

# **Synnytyspelon hoito**

## **Kirjallisuuskatsaus synnytyspelon hoidosta**

Saara Rähä

Opinnäytetyö

Kesäkuu 2016

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä(t) Räihä, Saara	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Kesäkuu 2016
	Sivumäärä 59	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Synnytyspelon hoito</b> Kirjallisuuskatsaus synnytyspelon hoidosta		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Sahlman, Riina ja Sihvonen, Sanna		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Synnytyspelko on käsitteenä yleistynyt ja tänä päivänä varsin ajankohtainen ilmiö; keskimäärin jopa joka kymmenes nainen kärsii siitä. Vaikka synnytyspelon hoitoon on alettu kiinnittää enemmän huomiota, yhtenäiset linjaukset aiheesta puuttuvat.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin integroituna kirjallisuuskatsauksena ja sisällönanalyysi induktiivisena. Tarkoituksena oli selvittää jo olemassa olevan tiedon pohjalta, minkälaista hoitoa synnytyspelkopotilaalle on saatavilla. Tavoitteena oli opinnäytetyön avulla lisätä synnytyspelkopotilaiden kanssa työskentelevien terveydenhoitoalan ammattilaisten tietämystä aiheesta ja antaa täten valmiuksia kehittää omaa työskentelyä ja hoitaa synnytyspelkoista asiakasta.</p> <p>Tutkimuksia haettiin PubMed, Cinahl (Ebscohost), Aleksis ja Medic-tietokannoista. Hakua täydennettiin manuaalisella haulla Tutkiva hoitotyö- sekä Hoitotiede-lehtien sisällysluette-loista sekä viitetiedoista löydettyillä, tutkimuksen kannalta tärkeillä tutkimuksilla. Analysoitavaksi tutkimusmääräksi valikoitui sisäänottokriteerien perusteella 11 tutkimusta, joista kymmenen on tietokannoista löydettyjä ja yksi viitetiedoista löydetty.</p> <p>Synnytyspelon hoidossa tuella oli suuri merkitys. Tukea oli sekä emotionaalista että tiedollista. Konkreettisia hoitokeinoja oli sekä yksilöllisiä että kaikille yhteisiä. Jokaisen asiakkaan pelot, tunteet sekä toiveet olivat aina erilaisia, minkä takia hoito oli usein yksilöllistä. Yksilöllisessä hoidossa käytettiin psykoedukatiivista lähestymistapaa, kriisi-orientoitunutta ohjausta sekä psykososiaalista tukea. Asiakkaiden kanssa tehtiin synnytyssuunnitelmia sekä vierailuja synnytystiloihin. Hoito ajoittui usein raskausaikaan, mutta myös synnytyksen jälkeisen hoidon merkitys korostui. Yhteistä hoitoa oli ryhmämuotoinen psykoedukatioon perustuva hoito rentoutumisharjoituksineen sekä roolileikkiin perustuva opetus.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> ) Synnytyspelko, hoito, synnytys, pelko, kirjallisuuskatsaus		
Muut tiedot		

Author(s) Räihä, Saara	Type of publication Bachelor's thesis	Date June 2016 Language of publication: Finnish
	Number of pages 59	Permission for web publication: x
Title of publication <b>Treatment of the fear of childbirth</b> A literature review of treatment of the fear of childbirth		
Degree programme Degree programme in Nursing		
Supervisor(s) Sahlman Riina ja Sihvonen Sanna		
Assigned by		
Abstract  <p>As a concept the fear of childbirth has become a more and more common phenomenon nowadays because on average, even every tenth woman is suffering from it. Even though more attention has been paid to the treatment of fear of childbirth, consistent policies on the topic are lacking.</p> <p>The thesis was implemented as an integrative literature review and by using inductive content analysis. Based on the existing knowledge, the purpose was to examine what kind of treatment was available for a patient suffering from the fear of childbirth. The aim of this thesis was to increase knowledge among health care professionals who treat women with fear of childbirth and offer them tools for developing their own work.</p> <p>Studies were searched in the PubMed, Cinahl (Ebscohost), Aleksi and Medic-databases. They were complemented by manual searches in the tables of content of the journals called Tutkiva hoitotyö and Hoitotiede and by the ensuing findings in the references relevant for the present study. Based on the intake criteria, eleven studies were selected for the review, and ten were found in the databases and one in the references.</p> <p>The importance of both emotional and informational support was highlighted in treating the fear of childbirth. Concrete treatments were both individual and collective. Every client had her own fears, emotions and wishes, and this is why the treatment was usually individual. Psychoeducational approach, crisis-oriented intervention and psychosocial support were used in individual treatment. Birth plans were made, and birth units were visited with the clients. The treatment was often antenatal, but the significance of the postnatal care was also emphasized. Collective treatment was group psychoeducation with relaxation exercises and education based on roleplay.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) Fear of childbirth, treatment, childbirth, literature review		
Miscellaneous		

## Sisältö

1	Johdanto.....	3
2	Synnytyspelko.....	5
	2.1 Synnytyspelon taustatekijät ja ilmeneminen.....	6
	2.2 Synnytyspelon kohteet.....	7
	2.3 Synnytyspelon vaikutus varhaiseen vuorovaikutukseen .....	8
3	Synnytyspelon hoito.....	9
	3.1 Äitiysneuvolatoiminta .....	10
	3.2 Pelkopoliklinikka.....	13
	3.3 Synnytyspelkopotilaan synnytyksen hoito.....	16
	3.4 Hoito synnytyksen jälkeen .....	17
4	Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävä .....	19
5	Opinnäytetyön toteutus.....	20
	5.1 Integroiva kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	20
	5.2 Aineiston keruu .....	20
	5.3 Valintakriteerit.....	23
	5.4 Aineiston analysointi .....	24
6	Tulokset.....	26
	6.1 Tuki .....	27
	6.1.1 Tiedollinen tuki .....	27
	6.1.2 Emotionaalinen tuki.....	29
	6.2 Konkreettiset hoitomenetelmät.....	33
	6.2.1 Yhteiset menetelmät .....	33
	6.2.2 Yksilölliset menetelmät .....	35
7	Pohdinta .....	41
	7.1 Tulosten tarkastelua.....	41
	7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	46
	7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	47

Lähteet.....	49
Liite 1. ....	54

## **Taulukot**

TAULUKKO 1 Käytetyt hakulausekkeet .....	21
TAULUKKO 2 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	23
TAULUKKO 3 Aineiston analysoinnin eteneminen.....	26
TAULUKKO 4 Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset .....	54

## **Kuviot**

Kuvio 1 Aineiston hakuprosessi.....	22
-------------------------------------	----

# 1 Johdanto

Jokainen raskaana oleva nainen jännittää jossain vaiheessa synnytystään. Raskausaika ja synnytys ovat hyvin merkittäviä tapahtumia naisen elämässä, minkä vuoksi on ymmärrettävää, että näihin tilanteisiin liittyy paljon monenlaisia, ristiriitaisiakin tunteita. Useimmille naisille raskausaika on kuitenkin ilon ja onnen aikaa; pesänrakennusvietti herää ja tulevaan vanhemmuuteen sekä perheenisyykseen aletaan valmistautua niin henkisesti kuin fyysisestikin. Kaikille se ei ole näin yksinkertaista. Yhä useamman naisen raskausaika varjostaa pelko ja huoli synnytyksestä. Ensisynnyttäjien pelonkohteet ovat usein kipuun liittyviä, kun taas uudelleensynnyttäjien pelon taustalla on lähes aina aikaisempi traumaattiseksi koettu synnytys. (Lindbohm, P., Saisto, T., Stenbäck, P. ja Toivanen, R. 2014a.)

Foobinen, suhteeton synnytyspelko tulee erottaa normaalista, synnytykseen kuuluvasta jännityksestä. Synnytyspelko rasittaa työ- ja arkielämää estäen normaaliin synnytykseen valmistautumisen. Pelko ilmenee fyysisinä ja psyykkisinä oireina sekä lisääntyneinä neuvola- ja lääkärikäynteinä. (Äitiysneuvolaopas 2013, 247.)

Synnytyspelko on käsitteenä yleistynyt ja tänä päivänä varsin ajankohtainen ilmiö: keskimäärin jopa joka kymmenes raskaana oleva nainen kärsii siitä (Rouhe ja Saisto 2013, 521). Vaikka synnytyspelon hoitoon on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota, yhtenäiset hoitolinjaukset aiheesta puuttuvat ja sairaalakohtaiset erot esim. sektioiden määrissä voivat olla suuria. (Sjöholm 2014.) Synnytyspelko on aiheena vielä jokseenkin tuore, eivätkä diagnoosin käyttö kriteereineen ole vielä vakiintuneet ammattilaisten käytössä (Gissler, Saisto ja Rouhe 2013). Tämän takia koen tärkeäksi tuoda esille synnytyspelon hoitomuotoja.

Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena selvittää jo tutkitun tiedon pohjalta, minkälaista hoitoa synnytyspelkopotilaalle on saatavilla. Opinnäytetyö toteutetaan

integroivana kirjallisuuskatsauksena ja sisällönanalyysi induktiivisena. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä synnytyspelkopotilaiden kanssa työskentelevien terveydenhoitoalan ammattilaisten tietämystä aiheesta ja antaa täten valmiuksia kehittää omaa työskentelyä ja hoitaa synnytyspelkoista asiakasta. Opinnäytetyön avulla lisään myös omaa asiantuntijuuttani ilmiöstä.

## 2 Synnytyspelko

Synnytyksestä puhutaan, kun raskaus on edennyt vähintään 22 viikkoa ja sikiön oletettu paino on vähintään 500 g. Synnytys on täysiaikainen, kun raskausviikkoja on takana 37, mutta se muuttuu yliaikaiseksi raskauden kestäessä yli 42 viikkoa. Synnytys käynnistyy joko supistuksilla tai lapsivedenmenolla. (Tiitinen 2015a.) Synnytyksen katsotaan olevan käynnissä, kun supistuksia tulee säännöllisesti alle 10 minuutin välein ja kohdunsuu on avautunut 3-4 cm (Äitiysneuvolaopas 2013, 243). Synnytys jakautuu kolmeen eri vaiheeseen: avautumisvaiheeseen, ponnistusvaiheeseen sekä jälkeisten syntymiseen. (Tiitinen 2015a.)

Synnytyspelko tulee käsitteenä erottaa normaalista, synnytykseen kuuluvasta jännityksestä. Synnytyspelosta puhutaan, kun jännityksen tuomat yksittäiset, ohimenevät oireet kuten päänsärky ja unettomuus muuttuvat usein toistuviksi, pitkittyneiksi, arkea haittaaviksi tiloiksi. Pelko ja ahdistus altistavat traumaalle synnytyksessä, synnytyksen jälkeiselle masennukselle sekä varhaisen vuorovaikutuksen ongelmille. (Rouhe ja Saisto 2013, 521.)

Pelko on ihmisen subjektiivinen, epämiellyttäväksi luonnehdittava tunne, joka suojaa henkilöä uhkaavalta vaaralta. Merkitystä ei ole sillä, onko pelkoa tuottava asia todellinen vai kuviteltu, sillä kehon tuottamat reaktiot ovat molemmissa samat. (Pietiläinen 2015, 484.) Pelko voi syntyä ihmisen sitä itse tiedostamatta, jolloin taustalla voi olla aiemmat, pelkoa tuottavat kokemukset. Syke nousee, hengitys kiihtyy ja verenpaine kohoaa. Nämä kehon fysiologiset reaktiot ovat sympaattisen hermoston aikaansaamia, eikä näitä reaktioita ihminen pysty itse säätämään. Koska pelko koetaan epämiellyttäväksi, on luonnollista, että ihminen pyrkii välttelemään pelkoa tuottavia tilanteita, eikä niistä silloin haluta puhua. (Pietiläinen 2015, 485; Rouhe, Saisto, Toivanen ja Tokola 2013, 103-105.) Tämän takia on tärkeää, että neuvolassa pystytään tunnistamaan synnytyspelkopotilaat hyvissä ajoin, jotta hoito on kannattavaa.



## 2.1 Synnytyspelon taustatekijät ja ilmeneminen

Synnytyspelon taustalla voi olla monia eri syitä. Syyt myös vaihtelevat sen mukaan, onko synnyttäjä ensikertalainen vai uudelleensynnyttäjä. Uudelleensynnyttäjien pelon taustalla on lähes aina aikaisempi, traumaattiseksi koettu synnytyskokemus. Myös muut aiemmat huonot kokemukset esim. sairaalasta ovat omiaan laukaisemaan odottavassa äidissä pelkotiiloja. (Rouhe ym. 2013, 108-110.) Tutkimusten mukaan (Rouhe, Salmela-Aro, Gissler, Halmesmäki ja Saisto 2011; Storksen, Eberhard-Gran, Garthus-Niegel ja Eskild 2012) naisilla, jotka kokevat synnytyspelkoa, on usein taustalla psyykkistä sairastavuutta, kuten masennusta ja ahdistus- sekä paniikkihäiriöitä. Rouhe ja muut (2011) tutkivat synnytyspelon yhteyttä mielenterveyshäiriöihin. Tulosten mukaan psyykinen sairastavuus oli lähes kaksinkertainen synnytyspelkoisilla naisilla verrattuna verrokkiryhmän naisiin, joilla ei ollut synnytyspelkodiagnoosia. Synnytyspelkoa kuvaavia psyykkisiä sairauksia olivat lähinnä masennus ja ahdistuneisuus.

Pelon taustalla voi olla seksuaalisuuteen liittyviä traumoja kuten hyväksikäyttöä. Sosiaaliset ongelmat voivat myös olla pelon laukaisijoina. Tuleva yksinhuoltajuus, tuen puute, heikko sosiaalinen verkosto sekä huono taloudellinen tilanne saattavat aiheuttaa tulevassa äidissä pärjäämättömyyden tunteita eivätkä voimavarat tällöin riitä asian kohtaamiseen ja käsittelemiseen. (Saisto ja Rouhe 2012.)

Äidin persoonallisuudella on todettu olevan vaikutusta synnytyspelon syntyyn. Luonteeltaan haavoittuvaiset, neuroottiset sekä helposti ahdistuvat naiset ovat muita alttiimpia synnytyspelolle. Myös huono itseluottamus saa aikaan riittämättömyyden tunteita sekä vastuun pelkoa. (Pietiläinen 2015, 485; Saisto ja Rouhe 2012.)

Siinä missä synnytyspelon syyt voivat olla monenkirjavia, myös oireet voivat olla monenlaisia ja ne voivat esiintyä yksilöllisesti kullakin naisella. Oireita voi olla niin fyysisiä kuin psyykkisiäkin. Fyysisiä oireita voivat olla mm. vatsakivut, ennenaikaiset supistukset, selkävaivat, päänsärky sekä sydämentykytys. Psyykkisiksi oireiksi taas voidaan luetella mm. selittämätön väsymys, unettomuus, kärsimättömyys, painajaiset sekä paniikki- ja ahdistuskohtaukset. Raskaana oleva nainen ei pakosti itsekään yhdistä oireitaan synnytyspelkoon, vaan hoitoon hakeudutaan alun perin muista syistä. (Lindbohm ym. 2014a; Rouhe ja Saisto 2013; Aitasalo 2013.)

## 2.2 Synnytyspelon kohteet

Synnytyspelkoa voi olla monenasteista ja pelon syyt voivat olla kirjavia. Uudelleensynnyttäjät pelkäävät usein, että taustalla oleva aiempi, traumaattinen synnytyskokemus toistuu myös nykyisessä raskaudessa. Uudelleensynnyttäjillä on lisäksi jo tietoa siitä, miltä supistukset tuntuvat, millaista kipua voi odottaa sekä kuinka synnytys noin teoriassa etenee. Voi olla, että ensimmäisessä raskaudessa pelkäämätön nainen yllättyi esimerkiksi kivun voimakkuudesta, ja nyt näin uudessa raskaudessa kivunpelko on läsnä varjostamassa raskautta. (Ojala 2015; Pietiläinen 2015, 486.)

Ensisynnyttäjät kokevat usein selittämätöntä pelkoa. Asiakkaiden voi olla vaikea pukea tunteitaan sanoiksi ja näin konkretisoida pelon kohteita. Ensisynnyttäjät eivät tiedä, miltä supistukset tuntuvat tai kuinka ponnistetaan. (Pietiläinen 2015, 486; Ojala 2015.) Sekä ensi- että uudelleensynnyttäjien tavallisin pelko on kipu (Ojala 2015). Kivun lisäksi pelätään oman tai syntyvän lapsen terveyden puolesta, hallinnan tunteen menettämistä sekä synnytyksessä osaamattomuutta. Tuttavien kauhukertomukset sekä median värittämät kuvat synnytyksistä lisäävät helposti pelkoa ja ahdistusta. (Otley 2011, 215; Rouhe ym. 2013, 112–120.)

Äidit saattavat pelätä myös tuen puutetta ammattilaisilta: ”Mitä jos kättilö ei huomioikaan minua?”, ”Mitä jos minua ei kuunnella eikä toiveitani arvosteta? Jääkö yksin?” Tällaiset kysymykset toistuvat usein odottavalla äidillä, mikä on aivan normaalia synnytykseen ja vanhemmuuteen valmistautumista. Ongelmaksi kysymysten pyörittely muuttuu vasta, kun niiden takia menetetään toistuvasti yöunet ja ilo odotuksesta katoaa. (Sariola, Nuutila, Sainio, Saisto ja Tiitinen 2014, 265; Pietiläinen 2015, 486.)

### 2.3 Synnytyspelon vaikutus varhaiseen vuorovaikutukseen

Raskaustestiin piirtyvä positiivinen tulos on aina suuria, ristiriitaisiakin tunteita herättävä tapahtuma, vaikka lapsi olisikin kauan odotettu ja toivottu. Viimeistään tässä vaiheessa kiintymyssuhde syntyvään lapseen alkaa kehittyä. Vanhemmat alkavat kehittää ajatuksia ja toiveita siitä, minkälaisia heidän lapset tulisivat olemaan ja minkälaisia vanhempia he itse haluaisivat olla lapsilleen. Omassa lapsuudessa koetulla vuorovaikutuksella on suuri merkitys siinä, minkälaisiksi vanhemmiksi he lopulta kehittyvät, olivat omat kokemukset sitten tiedostettuja tai eivät. (Rouhe ym. 2013, 30.)

Vanhemmuuteen kasvaminen ei ole aina positiivista. Etenkin äidille ajatus raskaudesta tai itsestä vanhempana voi olla psykologisesti rankka. Omat traumaattiset kokemukset saattavat nousta esille, ja jos näitä asioita ei pystytä kohtaamaan ja käsittelemään, vanhemmuuteen kasvaminen voi olla vaikeaa. (Rouhe ym. 2013, 30–34.) Edellä mainitun Rouheen ja muiden (2011) tutkimuksen mukaan synnytyspelkoa kuvaavia psyykkisiä sairauksia olivat lähinnä masennus ja ahdistuneisuus. Etenkin masennus on nähty ongelmana äidin ja sikiön välisen vuorovaikutuksen kehitykselle. (Rouhe ym. 2011.) Alakuloinen, ärtynyt ja väsynyt äiti ei ehkä jaksa eikä kykene hoitamaan lastaan optimaalisella tavalla.

Raskausaikana kiintymyssuhde sikiöön näkyy äidin eleissä, puheissa sekä tavoissa. Hyvä kiintymyssuhde raskauden aikana ennustaa hyvää varhaista vuorovaikutussuhdetta äidin ja vauvan välille synnytyksen jälkeen. (Lindroos ym. 2015.) Synnytyspelko voi häiritä kiintymyssuhteen kehitystä raskauden aikana ja näyttäytyä esim. negatiivisena suhtautumisena sikiöön tai tulevaisuuteen (Lindroos ym. 2015).

Jos äiti ei ole saanut hoitoa synnytyspelkoonsa raskauden aikana, synnytyksen jälkeen voi ilmetä varhaisen vuorovaikutuksen ongelmia (Rouhe ja Saisto 2013, 521). Vauva saattaa herättää äidissä kielteisiä tunteita, jolloin hän on kykenemätön vastaamaan vauvan viesteihin nopeasti ja johdonmukaisesti. Vauva peilaa omia tunteitaan jatkuvasti vanhempien kautta. Jos vauva ei saa tuntea itseään rakastetuksi ja halutuksi äidin silmissä, turvallinen vuorovaikutussuhde ei pääse kehittymään, eikä lapsi tällöin saa tarvitsemaansa tukea sisäisen turvallisuuden, itseluottamuksen sekä omanarvontunteen kehittämiseen. (Pajulo 2014, 2543; Hermanson 2012.) Puutteellinen vuorovaikutus voi näkyä mm. katsekontaktin puuttumisena sekä koskettelun, puhumisen ja läheisyyden vähyytenä. Synnytysvuodeosastolla tarkkaillaan näitä vuorovaikutuksen muotoja ja tarvittaessa puututaan niihin ja avustetaan sekä tuetaan äitiä. Kätilön tai muun hoitavan tahon arvioitavaksi jää, tarvitseeko äiti lisätukea jatkossa. (Pietiläinen 2015, 328–329.)

### **3 Synnytyspelon hoito**

Pohjoismaat ovat edelläkävijöitä synnytyspelon tutkimisessa sekä hoidossa. Ruotsissa on kehitetty kansalliset ohjeistukset synnytyspelon hoitoon ja hoito on keskitetty ns. Aurora-klinikoille, missä työskentelee synnytyspelkoon erikoistuneita kätilöitä, psykologeja sekä lääkäreitä. (Otley 2011, 218.) Suomessa vastaavia kansallisia ohjeistuksia ei ole olemassa, mikä tarkoittaa sitä, että synnytyspelon hoito on sairaalakohtaista ja erot käytänteissä voivat olla suuria. Tavoite kuitenkin on saada

myös Suomeen kansalliset ohjeistukset. Vaikka kansallisia ohjeita ei ole olemassa, on oletettavaa, että hoito on silti samankaltaista koulutuksen ansiosta. Myös se, että jokainen asiakas tulee hoitaa yksilöllisesti koko elämäntilanne huomioiden, tekee hoidosta erilaisen jokaisen odottavan äidin kohdalla. (Rouhe ym. 2013, 169-170.)

### 3.1 Äitiysneuvolatoiminta

Äitiysneuvolatoiminnan tavoitteisiin kuuluvat syntyvän lapsen ja koko perheen hyvinvoinnin turvaaminen ja edistäminen. Täten äitiysneuvolan tehtävänä on tunnistaa erityistä tukea tarvitsevat perheet ja mahdolliset raskaudenaikaiset riskitekijät sekä häiriöt, jotta niihin keretään puuttumaan ja mahdollinen jatkohoitoon ohjaaminen tapahtuu riittävän ajoissa ja perhe saa tarvitsemaansa apua. (Äitiysneuvolaopas 2013, 16-17.) Synnytyspelon hoidon tavoitteina ovat tuen ja tiedon avulla vähentää odottavan äidin ahdistuneisuutta sekä pahaa oloa. Pyritään siihen, että nainen kykenee hallitsemaan raskausaikaa sekä synnytystä. Tällöin vältytään turhiin keisarileikkauksiin ryhtymiseltä. (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Könönen 2002, 642.)

Usein raskaana olevan naisen ensikontakti äitiyshuoltoon on raskaustestin positiivisen tuloksen ilmoittaminen oman kunnan äitiysneuvolaan ja ensikäynnin varaaminen. Äitiyshuollolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon verkostoa, joka kattaa tulevan äidin ja syntyvän lapsen hoidon ja hyvinvoinnin. Äitiyshuollossa kiinteästi kytköksissä toisiinsa ovat neuvolat, äitiyspoliklinikat sekä synnytysosastot. (Äitiysneuvola 2015.)

Synnytyspelkoon liittyy usein häpeää ja syyllisyyttä, minkä takia asiakas saattaa jättää mainitsematta pelkonsa äitiysneuvolassa. Siksi onkin tärkeää, että neuvolatyöntekijällä on erilaisia keinoja pelon tunnistamiseen. Synnytyspelon tunnistamiseen käytetään siihen eritoten kehiteltyä W-DEQ-kaavaketta (The Wijma Delivery Expectancy/Experience) sekä VAS-mittaria. VAS-mittaria käytetään

alkuperäisesti kivun mittaamiseen, mutta siitä kehitelty ”Synnytyspelko-VAS” on osoittautunut hyväksi menetelmäksi (herkkyys 98 % ja tarkkuus 68 %). VAS-jana on 10 cm pitkä viiva, johon asiakasta pyydetään laittamaan rasti siihen kohtaan, miten hän tällä hetkellä kokee suhtautuvansa tulevaan synnytykseen. Vasen laita tarkoittaa ”Suhtaudun synnytykseen rauhallisin mielin” ja oikea laita ”Pelkään synnytystä äärimmäisen paljon”. Jos rasti piiryy keskikohdille tai sen yli (VAS-pisteet yli viisi), on neuvolassa aiheellista käydä lisäkeskustelu pelkotilanteesta. (Lindbohm ym. 2014b, 1222.) On myös tapauksia, joissa nainen ei itse tiedosta kärsivänsä synnytyspelosta, mutta henkilökunta voi huomata viitteitä siitä esim. jatkuvien sairauslomien hakemisena tai hoitoon hakeutumisina erilaisin syin. (Saisto ja Rouhe 2012; Rouhe ja Saisto 2013, 522.)

Synnytyspelkoa on tärkeää hoitaa hyvissä ajoin, mielellään ennen 30. raskausviikkoa. Laajassa, keskiraskauden terveystarkastuksessa on hyvä viimeistään ottaa asia puheeksi. Koska synnytyspelkoinen nainen kärsii turvattomuudesta sekä luottamuksen puutteesta, on tärkeää, että neuvolatyöntekijä osaa kohdata asiakkaan oikein. Äidille tulee antaa tilaa puhua negatiivista tunteista sekä ajatuksista ilman syyllistämisen tunnetta. Jokaisessa keskustelussa on tärkeää tukea ja vahvistaa äidin uskoa itseensä ja häntä hoitavaan henkilökuntaan. Tämä luo turvallisuutta, mikä on edellytys tiedon vastaanottamiselle. On tärkeää, että odottava äiti kokee tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi. (Lindbohm, Saisto, Stenbäck ja Toivanen 2014b.)

Positiivisen synnytykskokemuksen luomisessa on tärkeää synnyttäjän hallinnan tunne. Synnytyskipujen lisäksi äidin tulee hallita omat tunteet ja ajatuksensa, jotta usko itseensä synnyttäjänä voimistuu. Mitä vahvempi luottamus synnyttäjällä on itseensä ja kykyyn synnyttää, sitä todennäköisemmin itse synnytys sujuu nopeammin ja ilman ongelmia. (Pietiläinen 2015, 487-488.)

Hoitoon kuuluu peloista, tunteista ja ajatuksista keskustelun lisäksi myös oikean, näyttöön perustuvan tiedon antaminen. Kun äidin luottamus on saavutettu ja hän kokee olonsa turvalliseksi, voi ammattilainen kertoa synnytykseen liittyvistä asioista. Väärässä tunnetilassa äiti ei ole vastaanottavainen tiedolle. Terveystieteiden on

hyvä antaa tietoa synnytyksestä, eri kivunhoitomenetelmistä, keisarileikkauksen riskeistä sekä muista, raskauteen ja synnytykseen liittyvistä asioista. (Lindbohm ym. 2014b.)

Neuvolassa apuaan tarjoaa myös neuvolalääkäri. Äitiysneuvolan määräaikaisten terveystarkastusten mukaan lääkäriä tavataan kaksi kertaa raskauden aikana, mutta tarpeen ilmetessä myös useammin. (Äitiysneuvolaopas 2013, 102.) Epätietoisuuden aiheuttama ahdistus ei kerkeä kasvaa liian suureksi, kun synnytyspelkopotilas saa lääkäriltä heti vastauksen kysymykseensä. Lääkärillä tulee olla ajankohtaista, näyttöön perustuvaa tietoa synnytyksestä ja etenkin oman alueensa synnytyssairaalan kivunlievityskeinoista sekä toimintatavoista. Keisarileikkaustoiveessa lääkäri antaa ensin äidin kertoa oman näkemyksensä asiaan, esim. uudelleensynnyttäjän kertomus aiemmasta, traumaattisesta synnytyskokemuksesta. Tämän jälkeen lääkäri arvioi alatiesynnytyksen mahdollisuuden kliinisten löydösten sekä potilaan anamneesin perusteella. Myös näyttöön perustuvaa tietoa aiheesta käytetään päätöksen tukena. (Lindbohm ym. 2014b.) Jos äidin pelko on hyvin voimakasta, tapaukseen liittyy mielenterveysongelmia tai keisarileikkaustoive on ehdoton, ohjataan äiti mahdollisimman pian pelkopoliklinikalle jatkohoitoon. (Äitiysneuvolaopas 2013, 249.)

Neuvolan kautta vanhemmat pääsevät osallistumaan myös perhevalmennukseen. Perhevalmennus koostuu useammasta tapaamiskerrasta, joissa eri alojen asiantuntijat käsittelevät asioita raskauteen, synnytykseen ja vauva-arkeen liittyen, esim. sosiaalityöntekijä kertoo tukien hakemisista ja vanhempainvapaista, fysioterapeutti rentoutumistekniikoita ja psykologi varhaisesta vuorovaikutuksesta. (Äitiysneuvola 2015.) Neuvola tukee ja kannustaa synnytyspelkopotilasta osallistumaan perhevalmennuksiin, jotta hän voi saada vertaistukea ja nähdä, kuinka synnytystä voi odottaa myös innolla. Sairaalassa tapahtuvassa synnytysvalmennusosiossa kätilö kertoo synnytystapahtumasta, faktoista synnytykseen liittyen, kivunlievitysmenetelmistä sekä muista, vanhempia askarruttavista asioista. Usein myös tehdään vierailu synnytysosaston tiloihin. Käynti sairaalassa lievittää monien

pelkoa, sillä asioiden näkeminen omin silmin auttaa hahmottamaan synnytystapahtuman konkreettisesti. Valmennuksien hyöty synnytyspelkopotilaalle on niiden tarjoama runsas, ajankohtainen tieto. (Sariola ym. 2014, 266; Lindbohm ym. 2014b.) Tänä päivänä internetissä tapahtuva synnytysvalmennus on syrjäyttämässä perinteisen, henkilökohtaisen sairaaloiden tarjoaman synnytysvalmennuksen. Internetissä tapahtuvaa synnytysvalmennusta tarjoaa ainakin Jyväskylä, Turku, HUS ja Tampere. Kätilöliiton puheenjohtaja Terhi Virtanen pohtii haastattelussa, lisääntyykö ensisynnyttäjien synnytytelot synnytysvalmennuksien siirtyessä internetpalveluiksi. (Pasanen ja Koistinen 2009.)

Jos neuvolan ja valmennuksien tarjoama tuki ja tieto eivät riitä apukeinoksi synnytyspelkoon, tekee neuvolatyöntekijä lähetteen erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikalle, tarkemmin synnytyspelkopoliklinikalle. Toimivan yhteistyön kannalta on tärkeää, että läheteessä on kirjattu mahdollisimman tarkasti synnyttäjän pohtimat asiat, jotta hoito osataan suunnata oikealle asiantuntijalle. (Sariola ym. 2014, 266.)

### 3.2 Pelkopoliklinikka

Synnytyssairaaloiden yhteydessä toimivat äitiyspoliklinikat ovat osa erikoissairaanhoidtoa. Äitiyspoliklinikka erikoistuu mm. riskiraskauksien suunnitteluun, hoitoon sekä seurantaan. Myös muut, erityishoitoa vaativat tilanteet hoidetaan äitiyspoliklinikalla tai päivystysluontoisesti synnytysvastaanotolla. (Tiitinen 2015b.) Synnytyspelkopotilas saapuu neuvolasta läheteellä äitiyspoliklinikan ylläpitämälle synnytyspelkopoliklinikalle eli pelkopolille. Pelkopolien kävijämäärä on tasaisesti noussut Suomessa: esim. KYSin pelkopolilla kävi vuonna 2010 106 asiakasta ja vuonna 2013 177 asiakasta. (Väisänen 2014.)



Pelkopolien toiminta vaihtelee eri puolin Suomea. Suositeltavat käyntien määrät kättilöillä vaihtelevat yhdestä neljään kertaan ja lääkärikäynnit kahdesta kolmeen kertaan. Yleisesti kuitenkin vähintään kahta lääkärin vastaanottokäyntiä pidetään suositeltavana, jotta ensimmäisen tapaamiseen liittyvä päätöksenteon painolasti häviää. Tämä taas vapauttaa synnytyspelkopotilaan puhumaan ajatuksistaan rennommin. Joissain tapauksissa vain yksi käyntikerta pelkopolille riittää. (Gissler, Saisto ja Rouhe 2013, 2190.)

Kättilöiden vastaanotolla tärkein hoitomenetelmä on keskustelu. Keskusteluiden tavoitteina on eritellä sekä selkeyttää pelon kohteita ja täten löytää ratkaisuja ongelmiin ja luoda onnistunut synnytyskokemus. (Ojala 2015; Pietiläinen 2015, 488.) Äidille annetaan pelkopolilla yhtä lailla tilaa ajatustensa purkamiseen ja peloista puhumiseen kuin neuvolassa. Kättilö voi antaa asiakkaalle kriisi-orientoitunutta neuvontaa (Äitiysneuvolaopas 2013, 249). Kättilö käy läpi synnytyksen kulkua ja tekee äidin kanssa yhteistyössä tälle yksilöllisen synnytyssuunnitelman, mikä voi sisältää mm. toiveen kivunlievitysmenetelmistä sekä ajatuksia tuen tarpeesta (Pietiläinen 2015, 488-489.) Synnytyksen kulkua ei kukaan voi tietää etukäteen, mutta suunnitelman laatiminen auttaa valmistautumaan tulevaan ja käynti synnytysosastolla konkretisoimaan sitä. Lisäksi suunnitelman kautta synnytyspelkopotilas voi kokea tulleensa kuulluksi ja päässeensä osaksi päätöksentekoa ja hoitoa. Suunnitelman toimivuuden edellytyksenä on, että se on täytetty tarkasti ja hoitava henkilökunta sitoutuu siihen. (Aitasalo 2013; Pietiläinen 2015, 488.)

Pelkopolilla on myös mahdollisuus tavata psykologia tai psykiatrista sairaanhoitajaa, mutta Ojalan mukaan (2015) näitä konsultaatioita tarvitaan kuitenkin harvemmin. Psykologin vastaanotolle ohjataan, jos potilaalla on taustalla aikaisempia mielenterveysongelmia tai komplisoitunutta pelkoa (Kääriä 2015).

Suomessa, HUS:n alueella toimii ns. Nyytti-ryhmiä, jotka ovat psykologin vetämiä vertaistukiryhmiä synnytyspelkoisille ensisynnyttäjille. Psykologi haastattelee äidin ja päättää tämän sopivuudesta ryhmään, vasta-aiheina ovat vaikea masennus tai psykoosi. Hoitomenetelmänä on psykoedukatiivinen ryhmähoito rentoutumis- ja mielikuvaharjoituksineen, missä tiedon jakamisen lisäksi keskitytään asiakkaan henkistä hyvinvointia tukeviin voimavaroihin ja niiden tunnistamiseen.

Rentoutumista voi hyödyntää synnytyksessä ja vauva-arjessa. Nyytti-ryhmissä käsitellään mm. vanhemmuuteen ja synnytykseen liittyviä tunteita sekä ajatuksia, parisuhteeseen liittyviä asioita sekä oman hyvinvoinnin tärkeyttä. (Rouhe ym. 2013, 171.) Ryhmä koostuu enintään kuudesta potilaasta, mikä on edellytys sille, että ryhmä säilyy tiiviinä ja luottamuksellisena. Tapaamisissa käsitellään arkaluontoisia asioita ja tuetaan toinen toistaan eli vertaistuen merkitys korostuu. Häpeää ja syyllisyyttä vähentää se, että nainen huomaa, että hän ei ole ajatustensa kanssa yksin. (Rouhe ym. 2013, 172.)

Psykoedukatiivisen lähestymistavan ja rentoutumistekniikoiden lisäksi synnytyspelkoa voidaan hoitaa myös kognitiivisella käyttäytymisterapialla. Tässä menetelmässä pelon ajatellaan olevan ehdollistumisen kautta opittu reaktio tiettyyn ärsykkeeseen. Ahdistusta herättävää asiaa lähestytään ensin mielikuvin ja lopulta konkreettisesti, jolloin side ärsykkeen ja reaktion välillä voidaan päästä purkamaan ja pelko häviää. (Otley 2011, 219; Toivio ja Nordling 2009, 197-198.)

Synnytyspelkopotilaalla on usein toive keisarileikkauksesta, minkä asiakas kokee viimeiseksi keinoksi selviytyä ahdistavasta tilanteesta, kun omat voimavarat eivät riitä tilanteen purkamiseen. Jos toive on ehdoton, ohjataan asiakas lääkärin vastaanotolle. Lääkärin tehtäviin kuuluu tutkitun tiedon jakaminen yleisesti ja yksilöllisesti asiakkaan tilanne huomioiden sekä kliinisten löydösten arviointi synnytystapaan. Lääkärin vastaanotolla keskitytään enemmän siis konkreettisiin asioihin kuten synnytystapojen etuihin ja riskeihin, erilaisiin auttamiskeinoihin ja sikiön voinnin seurantakeinoihin. Näin pyritään vahvistamaan asiakkaan luottamusta häntä hoitavaan henkilökuntaan. (Rouhe ja Saisto 2013, 522, 525.)

Lääkäri kuuntelee asiakasta ja pyrkii auttamaan tätä sietämään synnytykseen liittyvää epävarmuutta. Näin asiakas valitsee herkemmin alatiesynnytyksen. (Rouhe ja Saisto 2013, 525.) Etiikka on vahvasti läsnä lääkärin ja potilaan välisessä suhteessa. Ns. moraalikonflikti syntyy, kun asiakkaan itsemääräämisoikeus on ristiriidassa lääkärin näkemyksen kanssa ( Paananen ja Väyrynen 2015, 27). Lääkäri on lopulta se, joka päättää synnytystavasta, mutta olisi eettisesti väärin, jos hyvän ja asianmukaisen synnytyspelon hoidon jälkeenkään asiakas ei saisi toivomaansa keisarileikkausta. Ketään ei pakoteta synnyttämään alateitse. (Rouhe ja Saisto 2013, 525.) THL:n syntymärekisterin mukaan synnytyspelkodiagnoosi kirjattiin 3 425 naiselle, joista 874:lle tehtiin keisarileikkaus juuri diagnoosin perusteella eli n. 1 %:lle synnyttäjäistä. Synnytyspelon diagnoosin kirjaamisissa on myös eroja, mikä voi vaikuttaa tuloksiin ja täten synnytyspelon hoidon suunnitteluun ja seurantaan. ( Gissler ym. 2013, 2191.)

### 3.3 Synnytyspelkopotilaan synnytyksen hoito

Synnytyspelko lisää traumaattisen synnytyksen ja hätäsektion riskiä. Onkin tärkeää, että asiakkaan ahdistusta ja pelkoa on päästy lievittämään riittävästi hyvissä ajoin, jolloin se kuormittaa vähemmän synnytystä. (Sariola ym. 2014, 269; Rouhe ja Saisto 2013, 525.) Synnytyksessä on tärkeää, että asiakkaan kanssa tehtyä synnytyssunnitelmaa seurataan niin tarkasti kuin mahdollista. Tulevalla äidillä saattaa olla toiveita eri kivunlievitysmenetelmistä, asennoista tai keskustelusta. Kätilön rooli synnytyspelkoisen naisen synnytyksessä on tärkeä; hyvä, henkinen läsnäolo, äidin tukeminen, kannustaminen sekä kuunteleminen antavat naiselle uskoa synnytyksessä pärjäämiseen. On myö tärkeää, että synnyttäjälle kerrotaan kaikki mitä synnytyksessä kulloinkin tapahtuu. Synnytykseen on hyvä ottaa mukaan myös tukihenkilö, jos se ei ole syntyvän lapsen isä, niin sitten joku johon äiti voi luottaa. (Rouhe ja Saisto 2013, 525; Rouhe ym. 2013, 177.) Raskaana oleva nainen voi opetella myös rentoutumista. Rentoutustekniikoita voi harjoitella esim. siihen

erikseen tehdyllä cd-levyllä. Kyky rentoutua nopeuttaa synnystä ja auttaa sietämään supistuskipuja. (Sariola ym. 2014, 267.)

Synnytyksen käynnistäminen on myös nähty vaihtoehtona keisarileikkaustoiveelle. Synnytyksen käynnistäminen takaa raskaana olevalle äidille turvallisen synnytysympäristön sekä riittävän kivunlievityksen käytön. Joskus synnytys on saattanut edetä niin nopeasti, että kivunlievitystä ei ole pystytty enää sairaalaan saavuttaessa antamaan. (Rouhe ym. 2013, 167.)

### 3.4 Hoito synnytyksen jälkeen

Synnytyspelon hoidon on osoitettu olevan tehokasta: eri tutkimuksien mukaan 50-90 % hoitoa saaneista asiakkaista vapautuu peloista ainakin siinä määrin, että he valitsevat alatiesynnytykseen valmistautumisen. (Äitiysneuvolaopas 2013, 249.) Synnytyspelon hoidossa on huomioitava se, että keisarileikkaus ei paranna pelon takana piilevää syytä. Hoitamattomana synnytyspelko on todennäköisesti läsnä myös tulevilla raskauksissa tai sen takia lapsia ei enää edes hankita lisää. (Rouhe ja Saisto 2013, 526.)

Synnytyksen jälkeen on tärkeää, että äidin kanssa käydään synnytyksenjälkeinen keskustelu synnytysvuodeosastolla. Ideaalisin tilanne olisi, että synnytyksen hoitanut kätilö pääsisi puhumaan äidin kanssa, mutta aina tämä ei ole mahdollista. Keskustelun tavoite on käydä läpi synnytystä, antaa äidin kysyä epäselväksi jääneitä asioita sekä suunnata ajatukset alkavaan vauva-arkeen. Synnytyksen jälkeisellä keskustelulla pyritään hoitamaan ja ehkäisemään synnytyspelkoa. (Lindbohm ym. 2014b; Koskela ja Kääriäinen 2009, 24-25.) Synnytyksessä traumatisoituneiden äitien tunnistamiseen käytetään em. VAS-janaa, kun kysytään, minkälainen kokemus synnytys oli synnyttäjälle. Tässä tapauksessa janan ääripäät ovat muotoa ”Erittäin negatiivinen kokemus” ja ”Erittäin positiivinen kokemus”. 1-5 pistettä saaneille

järjestetään uusi synnytyskeskustelu sekä mahdollinen jatkohoito psykiatriselta puolelta. (Rouhe ja Saisto 2013, 526.) Synnytyspelko on saattanut vaikuttaa negatiivisesti äidin raskaudenaikaiseen kiintymyssuhteen kehittymiseen, minkä takia varhaista vuorovaikutusta on tärkeä tarkkailla ja tarvittaessa tukea ennen kotiutumista. Myös äidin psyykkistä vointia tulee tarkkailla, jotta mahdolliseen, synnytyksenjälkeiseen masennukseen keretään tarttua varhain. (Lindroos, Ekholm ja Pajulo 2015.)

Kotiuduttua äidin ja koko perheen hyvinvointia seurataan neuvolassa. Neuvolassa palataan synnytysosaston VAS-tuloksiin, etenkin jos pisteet olivat välillä 1-5. Viimeistään neuvolassa on tärkeä tunnistaa synnytyksessä traumatisoituminen sekä muut mielenterveysongelmiin liittyvät oireet, jotta psykiatrinen jatkohoito ehditään järjestämään ajoissa. Trauman takana ei välttämättä ole huonosti sujunut synnytys vaan sen voi laukaista äidin omat tunteet, esim. kuolemanpelko tai koettu tuen puute. (Lindbohm ym. 2014b; Rouhe ja Saisto 2013, 525-526.)

## 4 Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen muodossa, minkälaista hoitoa synnytyspelkopotilaalle on saatavilla. Työ käsittelee niin ensi- kuin uudelleensynnyttäjiä.

Opinnäytetyöni tavoitteena on lisätä synnytyspelkopotilaan kanssa työskentelevien terveydenhoitoalan ammattilaisten tietämystä aiheesta ja antaa täten valmiuksia kehittää omaa työskentelyä ja hoitaa synnytyspelosta kärsivää asiakasta.

Tavoitteenani on lisäksi syventää omaa tietämystäni aiheesta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on:

- Minkälaista hoitoa synnytyspelkopotilaalle on saatavilla?

## 5 Opinnäytetyön toteutus

### 5.1 Integroiva kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kirjallisuuskatsauksissa tutkitaan jo tutkittua tietoa, eli kyseessä on ns. toisen asteen tutkimus (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 123). Kirjallisuuskatsaukset jaetaan karkeasti kolmeen luokkaan: systemaattiseen ja kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen sekä meta-analyysiin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus jaotellaan vielä eteenpäin kahteen alaluokkaan: integroivaan ja narratiiviseen. Opinnäytetyö on tehty hyödyntäen integroivan kirjallisuuskatsauksen menetelmää. (Salminen 2011, 6.)

Integroivan kirjallisuuskatsauksen katsotaan olevan määritelmältään kaikista laajin katsauksen muoto, koska se oikeuttaa eri metodein tehtyjen tutkimusten mukaanoton. (Flinkman ja Salanterä 2007, 85.) Integroiva kirjallisuuskatsaus tulee kyseeseen, kun halutaan tutkia jotain ilmiötä tai aihetta mahdollisimman laajasti ja monipuolisesti. Integroivalla kirjallisuuskatsauksella on samoja piirteitä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kanssa, mutta siihen verrattuna integroiva ei ole yhtä tiukkarajainen kerätyn aineiston suhteen, mikä antaa mahdollisuuden suuremman otoksen keräämiseen. Samankaltaisuuksia integroivalla otteella systemaattisen kanssa on silti tutkimuskysymysten luominen, aineiston keruun suunnitelma ja toteutus, analysointivaihe sekä tulosten tulkinta ja esittäminen. (Salminen 2011, 7-8; Flinkman ja Salanterä 2007, 88.)

### 5.2 Aineiston keruu

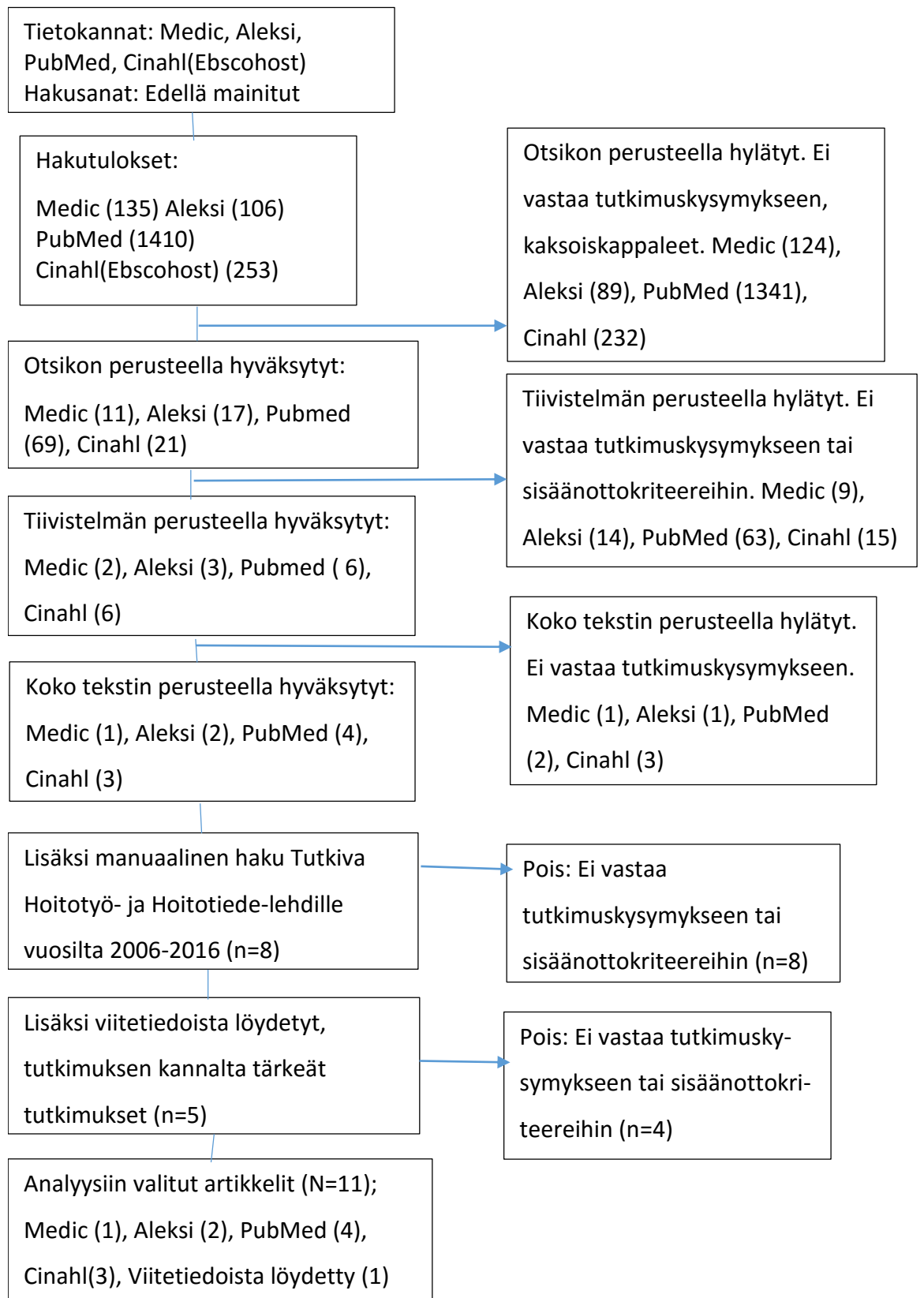
Aineiston keruu aloitettiin tutustumalla erilaisiin sähköisiin tietokantoihin sekä hakupalveluihin. Jotta aineistosta saadaan mahdollisimman totuudenmukainen ja kattava,

on tiedonhaussa käytettävä monipuolisesti eri menetelmiä (Flinkman ja Salanterä 2007, 91). Tietokantojen lisäksi aineistoa kerättiin manuaalisesti lukemalla sisällysluettelot Tutkiva hoitotyö- ja Hoitotiede-lehdistä vuosilta 2006–2016. Tietokannoiksi valikoitui Cinahl (Ebscohost), Medic, PubMed ja Aleksi. Varsinaisen hakuprosessin lisäksi aineistoon otettiin tarkasteltavaksi kriteerit täyttäviä tutkimuksia, jotka löytyivät artikkeleiden/tutkimusten viitetiedoista. Hakuprosessi on kuvattu tarkemmin kuviossa 1. Hakusanojen laatimiseen käytettiin apuna Finto-asiasanastoa, minkä avulla hakusanoiksi muodostuivat synnytyspelko, hoito, raskaus ja pelko. Näistä muodostui erilaisia hakulausekkeita Boolean operaattoreiden and/or/not sekä ja/tai/ei avulla (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 98). Katkaistut hakusanat mahdollistivat niiden eri taivutusmuotojen mukaanoton hakuun. Englanninkielisiksi hakusanoiksi valikoitui MOT-sanakirjan avulla childbirth, delivery, labour, birth, treatment, care and fear(s). Pitkät hakulausekkeet, esim. ”fear and childbirth or delivery or labour or birth and treatment or care” antoivat kymmeniä tuhansia hakutuloksia, joten varsinaista hakua varten pitkät hakulausekkeet katkaistiin lyhemmiksi. Käytetyt hakulausekkeet ovat esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1 Käytetyt hakulausekkeet

Suomalaiset hakulausekkeet	Englanninkieliset hakulausekkeet
Synnytyspel*	Fear AND childbirth AND treatment
Synnytyspel* JA hoit*	Fear AND childbirth AND care
Synnytys TAI raskaus JA hoit*	Fear AND delivery AND treatment
Synnytys JA pel* JA hoit*	Fear AND delivery AND care
	Fear AND labour AND treatment
	Fear AND labour AND care
	Fear AND birth AND treatment
	Fear AND birth AND care
	Fear AND childbirth





Kuvio 1 Aineiston hakuprosessi

### 5.3 Valintakriteerit

Työhön käytettävät aineistot on valikoitu luotujen sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla, jotka on esitetty taulukossa 2. Aineisto on saanut olla enintään 10 vuotta vanha. Kieli on rajattu suomen-, englannin- ja ruotsinkieleen, koska ajankäyttö opin- näytetyön tekoon on hyvin rajallinen, jolloin aika ei riitä muiden kielten kääntämi- seen. Aineiston on myös pitänyt olla kokonaisuudessaan ilmaiseksi luettavissa.

Laadun varmistamiseksi halusin myös, että tutkimuksen tekijä(t) olisi(vat) tiedossa, jotta voidaan varmistua siitä, että tekijä on alansa tunteva ammattilainen. Etenkin suomalaisissa tutkimuksissa samat nimet nousivat usein esiin, jos ei tekijöinä niin viit- tauksissa muihin tutkimuksiin. Tämä tukee sitä, että henkilö on alan asiantuntija ja täten voidaan katsoa, että tutkimus on siltä osin luotettava. (Internet-aineiston arvi- ointikriteerejä 2012.) Tekijöiden lisäksi arvioin myös aineiston julkaisupaikkoja. Tutki- muksen takana oleva julkaisuyhteisö oli helpompi arvioida luotettavaksi suomalai- sissa aineistoissa, koska ajan saatossa on oppinut tunnistamaan suomalaiset, tieteel- liset julkaisuyhteisöt.

TAULUKKO 2 Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Ilmestynyt vuosina 2006-2016	Ennen vuotta 2006 ilmestyneet
Suomen-, englannin- tai ruotsinkielinen aineisto	Muu kuin suomen-, englannin- tai ruot- sinkielinen aineisto
Koko aineisto saatavilla ilmaiseksi	Ei koko aineistoa saatavilla tai maksulli- nen
Tekijä(t) tiedossa	Ei tekijää/tekijöitä ilmoitettu
Alan julkaisu	Aineiston julkaisupaikka kyseenalainen

## 5.4 Aineiston analysointi

Analysointivaihe on hyvin tärkeä tutkijalle, koska tässä vaiheessa alussa asetettuihin tutkimuskysymyksiin saadaan vastaukset. Analyysin tarkoituksena on antaa kattava ja ymmärrettävä kuvaus tutkitusta ilmiöstä. Aineistoa voidaan lähestyä joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 107). Aineiston analyysin avulla tehdään synteesi, jonka kautta merkitykselliset tulokset tiivistetään ja nostetaan esiin sekä myöhemmin kiteytetään yleisiksi päätelmiksi (Flinkman ja Salanterä 2007, 94). Tässä työssä aineiston analyysi on tehty aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Aineiston analysoinnin eteneminen on kuvattu taulukossa 3. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan karkeasti jaotella kolmeen kategoriaan: redusointiin, klusterointiin sekä abstrahointiin. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 108.)

Redusoinnilla tarkoitetaan sitä, kun tutkimusaineistosta saatua tekstiä pelkistetään tiivistämällä tai osiin pilkkomalla, jolloin aikaan saadaan perusilmauksia. Nämä perusilmaukset ryhmitellään eli klusteroidaan myöhemmin alaluokiksi etsimällä ilmauksista samankaltaisuuksia sekä erilaisuuksia. Samaan kategoriaan kuuluvat ilmaukset ryhmitellään eri alaluokiksi, jotka taas luokitellaan samankaltaisuuksien perusteella yläluokiksi. Abstrahointi- eli käsitteellistämisvaiheessa edetään kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin sekä lopputuloksiin. Abstrahoinnin avulla saadaan koko aineistolle yhteinen yläkäsite eli otsikko, joka tuo ilmi alkuperäisen tutkimuskysymyksen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.)

Aineistooni valikoitui lopulta 11 tutkimusta, joista 10 on tietokannoista saatuja ja yksi viitetiedoista löydetty. Manuaalinen haku Tutkiva Hoitotyö- ja Hoitotiede-lehdille ei tuottanut lisäosumia. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset ovat esitetty tarkemmin liitteessä 1. Aloitin aineiston redusoinnin etsimällä tutkimuksista perusilmauksia, niin lauseita kuin yksittäisiä sanojakin, jotka vastasivat tutkimuskysymykseeni. Näin sain

tuloksiin mukaan kaiken oleellisen, epäoleellisen tiedon jäädessä pois. Löydetyt ilmaukset siirsin erillisille tiedostolle, minkä jälkeen yhdistelin samantyylliset vastaukset omiksi alaluokiksi. Tässä klusterointi- eli ryhmittelyvaiheessa sain koottua yhteensä 20 eri alaluokkaa, joita yhdistelemällä sain koottua neljä yläluokkaa. Esimerkiksi: ”Tiedon antaminen” ja ”Väärän tiedon korjaaminen” muodostivat yläluokan ”Tiedollinen tuki”. ”Tiedollinen tuki” taas muodosti ”Emotionaalisen tuen” kanssa pääluokan ”Tuki”. Näin abstrahoimalla sain muodostettua kaksi pääluokkaa, jotka nimesin ”Tuki” ja ”Konkreettiset hoitokeinot”. Nämä pääluokat jakautuivat vielä kumpikin kahdeksi yläluokaksi ja erikokoisiksi alaluokiksi. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 108–113.)

TAULUKKO 3 Aineiston analysoinnin eteneminen

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Keskustelu	Emotionaalinen tuki	Tuki
Kuuntelu		
Luottamus		
Läsnäolo		
Tiedon antaminen	Tiedollinen tuki	
Väärän tiedon korjaaminen		
Synnytyssuunnitelma	Yksilölliset menetelmät	Konkreettiset hoitokeinot
Vierailu synnytysosastolle		
Synnytyskeskustelu		
Psykoedukatiivinen ohjaus		
Kriisiorientoitunut interventio		
Psykososiaalinen tuki		
Roolileikki	Yhteiset menetelmät	
Ryhmäpsykoedukaatio		
Ohjelehti		

## 6 Tulokset

Tutkimusten perusteella synnytyspelon hoito voidaan luokitella kahdeksi pääluokaksi: tuki sekä konkreettiset hoitokeinot. Tutkimuksista kävi ilmi, että tuella on hoidossa suuri merkitys, minkä vuoksi tuki jakautui tiedolliseen ja emotionaaliseen tukeen. Tutkimusten hoitokeinot vaihtelivat yksilöllisten ja kaikille yhteisten metodien välillä, joten konkreettiset hoitokeinot jakautuivat näiden mukaan yläluokiksi yksilölliset ja yhteiset menetelmät.

## 6.1 Tuki

Tuki jakautui yläluokiksi ”Tiedollinen tuki” ja Emotionaalinen tuki”.

### 6.1.1 Tiedollinen tuki

Lähes jokaisessa tutkimuksessa mainittiin osana hoitoa **tiedon jakaminen**. Västin ja Aaltosen vuona 2009 tekemässä tutkielmassa synnytyspelkopoliklinikan asiakkaat toivoivat nimenomaisesti tietoa synnytyksestä ja sen kulusta, sektiosta sekä kivunlievitysmenetelmistä. Samaisessa tutkimuksessa haastatellut kättilöt toivat esiin tiedon antamisen tärkeyden. Ensi- ja uudelleensynnyttäjät olivat usein vailla erilaista tietoa. Tärkeää oli, että tieto oli paikkansa pitävää ja ajankohtaista. Uudelleensynnyttäjien kohdalla oli tärkeää, että aikaisemmat synnytykset käytiin läpi. (Västi ja Aaltonen 2009, 29–30, 41–42.)

Norjalaisessa tutkimuksessa (Helk, Spilling ja Meby 2008) tutkittiin ns. Gaia-kättilöryhmän yksilöllisen ohjauksen ja tuen vaikutusta synnytyspelkoon. Tiedon antaminen linkitettiin naisten kertomiin huoliin, jotka koostuivat usein kivun, kontrollin menettämisen tai lapsen tai itsensä vahingoittumisen pelosta. (Helk ym. 2008, 48.)

Rouhe, Salmela-Aro, Toivanen, Tokola, Halmesmäki, Ryding ja Saisto (2014) tutkivat ryhmäintervention vaikutusta synnytyspelkoon. Psykologin vetämä ryhmämuotoinen psykoedukaatioon perustuva hoitomenetelmä sisälsi jokaisella kokoontumiskerralla eri aiheen, jonka ympärille keskustelu ja mielikuva- sekä rentoutusharjoitukset linkittyivät. Jokaisesta teemasta, esim. ahdistuksesta ja pelosta, synnytystapahtumasta sekä sairaalarutiineista annettiin tietoa osallistujille. (Rouhe 2014.)

Bladh, Sydsjö, Lilliecreutz, Persson, Vyöni ja Josefsson (2014) tutkivat Ruotsissa erikoissairaanhoidon yksikössä tapahtuvaa yksilöllistä, psykoedukatiivista ohjausta ja sen vaikutusta ensisynnyttäjien synnytyspelkoon. Ohjauksessa naisille selitettiin ahdistuksen ja pelon fysiologisia piirteitä. (Bladh ym. 2014.) Myös yhdessä australialaisessa tutkimuksessa tutkittiin raskaudenaikaista, kätilöiden vetämän psykoedukatiivisen intervention merkitystä synnytyspelkoon. Tämä ns. Belief-lyhyt-interventio tapahtui puhelimitse. Kätilöt tarjosivat naisille tarkkaa ja johdonmukaista tietoa pelon ympäriltä. Naiset saivat lisäksi ohjelehtisen, mikä sisälsi mm. työkaluja päätöksentekoon sekä tietoa yleisistä, synnytykseen liittyvistä toimenpiteistä. (Toohill, Fenwick, Gamble, Creedy, Buist, Turkstra ja Ryding 2014, 386.)

Ruotsalaisessa, 2015 valmistuneessa tutkimuksessa Bladh, Blomberg, Palmquist, Angerbjörn, Sydsjö ja Josefsson tutkivat kätilön jatkuvan tuen merkitystä synnytyspelkoisen naisen synnytyksessä. Luottamuksellisen suhteen luomiseksi kätilö tapasi naisen ensimmäisen kerran raskauden loppuvaiheessa, jolloin nainen pääsi tutustumaan synnytystiloihin ja siellä käytettäviin laitteisiin. Kätilö kertoi, kuinka synnytys etenisi, mitä laitteet olivat ja kuinka niitä käytettiin. Äitiä kannustettiin kysymään asioista. (Bladh ym. 2015.)

Navaee ja Abedian tutkivat Iranissa vuonna 2015 hieman erilaista synnytyspelon hoitomuotoa. Ensisynnyttäjille tarjottiin roolileikkiin perustuvaa opetusta. Ennen roolileikkiä naiset saivat 90 minuutin luennon eri synnytystapojen haitoista ja eduista. Samoja asioita käytiin läpi roolileikin avulla siten, että naiset pääsivät itse näyttelemään ja tarkkailemaan näytelmiä. Näytelmät pohjautuivat tositarinoihin synnytyksistä ja niiden tarkoitus oli herättää keskustelua ja ajatuksia synnytystavoista. (Navaee ja Abedian 2015.)

Norjalaisessa tutkimuksessa (Nerum, Halvrosen, Sørli ja Øian 2006) tutkittiin kätilön vetämän kriisi-orientoituneen ohjauksen vaikutusta äidin keisarileikkauspäätökseen.

Ohjauksessa oli tärkeää, että äidin **vääristyneet käsitykset** raskaudesta ja synnytyksestä korjattiin oikeanlaisella tiedolla. (Nerum ym. 2006, 223.)

Västi ja Aaltonen tutkivat vuonna 2009 asiakkaiden ja kätilöiden kokemuksia synnytyspelon hoidosta Pro Gradu-tutkielmassaan. Laadullisessa tutkimuksessa haastateltiin synnytyspelkopoliklinikan asiakkaita ja työsuhteessa olevia kätilöitä. Kätilöiden vastauksista korostui tiedon merkitys asiakkaille. Moni nainen oli saanut vääristyneen kuvan synnytyksestä internetin, television tai tuttavien kauhukertomuksien kautta. Väärää tietoa korjattiin myös uudelleensynnyttäjien kohdalla. Aikaisemmasta synnytyksestä oli saattanut jäädä jotain asioita läpikäymättä, jolloin mahdollisuus asioiden vääristymiselle oli olemassa. Aikaisemmat synnytykset käytiin läpi korjaten samalla vääristyneitä uskomuksia. (Västi ja Aaltonen 2009, 40–42.)

### 6.1.2 Emotionaalinen tuki

Ramvi ja Tangerud (2011) kartoittivat tutkimuksessaan synnytyspelkoisten naisten mielipiteitä, jotka olivat keisarileikkaustoiveen jälkeen synnyttäneet silti alateitse. Tutkimus toteutettiin narratiivisesti antaen naisille tilaa puhua kokemuksistaan ja koko päätöksentekoprosessistaan. Naiset olivat saaneet hoitoa synnytyspelkoon erikoiskoulutettujen kätilöiden ohjauksessa raskauden aikana, synnytyksessä sekä sen jälkeen. (Ramvi ja Tangerud 2011, 270.) Tutkimustuloksissa nousi esiin terveydenhuollon haaste luoda avoin dialogi kätilön ja asiakkaan välille, mikä loisi pohjan **keskustelulle** naisen tunteista ja ajatuksista. Avoimuuden puute näkyi siinä, että osa naisista koki, että he eivät olleet ansainneet tukea ja ymmärrystä kätilöiltä, koska heidän pelkonsa taustalla ei ollut esim. traumaa tai kaltoinkohtelua. Vasta ”laillistamalla” omat pelkonsa he saivat kunnioitusta osakseen. (Ramvi ja Tangerud 2011, 273.)

Västin ja Aaltosen (2009) työssä synnytyspelkoonsa hoitoa saaneet naiset kokivat peiloista keskustelun erittäin tärkeäksi. Myös haastatellut kätilöt mainitsivat keskustelun



tärkeyden, ennen synnytystä ja sen jälkeen. (Västi ja Aaltonen 2009, 35–36, 42, 49.) Koskelan ja Kääriäisen tutkimuksessa (2009) tutkittiin pelkästään synnytyksenjälkeistä keskustelua. Keskustelussa nainen sai kertoa avoimesti ajatuksistaan ja havainnoistaan. Tavoitteena oli keskustelun avulla tunnistaa ja hyödyntää perheen voimavarat sekä riskitekijät tulevaisuutta ajatellen. (Koskela ja Kääriäinen 2009, 23–24.)

Rouheen ja muiden (2014) tutkimuksessa psykoedukatiivista ryhmähoitoa saaneet ensisynnyttäjät keskustelivat tapaamiskerroilla avoimesti kustakin teemasta, esim. varhaisesta vuorovaikutuksesta (Rouhe ym. 2014). Nerumin ja muiden (2006) tutkimuksessa naiset saivat kriisi-orientoituneen ohjauksen alkuun kertoa avoimesti tunteistaan, ajatuksistaan sekä huolistaan. Näiden vastausten pohjalta lähdettiin rakentamaan yksilöllistä ohjausta. (Nerum ym. 2006, 223.) Myös yksilöllisessä psykoedukatiivisessa ohjauksessa painotettiin keskustelua. Kognitiivisen käyttäytymisteorian mukaan arvioimalla ajatuksia, mittaamalla tunteita sekä keskustelemalla tunteiden välttelystä opitaan muuttamaan reaktioita tiettyihin ärsykkeisiin. (Bladh ym. 2014, 2-3.)

**Kuuntelu** mainittiin useammassa tutkimuksessa tärkeäksi tukimuodoksi naisille. Helken ja muiden (2008) tutkimuksessa Gaia-kätilöiden vetämässä ohjauksessa aktiivinen kuuntelu oli yksi pääkomponenteista. Kuuntelun avulla naisen annettiin vapaasti kertoa huolistaan ja aikaisemmista kokemuksistaan. (Helk ym. 2006, 48.) Västin ja Aaltosen (2009) työssä haastatellut kätilöt mainitsevat tärkeäksi tehtäväksi olla kuunteleva keskustelukumppani. Naisen kertoessa peloistaan ja huolistaan, on tärkeää, että asiat otetaan todesta eikä naista painosteta tekemään mitään, mitä hän ei halua. Kätilöt kokivat, että joskus jo pelkkä kuuntelu auttaa naista. Kuuntelu luo pohjaa avoimelle vuorovaikutussuhteelle, mikä taas antaa mahdollisuuden asioihin syventymiseen. (Västi ja Aaltonen 2009, 42.)

Lyberg ja Severinsson (2010) tutkivat seurantatutkimuksessa 13 naisen kokemuksia saamastaan neljän erikoiskoulutetun kätilön ryhmähoidosta. Neljästä kätilöstä yksi

oli myös läsnä naisen synnytyksessä. Pohjana kätilöiden työlle oli taata hoidon jatkuvuus, luoda turvallisuuden tunne, tuoda esiin naisten yksilölliset tarpeet sekä tarjota tukea läpi raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeen. Tutkimuksen naiset olivat aiemmin olleet mukana kätilöiden vetämässä interventiossa. (Lyber ja Severinsson 2010, 384.) Tutkimustuloksista nousi esille kätilön ja asiakkaan välinen suhde ja sen tärkeys: se, että kätilö oli aidosti kiinnostunut naisesta ja välitti tästä. Esimerkkinä yksi nainen, joka koki tulleen kuulluksi, kertoi, että synnytyksessä hän pystyi keskittymään vain ja ainoastaan siihen, koska hoitava kätilö ohjasi ja kuunteli häntä. (Lyberg ja Severinsson 2010, 386.) Myös Ramvin ja Tangerudin (2011) tutkimuksessa tuotiin esille naisten kokemuksia saamastaan neljän erikoiskoulutetun kätilön hoidosta. Tulosten perusteella naiset kokivat, että he eivät olleet tulleet kuulluiksi ja heidät oltiin enemmän tai vähemmän pakotettu alatiesynnytykseen. Tuloksissa mainitaan, että on tärkeää kuunnella naista ja auttaa tätä säilyttämään vahvat tunteet lähestyvää synnytystä koskien. Asiakkaat tulisi ottaa vakavasti huolimatta siitä, halusivatko he itse ymmärtää pelkonsa takana olevia syitä vai eivät. Naiset kokivat, että se, kuinka heidät kohdattiin, vaikutti siihen, miten he suhtautuivat synnytykseen. (Ramvi ja Tangerud 2011, 272–273.)

Västin ja Aaltosen (2009) työssä haastatellut naiset odottivat hoidolta **itseluottamusta** synnytykseen sekä **luottamuksellisen** suhteen rakentumisen hoitavaan henkilökuntaan. Luottamuksen puutteen taustalla oli usein aikaisempi, huono synnytys- tai sairaalakokemus. Luottamuksen vahvistamisella luotiin turvallisuutta, mikä taas antoi rohkeutta synnyttää. Kätilöiden mielestä turvallisuuden tunteen luominen on yksi synnytyspelon hoidon päätavoitteista. (Västi ja Aaltonen 2009, 28, 43.) Helken ja muiden (2008) tutkimuksessa Gaia-kätilöiden hoitoa saaneista naisista 80 % koki saaneensa luottamusta ja uskoa synnytyksestä selviytymiseen. (Helk ym. 2008, 48.)

Lybergin ja Severinssonin (2010) seurantatutkimuksessa tulokset tukivat aiempaa tietoa siitä, että luottavan ja välittävän suhteen luominen on tärkeää. Naiset luottavat tuttuun kätilöön, jonka tuella uskaltaudutaan alatiesynnytykseen. Hoitosuhde perus-

tuu luottamukseen, jolloin naiset tunsivat olonsa turvalliseksi ja hyväksytyiksi. Luottamuksellinen hoitosuhde lisää hoidon jatkuvuutta sekä hallittavuutta. Juuri hoidon jatkuvuus oli erikoiskoulutetun kättilötyöryhmän yksi päätavoitteista. (Lyberg ja Severinsson 2010, 387–388.)

Sydsjön ja muiden (2015) tutkimuksessa arvioitiin erikoiskoulutetun kättilön jatkuvaa tukea synnytyksessä ja sen merkitystä synnytystulokseen sekä äidin subjektiivisiin kokemuksiin. Jatkuva tuki määriteltiin kättilön jatkuvaksi **läsnäoloksi** itse synnytystapah- tumassa. Tutkimuksen osallistuneilla 14 naisella oli vaikea synnytyspelko ja verrokkiryhmään valikoituneilla 28 naisella ei ollut samaa diagnoosia. Yksilöllistä tukea tarjot- tiin jatkuvasti ja naisia kannustettiin soittamaan aina, kun tarve lisätuelle tuli. Kättilöt olivat siis asiakkaiden käytettävissä vuorokauden ympäri. (Sydsjö ym. 2015.) Tulosten perusteella voidaan sanoa, että synnytyksen kestossa ei ollut eroja ensisynnyttäjillä mutta uudelleensynnyttäjillä verrokkiryhmän naisten synnytykset kestivät kauem- min. Eroja ei myöskään ollut kivunlievityksessä tai hätäsektioiden yleisyydessä. Koh- deryhmän naiset raportoivat korkeampaa ahdistusta synnytyksessä, huolimatta sub- jektiivisesta synnytyskokemuksesta, mikä usein oli silti positiivinen. Tulosten lopussa todetaan, että vaikeasta synnytyspelosta kärsivät naiset saattavat hyötyä erikoiskou- lutetun kättilön jatkuvasta tuesta synnytyksessä. Huomionarvoista oli, että verrokki- ryhmässä yllättävän suuri osa oli kokenut synnytyksen kamalammaksi kokemukseksi, kuin mitä olivat odottaneet. (Sydsjö ym. 2015.)

Lybergin ja Severinssonin (2010) seurantatutkimuksessa haastatellut naiset kokivat erikoiskoulutettujen kättilöiden läsnäolon jatkuvaksi. Kättilöt olivat puhelimitse tavoit- tettavissa vuorokauden ympäri, he olivat läsnä raskauden aikana, synnytyksessä ja sen jälkeen. Tätä kautta syntynyt syvä suhde kättilöihin nosti naisten itseluottamusta. (Lyberg ja Severinsson 2010, 387.)

## 6.2 Konkreettiset hoitomenetelmät

Hoito oli usein yksilöllistä, mutta myös kaikille yhteisiä menetelmiä käytettiin. Konkreettiset hoitokeinot jakautuivat yläluokiksi ”Yhteiset menetelmät” sekä ”Yksilölliset menetelmät”.

### 6.2.1 Yhteiset menetelmät

Rouheen ja muiden (2014) tutkimuksessa tutkittiin **ryhmämuotoista, psykoedukaatioon pohjautuvaa hoitomallia**. 4 575 synnytyspelkoisesta ensisynnyttäjistä otettiin 371 naista, joista 131 satunnaistettiin ryhmäinterventioon ja 240 perinteiseen hoitoon. Hoitoon pääsi mukaan, jos ensisynnyttäjän lisäksi synnytyspelkopisteet W-DEQ-kaavakkeella oli 100 tai yli eli puhuttiin vaikeasta synnytyspelosta. Ryhmäinterventioon osallistuneille tarjottiin psykologin vetämää ryhmähoitoa, joka sisälsi psykoterapeuttisia keskusteluita rentoutus- ja mielikuvaharjoituksineen sekä kognitiivisen terapian harjoituksia. Enintään kuudesta henkilöstä koostuva ryhmä tapasi kuusi kertaa raskauden aikana ja kerran 2-3 kuukautta synnytyksen jälkeen. Pieni ryhmäkoko mahdollisti luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiirin, mikä edes auttoi naisia jakamaan ajatuksiaan ja tunteitaan muille. Vertaistuen avulla naiset saivat huomata että kukaan ei ollut häpeällisiksi koettujen tunteidensa kanssa yksin. Tulokset kerättiin kyselyillä, jotka naiset täyttivät keskiraskaudessa, loppuraskaudessa ja muutama kuukausi synnytyksen jälkeen. Kysymykset koskivat synnytyspelkoon liittyviä psyko-sosiaalisia tekijöitä sekä yleistä hyvinvointia. (Rouhe 2014.)

Tulosten mukaan ryhmähoitoa saaneet naiset synnyttivät useammin alateitse kuin verrokkiryhmän naiset. Myös keisarileikkausprosentti oli ryhmähoitoa saaneilla pienempi. Ryhmähoitoon osallistuneet naiset olivat synnytystavasta riippumatta tyytyväisempiä synnytyskokemukseen sekä vähemmän pelokkaita kuin verrokkiryhmä.

Verrokkiryhmän naiset raportoivat korkeammista synnytyksenjälkeisistä masennusoireista ja heikommasta äitiyteen sopeutumisesta kuin ryhmähoitoon osallistuneet naiset.

Ryhmähoitoinen psykoedukaatio osoittautui siis vaikuttavaksi hoitokeinoksi vaikeasta synnytyspelosta kärsivien ensisynnyttäjien kohdalla. (Rouhe 2014.) Tämän tutkimuksen lisäksi rentoutumista käytettiin hoidossa hyödyksi myös Bladh ym. (2014) tutkimuksessa.

Navaeen ja Abedianin (2015) tutkimuksessa 67 ensisynnyttäjää jaettiin satunnaisesti **roolileikki-ryhmään** (N=35) ja luentoryhmään (N=32) raskausviikoilla 34–36. Sisääntokriteereinä tutkimukseen pääsyyn oli em. lisäksi keisarileikkaustoive, taustalla ei lapsettomuutta, ikä 18-35v, ei monikkoraskauksia eikä akuutteja psykologisia ongelmia. Roolileikkiryhmät ja luentoryhmät jaettiin alaryhmiksi ja kaikki saivat puolen-toista tunnin luennon eri synnytystapojen eduista ja haitoista. Tutkimus sisälsi kolme käsikirjoitusta, joissa jokaisessa oli seitsemän osiota: lämmittely, osallistujien valinta, valmistelu kohtaukseen, tarkkailijoiden valmistelu, näytelmä, keskustelu ja arviointi sekä tulosten yleistäminen perustuen synnytystapojen etuihin ja haittoihin. Näytelmissä käytettiin pohjana tositarinoita raskaana olevista naisista. Tarkkailijat tekivät muistiinpanoja, joiden pohjalta käytiin myöhemmin keskustelua. (Navae ja Abedian 2015, 41.)

Naisten synnytyspelon voimakkuutta ja keisarileikkauksen toivetta tutkittiin kyselyllä ennen interventiota, kaksi viikkoa sen jälkeen ja synnyttämään tullessa. Kyselylomake oli CAQ (Harman Childbirth Attitude Questionnaire). Tulokset osoittivat, että synnytyspelko ja keisarileikkaustoive laskivat molemmat enemmän roolileikkiryhmässä. (Navae ja Abedian 2015, 42–43.)

Yhdessä tutkimuksessa (Toohill ym. 2014) mainittiin, että synnytyspelkoisille naisille annettiin tutustuttavaksi **ohjelehti** ”Having a baby in Queensland” päätöksenteon tueksi. Ohjelehti sisälsi myös yleistä tietoa synnytyksestä. (Toohill ym. 2014, 386.)

### 6.2.2 Yksilölliset menetelmät

Kolmessa tutkimuksessa (Toohill ym. 2014, Sydsjö ym. 2014 ja Bladh ym. 2015) tutkittiin naisten synnytyspelon hoitoa **psykoedukatiivisella otteella**. Ohjaus tai neuvonta tapahtui yksilöllisesti. Ruotsalaisessa tutkimuksessa (Bladh ym. 2015) vakavasta synnytyspelosta kärsineet naiset valikoituivat tutkimukseen mukaan erikoissairaanhoidon yksiköstä. Hoitoa saaneiden ryhmä koostui 181stä ensisynnyttäjistä ja verrokki-ryhmä 431stä ensisynnyttäjistä, joilla ei ollut diagnosoitu synnytyspelkoa. Hoidon aikana naisia opastettiin rentoutumiseen sekä heille selitettiin paniikin ja ahdistuksen fysiologisia piirteitä. Kognitiivisen käyttäytymisteorian avulla arvioitiin henkilön ajatuksia, mitattiin tunteita sekä keskusteltiin tunteiden karttamisesta. Lisäksi keskusteltiin siitä, kuinka muuttaa reaktioita tiettyihin ajatuksiin. Useimmat kävivät myös vierailulla synnytysosastolla. Hoitokertojen määrä oli yksilöity jokaisen naisen tarpeen mukaan. (Bladh ym. 2015, 127–128.)

Tuloksien perusteella enemmistö synnytyspelkoisista naisista synnytti alateitse. Keisarileikkausten esiintyvyys oli suurempi synnytyspelkoisten naisten kohdalla, vaikka itse aktiivinen synnytysaika ei ryhmien kesken eronnut. Yksilöityjen hoitokertojen määrät eivät olleet yhteydessä synnytystuloksiin. (Bladh ym. 2015, 128.)

Toohillin ja muiden (2015) tutkimuksessa Australiassa kohteena olivat toisella kolmanneksella olevat, yli 16 vuotiaat, englantia puhuvat, vaikeasta synnytyspelosta kärsivät odottajat. Tutkimuksen tarkoituksena oli testata kättilöiden vetämää, raskaudenaikaista psykoedukaatioon perustuvaa interventiota ja sen vaikutusta synnytyspelkoon. Satunnais-kontrolloituun kokeeseen valikoitui 4164stä naisesta 170 kohde-

ryhmään ja 169 verrokkiryhmään. W-DEQ-pisteiden tuli olla 66 tai enemmän. Hoitokerrat olivat viimeistään raskausviikoilla 24 ja 36. (Toohill ym. 2014, 385–387.) Tämä ns. Belief-menetelmä (Birth emotions:looking to improve expectant fear) oli puhelimitse tapahtuva, kättilön vetämä psykoedukatiivinen interventio. Interventiossa tähdättiin kertaamaan naisen nykyisiä odotuksia ja tunteita synnytyspelon ympäriltä, tukemaan tunteidenilmaisua sekä tarjoamaan perustan tunnistaa ja käydä läpi synnytykseen liittyviä stressitekijöitä ja täten auttaa naista kehittämään yksilöllisiä tukitoimia nykyhetkeen ja lähitulevaisuuteen. Interventiossa vahvistettiin ajatusta, että negatiivisia asioita voi hallita yksinkertaisella, tähän kehitetyllä suunnitelmalla. (Toohill ym. 2014, 385–386.)

Tämä lyhyt, psykoedukatiivinen puhelin-interventio osoittautui vaikuttavaksi synnytyspelon vähentämisessä. Interventio pystyi parantamaan merkittävästi naisten itsevarmuutta missä tahansa raskauden vaiheessa. Koe vahvisti lisäksi, että minäpystyvyys on muokattavissa, mistä kertoi parempi minäpystyvyys kohderyhmällä synnytyksessä. Interventio lisäksi paransi naisten päätöksentekokykyä sekä vähensi depressio-oireita lähtötasoon verrattuna. Tutkimuksen tekijät toteavat lopuksi, että nykyinen interventiomuoto on muokattavissa myös ryhmähoitomalleihin sekä muiden medioiden muotoon. (Toohill ym. 2014, 387–390.)

Sydsjö ja muut (2014) arvioivat, kuinka erikoiskoulutetun kättilön jatkuva tuki synnytyksessä vaikutti synnytyspelkoisen naisen subjektiivisiin kokemuksiin sekä synnytystulokseen. Tutkimukseen osallistui 14 naista, jotka olivat ilmaisseet pelkonsa perusterveydenhuollossa ja ohjattu täten jatkohoitoon, missä heillä oli diagnosoitu vaikea synnytyspelko DSM-IV:lla. Verrokkiryhmään valikoitui retrospektiivisesti 28 naista, joilla ei ollut synnytyspelkoa. Ryhmät eivät eronneet toisistaan iän, BMI, siviilisäädyn, tupakoinnin, synnyttävyyden tai aborttien puolesta. (Sydsjö ym. 2014.) Kaikille kohderyhmässä tarjottiin psykoedukaatioon pohjautuvaa ohjausta sekä kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Lisäksi heille tarjottiin kättilön jatkuvaa tukea alatiesynnytyksessä. Jatkuva tuki määriteltiin tutkimuksessa kokeneen, erilliskoulutetun kättilön läsnäoloksi synnytyksessä. Ennen synnytystä, viimeisten kuukausien aikana, kättilö ja nainen tapasivat, jotta luottamuksellisen suhteen muodostaminen oli mahdollista.

Nainen sai tutustua synnytyssaliin ja sen välineisiin. Äidille annettiin mahdollisuus tietää kaikesta, mitä synnytyksessä saattoi tapahtua. Yksilöllistä tukea ja tietoa tarjottiin jatkuvasti ja naista kannustettiin kysymyksien esittämiseen sekä soittamaan, jos hän koki tarvetta lisätuelle. (Sydsjö ym. 2014.)

Tulosten perusteella käy ilmi, että synnytyksen kestossa ei ollut eroja ensisynnyttäjien kohdalla mutta uudelleensynnyttäjien kohdalla verrokkiryhmän naisten synnytys kesti merkittävästi kauemmin. Omakohtaista synnytyskokemusta koskien kohderyhmän naiset raportoivat korkeampaa ahdistusta synnytyksessä kuin verrokkiryhmän naiset. Tulokset viittaavat siihen, että vakavasta synnytyspelosta kärsivät naiset saattavat hyötyä jatkuvasta tuesta. (Sydsjö ym. 2014.)

Suomalaisessa tutkimuksessa Koskela ja Kääriäinen (2009) tutkivat **synnytyskeskustelun** merkitystä synnyttäneen äidin hoitotyössä. Tutkimukseen valittiin harkinnanvaraisesti 9 kätilöä samasta sairaalasta. Ikäjakauma oli 24–58 v ja työkokemus 3 kk–32 v. Tutkimus oli laadullinen ja aineisto kerättiin teemahaastattelulla. (Koskela ja Kääriäinen 2009, 20–22.)

Keskustelun tavoitteina oli synnytyksen läpikäynti, hyvä synnytyskokemus sekä tulevaisuuden suunnittelu. Keskustelu oli pääosin äitilähtöistä, jolloin tälle annettiin mahdollisuus puhua omista tunteistaan ja tapahtumista. Ideaalisin tilanne oli, jos synnytyksen hoitanut kätilö pääsi itse käymään läpi synnyttäneen äidin kanssa synnytyskeskustelun. Tuloksista kävi ilmi, että synnytyskeskustelu oli tärkeässä asemassa synnytyspelon hoidossa. Tulevaisuuden suunnittelulla tarkoitettiin sitä, että synnytyskeskustelun avulla pystyttiin ehkäisemään tulevia synnytyspelkoja käymällä läpi synnytyskokemusta ja antamalla äidin kysyä mieltä askarruttavista asioista. Synnytyspelkoihin vaikuttaminen nostetaan esille myös aikaisempiin tutkimuksiin vedoten. Äitiyttä tukemalla pyritään saamaan vanhemmalle hyvä synnytyskokemus, mikä luo hyvän pohjan varhaisen vuorovaikutussuhteen kehittymiselle. (Koskela ja Kääriäinen 2009, 21, 24–25.)



Myös Västin ja Aaltosen (2009) työssä nousi esille synnytyskeskustelu ja sen tärkeys. Kätilöt kokivat, että käymällä synnytyksenjälkeisen keskustelun läpi, ennaltaehkäistään ongelmia tulevissa raskauksissa. Työssä mainittiin myös, että nykyinen ajankohta synnytyskeskustelulle tulisi siirtää myöhempään ajankohtaan, koska muuttaman päivän sisällä synnytyksestä, eivät äidit ole välttämättä kerenneet työstään ajatuksiaan ja käsitellä synnytykseen liittyneitä asioita. Haastatellut kätilöt ehdottivat, että keskustelun voisi käydä joitain kuukausia synnytykseen jälkeen, joko käymällä tai soittamalla synnytysosastolle. Näin mahdollistuisi myös keskustelu juuri itseään hoitaneen kätilön kanssa. (Västi ja Aaltonen 2009, 51–52.) Koskelan ja Kääriäisen (2009) tutkimuksessa esitettiin samanlaisia johtopäätöksiä; synnytyskeskustelun ajankohta oli liian aikainen ennen kotiutumista ja työssä ehdotettiin, että neuvolan työntekijän roolia synnytyksenjälkeisessä keskustelussa tulisi kehittää. (Koskela ja Kääriäinen 2009, 25.)

**Synnytyssuunnitelman** teko nousi esille kolmessa tutkimuksessa (Västi ja Aaltonen 2009, Nerum ym. 2006 & Helk ym. 2008). Västin ja Aaltosen työssä haastatellut kätilöt kertoivat, että synnytyssuunnitelmaa laatiessa oli tärkeää, että jokainen kätilö sitoutui tähän. Äidin tuli pystyä luottamaan tehtyihin suunnitelmiin, vaikka ne eivät aina toteutuneetkaan. Myös haastatellut äidit kokivat synnytyssuunnitelman teon tärkeäksi. (Västi ja Aaltonen 2009, 35,50.)

Nerumin ja muiden (2006) tutkimuksessa äidit saivat kriisi-orientoitunutta ohjausta. Ohjauksen edetessä tehtiin synnytyssuunnitelmat, mitkä sisälsivät naisen erikoistoiveet ja – tarpeet. Nämä suunnitelmat lähetettiin eteenpäin synnytys- ja synnytysvuodeosastoille. (Nerum ym. 2006, 223.)

Helk ja muut (2008) tutkivat erikoiskoulutettujen, ns. Gaia-kätilöiden antamaa ohjausta ja tukea synnytyspelkopotilaille. Kätilöt rohkaisivat naisia kirjoittamaan ylös mieltymyksiään tai mitä tahansa synnytykseen liittyvää, mitä he halusivat kätilöiden tietävän. 86 % ohjausta saaneista naisista koki synnytyssuunnitelman teon hyödylliseksi välineeksi. (Helk ym. 2008, 48.)

**Synnytystiloihin tutustuttiin** viidessä eri tutkimuksessa. Helken ja muiden (2008) tutkimuksessa naiset pääsivät tutustumaan synnytyssaliin hyvissä ajoin ennen laskettua aikaa. Tämä auttoi naisia rauhoittumaan ja synnytykseen liittyvät huolet vähenivät (Helk ym. 2008, 48). Västin ja Aaltosen (2009) tutkielmassa haastatellut naiset kokivat tärkeäksi synnytyssalin ja siihen liittyvien paikkojen esittelyn (Västi ja Aaltonen 2009, 38.) Rouheen ja muiden (2014) tutkimuksessa taas yksi ryhmän tapaamiskerta sijoittui synnytyssaliin (Rouhe 2014). Bladhin ja muiden (2014) tutkimuksessa useimmat naiset kävivät yksilöllisesti vierailemassa synnytysosastoon osana hoitoa, ikään kuin pelottavan tilanteen paljastamiseksi (Bladh ym. 2014).

Synnytysosastoon tutustuttiin myös Sydsjön ym. tutkimuksessa (2015). Raskauden loppupuolella naisille tarjottiin tilaisuus tutustua synnytysosastoon ja synnytyssaliin. Kätilö kertoi synnytykseen käytettävistä laitteista ja näytti niiden käyttötavan. Erilaisia, synnytykseen ja sikiön vointiin liittyviä tutkimuksia tarjottiin tehtäväksi, jotta naiselle tulisi tutuksi toimenpiteet jo raskauden aikana. Synnytystiloihin pääsi käymään myös toisen kerran, jos nainen näin toivoi. (Sydsjö ym. 2015.)

Norjalaisessa tutkimuksessa (Nerum ym. 2006) tutkittiin, voiko **kriisi-orientoituneen intervention** avulla muuttaa äidin keisarileikkaustoivetta. Tutkimuksessa oli osallisena 86 naista, joista 13 oli ensisynnyttäjää ja 73 uudelleensynnyttäjää. Tutkimukseen otettiin mukaan naiset, joilla synnytyspelon lisäksi oli keisarileikkaustoive. Ohjausryhmä koostui kahdesta erikoiskoulutetusta kätilöstä, obstetrikosta sekä sosiaalityöntekijästä. Kätilöt toteuttivat ohjauksen sosiaalityöntekijän ja obstetrikon olleen lähinnä konsultointiapuna. (Nerum ym. 2006, 222.) Ohjauksen alkuun naisia rohkaistiin ilmaisemaan tunteitaan, ajatuksiaan ja huoliaan vapaasti. Näistä lähtökohdista rakennettiin pohja myöhemmälle työskentelylle. Suoraa pelkoon johtaviin tapahtumiin ja kokemuksiin keskityttiin. Ensikäynnin jälkeiset käynnit suunniteltiin yksilöllisesti huomioiden ongelmien luonteet sekä lasketun ajan. Asiakas ohjattiin psykiatrian puolelle, jos psykologiset ongelmat koettiin erikoissairaanhoidoa vaativiksi. (Nerum ym. 2006, 223.)

Ensimmäinen käynti kätilön luona oli n. raskausviikolla 27 ja kokonaiskäyntejä oli keskimäärin 6,5. Hoitokertojen määrällä ei ollut vaikutusta niiden naisten kesken, jotka

vaihtoivat keisarileikkaustoiveensa. Intervention jälkeen 74 naista vaihtoivat synnytystavaksi normaalin alatiesynnytyksen. Toiveen muuttivat kaikki lievästä pelosta kärsineet ja 79 % vaikeasta pelosta kärsineistä. (Nerum ym. 2006, 223–225.)

Tuloksena todetaan, että traumaattisten asioiden tiedostamisella ja läpikäynnillä nainen kykenee erottamaan nämä tulevasta synnytyksestä, mikä auttaa valmistautumaan normaaliin alatiesynnytykseen. On tärkeää tutkia tulevien äitien aikaisemmat kaltoinkohtelut yms., jotta synnytykseen osallistuvat osaavat varautua psyykkisten ongelmien seurauksiin, esim. synnytykseen liittyvään paikkojen kosketteluun. Jatko-seurantalomake lähetettiin 78lle naiselle, joista 59 vastasi. Synnytystavasta huolimatta naiset olivat olleet 2-4 vuoden päästä synnytyksestä tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. ( Nerum ym. 2006, 225–227.)

Norjalaisessa tutkimuksessa (Helk ym. 2008) yksilöllistä ohjausta ja **psykososiaalista tukeaan** tarjosivat ns. Gaia-kätilöt. Gaia-kätilöiden ryhmä koostui 8-10stä erikoiskoulu-  
lutetusta kätilöstä, joiden tehtävänä oli auttaa naisia luomalla turvallinen ja positiivinen kokemus jäljellä olevasta raskaudesta sekä lähestyvistä synnytyksestä. Hoitoa tarjottiin raskauden aikana ja sen jälkeen. Ohjauksessa painottui aktiivinen kuuntelu, tiedon antaminen, synnytyssuunnitelman teko sekä tutustuminen synnytystiloihin. (Helk ym. 2008, 48.)

Tutkittavaksi valikoitui 100 ensimmäistä klinikalle ilmoittautunutta naista, joille lähetettiin kysely koskien väestötieteellisiä tekijöitä, henkilökohtaisia arvioita synnytyspelosta sekä Gaia-työskentelystä. Kyselyyn vastasi 80 naista. Kaiken kaikkiaan hoito arvioitiin hyväksi ja hyödylliseksi: 93 % kertoi tulleen kuulluiksi ja saaneensa luottamuksellista hoitoa. 70 % vastasi, että hoitokäynnit olivat auttaneet suhtautumaan raskauteen ja synnytykseen positiivisemmin, mitä olivat alun perin olettaneet. 80 % koki saaneensa hoidosta enemmän luottamusta ja uskoa siihen, että pärjäävät synnytyksessä. 93 % piti Gaia-kätilöitä pätevinä. 76 % vastasi hyötynensä synnytyksenjälkeisestä hoitokäynnistä sekä 86 % koki synnytyssuunnitelman teon hyödylliseksi. (Helk ym. 2008, 48.)

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten tarkastelua

Synnytyspelon hoito osoittautui useimmissa tutkimuksissa tehokkaaksi. Tuloksia tukee myös aikaisempien julkaisujen väite, minkä mukaan 50–87 % hoitoa saaneista naisista pystyy valmistautumaan normaaliin alatiesynnytykseen. (Rouhe ja Saisto 2013, 522.)

Tulosten perusteella voidaan todeta, että emotionaalinen tuki synnytyspelkopotilaalle oli tärkeää. Nainen tulee kohdata ymmärtävästi, pelot tulee ottaa todesta ja tilaa ajatusten ja tunteiden purkamiselle tulee antaa. Hoidossa on tärkeää sen jatkuvuus, mitä edeltää luottamus. Kätilö osoittautui avainasemaan luottavan hoitosuhteen luomisessa: kätilön tuli olla läsnä ja aidosti kiinnostunut potilaasta. Itseluottamuksen vahvistaminen auttoi naisia suhtautumaan alatiesynnytykseen positiivisemmin. Luottamus toi turvallisuuden tunnetta, mikä taas auttoi peloista ja tunteista keskustelussa. (Västi ja Aaltonen 2009, 28, 43.) Emotionaalinen tuki osoittautui tärkeäksi myös aiemmissa, synnytyspelon hoitoa käsittelevissä tutkimuksissa. Ryding, Persson, Onell ja Kvist (2003) tutkimuksen naiset kokivat tärkeäksi tulla kuulluiksi ja vakavasti otetuiksi. Kätilöiden roolissa korostui kuuntelu, herkkyys ja myönteisyys. Hoidosta huolimatta monet naiset kokivat synnytyksen silti pelottavaksi. Tulokset eivät olleet merkittäviä, eikä täten ole todisteita parhaasta hoidosta. (Ryding ym. 2003, 13-15.) Myös toisessa, aikaisemmassa tutkimuksessa korostui emotionaalinen tuki (Gamble, Creedy, Moyle, Webster, McAllister ja Dickson 2005). Pelosta kertoneille, synnytyksessä traumatisoituneille äideille tarjottiin lyhyttä, kätilön vetämää ohjausta, jossa painottui kuuntelu, rohkaisu sekä toisen tunteiden ja näkemysten hyväksyminen. (Gamble ym. 2005, 13.) Emotionaaliseen tukeen kuului myös läsnäolo. Hodnett, Gates, Hofmeyr ja Sakala (2013) tutkivat jatkuvan tuen merkitystä synnytyksessä. Tässä

tutkimuksessa jatkuvalla tuella oli yhteistä jatkuva läsnäolo, kehuminen ja rauhoittelu. Päätulosten mukaan naiset, jotka saivat jatkuvaa tukea, synnyttivät useammin spontaanisti alateitse ja keisarileikkausten tai instrumenttiavusteisten synnytysten todennäköisyys oli pienempi. Myös synnytys sujui nopeammin. Tutkimukset jatkuvasta tuesta ovat siis hieman ristiriitaisia, mutta vaikuttaako eroon se, että Hodnett ja muut (2013) eivät rajanneet tutkittavia synnytyspelkopotilaisiin?

Lybergin ja Severinssonin tutkimuksessa (2010) naiset arvostivat kättilön läsnäoloa. Lisätuki oli vain puhelinoiton päässä. Sydsjön ja muiden (2015) tutkimuksessa taas erikoiskoulutetun kättilön jatkuvaa tukea ei nähty yleistettävissä olevana, merkittävänä hoitomuotona. Nainen saattoi hyötyä kättilön jatkuvasta läsnäolosta synnytyksessä. Myös Hodnett ja muut (2013) tutkivat jatkuvan tuen merkitystä synnytyksessä. Tässä tutkimuksessa jatkuvalla tuella oli yhteistä jatkuva läsnäolo, kehuminen ja rauhoittelu. Päätulosten mukaan naiset, jotka saivat jatkuvaa tukea, synnyttivät useammin spontaanisti alateitse ja keisarileikkausten tai instrumenttiavusteisten synnytysten todennäköisyys oli pienempi. Myös synnytys sujui nopeammin. (Hodnett ym. 2013.)

Tutkimusten perusteella synnytyssuunnitelman teko koettiin tärkeäksi. Tärkeää suunnitelman teossa oli se, että yhteisesti sovitusta asioista tuli pitää kiinni siinä määrin mitä pystyttiin. Naisen tuli voida luottaa häntä hoitavaan tahoon ja siihen, että häntä hoitavat ihmiset olivat tietoisia tehdystä suunnitelmasta ja sen sisällöstä. (Sydsjö ym. 2015; Västi ja Aaltonen 2009; Nerum ym. 2006; Helk ym. 2008; Lyberg ja Severinsson 2010.) Synnytyssuunnitelman avulla asiakas otetaan mukaan päätöksentekoon. Synnytyssuunnitelmien teko nähtiin tärkeäksi myös aikaisemmissa, synnytyspelon hoitoa käsittelevissä tutkimuksissa. Ryding, Persson, Onell ja Kvist (2003) arvioivat naisten kättilöiltä saamaa, psykosomaattista tukea ja sen vaikutusta synnytyspelkoon. Hoitokäynneillä tehtiin yksilölliset synnytyssuunnitelmat naisen tarpeiden mukaan. Suomalaisessa tutkimuksessa (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Könönen ja Halmesmäki 2001) synnytyspelkopotilaat satunnaistettiin joko intensiiviseen tai tavanomaiseen terapiaan, joiden yhtenä osana oli synnytyssuunnitelman teko (Saisto ym. 2001).

Synnytyspelon hoito ajoitetaan usein raskauden aikaiseen hoitoon. Tutkimustuloksista nousi kuitenkin esille myös synnytyksen jälkeisen hoidon merkitys. Synnytyskeskustelu nähtiin tärkeäksi synnytyspelon hoidossa ja ehkäisyssä ja sen merkitystä tulisi jatkossa korostaa. (Västi ja Aaltonen 2009, 51–52; Koskela ja Kääriäinen 2009, 24–25.) Synnytyskeskustelu tulisi ajoittaa myöhempään ajankohtaan kuin muutama päivä synnytyksen jälkeen. Kun nainen saisi enemmän aikaa käsitellä omia ajatuksia ja tapahtumia, saisi synnytyskeskustelusta enemmän irti ja välttyttäisiin ongelmilta tulevissa raskauksissa. (Koskela ja Kääriäinen 2009, 25.) Koskelan ja Kääriäisen (2009) tutkimuksessa esitettiin, että terveydenhoitajan roolia synnytyskeskustelussa tulisi korostaa kun taas Västin ja Aaltosen työssä (2009) vastaukseksi esitettiin esim. soittoaikaa tai tapaamista synnytysosastolla myöhemmin. Näin mahdollistuisi myös synnytyksen hoitaneen kättilön tapaaminen, kenen roolia synnytyskeskustelussa pidettiin tärkeänä. (Västi ja Aaltonen 2009, 52.)

Synnytyskeskustelun lisäksi synnytyksen jälkeinen tuki oli tärkeää. Hoidon jatkuvuuteen kuului olennaisesti se, että äitiä tavattiin myös synnytyksen jälkeen. Näin äiti sai kokea olevansa arvokas ja hyväksytty. (Helk ym. 2008; Lyberg ja Severinsson 2010.) Aikaisempi tutkimus aiheesta (Gamble, Creedy, Moyle, Webster, McAllister ja Dickson 2005) antoi samanlaisia viitteitä. Gamblen ja muiden (2005) tutkimuksen naiset saivat 72 tuntia synnytyksen jälkeen lyhyen, kasvokkain tapahtuvan ohjaustilanteen ja 4-6 viikkoa myöhemmin puhelimitse samantyyllisen ohjauksen. Tulosten perusteella itsesyytökset, trauma- ja stressioireet vähenivät sekä usko seuraavaan raskauteen koheni. (Gamble ym. 2005, 14–15.)

Tiedon merkitys synnytyspelon hoidossa on tärkeä. Lähes jokaisessa tutkimuksessa mainittiin sen merkitys jossain muodossa. Jokainen synnytyspelkopotilas tarvitsee yksilöllistä tietoa, riippuen pelon syystä, kohteesta ja voimakkuudesta. Yleisesti voidaan kuitenkin sanoa, että tieto linkittyi usein aikaisempiin synnytyksiin, kivunlievitysmenetelmiin, synnytyksen kulkuun sekä eri synnytystapojen etuihin ja haittoihin. (Västi ja Aaltonen 2009, 43; Rouhe ym. 2014; Helk ym. 2008; Toohill ym. 2014; Bladh ym. 2014; Navaee ja Abedian 2015.) Tiedon antamisen lisäksi väärää tietoa tulee korjata.

Kahdessa tutkimuksessa mainittiin (Västi ja Aaltonen 2009; Nerum ym. 2006) väärän tiedon korjaamisesta. Usein väärä tieto on peräisin mediasta tai sukulaisten kauhu-kertomuksista. Myös aikaisemmat, läpikäymättömät synnytykset vääristävät tietoa. Äidit eivät olleet kysyneet tai keskustelleet asioista, joten he olivat päätyneet omiin johtopäätöksiin tai muistikuviiin tapahtumista. (Västi ja Aaltonen 2009, 41–42.) Synnytyspelon hoidossa on käytetty tiedon jakamista myös aikaisemmin. (Toivanen ym. 2002; Saisto ym. 2001; Gamble ym. 2005).

Tutkimuksissa naiset saivat sekä yksilöllistä että kaikille yhteistä hoitoa. Yksilöllinen hoito mahdollisti äidin tilanteeseen syvällisemmän paneutumisen ja hoito pystyttiin räätälöimään juuri hänelle sopivaksi, ottaen huomioon pelon taustalla olevat syyt, sekä pelon voimakkuuden. (Västi ja Aaltonen 2009, 38; Bladh ym. 2014; Koskela ja Kääriäinen 2009; Helk ym. 2008; Lyberg ja Severinsson 2010; Nerum ym. 2006; Ramvi ja Tangerud 2011; Sydsjö ym. 2015; Toohill 2014.) Yksilöllisiä hoitomenetelmiä oli selkeästi enemmän, mutta se ei tarkoita, etteikö myös yhteisillä hoidoilla saisi aikaan merkittäviä tuloksia. Ryhmämuotoinen psykoedukaatio osoittautui hyväksi keinoksi vähentää ensisynnyttäjien synnytyspelkoja. (Rouhe ym. 2014.) Ryhmämuotoisessa hoidossa korostui vertaistuen merkitys. Navaeen ja Abedianin (2015) tutkimuksen roolileikin avulla tapahtuva hoito oli ensimmäinen laatuaan, mutta tulokset osoittivat sen silti toimivan.

Ryhmämuotoista terapiahoitoa tutkittiin myös vuonna 2002. Toivanen, Saisto, Salmela-Aro ja Halmesmäki tutkivat terapeuttisen ryhmän ja rentoutumismenetelmien vaikuttavuutta synnytyspelkoiisiin ensisynnyttäjiin. Eli aivan kuin Rouheen ym. (2014) tutkimus. Vuoden 2002 tutkimuksessa ei ollut verrokkiryhmää, eikä terapia ollut psykoedukatiivista. Tutkimustulokset olivat kuitenkin samankaltaiset: ryhmämuotoinen hoito osoittautui vaikuttavaksi hoitomenetelmäksi. Synnytyspelko lievittyi ja moni valitsi alatiesynnytykseen valmistautumisen. (Saisto ym. 2002, 4569–4571.)

Monessa tutkimuksessa käytettiin psykoedukaatioon perustuvaa hoitoa hyvin tuloksin. Tulevaisuudessa on siis hyvä kiinnittää huomiota näihin psykoedukatiivisiin menetelmiin ja edelleen kehittää niitä. Psykoedukaatiota käytettiin hyväksi sekä yksilöllisessä hoidossa että yhteisessä. (Toohill ym. 2014; Bladh ym. 2015; Sydsjö ym. 2014; Rouhe ym. 2013.) Muita yksilöllisiä, konkreettisia menetelmiä olivat kriisi-orientoitunut interventio sekä psykososiaalinen tuki (Nerum ym. 2006; Bladh ym. 2014). Aikaisemmissa tutkimuksissa ei noussut esille psykoedukatiivisia menetelmiä. Sen sijaan synnytyspelkoa hoidettiin yhden tutkimuksen mukaan (Saisto ym. 2001) satunnaistamalla naiset joko intensiiviseen tai tavanomaiseen terapiaan. Intensiivisellä terapialla pelko ja ahdistus vähenivät, kun taas tavanomaisella terapialla ne jopa nousivat.

Synnytyssaliin ja - tiloihin tutustuminen oli käytetyissä tutkimuksissa usein liitettyinä yksilölliseen hoitoon (Västi ja Aaltonen 2009; Sydsjö ym. 2015; Helk ym. 2008), mutta tutustumiskäyntejä tehtiin myös ryhmämuotoisesti. Rouheen ja muiden (2014) tutkimassa ryhmähoidossa yksi tapaamiskerta järjestettiin synnytystiloissa. Myös yhdessä aikaisemmassa tutkimuksessa tutustuttiin synnytystiloihin (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Könönen ja Halmesmäki 2001). Synnytystiloissa sai enemmän tietoa kivunlievityskeinoista sekä nähdä omin silmin mahdollisia, synnytyksessä käytettäviä apuvälineitä (Saisto ym. 2001).

Tuloksista kävi myös ilmi, että hoitokertojen määrät vaihtelivat eri tutkimuksissa. Tulokset viittaavat siihen, että hoitokertojen määrällä ei ollut merkitystä niille, jotka päätyivät valmistautumaan normaaliin alatiesynnytykseen. (Bladh ym. 2014; Nerum ym. 2006.) Myös Suomessa hoitokertojen määrät vaihtelevat; joskus yksi käynti riittää, toiset tarvitsevat useampia lääkärin ja kättilön vastaanottokäyntejä. (Gissler ym. 2013, 2190.)

Tutkimuksissa tarkasteltiin joko ensisynnyttäjiä tai sekä ensi- että uudelleensynnyttäjiä. Useimmissa tutkimuksissa, joissa tutkittiin sekä ensi- että uudelleensynnyttäjiä, ei



tuloksissa eroteltu näiden ryhmien välisiä eroja, vaan tulokset annettiin kokonaisuutena molemmista ryhmistä. Tämä voi antaa viitteitä siitä, että tulosten kannalta ei ole merkityksellistä, onko synnyttäjä ensikertalainen vai ei.

## 7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tässä opinnäytetyössä on käytetty useita hakumenetelmiä mahdollisimman kattavan ja monipuolisen otoksen mukaanoton mahdollistamiseksi. Näin otoksesta saadaan luotettavampi. (Flinkman ja Salanterä 2007, 91) Tietokantojen lisäksi aineistoa haettiin manuaalisena hakuna sekä viitehakuna. Tämän ns. harmaa kirjallisuuden avulla pyrin välttämään julkaisuharhaa, mitä voi tapahtua, jos aineistona on käytetty pelkkää julkaistua tietoa. Julkaistujen tutkimustulosten todennäköisyys olla positiivisia on suurempi kuin negatiivisten tulosten julkaisu. (Pudas-Tähkä ja Axelin 2007, 53.)

Vaikka teoriaosuudessa on paljon suomenkielisiä lähteitä, on katsaukseen valikoitunut aineisto lähes kokonaan englanninkielistä. Luotettavuutta tarkastellessa tulee pohtia myös sitä, jäikö jokin tärkeä tutkimus sisällyttämättä työhön vieraskielisyyden takia. Vieraalta kieleltä käännättäessä on huomioitava kieliharhan mahdollisuus. (Pudas-Tähkä ja Axelin 2007, 53.) Käännettäessä tekstejä suomenkielille, tulee olla tarkka, että käännös ei ole harhaanjohtava. Lauseiden alkuperäiset merkitykset eivät saa kadota käännöksen aikana.

Tutkijana myös minun luotettavuuttani voidaan tarkastella. Vaikka perehdyin tutkimusaiheeseen sekä kirjallisuuskatsaukseen menetelmänä, tein silti ensimmäistä kertaa tällaista työtä. (Hirsjärvi ym. 2009, 22.) Koin, että sain työhön valikoidusta aineistosta kuitenkin kattavan ja tutkimuskysymystä palvelevan.

Luotettavuutta lisää myös se, että olen pitänyt kiinni sisäänotto- ja poissulkukriteereistäni. Etenkin suomalaisissa tutkimuksissa samat nimet esiintyvät useissa tutkimuksissa, jos ei tekijöinä niin viittauksina muihin töihin. Mielestäni tutkimuksissa

usein toistuvat suomalaiset nimet kertovat siitä, että aihetta on tutkittu vielä vähän ja tutkimuksissa esiintyvät nimet ovat alan tutkijoiden kärkinimiä. Ulkomaalaisissa tutkimuksissa varmistin aina tekijän asiantuntijuuden, mistä myös taustalla ollut julkaisuyhteisö antoi viitteitä. Työni tutkimukset oli kaikki julkaistu tieteellisissä lehdissä. Tein lisäksi alkuperäisen hakuprosessini myöhemmin uudestaan, jotta varmistuin siitä, että hakuprosessi oli tehty oikein ja lukijan on mahdollista päätyä samoihin tutkimuksiin kuin minä itse. (Internetaineiston arviointikriteerejä 2012.)

Opinnäytetyö on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012). Minulla ei ollut yhteistyökumppaneita tai tutkittavia henkilöitä, joten minun ei tarvinnut huolehtia tutkimusluvista eikä osallistujien anonymiteettien suojaamisesta. Työhön olen merkinnyt selkeästi lähdeviitteet, joihin tekstissäni viittaan. En siis esitä toisen sanoja tai ajatuksia ominani, enkä täten syyllisty plagiointiin. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012).

Opinnäytetyöni tulokset on esitetty rehellisesti, pyrkimättä tekemään asioista omia yleistyksiä tai harhaanjohtavia johtopäätöksiä. Tutkijana minun tulee olla tulosten esittämisessä huolellinen sekä objektiivinen. En antanut omien mielipiteideni vaikuttaa valittuihin tutkimuksiin tai niiden tuloksiin. Pyrin myös siihen, että en jättänyt mitään relevanttia esittämättä, eli tulokset on esitetty huolellisesti sulkematta mitään pois. (Hirsjärvi ym. 2009, 24,26.)

### 7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöhön onnistuttiin keräämään tietoa erilaisista synnytyspelon hoitomenetelmistä, joita voi hyödyntää synnytyspelopotilaan hoidossa. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli haastavaa mutta mielenkiintoista. Lopuksi on esitetty vielä tutkimustulosten pohjalta tehdyt johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.

1. Synnytyspelon hoito tulee aloittaa hyvissä ajoin, mielellään viimeistään keskiraskaudessa ja jatkaa hoitoa vielä synnytyksen jälkeen.
2. Yksilöllisellä hoidolla varmistetaan, että juuri kyseessä olevan naisen pelot, tarpeet sekä toiveet tunnistetaan ja hyväksytään. Hoito voidaan räätälöidä tällöin juuri kyseessä olevalle naiselle sopivaksi.
3. Synnytyspelon hoitoon liittyy olennaisesti tiedon antaminen, emotionaalinen tukeminen, synnytyssuunnitelman teko, synnytystiloihin tutustuminen, synnytyksen jälkeinen hoitokäynti tai keskustelu sekä rentoutuminen.
4. Konkreettisina hoitomenetelminä ovat paljon käytetty psykoedukaatio eri muodoissa, kriisi-orientoitunut ohjaus sekä psykososiaalinen tuki.
5. Moniammatillinen yhteistyö näkyy synnytyspelon hoidossa ja sen toimivuuteen tulee kiinnittää huomiota. Synnytyspelkopotilaan tulee voida luottaa terveydenhuollon henkilökuntaan ja tehtyihin päätöksiin. Synnytyssuunnitelman avulla nainen otetaan mukaan päätöksentekoon ja täten hän voi kokea tulleensa kuulluksi ja hyväksytyksi.
6. Kätilön rooli synnytyspelon hoidossa on tärkeä: luottavan hoitosuhteen rakentaminen, läsnäolo, äidin emotionaalinen tukeminen sekä ammattitaito yhdessä auttavat äitiä valmistautumaan tulevaan synnytykseen positiivisemmin sekä luottavaisin mielin. Luottamus lisää hoidon jatkuvuutta.

Jatkotutkimusaiheena voisi mielestäni käyttää perhevalmennuksen vaikuttavuutta synnytyspelon hoidossa. Perhevalmennukset on usein räätälöity yhteisesti kaikille odottajille, eikä niiden vaikuttavuudesta synnytyspelkoon löytynyt tietoa tai tutkimuksia.

## Lähteet

Aitasalo, M. 2013. Synnytyspelkoon puhumalla apua. Väestöliitto. Viitattu 16.3.2016. <https://www.perheaikaa.fi/jutut/lapsi-tulossa/synnytys/synnytyspelkoon-puhumalla-apua/>

Bladh, M., Sydsjö, G., Lilliecreutz, C., Persson, A., Vyöni, H. ja Josefsson, A. 2014. Obstetric outcomes for nulliparous women who received routine individualized treatment for severe fear of childbirth- a retrospective case control study. BMC pregnancy and childbirth, 14, 126–132.

Flinkman, M. ja Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus- eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. ja Ääri, R. toim. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007.

Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M. ja Dickson, P. 2005. Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial, BIRTH 32, 1

Gissler, M., Saisto, T. ja Rouhe, H. 2013. Synnytyspelon hoitokäytännöissä on vielä eroja. Suomen lääkärilehti. 68, 36, 2190–2191.

Helk, A., Spilling, H. ja Smeby, N. 2008. Psychosocial support by midwives of women with a fear of childbirth. Vård i Norden, 28, 88, 47–49.

Hermanson, E. 2012. Psykkisten ongelmien seulonnat. Terveyskirjasto. Viitattu 26.4.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kot00608](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00608)

Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, J. ja Sakala, C. 2013. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 19.4.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Internet-aineiston arviointikriteerejä. 2012. Tampereen yliopisto. Viitattu 15.3.2016. <http://www.uta.fi/kirjasto/oppaat/arviointikriteereja.html>

Koskela, M. ja Kääriäinen, M. 2009. Kätilöiden käsitykset synnytyskeskustelusta ja sen merkityksestä kätilötyössä. *Tutkiva hoitotyö* 7, 4, 20-26.

Kääriä, L. 2015. Potilaslähtöinen toimintamalli synnytyspelon tunnistamiseen ja hoitoon. Power Point. Viitattu 24.3.2016. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/luentoaineistot/Documents/Potilasohjaus%20symposium/Potilas%C3%A4ht%C3%B6inen%20toimintamalli%20synnytyspelon%20tunnistamiseen%20ja%20hoitoon.pdf>

Lindbohm, P., Saisto, T., Stenbäck, P. ja Toivanen, R. 2014a. Synnytyspelon hoito. *Potilaan lääkärilehti*. Viitattu 16.3.2016. [http://www.potilaanlaakarilehti.fi/tiedeartikkelit/synnytyspelon-hoito/#.VuIj4\\_mLShc](http://www.potilaanlaakarilehti.fi/tiedeartikkelit/synnytyspelon-hoito/#.VuIj4_mLShc)

Lindbohm, P., Saisto, T., Stenbäck, P. ja Toivanen, R. 2014b. Synnytyspelon hoito neuvolassa. *Suomen lääkärilehti* 16–17, 1221–1227.

Lindroos, A., Ekholm, E. ja Pajulo, M. 2015. Raskaudenaikainen kiintymys sikiöön- äitiyshuollon mahdollisuus ja haaste. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 131, 2, 143–149.

Lyberg, A. ja Severinsson, E. 2010. Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care- a follow-up study. *Journal of nursing management*, 18, 383–390.

Navaee, M. ja Abedian, Z. 2015. Effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery. *Iran J Nurs midwifery Res*, 20, 1, 40–46.

Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T. ja Øian, P. 2006. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counselling? *Birth* 9, 33, 3.

Ojala, K. 2015. Synnytyspelkoon saa apua. Viitattu 16.3.2016.

<http://www.terve.fi/synnytys/synnytyspelkoon-saa-apua>

Otley, Henrietta. 2011. Fear of childbirth: understanding the causes, impact and treatment. *British journal of midwifery*. 19, 4, 215–220.

Paananen, U. ja Väyrynen P. 2015. Kätilötyön etiikka. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussilehto, E. & Äimälä, A. toim. 2015. Kätilötyö. 5. uud. p. Helsinki: Edita.

Pajulo, M. 2004. Vauvan tunnetila ja sen säätely. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 120, 2543–2548

Pasanen, P. ja Koistinen, A. 2009. Internet syrjäyttää perinteisen synnytysvalmennuksen. Kätilöliiton puheenjohtaja Terhi Virtasen haastattelu. YLE uutiset 3.6.2009. Viitattu 2.5.2016. [http://yle.fi/uutiset/internet\\_syrjayttaa\\_perinteisen\\_synnytysvalmennuksen/5261352](http://yle.fi/uutiset/internet_syrjayttaa_perinteisen_synnytysvalmennuksen/5261352)

Pietiläinen, S. 2015. Synnytyspelko. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussilehto, E. ja Äimälä, A. toim. 2015. Kätilötyö. 5. uud. p. Helsinki: Edita.

Pudas-Tähkä, S. ja Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. ja Ääri, R. toim. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007.

Ramvi, E. ja Tangerud, M. 2011. Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. *Nursing and health sciences*, 13, 269–274.

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Gissler, M., Halmesmäki, E. ja Saisto, T. 2011. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 118, 9, 1104–1111.

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., Ryding, E. ja Saisto, T. 2014. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience- a randomised controlled trial. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*. 2014, 36,1, 1-9.

Rouhe, H., Saisto, T., Toivanen, R. ja Tokola, M. 2013. Kun synnytys pelottaa. Helsinki: Minerva kustannus Oy.

Rouhe, H. ja Saisto, T. 2013. Synnytyspelko. *Duodecim*, 129, 5, 521–527. Viitattu 15.3.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo10849.pdf>

Ryding, E., Persson, A., Onell, C. ja Kvist, L. 2003. An evaluation of midwives' counselling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82, 10–17

Saisto, T. ja Rouhe, H. 2012. Synnytyspelon taustatekijät ja hoitotulokset tutkimuksen valossa. *Lääkärilehti* 42/2012, 3007–3012.

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., Könönen, T. ja Halmesmäki, E. 2001. A Randomized Controlled Trial of Intervention in Fear of Childbirth. *Obstetrics & Gynecology* 98, 5, 1, 820–860

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 14.3.2016. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Sariola, A., Nuutila, M., Sainio, S., Saisto, T. ja Tiitinen, A. toim. 2014. Odottavan äidin käsikirja. *Duodecim*. Porvoo: Bookwell Oy

Sjöholm, J. 2014. Harva äiti vaatii keisarileikkausta- sairaalakohtaiset erot sektioiden määrässä suuria. Synnytyslääkäri Nanneli Pallasmaan haastattelu. *Helsingin Sanomat* 5.11.2014. Viitattu 27.4.2016. <http://www.hs.fi/kotimaa/a1415081506586>

Storksens, H., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S. ja Eskild, A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *AOGS: Acta Obstet Gynecol Scand*, 91, 237–242.

Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M. ja Josefsson, A. 2015. Effect of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 115.

Tiitinen, A. 2015a. Normaali synnytys. Lääkärikirja *Duodecim*. Viitattu 3.5.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00160](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160)

Tiitinen, A. 2015b. Tietoa potilaalle: Raskauden seuranta sairaalan äitiyspoliklinikalla. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.4.2016. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti>

Toivanen, R., Saisto, T., Salmela-Aro, K. ja Halmesmäki, E. 2002. Synnytyspelon hoito terapeutin ryhmän ja rentoutumisharjoituksen avulla. Suomen Lääkärilehti, 57, 45, 4567–4572.

Toivio, T. ja Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D., Buist, A., Turkstra, E. ja Ryding, E. 2014. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. Birth, 41, 4, 384–394.

Tuomi, J. ja Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud. p. Helsinki: Tammi.

Väisänen, S. 2014. Sektioko helppo ratkaisu pelkoon? Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri Leena Georgiadiksen haastattelu. Savon sanomat. Julkaistu 19.10.2014. Viitattu 11.4.2016. <http://www.savonsanomat.fi/kotimaa/Sektioko-helppo-ratkaisu-pelkoon/510146>

Västi, R. ja Aaltonen, S. 2009. Asiakkaiden ja kättilöiden kokemuksia synnytyspelon hoidosta. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Äitiysneuvola. 2015. THL. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.3.2016. [https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys\\_ ja\\_ lasten-neuvola/aitiysneuvola](https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ ja_ lasten-neuvola/aitiysneuvola)

Äitiysneuvolaopas. 2013. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.



## Liite 1.

TAULUKKO 4 Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset

Tekijä(t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Otos/Aineisto	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Bladh, M., Sydsjö, G., Lillicreutz, C., Persson, A., Vyöni, H. & Josefsson, A. 2014. Ruotsi	<p>Tutkia vaikeasta synnytyspelosta kärsivien ensisynnyttäjien raskaus- ja synnytystuloksia, heidän saatua jatkuvaa, yksilöllistä ohjausta pelkoon.</p> <p>Lisäksi tutkittiin onko hoitokertojen määrällä yhteyttä synnytystapaan</p>	608 ensisynnyttäjää. Kohderyhmä (n=181) koostui vaikeasta synnytyspelosta kärsivistä. Verrokkiryhmällä (n=431) ei synnytyspelkoa	Tiedot kerättiin raskauden ja synnytyksen aikaisista potilastiedoista. Vertailututkimus.	<p>Synnytystavalla ja hoitokertojen määrän väliltä ei löydetty yhteyttä.</p> <p>Kohderyhmän naiset synnyttivät useammin keisarileikkauksella kuin verrokkiryhmän naiset. Kohderyhmän naisista enemmistö synnytti kuitenkin alateitse.</p>
Helk, A., Spilling, H. & Smeby, N. 2008. Norja	Arvioida Gaikätilöryhmän työtä ja saada lisää tietoa synnytyspelkoisista naisista	N=80 Ensi- ja uudelleen-synnyttäjiä	Kyselytutkimus	93 % koki tulleensa kuulukseksi ja saaneensa luottamuksellista hoitoa. 70 % mielestä hoito oli auttanut suhtautumaan raskauteen ja synnytyksen luultua positiivisemmin. 80 % koki saaneensa luotta-

				<p>musta ja uskoa synnytyksessä pärjäämiseen. 27 % olisi halunnut lisää hoitokäyntejä. 76 % vastasi hyötynensä synnytyksen jälkeisestä käynnistä ja 86 % piti synnytys-suunnitelman teosta. Kaiken kaikkiaan hoito arvioitiin hyväksi ja hyödylliseksi.</p>
<p>Koskela, M. &amp; Kääriäinen, M. 2009. Suomi</p>	<p>Kuvata kättilöiden käsityksiä synnytyskeskustelusta ja sen merkitystä kättilötyössä</p>	<p>9 kättilöä, jotka työskentelivät samassa keskussairaalassa huhtikuussa 2008</p>	<p>Laadullinen, teemahaastattelu</p>	<p>Tärkeää olisi, että keskustelu käytäisiin läpi synnytyksen hoitaneen kättilön kanssa.</p> <p>Läpikäymällä synnytystä ja keskustelemalla siitä hoidetaan ja samalla ehkäistään synnytyspelkoja.</p> <p>Kättilöt pitivät ajankohtaa liian varhaisena.</p>
<p>Lyberg, A. &amp; Severinsson, E. 2010. Norja</p>	<p>Valaista äitien kokemuksia saamastaan ryhmäkättilöhoidosta raskauden aikana,</p>	<p>N= 13. Aikaisemmassa tutkimuksessa mukana olleita</p>	<p>Haastattelu dialogisella lähestymistavalla 1-1,5 vuotta synnytyksen jälkeen</p>	<p>Synnytyksen pelon hoidossa suhde kättilöön oli tärkeä: naiset kokivat olonsa</p>

	synnytyksessä ja sen jälkeen	ensi- ja uudelleensynnyttäjiä		turvalliseksi ja hyväksytyiksi.  Kättilöiden on tärkeä olla läsnä, aidosti kiinnostuneita ja tukea antavia koko perheelle. Myös tuki synnytyksen jälkeen tärkeää.
Navae, M. & Abedian, Z. 2015. Iran	Tutkia rooli-leikin avulla tapahtuvan opetuksen vaikutusta synnytyspelkoihin ensisynnyttäjiin ja sen vaikutusta valittuun synnytystapaan.	67 ensisynnyttäjiä satunnaistettiin rooli-leikki-(N=35) ja luento-opetusryhmään (N=32)	Kyselytutkimus ennen interventiota, kaksi viikkoa sen jälkeen ja synnyttämään tultaessa	Interventioiden jälkeen synnytyspelkopisteet laskevat enemmän rooli-leikkiryhmässä. Myös sektion valitseminen väheni enemmän rooli-leikkiryhmässä.  Synnyttämään tultaessa kaikki rooli-leikkiryhmän naiset valitsivat synnytystavaksi alatiien, luento-ryhmästä alatiiesynnytyksen valitsi 75 %
.Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T. & Øian, P. 2006. Norja	Tutkia voidaan synnytyspelon takia vaadittu keisarileikkaustoive muuttaa kriisi-orientoituneen	86 synnytyspelkoista naista, joilla keisarileikkaustoive. 13 ensisynnyttä-	Kyselytutkimus 2 ja 4 vuotta synnytyksen jälkeen	86 % muutti synnytystapaan: kaikki lievästä pelosta kärsineet ja 79% vaikeasta

	ohjauksen avulla	jää ja 73 uudelleensynnyttäjää		pelosta kärsineistä. Keisarileikkaustoi-veessa pysyneet kärsivät kaikki vaikeasta pelosta ja taustalla trauma/psykkisiä, hoitamattomia ongelmia. 98 % oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon.
Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., Ryding, E. & Saisto, T. 2013. Suomi	Selvittää synnytyspelon ryhmähoidon vaikuttavuutta ensisynnyttäjillä	371 vaikeasta synnytyspelosta kärsivää ensisynnyttäjää satunnaistettiin joko ryhmäinterventioon (n=131) tai perinteiseen hoitoon. (n=240)	Tulokset kerättiin potilastietojen ja strukturoitujen kyselyiden perusteella. Kyselyt tehtiin keskiraskaudessa, loppuraskaudessa sekä kolme kuukautta synnytyksen jälkeen.	Ryhmähoitoa saaneet synnyttivät useammin alateitse ja keisarileikkaus oli pienempi kuin verrokkiryhmässä. Verrokkiryhmällä oli enemmän synnytyksen jälkeisiä massensuoroireita sekä heikompa äitiyteen sopeutumista kuin ryhmähoitoa saaneilla.
Ramvi, E. & Tangerud, M. 2011. Norja	Tutkia synnytyspelon takia keisarileikkausta toivoneiden, silti alateitse synnyttäneiden äitien synnytyskokemuksia	N=5 ensi- ja uudelleensynnyttäjää, jotka ottaneet osaa aiempaan interventioon	Narratiivinen haastattelu	Se, kuinka naiset kohdattiin, vaikutti siihen, miten he suhtautuivat synnytykseen.  Naiset kokivat tullessa lou-

	ja päätöksentekoprosessia.			<p>katuiksi ja jääneen vaille kunnioitusta. Naiset kokivat myös enemmän tai vähemmän pakotusta alatiesynnytykseen.</p> <p>Naisten kuuluisi olla oikeutettuja tulla otetuksi vakavasti huolimatta siitä, halusivatko he itse ymmärtää pelkonsa syytä.</p>
Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M. & Josefsson, A. 2015. Ruotsi	Arvioida, kuinka erikoiskoulutetun kätilön jatkuva tuki synnytyksessä vaikuttaa vaikeasta synnytyspelosta kärsivän naisen synnytyskokemukseen sekä tämän subjektiiviseen kokemukseen	N= 14 vaikeasta synnytyspelosta kärsivää ensi- ja uudelleen-synnyttäjää.  Verrokkiryhmässä N=28 ei synnytyspelkoa	Tiedot kerättiin potilastiedoista ja strukturoidulla puhelinhaastattelulla kuusi kuukautta synnytysten jälkeen.	<p>Uudelleensynnyttäjien kesken verrokkiryhmällä synnytys kesti kauemmin. Kohderyhmän naiset raportoivat korkeampaa ahdistusta synnytyksessä, huolimatta subjektiivisesta kokemuksesta.</p> <p>Kätilön jatkuva tuki saattaa olla hyödyksi</p>
Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy,	Testata raskaudenaikaisen, kätilön	n=339, korkeaa synny-	Kyselytutkimus alussa ja raskausviikolla 36	Vaikuttava keino vähen-

D., Buist, A., Turkstra, E. & Ryding, E. 2014. Australia	vetämän psykoedukatiivisen intervention vaikutusta korkeaan synnytyspelkoon niin ensi- kuin uudelleensynnyttäjillä.	tyspelkoa raportoinutta naista. Saatunnaistettiin kohde (n=170) ja verrokkiryhmään (n=169)		tää synnytyspelkoa ja lisätää itsevarmuutta missä tahansa raskauden vaiheessa.  Varmistuttiin siitä, että naisen luottamusta omaan kykyihin synnytyksessä voidaan muokata.
Västi, R. & Aaltonen, S. 2009. Suomi	Kuvata synnytyspelkopoliinikan asiakkaiden pelkoja, odotuksia sekä kokemuksia saamastaan hoidosta. Lisäksi kuvata kätilöiden kokemuksia synnytyspelon hoidosta	N= 6 kätilöitä N= 6 asiakasta, joista yksi ensisynnyttäjä	Laadullinen tutkimus, mikä toteutettu teemahaastatteluna	Kätilöiden mukaan hoito asiakaslähteisistä ja yksilöllistä. Tärkeää olla luotettava tuki ja kuunteleva keskustelukumppani. Asiakkaiden vastaukset tukivat kätilöiden kertomaa; koettiin että pelot otettiin todesta ja kätilöltä saatiin tukea ja tietoa