



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

ÄITIEN KOKEMUKSIA SYNNYTYKSEN KÄYNNISTÄMISESTÄ

Elina Nikula

Zephyra Rahimi

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016
Hoitotyö
Kättilötyö



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyö
Kättilötyö

ELINA NIKULA & ZEPHYRA RAHIMI:
Äitien kokemuksia synnytyksen käynnistämisestä

Opinnäytetyö 55 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Lokakuu 2016

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten äidit kokevat käynnistetyn synnytyksen ja mitkä asiat kokemukseen vaikuttavat. Tavoitteena oli kehittää käynnistyspotilaan hoitotyötä ja lisätä tietoa äitien kokemuksista liittyen synnytyksen käynnistämiseen. Lisäksi tarkoituksena oli antaa avaimia kättilötyön kehittämiseen käynnistyspotilaan hoitotyössä. Opinnäytetyön tehtävinä oli kuvailla, miten äidit kokevat sairaalassaoloajan tullessaan synnytyksen käynnistykseen ja mitkä tekijät tähän kokemukseen vaikuttivat sekä minkälaisia ennakkokäsityksiä tai ennakkotietoja äideillä oli ennen käynnistämistä ja oliko tietotaso heidän mielestään riittävä. Tehtävänä oli myös pohtia, millä tavoin synnytyskokemusta voitaisiin parantaa.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineisto kerättiin E-kyselylomakkeella Facebookin Äitylit ja Aktiivinen synnytys ry ryhmien keskustelupalstojen kautta. Kyselylomake sisälsi seitsemän suljettua ja viisi avointa kysymystä. Vastauksia tuli 645, joista 45 oli keskeneräisiä. Avoimet kysymykset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön erittelyllä ja kvantitatiivinen aineisto käsiteltiin SPSS-tilasto-ohjelmalla.

Vastauksia tuli lyhyessä ajassa paljon, mistä voisi päätellä äideillä olevan tarvetta kertoa synnytyskokemuksestaan ja aiheen olevan tärkeä tutkimuskohde. Käynnistetyn synnytyksen ajatellaan ennakkoon olevan kipeämpi ja rajumpi kuin spontaanisti käyntiin lähteneen synnytyksen. Melko hyvin tiedettiin, että synnytys ei välttämättä lähde heti käyntiin. Usein prosessin lähdettiin myös vailla ennakkotietoa ja avoimin mielin. Prosessin aikana kaivattiin sitä, että henkilökunta pysähtyisi hetkeksi keskustelemaan kiireettömästi potilaan kanssa tilanteesta ja antaisi tietoa, jonka pohjalta synnyttäjät pystyisi itse osallistumaan hoitoonsa paremmin. Havaittiin, että henkilökunnan käytös jää synnyttäjien mieleen niin hyvässä kuin pahassakin. Monessa vastauksessa oli kommentoitu vain henkilökunnan käyttäytymistä.

Vieras ympäristö, epätietoisuus ja tilanteen hallitsemattomuus heikentävät synnytyskokemusta. Tuloksemme mukailivat aiempia tutkimustuloksia, joita kaikkia yhdistävä tekijä oli tiedonannon kehittäminen. Synnyttäjät haluavat tulla kuulluiksi ja kohdatuiksi kiireettä. Mikäli kiireelliseen tilanteeseen joudutaan, tulisi tilanne käydä jälkikäteen lävitse rauhallisesti. Komplikaatiot ja vastoin suunnitelmia mennyt sairaalassaoloaika, voidaan vielä pelastaa henkilökunnan empaattisuudella ja hyvällä käytöksellä.

Asiasanat: äitien kokemus, synnytyksen käynnistäminen, synnytys, kipu

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Midwifery

NIKULA, ELINA & RAHIMI, ZEPHYRA:
Mothers' Experiences of Induction of Labour

Bachelor's thesis 55 pages, appendices 3 pages
October 2016

The purpose of this study was to find out how mothers experienced induction and which factors affected the experience. The aim of this study was to develop induced patients' care and increase information about maternal experience regarding the induction of labor. The aim was also to share improvement to midwifery work about induced patients. The task of the thesis was to describe women's experiences of being hospitalized during induction, factors which affected their experiences and what kind of foreknowledge they had before induction and whether it satisfied them. One tasks of the thesis were also to ponder how experiences of induction of labor can be developed.

Both qualitative and quantitative methods were applied in the study. The response rate was 645, of which 45 were incomplete. The data were collected through different discussion columns which were Facebooks of Äitylit and Active labour ry with a questionnaire. The qualitative questions were analyzed through differentiation analysis and quantitative questions were analyzed using SPSS -software. The responses showed that mothers have a need to share their experience. Findings reveal that induction of labor is more painful and fierce than spontaneous birth. Many also yearned for staff's time and information so mothers could participate in their own care.

The study suggests that unknown environment, uncertainty and lack control of situation made birth experience less satisfactory. The most important finding of the present study was that there is a need to improve the information provided to women undergoing labour induction. The amount of support from caregivers appear to be important when women evaluate their childbirth experiences.

Key words: mothers' experience, induction of labor, labour, pain

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT	7
3	SYNNYTYKSEN KÄYNNISTYMISEN FYSIOLOGIAA	8
4	SYNNYTYKSEN KÄYNNISTÄMINEN	10
4.1	Käynnistykset maailmalla	10
4.2	Käynnistämisen indikaatiot ja kontraindikaatiot	12
4.2.1	Käynnistämisen vaikutukset sikiöön.....	13
4.3	Kohdunkaulan kypsyttäminen	15
4.4	Käynnistysmenetelmät.....	16
4.4.1	Ballonki	16
4.4.2	Sikiökalvojen puhkaisu	17
4.4.3	Prostaglandiinit	18
4.4.4	Oksitosiini ja NIST	18
4.4.5	Muut käynnistysmenetelmät	20
5	SYNNYTYSKOKEMUKSEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	22
5.1	Synnytyskokemus	22
5.2	Kipu	23
5.3	Synnytysympäristö.....	23
5.4	Tukihenkilön ja kätilön tuen merkitys	24
5.5	Hallinnan kokemus omasta kehosta.....	25
6	SYNNYTYKSEN KÄYNNISTÄMISEN VAIKUTUS SYNNYTYSKOKEMUKSEEN	27
7	TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	29
7.1	Tutkimusmenetelmä.....	29
7.2	Aineiston kerääminen ja toteuttaminen	29
7.3	Aineiston analysointi	30
8	TULOKSET	31
8.1	Tutkimusjoukon taustatiedot.....	31
8.2	Äitien ennakkokäsitykset	33
8.3	Millaista tietoa äidit olisivat kaivanneet etukäteen.....	35
8.4	Äitien synnytyskokemukseen vaikuttavat tekijät	36
8.5	Synnytyskokemusta parantavat asiat	38
8.6	Spontaanisti käynnistyneen synnytyksen ja käynnistetyn synnytyksen ero	40
8.7	Yhteenveto tuloksista.....	41
9	POHDINTA.....	43

9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	43
9.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	45
9.3 Jatkotutkimusaiheet	48
LÄHTEET.....	49
10 LIITTEET.....	53

1 JOHDANTO

Synnytyksen käynnistäminen on yhä yleistyvä toimenpide maailmanlaajuisesti. Synnytyksen käynnistämistä ja siihen käytettäviä metodeita on tutkittu lääketieteen kantilta paljon. Vähäisemmälle huomiolle on sen sijaan jäänyt se, mitä synnyttäjät ajattelevat käynnistyksestä ja minkälainen synnytyskokemus heille jää, kun synnytys on käynnistetty. Synnytyskokemuksella on kauaskantoiset vaikutukset naisen ja koko perheen elämään. (Männistö & Sillanpää 2006, 53; Rankio & Viksten 2014, 51.) Koemme tärkeänä, että aiheesta saadaan lisää tietoa ja pyritään tuomaan esiin asioita, joiden avulla käynnistyspotilaan hoitotyötä voitaisiin parantaa. Opinnäytetyön rajallisissa puitteissa keskitymme ainoastaan naisiin, joiden synnytys on käynnistetty. Olisi hedelmällistä ottaa vertailukohteeksi myös naisia, joiden synnytys on käynnistynyt spontaanisti. Tällaisia tutkimuksia on tehty vähän, ja tulosten perusteella käynnistetyn synnytyksen jälkeen äitien synnytyskokemukset ovat hieman negatiivisempia, kuin spontaanisti käynnistyneen synnytyksen jälkeen (Hildingsson, Karlström & Nystedt 2011, 151; Shetty, Burt, Rice & Templeton 2005, 56).

Opinnäytetyömme teoriaosuudessa selvitämme, mitä synnytyksen käynnistymisestä tiedetään. Teemme katsauksen niin Suomen kuin muutaman vertailumaan kohdalla siitä, kuinka paljon synnytyksiä käynnistetään ja mikä on toimenpiteen yleisyyden kehitysuunta. Selvitämme, mitä eri metodeita synnytyksen käynnistämiseksi on yleisimmin käytössä ja mistä syistä synnytys voidaan käynnistää tai missä tapauksissa käynnistystä ei voida toteuttaa. Lopuksi esitämme tekijöitä, joiden on todettu vaikuttavan synnytyskokemukseen ja tuomme esiin aikaisempien tutkimusten tulokset. Pyrimme saamaan työhön kansainvälistä näkökulmaa käyttämällä monipuolisia ja luotettavia lähteitä. Tässä opinnäytetyössä käytettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusmetodia.

Tarkoituksena oli alun perin tarkastella äitien kokemuksia kirjallisuuskatsauksen avulla. Tutkittua tietoa löytyi kuitenkin niin vähän, että tehtävä osoittautui lähes mahdottomaksi. Metodi vaihdettiin kvantitatiiviseksi tutkimusmetodiksi, jota täydennettiin viidellä avoimella kysymyksellä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten äidit kokevat käynnistetyn synnytyksen ja mitkä asiat kokemukseen vaikuttavat.

Tämän opinnäytetyön tavoite on kehittää käynnistyspotilaan hoitotyötä ja lisätä tietoa äitien kokemuksista synnytyksen käynnistämisestä, jonka pohjalta voidaan kehittää käynnistystä odottavan ja sitä läpi käyvän äidin synnytys kokemusta kätilötyön keinoin.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Minkälaisia ennakkokäsityksiä tai ennakkotietoja äideillä oli ennen käynnistämistä ja onko tietotaso heidän mielestään riittävä?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat synnytyskokemukseen?
3. Miten käynnistetyn synnytyksen kokeneet kuvailevat sairaalassaoloaikaa ja siitä jäänyttä kokemusta?
4. Millä tavoin synnytyskokemusta käynnistetystä synnytyksessä voitaisiin parantaa?

3 SYNNYTYKSEN KÄYNNISTYMISEN FYSIOLOGIAA

Raskaus on täysiaikainen, kun viimeisimpien kuukautisten alkamispäivästä on kulunut 40 viikkoa. Ennenaikainen raskaus päättyy ennen h 37+0 ja yliaikainen ylittää h 42+0. (Saarikoski 2011, 412.) Synnytys voidaan määritellä alkaneeksi, kun kohdun rytminen supistelu voimistuu ja tihenee ja kun kohdunkaula lyhenee ja avautuu (Norwitz & Shorge 2006, 1165). Synnytyksen käynnistymisen mekanismit eivät ole vielä aivan täysin selvillä. Luultavimmin synnytyksen käynnistymiseen vaikuttavat äidin, istukan, sikiön ja kohdun mekanismit, mutta ratkaiseva aloitussignaali on todennäköisimmin sikiöstä lähtöisin. Ajatellaan, että synnytyksen käynnistymiseen vaikuttavat monet asiat. (Saarikoski 2011, 412.)

Sikiön aivolisäke erittää oksitosiinia, joka lisää solun sisäistä kalsiumpitoisuutta. Oksitosiinia erittävät loppuraskaudessa myös istukka ja sikiökalvot. Oksitosiinipitoisuus äidin plasmassa lisääntyy raskauden myötä ja oksitosiini reseptoreiden määrä alkaa lisääntyä raskauden puolivälistä asti. Reseptorien määrää lisäävät sukupuolihormonit ja kohdun lisääntyvä venytys. Reseptorit myös herkistyvät oksitosiinin vaikutukselle. Alkuraskaudessa kohtulihas ei oksitosiiniin reagoi. Oksitosiini lisää myös prostaglandiinien erittymistä. (Saarikoski 2011, 412; Myllykangas 2011, 1-2.)

Prostaglandiineja tuottavat istukka, amnion (PGE₂) ja decidua (PGF 2a). Prostaglandiinit aktivoivat kohdun supistelua ja pehmentävät kohdunkaulaa pilkkomalla sidekudoksen kollageenisäikeitä. Kohtulihaksessa prostaglandiinit lisäävät aukkoliitosten määrää, mikä helpottaa lihassolujen yhtenäistä supistelua. (Saarikoski 2011, 413; Myllykangas 2011, 1-3.) Prostaglandiinien lisäksi kohdunkaulan pehmenemiseen, vesipitoisuuden lisääntymiseen, lyhenemiseen ja avautumiseen vaikuttaa myös kollageenaasi-, proteinaasi- ja peptidaasientsyymejä. Prosessin etenemiseen vaikuttavat myös aiemmin mainitun oksitosiinin ohella progesteroni, estrogeeni, relaksiini, sytokiinit ja typpioksidi. (Nuutila 2006, 1098; Myllykangas 2011, 1-3.) Lisäksi sileän lihassolun supistumista ja relaksoitumista säätelee myosiinin fosforylaation aste (Saarikoski 2011, 413-414). Fosforylaatiota ja defosforylaatiota taas säätelee kalsiumionin solunsisäinen määrä (Nuutila 2006, 1099). Näin ollen tekijät, jotka lisäävät solunsisäisen kalsiumin määrää, voivat aktivoida supistuksia (Saarikoski 2011, 414).

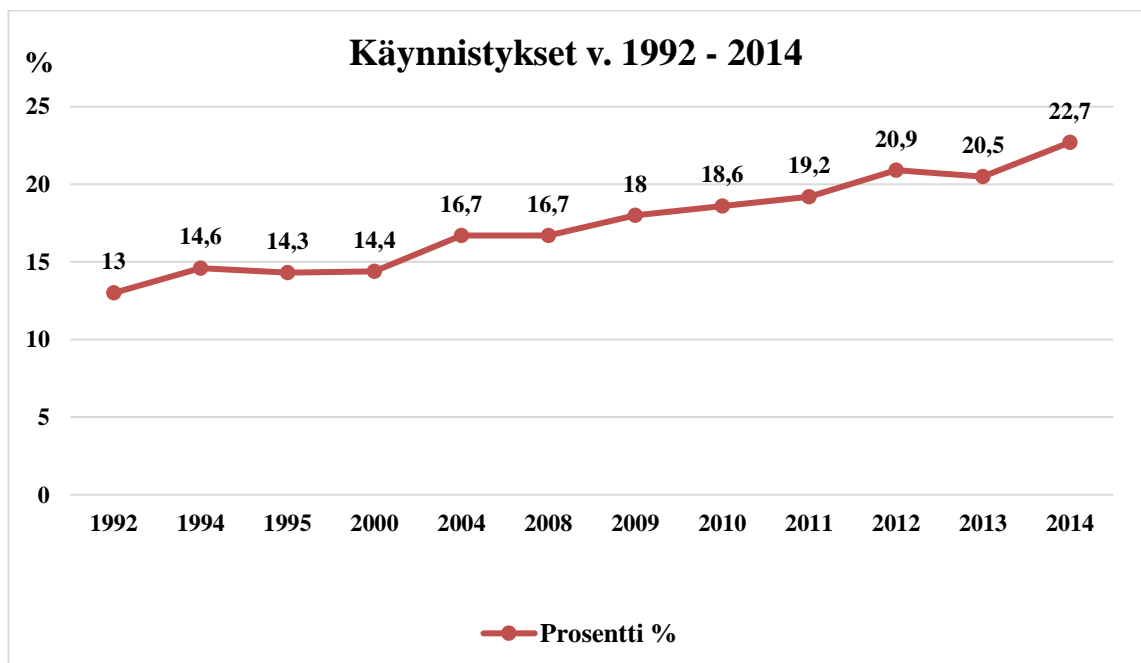
Raskauden aikana kohdunkaula on kiinteä ja suljettu. Kun raskaus etenee kohti synnytystä, kohdunkaula valmistautuu synnytykseen läpikäymällä uudelleen muotoutumiseen. Ensimmäisessä vaiheessa kohdunkaula pehmenee. Pehmeneminen saattaa alkaa jo ensimmäisellä trimesterillä ja johtaa vetolujuuden alenemiseen. Ensimmäinen vaihe on yleensä hitaasti etenevä ja vaatii progesteronirikkaan ympäristön. Spontaania synnytystä edeltävinä viikkoina alkaa kohdunkaulan kypsymisen toinen vaihe. Tämä vaihe kohdunkaulan uudelleen muotoutumisessa on erittäin tärkeä, sillä sen myötä kohdunkaula voi avautua ja supistukset voivat alkaa. (Timmons, Akins & Mahendroo 2010, 353 – 361.)

4 SYNNYTYKSEN KÄYNNISTÄMINEN

4.1 Käynnistykset maailmalla

Vuonna 2014 Suomessa oli 57 019 synnytystä. Näistä käynnistettyjä oli 22,7 %. Käynnistettyjen synnytysten osuutta vertailtaessa voidaan huomata kehityksen olevan noususuuntainen. Esimerkkinä 1993 13,9 %, 2003 17,0 % ja 2011 19,9 % synnytyksistä oli käynnistettyjä (TAULUKKO 1). (Gissler & Vuori 2015.) Tosin ennen vuotta 2004 tilastointi kriteerit eivät olleet tarkasti määriteltyjä. Tästä syystä sairaaloiden ilmoittamia lukuja ei voi varauksetta vertailla. (Nuutila 2006, 1097.) Vuoden 2015 ennakkotietojen mukaan vuoden 2015 käynnistysprosentti oli 24,8 (Gissler & Vuori 2016). Myös maailmalla suuntaus näyttäisi olevan samansuuntainen. Esimerkiksi Yhdysvalloissa synnytyksen käynnistäminen on lisääntynyt huomasti viime vuosikymmeninä. Vuonna 1990 Yhdysvalloissa käynnistettiin 10 % synnytyksistä ja vuonna 2010 jo 23 %. (Bell, Erickson & Carter 2014, 35-42.)

TAULUKKO 1. Käynnistykset Suomessa vuosina 1992- 2014 (Gissler & Vuori 2015)

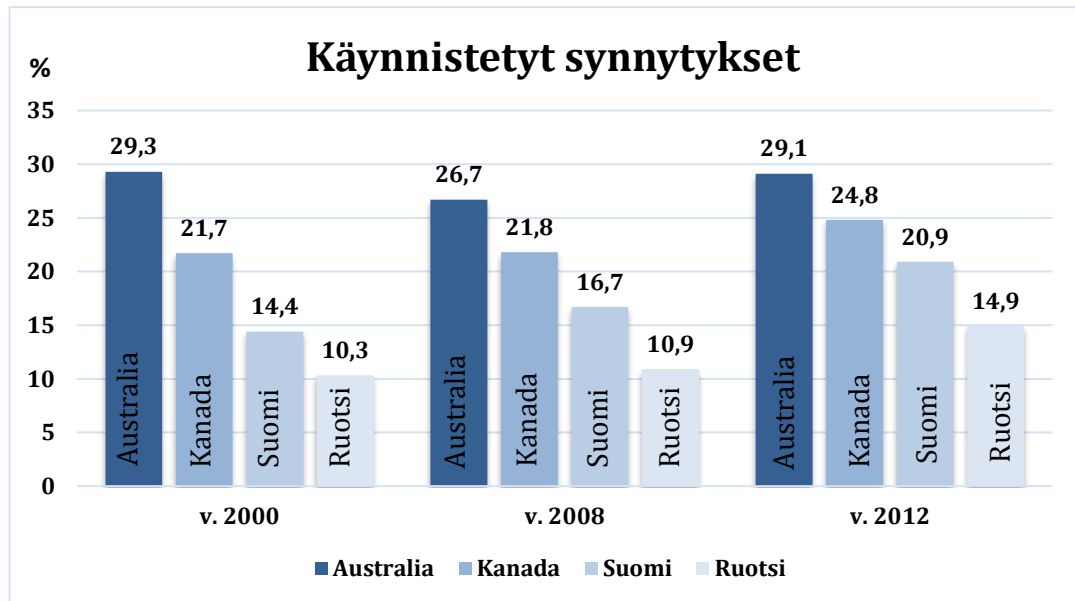


Australiassa synnytyksiä käynnistetään myös paljon. Kymmenen vuoden tarkasteluvälillä käynnistysprosentti on pysytellyt samansuuntaisena. Vuonna 2000 29,3 %, 2008 26,7%

ja vuonna 2012 29,1 % synnytyksistä käynnistettiin. Australiassa synnytykset käynnistetään useimmiten kalvojen puhkaisulla tai kalvojen puhkaisun tueksi otetaan käyttöön oksitosiini. Muita lääkkeellisiä menetelmiä käytetään huomattavasti vähemmän. (Government of Western Australia department of health 2014.) Kanadassa synnytysten käynnistämisen määrä on nousut maltillisesti. Vuosina 2000 - 2012 käynnistysten määrä oli 22,7 - 24,7 %. Yleisin käynnistysmetodi Kanadassa on kalvojen puhkaisu yhdistettynä oksitosiiniin ja toiseksi yleisin pelkkä oksitosiini. (Canadian Institute for Health Information 2015.) Ruotsissa käynnistyksiä on tilastojen mukaan vähän verrattuna muihin maihin, mutta rauhallista nousua on kuitenkin havaittavissa (TAULUKKO 1) (Statistiska centralbyrån 2013). Sairaaloiden väliset erot käynnistysmäärissä ovat maailmalla suuria.

Suomessa vuonna 2013 kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 30,4 vuotta ja ensisynnyttäjien 28,6 vuotta (Tilastokeskus 2014). Ruotsin virallisista tilastoista voidaan nähdä iällä olevan merkitystä synnytyksen käynnistämiseen. Mitä vanhempi synnyttäjä, sitä enemmän synnytyksiä on prosentuaalisesti käynnistetty. (Socialstyrelsen 2016.) Yhtenä syynä käynnistysten lisääntymiseen saattaa olla synnyttäjien ikääntyminen. Myös ylipainoisten naisten ja synnyttäjien määrä lisääntyy jatkuvasti. Tällä lienee merkitystä lisääntyneeseen käynnistysten määrään. Lihavuus lisää riskiä paitsi moniin raskaudesta riippumattomiin sairauksiin ja oireyhtymiin, myös raskauden aikaisiin ongelmiin kuten raskausdiabetes, sikiön makrosomia, pre-eklampsia ja raskaushypertensio. Lisäksi ylipainoisen odottajan raskaus venyy yliaikaiseksi useammin kuin normaalipainoisen odottajan. (Raatikainen, K.; Härmä, K & Randell, K. 2010, 1103-1108.)

TAULUKKO 2. Käynnistykset vuosittain maailmalla (Canadian Institute for Health Information 2015; Gissler & Vuori 2015; Government of Western Australia department of health 2014; Statistiska centralbyrån 2013)



4.2 Käynnistämisen indikaatiot ja kontraindikaatiot

Synnytyksen käynnistämiseen on aina oltava pätevä lääketieteellinen syy, jolloin raskauden jatkamisen riskit ylittävät sen päättämisen riskit. Tilanne vaatii kokemusta ja kykyä hahmottaa synnyttäjän, sikiön ja perheen kokonaistilanne. Jotta synnytystä voitaisiin alkaa käynnistää, on äidin kyettävä synnyttämään alateitse ja luisen lantion mitat on oltava soveliaat alatiesynnytykselle. (Saarikoski 2011, 414-415.) Indikaatio käynnistämiseksi voi olla äidin terveydellinen ongelma, kuten esimerkiksi diabetes, krooninen munuaissairaus, krooninen hypertensio tai hoitoa vaativa syöpäsairaus. Raskauden aikaisista ongelmista johtuen raskaus voidaan myös käynnistää pre-eklampsian, raskaudenaikaisen hypertension, hepatoosin, ennenaikaisen sikiökalvojen puhkeamisen tai amnioniitin vuoksi. Sikiön voinnin vuoksi käynnistys voidaan tehdä esimerkiksi kasvun hidastumisen, lapsiveden vähenemisen, KTG-käyrä muutosten, yliaikaisuuden tai ultrasuon havaittujen poikkeavien löydösten vuoksi. Syynä käynnistämiseksi voi myös olla todettu fetus mortus tai varmistettu epämuodostuma, jonka ennuste on toivoton. Synnytyksiä käynnistetään myös sosiaalisin syin äidin elämäntilanteen, väsymisen tai pitkän sairaalamatkan vuoksi. Tällöin edellytykset synnytyksen käynnistymiselle tulisi olla hyvät. (Saarikoski 2011, 413-414.)

Synnytystä ei luonnollisesti voida käynnistää, mikäli alatiesynnytykselle on jokin este. Tällaisia esteitä ovat esimerkiksi sikiön poikkeus, äidin lantion ahtaus, etinen istukka, vasa praevia, aiempi kohdun lävistävä kirurgia, riittämätön mahdollisuus sikiön kunnolliseen monitorointiin ja mikäli äidillä on anamneesissaan enemmän kuin yksi aiempi sektio. (Myllykangas 2010, 3; Nuutila 2006, 1098.) Käynnistetyssä synnytyksessä on omat riskinsä. Lääkkeellisiin käynnistymetodeihin liittyy kohdun takysystolian ja hyperstimulaation riski. Kun kohtu supistelee liian tiheästi ja voimakkaasti ja kohtulihaksen perustonus kohoaa, istukan verenkierto heikkenee. Tällöin riski sikiön asfyksiaan, asidoosiin, aivovaurioihin ja jopa kuolemaan lisääntyy. (Bonsack, Lathrop & Blackburn 2014, 606 -615; Myllykangas 2010, 5.)

Siitä, lisääkö käynnistäminen operatiivisten alatiesynnytysten riskiä, ollaan montaa mieltä. Sektoriskin kohoaminen sen sijaan vahvistetaan useimmissa tutkimuksissa. Toisaalta jo syy, miksi synnytys on päätetty käynnistää, saattaa itsessään lisätä sektoriskiä. (Bonsack ym. 2014, 609-012; Henderson & Redshaw 2013, 1165; Koppatz 2010,4-6; Myllykangas 2010, 6.)

Synnytyksen jälkeinen verenvuoto saattaa olla runsaampaa käynnistetyissä synnytyksissä. Lisääntyneeseen vuotoriskiin on yhdistetty niin oksitosiini, kuin prostaglandiinitkin, mutta myös päinvastaisia tuloksia on saatu. (Bonsack ym. 2014, 612-615; Koppatz 2010, 15-16.) Koppatz (2010) on vertaillut Kätilöopiston sairaalassa spontaanisti käynnistyneitä ja käynnistettyjä yliaikaisia ja täysiaikaisia raskauksia. Tulosten mukaan runsas synnytyksen jälkeinen vuoto korreloi voimakkaasti käynnistämisen lisäksi raskausviikojen, synnytyksen keston sekä käynnistämiseen ja synnytykseen kuluneen ajan kanssa. (Koppatz 2010, 21.)

4.2.1 Käynnistämisen vaikutukset sikiöön

Käynnistämällä ja siihen liittyvillä lääkeaineilla on vaikutusta sikiöön. Misoprostoliin liittyy suurempi riski kohdun liian tiheään ja epärytmiseen supisteluun sekä supistusten monihuippuisuuteen. Nämä altistavat sikiötä ahdingolle. Tästä syystä KTG-käyrä on hyvä ottaa ennen misoprostolin aloittamista ja uudelleen tilanteen mukaan supistusten tihennyttyä. (Nuutila 2006, 1099.) Misoprostolilla ajatellaan olevan vaikutusta myös sikiön suolistoon, jolloin riski sikiön lapsiveteen ulostamiseen lisääntyy (Alfrievic, Aflaifel

& Weeks 2014). Tämä havaittiin myös laajassa Cochrane katsauksessa (Hofmeyr, Gulmetsoklu & Pileggi 2009). Mekoniumaspiraatio tai vähintäänkin vihreä lapsivesi on liitetty käynnistettyyn synnytykseen myös muissa tutkimuksissa (Bonsack ym. 2014, 609-612; Koppatz 2010, 20; Myllykangas 2010,7). Toisenlaiseen tulokseen taas tultiin 22 tutkimusta sisältäneessä Cochrane katsauksessa, johon sisältyi 9283 potilasta. Tässä katsauksessa induktio vähensi mekoniumaspiraatiota. Induktioryhmässä myös esiintyi vähemmän sektioita ja perinataalimotaliteetti oli pienempi kuin vertailuryhmässä. (Gulmetzoglu, Crowther, Middleton ym. 2012.)

Koppatzin (2010) tutkimuksen mukaan yliaikaisuudella oli eniten vaikutusta lapsiveden värjäytymiseen (Koppatz 2010, 20). Raskausviikolla 42 mekoniumaspiraation riski on nelinkertainen verrattuna täysiaikaisen lapsen synnytykseen (Ylilehto 2016). Apgar-pisteisiin käynnistyksellä ei näyttäisi olevan merkitystä, mutta vastasyntynyt tarvitsee useammin tehostettua hoitoa käynnistetyn synnytyksen jälkeen verrattuna spontaanisti käynnistyneeseen synnytykseen. Myös vaikean syntymäasfyksian riski kasvaa. (Koppatz 2010, 20; Myllykangas 2010, 12-13.) Autismin lisääntyminen on myös liitetty käynnistettyyn synnytykseen. On ajateltu, että oksitosiinin yleistynyt käyttö saattaisi olla tämän ilmiön takana. On kuitenkin hankala jälleen tietää, onko oksitosiini todella syyllinen, vai vaikuttaako mahdollisesti jokin seikka, minkä vuoksi synnytys on päätetty käynnistää. (Bonsack ym. 2014, 610-614.) Oksitosiinin, sen vapautumista säätelevän proteiinin ja oksitosiinireseptorin tietyt geenivariantit on tosin alustavasti liitetty autismiriskiin (Karlsson & Kortelainen 2011, 912).

Toisaalta polikliininen käynnistäminen nähdään mahdollisena ja vakavat haittavaikutukset ovat harvinaisia. Cochrane katsauksessa ei todettu positiivisia eikä negatiivisia vaikutuksia äidin eikä vastasyntyneen terveyteen. Saatiin viitteitä siitä, että mikäli synnytys käynnistetään polikliinisesti ja äiti pääsee kotiin odottelemaan synnytyksen käynnistymistä, olisi synnytyksen kesto lyhyempi ja synnytyksen aikana tarvittaisiin vähemmän lääkitystä. Katsauksessa ei kuitenkaan otettu kantaa siihen, mitkä käynnistysmenetelmät olisivat käyttökelpoisimpia tähän tarkoitukseen. (Dowswell, Kelly, Livio ym. 2010.)

4.3 Kohdunkaulan kypsyttäminen

Synnytyksen käynnistäminen aloitetaan kohdunkaulan kypsytyksellä, mikäli Bishopin pisteet ovat alle 6 (TAULUKKO 3). Kohdunkaulan kypsytyksen tavoitteena on johtaa epäkypsän kohdunkaulan kudoksen pehmenemiseen, oheneeseen sekä avautumiseen, jotta synnytyksen käynnistäminen onnistuisi. Jos käynnistäminen aloitetaan kohdunkaulan ollessa täysin epäkypsä, saattaa se johtaa pysähtyneeseen synnytykseen, sikiön hapen puutteeseen sekä äidin väsymiseen. (Myllykangas 2010, 4.)

Arvioitaessa kohdunkaulan kypsyysastetta, voidaan käyttää eri menetelmiä ja uusia etsitään jatkuvasti. Yleisimmin käytössä on perinteinen Bishopin pisteytys. Tämä pisteytys arvioi kohdunkaulakanavan pituutta, asentoa, kiinteyttä, kohdunsuun avautumista sekä sikiön tarjoutuvan osan korkeutta (TAULUKKO 3). Bishopin pisteytys vaati sisätutkimuksen. Maksimipistemäärä on kolmetoista ja tutkimukset ovat osoittaneet, että kun pisteitä on yli yhdeksän, käynnistäminen onnistuu varmimmin. Naisista, jotka saivat vähintään kuusi pistettä, 90 % saavutti alatiesynnytyksen kuuden tunnin sisällä. Alle kuusi pistettä saaneilla synnytyksen käynnistyminen oli epävarmaa. Kun pisteitä on kuusi tai enemmän, voidaan kohdunkaulan ajatella olevan kypsä ja olosuhteet käynnistämiseksi suotuisat. Kokonaispisteytys määräytyy jokaisen osa-alueen pisteytyksestä. Bishopin pisteytystä on kritisoitu sen vuoksi, että tulos voi olla riippuvainen tutkimusten suorittajasta. Lisäksi parametreista tulee pisteitä saman verran, mutta niiden painoarvo ei käytännössä ole sama. (Ezebialu, I., Eke, A., Eleje, G. & Nwachukwu, C. 2013.)

TAULUKKO 3. Bishopin pisteytys (Saarikoski 2011)

Pisteet	0	1	2	3
Kohdunsuu auki (cm)	suljettu	1-2	3-4	>5
Kohdunkaulakanavan pituus (cm)	>4	2-4	1-2	1-2
Tarjoutuvan osan korkeus	-3	-2	-1 tai 0	+1 tai +2
Kiinteys	kiinteä	puolipehmeä	pehmeä	
Kohdunkaulan asento	taakse	keskellä	eteenpäin	

Langen ja hänen työryhmänsä mukaan ratkaisevin merkitys synnytyksen käynnistämiseksi on kohdunsuun tilanne ja sen pistearvo tulisi painottaa vähintään kaksinkertaiseksi verrattuna Bishopin pisteytykseen. Muunnellun pisteytyksen tulokset ovat samat, kuin

muilla menetelmillä saavutetut, mutta Langen pisteytystaulukko on yksinkertaisempi. Se sisältää kolme tutkittavaa osa-aluetta 1) kohdunkaulan pituus 2) kohdunsuun tilanne sekä 3) tarjoutuvan osan korkeus. Pisteytyksen ollessa 5-7, arvioitu tulos onnistuneesta käynnistyksestä on 75%. Tuloksen ollessa alle 4, riski käynnistämisen epäonnistumiselle on huomattavan suuri (TAULUKKO 4). (Possner ym. 2013, 178-179.)

TAULUKKO 4. Langen pisteytys (Possner ym. 2013, 178-179)

Tarjoutuvan osan korkeus	-3	-2	-1,0	+1, +2
Pisteet	0	1	2	3
Kohdunsuu auki (cm)	0	1-2	3-4	>4
Pisteet	1	2	4	6
Kohdunkaulakanavan pituus (cm)	3	2	1	0
Pisteet	0	1	2	3

4.4 Käynnistysmenetelmät

4.4.1 Ballonki

Erilaisia katetreja ja ballonkeja alettiin käyttää synnytyksen käynnistämiseen 1900-luvun alkupuolella (Nuutila 2006, 1098). Ballonkia käynnistysmenetelmänä käytetään maailmalla paljon, mutta Suomessa ballonkia on alettu laajemmin käyttää vasta 2010-luvun vaihteen molemmin puolin. Ballongin ajatellaan avaavan kohdunkaulan kanavaa mekaanisesti sekä stimuloivan äidin omaa prostaglandiini tuotantoa. Menetelmässä lääkäri vie sisätutkimuksen yhteydessä kohdunkaulan kanavan lävitse tietynlaisen katetrin, jonka päässä oleva pieni säiliö täytetään 40-50 ml:lla keittosuolaliuosta. Nestetäytteinen pallo asennetaan sikiökalvojen ja kohdunkaulan sisäsuun väliin. Katetrin varsi teipataan äidin

reiteen, jotta kohdunkaulaan saadaan kohdennettua pieni veto. Sikiön pään painaessa kohdunkaulaa ja ballongin nesterakkulaa, kohdunkaulakanava avautuu sen verran, että kalvojen puhkaisu saattaa olla mahdollista. (Panelius, Heikinheimo, O & Rahkonen, 2012, 2093-2102.)

Useimmiten käynnistäminen ballongilla on yhtä tehokasta, kuin misoprostolilla (Panelius ym. 2012, 2093-2102). Possner ym (2013, 182) teoksessa *Human labor & birth* taas mainitaan tutkimuksesta, jossa vertailtiin prostaglandiinia saaneita synnyttäjiä ballongilla käynnistettyihin synnyttäjiin. Tutkimuksessa havaittiin, että ballongilla käynnistettyjen ryhmässä vaadittiin enemmän oksitosiinin käyttöä ja interventioita kuin prostaglandiinilla käynnistettyjen ryhmässä.

Ballongilla ei ole suoraa kohdun supistuksia lisäävää vaikutusta, joten riski kohdun haitallisen tiheään supisteluun on pienempi kuin lääkkeillä (misoprostoli) käynnistetyssä synnytyksessä (Panelius ym. 2012, 2093-2102; Possner ym 2013, 180-181). On tutkittu, että mikäli ballonki poistettaisiin heti asennuksen jälkeen, infektioriski vähenee, mutta synnytyksen kesto pitenee. Tutkimuksen mukaan synnytys pidentyi kuitenkin vain ensisynnyttäjillä. Ballonki voitaisiin näin poistaa nopeammin uudelleensynnyttäjiltä. (Sharma 2009, 390-395.)

4.4.2 Sikiökalvojen puhkaisu

Toiselta vuosisadalta (101-200 eKr.) lähtien ammattilaiset ovat käyttäneet manuaalisia käynnistysmetodeja (Bonsack 2014, 606). Viime vuosina ympäri maailmaa sikiökalvojen puhkaisu on ollut yleinen käytäntö. Sikiökalvojen puhkaisun tarkoitus on käynnistää synnytys tai pitkittyneessä synnytyksessä edistää sitä. (Smyth, Markwham & Dowswell 2013.) Sikiökalvojen puhkaisun tavoitteena on nopeuttaa sekä voimistaa supistuksia ja näin ollen lyhentää synnytyksen kestoja. Ennen kalvojen puhkaisua tilanteen on oltava suotuisa synnytyksestä ajatellen, sillä kalvojen puhjettua peräntymistietä ei ole. Kalvot puhkaistaan viemällä sormet kohdunkaulan sisään. Sormien suojassa pidetään klassinen kuu-lapihdin puolikas tai muu terävä instrumentti ja se asetetaan sikiökalvoja vasten. Sikiökalvoihin tehdään reikä, jolloin lapsivesi alkaa yleensä valua pois. Noin 1-2 tuntia sikiökalvojen puhkaisun jälkeen, kohdun tilavuus laskee ja kohtu ottaa kontaktia sikiöön. Näin sikiön pää alkaa laskeutua. (Saarikoski 2011, 414.) Sikiökalvojen puhkaiseminen lisää

prostaglandiinien tuotantoa ja näin ollen vahvistaa kohdun supistustoimintaa (Myllykangas 2011,5). Kalvojen puhkaisuun liittyy riskejä, jotka ovat kuitenkin harvinaisia. Näitä ovat esimerkiksi muutokset KTG-käyrässä ja napanuoran ulos luiskahtaminen eli prolapsi. (Smyth ym. 2013.)

4.4.3 Prostaglandiinit

Prostaglandiinien käyttö aloitettiin 1960-luvulla. Prostaglandiineja käytetään sekä kohdunkaulan pehmittämiseen, että varsinaiseen synnytyksen käynnistämiseen. Synnytys voidaan käynnistää prostaglandiineilla missä raskauden vaiheessa hyvänsä. Prostaglandiineilla lähdetään liikkeelle etenkin silloin, kun Bishopin pisteet ovat alle 6. (Nuutila 2006, 1099; Saarikoski 2011, 415.) Vielä 1990-luvun puolella yleisessä käytössä oli vaginaalinen dinoprostoni (prostaglandin E2) geelinä tai vagitoriona annosteltuna. Sittemmin on siirrytty misoprostolin (prostaglandin E1) käyttöön, jonka alkuperäinen käyttötarkoitus on ventrikkeliulkuksen ehkäisy ja hoito. Misoprostoli (Cytotec) on synteettinen prostaglandiini E1-analogi, joka on huomattavasti dinoprostonia halvempaa ja säilyy huoneenlämmössä. Misoprostoli voidaan annostella peroraalisesti tai vaginaalisesti. Sen on todettu olevan vähintään dinoprostonin veroinen kohdunkaulan pehmittäjä ja lisäksi se aikaansaa kohdun supistustoimintaa. (Nuutila 2006, 1101.) Misoprostolin on todettu olevan yhtä tehokas annostelureitistä riippumatta. Peroraalinen reitti näyttäisi vähentävän sektoriskiä, mutta pidentää hieman synnytyksen kestoa. Dinoprostonia ja misoprostolia ei suositella käynnistystavaksi niillä synnyttäjillä, joilla on aikaisempi kohtuarpi, sillä heillä on suurentunut riski kohdun takysystoleen sekä kohturuptuuran. (Possner ym. 2013, 181-182.) On myös tutkimuksia, joiden mukaan kohturuptuuran riski on lisääntynyt misoprostolia käytettäessä, mutta ei dinoprostonia käytettäessä. Suomessa synnyttäjiä, joilla on aiempi kohtuarpi, seurataan normaalia tarkemmin synnytyksen aikana ja synteettisen oksitosiinin ja misoprostolin käytössä käytetään harkintaa. (Nuutila 2006, 1101.)

4.4.4 Oksitosiini ja NIST

Oksitosiini on neuropeptidi, joka sisältää yhdeksän aminohappoa. Sitä muodostuu ihmisellä hypotalamuksessa, josta se kulkeutuu sitä valmistavien solujen aksoneita pitkin aivolisäkkeen takalohkoon ja erittyy sitä kautta verenkiertoon. Todennäköisesti oksitosiini

leviää vapaasti kudoksiin myös synapsitilan ulkopuolelta. Tätä kutsutaan tilavuusher-movälitykseksi. Luonnollinen oksitosiini vaikuttaa ihmiseen monella muullakin tavalla, kuin kohdun ja maitotiehyiden lihaksistoa supistaen. Oksitosiini liitetään esimerkiksi pa-rinvalintaan, vuorovaikutussuhteiden luomiseen (etenkin varhaiseen vuorovaikutukseen), ahdistuksen vähenemiseen ja seksuaaliseen käytökseen. (Kortesuoma & Karlsson 2011, 911-918; Bell ym. 2014, 35.)

Oksitosiini otettiin ensimmäistä kertaa käyttöön vuonna 1928, jolloin aivolisäkkeen erit-tämästä hormonista puhdistettiin synnytyksen käynnistämiseen soveltuva valmiste. Tätä pidetään myös hetkenä, jolloin käynnistämisen moderni kausi alkoi. Synteettinen oksito-siini tuli markkinoille vuonna 1955. (Nuutila 2006, 1097.) Oksitosiinia käytetään ensisi-jaisesti supistusten voimistamiseen ja synnytyksen edistämiseen, toissijaisesti synnytyk-sen käynnistämiseen Oksitosiini infusoidaan suonensisäisesti mieluiten tippalaskurin kautta kohdun vastetta ja sikiön vointia seuraten. Kohdun vaste alkaa asteittain ja saavut-taa vakaan tilan n. 20-40 minuutissa. Oksitosiinin puoliintumisaika on 3-20 minuuttia. Supistustiheyden ja -voimakkuuden sekä sikiön voinnin seuranta on erittäin tärkeää ok-sitosiini-infusion aikana, sillä liian suurten annosten tiputtaminen saattaa aiheuttaa koh-dun hyperstimulaatiota, sikiön voinnin heikkenemistä tai kohturuptuuran. Oksitosiinilla on myös lievä antidiureettinen vaikutus. Tämä on hyvä pitää mielessä etenkin, mikäli potilaalle on tiputettu suuria määriä laskimonsisäisiä nesteitä. (Nuutila 2006, 1099; Saa-rikoski 2011,415.)

NIST (Nipple Stimulation) on jo Hippokrateen kuvaama keino edistää äidin oman oksi-tosiinin tuotantoa (Bonsack ym. 2014, 606). NIST on tullut Euroopassa käyttöön vasta 1700 - 1800- luvulla, mutta muualla se on ollut käytössä jo pidempään. Lääketiede ei kuitenkaan tunnista NIST:iä käynnistysmenetelmäksi, vaikka sitä yleisesti käytetäänkin. (Razgaitis & Lyvers 2010, 65-69.) NIST eli nännien hierominen aiheuttaa kohdun supis-telua, mutta tarkka mekanismi sille on vielä epäselvä. Sen ajatellaan lisäävän oksitosiinin tuotantoa kehossa ja näin stimuloivan kohdun supistelua. (Kavanagh, Kelly & Thomas 2005.) NIST sallii synnyttäjälle hallinnan tunteen käynnistysprosessin aikana. Sen etuja ovat lääkkeettömyys, edullisuus ja luonnollisuus. Erään ohjeen mukaan nännejä hierotaan 10 minuutin ajan ja pidetään 10 minuutin tauko. Sarja jatkuu, kunnes käyrällä nähdään supistustoimintaa tai synnyttäjä tuntee supistukset. (Razgaitis & Lyvers 2010, 68- 69.) NIST:in tekoon on erilaisia käytäntöjä.

4.4.5 Muut käynnistysmenetelmät

Misodel on uusimpia käynnistysmenetelmiä maailmalla. Se on hyväksytty 29 Euroopan valtiossa. Käyttö aloitettiin laajalti vuodesta 2013 lähtien. Se on tarkoitettu synnytyksen käynnistämiseen 36. raskausviikon jälkeen epäkypsän kohdunkaulan kypsyttämiseen osastoseurannassa. Misodelin vaikuttava aine on misoprostoli. Misodel on polyesteri verkossa oleva depotlääkevalmiste. Misodelin etuja ovat lääkeaineen erittyminen tasaisesti kuin kapsleista tai tabletista ja hyvä synnytyksen ennustettavuus. (Fimea 2014; Lääkeinfo 2015.) Misodelin vasta-aiheita ovat yliherkkyys misoprostolille, epäily sikiön huonovointisuudesta, KTG-muutokset, vihreä lapsivesi, vaikea pre-eklampsia, HELLP, aiempi sektio tai muu kohtuarpi, kohtuanomalia, kaksosraskaus tai jos lapsivedenmenosta on yli 48 tuntia. Misodelin asettaa synnytyksiin erikoistunut henkilökunta ja se vaatii jatkuvaa sikiön ja kohdun valvontaa. Misodel nauha asetetaan syvälle emättimen pohjukkaan poikittain. Synnyttäjää on asettamisen jälkeen 30 minuuttia makuulla ja liikkuminen on mahdollista normaalisti sen jälkeen. (TAYS ohje 2016.) Misodelin aikana ei saa käyttää muita kohtua supistavia lääkkeitä. Yleisiä haittavaikutuksia, joita voi ilmentyä, ovat sikiön takykardia ja kohdun poikkeava supistelu. Misodel tulee poistaa synnytyksen alkaessa, mikäli ilmenee KTG-muutoksia tai asentamisesta on kulunut 24 tuntia. Mikäli Misodel poistuu itsestään, sitä ei korvata uudella, sillä uuden annoksen vaikutusta ei ole tutkittu. (Fimea 2014; Lääkeinfo 2015.)

Misodelia tutkittiin Sveitsissä yli 3000 synnyttäjälle. Tutkimuksessa valittiin sattumanvaraisesti 3000 synnyttäjää joista 1358 oli epäkypsä kohdunkaula. Ensimmäiselle ryhmälle (n=678) asennettiin Misodel vaginaalisesti ja toiselle ryhmälle (=680) annettiin dinoprostonia vaginaalisesti. Misodel ryhmässä olleiden synnyttäjien kokonaissynnytysaika oli keskimäärin 21,5 tuntia ja dinoprostoni ryhmän 32,8 tuntia. Misodel ryhmässä oksitosiinia käytettiin huomattavasti vähemmän (48,1% Misodel vs 74,1% dinoproston). Sektiomäärien välillä ei havaittu eroja. (Ferring pharmaceuticals 2013.)

Akupunktio on perinteinen kiinalainen hoitomenetelmä, jossa potilasta on alun perin pistetty kivillä. Sittemmin hoitoa on alettu toteuttaa pistelemällä ohuita neuloja tiettyihin pisteisiin. Kiinalaisen lääketieteen mukaan tietyt pisteet kehossa vastaavat tiettyjä elimiä ja tavoitteena on saavuttaa elimistön tasapaino. Länsimaissa akupunktiota käytetään pääasiassa kivun hoitoon, mutta sitä on kokeiltu myös esimerkiksi päihderiippuvuuksien hoi-

toon vaihtelevin tuloksin. Akupunktiosta saattaa olla apua myös synnytyskivun hoidossa. Hoitoa antavan tulee olla koulutettu ja ääreishermoston anatomian tuntemus on suotavaa. Akupunktio on edullinen ja käytännössä haitaton keino. (Saarelma 2015; Junnila 2014; Tiitinen 2013.)

Akupunktion merkitystä synnytyksen käynnistämiseen on tutkittu jonkin verran. Merkityksellisimmät pisteet ovat säären alaosan sisäsyryllä sijaitseva SP6 ja peukalon ja etusormen välisellä alueella sijaitseva LI4. (Lim, Wilkinson, Wong ym. 2009, 1209-1214.) Vuonna 2013 julkaistun Cochrane katsauksen mukaan akupunktiolla oli vaikutusta kohdunkaulan kypsymiseen verrattuna lumeryhmään ja tavanomaisin keinoin käynnistettyjen ryhmään. Akupunktiolla käynnistettyjen synnytykset kestivät keskimäärin kauemmin kuin tavanomaisesti käynnistettyjen ryhmässä. (Smith, Growth & Grant 2013.) Lim ym. kirjallisuuskatsauksessa toisaalta saatiin viitteitä siitä, että akupunktio saattaisi lyhentää synnytystä. Kaikkiaan tutkimusten mukaan akupunktion tehoa ei voida vahvistaa riittävästi. Toisaalta akupunktion turvallisuus ja lääkkeettömyys takaavat sen, että sitä voidaan suositella kokeiltavaksi äidin niin halutessa. (Lim ym. 2009, 1209-1214; Smith ym. 2013.)

1700-luvulla käyttöön tulleilla merilevillä voidaan laajentaa kohdunkaula kanavaa. Nykyisin käytetään Laminariaa, steriiliä merilevää tai synteettisiä hydrofiilisiä materiaaleja. Levä asetetaan kohdunkaulakanavaan ja levän imiessä vettä kohdunkaulakanava laajenee mekaanisesti. (Jozwiack, Bloemenkamp & Kelly ym. 2012; Nuutila 2006, 1098.)

5 SYNNYTYSKOKEMUKSEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

5.1 Synnytyskokemus

Kun synnytystä tarkastellaan äidin näkökulmasta, voidaan puhua synnytyskokemuksesta. Kokemus on subjektiivinen, eikä vastaa välttämättä lainkaan ulkopuolisten havaintoja tapahtumista. Positiivisena äidit kokevat synnytyksen, kun synnytys on ollut fyysisesti helppo, kivunlievitys on ollut hyvää, tehokasta ja oikea-aikaista, henkilökunta positiivista ja osaavaa, ympäristö on ollut kodinomainen, äiti on kokenut olevansa osallisena päätöksentekoon ja onnistuneensa synnytyksessä ja kun synnytys on koettu perhettä yhdistävänä. (Syrjäläinen 2013, 8-15; Mäki-Kojola 2009,5-8.) Valmentautuminen synnytykseen omatoimisesti ja synnytysvalmennuksen kautta lisää myös synnytystyytyväisyyttä.

Psykologisilla tekijöillä on myös vaikutusta. Synnytyskokemukseen vaikuttavat äidin ennakkoasenteet ja odotukset, jotka voivat selittää kahden lääketieteellisesti samankaltaisen synnytystapahtuman kokemukselliset erot. Äitiyteen liittyvien negatiivisten asioiden kieltäminen ja suhtautuminen äitiyteen erittäin ihannoivasti saattaa johtaa huonompaan synnytyskokemukseen kivuliaisuuden ja hallinnan tunteen osalta. Äidin synnytyskokemuksella on todettu olevan vaikutusta sekä äidin että isän kokemukseen itsestään vanhempana. Positiivinen synnytyskokemus lisää sekä miehen että naisen tyytyväisyyttä vanhemmuuteen, parisuhteeseen ja lapseen. Tällöin psyykkisiä resursseja ei tarvitse käyttää negatiivisten kokemusten työstämiseen synnytyksen jälkeen, vaan vanhemmuuteen voi heti antautua kokonaisvaltaisemmin. Kokemuksella on vanhemmuuteen suurempi merkitys kuin synnytyksen aikana tehdyillä interventioilla. (Männistö & Sillanpää 2006, 53.)

Negatiivisella synnytyskokemuksella saattaa olla loppuelämään vaikuttavia vaikutuksia. Äiti saattaa tuntea syyllisyyttä, epäonnistumista, häpeää, huonommuutta ja vähentyntä seksuaalista halukkuutta. On mahdollista, että lapsia ei enää uskalleta hankkia lisää, vaikka toiveissa olisi ollut useampi lapsi. (Gottwall & Wanderström 2002, 254- 260; Rankio & Viksten 2014, 50-52.)

5.2 Kipu

Kipu on osa luonnollista synnytysprosessia ja kuuluu synnytykseen luonnollisena reaktiona ihmisillä sekä useilla eläinlajeilla. Osa synnyttäjistä kokee kivun kasvattavan äitinä sekä ihmisenä, osa taas ei koe saavansa lisäarvoa kivun kokemisesta. Synnytyskipu ajatellaan usein erilaiseksi kivuksi, sillä lopputulos on yleensä positiivinen ja kivulla on tietty merkitys. Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n (International Association for the Study of Pain, 1994) määritelmän mukaan kipu on epämiellyttävä aistimus ja tunnekokemus, joka liittyy todettuun tai mahdolliseen kudosaivuriin tai jota kuvataan samalla tavoin. Kivun kokeminen on aina henkilökohtaista ja yksilöllistä ja siihen vaikuttavat monet tekijät. Erilaisia epämiellyttäviä tunteita, kuten kärsimystä, pelkoa, tuskaa ja ahdistusta liittyy lähes aina kipuun. Kipu onkin aina sekä aistimus että kokemus (Walding, 1991, 388 – 397; Eloranta 2002, 4-5.) Kipukokemukseen vaikuttavat muun muassa ikä, kulttuuriset tekijät, sukupuoli, tunteet, aikaisempi kokemusmaailma ja väsymystila. Raskauden aikana kipukynnys nousee ja keho tuottaa omia endorfiineja eniten synnytyksen aikana. (Sarvela & Nuutila 2009, 1881.)

Synnytyskipun voimakkuus on myös yksilöllistä ja siihen vaikuttavat psykologiset, fysiologiset ja anatomiset tekijät. Muita vaikuttavia tekijöitä siihen ovat supistusten voimakkuus, sikiön koko ja asento, lantio, aiemmat synnytys- ja kipukokemukset, kipukynnys, pelko, äitiyteen liittyvät asiat ja tukihenkilön puute. (Sarvela & Nuutila 2009; 1881, Mäki-Kojola 2009, 8-9.) Synnytyskipua voidaan pitää yhtenä voimakkaimmista kipukokemuksista elämän aikana. Kipukokemus on todettu olevan voimakas silloin, kun kyseessä on ei-toivottu raskaus, pelko, ahdistuneisuus ja epätietoisuus. Kivunsietokykyä vähentää pitkittynyt synnytys sekä äidin väsymys. (Mäki-Kojola 2009, 9.)

5.3 Synnytysympäristö

Synnytysympäristö ei ole vähäpätöinen asia. Ympäristöllä, jossa nainen synnyttää, voi olla suuri vaikutus hänen kokemaansa pelon ja ahdistuksen määrään. Sairaala on vieras ympäristö useimmille naisille, jossa vakiintuneet rutiinit ja yksityisyyden puute voivat edistää hallinnan tunteen heikkenemistä. Myös teknologia ja interventiot ovat eräs syy naisten kokemaan synnytystyytymättömyyteen. (The Royal College of Midwives 2012, 3-8.)

Jenkinson, Josey & Kruske (2014, 2-21) mainitsevat suosituksessaan synnytysympäristön tärkeimmiksi tekijöiksi kotoisan ja rauhallisen ympäristön. Myös Mäki-Kojolan (2009) tutkimuksessa äidit kokevat sairaalan kodinomaisuuden psyykelle tärkeäksi, mikä taas edesauttaa rentoutumista. Kodinomainen ympäristö ja himmennetyt valot auttavat valmistautumaan tulevaan. (Mäki-Kojola 2009, 30.)

Hyvin harva synnyttäjä saapuu sairaalaan synnytyksen ollessa niin pitkällä, ettei synnytysympäristöön kiinnittäisi huomiota. Ympäristön muutos vaikuttaa usein muutenkin synnytyksen kulkuun. (The Royal College of Midwives 2012, 4-8.) Etenkin latenssivaiheessa ympäristöllä on suuri vaikutus. On tärkeää, että ympäristö tukee, inspiroi ja kannustaa aktiivisuuteen ja synnytyksen fysiologian tukemiseen. Ponnistusvaiheessa ympäristön merkitys korostuu etenkin ponnistusasetoihin liittyen. Välineistön ja ympäristön olisi hyvä tukea vaihtoehtoisia kivunlievitysmenetelmiä. Synnyttäjän käytössä olisi hyvä olla muun muassa renkaita, ammeita, puolapuita, airjogaliinoja, palloja, mattoja, säkkituoleja, TENS ja musiikkisoitin. (Humenick 2000, 9.) Iso-Britannissa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin polikliinistä synnytyksen käynnistämistä. Tutkimuksen mukaan kaikki tutkimukseen osallistuneet 70 naista nostivat kodin ympäristönä erääksi suurimmista teemoista. Käynnistämisen alkuvaiheessa kotona oleminen koettiin psyykkisesti ja fyysisesti hyväksi, jolloin rentoutuminen onnistui helpommin. Kotona olemista arvostettiin, sillä sai nukkua omassa sängyssä, syödä halutessaan, tehdä kotitöitä, viettää aikaa perheen kanssa, liikkua vapaasti ja säilyttää yksityisyytensä. Tilanne tuntui olevan myös paremmin hallinnassa tutussa ympäristössä. (O'Brien, Rauf, Alfrievic ja Lavender 2013, 325-331.) On yhä enemmän todisteita siitä, että sairaalan tiloja voidaan suunnitella synnyttäjän kannalta turvallisemmiksi ja rauhoittavimmiksi. Tämä on puolestaan yhdistetty vähentyneisiin interventioihin, hyvään kliiniseen hoitoon sekä positiivisen synnytyskokemukseen. (Jenkinson ym 2014, 19-29.)

5.4 Tukihenkilön ja kättilön tuen merkitys

Kättilön hyvä tuki, tehokas vuorovaikutus ja sitoutuneisuus naisen hoitoon voi vaikuttaa myönteisesti naisen synnytyskokemukseen (Folan & Murtagh 2014, 106-110; Syrjäläinen 2013, 12). Kättilön kannustaminen, läsnäolo, tsemppaaminen ja jämäkkä ote etenkin ponnistusvaiheessa koetaan hyväksi. Tärkeänä koettiin myös se, että kättilön kanssa ollaan

samalla aaltopituudella. Ajankohtaisen tiedon saaminen, mahdollisuus osallistua omaan hoitoon ja kuulluksi tuleminen lisäsivät selviytymisen tunnetta ja uskoa tulevaan. (Mäki-Kojola 2009, 1-32; Syrjäläinen 2013, 14.) Hyvä vuorovaikutussuhde kätilön ja synnyttäjän välillä voi parantaa synnytyskokemusta silloin, kun toiveet synnytyksestä kohtaan eivät toteudu (Syrjäläinen 2013, 2).

Tukihenkilön, yleensä kumppanin, tuki koetaan tärkeäksi. Mäki-Kojolan (2009) tutkimuksessa tutkittavat kokivat tukihenkilön avun kokonaisvaltaiseksi, sekä henkiseksi että konkreettiseksi avuksi. Konkreettista apua toi fyysinen läheisyys, jolloin supistuksen tullen voi puristaa kättä, lämmittää lämpöpussia, tuoda juotavaa, hieroa ja olla fyysisenä tukena supistusten aikana. Henkisesti koettiin hyväksi läsnäolo. On helpottavaa tuntea tukihenkilön olevan hengessä mukana, eikä välttämättä erityistä fyysistä osallistumista kaivata. (Mäki-Kojola 2009, 30.)

Kumppanin läsnäolo vaikuttaa myös kivun kokemukseen sitä lieventävästi. Kumppanin läsnäololla on todettu olevan merkitystä myös varhaiseen vuorovaikutukseen. Äidit, joiden synnytyksessä on ollut mukana tukihenkilö, ottavat useammin kontaktia vastasyntyneeseen kuin ilman tukihenkilöä synnyttäneet. Toisaalta kumppanin epäasiallinen tai kielteinen käytös voi olla synnyttäjälle suuri rasitus. Kumppanin negatiivinen suhtautuminen lapseen tai raskauteen ja epätarkoituksenmukainen käytös sairaalassa ovat yhteydessä traumaattiseen synnytykseen, pitkittävät synnytystä ja lisäävät synnyttäjän ahdistusta. (Männistö & Sillanpää 2006, 13, 14, 30.)

5.5 Hallinnan kokemus omasta kehosta

Naisten kokemukset oman kehon ja mielen hallinnasta ja hallinnan menettämisestä nousevat esiin kirjallisuudessa useasti. Hallinnan menettäminen on tunnetta siitä, että kontrolli katoaa, joutuu paniikkiin, kipu on hallitsematonta, ei selviä synnytyksestä, ei muista tapahtumia, eikä tiedä, mitä mahdollisesti on edessä. (Mäki-Kojola 2009,6,32; Syrjäläinen 2013, 11-12; Rankio & Viksten 2014,16.)

Hallinnan tunne syntyy siitä, että synnyttäjä kokee tullessa kuulluksi, pystyvänsä vaikuttamaan hoitoonsa ja henkilökunnan kanssa muodostuu hyvä vuorovaikutussuhde. Myös kiireetön, rauhallinen ympäristö, hoitohenkilökunnan ammattitaitoinen toiminta,

kivunlievitys, tiedon saaminen, turvallisuuden tunne, kunnioitus ja kättilön rohkaiseva ja kannustava toiminta lisäävät hallinnan tunnetta. (Syrjäläinen 2013, 11-12.)

6 SYNNYTYKSEN KÄYNNISTÄMISEN VAIKUTUS SYNNYTYSKOKE- MUKSEEN

Synnytyksen käynnistämisen vaikutusta äitien synnytyskokemuksiin on tutkittu todella vähän (Hildingsson, Karlström & Nystedt 2011, 151; Folan & Murtagh 2014, 105). Löysimme kuusi tutkimusta, joissa oli tarkasteltu pääasiassa äitien kokemuksia synnytyksen käynnistämisestä. Tutkimuksista nousee esiin muutamia teemoja. Synnyttäjien odotukset käynnistämisestä eivät vastanneet totuutta useassa tapauksessa. Yleisimmin äidit yllättyivät synnytyksen ja koko prosessin pituudesta, jotka olivat pidempiä kuin he olivat ajatelleet. (Scwartz ym. 2016, 8; Shetty, Rhona, Rice ym. 2005, 58.) Myös kipu ja sisätutkimusten suuri määrä yllättivät äidit. Synnyttäjät olivat ajatelleet, että he saisivat liikkua vapaammin etenkin synnytyksen aikana, mikä olisi auttanut kivun hallinnassa. (Shetty ym. 2005, 58; Henderson & Redshaw 2013, 1164; Folan & Murtagh 2014, 106.)

Synnyttäjät kaipasivat enemmän tietoa ja keskustelua ammattilaisten kanssa tilanteestaan ja käynnistämispäätöksestä. (Henderson & Redshaw 2013, 1161; Schwarz ym. 2016, 3; Shetty ym. 2005, 56; Murtagh & Folan 2014, 107.) Synnyttäjät halusivat tietoa käynnistysmetodeista, miten prosessi mahdollisesti etenee ja miksi heidän kohdallaan valittiin tietty metodi. Keskustelua hoitohenkilökunnan kanssa toivottiin enemmän myös senhetkisestä tilanteesta ja siitä, millä perusteilla käynnistyspäätöstä oltiin tekemässä. Tällöin he kokivat pystyvänsä osallistumaan enemmän omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon. (Scwartz ym. 2016, 7; Henderson & Redshaw 2013, 1165; Folan & Murtagh 2014, 107.) Äidit kokivat, että olisivat voineet valmistautua paremmin tulevaan synnytykseen, mikäli heitä olisi paremmin informoitu kivun voimakkuudesta ja siitä, että kipua voi olla, vaikka synnytys ei vielä olisi edes käynnissä. Paremman tiedonannon turvin he arvelivat, että synnytystilanne olisi pysynyt paremmin heidän hallinnassaan. (Folan & Murtagh 2014, 107.)

Sairaalan tilojen ahtaus, potilaspaikkojen vähyys sekä henkilökunnan käytös ja kiireinen toiminta nousivat päteemaksi Hendersonin & Redshaw:n (2013) tutkimuksessa. Käynnistettyyn ryhmään kuuluvista 73% äideistä kuvasi henkilökuntaa negatiivisesti. Erityisesti henkilökunnan epäystävällisyys, kunnioituksen puute ja kommunikaatio-ongelmat

vaikuttivat äitien kokemukseen. Äidit myös kokivat, että heitä ei kuunneltu. Henkilökunta koettiin ammattitaitoiseksi, mutta käytökseltään epämiellyttäväksi. (Hendersson & Redshaw 2013, 1164-1165.)

7 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä käytettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusmetodia. Vastaajien perustietoja sekä heidän synnytyksiinsä liittyviä tietoja selvitettiin kvantitatiivisen tutkimusmetodin avulla. Tutkimuskohteena olivat kuitenkin myös äitien kokemukset, joten kyselylomakkeeseen yhdistettiin viisi avointa kysymystä, jolloin metodiin yhdistyi myös kvalitatiivinen eli laadullinen puoli. Tällä tavalla saatiin selville, minkälaisia kokemuksia äideillä on ja mitkä asiat siihen ovat saattaneet vaikuttaa. Näitä metodeita voidaan käyttää toisiaan täydentävinä, mikäli näin saadaan informatiivisempia tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 136 - 137; Tuomi 2007, 99 – 100.)

Kvantitatiivisen tutkimusmetodin ominaispiirteitä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely, tiedon mittaaminen ja strukturointi, tiedon esittäminen numeroin, aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon, vastaajien suuri lukumäärä ja päätelmien teko tilastolliseen analysointiin perustuen. Riippuen aineiston koosta voidaan käyttää erilaisia tilastomatemaattisia menetelmiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140; Tuomi 2007, 95 - 96; Vilka 2007, 13.) Strukturoinnilla tarkoitetaan tutkittavan asian kysymistä kaikilta samalla tavalla ja siten, että vastaajat vastaavat kysymykseen samalla tavalla (Hirsjärvi ym. 2009, 191 - 192; Vilka 2007, 14 - 15).

7.2 Aineiston kerääminen ja toteuttaminen

Pohdittiin, mitkä kaikki asiat voisivat vaikuttaa synnytyskokemukseen ja kysymyksillä pyrittiin saamaan niitä esiin. Kaavakkeeseen valittiin kysymykset, joiden avulla selvitettiin äidin ja synnytyksen perustiedot, käytetyt käynnistystavat ja käytössä ollut kivunlievitys. Avoimet kysymykset antoivat mahdollisuuden kertoa vapaasti synnytyskokemuksesta ja siihen vaikuttaneista asioista.

Kysymyslomake testattiin viidellä koehenkilöllä, joilta pyydettiin palautetta lomakkeen täyttöön ja ymmärrettävyyteen liittyen. Vastausten perusteella E-lomake (LIITE 1) jul-

kaistiin internetissä Facebookin Äitylit ja Aktiivinen synnytys ry ryhmissä. Ryhmien jäsenet jakoivat linkkiä myös omilla aikajanoillaan. Lomake julkaistiin 5.11.2015 ja kysely oli avoinna 9.11.2015 asti. E-lomake (LIITE 1) oli avoinna neljä päivää ja vastauksia tuli 645 kappaletta. Keskeneräisiä vastauksia, joissa avoimet kysymykset oli jätetty tyhjiksi, oli 45 kappaletta. Lopullisesti käyttöön otettiin 597 vastausta, sillä kolmessa tapauksessa saman ihmisen vastaus oli tullut tallennetuksi kaksi kertaa.

7.3 Aineiston analysointi

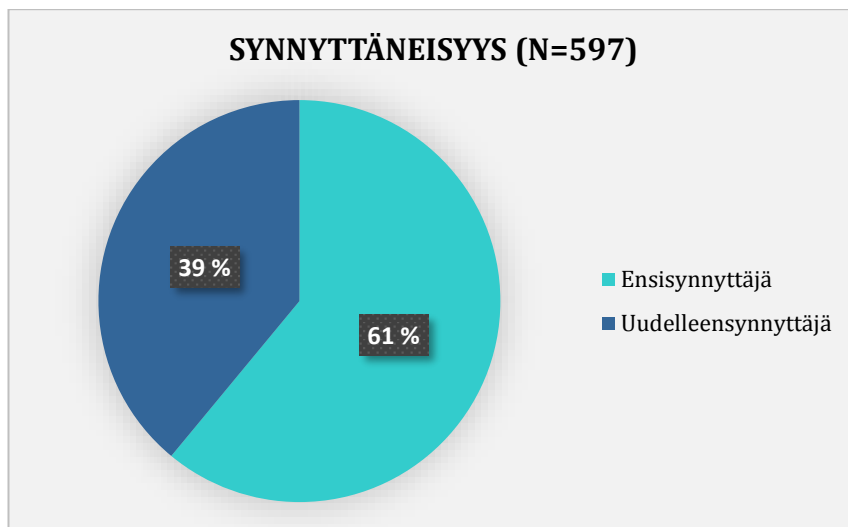
Kyselylomakkeessa oli seitsemän määrällistä kysymystä (LIITE 1, kysymykset 1- 6 ja 11-12). Määrällisten tulosten analysointiin käytettiin SPSS-tilasto-ohjelmaa (Statistical Package for Social Sciences versio 23). Tulokset kuvaillaan taulukkoina, prosentteina ja frekvensseinä. Aineiston viisi avointa kysymystä (LIITE 1, kysymykset 7-10 ja 13) purettiin aineistolähtöisen sisällön erittelyn avulla (Tuomi & Saarijärvi 2009, 93).

Aineisto pelkistettiin poistamalla kahteen kertaan kirjoitetut sekä keskeneräiset vastaukset. Avoimissa vastauksissa esiin tulleet ilmaukset kirjattiin ylös ja kvantifioitiin. Näistä tuloksista koottiin taulukot. Taulukoista voidaan nähdä ilmaukset tai kategoriat, jotka toistuivat useimmiten. Alle kymmenen kertaa esiin tulleet ilmaukset sijoitettiin kategoriiaan muut. Laadullinen sisällönanalyysi toteutetaan usein aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Tässä työssä vastauksia tuli niin runsaasti, että laadullisen aineiston analysointiin käytettiin sisällönerittelyä.

8 TULOKSET

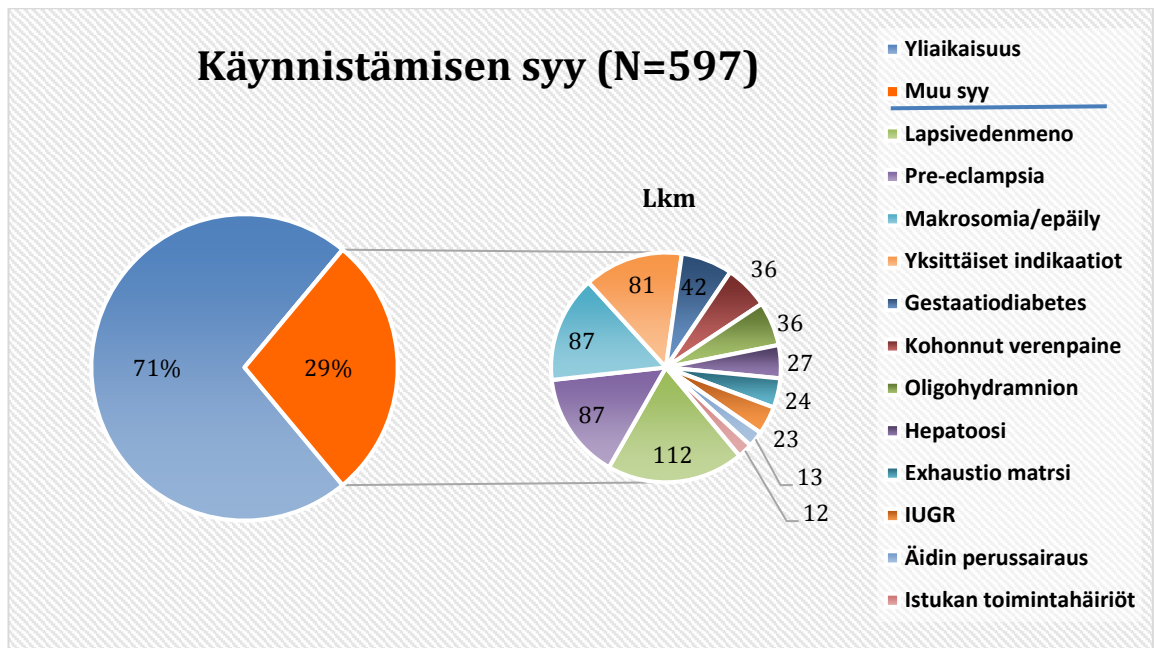
8.1 Tutkimusjoukon taustatiedot

Kyselyssä mukana olevista synnyttäjistä (N=597) ensisynnyttäjiä oli 61 % ja uudelleen-synnyttäjiä 39 % (KUVIO 1). Synnyttäjien keski-ikä oli 27- vuotta nuorimman ollessa 14-vuotias ja vanhimman 43-vuotias.



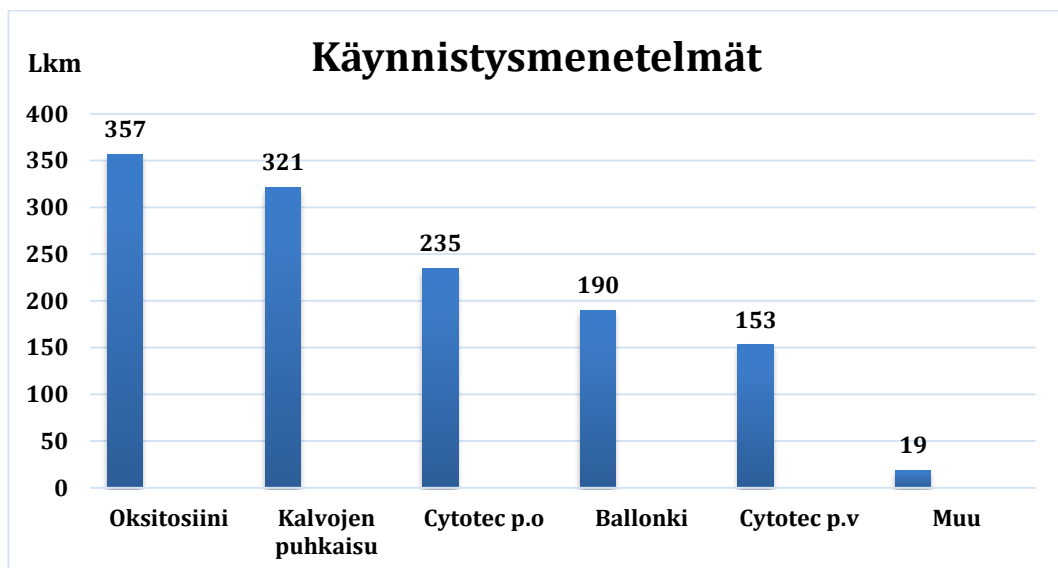
KUVIO 1. Synnyttäneisyys.

71 % vastaajista ilmoitti käynnistämisen syyksi yliaikaisuuden ja 29 % muun syyn (KUVIO 2). Muut syyt on esitetty kuvassa 2 pienemmässä piirakkakuviassa. Synnyttäjistä osa oli maininnut useampia syitä synnytyksen käynnistämiseen. Kuviossa 2 otsikolla ”yksittäiset indikaatiot ” on yhdistettynä kaikki alle kymmen kertaa esiintyneet käynnistyksen syyt. Näitä olivat synnytyspelko, selkäkiput, geminiraskaus, aiemmat nopeat synnytykset, KTG-muutokset, supistusten loppuminen, liikehälytys, polyhydramnion, perätila, lantion ahtaus, matka, vihreä lapsivesi, infektiot, 1. tyypin diabetes, verenvuoto, aikaisempi fetus mortus, vaihtuva tarjonta ja HELLP-epäily.



KUVIO 2. Käynnistämisen syyt.

Lääkkeellisistä käynnistysmenetelmistä oksitosiini oli käytetyin ja lääkkeettömistä menetelmistä eniten käytettiin kalvojen puhkaisua (KUVIO 3). Kuviossa 3 muu kategoria pitää sisällään seuraavat menetelmät: geeli, Misodel ja akupunktio.

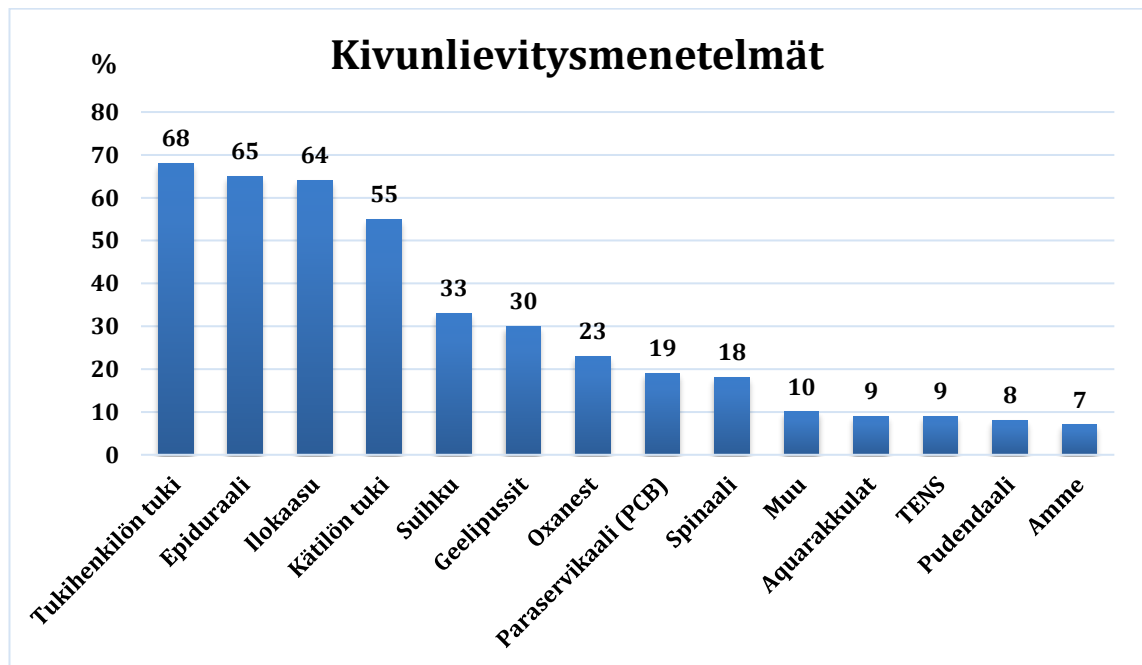


KUVIO 3. Käynnistysmenetelmät.

Käynnistettyjen synnytysten keskipituus oli 10,5 tuntia. Synnytysten keston vaihteluväli oli 1- 48 tuntia. Kipua tarkasteltiin Visual Analog Scale eli VAS kipumittarilla, asteikolla

0-10. Kipukokemuksen keskiarvoksi tuli 8, minimin ollessa 0 ja maksimin 10. Vastasyntyneen vointia kuvaavien yhden minuutin ja viiden minuutin Apgar pisteiden keskiarvo laskettiin. Yhden minuutin pisteiden keskiarvo oli 7,95 ja viiden minuutin pisteiden keskiarvo oli 8,23.

Useimmin mainittu kivunlievitysmenetelmä oli tukihenkilön tuki ja yleisin lääkkeellinen kivunlievitys oli epiduraalipuudutus (KUVIO 4). Kategoria ”muu” sisältää yksittäisiä kertoja mainitut kivunlievitysmenetelmät. Näitä olivat: akupunktio, parasetamoli, synnytyslaulu, jumppapallo, liike, asennot, hieronta, musiikki, hengitystekniikka, Litalgin, petidiini, homeopatia, mielikuvat, rebozo huivi, gua sha sekä vyöhyketerapia.



KUVIO 4. Kivunlievitysmenetelmät.

8.2 Äitien ennakkokäsitykset

Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä tiedusteltiin, minkälaisia ennakkokäsityksiä tai ennakkotietoja äideillä oli synnytyksen käynnistämisestä. Yleisin mielikuva liittyi kipuun ja sen voimakkuuteen. Äitien esiin tuomat ennakkokäsitykset on esitetty kuviossa 5.

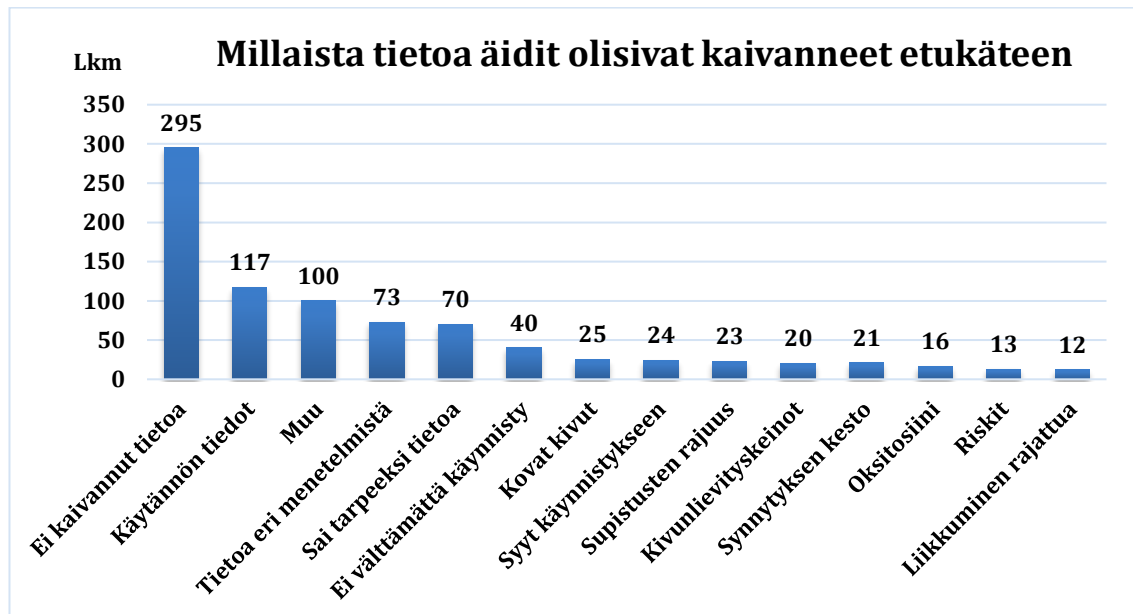


KUVIO 5. Ennakkokäsityksiä käynnistyksestä

Suurella osalla vastaajista ei ollut erityisiä ennakkokäsityksiä tai -tietoa liittyen synnytyksen käynnistämiseen. Suurin osa ennakkokäsityksistä liittyi kipuun ja synnytyksen luonnottomuuteen. Suuri osa odottajista ajatteli käynnistetyn synnytyksen olevan kipeämpi, rajumpi ja nopeampi, kuin spontaanisti käynnistynyt synnytys. Monet tiesivät etukäteen, että synnytys ei välttämättä käynnisty heti ja aikaa saattaa kulua päiviä. Osalla oli aikaisempaa kokemusta, minkä vuoksi he olivat tietoisia tulevasta. Tietoa oli saatu myös esimerkiksi neuvolasta, synnytysvalmennuksesta ja synnytys sairaalasta. Netistä tietoa tai kokemuksia oli lukenut melko moni. Myös ystäviltä tai sukulaisilta oli kuultu kokemuksia tai kauhukertomuksia. Osa vastaajista oli itse ammattilaisia ja tiesivät käytäntöjä sitä kautta. Jotkut ajattelivat, että synnytys käynnistyy heti tai on pidempi kuin spontaanisti käynnistynyt synnytys. Myös komplikaatioita ajateltiin olevan enemmän, sekä arveltiin synnytyksen päätyvän useammin sektioon. Muut kohta sisältää alle kymmenen kertaa esiin tulleet ilmaukset, kuten huoli siitä, että käynnistäminen vaikuttaisi negatiivisesti vauvaan tai että synnytys käynnistetään vain yhdellä menetelmällä tai yhdellä lääkkeellä. Osa ajatteli oksitosiinia tarvittavan enemmän ja että synnytys on vaikea saada käynnistymään.

8.3 Millaista tietoa äidit olisivat kaivanneet etukäteen

Kuviossa 6 esitetään asiat, joista äidit olisivat kaivanneet tietoa etukäteen. Suurin osa vastanneista ei kaivannut mitään erityistä lisätietoa, sillä he kokivat tiedon lisäävän tuskaa ja osa halusi heittäytyä ja antaa tilanteen viedä.



KUVIO 6. Millaista tietoa äidit olisivat kaivanneet etukäteen

Eniten tietoa olisi kaivattu käytännön asioista ja käynnistysprosessista. Vastajaat olisivat halunneet tietää, mitä tapahtuu, koska tapahtuu ja miksi tapahtuu. Moni oli ilmoittanut lyhyesti kaivanneensa faktatietoa. Erityisesti tietoa vastaajat olisivat toivoneet eri käynnistysmenetelmistä ja miten ne toimivat. Monet olisivat halunneet tietää, että menetelmiä on useita ja myös lääkkeettömiä keinoja on olemassa. Synnytykseen liittyvistä kovista kivuista ja rajuista supistuksista olisi haluttu tietoa ennakkoon. Kipu on yksilöllinen kokemus, mutta osa vastaajista olisi toivonut jonkinlaista varoitusta mahdollisesti edessä olevasta kovasta kivusta tai perusteellisempaa selvitystä kivunlievityksestä ja sen haitta-
puolista

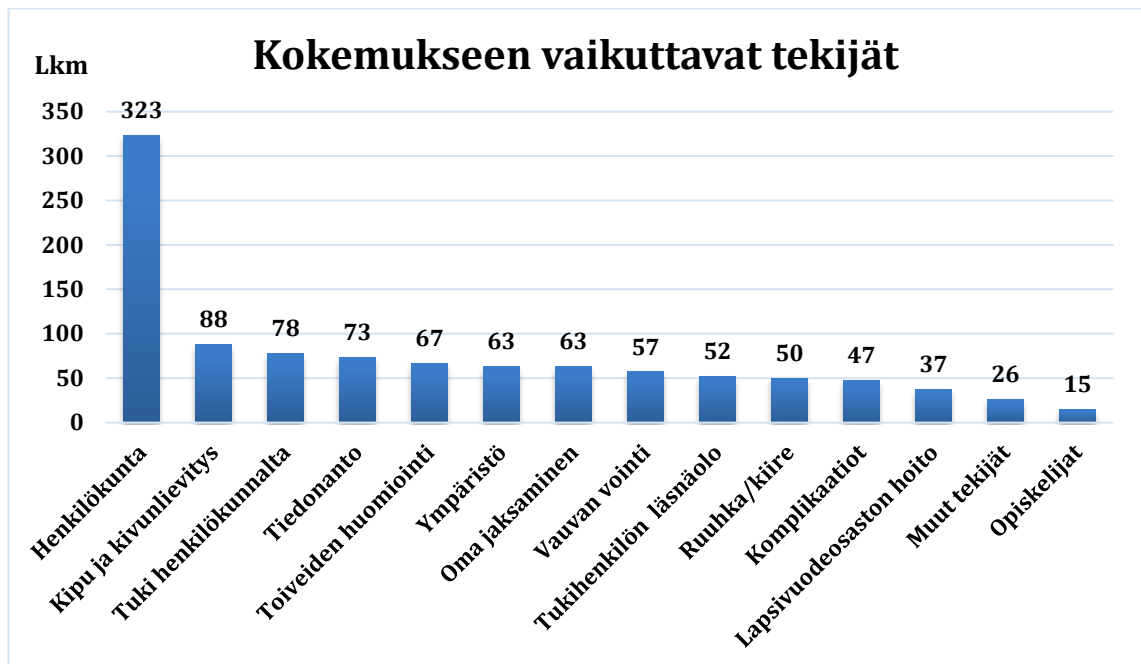
Neuvontaa siitä, että synnytys ei välttämättä käynnisty nopeasti ja aikaa voi kulua päiviäkin oltaisiin toivottu. Kaikki eivät olleet selvillä siitä, miksi heidän synnytyksensä oli päädytty käynnistämään tai oliko käynnistäminen todella tarpeellista. Synnytyksen kestosta haluttiin tietoa etukäteen. Käynnistämiseen liittyvistä riskeistä oltaisiin myös haluttu tietoa. Niin itse käynnistämiseen liittyvistä riskeistä kuin mitä riskejä on, ellei synnytystä

käynnistetä. Melko usein mainittiin, että tieto mahdollisesta sektioista olisi ollut mukava tietää etukäteen. Vastaajat olisivat halunneet tietää perusteluja oksitosiinin annostelulle, mitä oksitosiini on ja miksi sitä käytetään. Myös sivuvaikutuksista ja oksitosiinin aiheuttamasta kivun lisääntymisestä oltaisiin haluttu kerrottavan etukäteen.

Muut kategoria sisältää harvoin mainittuja asioita. Näitä olivat se, että synnytys voi olla myös helppo tai hankala. Lisätietoa toivottiin ongelmista, käynnistämisen haitoista sekä sen vaikutuksista vauvaan. Kaivattiin mahdollisuuksia vaikuttaa käynnistystapaan ja perustelua sille, miksi juuri tietty menetelmä oltiin valittu. Tietoa cytotecin ja muiden lääkkeiden vaikutuksista ja synnytyksen etenemisestä toivottiin. Ennakkotietoa oltaisiin haluttu siitä, miten käynnistetty synnytys eroaa spontaanista synnytyksestä. Osa olisi halunnut kuulla positiivisia kokemuksia muilta ja miten itse voisi edesauttaa käynnistymistä. Toivottiin myös, että synnyttäjää olisi pidetty paremmin ajan tasalla siitä, mitä ollaan tekemässä.

8.4 Äitien synnytyskokemukseen vaikuttavat tekijät

Synnytyskokemukseen vaikuttavat erittäin monet tekijät. Näitä tekijöitä on koottu kuvioon 7. Suurin yksittäinen synnytyskokemukseen vaikuttava tekijä oli henkilökunta. Henkilökunnan asenteilla, käytöksellä, läsnäololla, kohtelulla, tuella, ohjauksella, informaation antamisella ja tiedon yhdenmukaisuudella oli vaikutusta vastaajien kokemuksiin. Henkilökunnalta kaivattiin enemmän empatiaa, läsnäoloa, tukea, tietoa tapahtumien etenemisestä ja kuuntelemista. Myös yhtenäisempiä mielipiteitä toivottiin. Toisaalta henkilökuntaa pidettiin ammattitaitoisena, rauhallisena ja läsnäolevana. Suurimpia esiin nousevia teemoja olivat henkilökunnan asenteet ja kohtelu, henkilökunnalta saatu tuki, informaatio, ammattitaito tai sen puute.



KUVIO 7. Kokemukseen vaikuttavat tekijät

Kipuun ja kivunlievitykseen liittyvät asiat nousivat esiin kymmenien ihmisten vastauksista. Näistä suurempi osa oli tyytymättömiä kivunlievityksen tehoon ja riittävyteen. Osa myös koki, että kipua ei otettu tosissaan tai sitä vähäteltiin. Ympäristö vaikutti monen synnyttäjän kokemukseen. Mainittuja asioita ympäristöön liittyen olivat oma rauha, perhehuone, ilmastointi, viihtyisyys ja vanhanaikaiset, epämodernit tilat. Negatiivisesti koettiin erityisesti oman rauhan puute.

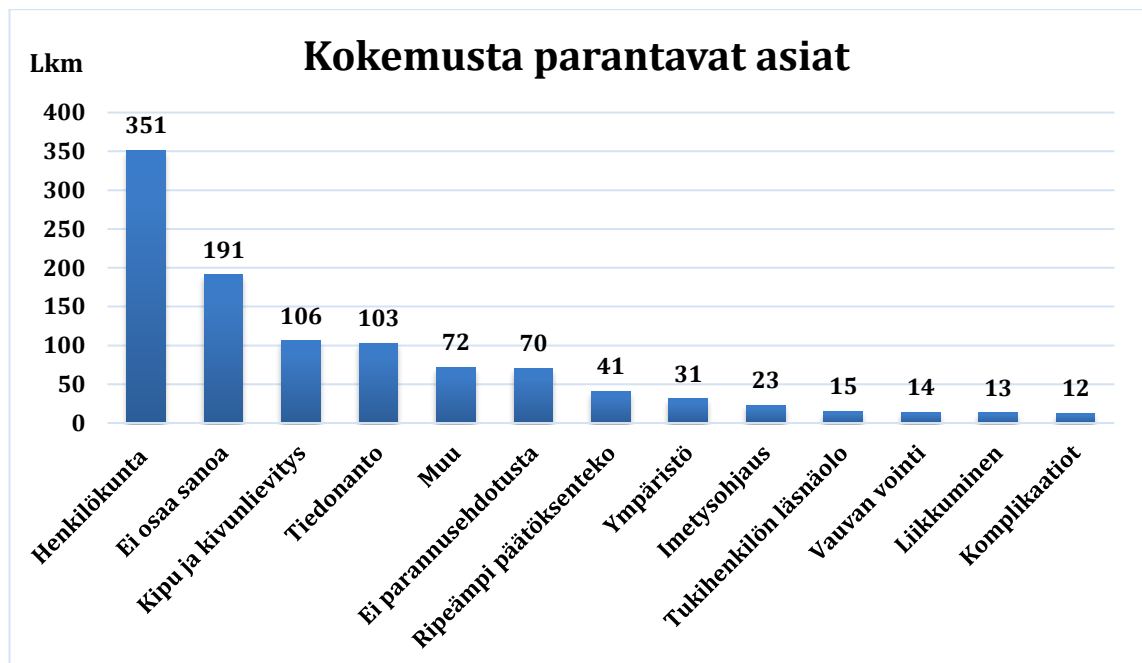
Ruuhka ja kiire vaikuttivat monen kokemukseen. Joskus nähtiin tärkeäksi mainita, että vaikka kiireistä oli, synnyttäjän saama hoito oli silti hyvää. Opiskelijoiden läsnäolo koettiin hyväksi, sillä heillä riitti aikaa keskittyä synnyttäjään. Vauvan joutuminen lastenosastolle tai muuten poikkeava vointi huoletti ymmärrettävästi sen kokeneita.

Tukihenkilön mukanaolo koettiin tärkeäksi. Tukihenkilön roolia ei useinkaan erityisemmin selvennetty, vaan tyydyttiin toteamaan sen olleen tärkeä tekijä. Negatiivisina asioina koettiin, jos tukihenkilöä ei ollut, hänet lähetettiin kotiin tai hän ei saanut olla paikalla. Komplikaatiot ja äkilliset tilanteet synnytyskokemukseen vaikuttavana seikkana mainittiin. Pitkä käynnistysaika, pitkä sairaalassaoloaika, päiviä jatkuvat supistukset, sairaalaympäristö, kuorsaavat huonetoverit ja huonot unet olivat asioita, jotka kuluttivat äitien voimia. Oma jaksaminen heikensi osan synnytyskokemusta.

Synnytyksen jälkeinen aika lapsivuodeosastolla jäi mietityttämään kymmeniä äitejä. He kokivat itsensä unohdetuiksi ja liian vähän ohjausta saaneiksi. Vastaajat mainitsivat, että tietoa imetyksestä ei annettu tarpeeksi ja ohjaus oli puutteellista. Muutama vastaaja oli tyytyväinen lapsivuoteilla saamaansa hoitoon. Myös uudelleensynnyttäjät kokivat kaipaavansa imetysohjausta. Muu kategoriaan kuuluu alle kymmenen kertaa mainittuja tekijöitä, joita olivat tukihenkilön kotiutus, pitkä sairaalassaoloaika, liikkumisen vapaus. Lisäksi mainittiin, ettei kaivattu tarpeettomia tietoja, laitteet häiritsivät, hyvät itse hankitut ennakkotiedot vaikuttivat kokemukseen, nopea kotiutus, vauvamyönteisyys sekä keskusteluapua oltaisiin kaivattu synnytyksen jälkeen.

8.5 Synnytykokemusta parantavat asiat

Kuviosta 8 voidaan nähdä, että suuri osa vastaajista ei osannut kertoa, miten heidän kokemukstaan olisi voitu parantaa. Heidän mielestään asiat menivät niin kuin menivät, eikä kukaan olisi siihen voinut vaikuttaa. Toisaalta suuri osa oli tyytyväisiä synnytykseen ja saamaansa hoitoon.



KUVIO 8. Kokemusta parantavat asiat

Henkilökunnan käytös, asenne ja suhtautuminen potilaisiin näytteli hyvin suurta osaa ai-neistossa. Henkilökunnan ystävällisempi, empaattisempi ja yksilöllisempi käytös olisi pa-rantanut synnytyskokemusta. Vastaajat olisivat arvostaneet henkilökunnan kiireettö-myyttä ja kättilön läsnäoloa synnytyksensä aikana. Toivottiin aikaa keskusteluun ja rau-halliseen vuorovaikutukseen henkilökunnan kanssa, jolloin äiti ei tuntisi oloaan liuku-hihna tuotteeksi. Äitien omia tuntemuksia olisi hyvä kuunnella herkällä korvalla, sillä suuri osa koki, että heidän toiveitaan ja tuntemuksiaan ei huomioitu. Läsnäolon puute yhdistyi usein riittämättömään tukeen. Äidit kokivat myös, että saman kättilön kanssa toi-miminen olisi lisännyt tyytyväisyyttä.

Kovat kivut ja epäonnistunut kivunlievitys heikensivät suuren joukon kokemusta. Vas-taajat kokivat, että kivunlievitys annettiin väärään aikaan tai oli riittämätön. Joissakin ta-pauksissa kättilöllä oli ollut eriävä mielipide synnyttäjän tarvitsemaan kivunlievitykseen ja tehokasta kivunhoitoa viivytettiin siitä syystä. Joidenkin kohdalla synnytys eteni niin nopeasti, että mitään kivunlievitystä ei ehditty antamaan. Melko moni vastasi, että lääk-keettömiin kivunlievityksiin sai vähäistä ohjausta ja tukea niiden avulla pärjäämiseen. Myös se, että olisi päässyt helpommin liikkumaan synnytyksen aikana tai saanut kokeilla erilaisia ponnistusasetoja, olisi parantanut synnytyskokemusta. Koettiin, että liikkumi-nen ja vapaavalintaiset ponnistusasennot olisivat auttaneet äitiä hallitsemaan paremmin tilannetta ja synnytystä.

Parempaa tiedonantoa olisi kaivannut erittäin moni. Tietoa olisi kaivattu siitä, mitä ollaan tekemässä pitäen synnyttäjä ajan tasalla tapahtumista. Käynnistymisen ajankohtaa ja syn-nytyksen etenemistä on hankala etukäteen tietää. Äidit kuitenkin kokevat, että koko pro-sessiin olisi helpompi motivoitua ja valmistautua, mikäli heille kerrottaisiin, miten pro-sessi mahdollisesti etenee ja mitä suunnitelmia jatkoon on olemassa. Etenkin monet en-sisynnyttäjät kuvasivat, että heidän kokemuksensa olisi ollut parempi, mikäli tietoa olisi annettu yleisesti enemmän kaikesta. Toivottiin myös yhtenäisiä toimintamalleja sairaalan henkilökunnan kesken. Osa olisi toivonut, että käynnistyspäätös olisi tehty nopeammin, saliin siirto olisi tapahtunut nopeammin tai sektiöpäätös olisi tehty aikaisemmin.

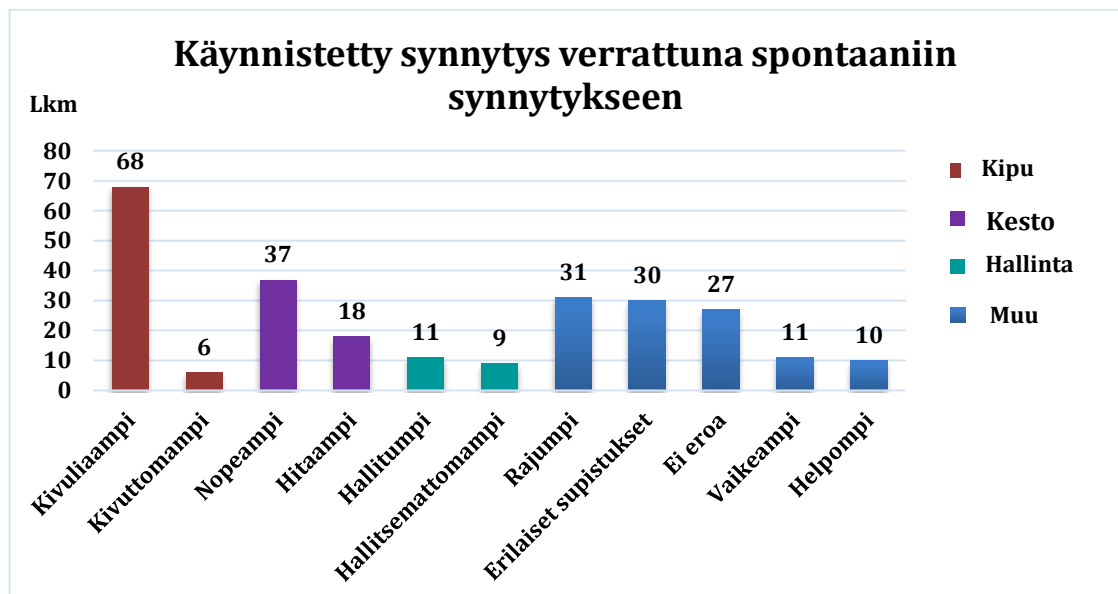
Synnytyksen jälkeen eniten parannettavaa koettiin olevan imetysohjauksessa. Parannet-tavaa olisi ollut lapsivuodeosaston ja lastenosaston työntekijöillä etenkin silloin, jos vauva oli lastenosastolla hoidossa. Tällöin toivottiin, että vaikka vauva olikin kaukana,

oltaisi imetyksestä silti keskusteltu ja imetystä ohjattu. Henkilökunta koettiin liian kii- reiseksi tai vastaajille muodostui kuva, että hoitajat arvelivat uudelleensynnyttäjien tietä- vän jo asiat. Osa myös koki jääneensä oman onnensa nojaan, kun synnytys oli ohitse. Sairaalaympäristöön oltaisi toivottu rauhaa ja yksityisyyttä.

Synnytyksen jälkeinen aika lapsivuodeosastolla jäi mietityttämään kymmeniä äitejä. He kokivat itsensä unohdetuiksi ja liian vähän ohjausta saaneiksi. Vastaajat mainitsivat, että tietoa imetyksestä ei annettu tarpeeksi ja ohjaus oli puutteellista. Muutama vastaaja oli tyytyväinen lapsivuoteilla saamaansa hoitoon. Myös uudelleensynnyttäjät kokivat kai- paavansa imetysohjausta. Muu kategoriaan kuuluu alle kymmenen kertaa mainittuja te- kijöitä. Näitä oli tukihenkilön kotiutus, pitkä sairaalassaoloaika ja liikkumisen vapaus. Lisäksi mainittiin, että tarpeettomia tietoja ei kaivattu. Joillakin hyvät itse hankitut en- nakkotiedot vaikuttivat kokemukseen. Nopea kotiutus ja sairaalan vauvamyönteisyys mainittiin. Joidenkin mielestä keskusteluapu oli puutteellista ja laitteet häiritsivät keskit- tymistä.

8.6 Spontaanisti käynnistyneen synnytyksen ja käynnistetyn synnytyksen ero

Uudelleensynnyttäjille suunnattuun kysymykseen vastasi 222 äitiä. Äitien kuvaamat eroavaisuudet on koottu kuvioon 9.



KUVIO 9. Käynnistetty synnytys verrattuna spontaaniin synnytykseen

Useimmiten käynnistettyä synnytystä kuvattiin kivuliaammaksi, rajummaksi ja nopeammaksi verrattuna spontaanisti käynnistyneeseen synnytykseen. Supistuskipua kuvattiin usein erilaiseksi, kun synnytys on käynnistetty. Vastaajat kuvasivat supistusten olevan luonnottomia, kovia, teräviä, jatkuvia, alkavan varoittamatta, olevan vaikeammin hallittavissa ja vastaanotettavissa. Etenkin naiset, joilla oli taustalla nopeita synnytyksiä, kokivat käynnistämisen ja sairaalassaolon positiivisena, jotta sairaalaan lähtöä ja kivunlievityksen saamista ei tarvitse miettiä ja jännittää. Muutaman mielestä eri tavalla käynnistyneet synnytykset eivät poikenneet mitenkään merkittävästi toisistaan.

8.7 Yhteenveto tuloksista

Saamamme tulokset ovat suurelta osin yhteneväisiä aikaisempien tutkimusten ja työn synnytyskokemukseen vaikuttavien tekijöiden teoriaosuuden kanssa. Vastaajista yli puolet oli ensisynnyttäjiä. Käynnistykseen johtaneista syistä valtaosa oli lääketieteellisiä. Synnytys käynnistettiin useimmiten oksitosiinilla tai kalvojen puhkaisulla. Synnytys koettiin kivuliaaksi ja käytetyin lääkkeellinen kivunlievitys oli epiduraalipuudutus, jonka otti 65 % vastaajista.

Etukäteen synnyttäjät olivat ajatelleet käynnistetyn synnytyksen olevan kivuliaampi ja rajumpi kuin spontaanisti käynnistynyt synnytys. Suurella osalla vastaajista ei toisaalta ollut mitään ennakkotietoa tai ennakkokäsityksiä käynnistykseen lähdeettäessä. Suuri osa ei tietoa kaivannut, sillä moni koki ennakkotiedon lisäävän tuskaa. Kuitenkin vain 12 % oli saanut riittävästi tietoa etukäteen. Eniten synnyttäjät kaipaavat yleistä faktatietoa prosessin etenemisestä, mitä milloinkin mahdollisesti tulee tapahtumaan ja tietoa eri käynnistymetodeista.

Henkilökunta vaikutti synnyttäjien kokemuksiin niin hyvässä kuin pahassakin. Henkilökunnan käytös, läsnäolo, tuki, ohjaus ja kommunikaatiotaidot mainittiin valtaosassa vastauksista. Negatiivista ja positiivista palautetta tuli lähes puolet ja puolet. Myös synnytyksen kivuliasuus, kivunlievityksen riittävyys ja oikea-aikaisuus ovat merkittäviä tekijöitä synnytyskokemuksen muotoutumisessa. Kysyttäessä synnyttäjiltä, mikä heidän synnytyskokemuksestaan olisi tehnyt paremman, ylivoimaisesti suurin tekijä oli henkilö-

kunta. Henkilökunnalta oltaisiin toivottu enemmän empaattisuutta, hyvää käytöstä ja läsnäoloa. Läsnäolon puute yhdistettiin usein riittämättömän tukeen. Synnyttäjät toivoivat kätilöiltä ja lääkäreiltä yksilöllisempää työtettä ja sitä, että heitä oltaisiin kuunneltu.

Sekä spontaanin että käynnistetyn synnytyksen kokeneiden mukaan synnytyksissä on eroa. Useimmiten supistukset kuvattiin erilaisina ja kivuliaampina. Käynnistetyssä synnytyksessä supistukset kuvattiin teräviksi, äkisti alkaviksi ja vaikeammin vastaanotettaviksi kuin spontaanisti käynnistyneessä synnytyksessä. Hallinnan tunne koettiin paremmaksi silloin, kun äidin aiempi kokemus oli ollut nopea synnytys, tai matka sairaalaan oli pitkä. Tällöin tilanteen koettiin olevan hallinnassa, koska synnyttäjä sai olla valmiiksi sairaalassa.

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettistä kestävyyttä voidaan pitää tutkimuksen tärkeimpänä ominaisuutena. Eettisyys on syytä pitää mielessä tutkimuksen alkumetreiltä loppuun asti. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. On tärkeitä pohtia mitä tutkitaan, miten aihe valitaan ja millä keinoin aineisto saadaan kerättyä. (Hirsjärvi ym.2009, 23 - 27; Tuomi 2007, 143-148.) Aihevalinta oli mielestämme eettisesti hyväksyttävä ja tärkeä, sillä aihetta on tutkittu vähän ja tämän kaltaisen tiedon avulla synnyttäjien hoitoa voidaan kehittää.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on jakanut ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet kolmeen osa-alueeseen. Ne ovat 1) tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen 2) vahingoittamisen välttäminen ja 3) yksityisyys ja tietosuoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009). Keräsimme aineistomme E-lomakkeen avulla internetissä, jolloin vastaaja sai itse vapaasti valita, vastaako kyselyyn vai ei. Kyselyn alussa informoimme tutkimuksen tarkoituksesta ja mihin vastauksia tullaan käyttämään. Toimme myös ilmi anonymiteetin säilymisen läpi opinnäytetyöprosessin eikä esimerkiksi nimeä tai asuinpaikkaa kysytty lainkaan.

Paitsi tutkimuskohdetta, myös tiedemaailmaa ja muita tutkijoita kohtaan on noudatettava hyvää eettistä ja tieteellistä käytäntöä. Muiden tutkimusten kunnioittaminen viittaamalla asianmukaisesti, omien tulosten raportointi oikein ja totuudenmukaisesti kuuluvat hyvään eettiseen käytäntöön. (Hirsjärvi ym.2009,23 - 27; Tuomi 2007,143-148.) Viittaukset merkitsimme asianmukaisesti, emmekä esittäneet omana tuotoksenamme muiden tutkijoiden ajatuksia tai tuloksia.

Teoriaosuudessa käytimme lähteitä mielestämme monipuolisesti ja arvioimme jokaisen lähteen luotettavuutta. Käytimme paljon myös englanninkielisiä lähteitä, jolloin näkökulmaa tulee myös maailmalta. Toisaalta vieraskielinen lähde lisää väärinymmärryksen riskiä. E-lomaketta tehdessämme olimme tutustuneet tutkimuksiin, jotka käsittelivät samaa aihetta ja yleensä synnytyskokemuksia. Pohdimme kaksin ja yhdessä ohjaavan opettajamme kanssa, mitkä kaikki asiat voisivat olla merkittäviä lomakkeelle laitettaviksi. Luotettavuutta työssämme lisää vastausten suuri volyymi. Vastausten suuri määrä

toi esiin myös puutteita E-lomakkeessamme. Nämä puutteet eivät tulleet esiin testatesamme lomaketta viidellä koehenkilöllä.

Vastaajat eivät pystyneet merkitsemään vastasyntyneen Apgar-pisteitä (LIITE 1, kysymys 3), mikäli hän oli saanut täydet 10/10 pistettä. Tällöin jouduimme arvailemaan osan vastauksista. Teimme päätelmän, että kukaan vastasyntynyt ei ole saanut Apgar-pisteitä 10/1. Lisäksi kohdassa, jossa kysyttiin synnytyksen kestoa (LIITE 1, kysymys 6), olisi ollut syytä selventää paremmin, miten synnytyksen kesto määritellään. Osa vastaajista oli merkinnyt synnytyksen kestoksi jopa useita vuorokausia. Tässä kohtaa päätimme asettaa ylärajan 48 tuntiin. Toisaalta alkuperäisen aineiston ajat kuvasivat totuudenmukaisesti aikaa, jonka äidit kokivat synnytykseen kuluneen.

Jälkikäteen ajateltuna olisi ollut hyödyllistä kysyä päättyikö synnytys sektioon tai instrumentaaliavusteisesti. Myös kokemukselle olisi ollut hyvä asettaa oma numeerinen arviointi kohtansa. Tällöin olisimme pystyneet vertaamaan numeerista arviota kokemuksesta eri käynnistys metodeihin, kipuun, vauvan saamiin Apgar-pisteisiin ja synnytyksen päättymistapaan.

Strukturointi epäonnistui osittain kohdassa, jossa tiedustelimme induktiometodia (LIITE 1, kysymys 5). Kysymys oli kyllä kysytty kaikilta samalla tavalla, mutta emme olleet varmistaneet sitä, että kaikki huomaavat ohjeistuksen vastaamiseen. Näin vastaukset oli vastattu eri tavalla. Vain osa oli merkinnyt missä järjestyksessä induktiossa edettiin metodin osalta, minkä vuoksi emme saaneet toivomaamme informaatiota tämän kysymyksen osalta. Oksitosiini oli aineistomme perusteella eniten käytetty käynnistysmenetelmä. Tämä saattaa olla hieman todellisuutta enemmän, sillä osa on saattanut mainita oksitosiinin käynnistysmenetelmänä, vaikka sitä on voitu käyttää synnytyksen edistämiseen. Saarikosken (2011) mukaan prostaglandiinien tulon jälkeen oksitosiinia käytetään nykyisin ensisijaisesti supistusten tehostamiseen ja vasta toissijaisesti synnytyksen käynnistämiseen. Lisäksi E-lomakkeen (LIITE 1) kieliäsu olisi voitu tarkistaa ennen julkaisua.

9.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää äitien kokemuksia siitä, miten he kokevat synnytyksen käynnistämisen prosessina ja mitkä ovat tärkeimpiä kokemukseen vaikuttavia tekijöitä. Vastauksia tuli paljon ja erittäin lyhyessä ajassa, mikä saattaa kertoa äitien halukkuudesta saada äänensä kuuluviin. Muutama vastaaja otti yhteyttä vielä jälkikäteen ja toi esiin pettymyksensä siitä, että kysely oli jo suljettu, eivätkä he olleet ehtineet vastata. Päätimme analysoida työn laadullisen aineiston sisällön erittelyn avulla, sillä aineistolähtöinen sisällönanalyysi olisi näin suurella aineistolla vienyt erittäin paljon aikaa. Saamiemme tulosten mukaan koko sairaalassaoloaikana muodostuvaan kokemukseen eri osastoilla vaikuttavat hyvin monet tekijät. Vastausten perusteella henkilökunnan käytöksellä, empaattisuudella ja kyvyllä kuunnella potilasta on erittäin suuret vaikutukset synnytyskokemuksen muotoutumiseen. Henkilökunnalta odotetaan rauhallisuutta, aikaa ja hyvää käytöstä. Hoitotyössä saattaa olla usein kiire ja hoidettavia potilaita paljon. Tämän synnyttäjät ymmärtävät, mutta toivovat silti, että lyhytkin kohtaaminen olisi kiireetön ja mahdollisimman yksilöllinen vaatimatta välttämättä kovin pitkää aikaa hoitajalta. Aikaisemmissa tutkimuksissa tämä teema nousi esiin etenkin Hendersonin & Redshaw:n (2013, 1164- 1165) tutkimuksessa. On mielestämme huomionarvoista, että henkilökuntaa pidettiin ammattitaitoisena ja osaavana, vaikka sosiaalisessa kanssakäymisessä olikin toivomisen varaa.

Laadukkaan informaation antaminen ennen käynnistyksen aloittamista ja koko prosessin aikana on kullan arvoista. Tämä tuli esiin myös kaikissa aiemmin mainituissa tutkimuksissa. Tietoa kaivattiin kaikesta synnytykseen ja synnytyksen käynnistämiseen liittyvästä. Se, että synnyttäjä on tietoinen toimenpiteistä ja mitä hänelle ja hänen lapselleen ollaan suunnittelemassa ja tekemässä, vaikuttaa tilanteen hallintaan ja kokemukseen omasta pystyvyydestä. Synnyttäjät tarvitsevat ammattilaisten antamaa tietoa siihen, että he kokevat pystyvänsä saamiensa tietojen perusteella päättämään omasta hoidostaan tai ainakin hyväksymään hoitohenkilökunnan tekemät päätökset. Näin voidaan välttää kokemus kaoottisesta tilanteesta, jossa sairaalan henkilökunta on jättänyt huomioimatta äidin ja äidin mielipiteet.

Ammattilaisten näkökulmasta on joskus järkevää pitää synnyttäjää synnytyksen alkuvaiheessa vielä prenataaliosastolla tai pitkittää mahdollista sektiopäätöstä. Synnyttäjät saat-

tavat kuitenkin kokea tämän viivyttelynä ja hidasteluna. Näissä tilanteissa hyvällä kommunikaatiolla ja kärsivällisellä tiedonannolla saattaisi olla merkitystä siihen, miten äiti jälkikäteen tilanteen kokee. Synnyttäjille jaettavaa kirjallista tietoa voitaisiin hyödyntää nykyistä enemmän vaikkapa käynnistysmetodeihin ja käynnistysprotokollan etenemiseen liittyen. Toisaalta lähes puolet vastaajista ei olisi halunnut tai kaivannut lisätietoa ennen käynnistysten aloittamista. Onko henkilökunnan nähtävä potilaasta päällepäin, kuka tietoa janoaa ja kuka sitä taas ei juuri kaipaa? Onko mahdollista, että synnytyksen ja koko käynnistysprosessin läpikäymisen jälkeen mieli onkin muuttunut ja jälkikäteen ajateltuna olisi ollut kiva tietää yhtä ja toista?

Valtaosa tutkimukseemme vastanneista kertoi käynnistämisen syyksi yliaikaisuuden. Tämän tuloksen todenperäisyyttä voidaan pohtia ja kyseenalaistaa, sillä esimerkiksi Suomessa raskausviikolla 42 syntyi vuonna 2014 vain 2310 lasta, mikä on 4,0% vastasyntyneistä (Ylilehto, 2016). Myös Schwarz ym. (2016, 7) havaitsivat tutkimuksessaan, että yli puolet äideistä mainitsi käynnistämisen syyksi raskauden yliaikaisuuden, vaikka raskausviikot olivat todellisuudessa alle 41+0. Kysymyslomakkeessamme emme kysyneet raskausviikkoja, joten tämä asia jää pohdinnan asteelle. Raskausviikot olisi ollut hyvä tietää myös siksi, että Gatward, Simpson ja Woodhart ym. (2009, 4-5) totesivat tutkimuksessaan, että se miten valmis äiti on synnyttämään, vaikuttaa synnytykokemukseen. Tähän raskausviikoilla saattaa olla vaikutusta. Osa, vaikkakin hyvin pieni osa, vastaajista mainitsi myös, ettei käynnistämisen syy ollut heidän tiedossaan. Näistä vastauksista osasta voi päätellä, että käynnistysten syyt ei oltu tarpeeksi hyvin perusteltu, vaikka se esitetty olikin. Olisi kuitenkin hyvä pyrkiä siihen, että jokaiselle synnyttäjälle on selvää, miksi synnytystä lähdetään käynnistämään, jolloin synnyttäjän motivaatio lienee huomattavasti parempi mahdollisesti pitkäänkin prosessiin ryhtyessä. Tässä yhteydessä voidaan pohtia myös potilaan vastuuta tiedonsaannistaan. Mikäli mieltä jokin asia askarruttaa, se on hyvä tuoda julki, jotta asiasta voidaan keskustella.

Käynnistettyä synnytystä pidetään kivuliaampana ja rajumpana verrattuna itseksensä käynnistyneeseen synnytykseen. Saamiemme vastausten mukaan koetun kivun VAS keskiarvoksi tuli 8, joka on melko suuri. Useat synnyttäjät, jotka olivat kokeneet sekä käynnistetyn, että spontaanisti käynnistyneen synnytyksen kuvasivat keinotekoisesti aikaansaatuja supistuksia erilaisiksi, kivuliaammiksi, teräviksi ja vaikeammin siedettäväiksi. Kipu ja sen kokeminen ovat kuitenkin subjektiivinen kokemus, jonka kiistaton arvioiminen on haastavaa. Verrokkiryhmän numeerinen arviointi kivusta antaisi vertailupohjaa.

Ruotsalaistutkimuksen (Hildingsson ym. 2011, 154) mukaan kivun intensiteetissä ei eroa juurikaan ole, mutta käynnistetyissä synnytyksissä käytetään enemmän epiduraalipuudutusta. Käynnistettyjen ryhmässä epiduraalipuudutuksen sai 47 % ja spontaani ryhmässä 28 % synnyttäjistä. Aineistossamme epiduraalipuudutus oli yleisin lääkkeellinen kivunlievityskeino ja sen oli saanut 65 % vastaajista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2014 tilastojen mukaan 49 % kaikista synnyttäjistä sai epiduraalipuudutuksen. Hildingsson ym. (2011, 154) tutkimuksen mukaan täysin ilman kivunlievitystä synnytti käynnistetyistä 3,3% ja spontaaniryhmästä 6,2 %. Edellä olevan perusteella voitaisiin varovaisesti päätellä, että käynnistetty synnytys on hieman spontaanisti käynnistettyä kivuliaampi, mutta pitävää todistetta tälle ei ole. Toisaalta THL:n tilastojen (Gissler & Vuori 2016) mukaan 75 % ensisynnyttäjistä sai epiduraalipuudutuksen, kun taas uudelleensynnyttäjistä sen otti vain hieman päälle 30 %. Aineistossamme ensisynnyttäjiä oli 61 %, jolloin ensisynnyttäneisyys itsessään lisää tilastollista prosenttiosuutta. Kokemus riittämättömästä kivunhoidosta vaikuttaa osaltaan synnytyskokemukseen. Kätilön olisi hyvä työssään panostaa ensisijaisesti yhteistyöhön synnyttäjän kanssa kivunlievitystä suunniteltaessa ja tarvittaessa ammattitaitonsa turvin helpottaa synnyttäjän päätöksiä kivunlievityksen suhteen.

Aineistoamme tutkiessamme kiinnitimme huomiota siihen, että synnytys oli merkitty usein kestäneeksi todella pitkään. Tämän havaitsivat tutkimuksessaan myös Hildingsson ym. (2011, 154), joiden tutkimuksessa synnytyksen kesto pohjautui myös äitien omaan tulkintaan ajasta ja synnytyksen kestosta. Aineistossamme synnytyksen keston keskiarvoksi tuli vain 10,5 tuntia, mutta ennen tähän tulokseen päätymistä olimme asettaneet synnytyksen keston ylärajaksi 48 tuntia. Alkuperäisessä aineistossa oli vastauksia, jotka ylittivät tämän hyvinkin reilusti. On mahdollista, että äidit laskevat synnytyksen alkaneeksi käynnistämisen alkamishetkestä, epäsäännöllisten supistusten alkamisesta tai lapsiveden menosta. Saamistamme vastauksista voidaan päätellä, että äidit kaipaavat kätilön tukea pitkäksi koettuun prosessiin sairaalaan tulohetkestä alkaen.

Tämän aineiston perusteella näyttää siltä, että sairaalan tilojen uudistamisella voidaan vaikuttaa naisten synnytyskokemukseen. Intiimi tapahtuma vaatii vastausten perusteella enemmän omaa rauhaa ja omat WC- ja suihkutilat. Sairaalassaolon miellyttävyyttä lisää kodinomaiset tilat, sillä monet kokevat sairaalaympäristön pelottavana ja epämiellyttävänä. Voidaan pohtia, miten lempeä, kodinomainen ympäristö verrattuna kliiniseen tilaan

vaikuttaa sairaalaan tulevan synnyttäjän tunnetiloihin ja sitä kautta esimerkiksi oksitosiini-
nituotantoon.

Teoriaosuudessa todettiin, että käynnistetyn synnytyksen jälkeen vastasyntynyt tarvitsee useammin hoitoa lastenosastolla verrattuna spontaani synnytyksellä syntyneisiin lapsiin. Huoli vauvasta ja imetysohjaus vauvan ollessa lastenosastolla nousi erääksi teemaksi aineistomme vastauksista. Yksin synnyttäneiden osastolla olevissa äideissä on tietenkin eroja, mutta heitä ei tulisi lähtökohtaisesti ajatella helppoina, itsekseen pärjäävinä potilaina. Henkilökunnan tulee muistaa henkisen tuen merkitys vanhemmille, jotka joutuvat olemaan erossa vastasyntyneestään. On hyvä korostaa sitä, että lapsi on heidän omansa, vaikka lastenosaston henkilökunta lasta paljon hoitaa. Myös imetykseen kannustamiseen ja imetysohjaukseen kannattaa panostaa.

9.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkossa voitaisiin tehdä tarkempaa tutkimusta siitä, mikä mahdollisesti vaikuttaa synnytyskokemukseen käynnistyksen jälkeen sitä heikentävästi. On mahdollista, että lasketun ajan jälkeen naiset ovat kypsempiä synnyttämään ja motivaatio synnytykseen ja synnytyksen käynnistämiseen on parempi kuin aikaisemmilla viikoilla. Viitteitä tähän saatiin Hildingssonin. ym (2011, 156) tutkimuksessa, jossa todettiin, että raskauden edetessä yli 41 raskausviikkoa, ei synnyttäjien kokemuksissa ja tuntemuksissa enää ollut eroa.

Yhdistämällä aineistoon spontaanisti käynnistyneen synnytyksen kokeneet, voitaisiin saada tarkempaa tietoa siitä, mitkä synnytyskokemuksessa ovat juuri ne asiat, jotka voisivat johtua käynnistymistavan erosta. Mielenkiintoista olisi myös selvittää äitien kokemuksia eri käynnistysmetodeista. Mitä käynnistysmetodia käyttämällä synnytyskokemus olisi mahdollisimman hyvä, vai onko metodilla mitään vaikutusta.

LÄHTEET

Alfirevic, Z., Aflaifel, N. & Weeks, A. 2014. Oral misoprostol for induction of labour (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014.

Bell, A., Erickson, E. & Carter, C. 2014. Beyond Labor: The Role of Natural and Synthetic Oxytocin in the Transition to Motherhood. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59 (1). s. 35–42.

Bonsack, C., Lathrop, A. & Blackburn, M. 2014. Induction of labour: Update and review. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 59(6), 606-615.

Canadian Institute for Health Information. 2015. Canadian perinatal health report. https://secure.cihi.ca/free_products/Costs_Report_06_Eng.pdf

Dowswell, T., Kelly, A., Livio, S., Norman, J. & Alfirevic, Z. 2010. Different methods for the induction of labour in outpatient settings. Cochrane Library.

Ezebialu, I., Eke, A., Eleje, G. & Nwachukwu, C. 2013. Methods for assessing pre-induction cervical ripening. Cochrane Library.

Eggebo, T-M., Okland, I., Heien, C., Gjessing, L-K., Romundstad, P. & Salvesen, S-A. 2009. Can ultrasound measurements replace digitally assessed elements of the Bishop score? *Acta obstetrician et Gynecologica*; 88:325-331.

Ezebialu, I.U. Eke, A.C., Eleje, G.U. & Nwachukwu, C.E. 2013. Methods for assessing pre-induction cervical ripening (Protocol). *The Cochrane Collaboration* 10:1-9.

Fimea. 2014. Misodel. PDF-tiedosto. Luettu 12.11.2015. <http://spc.nam.fi/indox/english/html/nam/humspc/8/15077218.pdf>

Folan, M. & Murtagh, M. 2014. Women's experiences of induction of labour for post-date pregnancy. *British Journal of Midwifery*. 22 (2), 105-110.

Gattward, H., Simpson, M., Woodhart, L. & Stainton, C. 2010. Women's experiences of being induced for post-date pregnancy. *Women and Birth*. 23, 3-9.

Gissler, M. & Vuori, E. 2015. Perinataaltilasto -synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Perinatalstatistik-föderskor, förlossningar och nyfödda 2014. Perinatalstatistics: parturients, deliveries and newborns 2014. Tilastoraportti. THL.

Gissler, M. & Vuori, E. 2016. Perinataaltilasto -synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Perinatalstatistik-föderskor, förlossningar och nyfödda 2015. Perinatalstatistics: parturients, deliveries and newborns 2015. Tilastoraportti. THL.

Gottwall, K. & Waldenström, U. 2002. Does a traumatic birth experience have an impact on a future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*. (109), 254-260.

Government of Western Australia department of health. 2014. Perinatal Statistics in Western Australia report. <https://www.health.wa.gov.au/publications/documents/perinatal/PerinatalStatisticsWA2008.pdf>

Gulmezoglu, A.M., Crowther, C.A., Middleton, P. & Heatley, E. 2012. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane library.

Henderson, J. & Redshaw, M. 2013. Women's experiences of induction of labour: a mixed methods study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 92, 1159-1167.

Hildingsson, I., Karlström, A. & Nystedt, A. 2011. Women's experiences of induction of labour - Findings from a Swedish regional study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 51, 151-157.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja Kirjoita. Hämeenlinna:Tammi.

Humenick, S.S. 2000. Birth environment. *The Journal of Perinatal education*. S. 9 (2).

Hoffmeyr, J., Gulmezoglu, M. & Pileggi, C. 2009. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. The Cochrane collaboration.

International Association for the Study of Pain.1994. Classification of chronic pain. 2nd edition (revised). Luettu 29.6.2016. www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_II-A.pdf. S. 1-33.

Jenkinson, B., Josey, N. & Kruske, S. 2014. BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design. The Queensland Centre for mothers & babies. The University of Queensland. S. 2-33.

Jozwiak, M., Bloemenkamp, K.W., Kelly, A.J., Mol, B.W., Irión, O. & Bouvain, M. 2012. Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. Mar 14;(3).

Junnila, S. 2014. Akupunktuuri. Lääkärinkäsikirja Duodecim. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00496&p_haku=akupunktio

Kavanagh, J., Kelly, A.J. & Thomas, J. 2005. Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jul 20;(3):CD003392.

Koppatz, H. 2010. Synnytyksen käynnistäminen ja synnytys 42. raskausviikolla. Tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto.

Kortesluoma, S. & Karlsson, H. 2011. Oksitosiini, kiintymyksen ja sosiaalisuuden neuropeptidi. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 127(9), s.911–918.

Lim, C.E.D., Wilkinson, J.M., Wong, W.S.F. & Cheng, N.C.L. 2009. Effect of Acupuncture on Induction of Labor. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 15(11): 1209-1214.

MISODEL™, Ferring's removable misoprostol vaginal delivery system, approved for labour induction in European Decentralised Procedure. 2013. Ferring pharmaceuticals. Luettu 12.11.2015. <https://www.ferring.com/en/media/press-releases/2013/misodel-17oct13/>

Misodel-ohje (misoprostoli – nauha emättimeen 200 mikrog). 2016. TAYS ohje.

- Myllykangas, P. 2010. Synnytyksen käynnistämisen vaikutus operatiivisiin synnytyksiin ja vastasyntyneiden kuntoisuuteen TAYS:ssa vuosina 1998–1999 ja vuosina 2004–2005. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Syventävien opintojen kirjallinen työ. S. 1-19.
- Mäki-Kojola, T. 2009. Naisten kokemuksia synnytyksestä ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen käytöstä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu.
- Männistö, V. & Sillanpää, K. 2006. Synnytystapahtuma tulevaa elämää ohjaamassa: Synnytyksen yhteys tulevaan vanhemmuuteen ja parisuhteeseen. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro Gradu.
- Norwitz, E. & Shorge, J. 2006. Obstetrics & Gynaecology at a Glance. Second edition. S. 1165 – 1169.
- Nuutila, M. 2006. Synnytyksen käynnistäminen. Yleiskatsaus. Suomen lääkärilehti. 61(10), s.1097–1101
- O'Brien, E., Rauf, Z., Alfrievic, Z. & Lavender, T. 2013. Women's experiences of outpatient induction of labour with remote continuous monitoring. *Midwifery* 29; 325-331.
- Panelius, E., Heikinheimo, O. & Rahkonen, L. 2012. Synnytyksen käynnistäminen ballonkimenetelmällä. Alkuperäistutkimus. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 128 (20), 2093-2102.
- Possner, G., Dy, J., Black, A. & Jones, G. 2013. Human labor & birth. Sixth edition. Induction of labor. s.174–191.
- Rankio, E & Viksten, S. 2014. Tavoitteena positiivinen kokemus lapsen syntymästä. Negatiivinen kokemus raskausajasta, synnytyksestä tai lapsivuodeajasta ja sen vaikutus naisen elämään. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyö. Kätilötyö. Opinnäytetyö.
- Razgaitis, E.J. & Lyvers, A. 2010. Management of Protracted Active Labor With Nipple Stimulation: A Viable Tool for Midwives? *Midwifery Womens Health*. S. 55(1):65-69.
- Saarikoski, S. 2011. Synnytyksen käynnistyminen ja raskauden keston häiriöt. Teoksessa *Naistentaudit ja synnytykset*. Tapanainen, J ja Ylikorkala, O.(toim.) Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. S. 412- 415.
- Saarikoski, S. 2011. Synnytyksen käynnistäminen. Naistentaudit ja synnytykset. *Duodecim oppiportti*. <http://www.oppiportti.fi/op/njs03702/do#q=oksisosiini>
- Saarelma, O. 2014. Akupunktio (akupunktuuri). *Terveyskirjasto*. Verkkojulkaisu. Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00062
- Sarvela, J & Nuutila, M. 2009. Synnytyskipu. Lääketieteellinen Aikakauskirja *Duodecim* 2009;125(17):1881-8.

Sharma, K., Grubbs, B., Mullin, P., Opper, N. & Lee, R. 2015. Labor induction utilizing the foley balloon: a randomized trial comparing standard placement versus immediate removal. *Journal of Perinataology*, 35(6). S.390-395.

Shetty, A., Rhona, B., Rice, P. & Templeton, A. 2005. Women's expectations and satisfaction with induced labour-A questionnaire-based study. *European journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive biology*. 123, 56-61.

Shwartz, C., Gross, M. & Berger, B. 2016. Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany. *Midwifery*. 35, 3-10.

Smith, C.A., Crowther, C.A. & Grant, S.J. 2013. Acupuncture for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 15;(8).

Smyth, R., Markham, C. & Dowswell, T. 2013. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *The Cochrane Library*.
(<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/abstract>)

Statistiska centralbyrån. 2013. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn.
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/graviditeter-forlossningar-rochnyfodda>

Syrjäläinen, R. 2013. Naisten kokemuksia synnytyksestä ja Relaxbirth synnytystuesta. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu. S. 1-64.

The royal college of midwives. 2012. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour. *Birth environment*. s.1-8. PDF-tiedosto. Luettu 18.8.
<https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Birth%20Environment.pdf>

Tiitinen, A. 2013. Synnytyskivun hoito. Verkojulkaisu. Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00883

Timmons, B., Akins, M. & Mahendroo, M. 2010. Cervical remodeling during pregnancy and parturition. *Trends in Endocrinology and Metabolism* 2010,21 (6): 353-361.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käytäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Suomen Akatemia. Luettu 16.11.2015.
<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Tammi. s. 95-100.

Tuomi, J. & Saarijärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi. 5. painos. s. 108-113.

Vilka, A. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi. s. 13-16.

10 LIITTEET

Liite 1 E-kyselylomake

1(3)

Synnytyksen käynnistäminen äitien kokemana

Hei!

Olemme kaksi kättilöopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opin-
näytetyötä aiheesta: "Synnytyksen käynnistäminen äitien kokemana". Aihe on erit-
tään tärkeä ja vähän tutkittu. Tarkoituksenamme olisi kerätä työhön tietoja, joiden
avulla synnyttäjän ja koko perheen hoitotyötä voitaisiin kehittää. Huomioithan, että
olemme kiinnostuneita koko sairaalassaoloajasta, ei pelkästään itse synnytys tapah-
tumasta. Vastauksesi on tärkeä ja arvokas paitsi meille, myös tuleville synnyttäjille.
Alla olevassa lomakkeessa on 13 kysymystä, joista osaan vastataan lyhyesti ja osaan
voi vapaasti kertoa kokemuksestaan. Toivomme, että vastaat avoimiin kysymyksiin
mahdollisimman laajasti. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 10–15 minuuttia. Suuret
kiitokset!

Ystävällisin terveisin,

Elina Nikula & Zephyra Rahimi

elina.nikula@health.tamk.fi

zephyra.rahimi@health.tamk.fi

Tampereen Ammattikorkeakoulu, TAMK

I TAUSTATIEDOT

1. Ikäsi synnytys hetkellä?
2. Oletko ensisynnyttäjä vai uudelleensynnyttäjä?
3. Mitkä olivat vauvasi apgar pisteet?

II KÄYNNISTÄMINEN

4. Miksi synnytys käynnistettiin?
- Yliaikaisuus
 - muu, mikä?
5. Millä keinolla synnytys käynnistettiin?
(Kirjaa numeroin, miten synnytyksen käynnistäminen eteni. Esim. Aloitettiin 1. ballongilla tämän jälkeen jatkettiin 2. kalvojen puhkaisulla 3. jne.)

Ballonki	
Kalvojen puhkaisu	
Oksitosiini	
Cytotec (tabletti suun kautta)	
Cytotec (emättimen kautta)	
Muu mikä?	

6. Kauanko käynnistetty synnytys kesti?
7. Millaisia ennakkokäsityksiä/tietoa käynnistyksestä sinulla oli?
8. Millaista tietoa olisit kaivannut etukäteen?

III KOKEMUS

9. Minkälaiset asiat vaikuttivat synnytyskokemukseesi koko sairaalassa olo aikana?
10. Mitkä tekijät olisivat vaikuttaneet siihen, että synnytyskokemuksesi olisi vielä positiivisempi?
11. Asteikolla 0-10 miten koit kivun? (0= kivuton -10= pahin mahdollinen kipu)
12. Mitä kivunlievityksiä sait synnytyksen kuluessa?

Liite 1 E-kyselylomake

3(3)

Kättilön tuki	
Tukihenkilön tuki	
Suihku	
Amme	
Geelipussi	
TENS	
Aquarakkulat	
Oxanest	
Epiduraali	
Spinaali	
Ilokaasu	
Pundendaali (häpyhermon puudutus)	
Paracervical (kohdunkaulan puudutus)	
Muu, mikä?	

13. **Uudelleen synnyttävä:** Jos aikaisempi synnytyksesi käynnistyi spontaanisti, mitä mahdollisia eroja koit synnytysten välillä?