus ja pudendaalipuudutus. Kipulääkkeistä käytetyimpiä ovat parasetamoli, petidiini, tramadoli, oksikodoni, fentanyl ja remifentaniili. (Paananen ym. 2006, 248–253; Kokki, Ahonen & Palomäki 2010, 112-117.)

3.3.1 Typpioksiduuli eli ilokaasu

Ilokaasu on hapen ja yleensä 50 %:sen typpioksiduulin seos. Ilokaasu on hajuton eikä ärsytä limakalvoja. Sisäänhengityksen ilokaasupitoisuudet tasoittuvat nopeasti keuhkoissa, verenkierrossa ja aivoissa, sekä poistuvat käytön loputtua nopeasti elimistöstä. Seos hengitetään maskin avulla ja se helpottaa supistusten aikaista kipua. Oikea inhalaatiotekniikka ja ajankohta ovat tärkeitä kivunlievityksen kannalta. (Kokki ym. 2010, 115–116; Paananen ym. 2006, 248–249.) Ilokaasua voidaan käyttää synnytyksen joka vaiheessa, ja se on turvallinen, yksinkertainen ja edullinen kivunlievitysmenetelmä. Ilokaasun kivunlievitysteho on vähäinen ja lyhytkestoinen. Haittavaikutuksena voi esiintyä lyhytaikaista huimausta, sekavuutta ja pahoinvointia. Ilokaasusta ei ole haittaa sikiölle eikä äidille. (Sarvela & Nuutila 2009, 1883–1884; Kokki ym. 2010, 115–116; Paananen ym. 248–249.) THL:n tilastojen mukaan ilokaasu oli vuonna 2011 yleisin kivunlievitys menetelmä. Kaikista synnyttäjistä 51,3 % käytti ilokaasua kivunhoidossa. (THL 2011.)

3.3.2 Kipulääkkeet

Synnytyskivun hoidossa käytetyimpiä vahvoja opioideja ovat morfiininkaltaiset petidiini, oksikodoni ja tramadoli. Lääkkeet annostellaan lihakseen ruiskeena tai peräpuikkoina. (Nikkola 2003, 2064–2065; Paananen ym. 2006, 249–250; Sarvela & Nuutila 2009, 1884.) Oksikodonin vaikutusta on tutkittu lähinnä synnytyksen jälkeisessä kivunhoidossa. Suun kautta annettuna oksikodoni-parasetamolin yhdistelmän on todettu olevan tehokas. (Kokki ym. 2010, 114–115.) Opioidien haittavaiikutuksena ilmenee pahoinvointia, huimausta, väsymystä, kutinaa ja uneliaisuutta. Petidiini voi hidastaa imetyksen käynnistymistä ja lapsen imemisrefleksi voi huonontua. Opioidit kulkeutuvat istukan läpi lapseen ja siksi sydänäänikäyrän tarkkailu on tärkeää. Vahvoja opioideja voidaan käyttää synnytyksen alkuvaiheessa ja ne sopivat kaikille synnyttäjille, jos lapsen sydänäänikäyrä on hyvä. (Nikkola 2003, 2064–2065; Paananen ym. 2006, 249–250; Sarvela & Nuutila 2009, 1884.)

Lyhytvaikutteisia opioideja, kuten fentanyyliä ja ramifentaniilia, voidaan käyttää koko synnytyksen ajan. Ne sopivat hyvin synnyttäjille, joilla ei voida käyttää puudutteita. Käytön aikana on hyvä antaa lisähappea sekä tarkkailla synnyttäjän ja lapsen vointia. (Nikkola 2003, 2065–2067.) Fentanyyli ja ramifentanyyli annostellaan PCA-pumpun avulla. Kipulääkettä voi annostella säännöllisinä boluksina tai synnyttäjä voi itse osallistua kivunhoitoon annostelemalla kipulääkettä pumpun avulla. (Nikkola 2009, 2065–2067; Sarvela & Nuutila 2009, 1884; Volmanen 2010.)

3.3.3 Selkäpuudutteet eli sentraaliset puudutteet

Epiduraali - ja spinaalipuudutteet sekä näiden yhdistelmä ovat tutkituimpia, tehokkaimpia ja yleisimpiä kivunlievitysmenetelmiä synnytyskivun hoidossa. Sel-

käpuudutteet laittaa anestesia lääkäri, joten niiden saatavuus ei ole välttämättä ympärivuorokautista. Vasta-aiheita selkäpuudutteiden käytölle on esimerkiksi synnyttäjän sairaudet ja antikoagulaatiohoidot. (Kokki ym. 2010, 112.) THL:n tilastojen mukaan selkäpuudutteiden käyttö on kasvanut tasaisesti. Vuonna 2011 kaikista synnyttäjistä 63,3 % käytti selkäpuudutteita synnytys kivun lievityksessä. Käytetyin on epiduraalipuudutus 45,9 %. (THL 2011.)

Epiduraalikatetri laitetaan L2-3 tai L3-4 välistä kovankalvon ja lukinkalvon muodostaman kalvorakenteen ulkopuolella olevaan epiduraalitilaan. Epiduraalipuudutus suositellaan laitettavaksi avautumisvaiheen alussa, kun synnytys on selvästi käynnissä ja kivunlievitykselle on tarvetta. Lumbaalialueelle laitettuna puudute leviää torakaalisten segmenttien ohella sakraalisiin segmentteihin ja lievittää kipua myös ponnistusvaiheessa. Epiduraalipuudutus voi pidentää ponnistusvaihetta, koska ponnistamisen tarve saattaa vähentyä. Puudute annostellaan ruiskupumpulla jatkuvana infuusiona tai toistuvina kerta-annoksina. (Paananen ym. 2006, 250–252; Sarvela & Nuutila 2009, 1884–1886.)

Spinaalipuudutus laitetaan kertapuudutteena selkäydinnesteeseen L2- nikaman alapuolelta. Spinalipuudutuksessa käytettävät lääkemäärät ovat pienemmät, vaikutus alkaa nopeammin ja puudutteen kesto on lyhempi kuin epiduraalipuudutuksessa. Spinaalipuudutus sopii uudelleensynnyttäjille, ja sen on todettu lievittävän myös ponnistusvaiheen kipua tehokkaasti. (Paananen ym. 2006, 250–252; Sarvela & Nuutila 2009, 1884–1887.)

Spinaali-epiduraalipuudutuksessa epiduraalineulan läpi laitetaan spinaalipuudutus ja sen jälkeen samalla pistolla voidaan asentaa epiduraalikatetri epiduraalitilaan. Näin välttyään toistuvilta puudutuksilta, jos synnytys etenee hitaasti. Spinaali-epiduraalipuudutuksessa yhdistetään spinaalipuudutuksen nopeus ja epiduraalipuudutuksen jatkuvuus. (Sarvela & Nuutila 2009, 1886.)

Selkäpuudutusten haittavaikutuksia ovat synnyttäjän verenpaineen lasku, joka on yleensä lievä ja vaaraton. Lapsen syke saattaa hetkellisesti hidastua. Äidin ja lapsen tarkkailu on tärkeää. Haittavaikutuksina voi myös esiintyä tärinää, kutinaa, joskus pahoinvointia, päänsärkyä, selkäsärkyä, lihasvoiman heikkoutta, pistelyä ja puutumista alaraajoissa. Oireet ovat yleensä ohimeneviä. (Sarvela & Nuutila 2009, 1886.)

3.3.4 Paraservikaalipuudutus eli kohdunkaulanpuudutus

Paraservikaalipuudutus on nopeavaikutteinen paikallispuudutus, joka laitetaan kohdunsuuhun. Se ei vaikuta synnytyksen etenemiseen. Paraservikaalipuudutuksen tekee synnytyslääkäri ja puudutuksen tehoon vaikuttaa laittajan ammattitaito ja kokemus. Puudutus laitetaan paraservikaalisiin hermopäätteisiin kohdunkaulan molemmin puolin. Puudute laitetaan kun kohdunkaula on 5 - 6 cm auki ja puudutteen teho on 1–1,5 tuntia. Puudute kulkeutuu verenkierron mukana lapseen ja saattaa aiheuttaa bradykardiaa. Tämä on yleensä ohimenevää, mutta lapsen kardiokografian tarkkailu on tärkeää. Paraservikaalipuudutus sopii uudelleensynnyttäjille, joiden raskaus ja synnytys ovat edenneet normaalisti. (Kokki ym. 2010, 112–113; Paananen ym. 2006, 252.)

3.3.5 Pudendaalipuudutus eli häpyhermon johtopuudutus

Pudendaalipuudutus laitetaan, kun kohdunsuu on täysin auki ja ponnistusvaihe alkaa. Puudutus poistaa synnytyskanavan alkuosan ja ulkosynnyttimien kipua. Puudutuksen laittaminen on nopea toimenpide ja sen voi laittaa synnytyslääkäri tai siihen koulutettu kätilö. Puudutteen tehokkuuteen vaikuttaa laittajan ammatti-

taito. Pudendaalipuudutusta voidaan käyttää myös episiotomian tai repeämän ompelussa ja välilihan leikkaamisen yhteydessä. Puudutus vaikuttaa 1-2 tuntia ja sitä voidaan käyttää muiden kivunlievitysmenetelmien kanssa. Puudutuksen vaikutukset äitiin ja lapseen ovat melko vähäisiä. (Kokki ym. 2010, 113–114; Paananen ym. 2006, 252–253.)

3.4 Kivunlievitys osana raskausajan ohjausta

Ohjaaminen on tärkeä ja merkittävä osa sairaanhoitajan työtä. Ohjauksen tavoitteena on potilaan terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, joka on terveydenhuollon keskeisimpiä tavoitteita. Ohjaamisen tulee olla laadukasta. Laadukas ohjaaminen on yksilöllistä, potilaslähtöistä, vuorovaikutuksellista ja asiallista. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon lähtökohdat, joiden mukaan ohjaussuhde rakentuu. (Kyngäs & Kääriäinen 2006, 6-9.) Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa, miten asiakas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen päämäärä. Arvioiden mukaan asiakkaat muistavat 75 % mitä näkevät ja 10 % mitä kuulevat. On arvioitu, että 90 % ohjaustilanteessa annetuista tiedoista jää mieleen käytettäessä sekä suullisia että kirjallisia ohjausmenetelmiä. Kirjallinen ohjausmateriaali annetaan tukemaan ohjaustilanteessa käsiteltyjä asioita. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 73.)

Kirjallisen ohjausmateriaalin avulla voidaan asiakkaalle myös antaa tietoa tulevista hoitoon liittyvistä asioista. Kirjallisten ohjeiden tulee olla selkeitä sekä asiakkaan tarpeisiin ja tietoihin sopivia. (Kyngäs ym. 2007, 124-125.) Ohjauksessa voidaan käyttää videota, jolla on mahdollista esitellä toimenpidepaikkoja, kokemuksia, tilanteita ja ohjeita. Video-ohjaus sopii asiakkaille, joiden on hankala lukea kirjal-

lista materiaalia. Video-ohjeet ovat helposti vastaanotettavia, hyödyllisiä ja taloudellinen tapa ohjata. (Kyngäs ym. 2007, 122–124.)

Tietotekniikan kehittyessä Internet antaa mahdollisuuden nopeaan tiedonsaantiin ja välittömään vuorovaikutukseen. Sähköisten ohjausmenetelmien käyttö on suosittua sellaisten asiakasryhmien kesken jotka ovat ennakkoluulottomia, etsivät uusia mahdollisuuksia ja ovat tottuneet sähköisten menetelmien käyttöön. Sähköiset menetelmät mahdollistavat yksilö-, ryhmä- ja laajempien väestöryhmien ohjauksen. (Kyngäs ym. 2007, 122–124.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista kattaa tiedonsaantioikeuden. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 5 §.) Asiakkaan tulee saada ohjausta eri hoitovaihtoehdoista, riskitekijöistä, toimenpiteen epäonnistumismahdollisuuksista ja komplikaatioista. Terveystieteiden ammattilaisen on annettava tietoa siten, että asiakas ymmärtää sen sisällön. Tärkeää on asiakkaan oma aktiivinen osallistuminen ja oikein ajoitettu ohjaus. (Bucklin, Gambling & Wlody 2009, 131–134; Kyngäs ym. 2007, 41–42; Kyngäs & Kääriäinen 2006, 6–9.) Tietotekniikka on helpottanut tiedonsaantia. Hoitajan tehtävä on kuitenkin ohjata ja esittää eri mahdollisuuksia helpottaakseen asiakkaan päätöksentekoa. Asiakkaalle annettu riittävä tieto antaa hänelle mahdollisuuden arvioida, mikä on hänelle paras vaihtoehto. (Kyngäs ym. 2007, 41–42; Kyngäs & Kääriäinen 2006, 6–9.)

Onnistuneessa ohjauksessa on tärkeää tunnistaa ja selvittää, mitä asiakas tietää, mitä hän haluaa tietää, mitä hänelle kerrotaan ja mikä on hänen tapansa omaksua tietoa. Yhteistyössä tapahtuva ohjaus parantaa hoitoon sitoutumista ja asiakkaan tyytyväisyyttä. Hyvä vuorovaikutus hoitajan ja asiakkaan välillä luo turvallisuutta ja luottamuksellisuutta. Onnistunut vuorovaikutus vaatii hoitajalta ja asiakkaalta halua työskennellä yhdessä samoin odotuksin ja tavoittein. Asiakkaan taustatietojen tunnistamisen varaan rakentuu ohjaamisen onnistuminen. Taustatietojen tun-

nistaminen vaikuttaa ohjaussuhteen syntymiseen ja etenemiseen. (Kyngäs ym. 2007, 47–48.)

Ohjauksen kannalta tärkeitä taustatekijöitä ovat fyysiset ominaisuudet, psyykkiset ominaisuudet, sosiaaliset tekijät ja muut ympäristötekijät. Fyysisiä ominaisuuksia ovat ikä, sukupuoli, sairauden kesto ja laatu ja sen vaikutus asiakkaan arkielämään. Fyysiset taustatekijät vaikuttavat asiakkaan kykyyn ottaa ohjausta vastaan ja käsitellä saamiaan tietoja. Psyykkisiä ominaisuuksia ovat asiakkaan motivaatio, terveysuskomukset, odotukset, kokemukset, tarpeet sekä oppimistyylit ja –valmiudet. Asiakkaan motivaatio vaikuttaa siihen, miten hän omaksuu tietoa ja miten tärkeäksi hän kokee ohjauksessa esiin tulleet asiat. Sosiaaliset tekijät muodostuvat kulttuurisista, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä ja ne ovat ohjaamisen kannalta merkittäviä. Hoitajan ja asiakkaan arvot vaikuttavat ohjaustilanteessa siihen, kuinka he lähestyvät käsiteltäviä asioita. Asiakkaan vieras kieli voi lisä turvattomuuden tunnetta ja vaikeuttaa aktiivista osallistumista ohjaustilanteessa. (Kyngäs & Kääriäinen 2006, 6-9.)

Ohjaaminen on terveydenhuollon henkilökunnan vahvaa aluetta. Asiakkaan ohjaus on punaisena lanka koko hoitoprosessin ajan. Henkilökunnan hyvä koulutus ja teorian tiedot, hyvä hoitokäytäntö ja hyvät vuorovaikutustaidot takaavat ohjaamisen onnistumisen. Ohjaus perustuu tutkitun ja hyväksi havaitun tiedon hyödyntämiseen. Luottamuksellisessa ja kiireettömässä ohjaustilanteessa asiakas uskaltaa kysyä epäselviä ja mieltä askarruttavia asioita. Hyvässä vuorovaikutuksessa tapahtuva ohjaus vähentää epävarmuuden tunnetta, pelkoa ja ahdistusta. Terveydenhuollon henkilökunnan kuuluu varmistaa, että ohjaus on ollut ymmärrettävää. Kaikki ohjattavat eivät omaksu annettavia tietoja helposti. Ohjauskertoja tulee voida tarvittaessa lisätä tiedon ymmärtämisen helpottamiseksi. (Ohtonen 2006, 3.)

Normaalin raskauden seuranta tapahtuu lähinnä äitiysneuvolassa, joka on osa avoterveydenhuoltoa. Sen tarkoitus on palvella kaikkia odottavia äitejä. Ohjaaminen ja neuvojen antaminen, psykososiaalinen tukeminen sekä synnytyksen suunnittelu ja synnytysvalmennus ovat pääasiallisesti neuvolan vastuulla. Riskisairauksien ja raskauskomplikaatioiden seulonta sekä sikiöseulonnat tapahtuvat pääsääntöisesti synnytysairaaloissa. Synnytykseen valmentaminen ja suunnittelu on merkittävä äitiyshuollon tehtävä. Jokainen synnytys on erilainen ja siksi myös ohjauksen tulee olla yksilöllistä. Neuvolan tulee antaa ohjausta synnytyksessä käytettävistä kivunlievitysmenetelmistä. Synnytyksen eteneminen ja kivunlievityksen tarve on yksilöllistä. Synnyttäjien neuvolasta saama ohjaus tulee olla riittävää, että jokainen synnyttäjä voi tarvittaessa valita sopivan kivunlievitysmenetelmän. (Paananen ym. 2006; Uotila 2011.)

Neuvolasta saatavan valmennuksen tehtävänä on asiallisen tiedon antaminen synnytyksestä, sen kulusta ja kivunlievitysmahdollisuuksista. Tiedon puute tai virheellinen tieto sekä jännitys ja pelko korostavat kipuvastetta. Synnyttäjien tieto anestesia­lääkärin antamista kivunlievitysmenetelmistä on monesti puutteellista, koska he eivät välttämättä tapaa lääkäriä ennen synnytystä. (Sarvela & Nuutila 2009, 1882–1883.) Äitiyshuollon tehtävä on ehkäistä synnytyspelkoa ja antaa tietoa synnytys­sairaalan kivunlievityskäytännöistä sekä antaa mahdollisuus tutustua synnytys­sairaalaan. Neuvolan ja synnytys­sairaalan yhtenäiset linjat ja hyvä tiedon­kulku luovat synnyttäjälle turvallisen ja luottavaisen olon. Neuvoloilla on mahdollisuus ohjata synnyttäjä synnytys­pelkopolin vastaanotolle, jossa synnyttäjällä on mahdollisuus keskustella lääkärin ja kättilön kanssa huolenaiheistaan. (Saisto 2000, 1483–1488.)

4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Ryttyläinen (2005) tutki väitöskirjassaan naisten tuntemuksia raskauden ja synnytyksen aikana. Tutkimuksen mukaan naisille oli tärkeää voida hallita ja vaikuttaa tilanteisiin raskaudessa ja synnytyksessä. Tutkimuksessa selvitettiin hallintaa edistäviä ja estäviä tekijöitä yhteistyösuhteessa terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kätilön kanssa. Riittävä tiedon saanti, osallistuminen päätösten tekoon ja riittävä kivunlievitys lisäsivät hallitsevuuden tunnetta. Tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa tietoa naisten hallintaa edistävästä ja estävästä tekijöistä ja kehittää äitiyshuollon palveluja naisten hallintaa tukeviksi. Tutkimukseen osallistui 1 625 suomalaista naista vuonna 2003.

Aaltonen & Västi (2009) tutkivat pro gradu-tutkielmassaan synnytyspelkopoliklinikan asiakkaiden pelkoja ja kokemuksia sekä odotuksia synnytyspelon hoidossa. Aineistoa kerättiin vuoden 2009 aikana. Tutkimuksesta selvisi, että pelkoa aiheuttivat psyykkiset pelot, kehon vaurioituminen, repeämät, lapsen vammautuminen, lapsen hyvinvointi raskauden ja synnytyksen aikana, vauvan koko ja puutteellinen kivunlievitys. Tutkimuksen mukaan synnytysten yhteydessä koettu kipu tai pelko riittämättömästä kivunlievityksestä lisäsi synnytyspelkoa. Tutkimukseen osallistujat toivoivat riittävää ohjausta kivunlievitysmenetelmistä ja riittävää kivunlievitystä synnytyksen aikana.

Kulhan & Närväsen opinnäytetyö (2010) tutki synnyttäjien kätilöltä saamaa tietoa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä synnytyksen yhteydessä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että synnyttäjät toivovat kätilöiden kuuntelevan heidän mielipidettään ja antavat valinnan mahdollisuuksia. Pelkkien tosiasioiden kertomisen sijaan synnyttäjät toivoivat kuulevansa kätilön oman mielipiteen, jolloin he saisivat tukea omalle päätökselle. Tutkimuksessa haastateltujen kätilöiden mukaan synnyttäjät

saisivat tuoda aktiivisemmin omia toiveitaan kivunlievityksen suhteen esille. Haittavaikutuksista kertominen koettiin pelotteluna ja tiedolliseen ohjaukseen tulisi panostaa jo synnytysvalmennuksessa. Raskauden aikana tulisi rohkaista naisia pohtimaan omia odotuksia lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Tietoiseen päätöksentekoon kuuluu saada riittävää ja asiallista tietoa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Tietoiseen päätöksentekoon kuuluu myös ymmärtää kivunlievitykseen liittyvät hyödyt, mahdolliset riskit ja haittavaikutukset. Kättilöiden mukaan synnyttäjillä on perustietoa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä mutta ei riittävästi tietoa haitta- ja sivuvaikutuksista.

Allilan opinnäytetyössä (2010) selvitettiin ensisynnyttäjien tiedonsaantia synnytysten kivunlievitysmenetelmistä. Lääkkeellisten kivunlievitysten osalta synnyttäjistä 40 % oli saanut tietoa vähän tai ei lainkaan ja 36 % oli saanut tietoa kohtalaisesti. Ainoastaan joka neljännes oli saanut tietoa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä paljon tai erittäin paljon. Tutkimuksen mukaan eniten lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä oli saatu tietoa epiduraalipuudutuksesta, toiseksi eniten ilokaasusta ja kolmanneksi eniten paraservikaalipuudutuksesta. Vähiten tietoa oli tutkimuksen mukaan saatu spinaalipuudutuksesta ja kipulääkkeistä. Suurin osa eli 47 % tutkimukseen osallistuneista piti ohjauksen, tiedon ja neuvonnan saantia erittäin tärkeänä. Suurin osa tutkimukseen osallistuvista ensisynnyttäjistä olivat kivunlievitykseen liittyvään tietoon kohtalaisen tyytyväisiä. Parannusehdotuksina kuitenkin toivottiin suullisen tiedon annon lisäämistä, materiaalin jakamista ja laajempia perhevalmennuksia. (Allila 2010.)

5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT JA AINEISTO

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Kvantitatiivisia sekä kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä, kuten myös näiden yhdistelmiä, on mahdollista käyttää hoitotieteen tutkimuksissa. Lähestymistavan ja menetelmän määrää tutkimusongelma ja tutkittava ilmiö. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009) mukaan kvalitatiivista menetelmää ei voi käyttää, jos halutaan suuresta joukosta yleistettävää tietoa. Yleensä kvantitatiivisessa, eli määrällisessä tutkimuksessa, on kohteena suurempi joukko. Kun koko joukkoa ei voida ottaa tutkimukseen mukaan, joudutaan valitsemaan mukaan tulevat otannalla. Tarkoitus ei ole tarkastella tutkittavia yksilöinä, vaan pyrkiä löytämään yleinen malli, joka edustaa valtaosaa. (Kankkunen ym. 2009, 79.) Valitsimme kvantitatiivisen lähestymistavan, jotta pystymme soveltamaan ja yleistämään tuloksia mahdollisimman kattavasti perusjoukkoon. Kvantitatiivinen tutkimus oli myös opinnäytetyön tilaajan toiveena.

Perusjoukolla tarkoitetaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa väestöryhmää, johon tutkimustuloksia yleistetään. Tutkimukseen satunnaisesti valitut vastaajat muodostavat otoksen. Otos on osa perusjoukkoa ja edustaa tätä mahdollisimman hyvin. Tällöin otantatutkimuksen tulokset ovat luotettavia. Otannan tarkoituksena on, että kooltaan perusjoukkoa pienemmällä otoksella saadut tulokset pystytään yleistämään koko perusjoukkoon. Otosta valittaessa on tärkeää tutkia otoksen ominaisuuksia suhteessa perusjoukkoon. Otoksessa on oltava samoja ominaisuuksia samassa suhteessa kuin perusjoukossa. (Heikkilä 2004, 33–34; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79; Vehkalahti 2008, 43.) Tutkimuksen perusjoukon muodostavat kaikki 22.2.–19.4.2012 Kiurussa alakautta synnyttäneet äidit, jotka

käyttivät ainakin yhtä lääkkeellistä kivunlievitysmenetelmää. Tutkimuksesta suljettiin pois sektiot ja synnytykset, joissa ei käytetty lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä.

5.2 Mittarin laatiminen ja aineiston keruu

Aineiston keräämiseen kyselylomake on tyypillinen kvantitatiivisen metodin mittari. Kyselylomake, toisin kuin esimerkiksi suullinen haastattelu, mahdollistaa tiedon keruun laajalta joukolta. Kyselylomakkeen tulee olla täsmällinen ja tutkimusilmiötä laajasti mittaava, siksi myös mittarin perustana olevan kirjallisuuskatsauksen tulee olla kattava. (Kankkunen ym. 2009, 87–104.) Hyvä kyselylomake on siisti, selkeä ja houkuttelevan näköinen. Kysymykset ja teksti on aseteltu hyvin ja vastausohjeet ovat selkeitä. Kyselylomakkeen alussa on helppoja kysymyksiä, ja lomake etenee loogisesti eikä ole liian pitkä. Strukturoidut kysymykset ovat monivalintakysymyksiä, joihin on annettu valmiit vastausvaihtoehdot. Strukturoidut kysymykset mahdollistavat tulosten tilastollisen käsittelyn ja pienentävät virhemarginaalia. Valmiit vastausvaihtoehdot helpottavat kritiikin antamista, koska vastaajan ei itse tarvitse muotoilla vastauksia. (Heikkilä 2004, 48–51.)

Kyselylomake oli strukturoitu, ja se sisälsi yhden avoimen kysymyksen. Kyselylomake oli suomen- ja ruotsinkielinen. Kyselylomakkeen teimme yhteistyössä anestesia lääkäri Ulrika Kujansivun ja yliopettaja Annukka Kukkolan kanssa. Opinnäytetyön kyselylomakkeen pyrimme saamaan vastaamaan tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimusongelmia. Kyselylomakkeen teimme vastaamaan aiempien tutkimusten teoriaa ja huomioimme opinnäytetyön tilaajien mielipiteet.

Kyselylomakkeen laadimme syksyn 2011 aikana. Strukturoitu kyselylomake sisälsi monivalintakysymyksiä, joihin oli valmiit vastausvaihtoehdot sekä kaksi avointa kysymystä. Taustamuuttujissa (1–6) kartoitimme ikää, synnytysten lukumäärää ja koulutusta. Lisäksi kysyimme lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttöä aikaisemmissa ja viimeisimmässä synnytyksessä. Monivalintakysymyksillä 7-11 selvitimme, millaista ohjausta synnyttäjät olivat saaneet lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Kysymyksillä 10–12 selvitimme, miten synnyttäjiä oli ohjattu synnytyskivun lievityksessä käytettävien lääkkeiden vaikutuksista. Kysymyksissä 13–15 selvitimme, millainen ohjaus lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä tuki synnyttäjää kivunlievityksessä. Kysymys 16 oli avoin kysymys, jossa vastaajalla oli mahdollisuus esittää parannuskeinoja lääkkeellisen kivunlievityksen ohjaukseen.

Kyselylomakkeen mukaan laitoimme saatekirjeen (LIITE 2/1), jossa kerroimme kyselyn tarkoituksen ja tavoitteet lyhyesti. Mittarin esitestaaminen tutkimusotosta pienemmällä vastaajajoukolla on erityisen tärkeää silloin kun tutkimusta varten on kehitetty uusi mittari. Esitestauksella mitataan mittarin toimivuutta ja luotettavuutta. Esitestauksen yhteydessä mittarin loppuun on hyvä jättää tilaa, johon vastaajat voivat lisätä parantamishdotuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154.) Kysymyslomakkeen esitestasimme kolmella henkilöllä. Esitestauksen jälkeen saamamme palautteen jälkeen muutimme kysymyksen 13 sananmuotoa ymmärrettävämpään muotoon ja kysymykseen 16 lisäsimme vastaustilaa.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin keväällä 2012 Kiurussa osastolla 3. Synnytysalissa työskentelevät kätilöt jakoivat kyselylomakkeet synnytyksen jälkeen. Kyselylomakkeeseen vastaaminen tapahtui sairaalassaolon aikana ja lomakkeet palautettiin suljetussa kirjekuoressa osastolla olevaan palautelaatikkoon. Kyselylomakkeita jaettiin 100 ja vastattuja lomakkeita saimme takaisin 77.

5.3 Aineiston analysointi

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kerätään, käsitellään ja analysoidaan eri vaiheissa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kerätään kyselylomakkeilla, josta ne syötetään käsittelyä varten tietokoneelle. Hoitotieteessä yleisimmin käytetty analyysimenetelmä on SPSS-ohjelma. Kvantitatiivisen tutkimuksen analysointiin käytetään SPSS for Windows-tilasto-ohjelmaa. SPSS-ohjelman avulla aineisto analysoidaan ja raportti kirjoitetaan Word for Windows-ohjelmalla, joka sopii yhteen tilasto-ohjelman kanssa. (Heikkilä 2004, 122–123.)

Analyysitulokset esitetään teksteinä, taulukkoina ja kuvioina, joista tietoa on helpompi tulkita kuin pelkästä tekstistä. Kvantitatiivisen tutkimuksen peruselementtejä ovat frekvenssit ja prosenttiosuudet. Frekvenssiä kuvataan taulukoissa tai kuvioissa numeroina ja se tarkoittaa kuhunkin luokkaan kuuluvien tutkimukseen osallistujien lukumäärää. Frekvenssitaulukossa voidaan ilmoittaa myös prosenttiosuudet. Otoksen on oltava laaja, jotta prosenttiosuus antaa luotettavaa tietoa koko perusjoukon jakaumasta. (Holopainen ym. 2004, 44–45; Kankkunen ym. 2009, 103–104.)

Opinnäytetyössä käytimme kahta avointa kysymystä täydentämään monivalintakysymyksiä. Vastaajille, joiden yksilöllisiä tarpeita ei huomioitu ohjaustilanteessa, annoimme kysymyksessä 8 mahdollisuuden kertoa mielipiteitään. Kysymyslomakkeen lopussa oli avoin kysymys (16), jossa kysyimme vastaajien toiveita ohjauksen kehittämisessä. Ennen analysointia kävimme kyselylomakkeet huolellisesti lävitse ja tarkastimme sisälsivätkö vastaukset virheellisiä tai puuttuvia tietoja. Samalla numeroimme kyselylomakkeet. Monivalintakysymykset analysoimme SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences)-tilasto-ohjelman avulla joka antoi tulokset frekvensseinä (f) ja prosentteina (%). SPSS-ohjelman avulla muu-
timme tutkimustulokset erilaisiksi taulukoiksi, kuvioiksi ja teksteiksi, jolloin niitä

on helpompi tarkastella. Aineistoa havainnollistavat kuviot teimme Microsoft office Excel 2007-ohjelmalla. Esitimme tulokset yhden desimaalin tarkkuudella.

5.4 Tutkimusetiikka ja luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen ydin on eettisyys. Pietarinen (2002) on laatinut tutkijoille kahdeksan eettisen vaatimuksen luettelon, joka on erinomainen pohdintaperusta kaikille tutkimusta tekeville. Eettisten vaatimusten listaan kuuluu tutkijan älyllinen kiinnostus, tunnollisuus, rehellisyys, vaaran eliminointi, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalinen vastuu, ammatinharjoitusten edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172; Kuula 2006, 30.) Tutkimukseen osallistujilla on oltava itsemääräämisoikeus, kyselyyn vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja tutkittavalla pitää olla oikeus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimus. Tutkimukseen osallistuvia ei saa palkita eikä uhkailla. Tutkimuksen saatekirjeen tulee olla asiallinen, neutraali ja antaa riittävästi tietoa tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistujilla tulee olla mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä vastaamasta kysymyksiin sekä keskeyttää tutkimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–178; Kuula 2006, 61–65.)

Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömästi. Kysymyslomake ei sisältänyt kohtia, joista tutkittavien henkilöllisyys paljastuisi. Laitoimme lomakkeet kirjekuoriin, jotka kätilöt antoivat kyselyyn osallistujille synnytyksen jälkeen. Kyselylomakkeet palautettiin suljetussa kirjekuoressa osastolla 3 sijaitsevaan palautuslaatikkoon. Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut yhteyksiä tutkimukseen osallistujiin, jolloin anonyymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan. Tutkimustulosten analysoinnin jälkeen hävitimme kyselylomakkeet.

Opinnäytetyönsuunnitelman hyväksymisen jälkeen lähetimme tutkimuslupahakemuksen Kiurun hallintoylijohtaja Pirjo-Liisa Hautala-Jylhälle. Tutkimusluvan (LIITE 1) opinnäytetyölle saimme tammikuussa 2012. Saatekirjeen (LIITE 2/1) kirjoitimme mahdollisimman neutraaliksi ja asialliseksi. Saatekirjeessä korostimme, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista. Saatekirjeessä kerroimme selkeästi, millaisesta tutkimuksesta oli kyse ja kyselylomakkeen vastauksia käytettiin ainoastaan kyseiseen tutkimukseen. Saatekirjeeseen laitoimme opinnäytetyön tekijöiden nimet ja puhelinnumerot mahdollisten kysymysten varalta. Saatekirje oli erillisenä, ja vastaajat saivat pitää saatekirjeen.

Tutkimusta tehdessä tulee pyrkiä rehellisyyteen työn kaikissa vaiheissa. Muiden tekstien plagioiminen, puutteellinen tai harhaanjohtava raportointi, toisten tutkijoiden vähättely, tulosten kritiikitön yleistäminen, tulosten sepittäminen ja tutkimusrahojen väärinkäyttö on huomioitava kaikessa tieteellisessä toiminnassa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 181–184; Hirsjärvi ym. 2007, 26–27; Kuula 2006, 36–39.) Opinnäytetyötä tehdessämme otimme huomioon edellä mainitut eettiset kysymykset tarkasti. Lähdekirjallisuutta pyrimme tarkastelemaan kriittisesti. Lähdemerkinnät kirjoitimme mahdollisimman täydellisesti, jotta lukija pystyisi tarvittaessa löytämään käytetyt lähteet.

Tutkimuksen luotettavuuden perusta on mittarin sisältövaliditeetti. Luotettavia tuloksia on mahdotonta saada, jos mittari on vääränlainen, eikä se mittaa oikeita tutkimusilmiöitä. Teoreettiset käsitteet pitää saada mittauksen ja empiirisen tutkimuksen kohteeksi, jolloin käsitteitä joudutaan operationaalistamaan. Teoriakäsitteet operationalisoidaan muuttujiksi, joilla mitataan tutkimusilmiötä. Tarkoituksena on mitata ja havainnoida teoreettisia käsitteitä mahdollisimman tarkkaan. Mittaamisen onnistumisen tukena voidaan käyttää asiantuntijoita, jotka arvioivat sen onnistumista. Teoreettisten käsitteiden arvioinnin tärkeys korostuu silloin,

kun laaditaan uusi mittari tutkimusta varten. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 152–154; Hirsjärvi ym. 2007, 150–153.)

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheellisen tutkimustuloksen syntymistä, vaikka tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan validiteetin (pätevyys) ja reliabiliteetin (luotettavuus) avulla. Validiteetti kertoo, mitataanko sitä mitä oli tarkoitus mitata, ja reliabiliteetti kertoo, miten tarkasti mitataan. Mittarin ollessa validi se mittaa sitä, mitä on tarkoitus tutkia. Reliabiliteetti tarkoittaa kuinka luotettava, tarkka ja johdonmukainen mittari on. Validiteetti ja reliabiliteetti yhdessä muodostavat mittarin kokonaisluotettavuuden. (Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 2009, 152; Hirsjärvi ym. 2007, 226–227; Vehkalahti 2008, 40–42.)

Kyselylomakkeen sisällön pyrimme saamaan vastaamaan mahdollisimman tarkasti tutkimusongelmia. Esitetasimme kyselylomakkeen, jotta saisimme siitä mahdollisimman luotettavan, tarkan ja johdonmukaisen. Esitestauksen jälkeen saamme palautteen pohjalta teimme parannuksia kyselylomakkeeseen.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn osallistui 77 (n=77) 100:sta, jolloin vastausprosentiksi tuli 77. Taustatiedoissa kohdissa 1-5 selvitimme kyselyyn osallistuvien ikää, synnytysten lukumäärää, koulutusta, aikaisemmissa synnytyksissä käytettäviä lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä ja tämän synnytyksen aikana käytettäviä kivunlievitysmenetelmiä (TAULUKKO 1). Taustakysymyksiin vastasivat kaikki osallistujat.

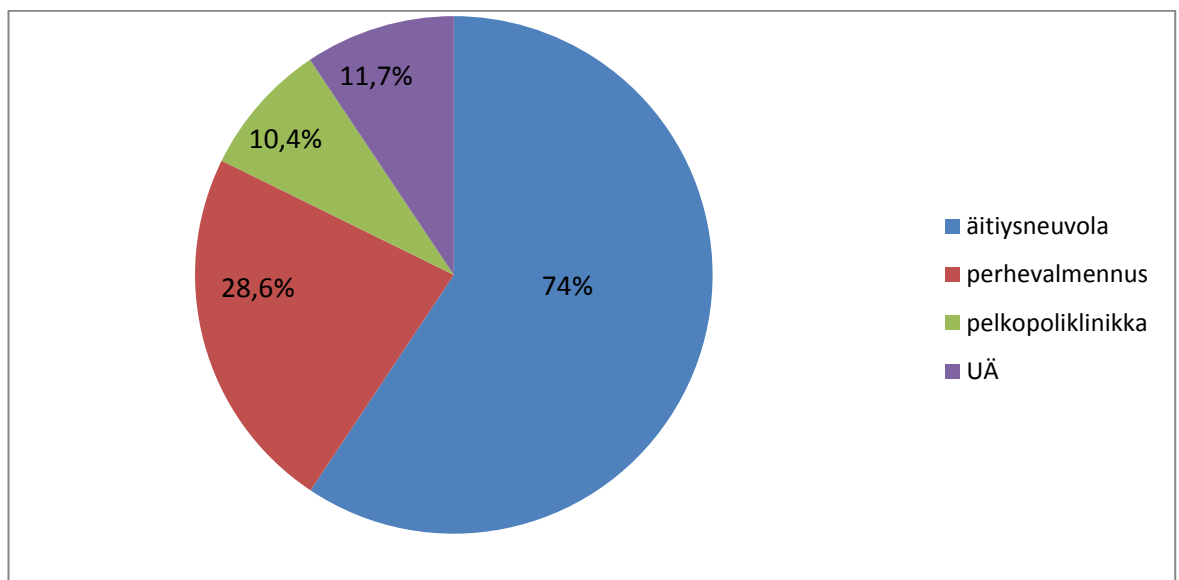
Suurin osa vastaajista oli 23–28 vuotiaita (n = 27). Vastaajista 28 oli ensisynnyttäjiä. Valtaosa vastaajista oli suorittanut ammatti- tai korkeakoulututkinnon. Ilokaasu ja epiduraalipuudutus olivat vastausten perusteella käytetyimpiä kivunlievitysmenetelmiä, niin aikaisempien kuin viimeisimmän synnytyksen kohdalla. Paraserviikaalipuudutuksen käyttö oli lisääntynyt melkein puolella verrattuna aikaisempia ja viimeisimpiä synnytyksiä. Kukaan vastaajista ei ollut saanut yhdistettyä spinaali-epiduraalipuudutusta.

TAULUKKO 1. Vastaaajien taustatiedot

| Taustatiedot | n | % |
|--|----|------|
| <u>Ikä</u> | | |
| alle 23 v. | 10 | 13,0 |
| 23–28v. | 27 | 35,1 |
| 29–34v. | 22 | 28,6 |
| 35–40v. | 15 | 19,5 |
| yli 41v. | 3 | 3,9 |
| <u>Synnytysten lukumäärä</u> | | |
| ensisynnyttäjä | 28 | 36,4 |
| 2. synnytys | 20 | 26,0 |
| 3. synnytys | 11 | 14,3 |
| 4. synnytys | 5 | 6,5 |
| 5.–7. synnytys | 3 | 3,9 |
| 8.–12. synnytys | 1 | 1,3 |
| <u>Koulutus</u> | | |
| peruskoulu | 3 | 3,9 |
| lukio | 5 | 6,5 |
| opintoasteen tutkinto | 13 | 16,9 |
| ammattitutkinto | 27 | 35,1 |
| korkeakoulu | 28 | 36,4 |
| <u>Aiemmissä synnytyksissä käytetty kivunlievitysmenetelmä</u> % | | |
| ilokaasu | | 41,6 |
| epiduraalipuudutus | | 39,0 |
| paraservikaalipuudutus | | 20,8 |
| spinaalipuudutus | | 19,6 |
| pudendaalipuudutus | | 2,6 |
| yhd. spinaali/epiduraalipuudutus | | 0 |
| <u>Viimeisimmän synnytyksen aikana käytetty kivunlievitysmenetelmä</u> % | | |
| ilokaasu | | 54,5 |
| epiduraalipuudutus | | 40,3 |
| paraservikaalipuudutus | | 40,3 |
| spinaalipuudutus | | 26,0 |
| pudendaalipuudutus | | 5,2 |
| yhd. spinaali/epiduraalipuudutus | | 0 |

6.2 Raskausaikana saatu ohjaus lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä

Kyselylomakkeen kohdassa 6 selvitimme, mistä vastaajat olivat saaneet ohjausta lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto ja mainita vaihtoehtojen lisäksi, jos olivat saaneet tietoa jostain muualta. Vaihtoehtoina olivat äitiysneuvola, pelkopoliklinikka, ultraäänitutkimuksen yhteydessä ja perhevalmennus. Vastaajista suurin osa 74,0 % oli saanut ohjausta äitiysneuvolassa, perhevalmennuksessa 28,6 %, ultraäänitutkimuksen (UÄ) yhteydessä 11,7 % ja pelkopoliklinikalla 10,4 % (KUVIO 1). Muutamissa vastauksissa oli mainittu lisäksi Internet ja ystävät.



KUVIO 1. Ohjauspaikat.

Kyselylomakkeen kohdassa 7 selvitimme, huomioitiinko vastaajien yksilöllisiä tarpeita ohjaustilanteessa. (LIITE 2/2). Vastausvaihtoehdoiksi annoimme kyllä tai ei. Suurin osa vastaajista 79,2 % (n=61) oli sitä mieltä, että heidän yksilölliset tarpeensa otettiin huomioon ohjaustilanteessa.

Vastaajille, joiden yksilöllisiä tarpeita ei huomioitu (n=16) ohjaustilanteessa, annoimme kysymyksessä 8 mahdollisuuden kertoa mielipiteitään. Vastaajista suurin osa (n=11) oli sitä mieltä, että ohjaustilanteessa ei ollut tarpeeksi aikaa. Kirjallisten ohjeiden läpikäymistä ohjaustilanteen yhteydessä toivottiin kolmessa vastauksessa. Yhdessä vastauksessa ehdotettiin keskusteluryhmiä raskaana oleville äideille. Keskusteluryhmissä voisi vaihtaa ajatuksia ja mielipiteitä lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Yhdessä vastauksessa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä saatu ohjaus ryhmässä koettiin huonoksi. Asioiden käsitteleminen ryhmässä ei välttämättä onnistu kaikilta sujuvasti.

Kyselylomakkeen kohdassa 9 selvitimme, millaista ohjausta raskaana oleville oli annettu lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä (LIITE 2/3). Eniten ohjausta oli saatu epiduraalipuudutuksesta. Vastaajista 27,3 % oli saanut ohjausta paljon tai erittäin paljon ja kohtalaisesti 40,3 % (TAULUKKO 2). Toiseksi eniten ohjausta oli saatu ilokaasun käyttämisestä kivunlievityskeinona. Vastaajista suurin osa 35,1 % oli saanut ohjausta kohtalaisesti ja paljon tai erittäin paljon 18,2 %. Kolmanneksi eniten ohjausta oli saatu spinaalipuudutuksesta. Vastaajista 29,9 % oli saanut ohjausta kohtalaisesti ja 19,5 % paljon tai erittäin paljon. Neljänneksi eniten ohjausta oli saatu paraservikaalipuudutuksesta. Vastaajista 20,8 % oli saanut kohtalaisesti ohjausta paraservikaalipuudutuksesta ja paljon 14,3 %. Viidenneksi eniten 35,1 %, oli saanut kipulääkkeistä ohjausta kohtalaisesti ja 29,9 % vähän. Vastaajista 55,8 % ei ollut saanut ohjausta yhdistetystä epiduraali - spinaalipuudutuksesta ollenkaan, vähän 22,1 % ja kohtalaisesti ohjausta oli saanut 20,8 %. Vastaajista 49,4 % ei ollut saanut ollenkaan ohjausta pudendaalipuudutuksesta, vastaajista 31,2 % ilmoitti saaneensa vähän ja 16,9 % kohtalaisesti ohjausta.

TAULUKKO 2. Vastaajien saama ohjaus lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä, suluissa n.

| | en ollenkaan % | vähän % | kohtalaisesti % | paljon % | erittäin paljon % |
|-----------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------|
| ilokaasu | 16,9 (13) | 29,9 (23) | 35,1 (27) | 14,3 (11) | 3,9 (3) |
| kipulääke | 31,2 (24) | 33,8 (26) | 29,9 (23) | 2,6 (2) | 0 |
| epiduraali | 11,7 (9) | 20,8 (16) | 40,3 (31) | 23,4 (18) | 3,9 (3) |
| spinaali | 20,8 (16) | 27,3 (21) | 31,2 (24) | 18,2 (14) | 1,3 (1) |
| yhd.Epid-spin. | 55,8 (43) | 22,1 (17) | 20,8 (16) | 0 | 0 |
| paraservikaali | 37,7 (29) | 26 (20) | 20,8 (16) | 14,3 (11) | 0 |
| pudendaali | 49,4 (28) | 31,2 (24) | 16,9 (13) | 1,3 (1) | 0 |

Kysymys 10 oli lisäkysymys liittyen vastaajien saamaan ohjaukseen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä (LIITE 2/3). Selvitimme, miten paljon ohjausta lääkkeellisten kivunlievitysten hyödyistä oli annettu vastaajille. Epiduraalipuudutuksen hyödyistä oli annettu ohjausta eniten. Vastaajista 37,7 % oli saanut ohjausta kohtalaisesti ja 32,5 % paljon tai erittäin paljon (TAULUKKO 3). Ilokaasun hyödyistä oli saanut ohjausta kohtalaisesti 39,0 % ja paljon tai erittäin paljon 15,6 %. Spinaalipuudutuksen hyödyistä oli saanut ohjausta kohtalaisesti 32,5 % ja paljon tai erittäin paljon 22,1 %. Kipulääkkeiden hyödyistä oli saanut ohjausta kohtalaisesti 36,4 %. Paraservikaalipuudutuksesta hyödyistä ohjausta oli saanut kohtalaisesti 20,8 % ja paljon tai erittäin paljon 14,3 %. Vähiten ohjausta oli annettu yhdistetyn spinaali-epiduraalipuudutuksen ja pudendaalipuudutuksen hyödyistä. Vastaajista yli puolet ei ollut saanut näiden hyödyistä lainkaan ohjausta.

TAULUKKO 3. Vastaajien saama ohjaus lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien hyödyistä, suluissa n.

| | en ollenkaan % | vähän % | kohtalaisesti % | paljon % | erittäin paljon % |
|------------------------|-------------------|--------------|--------------------|--------------|-------------------------|
| ilokaasu | 22,1 (17) | 23,4 (18) | 39 (30) | 11,7 (9) | 3,9 (3) |
| kipulääke | 32,5 (25) | 23,4 (18) | 36,4 (28) | 3,9 (3) | 0 |
| epiduraali | 15,6 (12) | 14,3 (11) | 37,7 (29) | 26 (20) | 6,5 (5) |
| spinaali | 19,5 (15) | 24,7 (19) | 32,5 (25) | 19,5 (15) | 2,6 (2) |
| yhd. Epid-spin. | 54,5 (42) | 20,8 (16) | 22,1 (17) | 1,3 (1) | 0 |
| paraservikaali | 40,3 (31) | 23,4 (18) | 20,8 (16) | 13 (10) | 1,3 (1) |
| pudendaali | 54,5 (42) | 24,7 (19) | 18,2 (14) | 1,3 (1) | 0 |

Kysymyksessä 11 selvitimme, millaista ohjausta oli annettu mahdollisista haittavaikutuksista. Eniten ohjausta haittavaikutuksista oli annettu epiduraalipuudutuksesta. Vastaajista 29,9 % oli saanut ohjausta kohtalaisesti ja 15,6 % paljon tai erittäin paljon (TAULUKKO 4). Toiseksi eniten ohjausta oli annettu spinaalipuudutuksen haittavaikutuksista. Vastaajista suurin osa 29,9 % oli saanut ohjausta kohtalaisesti. Kolmanneksi eniten ohjausta oli annettu ilokaasun haittavaikutuksista. Vastaajista ohjausta oli saanut kohtalaisesti 19,9 % ja paljon 9,1 %. Paraservikaalipuudutuksen haittavaikutuksista 70,2 % oli saanut ohjausta vähän tai ei ollut ollenkaan. Kipulääkkeiden haittavaikutuksista 76,6 % oli saanut ohjausta vähän tai ei ollenkaan. Yhdistetyn spinaali- ja epiduraalipuudutuksista haittavaikutuksista 79,2 % oli saanut ohjausta vähän tai ei ollenkaan. Pudendaalipuudutuksen haittavaikutuksista 84,4 % oli saanut ohjasta vähän tai ei ollenkaan.

TAULUKKO 4. Vastaajien saama ohjaus lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien mahdollisista haittavaikutuksista, suluissa n.

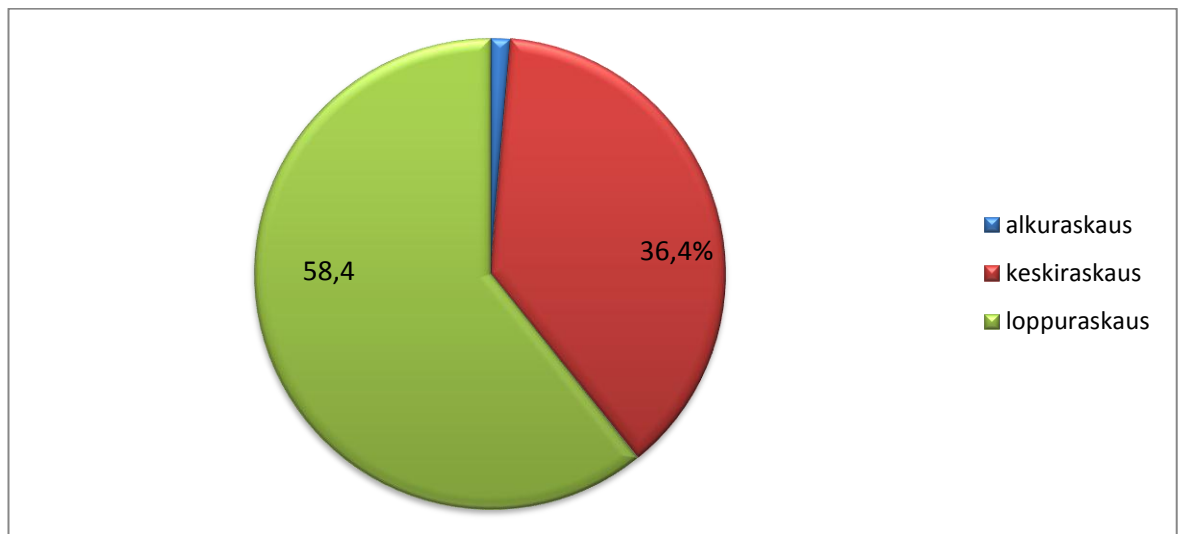
| | en ollenkaan % | vähän % | kohtalaisesti % | paljon % | erittäin paljon % |
|------------------------|-------------------|--------------|--------------------|--------------|----------------------|
| ilokaasu | 35,1 (27) | 35,1 (27) | 19,5 (15) | 9,1 (7) | 1,3 (1) |
| kipulääke | 50,6 (39) | 26 (20) | 19,5 (15) | 2,6 (2) | 0 |
| epiduraali | 27,3 (21) | 31,2 (24) | 26 (20) | 14,3 (11) | 1,3 (1) |
| spinaali | 36,4 (28) | 27,3 (21) | 29,9 (23) | 5,2 (4) | 0 |
| yhd. Epid-spin. | 57,1 (44) | 22,1 (17) | 19,5 (15) | 0 | 0 |
| paraservikaali | 45,5 (35) | 24,7 (19) | 27,3 (21) | 1,3 (1) | 0 |
| pudendaali | 59,7 (46) | 24,7 (19) | 13,0 (10) | 0 | 0 |

Kysymyksessä 12 selvitimme vastaajien tyytyväisyyttä kokonaisuudessa saamaansa ohjaukseen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä (LIITE 2/3). Vastaajista suurin osa 42,9 % (n=33) oli kohtalaisen tyytyväisiä saatuun ohjaukseen, tyytyväisiä oli 26,0 % (n=20), vähän tyytyväisiä oli 19,5 % (n=15), ei ollenkaan tyytyväisiä 6,5 % (n=5) ja erittäin tyytyväisiä 5,2 % (n=4)

6.3 Ohjauksen ajankohta ja laatu

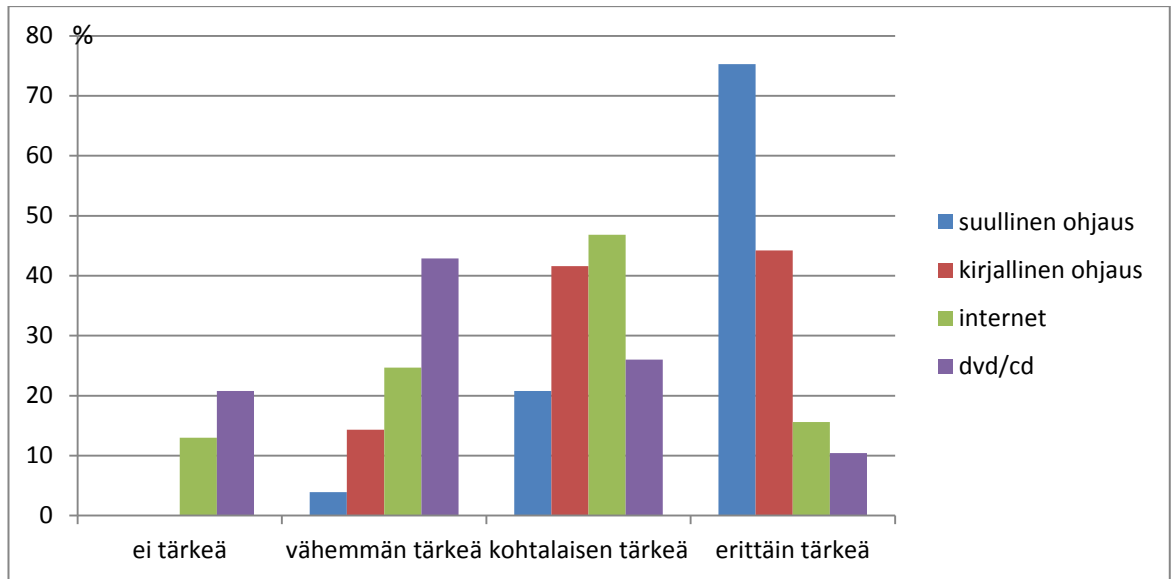
Kyselylomakkeen kohdassa 13 selvitimme, mikä on paras ajankohta saada ohjausta lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä (LIITE 2/3). Vastaajista suurin osa 58,3 % (n=45) oli sitä mieltä, että loppuraskaus oli paras aika ohjaukselle. Vastaajista

36,4 % (n= 28) piti keskiraskautta hyvänä ohjausajankohtana. Pyysimme vastaajia perustelemaan valitsemansa ajankohdan. Lähes kaikkien vastaajien mielestä tieto lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä pysyy parhaiten mielessä, kun ohjausta annetaan loppuraskaudesta. Osan vastaajien mielestä liian aikaisin annettava ohjaus lisää pelkoa synnytystä kohtaan. Keskiraskaudessa annettava ohjaus lisää ennenaikaisesti synnyttävien tietoa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä.



KUVIO 2. Paras aika ohjaukselle

Kysymyslomakkeen kohdassa 14 selvitimme, miten tärkeinä vastaajat pitivät eri ohjausmenetelmiä (LIITE 2/4). Ohjausmenetelmiä olivat suullinen ohjauksen, kirjallinen ohjaus, sairaalan Internet sivut ja DVD/CD. Enemmistö vastaajista 96,1 % piti suullista ohjausta kohtalaisen tärkeänä tai tärkeimpänä ohjausmenetelmänä (KUVIO 3). Kirjallisia ohjeita piti 85,8 % kohtalaisen tärkeinä tai erittäin tärkeinä. Internetiä piti kohtalaisen tärkeänä tai erittäin tärkeänä 62,4 % ja DVD/CD:tä piti 36,4 % kohtalaisen tärkeänä tai erittäin tärkeänä.



KUVIO 3. Ohjausmenetelmien tärkeys

Kysymyslomakkeen kohdassa 15 selvitimme lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien ohjauksen tärkeyttä raskausaikana (LIITE 2/4). Vastaajista suurin osa 68,8 % (n=53) oli sitä mieltä, että lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä annettava ohjaus on erittäin tärkeää. Ohjausta kohtalaisen tärkeänä piti 28,8 % (n=22) vastaajista.

Kysymyslomakkeen kohdassa 16 selvitimme, miten tiedonsaantia lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien osalta voisi parantaa. Kysymykseen vastasi ainoastaan kuusi henkilöä. Neljän vastaajan toive oli, että neuvolassa olisi enemmän aikaa aiheen läpikäymiseen henkilökohtaisesti ja ajoissa. Vastaajat kaipaavat kirjallisen ohjeen lisäksi suullista ja toistuvaa ohjausta. Kahden vastaajan mielestä internet oli hyvä tiedonlähde.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön tutkimusprosessin tarkastelua

Toteutimme opinnäytetyön kvantitatiivisella menetelmällä. Strukturoitu kyselylomake antoi tutkimusongelmiimme tarkkoja ja helposti määriteltäviä vastauksia. Kvalitatiivisella menetelmällä olisimme joutuneet haastattelemaan synnyttäneitä sairaalassa oloaikana. Mielestämme oli eettisempää antaa vastaajien rauhassa pohdita osallistumista tutkimukseen. Vastaajat saivat täyttää kyselylomakkeen rauhassa ja heille sopivalla ajankohdalla.

Tutkimus toteutettiin Kiurun osastolla 3. Kyselylomakkeiden jako tapahtui synnytyssalissa synnytyksen jälkeen kätilöiden toimesta. Vastaajat täyttivät kyselylomakkeen sairaalassa ja vastaukset palautettiin suljetussa kirjekuoressa osastolla olevaan palautelaatikkoon. Opinnäytetyön tutkimusaineistoa kerättiin keväällä 2012 kuusi viikkoa. Kolmen viikon jälkeen olimme saaneet 12 vastausta, joten päätimme jatkaa aineiston keruuta vielä kolme viikkoa. Olemme tyytyväisiä vastausprosenttiin (77), mikä on mielestämme erittäin hyvä. Suuri vastausprosentti lisää myös tutkimuksen luotettavuutta. Mielestämme hyvään vastausprosenttiin vaikutti kätilöiden osallistuminen kyselylomakkeiden jakoon. Todennäköisesti vastausprosentti olisi jäänyt pienemmäksi, elleivät kätilöt olisi jakaneet kyselylomakkeita.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi, että vastaajat saivat valita sopivan ajankohdan vastata kysymyksiin rauhassa. Analysointivaiheessa tyhjiä vastauslomakkeita oli kaksi. Kyselylomakkeessa vastaamatta jätettyjä kohtia oli suhteellisen vähän. Mielestämme kyselylomake antoi hyvin vastauksia tutkimusongelmiimme. Tutki-

muksen luotettavuutta vähentää mielestämme kysymysten väärinymmärtäminen ja ovatko vastaajat täyttäneet kyselylomakkeen huolellisesti ja rehellisesti. Väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida, sillä ei voi olla täysin varma, että kysymykset on ymmärretty täysin oikein.

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen ajoissa ja pysyimme hyvin aikataulussa. Pysyimme hyvin jatkamaan aineiston keruu-aikaa kolmella viikolla, koska aikataulutus ei ollut liian tiukka. Työskentelimme koko prosessin ajan parina, että saisimme mahdollisimman loogisen ja selkeän opinnäytetyön. Aineiston analysoinnin SPSS-järjestelmällä koimme melko työlääksi ja olemme tyytyväisiä näinkin onnistuneeseen lopputulokseen. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut meille paljon tutkimuksen tekemisestä. Prosessin jokainen vaihe on aikaa vievä ja haastavaa, mutta palkitsee tekijänsä.

Opinnäytetyöprosessin aikana opimme synnytyksestä ja niiden aikana käytettävistä lääkkeellistä kivunlievitysmenetelmistä tärkeitä asioita. Opinnäytetyötä tehdessämme opimme, miten tärkeää kokonaisvaltainen ohjaus on terveydenhuollossa. Nämä tiedot lisäävät ammatillisuuttamme ja tietojamme lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä ei pelkästään synnytysten kohdalla vaan koko terveydenhuollossa.

7.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua ja päätelmiä

Tarkastelemme tutkimuksessa saatuja tuloksia aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin, joissa käsiteltiin samankaltaisia aiheita kuin opinnäytetyössämme. Etsimme tutkimuksia kirjaston tietokannasta ja Internetin kautta. Hakusanoina käytimme lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä. Aiheetta ei ole kovin paljon tutkittu ja aikaisempia yliopistotason tutkimuksia lääkkeellisten kivunlievitysten ohjauksesta

ei löytynyt. Yliopistotason tutkimuksia, jotka sivuavat aihetta, löytyi kaksi ja ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä oli kaksi, joissa selvitettiin synnyttäjien saamaa tietoa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä.

Ensimmäinen tutkimusongelmamme oli, millaista ohjausta synnyttäjät olivat saaneet lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Allilan opinnäytetyössä (2010) selvitettiin ensisynnyttäjien tiedonsaantia synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä. Tutkimuksen mukaan eniten lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä oli saatu tietoa epiduraalipuudutuksesta, toiseksi eniten ilokaasusta ja kolmanneksi eniten paraservikaalipuudutuksesta. Vähiten tietoa oli tutkimuksen mukaan saatu spinaalipuudutuksesta ja kipulääkkeistä. Tutkimustuloksemme olivat samankaltaisia. Eniten ohjausta oli annettu epiduraalipuudutuksesta ja sen hyödyistä sekä haitoista. Toiseksi eniten ilokaasusta ja kolmanneksi eniten spinaalipuudutuksesta. Allilan (2010) tutkimuksessa spinaalipuudutuksesta ja kipulääkkeistä oli annettu vähiten ohjausta. Meidän tutkimuksemme mukaan vähiten ohjausta oli annettu yhdistetystä epiduraali-spinaalipuudutuksesta ja pudendaalipuudutuksesta. Tutkimuksemme osallistujista 68,8 % (n=53) piti lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä annettavaa ohjausta erittäin tärkeänä. Allilan (2010) tutkimukseen osallistujista 47 % piti ohjausta erittäin tärkeänä.

Toinen tutkimusongelmamme oli, miten synnyttäjiä on ohjattu synnytyskivun lievityksessä käytettävien lääkkeiden vaikutuksista. Tutkimuksemme mukaan yli puolet vastaajista oli saanut ohjausta epiduraalipuudutuksen hyödyistä ja lähes puolet haittavaikutuksista. Vastaajista noin puolet oli saanut jonkin verran ohjausta spinaalipuudutuksen ja ilokaasun hyödyistä. Tutkimukseen osallistujista kolmannes ei ollut saanut mitään ohjausta spinaalipuudutuksen ja ilokaasun haittavaikutuksista. Reilusti yli puolet vastanneista ei ollut saanut ohjausta kipulääkkeiden, yhdistetyn spinaali-epiduraalipuudutuksen, paraservikaalipuudutuksen ja pudendaalipuudutuksen hyödyistä eikä haittavaikutuksista lähes ollenkaan. Tut-

kimuksestamme käy selville, että synnyttäjillä on kohtalaiset tiedot lääkkeellisten kivunlievitysten hyödyistä, mutta haittavaikutuksista ei ole riittävästi tietoa.

Kulhan & Närväsen opinnäytetyössä (2010) saadut tulokset ovat samankaltaisia. Kätilöiden mukaan synnyttäjillä on perustietoa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä, mutta ei riittävästi tietoa haitta- ja sivuvaikutuksista.

Kolmas tutkimusongelmamme oli, millainen ohjaus tukee raskaana olevia. Vastaa- jien mielipidettä kysyttiin eri ohjausvaihtoehtojen suhteen. Tärkeimmiksi nousivat suullinen ohjaus (96,1 %) ja kirjallinen ohjaus (85,8 %). Sairaalan Internet sivuilta löytyvää informaatiota lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä piti tärkeänä yli puolet vastaajista. Allilan (2010) tutkimuksessa parannusehdotuksina toivottiin suullisen tiedon annon lisäämistä ja kirjallisen materiaalin jakamista. Tutkimuk- sestamme selvisi, että pelkopoliklinikalla käyneet olivat saaneet enemmän ohjaus- ta lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Heidän tietonsa lääkkeellisten kivun- lievitysmenetelmien hyödyistä ja haittavaikutuksista olivat kohtalaiset tai hyvät. Ryttyläisen (2005) sekä Aaltonen & Västin (2009) mukaan riittävät tiedot kivun- lievityksestä vähentävät synnytyspelkoa, lisäävät synnytyksen hallintaa sekä syn- nyttäjän osallistumista lääkkeellisten kivunlievitysten valintaan. Aaltonen & Västi (2009) korostavat riittävien kivunlievitysten merkitystä. Kivunlievityksen merkitys nousee esiin myös meidän tutkimuksessamme.

Tutkimustulostemme mukaan suurin osa raskaana olevista piti lääkkeellisistä ki- vunlievitysmenetelmistä saatavaa ohjausta erittäin tärkeänä (68,8 %). Vastaajista lähes puolet oli kohtalaisen tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Tutkimuksessa selvisi, että ensisynnyttäjät olivat tyytyväisimpiä saamaansa ohjaukseen. Synny- tysten lisääntymisten myötä tyytyväisyys ohjaukseen väheni. Vastaajista suuri (58,4 %) osa piti loppuraskautta parhaana ajankohtana ohjaukselle.

7.3 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle

Tutkimuksemme tavoitteena oli, että tutkimustuloksia voidaan hyödyntää raskausaikana tapahtuvan ohjauksen kehittämiseen ja yhtenäistämiseen. Tutkimuksestamme nousi esiin synnyttäjien puutteellinen tietämys lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Synnyttäneet pitivät ohjauksen merkitystä erittäin tärkeänä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää synnyttäjien ohjausta kehitettäessä.

Jatkotutkimusaiheina mieleemme nousi millaisia haasteita kansainvälistyminen tuo synnytyksessä käytettävien kivunlievitysmenetelmien ohjaukseen. Tutkimuksestamme kysyimme parantamisvaihtoehtoja liittyen kivunlievityksen ohjaukseen, mutta saimme niukasti vastauksia. Jatkotutkimuksena voisi tehdä laadullisen tutkimuksen ja selvittää, millaisia parantamishdotuksia ohjauksen suhteen haluttaisiin.

LÄHTEET

- Aaltonen, S. & Västi, R. 2009. Asiakkaiden ja kätilöiden kokemuksia synnytyspeilon hoidosta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04051.pdf>. Luettu 25.2.2011.
- Allila, M. 2010. Ensisynnyttäjien tiedonsaanti synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä. Vaasan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Www-dokumentti. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/16443/Allila_Maija.pdf?sequence=1. Luettu 17.6.2010.
- Berghäll, M. 2012. Behandling av förlossningssmärta. Finska Läkaresällskapet's Handlingar Www-dokumentti saatavissa: http://www.fl.s.fi/Site/Widget/Editor/884/files/1_2012_20-28.pdf. Luettu 17.7.2012.
- Bucklin, B., Gambling, D & Wlody, D. 2009. A practical approach to obstetric anesthesia. Philadelphia: a Wolters kluwer business. Lippincott Williams & Wilkins.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Keuruu: Kirjapaino Oy.
- Hänninen, P., Korhonen, R., Luomaranta, H., Peltohaka, L. & Ängeslevä, M. 2009. Äitiysneuvolatoiminta näkyväksi kansanterveystyössä. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Taustamuistio.pdf>. Luettu 10.10.2012.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kokki, M., Ahonen, J. & Palomäki, O. 2010. Sentraalisten puudutusten vaihtoehdot synnytyskivun hoidossa. Finnanest 2/ 2010, 112–118.
- Kulha, P. & Närvänen, E. 2010. Kivun viitoittamalla tiellä. Kätilön antama ohjaus synnytyksen lääkkeellisestä kivunlievityksestä. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyö. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/14669/kivunvii.pdf?sequence=1>. Luettu 18.4.2011.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Ohjaus-tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajalehti 10/2006, 6-9.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus- hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoidaja lehti 10/2006, 3.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 19.3.2012.

Kääriäinen, M. 2010. Laadukkaan potilasohjauksen tunnusmerkit. Teoksessa. A. Jauhiainen (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilastyöhön. Kuopio: Korpilijvä.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2004. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 15- painos. Porvoo: WS Bookwell OY.

Paananen, U-K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M (toim.). 2006. Kätilötyö. Tampere: Tammer-paino Oy.

Ryttyläinen, K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Kuopio: Kopijyvä.

Saisto, T. 2000. Synnytyspelot ja niiden hoitaminen. Duodecim 14/ 2000, 1483–1488.

Sarajärvi, A, & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sarvela, J., Aho, A., Halonen, P., Yli-Hankala, A., Teramo, K. & Korttila, K. 2005. Yliopistosairaalan synnyttäjien kokemukset kivunhoidosta 2000–2001 Helsingissä ja Tampereella. Suomen Lääkärilehti 7, 775 - 780.

Sarvela, J. & Nuutila, M. 2009. Synnytyskipu. Duodecim lehti 17/2009, 1881 - 1888.

STM julkaisuja. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011Www-dokumentti. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/passthru.pdf>. Luettu 10.10.2012.

Tapper, A – M. 2011. Synnytyspalveluiden valtakunnallinen toteuttaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2011:8. Www-dokumentti.

Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-15645.pdf. Luettu 10.10.2012.

THL. 2011. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011.

Www-dokumentti Saatavissa:

http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr20_12.pdf. Luettu 24.9.2012.

Tiitinen, A. 2010. Tietoa potilaalle. Normaali synnytys. Lääkärikirja Duodecim.

Www-dokumentti. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=synnytys Luettu 14.4.2011.

Uotinen, J. 2011. Äitiysneuvolatarkastukset ja neuvolassa annettu hoito. Lääkärin käsikirja. Www-dokumentti. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00632&p_haku=%E4itiyshuolto. Luettu 14.4.2011.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Volmanen, P. 2010. Intravenous patient controlled analgesia with remifentanyl in early labour. Oulun yliopisto. Väitöskirja. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://herkules oulu.fi/isbn9789514261176/isbn9789514261176.pdf>. Luettu 25.2.2011.

Tutkimuslupapäätös
Hallintoylihoitaja

H.2.12 § 1

ASIA

Huima Kristina, Vuori Tanja, Keski-Pohjanmaan
ammattikorkeakoulu, Synnyttäjien saama ohjaus
kivunlievitysmenetelmistä.

PÄÄTÖS

Tutkimuslupa-anomus hyväksytään.

ESITYKSEN TEKIJÄ

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ

Plu - Jylhä
Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Hallintoylihoitaja

Hyvä synnyttänyt äiti!

Onnea perheenlisäyksen johdosta!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun Hyvinvoinnin ja kulttuurin yksiköstä, Kokkolasta. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää alakautta synnyttäneiden äitien tietämystä lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä ovat ilokaasu, kipulääkkeet, epiduraalipuudutus, spinaalipuudutus, yhdistetty spinaali-epiduraalipuudutus, paraservikaalipuudutus ja pudendaalipuudutus. Selvitämme millaista ohjausta synnyttäjät ovat saaneet raskauden aikana lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien vaikutuksista synnyttäjään ja lapseen. Selvitämme myös millainen ohjaus tukee synnyttäjää kipujen lievityksessä ja milloin on sopiva ajankohta ohjaukselle.

Opinnäytetyöhön osallistuminen ja kyselylomakkeeseen vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti. Vastaajien henkilöllisyys ei tule esiin opinnäytetyön tekijöille missään vaiheessa. Vastauslomakkeen voi palauttaa osastolla 3 sijaitsevaan kysymyslomakkeiden palautuslaatikkoon.

Jos teillä on jotain kysyttävää, pyydämme teitä ottamaan yhteyttä meihin puhelimitse.

Valmis opinnäytetyö tutkimustuloksineen löytyy Kokkolan koulutuskirjastosta joulukuussa 2012.

Lämmin kiitos yhteistyöstä ja hyvää jatkoa perheellenne!

Kristina Huima

Tanja Vuori

KYSELYLOMAKE Ympäröikää sopivin vaihtoehto

1. Ikä___ vuotta

2. Monesko synnytys_____

3. Koulutus

1. Peruskoulu

2. Lukio

3. Ammattikoulu

4. Opistotason tutkinto

5. Korkeakoulu tutkinto

4. Oletteko aikaisempien synnytysten aikana saaneet lääkkeellistä kivunlievitystä?

1. Ilokaasu

2. Kipulääke

3. Epiduraalipuudutus

4. Spinaalipuudutus

5. Yhdistetty spinaali- epiduraalipuudutus

6. Paraservikaalipuudutus (kohdunkaulan puudutus)

7. Pudendaalipuudutus (ponnistusvaiheen puudutus)

5. Mitä kivunlievitysmenetelmiä käytitte tämän synnytyksen aikana?

1. Ilokaasu

2. Kipulääke

3. Epiduraalipuudutus

4. Spinaalipuudutus

5. Yhdistetty spinaali- epiduraalipuudutus

6. Paraservikaalipuudutus (kohdunkaulan puudutus)

7. Pudendaalipuudutus (ponnistusvaiheen puudutus)

6. Mistä olette saaneet ohjausta lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä?

1. Äitiysneuvolasta

2. Pelkopoliklinikalta

3. Ultraäänitutkimusten yhteydessä

4. Perhevalmennuksessa

5. Muualta mistä? _____

7. Huomioitiinko mielestänne ohjaustilanteessa yksilölliset tarpeet?

1. Kyllä

2. Ei

8. Mikäli vastasitte edelliseen kysymykseen ei, niin mitä asioita olisitte toivoneet huomioita-
van?

9. Minkä verran ohjausta saitte raskauden aikana lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä?
Arvioikaa asteikoilla 1 – 5.

| | En ollenkaan | Vähän | Kohtalaisesti | Paljon | Erittäin paljon |
|---|--------------|-------|---------------|--------|-----------------|
| 1. Ilokaasu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Kipulääke | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Epiduraalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Spinaalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Yhd. Spinaali- Epiduraalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Paraservikaalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Pudendaalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Minkä verran saitte ohjausta raskauden aikana kivunlievitysmenetelmien mahdollisista hyödyistä?

| | En ollenkaan | Vähän | Kohtalaisesti | Paljon | Erittäin paljon |
|---|--------------|-------|---------------|--------|-----------------|
| 1. Ilokaasu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Kipulääke | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Epiduraalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Spinaalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Yhd. Spinaali- Epiduraalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Paraservikaalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Pudendaalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11. Minkä verran saitte ohjausta raskauden aikana kivunlievitysmenetelmien mahdollisista haittavaikutuksista?

| | En ollenkaan | Vähän | Kohtalaisesti | Paljon | Erittäin paljon |
|---|--------------|-------|---------------|--------|-----------------|
| 1. Ilokaasu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Kipulääke | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Epiduraalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Spinaalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Yhd. Spinaali- Epiduraalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Paraservikaalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Pudendaalipuudutus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12. Oletteko kokonaisuudessaan tyytyväinen saamaanne tietoon lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä?

1. En ollenkaan tyytyväinen 2. Vähän 3. Kohtalaisesti 4. tyytyväinen 5. Erittäin tyytyväinen

13. Mikä olisi mielestänne paras ajankohta ohjaukselle? Perustelee (esim. alku-, keski- tai loppuraskaus)

14. Miten tärkeänä pidätte seuraavia ohjausmenetelmiä?

| | Ei tärkeää | vähemmän tärkeää | kohtalaisen tärkeää | Erittäin tärkeää |
|-----------------------------|------------|------------------|---------------------|------------------|
| 1. Suullinen ohjaus | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Kirjallinen ohjaus | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Sairaalan internet sivut | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. DVD/CD | 1 | 2 | 3 | 4 |

15. Miten tärkeää on mielestänne saada ohjausta lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä?

1. Ei tärkeää 2. Vähemmän tärkeää 3. Kohtalaisen tärkeää 4. Erittäin tärkeää

16. Miten tiedonsaantia voisi mielestänne parantaa lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien osalta?

KIITOS VAIVANÄÖSTÄNNE JA HYVÄÄ JATKOA!