

Perhelähtöinen keisarileikkaus: menetelmän kuvaus sekä pohdintaa sen vaikutuksista äitiroolin muodostumiseen

Elisa Suominen

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö 2011 (kätilötyö)
Tunnistenumero:	5510
Tekijä:	Elisa Suominen
Työn nimi:	Perhelähtöinen keisarileikkaus
Työn ohjaaja (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Toimeksiantaja:	Aktiivinen Synnytys ry
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan perhelähtöistä keisarileikkausta. Työn on tilannut Aktiivinen synnytys ry. Tutkimuskysymykset ovat 1) miten perhelähtöinen keisarileikkaus kuvataan tutkimuksissa? ja 2) miten perhelähtöinen keisarileikkaus vaikuttaa äidiksi tulemiseen ja äitiroolin muodostumiseen? Työ on tuotekehitystyö, jonka tavoitteena on ollut tuottaa informatiivinen esite perhelähtöisestä keisarileikkauksesta perheille ja äitiyshuollossa työskenteleville ammattilaisille. Esite julkaistaan Aktiivinen synnytys ry:n Internet-sivuilla, www.aktiivinensynnytys.fi. Esitteen taustalla on kirjallinen työ, joka on menetelmältään kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Aineistona on 10 tutkimusartikkelia, joista neljä käsittelee perhelähtöistä keisarileikkausta kokonaisuudessaan. Loput artikkelit keskittyvät välittömään tai varhaiseen ihokontaktiin sekä äidin ja vauvan yhdessä pitämiseen keisarileikkauksen aikana leikkaussalissa sekä sen jälkeen, mitkä ovat perhelähtöisen keisarileikkauksen keskeisimpiä piirteitä. Nämä elementit ovat tämän työn painopisteitä. Lisäksi menetelmään kuuluu muun muassa vauvan hidas ulosautto sekä puolison tai tukihenkilön läsnäolo. Teoreettisena viitekehyksenä on käytetty Ramona T. Mercerin teoriaa “äidiksi tuleminen”. Analyysiosiossa on tarkasteltu menetelmän eri osa-alueita ja pohdittu niiden mahdollisia vaikutuksia äidiksi tulemiseen. Johtopäätöksenä on, että perhelähtöinen menetelmä saattaa vaikuttaa positiivisesti äidiksi tulemiseen sekä äitiroolin muodostumiseen, mutta aiheesta tarvitaan lisää tutkimusta. Työn loppupuolella on pohdittu menetelmän turvallisuutta sekä esitelty siihen kohdistuvaa kriittistä keskustelua.</p>	
Avainsanat:	Perhelähtöinen keisarileikkaus, välitön ja varhainen ihokontakti, sensitiivinen ajanjakso, Aktiivinen synnytys ry, äidiksi tuleminen
Sivumäärä:	70
Kieli:	suomi
Hyväksymispäivämäärä:	4.12.2017

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård 2011 (barnmorskearbete)
Identifikationsnummer:	5510
Författare:	Elisa Suominen
Arbetets namn:	Familjecentrerat kejsarsnitt
Handledare (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Uppdragsgivare:	Aktiivinen Synnytys rf (Aktivt födande rf)
Sammanfattning:	
<p>Detta examensarbete handlar om familjecentrerat kejsarsnitt och är ett beställningsarbete för föreningen Aktiivinen synnytys rf (föreningen heter Aktivt födande rf på svenska, men är mer känd under sitt finska namn). Forskningsfrågorna är två: 1) hur beskrivs familjecentrerat kejsarsnitt inom forskningen? och 2) hur påverkar familjecentrerat kejsarsnitt processen att bli mamma och formandet av mammarollen? Arbetet är ett produktutvecklingsarbete, och syftet har varit att producera en informativ broschyr om familjecentrerat kejsarsnitt. Målgruppen är familjer och de som jobbar med kvinnor under graviditet, förlossning och efter förlossning. Broschyren kommer att publiceras på Aktiivinen synnytys rf:s webbsidor, www.aktiivinensynnytys.fi. Broschyren baserar sig på ett bakomliggande längre skriftligt arbete. Metoden i det skriftliga arbetet är en beskrivande litteraturstudie. Det centrala materialet som analyseras består av tio forskningsartiklar, varav fyra handlar om familjecentrerat kejsarsnitt i sin helhet. Resten av artiklarna behandlar omedelbar eller tidig hudkontakt och att hålla mamman och babyn tillsammans under kejsarsnitt i operationssal och efter det, vilka är centrala element i ett familjecentrerat kejsarsnitt. Dessa element är tyngdpunkter i arbetet. Dessutom innehåller familjecentrerat kejsarsnitt till exempel att babyn hjälps ut långsamt och att partnern eller stödpersonen får vara med. Som teoretisk referensram används Ramona Mercers teori "att bli mamma". I analysen betraktas olika element av familjecentrerad metod och hur de kan påverka processen att bli mamma. Resultat är att familjecentrerat kejsarsnitt kan påverka positivt processen att bli mamma och formandet av mammarollen, men mera forskning behövs. I slutet av arbetet övervägas om metoden är trygg, samt presenteras kritisk diskussion kring metoden.</p>	
Nyckelord:	Familjecentrerat kejsarsnitt, omedelbar och tidig hudkontakt efter kejsarsnitt, sensitiv period, Aktiivinen synnytys rf, att bli mamma
Sidantal:	70
Språk:	finska
Datum för godkännande:	4.12.2017

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing 2011 (Midwifery)
Identification number:	5510
Author:	Elisa Suominen
Title:	Family-Centered Caesarean Section
Supervisor (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Commissioned by:	Aktiivinen Synnytys ry (The organization for active birth in Finland)
Abstract:	
<p>This degree thesis aims to define family-centered caesarean section, and to explore the affects it has on the process of becoming a mother. The findings of this paper are presented as an informative brochure for Aktiivinen synnytys ry, the organisation for active birth in Finland. The main method has been thus product development work. The target groups are families and professionals working in maternity care. The brochure will be published on the website of Aktiivinen synnytys ry, www.aktiivinsynnytys.fi. The brochure is based on a background paper, which follows the form of a descriptive literature review. The material consists of ten relevant research articles, of which four handle family-centered caesarean section in its full meaning. Six articles address immediate and early skin-to-skin contact between mother and newborn, and the importance of not separating mother from newborn following caesarean section. They are essential elements of a family-centered caesarean section, and key areas of focus throughout this thesis. In addition to these elements, helping the baby out slowly and the presence of the spouse or a support person, among other things, are key features of family-centered caesarean section. The thesis utilises the theory “Becoming A Mother” by Ramona T. Mercer as the theoretical framework. Different elements of the family-centered method are presented in the analysis of this paper, and the possible impact of these elements on the process of becoming a mother are addressed. The analysis indicates that family-centered caesarean section might have positive consequences on the process of becoming a mother and the formation of maternal role identity, but further research is needed to confirm these findings. The safety of the method is reflected upon, and critical discussion on it is presented.</p>	
Keywords:	Family-centered caesarean section, immediate and early skin-to-skin contact after caesarean, sensitive period, Aktiivinen synnytys ry, becoming a mother
Number of pages:	70
Language:	Finnish
Date of acceptance:	4.12.2017

SISÄLLYSLUETTELO

1	ALKUSANAT	7
2	JOHDANTO	7
3	TAUSTA JA KESKEISTEN KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY	9
3.1	<i>Keisarileikkaus</i>	9
3.2	<i>Perhelähtöisyys äitiyshuollossa</i>	10
3.3	<i>Aktiivinen synnytys – liike ja yhdistys</i>	11
3.4	<i>Välitön ja varhainen ihokontakti</i>	12
3.5	<i>Perinteinen keisarileikkaus ja perhelähtöinen keisarileikkaus</i>	13
4	AIKAISEMPI TUTKIMUS	15
4.1	<i>Keisarileikkauksen psyykkisistä vaikutuksista äidille</i>	15
4.2	<i>Sensitiivinen ajanjakso</i>	16
4.3	<i>Perhelähtöistä keisarileikkausta käsittelevää tutkimusta ja kirjallisuutta</i>	18
5	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	20
6	TUTKIMUSONGELMAN KUVAUS, TUTKIMUKSEN TAVOITE JA KYSYMYKSENASETTELU ...	21
6.1	<i>Aiheen raja</i>	22
6.2	<i>Muita kiinnostavia kysymyksiä, jotka jäävät tämän työn ulkopuolelle</i>	24
7	DESIGN	24
8	AINEISTON VALINTA	25
8.1	<i>Kuvaus aineiston etsimisestä ja valinnasta</i>	25
8.2	<i>Kriteerit artikkelien valinnalle ja poissulkemiselle</i>	27
9	METODI	28
10	TUTKIMUSEETTISTÄ POHDINTAA	29
11	AINEISTON ESITTELY	30
12	ANALYYSI JA TUTKIMUSTULOKSET	38
12.1	<i>Vanhempien valmennus raskausaikana</i>	39
12.2	<i>”Walking the baby out” eli vauvan hidas syntymä & autoresuskitaatio</i>	40
12.3	<i>Napanuoran sitominen ja katkaisu</i>	42
12.4	<i>Äidin ja vastasyntyneen yhdessä pitämisen ja ihokontaktin käytännön toteutus</i>	42
12.5	<i>Ihokontaktin ja yhdessäolon merkitys</i>	45

12.6	<i>Synnytyskokemus</i>	48
12.7	<i>Puolison tai tukihenkilön läsnäolo ja perheen muodostuminen</i>	51
12.8	<i>Tunnelma</i>	53
12.9	<i>Vastasyntyneen ruumiinlämpö</i>	53
12.10	<i>Yhteenveto tutkimustuloksista</i>	54
13	KESKUSTELU	56
13.1	<i>Käytännön haasteita</i>	56
13.2	<i>Turvallisuus</i>	57
13.3	<i>Tulevaisuuden näkymiä sekä aiheita jatkotutkimuksille</i>	58
13.4	<i>“Caesarean on Demand”?</i>	61
14	KRIITTINEN TARKASTELU	62
15	LOPUKSI	63
16	LÄHTEET	65
17	LIITTEET	71
17.1	<i>Sammanfattning på svenska</i>	71
17.2	<i>Esite</i>	81

1 ALKUSANAT

Kaksi vuotta sitten otin yhteyttä Aktiivinen synnytys ry:hyn tiedustellakseni heiltä, haluaisivatko he tilata opinnäytetyön jostakin tärkeästä ja kiinnostavasta aiheesta. Yhteistyö yhdistyksen kanssa kiinnosti, sillä halusin syventää osaamistani jostakin sellaisesta aiheesta, joka liittyy aktiiviseen ja perhelähtöiseen synnytyskulttuuriin. Yhdistyksen hallitus ehdotti aiheeksi perhelähtöistä keisarileikkausta, ja innostuin mahdollisuudesta oppia aiheesta lisää. Päätin kirjoittaa opinnäytetyöni perhelähtöisestä keisarileikkauksesta Aktiivinen synnytys ry:lle. Aihe osoittautui hyvin laajaksi ja monipuoliseksi. Uskon, että tämän työn kirjoitusprosessin kautta olen saanut paljon lisää sellaista tietoa, jota voin hyödyntää tulevassa kättilön ammatissani naisia ja heidän perheitään kohdatessani ja hoitaessani, ja että työ on auttanut minua ammatilliseen rooliin kasvussa.

Työn tuloksena syntyneen esitteen ulkoasun on suunnitellut ja taiton toteuttanut graafinen suunnittelija Ulla Pitkänen, ja hänelle kuuluu suuri kiitos työpanoksesta. Esitteessä on käytetty kuvituksena valokuvaaja Niki Strbianin ottamia valokuvia, ja haluan myös kiittää häntä luvasta käyttää kuvia. Lisäksi haluan osoittaa kiitokset ystäväilleni ja perheenjäsenille, jotka ovat antaneet palautetta työn sisällöstä ja kieliopista sekä auttaneet ruotsin- ja englanninkielisten tiivistelmien kieliasun korjaamisessa. Perheeni on ollut korvaamaton tuki, ja olen saanut heiltä paljon apua arjen pyörittämiseen kun itse olen uppoutunut kirjallisuuden pariin.

2 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö käsittelee perhelähtöistä keisarileikkausta. Työssä etsitään vastausta siihen, mitä perhelähtöinen keisarileikkaus tarkoittaa ja miten se kuvataan ajankohtaisissa tutkimuksissa. Lisäksi pohditaan menetelmän eri elementtien vaikutuksia äidiksi tulemiseen ja äitiroolin muodostumiseen. Menetelmää ja sen vaikutuksia tarkastellaan naisen näkökulmasta.

Päämenetelmänä on tuotekehitystyö. Työn tavoitteena on ollut tuottaa tieteelliseen näyttöön perustuva esite perhelähtöisestä keisarileikkauksesta. Esite julkaistaan elektronisesti Aktiivinen synnytys ry:n Internet-sivuilla, www.aktiivinensynnytys.fi, ja

on kaikkien saatavilla. Esite on yksinkertainen, helppolukuinen ja visuaalinen ja saavuttaa siksi toivottavasti useampia aiheesta kiinnostuneita kuin pelkästään kirjallinen opinnäytetyö. Esitteessä on linkki koko työhön, jotta halukkaat voivat tutustua myös siihen. Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä ovat kaikki, jotka ovat kiinnostuneita perhelähtöisyydestä keisarileikkausten hoidossa, niin perheet kuin ammattilaisetkin, jotka työskentelevät raskaana olevien, synnyttävien ja synnyttäneiden naisten kanssa. Ihokontakti sekä äidin ja vastasyntyneen yhdessä pitäminen keisarileikkauksen jälkeen ovat työn painopisteitä.

Tavoitteena on ollut myös kirjoittaa esitteen taustalle pidempi kirjallinen työ perhelähtöisestä keisarileikkauksesta. Kirjallinen työ on menetelmältään kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Työn keskiössä ja analyysin kohteena on kymmenen tutkimusartikkelia, jotka on etsitty ja valittu systemaattisia menetelmiä käyttäen useasta eri tietokannasta. Teoreettisena viitekehystenä on käytetty Ramona Mercerin teoriaa “äidiksi tuleminen” (*Becoming A Mother*).

Tässä opinnäytetyössä on pyritty ottamaan huomioon se, että on olemassa monenlaisia perheitä. Siksi työssä on käytetty neutraaleja sanoja kuten puoliso, tukihenkilö ja vanhemmat. Lähdemateriaalissa on kuitenkin käytetty sanoja nainen ja äiti, ja niitä on sen vuoksi käytetty myös esitteessä sekä kirjallisessa työssä, vaikka kaikki synnyttäjät eivät halua itseään kutsuttavan naiseksi tai äidiksi. Tarkoituksena ei ole missään nimessä ollut, että kukaan tuntisi itseään näiden sanojen käytön vuoksi syrjityksi.

Työn kirjoittaja on itse vastuussa aiheen tarkemmasta rajauksesta, tutkimuskysymysten muotoilusta ja esitteen ja sen taustalla olevan kirjallisen työn asiasisällöstä. Aktiivinen synnytys ry ei ole antanut työlle rahoitusta eikä ohjannut työtä muuten kuin antamalla sille aiheen.

Kirjallisessa työssä esitellään aluksi taustaa sekä määritellään työn kannalta keskeiset käsitteet. Aikaisempi tutkimus -osiossa kuvataan hieman keisarileikkauksen psykologisia vaikutuksia äidille ja valaistetaan sitä, miksi ensitunnit vauvan syntymän jälkeen ovat erityisiä. Lisäksi esitellään sellaista perhelähtöistä keisarileikkausta käsittelevää materiaalia, joka ei kuulu työn varsinaiseen analysoitavaan aineistoon.

Työn loppupuolella pohditaan perhelähtöisen menetelmän turvallisuuteen liittyviä näkökulmia sekä esitellään kriittistä keskustelua menetelmää kohtaan. Esite pohjautuu täysin kirjalliselle taustatyölle.

3 TAUSTA JA KESKEISTEN KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

Tässä luvussa määritellään työn keskeisimmät käsitteet, joita ovat keisarileikkaus, perhelähtöisyys sekä välitön ja varhainen ihokontakti. Lisäksi esitellään aktiivinen synnytys -liikettä ja yhdistystä, ja selvennetään mitä eroa on perinteisellä ja perhelähtöisellä keisarileikkauksella.

3.1 Keisarileikkaus

Keisarileikkauksessa sikiö autetaan ulos kohdusta leikkaushaavan kautta. Terveyskirjaston (2016) mukaan keisarileikkaus on Suomessa tavallisin leikkaustoimenpide. Keisarileikkauksesta käytetään myös nimitystä sektio. Keisarileikkaus on usein toimenpide, joka pelastaa lapsen hengen ja terveyden. Joskus toimenpide on aiheellinen äidin sairauksien perusteella. Keisarileikkausten osuus kaikista synnytyksistä on pysynyt Suomessa melko tasaisena viimeisten kymmenen vuoden aikana. Vuonna 2013 Suomessa 16 prosenttia synnytyksistä tapahtui keisarileikkauksella. (Terveyskirjasto 2016) Maailmalla keisarileikkausten osuus kaikista synnytyksistä vaihtelee kuitenkin suuresti, ja osuudet ovat hyvin epätasaisesti jakaantuneita. Joissakin maissa leikkauksia tehdään paljon enemmän kuin olisi tarpeen, toisissa maissa taas paljon vähemmän kuin tarvittaisiin. (Gibbons 2010 s. 3)

Noin puolet keisarileikkauksista on Suomessa suunniteltuja eli elektiivisiä, eli ne tehdään etukäteissuunnitelman mukaan. Yleisimmät syyt suunnitellulle keisarileikkaukselle ovat sikiön poikkeava tarjonta, naisen liian ahdas lantio sikiön kokoon nähden, varhainen pre-eklampsia eli raskausmyrkytys sekä nykyään myös lisääntyvässä määrin äidin voimakas synnytyspelko. Puolessa tapauksista leikkaus tehdään, koska synnytyksen aikana on todettu jokin ongelma (Terveyskirjasto 2016). Jos keisarileikkaukseen päädytään koska alatiesynnytys ei etene toivotusti, on

toimenpide joko kiireellinen sektio tai hätäsektio.

3.2 Perhelähtöisyys äitiyshuollossa

Perhelähtöinen äitiyshuolto (*family-centered maternity care*) pyrkii tarjoamaan sellaista näyttöön perustuvaa hoitoa, joka vastaa naisten ja heidän perheidensä tarpeisiin (Jimenez et al. 2010 s. 160). ICEA:n (*International Childbirth Education Association*) mukaan perhelähtöinen äitiyshuolto kunnioittaa perhettä yksikkönä sekä perheen ajatusmaailmaa. Perhelähtöinen hoito on turvallista sekä fyysisesti että emotionaalisesti. Lääketieteellisen asiantuntemuksen lisäksi oleellista on taitava ja ymmärtäväinen kommunikaatio. Hoidon tulee olla yksilöllistä, ja naiselle tulee antaa tietoa näyttöön perustuvasta tutkimuksesta raskausaikana. Sellaisia rutiinisti tehtäviä hoitointerventioita tulee välttää, joiden tueksi ei ole olemassa tieteellistä näyttöä. Perhelähtöisen ajattelutavan mukaan tukihenkilöiden läsnäolo synnytyksessä on eduksi äidille ja perheelle. Vanhemmat ovat ensisijaisia hoitajia lapsilleen. Perhelähtöisen hoitoideologian mukaan äitien ja vauvojen tulee saada pysyä yhdessä syntymän jälkeen, toisin sanoen vierihoidossa, ja välittömän ihokontaktin ja täysimetyksen tulisi olla standardikäytäntöjä. Äidin täytyy saada imettää välittömästi synnytyksen jälkeen. Perhelähtöisyys edesauttaa kaikkien osapuolten parempaa tyytyväisyyttä synnytykseen. Osallistuminen päätöksentekoprosessiin lisää vanhempien itseluottamusta. (ICEA 2015a)

Perhelähtöisessä hoidossa syntymä nähdään ennemminkin merkittävänä elämäntapahtumana kuin lääketieteellisenä toimenpiteenä (ICEA 2015a, Zwelling & Phillips 2001 s. 7). Perhelähtöiseen hoitoon kuuluu ajatus siitä, että raskaus ja synnytys ovat normaaleja, terveitä elämäntapahtumia useimmille naisille (ICEA 2015a). ICEA:n mukaan vauvan syntymä kuvaa perheen syntymistä. Perhelähtöinen hoito kunnioittaa naisen yksilöllisyyttä ja ottaa huomioon yksilölliset perheen määritelmät. Perhelähtöisen filosofian mukaan synnyttävä nainen ja hänelle tärkeät ja läheiset ihmiset rakentavat uusia suhteita ja vastuita suhteessa toisiinsa ja vauvaan sekä myös laajemmin koko yhteiskuntaan. Perhelähtöinen hoito tunnustaa näiden uusien muodostuvien suhteiden ja vastuiden merkityksen. (ICEA 2015b) Myös Zwelling & Phillips kirjoittavat, että hoidon perhelähtöisyys on tärkeää uuden tai kasvavan perheen kyvyille sopeutua lapsen

syntymän ja vanhemmuuden aiheuttamaan kuormitukseen (Zwelling & Phillips 2001 s. 1). Perheeseen luetaan kuuluvaksi ne henkilöt, joiden nainen kokee tarjoavan hänelle perheenjäsenten antamaa tukea, vaikka henkilöt eivät olisi naiselle biologisesti sukua (Mts. 5).

3.3 Aktiivinen synnytys – liike ja yhdistys

Aktiivinen synnytys ry on Suomessa vuonna 1986 perustettu yhdistys, jonka tavoitteena on edistää perhelähtöistä synnytyskulttuuria (Aktiivinen synnytys ry 2017a). Aktiivinen ja perhelähtöinen synnytyskulttuuri tarkoittavat pitkälti samoja asioita. Aktiivisella synnytyksellä tarkoitetaan naisen luonnollista kykyä synnyttää fysiologisesti. Aktiiviseen synnytykseen sisältyy ajatus raskaudesta ja synnytyksestä hormonien ohjaamina prosesseina. Se on filosofia ja globaali liike, joka on voimaannuttanut naisia valitsemaan, miten ja missä he synnyttävät. Aktiivinen synnytys on maalaisjärkinen, mutta samalla näyttöön perustuva lähestymistapa, jota monet kätilöt ja lääkärit tukevat, ja jota myös opetetaan ympäri maailmaa. (Active Birth Centre 2017a) Janet Balaskas perusti aktiivinen synnytys -liikkeen 1980-luvun alussa Iso-Britanniassa vastalauseena teknologiselle lähestymistavalle synnytysten hoidossa (Active Birth Centre 2017b).

Aktiivisessa synnytyksessä nainen nähdään aktiivisena toimijana, ja hänen kehonsa asiantuntijuuteen luotetaan (Aktiivinen synnytys ry 2017a). Naisella on oikeus olla mukana päätöksenteossa (Aktiivinen synnytys ry 2017b). Aktiivisessa synnytyksessä keskeistä on naisen vapaus käyttää kehoaan kuten haluaa muun muassa valiten itselleen parhaat synnytysasennot eikä vain olla passiivinen auttamisen kohde (Balaskas 1992 s. 1-2). Aktiivinen synnytys ei kuitenkaan rajoitu vain luonnolliseen tai luonnonmukaiseen synnytykseen. Myös lääkkeellinen kivunlievitys ja muut interventiot voivat olla osa aktiivista synnytystä. (Aktiivinen synnytys ry 2017a) Janet Balaskas toteaa että hellävarainen, luonnollinen syntymä voidaan yhdistää lääketieteellisiin interventioihin, myös keisarileikkaukseen (Balaskas 2014), ja myös vaikeinkin synnytys voi olla positiivinen kokemus (Balaskas 1992 s. 1). Perhelähtöisellä keisarileikkauksella tarkoitetaan tässä työssä keisarileikkausta, jossa toteutetaan perhelähtöisen, aktiivisen synnytyskulttuurin piirteitä.

3.4 Välitön ja varhainen ihokontakti

Ihokontakti äidin (tai isän/puolison) ja vastasyntyneen välillä on keskeinen osa perhelähtöistä keisarileikkausta. Ihokontaktia alatiesynnytyksen jälkeen on tutkittu paljon, ja ihokontaktista keisarileikkauksenkin jälkeen löytyy myös useita tutkimuksia (kts. Stevens et al. 2014).

Ihokontakti tarkoittaa sitä, että alaston vauva laitetaan vatsalleen äidin paljaan rintakehän päälle peiteltyä lämpimällä peitolla. Ihokontakti alkaa ihanteellisesti syntymästä ja jatkuu ensimmäisen imetyksen loppuun asti. (Moore et al. 2016 s. 1) Vauvalla voi myös olla vaippa päällään, ja puolisoikin voi toteuttaa ihokontaktia. Ihokontaktia kutsutaan myös kenguruhoidoksi. (Johnson 2005 s. 53) WHO:n ja Unicef'in vauvamyönteisyysohjelmassa suositellaan, että vastasyntynyt saisi olla ihokontaktissa välittömästi syntymän jälkeen vähintään tunnin ajan (WHO 2013).

Mooren et al. (2016) mukaan välittömällä ihokontaktilla tarkoitetaan ihokontaktia, joka on alkanut 10 minuutin kuluessa syntymän hetkestä. Ihokontaktia kutsutaan varhaiseksi, jos sen alkamiseen on kulunut 10 minuuttia tai sitä kauemmin, kuitenkin korkeintaan 24 tuntia syntymästä lukien. (Moore et al. 2016 s. 3)

Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet välittömän ja varhaisen ihokontaktin hyvät vaikutukset äidille, vastasyntyneelle sekä heidän väliselle vuorovaikutukselle ja kiintymyssuhteen muodostumiselle (Dumas et al. 2012). Moore et al. (2016) esittelevät ihokontaktin monia hyötyjä vastasyntyneen fysiologiselle voinnille ja imetykselle Cochrane-katsauksessaan. Ihokontakti on myös esimerkiksi Johnsonin (2005) mukaan osoitettu tärkeäksi vastasyntyneen fyysisen voinnin kannalta. Johnson esittelee tutkimuksia joiden mukaan ihokontakti edesauttaa vastasyntyneen fysiologista vakautta eli lämmönsäätelyä, sydämen toimintaa, verenkiertoa ja hengitystä sekä rauhoittaa vastasyntynyttä. (Johnson 2005 s. 53) Ihokontakti auttaa lisäksi pitämään vastasyntyneen verensokeriarvot korkeampina (Moore et al. 2016 s. 2 & 22). Ihokontakti äidin kanssa myös tukee vauvan aivojen optimaalista kehitystä. Terveillä vastasyntyneillä on vaisto, jonka avulla he löytävät rinnalle äidin ihokontaktissa. (Phillips 2013 s. 67) Ihokontaktin toteuttaminen leikkaussalissa ja äidin toipumisen

aikana lisää myös imetyksen onnistumisen todennäköisyyttä (esimerkiksi Hung & Berg 2011).

Tässä työssä ei paneuduta kuitenkaan ihokontaktin hyötyihin vastasyntyneen tai äidin fyysisen voinnin tai imetyksen kannalta, vaan keskitytään pääasiassa siihen, miten ihokontakti keisarileikkauksen jälkeen vaikuttaa äidiksi tulemisen prosessiin ja äitiroolin muodostumiseen. Esimerkiksi Hung & Berg (2011 s. 324) kirjoittavat, että ihokontakti synnytyksen jälkeen lisää äidin itseluottamusta ja tyytyväisyyttä, ja että ihokontaktia tulisi tarjota jokaiselle terveelle äidille ja vauvalle välittömästi syntymän jälkeen tai niin pian kuin mahdollista ensimmäisen puolen tunnin kuluessa.

Iso-Britannian kansallinen terveystieteiden NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) suosittelee, että varhaista ihokontaktia äidin ja vauvan välillä keisarileikkauksen jälkeen tuetaan ja helpotetaan, sillä se parantaa äidin käsitystä vauvastaan sekä äidillisiä taitoja ja käyttäytymistä, lisää imetyksen onnistumista ja vähentää vastasyntyneen itkua. (NICE 2012)

3.5 Perinteinen keisarileikkaus ja perhelähtöinen keisarileikkaus

Perinteisellä keisarileikkauksen hoidolla takoitetaan yleensä sikiön nopeaa ulosottoa kohdusta. Yleensä käytäntönä on erottaa vastasyntynyt äidistään välittömästi napanuoran katkaisemisen jälkeen arviointia ja toimenpiteitä varten. (Armbrust et al. 2015 s. 1, 4-5) Vaikka monet sairaalat soveltavatkin nykyään vauvamyönteisiä käytäntöjä, vastasyntyneet viedään silti usein pian syntymän jälkeen muun muassa punnittavaksi, mittailtavaksi ja kylvetettäväksi (Moran-Peters et al. 2014 s. 296, Elliott-Carter & Harper 2012 s. 292). Usein vastasyntyneet pääsevät äitiensä luokse, kun äiti on heräämössä tai vasta sen jälkeen (Burke & Morad 2014 s. 36).

Tämän työn keskeisimpien tutkimusartikkelien (Smith et al 2008, Armbrust et al. 2015, Schorn et al. 2015 & Posthuma et al. 2016) mukaan perhelähtöinen keisarileikkaus sisältää pääpiirteissään seuraavat elementit: vanhempien valmennus raskausaikana, vauvan hidas ulosotto eli *“walking the baby out”*, syntyvän vauvan autoresuskitaatio (kuvaus alla), puolison tai muun äidin valitseman tukihenkilön läsnäolo operaatiossa,

äidin ja tukihenkilön mahdollisuus katsella vauvan syntymää, napanuoran sitomisen viivyttäminen (vain Schornin et al. 2015 tutkimuksessa), äidin ja vauvan pitäminen yhdessä välittömästi syntymän jälkeen sekä ihokontakti ja imetys jo leikkaussalissa. Smith et al. (2008) olivat ensimmäisiä, jotka kuvasivat menetelmän nimeltä *fysiologinen autoresuskitaatio*. Se tarkoittaa sitä, että kun sikiön pää on autettu ulos leikkaushaavasta, kirurgin tulisi käyttää hands-off-tekniikkaa, jolloin syntyvä vauva alkaa hengittää ilmaa ensimmäisen kerran muun vartalon ollessa vielä kohdussa ja yhteydessä istukkaverenkiertoon. Tämän muutaman minuutin mittaisen viiveen aikana kohdun ja äidin pehmeiden kudosten paine auttavat poistamaan nesteitä vauvan keuhkoista matkien näin alatiesynnytystä. Kun vauva alkaa itkeä, hartiat autetaan ulos hellästi supistuksen yhteydessä. (Smith et al. 2008 s. 1038-9)

Perhelähtöiseen keisarileikkaukseen viitataan tutkimuksissa ja muissa artikkeleissa useilla eri englanninkielisillä termeillä, joilla kaikilla on erilainen vivahte. Myös tämän työn keskeisissä artikkeleissa käytetään eri käsitteitä: Smith et al. (2008) ovat valinneet käytettäväksi termin *“the natural cesarean: a woman-centered technique”* (suomennettuna “luonnollinen keisarileikkaus: naiskeskeinen tekniikka”). Armbrust et al. (2015) korostavat, että keisarileikkaus on kirurginen toimenpide, ja se tulee pitää erillään ”luonnollisesta” alatiesynnytyksestä. Siksi kirjoittajien mielestä termi *“natural cesarean”* on harhaanjohtava ja hämmentävä, ja he antoivat menetelmälle nimen *“charité cesarean birth”* (suomeksi “charité- tai caritas-keisarileikkaus”). (Armbrust et al. 2015 s. 4) Myös Posthuman et al. (2016 s. 1) mielestä Smithin et al. (2008) käyttämä termi “luonnollinen keisarileikkaus” eli *“natural caesarean”* kuulostaa ristiriitaiselta, ja Postuma et al. kutsuvat menetelmää nimellä *“skin to skin cesarean section”* (“ihokontaktikeisarileikkaus”). Schorn et al. (2015) käyttävät termiä *“family-centered cesarean birth”* (voisi suomentaa muotoon “perhelähtöinen syntymä keisarileikkauksella”). Muissa aihetta käsittelevissä artikkeleissa käytetään esimerkiksi käsitteitä *“gentle cesarean”* (“hellävarainen keisarileikkaus”) (Magee et al. 2014), *“humanizing the cesarean”* (“keisarileikkauksen inhimillistäminen”) (Alba-Romero et al. 2014) ja *“skin-to-skin cesarean delivery”* (voisi kääntää ehkäpä muotoon “synnytys ihokontaktikeisarileikkauksella”) (Duffy & Conrad 2013). Tässä työssä on selvyuden vuoksi valittu käytettäväksi vain yhtä termiä joka on “perhelähtöinen keisarileikkaus”

eli englanniksi *“family-centered cesarean”*, sillä se on yleisimmin aiheesta käytetty nimitys ja lisäksi melko neutraali.

4 AIKAISEMPI TUTKIMUS

Perhelähtöisestä keisarileikkauksesta löytyi jonkin verran tieteellisissä lehdissä julkaistuja artikkeleita, jotka eivät kuitenkaan olleet varsinaisia tieteellisiä tutkimusartikkeleita, eikä niitä siksi voitu valita varsinaisen analyysin kohteeksi. Tässä luvussa esitellään näitä tekstejä täydentämään työn varsinaista tutkimusaineistoa. Aluksi kuvataan lyhyesti keisarileikkauksen psyykkisiä vaikutuksia äidille. Koska äidin ja vauvan yhdessä pitäminen syntymän jälkeen on keskeinen osa perhelähtöistä keisarileikkausta, tässä luvussa kuvataan myös aikaa välittömästi syntymän ja synnytyksen jälkeen, ja pohditaan, mitä se merkitsee äidin roolin ja identiteetin muodostumisen kannalta.

4.1 Keisarileikkauksen psyykkisistä vaikutuksista äidille

Synnytyskokemus saattaa vaikuttaa naisen kykyyn sopeutua vanhemmuuteen, vaikka tästä on olemassa vain epäsuoraa näyttöä (Lavender et al. 2012 s. 1). Keisarileikkausta pidetään säännöllistä alatiesynnytystä suurempana psykologisena ja fyysisenä rasituksena naiselle (*National Institutes of Health* 1980). Keisarileikkaus on suuri operaatio, ja kokemus saattaa olla pelottava tai stressaava äidille, joka joutuu olemaan leikkauspöydällä, ei voi liikkua vapaasti eikä voi katsella vauvan tuloa maailmaan. Äiti saattaa kokea epäonnistumisen tunnetta siitä, että hänen kehonsa ei kyennyt synnyttämään vauvaa alateitse. (WHO & Unicef 2009 s. 92)

Nolan & Lawrence (2009 s. 430) viittaavat useisiin tutkimuksiin, joiden mukaan keisarileikkaus häiritsee normaalia synnytyskokemusta ja on yhteydessä äidin huonompaan tyytyväisyyteen, äidin ja lapsen välisen kiintymyssuhteen ongelmiin sekä synnytyksen jälkeisen masennuksen lisääntymiseen. (Nolan & Lawrence 2009 s. 430)

4.2 Sensitiivinen ajanjakso

Aikaa välittömästi syntymän jälkeen pidetään erityisenä, ja sille on olemassa eri nimityksiä. Moore et al. (2016) kutsuvat Cochrane-katsauksessaan välitöntä syntymän jälkeistä aikaa sensitiiviseksi ajanjaksoksi (*“sensitive period”*). Nisäkkäillä tehdyt neurotieteelliset tutkimukset osoittavat, että intiimi kontakti tuona aikana herättää käyttäytymismalleja varmistaen näin biologisten perustarpeiden täyttymisen. Tällä saattaa olla vaikutusta myöhempään fysiologiaan ja käyttäytymiseen. (Moore et al. 2016 s. 1) Joissakin lähteissä tuota aikaa kutsutaan nimellä *“golden hour”* eli kultainen tunti.

Mooren et al. (2016) mukaan äidin ja vauvan erottaminen toisistaan rutiinisti pian syntymän jälkeen on leimallista 1900-luvulle. Tämä käytäntö eroaa evoluutiohistoriasta, jossa vastasyntyneen selviytyminen riippui läheisestä ja käytännössä jatkuvasta äidin ja lapsen välisestä ihokontaktista. (Moore et al. 2016 s. 7) Moore et al. toteavat, että on ironista, että ihmisiin liittyvissä tutkimuksissa ihokontakti on kokeellinen interventio, kun taas muihin nisäkkäisiin liittyvissä tutkimuksissa vastasyntyneen *erottaminen* emästään on kokeellista. (Moore et al. 2016 s. 7)

1970-luvulla Newman, Klaus, Kennell & Schreiberin tutkimus äidin ja lapsen välisestä kiintymyksestä osoitti, että äitien erottaminen vastasyntyneistä vauvoistaan vaikutti negatiivisesti äidin ja vauvan väliseen suhteeseen. Tutkijat kyseenalaistivat käytännöt vastasyntyneen ja äidin erottamisesta, vauvan eristämisestä ja perheen jakamisesta juuri sillä hetkellä, kun siitä on sekä symbolisesti että käytännössä tulossa perheyksikkö. (Newman et al. 1976) Sensitiivisen ajanjakson aikana äiti alkaa muodostaa vahvan kiintymyssuhteen vastasyntyneeseen vauvaansa. Jos äiti ja vauva eivät saa olla yhdessä välittömästi syntymän jälkeen, se voi aiheuttaa häiriöitä äidillisessä käyttäytymisessä lasta kohtaan. Tämä voi näkyä esimerkiksi äidin puhutavassa ja kiintymyksen osoittamisessa. (Kennel, Trause & Klaus 1975, Klaus et al. 1972) Näillä 1970-luvulla tehdyillä tutkimuksilla oli vaikutusta siihen, että sairaalat poistivat rajoituksiaan vanhempien ja vastasyntyneiden yhdessäolosta (Mercer 1995 s. 139).

Phillips (2013) kutsuu aikaa välittömästi syntymän jälkeen nimellä *“the sacred hour”* eli pyhä tunti. Silloin vauva tapaa äidin tai vanhempansa ensimmäistä kertaa, ja perhe muodostuu. (Phillips 2013 s. 67) Kiintymyksen kannalta jotain erityistä tapahtuu vauvan ensimmäisen elintunnin aikana (mts. 72). Äideillä, jotka pitävät vauvaa

ihokontaktissa välittömästi syntymän jälkeen, on havaittu enemmän äidillistä käyttäytymistä ja itseluottamusta vauvan hoidossa, ja he imettävät pidempään kuin äidit, jotka eivät pidä vauvaa ihokontaktissa (mts. 67). Phillipsin mukaan hormoneilla, erityisesti oksitosiinilla, on tässä suuri merkitys. Kiintymyskäyttäytymiseen vaikuttavien hormonien määrä lisääntyy ihokontaktissa. (Mts. 68) Myös Bystrovan et al. (2009) tutkimuslöydökset tukevat varhaisen sensitiivisen ajanjakson olemassaoloa. Äidin ja vauvan läheinen kontakti sisältäen ihokontaktia ja imetystä kahden ensimmäisen tunnin aikana lisäsi heidän tutkimuksessaan äidin sensitiivisyyttä ja äiti-vauva-parin kahdenkeskistä vastavuoroisuutta vuoden kuluttua synnytyksestä. (Bystrova et al. 2009 s. 97) Toisaalta kaikki tutkimukset eivät ole Bystrovan et al. (2009 s. 97-98) mukaan vahvistaneet näyttöä varhaisen sensitiivisen ajanjakson olemassaolosta.

WHO:n ja Unicefin (2009) suosituksen mukaan äidit, joille tehdään keisarileikkaus spinaali- tai epiduraalianestesiassa [eli ei yleisanestesiassa nukutettuna], ovat yleensä tarpeeksi valppaita ja kykeneviä reagoimaan vauvaan välittömästi syntymän jälkeen (WHO & Unicef 2009 s. 92). Tämä puoltaa äidin ja vauvan pitämistä yhdessä ja välitöntä ihokontaktia myös keisarileikkauksen yhteydessä. Alba-Romero et al. (2014 s. 284) arvelevat, että äidin ja vastasyntyneen vuorovaikutuksessa havainnoitu viive keisarileikkausten jälkeen sekä välittömän ihokontaktin toteutumattomuus voi johtua siitä, että kyseessä on leikkaus, ja äiti nähdään ennemminkin leikkauksesta toipuvana potilaana eikä olennaisena osana äiti-vauva-paria.

Kerstin Uvnäs-Moberg (2015) kirjoittaa välittömän syntymän jälkeisen sensitiivisen ajanjakson tärkeydestä erityisesti oksitosiini-hormonin erittymisen kannalta. Uvnäs-Mobergin mukaan oksitosiini-hormonilla on merkittävä rooli sisäisten äidillisten taitojen ilmaisussa. Sitä erittyy läheisessä kontaktissa kuten ihokontaktissa sekä äidin että vastasyntyneen kehossa. Oksitosiini esimerkiksi kasvattaa äidin sosiaalista älykkyyttä ja helpottaa luomaan kontaktia ja kiintymään vastasyntyneeseen. Vauvan näkeminen, kuuleminen ja jopa ajattelu edistävät oksitosiinin erittymistä. Myös tukihenkilön kosketus tai pelkkä läsnäolo synnytyksen aikana saa äidissä aikaan oksitosiinin erittymistä. Sensitiivisen ajanjakson aikana oksitosiiniin liittyvät

vaikutukset sosiaaliselle kanssakäymiselle ja stressinhallinnalle kehittyvät, ja vaikutukset ovat yleensä pitkäkestoisia. (Uvnäs-Moberg 2015 s. 13)

4.3 Perhelähtöistä keisarileikkausta käsittelevää tutkimusta ja kirjallisuutta

Tämän työn aineiston keräämiseksi tehdyillä tietokantahauilla löytyi viisi yhden tai kahden sivun pituista posteriesitystä Yhdysvalloissa eri sairaaloissa toteutetuista ohjelmista, joiden tarkoituksena oli kehittää perhelähtöistä hoitoa keisarileikkausten yhteydessä (Duffy & Conrad 2013, Dempsey & Teague 2013, Carmichael & Matulionis 2014, Graham et al. 2014, Lavigne et al. 2015). Ohjelmista ei löytynyt pidempiä tieteellisiä tutkimusartikkeleita, joten siksi niitä ei voitu valita työn keskeiseksi analysoitavaksi materiaaliksi. Koska perhelähtöistä keisarileikkausta kuvailevia varsinaisia tutkimusartikkeleita löytyi vain neljä, päätettiin posteriesitykset esitellä tässä, jotta ne valaisisivat enemmän sitä, mitä elementtejä perhelähtöiseen keisarileikkaukseen voi kuulua.

Kolmeen ohjelmaan kuului äidin valitsemaa musiikkia sekä hämärä valaistus leikkaussalissa. (Duffy & Conrad 2013, Dempsey & Teague 2013, Lavigne et al. 2015). Duffy & Conradin (2013) kuvaamassa ohjelmassa protokollaan sisältyi myös esimerkiksi lämpimien peittojen ja vauvan myssyn sijoittaminen äidin sängyn pätyyn. Mittaukset, lääkitysten annot ja jalanjalkien ottaminen tapahtuivat silloin, kun äiti niin toivoi. Perheen kanssa keskusteltiin etukäteen sikiön ulosauton katselusta sekä ihokontaktista. Duffy & Conradin mukaan ihokontakti välittömästi keisarileikkauksen jälkeen edistää mahdollisesti perheen kiintymysprosessia sekä imetystä. Perhelähtöinen hoito saattaa myös lisätä perheen tyytyväisyyttä synnytyskokemukseen. (Duffy & Conrad 2013)

Dempsey & Teaguen (2013) esittelemässä ohjelmassa vakaavointinen vauva sai jäädä leikkaussaliin, ja lämpölamppu, jonka alle vauva laitettiin, oli sijoiteltu niin, että äiti näki sinne paremmin. Myös ihokontaktia tarjottiin. Isä sai olla leikkaussalissa osan ajasta suunnitelluissa sektioissa. Mahdollisuuksien mukaan kaksikin perheenjäsentä sai olla mukana. Tuloksena oli, että äidit olivat tyytyväisimpiä kun perhe sai pysyä yhdessä, ja kun ihokontaktiin oli mahdollisuus edes lyhyeksi ajaksi. Henkilökunta kaipasi

tarkkoja ohjeita siitä, ketkä synnyttäjät ovat soveltuvia tällaisen hoidon toteuttamiseen. (Duffy & Conrad 2013) Carmichael & Matulionisin (2014) posteriesityksessä uudentyyppistä keisarileikkausta kutsuttiin nimellä hellävarainen keisarileikkaus (*“gentle c-section”*). Äidillä oli mahdollisuus katsella vauvan syntymää ja pitää vauvaa välittömässä ihokontaktissa. Haasteisiin kuului luoda tarpeeksi tilaa henkilökunnalle, steriilin alueen säilyttäminen sekä henkilökunnan riittävyys, sillä yhden hoitajan tuli olla äidin ja vauvan vierellä ihokontaktin aikana. Kokemus lisäsi äitien tyytyväisyyttä synnytyskokemukseensa. (Carmichael & Matulionis 2014)

Grahamin et al. (2014) esittelemässä ohjelmassa äiti toipuu leikkaussalissa kaksi tuntia vastasyntyneen ollessa äidin sängyn vieressä. Sen jälkeen äiti ja vauva palaavat lapsivuodeosastolle samaan huoneeseen, jossa äiti odotti leikkausta. Äidit arvostivat perheelle annettua yksityistä tilaa odottaessa ja toipuessa. (Graham et al. 2014) Ihokontakti ei ollut osa tätä ohjelmaa. Lavignen et al. (2015) kuvaamassa ohjelmassa keskeistä oli perheen yhdessä pitäminen siten, että tukihenkilö pysyy naisen vierellä koko operaation ajan sekä sitä ennen ja sen jälkeen, ihokontakti sekä imetyksen aloittaminen jo leikkaussalissa. Perheitä valmennettiin uuteen toimintatapaan etukäteen. Henkilökunnasta osa oli innoissaan, osa suhtautui aluksi vastahakoisesti. Naiset olivat tyytyväisiä kokemukseen erityisesti, jos heille oli aiemmin tehty keisarileikkaus. (Lavigne et al. 2015)

Muussa perhelähtöistä keisarileikkausta käsittelevässä kirjallisuudessa esimerkiksi Magee et al. (2014) mainitsevat menetelmän piirteiksi äidin ja vastasyntyneen pitämisen yhdessä leikkauksen jälkeen, ihokontaktin, imetyksen leikkaussalissa sekä turhan melun välttämisen. Aktiivinen synnytys -liikkeen perustajan, kättilö Janet Balaskasin mukaan perhelähtöiseen keisarileikkaukseen [Balaskas käyttää termiä *“luonnollinen”* keisarileikkaus eli *“natural caesarean”*] kuuluu esimerkiksi seuraavat elementit: vauva syntyy hitaasti useiden minuuttien kuluessa, jotta vanhemmat voivat osallistua hetkeen, ja erityisesti vauvan ulosotto tapahtuu hitaasti; sängyn päätyä voidaan nostaa, jotta äiti näkee vauvan syntymän; napanuoran sitomisessa ja katkaisussa ei tarvitse kiirehtiä, koska vauva saa happea istukasta napanuoran kautta; istukka voidaan poistaa ennen napanuoran sitomista ja pitää hetken vauvan lähellä, ja syntymän jälkeen vauva laitetaan välittömästi äidin rintakehän päälle ihokontaktiin. Balaskasin mukaan hidas ulosotto ja

ihokontakti ovat hyödyllisiä vauvan fyysisen voinnin kannalta. Ihokontakti auttaa vauvan hengityksen säätelyssä ja on vauvalle turvallinen ja lämmin. Näin vauva voi sopeutua asteittain maailmaan lähellä äidin tuttuja sydänääniä. Balaskasin mukaan hidas syntymä muistuttaa alatiesynnytystä, joten se on vauvalle rauhallinen tulo maailmaan. Hidas syntymä mahdollistaa myös sen, että vauvan rintakehään kohdistuu puristusta kuten alatiesynnytyksessäkin, mikä edesauttaa nesteiden poistumista keuhkoista. (Balaskas 2014)

Perhelähtöisestä keisarileikkauksesta on käytetty myös termiä *“humanizing the cesarean”* eli “keisarileikkauksen inhimillistäminen” (Alba-Romero et al. 2014). Tällä Alba-Romero et al. viittaavat äidille ja perheelle annettavaan psykologiseen hoivaan, sillä heidän mukaan jokaisen syntymän pitäisi olla yksilöllinen, persoonallinen ja intiimi tapahtuma. He korostavat erityisesti välittömän ihokontaktin sekä tukihenkilön läsnäolon tärkeyttä operaatiossa. (Mts. 284)

5 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Tämän työn teoreettisena viitekehysenä on Ramona Mercerin teoria ”äidiksi tuleminen” (*“Becoming A Mother”, BAM*). Mercer (1995) kuvaa teoriaansa laajasti kirjassaan *“Becoming A Mother”*. Mercer käytti aiemmin teoriasta käsitettä *“Maternal Role Attainment”* (MRA) eli ”äitiroolin saavuttaminen” (Mercer 2004). Mercerin mukaan termi *“Becoming A Mother”* (*BAM*) eli äidiksi tuleminen ottaa kuitenkin paremmin huomioon naisen persoonan dynaamisen muuttumisen ja kehittymisen ja itseyden jatkuvan laajentumisen (mts. 231). *“Maternal Role Attainment”* -teorian esitteli alunperin Reva Rubin vuonna 1967 (mts. 226). Rubin toimi Mercerin opettajana ja mentorina, ja Rubinin työ ja käsitteet näkyvät Mercerin tutkimuksessa ja teorian kehityksessä (Alligood (toim.) 2014 s. 540).

Äidiksi tuleminen prosessi on Mercerin mukaan monitahoinen ja vaihtelee merkittävästi yksilöllisten ja ympäristön vaikutusten mukaan (Alligood (toim.) 2014 s. 551). Mercerin mukaan äidiksi tuleminen vaatii paljon psykologista, sosiaalista ja fyysistä työtä. Nainen on haavoittuvainen ja kohtaa valtavia haasteita tässä muutoksessa. Hoitajilla on ainutlaatuinen mahdollisuus auttaa naista oppimaan, saavuttamaan itseluottamusta ja kasvamaan omaksuessaan äiti-identiteettiä. (Mercer 2006 s. 649)

Mercerin mukaan äidiksi tulemisessa on havaittavissa neljä vaihetta, jotka ulottuvat raskaudesta tai jo sitä edeltävästä ajasta synnytyksen jälkeisiin kuukausiin (Mercer 2004 s. 231, Mercer 2006 s. 649-650). Muodollinen roolin omaksumisen vaihe alkaa vauvan syntymästä (Mercer 1995 s. 14). Tässä työssä keskitytään Mercerin teoriaan pääasiassa siltä osin kuin sitä voidaan soveltaa synnytykseen ja välittömästi synnytyksen jälkeiseen aikaan ja siihen, mitä vaikutuksia tuon ajan tapahtumilla on äidiksi tulemiseen.

Mercerin mukaan monilla tekijöillä on joko suora tai epäsuora vaikutus äidin rooli-identiteetin muodostumiseen. Äitiin liittyviä tekijöitä Mercerin teoriassa ovat muun muassa raskaus ja synnytyskokemus, äidin ja vauvan varhainen erottaminen toisistaan, herkkyys vauvan viesteille, itsetunto ja käsitys itsestä, persoonallisuuden piirteet, sosiaalinen stressi ja tuki, asenteet, terveys sekä ikä ensimmäisessä synnytyksessä. Myös äidin ja puolison välinen suhde sekä se, miten perhe toimii, vaikuttavat. Vauvaa koskevat muuttujat, jotka vaikuttavat äidin rooli-identiteettiin, ovat luonne, ulkonäkö ja olemus, terveydentila, reagoivuus ja kyky antaa viestejä. (Alligood (toim.) 2014 s. 542 & 545) Esimerkkejä niistä vauvan antamista reaktioista, jotka vaikuttavat äidin identiteetin muodostumiseen, ovat katsekontakti äidin puhuessa vauvalle, tarttumisrefleksi, hymyily ja rauhoittuminen äidin antaman hoivan seurauksena, jatkuva vuorovaikutteinen käytös äidin kanssa sekä yritykset saada reaktioita äidiltä. (Alligood (toim.) 2014 s. 545-7, Mercer 1995 s. 15). Mercerin mukaan äiti-identiteetti on yhteydessä kehon toiminnalliseen kontrolliin (Mercer 2004 s. 227).

Mercerin tärkeimpiin olettamuksiin kuuluu muun muassa seuraavat tämän työn kannalta tärkeät kohdat: 1) vauva on aktiivinen osapuoli äitiroolin omaksumisen prosessissa, ja vauvan ja äitiroolin omaksumisen välinen vaikutus on kaksisuuntainen; 2) isä tai äidin puoliso edesauttaa äitiroolin saavuttamista tavalla, johon kukaan toinen tukihenkilö ei pysty, ja 3) äiti-identiteetti kehittyy rinnakkain äidillisen kiintymyksen kanssa, ja nämä ovat toisistaan riippuvaisia. (Alligood (toim.) 2014 s. 543)

6 TUTKIMUSONGELMAN KUVAUS, TUTKIMUKSEN TAVOITE JA KYSYMYKSENASETTELU

Tämän työn tavoitteena on kuvailla perhelähtöisen keisarileikkauksen menetelmää ja tarkastella sen vaikutuksia naisen näkökulmasta. Keskeisiä tutkimuskysymyksiä on

työssä kaksi:

- Miten perhelähtöinen keisarileikkaus kuvataan tutkimuksissa?
- Miten perhelähtöinen keisarileikkaus vaikuttaa äidiksi tulemiseen ja äitiroolin muodostumiseen?

Nämä kysymykset ja niihin vastaaminen ovat läpi työn kulkeva “punainen lanka”. Työssä esitellään aiheesta löydetty keskeisimmät tutkimusartikkelit, ja analysoidaan niitä Ramona Mercerin äidiksi tulemisen teorian ja aiheeseen liittyvän muun tutkimuksen ja taustan valossa. Kirjallisen työn lisäksi päädyttiin esitteen tekemiseen siksi, että sen avulla työ on helpommin lähestyttävä, ja saavuttaa todennäköisesti enemmän lukijoita, kuin jos työhön kuuluisi pelkkä kirjallinen osio. Esite julkaistaan Aktiivinen synnytys ry:n Internet-sivuilla, josta kuka tahansa voi lukea sen ilmaiseksi. Taustalla on ollut ajatus lisätä tietämystä ja keskustelua perhelähtöisestä keisarileikkauksesta.

Työn keskeisenä hypoteesina on ollut se, että perhelähtöinen keisarileikkaus vaikuttaa positiivisesti äidiksi tulemisen prosessiin verrattuna perinteiseen keisarileikkaukseen, jolla saattaa olla negatiivisia vaikutuksia äidiksi kasvamiseen ja äitiroolin muodostumiseen. Hypoteesi ei ole kuitenkaan vaikuttanut tämän työn tuloksiin; tutkimusartikkeleja ei ole valittu sen perusteella, että niiden tulokset osoittaisivat hypoteesin oikeaksi. Objektiivisuuteen on pyritty tekemällä aineistohaut erittäin systemaattisesti.

6.1 Aiheen rajaus

Aiheen rajaaminen on ollut haaste, koska perhelähtöistä keisarileikkausta kokonaisuudessaan käsitteleviä tutkimusartikkeleja oli hieman vaikea löytää. Huolellisesta etsimisestä huolimatta löytyi vain neljä varsinaista tieteellistä tutkimusartikkelia, jotka käsittelevät perhelähtöistä keisarileikkausta sen koko merkityksessään. Nämä artikkelit on valittu analyysin kohteeksi ensisijaisesti. Sen jälkeen täytyi miettiä, mihin perhelähtöisen keisarileikkauksen osa-alueisiin keskitytään. Päätettiin, että tämän työn painopisteet ovat äidin ja vastasyntyneen yhdessä pitäminen

sekä heidän välinen välitön ja varhainen ihokontakti keisarileikkauksen jälkeen. Tämä rajausta tehtiin toisaalta siksi, että ihokontakti ja äidin ja vauvan yhdessä pitäminen keisarileikkauksen jälkeen ovat merkittäviä perhelähtöiseen keisarileikkaukseen kuuluvia asioita, ja työssä käytetty teoreettinen viitekehys äidiksi tulemisesta sopii hyvin niiden tarkasteluun. Rajausta tehtiin toisaalta myös siksi, että esimerkiksi vauvan hitaasta ulosautosta, autoresuskitaatiosta ja vanhempien mahdollisuudesta katsella vauvan syntymää keisarileikkauksen yhteydessä ei löytynyt erillisiä tutkimusartikkeleita. Vauvan hidas ulosautto ja autoresuskitaatio liittyvät keisarileikkauksen tekniikkaan, ja sopisivat siksi paremmin lääketieteelliseen kuin hoitotieteelliseen työhön. Lisäksi Aktiivinen synnytys ry toivoi alunperin ainakin välittömän ja varhaisen ihokontaktin olevan työssä mukana, joten valinta oli sopiva myös siksi. Äidiksi tulemisen tarkasteluun päädyttiin aiheen mielenkiintoisuuden ja tarpeellisuuden vuoksi ja siksi, että aihe soveltuu hoitotieteelliseen työhön. Siihen liittyen myös löytyi kiinnostava ja sopiva teoreettinen viitekehys.

Aktiivinen synnytys ry toivoi alunperin, että työssä olisi ollut ihokontaktin lisäksi mukana myös swabbaus. Dominguez-Bellon et al. (2016) mukaan swabbauksella tarkoitetaan vastasyntyneen kehon sivelyä äidin emättimen bakteereilla keisarileikkauksen yhteydessä. Taustalla on se, että keisarileikkauksella syntyneiden vauvojen mikrobiomi on erilainen verrattuna alateitse syntyneisiin vauvoihin, ja keisarileikkaus on yhdistetty suurentuneeseen immuunipuolustus- ja aineenvaihduntasairauksien riskiin. Vastasyntyneen mikrobistoon voidaan vaikuttaa swabbauksen avulla, mutta swabbauksen pitkäaikaisvaikutuksia terveyteen ei vielä tunneta. (Dominguez-Bello et al. 2016 s. 250) Aihe päätettiin kuitenkin rajata työn ulkopuolelle, sillä yhdessäkään löydetystä perhelähtöistä keisarileikkausta käsittelevässä artikkelissa ei mainita swabbauksesta mitään. Swabbauksesta oli myös hyvin vaikea löytää tieteellisiä tutkimusartikkeleita. Syynä oli lisäksi se, että swabbaus on lääketieteellinen eikä hoitotieteellinen interventio. Se liittyy vastasyntyneen fyysiseen terveyteen, eikä olisi siksi sopinut valittuun äidiksi tulemistä käsittelevään teoreettiseen viitekehukseen.

6.2 Muita kiinnostavia kysymyksiä, jotka jäävät tämän työn ulkopuolelle

Perhelähtöiseen keisarileikkaukseen liittyen olisi voinut tarkastella useaa erilaista asiaa, esimerkiksi vastasyntyneen fyysistä tai psyykkistä vointia, imetyksen onnistumista tai äidin fyysistä vointia ja palautumista leikkauksesta. Lisäksi olisi voinut tutkia henkilökunnan suhtautumista tai kokemuksia liittyen perhelähtöisiin menetelmiin, sairaaloiden hoitokäytäntöjä ja syitä niiden taustalla tai puolison tai muun tukihenkilön näkökulmaa. Näitä aiheita sivutaan työssä lyhyesti.

7 DESIGN

Kirjoitusprosessin alussa aikaa kului paljon aihepiiriin tutustumiseen, taustamateriaalin etsimiseen ja näkökulman valitsemiseen. Tietokantahakujen tekeminen on ollut aikaavievää, koska haut on tehty erittäin huolellisesti ja systemaattisesti. Lisäksi kirjoittajan ajanpuutteen vuoksi kirjoittaminen on edennyt hitaasti, ja siinä on välillä ollut pidempiäkin taukoja.

Koska työn tilaajana on Aktiivinen synnytys ry, jolla on omia näkemyksiä siitä, mihin suuntaan ja miten synnytyskulttuuria tulisi kehittää, tässä työssä on kiinnitetty huomiota siihen, että työstä tulisi mahdollisimman objektiivinen ja puolueeton. Aktiivinen synnytys ry:n edustamat arvot ja asenteet eivät ole vaikuttaneet tutkimusartikkelien valintaan, analysointiin tai tutkimustuloksiin. Aktiivinen synnytys ry ei ole yrittänyt missään kirjoitusprosessin vaiheessa vaikuttaa aiheen tarkempaan rajaukseen, materiaalin valintaan tai johtopäätöksiin.

Työ koostuu kahdesta osasta, esitteestä sekä pidemmästä kirjallisesta työstä, joka on esitteen taustalla ja johon esitteen sisältö pohjautuu. Kirjallisen työn analyysi on kvalitatiivinen ja noudattaa induktiivista logiikkaa. Kvalitatiivisuudella viitataan siihen, millainen jokin asia on, ja mitä ominaisuuksia sillä on (Hartman 2006 s. 272). Kvalitatiivisten tutkimusten kohteena voi olla esimerkiksi ihmisten kokemusmaailma (mts. 272). Koska tämän työn tavoitteena on ollut kuvailla perhelähtöisen

keisarileikkauksen piirteitä, ja työssä on tarkasteltu myös äitien kokemuksia perhelähtöisestä keisarileikkauksesta ja sitä, miten se on vaikuttanut äidiksi tulemiseen, voi analyysiä kutsua kvalitatiiviseksi. Induktiivinen päättely lähtee liikkeelle yksityiskohdista ja muodostaa niiden perusteella yleistyksiä (Wikipedia). Myös tätä lähestymistapaa on noudatettu työssä.

Analyysiosio on jaettu tutkimusartikkeleiden sisällön pohjalta eri aihepiireihin eli kategorioihin, jotka ovat kysymyksenasettelun kannalta kiinnostavimpia ja olennaisimpia. Jokaiseen kategoriaan on poimittu tutkimusartikkeleista keskeisimmät johtopäätökset, mikä sekin kuuluu kvalitatiiviseen analyysimenetelmään ja induktiiviseen logiikkaan (kts. mts. 286-8). Johtopäätöksiä on tulkittu suhteessa taustaan, aikaisempaan tutkimukseen sekä teoreettiseen viitekehykseen. Esite pohjautuu täysin kirjalliseen työhön, ja esitteessä on pyritty tiivistämään työn keskeisin sisältö selkeään, yksinkertaiseen ja helppolukaiseen muotoon.

8 AINEISTON VALINTA

8.1 Kuvaus aineiston etsimisestä ja valinnasta

Kaikessa tutkimuksessa tutkimusprosessi alkaa yleisellä kirjallisuuden läpikäymisellä (Forsberg & Wengström 2013 s. 25). Tämän työn taustoittaminen ja aihepiiriin tutustuminen alkoi selailemalla Kätilö- ja Sydänääni-lehtiä. Sydänääni on Aktiivinen synnytys ry:n julkaisema aikakauslehti. Niitä lukemalla ja kiinnostavien artikkelien lähdeluetteloihin tutustumalla saatiin vinkkejä ja uusia ajatuksia. Taustamateriaalin etsimisessä käytettiin toisin sanoen hyväksi lumipalloefektiä. Myös Googlega etsittiin taustatietoa.

Systemaattiset aineistohaut on tehty heinäkuun 2016 ja tammikuun 2017 välillä. Käytetyt tietokannat ovat PubMed, Academic Search Elite (EBSCO), Cinahl (EBSCO) sekä Science Direct. Perhelähtöistä keisarileikkausta kokonaisuudessaan käsitteleviä artikkeleja etsittiin myös Sage- ja Ovid-tietokannoista. Jos keskeisen artikkelin kokotekstiä ei ollut saatavilla suoraan yllä mainituista tietokannoista, sitä etsittiin Arcadan ja Helsingin yliopiston kirjastojen kokoelmista, Googlega sekä ottamalla

yhteyttä Arcadan informaattikkoon joka auttoi artikkelin etsimisessä muista kirjastoista. Mitään relevanttia artikkelia ei ole suljettu pois sen vuoksi, että siitä ei olisi löytynyt kokotekstiä.

Tietokantahauissa käytettyjen asiasanojen valintaan etsittiin vinkkejä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta sekä MeSH-asiasanaluettelosta. Keisarileikkauksella on englannin kielessä eri kirjoitusasuja. Näitä ovat *'cesarean/caesarean/cesarian'*, *'cesarean/caesarean/cesarian section/birth'* ja *'C-section'*. Nämä sanat yhdistettiin kukin erikseen sanoihin *'natural'*, *'gentle'*, *'family'*, *'woman'*, *'charité'* ja *'skin-to-skin'* boolisen AND-operaattorin avulla. Perhelähtöistä keisarileikkausta käsittelevien artikkelien hauissa ei tehty ajallista rajausta.

Neljä sellaista artikkelia löytyi, jotka käsittelevät perhelähtöistä keisarileikkausta kokonaisuudessaan (Smith et al. 2008, Armbrust et al. 2015, Schorn et al. 2015 & Posthuma et al. 2016). Ne kaikki valittiin tähän työhön. Perhelähtöistä keisarileikkausta kokonaisuudessaan käsitteleviä artikkeleja etsittiin myös googlen, google scholarin sekä lumipalloefektin avulla käymällä läpi monen eri artikkelin lähdeluettelot, mutta enempää artikkeleita ei löytynyt. Artikkelien määrän rajallisuudesta johtuen analysoitavaksi on otettu mukaan kuusi muuta artikkelia. Muista kuudesta valitusta artikkelista neljä keskittyy välittömään ja/tai varhaiseen ihokontaktiin (Frederick et al. 2016, Velandia et al. 2010, Moran-Peters et al. 2014, Sundin & Mazac 2015) ja kaksi äidin ja vauvan yhdessä pitämiseen keisarileikkauksen yhteydessä ja välittömästi sen jälkeen (Nolan & Lawrence 2009, Elliott-Carter & Harper 2012). Näiden artikkeleiden etsinnässä tehtiin omat tietokantahaut, ja kaikki yli 10 vuotta vanhat tutkimukset rajattiin pois.

Ihokontaktin osalta käytettiin hakusanoja *'skin contact'*, *'skin-to-skin'* ja *'kangaroo care'* (otsikossa, tiivistelmässä tai asiasanoissa) ja ne yhdistettiin eri tavoilla sanoihin *'cesarean/caesarean/cesarian'*, *'cesarean/caesarean/cesarian section/birth'* ja *'C-section'* AND-operaattorin avulla. Äidin ja vauvan yhdessä pitämiseen liittyvien artikkelien hauissa käytettiin hakusanoja *'together'*, *'mother and baby'*, *'maternal-infant separation'* ja *'separat*'* (separate/separation/separating), (otsikossa, tiivistelmässä tai asiasanoissa) ja niitä yhdisteltiin toisiinsa sekä sanoihin

'cesarean/caesarean/cesarian', *'cesarean/caesarean/cesarian' section/birth* ja *'C-section'*, kunnes huomattiin, että uusia relevantteja artikkeleita ei enää tule vastaan.

Koska tietokantahakuja tehtiin useita ristikkäisiä, hakutuloksia saattoi olla hyvinkin eri määrä riippuen hakusanojen yhdistelmästä ja kirjoitusasusta. Siksi työssä ei esitetä taulukkoa hakutulosten määristä. Valituista artikkeleista kuusi on yhdysvaltalaisia (Nolan & Lawrence 2009, Elliott-Carter & Harper 2012, Moran-Peters et al. 2014, Schorn et al. 2015, Sundin & Mazac 2015, Frederick et al. 2016), yksi isobritannialainen (Smith et al. 2008), yksi ruotsalainen (Velandia et al. 2010), yksi saksalainen (Armbrust et al. 2015) ja yksi alankomaalainen (Posthuma et al. 2016).

8.2 Kriteerit artikkelien valinnalle ja poissulkemiselle

Aineiston valinnassa ei ole tehty mitään maantieteellisiä rajauksia. Kaikki valitut artikkelit ovat englanninkielisiä, mutta myös suomen- ja ruotsinkielisiä artikkeleja olisi voitu ottaa mukaan, jos niitä olisi löytynyt. Muunkieliset artikkelit rajattiin lähtökohtaisesti pois. Artikkelien relevanssi tämän työn kannalta on arvioitu ensisijaisesti otsikon perusteella. Epävarmoissa tapauksissa relevanssi on arvioitu abstraktin tai jopa koko artikkelin lukemisen perusteella. Tutkimusten tulokset eivät ole missään vaiheessa vaikuttaneet tutkimusartikkelien valituksi tulemiseen tai poissulkemiseen.

Ihokontaktista keisarileikkauksen yhteydessä ja jälkeen löytyi paljon tutkimusartikkeleja, äidin ja vauvan yhdessä pitämisestä muutamia. Äidin ja vauvan yhdessä pitämistä keisarileikkauksen jälkeen käsittelevien artikkelien valinta oli helppo, sillä vain kaksi sellaista artikkelia löytyi, jotka käsittelivät aihetta äidin näkökulmasta, ja joihin valittu Mercerin teoreettinen viitekehys äidiksi tulemisesta sopi hyvin. Ihokontaktia käsittelevistä artikkeleista valittiin ne neljä, joissa selkeimmin tarkasteltiin äidin näkökulmaa, ja joihin Mercerin teoria myös sopi hyvin. Ensisijaisesti tai pelkästään imetystä, vastasyntyneen oletettua hypotermiariskiä, henkilökunnan näkökulmaa, äidin tai vauvan fyysistä vointia tai vastasyntyneen ja isän välistä ihokontaktia keisarileikkauksen jälkeen tarkastelevat tutkimukset rajattiin pois.

9 METODI

Koska tässä opinnäytetyössä on kaksi osaa – tuote eli esite perhelähtöisestä keisarileikkauksesta sekä sen taustalla oleva kirjallinen työ – on keskeisiä metodeitakin kaksi. Pääasiallinen metodi on tuotekehitystyö. Kirjallisen taustatyön menetelmänä on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta.

Tuotekehitys jaetaan eri vaiheisiin seuraavasti: 1) tuotteen päättäminen, 2) tuotteen valmistus ja 3) tuotteen käyttäminen (Lundequist 1995 s. 60). Suunnittelussa edetään alun johdantovaiheesta, jossa ideat muodostuvat, loppua kohden yksityiskohtien määrittämiseen (mts. 62).

Yllä kuvatuista vaiheista erityisesti kaksi ensimmäistä ovat olleet nähtävillä tämän työn kirjoitusprosessissa. Aluksi Aktiivinen synnytys ry antoi työlle aiheen, joka pikkuhiljaa tarkentui. Aiheesta päätettiin tehdä informatiivinen esite, jonka kohderyhmänä ovat perheet sekä äitityshuollossa työskentelevät ammattilaiset. Toinen vaihe, johon kuuluu tuotteen suunnittelu, tarkentuminen ja lopulliseen muotoon saattaminen, on tapahtunut pikkuhiljaa kirjoitusprosessin edetessä. Valmiin tuotteen toteutus tehtiin yhteistyössä graafisen suunnittelijan kanssa, joka vastaa esitteen ulkoasusta ja taitosta. Esite julkaistaan Aktiivinen synnytys ry:n Internet-sivuilla, jossa se on vapaasti luettavissa. Tämä on Lundequistin (mts. 60) kuvaama tuotekehityksen kolmas vaihe eli tuotteen käyttäminen.

Höst et al. (2006 s. 103-104) kirjoittavat, että tuotekehitystyö alkaa idealla siitä, mitä tehdään, mutta vielä ei ole täysin selvää, mikä lopputulos on. Prototyypin versiot tarkentuvat prosessin edetessä tai muuttuvat kokonaan. Tämä on näkynyt tässä työssä: vasta kirjoitusprosessin loppua kohden esitteen lopullinen sisältö ja muoto tarkentuivat, kun taustalla oleva kirjallinen työ hioutui valmiiksi.

Esitteen taustalla oleva työ on kirjallisuuskatsaus perhelähtöisestä keisarileikkauksesta tehdyistä tieteellisistä tutkimuksista. Kysymyksenasettelu ohjaa metodin valintaa (Forsberg & Wengström 2013 s. 47). Tässä työssä haluttiin kuvailla perhelähtöistä keisarileikkausta sen koko merkityksessään ja koota yhteen ja esitellä aiheesta tehtyjä tutkimuksia. Siksi kuvaileva kirjallisuuskatsaus on sopivin menetelmä.

Kuvailevien tutkimusten päätavoitteena on selvittää ja kuvailla, miten jokin asia toimii, ja miten se tehdään tai pannaan täytäntöön (Höst et al. 2006 s. 29). Salmisen (2011) mukaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisesti käytetty kirjallisuuskatsauksen perustyyppi. Tutkimuksen kohteena oleva ilmiö pyritään kuvaamaan laajasti ja luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia tarvittaessa. (Salminen 2011 s. 6) Tähän on pyritty tässä työssä.

Äidiksi tulemisen prosessin tarkasteluun olisi sopinut myös empiiriseen havainnointiin perustuva tutkimus, etnografinen tutkimus tai haastattelututkimus. Tämä olisi kuitenkin ollut hyvin haastavaa toteuttaa, sillä perhelähtöisen keisarileikkauksen menetelmä kokonaisuudessaan on hyvin uusi, ja siitä on tehty vain pilottitutkimuksia. Yhtäkään suomalaista tutkimusta aiheesta ei löytynyt. Olisi siis ollut mahdotonta mennä havainnoimaan perhelähtöistä keisarileikkausta (sisältäen hitaan ulosauton) synnytyssairaaloihin, ja haastavaa kysyä perhelähtöisen keisarileikkauksen kokeneilta äideiltä ja perheiltä kokemuksia opinnäytetyön puitteissa. Tämä olisikin hyvä jatkotutkimusten aihe.

10 TUTKIMUSEETTISTÄ POHDINTAA

Työssä on noudatettu Arcadan ohjeistuksia hyvistä tieteellisistä käytännöistä. Niihin kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja täsmällisyys. Toisten tutkijoiden työ ja tutkimustulokset tulee ottaa huomioon oikealla tavalla heidän työtään kunnioittaen. (Arcada 2015 s. 1) Tämä on näkynyt tässä työssä siten, että aiheeseen liittyvää tutkimusta on pyritty esittelemään kattavasti, ja siihen on viitattu tarkasti ja selkeästi. Aineiston valintaperusteet on tuotu esiin selvästi.

Sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan Etenen mukaan hoitohenkilökunnan toiminnan eettisenä lähtökohtana on kunnioittaa potilaiden ja asiakkaiden perustavanlaatuisia oikeuksia, arvostaa heidän itsemääräämisoikeutta ja oikeutta tehdä valintoja sekä kiinnittää huomiota yhdenvertaiseen hoitoon ja tasa-arvoisuuteen potilaiden ja asiakkaiden kohtaamisessa (Etene 2011 s. 9). Perhelähtöisyyden huomioonottaminen keisarileikkausten hoidossa tukee näitä pyrkimyksiä.

Suomen Kätilöliiton mukaan kätilön työtä ohjaa kokonaisvaltaisen hoidon periaatteet. Näitä periaatteita ovat muun muassa potilaan itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, yksilöllisyys, jatkuvuus, perhekeskeisyys ja omatoimisuus. (Suomen kätilöliitto 2004 s. 7-9) Esimerkiksi jos äiti ei saa pitää vastasyntyntä luonaan keisarileikkauksen yhteydessä ja välittömästi sen jälkeen, imettää ja pitää vauvaa ihokontaktissa vaikka toivoo niin eikä lääketieteellisiä esteitä ole, edellä mainitut periaatteet eivät silloin toteudu hoidossa.

Kätilöiden kansainvälisessä eettisessä ohjeistossa painotetaan naisen oikeutta saada tietoa, jonka pohjalta hän voi tehdä siihen perustuvia tietoisia päätöksiä. Kätilön tulee tukea naista ja hänen perhettään osallistumaan aktiivisesti heidän hoitoaan koskeviin päätöksiin ja voimaannuttaa naista ja perhettä puhumaan omasta puolestaan. Käytetyn tiedon tulee olla ajankohtaista ja näyttöön perustuvaa. Kätilön tulee vastata naisen fyysisiin, psykologisiin, emotionaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin tilanteesta riippumatta. Kätilöt myös osallistuvat naisten ja perheiden terveyteen vaikuttavien hoitokäytäntöjen kehittämiseen ja toteutukseen. (*International Confederation of Midwives* eli Kansainvälinen kätilöliitto 2014 s. 1-3) Tätä voi soveltaa keisarileikkausten hoitoon esimerkiksi niin, että odottavalle äidille, jolla on lääketieteellinen syy suunniteltuun keisarileikkaukseen, annetaan hyvissä ajoin tietoa perhelähtöisistä hoitokäytännöistä ja mahdollisuus toivoa niitä omalle kohdalleen, ja että perhelähtöisyyden toteutumista hoidossa tuetaan.

11 AINEISTON ESITTELY

Seuraavaksi esitellään tässä työssä analysoidut kymmenen tutkimusartikkelia ja niiden keskeiset sisällöt.

The natural caesarean: a woman-centred technique (Smith et al. 2008)

Smithin et al. tutkimuksessa kuvattu menetelmä on ensimmäinen malli perhelähtöisestä keisarileikkauksesta. Tarkoituksena oli parantaa naisten synnytyskokemusta soveltamalla keisarileikkauksiin naislähtöisiä menetelmiä ja mukailla näin alatiesynnytystä. Professori Fiskin johtama ohjelma perhelähtöisen keisarileikkauksen

toteuttamiseksi toteutettiin lontoolaisessa sairaalassa. Tutkimuksen kohteena oli terveitä äitejä, jotka synnyttivät suunnitellulla sektiolla täysiaikaisia vauvoja ja joiden raskaus oli yksisikiöinen. Edellytyksenä tutkimukseen osallistumiselle oli, että keisarileikkaus ei ollut komplisoitunut. Tutkimuksessa kuvattua menetelmää voisi tutkijoiden mukaan soveltaa myös kiireellisiin sektioihin, mutta ei silloin, kuin synnytys on ennenaikainen tai vauva on perätilassa. Tutkimukseen sisältyi yli 100 keisarileikkausta.

Vaikka perhelähtöisistä ja vauvamyönteisistä hoitokäytännöistä on tullut yleisempiä alatiesynnytysten yhteydessä, Smithin et al. mukaan maailman yleisimpään operaatioon keisarileikkaukseen on edelleen juurtunut kirurgisia ja elvytykseen liittyviä rituaaleja, jotka viivästyttävät kontaktia vastasyntyneen ja vanhempien välillä ja heikentävät äidin tyytyväisyyttä ja imetyksen onnistumista. Keisarileikkauksella synnyttäneet äidit ovat kirjoittajien mukaan alttiimpia synnytyksenjälkeiselle masennukselle ja kiintymyssuhteen muodostumisen ongelmille. Tutkimusta tarvittaisiin menetelmistä joilla keisarileikkaus voitaisiin uudistaa. Tutkijat kuvaavat tässä artikkelissa “luonnollisen” lähestymistavan, joka jäljittelee alatiesynnytystä. Menetelmä sisältää obstetriikkaan, anestesiaan ja kättilötyöhön liittyvien käytäntöjen muokkausta. Keskeisimmät perhelähtöisen keisarileikkauksen elementit tässä tutkimuksessa ovat: a) se, että vanhemmat saavat katsella vauvan syntymää aktiivisina osallistujina, b) synnytystä hidastetaan fysiologisella autoresuskitaatiolla (kuvaus aiemmin työssä), ja c) vastasyntynyt annetaan välittömästi syntymän jälkeen yhden minuutin kuluessa äidin ihokontaktiin. Hidasta ulosauttoa kutsutaan nimellä “*walking the baby out*”.

The Charité cesarean birth: a family orientated approach of cesarean section (Armbrust et al. 2015)

Armbrust et al. muokkasivat tutkimuksessaan Smithin et al. esittelemää tekniikkaa ja antoivat omalle menetelmälleen nimeksi “*Charité Cesarean Birth*” (CCB). Suomeksi sen voisi kääntää muotoon charité-keisarileikkaus tai caritas-keisarileikkaus. Sillä tarkoitetaan sellaista muokattua keisarileikkausta, jossa vanhemmat on aktiivisesti integroitu mukaan synnytysprosessiin. Tutkimus tehtiin Saksassa yliopistollisessa Charité University Hospital Berlin -sairaalassa ja on satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Siihen osallistui yhteensä 205 naista. Tutkimukseen otettiin mukaan vain

naisia, joiden taustalla ei ollut merkittäviä riskitekijöitä, joilla oli ehdoton indikaatio suunnitellulle keisarileikkaukselle ja joiden raskaus oli täysiaikainen (yli 37 raskausviikkoa). Sikiöllä ei saanut olla todettu merkittäviä epämuodostumia tai muita riskitekijöitä. Yli puolella synnyttäjistä oli aiempi keisarileikkaus takanaan. Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida uudentyyppisen keisarileikkauksen turvallisuutta, käytännöllisyyttä sekä vanhempien synnytyskokemusta ja tyytyväisyyttä ja verrata kokemusta tämän menetelmän ja perinteisen “rutiinkeisarileikkauksen” välillä. Keinoina vanhempien mukaan ottamisessa synnytysprosessiin käytettiin sitä, että vanhemmat näkevät vauvan syntymän suoraan, voivat katkaista napanuoran itse sekä saavat pitää vauvaa ihokontaktissa välittömästi syntymän jälkeen. Menetelmään kuului myös vauvan hidas ulosautto kohdusta – “*walking the baby out*” –, jotta kohdun ja muiden kudosten paine edesauttaisi nesteiden poistumista keuhkoista. Lisäksi toissijaisesti tarkasteltiin myös imetykseen liittyviä muuttujia, vauvan apgar-pisteitä, äidin perioperatiivista verenhukkaa sekä operaatiosta johtuvia komplikaatioita. Menetelmä vaikutti positiivisesti vanhempien synnytyskokemukseen, äidin ja vauvan väliseen vuorovaikutukseen sekä imetykseen. Apgar-pisteissä, intensiivihoidon tarpeessa, perioperatiivisessa verenhukassa tai kardiovaskulaarisissa häiriöissä ei havaittu tilastollisesti merkittäviä eroja tutkittavan ryhmän ja verrokkiryhmän välillä.

Implementing Family-Centered Cesarean Birth (Schorn et al. 2015)

Schorn et al. esittelevät prosessin, jossa pyrittiin toteuttamaan perhelähtöistä keisarileikkausta Vanderbiltin yliopistollisessa sairaalassa Tennesseessä, Yhdysvalloissa. Tutkimuksen aikana elokuusta 2012 joulukuuhun 2014 sairaalassa syntyi keisarileikkauksella 2534 täysiaikaista vauvaa, joita ei otettu lastenosastohoitoon. Schorn et al. ryhtyivät toteuttamaan tätä tutkimusta edellä esitellyn Smithin et al. (2008) tutkimuksen innoittamana. Kiinnostuksen kohteena oli muun muassa imetyksen tukeminen sekä se, miten naisten synnytyskokemusta voitaisiin parantaa sekä suunnitellun että suunnittelemattoman keisarileikkauksen osalta. Lisäksi perhelähtöisen keisarileikkauksen vaikutuksia vastasyntyneen ruumiinlämpöön tarkasteltiin. Tässä tutkimuksessa vastasyntynyt pääsi äidin ihokontaktiin vasta, kun viiden minuutin apgar-pisteet oli annettu. Tutkimuksessa esitellään toteuttamisen vaiheet, hyödyt, haasteet sekä kehittämis- ja tutkimuskohteet. Schornin et al. mukaan keisarileikkaus aiheuttaa fyysistä

ja psyykkistä kuormitusta monille naisille. Se vaikuttaa negatiivisesti äidin tyytyväisyyteen, synnytyksen jälkeisiin psyykkisiin oireisiin, imetykseen sekä äidin fyysiseen terveyteen. Hoitokäytäntöjen keisarileikkauksen yhteydessä tulisi kirjoittajien mukaan vastata naisen tarpeisiin jotta kokemuksesta tulisi optimaalinen säilyttäen samalla turvallisuuden. Kirjoittajat ovat valinneet käytettäväksi termin “perhelähtöinen keisarileikkaus” (*“family-centered cesarean birth”*) siitä syystä, että puoliso on syntymässä mukana, jos se vain on mahdollista. Artikkelin keskittyy tarkastelemaan kolmea perhelähtöisen keisarileikkauksen osa-aluetta: a) ihokontaktia terveiden ja täysiaikaisten vauvojen kohdalla jo leikkaussalissa, b) napanuoran sitomisen viivyttämistä sekä c) vastasyntyneen autoresuskitaatiota. Schorn et al. esittelevät runsaasti näitä aiheita käsittelevää aikaisempaa tutkimusta. Tutkimuksen heikkoutena oli kirjoittajien mukaan systemaattisuuden puute: perhelähtöisten keisarileikkausten määrää ei dokumentoitu, sillä siihen kuuluvia elementtejä sovellettiin vaihtelevasti ja epä-systemaattisesti tutkimuksen ollessa käynnissä.

Risks and benefits of the skin to skin cesarean section – a retrospective cohort study (Posthuma et al. 2016)

Tämän tutkimuksen kirjoittajat ovat valinneet käytettäväksi termin “*skin-to-skin cesarean section*” (ihokontaktikeisarileikkaus) kuvaamaan hidasta, perhelähtöistä menetelmää. Tutkimuksessa verrattiin perinteisen ja perhelähtöisen keisarileikkauksen vaikutuksia sekä äitiin että lapseen. Aineisto on kerätty vuosina 2011-2013 Martini Hospital -sairaalassa Alankomaissa. Tutkimukseen osallistui 285 äitiä, jotka synnyttivät uudentyyppisellä keisarileikkauksella sekä 365 äitiä, jotka synnyttivät perinteisellä keisarileikkauksella. Toimintamalli perustuu Smithin et al. (2008) kuvaamaan tekniikkaan, jonka pohjalta tämän tutkimuksen kirjoittajat kehittivät oman monitieteellisen menettelytavan. Tutkimukseen valittiin äitejä, joiden raskaus oli täysiaikainen, jotka synnyttivät spinaalipuudutuksessa ja joiden vastasyntyneet eivät tarvinneet välitöntä pediatriin hoitoa. Keisarileikkaukset olivat joko ennalta suunniteltuja tai suunnittelemattomia johtuen synnytyksen edistymättömyydestä. Kaikki ammattiryhmät – gynekologit, anestesia- ja lääkärit, pediatri, anestesiahoitajat ja leikkaussalihoitajat – sitoutuivat uuden menetelmän käyttöön. Vauva syntyi hitaasti kasvot päin, ja vanhemmat voivat katsella syntymää. Menetelmä tähtäsi optimaaliseen

äidin ja lapsen välisen kiintymyssuhteen muodostumiseen pitämällä äidin ja vastasyntyneen yhdessä leikkauksen ja toipumisen aikana. Ihokontakti aloitettiin välittömästi syntymän jälkeen. Tutkittavia fyysiseen vointiin liittyviä asioita olivat äidin verenhukka ja leikkauksen jälkeinen infektio ja osastohoitoon päätyminen, vastasyntyneen infektio ja osastohoitoon siirtyminen, koko operaation ja itse leikkauksen kesto sekä äidin toipumisaika.

A Pilot Study of a Nursing Intervention Protocol to Minimize Maternal-Infant Separation After Cesarean Birth (Nolan & Lawrence 2009)

Tämän satunnaiskontrolloidun pilottitutkimuksen tarkoituksena oli testata protokollaa äidin ja vastasyntyneen erottamisen minimoimiseksi keisarileikkauksen aikana ja sen jälkeen. Tutkimus tehtiin yhdysvaltalaisessa sairaalassa, jossa oli tutkimuksen tekoikaan noin 1500 synnytystä vuodessa ja jonka keisarileikkausprosentti oli 33. Sairaalassa tehtiin vuosittain noin 150 uusintakeisarileikkausta. Tutkimukseen osallistui 50 naista, jotka synnyttivät yhden elävän täysiaikaisen lapsen elektiivisellä uusintakeisarileikkauksella paikallispuudutuksessa. Äiti-vauva-parit jaettiin tutkimusryhmään ja kontrolliryhmään (kummassakin 25 äiti-vauva-paria). Tutkimusryhmään kuuluvat äidit ja vauvat saivat olla samassa tilassa, ja heidän välinen aistiyhteys pyrittiin säilyttämään sekä leikkaussalissa että heräämössä. Äidin ja vastasyntyneen aistiyhteyden säilymisellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sitä, että äidin ja vauvan välinen etäisyys ei saanut olla enempää kuin noin kaksi ja puoli metriä leikkaussalissa, heräämöön siirtyessä ja heräämössä niin, että äiti näki vauvan jatkuvasti. Vastasyntynyt vietiin syntymän jälkeen välittömästi lämpölampun alle voinnin stabiloimiseksi. Sitten vauva kapaloitiin lämmitettyihin peittoihin ja esiteltiin äidille kasvot äitiin päin, ja äiti sai pitää vauvan poskea omaa poskeaan vasten vähintään kolmen minuutin ajan (*cheek-to-cheek skin contact*). Sen jälkeen joko äiti tai tukihenkilö sai pitää kapaloitua vauvaa leikkauksen loppuunsaattamisen ajan. Äiti sai vauvan varsinaiseen ihokontaktiin heräämössä vähintään 10-15 minuutiksi. Vauvoja pidettiin tässä tutkimuksessa myös paljon lämpölampun alla. Kontrolliryhmän äidit erotettiin toisistaan välittömästi syntymän jälkeen viemällä vauvat toiseen huoneeseen. Äitiin liittyviä tarkastelun kohteita olivat kipukokemus, ahdistuneisuus ja käsitys synnytyksestä (*childbirth perception*). Lapsen osalta tutkittiin hengitystiheyttä, ruumiinlämpöä, stressiä ja imetyksen onnistumista. Protokolla näytti vaikuttavan

positiivisesti sekä äitiin että vauvaan liittyviin tutkittuihin asioihin, ja sitä voidaan tutkijoiden mukaan soveltaa ilman haittavaikutuksia. Tilastollisesti merkitseviä eroja tutkittavissa asioissa ei tosin juurikaan löytynyt.

Keeping Mothers and Newborns Together After Cesarean. How One Hospital Made the Change. (Elliott-Carter & Harper 2012)

Tämä yhdysvaltalainen tutkimus tehtiin suuressa louisianalaisessa naistensairaalassa, jossa oli tutkimusvuonna noin 8000 synnytystä. Niistä yli 3000 tapahtui keisarileikkauksella. Sairaalan keisarileikkausprosentti oli 40. Tutkimuksessa luotiin uusi hoidon malli, jossa äidit voivat toipua keisarileikkauksesta yhdessä vastasyntyneensä kanssa. Uusi malli koski sekä suunniteltuja että suunnittelemattomia keisarileikkauksia. Taustalla oli ajatus siitä, että äidin ja vauvan yhdessä pitäminen välittömästi synnytyksen jälkeen vaikuttaa positiivisesti moniin asioihin kuten äidin ja vauvan kiintymyssuhteen kehittymiseen, ihokontaktin toteutumiseen ja imetyksen onnistumiseen. Artikkelissa kuvaillaan tarkasti, mitä muutoksia ja käytännön järjestelyjä sairaalassa tehtiin, jotta äidit ja vastasyntyneet saivat olla yhdessä. Artikkelista ei kuitenkaan selviä tarkemmin, kuinka nopeasti syntymän jälkeen ihokontakti alkoi, tai kuinka pitkään se yleensä toteutui. Keskeistä oli äidin ja vastasyntyneen pitäminen samassa tilassa, minkä todettiin edistävän myös ihokontaktin toteutumista. Tutkimuksen tulokset olivat positiivisia: äidit olivat tyytyväisempiä hoitoon, kun heitä ei erotettu vastasyntyneestä keisarileikkauksen jälkeen. Reilun vuoden kuluttua tutkimuksen toteuttamisesta löydökset olivat tutkijoiden mukaan erittäin positiivisia. Aiemmin 42 prosenttia kaikista syntyneistä vauvoista toipui kyseisessä sairaalassa synnytyksestä erillään äideistään. Uuden mallin ansiosta enää vain 3,7 prosenttia kaikista vastasyntyneistä erotettiin äideistään välittömästi syntymän jälkeen.

Exploring the skin-to-skin contact experience during cesarean section (Frederick et al. (2016)

Frederickin et al. etnografisen tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ja kuvailla äitien kokemusta pitäessään vastasyntyntä vauvaansa ihokontaktissa välittömästi suunnitellun keisarileikkauksen jälkeen leikkaushaavan sulkemisen sekä leikkauksesta

toipumisen aikana. Tutkimukseen osallistui 11 naista, joiden raskaus oli täysiaikainen, ja se tehtiin suuressa sairaalassa Texasissa Yhdysvalloissa. Tutkijat tarkkailivat äitien ja vauvojen vuorovaikutusta ihokontaktissa leikkauksesta ensi-imetykseen asti sekä haastattelivat äitejä 24-48 tuntia leikkauksen jälkeen. Ihokontakti alkoi 5-18 minuutin kuluttua vauvan syntymästä ja kesti 12-62 minuuttia. Keskimääräinen kesto oli 33 minuuttia. Useimmat äidit halusivat pitää vauvaa ihokontaktissa välittömästi syntymän jälkeen. Tutkimuksen päälöydöksenä oli molemminpuolinen huolenpito (*mutual caregiving*) eli äidin ja vastasyntyneen välinen vuorovaikutus sekä jaettu ja vastavuoroinen suhde ja hyödyt ihokontaktin aikana. Tämän lisäksi kaksi muuta asiaa nousivat esiin. Ne olivat isän vaikutus ihokontaktikokemukseen sekä sektiosaliympäristö. Ihokontakti vauvan kanssa auttoi unohtamaan oman avuttomuuden, kontrollin puutteen ja epämukavuudenkin osittain, ja äidit kokivat, että läheisyys vauvan kanssa oli tunteellinen, intiimi hetki, vaikka ei saanutkaan olla aivan rauhassa vain vauvan kanssa.

Onset of Vocal Interaction Between Parents and Newborns in Skin-to-Skin Contact Immediately After Elective Cesarean Section (Velandia et al. 2010)

Tämän ruotsalaisen tutkimuksen tavoitteena oli tutkia ja vertailla vanhempien ja lapsen suullista vuorovaikutusta ensimmäisen puolen tunnin aikana suunnitellun keisarileikkauksen jälkeen, kun vastasyntynyt on ihokontaktissa joko äidin tai isän kanssa. Aineisto on kerätty Tukholmassa vuosina 1997-2001. Tutkimukseen osallistui yhteensä 37 tervettä vastasyntyntä vanhempineen. Vauvat olivat äitiensä ensimmäisiä lapsia. Kriteereinä oli, että raskaus oli komplisoitumaton ja täysiaikainen (38-42 raskausviikkoa) eikä äiti ollut tupakoinut viimeisen raskauskolmanneksen aikana. Vauvan tuli saada vähintään 7 apgar-pistettä yhden minuutin iässä. Osallistujat satunnaistettiin kahteen ryhmään. Kaikki vauvat saivat olla aluksi ihokontaktissa äidin kanssa viisi minuuttia välittömästi syntymän jälkeen ja sen jälkeen satunnaistuksesta riippuen vielä 25 minuutin ajan joko äidin tai isän kanssa. Ne vanhemmat, jotka eivät pitäneet vauvaa ihokontaktissa ensimmäisen puolen tunnin aikana, toimivat verrokkiryhmänä. Isät istuivat äidin vierellä leikkaussalissa. Tutkimus osoitti, että vastasyntyneiden pyytävä, anova tai tavoitteleva käytös (*soliciting*) lisääntyi ihokontaktissa, ja että sekä äidit että isät, jotka pitivät vauvaa ihokontaktissa, kommunikoivat enemmän suullisesti vauvan kanssa verrattuna verrokkiryhmän

vanhempiin. Tutkimuksen johtopäätös on, että vanhempien ja vauvan välinen ihokontakti välittömästi suunnitellun keisarileikkauksen jälkeen edesauttaa suullista vuorovaikutusta. (Velandia et. al. 2010 s. 192-193)

A Quality Improvement Project Focused on Women's Perceptions of Skin-to-Skin Contact After Cesarean Birth (Moran-Peters et al. 2014)

Tämä tutkimus oli laadunkehittämisprojekti, jonka tarkoituksena oli tunnistaa tuoreiden äitien käsityksiä ihokontaktin hyödyistä välittömästi keisarileikkauksen jälkeen. Kirjoittajien mukaan aihetta ei ollut aikaisemmin tutkittu juurikaan. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös tunnistaa esteitä keisarileikkauksen jälkeisen ihokontaktin toteutumiseksi. Tutkimus tehtiin yhdysvaltalaisessa magneettisairaalan statuksen saaneessa sairaalassa New Yorkissa. Tutkimukseen osallistuvat äidit olivat englantia puhuvia täysi-ikäisiä, he synnyttivät terveen vauvan suunnitellulla keisarileikkauksella vuonna 2011, ja heillä kaikilla oli taustalla myös vähintään yksi aiempi sektio, jossa ihokontaktia ei ollut toteutettu ja johon äidit vertasivat kokemuksiaan. Tutkimukseen osallistui kuusi 27-40-vuotiasta äitiä. Tutkimuksessa ei tule selvästi ilmi, toteutettiiniko ihokontakti välittömästi jo leikkaussalissa vai vasta heräämössä. Tutkimuksessa puhutaan toistuvasti välittömästä ihokontaktista, mutta toisaalta taulukossa sivulla 298 mainitaan, että ihokontakti toteutettiin kahden tunnin kuluessa syntymästä. Äitien kokemukset ihokontaktista olivat positiivisia. Tärkeä esille tullut havainto oli, että äitien mielestä välitön ihokontakti vauvan kanssa keisarileikkauksen jälkeen johti synnytyskokemukseen, joka oli verrattavissa alatiesynnytyksen kokeneiden äitien kokemukseen. Tämä edelleen paransi suhdetta vauvaan. Tutkimukseen osallistuneet äidit myös kokivat vähemmän ahdistusta vastasyntyneen vauvansa terveydestä ja hyvinvoinnista verrattuna aikaisempaan keisarileikkaukseensa, jossa ihokontaktia ei toteutettu.

Implementing Skin-to-Skin Care in the Operation Room after Cesarean Birth (Sundin & Mazac 2015)

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida äitien tyytyväisyyttä ja kipukokemusta, kun he pitivät vastasyntyntä ihokontaktissa välittömästi keisarileikkauksen jälkeen leikkaussalissa. Tutkimus on amerikkalainen, ja se tehtiin yksityisessä texasilaisessa

sairaalassa, jossa on noin 5000 synnytystä vuodessa. Kolmen kuukauden aineistonkeruuajana kaikilta keisarileikkauksella synnyttäneiltä naisilta – yhteensä 583 naista – kysyttiin synnytyskokemuksesta sekä kipukokemuksesta leikkauksen aikana. Tuona aikana yhteensä 60 keisarileikkauksella synnyttänyttä naista piti vauvaa ihokontaktissa. 205 naista synnytti suunnitellulla uusintakeisarileikkauksella, ja heistä 46 piti vauvaa ihokontaktissa leikkaussalissa. Näiden 46 naisen tyytyväisyyttä synnytykseen verrattiin heidän aiempaan keisarileikkaukokemukseen, jolloin he eivät saaneet pitää vauvaa ihokontaktissa. Arvioinnin kohteena oli myös kivun hallinta naisilla, jotka pitivät vastasyntyntä ihokontaktissa ja toisaalta naisilla, jotka eivät pitäneet. Tietoa äitien saamista kipulääkkeistä käytettiin myös analyysin pohjana. Tutkimuksen tuloksena on että niiden äitien tyytyväisyys synnytykseen oli parempi ja kipukokemus alhaisempi, jotka saivat pitää vauvaa ihokontaktissa leikkaussalissa verrattuna äiteihin, jotka eivät pitäneet vauvaa ihokontaktissa. Johtopäätöksenä on, että ihokontakti keisarileikkauksen jälkeen parantaa äidin synnytyskokemusta, imetystä sekä äidin ja vauvan välistä kiintymystä. Ihokontakti voi siten olla lääkkeetön menetelmä äidin kivun kontrolloimiseksi.

12 ANALYYSI JA TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa analysoidaan keskeisiä tutkimusartikkeleita tarkemmin. Punaisena lankana on pidetty tutkimuskysymyksiä jotka ovat siis 1) miten perhelähtöinen keisarileikkaus kuvataan tutkimuksissa? sekä 2) miten perhelähtöinen keisarileikkaus vaikuttaa äidiksi tulemiseen ja äitiroolin muodostumiseen? Näitä kysymyksiä pohditaan teoreettisen viitekehyksen valossa.

Perhelähtöisestä keisarileikkauksesta kuvataan leikkauksen käytännön toteuttaminen ja vauvan hidas syntymä, mutta vahva painopiste on äidin ja vastasyntyneen yhdessä pitämisellä ja ihokontaktilla, käsitteleeän osa artikkeleista vain näitä asioita. Aluksi kerrotaan perheiden valmennuksesta perhelähtöiseen keisarileikkaukseen jo raskausaikana. Lisäksi kirjoitetaan tukihenkilön läsnäolon ja synnytyskokemuksen merkityksestä, napanuoran sitomisesta ja katkaisusta ja tunnelmasta leikkaussalissa. Vastasyntyneen ruumiinlämmöstä ihokontaktissa kirjoitetaan myös hieman, sillä

vastasyntyneen erottamista äidistä saatetaan perustella sillä, että vastasyntynyt on hypotermiariskissä ihokontaktissa.

12.1 Vanhempien valmennus raskausaikana

Smith et al. (2008) näyttivät perheille etukäteen videoita siitä, mitä perhelähtöisestä keisarileikkauksessa tapahtuu. Jos mahdollista, nainen ja puoliso tapasivat kättilön ja obstetrikon etukäteen ja kävivät tutustumassa leikkaussaliin. (Smith et al. 2008 s. 1038) Myös Armbrustin et al. tutkimuksessa perheille annettiin valmennusta raskausaikana, ja heille kerrottiin yksityiskohtaisesti perhelähtöisen keisarileikkauksen vaiheista (Armbrust et al. 2015 s. 2). Posthuma et al. (2016) ja Schorn et al. (2015) eivät mainitse perheiden valmennuksesta mitään. Sundin & Mazacin tutkimuksessa potentiaalisille tutkimukseen osallistuville äideille jaettiin leikkausta edeltävällä käynnillä esite ihokontaktin hyödyistä ja siihen liittyvistä odotuksista leikkaussalissa, ja he saivat tutustua siihen kotona ja ilmoittaa leikkauspäivänä halustaan osallistua tutkimukseen (Sundin & Mazac 2015 s. 253).

Vanhempien valmennus etukäteen sopii Mercerin teoriaan siitä, että äidiksi tulemisen prosessi alkaa raskausaikana tai jo ennen sitä. Raskausaikana äiti valmentautuu vauvan syntymään; tämä on äidiksi tulemisen prosessin ensimmäinen vaihe (Mercer 2004 s. 231 & Mercer 2006 s. 649-650). Tässä vaiheessa korostuvat sitoutuminen, kiintyminen ja valmistautuminen. Äidin aktiivinen osallistuminen raskausaikana on yhteydessä äitiyteen sopeutumiseen (Mercer 2004 s. 231), ja tätä aktiivista valmistautumista äitiyteen on tärkeää tukea (mts. 227).

Tähän voi soveltaa myös aiemmin esiteltyä ICEA:n (*International Childbirth Education Association*) suositusta, jonka mukaan perhelähtöiseen hoitoon kuuluu hyvä kommunikaatio, yksilöllisyys ja tiedon antaminen naiselle jo raskausaikana. ICEA:n mukaan vanhempien osallistuminen päätöksentekoon lisää heidän itseluottamustaan. (ICEA 2015a) Myös Aktiivinen synnytys -liike korostaa naisen oikeutta olla mukana itseään koskevassa päätöksenteossa (Aktiivinen synnytys ry 2017b).

12.2 ”Walking the baby out” eli vauvan hidas syntymä & autoresuskitaatio

Smithin et al. (2008) mukaan alatiesynnytysten hoidossa on nykyään leimallista luonnollisuuden edistäminen, mutta keisarileikkausten yhteydessä nopeus ja elvyttäminen ovat edelleen periaatteet, jotka hallitsevat leikkauksen suorittamista. Nopeus ei kuitenkaan Smithin et al. mukaan ole tarpeellista keisarileikkauksessa, ellei sikiön vointi ole vaarassa. Nopeus on Smithin et al. mukaan paluuta aikaan, jolloin keisarileikkaukset tehtiin yleisanestesiassa. Silti vauva laitetaan yleensä elvytyspöydälle, tutkitaan, puhdistetaan, punnitaan ja kapaloidaan ja vauvalle laitetaan ranneke ennen kuin vauva esitellään vanhemmille usein noin 10 minuuttia syntymän jälkeen. Varhainen ihokontakti ja imetyksen aloittaminen puolen tunnin kuluessa syntymästä ei Smithin et al. mukaan yleensä toteudu. (Smith et al. 2008 s. 1037)

Smithin et al. kehittämässä perhelähtöisessä menetelmässä toimittiin steriilisti kuten perinteisessäkin keisarileikkauksessa. Kirurginen verho laskettiin alas, ja leikkauspöydän päätyä nostettiin hieman leikkaushaavan teon jälkeen, jotta vanhemmat voivat katsella vauvan syntymää. Vauva autettiin ulos niin, että kasvot on vanhempiin päin ja katsekontakti mahdollistuu. Smith et al. kertovat, että tämän jälkeen vauva usein auttaa omat kätensä ulos ojennusrefleksin avulla. Syntyvän vauvan vartalo tukkii leikkaushaavan, mikä minimoii äidin verenvuodon. Sitten vauva jätetään tuettuna paikoilleen noin minuutin ajaksi, jotta äiti tai vanhemmat voivat katsella vauvaa. Puoliksi syntynyt vauva usein itkee, mutta jos ei, hänen hengitystään, väriä, jänteveyttä ja liikkeitä tarkkaillaan voinnin varmistamiseksi. Loppusyntymä on yhdistelmä aktiivista ulosauttoa ja passiivisuutta hyödyntäen kohdun supistusvoimaa: vauva ”kiemurtelee” ulos obstetrikon tukiessa vauvan päätä ja vartaloa. Näin äiti voi katsella syntymää ja nähdä vauvan sukupuolen samaan aikaan hoitohenkilökunnan kanssa, ja syntymä muistuttaa enemmän alatiesyntymää. (Smith et al. 2008 s. 1038-9) Smithin et al. tutkimuksessa perhelähtöisellä keisarileikkauksella syntyneet vauvat usein saavuttivat korkeat apgar-pisteet ennen kuin olivat edes varsinaisesti syntyneet. Jos vauvan vointi kuitenkin oli huono syntyessä, siirryttiin heti takaisin rutiinikäytäntöihin. Smithin et al. mukaan autoresuskitaation mahdollistama nesteiden poistuminen

keuhkoista alatiesynnytyksen tapaan saattaa edesauttaa vauvan hengityselimistön sopeutumista kohdun ulkopuoliseen maailmaan. (Mts. 1040)

Myös Armbrustin et al. (2015) menetelmässä vauvan annettiin syntyä hitaasti pään ulosauton jälkeen kuten Smithin et al. (2008) tutkimuksessa. Äiti saattoi myös yrittää “aktiivisesti työntää” vauvaa ulos. Vanhemmat voivat katsella vauvan syntymää, sillä kirurgista verhoa laskettiin leikkaushaavan teon tai vauvan pään ulosauton jälkeen edellyttäen, ettei mitään komplikaatioita esiintynyt. Myös Armbrust et al. kirjoittavat, että uuden tekniikan avulla kohdun ja muiden kudosten paine auttaa poistamaan nesteitä vauvan keuhkoista. (Armbrust et al. 2015 s. 2) Verho nostettiin takaisin ylös loppuleikkauksen eli istukan ulosoton ja leikkaushaavan sulkemisen ajaksi (mts. 3). Syntyvän vauvan vartalo tukkii leikkaushaavan niin etteivät vanhemmat näe sisälle haavaan (mts. 2).

Myös Posthuman et al. (2016) tutkimuksessa kirurgista verhoa laskettiin, jotta vanhemmat voivat katsella syntymää. Menetelmässä vauva syntyi kasvot vanhempiin päin. Kirurgi antoi vastasyntyneen obstetriselle sairaanhoitajalle, joka auttoi vauvan välittömästi äidin ihokontaktiin, jossa vauva sai olla koko toimenpiteen ajan, jos vointi sen salli. Pediatri oli saatavilla viereisessä huoneessa tarvittaessa. (Posthuma et al. 2016 s. 1-2) Kirurginen verho nostettiin takaisin leikkauksen loppuun saattamisen ajaksi. Pediatri tarkasti kaikki vauvat tunnin kuluttua syntymästä. (Mts. 2) Posthuma et al. eivät mainitse sitä, annettiinko vauvalle aikaa alkaa hengittää itse ennen vartalon ulosauttoa.

Schorn et al. (2015) tuovat esille keskustelun steriilin ympäristön vaarantumisesta ja äidin infektioriskin kasvamisesta, jos kirurginen verho lasketaan jotta äiti näkisi vauvan syntymän. Schorn et al. löysivät ratkaisuksi tähän verhon jossa on muovinen, läpinäkyvä katseluikkuna, jonka päällä on paperisuojaus, jonka voi avata ja sulkea äidin puolelta. Tällaista verhoa käytettiin heidän tutkimuksessaan, ja äidit saivat katsella syntymää ilman huolta kontaminaatiosta. (Schorn et al. 2015 s. 686) Posthuma et al. (2016) havaitsivat, että infektiot eivät lisääntyneet perhelähtöisen keisarileikkauksen jälkeen.

Schorn et al. kirjoittavat tutkimuksessaan autoresuskitaatiosta yhtenä heidän tarjoamansa perhelähtöisen keisarileikkauksen elementtinä, mutta systemaattisuuden puutteen vuoksi artikkelista ei käy ilmi, kuinka paljon sitä toteutettiin käytännössä. Schornin et al. mukaan perhelähtöisen keisarileikkauksen elementeistä autoresuskitaatiolle löytyy kirjallisuudesta vähiten tukea. Autoresuskitaatiosta on olemassa niin vähän tietoa, että lisää tutkimusta kaivataan, ennen kuin voidaan suositella muutoksia keisarileikkausmenetelmissä. (Schorn et al. 2015 s. 685)

12.3 Napanuoran sitominen ja katkaisu

Smith et al. mainitsevat napanuoran sitomisesta ja leikkaamisesta sen, että nämä tehdään vanhempien nähden, tai että tukihenkilö voi leikata napanuoran. (Smith et al. 2008 s. 1039) Myös Armbrustin et al. (2015 s. 2) tutkimuksessa tukihenkilö sai leikata napanuoran. Vauvan syntymän katselu ja napanuoran leikkaaminen itse tekevät vanhemmista Armbrustin et al. mukaan aktiivisia osallisia toimenpiteeseen (mts. 1). Armbrustin et al. mukaan mahdollisuus katkaista napanuora integroi puolison aktiivisesti mukaan syntymän prosessiin, mikä tuntui erityisesti puolisoista tärkeältä (mts. 3). Schorn et al. esittelevät tutkimuksia napanuoran sitomisen viivyttämisestä keisarileikkauksen jälkeen ja toteavat, että vaikka aiheesta on vain vähän tutkimuksia, löydettyjen tutkimusten perusteella napanuoran sitomista tulisi viivyttää ainakin 30 sekunnilla ja vauvaa pitää tuolloin leikkaushaavan tasolla tai sen alapuolella. (Schorn et al. 2015 s. 684) Schornin et al. artikkelista ei käy ilmi, kuinka useassa tapauksessa napanuoran sitomista ja katkaisua viivytettiin heidän tutkimuksessaan. Smith et al. (2008), Armbrust et al. (2015) ja Posthuma et al. (2016) eivät mainitse artikkeleissaan, että napanuoran sitomista tai katkaisua tulisi viivyttää tai että näin olisi toimittu heidän tutkimuksissaan.

12.4 Äidin ja vastasyntyneen yhdessä pitämisen ja ihokontaktin käytännön toteutus

Smithin et al. (2008 s. 1040) mukaan tutkimukset osoittavat, että varhainen ihokontakti lisää äidillistä kiintymystä, imetyksen onnistumista ja kestoa sekä vähentää vastasyntyneen itkua. Myös Armbrustin et al. (2015 s. 1) mukaan äidin ja vauvan

välisellä varhaisella vuorovaikutuksella on suotuisia vaikutuksia kiintymyssuhteen muodostumisen, imetyksen ja vastasyntyneen itkun kannalta. Tutkimusten mukaan keisarileikkaus johtaa kuitenkin usein äidin ja lapsen erottamiseen sen vuoksi, että sairaalan käytännöt ja rutiinit eivät ole yhteneviä perhelähtöisen hoidon kanssa (Nolan & Lawrence 2009 s. 430). Sairaalassa jossa Nolan & Lawrencen tutkimus toteutettiin, käytäntönä oli että vauvat olivat useimmiten vain hetken tai ei lainkaan fyysisessä kontaktissa äidin kanssa. Ihokontaktia ei tarjottu rutiinisti. (Mts. 432, 434)

Smithin et al. (2008) tutkimuksessa leikkaava lääkäri ojensi vauvan kättilölle, joka laittoi vauvan äidin rintakehän päälle niin, että vauvalla oli mahdollisuus alkaa imeä. Äidin näköyhteys leikkausalueelle peitettiin toimenpiteen loppuunsaattamisen ajaksi. Vauva kuivattiin ja pidettiin lämpimänä pyyhkeiden ja kuplapeitteen avulla. Vauva annettiin tukihenkilölle siksi aikaa, kun äiti siirrettiin omaan sänkyyn, minkä jälkeen vauva pääsi taas äidin ihokontaktiin. Vauvalle voitiin laittaa rannekkeet ja antaa K-vitamiini ihokontaktissa. Vauvan punnitus tapahtui vasta leikkauksen päätyttyä. (Smith 2008 s. 1039) Elliott-Carter & Harper kirjoittavat, että K-vitamiini (ja silmätipat) tulisi antaa vauvalle niin alatiesynnytyksen kuin keisarileikkauksenkin jälkeen vasta, kun ihokontakti on toteutunut ja äiti on imettänyt. (Elliott-Carter & Harper 2012 s. 295)

Smithin et al. (2008) sekä Schornin et al. (2015) tutkimuksissa kiinnitettiin huomiota monitorointilaitteiden ja i.v.-kanyylin sijoittamiseen niin, etteivät ne häiritse äitiä vauvan pitelemisessä (Smith et al. 2008 s. 1038, Schorn 2015 s. 685). Käytetyt kipulääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet voivat Moran-Petersin et al. (2014) mukaan olla esteenä sille, että äiti voisi turvallisesti pidellä vauvaa. Moran-Petersin et al. tutkimuksessa anestesia- ja kipulääkäreiltä pyydettiin, että he eivät automaattisesti antaisi äideille rauhoittavia lääkkeitä leikkauksen jälkeen, jotta ihokontakti ja imetys voisivat toteutua turvallisesti. (Moran-Peters et al. 2014 s. 298) Smithin et al. tutkimuksessa käytetyt anestesia- ja kipulääkkeet olivat sellaisia, että äiti pysyi mahdollisimman virkeänä ja valppaana, eivätkä lääkkeet vaikuttaneet äidin käsiin (Smith et al. 2008 s. 1038).

Smithin et al. mukaan perhelähtöisessä keisarileikkauksessa tarvitaan kättilöä jäämään äidin vierelle tarkkailemaan vauvan vointia ja rauhoittelemaan vanhempia. (Smith et al. 2008 s. 1039-1040). Myös Nolan & Lawrence kirjoittavat, että äidin ja vauvan ollessa

yhdessä tarvitaan yksi obstetrinen hoitaja huolehtimaan äidistä ja toinen hoitaja tarkkailemaan vauvan vointia sekä leikkaussalissa että heräämössä (Nolan & Lawrence 2009 s. 438). Myös Sundin & Mazacin tutkimuksessa vauvan voinnista vastaava hoitaja oli äidin ja vauvan vierellä leikkaussalissa ihokontaktin ajan tarkkailemassa vauvan vointia, auttamassa vauvan asennossa ja tukemassa äitiä. Tosin Sundin & Mazacin tutkimuksen kohteena olevassa sairaalassa vauvan voinnista vastaava hoitaja oli jo aiemminkin mukana sektiosalissa, joten ihokontaktin myötä yksikölle ei aiheutunut muutoksia henkilöstöjärjestelyissä. (Sundin & Mazac 2015 s. 251)

Posthuma et al. kirjoittavat, että perinteisessä menetelmässä vastasyntynyt annetaan välittömästi pediatriille, jonka tulee minuuttien kuluessa päättää, siirretäänkö vauva lastenosastolle vai annetaanko äidille. Perhelähtöisessä menetelmässä pediatri ottaa vauvan vain, jos vauvalla on merkkejä ahdingosta. (Posthuma et al. 2016 s. 4-5) Posthuman et al. tutkimuksessa hoitaja nosti vastasyntyneen välittömästi syntymän jälkeen äidin ihokontaktiin, ja vauva sai olla siinä parhaassa tapauksessa koko loppuoperaation ajan, jos vointi sen salli (mts. 1-2). Pediatri oli saatavilla viereisessä elvytyshuoneessa, mutta ei ollut paikalla leikkaussalissa kuin tarvittaessa eli vauvan ahdinkotilassa (mts. 1-2 & 4-5). Anestesia lääkäri ja obstetrinen sairaanhoitaja olivat vastuussa vauvan voinnin tarkkailusta äidin rintakehän päällä leikkaussalissa (mts. 2). Tavoitteena oli, että äiti ja vauva saavat olla yhdessä myös toipumisaikana (mts. 5), vaikkakaan Posthuma et al. eivät mainitse, toteutuiko tämä käytännössä, ja miten yhdessäolo toteutettiin.

Armbrustin et al. tutkimuksessa vauvan vointi tarkistettiin vain nopeasti, ja jos vointi oli hyvä, vauva annettiin suoraan äidin ihokontaktiin ja peiteltiin lämpimällä pyyhkeellä. Kätilö tarkkaili vauvan vointia jatkuvasti. Vauva sai olla äidin iholla loppuleikkauksen sekä ainakin leikkausta seuraavan tunnin ajan. (Armbrust et al. 2015 s. 3.) Sundin & Mazacin tutkimuksessa vauva laitettiin aluksi suoraan syntymän jälkeen äidin rintakehän päälle, mutta mukavuussyistä sekä henkilökunta että äidit kokivat, että on parempi ensin kuivata vauva eritteistä, laittaa vaippa, ja antaa vauva äidille vasta yhden minuutin apgar-pisteidenannon jälkeen. (Sundin & Mazac 2015 s. 254) Elliott-Carter & Harper tavoittelivat tutkimuksessassan muutosta siihen suuntaan, että henkilökunta

menisi sinne, missä äiti ja vauva ovat sen sijaan, että vauvat tuodaan lastenhuoneeseen, ellei merkkejä vauvan ahdinkotilasta ole (Elliott-Carter & Harper 2012 s. 294).

12.5 Ihokontaktin ja yhdessäolon merkitys

Äidin ja vastasyntyneen pitäminen yhdessä, läheisyys ja ihokontakti on valittu keskeisiksi teemoiksi analyysissä, sillä ne ovat osa kaikkia työn keskeisiä tutkimusartikkeleita. Nolan & Lawrencen (2009) sekä Elliott-Carter & Harperin (2012) tutkimuksissa keskityttiin tosin ensisijaisesti äidin ja vauvan pitämiseen samassa tilassa, ja ihokontaktilla oli pienempi rooli verrattuna muihin keskeisiin tutkimuksiin. Ramona Mercerin teoriassa äidin ja vauvan varhainen erottaminen toisistaan ja toisaalta äidin ja vauvan välinen vuorovaikutus ovat tärkeitä äidin rooli-identiteettiin vaikuttavia tekijöitä. (Alligood 2014 s. 542 & 546)

Frederick et al. (2016) havaitsivat, että äitien mielestä ihokontakti hiljensi ja rentoutti vauvaa, ja äidit kokivat tilanteessa levollisuutta ja rauhaa. Kokemus oli voimakas. Äidit mainitsivat myös kykynsä tarjota vauvalle lämpöä ja rauhoittaa vauvaa. (Frederick et al. 2016 s. 33-34) Ihokontakti auttoi äiti-vauva-paria keskittymään vain toisiinsa sektiosaliympäristöstä huolimatta (mts. 33). Ihokontaktissa kaksikosta tuli heti interaktiivinen, ja he reagoivat toisiinsa käyttäen kaikkia aistejaan kommunikaatioon. Läheisyys mahdollisti myös sanallisen vuorovaikutuksen. (Frederick 2016 s. 33-34) Neljä äitiä yhdestätoista halusi kuitenkin lykätä ihokontaktin aloitusta tai lyhentää sen kestoja. Syinä olivat tilanteessa koettu häkeltäminen, ahdistus, huoli vauvan voinnista, kipu sekä kutina kädessä. (Mts. 36) Jaetut ensihetket antoivat äideille tunteen voimaantumisen (*empowerment*) ja vahvasta siteestä vauvaan (mts. 34), ja ihokontakti tuntui useimmista äideistä luonnolliselta. (Mts. 34)

Velandia et al. huomasivat, että suullinen vuorovaikutus vauvan kanssa oli selvästi yleisempää niillä äideillä ja isillä, jotka pitivät vauvaa ihokontaktissa verrattuna kontrolliryhmän vanhempiin, jotka eivät pitäneet vauvaa ihokontaktissa. Velandia et al. arvelevat, että tämä saattaa johtua oksitosiini-hormonista, jota erittyy ihokontaktin aikana; oksitosiini helpottaa kommunikaatiota lisäämällä vanhempien reagoivuutta vauvan viesteihin. Velandia et al. uskovat, että ihokontakti vauvan kanssa tuo

vanhemmissa esiin intuitiivista käytöstä. (Velandia et al. 2010 s. 199) Uvnäs-Mobergin (2015 s. 13) mukaan oksitosiini helpottaa kontaktin luomista ja kiintymistä vauvaan, ja vahvistaa äidillisten taitojen ilmaisua ja intuitiivisia kykyjä.

Velandian et al. (2010) löydökset suullisen vuorovaikutuksen lisääntymisestä ihokontaktissa näyttäytyvät merkittävilta Mercerin teorian valossa. Mercerin mukaan vauvan reagoivuus ja kyky antaa viestejä sekä äidin herkkyys vauvan viesteille edesauttavat äidin rooli-identiteetin muodostumista (Alligood 2014 s. 542 & 545). Vauva vaikuttaa äidin rooli-identiteetin omaksumiseen, mikä puolestaan vaikuttaa vauvaan (mts. 543).

Nolan & Lawrencen mukaan äiti-lapsi-parin erottaminen keisarileikkauksen jälkeen vahingoittaa äitiä ja vauvaa sekä estää vastavuoroisen huolenpidon (*mutual caregiving*). Nolan & Lawrencen tutkimuksessa äidin ja vastasyntyneen välinen aistiyhteys – kosketuksellinen, haju-, kuulo- ja visuaalinen yhteys – pyrittiin säilyttämään pitämällä äiti ja vastasyntynyt leikkauksen ja toipumisen ajan samassa tilassa. (mts. 431-2). Myös Frederick et al. (2016 s. 33) kirjoittavat vastavuoroisesta huolenpidosta äidin ja vastasyntyneen vauvan välillä ihokontaktissa; se oli heidän tutkimuksensa päälöydös.

Moran-Petersin et al. (2014) tutkimuksessa vauvasta eroon joutuminen ja odottaminen aiemmissa keisarileikkauksissa häiritsivät äitien mielestä yhteyden muodostumista vauvan kanssa. Ihokontakti auttoi äidillisen yhteyden luomisessa ja kiintymisessä. Äitien mielestä tuntui luonnolliselta pidellä vauvaa ennen kylvetystä, kun vauva ei vielä ollut täysin puhdas. (Moran-Peters et al. 2014 s. 301) Elliott-Carterin & Harperin mukaan äitien ja vauvojen yhdessä pitäminen keisarileikkauksesta toipuessa edesauttaa varhaista kiintymistä, ihokontaktia ja varhaista imetyksen aloitusta (Elliott-Carter & Harper 2012 s. 295).

Edellä esitetyt tutkimustulokset sopivat Mercerin teoriaan äidiksi tulemisesta. Yksi Mercerin tärkeimmistä olettamuksista on, että äiti-identiteetin kehittyminen tapahtuu rinnakkain äidillisen kiintymyksen kanssa, ja että nämä riippuvat toisistaan (Alligood (toim.) 2014 s. 543). Jos välitön syntymän jälkeinen aika on otollista kiintymisen kannalta, voi sen tulkita vahvistavan myös äidin rooli-identiteetin muodostumista.

Mercerin mukaan hoitajilla on ainutlaatuinen mahdollisuus tukea naista itseluottamuksen saamisessa, oppimisessa ja äidin identiteetin omaksumisessa (Mercer 2006 s. 649). Koska muodollinen äidin roolin omaksuminen alkaa Mercerin mukaan vauvan syntymästä (Mercer 1995 s. 14), voi yhdessäolon sekä välittömän ja varhaisen ihokontaktin keisarileikkauksen yhteydessä ja sen jälkeen nähdä tärkeinä välineinä naisen tukemiseksi äidin identiteetin muodostumisessa.

Mercerin mukaan äidin rooli-identiteetin muodostumiseen vaikuttavat muun muassa äidin ja vauvan varhainen erottaminen toisistaan sekä äidin herkkyys vauvan viesteille. Vauvaan liittyviä tekijöitä äitiroolin muovautumisessa ovat esimerkiksi vauvan reagoivuus ja kyky antaa viestejä, katsekontakti äidin puhuessa vauvalle, tarttumisrefleksi, rauhoittuminen äidin hoivaan, hymyily, vuorovaikutteinen käytös ja yritykset saada äidiltä reaktioita. (Alligood 2014 s. 542 & 545-6) Sen, että Frederickin et al. tutkimuksessa moni äiti koki äänensä rauhoittavan vauvaa (Frederick 2016 s. 33-34), voi näin tulkita vahvistavan äitiroolin kehittymistä. Frederickin (mts. 33) ja Nolan & Lawrencen (2009 s. 431) mainitsemaan vastavuoroiseen huolenpitoon sopii Mercerin (Alligood (toim.) 2014 s. 543) oletamus siitä, että vauvan ja äitiroolin omaksumisen välinen vaikutus on kaksisuuntainen, ja vauva on aktiivinen osapuoli tässä prosessissa. Mercerin kuvaamat vauvan antamat reaktiot läheisyydessä äidin kanssa ja niiden vaikutus äidin rooli-identiteetin kehittymiseen selittävät myös edellä esitettyjä tutkimustuloksia äidillisen yhteyden luomisesta ihokontaktissa (Moran-Peters et al. 2014 s. 301) sekä varhaisesta kiintymisestä (mts., Elliott-Carter & Harper 2012 s. 295) läheisyydessä vauvan kanssa.

Äidin ja vauvan yhdessä pitämistä ja ihokontaktia keisarileikkauksen jälkeen puoltaa myös ICEA:n (*International Childbirth Education Association*) kanta, jonka mukaan äitien ja vauvojen täytyy saada olla yhdessä syntymän jälkeen, ja vanhemmat ovat lastensa ensisijaisia hoitajia. Välitöntä ihokontaktia, vierihoitoa ja imetystä pitää tukea. (ICEA2015a)

Edellä mainittuja tämän työn keskeisten artikkelien tutkimustuloksia tukee myös aikaisempi tutkimus -luvussa esitelty ajatus syntymän jälkeisestä ajasta erityisenä, sensitiivisenä, pyhänä ajanjaksona, jolloin äidin ja vauvan välinen suhde alkaa

muodostua ja joka vaikuttaa äidilliseen käyttäytymiseen (Kennel, Trause & Klaus 1975, Klaus et al. 1972, Moore et al. 2016 s. 1, Bystrova 2009) ja äidin itseluottamukseen vauvan hoidossa (Phillips 2013 s. 67). Myös Frederickin kirjoittaa “sensitiivisestä ajanjaksosta” jonka aikana luontaiset käyttäytymismallit yhdistyvät hormonien vaikutukseen ja tuottavat suotuisimmat lopputulokset (Frederick et al. 2016 s. 32).

12.6 Synnytyskokemus

Ramona Mercerin mukaan synnytyskokemus on yksi äidin rooli-identiteetin muodostumiseen vaikuttavista tekijöistä (Alligood 2014 s. 542 & 545). Siksi synnytyskokemus on valittu yhdeksi keskeiseksi analysoitavaksi kategoriaksi. Mercerin mukaan koettu sosiaalinen stressi ja tuki vaikuttavat äidin identiteetin kehittymiseen (mts.). Stressin ja tuen tai sen puutteen voi ajatella liittyvän kiinteästi äidin synnytyskokemukseen.

Armbrust et al. (2015) havaitsivat, että perhelähtöiseen keisarileikkaukseen osallistuvien äitien mielestä heidän synnytyskokemuksensa oli merkittävästi parempi verrattuna perinteisellä sektiolla synnyttäneisiin äiteihin. Myös isät tai puoliset olivat tyytyväisempiä perhelähtöiseen keisarileikkaukseen verrattuna aiempaan perinteiseen toimenpiteeseen. (Armbrust et al. 2015 s. 3) Vanhemmat kokivat, että syntymän näkeminen, katsekontakti ja äidin ja vauvan välisen suhteen jatkuva muodostuminen (*constant mother-infant-bonding*) toivat turvallisuudentunnetta. Perhelähtöinen keisarileikkaus vähensi merkittävästi äitien pettymystä siitä, että he eivät voineet synnyttää alateitse. (Armbrust et al. s. 4) Tunne äidin ja vauvan välisen suhteen jatkuvasta muodostumisesta sopii Mercerin teoriaan, jonka mukaan vauvan ja äitiroolin omaksumisen välinen vaikutus on kaksisuuntainen (Alligood (toim.) 2014 s. 543).

Posthuman et al. mukaan perhelähtöinen lähestymistapa keisarileikkauksen hoidossa tarjoaa vanhemmille optimaalisen synnytyskokemuksen sekä suunnitelluissa että synnytyksen edistymättömyyden vuoksi tehdyissä suunnittelemattomissa sektioissa (Posthuma et al. 2016 s. 5). Schornin et al. (2015) tutkimuksessa tuloksia äitien tyytyväisyydestä perhelähtöiseen keisarileikkaukseen ei kerätty. Kuitenkin äidit, jotka synnyttivät keisarileikkauksella, arvostivat henkilökunnan antamaa huomiota heidän

kokemuksensa parantamiseksi. Kun tietoa perhelähtöisestä keisarileikkauksesta jaettiin, kysyntä kasvoi, ja jotkut äidit ja perheet olivat pettyneitä, jos menetelmää ei pystyttykään heidän kohdallaan toteuttamaan. (Schorn et al. 2015 s. 689) Schorn et al. mielestä silloin, kun keisarileikkaukseen on indikaatio, kokemuksen optimoiminen takaamalla sen, että hoitokäytännöt vastaavat naisten toiveita on tärkeää äitien tyytyväisyyden ja perinataalisten lopputulosten parantamiseksi. Kätilötyön tulee edistää nais- ja perhekeskeistä hoitoa. (Schorn et al. 2015 s. 682) Kätilöiden ja muun hoitohenkilökunnan tulisi osallistua naisten keisarileikkauskokemusten parantamiseen (mts. 689).

Smithin et al. mukaan keisarileikkauksella on negatiivisia vaikutuksia äidin tyytyväisyyteen, kiintymyssuhteen muodostumiseen ja imetykseen, minkä vuoksi kokemuksen kehittäminen turvallisuudesta tinkimättä olisi ensiarvoisen tärkeää (Smith 2008 s. 1040). Armbrustin et al. mukaan vanhempien odotukset synnytystä kohtaan ovat nykyään kasvaneet, ja niistä on tullut hyvin tärkeitä. Vanhemmat haluavat ja heidän tulee saada olla mukana synnytysprosessissa. (Armbrust et al. 2015 s. 5)

Useat Nolan & Lawrencen tutkimuksessa mukana olleet äidit kuvailivat pyytämättä synnytyskokemustaan, mikä korosti heidän positiivisia kokemuksiaan läheisyydestä vauvan kanssa. Nolan & Lawrence ehdottavat, että tulevaisuudessa aiheesta voisi tehdä systemaattisempaa kvalitatiivista tutkimusta. (Nolan & Lawrence 2009 s. 440). Elliott-Carter & Harper huomauttavat, että äidit, jotka tulivat suunniteltuun keisarileikkaukseen, olivat ilahtuneita kuullessaan, että saavat pitää vauvan lähellä läpi toipumisajan, edellyttäen että sekä äidin että vauvan vointi on vakaa. Äidit, jotka olivat synnyttäneet aiemmin keisarileikkauksella ja toipuneet erossa vauvoistaan, olivat erityisen iloisia kuullessaan uudesta käytännöstä. Elliott-Carter & Harperin mukaan käytäntö edistää perhelähtöistä hoitoa ja lisää äitien tyytyväisyyttä. (Elliott-Carter & Harper 2012 s. 295)

Frederickin et al. tutkimukseen osallistuneet äidit olivat tyytyväisiä ja kiitollisia mahdollisuudesta pitää vauvaa sylissä välittömästi syntymän jälkeen. Kaikki, joille oli myös aiemmin tehty keisarileikkaus, kertoivat ihokontaktin olleen parempi kokemus verrattuna aiempaan kokemukseen, jolloin vauva oli rutiinisti erotettu heistä syntymän jälkeen. (Frederick et al. 2016 s. 36) Silloin äidit olivat kokeneet pettymyksen ja

menetyksen tunteita (mts. 37). Ihokontakti koettiin intiiminä hetkenä (mts. 37). Sektiosali kirkkaine valoineen ja leikkausvälineineen sekä sairaala-asuinen henkilökunta koettiin persoonattomaksi. Useimmat äidit tunsivat ahdistusta siitä, että heillä ei ollut mitään kontrollia synnytysprosessiin nähden. (Mts. 35-37) Frederickin et al. mukaan heidän tutkimuksensa tärkeä löydös oli se, miten ihokontakti vahvisti äitien itseluottamusta äitirooliinsa jopa keisarileikkauksen aikana. Äidit olivat aktiivisesti sitoutuneita ja kietoutuneita vastasyntyneeseensä siitä hetkestä lukien, kun he saivat vauvan iholleen. Äidit tunsivat saavuttaneensa äidin roolin jo varhain ihokontaktin myötä. (36)

Tämä Frederickin löydös sopii Mercerin teoriaan siitä, että muodollinen äidin roolin omaksumisen vaihe alkaa vauvan syntymästä (Mercer 1995 s. 14). Edellä esitettyihin pettymyksen, menetyksen ja kontrollin puutteen tunteisiin voi soveltaa Mercerin teoriaa siitä, että äiti-identiteetti on yhteydessä kehon toiminnalliseen kontrolliin. Toiminnallisen kontrollin menetys voi johtaa alhaisempaan itsetuntoon, ja riskinä on tunne epäonnistumisesta roolissaan. (Mercer 2004 s. 227) Myös WHO:n ja Unicefin mukaan keisarileikkaukseen saattaa liittyä epäonnistumisen tunteita oman kehon kykenemättömyydestä synnyttää alateitse (WHO & Unicef 2009 s. 92).

Sekä Sundinin & Mazacin (2015) että Moran-Petersin et al. (2014) tutkimuksissa äideillä oli mahdollisuus verrata kokemusta ihokontaktista aikaisempaan sektioon, jolloin ihokontaktia ei ollut toteutettu. Myös Nolan & Lawrencen (2009) tutkimuksessa kaikille äideille oli jo aiemmin tehty keisarileikkaus. Myös Frederickin (2016) tutkimuksessa jotkut äideistä pystyivät vertaamaan kokemusta aikaisempaan, perinteiseen keisarileikkaukseen. Sundin & Mazac (2015) havaitsivat, että äidit, jotka pitivät vastasyntyntä ihokontaktissa leikkaussalissa, olivat hyvin tyytyväisiä (10 %) tai tyytyväisiä (84 % äideistä) kokemukseen verrattuna aikaisempaan keisarileikkaukseen, jossa he eivät pitäneet vauvaa ihokontaktissa. Tyytyväisyyteen saattoi vaikuttaa se, että useat äidit kertoivat imetyksen onnistuneen jo leikkaussalissa. Ihokontakti ja sen myötä parempi synnytyskokemus oli palkitsevaa äidille, koko perheelle sekä myös henkilökunnalle. Siksi Sundinin ja Mazacin mukaan ihokontaktin toteuttamisen tiellä olleiden esteiden voittaminen oli sen arvoista. (Sundin & Mazac 2015 s. 254-255) Moran-Petersin et al. tutkimuksessa äidit kokivat ihokontaktin

hyödyllisenä myös synnytyksestä palautumisen kannalta. (Moran-Peters et al. 2014 s. 301)

Posthuman et al. mukaan äidin ja vauvan yhdessä pitäminen leikkauksen ja toipumisen aikana saattoi vähentää äidin kokemaa kipua ja siten edesauttaa aikaisempaa siirtymistä osastolle. (Posthuma et al. 2016 s. 5) Sundin & Mazacin mukaan ihokontakti leikkaussalissa saattaa olla lääkkeetön keino äidin kivun hallitsemiseksi. (Sundin & Mazac 2015 s. 254)

Aikaisempi tutkimus -osiossa on esitetty, että myös muun muassa Lavender et al. arvelevat, että synnytyskokemuksella saattaa olla merkitystä äidin sopeutumisessa vanhemmuuteen (Lavender et al. 2012 s. 1). Iso-Britannian kansallisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan ihokontakti keisarileikkauksen jälkeen parantaa äidin käsitystä vauvasta sekä tukee äidillistä käytöstä ja äidillisiä taitoja (NICE 2012). ICEA:n (2015a) mukaan uusien vanhempien itseluottamuksen tukeminen kuuluu perhelähtöisen äitiyshuollon tavoitteisiin. Jos ammattilaiset tekevät toimenpiteitä, jotka vanhemmat voisivat hyvin tehdä itse, he aliarvioivat vanhempien tunnetta osaamisestaan (*sense of competence*). (ICEA:n 2015a)

Janet Balaskasin mielestä myös vaikeinkin synnytys voi olla positiivinen kokemus (Balaskas 1992 s. 1), ja hellävarainen syntymä voidaan yhdistää myös keisarileikkaukseen (Balaskas 2014). Myös Aktiivinen synnytys ry on todennut, että interventiot voivat olla osa aktiivista synnytystä. (Aktiivinen synnytys ry 2017a)

12.7 Puolison tai tukihenkilön läsnäolo ja perheen muodostuminen

Isän tai tukihenkilön läsnäolosta syntymässä on tullut rutiinikäytäntö alatiesynnytyksissä. Armbrustin et al. mukaan on olemassa näyttöä siitä, että tämä voi vähentää äidin pelkoa ja jännitystä, millä on myös fyysisiä vaikutuksia. (Armbrust et al. 2015 s. 5) Armbrustin et al. mukaan paras tapa edesauttaa hyvää alkua uudelle elämälle on se, että äidillä on tukihenkilö mukana keisarileikkauksessa, ja että ihokontakti aloitetaan välittömästi syntymän jälkeen. (Armbrust et al. 2015 s. 6)

Schorn et al. (2015 s. 687) kirjoittavat, että perhelähtöiseen keisarileikkaukseen kuuluu yhtenä osa-alueena yksi tai useampi naisen itsensä valitsema tukihenkilö, joka on tai jotka ovat läsnä operaatiossa. Frederickin et al. tutkimuksessa kaikilla yhdellätoista tutkimukseen osallistuneella äidillä oli vauvan isä mukana keisarileikkauksessa tukihenkilönä. Äideille puolison läsnäolo ja osallistuminen oli tärkeää. Äidit kokivat ensihetket yhdessä vauvan ja puolison kanssa perheyksikön muotoutumisen alkamisena. (Frederick et al. 2016 s. 34-35) Synnytysympäristön tulisi Velandian et al. (2010) mukaan olla rauhallinen, hiljainen ja mukava molemmille vanhemmille, ja vanhempien ja vauvan tulee saada olla yhdessä syntymän jälkeen. Isien tulee saada olla mukana. (Velandia et al. 2010 s. 199-200)

Ramona Mercerin mukaan stressi ja ympäristön sosiaalinen tuki vaikuttavat sekä äidillisen että isällisen roolin saavuttamiseen (Alligood (toim) 2014 s. 544). Mercer painottaa isän tai äidin puolison merkitystä äitiroolin saavuttamisessa. Mercerin mukaan äitirooli saavutetaan äidin, isän [tai äidin puolison] ja lapsen välisen vuorovaikutuksen kautta. (Alligood (toim.) 2014 s. 543, 545.) Tämän voi tulkita puoltavan puolison tai muun tukihenkilön läsnäoloa keisarileikkauksessa ja perheen yhdessäoloa koko toimenpiteen ajan ja sen jälkeen. Uvnäs-Mobergin (2015) mukaan sopeutumista äitiyteen edesauttaa oksitosiini-hormonin erittyminen, ja tukihenkilön kosketus tai pelkkä läsnäolo synnytyksessä edesauttaa oksitosiinin erittymistä. Oksitosiinin erittymistä lisää myös perheen ja henkilökunnan tuki, hoiva ja ymmärrys. (Uvnäs-Moberg 2015 s. 13)

Myös ICEA (*International Childbirth Education Association*) toteaa, että tukihenkilön läsnäolo synnytyksessä on hyväksi äidille ja koko perheelle. ICEA:n mukaan on tärkeää, että nainen saa itse päättää, ketkä tukihenkilöt ovat läsnä ja milloin. (ICEA 2015a) ICEA:n mukaan vauvan syntymä kuvaa koko perheen syntymistä, ja perhelähtöinen hoito tukee uusien suhteiden ja vastuiden muodostumista perheen sisällä ja suhteessa laajempaan yhteiskuntaan (ICEA 2015b).

1970-luvulla Newman, Klaus, Kennell & Schreiber alkoivat kritisoida tapaa, että perhe erotetaan toisistaan välittömästi syntymän jälkeen, juuri silloin kun perheyksikkö alkaa sekä symbolisesti että käytännössä muodostua (Newman et al. 1976). Esimerkiksi

Phillips on kirjoittanut aiheesta viime vuosina. Phillipsin mukaan perhe muodostuu “pyhän tunnin” aikana, kun vauva ja vanhemmat tapaavat ensi kertaa. Kokemus on ainutlaatuinen. (Phillips 2013 s. 67) Jotain erityistä tapahtuu kiintymyksen kannalta tuolloin (mts. 72), ja yhteys vauvan kanssa lisää äidin itseluottamusta ja äidillistä käytöstä (mts. 67). Tähän sopii myös työn taustaosiossa mainittu Zwellingin & Phillipsin (2001 s. 1) ajatus siitä, että perhelähtöisyys hoidossa auttaa perhettä sopeutumaan syntymän ja vanhemmuuden tuottamaan kuormitukseen. Perheen yhdessäolon tukeminen syntymän jälkeen on linjassa sen kanssa, että syntymä nähdään luonnollisena osana elämää, ei ensisijaisesti vain lääketieteellisenä toimenpiteenä (kts. ICEA 2015a, Zwelling & Phillips 2001 s. 7)

12.8 Tunnelma

Joissakin tutkimuksissa kiinnitettiin huomiota leikkaussalin tunnelmaan. Tunnelman voi ajatella vaikuttavan synnytyskokemukseen, jolla on Mercerin (Alligood (toim.) 2014 s. 542 & 545) teorian mukaan vaikutusta äidin rooli-identiteetin muodostumisen kannalta. Armbrustin et al. tutkimuksessa leikkaussalin valot himmennettiin, ja henkilökuntaa ohjeistettiin olemaan melko hiljaa toimenpiteen ajan (Armbrust et al. 2015 s. 2). Smith et al. rohkaisivat perheitä tuomaan leikkaukseen omaa musiikkiaan. Äiti sai pitää omaa vaatetta niin halutessaan. (Smith et al. 2008 s. 1038) Myös Schornin et al. tutkimuksessa musiikkia soitettiin äidin toivomusten mukaan. Tarpeetonta keskustelua leikkaussalissa pyrittiin välttämään. (Schorn et al. 2015 s. 687) Leikkaussalin valaistukseen pitäisi Schornin et al. mukaan kiinnittää huomiota siten, että työskentely on helppoa ja turvallista, mutta toisaalta että äidin pään yläpuolella oleva valaistus olisi himmeämpää mukavuuden takia. Leikkaussaliin asennettavat musiikinkuuntelulaitteet helpottaisivat äidin toiveiden mukaisen musiikin kuuntelua. (Schorn et al. 2015 s. 689)

12.9 Vastasyntyneen ruumiinlämpö

Yleisesti on ajateltu, että ihokontakti keisarileikkauksen jälkeen lisää vastasyntyneen riskiä kärsiä alilämpöisyydestä (Gouchon et al. 2010 s. 78, Beiranvand et al. 2014 s. 2). Tutkimusten mukaan tämä ei kuitenkaan pidä paikkaansa. Esimerkiksi Vilinskyn et al.

(2016) tutkimus osoitti, että keisarileikkauksella syntyneet vauvat, jotka pääsivät äidin ihokontaktiin 2 minuutin sisällä syntymästä, eivät kärsineet hypotermiasta.

Schornin et al. (2015) tutkimuksessa leikkaussalin lämpötila pidettiin normaalina (21,5 Celsius-astetta) henkilökunnan mukavuuden vuoksi. Äidin ja vauvan ruumiinlämmöstä pidettiin huolta kuivaamalla vastasyntynyt syntymän jälkeen tapahtuneen viiden minuutin arvioinnin aikana sekä peittelemällä äiti ja vauva lämpimillä peitoilla ihokontaktin ajaksi. Ihokontakti ei lisännyt riskiä alhaiseen ruumiinlämpöön. (Schorn et al. 2015 s. 687) Smith et al. muistuttavat että vauva täytyy peitetellä hyvin ihokontaktiin äidin kanssa, ja leikkaussalin lämpötila tulisi pitää vähintään 25 Celsius-asteessa ilmavirran ja vedon vuoksi. (Smith et al. 2008 s. 1040) Armbrustin et al. tutkimuksessa leikkaussali oli myös lämmin (Armbrust et al. 2015 s. 2).

Nolan & Lawrencen tutkimuksessa tutkimusryhmän vastasyntyneiden ruumiinlämpö oli korkeampi kuin kontrolliryhmän vauvojen. Ero ei kuitenkaan ollut merkitsevää. (Nolan & Lawrence 2009 s. 437-438) Ero saattaa selittyä sillä, että vauvat, jotka saivat olla syntymän jälkeen yhdessä äidin kanssa, kylvetettiin paljon myöhemmin kuin kontrolliryhmän vauvat. Tämä parantaa mahdollisesti lämmönsäätelyä. (mts. 437 & 440) Myös Moran-Peters et al. mainitsevat, että kylvetyksen viivyttäminen edesauttaa vauvan ruumiinlämmön pysymistä vakaana (Moran-Peters et al. 2014 s. 298).

12.10 Yhteenveto tutkimustuloksista

Perhelähtöisen keisarileikkauksen menetelmän tärkeimmät elementit ovat vanhempien valmennus raskausaikana, jos toimenpide on suunniteltu, vauvan hidas ulosautto eli *“walking the baby out”*, fysiologinen autoresuskitaatio, puolison tai muun tukihenkilön läsnäolo, äidin ja tukihenkilön mahdollisuus katsella vauvan syntymää, äidin ja vauvan pitäminen yhdessä välittömästi syntymän jälkeen, ihokontakti ja imetys jo leikkaussalissa jos äiti ja vauva voivat hyvin sekä miellyttävä tunnelma leikkaussalissa.

Näitä elementtejä on kuvattu tässä työssä, ja niiden mahdollisia vaikutuksia äidiksi tulemiseen ja äitiroolin muodostumiseen on pohdittu. Perhelähtöiseen keisarileikkaukseen kuuluvan valmennuksen raskausaikana voi ajatella tukevan Mercerin (2006 s. 649) mainitsemaa psykologista työtä äitiroolin omaksumisessa;

äidiksi tulemisen prosessi alkaa Mercerin (2004 s. 231, 2006 s. 649-650) mukaan raskausaikana tai jo ennen sitä.

Tässä työssä analysoitujen tutkimusten mukaan ihokontakti lisää äidin ja vauvan välistä vuorovaikutusta (Velandia 2010) ja tukee kiintymistä (Moran-Peters et al. 2014, Frederick et al. 2016). Ihokontaktissa äiti voi vastata vauvan viesteihin (Velandia et al. 2010). Koska Mercerin (Alligood (toim.) 2014 s. 542 & 545) mukaan äidin ja vauvan varhainen erottaminen toisistaan, äidin herkkyys vauvan viesteille sekä vauvan reagoivuus ja kyky antaa viestejä vaikuttavat äidiksi tulemisen prosessiin, voi ihokontaktin ja läheisyyden tulkita Mercerin teorian valossa edesauttavan äidiksi tulemistä ja äitiroolin muodostumista.

Mercerin mukaan myös äidin synnytyskokemus, sosiaalinen stressi ja toisaalta äidin saama tuki, äidin ja puolison välinen suhde sekä se, miten perhe toimii, vaikuttavat äitiroolin muodostumiseen (Alligood (toim.) 2014 s. 542 & 545). Tämän työn keskeisissä tutkimuksissa havaittiin, että perhelähtöinen menetelmä paransi tutkimuksiin osallistuneiden äitien synnytyskokemusta (esim. Armbrust et al. 2015, Posthuma et al. 2016) verrattuna perinteiseen keisarileikkaukseen. Elliott-Carter & Harperin (2012) tutkimuksessa äitien tyytyväisyyttä lisäsi se, että he saivat pitää vastasyntyneen luonaan. Perhelähtöinen menetelmä voi siis edistää äidin rooli-identiteetin muodostumista parantamalla synnytyskokemusta. Tutkimuksissa puolison läsnäolo, osallistuminen ja tuki oli tärkeää äideille. Frederickin et al. (2016 s. 34-35) tutkimuksessa äidit kokivat ensihetket yhdessä vauvan ja puolison kanssa perheyksikön muotoutumisen alkamisena. Niinpä puolison tai tukihenkilön läsnäolon ja perheen yhdessäolon mahdollistamisen voi myös tulkita tukevan äidin roolin ja identiteetin kehittymistä.

Ihokontaktille ja äidin ja vauvan yhdessä pitämiselle löytyi paljon tukea tutkimuksista, ja näitä käytäntöjä tulisi tutkimusten mukaan suosia. Sen sijaan vauvan hidasta syntymää ja autoresuskitaatiota ei ole tutkittu vielä tarpeeksi (Schorn et al. 2015 s. 685). Perhelähtöisen menetelmän lyhyt- että pitkäaikaisten vaikutusten vahvistamiseksi tarvitaan esimerkiksi Schornin et al. (2015 s. 689) mukaan lisää tutkimusta.

13 KESKUSTELU

Tässä osiossa keskustellaan perhelähtöisen menetelmän käytännön haasteista sekä pohditaan menetelmän turvallisuutta. Lisäksi on kirjoitettu siitä, millaista tutkimusta jatkossa aiheesta kaivataan. Lopuksi esitellään keskustelua siitä, voiko perhelähtöinen keisarileikkaus lisätä toimenpiteen turhua kysyntää ja tarjontaa ja näin kasvattaa keisarileikkausten osuutta kaikista synnytyksistä.

13.1 Käytännön haasteita

Kenties suurin haaste perhelähtöisen keisarileikkauksen toteuttamiselle on Smithin et al. (2008) mielestä henkilökunnan haluttomuus vaihtaa roolejaan ja luopua rituaaleista. Moniammatillinen tiimityöskentely onkin Smithin et al. mukaan avainasemassa toimintamallien kehittämisessä. Smithin et al. tutkimuksessa kättilöiden huoli siitä, että perhelähtöiset käytännöt viivästyttäisivät kiireistä leikkausjonoa eikä aikaa jää kaikille tehtäville, kuitenkin rauhoittui, kun henkilökunta sai todistaa perhelähtöisen keisarileikkauksen edut. (Smith et al. 2008 s. 1040)

Myös Moran-Peters et al. (2014) mainitsevat työntekijöiden mahdollisen haluttomuuden muuttaa totuttuja hoitoprosesseja esteenä ihokontaktin toteutumiselle keisarileikkauksen yhteydessä. Tehokkuuden maksimoimiseksi useimmat lääkärit ja hoitajat haluavat, että vauvat kuljetetaan syntymän jälkeen lastenosastolle tarkkailua ja hoitoa varten. Parantuneita hoitotuloksia tulisikin korostaa vastapainona pienelle viivästykselle vastasyntyneen voinnin arvioinnissa. Toisaalta ihokontaktin esteenä voi olla myös äidin haluttomuus pidellä vauvaa johtuen kivusta tai huonosta olotilasta. Haasteena on uudenlaisten prosessien suunnittelu ja toteutus ja ihokontaktista johtuvien viiveiden sisällyttäminen prosesseihin. Moran-Petersin et al. mukaan nämä haasteet ovat kuitenkin pieniä ja voitettavissa. Heidän tutkimuksessaan tehokas kommunikaatio, yhteistyö ja koulutus mahdollistivat muutokset käytännöissä. (Moran-Peters et al. 2014 s. 298 & 302) Myös se, että keisarileikkaus on suuri, steriilisti toteutettava toimenpide, on Moran-petersin et al. mukaan haaste ihokontaktin toteutumiselle (Moran-Peters et al. 2014 s. 298).

Elliott-Carter & Harperin mukaan äitien ja vauvojen yhdessä pitäminen keisarileikkauksen jälkeen lisää äitien lisäksi myös hoitajien ja lääkäreiden tyytyväisyyttä, eikä käytännöstä aiheudu valtavaa kulujen kasvua (Elliott-Carter & Harper 2012 s. 295). Nolan & Lawrence (2009 s. 431) kirjoittavat, että hoitajien ja kätilöiden haasteena on arvioida sellaisten hoitointerventioiden vaikuttavuutta, joiden tavoitteena on tukea äiti–vauva-paria keisarileikkauksen aikana ja sen jälkeen.

13.2 Turvallisuus

Armbrustin et al. mukaan perhelähtöinen keisarileikkaus vaikuttaa turvalliselta sekä äidille että vauvalle, kun tarkasteltavia muuttujia olivat apgar-pisteet, verikaasuanalyysin tulokset, äidin verenhukka, toimenpiteen kesto sekä muut komplikaatiot (Armbrust et al. 2015 s. 2 & 4). Frederick et al. eivät havainneet ihokontaktilla keisarileikkauksen yhteydessä ja sen jälkeen olevan mitään haitallisia vaikutuksia (Frederick et al. 2016 s. 36). Posthuma et al. havaitsivat, että perhelähtöisessä keisarileikkauksessa äidit eivät kärsineet suuremmasta verenhukasta perinteiseen menetelmään verrattuna. Tämä saattoi tutkijoiden mukaan selittyä sillä, että imetys jo leikkaussalissa lisäsi kohdun supistelua ja vähensi näin verenvuotoa. (Posthuma et al. 2016 s. 4)

Armbrustin et al. mukaan heidän kuvaamansa charité-keisarileikkaus on käytännöllinen ja turvallinen vaihtoehto sekä äidille että vauvalle silloin, kun keisarileikkaukseen on lääketieteellinen indikaatio. (Armbrust et al. 2015 s. 1) Armbrustin et al. mukaan keisarileikkausten osuuksia kaikista synnytyksistä ja jatkuvaa osuuden kasvua tulee tarkastella kriittisesti ja spontaanin alatiesynnytyksen onnistumista edesauttaa (mts. 6).

Posthuman et al. (2016) tutkimuksessa ei havaittu merkittäviä eroja kirurgisten infektioiden määrissä eikä muissakaan äitiin liittyvissä tarkastelun kohteena olleissa asioissa. Perhelähtöisellä keisarileikkauksella syntyneistä vauvoista merkittävästi pienempi osuus joutui lastenosastohoitoon, harvemmillä epäiltiin infektiota, ja harvemmat saivat infektioepäilyn vuoksi antibioottihoitoa verrokkiryhmän vauvoihin verrattuna. Perhelähtöinen keisarileikkaus kesti hieman pidempään kuin perinteinen operaatio, mutta äidin palautuminen heräämössä oli nopeampaa ja sairaalassaoloaika

lyhyempi verrattuna perinteisen leikkauksen kokeneisiin äiteihin. Muissa asioissa ei havaittu eroja tutkimusryhmän ja kontrolliryhmän välillä. (Posthuma et al. 2016 s. 1 & 4) Posthuma et al. (2016) arvelevat, että perhelähtöisen keisarileikkauksen etuna on se, että hands-off-tekniikan ansiosta vastasyntyneellä on enemmän aikaa toipua syntymästä ja sopeutua fysiologisesti äidin iholla. Tämä saattaa vähentää interventioiden määrää lisäämättä vastasyntyneiden sairastavuutta. (Posthuma et al. 2016 s. 4-5) Myös Posthuma et al. (2016 s. 5) korostavat, että perhelähtöinen keisarileikkaus näyttää olevan turvallinen vaihtoehto niille naisille, jotka tarvitsevat keisarileikkausta, mutta että suunnitellun sektion indikaatioita arvioidessa täytyy olla huolellinen.

Smithin et al. (2008) artikkelin viimeisellä sivulla on toimittajan kommentti, jossa tämä peräänkuuluttaa lisää tutkimusta perhelähtöisestä keisarileikkauksesta. Toimittajan mukaan vielä ei ole olemassa mitään tuloksia tai sellaista dataa menetelmän turvallisuudesta, joka oikeuttaisi sen laajamittaisen käytön. (Smith et al. 2008 s. 1042)

Armbrust et al. (2015) mainitsevat, että on olemassa tapauksia, joissa vastasyntynyt on menehtynyt yllättäen ensimmäisten elintuntien aikana. Vaikka syy on epäselvä, ovat tapaukset liittyneet äidin väsymykseen ja valvonnan puutteeseen, ja vauvan hengitystiet ovat saattaneet tukkeutua etenkin imetyksen aikana. Siksi onkin tärkeää, että ensituntien aikana sekä vanhemmat että ammattilaiset valvovat vastasyntyneen vointia. (Armbrust et al. 2015 s. 6)

13.3 Tulevaisuuden näkymiä sekä aiheita jatkotutkimuksille

Schorn et al. ovat sitä mieltä, että suurin osa Smithin et al. (2008) tekniikan komponenteista tulisi ottaa käyttöön perhelähtöisen hoidon edistämiseksi komplisoitumattomien keisarileikkausten yhteydessä (Schorn et al. 2015 s. 685). Tutkimus on kuitenkin vielä rajallista. Perhelähtöistä keisarileikkausta on mahdollista toteuttaa yhteistyössä eri ammattiryhmien välillä. Se vaatii kuitenkin suunnittelua, koordinointia ja hallinnollista tukea. Schornin et al. (2015) mukaan menetelmän lyhyt- ja pitkäaikaisia vaikutuksia tulisi tutkia syvemmin niin äidin kuin vastasyntyneen osalta (Schorn et al. 2015 s. 689).

Myös Armbrustin et al. mielestä ”perinteiset” keisarileikkauksen hoitokäytännöt tulisi miettiä uudelleen: keisarileikkauksen pitäisi olla henkilökohtainen kokemus siinä missä alatiesynnytyksenkin, ja vanhempien tulisi saada olla aktiivisesti mukana siinä. (Armbrust et al. 2015 s. 5) Autoresuskitaatiosta löytyy Schornin et al. mukaan vähiten tutkimusnäyttöä verrattuna napanuoran sitomisen viivyttämiseen ja ihokontaktiin leikkaussalissa. Autoresuskitaation vaikutuksista tarvittaisiin lisää tutkimusta, jotta sitä voitaisiin suositella otettavaksi käyttöön. (Schorn et al. 2015 s. 685)

Tillettin (2015) mukaan kasvava kiinnostus perhelähtöistä keisarileikkausta kohtaan johtuu pääosin kahdesta syystä. Ensinnäkin on alettu kiinnittää huomiota keisarileikkauksen psykologisiin vaikutuksiin äidille, ja koska esimerkiksi Yhdysvalloissa kolmasosa synnytyksistä tapahtuu keisarileikkauksella, toimenpide vaikuttaa valtavan suureen osaan äideistä. Perhelähtöinen keisarileikkaus antaa naiselle enemmän kontrollin tunnetta kokemukseen, ja mahdollistaa perheen tuen sekä suunnitelluissa että kiireellisissä (*urgent*) toimenpiteissä. Toinen syy liittyy ihokontaktiin ja sen hyviin vaikutuksiin imetyksen onnistumiselle. Jotta sairaalat voisivat saada vauvamyönteisyys-sertifikaatin, valtaosan vastasyntyneistä tulee päästä äidin ihokontaktiin tunnin kuluessa syntymästä. (Tillett 2015 s. 267) Tillettin mukaan perhelähtöiseen keisarileikkaukseen kohdistuvat huolet liittyvät oletettuun vastasyntyneen hypotermiariskiin sekä infektioiden mahdolliseen lisääntymiseen (mts. 268).

Armbrustin et al. (2015) mukaan keisarileikkauksia käsittelevien tutkimusten pääpaino on keskittynyt itse kirurgiseen tekniikkaan sekä riskitekijöiden ja komplikaatioiden vähentämiseen. (Armbrust et al. 2015 s. 1) Posthuman et al. mukaan tarvittaisiin lisää tutkimusta perhelähtöisen keisarileikkauksen hyötyjen ja riskien arvioimiseksi. Nykyään tiedetään vielä hyvin vähän menetelmän psykologisista vaikutuksista ja vanhempien kokemuksista. (Posthuma et al. 2016 s. 5)

Velandian et al. mukaan tulevaisuudessa voisi tutkia sitä, onko ihokontaktilla pitkäkestoisia vaikutuksia vanhempien ja lapsen väliseen suulliseen vuorovaikutukseen (Velandia et al. 2010 s. 199). Elliott-Carter & Harperin mukaan tutkimusta kaivataan jatkossa äidin ja vastasyntyneen yhdessä pitämisen vaikutuksista esimerkiksi siihen,

kuinka moni vastasyntynyt tarvitsee erityistä tarkkailua (*transfer to the transition nursery*), imetystilastoihin sekä leikkauksesta toipuvien äitien kipulääkkeiden käyttöön. (Elliott-Carter & Harper 2012 s. 295)

Moran-Peters et al. (2014 s. 303) kirjoittavat, että jatkossa tulisi tarkastella lisää keisarileikkauksen jälkeisen ihokontaktin vaikutuksia potilastyytyväisyydelle ja imetystilastoille sekä määritellä ja vahvistaa nämä vaikutukset. Lisäksi muun aiheeseen liittyvän kirjallisuuden mukaan voisi tutkia vaikkapa sitä, vähentääkö äidin ja vastasyntyneen yhdessä pitäminen synnytyksen jälkeisen masennuksen riskiä, ja parantaako se äidin palautumista leikkauksesta (Spradlin 2009 s. 553).

Mercerin ja Walkerin mielestä tarvitaan tutkimusta hoitotyön interventioista, jotka edistävät äidiksi kasvamista sekä voimaannuttavat vanhempia. Heidän mukaansa pitäisi tutkia sellaisten hoitointerventioiden lopputuloksia, jotka tukevat äidin rooli-identiteettiä ja äidiksi tulemisen prosessia. (Mercer & Walker 2006, teoksessa Alligood 2014 s. 550)

Michel Odentin mukaan vauvan hengitykseen liittyvät ongelmat ovat merkittävästi yleisempiä suunnitellun keisarileikkauksen kuin alatiesynnytyksen tai suunnittelemtoman sektion jälkeen. Synnytyksen spontaani käynnistyminen kertoo sikiön keuhkojen kypsyydestä. (Odent 2004 s. 44) Voisiko perhelähtöiseen keisarileikkaukseen kuulua myös se, että synnytyksen annettaisiin ensin käynnistyä spontaanisti, vaikka kyseessä olisikin suunniteltu sektio, ellei raskauden jatkumiselle ole painavaa estettä?

Tillettin (2015) mukaan olisi tarpeellista tutkia haasteita muutosten tiellä sekä keisarileikkausta ympäröiviä rituaaleja. Lisäksi tarvittaisiin “esitaistelijoita” erityisesti hoitajien keskuudesta puolustamaan keisarileikkausten hoitokäytäntöjen kehittämistä. (Tillett 2015 s. 268) Frederick et al. (2016) kirjoittavat, että hoitajilla on merkittävä rooli välittömän ja varhaisen ihokontaktin tukemisessa keisarileikkauksen yhteydessä. Hoitajilla on mahdollisuus vaikuttaa toimintatapoihin ja hoitolinjauksiin. Muutoksen eturivissä ovat hoitajat, jotka työskentelevät sairaalan hallinnossa ja johdossa. Käytännön ohjeistuksia ihokontaktin soveltamisesta keisarileikkausten yhteydessä on tarpeen kehittää. (Frederick et al. 2016 s. 37) Myös Nolan & Lawrence

peräänkuuluttavat äidin ja vastasyntyneen yhdessä pitämiseksi yhtenäisiä, ennalta sovittuja käytäntöjä, jotka eivät ole riippuvaisia yksittäisten hoitajien mieltymyksistä (Nolan & Lawrence 2009 s. 440-441).

Eettisen pohdinnan valossa perhelähtöisyyttä keisarileikkausten hoidossa voidaan puolustaa. Sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan Etenen mukaan potilaiden ja asiakkaiden perustavanlaatuisia oikeuksia ja itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja oikeutta tehdä valintoja arvostaa. Yhdenvertainen hoito ja tasa-arvoisuus kohtaamisissa ovat tärkeitä. (Etene 2011 s. 9) Kansainvälisen kättilöliiton mukaan hoidossa käytetyn tiedon tulee olla ajankohtaista ja perustua näyttöön. Kättilön tulee vastata niin fyysisiin, psykologisiin, emotionaalisiin kuin hengellisiinkin tarpeisiin naisen hoidossa, ja naisen ja tämän perheen tulee itse saada osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin. (*International Confederation of Midwives* 2014 s. 1-2) Esimerkiksi äidin ja vastasyntyneen erottaminen keisarileikkauksen jälkeen ja ihokontaktin toteutumattomuus eivät ole ajankohtaisiin tutkimustuloksiin perustuvia käytäntöjä, eikä niiden avulla vastata naisen ja vauvan fyysisiin tai emotionaalisiin tarpeisiin.

Myös Suomen kättilöliiton (2004 s. 7) painottamat periaatteet tasa-arvo, naisen itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys, perhelähtöisyys, omatoimisuus ja jatkuvuus kokonaisvaltaista hoitoa ohjaavina tekijöinä ovat linjassa perhelähtöisen keisarileikkauksen mallin kanssa. Itsemääräämisoikeutta ei pidä kuitenkaan tulkita siten, että naisella on oikeus saada keisarileikkaus omasta pyynnöstään ilman perusteltua lääketieteellistä indikaatiota.

13.4 “Caesarean on Demand”?

Magee et al. (2014) kirjoittavat, että perhelähtöinen keisarileikkaus on popularisoitu viimeaikaisessa obstetrisessa kirjallisuudessa mahdollisena vaihtoehtona parantaa naisten ja perheiden kokemusta. (Magee et al. 2014 s. 690) Keskustelussa keisarileikkausten “normalisoimisesta” on kuitenkin muun muassa Tillettin mukaan olemassa huoli, että toimenpiteestä tulee houkuttelevampi ja hyväksyttävämpi sekä naisille että palveluntarjoajille. Keskustelussa täytyykin korostaa sitä, että

keisarileikkaus on edelleen suuri kirurginen toimenpide, ja alatiesynnytys on yleensä turvallisin tapa syntyä ja sitä tulee suosia. (Tillett 2015 s. 268)

Jos keisarileikkauskokemuksesta tehdään pehmeämpi, se saattaa myös Camann & Trainorin (2012) mukaan toimia joidenkin mielestä vastoin yrityksiä vähentää keisarileikkausten määrää. Toisaalta minkä tahansa yrityksen tehdä synnytyksestä – oli se sitten alatie- tai sektiosynnytys – miellyttävämpi äidille ja puolisolle tulisi olla osa palvelujärjestelmää. (Camann & Trainor 2012 s. 982)

Young (2011) tuo esille keisarileikkauksiin liittyvät riskit oli toimenpide sitten perhelähtöinen tai ei, ja korostaa myös, että keisarileikkaus ei voi olla “luonnollinen” tai “komplisoitumaton”. Perhelähtöiset keisarileikkaukset voivat olla parempia jossakin suhteessa, mutta vielä parempi on se, että keisarileikkauksia tehtäisiin vähemmän. (Young 2011 s. 184) Myös Michel Odent pohtii, miksi pelastusoperaatiosta on tullut yleinen tapa synnyttää (Odent 2004 s. 7-8). Odentin mukaan on tarpeen esittää kysymyksiä siitä, mitä mahdollisia elinikäisiä seurauksia syntymätavoilla on (mts. 42-43).

Gibbonsin et al (2010) raportin mukaan vuonna 2008 tarpeettomien keisarileikkausten – eli keisarileikkausten joille ei ollut lääketieteellistä indikaatiota – kulut olivat maailmassa arviolta jopa 2,32 miljardia yhdysvaltain dollaria, kun taas tarpeellisten, tekemättä jääneiden sektioiden yhteenlasketut kulut olisivat olleet vain 432 miljoona yhdysvaltain dollaria. Tarpeettomat keisarileikkaukset veivät siis suhteettoman suuren osuuden globaaleista taloudellisista resursseista, mikä on este leikkauksen maailmanlaajuiselle saatavuudelle ja terveyteen liittyvälle oikeudenmukaisuudelle sekä maiden sisällä että niiden välillä. (Gibbons 2010 s. 3)

14 KRIITTINEN TARKASTELU

Tämä työ tarjoaa hyvän pohjan perhelähtöisen keisarileikkauksen keskeisten piirteiden hahmottamiselle. Tuotekehitystyö osoittautui sopivaksi menetelmäksi, sillä esitteen avulla useammat ehtivät ja jaksavat toivottavasti tutustua työhön. Esitteen avulla kirjallisen taustatyön sisältö saatiin tiivistettyä yksinkertaiseen ja selkeään muotoon, ja esitteen visuaalinen toteutus on kirjoittajan mielestä onnistunut. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus taustatyön menetelmänä osoittautui myös hyväksi: esitettä ei olisi

pystytty tekemään kunnolla ilman huolellista perehtymistä taustaan sekä aiheesta tehtyyn tutkimukseen. Perhelähtöiseen keisarileikkaukseen liittyvän tutkimuksen ja muun kirjallisuuden esittely taustatyössä syventää aihetta lisää siitä enemmän kiinnostuneille.

Työn yhteiskunnallinen merkitys liittyy sen ajankohtaisuuteen: keisarileikkauksista on tullut yhä yleisempiä, ja niitä tehdään paikoin myös ilman lääketieteellisiä perusteita, vaikka toisaalta kaikille tarvitseville ei toimenpidettä pystytä monissa maissa tarjoamaan. Perhelähtöiseen keisarileikkaukseen kohdistuvaa kritiikkiä ja huolta toimenpiteen turhasta yleistymisestä on esitelty "*Caesarean on demand*" -keskustelun kautta.

Tämän työn heikkoutena voi pitää sitä, että perhelähtöistä keisarileikkausta kokonaisuutenaan tarkastelevia tutkimuksia löytyi vain neljä, ja siksi työhön valittiin myös pelkästään äidin ja vauvan yhdessä pitämistä sekä ihokontaktia keisarileikkauksen yhteydessä ja sen jälkeen käsitteleviä artikkeleita. Koska aineistohaut on tehty erittäin huolella, ja koska mitään perhelähtöistä keisarileikkausta kokonaisuudessaan käsittelevää tutkimusartikkelia ei jouduttu rajaamaan pois, voi tutkimuksen tuloksia pitää siltä osin luotettavina ja objektiivisina. Saattaa tosin olla, että perhelähtöistä keisarileikkausta on tutkittu enemmän, mutta artikkeleja ei ole käännetty englanniksi (tai suomeksi tai ruotsiksi), eikä niitä siksi löytynyt. On myös mahdollista, että systemaattisten tietokantahakujen teon jälkeen aiheesta on julkaistu uusia tutkimuksia, joita ei ole tässä työssä mainittu.

15 LOPUKSI

Perhelähtöisen keisarileikkauksen menetelmää on pyritty kuvaamaan työssä tarkasti. Tämän opinnäytetyön tulokset puoltavat vahvasti sitä, että perhelähtöinen menetelmä vaikuttaa positiivisesti äidiksi tulemiseen ja äitiroolin muodostumiseen. Tämän tutkimuksen löydösten valossa äidin ja vauvan yhdessä pitämisen ja ihokontaktin voi nähdä ensiarvoisen tärkeinä myös keisarileikkauksen, ei vain alatiesynnytyksen, jälkeen. Ihokontaktin tulisi voida toteutua jo leikkaussalissa, kun operaatiota saatetaan loppuun. Vauvan hitaasta ulosautosta ja autoresuskitaatiosta ei ole tehty tarpeeksi

tutkimusta, jotta niiden vaikutuksista olisi varmaa tietoa. Sairaaloiden käytännöt muodostavat haasteen perhelähtöisyyden toteutumiselle, mutta toisaalta haasteet voivat olla hyvinkin voitettavissa erityisesti, kun henkilökunta pääsee todistamaan perhelähtöisen menetelmän hyötyjä.

Perhelähtöiseen keisarileikkaukseen kohdistuu aiheellisesti kritiikkiä ja huolta keisarileikkausten määrän suhteellisesta kasvusta, jos toimenpiteestä tehdään ikään kuin luonnollisempi ja näin houkuttelevampi vaihtoehto synnytystavaksi. Olisikin ensiarvoisen tärkeää tukea alatiesynnytyksen onnistumista. Toisaalta niiden naisten, jotka keisarileikkausta tarvitsevat, tulisi vähintäänkin saada pitää vastasyntynyt luonaan ihokontaktissa niin halutessaan, millä voi olla kauaskantoisia vaikutuksia äidin identiteetin kehittymiselle ja vastavuoroisen suhteen muodostumiselle vauvan kanssa.

Esite pohjautuu tässä työssä esiteltyihin tutkimustuloksiin ja muuhun tämän työn sisältöön. Esitteen avulla perhelähtöisestä keisarileikkauksesta kiinnostuneet perheet ja äitiyshuollossa työskentelevät ammattilaiset saavat toivottavasti hyvän kuvan menetelmästä ja sen mahdollisista vaikutuksista tiivistetyssä ja helposti luettavassa muodossa. Esite julkaistaan osoitteessa www.aktiivinensynnytys.fi.

16 LÄHTEET

Active Birth Centre. 2017a, *What is Active Birth?* Saatavilla: <http://activebirthcentre.com/what-is-active-birth/> Haettu 8.1.2017.

Active Birth Centre. 2017b, *Janet Balaskas & The Story of the Active Birth movement*, Saatavilla: <http://activebirthcentre.com/janet-balaskas-story-active-birth-movement/> Haettu 8.1.2017.

Aktiivinen synnytys ry 2017a. *Aktiivinen synnytys*. Saatavilla: <http://aktiivinsynnytys.fi/tietoa/aktiivinen-synnytys/> Haettu 23.2.2017.

Aktiivinen synnytys ry 2017b. *Mitä on aktiivinen synnytys*. Saatavilla: <http://aktiivinsynnytys.fi/tietoa/aktiivinen-synnytys/mita-on-aktiivinen-synnytys/> Haettu 23.2.2017.

Alligood, Martha Raile (toim.). 2014, *Nursing Theorists and Their Work*. St. Louis: Mosby, Elsevier. 746 s.

Arcada. 2015, *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Saatavilla: https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada_2014.pdf Haettu 2.11.2016.

Armbrust, Robert; Hinkson, Larry; von Weizsäcker, Katharina & Henrich, Wolfgang. 2015, The Charité cesarean birth: a family orientated approach of cesarean section, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, vol. 29, nro 1, s. 163-168. Saatavilla: EBSCO. Haettu 20.12.2016.

Balaskas, Janet. 1992, *Active Birth. The New Approach to Giving Birth Naturally*. Boston: The Harvard Common Press. 252 s.

Balaskas, Janet. 2014, *Planning for a 'Natural Caesarean'*. Saatavilla: <http://activebirthcentre.com/motherbaby-bonding/planning-natural-caesarean/> Haettu 15.12.2015.

Beiranvand, Shourangiz; Valizadeh, Fatemeh; Hosseinabadi, Reza & Pournia, Yadollah. 2014, The Effects of Skin-to-Skin Contact on Temperature and Breastfeeding Successfulness in Full-Term Newborns after Cesarean Delivery, *International Journal of Pediatrics*, vol. 2014, s. 1-7. Saatavilla: PubMed, Ebsco Academic Search Elite. Haettu 1.12.2016.

Burke, Lacey & Morad, Anna W. 2014, Family-Centered Cesarean Birth Offers Appropriate Thermoregulation in Term Neonates, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol. 43, liite 1, s. S36-S37. Saatavilla: ScienceDirect. Haettu 4.5.2016.

Bystrova, Ksenia; Ivanova, Valentina; Edhborg, Maigun; Matthiesen, Ann-Sofi; Ransjö-Arvidson, Anna-Berit; Mukhamedrakhimov, Rifkat; Uvnäs-Moberg, Kerstin & Widström, Ann-Marie. 2009, Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant

Interaction One Year Later, *Birth*, vol. 36, nro 2, s. 98-109. Saatavilla: Cinahl. Haettu 1.2.2017.

Camann, William & Trainor, Kathleen. 2012, Clear Surgical Drapes: A Technique to Facilitate the “Natural Cesarean Delivery”. *Anesthesia & Analgesia*, vol. 115, nro 4, s. 981-2. Saatavilla: PubMed. Haettu 21.1.2017.

Carmichael, Amy & Matulionis, Barbara. 2014, Implementing the Gentle C-Section: A Birth Experience More Like a Vaginal Delivery, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol. 43, liite 1, s. S13-14. Saatavilla: Ebsco Academic Search Elite. Haettu 15.5.2016.

Dempsey, Amy & Teague, Marcia. 2013, Family-Centered Care during Cesarean Delivery: A New Approach, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol. 42, liite 1, s. S25. Saatavilla: ScienceDirect. Haettu 15.5.2016.

Dominguez-Bello, Maria G.; De Jesus-Laboy, Kassandra M.; Shen, Nan; Cox, Laura M.; Amir, Amnon; Gonzales, Antonio; Bokulich, Nicholas A.; Song, Se Jin; Hoashi, Marina; Rivera-Vinas, Juana I.; Mendez, Keimari; Knight, Rob & Clemente, Jose C. 2016, Partial restoration of the microbiota of cesarean-born infants via vaginal microbial transfer, *Nature Medicine*, vol. 22, nro 3, s. 250-254. Saatavilla: PubMed. Haettu 4.8.2016.

Duffy, Diane & Conrad, Christine. 2013, Skin-to-Skin Cesarean Delivery, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol. 42, liite 1, s. S40. Saatavilla: ScienceDirect. Haettu 15.5.2016.

Elliott-Carter, Neva & Harper, Jeannie. 2012, Keeping Mothers and Newborns Together After Cesarean. How One Hospital Made the Change, *Nursing for Women's Health*, vol. 16, nro 4, s. 290-295. Saatavilla: PubMed. Haettu 4.1.2017.

Etene. 2011, *Den etiska grunden för social- och hälsovården*. Saatavilla: <http://etene.fi/documents/1429646/1571620/Publikation+33+Den+etiska+grunden+f%C3%B6r+social-+och+h%C3%A4lsov%C3%A5rden,+2011.pdf/3cd3621e-5301-43d7-9eeb-5f6aecf84f5e> Haettu 2.11.2016.

Frederick, Anitra C.; Busen, Nancy H.; Engebretson, Joan C.; Hurst, Nancy M. & Schneider, Karen M. 2016, Exploring the skin-to-skin contact experience during cesarean section, *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, vol. 28, s. 31-38. Saatavilla: EBSCO, Cinahl. Haettu 15.12.2016.

Gibbons, Luz; Belizán, José M.; Lauer, Jeremy A.; Betrán, Ana P.; Merialdi, Mario & Althabe, Fernando. 2010, The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. *World Health Organization, World Health Report, Background Paper*, nro 30. Saatavilla: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf> Haettu 9.2.2017.

Gouchon, Silvia; Gregori, Dario; Picotto, Amabile; Patrucco, Giovanna; Nangeroni, Marco & Di Giulio, Paola. 2010, Skin-to-Skin Contact After Cesarean Delivery,

Nursing Research, vol. 59, nr 2, s. 78-84. Saatavilla: Ebsco Academic Search Elite. Haettu: 1.12.2016.

Graham, Shannon; Patterson, Marie & Bush, Erin. 2014, Transforming the Preoperative Process for Scheduled Cesarean Deliveries Using Patient- and Family-Centered Care, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol. 43, liite 1, s. S11-S12. Saatavilla: ScienceDirect. Haettu 15.5.2016.

Hartman, Jan. 2006, *Vetenskapligt tänkande. Från kunskapsteori till metodteori*. Puola: Pozkal. 307 s.

Hung, K. J. & Berg, O. 2011, Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding, *Am. J. Matern./Child Nurs.*, vol. 36, nro 5, s. 318-324. Saatavilla: PubMed. Haettu 14.12.2016.

Höst, Martin; Regnell, Björn & Runeson, Per. 2006, *Att genomföra examensarbete*. Tanska: Narayana Press.

ICEA (International Childbirth Education Association). 2015a, *Family Centered Maternity Care*. Saatavilla: http://icea.org/wp-content/uploads/2016/01/Family_Centered_Maternity_Care_PP.pdf Haettu 19.2.2017.

ICEA (International Childbirth Education Association). 2015b, *Role and Scope of the Childbirth Educator*. Saatavilla: http://icea.org/wp-content/uploads/2016/01/Role_Scope_CBE_PP.pdf Haettu 21.9.2017.

International Confederation of Midwives. 2014, *International Code of Ethics for Midwives*. Saatavilla: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf Haettu 4.11.2016.

Jimenez, Vania; Klein, Michael C.; Hivon, Myriam & Mason, Catherine. 2010, A Mirage of Change: Family-Centered Maternity Care in Practice, *Birth*, vol. 37, nro 2, s. 160-168. Saatavilla: PubMed. Haettu 14.12.2016.

Johnson, Amy N. 2015, Kangaroo Holding Beyond the NICU, *Pediatric Nursing*, vol. 31, nro 1, s. 53-56. Saatavilla: PubMed. Haettu 25.2.2017.

Kennel, J. H.; Trause, M. A. & Klaus, M. H. 1975, Evidence for a sensitive period in the human mother, *Ciba Foundation Symposium*, vol. 33, s. 87-101. Saatavilla: PubMed. Haettu 26.2.2017.

Klaus, M. H.; Jerauld, R.; Kreger, N. C.; McAlpine, W.; Steffa, M. & Kennel, J. H. 1972, Maternal attachment. Importance of the first post-partum days, *The New England Journal of Medicine*, vol. 286, nro 9, s. 460-3. Saatavilla: PubMed. Haettu 26.2.2017.

Lavender, Tina; Hofmeyr, Justus G.; Neilson, James P.; Kingdon, Carol & Gyte, Gillian ML. 2012, Caesarean section for non-medical reasons at term, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). Saatavilla: Cinahl. Haettu 15.2.2017.

Lavigne, Amy; Washburn, Sarah R.; Gosiewski, Colleen & Kuester, Andrea. 2015, Implementing an Enhanced Birth Experience for Family-Centered Cesarean Birth, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol. 44, liite 1, kesäkuu 2015, s. S16. Saatavilla: ScienceDirect. Haettu 15.5.2016.

Lundequist, Jerker. 1995, *Design och produktutveckling. Metoder och begrepp*. Lund: Studentlitteratur.

Magee S. R.; Battle C.; Morton J. & Nothnagle M. 2014, Promotion of family-centered birth with gentle cesarean delivery. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 27, nro 5, s. 690-693. Saatavilla: PubMed. Haettu 12.12.2016.

Mercer, Ramona T. 1995, *Becoming A Mother*. New York: Springer Publishing Company, Inc. 388 s.

Mercer, Ramona T. 2004, Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment, *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 36, nr. 3, s. 226-232. Saatavilla: PubMed. Haettu 24.1.2017.

Mercer, Ramona T. 2006, Nursing Support of the Process of Becoming a Mother, *JOGNN*, vol. 35, nro 5, s. 649-651. Saatavilla: PubMed. Haettu 24.1.2017.

Moore, Elizabeth R.; Bergman, Nils; Anderson, Gene C. & Medley, Nancy. 2016, Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nro 11. Saatavilla: Cochrane Library. Haettu 1.12.2016.

Moran-Peters, Judith A.; Zauderer, Cheryl R.; Goldman, Susan; Baierlein, Jennifer & Smith, April E. 2014, A Quality Improvement Project Focused on Women's Perceptions of Skin-to-Skin Contact After Cesarean Birth, *Nursing for Women's Health*, vol. 18, nro 4, s. 294-303. Saatavilla: PubMed, ScienceDirect. Haettu 30.1.2017.

National Institutes of Health (NIH). 1980, *Cesarean Childbirth*, Consensus Development Conference Statement, syyskuu 22-24. Saatavilla: <https://consensus.nih.gov/1980/1980Cesarean027html.htm> Haettu 12.2.2017.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2012, *Caesarean section, Clinical guideline*. Saatavilla: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/chapter/1-Guidance#care-of-the-baby-born-by-cs> Haettu 22.8.2017.

Newman, L. F.; Kennell, J. H.; Klaus, M. & Schreiber, J. M. 1976, Early human interaction: mother and child, *Primary Care*, vol. 3, nro 3, s. 491-505. Saatavilla: PubMed. Haettu 26.2.2017.

Nolan, Anne & Lawrence, Carol. 2009, A Pilot Study of a Nursing Intervention Protocol to Minimize Maternal-Infant Separation After Cesarean Birth, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol. 38, nro 4, s. 430-442. Saatavilla: PubMed, Cinahl. Haettu 20.12.2016.

- Odent, Michel. 2004, *The Caesarean*. London: Free Association Books. 162 s.
- Phillips, Raylene. 2013, The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth, *Newborn & Infant Nursing Reviews* vol. 13, nro 2, s. 67-72. Saatavilla: Cinahl. Haettu 26.2.2017.
- Posthuma, Selina; Korteweg, Fleurisca J.; van der Ploeg, Marinus; de Boer, Hans D.; Buiter, Hannah D. & van der Ham, David P. 2016, Risks and benefits of the skin to skin cesarean section – a retrospective cohort study, *The Journal of Maternal–Fetal & Neonatal Medicine*, vol. 30, nro 2, s. 1-5. Saatavilla: PubMed, Cinahl. Haettu 3.8.2016.
- Salminen, Ari. 2011, *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Saatavilla: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf. Haettu 20.1.2017.
- Schorn, Mavis N.; Moore, Elizabeth; Spetalnick, Bennett M. & Morad, Anna. 2015, Implementing Family-Centered Cesarean Birth, *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 60, nro 6, s. 682-690. Saatavilla: Cinahl. Haettu 15.12.2016.
- Smith J.; Plaat F. & Fisk N. 2008, The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 115, nro 8, s. 1037-1042. Saatavilla: EBSCO. Haettu 13.6.2016.
- Stevens J.; Schmied V.; Burns E. & Dahlen H. 2014, Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean: a review of the literature. *Maternal and Child Nutrition*, vol. 10, nro 4, s. 456-473. Saatavilla: PubMed. Haettu 3.8.2016.
- Sundin, Courtney S. & Mazac, Lauren B. 2015, Implementing Skin-to-Skin Care in the Operation Room after Cesarean Birth. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, vol. 40, nro 4, s. 249-255. Saatavilla: PubMed. Haettu 8.1.2017.
- Suomen Kätilöliitto. 2004, *Laatua kätilötyöhön – kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet*. Saatavilla: https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf Haettu 2.11.2016.
- Terveyskirjasto. 2016, *Keisarileikkaus*. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00873. Haettu 20.2.2017.
- Tillett, Jackie. 2015, Gentle Cesarean Delivery. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, vol. 29, nro 4, s. 267-269. Saatavilla: Cinahl. Haettu 17.9.2016.
- Uvnäs-Moberg, Kerstin. 2015, *Oxytocin. The Biological Guide to Motherhood*. Texas: Hale Publishing. 213 s.
- Velandia, Marianne; Matthisen, Ann-Sofi; Uvnäs-Moberg, Kerstin & Nissen, Eva. 2010, Onset of Vocal Interaction Between Parents and Newborns in Skin-to-Skin

Contact Immediately After Elective Cesarean Section, *Birth*, vol. 37, nro 3, s. 192-202. Saatavilla: EBSCO. Haettu 1.12.2016.

Vilinsky, Aliona; Sheridan, Ann & Nugent, Linda E. 2016, Preventing peri-operative maternal and neonatal hypothermia after skin-to-skin contact, *Journal of Neonatal Nursing*, vol. 22, nro 4, s. 163-170. Saatavilla: ScienceDirect. Haettu 1.12.2016.

World Health Organization & Unicef. 2009, BFHI Section 3: Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital. *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. Saatavilla: Google. Haettu 16.2.2017.

World Health Organization. 2013, *Implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative*. Saatavilla: http://www.who.int/elena/bbc/implementation_bfhi/en/ Haettu 2.3.2017.

Young, Diony. 2011, "Gentle Cesareans": Better in Some Respects, But Fewer Cesareans Are Better Still, *Birth*, vol. 38, nro 1, s. 183-184. Saatavilla: Cinahl. Haettu 15.9.2016.

Zwelling, Elaine & Phillips, Celeste R. 2001, Family-Centered Maternity Care in the New Millennium: Is It Real or Is It Imagined? *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, vol. 15, nro 3, s. 1-12. Saatavilla: Cinahl. Haettu 31.1.2017.

Wikipedia. *Induktiivinen päättely*. Saatavilla: https://fi.wikipedia.org/wiki/Induktiivinen_p%C3%A4%C3%A4ttely Haettu 15.09.2017.

17 LITTEET

17.1 Sammanfattning på svenska

Inledning

Detta examensarbete handlar om familjecentrerat kejsarsnitt och är ett beställningsarbete för föreningen Aktiivinen synnytys rf (eller Aktivt födande rf på svenska, men föreningen är mer känd under sitt finska namn). Arbetet är ett produktutvecklingsarbete, och syftet har varit att producera en informativ broschyr om familjecentrerat kejsarsnitt. Målgruppen är familjer och de som jobbar med kvinnor under graviditet, förlossning och efter förlossning. Broschyren baserar sig på ett bakomliggande längre skriftligt arbete. Metoden i det skriftliga arbetet är en beskrivande litteraturstudie. Forskningsfrågorna är två: 1) hur beskrivs familjecentrerat kejsarsnitt inom forskningen? och 2) hur påverkar familjecentrerat kejsarsnitt processen att bli mamma och förandet av mammarollen? Broschyren koncentrerar sig mera på att beskriva den familjecentrerade metoden och dess (möjliga) påverkan, och det skriftliga arbetet belyser djupare hur metoden kan påverka processen att bli mamma. Broschyren kommer att publiceras på Aktiivinen synnytys rf:s webbsidor www.aktiivinensynnytys.fi och där kunna läsas kostnadsfritt. Broschyrens layout har gjorts av en grafisk designer, och en fotograf har tagit bilderna och gett lov att använda dem i broschyren.

Det centrala materialet som analyseras består av 10 forskningsartiklar, varav fyra handlar om familjecentrerat kejsarsnitt i sin helhet. Resten av artiklarna behandlar omedelbar och/eller tidig hudkontakt och att hålla mamman och babyen tillsammans under kejsarsnitt i operationssal och efter det, vilka är centrala element i ett familjecentrerat kejsarsnitt. Som teoretisk referensram används Ramona Mercers teori "att bli mamma".

Bakgrund och definition av centrala begrepp

Centrala begrepp som definieras i arbetet är kejsarsnitt, familjecentrerad mödravård, rörelsen som förespråkar aktiv förlossning och föreningen Aktiivinen synnytys rf samt omedelbar och tidig hudkontakt.

Familjecentrerad mödravård

Familjecentrerad mödravård strävar till att ge evidensbaserad vård som svarar på kvinnans och familjens behov (Jimenez et al. 2010 s. 160). Vården ska vara individuell och trygg både medicinskt och emotionellt. Kommunikation är viktig. Inom familjecentrerad mödravård skall mamman och babyn ha möjlighet att vara tillsammans efter födelsen, och hudkontakt och amning ska stödas. (ICEA 2015a)

Aktiv förlossning – rörelse och förening

Aktiv förlossning (*Active birth*) är en filosofi och global rörelse för kvinnornas rättigheter i samband med graviditet och förlossning. Rörelsen grundades av Janet Balaskas i Storbritannien på 1980-talet. (Active Birth Centre 2017b) Filosofin bakom rörelsen gör gällande att graviditeten och förlossningen är processer som styrs av hormoner, och *empowerment* av kvinnor är centralt (Active Birth Centre 2017a). Aktiivinen synnytys rf är en finsk förening som vill främja en familjecentrerad förlossningskultur (Aktiivinen synnytys ry 2017a).

Omedelbar och tidig hudkontakt

Hudkontakt betyder att babyn placeras på mammans bröst utan kläder. Babyn hålls varm till exempel med ett täcke. (Moore et al. 2016 s. 1) Stödpersonen kan också ha barnet i hudkontakt (Johnson 2005 s. 53). Hudkontakt kallas för omedelbar om den börjar inom 10 minuter efter födelsen, och tidig om den börjar om 10 minuter efter födelsen eller senare, dock inom 24 timmar (Moore et al. 2016 s. 3). Forskning har visat hudkontaktens otaliga fördelar för mamman och babyn samt för deras växelverkan och förhållande (Dumas et. al. 2012). Påverkan är både fysisk och psykisk. WHO och Unicef rekommenderar att den omedelbara hudkontakten skulle pågå minst en timme (WHO 2013).

Tidigare forskning

I kapitlet om tidigare forskning behandlas kort hur kejsarsnitt kan påverka kvinnan psykiskt, samt tiden omedelbart efter födelsen – tiden som kallas för sensitiv period – och om hur dess omständigheter kan påverka förandet av en mammroll och ny identitet. I kapitlet presenteras också fem korta posterpresentationer om familjecentrerat kejsarsnitt.

Kejsarsnittets psykiska påverkan på mamman

Kejsarsnitt antas innebära en större psykologisk och fysisk ansträngning för kvinnan jämfört med vaginal förlossning (National Institutes of Health 1980). Enligt forskning har kejsarsnitt kopplats till sämre tillfredsställelse hos mamman och problem i anknytningen mellan mamman och barnet (Nolan & Lawrence 2009 s. 430). Förlossningsupplevelsen kan påverka kvinnans förmåga att anpassa sig till föräldraskapet (Lavender et al. 2012 s. 1).

Den sensitiva perioden

Tiden omedelbart efter födelsen, också kallad för sensitiv period, antas vara speciell. Perioden varar ungefär en eller två timmar beroende på forskning. Forskning gjord av Klaus, Kennel et al. på 1970-talet visade att om mamman och barnet separeras under denna period kan det ha negativ påverkan på anknytning och förhållandet mellan mamman och barnet samt det moderliga beteendet (Kennel, Trause & Klaus 1975, Klaus et al. 1972, Newman et al. 1976). Familjen börjar formas under den sensitiva perioden, och någonting speciellt händer med anknytningen då. Hudkontakt mellan det nyfödda barnet under första timmen efter födelsen påverkar det moderliga beteendet positivt samt ökar mammans självförtroende gällande att vårda barnet (Phillips 2013 s. 67, 72).

Forskning och litteratur om familjecentrerat kejsarsnitt

Med systematiska litteratursökningar hittades fem posterpresentationer som beskriver hur familjecentrerat kejsarsnitt har förverkligats inom olika program på olika sjukhus i USA. Syftet med programmen var att utveckla familjecentrerad vård i samband med kejsarsnitt (Duffy & Conrad 2013, Dempsey & Teague 2013, Carmichael & Matulionis 2014, Graham et al. 2014, Lavigne et al. 2015). Olika element implementerades varierande i olika program.

Operationen diskuterades med familjerna på förhand (Duffy & Conrad 2013, Lavigne et al. 2015). Elementen inkluderade till exempel musik som kvinnan hade valt och svagare belysning i operationssalen (Duffy & Conrad 2013; Dempsey & Teaguen 2013, Lavigne et al. 2015). Mamman kunde se när barnet föddes (Carmichael & Matulionis 2014), och det nyfödda barnet mättes när mamman så önskade (Duffy & Conrad 2013). Andra element var hudkontakt och amning i operationssalen, att en stödperson fick vara med hela tiden, och att familjen separerades inte (Lavigne et al. 2015). I ett program stannade nyfödda barnet i operationssalen i sin egen säng bredvid mamman, men hudkontakt erbjöds inte (Graham et al. 2014)

Janet Balaskas, som är grundaren av Aktiv förlossning –rörelsen, har också beskrivit vad familjecentrerat kejsarsnitt kan betyda. Hon nämner som centrala element hudkontakt, att inte separera mamman och det nyfödda barnet, samt att barnet tas ut långsamt. Dessutom nämner hon att inte knyta och klippa navelsträngen genast eftersom babyn får syre genom den, och att moderkakan kan tas bort innan navelsträngen knyts och klipps, och att den kan hållas nära barnet en liten stund. (Balaskas 2014)

Teoretisk referensram

Som teoretisk referensram har använts Ramona Mercers teori 'att bli mamma' (*Becoming A Mother*). Enligt Mercer är processen att bli mamma mångsidig och påverkas av individuella orsaker och omgivningen (Alligood (toim.) 2014 s. 551). Kvinnan är sårbar i denna förändring (Mercer 2006 s. 649). Mercer har delat processen att bli mamma i fyra faser. Processen börjar med graviditeten eller redan före den, och fortsätter under månaderna efter förlossningen (Mercer 2004 s. 231 & Mercer 2006 s. 649-650), men kvinnans personlighet förändras och utvecklas kontinuerligt (Mercer 2004 s. 231). Fasen då mamman formellt tillägnar sig modersrollen börjar i och med babyns födelse (Mercer 1995 s. 14). Centrala variabler som påverkar processen att bli mamma och som är relaterade till kvinnan är graviditet och förlossningsupplevelse, parförhållande och familj, om mamman och babyn har skiljts från varandra tidigt efter födelsen, social stress och stöd, självförtroende och självbild, känslighet för babyns signaler, personlighet, attityder, hälsa samt ålder vid den första förlossningen. Element som påverkar processen och som är relaterade till babyn är till exempel babyns karaktär,

utseende, hälsotillstånd, hur babyn reagerar samt babyns förmåga att ge signaler. (Alligood 2014 s. 542 & 545)

Forskningsproblem, syfte, metod och design

Syftet med detta arbete har varit att beskriva familjecentrerat kejsarsnitt som metod, och betrakta dess påverkan från kvinnans synvinkel. Vetenskaplig forskning gällande familjecentrerat kejsarsnitt, hudkontakt och att hålla ihop mamman och det nyfödda barnet efter födelsen har samlats, presenterats och analyserats. Hypotesen har varit att ett familjecentrerat kejsarsnitt påverkar processen att bli mamma positivt jämfört med ett traditionellt kejsarsnitt, men hypotesen har inte påverkat val av material eller resultat i detta arbete.

Eftersom arbetet har två delar – en broschyr samt det bakomliggande skriftliga arbetet – har också två olika metoder använts, produktutvecklingsarbete och beskrivande litteraturstudie. Produktutveckling valdes som metod, för att en broschyr är lättare att läsa jämfört med ett långt skriftligt arbete, och på så sätt kan arbetet nå flera läsare. I broschyren har det skriftliga arbetets viktigaste innehåll presenterats på ett enkelt och koncist sätt. Form och innehåll i broschyren specificerades under skrivprocessen när det skriftliga arbetet fick sin struktur, och analysen och diskussionen blev färdiga.

Skrivprocessen började i oktober 2015, när Aktiivinen synnytys rf gav rubriken för arbetet. Föreningen har egna åsikter angående hur förlossningskultur borde utvecklas, och därför har uppmärksamhet lagts på objektivitet samt på att värderingar och attityder som Aktiivinen synnytys rf representerar inte skulle påverka valet av forskningsartiklar, analysen eller forskningsresultaten. Litteratursökningar har gjorts systematiskt i olika databaser vilket har varit det viktigaste sättet att sträva till objektivitet. Aktiivinen synnytys rf har inte försökt påverka begränsning av arbetet, val av material, slutsatser eller innehållet i broschyren på något sätt.

Analysen är kvalitativ och följer induktiv logik. Analysdelen har delats i olika teman eller kategorier som är de mest relevanta och intressanta med tanke på forskningsfrågorna i detta arbete. I varje kategori har de viktigaste resultaten av centrala

forskningsartiklar plockats ut. Forskningsresultat har tolkats i förhållande till bakgrund, tidigare forskning och den teoretiska referensramen.

Val av material, begränsningar och andra intressanta frågor som inte behandlas i arbetet

Systematiska sökningar i olika databaser gjordes mellan juli 2016 och januari 2017. Databaser som användes var PubMed, Academic Search Elite (EBSCO), Cinahl (EBSCO) och Science Direct. Artiklar om familjecentrerat kejsarsnitt i sin helhet söktes också genom databaserna Sage och Ovid. Flera olika sökord och kombinationer av sökord användes. Bara fyra artiklar hittades som behandlar familjecentrerat kejsarsnitt i sin helhet (Smith et al. 2008, Armbrust et al. 2015, Schorn et al. 2015, Posthuma et al. 2016), och de hör alla till det centrala materialet i arbetet. Omedelbar hudkontakt och att hålla samman mamman och babyn efter födelsen var centrala element i alla dessa forskningsartiklar, och de valdes som centrala teman i arbetet. Systematiska sökningar gjordes skilt för hudkontakt efter kejsarsnitt samt för att inte separera mamman och nyfödda barnet efter kejsarsnitt, och igen användes flera olika sökord och kombinationer.

Två artiklar handlar om att hålla mamman och nyfödda barnet tillsammans i operationssalen och efter kejsarsnitt (Nolan & Lawrence 2009, Elliott-Carter & Harper 2012), och fyra artiklar fokuserar på omedelbar och/eller tidig hudkontakt i samband med och efter kejsarsnitt (Frederick et al. 2016, Velandia et al. 2010, Moran-Peters et al. 2014, Sundin & Mazac 2015).

Det skulle ha varit möjligt att betrakta det nyfödda barnets och kvinnans fysiska mående och återhämtning, amning, personalens attityder och upplevelser, vårdpraxis på sjukhus samt stödpersonens upplevelser, men de har endast behandlats mycket kort i arbetet.

Forskningsetiska reflektioner

Som etiska riktlinjer har använts Arcadas publikation *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada* (Arcada 2015). Enligt den riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården, Etene, skall vårdpersonalen respektera grundläggande rättigheter av patienter och klienter, värdesätta deras självbestämmanderätt och rätt att göra egna val, samt att lägga märke till jämlikhet i vården (Etene 2011 s. 9). Finlands barnmorskeförbund betonar också att vården ska vara jämlik, individuell, kontinuerlig

och familjecentrerad, och att patienternas självbestämmanderätt styr barnmorskearbetet (Suomen kättilöliitto 2004 s. 7-9). Enligt ICM (*International Confederation of Midwives*, 2014 s. 1-3) skall vården vara evidensbaserad, och barnmorskan skall svara på kvinnans fysiska, psykologiska, emotionella och andliga behov. Det familjecentrerade kejsarsnittet som metod har behandlats i ljuset av dessa etiska riktlinjer.

Analys och resultat

Familjecentrerat kejsarsnitt

Enligt de centrala forskningsartiklarna som behandlar familjecentrerat kejsarsnitt i sin helhet (Smith et al 2008, Armbrust et al. 2015, Schorn et al. 2015 & Posthuma et al. 2016) innehåller metoden följande element:

- att föräldrarna förbereds på operation redan under graviditeten om kejsarsnitt planeras (Smith et al. 2008, Armbrust et al. 2015)
- att babyn hjälps ut långsamt ("*walking the baby out*") (Smith et al. 2008, Armbrust et al. 2015)
- fysiologisk autoresuskitation, vilket betyder att babyn får möjlighet att börja andas själv, när bara huvudet är ute, men kroppen är ännu in i livmodern och kopplat till placental blodcirkulation. Trycket från livmodern och andra vävnader hjälper till att tömma vätskor från babyns lungor liksom under en vaginal förlossning. (Smith et al. 2008)
- att stödpersonen får vara med (Armbrust et al. 2015, Schorn et al. 2015)
- att mamman och stödpersonen har möjlighet att se när babyn föds (Smith et al. 2008, Posthuma et al. 2016)
- att inte separera mamman och babyn efter födelsen (Posthuma et al. 2016)
- hudkontakt och amning redan i operationssalen om mamman och babyn mår bra (Smith et al. 2008, Posthuma et al. 2016)

Mediciner som kvinnan får bör inte förhindra henne att hålla babyn tryggt i hudkontakt (Moran-Peters et al. 2014 s. 298). Uppmärksamhet läggs på var monitoreringsapparater är placerade, samt på vilket ställe i.v.-kanylen sätts (Smith et al. 2008 s. 1038, Schorn et al. 2015 s. 685). Schorn et al. (2015 s. 684) nämner också att inte knyta och klippa navelsträngen genast efter babyn har fötts. Stödpersonen kan få klippa navelsträngen

(Smith et al. 2008 s. 1039, Armbrust et al. 2015 s. 2). Andra element kan vara tyst prat i operationssalen (Armbrust et al. 2015 s. 2), bakgrundsmusik som kvinnan har valt (Smith et al. 2008 s. 1038, Schorn et al. 2015 s. 687) och matt belysning (Armbrust et al. 2015 s. 2), speciellt över kvinnans huvud (Schorn et al. 2015 s. 689). K-vitaminet kan ges åt babyn i hudkontakt, och babyn kan vägas först när operationen är avslutad (Smith et al. 2008 s. 1039). Det nyfödda barnet tvättas inte genast (Moran-Peters et al. 2014, Nolan & Lawrence 2009). Smith et al. (2008) och Armbrust et al. (2015) har tillämpat metoden bara på planerade kejsarsnitt, Schorn et al. (2015) och Posthuma et al. (2016) har tagit med också akuta kejsarsnitt.

Fördelar med familjecentrerat kejsarsnitt:

- Hudkontakt ökar växelverkan mellan mamman / föräldrarna och barnet (Velandia et al. 2010 s. 192-193) och stöder anknytningen (Moran-Peters et al. 2014 s. 301, Frederick et al. 2016 s. 33-34).
- Kan förbättra förlossningsupplevelsen (Armbrust et al. 2015 s. 3, Posthuma et al. 2016 s. 5)
- Tar i beaktande den sensitiva perioden när den intima kontakten mellan mamman och barnet väcker intuitivt beteende och tillfredsställer de biologiska grundbehoven (se Moore et al. 2016 s. 1, 3).
- Kan lindra kvinnans smärta (Posthuma et al. 2016 s. 5, Sundin & Mazac 2015 s. 254), påskynda den fysiska återhämtningen och förkorta sjukhusvistelsen. (Posthuma et al. 2016 s. 4)
- Kan hjälpa det nyfödda barnets fysiologiska anpassning till världen utanför livmodern (Smith et al. 2008 s. 1040) och minska behovet av vård på en avdelning (Posthuma et al. 2016 s. 1, 4). Risken för hypotermi i hudkontakt är inte förstörad (Schorn et al. 2015 s. 687, Vilinsky et al. 2016).
- Befrämjar amningen (Armbrust et al. 2015, Schorn et al. 2015, Moran-Peters et al. 2014, Frederick et al. 2016).
- Att hålla mamman och nyfödda barnet tillsammans samt omedelbar hudkontakt ökar det moderskapliga beteendet (Bystrova et al. 2009 s. 97-98, Phillips 2013 s. 13).
- Hudkontakt och närhet ökar utsöndringen av oxytocinhormonet (Velandia et al. 2010 s. 199).

- Familjen börjar formars när familjemedlemmar får vara tillsammans (Frederick et al. 2016 s. 34-35).
- Metoden är trygg för kvinnan och barnet, när det finns en medicinsk orsak till kejsarsnitt (Armbrust et al. 2015 s. 1).

I ljuset av Mercers teori kan kvinnan stödjas i att växa in i mammarollen genom att förbereda kvinnan/föräldrarna på förhand inför kejsarsnittet, att förbättra förlossningsupplevelsen, och att låta stödpersonen vara med. Om kvinnan får ha sitt nyfödda barn nära efter födelsen, är kvinnan nöjdare, och det stöder tidig växelverkan, hudkontakt och amning (Elliott-Carter & Harper 2012 s. 295). Att vara tillsammans kan på så sätt främja formningen av mammas identitet. I familjecentrerade kejsarsnitt är syftet att föräldrarna skall vara aktiva deltagare (Armbrust et al. 2015 s. 1).

Enligt Mercer kan upplevelsen av att förlora den funktionella kontrollen över sin kropp påverka mammans självkänsla negativt, och risken finns att kvinnan känner att hon har misslyckats i sin roll (Mercer 2004 s. 227). Den familjecentrerade metoden ökar kvinnans känsla av kontroll över sin upplevelse (Tillett 2015 s. 267-8). I hudkontakt kan mamman svara på babys signaler, vilket ökar muntlig växelverkan. (Velandia et al. 2010 s. 198-200). Enligt Mercer påverkas processen att bli mamma av förlossningsupplevelsen, tidig separation, stress och stöd, självförtroende, hur baby reagerar och ger signaler (Alligood 2014 s. 542 & 545), och därför kan den familjecentrerade metoden tolkas som att den stöder kvinnan i att uppnå mammas roll. Vårdarna har en unik möjlighet att stöda kvinnan i att få självförtroende, lära sig och anamma en moderlig identitet (Mercer 2006 s. 649).

Diskussion och kritisk granskning

Både kortvarig och långvarig påverkan på kvinnan och barnet av elementen i det familjecentrerade kejsarsnittet borde utforskas mera (Schorn et al. 2015 s. 689). Fördelar och risker borde utvärderas (Posthuma et al. 2016 s. 5). Utmaningen är hur metoden planeras och förverkligas i praktiken (Moran-Peters et al. 2014 s. 298, 302), och hurdana inställningar vårdpersonalen har gentemot nya tillvägagångssätt (mts.,

Smith et al. 2008 s. 1040). Enligt Nolan & Lawrence (2009 s. 440-441) borde det finnas enhetlig praxis, som inte beror på enskilda vårdares preferenser.

Den familjecentrerade metoden har kritiserats mycket: kritiken riktar sig mot att om kejsarsnitt kan börja anses vara mera "naturligt", kan detta leda till att både familjer och personalen ser operationen som ett mera lockande alternativ, och på så sätt kan antalet kejsarsnitt öka (Tillett 2015 s. 267-8). I kritiken betonas det att ett kejsarsnitt inte kan vara naturligt (Young 2011 s. 184, Smith et al. 2008 s. 1042, Armbrust 2015 s. 4), och att indikationerna för ett planerat kejsarsnitt borde värderas noggrant (Posthuma et al. 2016 s. 5).

17.2 Esite

Perhelähtöinen keisarileikkaus

Infopaketti perheille ja ammattilaisille

Tässä esitteessä kerrotaan, miten perhelähtöinen keisarileikkaus kuvataan ajankohtaisissa tutkimuksissa sekä mitä vaikutuksia sillä tutkimusten mukaan on tai saattaa olla. Lopuksi pohditaan menetelmän mahdollisia vaikutuksia äidin roolin muodostumiseen. Perheitä ja synnyttäjiä on monenlaisia.

Esitteessä on kuitenkin käytetty niitä sanoja, joita lähdeaineistossakin on käytetty. Esite on osa kättilökoulutukseen kuuluvaa oppinäytetyötä.

PERHELÄHTÖISYYS ÄITYSHUOLLOSSA tarkoittaa

näyttöön perustuvaa hoitoa, joka vastaa naisen ja perheen tarpeisiin.^{1,2} Se kunnioittaa perhettä yksikkönä sekä perheen ajatusmaailmaa, ja on turvallista sekä fyysisesti että emotionaalisesti.³ Perhelähtöisessä hoidossa vauvan syntymä nähdään ennemminkin merkittävänä elämäntapahtumana kuin lääketieteellisenä toimenpiteenä. Perhelähtöisyys auttaa perhettä sopeutumaan lapsen syntymän ja vanhemmuuden aiheuttamaan kuormitukseen.⁴

IHKOKONTAKTI on yksi perhelähtöisen keisari-

leikkauksen tärkeimmistä piirteistä. Ihokontakti tarkoittaa sitä, että vauva laitetaan ilman vaatteita vatsalleen äidin paljaan rintakehän päälle peiteltyinä lämpimällä peitolla. Ihokontakti alkaa ihanteellisesti vauvan syntymästä ja jatkuu ensimmäisen imetyksen loppuun asti. Ihokontaktia sanotaan välittömäksi, kun se alkaa kymmenen minuutin kuluessa vauvan syntymästä. Jos ihokontaktin alkamiseen kuluu kymmenen minuuttia tai kauemmin, kuitenkin korkeintaan 24 tuntia, kutsutaan sitä varhaiseksi.⁵

Perhelähtöisestä keisarileikkauksesta käytetään englannin kielessä eri nimityksiä:

SKIN-TO-SKIN
CESAREAN
SECTION / DELIVERY

CHARITÉ
CESAREAN
BIRTH

GENTLE
CESAREAN /
C-SECTION

HUMANIZING
THE CESAREAN

THE NATURAL CESAREAN:
A WOMAN-CENTERED
TECHNIQUE

FAMILY-CENTERED
CESAREAN
BIRTH

Perhelähtöisen keisarileikkauksen keskeisimmät elementit:

- Perheen valmistus etukäteen, jos leikkaus on suunniteltu^{6,7}
- Vauvan hidas ulosotto eli *walking the baby out*^{8,9}
- Fysiologinen autoresuskitaatio: kun vauvan pää on auttettu ulos leikkaushaavasta, vauvan annetaan alkaa hengittää itse muun kehon ollessa vielä kohdussa ja yhteydessä istukkaverenkiertoon. Kohdun ja äidin pehmeiden kudosten paine auttavat nesteiden poistumista vauvan keuhkoista alatiesynnytyksen tapaan.^{6,7}
- Puolison tai muun tukihenkilön läsnäolo¹⁰
- Vanhempien mahdollisuus katsella vauvan syntymää^{6,9}
- Äidin ja vauvan pitäminen yhdessä leikkauksen ja toipumisen aikana⁹
- Ihokontakti ja imetykset jo leikkauksissa, jos vauvan ja äidin voimat sen sallivat^{6,9}

HUOMIOTA KIINNITETÄÄN

sihen, että synnyttäjälle annetut lääkkeet,^{6,10} monitorointilaitteiden sijoittelu sekä suonensisäisen kanyylin paikka^{6,9}

eivät estä vauvan turvallista pitämistä ihokontaktissa.^{6,10} Perhelähtöisen keisarileikkauksen muita piirteitä voivat olla muun muassa napanuoran sitomisen ja leikkaamisen viivittäminen,⁶ se, että tukihenkilö saa leikata napanuoran,^{6,9} hiljainen puhe leikkauksissa,⁷ synnyttäjän valitsema taustamusiikki^{6,9} ja himmeämpi valaistus.⁷ Vauvalle voidaan antaa K-vitamiini ihokontaktissa, ja punnitus voidaan tehdä vasta leikkauksen päätyttyä.⁶ Vastasyntynyttä ei kylvetetä heti.^{10,11} Joissakin tutkimuksissa perhelähtöistä menetelmää on sovellettu vain suunnitelluissa keisarileikkauksissa,^{6,7} toisissa tutkimuksissa myös kiireellisissä keisarileikkauksissa.^{6,9}

Perhelähtöisen keisarileikkauksen etuja:

- Menetelmä saattaa parantaa äidin synnytyskokemusta verrattuna perinteiseen keisarileikkaukseen¹²
- Ihokontakti ja läheisyys edistävät oksitosiini-hormonin erittymistä^{12,18}
- Äidin ja vastasyntyneen pitäminen yhdessä ja välitön ihokontakti lisäävät äidillistä käyttäytymistä^{16,17}
- Ihokontakti lisää äidin ja vastasyntyneen välistä vuorovaikutusta¹² ja edistää kiintymisen alkamista^{10,13}
- Menetelmä voi lievittää synnyttäjän kokemaa kipua,¹⁴ nopeuttaa fyysistä palautumista ja lyhentää sairaalassaoloaikaa⁹
- Perhelähtöinen menetelmä ottaa huomioon synnytyksen jälkeisen sensitiivisen ajanjakson, jolloin äidin ja vastasyntyneen välinen läheinen kontakti ja aistiyhteys herättävät äidin ja lapsen vaistonvaraisia käyttäytymismalleja ja tyydyttävät biologiset perustarpeet^{6,15}
- Saattaa auttaa vastasyntyneen fysiologista sopeutumista kohdun ulkopuoliseen maailmaan⁹ ja vähentää vastasyntyneiden osastohoidon tarvetta.⁹
- Ihokontakti ei lisää vastasyntyneen alilämpöisyyden riskiä^{6,15}
- Edistää imetyksen onnistumista^{20,13}

PERHELÄHTÖISEN KEISARILEIKKAUKSEN ELEMENTTIEN

lyhyt- ja pitkäkestoisia vaikutuksia sekä äitiin että vauvaan pitäisi tutkia enemmän.⁸ Tarvittaisiin lisää tutkimusta menetelmän hyötyjen ja riskien arvioimiseksi.⁹ Haasteena on käytännön järjestelyjen suunnittelu ja toteutus,¹⁰ sekä se, miten henkilökunta suhtautuu uudenlaiseen menetelmään.¹⁰ Perhelähtöiseen keisarileikkaukseen kohdistuu kritiikkiä, jonka mukaan toimenpiteen muokkaaminen "luonnollisemmaksi" saattaa tehdä siitä houkuttelevamman vaihtoehdon sekä perheille että ammattilaisille

ja näin lisätä keisarileikkausten osuutta kaikista synnytyksistä.¹⁹ Kritiikissä korostetaan, että keisarileikkaus ei ole luonnollinen tapa synnyttää,²⁰ ja että suunnitellun keisarileikkauksen indikaatioita tulisi arvioida huolella.⁹



TÄMÄN ESITTEEN TAUSTALLA on pidempi kirjallinen oppinäytetyö, joka käsittelee perhelähtöistä keisarileikkausta laajemmin. Oppinäytetyössä on pohdittu sitä, miten perhelähtöinen keisarileikkaus vaikuttaa äidiksi tulemiseen ja äidin roolin muodostumiseen. Työssä on käytetty teoreettisena viitekehysenä Ramona Mercerin teoriaa äidiksi tulemisesta (*Becoming A Mother*). Äidiksi tuleminen prosessi on Mercerin mukaan monitahoinen ja vaihtelee suuresti yksilöllisten ja ympäristön vaikutusten mukaan.²¹ Nainen on haavoittuvainen tässä muutoksessa.²² Muodollinen äidin roolin-identiteetin muodostumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa raskaus ja synnytyskokemus, parisuhde ja perhe, äidin ja vauvan varhainen erottaminen syntymän jälkeen sekä sosiaalinen stressi ja tuki.²³ Kehon toiminnallisen kontrollin menettämisen tunteet voivat vaikuttaa negatiivisesti äidin itse-tuntoon.²⁴ Vauvan reagoivuus ja kyky antaa äidille viestejä sekä äidiltä

äidin herkkyys vauvan viesteille vaikuttavat myös äidin identiteetin muodostumiseen.²⁵ Hoitajilla on ainutlaatuinen mahdollisuus tukea synnyttäjää äidin identiteetin omaksumisessa.²⁶

Mercerin teorian valossa odottajan tai vanhempien valmistus etukäteen, synnytyskokemuksen parantaminen sekä tukihenkilön läsnäolo saattavat tukea synnyttäjää äidin roolin kasvamisessa. Äitien tyytyväisyyttä parantaa se, että he saavat pitää vastasyntyneen luonaan,²⁵ ja yhdessäolo voi näin edistää äidin roolin-identiteetin muodostumista. Perhelähtöisessä keisarileikkauksessa vanhempien aktiivista osallistumista synnytykseen pyritään tukemaan.⁷ Menetelmä antaa synnyttäjälle enemmän kontrollin tunnetta kokemukseen,²⁷ ja ihokontaktissa äiti voi paremmin vastata vauvan viesteihin.²⁸ Perhelähtöinen menetelmä saattaa näin tukea äidin roolin-identiteetin kehittymistä.



Koko oppinäytetyö lähdeluetteloinen on luettavissa osoitteessa theses.fi.

KIRJOITTAJA:

Elisa Suominen, Arcada, 11/2017

ESITTEEN TILAAJA:

Aktiivinen Synnytys ry

VALOKUVAT:

Niki Strbian, nikistrbian.com

GRAAFINEN SUUNNITTELU JA TAITTO:

Ulla Pitkänen, cargocollective.com/ulpumoi

LÄHTEET

1. Jimenez et al. 2010

2. ICEA 2015b

3. ICEA 2015a

4. Zwelling & Phillips 2001

5. Moore et al. 2016

6. Smith et al. 2008

7. Armbrust et al. 2015

8. Schorn et al. 2015

9. Posthuma et al. 2016

10. Moran-Peters et al. 2014

11. Nolan & Lawrence 2009

12. Velandia et al. 2010

13. Frederick et al. 2016

14. Sundin & Mazac 2015

15. Vilinsky et al. 2016

16. Bystrova et al. 2009

17. Phillips 2013

18. Ünübas-Moberg 2015

19. Tillet 2015

20. Young 2011

21. Alligood (toim.) 2014

22. Mercer 2006

23. Mercer 1995

24. Mercer 2004

25. Elliott-Carter & Harper 2012