

VAS ja traumaattinen synnytys

Löytääkö matala VAS-arvio synnytyksen jälkeisen trauman?



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

**Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Kriisi- ja katastrofityö**

Visamäki, kevät 2015

Tuire Ulmanen

Tekijä

Tuire Ulmanen

Vuosi 2015

Työn nimi

VAS ja traumaattinen synnytys

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö on osa Helsingin yliopistollisen keskussairaalan naistentautien ja synnytysten tulosyksikön kehittämishanketta. Hankkeessa pyritään tunnistamaan jo raskausaikana naiset, joilla on traumatisoitumisriski. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä käytetään synnytyskokemuksen laadun arviointiin Visual Analogue Scale eli VAS-mittaria.

Tähän tutkimukseen osallistui 47 Jorvin sairaalassa synnyttäneitä naista, jotka olivat arvioineet synnytyskokemustaan matalalla VAS-arviolla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää löydetäänkö synnytyskokemusta arvioivan VAS-mittarin avulla ne äidit, jotka olivat kokeneet synnytyksensä traumaattisena ja tarvitsivat psykososiaalista tukea synnytyksen jälkeen. VAS-mittarin mukaan arvosana 1 kuvaa erittäin negatiivista synnytyskokemusta ja 10 erittäin positiivista.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys muodostui mittareina käytettyjen kyselylomakkeiden sisältöjen avaamisesta sekä aikaisemmista tutkimuksista ja lähdekirjallisuudesta: Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten perustetulla kättilön vastaanotolla. Vastaukset analysoitiin Exel-taulukkolaskentaohjelmalla ja niiden tuloksia kuvailtiin sanallisesti sekä havainnollistettiin kuvioin.

Tutkimuksessa ilmeni, että käyttämällä synnytyskokemusten VAS-mittaria ja muita mittareita sekä synnytyskeskustelua löydettiin ne synnyttäjät, jotka olivat kokeneet synnytyksensä traumaattisena. Tulosten mukaan suurin osa tutkituista koki synnytyksensä erittäin traumaattisena (n=42) ja joka kuudennella synnyttäneellä oli posttraumaattisen oireyhtymän oireita (n=8). Jatkohoitoa järjestyi noin kolmannekselle tutkimukseen osallistuneista synnyttäneistä (n=14).

Traumatisoitumisriskissä olevan äidin seulontaa ja varhaisen puuttumisen keinoja on kehitettävä, tukemaan äidin ja koko perheen voimavaroja.

Avainsanat: synnytyspelko, synnytyskokemus, synnytyskeskustelu, mittarit

Sivut

64 s. + liitteet 11 s.

VISAMÄKI

Degree programme in development and management of the social and health care field

Author

Tuire Ulmanen

Year 2015**Subject of Master's thesis**

The VAS-scale and traumatic childbirth

ABSTRACT

This study was a part of Helsinki University Central Hospital Obstetrical and Gynecological department's development project. The aim for this study was to recognize those women who had a risk to get traumatized already during the pregnancy. The Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) is using VAS-scale to evaluate the experience of childbirth.

47 women who gave birth in Jorvi hospital and evaluated their childbirth experience with a low VAS-grade took part in this study. The aim for this thesis was to find out if the VAS-scale was able to find those women who experienced their childbirth traumatizing and needed postnatal psychosocial support. Grade 1 on VAS-scale equals very negative childbirth experience and grade 10 very positive experience.

The theoretical framework of this thesis constitutes of opening up the contents of the questionnaires used as scales, earlier studies and source literature. The research approach is quantitative. The material for this study was collected in a midwife's practice established for this study only. The results were analyzed with Exel Spreadsheet program and they were described both verbally and with figures.

The study showed that by using the VAS-scale and other scales and postnatal debriefing we were able to find those mothers who had experienced their childbirths traumatizing. The results showed that most of the mothers had experienced their childbirth very traumatizing and every sixth of the mothers given birth had symptoms of a posttraumatic stress syndrome. Every third of the mothers taken part in the study were offered postnatal treatment. The screening of the mothers in a risk to traumatize and the recourses of early intervention must be developed to support the mothers and their families.

Keywords fear of the childbirth, experience of childbirth, post-natal debriefing, scales

Pages 64 p. + appendices 11 p.

Sisällys

1	JOHDANTO.....	1
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	3
2.1.	Synnytyspelko.....	3
2.2.	Synnytyskokemus.....	5
2.2.1.	Myönteinen synnytyskokemus.....	6
2.2.2.	Kielteinen synnytyskokemus.....	6
2.2.3.	Traumaattinen synnytyskokemus ja kriisi.....	8
2.2.4.	Traumaperäinen stressihäiriö.....	10
2.3.	Synnytyskeskustelu.....	11
2.4.	Synnytyksen jälkeinen masennus.....	12
2.4.1.	Varhainen vuorovaikutus.....	14
2.4.2.	Psykososiaalinen tuki.....	15
2.5.	Mittarit.....	16
2.5.1.	VAS-mittari.....	16
2.5.2.	Muut keskeiset mittarit.....	18
3	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET.....	20
4	TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	20
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	21
5.1.	Tiedonhaku.....	21
5.2.	Menetelmälliset ratkaisut.....	21
5.3.	Aineiston kerääminen.....	23
5.3.1.	Kättilön vastaanoton perustaminen.....	24
5.4.	Aineiston käsittely ja analyysi.....	24
5.4.1.	Synnyttäneiden taustatiedot;.....	26
5.4.2.	Delivery Satisfaction Scale (DSS).....	26
5.4.3.	Traumatic Event Scale (TES).....	27
5.4.4.	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	28
5.4.5.	Maternal Attachment and Attitudes (MAMA).....	28
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	29
6.1.	Taustatiedot.....	29
6.2.	Synnytyskokemus -VAS.....	33
6.3.	Delivery Satisfaction Scale (DSS).....	34
6.4.	Traumatic Event Scale (TES).....	36
6.5.	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	38
6.6.	MAMA (Maternal Attachment and Attitudes).....	38
6.7.	Yhteenvedo tuloksista.....	40
7	POHDINTA.....	44
7.1.	Tutkimuksen eettisyys.....	44

VAS ja traumaattinen synnytys

7.2. Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys	45
7.3. Tutkimustulosten pohdinta	46
7.3.1. VAS ja traumaattinen synnytyskokemus.....	46
7.3.2. Jatkohoito	52
7.3.3. Opinnäytetyöprosessiin liittyvä pohdinta	53
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET.....	53
LÄHTEET	57

LIITTEET

- Liite 1 Taustatiedot
- Liite 2 DSS kysely
- Liite 3 TES kysely
- Liite 4 PTSD kriteerit
- Liite 5 EPDS kysely
- Liite 6 MAMA kysely
- Liite 7 Suostumus tutkimukseen
- Liite 8 Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Synnytyospelko varjostaa joka kymmenettä raskautta suomessa. Odottavan äidin synnytyospelon taustalla voi olla psyykkisiä sairauksia, väkivaltaa tai huonoja synnytykokemuksia. Raskausaikaan liittyvät murheet sekä odottavan äidin masentuneisuus, pelot tai syntyvän lapsen terveyteen liittyvät huolet voivat altistaa odottajaa paitsi traumatisoivalle raskaudelle myös traumaattiselle synnytykokemukselle. Toipuminen traumaattisesta synnytyksestä on haasteellista. Haasteellisuutta lisää se, että äidin on jakettava myös hoitaa vauvaa. (Rouhe & Saisto 2013, 6.)

Jotta äidin ja vauvan varhaisen vuorovaikutuksen rakentamiselle voitaisiin luoda hyvät edellytykset, on tärkeää ajoissa sekä tunnistaa että hoitaa hyvin synnytyospelko ja näin tarjota synnyttäjälle eheyttävä synnytykokemus. Synnytykseen liittyvien pelkojen ja kokemusten hyvä hoito lisää myös perheiden kokemuksia vanhemmuudessa onnistumisesta. Yhteiskunnallisesti merkittävää on se, että samalla pystytään vähentämään synnyttäjän seuraavan raskauksien lisäkustannuksia. (Saisto, Lindholm, Stenbäck & Toivanen 2014, 1225.)

Synnytys on sekä kokonaisvaltainen että yksilöllinen kokemus, ja siihen vaikuttavat useat eri seikat (O`Hare-Fallon 2011:164). Melenderin (2002) mukaan onnellinen perhetapahtuma voi joko tapahtuman itsensä tai perhesosiaalisten kuten kulttuuristen kokemusten vaikutuksesta muodostua vaikeaksi.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) synnytyssairaaloissa Kätilöopistolla, Naistenklinikalla, Jorvissa, Lohjalla, Porvoossa sekä Hyvinkäällä hoidetaan vuosittain noin 18 000 synnytystä. Naistenklinikka, Jorvi sekä Kätilöopisto ovat osa Helsingin yliopistollisen keskussairaalan sairaanhoitoaluetta (HYKS). Vuonna 2014 HYKS:n sairaaloissa synnytti 14358 naista. Eli joka neljäs suomalainen syntyy HYKS:ssä. Jorvissa, johon tämä tutkimus keskittyy, hoidettiin 3893 synnytystä. vuonna 2014. (HUS 2015.)

Yhtenä synnytystoiminnan mittarina voidaan pitää sitä, miten synnyttäjät kokevat synnytyksen. Synnytykokemuksen laadun arviointiin käytetään HUS.in sairaaloissa VAS-mittaria (Visual Analogue Scale): Se on herkkä ja nopea seulontamenetelmä kuvaamaan synnyttäjän kokemusta (Larson, Saltved, Edman, Wiklund, & Andolf .2011).

Jo usean vuoden ajan HUS:n alueen kaikilta synnyttäneiltä on kysytty ennen kotiutumista synnytyskokemus VAS-arviota. VAS-asteikolla synnytyskokemuksesta annettu numero yksi (1) tarkoittaa kielteistä kokemusta ja kymmenen (10) myönteistä. Äideillä, jotka arvioivat synnytyskokemuksensa VAS-mittarilla yhdestä viiteen, katsotaan olevan kohonnut riski traumatisoitua synnytyksen jälkeen. Heillä voi olla vuorovaikutusongelmia vastasyntyneen kanssa ja he ovat alttiimpia lapsivuodeajan masennukselle sekä traumaperäiselle stressihäiriölle.

Luotettavasti tallennetun tiedon perusteella jopa 8 % HUS:ssä vuonna 2014 synnyttäneistä antoi synnytyskokemuksestaan-VAS arvosanaksi yhdestä viiteen. Kielteisen synnytyskokemuksen suunta on nousujohteinen verrattuna vuoteen 2012. Vuonna 2013 kirjattiin HYKS:ssä 881 huonon synnytyskokemuksen saanutta naista, mikä on merkittävä osa kaikista HYKS:ssä synnyttäneistä. Taulukossa 1 on VAS-arvion mukaisen kielteisen synnytyskokemuksen (1-5) antaneiden osuus kaikista VAS-arvion antaneista vuosilta 2012–2014. Nämä huonon synnytyskokemuksen saaneet naiset ovat haaste koko terveydenhuoltoalalle sekä hoidollisesti että kustannusvaikutteisesti. He ovat usein moniongelmaisia ja he tarvitsevat useita äitiyspoliklinikka ja tai päivystyskäyntejä. (Saisto 2014.)

	matala VAS 2012	matala VAS 2013	matala VAS 1-10/2014	keskiarvo 2012	keskiarvo 2013	keskiarvo 1-10/2014	vastaus-% 2012	vastaus-% 2013	vastaus-% 1-10/2014
HUS	6,0%	6,4%	5,7%	8,28	8,26	8,31	85,0 %	88,6 %	88,8%
NKL	5,6%	7,0%	5,7%	8,24	8,17	8,35	76,3 %	82,9 %	86,9%
KOS	8,1%	8,7%	7,8%	8,10	8,10	8,06	65,5 %	89,0 %	86,0%
JORVI	4,8%	5,5%	5,4%	8,44	8,34	8,38	89,9 %	95,0 %	95,3%

Taulukko 1. Matalat VAS-arviot HUS:ssa vuonna 2012–2014

Kielteisiä synnytyskokemuksia tutkitaan tällä hetkellä niin kansainvälisellä kuin kansallisellakin tasolla. Aihe on myös HYKS:n vuoden 2014 kehittämishanke. HYKS:n toiminnan kehittämishankkeessa keskitytään miettimään, voidaanko traumatisoitumisriskissä olevat äidit jo tunnistaa raskauden aikana. Hankkeessa, jonka osa tämä tutkimus on, pyrimme löytämään keinoja traumatisoitumisriskissä olevien potilaiden tunnistamiseen jo raskauden aikana. Tällöin voimavaroja kohdistamalla voitaisiin synnyttäneiden naisten traumatisoitumista ehkäistä ja vähentää. Samaan aikaan on HUS:ssä käynnistymässä erikoistuvan lääkärin Jenny Miittisen prospektiivinen tutkimus traumatisoitumisen taustatekijöistä ja tunnistamisesta. Kätilö Sirpa Turtiainen puolestaan on tehnyt pro gradu tutkielman synnyttäjien kielteisistä synnytyskokemuksista.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, löydetäänkö synnytyskokemusten VAS-mittarin avulla synnytyksessä traumatisoituneet äidit. Lisäksi tutkitaan sitä, kuinka moni heistä tarvitsee vielä jatkohoitoa 6-7 viikkoa synnytyksestä käydyn synnytyskokemuskeskustelun jälkeen. Tietojenkeruu on toteutettu osana poliklinikkatyötä, Jorvin sairaalan äitiyspoliklinikalla. Tutkimuksen tuloksia käytetään synnytysyksiköiden hoitokäytäntöjen kehittämisessä.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.

Opinnäytetyön taustalla toimiviin teoreettisiin käsitteisiin tutustutaan tässä luvussa tarkemmin. Teoreettiset käsitteet rakentuvat kyselylomakkeiden sisältöjen mukaisesti. Kyselylomakkeina käytettiin seuraavia, useissa tutkimuksissa hyväksi havaittuja mittareita: Synnytystyyväisyysmittari DSS (Delivery Satisfaction Scale) Traumaattista synnytyskokemusta mittaava lomake TES, (Traumatic Events Scale), EPDS synnytyksen jälkeinen masennus (Edinburg Postnatal Depression Scale) ja viimeisenä on MAMA eli varhaista vuorovaikutusta seulova mittari (Maternal Adjustment and Attitudes).

Ensimmäisessä alaluvussa käsitellään synnytyspelkoa, koska synnytyspelko sivuaa koko teoreettisen viitekehyksen aineistoa. Hyvin hoidettu ja varhain tunnistettu synnytyspelko voi edesauttaa äidin positiivista synnytyskokemusta. Sitten käsitellään niin myönteisiä, kielteisiä kuin traumaattisiakin synnytyskokemuksia. Tähän lukuun on liitetty kriisi ja traumaperäisen stressihäiriö. Niiden jälkeen käsitellään synnytyskeskustelua, johon on liitetty synnytyksen jälkeinen masennus, äideille tarkoitettu psykososiaalinen tuki sekä varhainen vuorovaikutus. Mittarit käsitellään viimeisessä alaluvussa.

2.1. Synnytyspelko.

Raskaus on merkittävä kokemus naiselle. Lähes jokainen nainen suhtautuu raskauteen ja tulevaan synnytykseen luottavaisesti. Jännitys on normaali ja luonnollinen ilmiö, joka auttaa kohtaamaan uuden tilanteen. Voimakas synnytyspelko on suhteeton ja epärealistinen pelko, joka on haitallinen sekä paitsi naiselle itselleen, mutta myös raskauden ja synnytyksen kululle. (Fenwick, Gamble, Nathan, Bayes & Hauck 2008, 668; Pietiläinen 2006; 419; Saisto 2003, 4125.)

Räisänen, Lehto, Nielsen, Gissler, Kramer & Heinonen (2013) toteavat synnytyspelon taustalla olevan hyvin erilaisia tekijöitä. Pelkoa koetaan jokaisessa ikäryhmässä, koulutus- ja sosiaaliluokissa. Naisen ylempi sosioekonominen asema, korkea ikä ja masennus vahvistavat synnytyspelkoa. Rouhe & Saisto (2012,3007) toteavat artikkelissaan että suomalaisissa tutkimuksissa naisen ikä, koulutustaso tai aiempi lapsettomuus eivät vaikuttaisi synnytyspelon esiintyvyyteen. Melenderin (2002) mukaan sosiaali- ja terveydenhoitoalalla esiintyy synnytyspelkoa kuitenkin enemmän, mikä selittynee suuren tietomäärän aiheuttaneella ahdistuksella

Synnytyspelko voi syntyä joko biologiselta pohjalta (kivun pelko), tai sekundaarisesti (aiempi traumaattinen kokemus), tai se voi liittyä sosiaaliseen tai henkilökohtaiseen tilanteeseen. Rouheen ym. (2012, 3007) mukaan tärkein altistava tekijä on kuitenkin aiempi huono synnytyskokemus.

Sariolan & Haukkamaan (2004) ja Rouheen ym. (2013,5) mukaan synnytyspelko altistaa naisen traumatisoitumiselle synnytyksen yhteydessä ja se varjostaa joka kymmenettä raskautta. Synnytyspelon taustalla voi olla psyykkisiä tekijöitä, väkivaltaa tai aikaisempia huonoja synnytyskokemuksia. Pelolle altistavia tekijöitä voivat olla myös päivystyskeisarinleikkaus, imukuppsynnytys ja synnytyksen hoitamaton kipu. Synnytyspelon lievittämiseksi näiden asioiden selvittäminen ja läpi käyminen ovat ensiarvoisen tärkeitä.

Synnytyspelko voi aiheuttaa erilaisia fyysisiä oireita kuten päänsärkyä, sydämen tykytystä, vatsavaivoja sekä selkäsärkyä. Myös psyykkisiä oireita esiintyy esimerkiksi ahdistuneisuutta, paniikkikohtauksia, unettomuutta sekä väsymystä voi esiintyä. Synnytyspelkoisella naisella on näitä oireita usein useimpia kerrallaan läpi koko raskauden. Pelko valtaa raskaana olevan mielentilan niin, että normaali valmistautuminen tulevaan synnytykseen häiriintyy tai estyy. Synnytyspelko altistaa synnytyksessä traumatisoitumiselle, lapsivuodemasennukselle sekä varhaisen vuorovaikutuksen ongelmille. (Broden 2006.; Rouhe ym. 2013,5.)

Rouheen ym. (2013,5) tutkimusten mukaan synnytyspelko on yksi yleisimmistä keisarileikkauksen syistä. Toive keisarileikkauksesta on naisen hätähuuto tilanteeseen, jossa hänellä itsellään ei ole uskallusta kohdata omia pelkojaan ja tunteitaan. Synnyttäjällä ei pelon vuoksi myöskään välttämättä ole voimia valmistautua tulevaan synnytykseen ja vanhemmuuteen. HYKS:n synnytysklinikoilla on kymmenen viime vuoden aikana leikattu 1-3 % synnyttäjää synnytyspelon takia.

Synnytyspelon hoitoon on alettu kiinnittää huomiota jo 1990-luvun lopulla. Sairaaloihin on perustettu synnytyspelkopoliklinikoita ja hoitoa voidaan toteuttaa erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa neuvoloiden kautta. Synnytyspelkoa hoidettaessa on käytetty erilaisia menetelmiä kuten kätilön, synnytyslääkärin tai psykologin kanssa käytäviä keskusteluita, psykoterapiaa tai ryhmäterapiaa. Rouheen ym. (2012,3009–3010) mukaan tutkimuksissa 50–88% hoitoa saaneista synnytyspelosta kärsivistä odottajista kykeni valmistautumaan synnytykseen ja keisarinleikkaus pelon takia voitiin välttää. Hoidon tavoitteena on auttaa synnyttäjään luomaan positiivisia mielikuvia synnytyksestä. Pelkoon auttavat tiedon antaminen kivunlievityksestä, keisarinleikkauksen ja alatiesynnytyksen eduista ja haitoista kertominen. Myös äidin ja sikiön voinnin seuraaminen synnytyksen aikana sekä synnyttäjän luottamuksen lisääminen henkilökuntaa, hoitoa sekä omia voimavarojansa kohtaan vähentävät pelkoa. Hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde lisäävät odottajan tunnetta siitä, että hänen toiveensa ja tunteensa tulevat kuulluiksi

Psykologin vetämä psykoedukatiivinen ryhmähoito Nyytti, on kehitetty synnytyspelosta kärsiville ensisynnyttäjille, ja se toimii HYKS:n alueella. Ryhmähoidon tulokset ovat olleet erinomaisia, jopa 85 % osallistujista pystyy suuntaamaan toiveensa alatiesynnytykseen ja peräti 77 % pystyy synnyttämään alateitse. (Rouhe ym 2013,4.)

On ensiarvoisen tärkeää myös mainita odottajalle, että kaikki suunnitelmat kirjataan synnytyskertomukseen josta synnytystä hoitava henkilökunta voi lukea etukäteen mistä on odottajan kanssa keskusteltu. Toisin sanoen synnytyskertomus ja -suunnitelma toimivat kommunikaation tukena, lisäten luottamusta hoitoon.

2.2. Synnytyskokemus

Synnytyskokemuksella tarkoitetaan sitä kokonaisvaltaista elämystä, jonka lapsen syntymä vanhemmissa herättää. (Eskola & Hytönen 2005, 10–12). Synnytys on naiselle hyvin henkilökohtainen, kokonaisvaltainen ja yksilöllinen kokemus. Siihen vaikuttavat useat eri seikat, kuten esimerkiksi synnyttäjien taustatekijät; ikä, synnytysten määrä ja raskauden suunnitelmallisuus. Näiden lisäksi vaikuttavat synnyttäjän omat odotukset, ajatukset, mielikuvat, traumat, synnytyspelko, psyykkiset ongelmat ja tunteet yleisesti. (O`Hare ym. 2011,164.) Raussi-Lehdon (2007,209) mukaan synnytys on raskas fyysinen prosessi, jonka kestoa ja kulkua ei etukäteen tiedetä.

Synnytyskokemusta on Larkinin, Begley & Devanen (2007, 49–50) tutkimusten mukaan kuvattu kriittisenä tapahtumana ja äidin psyykkistä hyvinvointia sen keskeisenä tekijänä. Tapahtumalla on keskeisiä pitkävaikutteisia seurauksia sekä äidin, vastasyntyneen sekä että koko perheen elämässä. Myönteinen synnytyskokemus vahvistaa äidin ja vastasyntyneen vuorovaikutusta sekä äidin itsetuntoa. Kielteinen kokemus taas voi aiheuttaa ahdistusta, masennusta ja voi vaikuttaa naisen tuleviin raskauksiin ja synnytyksiin.

Sillanpään ja Männistön (2006) pro gradu tutkielmassa tutkittiin synnytyskokemuksen vaikutusta vanhemmuuteen ja parisuhteeseen. Tutkimuksessa selvisi, että myönteinen synnytyskokemus vaikutti myönteisesti sekä vanhemmuuteen että parisuhteeseen molempien vanhempien kohdalla. Samaa totesivat myös Fisher, Hauck & Fenwick (2006, 64–75) ja Fenwick, Gamble, Nathan, Bayes & Hauck (2008, 667–677) tutkimuksissaan, raskaus, synnytys ja vanhemmuuteen kasvaminen ovat merkittäviä tapahtumia kenen tahansa naisen ja hänen perheensä elämässä

Samaan synnytyskokemukseen voi liittyä sekä myönteisiä että kielteisiä tunteita. Synnytyskokemuksen käsitteleminen on tärkeää etenkin silloin, jos synnytyskokemus on kielteinen tai siihen on liittynyt jotain poikkeavaa. Synnytyskokemuksen käsittely helpottaa myös suhtautumista seuraaviin raskauksiin ja synnytyksiin. (Bylund 2005; Eskola & Hytönen 2005, 261.)

2.2.1. Myönteinen synnytyskokemus

Hyvään synnytyskokemukseen johtavassa synnytyksessä on Melenderin (2002b) mukaan kiireetön ja turvallinen ilmapiiri, siihen liittyy normaali synnytyksen kulku ja kesto sekä henkilökunnan kuunteleva ja kunnioittava asenne. Myönteinen synnytyskokemus on yhteydessä puolison suhtautumiseen, kätilön ominaisuuksiin ja hänen antamaan tukeen, pelkojen lievittämiseen, kivunhoitoon, alatiesynnytykseen sekä lyhempikestoiseen ja odotettua helpompaan synnytyskokemukseen (Sandall, 2004, 162).

Synnytyksessä on olennaista kokemus turvallisuudesta. Se syntyy kun synnyttäjä voi riittävässä määrin ilmaista synnytykseen liittyviä toiveitaan, tarpeitaan ja pelkojaan ja kun hän saa vastauksia mielessään oleviin kysymyksiin. Positiivinen synnytyskokemus ei liity niinkään onnistuneeseen kivunlievitykseen vaan hoitohenkilökunnan synnyttäjään kohdistuviin asenteisiin ja käyttäytymiseen. (Price, Noseworthy & Thornton 2007.)

Hyviä synnytyskokemuksia on tutkittu paljon kansallisesti sekä kansainvälisesti. Kielteisestä synnytyskokemuksesta taas löytyi tietoja niukasti.

2.2.2. Kielteinen synnytyskokemus.

Synnyttäjät asettavat itselleen ja tulevalle synnytykselleen odotuksia, jotka eivät välttämättä täyty, koska synnytyksen kulkua ei voi etukäteen määritellä. Ristiriita tapahtumien välillä lisää kielteisyyttä ja tyytymättömyyttä synnytyskokemukseen, jos koettu on odotettua vaikeampaa. Lisäksi kielteiseen synnytyskokemukseen vaikuttaa kätilön synnyttäjään kohdistama aliarvioiva asenne. (Mercer, Green-Jervis & Brannican 2012, 717)

Syrjäläisen (2013) ja Turtiaisen (2014) hoitotieteen pro gradu tutkielmat käsittelevät naisten kokemuksia synnytyksistään. Näiden aineistojen mukaan naisten kokemat syyt tyytymättömyyteen synnytyksessä muodostuivat fyysisen koskemattomuuden järkkymisestä, suunnitellusta poikenneesta synnytyksen kulusta, puutteista tiedollisessa ja taidollisessa tuessa, puutteista henkisessä ja tasavertaisessa kohtaamisessa, omien taitojen ja voimavarojen riittämättömyydestä sekä terveen lapsen syntymän ja perhettä yhdistävän kokemuksen vaarantumisesta. Samanlaisiin tuloksiin kielteisestä synnytyskokemuksesta ovat päätyneet myös Rouhe ym.(2012,3007). Heidän mukaansa synnytystilanteen odottamattomat ongelmat, aikaisempi huono synnytyskokemus tai synnytyspelko voivat edesauttaa kielteisen synnytyskokemuksen muodostumista.

Useat tutkimukset osoittavat (mm. Rouhe ym. 2013,5; Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy & Devilly 2010 ja Zimmermann 2013, 61 -65) kielteisen synnytyskokemuksen altistavan mahdollisesti synnytyksen jälkeiseen masennukseen, heikkoon vuorovaikutussuhteeseen vastasyntyneen kanssa tai jopa PTSD oireyhtymään (Post Traumatic Stress Disorder). Oireyhtymää edeltävät usein tunteet pelosta, kauhusta, avuttomuudesta ja jopa kuolemanuhasta.

Äidin sairauksista aiheuttamat komplikaatiot lisäävät myös kielteisen synnytyskokemuksen riskiä (Lyberg & Severinsson 2010, 398). Äkilliset ja odottamattomat muuttuvat tilanteet sekä sairaalaympäristön valvontalaitteet, sairaalarutiinit sekä ruuhkatilanteet aiheuttavat äideille paniikin, pelon ja kaaottisuuden ja tyytymättömyyden tunteita (Rytyläinen 2005, 135–136). Pitkittänyt synnytys saattaa olla myös merkittävä tekijä kielteisen synnytyskokemuksen muodostumisessa (Lundman, Nysted & Ho 2005).

Nilssonin, Lundgrenin, Karlströmin & Hildingssonin mukaan (2011)äiti voi kokea synnytyksen vaikeana, jos synnytykseen ja hänen hoitoonsa liittyviä tapahtumia ei ole riittävästi ennakoitu tai kun hän kokee, ettei hän ole voinut vaikuttaa omaan hoitoonsa. Synnytyksen jälkeen myös lapsivuodeosastolla olon aika voi sisältää pettymyksiä ja kokemuksia siitä, ettei saa riittävästi apua vauvan hoidon ja imetyksen aloittamiseen. Synnytyksessä uuden elämän syntymisen ilo yhdistyy kipuihin ja mahdollisiin pelkoihin äidin ja vauvan turvallisuudesta, joten synnytys on usein niin fyysisesti kuin henkisestikin voimia vaativa kokemus. Suomen mielenterveysseuran mukaan (2014) kielteisen synnytyskokemuksen on todettu pysyvän muuttumattomana vielä 15–20 vuotta synnytyksen jälkeen, ja joissain tapauksissa negatiiviset tuntemukset vielä vahvistuivat vuosien myötä.

2.2.3. Traumaattinen synnytyskokemus ja kriisi

Suomen mielenterveysseuran mukaan traumaattinen kokemus syntyy, kun ihmiselle elintärkeät asiat ovat uhattuina. Kokemukseen liittyy usein tunteita kaoottisuudesta, hallinnan menettämisestä sekä kauhua, pelkoa ja avuttomuuden tunnetta. Traumaattisen tapahtuman kokeneet pyrkivät usein välttämään tapahtumasta muistuttavia asioita tai yrittävät torjua tapahtuman ajatuksistaan. Tästä huolimatta tapahtuma saattaa tunkea jatkuvasti mieleen ahdistavina muistikuvina. Traumasta kärsivät saattavat nähdä myös tapahtumaan liittyviä painajaisia sekä kokea ahdistusta, pelkoa ja masennusta. (Suomen mielenterveysseura, vaikeat elämäntilanteet 2014.) Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus (2007) toteavat artikkelissaan että traumaattisen kriisin sokkivaihe saattaa kestää muutamasta tunnista muutamaan vuorokauteen. Tällöin ihminen ei kykene vielä ajattelemaan tapahtunutta, hän voi jopa kieltää tapahtuneen ja tuntea epätodellista oloa. Hän voi myös olla lamaantunut ja yllärauhallinen, vaikka sisällä on kaaos.

Vaikka ulkopuolisten silmin kaikki näyttäisi sujuneen hyvin, äidille synnytys on voinut olla vaikea ja traumaattinen. Traumatisoituneen synnyttäjän taustalla voi olla ”teknisesti” normaali alatiesynnytys. (Rouhe ym.2013,5.) Joskus tapahtumia ei voi ennakoita. Synnytys voi käynnistyä hyvin ennenaikaisesti tai sen kulku voi muuten olla yllättävä ja pelottavaa. Traumaattiseen synnytykseen voi liittyä erityistä vaaraa äidin tai vauvan terveydelle. Tällainen kokemus saattaa tuottaa pettymystä omaan äitiyteen ja häiritä jatkossa äidin ja vauvan suhdetta, joka voi osaltaan altistaa synnytyksen jälkeiseen masennukseen. (Suomen mielenterveysseura, vaikeat elämäntilanteet 2014.)

Juutilaisen (2012) mukaan vaikeat muistot voivat aktivoitua uudessa raskaudessa. Seuraavan raskauden aikana ja uuden lähestyvän synnytyksen myötä vaikeat ja traumaattiset kokemukset voivat aktivoitua ja kuormittaa uutta raskauskokemusta. On tärkeää, että äidin on ollut mahdollista saada apua näiden vaikeiden kokemusten käsittelyyn uuden raskauden alkaessa ja valmistautuessaan tulevaan synnytykseen. Osana psyykkistä tukea ja hoitoa voidaan tehdä suunnitelma tulevan synnytyksen hoidosta ja sairaalassaolon ajasta yhteistyössä raskautta seuraavan ja hoitavan tahon kanssa.

Traumatisoitumista on vaikea tunnistaa, sillä välttämisoireiden takia traumatisoitunut ei välttämättä hae apua, eikä traumahäiriö hoidu itsestään. Traumatisoituneet äidit välttävät usein raskaaksi tuloa ja raskaus on usein yllätyseräus. Naiset saattavat hakea raskaudenkeskeytystä tai heillä on ehdoton keisarinleikkaustoive. (Rouhe ym.2013.) Traumaattinen synnytyskokemus voi johtaa synnytyspelkoon joka on koko perheen ongelma (Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, 302).

Palosaaren (2008, 23–26) mukaan kriisi tarkoittaa äkillistä pysähtymistä, käännekohtaa tai tilannetta jossa aikaisemmat kokemukset eivät riitä ratkaisemaan ongelmaa. Kriisit jaetaan kehityksen ja elämän kriiseihin sekä äkillisiin kriiseihin. Äkilliset kriisit nimetään usein traumatisoiviksi kriiseiksi. Äkillisissä kriiseissä on eri reaktiokulku ja samalla myös erilaista palautumissysteemi kuin hiljalleen kehittyvissä kriiseissä. Äkkitilanteiden synnyttämistä voimakkaista reaktioista palautuminen on raskas prosessi. On myös mahdollista että kaikki kehityskriisit kietoutuvat toisiinsa ja vaikuttavat ihmisessä yhtä aikaa. Taustalla voi olla hiljalleen siedetty stressitila, kun äkillinen uusi kriisi iskee

Psykodynaamisesti äidiksi tulo on naisen elämässä kehityskriisi, joka vaatii psyykkistä työstämistä monella tasolla (esim. erilaisten vauvaan liittyvien ristiriitaisten tunteiden käsitteleminen, aikaisemmasta elämästä luopumisen hyväksymistä jne.). Jos tämä prosessi estyy tai vaikeutuu eri syistä, seurauksena voi olla äidin masennus. (Hertzberg 2000.)

Äkillisestä, psyykkisesti traumatisoitavasta tapahtumasta käytetään nimitystä traumaattinen kriisi. Se käynnistää järkyttävän tapahtuman kehittämän psyykkisen sopeutumisreaktion. (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 9-11).

Kriisissä on kysymys terveen mielen terveestä reaktiosta. Sairastuminen on epätavallista ja liittyy vasta vakavaan traumatisoitumiseen. Akuutti kriisi-reaktio ei ole sairaus, eivätkä sen jälkeen tulevat voimakkaat tuntemukset eikä myöhemmässä vaiheessa syntyvä suru. Näitä tuntemuksia ei tule hoitaa sairauksina, vaikkakin ne ulospäin voivat näyttää hurjilta kokemuksilta. Nämä voimakkaat tuntemukset ja suru merkitsevät tarvetta oikealle kohtaamiselle. (Palosaari 2008, 19–20.)

Synnytyspelko altistaa naisen traumatisoitumiselle synnytyksen yhteydessä. Traumakokemuksessa tilanteen kuormittavuus ylittää synnyttäjän sietokyvyn ja silloin yhteys tapahtumien ja niihin liittyvien tunteiden välillä katkeaa helposti. Usein taustalla on hyvin vahva oman tai lapsen kuoleman pelko. Komplisoitunut synnytys on myös altistava tekijä traumatisoitumiselle. Kolmanneksella on trauman oireita kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen, mutta traumaperäisen stressihäiriön diagnostiset kriteerit täyttyivät tuolloin 2-6 % ja kuusi kuukautta synnytyksen jälkeen 1-2 %:lla. (Rouhe ym. 2013,5; Saisto ym. 2014, 1225.)

2.2.4. Traumaperäinen stressihäiriö

Psyykkisille traumoille on ominaista, että jossain elämänvaiheessa ne vaativat tulla käsitellyiksi. Ne nousevat usein mieleen uuden järkyttävän kokemuksen yhteydessä tai joku muu asia voi laukaista niiden tuottamia oireita. Psyykkiset traumat altistavat monille psyykkisille ja somaattisille häiriöille. Jos reaktiot jatkuvat yhtä voimakkaina monia kuukausia järkyttävän kokemuksen jälkeen, on kysymyksessä traumaperäinen stressihäiriö eli PTSD. (Saari ym. 2009, 27–28.) Traumaperäinen stressihäiriö voi olla tavallisin mielenterveydellinen seuraamus kertaluontoisen, yllättävän stressitapahtuman jälkeen, jossa ei ole syntynyt fyysisiä vammoja (Käypä hoito, traumaperäiset stressireaktiot ja häiriöt 2009,1).

Kun psyykinen kipu on liikaa, reaktiot eivät etene, vaan ne lukkiutuvat mieleen ja kehoon.. Lukitut traumat kuluttavat voimavaroja ja kaventavat normaaliutta eli ihmisen tasapainoista hyvinvointia. Reaktiot ja kokemukset voivat unohtua, mutta ne eivät häviä. Yksittäisten tapahtumien myötä muistot voivat tulla esiin tuottaen pahaa oloa, ahdistuneisuutta ja jopa ahdistavia takaumia. Traumamuistot saavat ihmisen vaistomaisesti välttämään tilanteita jotka saattavat nostaa tunteet esiin. (Palosaari 2008, 27–28.) Tapahtumaan liittyy jatkuvia muistikuvia, hetkellisiä voimakkaita takaumia, painajaisia, ahdistusta olosuhteissa, jotka muistuttavat tapahtumasta (Käypä hoito, traumaperäiset stressireaktiot ja häiriöt 2009, 3).

Beech & Bewerly-Phipps (2004,61) ja Sandall (2004, 162) ovat todenneet artikkeleissaan naisten muistavan hyvin, mitä heille on tapahtunut synnytyksen aikana. Muistot voivat olla voimaannuttavia tai musertavia ja jotkut naiset kärsivät jopa traumaperäisestä stressihäiriöstä. Synnyttäjän kokemusten merkityksellisyyden huomiotta jättäminen johtaa liian usein traumaattisiin muistoihin, positiivisten, voimaannuttavien muistojen sijasta

Zimmermannin (2013) mukaan useat tutkimukset paljastavat, että peräti 6 % naisista kokevat posttraumaattisia oireita synnytyksen jälkeen, kun taas Ayersin (2004) ja Söderqvistin, Wijma & Wijman (2006) mukaan PTSD kärsii noin 2 % synnyttäjistä. Muiden traumaattisen kokemusten lisäksi seksuaalinen hyväksikäyttö, masennus, sekä operatiiviset toimenpiteet ovat riskitekijöitä PTSD:n kehittymiseen. Oikean diagnoosin ja PTSD:n hoidon on kohdistuttava paitsi äitiin myös hänen läheisiinsä. PTSD:n oireet vaihtelevat fyysisistä kivuista masennukseen ja itsemurha-ajatuksiin. (Sandall 2004, 162.)

Suomen mielenterveysseuran mukaan traumaattinen kriisi vaikuttaa yleensä jonkin aikaa arjen järjestymiseen ja omaan jaksamiseen. Tämän takia avun hakeminen on tärkeää. Järkyttävästä kokemuksesta toipuminen voi kuitenkin pitämällä tähtämellä jopa lisätä ihmisen voimavaroja. Traumaattisesta synnytyksestä toipumiseen tuo oman lisänsä se, että myös vauvaa on jaksettava hoitaa. Äidille saattaa muodostua kielteisiä tunteita, toisaalta hänen kuuluisi olla onnellinen lapsestaan. Kuitenkin myös hyvän synnytyskokemuksen jälkeen rakkaus vauvaan kehittyy yleensä pikkuhiljaa. (Suomen mielenterveysseura, vaikeat elämäntilanteet 2014.)

Synnytyksessä traumatisoitunut ei hae useinkaan itse apua, eikä traumahäiriö hoidu itsekseen. Tämän takia traumalle altistuneet synnyttäneet olisi tunnistettava ajoissa ja heidät tulisi ohjata hoitoon. Pelosta ja traumakokemuksista ei ole helppo avautua ja tällöin on tärkeää luoda turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, jossa pelkopotilaan on mahdollista tulla kuulluksi. (Rouhe ym.2013,3.)

2.3. Synnytyskeskustelu

Synnytyskeskustelulla tarkoitetaan synnytyksen jälkeistä keskustelua ja synnytykseen liittyvien tapahtumien läpikäymistä. Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen toimintaohjelma seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä ohjeistaa, että synnyttäneelle äidille on järjestettävä synnytyskeskustelu. (Sosiaali ja terveysministeriö, seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007.) Synnytyskeskustelu on tapahtuma, jossa kätilö keskustelee synnytyksestä äidin ja mahdollisesti myös isän kanssa. Äidillä on mahdollisuus kertoa omin sanoin, mitä synnytyksessä tapahtui ja miten hän oli tapahtuman kokenut, sekä antaa palautetta saamastaan hoidosta. Tavoitteena on, että äiti pystyy ymmärtämään synnytystapahtumat, jolloin hän pystyy integroimaan synnytyksen osaksi omaa persoonallisuuttaan ja saa valmiuksia vanhemmuuteen kasvussa. (Koskela 2008, 6-7.)

Jos äiti tuntee keskustelun jälkeen edelleen ahdistusta ja pelkoa, hänelle tulee tarjota mahdollisuus uuteen keskusteluun tai keskusteluihin heti tai myöhemmin. Hänelle voidaan myös tarjota muuta psykologista tukea. (Koskela 2008, 6-7.)

Keskustelu voi olla joko kätilö- tai äitilähtöistä. Kätilölähtöinen keskustelu tarkoittaa, että kätilö käy synnytystä läpi joko synnytyskertomusten tai vastaavien dokumenttien pohjalta ja esittää kysymyksiä ja kommentteja äidin kokemuksista. Äitilähtöinen keskustelu on tavallisempi lähtökohta, jolloin äiti itse kertoo synnytyksensä kulun ja omat kokemuksensa. Tällöin kätilö voi myös esittää tarkempia kysymyksiä äidille. (Koskela & Kääriäinen 2009.) Rouheen ja Saiston (2013,5) mukaan synnytyskeskustelu on tärkeää äidille myös siksi että hän saa luottamuksellisesti kertoa kaikki ajatukset ihmiselle, jolta saa tarvittaessa erilaista apua ja tukea.

Kielteisestä synnytyskokemuksesta on hyvä käydä läpi synnytystä hoitaneen henkilökunnan kanssa. Keskustelussa on tärkeää vahvistaa synnyttäjän luottamusta itseensä sekä hänen vuorovaikutussuhdettansa vastasyntyneeseen ja auttaa kielteisen kokemuksen ylipääsemisessä. (Camble & Creedy 2009.) Turtiaisen (2014,40) tutkimuksen mukaan jotkut äidit tarvitsivat keskusteluapua useampaan kertaan synnytyssairaalassa hoitohenkilökunnan kanssa. Toisaalta heillä ei ollut tarvetta keskustella heitä hoitaneen henkilöstön kanssa, vaan he näkivät parempana vaihtoehtona myöhemmän keskustelun jonkun toisen henkilön kanssa.

2.4. Synnytyksen jälkeinen masennus

Noin 10–15 % äideistä masentuu synnytyksen jälkeen Ylilehdon (2005); sekä Heikkisen & Luutosen (2009) mukaan. Masennuksen tunnistaminen voi olla ulkopuolisille vaikeaa, sillä vauvan syntymän jälkeisen ajan ajatellaan olevan perheissä onnellista aikaa.

Naisen hoitamaton raskausajan masennus lisää raskauden kulkuun sekä sikiön ja syntyvän lapsen hyvinvointiin liittyviä riskejä ja ennakoi mahdollista synnytyksen jälkeistä masentuneisuutta. Jopa kaksi kolmasosaa niistä, jotka ovat alkuraskaudessa lopettaneet masennuslääkkeen oireettomina, voivat sairastua uudelleen. Se on myös suurin riskitekijä jälkeläisen nuoruusiän masennukselle. (Riihimäki & Vuorilehto 2014,1233.)

Äidin odotusaikaisen psyykkisen oireilun ja häiriön suorat vaikutukset välittyvät mm. raskaus- ja synnytyskomplikaatioiden, hormonipitoisuuksien, hermovälittäjäainepitoisuuksien ja geneettisen alttiuden periytymisen kautta. Epäsuorat vaikutukset välittyvät äidin heikomman itsestä huolehtimisen ja terveydentilan kautta. Kliinisesti erityisen merkittävä vaikutusreitti on kuitenkin psyykkisen oireilun negatiivinen vaikutus äidin ja vauvan väliseen suhteeseen jo odotusajalta lähtien.(Mäkelä, Pajulo & Sourander 2010.)

Bergströmin mukaan (2013) n. 50 – 75 % synnyttäneistä esiintyy itkuherkkyyttä tai muita lieviä oireita ja tunteiden ailahtelua.. Oireita esiintyy pahimmillaan 3–5 päivää synnytyksen jälkeen, ja ne häviävät yleensä kahdessa viikossa. Koska oireet ovat lieviä ja ohimeneviä, hoitoa ei tarvita. Oireita on usein pidetty uuteen elämäntilanteeseen liittyvinä sopeutumisoireina. Vaikka ilmiötä pidetään vaarattomana, herkistymisoireista kärsivien naisten on havaittu olevan jonkin verran suuremmassa vaarassa sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen kuin niiden, joilla näitä oireita ei ole ollut: Noin 20 % niistä synnyttäneistä, joilla on ollut selvä herkistymiskausi, kehittyi synnytyksen jälkeinen masennustila. Psykologiselta kannalta äidin masennuksen takana voi olla hyvin erilaisia yksilöllisiä taustatekijöitä, joista tietysti aikaisemmat elämänvaiheet ja nykytilanne ovat keskeisimpiä.

Tammentien (2009,32) tutkimuksen tuloksena oli, että selkeää syytä äitien masennukselle ei ikäryhmän, kulttuurin tai sosiaaliluokan takia voitu todeta. Masentuneiden äitien koulutus oli vähäisempää, äidit imettivät vauvaa vähemmän aikaa ja olivat tyytymättömpämpiä perhe-elämäänsä kuin muut äidit. Niissä perheissä joissa äideillä oli synnytyksen jälkeinen masennus, perheen toimivuus oli huonompaa muihin perheisiin verrattuna. Heidän raskaudenaikaisten odotuksiensa ja lapsen syntymän jälkeisen todellisuuden välillä oli myös selkeä ristiriita. Masennuksen taudinkuva vaihtelee suuresti lievistä oireista aina psykoottiseen tilaan. Masennuksen oireita ovat mm. ahdistus- ja traumaperäiset oireet sekä äidin ja lapsen vuorovaikutuksessa ilmenevät ongelmat. Oireilun huippu on useimmiten 1.5 -3 kk:n kuluttua synnytyksestä.

Räisäsen ym (2013) ja Saiston ym (2014, 1224) mukaan synnytyospelkoon liittyvä, noin kolminkertainen synnytyksen jälkeisen masennuksen riski aikaisemmasta masennustilasta riippumatta on uusi havainto, joka voi auttaa terveydenhuollon henkilöstöä synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa. Synnytyksen jälkeinen masennus diagnosoitiin Suomessa 0.3 prosentilla äideistä vuosien 2002–2010 aikana. Riski on suurin ensimmäisen synnytyksen jälkeen. Aiemmin masennuksen sairastaneilla jopa 5.3 % todettiin synnytyksen jälkeinen masennus. Näillä naisilla lääkärin toteaman synnytyospelon todettiin lähes kolminkertaistavan synnytyksen jälkeisen masennuksen riskin. Muita tekijöitä olivat keisarinleikkaus, ennenaikainen synnytys tai vastasyntyneellä todettu epämuodostuma. Suomalaisessa aineistossa jopa 54 % synnytyospelosta raskauden aikana kärsineistä oli ollut ennen raskautta tai sen jälkeen psykiatrisessa osasto- tai polikliinisessä hoidossa tai käytti psyykenlääkettä.

Eerolan (2000), Tammentien, Paavilaisen, Åsted - Kurjen & Tarkan, (2004) Heikkisen ym (2009), Räisäsen (2013) ja Saiston ym. (2014) mukaan synnyttäneen naisen voi olla vaikeaa tuoda esille masennukseen liittyviä asioita, joten terveydenhoitajat ovat avainasemassa oireiden tunnistamisessa. Synnyttäneen psyykkisten oireiden varhainen tunnistaminen ja hoitoonohjaus edesauttavat äidin toipumista sekä auttavat varhaisen vuorovaikutuksen kehittymistä Säännölliset psykiatriset työnohjaus- ja yhteistyökontaktit edistävät äitiysneuvoloiden ja lapsivuodeosastojen henkilökunnan valmiuksia tunnistaa synnyttäneen alkavat vakavat mielenterveysongelmat ja psykoosit mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Synnytyksen jälkeinen masennus arvioidaan Edinburgh Postnatal Depression Scale eli EPDS-mittarilla, joka on kehitetty tunnistamaan ja arvioimaan vastaajan riskiä synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Lomake täytetään neuvolan jälkitarkastuksen yhteydessä, tai 6-8 viikon ikäisen vauvan terveystarkastuksen yhteydessä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Lastenneuvolakäsikirja 2014).

2.4.1. Varhainen vuorovaikutus

Äidin odotusaikaisen psyykkisen oireilun tekee lapsen kehityksen kannalta erityisen huolestuttavaksi se, että psyykkisen alttiuden lisäksi näissä perheissä sekä odotusaikaisen että syntymänjälkeisen vuorovaikutuksen ja ympäristön kautta välittyvät riskit ovat usein kasautuneet. Näihin riskeihin kuuluvat mm. somaattiset ongelmat raskaudessa ja synnytyksessä, epäsuotuisat sikiöaikaiset olosuhteet kohdussa (esim. äidin infektio tai liiallisen stressi). syntymänjälkeiset negatiiviset vuorovaikutuskokemukset vanhemman kanssa, puutteellinen varhainen hoivaympäristö. Äidin herkkyys raskausaikana lisääntyy vaistomaisesti aiemmin tiedostamattomille tunteille ja kokemuksille, ja tuleva äiti muodostaa kiintymyssuhteen lapseen jo odotusaikana. Positiiviset ajatukset vauvasta luovat kiintymyssuhteen merkkejä, joita ovat kyky pohtia ja kuvitella hänet, kyky ajatella hänet omaksi persoonaksi, kiinnostus tietää enemmän vauvasta, pyrkimykset suojata lasta ja lapsen tarpeiden ajattelemisen omien ohitse. Jos näin ei tapahdu, voi mielikuvien synty tulevast lapsesta estyä tai häiriintyä. (Mäkelä ym. 2010, 1014.)

Armanto & Koistinen (2007,140) viittaavat siihen, että kiintymysprosessi omaan vauvaan alkaa jo raskausaikana. Jo raskausaikana neuvolan terveydenhoitaja herättelee tulevia vanhempia pohtimaan varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvistä asioita, voimavaroja ja uhkia. Terveydenhoitajan tehtävänä on auttaa vanhempia hahmottamaan omaan vanhemmuuteensa vaikuttavia tekijöitä ja tarjota tukea uudessa elämäntilanteessa. Vanhemmat, joilla on tasapainoinen mielikuva tulevasta lapsesta, pystyvät he luontevammin hyväksymään jokaisen lapsen kehitysvaiheeseen kuuluvat vanhemmuuden tehtävät

Äidin mielikuvat omasta äitiydestä, vauvan isästä ja omista vanhemmista sekä omasta itsestä vauvana rakentavat vuorovaikutusta. Kun vuorovaikutus tai yhdessäolo ja kanssakäyminen toimivat hyvin, vanhempi pystyy nauttimaan lapsestaan ja on emotionaalisesti saatavilla. (Sinkkonen 2006,49; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, kasvun kumppanit 2014).

Niemelä, Siltala & Tamminen (2003,22.) toteavat äidin masennuksen olevan myös vauvan masennusta. Tällöin äidin vuorovaikutus vauvan kanssa on hyvin olematonta. Hän ei jaksa tunnistaa vauvansa elämänrytmiä, aistimuksellisia ilmaisuja eikä siten jaksa ottaa niitä vastaan tai reagoida niihin. Äiti voi tukahduttaa aistimuksensa ja havaintonsa sulkien vauvan pois mielestään. Äidin raskauden aikainen masentuneisuus voi olla peräisin hänen omalta sikiökaudeltaan, jota on sävyttänyt oman äidin masennus. Tämän saattaa laukaista useat sisäiset ja ulkoiset menetykset ja muutokset. Räisänen ym. (2013) toteavat artikkelissaan, että synnytykseen liittyvällä masennuksella voi olla vakavia seurauksia Se voi vaikuttaa äidin valmiuteen ja kykyyn olla herkässä vuorovaikutuksessa vauvan kanssa ja häiritä kiintymyssuhteen kehittymistä. Tämä puolestaan voi vaikuttaa lapsen myöhäisempään kehitykseen ja hyvinvointiin.

2.4.2. Psykososiaalinen tuki

Sosiaali – ja terveystieteiden mukaan psykososiaalista tukea tulee järjestää kaikille niille ihmisille, jotka ovat joutuneet mieltä järkyttäneeseen tilanteeseen. Psykososiaalinen tuki on tarkoitettu psyykkisen stressin lievittämiseksi ja torjumiseksi. Psykososiaalista tukea ovat psyykinen tuki, sosiaalinen tuki- ja palvelut sekä hengellinen tuki. Äkillisen järkyttävän kokemuksen jälkeen noin kaksi kolmasosaa ihmisistä selviytyy omin voimin ja ympärillä olevan sosiaalisen verkostonsa tuella ilman häiriökehitystä tai asiantuntijoiden apua. (Sosiaali ja terveystieteiden, traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut 2009,13)

Odotusaikainen sekä synnytyksen jälkeinen masentuneisuus ja ahdistuneisuus ovat varsin yleisiä, ja niiden tunnistaminen ja hoitoon ohjaus ovat viimeisten kymmenen vuoden aikana parantuneet. Ne muodostavat erityisen suuren riskin äidin ja lapsen suhteelle ja lapsen kehitykselle. Odotusaikaisten interventioiden kehittäminen, tehostaminen ja vaikuttavuuden tutkimus on psykiatrian ja pikkulapsipsykiatrian alojen tärkeä yhteinen tehtävä. Raskaudenaikaisen psyykenlääkityksen riskit ja hyödyt on arvioitava kussakin tapauksessa erikseen. Perheen voimavarat, kompensatiokyky ja tuen tarve ja muoto on arvioitava huolella. (Mäkelä ym.2010.)

Eerolan (2000) mukaan puolison tuen merkitystä ei pidä unohtaa synnytyksen jälkeen. Puoliso pystyy parhaiten turvaamaan äidille ja vauvalle kahdenkeskisyyden rauhan. Äidin psyykinen sairastuminen synnytyksen jälkeen on koko perheen kriisi, joka koskettaa yhtä lailla perheen molempia vanhempia ja muita lapsia. Perheen tukeminen ja parisuhteen selvittely on usein tarpeen akuutin tilanteen väistyttyä, ja siitä hoito voi yksilöityä perhe-, -pari- tai yksilö- psykoterapiaksi. Raskaus ja synnytys saattavat normaalistikin aktivoida naisessa varhaisempien kehitysvaiheitten ratkaisemattomia ristiriitoja ja aiheuttaa regressiota kehityksellisesti varhaisiin käyttäytymismalleihin sekä häiritä äidin persoonallisuuden tasapainoa.

Äitiysneuvolaoppaan (2013;284–287) mukaan raskaana olevan naisen ja synnyttäneen perheen tarvitsemaa palvelukokonaisuutta ei pystytä järjestämään ilman moniammatillista ja monialaista yhteistoimintaa. On tärkeää käsitellä vaikeita kokemuksia ja käydä synnytyskokemusta läpi ammattilaisten kanssa. Vaikea, pettymyksiä sisältävä tai traumaattinen synnytyskokemus jää vaivaamaan äidin mieltä ja usein häiritsee vauvasta ja vauva-ajasta nauttimista. Erikoissairaanhoidon palvelujen lisäksi on neuvolan perhekeskustoiminnassa mukana terveyskeskuksen erityistyöntekijöitä, varhaiskasvatus, perhetyö, järjestöt seurakunnat, lastensuojelu ja kasvatus- sekä perheneuvolat. Saumattoman yhteistyön merkitys korostuu erityisesti silloin, kun äidille tai perheelle pitää suunnitella jatkotukea.

Suomen mielenterveysseuran ohjeissa kehoitetaan traumaattisen synnytyksen kokenutta puhumaan neuvolan henkilökunnan lisäksi esimerkiksi synnytyssairaalan henkilökunnan, perheneuvolapsykologin, psykiatrisen sairaanhoitajan tai kriisityöntekijän kanssa. Tapahtumasta puhuminen auttaa jäsentämään sitä ja edistää toipumista. Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisessa voivat perhettä auttaa neuvolan henkilökunnan ohella mm. vauvaperhetyöntekijät. (Suomen mielenterveysseura, vaikeat elämäntilanteet 2014.)

Traumaperäinen stressihäiriö vaatii terapeutista tukea ja siitä kärsivät äidit tulee tunnistaa ja ohjata hoitoon. Mikäli traumatisoituminen tulee ilmi vasta uuden raskauden myötä, on tärkeää tukea odottajaa sekä ohjata hänet terapiaan. Tässä tilanteessa myöskään ehdotonta keisarisleikkaustoivetta ei ole syytä kieltää. (Rouhe ym. 2013,3.)

2.5. Mittarit

Tutkimuksessa on suositeltavaa käyttää olemassa olevia, testattuja ja standardoituja mittareita Yleensä kyselylomakkeissa käytetään jotain seuraavista kolmesta muodosta avoimet kysymykset, monivalintakysymykset ja asteikkoihin perustuvat kysymykset. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2010, 151.)

Asteikkokysymyksissä esitetään erilaisia väittämiä ja vastaaja valitsee niistä sen, miten vahvasti hän on samaa mieltä tai eri mieltä esitettyjen väittämien kanssa. Eräs asteikkokysymyksiä esittävä muoto on Likertin mielipideasteikko. Likertin asteikko on yleensä 5-7 portainen asteikko ja mielipidekysymykset muodostavat joko nousevan tai laskevan skaalan. Asteikon toisessa päässä on täysin samaa mieltä tai toisessa täysin eri mieltä oleva vaihtoehto. Näissä mittareissa ei ole vastausvaihtoehtoa en osaa sanoa. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010, 187–189.)

2.5.1. VAS-mittari

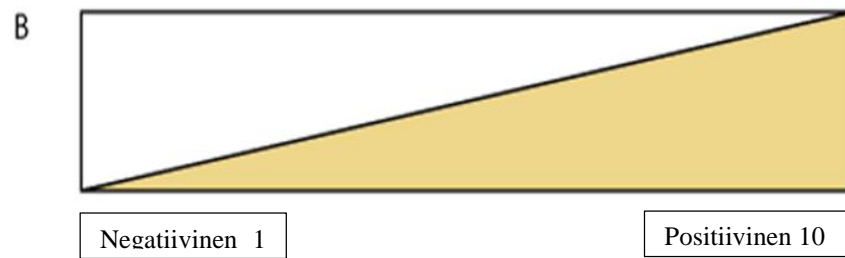
VAS-mittari on yleensä horisontaalinen viiva tai jana, jonka molemmissa päissä on mittarin ääripäitä ja haettua kuvausta vastaava sana kirjoitettuna. Mittarissa käytetään usein numeroita yhdestä kymmeneen tasaisin välein. VAS on psykometrinen mittari, jonka avulla arvioidaan omaa subjektiivista suhtautumista kysymyksen kohteena olevaan jatkumona esitettyyn asiaan. (Wewers & Lowe 1990.)

VAS-mittari on alun perin tarkoitettu kivun arviointiin ja jänästä on kehitelty erilaisia versioita helpottamaan sen käyttöä. (Larsson ym. 2011: 83–89.) Sitä on tavallisemmin käytetty synnytyskivun tai – pelon voimakkuuden arviointiin. Myöhemmin mittaria alettiin käyttää synnytyskokemusten arviointiin synnyttäjien vuodeosastolla. VAS - mittari on herkkä ja nopea seulontamenetelmä kuvaamaan synnytyskokemusta. (Rouhe ym. 2009.)

Pham-Chrowtherin (2003, 126) mukaan VAS-mittarin on todettu olevan hyödyllinen apuväline synnytyskokemusta arvioitaessa. Synnytyskokemus VAS antaa tukea synnytyskokemuksen arviointiin, ja mittaria on myös helppo ja nopea käyttää. Mittari on yksinkertainen ja sisältää vain vähän muuttuvia tekijöitä, joten siihen perehdyttäminen on yksinkertaista henkilökunnalle.

Mittari on myös kansainvälisesti luotettava, koska sen arvio annetaan numeraalisesti. Tällöin mittari ei jätä tulkinnan varaa henkilökunnan puutteellisen kielitaidon vuoksi. Psykkiset sairaudet, kulttuuri- sekä uskonnolliset erot hoitohenkilökunnan ja synnyttäneen välillä eivät näin ollen myöskään vaikuta tuloksen tulkintaan. (Pham ym 2013, 122–125.). Myös Haines, Pallant, Karlström & Hildingsson (2011, 566) ovat sitä mieltä, että VAS-mittari arviointimenetelmänä antaa luotettavaa tukea synnytyskokemuksen ja synnytyspelon arviointiin. Analyysissa olleiden tutkimusten perusteella VAS mittarin todettiin olevan helppo ja luotettava seulontamenetelmä verrattuna muihin mittareihin, joita on maailmalla käytössä. Se on luotettava myös niissä tilanteissa, joissa hoitajalla ja asiakkaalla ei ole yhteistä kieltä. Mittari toimii myös synnytyksen jälkeisen masennuksen ennakkovaroittimena. (Breeze, McCoy, Beala, Paytonb, Stewartc, DeMersc, Ariana & Watson. 2005, 5.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä on Erikoislääkäri Hanna Rouheen yhteneväiset ohjeet henkilökunnalle VAS-mittarin käytöstä synnytyksen jälkeisessä keskustelussa. Synnytyskokemusten VAS-mittari on kymmenportainen. (Kuva 1.) VAS 1 on huonoin mahdollinen, erittäin negatiivinen kokemus ja VAS 10 on erittäin positiivinen synnytyskokemus. Pisteiden 1-5 katsotaan kuvaavan asteikon negatiivista puolta. Synnyttäneille jotka antavat VAS 1-5 synnytyskeskustelussa, tarjotaan mahdollisuutta jatkokeskusteluun synnytykseen osallistuneiden kättilöiden tai lääkäreiden kanssa. Jos äiti antaa pisteitä 0, tarjotaan perheelle erityistukea tai heitä neuvotaan ottamaan yhteyttä potilasvahinkokeskukseen tai muuhun sopivaan tahoon. Potilasvahinkokeskus ja muuta tahot auttavat, jos perhe kokee saaneensa esimerkiksi huonoa kohtelua. Obstetrix-tietojärjestelmään kirjataan mittarin numeraalinen arvio, jonka lisäksi kirjataan äidin erityistarpeet ja selitys siitä, mikä synnytyksessä meni pieleen. Myös jatkohoitosuunnitelma kirjataan. (Rouhe 2010.)



Kuva 1. Synnytyskokemus VAS-mittari

Suuri osa äideistä ei välttämättä koe vielä kotiutumishetkellä tarvetta lisätuelle (Gamble & Greedy 2009). Jos synnytys jää myöhemmin vaivaamaan kannustetaan äitiä ottamaan herkästi yhteyttä synnytysairaalaan tai puhumaan asiasta neuvolan terveydenhoitajalle. Näille äideille järjestetään keskustelu-aikaa synnytyspelkopoliklinikalle.

Synnytystytyväisyyttä pyritään myös mittaamaan monesti liian aikaisin, kuten kolmen päivän kuluttua synnytyksestä, jolloin äitien vastausten katsotaan helposti olevan väärittyneitä terveen lapsen synnyttämisen onnistumisen ja synnytyksen ohi olemisen johdosta (Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad 2004).

2.5.2. Muut keskeiset mittarit

Delivery Satisfaction Scale (DSS) mittari kuvaa synnyttäneen naisen synnytystytyväisyyttä. Mittarissa on kahdeksan väittämää, joiden avulla selvitetään äidin synnytyskokemusta kuvaavia ajatuksia, synnyttäjän saamaa tukea, kipua ja kipulääkkeen riittävyttä, turvallisuutta synnytyksen aikana, saiko vaikuttaa hoitoonsa ja ottiko henkilökunta liikaa ohjat omiin käsiinsä. Positiivinen synnytyskokemus muodostuu korkeammista pisteistä ja negatiivinen synnytyskokemus vastaavasti matalammista pisteistä. (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi & Halmesmäki 2001, Rouhe, Salmela-Aro, Toivanen, Halmesmäki & Saisto 2012)

Traumatic Event Scale (TES). Traumaattista synnytyskokemusta ja synnytyksen jälkeistä posttraumaattista oireyhtymää (PTSD) seuloavassa mittarissa on 21 väittämää, joiden avulla selvitetään, onko äiti kokenut synnytyksensä traumaattisena ja täytyvätkö synnytyksen jälkeisen posttraumaattisen oireyhtymän kriteerit. PTSD arvioimiseksi lasketaan pisteytys TES E-version mukaan (erillinen tulkintalomake). Mittarin sensitiivisyys on 83 % ja spesifisyys 96 %. Jos PTSD-kriteerit täyttyvät tarvitaan aina tarkempi haastattelu. (Wijma, Söderqwist, Carlsson & Wijma 2000; Rouhe ym. 2014, 3.)

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on Cox:in työtovereineen (1987) kehittämä erityisesti synnytyksen jälkeisen masennuksen seulomiseen tarkoitettu mittari. Siinä on 10 väittämää, jossa vastaajia pyydetään ympyröimään se vaihtoehto, joka kuvaa synnyttäneen tuntemuksia viimeisen kuluneen viikon aikana, ei tällä hetkellä. Kaksi väittämistä käsittelee mielihyvän kokemusta, kaksi väittämää käsittelee surullisuutta, kuusi väittämää käsittelee itsensä tarpeetonta syytelyä, ahdistuksen kokemista, univaikeuksia ja itsensä vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia. (Cox, Holden & Sagovsky 1987). Kysely olisi hyvä tehdä äidin jälkitarkastuksen yhteydessä, tai viimeistään 6-8 viikon ikäisen vauvan neuvolakäynnillä.

EPDS mittarin kehittäminen on tehty pitäen silmällä ehkäisevää mielenterveystyötä ja synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamista erityisesti kliinisessä käytännön työssä. Kysely on kuitenkin vain seula, jota suositellaan käytettäväksi vähintään kahtena ajankohtana. Sen lisäksi diagnoosin pitää perustua kliiniseen haastatteluun. Mittarin sensitiivisyys on 86 % ja spesifisyys 78 %. (Ylilehto 2005; 42–44.)

Maternal Attachment and Attitudes (MAMA) on suunniteltu erityisesti tutkimaan äitiyden tuomia muutoksia suhteessa varhaiseen vuorovaikutukseen (Kumar, Robson & Smith 1984). Tässä opinnäytetyössä käytetty MAMA-mittari on synnytyksen jälkeinen versio koskien äitiyden negatiivisia- ja positiivisia tunteita vuorovaikutuksessaan vauvaansa kohtaan. Mittarissa on 12 väittämää ja kysymykset ovat tarkoitettu kuvaamaan äidin olotilaa viimeisen kuukauden aikana.

Korkeammat pisteet tästä kyselystä kuvaavat positiivisempaa sopeutumista ja enemmän myönteisiä asenteita vastasyntyntä kohtaan kun taas matalammat pisteet kuvaavat negatiivisempaa suhtautumista. (Rouhe ym.2014,3.) Ei ole olemassa vahvistettua rajakohtaa erottaa äitiyden positiivisten ja negatiivisten tunteiden esiintymistä vauvaa kohtaan, koska suurimmalla osalla naisista on kuitenkin hyvin myönteinen kokemus äitiydestä (Börjensson & Bågendahl-Strindlund 2007; 7-119).

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) naisten ja synnytysten tulosyksiköllä (NaiS) on menossa toiminnan kehittämishanke, jonka tavoitteena on synnytyksessä traumatisoitumisen ehkäiseminen. Hanke alkoi vuonna 2014 ja sen tavoitteena on parantaa hoidon laatua, päästä toiminnan saumattomuuteen ja sujuvuuteen, löytää uusia resursseja säästäviä toimintatapoja sekä löytää keinoja traumatisoitumisriskissä olevien potilaiden tunnistamiseen jo raskauden aikana. Tällöin voimavaroja kohdistamalla voitaisiin synnyttäneiden traumatisoitumista ehkäistä ja vähentää. Tämä edellyttää hyvää yhteistyötä äitiysneuvolan ja synnytysairaalan välillä.

Tämä opinnäytetyö on osa HYKS:n kehittämishanketta. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, kuinka monta traumatisoitunutta äitiä VAS-mittari löytää synnytyksen jälkeen sekä kuinka moni heistä tulee tarvitsemaan psykososiaalista tukea. HYKS:n kehittämistyön ja sitä kautta myös tämän opinnäytetyön varsinaiseksi päämääräksi voidaan laajemmin asettaa mahdollisimman monen synnyttäjän ja synnyttäneen hyvinvoinnin turvaaminen.

4 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämä opinnäytetyö on osa edellä mainittua tutkimushanketta. Opinnäytetyön kohteena ovat maaliskuun - marraskuun aikana 2014 Jorvin sairaalassa synnyttäneet äidit, joilla on ollut erittäin huono synnytyskokemus arvioituna VAS-mittarilla 1-5.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Kuinka monella matalan synnytyskokemuksen VAS:-arvon antaneella äidillä synnytys on ollut traumaattinen kokemus?
2. Kuinka monella matalan synnytyskokemuksen VAS-arvon antaneella äidillä on psykososiaalisen tuen tarve vielä kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen?

Synnytyskokemus VAS-mittari antaa nopeasti viitteen siitä, minkälaiseksi äiti on kokenut synnytyksensä. Aineistona käytetään myös synnytyskeskusteluja ja synnytystytyväisyyttä, traumaattista synnytyskokemusta, synnytyksen jälkeistä masennusta sekä äidin ja lapsen välistä varhaista vuorovaikutusta mittaavia kyselylomakkeita.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1. Tiedonhaku

Teoreettisen aineiston viitekehysten keräämiseen on käytetty tietokantoja Medic, Cinahl ja PubMed. Teoreettiseksi tietoperustaksi ovat valittu otsikoiden ja tiivistelmien perusteella opinnäytetyön aiheeseen sopivimmat tutkimukset ja artikkelit. Lisäksi työssä on käytetty raportteja, suosituksia ja oppikirjoja jotka ovat löytyneet Helmet, Terkko ja Nelli-tietokannoista. Hakusanojen muotoa ja rajauksia muuteltiin tietokantojen ominaisuuksien ja mahdollisuuksien mukaan. Hakuja suoritettiin seuraavilla asiahakusanoilla. ”synnyt*”, ”kokemukset”, VAS (visual analogue scale), ”childbirth satisfaction”, ”fear of childbirth”, ”childbirth experience”, ”varhainen vuorovaikutus”, ”synnytyksen jälkeinen masennus”, ”mental health”. Aineiston elektronista hakua voidaan täydentää manuaalisella haulla, koska kaikki relevantit alkuperäistutkimukset eivät välttämättä löydy hakusanoilla tietokannoista (Kääriäinen & Lahtinen 2006,40). Haut rajattiin vuosille 2005–2014.

5.2. Menetelmälliset ratkaisut

Opinnäytetyössä kerätään kvantitatiivista ja sivutaan kvalitatiivista aineistoa traumaattisesta synnytyskokemuksesta strukturoitujen mittareiden eli kyselylomakkeiden avulla. Hirsijärven ym. (2010, 125–127,182) mukaan ne voidaan nähdä täydentäviksi lähestymistavoiksi ja niitä voidaan käyttää rinnakkain.

Tutkimus toteutetaan hypoteettis -deduktiivisen päättelyn logiikalla eli se tarkoittaa käytännön ilmiöissä esiintyvien piirteiden erottelua ja tarkastelua teorian ja siihen pohjaavien hypotesien valossa, eli etenemistä teoriasta käytäntöön. Hypoteettis – deduktiivisen päättelyn avulla heijastetaan ja ohessa tarkastellaan saatuja uusia tutkimustuloksia. Tieteellisen tutkimuksen päämääränä on saada tietoa, joka on luonteeltaan yleistä ja yleistettävissä. Määrällisessä tutkimuksessa sellaista tietoa antaa esimerkiksi keskiarvon käsite. Se osoittaa, millä tavoin koko opinnäytetyön kaikki kohteet asettuvat keskimäärin ja millä tavoin yksittäistä havaintoa voidaan tarkastella koko joukkoon nähden. Toisaalta keskiarvo ei kerro mitään yksittäisistä tapauksista. (Hirsijärvi ym.2010, 134–135)

Vilkan (2005,63) mukaan laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset, siis todellisen elämän kuvaaminen Laadullisen tutkimuksen avulla on mahdollisuus ymmärtää, millaiset tavat ja käsitykset vaikuttavat ihmisten toiminnan taustalla. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää tutkia ilmiöiden merkitystä, ei niinkään vaikutuksia

Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä käytetään usein perinteistä survey-tutkimusta. Survey-tutkimuksessa kerätään tyypillisesti tietoa käyttäen kyselylomaketta tai strukturoitua haastattelua. Aineisto kerätään standardoidussa muodossa eli täsmälleen samalla tavalla jokaiselta vastaajalta. Vastaajat muodostavat otoksen jostain tietystä ihmisjoukosta. Kvantitatiivinen aineisto sisältää monivalintakysymyksiä sekä Likert asteikkoja ja aineiston pääpaino on niissä. Kvalitatiivinen osio sisältää muutaman avoimen kysymyksen. Yksinkertaisten laskentatekniikkojen avulla voidaan kvantitatiivisen tutkimukseen saatuja tuloksia laajentamaan koko aineistojoukkoa, johon muutoin on vaikea saada otetta. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä voi edistää kvalitatiivista vaihetta. Esimerkiksi laaja kvantitatiivinen survey-tutkimus voi luoda perusteet sille, miten muodostaa vertailevia ryhmiä kvalitatiivisia haastatteluja varten. Kvantitatiivinen tutkimusote käsittelee numeroita kun taas kvalitatiivinen käsittelee merkityksiä, Tarkoitus ei ole asettaa suuntauksia toistensa vastakohdiksi. Mittaaminen sisältää kaikilla tasoilla sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen puolen. (Hirsjärvi ym. 2010, 125–128; Tuomi & Sarajärvi 2009, 64.)

Vilkan (2007, 13–17) ja Kankkusen ym. (2010, 40–42) mukaan kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat tiedon strukturointi, mittaaminen, tiedon esittäminen numeroin, tutkimuksen objektiivisuus ja vastaajien suuri lukumäärä. Tämä tarkoittaa, että tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. Menetelmä vastaa kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Strukturointi tarkoittaa, että tutkittava asia ja sen ominaisuudet suunnitellaan ja vakioidaan.

Määrällinen tutkimus perustuu siis mittaamiseen, jonka tuloksena syntyy lukuarvoja sisältävä havaintoaineisto, jota analysoidaan tilastollisin analyysimenetelmin. Nämä kummatkin edellä mainitut vaiheet tapahtuvat ennen kyselylomakkeen muodostamista. Strukturoinnissa tutkittavat asiat vakioidaan lomakkeeseen kysymyksiksi ja vaihtoehtoiksi ennalta niin, että kaikki ymmärtävät kysymyksen samalla tavalla ja kysymykset voidaan kysyä kaikilta vastaajilta samalla tavalla. (Vilkka 2007, 13–17; Kankkunen ym. 2010, 40–42.)

Määrällinen tutkimus on menetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Muuttuja on esimerkiksi henkilöä koskeva asia, toiminta tai ominaisuus. Se on määrällisessä tutkimuksessa asia, josta halutaan tietoa. Muuttujat voivat olla riippumattomia kuten taustatiedot, tai selitettäviä kuten vastaajien tyytyväisyys samaansa hoitoon. Pelkästään kvalitatiivisella tutkimuksella ei saada tietoa jos halutaan yleistettävää tietoa kohderyhmästä. Tällaisessa tilanteessa tarvitaan suurella otoksella koottuja aineistoja ja tilastollisen yleistettävyyden arviointia. Nämä sanelevat sen menetelmän, mistä tutkija saa parhaimman vastauksen. (Vilkka 2007, 13–17; Kankkunen ym. 2010, 40–42).

Laadullisen tutkimuksen menetelmänä fenomenologia tarkoittaa oppia ilmiöstä. Se jaetaan joko kuvailevaan tai tulkitsevaan linjaukseen. Tutkijan on perehdyttävä käyttämiinsä erityismenetelmiin, alkuperäiskirjoituksiin sekä menetelmän lähtökohtiin sekä taustaoletuksiin. Peruskäsitteet ovat kokemus, merkitys, kuvaus, intentionaalisuus (tutkimuksella on tarkoitus ja se on tehty tarkoituksellisesti) ja esiymmärrys. Fenomenologinen näkemys korostaa todellisen elämän kuvaamista, kokonaisvaltaisuutta sekä tosiasioiden löytämistä. (Kankkunen ym. 2010; 11,54.)

5.3. Aineiston kerääminen

Olemme HUS:n synnytysyksiköissä vuodesta 2010 alkaen keränneet tietoa synnytyskokemuksesta VAS-mittarin avulla. Synnytyskokemusten-VAS-asteikolla arvo 1 kuvaa huonointa mahdollista synnytyskokemusta ja arvo 10 parasta mahdollista synnytyskokemusta. Vuonna 2014 kirjattiin HUS:ssa synnyttäneistä äideistä 88,8 %:lta synnytyskokemusten VAS-arvio Obstetrix-järjestelmään. (Saisto 2014)

Synnyttäjältä kysytään ennen kotiutumista, miten he kokivat synnytyksen kokonaisuudessaan. Jos synnyttäjä arvioi kokemuksensa asteikolla 1-5, hänelle tarjotaan mahdollisuutta ensin keskustella negatiivisesta synnytyskokemuksestaan häntä hoitaneen kätilön tai lääkärin kanssa.

Tätä tutkimushanketta varten perustettiin kätilön vastaanotto Jorvin sairaalan äitiyspoliklinikalle niille synnyttäneille, jotka antoivat matalan VAS-arvion tai jotka muuten halusivat tulla keskustelemaan negatiivisesta synnytyskokemuksestaan. Heille varattiin aika kätilön keskusteluun noin kaksi kuukautta synnytyksen jälkeen.

Tavoitteena oli saada mukaan tutkimukseen 40–60 Jorvin sairaalassa synnyttäneitä naista, jotka olivat antaneet matalan VAS-arvion synnytyskokemuksestaan. Tutkimusaika arvioitiin maaliskuusta lokakuuhun 2014. Vastaanottoa jouduttiin jatkamaan joulukuulle 2014, koska tutkimukseen ei ollut saatu riittävästi synnyttäneitä. Viimeinen tutkimusvastaanotto oli 12.12.2014, johon mennessä 47 synnyttäneitä matalan VAS-arvion antanutta oli käynyt kätilön vastaanotolla. Vastaanottoajan perui 14 synnyttäneitä. Syyt ajan perumiseen eivät ole tutkijan tiedossa.

Kätilön käymän äitilähtöisen synnytyskeskustelun tukena olivat neljä mittarina toimivaa kyselylomaketta; synnytystyytyväisyys (DSS), synnytyksessä traumatisoituminen, (TES) varhainen vuorovaikutus (MAMA) sekä synnytyksen jälkeinen masennus (EPDS) myös synnytyskokemus-VAS kysyttiin vielä uudelleen kahden kuukauden jälkeen synnytyksestä.

Tutkija kertoi vastaanoton lopussa HYKS:n toiminnan kehittämishankkeesta ja siihen liittyvästä opinnäytetyöstä. Äideille painotettiin tutkimuksen luottamuksellisuudesta, vapaaehtoisuudesta sekä siitä että kenenkään henkilötiedot eivät paljastu yksittäisistä kyselylomakkeista. Tutkimukseen osallistuneet synnyttäneet täyttivät kyselylomakkeet vastaanoton lopussa.

5.3.1. Kätilön vastaanoton perustaminen

Synnytyskokemusten VAS-vastaanotto perustettiin kokeilumielessä maaliskuussa 2014 Jorvin sairaalan äitiyspoliklinikalle, kätilölähtöisenä vastaanottona. Vastaanoton perustamisesta ja sen toiminnasta informoitiin sähköpostitse sekä osastokokouksissa Jorvin sairaalan synnytysosaston-, synnyttäneiden vuodeosastojen- sekä äitiyspoliklinikan henkilökuntaa. Tutkija itse suunnitteli ja ylläpiti vastaanottoa.

Vastaanottoon ei kuulunut synnyttäjän jälkitarkastusta, vaan se toteutui äidin omassa neuvolassa. Vastaanottopäivä oli maanantai ja päivään sisältyi neljä vastaanottoaikaa. Synnytyskokemuskeskustelulle oli aikaa varattu tunti ja 45 minuuttia tietojen kirjaamiseen, Synnyttäneet täyttivät tutkimuslomakkeet vastaanoton lopulla. Vastaanotto oli hoitajavastaanotto eli maksullinen käynti. Vastaanotolle sai ottaa vauvan tai puolison mukaan. Enimmäkseen äidit tulivat kuitenkin vauvan kanssa. Synnyttäneiden kanssa keskusteltiin äitilähtöisesti eli äidit kertoivat ensin synnytyskokemuksestaan ja sen jälkeen katsottiin yhdessä synnytystapahtuma läpi perusteellisesti Obstetrix-tietojärjestelmästä. Mahdollinen psykososiaalinen tuki tai muu jatkohoito arvioitiin yhdessä synnyttäneen ja erikoislääkärin kanssa.

Keskustelusta kirjattiin Obstetrix-tietojärjestelmään yhteenveto, joka äidin antamalla luvalla lähetettiin tiedoksi neuvolan terveydenhoitajalle, sekä synnyttäneelle itselleen. Vastaanoton lopussa, äidit täyttivät tutkimuslomakkeet ja vastaukset katsottiin yhdessä läpi. Vastausten sekä keskustelun perusteella suunniteltiin jatkohoito yhdessä synnyttäneen sekä erikoislääkärin kanssa. Kyselylomakkeisiin vastasivat kaikki vastaanotolla käyneet eli yhteensä 47 synnyttäjää.

5.4. Aineiston käsittely ja analyysi

Aineistokeruun mittareina käytettiin strukturoituja kyselylomakkeita, joihin liitettiin muutama avoin kysymys. Vastauksia voidaan myös analysoida induktiivisesti eli niin, että yhdestä tai useammasta yksittäistapauksesta johdetaan yleistys, mutta tässä tutkimuksessa käytettiin hypoteettis-deduktiivista lähestymistapaa, joka on määrällisen tutkimuksen lähestymistapa. (Paunonen ym. 1997, 226–227.)

Kyselylomakkeen etu on, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Tutkimukseen voidaan saada paljon henkilöitä mukaan, sekä sillä voidaan kysyä monia asioita. Jos lomake on suunniteltu huolellisesti, voidaan aineisto nopeasti muokata tallennettuun muotoon ja analysoida se tietokoneen avulla. (Hirsjärvi ym. 2010, 185–186.)

Kyselylomakkeet kerättiin kontrolloidusti ja informoidusti eli tutkija jakoi lomakkeet henkilökohtaisesti, kertoi tutkimuksen tarkoituksesta sekä keskusteli tarvittaessa kysymyksistä.

Aineiston käsittely ja analysointi aloitettiin pian keruuvaiheen jälkeen. Aineisto analysoitiin tilastollisia menetelmiä käyttäen. Taustatietolomakkeessa on yksi laadullinen kysymys. Vastaukset tallennettiin Excel taulukkolaskentaohjelmaan havaintomatriisiksi ja käytiin läpi vielä vastaus vastaukselta, jotta nähtiin miltä aineisto vaikuttaa. Sen jälkeen aineisto luokiteltiin. Luokittelu on yksinkertainen aineiston järjestämisen muoto. Sitä pidetään kvantitatiivisena analyysinä sisällön teemoin. Aineistosta määritellään luokkia ja lasketaan, kuinka monta kertaa luokka esiintyy aineistossa. Luokiteltu aineisto voidaan esittää taulukoina. (Tuomi ym.2009, 93.)

Analysointivaiheessa oli mukana tutkijatriangulaatio, eli tutkimukseen kuuluu useita tutkijoita mm. kysymysten laatijoina sekä tulosten analysoijina sekä tulkitsijoina (Hirsjärvi ym. 2012,218). HYKS:n kehittämishankkeessa, jonka osa tämä opinnäytetyö on, ovat mukana tutkielman tekijän lisäksi, Jorvin sairaalan äitiyspoliklinikan osaston ylilääkäri Terhi Saisto ja Kätilöopiston sairaalan erikoislääkäri Hanna Rouhe

Tietojen keruu tapahtui synnyttäneen taustoja selvittäneellä lomakkeella ja neljällä strukturoiduilla mittareilla (Liitteinä). Lomakkeiden ja mittareiden vastaukset tulkittiin erillisten ohjeiden mukaisesti. Mittareita ei testattu etukäteen, koska ne olivat tutkijatriangulaation käyttämiä jo hyväksi havaittuja. Mittareilla selvitettiin synnytystyytyväisyyttä, traumaattista synnytyskokemusta, synnytyksen jälkeistä masennusta ja varhaista vuorovaikutusta. Ensimmäinen VAS-arvio synnytyskokemuksesta oli saatavilla Obstetrix-tietojärjestelmässä sekä toinen VAS-arvio kysyttiin kättilön vastaanotolla. Vastaanottoajasta kului lomakkeiden täyttämiseen keskimäärin 10 minuuttia.

5.4.1. Synnyttäneiden taustatiedot;

Tutkimukseen osallistuneiden synnyttäneiden taustatiedot selvitettiin joko Obstetrix-tietokannasta tai kysymällä vastaus synnyttäneeltä itseltään (Liite 1). Tutkija kirjasi taustatiedot. Obstetrix-tietojärjestelmästä selvitettiin seuraavat asiat: raskausajan seurantakäynnit jotka tapahtuivat erikoissairaanhoidossa sisältäen äitiyspoliklinikka-, päivystys, synnytyspelkokäynnit sekä Nyttiryhmän. synnytyksen mahdollinen käynnistäminen ja käynnistämistapa ja päätyikö synnytys normaaliin alatiesynnytykseen, imukuppiin tai kiireelliseen keisarinleikkaukseen. Lopuksi katsottiin synnytyskokemuksen VAS - arvio sekä kuinka monta päivää synnytyksestä oli kulunut, kun arvio oli annettu.

Taustatiedot sisälsivät yhden avoimen kysymyksen jossa kysyttiin muutamalla sanalla synnyttäjän valmistautumista tulevaan synnytykseensä. Taustatietoihin tiedusteltiin synnyttäjän ikää sekä pariteettia (kuinka mones synnyttäjä), oliko synnyttäjä/perhe osallistunut neuvolan synnytysvalmennuksiin sekä synnytyssairaalan tutustumiskäynnille, imettikö äiti vauvaa, miten äiti sai nukuttua synnytyksen jälkeen sekä uutta synnytyskokemuksen VAS-arviota 6-8 viikkoa synnytyksen jälkeen.

5.4.2. Delivery Satisfaction Scale (DSS)

DSS on synnytystytyväisyyttä kuvaava mittari. Mittari sisältää 8 väittämää. (Liite 2). Vastaukset pyydettiin ympyröimään Likert asteikolle, jonka vaihtoehdot ovat: erittäin (1), melko (2), jonkin verran (3), vain vähän (4), tai ei lainkaan (5).

Synnytystytyväisyyttä kuvaavissa kysymyksissä synnyttäneiltä selvitettiin oliko synnytys ollut myönteinen kokemus, synnyttäjän saama tuki, synnyttäjän kokema kipu ja kipulääkkeen riittävyys, turvallisuus ja se saiko vaikuttaa synnytyksen hoitoon. Viimeisenä kysyttiin ottiko henkilökunta liikaa ohjat omiin käsiinsä.

Kysymykset 4 ja 8 pisteytettiin 1-5 ja muut käännteisinä eli 5-1. Positiivinen synnytyskokemus muodostuu korkeammista pisteistä eli 36 tai yli ja negatiivinen synnytyskokemus vastaavasti matalammista pisteistä, alle 25 pistettä. (Saisto ym. 2001, Rouhe, ym. 2012)

5.4.3. Traumatic Event Scale (TES)

TES on traumaattista synnytyskokemusta ja posttraumaattista oireyhtymää seulova mittari (Liite 3). Kysymyksiä on yhteensä 21 kappaletta ja ne on jaettu A:B C ja D kriteereihin. Synnyttäneitä pyydettiin kuvaamaan se väittämä joka parhaiten kuvaa hänen synnytyskokemustaan.

Vastaukset pyydetään ympyröimään Likert asteikolle. Asteikon vaihtoehdot ovat kysymyksissä 1–4: ei ollenkaan (1), aika lailla (2), paljon (3) ja erittäin paljon (4). Kysymyksissä 5–21 vaihtoehdot ovat: ei lainkaan, ei ollenkaan (1), harvoin (2), paljon (3) ja erittäin paljon (4).

Kysymykset 6-38 jätettiin pois analysoinnista Erikoislääkäri Hanna Rouheen ohjeen mukaan ja muut vastaukset analysoitiin erillisten ohjeiden mukaisesti.

Kriteeri A kuvaa synnytyksen traumatapahtumaa ja kysymyksissä 1-4 pyydettiin kuvaamaan miten äiti koki synnytyksensä. Väittämät ovat: ei ollenkaan (1), aika lailla (2), paljon (3) ja erittäin paljon (4). Pisteet lasketaan, jos jokaisessa A-kriteerin väittämässä on merkattu kertaalleen väittämä paljon tai erittäin paljon.

Kriteeri B eli kysymykset 5-9 kuvaavat miten synnytyskokemus ja synnytykseen liittyvät epämiellyttävät ajatukset ja muistikuvat tunkeutuvat synnyttäneen mieleen. Väittämät ovat: ei lainkaan, ei ollenkaan (1), harvoin (2), paljon (3) ja erittäin paljon (4). Pisteet lasketaan jos B-kriteerin väittämät joskus tai usein, on merkitty tässä osiossa kertaalleen tai useimmin.

Kriteeri C kuvaa synnyttäneen välttämismisoireita. Kysymyksissä 10–16 pyydettiin kuvaamaan välttelikö synnyttänyt synnytystä muistuttavia ajatuksia, toimintoja, paikkoja, henkilöitä tai kykenikö äiti tuntemaan rakkautta tai läheisyyttä läheisiään kohtaan. Väittämät ovat: ei lainkaan, ei ollenkaan (1), harvoin (2), paljon (3) ja erittäin paljon (4). Pisteteet lasketaan jos jokaisessa C-kriteerin väittämässä on merkattu kaksi kertaa tai useimmin väittämät joskus tai usein.

Kriteeri D kuvaa synnyttäjän ylivireystilaa Kysymyksissä 17 – 21 pyydettiin äitejä kuvaamaan oliko heillä ollut nukkumisvaikeuksia, äkkipikaisuutta, ylijännittyneisyyttä tai ärtymyksen ja vihan tunteita ilman välitöntä syytä synnytyksen jälkeen. Väittämät ovat: ei lainkaan, ei ollenkaan (1), harvoin (2), paljon (3) ja erittäin paljon (4). Pisteet lasketaan jos D-kriteerin väittämiä harvoin, joskus ja usein on tässä osiossa kahdesti tai useammin.

Posttraumaattisen stressioireyhtymän kriteerit täyttyvät jos A; B, C ja D kriteereiden jokaisesta osiosta tulee yksi piste. Jos PTDS-kriteerit täyttyvät tarvitaan aina tarkempi haastattelu (Liite 4).

(Wijma, ym. 2000; Rouhe, ym. 2014,3)

5.4.4. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Cox työtovereineen (1987) on kehittänyt erityisesti synnytyksen jälkeisen masennuksen seulomiseen tarkoitettua EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) mittarin ja todennut, että kysely soveltuu hyvin tämän elämänvaiheen masennuksen mittaamiseen. Mittarissa on 10 väittämää jossa vastaajia pyydettiin ympyröimään se vaihtoehto, joka kuvaa synnyttäneen tuntemuksia viimeisen kuluneen viikon aikana, ei tällä hetkellä. Kysely olisi hyvä tehdä äidin jälkitarkastuksen yhteydessä, tai viimeistään 6-8 viikon ikäisen vauvan neuvolakäynnillä (Liite 5).

Kaksi väittämistä käsittelee mielihyvän kokemusta, kaksi väittämää käsittelee surullisuutta, kuusi väittämää käsittelee itsensä tarpeetonta syyttelyä, ahdistuksen kokemista, univaikeuksia ja itsensä vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia.

Kysymyksissä 1,2, ja 4 vastausvaihtoehdot pisteytetään järjestyksessä ylimmästä alimpaan asteikolla 0-3 ja kysymykset 3 ja 5-10 ovat käänteisiä ja ne pisteytetään asteikolla 3-0. Maksimipisteet ovat 30. Jos yhteispistemäärä on 10, seula pystyy löytämään lievästi masentuneet äidit. Jos yhteispistemäärä ylittää 13, viittaa seula vakavan masennuksen mahdollisuuteen. Mitä korkeampi pistemäärä on sitä todennäköisemmin synnyttänyt kärsii masennuksesta. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, lastenneuvolakäsikirja 2014)

5.4.5. Maternal Attachment and Attitudes (MAMA)

MAMA on mittari, joka on suunniteltu erityisesti selvittämään äitiyden tuomia muutoksia varhaiseen vuorovaikutukseen ja vauvan hoitoon syntymän jälkeen. Kysymyksiä on yhteensä 12 kappaletta (Liite 6).

Likert-asteikon väittämiä on neljä: ei ollenkaan, ei koskaan (1), vähän, harvoin (2), paljon, usein (3) ja erittäin paljon, erittäin usein (4). Kysymykset 3, 6, 7, 9 ja 12 kuvaavat äidin positiivisia tunteita. Kysymykset 1, 2, 4, 8, 10 ja 11 kuvaavat äidin negatiivisia tunteita ja ne pisteytetään päinvastaisessa järjestyksessä.

Tämän mittarin kysymykset ovat tarkoitettu kuvaamaan äidin olotilaa viimeisen kuukauden aikana. Korkeammat pisteet kuvaavat positiivisempaa sopeutumista ja enemmän myönteisiä asenteita vastasyntyntä kohtaan. (Rouhe ym.2014,3.)

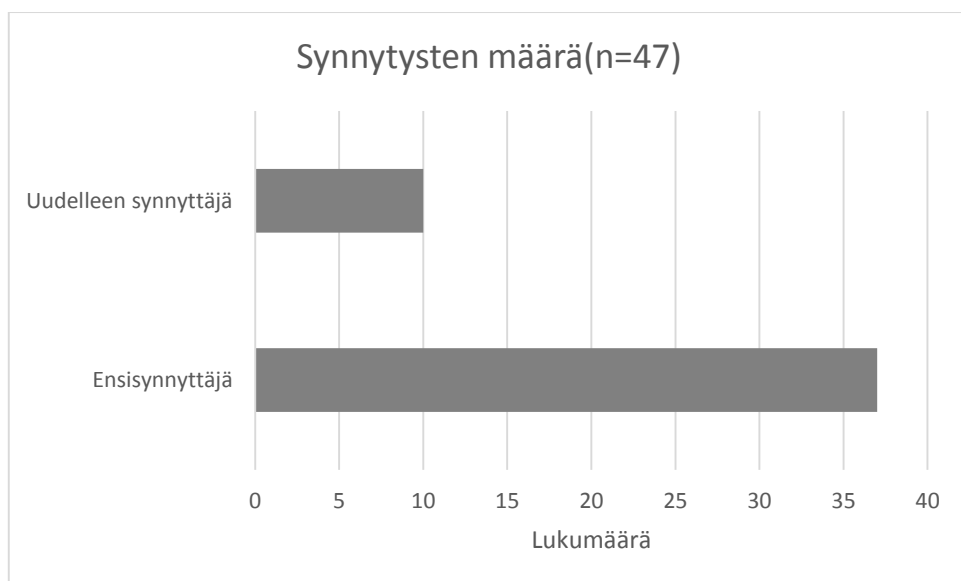
6 TUTKIMUSTULOKSET

Tulosten kuvailuun käytetään lukumääriä sekä keskiarvoja. Numerotiedot tulkitaan ja selitetään sanallisena sekä tulokset havainnollistetaan kuvioissa lukumäärinä, koska aineistoa on siten helpompi tulkita. Tutkimustulokset raportoidaan läpi ensin yksityiskohtaisesti. Pohdinta kappaleessa keskitytään vertailemaan tämän tutkimuksen tuloksia aiempiin tutkimustuloksiin ja johtopäätösosio antaa vastaukset tämän opinnäytetyön tavoitteisiin.

6.1. Taustatiedot

Synnyttäneiden naisten keski-ikä oli 31 vuotta. Nuorin synnyttäneistä oli 20 ja vanhin 41 vuotias.

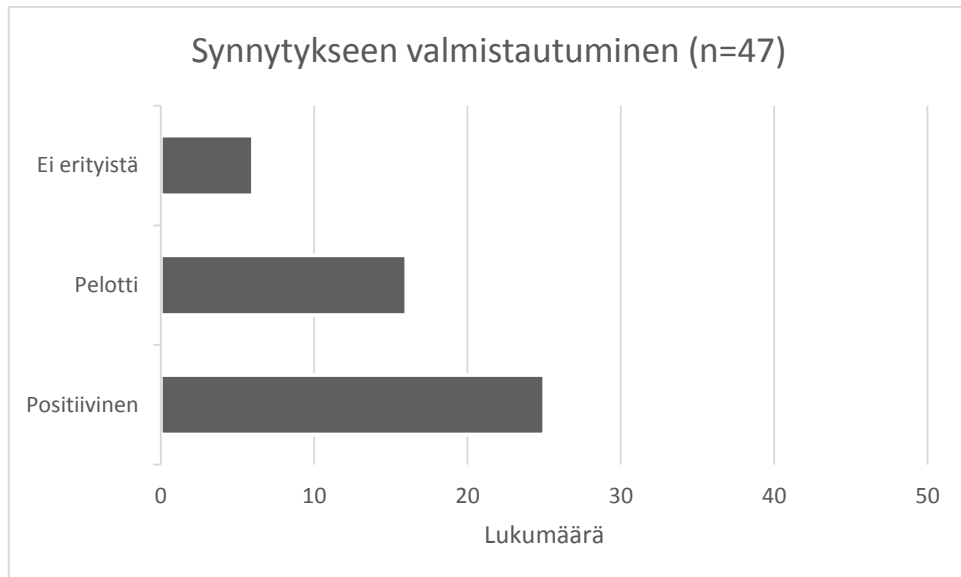
Suurin osa kyselyyn osallistuneista ja vastaanotolla käyneistä synnyttäneistä oli ensisynnyttäjiä (n = 37). Alle neljännes (n=10) edusti uudelleensynnyttäjiä.(Kuvio 1)



Kuvio 1. Synnytysten määrä

Synnytykseen valmistautumista pyydettiin kuvaamaan omin sanoin muutamalla sanalla. Vastaukset jaoteltiin vapaassa tekstissä olevien sanojen perusteella positiivisesti synnytykseen suhtautuneisiin (sanana esim. luottavainen), negatiivisesti suhtautuneisiin (sanoin esim. synnytys pelotti) ja neutraalisti suhtautuneisiin (sanoina esim. ei erityistä).

Nämä teemat valittiin niiden toistuvuuden mukaan. (Kuvio 2.) Yli puolet vastanneista (n = 25) oli valmistautunut synnytykseen positiivisin mielin ja yli kolmasosaa synnytys jännitti tai pelotti (n=16). Tästä joukosta 6 synnyttäjää koki, että ei ollut tuntenut mitään erityistä tulevaa synnytystä kohtaan.

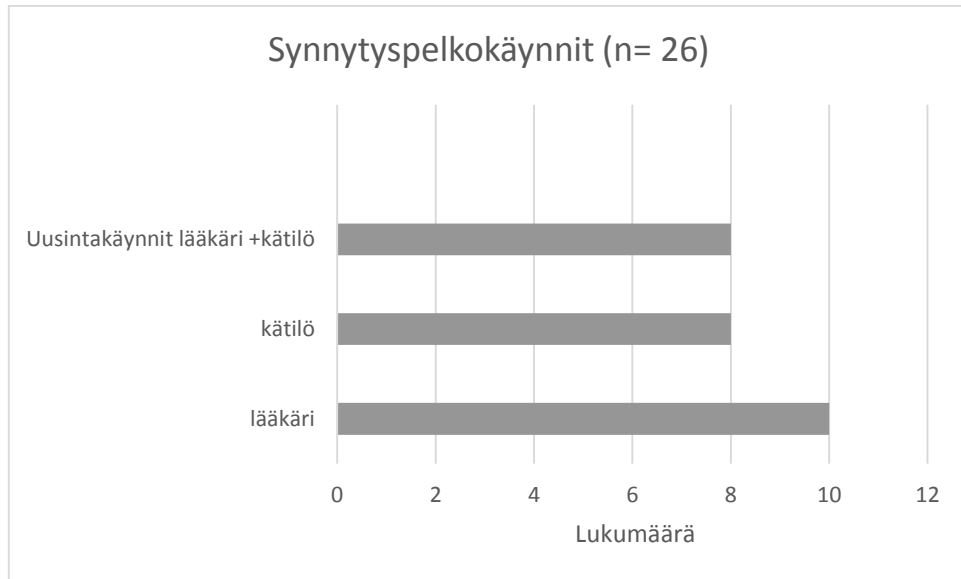


Kuvio 2. Synnytykseen valmistautuminen

Äitiysneuvolan synnytysvalmennuksissa ja synnytyssairaalan tutustumiskäynneillä oli käynyt kaikista kyselyyn vastanneista melkein neljä viidestä (n= 36). Tutustumiskäynnillä käyneet olivat enimmäkseen ensisynnyttäjiä.

Synnytyspelkopoliklinikalla oli käynyt keskustelemassa 12 kyselyyn vastannutta synnyttäjää. Synnytyspelkolääkärin vastaanotolla kävi 10 synnyttäjää ja kättilön vastaanotolla 2 synnyttäjää. Puolet näistä äideistä tarvitsi sekä kättilön että lääkäriä käyntiä (n=6). Synnytyspelkopoliklinikan käyntejä kertyi yhteensä 26 uusintakäynteineen. (Kuvio 3)

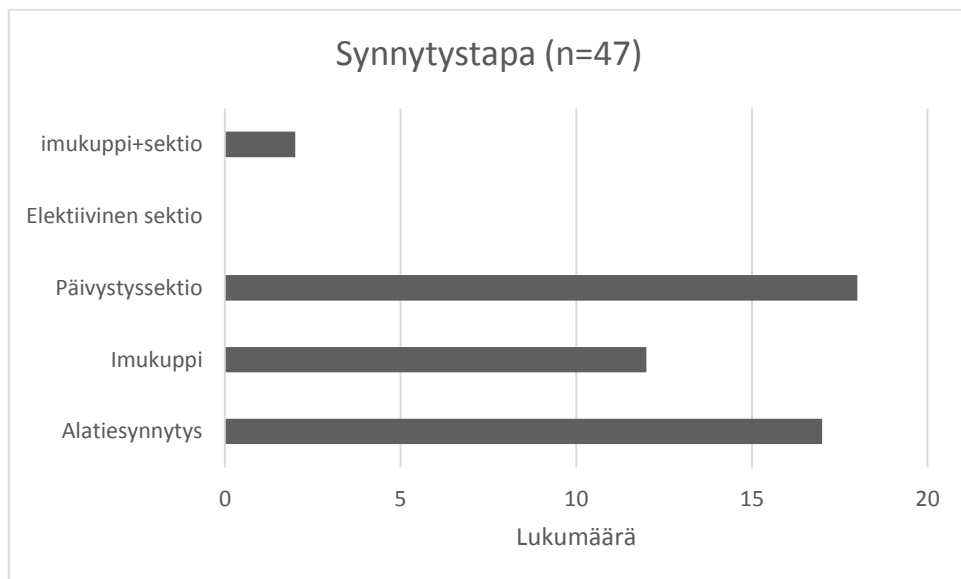
Tulevaa synnytystä pelkäsi edelleen synnytyspelkokäyntien jälkeen 6 synnyttäjää. Nyytti-ryhmän eli psykoedukatiivisen ryhmän käyntejä oli vain yhdellä synnyttäneellä. Muita äitiyspoliklinikan tai päivystyksen käyntejä oli kertynyt yhteensä 86, eli keskimäärin 1.86 käyntiä per odottaja.



Kuvio 3. Synnytyspelkokäynnit

Synnytys jouduttiin käynnistämään erilaisten syiden takia lähes puolella synnyttäneellä (n=21). Normaaliin alatiesynnytykseen päätyi 17 synnyttäjää, eli vain vähän yli kolmasosa tutkittujen synnytyksistä. Suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista, synnyttäneellä, synnytys päättyi komplisoituneesti eli joko vauvan imukuppiulosottoon tai kiireelliseen keisarinleikkaukseen (n=32). Näistä 2 synnyttäneelle jouduttiin tekemään epäonnistuneen imuverdon jälkeen päivystyssektio eli kiireellinen keisarinleikkaus. Elektiivistä sektiota eli etukäteen suunniteltua keisarinleikkausta ei tehty kenellekään tähän tutkimukseen osallistuneille synnyttäjille.

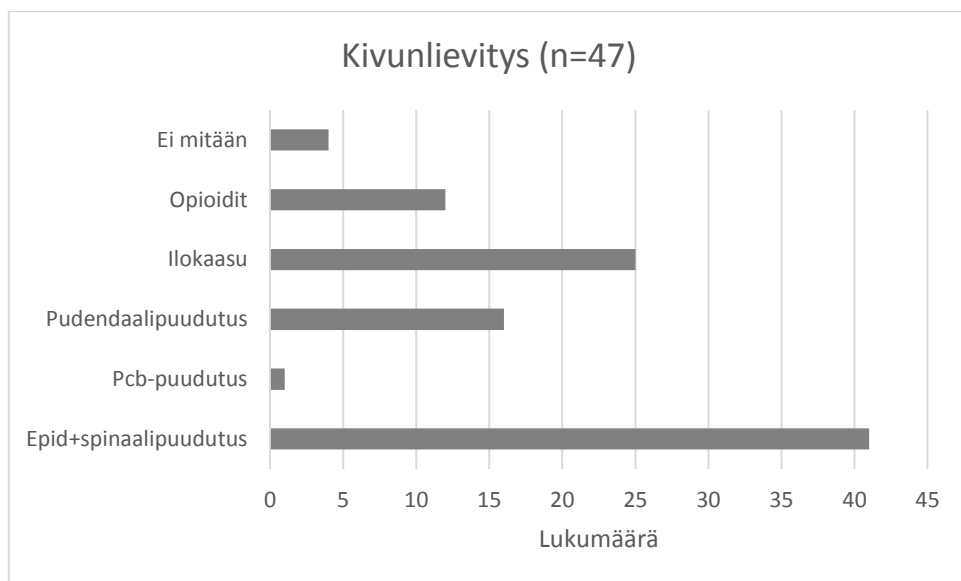
Kuvio 4 havainnollistaa, miten synnytystavat jakaantuivat.



Kuvio 4. Synnytystapa

Avautumis- eli synnytyksen ensimmäinen vaihe kesti ensisynnyttäjillä (n=31) keskimäärin noin 13 tuntia ja 31 minuuttia. Synnytyksen toinen vaihe eli ponnistusvaihe kesti keskimäärin noin 26 minuuttia. Uudelleensynnyttäjien (n=8) avautumisvaiheen kesto oli keskimäärin 6.5 tuntia, ja ponnistusvaiheen kesto oli keskimäärin noin 11 minuuttia.

Suurin osa synnyttäjistä sai kivunlievitystä (n= 43). Vain 4 synnyttäjällä ei ollut mitään kivunlievitystä. Epiduraali- ja/tai spinaalipuudutuksen saivat lähes kaikki synnyttäneet äidit (n=41). Opioidia sai kipuun 12, ja ilokaasu hengitti yli puolet synnyttäjistä (n= 25). Pudendaalipuudutus laitettiin kolmasosalle synnyttäjistä (n=16) ja parakervikaalipuudutus vain yhdelle synnyttäneelle. Osalla synnyttäneistä oli ollut useampia kivunlievityksiä rinnakkain. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Kivunlievitys

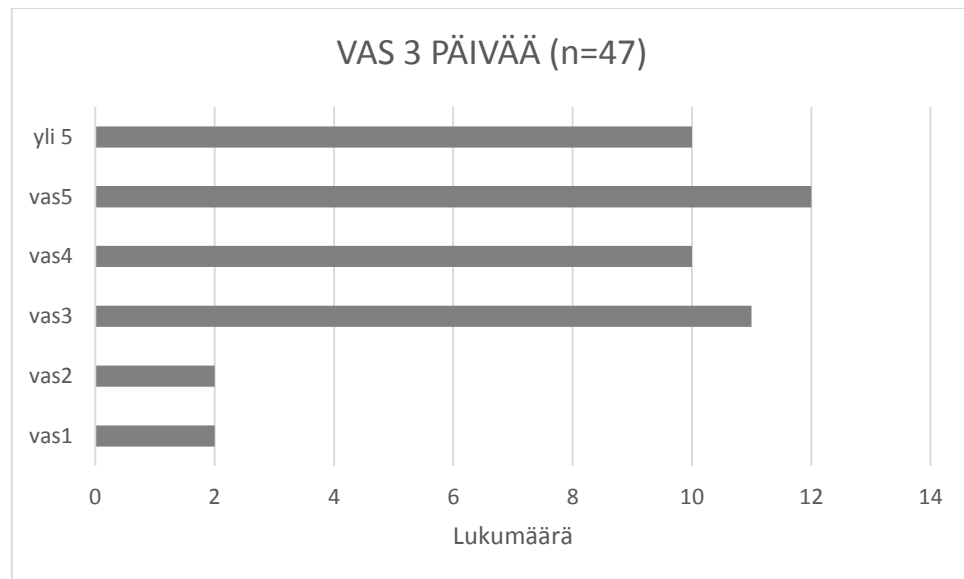
Muita kuin synnytykseen liittyviä toimenpiteitä tehtiin 19 synnyttäjälle. Tällaisia toimenpiteitä olivat esimerkiksi synnytyksen jälkeinen kaavinta, repeämän ompelu leikkaussalissa ja verensiirto. Synnytykseen liittyvää runsasta, yli 1000 ml verenvuotoa oli ollut 9 synnyttäjällä.

Suurin osa synnyttäneistä (n=39) imetti tai osaimetti vauvaa, vain 8 äitiä ei imettänyt pienokaistaan. Synnyttäneistä vain pieni joukko (n=4) oli kokenut univaikeuksia vauvan syntymän jälkeen. Muut synnyttäneet kokivat nukkuvansa hyvin eli vauvan ja imetyksen ehdoilla

6.2. Synnytyskokemus -VAS

Synnytyskokemus-VAS arvioitiin lapsivuodeosastolla ensimmäisen kerran keskimäärin kolmantena päivänä synnytyksestä. VAS 1:n ja VAS 2:n antoi 4 vastanneista. VAS 3:n arvioi 11 ja VAS 4:n arvioi 10 synnyttäneistä. VAS-arvosanaksi 5:n antoi 12 ja yli 5:n arvioi 10.

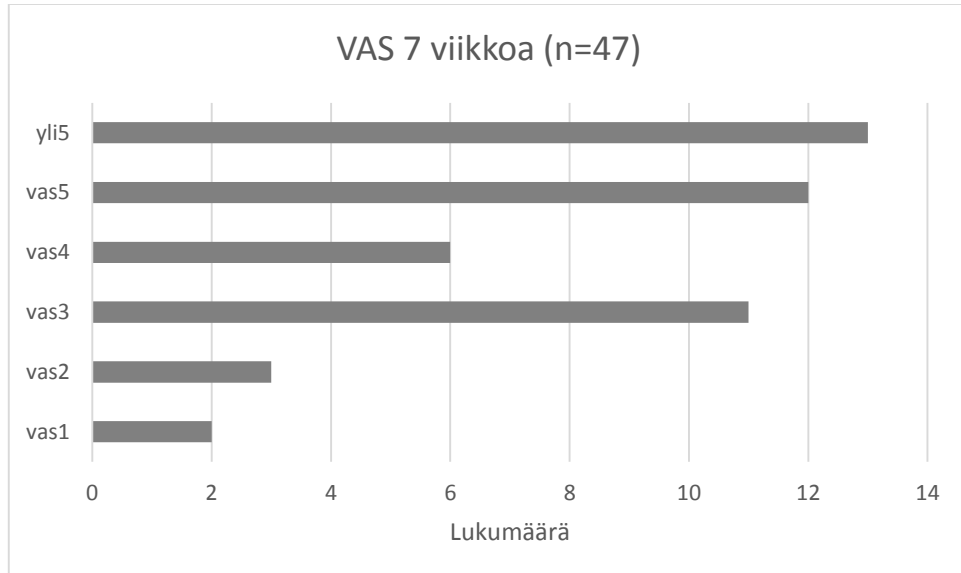
VAS-vastaanotolla käyneiden synnyttäjien VAS-jakauma kolmantena synnytyksen jälkeisenä päivänä näkyy kuviossa 6.



Kuvio 6. VAS-arvio 3 päivää synnytyksestä

Uusi synnytyskokemus-VAS arvioitiin kättilön vastaanotolla keskimäärin 7 viikkoa synnytyksen jälkeen. Keskustelun jälkeen matalan VAS- arvion (1-5) antoi edelleen 34 vastaajaa. VAS-arviot jakaantuivat silloin seuraavasti: VAS 1:n antoi 2 ja VAS 2:n antoi 3 synnyttäneistä. VAS 3:n antoi arvosanaksi 11 ja VAS 4:n arvosanaksi 6 synnyttäneitä. VAS 5:n antoi 12 ja yli 5:n arvioi 13.

Kuviossa 7 näkyy vastaanotolla käyneiden synnyttäjien (n=47) synnytyskokemuksen VAS-jakauma 7 viikon jälkeen synnytyksestä.



Kuvio 7. VAS-arvio 7 viikkoa synnytyksen jälkeen

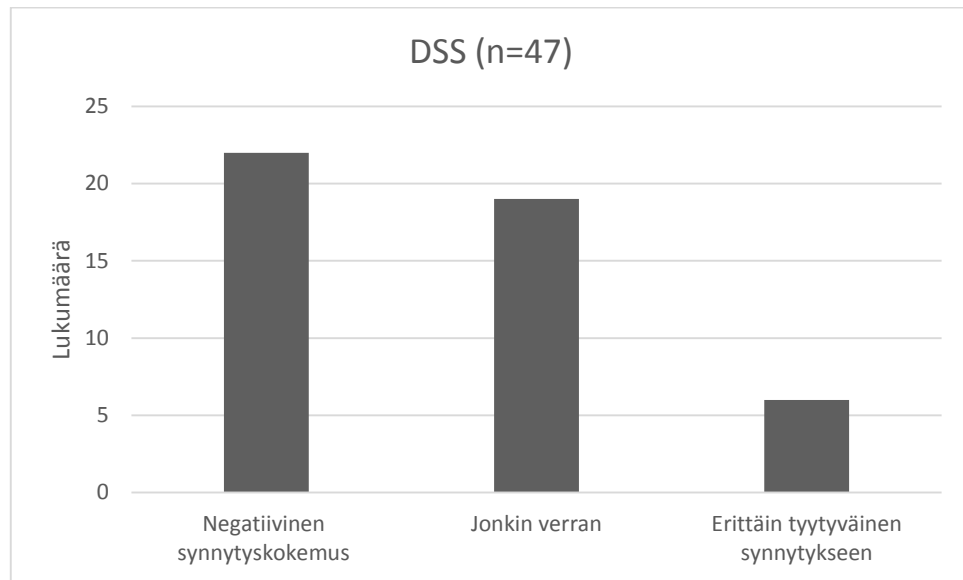
Ensisynnyttäjien (n= 37) keskiarvo ensimmäisestä VAS-arvosta oli 4.49 ja 7 viikon VAS-arviosta 4.51. Uudelleensynnyttäjien (n=10) keskiarvo ensimmäisestä VAS-arvioista oli 3.6 ja 7 viikon VAS-arviosta 4.3

6.3. Delivery Satisfaction Scale (DSS)

Synnytystyytyväisyyttä koskevassa mittarissa pisteet hajaantuivat 15 ja 36 välille.(ka 26,36). Pisteet 25 tai alle kuvaavat negatiivista synnytyskokemusta, kun taas pisteet 36 tai yli kuvaavat positiivista synnytyskokemusta. Synnytyksensä koki negatiivisena lähes puolet tutkituista (n=22).

Synnytyskokemukseensa oli tyytyväisiä vain 6 synnyttäneistä ja jonkin verran tyytyväisyyttä koki 19 tutkimukseen osallistuneista naisista.

Kuviossa 8 on yhteenveto synnytystyytyväisyydestä



Kuvio 8. Synnytystyytyväisyys

Synnytystyytyväisyyttä koskevassa kyselyssä oli kahdeksan väittämää. Ensimmäisessä kysymyksessä pyydettiin synnyttäjää vastaamaan, oliko synnytyskokemus ollut myönteinen. Noin kaksi kolmesta tähän tutkimukseen osallistuneista synnyttäjistä (n=31) koki synnytyksensä kielteisenä tapahtumana. Synnytyksensä koki myönteisenä vain 7 synnyttäjää. Synnytyksensä jonkin verran myönteisenä koki 9 synnyttäneistä.

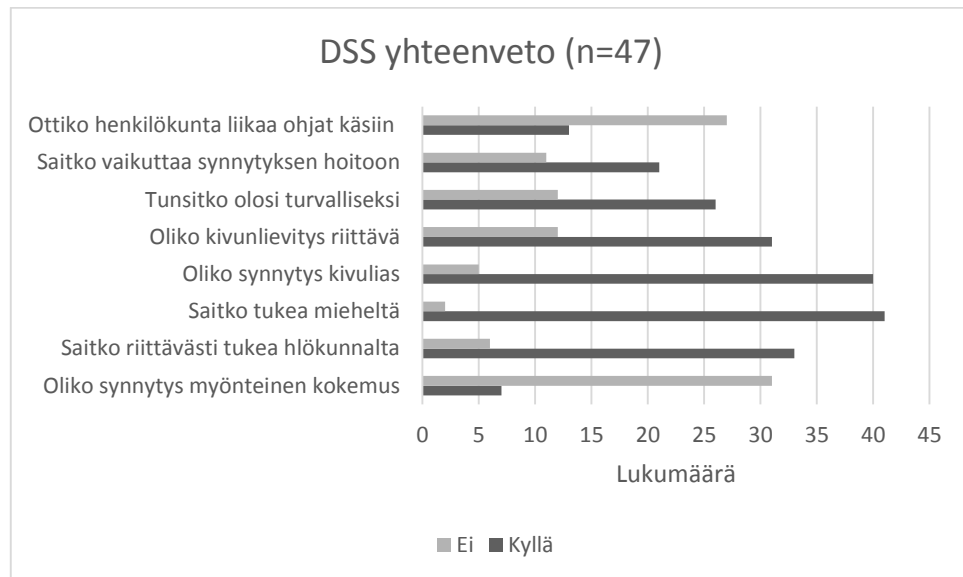
Kysymyksissä 2 ja 3 pyydettiin synnyttäjää vastaamaan, saiko hän riittävästi tukea henkilökunnalta ja puolisolta synnytyksen aikana. Synnyttäneistä noin kaksi kolmasosaa (n=33) koki saaneensa henkilökunnalta riittävästi tukea synnytyksen aikana ja suurin osa oli sitä mieltä, että puolison tuki oli ollut riittävää (n=41). Synnyttäneistä 6 koki, että henkilökunnan antama tuki oli ollut riittämätöntä ja vain 2 synnyttäneistä koki, että puolisoista ei ollut lainkaan tukea synnytyksen aikana.

Kysymyksissä 4 ja 5. kysyttiin synnyttäjiltä synnytyskipua ja kivunlievityksen riittävyttä. Synnytyksen koki kivuliaana suurin osa vastanneista (n= 40) ja kivunlievityksen koki riittämättömänä lähes neljännes synnyttäjistä (n=12). Vain pienen osan mielestä synnytys ei ollut lainkaan kivulias (n=5) ja reilusti yli puolet synnyttäneistä koki, että kivunlievitys oli ollut riittävä (n=31).

Kysymyksessä 6 kysyttiin synnyttäjältä, oliko hän kokenut synnytyksensä turvalliseksi. Synnytyksensä turvalliseksi kokivat yli puolet kyselyyn vastanneista synnyttäjistä (n=26). Turvattomuutta koki lähes joka kolmas synnyttäjä (n=12).

Kysymyksissä 7 ja 8 kysyttiin, saiko synnyttävä vaikuttaa haluamallaan tavalla synnytyksen hoitoon sekä ottiko henkilökunta liikaa ohjat omiin käsiinsä synnytystä hoitaessa. Vähän alle puolet vastanneista koki, että sai vaikuttaa synnytyksen hoitoon haluamallaan tavalla (n= 21) ja samoin yli puolet synnyttäneistä oli sitä mieltä, että henkilökunta ei ottanut ohjia liikaa omiin käsiinsä hoitaessaan synnytystä(n= 27).

Noin neljäsosa vastanneista koki, ettei saanut vaikuttaa synnytyksensä hoitoon (n=11). Samoin noin neljännes synnyttäneistä koki henkilökunnan ottavan ohjat liikaa omiin käsiinsä hoitaessaan synnytystä (n=13).



Kuvio 9. DSS kysymysten yhteenveto

6.4. Traumatic Event Scale (TES)

Traumaattista synnytystä koskevassa mittarissa haettiin synnytyksessä traumatisoituneita synnyttäjiä sekä traumaattisia stressioireita. (Kuvio 10). Yhteispisteet vaihtelivat 23 ja 65 pisteen välillä (ka 36,02). Korkeampi pistemäärä kuvaa, että synnyttäjällä on ollut traumaattinen synnytykokemus. Posttraumaattisen oireyhtymän kriteerit täyttyvät, jos A-, B-, C ja D-kohdista kustakin tulee yksi piste.

A-kriteerissä eli kysymyksissä 1-4 kysyttiin, millaisena synnyttävä koki synnytyksensä Oliko synnyttävä kokenut olevansa loukkaantunut? Pelkäsikö synnyttävä synnytyksessä omaa tai lapsensa vahingoittumista tai kuolemista? Myös synnytyksen aikana koetusta kauhun tunteesta kysyttiin.

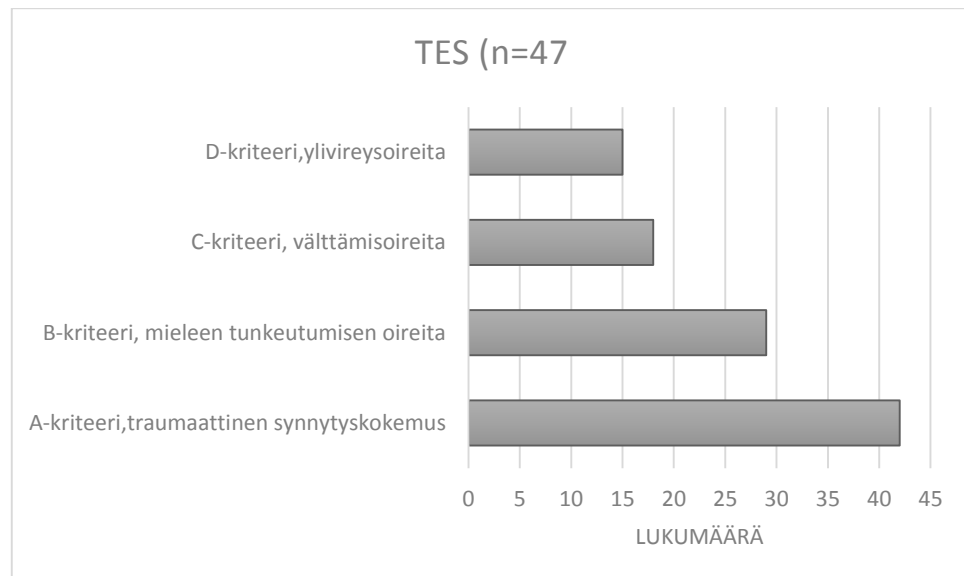
A-kriteerin kysymysten 1-4 pisteet laskettiin, jos vastauksissa esiintyi väittämät paljon tai erittäin paljon kertaalleen. Synnytys koettiin traumaattisena sekä rasittavana tapahtumana ja synnytyksen aikana suurin osa synnyttäjistä koki kauhua, loukkaantumista, kuolemanpelkoa ja vahingoittumista (n=41). Vain pieni osa synnyttäneistä oli sitä mieltä, että synnytys ei ollut traumaattinen tapahtuma (n=6).

B-kriteeriä eli mieleen tunkeutuvia synnytykseen liittyviä kysymyksiä olivat väittämät 5–9. Näiden kysymysten pisteet laskettiin, jos väittämiä joskus tai usein esiintyi kerran. Yli puolella vastanneista synnytyskokemus tulee päivittäin mieleen (n= 29).

C-kriteeri koski synnyttäneen välttämiskäyttäytymistä ja sitä kuvasivat kysymykset 10–16. Niistä laskettiin pisteet vain, jos väittämät paljon tai erittäin paljon esiintyivät kahdesti tai useimmin. Välttämiskäyttäytymistä koki yli kolmannes synnyttäjistä (n=18).

D-kriteeri eli kysymykset 17–21, kuvasi synnyttäneen ylivireyttä. Kriteerit täyttyivät, jos väittämiä aikalalla, paljon tai erittäin paljon oli kaksi kertaa tai enemmän. Ylivireyttä synnytyksen jälkeen oli joka kolmannella synnyttäneellä (n=15).

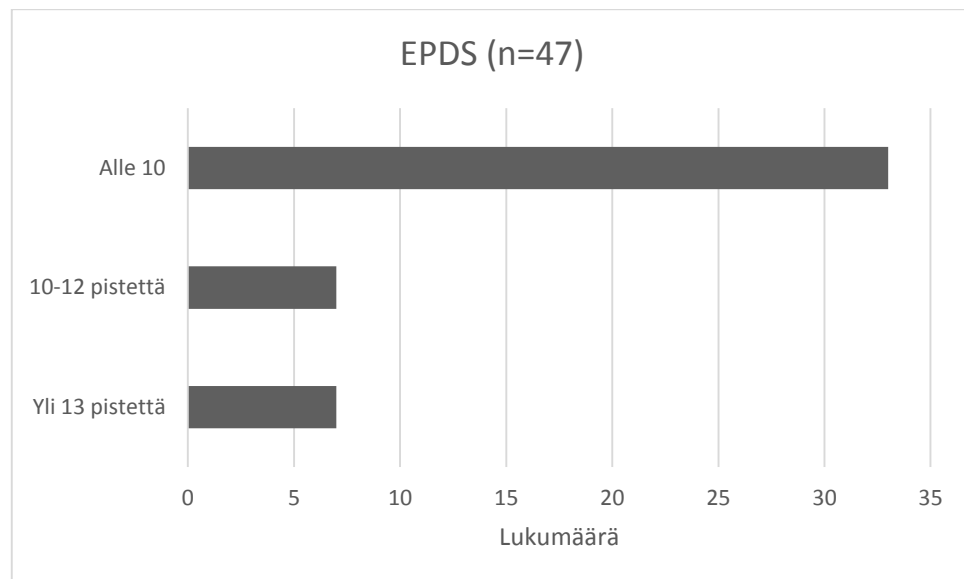
Posttraumaattisen oireyhtymän kriteerit täyttyivät 8 synnyttäjistä, eli he saivat A, B, C ja D kriteereistä kustakin yhden pisteen.



Kuvio 10. Traumaattinen synnytyskokemus

6.5. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Synnytyksen jälkeistä masennusta arvioivan mittarin mukaan kaksi kolmesta tutkimukseen osallistuneista synnyttäjistä ei ollut kokenut EPDS-seulan mukaan masennusoireita (n=33). Lieviä masennusoireita oli 7 synnyttäneistä ja vakavan synnytyksen jälkeisen masennuksen mahdollisuus oli 7. Kukaan vastanneista ei ollut miettinyt itsensä vahingoittamista. Yhteispisteissä oli vaihtelua 1 ja 22 välillä (ka 7,11). (Kuvio 11)



Kuvio 11. EDPS

6.6. MAMA (Maternal Attachment and Attitudes)

Tässä äitiyden tunteita ja varhaista vuorovaikutusta koskevassa mittarissa kysyttiin synnyttäneeltä, miltä äitiys on tuntunut viimeisen kuukauden aikana, tai tällä hetkellä. Vastaukset jaoteltiin äidin positiivisiin ja negatiivisiin tunteisiin. Yhteispisteet vaihtelivat 24 ja 45 pisteen välillä (ka 38,43). Korkeampi pistemäärä kuvaa positiivisempaa ja matalampi pistemäärä negatiivisempaa suhtautumista vastasyntyneeseen.

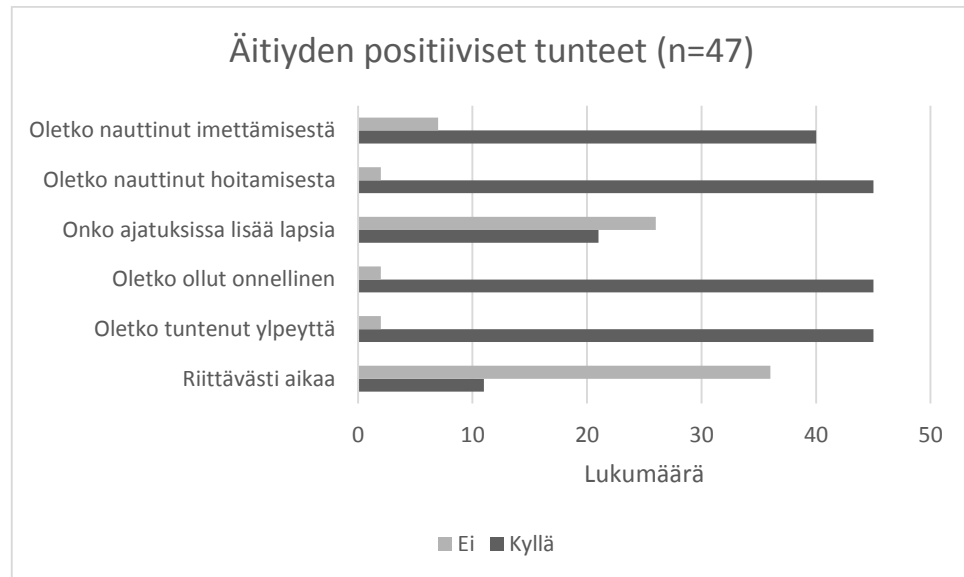
MAMA-kysymykset 3,5,6,7,9 ja 12 oli jaoteltu äitiyden positiivisiin tunteisiin. Alle neljännes synnyttäneistä oli sitä mieltä, että omaa aikaa vauvan syntymän jälkeen on ollut riittävästi (n=11), kun taas suurin osa kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että omaa aikaa ei juurikaan ole ollut. (n= 36)

Ylpeyttä ja onnellisuutta äitiydestä koki suurin osa synnyttäneistä (n= 45) ja vain 2 synnyttäneyttä ei kokenut äitiydestä ylpeyden tai onnellisuuden tunnetta kuin vähän.

Ajatus useammasta lapsesta tuntui mielekkäältä hieman alle puolelle kyselyyn vastanneista synnyttäjistä (n=21). Yli puolet synnyttäneistä koki, ettei ajatus useammasta lapsesta tunnu houkuttavalta (n=26).

Vauvan hoitamisesta oli nauttinut suurin osa tutkimukseen osallistuneista synnyttäjistä (n=45). Vain ei kokenut vauvan hoitoa mielekkäänä.

Suurin osa synnyttäneistä koki imetyksen mielekkäänä tapahtumana (n=40) ja vain 7 synnyttäneistä ei kokenut nauttivansa vauvan imettämistä kuin vähän. (Kuvio 12).



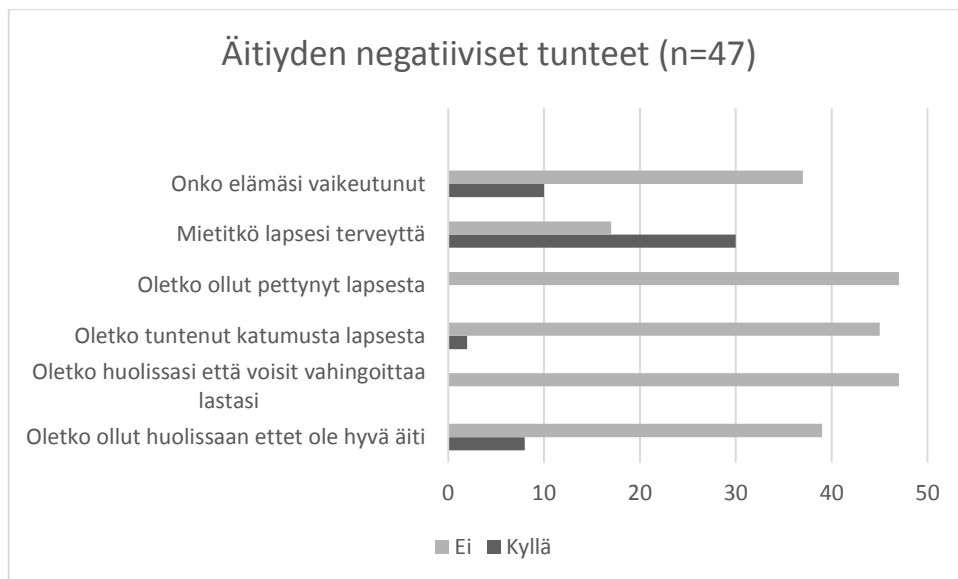
Kuvio 12. MAMA positiiviset tunteet

MAMA-kyselyn äitiyden negatiivisiin tunteisiin liittyvät kysymykset 1,2,4,8,10 ja 11. Huolestuneisuutta siitä, että ei ole hyvä äiti, koki 8 synnyttäneistä, kun taas suurin osa koki, että on hyvä äiti lapselleen (n=39).

Kaikki äidit olivat yksimielisiä siitä, etteivät he voisi vahingoittaa lastaan (n=47). Lapsen saamista oli katunut vain 2 synnyttäjistä, kun taas suuri osa synnyttäneistä ei ollut tuntenut katumusta (n= 45). Kukaan tutkimukseen osallistuneista synnyttäneistä ei ollut kokenut pettymystä äitinä olemiseen (n= 47).

Lapsen terveyttä ja kehittymistä oli miettinyt reilusti yli puolet äideistä (n=30). Yli neljäsos ei ollut tai oli ollut vähän huolissaan lapsen terveydestä ja kehitymisestä (n=17).

Synnyttäjistä alle neljäsos koki, että elämä oli vaikeutunut lapsen syntymän jälkeen (n=10). Suurin osa synnyttäneistä koki, että elämä ei ole vaikeutunut lapsen syntymän jälkeen (n=37).(Kuvio13).



Kuvio 13. MAMA negatiiviset tunteet

6.7. Yhteenveto tuloksista

Tähän tutkimukseen osallistui 47 Jorvin sairaalassa vuonna 2014 synnyttäneitä naista, jotka olivat kokeneet synnytyksensä kielteisenä ja antaneet matalan VAS-arvion synnytyskokemuksestaan.

VAS mittarin asteikko 1-5 kuvaa hyvin kielteistä synnytyskokemusta joka vaatii synnyttäneen jatko-seuranta traumaatisoitumisen ehkäisemiseksi ja posttraumaattisen oireyhtymän löytämiseksi. Synnytyskokemusten VAS-mittari, synnytyskeskustelu, ja TES mittari löysivät ne synnyttäneet, jotka olivat kokeneet synnytyksensä traumaattisena.

Tutkimukseen osallistuneiden synnyttäjien keski-ikä oli 31,74 vuotta (n=47). Suurin osa tutkimukseen osallistuneista äideistä oli ensisynnyttäjiä (n=37) ja uudelleensynnyttäjiä oli alle neljännes (n=10). Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet ensisynnyttäjät (n=36) olivat käyneet neuvolan perhevalmennuksissa sekä tutustumassa ennalta tulevaan synnytysairaalaan.

Yli puolet synnyttäjistä suhtautui luottavaisin mielin tulevaan synnytykseensä (n= 25). Vastanneista yli kolmasosa pelkäsi tai jännitti tulevaa synnytystä. (n=16). Kuitenkin pelkoa kokevista odottajista vain 12 oli käynyt synnytyspelkopoliklinikalla joko lääkärin, kättilön tai molempien vastaanotolla. Synnytyspelkopoliklinikalla käymisestä huolimatta synnytystä pelkäsi silti vielä 6 äitiä. Psykologin vetämässä Nyytti-ryhmässä oli käynyt vain yksi äiti. Synnytyspelkopoliklinikalla käyneistä naisista synnytti alateitse 5. Heistä 3 tehtiin imukuppisynnytys. 4 synnytystä pelkäävän synnytys päättyi päivystyskeisarileikkaukseen.

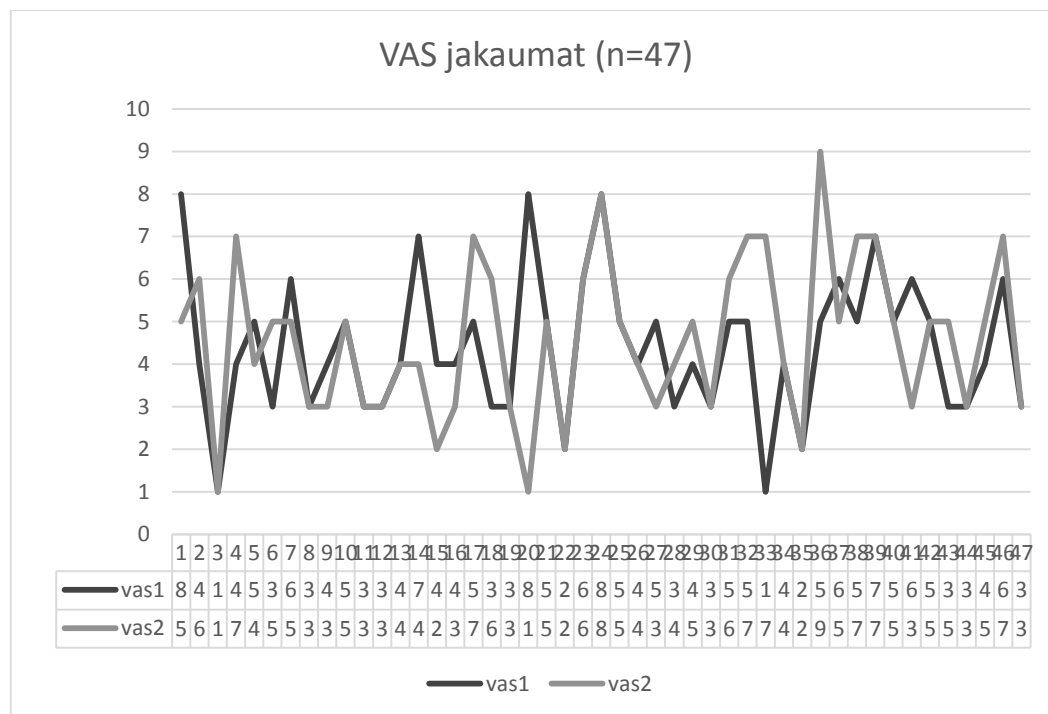
Synnytys oli käynnistetty lähes puolella tutkimukseen osallistuneista synnyttäjistä (n=21) ja suurimmalla osalla synnyttäneistä synnytys päättyi joko imukuppiin tai päivystyssektioon (n=32).

Synnytys kesti ensisynnyttäjillä noin 14 tuntia ja uudelleensynnyttäjillä noin 7 tuntia. Kahdeksan synnyttäjän synnytykseen johtavat supistukset eivät lainkaan tuottaneet tulosta ja heidät leikattiin päivystysenä.

Kivunlievitystä saivat lähes kaikki synnyttäjät (n=43). Epiduraali- tai spinaalipuudutuksen saivat lähes kaikki tähän tutkimukseen osallistuneet synnyttäjät (n= 41). Kuitenkin lähes kaikki äidit kokivat synnytyksensä kivuliaana ja neljäsosa koki kivunlievityksen riittämättömänä.

Synnytykseen liittyviä toimenpiteitä oli tehty yli kolmannekselle synnyttäjistä (n=19) ja runsasta verenvuotoa oli ollut 9 synnyttäneistä. Suurin osa äideistä imetti pienokaistaan (n= 39) ja vain 4 synnyttäneellä oli synnytyksen jälkeen ollut univaikeuksia.

Tähän tutkimukseen osallistuneiden synnyttäjien (n=47) matala synnytyskokemuksen VAS-arvio oli annettu noin kolmantena päivänä synnytyksestä. Toinen synnytyskokemuksen VAS-arvio annettiin keskimäärin seitsemän viikkoa synnytyksen jälkeen. Matalan VAS-arvion antoi vielä kaksi kolmasosaa synnyttäjistä (n=34). Kuvio 14 kuvaa yksityiskohtaisemmin synnytyskokemuksen VAS-jakaumaa 3 päivän (VAS1) ja 7 viikon (VAS2) jälkeen.



Kuvio 14. VAS jakaumat

Tähän tutkimukseen osallistuneista synnyttäjistä noin puolet koki tyytymättömyyttä synnytykseensä (n=22). Kielteiseen synnytyskokemukseen vaikuttivat seuraavat seikat: Henkilökunnan antama tuki koettiin riittämättömäksi (n=4), ja kaksi synnyttäjää koki, että he eivät saaneet puolisoltaan lainkaan tukea. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista äideistä koki synnytyksen kivuliaana (n=40) vaikka kivunlievitystä saivat lähes kaikki synnyttäneet. Kivunlievityksen koki riittämättömänä hieman alle neljännes synnyttäneistä (n=12). Turvattomuuden tunnetta synnytyksen aikana koki 12 synnyttäjää. Vajaa neljännes vastaajista koki, että ei saanut itse osallistua synnytyksen hoitoon (n=11). Lähes saman verran synnyttäneistä koki, että henkilökunta otti liikaa ohjat omiin käsiinsä synnytyksen hoidossa (n=13).

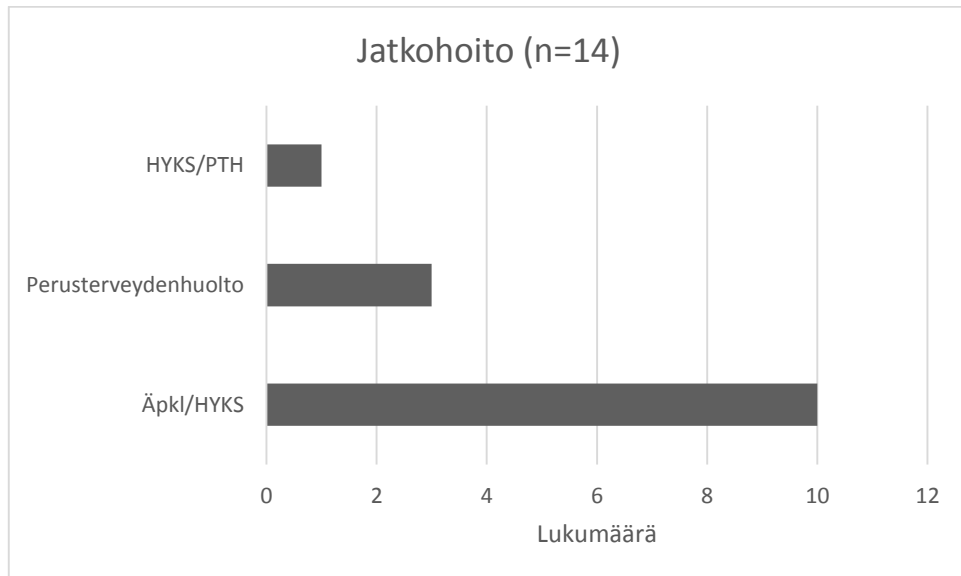
TES-mittarin A-kriteerin mukaan lähes kaikki tutkimukseen osallistuneista naisista olivat kokeneet synnytyksensä traumaattisena (n=42). Synnytyksessä traumatisoitumisen taustalla oli ollut komplisoitunut synnytys, synnytykskipu, odottamattomat ongelmat synnytyksen aikana, synnytyspelko, vuorovaikutusongelmat sekä naisen oman hallinnan puute. Posttraumaattisen oireyhtymän kriteerit täyttyivät 8 synnyttäjällä. Kaikille, joilla PTSD-kriteerit täyttyivät, järjestettiin lisäkeskustelu joko erikoissairaanhoidon tai avopuolelle.

EPDS-mittarin mukaan suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista synnyttäneistä ei ollut masennusoireita (n=33). Lieviä masennusoireita ja vakavan masennuksen mahdollisuus oli kyselyn mukaan neljänneksellä tähän tutkimukseen osallistuneista (n=14). Vastauksista ilmeni mm seuraavia seikkoja. Synnyttäneet kokivat ahdistusta ilman selvää syytä ja he olivat syyttäneet itseään tarpeettomasti siitä että asiat olivat menneet vikaan kun asiat olivat kasautuneet päälle. Surullisuuden ja kurjuuden tunnetta myös koettiin. Positiivista kuitenkin oli, että kukaan synnyttäneistä ei ollut ajatellut itsenä vahingoittamista. Maksimipisteet ovat EPDS-kyselyssä 30 pistettä. Korkein tässä tutkimuksessa saatu pistemäärä oli 22.

MAMA:ssa eli äitiyden positiivisia ja negatiivisia tunteita kuvaavassa kyselyssä vain 3 synnyttäjää koki äitiydestä negatiivisia tunteita. Tämän tutkimuksen synnyttäjät olivat suurelta osin ylpeitä ja onnellisia äitiydestä.

Jatkohoitoa järjestettiin 14 synnyttäneelle joko äitiys- tai naistentautien poliklinikalle tai neuvolan kautta neuvolapsykologille tai perhetyöhön. Kaikista VAS-arvion antaneista ohjattiin lisäksi jatkohoitoon 3 synnyttäjää muiden kuin kyselyistä saatujen pisteiden takia., lähinnä fyysisten ongelmien takia. Yhdelle synnyttäneelle suositeltiin yhteydenottoa potilasvakuutusasiamieheen. (Kuvio 15)

Synnytyskokemusten VAS-vastaanotolla käyneistä äideistä oli viidellä kohonneet pisteet EPDS- sekä DSS-kyselyissä, mutta kukaan heistä ei halunnut enää jatkokeskustelua. Näiltä synnyttäneiltä kysyttiin lupa lähettää synnytyskeskustelusta kopio neuvolan terveydenhoitajalle mahdollista jatkoseurantaa varten.



Kuvio 15. Jatkohoito

7 POHDINTA

7.1. Tutkimuksen eettisyys

Jokaisen tutkijan on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä eli opinnäytetyö tehdään hyvää tieteellistä tapaa noudattaen. Tämä tarkoittaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä sekä toisten tutkijoiden saavutusten kunnioittamista merkitsemällä lähdeviitteet tarkasti sekä välttämällä plagiointia. (Vilka 2005, 29–30)

Jo suunnitelmavaiheessa huomioidaan mahdolliset vastaantulevat eettiset kysymykset koskien työn toteutusta. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta kuuluu ensisijaisesti tekijälle mutta myös koko tutkimusryhmä ja organisaatio ovat siitä vastuussa. Hyvä tieteellinen käytäntö kattaa kaikki tutkimuksen osa-alueet. (Kuula 2011,34 – 35; Vilka 2007,164).

Tutkittavia informoitiin vastaanottokäynnin yhteydessä opinnäytetyöstä ja heiltä pyydettiin suostumus tietojen käyttöön kirjallisesti (Liite 7). Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Aineiston keräysvaiheessa huomioitiin henkilöiden anonymiteetti. Opinnäytetyössä ei voida tunnistaa yksittäisiä haastattelun antaneita henkilöitä tai heidän henkilötietojaan.

Opinnäytetyössä noudatetaan tutkimuseettisiä ohjeita. Haastattelumateriaali hävitetään kehittämishankkeen ja opinnäytetyön valmistuttua. Kyselyssä käytettyä materiaalia ei käytetä muuhun tarkoitukseen kuin kehittämishankkeeseen sekä opinnäytetyöhön.

Tutkimustulosten tulisi olla johdonmukaisesti hallittuja ja tieteelliselle tutkimukselle vaatimukset täyttäviä. Tuloksilla tuotetaan uutta tietoa sekä hyödynnetään vanhaa yhdistelemällä sitä uusilla tavoilla. Tulokset hyödyntävät koko organisaatiota, jossa tutkimus on tehty ja vastaavia muita hoitoympäristöjä. Tutkimustyössä ja tuloksissa on noudatettava huolellisuutta, tarkkaavaisuutta ja rehellisyyttä. (Vilka 2005, 29 – 32; Kankkunen ym. 2010, 175–176.)

Opinnäytetyön toteuttamiselle haettiin varsinainen tutkimuslupa HUS:n organisaatiolta ja varsinaisen luvan myönsi ylilääkäri Juha Tapanainen (Liite 8). Tutkimuseettisen lautakunnan lupaa ei tähän työhön tarvinnut hakea, koska opinnäytetyö on osa laajempaa tutkimushanketta johon oli jo lupa saatu.

Opinnäytetyön tekijän tulee hoitotyön ammattilaisena vaitiolovelvollisena äitiyspoliklinikan työntekijänä tuntea vastuunsa siitä mitä tietoa voi lopullisessa työssä käyttää.

Tutkijan vastuulla on, ettei tutkittavan hyvinvointi heikkene tutkimukseen osallistumisesta. Keskustelun jälkeen synnyttäjiä kehoitettiin ottamaan herkästi yhteyttä tutkijaan jos keskustelu aiheutti ristiriitaisia tunteita, kysymyksiä tai lisää ahdistusta. Keskustelusta lähetettiin yhteenveto tutkimukseen osallistuneiden synnyttäneiden kotiosoitteeseen jossa oli tutkijan yhteystiedot.

Vaikka tutkija työskentelee äitiyspoliklinikalla ja tutkimusaineisto on kerätty hänen pitämältään vastaanotolta, on hän tässä tutkimuksessa objektiivinen. Tutkija katsoo tutkimuskohdetta ja – ilmiötä ulkoapäin puolueettoman sivustakatsojan näkökulmasta, koska hän ei ole ollut hoitamassa tutkittavien synnytyksiä. (Vilka 2007, 13)

7.2. Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys

Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan mitata käsitteillä reliabiliteetti ja validiteetti. Näillä mitataan tutkimuksessa käytettävien mittarin kokonaisluotettavuutta. Mittauksen kokonaisluotettavuuteen vaikuttavat myös aineistosta johtuvat virheet. Virheitä voi tulla missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Niitä voi tulla kerättäessä, syötettäessä, käsiteltäessä ja tutkittaessa tuloksia. Reliabiliteetti-käsitteellä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän ja käytettyjen mittareiden kykyä saavuttaa tuloksia. Toisin sanoen tutkimusväline on reliabeli, kun sen tulokset ovat tarkkoja, pysyviä ja ei-sattumanvaraisia. (Hirsjärvi ym. 2008, 216; Tuomi ym. 2009, 149 – 150; Heikkilä 2008; 30.)

Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa opinnäytetyössä sitä, että käytetyllä mittarilla tai tutkimusmenetelmällä kyetään mittaamaan juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Tähän vaikuttaa merkittävästi kysymysten onnistuneisuus, eli saadaanko kyselylomakkeiden avulla vastaus haluttuun tutkimusongelmaan. (Hirsjärvi ym. 2008, 216; Tuomi ym. 2009, 150.)

Opinnäytetyön luotettavuutta ja pätevyyttä eli toisin sanoen uskottavuutta ja vakuuttavuutta voidaan parantaa kriittisellä työasenteella.. Pyrin opinnäytetyötä tehdessä tekemään jokaisen vaiheen hyvin huolellisesti sekä rauhallisissa työskentelyolosuhteissa, jotta virheiden määrä minimoituisi.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä muokattiin tutkimusprosessin aikana, jotta niistä tulisi mahdollisimman tarkat ja tarkoitusten sekä tavoitteiden mukaiset. Valmiiksi testatut ja hyväksi havaitut mittarit ohjasivat teoreettisen viitekehyksen tekoa. Opinnäytetyön luotettavuutta pyrittiin lisäämään lukemalla aiheeseen liittyviä mahdollisimman uusia tutkimuksia sekä kirjallisuutta. Opinnäytetyön lähdeviitteiden ja lähdeluettelon oikean merkitsemistavan apuna käytettiin Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön kirjallisia ohjeita.

Tutkimukseen osallistui 47 Jorvin sairaalassa synnyttänyttä naista eli kaikki vastaanotolla käyneet äidit täyttivät kyselylomakkeet. Tutkimuksen vastausprosentiksi tuli siis 100 % (n=47). Tutkimukseen osallistuneiden äitien piti ymmärtää suomea, koska lomakkeet olivat suomenkielisiä. Lomakkeiden kysymykset käytiin läpi perusteellisesti, ennen niiden täyttämistä. Tutkija oli paikalla koko ajan vastaamassa epäselviin kysymyksiin ja keräämässä täytetyt lomakkeet. Tämä paransi tutkimuksen pätevyyttä eli luotettavuutta. Tulosten yleistettävyyteen vaikuttaa pieni otanta ja se, että melkein kaikki tutkimukseen osallistuneet äidit olivat kokeneet synnytyksen negatiivisena. Oletamus on, että matalan VAS-arvosanan antaneilla äideillä on vaara traumatisoitua synnytyksen jälkeen.

Tutkija sekä tämän opinnäytetyön tutkijaryhmä osallistuivat vastausten tulkintaan ja analysointiin. Vastaukset tarkastettiin useampaan otteeseen. Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmiin saatiin vastaukset hyvin toimivien mittareiden eli tutkimuslomakkeiden avulla.

Opinnäytetyötä ohjanneelta opettajalta Sari Miettiseltä ja opiskelutovereiltani saadun palautteen avulla työtä rakennettiin ja muokattuun.. Tutkimusryhmältä saatu hyvä ja rakentava palaute joka edesauttoi työn johdonmukaisuutta ja luotettavuutta.

7.3. Tutkimustulosten pohdinta

7.3.1. VAS ja traumaattinen synnytyskokemus

Matalan VAS-synnytyskokemusravion (1-5) antaneiden katsotaan olevan suurentuneessa riskissä traumatisoitua synnytyksen jälkeen. Heillä voi myös olla vuorovaikutusongelmia vastasyntyneen kanssa sekä he ovat alttiimpia lapsivuodeajan masennukselle sekä traumaperäiselle stressihäiriölle. (Rouhe ym. 2013)

Kätilön vastaanotolla kävi keskustelemassa 47 Jorvin sairaalassa vuonna 2014 synnyttänyttä naista jotka antoivat matalan VAS-arvion noin kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen eli olivat olleet tyytymättömiä synnytyskokemuksensa.

Tässä opinnäytetyössä matalalla synnytyskokemus-VAS:lla, kätilön keskustelulla sekä TES-kyselylomakkeella löydettiin 42 synnytyksessä traumatisoitunutta synnyttäjää. Näistä 8 synnyttäneellä todettiin synnytyksen jälkeinen PTSD-oireyhtymä. Tämä opinnäytetyön tulos on yhdenmukainen Rouheen ym.(2014) aineiston kanssa. Rouheen ym. (2014) tutkimuksessa TES vastausten keskiarvo oli 27 ja tässä aineistossa 36,02. Tässä tutkimuksessa oli systemaattisesti koottu otos eli kaikilla tutkimukseen osallistuneilla synnyttäneillä oli yhteisenä tekijänä kielteinen synnytyskokemus, kun taas Rouheella ym.(2014) oli vaikeasti synnytyspelkoisten äitien aineisto.

Tämän opinnäytetyön tulokset vastaavat hyvin Rouheen ym. (2014) ja Saiston ym. (2013,5; 2014, 1225.99; Zimmermannin ym. (2013) Ayersin (2004) ja Söderqvistin ym. (2006) tutkimustuloksia, joskin tutkijan aineisto oli huomattavasti pienempi. Näiden tulosten mukaan jopa kolmanneksella synnyttäneistä oli trauman oireita kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen, mutta traumaperäisen stressihäiriön diagnostiset kriteerit täyttyivät tuolloin vain 2-6 % synnyttäjistä. Vastauksiin voi myös vaikuttaa se, minkä mukaan tulokset ovat analysoitu. Analysointi tehtiin traumaattiseen synnytyskokemukseen erikoistuneen erikoislääkäri Hanna Rouheen ohjeiden mukaisesti.

Vuonna 2014 Jorvin sairaalassa hoidettiin 3 893 synnytystä. Lokakuun loppuun mennessä oli Obstetrix-tietojärjestelmään kirjattu matalan synnytyskokemus-VAS antaneita 5.4 %, mikä tarkoittaa yhteensä noin 150 synnyttäjää. VAS-arvio saatiin luotettavasti n 95 % synnyttäneiltä. Synnytyskokemuskustelussa oli käynyt tutkimusjakson aikana 47 synnyttänyttä eli noin kolmasosa (33 %) tästä huonon VAS-arvoin antaneiden määrästä.

Pohdittavaksi jää, miksi näin vähäinen määrä synnyttäneitä ohjautui kättilön vastaanotolle. Oliko annettu huono informaatio kättilön vastaanotosta, puutteellisesti käyty synnytyksen jälkeinen keskustelu tai vastaanoton maksullisuus tai mahdollisesti vuodenaika? Tutkimusajoista suurin osa peruttiin kesä-heinäkuussa. Toisaalta Turtiaisen (2013,54) tutkimuksen mukaan osa synnyttäneistä ei toivonut lisäkeskusteluja ensimmäisen synnytyskeskustelun jälkeen, vaan he luottivat omiin voimavaroihinsa käsitellä synnytystä. He uskoivat myös saavansa tukea omalta lähipiiriltä. Turtiainen (2013, 54) viittaa myös useampiin tutkimustuloksiin, jossa naisen oma halu selviytyä auttaa jatkamaan eteenpäin kielteisen kokemuksen jälkeen.

On myös muistettava Mustajoen, Alilan, Matilaisen & Rasimuksen (2007) tutkimustuloksen, joiden mukaan traumatisoituneiden synnyttäjien kohdalla traumaattisen kriisin sokkivaihe saattaa kestää muutamasta tunnista muutamaan vuorokauteen. Sokkivaiheessa ihminen on kykenemätön ajattelemaan tapahtunutta ja hän voi jopa kieltää tapahtuneen sekä tuntea epätodellista oloa. Hän voi myös olla lamaantunut ja ylirauhallinen vaikka hänen sisällään on kaaos. Tämä voi olla hyvinkin yksi syy siihen, että synnyttäjä ei kokenut tarvitsevansa heti keskusteluaikaa synnytyssairaalasta päästyään.

Syrjäläisen (2013, 17) tutkimuksessa viitattiin Hodnetin (2002) laajaan synnytystytyväisyyttä käsittelevään kirjallisuuskatsaukseen, jonka mukaan äidin taustatekijät vaikuttavat vain vähän tai ei ollenkaan synnytyskokemukseen. Kun taas O'Hare ym (2011), Rouhe ym (2014) Räisänen ym (2014) ovat taas sitä mieltä että juuri taustatekijöillä on suuri merkitys naisen synnytyskokemukseen.

Tähän kyselyyn vastanneiden synnyttäjien keski-ikä oli 30,74 vuotta, se kuvaa hyvin synnyttäjien keski-ikää Suomessa vuonna 2013 (THL 2014). Suurin osa synnyttäjistä olivat ensisynnyttäjiä (n= 37) ja uudelleensynnyttäjiä oli neljännes tästä tutkimusjoukosta (n=10). Tutkimukseen osallistuneiden naisten muita taustatietoja ei tämän enempää selvitetty.

O'Haren ym. (2011; 164) mukaan ikä, synnytysten määrä, omat odotukset ja raskauden suunnitelmallisuus vaikuttavat synnytyskokemukseen. Myös Syrjäläisen (2013; 10–19) tutkimuksessa viitataan siihen että, naisen omalla valmistautumisella synnytykseen on merkitystä siihen, millaiseksi synnytyskokemus muodostuu. Jos synnytys ei ole edennyt naisen mielikuvien mukaan tai se on ollut odotettua vaikeampi yhdessä naisen epärealististen odotusten kanssa, lisääntyy naisen tyytymättömyys synnytykseensä

Useimmissa kielteistä synnytyskokemusta kuvaavissa tutkimuksissa (Mercer ym. 2012; Rouhe ym. 2012,3007; Nilsson ym. 2011) synnyttäjät asettavat itselleen ja tulevalle synnytykselleen odotuksia, jotka eivät välttämättä täyty. Ristiriita koetun välillä ja henkilökunnan aliarvioiva asenne synnyttäjää kohtaan ja odottamattomat ongelmat synnytystilanteessa lisäävät synnyttäjien negatiivista kokemusta. Samoin käy, jos äiti ei voi vaikuttaa omaan hoitoonsa tai tapahtuu jotain, jota ei ole riittävästi ennakoitu. Kielteinen synnytyskokemus voi johtaa synnytyksen jälkeiseen masennukseen, heikkoon vuorovaikutussuhteeseen vastasyntyneen kanssa tai PTSD oireyhtymään (Post Traumatic Stress) jota edeltää usein tunteita pelosta, kauhusta, avuttomuudesta ja jopa kuolemanuhasta (Rouhe ym. 2011; Alcorn ym. 2010; Zimmermann 2013).

Tähän tutkimukseen osallistuneita naisia pyydettiin kuvaamaan synnytykseen valmistautumista muutamilla mieleen tulevilla sanoilla. Yli puolet synnyttäneistä (n= 25) valmistautui tulevaan synnytykseen positiivisin mielin eli ajattelivat, että synnytys tulee sujumaan normaalisti. Kuitenkin 33 vastanneista koki synnytyksensä negatiivisena tapahtumana. Näistä äideistä traumatisoitui 42 synnytyksen jälkeen. Rouheen ym. (2014) aineistossa synnytystyytyväisyyden keskiarvo oli 29,05 ja pisteiden vaihteluväli oli 12–40, kun taas tässä aineistossa keskiarvo oli 26,36 ja vaihteluväli 15–36. Vastauksiin saattaa vaikuttaa aineiston koko, systemaattisesti koottu aineisto ja aika, sillä ”*aika kultaa muistot*” kuten eräs tutkimukseen osallistunut asian ilmaisi. Synnytystyytyväisyyttä mitattiin Rouheen ym. (2014) tutkimuksissa 3 kuukauden jälkeen synnytyksestä ja tässä tutkimus tehtiin 7 viikon jälkeen synnytyksestä.

Synnytyspelko on raskauteen ja synnytykseen liittyvien negatiivisten tunteiden joukko. Synnytyspelko altistaa naista traumatisoitumiselle synnytyksen yhteydessä. Synnytyspelko varjostaa jopa joka kymmenettä raskautta. Synnytyspelon taustalla voi olla psyykkisiä tekijöitä, väkivaltaa tai aikaisempi huono synnytyskokemus. (Rouhe ym.2013:5; Sariola & Haukkamaa 2006.) Tässä opinnäytetyössä synnytystä pelkäsi kolmasosa tutkimukseen osallistuneista naisista (n=16) ja heistä kävi neljännes synnytyspelkopoliklinikalla (n=12). Synnytyspelkopoliklinikalla käyneistä suurin osa ensisynnyttäjiä (n=10) ja uudelleensynnyttäjiä oli kaksi.

Tutkimusten mukaan (Rouhe ym. 2014) psykoedukatiivinen väliintulo lisää synnyttäjien positiivista synnytyskokemusta ja nämä äidit ovat kokeneet synnytyksensä turvallisemmaksi. Psykoedukatiiviseen ryhmään osallistuneiden naisten synnytykset ovat päätyneet useimmiten alatiesynnytykseen ja toimenpiteitä on jouduttu tekemään vähemmän. Tässä aineistossa Nyytti-ryhmään eli psykologin vetämään ryhmään oli osallistunut vain yksi synnytyspelkopoliklinikalla käynyt äiti.

Tämän tutkimuksen synnytyspelkopoliklinikalla käyneistä äideistä (n=12) yli puolet synnytti alateitse (n=8). Kolmasosalle synnytyspelkopotilaista tehtiin joko imukuppi tai päivystys leikkaus (n=4).

Pelkäävä synnyttäjä on ali-tai ylivireystilassa ja hänen on mahdotonta ilmaista itseään vapaasti tai omaksua tietoa synnytyksestä. Saiston ym. (2014;1222) mukaan olisi hyvä tunnistaa ja tietää, miten pelko vaikuttaa synnyttäjän tunteisiin, käyttäytymiseen, tiedonkäsittelyyn sekä vuorovaikutukseen. Tämän tutkimuksen 4 synnyttäjistä koki, että heidän synnytyspelkoaan vähäteltiin neuvolassa ja he eivät olleet saaneet aikaa pelkopoliklinikalle.

Syrjäläisen (2013, 13), Saiston ym.(2012) ja Rouheen ym.(2012) mukaan erilaiset toimenpiteet kuten synnytyksen käynnistys, välilihan leikkaus sekä muuten komplisoitunut synnytys, synnytyksen pitkä kesto tai odotettua hitaampi eteneminen lisäävät naisen tyytymättömyyttä synnytykseen. Tässä tutkimuksessa kielteisen synnytyskokemuksen ja matalan synnytyskokemuksen VAS-arvion antaneiden äitien synnytykset olivat useimmiten käynnistetty syystä tai toisesta ja synnytykset olivat päätyneet useammalla joko kiireiseen sektioon tai imukuppiin. Erilaisia toimenpiteitä oli myös heille tehty useimmin, eli tulokset vastaavat hyvin muita tutkimuksia.

Odotettua kivuliaampi synnytys, pitkään koetut kivut jo ennen synnytyksen käynnistymistä sekä synnytyksen aikana ja tarve kipulääkkeille ovat puolestaan yhteydessä tyytymättömyyden kokemuksiin synnytyksessä. Ihmiset kokevat kivun eri lailla, joten kivun tuntemusten kuunteleminen on erittäin tärkeää. (Larsson ym. 2011; Nilsson ym. 2012). Huonosti lievitetty kipu ja kivun vähättely tulivat lähes aina esille kättilön käymissä keskusteluissa. Epätietoisuus siitä, miten pitkään synnytys tulee vielä kestämaan hyvin pitkissä ja hitaissa avautumisvaiheissa aiheuttivat synnyttäjässä turhautumista ja luovuttamista, niin sanottua ”*tästä ei tule mitään*”- tunnetta. Tämän tutkimuksen synnyttäneistä suurin osa (n=40) koki synnytyksensä kivuliaaksi, ja noin neljännes vastanneista koki, että kivunlievitys ei ollut tarpeeksi riittävä. (n=12).

Kättilön puuttuva läsnäolo synnytyssalissa eteenkin passiivisen ponnistusvaiheen ja/tai siirtymävaiheen aikana oli aiheuttanut turvattomuuden tunteita 12 synnyttäneellä. Myös synnyttäneiden kuvaamat lääkäreiden ristiriitaiset määräykset aiheuttivat hämmennystä, epätietoisuutta sekä luottamuspulaa henkilökuntaa kohtaan. Lähes neljäsosa synnyttäneistä koki (n=11), ettei heidän toiveitaan synnytykseen liittyvissä asioissa kuunneltu tai otettu muuten huomioon, vaikka he olivat esittäneet toiveensa henkilökunnalle etukäteen. Monet negatiivista synnytyskokemusta kuvaavat tutkimukset viittaavatkin siihen, että synnyttäjän päätöksenteon ulkopuolelle jättäminen lisää naisen oman hallinnan puutetta ja siten lisää synnyttäjän negatiivista synnytyskokemusta.

Negatiivista henkilökemiaa synnytystä hoitavan kättilön kanssa koki vain kaksi synnyttäjää, ylipäättänsä henkilökunnan toimintaan oltiin tyytyväisiä. Tutkittavat luonnehtivat henkilökuntaa seuraavasti: ”*Kättilö oli enkeli*” ja ”*ihana henkilökunta pelasti huonon synnytyksen*”. Tyytymättömyyttä kokivat lähinnä päivystysleikkaukseen päätyneet synnyttäjät. He kokivat usein, että haavakipua vähäteltiin tai kipulääkkeitä ”*pantattiin*”. Leikkaushaavan ja heikon olon takia he kokivat huonoa omatuntoa siitä, että he eivät pystyneet hoitamaan vauvaa. He kokivat myös, että olisivat tarvinneet enemmän tukea sekä apua sekä vauvan hoidossa että imetyksen onnistumisessa.

Suomen mielenterveysseuran mukaan (2014) traumaattisesta synnytyksestä toipumiseen tuo oman lisänsä se, että myös vauvaa on jaksettava hoitaa. Äidille saattaa muodostua kielteisiä tunteita, vaikka toisaalta hänen kuuluisi olla onnellinen lapsestaan. Kuitenkin myös hyvän synnytyskokemuksen jälkeen rakkaus vauvaan kehittyy yleensä pikkuhiljaa. Tähän kyselyyn vastanneissa synnyttäneistä oli vain 3 synnyttäneellä jonkin verran negatiivisia tunteita vauvaa kohtaan. Suurin osa äideistä imetti vauvaa.

Ylilehdon (2005), ja Heikkisen (2009) mukaan synnytyksen jälkeen masentuu noin 10–15 % äideistä. Masentuneen äidin vuorovaikutus vastasyntyntä kohtaan saattaa vähentyä. Äidin masennus on myös vauvan masennusta, koska tällöin äidin vuorovaikutus vastasyntyneeseen on hyvin olematonta. Synnytyksen jälkeisen masennuksen riski on suurin ensimmäisen synnytyksen jälkeen. Tähän tutkimukseen osallistuneista äideistä oli suurin osa ensisynnyttäjiä (n=37). Kyselyyn osallistuneista 33 synnyttäneellä ei EPDS mittarin mukaan ollut synnytyksen jälkeisiä masennusoireita. Lieviä masennusoireita oli 7 synnyttäneellä ja vakavan synnytyksen jälkeisen masennuksen riski oli myös 7 synnyttäneellä. Kukaan vastanneista ei ollut ajatellut vahingoittaa itseään.

Synnytyksen jälkeiselle masennukselle altistaa aikaisempi masennustausta, huono synnytyskokemus sekä synnytyspelko, johon liittyy kolminkertainen riski sairastua. Tässä tutkimuksessa ei kysytty synnyttäneen masennustausta. Synnytyspelkopoliklinikalla käyneistä oli 4 synnyttäneellä kohonneet pisteet EPDS kyselystä.

Epätyydyttävä synnytyskokemus voi aiheuttaa naiselle myös synnytyspelkoa, joka voi vaikuttaa naisen haluun tulla uudelleen äidiksi (Waldenström ym. 2004; Lyberg ym. 2010; Nilsson, ym. 2012). Tässä tutkimuksessa yli puolet synnyttäneistä vastasivat, että ajatus useamman lapsen hankkimisesta ei tuntunut houkuttelevalta (n=26). Toisaalta suurin osa synnyttäneistä koki ylpeyttä äitinä olosta. He myös nauttivat lapsensa imettamisestä ja hoitamisesta.

Kättilön antaman tuen tulisi jatkua myös lapsen syntymän jälkeen. ”*Kättilö on naisen ja perheen kokonaishoidon asiantuntija, joka toimii aktiivisesti yhdessä asiakkaansa kanssa, tarvittaessa hänen puolestaan ja yhteistyössä muun hoitoon osallistuvan henkilöstön kanssa*” (Suomen Kättilöliitto, eettiset ohjeet 2004). Synnytyskeskustelu on yksi tärkeimmistä kättilön tehtävistä tukea tuoretta äitiä ja käydä hänen kanssa synnytyksen tapahtumat läpi. Synnytyskeskustelun avulla voidaan tukea äidin ja vastasyntyneen varhaista vuorovaikutusta ja ehkäistä synnytyspelkoa.

Kättilön pitämään synnytyskokemuskeskusteluun ja tähän tutkimukseen osallistui 47 Jorvin sairaalassa synnyttäneitä naista, jotka olivat antaneet matalan VAS-arvion tai halusivat tulla muuten keskustelemaan negatiivisesta synnytyskokemuksestaan. Useat tutkimukseen osallistuneet synnyttäjät kokivat, että synnytyskokemus ja synnytyssalissa vietetty aika olivat jääneet ”hämärän” peittoon kivun, jännityksen sekä väsymyksen takia. Suurin osa äideistä koki synnytyskeskustelun erittäin tarpeellisena ja he kokivat saaneensa selvyyttä ja vastauksia mieltä askarruttaviin kysymyksiin, eivätkä he enää kokeneet tarvitsevansa jatkokeskustelua.

7.3.2. Jatkohoito

Sosiaali ja terveystieteiden ministeriön mukaan (2009) tulee psykososiaalista tukea järjestää kaikille niille ihmisille jotka ovat joutuneet mieltä järkyttäneeseen tilanteeseen, Psykososiaalinen apu on tarkoitettu psyykkisen stressin lievittämiseksi ja torjumiseksi. Myös kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä suosittelee Äitiysneuvolaoppaassa (2013) saumattoman yhteistyön merkitystä neuvolan ja erikoissairaanhoidon välillä erityisesti silloin, kun äidille tai perheelle pitää suunnitella jatkotukea.

Synnytyksessä traumatisoitunut ei hae useinkaan itse apua, eikä traumahäiriö hoidu itsekseen. Tämän takia traumalle altistuneet synnyttäneet olisi tunnistettava ajoissa ja heidät tulisi ohjata hoitoon. Pelosta ja traumakokemuksista ei ole helppo avautua ja tällöin on tärkeää luoda turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, jossa pelkopotilaan on mahdollista tulla kuulluksi. Vaikka ulkopuolisten silmin kaikki näyttäisi sujuneen hyvin, äidille synnytys on voinut olla vaikea ja traumaattinen. Traumatisoituneen synnyttäjän taustalla voi olla ”teknisesti” normaali alatiesynnytys. (Rouhe ym.2013,5-6).

Kättilön keskustelun ja vastausten perusteella järjestettiin jatkohoitoa noin kolmasosalle (n=14) synnyttäneistä, joko äitiys-, tai naistentautien poliklinikalle tai neuvolan kautta neuvolapsykologille tai perhetyöhön. Synnyttäneet, joille varattiin jatkohoito äitiyspoliklinikalle, keskustelivat synnytyspelkoon erikoistuneen lääkärin kanssa. Traumaperäinen stressihäiriö vaatii terapeuttista tukea ja keskustelun perusteella arvioitiin vielä mahdollinen jatkokeskustelu psykiatrian tai psykologin vastaanotolle.

Synnytyskokemus VAS-vastaanotolla käynneistä äideistä viidellä oli kohonneet pisteet EPDS sekä DSS kyselyissä, mutta kukaan heistä ei halunnut enää jatkokeskustelua. Näiltä synnyttäneiltä kysyttiin lupa lähettää synnytyskeskustelusta kopio neuvolan terveydenhoitajalle mahdollista jatkoseurantaa varten.

Niille synnyttäneille (n=34), jotka antoivat edelleen matalan VAS-arvion mutta eivät enää kokeneet tarvitsevansa jatkokeskustelua, kerrottiin mahdollisuudesta tulla uudessa raskaudessa synnytyspelkopoliklinikalle keskustelemaan ja suunnittelemaan tulevaa synnytystä. Turtiaisen (2014, 54) ja tämän aineiston mukaan useat synnyttäneet toivoivatkin sitä. Synnytyssuunnitelma pitää sisällään toiveet tulevaa synnytystä kohtaan, ja sen tarkoituksena on auttaa synnyttäjää suhtautumaan luottavaisin mielin tulevaa synnytystä kohtaan. Synnytyksessä traumatisoituneiden interventioryhmässä on vähemmän trauman tai stressin oireita, masennusta ja itesyytöksiä ja valoisampi näkemys seuraavasta synnytyksestä kun taas niiden äitien ryhmässä joissa interventiota ei ole ollut. (Gamble ym. 2005, Rouhe ym 2014)

7.3.3. Opinnäytetyöprosessiin liittyvä pohdinta

Opinnäytetyön menetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, josta tekijällä ei ollut aikaisempaa kokemusta. Kokemattomuus määrällisten aineistojen käsittelystä viivästytti työn etenemistä.

Opinnäytetyön rajaus oli hankalaa ja viitekehyksen teko aikaa vievää. Ohjaava opettaja Sari Miettinen oli suurena apuna ja jaksoi innostaa opinnäytetyön etenemistä. Lähdemateriaalia löytyi melko helposti ja siitä iso kiitos kuuluu myös tutkijaryhmälle. Opinnäytetyön prosessi kesti kaiken kaikkiaan reilut puolitoista vuotta. Sain paljon tukea rohkaisua ja kannustusta entisiltä esimiehiltäni itse opiskeluun ja opinnäytetyön tekoon. Kätilön vastaanoton valmistelut sujuivat joutuisasti ja mutkitta. Myös työtovereiden tuki oli tässä projektissa erityisen tärkeää.

Kaikkiaan 47 haastateltavaa, synnyttäneitä äitiä, antoivat oman panoksensa tähän opinnäytetyöhön. Synnytyskeskustelun ohella käytiin koko tunteiden kirjo läpi ja välillä ihasteltiin vauvaa. Pohdin myös omia toimintatapojani kätilön vastaanottoa ajatellen. Kriisityön kattavista opinnoista on ollut erittäin paljon hyötyä käsitellessä synnyttäneiden negatiivisia ja traumaattisia tunteita sekä koko opinnäytetyön prosessia.

Itse opinnäytetyön teko oli kaikkiaan haastavaa, rasittavaa ja mielenkiintoista. Välillä usko sen valmistumisesta uhkasi loppua, mutta nyt prosessi on saatu vihdoin viimein päätökseen. Koko tutkimusprosessi antoi kuitenkin uskoa, että mahdollisuuskin voi kääntyä mahdolliseksi. Olen saanut kurkistaa tutkijan yksinäiseen ja hiljaiseen maailmaan,

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Vuonna 2015 eletään HUS:ssa suurten organisaatio muutosten aikaa. Johtajaylilääkäri Markku Mäkijärven sanoin ”HUS matka kohti uutta kulttuuria on alkanut”. HYKS:n uudet tulosityksiköt ja rakennusprojektit ovat tuoneet uusia haasteita arkiseen työhön. Naistenklinikan synnytysalin remontti väistöineen on tuonut lisää synnytyksiä ja hoitohenkilökunnan kiirettä kaikkiin HUS:n sairaaloihin etenkin sekä Jorvin että Kätilöopiston sairaaloihin.

Uusien rakennusten, osaamiskeskusten ja tulosityksiköiden toivotaan tuovan lisää potilaslähtoisempää ja joustavampaa hoitoa ja myös LEAN on tullut HUS:n jäädäkseen. ”Leanauksessa” työntekijät pääsevät itse hiomaan ja parantamaan työprosessejaan. Päämääränä on saada aikaan enemmän ja juosta vähemmän. Sen tarkoituksena on järjeistää potilaiden/asiakkaiden hoitopolkuja ja tuoda tehokkuutta ja minimoida kustannuksia.

Toivottavasti uusien kehittämishankkeiden ja projektien myötä saataisiin kehitettyä pikaisesti joustavia sähköisiä järjestelmiä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille. Järkeistäminen vapauttaisi monet kädet auttamaan itse hoidon kohdetta – asiakasta.

Jatkossa pitäisikin kehittää HUS:n alueen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille yhtenäiset sähköiset esitietolomakkeet, joiden avulla voitaisiin kartoittaa perusteellisemmin mm. raskaudenajan masennusoireilu ja synnytyspelko. Nykyisen käytännön mukaan useimmassa pääkaupunkiseudun neuvolassa on omat huonosti informaatiota antavat esitietokaavakkeet synnyttämään tuleville. Perheen ja synnyttäjän esitiedot ovat tärkeitä tietoja raskaudenajan seurannan, synnytyksen ja erityisesti vauvan hoidon suhteen. Esimerkiksi synnyttäjän pitkäaikaissairaudet, masennusoireilu tai muu psyykkinen sairaus ja niihin liittyvät lääkitykset jäävät usein huomioitta.

Raskausajan masennukseen on kiinnitetty vähemmän huomiota kuin synnytyksen jälkeiseen masennukseen. EPDS seula tulisikin tehdä jo ensimmäisellä neuvolakäynnillä ja ne äidit joilla on masennustaustaa tai masennuslääkkeitä, tulisikin herkästi lähettää äitiyspoliklinikalle tuen ja hoidon arviointiin. Lievätkin mielenterveyden ongelmat lisäävät synnytyspelon riskiä ja tunnistamaton synnytyspelko lisää synnytyksen jälkeisen traumatisoitumisen riskiä. Lievistä mielenterveysongelmista kärsivät odottajat voisivatkin käydä hoitajavastaanotolla, jossa kätilö keskustelee, tukee ja havainnoi varhaista vuorovaikutusta näyttämällä vauvaa ultraäänikuvin sekä konsultoi jatkohoidosta lääkäriä. Resurssit hoitajavastaanottoihin saadaan kun ”leanataan” eli järkeistetään työtapoja. Lean toimintamallissa työn ja toiminnan kehittävät sen tekijät itse ja parannettavaahan on jatkuvasti

Synnytyksen jälkeisen lapsivuodeajan hoitoajat lyhenevät ja äidit kotiutetaan jo ensimmäisen tai toisen päivän jälkeen, jos kaikki on mennyt normaalisti. Varhaisen kotiutumisen tavoite onkin, että 28 % synnyttäjistä kotiutuu alle 48 tunnissa. Nopeat kotiutujat ovatkin yleensä hyväkuntoisia ja toipuneet synnytyksestä erinomaisesti, joten tuskin synnytyksessäkään on ollut isoja ongelmia, Jorvin lapsivuodeosaston osastonhoitaja Maarit Nykäsen mukaan nämä synnyttäneet voivat arvioida hyvin kokemuksensa ennen kotiutumista. Neuvolan terveydenhoitajat ovat avainasemassa nopeiden kotiutujien ja normaalisti kotiutuvien jatkokeskustelujen tukijana, ja heidän tulisikin vielä kysyä synnytyskokemuksen VAS-arvio uudelleen esimerkiksi viikon tai parin kuluttua synnytyksestä. Tähän tutkimukseen osallistuneet synnyttäneet kokivat lapsivuodeosastolla käydyn synnytyskeskustelun tapahtuneen liian pian. Monet synnyttämiseen ja lapsivuodeaikaan liittyvät asiat nousivat pintaan vasta kotiin pääsyn jälkeen.

Viimeistään synnytyksen jälkitarkastuksessa EPDS, TES ja VAS-arviointikysely tulisi kysyä synnyttäneiltä vielä kertaalleen. Ne äidit, jotka saavat kyselyistä riskipisteet lähetettäisiin halutessaan jatkokeskusteluun joko terveydenhoitajalle tai kätilölle. Näin voitaisiin ehkäistä myös niiden synnyttäjien traumatisoituminen, jotka eivät pystyneet työstämään synnytyskokemustaan lapsivuodeosastolla syystä tai toisesta. Sähköisen esitietolomakkeen yhteyteen olisi tulevaisuudessa myös hyvä kehittää neuvoloiden ja sairaalan välille sähköinen palautelomake synnytyskokemuksesta.

Synnytyskeskustelun läpikäymiseen tarvitaan neuvoloiden terveydenhoitajille sekä lapsivuodeosaston henkilökunnalle yhdenmukaiset ohjeet ja koulutukset. Metropolian kätilöopiskelijat laativat vuonna 2012 opinnäytetyössään erinomaisen perehdytysoppaan VAS-mittarin laadukkaasta käytöstä. Tätä perehdytysopasta voisi hyödyntää muissakin sairaaloissa ja neuvoloissa. Kätilöopiston sairaalan lapsivuodeosastot hyödyntävät tätä opasta jo. (Arjakari & Mallat 2012) Laminoitu taskuopas olisi kätevä pitää aina työpöydän mukana.

HUS:n Naisten- ja synnytysten tuloksikkö järjestää alueellisia koulutuspäiviä kaksi kertaa vuodessa. Koulutuspäiviin osallistuu HUS:n alueen synnytystoiminnan sekä perusterveydenhuollon henkilökuntaa neuvoloista. Kevään 2015 aiheena on muun muassa kielteinen synnytyskokemus ja sen tuomat haasteet terveydenhuollossa.

Jokaiseen suomalaiseen synnytyssairaalaan tulisi perustaa synnytyksen jälkeinen kriisiorientoituneen kätilön vastaanotto niille synnyttäjille, jotka ovat kokeneet synnytyksensä negatiivisina. Tutkijan oman kokemuksen mukaan työparin olisi hyvä pitää vastaanottoa, jotta he voisivat olla vertaistukena toisilleen ja vuorotella vastaanoton pitoa. Synnyttäjien traumaattiset ja ahdistavat kokemukset ovat erittäin raskaita asioita kuunnella ja kätilöiden tulisikin saada työnohjausta oman jaksamisen takia. Kätilön synnytyssalikokemus ja hyvä vuorovaikutustaito ovat myös suotavia, koska synnyttäneet kysyvät suurelta osin synnytyksen hoitoon liittyviä kysymyksiä ja monesti arvostelevat hoitanutta henkilökuntaa sekä sitä, mikä meni sairaalassa pieleen.

Kätilölähtöinen keskustelu on myös kustannusvaikutteisesti edullisempi vaihtoehto kuin synnytyspelkoon erikoistuneen lääkärin vastaanotto. Synnytyspelkoon erikoistuneiden lääkäreiden ajat täyttyvät jo muutoinkin synnytystä pelkäävistä asiakkaista. Toki yhteistyö lääkäreiden kanssa on ensiarvoisen tärkeää varsinkin, jos synnyttäneelle tarvitaan synnytyksen jälkitarkastusta tai muuta lääketieteellistä jatkohoitoa ja jatkotukea. Jos yksikin väliintulo ja äidin jatkohoidon järjestäminen estää synnyttäneen traumatisoitumisen, on se myös perheen hyvinvoinnin kannalta merkittävä asia yhteiskuntaa unohtamatta.

Tämän tutkimushankkeen positiivisten kokemusten myötä Jorvin sairaalan äitiyspoliklinikalla jatkuu edelleen huonon synnytyskokemuksen kohdanneille synnyttäjille kätilölähtöinen vastaanotto, jossa tutkija jatkaa vastaanottoa toisena työparina. Keskustelun tukena käytetään synnytyskokemus VAS-, TES- ja EPDS mittareita ja jatkohoidosta konsultoidaan erikoislääkäreitä. Tarkoituksena on kehitellä vieläkin paremmin toimivat mittarit, joita voidaan käyttää myös ulkomaalaisilla synnyttäneillä sekä vastaanotto, jossa tuetaan, kuunnellaan ja mahdollisesti ohjataan jatkohoitoon huonon synnytyskokemuksen saanutta tuoretta äitiä.

*Kun tummien verhojen välistä yrittävät
hiipuvat tähdet työntyä sisään,
sinun pienet sormesi silittävät poskeani
kuin sanoakseen "älä itke äiti".
Ja minä pidän sinua sylissäni kuin lasia,
etten rikkoisi sitä ainoata,
joka on minulle annettu.
Että kestäisin vielä huomiseen,
että jaksaisin vielä antaa sen
mikä sinulle kuuluu”
(<http://seris.suntuubi.com/?cat=17>)*

LÄHTEET

- Alcorn, KL., O'Donovan, A., Patric, JC., Creedy, D & Devilly GJ. 2010. A Prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine* 40(11), 1849-1859
- Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. *Neuvolatyön käsikirja*. Helsinki. Tammi.
- Arjakari, O. & Mallat, K. 2012 *Synnytyskokemuksen arviointi VAS-mittarilla. Kirjallisuuskatsaus ja perehdyttämisoppaan tuottaminen.. Hoitotyön koulutusohjelma. Metropolia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö*
- Ayers, S. 2004. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol*; 47:552-67.
- Beech, L. & Beverley – Phipps, Belinda 2004: *Normal birth: women's stories*. Teoksessa Downe, Soo (toim.) 2004: *Normal birth. Evidence and debate*. Churchill Livingstone Elsevier.
- Bergström, B. 2013. *Synnytyksen jälkeinen masennus. Sairaanhoidajan käsikirja*. Duodecim.
- Broden, M. 2006. *Raskausajan mahdollisuudet. Therapeiasäätö*.
- Breese, S., McCoya, T., Beala, J., Martin - Paytonb, M.E., Stewartc, A., DeMersc, Adriana, M, & Watsonc G.H.2005. Correlations of visual analog scales with Edinburgh Postnatal Depression. *Journal of affective Disorders* 86, 295-297.
- Bylund, C. 2005. *Mothers`Involvement in Decicion Making During the Birthing Process: A Quantative Analysis Of Women`s Online Birth Stories*. Department of Communication Studies. Department of Commynity and Behavioral Health. University Iowa.33.
- Börjesson K. & Bågedahl-Strindlund M. 2007. *Personality Disorder, Psychiatric Caseness and Childbirth: Relation to Motherhood Experiences* Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience, division of Psychiatry, Karolinska University Hospital/Huddinge, Stockholm, Sweden
- Camble J & Creedy DK.2009. A couselling model for postpartum women after distressing birth experience. *Midwifery* 25(2), 21-30.
- Cox JL, Holden JM, & Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150:782-6.

Eerola, K. 2000. Synnytyksen jälkeinen psykoosi.

Viitattu 16.2.2014.

<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo91651.pdf>

Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1-2p. Jyväskylä. Gummeruksen kirjapaino.

Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S & Hauck, Y. 2008. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (5).

Fisher, C., Hauck, Y. & Fenwick, J. 2006. How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine*. 63 (1).

Haines, H., Pallant, J., Karlström, A. & Hildingsson I. 2011. Crosscultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*. 27, 560–567.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.

Heikkinen, T. & Luutonen, S. 2009. Äidin masennuksen hoito raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. *Suomen lääkäri-lehti*, 64 (15–16), 1459–1465.

Hermansson, E. (2012) Varhainen vuorovaikutus ja itsetunnon kehitys.

Viitattu 20.1.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00302

Hertzberg, T. 2000. Synnytyksen jälkeinen masennus. *Duodecim* 116(14): 1491-1497.

Hirsijärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15 -16 painos. Hämeenlinna. Kariston kirjapaja.

Hodnett, ED. 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic Review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5), 160 – 172.

HUS. 2015. Uutishuone. Viitattu 15.1.2015.

<http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/HUSssa-synty-2014-18234-vauvaa.aspx>

Juutilainen, K. 2012. Vauvaperhetyö. Viitattu 1.4.2014.

<http://www.vauvaperhetyo.fi/index.php/2012-06-19-20-53-57/2012-06-19-20-53-57/erityisapu>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1-2 painos. Porvoo. WSOYpro Oy.

Koskela, M. 2008.. Synnytyskeskustelu ja sen merkitys hoitotyössä. Oulun yliopisto. Hoitotiede ja terveystieteiden tiedekunta. Pro Gradu tutkielma.

Koskela, M. & Kääriäinen, M. 2009. Kätilöiden käsitykset synnytyskeskustelusta ja sen merkityksestä kätilötyössä. Tutkiva hoitotyö 7(4), 20–26.

Kumar, R., Robson, KM. & Smith AM. Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. J Psychosom Res 1984;84(1):43–51.

Kuula A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen käyttö, hankinta ja säilytys. Toinen uudistettu painos. Jyväskylä. Bookwell.

Käypä hoito. 2009. Traumaperäiset stressireaktiot ja –häiriöt. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 20.4.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50080>

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon järjestäjänä. Hoitotiede 18 (1), 37–45.

Larkin, P., Begley, C., & Devane, D. 2007. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. Midwifery. Vol. 23, 49-59.

Larson, C., Saltved, S., Edman, G., Wiklund, I & Andolf, e. 2011. Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. Sex Repord Healthc. 2 (2), 83-89.

Lundman, B., Nysted, A. & Ho. U. 2005. The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent. Journal of Clinical Nursing 14, 579-586.

Lyberg-Severinsson .2010. Fear of childbirth: mothers experiences of team-midwifery care –follow-up study. Journal of Nursing Management 18, 383-390.

Melender, H-L. 2002. Feelings of fear and security associated with pregnancy and childbirth: experience reported before and after childbirth. Terveystieteiden tiedekunta. Turun yliopisto. Väitöskirja.

Melender, H-L. 2002b. Experiences on fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. Birth: 29:101-11.

Mercer, J., Green – Jervis, C., & Brannican C. 2012. The legacy of a self-reported negative birth experience. British journal of Midwifery 20 (10), 717

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2007. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus OY Duodecim.

Mäkelä, S., Paijulo, M. & Sourander, A. 2010. Raskausajan psyykkinen oireilu ja lapsen kehitys. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2010;126(9):1013-9.

Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.) 2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki. WSOY.

Nilsson, C., Bondas, T & Lundgren, I. 2010. Previous Birth Experience in Women With Intence Fear on Childbirth. JOGNN 39.

Nilsson, C., Lundgren, I., Karlströmd, A., Hildingsson, I., 2011: Self-reported fear of childbirth and its association with women´s birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. Women Birth (2011),doi10/j.wombi.201106.001.

O`Hare, J. & Fallon, A. 2011: Women`s experience of control in labour and childbirth. British Journal of Midwifery (2011) Vol 19,(3).164–167.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY

Pham, C.T., & Crowther, C.A. 2003. Birthnext term outcomes: utility values that postnatal women, midwives and medical staff express. BJOG:an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2003; Vol.110. 121-127.

Palosaari, E. 2008. Lupa särkyä. Kriisistä elämään. 2 painos. Helsinki. Edita Prima oy.

Pietiläinen, S. 2006. Synnytyspelko. Teoksessa Paananen U., Pietiläinen S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P & Äimälä AM.(toim.), Kätilötyö. Edita. Helsinki.

Price, S., Noseworthy, J. & Thornton, J. 2007. Women`s experience with social presence during childbirth. The American Journal of Maternal/Child Nursing 32 (3), 184–191.

Raussi-Lehto, E. 2007. Syntymän hoito. Teoksessa: Paananen U., Pietiläinen S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P & Äimälä AM.(toim.), Kätilötyö. Helsinki. Edita, 209.

Riihimäki, K. & Vuorilehto, M. 2014. Raskaudenajan masennuksen tunnistaminen ja hoito. Suomen lääkärilehti 69 (16–17), 1233–1237. Viitattu 15.1.2015.

http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto17_1.pdf

Rouhe, H. 2010. Tuliko synnytyksestä traumaa-synnytyskokemus VAS-asteikolla? Kirjaus- ja hoito-ohje HUS:in sairaaloiden synnytysyksiköille. Julkaisematon lähde.

Rouhe, Salmela-Aro, Toivanen, Halmesmäki & Saisto 2012. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *BJOG*. 2013 Jan;120 (1):75-84. doi: 10.1111/1471-0528.12011. Epub 2012 Nov 2.. Viitattu 20.4.2014. Saatavana PubMed tietokannasta.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23121002>

Rouhe, H. & Saisto, T. 2012. Synnytyspelon taustatekijät ja hoitotulokset tutkimuksen valossa. *Suomen Lääkärilehti* 67 (42), 3007 – 3012.

Rouhe, H. & Saisto, T. 2013. Synnytyspelko. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 129(5):521-7, 1-6. Viitattu 20.4.2014.. Saatavana terveystietokannasta.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10849.pdf>

Rouhe, H, Salmela-Aro K., Toivanen, R., Tokola, Maiju., Halmesmäki, E., Ryding, E-L & Saisto, T. 2014. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience a randomised controlled trial. *BJOG. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. Online 1-9. Viitattu 20.2.2015. Saatavana PubMed tietokannasta.
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/0167482X.2014.980722>

Ryttyläinen, K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Ryynänen O-P & Myllykangas M. 2000. Terveystieteiden etiikka. 1 painos. WSOY, Juva.

Räisänen, S. Lehto, S, Nielsen, H. Gissler, M. Kramer, M & Heinonen, S. 2014. Fear of childbirth and multiparous women: a population based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 121(8):965–70. Viitattu 20.2.2015. Saatavana PubMed tietokannasta.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24494605>

Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S., & Yli-Pirilä P. (toim). 2009. Psykkisen ensiavun opas. Suomen punainen risti. 1 painos. Kustannus oy Duodecim. Helsinki. Gummerus kirjapaino OY, 9-28.

Saisto, T. 2003. Synnytyspelko- Mitä se on? *Suomen lääkäri* 2003, 58(41), 4125–4128.

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, JE. & Halmesmäki, E. 2001. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 80 (1):39–45. Viitattu 20.4.2014. Saatavana PubMed tietokannasta.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11167187>

Saisto, T., Lindholm P., Stenbäck P.& Toivanen R. 2014. Synnytyspelon hoito neuvolassa. *Suomen lääkirilehti.* 69 (16-17), 1221-1225.

Sandall, J. 2004: Promoting normal birth: weighing the evidence. Teoksessa Downe, Soo (toim.) *Normal birth. Evidence and debate.* Churchill Livingstone Elsevier.

Sariola, A. & Haukkamaa, M. 2004. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala, O & Kauppila, A (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset.* 4 uudistettu painos. Helsinki Duodecim.

Sillanpää, K. & Männistö, V. 2006. Synnytystapahtuma tulevaa elämää ohjaamassa. Synnytyksen yhteys vanhemmuuteen ja parisuhteeseen. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Psykologian laitos. Pro Gradu tutkielma

Sinkkonen, J. (toim) 2006. *Pesästä lentoon.* Kirja lapsen kehityksestä kasvattajalle. 1.painos. Helsinki. WSOY.

Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja. 2007:17. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.1.2015.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=D_LFE3584.pdf&title=Seksuaali_ja_lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2009:41. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Viitattu 10.3.2014.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=D_LFE-10312.pdf

Suomen kättilöliitto 2004. Kättilötyön eettiset ohjeet. Viitattu 26.2.2015

http://www.suomenkatiloliitto.fi/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf

Suomen mielenterveysseura, vaikeat elämäntilanteet, synnytyskokemus voi olla traumaattinen 2014. Viitattu 13.3.2014

http://www.mielenterveysseura.fi/fi/search-results?body_value=traumaattinen+synnytys&title=

Syrjäläinen, R. 2013. Naisten kokemuksia synnytyksestä ja Relaxbirth® synnytystuesta.. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro Gradu tutkielma

Söderqwert, J., Wijma, K. & Wijma, J. The longitudinal course of post traumatic stress after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2006;27:113-9.

Tammentie, T. 2009. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus perheeseen ja perheen vuorovaikutussuhde lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Tammentie, T., Paavilainen, E., Åsted-Kurki, P. & Tarkka MT. Family dynamics of postnatally depressed mothers – discrepancy between expectations and reality. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 65–64.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Lastenneuvolakäsikirja, EDPS. Viitattu 14.5.2014.

<https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/menetelmat/perhe-ja-kehitysymparisto/epds>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, kasvun kumppanit. Viitattu 13.3.2014.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/vavu

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. tilastot. Viitattu 24.2.2015.

<http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasentyneet/perinataalitulasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasentyneet>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, 9 uudistettu painos. Vantaa. Tammi. Hansaprint Oy.

Turtiainen, S. 2014. Kielteinen synnytyskokemus ja synnytyksen jälkeinen tuen saanti. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden opettajankoulutus.. Hoitotiede Pro Gradu tutkielma

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Tammi. Keuruu

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino OY.

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C & Rådestad I. 2004. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31 (1), 17 – 27.

Wewers M.E. & Lowe N.K. 1990. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in nursing & health* 13(49), 227-236.

Wijma, K., Söderquist, J., Carlsson, I. & Wijma, B. Prevalence of posttraumatic stress disorder among gynaecological patients with history of sexual and physical abuse. *J of Interpersonal Violence* 2000; 15:944,945-58,

Zimmerman, G H. 2013 Birth trauma. Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth. *International Journal of Childbirth Education* 28(3), 61-66.

Ylilehto, H. 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus – salpautunut ilo. Naisten lapsivuodeajan kokemuksia satutogeeninen tarkastelu. *Acta Universitatis Ouluensis, D Medica* 838. Oulun yliopisto. Oulu.

Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. 2013. Klementti R & Hakulinen –Viitanen T (toim.) Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä (kirj.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL Opas 29. Juvenes Print. Suomen yliopistopaino Oy, Tampere.

HAASTATTELUT:

Saisto, T. 2014. Osaston ylilääkäri. Naisten ja synnytysten tulosityksikkö. HYKS. Jorvin sairaala. Haastattelut 1.2. ja 7.11.2014.

TAUSTATIEDOT

Nimitarra	Pariteetti	Synnytyspä	Lupa/PVM
Raskaus:			
Synnytykseen valmistautuminen:(vapaata tekstiä)			
Neuvolan valmennus:		Kyllä/ei	
Tutu-käynnit:		Kyllä/ei	
Synnytyspelkopoliklinikka käynnit:(ympyröi)			
✦ lääkäri, kuinka monta kertaa			
✦ kätilö, kuinka monta kertaa			
✦ nyytiryhmä			
✦ muu käynti (muu äpkl käynti?)			
Synnytys:	Synnytystapa:		
	1. Spontaani alatie	dg:	
	2. Imukuppi	dg:	
	3. Päivystyssektio	dg:	
	4. Elektiivinen sektio	dg:	
Synnytyksen kesto:		1.vaihe	
		2.vaihe	
		Verenvuoto:	
Oliko synnytys käynnistetty?		Kyllä/ei	
Toimenpiteet synnytyksen jälkeen:			
Kivunlievitys:			
✦ epid tai spin			
✦ pcb			
✦ pudendaali			
✦ ilokaasu ja lääkkeet			
Synnytyksen jälkeen:			
Synnytyskokemus VAS lapsivuodeosastolla		Monta päivää synnytyksen jälkeen?	
Synnytyskokemus VAS vastaanotolla		Monta viikkoa synnytyksestä?	
Imetys		Onnistuu / Ei: miksi?	
Univaikeuksia		Ei / On: Syyt?	
EPDS:	DSS:	TES:	Mama: Jatkot:

DSS KYSELY

DSS	erittäin	melko	jonkin verran	vain vähän	ei lain- kaan
1. Oliko synnytys sinulle myönteinen kokemus?	1	2	3	4	5
2. Saitko henkilökunnalta riittävästi tukea?	1	2	3	4	5
3. Saitko mieheltäsi/tukihenkilöltä riittävästi tukea?	1	2	3	4	5
4. Oliko synnytys kivulias?	1	2	3	4	5
5. Oliko saamasi kivunlievitys riittävä?	1	2	3	4	5
6. Tunsitko olosi turvalliseksi synnytyksen aikana?	1	2	3	4	5
7. Saitko vaikuttaa haluamallasi tavalla synnytyksen hoitoon?	1	2	3	4	5
8. Ottiko henkilökunta liikaa ohjat omiin käsiinsä synnytystä hoitaessaan?	1	2	3	4	5

TES KYSELY

TES. Alla löydät joitakin väittämiä, joita naiset ovat käyttäneet synnytyskokemuksiaan kuvaillaan.
Lue jokainen väittämä erikseen ja ympyröi asteikolla 1-4 se väittämä, joka parhaiten vastaa synnytyskokemuksiasi. Oikeita ja vääriä vastauksia ei ole.

Millaisena koit synnytystyksi?	ei ollen- kaan	aika lailla	paljon	erittäin paljon	
1. Synnytys oli rasittava tapahtuma.	1	2	3	4	
2. Synnytysten aikana tunsin olevani loukkaantunut	1	2	3	4	
3. Synnytysten yhteydessä pelkäsin vahingoittuvani tai kuolevani/lapseni vahingoittuvan tai kuolevan	1	2	3	4	
4. Synnytysten yhteydessä olen tuntenut ahdistusta/avuttomuutta/kauhua	1	2	3	4	
Jatka vastaamalla väittämiin, joilla kuvailet miltä sinusta nyt tuntuu	ei lainkaan ei koskaan	har- voin	joskus	usein	Missä määrin asia vaikuttaa jokapäiväiseen elämääsi? (asteikko 0-10)
5. Epämiellyttävät synnytykseen liittyvät ajatukset ja muistikuvat tunkeutuvat mieleeni	1	2	3	4	6.
6. Näen epämiellyttäviä uusia synnytyksestä	1	2	3	4	8.
7. Yhtäkkiä minusta tuntuu että olen synnyttämässä ja kauheat tunteet täyttävät minut	1	2	3	4	10.
8. Jokainen muistutus synnytyksestä tuo esiin intensiivistä psyykkistä pahaa oloa	1	2	3	4	12.
9. Saan fyysisiä vaivoja kun jokin asia muistuttaa minua synnytyksestä (esim. sydän lyö kovempaan tahtiin, hengitys on tiheämpää, jännitän, alan hikoilla)	1	2	3	4	14.
10. Yritän välttää synnytystä muistuttavia ajatuksia/tunteita/keskusteluita	1	2	3	4	16.
11. Yritän välttää synnytystä muistuttavia toimintoja/paikkoja/henkilöitä.	1	2	3	4	18.
12. Minun on vaikea muistaa tiettyjä epämiellyttäviä tilanteita synnytyksestä	1	2	3	4	20.
13. Minua ei juurikaan kiinnosta ne toiminnot, jotka olivat minulle tärkeitä ennen synnytystä	1	2	3	4	22.
14. Tunnen välinpitämättömyyttä/vieraantuneisuutta muita ihmisiä kohtaan	1	2	3	4	24.
15. Kykyni tuntea rakkautta/läheisyyttä on rajoittunutta	1	2	3	4	26.
16. Tulevaisuus tuntuu tarkoitussettomalta	1	2	3	4	28.
17. Minulla on nukahtamis- tai nukkumisvaikeuksia, koska synnytykseen liittyvät muistikuvat häiritsevät minua	1	2	3	4	30.
18. Voin yhtäkkiä tulla hyvin ärtyneeksi tai vihaiseksi ilman välitöntä syytä	1	2	3	4	32.
19. Minulla on keskittymisvaikeuksia	1	2	3	4	34.
20. Olen ylijännittänyt	1	2	3	4	36.
21. Reagoin äkkipikaisesti odottamattomissa tilanteissa	1	2	3	4	38.

Palaa kysymyksiin 5-23 ja lisää sitten (kohtiin 6-38) missä määrin jokainen ilmiö vaikuttaa jokapäiväiseen elämääsi. Merkitse asteikolla nollasta (0 = ei vaikuta lainkaan) kymmeneen (10 = erittäin suuri vaikutus).

PTSD KRITEERIT

Scoring of the TES E-version for assessment of PTSD according to DSM IV.**A Criterion**

Answer alternatives "not at all", "somewhat", "much" and "very much".

Fulfilled when alternative "much" or "very much" is marked on items 1, 2 or 3, and 4.

B Criterion

Answer alternatives "never/not at all", "rarely", "sometimes" and "often".

Fulfilled when alternatives "sometimes" or "often" are marked once or more for items 1-5.

C Criterion

Answer alternatives "never/not at all", "rarely", "sometimes" and "often".

Fulfilled when alternatives "sometimes" or "often" are marked three times or more for items 6-12.

D Criterion

Answer alternatives "never/not at all", "rarely", "sometimes" and "often".

Fulfilled when alternatives "sometimes" or "often" are marked twice or more for items 13-17.

E Criterion

Answer alternatives on a 13-point scale, from "1" ("less than four weeks") to "13" ("more than one year").

Fulfilled when alternative "one month" or longer is marked.

F Criterion

Answer alternatives on a scale from 0 to 10.

Fulfilled when alternative 5 or higher is marked.

EDPS KYSELY

**MIELIALALOMAKE SYNNYTYKSEN JÄLKEISEN MASENNUKSEN
TUNNISTAMISEKSI (EPDS)**

Alkuperäinen lähde: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 1987; 150:782-6.

Ole hyvä ja ympyröi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa Sinun tuntemuksiasi viimeisen kuluneen viikon aikana, ei vain tämänhetkisiä tuntemuksiasi.

Viimeisten seitsemän päivän aikana

1. olen pystynyt nauramaan ja näkemään asioiden hauskan puolen
 - yhtä paljon kuin aina ennenkin
 - en aivan yhtä paljon kuin ennen
 - selvästi vähemmän kuin ennen
 - en ollenkaan
2. olen odotellut mielihyvällä tulevia tapahtumia
 - yhtä paljon kuin aina ennenkin
 - hiukan vähemmän kuin aikaisemmin
 - selvästi vähemmän kuin aikaisemmin
 - tuskin lainkaan
3. olen syyttänyt tarpeettomasti itseäni, kun asiat ovat menneet vikaan
 - kyllä, useimmiten
 - kyllä, joskus
 - en kovin usein
 - en koskaan
4. olen ollut ahdistunut tai huolestunut ilman selvää syytä
 - ei, en ollenkaan
 - tuskin koskaan
 - kyllä, joskus
 - kyllä, hyvin usein
5. olen ollut peloissani tai hädissäni ilman erityistä selvää syytä
 - kyllä, aika paljon
 - kyllä, joskus
 - ei, en paljonkaan
 - ei, en ollenkaan
6. asiat kasautuvat päälleni
 - kyllä, useimmiten en ole pystynyt selviytymään niistä ollenkaan
 - kyllä, toisinaan en ole selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin tavallisesti
 - ei, useimmiten olen selviytynyt melko hyvin
 - ei, olen selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin aina ennenkin

7. olen ollut niin onneton, että minulla on ollut univaikeuksia

- kyllä, useimmiten
- kyllä, toisinaan
- ei, en kovin usein
- ei, en ollenkaan

8. olen tuntenut oloni surulliseksi ja kurjaksi

- kyllä, useimmiten
- kyllä, melko usein
- en kovin usein
- ei, en ollenkaan

9. olen ollut niin onneton, että olen itkeskellyt

- kyllä, useimmiten
- kyllä, melko usein
- vain silloin tällöin
- ei, en koskaan

10. ajatus itseni vahingoittamisesta on tullut mieleeni

- kyllä, melko usein
- joskus
- tuskin koskaan
- ei koskaan

Kysymyksissä 1, 2 ja 4 vastausvaihtoehdot pisteytetään järjestyksessä ylimmästä alimpaan asteikolla 0-3. Kysymykset 3 sekä 5-10 ovat käänteisiä ja ne pisteytetään järjestyksessä ylimmästä alimpaan asteikolla 3-0

EPDS-mittari on validoitu useassa maassa, eikä sitä saa toimipaikkakohtaisesti muuttaa.

MAMA KYSELY

Seuraavat kysymykset liittyvät vauvan hoitoon.

Vastaa jokaiseen kysymykseen ympäröimällä mielestäsi sopivin vaihtoehto. Vastaa nopeasti ja muista vastata kaikkiin kysymyksiin. Haluamme tietää miltä sinusta on tuntunut viimeisen kuukauden aikana. Jos on kysymyksiä, joita et ole viimeisen kuukauden aikana pohtinut, niin vastaa silloin miltä sinusta tuntuu juuri nyt.

Ympäroi oikea vastausvaihtoehto:	1	2	3	4
	1 ei ollenkaan / ei koskaan			
	2 vähän / harvoin			
	3 paljon / usein			
	4 erittäin paljon / erittäin usein			
1. Oletko ollut huolestunut siitä, ettet olisi hyvä äiti?	1	2	3	4
2. Oletko ollut huolestunut siitä, että voisit vahingoittaa lastasi?	1	2	3	4
3. Onko sinulla ollut riittävästi aikaa itsellesi sen jälkeen kun sait lapsen?	1	2	3	4
4. Oletko katunut sitä, että sait lapsen?	1	2	3	4
5. Oletko tuntenut ylpeyttä siitä, että olet äiti?	1	2	3	4
6. Oletko ollut onnellinen siitä, että sinulla on lapsi?	1	2	3	4
7. Onko ajatus useamman lapsen hankkimisesta tuntunut houkuttelevalta?	1	2	3	4
8. Oletko ollut pettynyt äitinä olemiseen?	1	2	3	4
9. Oletko nauttinut lapsesi hoitamisesta?	1	2	3	4
10. Oletko miettinyt sitä, tuleeko lapsesi olemaan terve ja kehittymään normaalisti?	1	2	3	4
11. Onko elämäsi vaikeutunut lapsesi syntymän jälkeen?	1	2	3	4
12. Oletko nauttinut lapsesi imettamisestä / syöttämisestä?	1	2	3	4

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Suostumus

Tuire Ulmanen, Kätilö, AMK-sairaanhoitaja. HYKS/HUS Jorvin Sairaala, äitiyspoliklinikka.

Hämeen ammattikorkeakoulu. YAMK opiskelija

HUS/HYKS toiminnan kehittämishanke 2014: Synnytyksessä traumatisoitumisen ehkäiseminen. Toiminnan kehittämishankkeen tavoitteena on potilaan kokeman hoidon laadun tason parantaminen. Hankkeessa, josta tämä tutkimus on osa, pyrimme löytämään keinoja traumatisoitumisriskissä olevien potilaiden tunnistamiseen synnytyksen jälkeen.

Teen tähän hankkeeseen liittyen opinnäytetyön jonka tarkoituksen on selvittää miten hyvin synnytyskokemus VAS-löytää ne synnyttäneet jotka ovat suurentuneessa riskissä traumatisoitua synnytyksen jälkeen.

Opinnäytetyöstä ei voida tunnistaa yksittäisiä haastattelun antaneita henkilöitä tai heidän henkilötietojaan. Opinnäytetyössä noudatetaan tutkimuseettisiä ohjeita. Haastattelumateriaali hävitetään kehittämishankkeen ja opinnäytetyön valmistuttua. Kyselyssä käytettyä materiaalia ei käytetä muuhun tarkoitukseen kuin opinnäytetyöhön.

Suostun että tietojani voidaan hyödyntää opinnäytetyössä. Ymmärrän että osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikkakunta

Päiväys

Suostujan allekirjoitus, nimenselvennys

Suostumuksen vastaanottaja, nimenselvennys

TUTKIMUSLUPA

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Ulmanen Tuire Sisko	
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta Kätilö	
	HUS:n palveluksessa <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm tuire.ulmanen@hus.fi	
	Kotiosoite Penkkikuja 4 B, 02770 Espoo	
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Hämeen ammattikorkeakoulu	
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Visakaarre 12 PL 230, 13101 Hämeenlinna	
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Sari Miettinen, yliopettaja, ylemmät amk tutkinnot. <i>TET</i> sari.miettinen@hamk.fi / puhelin: (vaihte) 03-6431 <i>03 646 4753</i>	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa Sari Miettinen, suunnitelma hyväksytty 4.6.2014 <i>Sari</i>	
	HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot Suku- ja etunimi/virka/toimi Tiina Pulli ThM, osastonhoitaja	
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Työpaikan osoite Turuntie 150, PL 800, 00029 HUS	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm tiina.pulli@hus.fi / 050 4279086	
	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee Hyks, NaLa, Nasy, Jorvin sairaala, synnytysosasto/äitiyspoliklinikka	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa VAS ja traumaattinen synnytyskokemus	
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Opinnäytetyö on osa HUS/Hyksen tutkimushanketta 2014. Tavoitteena on selvittää löytääkö VAS-mittari ne äidit jotka ovat vaarassa traumatisoitua synnytyksen jälkeen. Synnyttäneille tarjotaan mahdollisuutta tulla keskustelemaan synnytyskokemuksestaan kätilön vastaanotolle. Vastaanotolla täytetään kyselylomakkeet (5kpl). Jatkohoito arvioidaan yhdessä lääkärin kanssa.	
	Asiasanat (max 5 kpl) Synnytyspelko, synnytyskokemus, synnytyksen jälkeinen masennus, varhainen vuorovaikutus, synnytyskokemus VAS-mittari	
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input checked="" type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden tiede <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input type="checkbox"/> Ei <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, mitä? Tutki ja kehitä hanke 2014. Synnytyksessä traumatisoitumisen ehkäiseminen.	Arvioitu aloituspv. 1.3.2014

Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus <input type="checkbox"/> HYKS Syöpäkeskus <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoidoalue		<input type="checkbox"/> HUS Yhtymähallinto <input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Kuvantaminen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
Kohderyhmä <input checked="" type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä Jorvin sairaalassa n 60-80 synnyttänyttä äitiä	
Aineiston keruumenetelmä <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?			
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot -			
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin Tavoitteena parantaa hoidon laatua, löytää uusia sekä resursseja säästäviä toimintatapoja. Tuloksia esitellään HUS-alueen neuvoloiden alueellisilla koulutuspäivillä 2015. <input type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta	
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle. Päiväys <i>6.6.2014</i> Päiväys <i>9.6.2014</i> <i>Taru Alu</i> <i>Taru Alu</i> <i>Taru Alu</i> Opinnäytetyön tekijä/tekijät HUS:n vastuuhenkilö nimenselvennys nimenselvennys			

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että _____ _____
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *) _____ _____
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä

	Tutkimusluvan alkamispäivä Päiväys <i>Häi 180714</i> <hr/> <i>Juha Tapanainen</i> Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys Juha Tapanainen Professori, ylilääkäri HYKS Naistenklinikka Käynti: Haartmaninkatu 2, Helsinki Postiosoite: PL 140, 00029 HUS	Tutkimusluvan päättymispäivä Päiväys <i>23.6.2014</i> <hr/> <i>Ingger Mäenpää</i> Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvennys Ingger Mäenpää Johtava ylihoitaja HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö
--	---	--

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Vaitiolositoumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilörekisteriseloste