



SEKTIOSYNNYTYS ÄITIEN KOKEMANA

Marika Fuamba

Elina Hanska

Opinnäytetyö
Tammikuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

MARIKA FUAMBA & ELINA HANSKA:
Sektiosynnytys äitien kokemana

Opinnäytetyö 57 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Tammikuu 2014

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kättilöopiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan tietoisuutta siitä, miten he voivat vaikuttaa positiivisen sektiokokemuksen syntymiseen ja potilastyytyväisyyden kasvamiseen. Opinnäytetyön tehtävänä on kuvata sektion synnytystä synnytystapana ja synnytyskokemuksena. Tutkimuksellamme haluamme selvittää, kuinka äidit kokevat sektion synnytystapana ja miten he toipuvat siitä.

Teoriaosassa käsitellään sektiota toimenpiteenä, kivunlievitystä, imetystä sekä synnytyskokemusta. Sektiosta käsitellään erikseen preoperatiivista hoitoa, elektiivisen sektion kulku ja postoperatiivista hoitoa. Imetystä käsitellään erityisesti sektion näkökulmasta, mitä haasteita sektio tuo imetykseen. Synnytyskokemusta käsitellään yleisesti sekä sektion kannalta. Mitkä asiat vaikuttavat positiivisen sektiokokemuksen syntymiseen?

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Laitoimme kyselymme sosiaaliseen mediaan, joista saimme vastauksia kymmenen kappaletta. Yhteensä sektiokokemuksia oli kaksitoista. Sektiokokemukset olivat sairaaloista eripuolilta Suomea ja yksi Alankomaista. Vastaukset analysoimme sisällönanalyysia käyttäen.

Tutkimustulosten mukaan suurin osa oli tyytyväisiä sektiokokemukseen. Esiin nousi ohjauksen ja neuvonnan merkitys sekä ennen sektiota että sektion jälkeen. Vastaajat toivoivat hoitajilta kiireetöntä hoitoa ja aikaa ohjata ja neuvoa. Imetysohjauksen määrää suurin osa vastaajista piti liian vähäisenä ja puutteellisenä.

Asiasanat: keisarileikkaus, sektio, synnytyskokemus, imetys

ABSTRACT

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

MARIKA FUAMBA & ELINA HANSKA:
Caesarean section experienced by mother

Bachelor's thesis 57 pages, appendices 2 pages
January 2014

The aim of this Bachelor's thesis is to increase the awareness of the midwifery students and the healthcare professionals of how they can help creating positive birth experience for the mothers that have given birth by caesarean section and how they can increase the contentment of their patients. The purpose of this thesis is to describe caesarean section as a mode of delivery and as a birth experience. With this study we want to find out how mothers experience C-section and how they recover from it.

The theoretical part of the thesis includes information about caesarean section procedure, pain relief, breastfeeding and caesarean section as birth experience. The theoretical part covers preoperative care, the C-section operation procedure in whole and post-operative care. The breastfeeding is approached mainly from the perspective of C-section. In this thesis birth experience is covered generally and especially from the C-sections point of view.

The method employed in this study was qualitative. The data were collected from ten mothers given birth by C-section. The mothers were interviewed by e-mail. The data were analysed by means of material-based content analysis.

The results showed that the majority of the participants of this study were satisfied with their C-section experience. Mothers emerged the importance of counselling both before and after caesarean section. Respondents called for unhurried treatment, guidance and advice. Most of the respondents claimed breastfeeding guidance inadequate and incomplete.

Key words: caesarean section, C-section, birth experience, breastfeeding

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	8
2	SEKTIOSYNNYTYS	9
2.1	Sektion historia ja yleisyys	9
2.2	Sektiosynnytyksen tyypit ja indikaatiot	12
2.2.1	Yleistä sektioindikaatioista	12
2.2.2	Elektiivinen sektio.....	12
2.2.3	Päivvystyksellinen- ja hätäsektio	13
2.3	Elektiivisenektion kulku.....	14
2.3.1	Preoperatiivinen hoito	14
2.3.2	Sektion toteutus.....	15
2.4	Sektion postoperatiivinen hoito	16
2.4.1	Sektion jälkeinen hoito synnytyssalissa ja vuodeosastolla	16
2.4.2	Yleisesti leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta	19
2.4.3	Epiduraalinen kivunhoito	20
2.5	Sektion komplikaatiot	22
2.5.1	Välittömät komplikaatiot	22
2.5.2	Myöhäiskomplikaatiot	23
2.5.3	Lapseen liittyvät komplikaatiot.....	24
2.6	Alatiesynnytys sektion jälkeen	24
3	IMETYS SEKTION JÄLKEEN	26
3.1	Imetys suositukset, maidon erityis ja rintamaidon koostumus	26
3.2	Imetyksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät	27
3.3	Imetyksen käynnistymiseen vaikuttavat tekijät	29
4	SYNNYTYSKOKEMUS	31
4.1	Synnytys kokemuksena.....	31
4.2	Synnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä.....	31
4.3	Sektio synnytyskokemuksena	33
4.3.1	Sektiotyyppin vaikutus synnytyskokemukseen	33
4.3.2	Hoitohenkilökunnan merkitys äidin sektiokokemuksessa	34
5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄ.....	36
6	TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	37
6.1	Kvalitatiivinen tutkimus	37
6.2	Aineiston keruumenetelmä	38
6.3	Aineiston analysointi	38
7	TUTKIMUSTULOKSET	41
7.1	Taustatietoa vastauksista.....	41

7.2	Äitien kokemuksia sektioista	41
7.2.1	Keisarileikkaus kokemuksena	41
7.2.2	Epäonnistumisen ja menetyksen tunteen kokemukset	42
7.3	Äitien kokemuksia sektioista toipumisesta	43
7.4	Äitien kokemuksia imetyksestä sektion jälkeen	44
7.5	Äitien kokemuksia hoitohenkilökunnasta	45
7.5.1	Hoitohenkilökunnalta saatu tieto ja tuki	45
7.5.2	Synnyttäjien toiveita henkilökunnalle	46
8	POHDINTA	48
8.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	48
8.2	Tulosten ja johtopäätösten tarkastelu	49
	LÄHTEET	52
	LIITTEET	56
	Liite 1. Kysely äideille	56
	Liite 2: Aiemmat tutkimukset sektioista synnytyskokemuksena	57

ERITYISSANASTO

alakeskiviilto	navasta alaspäin tehtävä leikkausviilto
anestesia	kivuttomuus, tunnottomuus
asfyksia	hengitysvajaus, hapenpuutetila; happivajaus ja samanaikainen hiilidioksidin kertyminen
autokriininen	solun omaan toimintaan kohdistuva säätely
elektiivinen	ennalta suunniteltu
episiotomia	välilihan leikkaus
farmakokinetiikka	lääkeaineiden imeytyminen, jakautuminen elimistöön, aineenvaihdunta ja erittyminen
farmakodynamiikka	lääkeaineiden vaikutukset elimistöön, elimiin, soluihin ja molekyyliin
faskia	peitinkalvo
fundus	kohdun pohja
hemodynaaminen	veren virtaukseen liittyvä
indikaatio	hoidon aihe
intrauteriininen	kohdun sisäinen
isthmus uteri,	kohdun sola
kolostrum	ternimaito, ensimmäinen
myomaenukleaatio	myoomanpoistoleikkaus
nekrotisoiva enterokoliitti	vastasyntyneen suolistosairaus
NSAID	tulehduskipulääke
PCA	potilaan kontrolloima kivunlievitys
PCEA	potilaan kontrolloima epiduraalinen kivunlievitys
peritoneum	vatsakalvo
phannenstiel viilto	poikittainen leikkausviilto
placenta previa	etinen istukka
postoperatiivinen	leikkauksen jälkeinen
pre-eklampsia	raskausmyrkytys
preoperatiivinen	leikkausta edeltävä
sektio	keisarileikkaus
Stakes	Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskus

tukihenkilö	synnyttäjän puoliso tai muu synnytyksessä mukana oleva tukihenkilö
viskeraalinen	sisäelimiin liittyvä
WHO	Maailman terveysjärjestö

1 JOHDANTO

Keisarileikkausten määrä on niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa tasaisesti noussut viime vuosina. Suomessa syntyy noin 16 prosenttia lapsista keisarileikkauksella, joista noin puolet on elektiivisiä eli suunniteltuja ja puolet päivystyksellisiä keisarileikkauksia. (Uotila 2012, 490.)

Opinnäytetyömme käsittelee keisarileikkausta naisten kokemana. Opinnäytetyössämme käytämme rinnakkain termejä sektio ja keisarileikkaus. Näillä tarkoitamme kirurgisesti tapahtuvaa synnytystä, jossa sikiö autetaan ulos äidin vatsanpeitteiden läpi tapahtuvasta leikkausviillosta. Opinnäytetyössä käytämme termiä tukihenkilö tarkoittamaan synnytyksessä mukana olevaa lapsen isää tai muuta synnytyksessä mukana olevaa äidin tukihenkilöä.

Opinnäytetyömme teoriaosassa käsittelemme sektiosynnytyksen indikaatioita, elektiivisen ja päivystyksellisen sektion eroja, sektiosta aiheutuvia riskejä niin äidille kuin lapselle ja sektion hoitoa. Lisäksi käsittelemme imetyksen onnistumista sektion jälkeen. Koska opinnäytetyömme käsittelee sektiosynnytystä äitien kokemana, olennainen osa teoriaosaamme on myös synnytyskokemus ja aiemmat tutkimukset sektiosynnytyksen kokemuksista. Näyttäisi siltä, että Suomessa on tehty melko vähän tutkimusta äitien sektiosynnytykokemuksista. Olemmekin käyttäneet hyväksemme kansainvälisiä tutkimuksia.

Hoitohenkilökunnalla on merkittävä rooli siinä, minkälainen synnytyskokemus keisarileikkauksesta äidille muodostuu (Redshaw 2010, 150). Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä kättilöopiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan tietoisuutta siitä, miten he toiminnallaan voivat edesauttaa mahdollisimman positiivisen sektiokokemuksen syntymistä. Toteutimme opinnäytetyömme kvalitatiivisena tutkimuksena. Aineiston keräsimme facebookin avulla. Vastaajat lähettivät vastauksensa meille sähköpostilla. Aineiston analysoimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.

2 SEKTIOSYNNYTYS

2.1 Sektion historia ja yleisyys

Sektio on yksi vanhimmista ihmisen suorittamista leikkauksista. Sanotaan, että kreikkalainen jumala Apollo, olisi auttanut lapsensa Asclepioksen maailmaan äitinsä vatsasta keisarinleikkauksen avulla. Aikaisemmin luultiin, että keisarileikkaus olisi saanut nimensä Julius Caesarin syntymätavan mukaan. Tämä on mitä luultavimmin kuitenkin romanttinen myytti tarkasteltaessa keisarileikkausta suuren äitikuolleisuuden valossa, sillä Juliuksen äiti Aurelia selvisi hengissä synnytyksestä ja näki poikansa hallitsemassa Rooman valtakuntaa. Joidenkin arvelujen mukaan termi ”caesarean” tulee latinan sanasta ”caedara” joka tarkoittaa sanaa ”cut” ja ”caesones” viittaa kuolleen äidin leikkauksella syntyneeseen lapseen. Sana sektio juontaa juurensa Jacques Guillimeaun kättilötyön kirjaan. (Sewell 1993.)

Keisarileikkauksia on tietävästi tehty jo varhaisella roomalaisella ajalla sekä hindu- ja juutalaiskulttuureissa. Tuolloin keisarileikkauksia suoritettiin kuolleille äideille, jotta äiti ja lapsi voitaisiin haudata erikseen ja joissain tapauksissa ainakin lapsi voitaisiin pelastaa. (Fixelid 2001, 314.) 600 eaa Rooman kuningas Numa Pompilius asetti lain nimeltä Lex Regia, joka määräsi lapsen leikattavaksi äidin vatsasta ennen äidin hautaamista (Sewell 1993).

Ensimmäinen dokumentoitu elävälle naiselle suoritettu keisarileikkaus suoritettiin Saksassa vuonna 1610. Tuolloin lapsi jäi henkiin, mutta äiti kuoli 24 vuorokauden kuluttua. Vuodelta 1880 on dokumentoituna 131 keisarileikkausta joissa äitikuolleisuus oli 83 %. Keisarileikkauksiin liittyvä äitikuolleisuus kääntyi laskuun, kun leikkaustekniikkaa muutettiin niin, että kohtu ommeltiin kiinni operaation jälkeen. Kuolleisuus oli kuitenkin edelleen korkea postoperatiivisten infektioiden vuoksi. Kun keisarileikkauksia vuoden 1920 jälkeen alettiin suorittaa poikittaisviillolla pitkittäisviillon sijaan, aleni kohdunrepeämän riski seuraavissa raskauksissa. (Fixelid 2001, 315.)

Keisarileikkauksien määrä oli pieni 1900-luvun alkupuoliskolla johtuen sen sisältämistä riskeistä. Vuosina 1946-1950 synnytyksistä 0,87 % tapahtui keisarileikkauksella. 1970

luvulla tapahtui raju nousu riskien vähetessä leikkaushoitotyön laadun kohotessa. (Faxelid 2001, 315.)

Keisarileikkaukset alkoivat yleistyä Suomessa 1970-luvun puolen välin jälkeen. Vuonna 1975 naisista 7,9 % synnytti keisarileikkauksella. Vuonna 1985 keisarileikkauksella synnytti 14,9 % naisista. (Saisto & Halmesmäki 2003, 593.) Keisarileikkausten määrä on pysynyt pitkään samalla tasolla. Vuonna 2011 keisarileikkausten osuus kaikista synnytyksistä oli 16,3 %. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) Lähes puolet keisarileikkauksista tehdään suunnitellusti (Tarkka, Rantanen, Haussler, Åsted-Kurki 2005, 334).

Yhtä ainoaa syytä keisarileikkausten lisääntymiseen ei ole. Aiemman keisarileikkauksen perusteella tehty uusi keisarileikkaus muodostaa Yhdysvalloissa ja Britanniassa kolmanneksen kaikista keisarileikkauksista. (Saisto & Halmesmäki 2003, 593). Yhdysvalloissa yli 90 prosentille naisista tehdään keisarileikkauksen jälkeen uusi keisarileikkaus seuraavassa raskaudessa (Kivelä 2010, 51). 1990-luvulla keisarileikkauksen aiheeksi muodostuivat synnytyspelko ja synnyttäjän oma toive. Muun muassa Skotlannissa tehdään jopa joka viides elektiivinen keisarileikkaus synnyttäjän toiveesta. Vuosina 1999 - 2000 8 % kaikista HYKS:in Naistenklinikan keisarileikkauksista tehtiin synnytyspelon vuoksi. (Saisto & Halmesmäki 2003, 593.)

Rouhe, Halmesmäki ja Saiston (2007) tekemän tutkimuksen mukaan synnytyspelon vuoksi tehtävien keisarileikkausten määrä on pysynyt Suomessa pienenä. Synnytyspelon takia synnytyspelkopoliklinikoilla käyneistä noin 75 % päätyy alatiesynnytykseen. Vaikka keisarileikkausta ei tulisikaan tehdä ilman lääketieteellistä syytä, joissain tilanteissa keisarileikkaus on kuitenkin parempi vaihtoehto kuin pakottaminen synnyttämään alateitse, mikä voi altistaa psyykkiselle traumatisoitumiselle. (Rouhe, Halmesmäki & Saisto 2007, 2582, 2485-2486.)

TAULUKKO 1 Synnytystilastot 1987 - 2011 (Stakes. tilastot ja rekisterit 2012.)

Vuosi	Alatiesynnytys	Instrumentaalinen ¹⁾	Keisarileikkaus	Tuntematon	Yhteensä
1987	48 558	2 244	8 594		59 396
1988	51 594	2 428	8 791		62 813
1989	51 436	2 518	8 949		62 903
1990	53 236	2 209	8 883	633	64 961
1991	51 150	3 379	9 366	904	64 799
1992	52 587	3 390	9 667	370	66 014
1993	50 957	3 309	9 449	415	64 130
1994	50 639	3 371	9 978	154	64 142
1995	48 950	3 201	9 831	216	62 198
1996	46 792	3 257	9 506	184	59 739
1997	45 782	3 168	9 220	173	58 343
1998	44 200	2 942	8 748	163	56 053
1999	44 169	3 262	9 088	186	56 705
2000	43 337	3 425	8 955	138	55 855
2001	42 463	3 288	9 217	168	55 136
2002	42 162	3 400	9 088	48	54 698
2003	43 007	3 605	9 154	22	55 788
2004	43 694	3 710	9 467	7	56 878
2005	43 352	4 170	9 398	47	56 967
2006	44 064	4 587	9 497	10	58 158
2007	43432	4 690	9 549	354	58 025
2008	44382	4 716	9 817	17	58 932

TAULUKKO 2: Keisarileikkaustilastot 1987-2012 (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012)

Synnytykset	Synnyttäjiä N	Sektiot %	Suunniteltu %	Muut %	Kiireellinen sektio %	Hätäsektio %
1987	59393	14,5	..	..	..	..
1992	66012	14,6	7,2	7,4	..	..
1995	62193	15,8	7,8	8,0	..	..
2000	55851	16,0	7,3	8,8	..	..
2002	54698	16,6	7,8	8,8	..	..
2004	56878	16,6	7,5	9,1	7,4	1,1
2006	58158	16,3	6,9	9,4	8,3	1,2
2007	58025	16,5	6,7	9,8	8,6	1,2
2008	58925	16,7	6,6	10,1	8,9	1,2
2009	59918	15,9	6,1	9,8	8,6	1,1
2010	60422	16,3	6,4	9,9	8,7	1,2
2011	59385	16,3	6,2	10,1	8,9	1,2
2012	59038	16,3	6,2	10,1	8,9	1,2

2.2 Sektiösynnytyksen tyypit ja indikaatiot

2.2.1 Yleistä sektioindikaatioista

Sektion indikaatiot voidaan luokitella absoluuttisiin ja relatiivisiin. Absoluuttisella indikaatiolla tarkoitetaan sitä, että sektiopäätös on ainoa mahdollisuus synnyttäjän hengen pelastamiseksi. Relatiivisella sektioindikaatioita ovat muun muassa aikaisempi kohtuun kohdistunut leikkaus, sikiön perätila, sikiön asfyksia tai äidin synnytyspelko. Suurin osa sektioindikaatioista on relatiivisia. Sektiopäätös on kuitenkin monen tekijän summa ja syyt ovat yksilöllisiä. Sektiopäätöksen synnyssä synnyttäjän asenteella on suuri merkitys. Siinä missä yksi synnyttäjä valitsee synnytystavakseen section saattaa toinen päättää yrittää synnytystä alateitse. (Uotila 2012, 490.)

2.2.2 Elektiivinen sektio

Elektiivinen sektio tarkoittaa sitä, että sektio tehdään ennen kuin äidin synnytys on käynnistynyt. Elektiivinen sektio tehdään yleensä noin 10-14 päivää ennen laskettua aikaa. (Faxelid 2001, 315.)

Elektiivisen section indikaatioita ovat sikiön poikkeava tarjonta, sikiön ja lantion epäsuhta, aikaisempi kohtuun kohdistunut leikkaus, täydellinen tai osittainen placenta previa (etinen istukka), äidin kroonisen sairauden tai raskauskomplikaation vaikeutuminen tai sellaisen riski. Myös äidin pelko alatiesynnytystä kohtaan, aikaisempi komplisoitunut synnytys, synnytyksen käynnistymättömyys tai kohdunsuun resistenssi käynnistysyrityksille ovat indikaatioita elektiiviselle sektiolle. Muita indikaatioita ovat istukan heikko toiminta sekä sikiön sairaudet ja tarve elektiivisille hoitotoimenpiteille pian syntymän jälkeen. (Uotila 2012, 491.)

Sikiön poikkeavalla tarjonnalla tarkoitetaan perätarjontaa ja poikki- tai viistotilaa. Sikiön ja lantion epäsuhtaan voi aiheuttaa ahdas lantio ja poikkeavan kookas sikiö. Kohtuun kohdistuneet leikkaukset, kuten aikaisempi sektio, myomaenukleaatio tai muu kohtuleikkaus, ovat syitä jotka saattavat johtaa elektiiviseen sektion. Äidin kroonisista sairauksista esimerkiksi vaikea sydänsairaus tai diabetes, ja raskauskomplikaatioista esimerkiksi pre-eklampsia ovat elektiivisen section indikaatioita. Äidin pelkoa alatiesynnytyks-

tä kohtaa voivat aiheuttaa primaarinen synnytyspelko tai aikaisempi huono synnytyskokemus. Jos aikaisempaa synnytystä on komplisoanut hartiadystokia tai 3. tai 4. asteen välilihan repeämä, se voi johtaa elektiiviseen sektioon. Istukan heikko toiminta voi aiheuttaa sikiön kasvun viivästyistä tai hapenpuutetta. (Uotila 2012, 491.)

2.2.3 Päivystyksellinen- ja hätäsektio

Päivystyksellisen sektorin indikaatioita ovat synnytyksen pitkittyminen tai pysähtyminen, sikiön asfyksia tai sen uhka, muu vakava komplikaatio tai sen uhka. Vakavia komplikaatioita ja uhkia ovat esimerkiksi kohdun repeämä, äidin vakava verenpainekomplikaatio, istukan enneaikainen irtautuminen tai muu vakava verenvuotokomplikaatio. Päivystyksellinen sektio on kiireellinen toimenpide joka tehdään joko sikiön tai äidin indikaatiolla tai molemmilla. Kiireellisyys voi vaihdella hätäsektiosta usean tunnin marginaalilla tehtävään leikkaukseen (Uotila 2012, 490-491.)

Hätäsektio on päivystyksellinen sektio, jossa leikkaukseen siirrytään välittömästi hätäjärjestelyllä ja hätätyövoimaa käyttäen. Hätäsektio nimitystä saa käyttää sektioista, jossa lapsi saadaan syntymään kymmenen minuutin sisällä hätäsektiopäätöksestä. Tyypillisiä hätäsektion indikaatioita ovat muun muassa istukan äkillinen irtautuminen ja napanuoraprolapsi, jotka molemmat altistavat sikiön vakavalle hapenpuutteelle. Hätäsektiossa pyritään toimimaan mahdollisimman turvallisesti, mutta usein esimerkiksi aseptiikan toteutumisesta ja anestesiavalmisteluista saatetaan joutua tinkimään. (Uotila 2012, 491-492.)

Hätäsektio tapahtuu yleisanestesiassa. Koska aikaa ei ole hukattavissa, korvataan leikkausalueen pesu itsedesinfioivalla leikkauskalvolla. Kätilön tehtävä hätäsektiossa on toimia anestesia- tai instrumenttihoitajana, kunnes tarpeellinen määrä leikkaussalihenkilökuntaa saadaan paikalle. Hätäsektio on tapahtumana synnyttäjälle hyvin traumaattinen kokemus. On tärkeää, että synnyttäjä saa tarpeeksi tietoa leikkaukseen johtaneista syistä, omasta ja sikiön tilasta ja leikkauksen toteuttamisesta. Synnyttäjän tulee voida kokea olevansa osaavissa käsissä tilanteen hallitsemattomasta luonteesta huolimatta. (Uotila 2012, 492.)

2.3 Elektiivisen sektion kulku

2.3.1 Preoperatiivinen hoito

Synnyttäjälle ja hänen perheelleen annetaan asianmukaista tietoa keisarileikkauksesta hyvissä ajoin ennen operaatiota, jotta voidaan varmistua, että perheellä on ollut aikaa valmistautua leikkaukseen. Tietoa tulisi antaa sekä suullisesti että kirjallisesti. Synnyttäjällä ja hänen tukihenkilöllään tulisi olla mahdollisuus keskustella kättilön kanssa heränneistä kysymyksistä ennen sektion toteutusta. (Faxelid 2001, 315.)

TAYS:ssa synnyttäjä tulee leikkausosastolle yleensä leikkauispäivän aamuna. Anestesiaalääkärin tapaaminen järjestetään useimmiten äitiyspoliklinikkakäynnin yhteydessä. Synnyttäjä valmistellaan sektiota varten tavalliseen preoperatiiviseen tapaan muun muassa paastolla. Synnyttäjä tapaa sektion operatöörin ja anestesiaalääkärin, joiden kanssa käydään läpi leikkauksen kulku, puudutuksiin ja mahdolliseen nukutukseen liittyvät asiat. (Faxelid 2001, 315.)

Leikkauispäivän aamuna synnyttäjältä mitataan verenpaine, pulssi ja lämpö. Kättilö kontrolloi sikiön sykkeen ja palpoo sikiön asennon. Synnyttäjä puetaan leikkauspaitaan ja hän saa mahansisältöä neutraloivaa lääkettä. Äidille aloitetaan suonensisäinen nesteinfuusio. Synnyttäjälle asetetaan virtsakatetri, joka auttaa seuraamaan synnyttäjän virtsaneritystä ja varmistaa rakon tyhjentymisen myös leikkauksen jälkeen. Täysinäinen rakko saattaisi myös häiritä leikkauksen etenemistä. (Uotila 2012, 492; Faxelid 2001, 315.)

Isällä on mahdollisuus valita haluaako hän mennä äidin mukana leikkaussaliin, vaiko ottaa lapsen vastaan synnytyshuoneessa leikkauksen päätyttyä. Jos äidin tukihenkilö tulee mukaan leikkaukseen, siirtyy hän saliin yhdessä hoitajan ja äidin kanssa. Tällöin tukihenkilön on mahdollista olla äidin tukena leikkauksen alkaessa. Lapsen synnyttyä tukihenkilö pääsee synnytyshuoneeseen seuraamaan lapsen pesua ja pukemista. (Lystilä 2010.)

2.3.2 Sektion toteutus

Keisarileikkaus tehdään yleensä selkäydinpuudutuksessa. Yleisimmin keisarileikkauspotilaalle annetaan spinaalipuudutus, mutta joskus käytetään myös epiduraalipuudutusta. Spinaalipuudutus puuduttaa nopeasti leikkausalueen täydellisesti. Spinaalipuudutus laitetaan selkään L2-nikaman alapuolelle, ja puudute ja apuaineet ruiskutetaan selkäydinnesteen joukkoon. Epiduraalipuudutuksen vaikutus alkaa hitaammin noin 20-30 minuutin kuluttua puudutteen laitosta, mutta se on parempi erityisesti sairaille synnyttäjille pehmeämmän hemodynaamisen vaikutuksensa vuoksi. Epiduraalipuudutusta käytetään myös, mikäli potilaalla on jo valmiina epiduraalikatetri, jolloin puudutusta syvennetään leikkaukseen sopivaksi. Epiduraalipuudutuksessa nikamavälin valinta perustuu dermatomeihin (selkäydinhermojen hermottamat alueet). Lääkeaineet ruiskutetaan epiduraalitilaan, ja on tärkeää varmistua aspiroimalla, ettei neulan tai epiduraalikatetrin kärki ole spinaalitilassa tai verisuonessa sillä epiduraalipuudutuksessa käytetyn puudutteen määrä on suuri. Puudute ja mahdolliset apuaineet kulkeutuvat hermokudokseen suoraan kovakalvon läpi, epiduraalitilan läpi kulkevien hermojen kautta ja kovakalvon hermojuuria ympäröiviä sivu-ulokkeita pitkin. Yleisanestesia on harvinainen muiden kuin hätäsektioiden yhteydessä. (Uotila 2012, 492; Tunturi 2013 a; Tunturi 2003 b; Tunturi 2013 c; Tiitinen 2012 a.)

Keisarileikkauksessa iho voidaan avata joko alavatsalta poikittain, niin sanottu phanensteilviilto, tai tehdä alakeskiviilto. Useimmiten keisarileikkauksessa käytetään phanensteilviiltoa. Alakeskiviiltoa käytetään toisinaan, koska tällöin saadaan tarvittaessa enemmän tilaa työskentelyyn. Myös hätäsektioissa käytetään usein alakeskiviiltoa, koska tämän kautta eteneminen on nopeampaa. Ihon avaamisen jälkeen edetään ihonalaiskudoksessa kunnes saavutetaan niin sanottu faskia, eli peitinkalvo. Faskia voidaan avata joko poikittain tai pitkittäin, jonka jälkeen faskian alla olevat suorat vatsalihakset erotetaan faskiakudoksesta ja lihakset erotetaan toisistaan keskiviivassa. Vatsakalvo, peritoneum, avataan varoen virtsarakkoa sekä mahdollisesti peritoneumiin kiinnittyneitä suolen mutkia. Vatsanpeitteiden avauksen yhteydessä on tärkeää sekä saada mahdollisimman paljon tilaa lapsen syntymän mahdollistamiseksi että huolehtia muiden elinten, kuten suolien ja virtsarakon siirtämisestä turvaan leikkausalueelta. (Uotila 2012, 492-493; tohtori.fi 2012.)

Kohtua avataan yleensä poikittain sen isthmiseltä alueelta varovasti, jottei sikiötä vaurioiteta. Toisinaan johtuen istukan sijainnista, kohdun seinämän myoomista tai sikiön tilasta kohtu saatetaan avata muualtakin. Avauksen pitää varautua mahdollisesti runsaaseen verenvuotoon sekä huonoon näkyvyyteen. Sikiö autetaan ulos leikkaajan kämmenellä ohjaamalla, lisäksi avustaja voi painaa funduksesta. Sikiön pään sijainti kovin alhaalla tai sikiön sijainti kovin korkealla tai poikittaistilassa saattaa aiheuttaa ongelmia ulosauttamisessa. (Uotila 2012, 493.)

Kun lapsi on autettu ulos, napanuora katkaistaan välittömästi. Lapsiveden ollessa vihreää lapsen hengitystiet on hyvä imeä puhtaiksi heti. Lapsen kunnon salliessa äidille näytetään ainakin lapsen kasvot ja sukupuoli. Istukka poistetaan kohdun ulkopuolelta puristamalla tai käsin irrottamalla. Tämän jälkeen varmistetaan, ettei istukan osia tai kalvoja jää kohtuonteloon. Suomessa kohtu nostetaan useimmiten sulkemisen ajaksi vatsanpeitteiden päälle. Kohdun leikkaushaava suljetaan ompelemalla se yhdessä tai kahdessa kerroksessa joko jatkuvalla ompeleella tai katko-ompeleella. Kun kohdun haava on suljettu, kohtu on supistunut riittävästi eikä verenvuotoa ole enää, kohtu palautetaan normaaliin asemaansa vatsaonteloon ja aletaan sulkea vatsanpeitteitä. Ihon sulkemisen jälkeen varmistetaan vatsanpeitteiden läpi kohtua puristamalla ja samalla tarkastamalla emättimestä vuotavan veren määrä, että tie kohdusta emättimeen on auki eikä kohtu jää keräämään verihyytymiä sisäänsä. (Uotila 2012, 493; Tiitinen 2012 a.)

2.4 Sektion postoperatiivinen hoito

2.4.1 Sektion jälkeinen hoito synnytyssalissa ja vuodeosastolla

Äidin ja vastasyntyneen vointia seurataan noin kaksi tuntia synnytyssalissa. Äidiltä tarkkaillaan verenpainetta ja pulssia 15 minuutin välein sekä hengitystä happisaturaation, hengitystiheyden ja potilaan ihon, huulten ja kynsien väriä seuraamalla. Virtsan eritystä ja virtsan väriä seurataan katetripussiin erittyvästä virtsasta. Äitien tajunnantasoa ja puudutuksen poistumista seurataan lihastoimintaa seuraamalla. (Linden & Ilola 2013a, Lukkarinen, Virsiheimo, Savo ym. 2010.)

Leikkaushaavaa, sen ympäristöä ja eritteitä seurataan. Lisäksi äidin kohdun kokoa ja supistuneisuutta seurataan painamalla kohtua. Tällä varmistetaan myös, ettei kohtuun

kerry vuotoa. Vuodon määrää seurataan myös tarvittaessa punnitsemalla siteet. Tarvittaessa äidille annetaan kohtua supistavaa lääkettä, kuten oksitosiinia, misoprostolia, metyyliergometriinimaleaattia ja/tai sulprostonia. Myös mahdollista sisäistä vatsaonteloon kertyvää vuotoa seurataan. Tästä kertoo toiselle puolelle kallistunut kohtu. Äidin lämpötilouudesta huolehditaan lämpöpeitteen avulla, joka myös estää tärinää ja pitää vauvan lämpimänä äidin rinnalla. (Linden & Ilola 2013a, Linden & Ilola 2013b.)

Pahoinvointia seurataan kysymällä ja oksennuksia seuraamalla. Leikkauksenjälkeistä pahoinvointia voidaan hoitaa metoklokloramidilla, 5-HT₃-reseptorin salpaajilla tai droperidolilla. Äidin kivunhoidosta huolehditaan. Peruskivulääkkeenä käytetään parasetamolia ja tulehduskivulääkettä. Lisäksi käytetään epiduraali-infuusiota, haavapudetekatetria tai opioideja. Hoitotoimenpiteet ja seuranta kirjataan anestesiakaavakkeelle. Vauvan vointia seurataan myös, ja äidin voinnin salliessa vauvalle ja äidille tarjotaan mahdollisuutta ensi-imetykseen. (Linden & Ilola 2013a, Lukkarinen, Virsiheimo, Savo ym. 2010.)

Tämän jälkeen seuranta jatkuu lapsivuodeosastolla tehtyä hoitosuunnitelmaa seuraten. Kivunhoidossa käytössä on useimmiten PCA-pumppu tai epiduraalipumppu. PCA:ta (Patient Controlled Analgesia) käytettäessä pumppuun on ohjelmoitu anestesia-lääkärin ohjeita noudattaen kivunhoito-ohjelma. Potilas voi itse annostella kipulääkettä kiputuntemustensa mukaan annospainiketta painamalla. Pumpussa on lukitusajka, joka estää liiallisen kipulääkkeen saamisen. Vuodeosastolla äidiltä mitataan heti tämän saavuttua verenpaine, syke ja saturaatioarvo ja tarvittaessa äidille annetaan lisähappea. Äidin vointi ja tuntemukset kysytään sekä haavasidokset tarkastetaan. Lisäksi tarkastetaan epiduraalikatetrin kautta tai laskimon sisäisesti annettava kipulääkitys, jos sellainen on käytössä, sekä infuusionesteet ja virtsamäärä. Alkuun potilaan vointia tulisi seurata 15 - 30 minuutin välein. Potilaan voidessa hyvin tarkkailuväliä voidaan pidentää 1 - 2 tuntiin. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 104-105, 112-113; Eskola & Hytönen 2002, 276-277.)

Keisarileikkauksen jälkeen äidille tulee järjestää mahdollisimman turvallinen ympäristö, ja äiti pyritään sijoittamaan pieneen potilashuoneeseen levon turvaamiseksi. Äidin levon turvaaminen on toipumisen edellytys. Tästä syystä riittävästä kivunlievityksestä tulee huolehtia. Riittävä kivunlievitys edistää myös liikkeelle lähtemistä. Äiti tarvitsee kui-

tenkin henkilökunnalta apua lähtiessään ensimmäistä kertaa liikkeelle vuoteen ulkopuolelle. (Eskola & Hytönen 2002, 276-277.)

Äiti saa tarpeen mukaan kohtua supistavaa lääkettä. On tärkeää tukea äidin imetystä, koska se nopeuttaa kohdun supistumista. Äitiä tulee avustaa sopivaan imetysasentoon vauvan imemisotetta tarkkaillen. Heti keisarileikkauksen jälkeen imetys onnistuu makuullaan, jolloin hoitaja auttaa vauvan rinnalle äidin ollessa makuuasennossa. Tarvittaessa apuna voi käyttää tyynyjä, jolloin vauva saadaan oikealle korkeudelle. Jos lapsi on lastenosastolla, tulisi äitiä avustaa lypsämään vointinsa mukaan, jotta maito saadaan nousemaan. (Lystilä 2010; Deufel & Montonen 2010b, 113-114.) Maidon käsin lypsäminen mahdollistaa myös sen, että kolostrumtipat (ternimaitotipat) saadaan talteen ja voidaan antaa vauvalle (Koskinen 2008, 64).

Äitiä ohjataan liikuttelemaan jalkojaan ja kääntyilemään vuoteessa vointinsa mukaan. Henkilökohtaisen puhtauden hoito ei poikkea normaalista leikkauksen jälkeen. Äitiä avustetaan alapesuissa ja siteiden vaihdossa vuoteessa kunnes äiti nousee ylös. Jalkeille nousu tapahtuu aikaisintaan 6-8 tuntia leikkauksesta. (Lystilä 2010)

Kun haavasta ei enää vuoda kirkasta verta ja haavan sulkemisesta on kulunut 25 tuntia, voi äiti mennä suihkuun henkilökunnan avustamana. Samalla poistetaan haavaa suojaavat taitokset. Haavaa ja kohdun supistumista tarkkaillaan päivittäin ja ompeleet poistetaan 4.-6. päivänä leikkauksesta. (Lystilä 2010; Eskola & Hytönen 2002, 276-277.)

Suonensisäistä nestehoitoa jatketaan anestesia-ääkärin ohjeiden mukaan. Äiti saa suun kautta ravintoa leikkausajankohdasta ja anestesiamuodosta riippuen joko leikkauspäivänä tai ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Alkuun vältetään leivän ja ilma-vaivoja aiheuttamien ruokien syömistä sekä huolehditaan siitä, että äidillä on saatavilla riittävästi nesteitä. (Eskola & Hytönen 2002, 276.)

Kestokatetri poistetaan suonensisäisen nestehoidon päätyttyä tai leikkausta seuraavan päivän aamuna. Virtsaamisen käynnistymistä seurataan, ja tarvittaessa virtsaamisvaikeuksia voidaan helpottaa erilaisilla hoitotyökeinoilla tai kertakatetroinnilla. Äidin suolen tulisi toimia ennen kotiutumista, ja suolen toiminnan edistämiseksi voidaan tarvittaessa käyttää erilaisia laksatiiveja. Jälkivuodon määrää, hajua ja väriä sekä kohdun supistumista seurataan. Keisarileikkauksen jälkeen kohtu saattaa supistua hitaammin, mikä

aiheuttaa tavallista runsaampaa jälkivuotoa. (Ahonen ym. 2012, 107-108; Eskola & Hytönen 2002, 276-277.)

Vastasyntyneen hoidon opettelu aloitetaan äidin voinnin ja toivomusten mukaan. Myös isä voi osallistua sairaalassa ollessa vauvan hoitoon, ja tarvittaessa myös isälle järjestetään ohjausta. Heti vauvan synnyttyä isällä tai tukihenkilöllä on mahdollisuus lähteä yhdessä kättilön kanssa hoitamaan vauvaa. Isällä/tukihenkilöllä on myös mahdollisuus ottaa vauva paitansa sisään ihokontaktiin, jos vauva voi hyvin. Äidin ollessa heräämössä seurannassa, vauva siirtyy isän/tukihenkilön kanssa synnytysvuodeosastolle, jonne äiti siirretään heti voinnin salliessa. Vanhempien kanssa keskustellaan synnytyskokemuksesta ja leikkauksen eri vaiheiden tapahtumista, ja miksi keisarileikkaukseen päädyttiin mahdollisesti kesken synnytyksen. (Synnyttäneiden perheiden hoito 2013; Henttu & Pohjonen 2012; Eskola & Hytönen 2002; 276-277.)

2.4.2 Yleisesti leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta

Leikkauksen jälkeinen kipu vaihtelee voimakkuudeltaan. Leikkauksen jälkeinen kipu kuitenkin on kestoaltaan rajoittunutta. Kivun voimakkuuteen ja kipulääkityksen määrään vaikuttavia tekijät voidaan jakaa potilaasta johtuviin sekä leikkauksesta, anestesiasta ja kivunhoidosta johtuviin tekijöihin. Potilaasta johtuvia tekijöitä ovat muun muassa: geneettiset tekijät, ikä, sukupuoli, farmakokineettiset ja farmakodynaamiset tekijät, preoperatiivinen ahdistuneisuus, masennus, neuroottisuus, krooninen kiputila ja preoperatiivinen kipulääkkeiden käyttö. Leikkauksesta, anestesiasta ja kivunhoidosta johtuvia tekijöitä ovat leikkaustyyppi, lääkkeen farmakokineettiset ja farmakodynaamiset ominaisuudet sekä käytetty kivunlievitysmenetelmä. Leikkauksen jälkeinen kivun voimakkuus ei riipu ainoastaan toimenpiteen kohteena olevan kudoksen kipuherkkyydestä, vaan kivun kokemiseen vaikuttaa myös leikkausta edeltävä ahdistuneisuus ja masentuneisuus. (Hamunen & Kalso 2009, 278-281.)

Kivun voimakkuutta voidaan seurata erilaisilla kipuasteikoilla. Kipuasteikoiden avulla voidaan havainnoida kivunhoidon vaikuttavuutta. Visuaalinen analogiasteikko, VAS, on yleisimmin käytössä oleva kipumittari. VAS-kipumittarissa janan vasen laita merkitsee, ettei kipua ole ja oikea laita kuvaa suurinta mahdollista kipua. Potilas merkitsee janan leikkaavan viivan, siihen kohtaan mihin arvioi kivun sijoittuvan. Janasta on kehitetty

erilaisia versioita, kuten punainen kipukiila ja lapsia varten viiden kuvan kasvoasteikko. Myös sanallista, VRS (Verbal Rating Scale), asteikkoa voidaan käyttää kivun kuvaamiseen. Kipua voidaan kuvata myös numeerisesti NRS asteikon avulla. NRS 0-10 asteikolla 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 pahinta mahdollista kipua. Numeerinen asteikko voi olla myös 0-5 tai 0-100. (Kalso & Kontinen 2009; Kotavainio & Mäenpää 2013.)

Perinteinen tapa leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon on tulehduskipulääkkeen tai parasetamolin säännöllinen annostelu sekä opioidin antaminen laskimoon tai lihakseen tarvittaessa. Multimodaalinen kivunhoito parantaa keisarileikkauksen jälkeistä kivunhoitoa. Multimodaalisessa kivunhoidossa yhdistetään erilaisia kivunhoidossa käytettäviä lääkkeitä ja annostelureittejä. Tästä johtuen yhtä lääkeainetta voidaan antaa pienempiä määriä ja näin ollen myös sivuvaikutukset pienenevät. Potilaan alkaessa ottaa suun kautta nesteitä, kaikki lääkitys pyritään antamaan oraalisesti. Tulehduskipulääkkeen annostelussa on tärkeää annostelun aloittaminen ajoissa ja jatkossa lääkkeen säännöllinen annostelu. Leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa käytettäviä vahvoja opioideja ovat morfiini, oksikodoni, fentanyl ja buprenorfiini. Esimerkiksi NSAID -lääkkeen yhdistäminen opioidiin vähentää tarvittavan opioidin määrää 30-50%. (Hamunen & Kalso 2009, 283-284; Asantila-Jarva 2007, 210.)

Keisarileikkaus potilaiden kipu koostuu sekä somaattisesta haavakivusta että viskeraalisesta kivusta, jonka aiheuttaa kohdun supistelu. NSAID -lääkkeet estävät prostaglandiinisynteesin ja näin ollen helpottavat kohdun supistelusta aiheutuvaa viskeraalista kipua. Parasetamolin ja NSAID -lääkkeiden vaikutusmekanismi on erilainen. Parasetamoli yksinään on heikko kivunlievittäjä, mutta yhdistettynä NSAID-lääkkeeseen parasetamoli aiheuttaa kumulatiivisen vaikutuksen, jolloin kivunlievitys on tehokkaampaa. (Asantila- Jarva 2007, 210.)

2.4.3 Epiduraalinen kivunhoito

Leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon voidaan käyttää spinaalisesti (intratekaalisesti) tai epiduraalisesti annosteltavaa puudutetta, opioidia tai näiden sekoitusta. Käytettäessä sekä puudutetta että opioidia saadaan aikaan tehokkaampi kivunlievitys kuin kummallakaan on erikseen. Pelkällä opioidilla pyritään pitkäkestoiseen kivunlievitykseen, joka ei aiheuta motorista heikkoutta tai hemodynaamisia muutoksia. Intratekaalisesti käytettävä

morfiini on vesiliukoinen, ja näin ollen se säilyy tunteja aivo-selkäydinnesteessä. (Hamunen & Kalso 2009, 284) Tavallisesti epiduraalikatetri laitetaan L3-4 tai L2-3 nikamaväliin, kun epiduraalipuudutus tehdään keisarileikkausta varten. Puudutusainetta käytettäessä kivunlievityksessä kyseisellä tasolla jalkojen puutuminen on mahdollinen. Koska keisarileikkauspotilaille on tärkeää mahdollisimman nopea liikkeelle lähtö, heidän kohdallaan useiden tutkijoiden mielestä on parempi käyttää pelkkää opioidia epiduraalisessa kivunlievityksessä. (Asantila-Jarva 2007, 209-210.)

Epiduraalinen analgesia tuottaa paremman tuloksen ja vähentää keuhkokomplikaatioita parenteraalisesti käytettäviin opioideihin verrattuna. Epiduraalisen kivunhoito voidaan toteuttaa joko jatkuvana infuusiona, boluksina tai potilaan itse annostelemina boluksina (Patient Controlled Epidural Analgesia, PCEA). Epiduraalisesti voidaan annostella opioideista morfiinia, fentanyyliä tai sufentaniiliä joko puudutteen kanssa tai ilman. Yleisimpiä puudutteita ovat bupivakaiini ja ropivakaiini. Tavallisesti epiduraalisesti annostellaan morfiinia 0,1–0,2 mg/h ja fentanyyliä 20–80 mikrog/h. Lisäämällä epiduraaliseen puudute-opioidiseokseen klonidiinia (2–4 mikrog/kg/vrk) tai adrenaliinia (2 mikrog/ml) seoksen tehoa voidaan parantaa. (Hamunen & Kalso, 2009, 284-286.)

Epiduraalisen kivunhoidon toteuttamisessa on tärkeää, että vuodeosaston hoitohenkilökunta on koulutettu valvomaan potilaita. Lisäksi anestesiologinen asiantuntijuus tulee olla saatavilla ympärivuorokautisesti. Hoitohenkilökunnan työtä helpottamaan on tehty seurantalomakkeita. Epiduraalisessa kivunhoidossa tulee seurata vitaalitoimintoja (hengitys, pulssi ja hengitystiheys), sedaatiota, epiduraalikatetrin sijaintia ja syvyyttä ihosta (puutumisalue, kipu, lihasvamma) sekä haittavaikutuksia (pahoinvointi, virtsaamisvaikeudet). Myös antikoagulanttihoito tulee huomioida. (Hamunen & Kalso 2009, 286-287.)

Epiduraalisesti käytettävien opioidien haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, oksentelu, sedaatio, ihon kutina, virtsaretentio ja hengityslama. Riittävä seuranta parantaa hoidon onnistumista ja lievät haittavaikutukset voidaan hoitaa. Myös harvinaiset, mutta vakavat haittavaikutukset huomataan mahdollisimman varhain riittävällä seurannalla. Tarkkailun tiheyden vuodeosastolla vaikuttaa potilaan vointi. (Hamunen & Kalso 2009, 286; Kuurne & Erämies 2012.)

2.5 Sektion komplikaatiot

2.5.1 Välittömät komplikaatiot

Keisarileikkaus on nykyisin varsin turvallinen toimenpide. Kuitenkin keisarileikkauksiin liittyy vähintään neljä kertaa enemmän vaikeita komplikaatioita kuten vakavia verenvuotoja, infektoita tai tromboembolisia komplikaatioita sekä äitikuolleisuutta kuin alatiesynnytyksiin. Lisäksi keisarileikkauksesta toipuminen on hitaampaa. Keisarileikkauksen riskien vuoksi äidin esittämä keisarileikkaustoive ei saa automaattisesti johtaa keisarileikkauksen ohjelmoimiseen. Synnytyspelon vuoksi keisarileikkausta pyydettyessä pelon syyt ja potilaan kokonaisvaltainen tilanne on syytä kartoittaa tarkasti, sillä useimmiten synnytyspelkoa voidaan hoitaa tehokkaasti sairaaloihin perustetuilla synnytyspelkopoliklinikoilla. (Uotila 2012, 493; Saisto & Halmesmäki 2003, 593-594; Pallasmaa 2009, 28-29.)

Elektiivinen sektio on keskimäärin turvallisempi kuin päivystyssektio, alatiesynnytykseen verrattaessa riskit ovat kuitenkin suuremmat. Alatiesynnytykseen liittyy mahdollinen hätäsektion riski. Tästä huolimatta elektiiviseen keisarileikkaukseen liittyy alatiesynnytyksestä suurempi vakavien komplikaatioiden riski. Äidin kuoleman riski on kolminkertainen suunnitellussa keisarileikkauksessa ja yhdeksänkertainen hätäsektiossa alatiesynnytykseen verrattuna. Sekä leikkaukseen, leikkauksesta toipumiseen, lapsivuodeaikaan että seuraaviin raskauksiin ja synnytyksiin liittyy riskejä. (Uotila 2012, 494-495; Saisto & Halmesmäki 2003, 593-594; Pallasmaa 2009, 29.)

Välittömiä leikkaukseen liittyviä riskejä ovat verenhukka, kohdunpoisto sekä virtsarakon ja virtsanjohtimien vaurioitumisen vaara. Verenhukasta johtuen verensiirron tarvitsee noin 6 % potilaista, kun alateitse synnyttäneistä verensiirron tarvitsee vain 0,4-0,6 % potilaista, jos raskaus on sujunut ongelmitta. Kohdunpoisto on toisinaan ainoa keino saada keisarileikkauksesta johtuva verenvuoto tyrehtymään. (Saisto & Halmesmäki 2003, 594.)

Keisarileikkauksesta aiheutuva kipu ja vaikeus selviytyä normaaleista päivittäisistä töistä sekä lapsen hoidosta voivat kestää kaksikin kuukautta. Asantila-Jarvan (2007, 208.) mukaan useimmat äidit ovat kolmen kuukauden jälkeen leikkauksesta kivuttomia, mutta noin 12 %:lla keisarileikkauksella synnyttäneistä äideistä kipuja on vielä kymmenen

kuukautta leikkauksen jälkeen. Virtsatieinfektio on tavallinen keisarileikkauksen jälkeinen komplikaatio, joka johtuu virtsateiden katetroimisesta. Virtsatieinfektioita voidaan vähentää puolella antibioottiprofylaksialla. Kohtutulehdukset ovat 15 kertaa yleisempiä sektion kuin alatiesynnytyksen jälkeen. Haava- ja kohtutulehdukset sekä tromboemboliset komplikaatiot voivat aiheuttaa sairaalahoidon tarvetta kaksi kuukautta synnytyksen jälkeen. (Saisto & Halmesmäki 2003, 594-595.) Jo raskaus itsessään nostaa laskimotukosten riskiä kuusinkertaiseksi. Riski kuolla keuhkoveritulppaan keisarileikkauksen jälkeen on 26-kertainen alatiesynnytykseen verrattuna. (Saisto & Halmesmäki 2003, 595.)

2.5.2 Myöhäiskomplikaatiot

Keisarileikkaus voi aiheuttaa komplikaatioita myös tuleviin raskausiin. Leikkauksen jättämä arpi lisää seuraavissa raskauksissa hengenvaarallisten komplikaatioiden kuten kohdun repeämisen tai vakavien istukkakomplikaatioiden riskiä. Vakavia istukka komplikaatioita ovat muun muassa etinen istukka ja kohtulihakseen kiinni kasvanut istukka (placenta accreta). Etisen istukan riski kasvaa suhteessa tehtyihin keisarileikkauksiin. (Uotila 2012, 493-494; Saisto & Halmesmäki 2003, 595.)

Matalalle ja tiukasti kohdun seinään kasvanut istukka altistaa raskauden ja synnytyksen aikaiselle verenvuodolle, ennenaikaiselle synnytykselle, pitkälle sairaalassaoloajalle ja keisarileikkaukselle. Jos istukka on kasvanut kiinni keisarileikkauksarpeen, joudutaan hyvin todennäköisesti tekemään kohdunpoisto keisarileikkauksen yhteydessä. (Uotila 2012, 493-494; Saisto & Halmesmäki 2003, 595.) Niillä naisilla, joille on aiemmin tehty keisarileikkaus, kohdun poistoon päätyminen riski on yli 5-kertainen. Etisen istukan esiintymiseen näillä naisilla on 3-kertainen riski ja kohturuptuuran riski on yli 8-kertainen. (Pallasmaa 2009, 28.) Keisarileikkauksen jälkeiseen alatiesynnytykseen liittyvä kohturuptuuran ja istukan kiinnittymishäiriön riski ovat kuitenkin melko harvinaisia äidin sekä sikiön terveyttä ja henkeä uhkaavia tilanteita (Kivelä 2010, 54).

Raskauden viimeisen kuukauden aikana tehdään synnytystapa-arvio, jolla arvioidaan alatiesynnytyksen esteet ja mahdollisuudet. Tässä otetaan huomioon aiemmat raskaudet ja synnytykset, edeltävien keisarileikkauksien aihe, kohtuviillon suunta ja paikka, mahdolliset muut kohtuleikkaukset, kohdunsuun kypsyys sekä äidin ja lapsen koko (Kivelä

2010, 54) Kolme neljästä pystyy synnyttämään sektion jälkeen normaalisti alateitse. Kahden keisarileikkauksen jälkeen alatiesynnytystä ei yleensä suositella arpikudoksen heikkoudesta johtuen. (Saisto & Halmesmäki 2003, 596.)

2.5.3 Lapsen liittyvät komplikaatiot

Keisarileikkauksella on vaikutusta myös lapseen. Selkäpuudutuksesta johtuva äidin verenpaineen lasku voi aiheuttaa lapselle istukan heikentyneen verenvirtauksen johdosta hapenpuutetta. Yleisanestesiassa käytettävät lääkeaineet voivat lamata lapsen hengitystä ja ärtyvyyttä. Mitä aikaisemmin suunniteltu sektio tehdään, sitä suurempi on riski lapsen hengitysvaikeuksille. Raskausviikolla 39 lapsen hengitysvaikeuksien riski on kuusinkertainen. Sektiolla syntyneet lapset tarvitsevat myös useammin lasten valvonta- ja tehosasto hoitoa matalan veren glukoosipitoisuuden ja matalan ruumiinlämmön vuoksi. (Saisto & Halmesmäki 2003, 597.)

Alatiesynnytys stimuloi lapsen hengitystoimintaa tehokkaammin kuin keisarileikkaus. Alatiesynnytyksellä syntyvän lapsen suolisto kolonisoituu äidin emätinbakteereilla, mikä on vastasyntyneelle edullisempaa kuin keisarileikkaussynnytyksen jälkeen tapahtuva kolonisoituminen sairaalaympäristön bakteereilla. Alatiesynnytyksen jälkeen myös imeytys lähtee keskimäärin tehokkaammin käyntiin. (Uotila 2012, 494.)

2.6 Alatiesynnytys sektion jälkeen

Keisarileikkauksen jälkeisen alatiesynnytyksen yleisin komplikaatio on kohdunseinämä repeäminen ja siihen liittyvä runsas verenvuoto, joka voi johtaa kohdunpoistoon (Kivelä 2010, 52). Keisarileikkauksen jälkeinen alatiesynnytys ei ole niin vaarallinen kuin yleensä uskotaan, mutta alatiesynnytyksen onnistumista ei kuitenkaan voida etukäteen ennustaa. Alatiesynnytys keisarileikkauksen jälkeen onnistuu todennäköisemmin, jos keisarileikkaus on tehty perätarjonnan takia kuin, jos keisarileikkaus on tehty pysähtyneen synnytyksen tai lantion ja sikiön koon epäsuhdan takia. Kuitenkin Saiston (2006) mukaan kaksi kolmasosaa alatiesynnytyksistä onnistuu riippumatta edeltäneen keisarileikkauksen syystä tai missä vaiheessa edellistä synnytystä se on tehty. Jos keisarileikkaus on tehty vasta synnytyksen ponnistusvaiheessa, on melko epätodennäköistä, että

alatiesynnytys onnistuu. Myös äidin runsas ylipaino ja sikiön suuri koko heikentävät tulevan alatiesynnytyksen onnistumista. Kohdunsuun kypsyys ja synnytyksen käynnistäminen vaikuttavat myös alatiesynnytyksen onnistumiseen. Myös äidin ikä vaikuttaa alatiesynnytyksen onnistumiseen. (Kivelä 2010, 51-52; Saisto 2006, 2345-2346.)

Alatiesynnytys voi joissakin tapauksissa olla turvallinen, vaikka takana olisikin kaksi keisarileikkausta. Siihen liittyy kuitenkin enemmän riskejä kuin yhden keisarileikkauksen jälkeiseen alatiesynnytykseen. Edellytyksenä kahden sektorin jälkeiseen alatiesynnytykseen ovat synnyttäjän toive alatiesynnytyksestä tai kieltäytyminen keisarileikkauksesta. Synnytyksen tulisi olla spontaanisti käynnistynyt, hyvin vauhdissa ja sikiön pienikokoinen. Synnyttäjällä tulisi olla taustalla aikaisempi alatiesynnytys ja aikaisempien keisarileikkausten syynä on ollut jokin ei-toistuva syy eivätkä keisarileikkaukset mielellään ole olleet peräkkäisissä synnytyksissä. Edellisessä keisarileikkauksessa kohdun isthminen alue on ollut vahva ja tässä raskaudessa kaikututkimuksessa kohdun isthminen alue on hyvä, eikä raskauden aikana ole ilmennyt mitään merkkejä kohdun isthminen alueen heikkenemiseen. Varotoimenpiteinä kahden keisarileikkauksen jälkeisessä alatiesynnytyksessä äiti pidetään ravinnotta synnytyksen ajan eikä synnytystä käynnistetä. Sikiön vointia seurataan EKG:n ST-analyysin avulla ja kohdun painetta mitataan intrauteriinisesti. (Saisto 2006, 2345, 2348)

3 IMETYS SEKTION JÄLKEEN

3.1 Imetys suositukset, maidon erityys ja rintamaidon koostumus

WHO suosittelee täysimetystä ensimmäisen 6 kk ajan ja jatkamaan imetystä kunnes lapsi on 2 vuotta. Suomen sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee 6 kk täysimetystä ja imetyksen jatkamista vähintään vuoden ikään muun ravinnon ohella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksen mukaan kiinteät lisäruuat tulisi aloittaa vasta 6 kk iässä, aikaisintaan 4 kk iässä, sillä imetys suojaa lasta alahengitystietulehduksilta, ripulitaudeilta, korvatulehduksilta, virtsatietulehduksilta, vastasyntyneisyyskauden sepsikseltä ja nekrotisoivalta suolitulehdukselta. Oireet ovat yleensä lievempiä ja lapsi paranee nopeammin, jos lapsi, jota on imetetty, sairastuu tulehdussairauteen. (Kolanen 2010; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010; Koskinen 2008, 39.)

Maidoneritys koostuu kolmesta vaiheesta. Ensimmäinen vaihe käynnistyy raskauden puolivälissä, jolloin maitorakkuloihin alkaa erittyä pieniä määriä ternimaitoa, kolostrumia. Maidonerityksen toinen vaihe, maidonnousu, alkaa 2-3 vuorokautta synnytyksestä. Maitomäärä lisääntyy voimakkaasti ja maidon koostumus alkaa muuttua kohti kypsää maitoa. Maidonerityksen kolmas vaihe, hormonaalisesta (endokriinisestä) säätelystä paikalliseen solun omaan toimintaan liittyvään (autokriiniseen) säätelyyn siirtyminen, alkaa noin kahdeksan vuorokautta synnytyksestä. (Koskinen 2008, 27-28; Deufel & Montonen 2010a, 56.)

Tärkeimmät maidonerittymiseen vaikuttavat hormonit ovat prolaktiini ja oksitosiini. Prolaktiini, jota erittyy aivolisäkkeen etulohkosta, käynnistää ja ylläpitää maidon eritystä. Maitomäärän lisääntymiseen vaikuttaa se, että vastasyntynyt imee tiheästi rintaa. Rinnan imemisestä aiheutuva hermoärsytys lisää prolaktiinin eritystä. Tiheät imetykset pitävät prolaktiinitason korkeammalla ja nopeuttavat maidoneritystä, sillä äidin veren prolaktiinitaso nousee hitaasti koko imetyskerran ajan ja laskee hitaasti imetyskerran päätyttyä. Kun maidon erityys muuttuu autokriiniseksi, hypotalamus alkaa säädellä prolaktiinin eritystä. Prolaktiinin erityys on korkeimmillaan aamuyöstä ja imettäminen nostaa prolaktiinipitoisuutta kymmenkertaiseksi, joka selittää yöllisen imetyksen tärkeyden maidon erityksen kannalta. Oksitosiini, jota aivolisäkkeen takalohko erittää, saa aikaan herumisrefleksin imemisen vaikutuksesta. Opiaatit ja stressi estävät oksitosiinin erittymistä. Oksitosiinitasoa nostavat vauvan koskettaminen, ihokontakti, vauvan äänen kuu-

leminen, vauvan tuoksun aistiminen ja vauvan imemishalukkuuden merkkien havaitseminen. (Deufel & Montonen 2010a, 56-62; Koskinen 2008, 28.)

Maidon koostumus vaihtelee riippuen maidonerityksen vaiheesta, lapsen gestatioiästä syntyessä, imetystiheydestä sekä rinnan täysinäisyysasteesta. Kolostrum sisältää paljon immunoglobuliineja, kuten vasta-aineita, valkosoluja ja laktoferriniä, jotka suojaavat vauvaa äidin elinympäristön tavallisimmilta taudinaiheuttajilta. Kolostrum sisältää kypsään maitoon verrattuna enemmän valkuaisaineita, mineraaleja sekä A- ja E-vitamiinia, mutta vähemmän laktoosia, rasvaa ja vesiliukoisia vitamiineja. Rintamaidon energiasta noin puolet tulee rasvoista. Valtaosa rintamaidon hiilihydraateista on laktoosia, mutta siinä on paljon myös pitkäketjuisia sokeriyhdisteitä, joilla on merkittävä asema imeväisikäisen vauvan suoliston immuunipuolustuksessa. Rintamaidossa proteiinipitoisuus on korkeimmillaan heti syntymän jälkeen. Proteiinipitoisuus on varsin pieni ja osan tehtävä on enemmän immunologinen kuin ravitseuksellinen. Kivennäis- ja hivenainneiden pitoisuus rintamaidossa vaihtelee vain vähän, mutta raudan ja sinkin määrä laskee imetyksen pitkittyessä. Puolen vuoden imetyksen jälkeen pelkkä rintamaidon ja rauta ja sinkki eivät riitä kattamaan imeväisen tarpeita, vaan niitä pitää saada myös muusta ravinnosta. D- ja K-vitamiinin määrä rintamaidossa on vähäinen ja rintamaito yksistään ei pysty kattamaan niiden riittävää saantia. Kaikille vastasyntyneille annetaan heti syntymän jälkeen K-vitamiinipistos. Imetettävän vauvan tulisi saada D-vitamiini valmistetta normaalin kasvun turvaamiseksi ja riisitaudin ehkäisemiseksi. (Koskinen 2008, 35-37; Luukkainen 2010, 33-37.)

3.2 Imetyksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät

Imetyksen onnistumiseen vaikuttaa ensimmäisinä päivinä tiheä, lapsentahtinen imettäminen, joka lisää maidontuloa. Imeminen antaa lapselle ravinnonlisäksi myös mielihyvää. (Tiitinen 2012 b.) Usein ensimmäisten 30-80 minuutin aikana syntymän jälkeen lapsi alkaa ilmaista imemisvalmiutta liikuttelemalla käsiään ja jalkojaan sekä tekemällä suullaan hamuamis- ja nuolemisliikkeitä. Vastasyntyneellä on yleensä syntymän jälkeen hyvin intensiivinen imemisrefleksi. Useat lapset ryömivät itse rinnalle ja tarttuvat siihen, mutta tarvittaessa lasta voi auttaa rinnalle lapsen ollessa siihen valmis. Liian aktiivista auttamista tulee kuitenkin varoa, sillä se häiritsee lapsen luontaista hamuamista ja

saattaa aiheuttaa sen, että lapsi tarttuu rintaan liian kapealla imemisotteella. (Hannula 2012, 304; Koskinen 2008, 75.)

Keisarileikatuilla äideillä vierihoidon merkitys korostuu. Imetyksen toinen vaihe usein viivästyy näillä äideillä ja onkin tärkeää pyrkiä mahdollisimman varhaiseen imetyksen aloittamiseen, jotta ongelmilta vältytään. Vauvan sänky tulisi sijoittaa niin, että äiti ja vauva näkevät toisensa. Suunniteltu leikkaus vaikuttaa maidonerityksen viivästymiseen suunnittelematonta keisarileikkausta enemmän, sillä suunnittelematonta leikkausta edeltää usein pitkään avautumisvaihe, jonka aikana äidin fysiologinen oksitosiinin erityis on käynnistynyt. (Deufel & Montonen 2010c, 414.)

Vastasyntyneen imemisrefleksin käynnistymiseen voi vaikuttaa synnytyksen aikainen tai jälkeinen kivunhoito. Hamuamisrefleksiä ja imetyksen käynnistymistä voi viivästyttää äidin saama petidiini synnytyksen aikana, ja lapsen imemistiheyttä heti syntymän jälkeen saattaa vähentää epiduraalipuudutus. Myös vauvan nielun voimakas imeminen saattaa vaikuttaa imemiseen. (Hannula 2012, 304.)

Imetyksen loppumista ennen lapsen puolivuotispäivää ennustavat muun muassa keisarileikkaus, epiduraalipuudutuksen käyttö synnytyksessä ja ensi-imetyksen viivästyminen. Myös pitkittynyt synnytys, imukuppisynnytys, episiotomia ja runsas verenvuoto aiheuttaa hankaluuksia ensipäivien imetykseen. Lisäksi äidin nuori ikä, yksinhuoltajuus, alhainen koulutustaso, tuen puute, tupakointi ja aiempi lyhyt imetys vaikuttavat imetyksen kestoon sitä lyhentäen. Riski imetyksen varhaiselle loppumiselle on myös ennen 37. raskausviikkoa syntyvillä lapsilla, jotka joutuvat syntymän jälkeen lastenosastolle ja joutuvat jäämään äidin kotiuduttua sairaalahoitoon. Myös lisämaidon antaminen lähes jokaisen imetyksen jälkeen ilman lääketieteellistä syytä vaikuttaa negatiivisesti imetyksen onnistumiseen. Yleisin äitien ilmoittama syy imetyksen varhaiseen lopettamiseen on maidon loppuminen tai liian vähäinen maitomäärä. (Koskinen 2008, 21-22, 97.)

Sektion jälkeen äiti tarvitsee apua sekä kääntymiseen, että vauvan siirtämiseen. Imetysasento täytyy valita niin, ettei vauvan paino kohdistu leikkaushaavaan. Mukavan imetysasennon löytämiseksi ja tukemiseksi apuna kannattaa käyttää paljon tyynyjä. Äiti voi imettää vastasyntyntä sängyssä kyljellään, kainaloimetysasennossa tai selällään, ja leikkaushaavan voi suojata peitolla tai tyynyllä, jos äiti haluaa imettää mieluummin tuolissa istuen. Ensi-imetys sectionin jälkeen voi tapahtua äidin ollessa selällään, ja vauva

autetaan joko poikittain äidin rintakehän päälle tai tyynyjen avulla kohotetaan vauva sivulta äidin rinnalle. Kyljellään imettäminen on myös hyvä vaihtoehto. Vauvan voi imeä molemmista rinnoista äidin ollessa samalla kyljellä, kun apuna käytetään tyynyä korottamaan vauvaa ylemmän rinnan tasolle. (Ruohotie 2004; Deufel & Montonen 2010d, 415.)

3.3 Imetyksen käynnistymiseen vaikuttavat tekijät

Imetys käynnistyy sektion jälkeen samalla tavalla kuin alatiesynnytyksenkin jälkeen. Maidoneritys saattaa kuitenkin käynnistyä hitaammin. On tärkeää, että vauva saadaan rinnalle mahdollisimman pian syntymän jälkeen, sillä imetys käynnistyy sitä helpommin, mitä nopeammin vauva pääsee rinnalle. Epiduraalipuudutuksessa tehdyn leikkauksen jälkeen äiti voi aloittaa imetyksen heti päästyään osastolle, jos hänen vointinsa sen sallii. Yleisanestesiassa tehdyn keisarileikkauksen jälkeen imetyksen voi aloittaa, kun äiti on kunnolla herännyt ja suurin osa anestesiassa käytetyistä lääkkeistä on poistunut äidin elimistöstä. (Ruohotie 2004; Eskola & Hytönen 2002, 277.)

Toisinaan, etenkin yleisanestesiassa tehdyn sektion jälkeen vauvat saattavat olla väsyneitä parikin vuorokautta. Vauvaa kannattaa kuitenkin pitää äidin paljaalla iholla mahdollisimman paljon, vaikkei vauva olisikaan kiinnostunut imemään, sillä ihokontakti lisää vauvan luontaista kiinnostusta rinnan imemistä kohtaan ja laukaisee hamuiluhoijasteen. Vauvoilla voi olla vaikeuksia oppia imemään rintaa, jos vauva on ensin tottunut tuttipulloon. Tarvittaessa vauvalle voi antaa joko oman äidin lypsettyä maitoa tai luovutettua äidinmaitoa lusikalla, ruiskulla tai kupista hörpyttämällä, jos äiti aikoo jatkossa imettää vauvaa ja kyseessä on vain lyhyt aika. (Ruohotie 2004; Koskinen 2008, 85.)

Toisinaan ensi-imetys voi siirtyä useilla tunteilla tai vuorokausilla äidin tai vauvan huonon voinnin seurauksena. Jos äiti on leikkauksen jälkeen hyvin huonovointinen, maidon rintoihin nousu voi tapahtua myöhemmin. Jos äiti on ollut verenvuodon takia hengenvaarassa tai on muuten sairas sektion jälkeen, maitoa ei välttämättä erity riittävästi, jotta se yksinään riittäisi vauvalle. Jos vauva on syntymän jälkeen heikossa kunnossa eikä pääse heti imemään, äiti voi lypsämällä turvata maidon nousun rintoihin, ja vauvan voinnin sen salliessa alkaa imettää vauvaa. Maidon erittymisen kannalta olisi hyvä lypsää ensimmäisen kerran 6-18 tunnin kuluessa vauvan syntymästä ja normaalin

maidon määrän saavuttamiseksi rintoja tulisi lypsää 6-8 kertaa vuorokaudessa. (Ruohotie 2004.)

4 SYNNYTYSKOKEMUS

4.1 Synnytys kokemuksena

Synnytyskokemuksella tarkoitetaan aistimuksia, elämyksiä, tunteita ja tunnelmia. On sisäisiä ja ulkoisia kokemuksia. Kokeminen ja ajatteleva rakentavat ihmisen suhdetta maailmaan. Ihmiset omaavat erilaisen elämänhistorian, oppimiskokemukset ja tapahtumat. Vaikka synnytystapahtuma olisi objektiivisesti tarkasteltuna samankaltainen, voi kaksi ihmistä muodostaa siitä täysin erilaisen synnytyskokemuksen. (Männistö & Sillanpää 2006, 7.)

Synnytys on hyvin merkityksellinen tapahtuma naisen elämässä, ja synnyttäjät muistavat synnytyskokemuksensa selvästi vuosienkin päästä. Raskausajan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset vaativat naiselta sopeutumista, joka on mahdollista vain ajan kanssa. Positiivisesti synnytystä kokeneet pitävät synnytystä tärkeänä osana elämää, negatiivinen synnytyskokemus ei muutu vuosienkaan kuluessa positiivisemmaksi. Positiivisten ja negatiivisten tunnetilojen esiintyminen rinnakkain synnyttäjillä kuvaa synnytyskokemuksen moniulotteisuutta. (Tarkka ym. 2005, 334-335.)

4.2 Synnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä

Synnytyskokemus on riippuvainen synnytystapahtuman taustalla olevista psykologisista tekijöistä. Synnytystapahtumaa kokemuksena määrittävät myös ennakoasenteet ja odotukset. Männistö & Sillanpään (2006) tutkimuksen mukaan äitien synnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa isän asenne raskauteen, isän ja äidin välinen vuorovaikutus, äidin siviilisääty, ikä, äitiyasenteet ja mahdollinen pelko (esimerkiksi aikaisempi raskaudenkeskeytys). Kokemukseen vaikuttaa myös se, onko raskaus suunniteltu ja onko äiti ollut esimerkiksi synnytysvalmennuksessa. Synnytyskokemukseen vaikuttaa myös äidin taipumus ahdistua vaikeissa tilanteissa. Voimakkaan ahdistuneisuuden on nähty olevan yhteydessä pitkittyneisiin ja kivuliaisiin synnytyksiin. (Männistö & Sillanpää 2006, 9-10.)

Tekijöitä, jotka vaikuttavat myönteisesti äidin synnytyskokemukseen, ovat kättilön ystävällisyys, empaattisuus, hellyys, kiireettömyys ja rauhallisuus. Myös sen, että kumppani on läsnä synnytyksessä, on todettu luovan synnyttäjälle turvallisuuden tunnetta. Jos kumppani kykenee tarjoamaan synnyttäjälle emotionaalista tukea, muodostuu äidin kokemus synnytyksestä vähemmän kivuliaaksi ja myönteisemmäksi. Kumppanin läsnäolo synnytyksessä lisää myös perheen yhteenkuuluvuudentunnetta. (Männistö & Sillanpää 2006, 13; Tarkka ym. 2005, 334-335.)

Seuraavat tekijät ennustavat negatiivista synnytyskokemusta: 1) odottamattomat lääketieteelliset ongelmat, kuten kiireellinen operatiivinen synnytys, synnytyksen käynnistäminen, synnytyksen vauhdittaminen, lapsen joutuminen neonataaliosastolle; 2) synnyttäjän sosiaaliseen elämään liittyviä riskitekijöitä ovat suunnittelematon raskaus ja riittämätön partnerin antama tuki; 3) synnytyksen aikaisiin tuntemuksiin liittyvät riskitekijöitä ovat, kipu ja kontrollin menettämisen tunne; 4) hoitohenkilökunnasta johtuvia riskitekijöitä ovat liian vähäinen aika käsitellä äitien omia kysymyksiä raskauden aikaisissa tarkastuksissa, tuen puute synnytyksen aikana, synnytyksen aikainen kivunhoito. Synnytysvalmennuksella ja kivunlievityksellä ei ollut niinkään suurta merkitystä positiivisen synnytyskokemuksen syntymiseen kuin synnytyksen aikaisella tukemisella ja äidin huolien ja tuntemusten kuuntelemisella. (Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad 2004, 17.)

Äidin masentuneisuus raskauden alussa yhdistetään negatiiviseen synnytyskokemukseen. Negatiivista synnytyskokemusta ennustavat myös naisten huoli omasta ja sikiön terveydestä, sairaalaan joutumisen pelko, pelko sisätutkimuksesta, huoli synnyttämisestä ja huoli selviytymisestä vastasyntyneen kanssa. Kohonnut riski kokea synnytys negatiivisena oli niillä äideillä, jotka olivat tyytymättömiä partneriltaan saamaansa tukeen, joilla oli negatiiviset odotukset synnytyksestä ja, jotka odottivat synnytyskivun olevan pahinta mahdollista. Synnyttäjät, jotka olivat optimistisia, kokivat synnytyksen myönteisempänä. Positiivista synnytyskokemusta ennusti se, että äiti tapasi synnytystä hoitavan kättilön etukäteen. Myös se kuinka äitiä kohdeltiin sekä huomaavaisuus synnyttäjää ja tämän partneria kohtaan, rohkaisu, kättilön pätevyys vaikuttivat synnytyskokemukseen myönteisesti. (Waldenström ym. 2004, 20-22.)

Naiset, joilla oli negatiivinen synnytyskokemus, kokivat saaneensa liian vähän tietoa ja tukea raskauden aikaisissa tarkastuksissa. He olivat myös kokonaisuudessaan tyytymät-

tömämpiä raskaudenaikaiseen hoitoon verrattuna niihin, joilla oli positiivisempi synnytyskokemus. Positiivista synnytyskokemusta ennusti se, että äiti tapasi synnytystä hoitavan kättilön etukäteen. (Waldenström ym. 2004, 22-26.)

4.3 Sektio synnytyskokemuksena

4.3.1 Sektiotyypin vaikutus synnytyskokemukseen

Sektio voi olla äidille traumaattinen kokemus. Se, että odotettu alatiesynnytys muuttuu sektiosynnytykseksi voi aiheuttaa äidissä pettymyksen ja kontrollin menetyksen tunteita. Kättilöllä on suuri merkitys siihen, miten äiti kokee sektiosynnytyksen. Synnytyksen kokemiseen myönteisenä vaikuttaa se, että äiti kokee hallitsevansa synnytystilannetta. Äidit ovat kokeneet menettäneensä vahvemmin synnytystilanteen hallinnan, jos he eivät ole saaneet riittävästi tukea ja ohjausta kättilöltä. (Tarkka, Rantanen, Haussler & Åstedt-Kurki, 2005, 334-335.)

Tarkan ym. (2005) tutkimuksessa se, että äidillä ei ollut raskausajan komplikaatioita, vaikutti positiivisesti sektiokokemukseen. Tärkeä myönteinen voimavara synnyttäjälle oli myös tukihenkilö. Tarkan tutkimuksessa keisarileikkauksella synnyttäneiden äitien synnytyskokemus oli melko myönteinen. Synnytyskokemukseen vaikutti se, oliko sektio suunniteltu vai luonteeltaan päivystyksellinen. Päivystyksellisessä sektiossa äidit kokivat, ettei heillä ollut aikaa valmistautua leikkaukseen ja äidin oli vaikeaa hahmottaa kokonaistilannetta. Tarkan tutkimuksessa äkillisen sektion kokeneet äidit joutuivat leikkaukseen sikiöindikaatiolla jolloin synnytyskokemusta leimasi huoli syntymättömän lapsen voinnista. (Tarkka ym. 2005, 342.)

Tarkan ym. (2005) tutkimuksen mukaan äideistä 95 % elektiiivisellä sektiolla synnyttäneistä ja 78 % äkillisellä keisarileikkauksella synnyttäneistä tunsivat olevansa valmis toimenpiteeseen. Suunniteltuun sektioon tulleista suurin osa kuvasi olevansa valmis toimenpiteeseen, koska he olivat huolissaan omasta tai lapsen turvallisuudesta, heillä oli aikaisempi sektiokokemus, he olivat toivoneet sektiota tai he pelkäsivät alatiesynnytystä. Äkilliseen sektioon tulleiden sektiovalmiuteen vaikutti pitkittynyt synnytys, kivut, huoli omasta/lapsen turvallisuudesta, henkinen valmistautuminen sektioon, oma toivomus ja aiempi tieto sektiosta. Suunniteltuun sektioon tulleista äideistä useammat koki-

vat, että synnytyskokemus vastasi odotuksia kuin äkillisesti keisarileikkaukseen joutuneet. Äkillisesti keisarileikkauksella synnyttäneet kokivat syntymän kivuttomampana kuin suunnitellusti keisarileikkauksella synnyttäneet. Tutkimuksen mukaan 12 % äkillisesti keisarileikkaukseen joutuneista ei ollut lainkaan tyytyväinen synnytyksensä kulkuun. Suunnitellusti sektiollla synnyttäneistä äideistä kaikki olivat kohtalaisen tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä synnytykseen. Tutkimuksen mukaan riittäväällä valmistautumisella on suuri merkitys synnytyskokemukseen riippumatta oliko keisarileikkaus suunniteltu tai äkillinen. (Tarkka ym. 2005; 338, 341-342.)

Redshawn mukaan sillä onko kyseessä suunniteltu tai päivystyksellinen sektio, on vaikutusta äitien henkiseen toipumiseen synnytyksestä. Ne äidit, jotka olivat synnyttäneet suunnitellulla keisarileikkauksella, kuvasivat tunnetilaansa sanoilla ”todella onnellinen” ja ”synnytys oli niin hyvä kuin mahdollista”. Hätäsektiolla synnyttäneet eivät olleet yhtä positiivisia. Heidän kokemustaan leimasi pelko ja tilanteen yllättävyys. He tunsivat avuttomuutta ja voimattomuutta tilanteen hallitsemattomuuden edessä ja kokivat täydellisen kontrollin menettämisen tunteen. Hätäsektiolla synnyttäneet äidit kuvailivat tapahtumaa sanoin ”pelko”, ”kauhu”, ”epätoivoinen” ja ”traumaattinen”. He kokivat olleensa täysin valmistautumattomia tilanteeseen. (Redshaw 2010; 153.)

4.3.2 Hoitohenkilökunnan merkitys äidin sektiokokemuksessa

Redshawn (2010) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnalla oli suuri rooli äitien sektiokokemuksessa, ja yksi tutkimuksen tärkeimmistä johtopäätöksistä oli että äitiyshuollon hoitohenkilökunnan on tärkeää kuunnella äitien huolia. Etenkin synnyttäjät, joilla oli jokin perussairaus, kokivat, että hoitohenkilökunta ei kunnioittanut heidän asiantuntijuuttaan omasta terveydentilastaan. Hätäsektiolla synnyttäneet äidit kokivat, etteivät he olleet lainkaan valmistautuneita hätäsektion mahdollisuuteen. Toisaalta osa hätäsektion kokeneista äideistä koki, että epäonnistumista tasapainotti helpotuksentunne ja hoitohenkilökunnan tuki ja huolehtiminen. Tutkimuksessa tuli ilmi, että raskauden loppupuolella on tärkeää keskustella synnytyssuunnitelmista etenkin niiden naisten kanssa, joilla on ollut vaikeuksia raskauden aikana tai edellisissä synnytyksissä. (Redshaw 2010, 150, 152-153.)

Samaisessa tutkimuksessa kerrottiin äitien kokeneen, ettei heitä informoitu tarpeeksi, etteivät he saaneet tarpeeksi tietoa, ja että hoitohenkilökunta oli liian kiireistä. Ennen operaatiota oli kerrottu vaihtoehdoista, joita ei leikkauksessa sitten ollutkaan. Osa äideistä tunsu helpotusta, että päätös tehtiin heidän puolestaan. Heille oli tärkeintä, että he itse ja lapsi selviävät synnytyksestä. Oli kuitenkin myös äitejä, jotka kokivat menettäneensä jotakin, kun eivät voineet synnyttää normaalisti alakautta. (Redshaw 2010, 153-154.)

Äidit eivät aina ymmärtäneet hoitohenkilökunnan tekemiä ratkaisuja. Moni nainen mietti vielä kuukausia sektion jälkeen, kuinka asiat olisivat voineet mennä toisin. Äidit kokivat jääneensä yksin ilman apua ja tukea, jota he olisivat tarvinneet. He kokivat tulensa kohdelluksi vain yhtenä uutena äitinä muiden joukossa. (Redshaw 2010, 154.)

Kaikissa hoidon vaiheissa toimivan kommunikoinnin tärkeys nousi esille. Tutkimuksessa äidit myös nostivat esille tarpeensa puhua synnytyksestä. Vain 43 % oli keskustellut operaation jälkeen synnytyksestä ja silloinkin suurin osa keskusteluapua saaneista oli niitä, joille oli tehty hätäsektio. Äidit kokivat että hoitohenkilökunta ei edes tarjonnut keskustelumahdollisuutta. Vasta kun äidit itse vaativat keskustelua, heidän kanssaan keskusteltiin. Äidit joilla oli hyvä sektiokokemus, kokivat, että heitä tuettiin, kuunneltiin, he saivat riittävästi informaatiota ja heitä kohdeltiin yksilöinä. (Redshaw 2010, 157-158.)

Weiss ym. (2009) tutkimuksen mukaan keisarileikkauksen jälkeen synnyttäjät koki kohdallaisen toiminnallisen sopeutumisen ja nopean sosiaalisen sopeutumisen, fyysinen ja henkinen toipuminen saattaa viedä enemmän aikaa. Hitaampi henkinen ja sosiaalinen sopeutuminen oli yleisempää ensisynnyttäjillä ja hätäsektion kokeneilla äideillä. Myös tässä tutkimuksessa huomattiin, että hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli äidin henkisen sopeutumisen tukemisessa. Tärkeää on myös kotiutuksen jälkeinen ohjaus. (Weiss, Fawcett & Aber 2009; 2938, 2945-2946.)

Naisten psykologinen kunto raskauden aikana korreloi psykologista hyvinvointia hätäsektion jälkeen. Raskauden aikainen synnytyspelko on yhteydessä sekä synnytyksen jälkeiseen synnytyspelkoon että traumaattisiin stressioireisiin ja yleistyneeseen ahdistuneisuuteen. (Wijma, Ryding & Wijma 2002, 25.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tehtävänä on kuvata sektionsynnytystä synnytystapana ja synnytyskokemuksena. Tarkastelemme sektiosynnytystä erityisesti äidin näkökulmasta. Tutkimuksellamme haluamme selvittää, kuinka äidit kokevat sektion synnytystapana ja miten he toipuvat siitä. Erityisesti haluamme selvittää, miten hoitohenkilökunta voi toiminnallaan edesauttaa positiivisen sektiokokemuksen syntymistä.

Tavoitteenamme on lisätä kättilöopiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan tietoisuutta siitä, miten he voivat vaikuttaa positiivisen sektiokokemuksen syntymiseen ja potilastyytyväisyyden kasvamiseen.

Tutkimuksellamme haemme vastauksia mm. seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millainen elektiivinen ja päivystyksellinen sektiosynnytys ja siitä toipuminen on kokemuksena?
- 2) Vaikuttaako sektio synnytystapana imetyksen käynnistymiseen?
- 3) Kokeeko synnyttävä hoitohenkilökunnalta saamansa tuen riittävänä ja mitä äidit toivoivat hoitohenkilökunnalta?

6 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on ihmistieteellinen tutkimus, jolla pyritään ymmärtämään käyttäytymistä tai toimintaa. Useimmiten kvalitatiivinen tutkimus ymmärretään metodiseksi kokonaisuudeksi, jossa aineistonkeruuta ja aineiston analyysia ei ole syytä erottaa toisistaan. Kvalitatiivista tutkimusta kuvataan myös pehmeäksi tutkimukseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 66; Tuomi 2007, 97.)

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä se, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, missä aineisto kootaan luonnollisista, todellisista tilanteista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään ihmistä tiedonkeruun menetelmänä, ja tutkimuksen kohdejoukon valinta on tarkoituksenmukaista, eikä satunnaista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tiedonantajia on vähän, kun taas määrällisessä, eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa tiedonantajia on paljon. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksesta riippuen voi yksikin tiedonantaja olla riittävä. Myös erotuksena kvantitatiiviseen tutkimukseen kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistyksiin vaan tutkimustulokset ovat ainutlaatuisia ja koskevat ainoastaan kyseistä aineistoa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tyypillistä, että tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160, 176-177; Tuomi 2007, 97.)

Opinnäytetyössämme tutkittavana ryhmänä olivat äidit, jotka ovat kokeneet keisarileikkauksen. Emme lähteneet asettamaan erityisiä kriteereitä vastaajille. Vastaukset ovat synnytyksiltä vuosilta 1995-2013. Kahdella vastaajalla oli takana kaksi erillistä sektiosynnytyskokemusta. Käsittelimme näitä kokemuksia erillisinä, vaikka vastaajana olikin sama henkilö. Yhteensä synnytyskokemuksia oli 12. Kyselymme tavoitteena oli saada tietoa siitä, minkälainen sektiosynnytys on kokemuksena. Äidit vastasivat kysymyksiin vaihtelevasti. Osa antoi yksityiskohtaisen kuvauksen sektiokokemuksesta ja sen taustoista osa tyytyi vastaamaan kysymyksiin muutamalla virkkeellä.

6.2 Aineiston keruumenetelmä

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto, joita voidaan käyttää vaihtoehtoisesti, rinnan tai eritavoilla yhdistettynä. Se mitä aiotaan tutkia määrää tutkimuksen aineistonkeruumenetelmän. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.)

Kysely ja haastattelu eivät ole keskenään synonyymejä. Kyselyllä tarkoitetaan menettelytapaa, jossa vastaajat täyttävät heille esitetyn kyselylomakkeen valvotussa ryhmätilanteessa tai kotonaan. Kysely voidaan lähettää esimerkiksi sähköpostilla, jolloin vastaukset saadaan kirjallisessa muodossa. Kyselyssä kannattaa käyttää lyhyitä avoimia kysymyksiä, ja se sopii rajatulle ryhmälle ja rajatussa kysymyksenasettelussa. Haastattelulla tarkoitetaan henkilökohtaista haastattelua, jossa haastattelija esittää suullisesti kysymykset ja merkitsee vastaukset muistiin. Haastattelussa pystytään myös kysymysten esittämisjärjestystä tarvittaessa vaihtamaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72-73, 75; Kylmä & Juvakka 2007, 104)

Toteutimme tutkimuksemme kyselyllä, joka koostui avoimista kysymyksistä. Laitoimme kyselymme ensin Helistimen keskustelufoorumille. Koska yhtään vastausta emme sieltä saaneet, päätimme jakaa kyselyä facebookin kautta. Saimme vastaajiksi tuttava äitejä, jotka jakoivat kyselyä edelleen omille tuttavilleen ja facebookin eri ryhmiin. Saimme kyselyymme yhteensä 10 vastausta. Äidit laittoivat vastauksensa nimettömänä sähköpostilla.

6.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on perusmenetelmä kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston analysoimiseen. Sisällönanalyysissa kerätty tietoa aineisto tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Sisällönanalyysissä on tärkeää päättää, mikä aineistossa kiinnostaa ennen kuin aletaan käydä aineistoa läpi. Kun kiinnostuksen kohteet on päätetty, käydään aineisto läpi sekä erotetaan ja merkitään kiinnostavat asiat, eli litteroidaan aineisto. Tämän jälkeen luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään aineisto niin, että tutkimusaineistosta erotellaan samanlaisuudet ja erilaisuudet yksiselitteisiksi toisensa poissulke-

viksi luokiksi. Lopuksi kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-93; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.)

Sisällönanalyysi voidaan jakaa aineistolähtöiseen, teorialähtöiseen ja teoriaohjaavaan sisällönanalyysiin. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston analyysi jaetaan karkeasti kolmeen vaiheeseen; redusointiin eli pelkistämiseen, klusterointiin eli ryhmitelyyn ja abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. Pelkistämässä aineiston informaatio joko tiivistetään tai pilkotaan osiin, ja pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä. Aineistoa ryhmiteltäessä pelkistetyistä ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, ja samaa tarkoittavat asiat ryhmitellään luokiksi, jolle annetaan sisältöä kuvaava nimi. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alaluokkiin, jotka ryhmitellään yläluokiksi, jotka puolestaan ryhmitellään pääluokiksi. Pääluokat ryhmitellään yhdistävän tekijän alle. Aineisto abstrahoidaan eli käsitteellistetään alkuperäisilmauksista teoreettisiksi käsitteiksi. Käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysissä tulkinnan ja päättelyn avulla edetään empiirisestä aineistosta käsitteellisempää näkemystä kohti. Johtopäätösten tekemisessä tutkija pyrkii ymmärtämään, mitkä asiat ovat tutkittaville merkityksellisiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113.)

TAULUKKO 3: Esimerkki sisällönanalyysi prosessista

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"En muista kunnon ensimmäisiä hetkiä ja olen siitä erittäin katkera."	Hatarat muistikuvat ensihetkestä	Välittömät sekationjälkeiset kokemukset	Leikkauksen jälkeinen vointi	Äitien kokemuksia sektioista

Aloitimme analyysimme perehtymällä saamaamme aineistoon. Merkitsimme vastaajat tekstinkäsittelyohjelmassa eri värein ja juoksevalla numerolla. Seuraavaksi lisäsimme olennaiset asiat tutkimustehtävien alle. Seuraavaksi valikoimme vastauksista opinnäytöemme kannalta merkittävät ilmaukset ja lausahdukset, eli koodasimme aineiston. Seuraavaksi aloimme luomaan pelkistettyjä ilmauksia alkuperäisilmausujen pohjalta. Teimme taulukon tietokoneelle, johon merkitsimme alkuperäisilmauksen ja pelkistetyksen.

TAULUKKO 4.: Esimerkki pelkistetyistä ilmauksista

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
"Toipuminen sektioista lähti alkuun hyvin käyntiin, haava parani hyvin ja selvisin melko vähillä kivuilla myös kotona."	Alkuun toipuminen hyvin käyntiin
"Keisarileikkaus oli kokemuksena aika pelottava, koska sitä ei suunniteltu etukäteen, enkä päässyt "tottumaan" ajatukseen."	Pelottava kokemus sektion yllättävyyden vuoksi
"En muista kunnolla ensimmäisiä hetkiä."	Hatarat muistikuvat
"Kipuja minulla ei ihmeemmin ollut ja hoitajat huolehtivat jatkuvasti, ettei kipuja pääse syntymään."	Riittävä kivunhoito

Kun olimme pelkistäneet alkuperäiset ilmaukset, aloimme ryhmitellä samankaltaisia ilmauksia yhteen ja muodostaa alaluokkia. Alaluokkien muodostamisen jälkeen ryhmitelimme alaluokat yläluokiksi. Yläluokat kokosimme pääluokiksi. Pääluokiksi saimme äitien kokemuksia sektioista, äitien kokemuksia sektioista toipumisessa, äitien kokemuksia imetyksestä sektion jälkeen ja äitien kokemuksia hoitohenkilökunnasta. Yhdistäväksi luokaksi otimme Äitien kokemuksia sektiosynnytyksestä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Taustatietoa vastauksista

Saimme lumipallo-otannalla kymmenen vastausta kyselyymme. Vastaajat ovat synnyttäneen eri sairaaloissa eripuolilla Suomea. Lisäksi yhdellä vastaajalla on sektiokokemus Alankomaista. Sektiokokemukset ovat vuosilta 1995-2013. Lähes kaikilla vastaajilla puoliso oli mukana sairaalassa synnytyksen aikana. Sairaalakohdaiset käytännöt ja sektion kiireellisyys vaikuttivat siihen pääsikä puoliso mukaan sektiosaliin. Osalla vastaajista oli taustalla useampi sektiokokemus. Yhteensä sektiokokemuksia oli 12. Elektiivisiä sektioita oli kolme. Päivystyksellisiä sektioita oli yhdeksän, joista yksi oli hätäsektio.

Suurin osa sektioista tehtiin sikiöindikaatioin. Muita indikaatioita oli synnyttäjistä johtuvat syyt sekä synnytyksen avautumisvaiheen häiriöt. Sikiöindikaatioita olivat poikkeava tarjonta ja sikiön sydänäänten heikkeneminen. Avautumisvaiheen häiriöitä olivat pitkittynyt avautumisvaihe ja pysähtynyt synnytys. Synnyttäjistä johtuvia syitä olivat aikaisempi sektio, pre-eklampsian vaikeutuminen ja synnytyspelko.

7.2 Äitien kokemuksia sektioista

7.2.1 Keisarileikkaus kokemuksena

Äidit kuvasivat sektiokokemusta pelottavaksi, sekavaksi, epämiellyttäväksi ja jännittäväksi kokemukseksi. Lähes kaikkia päivystyksellisiä sektiokokemuksia leimasi kiire. Osa äideistä koki, etteivät he saaneet riittävästi informaatiota ennen sektiota tai sektion aikana. Äidit kokivat, ettei heille kerrottu mitä tapahtuu ja miksi. Ennen päivystyksellistä sektiota äideillä oli vähemmän aikaa tottua ajatukseen. Yksi äideistä kuvaili sektiokokemusta pelottavaksi, kun hänellä ei ollut aikaa tottua ajatukseen ennen toimenpiteitä.

Leikkauksen aikana vastaajat eivät tunteneet kipua. Osa vastaajista kertoi kokeneensa leikkauksen aikana epämiellyttävää paineen tunnetta sekä tunteneensa, kun vauva autettiin ulos. Vastaajat olivat kokeneet myös pahoinvointia leikkauksen aikana.

”Kyllä se sitten hirvittävän tuntuista mylläystä ja painetta vatsassa olikin, kun tyttöä kaivettiin esiin.”

Osa vastaajista koki sektiosynnytyksen hyvänä asiana. Yhdelle vastaajista sektioon päätyminen oli helpottava kokemus. Hän oli pitkään kestäneen avautumisvaiheen ajan oksennellut paljon, ja oli hyvin väsynyt.

”Voin todella pahoin koko synnytyksen ajan... Olinkin todella helpottunut, kun päätös sektioista lopulta tehtiin. Olin niin väsynyt, etten oli ehkä kuitenkaan jaksanut ponnistaa vauvaa ulos...”

Miellyttävämmäksi sektiokokemuksen teki se, jos hoitohenkilökunnalla oli aikaa kertoa mitä tapahtuu ja miksi jotakin tehdään. Myös tilanteet, joissa leikkausvalmistelut pystyttiin tekemään kiireettömästi lisäsi vastaajien positiivista kokemusta sektioista.

”Koska en ollut varautunut sektioon alun perin koin, että oli tärkeää, että hoitohenkilökunnalla oli aikaa ja halua kertoa minulle mitä tapahtuu.”

7.2.2 Epäonnistumisen ja menetyksen tunteen kokemukset

Osa päivystyksellisen sektion kokeneista äideistä koki epäonnistuneensa naisena, synnyttäjänä ja äitinä. Äidit kokivat epäonnistuneensa, kun eivät olleet kyenneet synnyttämään alakautta. Osa koki raskaasti myös imetyksen epäonnistumisen.

”Tunsin epäonnistuneeni äitinä ihan totaalisesti. En ollut pystynyt synnyttämään normaalisti alakautta, enkä sitten edes imettämään täysin. Naiseuteni koki syvän kolauksen”

Osa äideistä koki menetyksen tunnetta, koska jäi paitsi ensihetkistä vauvan kanssa. Muistikuvat koko tapahtumasta jäivät hatariksi, eikä todellinen vauva vastannut odotuk-

sia kohtuvauvasta. Äidille jäi pelko tulevia synnytyksiä kohtaan ja tunne siitä, että haluaisi tulla uudelleen raskaaksi, jotta voisi korjata aikaisemmat huonot kokemukset.

7.3 Äitien kokemuksia sektioista toipumisesta

Äitien kokemukset sektioista toipumisessa vaihtelivat suuresti. Osa koki toipumisen hitaaksi ja osa yllättävän nopeaksi. Fyysisessä ja henkisessä toipumisessa oli eroja. Fyysinen toipuminen vaihteli noin viikosta neljään kuukauteen. Osa äideistä kantaa katkeruuden ja pettymyksen tunteita siitä, ettei voinut synnyttää alakautta sekä pelkoa mahdollisista tulevista raskauksista ja synnytyksistä. Taustalla näillä äideillä on ollut sektion jälkeisiä komplikaatioita sekä puutteita sektion jälkeisessä ohjauksessa ja synnytyskeskustelun käymisessä.

Monet äideistä kärsivät leikkauksen jälkeen pahoinvoinnista. Heillä oli myös väsynyt, huteruutta ja sekava olo. Yksi äideistä toi esiin myös pelon haavan näkemisestä. Liikkuminen oli myös monelle alkuun hankalaa ja vaikeutti vauvanhoitoa. Ensimmäisinä päivinä monet tarvitsivat ja saivat apua vauvan siirtelyyn ja hoitoon. Äitien apuna olivat omat puoliso ja hoitohenkilökunta. Vauvan hoidon opettelua äidit aloittelivat oman voinnin mukaan. Yksi vastaajista koki vauvan vierihoidossa olemisen vaikuttaneen positiivisesti ja nopeuttavasti toipumiseen.

Äidit kokivat ikäväksi sen, jos vauva joutui toiselle osastolle. Osalle liikkuminen vauvan luona tuotti ongelmia, jolloin he eivät pystyneet olemaan vauvan luona niin paljon kuin olisivat halunneet. Osa äideistä ei saanut hoitohenkilökunnalta apua päästäkseen katsomaan vauvaa toiselle osastolle, vaan he olivat puolisonsa avun varassa. Myös oman osaston rutiinit vaikuttivat vauvan luona vietetyn ajan mahdollisuuteen. Eräs äiti koki ikäväksi myös lapsivuodeosastolla olemisen ilman vauvaa, muiden äitien hoitaessa vauvojaan.

Kivun kokeminen leikkauksen jälkeen oli yksilöllistä. Suurin osa äideistä kertoi olleensa todella kipeä sektion jälkeen. Vastaajat olivat yllättyneitä kuinka kipeä haava todellisuudessa oli. Hoitotoimenpiteet ja kohdun painaminen koettiin erityisen kivuliaina. Kova kipu vaikeutti nukkumista, vauvanhoitoa ja sopivaa imetysasentoa oli vaikea löytää.

”Nukkumisesta ei kipujen vuoksi tullut mitään, vaan aika kului viiden minuutin sykleissä, että sai kipupumpusta lisää lääkettä.”

Eräs äiti kuitenkin koki kipulääkkeitä tarjottavan liikaa ja liian helposti. Kipujen kesto vaihteli myös yksilöllisesti. Siinä missä yksi äideistä kertoi kovista kivuista neljä viikkoa kertoi yksi äiti jättäneensä kipulääkkeet pois runsas viikko synnytyksestä. Eräs äiti kertoi myös kipulääkityksen olleen sairaalassa ollessa riittävää, mutta kotona täysin riittämätöntä.

”Sairaalassa sain paljon kipulääkettä säännöllisin väliajoin, joten kipu ei tuntunut niin kamalalta... Kotiin päästyäni katselin koko ajan kelloa, koska saan ottaa seuraavan kerran kipulääkettä.”

Yksi vastaajista kärsi välittömästi sektion jälkeen hengitysvaikeuksista, eikä puudutus meinannut hävittää. Osan kohdalla toipuminen alkoi nopeasti, mutta hidastui komplikaatioiden vuoksi. Äitien toipumista komplisoivat runsas verenvuoto ja kaavinta kohtuun jääneestä istukan palasta johtuen. Myös haavan tulehtuminen hidasti paranemista. Osalle vastaajista komplikaatioiden myötä jäi pelko uusista komplikaatioista.

Kotiotumisen jälkeen osalla vastaajista sektiohaava oli vielä hyvin kipeä. Haava vaikeutti jokapäiväistä elämää ja vauvan hoito oli haastavaa. Eräs vastaajista tunsii sektioarvella kiristystä, kutinaa ja nipistelyä pitkään sektion jälkeen. Toinen vastaaja joutui arven kipujen takia käyttämään äitiyshousuja pitkään sektion jälkeen.

”Sektioista on nyt neljä kuukautta aikaa. ... Haava on kipeä/ärtynyt ulkopinnalta joskus liikkuessi hieman jomottaa sisäpuolelta. Tuntuu siltä, ettei koskaan parane.”

7.4 Äitien kokemuksia imetyksestä sektion jälkeen

Osalla äideistä imetys oli ongelmallista ja vauva sai aluksi luovutettua äidinmaitoa. Syitä luovutetun äidinmaidon antamiselle olivat äidin käyttämä lääkitys, vauvojen pieni koko ja vauvojen oleminen toisella osastolla. Osalla oli ongelmia maidon nousun kanssa, kun taas toisilla maito nousi, mutta imetys ei vauvasta johtuvista syistä onnistunut.

Nämä äidit lypsivät maitoa alkuun, mutta arjen kiireiden takia lypsäminen jäi ja äidit siirtyivät korvikeruokintaan. Eräällä äidillä kuitenkin vauvan vahvistuttua vauva oppi imemään ja äiti pääsi kokemaan imetyksen alun nenämahaletkulla, lääkeruiskulla ja tuttipullolla ruokinnan jälkeen. Osa vauvoista sai luovutettua maitoa ensimmäisten päivien ajan, ja vähitellen imetys lähti sujumaan ja korvikkeesta luovuttiin.

Äidit kokivat sopivan imetysasennon löytymisen hankalaksi sektiohaavan ollessa kipeä. Kivun koettiin myös vaikeuttavan imetystä. Äidit olisivat toivoneet enemmän imetysohjausta ja apua hyvän imetysasennon löytämiseen.

”Imetys ei onnistunut, mikä ei sinällään ole mikään ihme, kun en saanut minkäänlaista opastusta tai tukea asian suhteen.”

Kaikki äidit eivät kuitenkaan kokeneet imetysohjausta puutteelliseksi vaan osa äideistä sai mielestään hyvää ja riittävää imetysohjausta. Nämä äidit kokivat imetysohjauksen olleen kädestä pitäen ohjausta. Apua saatiin myös rintojen lypsyyneen.

7.5 Äitien kokemuksia hoitohenkilökunnasta

7.5.1 Hoitohenkilökunnalta saatu tieto ja tuki

Vastaajien kokemukset hoitohenkilökunnalta saadusta tiedosta ja tuesta vaihtelivat paljon. Osa koki hoitohenkilökunnalta saadun tiedon ja tuen riittävänä. Hoitohenkilökunta koettiin opastavana ja kannustavana. Henkilökunnalta saatu tuki ja ymmärrys koettiin tärkeänä.

”Kaiken kaikkiaan sairaalassa hoitohenkilökunnalta saatu tuki ja ymmärrys oli todella tärkeää.”

Vastaajat kokivat tärkeänä, että hoitohenkilökunta kertoi tapahtumien kulusta. Riittävä tiedonsaanti rauhoitti ja lievitti pelkoa sekä lisäsi turvallisuuden tunnetta. Äidit kuvasivat hoitohenkilökuntaa asialliseksi, ja kokivat saamaansa hoidon asiantuntevaksi ja nykyaikaiseksi.

”Olin erittäin tyytyväinen hoitohenkilökunnan toimintaan... Tuntui, että olin osaavissa ja välittävissä käsissä...Leikkaussalissa tuntui, että se oli täynnä mukavia ihmisiä.”

Osa äideistä koki hoitohenkilökunnan kohtelevan heitä epäasiallisesti. Kivuliaita hoito-
toimenpiteitä tehtiin yllättäen ja perustelematta.

”Leikkauspäivän iltana joku kätilö toi pesuvadin peppuni alle ja painoi yhtäkkiä varoittamatta molemmat nyrkkinsä alavatsaani...mies oli pyörtyä veren näkemisestä ja minä kivusta. Se on sattunut elämäni eniten. En tiedä miksi noin toimittiin.”

Äidit kokivat hoitajilla olevan kiire ja henkilökunnan määrän riittämättömänä. Kuitenkin suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä hoitohenkilökunnalta saamaansa tukeen ja ohjaukseen vauvan hoidon suhteen. Hoitajakohtaiset erot tulivat vastauksissa esille, osalla oli enemmän aikaa auttaa kuin toisilla. Monet pitivät ohjausta ennen sektiota puutteellisenä, ja olisivat toivoneet parempaa ohjausta siihen millaista sektion jälkeen tulee olemaan ja miten se vaikuttaa. Myös imetyksen suhteen ohjausta ja tukea pidettiin riittämättömänä.

7.5.2 Synnyttäjien toiveita henkilökunnalle

Äidit toivoivat selkeää informaatiota sekä perusteluja miksi jotakin tehtiin niin kuin tehtiin. Äidit kokivat, että heille ei kerrottu leikkauksen mahdollisuudesta ajoissa. Sektiosta toivottiin etukäteen tietoa; mitä sektio käytännössä tarkoittaa toipumisen ja kivun suhteen.

Äidit kokivat kirjallisten jälkihoito-ohjeiden saamisen hyväksi. Äidit toivoivat kuitenkin, että jälkihoitoa olisi käyty myös suullisesti läpi. Osa äideistä koki synnytyksen läpikäymisen puutteelliseksi. Synnytyskeskustelu toivottiin käytäväksi vasta vähän enne kotiutumista.

Henkilökunnalta toivottiin myös tukea sekä lempeää ja kiireetöntä hoitoa. Osa äideistä koki jääneensä yksin ikävän ja huolen kanssa vauvan ollessa vastasyntyneiden osastolla

ja isän joutuessa lähtemään kotiin vierailuaikojen takia. Äidit olisivat toivoneet hoitajilta enemmän läsnäoloa.

”Tunteet oli kuitenkin niin pinnassa ja sitten jätettiin heti yksin. Siinä tilanteessa olisi henkilökunnalta odottanut enemmän tukea. Sanottiin vaan, että yritä nukkua.”

Eräs äideistä koki olonsa epämukavaksi osastolla, jossa muut äidit olivat yhdessä vauvan kanssa, kun oma vauva oli vastasyntyneiden osastolla. Äidit toivoivat saavansa enemmän tietoa vauvan voinnista vauvan ollessa eri osastolla. Lisäksi toivottiin enemmän tukea varhaiseen vuorovaikutukseen.

Lähes jokainen vastaaja toivoi parempaa imetysohjausta. Imetysohjausta toivottiin määrällisesti enemmän ja ohjaukseen toivottiin yhdenmukaisempaa linjaa. Äidit kokivat hankalaksi ohjaajien yksilölliset ohjaustavat. Äidit toivoivat perusteellisempaa ohjausta rinnan toiminnasta ja imetysasennoista.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen perustan muodostavat ihmisoikeudet. Tutkimukseen osallistuvien tulee tietää tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkimukseen osallistuvien tulee olla tutkimuksessa mukana vapaaehtoisesti, ja heillä on oikeus keskeyttää mukanaolonsa milloin tahansa. Tutkittavalla on myös oikeus kieltää itseään koskevan aineiston käyttö koska tahansa. Tutkittavan tulee tietää oikeutensa. Antaessaan suostumuksen tutkimukseen, osallistujan tulee tietää, mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkimus ei saa aiheuttaa osallistujille vahinkoa, tutkimuksen tietojen tulee olla luottamuksellisia, eikä niitä saa luovuttaa ulkopuolisille tai käyttää muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Tutkittavilla on oikeus pysyä nimettöminä ja heillä on lupa odottaa tutkijalta vastuuntuntoa, sopimuksen noudattamista sekä tutkimuksen tekemistä sen rehellisyyttä vaarantamatta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

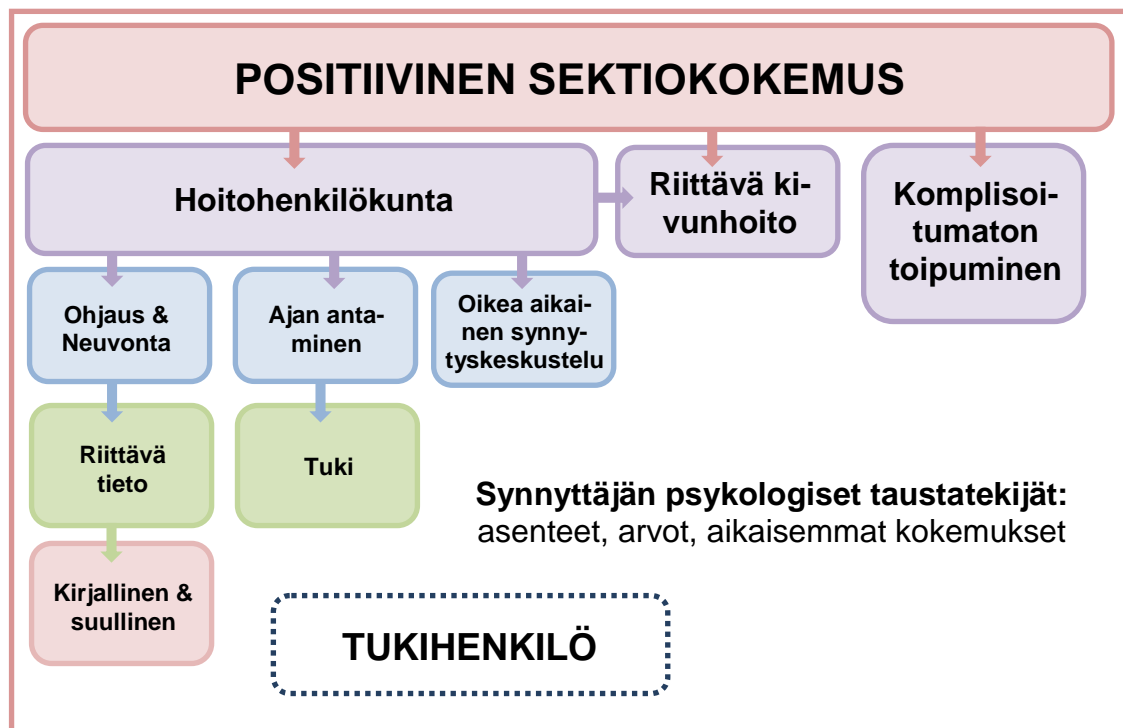
Kyselymme saate osiossa kerroimme vastaajille mitä olemme tutkimassa, missä tulokset julkaistaan ja kerroimme käsittelevämme heidän vastauksiaan anonymisti ja asiallisesti. Ilmaisimme kyselyyn osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista. Tulosten raportointivaiheessa käytämme vain sellaisia suoria lainauksia, joista vastaajan henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa. Osa vastaajista ilmaisi vastauksissaan sairaaloiden nimiä, olemme jättäneet nuo yksityiskohdat mainitsematta raportissamme.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee arvioida koko tutkimusprosessin luotettavuutta. Laadullisessa tutkimuksessa täytyy huomioida, että tutkija on keskeinen osa tekemäänsä tutkimusta. Luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuden kriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset esitetään niin seikkaperäisesti, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan sitä. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan arviota siitä, miten hän vaikuttaa aineistoonsa ja koko tutkimusprosessiin. Tutkijan on kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. (Eskola & Suoranta 1998, 211; Kylmä & Juvakka 2007, 127; Tuomi & Sarajärvi 2009, 129;138-139.)

Opinnäytetyömme raportissa olemme pyrkineet kuvaamaan tutkimusprosessiamme niin selkeästi kuin mahdollista. Olemme myös havainnollistaneet prosessimme vaiheita esimerkkitaulukoin.

8.2 Tulosten ja johtopäätösten tarkastelu

Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää, miten hoitohenkilökunta pystyy vaikuttamaan mahdollisimman positiivisen sektiokokemuksen syntymiseen. Tutkimuksemme perusteella positiiviseen sektiokokemukseen vaikuttaa suuresti hoitohenkilökunnan vuorovaikutus potilaan kanssa. Muita positiiviseen sektiokokemukseen vaikuttavia tekijöitä ovat riittävä kivunlievitys ja toipuminen ilman komplikaatioita. Alla olevassa kuvassa (kuva 1) olemme esittäneet positiiviseen sektiokokemukseen vaikuttavia tekijöitä.



KUVIO 1: Positiiviseen sektiokokemukseen vaikuttavat tekijät

Saamamme sektiokokemukset olivat sairaaloista eripuolelta Suomea. Sairaalakohtaisia eroja esiintyy muun muassa siinä, miten isä tai tukihenkilö voi osallistua sektioon. Elektiivisiin sektioihin tukihenkilöt pääsevät sektiosaliin mukaan, kun taas hätäsektioiden kohdalla isät joutuvat odottamaan synnytysshuoneessa. Eniten käytännöt vaihtelevat kii-reellisten sektioiden kohdalla. Toisissa sairaaloissa isillä/tukihenkilöillä on mahdollista

tulla äitien mukaan ja tueksi sektiosaliin, toisissa sairaaloissa isät joutuvat odottamaan synnytyssalissa. Tämä kävi ilmi myös tutkimuksessamme, jossa osa tukihenkilöistä oli mukana kiireellisessä sektiossa ja osa joutui odottamaan synnytyssalissa.

Tukihenkilö pääsee yleensä sektion jälkeen seuraamaan vauvan hoitoa. Jälleen sairaalakohtaisia eroja on siinä pääseekö tukihenkilö kylvettämään vauvan vai kylvettääkö hoitaja vauvan. Myös vauvan vointi vaikuttaa tukihenkilön osallistumiseen. Sairaalakohtaisia eroja oli myös siinä vietiinkö vauva heräämööän äitiä tapaamaan, jos äiti oli sektion jälkeen heräämössä. Vauvan vointi vaikuttaa myös siihen, voiko vauva tulla vierihoittoon vai tarvitseeko vauva tarkempaa seurantaa lastenosastolla.

Äidit kokivat tärkeäksi sen, että tukihenkilö oli mukana myös sektiosalissa. Jos tukihenkilöä ei voi saliin päästää, tulisi tämä perustella synnyttäjälle. Hoitohenkilökunnan rauhallinen toiminta kiireisessäkin tilanteessa luo synnyttäjälle turvallisuuden tunnetta ja lieventää pelkoa, joka etenkin kiireelliseen sektioon päädyttäessä on läsnä. Pahinta on, jos asiat vain tapahtuvat, eikä synnyttäjä tiedä missä mennään.

Synnyttäjät toivoivat hoitohenkilökunnalta läsnäoloa, tukea, kiireetön ja lempeää hoivaa. Sektion kokeneet toivoivat saavansa hoitajilta tietoa sekä ennen sektiota, sektion aikana kuin sektion jälkeenkin. Erityisesti päivystyksellisen sektion jälkeen, jos vauva on lastenosastohoidossa äidit tarvitsevat hoitajilta tukea. Päivystykselliset sektiöt tehdään vuorokauden ajasta riippumatta, eikä tukihenkilön ole välttämättä mahdollista jäädä sairaalan käytännöistä johtuen äidin tueksi, jolloin hoitajien merkitys korostuu, ettei äiti jää yksin tunteidensa kanssa. Vastaajat toivovat tietoa vauvan voinnista sekä hoitajan läsnäoloa.

Synnytyksen läpikäymisellä on suuri merkitys synnytyspelon ehkäisyssä. Koska päivystyksellisessä sektiossa on yleensä kova kiire, informaatiolle ei aina ole aikaa ennen leikkausta. Oikea-aikaisella synnytyskeskustelulla on olennainen osa hyvän sektiokokemuksen syntymisessä ja tulevien pelkojen ehkäisemisessä. Tutkimuksessamme synnyttäjät toivoivat keskustelun käytäväksi vasta juuri ennen kotiutumista toipumisen jo olessa käynnissä. Monet kuvasivat muistikuvien ensimmäisistä päivistä olleen hataria ja liian aikaisin käyty synnytyskeskustelu ei jäänyt mieleen. Synnytyksen jälkeen keskustelemalla synnytyksestä perheen kanssa pystytään selventämään perheelle miksi päädyttiin sektioon ja mitä tapahtui. Näin perhe saa oikeaa tietoa ja pystyy prosessoimaan ta-

pahtuman. Perheellä on mahdollista myös kysyä mieltään painavista asioista. Kokemuksen läpikäyminen voi myös auttaa muodostamaan positiivisempaa kuvaa tapahtumasta.

Myös riittäväällä kivunhoidolla on selkeästi merkitystä synnytyskokemukseen. Riittävä kivunhoito auttaa äitiä pääsemään nopeammin liikkeelle mikä auttaa toipumisen alkuun. Äidin päästessä liikkeelle, myös mahdollisuudet vauvan hoitoon ovat paremmat. Kipujen ollessa hallinnassa äiti pääsee myös paremmin tapaamaan vauvaa, vauvan ollessa eri osastolla. Tämä vaikuttaa äidin ja vauvan varhaisen vuorovaikutus suhteen syntymiseen positiivisesti.

Imetys, etenkin ensisynnyttäjälle, on usein haastava ja hyvin tunnelatautunut asia. Imetys on varhaisen vuorovaikutuksen tukemisessa olennainen osa. On tärkeää, että äiti saa riittävää ohjausta rinnan toiminnasta ja opastusta sopivan imetysasennon löytämisessä. Ohjauksen tulisi olla lempeää ja kiireetöntä. Äidin tulisi voida palata askarruttaviin asioihin niin kauan kunnes hän alkaa löytämään varmuutta imettäjänä.

Tulokset olivat yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Sairaaloiden käytäntöihin voi olla vaikeampi puuttua kuten myös hoitohenkilökunnan riittämättömään määrään. Hoitohenkilökunnan määrän vähentäminen aiheuttaa väistämättä sen, että hoitohenkilökunnalle jää vähemmän aikaa potilaille. Hoitohenkilökunta voi kuitenkin vaikuttaa paljon sektiokokemuksen syntymiseen omalla käyttäytymisellään ja antamalla perheelle aikaa ja tukea kiireestä huolimatta.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että synnyttäjän sosiaaliset ja psykologiset taustatekijät vaikuttavat synnytyskokemukseen. Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää kuinka hoitohenkilökunta voi vaikuttaa positiivisen sektiokokemuksen syntyyn. Tästä syystä emme tarkemmin tarkastele synnyttäjien sosiaalisia ja psykologisia tekijöitä tässä tutkimuksessamme. Jatkossa voisi olla mielenkiintoista tutkia tarkemmin sosiaalisten ja psykologisten taustatekijöiden vaikutusta sektiosynnytyskokemukseen.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö – Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Asantila-Jarva, R. 2007. Keisarileikkauspotilaan kivunhoito. FINNANEST 2007, 40 (3), 208- 212

Cargill, D. 2002. ”Untimely Ripp’d” Caesarean section – a brief history.

Deufel, M. & Montonen, E. 2010a. Maidoneritykseen vaikuttavat hormonit. Teoksessa Onnistunut imetys. (toim. Deufel, M. & Montonen, E. Tampere: Kustannus Oy Duodecim. 56-63

Deufel, M. & Montonen, E. 2010b. Imetyksen ohjaaminen. Teoksessa Onnistunut imetys. (toim.) Deufel, M. & Montonen, E. Tampere: Kustannus Oy Duodecim. 107-147

Deufel, M. & Montonen, E. 2010c. Synnytystavan vaikutus imetykseen. Teoksessa Onnistunut imetys. (toim. Deufel, M. & Montonen, E. Tampere: Kustannus Oy Duodecim. 412-415

Deufel, M. & Montonen, E. 2010d. Imetyksen asennot keisarileikkauksen jälkeen. Teoksessa Onnistunut imetys. (toim. Deufel, M. & Montonen, E. Tampere: Kustannus Oy Duodecim. 415-417

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Vastapaino

Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1. painos. Helsinki: WSOY

Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A. & Nissen, E. Lärobok för barnmorskor. s.314-317. Historiaa!

Hamilton, A. 2003. Operative Deliveries. Teoksessa Myles Textbook for Midwives. 14th Edition. (Ed.) Fraser, D. & Cooper, M. Edinburgh. Churchill Livingstone, 581-590

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kipu. (toim.) Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Hannula, L. 2012. Kätilötyö ja imetys. Teoksessa Kätilötyö. (toim.) Paananen, Pietiläinen, Raussi-lehto, Väyrynen & Äimälä. Helsinki: Duodecim, 302-309

Henttu, M. & Pohjanen, R. 2012. Meidän vauvan syntymäpäivä. Opas suunniteltuun keisarileikkaukseen tulevalle perheelle. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. hoitotyön koulutusohjelma.

Luettu 20.11.2013 www.ppshep.fi

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Voiko kipua mitata? Teoksessa Kipu. (toim.) Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Kivelä, A. 2010. Miten valita synnytystapa keisarileikkauksen jälkeen? Suomen Lääkärilehti 1-2/2010, 51–54.
- Kolanen, H. 2010. Imetysohjaus. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 11.3.2010 Luettu 23.10.2012 www.terveysportti.fi
- Korhonen, A. 2012. Varhainen vuorovaikutus. Teoksessa Kätilötyö. (toim.) Paananen, Pietiläinen, Raussi-lehto, Väyrynen & Äimälä. Helsinki: Duodecim, 309-315
- Koskinen, K. 2008. Imetysohjaus. 1. painos. Helsinki: EDITA
- Kotavainio, T. & Mäenpää, L. 2013. Kivun arviointi. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 13.2.2013 Luettu 4.5.2013 www.terveysportti.fi
- Kuurne, S. & Erämies, T. 2012. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 26.10.2012 Luettu 4.5.2013 www.terveysportti.fi
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: EDITA
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen prosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotyössä (toim.) Janhonen, S. & Nikkonen, M. Helsinki: WSOY, 21-43
- Lindén, H. & Ilola, T. 2013 a. Keisarileikkaus (sektio). Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 17.9.2013 Luettu 20.11.2013 www.terveysportti.fi
- Lindén, H. & Ilola, T. 2013 b. Synnytyksen jälkeinen verenvuoto. Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 17.9.2013 Luettu 20.11.2013 www.terveysportti.fi
- Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Savo, M., Hiivala, K., Salomäki, T. & Hoikka, A. 2013. Postoperatiivisen hoidon yleisperiaatteet. Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 17.9.2013 Luettu 20.11.2013
- Luukkainen, P. 2010. Rintamaidon koostumus. Teoksessa. Onnistunut imetys. (toim.) Deufel, M. & Montonen, E. Tampere: Kustannus Oy Duodecim. 33-37
- Lystilä, A. 2010. Sectiopotilaan päivittäinen tarkkailu ja hoito. TAYS. NASY.Intra. Ohjeet. Päivitetty 11/2010

- Männistö, V. & Sillanpää, K. 2006. Synnytystapahtuma tulevaa elämää ohjaamassa; Synnytyksen yhteys vanhemmuuteen ja parisuhteeseen, Pro-gradu, Tampereen yliopisto. Luettu 3.11.2012 <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00925.pdf>
- Pallasmaa, N. 2009. Vakavat äitikomplikaatiot eri synnytystavoilla. *Kättilö-lehti*. 2/2009, 28–29.
- Redshaw, M. 2010. Institutional Processes and individual Responses: Women`s experiences of care in relation to cesarean birth. *Birth* 37:2 June 2010, 150-159.
- Rouhe, H., Halmesmäki, E. & Saisto, T. 2007. Synnytyspelon vuoksi tehdyt keisarileikkaukset vuosina 1999-2005. *Duodecim* 2007; 123:2481–6
- Ruohotie, P. 2004. Imetys sektion jälkeen. Imetysuutisia 2/2004. Imetyksen Tuki Ry. Päivitetty 27.11.2006. Luettu 24.10.2012 <http://www.imetys.fi/itu/imetysuutisia/artikkelit/sektio.php>
- Saisto, T. 2006. Alatiesynnytys keisarileikkauksen jälkeen. *Suomen Lääkärilehti* 21–22/2006, vsk 61, 2345–2350.
- Saisto, T. & Halmesmäki, E. 2003. Keisarileikkauksen riskit. *Duodecim* 2003; 119, 593-598.
- Sewell, J.E. 1993. Cesarean Section – A Brief History. U.S. National Library of Medicine. Luettu 1.10.2012 <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/part1.html>
- Somera, M.J., Feeley, N. & Ciofani, L. 2010. Women`s experience of an emergency caesarean birth. *Journal Of Clinical Nursing*, 19, 2824-2831.
- Stakes. tilastot ja rekisterit. Pohjoismaiset synnytystilastot, Suomen taulukot (xls, päivitetty 7.6.2010). Luettu 2.10.2012. www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajatjasynnytystoimenpiteet.htm
- Synnyttäneiden perheiden hoito. 2013. Lisätietoja synnyttäneiden perheiden voinnista. pdf. Synnytysvuodeosasto C1. Keskussairaala.Terveyspalvelut. Päivitetty 6.11.2013 Luettu 20.11.2013 www.eksote.fi
- Tarkka, M-T., Rantanen, A., Haussler S. & Åstedt-Kurki, P. 2005: Äitien kokemuksia suunnitellusta ja äkillisestä keisarileikkauksesta. *Hoitotiede* 17 (6). 333- 343.
- Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. 2010. Uudet imetyssuosituksukset tukevat nykyisiä imetyssuosituksia. Päivitetty 23.2.2010 Luettu 23.10.2012 http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uutinen?id=22090
- Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. 2012. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Liitetaulukot (xls). Tilastoraportti 20/2012, 24.9.2012. Luettu 1.10.2012. www.thl.fi
- Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. 2013. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012. Liitetaulukot (xls). Tilastoraportti 24/2013, 27.9.2013. Luettu 27.11.2013 www.thl.fi

- Tiitinen, A. 2012 a. Keisarileikkaus. Duodecim terveyskirjasto. Verkkodokumentti. Päivitetty 21.9.2012. Luettu 1.10.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00873
- Tiitinen, A. 2012 b. Tietoa potilaalle: Imetys. Lääkärikirja Duodecim. 17.9.2012. Luettu 23.10.2012
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=dlk01020&p_haku=imetys
- Tohtori.fi. 2012. Faskia. www.tohtori.fi
- Tunturi, P. 2013 a. Epiduraalipuudutus. Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.
 Päivitetty 17.9.2013 Luettu 20.11.2013
- Tunturi, P. 2013 b. Laajat puudutukset. Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.
 Päivitetty 17.9.2013 Luettu. 21.11.2013
- Tunturi, P. 2013 c. Spinaalipuudutus. Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.
 Päivitetty 17.9.2013 Luettu 20.11.2013
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Helsinki: Tammi
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi
- Uotila, J. 2012. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Kätilötyö. (toim.) Paananen, Pietiläinen, Raussi-lehto, Väyrynen & Äimälä. Helsinki: Duodecim, 490-500.
- Uotila, J. & Tuimala, R. 2006. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Naistentaudit ja Synnytykset. (toim.) Ylikorkala, O. & Kauppila, A. Keuruu: Duodecim, 488-494.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. & Rådestad, I. 2004. A Negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 31:1 March 2004, 17-26.
- Weiss, M., Fawcett, J. & Aber, C. 2009. Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2938-2948.
- Wijma, K., Ryding, E.L. & Wijma, B. 2002. Predicting psychological well-being after emergency caesarean section: a preliminary study. *Journal of reproductive and infant psychology*, vol. 20, no 1 2002, 25-36.
- Ylikorkala, O. 2006. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa Naistentaudit ja Synnytykset. (toim.) Ylikorkala, O. & Kauppila, A. Keuruu: Duodecim, 495-505

LIITTEET

Liite 1. Kysely äideille

Hei,

Olemme kaksi Tampereen ammattikorkeakoulussa opiskelevaa kättilöopiskelijaa, ja teemme opinnäytetyötä keisarileikkaus synnytyksestä äitien kokemana. Toivomme tämän ryhmän avulla saavamme aineistoa tutkimukseemme. Jos olet synnyttänyt keisarileikkauksella ja haluat osallistua tutkimukseemme kerro meille kokemuksistasi keisarileikkauksesta.

Vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja käsittelemme vastaukset anonymisti. Nimesi tai nimimerkkisi ei tule missään vaiheessa julki. Vastauksia käytetään vain tässä tutkimuksessa. Vastaukset voit lähettää meille sähköpostitse osoitteeseen elina.hanska(at)health.tamk.fi tai marika.fuamba(at)health.tamk.fi

Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseus.fi-sivustolla, jossa voitte käydä katsomassa tutkimuksen tuloksia ja halutessanne näette työn kokonaisuudessaan.

Kokemuksistanne saatte kirjoittaa täysin vapaamuotoisesti.

Haemme vastauksia muun muassa näihin kysymyksiin:

Millainen keisarileikkaus ja siitä toipuminen oli kokemuksena?

Oliko keisarileikkaus etukäteen suunniteltu (elektiivinen) vai päädyttiinkö keisarileikkaukseen synnytyksen aikana (päivystyksellinen)?

Mitkä syyt johtivat keisarileikkaukspäätökseen?

Oliko kivunhoito riittävää keisarileikkauksen aikana ja sen jälkeen?

Oliko kumppani mukana synnytyksessä?

Miten vauvanhoito ja imetys sujuivat keisarileikkauksen jälkeen?

Olitko tyytyväinen hoitohenkilökunnan toimintaan?

Oliko hoitohenkilökunnalta saamaasi tieto ja tuki riittävää?

Olisitko toivonut jotain muuta hoitohenkilökunnalta? Mitä?

Kiitos vastauksestasi!

Elina Hanska, kättilöopiskelija, Tampereen ammattikorkeakoulu

ja Marika Fuamba, kättilöopiskelija, Tampereen ammattikorkeakoulu

elina.hanska(at)health.tamk.fi

marika.fuamba(at)health.tamk.fi

Liite 2: Aiemmat tutkimukset sektioista synnytyskokemuksena

Männistö & Sillanpää (2006)	Synnytystapahtuma tulevaa elämää ohjaamassa; Synnytyksen yhteys vanhemmuuteen ja parisuhteeseen
Redshaw (2010)	Institutional Processes and individual Responses: Women`s experiences of care in relation to cesarean birth
Somera, Feeley & Ciofani (2010)	Women`s experience of an emergency cesarean birth
Tarkka, Rantanen, Haussler & Åstedt-Kurki (2005)	Äitien kokemuksia suunnitellusta ja äkillisestä keisarileikkauksesta
Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad (2004)	A Negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample
Weiss, Fawcett & Aber (2009)	Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after cesarean birth
Wijma, Ryding & Wijma (2002)	Predicting psychological well-being after emergency cesarean section: a preliminary study