



**”NAISENERGIAA LÄÄKKEIDEN JA
TEKNOLOGIAN RINNALLE”
Aktiivinen synnytys -päivä 21.10.2006**

Johanna Saari

**Opinnäytetyö
Joulukuu 2008**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

SISÄLTÖ

1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA	4
2 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	6
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	7
4 LÄHDEKRITIIKKI	9
5 SYNNYTYSTEN SIIRTYMINEN KODEISTA SAIRAALOIHIN.....	10
6 NORMAALIN SYNNYTYKSEN MÄÄRITTELYÄ.....	12
6.1 Normaalin synnytyksen kulku	13
6.2 WHO:n suositukset normaalin synnytyksen hoitoon	14
6.3 Yleisimmät puuttumiskeinot normaalissa synnytyksessä Keski-Suomen keskussairaalassa.....	16
6.4 Synnytysinterventioiden tarpeellisuuden pohdinta	17
7 MEDIKALISAATION MÄÄRITTELYÄ.....	19
7.1 Medikalisaatio äitiyshuollossa ja synnytystenhoidossa.....	20
7.2 Synnytykskulttuurissa vallitseva kahtiajako	21
8 SYNNYTTÄJÄN JA VASTASYNTYNEEN LEMPEÄ KOHTELU	23
8.1 Aktiivisen ja luonnonmukaisen synnytyksen määrittelyä	25
8.2 Aktiivinen synnytys vaatii aktiivisen raskauden.....	26
8.3 Aktiivinen synnytys on itsensä kuuntelua	27
8.3.1 Pystyasennon edut synnytyksessä	28
8.3.2 Pystyasennon edut ponnistusvaiheessa	29
8.3.3 Synnytyksen jälkeisvaiheen kulku.....	29
8.4 Passiivinen synnytys.....	30
9 SYNNYTYS JA HALLINNAN TUNNE	31
9.1 Hallinnan tunnetta edistäviä tekijöitä	32
9.2 Hallinnan tunnetta estäviä tekijöitä synnytyksessä	33

	2
9.3 Synnytyskokemus.....	34
10 AKTIIVISEN SYNNYTYKSEN MAHDOLLISUUS TEKNISSÄ SAIRAALASSA	35
11 KÄTILÖN ROOLI AKTIIVISESSA SYNNYTYKSESSÄ	38
12 KIPU SYNNYTYKSESSÄ	39
12.1 Täydentävät kivunlievitysmenetelmät	41
12.1.1 Homeopatia	41
12.1.2 Vyöhyketerapia synnytyksen hoidossa	44
12.1.3 Akupunktio ja akupisteet synnytyksessä ja raskauden aikana	45
12.2 Kivunlievitysmenetelmät Keski-Suomen keskussairaalassa	46
13 AKTIIVINEN SYNNYTYS -PÄIVÄN JÄRJESTÄMINEN	49
13.1 Tapahtuman tavoitteet	51
13.2 Päivän sisältö.....	52
13.3 Aihealueiden valinta	53
13.4 Tutkimustehtävät ja tapahtuman arviointimenetelmät	53
13.5 Tapahtuman aikataulu.....	54
13.6 Tapahtuman järjestely.....	55
13.7 Tapahtuman markkinointi.....	57
13.8 Resurssit ja riskit	57
14 KOKONAISUUDEN ARVIOINTI	58
14.1 Tapahtuman tavoitteiden toteutumisen arviointi.....	59
14.2 Henkilökohtaisten tavoitteiden toteutumisen arviointi.....	59
15 TULOKSET JA OSALLISTUJIEN TYYTYVÄISYYS	60
16 LUOTETTAVUUS	62
17 JOHTOPÄÄTÖKSET	62
18 POHDINTA.....	63

LÄHTEET:.....	68
LIITTEET.....	70
Liite 1. Opinnäytetyön suunnitelma.....	70
Liite 2. Keski-suomalainen 26.10.2006.....	75
Liite 3. Palautekyselylomake.....	76
Liite 4. WHO:n hyväksymät perinataalihoidon periaatteet.....	77
Liite 5. Tapahtuman esite	78
Liite 6 Budjetoinnin toteutus	79

1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA

Kuultuani aktiivisen synnytyksen -käsitteen ensimmäistä kertaa opiskelujeni alussa minussa heräsi mielenkiinto aihetta kohtaan ja uusia kysymyksiä: Eikö jokainen synnytys ole aktiivinen, ainakin tulisi olla juuri niin aktiivinen, kuin nainen itse toivoo tai mihin hän pystyy? Mitä on passiivinen synnyttäminen?

Etsiessäni tietoa aktiivisesta synnytyksestä törmäsin usein myös luonnonmukaisen synnytyksen ja medikalisaation käsitteisiin. Synnytyssaliharjoittelun aikana huomasin naisista nousevan selkeästi esiin kaksi erilaista synnyttäjärhymää: äidit, jotka toivovat synnyttävänsä mahdollisimman tehokkaiden kipulääkkeiden avulla ja äidit, jotka toivovat niin sanottua luomusynnytystä ja mahdollisimman vähän puuttumista synnytyksen kulkuun.

Suomen Kätilöliitto ry:n muistiossa esitellyn Melenderin (2006) tekemän haastattelututkimuksen mukaan, kukaan haastatelluista synnyttäjistä ei ennakoanut ehdottomasti kieltäytyvänsä mahdollisista toimenpiteistä. Toimenpiteisiin periaatteellisella asennoitumisella oli havaittavissa kaksi ryhmää: positiivisemmat ja välttelevämmät. Positiivisemmin suhtautuvat näkivät toimenpiteiden edistävän synnytystä ja välttelevämmät taas toivoivat synnytyksen olevan mahdollisimman luonnollinen. (Suomen Kätilöliitto ry. 2008, 25.)

Nämä molemmat vaihtoehdot ovat sairaalasyntytyksessä mahdollisia, mutta todellisuus ei aina kohtaa kaikkien äitien ennakkotoiveita. Pettymyksen tunne saattaa yllättää äidit, jotka ovat niin sanottuun luomusynnytykseen valmentautuneena tarvinneetkin lääkkeellistä kivunlievitystä. Toisen äärlaidan äidit pettyvät, jos eivät ehdi saada epiduraalipuudutusta toiveestaan huolimatta. Näitä kahta erilaista äitiryhmää yhdistää aktiivisuus omien toiveidensa esittämisessä. Ovatko kaikki auttamismenetelmät ja kivunlievityskeinot osa aktiivista synnyttämistä?

Raskausaikana ja synnytykseen valmentautumisessa on nähtävissä erilaisia odotuksia. Osa naisista pelottaa sairaalamaailma ja he pelkäävät joutuvansa passiivisen potilaan rooliin. Osa taas saa lohtua siitä, ettei tarvitse olla vain

itsensä varassa. Heitä saattaa pelottaa synnytykseen heittäytyminen ja omaan kehoon luottaminen.

Itseäni on mietityttänyt se, että synnytys on suuriin sairaaloihin siirryessään joissakin tapauksissa muuttunut kättilöiden ja lääkäreiden tapahtumaksi, jossa nainen jää sivurooliin. Opinnäytetyötä tehdessäni huomasin, että oma huoleni ei ole tuulesta temmattu. Eri tahot ovat alkaneet kiinnittää entistä enemmän huomiota synnytystapahtumaan. Jo vuonna 1986 World Health Organisation (WHO) on todennut, että Euroopan maissa on ilman kyllin painavia lääketieteellisiä perusteita otettu käyttöön toimenpiteitä, joilla on epäedullisia psykologisia ja sosiaalisia vaikutuksia synnyttäjään. WHO katsoi myös Suomen kuuluvan niiden maiden joukkoon, joiden tulisi muuttaa suhtautumista synnytyksen hoitoon. WHO näki suurimmaksi virheeksi aktiivisen synnytyksen kulkuun puuttumisen, jolloin jätetään käyttämättä naisen omat voimavarat ja keinot saattaa synnytys hyvään päätökseen. (Suomen Kättilöliitto 2008, 8.)

Kunnalliset perhe- ja synnytysvalmennukset ovat tärkeä reitti lisätä vanhempien tietoa synnytyksestä. Valmennuksessa tarjotaan mahdollisuus pelkojen käsittelyyn ja kerrotaan, ettei synnytystä pysty täysin ennalta suunnittelemaan. Valmennusten lähtökohtana tulisi olla naisten itsetunnon ja voimien lisääminen, samalla pitäisi painottaa synnytyksen luonnollisuutta. Riittävä tiedon saanti on merkittävä tekijä naisen raskauden ja synnytyksen aikaisten tunteusten kannalta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 61).

Vuonna 2006 Jyväskylässä kunnallisia perhevalmennuksia ryhdyttiin lakkauttamaan monessa neuvolassa. Mietin, mistä vanhemmat voivat saada luotettavaa tietoa synnytyksestä. Mietin myös mistä synnyttäjät tietävät, minkälaista hoitoa voi vaatia tai mitä vaihtoehtoja on tarjolla. Näistä pohdinnoista syntyi idea Aktiivinen synnytys -tapahtuman järjestämiseen toiminnallisena opinnäytetyönäni. Aktiivinen synnytys -päivä järjestettiin Jyväskylässä hyvinvointikeskus Mandalatalon tiloissa 21.10.2006.

2 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön tarkoituksena on olla käytännönläheinen, tutkimuksellinen ja työelämälähtöinen. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi taideteos, käytäntöön suunnattu ohjeistus, jokin projekti tai tapahtuman toteutus. Kaikkia toiminnallisia opinnäytetöitä yhdistää se, että käytännöntoteutuksen lisäksi kirjoitetaan kirjallinen raportti. Raportissa käydään läpi toiminnallisen opinnäytetyön toteutus ja aiheeseen liittyvä teoreettinen viitekehys. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-10.)

Opinnäytetyön aihepiirin valinnassa on erityisen tärkeää, että se motivoi opiskelijaa. Opinnäytetyön aihe on hyvä olla sellainen, jonka kautta opiskelija voi syventää tietoja ja taitoja itseään kiinnostavasta aiheesta. Opinnäytetyöstä voi tulla prosessi, joka suuntaa ammatillista kasvua, urasuunnittelua ja tulevaa työllistymistä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16–17, 23.)

Tärkeä lähtökohta toiminnalliseen opinnäytetyöhön on sen hyvä suunnittelu. Suunnitelman avulla opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet tulevat tekijälle tiedostetuksi, mikä luo pohjan opinnäytetyön sisällölle ja toteutustavoille. Suunnitelma auttaa tekijää jäsentämään itselleen toimintansa tarkoituksen. Lisäksi suunnitelma tuo esille aikataulun ja lupauksen opinnäytetyön tekemisestä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26–27.)

Omien kykyjen ja resurssien tiedostaminen on tärkeä osa suunnittelua. Myös aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen tutustuminen auttaa hahmottamaan omaa ideaa. Kohderyhmän kartoitus auttaa tavoitteiden ja aiheen rajauksen tekemisessä. Oman ajattelun ja kirjallisuuden taustakartoituksen jälkeen voi täsmentää lopullisen toiminnallisen opinnäytetyön idean ja sen tavoitteet. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 27.)

Itselleen on tärkeää selvittää, millaisen käytännön ongelman haluaa opinnäytetyöllä selvittää ja mikä merkitys sillä on kohderyhmälle. Suunnitelmassa on

hyvä miettiä millaisin keinoin idean tavoitteet ovat saavutettavissa ja mistä hankkia tapahtuman sisällön tuottamiseen tarvittavat tiedot. Suunnitteluun kuuluu myös rahamenojen ja budjetin kartoitus, sekä resurssien ja riskien läpikäyminen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 27–28.) Katso opinnäytetyön suunnitelma (Liite 1).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli järjestää synnytystä käsittelevä vaihtoehtoinen tapahtuma perinteisen synnytysvalmennuksen sijaan. Tapahtuman tarkoituksena oli antaa osallistujille tietoa aktiivisesta synnytyksestä ja erilaisista synnytyskivun lievitysmenetelmistä. Tapahtuman aihealueista en kokenut itse voivani ottaa täyttä tiedollista vastuuta, siksi kutsuin ammattilaiset puhumaan aiheista.

Omien havaintojeni pohjalta luonnonmukaisuus ja lääketieteellisyys näkyvät käytännössä muun muassa siinä, kuinka naiset suhtautuvat synnytyskipuun ja sen lievittämiseen. Luonnonmukaiset kivunlievitysmenetelmät voivat olla osa synnytystä joko lääkkeiden tilalla tai niiden rinnalla. Vaihtoehtoiset kivunlievitysmenetelmät eivät ole vielä laajassa käytössä synnytysten hoidossa Suomessa, eikä niistä tarjota juurikaan tietoa synnyttäjille. Siksi halusin nostaa tapahtumassa esiin vaihtoehtoisen lääketieteen tapoja hoitaa synnytyskipua. Tärkeää oli tuoda esiin myös kivunlievitysmenetelmät, joita Keski-Suomen keskussairaalassa on käytössä, jotta osallistujat tietävät mitä vaihtoehtoja on tarjolla.

Aktiivinen synnytys nousi pääteemaksi, koska naisen omat voimavarat unohdetaan helposti lääketieteellisen näkökannan hallitessa tapaa, jolla synnytystä käsitellään. Lisäksi perhevalmennusten lakkauttaminen Jyväskylässä vuonna 2006 viestitti, ettei naisten omaa valmentautumista synnytykseen katsota riittävän tärkeäksi asiaksi. Tapahtumassani halusin nostaa synnyttäjän omat voimavarat tärkeäksi asiaksi synnytyksen onnistumisen kannalta. Tapahtuman

aihepiirille oli tarkoitus saada näkyvyyttä myös mediassa. Sanomalehti Keski-suomalainen osallistui tapahtumaan tekemällä jutun lehteen. Juttu julkaistiin lehdessä 26.10.2006. (Liite 2)

En rajannut tapahtuman kohderyhmää, vaan halusin opinnäytetyössä tutkia olisiko aiheella kysyntää ja keitä osallistujat ovat. Palautekyselomakkeen avulla selvitin, mitä tapahtuma tarjosi osallistujille. Tutkin kokivatko osallistujat tapahtuman tärkeänä ja onko heillä kiinnostusta samankaltaisia tapahtumia kohtaan jatkossakin. Lisäksi selvitin minkälaisia aiheita osallistujat toivovat tulevien tapahtumien sisältävän. Palautekyselykaavake löytyy liitteenä (Liite 3).

Tapahtuman haasteena oli tarjota näkökulmia kummastakin - sekä luonnonmukaisesta että lääketieteellisestä - puolesta suhteessa aktiiviseen synnyttämiseen. Haasteena oli myös pyrkimys vähentää osallistujien ajattelussa mahdollisesti olevaa vastakkain asettelua sairaalasyntytyksen ja aktiivisen synnytyksen väliltä sekä herättää keskustelua aiheesta. Opinnäytetyössäni hieman painottuvammin esillä on luonnonmukaisuus, koska lääketiede värittää jo valmiiksi pitkälti sitä tapaa, jolla synnytystä käsitellään. Luonnonmukaisuutta täytyy tuoda näkyvämmiin esiin, jotta sille saataisiin paikka lääketieteen rinnalla. Haasteena tapahtumassa oli saada näkökulmat keskustelemaan keskenään ja lähenemään toisiaan, leimaamatta kumpaakaan näkökulmaa oikeaksi tai vääräksi.

Opinnäytetyöni teoriaosassa selvittelen aktiivisen ja luonnonmukaisen synnytyksen lisäksi myös normaalia synnytystä, medikalisaatiota ja synnytyksen kulkuun puuttumista sekä erilaisia lääketieteellisiä ja luonnonmukaisia kivunlievityskeinoja. Opinnäytetyön raportin tavoitteina on tuoda esiin tapahtumassa esiin noussut teoria yhdistettynä aiheeseen liittyviin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen.

4 LÄHDEKRITIIKKI

Opinnäytetyön lukijaa saattaa ihmetyttää valintani käyttää paljon vanhoja lähteitä. Syynä vanhojen, alkuperäisten lähteiden käyttöön on se, ettei uusia aktiivista ja luonnonmukaista synnytystä käsitteleviä kirjoja ja tutkimuksia ole saatavilla. Vanhat lähteet eivät ole kuitenkaan vaikeuttaneet omaa näkemystäni ja työtäni opinnäytetyön parissa. Näyttäisi siltä, että tuo ”vanha tieto” aktiivisesta ja luonnonmukaisesta synnytyksestä on astunut uudelleen valokeilaan.

Naisen oma energia ja voimavarat sekä synnytyksen luonnollisuuteen tukeminen on taas 2000-luvun aikana noussut ajankohtaiseksi. Ajankohtaisuus tulee esille opinnäytetyöni raportissa, sillä käytän työssäni vanhojen lähteiden ohella uusimpia, vuosien 2007 ja 2008 lähteitä, vaikka opinnäytetyöni tapahtuma sijoittui vuoden 2006 loppupuolelle.

Riskinä synnytyksestä kirjoitettaessa on tietyn suppean näkemyksen korostuminen, usein joko lääketieteellisen tai luonnonmukaisuuden korostuminen. Esimerkiksi joissakin käyttämissäni teoksissa luonnonmukaisuus korostuu siten, että synnytyksen riskit saatetaan unohtaa tai lääketieteen tapa tuoda apua sivuutetaan. Lääketieteellisesti painottuneissa teoksissa taas naisen rooli synnytyksessä saatetaan sivuuttaa. Luin lähteitä harkiten, ettei kumpikaan näkökulma unohtuisi. Jos kirjoittaja haluaa kyseenalaistaa esimerkiksi luonnonmukaisia näkemyksiä, ei auta suppea lääketieteellinen kanta asioihin, vaan pitäisi olla tietämystä ja ymmärrystä molemmista puolista, jotta todellinen kyseenalaistaminen olisi mahdollista.

5 SYNNYTYSTEN SIIRTYMINEN KODEISTA SAIRAA- LOIHIN

Synnytysten hoito muuttui lääketieteellisemmäksi Euroopassa 1600-luvulla, kun synnytyspihdit otettiin käyttöön ja sen mukana synnytysasennot ja synnytksen niin sanottu päähenkilö vaihtuivat. Synnyttäjän oli hyvä olla selällään, jotta lääkärille saatiin hyvä näkyvyys ja työasento. Synnytysten teknologian käyttö on sen jälkeen kuulunut lääkäreiden vastuulle ja samalla vastuu synnytuksesta on siirtynyt vähitellen lääketieteen kehittymisen myötä kättilöiltä lääkäreille. (Ruusuvuori 1992, 17.)

Suomeen ensimmäinen äitiyssairaala perustettiin vuonna 1816 opetussairaallaksi kättilöille, koska Venäjän vallan aikana suomalaisten ei ollut enää sallittua kouluttautua Tukholmassa. Aluksi koulutus tapahtui venäjäksi ja vasta vuonna 1860 koulutusta ryhdyttiin antamaan suomeksi. Vuonna 1861 Venäjän vallan käskystä myös syrjäseuduille alettiin viedä sairaaloita ja koulutettuja kättilöitä, millä pyrittiin parantamaan köyhien lastensaannin turvallisuutta. Sitä ennen syrjäisimmillä alueilla maallikkokättilöt olivat hoitaneet kaikki synnytukset. Maallikoita arvostettiin vielä pitkään enemmän kuin kouluttautuneita kättilöitä. Maallikon tapaan hoitaa synnytyksiä kuului kansalle tärkeitä uskomuksia ja mystiikkaa, joista ei ollut helppo luopua. Muutos maallikkokättilöstä koulutettuihin tapahtui niin hitaasti, että vielä 1920-luvullakin yli puolet maamme synnytyksistä hoiti kouluttautumaton kättilö. (Viisainen 2000, 17.)

Suuri muutos tapahtui vuonna 1927, kun voimaan astui laki kunnankättilöstä. Jokaisen syrjäisemmänkin kunnan tuli palkata koulutettu kättilö hoitamaan synnytyksiä. 1930-luvulla myös raskauden seuranta sisällytettiin kunnankättilön toimenkuvaan. Neuvolatoiminta vilkastui vuonna 1944, kun kunnat määrättiin tarjoamaan jokaiselle naiselle ilmainen raskauden seuranta. Vuonna 1949 aloitettiin äitiysavustusten jakaminen jokaiselle alkuraskaudessa neuvolassa käyneelle, minkä seurauksena neuvolan käyntilukemat nousivat vuoden 1939 11 %:sta niin, että vuonna 1950 kävijöitä oli 95 % kaikista raskaana olevista. (Emt. 2000, 17–18.)

Kunnankätilöt hoitivat raskaudenajan seurannan ja kotisynnytykset. Sairaalan kätilöt taas hoitivat itsenäisesti synnytyksiä ja lääkäri kutsuttiin paikalle tarvittaessa. Sairaalasynnytykset yleistyivät 1940-luvulta jatkuen 1950-luvulle. Vuonna 1958 enää 0.2 % synnytyksistä oli maallikkokätilön hoitamia ja 1960-luvulla 92.5 % synnytyksistä tapahtui sairaaloissa. Kätilöt eivät vastustaneet heidän ammatinharjoittamisen siirtymistä kodeista sairaaloihin. Monet valmistuvat kätilöt halusivatkin työllistyä mieluummin moderniin sairaalaan kuin kunnankätilöksi. (Emt. 2000, 18–19.)

1950–1970-lukujen aikana Suomeen ryhdyttiin rakentamaan keskussairaala-verkostoa ja myös synnytysten hoito pyrittiin keskittämään niihin. Tehokkuusajattelu jatkui, kun vuonna 1972 kunnankätilön tehtävä määrättiin yhdistettäväksi muuhun ennaltaehkäisevään terveydenhoitoon. Raskauden seuranta alkoi siirtyä kätilön toimenkuvasta terveydenhoitajalle. Samalla kunnilta hävisi mahdollisuus tarjota kätilön apua kotisynnytyksissä. Vuonna 1975 kaikista synnytyksistä 71 % tapahtui yliopisto- tai keskussairaaloissa. Tuolloin Suomessa oli jäljellä 12 keskussairaaloiden ulkopuolista synnytysyksikköä. Vuonna 1999 Suomesta lakkautettiin viimeinen pieni synnytysyksikkö Utsjoelta. (Emt. 2000, 19–20.)

Synnytysten keskittyessä suuriin sairaaloihin myös tekniikan käyttö yleistyi. Äitiyskuolleisuuden vähentyessä päähuomio siirtyi vastasyntyneen parempaan hoitoon sekä teknologian, anestesian, analgesian ja tehohoidon parempaan käyttöön. 1980- ja 1990-luvuilla muutokset äitiyshuollossa ovat tapahtuneet instituutioiden sisällä. Kätilöt ovat joissain sairaaloissa pyrkineet kehittämään synnytysten hoitoa esimerkiksi erilaisten kivunlievitysmenetelmien kuten vyöhyketerapian, akupunktion ja vesisynnytyksen käyttöönottamisessa sekä kodinomaisen synnytysympäristön kehittämisessä sairaalaan. Äitiyshuoltomme pohjautuu kahteen pääperiaatteeeseen: tasapuoliseen avun tarjoamiseen kaikille sekä synnytysten keskittämiseen suuriin yksiköihin turvallisuus- ja taloussyistä. (Viisainen 2000, 20.)

Nykypäivänä lähes joka toinen synnytys hoidetaan yliopistosairaaloissa ja noin joka viides pienissä sairaaloissa, joissa on alle 1500 synnytystä vuodessa. Koska pienemmissä sairaaloissa ei ole mahdollisuutta tarjota lastenlääkäripalveluita ympärivuorokautisesti, on keskusteltu, että synnytysten keskittämistä suuriin yksiköihin tulisi edelleen tehostaa. Suunniteltuja kotisynnytyksiä on arviolta 15–20 vuodessa ja polikliinisten synnytysten hoito 2000-luvulla on 0,3–0,5 %:n tasolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 77.)

6 NORMAALIN SYNNYTYKSEN MÄÄRITTELYÄ

WHO:n suosituksen mukaan alkuraskaudessa tulee määritellä, onko nainen korkean vai matalan riskin synnyttävä, ja synnytys tulee suunnitella sen perusteella. Riskien arviointi ei tapahdu kerralla vaan se jatkuu koko raskauden ja synnytyksen ajan. Jos riskitekijöitä ei tunnisteta, voidaan synnytystä pitää matalan riskin synnytyksenä. Synnytys voi muuttua korkeariskiseksi milloin vain. Korkean riskin synnyttäjillä voi olla täysin komplisoitumaton synnytys. (Suomen Kätilöliitto ry. 2008, 5.)

WHO:n tekemän raportin mukaan länsimaissa on olemassa riski, että jokaista synnytystä aletaan hoitaa rutiinisti samoin puuttumiskeinoin, on kyseessä sitten riskitön tai korkean riskin synnytys, koska korkean teknologian käyttö ja puuttuminen synnytyksen kulkuun ovat niin yleisiä. Raportissa painotetaan, että turhilla puuttumisilla voidaan vahingoittaa äitiä ja lasta synnytyksen aikana. (WHO 1996, 2.)

Yleisesti on ajateltu, että synnytys voidaan määritellä normaaliksi vasta jälkikäteen, kun synnytys on ohi. WHO:n mukaan tämä ajatus on saanut synnytyslääkärit monessa maassa siihen tulokseen, että normaaleja synnytyksiä tulisi hoitaa kuin riskisynnytyksiäkin. Tuollainen ajattelu johtaa siihen, että normaali fysiologinen synnytys käännetään lääketiedettä vaativaksi tapahtumaksi. Tämä vähentää naisen vapautta kokea synnytys omalla tavallaan ja johtaa turhiin puuttumisiin sekä taloudellisesti kalliimpaan hoitoon. (WHO 1996, 2.)
Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa vuosille 2007–2011

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2007) esitetäänkin kansallisen hoitosuosituksen aiheeksi matalan riskin synnytyksen hoitoa normaalin synnytyksen sijaan. Sitä nimen voitaisiin määritellä matalan tai korkean riskin synnyttäjäksi jo ennen synnytystä, eikä vasta jälkeenpäin. (Suomen Kätilöliitto ry. 2008, 5.)

WHO määrittelee raportissaan normaalin synnytyksen spontaanisti alkavaksi, jossa koko synnytyksen ajan riskit pysyvät matalina. Lapsi syntyy spontaanisti takaraivotarjonnasta raskausviikoilla 37–42 ja syntymän jälkeen sekä äiti että lapsi voivat hyvin. Synnytyksen luonnolliseen prosessiin puuttumiselle tulisi olla tarkkaan harkitut perusteet. (WHO 1996, 3-4.)

6.1 Normaalin synnytyksen kulku

Synnytyksen käynnistymisen syitä ei edelleenkään täysin tunneta. Jostain syistä kohtulihasta supistavat hormonit saavat yliotteen supistumisherkkyyttä vähentävistä tekijöistä ja synnytys käynnistyy. Synnytys voi käynnistyä säännöllisillä supistuksilla tai sikiökalvojen puhkeamisella ilman edeltäviä supistuksia. Useimmat naiset synnyttävät 24 tunnin kuluessa kalvojen puhkeamisen jälkeen. Mikäli supistukset eivät ala 24 tunnin sisällä, käynnistetään synnytys kohtutulehduksen riskin takia. (Vallimies-Patomäki 1998, 17.)

Synnytys jaetaan kolmeen päävaiheeseen: avautumisvaiheeseen, ponnistusvaiheeseen ja jälkeisvaiheeseen. Varsinainen synnytyksen ensimmäinen vaihe eli avautumisvaihe alkaa säännöllisillä ja napakoilla, vähintään 10 minuutin välein tulevilla supistuksilla, jotka avaavat kohdunsuuta ja työntävät lasta alaspäin synnytyskanavassa. Avautumisvaihe päättyy kohdunsuun ollessa 10 cm auki ja vauvan pään laskeuduttua lantion pohjalle, sekä usein äidin tuntiessa ponnistamisen tarvetta. Ensisynnyttäjillä avautumisvaihe kestää keskimäärin 8-12 tuntia ja uudelleensynnyttäjillä 6-8 tuntia. (Emt. 1998, 17.)

Avautumisen ja ponnistusvaiheen välissä voi olla niin sanottu siirtymävaihe, jolloin kohdunsuu on 10 cm auki, mutta äidillä ei ole ponnistamisen tarvetta.

Tällöin ei ole syytä jouduttaa synnytystä, vaan äiti saa hetken levähtää ennen työntämisen alkua.

Ponnistusvaihe alkaa, kun kohdunsuu on täysin auki ja lapsi on laskeutunut lantioon. Aktiivinen ponnistusvaihe alkaa siitä, kun äiti työntää aktiivisesti supistusten aikana lasta ulos. Ensisynnyttäjillä aktiivinen ponnistusvaihe kestää keskimäärin 20–30 minuuttia ja uudelleensynnyttäjillä vähemmän. (Emt. 1998, 17.)

Jälkeisvaiheessa lapsen synnyttyä kohtu jatkaa supistumista, siten että istukka irtoaa kohdunseinämästä ja poistuu kohdusta napanuoran ja sikiökalvojen kanssa. Jälkeisvaihe kestää keskimäärin 5-30 minuuttia ja kohdusta vuotaa verta synnytyksen jälkeen normaalisti enintään 500 ml. (Emt. 1998, 17.)

6.2 WHO:n suositukset normaalien synnytyksen hoitoon

WHO on jakanut synnytysten yhteydessä käytetyt toimenpiteet normaalia synnytystä ajatellen seuraaviin kategorioihin: A) Käytänteet, jotka ovat hyödyllisiä ja joita tulisi käyttää, B) Käytänteet, jotka ovat selkeästi vahingollisia tai tehottomia ja jotka tulisivat poistaa käytöstä, C) Käytänteet, joita tulee käyttää varoen ennen kuin tarkempia tutkimustuloksia niiden hyödyistä saadaan, D) Käytänteet, joita usein käytetään sopimattomasti. Kategorioiden sisällöt on tehty sekä länsimaita että kehitysmaita ajatellen.

A) Käytänteet, jotka ovat hyödyllisiä:

- henkilökohtainen synnytyssuunnitelma, siitä missä nainen synnyttää ja kenen läsnä ollessa
- riskien kartoitus alkuraskaudessa ja arviointia uudelleen läpi raskauden ja synnytyksen aikana
- naisen vapaus liikkumiseen ja asennon valintaan synnytyksen aikana
- synnytyksessä ajoittainen sikiön sydänäänten kuuntelu
- lempeiden ja lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttö, kuten hieronta ja rentoutustekniikat

- tarkka synnytyksen seuranta ja kirjaaminen partogrammiin
- ennaltaehkäisevän oksitosiini -hormonin käyttö synnytyksen jälkeen, jos äidillä on verenvuodon riski
- varhainen ihokontakti lapsen ja äidin välillä sekä ensi-imetys ensimmäisen synnytyksen jälkeisen tunnin aikana

B) Käytänteet, jotka ovat selkeästi vahingollisia tai tehottomia ja jotka tulisivat poistaa käytöstä, ovat muun muassa:

- peräruiskeen rutiini anto
- häpykarvojen rutiini ajelu
- ilman syytä, rutiini iv-kanyylin laitto ja infuusion antaminen
- sisätutkimus peräsuolen kautta
- rutiini litotomia -asento

C) Käytänteet, joita tulee käyttää varoen, ennen kuin tarkempia tuloksia niiden hyödyistä saadaan, ovat muun muassa:

- synnytyksen aikainen yrttien käyttö, hermostimulaatio ja veteen uppoutumien
- avautumisvaiheessa aikainen ja rutiini kalvojenpukaisu
- välilihan venyttäminen ja hieronta ponnistusvaiheen aikana
- aikainen napanuoran sulkeminen

D) Käytänteet joita käytetään usein sopimattomasti, ovat muun muassa:

- kivun kontrolloiminen epiduraalin avulla
- elektroninen sikiön sydänäänten kuuntelu
- rakon katetroiminen

(WHO 1996, 34–37.)

Tarkemmin ohjeet löytyvät WHO:n 1996 julkaisemassa Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide -oppaasta, joka on saatavilla mm. www-osoitteesta: www.who.int/reproductive-health/publications/MSN_96_24/care_in_normal_birth_practical-guide.pdf

Katso myös (Liite 4), tiivistelmä WHO:n hyväksymistä perinataalihoidon periaatteista.

6.3 Yleisimmät puuttumiskeinot normaalissa synnytyksessä Keski-Suomen keskussairaalassa

Säännöllisessäkin synnytyksessä käytetään usein erilaisia, yleistyneitä hoitokäytäntöjä. Keski-Suomen keskussairaalassa yleisiä toimenpiteitä ovat peräruiskeen anto äidille ja sikiön voinnin seuranta rekisteröimällä KTG-laitteella sikiön sydämen sykekäyrää ja kohdun supistuksia. Peräruisketta suositellaan, jos äidillä on ollut ummetusta, mutta äiti voi myös kieltäytyä siitä. Jos sykekäyrässä on poikkeavuutta, voidaan sikiön hapensaantia arvioida sikiön päänahasta otettavan kapillaariverinäytteen avulla.

Sisätutkimuksia kätilö suorittaa 2-4 tunnin välein, riippuen supistusten tiheydestä ja synnyttäjän tuntemuksista. Sisätutkimuksilla kätilö selvittää kohdunsuun tilannetta ja vauvan pään asentoa sekä laskeutumista synnytyskanavassa. Verenpaine otetaan rutiinisti kaikilta synnyttäjiltä, lisäksi seurataan sellaisten äitien ruumiinlämpöä, joilta on mennyt lapsivesi.

Kalvojen puhkaisu, oksitosiini -hormonin, eli supistuksia tehostavan lääkkeen antaminen suonensisäisesti, sekä episiotomia ovat melko yleisiä toimenpiteitä (Vallimies-Patomäki 1998, 17). Nämä kaikki edellä mainitut keinot tehdään usein sen takia, että tarkoituksena on tehostaa tai jouduttaa synnytyksen kulkua. Välilihan leikkaus tehdään usein vain ensisynnyttäjille, jos kätilö arvioi, ettei vauva mahdu syntymään ilman pahaa välilihan repeämää. Kalvot saataan joutua puhkaisemaan esimerkiksi siksi, että lapsiveden täyttämä kalvopakko estää vauvan pään laskeutumisen alaspäin tai myös siksi, että vauvan päähän halutaan laittaa scalp-anturi sydänäänten tehokkaamman seurannan vuoksi.

Jälkeisvaiheessa on yleistä laittaa oksitosiini-injektio joko lihakseen tai suonensisäisesti, jotta kohtu saadaan hyvin supistumaan. Se jouduttaa istukan irtoamista ja estää verisuonia vuotamasta runsaasti. Vauvan synnyttyä na-

panuora suljetaan Keski-Suomen keskussairaalassa heti siitä otettavien TSH- ja PH-verinäytteiden takia. Tarvittaessa otetaan myös vauvan veriryhmänäyte Rh-negatiivisten äitien vauvoilta. Napanuora katkaistaan kokonaan vauvan kuivaamisen jälkeen. Sitten vauva nostetaan äidin rinnalle. Kätilö ottaa verinäytteet katkaistusta napanuorasta, aiemmin suljetusta osasta, vauvan jo lämmitellessä äidin rinnalla.

Kaikkien edellä mainittujen yleisten puuttumiskeinojen tarvetta kätilö ja lääkäri arvioivat aina yksilöllisesti, mutta niiden yleisyyden takia henkilökunta ei aina välttämättä muista tiedottaa ja perustella vanhemmille niiden käyttöä, jolloin äiti voi kokea joutuvansa passiivisen potilaan rooliin. Yleisimpien hoitokäytänteiden tiedottaminen jo synnytysvalmennuksen yhteydessä auttaisi vanhempia ymmärtämään hoidon tarkoitusta ja voisi auttaa heitä hahmottamaan mitä eri synnytysvaiheissa tapahtuu. Tällöin nainen voisi jo ennen synnytystä keskustella kätilön kanssa mieltään askarruttavista hoitokäytännöistä.

6.4 Synnytysinterventtioiden tarpeellisuuden pohdinta

WHO:n suositusten mukaan synnytysten hoidossa on vältettävä tarpeettomia toimenpiteitä (WHO 1996). Vehviläinen (2000) esitti tutkimuksessaan, että synnytysteknologian käytön perusteluita olisi tarpeen tarkentaa nykyistä enemmän. Pitäisi tarkastella teknologian käytön määrää ja laatua sekä mikä on antajien asema suhteessa hoidon saajiin ja kumpien etuja teknologia palvelee. (Vehviläinen 2000,14–15.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007) on tullut siihen tulokseen, että matalan riskin synnytyksen hoidosta ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemisesta, sekä synnyttäjän psykososiaalisesta tuesta huolehtimiseksi laaditaan kansalliset hoitosuositukset. Vaikka WHO on antanut selkeät ohjeet matalan riskin synnytysten hoitoon, on edellä mainituissa seikoissa kuitenkin vielä sairaala- ja kätilökohtaisia eroja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 84.) Sosiaali- ja terveysministeriön kehotuksesta lisäpontta saaneena Suomen Kätilöliitto ry. julkaisi alkuvuodesta 2008 muistion, joka koskee normaalin synnytyksen hoitoa. Muistiossa Suomen Kätilöliitto ry. esittää pitkäaikaisen huolensa normaalia synny-

tystä kohtaan, koska keisarileikkaukset ja muut interventiot jatkuvasti lisääntyvät. (Suomen Kätilöliitto ry. 2008, 3.)

Kaikki muut synnytykseen liittyvät interventiot ovat lisääntyneet Suomessa, paitsi episiotomian määrä on vähentynyt 1990-luvulta 2000-luvulle tultaessa. Birth-lehti julkaisi vuonna 2006 lisääntyneiden toimenpiteiden aiheuttamasta normaalin synnytyksen uhkasta roundtable-keskustelun, johon kutsuttiin paikalle alan asiantuntijoita ja normaalin synnytyksen puolestapuhujia. Keskusteluissa käytiin läpi seuraavia asioita:

- monissa maissa keisarileikkaukset, synnytysten käynnistykset ja epiduraalianalgesian käyttö jatkuvasti lisääntyvät varoittavista esimerkeistä huolimatta ja ilman vakuuttavaa näyttöä siitä, että toimenpiteet johtaisivat parempaan lopputulokseen
- sikiön sydänäänten sähköinen seuranta on yleistä, huolimatta sen tehottomuudesta ja seurauksista useimmille synnyttäjille
- episiotomiat ovat edelleen rutiinia monissa paikoissa huolimatta selkeästä näytöstä niiden haitoista verrattuna hyötyihin
- synnytystä hoidettaessa käytetään tarpeettomasti lääketieteellisiä toimenpiteitä, lääkkeitä, epäfysiologisia asentoja, häpykarvojen poistamista, peräruiskeita, suonikanyyleja, pakollista paastoamista sekä äidin ja vastasyntyneen erottamista

Interventiot usein lisäävät interventioita ja sen takia huoli turhista puuttumisista on aiheellinen nykyisten puuttumismahdollisuuksien keskellä. Synnytyksen kulkuun puuttumisen tai jostain puuttumisesta luopumisen on tapahduttava yleisten suositusten ja yksilöllisen tilanteen arvioinnin pohjalta. Äidin ja lapsen turvallisuus on aina etusijalla. Puuttumiskeinojen hyöty-haitta suhteista tulisi tehdä lisää tutkimuksia, jotta ammattilaiset uskaltavat olla puuttumatta synnytykseen. (Suomen Kätilöliitto ry. 2008, 19.)

Sikiön sydänääniä alettiin seurata elektronisesti 1970-luvulla, mikä on lisännyt tehokkaampaa sikiön hyvinvoinnin turvaamista. Samaan aikaan myös epiduraali otettiin kivunlievitysmenetelmänä käyttöön, jolloin naisille tuli parempi

vapaus synnyttää ilman kipua. (Vehviläinen 2002, 16.) KTG-laitetta on käytetty Suomessa jo yli 30 vuotta, mutta sen merkitys synnytysten hoidossa on edelleenkin kiistanalainen, koska sen käytössä korkean ja matalan riskin synnytyksissä ei ole juurikaan eroa. KTG:n käyttöönotto on yleisesti ottaen ollut tarpeellista, koska se on vähentänyt sikiökuolemia huomattavasti. (Suomen Kätilöliitto ry. 2008, 20.)

Episiotomian käyttöä ensisynnyttäjillä lisää synnytyksen käynnistäminen, pitkä ponnistusvaihe ja imukuppisynnytys. Episiotomian käyttöä taas vähentää synnytyksen spontaani käynnistyminen, avautumisvaiheen puoli-istuva, tai istuva asento, sekä suihkun tai ammeen käyttö. Ponnistusvaiheessa episiotomian tarvetta vähentää kylki-, kyökky-, konttausasennossa tai istuvassa asennossa oleminen. (katso s.30)

Uudelleen synnyttäjillä epiduraalipuudutus on yhteydessä episiotomian käyttöön. Vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen mukaan epiduraalin käyttö oli yhteydessä myös lisääntyneeseen toimenpidesynnytyksen riskiin (Emt. 2008, 20, 24). Lisäksi on tutkittu, että epiduraalipuudutus olisi yhteydessä pitkittyneeseen avautumis- ja/tai ponnistusvaiheeseen (Vallimies-Patomäki 1998, 22).

7 MEDIKALISAATION MÄÄRITTELYÄ

Medikalisaatio käsitteen otti käyttöön Irving Zola (1972), hänen mukaansa se voidaan jakaa neljään kategoriaan. Hän näkee medikalisaation lääketieteellisesti olennaisina pidettyjen asioiden laajentumisena jokapäiväiseen elämään, teknisten toimenpiteiden pitämisenä lääkäreiden kontrollissa, lääkärin pääsynä ihmisen ”yksityisille” alueille ja että lääketieteen asiantuntijat ovat hyvän elämän edistäjiä. Medikalisaatio voidaan määritellä lääketieteen teknologian käytöksi ja lääketieteen ideologiaksi, joka on yhteiskunnassamme näkyvissä mm. lääketieteen määritelmässä erilaisuuden ja poikkeavuuden. (Vehviläinen 2000, 12–13.)

Medikalisaation ydinajatuksena on lääketieteen ja lääkäreiden vallan kasvu yhteiskunnassa ja esim. synnytysten hoidossa. Medikalisaatiota on kritisoitu, koska biolääketiede on syrjäyttänyt muut mahdolliset näkökulmat (Vehviläinen 2000, 12). Medikalisaatio on päässyt valloittamaan länsimaista synnytysten hoitoa, koska sille on ollut kysyntää yksilön ja yhteiskunnan taholta. Vehviläinen (2000, 13) on tutkimuksessaan esitellyt medikalisaation asemaa tukevia ilmiöitä yksilön ja järjestelmän tasolla. Yksilöillä on mm. tarve löytää totuuksia ja pyrkiä hallitsemaan elämää. Lääketiede vastaa tähän tarpeeseen määrittelemällä tieteen keinoin totuuden, ns. normaaliuden ja poikkeavuuden rajat, mikä lisää ihmisten hallinnan tunnetta. Yksilöillä on myös tarve vapautua syyllisyydestä ja ulkoistaa jokin ongelma, sekä narsismin kanavoimisen tarve.

Lääketieteen pureutuessa jokapäiväiseen elämään ihminen voi määritellä monia ominaisuuksiaan sairauksiksi ja näin vapautua omasta syyllisyydestä. Narsismin kanavointi tapahtuu esimerkiksi lääketieteen määritellessä miltä terve ihminen näyttää ja yksilön tarpeena näyttää juuri siltä, esim. ikuisen nuoruuden ihannoitina. Tähän astuu mukaan jo sitten yhteiskunnan tasolla vaikuttaminen, kuten esimerkiksi mainonta. (Vehviläinen 2002, 13.)

Yhteiskunnassa vallitsee poikkeavuuden rajoittamisen tarve, markkinatalouden pönkittämisen tarve ja valtarakenteiden ylläpitämisen tarve, jotka osaltaan pitävät yllä medikalisaatiota (Emt. 2002, 13).

Medikalisaation voidaan todeta olevan kaksi vastakkaista vaikutusta: Yhtäältä se syyllistää, mutta toisaalta myös vapauttaa syyllisyydestä (Elo, Myllykangas, Tuomainen & Rynänen 1999, 64).

7.1 Medikalisaatio äitiyshuollossa ja synnytysten hoidossa

Raskaus ja synnytys ovat luonnollisia ja fysiologisia ilmiöitä, joissa joskus saattaa esiintyä ongelmia. Medikalisaatio on keskittynyt näiden ongelmien tunnistamiseen ja niiden hoitoon. Synnytysten siirtyessä kodeista sairaaloihin lisääntyi myös synnytyksissä käytettävien laitteiden määrä. Sairaalasynnytysten medikalisoituminen lisäsi myös raskauden medikalisoitumista. (Vehviläi-

nen 2002, 14–15, 41). Konkreettisesti medikalisoituminen näkyy synnytysten hoidossa synnytysteknologian ja lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käytön kasvussa (Ryttyläinen 2005a, 36–37).

Yhdestä näkökulmasta teknologian käyttö voidaan nähdä naisen kokemusta esineellistävänä ja passivoivana vallankäytön välineenä. Toisaalta taas medikalisaation ja tekniikan käyttö voidaan nähdä naisen tiedon saantia lisäävänä ja sitä kautta hänen omaa hallintaa ja aktiivisuutta lisäävänä. Medikalisaation tuomat avut voivat olla synnyttäjälle hallinnan tunnetta lisääviä esimerkiksi auttaen häntä jäsentämään omia valintojaan. (Ryttyläinen 2005a, 37.)

Ryttyläinen (2005a, 37) kirjoittaa, että vauvan hyvinvointiin vetoamalla synnytysteknologian tuottajat käyttävät ns. manipulatiivista mallia. Tämä kehitys on hänen mukaansa nähtävissä jo Suomessa. Eli kun lääketieteellistä teknologiaa käyttäessä vedotaan lapsen hyvinvointiin, on luonnollista, että jokainen synnyttäjä haluaa teknologiaa käytettävän. Mutta välttämättä ei muisteta kertoa myös menetelmien mahdollisista riskeistä ja haittapuolista.

Kun normaalikin raskaus ja synnytys vaativat korkean teknologian käyttöä, lisääntyvät paineet uuden lääketieteellisen teknologian kehittämiseksi. (Ryttyläinen 2005a, 37.) Yhtenä syynä medikalisaatioon synnytystenhoidossa on asiantuntijoiden pelko seuraamuksista, jos he eivät käytä jatkuvasti kaikkea saatavilla olevaa teknologiaa. (Suomen Kätilöliitto ry. 2008, 32.)

7.2 Synnytykskulttuurissa vallitseva kahtiajako

Johdannossa mainitsin synnyttäjien joukossa olevan kaksi synnytystoimenpiteisiin vastakkaisesti suhtautuvaa ryhmää: siihen turvautuvat ja sitä välttelevät naiset. Ryttyläisen (2005a, 59) mukaan voisi puhua yleisesti lääketieteellisen tietämyksen ja synnyttäjän oman tietämyksen välisestä vastakkainasettelusta yhteiskunnassamme.

Ruusuvuori (1992) toi tutkimuksessaan esiin suomalaisessa synnytyskulttuurissa vallitsevan kahtiajaon: lääkärien asemaa korostavan ja sille vastakkaisen, synnytyksen luonnollisuutta korostavan näkökannan. Ruusuvuoren (1992) mukaan lääkärikeskeistä diskurssia voidaan pitää nyky-yhteiskunnassa vallalla olevana ns. valta- tai medikalisaatiodiskurssina. Tässä asetelmassa auktoriteettina on asiantuntija ja tiedon kohteena on naisen keho. (Ruusuvuori 1992, 6).

Lääkietieteellisen valtadiskurssin vastakohtana on naisen päätäntävalta omasta kehostaan. Diskursseja erottaa selkeämmin se, ohjaileeko synnytyksessä tehtäviä päätöksiä ammattilainen vai nainen. (Ryttyläinen 2005a, 59.) Kyse on naisen vallasta omaan ruumiiseensa ja äitiysvalmennuksen vaikutuksesta tämän suhteen muotoutumiseen. Ruusuvuoren (1992) mukaan asetelma, jossa nainen asetetaan potilaan rooliin, voidaan purkaa antamalla naiselle synnytysvalmennuksessa resursseja itsensä ilmaisemiseen. (Ruusuvuori 1992, 74.)

Synnyttävästä naisesta korostuu medikalisaatiodiskurssissa passiivinen potilas (Ruusuvuori, 1992, 8). Monet lääkärit katsovat, että päätös synnytyksen kulusta kuuluu heille ennen kaikkea turvallisuussyistä. Varsinkin ongelmien ilmetessä lääkärit luonnollisesti astuvat päätäntävaltaan. Kuitenkin myös normaalien synnytysten osalta joukko gynekologeja on esittänyt huolensa niin sanotun vastadiskurssin ihanteiden takia. Heidän mielestä ihanteet saavat naiset unohtamaan riskit etsiessään synnytyselämyksiä. (Viisainen 2000, 48.)

Medikalisaatiota kritisoivat näkevät lääketieteen polkevan naisten omaa ääntä ja vievän kätilöiltä valtaa synnytysten hoidossa. Jotkut medikalisaation kriitikot kritisoivat länsimaalaisen lääketieteen tapaa nähdä ihminen pirstaleisena. He korostavat, että ihminen on herkkä kokonaisuus, johon kuuluu mieli, ruumis, sosiaalinen ja henkinen puoli ja synnyttäessä nainen on näiden jokaisen osatekijän muodostama kokonaisuus, ei vain supisteleva kohtu. Medikalisaation vastadiskurssissa painotetaan naisen aktiivisuutta synnytyksessä. (Ruusuvuori 1992, 7, 14–15.)

Ruusuvuoren (1992) tutkimuksen mukaan medikalisaatio miellettiin legitiimiksi ja asiantuntijoiden toimia harvoin suoraan kyseenalaistettiin. Naiset itse toimivat tilanteista riippuen eri diskurssien mukaan. (Ruusuvuori 1992, 74.) Nämä vastakkaiset diskurssit ovat näkyvissä yhteiskunnassa, mutta niitä ei voi yleistää sellaisenaan naisiin, lääkäreihin eikä kättilöihin. Harva synnyttäjä hyväksyy, uskoo ja toteuttaa täysin lääketieteellistä tai lääketieteen vastaista tapaa synnyttää. Suurin osa naisista on jossain näiden vastakohtien välissä. Harva nainen antaa hoitohenkilökunnan täysin päättää hänen puolestaan ja harva kieltäytyy täysin lääketieteen tietämyksestä. (Viisainen 2000, 51).

8 SYNNYTTÄJÄN JA VASTASYNTYNEEN LEMPEÄ KOHTELU

Vuonna 1980 lempeän syntymän aate alkoi levitä Eurooppaan ranskalaisen lääkärin, Leboyerin myötävaikutuksesta. Leboyer vei eteenpäin näkemystä vauvasta aistivana ja tuntevana ihmisenä. (Piensoho 2001, 101.) Myöhemmin, samalla vuosikymmenellä sai alkunsa ranskalaisen lääkäri Michel Odentin (1986, 1992) luonnollisen synnytyksen ajatus, jossa vaadittiin synnytyksen palauttamista normaaliksi, terveeksi tapahtumaksi sairauden sijaan. Luonnollinen synnytys alkoi saada kannatusta vastareaktionä synnytystapahtuman teknistymiselle. Tällöin äidin asema ja aktiivisuus tunnustettiin synnytyksen onnistumisen kannalta keskeiseksi asiaksi vauvan huomiointin rinnalle. Michel Odent perusti Pithiviersiin sairaalan, jossa naisille annettiin vapaus synnyttää oman tahdin ja toiveiden mukaisesti. Siellä myös kättilöiden rooli oli enemmän tukija ja kanssakulkija kuin auktoriteetti. (Odent 1986 ja 1992; Piensoho 2001, 101).

”Missä naiset ovat vapaita, me opimme miten he parhaiten synnyttävät. He näyttävät meille” (Odent 1986, 13).

Aktiivisen synnytyksen -käsitteen ottivat käyttöön naiset, jotka olivat huolissaan synnytyskäytännön muuttumisesta tekniseksi ja naisen roolin muuttumisesta passiiviseksi potilaaksi (Ryttyläinen 2005a, 38). Aktiivinen synnytysliike

sai alkunsa Englannista Janet Balaskasin vaikutuksesta vuonna 1982. Aktiivisyynnytys nimisessä kirjassaan Balaskas (1983) kritisoi sitä, että joissain sairaaloissa synnytyksestä on tullut vain liukuhihnalla suoritettava poistotoimenpide. Hänen mukaansa osa naisista on menettänyt kosketuksen vaistomaiseen synnytyiskykyynsä ja kättilöt alkavat unohtaa intuitiiviset taidot, kun he turvautuvat niitä enemmän teknologiaan. Balaskas (1983) korosti, että aktiivisyynnytys on vaistonvarainen tapahtuma ja synnytys on ruumiin luonnollinen toimitus. (Balaskas 1983, 11–12.)

Suomessa naisten aktiivisuus seurasi Ranskan ja Englannin mallia. 1980-luvulla täälläkin jotkut kättilöt alkoivat pohtia synnytysten hoidossa käytettävien toimenpiteiden tarpeellisuutta ja rutiinia. Luonnonmukainen syntymä ry perustettiin Suomeen vuonna 1986. Jotkut sen jäsenistä puhuivat kotisyynnytysten puolesta, mutta ennen kaikkea yhdistys halusi tuoda näkökulmaa sairaalasyynnytysten lempeyden ja naisten aktiivisen roolin ja inhimillisen kohtelun puolesta. Myöhemmin vuonna 1989 yhdistyksen nimi muutettiin Aktiivinen synnytys ry:ksi. Suomalainen synnytyksiike ei saanut alkuaan kättilöiden toimesta, vaikka joukkoon kuuluu niin kättilöitä kuin lääkäreitäkin. (Viisainen 2000, 47–48.)

Luonnollisessa syntymässä synnyttävälle naiselle annetaan mahdollisuus vastata synnytyksen tuomiin haasteisiin ja ainutkertaiseen kasvutapahtumaan sekä sen tuottamaan tyydytykseen ja iloon. Nainen on synnytyksessä mukana kokonaisvaltaisesti. Näin nähtynä synnytys on hyvin erilainen kokemus kuin perinteisen lääketieteen näkemyksen mukainen kokemus. (Piensoho 2001, 101.) Samalla luonnollinen syntymä näkee lapsen aistivana ja tuntevana, herkkänä ihmisenä. Lempeän ja luonnollisen syntymän tukeminen on Suomen Kättilöliitto ry:n mukaan (2008) lähestymistapa ja asenne. Hellävaraisuus tarkoittaa ystävällisyyttä, tarkkavaisuutta, joustavuutta, yksilöllistä huomioimista, sekä lapsen ihmisarvon kunnioittamista. Äiti-lapsi-suhteen syntymistä tuetaan ensihetkistä alkaen. (Suomen Kättilöliitto ry, 2008, 7.)

Miettinen-Jaakkola (1992) kirjoittaa, että luonnollisen syntymän onnistumisen edellytyksenä on mahdollisimman vähäinen kehon ja mielen stressi. Lempeässä synnytyksessä pyritään järjestämään ulkoiset olosuhteet mahdollisim-

man häiriöttömiksi jotta syntymästressi vähenisi. Lempeää syntymää luonnehtii hämyinen, hiljainen tila ja rakastavat ihmiset. (Miettinen-Jaakkola 1992, 21–22, 33.)

Luonnollinen syntymä ei merkitse luonnon armoille heittäytymistä eikä seurannan laiminlyömistä. Kyse on siitä, kenen ehdoilla ja millä keinoilla seuranta toteutetaan. Synnytys on terve niin kauan kuin sairautta ei ilmene. Luonnollinen synnytys sallii kaikki mahdolliset synnytystavat ja synnytyksen ilmenemismuodot. Jos synnytystyötä tekemällä päädytään erilaisiin apukeinoihin ja todetaan ne tarpeellisiksi, on luonnollista puuttua synnytykseen kulkuun. Tavoitteena on mahdollisimman hyvä ja turvallinen synnytys, riippumatta siitä, minkä synnytyspaikan vanhemmat kokevat sopivammaksi. (Miettinen-Jaakkola 1992, 21–22.)

Luonnollisessa syntymässä kätilö kohtaa naisen, vauvan ja koko perheen yksilöllisesti ja tietää, että synnytysprosessiin vaikuttavat monet eri asiat yhtä aikaa. Naisen mieli, ruumis, henkinen puoli, sosiaalinen tausta ja elämäntarkkailu vaikuttavat siihen, kuinka nainen kokee synnyttämisen.

8.1 Aktiivisen ja luonnonmukaisen synnytyksen määrittelyä

Aktiivinen synnytys ja luonnonmukainen synnytys sekoitetaan usein toisiinsa tarkoittamaan samaa asiaa. Aktiivista synnytystä ja luonnonmukaista synnytystä yhdistääkin se, että synnytyksen luonnolliseen kulkuun puuttumista pyritään molemmissa välttämään ja naisen omaa, aktiivista roolia pyritään tukemaan, sekä kannustamaan ei-lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttöä (mm. Balaskas 1983; Odent 1986; Miettinen-Jaakkola 1992).

Luonnonmukaisesta synnytyksestä puhuttaessa voidaan puhua myös niin sanotusta luomusynnytyksestä. Se tarkoittaa synnyttämistä ilman lääkkeellistä kivunlievitystä ja ilman puuttumista synnytyksen luonnolliseen kulkuun. Aktiivisessa synnytyksessä korostetaan taas naisen omien tuntemustensa tarkkaa kuuntelua ja sen mukaan toimimista, myös synnytyksen käynnistäminen ja lääkkeelliset kivunlievitykset voivat olla osa aktiivista synnytystä, jos

nainen saa liikkua vapaasti ja synnyttää tuntemuksiaan kuunnellen ja toteuttaen. (Vallimies-Patomäki 1998, 19–20.) Joskus aktiivinen nainen saattaa pettyä itseensä tarvitessaan esimerkiksi epiduraalipuudutuksen, koska toiveena oli aktiivinen luomusynnytys.

Aktiivisuus synnytyksessä on ennen kaikkea tilanteeseen heittäytymistä, tuomitsematta mitään tunnetta omissa luonnollisissa tuntemuksissa, edes sitä tunnetta, että tarvitsee lääkkeellistä kivunlievitystä. Nainen voi siis olla aktiivinen synnyttäjä lääkkeellistä kivunlievitystä käyttäessäänkin. Luonnonmukainen synnytys on silloin, kun synnyttäjä ei käytä lääkkeellisiä kivunlievityksiä. (Vallimies-Patomäki 1998, 19–20.)

8.2 Aktiivinen synnytys vaatii aktiivisen raskauden

Tämän päivän yhteiskunnassa ihmisiltä vaaditaan ennen kaikkea järkevyyttä, rationaalisuutta ja loogista ajattelua. Useat meistä viettävät suuren osan valvellaoloajasta istuen tuolilla, sohvalla tai autossa. Monet ihmiset ovat ikään kuin vieraantuneet oman kehon liikkeistä ja toiminnasta. Raskausaika voi antaa naiselle mahdollisuuden ”uudelleen löytää” oma keho ja sen antamat mahdollisuudet.

Nainen voi itse jonkin verran vaikuttaa siihen millaisia raskaus ja synnytys tulevat olemaan. Jokaisen naisen tulee löytää oma yksilöllinen tapa selviytyä raskauden ja synnytyksen tuomista haasteista. Aktiivinen synnytys vaatii kuitenkin myös aktiivisen raskauden. Asennoituminen ja valmentautuminen aktiiviseen synnyttämiseen tapahtuvat jo raskauden aikana (Hirvonen 2006).

Synnytystä ei voi koskaan etukäteen täysin suunnitella eikä tilannetta täysin hallita, vaikka siihen voi omalla toiminnallaan ja asennoitumisellaan vaikuttaa. Raskauden aikana voi käydä läpi erilaisia rentoutumis- ja hengitysharjoituksia, niistä saattaa olla hyötyä myös synnytyksessä, koska synnytyksessä rentoutuminen auttaa kohdunsuun avautumista ja voimien keräämistä sekä hengitykseen keskittyminen auttaa tilanteen hallintaa. Äitiysjooga auttaa naista olemaan tietoisempi muuttuvasta kehostaan ja se auttaa kehoa mukautumaan

synnytyksasentoihin. Lonkkien venyttely ja välilihan hierominen loppuraskaudessa ovat keinoja ”valmentaa” kehoa ponnistusvaiheeseen (Suomen Kätilöliitto ry. 2008, 21).

Neuvolan työntekijän tulisi tietää sairaalan tarjoamat lääkkeettömät ja lääkkeelliset kivunhallintakeinot, joista jokaisen naisen tulisi saada synnytysvalmennuksessa informaatiota (Sosiaali-terveysministeriö 2007, 81). Näin nainen pystyy jo raskausaikana esittämään toiveitaan synnytyksestä ja käymään niitä läpi neuvolantyöntekijän kanssa. Tiedossa olevat mahdollisuudet käyttää omia voimavaroja ja erilaisia apukeinoja synnytyksen aikana voivat edistää naisen luottamusta tulevaan tapahtumaan.

8.3 Aktiivinen synnytys on itsensä kuuntelua

Aktiivinen synnytys ry:n perustajan Janet Balaskasin (1983) mukaan aktiivisessa synnytyksessä nainen seisoo, kävelee, istuu, on polvillaan, kyykyssä tai missä tahansa haluamassaan pystyasennossa avautumisvaiheessa. Ponnistusvaiheessa nainen käyttää luonnollisia ponnistusasentoja, kuten kyykky-, istuma-, polvi-, tai nelinkonttausasentoa. (Balaskas 1983, 15.) Aktiivinen synnytys käsitetään edelleenkin helposti erilaisista asennoista ja vaihtoehtoisista kivunlievitysmenetelmistä muodostuvaksi, mutta sitä se ei pelkästään ole (Ryttyläinen 2005a, 38).

Suomen Aktiivinen synnytys ry:n puheenjohtaja Hanna Hirvosen (2006) ja kätilö Ritva Ojapelton (2006) mukaan synnytyksen aktiivisuutta ei voi määritellä asennot, vaan se on naisen sisäinen olotila ja naisessa itsessään syntyvä prosessi. Mitään sääntöjä ei aktiivisuudessa ole, vaan kyse on pikemminkin itsensä kuuntelusta ja tuntemusten toteuttamisesta. Nainen voi olla sisäisesti aktiivinen, vaikkei ulospäin näytä tekevän mitään. (Hirvonen 2006; Ojapelto 2006.)

Kätilö Ojapelto (2006) kehottaa naisia kuuntelemaan itseään, antautumaan rohkeasti omalle ololle ja keholle. Aktiivisuus synnytyksessä ei tarkoita pelkästään liikkumista ja pystyssä oloa. Aktiivinen synnyttäjä voi olla ihan hiljaa ja

käpertyneenä peiton alle, liikkuminen ja pystyssä olo voi olla jonkun tapa olla synnytyksessä, jonkun toisen taas ei. (Ojapelto 2006.)

Myös Ryttyläisen (2005) mielestä aktiivisessa synnytyksessä kyse ei ole erilaisista asennoista ja apuvälineistä, vaan synnytyksen aistimiseen heittäytymisestä. Aktiivisen synnytyksen eduista verrattuna tekniseen synnytyskäyttöön on jo runsaasti tieteellistä todistusaineistoa, esim. synnytyksen kesto lyhenee ja lisäksi äidillä on parempi mieliala, mikä vaikuttaa suuresti siihen miten synnytys etenee. (Suomen Kätilöliitto ry. 2008, 8.)

8.3.1 Pystyasennon edut synnytyksessä

Pystyasentoa synnytyksessä suositetaan, jos nainen tuntee siinä hyvältä olla. Liikkuvan ja pystyssä olevan äidin verenkierto ja hengitystoiminnat ovat tehokkaampia kuin makuulla olevan. Sillä on positiivinen vaikutus vauvan hyvinvointiin. Hyvä asento edesauttaa äidin hapensaantia ja sitä kautta myös sikiön hapensaantia. Äidin mukavuus ja vauvan turvallisuus ovat siis loogisesti yhteydessä toisiinsa. Harvoin synnytys pysähtyy oikeasti, jos äiti saa valita asentonsa ja toteuttaa omia tuntemuksiaan. (Hirvonen 2006.)

Pystyasennossa naiset sietävät usein paremmin kipua, mikä johtuu kivun-sietorajan kohoamisesta tai vähentyneestä kivusta. Synnyttävä tarvitsee pystyasennossa siis vähemmän voimakkaita kipulääkkeitä, millä on omat vaikutuksensa vauvaan. Pystyasento helpottaa vauvan pään laskeutumista ja liikkumista lantiossa. Näin erilaiset toimenpiteet, kuten kalvojen puhkaisu, puudutukset, imukupin- ja keisarinleikkausten tarve vähenevät.

Pystyasennossa synnyttäminen voi vähentää myös episiotomian tarvetta, koska siinä lapsen pään työntövoima jakautuu tasaisesti ympäri emättimen suuaukkoa ja repeämävaara on pienempi. Pystyasentoinen nainen tuntee hallitsevansa ruumistaan, millä on tärkeä rooli synnyttäjälle psyykkisesti. Vaikka liikkuvan pystyasennon edut voivat olla hyvät, ei se yksinään takaa ongelmattomaa syntymää. (Hirvonen 2006; Miettinen-Jaakkola 1992, 67-72.)

Avautumisvaiheessa nainen halutessaan käyttää eri kivunlievityskeinoja, joita kokee tarpeelliseksi, pyrkimyksenä on kuitenkin säilyttää oma aktiivisuus ja mahdollisuus liikkumiseen. Synnytyskipu on keskeinen ja tärkeä osa onnistunutta aktiivista synnytystä. Kipu auttaa äitiä liikkumaan ja löytämään hyvät asennot joissa olla. Toisaalta liian kova kipu voi vähentää äidin aktiivisuutta. Aktiivisessa synnytyksessä painotetaan luonnonmukaisia kivunlievitysmenetelmien käyttöä. Jos menetelmistä ei ole apua, vasta sitten siirrytään voimakkaampaan lääkitsemiseen.

8.3.2 Pystyasennon edut ponnistusvaiheessa

Hirvosen (2006) mielestä ponnistusvaiheen asennon valitseminen riippuu naisen kehosta ja omista tuntemuksista. Hän kuitenkin painotti, että hankalin keino saattaa lapsi maailmaan, on selällä makaaminen, koska siinä lapsi joutuu matkaamaan lantion läpi ilman painovoiman apua. Pystyasento on siis painovoiman kannalta paras, mutta se ei tarkoita, että äidin tulisi olla jalkojen päällä koko ajan. Pystyasennot voivat olla myös levollisia ja mukavia, esimerkiksi jakkaralla istuminen on pystyasento. (Hirvonen 2006.)

8.3.3 Synnytyksen jälkeisvaiheen kulku

Jälkeisvaiheessa annetaan synnytyksen luonnollisen kulun mukaan jälkeisten syntymiselle niiden tarvitsema aika. Siihen voi kulua aikaa muutamasta minuutista, jopa pariin tuntiin, mutta yleensä Suomessa annetaan kohtua supistavaa lääkettä heti vauvan synnyttyä, mikä edistää istukan syntymistä. Mitä kauemmin istukka on ollut kohdussa, sitä valppaampi täytyy olla mahdollisen verenvuodon toteamiseksi. (Miettinen-Jaakkola 1992, 41.)

Syntymän luonnollisen kulun mukaan napanuoran sulkemista ja katkaisua pyritään pitkittämään, jotta lapsi saisi mahdollisimman paljon istukan ravintoi-
toista verta. Miettinen-Jaakkolan (1992) mukaan olisi odotettava ainakin napanuoran sykinän loppumiseen asti.

Keski-Suomen keskussairaalassa on rutiinina sulkea napanuora heti siitä otettavien TSH- ja PH-näytteiden takia, jolloin syntymän luonnollisen kulun mukaista napanuoran sulkemisen pitkittämistä ei tapahdu. Tosin TSH-näyte voidaan ottaa myöhemminkin. Onko tarpeen ottaa PH-näyte yleisen käytännön vuoksi, jos äiti toivoo, ettei napanuoraa suljeta heti ja vauva on voinut koko synnytyksen ajan hyvin. Jos vanhemmilla on yleisistä käytänteistä poikkeavia erityistoiveita, tulee heidän sopia niistä hoitavan kättilön kanssa erikseen.

8.4 Passiivinen synnytys

Normaalissa synnytyksessä nainen tuntee itsensä harvoin passiiviseksi, sillä synnytystyö vaatii naisen psyykkisiä ja fyysisiä voimavaroja ja aktiivisuutta. Naisen passiivisuus käy vuoropuhelua synnyttäjää hoitavan henkilökunnan asenteiden ja ympäröivän synnytyskulttuurin kanssa. Tilanteesta ja henkilökunnasta riippuu, asettuvatko naiset passiiviseen vai aktiiviseen rooliin. Jos henkilökunta ei kannusta naista, vaan tarjoaa hänelle potilaan asemaa, ei aktiivisempi toiminta vieraassa ympäristössä välttämättä onnistu. (Ryttyläinen 2008, 51.)

Passiiviseksi naisen saattaa tehdä sairaalan joustamattomat rutiinit, jolloin naisen oma ääni jää rutiinien alle. Nainen saattaa silloin myös itse luovuttaa ja heittäytyä sairaalan käytänteiden vietäväksi. Potilaan asemaan naiset asettuvat yleensä ns. rutiinitoimenpiteissä, kuten peräruiskeenannossa, oksitosiinitai ravintoliuostiputuksen laitossa, eivätkä välttämättä kyseenalasta toimenpiteitä. Potilaan aseman hyväksyminen saattaa olla kuitenkin ristiriidassa omien tunteiden ilmaisemisen kanssa. Ruusuvuoren (1992) mukaan naisten tuntema vaivautuneisuus kivun ilmaisemisesta esim. huutamalla, on merkki kulttuurisesta mielen ja ruumiin erottamisesta (Ruusuvuori 1992, 43–46, 51).

Passiivisuus voi myös syntyä naisen asenteissa. Silloin se on yhtäläillä kuin aktiivisuuskin enemmän mielenlaatu kuin tietty toimintatapa. Passiivinen synnyttäjä on nainen, joka toivoo helppoa synnytystä ja turvautuu täysin lääkkeisiin ja sairaalan teknologiaan eikä pyri aktiivisesti vastaamaan synnytyksen asettamiin tuntemuksiin. Puudutuksen saanut nainen saa joskus niin hyvän

avun, että voi nukkua synnytyksen avautumisvaiheen aikana. Onko epiduraa-
lipuudutteen saanut nainen siis passiivinen synnyttäjä? Ei välttämättä, sillä
kova kipu voi olla enemmän passivoivampi ja jopa pysäyttää synnytyksen.
Puudutus voi auttaa äitiä keräämään voimia, jotta jaksaa toimia aktiivisesti
ponnistusvaiheessa. Ulkoapäin ei pysty määrittelemään, tuntee ko nainen it-
sensä puudutuksen saaneena passiiviseksi vai aktiiviseksi. Henkilökunnan
täytyisi kuitenkin jaksaa tukea naisia aktiivisuuteen, ettei puudutteista tulisi
ainoita vaihtoehtoja hoitaa synnyttäjän kipua.

Pelot tai surullinen elämäntilanne saattavat saada naisesta passiivisen ja vai-
kuttaa haluun tehdä synnytystyötä aktiivisesti. Myös hätätilanne synnytykses-
sä tai kättilön ikävä asenne vaikeuttavat naisen aktiivisuutta.

9 SYNNYTYS JA HALLINNAN TUNNE

Ryttläinen (2005) on tutkinut naisten hallinnan tunnetta synnytyksen aikana.
Hallittavuus ei tarkoita, että elämää sen paremmin kuin synnytystäkään voisi
hallita, vaan että jotakin tilannetta voisi edistää tai muuttaa omalla toiminnalla.
Hallintaan kuuluu myös tilanteen ennakoiminen ja ymmärtäminen.

Naiselle on tärkeää, ettei hän koe menettävänsä synnytystilanteessa otettaan
ja selviää mm. synnytyskipun kanssa. Aktiivisuus synnytyksessä on läheisesti
yhteydessä naisen hallinnan tunteeseen, koska hallinnan tunteen menettämi-
nen lisää passiivista potilaan roolia. (Ryttläinen 2005b, 5.)

Nykyisessä pärjäämistä korostavassa yhteiskunnassa raskaudesta ja synny-
tyksestä on tullut suorite. Synnytys on naiselle kokemuksena erityinen, koska
se koetaan keskimäärin vain kaksi kertaa elämässä. Siihen latautuu paljon
odotuksia, pelkoja ja toiveita. Naisilla on uskomuksia ja toiveita omasta kyvyis-
tään suoriutua raskaudesta ja synnytyksestä. Kertoessaan synnytyksestään
nainen korostaa halua hallita tilanne ja ikään kuin ”suorittaa” synnytys ja toi-
saalta mahdollisuutta kuunnella enemmän omia vaistojaan. Hallinnan tunteel-
la synnytykseen liittyen on siis naiselle tärkeä rooli psykologisessa mielessä.
(Ryttläinen 2005b, 5-6.)

Hallinta synnytyksen aikana on osittain yksilöstä ja vuorovaikutuksesta riippuvaa, mutta siihen vaikuttavat lisäksi monet systeemin rakenteelliset ja synnytyskulttuuriin liittyvät tekijät. Hallinnan tunteen synty on riippuvainen naisesta ja hänen suhteistaan synnytyksessä läsnä oleviin ihmisiin. (Ryttyläinen 2005a, 51, Ryttyläinen 2005b, 7.)

Lisääntyneen teknologian käytön kautta lääkärit ovat saaneet mahdollisuuden saada tietoa tilanteesta enemmän kuin synnyttäjät ja kättilöt. Synnytysteknologian käyttö ei itsessään tarkoita asiantuntijan valta-aseman kasvua, mutta se nostaa esiin kysymyksen synnyttävän naisen itsemääräämisen ja aktiivisuuden mahdollisuuksista. (Ryttyläinen 2005b, 7.)

Ponnistusasentoa ja kivunlievitystä vaatiessa naiset ovat yleensä aktiivisia (Ruusuvuori 1992, 51). Ahosen (2001) matalan ja korkean riskin synnyttäjiä käsittelevän tutkimuksen mukaan synnyttäjät haluavat tuoda esille mielipiteensä synnytyksen käynnistämisestä ja edistämisestä, synnytysasennoista ja liikkumisesta, mukana olevista henkilöistä ja kivunlievityksestä. (Ahonen 2001, 129.)

9.1 Hallinnan tunnetta edistäviä tekijöitä

Synnyttäjän osallistuminen päätöksentekoon on yksi keino lisätä naisen hallinnan tunnetta. Osallistuminen ei kuitenkaan aina johda hallinnan tunteen lisääntymiseen, sillä synnyttäjä voi kokea hallitsevansa tilannettaan paremmin luovuttaessaan päätöksenteon luotettavan ammattilaisen käsiin. Jos nainen kokee olevansa pätevän ammattilaisen käsissä, lisää se hänen hallinnan tunnettaankin. Riskitilanteissa synnyttäjä luovuttaa hallinnan herkästi ammattilaisten käsiin. (Ryttyläinen 2005b, 6.)

Hallinnan tunteen syntymiselle on tärkeää naisen tieto siitä, että hän voisi tehdä ja valita toisinkin. Tärkeää synnyttäjälle on tieto siitä, että hän voi liikkua vapaasti ja hänellä on mahdollisuus käyttää erilaisia apukeinoja helpottaakseen omaa oloaan, vaikka valitsisikin hiljaa paikallaan olon. Tiedossa olevista mahdollisuuksista on paljon apua, vaikkei niitä koskaan käytettäisi. Synnyttäjil-

le pitää olla tarjolla tilaa ja mahdollisuuksia, koska ne luovat mieleen avaruutta ja tunteen tilanteen hallittavuudesta. (Hirvonen 2006.)

Hallintaa voidaan lisätä antamalla naisille tietoa, jotta tulevia tapahtumia voi hieman ennakoida ja tunnistaa seikkoja, joita käsittelemällä voi välttyä esimerkiksi pettymyksen tunteelta. Kätilön tulee tuntea naisen yksilölliset odotukset, käsitykset ja toiveet hallinnan mahdollisuuksista, jotta voi tukea naista aktiivisuuteen. Hallintakykyyn vaikuttaa myös saatu palaute, esim. kätilön arvio ja kommentit tilanteesta. Merkittävää on myös se, salliiko ammattilaisen toiminta naisen hallinnan toteutumisen vai ei. (Ryttläinen 2005b, 6-7.)

Edellä mainittujen lisäksi naisen hallinnantunnetta voidaan edistää ottamalla huomioon naisen keho ja itsetunto. Itseluottamusta rakentavalla puheella kätilö voi osoittaa, että nainen on hyvä ja pystyvä synnyttäjäksi. Kehon hallintaa synnytyksessä edistää naisen mahdollisuus liikkua vapaasti ja äänellä tuntemustensa mukaan.

Hallintaa edistää myös rauhallinen ympäristö, vain harvalla naiselle Ryttläisen (2005) tutkimuksen mukaan sairaalamainen ympäristö oli hallintaa lisäävä tekijä. Asiantuntijan kannustus ja vankka ammattitaito edistävät myös naisen hallinnan tunnetta. Kun naisella on tunne, että hän on hyvissä käsissä, on hänen helpompi keskittyä synnytykseen ja kivun kanssa selviämiseen. Tämä viittaa siihen, että synnyttäjät katsovat viimekädessä vastuun kuuluvan ammattilaisille, mutta haluavat silti osallistua neuvotteluihin päätöksistä. Riittävä kivunlievitys parantaa naisen hallinnan tunnetta. (Ryttläinen 2005a, 132–133.)

9.2 Hallinnan tunnetta estäviä tekijöitä synnytyksessä

Hallintaa estää epävarmuutta herättävä hoitoympäristö- ja tilanne. Tällaisia ovat naisen jättäminen yksin, sairaalan kiire tai pitkä odottaminen, yllättävä käänne synnytystilanteessa, sairaalamaisuus laitteineen sekä häiritsevät äänet. Hallintaa estää myös asiantuntijoiden taitamattomuus, esimerkiksi tyyli

kohtelu ja asiantuntijan epävarmuus, kova synnytyskipu, tiedon riittämättömyys ja osallistumattomuus päätöksentekoon. (Ryttyläinen 2005a, 134–145.)

Edellä mainittujen lisäksi kehon ja itsetunnon huomiotta jättäminen on hallintaa estävä tekijä. Esimerkiksi kätilön kovakouraisesti suorittama tutkimus tai itseluottamusta murentava puhe, sekä kätilön käskyt naiselle synnyttää sängyssä ja olla paikallaan tai käsky olla ihan hiljaa eivät edistä naisen hallinnan tunnetta. (Ryttyläinen 2005a, 134–145.)

9.3 Synnytyskokemus

Synnyttämisen keskeisin toimija on synnyttävä nainen itse. Hänen tuntemus-
tensa huomioon ottaminen on keskeinen tekijä voimavarojen käyttöön oton ja
hyvän synnytyskokemuksen kannalta. Tämän tunteen kokeminen on vaikeaa
yhteiskunnassa, jossa korostetaan pääasiassa teknologian saavutuksia ja
synnytystä hoitavien henkilökunnan toimia. (Suomen Kätilöliitto ry. 2008, 36.)

Synnytyskokemukseen vaikuttavat sekä psykososiaaliset että fyysiset tekijät.
Synnytyskokemus on tärkeä asia, koska se vaikuttaa naisen synnytyksen jäl-
keiseen mielialaan ja varhaiseen äiti-lapsi-suhteen muodostumiseen.
Sosiaali- ja terveysministeriön (2007) mukaan synnyttäjän psykososiaalinen
tuki edistää synnytyksen kulkua ja hyvää synnytyskokemusta. Synnytyksen
aikaisen jatkuvan tuen on todettu vähentävän lääkkeellisten kivunlievitysmen-
etelmien, sekä toimenpiteiden todennäköisyyttä. Lisäksi jatkuvan tuen on
todettu lyhentävän synnytyksen kestoa, sekä parantavan vauvan Apgar- pis-
teitä. Psykososiaalisen tuen muotoja ovat jatkuva läsnäolo, informointi ja oh-
jaus, synnyttäjän puolesta puhuminen hoitotiimille, emotionaalinen ja fyysinen
tuki, sekä partnerille annettu tuki. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 80–81.)

Hyvän synnytyksen rakennusaineet ovat levollinen ympäristö, rakkaus, kunnioitus äidin työtä kohtaan, kuuntelu, rohkaisu, läsnä olevien rauhallisuus ja konkreettinen apu. Huonon synnytyksen rakennusaineet taas ovat ahdistava ympäristö, liukuhihnamainen kohtelu, surkuttelu tai tekoreippaus äidin koh-

taamisessa, jolloin äidin tunteet ohitetaan, kärsimättömyys, äidin toiveiden huomiotta jättäminen ja yksin jättäminen. (Hirvonen 2006.)

Kätilön persoona ja vuorovaikutus kätilön ja perheen välillä liittyy synnytyskokemukseen joko myönteisesti tai kielteisesti. Huonon kokemuksen tuottaa henkilökunnan epäystävällisyys, ankuruus, alistavuus ja intymiteettisuojan puutteellisuus. Kiireetön ja rauhallinen ilmapiiri, kätilön läsnäolo ja tukihenkilön mukana olo tuovat synnyttäjälle hyvää oloa. (Piensoho 2001, 64–65.)

Joidenkin tutkimusten mukaan puolisoitten välinen suhde heijastuu myös synnytykseen. Naisilla, jotka kokivat synnytyksen hankalana ja kivuliaana oli ollut aviollisia ongelmia raskauden aikana. Hyvässä parisuhteessa elävillä synnytyskokemus muodostui vanhempia yhdistäväksi ja merkittäväksi kokemukseksi. (Piensoho 2001, 66–67.)

Synnytys nähdään psykoanalyttisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta osana äidiksi kasvamisen prosessia. Parhaimmillaan synnytyksellä on voimakas myönteinen merkitys. Se muodostuu naisen itsetuntoa kasvattavaksi kokemukseksi. Pahimmillaan huono synnytyskokemus aiheuttaa naisen itsetunnonle kolahduksen. Se, millaisena nainen koki synnytyksen, vaikuttaa pitkälle synnytyksen jälkeen siihen miten nainen kokee itsensä äitinä ja naisena. Traumaattinen synnytyskokemus saattaa vakavasti häiritä lapsen ja äidin ensikontaktin luonnetta. (Piensoho 2001, 75.) Synnytyksympäristön olisi hyvä tukea naista luottamaan omiin vaistoihinsa ja tuntemuksiinsa. Kaikki stressin ja ylimääräisen hälyn aiheuttajat olisi siis minimoitava.

10 AKTIIVISEN SYNNYTYKSEN MAHDOLLISUUS TEKNISSÄ SAIRAALASSA

Sairaalaympäristössä naisen on vaikeampi olla aktiivinen osallistuja. Sairaalassa äidit yrittävät mukautua organisaation ja asiantuntijoiden vaatimuksiin eikä päinvastoin. Naisilla on periaatteessa vapaus valita käytetäänkö synnytysteknologiaa vai ei, mutta paljolti niiden käyttöön vaikuttavat yleiset normit ja arvot. Jokainen yhteiskunta luo oman ”synnytysjärjestelmän”, joka ohjaa syn-

nytyspaikan valintaan ja määrittää tapahtumassa läsnä olevien roolit. (Ryttyläinen 2005b, 6-7.)

Ojapellon (2006) mukaan yksittäinen kätilö ei voi vaikuttaa siihen byrokraatiaan, joka sairaalassa vallitsee. Sairaalybyrokraatia on hänen mukaansa kuin kivi-muuri. Siellä jo olemassa olevia käsityksiä on vaikea lähteä muuttamaan. Kaikki muutos tulisi lähteä synnyttäjästä itsestään. Kätilö voi vaikuttaa vain siihen, miten itse hoitaa synnytyksen. Tämän päivän synnytysten hoidossa vallitsevat kovat lääketieteelliset intressit. Ojapelto (2006) korosti, että systeemi ei sinänsä tue naista aktiivisuuteen, vaan aktiivisuus lähtee naisten omasta aloitteesta ja yksittäisen kätilön tuesta. Kun sairaala ei itsessään tue naista aktiivisuuteen, tulee synnyttäjien alkaa vaatia sitä. Aktiivisuus tapahtuu synnyttäjän sielussa jo ennen synnytystä. (Ojapelto 2006.)

Synnytysliikkeen alkuaikoina synnytyslääketiede ja naisen aktiivisuus nähtiin toisiaan poissulkevinä. Aktiivinen synnytys ry:n puheenjohtaja Hanna Hirvonen (2006) painotti, ettei hän näe automaattisesti ristiriitaa sairaalasyntytyksen ja aktiivisen sekä luonnollisen synnytyksen välillä. Sairaalassakin aktiivinen ja luonnollinen synnytys ovat mahdollisia. Naisen aktiivisuuden ja sairaalan teknologian ei siis tarvitse olla ristiriidassa keskenään. (Hirvonen 2006; Ryttyläinen 2005a, 38). Sairaalaympäristöstä voidaan saada mukava ja stressitön. Paljon on tehtävissä pienilläkin asioilla. Asenne ja muutos ovat paljolti kätilöiden käsissä.

Ojapelto (2006) halusi muuttaa Keski-Suomen keskussairaalan synnytys-huoneita vieläkin kodinomaisemmiksi. Tilalle voisi tulla niin sanottu vaihtoehtoinen synnytyshuone, jossa kaikki toimenpiteisiin liittyvä olisi piilotettu verhojen taakse ja synnytyssänky ei olisi keskellä huonetta. Synnytysprosessi on kokonaisvaltaista, joten synnytyspaikalla on väliä. Synnytystä on verrattu rakasteluun, voidaan sanoa, että synnytyspaikka on hyvä silloin, jos nainen voisi kuvitella rakastelevansa siellä. (Ojapelto 2006.)

Ei riitä, että naisten hallintakykyä vahvistetaan raskauden aikana neuvolassa, kun he kuitenkin synnyttävät paikassa, jossa vallitsee vahva medikalisoitunut tulkinta synnytyksestä. Naiset eivät kykene pitämään yllä hallintaa hoitokult-

tuurissa, joka ei tue hallintaa eikä tarjoa riittävästi vaihtoehtoja. (Ryttyläinen 2005a, 159.) Sairaalat eivät palvele kaikkien synnyttäjien toiveita. Kotisyntytykseen päätyneet naiset ovat kertoneet, etteivät he luota sairaalainstituution pystyvän tarjoamaan heille sellaista hoitoa, jota he haluaisivat. Naisten mielestä päätöksentekoon osallistuminen on tärkeää, mutta he myös osoittavat luottamusta ammattilaisten neuvoja kohtaan. (Viisainen 2000, 80- 81.)

Tampereella sairaalassa on ollut käytössä ns. luomuhuone, joka on Suomen mittakaavassa erikoisuus. Siellä kaikki toimenpiteisiin liittyvä oli piilotettu ja ympäristöstä oli tehty kodinomainen ja rauhallinen. Aktiivinen Synnytys ry:n puheenjohtajan Hanna Hirvosen (2006) mielestä asioiden pitäisi olla siten, että luomuhuone on tavallinen huone ja toimenpidehuone erikoishuone. Hirvosen (2006) mukaan nykyisin nähdään normaalina se, että synnytys on lääketieteellistä toimenpidettä vaativa tapahtuma ja erikoista on, jos toimenpiteitä ei tarvita. (Hirvonen 2006.)

USA:sta alkunsa saaneita ABC-klinikoita (= Active Birth Centre) on perustettu mm. Tanskaan ja Ruotsiin vastustavana reaktiona obstetrista tekniikka kohtaan, mutta Suomeen ei ole toistaiseksi sellaista perustettu. (Ryttyläinen 2005a, 38; Viisainen 2000, 48.)

ABC-klinikalla toiminnasta vastaa keskeisesti kätilö, synnytys – ja lastenlääkärin toimiessa konsulttina. ABC-klinikan synnytyshuoneet ovat kodinomaisia ja siellä pyritään tukemaan luonnonmukaista ja yksilöllistä synnytyksen kulkua. Tarpeetonta puuttumista vältetään ja luotetaan naisten omiin voimavaroihin synnytyksessä. Klinikalla kätilöt huolehtivat raskausajan, synnytyksen ja lapsivuodeajan seurannasta, sekä synnytys- ja perhevalmennuksesta, jolloin perhekeskeisyydestä ja hoidosta muodostuu kokonaisuus. (Ryttyläinen 2005a, 38; Viisainen 2000, 48.)

11 KÄTILÖN ROOLI AKTIIVISESSA SYNNYTYKSESSÄ

Kätilöt hoitavat itsenäisesti normaalit alatiesynnytykset. He ovat lähellä naisen omaa kokemusmaailmaa, tukijoina ja kuulijoina. Toisaalta kätilöt hankkivat koulutuksessa tiedot lääketieteellisistä tavoista avustaa ja edistää synnytystä sekä auttaa kivunlievityksessä. Kätilöt ovat lääkärin apuna synnytyskomplikaatioissa ja ovat ikään kuin silta lääketieteen ja naisen välillä.

Medikalisoituminen näkyy kätilöiden ja lääkärin työssä heidän tavassaan kohdata perhe ja auttaa synnyttäjää. Suomessa ei ole vielä olemassa jokaista kätilöä sitovaa kansallista hoitosuositusta matalan riskin synnytysten hoitoon. Ennen kuin kansallisia suosituksia saadaan, riippuu paljon kätilön henkilökohtaisesta näkemyksestä, kuinka hän hoitaa normaalin synnytyksen. Jokaisen työntekijän olisi hyvä tehdä itselleen selväksi, onko suoritettavassa toimenpiteessä kyse tehokkuusajattelusta vai äidin ja lapsen parhaasta. Jokainen toimenpide tulee voida perustella synnyttäjälle.

Vaihtoehtojen tarjoaminen, kannustaminen ja naisen mielipiteen kuuleminen ja kiputuntemusten tarkkaileminen ovat kätilön keinot tukea naista aktiivisuuteen. Nainen saattaa olla aktiivinen toivoessaan itselleen puudutusta, mutta taas kätilö omaan työkokemuksensa nojaten voi kannustaa naista kokeilemaan muita kivunlievitysmenetelmiä välttämättä turhaa puuttumista synnytykseen. Synnyttäjän aktiivisuus nousee aina naisesta itsestään, johon kätilö yhteistyössä sopeutuu. Joskus taas nainen luomusynnytystä toivoen, uupumisen partaalla ei osaa kuunnella väsymystään ja yrittää sinnitellä viimeisillä voimillaan. Silloin kätilön tehtävä on kertoa oma näkemyksensä tilanteesta ja tarjota myös lääkkeellistä apua. Kätilöltä vaaditaan herkkyyttä ja ammattitaitoa kohdata naisten erilaisia toiveita ja aistia erilaisissa tilanteissa olevia synnyttäjiä.

Kätilön rooli synnytyksessä korostuu henkisenä tukijana ja naisen kokemuksen kuuntelijana sekä välittäjänä naisen kokemuksen ja asiantuntijuuden välillä. Kätilö voi tukea naista kannustaen ja rohkaisten synnyttäjän omaa toimintaa ja tuoden asiantuntijana eri kivunlievitysvaihtoehtoja ja näkökulmia esiin, silti puuttumatta synnytykseen toimenpitein. Hyvä kätilö on läsnä, rauhallinen

ja ottaa myös isän/tukihenkilön huomioon ja keskustelee vanhempien kanssa. (Ruusuvuori, 1992, 48–49.)

Hoitotyöntekijöillä on vaikutusta naisten synnytyspaikan valintaan ja myös toiveisiin paikoista ja tavoista hoitaa synnytys. Se, mitä systeemissä tarjotaan, on tullut itsestään selvää naisten mielessä. Naiset ajattelevat, että sen, mitä hoitohenkilökunta suosittelee, täytyy olla parasta. Naiset luottavat vahvasti kättilöiden mielipiteisiin. (Viisainen 2000, 80.)

Hirvonen (2006) kannustaisi synnytyssalin henkilökuntaa rohkeasti ottamaan käyttöön luonnonmukaiset ja lääketieteen hoitokeinot rinnakkain. Pehmeiden ja teknologisten menetelmien vastakkain asettelu on tehotonta ja sen pitäisi saada pois. Niin kauan kuin pehmeistä hoitokeinoista ei ole haittaa synnytyksen kulussa, niitä pitäisi voida hänen mielestään käyttää osana kivunlievitystä ja hyvää hoitoa. (Hirvonen 2006.)

Naisen tukena oleminen ja tiedon jakaminen ovat kättilön tärkeitä tehtäviä, etenee synnytys sitten lääketieteen apuja käyttäen tai luonnonmukaisuutta seuraten. Naisen toiveita tulee aina kuunnella ja häntä tukea oman äänen kuuluviin saamiseen. Tämä on juuri aktiivisuuteen tukemista ja stressin vähentämistä.

12 KIPU SYNNYTYKSESSÄ

Tapahtumassa käytiin läpi lääkkeelliset ja lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät, joita Keski-Suomen keskussairaalassa on käytössä. Lisäksi kuulijat saivat tietoa myös vyöhyketerapiasta, homeopatiasta ja akupunktiosta, joita yleisesti käytetään synnytysten hoidossa esimerkiksi Englannissa ja Tammi-saaren sairaalassa, mutta jotka eivät ole vielä levinneet yleisiksi käytänteiksi Keski-Suomen keskussairaalaan.

Kipu voidaan nähdä kuuluvan synnytykseen luonnollisena osana. Kipua tunteessa on luonnollista hakeutua sitä helpottaviin asentoihin ja päästää ääntä. Synnytyskipulla on muuhun kipuun verrattuna positiivinen luonne, se luo uutta elämää. Kipu auttaa synnyttäjää hakeutumaan parhaisiin asentoihin ja turvalliseen, rauhalliseen ympäristöön. Kipu saattaa aiheuttaa joskus synnytyksen hidastumisen, jos se käy liian sietämättömäksi ja äiti ei pysty rentoutumaan. (Arra 2006.)

Avautumisvaiheessa kipua aiheuttaa kohdunsuun venyntyminen ja ponnistusvaiheessa ihon ja sen alaisten kudosten venyntyminen sekä mahdollinen repeytymä. Kipu välittyy rintarangan alaosan ja lannerangan yläosan sekä ristiluun hermopunosten kautta. (Vallimies-Patomäki 1998, 23.)

Synnytyskipu ei ole vahingoittavaa kipua. Sitä ei tarvitse paeta. Jokainen kokee kivun yksilöllisellä tavalla ja eri voimakkuudella. Joku käpertyy, joku raivoaa kivun ulos. Kivun tuntemiseen vaikuttaa yleisesti myös mieliala, elämäntilanne ja läsnä olevien tuki. (Arra 2006.)

Naisen omat endorfiinihormonit auttavat äitiä selviytymään kivuista jonkin verran. Kivulla on tauot ja ne suurimmaksi osaksi loppuvat lapsen syntymään. Etukäteen on vaikea tietää, miltä synnyttäminen tuntuu. Tärkeää on olla avoimin mielin ja antaa itselleen lupa toteuttaa tuntemuksiaan, ettei kohtaakaan kipua liian tiukoin ohjein. (Arra 2006.)

Hirvonen (2006) jakaa kivun hoituvaan, hoidettuun, lääkittyyn ja hoitamattomaan kipuun. Hoituva kipu tarkoittaa omien kipua lievittävien hormonien toimintaa, jotka pitävät huolen siitä, että kipu ei käy ylitsepääsemättömäksi. Äiti pysyy tällöin rauhallisena ja luottaa itseensä.

Hoidettu kipu tarkoittaa pehmeiden kivunlievitysmenetelmien käyttöä ja ulkopuolisten ihmisten hoivaa. Tällaisia keinoja ovat esim. hieronta, paijaus, laulu, keinunta, vyöhyketerapia ja akupunktio. Jos nämä kaksi ensimmäistä keinoa ei auta, voidaan turvautua lääkittyyn kipuun ja synnytysteknologiaan.

Hoitamaton kipu on kipua, mikä ei hoidu omilla hormoneilla ja jota kukaan ei hoida. Lääkkeitä ei ehditä antamaan tai lääkkeet eivät tehoa ja omat voimat

eivät enää riitä. Äiti tuntee olevansa yksin. Tällaista kipua ei koskaan pitäisi olla. Vähintään äitiä tulisi ottaa kädestä kiinni ja olla läsnä. (Hirvonen 2006.)

Psykologiset tekijät voivat heikentää tai voimistaa kipua. Kipu ja pelko voivat estää elimistön omien kipuhormonien vaikutusta ja aiheuttaa suurempaa kipua. Voimakas kipu ja pelko sekä niihin liittyvät hormonaaliset muutokset voivat heikentää kohdun supistuksia ja johtaa synnytyksen pitkittymiseen, istuk-kaverenkierron heikentymiseen ja sikiön hapenpuutteeseen.

Synnytyskipuun vaikuttaa myös elämäntilanne esimerkiksi se onko lapsi toivottu ja minkälainen suhde synnyttäjällä on lapsen isään, synnytyksessä mukana oleviin henkilöihin ja omaan kehoonsa. (Vallimies-Patomäki 1998, 23.)

12.1 Täydentävät kivunlievitysmenetelmät

12.1.1 Homeopatia

Homeopatian oppi-isä, saksalainen lääkäri Samuel Hahnemann (1755–1843), törmäsi homeopatiaan syödessään kiinanpuun kuorta, josta sai malariankaltaisia oireita. Hän jatkoi kokeilujaan ja totesi myöhemmin kuoresta olevan apua malariapotilaiden hoidossa. Hän kehitti samankaltaisuuden lakiin perustuvan johdonmukaisen hoitojärjestelmän, jolle antoi nimeksi homeopatia. Se tulee kreikan kielen sanoista *homois* ”samankaltainen” ja *pathos* ”tauti”. Homeopatia perustuu ajatukseen siitä, että samankaltainen parantaa samankaltaisen. Aine, joka synnyttää terveessä henkilössä tietyn kaltaisia oireita auttaa myös silloin kun sairaus aiheuttaa kyseisiä oireita. Jo Hippokrates oli aikanaan havainnut saman, mutta vasta Hahnemann kehitti homeopatiasta johdonmukaisen järjestelmän. (Nissinen 2006.)

Homeopatiassa lääkeaine, aiheuttaessaan taudin kannalta samankaltaisia oireita, antaa elimistön omalle puolustusmekanismille sysäyksen ja auttaa näin kehoa parantamaan itseään. Homeopatiassa oiretta ei ajatella elimistön virheenä, joka pitäisi korjata, vaan merkkinä, jonka avulla keho yrittää parhaalla mahdollisella tavalla palauttaa terveydentilaa takaisin. Tilannetta voi verrata

autoilijaan, joka huomaa kojelaudan merkkivalon palavan. Harva autoilija vetää merkkivalon piuhan irti ja jatkaa huoletta ajamista, vaan useimmat haluavat tarkastaa syvemmällä olevan vian syyn. Sen sijaan, että tukahduttaisi kehon oireita lamaannuttavilla lääkkeillä, homeopatia antaa hoidon, jonka seurauksena keho nousee korjaamaan tätä syntynyttä akuuttia tilannetta. (Nyrhinen 2002, 18.)

Koululääketieteessä terveys nähdään sairauden poissaolona. Homeopatiassa terveys käsitetään laajemmin. Terve ihminen on vapaa kolmella tasolla: kehon toiminnan, tunteiden ja ajattelun tasolla. Homeopatiassa nämä kaikki kolme kulkevat käsi kädessä, yhden heikkous tai hyvinvointi vaikuttaa kokonaisuuteen. (Emt., 18.)

Homeopatialla voidaan korjata pieniä epätasapainotiloja ja vahvistaa luontaista immunitettiin. Yksilöllisyys on hoidossa tärkeää, homeopaatti haluaa saada kokonaiskuvan asiakkaan elämäntavoista ja terveydestä. Vaikka kahdella asiakkaalla olisi samankaltainen tauti, homeopaatti voi määrätä heille erilaiset lääkkeet. Homeopatiassa käytetään aina minimiannoksen periaatetta, eli pyritään saamaan hyviä vaikutuksia mahdollisimman vähillä annoksilla. Lääkkeinä käytetään eläinkunnasta ja kasvikunnasta peräisin olevia aineita, sekä mineraaleja. Synnytyksen yhteydessä käytetään vain yhtä lääkettä kerrallaan ja kasvikunnasta peräisin olevia lääkkeitä. (Nissinen 2006.)

Lääkeaineet on testattu terveillä, vapaaehtoisilla ihmisillä. Koehenkilöt ovat merkinneet ylös kaikki oireet, jotka tietty lääkeaine on heille tilapäisesti aiheuttanut. Hoitavaksi lääkeaineeksi valitaan sellainen aine, joka on tuottanut parhaiten mahdollisimman samankaltaisen oirekuvan kuin potilaan vaivat ovat. Homeopatia toimii siis vain silloin, kun sen aiheuttama oirekuva on samankaltainen läsnä olevan oirekuvan kanssa. (Nyrhinen 2002, 4.)

Homeopatiaa on syytetty placebo-vaikutuksesta, mutta homeopaatti Outi Nissisen (2006) mukaan homeopatia ei voi olla placeboa, koska sitä käytetään menestyksekkäästi myös eläinten hoidossa. Homeopatiaa on turvallista käyt-

tää, koska sen lääkkeillä ei ole sivuvaikutuksia, eikä se aiheuta riippuvuutta. (Nissinen, 2006.)

Homeopatiaa voidaan käyttää synnytyksen yhteydessä:

- lievittämään pelkoja ja kipuja
- avautumisvaiheen nopeuttamiseen ja helpottamiseen
- kohdunkaulan tiukkuuden lievittämiseen
- supistusvoimaa ja ponnistamista vahvistamaan
- jälkeisvaiheen kipuja hoitamaan ja estämään tulehduksia
- maidontuloa voidaan helpottaa ja mahdollista rintatulehdusta hoitaa
- synnytyksen jälkeisen masennuksen lievittämiseen

(Nissinen 2006.)

Keski-Suomen keskussairaalassa suodaan homeopatian käyttö, mutta sen tulee tapahtua jokaisen omalla vastuulla, koska kätilöillä ei ole koulutusta sen käytöstä (Ojapelto 2006). Muutama tapahtumaan osallistujista kertoi syöneensä synnytyksen aikana homeopatiavalmistetta kätilöiltä salaa, koska kätilöiden asenteet homeopatiaa kohtaan olivat kielteiset.

Yleisimmin synnytyksissä käytetään Arnica- tai Gelsemium -nimisiä, kasviskunnasta peräisin olevia homeopaattisia valmisteita. Arnicaa käytetään yleisesti suurten ponnistusten edellä, siksi se soveltuu synnytykseenkin. Arnica auttaa äitiä antamaan kaikkensa ja se nopeuttaa synnytystä, sekä auttaa istukkaa irtoamaan nopeammin. Gelsemium toimii synnytyksessä, joka vaatii kovasti henkisiä ponnistuksia. Erityisesti se on tarpeen, jos äitiä jännittää kovasti tai jos synnytys pysähtyy ja äidille alkaa tulla uupumus. (Nyrhinen 2002, 17-18, Nissinen 2006).

12.1.2 Vyöhyketerapia synnytyksen hoidossa

Vyöhyketerapia perustuu teoriaan, jonka mukaan ihmisessä kulkee kymmenen pystysuoraa vyöhykettä. Ne kulkevat sormista pään kautta varpaisiin. Jokaisella elimellä ja kehon osalla on heijastusalueensa jalkapohjassa. Elintoinnin häiriintyessä ja ihmisen sairastuessa alkaa elimen jalkapohja-alueeseen kerääntyä kuona-ainetta ja kidekasautumia.

Vyöhyketerapiassa jalkapohjien kuona-aine ja kidekerääntymiä hieromalla ja niitä hajottamalla saadaan heijastealueen verenkiertoa ja vaivoja parannettua. (Heiskanen, Lahti, Liukkonen & Saarikoski 1998, 109.)

Tieteellisesti ei ole todistettu jalkapohjavyöhyketerapian vaikutusta, sillä nykyinen lääketiede ei tunne vyöhykkeitä ja heijastealueita. Tästä huolimatta vyöhyketerapiasta, kiinalaiseen vanhaan tietämykseen ja vankkaan kokemuspohjaan nojaten, on tullut myös länsimaissa suosittu hoitomenetelmä ja myös synnytysten hoidossa käytettävä kivunlievitysmenetelmä. Kuopion yliopistossa on opetettu vyöhyketerapiaa muun muassa lääketieteen opiskelijoille. Se on kuitenkin sittemmin tuomittu joidenkin skeptikko professorien mukaan huuhaa hoidoksi. (Heiskanen ym. 1998, 109; Häkkinen 2006.)

Tanskassa asuva suomalaissyntyinen vyöhyketerapeutti Gabriella Bering Liisberg teki vuonna 1988 Gentofthen sairaalassa tutkimuksen, jossa hän selvitti mm. vyöhyketerapian vaikutusta synnytyskivun lievitykseen ja istukan irtoamiseen. Kuudestakymmenestä vapaaehtoisesta viisikymmentäkahdeksan sai vyöhyketerapian avulla hyvän kivunlievityksen. Istukan irrotuksessa neljästätoista kokeilijasta yhdeltätoista istukka irtosi puolen tunnin vyöhyketerapian jälkeen. (Heiskanen ym. 1998, 110-111.)

Raskaana olevaa voi hoitaa ilman riskejä, jos työntekijä osaa työnsä ja raskaana oleva on perusterve. Hormonialuetta ei hierota ennen 38. raskausviikkoa ja äidin verenpaineen tulee olla normaali. (Heiskanen ym. 1998, 110-111.)

12.1.3 Akupunktio ja akupisteet synnytyksessä ja raskauden aikana

Akupunktiosta tapahtumassa oli puhumassa kiinalaisen lääketieteen asiantuntija Linnin Höyhtyä. Hän lähti kartoittamaan akupunktiota osana perinteistä kiinalaista lääketiedettä ja avasi kuulijoille ensin kiinalaisen lääketieteen filosofian kautta sen suhtautumista raskauteen ja synnytykseen.

Kiinalaisessa lääketieteessä sairautta ei pidetä asiana, jota vastaan tulee taistella, vaan vain yhtenä kehitykseen liittyvänä vaiheena, jonka avulla ihmisen on mahdollisuus oivaltaa oman olemassaolonsa merkitys. Kun ihmisen psyyke, tunteet ja mieli ovat harmoniassa, mikään ulkopuolinen ei pysty ihmistä sairastuttamaan. Tästä syystä kiinalaisessa lääketieteessä otetaan huomioon sairauden henkinen ja emotionaalinen puoli, unohtamatta toiminnallista ja elimellistä puolta. Mikäli ihminen ei elä harmoniassa, silloin ulkopuoliset asiat esim. tuuli, kylmä ja kosteus voivat aiheuttaa hänessä sairautta. (Höyhtyä 2006.)

Kiinalainen lääketiede ja Höyhtyän edustama Neijing-koulukunta näkee raskaana olevan naisen olevan ihmeellisessä luomisen tilassa, jota tulisi kaikin tavoin suojella. Siksi tulisi varmistaa, että kaikki hoidot, jotka naiseen raskauden aikana kohdistetaan, eivät millään tavoin häiritse raskautta. Hoitajan tulee olla ammattitaitoinen ja hänen tulee tietää hyvin akupunktiopisteiden vaikutukset ja kohdat, joita ei saa käyttää raskauden aikana. Esimerkiksi keskenmenoriski on olemassa joidenkin akupisteiden kohdalla. (Höyhtyä 2006.)

Raskaana olevalta ei saisi hoitaa vatsanseutua eikä rinnalla olevia pisteitä, myöskään perushartiahierontaa ei tulisi tehdä kovin ottein hartianseudulla sijaitsevien akupisteiden takia, jotka voivat aiheuttaa jopa keskenmenovaaran. Nämä kiinalaisen lääketieteen varoitukset tulisivat olla tiedossa myös tavallisella hierojalla ja fysioterapeutilla. Turvallisimpia alueita käsitellä ovat pää, olkavarsi (ei hartia) ja reisi. (Höyhtyä 2006.)

Elimistön oman kipulääkkeen endorfiinin määrä lisääntyy akupunktion aikana. Akupunktiopisteisiin annettava kivunlievitys auttaa kehoa auttamaan itseään

kivun yli. Akupunktiosta on apua synnytyksessä ja sen jälkeen muun muassa kivunlievitykseen, jälkisupistuksiin, maidon erityksen parantamiseen ja olon helpottamiseen rintojen täytyessä maidosta. Akupistehoidot eivät estä muiden kivunlievitysmenetelmien käyttöä. (Höyhty 2006.)

Suomen Kätilöliitto ry. toi muistiossaan esiin, että akupunktiosta on ollut hyötyä synnytyskivun hoidossa ja se on vähentänyt lääkkeellisen kivunlievityksen käytön tarvetta. (Suomen Kätilöliitto ry. 2008, 24)

12.2 Kivunlievitysmenetelmät Keski-Suomen keskussairaals- sa

Kivunlievityksen tarkoituksena on turvata äidin ja vauvan hyvinvointi. Tärkeitä ja ensisijaisia keinoja ovat rentoutuminen, lämminvesi, hieronta, laulu, liike, musiikki ja mielikuvaharjoittelu. Tukihenkilön ja kätilön läsnäolo ja turvallinen ilmapiiri ovat tärkeitä, että äiti uskaltaa ilmaista omia toiveitaan ja tarpeitaan. Kätilö voi auttaa äitiä rentoutumaan esimerkiksi hieromalla äidin selkää tai ohjata tukihenkilöä hieromaan. Kätilö ohjaa äitiä usein kokeilemaan suihkua tai ammetta tai tuo lämminvesipulloja kipualueille ennen kuin otetaan käyttöön muita kivunlievityskeinoja. (Arra 2006.)

Lihaksen sisäiset kipulääkkeet

Ennen kuin synnytys on vielä kunnolla käynnissä ja äiti kokee supistukset hyvin kivuliaina, voidaan kivunlievityksenä käyttää kipulääkkeinä käytettäviä opioideja. Lääkkeitä pyritään kuitenkin käyttämään mahdollisimman vähän, koska ne siirtyvät istukan kautta sikiöön. Käytetyimmät lihaksen sisäisesti annettavat kipulääkkeet Keski-Suomen keskussairaalassa ovat Petidiini ja Tramadol. Petidiinia käytetään vain silloin, kun kohdunsuu on alle 3 cm auki. Lääke kulkeutuu helposti sikiön verenkiertoon. Jos vauva syntyy alle neljän tunnin kuluttua lääkkeen annosta, on lapsella riski hengityksen lamaantumiseen. Petidiini saattaa myös hidastaa supistuksien tehoa. (Arra 2006; Ylikorkala & Kauppila 2004, 333.)

Tramadol ei lamaa sikiön hengitystä eikä sillä ole todettu olevan supistuksia hidastavaa vaikutusta. Sitä käytetään kuitenkin vain synnytyksen alkuvaiheen kivunlievitykseen. Molemmat lääkkeet voivat aiheuttaa äidille pahoinvointia ja uneliaisuutta. (Eskola & Hytönen, 2002, 328.)

Aqua-rakkulat

Kättilö laittaa steriilistä vedestä ihoon 2-4 pientä rakkulaa, alueelle, jossa äiti tuntee voimakkainta kipua. Kohteena voi olla alaselkä, alavatsa tai reidet. Jokaiseen rakkulaan ruiskutetaan noin 0,1 ml steriiliä vettä. Heti laitton jälkeen rakkula tuntuu poltteenä, niin kuin ampjainen olisi pistänyt, polte häviää noin puolessa minuutissa, mutta kivunlievitysvaikutus kestää monella synnyttäjällä noin 1-1,5 t. Rakkuloita voi käyttää koko synnytyksen ajan. Tehon tietää vain kokeilemalla. (Arra 2006.)

TENS

Sähköimpulsseja tuottavat anturit asetetaan alaselälle, alavatsaan tai reisiin. Laitteen avulla äiti voi itse säätää impulssien tehoa. Vaikutuksen kesto 1-2 h. Tens olisi hyvä ottaa mahdollisimman aikaisin käyttöön, niin sen teho pääsee parhaiten edukseen. Kun äiti tuntee supistuksen tulevan, hän voi jo alkaa antaa impulsseja, tehoa äiti saa säädettyä tuntemustensa mukaan. (Arra 2006.)

Molemmissa edellä mainituissa kivunlievityskeinoissa niiden teho perustuu kahteen eri teoriaan. Yksi teoria on, että paikallinen kipu saa kehon tuottamaan lisää omaa endorfiinia ja sitä kautta myös supistuskipu laantuu. Toinen teoria on ns. kipuporttiteoria, eli aqua-rakkuloista tai TENS-laitteesta syntyvä paikallinen kipu estää supistuskipusignaaleja menemästä aivoihin. (Arra 2006; Ojapelto 2006)

Ilokaasu

Ilokaasu on hengitettävä inhalaatioanalgesia. Se sisältää typpioksidilihappiseosta, mitä äiti hengittää maskin kautta. Sekä sisään- että ulsohengitys hengitetään supistuksen aikana maskin kautta. Vahvin vaikutus syntyy hieman jäljessä, joten äitiä ohjataan hengittämään maskin kautta heti kun kokee supistuksen alkavan. Supistusten välillä on hyvä hengittää tavallista huoneilmaa. Ilokaasu poistuu elimistöstä ulsohengityksen aikana, siten äidin on helppo itse

säädellä vaikutusta. Ilokaasun etuna on, että sitä on turvallista käyttää missä synnytyksen vaiheessa tahansa. Se ei varastoidu elimistöön, eikä sillä ole vaikutusta supistusten tehoon tai sikiön hyvinvointiin. Joillekin äideille se voi aiheuttaa pahoinvointia.

(Arra 2006; Ylikorkala ym. 2004, 333.)

Epiduraalipuudutus

Epiduraalipuudutuksen tulee laittamaan anestesia lääkäri, selkäytimen epiduraalitalaan. Se voidaan laittaa kohdunsuun ollessa noin 3 cm auki ja synnytyksen ollessa selvästi kunnolla käynnissä. Puudutus on mainio kivunlievityskeino ensisynnyttäjille, koska se on yleensä tehokas ja puudute saa olla päällä koko avautumisvaiheen ajan. Äiti pystyy yleensä todella hyvin rentoutumaan puudutteen avulla, millä on suotuisat vaikutukset kohdunsuun avautumiseen ja sikiön päähän kohdistuu vähemmän painetta äidin lantionpohjan lihasten rentoutuessa. Riskinä on puudutteen joutuminen selkäytimestä väärään tilaan, jolloin seurauksena on äidin verenpaineen lasku ja jopa hengityksen pysähtyminen. Puudute saattaa heikentää supistuksia ja se saattaa vaikuttaa vauvan sydänääniin hidastavasti. Siksi äidin ja vauvan vointia tarkkaillaan hyvin puudutteen laitton jälkeen. Hyvinä puolina puudutteessa on hyvän kivunlievityksen lisäksi istukan verenkiertoa parantava vaikutus. Puudute laitetaan yleensä ensisynnyttäjillä pois päältä ennen ponnistamisen alkamista, koska se saattaa päällä ollessa viedä äidiltä ponnistamisen tarpeen tuntemukset. (Arra 2006; Ylikorkala ym. 2004, 334.) Epiduraalipuudutusta ei voida laittaa jos äidillä on tatuointi tai infektio pistosalueella, rannevika selkärangassa tai vaikea keskushermostosairaus (Eskola ym. 2002, 329).

Spinaalipuudutus

Spinaalipuudutuksen tulee anestesia lääkäri laittamaan, selkäytimen spinaalitalaan. Spinaalia ei suositella ensisynnyttäjille, koska sen vaikutusta ei saa pienennettyä ja riskinä on ponnistamistuntemuksen puuttuminen. Spinaalipuudutus laitetaan yleensä kohdunsuun ollessa yli 5 cm auki ja sen vaikutus kestää 1,5-2 t, se voi auttaa uudelleensynnyttäjien ponnistamisvaiheen kipuun, aiempi kokemus ponnistamisesta auttaa äitiä usein työntämään oikein spinaalista huolimatta. Myös spinaalipuudutuksen yhteydessä äidin verenpainetta ja sikiön sydänääniä tarkkaillaan hyvin. (Arra 2006.)

Parakervikaali- eli kohdunkaulanpuudutus

Kohdunkaulanpuudutusta voidaan käyttää yhdessä muun kivunlievityksen kanssa, esimerkiksi uudelleen synnyttäjälle spinaalipuudutuksen tehon loppuessa. Puudutteen laittaa gynekologi neulalla emättimen kautta kohdunkaulan reunoille. Kohdunsuun tulee olla noin 5 cm auki eli arvioidaan, ettei synnytys kestä enää kauan. Tarjoutuvan osan tulee painaa kohdunsuun reunoja. Riskinä on puudutteen joutuminen sikiön verenkiertoon, minkä takia KTG-käyrää seurataan aktiivisesti laitton jälkeen. Teho kestää noin 1,5-2 tuntia. Puudute voidaan uusida, koska sen vaikutus on aika lyhyt. (Arra 2006; Ylikorkala ym. 2004, 333–334.)

13 AKTIIVINEN SYNNYTYS -PÄIVÄN JÄRJESTÄMINEN

Idea tapahtuman järjestämisestä syntyi samaan aikaan, kun Jyväskylässä kunnallisia perhevalmennuksia ryhdyttiin lakkauttamaan keväällä 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämishojelman 2007–2011 (2007) mukaan jokaisen raskaana olevan naisen tulisi saada ohjausta synnytykseen valmistautumisessa ja hänellä kuuluisi olla oikeus osallistua synnytyksen suunnitteluun. Riittävä tiedon saanti on tärkeä asia naisten raskauden ja synnytyksen aikaisten tuntemusten kannalta. Tutkimusten mukaan tiedon saannilla ja synnytysvalmennuksella voidaan vähentää naisten synnytyspelkoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 61, 72.)

Maaliskuussa 2006 luin kotona Aila Miettinen-Jaakkolan (1992) teosta Nainen naiselle – luonnollinen syntymä ja mietin, voivatko naiset synnyttää isossa sairaalassa aktiivisesti ja luonnonmukaisesti vai saneleeko sairaala valmiiksi naisen roolin passiiviseksi potilaaksi lääkäreiden ja kättilöiden työskennellessä aktiivisesti. Päätin testata, onko muillakin tarve tietää tästä asiasta järjestämällä tapahtuman, jossa asiaa pohdittiin.

Soitin heti idean syntyessä Mandalatalon työntekijälle Outi Nissiselle kysyäkseni mahdollisesta yhteistyöstä Mandalatalon kanssa. Mandalatalo on hyvinvointipalveluja, tapahtumia, luentoja, kursseja sekä luontaishoitoja tarjoava yritys. Olin itse aiemmin käynyt Mandalatalon järjestämillä kursseilla ja tunsin osan heidän työntekijöistään. Outi Nissinen kannusti minua tapahtuman järjestämiseen. Sain 28.4.2006 myöntävän vastauksen Mandalatalon hallitukselta järjestää tapahtuman yhteistyössä heidän kanssaan.

Halusin järjestää tapahtuman luontaishoitoja tarjoavan Mandalatalon tiloissa, koska tapahtuman yhtenä tavoitteena oli nostaa esiin luontaislääketieteen tärkeää roolia raskaana olevien ja synnyttäjiä hyvinvoinnin tukijana. Mandalatalo hyväksyi tapahtuman osaksi sen syksyn ohjelmaansa ja tuki minua järjestelyissä. Tapahtuman jälkeen halukkailla oli mahdollisuus ostaa näytehoito Mandalatalolta.

Otin idean noustessa yhteyttä myös Luonnonlapsi ry:n yhdyshenkilöön, jolta tiedustelin olisiko heidän joukossa kiinnostusta tapahtumaa kohtaan. Luonnonlapsi ry. kutsui minut tapaamiseen 29.3.2006 kertomaan tarkemmin suunnitelmistani. Tapaamisessa Luonnonlapsi ry. oli innostunut suunnitelmistani. Heidän toimintaansa koordinoiva ja samalla Aktiivinen synnytys ry:n Jyväskylän edustajana toimiva henkilö oli innokas tulemaan talkooväkeen mukaan ja viemään tapahtumaa eteenpäin. Luonnonlapsi ry:n ilta oli minulle tärkeä, koska siellä käymäni keskustelut synnyttäneiden ja raskaana olevien naisten kanssa vahvisti omia ajatuksiani tulevan päivän sisällöstä.

Päävastuu tapahtumasta oli minulla. Tapahtuman järjestäminen vaati suunnittelua, asioiden monipuolista huomioimista ja järjestelytaitoja. Suunnittelin tapahtuman sisällön ja rungon aikatauluineen sekä kutsuin luennoitsijat paikalle ja huolehdin heidän informoinnista. Yhteistyössä olivat mukana Outi Nissinen Mandalatalolta ja Mirva Maunula, Aktiivinen synnytys ry:n Jyväskylän edustaja. Heidän kanssaan kokoonnuimme yhteensä kolme kertaa ennen tapahtumaa. Kerroin heille tekemistäni suunnitelmista ja sain heiltä tärkeää tukea ja arvokasta ajatusten vaihtoa. Suunnittelin ja järjestin tapahtumaan myös kioskin tarjoiluineen. RuoanlaittOTALKOISSA ystäväni auttoivat minua. Pidin tapahtu-

man järjestämisestä päiväkirjaa, johon merkitsin suunnitelmat, pohdinnat ja aikataulut.

13.1 Tapahtuman tavoitteet

Olen jaotellut tavoitteet tapahtuman tavoitteisiin ja henkilökohtaisiin tavoitteisiin. Kolmoskappaleessa toin tavoitteita jo esiin, mutta tässä ne ovat vielä tarkemmin esitettynä.

Tapahtuman tavoitteita olivat:

- tarjota tietoa aktiivisesta synnytyksestä ja erilaisista synnytys kivunlievitysmenetelmistä kaikille aiheesta kiinnostuneille
- vähentää mahdollista vastakkain asettelua synnyttäjän hyvinvointia edistävien lääketieteellisten ja luonnonmukaisten hoitokeinojen väliltä
- saada aikaan keskustelua tämän hetken synnytykskulttuurista
- nostaa esiin naisen aktiivisen roolin merkitystä ja luonnonmukaisen kivunlievityksen merkitystä lääketieteen rinnalla

Henkilökohtaiset tavoitteeni olivat:

- saada harjoitusta tapahtuman järjestämisestä, sisällön suunnittelusta, tiedottamisesta, järjestelyjen tekemisestä, budjetoinnista ja tapahtuman organisoinnista sekä johtamisesta
- saada kokemusta yhteistyöstä työelämän kanssa
- luoda tapahtumaan avoin, hyvä ilmapiiri, jossa uskaltaa sanoa ajatukset ääneen
- saada itselle uutta tietoa aktiivisesta synnytyksestä sekä vaihtoehtoisista synnytys kivunlievitysmenetelmistä

13.2 Päivän sisältö

Päivän sisältö muotoutui kokonaisuutta pohtiessani. Mietin eri vaihtoehtoja luentojen järjestykseen. Lopulta päädyin seuraavaan. Tapahtuman sisällöstä on esite liitteenä (Liite 6).

Avasin päivän toivottamalla kaikki osallistujat tervetulleiksi ja kertomalla opin- näytetyöni pohjalla olevista ajatuksista. Päivän avauksessa kerroin tapahtu- man aikataulun ja yleiset järjestelyt. Halusin luoda esiin rennon ilmapiirin; mahdollisuuden istua vilteillä ja tyynyillä sekä ostaa juotavaa ja purtavaa kios- kista koko tapahtuman ajan. Tärkeänä pidin myös mahdollisuutta saada roh- keasti esittää kysymyksiä ja omia mielipiteitä.

Tapahtuman luennot aloitti Aktiivinen Synnytys ry:n puheenjohtaja Hanna Hir- vonen. Hänen luentonsa toi tietoa aktiivisesta synnytyksestä. Tämän jälkeen seurasi yli 30 vuotta Keski-Suomen keskussairaalassa työskennelleen kättilö Ritva Ojapellon luento siitä, kuinka Keski-Suomen keskussairaalassa naista tuetaan aktiivisuuteen. Sisällön kannalta oli tärkeää, että päivän aloitti pää- teema eli luento aktiivisesta synnytyksestä. Tämän jälkeen halusin heti tarjota tietoa synnyttämisestä sairaalassa. Näiden kahden teeman käsittelyllä peräk- käin oli tarkoitus herättää ajatuksia ja saada aikaan keskustelua osallistujien joukossa.

Näiden kahden luennon jälkeen osallistujilla oli mahdollisuus jakaa ajatuksia ja kokemuksia. Vapaasta keskustelusta siirryttiin lounastauolle. Lounastauon jälkeen käsiteltiin synnytyskivun lievitystä alkaen Keski-Suomen keskussairaa- lassa käytettävistä menetelmistä, minkä jälkeen siirryttiin homeopatian ja vyö- hyketerapian luentoja kautta akupunktioon. Keski-Suomen keskussairaalas- sa käytettävistä menetelmistä luennoimassa oli kättilö Tiina Arra. Homeopati- asta raskauden ja synnytyksen aikana luennoi homeopaatti Outi Nissinen. Vyöhyketerapeutti Riitta Häkkinen kertoi näkemyksistään vyöhyketerapian hyödyistä raskausaikana ja synnytyksessä. Tapahtuman viimeisestä aiheesta, akupunktiosta synnytyksen hoidossa, luennoi kiinalaisen lääketieteen ammat- tilainen Linnin Höyhty.

Kivunlievityksen halusin pitää yhtenäisenä kokonaisuutena tauon jälkeen. Kivunlievitysosion tavoitteena oli tarjota tietoa synnytyskipusta sekä lääkkeettömistä että lääkkeellisistä tavoista hoitaa kipua. Tarkoituksena oli lisätä luottamusta luonnonmukaisiin keinoihin ja naisen omiin voimavaroihin hoitaa kipua. Jos menetelmistä ei ole apua, vasta sen jälkeen turvaudutaan lääkkeisiin. Tarkoituksena oli kuitenkin korostaa, ettei aktiivinen synnyttäjä tarkoita samaa kuin lääkkeistä kieltäytyvä synnyttäjä. Tapahtuman tarkoituksen oli tuoda esiin se, että lääkkeellisillä kivunlievitysmenetelmillä sekä lääkkeettömilläkin on oma tärkeä paikkansa synnytyksen hoidossa. Usein molempia tarvitaan.

13.3 Aihealueiden valinta

Aihealueiden valinta tapahtui tapahtuman tavoitteiden pohtimisen kautta. Halusin tuoda esiin tietoa synnyttämisen luonnollisuudesta ja naisen aktiivisesta roolista siinä. Aktiivinen synnytys oli pääteema. Halusin nostaa siihen oleellisesti kuuluvat vaihtoehtoiset kivunlievitysmenetelmät esiin lääkkeellisten vaihtoehtojen rinnalle. Tavoitteena ei ollut lisätä kuulua luonnonmukaisen ja lääketieteellisen synnytyksen hoidon välillä, vaan pienentää sitä. Siksi valitsin tapahtuman aiheeksi molempien puolien käsittelyn.

13.4 Tutkimustehtävät ja tapahtuman arviointimenetelmät

Opinnäytetyössä tutkin, onko tämän kaltaisilla tapahtumilla kysyntää. Lähdin rohkeasti järjestämään tapahtumaa, jollaista ei ollut ennen järjestetty, ja josta en tiennyt, oliko ihmisillä tarvetta kuulla aiheesta. Minulla oli perhe- ja synnytysvalmennusten lakkauttamisten takia vahva oletus, että tapahtuma keräisi kuulijoita.

Tutkin kiinnostaako aktiivinen synnyttäminen ja vaihtoehtoiset kivunlievitysmenetelmät Jyväskylän seudulla asuvia ja keitä paikalle tulijat ovat. Tutkin myös toivovatko osallistujat tällaisia tapahtumia jatkossakin ja jos toivovat, niin mitä aiheita he haluavat uuden tapahtuman sisältävän. Tiedosta on minulle ja

muille kättilöopiskelijoille, sekä jo valmiille kättilöille hyötyä tulevia tapahtumia varten. Lisäksi tutkin osallistujien tyytyväisyyttä tapahtumaan sekä parannusehdotuksia.

Tutkimusvastausten saamiseksi ja samalla tapahtuman arviointimenetelmänä käytin palautekyselylomaketta, jonka jaoin osallistujille henkilökohtaisesti tapahtuman lounastauolla. (Katso palautekyselykaavake, Liite 3.) Pidin tärkeänä, että osallistujat saivat vastata palautekyselyyn, milloin heille sopi tai heti kun jokin ajatus nousi mieleen. Ohjasin osallistujia täyttämään lomakkeen viimeistään ennen kuin lähtevät. Palautekyselyn sai jättää nimettömänä sille varattuun laatikkoon eteiseen.

Kysymyksistä ensimmäinen oli monivalintakysymys. Siihenkin sai vastata vapaamuotoisesti, jos vaihtoehdoista ei löytynyt sopivaa. Kaikki loput kysymykset olivat vapaamuotoisia. Vapaamuotoisista vastauksista yhteenvedon tekemiseen meni paljon aikaa ja se oli haastavaa. Monessa kohdassa vastaukset olivat kuitenkin samanlaisia, joten keräsin ne yhteen ja toin esiin opinnäytetyössäni. Tärkeimmät kohdat ovat kappaleessa 14 esitettyinä. Lisäksi päivän arviointimenetelmiä olivat tapahtuman aikana tekemäni havainnot osallistujien reaktioista ja osallistujien suulliset kommentit.

13.5 Tapahtuman aikataulu

Aloitin luennoitsijoiden hankkimisen heti, kun sain myöntävän päätöksen yhteistyöstä Mandalatalon kanssa. Kun toukokuussa 2006 esitin opinnäytetyöseminaarissa tapahtuman alustavan suunnitelman ja opinnäytetyön aikataulun, olin saanut luennoitsijoista jo kolme sovittua. Aktiivinen synnytys ry:n puheenjohtaja, Keski-Suomen keskussairaalan kättilöt sekä homeopatian asiantuntija olivat silloin lupautuneet tulemaan. Vyöhyketerapian ja akupunktion luennoitsijoiden kohdalla jouduin etsimään sopivaa henkilöä pidempään. Viimeinen luennoitsija varmistui elokuussa 2006.

Sovin luennoitsijoiden kanssa puhelimitse tapahtumaan osallistumisesta ja vaihdoimme yhteystietomme. Ennen tapahtumaa pidin luennoitsijoihin yhteyttä sähköpostitse. Lähetin heille ohjelmarungon, aikataulun ja lähempänä tapahtumaa kerroin osallistujien määrän. Lisäksi kyselin luennoitsijoilta heidän toiveitaan luentojen järjestelyiden ja ruoan suhteen. Myös tarkan osoitteen ja tulo-ohjeet selvitin kauempaa tuleville sähköpostitse. Halusin olla jokaiseen luennoitsijaan yhteydessä ennen tapahtumaa, jotta he kokevat olevansa lämpimästi tervetulleita. Kaikki luennoitsijat tiedustelivat tapahtuman ja oman luentonsa luonteesta. Lähdin rakentamaan tapahtumaan rentoa tunnelmaa painottamalla luennoitsijoille, ettei kyseessä ole mikään muodollinen tapahtuma, vaan tarkoituksena on saada keskustelua aikaan.

Pyysin jo keväällä tapahtumaa varten esitteitä eri järjestöiltä, jotka tarjoavat Jyväskylän alueella tilaisuuksia raskaana oleville ja lapsiperheille. Syksyllä otin uudestaan yhteyttä järjestöihin. Esitteitään tapahtumaan antoi Imetystuki ry ja Aktiivinen synnytys ry. Mannerheimin Lastensuojeluliitto ei ehtinyt järjestää esitteitä minulle ajoissa ja Luonnonlapsi ry:n henkilö, jonka piti tuoda esitteet tapahtumaan, ei päässytkään tulemaan paikalle.

Keskisuomalaisesta tuli tapahtumaan toimittaja ja valokuvaaja tekemään juttua lehteen. Heidän kanssaan olin alustavasti sähköpostitse yhteydessä. Halusin tapahtumalle näkyvyyttä, koska mielestäni aihe olisi hyvä olla esillä laajemminkin. Keskisuomalainen tuli mielellään tapahtumaan mukaan ja juttu oli lehdessä 26.10.2006 (Liite 2).

13.6 Tapahtuman järjestely

Pidin tärkeänä luoda luentotilaan tunnelmaa, sillä sitä kautta myös osallistujat ja luennoitsijat voisivat rentoutua ja kokea tilanteen vähemmän muodollisena. Kukkakaupasta sain muovipussillisen myynnistä poistettuja ruusun terälehtiä ja kukkia, joita laitoin vesikulhoihin kellumaan. Toin kotoa vilttejä ja tyynyjä, sekä Intiasta ostettuja liinoja pöydille. Mandalatalolla olevista patjoista, vilteisistä ja tyynyistä rakensin mukavan ”sohvanurkkauksen” tapahtumaan. Kynttilöi-

tä Mandalatalo antoi luvan laittaa esille. Ne paloivat luennoitsijoiden pöydän vieressä.

Toin myös terapiapallon luentotilaan, jota raskaana olevat voisivat halutesaan käyttää, jos paikallaan istuminen käy epämukavaksi. Musiikki soi hiljaa taustalla ennen luentoja ja tauoilla. Luentotilan seinälle laitoin väriä tuomaan myös Aktiivinen Synnytys ry:ltä saamani valokuvanäyttelyn, joka käsitteli kotisyynnytystä.

Sain koulultamme lainattua tapahtumaan tarvittavan määrän tuoleja. Tuolit siirsimme koululta Mandalatalolle pakettiautolla. Minulla itselläni ei ole ajokorttia, joten ystäväni ja perheeni olivat tärkeä tausta-apu tapahtuman tuolien siirtämisessä. Tapahtumaa edeltäneenä iltana järjestelimme tuolit ja pöydät kuntoon.

Ruokatarjoilun suunnittelin itse ja kävin ostamassa tarvikkeet. Mandalatalon keittiössä paistoimme aamulla leipiä ja teimme ison määrän kasviskeittoa. Muutamalle talkoisiin osallistuvalla ystävälleni olin delegoinut makeisten leivonnan. He toivat leivonnaiset aamulla Mandalatalolle.

Tapahtumaan liittyi yllättävän paljon tavaroiden kuljettamista. Pyörällä tavaroiden, muun muassa kahvinkeitinien kuljettaminen oli ekologista, mutta työlästä. Onneksi saimme käyttää Mandalatalon astioita tapahtumassa. Minun piti itse huolehtia tapahtumaan paikalle toinen kahvinkeitin, termospullot, piirtoheitinkalvot ja tussit, tuolit, yhden pöydän, ruokatarvikkeet, rahalippaan, kyselylomakkeet ja kyniä. Lisäksi toin pöytäliinoja, kukkia, vilttejä, tyynyjä ja kynttilöitä luomaan tunnelmaa.

Organisointiin kuului myös tehtävien jakaminen talkooväelle. Ovelle tarvittiin rahastaja. Kioskiin tarvittiin myyjät koko tapahtuman ajaksi sekä keittiöön joku huolehtimaan, että keitto on lämmin lounastauolla. Yksi ystäväni videoi tapahtuman. Kaiken videointiin liittyvän huolehdin myös paikalle.

13.7 Tapahtuman markkinointi

Tapahtumaa mainostettiin neuvoloiden ja kaupungin ilmoitustauluilla, Mandalatalon syksyn 2006 esitteessä ja nettisivuilla, sanomalehti Keski-suomalaisen Menoksi-palstalla sekä Radio Jyväskylässä. Mandalatalon työntekijät auttoivat esitteiden painatuksessa, jotta niihin saatiin Mandalatalon logo ja ilme. He huolehtivat myös mainoksen viemisestä sanomalehti Keski-suomalaiseen. Neuvoloihin ja ilmoitustauluille kiersin viemässä esitteet itse.

Tapahtumasta oli alustava esite valmiina 17.6.2006 Mandalatalon äitiysjooga-kursilla jaettavaksi. Varsinaiset esitteet olivat valmiina ensimmäisen kerran jaettaviksi Mandalatalon avoimien ovien päivässä 19.8.2006. Neuvoloihin ja ilmoitustauluille esitteet ehtivät elokuun lopussa. Keski-suomalaisessa tapahtuma tiedotettiin Menoksi -palstalla tapahtumaa edeltävänä päivänä ja tapahtumapäivänä. Radio Jyväskylä otti yhteyttä viikkoa ennen tapahtumaa ja toimittaja Pertti Perämäki tuli haastattelemaan minua asiasta, siten sain yhden väylän lisää tapahtuman mainostamiseen.

13.8 Resurssit ja riskit

Mandalatalo tarjosi minulle tilansa käyttöön henkilökunnan hinnoin. Koko talon vuokra oli 7,50 €/tunti. Edullinen hinta oli tärkeä resurssi tapahtuman kannalta. Yhteensä tapahtumapäivän vuokraksi kertyi 60,00 €. Resurssina oli lisäksi se, että talkooväki ja luennoitsijat olivat tapahtumassa mukana ilmaiseksi. Hygieniapassin omistava ystäväni huolehti kioskin pidosta.

Taloudelliset resurssit rakentuivat kioskin ja tapahtumassa jokaiselta osallistujalta perittävän 4 €n ovimaksu varaan. Kioskin tulot ja ovirahojen maksut olin alustavasti laskenut kattamaan vuokra- ja ruokatarvikekulut sekä kahden luennoitsijan matkakulukorvaukset. Katso budjetoinnin toteutuminen (Liite 6).

Tapahtuman järjestämisessä oli olemassa monta riskiä, joita kävin etukäteen lävitse. Suurin riski oli se, että joku luennoitsijoista sairastuu, eikä pääse paikalle. Keski-Suomen keskussairaalan kättilö peruikin viime hetkellä osallistumisensa. Onneksi uuden luennoitsijan saaminen ei ollut vaikeaa. Luennoitsijat eivät osanneet sanoa etukäteen todellisia matkakuluja. Otin sen riskin, että jos kioski ei olisi antanut tarpeeksi tuottoa, olisin joutunut maksamaan omista rahoistani lupaamani matkakulut.

Mukana kioskin pidossa ja ruoanlaitossa toimi hygieniapassin omistava ystäväni, joka otti vastuun ruokien oikeasta käsittelystä ja säilyttämisestä. Lisäksi laktoositon ja vegaaniruokavalio olivat huomioitu tarjoilussa. Näillä toimilla pyrin välttämään ruoan aiheuttamat terveysriskit.

Riskinä opinnäytetyön raportin valmistumisen kannalta oli oma matkani Nepaliin puoleksi vuodeksi käytännönharjoittelujaksolle, johon lähdin kaksi kuukautta tapahtuman järjestämisen jälkeen.

14 KOKONAISUUDEN ARVIOINTI

Tapahtumasta saamani palautteen kautta selvisi monia tärkeitä seikkoja, joita osallistujat olivat kokeneet tapahtuman heille tarjoavan. Niitä lukiessa tuntuu, että tapahtuma ylitti tarjonnassaan sen, mitä sen odotin tarjoavan. Kokonaisuus osoittautui todella onnistuneeksi.

Tapahtuman tunnelma muodostui avoimeksi ja rennoksi. En olisi ikinä uskaltanut etukäteen kuvitella niin innostunutta ja lämmintä ilmapiiriä. Keskustelu oli tauoilla vilkasta ja aiheet herättivät ajatuksia. Jopa tapahtuman loputtua jotkut osallistujista jäivät keskustelemaan aiheista.

Aikataulun tiukkuus, mistä minun tuli välillä muistuttaa luennoitsijoita, oli ainut suuri miinuspuoli kokonaisuudessa. Lounastauolle menemisestä ja palaamisesta minun tuli myös muistuttaa keskustelevia osallistujia. Toisaalta halusin antaa tilaa keskusteluille, kun niitä syntyi.

Aikataulutapahtuman järjestelyissä ja toteutuksessa onnistui erinomaisesti. Alustavasti olin suunnitellut opinnäytetyön raportin valmistumisen ajankohdaksi syksyä 2007. En osannut realistisesti ajatella Nepalin matkan aiheuttamaa viivästystä näin pitkäksi. Aikataulu ei siis raportin osalta sujunut täysin suunnitelmien mukaisesti. Opinnäytetyön suunnitelmassa olin alustavasti aikonut toteuttaa kyselytutkimuksen Keski-Suomen keskussairaalan kätilöille ja tiedustellen kuinka he tukevat synnyttäjiä aktiivisuuteen. Tapahtuman järjestäminen osoittautui kuitenkin niin isoksi tehtäväksi, että muutin suunnitelmia jättämällä kätilöille suunnatun kyselyn pois.

14.1 Tapahtuman tavoitteiden toteutumisen arviointi

Tapahtuman tavoitteet toteutuivat mielestäni hyvin. Suurin osa osallistujista oli saanut uutta tietoa aktiivisesta synnytyksestä ja synnytyskivun lievityksestä. Monet olivat maininneet erityisesti aktiivisen synnytyksen ja vaihtoehtoisen lääketieteen luennot uusiksi ja mielenkiintoisiksi tiedoiksi, joten tapahtumalla onnistuin nostamaan näiden asioiden arvostusta. Tapahtuma sai aikaan paljon keskustelua. Kaikkein eniten keskustelua synnytti luento siitä, kuinka Keski-Suomen keskussairaalassa tuetaan naista aktiivisuuteen.

Olisin voinut kyselylomakkeessa kysyä tarkempia kysymyksiä tapahtuman tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta. Kaksi osallistujaa vastasi, että heidän ajattelussaan kuuluu lääketieteen ja luonnonmukaisten hoitojen välillä kaventui. Olisin voinut tiedustella asiaa kaikilta, jolloin tavoitteeni olisi täyttynyt näkyvämmiin. Toisaalta pääsin tavoitteeseen ainakin kahden osallistujan kohdalla.

14.2 Henkilökohtaisten tavoitteiden toteutumisen arviointi

Tapahtuman järjestäminen oli minulle mieluista, mutta todella iso haaste ja oppimiskokemus. Sain varmistusta omille organisointi- ja järjestelytaitoilleni. Tapahtumasta muodostui minulle myös merkittävä onnistumisen kokemus. Olisin voinut tehdä päiväkirjaan tarkempia muistiinpanoja järjestelyjen ajoilta,

jotta uusi tapahtuma olisi vielä helpompi järjestää. Sain kokemuksesta intoa järjestää vastaavanlaisia tilaisuuksia valmiina kätilönä. Tulevaisuutta ajatellen budjetointia ja erilaisia rahoitusväyliä tulisi miettiä, jotta tapahtumaan ei tarvitsisi itse laittaa rahaa peliin.

Tapahtuma lisäsi myös omaa tietoa aiheesta ja sain kokemusta yhteistyöstä eri järjestöjen, kätilöiden ja vaihtoehtoisen lääketieteen ammattilaisten kanssa. Opinnäytetyöni jälkeen koen olevani valmis järjestämään asiaa käsitteleviä tapahtumia, joissa voin olla myös itse puhumassa.

Hyvän ilmapiirin luominen tapahtumaan oli henkilökohtaisena tavoitteenani. Toisaalta ilmapiiri on tekijä, johon jokainen luennoitsija ja osallistuja vaikuttivat omalla olemisellaan. Voisinkin sanoa hyvän ilmapiirin syntymisen olleen kaikkien tapahtumaan osallistuneiden ja hienojen luennoitsijoiden ansiota. Omalta osaltani tapahtuman aloittajana, koossa pitäjänä ja keskusteluiden ohjaajana voin katsoa tavoitteeni hyvän ilmapiirin luomisessa täyttyneen.

15 TULOKSET JA OSALLISTUJIEN TYYTYVÄISYYS

Tapahtumaan tuli osallistujia paikalle yhteensä 25, eli tapahtuma kiinnosti monia. Terveystieteiden opiskelijoita tai ammattilaisia oli suurin osa osallistujista. Yksi heistä oli lisäksi kiinnostunut tapahtumasta oman raskautensa takia ja yksi heistä oli kiinnostunut aiheesta, koska suunnitteli raskaaksi tulemista. Yksi osallistujista oli kiinnostunut tapahtumasta, koska oli mukana Aktiivinen Synnytys ry:n toiminnassa. Toiseksi eniten tapahtuma oli kerännyt paikalle raskaana olevia. Kuusi osallistujaa kertoi osallistuvansa tapahtumaan, koska raskaaksi tuleminen oli suunnitteilla lähitulevaisuudessa.

Osallistujat toivoivat samankaltaisia tapahtumia lisää.

”Kyllä toivon, koska neuvolasta ei saa infoa tällaisista asioista ollenkaan.”

Tulevien tapahtumien toivottiin käsittelevän seuraavia asioita:

- konkreettista synnytysvalmennusta: asentojen harjoittamista, hengitysharjoituksia sekä muuta raskausajan valmentautumista
- äitiysjooga aiheena ja demona
- synnytyslaulu ja äänenkäyttö
- kotisyntyminen
- vauvan hoito ja imetys
- vesisyntyminen
- vaihtoehtoiset hoitomuodot

Kirjallisista palautteista kävi ilmi, että kaikki osallistujat pitivät tapahtumaa antoisana ja he olivat saaneet tapahtumassa uutta tietoa. Päivän sisältö vastasi suurimman osan odotuksia ja sisältöä lisäksi keuhuttiin mielenkiintoiseksi. Osallistujat kehuivat sekä kirjallisessa että suullisessa palautteessaan tapahtuman järjestelyjä onnistuneeksi.

Päivän ohjelman tiivistä aikataulusta oli useassa palautekyselyssä kommentteja. Monessa palautteessa ehdotettiin kaksipäiväistä tapahtumaa. Muita parannusehdotuksia olivat tapahtuman näkyvämpi markkinointi ja kohderyhmän tarkempi määrittely. Esimerkiksi ammattilaisille ja raskaan oleville ehdotettiin järjestettäväksi eri tapahtumat, joissa voisi keskittyä eri näkökulmiin.

Kirjallisten ja suullisten palautteiden perusteella osallistujat olivat tyytyväisiä Aktiivinen synnytys -päivän tarjontaan.

”Herätti ajatuksia ja laittoi miettimään asioita uusista näkökulmista.”

”Mielenkiintoinen”

”Antoi uskoa synnytyksestä selviämiseen”

”...vahvistusta intuitiiviselle kokemuksille edellisestä raskaudesta ja synnytyksestä. Positiivista mieltä!”

” Rauhoittavia ajatuksia, uskoa siihen, että kipuun voi vaikuttaa itse, rohkaisi itsensä kuunteluun ja toiveiden esittämiseen.”

16 LUOTETTAVUUS

Palautekyselyn perusteella Aktiivinen synnytys -päivä oli todella onnistunut. Osa osallistujista oli minulle tuttuja, joten se saattoi vaikuttaa palautteen positiivisuuteen. Tutut osallistajat eivät ehkä halunneet nostaa esiin epäkohtia, vaikka olisivat niitä huomanneetkin. Toisaalta luotettavuutta lisäsi se, että palautteet sai jättää suljettuun laatikkoon niemettöminä, jolloin rehellisen mielipiteen uskalsi kirjoittaa.

Luotettavuuteen vaikutti se, että palautekyselyssä oli jälkeinpäin mietittynä liian monta kohtaa. Rajaamalla tutkittava seikka selkeämmin, olisin voinut saada luotettavampia tuloksia. Luotettavuus kärsi myös siitä, että kaikki osallistajat eivät vastanneet jokaiseen kysymykseen. Lähdekirjallisuus on osaksi vanhaa ja suppeaa, mikä vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen. Opinnäytetyöni tuloksia ei voi yleistää, mutta ne osoittavat luotettavasti sen, että synnytystä käsitteleville tapahtumille on kysyntää Jyväskylän seudulla.

17 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tarvitaan tarkempia ja yleisiä ohjeita, milloin ja missä tilanteissa puututaan tai milloin voidaan olla puuttumatta synnytyksen luonnolliseen kulkuun ja rohkeutta toteuttaa puuttumattomuutta kaiken tekniikan keskelläkin.

Tarve on selkeä ja näkyy myös Suomen Kätilöliito ry:n huolena normaalin synnytyksen mahdollisuudesta teknisessä sairaalassa. Sairaalasysteemi ei tue naista aktiivisuuteen, vaan aktiivisuus lähtee naisten omasta aloitteesta ja yksittäisen kätilön tuesta. Sairaalan teknologia ja naisen aktiivinen rooli ovat

kuitenkin mahdollisia saattaa yhteen, kun inhimilliset keinot kosketus, näkö, kuulo ja läsnäolo otetaan käyttöön tekniikan rinnalle.

Medikalisaation hyödyt synnyttämisessä:

- Äiti- ja lapsikuolleisuus ovat Suomessa vähäiset
- Epäsäännölliset synnytykset voidaan hoitaa menestyksellisesti
- Huonokuntoisten vastasyntyneiden hoito on tehokasta

Medikalisaation haitat synnyttämisessä:

- Syntymän luonnollisuus unohtuu helposti
- Turha puuttuminen saattaa aiheuttaa uusia komplikaatioita, esim. synnytyksen pysähtymisen ja tarvetta puuttua uudestaan ja uudestaan
- Naisen roolin muuttuminen potilaaksi voi lisätä synnytyspelkoja, naisen oma kokemus ohitetaan

18 POHDINTA

Opinnäytetyöni tapahtuman merkitys koko synnytyskulttuurissa on kuin vesipisara valtameressä. Tapahtuman merkitys korostuu siinä, että se tarjosi järjestäjille ja osallistujille uutta tietoa ja herätti osallistujissa ajatuksia ja pohdintoja. Tapahtumani osoitti myös, että kiinnostusta ja kysyntää on synnytyskulttuuria käsitteleville tapahtumille. Tapahtumatarjontaa voisivat esimerkiksi kätilöt rohkeasti työssään lisätä.

Toin opinnäytetyössäni esiin lääketieteellisen näkemyksen ja luonnonmukaisen näkemyksen välisen vastadiskurssin. Olen kokenut opiskelujeni aikana vastadiskurssin olemassaolon ja asiasta on tehty lisäksi aiemmin mainittu Ruusuvuoren (1992) tutkimus. Molemmissa näkemyksissä päämäärä on sama: turvallinen ja hyvä synnytys äidille sekä lapselle. Näkemysten vuoropuhelu ja avoin keskustelu johtavat ajattelua eteenpäin, vastakkain asettelu taas ei johda mihinkään. Aktiivinen synnytys – päivässä nämä näkemykset saivat käydä vuoropuhelua keskenään ja sen koen olleen itselleni sekä osallistujille merkittävä, uusia ajatuksia herättävä asia.

Opinnäytetyöni raportin valmistuminen kesti kaksi vuotta tapahtuman järjestämisestä, koska välissä asuin puoli vuotta Nepalissa kansainvälisen työharjoittelun takia. Matkalta palattua orientoituminen opinnäytetyön ääreen vaati oman aikansa. Opinnäytetyö on ollut ennen kaikkea minulle henkilökohtainen oppimismahdollisuus, siksi en ole välittänyt ulkopuolisista paineista saattaa se nopeasti valmiiksi. Halusin tehdä opinnäytetyöni minulle sopivassa rytmissä suhteutettuna muuhun elämään, jotta voisin mahdollisimman paljon oppia ja nauttia kiehtovasta aiheesta sekä kirjoittamisprosessista.

Opinnäytetyöni kirjallisen raportin suunniteltu aikataulu ei onnistunut, mutta jälkepäin mietittynä on onni, että opinnäytetyöni teoriaosuus valmistuu vasta nyt. Kuluneiden kahden vuoden aikana suuremmat tahot ovat puuttuneet opinnäytetyöni aiheen kanssa samankaltaisiin kysymyksiin. Opinnäytetyötäni voisi verrata vesipisaraan, joka löytää isomman virran; Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kätilöliitto ry:n esittäessä huolensa matalan riskin synnytysten hoidon puolesta.

Opinnäytetyöni aihe on siis erittäin ajankohtainen. Aktiivinen synnytys on aina ajankohtainen yksittäisten synnyttäjien kohdalla, mutta riippuu yleisistä näkökulmista mihin huomio laajemmin synnytysten hoidossa kiinnitetään. Tuntuu hyvältä, että Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kätilöliitto ry. ovat heränneet pohtimaan synnytysten hoidon periaatteita ja käytäntöjä. Nyt opinnäytetyöni ei tarvitse jäädä vain vanhojen lähteiden ja oman ääneni varaan.

Sanat on helppo lausua ilmaan, mutta entä teot? Sosiaali- ja terveysministeriön ehdottamia kansallisia hoitosuosituksia ja niiden käytäntöön ottamista ympäri Suomen keskussairaalaverkoston voidaan nyt odottaa. Mutta mitä yksittäiset kätilöt voisivat tehdä jo nyt?

Kätilöt voivat omilla työpaikoillaan keskustella avoimesti asioista ja kyseenalaistaa myös rutiinitoimenpiteitä. Koko ajan synnytyksiä pyritään keskittämään suurempiin yksiköihin, mutta samalla synnyttäjien psykososiaalinen tuki ja kätilöiden läsnäolo ovat tärkeitä asioita. Suurissa, kiireisissä yksiköissä tuki ei ole varmastikaan yhtä yksilöllistä, kuin se voisi pienemmissä yksiköissä olla.

Vastakkain ovat näkemykset synnytysten vieläkin tehokkaammasta keskittämisestä suuriin yksiköihin komplikaatioiden vähentämiseksi ja näkemykset kotisyntyisistä ja pienistä synnytysyksiköistä, jotka voisivat lisätä synnyttäjiä en tyytyväisyyttä. (Ryttläinen 2005a, 35.)

Vehviläinen (2000, 111) kirjoittaa, että hoitotieteessä tulisi käynnistää tutkimuksia, joissa arvioidaan naisiin kohdistuvien toimenpiteiden käyttöön ottamisen perusteita ja niiden seurauksia. Julkisten palveluiden yhteyteen tulisi perustaa vaihtoehtoisia synnytysten hoitomenetelmiä soveltavia yksiköitä. Kätilöt voisivat olla oikeita henkilöitä ajamaan Suomeen pienempiä ja kodikkaampia synnytysyksiköitä, joissa pyrittäisiin välttämään turhaa puuttumista synnytysten kulkuun ja voitaisiin tukea naisen oman kehon ja hormonien toimintaa. Muualla Euroopassa monessa maassa on käytössä matalan riskin synnyttäjille synnytystaloja, miksei siis Suomessa?

Uusia tutkimuksia voitaisiin tehdä Euroopassa pienten yksiköiden synnyttäjien tyytyväisyydestä ja voitaisiin tutkia myös sitä, ovatko pienet yksiköt vaarallisempia vai jopa turvallisempia vertailemalla tapauksia toisiinsa. En usko, että Suomen tasoisella neuvolaseurannalla tarvitsee pelätä, että matalan riskin synnyttäjille suunnattujen pienten synnytysyksiköiden rakentaminen suurten yksiköiden rinnalle aiheuttaisi lisääntyviä riskitilanteita. Neuvolaseurannassa riskien seulonta on tarkkaa ja sen mukaan naiset voitaisiin ohjata erilaisten synnytysyksiköiden piiriin. Pienissä yksiköissä voitaisiin keskittyä matalan riskin synnytysten hoidon uusien kansallisten suositusten tehokkaampaan toteuttamiseen ja suurissa yksiköissä olisi sitten enemmän henkilökuntaa hoitamaan korkean riskin omaavia synnyttäjiä.

Matalan riskin synnytysyksikkö voitaisiin todella helposti muodostaa myös nykyisten sairaaloiden sisään esimerkiksi tekemällä vaihtoehtoisia synnytyssaleja, joissa kaikki toimenpiteisiin liittyvä olisi piilotettu sermien taakse.

WHO ei sulje pois interventioita matalan riskin synnytysten hoidossa, mutta kehottaa tarveharkintaan ja maltillisuuteen. Samalla periaatteella toimitaan myös aktiivisessa ja luonnonmukaisessa synnytyksessä. Matalan riskin synnytysten hoito voisi lähentyä luonnonmukaisen synnytysten hoidon periaatteita,

jos sille laadittaisiin hoitosuositukset, joihin kätilöt ja lääkärit sitoutuisivat. Palvelujen käyttäjien osallistumismahdollisuutta palvelujen suunnitteluun ja hoitomuotojen valintaan tulisi kehittää. Aikaisempaa laajempaa keskustelua synnyttämisestä tarvitaan palveluiden käyttäjien ja hoitohenkilökunnan taholta. (Suomen Kätilöliitto ry., 2008, 35.)

Kätilöillä on vaikea tehtävä tukea luonnollista synnytystä ja stressittömyyttä, jos kaikki ”luonnolliset” sairaalan käytännöt sotivat puuttumattomuutta vastaan. Osataanko sairaalan rutiineista luopua, jos äiti ei halua niitä käytettävän? Kuinka paljon on tarpeetonta puuttumista? Mihin kaikkeen meidän tulee puuttua, naiset ovat aina synnyttäneet hyvin ilman tekniikkaakin. Medikalisatio on tuonut paljon hyvää äitiyshuoltoon, se on mahdollistanut, että äiti ja lapsikuolemat ovat minimissään, mutta missä kulkee raja tarpeellisen ja tarpeettoman puuttumisen välillä? Tähän joitakin vastauksia löytyi WHO:n suosituksista, mutta toisaalta tarkkoja vastauksia en löytänyt mistään, koska yleisiä ohjeita ei ole.

Helposti sairaalassa muodostuu tietynlainen ”uhkaavan” vaaran ilmapiiri. Koko ajan työntekijöiden täytyy olla tuntoaistit herkkinä, ja tarkkailla ettei ongelmia synny. Lääkärit ja kätilöt joutuvat helposti turvallisuuden maksimointiin, varmuuden vuoksi toimimiseen, koska ihmishenkien vastuu on heidän käsissään. Helposti tuossa ilmapiirissä saatetaan unohtaa, että suurin osa synnytyksistä on normaaleja. Jos luonnolliselle synnyttämiselle annettaisiin enemmän tilaa, huomattaisiin, ettei niissä ole mitään pelättävää. Naisen omien synnytys hormonien ja luonnollisesti kulkevan synnytyksen tukeminen voisi jopa vähentää synnytyskomplikaatioiden määrää.

Opinnäytetyöprosessin aikana ammatillinen identiteettini kätilönä on kasvanut ajattelun ja näkökulmien syventymisen myötä. Ammatillinen suuntautuminen on myös selkiintynyt. Tulevana kätilönä minua kiinnostaa edelleen työskennellä aktiivisen ja luonnonmukaisen synnytyksen äärellä ja tuoda eri näkemyksiä lähemmäs toisiaan. Synnytysvalmennusten parissa toimiminen ja valmennusten kehittäminen kiinnostaa opinnäytetyöni jälkeen entisestään. Erilaisten tapahtumien järjestämiseen tulevaisuudessa toivon löytäväni uusia väyliä ja yhteistyökumppaneita. Innolla valmistun kohti hienoa ammattia ja uusia mahdol-

lisuuksia. Tapahtumani jälkeen Jyväskylässä käynnistyi Aktiivinen Synnytys ry:n toiminta aktiivisesti ja yhteistyöni heidän kanssaan jatkuu edelleen. Olen ollut heidän illoissaan pitämässä muun muassa synnytysvalmennuksia.

Uusia tutkimuksia ajatellen, voisi tehdä esimerkiksi kyselyn Keski-Suomen keskussairaalan kätilöille siitä, kuinka he työssään tukevat naisen aktiivista roolia. Mielenkiintoinen tutkimus olisi myös kätilöille suunnattu kysely siitä, mikä on heidän mielestään synnytyksen kulkuun turhaa puuttumista ja kuinka sitä voi välttää. Myös uusille tapahtumille olisi varmasti kysyntää. Uuden tapahtuman järjestäminen opinnäytetyönä on mielenkiintoinen haaste tuleville kätilöopiskelijoille. Tämän opinnäytetyön tuloksia voisi uudessa tapahtumassa hyödyntää.

Viimeiseksi suuri kiitos kuuluu yhteistyötahoille, perheelle, ystäville ja opettajille avusta ja kannustuksesta!

LÄHTEET:

Arra, T. Kätilö. Luento Aktiivinen synnytys - päivässä, 21.10.2006. Jyväskylä.

Airaksinen, T. & Vilkkä H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino.

Balaskas, J. 1983. Aktiivinen synnytys. Juva: WSOY.

Elo, J., Myllykangas, M., Ryytänen, O-P. & Tuomainen, R. 1999. Medikalisatio – aikamme sairaus. Tampere: Tammer-paino Oy.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Heiskanen, P., Lahti, A., Liukkonen, A. & Saarikoski S. 1998. Synnytyskivun lievittäminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hirvonen, H. 2006. Aktiivinen synnytys ry:n puheenjohtaja. Luento Aktiivinen synnytys – päivässä 21.10.2006. Jyväskylä.

Hirvonen, H. Ympäristön merkitys synnytystapahtumassa. Sydänääni 1/2006 (s.29–31). Julkaisija: Aktiivinen synnytys ry.

Häkkinen, R. Vyöhyketerapian asiantuntija. Luento Aktiivinen synnytys – päivässä 21.10.2006. Jyväskylä.

Höyhty, L. Kiinalaisen lääketieteen asiantuntija. Luento Aktiivinen synnytys – päivässä 21.10.2006. Jyväskylä.

Kauppila, A. & Ylikorkala O. Naistentaudit ja synnytykset. 2004. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Miettinen-Jaakkola, A. 1990. Nainen naiselle. Luonnollinen syntymä. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Nyrhinen, T. Mitä homeopatia on? Homeopatia. 3/2002 (s.4-5). Julkaisija: Suomen homeopaattit ry.

Nyrhinen, T. Kahta en vaihda: Arnica ja Gelsemium. Homeopatia. 3/2002 (s.17–18). Julkaisija: Suomen homeopaattit ry.

Odent, M. 1992. Birth Reborn. What Childbirth Should Be. London: Souvenir Press Ltd.

Odent, M. 1986. Luonnonmukainen synnytys. Onnellinen ja turvallinen menetelmä äidin ja lapsen parhaaksi. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Ojapelto, R. 2006. Kätilö, Keski-Suomen keskussairaala. Luento Aktiivinen synnytys –päivässä 21.10.2006. Jyväskylä.

Piensoho, T. 2001. Äitiyden alkumetrit. Naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Ruusuvuori, J. 1992. Synnyttämisen suuntia, synnyttävän naisen muuttuva asema diskurssikamppailussa. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tutkimuskeskus, Naistutkimusyksikkö.

Ryttyläinen, K. 2005. Voiko raskautta ja synnytystä hallita? Kätilölehti. 1/2005. s7-8.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Toimintaohjelma 2007-2011. Julkaisuja 2007:17. Helsinki.

Suomen Kätilöliitto ry. 2008. Näkökulmia normaaliin synnytykseen. Luonnos 24.3.2008.

Vallimies-Patomäki, 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Vehviläinen, K. 2000. Äidit liukuhihnalla. Medikalisaatio, äitiyshuollon palvelujärjestelmä ja naisten kokemukset. Lisensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Viisainen, K. 2000. Choices in birth care –The place of birth. University of Helsinki, Faculty of Medicine, Department of Public Health. Stakes, research report 115.

WHO. 1996. Safe Motherhood – Care In Normal Birth: A practical guide. Report of a Technical Working Group. Geneva.

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön suunnitelma

1 Opinnäytetyön tausta ja tarve

Luonnonlapsi ry. sekä hyvinvointikeskus Mandalatalo ovat ilmaisseet suullisen kiinnostuksensa tapahtumaa kohtaan. Varsinaista tilaajaa työelämästä en ole opinnäytetyölleni hakenut. Tapahtumalle uskon olevan tarvetta Jyväskylän seudulla perhe – ja synnytysvalmennusten lakkauttamisten vuoksi.

2 Opinnäytetyön tarkoitus

Tarkoitus on tarjota näkökulmaa synnyttäjän aktiiviseen rooliin, ja tuoda esiin sitä, miten sairaalassa synnyttäjää tuetaan säilyttämään aktiivisuus ja miten henkilökunta antaa mahdollisuuden synnytyksen luonnolliselle kululle nykyajan tekniikan keskellä. Tarjota tietoa siitä mitä eri kivunlievitysmenetelmiä voi käyttää Keski-Suomen keskussairaalassa ja miten homeopatia, vyöhyketerapia, sekä kiinalainen lääketiede voi olla apuna raskausaikana ja synnytyksessä.

Opinnäytetyö tapahtumassa myös erilaiset Jyväskylän seudun järjestöt esittelevät toimintaansa vauvaperheeseen ja raskausaikaan liittyen. Tapahtumassa voi ostaa näytehoitoja raskausaikaan soveltuvista luonnonmukaisista hoidoista, tarkoituksena löytää uusia asioita odotusaikaan, sekä vauvaperheen arkeen.

Tapahtuma on tarkoitus järjestää kaikille aiheesta kiinnostuneille. Raskaana oleville pariskunnille, sekä miehille ja naisille, jotka haaveilevat tulevaisuudessa saavansa lapsen. Myös alan opiskelijoille ja ammattilaisille.

Tapahtuman tavoitteita ovat:

- tarjota tietoa aktiivisesta synnytyksestä ja erilaisista synnytys kivunlievitysmenetelmistä kaikille aiheesta kiinnostuneille
- vähentää mahdollista vastakkain asettelua synnyttäjän hyvinvointia edistävien lääketieteellisten ja luonnonmukaisten hoitokeinojen väliltä
- saada aikaan keskustelua tämän hetken synnytyskulttuurista
- nostaa esiin naisen aktiivisen roolin merkitystä ja luonnonmukaisen kivunlievityksen merkitystä lääketieteen rinnalla

Henkilökohtaiset tavoitteeni ovat:

- saada harjoitusta tapahtuman järjestämisestä, sisällön suunnittelusta, tiedottamisesta, järjestelyjen tekemisestä, budjetoinnista ja tapahtuman organisoinnista sekä johtamisesta
- saada kokemusta yhteistyöstä työelämän kanssa
- luoda tapahtumaan avoin, hyvä ilmapiiri, jossa uskaltaa sanoa ajatukset ääneen
- saada itselle uutta tietoa aktiivisesta synnytyksestä sekä vaihtoehtoisista synnytys kivunlievitysmenetelmistä

Kysymys/ongelma/haaste, johon opinnäytetyöllä haetaan vastauksia

Selvittää, mitä aktiivisella synnytyksellä tarkoitetaan ja kuinka synnyttäjän aktiivista roolia tuetaan Keski-Suomen keskussairaalassa. Eikö jokainen synnytys ole luonnostaan aktiivinen? Millainen synnytys on ei-aktiivinen synnytys? Onko ihmisillä tarvetta/kiinnostusta tietää myös vaihtoehtoisista menetelmistä ja onko kiinnostusta tämänkaltaisia tapahtumia kohtaan jatkossa.

Haasteena on tarjota näkökulmia molemmista, sekä luonnonmukaisuudesta, että lääketieteellisestä puolista suhteessa aktiiviseen synnyttämiseen, sekä vähentää mahdollista ristiriitaa sairaalasyntyksen ja luonnonmukaisesti kulkevan synnytyksen väliltä ja herätellä keskustelua aiheesta.

Toteutus/ Menetelmät ja aineiston käsittely

Tapahtuman järjestäminen, jossa eri luennoitsija luennoivat yllä mainituista aiheista, myös mahdollisuus ostaa ruokaa ja näytehoitoja, sekä tutustua eri vauvaperhettä koskeviin järjestöihin Jyväskylän seudulta. Sen lisäksi selvitän itse (jos saan luvan) kyselylomakkeella Keski-Suomen keskussairaalan synnytyssalin kätilöiden ajatuksia siitä, kuinka synnyttäjän aktiivista roolia ja synnytyksen luonnollista kulkua tuetaan. Kyselyn pohjalta kokoan vastauksista yhteenvedon, jonka esitän aktiivisyntytyspäivässä.

Aikataulu

Keväällä -06 aihe ja suunnitelma valmiiksi, sekä luennoitsijoiden tulemisen lukkoon lyönti. Kesän -06 aikana pohjustustyötä, tiedon keruuta, kyselykaavakkeen tekoa ja markkinoinnin suunnittelua. Alku syksystä laitan kyselylomakkeen kiertoön synnytyssalin kätilöille ja toteutetaan markkinointia, sekä viimeistely valmisteluja. La 21.10.2006 tapahtuma Mandalatalossa. Raportin valmistuminen viim. alku syksyllä -07. Opinnäytetyön esitys syksyllä -07.

Budjetoinnin suunnittelu

Tapahtumassa on oviraha sekä kioski, joilla kerätään rahat Mandalatalon vuokraan ja luennoitsijoiden matkakuluihin. Tapahtuman ruokatarvikeostokset maksan itse, joten niihin käytän loput tapahtuman tuottamat rahat.

Resurssit ja riskit

Mandalatalo tarjoaa minulle tilansa käyttöön henkilökunnan hintaan. Koko talon vuokra on 7,50 €/tunti. Edullinen hinta on tärkeä resurssi tapahtuman kannalta. Resurssina on lisäksi se, että talkooväki ja luennoitsijat ovat tapahtumassa mukana ilmaiseksi. Itselläni ei ole tiedollisia resursseja luennoida tapahtuman aiheista, joten kutsun paikalle asiantuntijat puhumaan aiheista.

Tapahtumaan peritään jokaiselta osallistujalta 4 €n ovimaksu. Kahdelle luennoitsijalle korvataan matkakulut tapahtuman tuottamilla rahoilla. Kioskin tulot

ja ovirahojen maksut kattavat ainakin vuokra- ja ruokatarvikekulut sekä osan luennoitsijoiden matkakulukorvauksista.

Suurin riski on se, että joku luennoitsijoista sairastuu, eikä pääse paikalle. Otan sen riskin, että jos en saa tarpeeksi tuottoa, joudun maksamaan omista rahoistani paljon kulujen kattamiseksi.

Mukana kioskin pidossa ja ruoanlaitossa toimii hygieniapassin omistava ystäväni, joka ottaa vastuun ruokien oikeasta käsittelystä ja säilyttämisestä. Lisäksi laktoositon ja vegaaniruokavalio otetaan huomioon tarjoilussa. Näillä toimilla pyrin välttämään ruoan aiheuttamat terveysriskit.

Riskinä opinnäytetyön raportin valmistumisen kannalta on oma matkani Nepaliin puoleksi vuodeksi käytännönharjoittelu jaksolle, johon lähden kaksi kuukautta tapahtuman järjestämisen jälkeen.

Raportointi/Julkaisusuunnitelma

Raportin kirjoittaminen tapahtumasta, johon sisältyy tiivistelmiä luennoista ja kätilöiden haastattelusta, sekä yleisön palaute.

Yhteistyötaho

Hyvinvointikeskus Mandalatalo

Yhteistyötahon kanssa on sovittu, että:

Mandalatalo vuokraa tapahtuman ajaksi käyttööni tilansa ja markkinoinnin saan ilmaiseksi heidän esitelehtisessä, sekä nettisivulla. Tapahtuman osallistujilla on sitova ilmoittautuminen, sekä pieni ovirahamaksu, jonka tuotto menee vuokraan, sekä luennoitsijan matkakulukorvaukseen. Mandalatalon työntekijät tulevat tarpeen mukaan tekemään näytehoitoja, joista maksun he saavat pitää itse. Eli Mandalatalo saa tuoda esiin omaa osaamistaan.

Tässä Mandalatalon hallituksen päätös:

"Osuuskunnalta on tiedusteltu halukkuutta yhteistyöhön Johanna Saaren ensi syksyn opinnäytetyön tiimoilta.

Osuuskunta lähtee tähän yhteistyöhön mukaan. Tarjoamme tilan jäsenhintaan Johanna Saaren opinnäytetyöpäivään. Osuuskunnan kautta tapahtuvan markkinoinnin hän saa ilmaiseksi, edellyttäen että Mandalatalo saa näkyvyyttä myös koulutuspäivän muussa markkinoinnissa. Ilmoittelussa käytetään Mandalatalon ilmettä. Tämä tapahtuu yhteistyössä markkinointitiimin kanssa.

Johanna voi periä ovirahaa kulujen peittämiseksi. Mandalatalolta tulee hoitajia tarpeen mukaan tekemään hoitoja tilaisuuteen, näistä tuotto hoitajille. "

Naisenergiaa lääkkeiden tilalle

Aktiivisen synnytyksen kannattajat kyseenalaistavat nykyisen käytännön, joka suosii runsasta kipulääkitystä.

JYVÄSKYLÄ
Mari Valkonen

Kipulääkityksen lisääntynyt käyttö synnytyksessä on herättänyt keskustelua vaihtoehtoisista kivunlievitysmenetelmistä ja äidin aktiivisemmasta roolista.

Tuoreen tutkimuksen mukaan epiduraalipuudutuksen käyttö on Suomessa kaksinkertaistunut kymmenen vuoden aikana. Muun muassa Stakesin tutkimusprofessori Elina Heinimäki sanoi *Mediuutisissa* lokakuun alussa pitävänsä epiduraalin käyttöastetta liian korkeana.

Jyväskylässä aiheesta keskusteltiin äskettäin kättilöopiskelija Johanna Saaren ja Aktiivinen Synnytys Ry:n teemapäivässä. Aktiivisessa synnytyksessä äiti auttaa esimerkiksi liikkumalla ja eri asennoilla vauvaa syntymään. Aktiivinen synnytys ei tarkoita välineurheilua eikä suorittamista, mutta Aktiivinen Synnytys Ry:n puheenjohtaja Hanna Hirvosen ei haluaisi, että "synnyttäjät pistetään karsinaan".

Äidillä tulisi olla esimerkiksi mahdollisuus eritaisin ponnistusasentoihin ja vesisynnytykseen.

- Hankalin keino saada lapsi pihalle on mennä selälleen makaamaan, Hirvosen toteaa.

Hän korostaa, ettei aktiivinen synnytys tarkoita synnyttämistä ilman kivunlievitystä, mutta lääkkeiden käytön ei hänestä pitäisi olla automaattista. Hirvosen mielestä tietynasteisen kivun kanssa äiti vielä pärjää. Jos se ei riitä, voidaan kipua hoitaa lääkkeettömästi esimerkiksi hieronnalla, vyöhyketerapialla ja akupunktiolla.

Jos nämä keinot eivät tehoa,

niin sitten riehunäelin voi käyttää lääkitystä. Hoitamaton kipua ei pitäisi olla.

Puudutus lähes joka toisessa synnytyksessä
Keski-Suomen keskussairaalaassa puudutusta käytetään 40-50 prosentissa synnytyksistä.

Osastonhoitaja Pirjo Pakarinen kertoo, että Keski-Suomen keskussairaalaassa aktiiviseen synnytykseen rohkaistaan, jos äiti sitä haluaa.

On toinen asia, kuinka paljon äidit haluavat sitä. Suurin osa haluaa tehokkaan kivunlievityksen.

Synnytyksessä on mahdollista käyttää esimerkiksi jalkaraa tai sähkötuolia. Vaihtoehtoisina kivunlievitysmenetelminä keskussairaalaassa tarjotaan hierontaa, suihkua ja aqua-rakkuiloita.

Keskussairaalaassa on myös amme, jota on mahdollista käyttää avautumisvaiheen aikana. Vesisynnytykseen amme on kuitenkin liian pieni.

Organisointia koulutusta aktiivisesta synnytyksestä ei henkilökunnalle järjestetä, mutta Pakarinen kertoo, että asiasta kiinnostuneet kättilöt ovat hankkineet tietoa ja koulutusta muualta.

Kättilö Ritva Ojapello Keski-Suomen keskussairaalaasta on huomannut synnytykskulttuurin muuttuneen huomattavasti puudutuskeskeisemmäksi verrattuna 1980-luvun loppuun.

Nyt jokaisella on oikeus synnyttää kivuttomasti, ja joillekin pitäisi olla ihan heti puudutus valmiina. Harva äiti osaa käyttää omaa naisenergiaansa.

Sekä Ojapellon että Hirvosen mielestä aktiivisen synnytyksen tukeminen ei ole kiinni rahasta, vaan henkilökunnan asenteista, fyysisestä tilojen puutteesta ja totuttujen menetelmien helppoudesta.

Puudutettu synnyttäjä on hiljainen, kun taas aktiivinen synnytys on kättilölle haastava. Keinot ovat kuitenkin edullisia. Ojapello huomauttaa.



Aktiivisyntymispäivänä äidit kiittivät Keski-Suomen keskussairaalaan "rak synnytyksillään" saamaa ottaa mukaan. KUVA: MATTI SALMI

Liite 3. Palautekyselylomake

PALAUTTEESI, KIITOS!

1. Mikä sai sinut kiinnostumaan tapahtumasta? (Laita rasti sopivan vaihtoehdon perään, voi olla useita)

- Olen raskaana/kumppanini on raskaana
- Äidiksi/isäksi tuleminen on tulevaisuudessa haaveena tai mietinnän alla
- Olen terveysalan ammattilainen/opiskelija
- Aihe kiinnosti minua jostain muusta syystä, mistä: _____

2. Mitä tapahtuma tarjosi sinulle?

3. Täyttikö tapahtuma ennako-odotuksesi vai jäitkö kaipaamaan jotain lisää?

4. Toivotko tällaisia tapahtumia jatkossakin, jos toivot, mitä aiheita haluaisit niiden käsittelevän?

5. Kerro vapaasti hyvät ja huonot puolet, joita koit tapahtumassa olevan:

Liite 4. WHO:n hyväksymät perinataalihoidon periaatteet

Periaate	Sisältö
1. Normaalin raskauden ja synnytyksen hoidossa on vältettävä medikalisaatiota	Hoito on toteutettava minimimäärällä interventioita ja hoidossa on käytettävä mahdollisuuksien mukaan mieluummin vähemmän kuin enemmän teknologiaa
2. Hoidossa on käytettävä tarkoituksenmukaista teknologiaa	Tarkoituksenmukaisella teknologialla tarkoitetaan toimintojen kokonaisuutta, johon kuuluvat menetelmät, tekniikat, varustus ja muut välineet, joita sovelletaan tietyn ongelman ratkaisemiseen. Tällä periaatteella pyritään vähentämään teknologian ylikäyttöä tai monimutkaisen teknologian käyttöä silloin, kun yksinkertaisempi menetelmä riittäisi tai voisi olla paras.
3. Hoidon on perustuttava näyttöön	Näyttöön perustuva hoito tarkoittaa parhaan saatavilla olevan tutkimusnäytön ja satunnaistettujen prospektiivisten tutkimusten tuottaman tiedon käyttöä aina kun se on mahdollista ja sopivaa.
4. Hoidon on oltava porrastettu tarkoituksenmukaisesti	Hoidon on oltava porrastettu tarkoituksenmukaisesti ja perustuttava tehokkaaseen järjestelmään, jossa perusterveydenhuollosta lähetetään tarvittaessa erikoissairaanhoidon
5. Hoidon on oltava moniammatillista	Hoitoon osallistuvat kättilöt, synnytyslääkärit, neonatologit, sairaanhoitajat, perhe- ja synnytysvalmennusta pitävät henkilöt sekä sosiaalialan ammattilaiset.
6. Hoidon on oltava kokonaisvaltaista	Hoidossa on otettava huomioon naisten, lasten ja perheiden älylliset, emotionaaliset, sosiaaliset ja kulttuuriset tarpeet, ei vain biologinen hoito.
7. Hoidon on oltava perhekeskeistä	Naisen ja vastasyntyneen tarpeiden lisäksi hoidon tulee kohdistua naisen partneriin, lähiomaisiin ja ystäviin.
8. Hoidon on oltava kulttuurin huomioivaa	Hoidossa tulee ottaa huomioon sekä sallia kulttuurisia variaatioita asiakkaiden odotuksissa.
9. Naisten on saatava osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.	-
10. Hoidossa on kunnioitettava naisten yksityisyyttä, arvokkuutta ja luottamuksellisuutta	-

(Suomen Kättilöliitto ry. 2008)

Liite 5. Tapahtuman esite



Teemapäivä aktiivisynnytyksestä sekä luonnonmukaisista hoidoista raskausaikana ja synnytyksessä.

Mandalatalossa la 21.10.
klo 10.00–16.00

Päivän järjestävät kättilöopiskelija AMK Johanna Saari yhteistyössä Aktiivisynnytys ry:n ja Mandalatalon kanssa

Tapahtumassa käsitellään aktiivista synnytystä – mitä sillä tarkoitetaan ja miten synnyttäjän ja perheen aktiivista roolia tuetaan Keski-Suomen keskussairaalan synnytysosastolla. Käsiteltäviä aiheita ovat mm. ponnistusasennot ja toimenpiteet synnytyksen aikana. Lisäksi esitellään lääkkeellisiä ja lääkkeettomia kivunlievitysmenetelmiä synnytyksessä sekä luontaishoitoja, jotka soveltuvat raskausaikana ja synnytykseen.

- 10.00 **Tapahtuman avaus** (Johanna Saari)
10.10 **Aktiivisynnytys – mitä se on?** (Luennoitsija: Hanna Hirvonen, Aktiivinen synnytys ry:n puheenjohtaja)
11.15 **Miten Keski-Suomen keskussairaalassa tuetaan synnyttäjää aktiivisuuteen** (Ritva Ojapelto, kättilö)
11.45 **Keskustelua ja kysymyksiä aiheesta**, synnyttäneet ja tukihenkilöt kertovat kokemuksistaan
12.15 **tauko** (Paikan päällä buffetti, josta voi ostaa pientä purtavaa, suolaista ja makeaa.)
12.55 **Lääkkeelliset ja lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät Keski-Suomen keskussairaalassa** (Kirsti Koski, kättilö ja lehtori)
13.45 **Homeopatia raskausaikana ja synnytyksessä** (Outi Nissinen, klassinen homeopaatti, sh AMK)
14.30 **Vyöhyketerapia raskausaikana ja synnytyksessä** (Riitta Häkkinen, vyöhyketerapeutti)
15.00 **Akupunktio raskausaikana ja synnytyksessä** (Linni Höyhlyä, perinteisen kiinalaisen lääketieteen parantaja)

Tapahtumassa on mahdollista kokeilla rentouttavia 30 min. näytehoitoja mm. reikistä ja intialaisesta pähieronnasta hintaan 10e/näytehoito. Tiedustelut ja varaukset hoidoista ilmoittautumisen yhteydessä.

Tapahtumaan sitovat ilmoittautumiset ja tiedustelut mieluiten 6.10. mennessä: Mirva Maunulalle puhelimitse: 044-306 9293 tai s-postitse: mirva_maunula@yahoo.com.

Tapahtuma on avoin kaikille asiasta kiinnostuneille, oviraha on 4 e.

LÄMPIMÄSTI TERVETULOA!



mandalatalo

www.mandalatalo.com

Mandalatalo sijaitsee lähellä Jyväskylän toria ja Puistokoulu, osoitteessa Kansakoulukatu 7-9.

Liite 6 Budjetoinnin toteutus

Tapahtuman ruokatarvikeostokset maksoivat 58 €. Kun 25 henkilöä maksoi ovirahana 4 €, tuli tuottoa yhteensä 100 €. Se oli 8 € vähemmän kuin olin arvioinut, johtuen kahden osallistujan perumisesta. Ovirahoista Mandatalon vuokraan meni 60 € ja jäljelle jäi 40 €.

Kioski tuotti hyvin. Yhteensä kioskista tuli 225 €. Tuloja tapahtumasta kertyi siis kioskin tuotto ja oviraha yhteenlaskettuna 325 €, josta 60 € meni vuokraan. Jäljelle jäi 265 € kahden luennoitsijan matkakuluihin ja ruokatarvikkeiden oston korvaamiseen.

Kahden luennoitsijan matkakulut tulivat maksamaan enemmän kuin olin arvioinut. Ilman kioskia olisin joutunut maksamaan suuren hinnan tapahtumasta. Kioski oli myös tapahtuman pituuden vuoksi todella tarpeen.

Toisen luennoitsijan matkakulukorvaus sisälsi edestakaisen junalipun Tampere-Jyväskylä välillä ja taksikyydin kotoa rautatieasemalle. Toiselle luennoitsijalle korvattiin kilometrikorvaus omalla autolla matkustamisesta Porvoosta Jyväskylään ja takaisin. Luennoitsijoiden matkakuluihin meni yhteensä 207,80 €. Matkakulujen jälkeen tapahtumasta jäi minulle 57,20 € ruokatarvikekulujen kattamiseen. Budjetti oli tiukka, mutta ovirahojen ja kioskin ansiosta en joutunut itse maksamaan paljoa. En ole laskenut budjettiin mukaan tuolien kuljettamiseen tarvittavaa autolla ajoa.